

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA
MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI**

E.H. ESHBOYEV

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI

Tibbiyot kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma

Qayta ishlangan va to‘ldirilgan 5-nashri

UO‘K: 616.5(075.32)

KBK 55.8

E 99

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

Qo‘llanmada keng tarqalgan teri va tanosil kasalliklarining paydo bo‘lish sabablari, rivojlanish mexanizmi, kasallik manzarasi, davosi, diagnostikasi va profilaktikasi bayon etilgan. Shuningdek, «Dermatovenerologiya» fanining qisqacha tarixi, terining anatomiyasi, fiziologiyasi, gigiyenasi va bemorlarni klinik tekshirish hamda kasallikning laboratoriya diagnostikasi batafsil yoritilgan.

Qo‘llanmaning uchinchi nashri tibbiyot sohasidagi yangiliklarni hisobga olgan holda qayta ishlandi. Qo‘llanma tibbiyot kollejarining barcha yo‘nalishlari bo‘yicha ta’lim olayotgan talabalar uchun mo‘ljallangan.

Taqrizchilar: **A. ABDURASHIDOV** — Toshkent shifokorlar malakasini oshirish insitituti teri-tanosil kasalliklari kafedrasida assistenti, t. f. n.

M. ODILOV — Ikkinchi Respublika tibbiyot kolleji direktori, t. f. n.

KIRISH

Dermatologiya (derma — teri) teri kasalliklari haqidagi fan bo‘lib, klinik tibbiyotning eng muhim sohalaridan biri. Bu fan terining tuzilishi, vazifasi, sog‘lom va kasallangan teri holatlari, shuningdek, organizm boshqa kasalliklar bilan og‘riganda terida bo‘ladigan o‘zgarishlarni o‘rganadi; teri kasalliklarini aniqlash, davolash va uning oldini olish masalalarini ishlab chiqadi.

Dermatologiya umumiy va xususiy qismlarga bo‘linadi. **U m u m i y d e r m a t o l o g i y a** sog‘lom hamda kasallangan terining anatomiyasi va fiziologiyasini, teri kasalliklarining yuzaga kelish sabablarini, uni davolash va oldini olish usullarini; **x u s u s i y d e r m a t o l o g i y a** esa teri, soch va tirnoqda paydo bo‘ladigan ayrim kasallik belgilarini, ularni qo‘zg‘atuvchilarni va davolash usullarini o‘rganadi.

Dermatovenerologiya fani ichki kasalliklar, nevropatologiya, endokrinologiya, psixiatriya kabi tibbiyot fanlari bilan chambarchas bog‘langandir.

Venerologiya — tanosil (venerik) kasalliklarning klinik kechishini, epidemiologiyasini, ularni aniqlash, davolash va oldini olish choralarini o‘rganadi.

Yuqumli va tanosil kasalliklariga chalingan bemorlarga o‘z vaqtida tashxis qo‘yish, kasallikni davolashni takomillashtirib borish sog‘liqni saqlash tizimi xodimlari hamda davolash profilaktika muassasalari, shu jumladan dermatovenerologlarning asosiy vazifasi hisoblanadi. Bunday ishlarni amaliyotga tatbiq etishda o‘rta ma‘lumotli tibbiyot hamshiralarning o‘rni benihoya kattadir. Hamshiralalar shifokorlarga yordamchi bo‘libgina qolmasdan, balki kasallikni birlamchi aniqlashda ham ishtirok etadilar hamda shifokor tomonidan tayinlangan davolash muolajalarini bajaradilar.

DERMATOVENEROLOGIYA FANINING QISQACHA RIVOJLANISH TARIXI

Dermatologiya uzoq tarixga ega. Qadimgi Misrda qi-chima, sachratqi, qo'tir, moxov kabi teri kasalliklarini turli moy dorilar, malhamlar bilan davolashgan, terini kosmetik usulda parvarish qilish ham keng rasm bo'lgan. Yunoniston va Rimda ham teri va tanosil kasalliklarini davolash bilan shug'ullanganlar. Gippokrat teri kasalliklarini bir tartibga solgan hamda qo'tir, moxov, soch to'kilishi, qadoq kabi kasalliklarni o'rgangan va ularni davolash haqida qimmatli ma'lumotlar qoldirgan.

Qadimgi Rim shifokori (tabibi) Selz chipqon, tri-xofitiya, psoriasis va boshqa kasalliklar to'g'risida batafsil yozib qoldirgan. Bu dermatozlarni davolashda ultrabi-nafsha nurlar, iliq fizik omillardan foydalanishni tavsiya etgan. O'rta Osiyolik olim Abu Ali ibn Sino o'zining «Tib qonunlari» kitobida po'rsildoq yara, qichima, gush (ek-zema), zaxm, moxov va teri kasalliklarining tashqi ko'rinishini tasvirlash bilan birga ularning bir-biridan farqini ham ko'rsatib o'tgan hamda davolash usullarini yozib qoldirgan.

Dermatologiya fanining shakllanishi XVI asrning ikkinchi yarmiga to'g'ri kelib, fizika, kimyo, biologiya sohasida qilingan kashfiyotlar bilan uzviy bog'liqdir. XVIII asrda teri va tanosil kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi keng o'rganila boshlandi va ingliz, fransuz, nemis, rus dermatologiya maktablari paydo bo'ldi.

Markaziy Osiyo hududida 900-yillarda ilm turli sohalarda jadal rivojlangan va Xorazmda Ma'mun akademiyasi tashkil etilgan. Bu akademiyada qator olimlar, jumladan Abumansur Muvaffaq ibni Ali-al-Xiravi, Ismoil Jurjoniy, Abu Rayhon Beruniy, Bobo Bahrom Xorazmiy, Abu Mansur ibn Yahyoi Masihiyolar faoliyat ko'rsatishgan. Bular orasida, Buxoroda tug'ilib o'sgan (980—1037), faylasuf olim, tibbiyot ilmining sultoni Abu Ali ibn Sino nomini va u yozib qoldirgan «Tib qonunlari» asarini butun

dunyo biladi va tan olgan. Bir necha asrlardan beri, hozirgi paytda ham uning bu risolasidan har bir shifokor foydalanib kelmoqda.

Dermatovenerologiya tarixida ham Ibn Sino yetakchi o'rin egallaydi. Uning teridagi o'zgarishlar va kasalliklar to'g'risidagi fikrlari hozirgi zamon dermatovenerologiya fanining yutuqlari qatoridan joy egallagan.

O'zbekistonda O'rta Osiyo davlat universiteti tibbiyot fakultetida teri va tanosil kasalliklari kafedrasini tashkil etilganidan (1920) boshlab dermatologiya va venerologiya sohasi rivojlana boshladi. 1924-yilda Toshkentda teri va tanosil kasalliklari dispanseri, 1932-yilda Dermatologiya va venerologiya ilmiy tadqiqot instituti, keyinchalik teri va tanosil kasalliklari kafedralari tashkil qilinishi bu fanning rivojlanishiga keng yo'l ochib berdi. So'zak, zaxm, terining zamburug'li kasalliklari, fotodermatozlar, neyrodermatozlar, pufakli va virusli dermatozlar, allergik dermatozlar hamda vitiligo kabi kasalliklarning tarqalishi, etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, davosi, oldini olish masalalari o'rganildi.

Hozirgi paytda teri kasalliklari ichki a'zolarni ham zararlashi, kasbga aloqador teri kasalliklari, genodermatozlar, etiologiyasi noma'lum bo'lgan dermatozlarning kelib chiqish sabablari, shuningdek, dermatomikozlar va jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar qo'zg'atuvchilarining turlarini aniqlash bo'yicha ilmiy izlanishlar olib borilmoqda.

Bugungi kunda O'zbekistonda mingdan ortiq dermatovenerologlar xalq salomatligi yo'lida tinmay izlanishlar olib bormoqdalar. Tibbiyot fanlari doktori, professorlar A.Sh. Vaisov, Sh.I. Ibragimov, S.S. Arifov, G.A. Ismailova, E.H. Eshboyev, A.M. Mannonov, Z.M. Obidova, A.M. Obidov, Sh.Z. Mavlyanova T.A. Nabiyev va U. Y. Sobirovlar shular jumlasidandir.

1-bob. TERI ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

1.1. Teri anatomiyasi va gistologiyasi

Odam terisi butun badanni qoplab turadi va qator muhim vazifalarni bajaradi. Og'iz, burun, siydik chiqarish kanali shilliq parda bilan qoplangan, anus sohasi esa shilliq pardaga ulanib ketadi.

Katta yoshdagi odam terisining umumiy sathi 1,5—2 m² ni tashkil etadi, qalinligi tananing turli joyida turlicha bo'lib, 0,5 mm dan 2 mm gacha, kaft va tovonda 4 mm gacha yetadi. Inson terisining og'irligi gavda og'irligining 16—18 % ini, teriosti yog' qavatisiz esa 5 % ini tashkil qiladi. Terining 70 % ini suv, 30 % ini oqsillar (kollagen, elastin, retikulin), uglevodlar (glukoza, glikogen, mukopolisaxaridlar), lipidlar, mineral tuzlar (natriy, magniy, kalsiy) va fermentlar tashkil etadi. Teri o'ziga xos rang va tusga ega bo'ladi. Teri rangi uning donador va muguz qavatlarining qalinligiga, tomirlarning yuza (chuqur) joylashishiga, shu bilan birga melanin pigmentining ko'p yoki ozligiga qarab belgilanadi.

Terining rangi tashqi va ichki omillar ta'sirida o'zgarib turishi mumkin. Teri yuzasi odatda notekis, unda sansonqsiz egatcha, burma va chuqurchalar bo'lib, ular bir-biri bilan kesishgan joylarda uchburchak, rombik shakllar hosil qiladi. Panjalarning dorsal yuzalarida bular ayniqsa yaqqol ko'rinib turadi. Barmoqlarning kaft yuzalarida teri egatchalari konsentrik aylana shaklida joylashgan. Bu shakllar har bir shaxs uchun o'ziga xos naqshga ega. Shaxsni aniqlashda (daktillokopiya) odatda shu naqshdan foydalaniladi.

Terining ko'p qismi tuk bilan qoplangan. Lablar, tovon, kaftning ichki qismi, olat boshi, qin dahlizi, jinsiy a'zo, katta va kichik uyatli lablarining ichki sohalarida tuk bo'lmaydi. Terida juda ko'p ter va yog' bezlari hamda ularning teshikchalari joylashgan. Qo'l va oyoq barmoqlarining uchida tirnoq plastinkalari bor.

Teri gistologiyasi. Teri pushtning rivojlanish jarayonida ikkita embrional varaq: ektoderma va mezodermadan hosil bo'ladi. Ektoderma (tashqi pusht varag'i) terining epitelial qavati — e p i d e r m i s (terining tashqi qavati)ni, mezoderma (o'rta pusht varag'i) esa terining asl qavati, ya'ni d e r m a (o'rta qavat) va teriosti qavati — g i p o d e r m a n i hosil qiladi.

Embrional hayotning uchinchi oylariga kelib epiteliy hujayralarining ko'payishi natijasida epidermis ko'p qavatli bo'ladi. 5 oylik homila kaft va tovon terisining epidermis qismida donador va muguz qavatlar paydo bo'ladi. 7 oylik homilada esa epidermisning yaltiroq qavatidan tashqari hamma qavatni ko'rish mumkin. Derma va gipoderma dermatomalardan rivojlana boshlaydi. Embrional rivojlanishning birinchi oylarida biriktiruvchi to'qimalar, keyinchalik argirofil tolalar vujudga keladi, uchinchi oyida dermaning ustki qavati paydo bo'ladi va u pastki qavatga nisbatan zichroq biriktiruvchi to'qimadan tashkil topadi. Bu yerdagi tolalarning (elastik, kollagen) asosiy qismi mayin elastik tolalardan iborat bo'ladi. Epidermis ostidagi teri hosilalari va qon tomirlari membranalar atrofida argirofil tolalarni tutadi. Embrion hayotining boshlang'ich davrida terining epiteliy qavati silliq bo'ladi, keyinchalik derma biriktiruvchi to'qimalarining epiteliyga botib kirishi natijasida so'rg'ichlar vujudga keladi. Embrion rivojlangan sari terida yetuk differensiyalangan hujayralar ortib boradi.

Homilaning uch oylik davridan boshlab pusht ektodermasining tashqi varag'idan teri hosilalari (ortiqqlari) — soch, tirnoq, yog' va ter bezlari kurtagi paydo bo'la boshlaydi.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda epidermisning qalinligi bir xil boʻlmaydi, ayniqsa burmali joylarda u yupqa va nozik boʻladi. Qoʻl va oyoq kaftlaridagi teri rivojlanib shakllangan boʻlsa ham, u kattalarnikidan 2,5—3 marta yupqadir. Bolalar 12—13 yoshga yetgandagina epidermisning tuzilishi kattalarniki kabi boʻladi.

Terining mikroskopik tuzilishiga qarab uchta qism tafovut qilinadi*.

1. *E p i d e r m i s* — terining ustki qismi.
- 2 *D e r m a* — terining asl qismi.
3. *G i p o d e r m a* — teriosti yogʻ kletchatkasi.

Epidermis (*E p i d e r m i s*) koʻp qavatli muguzlanuvchi (shoxlanuvchi) epiteliylardan tashkil topgan va ular bir-biridan hujayralarning shakli va tuzilishi bilan farq qiladi. Epidermisning oʻzi quyidagi qavatlardan iborat.

Bazal qavat teri ustki qismi (epidermis)ning eng chuqur qavati boʻlib, pastdan derma bilan chegaralanadi; yirik, uzun, tashxis jarayonida hujayralari yaxshi boʻyaladigan oval yadroli bir qator silindsimon keratinotsit, melanotsit va langergans hujayralardan tashkil topgan.

Bazal qavat hujayralari uchki qismida melanin pigmenti donachalarini tutadi. Buni ayollarning koʻkrak uchi, qoʻltiq sohasi, jinsiy aʼzolar va anus sohasi terisida, qora tanli odamlarda esa tikansimon qavat hujayralarida kuzatish mumkin.

Tikansimon qavat bazal qavat ustida joylashgan 5—10 qator kubsimon hujayralardan tashkil topgan boʻlib, donador qavatga yaqinlashgan sari yassilanib boradi. Tikansimon qavat hujayralari protoplazma oʻsiqchalari (tikanlari) bilan bir-biriga tutashgan boʻlib, ular hujayralararo koʻprikchalar deb ataladi.

Donador qavat. Bu qavatning donador deyilishiga sabab shuki, uning hujayralari oʻz sitoplazmasida ishqoriy anilin

*Rangli rasmlarga qarang.

bo'yoqlari bilan yaxshi bo'yaladigan keratogialin moddasidan tashkil topgan donachalar tutadi. Donador hujayralar 2—3 qavat bo'lib, duksimon shaklga ega.

Yaltiroq qavat (tiniq qavat) donador qavat ustida joylashib, uni muguz qavatdan ajratib turadi. Bu qavat 1—3 qator yassi cho'zinchoq hujayralardan tashkil topgan, ularning deyarli hammasida yadro bo'lmaydi. Hujayralar yadrosida eleydin oqsili bo'ladi. U nur sindirishda katta ahamiyatga ega.

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

Derma. Derma terining asl (derma, cutis, corium) yoki xususiy qavati bo'lib, bazal membrana ostida yumshoq chegaralanmagan biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan.

Kollagen elastik va argirofil tolalardan, qon tomirlari hamda limfa tomirlari, muskullar, nervlar va hujayra elementlaridan tashkil topgan. Derma ikki: so'rg'ichsimon va to'rsimon qavatdan tuzilgan.

So'rg'ichsimon qavat epidermisga botib kirgan bo'lib, siyrak tolali shakllanmagan yumshoq biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan. Bu qavatda fibroblast, gistiosit, hujayralar, shuningdek, semiz, plazmatik, limfosit va pigment hujayralar, melanofaglar, kapillar qon tomirlari bo'ladi. So'rg'ichsimon qavat epidermis bilan chegaralangan joyda o'siqchalardan, ya'ni so'rg'ichlardan tashkil topgan. So'r-

g'ichsimon qavat deb atalishiga ham sabab shu bo'lgan. Ularning kattaligi va balandligi har xil. Barmoqlar bilan ko'krak bezlari sohasida ular balandligi 200 mk ga, yuzda 30 mk ga yetadi.

To'rsimon qavat — zich biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, unda yo'g'onligi va yo'nalishi har xil kollagen tolalar to'r hosil qilib yotadi. Teriga elastiklik va qattqlik berib turadigan kollagen tolalar bilan bir qatorda dermada terini elastik qiladigan elastik tolalar ham bo'ladi. Elastik tolalar bir-biri bilan chirmashib, kollagen tolalar bilan bir xil yo'nalish oladi va to'r hosil qiladi. Odamning yoshi qaytgan vaqtda elastik tolalar degeneratsiyaga uchraydi, natijada teri burishib, serajin bo'lib qoladi.

Dermada gorizontal holatda joylashgan qon tomirlari to'ri, bezlar, muskullar, nerv va nerv oxirlari bor.

Teriosti yog' qatlami (gipoderma). Derma aniq chegarasiz teriosti yog' qatlamiga (kletchatkaga) o'tadi. Bu qatlam yog' hujayralari to'plamidan iborat bo'lib, ular asl teri qavatining to'r qismidan davom etgan va teri fassiyasini hosil qiluvchi kollagen tolalarning katta tutamlari bilan o'ralib turadi. Yog' hujayralari tutamini o'rab turuvchi tolalarda ko'plab qon tomirlari, nerv tolalari va nerv oxirlari joylashadi.

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

Ter bezlari ter ishlab chiqaruvchi qism va chiqaruv naylaridan iborat. Odam terisida ter bezlarining soni 3—3,5 mln. taga yetadi. Ular qo'l va oyoq kaftlarida juda ko'p. Jinsiy olat boshchasi, kichik uyatli lablar sohasida ter bezlari bo'lmaydi. Hujayralardan ter ajralib chiqish xususiyatiga qarab ekkrin va apokrin ter bezlari tafovut qilinadi.

Ekkrin ter bezlari butun tana terisida joylashgan, ayniqsa ular peshona, ko'krak, qorin va bilak terisida ko'p. Shu joylarda 1 sm² teri sathida 250—300 tagacha ter bezlari yotadi. Bir kunda ter bezlari 300—800 ml, ayrim hollarda 1500 ml gacha ter ishlab chiqaradi.

Apokrin ter bezlari ter ishlab chiqarish paytida biroz yemiriladi va sekret bilan chiqqan oqsil moddalari parchalanib, har bir odam uchun xos bo'lgan o'tkir hidli ter ajraladi. Apokrin ter bezlari ekkrin ter bezlariga nisbatan ancha katta bo'lib, uzunligi 0,5—4 mm ga yetadi.

Yog' bezlari alveolar bezlar bo'lib, tana terisining hamma qismida joylashgan. Yuz, boshning sochli qismi, kuraklar orasi va to'sh atrofida ayniqsa ko'p. Oyoq va qo'l kaftlarida yog' bezlari bo'lmaydi.

Yog' bezlari aksariyat sochlar bilan bog'langan holda joylashib, ularning sekret chiqarish yo'llari soch follikulasiga ochiladi. Har bir soch ildizi atrofida 6—8 tagacha yog' bezi bo'ladi. Jinsiy olatning chekka kertmagi, kichik uyatli lablar, ko'z burchaklari terisi sohasida va ayollarda ko'krak bezlari uchida yog' bezlari to'g'ridan to'g'ri teri yuzasiga ochiladi.

Sochlar. Sochlar uch xil bo'ladi: uzun soch, kalta soch, tuk. Uzun soch boshda, yuz va iyakda (soqol-mo'ylov), qo'l'tiq, jinsiy a'zolar sohasida bo'ladi. Kalta sochlarga qosh, kiprik, burun shilliq qavatida va quloqning tashqi eshituv yo'lidagi sochlar kiradi. Tuklar deyarli butun tana terisini qoplab turadi (sochlarning 95 % ini tashkil qiladi).

Oyoq va qo'l kafti, labning qizil hoshiyasi, jinsiy olat boshi va uyatli lablarning ichki dahlizida tuk (jun) bo'lmaydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda mayin tuk bo'ladi, xolos. Tuklar keyin ikkilamchi sochlar bilan almashinadi. Sochlarning o'sishi faqat jinsiy jihatdan voyaga yetishga emas, balki irsiy genetik belgilarga ham bog'liq. Sochlarning kimyoviy tarkibi juda murakkab bo'lib, unda 40 dan ortiq modda, jumladan, marganes, simob, natriy, yod, brom va boshqalar bor. Qora sochda marganes, qo'rg'oshin, kumush ko'p bo'lsa, oq soch tarkibida havo pufakchalari va nikel bo'ladi, xolos.

Soch ikki qismdan: teri ustidagi qismi — tolasi va teri ostidagi qismi — soch ildizidan tashkil topgan. Soch ildizi soch xaltachasida joylashgan. Soch teri yuzasiga nisbatan

o'tkir burchak hosil qilib o'sadi. Ular ildizining pastki qismi kengayib yo'g'onlashgan bo'lib, soch piyozchasi deb ataladi. Piyozchalar dermaning asosiga, hatto gipodermagacha yetadi.

Soch ko'ndalang kesimi bo'yicha uch qavatdan iborat:

— tashqi qavat — kutikula;

— o'rta qavat — po'st modda;

— markaziy qavat — miya (mag'iz) qismi.

Kutikula bir qavat ustma-ust joylashgan muguzlangan yassi epiteliy hujayralardan, po'st modda cho'ziq hujayralardan tuzilgan. Soch kutikulasi erkin qismining tuzilishi pastki ildiz qismi tuzilishidan farq qiladi. Ildiz qismi hujayralari uzun silindrsimon shaklda, tepaga chiqqan sayin ular yassilanib qattiq keratin moddasini tutadi. Po'st modda hujayralari sitoplazmasida va ular oralarida ko'p miqdorda sochga rang beruvchi melanin donachalari yotadi. Miya (mag'iz) qismi kubsimon epiteliy hujayralardan iborat bo'lib, melanin donachalarini va havo pufakchalarini tutadi. Bu hujayralar yuqori tomon «tanga-chalar ustuni»ni hosil qiladi. Soch ildizining yuqori qismida mag'iz hujayralarning yadrosi zichlashib, muguzlanib, kimyoviy tarkibi o'zgaradi. Sochlar teri sathiga nisbatan qiya holatdagi ildizda joylashgan bo'ladi. Soch ildizini tashqi tomondan epitelial va biriktiruvchi to'qimalardan tuzilgan follikula yoki soch xaltasi o'rab turadi. Sochning asosi (piyozchasi) tagiga yumshoq, shakllanmagan biriktiruvchi to'qimadan iborat soch so'rg'ichi bo'tib kiradi. Soch ildizi qon tomirlari, nerv oxirlariga boy bo'lgan soch so'rg'ichi hisobiga oziqlanadi va innervatsiyalanadi. Soch o'zining xususiy muskuli — sochni ko'taruvchi muskullarga ega. Sochlarning o'sish tezligi va vaqti, umri har xil. Odam boshidagi sochning umri 4—10 yilga teng, qosh, kiprik va qo'ltiq ostidagi junlar 3—4 oyda almashinib turadi. Sochlar bir kunda 0,1 mm dan 0,5 mm gacha o'sishi mumkin. To'kilgan sochlar o'rniga follikular hujayralarning ko'payishi natijasida yangilari o'sib chiqadi.

Sochlar uzunligi bir necha mm dan 1,5 m gacha, tolasining yo'g'onligi 0,6 mm gacha yetishi mumkin. Ayollar sochi erkaklar sochiga nisbatan ingichka bo'ladi. Boshning sochli qismida 30000 dan 150000 tagacha tola bo'ladi.

Tirnoq (*Unguis*) to'rt burchakli, muguzlangan zich yupqa plastinkalardan tuzilgan bo'lib, orqa va yon chetlari qo'l (oyoq) teri burmalariga botib turadi. Tirnoq plastinkasida tirnoq tanasi, oldingi erkin uchi, ikkita yon cheti va ildizi farqlanadi. Tirnoq ildizi deyarli butunlay teri burmalari bilan qoplangan. Plastinkaning tanasi esa tirnoq o'rnida joylashadi. U qalin joylashgan muguz tanachalardan tuzilgan bo'lib, ba'zi joylarda yadro qoldiqlarini tutuvchi epidermisning zich qoplangan qismlaridan iborat. Tirnoq o'rni qator va uzunasiga yo'nalgan burmalarni hosil qiladi, bu burmalarda tirnoq plastinkasini oziqlantiruvchi qon tomirlari bor.

Epiteliy hujayralari (tirnoq matritsasi)ning tinmay muguzlanishi natijasida tirnoq plastinkasi siljib o'sadi. Qo'l tirnog'i haftasiga 1 mm, oyoq tirnog'i 0,25 mm o'sadi. Tirnoq plastinkasining ildiz qismi to'g'ridan to'g'ri barmoq suyaklariga birikadi. Tirnoqlar ildizining barmoq suyaklari ustki qismining pardasiga bunday birikishi tibbiyot amaliyotida juda muhim hisoblanadi, chunki tirnoqlardan boshlangan yallig'lanish suyaklarga o'tib ketishi mumkin. Xulosa qilib aytganda, yog', ter bezlari, soch va tirnoqlar teri ortiqlari deb ham ataladi.

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

ko‘rinishini oladi. Tashqi muhit haroratining pasayishi natijasida ro‘y beradigan bu holat (teri sovuqdan uvushadi) odam organizmining himoya vazifasi hisoblanadi, natijada yassi muskullar qisqarib, dermadagi ko‘plab qon tomirlari fiziologik ravishda torayadi. Natijada tana harorati issiqlikni saqlab qoladi. Boshning sochli qismi, peshona va lunj terisidagi yassi muskullar soch follikulalari bilan bog‘lanmagan. Yuzning ko‘ndalang-targ‘il muskullari yuz terisining harakatchanligini ta‘minlaydi.

Terining oziqlanishi va innervatsiyasi. Teri rivojlangan qon va limfa tomirlari hisobiga oziqlanadi. Teridagi barcha qon tomirlariga organizmdagi umumiy qonning 1/5 qismi sig‘adi. Fassiyadan chiqqan katta qon tomirlari terida yuza va chuqur joylashgan qon tomirlari to‘rini tashkil etadi.

Chuqur qon tomirlari chiqish yo‘lida gipodermadagi yog‘ to‘plamlariga biriktiruvchi to‘qima bo‘ylab tarmoqlanadi, ayrimlari dermaning quyi sohasida gorizontol to‘r anastomozlarini hosil qiladi. Ulardan ter bezi asosi, soch follikulalari va yog‘ to‘plamlari oziqlanadi. Chuqur arterial to‘plamdan dermaning so‘rg‘ichsimon qavatiga yetib boradigan kattagina arteriyalar tarmog‘i ketadi va so‘rg‘ichsimon qavat ostida yuza arterial to‘rni hosil qiladi. Ulardan yassi muskullar, yog‘ bezlari hamda soch follikulasi va ter bezining yuqori qismi oziqlanadi. So‘rg‘ichsimon qavatosti qon tomirlaridan epidermisga parallel arterial tomirlar tarmog‘i ketadi, ammo ular bir-biri bilan anastomozlashmaydi. Arterial tomirlardan so‘rg‘ichlar tomon kapillarlar yo‘nalib, tutamlar hosil qiladi va enli venoz kapillarlar bo‘lib qaytadi. Venoz qon tomirlari ham parallel yuza so‘rg‘ichosti birinchi venoz tomirlari to‘rini hosil qiladi. Teriosti yog‘ qatlami (kletchatkasi) gacha jami uchta vena tomirlari to‘ri joylashadi. Bu tomirlar gipodermadan o‘tib teriosti venalariga tutashadi. Terining epidermis qismi o‘z qon tomirlariga ega emas, ular dermaning so‘rg‘ichsimon qavat kapillarlarini hisobidan qon bilan ta‘minlanadi.

Limfa tomirlari ham dermaning soʻrgʻichlaridan boshlanib, yuza va gipodermada joylashgan chuqur qon tomiri toʻrlarini hosil qiladi. Yuza limfa tugunlari anastomoz hosil qilib birikadi. Ular fassiya va muskullar limfa tomirlariga tutashib, regionar limfa tugunlari tomon yoʻnaladi.

Terining innervatsiyasi organizmni tashqi muhit bilan bogʻlab turadi. Teri sathi juda koʻp nerv tolalari bilan taʼminlangan. Bu nerv tolalari terida katta retseptor maydonini hosil qiladi. Ular terida yuz berayotgan oʻzgarishlarni markaziy nerv sistemasiga yetkazib turadi. Teri innervatsiyasini erkin nerv tolalari bilan birgalikda oʻz kapsulasiga ega boʻlgan tanachalar olib boradi. Innervatsiyada qatnashuvchi barcha nerv tolalari teriosti yogʻ qatlamida joylashgan asosiy nerv chigallaridan boshlanadi. Avvaliga ular yogʻ qatlami, ter, yogʻ bezlari, soch piyozchasi, qon tomirlarini nerv tolalari bilan taʼminlaydi, keyin nerv tolalari derma soʻrgʻich qavatidan nerv chigallari soʻrgʻichining oʻziga va epidermisga keladi. Nerv tolalari terining epidermis qismiga kirganida oʻzining miyelin pardalarini yoʻqotadi va bazal hamda tikansimon qavat hujayralari orasida har xil balandlikda joylashadi. Nerv tolalari labning qizil hoshiyasida, qoʻl barmoqlarida va jinsiy aʼzolar terisida koʻp boʻladi. Shunday qilib, terida ikki xil nerv tolalari: *kapsulasiz erkin nerv oxirlari* va *kapsulali nerv oxirlari* (retseptorlar, tanachalar) boʻladi. Erkin nerv tolalari daraxtsimon yoki koptoksimon, kapsulali nerv tolalari esa plastinkasimon shaklda boʻlib, tolalarining oxiri biriktiruvchi toʻqima bilan qoplangan.

Terida joylashgan kapsulali nerv oxirlari plastinkasimon Fater-Pachini tanachasi, Meysner tanachasi, Krauze kolbachasi, Ruffini tanachasi, Markel diskrlaridan iborat. Plastinkasimon Fater-Pachini tanachalari, ayniqsa, oyoq, qoʻl kaftlarida, jinsiy aʼzolarida koʻp joylashgan boʻlib, chuqur bosimni sezadi. Tanachalar ichida toʻqima suyuqligi boʻlgan ikki qavat biriktiruvchi toʻqimali plastin-

kalardan iborat bo‘lib, uzunligi 3 mm ga yetadi. Nerv oxirlari tanachaga yetganda qobig‘ini yo‘qotib, yumshaydi va tanacha ichiga kiradi; uchlari tugmachasimon keng tarmoqlanadi.

Ruffini tanachalari issiqni, so‘rg‘ichsimon qavatda joylashgan Krauze kolbachalari esa sovuqni sezadi. Ular qo‘l panjalarida, shilliq qavatlarda, olat boshida va ayollar jinsiy uyatli lablari sohalarida ko‘p bo‘ladi.

Meysner tanachalari teri sathiga «tegishni» idrok etadi. Ular odamda juda yaxshi rivojlangan, ayniqsa, barmoqlar, lab va til shilliq qavatida ko‘p bo‘ladi. Merkel disklari tikansimon qavatda joylashib, og‘riqni qabul qiladi, taktil sezgini bajaradi. Terining 1 sm² sathiga 5000 dan ortiq sezgi nerv oxirlari to‘g‘ri keladi; ulardan 200 tasi og‘riqni, 12 tasi sovuqni, 2 tasi issiqni sezadi, 25 tasi retseptorlar bosimini qabul qiladi.

1.2. Teri fiziologiyasi

Teri va tashqi shilliq qavat odam organizmini tashqi muhitning noqulay ta‘siridan himoya qilish bilan birga boshqa ko‘p vazifalarni ham bajaradi. Teri va teri ortiqlari, nerv tolalari, qon tomirlari va limfa sistemasi butun organizm hamda uning a‘zolari bilan chambarchas bog‘langan. Teri tashqi muhitning ekzogen ta‘sirotlarini sezibgina qolmay, balki organizm barcha a‘zolarining patologik o‘zgarishlariga ham o‘z vaqtida javob reaksiyasini beradi. Teridagi katta salbiy o‘zgarishlar esa o‘z navbatida ichki a‘zolar funksiyasining buzilishiga olib keladi. Teri jumladan oqsil, uglevod, yog‘, suv, mineral moddalar, vitaminlar almashinuvida va boshqa turli xil funksiyalarni bajarishda qatnashib, organizmning yaxlit anatomik-fiziologik qismini tashkil etadi.

Teri funksiyalarini sun‘iy ravishda qismlarga ajratib bo‘lmaydi, ammo fiziologik jarayonlarni o‘rganish osonroq bo‘lishi uchun ular quyidagicha ajratib o‘rganiladi.

Terining asosiy funksiyalari

Himoya
Mexanik
Regeneratorlik
Bakteriotsid
Termoregulatsiya
Retseptorlik
Pigment hosil qilish
Immunologik
Moddalar almashinuvida
D vitamin sintezida
Jinsiy gormon sintezida
A vitaminini to'plashda
Suv va mineral moddalar almashinuvida

Terining himoya funksiyasi. Teri juda elastik bo'lganligi hamda o'zining qalin gipoderma qatlami hisobiga organizmni tashqi mexanik ta'sirotlar (urish, bosim, chozilish, zarba va boshqalar) dan birinchi bo'lib himoya qiladi. Teri muguz qavati hujayralari issiqni yomon o'tkazgani tufayli organizmning chuqur qatlamlarini qurib qolishdan saqlaydi.

Teri yuzasining muhiti (suv-lipid mantiyali $\text{pH}=3,5-6,7$) kislotali bo'lganligi sababli, terini patogen mikroorganizmlar ta'siridan saqlaydi va muguz qavati hujayralarini elektr toki urishidan himoya qiladi. Melanotsitlar ishlab chiqaradigan melanin pigmenti ultrabinafsha nurlarni o'ziga yutib, uning zararli ta'siridan asraydi. Shuning uchun qora tanli odamlar quyosh nuri tig'iga chidamli bo'ladilar. Teri yuzasiga teri bezlari (yog', ter) dan ajralib chiqqan sekretlar muhim bakteriotsid rolini bajaradi, ya'ni bunday muhitda mikroblar o'ladi. Teri hujayralari muguzlanishi natijasida tangachalar bilan minglab mikroorganizmlar tashqariga tushib ketadi. Toza terida bu xususiyat yaxshi rivojlangan bo'ladi. So'nggi yillarda terining eng muhim funksiyalaridan yana biri kashf etildi. Teri organizmning

immunologik sistemalaridan biri bo'lib, u tuzilishi bo'yicha organizmning immun sistemasi bo'lgan timusga (T-limfotsitlar ishlab chiqariladi) o'xshar ekan.

Terining immunologik funksiyasi. Epidermal T-hujayralar, Langergans hujayralari va keratinotsitlar teri immun sistemasining asosini tashkil etadi. Keratinotsitlar tomonidan ajralib chiqqan dezoksinukleotidli tranferaza fermenti T-limfotsitlarga ta'sir etib, ularni yetiltiradi. T-limfotsitlarning aksariyat qismi dermadagi teri hosilalari hamda venulalar atrofida joylashadi. T-limfotsitlarning 10 % i epidermis ichida joylashadi. Ekzogen yoki endogen antigenlar haqidagi ma'lumot Langergans yoki boshqa yordamchi hujayralar orqali T-hujayralarga yetib keladi. T-xelperlar antigenlarni II sinf HLA kompleksi (HLA-DR, DP, DQ), T-supressorlar esa I sinf HLA kompleksi (HLA-A,B,C) orqali aniqlaydi. Ekzo va endogen antigenlar ta'sirida Langergans hujayralari funksional va fenotipik o'zgarishlarga uchraydi, epidermisni tark etib, dermaning limfatik tomirlari va keyinchalik esa migratsiya hisobiga limfa tugunlarining parakartinal qavatida joylashadi. Ana shu bosqichda Langergans hujayrasi yuzasidagi antigen haqidagi ma'lumot T-hujayraning antigenlik retseptoriga uzatiladi. Natijada T-limfotsitlarning blastli shakllari hosil bo'ladi va ular antigen saqlovchi teriga qaytib boradilar.

Psoriaz, teri limfomasi, pufakli dermatozlar va allergodermatozlar patogenezida immunologik o'zgarishlar muhim rol o'ynaydi.

Terining sezish funksiyasi. Teri sezgi organidir. Teri anatomiyasi orqali biz erkin nerv oxirlari retseptorlarga boy ekanligini bilamiz. Bu nerv tolalari ekzogen ta'sirotlarning hammasini idrok etib, barcha impulslarni markaziy nerv sistemasiga (MNS) o'tkazadi, bu yerda ular qayta ko'rilib, issiq, sovuq, bosim, og'riq, tegish (taktil) kabi har xil sezgi hissiyotini keltirib chiqaradi.

Terida og'riq, tegish, issiq va sovuqni sezish kabi to'rt xil sezgi tafovut qilinadi. Og'riq terining epidermis

qismidagi erkin nerv tolalari orqali seziladi va emotsional o'zgarish bilan ifoda etiladi. Emotsional o'zgarishda og'riq o'tkir, sanchuvchan, qirquvchan, bosimli, cho'ziluvchan bo'lishi mumkin. Og'riq o'tkir bo'lganida oldinga organizmning himoya reaksiyasi chiqadi. Ba'zan arzimaz ekzogen omil ta'sirida terining og'riqni sezish qobiliyati oshib ketadi, bu *giperalgeziya* yoki *giperpatiya* deyiladi. Og'riqni sezishning pasayib ketishi esa *gipoalgeziya* deb ataladi. Ba'zi ichki a'zolar kasalliklarida terining ayrim joylarida sezgirlik oshib ketadi, chunki kasallangan a'zoga tutashgan nerv oxirlari ham orqa miyaning afferent tolalaridan boshlanadi (masalan, yurak va o'pka kasalligida ko'krak, bo'yin, yelka va qorinning yuqori qismida; ichaklar xastaligida qorinning pastki sohasi, bel terisida og'riqni sezish kuchayadi. Terining bu qismi Zaxarin-Ged sohasi deyiladi.

Teri kasalliklarida aksariyat bemorlarning shikoyatlari orasida teri qichishishi birinchi o'rinda turadi. Uni endogen, ba'zan psixogen sabablar keltirib chiqaradi. Qichishish alomatini ham og'riq sezuvchi nerv oxirlari qabul qiladi. Odam terisida taktil (tegish) ta'sirotni sezish juda rivojlangan. Bu funksiyani soch follikulalari atrofidagi nerv chigallari hamda Meysner tanachalari bajaradi. Hatto teri sathining 1 mm oralig'iga ikkita nina sanchilsa, ular alohida seziladi. Odam terisi unga tekkan narsaning o'tkir, uchli yoki yoy shaklida ekanligini ham farqlaydi. Taktil sezuvchanlikni uzoq vaqt mashq qilish natijasida yanada rivojlantirish mumkin. Bunday mashqlar amalda ko'zi ojjiz kishilar uchun muhimdir.

Teri kasalliklaridan moxovda bemor terisining taktil sezuvchanligi keskin kamayib ketadi. Odam terisining issiq yoki sovuqni sezishi uning hayotida juda katta ahamiyatga ega. Sezish orqali butun tana harorati sharoitga qarab moslashadi. Yuqorida aytganimizdek, issiqni Ruffuni tanachalari, sovuqni esa Krauze kolbalari idrok etadi. Issiqni sezuvchi tanachalarga nisbatan sovuqni sezuvchilar ko'proq. Yuz terisi qo'l va oyoq terisiga nisbatan har qanday haroratni

yaxshi sezadi. Ko'pgina teri kasalliklari (tarqalgan ney-
rodermit, ekzema va boshqalar)da teri sezuvchanligining
har xil turlari bilan bir qatorda harorat sezgisi ham izdan
chiqishi mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, harorat
sezgisining oshib ketishi teri zararlanish (qitiqlanish) soha-
sining kengayishiga olib keladi.

Terining termoregulatsion funksiyasi. Butun tanadagi
issiqlikni markaziy nerv sistemasi boshqarib turadi. Bu
jarayonda teri katta rol o'ynaydi. Ma'lumki, tanadagi 80 %
dan ortiq issiqlik teri orqali chiqariladi. Issiqlikni ajratish
teridagi qon tomirlari, ter bezlari holati bilan chambarchas
bog'liq. Sog'lom odamning tana harorati, tashqi muhit
haroratidan qat'i nazar, deyarli bir xil ($36,5-36,7^{\circ}\text{C}$)
bo'ladi. Bu holat, asosan, kimyoviy va fizik termoregulatsiya
(idora etish) hisobiga bo'ladi.

Kimyoviy termoregulatsiya deb, organizmdagi modda-
lar almashinuvi natijasida kelib chiqqan issiqlikdan ajral-
gan energiyaga aytiladi. Bunga qarama-qarshi o'laroq *fizik*
termoregulatsiyada issiqlik ko'proq beriladi. Organizm
nisbatan tinch turgan paytda undagi issiqlikning 15 % i
konveksiya usulida uzatiladi, 66 % i tashqariga chiqari-
ladi (radiatsiya) va 19 % i bug'lanadi. Issiqlikning uzati-
lishi yoki tashqariga berilishi qon tomirlaridagi qonning
miqdori hamda taqsimlanishiga bog'liq. Havo soviganda
teri kapillarlarini keskin torayadi, teri oqaradi, natijada to-
mirlarda qon oqishi susayadi. Bu hol organizmdan is-
siqlik chiqishini kamaytiradi. Bunga qarama-qarshi ra-
vishda havo harorati ko'tarilganda yoki jismoniy ish baja-
rilganda ter ajratish yo'li bilan issiqlikni berish hisobiga
organizm haroratining bir xilligi saqlanib qoladi. Odam
terisi orqali bir kunda 0,8 l ter ajratadi va ayni vaqtda
2,1 mJ (500 kkal) energiya yo'qotadi. Bir kecha-kun-
duzda ter miqdori 3—4 l ga yetadi, ba'zan bundan ham
ortadi. Tana harorati temperatura retseptorlarining va
gipotalamusdagi temperaturani boshqaruvchi markazning
reflektor qitiqlanishi natijasida idora qilinadi.

Terining sekretor va ekskretor funksiyasi. Terining bu faoliyati undagi yogʻ va ter bezlari orqali bajariladi. Yogʻ bezlari ishlab chiqargan teri yogʻi terini moylab turish bilan birga uning butunligi, elastikligi va suv oʻtkazmaslik xususiyatini taʼminlaydi. Yogʻ bezlari yana ekskretor vazifasini, yaʼni organizmdan baʼzi dori moddalar (yod, brom, salitsilat kislota) va zaharli moddalarni chiqarib yuborish funksiyasini ham ado etadi. Terida sekretor va ekskretor funksiyasini ekkrin va apokrin ter bezlari ham bajaradi. Tashqi muhitga ter bilan birga issiqlik hamda mishyak, simob, xinin, yod, brom, qand kabi moddalar (ekskretor funksiya) chiqarib turiladi. Ekkrin ter bezlari ajratgan ter kislotali muhitga ega boʻlib, zichligi 1,004—1,008 ga teng. Terining 98—99 % ini suv, 1—2 % ini unda erigan anorganik birikmalar, jumladan, fosfat, sulfat, osh tuzi, kaliy, kalsiy tuzlari, shuningdek, organik mahsulotlar (siydik kislotasi, mochevina, kreatinin, ammiak, aminokislota) va uglevodlar tashkil etadi. Oddiy sharoitda, havo haroratiga bogʻliq holda, reflektor ravishda ter bezlaridan bir xilda ter ajralaveradi: avvaliga toʻqimalardan, keyinchalik qon plazmasidan ter bezlari orqali ter ajralib chiqadi. Terning ajralishi va uning tarkibi organizmning holatiga bogʻliq. Masalan, buyrak kasalliklarida terida siydik kislotasi va mochevina ortsa, endokrin bezlar kasalliklarida esa jumladan, qandli diabetda, qand koʻpayadi. Natijada bemorning ogʻzi qurib, tashna boʻlishidan shikoyat qiladi. Apokrin ter bezlari sekretida glikogen, xolesterin va temir bor, ular neytral muhitga ega boʻlib, funksiyasi endokrin va jinsiy bezlarning faoliyati bilan uzviy bogʻliq. Asabiy-ruhiy holat, choʻchish, hayajonlanish, qoʻrqish kabi taʼsirotlar normal teridan koʻp ter ajralishiga sabab boʻlishi mumkin.

Terining moddalar almashinuvi funksiyasi. Odam organizmidagi baʼzi moddalar almashinuvi faqat terida kechadi. Bunga muguzlanish moddasi boʻlgan keratin, melanin va D vitamini sintezi misol boʻla oladi. Teri suv, minerallar (kaliy, kalsiy, natriy va boshqalar), yogʻ, oqsil

va uglevodlar, shuningdek, gormon, ferment, vitamin va mikroelementlar almashinuvida ishtirok etadi; bundan tashqari, ko'pgina moddalarni saqlovchi manba bo'lib ham hisoblanadi.

Odam organizmida 60—65 % suv bo'lsa, shu suvning 71 % i terida bo'ladi. Ayrim dermatozlar (o'tkir ekzema, pemfigus, eritrodermiya va boshqalar)da suvning miqdori bundan ham oshadi. Terida yog' moddalari oziq zaxirasi sifatida yig'iladi. Sog'lom odam terisida 50—75 % gacha qand yig'iladi va qandli diabetda uning miqdori keskin oshib ketadi. Uglevodlar almashinuvi buzilsa, terida furunkulyoz, husnbuzar, kandidoz, ekzema va boshqa dermatozlar avj oladi. Vitaminlar almashinuvida teri roli katta ahamiyatga ega. C vitamini teri pigmenti — melanin hosil bo'lishida hamda glukozaning glikogenga aylanishida, A vitamini epidermisning muguzlanishida ishtirok etadi. A, D, E vitaminlari teridagi oqsillarning o'zlashtirilishini va oltingugurtning qabul qilinishini tezlashtiradi, C vitamini yetishmasligi shilliq qavatning zararlanishiga, lavsha (singa) xastaligiga, A vitamini tanqisligi — ixtioz, kseroderma, vulgar husnbuzar va tirnoqlar distrofiyasiga sabab bo'ladi. Teridagi barcha moddalarning 1 % ini mineral moddalar tashkil etadi. Patologik o'zgarishlar jarayonida bu elementlar miqdori va ular orasidagi munosabat ham o'zgarib turadi. Sog'lom odam terisida 0,5 mg % osh tuzi bo'ladi. Pemfigus, Dyuringning gerpetiform dermatit kasalligida organizmda suv bilan birga tuz miqdori ham oshib ketadi. Teri silida zararlangan o'choqlarda kaliy miqdori ko'payadi. Teri azot almashinuvida ham ishtirok etadi.

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

ya'ni moddalarni o'ziga tashqaridan qabul qilish xususiyati yuqori emas. Teridagi suv-yog'dan iborat yupqa parda (mantiya) uning o'tkazuvchanligini susaytirsam ham teri ayrim yog'da va lipidlarda yaxshi eruvchi moddalar (rezorsin, oltinugurt, salitsilat va bor kislotasi, qo'rg'oshin oksid, temir xlorid, yod, simob, pirotalol va boshqalar)ni o'ziga so'rish xususiyatiga ega. Moddalarning teriga so'rilishi yog' bezi bo'lgan soch follikulalari atrofida yaxshi kechadi. Ular yo'q joyda, masalan, qo'l va oyoq kaftlarida unchalik so'rilmaydi. Terida yallig'lanish jarayonlari bo'lganda so'rilish jadallashadi. Tirnalgan, eroziyalangan va shishgan epidermisda, shuningdek, qator teri kasalliklari (ekzema, tangachali temiratki, o'tkir dermatozlar)da terining so'rish xususiyati kuchayadi. Bemorga dorivor moddalar buyurganda buni nazarda tutish kerak.

Terining markaziy nerv sistemasi faoliyati bilan bog'liqligi. Dermatozlarning kelib chiqishida markaziy nerv sistemasidagi ko'pgina markazlar hamda simpatik nerv sistemasining roli kattaligi haqida A. G. Polotebnov, A. I. Pospelov, P. V. Nikolskiy va boshqalar aytib o'tishgan. Hozirgi paytda patologik jarayonning kelib chiqishida markaziy nerv sistemasining ahamiyatini hech kim inkor qilmaydi. Nerv sistemasining faoliyati tufayli tashqi muhitdagi ekzogen yoki biror endogen ta'sirlarga organizm teri orqali javob reaksiyasini beradi. M. K. Petrova o'zining tajribalari bilan itlar nerv faoliyatiga har xil shikastlar yetkazib, ular terisida ekzematoz o'choqlarini hosil qilgan.

Bemorni gipotonik ahvolga solib, ikkinchi signal sistemasi ta'sirida uning terisidagi biokimyoviy jarayonlarni o'zgartirib yuborish mumkin. Gipnoz, elektr toki yordamida uxlatish yo'li bilan ikkinchi xabar sistemasi jonlantiriladi va qizil yassi temiratki, eshakyem, so'gallar, ba'zan hatto ekzema va neyrodermitning ayrim xillarini davolash yoki qichishish kabi simptomlarni kamaytirish mumkin.

Ko'pgina kasalliklarda terining ahvoli nerv markazlari va miya qobig'iga bevosita ta'sir qiladi. Uzoq vaqt qi-

chishish bilan kechadigan dermatozlarga chalingan bemorlar nerv faoliyati funksiyasida talay o'zgarishlar (jahldorlik, tez-tez yig'lash, uyqusizlik va boshqalar) kuzatilishi bunga misol bo'la oladi.

1.3. Bolalar va keksalar terisining o'ziga xos xususiyatlari

Yosh bolalar terisi nozik, yupqa bo'lsa, yosh o'tgan sayin, ya'ni keksalarda uning xususiyatlari ancha o'zgargan bo'ladi: teri shalvillagan, serburma bo'lib qoladi. Bolalar terisining tuzilishi yoshga qarab o'zgarib boradi. Katta yoshdagilarda yaxshi rivojlangan epidermis bolalarda juda yupqa, unchalik shakllanmagan bo'lib, mexanik ta'sirdan salga jarohatlanishi, yara-chaqalar paydo bo'lishi mumkin. Epidermis qavatleri bir-biri bilan bo'sh bog'lanib, hujayralari siyrak joylashadi. Muguzlanish oson kechadi, donador va yaltiroq qavatlar bolaning hatto qo'l va oyoq kaftlarida ham unchalik taraqqiy etmagan bo'ladi. Teri yuzasidagi suv-yog'dan iborat yupqa parda (mantiya) muhiti kattalar terisidagidek kislotali bo'lmay, aksincha neytral yoki kuchsiz ishqorli bo'ladi. Shuning uchun uning bakteriotsid ta'siri pastdir. Shu bilan birga bola terisining gidrofilligi, undagi moddalar almashinuvining jadalligi yuqori bo'lishi, buqoq bezi funksiyasining oshishi teridagi regenerativ (tiklanish) reaksiyalar faolligini oshiradi.

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

jayralararo qavatlarda hali yaxshi shakllanmagan qo‘shimcha to‘qima hujayralar ko‘p uchraydi. Ter bezlari unchalik rivojlanmaganligiga qaramay yog‘ bezlari va soch ildizlari yaxshi rivojlangandir. Ko‘krak yoshidagi go‘daklar teriosti yog‘ qavatining og‘irligi bolalar tanasi og‘irligiga nisbatan kattalarnikiga qaraganda besh barobar ko‘p bo‘ladi. Yog‘ hujayralari va biriktiruvchi to‘qimali qoplamalar nodifferensiallangan, morfologik ko‘rinish embrional xarakterga ega bo‘ladi. Ular palmitin va stearin yog‘ kislotalarini kattalarnikiga qaraganda ko‘p tutadi. Yog‘ bezlari hajmi ancha katta, bitta soch follikulasi atrofida 6—8 ta yog‘ bezi turadi. Ayniqsa, bolalarning yuzida, boshining sochli qismida, anus sohasida juda ko‘p yog‘ bezlari joylashgan bo‘ladi. Bola tug‘ilganidayoq terisida apokrin ter bezlari bo‘lsa ham, ularning haqiqiy funksiyasi balog‘at yoshidan boshlanadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning sochlari embrional davridan rivojlanadi, ular birlamchi sochlar deyiladi. Keyinchalik ular tushib ketadi va o‘rniga doimiy ikkilamchi sochlar chiqadi. Jinsiy balog‘atga yetganda esa soqol-mo‘ylov, qo‘ltiqosti va qovda jun paydo bo‘ladi.

Bolalar terisining qon tomirlari va limfatik sistemasi deyarli kattalarniki bilan bir xil, ammo nodifferensiallangan, endotelial mayda kapillarlar turi doimo dilyatatsiya holida bo‘ladi. Ular terisining fiziologik giperemiyalanib yoki qizg‘imtiroqimtir bo‘lishi shu bilan tushuntiriladi. Bolalar terisi nervretseptor apparatining ko‘pchiligi hali unchalik rivojlanmagan bo‘ladi. Go‘dak 1 yoshga to‘lishi arafasida temperatura sezgisini idrok qiladigan tanachalar rivojlana boshlaydi.

Bolalar terisida gazlar almashinuvi kattalarnikiga nisbatan ancha faolroq kechadi, organizmdagi jami gazlar almashinuvining 1 % ini tashkil qiladi. Shu bilan birga emadigan bolalar terisining rezorbsion xususiyati namoyon bo‘lib, ayniqsa, ular zararlangan teri sohasida kuchli kechadi.

Bolalar terisining derma, gipoderma qavatidagi elastik to‘qimalar va hujayralar o‘zida suv hamda mineral moddalarni ko‘p tutadi va teridagi osmotik bosimning tez o‘z-

garishiga sabab bo'ladi. Bolalar terisi hujayralari ichida va tashqarisida suv miqdori ko'p bo'lganidan ularda ko'p uchraydigan eksudativ diatez, ekzema ba'zan og'ir kechadi: ko'pincha teri suvsirab turadi va bu jarayon tez qaytalaydi. Teri muhitining ishqoriy bo'lishi, pigmentlanishning sustligi, organizm immunologik xususiyatining pastligi bolalar terisining tez zararlanishiga olib keladi. Demak, xulosa qilish mumkinki, yuqorida ta'kidlab o'tilgan anatomik-fiziologik xususiyatlar hisobiga (jumladan, terining ancha yupqaligi, gidrofil bo'lishi, tarkibida suv va mineral moddalarning ko'pligi, teri qavatlari tolalarining mustahkam bo'lmashligi, immunologik holatning yetarli rivojlanmaganligi) bolalar terisi har xil kasalliklarga tez chalinadi.

Bola ulg'aygan sayin (6—8 yoshdan boshlab) terisining tuzilishi, barcha xususiyatlari katta odamlarniki kabi bo'ladi. Teri qavatlari mustahkamlanib, tolalari yo'g'onlashadi, pigment hujayralar, yog' va ter bezlarining funksiyalari o'zgaradi. Odam keksaygan sari uning organizmida bo'lgani kabi terisida ham atrofik jarayonlar asta-sekin avj olib boradi. Terining rangi, elastikligi, mayinligi va boshqa xususiyatlari o'zgaradi. Yog' va ter bezlari soni kamayib, funksiyasi susayib qolganligi hisobiga teri yuzasi qurib, muguzlanish jarayoni ortadi. Terining epidermis qavati biroz dag'allashadi. Terida gaz almashinuvi, so'rilish, suv va mineral moddalarning taqsimlanishi ancha sust kechadi. Yuqorida qayd etilgan barcha o'zgarishlar butun organizm faoliyatiga ta'sir qiladi. Terining taktil, temperatura, bosim kabi funksiyalari keksalarda pasayib qoladi, immun jarayonlar izdan chiqib boshlaydi. Shu sababli yoshi qaytgan odamlar terisi o'sma kasalliklariga moyil bo'ladi; tez-tez yara-chaqalar chiqib turadi.

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

1.4. Teri gigiyenasi

Teri butun organizmni qoplab turadi, shu bilan birga uni tashqi muhitning zararli ta'sirlaridan birinchi bo'lib himoya qiladi. Shuning uchun birinchi galda teri kasalliklarining oldini olish, terini toza tutish va uni to'g'ri parvarish qilib borish katta ahamiyatga ega. Ayniqsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlar va yosh bolalarning terisi har kunlik parvarishni talab qiladi.

Go'dak bolalarni iflos va ho'l bo'lgan taglik-choyshabda aslo qoldirib bo'lmaydi. Ular har safar siyganida va ichini bo'shatganidan keyin jinsiy a'zolarini iliq suvda yuvib artiladi va chov, dumba sohalariga toza paxta moyi surtiladi yoki maxsus mineral kukunlardan sepiladi. Bolaning tirnoqlari tez-tez olinadi, badanini tirnab yubormasligi uchun yumshoq qo'lqop kiygizib qo'yiladi. Bola chaqaloqlik davrida va yarim yoshgacha har kuni cho'miltirilishi lozim. Shunda terisi doimo toza bo'lib, bola yaxshi o'sadi. Bola cho'miltiriladigan xonaning harorati 22—24°C dan, qaynatilgan suvning harorati 36—37°C dan past bo'lmasligi kerak; «Lanolinli», «Bolalar uchun» kabi sovunlar bilan yuvintirish tavsiya etiladi.

Bolalarning o'smirlik davrida terini parvarish qilishlariga, ayniqsa, alohida e'tibor berish lozim. O'smirlarda ko'pincha yuz, ko'krak, yelka terilariga, ba'zan, hatto boshning sochli qismiga husnbuzar va boshqa toshmalar toshadi. Balog'at yoshida yigit-qizlar terisi bezlarining faoliyati ortadi, terining hidi o'ziga xos bo'lib qoladi. Ular har kuni yuvinib-taranib ozoda bo'lib yurishlari, husnbuzar va yiringli maddalarni qo'l bilan sitmasliklari kerak. Yosh qiz juvonlar bilar-bilmas yuz terisiga har xil upalik va kremlar surtavera, terining tabiiy rangi va silliqligi o'zgaradi, keyinchalik unga turli allergik toshmalar toshadigan bo'lib qoladi, dog' tushadi. Toza terida moyli yupqa parda (mantiya) bo'lib, u patogen mikroorganizmlarning ko'p qismini terining ichki qismiga o'tishiga yo'l qo'ymadi. Teri haddan tashqari ifloslanadigan bo'lsa, aksincha aj-



TESTLAR

1. Teri qanday organ?

- A. Sezgi organi;
- B. Qoplab turadigan a'zo;
- C. Himoya qobig'i;
- D. Hamma javob to'g'ri.

2. Epidermis necha qavatdan iborat?

- A. 2 qavat;
- B. 7 qavat;
- C. 3 qavat;
- D. 5 qavat.

3. Asl teri qanday to'qimadan iborat?

- A. Muskul to'qimasidan;
- B. Eitelial to'qimadan;
- C. Silliq to'qimadan;
- D. Biriktiruvchi to'qimadan.

4. Teriosti yog' qavati qaysi qavat bilan uzviy bog'langan?

- A. Epidermis bilan;
- B. Asl teri bilan;
- C. Muguz qavat bilan;
- D. Yaltiroq qavat bilan.

5. Teri qanday vazifalarni bajaradi?

- A. Himoya, issiqlikni idora etish;
- B. Chiqaruv, tashqi sezish;
- C. Shimish, nafas olish, moddalar almashinuvi;
- D. Hamma javob to'g'ri.

Endogen omillar ta'sirida teriga xilma-xil toshmalar toshadi va ular klinik jihatdan juda murakkab kechadi. Markaziy va periferik nerv sistemasi faoliyatining buzilishi terining ko'pgina allergenlar, oziq-ovqatlar, dorivor va kimyoviy moddalarga sezgirligini oshirib yuboradi. Mabodo ular yana iste'mol qilinadigan bo'lsa yoki parenteral yo'l bilan organizmga yuborilsa, toshma toshib ketadi. Nerv sistemasidagi funksional o'zgarishlar bir qancha teri kasalliklari (ekzema, neyrodermit, tangachali temiratki, yassi temiratki, atopik dermatit va boshqalar) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Qattiq ruhiy kechinmalar, nevrozlar, oliy nerv sistemasidagi ba'zi o'zgarishlarda ham terida eritema, pufakcha, qavarchiq kabi toshmalar toshib, qator dermatozlarni keltirib chiqaradi. Nerv sistemasidagi organik o'zgarishlar natijasida ham terida buzilish ro'y beradi. Masalan, siringomiyeliya, orqa miya so'xtasida katta dog', pufakchalar, eroziya, yara va trofik o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Endokrin bezlar (jinsiy bezlar, buyrakusti bezlari) funksiyasining buzilishi oqibatida (qandli diabet, gipo- va gipertireoz) teri kasalliklari tez rivojlanishi mumkin. Masalan, jinsiy jihatdan balog'atga yetmaganlarda husnbuzar, seboreya paydo bo'lsa, homilador ayollarga giperpigmentli dog'lar tushishi mumkin. Qandli diabetda terining tez-tez qichishishi kuzatiladi.

Moddalar, jumladan, uglevodlar, oqsillar, yog'lar, mineral moddalar va suv almashinuvining buzilishi teri kasalliklarining kelib chiqishida muhim rol o'ynaydi. Uglevodlar almashinuvining buzilishi qandli diabetni, bu o'z navbatida terida har xil yara-chaqalarni, xolesterin almashinuvining buzilishi esa seboreya va husnbuzarlarni keltirib chiqaradi.

Gipo- va avitaminozlar ham teri kasalliklarining paydo bo'lishiga olib keladi. Ba'zi vitaminlarning yetishmasligi biror kasallikning boshlanishiga turtki bo'lsa, ayrimlari, jumladan C vitamini yetishmasligi lavsha (singa)ga, A

vitamini yetishmasligi muguzlanish jarayonining izdan chiqishiga, PP vitamini yetishmasligi pellagra kabi terida katta o'zgarishlar bilan kechadigan kasalliklarga sabab bo'ladi.

Ovqat hazm qilish a'zolari faoliyatining buzilishi ham teri kasalliklarining patogenezida muhim ahamiyat kasb etadi. Me'da-ichak sistemasi xastaliklarida (me'da shirasi tarkibining o'zgarishi, gastrit, me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasi, spastik kolit, gijja invaziyasi, disbakterioz va boshqalar) ekzema, neyrodermit, eshakyem, qichima kabi kasalliklar rivojlanadi yoki qayta qo'ziydi. Jigar xastaliklari ko'pincha atopik dermatit, ekzema, neyrodermit va pes kasalligining kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Qon yaratuvchi organlar va tomir kasalliklarida teri qichishishi va turli toshmalar toshishi kuzatiladi. Masalan, tomirlarning varikoz kengayishida oyoq boldirlari terisida dog'lar, yaralar va eroziyalar paydo bo'ladi. Obliteratsiyalovchi endoartrit gangrenoz yaralarga sabab bo'lishi mumkin. Gipertoniya kasalligi tufayli oyoqlarda trofik yaralar yuzaga keladi (Mortarella sindromi). Qon xastaliklarida ham terida morfologik elementlar (dog', qavarchiq, tugunchalar, tugun, lixenifikatsiya) paydo bo'ladi va ular aksariyat hollarda qichishish bilan kechadi.

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

Toshmalar bir qancha yuqumli (infeksion) kasalliklarning ham (o'tkir yuqumli kasalliklardan qizamiq, skar-

latina, suvchechak; surunkali kasalliklardan sil, zaxm, moxov va boshqalar) klinik belgisi bo‘lib hisoblanadi. Terida va shilliq qavatda paydo bo‘lgan toshmalarda ba‘zan irsiy kasalliklarning alomatlarini ko‘rish mumkin (lamellar ixtioz, tomirli nevus va boshqalar). Teri kasalliklarining murakkab va xilma-xil bo‘lishi morfologik elementlarning turli-tumanligi, birga yoki aralash kelishi, rangi, konsistensiyasi va shakli bilan belgilanadi. Aksariyat dermatozlarning kelib chiqishida ekzogen va endogen omillar odatda birgalikda ta’sir qiladi.

2.2. Teri kasalliklarining umumiy klinik belgilari

Teri kasalligi butun organizm kasalligi bo‘lib, unda ro‘y beradigan o‘zgarishlar bilangina chegaralanmay, balki turli-tuman umumiy simptomlar bilan ham namoyon bo‘ladi. Odatda, subyektiv va obyektiv simptomlar tafovut qilinadi.

S u b y e k t i v s i m p t o m l a r zararlangan teri sohasining qichishishi, achishishi, og‘rishi, tortishib turishi, paresteziya va shu kabilarda namoyon bo‘ladi. Ayrim bemorlarda harorat ko‘tarilib, et uvishishi, uyquning buzilishi kabi holatlar kuzatiladi. Shuni ta’kidlash joizki, subyektiv simptomlar ba’zi kasalliklarning asosiy belgilaridan hisoblanadi, chunki ma’lum dermatozlar qichishish bilan kechadi (qo‘tir, eshakyem, qichima, ney-rodermit, qizil yassi temiratki, ekzema va boshqalar). Ayrim kasalliklar (psoriaz, pushti temiratki, piodermitlar va boshqalar)da qichishish bo‘lmasligi ham mumkin. Qo‘tirda qichishish asosan kechasi zo‘rayadi. Demak, subyektiv simptomlarni bemorning shikoyatidan aniqlasa bo‘ladi.

O b y e k t i v s i m p t o m l a r. Teri kasalliklari mutaxassisi teridagi obyektiv o‘zgarishlarga asoslanib tashxis qo‘yadi. Obyektiv o‘zgarishlar esa toshmalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Aksariyat teri kasalliklarida, uning klinik belgilari toshmalar ko‘rinishida «teriga yozilgan» bo‘ladi. Klinik belgilari — siyrak yoki qalinligi, rang-tusiga

qarab shifokor tashxis qo'yishda va davo choralarini qo'lashda foydalanadi. Toshmalar, odatda, yallig'lanib yoki yallig'lanmasdan o'tishi mumkin. Teri kasalliklarining ko'pchiligi asosan yallig'lanib o'tadi. Teri kasalliklarida yallig'lanmagan toshmalar pigmentli dog'lar, o'smalar, atrofiyalar, giperkeratozlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bunday toshmalar birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlardan tashkil topadi. Ekzogen yoki endogen ta'sirotda javoban terida paydo bo'lgan elementlar birlamchi, shu elementlar asosida rivojlangan morfologik elementlar ikkilamchi deyiladi. Birlamchi morfologik elementlar infiltrativ hamda eksudativ xillarga ajratiladi. Ikkilamchi elementlarning tabiatiga qarab ko'pincha birlamchi elementlarning qanday kechgani to'g'risida tasavvur hosil qilish mumkin.

Birlamchi morfologik elementlar. Terining qaysi qismida joylashganligiga, katta-kichikligiga, tarkibiga, yallig'lanish xarakteri va oqibatiga (evolutsiyasiga) qarab 8 ta birlamchi toshma elementlari tafovut etiladi: 1) dog' (macula), 2) tuguncha (papula), 3) do'mboqcha (tuberculum), 4) tugun (nodus), 5) pufak (bulla), 6) pufakcha (vesicula), 7) madda (pustula), 8) qavarchiq (urtica). Shulardan dastlabki 4 tasi infiltrativ, keyingilari (pufak, pufakcha, madda, qavarchiq) esa eksudativ morfologik elementlar deyiladi.

Dog' deb, terining rangi o'zgarib qolgan joyda paydo bo'ladigan toshmaga aytiladi. Dog'lar yallig'lanadigan va yallig'lanmaydigan bo'lishi mumkin. Kelib chiqish sababiga qarab tomirli, gemorragik, pigmentli dog'lar farq qilinadi.

Tuguncha — teri (osti)dan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element. Tabiatan yallig'lanishga aloqador bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin. Tugunchalarning rangi pushti, qo'ng'ir, misdek qizil, ko'kish-qizil bo'lishi mumkin. Shakli jihatdan dumaloq, oval, poligonal, o'tkir uchli serbar, kindiksimon, konussimon va yassi, konsistensiyasiga ko'ra esa yumshoq, qattiq elastik tugunchalar bo'ladi.

Do‘mboqcha — o‘tkir yallig‘lanishga deyarli aloqasi bo‘lmaydigan, teri sathidan ko‘tarilib turadigan bo‘shliqsiz element. Chuqur tomirlar atrofidagi dermaning retikular qatlamida hujayra infiltrati to‘planib qolishi tufayli kelib chiqadi.

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

Pufakcha — doimo o‘tkir yallig‘lanish tabiatiga ega bo‘lgan, teri ostidan ko‘tarilib turadigan, kovakli, ichida seroz suyuqligi bor ekssudativ birlamchi element. Oval, yarimsharsimon shaklda, kattaligi 1,5 dan 5 mm gacha yetadi.

Pufak — ichi kovakli ekssudativ element, kattaligi 0,5 dan 5—7 sm gacha bo‘lishi mumkin. Pufakning ham xuddi pufakchaga o‘xshab kovak, po‘st va asos qismi tafovut qilinadi.

Madda, pustula — teri ostidan ko‘tarilib turadigan va ichida yiring bo‘ladigan bo‘shliq element. Pustulalar odatda o‘tkir yallig‘lanish tabiatiga ega bo‘ladi. Ayrim kasalliklar, masalan, zaxmda pustulalar o‘tkir bo‘lmagan yallig‘lanish bilan kechadi. Pustulalar yarimsharsimon va yassi konusimon shaklda bo‘ladi; ularning kattaligi esa no‘xatdek, ba‘zan olchadek keladi.

Qavarchiq — o‘tkir yallig‘lanish tabiatiga ega bo‘lib, teri ostidan biroz ko‘tarilib turadigan bo‘shliqsiz element; dermaning so‘rg‘ichsimon qavatida chegaralangan o‘tkir yallig‘lanish va serozli shish paydo bo‘lishi natijasida vujudga keladi. U dumaloq, cho‘zinchoq va oval shaklda, qizg‘ish tusda bo‘ladi. Qattiq qichishish bilan kechadi.

Ikkilamchi morfologik elementlarga quyidagilar kiradi: pigment dog‘lar (p i g m e n t a t i o), tangacha (s q u a m a), qora qo‘tir po‘st (c r u s t a), yoriqlar (f i s s u r a), ekskoriatsiya, tiralish (e x c o r i a t i o), eroziya (e r o s i o), yara (u l c u s), chandiqlik (c i c a t r i x), vegetatsiya (v e g e t a t i o n e s), lixenifikatsiya (l i c h e n i f i c a t i o).

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

Tangacha — muguz qavatning ko'chib tushadigan yadrosiz hujayralari.

Qora qo'tir po'st, po'stloq — teridagi birlamchi pufakcha, pufak, yiringcha va chuqur yaralar kabi toshmalar tarkibidagi tiniq yoki yiringli suyuqlikning qurib qolishi natijasida yuzaga keladi.

Yoriqlar — terining chiziqli nuqsoni (yetishmovchiligi) bo'lib, yallig'lanish, infiltratlanish oqibatida hamda teri o'zining yumshoqligi va elastikligini yo'qotganida vujudga keladi.

Ekskoriatsiya, tiralish — sog'lom terining mexanik ta'siri tufayli jarohatlanishi, ko'pincha teri qichishishi natijasida paydo bo'ladi.

Eroziya — teri epidermis qavatining yuza nuqsoni, odatda pufakcha, pufak yoki yuza maddalar yorilganidan keyin paydo bo'ladi.

Yara — terining chuqur nuqsoni, bunda epidermis, derma, hatto gipoderma ham zararlanishi mumkin. Yara do'mboqcha, tugun, chuqur pustula kabi birlamchi infiltrativ elementlar yorilganidan so'ng yuzaga keladi.

Chandiq — terining chuqur nuqsonlari (yara) bilan kechadigan do'mboqcha, tugun, chuqur pustula va boshqalar o'rni bitayotganida hosil bo'ladi. Chandikli teri sohasi sog'lom teridan keskin farq qilib, unda o'ziga xos mayinlik, egatchalar, tuklar, ter va yog' bezlari mutlaqo bo'lmaydi.

Vegetatsiya — aksariyat terining uzoq vaqt yallig'langan sohasida epidermis tikansimon qavatining o'sib ketishi hamda so'rg'ichlarning yuqoriga qarab kengayishi natijasida paydo bo'ladi.

Lixenifikatsiya, terining dag'allashishi — terining o'ziga xos o'zgarishi bo'lib, undagi naqshning dag'allashishi bilan ifodalanadi, bunda teri egatchalari ro'yirost bilinib, xuddi shu soha terisi giperpigmentlanadi, quruqshab, g'adir-budur bo'lib qoladi.

Teri va tanosil kasalliklaridagi toshmalar faqat bir xil birlamchi morfologik elementlardan (masalan, tangachali temiratki yoki zaxmdagi tugunchalar, rozeolalar, so‘gal va boshqalar) tuzilgan bo‘lsa, *monomorf toshmalar* deyiladi. Shuning uchun monomorf toshmalardan iborat dermatozlar farq qilinadi. Ularga tangachali hamda qizil yassi temiratki, eshakyem, vulgar pemfigus, furunkuloz, gidroadenit, chaqaloqlarning chilla yarasi va boshqalar kiradi. Agar xastalikda har xil birlamchi morfologik elementlar uchrasa, uni *chin polimorfizm* deb ataladi. Aksariyat kasalliklarda, jumladan, ekzema, moxov, Dyuringning gerpiform dermatiti, zaxmning ikkilamchi davrida bir yo‘la har xil, ya‘ni ham birlamchi, ham ikkilamchi elementlar kuzatiladi. Bunday toshmalar polimorfizmi *soxta polimorfizm* deb ataladi. Bemordagi monomorf, polimorf toshmalar yoki soxta polimorfizmi baholay bilish kasallikni aniqlashda muhim ahamiyatga ega.

2.3. Teri kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni klinik tekshirish

Teri va tanosil kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni tekshirish usullari terapiya va jarrohlikda qabul qilingan tekshirish usullaridan farq qiladi. Bunda bemordan faqat anamnez yig‘ib qolmay, balki uning terisi va shilliq qavat-lari umumiy ko‘rikdan o‘tkaziladi. Tekshiruv chog‘ida teridagi birlamchi yoki ikkilamchi elementlarga, ularning tarqoq yoki chegaralanganligi, shuningdek, konsistensiyasi, toshmalar chegarasi, atrofidagi terining o‘zgargan yoki o‘zgarmaganligiga ahamiyat berish talab etiladi.

Ba‘zi dermatozlar klinik ko‘rinishi jihatidan bir-biriga juda o‘xshash bo‘ladi yoki kasallik atipik shaklda kechadi. Bunday hollarda shifokor ko‘pincha palpatsiya, diaskopiya, tirnash kabi tekshirish usullarini qo‘llashi yoki kasallikning kelib chiqish tarixini chuqurroq o‘rganishi zarur. Ba‘zan teri morfologiyasini o‘rganish, qon va siydikni umumiy

analiz qilish va boshqa maxsus usullarni (masalan, qonning serologik reaksiyasi, teridagi elementlardan oqish treponema, moxov tayoqchasi, akantolitik hujayralarni izlash, immunologik tekshirishlar va b.) qo'llashga to'g'ri keladi.

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

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

Anamnez yig'ishda dermatozning vaqt-vaqti bilan qo'z-zib turishini inobatga olish zarur. Masalan, psoriaz, ekzema, Dyuring dermatiti retsivdivga moyil bo'lsa, trixofitiya, pushti rang temiratki va boshqalarda residiv kuzatilmaydi.

Dermatozlar diagnostikasida kasallik boshlanishidan oldin bemorning dori-darmon qabul qilgan yoki qilma-ganligi, shuningdek, oila a'zolarida shunga o'xshash tosh-malar bor-yo'qligini surishtirish maqsadga muvofiq.

Bemorning hayotiy anamnezini (anamnesis vitae) yig'ish, organ va sistemalarini tekshirish, terapev-tik klinikalarda qabul qilingan usullardan deyarli farq qilmaydi.

Teri kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda dermatologik statusning ahamiyati katta. Bunda avvalo morfologik elementlar yallig'langan yoki yallig'lanma-ganligini aniqlash kerak. Ko'pincha o'tkir yallig'lanish eks-sudativ komponent bilan kechsa, surunkali yallig'lanishda

proliferativ komponent qoʻshiladi. Kasallikni aniqlashda toshmalarning oʻrni ham ahamiyatga ega. Masalan, psoriasis, teri silining papulonekrotik turida toshmalar terining yozuvchi qismida uchrasa, sil volchankasi, eritematoz, husn buzarlarda toshmalar asosan yuzda boʻladi.

Toshmalarning tarqoq, chegaralangan, generalizatsiya, disseminatsiya boʻlib joylashganligiga, simmetrik yoki nosimmetrikligiga, shuningdek, toshmalarning katta-kichikligi, shakli, chegarasi, rangi, konsistensiyasi hamda yuzasiga eʼtibor berish zarur. Toshmalarning chegarasi aniq yoki noaniq, keskin va nokeskin, yassi, konussimon, yarimsharshimon shaklda boʻladi. Toshmalar yumshoq, elastik, qattiqroq va juda qattiq konsistensiyali boʻlishi mumkin.

Kasallik diagnostikasida dermografizmning ham ahamiyati katta. Uni teri nerv-tomir sistemasining mexanik qitirlashga nisbatan javob reaksiyasiga koʻra ham aniqlanadi. Agar teri sathida shpatel yurgazilsa u qizaradi va 2—3 daqiqadan soʻng rangi yoʻqoladi. Bu normal dermografizmdir. Qizil dermografizm ekzema, psoriasis, oq dermografizm qichima, eksfoliativ dermatit, turgʻun oq yoki aralash dermografizm esa neyrodermit, eshakyemda uchraydi.

Dermatologik status soʻngida bemorning subyektiv shikoyatlari qayd etiladi.

2.4. Teri kasalliklarini davolash tartibi

Teri kasalliklariga chalingan bemorlarni davolash shartli ravishda ikkiga boʻlinadi: umumiy va mahalliy.

Umumiy davolash. Bunday usulda davolashda asab sistemasini tinchlantirish, organizmning qarshilik koʻrsatish qobiliyatini oshirish, vitaminlar yetishmovchiligining oldini olish, mikroblar tushishi bilan kechadigan kasalliklarni antibiotiklar bilan davolash nazarda tutiladi.

Nerv sistemasini tinchlantirish uchun **brom preparatlari** (kaliy yoki natriy bromidning 0,25—0,5 % li eritmasi 2—3 mahal 1 osh qoshiqdan ichishga buyuriladi) va **trankvili-**

zatorlar (1—2 ml 2,5 % li aminosin muskul orasiga, taze-pam — 0,01 g, kechqurun uxlashdan oldin, trioksazin 0,3 g dan kuniga 2 mahal, meprofan 0,2 g dan kuniga 2—3 mahal) keng qo'llaniladi. Bu dorilar juda asabiylashish va kuchli qichishish bilan kechadigan dermatozlarda tavsiya etiladi.

Tinchlantirishning keng foydalanadigan turi gipnosug-gestiyadir, ya'ni bunda shifokor bemorga xushmuomalalik bilan ruhiy ta'sir etadi. Tinchlantiruvchi dorilardan **novokainning** 0,25—0,5 % li eritmalari qo'llaniladi. Bu dori 2—10—15 ml dan muskul orasiga yuboriladi yoki ovqatdan 1 soat oldin 15—25 ml dan kuniga 3 mahal ichiladi. Novokaindan ba'zan odamning boshi aylanib, ko'ngli ayniydi, umuman bo'shashib ketadi. Bunday hollarda novokain berishni to'xtatish kerak.

Ko'pchilik dermatozlarning vujudga kelishi va rivojlani-shida allergologik o'zgarishlar muhim ahamiyat kasb etadi, bunda bemor organizmida o'ta sezuvchanlik holati kuzatiladi. Bunday hollarda davolash asosini giposensibilizatsiyalash tashkil qiladi. Giposensibilizatsiyalovchi moddalardan **kalsiy birikmalari** (kalsiy xlor, glukonat kalsiy) va **tiosulfat natriy** keng qo'llaniladi; kalsiy tuzlari simpatik va vegetativ nerv sistemasiga ijobiy ta'sir etib, qon tomiri devorlari o'tkazuvchanligini normallashtiradi va mustahkamlaydi. Kalsiy tuzlari 10% li eritma holida 1 osh qoshiqdan uch mahal ichiladi yoki 5—10 ml dan venaga yuboriladi. Kalsiy tuzlari venaga yuborilganda, ular angiotseptorlarni qitiqlab, nerv sistemasi orqali butun organizm holatini normallashtiradi. Tiosulfat natriyning 30 % li eritmasi venaga yuboriladi, uning giposensibilizatsiyadan tashqari antitoksik ta'siri ham bor.

Antigistamin dorilar. Teri kasalliklari patogenezida gistamin va boshqa biologik aktiv moddalarning ahamiyati katta; allergik reaksiyalar tufayli bu moddalar miqdori bemor organizmida yuqori bo'lib, ular qon tomirlar devorining o'tkazuvchanligini oshiradi, natijada terida eritema, shish va kuchli qichishish kuzatiladi. Bunday

noxushliklarni bartaraf etish maqsadida antigistamin dori-darmonlardan dimedrol, **lorid (loratadin) suprastin, tavegil, loratal, biopassit**, pipolfen va boshqalar buyuriladi. **Dimedrol** — 0,03— 0,05 g dan kuniga 2—3 mahal ichiladi yoki 1 % li eritmasi muskul orasiga yuboriladi. **Suprastin** — 0,025 g dan 1—2 mahal ichish yoki 2 % li eritmasi 1 ml dan muskul orasiga; **diprazin (pipolfen)** — 0,025 g dan tabletka yoki 2,5 % li eritmasi 1 ml dan muskul orasiga; **diazolin** — 0,1 g dan kuniga 2—3 mahal, **fenkorol** — 0,025 g dan kuniga 3 mahal, **tavegil** — tabletka 0,001 g dan kuniga 2—3 mahal, yoki 2 ml dan muskul orasiga, **astemisan** — 1 tabletkadan kuniga 2—3 mahal, **peritol, zaditen** — 1 tabletkadan 2 mahal buyuriladi. Keyingi yillarda tavegil va zaditenni faqat tabletka emas, balki uning siropi (qiyomi) ham qoʻllanilmoqda, ayniqsa, u yosh bolalar allergodermatitlarini davolashda juda qoʻl keladi.

Vitaminlar bilan davolash. Koʻpincha baʼzi dermatozlar vitaminlar yetishmasligidan kelib chiqadi. Shu sababli bemor organizmidagi yetishmaydigan vitaminlar oʻrnini toʻldirish maqsadida sintetik vitaminlar tavsiya etiladi.

C vitamini — askorbin kislotasi 0,1—0,3 g dan kuniga 3 mahal ichiladi yoki 5 % li eritmasi 1—2 ml dan muskul orasiga yoki venaga yuboriladi.

B vitamini guruhiga kiruvchi vitaminlar: B₁ (tiamin) — nevrit kasalligida keng qoʻllaniladi, u ogʻriqni qoldirib, qichishishni kamaytiradi. Bu vitaminni 0,01—0,02 g dan kuniga 2—3 mahal ichish yoki 5 % li suvli eritmasini 0,5—1,0 ml dan muskul orasiga yuborish tavsiya etiladi.

B₂ (riboflavin), B₆ (piridoksin), B₁₂ (sianokobalamin), B₅ (pantotenat kalsiy), B₁₅ (kalsiy pangamat) vitaminlari ham dermatologiya sohasida keng qoʻllaniladi.

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

E vitamini (tokoferol). 50—150 mg dan kuniga bir mahal ichiladi yoki muskul orasiga 50 mg dan yuboriladi.

PP vitamini (nikotin kislotasi) ichish uchun 0,05—0,1 g dan kuniga 2—3 mahal, venaga va muskul orasiga 1—3 ml dan 1 % li eritmasini yuborish tavsiya etiladi.

B guruhdagi vitaminlar allergiya va gistaminga qarshi davolashda ko‘proq qo‘llaniladi. Bundan tashqari, ular hujayralararo oksidlanish jarayonini qayta tiklashda ishtirok etadi.

Mikroelementlar. Ba’zi teri kasalliklarining patogenezida mikroelementlarning ahamiyati katta. Masalan, enteropatik akrodermatit va soch to‘kilishida — rux, viti-ligoda — mis moddalarining yetishmasligi aniqlangan.

Organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi vositalardan autogemoterapiya, pirotterapiya, biogen stimulatorlardan keng qo‘llaniladi. Ular organizmning organ va sistemalari faoliyatini oshirish, himoya qilish mexanizmlarini (gumoral va hujayralar immuniteti) kuchaytirish xususiyatiga ega.

Organizmning nospetsifik stimulatsiya qilishini oshirish maqsadida aloe, platsenta, FIBS, gammaglobulin va boshqalardan foydalaniladi.

Steroidli gormonlar bilan davolash. Steroidli gormonlar organizmda yetishmagan tabiiy gormonlar o‘rnini qoplash yoki organizmga spetsifik farmakodinamik ta’sir etish maqsadida qo‘llaniladi. Hozirgi paytda gormon preparatlaridan gidrokortizon, kortizon, shuningdek, prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalardan keng foydalanilmoqda. Ular ovqatdan keyin ichiladi yoki muskul orasiga yuboriladi. Bu dorilarning 2/3 qismi kunning birinchi yarmida qabul qilinishi kerak. **Prednizolonning** kattalarga bir kunlik o‘rtacha miqdori 10—15 dan 30—40 mg gacha, **deksame-tazon** 2—4 mg, **triamsinolon** esa 10—20 mg dan buyuriladi.

Ta’sirini hisobga olgan holda, gormon preparatlari bilan davolanayotgan bemorlarga **kaliy** (kaliy orotat, panangin, asparkam) va **kalsiy tuzlari** (kalsiy glukonat, pantotenat kalsiy, anabolik steroidlar (retobolil, fenobolil), **vitaminlar** hamda vitamininga boy bo‘lgan meva va sabzavotlar tavsiya

etiladi. Kortikosteroidlar qabul qilayotgan bemorlarda ikkilamchi infeksiyalar kuzatiladi. Uni oldini olish maqsadida antibiotiklar buyuriladi.

Kortikosteroidlarning kundalik miqdori kasallikning klinik kechishi va bemorning vazniga bogʻliq. Ogʻir kechadigan dermatozlarda (pemfigus, eritrodermiyalar) katta miqdorda gormonlar qabul qilish tavsiya qilinadi (masalan, 80—100 mg); kasallik tuzala boshlashi bilan oz-ozdan kamaytirib minimal miqdorga keltiriladi va shu meʼyorda ushlab turiladi.

Antibiotiklar bilan davolash. Teri kasalliklari ichida terining yiringli kasalliklari, ayniqsa, bolalarda koʻproq uchraydi. Antibiotiklardan **penitsillin, ampitsillin, tetratsiklin, eritromitsin, makrolid sefalosporin** guruhi preparatlari, **levomitsetin** koʻp qoʻllaniladi.

Antibiotiklar bemorda kasallikning umumiy simptomlari (tana haroratining koʻtarilishi, et uvishishi, bosh ogʻrishi) regional limfodenit kuzatilganda hamda patologik jarayon boʻyin va bosh sohasida joylashganda buyuriladi. Antibiotiklarni tavsiya etishdan oldin, imkoniyat boʻlsa, mikroorganizmlarning antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini aniqlash maqsadga muvofiqdir. Iloji boʻlmasa, keng spektrli antibiotiklarni qoʻllash tavsiya etiladi. Antibiotiklarning bir martalik, kunlik miqdori kasallik darajasiga bogʻliq boʻlib, oʻrtacha miqdori tanlanadi. Antibiotiklar faqat teri piodermiyalarida emas, balki teri sili, moxov, leyshmanioz (asosan, rifampitsin) kabi dermatozlarda ham keng qoʻllaniladi.

Antibiotiklar uzoq vaqtga buyurilgan boʻlsa, ularga albatta kuniga 4 mahal 250000—500000 TB dan nistatin ham buyuriladi.

Zamburugʻlarga qarshi preparatlar (antibiotiklar). Antimikotiklar, asosan zamburugʻ indaksiyasi tufayli soch, tirnoq shikastlanganda, teridagi patologik oʻchoqlar tarqalgan va chuqur joylashganda tavsiya etiladi. Antimikotiklar fungitsid (zamburugʻ hujayrasini oʻldiradi) yoki fungistatik (hujayra boʻlinishini toʻxtatadi) xususiyatiga

ega. Yengil kechuvchi kandidoz infeksiyasiga qarshi — **nistatin**, ogʻir kechuvchi turi va shilliq qavatlar kandidozlarida — **nizoral**, **difluzol** (flukonazol), **terbinoks** (terbinafin) va **diflukan preparatlari** tavsiya etiladi.

Viruslarga qarshi dori vositalari. Ushbu dori vositalari umumiy va mahalliy tarzda qoʻllaniladi. Lekin ularni parallel buyurish maqsadga muvofiqdir. **Antivirus preparatlari** viruslar keltirib chiqargan dermatozlarda (oddiy temiratki — herpes, oʻrab oluvchi temiratki, kontagioz mollusk, terining papillomovirus infeksiyasi) tavsiya etiladi. Keyingi yillarda **asiklovir**, **valtreks** va **famvir** kabi dori vositalaridan samarali foydalanilmoqda.

Nosteroidli yalligʻlanishga qarshi vositalar (NYQV) keyingi yillarda dermatologiyada keng qoʻllanilmoqda. Ushbu guruh preparatlarning (**voltaren**, **brufen**, **indometatsin**, **aspirin** va boshqalar) artropatik psoriaz, qizil yuguruk, tugunsimon eritema, pannikulit va boshqa teri kasalliklarini davolashda terapiyada qabul qilingan oʻrtacha miqdori buyuriladi.

Teri kasalliklarining paydo boʻlishi va rivojlanishida immunologik oʻzgarishlarning ahamiyati katta. Immun sistema faoliyatini kuchaytirish maqsadida **dekaris**, **immunomodulin**, **timolin**, **taktivin** va boshqalarni qoʻllash, uning faoliyatini susaytirish uchun esa **immunosuppressiv vositalar** (metotreksat, azotioprin, prospidin, siklofosfan, sandimmun) dan foydalanish mumkin.

Baʼzi dermatozlarni davolashda quyidagi turli xil kimyoterapevtik vositalar qoʻllaniladi: piodermiyalarda — **sulfanilamidlar**; moxov kasalligi va Dyuringning gerpetiform dermatitida — **diaminodifenilsulfon**, **diusifon**; eritematoz, pushti husnbuzar, qizil yassi temiratkida — **xingamin (rezoxin, delagil, xloroxin)**; teri silida — **ftivazid**, **salyuzid** va boshqalar.

Teri kasalliklarini davolashda *fizik usullar* (issiqlik, nur va elektr bilan davolash) keng qoʻllanilmoqda. Davolash vositasi sifatida nurdan foydalanganda bemor

terisining shu nurga nisbatan sezuvchanligi va yoʻldosh kasalliklar hisobga olinishi zarur. Ultrabinafsha nurlar (UBN) bilan davolaganda terining shu nurga nisbatan taʼsirchanligini oshiradigan dorilarni (fotosensibilizatorlar) birga qoʻllash tavsiya etiladi. Bu davolash usuli — *fotokimyoterapiya* yoki *PUSA-terapiya* deb ataladi. Fotosensibilizator sifatida **puvalen**, **lamadin**, **psoberan** va boshqalarni qoʻllash mumkin.

Mahalliy davolash. Mahalliy yoki sirtidan davolash aslida umumiy davo hamdir, chunki ular faqat mahalliy taʼsir etib qolmay, balki teri orqali soʻrilib butun organizmga umumiy taʼsir etadi. Mahalliy davo har bir bemor uchun alohida tanlanadi. Shundan soʻng zararlangan oʻchoqning holati, kasallikning kechishi, bosqichi, jarohatning yuza yoki chuqurligi, shuningdek, bemor ilgari qoʻllagan mahalliy davo vositalarini hisobga olgan holda mahalliy davolashni boshlash mumkin. Teri kasalliklarini mahalliy davolashda dorilar sepiladi, namlanadi yoki hoʻllanadi (примочка), turli aralashmalar va malhamlardan foydalaniladi.

Namlash uchun ishlatiladigan suyuqliklar, chayqatma va upalar yuzaki taʼsir etish xususiyatiga ega.

Namlash, hoʻllash (примочка) usuli kasallikning oʻtkir, yarim oʻtkir yalligʻlanish davrlarida, teri yuzasi issiq va nam boʻlganida qoʻllaniladi. Bunda qon tomirlari siqilib, teri yuzasida pilchirash kamayadi, qichishish va ogʻriq yoʻqoladi. Terini namlash uchun suvda eriydigan dorilardan foydalaniladi. Bunda namlash uchun buyurilgan dorilardan biri qoʻllaniladi. Buning uchun doka yoki bint 4—5 qavat qilib buklanadi va dorida hoʻllanadi, biroz siqib zararlangan joy ustiga bogʻlab qoʻyiladi. U qurib qolmasligi uchun har 10—20 minutda namlab turiladi. Namlash usulida 1—2 % li **rezorsin**, 0,25 % li kumush nitrat, 2 % li **borat kislotasi**, 1:1000 nisbatda tayyorlangan **etokridin laktat** va boshqa dori eritmalaridan foydalaniladi.

Upalar — yalligʻlanishga qarshi yuza taʼsir koʻrsatadi. Ular dezinfeksiya qilish, qichishishni kamaytirish, teridagi

nam, yog‘, terni o‘ziga so‘rib olib, terini sovitish xususiyatiga ega. Indifferent (**talk, vismut, oq loy, ruh oksidi, kraxmal**), dezinfeksiyalovchi (**dermatol, kseroform**), shuningdek, tarkibida antibiotiklar bo‘lgan upalar ishlatiladi. Ular zararlangan joyga bir tekis yupqa qilib sepiladi.

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

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

Malhamlar asosini yog‘ yoki sintetik yog‘simon moddalar tashkil qilib, uning tarkibi turli xil farmakologik moddalar (oltingugurt, rezorsin, mentol, dermatol, levomitsetin)dan iborat. Malham surilgandan keyin teridan chiqayotgan ter tarkibidagi suyuqlik malham ostida qoladi va u zararlangan terini yumshatib, dori-darmonlarni terining chuqur qavatlariga singishini ta‘minlaydi. Yog‘larga turli xil dori-darmonlar qo‘shib qichishishni va og‘riqni

qoldiruvchi, yumshatuvchi, dezinfeksiyalovchi va hokazo malhamlar tayyorlash mumkin. Malhamlar, asosan, hayvon va mineral yog'lari (moylari), shuningdek, sariq vazelin, lanolin va ba'zan naftalan asosida tayyorlanadi.

Kremlarning 2/3 qismi yog' va 1/3 qismi suvdan iborat bo'lib, ular terini yumshatib, sovitish va tashqi muhit ta'siridan saqlash xususiyatiga ega.

Keyingi yillarda tarkibida kortikosteroid bo'lgan malham va kremlar keng qo'llanilmoqda: 1 % li gidrokortizon, 0,5 % li «**Prednizolon**», «**Sinalar**», «**Advantan**», «**Dermoveyt**», «**Betkoveyt**» kortikosteroid va antibiotiklardan iborat malham va kremlar («**Selestoderm B**», «**Diprogenta**», «**Triderm**») qichima kasalligi piodermiya qo'shib murakkablashganda yaxshi yordam beradi. Yuz va tananing nozik sohalariga (jinsiy a'zolar, anal, ko'krak terisi atrofiga) «**Momometazon furaat**» (**elokom**)ni qo'llash tavsiya etiladi.

Dermatozlarni davolashda ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanganda mikroob va yallig'lanishga qarshi vosita sifatida **oksikort** (gidrokortizonning oksitetratsiklin bilan birikmasi) va **polkordolan** (triamitsinolan va tetratsiklinning birikmasi), **oksisiklizol** (prednizolon va oksitet-rasiklin birikmasi) aerzollari yaxshi naf beradi.

Keyingi yillarda tarkibida kortikosteroid bo'lmagan dori vositalari yallig'lanish jarayonlarini bartaraf etishda keng qo'llanilmoqda. Bulardan **skinkap** (aerzol, malham, shampun shaklida), **nizoral** (shampun shaklida) psoriasis va seboreyali dermatitni davolashda buyuriladi.

Malhamlar tarkibidagi dori-darmonlarning farmakologik ta'siri ularning konsentratsiyasiga bog'liq, masalan, salitsil kislotasi, rezorsin oz miqdorda et bitirish (keratoplastik) xususiyatiga ega bo'lsa, yuqori konsentratsiyada keratolitik, undan yuqori konsentratsiyada kuydiruvchi xususiyatga ega.

Keratoplastik moddalar yallig'lanishni kamaytirib, zararlangan epidermisning muguz qavatini qayta tiklaydi:

infiltratlarni soʻriltiradi, terini quritib, qichishishni kamaytiradi. Keratolitik dorilar dezinfeksiyalash xususiyatiga ham ega.

Salitsil kislotalari va rezorsin (5—10 % va undan yuqori konsentratsiyada) ishqor (sovun, ayniqsa, kaliy elementi bor koʻk-yashil sovun) va boshqalar keratolitik xususiyatga ega.

Parazitlarni yoʻqotishda antiparazitar dorilar: **benzilbenzoat, medifoks, spregal, oltingugurt, metrogil gel, yod, kseroform, etakridin laktat** va boshqalar keng qoʻllaniladi. Bu moddalarni malham, chayqatmalar yoki namlovchi dorilar koʻrinishida ishlatish mumkin.

Zamburugʻli teri kasalliklarini davolashda, asosan, yod (2—5 % li spirtli eritmasi), **anilin boʻyoqlar**, oltingugurt va boshqalar bilan birga **difluzol (flukonazol), terbinoks (terbinofin)**, kabi mahalliy taʼsir qiluvchi dori vositalari tabletkalar, krem, malham va suyuqlik koʻrinishida buyuriladi.

Qichishga qarshi vositalardan **mentol** (0,5—2 %), **anestezin** (5—10 %), **dimedrol** (1 %), **timol eritmali** (0,5 %), **limon kislotalari** (1 %) va boshqalar keng qoʻllaniladi.

Hozirgi davrda terini kuydiruvchi (yemiruvchi) moddalar oʻrnini zamonaviy davo usullari: elektrokoagulatsiya, diatermokoagulatsiya, lazerokoagulatsiya, krioterapiya egallab bormoqda.

Kuydiruvchi moddalardan **lyapis** (20 % li eritmasi), **trixloruksus kislotalari** (30—50 % li eritmasi), **sut kislotalari** (50 % li eritmasi), **sirka** (6 % li muz sirka kislotalari), **margansovka kristallari, padofillin** va boshqalarni qoʻllash mumkin.

Quyosh nuridan himoya qiluvchi moddalar foto-dermatoz bilan ogʻrigan bemorlarga tavsiya etiladi. Bu maqsadda xinin, salol (7 %), **tanin** (2—5 %), **paraaminobenzoy kislotalari** (5—10 %) krem va malhamlari (Super Shade-15, Nivea-12 va boshqalar) keng qoʻllaniladi. Ular A va B toʻlqin uzunlikdagi ultrabinafsha nurlardan terini himoya qiladi.

AMALIY MUOLAJALAR

Kasallikning rivojlanish tarixi va hujjatlarni rasmiylashtirish qoidalari

Teri tanosil kasalliklari kasalxonasida bemorni davolash paytida quyidagi hujjatlar rasmiylashtiriladi:

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

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

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

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

Teri-tanosil kasalliklari shifoxonasining har bir bo'limi katta hamshirasi tomonidan bemorning kelgan va ketganligi to'g'risidagi daftar to'ldirib boriladi. Unda bemorning pasport ma'lumoti, kelgan

vaqtdagi sog'lig'i haqida ma'lumot, ketayotgan vaqtdagi sog'lig'i haqida ma'lumot, yotgan kunlar muddati, kasallik varaqasi soni va uni necha kunga berilganligi haqidagi ma'lumotlar kiritiladi.

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



NAZORAT SAVOLLARI

1. Bemorlardan anamnez qanday yig'iladi?
2. Umumiy davoda nimalarga e'tibor berish kerak?
3. Mahalliy davo qanday olib boriladi?
4. Gormonal (steroid) preparatlarni ishlatganda nimalarga e'tibor berish kerak?
5. Malhamlarni qay hollarda tavsiya etib bo'lmaydi?



TESTLAR

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

- A. Teri rangiga;
- B. Birlamchi elementlarga;
- C. Ikkilamchi elementlarga;
- D. Hamma javob to'g'ri.

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

- A. Kasallikning o'xshash ko'rinishlarida;
- B. Kasallikning atipik shaklida;
- C. Kasallikning aniq bo'lmagan shakllarida;
- D. To'g'ri javob yo'q.

3. Dermografizm qanday aniqlanadi?

- A. Mexanik qitiqlash bilan;
- B. Paypaslash yo'li bilan;
- C. Tirnash yo'li bilan;
- D. Analiz yig'ish yo'li bilan.

3-bob. TERINING YIRINGLI KASALLIKLARI

3.1. Teri yiringli kasalliklarining sabablari va tasnifi

Terining yiringli kasalliklari yoki piodermitlar (yunoncha *pyop* — yiring, *derma* — teri) eng ko‘p uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Aksariyat terining yiringli kasalliklari surunkali kechib, tez-tez qaytalab turadi va uzoq vaqt davolanishni talab qiladi. Bunda ba‘zan kishilarning mehnat qobiliyati pasayib ketishi yoki vaqtincha ishga yaroqsiz bo‘lib qolishlari ham mumkin. Bu kasalliklarning profilaktikasi dolzarbligicha qolmoqda.

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

E t i o l o g i y a s i. Teriga yiring paydo qiluvchi mikroblar — stafilokokk va streptokokklar, goho ayrim mikroorganizmlar — pnevmokokklar, ko‘k yiring tayoqchasi, ichak tayoqchasi va boshqalarning tushishi sabab bo‘ladi. Ba‘zan bir nechta mikroorganizm birgalikda uchrashi ham mumkin. Tabiatda stafilokokk va streptokokklarning (uyda, kiyim-kechak, teri va shilliq qavatda) doimiy mavjudligi piodermitlarning tez-tez uchrab turishiga sabab bo‘ladi. Barcha tekshirishlar natijasida 20—75 % mikroorganizm batsilla tashuvchilarga to‘g‘ri keladi.

Sanitariya-gigiyena qonun-qoidalarini bilmaslik, unga rioya qilmaslik yoki uni qo‘pol ravishda buzish, turmush va mehnat sharoitlarining talabga javob bermasligi teri yiringli kasalliklarga chalinishiga sabab bo‘ladi.

Sogʻlom odam terisida doimo patogen boʻlmagan (saprofit) mikroorganizmlar boʻlib, ular tashqi muhitdan tushadi va soch follikulalari hamda yogʻ bezlari tirqishiga oʻrnashib oladi. Ular *kelib-ketuvchi* (tranzitor) *mikroorganizmlar* deyiladi. Shu bilan birga terida *doimiy* (rezident) *mikroorganizmlar* ham mavjud. Mikroorganizmlarning teri yuzasida tarqalishi bir xil boʻlmay, ular hatto fasl, yosh va jinsga qarab oʻzgarib turadi. Terisi yiringli kasallikka chalingan bemorlarning terisi yuzasida, ayniqsa, patogen mikroblar — stafilokokk va streptokokklar koʻpayib ketadi.

Terida yiringli kasallik kelib chiqishida avvalo mikroorganizmlarning patogenligi va virulentligi muhim ahamiyat kasb etadi, ammo ularning terida rivojlanishi uchun maʼlum sharoit zarur. Bular terining himoya funksiyasi va piokokklarga nisbatan organizmning qarshilik taʼsirini susaytirib yuboradigan ekzogen va endogen sabablardir.

Ekzogen sabablar: 1. Teridagi yuza mayda yara-chaqalar (mikrotravmalar) — tiralish, qirqilish, kuyish, ishqalanish va boshqalar. 2. Terining haddan tashqari ifloslanishi, oddiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik. 3. Sovuq yoki issiq urishi, sovqotish. 4. Kasbga oid omillar (koʻmir, sement, ohak, tuproq va neft mahsulotlari bilan ishlash). 5. Yosh bolalarga sunʼiy toladan tikilgan kiyimlarni kiydirish, qalin qilib oʻrab-chirmash. 6. Teri muhitining (pH) oʻzgarishi.

Endogen sabablar: 1. Uglevodlar almashinuvining buzilishi (giperglikemiya), gipofiz hamda qalqonsimon bez faoliyatidagi yetishmovchilik. Nerv sistemasi faoliyatidagi funksional buzilishlar (nevrozlar). 3. Organizm tomonidan oqsil oʻzlashtirilishining buzilishi (gipoproteinemiya). 4. Meʼda-ichak sistemasi faoliyatining funksional (jigar, meʼda-ichak kasalliklari) buzilishi. 5. Gipovitaminozlar (ayniqsa, A va C). 6. Irsiy omillar. 7. Organizm immun mexanizmining buzilishi va boshqalar.

Yuqorida keltirilgan ekzogen va endogen sabablar birgalikda kasallikni vujudga keltirishi mumkin. Odatda, bu

omillar kompleks ravishda ta'sir qiladi. Shunga ko'ra mutaxassis bemorni qunt bilan tekshirishi va yuqorida qayd etilgan sabablarni aniqlab, shunga yarasha davo choralarini qo'llashi kerak bo'ladi.

Yiringli kasalliklarning kelib chiqishida bolalar terisi odatdagi fiziologik qarshilik kuchining hali to'la rivojlanmaganligi ham katta ahamiyatga ega. Go'dak tug'ilgan zamon oq uning terisi va shilliq qavatlaridan saprofit va patogen mikroorganizmlar topiladi. Ammo bu mikroorganizmlar har doim ham kasallik keltirib chiqaravermaydi. Kasallikning paydo bo'lishi tushgan mikroorganizmlarning soni, virulentligi, bola terisining namligi, muhiti (pH), kolloid-osmotik ahvoli, immun sistemasi va boshqalarga bog'liq.

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

Keyingi yillarda antibakterial preparatlarni haddan ziyod ko'p qo'llash, organizmning reaktivligini o'zgartirish bilan bir qatorda, ko'pgina mikroorganizmlar, jumladan stafilokokklar va streptokokklarning ba'zi biologik xususiyatlari (antigenlik, immunogenlik, virulentlik)ning o'zgarishiga olib keldi. Bu jarayon terida kasallik paydo qilmaydigan mikroorganizmlarning (epidermal stafilokokk) patogenlik tomonga siljishiga sabab bo'lmoqda va ular tez-tez qaytalanib turadigan terining turli yiringli kasalliklarini keltirib chiqarmoqda. Shu bilan birga penitsillinni parchalovchi mikroorganizmlarning shtamlari (B — laktomaza ishlab chiquvchi, a — transformatsiyalangan) ko'payib bormoqda.

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

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

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

Yuza piodermitlarda morfologik elementlar faqat epidermisda bo'ladi, shuning uchun tuzalganidan keyin o'rinda vaqtinchalik dog' qoldiradi, xolos. Chuqur piodermitlarda esa yallig'lanish hatto gipodermagacha boradi va o'zidan keyin chandiq yoki atrofiyali chandiq qoldiradi.

3.2. Stafilokokkli piodermitlar (Stafilodermiyalar)

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

Yosh bolalar terisi o'ziga xos tuzilishga ega, shuning uchun ularda stafilodermiya boshqacharoq kechadi, bunda toshmaning morfologik elementi yuza nofollikular pufaklar hisoblanadi. Bolalar terisi stafilokokklarga sezuvchan bo'lganligi sababli yallig'lanish tez va tarqoq kechadi, ba'zan og'ir oqibatlariga olib keladi. Asosan, ularga vezikulopustuloz, psevdofurunkuloz, chilla yara va Ritterning eksfolitiv dermatit kabi stafilokokkli kasalliklar kuzatiladi.

Osteofollikulit — soch xaltachasi og'zining yallig'lanishi, uni asosan stafilokokklar qo'zg'atadi. Dastlab teri yuzasida konussimon shaklda follikular madda (pustula)

paydo boʻladi. Madda oʻrtasidan mayin soch (tuk) chiqib turadi. Soch follikulasi atrofi biroz yalligʻlanib, qizaradi va pushti-qizil rangli yalligʻlanish toji bilan oʻralgan boʻladi. Osteofollikulitlar yoki stafilokokkli impetigo terining kichik yoki xiylagina keng qismini egallashi mumkin. Bir necha kundan soʻng maddalar quriydi va yalligʻlanishlar soʻrilib ketadi. Osteofollikulitdan keyin hech qanday chandiqli qolmaydi, ozgina pigmentli dogʻ qoladi, xolos.

Osteofollikulitda maddalar toʻp-toʻp boʻlib joylashsa ham bir-biriga qoʻshilmaydi. Baʼzan ayrim elementlar noʻxatdek boʻlishi ham mumkin, oʻrtasidan mayin soch chiqib turadi. Bu *Bokxartning stafilokokkli impetigosi* deyiladi. Osteofollikulitga, asosan, ekzogen omillar — ishqalanish, tirnalanish va boshqalar sabab boʻladi. Maddalar aksariyat badanning bosilib ishqalanib turadigan qismlarida (boʻyin, bilak, boldir va son sohasi terisida) paydo boʻladi.

Bolalarda, asosan, 2—3 yoshdan keyin kuzatiladi, ayniqsa, 13—15 yoshli oʻsmirlarda koʻp uchraydi. Yuza va chuqur follikulit farq qilinadi. Yuza follikulit odatda 2—3 kunda yoʻqolib ketadi. Tuzalgandan keyin yaradan iz ham qolmaydi.

Chuqur follikulit — soch xaltachasining chuqur qavati yalligʻlanganda teri qizarib turadi, terining shu yerida boʻlgan qattiq unnaydigan infiltrat hosil boʻlib, bezillab ogʻriydi, keyinchalik madda boylaydi. Madda konussimon boʻlib, oʻrtasidan soch chiqib turadi. Bir necha kundan soʻng madda qovjiraydi yoki yiringlanish rivojlanib, toʻqimalar nekrozga uchraydi. Odatda, kasallik 5—6 kunda tuzaladi va oʻrnida nuqta-nuqta chandiqlar qoladi. Koʻpincha chegaralangan chuqur follikulitlar boshning sochli qismida, ensa sohasida va chov oraligʻida uchraydi.

Sikoz — soch follikularining surunkali yalligʻlanishi. Stafilokokkli yoki oddiy sikoz surunkali kechadi va tez-tez qoʻzib turadi. Bu kasallik asosan erkaklarda uchraydi (yunoncha *sicosis* — uzum gʻujumi degan soʻzdan olingan). Toshma elementlari osteofollikulit va follikulitlardan iborat. Stafilokokkli sikoz aksari yuzning soqol

va mo'ylov o'sadigan qismida, ko'proq, qosh, qovoq va qo'ltiqda, ba'zan boshning sochli qismi, bo'yin terisida, shuningdek, jinsiy a'zolar atrofida, qov, son, boldir va badanning jun bilan qoplangan boshqa sohalarida ham paydo bo'lishi mumkin.

Dastlab soch atrofida mayda maddalar (osteofollikulit) paydo bo'lib, ularning asosi infiltratlanadi, o'rtasidan soch chiqib turadi, biroz og'riydi. Soch atrofi bilinar-bilinmas qizil jiyak bilan o'raladi. Follikulitlar bir-biri bilan pustulalar guruhini tashkil qiladi. 2—3 kundan so'ng yiring qotib, po'st bilan qoplanadi, keyinchalik po'st tushib ketib, o'rnida yana yiringli maddalar paydo bo'ladi.

Tarqoq sikozda bemorning yuzida yallig'lanish o'choqlari paydo bo'ladi, undan noxush hid kelib turadi. Zararlangan joyning bir qismi bitsa, atrofidan yangisi ko'rinadi. Kasallik oylab, ba'zan yillab davom etadi. Bunda bemorning terisi tortishib, achishib og'riydi. Ayniqsa, zararlangan soha yuzda bo'lganida kasallik dam tuzalib, dam qo'zib turishi oqibatida bemorning ruhiy holati o'zgaradi.

Stafilokokkli sikoz terining ifloslanishi, burun-tomoq bo'shlig'idagi turli surunkali yuqumli kasalliklar, shuningdek, endokrin bezlar va nerv faoliyatining buzilishlaridan kelib chiqadi.

Oddiy yoki stafilocokkli sikozning tashxisi unchalik murakkab emas, u yiringli-infiltrativ trixofitiya hamda asoratlangan ekzema (yiringlagan) bilan taqqoslanadi. Birinchi holda patogenli zamburug'lar, ikkinchi holda chin polimorfizm kuzatiladi.

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

- Chipqonda uchta rivojlanish bosqichi tafovut qilinadi:
- infiltratning paydo bo'lishi;
 - yiringlanish va nekroz;
 - tuzalish.

Birinchi bosqich. Soch tolasi follikulasi sohasida teri ostidan biroz ko'tarilib turadigan, dumaloq, konussimon tuguncha shaklidagi qattiq yallig'langan infiltrat paydo bo'lib, bezillab og'riydi, qizaradi; asta-sekin kattalashadi.

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

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

Chipqon badanning jun bilan qoplangan hamma joyidan chiqishi mumkin. Lekin ko'pincha yuz, bo'yin, son, dumba, bel sohasida uchraydi. Yuzga, xususan ustki labga chiqqan chipqon o'ta xavfli, chunki bu sohada qon tomirlar tutami juda yuza joylashganligi sababli infeksiya qon oqimiga o'tib sepsis, meningit kabi og'ir asoratlarga sabab bo'ladi. Chipqonni o'zicha sitish, ezish yaramaydi, aks holda yomon oqibatlariga olib kelishi mumkin.

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

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

Ho'ppoz yoki karbunkul yunoncha *carbo* so'zidan olingan bo'lib, «ko'mir» ma'nosini anglatadi, chunki yiringli nekrotik jarayon oqibatida yallig'lanish o'chog'i xuddi ko'mir rangini oladi. Avval terining chuqur qavatlar va teriosti yog' qatlamlaridagi kichik bir joy zichlashib, bezillab qoladi, infiltratli tugunchalar avj oladi. Tugunchalar borgan sayin kattalashib, bu joy tez orada doira shakliga kiradi, ustidagi teri tarang tortib, yaltirab turadi, o'rtasi avval ko'karadi («ko'k yara» nomi shundan), 8—12 kundan keyin madda boylab, oqaradi, atrofida mayda «ko'zlar» paydo bo'ladi (birinchi bosqich), keyin shu joydan yoriladi. Yiringli jarayon atrofiga tarqalmaganidan yemirilgan (irigan) to'qimalar ko'chib tushadi va yashil, ba'zan qizg'ish yiring chiqa boshlaydi. Yiring chiqib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib qoladi, uning tagida yiringli massa — ya'ni «o'zagi» ko'rinadi. Yiringlanish va nekrozlanish ho'ppozning ikkinchi bosqichi bo'lib, 2—3 hafta davom etadi. Keyinchalik yara o'rni chandiq bo'lib bitadi.

Karbunkul odatda, haroratning (39—40°C) ko'tarilishi, ishtahaning pasayishi, umumiy ahvolning yomonlashuvi, bosh og'rig'i hamda harakatning chegaralanishi bilan kechadi. Ho'ppoz chiqqan soha qizib, «lo'qillab» og'riydi. Odatda ho'ppoz bitta chiqadi. Lekin kasallik og'ir kechganda uzoqqa cho'ziladi. Bemorning harorati ancha ko'tarilib, eti uvishadi. Ayni vaqtda limfa tomirlari ham yallig'lanishi mumkin. Ho'ppozga yaqin turgan limfa tugunlari ham, bezlar ham yallig'lanadi, teri biroz shishadi. Yuzdagi ho'ppoz juda xavfli, chunki bunda jarayon qon tomirlari orqali yuzdan miyaga o'tishi va turli asoratlar qoldirishi bilan kechadi. Ho'ppozga tashxis qo'yish uncha qiyin emas, asosan, kuydirgi hamda chipqon bilan taqqoslanadi.

Gidradenit — apokrin ter bezlarining o'tkir yiringli yallig'lanishi. Uni tillarang stafilokokklar qo'zg'atadi (yunoncha *hydros* — ter, *aden* — bez degani).

Gidradenit yirik ter bezlari joylashgan qoʻltiqda, koʻproq chov va orqa chiqaruv teshigi sohasida, shuningdek, ayollarning koʻkrak bezlari uchida uchraydi.

Kasallik terining derma yoki gipoderma qismiga bosib koʻrilganda qoʻlga unnaydi, 1—2 ta tugunlar paydo boʻlishi bilan boshlanadi. Tugunlar usti qizarib, ogʻrib turadi, biroz qichiydi, tugunlar asta-sekin kattalashadi, ular yongʻoqdek, hatto undan ham kattaroq boʻlib ketadi. Zararlangan teri sohasi qizarib, shishib chiqadi, yupqa tortib, bosganda yoki harakatlenganda bezillab ogʻriydi. Tugunlar bir-biriga qoʻshilib ketadi, teri biroz salqib, bilqillab turadi. Oʻtkir yalligʻlanishga xos infiltrat paydo boʻladi. Bora-bora tugunlar yumshab, yoriladi va sargʻimtir-qizgʻish yiring chiqqa boshlaydi; gidradenitda nekrotik oʻzak paydo boʻlmaydi. Baʼzan infiltrat qattiq (yogʻochdek) boʻlib yoyilib ketadi, bu xuddi flegmonani eslatadi. Bunday gidradenit juda ogʻir kechadi, bemor tinch turganida ham ogʻriq bezovta qiladi.

Tugunlar yorilgandan keyingina bemorning ahvoli biroz yengillashadi, issigʻi tushib, ogʻriqlar yoʻqoladi. Hosil boʻlgan chuqur yara granulatsion toʻqima bilan toʻlib, chandiq yuzaga keladi. Gidradenit 15—20 kun davom etadi. Ammo diabetga chalingan, koʻp terlaydigan, zaif, darmoni qurigan, ozodalikka rioya qilmaydigan kishilarda kasallik oylab choʻzilishi ham mumkin.

Kasallikka tashxis qoʻyish shifokorga qiyinchilik tugʻdirmaydi. Gidradenitni furunkul va kollikvativ teri sili bilan taqqoslash kerak. Gidradenitda nekrotiv oʻzak boʻlmaydi. Kollikvativ teri sili uzoq surunkali davom etishi, limfatik tugunlar zararlanishi, oʻchoqlarning teshik-teshik boʻlishi va ogʻrimasligi bilan farq qiladi.

Vezikulopustuloz — chaqaloqlar orasida keng tarqalgan kasallik boʻlib, bunda badanga turli kattalikdagi mad-dalar toshadi. Kasallik goʻdak hayotining dastlabki kun-laridayoq namoyon boʻlishi mumkin. Bunda bolaning boshi, badanining serburma sohalari va oyoq-qoʻllariga

chetlari qizil yallig'langan hoshiya bilan chegaralangan pustulalar chiqadi; pustulalar bitta, ikkita yoki bir nechta bo'lishi mumkin. Gistologik tadqiqotlar yallig'lanishli o'zgarishlar ekkrin ter bezlarining og'iz qismida bo'lishini ko'rsatadi.

Kasallik faqat ter bezining yo'li yuzaki yallig'lanishi bilan kechsa pustulalar hosil bo'ladi (perioporit). Pustulalar kattaligi bug'doydek bo'lib, ichidan quyuq yiring chiqadi va tezda qurib, po'st hosil qiladi. Po'st tushib ketgandan so'ng terida iz qolmaydi. Aksariyat bemorlarda ter bezlarining yo'li hamda uning tutamlari (клубочки) yiringli yallig'lanadi; dermaning chuqur qatlamida aniq chegaralangan konsistensiyasi qattiq, ko'kimtir-qizil rangli tugunchalar paydo bo'ladi. Ularning kattaligi no'xatdek, keyinchalik yong'oqdek bo'lib ketadi. Tugun o'rtasi yumshab zararlangan soha terisi yupqa tortadi, bosganda bilqillab turadi, yorilsa qon aralash yiring oqib chiqadi. Yarada nekrotik o'zak bo'lmaydi. Kasallik pirovardida chandiqlanish kuzatiladi.

Aksariyat bemorlarda yallig'langan tuguncha 1—2 ta, ba'zan bir nechta bo'ladi. Ko'proq bola badanining o'rinko'rpasiga tegib ishqalanadigan joylari, boshi, bo'yin, bel, dumg'aza sohasi zararlanadi.

Abscesslanish chog'ida umumiy darmonsizlik, haroratning ko'tarilishi (38—39°C), holsizlanish va umumiy dispeptik holatlar kuzatiladi. Ayniqsa, ilk go'daklik chog'ida kasallik og'ir kechadi. Davo choralari o'z vaqtida ko'rilishiga qaramay, nimjon bolalarda kasallik har 10—30 kunda qaytalanib turadi, otit, zotiljam, meningit, osteomiyelit, paraproktit va sepsis (bakteriyemiya) kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Bolalarga ko'plab toshadigan abscess yoki soxta furunkulozni follikulit yoki furunkuloz bilan taqqoslanadi. Ma'lumki, follikulit yoki furunkuloz, asosan, kattalarda uchraydi hamda uning pustula markazidan soch chiqib turadi va yorilganda ichidan nekrotik o'zak chiqadi.

Shuningdek, papulonekrotik teri silining boshlang'ich bosqichi bilan qiyoslanadi. Teri siliga chalingan bemorlarda Pirke reaksiyasi musbat bo'lib, boshqa a'zolarida sil o'choqlari aniqlanadi.

Kasallik oqibati bolaning umumiy ahvoriga bog'liq bo'lib, ayniqsa, distrofiyaga uchragan bolalarda og'irroq kechadi. Ba'zan zotiljam yoki sepsis qo'shilib bola nobud bo'lishi mumkin. Shuning uchun bemor bola albatta kasalxonada davolanishi lozim.

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

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

Badan terisining bo'yin, kindik, dumba sohalarida, shuningdek, qo'l va oyoqlarda, biroz qizargan yoki o'zgar-magan teri yuzasi bo'ylab pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklar kattaligi no'xatdek, konsistensiyasi zich, ichidagi suyuqlik tiniq yoki seroz sarg'imtir, atrofi gardish bilan o'ralgan bo'ladi. Pufaklar paydo bo'lishi bilan go'dakning ahvoli o'zgaradi, qattiq bezovta bo'ladi, harorati ko'tariladi. Pufaklar tezda kattalashib, bir-biriga qo'shilib ketadi, ichidagi seroz suyuqlik loyqalanadi. Pufaklar yorilib, eroziyalanadi, periferiyadagi epidermis qoldig'i osilib turadi. Ba'zan yallig'lanish og'iz, burun, ko'z va boshqa a'zolar shilliq qavatiga ham tarqalib ketishi mumkin. Bu ko'pincha zaif, nimjon, chala tug'ilgan bolalar orasida kuzatiladi (yiring autoinkulatsiyasi). Bunda go'dak qattiq bezovtalanib, chirillab yig'laydi, harorati 38—40°C gacha ko'tariladi, onasini emmay qo'yadi, qayt qiladi, goho ichi ketadi. Chora-tadbirlar ko'rilmasa zotiljam, otit, flegmona, hatto sepsis qo'shilishi mumkin.

Kasallik yengil kechganda va o'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatilganda pufaklardan chiqib turadigan suyuqlik qurib, kulrang-sarg'ish tusli po'st hosil bo'ladi.

Chaqaloqlar yoki Ritter eksfoliativ dermatiti go'daklar orasida tarqalgan stafilodermiyaning eng og'ir xili hisoblanadi. Ko'p mutaxassislar bu yuqumli kasallikni klinik kechishi va yuqish darajasiga qarab, *mustaqil nozoologik forma* deb ham yuritadilar.

Hozirgi paytda eksfoliativ dermatitning qo'zg'atuvchisi tillarang stafilokokk ekanligi aniqlangan. Kasallikning kelib chiqishi epidemik pemfigus bilan deyarli bir xil.

Boshida kasallikning klinik ko'rinishi epidemik pemfigusga juda o'xshab ketadi, ammo keyinchalik manzara butunlay o'zgaradi. Kasallik chaqaloq hayotining birinchi haftasidayoq boshlanadi. Dastlab og'iz atrofi, keyinchalik bo'yin burmalari, kindik atrofi, chov oralig'i va orqa chiqaruv burmalari sohasiga toshma toshadi. Toshmalar zich konsistensiyali, katta hajmli sferik pufaklardan iborat bo'ladi. Ular tezda yoki salga yorilib, keng sathli namlangan eroziyalarni vujudga keltiradi; periferiyadagi epidermis qoldiqlari tasmasimon osilib yotadi. Kasallikning 8—12-kunlari go'dak terisi giperemiyalanib, eroziya kattagina joyni egallaydi, hatto Nikolskiy simptomi musbat bo'ladi. Teri tashqi ko'rinishidan bamisoli qaynoq suvda kuygandek bo'lib, ko'kimtir-qizg'ish tusga kiradi, eroziya o'choqlarida yoriqlar paydo bo'ladi.

Kasallik ba'zan bullyoz toshmalar bilan boshlanib, keyin eritrodermiya kuzatiladi, aksariyat, birdan eritrodermiya boshlanib, 2—3 kunda butun badan terisini qoplaydi. Bunda go'dakning umumiy ahvoli keskin yomonlashadi, harorati 40°C dan tushmaydi, avvaliga toksikoseptik holat, keyinchalik sepsis kuzatilishi mumkin. Bola ozib ketadi, me'da-ichak faoliyati buziladi, leykositoz, ECHT ko'tariladi, zaif va nimjon bolalarga kandidoz, zotiljam, piyelonefrit, flegmona, absess, otit va yiringli konyunktivit qo'shilib yomon oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Bir necha oylik, ya'ni kattaroq chaqaloqlarda kasallik bir qadar yengil kechadi. Keyingi paytda eksfoliativ dermatitning yengilroq kechadigan (abortov) xili kuza-tilmoqda. Bunda giperemiya uncha rivojlanmagan bo'lib, epidermisning ko'chishi sust kechadi. Eroziyalanish bo'lmaydi, faqat muguz qavat biroz zararlanadi, xolos. Go'daklarning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi.

3.3. Streptokokkli piodermitlar (Streptodermiyalar)

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

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

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

Kasallikning kelib chiqishida teri va shilliq qavatlarning butunligi katta ahamiyatga ega. Terining qashlanib, tiralishi shu bilan birga rinit va otitda burun hamda quloqdan kelayotgan yiring epidermisni ta'sirlashi oqibatida infeksiya terida tez rivojlanadi. Organizm immun qarshiligining pasayib ketishi, umumiy darmonsizlik, me'da-ichak kasalliklari va gelmintozlar kasallikning kelib chiqishida mu-

him rol o'ynaydi. Ayniqsa, ozodalikka rioya etmaslik (sochiq, ko'rpa va yostiq jildlarining iflos bo'lishi) oqibatida streptodermiya tez tarqalib ketishi mumkin.

Kasallik to'satdan boshlanadi, bunda yiringli toshma teriga birdan toshadi. Zararlangan terida avvaliga gipere-miyalangan hoshiya bilan o'ralgan yupqa pufakchalar (fliktenalar) vujudga keladi. Pufakchalar turli kattalikda bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shib ketishga va periferiyaga qarab o'sishga moyil bo'ladi. Ba'zan fliktenalar o'zgarmagan terida ham paydo bo'lishi mumkin. Bir-ikki kunda pufakchalar yumshab, ichidagi suyuqlik loyqalanadi, yiringlaydi; yiring tezda qurib, sarg'imgir qora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketgan joylarda biroz namlanib turadigan qizg'imgir eroziyalar ko'zga tashlanadi. Odatda fliktenalar bir-biridan alohida joylashadi, ammo periferiyaga yoyilishi oqibatida qo'shib halqasimon (sirsinar) impetigo vujudga keladi. Kasallik 3—4 hafta davom etadi. Pirovardida qora qo'tir ko'chib tushadi. O'rnida sal pigmentlangan (vaqtincha) dog' qoladi. Ba'zan badan terisining boshqa sohasidan yangi toshma elementlari chiqadi va shu yo'l bilan tarqalib boradi. Ayniqsa bolalar qashlanib, terining sog'lom qismlariga infeksiya tarqatadi, eroziyalangan o'choqlar ko'payadi va shu joylar tortishib, biroz og'riydi. Bunday bemorlar atrofidagilar uchun xavfli hisoblanadi. Fliktenalar ko'pincha, yuzda, aksari burun va og'iz atrofida joylashadi, lekin badanning yon qismlari va oyoq-qo'l panjalari, tizza va boshqa joylarda ham paydo bo'lishi mumkin. Kasallik tuzalganidan keyin yallig'langan o'choqlarda chandiq va atrofiya qolmaydi.

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

Quruq streptodermiya baʼzan eritematoz-skvamoz impetigo bilan birga kechishi mumkin. Kasallik aksariyat bahorda yoki kuzda bolalar orasida kuzatiladi. Bolalar yengil qichishdan tashqari deyarli subyektiv boshqa belgilardan shikoyat qilishmaydi.

Yuza panaritsiy yoki turniol (xasmol) — tirnoqosti va atrofidagi toʻqimalarning oʻtkir yalligʻlanishi. Bitta yoki bir necha tirnoqlar kasallanishi mumkin. Asosan kattalar, baʼzan bolalar kasallanadi. Barmoqning koʻrinar-koʻrinmas chaqa joylari orqali yumshoq toʻqimalarga yiringlatuvchi mikroblar kirishi sabab boʻladi. Tirnoq atrofida seroz-yiring tutgan fliktenalar paydo boʻladi. Pufaklar avvaliga seroz suyuqlik saqlaydi, keyin loyqalanib yiringlaydi, periferiya tomon tarqalishga moyil boʻladi. Fliktena tirnoq chuqurchasi atrofida xuddi taqaga oʻxshab joylashadi. Jarohatlangan barmoqlar shishib ogʻriydi. Jarayon surunkali davom etib, bir barmoqdan ikkinchisiga oʻtishi mumkin.

Zaxmsimon papulloz impetigo yoki papullo-eroziv-streptodermiya. Bu kasallik aksariyat goʻdaklar orasida uchraydi. Uni taglik-choyshabdan kelib chiqqan dermatit ham deyishadi. Goʻdakning jinsiy aʼzolari, dumba, son va boldir sohasiga tez yoriladigan fliktenalar toshadi. Fliktenalar infiltratlangan eroziyalar hosil qiladi, bu odatda zaxmdagi eroziyalangan papullalarga oʻxshab ketadi. Asosan, bolani parvarishlaganda ozodalikka rioya qilmaslik (ichki kiyimi va taglik-choyshabini vaqtida almashtirmaslik) oqibatida kelib chiqadi.

Vulgar ektima — streptokokk impetigosining chuqur shakli. Yaralardan olingan yiringli ajratmalar mikrobiologik tekshirilganda vulgar ektimani streptokokkdan tashqari aralash mikroorganizmlar, yaʼni stafilo-streptokokklar ham qoʻzgʻatishi aniqlangan. Sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, ozib ketish, vitaminlar tanqisligi (gipoavitaminoz), organizm umumiy qarshilik quvvatining pasayib ketishi, moddalar almashinuvi hamda mahalliy qon, limfa aylanishining buzilishi va mayda yara-chaqalar

ektimalarning paydo bo'lishiga qulay sharoit tug'diradi. Bolalarda vulgar ektima qizamiq, suvchechak, ko'kyo'tal kabi yuqumli kasalliklardan keyin avj oladi.

Ektimalar asosan boldir, son, dumba yoki bel sohasida paydo bo'ladi. Turli kattalikdagi fliktena, pustula, shuningdek, chegaralangan va og'riydigan infiltratlar yuzaga keladi (ektimada pufaklar epidermis tagida joylashadi). Pustulalar 1—2 tadan 10—15 tagacha, ichida yiring yoki qon-yiring aralash bo'ladi. Pufaklar atrofida qizg'ichko'kimtir infiltrat shishi bo'ladi. Tez kunda pustulalar yuzasi qovjirab, biri ikkinchisining ustiga qatma-qat bo'lib tushadigan zich qoraqo'tirga aylanadi. Qoraqo'tir tushib ketganidan keyin chuqur va og'rib turadigan yaralar ochilib qoladi, uning tubida yiring bo'ladi; 2—3 haftadan so'ng yaralar bitib, yuza yoki chuqur chandiq qoladi.

3.4. Aralash stafilo-streptokokkli piodermitlar

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

Vulgar yoki aralash impetigoning kelib chiqishida bemorlarda ilgaridan mavjud bo'lgan, shuningdek, qichima bilan kechadigan ikkilamchi kasalliklarning patogenetik ahamiyati katta. Teridagi mayda yara-chaqalar, tinalish, iflos yurish, lab burchaklarini doimo pilchirab turishi aralash impetigo paydo bo'lishida asosiy omillardan hisoblanadi. Bu kasallik bilan ko'proq bolalar, o'smirlar va yosh ayollar kasallanadilar.

Vulgar impetigoda yallig'lanish o'choqlari aksariyat bemorlarning yuzida, og'iz va ko'z burchaklarida paydo bo'lib, ba'zan butun badanga ham, qo'l-oyoqlar terisiga ham tarqalib ketadi. Avvaliga biroz qizarib, shishibroq turgan sohalarda streptokokk fliktenasi vujudga keladi. Ke-

yinchalik ular stafilokokklar ta'sirida yiringga aylanadi; tez orada yiring qurib, sarg'imtir-mis rangli qoraqo'tirlar paydo bo'ladi. Vulgar impetigoning o'ta yuquvchanligini nazarda tutib, uni kontagioz impetigo ham deyiladi. Noto'g'ri davo qilinganida yoki zaif va nimjon bolalarda kasallik 1—2 oyga cho'zilishi mumkin. Bunda bemorning biroz issig'i chiqadi, ishtahasi buziladi, limfa tugunlari shishib ketadi. Odatda davolash muolajalari o'z vaqtida va to'g'ri olib borilsa 1—1,5 haftada misrang qoraqo'tir tushib, o'rnida vaqtinchalik dog' qoladi va bemor tezda sog'ayib ketadi.

Shankrsimon piodermiya. Asosan, terining bakterial infeksiya bilan zararlanishi hamda uning zaxm (qattiq) shankriga o'xshash klinik jihatlar borligi Y. Gauffman tomonidan (1934) izohlangan. Hosil bo'lgan yara esa zaxmdagi shankrga juda o'xshash bo'ladi. Tashxis qo'yishda tajribali mutaxassislar ham bemor qonini qayta-qayta serologik tekshiruvdan o'tkazib, yaradan oqish treponema izlashadi.

Shankrsimon piodermiyada bakteriologik tekshirish uchun olingan yiringda, asosan, stafilokokklar, ba'zan streptokokklar ham topiladi. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilmaslik, jinsiy olat uchidagi har xil chaqalanishlar, fimoz va boshqa omillar oqibatida teri ta'sirlanadi va eroziya yoki yara vujudga keladi. Shankrsimon piodermiya jinsidan qat'i nazar kattalarda ham, yosh bolalarda ham kuzatiladi.

Kasallik bemorning jinsiy a'zolari (olat boshi, katta hamda kichik uyatli lablar, qin dahlizi va boshqalar), yuzi, lab atrofi va tiliga bir yoki bir nechta ovalsimon yara chiqishi bilan boshlanadi. Odatda, avvaliga pufak paydo bo'ladi, so'ngra u eroziyalanadi, asosi biroz infiltratlanib oval shaklidagi yaraga aylanadi. Aksariyat bemorlarda eroziya yuzasi gemorragik po'st bilan qoplanishi mumkin, po'st tushib ketganidan so'ng yana qizg'ish-pushti rangli, ichida biroz yiringi bor yara yuzaga keladi. Yaraga yaqin bo'lgan limfatik tugunlar kattalashadi (1—2 sm), bu holat ko'pincha og'riqsiz kechadi. Ko'pincha kasallik 2—3 haftada

tuzala boshlaydi, baʼzan bir necha oylab choʻzilishi ham mumkin. Zararlangan oʻchoq oʻrni iz qoldirmaydi, baʼzan teri chandiq hosil qilib bitadi.

Pioallergidlar. Kokklarga nisbatan bemor terisining oʻta sezuvchanlik holati boʻlib, oʻziga xos turli allergik toshmalar toshishi bilan ifodalanadi.

Mutaxassislarning fikricha xuddi teri sili, terining zamburugʻli kasalliklaridagi kabi mikroorganizmlarning parchalanish mahsulotlari zararlangan oʻchoqlardan gematogen yoʻl bilan butun organizmga tarqalib, oʻta sezgirlik koʻrinishidagi allergik holatni namoyon qiladi.

Pioallergidlar birdan boshlanib, kepaklanib turadigan eritematoz dogʻlar, papulovezikulalar, maddalar toshishi bilan kechadi. Odatda toshmalar badan terisiga va oyoq-qoʻllarga simmetrik ravishda toshadi; hatto qoʻl va oyoq kaftlariga qattiq poʻstli pufakchalar va pufaklar chiqishi mumkin. Bunday paytda bemorning issigʻi chiqib, boshi ogʻriydi, koʻngli ayniydi va darmoni quriydi. Toshmalar tarqalib, terining xiylagina qismini egallashi mumkin. 10—15 kundan keyin toshmalar kamayib regressiya boshlanadi.

3.5. Terining yiringli kasalliklarini davolash va oldini olish

Terining yiringli kasalliklari kompleks tarzda davolanadi. U etiotrop va patogenetik terapiyadan iborat boʻlib, asosan, bemor organizmining immunologik qarshilik kuchini oshiradigan preparatlarni qoʻllash tavsiya etiladi. Aksariyat bemorlarning nerv, endokrin, ichki aʼzo va sistemalari faoliyati zimdan buzilganligini nazarda tutib, kompleks davo faqat etiologik omillargagina emas, balki butun organizm funksiyasini tiklashga qaratilgan boʻlishi kerak.

Kompleks davo kursini buyurishdan avval, bemor obdon klinik tekshiruvdan oʻtkaziladi. Shu bilan birga uning oila aʼzolari ham tibbiy koʻrikdan oʻtkaziladi, chunki ular orasida infeksiya manbayi boʻlishi mumkin.

Umumiy davo. Sikoz, chuqur follikulitlar, chipqon, karbunkul, vezikulopustullos, terining ko‘plab absesslari, bolalarning chilla yarasi va Ritter eksfoliativ dermatitida antibiotiklar, sulfanilamidlar, shuningdek, spetsifik va nospetsifik immunobiologik terapiya hamda fizioterapevtik davo usullari qo‘llaniladi.

Antibiotiklar bilan davolash. Terining yiringli (ayniqsa, surunkali) kasalliklarini davolashda antibiotiklar juda samarali hisoblanadi. Antibiotiklarni qo‘llashda mikroorganizmlarni ularga nisbatan sezuvchanligini aniqlash maqsadga muvofiqdir. Keyingi yillarda quyidagi antibiotiklar keng qo‘llanilmoqda.

Benzilpenitsillin natriyli yoki **kaliyli tuzi** bolalarga 50—500 ming, kattalarga 1 mln miqdorda har 4—6 soatda muskul orasiga, 10—12 kun davomida buyuriladi.

Oksatsillin natriyli tuzi 0,25—0,5 g dan har 4—6 soatda, ovqatdan 1 soat oldin yoki 2—3 soat o‘tib, 7—10 kun davomida ichiladi.

Ampitsillin trigidrat 0,25—0,5 g dan har 4—6 soatda 5—10 kun davomida ichiladi.

Ampitsillin natriyli tuzi 0,25—0,5 g dan har 4—6 soatda muskul orasiga, 5—10 kun davomida buyuriladi.

Ampioks 0,25—0,5 g dan har 6—8 soatda, 5—10 kun davomida buyuriladi.

Tetrasiklin 0,2—0,3 g dan kuniga 4—6 marta ovqatlangandan so‘ng, 5—7 kun davomida ichiladi.

Metasiklin gidroklorid 0,3 g dan kuniga 3 marta, 7—10 kun davomida ichiladi.

Doksisiklin 0,1 g dan har 12 soatda, 8—10 kun davomida ichiladi.

Sefalekssin 0,25—0,5 g dan har kuni 4 marta ichiladi.

Eritromitsin 0,25—0,5 g dan 4 marta, 7—10 kun davomida ichiladi.

Baktrim 2 tabletkadan 2 marta, ovqatlangandan keyin, 7—10 kun davomida ichish buyuriladi.

Umuman antibakterial preparatlarni qabul qilish muddati 2—3 haftadan oshmasligi kerak. Antibiotiklar infiltratlangan to‘qimalarning yiringlab ketishiga yo‘l qo‘ymaydi, natijada katta chandiqlik bo‘lishining oldi olinadi. Ammo surunkali og‘ir kechadigan jarayonlarda 1—1,5 oy buyurishga to‘g‘ri keladi; kandidoz, disbakterioz, qaytalovchi neytropeniya, ba‘zan allergik reaksiyalarning oldini olish uchun dori-darmonlar boshqasiga almashtirib turiladi.

Ayniqsa, surunkali piodermitlarda antibiotiklarning bir nechtasini birgalikda qo‘llash samarali ekanligi isbotlangan. Masalan, **eritromitsin — tetrasiklin; olendomitsin — tetrasiklin; ampitsillin — oksatsillin; monomitsin—eritromitsin, linkomitsin gidrat — seporin** va boshqalar.

Spetsifik (maxsus) immunoterapiya uchun **stafilokokk anatoksini** (nativ yoki adsorbsiyalangan) qo‘llaniladi. U bemor organizmida antitoksik va antibakterial immunitetni yuzaga chiqishida muhim rol o‘ynaydi. Anatoksin 0,5—1,0—1,5—2,0—2,2 ml dan 5 kun oralatib kurak terisi ostiga yuboriladi.

Polivalent **stafilokokk vaktsinasi** esa teri ichiga 0,1—0,2 ml dan 4 kunda bir marta yuboriladi va har safar 0,1—0,2 ml dan oshirib boriladi, davo kursi 1,5—2,0 ml. **Stafilokokkli antifagin, stafilokokk bakteriofagi** ham 0,1 ml dan oshirib borish usulida teri ostiga yuboriladi.

Ayrim bemorlarga (jigar, yurak-qon tomiri, endokrin bez kasalliklarida) spetsifik (maxsus) immunoterapiya tavsiya etilmaydi. Bunday hollarda passiv immunitetni ta‘minlovchi preparatlar, **antistafilokokkli gammaglobulin, antistafilokokkli giperimmun plazmasi** buyuriladi.

Nospetsifik immunoterapiya maqsadida kasallik patogenezini nazarda tutib, turli vositalar qo‘llaniladi. Masalan, **prodigiozan** — davo kursi 100 mkg, **pirogenal** — davo kursi 1000—1500 MPD gacha.

Umumiy quvvatga kirg'izadigan davo maqsadida vitaminlar **C, A, B, P** yoki polivitaminlar: **pangeksavit, dekamevit, aerovit, undevit** va boshqalar bir oygacha kuniga 2 — 3 mahal buyuriladi.

Yiringli teri kasalligiga chalingan bemorlarni davolashda fizioterapevtik davo usullari, jumladan UVCH- terapiya, ultrabinafsha va qisqa to'liqinli nurlar, parafinli applikatsiya qilish keng qo'llanilmoqda. Ayniqsa, surunkali piodermitlarda fizioterapiya usullari kompleks davo kursiga kiritilgan. Nekrotik o'zak hamda infiltratning tezroq yetilishida ultrabinafsha va qisqa to'liqinli nurlar (OKUF-5 da 5—7 seans), o'zak ajralgandan keyin esa, har kuni umumiy UFO, jami 10—12 seans buyuriladi. Qattiq chandiqlanish bilan kechadigan piodermitlarda **parafin** yoki **ozokeritli applikatsiya** ikki kunda bir mahal, jami 10—12 seans, davo kursiga 6—8 muolaja **lidaza fonoforezi** tayinlanadi.

Mahalliy davo. Bunday davo usuli har bir bemor uchun alohida (individual) tanlab olinadi. Bundan asosiy maqsad yiringli toshmalar butun badanga yoki sog'lom teriga tarqalib ketmasligining oldini olish, subyektiv belgilarni kamaytirish va iloji boricha bemorni tezroq darddan xalos qilishga qaratilgandir.

Dastlabki kuniyoq bemorga shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy amal qilish hamda toshma toshgan davrda yuvinmaslik tartibi tushuntiriladi. Zararlangan o'choqlar atrofi kuniga 2—3 mahal **kamfora spirti** yoki 1—2 % li **salitsilat spirti** bilan artiladi. Osteofollikulitda maddalar sterillangan nina bilan teshiladi va 70°C li spirtida namlangan dokali tamponlar bilan yaxshilab tozalanadi, so'ngra 1—2 % li **anilin bo'yog'i** surtiladi.

O'ta yuqumli piodermiyalarda bolalarning tirnoqlari olib tashlanadi. Zararlangan o'choqlarga mutlaqo suv tegizmaslik kerak, ular atrofidagi sog'lom teri spirtli eritmalar bilan bir kunda ikki mahal artib turiladi. Yaralarni bint bilan bog'lash yaramaydi. Yara po'sti va dorilarning qotib qolgan qismi o'simlik moyi bilan yumshatilib olib tashlanadi. Chipqon, ho'ppoz va gidradenitda yallig'langan

infiltratlarga **ixtioldan** tayyorlangan «kulchalar» qo'yiladi va ixtiol qurib qolmasligi uchun 2 % li **borat eritmasi** shimdirilgan doka yopib qo'yiladi. Toza ixtiol chuqur infiltratli piodermitlarning yanada avj olib ketishiga yo'l qo'ymaydi va qo'pol chandiqli hosil qilmay et bitishini ta'minlaydi; ultrabinafsha va qisqa to'lqinli nurlar (OKUF-5) ham ana shu maqsadda qo'llaniladi. Chipqon, ho'ppozdagi «yara o'zagi», gidradenitda yiringli o'choqlarni yaxshilab tozalash maqsadida **natriy xlorid** yoki **proteololitik fermentlardan** tayyorlangan eritmalar bilan tiqin (turunda) qo'yiladi. Chipqon, ho'ppoz, gidradenit yoki chuqur follikulit yorilgandan so'ng **geliomitsinli**, 2 % li **linkomitsinli**, **tetrasiklinli**, **eritromitsinli**, 3—5 % li **dioksidin levosin**, **levomekol** kabi malhamlar ishlatiladi. Chandiqlanib bitishda 2 g **eritsiklin**, 10 g **dimeksid**, 75 g suvsiz **lanolin** va 100 g **vazelin moyi** aralashmasi yaxshi naf beradi. Mabodo bemorlarda qandli diabet qayd qilingan bo'lsa, unda qo'llanilayotgan doriga teng miqdorda insulin qo'shib zararlangan o'choqlarga qo'yiladi. Hali yetilmagan yoki yorilmagan chuqur infiltratlarga toza ixtiol qo'yish davom ettiriladi. Bemorning hayoti uchun xavfli (ayniqsa, chuqur follikulitlar yuzda bo'lganda) yiringli kasalliklarda jarrohlik usulidan foydalaniladi.

Vezikulopustuloz, bolalarning ko'plab absessi, chaqaloqlarning chilla yarasi, Ritter eksfoliativ dermatitida ham zararlangan o'choqlar atrofidagi teri spirtli eritmalar bilan kuniga 1—2 mahal artiladi. Yiring bo'lganida chaqaloqlarni yuvintirish yaramaydi. Eroziyalangan sohalarga 5 % li bor-naftalin malhami, 3—5 % li sulfanilamid yoki 2—3 % li antibiotikli malham, 1—2 % li anilin bo'yoqlari surtiladi. Qotib qolgan yiring va qon qoldiqlari yengil ko'chishi uchun o'simlik moyidan foydalaniladi.

Yallig'lanishning oldini olish va uni yiringlashdan saqlash maqsadida o'choqlarga **geliomitsin**, **kolimitsin**, **dibiomitsin**, 1—3 % li **eritromitsin** va 5 % li **polimiksin** malhamlarini surtish buyuriladi.

Chegaralangan sohalarga antibiotik va steroidli malhamlardan «**Gioksizon**», «**Oksikort**», «**Kandiderm**», «**Diprogenta**» qoʻllaniladi.

Ahvoli juda ogʻir bemorlarga **steroid gormonlar** buyuriladi. Sepsisning oldini olish uchun antibiotiklar, past molekularli dekstrantlar — **nativ plazma, yangi sitratlangan qon, kontrikal** qoʻllaniladi.

Streptokokkli piodermitlarning mahalliy davosi ham odatdagidek zararlanish oʻchogʻini dezinfeksiyalovchi eritma va malhamlar, 1 % spirtli yoki suvli eritmali anilin boʻyoqlari (**gensian fiolet, koʻk dori, metilen koʻki, Kastellani boʻyogʻi** va boshqalar) bilan artishdan boshlanadi; yara-chaqalar poʻst bilan qoplangan boʻlsa, u holda avval 1 — 2 % li **oq simob, streptotsid** yoki **bornaftalan malhami** qoʻllaniladi.

Pilchiragan yoki oʻtkir yalligʻlangan sohalari 1 % li **rezorsin eritmasi, alibur suyuqligi**, 1:1000 nisbatda tayyorlangan **etakridin laktat** eritmaları shimdirilgan dokalar bilan namlanadi, bunda katta-kichik pufaklar yorilib, poʻstlari tushib ketadi. Oʻtkir yalligʻlanish biroz pasaygandan soʻng **antibiotikli malhamlar** (1 % li eritromitsin, neomitsinli «**Lokokorten**», «**Oksikort**», «**Dermazolon**», «**Diprogenta**») surtish yaxshi naf beradi.

Tirnoq plastinkalari atrofi impetigosida antibiotiklardan foydalaniladi, mahalliy davo yaxshi naf bermasa, jarrohlik usuli qoʻllaniladi.

Tirqishsimon impetigoni davolashda eng avvalo uni keltirib chiqaradigan omillar — alveolar pioreya, ogʻiz shilliq qavati yalligʻlanishi kasalliklarini bartaraf etish lozim. Quruq oddiy temiratkini davolashda esa 2—3 % li **oq simob malhamiga** 1—2 % **salitsilat kislova** qoʻshib surtiladi.

Ektimada kuzatiladigan fliktenalar ham xuddi impetigodek davolanadi. Oʻyib boruvchi ektimada mukammal umumiy davo bilan birga 5 % li ixtiol, «**Dermatol**», «**Gioksizon**», «**Dermazolon**» kabi malhamlardan foydalaniladi. Nekrotik toʻqimalar jarrohlik usulida olib tashlanadi.

Terining yiringli kasalliklari aholining moddiy farovonligi va madaniy sanitariya darajasini belgilovchi mezon hisoblanadi. Bu ko'rsatkich past bo'lgan joylarda piodermitlar keskin ko'payib ketadi. Piodermitlarning profilaktikasi davlat miqyosida katta ahamiyatga ega, chunki bu kasalliklar barcha teri kasalliklari orasida birinchi o'rinda turadi va bemorlarning mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotib qo'yishiga olib keladi.

Teri yiringli kasalliklarining oldini olishda umumiy qonun-qoidalariga amal qilish kerak. Sanitariya-gigiyena, davolash-profilaktika kabi amaliy ishlar ishlab chiqarishdagi sanitariya texnika chora-tadbirlari bilan uzluksiz bog'liq bo'lishi zarur.

Korxonalarda piodermitlarning oldini olish ishlari uch bosqichda olib boriladi:

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

2 - bosqich. Ish vaqtida ro'y bergan yuza jarohatlarni tegishli dorilar bilan artib-surtish, ish o'rnini doimo ozoda va saranjom-sarishta tutish.

3 - bosqich. Ishdan keyin ish o'rni va maxsus kiyimlarni tartibga solish, yuz-qo'llarni, terining kirlangan joylarini yaxshilab yuvib tozalash va boshqalar.

Ayniqsa, teri yiringli kasalliklariga moyil bo'lgan shaxslarni aniqlab, ularga ta'sir qiladigan kasbga aloqador omillarni o'rganish va o'z vaqtida bartaraf etish lozim. Ishga qabul qilishdan avval odamlarni maxsus tibbiyot ko'rigidan o'tkazish zarur. Ko'mir konlari, neft mahsulotlarini qayta ishlash korxonalari, metallurgiya, mashina qurilishi va kimyo zavodlarida ba'zi surunkali dermatozlarga chalingan bemorlarning (neyrodermit, ekzema, qizil yassi temiratki, seboreyaning og'ir xillari, gipergidroz, ixtioz va boshqa-

lar) ishga yaroqligini belgilovchi maxsus sanitariya guruhlarini tuziladi. Bu guruhlar muntazam ishlab turishini ta'minlash lozim.

Sanitariya guruhlarini mehnatkashlarning ish o'rnini toza bo'lishini, ularning maxsus kiyim-kechak va turli anjomlar bilan ta'minlanganligini kuzatib borishlari zarur. Ayniqsa, yerostida ishlovchi shaxtyorlar, issiq sexlarda ishlaydigan ishchilar, metallurklar, frezerchilar va oynasozlar piodermiyaga ko'p chalinadilar. Shuning uchun ularning korjomalari har 10 kunda yuvilib, dezinfeksiyalanishi hamda toza kiyimlari o'zlarining xususiy shkaflarida saqlanishi zarur.

Piodermiyaning avj olishida, asosan, mikroshikastlanishlar sabab bo'lishini nazarda tutib, terining zirapcha kirgan, tirnalgan, shilingan va yorilgan joylariga zudlik bilan dezinfeksiyalovchi eritmalar (2 % li brilliant yashili yoki 2—5 % li yod) surtish lozim.

Terining shikastlangan joylariga iloji bo'lsa, yupqa qoplam hosil qiluvchi Novikov eritmasi, BF-6 yelimi yoki aerazol («Neotizol», «Lifuzol») sepilgani ma'qul.

Piodermiya bilan ko'proq yosh bolalar og'rikanliklari uchun sog'lom bolalarning bemor bolalar bilan yurishiga yo'l qo'yilmaydi. Piodermiyaga chalingan bolalar ajratib qo'yiladi, to ular tuzalgunlaricha bog'cha, maktab, internat va boshqa jamoat joylariga kelishlari vaqtincha taqiqlanadi. Bolalar bilan muntazam ishlaydigan xodimlar, doimo profilaktik ko'rikdan o'tib turishlari lozim.

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

Yiringli teri kasalligiga yo'liqqan bolalarni haddan ziyod issiq kiyintirish va o'rab-chirmashga yo'l qo'yilmaydi. Ularni ozoda tutish, badan terisini toza saqlash, iloji bo'richa vaqtida cho'miltirish, ich kiyimlarini tez-tez almash-tirib turish lozim. Ularning kiyimlari, sochiqlari, hatto

o'yinchoqlari sodali suvda qaynatib, dezinfeksiyalanadi va alohida saqlanadi. Piodermiyaga chalinaveradigan bolalar dispanser nazoratiga olinadi va batamom tuzalib ketganidan keyingina bolalar muassasasiga borishga ruxsat etiladi. Demak, piodermiyaning oldini olishda quyidagi amallarni bajarish lozim:

1. Umumiy omillar: ishchi va xizmatchilarni muntazam tibbiy ko'rikdan o'tkazish, sanitariya-oqartuv ishlarini yo'lga qo'yish, piodermiyaga sabab bo'ladigan omillarni bartaraf etish, bemorlarni o'z vaqtida aniqlab, ularga zarur shart-sharoitlar yaratish, maxsus sanatoriya va dam olish maskanlarini tashkil qilish.

2. Individual omillar: badantarbiya, ochiq havoda yurish, quyosh nuridan foydalanish, mayda jarohatlarni yod, anilin bo'yoqlari bilan artib-surtish, badan terisini ozoda saqlash, maxsus korjomalardan foydalangan holda ishlash va hokazo.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Terining yiringli kasalliklari paydo bo'lishiga sabab nima?
2. Piodermitlarga xos bo'lgan toshma elementlari qanday nomlanadi?
3. Chipqonning follikulitdan va karbunkuldan farqi nima?
4. Stafilodermiya terida joylashishi bo'yicha streptodermiyadan nimasi bilan farq qiladi?
5. Piodermitlarning bolalar orasida keng tarqalishiga sabab nima?
6. Yiringli kasalliklar qanday davolanadi?
7. Yiringli kasalliklar keng tarqalmasligi uchun nima qilish kerak?



TESTLAR

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

- A. Ekzogen omillar, endogen omillar;
- B. Genetik omillar;

- C. Fizik-kimyoviy omillar;
- D. Ekologik omillar.

2. Yiringli kasalliklarning umumiy davosi nimadan iborat?

- A. Antibiotiklar qo'llaniladi;
- B. Sulfanilamidlar ishlatiladi;
- C. Immunobiologik terapiya;
- D. Hamma javob to'g'ri.

3. Yiringli kasalliklarning mahalliy davosiga nimalar kiradi?

- A. Kamfora spirti, anilin bo'yoqlar, o'simlik moyi, malhamlar;
- B. Gormonlar, vitaminlar;
- C. Simptomik dori vositalari;
- D. To'g'ri javob yo'q.

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

- A. Shaxsiy gigiyena chora-tadbirlari;
- B. Sanitariya-gigiyena tadbirlari;
- C. Moddiy farovonlik tadbirlari;
- D. Hamma javob to'g'ri.

5. Emlash uchun qanday vositalar qo'llaniladi?

- A. Immun vaksinalar;
- B. Anatoksinlar;
- C. Zardoblar;
- D. Antitoksinlar.

4-bob. TERINING PARAZITAR KASALLIKLARI

Parazitlar qo'zg'atadigan kasalliklar *dermatozoonozlar* deyiladi. Parazitlarga kanalar (qo'tir kanasi, kabutarlar va tovuq kanasi), bit, burgalar, taxta kanasi va boshqalar kiradi. Ular oziqlanish maqsadida odamni chaqadi, ayniqsa, qo'tir kanasi bemor terisining muguz qavatida oylab yashaydi. Boshqa parazitlar (bitlar) chaqqanida ular so'lagi terini ta'sirlab, mahalliy yoki umumiy allergik reaksiya qo'zg'atadi. Hasharotlar hadeb chaqadigan bo'lsa, odam terisida shish, qavarchiq paydo bo'ladi, harorati ko'tarilib, kishi badani qattiq qichishadi.

Parazitar teri kasalliklari orasida qo'tir va bitliqilik ko'proq uchrab, muhim o'rin tutadi. Ularning qo'zg'atuvchilari bemordan sog'lom odamga to'g'ridan to'g'ri, hatto qo'l berib ko'rishganda, ozodalikka rioya qilmaganda (ichki kiyimlar, o'rin-ko'rpalarni o'z vaqtida almash-tirmaslik, begonalarining buyumlaridan foydalanish, vaqtida yuvinmaslik) yuqib qoladi.

4.1. Qo'tir (*SCABIES*)

Qo'tir odam va hayvonlarning yuqumli kasalligi bo'lib, uni qo'tir kanasi (*Sarcoptes scabiei*) qo'zg'atadi.

1812-yilda o'sha davrning kuchli dermatologi bo'lmish Aliberning shaxsiy klinikasida yosh xodimlardan biri (Gale) qo'tirga chalingan bemor terisi ichida qandaydir kanalar borligini aytgan, ammo uni izohlab bera olmagan. 1834-yilga kelib xuddi shu klinikaning talabasi

Rinuchi kasallikni qo'tir kanasi qo'zg'atishini isbotlab berdi va fransuz dermatologiyasini yana bir pog'onaga ko'tardi.

Nemis dermatologi F.Gebra (1844) kasallikning klinik kechishini, kasallik manbayi bemorlar ekanligini, keyinchalik esa davosi va profilaktikasini ishlab chiqdi.

Etiologiya va patogenezi. Kasallikning qo'zg'atuvchisi — qo'tir kanasi terida parazitlik qilish uchun morfologik jihatdan juda moslashgan bo'ladi. Bunda kanalar teri ichida parazitlik (endoparazitizm) qilishi bilan bir qatorda terining tashqarisida ham (ektoparazitizm) faoliyat ko'rsatishi mumkin.

Qo'tir kanalari turli jinsli (jinsiy dimorfizm) parazitdir. Erkagi urg'ochisidan kichik bo'lib, kattaligi 0,15—0,2 mm atrofida. Ularning asosiy vazifasi urg'ochilarini urchitish bo'lib, teri ichida faol parazitlik qilishda qatnashmaydi. Aksincha, bemorning terisi ustida ektoparazitlik qilib urg'ochisini kutadi. Erkaklarining tashqi qismi kutikula bilan qoplangan bo'lib, uning ustida kipriksimon, nayzasimon o'simalari bor. Ushbu qoplam erkak kanalarni tashqi mexanik ta'sirdan saqlaydi. Oyoqlari kalta va konussimon bo'lib, ular bo'g'imlarga bo'lingan, orqa oyoqlarining uchi uzun qilsimon tuk bilan yakunlanadi.

Urg'ochi kanalar shakli ovalsimon, tanasi serbar bo'lib, uchburchak tangachalar bilan qoplangan, yelka qismi biroz ko'tarilgan, qorin qismi esa silliqroq bo'ladi. Urg'ochilari erkaklariga nisbatan katta bo'lib, uzunligi 0,25—0,35 mm. Tanasi burmali kutikula bilan qoplangan. Urg'ochi kanalar xo'jayinining terisi ichida parazitlik qilishga (endoparazitizm) moslashgan, yelka soha kutikulasi ham kipriksimon o'simalar bilan qoplangan. Ular (xetoidlar) kanalarni bemor terisi ichida to'g'ri yurishini va mahkam joylashishini ta'minlaydi. Undan tashqari kanalarning oyoqlarida ham kiprikchasimon o'simalar mavjud. Kanalarning jami 8 ta (4 juft) oyoqlari bo'lib, 4 tasi old qismida, 4 tasi orqa qismida joylashgan. Oyoqlari bo'g'imlarga bo'lingan.

Urg'ochi kanalarning orqa oyoqlari uchlari uzun qilsimon tuklar bilan yakunlanadi.

Kanalar 30—45 kun umr ko'radi. Ammo, mana shu qisqa vaqt ichida ularning urg'ochilari 40—50 tagacha tuxum qo'yishga ulguradi. Qo'yilgan tuxumlardan, 3—5 kundan so'ng kattaligi 0,1—0,15 mm keladigan olti oyoqli (3 juft) lichinkalar chiqadi, yana 5—10 kundan keyin ular jinsiy yetilish davriga o'tadi, ular ham (urg'ochilari) otalanganidan so'ng tuxum qo'ya boshlaydi. Urg'ochi kanalarning reproduktiv davri bir oyga yaqin vaqt davom etadi. Qarigan sari tuxum qo'yishi kamayib boradi. Umrining oxirida epidermis bilan oziqlanishi mumkin, lekin boshqa tuxum qo'ymaydi. Qarib o'lgan kanalar epidermis ichida qolib ketadi, keyinchalik bu joylarda qoraqo'tir paydo bo'ladi va giperkeratoz natijasida tashqariga tushadi. Aksariyat hollarda bemor qashinaverib ularni mexanik ravishda olib tashlaydi.

Kasallikning yuqish yo'llari. Aksariyat hollarda kasallik bemor bilan yaqin maishiy muloqotda bo'lganda, qo'l berib ko'rishganda, aniqrog'i bitta o'rin ko'rpadan foydalanilganda yoki bemor bilan birga yotganda yuqib qoladi. Kasallik paydo bo'lishida kanalarning urg'ochilari va lichinkalari asosiy rol o'ynaydi.

Aksariyat qo'tirga chalinganlarning barmoqlari orasi terisida, qo'l kaftlarining ikki chetida, bilaklari, tirsaklari va to'piq atrofi terisida, ba'zan esa bel va dumg'aza sohasi terisida kanalarning parazitlik qilishi me'yoriy holdir. Ushbu sohalardan olingan bioptatlardan ma'lumki, bu joylarda kanalar boshqa sohalar terisiga qaraganda erkin va tez ko'payar ekan. 1 sm gacha diametrdagi lentikular papulalarning yuzaga kelishini erkaklarning jinsiy a'zolari (moyaklari) terisida kuzatish mumkin. Odatda bunday holat kasallik (invazivlik) haddan ziyod kuchayganda ro'y beradi. Bunday vaziyatlarda kanalar tuxumlari va lichinkalari orasida tabiiy o'lim ham yuqori bo'ladi. Ba'zan kanalar va makroorganizm orasidagi moslashish (adaptatsiya) buziladi.

Klinikasi. Kasallikning klinikasi birinchidan qo'zg'atuvchining bemor terisida qay darajada tarqalganligi (invazivligi) bilan, ikkinchidan makroorganizmning kanalar ta'siriga sezuvchanligi bilan belgilanadi.

Epidemiologik jihatdan kasallanish mavsumiy ekanligini e'tiborga oladigan bo'lsak, qo'tirning avj olgan klinik manzarasi aksariyat hollarda kuz-qish fasllariga to'g'ri keladi. Bahorning oxiri va yoz fasllarida kasallikning obyektiv simptomlari kamayib ketadi.

Dermatologik manbalarda kasallikning yashirin davri 7—10 kun yoki 2 haftagacha deyiladi. Lekin inkubatsion davrni epidemiologik jihatdan quyidagicha talqin qilish kerak. Agarda odam terisiga qo'tir kanasining erkagi tushsa, kasallik yuzaga kelmaydi. Lekin urg'ochi kanalar bilan zararlansa, inkubatsion davr juda qisqa kechadi, hatto uni bemor sezmasligi ham mumkin. Sababi urg'ochi kanalar zudlik bilan (14—15 daqiqa) epidermisning yuza qavatini teshib ichkariga kirib ketadi, oziqlanadi, tuxumlar qo'yadi. Mana shu paytga kelib qo'tir uchun muhim bo'lgan klinik belgilar paydo bo'ladi. Yaqin maishiy muloqotda bemordan kananing lichinkalari (qurti) yuqsa, inkubatsion davr ikki haftaga cho'ziladi. Bu kanalarning metamorfoz davriga to'g'ri keladi. Xuddi shu davr tugaganidan so'ng kasallikning klinik simptomlari boshlanadi. Lekin dermatologiya amaliyotida kasallikning inkubatsion davri bemordan yig'ilgan anamnestic shikoyatlari asosida belgilanadi. Ammo yuqorida ta'kidlanganidek, kanalarning metamorfoziga asoslangan holda bu fikrlar epidemiologik jihatdan unchalik to'g'ri emasligiga ishonch hosil qilamiz. Inkubatsion davrni to'g'ri aniqlash uchun bemorlar bilan kontaktida bo'lganlarni so'rab-surishtirish hamda o'choqlarni nazorat qilish katta ahamiyatga ega.

Qo'tir bo'lganlarni shifokorga murojaat qilishga majbur qiladigan asosiy subyektiv belgi bu terining qichishishidir. Qichishish oqshomga borib boshlanadi va kechasi avj oladi. Chunki bu vaqtda kanalar terini kovlayotgan bo'ladi.

Kasallik zo'rayganda kechasi teri shu qadar qichiydiki, hatto bemor mijja qoqmay, yuragi kuyib, tonggacha qashinib chiqadi. Oqibatda, bolalar injiq bo'lib qoladi, kattalarning esa mehnat qobiliyati nisbatan pasayadi. Tana terisi kunduzi deyarli qichimaydi (kanalar kunduzi oziqlanmaydi), bemorlar refleks ravishda qashinadilar.

Terining qichishishi har bir bemor uchun o'ziga xos xususiyatga ega va boshqa omillarga bog'liq bo'lishi ham mumkin. Masalan, bemorlarning nerv-ruhiy holati, qo'zg'atuvchiga terining sezgirligi, kanalar miqdori va boshqalar.

Bemorning terisidagi qashinish kanalarning kundalik oziqlanishi ratsioniga to'g'ri keladi. Kechasi tinimsiz qashinish bemorning uyqusini izdan chiqaradi va ruhiy qo'zg'alishiga olib keladi, oqibatda qichinish oshib boraveradi. Bemor tirnoqlari bilan har qashlaganida yuzlab kanalarni, ularning tuxumlari va lichinkalarini boshqa joyga ko'chiradi va yangi oziq muhitiga sharoit yaratadi. Kanalar, asosan, reproduktiv davrda tuxum qo'yadi (bu davr o'rtacha 30 kun), son jihatdan urg'ochi kanalar ikki hissa oshiq bo'ladi. Agar bemor 2 oy davomida davolanmasa, uning terisidagi *S. scabiei* soni 10 mingdan oshib ketadi, qazigan yo'llari soni esa 600—700 taga yetadi. Hisob-kitoblarning ko'rsatishicha, kanalarning hammasi ham ulg'ayavermaydi, ularning ko'pchiligi har xil ta'sirotlar oqibatida o'ladi; 4—5 % kanalargina urchish davriga yetib, avlodini davom ettiradi.

Qo'tir kasalligida toshma elementlari (pufakchalar, kana yo'llari izi), asosan, qo'l barmoqlari oralig'ida, ularning ikki yon chetlari terisida, kafti chetlarida, tovonda va to'piq atrofida joylashadi. Ta'kidlash joizki, qo'l barmoqlari terisida toshmalarning yuzaga kelishi 90—96 % bemorlarda kuzatiladi. Erkaklarning 40—50 % ida esa toshmalar jinsiy sohalarida joylashadi. Ayrim bemorlarda jinsiy soha terisidagi toshmalar chuqur infiltratlanib, 1 sm gacha kattalikdagi lentikulyar papullalarni vujudga keltiradi. Moyaklar terisida postskabioz (kanalardan keyingi) limfoplaziya paydo bo'-

ladi. Teri limfoplaziyasi uchun bemor uzoq vaqt samarasiz davolanganda yuzaga kelishi xosdir. Bunda tugunchalar (papula) kanalar kovlagan yo'llar tagida joylashadi, juda qattiq qichiydi (hatto kunduzi ham). Tugunlar atrofidagi teri tusi xiralashib, qalinlashadi. Xuddi shu davrda kanalarining faoliyati oshadi, ko'plab tuxum qo'yadi, ekskrementlari to'planib qoladi va antigen sifatida allergik ta'sir qiladi.

Qo'tirda limfoplaziya o'choqlari 50—60 % hollarda erkaklar jinsiy sohasida (moyaklar terisida), olat terisida (50—55 %), dumba sohasida (40—44 %), tirsak (25—30 %) va aksilyar sohada hamda ayollarning sut bezi terisida joylashadi. Biqin, qorinning pastki qismi terisi, dumg'aza atrofi, qov oralig'i, qo'ltiqning ikki cheti terisida ham toshmalarni kuzatish mumkin. Kattalarning yuz va boshining sochli qismi terisida qo'tir kanasi parazitlik qilmaydi. Faqatgina chaqaloqlarning, ayniqsa, kecha-kunduz beshikda yotgan go'daklarning yuz terisini zararlashi mumkin. Bunda o'z-o'zidan ma'lumki, kasallik onadan yuqadi.

Yosh bolalarda kasallikning belgilari xiyla boshqacharoq kechadi. Aksariyat tovon, oyoq kafti va barmoqlari, kaftlarning ichki sohasi, son oralig'i va dumba zararlanadi. Hosil bo'lgan pufakchalar tez yiringlab jarayon og'irlashishi mumkin.

Qo'tir kasalligining quyidagi klinik turlari tafovut qilinadi: tipik qo'tir, tez-tez yuvinadiganlar qo'tiri, qo'tir yo'llarisiz ko'rinish xili, asoratlangan qo'tir, skabioz teri limfoplaziyasi, psevdosarkoptoz, norvegiya qo'tiri.

Tipik qo'tir. Kasallikning keng tarqalgan klinik ko'rinishi. Urug'langan urg'ochi kanalar bilan zararlanganda yuzaga keladi. Kechasi yaqindan maishiy muloqot paytida to'g'ridan to'g'ri yuqadi. Kasallikning obyektiv klinik belgilari (pufakcha, tuguncha, tiralish) har doimgidek qo'tirga xos (barmoqlar oralig'i, panja chetlari terisida, tovon va to'piq sohasi terisida) joylarda joylashadi. Bemorning tuni bilan mijja qoqmay qashinib chiqishi tipik qo'tirning eng asosiy subyektiv belgidir.

Tez-tez yuvinadiganlar qo'tiri. Tez-tez yuvinadigan odamlarda kasallik bilinar-bilinmas kechadi. Toshmalar yoki kana yo'llari unchalik sezilmasa-da, ammo bemorning terisi qattiq qichiydi. Bu holat chala davolangan bemorlarda ham kuzatiladi. Ammo, bemorning butun badan terisi obdon ko'zdan kechirilganda tugunchalar, pufakchalar, qavarchiqlar, tirnalgan joylar hamda bitta-ikkita kana yo'llari topiladi.

Qo'tir yo'llarisiz ko'rinish xili. Kasallikning bu klinik ko'rinishi amaliyotda juda kam uchraydi. Odatda, bunday bemorlar uyushgan tibbiy ko'rik paytida teri qoplami chuqur o'rganilganda aniqlanadi va ular qo'tirga chalinganlarning maishiy muloqotlari hisoblanadi. Bu toifadagi bemorlarga kananing lichinkasi yuqqan bo'lib, ular to (tuxum qo'yish yoshiga) voyaga yetgunga qadar ikki hafta muhlat kerak bo'ladi. Shuning uchun ham bu davrda lichinkalarning qurtlari faol oziqlanishi hisobiga bemorlarning terisi qattiq qichiydi, ammo kana yo'llari (pufakcha, tuguncha) ko'rinmaydi. Bemorni yechintirib teri qoplami juda ziyraklik bilan ko'zdan kechirilganidagina tananing u joy bu joyida yallig'lanish xarakteriga ega bo'lmagan 1—2 ta vezikular toshmalar aniqlanadi, xolos.

Asoratlangan qo'tir. Kasallikning asl klinik manzarasi ikkilamchi piokokk infeksiyasining qo'shilishi oqibatida yolg'on tusga kiradi va diagnostik xatoliklarga olib keladi, hatto, xastalik mikroba ekzemasini va eshakyem bilan asoratlanadi. Ayniqsa, stafilakokkli impetigo, osteofollikulitlar, chuqur follikulit, ba'zan furunkul va vulgar ektima bilan asoratlanadi. Impetigioz asoratlanish bemorning qo'llarida, shu jumladan barmoqlari orasida, kaftining ikki chetida va bilaklarida joylashadi. Ektima aksariyat hollarda skabioz limfoplaziya o'choqlari bilan birga keladi. Badan terisining qov sohalarida kindik atrofida va dumba qismida osteofollikulitlar uchraydi.

Makroorganizm qarshiligi susaygan paytda yoki terining sezgirligi oshganda qo'tir allergik dermatit bilan

asoratlanadi. Nomaqbul terapiya qoʻllanilganda yoki bemor tomonidan bilib-bilmasdan har xil malhamlarni teriga surtaverish oqibatida ham dermatitlar kelib chiqadi.

Yosh bolalar va keksa kishilarda qoʻtir klinikasi. Goʻdaklarda kattalardan farqli ravishda zararlanish yuz terisini va boshning sochli qismini ham egallab oladi. Kana yoʻllari zanjirsimon joylashadi, mayda pufakchalar va pufaklar yaqqol koʻzga tashlanadi. Toshmalar bola tovoniga (oyoqlari kaftlariga), oyoq panjalari ustki sohasiga va toʻpigʻi atrofiga tarqalib ketadi. Ikkilamchi piokokk infeksiyasi qoʻshilib impetigo va osteofollikulitlar yuzaga keladi, hatto allergik dermatit ham paydo boʻladi. Maddalar pilchillab yiring tortadi, terisi qizarib shishib ketadi. Jarohatlanish barmoqlar terisini, baʼzan tirnoqlar plastinkasini ham qamrab oladi. Keksalarda qoʻtir aksincha surunkali kechadi, yalligʻlanish oʻchoqlari oʻtkir xarakterga ega boʻlmaydi. Kana yoʻllari 1—2 ta boʻlib, u yer bu yerda joylashadi, xolos. Koʻproq qashinaverish oqibatida terida yuzaga kelgan qoraqoʻtirli tirnoq izlarini koʻrish mumkin. Oʻtkir yalligʻlanish xarakteriga ega boʻlgan pufakchalar koʻzga tashlanmaydi. Keksalarda qoʻtir kasalligi uzoq vaqt davom etadi, agarda eʼtibor berilmasa ular doimiy oʻchoqqa aylanib qoladi.

Davosi. Qoʻtirni davolash uchun terining muguz qavati koʻchiriladi, kana yoʻllariga kanani oʻldiradigan preparatlar surtiladi (sepiladi). Bunday preparatlarning roʻyxati unchalik katta emas. Ular quyidagi talablarga javob berishi kerak:

birinchidan, terapevtik nafi yuqori boʻlishi bilan bir qatorda taʼsiri tezda sezilishi va ishonchli boʻlishi lozim;

ikkinchidan, teriga qitiqlovchi taʼsir qilmasligi shart; qoʻllanilgan dori taʼsirida teri yalligʻlanmasligi, nojoʻya holatlar roʻy bermasligi lozim;

uchinchidan, jamoani bir paytda davolash uchun preparatlar yetarli miqdorda boʻlishi va kuchli taʼsirga ega, narxi esa arzon boʻlishi, saqlanish muddati uzoq boʻlishi talab qilinadi.

Qo'tir kasalligini davolashda o'ziga xos umumiy tomonlarga e'tibor berish zarur. Avallambor bir o'choqda aniqlangan bemorlarning barchasi baravariga davolanishi tashkillashtirilishi kerak. Aks holda reinvaziya ro'y beradi, natijada ortiqcha xarajatlar kelib chiqadi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarning yuzidan va boshining sochli qismidan tashqari terisining hamma joyiga qo'tirga qarshi vosita surtiladi. Teriga malham faqat qo'l bilan surtiladi, paxta, tampon va salfetskadan foydalanish taqiqlanadi.

Davo muolajasi boshlanishidan oldin bemor bilan suhbat o'tkazilib, tushuntirish ishlari olib boriladi. Muolajaga tayyorgarlik ishlari olib boriladi. Masalan, emulsiyalar (**benzil-benzoat**) ishlatilishidan avval yaxshilab chayqatiladi, **giposulfit natriy** eritmasi likopchaga alohida solinadi; **xlorid kislota** eritmasi tayyorlanadi, uning tashqarida tez reaksiyaga kirishishini unutmash kerak. Kanalar kechasi faol bo'lgani sababli, qo'tirni davolash muolajalari ham kechki payt boshlangani ma'qul. Undan tashqari bemor bu paytda zararlangan teri sohalarini aniq baholaydi. Agarda kasallik piokokk infeksiyalari bilan asoratlangan bo'lsa, davoni parallel olib borgan ma'qul. Bunday vaziyatlarda **benzil-benzoat** preparatlari va **spregal** yaxshi samara beradi.

Maishiy va jinsiy aloqada bo'ladigan bemorlarda qo'tirga qarshi preparatlar bilan bir marotabalik davo kursini o'tkazish o'choqdagi profilaktik ishlarning ahamiyatini oshiradi. Bemorlarga cho'milish (dush qabul qilish, hammomda cho'milish) davo kursidan avval va yakunlangandan so'ng tavsiya qilinadi. Ichki kiyimlarni hamda o'ringo'rpalarning jildini almashtirish davodan keyin amalga oshiriladi. Homilador ayollarni davolashda benzil-benzoat yoki spregal tavsiya qilish yaxshi samara beradi va u zararsizdir.

Ba'zan ayrim bemorlar davo kursi yakunlanganidan so'ng ham terisida qichishish sezadi. Bunday paytlarda yana qaytadan davo kursini tayinlash kerak emas. Odatda bunday vaqtinchalik qichishish epidermis ichidagi o'lgan

kanalarga organizmning javob reaksiyasi bo‘ladi. Odatda ularga antigistamin preparatlar, gormonal malhamlarni qo‘shimcha davo tariqasida buyurish yaxshi samara beradi.

Skabiozli limfoplaziyaga qarshi uzoq vaqt spetsifik davo buyurish bemorni og‘ir ahvolga solib qo‘yadi. Shuning uchun uni kasallikning klinikasiga qarab davolash zarur.

Qo‘tirni davolashda professor M. P. Demyanovich usuli, ayniqsa, qulay bo‘lib, bunda bemor ishidan ajralmagan holda davolanadi.

Bu usul bo‘yicha kasallik ikki xil dori eritmasi, ya‘ni 60 % li **natriy giposulfit** hamda 6% li **xlorid kislota** eritmasi bilan davolanadi. Bemor natriy giposulfit (№1) eritmasini bironta idishga quyadi va ikkala kaftini doriga botirib, bo‘ynidan to tovonigacha ishqalash yo‘li bilan 2—5 minut davomida surtib chiqadi va 5—10 minut dam oladi, so‘ngra ikkinchi marta surtadi. Qisqa vaqt ichida 1-eritmaning suyuq qismi uchib ketadi, bemor badanida esa giposulfit kristallari qoladi va u xuddi upa sepgandek oqarib ketadi. Keyin xlorid kislota (№2) eritmasi ham xuddi shu yo‘lida 3 marta 5 minut oralatib surtiladi. Eritmalarni surtish uchun jami bir soatcha vaqt ketadi. Bu ikki xil preparat bilan davo qilishda giposulfit bilan xlorid kislota eritmasining qo‘shilishi reaksiyasi natijasida oltingugurt gazi chiqadi. Oltingugurt gazi va oltingugurt qo‘tir kanasi, uning tuxumlari va lichinkalarini o‘ldiradi. Uch kun xuddi shu zaylda davo takrorlanadi. Mabodo bir davolash kursi bilan qo‘tir yo‘qolmasa, davo kursi qaytariladi. Bolalarga 1-raqamli eritmaning 40 % li, 2-raqamli eritmaning esa 4 % lisi ishlatiladi. Davolashning to‘rtinchi kuni bemorga yuvinishiga ruxsat beriladi. So‘ngra bemor toza kiyim kiyadi hamda o‘rin-ko‘rpa g‘iloflarini almashtiradi.

Demyanovich usulini qo‘llash paytida ayrim qonun-qoidalarga rioya qilish kerak: avvallambor har bir eritma alohida toza sirli idishlarga quyilishi lozim; 1-eritmani surtgandan so‘ng bemor qo‘llarini yuvib, keyin ikkinchisiga solishi kerak bo‘ladi, aks holda ikki suyuqlik aralashmasi

reaksiyaga kirishadi. Bu usulning afzal tarafi bemor qisqa vaqt ichida (3—4 kun) samarali davo oladi, lekin asoratlangan qo‘tirda uni buyurib bo‘lmaydi. Undan tashqari usulni qo‘llash paytida xona harorati +20—25 °C dan past bo‘lsa bemor shamollab qolishi mumkin.

Kattalarga oltingugurtning 20—30 % li malhami, bolalarga esa 5—10 % lisi 5—7 kun mobaynida buyuriladi. Biroq malhamlar ba‘zan odam terisini ta’sirlashi va dermatit paydo qilishi, shuningdek, o‘zidan qo‘lansa hid chiqarishi hamda kiyim, o‘rin-ko‘rpada dog‘ qoldirishi mumkin.

Qo‘tirga qarshi dori qo‘llashdan oldin, bemor yaxshilab yuvinishi lozim, chunki mexanik yo‘l bilan teri yuzasidagi kanalar tushib ketadi. Mabodo ikkilamchi mikroblar tushib jarayon yiringlashgan yoki ekzermalashgan bo‘lsa, cho‘milish tavsiya etilmaydi; davo olib borilayotgan paytda ham cho‘milish yaramaydi. Antiparazitar moddalar burmali sohalarga singdirib surtiladi, ammo yiringlashgan, impetigolashgan joylarga ehtiyotlik bilan surtish talab etiladi. Shu bilan birga ikkilamchi piokokk infeksiyasiga ham qarshi davo qo‘llaniladi.

Qo‘tir kasalligini davolashda **benzil-benzoat** yaxshi samara beradi. Kattalarga 20 % li, yosh bolalarga 10 % li sovun-suvli benzil-benzoat suspenziyasi yoki emulsion malhami buyuriladi. Preparat tayyorlangandan boshlab, 7 kungacha yaroqli hisoblanadi.

Benzil-benzoat ta’sirida kanalar 8—10 soatdan keyin o‘la boshlaydi. Dori ta’sirida terida bo‘ladigan achishishlar 30 minutdan so‘ng yo‘qoladi. Shuning uchun preparat kechasi surtiladi. Bemor kunduzi yuvinishi mumkin. Dorini tinimsiz 4 kun mobaynida surtish oqibatida ayrim hollarda kontakt allergik dermatit paydo bo‘lishi xavfi bor.

Kasallikning oldini olish va uning profilaktikasi. Kasallik borligi aniqlanganida maxsus ambulatoriya kartasi (forma 025\U), xabarnoma to‘ldiriladi (089) va tegishli joylarga ma’lum qilinadi. Bemor

bilan muloqotda bo'lganlar, oila a'zolari obdan ko'zdan kechiriladi. Bemor batamom tuzalmaguncha uni sog'lom bolalarga (yasli, bog'cha, maktabga) qo'shilmaydi.

Qo'tirning profilaktikasi qo'zg'atuvchining o'ziga xos xususiyatlari va kasallikning epidemiologiyasiga asoslanadi. Unda qo'zg'atuvchining kechasi faol yuqishi, uning tashqi muhitga chidamsizligi, inkubatsion davrining uzoq emasligi va kasallik tarqalishida oiladagi o'choqning ahamiyati katta ekanligi e'tiborga olinadi. Ushbu ma'lumotlarni bilish va uning asosida profilaktik chora va tadbirlarni ishlab chiqish kasallikni qisqa vaqt ichida davolash kafolatini beradi.

Profilaktik ishlarning dastlabki bosqichida qo'tirga chalinganlar faol aniqlanadi. Bu maqsadda aholining turli guruhlari profilaktik ko'rikdan o'tkaziladi. Ularga uyushgan jamoalar, bolalar jamoalari (maktab o'quvchilari, talabalar, internat bolalari), askarlikka chaqirilgan yigitlar kiradi. Davolash profilaktik muassasalariga murojaat qilgan barcha fuqarolar ham qo'tirga tekshirishi shart.

Profilaktik ishlarning ikkinchi bosqichida kasallikning o'choqlari aniqlanadi hamda bartaraf qilinadi. Qo'tirga chalingan bemor aniqlangandan so'ng, zudlik bilan uning oilasi, u ishlaydigan jamoa epidemiologik tekshiruvdan o'tkaziladi. Oilada kasallik manbayi bo'lsa, uning yuqish darajasi, uyushgan jamoadagiga qaraganda, bir necha baravar yuqori bo'ladi.

Qo'tir tashxisi qo'yilgan bemorda albatta kasallik manbayini aniqlash va u bilan yaqin aloqador bo'lgan shaxsni izlash zarur.

4.2. Bitlash (Pedikuloz — *PEDICULOSIS*)

Bitlar odamda va sutemizuvchi hayvonlarda uchraydigan qon so'ruvchi ekzoparazitlardir. Ular, odatda, bitta xo'jayinga moslashgan bo'lib, o'zining butun hayot siklini shu xo'jayini terisida o'tkazadi. Bitlar odamdan odamga

uning o'rin-ko'rpalari, kiyim-boshlari orqali yoki yaqin muloqotda bo'lgan vaqtda o'tadi. Bitlar xo'jayinining qoni bilan oziqlanadi (0,5 ml gacha qon so'rib oladi). Ular odamni chaqqanida terini ta'sirlaydigan so'lak chiqaradi. Tirnalgan, qashlangan joylarga strepto-, stafilokokklar ikkilamchi infeksiya sifatida tushib chipqon, impetigo, follikulit kabi teri kasalliklarining kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari bitlar toshmalni tif va qaytalama tifni tarqatuvchi spetsifik parazitlar sifatida o'ta xavfli bo'ladi.

Odamda bosh biti (*Pediculus capitis*), kiyim biti (*Pediculus corporis*) va qov biti (*Pediculus pubis*) uchraydi.

Bitlar ayrim jinsli parazitlardir. Kiyim biti (*Pediculus vestimenti*) va bosh biti (*Pediculus capitus*) bir-biri bilan chatishishi mumkin. Bosh biti boshning sochli qismida yashab, sirkalarini (tuxumlarini) sochga yopishtirib qo'yadi. Kiyim biti ko'ylak, ishtonning chok va burmalarida yashaydi, sirkalarini ham shu yerlarga yopishtirib qo'yadi. Qov biti esa jinsiy a'zolar atrofidagi tuk orasida hayot kechiradi va shu yerga tuxumini qo'yadi. Shunday qilib, bitlar boshning sochli qismi pedikulozi, tana terisi pedikuloziga sabab bo'ladi. Bitlar o'z hayot sikli davrida faqat odam qoni bilan oziqlanadi. Bosh biti bir kecha-kunduzda ikki-uch marta 3—10 minutdan qon so'radi. 7—10 kungacha oziqlanmasdan yurishi mumkin. Bitlarning odam tanasidagi harakati havo haroratiga bog'liq, +5°C da harakati juda sekinlashadi, +25—27°C da esa 20—30 sm gacha o'rmalab borishi mumkin.

Otalangan urg'ochi bit bir kecha-kunduzda 6—14 ta sirka qo'yadi. Tuxum qo'yilgandan boshlab imago davrigacha bo'lgan sikl 16 kun davom etadi, uch haftadan keyin esa ular nasl bera oladigan bo'ladi.

Bitlar suyultirilgan **sirka kislota, 2—5 % li sovun eritmasi** va insektisid preparatlar (**piretrum, geksaxlorat, xlorli eritmalar**) ta'sirida tez halok bo'ladi.

Bosh biti to'g'ridan to'g'ri odamdan, uning bosh kiyimi va o'rin-ko'rpasidan, ba'zan sataroshxonalarda yuqadi. Bosh biti odamda boshning sochli qismida bo'ladi. Urg'ochi bit o'zining 1—1,5 oylik hayoti davrida 100—150 taga yaqin sirka (tuxum) qo'yadi va ular esa sochga mahkam yopishib oladi. Sirkalarning rangi oqimtir-sarg'ish bo'lib lupasiz ham yaxshi ko'rinadi, aksariyat qora sochli odamlarda aniq oq, sarg'imir sochlilarda esa biroz xira bo'lib ko'zga tashlanadi (5-rasm).

Oylab bitlab yuradiganlarda ikkilamchi infeksiya tufayli impetigo, follikulit kabi teri kasalliklari yuzaga keladi, bo'yin va boshqa sohadagi limfa tugunlari kattalashadi. Sirka yoki bit topilishi to'g'ri diagnoz qo'yishga yordam beradi.

Davosi. Erkaklarning sochini olib tashlash, boshning sochli qismi terisidagi sirkalar xitinini (qoplama) eritish uchun 3 % li iliq sirka eritmasidan foydalanish tavsiya etiladi. Ayollar yoki sochi olinmagan erkaklarning boshiga kerosin va o'simlik yog'ini (kungaboqar yog'i) teng miqdorda aralashtirib, 2—3 qavat dokaga shimdiriladi, so'ngra boshga yaxshilab o'raladi, ustidan pergament qog'oz qo'yilib, ustidan yana doka yoki toza ro'mol bilan o'raladi, bir kecha shundayligicha qoldiriladi, so'ngra boshni iliq suv bilan sovunlab obdan yuviladi. Muolajani 2—3 kun oralatib yana takrorlash mumkin. Sirkalarni yo'qotish uchun oziq-ovqat sirkasini iliq holda boshga surtiladi va mayda tishli taroq bilan obdan taraladi. Ba'zan 10 % li benzil-benzoatning suv-sovunli eritmasidan ham foydalaniladi. Bit va sirkalarni o'ldirish uchun benzil-benzoatning 20 % li suv-sovunli eritmasi, «Nittifor» preparatidan foydalaniladi.

Kiyim biti, asosan, ichki va ustki kiyim burmalarida, aksariyat yoqa, yeng burmalarida, kiyim-kechaklarning choklarida bo'lib, kulrang, bosh bitidan xiyla kattaroq bo'ladi. U qon so'rish uchun teriga o'tadi; ensa, yelka, kurak, bo'yin, qo'ltiq atrofi, bel sohasi, ya'ni kiyim bur-

malariga to'g'ri keladigan joylarni ko'proq chaqadi. Bit chaqqan joy qattiq qichiydi, teri yuzasida bemorning qashingan tirnoq izlari, sarg'ish-mis rang yoki qoraqo'tir po'stlar yaqqol ko'rinadi. Uzoq vaqt bitlab yurgan odamlar terisi ancha qurib, po'stlanadi, ikkilamchi infeksiya tushishi impetigo, follikulit va chipqonga sabab bo'ladi; terisi xiralashib pigmentlanadi.

Davosi. Choynshab, o'rin-ko'rpa va yostiqlik jildlari, ichki va ustki kiyimlar 2—5 % sovunli eritmaga solinib, keyin qaynatiladi, ba'zan dezinfeksiyalanadi. Dam-badam sovun bilan yuvilib turish tavsiya etiladi.

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

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

Davosi. Davolashda avvalo jinsiy a'zolar, anus atrofi va boshqa sohalardagi junlar qirib tashlanadi. Keyin issiq suv bilan sovunlab yuviladi. 20 % li benzil-benzoat hamda sovunli-solvent emulsiyasi ham yaxshi naf beradi. Ichki kiyim va ko'rpa-to'shak jildlari 10 % li sovunli-solvent pastali eritmada bir necha soatga qoldiriladi. Shu eritmaning 20 % lisi xonalarni tozalash uchun ishlatiladi.

Profilaktikasi. Bemor boshining sochli qismi yorug' xonada obdan ko'zdan kechiriladi. Uzoq vaqt bitlab yurgan odamlarning sochi aksariyat hollarda o'zining yaltiroqligini yo'qotadi, tarash juda mushkul bo'ladi. Bosh qichib turadi, ensa va chakka sohalarida, quloq orqasida

tirnalgan joylar, sarg'ish, mis rang qoraqo'tir po'stlar ko'rinadi. Bitlarni yoki ularning sirkalarini topishda kattalashtiruvchi lupadan ham foydalansa bo'ladi.

Bitlarning turini aniqlash uchun bemordan olingan material mikroskop ostida tekshiriladi. Buning uchun soch tolalari yoki teridan, kiyim burmalaridan olingan material bir tomchi fiziologik eritma tomizilgan buyum oynachasiga qo'yiladi va qoplagich oyna bilan yopib mikroskop ostiga qo'yiladi. Kiyim bitining kattaligi 2—4,5 mm, bosh biti bilan qov bitining kattaligi 1—1,5 mm, qanotlari bo'lmaydi. Kiyim biti bilan bosh biti uzunchoqroq, boshi, uch juft oyoqlari bor, ko'kragi 6—12 bo'g'imdan tuzilgan, qorni aniq ko'rinadi. Qov biti ancha yapaloq, ko'kragi bilan qorni deyarli birlashib ketgan, tanasi serbar bo'ladi, asosan qov sohasida uchraydi.

Bemor tekshirib bo'lingach ishlatiladigan tibbiyot asboblari va buyum oynalari darhol dezinfeksiyalovchi eritmaga solib qo'yiladi va avtoklavda sterilizatsiya qilinadi. Laboratoriya 2 % li xlor eritmasi bilan artib yuviladi.

Bitlashning oldini olish, asosan, aholining moddiy farovonligi va sanitariya madaniyatini oshirishga qaratilgan chora-tadbirlar ishlab chiqish va uni hayotga tadbiiq etishdan iborat. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish, choyshab, ichki kiyim, o'rin-ko'rpa jildlarini har haftada almashtirib turish, yuvilgan kiyimlarni dazmollab kiyish, birovlarining o'rnida yotmaslik kabi gigiyena qoidalariga amal qilish zarur.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Qo'tir kasalligining yuqish yo'llari qanday?
2. Qanday belgilari asosida qo'tirni boshqa teri qichimalaridan farqlash mumkin?
3. Bosh biti, kiyim va qov bitlarining yuqish yo'llari xususida nimalarni bilasiz?
4. Dermatozoonozlarni davolash usullari va profilaktikasi haqida nimalarni bilasiz.



TESTLAR

1. Qo'tir qaysi kasalliklar bilan taqqoslanadi?

- A. Ekzema, qichima, mikoziar bilan;
- B. Qichima, ekzema, mikroziar ekzema bilan;
- C. Ekzema, pedikuloz, yomon yara bilan;
- D. To'g'ri javob yo'q.

2. Qo'tir kasalligining yashirin davri qancha?

- A. 7—10 kun;
- B. 8 kun;
- C. 5 kun;
- D. 3 kun.

3. Qo'tir kasalligi ko'payib ketisa, qanday davolash muassasasi ochiladi?

- A. Karantin e'lon qilinadi;
- B. Pruregozoriy;
- C. Leprazoriy;
- D. Skabiazoriy.

4. Qo'tirni davolashda yaxshi samara beradigan dori vositasi qaysi?

- A. Benzil-benzoat;
- B. ACD malhami;
- C. Psoboran;
- D. Monomitsin.

5-bob. DERMATIT, ALLERGODERMATIT VA TOKSIKODERMIYALAR

5.1. Dermatitlar (*DERMATITIDES*)

Dermatit — terining yallig‘lanishi bo‘lib, tashqi muhit ta‘siri natijasida paydo bo‘ladi. Dermatitning o‘ziga xos belgilaridan biri, unga ta‘sir qiluvchi omil to‘xtashi bilan teridagi yallig‘lanish tuzalib, undan nom-nishon qolmaydi; ayni vaqtda omil qayta ta‘sir etsa, kasallik yana qo‘ziydi. Ta‘sirotning organizmga ichkaridan, masalan, dori ichganda yoki muskul, teri orasiga, venaga yuborilgandan keyin ta‘sir etishi natijasida terining yallig‘lanishi *toksikodermiya* deb ataladi.

Dermatitlarni keltirib chiqaruvchi omillar tabiatiga ko‘ra fizik, kimyoviy va biologik turlarga bo‘linadi.

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

Kimyoviy omillar — kislota, ishqor, tuz va boshqa moddalarning ta‘siri. Bular ko‘pincha kasbga aloqador va turmushda uchraydigan dermatitlarga sabab bo‘ladi.

Biologik omillar — ba‘zi o‘simliklarning ta‘siri, chivin, hasharotlar chaqishi va boshqalar.

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

Shartli, fakultativ qitqlovchi omillar ta‘sirida paydo bo‘lgan dermatit faqat shu omillarga nisbatan sezuvchanligi

yuqori boʻlgan organizmda kuzatiladi, ular *allergik dermatit* deb ataladi. Allergik dermatit terining bir joyiga allergen taʼsir etgandan boshlab, oradan muayyan inkubatsion davr oʻtganidan keyin va allergen takror taʼsir qilgandan soʻng boshlanadi. Biroq moddaga oʻta sezuvchan boʻlgan organizmning asta-sekin kimyoviy jihatdan shu moddaga yaqin boshqa moddalarga ham sezuvchan boʻlib qolishi allergik dermatitga xosdir.

Allergik omillar faqat terigagina taʼsir etib qolmay, balki ogʻiz, toʻgʻri ichak shilliq qavatlari yoki nafas orqali, parenteral yoʻl bilan organizmga soʻrilib, terida yalligʻlanish jarayoni — *toksikodermiyani* yuzaga keltirishi mumkin. Toksikodermiyaning klinik manzarasini kontakt allergik dermatitdan ajratish qiyin. Biroq toksikodermiyada toshmalar simmetrik ravishda joylashadi, bemorning umumiy ahvoli ogʻir kechadi, baʼzan noxush oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Oddiy kontakt dermatit bilan ogʻirgan bemorlar allergen bartaraf qilinganidan keyin ancha tez sogʻayib ketadi. Toksik dermatitda esa kasallik qoʻzgʻatuvchi omil bartaraf qilinishiga qaramay bemorning ahvoli ogʻir kechadi. Masalan, salvarsanli dermatit.

Baʼzi bir dorilar qabul qilinganda badanning ayrim joylariga toshmalar toshadi, oradan maʼlum vaqt oʻtgandan soʻng shu dori takror qabul qilinganda toshmalar yana oʻsha sohalariga toshadi. Bunday toksikodermiya mahkamlangan yoki *fiksatsiyalangan toksikodermiya* deb ataladi.

Allergik kontakt dermatitda toshgan toshmalarning tanada joylashishi va shakli muhim ahamiyatga ega. Masalan, uzunasiga joylashgan toshmalar koʻpincha oʻsimliklar bilan kontaktda boʻlganda kuzatiladi, toshmalarning yuz, qoʻl, badanning ochiq, yaʼni quyosh nuri bevosita tushib turadigan sohalarida joylashishi esa *quyoshli dermatit (fotodermatit)* dan dalolat beradi.

Kontakt allergik dermatitning klinik manzarasi oʻtkir ekzema juda oʻxshaydi, lekin oʻziga xos belgilari bilan farq qiladi:

1. Kontakt allergik dermatitda yallig'lanish faqat allergen ta'sir etgan sohada joylashadi. Ekzemada esa yallig'lanish allergen ta'sir etgan sohadan boshqa joylarda ham bo'ladi.

2. Dermatitda toshmalar chegarasi aniq, shakli esa terining allergenga tegib turgan joyiga mos bo'ladi. Ekzemada toshmalar chegarasi aniq ajralib turmaydi; ko'pincha kasallikning dastlabki kunlaridayoq ikkilamchi reflektor toshmalar paydo bo'ladi.

3. Dermatitda allergen ta'siri to'xtaganidan keyin toshmalar tez yo'qoladi. Ekzemada esa allergen ta'siri to'xtaganidan keyin ham kasallik uzoq cho'zilib, ko'pincha o'rta, o'tkir va surunkali turga ham o'tib ketadi.

4. Dermatit badanning qizib ketgandek bo'lib tuyulishi, achishishi, ba'zan esa qichishishi bilan kechadi. Ekzema bilan og'rikan bemorlarda asosan qattiq qichishish kuzatiladi.

5. Dermatit faqat dastlabki allergenning qattiq ta'siri natijasida vujudga keladi (retsidiylashadi). Ekzema esa boshqa nospetsifik allergenlar ta'sirida ham qaytalanishi mumkin.

Mexanik omillar ta'sirida vujudga keladigan dermatitlar.

Terining ayrim joylari qisilishi, bosilishi, shuningdek, ishqalanishi oqibatida kuzatiladi, ortiqcha terlash epidermisning rezistentligini kamaytiradi va shu soha terisida siyqalanish ro'y beradi. Qo'l panjasining ichki qismi, poyabzalning terini qisib turadigan joylarida mexanik dermatit ko'p uchraydi.

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

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

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

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

Dori-darmonlar ta'sirida vujudga keladigan dermatitlar va toksikodermiyalar. Keyingi 10 yil mobaynida dori-darmonlar tufayli vujudga keladigan dermatitlar tez-tez uchramoqda. Buning asosiy sabablaridan biri davolash amaliyotida antibiotiklar va sulfanilamidlarining nihoyatda ko'payib ketganligidir. Allergik dermatitlar tarqoq yoki chegaralangan shaklda bo'ladi (mahkamlangan yoki fiksatsiyali). *Schwank* dorilar ta'sirida vujudga keladigan toksikodermiyali 500 bemorni sinchiklab o'rganib, shundan 38,2 % ida toshmalar antibiotiklar, 26 % ida ximioterapevtik dorilar, 19 % ida og'riq qoldiruvchi va tinchlantiruvchi vositalar, 7,9 % ida og'ir metall kolloidlari, 3,8 % ida mahalliy og'riq qoldiruvchi dorilar, 2,8 % ida zardob va 2,4 % ida boshqa har xil dorilar tufayli ro'y berishi aniqlangan.

Dermatolog tajribasida antibiotiklar ta'sirida kelib chiqadigan dermatitlar tez-tez uchrab turadi. Ba'zan ular kasbg oid dermatitlarga kiritiladi. Chunki bunday dermatit tibbiyot hamshiralari, shifokorlar, farma zavodlari hamda dorixonalar xizmatchilarida ko'p uchraydi. Penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin va boshqa antibiotiklar kuchli allergen xossasiga ega. Antibiotikli kontakt dermatit toshmali, asosan, yuz, bo'yinda va qo'l sohalorida joylashadi, uning klinik ko'rinishi ekzema o'xshash namoyon bo'ladi. Antibiotiklar keltirib chiqargan toksikodermiya toshmali ko'pincha bo'rtmalar tarzida ifodalanadi va kuchli qichishish bilan kechadi. Ba'zan tarqalgan ekzemasimon tugunchali-pufakchali toshmalar

toshadi, ayrim hollarda eritrodermiya yoki eksfoliativ dermatit kuzatiladi. Adabiyotlarda yozilishicha antibiotikli dermatit og'ir kechganida hatto o'limga olib kelishi mumkin.

Sulfanilamid dorilarni tez-tez va uzoq vaqt qabul qilish sulfanilamidli toksikodermiyaga olib keladi. Dermatitning bu xili klinik ko'rinishi jihatidan og'iz shilliq pardasi va terida uchraydigan ko'p shaklli ekssudativ eritemani eslatadi. Bunda avval bitta, keyin esa bir necha dog'lar hosil bo'ladi. Dog'lar yumaloq, har xil kattalikda, pushti, ko'k yoki ko'kimtir-qo'ng'ir rangda bo'ladi. Ba'zan og'iz yoki jinsiy organlar shilliq pardasida joylashgan dog'lar ustida mayda yoki katta pemfigoidli pufakchalar paydo bo'lishi mumkin; pufaklar til va tishga tegib tezda yoriladi, shu bois ba'zan shifokor uni ko'rmay qolishi ham mumkin. Yorilgan pufakchalar o'rnida eroziyalar hosil bo'lib, bemorni qattiq bezovta qiladi, og'riydi, bemor og'ziga ovqat olishdan bezillaydi. Bunday eroziyalar pemfigus va ko'p shaklli ekssudativ eritemada uchraydigan eroziyalarga o'xshash bo'lib, ularni bir-biridan ajratish qiyin.

Teridagi toshmalar qichishish yoki achishish bilan kechadi va ko'pincha toshmalar o'rnida dog'lar (pigmentatsiyalar) qoladi.

Sulfanilamid dorilar takror qabul qilinganda, toshmalar avvalgi o'rnida paydo bo'ladi, lekin bu toshmalarining kattaligi dastlabkisidan ajralib turadi.

Yuqorida keltirilgan toksikodermiyaning klinik ko'rinishi novokain, simob, salvarsan va boshqa dorilar qabul qilinganida ham kuzatilishi mumkin.

D a v o s i . Birinchi navbatda toksikodermiyaning yuzaga keltiruvchi ta'sirlarni bartaraf etish va uning organizmga so'rilishini to'xtatish lozim. Buning uchun surgi, siydik haydaydigan dorilar, ko'p suyuqlik ichirish tavsiya etiladi. Nospetsifik desensibilizatsiya o'tkaziladi (**kalsiy xlorid, natriy tiosulfat**), **antigistamin (suprastin, laratal (laratadin) erolin, lorid)** va boshqa dorilar qo'llaniladi. Kasallik og'irroq kechganida, shuningdek, toksikodermiyaning tarqalgan turlarida **ste-**

roidli gormonlar (ichish, muskul yoki venaga yuborish) va qon quyish maqsadga muvofiq. Mahalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi.

Kimyoviy moddalar ta'sirida paydo bo'ladigan dermatitlar.

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

Ayrim kimyoviy moddalar faqat ma'lum bir kishilarda sensibilizatsiya holatini vujudga keltirib dermatitga sabab bo'ladi. Dermatitning bu turi fakultativ qitqlovchi moddalar (skipidar, lak, formalin, nikel, sintetik yuvuvchi vositalar) ta'sirida namoyon bo'ladi va klinik ko'rinishi allergik kontakt dermatitdan deyarli farq qilmaydi.

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

Kimyoviy moddalarga nisbatan sezuvchanlik ortishi natijasida paydo bo'lgan allergik dermatitda mikrovezikula va eritemalar kuzatilsa, **muzlatuvchi primochka (1 % li borat kislotasi, 1—2 % li rezorsin, tanin eritmalari)** buyuriladi. Teridagi pilchirash kamayib, o'tkir yallig'lanish jarayoni tugagach, **pasta surtish**, shuningdek, **kortikosteroidli malhamlardan** foydalanish mumkin. Shu bilan birga badan qichishini bosadigan antigistamin dorilarni qo'llash maqsadga muvofiq.

O'simliklar ta'siridan vujudga keladigan dermatitlar.

Hozir dermatitlarga sabab bo'ladigan 100 dan ortiq o'simlik turlari ma'lum. Ular odam organizmiga ta'sir etishiga qarab *obligat* va *fakultativ qitqlovchilarga* ajratiladi.

Ko'pincha o'simlik ta'siridan so'ng terida eritema yoki pufakchalar hosil bo'ladi.

Dermatologlarning kuzatishicha, asosan, daryo va ko‘l yoqalarida o‘sadigan o‘simliklar ta‘sirida paydo bo‘ladigan dermatitlar ko‘p uchraydi. O‘simlik ta‘siridan 24—48 soat o‘tgach, terida yo‘l-yo‘l yoki dog‘li eritema hosil bo‘ladi, keyin asta-sekin pufakchalar ham paydo bo‘lishi mumkin. Oradan 5—6 kun o‘tgach, toshmalar o‘rnida pigmentatsiya kuzatiladi. Ko‘pincha o‘simliklardan bo‘ladigan dermatitga o‘simlik xlorofili yoki efir moyi sabab bo‘ladi.

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

5.2. Ekzema (gush, ECZEMA)

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

Ekzemaning kelib chiqishi va rivojlanishida nerv sistemasi alohida o‘rin tutadi. Har bir dermatolog o‘z tajribasida ekzema asabiylashish va kuchli stressdan so‘ng paydo bo‘lishi yoki qaytalashini kuzatgan.

Tekshirishlar shuni ko‘rsatadiki, ekzema bilan og‘rigan bemorlarning ko‘pchiligida markaziy nerv sistemasida turli o‘zgarishlar va kasalliklar aniqlanadi. Bemorlar terisida asetilxolin moddasining ko‘payib ketishi ekzema patogenezida nerv sistemasining muhim ahamiyatga ega ekanligini yana bir bor isbotlaydi. Ekzemaning kelib chiqishiga me‘da-ichak a‘zolari faoliyatining buzilishi ham sabab bo‘ladi.

Ekzema bilan og‘rigan bemorlarda me‘da shirasi kislotalilik darajasining pastligi, gastrit, kolit, xolesistit kasalliklarining tez-tez uchrab turishi me‘da-ichak sistemasining kasallik patogenezida muhim rol o‘ynashidan dalolat beradi. Ekzemaning kelib chiqishida turli xil moddalarning ham

ahamiyati bor. Bunga uy bekalarida uchraydigan sintetik yuvuvchi vositalar (ishqor, kir yuvish kukunlari) ta'sirida kelib chiqadigan ekzemani misol qilib ko'rsatish mumkin. Hozirgi davrda «pnevmoallergenlar» deb nom olgan kasallik qo'zg'atuvchilari ko'pchilik olimlar diqqatini o'ziga jalb etmoqda. Pnevmoallergenlarga chang, to'qimachilik to-lasi, odam yoki hayvon epidermisi tangachalari va bosh-qalar kiradi. Ekologik muhitning buzilishi oqibatida ka-sallik qo'zg'atuvchi omillar yil sayin ko'payib bormoqda. Ekzemaning etiologiyasi va patogenezi haqida so'z ketganda, infeksiyon omillarni ham esdan chiqarmaslik kerak. Masalan, oyoq mikozi yoki chov epidermofitiasida kasallik o'chog'idan ancha nari joylashgan sohalarda ikkilamchi allergik toshmalar — ekzematozli epidermo-fititlarning toshishi kuzatiladi. Shunday holatni mikroblilik ekzemada ham uchratish mumkin.

K l i n i k a s i . Ekzema o'zining patogenetik xususiyati, etiologiya omillari va, asosan, klinik ko'rinishiga qarab quyidagi turlarga bo'linadi: chin, mikroblilik, kasbga oid, sebo-reyali ekzemalar va bolalar ekzemasini. Klinik kechishiga ko'ra o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali ekzemalar tafovut qilinadi.

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

Yuqorida keltirilgan alomatlar o'tkir chin ekzemaga xos bo'lib, toshmalar asosan yuz, qo'l, oyoq terisi va baddanning boshqa joylarida bo'ladi va qattiq qichishish, ba'zan achishish hamda qizib ketgandek bo'lib tuyulishi bilan davom etadi.

Ekzemaning klinik ko'rinishida morfologik elementlarning qay biri ko'p uchrashiga qarab ho'l, papullos, vezikular, pustulyoz, skvamoz va po'stloqli xillari farq qilinadi.

Oʻrtacha oʻtkir ekzema klinik koʻrinishi jihatidan oʻtkir ekzemaning yengilroq koʻrinishi boʻlib, bilinar-bilinmas teri shishishi, qizarishi, shuningdek, oʻtkir toshmalar toshishining toʻxtashi va qichishishning sezilarli darajada kamayishi bilan ifodalanadi. Baʼzan ekzemaning klinik koʻrinishiga qarab oʻtkir yoki oʻrtacha oʻtkir ekanligini aniqlash ancha mushkul. Bunda kasallikning davom etishiga qarab shartli ravishda yuqoridagi turlarga ajratiladi. Ekzemaning 6 haftagacha boʻlgan davri oʻtkir va undan keyingisi oʻrtacha oʻtkir xil ekzema hisoblanadi.

Surunkali ekzemaga klinik va gistologik jihatdan yalligʻlanish infiltratsiyasi xos, shu sababli zararlangan joy terisi zichlashib, qalinlashadi. Infiltratsiyali, elastiklik xususiyati kam boʻlgan terida oqish, sargʻish-jigarrang yoki qizgʻimtir poʻstloqlarni, baʼzan tuguncha va pufakchalarni uchratish mumkin. Maʼlum bir noqulay omillar taʼsirida surunkali ekzemaning zoʻrayishi kuzatiladi. Bunda terining qizargan joyi koʻpayib, shish va toshmalar paydo boʻladi.

Ekzema har doim bir xil kechavermaydi. Baʼzan u uzoq vaqtgacha oʻzgarishsiz qolaveradi. Gohida toshmalar tez orada qaytib, uzoq vaqtgacha qayta toshmaydi. Ekzema qaytalaganda kasallangan joydan kengroq sohalarni ham egallashi mumkin.

Disgidrotik ekzema qoʻl va oyoq kaftida mayda noʻxatdek qattiq pufakchalar hosil boʻlishi bilan kechadi. Teri salgina qizarib pufakchalar yoriladi va oʻrnida shilingan iz qoldiradi, ular usti sargʻish poʻstloqchalar bilan qoplanadi, baʼzida pufakchalar yorilmasdan ichidagi suyuqligi bilan qotib qolish hollari ham kuzatiladi. Kasallangan teri sohasi atrofidagi sogʻ teridan keskin ajralib turadi.

Mikrobli ekzemada koʻproq yuzaki piodermiya ikkilamchi yalligʻlanib, ekzemaga aylanadi. Shuning uchun ham klinik koʻrinishi jihatidan ekzema va piodermiyaga xos alomatlar bilan taʼriflanadi. Kasallik, asosan, boldirda, qoʻl panjasining tashqi qismida va bosh terisida kuzatilib,

o'choqlar chegarasi keskin ajralib turadi va shakli yumaloq hamda jimjimador bo'ladi. Toshmalar asimmetrik joylashadi. Terining zararlangan qismi plastinkasimon po'st bilan qoplanadi, u olib tashlansa, o'rnida pushti rangli pilchiragan yuza, ekzematozli chuqurchalar va seroz eksudat tomchilar kuzatiladi. Ba'zan kasallangan o'choqlar atrofida mayda pustulalar paydo bo'lishi va ular yangi ekzematoz o'choqlarini hosil qilishi mumkin. Kasallik qichishish bilan kechadi.

Mikroblilik ekzemaning paratravmatik va varikoz xillari bor. Ularning paydo bo'lishiga mexanik (gipsni noto'g'ri bog'lash), kimyoviy (yaralarni zo'riqtiruvchi dorilar bilan davolash) va biologik (infeksiyalar) omillar ham sabab bo'lishi mumkin.

Kasbga aloqador (professional) ekzema badan terisining ochiq qismlarida vujudga keladi. Kasallikning avj olishiga ishlab chiqarishdagi allergenlar sabab bo'lib, ular organizmga sensibilizatsiyalovchi ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda terida o'tkazilgan sinab ko'rish testi sensibilizatsiyalovchi omillarga nisbatan musbat bo'ladi. Bunday dermatitlarning klinik kechishi yuqorida keltirilgan ekzemalardan deyarli farq qilmaydi. Faqat allergenlar bartaraf etilgandan so'ng kasallik dermatitlarga nisbatan uzoqroq davom etadi.

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

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

Mahalliy davo har bir bemor organizmining o'ziga xos tomonlari hamda kasallikning turi va klinik kechishini hisobga olib o'tkaziladi. Terida pilchirash va shish bo'lsa, **sovuq namlagichlar** (primochkalar), bu holat kamaysa, indifferent pastalar (**qo'rg'oshin, Lassar, naftalan pastalari**) tavsiya etiladi. O'tkir yallig'lanish jarayoni o'tganidan so'ng qichishishni kamaytiruvchi malhamlar (**mentol, anestezin, dimedrol**)dan foydalaniladi. **Kortikosteroidli malhamlar** va **kremlarni** qo'llash ham davo samarasini oshiradi. Surunkali ekzemani davolashning asosiy vazifasi infiltratsiyani so'riltirishdir. Buning uchun naftalan (20 % li), qatron (dyogot) (10 % li) malhamlari tavsiya etiladi.

Infiltratsiyani soʻriltirishda Dorogov antiseptik stimulatori (DAS) ning 3-fraksiyasi ancha shifobaxsh hisoblanadi. Bu 5—10 % li malham sifatida surtiladi.

Bolalar ekzemasini. Bolalar ekzemasiga, asosan, eksudativ diatez yoki irsiy omillar, shuningdek, organizm immunologik reaktivligining oʻzgarishi sabab boʻladi. Ekzema bilan ogʻrigan bolaning ota-onasi yoki yaqin qarindoshlarida turli allergik kasalliklar bor-yoʻqligi aniqlanadi. Agar bolaning otasi yoki onasi allergik kasalliklar bilan ogʻrigan boʻlsa, u holda bolaning ekzema bilan kasallanishi 40 % ni, mabodo ularning har ikkalasi ham allergik kasallik bilan ogʻrigan boʻlsa, u holda kasallanish 60—70 % ni tashkil qiladi. Bemorda turli xil surunkali infeksiya oʻchoqlari, konyunktivit, meʼda-ichak kasalliklari aniqlanadi. Bemor organizmining immunobiologik xususiyati pasayganligi tufayli ular kimyoviy moddalar, oziq-ovqatlar va dori-darmonlarga nisbatan juda sezuvchan boʻlib qoladilar.

Kasallik bolalar hayotining dastlabki kunlaridanoq boshlanishi mumkin. Patologik jarayon yuz, boʻyin, boshning sochli qismidan boshlanib asta-sekin tananing boshqa sohalariga tarqaladi, badanning shu joylari qizarib, qichishadi va mayda-mayda eksudativ tugunchalar hamda pufakchalar paydo boʻladi. Pufakchalar yorilib, tagi pilchirab turadi, soʻngra ustki qismi sargʻish-jigarrang poʻstloqlar, qopaqoʻtir bilan qoplanadi, baʼzan bemorlarda eritematozskvamozli seboreidlarni uchratish mumkin. Kasallikning klinik kechishida mikroblilik, chin va seboreyali ekzemaning belgilari namoyon boʻladi. Bolalardagi ekzema hamisha qattiq qichishish bilan davom etadi va terining tiralishiga, ishtaha yoʻqolishiga, uyqusizlikka sabab boʻladi. Kasallikka koʻpincha xomsemiz, asabi zaifroq bolalar chalinadilar. Bunda limfatik tugunlar kattalashadi, qonda esa eozinofiliya kuzatiladi. Kasallik keyinchalik diffuz yoki disseminatsiyalashgan neyrodermitga aylanishi mumkin.

Davosi. Bolalar ekzemasini davolashda ovqatlanish rejimini tartibga solish muhim ahamiyatga ega. Ovqat bilan

birga iste'mol qilinayotgan uglevod, osh tuzi hamda suyuqlik miqdorini cheklash zarur, chunki ular terida yalig'lanish jarayonini kuchaytiradi. Bolalar ekzemasini davolashda ekzemaning boshqa turlarini davolashda qo'llaniladigan vositalardan foydalaniladi. Bolalarga dori vositalari tegishli kamroq dozada beriladi.

5.3. Neyrodermatozlar

Neyrodermatozlar badanning qattiq qichishishi bilan kechadigan bir qancha teri kasalliklarining yig'indisidir. Terining qichishishi, neyrodermitning har xil turlari, qichima, eshakyem va boshqalar shular jumlasidandir.

5.3.1. Teri qichishishi (Qichima — *PRURIGO*)

Teri qichishishi uzoq vaqt davom etib, jarayon teri shilinishlari bilan kechadi. Hozirgi vaqtda qichishish haqida «ogohlantiruvchi» maxsus retseptorlar haqida aniq fikr yo'q. Ba'zi olimlarning fikricha og'riqni qabul qiluvchi retseptorlar qichishishni ham qabul qiladi; qichishish impulslari nerv tolalari orqali subkortikal va kortikal markazlarga borib, subyektiv sezishga aylanar ekan.

Teri qichishishi qon, modda almashinuvi: jigar, buyrak, me'daosti bezi kasalliklarida ham uchraydi. Shu sababli dastlab bemorning ichki a'zolarini sinchiklab tekshirish zarur.

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

Teri qichishishining tarqoq yoki cheklangan xillari farqlanadi. Cheklangan teri qichishishi ko‘pincha jinsiy a‘zolarida (yorg‘oq, vulva va orqa chiqaruv teshigi sohasida) kuzatiladi. Bunga gijja mavjudligi, jinsiy a‘zolarining yallig‘lanishi, vegetonevroz natijasida kelib chiqqan mahalliy terlash, endokrin kasalliklar va boshqalar sabab bo‘ladi.

D a v o s i. Birinchi navbatda yuqorida keltirilgan etiologik sabablarni o‘z vaqtida aniqlash va uni bartaraf etish kerak. Asosan, simptomatik davo qilinadi: **antigistamin, giposensibilizatsiyalovchi dorilar**, shuningdek, tinchlantiruvchi dorilar — **tazepam, elenium, seduksen, aminazin** va boshqalar buyuriladi.

M a h a l l i y d a v o sifatida **timol** (1—2 % li), **karbol** (2 % li) hamda mentol eritmalari; tarkibida mentol va anestezin bo‘lgan **sovituvchi chayqatmalar** (БОЛТУШКА) tavsiya etiladi. Kortikosteroidli malhamlar yaxshi naf beradi.

5.3.2. Neyrodermit (*NEURODERMITIS*)

Neyrodermit terining surunkali, tez-tez qaytalanib turuvchi yallig‘lanishi bo‘lib, badanning qattiq qichishishi, keyinchalik tugunchali toshmalar — papulalar toshib, teri qalinlashishi, lixenifikatsiya avj olishi bilan kechadi (9-rasm). Neyrodermitning klinik ko‘rinishiga qarab diffuz (tarqoq) va chegaralangan xillari farq qilinadi. Neyrodermitning, shuningdek, gipertrofik, giperkeratotik, follikular, yuzning diffuz lixenifikatsiyasi kabi atipik shakllari ham mavjud.

Etiologiyasi va patogenezi. Neyrodermitga, asosan, endogen omillar sabab bo‘ladi. Asosan, nerv sistemasining funksional o‘zgarishlari, me‘da-ichak yo‘li, jigar, endokrin sistemasining kasalliklari, modda almashinuvi faoliyatlarining buzilishi neyrodermitning vujudga kelishiga sabab bo‘ladi. Nerv sistemasida nevrotik o‘zgarishlar: kuchli qo‘zg‘alish, darmonsizlik, asteniya, emotsional holatlar, uyqusizlik va boshqalar kuzatiladi. Elektroensefalografiya, pletizmografiya, xronoksimetriya kabi tekshirish usullari markaziy va vegetativ nerv sistemasida funksional

o'zgarishlar borligini ko'rsatadi (turg'un oq dermografizm, aniq pilomotor refleksi, termoregulatsiya va ter ajralishining buzilishi va b.).

Ba'zan markaziy nerv sistemasi faoliyatining buzilishi ikkilamchi bo'lishi ham mumkin, ya'ni uyqusizlik va kuchli qichishish natijasida nerv sistemasi zo'riqadi va bu neyrodermitning klinik kechishiga salbiy ta'sir etadi.

Nerv sistemasining zo'riqishi (kuchli qo'zg'alish va boshqalar) oqibatida kelib chiqqan «stress» buyrakusti bezi po'stlog'ining faoliyatiga kuchli ta'sir etadi va bunda gormonlar ishlab chiqarilishi susayadi yoki butunlay to'xtaydi; organizmning yallig'lanishga qarshi xususiyati susayadi, glukokortikoidli gormonlarga bo'lgan talabi esa ortadi. Demak, bemorlarda kortikosteroidlar miqdorining kamayishi allergik reaksiyaning kuchayishi yoki teridagi patologik jarayonning qaytalanishiga olib keladi. Yuqorida qayd etilganlardan nerv va endokrin sistemalar bir-biri bilan chambarchas bog'liqligini ko'rish mumkin. Neyrodermit bilan og'rikan bemorlarning ko'pchiligida qalqonsimon bez faoliyatining ortishi yoki susayishi kuzatilgan.

Neyrodermit patogenezida allergik jarayonning ahamiyati quyidagi ma'lumotlarga qarab belgilanadi:

1. Bemorning kasallik tarixi sinchiklab o'rganilganda, ular yoshligida bolalar diatezi bilan og'rikanligi ma'lum bo'ladi; terida pufakchalar, pilchirash va ekzematoz «quduqlar» boshqa elementlarga (infiltratsiya, lixenifikatsiya) nisbatan ko'proq bo'ladi. Bu neyrodermitning ekssudativ turiga xosdir.

2. O'choqli neyrodermitda allergik toshmalarni zararlangan o'choqdan ancha naridagi sohalarda ham uchratish mumkin.

3. Neyrodermit bilan og'rikan bemorlarning ko'pchiligida dori-darmonlar va oziq-ovqatlarga nisbatan allergiya kuzatiladi.

4. Neyrodermit ba'zan bronxial astma, vazomotor rinit, eshakyem kabi allergik kasalliklar bilan birga uchraydi.

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

Zararlanish o‘choqlari, asosan yuz, bo‘yin, qo‘l va oyoq bukilmalari, jinsiy a‘zolar va sonning ichki yuzasida kuzatiladi. Birlamchi morfologik element tuguncha bo‘lib, u normal o‘zgarmagan teri yoki och pushti rangda bo‘ladi. Bu tugunchalar bir-biri bilan qo‘shilib, infiltratlangan sohalarni hosil qiladi. Patologik jarayondagi teri quruq, usti ekskoriatsiya va mayda kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Shuningdek, tananing tabiiy burmalarida uzun yoriqlar yuzaga keladi. Terining kuchli qichishishi, monomorf toshmalar, nerv sistemasi faoliyatining buzilishi, oq dermografizm, aniq pilomotor refleksi neyrodermitga xos belgilardir. Kuchli qichishish bemor uyqusining buzilishiga, nevroitik holatning kelib chiqishiga sabab bo‘ladi. Bemorlarda gipotoniya, giperpigmentatsiya, adinamiya, allergik reaksiyalar, me‘da shirasi hamda siydik kam ajralishi, gipoglikemiya, ozib-to‘zish, tez toliqish kabi simptomlar namoyon bo‘ladi. Neyrodermitning klinik kechishi ko‘pincha faslga bog‘liq. Kasallik, asosan, qishda zo‘rayib, yozda klinik remissiya holatida bo‘ladi. Neyrodermit bronxial astma, vazomotor rinit, pichan lixoradkasi va boshqa allergik kasalliklar bilan birga kechishi mumkin. Ba‘zi kuchli qo‘zg‘atuvchi omillar ta‘sirida patologik jarayonning o‘tkir yallig‘lanish hollari (vezikulatsiya, pilchirash, qizarish) kuzatiladi.

Cheklangan neyrodermit. Terining ma‘lum bir sohasi kuchli qichib bezovta qiladi. Zararlanish o‘choqlari bo‘yinning orqa yoki yon qismi, jinsiy a‘zolar, dumbalar orasidagi burmalar, katta bo‘g‘imlarning bukuvchi yuzalarida kuzatiladi. Kasallik boshlanishida teridagi o‘zgarishlar deyarli sezilmaydi. Qichishish kuchayganida terida mayda tugunchalar paydo bo‘lib, ular qattiq konsistensiyali, yuzasi kepaksimon tangachalar bilan qoplanadi. Keyinchalik tugunchalar bir-biri bilan qo‘shilib, kattaroq joyni egal-

lashi mumkin. Toshmalar och pushti, qo‘ng‘ir tusda, yassi yumaloq shaklga ega bo‘ladi. Teri asta-sekin qalin tortib zichlashadi (lixenifikatsiya). Kasallik avj olgan davrida lixenifikatsiyaga uchragan markaz usti yaltiroq yassi och pushti rang tugunchalardan iborat o‘rta va giperpigmentli periferik qismlari ajralib turadi. O‘tkir yallig‘langan o‘choqlarda shilinishlar kuzatiladi. Ko‘p qichinish oqibatida chiqqan qon qotib, qoraqo‘tir bo‘lib qoladi, ko‘pincha ikkilamchi piodermiya avj oladi. Kasallik uzoq muddat davom etadi.

Davosi. Neyrodermitni davolashda sedativ va psixotrop dorilar qo‘llaniladi. Organizmning allergik holatini pasaytirish uchun desensibilizatsiyalovchi va antigistamin dorilar (**tavegil, lorid, dimedrol va b.**) tavsiya etiladi. Markaziy nerv sistemasi faoliyatini maromga keltirish va nevroitik holatni kamaytirish maqsadida **uyqu, gipnoz** bilan davolash, **brom preparatlari**, neyroleptiklar (**trioksazin, elenium, seduksen, meprotran**), ganglioblokatorlar (**nanofin, aminozin, geksoniy**) va boshqalarni qo‘llash yaxshi naf beradi. **Vitaminlar** (B guruh vitaminlari, A, PP) ham qabul qilinadi. Kasallik og‘ir kechganida kortikosteroidli dorilar (**prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalar**) buyuriladi.

Fizioterapevtik vositalardan vodorod sulfid, radon vannalari, ultrabinafsha nurlar, PUVA-terapiya va boshqalar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malhamlar («**Sinalar**», «**Selestoderm**», «**Dermatop**» va boshqalar)dan foydalaniladi.

Cheklangan neyrodermitda zararlangan o‘choqlar atrofiga **gidrokortizon, kenolog** va boshqa steroidli gormonlar inyeksiya qilinadi. O‘choqli neyrodermitda **Bukki nurlarini** qo‘llash ham yaxshi natija beradi. Kasallikning zo‘rayishi va qaytalanishining oldini olish maqsadida sanatoriyalarda («Chortoq», «Chimyon») davolanish, surunkali infeksiyalarni bartaraf etish tavsiya etiladi.

5.4. Eshakyem (*URTICARIA*)

Eshakyem allergik kasallik bo'lib, terida, ba'zan shilliq qavatlarda qavarchiqlar paydo bo'lishi va qattiq qichishish bilan kechadi. Kasallik asosida organizmning turli ta'sirotlarga o'ta sezuvchan bo'lib qolishi yotadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen (kimyoviy, mexanik, fizik, dori-darmonlar, oziq-ovqatlar) va endogen (ichki organlar patologiyasi — me'da-ichak, jigar, nerv sistemasi faoliyatining buzilishi) omillar bo'lishi mumkin.

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

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

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

Kvinkning o‘tkir chegaralangan shishi (angionevrotik shish) — o‘tkir eshakyemning bir turi bo‘lib, terida (yoki shilliq qavatda), teriosti kletchatkasida yoki jinsiy a‘zolarida chegaralangan shish paydo bo‘lishi bilan ifodalangani. Teri dag‘al, elastik, oqish yoki pushti rangda bo‘ladi. Bemorlar qichishishdan shikoyat qilmasliklari ham mumkin. Bu ko‘pincha oddiy eshakyem bilan birga kechadi. Kvinkning chegaralangan shishi xavfliroq bo‘lib, uning hiqildoqdagi toshmali stenoz yoki asfiksiyaga sabab bo‘lishi mumkin.

Surunkali qaytalanib turuvchi eshakyemda toshmalar soni ko‘p bo‘lmaydi, lekin ular bir necha oy yoki yillab davom etadi. Eshakyemning bu turi surunkali infeksiyon o‘choqlar (tonzillit, xolesistit va boshqalar) tufayli vujudga keladi. Toshmalar toshganda bemorning umumiy ahvoli o‘zgaradi, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynash, qusish va diareya holatlari, shuningdek, qonda eozinofiliya va trombositopeniya kuzatiladi.

Turg‘un tugunchali eshakyem bemor terisidagi qavariqli toshmalarning uzoq turishi va papulalarga aylanishi oqibatida vujudga keladi. Bunda teridagi chegaralangan shish o‘rnini asta-sekin limfositlardan iborat infiltrat egallaydi va giperkeratoz, akantoz jarayoni kuzatiladi. Toshmalar, asosan, qo‘l va oyoqning yozuvchi sohalariga toshib, qizg‘ish-qo‘ng‘ir rangda bo‘ladi.

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

D a v o s i. Birinchi navbatda bajariladigan ishlar kasallikni keltirib chiqargan omillarni (me‘da-ichak va asab sistemasi patologiyasi, surunkali infeksiya o‘choqlari va

boshqalar) aniqlash va ularni bartaraf etishdan iborat. **Giposensibilizatsiyalovchi, antigistamin (suprastin, erolin, loratal (loratadin) va tinchlantiruvchi** dorilar tavsiya etiladi, og'irroq hollarda steroidli preparatlar ichish buyuriladi. O'tkir eshakyemda **surgi, tozalovchi huqna** qilish, siydik haydovchi dorilar (**furosemid, laziks va boshqalar**) berish maqsadga muvofiq.

Mahalliy davo sifatida **suv** va **qo'rg'oshinli pasta, chayqatmalar, gormonal malham** va **kremlardan** foydalaniladi. Bemorlarga parhez qilish tavsiya etiladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Dermatit va toksikodermiyaning paydo bo'lishi sabablari nimalardan iborat?
2. Allergik dermatitlar qanday dermatit?
3. Ekzemaning rivojlanish bosqichlari qanday?
4. Neyrodermit kasalligining asosiy belgilari qanday?
5. Bolalar qichimasi va eshakyemning bir-biridan farqi nimada?
6. Qichish bilan kechadigan teri kasalliklarini davolashda nimalarga e'tibor berish kerak?



TESTLAR

1. Ekzemaning qanday turlari mavjud?

- A. Chin va yolg'on ekzema, kattalar ekzemasini;
- B. Chin, kasbga oid, seboreyali ekzema, bolalar ekzemasini;
- C. Bolalar va kattalar ekzemasini;
- D. Kasbga oid ekzema, kattalar ekzemasini.

2. Teri qichishida qaysi obyektiv belgilar kuzatilmaydi?

- A. Birlamchi morfologik elementlar;
- B. Gemorragik po'stloqlar;
- C. Ikkilamchi morfologik elementlar;
- D. Subyektiv shikoyatlar.

3. Neyrodermitning qanday klinik ko‘rinishlari tafovut qilinadi?

- A. Gipertrofik;
- B. Follikular va diffuz;
- C. Diffuz va chegaralangan;
- D. O‘choqli.

4. Atipik dermatit gavdaning qaysi qismlarida uchraydi?

- A. Orqa va dumbada, boldirda;
- B. Sonning ichki sohasida, oyoq kafti va panjada;
- C. Yuz, bo‘yin, tirsak, tizza buklamalarida;
- D. Qo‘l kafti va panjalarida, tirsakda, ensada.

5. Eshakem kasalligining asosida qanday omil yotadi?

- A. Endogen ta’sirlar;
- B. Turli ta’sirlarga o‘ta sezuvchanlik;
- C. Fizik, biologik, kimyoviy;
- D. To‘g‘ri javob yo‘q.

6-bob. PATOGEN MIKOBAKTERIYALAR VA VIRUSLAR QO‘ZG‘ATADIGAN TERI KASALLIKLARI

6.1. Teri sili (*SKIN TUBERCULOSIS*)

Teri sili organizmdagi umumiy sil infeksiyasining bir ko‘rinishi bo‘lib, aksariyat ikkilamchi sil ko‘rinishida vujudga keladi. Surunkali qaytalanib turuvchi xili o‘ziga xos xarakterga ega. Teri sili hozirgi kunda juda kam uchraydigan teri kasalliklaridan hisoblanadi.

Kasallikni sil tayoqchasi qo‘zg‘atadi. Sil tayoqchasining boshqa bakteriyalardan farqi shundaki, u kislota, ishqor va spirtga juda chidamli bo‘ladi. Tabiiy sharoitda sil kasalligiga odatda odam, sut emizuvchi hayvonlar (sigir, ot, echki va boshqalar) va parrandalar chalinadi. Sil qo‘zg‘atuvchilarining ba’zi morfologik jihatlari bir-biriga o‘xshasa ham, biologik va patogenlik xususiyatlari bilan bir-biridan farq qiladi. Masalan, teri siliga chalingan bemorlar ajralmasidan 70—85 % odamdan odamga yuqadigan turidagi mikobakteriya, 20—25 % qoramol va parranda mikobakteriyasi topiladi. Teri sili bilan kasallanganlik darajasi, asosan, aholi orasida o‘pka silining qay darajada tarqalganligiga bog‘liq. Subtropik va tropik o‘lkalarda teri sili nisbatan ko‘proq uchraydi.

Teri sili turli yoshdagi kishilarda uchrashi mumkin, lekin bu kasallikka bolalar va o‘smirlar ko‘proq chalinadilar. Odamga odatda odam va qoramol mikobakteriyalari yuqadi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi *endogen yo‘l*, ya‘ni sil bilan og‘rigan a‘zo va to‘qimalardan, asosan o‘pka, nafas yo‘llari, limfa tugunlari, qon va suyaklardan teriga o‘tadi. *Ekzogen yo‘l* — bu ko‘pincha kishining kasb-

koriga bog'liq bo'lib, aksari kushxona ishchilari, qassoblar, ko'nchilar, veterinariya xodimlari, ba'zan patologo-anatomlar kasallanadilar. Bunda sil bilan og'rigan qoramolni so'yganda yoki go'shtini nimtalaganda kishining terisi shikastlansa, terining shu joylariga sil mikobakteriyalari tushib, teri sili kelib chiqishi mumkin.

Odam organizmi a'zolari funksiyasining kompleks ravishda buzilishi, immunitet hamda reaktivligining haddan ziyod pasayib ketishi sil qo'zg'atuvchisining virulentligi va allergik ta'sirining oshib ketishiga olib keladi.

Birlamchi teri sili juda kam, ilgari sil mikobakteriyasi bilan infeksiyalanmagan insonlarda, asosan, bolalarda uchraydi. Kasallik mikobakteriya saqlovchi biosubstratlar (balg'am, so'lak va boshqalar) bilan kontaktda bo'lganda yuqadi. Teri orasida mikrotravmalar, dedaktlar sil qo'zg'atuvchisini teri ichiga kirishi uchun qulay sharoit tug'diradi.

Klinikasi. Uch haftalik inkubatsion davrdan so'ng zararlangan terida qizg'imgir jigarrang, qattiq konsistensiyali tuguncha paydo bo'ladi va u bir necha kundan so'ng og'riqsiz yaraga aylanadi. Ushbu yara atrofida o'tkir yallig'lanish belgilari bo'lmaydi, ba'zan yumshoq, ba'zan esa qattiq konsistensiyali (shankrsimon yoki epiteliomasimon) bo'ladi. Yara tubida yiringli ajralma, donador manzara va papillomatoz — verrukoz toshmalar kuzatiladi. Yara paydo bo'lgandan 2—4 hafta o'tib regionar limfadenit va limfangit aniqlanadi. Ushbu klinik ko'rinish *birlamchi sil kompleksi* deb ataladi.

Limfa tugunlari og'rimaydi, avval qattiq konsistensiyali, alohida joylashadi, harakatchan bo'ladi. Keyinchalik limfa tugunlari bir-biri bilan qo'shiladi, ustidagi teriga yopishadi va yorilib yaralar hosil qiladi. Bunday klinik ko'rinish sil skrofulodermasini eslatadi. Birlamchi yarali nekrotik o'choqlar atrofida lyupomalar paydo bo'ladi va uning *sil yugurugiga* aylanishi ehtimoli bo'ladi. Yaralar chandiqlanib bitadi va keyinchalik ular ustida sil do'mboqchalari hosil bo'lishi yoki, infeksiya tarqalsa, *pamulansprotik* yoki *milnar teri sili* rivojlanishi mumkin.

O'choqli teri sili. *Sil yugurugi yoki lyupoid teri sili* teri silining boshqa xillariga nisbatan ko'p uchraydigani bo'lib (70—80 %), aksariyat 5—15 yoshdagi bolalar orasida keng tarqalgan. Ba'zan kasallik o'rta yoshli yoki keksalar orasida ham uchrab turadi. Kasallik tez-tez qaytalanib turishi, davo qilinsa ham tezda tuzalavermasligi bilan ifodalanadi. Kasallik o'chog'ining yuzda bo'lishi samarali davo vositalari bo'lmagan vaqtlarda bemorning yuzini xunuk, go'yo bo'ri g'ajigandek qilib qo'yanligi sababli bu kasallik «volchanka», ya'ni «bo'ri temiratkisi» deb atalgan.

Kasallik gematogen yoki limfogen yo'l orqali yuqadi. Tekshiruv natijalaridan sil yugurugiga chalinganlarning 5—10 % i avval o'pka sili, 5—20 % i esa suyak va bo'g'imlar sili bilan og'rganligi aniqlangan. Ba'zan teridagi turli jarohat va yara-chaqalar kasallikning avj olishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Teri sili o'choqlari aksariyat (80 %) bemorning yuzi, burni, yuqori lablari, lunji va quloq supralari sohasida joylashadi. Ko'pincha zararlangan o'choqlarga terining shilliq qismi ham qo'shib ketadi.

Sil yugurugining birlamchi morfologik elementi do'mboqcha yoki lyupomadir, u yarimsharsimon, chegarasi aniq, kattaligi igna uchiday va undan kattaroq, sarg'ish-qizil rangli, yumshoq bo'ladi, og'rimaydi. Yuzasi silliq yaltiroq kulrangsimon tovlanib turadi, keyinchalik shu joylar po'st tashlaydi. Po'st tashlash, ayniqsa, yassi sil yugurugida ko'zga yaqqol ko'rinadi. Do'mboqchalar periferiyaga tomon o'sib borib, atrofga yoyilib, bir-biri bilan qo'shib ketadi. Do'mboqchalar (lyupomalar) yuzasidan ohista barmoqlar yuritilsa, uning yumshoq konsistensiyasi — sil yugurugining o'ziga xos birinchi belgisi ma'lum bo'ladi. Agar do'mboqcha buyum oynasi bilan qattiq bosilsa, zararlangan o'choqdagi kapillarlardan qon chiqib, atrofdagi to'qimalarga tarqaladi, do'mboqchalar qonsizlanib oqish-sarg'ish tusga ega bo'ladi, bu olma jelesiga o'xshaydi. Shuning uchun bu klinik belgi «olma jelesi» simptomi deyiladi. O'tmas zond bilan do'mboqcha yuzasiga sal bosilsa,

taxminan 5—10 sekund saqlanib turadigan chuqurcha vujudga keladi. Bu holat «zond» fenomeni yoki A. I. Pospelov belgisi hisoblanadi. Zond bilan qattiqroq bosilsa, to‘qimalar yemirilib, qon chiqadi va qattiq og‘riq paydo bo‘ladi. Do‘mboqchani o‘ziga xos yumshoqligi undagi kollagen va elastik tolalarning parchalanib, sonining kamayib ketishiga bog‘liq.

Umuman sil yugurugida do‘mboqchalarning parchalanib yassilanishi ikki xilda kechadi: birinchi xilida quruq, bitish yo‘li bilan boshlanib, chandiqli atrofiya bilan yakunlanadi: ikkinchi xilida esa yaralar vujudga keladi. Qurib bitganda chandiqli atrofiya yuzasi xuddi papiros qog‘ozidek yupqa bo‘lib, yaltirab turadi. Yaralanganida esa chandiqlar deformatsiyalangan va chuqur bo‘ladi. Ayniqsa, bemorning yuzida joylashgan do‘mboqchalar yuqorida aytilgan o‘zgarishlardan keyin uni juda badbashara qilib qo‘yadi.

Skrofuloderma yoki kollikvativ teri sili. Terining, ayniqsa bolalar orasida ko‘p uchraydigan sil kasalligi. Kasallik aksariyat hollarda ikkilamchi infeksiya (sildan zararlangan suyak iligi, bo‘g‘imlar yoki limfatik tugundan teriga o‘tadi) yo‘li bilan (*per continuitatem*) tarqaladi. Birlamchi skrofuloderma esa kamroq uchraydi, asosan, o‘pka va boshqa a‘zolaridagi sil o‘choqlaridan teriga gematogen yoki limfogen yo‘l bilan mikobakteriyalar o‘tishi oqibatida paydo bo‘ladi. Birlamchi toshma, odatda, bo‘yinda, jag‘ ostida, quloq atrofida, og‘iz bo‘shlig‘ida uchraydi.

Klinikasi. Dastlab teriosti yoki teriosti yog‘ kletchatkasida og‘rimaydigan, kattaligi yong‘oqdek keladigan, harakatchan tugun paydo bo‘ladi. Keyinchalik tugun asta-sekin kattalashib, atrofidagi teri bilan qo‘shilib ketadi va ko‘kintir-binafsha rangga kiradi. Bora-bora tugun markazi yumshab terisi yupqalashadi (*colliquatio* — yumshoq demakdir), qizarib yallig‘lanadi, bir yoki bir nechta joydan uch berib, yoriladi, bunda teshikli yaralar

paydo bo'ladi (fistula). Yaralarning qirralari notekis bo'lib, ichidan qon aralash yiring ajralib turadi. Zararlangan o'choqlardagi yaralarning rivojlanishi turlicha, ya'ni biri endi boshlanayotgan bo'lsa, ikkinchisi bitib chandiqlanib turadi. Teshik yaralar, aksari bo'shliqlar orqali bir-biri bilan tutashib turadi. Yara teshiklariga metall zond kiritib, bo'shliqlarni topish mumkin. Yaralar o'z-o'zidan har xil shakldagi o'siqlari bor notekis chandiqlar hosil qiladi. Ko'pincha bo'yin, pastki jag' va quloq orqasi, to'sh, o'mrovosti va o'mrovusti sohalari zararlanadi. Skrofulodermada bemorning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi, ammo uning tashqi ko'rinishi o'zgaradi, ya'ni rangi o'chib, yuzi kerkib turadi, limfa tugunlari kattalashadi. Bunday bemorlar zimdan tekshirilganda aksariyat hollarda ularda aktiv o'pka sili borligi aniqlanadi.

So'galsimon teri sili. Teri silining boshqa xillariga nisbatan kam, ko'proq erkaklarda uchraydi. Ma'lumotlarga qaraganda bu dard bemorning kasb-koriga bir qadar bog'liq bo'lib, ko'pincha patologoanatomlar, qassoblar, kushxona ishchilarida kuzatiladi. So'galsimon teri sili o'pka, ichak va boshqa a'zolar sili bilan og'rgan bemorlarda autoinfeksiya yo'li bilan yuzaga keladi.

Kasallikning asosiy belgisi do'mboqchalar bo'lib, ular ko'pincha bemorning qo'l va ba'zan oyoq barmoqlari yon qismida, to'piq sohasida paydo bo'ladi. Kattaligi no'xatdek yoki undan kattaroq, rangi qoramtir-qizil, yuzasi esa g'adirbudir bo'ladi. Do'mboqchalar bir-biriga qo'shilib, kattakatta o'choqlar paydo qilishi va ular asta-sekin atrofdagi limfatik tomir hamda tugunlarga tarqalishi mumkin. Bir joyga to'planib qolgan do'mboqchalar bosib ko'rilsa, ular atrofidagi mikroabsesslardan yiring chiqadi. Bemor davolanmaydigan bo'lsa, zararlangan o'choqlar periferiyasi bo'ylab yangi tugunchalar va do'mboqchalar chiqib, ular ham bir-biriga qo'shilib ketadi.

So'galsimon teri silida bemorning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi. Kasallik odatda juda sekin kechadi,

tuzalganidan keyin oʻrnida atrofiyali chandiq qoladi. Shuni nazarda tutish lozimki, atrofiyali chandiq oʻrnida qizil yugurukdan farqli oʻlaroq yangi elementlar paydo boʻlmaydi. Soʻgalsimon teri sili koʻpincha oʻpka sili bilan birga kechishi mumkin, bunda bemorning ahvoli ogʻirlashadi. Tuberkulin sinamasi musbat boʻladi.

Teri va shilliq qavatlarning yarali sili aksariyat autoinkulatsiya yoʻli bilan yuqadi va ichki aʼzolar sili bilan ogʻrigan bemorlarda kuzatiladi. Bu teri shilliq qavatlari-ning *milliar yarali sili* yoki *ikkilamchi sil yarasi* deb ham yuritiladi.

Kasallik boshlanishida zararlangan teri sohasida (oʻpka silida — ogʻiz va burun, buyrak silida — jinsiy aʼzolar atrofida, ichak silida — orqa chiqaruv teshigining tashqi yuzasida) toʻgʻnogʻich boshidek keladigan sargʻimtir-qizil tugunchalar paydo boʻladi. Oradan oz vaqt oʻtgach, tugunchalar madda boylab, tezda yoriladi va mayda yarachalar yuzaga keladi. Tugunchalar bir-biriga qoʻshilishga moyil boʻladi. Yarachalarning chetlari notekis, tubi esa sargʻimtir-pushti rangda granulatsiyalanib turadi. Zararlangan oʻchoqlar tez-tez qonaydi va seroz-yiring bilan qoplanadi. Vaqt oʻtishi bilan yaralar tubi va yon-atrofidan sargʻimtir kazeoz doʻmboqchalar (Trel donachalari) chiqa boshlaydi. Keyinchalik yaralar ancha chuqurlashib, serpiginizatsiya yuz beradi. Ogʻriq kuchayadi, zararlangan oʻchoqning oʻrniga qarab bemorning ovqatlanishi, siyishi yoki hojatga chiqishi mushkullashadi.

Bemor organizmidagi immunologik qarshilikning keskin kamayib ketishi oqibatida tuberkulin sinamasi odatda manfiy boʻladi, ammo yaralardan olingan ajratmalarda sil mikobakteriyasi koʻp topiladi.

Disseminatsiyalashgan teri sili — Lixenoidli sil aksariyat nimjon, muskul va suyaklari yetarli rivojlanmagan, shuningdek, limfatik tugunlari hamda harakat aʼzolarida aktiv sil oʻchogʻi boʻlgan bolalar orasida uchraydi. Baʼzan sil yugurugi tez davolanganda, mikobakteriyalarning aktiv

parchalanishi va disseminizatsiyasi oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Bunda, asosan, bemorning ko'kragi, yelkasi, qorni va qovurg'alari sohasiga papuloz, papulopustuloz, maddalangan toshmalar chiqadi, ular mayda bo'lib bir-biriga qo'shilishi yoki qo'shilmasligi ham mumkin; rangi sog'lom teri rangida, ba'zan sarg'ish-qizil bo'ladi. Ayniqsa, badanning yon qismi, yuz va dumbadagi follikular tugunchalar simmetrik joylashadi, yuzasi mayda tangachalar bilan qoplanadi. Juda qalin birikib ketgan follikular toshmalar seboreyali ekzemani eslatadi. Bemorlarda subyektiv shikoyatlar bo'lmaydi, toshmalar bir zumda (spontan) yo'qolishi, ammo tez orada yana qayta toshishi ham mumkin. O'pka sili davolangandan keyin, toshmalar tuzalib ketadi va zararlangan o'choqlar o'rnida mayda pigmentli dog'lar, ba'zan nuqtali chandiqlar qoladi.

Papulonekrotik teri sili aksariyat, qizlar va yosh ayollarda kuzatiladi. Kasallik o'chog'idan (o'pka, limfa tugunlari, suyak sili) sil mikobakteriyalarining limfa yoki qon oqimi bilan tarqalishi oqibatida yuzaga keladi. Toshmalar, asosan, tuguncha bo'lib, terining turli sohaslariga, ko'pincha bilak, boldir, son, dumba va ba'zan yuzga toshadi. Ularning kattaligi moshdek yoki no'xatdek keladi, dastlab qizg'ish, keyin esa ko'kimtir-qizil tusga kiradi. Toshmalar dam paydo bo'lib, dam yo'qolib turadi. Ma'lum vaqt o'tishi bilan tugunchalar markazida sarg'ish nevroitik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bemor tuzalganidan keyin zararlangan o'choqlar o'rnidagi chandiqlik bir umr saqlanib qoladi.

Indurativ Bazen eritemasi yoki indurativ (qattiqlashgan) teri sili. Kasallik deyarli ikkilamchi tartibda yuzaga keladi. Odatda o'pka yoki limfa tugunlari sili, skrofuloderma yoki papulonekrotik sil bilan og'rikan bemorlar, xususan 15—35 yoshli qiz-juvonlarda kuzatiladi.

Kasallikning vujudga kelishi kishining kasb-koriga bog'liq, jumladan, oyoq venalarining varikoz kengayishi, akrosianoz, oyoq-qo'llarning uzoq vaqt sovqotishi, tik

turib ishlash va boshqa omillar kasallikning avj olishiga imkon yaratadi. Kasallikning aksariyat qaytalanib turishi yilning fasllariga bog'liq bo'lib, u kuz va qishga to'g'ri keladi.

Indurativ eritemaning klinik ko'rinishi teri damidan pastda qattiq va sekin kattalashib boradigan tugun hosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Tugunlar soni 1—4, ba'zan 8—10 ta bo'lib, ko'pincha simmetrik joylashadi, rangi ko'kimtir-pushti, asosi esa teriosti yog' qatlamida bo'ladi. Bemor ko'zdan kechirilganda boldir, son yoki dumba sohasida qo'lga yaxshi unnaydigan, yong'oqdek keladigan tugunlar aniqlanadi. Kasallik boshlanishida bemorning umumiy ahvoli uncha o'zgarmaydi, faqat bo'g'imlari bezillab sal shishib turadi, harorati biroz ko'tariladi. Zararlangan teri o'choqlari rangi avvaliga o'zgarmay, keyinchalik ko'kimtir-pushti yoki qo'ng'ir-qizg'ish tusga kiradi; shu joylarda yuqorida aytilgandek katta, yassi va qattiq infiltratlar hamda tugunlar paydo bo'ladi. Bunda teri shilliq qavatining zararlanishi kamdan kam kuzatiladi.

Teri silining davosi va profilaktikasi. Qo'llaniladigan davo tadbirlari avvalo etiologik va patogenetik omillarga qaratilmog'i lozim. Teri sili ham silning bir ko'rinishi, shuningdek, u butun a'zo kasalligi ekanligini hisobga olib, birinchi navbatda unga umumiy davo chorasi qo'llaniladi. Teri siliga chalingan bemorlarni davolashda maxsus dori-darmonlar bilan bir qatorda organizmning umumiy quvvati va immun qarshiligini oshiradigan vositalardan foydalanish zarur. Silga qarshi antibiotiklardan foydalanish davolash samarasini oshirishda muhim omillardan hisoblanadi. Antibiotiklarni buyurishdan avval mikobakteriyalarni ularga nisbatan bo'lgan sezuvchanligini aniqlash maqsadga muvofiq bo'ladi. Tuberkulostatik preparatlarni, ta'sir etishiga qarab, quyidagi guruhlariga bo'lish tavsiya etiladi:

birinchi guruhga juda samarali ta'sir qiladigan preparatlar (**izoniozid va rifamipitsin**) kiradi;

ikkinchi guruhga o'rtacha samarali ta'sir qiladigan (**etambutol, streptomitsin, protionalid, pirazinamid, kanamitsin, florimitsin**) dorilar;

uchinchi guruhga — **PASK, Tibon(tioasetazon)** kiradi.

Asosiy davolash kursi tamom bo'lgandan keyin 2 oy davomida har yili bahor va kuzda residivga qarshi davo kurslari o'tkaziladi. Bunda chegaralangan shaklida 3 yil, tarqalgan shaklida 5 yil davomida ushbu davo kursi o'tkaziladi. Bemor klinik tuzalgandan keyin (gistalogik tasdiqlansa) ham besh yil davomida dispanser ko'rigida bo'ladi va har yili 2 marta tekshirib turiladi. So'galsimon teri silida **30 % li rezorsin pastasi** ishlatiladi, **kriodestruksiya, diatermokoagulatsiya, rentgen va radioterapiyalardan** foydalaniladi.

Teri silining paydo bo'lishida atrof-muhitning sanitariya ahvoli va ijtimoiy omillar katta ahamiyatga ega ekanligini nazarda tutish lozim. Salbiy omillarni bartaraf etish muhim ahamiyatga ega.

Undan tashqari bolalar uylari, maktablar, bog'chalar va jamoat joylarida kasallangan shaxslarni barvaqt aniqlash yuzasidan profilaktik chora-tadbirlar ko'riladi. Kasallikning oldini olish maqsadida bolalar va kattalarni vaqti-vaqti bilan tibbiy ko'rikdan o'tkazib turish zarur. Kasallik borligi aniqlanganda bemorning oila a'zolari va u bilan yaqin muloqotda bo'lgan kishilar maxsus tekshiruvdan o'tkaziladi. Teri siliga chalinganlarga muntazam davo choralari ko'riladi va davoning to'g'ri va o'z vaqtida bekam-u ko'st olib borilishi nazorat qilib turiladi. Zarur bo'lganda bemor klinika, kasalxona yoki qulay iqlimiy sharoitlarga ega bo'lgan sanatoriyalarda davolanadi.

Laboratoriya diagnostikasi. Kerakli asbob-anjomlar:

1. Skalpel.
2. Jenner ignasi.
3. Buyum uchun oynalar.
4. Mikroskop.
5. Immersion moyi.

6. 96° li etil spirti.

7. Pinset.

8. Sil-Nilsen usulida bo'yash uchun zarur eritmalar (fuksin eritmasi, xlorid kislotaning 3 % li spirtdagi eritmasi, metilen ko'ki).

9. Filtr qog'oz.

10. Tajriba uchun hayvonlar.

11. Oziq muhitlar.

12. Pirke va Mantu sinamalari uchun reaktivlar.

Sil volchankasida do'mboqchalar kollikvativ sil va teri silida yaralangan tugunlardan olingan material mikroskopik tashxis qo'yish uchun asos bo'ladi. Biroq, bu elementlarga ko'pincha ikkilamchi piokkok infeksiyalar tushib, ulardan yiringli suyuqliklar chiqib turishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun avval yaralar steril doka-tampon bilan yaxshilab artib tozalanadi va yaralardan Jenner ignasida yoki skalpel bilan ajralma qirib olinadi. Olingan materiallardan bir xil qalinlikda bir necha surtmalar tayyorlanib, ular havoda quritiladi, alangada fiksatsiya qilinadi. Shundan keyin Sil-Nilsen usulida bo'yaladi.

Sil mikobakteriyasi ingichka tayoqcha shaklida bo'lib, uzunligi 2—4 mk, eni 0,3—0,5 mk, shakli — kalta va uzun, ingichka va yo'g'on, qayrilgan va donador bo'lishi mumkin. Ba'zan maxsus ozuqa muhitlarida kattaligi 10 mk gacha kattalashib boradi (polimorfdir). Kapsula va spora hosil qilmaydi, harakat organli yo'q, oddiy usulda aniq bo'yalmaydi. Qobig'i bilan sitoplazmasi bir talay lipidlar tutadi, shuning uchun ham bu mikobakteriyalar faqat murakkab bo'yash usulida va faqat kislotalar ishlatilgandagina bo'yaladi. Mikobakteriyalar spirt va ishqorlarga juda chidamli, qurigan yiringda bir necha haftagacha, qorong'i xonadagi kiyim-boshda 1,5—2 oygacha tirik saqlanadi. Tik tushgan yorug'lik nuri bir necha soatda, tarqoq nur esa, 3—8 kunda o'ldiradi.

Sil-Nilsen usulida bo'yalgan surtmalarda sil mikobakteriyalari ko'k fonda qizil bo'lib ko'rinadi. Buning sababi

sil mikobakteriyasi o'z tarkibida yog' kislotalarini tutadi. Preparat qizdirilganda bu kislotalar asosiy fuksin bilan ajralmas birikma hosil qiladi, natijada preparat qizil rangga bo'yaladi, ular atrofidagi boshqa elementlar bilan mikroorganizmlar esa, ko'k rangga bo'yaladi. Mikobakteriyalar to'g'ri, egilgan, uzun va kalta bo'lishi mumkin. Ular alohida-alohida va turli kattalikda guruh-guruh bo'lib yoki to'plamlar holida uchraydi. Ba'zan ular bir xilda bo'yal-magan bir qator qizil donachalar shaklida ko'rinadi. Ak-sariyat hollarda sil mikobakteriyalari burchak shaklida joylashadi. Son miqdori ko'ruv maydonida har xil bo'-lishi mumkin. Mikobakteriyalar soni 1 ml hajmda olingan preparatda 50000 dan ko'p bo'lsa, bakterioskopik usulda tez aniqlanadi.

Surtmada mikobakteriyalardan, hatto bir nechta to-pilishi ham tashxis uchun muhim ahamiyatga ega bo'ladi. Shunday ekan, imkoni boricha butun preparatni ko'zdan kechirib chiqish zarur. Ba'zan shunday ham bo'ladi: qayta-qayta tekshirib ko'rilgandagina sil mikobakteriyasi topiladi.

Bakteriologik usulda tekshirilayotgan patologik mate-rial avvaliga Ulengut va Sumiosh bo'yicha (15—20 % HCl yoki H_2SO_4 eritmasi) ishlov beriladi. So'ngra material sentrifugada aylantiriladi va fiziologik eritma bilan yuvi-ladi. Keyin Lyovenshtayn-Yensen muhitiga ekiladi. Usul-ning kamchiligi shundan iboratki, mikobakteriyalarning o'sishi 2—12 haftadan so'ng kuzatiladi.

Sil kasalligida eng samarali usul, dengiz cho'chqalarida biologik sinama o'tkazish hisoblanadi. Buning uchun be-mordan olingan patologik materialdan 1 ml hajmda cho'ch-qalarning terisi ostiga yoki qorin bo'shlig'iga yuboriladi. 5—10 kundan keyin limfadenit, so'ngra tarqalgan infek-sion jarayon yuzaga keladi va hayvonlar o'tadi. Serologik usulda antigen va antitelolarni aniqlovchi KBR, aggluti-natsiya, bilvosita reaksiyalari (Boyden reaksiyasi) quyiladi. Kasallikni erta aniqlashda Pirke, Mantu kabi teri sina-malarining ahamiyati katta.

Pirke reaksiyasi (teri ustiga tuberkulin surtiladi) yoki Mantu reaksiyasi (teri ichiga tuberkulin yuboriladi), asosan, bolalar silini aniqlashda qo'llaniladi. Pirke reaksiyasida bilak terisi bitta tilinib, shu joyga suyultirilmagan tuberkulindan bir tomchi surtiladi. Natija 48 soatdan so'ng hisobga olinadi. Diametri kamida 5 mm li infiltrat paydo bo'lsa, reaksiya musbat, deb hisoblanadi.

Odatda, *Mantu reaksiyasi* aniq natija beradi. Bu reaksiya uchun tuberkulin 0,25 % li karbol kislotasi eritmasi bilan 1:1000 va 1:100 nisbatda suyultirilib, teri ichiga yuboriladi. 48 soatdan keyin infiltrat paydo bo'lsa, reaksiya musbat deb hisoblanadi. 1:100 nisbatda suyultirilgan tuberkulin yuborilganda manfiy natija olinadi, bolada sil yo'q, deb hisoblash mumkin.

6.2. Virusli dermatozlar (*VIRAL DERMATOSES*)

Viruslar sabab bo'ladigan dermatozlar teri kasalliklari ichida salmoqli o'rin egallaydi. Ularga asosan oddiy uchuq, o'rab oluvchi yoki belbog'simon uchuq, o'tkir uchli kandidoma, so'gallar va kontagioz mollusk kiradi. Bu kasalliklarning klinik ko'rinishi har xil bo'lishiga qaramay yuqish yo'llari bir-biriga juda yaqin, qo'zg'atuvchilari esa viruslardir.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining ma'lumotiga ko'ra yuqumli mollusk va o'tkir uchli kandidoma jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiyalar qatoriga kiritilgan.

6.2.1. Oddiy uchuq (*HERPES SIMPLEX*)

Oddiy uchuq virusli teri kasalliklari ichida ko'p uchraydi. Mutaxassislarining ma'lumotlariga qaraganda, katta yoshdagi odamlar orasida oddiy uchuq qo'zg'atuvchisini tashuvchilar 90 % va undan ortiqni tashkil etadi. Bu esa oddiy uchuq virusining o'ta yuquvchan hamda juda keng tarqalganligini bildiradi.

Oddiy uchuq virusi boshqa viruslardan farq qilib, u organizmda yillab saqlanishi, ba'zi noxush omillar (zo-

tiljam, har xil intoksikatsiya va boshqalar) ta'sirida faollashib, kasallikni yana yuzaga keltirishi mumkin. Aksariyat cho'chish, sovqotish, shamollash, gipovitaminoz, ruhiy ta'sirotlar viruslarni qo'zg'atib oddiy uchuqqa sabab bo'ladi. Bemor bilan muloqotda bo'lganda ham ba'zan kasallik yuqishi mumkin.

K l i n i k a s i. Badanning turli qismida teri qizarib, g'uj-g'uj mayda pufakchalar hosil bo'ladi. Kasallik alomati ko'ringunga qadar xuddi shu joylar sal-pal achishib, qichishadi, biroz sanchib turadi. Oradan bir-ikki kun o'tgach kattaligi tariq donidan tortib, to moshdek keladigan g'uj-g'uj pufakchalar paydo bo'ladi, ular asosan giperemiyalanib turgan teri yuzasiga toshadi, ichida tiniq suyuqlik bo'ladi. Pufakchalar ichidagi suyuqlik bora-bora loyqalanadi, tortishib og'riydi. Ular tezda yorilib, yupqa sarg'imtir-qoraqo'tir bilan qoplanadi. U tushib ketgan joyda yana yangi po'stchalar paydo bo'ladi. Oddiy uchuq, asosan lab burchaklarida, lunjda, burun qanotlarida, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, ko'z qovoqlarida va jinsiy a'zolarida kuzatiladi.

Kasallik alomatlari 10—14 kun ichida o'tib ketadi, pufakchalar o'rnida vaqtincha jigarrang dog' qoladi. Ba'zan kasallik qaytalashi mumkin. Bunda bosh og'rib harorat ko'tarilishi, darmonsizlik, ishtaha yo'qolishi kuzatiladi. Sovqotish, o'ta toliqish, ruhiy iztirob, jarohatlanish, yuqumli kasalliklar kasallik qo'zishiga sabab bo'ladi. Bunda bemor holsizlanadi, uyqusi buziladi, yangi paydo bo'lgan uchuqlar achishib og'riydi, regionar limfa tugunlar shishadi.

D a v o s i. Terida paydo bo'lgan pufakchalar, eroziyalangan mayda yara-chaqalarga **anilin bo'yoqlari** — **metilen ko'ki, brilliant yashili, Kastellani bo'yog'i** surtiladi. Qoraqo'tir bo'lgan joylar, yoriqlar, eroziyalarga **sintomitsin emulsiyasi**, 1—3 % li **oksolin, interferon, bonafton, gossipol, florenal malhamlari** surtiladi. Namlangan sohalarni quritish va dezinfeksiyalash uchun 1—4 % li **kumush nitrat**,

1—2 % li **pioktanin eritmalari** qoʻllaniladi. Ogʻiz boʻshligʻi yalligʻlanganda **borat kislota, vodorod peroksid, kaliy permanganat, etokridin laktat, bikarbonat natriy** eritmalari bilan tez-tez chayqab turish buyuriladi. Ikkilamchi infeksiya qoʻshilganda antibiotiklar buyuriladi; maxsus davodan tashqari simptomatik, immunostimular va umumiy davo chorolari koʻriladi. Ayniqsa, genital oddiy uchuqda, kasallik tez-tez qoʻzib turishini va yana qaytadan yuqishi mumkinligini nazarda tutib uni mukammal davolash talab etiladi.

Asiklovirni tabletk (0,2 g dan kuniga 5 mahal) yoki malham holida qoʻllash davolash samarasini oshiradi. **Valtreks** 500 mg dan kuniga 2 mahal, 5 kun davomida buyuriladi.

Timalin 10—30 mg dan, **taktivin** 80—100 mg dan bir davo kursiga 8—10 inyeksiya, **splenin** 1,0 ml dan, **prodigiozon** 0,5 ml dan muskullar orasiga yuborish, **eleuterokokk, levomizol** ichishga buyuriladi. Tanosil aʼzolaridagi uchuqqa qarshi **immunoglobulin** 3,0 ml dan 3—4 kun oralatib 5—7 inyeksiya (passiv immunizatsiya) hamda har 7 kunda bir mahal, jami 5 inyeksiya oʻldirilgan gerpetik vaksina qilinadi (E. S. Baluyans, E. H. Eshboyev).

6.2.2. Oʻrab oluvchi yoki belbogʻsimon uchuq (*HERPES ZOSTER*)

Kasallikni filtrlanuvchi neyrotrop virus (*varicella Zoster*) qoʻzgʻatadi. Virus oʻzining juda koʻp xususiyatlari bilan suvchechak virusiga oʻxshab ketadi.

Kasallikning inkubatsion davri 7—8 kun, mustaqil yoki biron-bir boshqa kasallik (oʻsma kasalliklari, zotiljam, plevrit, leykoz, limfoganulematoz va boshqalar) asorati sifatida namoyon boʻlishi mumkin.

K l i n i k a s i. Badanning muayyan bir nervi yoki nerv tarmoqlari boʻylab giperemiyalangan sohaga pufakchalar toshadi. Toshmalar aksariyat tananing bir tomoniga toshadi. Toshmalar toshishdan oldin bemorning koʻngli behuzur boʻlib, boshi ogʻriydi, biror nerv oʻzagi

bo‘ylab tutib-tutib turadigan og‘riq hamda xuddi shu joylarning achishib turishi kuzatiladi. Pufakchalar po‘sti qattiq bo‘lib, ichi tiniq suyuqlikka to‘lib turadi, bora-bora suyuqlik loyqalana boshlaydi. Pufakchalar bir-biriga qo‘shilib, qator joylashadi, ular atrofi giperemiyalanib, qizarib turadi.

Klinik belgilariga qarab o‘rab oluvchi yoki belbog‘simon uchuqning bir necha xili farq qilinadi:

- yengil (abortiv);
- gemorragik — bunda avvaliga pufakchalar ichi loyqalanib qon-yiring boylaydi, pufakchalar qon bilan to‘lib qoladi;
- gangrenoz — yara-chaqa, nekroz, gangrenoz holatlar kuzatiladi;
- bullyoz — bunda pufaklar va pufakchalar uchraydi;
- tarqalgan — generalizatsiyalangan uchuq.

Pufakchalar ko‘z, quloq, qovurg‘alararo nervlar, shuningdek, bo‘yin, bel nervlari va nerv tarmoqlari bo‘ylab toshadi. Toshmalar og‘iz (II—III shoxli nerv), lab va tanglay shilliq qavatiga toshganda aksariyat yuz va bo‘yin terisi ham zararlanadi; ko‘z sohasiga uchuq chiqishi juda xavfli.

Uchuq toshgan soha qattiq tortishib og‘riydi, pufakchalar yorilib yara-chaqa, eroziyalar, qo‘ng‘ir-sariq qoraqo‘tir po‘stlar hosil bo‘ladi. 2—3 haftada kasallik alomatlari yo‘qolib, bemor tuzaladi, ba‘zan pufakchalar davriy ravishda yangidan toshib turishi mumkin. Jarohat tuzalib ketgach, xuddi shu joylarda muskullar parezi va nevrалgiya seziladi. Pufakchalar o‘rnida ikkilamchi giperpigmentli dog‘lar, og‘ir formalarida esa chandiqli yoki atrofiyali o‘zgarishlar qoladi. Sovqotish, gripp, sil, saramas, zaharlantirish, aksariyat limfogradulematoz, xavfli o‘smalar, leykoz o‘rab oluvchi uchuqning avj olishiga sabab bo‘ladi. Bunday holat yilning bahor va kuz oylarida ko‘p uchraydi. Kasallik, asosan, katta yoshli kishilarda kuzatiladi; 10 yoshgacha bo‘lgan bolalarda kamdan kam uchraydi.

Pufakchalar o‘rnida ikkilamchi giperpigmentli dog‘lar, og‘ir formalarida esa chandiqli yoki atrofiyali o‘zgarishlar qoladi.

D a v o s i. Kasallik yengil kechganida o‘z-o‘zidan hech qanday davosiz ham o‘tib ketadi. **Interferon, metisazon, kutizon, interferonogen** kabi dorilar bilan birga **salitsilatlar, analgetiklar** qo‘llaniladi. Bemorning yoshiga qarab **prozerin** (0,001—0,005 g) qo‘llash yaxshi naf beradi. Gemorragik va gangrenoz xillarida **amidopirin, butadion, reopirin**, yallig‘lanishga qarshi nosteroid preparatlar (**voltaren, dikloberl**), vitaminlar (B₁, B₅, B₆, B₁₂, C), **autogemoterapiya, gammaglobulin, antibiotiklar (penitsillin, levomitsetin, ampitsillin)** buyuriladi. Sollyuks, ultratovush, ultrabinafsha nurlar, bo‘yin simpatik tugunlari sohasiga diatermiya, Bernar diadinamik toki kabi fizioterapevtik muolajalarni qo‘llash maqsadga muvofiq. Kuchli og‘riqni bosish uchun **novokainli elektroforez, sirkular blokada**, 50 % li **interferon malhami** bilan fonoforez qilinadi. Tarqoq xilida kortikosteroidlar **prednizolon, deksametazon, triamsinolon** (15—20 mg dan kuniga) qilinadi. O‘tkir formalarida qo‘zg‘atuvchi dori-darmonlar, malhamlar hamda vanna buyurish yaramaydi. Yallig‘lanishga qarshi va dezinfeksiyalovchi pasta, krem, 1—2 % li **oksolin mazi**, 5 % li «**Florenal**», 20—25 % li interferon, «**Dermazon**» va spirtli anilin eritmalari ishlatiladi. Ayniqsa, virusga qarshi mazzalarni (**gossipol, tebrofen, bonafton**) anilin bo‘yoqlari bilan almashtirib buyurish yaxshi naf beradi. Shuningdek, **asiklovirni** tabletka yoki malham holida qo‘llash yaxshi natija beradi. **Valtreks** 500 mg dan kuniga 2 marta 5 kun davomida ichiladi.

P r o f i l a k t i k a s i. Iloji boricha bemorlar bilan yaqin muloqotda bo‘lmaslik, intoksikatsiya va sovqotishdan saqlanish zarur.

6.2.3. Yuqumli mollusk

Yuqumli mollusk bolalarda uchraydigan yuqumli kasallik. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi filtrlanuvchi virus bo‘lib, u ma‘lum viruslarning eng kattasi hisoblanadi. Kasallikka,

aksariyat bog'cha, kichik maktab yoshidagi bolalar (3—7 yosh) chalinadilar. Ularga kasallik to'g'ridan to'g'ri virus tashuvchidan yoki umumiy sochiq, vanna, idish-tovoq, o'yinchoq va boshqalardan foydalanganda yuqishi mumkin. Kasallik bolalar muassasasida birdan tarqalib ketishi mumkin.

K l i n i k a s i. Yuz, ikki ko'z atrofi, bo'yin, ko'krak, qo'l panjasi, qorin sohasi, jinsiy a'zolarining ko'z ilg'amaydigan terisida, ba'zan badan terisining kattagina qismida yasmiqdek keladigan mayda-mayda tugunchalar paydo bo'ladi. Bu tugunchalar sog'lom teri rangida, o'rtasida kindikka o'xshab bosilgan yassi shaklda berch bo'lib, og'rimaydi. Ikki yon tomondan siqib ko'rilsa, *mollusk tanachalari* deb ataladigan muguzlangan epiteliiy hujayralaridan iborat bo'tqasimon massa chiqadi. Ba'zilari teri sathidan sal osilibroq turadi, uni oyog'ida o'tirgan molluska tugunchalari deyiladi. Ba'zan tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib, katta-kichik mollusklar hosil qiladi.

T a s h x i s i. Tashxis tez va aniq qo'yiladi, odatda uni o'smirlar so'galiga taqqoslanadi. Yuqumli mollusk tugunchalari anatomik pinsetda qattiq siqib ko'rilganda, ichidan suzmaga o'xshash massa ajralib chiqadi; mikroskopda ko'rilganda, katta-katta oval protoplazmasida kiritmalari bor hujayralar topiladi (molluskli tanachalar). O'smirlar so'galining o'rtasida kiprikka o'xshash botiqlik bo'lmaydi; yuqumli mollusk qo'l-oyoq kaftlari hamda tovonda uchramaydi.

D a v o s i. Tugunchalar pinset bilan siqib tashlanadi yoki o'tkir uchli Folkman qoshiqchasi bilan qirib olinadi; o'rni 2—3 % li yod eritmasi bilan artiladi. 3 % li **oksolin, interferon malhamlari** surtiladi. Ba'zan **diatermokoagulatsiya, krioterapiya** qo'llaniladi.

Kasallikning oldini olish maqsadida uni vaqtida aniqlash va davolash muhim; bemor bolalar muassasidan ajratib qo'yiladi.

6.2.4. O'tkir uchli kandiloma

O'tkir uchli kandiloma teri va shilliq qavatlarining doimiy ishqalanadigan qismlarida paydo bo'ladigan so'gal-simon o'smalar.

Kasallik qo'zg'atuvchisi Popova guruhiga mansub papillomatoz — akantomatoz filtrlanuvchi virusidir. U o'zining ko'p belgilari bilan oddiy va o'rab oluvchi uchuq virusiga o'xshab ketadi. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, surunkali nospetsifik yallig'lanish, trixomonoz, kandidoz, xlamidioz, ureaplazmoz kabi kasalliklar o'tkir uchli kandilomaning avj olishiga sabab bo'ladi. Jinsiy muhoqot vaqida ham yuqib qolishi mumkin. Bu kasallik bilan, aksariyat 20—40 yoshdagilar va undan kattalar kasallanadilar, bolalarda juda kam kuzatiladi. Inkubatsion davri 7—8 haftadan 9—10 oygacha davom etadi.

K l i n i k a s i. O'tkir uchli kandiloma ko'pincha bemorning jinsiy a'zolari atrofida, olat kertmagida, anus sohasida, qo'ltiqda, ayollarning jinsiy uyatli lablari va qin qirrasida, ko'krak bezi ostida uchraydi. Ayrim vaqtlari siydik kanalining old sohasi shilliq qavatida ham kuzatiladi. Dastlab shu sohalarda uncha qattiq bo'lmagan mayda pushti tugunchalar paydo bo'ladi, ular qo'shib, gulkararni yoki xo'roz tojisini eslatuvchi yumshoq so'rg'ich-simon o'sma hosil qiladi.

O'tkir uchli kandilomaning ba'zi elementlari ingichka bitta asosga (oyoqqa) jamlangan bo'lib, yuzasi namlanib turuvchi kepaklar bilan qoplanadi va undan qo'lansa hid kelib turadi. Ishqalanish natijasida achishib, qichishib turadi, yara-chaqalanib eroziyalanadi. Eroziyalanib yara-chaqalangan o'smalar biroz qonsirab turadi. O'smalarni tirnab ko'rilsa, quyug massali ajralma chiqadi.

T a s h x i s i. O'tkir uchli kandilomaga diagnoz qo'yish uncha qiyin emas. Asosan, zaxmdagi serbar kandilomalarga taqqoslanadi. Zaxmdagi kandilomalar tekshirilganda ko'plab oqish treponemalar topiladi hamda

serologik reaksiyalarning barchasi musbat bo'ladir. Kamdan kam hollarda bir bemorning o'zida ham serbar, ham o'tkir uchli kandilomalar bo'lishi mumkin.

D a v o s i. O'tkir uchli kandilomalar asosan kuydiriladi. Diatermokoagulatsiya, krioterapiya, elektroinosiziya qo'llaniladi. **Kaliy permanganatning** o'tkir eritmasi, uch xlor **sirka kislotasi**, **podofillin**ning 20 % li spirtidagi eritmasi, **ferezol** kabi kuchli eritmalar bilan kuydiriladi. **Rezorsinning talk** bilan 1:1 aralashmasi, **kolxamin malhami** buyuriladi. «**Solkoderm**» suyuqligi o'choqlarni destruksiya va mumifikatsiya qiladi. Uni 2—4 seans, 4—5 kun oralatib ishlatish buyuriladi. O'tkir uchli kandilomalar kam bo'lsa, o'tkir uchli Folkman qoshiqchasi bilan qirib olib tashlanadi.

6.2.5. So'gallar

So'gallar terida paydo bo'ladigan yuqumli xavfsiz o'smalar. Aksariyat bolalar va o'smirlar orasida keng tarqalgan. *Popova* turkumiga mansub filtrlanuvchi viruslar qo'zg'atadi. Qo'zg'atuvchisining xususiyatlariga qarab akantomatoz, papillomatoz va kiritma (vakuola) hosil qiluvchi shtammalari bor. So'gallar kattaligi bir necha millimetrdan 1—2 sm cha keladigan epidermal o'smalar. Kasallik yuqumli bo'lib, sog'lom odamga bemordan to'g'ridan-to'g'ri muloqotda bo'lganda yoki bemorning ro'zg'or buyumlari orqali yuqishi mumkin. Odam terisidagi yara-chaqalar, tinalishlar, ishqalanishlar, suv-lipid almashinuvining buzilishi so'gal toshishiga moyil qilib qo'yadigan omillardandir. Barcha yuqumli kasalliklarda kuzatilgandek so'galda ham inkubatsion (bir necha haftadan 2—3 oygacha), prodromal, toshmalar chiqishi, susayish va tuzalish kabi davrlari farqlanadi.

So'gallar joylashishi, qo'zg'atuvchisi va ko'rinishiga qarab turlicha bo'ladi: oddiy so'gallar, o'smirlar yassi so'gallari, oyoq kafti so'gallari, keksalar so'gallari.

Oddiy so'gallar yallig'lanishga aloqasi yo'q tugunchalar ko'rinishida bo'lib, kattaligi tariq, ko'pi bilan no'xat

donidek keladi, zich, yarimsharsimon yoki yassi shaklli, normal teri rangida yoki qoraroq bo'ladi. Ularning yuzi giperkeratoz tufayli notekis. Ko'proq qo'l panjasining orqa yuzasi, kaft, yuz va badanning boshqa joylarida uchraydi. Ular odatda og'rimaydi, lekin tirnoq bolishlaridagisi ish-qalanish tufayli og'rib turishi mumkin.

D a v o s i. Psixoterapiya, gipnoz yaxshi naf beradi. Elektrokoagulatsiya, diatermokoagulatsiya, krioterapiya, suyuq azot, uch-xlorsirka kislotasi bilan kuydirish buyuriladi, 2 % li **oksolin**, 1—3 % li «**Florenal**», **gossipol** bilan **Fovler eritmasi** (40 % li fenol, 60 % li trikreozol) va **interferon**, **kolkitsin** moddalarini bor malhamlar ishlatiladi.

O'smirlar yassi so'gallari — teri damidan ko'tarilib turadigan, och pushti yoki sarg'ish rangdagi, mayda epidermal o'smalardir. Ularning yuzi odatda silliq bo'ladi. Yozda (lunj, peshana, engakda) bo'yin, qo'l panjasining orqa yuzasida uchraydi. Ba'zan so'gallar qator bo'lib joylashadi. O'smirlarning yassi so'galiga tashxis qo'yish qiyin emas.

Oyoq kafti so'gallari oyoq kafti terisining eng ko'p bosilib turadigan joylarida paydo bo'ladi, yurgan vaqtda bezillab turadi va rangi sarg'imir-jigarrang tusda, yumaloq yoki ovalsimon shaklda, kattaligi tangadek keladigan teri qalinlashmasidan iborat bo'lib, qadoqqa o'xshaydi. Bu so'gallar so'rg'ichli o'simtalarini (akantoz, papillomatoz, giperkeratoz) borligi bilan qadoqdan farq qiladi. Poyabzalni noto'g'ri kiyish, tovonning chaqalanishi va gipergidroz oyoq kafti so'gallari paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Keksalar so'gallari. Yoshi 40 dan oshgan odamlarda tana, bo'yin va yuzda kulrang, jigarrang yoki qora, usti yog' bilan qoplangan dog'lar ko'rinishida so'gallar vujudga keladi.

D a v o s i. Suyuq **azot eritmasi** (krioterapiya), **kolxamin** malhami, **podofillin** 10—20 % li eritmasi qo'llaniladi.

Ikki hafta davomida 50 P dan rentgen nurlari berish, elektroakustika qilish, muz sirka kislotasi, Fovler eritmasi surtish, agar shundan keyin ham barataraf etib bo'lmasa, jarrohlik yo'li bilan olib tashlash tavsiya etiladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Patogen mikobakteriyalar qanday teri kasalliklarini keltirib chiqaradi?
2. Teri silining yuqish yo'llari qanday?
3. Teri silining qanday klinik xillari bor?
4. Kasallikning so'galsimon xili qanday bo'ladi?
5. Laboratoriya sharoitida mikobakteriyalar qanday aniqlanadi?
6. Patogen mikobakteriyalar qo'zg'atgan teri kasalliklari davosi va profilaktikasida nimalarga e'tibor berish kerak?
7. Virusli dermatozlarning klinik xillari haqida ma'lumot bering, yuqish yo'llarini ta'riflang.



TESTLAR

1. Teri silini aniqlashda nima asos bo'ladi?

- A. Dermatologik status;
- B. Tugunlardan olingan materiallar;
- C. Bemorning subyektiv shikoyatlari;
- D. Obyektiv tekshirish natijalari.

2. Virusli dermatozlar qaysi kasallikka kiradi?

- A. Yuqumli mollusk;
- B. O'tkir uchli kandiloma;
- C. O'rab oluvchi temiratki;
- D. Hamma javob to'g'ri.

3. Katta yoshdagi odamlar ichida oddiy uchuq necha foizni tashkil qiladi?

- | | |
|----------|----------|
| A. 50 %; | C. 80 %; |
| B. 70 %; | D. 90 %. |

4. Belbog'simon uchuqning necha xili farq qilinadi?

- | | |
|------------|------------|
| A. 5 xili; | C. 7 xili; |
| B. 6 xili; | D. 4 xili. |

7-bob. TERINING ZAMBURUG‘LI KASALLIKLARI

7.1. Teri zamburug‘li kasalliklarining kelib chiqish sabablari

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

1884-yildan odam va hayvonlarda zamburug‘lar qo‘zg‘atadigan barcha kasalliklar «mikozlar», deb atala boshlandi. Terining zamburug‘li kasalliklarini o‘rganuvchi fan esa, «mikologiya» (m i k o s — zamburug‘) deyiladi.

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

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

Zamburug‘lar yosh kulturasi hujayrasi dumaloq, tuxumsimon, yetilgan hujayralar esa, noksimon, dugsimon

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

Zamburug'lar hujayrasining struktural komponentini mitseliylar tashkil etadi. Ular shoxlangan, rangsiz, yog'onligi 1—10 mkm, uzunligi 4—70 mkm, iplardan (giflardan) iborat.

Zamburug'larning ayrim turlaridagi mitseliylar bo'g'insiz hujayralardan (*Mucor*), ayrim oliy zamburug'lar mitseliylari ko'p hujayrali, achitqisimon zamburug'larda esa (*Candida*), soxta miseliylar bo'ladi. Ayrim zamburug'larda konidorflar murakkab bo'lib, o'ziga xos mikroskopik tuzilishga ega. Masalan, *Aspergillus* konidorflari gifning uchida joylashgan bo'lib, pufakchaga o'xshaydi va ularda shishaga o'xshash o'simtalar — terigmalar o'sib chiqadi. Bulardan esa, konidiyalar, paydo bo'ladi. *Penitsillum Fusarum*, *Microsporum* zamburug'larining uchlarida pufakchalar hosil bo'lmaydi.

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

Zamburug'lar, asosan, spora hosil qilib, bo'linib, kurtaklanib va o'sib ko'payadi. Qulay sharoitda sporalar o'sib naychalar hosil qiladi, bular o'z navbatida uzayib iplarga (giflarga) aylanadi. Zamburug'larining sporasi yoki mitseliyning bir qismi qulay sharoitda to'qimaga tushib,

uning ichiga kirib ko‘payadi. Kasallikning yashirin davri bir necha kundan bir necha oygacha bo‘lishi mumkin. Asosan, teri, soch tolalari, tirnoq shikastlanadi (dermatofitlar), o‘pka jarohatlanganda kandidoz, blastomikoz, mog‘orli mikozlar, shilliq qavat shikastlanganda — kandidoz rinosporidoz, limfoid, makrofagal sistema va ichki a‘zolar jarohatlanganda — gistoplazmoz, limfa bezlarida va terida sporatrixoz kasalliklarini keltirib chiqaradi. Ayrim mikozlarda badan va ichki a‘zolar shikastlanib, butun organizmga tarqaladi.

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

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

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

- uchinchi guruhga — teri va shilliq qavati kandidozlari kiradi;

- to‘rtinchi guruhga — chuqur mikozlar (antinomikoz, xromomikoz) kiradi. Bularda ichki a‘zo va turli to‘qimalar shikaslanadi.

7.2. Keratamikozlar (*KERATOMYCOSES*)

Kasallik teri muguz qavatining zararlanishi hamda yallig'lanishsiz kechishi bilan ifodalanadi. Keratomikozlarga rang-barang yoki kepaksimon temiratki va eritrazma kiradi.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki — terining yallig'lanishga daxli bo'lmagan yuza infeksiyasidir. Qo'zg'atuvchisi *Pityrosporum orbicularis* (*Microrosporum furfur*) terining muguz qavatida joylashib, ko'p terlaydigan va terning kimyoviy tarkibi o'zgarib turadigan kishilarda tez ko'payadi.

K l i n i k a s i. Ko'krak, orqa, bo'yin, kamdan kam hollarda oyoq-qo'llarda, qorinda, boshning sochli qismida keskin chegaralangan va turli shakl va katta-kichiklikdagi jigarrang dog'lar yuzaga keladi. Bular periferiyaga qarab o'sib bir-biriga qo'shilishga moyil bo'ladi va g'alati shakl hosil qiladi. Dog'lar rangi har xil: pushti-sariqdan to'q-qo'ng'irgacha, ko'pincha sutli kofe rangida bo'ladi. Dog'lar yuzasi ko'z sal ilg'aydigan kepaksimon tangachalar bilan qoplanadi; subyektiv sezgilar deyarli bo'lmaydi, ahyon-ahyonda badan sal qichishishi mumkin. Kasallik bir necha oy yoki yillab davom etadi. Zamburug' sochlarga zarar yetkazmaydi, lekin ko'pincha boshning sochli qismi terisini shikastlaydi.

Tashxis qo'yish uchun dog'lar va ular atrofidagi sog'lom teriga yod surtiladi, bunda uning yuzasidagi tangachalar yodni ko'proq singdiradi, shuning uchun shikastlangan joyda yod rangi sog'lom joyga qaraganda to'qroq bo'lib qoladi. Boshning sochli qismini luminescent lampasi (VUD lampasi) orqali ko'rilganda, dog'lar yuzasi qo'ng'ir rangda tovlanadi. Yallig'lanishsiz sal po'st tashlab turadigan har xil kattalikdagi qo'ng'ir-jigarrang dog'lar va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanib tashxis qo'yiladi.

D a v o s i. Muguz qavatning zamburug'lar o'rnashib olgan yuza qismini ko'chirib tushirish maqsadga muvofiq. Buning uchun zararlangan joylarga har kuni **yashil sovun**, **ketoplyus shampun**, 10—20 % li **oltingugurt malhami**, 10 % li **oltingugurt** va 5 % li **salitsilat malhami**

aralashmasi surtiladi. Shuningdek, bir hafta davomida 6 % li **giposulfit eritmasi** va 6 % li **xlorid kislova** eritmasini ketma-ket surtish yaxshi natija beradi (Demyanovich usuli). Kasallik qaytalamasligi uchun davolangan joylarni bir necha hafta mobaynida kuniga 1 mahal 2 % li salitsilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi, kandiderm, kandid-B, trovogen, klotrimazol va boshqa krem va malhamlar, mahalliy dori vositalari yaxshi naf bermasa yoki teridagi o'choqlar tarqalgan bo'lsa, u holda **sistem antimikotiklar (nizoral 200 mg dan kuniga bir marta 7—10 kun davomida)** tavsiya etiladi. 2 hafta davomida kuniga 1—2 mahal surtiladi. Kepaksimon temiratki dog'lari quyosh nuri ta'sirida yo'qolib ketishi mumkin.

Eritrazma qo'zg'atuvchisi — *Corynebacterium minutissimum* zamburug'i. So'nggi yillarda eritrazmani korinobakteriyalar qo'zg'atadi deb, psevdomikozlar qatoriga kiritilgan. Eritrazma ko'p uchraydigan terining zamburug'li kasalligi bo'lib, aksariyat erkaklarning teri burmalarida uchraydi.

Son-yorg'oq burmasida, son terisida, qo'ltiqda, ayollarda esa sut bezlari ostida qizil-jigarrang tusli keskin ajralib turadigan dog'lar paydo bo'ladi, ba'zan bu dog'lar oyoq panjasi orasida ham kuzatiladi. Ular bir-biriga qo'shilib, shaklan festonlarga o'xshab ketadigan katta-kichik o'choqlarni hosil qiladi. Dog'larning yuzi sal po'st tashlab turadi, badan biroz qichiydi, ko'pincha subyektiv sezgilar bo'lmaydi, terlash natijasida ba'zan yallig'lanish jarayoni qo'shiladi, zararlangan joy qizarib shishib turadi va pufakchalar paydo bo'ladi. Luminessent lampa orqali qaralganda kasallik o'choqlari g'isht rang, qizil bo'lib tovlanadi. Klinik ko'rinishi va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanib tashxis qo'yiladi.

D a v o s i. Xuddi kepaksimon temiratkidagidek po'st tushiradigan va dezinfeksiyalovchi moddalar buyuriladi. Buning uchun 2 % li **yod eritmasi, nitrofungin, 5 % li eritromitsin va kandiderm malhami** qo'llaniladi. Keyinchalik kasallik qaytalamasligining oldini olish uchun ketoplyus shampuni bilan cho'milib turish tavsiya etiladi.

7.3. Dermatomikozlar (*DERMATOMYCOSES*)

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

Chov epidermofitiyasi. Kasallikni *Epidermophyton inguinale* (*flaccosum*) zamburug'i qo'zg'atadi. Bu kasallikka ko'proq erkaklar chalinadilar.

Klinikasi. Sonning ichki yuzasida kattaligi tangadek keladigan pushti, qizil rangli dog'lar paydo bo'ladi. Dog'larning cheti teri sathidan bolishga o'xshab ko'tarilib turadi, ularning yuzasida mayda pufakchalar, pustulalar bo'lib, markazida esa kepaksimon tangachalar ko'rinadi (окаймленная экзема). Dog'lar yirik o'choqlar hosil qilib, bir-biri bilan qo'shilib ketishga moyil bo'ladi. Ular periferiya tomon o'sa borib, o'rtasi oqara boshlaydi va halqasi-mon yoki marjon shaklini hosil qiladi. Bemorni badan qichishishi va ba'zan og'riq bezovta qiladi.

Bu kasallik odatda kasalxona va ro'zg'or buyumlari (ichki kiyim, mochalka, kleyonka, termometr, tagtuvak) dan foydalanganda (agar ular to'la dezinfeksiya qilinmagan bo'lsa) yuqadi.

D a v o s i. Kasallik o'choqlariga 1—2 % li **yod nastoykasi**, 3—5 % li **oltingugurt, qoramoy malhami, kandiderm, kandid-B, kremlarini** surtish tavsiya etiladi. Jarayon o'tkir kechganda (yallig'lanish kuchli bo'lsa) 0,25 % li **kumush nitrat**, 1—2 % li **rezorsin**, 2 % li **borat kislota eritmasi** va boshqalardan sovuq primochkalar qo'yish bilan bir qatorda umumiy davo qilinadi, ya'ni 10 % li kalsiy xlorid eritmasi, suprastin yoki boshqa antigistamin preparatlar terapevtik dozalarda tavsiya etiladi.

Oyoq panjasi epidermofitiyasini *Trichophyton interdigitale mentogrophytes* zamburug'i qo'zg'atadi. Uning quyidagi klinik shakllari tafovut qilinadi: skvamos epidermofitiya; intertriginoz epidermofitiya; disgidrotik epidermofitiya; tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz).

Skvamoz epidermofitiya tovonda, panjalar oraliqʻidagi burmalar terisining har yerida plastinkasimon poʻst tashlab turishi bilan ifodalanadi. Bu joylar terisi och rangda boʻlib, yuzasi oqish kulrang poʻstchalar bilan qoplanadi. Poʻst tashlab turadigan bu oʻchoqlar baʼzan uzoq vaqt turib, bemor hech narsa sezmasligi ham mumkin. Lekin biror nohush taʼsirot tufayli kasallik qoʻziydi, bunda teri qizaradi, qichishadi va pufaklar paydo boʻladi.

Intertriginoz epidermofitiya. Epidermofitiyaning bu xilida 4- va 5—4 va 3-barmoqlar orasidagi terining poʻst tashlashi, pufak toʻlib shishishi, keyinchalik yorilishi kuzatiladi. Barmoqlarning bir-biriga tegib turadigan yuzalarida pufakchalar paydo boʻlib, ular yoriladi va shilinishlar vujudga keladi, koʻpincha ular chetida koʻchgan epidermisning osilib turgan jiyagi koʻzga tashlanadi. Barmoqlar orasidagi burmalardan zamburugʻlar oyoq kafti terisiga tarqaladi. Oyoq panjasi mikoziining intertriginoz shakli koʻpincha piodermiya bilan asoratlanadi va limfa tugunlari hamda limfa tomirlarining yalligʻlanishiga olib keladi.

Disgidrotik epidermofitiya. Oyoq panjasining yon yuzasida, oyoq kafti gumbazi sohasida bir talay pufakcha va pufaklar paydo boʻlishi bilan ifodalanadi. Ular baʼzan yuza yoki chuqur joylashadi. Koʻpgina mayda pufakchalar qoʻshilib katta pufaklarni hosil qiladi. Pufaklar qobigʻi tarang, ichidagi suyuqlik esa tiniq yoki biroz xira boʻladi. Pufak va pufakchalar paydo boʻlganda koʻpincha bemorning tinkasi qurib, harorati koʻtariladi. Pufaklar yorilib eroziyalar vujudga keladi, ular chetida esa epidermis boʻlaklari koʻrinib turadi. Baʼzi pufakchalar qurib, qoraqoʻtir bilan qoplanadi va keyinchalik ular oʻrnida poʻstlanish kuzatiladi. Tez orada yangi pufakchalar va yangi eroziyalar hosil boʻlishi va pilchirash kuzatiladi. Bemorni qichishish va ogʻriq bezovta qiladi. Disgidrotik epidermofitiya koʻpincha piodermiya bilan asoratlanadi, oyoq panjasi terisida pustulalar, shish va ogʻriq paydo boʻlib, limfangit hamda limfadenitlar avj oladi. Kasallik uzoq davom etib, tez-tez qaytalanib turadi. Ayniqsa, u bahor va yoz oylarida qoʻziydi.

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

E p i d e r m o f i t i y a n i n g y u q i s h y o' l - l a r i. Kasallik qo'zg'atuvchi zamburug'lar hammomda, suv havzalari, sport zallari va poyabzalda bo'ladi. Asosan, kasallikning kelib chiqishi shaxsiy gigiyena qoidalariga, bemorning paypog'i va oyoq kiyimi, organizmning individual xususiyatlari, oyoq panjasining ko'p terlashi, terning kimyoviy tarkibi, organizmning umumiy ahvoli, nerv sistemasining funksional holatiga bog'liq.

D a v o s i. Epidermofitiyaning skvamos shaklini davolash uchun 2 % li yod eritmasi va terbinoks kremidan foydalaniladi. Dastlab soda-sovunli iliq vanna qilinadi, keyin 5 % li **salitsilat**, 10 % li **oltingugurt** va 5 % li **salitsilat malhami** aralashmasi surtilib, boylamlar qo'yish tavsiya etiladi.

Oyoq panjasining intertriginoz epidermofitiasida barmoq orasidagi burmalarga 2 % li **yod, nitrofungin eritmasi, salitsilat-benzoat** yoki **kandiderm malhami** va boshqa fungitsid malhamlar surtiladi.

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

Kasallikning o'tkir davrida 0,25 % li **kumush nitrat**, 1 % li **rezorsin**, 1:1000 nisbatda tayyorlangan **rivanol**, 1 % li **rux sulfat**, 1:5000 nisbatda tayyorlangan **furatsillin**, 2 % li **borat kislotasi** eritmalaridan foydalanib, **sovuq**

primochkalar qo'llaniladi. Pufaklar yorilib, o'tkir yallig'lanish jarayoni bosilib qolganidan keyin, 5 % li **dermatol** malhami, **Unna kremi** hamda 2 % li **ixtiol pastasi** buyuriladi. Antimikotik malhamlardan **klotrimazol, kandiderm, mikonazol, mikospor**, jarayon ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanganda esa **triderm** buyuriladi.

Oyoq mikozi uzoq muddat va og'ir holda kechganda sistemli antimikotiklar (**teknazol, terbinoks** va boshqalar) buyuriladi. Bu kasallikni davolashda **terbinoks** eng afzali hisoblanib, 1 tabletk (250 mg)dan kuniga 1 mahal, 14 kun davomida ichiladi.

Intertriginoz va disgidrotik epidermofitiyalar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanib, limfangit va limfadenitlar bilan kechganida antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari tavsiya etiladi. Allergik toshmalar bo'lsa, desensibilizatsiyalovchi va antigistamin preparatlar qo'llash bilan bir qatorda, kasallikning klinik ko'rinishiga qarab, mahalliy davo sifatida chayqatma suyuqlik va indifferent upalar qo'llaniladi.

Chov epidermofitiyasida teri ta'sirlanmasligi uchun ehtiyot bo'lib davo qilish talab etiladi. Keyinchalik tarkibida 2—3 % li salitsilat va benzoat kislotalari bor malhamlardan foydalanish tavsiya etiladi.

P r o f i l a k t i k a s i. Oyoq ko'p terlashi tufayli epidermofitiya bot-bot qo'zib turadigan bo'lsa, ozodalikka bekam-u ko'st amal qilish, paypoqni tez-tez almashtirib turish, oyoq kaftiga 3 % li formalin eritmasi surtish, vaqti-vaqti bilan upa sepib turish tavsiya etiladi. Epidermofitiyaning tarqalishiga qarshi kurashish maqsadida hammom, dushxona hamda suv havzalarida ozodalik va tegishli sanitariya talablariga mos profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish talab etiladi. Joylardagi pol, o'rindiqlik hamda boshqa jihozlarni **xloramin, krezolning 5 % li eritmasi** yoki **xlorli ohak** eritmasi bilan muntazam dezinfeksiya qilib turish zarur. Bu muassasalarda xizmat qiladigan xodimlar tibbiy tekshiruvdan o'tib turishlari, tekshirish vaqtida kasal deb topilganlar esa davolanishlari lozim.

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

K l i n i k a s i. Asosan, qo'l-oyoq kaftlari, oyoq barmoqlari orasidagi hamda chov va qo'ltiq ostidagi burmalar zararlanadi. Yirik burmalar terisi, ayniqsa, ko'p kasallanadi. Qo'l-oyoq kaft terisi qurib, dag'allashadi, egatchalar bor joylar qipiqsimon tangachalar bilan qoplanadi. Natijada qo'l va oyoq kaftlari xuddi un sepib qo'ygandek kepaklanib turadi. Jarayon epidermofitiyadan farq qilib, oyoq panjasi va barmoqlarning ustki hamda yon yuzalariga ham o'tadi. Oyoq panjasining kasallanishi ko'pincha qichishish bilan kechadi. Oyoq barmoqlari orasidagi burmalar quruqshab kepaklanadi. Rubromikozda oyoqning deyarli hamma barmoqlari orasidagi burmalar, shuningdek, tirnoqlar zararlanadi. Qo'l-oyoq tirnoqlari sarg'ayib, xiralashadi hamda qalin tortib uvalanib turadi va ko'pincha tirnoq uchidan ko'chadi. Ko'chgan tirnoq kir kulrang tusga kiradi.

Silliq terida kasallik o'choqlarining cheti ko'tarilib turadigan, unsimon tangachalar bilan qoplanadi. Ba'zan, shaklan festonlarga o'xshaydigan, po'stchalar bilan qoplangan qizil dog'lar, halqalar ko'rinishida bo'ladi. Dog'lar ustida mayda, qizil rangdagi tugunchalar bo'lib, ularning yuzasi qoraqo'tir bilan qoplanadi. Kasallik surunkali kechadi, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa, issiq kunlarda qaytalanib turadi.

D a v o s i. Qo'l-oyoq kaftlari terisi keratolitik va fungitsid moylar bilan ko'chiriladi. Buning uchun 2 % li **yod eritmasi, nitrofungin, Kastellani bo'yog'i**, 10 % li **salitsilat** va 5 % li **oltingugurt moyi**, 5 % li **qoramoy, kandiderm, mikoseptin, mikozolon, undensin, sinkundan, amikozol kremidan** foydalaniladi. Maxsus davo sifatida fungistatik xususiyatga ega bo'lgan **grizeofulvin, gefulvin, nizoral antibiotiklari** va fungitsid xususiyatli **terbinoks** dorisidan foydalaniladi. Grizeofulvin 1 oy mobaynida har kuni 4—6 tabletka (0,125 g) dan, keyingi oyda esa xuddi shu dozada, lekin kunora ichish, so'ngra sog'lom tirnoq plastinkalari o'sib

chiqqunga qadar xuddi shu dozada 3 kunda 1 martadan ichib turishga buyiriladi. Nizoral dorisi har kuni 1 tabletka (200 mg) dan ichiladi.

Silliq teri rubromikozini davolashda **terbinoks, (terbinafin)** har kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichiladi. Agar zararlanish o'chog'i tirnoqlarda bo'lsa (onixomikoz), terbinoks 6 hafta; oyoq tirnoqlarida joylashsa, u holda terbinoks har kuni 250 mg dan 6 haftadan 4 oygacha ichiladi.

Trixofitiya — dermatomikozlar ichida eng keng tarqalgani bo'lib, uning kelib chiqishiga *Trichophyton* turkumiga mansub zamburug'lar sabab bo'ladi. Kasallik bolalar va kattalarda uchraydi. Ko'pincha boshning sochli qismi, teri va tirnoqlar zararlanadi (11-rasm).

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi trixofiton turkumiga kiruvchi zamburug'lar bo'lib, ular sochning qay tariqa zararlashiga qarab ikki guruhga bo'linadi: *birinchi guruh* *Trichophyton endothrix* (*endo* — ichida, *thrix* — lotincha soch) deb atalib, zamburug' sporasi bilan mitselliy iplari soch ichida turadi; *ikkinchi guruh* esa *Trichophyton ectothrix* (*ecto* — tashqi) bo'lib, zamburug'lar soch tolasining sirtida parazitlik qilib yashaydi. Goho zamburug' sporalarining zanjirlari soch kutikulasi (pardasi)da ham bo'ladi.

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

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

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

Klinika si. Trixofitiyaning klinik ko‘rinishi va kechishi kasallik qo‘zg‘atuvchisining xususiyatlari, uning patogenligi va makroorganizm holatiga bog‘liq.

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

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

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

Kattalar surunkali trixofitiyasi ko‘proq ayollarda uchraydi. Yuqorida ta’kidlaganimizdek, balog‘at davriga kelib markaziy nerv sistemasi va ichki sekretiya bezlari faoliyatining o‘zgarishi trixofitonlar uchun noqulay shart-sharoit tug‘diradi. Shuning uchun ko‘pincha bu davrda yuza trixofitiya o‘z-o‘zidan yo‘qolib ketishi mumkin. Ammo, ichki sekretiya bezlari faoliyatida, xususan, tuxumdonlarda biror illati bor ayollarda kasallik surunkali kechib, yillab cho‘zilishi mumkin. Kasallik ko‘pincha boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlarning birga zararlanishi bilan kechadi. Boldir, bilak, tirsak, dumba, tizza sohalarida bir-biriga qo‘shilishga moyil bo‘lgan, kattaligi tangadek, po‘st tashlab turadigan, binafsha rangli dog‘lar vujudga keladi. Oyoq-qo‘l kaftlari terisining muguz qavati qalin tortib, unda yallig‘lanish belgilarisiz, po‘st tashlab turadigan kasallik o‘choqlari vujudga keladi.

Boshning ensa va chakka sohalarida sochlar tagidan sinib qora nuqtalar hosil qiladi. Shuningdek, shu sohalarida biroz po‘st tashlab turgan kichikroq zararlanish o‘choqlari, ya’ni komedonlarni kuzatish mumkin. Bundan tashqari, terida sochsiz atrofiyaga uchragan joylar ham bo‘ladi. Kasallik uzoq kechadi, bunday hollarda katta yoshdagi bemorlar bolalar uchun kasallik manbayi bo‘lib qolishlari mumkin.

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

K l i n i k a s i. Kasallik o‘choqlari keskin qizarib, shishadi. Boshning sochli qismida o‘smasimon tuzilmalar paydo bo‘lib, ular ushlab ko‘rilganda qo‘lga xamirdek yumshoq unnaydi, bu o‘choqlar yiringli yallig‘langan soch follikulalaridan iborat bo‘ladi. Asalari uyasiga o‘xshab ketadigan bu o‘choqlardan mog‘or hidi kelib turadi va qo‘l bilan bosilganda follikula teshiklaridan yiring tomchisi

chiqadi (Kerion Celci nomi bilan ham yuritiladi). O'choqlarda soch tag-tugi bilan yiringlab ketganligi uchun ham sochlar to'kilib ketadi.

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

Tirnoqlar trixofitiyasi. Nisbatan kamroq uchraydi. Bu kasallik boshning sochli qismi yoki silliq teridan zamburug'larning tirnoqqa o'tishi natijasida vujudga keladi. Aksariyat qo'l barmoqlarining tirnoqlari zararlanadi. Kasallik jarayoni tirnoq plastinkasining erkin chetidan boshlanib, shu joyda asta-sekin xira dog' paydo bo'ladi; kamgak tirnoqqa zamburug' o'sib kirishi natijasida tirnoq plastinkasi qalin tortib, xira bo'lib qoladi. Keyinchalik tirnoq uvalana boshlaydi va tirnoq plastinkasining yuza qatlamlari ostida kamgaklar hosil bo'ladi. Tirnoqlar trixofitiyasi uzoq vaqt davom etadi.

D a v o s i. Kasallikning barcha xilida ham **grizeofulvin antibiotigini** qo'llash mumkin. Grizeofulvinning kundalik miqdori bemorning vazniga qarab belgilanadi, odatda 15 mg/kg hisobida beriladi. Uni ovqat vaqtida bir choy qoshiq baliq moyi yoki o'simlik yog'i bilan ichiladi. Davo 1—1,5 oy va undan ham ko'proq davom etishi mumkin. Grizeofulvin 0,125 g li tabletka ko'rinishida ishlab chiqariladi. Uni qabul qilishning 2 xil sxemasi mavjud: b i r i n c h i s x e m a bo'yicha tabletkalar 15—20 kun muntazam

ichiladi, keyin esa ikki kun oralatib, xuddi shu tartib, bemor to tuzalib ketguncha davom ettiriladi; i k k i n c h i s x e m a d a — tabletka davolash boshlangandan to bemor tuzalgunga qadar kunora ichiladi. Dori qabul qilinganida ba'zan bosh og'rig'i, dispeptik o'zgarishlar, leykopeniya, eozinofiliya, allergik dermatit kabi noxush holatlar ham kuzatiladi. Shu bois porfiriya hamda o'tkir jigar kasalliklari, homiladorlik, leykopeniya, xavfli o'smalarda grizeofulvin qo'llanilmaydi. Keyingi yillarda **terfalin**, (**terbinafin**) **nizoral**, **kandiderm** kabi dorilar ham qo'llanilmoqda. Trixofitiyani davolashda terfalin eng afzal vosita hisoblanib, uni har kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichish tavsiya etiladi. Lamizil bemor vazniga qarab belgilanadi. 20 kg gacha bo'lgan bolalarga 62,5 mg dan 1 mahal; 20—40 kg vaznli bolalarga 125 mg dan; 40 kg dan ortiq vaznli va katta yoshdagi odamlarga 250 mg dan tavsiya etiladi. Mahalliy davo trixofitiyani davolash kabi olib boriladi.

Silliq teri trixofitiasida kasallik o'choqlariga 5 % li **yod eritmasi** surtiladi, 7—10, ba'zan undan ko'proq kun davomida **Vilkinson malhami**, 10—15 % li **otlingugurt** yoki **qoramoy malhami** qo'yiladi.

Kattalarning surunkali trixofitiasida esa yuqorida aytilganlardan tashqari, organizmning umumiy quvvatini oshiradigan **biostimulatorlar**, **vitaminlar**, **autogemoterapiya** tavsiya etiladi.

Maddalagan — infiltrativ trixofitiyada esa dastlab moyli boylamlar qo'yib, qoraqo'tir po'stlar tushiriladi, so'ngra 5—10 % li **ixtiol**, 0,25—0,5 % li **kumush** nitrat eritmasi qo'llaniladi; **Burov suyuqligi**, 1:5000 nisbatdagi **sulema** hamda **etakridin laktat eritmasi** va boshqalar bilan ho'l — qurituvchi bog'lamlar qo'yiladi. Shundan so'ng qo'lda epilatsiya qilish ancha oson bo'ladi. Agar fluktuatsiya juda ham rivojlangan bo'lsa, o'choqlar steril holda yorib tozalanaadi. O'tkir yallig'lanishdan so'ng esa Vilkinson malhami qo'llaniladi. Mahalliy davo sifatida **terfalin** 1 % li kremini yoki **kandiderm**, **klotrimazol**, **triderm malhamlarini** va **ter-**

binoks (terbinafin) kremini 14 kun davomida surtish yuqori samara beradi. Tirnoqlar trixofitiasini davolash tirnoqning boshqa mikoqlarini davolashdan deyarli farq qilmaydi.

P r o f i l a k t i k a s i. Kasalligi aniqlangan bemor boshqalardan ajratib qo'yiladi, uning ust kiyimlari, choyshab va ko'rpalari zararsizlantiriladi. Ichki kiyim va yostiqlar oldin qaynatilib, so'ng yuviladi. Bemor turgan uyning poli dastlab 5 % li xloramin yoki lizol eritmasi bilan, so'ng qaynoq suv bilan yuviladi. Trixofitiyadan tuzalgan bolada 3 haftagacha kasallik belgilari aniqlanmay, mikologik tekshirish natijalari 3 martagacha manfiy bo'lgandagina unga bog'chaga borishga ruxsat etiladi. Shuningdek, bolalar muassasasidagi barcha xodimlar muntazam ravishda rejali tibbiy ko'rikdan o'tkazilib turiladi.

Kasallik o'z vaqtida aniqlanishi lozim. Kasal bola oilasidagilar hamda uning atrofidagi barcha bolalar tekshiruvdan o'tkaziladi. Chuqur maddalangan trixofitiya topilgudek bo'lsa, kasallik manbayi bo'lgan joydagi hayvonlarni ham tekshirish lozim.

Mikrosporiyaga *Microsporum* turkumiga kiruvchi ipsimon zamburug'lar sabab bo'ladi. Ikkita asosiy turi: odamdan yuqadigan (antropofil) *Microsporum ferrugineum* (zangsimon mikrosporum) va mushuk, goho itlardan yuqadigan (zooantropofil) *M. lonosum*, *M. sanis* (tukli mikrosporum; mushuk mikrosporum) tafovut qilinadi.

Mikrosporiyalar silliq teri hamda sochlarni zararlaydi. Kasallik yuza joylashish xususiyatiga ega, chuqur formasi kam uchraydi.

Mikrosporiya bilan ko'proq maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Kattalarda, asosan, silliq teri mikrosporiyasi uchraydi. Jinsiy yetilish davriga kelib mikrosporiya odatda o'tib ketadi.

Zooantropofil mikrosporiyasi. **Klinikasi.** Boshning sochli qismida diametri 3—4 sm keladigan 2—3 ta yirik va bir nechta mayda kasallik o'choqlari paydo bo'ladi.

Yirik o‘choqlar dumaloq bo‘lib, keskin ajralib turadi (shtamplangan o‘choqlar) va asbestsimon yupqa tangachalar bilan qoplanadi, yallig‘lanish belgilari deyarli kuzatilmaydi. Kasallik o‘chog‘idagi sochlar bir xil uzunlikda bo‘lib, teri damidan 3—5 mm tepadan sinib ketadi; soch siniqlari kulrang oqish mufta bilan o‘ralib turadi. Kasallik o‘chog‘ida sog‘lom sochlar kam bo‘ladi, ba‘zan qoraqo‘tir vujudga keladi. Kamdan kam hollarda yallig‘lanish zo‘rayib, teri qizaradi, follikulitlar paydo bo‘lib, kasallik manzarasi yiringli trixofitiyaga (*Kerion Celci*) o‘xshab ketadi. Boshning sochli qismi luminescent lampa yordamida tekshirilganda mikrosporom bilan zararlangan sochlar yashil bo‘lib tovlanadi. Bu omil muhim diagnostik ahamiyatga ega bo‘lib, bolalar maskanlari hamda jamoalarni profilaktik ko‘rikdan o‘tkazishda keng qo‘llaniladi.

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

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

Silliq terining zararlanishi doiralalar ko‘rinishidagi o‘choqlar paydo bo‘lishi bilan ifodalanadi, bir doira ichida yangi dog‘ paydo bo‘lib, keyin u ham doiraga aylanib qoladi (iris formasi). Mikroskop ostida ko‘rilganda soch xuddi g‘ilofga o‘xshab zamburug‘ sporalari bilan o‘ralgan bo‘ladi, ular tarqoq holda joylashadi. Teri po‘stchalarida zamburug‘ mitseliylarini, ba‘zan segmentlarga bo‘lingan holda ko‘rish mumkin.

D a v o s i. Talaygina patologik o‘choqlari (3 tadan ortiq) bo‘lgan yoki boshning sochli qismi zararlangan bemorlar kasalxonada davolanishlari zarur. Bemorning har bir kg vazniga 22 mg dan **grizeofulvin** tavsiya etiladi va shu miqdor tekshiruv natijalari manfiy bo‘lgunga qadar (laboratoriya tekshiruvlari har kuni o‘tkaziladi) davom ettiriladi. So‘ngra grizeofulvin hafta davomida kunora va keyinchalik esa haftada ikki marotaba ichiladi. Kasallik alomatlari yo‘qolib, laboratoriya tekshiruvidan uchta manfiy natija olingach (har 5—7 kun ichida) grizeofulvinni ichish to‘xtatiladi. **Lamizil** bemor vazniga qarab belgilanadi. 20 kg gacha bo‘lgan bolalarga 62,5 mg dan 1 mahal, 20—40 kg vaznli bolalarga 125 mg dan va 40 kg dan yuqori va katta yoshdagilarga 250 mg dan tavsiya etiladi. Mahalliy davo trixofitiyani davolash kabi olib boriladi.

Favus kasalligiga *Achorion Schonleinii* (Shenleyn axorioni) zamburug‘i sabab bo‘ladi. Asosan, boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlar zararlanadi. Kasallik bevosita kasal kishilardan yoki ular tutgan buyumlar (bosh kiyim, taroq va boshqalar) orqali yuqadi. Hayvonlarni bu zamburug‘ zararlamaydi. Favusning yuqishida organizmning umumiy ahvoli katta ahamiyatga ega. Yasli va maktabgacha yoshdagi bolalar, madorni quritadigan surunkali kasalliklar bilan og‘rigan kishilar bu kasallikka ko‘proq moyil bo‘ladilar. Favus trixofitiya va mikrosporiyaga qaraganda kam yuqumli.

Zamburug‘ bilan zararlangan soch mikroskop ostida ko‘rilganda uning ichida mitseliyning ko‘ndalang to‘siqlar

bilan segmentlarga bo'lingan iplari ko'rinib turadi, soch tanasida havo pufakchalari va naqshdor shakldagi kichik-roq sporalar to'plami joylashadi.

K l i n i k a s i. Boshning sochli qismidagi favusning klinik manzarasi o'ziga xos bo'lib, favus qalqonchalari yoki skutulalari va undan keyin qolgan chandiqlar (atrofiyalangan joylar) hamda zararlangan sochlar bo'ladi.

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

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

Favusga o'z vaqtida davo qilinmaydigan bo'lsa, kasallik yillab davom etishi mumkin. Atrofik chandiqli joydagi sochlar nobud bo'lib, boshqa chiqmaydi. Favus bosh sochli qismining hamma-yog'ini zararlashi mumkin, faqat chetlaridagina jiyakka o'xshab o'sadigan sochlar saqlanib qoladi.

Ko'pincha *favusning atipik xili* kuzatiladi. Favusning *impetiginoz* xilida sochlar bir-biriga yopishib qolib, impetigoli qoraqo'tir bilan qoplanadi. Qoraqo'tir olib tashlangandan keyin, atrofiyaga uchrab o'zgarib qolgan teri ko'rinib turadi. Kasallikning uzoq davom etishi, o'tkir yallig'lanish alomatlarining bo'lmasligi va chandiqlanib atrofiyalangan joylar borligi favusni aniqlab olish imkonini beradi.

Favusning *skvamoz* xili bir talay po'st ajralib turishi, oqish-sarg'imir tangachalarning ustma-ust qalashib turishi bilan ifodalanadi; go'yo chang bosgan va «za'faron» bo'lib ko'rinadigan kulrang sochlar bilan bir qatorda chandiqqlanib, atrofiyaga uchragan joylarning bo'lishi, kasallikka to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi.

Favusda silliq terining zararlanishi, birmuncha kam uchraydi, bunda silliq terida kattaligi yasmiqdek keladigan dumaloq shaklli, kepaksimon po'stchalar bilan qoplangan qizg'ish-pushti dog'lar yoki likopsimon tiniq sariq skutulalar paydo bo'ladi.

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

D a v o s i. Trixofitiyani davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar qo'llaniladi.

7.4. Kandidoz (*CANDIDOSIS*)

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

E t i o l o g i y a s i v a p a t o g e n e z i. Bu turkumga kiruvchi zamburug'lar shartli patogen bo'lib, sog'lom kishilar organizmida hamma vaqt saprofit holda yashaydi, lekin bu zamburug'larning patogen xususiyati oshishida makroorganizm holatining roli katta. Odam immunite-tini pasaytiruvchi kasalliklarda kandidozlar tez rivojlanadi. Me'da-ichak xastaliklari, moddalar almashinuvi (qandli diabet) hamda vitaminlar muvozanatining buzilishi, leykoz, shuningdek, antibiotik va steroidlar bilan tartibsiz davolanish zamburug'lar faoliyatini oshirib, kasallik vujudga kelishiga sabab bo'ladi.

K l i n i k a s i. Kasallikning klinik kechishiga qarab *yuza (shilliq qavat va teri kandidozi, kandidozli onixiya va paranixiyalar) va sistemali (visseral)* shakllari tafovut qilinadi. Shu bilan birga *surunkali generalizatsiyalangan (granulematoz)* bolalar kandidozi ham alohida qayd qilinadi.

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

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

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

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

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

Surunkali generalizatsiyalangan (granulematoz) bolalar kandidozi ko'pincha yoshligida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kandidozi bilan og'iganlarda kuzatiladi. Yuz (burun, lunj, peshana), boshning sochli qismi, badan, oyoq va qo'llarda giperemiyali, infiltratli va po'st tashlayotgan dog'lar hosil bo'ladi. Bu dog'lar jimjimador chegarali granulematoz o'choqlarga aylanadi. Agar po'st olib tashlansa vegetatsiya va giperkeratoz kuzatiladi.

Patologik jarayon bosilinqiragandan so'ng silliq terida atrofiyali chandiq, boshning sochli qismida esa kal joylar bo'ladi. Shu bilan birga bunday bemorlarda shilliq qavatlar (kandidoz stomatit, glossit, angina) ning zararlanishi, kandidozli paronixiya, teri va ichki a'zolar kandidozi rivojlanadi.

D a v o s i. Umumiy davo vositalaridan **nistatin** (sutkasiga 6 mln), **levorin** (sutkasiga 4 mln birlik), **amfoteritsin B**, **Flunol (flukonazol)**, **orungal**, **nizoral**, **lamizil** (250 mg dan 14 kun davomida) va boshqa antifungin dori-darmonlar tavsiya etiladi. Og'ir kechuvchi kandidozda flukanazol haftasiga 150 mg dan bir marta, 2—3 hafta davomida; orungal — 100 mg dan 14 kun davomida, nizoral — 200 mg dan 7—14 kun davomida buyuriladi.

M a h a l l i y d a v o uchun **anilin bo'yoqlari** (gensian violet, fukorsin, 5—10 % li bura eritmasi), **klotrimazol**, **levorin** va **lamizil** malhamlari qo'llaniladi. Shu bilan birga yo'ldosh kasalliklarni davolashda yuqori dozada vitaminlar (**B guruh vitaminlari**) buyurish maqsadga muvofiqdir.

7.5. Mikozlarning laboratoriya tashxisi

Zamburug'lar bo'yalmagan preparatlarda mikroskopik tekshiriladi. Preparat tayyorlash texnikasi juda sodda. Predmet oynasiga patologik material olinadi. Bunda teri silliq yuzasidan teri qirindilari (qazg'oqlari), boshning sochli qismidan shikastlangan 2—3 dona soch tolasi, shilliq qavatdan olingan qirma (karash) qo'yiladi, 10—30 % li (asosan 20 % li) ishqor (KOH yoki NaOH) yoki glitserinli spirt tomiziladi, yopqich oyna bilan bekitiladi, spirt alan-gasida bir necha pufakchalar hosil bo'lguncha ohistalik bilan qizdiriladi, qaynab ketishiga yo'l qo'yilmaydi. Mikroskop ostida x7 okular va x40 obyektivlarda ko'riladi.

Tirnoqlar to'g'ri mikroskopiyasi uchun tirnoq plastinkalari fragmenti, tirnoq ostidan yoki ustidan, tirnoq «yostiqa»laridan olingan qirmalar, bormashina yordamida yig'ilgan material hamda tirnoq changlari tekshiriladi. Tirnoq plastinkalari yirik fragmentlari 1—2 mm o'lchamgacha maydalanadi. Kerotin strukturalar, ya'ni teri qipiq-lari va boshqa yo'l bilan olingan tirnoq fragmentlari tekshiruvdan oldin ishqor eritmasida qayta ishlanadi. Ish-qorning kuchli eritmasida ko'pgina boshqa sezilmaydigan organik kiritmalar parchalanib ketadi va zamburug'lar mikroskopiyasi uchun qulaylik tug'diradi.

Hozirgi paytda tirnoqlar mikroskopiyasi, asosan, ikki usulda o'tkaziladi:

yig'ilgan material probirkaga solinadi, 2—3 ml 20 % li ishqor tomiziladi, tirnoq bo'laklari butunlay eriguncha qaynatiladi, sentrifugaga qo'yiladi va cho'kmasi mikroskop ostida ko'riladi;

patologik material probirkaga solinadi, 2—3 tomchi 20 % li ishqor tomiziladi va bir necha soatga yoki ertangi kunga qoldiriladi. Suyuqlikning yuqori qismi to'kib tashlanadi, cho'kma mikroskop ostida ko'riladi.

Patologik material mikroskop ostida avval kichkina o'lchamda (x20 gacha bo'lgan obyektivda), keyin katta o'lchamda (x40 gacha) immersiyasiz nativ ko'riladi.

Kichkina o'lchamda zamburug' elementlari uchun xos bo'lgan mitseliy iplari, drojlar sporasi yoki hujayralari topilsa, katta o'lchamda bu elementlarning tuzilish xususiyatlari yoki ularning artefaktlardan farqi aniqlanadi.

Aksariyat hollarda uchraydigan artefaktlar jumlasiga gazlama iplari, paxta, havo pufaklari va mazoik zamburug'lar ko'rinishi kiradi. Birinchilari mitseliy iplariga nisbatan qalinroq va dag'alroq, ikkinchilari preparatdagi zamburug'ning har qanday hujayrasiga nisbatan yirik, uchinchilari to'r yoki «ari uyasi»ga o'xshash ko'rinishda bo'ladi. Bular va boshqa artefaktlardan zamburug' elementlari shunisi bilan farqlanadiki, zamburug'lar tirik tabiati bilan hech qachon doimiy to'g'ri shaklda bo'lmaydi, balki o'ziga xos ichki tuzilishga ega bo'gimlarga bo'linadi, shoxlanadi, spora halqalarini paydo qiladi.

Zamburug'lar mikroskopiyasida qiyinchilik tug'diruvchi artefaktlardan biri mazoik zamburug' ko'rinishidir. Bu ko'rinishni aksariyat mualliflar zamburug' deb hisoblamaydilar. Bir guruh olimlar buni ishqorni hujayralararo bo'shliqqa kirishidan hosil bo'ladi, deb tushuntirishsa, boshqalari teri xolesterinining parchalanish mahsulotlari yoki epidermis yog' moddasining oksidlanishi hisobiga vujudga keladi, deb hisoblashadi. Tabiiy mitseliydan ular rangbarang shakllari, turli o'lchamlari, ipsimon, qovuzloqsimon joylashuvi, epiteliyal hujayralar chegarasi bilan odatda muvofiq kelishligi bilan farq qiladi; zamburug' tabiiy mitseliysi epiteliy hujayrasidan mustaqil joylashadi. Preparatni spirtli alangada qizdirilishi yoki uzoqroq muddat saqlanishi bilan mazoik zamburug' yo'qoladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Patogen zamburug'larning morfobiologik xususiyatlari haqida nimalarni bilasiz?
2. Patogen zamburug'lar terida qanday kasalliklarni paydo qiladi?
3. Keratomikozlarning qanday klinik belgilari mavjud?
4. Dermatomikozlarning asosiy klinik belgilari qanday?

5. Dermatomikozlarning yuqish yo'llari qanday?
6. Kandidoz qanday kasallik?
7. Trixofitiya mikrosporiyadan nimasi bilan farq qiladi?
8. Favus kasalligi qanday kasallik?
9. Luminescent usul bilan mikrosporiyani trixofitiyadan ajratish tartibi qanday?
10. Yod bilan sinama qaysi kasallikda qo'yiladi?
11. Laboratoriya tashxis uslublarini tushuntirib bering.
12. Mikologik kasalliklarni davolash uslublari va profilaktikasi nimaga asoslangan?



TESTLAR

1. Dermatomikozda terining qaysi sohaları zararlanadi?

- A. Epidermis, teri bezlari, gepoderma;
- B. Yog' qatlami, teri muskullari, soch;
- C. Epidermis, derma, teri hosilalari;
- D. Tirnoq, epidermis, yog' qatlami.

2. Dermatomikozning qaysi turlari keng tarqalgan?

- A. Chov, oyoq epidermofitiyasi;
- B. Rubramikoz, trixofitiya;
- C. Mikroskopiya;
- D. Favus.

3. Chov epidermofitiyasida tekshiruv materiali qayerdan olinadi?

- A. Qo'ltiq ostidan, yorg'oq sohasidan;
- B. Panja orasidan, sonning ichki qismidan;
- C. Anus atrofidan, chovdan, ko'krak bezi ostidan;
- D. A va B javoblar to'g'ri.

4. Epidermofitiyada surtma nima yordamida olinadi?

- A. Buyum oynasi bilan;
- B. Skarifikator bilan;
- C. Nashtar bilan;
- D. Tampon bilan.

5. Boshning sochli qismi mikrosporiyasini davolashda qo'llaniladigan dori modda:

- A. Metatreksat;
- B. Bioxinol;
- C. Grizofilvin;
- D. Delogil.

8-bob. ETIOLOGIYASI YETARLI DARAJADA ANIQLANMAGAN TERI KASALLIKLARI

8.1. Tangachali temiratki yoki psoriaz (*PSORIASIS*)

Psoriaz — ancha keng tarqalgan teri kasalliklaridan biri. U multifaktorial tabiatga ega bo‘lib, epidermisda hujayralarning giperproliferatsiyasi, keratinizatsiyasining buzilishi, dermada esa yallig‘lanish reaksiyasi va turli a‘zo va sistemalarda patologik jarayonlar bilan kechadi.

Statistik ma‘lumotlarga qaraganda yer shari aholisining 2 % i psoriaz bilan og‘riydi. Masalan, ushbu ko‘rsatkich Daniyada 2,9 % ni tashkil etsa, AQSHda — 1,4 %, Xitoyda — 0,57 % ni tashkil etadi. Psoriaz teri kasalliklari orasida 5—10 % ni tashkil qiladi. U, ayniqsa, keyingi yillarda bolalar orasida juda ko‘p uchramoqda (14-rasm).

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

Virusologik nazariya tarafdorlari psoriaz bilan og‘rigan bemorlarning a‘zo to‘qimalarida elementar zarrachalar, spetsifik antitelolar borligi; laboratoriya hayvonlariga (dengiz cho‘chqasi, oq sichqon va quyonlar) psoriatik o‘choqdan olingan to‘qima ekstrakti yuborilganda ular terisida granulomatoz to‘qimalar hosil bo‘lishi, tovuq embrionining xorion allantoisida «kasallik qo‘zg‘atuvchisining» kultivatsiya qilinishini asosiy dalil qilib keltiradilar.

Irsiy nazariya tarafdorlari psoriaz avloddan avlodga irsiy yo‘l bilan (masalan, ona tomonidan buvasi, tog‘asi yoki

ota tomonidan buvisi yoki ammasi) oʻtadigan kasallik degan fikrdalar. Bunda psoriasis 20—37 % ota tomondagi avlodlarda uchraydi. Agar sogʻlom ota-onadan tugʻilgan bola psoriasis bilan ogʻrigan boʻlsa, keyingi tugʻiladigan bolaning psoriasis bilan ogʻrish ehtimoli 17 % ni tashkil etadi. Ota-onaning biri psoriasis bilan ogʻrisa, u holda ularning bolalarida psoriasis uchrash ehtimoli 25 %, ularning har ikkisi ham kasallangan boʻlsa, u holda bu ehtimollik 75 % ni tashkil etadi. Masalan, Farer oroli aholisining 1/3 qismi tekshirilganda, ularning 2,84 % i psoriasis bilan ogʻrigani va shu bemorlarning 91 % ida oilaviy psoriasis borligi aniqlangan. V. N. Mor-dovsev va boshqa olimlar tomonidan psoriasis multifaktorial xususiyatga ega ekanligi ishlab chiqildi. Hujayralarning boʻlinishi va koʻpayishi protoonkogenlar tomonidan nazorat qilinadi, turli sabablarga koʻra bunday genlarning nazorat qilish xususiyati buziladi va natijada epidermisning aktivligi oshadi.

Infeksion-allergik nazariyaga muvofiq psoriasis pnevmoniya, tonzillit, gripp yoki boshqa surunkali infeksiyon kasalliklardan soʻng vujudga keladi. Psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarda (asosan, goʻdak va oʻsmir yoshdagi) anti-streptolizin-O va antistreptokinazalarni, streptova stafiloal-lergenlarning yuqori titrda boʻlishi hamda bunday bemorlarni streptoantigen va stafiloanatoksin bilan sensibilizatsiya oʻtkazganda bemorlar ahvolidan yaxshilanishi bu dermatozning patogenezida streptova stafilokokklar katta ahamiyatga ega ekanligini koʻrsatadi.

Infeksion-allergik nazariya tarafdorlarining fikricha psoriasis virus, mikroblar va ularning hayot faoliyati davomida hosil boʻlgan mahsulotlarga nisbatan allergik reaksiyalar natijasidir. Surunkali infeksiyon kasalliklar organizmning qarshilik qilish xususiyatini susaytirib psoriatik virusning organizmga kirib kelishiga sharoit yaratadi va oqibatda avval shu virusga nisbatan oʻta sezuvchanlik, keyin esa auto-sensibilizatsiya vujudga keladi. Bunday autoimmun reaksiyalar organizmning genlari tomonidan nazorat qilib turiladi.

Ko'pchilik olimlar fikricha psoriaz bu markaziy nerv sistemasini trofik (oziqlanish) xususiyatining buzilishi oqibatida vujudga keladi. Dermatolog o'z tajribasida psoriazning turli xil stress, nerv sistemasi faoliyatining zo'riqishi va har xil emotsional hayajonlanishlar natijasida vujudga kelishini juda ko'p kuzatadi. Psoriazli bemorlarning ko'pchiligida markaziy va vegetativ nerv sistemalari tomonidan turli o'zgarishlarni (nevroz, diensefalit, vegetodistoniya va boshqalar) kuzatish mumkin. Psoriaz kelib chiqishida nerv sistemasi muhim ahamiyatga ega. Bu organizmda fiziologik aktiv moddalar miqdorining oshib ketishi bilan ifodalanadi. Masalan, psoriaz bilan og'riqan bemor organizmi va terisida gistamin, serotonin, katexolamin, asetilxolin va boshqa moddalar miqdori yuqori bo'ladi. Lekin, nevrogen nazariya barcha hollarda ham psoriazning kelib chiqishini mutlaqo isbot qila olmaydi. Masalan, yosh bolalarda (tug'ilgandan so'ng yoki go'daklik vaqtida) psoriaz vujudga kelishidan avval nevroz yoki emotsional buzilishlar kuzatilmaydi.

Modda almashinuvining (asosan uglevod, oqsil, yog') buzilishi tufayli epidermis muguz qavatining hosil bo'lish jarayoni va epidermopoezning normal ritm bilan ishlashida funksional o'zgarishlar sodir bo'ladi. Psoriaz bilan og'riqan bemorlar organizmida prostoglandin va poliaminlarning miqdori yuqoriligi, D₃ vitaminining kamayganligi aniqlangan.

Endokrin o'zgarishlar nazariyasi. Psoriaz endokrin bezlari faoliyatining o'zgarishi tufayli kelib chiqishi ko'p yillardan beri ma'lum. Homilador ayollarda psoriazning klinik kechishi bunga misoldir. Homiladorlikning birinchi yarmi, abort, tug'ish va laktatsiyaning tugash davri psoriazni qo'zg'atib, og'ir kechishiga olib keladi. Psoriazning klinik kechishi homiladorlikning ikkinchi davrida bir-muncha yengillashadi, hatto kasallik tuzalib ketishi ham mumkin. Boshqa endokrin bezlarda ham qator o'zgarishlar kuzatiladi. Psoriaz kasalligining vujudga kelishida immun sistemasining ham ahamiyati katta.

K l i n i k a s i. Psoriazning klinik manzarasi ko‘pchilik hollarda aniq ifodalangan bo‘ladi: dumaloq shaklli, pushti rang dog‘lar paydo bo‘lib, ularning usti kumush rang tangachalar bilan qoplanadi.

Psoriaz diagnostikasi uchun uchta simptom (psoriatik triada) va Kyobner fenomeni yoki izomorf reaksiyasi xosdir. Psoriatik triada papulani tirnash yo‘li bilan yuzaga keladi, u uchta fenomendan iborat:

— oq-kumush tangachali kepaklanish (stearin yoki sham yog‘i fenomeni);

— tangachalar olib tashlangandan so‘ng ham yaltiragan yuza hosil bo‘lishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni);

— tirnash davom ettirilsa, qonli nuqtalar yuzaga kelishi (A u s p i t z yoki qonli shudring fenomeni) kuzatiladi. Bu fenomenlar patogistologik o‘zgarishlar (parakeratoz, akan-toz, papillomatoz) natijasida kelib chiqadi.

Psoriaz bilan og‘rigan bemor terisida mexanik, kimyo-viy (tirnash, pichoq yoki o‘tkir buyumlar bilan terini kesib olish, nurlanish, ishqalanish, kuyish) omillar tufayli toshmalar toshishi — izomorf reaksiya yoki Kyobner fenomeni deb ataladi. Biror ta’sirdan so‘ng 7—10 kun o‘tgach izomorf reaksiya hosil bo‘ladi, lekin bu muddat qisqarishi (3 kun) yoki uzayishi ham (21 kun) mumkin. Psoriaz bilan og‘rigan bemorlarning ko‘pchiligi teri qichishidan, ba’zilari esa terining qurib tortishishidan shikoyat qiladilar. Psoriazning klinik kechishida 3 davr tafovut qilinadi:

— zo‘rayib boradigan (progressiv);

— statsionar;

— regressiv davr.

Kasallikning zo‘rayib boradigan davri yangi tugunchalar paydo bo‘lishi, badanning qichishib turishi, eski elementlarning kengayishi va papulalar atrofida qizil gardish, ya’ni yallig‘lanish gultojsi, Kyobner fenomeni va psoriatik triada paydo bo‘lishi bilan kechadi. Psoriazning statsionar davrida yangi toshmalar toshishi, gultoqli yallig‘lanishning periferiyaga qarab o‘sishi to‘xtaydi.

Regressiv davrda toshmalar yassilanib, rangi o'chadi, tangachalar hosil bo'lishi kamayadi yoki to'xtaydi, papulalar atrofida depigmentli gultoji paydo bo'ladi (Voronovning psevdatrofiya gultojisi). Papulalar markazidan yoki periferik qismidan so'rila boshlaydi. Elementlar so'rilgandan so'ng ko'pincha depigmentli, ba'zan giperpigmentli dog'lar qoladi. Psoriaz turli omillar (iqlimning o'zgarishi, nevroitik, endokrin buzilishlar va boshq.) ta'sirida kuchayishi mumkin. Psoriazning meteorologik va iqlimga nisbatan yozgi (residiv — yozda uchraydi), qishki (residiv — qishda uchraydi) va aralash xillari bor. Psoriazning qishki turi ko'proq uchraydi.

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

Intertriginozli psoriaz asosan, revmatizm, diabet bilan og'rgan, semiz va organizmi o'ta sezuvchan kishilarda, ba'zan ko'krak yoshidagi bolalarda uchraydi. Bunda toshmalar oyoq, qo'l bo'g'imlarining bukiluvchi yuzalarida, qo'ltiqosti, chov sohasida joylashadi. Toshmalar numulyar eksudativ pilikchalar ko'rinishida bo'ladi, kasallik qichishish va achishish bilan kechadi.

Psoriaz eritrodermiyasi. Kasallikning bunday klinik ko'rinishi psoriaz bilan og'rgan bemorlarning 1—3% ida uchraydi. Psoriazning bu turini oddiy vulgar psoriazning murakkablanishi desa ham bo'ladi. Chunki, u asosan, psoriatik teriga noxush omillar ta'sir qilishi yoki psoriazni noto'g'ri davolash natijasida vujudga keladi. Masalan, yuqori konsentratsiyali malhamlarni qo'llash, shuningdek, turli o'simlik ekstraktlaridan vanna qabul qilish shular jumlasidandir. Kuchli stressdan so'ng ham eritrodermiya holati

kuzatiladi, bunda teri ravshan qizil rangda, shishgan, infiltratsiyaga uchragan bo'ladi. Yallig'langan teri ustida mayda va yirik plastinkali tangachalarni, soch to'kilishini uchratish mumkin. Limfatik tugunlar kattalashadi, tirnoqlar destruksiyaga uchraydi. Yiringli paronixiyalar vujudga keladi. Bemorlar qichishish va teri tortilishidan shikoyat qiladilar. Psoriatik eritrodermiyani boshqa eritrodermiyalardan ajratish juda qiyin.

Artropatik psoriaz. Psoriazning bu turi kam uchrashi va og'ir kechishi bilan farqlanadi. Bunda, asosan, yirik hamda mayda bo'g'imlar zararlanadi, patologik jarayon ko'proq panja va tovonning mayda bo'g'imlarida, tizzada, umurtqalarda uchraydi. Bemorlarni bo'g'imlardagi kuchli og'riq bezovta qiladi, og'riq, ayniqsa, harakat qilganda kuchayadi.

Pustulyozli psoriazning ikki Zumbusch va Barber turi mavjud. Zumbusch psoriazi ko'pincha vulgar psoriazdan kelib chiqadi, lekin u birlamchi bo'lishi ham mumkin, ya'ni psoriatik toshmalar bo'lmagan terida yiringli elementlar paydo bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi, harorati ko'tariladi, holdan toyish, leykositoz kuzatiladi. Terida ko'pgina eritematoz o'choqlar paydo bo'lib, ular tez orada butun badanga tarqaladi, turli rang va shaklga ega bo'ladi. Shu orada asta-sekin mayda pustulyoz elementlar paydo bo'la boshlaydi, keyinchalik yiringchalar qotib sariq, jigarrang po'stloqlarga aylanadi. Kasallik ba'zan juda og'ir o'tadi, hatto o'limga sabab bo'lishi ham mumkin.

Pustulyoz psoriazning ikkinchi turi (Barber) uchun ko'pincha toshmalarning oyoq va qo'l kaftida simmetrik bo'lib joylashishi, shuningdek, pustulyoz va psoriaziform o'choqlarning vujudga kelishi xosdir. Bunda pustula ichidagi suyuqlik steril bo'ladi. Ba'zan toshmalar butun badan terisiga tarqalishi mumkin. Psoriazda tirnoqlar ham zararlanishi mumkin. Bunda ular yuzasida uzunasiga ketgan chiziqlar, chuqurchalar («angishvana» simptomi) paydo bo'ladi, tirnoq rangi xiralashadi.

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

Umumiy davo, bunda antigistamin (**dimedrol, suprastin, erolin pipolfen, tavegil, diazolin**) va desensibilizatsiyalovchi (**kalsiy preparatlari, natriy tiosulfat**) dorilar buyuriladi; **A, C, E, B₁, B₂, B₆, B₁₂, B₁₅**, neyromultivit vitaminlarni qo'llash maqsadga muvofiq. Kasallikning statsionar va regressiv davrlarida yuqoridagi davo vositalaridan tashqari gammaglobulin, pirogenal va turli xil **biostimulatorlar** tavsiya etiladi.

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

2. **PUVA-terapiya** psoriazni davolashda muhim vosita, u, asosan, psoriazni tarqalgan xilida qo'llaniladi. Uning ta'sir etish mexanizmi, qo'llash usuli «Teri kasalliklarini davolashning asosiy tartibi» bo'limida qayd etilgan.

Selektiv fototerapiya (SFT)da B to'lqin uzunlikdagi ultrabinafsha nurlari (315—320 nm) qo'llaniladi. Nurlatish 0,005—0,1 J/sm² dan boshlanadi va har kuni nur miqdori 0,1 J/sm² ga oshirib boriladi. Haftasiga 4—5 seans nur beriladi. Hammasi bo'lib, 25—30 ta muolaja o'tkaziladi.

3. **Immunodepressantlar. Metotreksat** psoriazni davolashda keng qo'llaniladi. U tabletka (2,5 mg) yoki eritma holida (5 mg muskul orasiga) buyuriladi. Metotreksatning

ma'lum bir davo sikli bor, ya'ni bemor bu dorini 5 kun davomida har kuni 5 mg dan qabul qiladi va 3 kun dori ichmay dam oladi. Shunday sikl bir necha bor takrorlanganda terida yangi toshmalar toshishi to'xtaydi va eskilari regressga uchraydi. Bunday davo siklini olayotgan vaqtda bemor klinik va laboratoriya nazorati ostida bo'lishi zarur. Metotreksat qabul qilinayotganda ko'ngil aynash, diareya, stomatit, shilliq qavatda yaralar paydo bo'lishi, qonda esa leykopeniya, anemiya hollari kuzatiladi. Immunodepressantlardan **aziotiprin, 6-merkaptopurin, sandimmun** va boshqalar ham keng qo'llanilmoqda.

4. **Retinoidlar** (A vitaminining sintetik preparatlari) teridagi proliferatsiya va keratinizatsiya jarayonlarini barqarorlashtiradi. **Tigazon, neotigazon** shular jumlasidandir. Retinoidlar bemorga 0,5—1 mg/kg hisobidan har kuni buyuriladi, oradan ma'lum kun o'tib davo samarasi ko'ringach, dorini kunora berish tavsiya etiladi. Psoriatik toshmalar regressga uchragan sari retinoidlarning miqdori kamaytirilib, so'ng to'xtatiladi. Retinoidlarni PUVA-terapiya bilan birgalikda qo'llash (RE—PUVA-terapiya) davo samarasini oshiradi.

Yallig'lanishga qarshi nosteroidli preparatlar (**voltaren, dikloberl**) ko'pincha artropatik hamda epesudativ va eritrodermik psoriazlarda buyuriladi. Ushbu preparatlarning dozasi va qo'llanilish muddati kasallik darajasi bilan belgilanadi.

Mahalliy davo vipsogal, selestoderm, diprosalik va boshqa steroidli malhamlardan iborat. Keyingi yillarda psoriazni mahalliy davolashda o'z tarkibida ftor va xlor galogenlarini saqlamaydigan kortikosteroidli malhamlar (**elokom, advantan**) va **D₃ vitaminining** sintetik analogi—kalsinatriol (**psorkutan** yoki **dayvoneks**) preparatlari keng qo'llanilmoqda. Ushbu preparatlar yallig'lanishni keskin kamaytiradi, immunoporreksiya qilish, hujayralarni normal differeksirlash, hujayralar bo'linishini pasaytirish xususiyatlariga ega. Ular uzoq qo'llanganda ham teri atrofiyasi va taxifilaksiya fenomenini keltirib chiqarmaydi. Mahalliy

kortikosteriodlarni kalsipatriol bilan birga qo‘llash davolash samarasini oshiradi. Kasallikning statsionar va regress bosqichlarida teridagi infiltratlarni tez so‘riltirish maqsadida **naftalan** (5—10—20 %), **ixtiol** (5—10 %) va boshqa malhamlarni qo‘llash mumkin. Sanatoriy-kurortlarda dam olish tavsiya etiladi (Chimyon, Chortoq, Kislovodsk va boshqalar).

8.2. Qizil yassi temiratki (*LICHEN RUBER PLANUS*)

Qizil yassi temiratki teri kasalliklarining 0,5—1 % ini, og‘iz shilliq qavati kasalliklarining 35 % ini tashkil etadi.

Etiologiyasi va patogenezini to‘liq aniqlanmagan emas, ilmiy adabiyotlarda kasallikning kelib chiqishiga oid turli nazariyalar (virusologik yoki infeksiyon, nevrogen, irsiy, toksik, immunologik) mavjud.

Virusologik nazariya tarafdorlari bemorlar terisida filtrlanuvchi viruslar uchrab, ular o‘z aktivligini organizmning immunobiologik himoya qobiliyati susaygan davrda kuchaytiradi degan fikrni aytadilar. L.N. Mashkilleyson (1965) virusli nazariyani tasdiqlovchi quyidagi mezonlarni keltiradi:

1) qizil yassi temiratki bilan og‘rigan bemorlar terisida virusga o‘xshash va boshqa infeksiyon agentlarning bo‘lishi;

2) qizil yassi temiratki bemorning boshqa oila a‘zolarida ham uchrashi;

3) toshmalar o‘rab oluvchi temiratki singari joylashishi, qonda limfotsitoz, shuningdek, limfa tugunlarining kattalashishi va boshqalar.

Ba‘zan bemorlarni antibiotiklar bilan davolash yaxshi yordam beradi. Lekin hozirga qadar bemorlardan virus ajratib olinmagan.

Ko‘pgina olimlar kasallikning vujudga kelishini nerv sistemasi faoliyatining buzilishiga (emotsional hayajonlanish, stress) bog‘liq deb qaraydilar. Bunda toshmalar nerv to‘lallari bo‘ylab joylashishi mumkin. Ko‘pchilik bemorlarda gipnozoterapiya yaxshi natija beradi.

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

Immunoallergik nazariya tarafdorlarining fikricha bemorlar qonida va terisida T-hujayralar sonining kamayishi, T-limfotsitlar subpopulatsiyasidagi nisbatning o'zgarishi kuzatiladi. Monoklonal antitelolar yordamida dermal infiltratda T-hujayralar va T-supressorlarning kamayishi natijasida T-xelperlar, T-supressorlar koeffitsiyentining oshishi aniqlangan. Dermo-epidermal chegarada Langer-gans hujayralari sonining ortishi, IgM ning cho'kishi immunoallergik nazariyani yana bir bor isbotlaydi.

Boshqa teri kasalliklaridan farqli ravishda qizil yassi temiratki aksariyat me'da-ichak sistemasining kasalliklari (surunkali gastrit, me'da va 12 barmoq ichak yarasi, jigar sirrozi) bilan og'rigan bemorlarda uchrab turadi. Qizil yassi temiratki bilan og'rigan bemorlarning qizilo'ngachi, ichak va bachadon endometriyasida lixenoidli toshmalar borligi aniqlangan. Qizil yassi temiratkining eroziv-yarali shakli va yarali kolit orasida uzviy bog'liqlik borligi ham kuzatilgan.

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

- poligonal, yassi shakli;
- papulalar yuzasida (asosan, markazda) kindiksimon botiq bo'lishi;
- periferiyaga qarab o'sishi;
- toshmalar ustiga o'simlik moyi surtilsa, to'rsimon shakllar vujudga kelishi — Uikxem belgisi (epidermis donador qavatining notekis kengayishi);
- o'tuvchan yorug'likda papulalar yuzasininig pushti-binafsha rangda yaltirab turishi.

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

Davosi. Birinchi navbatda kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etish, infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish lozim. Kasallik o‘tkir kechganida antibiotiklar (tetrasiklik qatoridan — **tetrasiklin**, **xlortetrasiklin** 1000000 dan 10 kun), **kalsiy tuzlari** eritmasi, **natriy giposulfit** inyeksiya holda tavsiya etiladi. Tinchlantirish maqsadida **brom preparatlari**, **trankvilizatorlar** buyuriladi. **Vitaminlar (PP, neyromultivit)**, **antigistamin (suprastin, loratadin)** dorilarni qo‘llash davolash samarasini oshiradi. Kasallik klinik jihatdan og‘irroq kechganida **steroidli gormonlar** tavsiya qilinadi, ularning miqdori 30 mg dan 100 mg gacha bo‘lishi mumkin. Surunkali qizil yassi temiratkinining tarqalgan va og‘ir kechuvchi shakllarini davolashda **delagil**, **rezoxin**, **xingamin** preparatlari, steroidli gormonal vositalar bilan birga qo‘llaniladi. Qizil yassi temiratkada shilliq qavatlarining atipik, eroziv-yarali xilida shilliq qavatlar hamda jinsiy a‘zolar shikastlanganda **nektigazon** 0,5—1 mg/kg miqdorda yaxshi naf beradi. Keyingi yillarda immunotrop davolash maqsadida ekzogen interferon (**reaferon**) va interferonogen (**neovir**) preparatlari

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

Mahalliy davo mentol karbol spirti va **glukokortikoidli malhamlardan** iborat. Kasallikning gipertrofik turida toshmalarni **diatermokoagulatsiya** qilish, **CO₂**, **suyuq azot** bilan kuydirish, ular atrofidan **gidrokortizon** emulsiyasi yoki **steroidli** gormon eritmaları bilan inyeksiya qilish tavsiya etiladi. Kasallikning remissiya davrida bemorga sanatoriy (Chimyon, Chortoq) va kurortlarda davolanish buyuriladi.

8.3. Biriktiruvchi to‘qima bilan bog‘liq kasalliklar

Organizmdagi immunologik gomeostazning buzilishi oqibatida biriktiruvchi to‘qima elementlari va qon tomirlar sistemaları zararlanadi. Biriktiruvchi to‘qimadagi patologik o‘zgarishlar *kollagenozlar* atamasi bilan yuritilgan. Hozir bu o‘rinda *revmatik kasalliklar* atamasi qo‘llaniladigan bo‘ldi. Bu guruhga revmatizm, revmatoid artrit, Bexterev kasalligi, sistemali qizil yuguruk, sistemali sklerodermiya, tugunli periartirit va dermatomiozitlar kiradi. Bu kasalliklar, asosan, biriktiruvchi to‘qimada avj oladigan dezorganizatsiya jarayoni, shuningdek, patologoanatomik jihatdan mukoidli shish, fibrinoid o‘zgarishlar, hujayralarning yallig‘lanishi va skleroz bilan ifodalanadi. Lekin bu guruhga kiruvchi har bir kasallik qaysi a‘zo va sistemani zararlashiga qarab o‘zining klinik-morfologik xususiyatiga ega.

8.3.1. Qizil yuguruk (qizil volchanka — LIPUS ERYTHEMATODES)

Qizil yuguruk — surunkali kasallik bo‘lib, asosan, yozda qo‘zib turadi. Bu dermatoz teri kasalliklarining 0,45—1,5 % ini tashkil qiladi. Ayollar bu kasallik bilan erkaklarga nisbatan ko‘proq kasallanadilar. Qizil yuguruk, asosan,

tashqi muhit omillari (quyosh nuri, sovuq, shamol va ko'pincha haroratning keskin o'zgarishi) ta'sirida bo'ladigan kishilarda ko'proq uchraydi.

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

Infeksion nazariya esa qizil yuguruk infeksiion kasallikdan keyin paydo bo'ladi va rivojlanadi deb tushuntiradi. Bemorlarda gemolitik streptokokkning topilishi bu nazariya tarafdorlarining asosiy isbotidir. Ammo shuni qayd qilish lozimki, antibiotiklar ta'sirida (asosan, penitsillin) infeksiion asosda qo'zg'atilgan va rivojlangan kasallik deb talqin qilingan qizil yuguruk davo topmay, aksincha, avj oladi.

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

Qizil yuguruk ko'pincha turli xil dorilar (gidrolizin, antibiotiklar, sulfanilamidlar, vaksinalar, zardoblar), infeksiion agentlar (streptokokk va viruslar) hamda tashqi muhit omillari (ultrabinafsha, infraqizil nurlar, radiatsiya va boshqalar) ta'sirida yuzaga chiqadi. Kasallik ba'zan irsiy tabiatga ega bo'lib, dominant yo'l bilan namoyon bo'ladi. Organizmda surunkali infeksiion o'choqlar bo'lishi, fotosensibilizatsiya, sovuqqa o'ta sezuvchanlik, vegetativ va markaziy nerv sistemalari hamda neyroendokrin a'zolar faoliyatining buzilishi patogenetik jihatdan ahamiyatga ega.

Qizil yugurukning surunkali (surunkali chandiqli hosil qiluvchi eritematoz), oʻtkir yoki sistemali (oʻtkir eritematoz), shuningdek, oʻrtacha oʻtkirlikda kechadigan xillari farq qilinadi. Kasallikning sistemali shaklida teri bilan birga ichki aʼzolar ham jarohatlanadi; qizil yuguruk odamlarning yuz qismida koʻproq uchraydi.

Qizil yugurukning **surunkali xili** quyidagi klinik koʻrinishlarga ega: diskoidli (halqasimon), disseminatsiyalangan, Biyetning markazdan qochuvchi eritemasi va Kaposhi Irgangning chuqur shaklidagi qizil yuguruk. Kasallik boshlanishida subyektiv belgilar deyarli kuzatilmaydi. Koʻpincha qizil yuguruk surunkali halqasimon shaklda namoyon boʻlib, toshmalar terining turli sohalariga toshishi mumkin. Toshmalar, asosan, yuzda aniq chegaralangan pushti-qizil rangli, chetga tomon oʻsib, bir-biri bilan qoʻshilishga moyil boʻlgan dogʻlar koʻrinishida namoyon boʻladi. Dastlab dogʻlar usti kepaklanmaydi, lekin keyinchalik kepaksimon tangachalar paydo boʻlib, ular teriga mahkam oʻrnashib qoladi.

Dogʻlar kattalashib yirik dogʻlarga aylanadi, yalligʻlanish biroz kuchayadi. Shu davrda qipiqlanish ham kuchayadi, qipiqni sekin-asta tirnoq bilan tirnasak koʻchib chiqadi, qipiq tagida boʻrtmachalar koʻrinadi. Qipiq tirlangan vaqtda bemor birmuncha ogʻriqli sezadi, shuning uchun boshini opqaga tortadi. Bu Benye-Mesherskiy simptomi deb ataladi. Qipiqlar koʻchirilganda uning tagida boʻrtmachalar borligi («ayollar poshnasi» simptomi) va tangachalari tushgan terida voronkasimon shakl hosil boʻlishi (follikular giperkeratoz) kuzatiladi. Shunday qilib, kasallik avj olgan davrida 3 xil manzara:

- markaziy chandiqli atrofiya;
- oʻrta-giperkeratozli;
- periferiyadagi qizargan joy koʻzga tashlanadi. Shu bilan birga kasallik oʻchoqlarida teleangioektaziya, depigmentatsiya, giperpigmentatsiyalar ham uchraydi.

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

Markazdan qochuvchi eritema qizil yugurukning **yuzaki xili** bo'lib, Biyet tomonidan izohlangan (1828). Kasallik yuz terisida birozgina shish, chegaralangan va markazdan qochuvchi eritema paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Eritemalar rangi pushti-qizil yoki ko'k-qizil bo'ladi. Toshmalarda giperkeratoz va chandiqli atrofiya belgilari kuza-tilmaydi. Markazdan qochuvchi eritema kasallikning sistemali turi yaqinlashayotganidan darak beradi.

Kaposhi Irgangning **chuqur shaklidagi** qizil yugurukda teriosti kletchatkasida chuqur joylashgan tugunlar paydo bo'ladi, markazi botiq bo'lib, atrofiyalanadi, ular ko'proq bosh, yelka va qo'llarda uchraydi. Ba'zan tugunlardan so'ng yaralar vujudga keladi.

Sistemali qizil yuguruk to'satdan yoki surunkali eritematozning zo'riqishi oqibatida vujudga kelib, og'ir kechadi. Turli stress holatlar, infeksiya, ultrabinafsha nurlar ta'sirida surunkali yoki disseminatsiyalashgan qizil yuguruk sistemali xilga o'tishi mumkin. Kasallik ko'pincha 20—40 yoshdagi ayollarda uchraydi; harorat ko'tariladi, bo'g'imlarda shish, qizarish va og'riq paydo bo'ladi, barmoq bo'g'imlari deformatsiyalashadi. Teriga turli xil toshmalar toshadi, ular tananing barcha qismida va shilliq qavatlarda bo'lishi mumkin. Eritematoz toshmalar usti tangachalar bilan qoplanib, asta-sekin tananing boshqa qismlariga tarqaladi yoki bir-birlari bilan qo'shib xiylagina joyni

egallaydi. Qizargan terida qavarchiq pufak va po'stloqlar paydo bo'ladi, bemorlarni qichishish yoki achishish bezovta qiladi. Qizil yugurukda buyraklarning zararlanishi ancha xavfli bo'lib, nefrit bilan bir qatorda vaskulit, poliserozit, artrit, artralgiya, perikardit, abdominal sindrom, tugunli periartrit va boshqalar kuzatiladi. Taloq, jigar, limfatik tugunlar kattalashadi; soch to'kiladi, teri quruqlashib, tirnoqlar mo'rtlashadi. Bemorning darmoni quriydi, harorati ko'tariladi, bo'g'imlari, boshi og'riydi; uyqusizlik, anoreksiya, ko'ngil aynashi kuzatiladi.

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

O'rtacha o'tkir qizil yuguruk kamroq uchraydi, u to'satdan yoki surunkali halqasimon qizil yugurukdan keyin rivojlanishi mumkin. Badanning yopiq turadigan qismlarida ham kasallik o'choqlarining paydo bo'lishi, umumiy ahvolning o'zgarishi, bo'g'imlarda og'riq turishi, harorat ko'tarilishi kasallikning shu shakli uchun xos alomatlardan. Uning klinik ko'rinishi qizil yugurukning o'tkir xilidagidek yaqqol ko'zga tashlanib turmaydi. Teridagi toshmalar saramasni eslatadi. Chegaralangan shish bilan birga giperemiya va po'st tashlash kuzatiladi. Terida eritematoz-papullyoz toshmalar uzoq vaqt saqlanib qoladi va keyinchalik surunkali hepatit, plevrit va boshqa ichki a'zolarida turli xil patologik o'zgarishlar boshlanadi.

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

Sistemali qizil yugurukda glukokortikoidlarni bezgakka qarshi vositalar bilan birga qo'llash yaxshi naf beradi. Steroidli dorilar miqdori kasallikning klinik kechishi va bemorning ahvoriga bog'liq (o'rta hisobda **prednizolon** 60—70 mg dan tavsiya etiladi) holda tayinlanadi. Shu bilan birga **vitaminlar** (neyromultivit, B₁₅, PP, C) bilan davolash maqsadga muvofiq, chunki ular steroidli gormon va bezgakka qarshi dorilar ta'sirini kuchaytiradi. Mahalliy davo vositasi sifatida **gormonal malhamlar, delagil eritmasi** ishlatiladi. Quyosh nuri ta'siridan saqlanish maqsadida «Luch», «Vesna», «Ot zagara», 5 % li ftivazid va boshqa fotohimoya malhamlaridan foydalanish tavsiya etiladi.

8.4. Dermatologik kasalliklarda shoshilinch yordam ko'rsatish

8.4.1. Anafilaktik shok

Anafilaktik shok — bu makroorganizmda allergik reaksiyaning tizimli ravishda namoyon bo'lishi bo'lib, u umumiy yoki mahalliy ko'rinishda (masalan, terida) bo'lishi mumkin. Yaqqol ko'zga tashlanib turadigan umumiy reaksiya anafilaktik shok deyiladi. Yunoncha *anaphylaxia* — himoyasizlik degan ma'noni anglatib, organizmga parenteral yo'l orqali yuborilgan antigenga nisbatan sezuvchanlikning ortishi bilan ifodalanadigan allergik reaksiya.

Anafilaktik shokda immunoglobulin — atitanachalar va immun mediatorlarning ajralishi keskin kuchayib ketadi, oqibatda hayot uchun zarur to'qima va a'zolar zararlanadi. Uning asosiy sabablaridan yana biri yuqori ta'sirchan bo'lgan makroorganizmning maxsus antigenlar va allergenlar bilan yaqin muloqotda bo'lishidir. Masalan, dori vositalari (sulfanilamidlar, antibiotiklar, analgetiklar, vitaminlar va h.k.), ayrim oziq-ovqat mahsulotlari va kimyoviy moddalar, parazitlar yoki turli xil hasharotlar chaqishi (ayniqsa, ari chaqqanda), tarkibida allergen mahsulotlar tutgan preparatlar bilan tashxis qo'yilganda, aholini yoppasiga emlash (vaksinatsiya), muolajalari o'tkazilganda va h.k.

Anafilaktik shok asosida tezkor tipdagi reaksiya yotadi va aksariyat hollarda yuqori sensibilizatsiyalangan organizmda rivojlanadi.

Anofilaktik shokda quydagi klinik turlar ajratiladi:

— kollaps, bemorning hushidan ketishi bilan ifodalani-ladi, qon bosimi tushib ketadi, eshitish qobiliyati pasayadi.

— bemorning nafas olishi keskin qiyinlashadi (asfik-siya), hiqildoq shishishi yoki bronxospazm ro'y beradi, qorinda og'riq va eshakyem, teri qichishishi kuzatiladi.

Shok nisbatan **yengil, o'rtacha og'ir va og'ir** darajalarda namoyon bo'ladi.

Yengil darajada prodromal davr qisqa — bir necha minutdan bir soatgacha kechadi. Bu allergik reaksiyaning turli belgilari: teri qichishishi, eshakyem turidagi tosh-malar, eritematoz, petexial va papullyoz elementlar, teri giperemiyasi, qizish hissi, spastik yo'tal, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, nafas olish qiyinlashishi, ayrimlarda yuz terisi geperemiyasi, lablar sianozi, depressiya kuzatiladi.

O'rtacha og'ir kechishda shokdan oldin holsizlik, qo'r-quv, yuz giperemiyasi, qizish hissi, turli lokalizatsiyadagi og'riqlar, toshmalar, yo'tal, qusish, keyin tezda hush yo'qotish kuzatiladi. Peshanada sovuq yopishqoq ter hosil bo'ladi, ayrimlarida og'izga ko'pik keladi. Qorachiqlar kengayib yorug'likka reaksiya bermaydi. Beixtiyor defe-katsiya va siyish, bachadonning spastik qisqarishi va qin-dan qonli ajralmalar kelishi kuzatiladi.

Miya ishemiyasi va seroz qatlamlar shishi natijasida tonik va klonik qisqarishlar kuzatiladi.

Fibrinolitik sistemaning aktivlashishi natijasida bu-rundan, oshqozon va ichakdan qon ketishi mumkin.

Anafilaktik shokning og'ir formasida markaziy va qon tomir tizimi bir necha sekund yoki minut ichida tez bu-ziladi. Teri qoplami keskin oqarib; ko'krakda, qo'llarda, lablarda — sianoz, og'izda ko'pik paydo bo'ladi. Peshana sovuq va yopishqoq ter bilan qoplanadi; qorachiqlar kengaygan, yorug'likka reaksiya yo'q, bo'yin venalari

kengaygan; nafas olish shovqinli, aritmik, askultatsiyada «soqov» oʻpka eshtiladi.

Anafilaktik shokda quyidagilar oʻlimning asosiy sabablari boʻlib hisoblanadi:

- staz, tromboz, mikrosirkulatsiyaning buzilishi va tomir kollapsi natijasida oʻtkir yurak qon-tomiri yetishmovchiligi;
- hiqildoqning Kvinke shishi natijasidagi asfiksiyasi;
- tomirlar trombozi va hayot uchun zarur aʼzolarga qon quyilishi.

Anafilaktik shokda tibbiy yordam

Anafilaktik shokda gemodinamika, mikrosirkulatsiya va metabolizm koʻrsatkichlari buziladi. Odatda, arterial bosim, aylanib yuruvchi qon bosimi pasayadi. U esa markaziy venoz bosimi hisobiga tekshiriladi (normada 5—12 sm suv ustuni), qon qovushqoqligi va gematokrit oshadi. Giperlaktemiyali asidoz, arterial qonda gidrokarbonatlar kamayadi (normada 22—25 mmol/l), asoslar yetishmovchiligi yuzaga keladi; (5 mmol/l dan koʻp), laktat darajasi 1,6—2,8 mmol/l dan oshadi. Shokning kuchaygan paytida eritremitiya, leykotsitoz, SOEning oshishi, trombotsitopeniya, oʻrta eozinofiliya kuzatiladi.

Shok davrida diurez kamayadi; buyrak shikastlanishida protenuriya, gematuriya, silindruriya kuzatiladi.

Tashxisi. Tipik holatlarda tashxis anamnez va klinik belgilariga qarab qoʻyiladi. Anamnez yigʻish mumkin boʻlmagan holatlarda tashxis qoʻyish keskin qiyinlashadi.

Davosi. Anafilaktik shokda quyidagi bosqichlar farqlanadi:

- birlamchi tezkor terapiya bosqichi;
- ikkilamchi terapevtik muolajalar bosqichi.

Birlamchi tezkor terapiya bosqichi.

1. **Allergen kiritilishini toʻxtatish.** Shokni chaqirgan preparat inyeksiya qilingan joydan yuqoridan jgut qoʻyish. Jgut har 10—15 minutda boʻshatiladi. Allergen kirgan joyga 0,3—1 ml 0,1 % li adrenalın eritmasi kiritiladi.

2. **Adrenalin kiritish.** Adrenalin teri ostiga yoki mushak orasiga 0,3—0,5 ml 0,1 % li eritmasi kiritiladi, keyin inyeksiya ikki marta 20 minut interval bilan terapevtik effekt bo'lguncha qilinadi. Agar arterial qon bosimi minimal darajaga tushsa, adrenalin teri ostiga yoki mushak orasiga kiritiladi. Nafas olishning keskin buzilishida va arterial bosimning keskin tushishida 0,5 ml 1 % li adrenalin eritmasi til ostiga qo'yiladi va vena ichiga 3—5 ml 0,01 % li eritmasi 9 ml izotonik eritmasida eritib kiritiladi.

3. **Aylanib yuruvchi qon hajmini to'ldirish.** Vena ichiga tomchilatib 1000 ml dan, Ringer, izotonik natriy xlor eritmalari 400 ml poliglukin yuboriladi. Agarda 2—3 soatdan keyin natija bo'lmasa, yangi muzlatilgan plazma (400 ml), albumin yuboriladi.

4. **Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash.** Agarda nafas bo'lmasa yoki keskin buzilgan bo'lsa, bemorni endotraxeal intubatsiyaga, sun'iy nafas olishga va 100 % kislorod bilan nafas olishga o'tkaziladi.

5. **Vazopressor aminlarni qo'llash.** Agarda yuqoridagi muolajalar natija bermasa va arterial gipotenziya saqlansa vena ichiga tomchilatib dopmin (dofamin) 15—17 mkg/kg/min dozada qilinadi. 200 mg preparatni 200 ml 5 % li glukoza yoki izotonik eritmada eritiladi. Agarda turg'un gipotenziya bo'lsa noradrenalinning 1 ml 0,2 %li eritmasini 250 ml izotonik eritmada minutiga 20—25 tomchi tezlikda venaga yuboriladi.

Ikklamchi terapevtik muolajalar bosqichi.

Glukokortikoidlar. Glukokortikoidlar dastlabki 6—12 soat ichida sezilarli o'zgarishlarni bermaydi va shuning uchun ularni anafilaktik shokning cho'zilgan holatlarida qo'llash tavsiya etiladi. Ammo oldindan reaksiya og'ir kechishi, uning cho'zilishini aytish tavsiya etiladi. Ammo oldindan reaksiya og'irligi va uning cho'zilishini aytish qiyin bo'lganligi sababli glukokortikoidlarni turli davrda kiritish mumkin. Shokning o'tkir davrida 240 ml prednizolonni vena ichiga 5 min ichida sekin yuboriladi. Bu dozani har 6 soatda takrorlash mumkin.

Antigistamin preparatlar. Antigistamin preparatlar tezda ta'sir qilmaydi va hayotni saqlab qolish vositasi bo'la olmaydi. Antigistamin preparatlarning gemodinamika ko'rsatkichlarini yaxshilagandan so'ng qo'llash lozim, chunki ularda gipotenziv effekt namoyon bo'ladi (ayniqsa, pipolfen).

Mushak orasiga: 1—2 ml 1 % li dimedrol; 1 ml 2 % li suprastin; 1 ml 2,5 % li pipolfen eritmasi sutkasiga, 3—4 marta arterial bosimni nazorat qilgan holda yuborish yoki diazolin 0,1 g dan kuniga 3 marta ichishga buyuriladi.

Dimedrol 0,05 g dan kuniga 3 marta; suprastin 0,025 g dan kuniga 3 marta; fenkarol 0,05 g dan kuniga 3 marta.

Antigistamin preparatlar N_1 — gistamin retseptorlarni bloklaydi, agarda anafilaksiya simptomlari yo'qolmasa yoki qaytalansa qo'shimcha N_2 — gistamin retseptorlari blokatorlari qo'llanadi (masalan, simetedin 300 mg dan v/ichiga har 6 soatda).

Eufillin. Eufillin bronxospazmni yo'qotish uchun agar adrenalni samara bermasa, qo'llaniladi. Vena ichiga 10 ml 2,4 % li eufillin 10 ml izotonik eritmada eritilib, sekin AB ni nazorat qilib, yuboriladi.

Natriy gidrokarbonat. Qo'llanilgan muolajalarga qaramasdan gipotenziya saqlansa, metabolik asidoz haqida o'ylash zarur, chunki u vazopressor vositalarning samarasini pasaytiradi.

Bunda kislota-ishqor muvozanatini tekshirib, asidoz holati bo'lsa, uni vena ichiga tomchilatib 150—200 ml 4 % li natriy gidrokarbonat yuborib korreksiya qilinadi.

Penitsillinaza. Penitsillin natijasida kelib chiqqan anafilaktik shokda bir marta mushak orasiga 1 000 000 birlik penitsillinazani 2 ml izotonik eritmada eritib yuborish zarur.

Bitsillin natijasida kelib chiqqan anafilaktik shokda penitsillinaza 1 000 000 dan sutkasiga 3 marta yuboriladi.

Mahalliy davo teri va shilliq pardalardagi o'zgarishga qarab o'tkaziladi.

Profilaktikasi. Penitsillin natijasida bo'lgan anafilaktik shok o'tkazgan bemorlar statsionarda 10—12 kundan

kam bo'lmagan muddatda davolanadilar. Yengilroq kechgan anafilaktik shokda kuzatish muddati undan kam bo'lishi mumkin. Bemor kasalxonadan chiqqandan so'ng allergolog kabinetida dispanser nazoratida turmog'i zarur. Ularga anafilaktik shokni chaqirgan allergenlar (hasharotlar chaqishi, preparatlar) haqida ma'lumoti bor pasport berilishi kerak. Hasharotlar chaqishi natijasida kelib chiqqan anafilaktik shokdan so'ng bemorlarga spetsifik giposensibilizatsiya tavsiya etiladi. Bunday bemorlarga o'sha hasharotlar mavjud faslarda doimo o'zlari bilan adrenalin olib yurish tavsiya etiladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Etiologiyasi aniqlanmagan teri kasalliklarini ayting.
2. Tangachali temiratking asosiy klinik belgilari qanday?
3. Qizil yassi temiratking asosiy belgilari qanday?
4. Terining qichishishi bilan kechadigan xastaliklarning boshqa dermatozlardan farqi nimada?
5. Eshakyem kasalligi qanday davolanadi?
6. Antigistamin preparatlarining ta'sir mexanizmi qanday?
7. Anafilaktik shok nima, unda qanday tibbiy yordam ko'rsatiladi?



TESTLAR

1. Psoriaz teri kasalliklarining necha % ini tashkil qiladi?

- A. 10—20 %;
- B. 3—7 %;
- C. 5—10 %;
- D. 4—8 %.

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

- A. PUVA-terapiya, suyuq azot;
- B. Mentol, karbon kislotasi, glukokortikoidlar;

- C. Delagil, rezoxin, xingamin;
- D. To'g'ri javob yo'q.

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

- A. Qizil yuguruk yarasidan surtma olish;
- B. Novosilova usuli;
- C. Simmer — Xargeyvs usuli;
- D. Immunofluoressensiya usuli.

4. LE hujayralari qaysi kasallikda ko'zga tashlanadi?

- A. Psoriaz;
- B. Eshakyem;
- C. Revmatizmida;
- D. Qizil yugurukda.

5. Anafilaktik shok qay darajada namoyon bo'ladi?

- A. Yengil;
- B. O'rtacha og'ir;
- C. Og'ir;
- D. Hamma javob to'g'ri.

9-bob. TANOSIL (VENERIK) KASALLIKLAR

9.1. Zaxm (*SYPHILIS, LUES*)

Etiologiyasi. Zaxmni oqish treponema qoʻzgʻatadi. U 1905-yilda F. Shaudin va E. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Optik mikroskop ostida kuzatilganda oqish treponema spiral koʻrinishida boʻlib, uning 8—12 ta bir tekis burmalarini koʻrish mumkin.

Oqish treponema juda xilma-xil: ilgarilama, mayatniksimon, toʻlqinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. Oqish treponema boshqa treponemalardan oʻzining bir tekis harakat qilishi bilan ajralib turadi. Ular fakultativ anaerob boʻlganligi sababli, limfatik sistemada uzoq vaqt yashaydi. Oqish treponemalar, asosan, koʻndalang boʻlinish yoʻli bilan koʻpayadi. Boʻlinayotgan joyda hujayraning tashqi qobigʻi hisobiga ulagich hosil boʻladi. Boʻlinish jarayoni odatda 30—35 soat davom etadi va oqish treponema bir necha qismlarga boʻlinishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Aholi orasida tanosil kasalliklarining tarqalishi ijtimoiy, tibbiy, biologik va ekologik omillarga bogʻliq. XX asrda zaxm kasalligi oʻsishining 5 davri aniqlangan. MDH davlatlarida har 10—15 yilda zaxm bilan ogʻrigan bemorlar sonining dastlab oshishi va keyinchalik esa kamayishi kuzatilgan. MDHda zaxm kasalligining oxirgi oʻsishi 1990-yildan boshlandi va 1997-yilda deyarli barcha davlatlarda eng yuqori koʻrsatkichlari qayd etildi. Eng yuqori koʻrsatkichlari (100000 aholiga 1 zaxm bilan ogʻrigan bemor) Rossiya, Ukraina, Qozogʻiston kabi davlatlarda kuzatildi. Masalan, Rossiya Federatsiyasining Tuva oʻlkasida koʻrsatkich 1994-yil 10,4 ni, 1998-yil esa

1562,4 ni tashkil etgan. O'zbekistonda zaxm kasalligi ko'rsatkichi 1991-yilda 1,8 ni, 1997-yilda esa 47,7 ni tashkil etdi. Rasmiy ma'lumotlarga ko'ra, MDHning deyarli barcha davlatlarida 1998-yildan boshlab zaxm infeksiyasining ko'rsatkichi pasayishi qayd etildi.

Alkogol iste'mol qilish, narkotik moddalarni chekish, erda jinsiy aloqani boshlash (bolalar fohishabozligi) zaxm kasalligini bolalar va o'smirlar orasida o'sishiga olib keladi. MDH ayrim davlatlarida mo'may daromad olish maqsadida g'ayriqonuniy va yarimkriminal fohishabozlik paydo bo'lib, u JYBYIlarning yanada oshishiga sabab bo'lmoqda.

Yuqish yo'llari. Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali tushadi. U bemor qonida, terisidagi yarada, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so'lagida, nerv to'qimalarida va umuman, hamma a'zolarida ham bo'ladi. Zaxm bilan og'rikan bemor kasallikning faol davrida atrofdagilar uchun g'oyat yuqumli hisoblanadi. Chunki ishqalanish, friksiyalar (jinsiy aloqa paytida), mexanik va kimyoviy qitqilinish natijasida zararlangan teri to'qimalarida oqish treponemalarga boy bo'lgan seroz suyuqlik ajralib chiqadi. Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbadir; u sog'lom kishi bilan jinsiy aloqa qilganida, ba'zan maishiy muloqotda yuqadi.

So'nggi yillarda qon quyish yo'li bilan zaxm yuqish hollari kuzatilib turibdi. Bunda bemor organizmidan (donordan) qon quyiladigan tanaga zaxm infeksiyasi (transfuzion) o'tadi. Bunda qattiq shankr («boshsizlantirilgan zaxm») paydo bo'lmaydi, lekin zaxmning boshqa belgilari rivojlanaveradi.

9.2. Zaxmning umumiy kechishi

Zaxmning klinik kechishida teri va shilliq qavatlarga toshgan toshmalarning asta-sekin regressga uchrashi (yo'qolishi) va toshmalarsiz davr bilan almashinishi xosdir. Kasallikning bunday kechishi organizmning immunologik reaktivligi bilan bog'liq, ya'ni kasallikning boshlang'ich

davridagi gumoral immunitet soʻnib, asta-sekin hujayrali immunitet rivojlanadi. Hujayrali immunitetning yuzaga kelishi koʻpincha spetsifik infeksiyon granulema hosil boʻlishi bilan kechadi. Zaxmning klinik kechishida inkubatsion, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlar tafovut qilinadi.

Inkubatsion davr organizmga oqish treponemalar tushganidan boshlab, to kasallikning birinchi belgisi — *qattiq shankr* paydo boʻlgunga qadar davom etadi. Bu davr oʻrta hisobda 1 oycha davom etishi, baʼzan 10—15 kunga qisqarishi yoki 4 oygacha choʻzilishi ham mumkin. Inkubatsion davr, asosan, boshqa qoʻshilib kelgan (yoʻldosh) xastaliklar (tumov, soʻzak)ni davolashda antibiotiklarni qoʻllash tufayli vujudga keladi (bunda qoʻllaniladigan antibiotiklar miqdori zaxmni davolash uchun kifoya qilmaydi). Inkubatsion davr antibiotik qabul qilmagan bemorlarda ham uzayishi mumkin. Sil, revmatizm, alkoholizm, gipovitaminoz bilan ogʻrigan bemorlarning ayrimlarida inkubatsion davrning qisqarishi kuzatiladi.

Zaxmning birlamchi davri. Oqish treponema teriga yoki shilliq qavatlarga tushgach, u yerda zaxmning birlamchi affekt belgilari (qattiq shankr) paydo boʻlib, u ikkilamchi davrga xos belgilari bilan almashinguniga qadar boʻlgan muddat zaxmning birlamchi davri deb ataladi. Birlamchi davr bemor qonidagi Vasserman va choʻkish reaksiyalarining natijalariga qarab seronegativ va seropozitiv davrlarga boʻlinadi. Zaxmning klassik kechishida birlamchi zaxm oʻrta hisobda 6—8 hafta davom etadi.

Zaxmning birlamchi faol davri oqish treponema tushgan terida qattiq shankr, regional limfadenit, baʼzan limfangit paydo boʻlishi bilan kechadi.

Qattiq shankr (*ulcus durum*) yoki birlamchi sifiloma oqish treponema tushgan teri va shilliq qavatlarda chegaralangan infiltrat hosil boʻlishi bilan boshlanadi. Keyinchalik infiltratning yuza qismi nekrozga uchrab, eroziya yoki yara vujudga keladi. Qattiq shankrning joylash-

hitning paydo bo'lishi saprofit mikroorganizmlarning qisqa muddat ichida ko'payishiga olib keladi. Qattiq shankr atrofida shish, eritema, eroziyalar paydo bo'ladi va natijada ularning usti seroz-yiringli eksudat bilan qoplanadi. Bunday manzara qattiq shankrning klassik-klinik kechishini o'zgartirib yuboradi va ajralmadan oqish treponemalarni topish qiyinlashadi.

Limfatik tomirlarga boy bo'lgan preputsial xaltachada oz-moz yallig'lanish jarayonining rivojlanishi fimozni keltirib chiqarishi ham mumkin. Bunda olat boshchasining chekka kertmagi kattalashadi, elastikligini yo'qotadi va preputsial xaltacha jinsiy olat boshchasini chiqarishga xalaqit beradi. Preputsial xaltacha ichidagi matsratsiya olat boshchasida katta eroziyalar hosil qiladi; toraygan preputsial xaltacha teshigida eksudat oqishi kuzatiladi. Regionar limfatik tugunlarni paypaslaganda og'riydi va harakatchanligi kamayganligi aniqlanadi.

Preputsial xaltachaning shishi va infiltratsiyasi natijasida preputsial halqa olat boshchasini qisib qo'yadi. Natijada qon va limfa aylanishi buzilib, olat boshchasi va preputsial xaltachaning to'qimasi nekrozga uchrashi mumkin. Bu parafimoz deb ataladi.

Gangrena va fagedenizm qattiq shankr asoratining eng og'ir ko'rinishi bo'lib, u kam quvvat va ko'p ichkilik ichadigan kishilarda uchraydi. Bunda fuzospirilloz infeksiyasi qo'shilishi kasallikning tez rivojlanishiga olib keladi. Qattiq shankr yuzasida gungurt-qora yoki qora rangli chirik (gangrena) paydo bo'ladi va u ko'chganida gemorragik-yiringli, yarali nuqson vujudga keladi. Nuqson asta-sekin granulatsion to'qima bilan qoplanib, o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Agar gangrenali shankrdagi yallig'lanish jarayoni atrofga va ichkariga tarqalsa, u fagedenizm deb ataladi. Bunday bemor badani titrab qaqshaydi, issig'i ko'tariladi, boshi og'riydi, zaharlanish alomatlari kuzatiladi; to'qimalarning kuchli parchalanishi katta va chuqur yaralar hosil bo'lishi hamda qon oqishiga olib keladi.

Ikkilamchi davrda uchraydigan toshmalar umumiy xususiyatlarga ega. Ular badanning turli sohalarida uchrab, shakli dumaloq, keskin chegaraga va ko'kimtir-qizg'ish rangga ega, qo'shilishga moyil emas, subyektiv sezgilar bo'lmaydi, davolash choralari o'tkazilmasa ham ma'lum vaqtdan keyin iz qoldirmasdan yo'qolib ketadi. Ikkilamchi sifilidlarning eroziyali yuzasida ko'p miqdorda oqish treponemalar bo'lib, ular juda ham kontagioz hisoblanadi. Ikkilamchi zaxm bilan og'rigan bemorlarni antibiotiklar bilan davolash vaqtida Lukashevich-Yarish-Gerksgeymer reaksiyasi (harorat ko'tarilishi, umumiy simptomlarning paydo bo'lishi, toshmalar sonining ko'payishi va rangining tiniqlashishi) kuzatiladi. Antibiotiklar ta'sirida ko'plab oqish treponemalar nobud bo'ladi va natijada bu mikroorganizmlar tarkibidan pirogen (toksik) moddalar ajralib chiqadi. Bu moddalar qon tomirlariga ta'sir etadi va klinik jihatdan Lukashevich-Yarish-Gerksgeymer reaksiyasi bilan ifodalanadi.

Ikkilamchi zaxmda morfologik elementlardan *dog'* (rozeola), tuguncha (papula), ba'zan esa *pufakcha* (vezikula) va *madda* (pustula) uchraydi. Shu bilan birga bu davrda sifilitik *leykoderma* va *soch to'kilishi* (sifilitik alopetsiya) ham kuzatiladi.

Zaxmning ikkilamchi yangi davridagi sifilidlar mayda va ko'p sonli, yorqin rangli, simmetrik, atrofga yoyilmaydi, usti kepaklanmaydi. Bu davrda ba'zi bemorlarda qattiq shankrning qoldiqlarini va regional skleradenitni aniqlash mumkin, 80—90 % bemorlarda poliskleradenit holati rivojlanadi. Ikkilamchi retsidiv zaxmda toshmalar yirik va soni kam, ko'pincha simmetrik bo'lmay, guruhlashishga moyil bo'ladi va ko'p ishqalanuvchi sohalarda (son, jinsiy a'zolar, og'iz bo'shlig'i) joylashadi.

Dog'simon sifilid (sifilitik rozeola). Zaxmning ikkilamchi davri ko'pincha zaxm rozeolasi bilan boshlanadi. Dog'larning kattaligi jimjiloqdek yoki undan kichikroq, rangi pushti-qizil, shakli esa dumaloq bo'ladi. Agar dog' bosib ko'rilsa,

yo‘qolib ketadi, lekin yana paydo bo‘ladi, po‘st tashlamaydi, teri sathidan ko‘tarilmaydi. Rozeolalar ko‘pincha teri yuzasida: ko‘krak, qorin, qo‘l, dumba, son va og‘iz shilliq qavatida uchraydi. Rozeola 1—2 hafta davomida toshib, 3—4 haftagacha o‘zgarmay turaveradi, keyin rangsizlanadi va sekin-asta hech qanday dog‘ qoldirmay yo‘qolib ketadi.

Agar bemor tanasidagi rozeolalarni ko‘rish qiyin bo‘lsa, nikotin kislotasining 1 % li eritmasidan 3—5 ml vena ichiga yuboriladi. Bunda tanadagi rozeolalar yorqin rangga kiradi.

Papulyoz sifilid. Papulyoz sifilid ikkilamchi zaxmning retsiv davrida ko‘proq uchraydi. Papulalarning katta-kichikligiga qarab lentikular (yasmiqsimon) va miliar turlari tafovut etiladi.

Lentikular papulalar yarimoysimon shaklga ega, chegarasi aniq va keskin, pushti rangli bo‘lib, bir-biri bilan qo‘shilmaydi, usti kepaklanadi va tangachalar papulalarning atrofida joylashadi («Biyett yoqachasi» simptomi).

Miliar papulalar soch follikularining chiqish joyida va ko‘pincha darmoni qurigan bemorlarda uchraydi. Bunday papulalar to‘g‘nag‘ich boshiday kattalikda bo‘lishi mumkin.

Chov, jinsiy a‘zolar va orqa chiqaruv teshigi atrofida joylashgan papulalar ishqalanish va qitiqlovchi ajralmalar ta‘sirida kattalashadi (gipertrofik papulalar), ular bir-biriga qo‘shilishi natijasida pilaksimon papulalar yoki keng kandilomalar vujudga keladi. Bunday katta papulalarning usti ishqalanish oqibatida eroziya (eroziv papula) va pilchirash (ho‘llanuvchi papula) paydo bo‘ladi. Bunday eroziv va ho‘llanuvchi papulalar sirtida juda ko‘p oqish treponemalar bo‘lib, u atrofdagilar uchun o‘ta xavfli hisoblanadi. Kaft va tovonda joylashgan papulyoz toshmalar terining umumiy sathidan ko‘tarilmaydi, to‘q qizil rangdagi dog‘larni eslatadi. Papulalar qattiq konsistensiyali va usti qalin, zich joylashgan tangachalar bilan qoplangan bo‘ladi. Zaxmning ikkilamchi davrida psoriaz (psoriazsimon sifilidlar) va seboreyaga (seboreyali zaxm papulalari) xos papulalarni ham uchratish mumkin. Zaxm

papulalari asta-sekin soʻrilib, oʻzidan soʻng pigmentli dogʻlar qoldiradi. Dogʻlar ham vaqt oʻtishi bilan yoʻqolib ketadi. Papulyoz sifilidlar subyektiv belgilersiz kechadi. Tugunchalarning markaziy qismi juda sezuvchan boʻladi va zond bilan shu soha bosilsa, ogʻriq seziladi (Yaddason simptomi).

Pustulyoz sifilid. Pustulyoz sifilid, asosan, organizmning reaktivligi pasaygan va ichkilikka ruju qilgan kishilarda uchraydi.

Toshmalar asosan boshning sochli qismi, bel va boddirlarga toshadi.

Pustulyoz toshmalar koʻpincha tugunchali sifilidlar bilan birga uchraydi va zaxmning ogʻir, xavfli klinik kechishidan darak beradi.

Zaxmning ikkilamchi davrida teridagi kabi shilliq qavatlarda (ogʻiz boʻshligʻi, tomoq, halqum, lablarning qizil hoshiyasi, katta va kichik uyatli lablarning shilliq qavatlari) ham dogʻsimon, papulyoz va pustulyoz sifilidlar uchraydi. Shilliq qavatlar pushti rangda boʻlganligi sababli bu alomatlarni darhol farq qilish (taqqoslama tashxis) qiyin. Yumshoq tanglay, tanglay tilchasi, bodomcha bezidagi rozeolalar bir-birlari bilan qoʻshilishib katta oʻchoq hosil qiladi va bu *zaxm anginasi* deb ataladi. Zaxm anginasi bir yoki ikki tomonlama boʻlishi, subyektiv belgilersiz kechishi, harorat koʻtarilmasligi va toshmalar chegarasi keskin ajralganligi bilan xarakterlanadi.

Zaxm alopetsiyasi. Zaxm alopetsiyasi koʻpincha zaxm leykodermasi bilan birga uchraydi va zaxmning ikkilamchi retsidiv davrida kuzatiladi.

Olimlarning fikricha mayda oʻchoqli alopetsiya oqish treponemalarning soch follikulariga bevosita taʼsiri natijasida kelib chiqadi. Diffuz alopetsiya esa soch follikulari faoliyatini boshqaruvchi nerv va endokrin sistemalarning shikastlanishi yoki organizmning intoksikatsiyasi hisobiga rivojlanadi. Zaxm alopetsiyasining mayda oʻchoqli, yalpi (diffuz) va aralash turlari tafovut etiladi.

Mayda o'choqli zaxm alopetsiyasida soch to'kilgan joy terisi o'zgarmaydi, qipiqatlanmaydi, soch kichik-kichik o'choq hosil qilib to'kiladi, chetidagi soch barmoq bilan sekin tortilsa yulini chiqadi, yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi.

Yalpi (diffuz) alopetsiyada esa boshdagi sochlar bir tekis to'kiladi. Soqol, qosh, kipriklar ham to'kilishi mumkin. Birin-ketin to'kilib va o'sishi hisobiga kipriklar har xil uzunlikda bo'ladi va zinapoyani eslatadi (bu Pinkus belgisi deb ataladi). Qoshlarning mayda o'choqli to'kilishini «tramvay» yoki «omnibusli» sifilid deb atashadi. Ba'zi bemorlarning sochi butunlay to'kilib ketishi mumkin. Terida hech qanday yallig'lanish alomatlari, shuningdek, qipiqatlanish ham kuzatilmaydi, teri tekis bo'lib turaveradi, Yalpi soch to'kilishi, ko'pincha zaxmning ikkilamchi davrida uchraydi.

Zaxmning uchlamchi davri. So'nggi yillarda zaxmning uchlamchi davri bilan og'rigan bemorlar soni ancha kamaydi. Bu davr bemorning to'da yoki mutlaqo davolanmaganligi natajasida kelib chiqadi. Uchlamchi davrning rivojlanishida shikastlanish (ruhiy, jismoniy) va surunkali kasalliklar, zaharlanishlar, bemorning yoshi hamda boshqa omillarning ahamiyati g'oyat katta. Uchlamchi davr 3—5 yil yoki undan ham kechroq boshlanadi va teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar, nerv sistemasi hamda harakat a'zolarining zararlanishi bilan o'tadi.

Uchlamchi zaxm klinik kechishiga qarab faol (aktiv) va yashirin davrlarga bo'linadi. Bu davr terida do'mboqcha (yuzaki, dermal tugunchali sifilid), gumma (chuqur tugunchali sifilid, gipodermal tuguncha) toshishi bilan tavsiflanadi. Ba'zi bemorlarda uchlamchi eritema (Furne rozeolasi) kuzatiladi. Toshmalar son jihatidan oz bo'lib (do'mboqchalar 10—20 tagacha bo'lsa, gumma odatda bitta yoki ikkita bo'ladi), o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Agar toshmalar hayot uchun muhim a'zo va sistemalarda joylashsa, u bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradi. Elementlar atrofdagilar uchun kam yuqumli hisoblanadi. Chunki ular yuzasida oqish treponemalar juda

oz boʻlib, asosan infiltrat tubida joylashadi. Bu davr ichida teriosti yogʻ qavatida, suyak va muskullarda nerv sistemasi va ichki aʼzolarida oʻzgarishlar kuzatiladi.

Uchlamchi davr elementlari yod va ogʻir metall saqlovchi dorilarga taʼsirchan boʻlib, ular bilan davolanganda elementlar tezda regressga uchraydi. Bemorlarning 30—35 % ida standart serologik reaksiyalarning manfiyligi aniqlanadi. Lekin oqish treponemalarni immobilizatsiya qilish reaksiyasi kamdan kam hollarda manfiy natija beradi. Shu sababli bemorlar qonini OTIRga tekshirish katta ahamiyatga ega.

Zaxm gummasi. Morfologik nuqtayi nazardan zaxm gummasi gipodermada joylashadi. Klinik kechishi boʻyicha zaxm gummasing quyidagi xillari tafovut qilinadi. Alohida joylashgan, infiltratli va fibroz gummalar. Teri ostidagi tugun asta-sekin kattalashadi, teri bilan birikadi va harakatchanligini yoʻqotadi. Terining rangi koʻkimsir-qizgʻish tusga kiradi. Bemor biroz ogʻriq sezadi (alohidalangan gumba). Tugunning oʻrtasi yumshab, u yerda teshik hosil boʻladi va undan yopishqoq suyuqlik ajralib chiqadi. Hosil boʻlgan yara oval shaklda, aniq chegaralangan, chekkasi teri ostidan bir oz koʻtarilgan, qattiq konsistensiyali va tubida nekrozga uchragan toʻqimasi borligi bilan ajralib turadi. Yara nekrotik toʻqimadan boʻshab granulatsion toʻqima bilan toʻladi, tubidagi infiltrat kamayadi va oʻrnida yulduzchasimon giperpigmentli chandiq hosil boʻladi.

Uchlamchi aktiv zaxm bilan ogʻrigan bemorda odatda bitta yoki kamdan kam hollarda bir nechta gummalar uchraydi.

Infiltratli gummalar oʻz-oʻzicha yoki bir qancha gummalarning qoʻshilishi hisobiga paydo boʻladi va alohidalangan gumba kabi rivojlanadi. Bunda oʻchoqlarning chegaralari aniq, yuzasida bir necha yaralar hosil boʻladi. Yaralarning cheti koʻp siklli shaklda boʻlib ular, qoʻshilib katta yaralar paydo boʻladi.

Zaxm gummalariga fibroz to'qimaning o'sib kirishi natijasida fibroz gummalar (bo'g'in atrofidagi sertugunlik) rivojlanadi. Fibroz gummalar, asosan, tirnoq va tizza bo'g'inlarining yoziladigan sohalarida joylashib, shar shaklida, qattiq konsistensiyali bo'ladi va kattaligi tuxumdek keladi. Paypaslab ko'rilganda, ular harakatchan va og'riqsiz bo'ladi, ustidagi teri o'zgarmaydi. Fibroz gummalar hech qachon yara hosil qilmaydi va spetsifik davoga chidamli (rezistent) bo'ladi.

T a s h x i s i. Gummoz sifilidni skrofulodermadan, oddiy ektima, zaxm ektimasi, surunkali yarali piodermiya, spinosellular rak, bazalioma, teri leyshmaniozi kabi kasalliklardan farq qilish kerak.

Skrofulodermada dastlab teriosti yog' kletchatkasida og'rimaydigan, kattaligi yong'oqdek keladigan harakatchan tugun paydo bo'lib, ustidagi teri ko'kintir binafsha rangda bo'ladi. Zaxm gummasidan farqli skrofulodermada tugun bir nechta joyda uch berib, yoriladi va paydo bo'lgan teshikli yaralardan (fistula) seroz-yiringli suyuqlik oqadi. Yaralarning qirralari notekis, rivojlanishi turlicha, ya'ni biri endi boshlanayotgan bo'lsa, ikkinchisi bitib chandiqlanib turadi. Yaralar o'zidan so'ng har xil shakldagi o'siqlari bor notekis chandiqlar hosil qiladi. Teshikli yaralardan oqib chiqayotgan ajralmadan sil mikrobakteriyalarining topilishi, serologik reaksiyalarning manfiyligi differensial diagnostikada katta ahamiyatga ega.

Teri leyshmaniozining yarali shaklida yaralar qirradi notekis, yopilgan, nekrozlangan, chuqur bo'lib, yaralar achishib bezillab og'riydi, ba'zan ularning chetida limfangitlar paydo bo'ladi. Yaralar tubidan boshlab bita boshlaydi, granulatsiyalar hosil qilib, donador bo'ladi (baliq tuxumlari simptomi) va ular bitgach, o'rnida umr bo'yi ketmaydigan chandiqlar qoladi. Laboratoriya tekshiruvda kasallik qo'zg'atuvchisi borligini aniqlash va serologik reaksiya natijalari tashxisini to'g'ri qo'yish imkonini beradi.

Surunkali yarali piodermiya ektima, furunkul (chipqon) yoki o'ziga xos infiltrat paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Ular tezda yara hosil qilib nekrozga uchraydi va har xil

shakldagi zararlangan o'choqlar vujudga keladi. Yarali o'choqlarning qirralari infiltratlangan, egri-bugri bo'ladi, yaralar ancha miqdorda seroz-yiring saqlaydi, tubida notekis granulatsiyalangan to'qima bo'ladi, asosiy o'choqlar periferiyasi bo'ylab yangi pustulalar paydo bo'ladi. Yaralar og'riydi va tuzalishi ancha muddatga cho'zilib ketadi.

Zaxm ektimasida qalin, kulrang yoki qo'ng'ir po'st bilan qoplangan chuqur pustula hosil bo'ladi. Po'st tagida yara bo'lib, keyinchalik u tekis chandiq bilan bitadi, element atrofida qizil gardish bilan o'ralgan qattiq yostiqchali infiltrat kuzatiladi. Zaxm ektimasida ba'zan bemorning darmoni quriydi, harorati ko'tariladi.

Bazaliomada yaralar voronka shaklida bo'lib, uning ostida kichik, chuqur to'qimalar bilan qo'shilgan infiltrat kuzatiladi. Yaralar chetida yostiqchasimon va marginal tugunchalar bo'ladi.

Teri raki (spinosellular o'sma) dagi yara aniq chegaralangan, cheti notekis, biroz ko'tarilgan egri-bugri, ko'pincha yemirilgan, atrofi va tubi taxta kabi qattiq bo'ladi. Bunday yara chuqur joylashgani sababli undan qon oqishi va uning surunkali kechishi kuzatiladi. Teri o'smasidagi yaralar ko'proq qariyalarda uchraydi.

Uchlamchi zaxmda shilliq qavatlarining zararlanishi. Uchlamchi zaxmda shilliq qavatlarining zararlanishi 21,3—38 % bemorlarda uchraydi. Shilliq qavat yarada ko'pincha diffuz gummoz infiltrat va gummalarni, ba'zan esa do'mboqchalarni ko'rish mumkin. Shilliq qavatlarda joylashgan sifilidlarning rangi yorqin va shishgan bo'ladi. Chunki shilliqosti qavatida ko'p sonli qon tomirlari bo'ladi.

Burun shilliq qavatidagi gumma burun to'sig'ining suyak va tog'ay to'qimalari chegarasida joylashadi. Gumma burun teshiklarini toraytirib, nafas olishni qiyinlashtiradi. Gummadan so'ng hosil bo'lgan yara po'stloq bilan qoplanadi, yiring ajralib turadi va nekrotik massaning ko'chishi natijasida burun to'sig'i perforatsiyaga uchraydi. Suyaklar zararlangan, burun suyagi cho'kib, egarsimon bo'lib qoladi.

Qattiq va yumshoq tanglayda joylashgan gümma yoki do‘mboqchalar tanglay pardasini shikastlaydi, teshik hosil qiladi va natijada tovush o‘zgarib qoladi va yutilgan ovqat luqmasi burun bo‘shlig‘iga o‘tib ketadi. Agar gümma tilda joylashsa, u chegaralangan (tugunchali) yoki diffuz sklerozlanuvchi (interstitsial) glossit klinik ko‘rinishda kechadi.

Zaxm kasalligida shilliq qavatlarning zararlanishini shilliq qavatlarning shikastlanishi (yarasi), teri raki va sil yarasidan farqlash kerak. Shikastlanish oqibatida paydo bo‘lgan yaralar yuzada joylashgan, yumshoq konsistensiyali, yallig‘langan bo‘ladi va kuchli og‘riqqa sabab bo‘ladi. Shikastlangan yaralar yaqinidagi regional tugunlar kattalashib og‘riydi.

Kechki zaxmda harakat a‘zolari, ichki a‘zolar va nerv sistemasi ning zararlanishi. *Zaxmda suyaklar zararlanishining quyidagi asosiy klinik ko‘rinishlari tafovut qilinadi:*

1. Periostitlar.
2. Ostitlar.
3. Osteomiyelitlar.

Bular o‘z navbatida cheklangan yoki diffuz (tarqoq) bo‘lishi mumkin. Bunday bo‘linish nisbiy, chunki ko‘pincha ular birgalikda uchraydi (masalan, ostit deyarli doimo periostit bilan, osteomiyelit esa suyak ichkarisiga tarqalgan ostit bilan birga kechadi).

Kalta suyaklar (umurtqalar, kaft va barmoq suyaklari)ning zararlanishi kam uchraydi. Lekin suyaklardagi destruktiv o‘zgarishlarning kamligi diagnostika qilishda ancha qiyinchilik tug‘diradi. Periostal va giperestotik o‘zgarishlar deyarli kuzatilmaydi.

Zaxm o‘zining ilk boshlang‘ich davrlaridayoq *ichki a‘zolar va sistemalarining* zararlanishiga sabab bo‘ladi. Zaxmning kechki ko‘rinishlari, jumladan, uchlamchi zaxmda ichki a‘zoldan ko‘pincha yurak-qon tomiri sistemasi va jigar zararlanadi. Ikkilamchi va, ayniqsa, uchlamchi davrda zaxm miokarditi, nafas qisishi, toliqish, umumiy holsizlanish, aritmiya, yurak tonlarining eshi-

tilmasligi va yurak chegarasining chap tomonga kengayishi kuzatiladi. Zaxm miokarditi o'ziga xos klinik belgilarga ega emas va u boshqa tabiatli miokarditlardan deyarli farq qilmaydi. Unga zaxmning boshqa klinik va laboratoriya belgilariga asosan tashxis qo'yiladi. Bunda, ayniqsa, miokardit bilan birga kechadigan aortitga e'tibor berish zarur.

Zaxm aortiti visseral zaxmning eng ko'p uchraydigan ko'rinishi bo'lib, uni kechki zaxm bilan og'rigan bemorlarning 30 % ida uchratish mumkin. Sifilitik aortiti arteriyalar boshlanish qismining stenoz va aorta klapanlari yetishmovchiligi bilan kechishi mumkin. Aortadagi patologik jarayon asta-sekin aorta halqasi va klapani, tojsimon arteriyalarning boshlanish qismiga o'tadi va ularni stenozga olib keladi. Koronarospazm o'tkir (stenokardiya, miokard infarkti) va surunkali toj tomir yetishmovchiligi bilan o'tadi. Kasallikni diagnostika qilishda klinik-anamnestik, laboratoriya (serologik, rentgen) tekshiruvlari o'tkaziladi.

Zaxmning uchlamchi davrida jigarning zararlanishi visseral zaxmning 2—4 % hollarida uchraydi. O'choqli gummoz, miliar gummoz yoki tarqoq infiltrativ va surunkali epitelial zaxm hepatitlari kuzatiladi.

Uchlamchi zaxm davrida ichki a'zoldan — buyrak, o'pka, me'da, ichak va boshqa a'zolarning zararlanishi kamdan kam uchraydi (hammasini qo'shib hisoblaganda uchlamchi zaxmdagi visseral patologiyaning 1—1,5 % ni tashkil qiladi). Kechki zaxmda me'da shikastlansa, surunkali gastrit tarzida kechishi va me'da devorida diffuz gummoz infiltrat va me'da gummasi rivojlanishi mumkin. Bunda o'sma kasalligi (rak) yoki me'da yarasining klinik belgilari kuzatiladi. Me'da devorida joylashgan gümma me'da raki kabi parchalanib, qon oqishi va peritonitga olib kelishi mumkin. Gummozli infiltrat o'rnida asta-sekin chandiq hosil bo'ladi va natijada me'daning shakli deformatsiyaga uchraydi yoki diffuz fibrozli qurishi kuzatiladi. Tashxis qo'yishda laboratoriya (serologik reaksiyalar, rentgen), klinik tekshiruvlar va sinama davo katta yordam beradi.

9.3. Yashirin zaxm

Zaxm kasalligi bo'yicha mutaxassis ba'zan zaxm tashxisini faqat qondagi musbat serologik reaksiyalarga asoslanib qo'yadi. Yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlarning badan terisi, shilliq qavatlari, ichki a'zolari, nerv sistemasi, harakat a'zolari tomonidan zaxmning klinik ko'rinishlari kuzatilmaydi.

Erta yashirin zaxmning ko'payishiga aksariyat bemorlarning turli xil boshqa kasalliklarda (gripp, tonzillit, bronxit va boshqalarda) antibiotiklarni o'zlaricha, shifokor nazoratisiz, qo'llashlari sabab bo'lyapti. Bunda qo'llanilayotgan antibiotik miqdori gripp, tonzillitni to'liq davolash uchun kifoya qilsa, zaxmni davolash uchun yetarli bo'lmaydi. Natijada kasallik belgilari yetarli darajada namoyon bo'lmaydi yoki umuman simptomlarsiz kechadi. Ayrim bemorlar (asosan besoqolbozlar, pala-partish jinsiy aloqa qiluvchi odamlar yoki fohishalar) zaxmning klinik belgilarini bilganlari holda uni boshqalardan yashirish uchun o'zlarini o'zlari davolashga urinib ko'radilar va antibiotiklarni kerakli miqdorda ishlata olmaydilar. Natijada yashirin zaxm kasalligi rivojlanadi. Yashirin zaxmning erta va kechki hamda noma'lum turlari tafovut qilinadi.

9.4. Tug'ma zaxm

Zaxm bilan kasallangan homilador onadan zaxm infeksiyasi qorindagi homilaga o'tadi va uni zararlaydi. Bu tug'ma zaxm deb ataladi.

XX asrga qadar tug'ma zaxmning kelib chiqishini tushuntiruvchi bir qancha nazariyalar mavjud edi. XX asrdan tug'ma zaxm to'g'risida boshqacha fikrlar paydo bo'la boshladi. Tekshiruvlar natijasida oqish treponema homilador onadan yo'ldosh orqali qorindagi homilaga o'tishi aniqlandi. Bu jarayon homiladorlikning ikkinchi yarmida, ya'ni yo'ldosh qon aylanish doirasida faol ishga tushganidan so'ng ro'y beradi. Zaxm bilan og'rigan

ayolning 3—4 oylik nobud bo‘lgan homilasidan oqish treponemalar topilmagan, ular 6—7 oylik homilada topilgan. Tug‘ma zaxmning vujudga kelishi ayol organizmida kechayotgan zaxm infeksiyasining qaysi bosqichda ekanligi, uning kechish muddatiga bog‘liq. Zaxmning ikkilamchi davri homila uchun xavfli hisoblanadi. Ba‘zan uchlamchi va kechki tug‘ma zaxm bilan og‘rigan ayollardan ham infeksiya homilaga o‘tishi mumkin. Homiladorlikdan oldin yoki homiladorlik davrida ayollarga spetsifik davolash muolajalari o‘tkazilsa, tug‘ma zaxmning oldi olinishi mumkin.

Yo‘ldosh orqali zaxm infeksiyasining homilador ayol-dan homilaga o‘tish yo‘llari quyidagilar:

1. Embol ko‘rinishida kindik venasi orqali.
2. Kindik tomirlarining limfatik tirqishi orqali.
3. Oqish treponemalardan zararlangan yo‘ldosh orqali (normal yo‘ldosh oqish treponemalarni o‘tkazmaydi).

Zaxm bilan kasallangan yo‘ldosh kattalashib, gipertrofiyaga uchraydi, vazni homilaning — $1/4$ — $1/3$ qismiga teng keladi (normada — $1/6$ — $1/5$). Yo‘ldosh tomirlarida peri- va endoarteriitlar, absesslar hosil bo‘lgani aniqlanadi. Homila organizmida zaxm septisemiyasi vujudga keladi va ichki a‘zolarida oqish treponemalar topiladi. Homilador ayol zaxm bilan og‘rib davolanmasa, odatda homiladorlikning 4—5-oyida homilasi tushadi yoki zaxm bolaning chala (7—8 oyligida) yo o‘lik tug‘ilishiga sabab bo‘ladi.

Klinik belgilari, kechishi va muddatiga qarab, tug‘ma zaxm 4 turga bo‘linadi:

- 1) homila zaxmi;
- 2) erta tug‘ma zaxm (tug‘ilgandan boshlab, 4 yoshgacha bo‘lgan davr);
- 3) kechki tug‘ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda);
- 4) yashirin tug‘ma zaxm, turli yoshda uchraydi.

Homila zaxmi. Zaxm infeksiyasi ta‘sirida yo‘ldoshda oziqlanish, moddalar almashinuvi buziladi va 6—7-oylarda sababsiz bola tushishi ro‘y beradi. Homiladorlikning 5-oyidan so‘ng onadan homilaga o‘tgan oqish treponemalar

ta'sirida uning ichki a'zolarida mayda hujayrali infiltrat (limfositlar, plazmatik hujayralardan tashkil topgan) ko'rinishidagi diffuz-yallig'lanish o'zgarishlari, keyinchalik biriktiruvchi to'qimaning o'sib ketishi va miliar hamda solitar gummalar vujudga kelishi kuzatiladi.

Ichki a'zoldan ko'pincha jigar, qorataloq, o'pka, ichki sekretiya bezlari, markaziy nerv sistemasi zararlanadi. Jigar kattalashadi, yuzasi silliq, kesib ko'rilganida sarg'ish-jigarrang tusda bo'ladi. Ba'zan jigar qovjirab, parenxima diffuz-fibroz atrofiyaga uchraydi. Qorataloq ham kattalashib, konsistensiyasi qattiqlashadi. O'pka alveolalari orasidagi to'siqda infiltrat, alveola epiteliysining giperplaziyasi va deskvamatsiyasi kuzatiladi. Bunday o'zgarishlar oq pnevmoniya (zotiljam) deb ataladi va homilaning nobud bo'lishiga olib keladi. Me'da va ichaklarda yupqa infiltratlar va uning yemirilishi oqibatida yaralar paydo bo'ladi. Markaziy nerv sistemasida leptomeningit, meningoensefalit, glandular endimitit va ba'zan uzunchoq miyaning gummasi kuzatiladi. Agar chaqaloq nobud bo'lmay yashab ketsa, u holda bola aqliy va jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi.

Erta tug'ma zaxmning ko'krak yoshidagi (bir yoshga qadar) va kichik yoshdagi (1—4 yoshga qadar) turlari tafovut etiladi.

Ko'krak yoshidagi bolalarda erta tug'ma zaxmning klinik belgilari bola hayotining dastlabki 3 oyidayoq namoyon bo'la boshlaydi, zaxm toshmalari toshadi. Barcha ichki a'zolar, nerv sistemasi harakat a'zolari, teri va shilliq qavatlarining zararlanishi kuzatiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq qarimsiq ko'rinadi, terisi burishgan, xaltim-xaltim va nursiz bo'ladi. Bolaning boshi katta, kumushrang tangachalar bilan qoplangan, teriosti yog' qavati yaxshi rivojlanmagan, distrofiyaga uchraydi. Suyaklar zararlanishi qattiq og'riqqa sabab bo'ladi, bola uxlay olmaydi va qattiq qichqirib yig'layveradi (Sisto simptomi).

Taxminan 50 % erta tug'ma zaxm bilan og'rigan bolalar terisida o'ziga xos o'zgarishlar kuzatiladi.

Yuz, kaft, tovon va dumba terisida Goxzingerning diffuz-papulyoz infiltrati kuzatiladi. Yuz, og‘iz atrofi, iyak, peshana va qoshlardagi tugunchalar esa infiltrat hosil qilib qattiqlashadi. Teridagi infiltrat ko‘krak yoshidagi tug‘ma zaxmning birinchi belgisi hisoblanadi. Kasallik terida dog‘ yoki diffuz eritema paydo bo‘lishi bilan boshlanadi, so‘ngra teri qalinlashib, qattiqlashadi va to‘q qizil rangga kiradi, atrofida uzun-uzun yoriqlar paydo bo‘ladi, ular chandiqlik bilan bitib umr bo‘yi saqlanib qoladi (Robinzon — Furne simptomi). Agar diffuz infiltrat qosh, kiprik va boshda bo‘lsa, o‘sha joydagi sochlar to‘kiladi, burun shilliq qavatida joylashsa, bolaning nafas olishi va emishi qiyinlashadi. Infiltrat tekshirilganida undan oqish treponemalar topiladi.

Ko‘krak yoshdagi zaxm uchun zaxm pemfigusi xosdir. Oyoq va kaftlarda (ba‘zan yuz, badan, oyoq va qo‘llarda) kattaligi tariqday, ba‘zan no‘xatday keladigan, seroz yiringli pufakchalar paydo bo‘ladi. Ularning sirti tarang bo‘lib, simmetrik joylashadi va ichida infiltrat saqlaydi. Pufaklar bir-biri bilan qo‘shilishga moyil bo‘lib, subyektiv sezgilarni yuzaga keltirmaydi.

Teridagi papulalar ko‘rinishi ikkilamchi zaxm davridagi lentikular papulalarni eslatadi, lekin bular bir-biriga qo‘shilishga moyilligi bilan farq qiladi.

Ko‘krak yoshidagi bolalar zaxmida dog‘li toshmalar juda kam urchaydi. Dog‘lar yuz, tana va tovonga toshadi, chegarasi aniq va jigarrang bo‘ladi.

Burun shilliq qavatining shikastlanishi zaxm riniti deb ataladi. Uning 3 bosqichi tafovut etiladi:

birinchi (eritematoz) bosqichda — burun shilliq qavati biroz shishib, qalinlashadi. Bunda bolaning nafas olishi va emishi qiyinlashadi;

ikkinchi (sekretor) bosqichda — burun shilliq qavati shishadi va undan yiring oqib turadi. Burundan nafas olish qiyinlashadi, nafas olganda hushtak chalganga o‘xshash ovoz eshitiladi;

uchinchi (yarali) bosqichda — burunning togʻay va suyaklarida destruktiv oʻzgarishlar kuzatiladi, natijada burun egarsimon boʻlib qoladi.

Zaxm tumovi koʻkrak yoshidagi tugʻma zaxmga xos simptom boʻlib, halqum shilliq qavatining zararlanishi, ovoz xirillashi, afoniyasi, baʼzan esa stenoziga olib keladi.

Koʻkrak yoshidagi bolalar tugʻma zaxmida suyaklarning zararlanishidan, asosan, zaxm osteoxondriti, periostit va osteoperiostitlar kuzatiladi. Bunday oʻzgarishlar albatta rentgen usulida aniqlanadi. Suyak oʻzgarishlarida uzun naysimon suyaklarning (koʻpincha bilak, yelka suyaklari) zaxm osteoxondriti koʻproq uchraydi. Dastlab rentgenda 1- va 2- darajali osteoxondrit aniqlanadi. Togʻay bilan metafiz chegarasida boshlangʻich suyaklanishning notekis kengaygan zonasi kuzatiladi (2—2,5 mm gacha, normada u tekis, aniq tizimcha koʻrinishida boʻlib, kengligi 0,5 mm ni tashkil qiladi), bu birinchi darajali osteoxondritdir. Ikkinchi darajali osteoxondritda suyaklanish zonasi 2—4 mm gacha kengayadi va epifizga qaragan tomonida tikan-simon oʻsmalar va gʻadir-budurliklar hosil boʻladi (bir oylik bola epifiz rentgenogrammalarida koʻrinmaydi, chunki u togʻay tuzilishiga ega).

Sezgi aʼzolaridan koʻpincha koʻz shikastlanadi. Bu yoshda koʻpincha tugʻma zaxm xorioretiniti (koʻzning toʻr va tomirli pardasi zararlanadi) kuzatiladi, koʻz soqqasi tubining chekka qismlarida oʻziga xos nuqtasimon sariq dogʻlar hosil boʻladi. Bolaning koʻrish qobiliyati odatda oʻzgarmaydi.

Ichki aʼzolarida (jigar, qorataloq, buyrak, oʻpka, moyak) diffuz infiltratlar natijasida vujudga kelgan sklerotik oʻzgarishlar rivojlanadi. Avvaliga qon tomirlari atrofida boshlangan infiltratlar, asta-sekin hamma aʼzolarga tarqaladi. Nerv sistemasining zararlanishi meningit, meningoensefalit, gidrosefaliya koʻrinishida namoyon boʻladi.

Koʻkrak emadigan chaqaloqlar zaxmida qonning serologik reaksiyalari (Vasserman reaksiyasi, OTIR, RIF) doimo musbat boʻladi.

Kichik yoshdagi bolalar zaxmida (1 yoshdan 4 yoshgacha bo'lgan davr) zaxmning klinik belgilari sust namoyon bo'ladi. Orqa chiqaruv kanali, jinsiy a'zolar, chov terisida pilchirab turadigan, vegetatsiyali, chegaralangan, yirik papulalar, shuningdek, organizmi zaif bolalarning yuz va boshining sochli qismiga esa pustulalar (madda) toshadi. Tug'ma zaxmda rozeola orttirilgan zaxmga nisbatan juda kam uchraydi. Og'iz shilliq qavatiga eroziyaga uchragan papulalar toshadi. Og'iz burchaklaridagi papulalar eroziyalanib, tashqi ko'rinishi xuddi piokokk va achitqisimon zamburug'lar qo'zg'atadigan yallig'lanish jarayoniga o'xshash o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Lekin papula atrofida to'q qizil rangli infiltrat bo'lishi va muguz qavatdan hosil bo'lgan shokila yo'qligi (tirqishsimon streptodermiyada bo'ladi) tug'ma zaxm uchun xosdir. Bunda barcha limfa tugunlari kattalashadi, soch to'kiladi, periostit va osteoperiostitlar, ichki a'zolar (gepatit, nefrozonefrit, pnevmoniya) va nerv sistemasida (gemiplegiya, gidrosefaliya, meningit va boshqalar) patologik o'zgarishlar kuzatiladi. Ko'pincha qonning serologik reaksiyalari musbat bo'ladi.

Kechki tug'ma zaxm. Zaxmning bu davri 4 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. U emizikli davrda boshdan kechirilgan va aniqlanmay hamda davolanmay qolgan tug'ma zaxmning retsidivi deb hisoblanadi.

Klinik kechishiga qarab, kechki tug'ma zaxm orttirilgan uchlamchi zaxmni eslatadi, chunki gümma yoki gummoz infiltratlar teri, shilliq qavatlar, suyaklar (gummoz periostitlar, osteoperiostitlar), bo'g'inlar, ichki a'zolar va nerv sistemasida (gummoz meningitlar) joylashadi. Terida do'mboqchali sifilidlar paydo bo'ladi. Ba'zi endokrin bezlari, bosh yoki orqa miya qon tomirlari shikastlanishi mumkin (bunday o'zgarishlar parez, falajlik va tutqanoq kasalliklariga olib keladi). Kamdan kam hollarda orqa miya so'xtasi yoki avj oladigan falajlik rivojlanadi. Yuqorida sanab o'tilgan belgilardan tashqari, (ular orttirilgan zaxmning uchlamchi davridagi belgilarga xos) faqat kechki tug'ma zaxmga xos belgilar tafovut qilinadi. Ular uch guruhga ajratiladi:

birinchi guruhda ishonchli yoki shartsiz belgilar bo‘lib, kechki tug‘ma zaxmga xosdir;

ikkinchi guruhni ehtimol tug‘ilgan belgilar tashkil etib, ular zaxm borligini tasdiqlovchi boshqa belgilar mavjud bo‘lgandagina e‘tiborga olinadi (bunda qonning serologik reaksiyasi natijalari, likvordagi patologik o‘zgarishlar, ona va bolaning anamnezi va ularni tekshirish natijalari hisobga olinadi);

uchinchi guruh — bu distrofiya (stigma)lar bo‘lib, surunkali infeksiyon kasalliklarda uchraydi va ular tug‘ma zaxmga xos hisoblanmaydi. Biroq, bir necha distrofiyalar yig‘indisi va zaxm infeksiyasi borligini tasdiqlovchi boshqa dalillar (masalan, ona va bola qonidagi Vasserman reaksiyasining musbat natijalari) kasallikni to‘g‘ri aniqlashga yordam beradi. Bundan tashqari, distrofiyalarning mavjudligi parazaxm kasalliklarini aniqlashda ham ahamiyatga ega.

Kechki tug‘ma zaxmning shartsiz yoki ishonchli belgilariga Getchinson uchligi (parenximatoz keratit, zaxm labirintiti va Getchinson tishlari) kiradi. Parenximatoz keratit ko‘z muguz pardasining qizarishi va xiralashishi, yorug‘likka qaray olmaslik, ko‘z yoshlanishi va ko‘rish o‘tkirligining pasayishi bilan ifodalanadi. Bu klinik belgi 1858-yilda Getchinson tomonidan ta‘riflangan. Odatda, avval bir ko‘z, keyin ikkinchi ko‘z zararlanadi. Davo qilinadigan bo‘lsa, keratit ko‘pincha qaytadi, lekin ko‘z muguz pardasining xiralashgani saqlanib qoladi, ba‘zan u og‘ir o‘zgarishlarga uchrab, ko‘rlikka sabab bo‘lishi mumkin. Ba‘zan zaxm keratit, irit, iridosiklit va xorioretinit bilan kechadi. Zaxm labirintiti yoki labirintit sababli yuz bergan karlik to‘satdan paydo bo‘lib, eshitishning pasayishi (odatda, ikkala quloq shikastlanadi) va quloqda shovqin paydo bo‘lishi bilan o‘tadi. Bu klinik belgilar labirintning infiltrativ yallig‘lanishi va eshituv nervining degeneratsiyasi bilan bog‘liq. Bunda bolaning ovozi chiqmay qolishi yoki kar-soqov bo‘lish hollari kuzatiladi. Bu klinik belgi kechki tug‘ma zaxm bilan og‘rigan 6—15 yoshdagi bemorlarning taxminan 3,5 % ida uchraydi.

Tishlar distrofiyasi (Getchinson tishlari) o'rtadagi yuqori kurak tishlarining o'zgarishi bilan ifodalanadi, bu tishlar bochkasimon shaklga kirib, botiqli pastki cheti torayib qoladi; yuqori o'rta ikkita kesuvchi tishlar siyrak bo'lib, noto'g'ri turadi, chetlarida emal bo'lmaydi, birinchi doimiy molyar va oziq tishlarning chaynash yuzalari atrofiyaga uchraydi, mikrodentizm kuzatiladi. Getchinson uchligiga xos alomatlar bir vaqtning o'zida bitta bemorda kamdan kam uchraydi. Parenximatoz keratit va Getchinson tishlari simptomlari kechki tug'ma zaxm bilan og'riq bolalarning 30—48 % ida birga uchraydi.

Kechki tug'ma zaxmning ehtimol tutilgan belgilariga quyidagilar kiradi: boldirning yo'g'onlashib, oldinga qarab qiyshayishi va tunda og'riq turishi; zaxm xorioretiniti va goniti, Robinson-Furnening radiar chandiqlari, bosh suyagining «dumbasimon»ligi, burun yoki tish deformatsiyasi, neyrozaxmning ayrim turlari va boshqalar. Bu belgilar orttirilgan zaxmda kam kuzatiladi, shu sababli ular ehtimol tutilgan belgilarga kiritiladi. Orttirilgan zaxmdagi soxta qilichsimon boldirlar bolalik yoshida boshdan kechirilgan osteoperiostitlar asoratidir. Bunda katta boldir suyagining old yuzasida qalin suyak qoplamalari hosil bo'ladi. Kamdan kam hollarda bilak suyagi qilichsimon shaklni oladi.

Bosh suyagining «dumbasimon»ligi tug'ma zaxmning dastlabki oylarida shakllanishi mumkin, raxitda esa u bola 2—3 yoshga to'lganida kuzatiladi. U diffuz ossifikatsiyalanuvchi infiltrat qoplamalarining peshana va chakka suyaklarda cho'kib yig'ilishi natijasida peshana do'ngining ikki tomondan bo'rtib chiqishi va ular orasida tizimcha sifatida ajralib turishi bilan xarakterlanadi. Cheklangan zaxm gidrosefaliti ham tashxis qo'yishga yordam beradi. Tug'ma zaxm bilan og'riq ba'zi bemorlarda bosh suyagining minorasimon ko'rinishi kuzatiladi.

Burun suyagi tog'ay qismlarining rivojlanmay qolishi hamda zaxmga xos burun oqishi natijasida kechki tug'ma zaxmga taalluqli burun deformatsiyasi kuzatiladi, u egarsimon (burun kataklari tashqariga turtib chiqadi) yoki «echki burni»ga o'xshab qoladi.

Tug‘ma zaxm profilaktikasi. Tug‘ma zaxmning oldini olishda kasallikni o‘z vaqtida aniqlash va uni davolash muhim ahamiyatga ega. Ayniqsa, homilador ayollarni o‘z vaqtida tekshirib turish va davolash ishlarini o‘tkazish maqsadga muvofiq. Mavjud ko‘rsatmaga binoan ayollar maslahatxonalari (konsultatsiyalari) barcha homilador ayollarni hisobga oladi va klinik hamda serologik tekshiruvdan o‘tkazadi. Serologik tekshirish ikki marta — homiladorlikning 1- va 2- davrlarida amalga oshiriladi. Agar homilador ayolda aktiv yoki yashirin (latent) zaxm aniqlansa, unda faqat antibiotiklar bilan maxsus davolash ishlari olib boriladi. Agar ayol ilgari zaxm bilan og‘rib davolangan bo‘lsa, homiladorlik davrida yana zaxmga qarshi profilaktik davo olib boriladi; profilaktik davo olib borishdan maqsad sog‘lom bola tug‘ilishini ta‘minlashdan iborat. Shunday qilinmagan hollarda yangi tug‘ilgan chaqaloq Respublika Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan «Zaxmni davolash, tashxis qo‘yish va profilaktika qilish» to‘g‘risidagi yo‘riqnoma asosida profilaktik ko‘rikdan o‘tkaziladi va davolanadi.

Zaxmning homiladorlik kechishiga ta‘siri. Zaxm infeksiyasi homiladorlik va tug‘ish jarayoniga ta‘sir ko‘rsatadi. Zaxm bilan og‘rigan homilador ayol maxsus davolanmasa, u holda 24—28-haftalar orasida uning bolasi nobud bo‘lib, tushadi yoki tug‘ma zaxm belgilari bilan tug‘iladi. K.K. Borisenko va boshqa mualliflar (1990) zaxm bilan og‘rigan va maxsus davolanmagan 184 nafar homilador ayollarning 11 (6 %) nafarida homilaning ona qornida o‘lishi va barvaqt bola tashlash, 5 (27 %) nafarida esa o‘lik homila tug‘ilishini kuzatganlar. Bu 16 nafar ayollarning aksariyatida (8 ta) zaxmning erta yashirin shakli aniqlangan. Ilmiy adabiyotlardagi ma‘lumotlarga ko‘ra zaxm bilan og‘rigan homilador ayollarning 48—60,2 % ida kasallikning yashirin shakllari aniqlanadi. Bu homilador ayollarni o‘z vaqtida serologik tekshiruvdan o‘tkazishning ahamiyati katta ekanligidan dalolat beradi (E.G. Kim 1979; S. Krugman 1981). Ho-

miladorlikning 28-haftasigacha maxsus davolanmagan ayolning bolasida tug'ma zaxm belgilari rivojlanmaydi.

Soxta musbat serologik reaksiyalar. Dermatovenerolog shifokor tajribada zaxm kasalligi bilan og'rimagan shaxslarda serologik reaksiyalarning natijalari musbat bo'lishini uchratishi mumkin. Bunday serologik reaksiyalar soxta, nospetsifik musbat reaksiyalar deb ataladi. Bunday reaksiyalar ba'zan uchrab turadi. Kursk shahrining 213756 aholisi komplementni bog'lash reaksiyasi (KBR) ga tekshirilganida ularning 66 tasida (0,030 %) serologik soxta musbat reaksiya kuzatilgan. Soxta musbat serologik reaksiyalarning sabablari juda ko'p. Bularga quyidagilar sabab bo'lishi mumkin:

- reaksiya o'tkazish vaqtida yo'l qo'yilgan texnik xatoliklar;
- kasallik qo'zg'atuvchilarning umumiy antigenlik xususiyatlarga ega bo'lishi;
- modda almashuvi va zardobdagi globulinlarning o'zgarishi va boshq.

Soxta musbat serologik reaksiyalar homiladorlikning so'nggi bir necha haftasida yoki tug'gan ayollarda (birinchi 10 kuni ichida) kuzatilishi mumkin. Masalan, Y.N. Remizova 30116 homilador ayolning 1,12 % ida, G.B. Belenkiy — 2 % ida serologik nospetsifik musbat reaksiyalarni aniqlaganlar. N.S. Vedrov uch marta homilador bo'lgan ayolning qoni har bir homiladorlik davrida serologik reaksiyalarga musbat bo'lganini bayon etgan.

Homilador ayollarda zaxmning klinik belgilari yoki anamnezida zaxmga shubha qilinadigan alomatlar bo'lmasa, ular tug'ishga qadar ikki hafta va tug'ganidan so'nggi ikki hafta ichida serologik reaksiyalarga tekshirilmaydi yoki ularning natijalari inobatga olinmaydi. Soxta serologik musbat reaksiyalarni oila a'zolarining hammasida ham uchratish mumkin. Serologik soxta reaksiyalar erkaklarga nisbatan ayollarda 4,5 marta ko'proq uchraydi.

Serologik soxta musbat reaksiyalarni turli xil kasalliklar (o'pka, infeksiya, teri kasalliklari, miokard infarkti va boshqalar)da uchratish mumkin. Serologik soxta reaksiyalar

piodermiya bilan ogʻrigan bemorlarning — 5,5 % ida, rozasea va oddiy husnbuzar bilan ogʻrigan bemorlarning — 3,33 % ida, oyoq mikozi bilan ogʻrigan bemorlarning— 2,52 % ida va psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarning — 2 % ida aniqlangan. Musbat serologik reaksiyalar moxov kasalligida ham tez-tez aniqlanadi. Moxovning lepramotoz xili 50—80 % ida, nodifferensiyallanmagan xili 20—25 % ida, tuberkuloid turida esa — 10—15 % bemor qonida musbat serologik reaksiyalar kuzatilgan.

Nospetsifik serologik musbat reaksiyalar bezgak va biriktiruvchi toʻqima kasalliklari (revmatizm, qizil yuguruk)ning faol davrida tez-tez uchrab turadi. Olimlarning fikricha, bu kasalliklarda kuzatiladigan giperglobuliniemiya hamda gammaglobulin va fosfolipidlar miqdorining oshishi hisobiga musbat reaksiyalar kuzatiladi.

Serologik reaksiyalarning soxta musbat boʻlishi yoshga ham bogʻliq va bu qarilikda organizmda kechadigan anatomik-fiziologik xususiyatlar bilan bogʻliq.

Barcha kasalliklarda kuzatiladigan soxta serologik reaksiyalar oʻrta hisobda 0,03—2,5 % ni tashkil etadi va nospetsifik reaksiyalar (Vasserman reaksiyasi) koʻpincha sust musbat boʻladi. Agar bu reaksiya musbat boʻlganida ham zaxm reagentlari titri past boʻladi. Qon serologik reaksiyalarga qayta tekshirilsa, natija manfiy boʻlishi yoki musbatlik darajasining pasayishi kuzatiladi. Zaxm bilan ogʻrigan bemorlar qoni qayta tekshirilganida zardobdagi reagentlar titri oʻzgarmaydi yoki oshib boradi.

Davosi. Zaxmni davolashda oʻziga xos dori-darmonlar qoʻllaniladi. Ular zaxm tashxisi qoʻyilgandan soʻng, profilaktika yoki tashxisini aniqlashda sinamaterapiya sifatida ishlatiladi. Kasallikni davolashda zaxm davrlari, bemorning yoshi va uning nerv sistemasi hamda ichki aʼzolari qay darajada zararlanganligi, shuningdek, dorilarga nisbatan allergik reaksiyasini eʼtiborga olish kerak.

Zaxmni davolashda **penitsillin** va boshqa antibiotiklar qoʻllaniladi. Bu dori-darmonlar oqish treponemaga bevosita

ta'sir etadi. Shu bilan birga organizmning immunobiologik xususiyatini oshirish va infeksiyani yengish maqsadida maxsus davodan tashqari maxsus bo'lmagan davolash vositalari ham qo'llaniladi. Nospetsifik davo maxsus davolash bilan birga o'tkaziladi. Zaxmga yo'liqqan bemorni davolashdan tashqari zaxmga qarshi kurashda quyidagi davolash usullari qo'llaniladi.

1. **Preventiv davolash** — zaxm kelib chiqishining oldini olish maqsadida erta davridagi bemorlar bilan jinsiy va maishiy muloqotda bo'lgan (agar muloqot muddati 3 oydan oshmagan bo'lsa) shaxslarda o'tkaziladi.

2. **Profilaktik davolash** — ilgari zaxm bilan og'rikan yoki ayni vaqtda badanida zaxm infeksiyasi bor bo'lgan homilador ayollar va ularning bolalariga (ularda serologik va klinik belgilar bo'lmasa ham) o'tkaziladi.

3. Nerv sistemasi, ichki a'zolarining zaxm bilan zararlanganligi gumon qilinganda **sinama davolash** belgilanadi.

Zaxmning kechki davrlarida (uchlamchi zaxm, ichki a'zolar va nerv sistemasi zararlanganda) maxsus davo tadbirlari belgilanadi.

Nospetsifik davolashni serologik reaksiyalarning negativlashishi sust kechganda yoki qoni negativatsiyalanmagan bemorlarga, kechki yashirin zaxm, neyro, visserozaxm, tug'ma zaxmda qo'llash tavsiya etiladi. Nospetsifik davo vositalari sifatida **pirogen preparatlar (pirogenal, prodigiozan) vitaminlar, biogen stimulator (aloe ekstrakti, splenin, steklovidnoye telo) va immunomodulatorlar (dekaris, metiluratsil, natriy nukleinat)** qo'llaniladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar qanday kasalliklar?
2. Zaxm kasalligining yuqish yo'llari qanday?
3. Zaxm kasalligining qanday klinik xillari mavjud?

4. Birlamchi zaxm, ikkilamchi zaxmdan nimasi bilan farq qiladi?
5. Tugʻma zaxmning patogenezini qanday?
6. Zaxmni davolashda qanday preparatlar ishlatiladi? Profilaktikasini izohlang.



TESTLAR

1. Zaxmning birlamchi davri paydo boʻlguncha qancha muddat oʻtadi?

- A. 2—3 hafta;
- B. 4—5 hafta;
- C. 6—7 hafta;
- D. 8—9 hafta.

2. Ginekolog, stomatolog va laborantlarning koʻrsatkich barmoqlarida qanday shankr uchraydi?

- A. Indurativ shankr;
- B. Amigdalit shankr;
- C. Panaritsiy shankr;
- D. Qattiq shankr.

3. Zaxmni davolash usullarini koʻrsating:

- A. Preventiv davolash, profilaktik, sinama davolash;
- B. Simptomatik, profilaktik;
- C. Sinama, preventiv, simptomatik;
- D. Profilaktik, simptomatik.

4. Serologik soxta musbat reaksiyalar qachon uchraydi?

- A. Oʻpka kasalliklarida;
- B. Miokard infarktida;
- C. Homiladorlarda;
- D. Hamma javob toʻgʻri.

10-bob. SO‘ZAK KASALLIGI

10.1. So‘zak (Gonoreya — GONORRHEA)

So‘zak yuqumli tanosil kasalligi bo‘lib, asosan jinsiy yo‘l bilan yuqadi. So‘zak grekcha «gonoreya», nemischa «tripper» deb ham ataladi (*gone* — urug‘, *rhoia* — oqish demakdir). So‘zakda, asosan, siydik tanosil a‘zolari, ba‘zan to‘g‘ri ichak, ko‘z, og‘iz shilliq qavatlar ham zararlanadi (18-rasm).

So‘zakning qo‘zg‘atuvchisi — gonokokkni 1879-yili nemis olimi Albert Neysser aniqlagan. Y. Bum esa uni maxsus oziqli muhitda undirishga muvaffaq bo‘lgan (1885).

So‘zak so‘zakka muhtalo bo‘lgan bemor bilan jinsiy aloqa qilganda, shuningdek, surunkali so‘zak bilan og‘rigan erkak va ayollardan maishiy yo‘l bilan yuqadi. Kasallik bemor foydalangan buyumlar: choyshab, sochiq va boshqalar orqali ham yuqadi. Bola so‘zak bilan og‘rigan onadan tug‘ilish vaqtida, ko‘zlariga so‘zak yuqtirib olishi mumkin. Bolalar so‘zak bo‘lgan kattalar bilan birga yotganida, umumiy tuvakdan, vanna, tog‘ora va boshqalardan foydalanganida ham kasallik yuqishi ehtimoli bor.

Ayniqsa, so‘zakning 20—30 yoshlardagi yigit-qizlar orasida tarqalganligi ko‘pgina mutaxassislarni tashvishga solmoqda. Tanosil kasalliklari asoratlari murakkablashib, davo choralari qimmatga tushadi. Ayniqsa, bemorlarning bepisht bo‘lib qolishi achinarli.

So‘zak qo‘zg‘atuvchisi gonokokklar juft-juft bo‘lib turadigan kokklar, ya‘ni diplokokklardir (grekcha *diplos* — juft demakdir). Ular botiq tomoni bir-biriga qarab yotadigan dukkaklar shaklida bo‘ladi. So‘zak bilan og‘rigan bemor ajratmalaridan tayyorlangan surtmada gonokokklar

bir xil kattalikda, ya'ni eni 0,7—0,8 mk, bo'yi — 1,25 mk bo'ladi. Davolash jarayonida ularning kattaligi o'zgarib qolishi mumkin. Bemorga yetarli miqdorda antibiotiklar yoki sulfanilamid preparatlari buyurilmasa, ularning kattakichikligi, shakli o'zgarib, sharsimon, ovalsimon yoki eritrotsitlar kattaligidagi zarrachalarga, ya'ni L-formaga tezda aylanib qoladi. Keyinchalik gonokokklarning bunday shtammalarini antibakterial preparatlar bilan davolash ancha mushkullashadi. Hatto ular ba'zi antibiotiklarga, masalan, penitsillinga qarshi penitsillinaza fermentini ishlay boshlaydi.

Gonokokklar gramm-manfiy, harakatsiz mikroorganizm bo'lib, odatda spora hosil qilmaydi. Odam organizmidan tashqarida chidamsiz, lekin qurimagan qalin yiringda va har xil buyumlarda (yoki nam ichki kiyimlarda, sochiq va boshqalarda) bir sutka davomida, ba'zan undan ham ortiq saqlanadi. Odam organizmida ularning chidamliligi birmuncha ko'proq.

Kasallikning yuqish yo'llari. Yuqorida gonokokklar odam organizmidan tashqarida juda chidamsiz ekanligi qayd etilgan edi. So'zak, asosan, sog'lom odamga bemor bilan jinsiy aloqada bo'lganida yuqadi. Kasallik manbayi so'zak bilan og'rikanligini bilmay yurgan yoki surunkali so'zakka chalingan bemorlar hisoblanadi. Ayniqsa, ayollar o'zlarining kasal ekanliklarini uzoq vaqtgacha bilmay yurishlari mumkin.

Katta yoshdagi erkaklarga so'zak ko'pincha jinsiy aloqa qilganda yuqadi. Bunda gonokokklar to'g'ri ichak yoki og'izburun bo'shlig'i shilliq qavatlarini zararlantiradi. Bunday holat besoqolbozlik (gomoseksualizm) bilan shug'ullanuvchilarda kuzatiladi. Ba'zan so'zak bilan og'rikan qizlarning shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmasliklari oqibatida, ularning jinsiy a'zolaridan kelayotgan infeksiyali ajralmalar to'g'ri ichak shilliq qavatiga tushib uni yallig'lantiradi.

Orogenital muloqotdan so'ng gonokokklar bodomcha bezlar va tomoq shilliq qavatini birlamchi yallig'lantirishi mumkin. Gonokokkli konyunktivit kattalarda deyarli kuzatilmaydi, shaxsiy gigiyenaga rioya qilmagan bemor uni

o'z qo'li bilan yuqtirishi mumkin. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, so'zak bilan og'rikan bemorlarning deyarli 95—99 % i kasallikni jinsiy aloqa oqibatida yuqtirib oladi.

So'zakka qarshi tug'ma immunitet ham, orttirilgan immunitet ham yo'q. Shu bois kasaldan tuzalgan bemor yana qayta kasallanishi mumkin.

So'zakda asosiy patologik jarayon, odatda qo'zg'atuvchi birlamchi kirgan joyidan boshlanadi. Shunga asosan, siydik-tanosil a'zolari (genital), ekstragenital va metastatik so'zak tafovut qilinadi. Metastatik so'zak genital va ekstragenital so'zaklar asorati hisoblanadi.

Ayollarda gonokokklar avval siydik chiqarish kanali (uretra), bachadon bo'yni, so'ngra bachadon va naylarni, hamda tuxumdonni zararlantiradi. Gonokokklar ajratgan gonotoksin tufayli bemorning boshi og'rib, ishtahasi yo'qoladi, anemiya kuzatiladi, bo'g'inlar, nerv sistemasi va boshqa a'zolar ham zararlanadi.

10.2. Erkaklar so'zagi

So'zak bo'lgan ayol bilan jinsiy aloqa qilgan erkakda 3—5—7 kunlik inkubatsion davrdan keyin siydik chiqarish kanalidan sarg'ish-ko'kimtir yiring ajrala boshlaydi. Kasallikning inkubatsion davri ba'zan 2—3 haftagacha davom etadi. Agar kasallik boshlanganiga 2 oydan oshgan bo'lsa, uni surunkali so'zak deb yuritiladi. Shuningdek, kasalligi aniqlanmagan bemorlar ham so'zakning surunkali xiliga kiritiladi.

Ba'zi bemorlarda gonokokk bo'lishiga qaramay, kasallik hech qanday subyektiv yoki obyektiv belgilarsiz, ya'ni simptomsiz kechadi, bunday holat *yashirin (latent) so'zak* yoki *gonokokk tashuvchilar* deb yuritiladi. Keyingi yillarda so'zakning simptomsiz kechishi tez-tez kuzatilmoqda.

Erkaklar so'zagining quyidagi shakllari mavjud:

1. Yangi so'zak: o'tkir, o'rtacha o'tkir; sust kechadigan (torpid turi);

2. Surunkali so'zak;

3. Yashirin (latent) so'zak.

Yangi so‘zak. O‘tkir so‘zak uretriti. Bemor siydik chiqarish kanalining old qismida qichishish, qizish va biroz achishish sezadi. Bu subyektiv belgilar, ayniqsa, bemor ertalab siyganida bezovta qiladi. Uretra kanali og‘zi yopishib, giperemiyalanib shishib ketadi. Siydikda shilimshiq va yiringli ipchalar ko‘rinadi. Bora-bora bemor siyganida og‘riq turib, qattiq achishishdan, ereksiyadagi og‘riqdan noliydi.

Siydik kanalidan juda ko‘p sarg‘ish-gungurt yiring keladi. G‘ovak tana ushlab ko‘rilganida, uning qattiqlashganligi, bosganda og‘riq sezilishi mumkin. Yallig‘lanish kuchayganida ajralayotgan chiqindi qon aralash bo‘lib, rangi sarg‘imtir-jigarrang tusga kiradi. So‘zak uretritida, uretraning faqat old qismi zararlanganmi yoki zararlanish uning orqa qismida ham bormi, ana shuni aniqlab olish kerak. Buning uchun ikki stakanli sinama qilib ko‘riladi: bemor avval bir stakanga, keyin ikkinchisiga siydiriladi, bunda uretraning faqat oldingi qismi zararlangan bo‘lsa, yiring siyish vaqtida siydik oqimi bilan yuvilib, birinchi stakanga tushadi, ikkinchi stakandagi siydik tiniq qolaveradi. Uretraning orqa qismi ham zararlangan bo‘lsa, ikkala stakandagi siydik ham loyqa bo‘ladi. Kasallikning uchinchi haftasiga kelib, subyektiv va obyektiv belgilar, yallig‘lanish alomatleri, yiring ajralishi o‘z-o‘zidan kamayadi.

Kasallikning 3—4-haftalari oxirida yallig‘lanish uretraning old qismidan orqasiga o‘tadi va o‘tkir total so‘zak uretriti avj oladi. Uretraning oldingi qismi zararlanganligi belgilariga uning orqa tomoni yallig‘lanish simptomleri qo‘shiladi. Kasallik belgileri zo‘rayadi (uretrosistit). Bemor tez-tez siyadi, siyganida og‘riq sezadi, siydigida qon bo‘lishi ham mumkin (terminal gematuriya). Uretraning orqa qismi zararlanishi ba‘zan hech qanday alomatlarsiz ham kechishi mumkin. Bunday bemorlar ikki stakanli sinama qilib aniqlanadi, unda har ikkala stakandagi siydik rangi xira bo‘ladi (total piuriya).

Sust kechadigan (torpid) soʻzakda uretraning oldingi qismi zararlanganda, siydik chiqarish kanali atrofidagi shish, qizarish unchalik sezilmaydi, ajralayotgan chiqindi miqdori kam, shilimshiqli, yiringli boʻlib, faqat ertablari ajraladi, xolos. Stakandagi siydikda bitta-ikkita yiringli iplar choʻkmasi koʻrinadi (nimxira siydik). Bemorlar siyishdan oldin shu sohada achishish, qichishishdan shikoyat qilishadi. Aksariyat bemorlar oʻzining kasalligini sezmaganda, jarayon uretraning orqa qismiga oʻtishi mumkin. Siydik kanalining orqa qismi yalligʻlanganini ikki stakanli sinama bilan aniqlanadi, bunda har ikkala stakandagi siydik loyqa boʻladi (total uretrit).

Oʻtkir soʻzak uretriti va torpid uretritdan tashqari oʻrtacha oʻtkir uretrit ham kuzatiladi. Uning belgilari yuqorida aytilgan har ikkala uretritning oraligʻida turadi. Oʻtkir soʻzak uretritida siydik kanalining orqa qismi zararlanib, unda odatda prostata bezi va tuxum ortiqlari ham zararlanadi, bunda davo choralari murakkablashadi.

Surunkali soʻzak. Bemor oʻz vaqtida davolanmasa yoki pala-partish davolansa, shuningdek, parhez va davo rejimiga rioya qilmasa jarayon oʻtkirdan surunkaliga oʻtadi. Xuddi shu hol gonokokklar preparatlar taʼsiriga chidamli yoki organizm reaktivligi past boʻlganida ham kuzatiladi.

Surunkali soʻzak oʻzining subyektiv va obyektiv belgilari bilan xuddi torpid soʻzakka oʻxshab ketadi. Surunkali soʻzak bemorlarning 60 % ida kam ifodalangan belgilar bilan kechadi. Baʼzan surunkali soʻzak qoʻzib turadi. Ayniqsa, bemor achchiq, shoʻr taomlar isteʼmol qilsa, spirtli ichimliklar ichsa, jinsiy aloqa qilsa, yalligʻlanish zoʻrayadi. Jarayon qaytalanganida kasallikning klinik koʻrinishi xuddi oʻtkir yoki oʻrtacha oʻtkir soʻzakka oʻxshab ketadi. Bunday bemorlarning kasallik tarixiga qarab aniq diagnoz qoʻyiladi.

Surunkali soʻzak asosida siydik kanalining boshdan oyoq zararlanishi yotadi, bunda yalligʻlanish oʻchogʻi kengayib, torayib turadi. Kengayish avvaliga yumshoq, yalligʻlanish infiltratidan iborat boʻlib, bora-bora chandiq toʻqimasiga

o'xshab qattiqlashadi, siydik kanali torayib qolishi mumkin. Torayish anchagina bo'lsa, bemor siyganida og'riq turib, siyish jarayoni cho'zilib ketadi, siyganidan keyin yana bir necha tomchi siydik keladi; chov oralig'ida o'tmas og'riq, jinsiy funksiya buzilishi kuzatiladi. Odatda so'zakka chalingan bemorlarda u yoki bu asorat qoladi.

Erkaklar so'zagi asoratlari. Siydik chiqarish kanali strikturasi (uretra strikturasi) yoki uretraning chandiqli torayishi, asosan, uretraning oldingi qismida paydo bo'ladi; siyish akti cho'zilib, siydik oqimi ingichkalashib qoladi, bemor siyishga qiynaladi, achishish hissi paydo bo'ladi; bemor siyganidan keyin ham bir-ikki tomchi siydik keladi.

So'zak prostatiti pala-partish davolanish, ko'pincha parhez davo rejimining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Gonokokklar prostata bezining chiqarish yo'llari orqali shu bezga kiradi. Bunday kataral prostatit asimptom kechadi. Bunda kechalari tez-tez zahar tang qilib turadi, siydik loyqalanadi, ba'zan tiniq bo'lsa ham, unda ipirpiralar paydo bo'ladi.

To'g'ri ichak orqali (rektal) tekshirib ko'rilganida bemor og'riqdan shikoyat qiladi, prostata bezi qo'lga qattiq va kattalashgandek bo'lib unnaydi (parenximatoz prostatit), yallig'lanishlar ancha ifodalangan bo'ladi, ba'zan no'xatdek yoki undan ham kattaroq, bosganda og'riydigan tugunchalar, shuningdek, shu bez bag'rida absesslar (follikular prostatit) paydo bo'lib, uretra yoki to'g'ri ichakka yoriladi. Bunda bemor siyish va hojat vaqtida siydik chiqarish kanali, yorg'oq, dumg'aza sohasiga o'tadigan og'riqdan shikoyat qiladi. Tana harorati ko'tariladi; prostata bezini tekshirishda ehtiyot bo'lish lozim. To'g'ri va rejali davo choralaridan keyin o'tkir prostatit belgilari yo'qoladi. Noto'g'ri davolanganda o'tkir prostatit yoki surunkali so'zak uretriti surunkali prostatitga o'tib ketadi.

Ko'pincha prostata bezining surunkali yallig'lanishlari urug' do'mboqchasi (kollikulit) va urug' pufakchalarining

yallig‘lanishlari (vezikulit, spermatosistit) bilan birga kechadi. Bemorlarning 10 % ida epididimit ham birga uchraydi.

Gonokokklar urug‘ chiqaruv yo‘li orqali, u antiperistaltik tarzda qisqarganida, uretraning orqa qismidan moyak ortig‘iga o‘tadi va so‘zak epididimitiga sabab bo‘ladi. Uretraning orqa qismi shikastlanmagan bo‘lsa ham, gonokokklar u yerga uning old qismidan limfa va qon tomirlari orqali o‘tishi mumkin. Moyak ortig‘ining zararlanishi birdan boshlanadi: yorg‘oq terisi qizarib shishadi, bezillab turadi, moyak ortig‘i kattalashib qattiq og‘riydi. Urug‘ chiqaruv yo‘li yo‘g‘onlashib, zich tizimcha ko‘rinishida qo‘lga ilinadi. Bemorning issig‘i ko‘tariladi, bosh og‘rig‘i, umumiy darmonsizlik, uyqusizlik paydo bo‘ladi. Moyak, odatda o‘zgarmay qolaveradi, ba‘zan uning qobig‘i (gidrosele, o‘tkir periorxit) biroz zararlanadi.

Zamonaviy davo usullari qo‘llanilganda ham moyak ortig‘ining shikastlangan to‘qimalari asli holiga qaytmaydi. Moyak ortig‘ining dum sohasidagi infiltratlari butunlay so‘rilib ketmay, unda qattiq chandiqlik qoladi, bu spermatozoidlar harakatiga to‘sqinlik qiladi; har ikkala moyak ortig‘i yallig‘lansa, azospermiya ro‘y beradi va so‘zakning eng xavfli asorati — bepushtlik kuzatiladi.

10.3. Ayollar so‘zagi

Ayollar so‘zagi o‘zining klinik ko‘rinishi va kechishi jihatidan erkaklarnikidan biroz farq qiladi. Bu farq erkak va ayol siydik tanosil a‘zolarining tuzilishidagi tafovutlarga bog‘liq.

Ayollarda so‘zak infeksiyasi uretra, bartolin bezlari, bachadon bo‘yni, shuningdek, to‘g‘ri ichakni biryo‘la shikastlantiradi va jadal kechadi. Keyingi yillarda so‘zak klinik simptomlarining o‘zgarishi kasallik epidemiologiyasi, diagnostikasi va davosida o‘z ifodasini topmoqda. Ayollar so‘zagi tashxisi so‘zakning 75—80 % subyektiv simptom-siz kechishi hisobiga murakkablashmoqda.

Infeksiya qayd etganimizdek, asosan, jinsiy yo'l bilan yuqadi. Favqulodda bemorlar ishlatgan buyumlaridan (sochiq, ichki kiyim, o'rin-ko'rpa va boshqalar) yuqib qolishi mumkin. Gonokokklar ho'l buyumlardagi yiringda 24 soatgacha tirik saqlanadi. Bemor bilan jinsiy muloqot qilinganida gonokokklar avval uretraga, keyin bachadon bo'yniga tushib, ularni yallig'lantiradi. Keyinchalik katta vestibular bezlar va to'g'ri ichakning quyi qismi zararlanadi.

Gonokokklar yuqqanidan keyin, 3—5 kun kasallikning yashirin davri o'tadi. Ba'zan bu davr 14—15 kunga cho'zilib ketadi. Kasallikning subyektiv belgilari sustligi tufayli, ayollar infeksiya yuqtirgan vaqtini tayin ayta olmaydi.

Klinik kechishiga qarab ayollar so'zagi erkaklarnikiga o'xshaydi, ya'ni:

1. Yangi so'zak (o'tkir, o'rtacha o'tkir, torpid).

2. Surunkali so'zak (ikki oydan oshgan so'zak).

Siydik tanosil a'zolarining faqat quyi qismi (qin dahlizi, bartolin bezlari, uretra, bachadon bo'yni) so'zak bilan zararlangan bo'lsa — bu *asorat bermagan*, mabodo bachadonning ichki qismi, tuxumdon va boshqa a'zolari ham zararlangan bo'lsa, bunday kasallik *yuqori ko'tariluvchi asorat bergan* so'zak deyiladi.

Ayollar so'zagining kechishi o'tkir va xronik (surunkali) bo'ladi. Kasallikka chalingan ayollarning 71—96 % ida so'zak uretriti kuzatiladi. Bunda, asosan, ayollar uretrasining qisqa (3—4 sm) va kengligi sabab (erkaklarnikidan 1,5 marta keng) bo'ladi. Kasallikning o'tkir davrida bemorlar uretraning sanchib og'rishi, surunkali davrida esa tez-tez og'riqli siyishdan shikoyat qiladilar.

O b y e k t i v s i m p t o m l a r. Uretra dahlizi giperemiyalanib shishib turadi, bosganda infiltrat va og'riq seziladi, oqish sarg'imir ajralma keladi. Parauretral yo'llar yallig'lanib, qo'lga tugunchadek unnaydi.

Ayollarning asorat bermagan so'zagida odatda bachadon bo'ynining so'zakdan yallig'lanishi (o'tkir so'zakda deyarli

85— 90 %, surunkalisida esa 94—98 %) kuzatiladi. Bachadon bo‘ynining qin sohasi qizarib shishib turadi, qindan shilimshiq yiringli suyuqlik chiqadi, yuzaki eroziya hosil bo‘ladi. Surunkali jarayonda shish, giperemiyaga nisbatan follikular eroziya ko‘p uchraydi. Bemorlarning umumiy ahvoli deyarli o‘zgarmaydi, ular asosan qichishish, achishish, ajralmadan shikoyat qiladilar.

Vulva va qinning so‘zakdan yallig‘lanishi ahyon-ahyonda uchraydi, chunki bu a‘zolarning shilliq qavati so‘zak infeksiyasiga chidamli ko‘p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Vulva va qinning so‘zakdan zararlanishi yosh qizlar, homilador ayollar va klimaks davrini boshidan kechirayotgan ayollardagina kuzatiladi. Bunday bemorlarning tashqi jinsiy a‘zolari shishib giperemiyalanadi, klitorosti kriptalari, katta va kichik uyatli lablar yuzasi qizarib, yiring bilan qoplanadi. Kichik uyatli lablar shishib, yopishib turadi, ba‘zan yara-chaqalanib eroziyalanadi. Bemor og‘riqdan, qichishish, achishish va chiqindi ajralayotganidan noliydi. Bunga ikkilamchi infeksiya qo‘shilsa, qisman regionar limfadenit kuzatiladi.

Bartolin bezlarining so‘zakdan yallig‘lanishi (so‘zak bartoliniti) uretra yoki bachadon bo‘ynidan gonokokkli yiring o‘tishi natijasida vujudga keladi va ayollar so‘zagining 20—30 % ida uchraydi.

Katta vestibular bezlar yallig‘lanishining quyidagi klinik ko‘rinishilari tafovut qilinadi: yuza kanalikulit, kanalikulit soxta abscess, chin abscess, katta vestibular bezlar o‘smasi (kista), nodoz (tugun) xili.

Bez chiqaruv naylarining oz qismi zararlanganida (yuza kanalikulit), shu soha qizarib turadi, qizil dog‘lar ko‘zga tashlanadi, bu dog‘lar bosib ko‘rilsa, yiringli ajralma chiqadi. Bez tanasining zararlanishi (abscess, o‘sma) juda bezillab turadigan o‘sma ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, o‘sha o‘sma bosib ko‘rilganida qattiq og‘riydi, qo‘zg‘aluvchan bo‘ladi. Bora-bora abscessga aylanib ketishi mumkin. Gonokokklarga ikkilamchi mikroorganizmlar qo‘shilishi tu-

fayli chin absess vujudga keladi. Bunda bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, harakati keskin chegaralanadi, tana harorati ko'tariladi. Ular jarrohlik usulida davolanadi. Ba'zan katta vestibular bezlardagi yallig'lanish kamayib, ularning chiqaruv yo'llari tiqilib qolsa, unda no'xatdek yoki undan kattaroq sharsimon, yumshoq, o'smalar (kista) vujudga keladi. O'smalar deyarli og'ri olmaydi, bemorni bezovta qilmaydi, yorilganida ichidan yopishqoq ajralma chiqadi.

Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak. Parhez va rejim buzilsa (jinsiy aloqa, og'ir jismoniy ishlar), o'z vaqtida davo qilinmasa, organizm qarshiligi susayib ketsa, asorat bermagan so'zak asorat beradigan, yuqoriga ko'tariluvchi so'zakka aylanib ketishi mumkin. Yuqoriga ko'tariluvchi jarayon so'zakning eng og'ir ko'rinishi bo'lib, odatda kasallikdan keyingi birinchi yoki ikkinchi hayzdan so'ng boshlanadi. Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak o'tkir so'zakdan so'ng 6—9 %, surunkalisida 28—30 % hollarda uchraydi. Hozirgi paytda ancha kamaygan.

Klinik ko'rinishiga ko'ra, yuqoriga ko'tariluvchi so'zak, ayollarda uchraydigan boshqa yallig'lanish jarayonlariga o'xshab ketadi. Bunda, asosan, qorinning pastki qismida og'riq turib, og'riq xarakteri yallig'lanish o'chog'iga bog'liq bo'ladi. Bemorning ko'ngli ayniydi, qayt qiladi, harorati ko'tarilib, qaltiraydi (salpingooforit, pelvioperitonit).

Bachadon ichi yallig'langanida shilimshiqli talay seroz yiringli va qon aralash suyuqlik kelib turadi. Ayniqsa, bemorda avvaldan boshqa ginekologik yallig'lanishlar bor bo'lsa (adneksit, bachadon qon ketishi, bachadon bo'yni eroziyasi), kasallik og'irroq kechadi.

Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak bachadon ichi shilliq qavati, muskullari (endometrit, endometriometrit), bachadon naylari (salpingit) va tuxumdon (oofarit) ning yallig'lanishiga olib kelishi mumkin. Ayniqsa, bachadon naylarining ikki tomonlama so'zakdan yallig'lanishi bachadon naylarining bitib qolishi va pirovardida bepushtlikka olib keladi.

10.4. Qizlar soʻzagi

Qizlar soʻzagi, asosan, 2—8 yoshlardagi qizlarda kuzatiladi. Qizlar soʻzak bilan ogʻrigan onalari, qarindoshlari yoki oʻzlariga qaraydigan ayollardan odatda nojinsiy yoʻl bilan kasallikni yuqtirib oladilar. Shaxsiy va umumiy sanitariya qoidalari buzilganida, shuningdek, kasal bilan bir oʻrinda yotilganda, chiqindilardan, ifloslangan vanna, tuvak, sochiq orqali ham kasallik yuqishi mumkin. Kasallikning bu yoʻl bilan yuqishi 85—95 % ni tashkil qiladi. Soʻzak bilan ogʻrigan qizlarning asosiy kasallik yuqtirish manbai onasi hisoblanadi. Qizlarning 80—93 % ida soʻzak oʻtkir kechadi. Ayollar soʻzagidan farqli oʻlaroq, qizlarda, asosan, siydik tanosil aʼzolarining koʻp qavatli yassi epitelii bilan qoplangan sohalari zararlanadi. Bachadon va uning ortiqlarining zararlanishi, odatda kuzatilmaydi. Kasallikning inkubatsion davri qisqa — 3 kun davom etadi. Yalligʻlanish koʻp oʻchoqli boʻlib, bemorlarning deyarli 100 % ida qin va qin dahlizi, 85 % ida uretrasi, 50—82 % ida toʻgʻri ichak quyi qismining shilliq qavati zararlanadi. Kasallikning klinik manzarasi mikroorganizmning reaktivligi hamda gonokokklarning virulentligiga bogʻliq.

Soʻzak vulvitida katta va kichik uyatli lablar terisi qizarib shishadi, yuzasi shilimshiq, yiringli suyuqlik bilan qoplanib turadi, klitor va qizlik pardasi shishib ketadi. Siydik chiqarish kanali ham giperemiyalanib, soʻzak uretriti avj oladi. Bunda siydik kanalidan yiring chiqib turadi, tez-tez zahar tang qilib, siyish vaqtida ogʻriq paydo boʻladi.

Olti yoshgacha boʻlgan qizlarda katta vestibular bezlarning yalligʻlanishi kuzatilmaydi, toʻgʻri ichakning tashqi sfinkteri zararlanishi mumkin. Bunda tashqi sfinkterning burmali qismi giperemiyalanib shishib turadi. Shu sohada qichishish, hojat vaqtida ogʻriq kuzatiladi, baʼzan mayda yoriqlar paydo boʻladi.

Soʻzak vaginitida qin shilliq qavati shishib, qizarib turadi, yiringli suyuqlik koʻp chiqib, oraliq va sonning

ichki yuzasini ta'sirlaydi. Surunkali so'zak qizlarda kamdan kam kuzatiladi. Aksariyat qizlarning umumiy ahvoli biroz o'zgaradi, ular bo'shashib, jizzaki bo'lib qoladi, ishtahasi yo'qoladi, son sohasini hadeb qashlayveradigan bo'lib qoladi. Bir qancha hollarda qizlar so'zagining subyektiv va obyektiv belgilari uncha ifodalanmagan, yallig'lanish hodisalari bilan sust bo'lib o'tishi mumkin.

Davosi. So'zakni davolash mutaxassisidan antibakterial, immunoterapevtik, mahalliy va fizioterapevtik mulojalarni bir yo'la mukammal qulay bilishni talab qiladi. Yuqoridagi usullar zararlangan o'choqning xarakteriga qarab qo'llaniladi.

Masalan, yangi, hali asorat bermagan so'zak faqat antibiotiklar bilan davolansa, asorat bergan hamda surunkali shakllarida kompleks davo usullari talab etiladi.

So'zakka qarshi qo'llaniladigan dorilarning xili, miqdori va ishlatish usullari 1996-yil qabul qilingan «So'zakning davosi va profilaktikasi» ko'rsatmasiga asoslanib tanlanadi.

Gonokokka qarshi antibiotiklarni qo'llashdan 20—30 minut avval allergik reaksiyaning oldini olish uchun bemorga **antigistamin preparatlar, dimedrol, pipolfen** va boshqalar beriladi. Erkak va ayollarning o'tkir so'zagida **benzilpenitsillin**ning davo kursi 6 mln TBni tashkil etadi. Yangi torpid xilining asorat bermagan hamda o'tkir asoratlangan erkaklar so'zagida, yuqoriga ko'tariluvchi va surunkali so'zakda davo kursi 10—12 mln TB ga yetadi. Bemorlar qonida antibiotikning yuqori konsentratsiyasini hosil qilish uchun davo katta dozada, ya'ni birinchi inyeksiyani 600 000 TB da muskullar orasiga, keyingilari esa 400 000 TB da har 3 soatda buyuriladi.

Bitsillin — 1, bitsillin — 3, bitsillin — 5 larda bir martalik doza 600 000 TB dan qilib olinganida 6 ta inyeksiyalar orasida 24 soat o'tadigan bo'lsa, bir martalik doza 1200000 TB qilib olinganida oradan o'tadigan vaqt 48 soatni tashkil qiladi. Erkaklarning o'tkir, o'rtacha o'tkir va ayollarning

o'tkir so'zagida bitsillin 4,8 mln TB buyuriladi, so'zakning boshqa shakllarida 6 mln TB, har 24 soatda 600 000 TB dan qilinadi.

Ampitsillin (davo kursi 8,0 g) ampioks — 0,5 g dan har 4 soatda 4—5 kun; **oksatsillin** (davo kursi 0,5 g dan 5 mahal, jami 10,0 g), **levomitsetin** — kuniga 3,0 g dan, davо kursi 8,0 g, **doksilan** — davо kursi 8,0 g ni tashkil etadi.

Antibiotik — **makrolidlar** ham keng qo'llaniladi: **eritromitsin** — 400 000 TB dan 5—6 mahal, jami 10 mln TB, **oletetrin** — jami 6 mln TB, **eritsiklin** — jami 3,0 g.

Rifampitsin — yarim sun'iy antibiotik 0,3 g dan (birinchisi 0,6 g) har 6 soatda ovqatdan 30—60 minut avval beriladi, davо kursi 3,0 g.

Penitsillin bilan davolash yaxshi naf bermasa yoki bemorning bu dorilarga sezgirligi yuqori bo'lsa, u holda sulfanilamid preparatlar buyuriladi: dastlab **sulfamometoksin** va **sulfadimetoksin** ikki kun 1,5 g dan, keyingi kunlari 1,0 g dan uch mahal, jami davо kursi 15,0 g buyuriladi.

Biseptol 4 ta tabletkadan har 6 soatda ichiladi, jami davо kursi 16 tabletka (7,68 g).

Kasallik cho'zilib ketganida yoki asorat bilan kechganida antibakterial preparatlar miqdori ikki barobar oshiriladi. Gonokokkli sepsis, so'zak artriti va pelvioepitonitda benzilpenitsillin kuniga 6—10 mln TB dan buyuriladi, jami 7—10 kun.

Bemorlarning infeksiyaga qarshi reaktivligini oshirish maqsadida spetsifik (**gonokokkli zardob**) va nospetsifik (**proigenal, prodigizan, autogemoterapiya, levomizol, kaliy orotat, metil-uratsil**) davо buyuriladi.

Dori-darmonlardan tashqari mahalliy davо choralari ham ko'riladi. Siydik chiqarish kanali 1:6000, 1:10000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi; kanalga 0,25 % li kumush nitrat, 1—2 % li protorgol eritmasi yuboriladi (instillatsiya qilinadi). Uretraga metall

buj kiritiladi hamda tampon qo'yiladi. Ayniqsa, fizioterapevtik (**parafinoterapiya, diatermiya, elektroforez, yuqori chastotali terapiya, massaj** va boshqalar) muolajalarni birga qo'llash yaxshi naf beradi.

Bolalar so'zagini davolash kattalarniki bilan deyarli bir xil bo'lib, faqat davo paytida o'rnida yotish buyuriladi. Antibiotiklar ularning yoshi va vazniga qarab 200000—500000 TB dan har 3—4 soatda yuboriladi. Surunkali so'zakda 3 yoshdan katta bo'lgan bolalarga avval 50—100 mln mikrob tanachasiga ega bo'lgan gonokokkli zardob buyuriladi.

Uch yoshgacha bo'lgan bolalarga immunoterapiya tavsiya etilmaydi, mahalliy davo sharoitga qarab buyuriladi.

So'zaktan tuzalib ketganlikni ko'rsatuvchi mezon: bemorda so'zak yo'qolib ketganligini aniqlash maqsadida davo tamom bo'lganidan 7—10 kun o'tgach, aralash provokatsiya usuli bilan tekshirish o'tkaziladi. Bu usul zararlangan o'choqlarning ta'sirlanishiga (yashirin qolib ketgan o'choqlar) asoslangan. Provokatsiyadan keyin uch kun mobaynida (24, 48, 72 soat) jarohatlangan sohadan chiqadigan suyuqlik laboratoriya tekshiruvidan o'tkaziladi. Tekshirish natijalari manfiy bo'lsa, bir oydan keyin provokatsiya yana takrorlanadi. Bakteriologik tadqiqotlarni sharoitga qarab o'tkazish zarur.

So'zakning klinik belgilari bo'lmasligi hamda zararlangan sohada chiqadigan suyuqlikni tekshirish natijalarining manfiy bo'lishi, kasallik tuzalib ketgan deb hisoblashga imkon beradi. So'zakni boshidan kechirgan bemorlar 2 oy mobaynida dispanser va laboratoriya tekshiruvlari nazoratida bo'ladilar. Ayollar kam deganda ikki hayz sikli davrida kuzatiladi.

Infeksiya manbayi aniqlanmagan bo'lsa, bemorlar jami 6 oy davomida hisobda turadi, 6 oy o'tgach, hisobdan chiqariladi. Ba'zan so'zak — zaxm infeksiyalari bo'lishi mumkin deb gumon qilinganda, ularda shu vaqt mobaynida zaxm serologik tekshiruvi olib boriladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. So‘zakning etiologiyasi va patogenezi haqida nimalarni bilasiz?
2. So‘zak kasalligi qanday yuqadi?
3. Erkaklar so‘zagi va ayollar so‘zagining klinik kechishidagi farq nimada?
4. Qizlar so‘zagi qanday kechadi, gonoblenoreya nima?



TESTLAR

1. So‘zak kasalligining necha foizi jinsiy aloqa yo‘li bilan yuqadi?

- A. 60—70 %;
- B. 80—90 %;
- C. 95—99 %;
- D. 100 %.

2. Amaliyotda so‘zakning qanday turlari tafovut qilinadi?

- A. Genital;
- B. Ekstragenital;
- C. Metastatik;
- D. Hamma javob to‘g‘ri.

3. Erkaklarda so‘zakning qanday turlari mavjud?

- A. Yangi, o‘tkir, o‘rtacha, sust so‘zak;
- B. Yangi, surunkali, yashirin so‘zak;
- C. O‘tkir, o‘rtacha, sust so‘zak;
- D. Latent, og‘ir, cho‘zilgan so‘zak.

4. Qizlar so‘zagi necha yoshda ko‘proq uchraydi?

- A. 2—3 yoshda;
- B. 2—5 yoshda;
- C. 2—7 yoshda;
- D. 2—8 yoshda.

5. So‘zak bilan kasallangan bemorlar necha oy dispanser kuzatuvida bo‘ladilar?

- A. 8 oy;
- B. 4 oy;
- C. 2 oy;
- D. 6 oy.

11-bob. JINSIY MULOQOT PAYTIDA YUQADIGAN KASALLIKLAR. ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI (OITV/OITS)

11.1. Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi

Siydik-tanosil a'zolari xlamidioziga *xlamidiyalar* sabab bo'ladi. Ular mayda gramm-manfiy kokklar shaklida bo'lib, prokariotlarga xos bakteriyalarga o'xshab ketadi; morfologik va biologik xossalari jihatidan ikki xil yashash shakliga ega bo'lib, elementar va initsial (retikular) tanachalar sifatida ifodalanadi. Xlamidiyalar 24—48 soatlik rivojlanish bosqichini bosib o'tib, odatda hujayralar ichida va tashqarisida yashashga moslashgan. Shu bilan birga ularning patogenlik xususiyatlari ham bir-biridan farq qiladi.

Mayda, o'ta infeksiyon elektron-qattiq nukleoidga ega bo'lgan, kattaligi 0,2—0,3 mkm elementar tanachalar hujayralar yuzasiga o'rtnashib, fagositoz tufayli xo'jayin hujayralari ichiga kirib oladi, keyin hujayralarda «xo'jayinlik» qiladi. Bunday hujayralar sitoplazmasining yuza membranasidan mayda tanachalar atrofida vakuolalar paydo bo'ladi. Mayda tanachalar diametri 0,5—7,0 mkm keladigan katta tanachaga aylanadi. Ular qattiq, elektron nukleoidga ega emas.

Xuddi mana shu davrda ularning tarkibidagi ribosoma va poliribosomalar soni ortadi, hajmi kattalashadi va binar usulda bo'lina boshlaydi. Yuqorida keltirilgan holat bemorning hujayra vakuolalari ichida sodir bo'ladi va shu tariqa initsial tanachalar to'planib boradi. Initsial tanachalar «xo'jayinning» hujayralari ichida yashashga moslashgan parazit bo'lib, metabolik jihatdan faol mikroorganizmlarning reproduksiyasini ta'minlab turadi, ammo hujayra tashqarisida juda chidamsiz.

K l i n i k a s i. Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi (urogenital xlamidioz) klinik ko'rinishi bo'yicha so'zakka, trixomoniazga o'xshab ketsa-da, o'ziga xos belgilari bilan undan farq qiladi. Bunda yallig'lanish o'tkir yoki sust, ko'proq asorat bilan kechadi, so'zakka qarshi antibakterial preparatlarga ancha chidamli bo'ladi.

Kasallik asosan jinsiy yo'l bilan yuqadi; inkubatsion davri 20—30 kun.

Urogenital xlamidioz kechishiga qarab: ilk (yangi) va surunkali;

klinik ko'rinishi bo'yicha: o'tkir, o'rtacha o'tkir va torpid; kasallikning og'ir-yengilligiga qarab: yengil, o'rtacha va og'ir xillarga ajratiladi.

Yallig'lanish o'choqlarining joylashishiga qarab xlamidiyali uretrit, prostatit, epididimit, servitsit, oofarit, salpingit va hokazolar farqlanadi. Ko'pincha bir vaqtning o'zida siydik va tanosil a'zolaridan bir nechtasi zararlanadi.

Kasallik o'tkir kechganida uretra kanali og'zi, shilliq qavatlarida giperemiya va biroz shilimshiqli yiring ajralishi kuzatiladi. Ayollarda ham siydik-tanosil a'zolarining quyi qismi zararlanib, qindan oqimtir yiringli chiqindi keladi; bemor tez-tez siyish va siyganida qichishishdan shikoyat qiladi.

Kasallikning surunkali shakli ko'p uchraydi. Ularda kasallikning o'tkir belgilari kam, ammo shilliq-yiringli chiqindi ko'p bo'ladi. Ayniqsa, uzoq vaqt siymay yurganida, alkohol yoki achchiq taomlar iste'mol qilganida ajralma ko'payadi. Uretra og'zi giperemiyalanib, bemor siyganida achishish va og'riq sezadi. Yallig'lanish jarayoni bulbouretral bezlarga yetib borishi mumkin, ba'zan Kuper bezlari zararlanadi. Bemorning chov oralig'i va orqa chiqaruv teshigi atrofida o'tmas og'riq bo'ladi.

Xlamidiyali prostatit ko'pincha surunkali yoki torpid kechadi, juda kamdan kam hollarda o'tkir kechishi mumkin. Bunda bemorning uretra kanali og'zi doimo ozroq ajralma bilan yopishib turadi, siyganida va ichi kelganida

chiqindi keladi. Ba'zan kechki diurez soni ortadi. Aksariyat hollarda siydik rangi o'zgarmaydi, ammo keyinchalik u biroz xiralashib qoladi.

Xlamidiyali vezikulit, prostatit yoki epididimit bilan birga kechadi. Urug' pufaklarining yallig'lanishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lib, odatda belgilar kam namoyon bo'ladi. Kichik chanoq, chov va boshqa sohalarda o'tmas og'riq seziladi. Xlamidiyalar qo'zg'atgan epididimit o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali kechadi. **S u r u n k a l i** epididimit o'z holicha yoki o'tkir va o'rtacha o'tkir yallig'lanish jarayonining asorati sifatida yuzaga chiqadi.

Yallig'lanish jarayoni moyakning bir qobig'iga yoki hamma yog'iga tarqalib, orxoepididimitga sabab bo'ladi. Oqibatda moyakning bittasi, ba'zan ikkalasi shishib, taranglashadi, ushlab ko'rganda qattiq og'riydi.

Bir tomonlama kechayotgan torpid orxoepididimit, prostatit vazikulit va deferentiti bor bemorlarda mizoj sustligi hamda spermogramma o'zgarishi kuzatiladi.

Ayollarda ham xlamidiyalar erkaklardagi kabi siydik-tanosil a'zolari yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Ayollarda infeksiya ko'pincha yashirin, surunkali kechadi va aksariyat jinsiy juftini gonokokksiz uretritga sinchiklab tekshirish paytida ma'lum bo'ladi. Zararlanish uzoq davom etgan hollarda bachadon bo'yni, uretra, katta vestibular bez yo'llari, to'g'ri ichak biroz yallig'lanishi mumkin. Nogonokokksiz uretritdagi kabi xlamidioning ham klinik belgilari ro'yi rost ro'yobga chiqmaydi. Ayollarda qorin sohasida og'riq, paresteziya, qindan chiqindi kelishi kuzatiladi, ularning ko'pchiligida kasallik hech qanday belgilersiz boshlanadi. Ba'zan bemor tez-tez siyadi va siyganida achishish va og'riq sezadi.

Xlamidiyalar bachadon bo'yni bo'ylab dastlab bachadon ichiga va naylariga tushadi hamda uning shilliq, muskul va seroz qavatlarida yallig'lanish jarayonlarini keltirib chiqaradi. Bunday bemorlarning qorin pastida, dumg'aza sohasida og'riq bo'lib, qorin devori tarang-

lashganida, kuchanganida, hayz oralig'ida u kuchayadi. Bemorning issig'i ($37-37,5^{\circ}\text{C}$) ko'tariladi, qon, siydik va surtmada leykositlar soni ortadi.

A s o r a t i. Bemorlarning ko'pchiligida bir necha haftadan so'ng spontan tuzalish kuzatiladi. Ammo klinik o'zgarish etiologik o'zgarishga olib kelmaydi. Davolanmagan bemorlarning ko'pchiligida turli asoratlar: epididimit, orxo-epididimit, gemorragik sistit, uretra strukturasi kuzatiladi.

11.2. Siydik-tanosil a'zolari mikoplazmozi

Mikoplazma infeksiyasi keltirib chiqaradigan kasalliklar xilma-xil bo'lib organizmning umumiy intoksikatsiyasi va turli a'zo hamda sistemalarning shikastlanishi bilan kechadi. Siydik-tanosil a'zolarining mikoplazmoziga *mikoplazmalar (ureaplazmalar)* sabab bo'ladi. Ular antibiotiklarga chidamliligi hamda bakterial filtrdan o'tib ketish xususiyatlari bilan viruslarga biroz o'xshab ketadi.

Mikoplazmalar juda mayda mikroorganizmlar bo'lib, bakteriyalar kabi o'zining hujayra qobig'iga ega emas. Ular oval, cho'zinchoq va sferik shaklda bo'lib, kattaligi $0,2-0,3$ mkm. Mikoplazmalarining T-shtammasi o'zidan «ureaza» fermentini ajratish xususiyatiga ega. U mochevinani ammiak hamda CO_2 ga parchalaydi. Bunday xususiyat barcha mikoplazmalar ichida faqat T-shtammaga xos. Shuning uchun bunday mikoplazmalarni *ureaplazma urealitikum* deyiladi. Ureaplazmalar birinchi marta gonokokksiz uretrit bilan og'rikan erkak uretrasidan ajratib olingan. Mazkur kasallikda ureaplazmalarining etiologik ahamiyati borligi isbotlangan. Keyinchalik endoservisit, oofarit, salpingit, kolpit, oy-kuniga yetmay tug'ish, homila tushishi, o'lik tug'ish, bo'yida bo'lmaslik, uretrit, vezikulit kabi kasalliklarning yuzaga kelishida ham ureaplazmalarining ta'siri borligi aniqlangan.

O'zbekistonda ureaplazmalarining sof kulturasini birinchi bo'lib E.H. Eshboyev (1987) olishga (undirishga) muvaffaq bo'lgan.

Sepsis, miya absessida ureaplazmalar ajratib olindi, glomerulonefrit, sistit va prostatit kabi kasalliklarda ularning ahamiyati o'rganilmoqda. Tadqiqotlar siydik-tanosil a'zolari kasalliklari bilan og'rikan ayollarning 40—50 % ida, gonokokksiz uretritga chalingan erkaklarning 51,2 % ida ureaplazmalar borligini ko'rsatdi.

K l i n i k a s i. Ureaplazmalar tufayli yuzaga kelgan uretritlar spetsifik klinik ko'rinishga ega emas. Barcha nogonokokk uretritlar (NGU) kabi u ham kam belgilar bilan kechadi. Shuning uchun ham inkubatsion davrni belgilash mushkul.

Bemorlarning ma'lum bir qismida (4—5 %) ureaplazmali uretritdagi yallig'lanish jarayonining klinik ko'rinishi so'zakdagiga o'xshab ketadi. Kasallik bunday kechganida inkubatsion davr 3—5 kunga teng bo'ladi.

Ammo aksariyat hollarda mikoplazmali uretritlar o'rtacha o'tkir yoki surunkali kechib, inkubatsion davri 30—40 kunga cho'zilib ketishi mumkin. Urogenital ureaplazmoz og'ir-yengilligiga qarab: yengil, o'rtacha og'ir va og'ir xillarga ajratiladi.

Yengil shaklidagi ureaplazmaga — nogonokokkli uretrit, ayollar siydik-tanosil a'zolari quyi qismining yallig'lanishi kirsam, *o'rtacha og'ir* shakliga esa ayollarda kichik chanoq a'zolarining o'rtacha o'tkir va surunkali yallig'lanishi; erkaklarda prostatit, orxoepididimit, vezikulit kiradi. *Og'ir shakliga* — abort va tug'uruqdan keyingi kichik chanoq a'zolaridagi kuchayib boradigan o'zgarishlar kiradi. Kasallik muddatini aniqlash xuddi so'zak va trixomonazlarga o'xshash, ya'ni ikki oygacha yangi, keyin esa surunkali deb yuritiladi.

Surunkali yallig'lanish jarayoni ko'p o'choqliligi va uzoq davom etishi bilan xarakterlanadi. Surunkali ureaplazmozga chalingan ayollarning ko'pchiligida bachadon nayi, tuxumdonlar ham yallig'lanishi kuzatiladi.

Quyidagi hollarda ayol va erkaklar ureaplazma va xlamidiya infeksiyasiga tekshirilishi lozim: so'zak, trixomoniazdan keyingi asoratlarda, nogonokokksiz uretritda,

kichik chanoq a'zolarida surunkali yallig'lanish bo'lganida, bo'yida bo'lmaslik, bepustlik, homila tashlash, tug'uruqdan keyingi patologik jarayonlar, bo'g'im kasalliklari va pala-partish jinsiy hayot tarzi va boshqalar.

Davosi. Urogenital xlamidioz va mikoplazmoz kasalliklarida antibakterial preparatlar masalan, doksilan tavsiya qilinadi.

11.3. Trixomonaz

Siydik-tanosil a'zolarining trixomonadadan zararlanishi (trixomonaz) ko'p tarqalgan parazit kasalliklardan hisoblanadi. Ma'lumotlarga ko'ra har yili dunyoda 180—200 mln kishi bu dardga chalinar ekan. Odatda, kasallik erkaklarga ham ayollarga ham bir xilda yuqadi, ammo kasallik simptomlari ayollardan ko'ra erkaklarda kamroq kuzatiladi.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining kasalliklar klassifikatsiyasi to'g'risidaga ma'lumotiga qaraganda, trixomonaz JYBYI (jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiya) qatoriga kiritilgan. Kasallikni qin trixomonadasi — *Trichomonas vaginalis* qo'zg'atadi. Trixomonada Protozoa xivchinlilar sinfiga mansub bir hujayrali sodda parazit. Uzoq yillar davomida trixomonadalar ayollarda uchraydigan odatdagi zararsiz mikroorganizmlardan deb hisoblanib kelingan. Ammo avvaliga Hane (1916) keyinchalik Sarek (1927) trixomonadali kolpitga chalingan ayol bilan jinsiy muloqotda bo'lgan ikki erkakda trixomonadali uretrit rivojlanganligini kuzatganlar va bu kasallikdan forig' bo'lish uchun erkak ham, ayol ham birga davolanishi zarurligini aytib o'tishgan.

Kasallik manbayi bemor; sog'lom kishilarga jinsiy yo'l bilan yuqadi, ayollarda ko'proq uchraydi. Rektal va orogenital munosabatlar tufayli kasallik vujudga kelmaydi, chunki qin trixomonadasi og'iz bo'shlig'i va to'g'ri ichakda yashay olmaydi. Nojinsiy yo'l bilan yuqish kamdan kam hollarda uchraydi. Bolalarga esa tug'ilish paytida bemor onadan o'tadi.

Silindrik epiteliylarni shikastlaydigan gonokokklardan farqli o'laroq, qin trixomonadalari faqat yassi epitelial hujayralarni zararlaydi. Erkaklarda trixomonadalar uretra shilliq qavati bo'ylab tarqalib, uning mayda bezlari va lakunalariga kiradi. Trixomonadalar prostata beziga ham kirib, prostatitga xos klinik belgilarni yuzaga kelitirishi mumkin. Ma'lumotlarga ko'ra 25—30 % bemorlarda trixomonadali prostatit yashirin kechadi.

Trixomonadalar o'zidan endo- yoki ekzotoksin ajratmaydi, ammo ular bevosita makroorganizm hujayralariga yopishib, ularni zararlaydi. Trixomonadalarning parazitlik xususiyatlari mukammal o'rganilgan. Jumladan, sog'lom odamning siydik kanaliga o'lgan trixomonadalar yuborilganida, hech qanday yallig'lanish jarayonlari yuzaga kelmaydi. Ba'zan erkaklar siydik kanaliga tushib qolgan trixomonadalar, u joyda klinik o'zgarishlarga olib kelmaydi (asimptom infeksiya) yoki ma'lum muddatdan so'ng trixomonadalar o'z-o'zidan yo'qoladi (tranzitor tashuvchanlik) yoki o'lib ketadi. Trixomonaz bilan og'rikaning bemorlar zardobida turli sekretor antitelolar yuzaga kelsa ham, immunitet turg'un bo'lmaydi. Shuning uchun trixomonaz bilan qayta-qayta og'rish mumkin.

K l i n i k a s i. Trixomonazning yashirin davri 3—7 kundan 3—4 haftagacha, o'rtacha 10—15 kun, ba'zan uzoqroq cho'zilishi ham mumkin.

Ayollarning hayz ko'rishi, shuningdek, erkaklarning achchiq, sho'r taomlar iste'mol qilishi yoki spirtli ichimliklar ichishi kasallikning qo'zg'ashiga sabab bo'ladi. Trixomonazning quyidagi klinik ko'rinishlari tafovut qilinadi:

1. Siydik-tanosil a'zolarining yangi trixomonazi: o'tkir, o'rtacha o'tkir, torpid (kam alomatli) trixomonaz.
2. Surunkali trixomonaz (kasallik 2 oydan ziyod davom etganida).
3. Belgilarsiz (asimptom) trixomonaz.

Erkaklarda trixomonaz uretrit, prostatit, epididimit va boshqa klinik ko'rinishlarda namoyon bo'ladi.

Trixomonadali uretrit aksariyat kam alomatli bo'lib, bemor uni uncha sezmasligi mumkin, ba'zan siydik kanalidan ozroq oqimtir chiqindi keladi. Bemor tez-tez siyadi. Uretra og'zi qizarib shishib turadi, shu soha qichishib, achishadi. Ba'zan jinsiy aloqa tugashi bilan bemorda achishish hissi paydo bo'ladi.

Ayniqsa, yangi uretritda kasallik simptomlari shiddat bilan kechadi. 3—4 kunlik inkubatsion davrdan so'ng siydik kanalidan ko'pikli yiring ajraladi, bemorning siydigi xiralashadi, bunda u o'tkir so'zak uretritiga juda o'xshab ketadi. Kasallik yashirin kechganida yallig'lanish jarayoni uretraning old qismidan orqasiga — prostata beziga, urug' pufakchasi, moyak ortiqlari va qovuqqa, ba'zan buyrak jomlariga ham tarqab ketishi mumkin.

O'tkir trixomonadali uretritda uretradan ajralayotgan suyuqlik 1—2 hafta ichida o'z-o'zidan kamayib, kasallik alomatlari barham topishi mumkin. Bora-bora kasallik surunkali uretritga o'tib, vaqti-vaqti bilan xuruj qilib turadi. Bunday bemorlar kasallik tashuvchilar hisoblanadi.

Trixomonadali uretritdan bemor yaxshi davolanmasa yoki davo rejimini va parhez saqlamaydigan bo'lsa, ularda (5—10 %) uretra strikturasi, chandiqlanish kabi asoratlar qoladi.

Trixomonadali prostatit birlamchi surunkali yallig'lanish tarzida rivojlanadi. Prostatadagi zararlanish ko'pincha kam alomatli bo'lib, bemorlar o'zlarini sog'lom hisoblaydilar. Prostata sekretida trixomonadalar borligi aniqlanganidan keyin tashxis qo'yiladi. Bemor chov oralig'ida og'irlik, tez-tez zahar tang qilishi, mizoj zaifligi va nevrogenik o'zgarishlardan shikoyat qiladi. Trixomonazga chalinganlarning 40 % dan ortig'ida prostatit borligi qayd qilingan.

Trixomonadali epididimitda patologik jarayon tuxum ortig'ining dum va tana qismida, yallig'lanish jarayoni esa ko'pincha biryoqlama bo'ladi. Ko'pincha kasallik to'satdan tana haroratining ko'tarilishi hamda og'riq bilan boshlanadi. Trixomonadalar tuxum ortig'i kanali epiteliylari va oraliq,

to'qimalarda infiltrat yuzaga keltiradi. Ba'zan jarayonga moyakning yallig'lanishi ham qo'shilib (orxoepididimit) ketadi.

Ayollar trixomonazida yallig'lanish, asosan, siydik-tanosil a'zolarining pastki qismida bo'lib (98,9 %), vaginit, vulvit, vestibulit, uretrit, bartolinit va endoservitsit kabi klinik ko'rinishlarda kechadi. U o'zining ko'p o'choqli bo'lishi hamda haddan ziyod ko'p uchrashi bilan erkaklarnikidan farq qiladi.

Kasallikning yashirin davri o'tganidan so'ng bemor ayol tashqi jinsiy a'zolari sohasining qichishib, achishib turishidan, qindan chiqindi ajralayotganidan shikoyat qiladi. Chiqindi ko'piksimon, ba'zan biroz yiring aralash bo'ladi. O'zini pokiza tutmaydigan ayollarning qinidan o'ziga xos qo'lansa hid keladi, qin dahlizi o'tkir yallig'lanib, shishib-qizarib ketadi; tashqi jinsiy uyatli lablar burmalarida maydamayda yuza eroziyalar paydo bo'ladi. Ba'zan chov oralig'i, anus atrofi terisi ta'sirlanishi tufayli dermatit yuzaga kelishi mumkin. Kasallik surunkali kechsa, vulvaning shilliq qavati shishib qizarib turadi (vulvit), kichik jinsiy lablarning ichki yuzasi g'adir-budir bo'lib qoladi va ayrim hollarda o'tkir uchli kandilomalar yuzaga kelishi kuzatiladi.

Ba'zan kasallikning o'tkir turi ham unchalik sezilmay, bilinar-bilinmas belgilar bilan o'tib ketishi yoki unga unchalik e'tibor berilmasligi ham mumkin. Qichish, achishish, chiqindi ajralishi kabi belgilar davo qilmasa ham, asta-sekin yo'qolib ketadi. Natijada kasallik surunkali tus olib, bemor trixomonada tashuvchi bo'lib qoladi. Ikki-lamchi piokokk infeksiya qo'shilganida uretra, bachadon bo'yni ham (endoservitsit) yallig'lanadi. Keyinchalik bemorning hayz ko'rish sikli o'zgarib, beli og'riydi, sal shamollasa, qindan keladigan ajralma ko'payadi. Bachadon bo'yni giperemiyalanib, shishadi, eroziyalar paydo bo'ladi. Ayniqsa, surunkali trixomonazda eroziyali endoservitsit ko'p kuzatiladi, ba'zan yuqoriga ko'tariluvchi (10,2 %) trixomonaz rivojlanishi mumkin. Ular metroendometrit,

adneksit va perimetrit kabi klinik ko‘rinishlarda namoyon bo‘ladi. Trixomonaz 6—8 yoshli qizlarda kam uchraydi, ularga kasallik bemor onalari yoki qarindoshlaridan yuqishi mumkin. Bemorning trixomonadalar bilan ifloslangan shaxsiy buyumlaridan ham kasallik yuqib qolish ehtimoli bor. Qizlarda o‘tkir yoki kam alomatli vulvovaginit kuzatiladi, qin dahlizi qizarib, biroz shishadi, ozroq ajralma keladi.

Davosi. Urogenital trixomonazning davosi albatta kasallik qo‘zg‘atuvchisi laboratoriya tashxisi paytida aniqlanishi bilan bog‘liq. Lekin davoni er-xotinning ikkalasiga barobar boshlagan ma‘qul.

Trixomonadali uretritda hamda vaginitda **metrogil** tabletkasini buyurish yaxshi samara beradi. Metrogilni 400 mg dan kuniga ikki mahal yoki 200 mg dan uch mahal 7—10 kun davomida ichishga buyuriladi. Agar ayollarda bakterial vaginoz ham birgalikda kelgan bo‘lsa, tabletka ichishga, **metrogil gelini** qinga surtish uchun buyuriladi. Metrogil gelini 5 kun davomida kuniga ikki marotaba surtish tavsiya qilinadi.

So‘ngi yillarda metrogilning **izotonik** (infuziya holatida **metronidazol** 500 mg/100 ml) **eritmasi** yuqori samarali antiprotozooy va antibakterial preparat hisoblanmoqda. Metronidazolni ushbu preparatlarga sezgirligi yuqori bo‘lgan bemorlarga buyurish tavsiya qilinmaydi.

Metronidazol preparatlaridan tashqari trixomonazning davosida yana **tinidazol (fasijin)** tabletka holatida tavsiya qilinadi. Lekin tinidazol trixopol kabi homilaning yo‘ldoshi orqali, hamda yaqinda farzand ko‘rgan onaning sutiga o‘tadi, shuning uchun bunday paytlarda tavsiya qilinmaydi.

Ayniqsa, so‘ngi yillarda aralash infesiya (gonokokk + trixomonada)li yalig‘lanish kasalliklarida Ifisipro/oflo preparati yaxshi samara bermoqda. **Ifisipro/oflo** ftorxinolon antibiotiklar majmuasining II avlodi hisoblanib o‘tkir, surunkali va qaytalanuvchi infeksiyon yalig‘lanish kasalliklarida yuqori natija bermoqda. Preparat kattalar uchun 200 mg dan 800 mg gacha 7—10 kun davomida buyuriladi.

Bemor davolanib bo'lganidan 7—10 kundan so'ng davolash nazorati olib boriladi. Erkaklar 2 oy, ayollar 3 marta hayz ko'rgunicha, qizlar esa 3 oy davomida dispanser kuzatuviga bo'ladilar. Takror-takror o'tkazilgan laboratoriya tekshirishlari manfiy natija berib, bemor butunlay tuzalib ketgandagina hisobdan chiqariladi. Trixomoniazda profilaktika maqsadida bemorlarni dispanser kuzatuviga olish va davolashdan tashqari, infeksiya manbasi bo'lganlarni, shuningdek, bemor bilan jinsiy muvoqatda bo'lgan boshqa shaxslarni ham davolashga jalb qilinishi zarur, trixomonadalar bo'lmasa ham, ular bilan davolash kursini o'tkazish kerak bo'ladi. Davolashga yakun yasalishi uchun bemorlarga albatta alimantar yoki fizioterapevtik provokatsiya uslublari qo'llaniladi. Trixomonadalar joylashishi mumkin bo'lgan barcha shilliq qavat o'choqlaridan surtmalar olinadi. Sifat nazoratini oshirish uchun mikroskopik tekshirishlar bilan bir qatorda sun'iy oziq muhitlariga ekish olib boriladi.

11.4. Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS)

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) o'ta xavfli kasallik bo'lib, uni retrovirus guruhiga mansub virus qo'zg'atadi.

Kasallik butun Yer yuzida, O'zbekistonda ham yildan yilga ortib bormoqda. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, bugungi kunda Rossiya Federatsiyasida 360 ming, Ukrainada 50 ming, Belorusiyada 40 ming, Qozog'istonda 3100, Qirg'izistonda 300 dan ortiq OITV/OITS virusini o'ziga yuqtirgan kishilar ro'yxatga olingan.

Respublikamizda 2003-yilning 1-avgustigacha bo'lgan ma'lumotga ko'ra, OITVni yuqtirib olgan 2935 nafar shaxs ro'yxatga olingan. Bu raqam 2002-yilning 1-yanvarigacha 779 ni tashkil etgan. Kasallik barcha hududlarda qayd qilingan. Kasallanganlarning 60,5 % ini giyohvand moddalarni qon-tomir orqali qabul qiluvchi shaxslar tashkil etadi.

Odamlardagi immun tanqisligi virusi (OITV) ni organizmning hujayralari va barcha biologik suyuqliklarida (qon, sperma, so‘lak, ko‘z yoshi, ter, ayollar suti va boshqalar) aniqlash mumkin. OITV organizmga jinsiy aloqada, parenteral muolajalarda (nosteril igna, shpris va boshqa asbob-uskunalarni qo‘llash), qon va uning o‘rnini bosuvchi dorilarni qo‘llashda, a‘zo va to‘qimalarni ko‘chirib o‘tkazish (transplantatsiya) vaqtida yuqadi.

OITVga chalingan bemorlarning ko‘pchiligini gomo-va biseksuallar (o‘z jinsi va boshqa jinsdagilar bilan jinsiy aloqa qiluvchilar), fohishalar, giyohvandlar shu kasallikni qo‘zg‘atuvchi virus bilan zararlangan donorlardan qon va qon mahsulotlarini qabul qilgan shaxslar — retsiptiyentlar va boshqalar tashkil etadi.

Odam virus bilan zararlanganidan keyin kasallik belgilari paydo bo‘lguncha ancha vaqt o‘tishini hisobga olib retro virus lentiviruslar kichik oilasiga kiritilgan. «Lenti» so‘zi sekin, uzoq davr kabi ma‘nolarini bildiradi.

Odamlarda, asosan, OITV-1 OITVga olib kelishi kuza-tilmoqda. U boshqa viruslarga nisbatan patogenliroq va kontagiozlidir.

OITV tirik hujayralarning ichida ko‘payadigan virusdir. Virusning hujayra bilan munosabati bir necha bosqichdan iborat:

- 1) virusning hujayraga bog‘lanishi;
- 2) virusning «yechinishi» va hujayra ichiga kirishi;
- 3) virusning ko‘payishi, virusning tarkibida moddalar va antigenlar hosil bo‘lishi va ulardan virus parchalarini yig‘ish;
- 4) virus genomining hujayra genomi ichiga joylashishi.

Virus hujayra ichiga kirishdan oldin u hujayraning qobig‘i bilan bog‘lanishi zarur. Bu birinchi kerakli shart. Olimlarning aniqlashicha, OITV faqat sathida maxsus SD-4 retseptori bor hujayralar ustiga joylashishi mumkin. Bu retseptorlar bilan virusning DR 120 antigeni bir-biriga mos keladi.

Virus organizmga tushganidan keyin, qon orqali butun organizmga tarqaladi va ko‘p hujayralarni jarohatlaydi.

Organizm limfositlar va spetsifik antitelolar ishlab chiqarishi orqali ko‘paygan viruslarga qarshi kurash olib boradi. Bu kurash samarali bo‘ladi, natijada virusning miqdori qisqa vaqtda (10—15 kun) keskin kamayadi.

Virus qonda sezilarli darajada bo‘lmagani uchun OITV bilan zararlangan odam qisqa vaqtda virusning ta‘sirini sezmaydi va unda ko‘p yil davom etadigan yashirin davr, ya‘ni kasallikning hech qanday belgilersiz kechishi davri kuzatiladi.

Virus juda kam miqdorda bo‘lsa ham, organizmda doim saqlanadi. Odam organizmidagi hujayralarda halqasimon 2 zanjirli DNK mavjud. OITV integraza fermenti yordamida hujayralar DNK zanjirini uzib, kichkina joyda virusning DNKsini kiritib olish xususiyatiga ega. Natijada hujayraning va virusning DNKlaridan iborat bo‘lgan gibril DNK hosil bo‘ladi. Shu yo‘l bilan virus organizm uchun «beganadan» o‘zirikiga aylanadi. Bunday hujayraning ichiga bekinib olgan virusning DNKsi *provirus* deb nomlanadi. Bunday holatda virusga limfositlar, antitelolar va dori-darmonlar ta‘sir qilmaydi.

Shu sababdan hozirgi vaqtgacha OITV bilan zararlangan shaxslarni davolash uchun ishlatiladigan dorilar kasallarni to‘liq tuzata olmaydi, chunki dorilar faol virusga ta‘sir qiladi, lekin gibril holida saqlanadigan provirusga mutlaqo ta‘sir qila olmaydi.

Hujayralar ichida bekinib yotgan provirus vaqti-vaqti bilan hujayra DNKsi ichidan tashqariga chiqadi va hujayralar ribosomasini yangi viruslar ishlab chiqarishga majbur qiladi. Bu jarayon ko‘p marotaba qaytarilishi natijasida immun tizimi asta-sekin ishdan chiqa boshlaydi. Chunki virus, asosan, T-xelper limfositlarining o‘lishiga va kamayib ketishiga olib keladi.

Virusning aktiv holga kelishiga quyidagi omillar sabab bo‘ladi: turli yuqumli kasalliklar, yuqori harorat, ultrabinafsha nurlar, gormonlar va h.k. Normal ishlab turgan immun tizimi ko‘p yillar davomida virusning tajovuz-

korligini bosib turadi, lekin virus asta-sekin immun tizimini mutlaqo izdan chiqaradi va tana virusga qarshi kurashish xususiyatini yo'qotadi. Bunday sharoitda virus organizmda to'siqsiz ko'payadi.

Epidemiologiya si. OITV kasalligi epidemiologik nuqtayi nazardan o'ta xavfli yuqumli antroponoz kasalliklar toifasiga kiradi. Kasallik manbayi OITVni tashib yuruvchi bemor shaxslar hisoblanadi. Epidemiologik jihatdan virus tashib yuruvchilar xavfli hisoblanadilar. Chunki ular kasallikning bu davrida hech qanday kasallik alomatlarini sezmaydilar, hatto o'zlarining OITV bilan zararlanganini ham bilmaydilar. Ular tashqi ko'rinishdan sog'lom ko'rinadilar. Ular kasallikning yashirin davrida (3—6 oydan 10 yil va undan ko'p yillar) boshqa shaxslarga kasallik virusini turli yo'llar bilan yuqtirishlari mumkin. Chunki ushbu davrning dastlabki haftalaridayoq virus qonda, erkaklar urug'i suyuqligida, qin ajratmalarida juda ko'p konsentratsiyada, so'lakda, ona sutida, ko'z yoshida, orqa miya suyuqligida ozroq konsentratsiyada bo'lishi kuzatiladi va tashqi muhitga ajralib turadi. Virus qonda va urug' suyuqligida bemorning butun hayoti davomida saqlanadi. Demak, xastalikka chalinganlar umrining oxirigacha kasallik manbayi bo'lib qoladilar. OITVning tashqi muhit ta'siriga chidamliligi uncha yuqori emas.

Yuqish yo'llari. OITS virusining 3 xil yo'l bilan yuqishi aniqlangan:

1. *Jinsiy aloqa orqali*, bunga — geteroseksual, biseksual, gomoseksual yuqish yo'llari kiradi.

2. *Parenteral yuqish*, ya'ni virus bilan zararlangan qon va qon mahsulotlari quyilganida, nosteril shprislar va tibbiy asbob-uskunalaridan foydalanilganida, teri butunligi buzilishi bilan kechadigan barcha muolajalarda yuqishi mumkin.

3. *Vertikal yo'l*, ya'ni OITS virusini tashuvchi bo'lgan onadan homilaga yoki chaqaloqqa tug'uruq jarayonida va tug'ilganidan so'ng ona suti orqali yuqishi mumkin.

OITV jarohatlanmagan teri va shilliq qavatlar orqali, shuningdek, havo-tomchi va maishiy muloqotda yuqmaydi. Shu sababli bemor bilan bitta idishdan ovqat yeyish, u bilan qo‘l berib ko‘rishish, birga yotib-turish, gaplashish xavfli emas. OITV qon so‘ruvchilarning (bit, burga, kana va h.k) chaqishi orqali yuqishi isbotlanmagan.

Insonlarning yoshi, jinsi, millati va yashash joyidan qat‘i nazar, barchasiga OITV yuqishi mumkin. Kasallikning tarqalishi fasl bilan bog‘liq emas va dunyoning barcha mamlakatlarida uchraydi. OITVni yuqtirib olish xavfi bo‘yicha aholi orasidagi ayrim shaxslar «xavfli guruh»ga kiritiladi.

K l i n i k a s i. Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkilotining tavsiyasiga binoan OITV va OITS xastaligi 5 davrga bo‘linadi:

- 1) kasallikning o‘tkir davri;
- 2) belgilersiz — tashuvchilik davri;
- 3) persistik generalizatsiyalashgan — limfoadenopatiya davri;
- 4) OITSGa assotsiatsiyalangan kompleks davri;
- 5) OITS.

Klinik kechishlarni yoritish hamda bemorlarga beriladigan yordamlarni rejalashtirishda V.I. Pokrovskiy (1989) tomonidan tavsiya etilgan quyidagi kasallik tasnifini qo‘llash qulay hisoblanadi:

1. **I n k u b a t s i y a** davri.
2. **B i r l a m c h i** belgilar davri: A — o‘tkir isitmalash fazasi; B — kasallikning belgilersiz fazasi; D — qaytalanuvchi tarqoq limfoadenopatiya.
3. **I k k i l a m c h i** belgilar davri: A — tana vaznining 10 foizidan kamrog‘ini yo‘qotish, teri va shilliq qavatlarning zamburug‘, bakteriya va viruslar tomonidan shikastlanishi, o‘rab oluvchi temiratki, sinusitlar va qaytalanuvchi faringitlarning kuzatilishi; B — tana vaznining 10 foizidan ko‘prog‘ini yo‘qotish, 1 oydan ortiq sababsiz diareya va isitmalash, tilning «tukli» leykoplakiyasi, o‘pka sili, ichki

a'zolarning bakteriya, zamburug', viruslar, sodda parazitlar tomonidan jarohatlanishi (dissiminatsiyasiz) yoki teri va shilliq qavatlarning chuqur jarohatlanishi, dissiminatsiyalangan o'rab oluvchi temiratki, mahalliy Kaposhi sarkomasi; D — bakteriya, viruslar, zamburug'lar, sodda parazitlar tomonidan chaqirilgan tarqalgan turli xil kasalliklar, pnevmosistli zotiljam, qizilo'ngach kandidozi, atipik mikobakterioz, o'pkadan boshqa a'zolarida uchraydigan sil kasalliklari, tarqalgan holdagi (dissiminatsiyalangan) Kaposhi sarkomasi, har xil sabablarga ko'ra markaziy asab tizimining jarohatlanishi.

4. Terminal davr.

OITV/OITSDagi jarayon barcha yuqumli kasalliklarda bo'ladigan infeksiyon jarayon qonuniyatlari asosida kechadi. Infeksiyon jarayon quyidagicha rivojlanadi:

1. Kasallikning yuqishi.
2. Infeksiyaning yashirin (inkubatsiya) davri.
3. OITV infeksiyasining birlamchi o'tkir klinik ko'rinish davri.

4.OITSGa xos belgilar davri (assotsirlangan simptomokompleks yoki OITSGa qarindosh simptomokompleksi)

5.OITS davri.

Kasallikning yuqishi. Virus ko'pincha bemor bilan jinsiy aloqa qilganda, bemor qoni bilan ifloslangan asbob-anjomlarni qo'llaganda, bemor qonini, qon zardobini quyganda, bemor onadan bolaga homiladorlik yoki tug'ish vaqtida va ko'krak suti bilan emizganda (agar chaqaloqning og'iz bo'shlig'idagi shilliq qavatlari yoki tilida jarohatlar, yarachalar bo'lsa) yuqishi mumkin. Tarkibida ma'lum miqdorda virus bilan zararlangan biologik suyuqlik (qon, qon zardobi) jarohatlangan teri va shilliq qavatlarga (ko'z, og'iz bo'shlig'i) tushganida ham yuqish ehtimoli bor.

Infeksiyaning yashirin (inkubatsiya) davri. Bu davr OITVni yuqtirib olgandan keyin, tahliliy o'zgarishsiz va tahliliy o'zgarishlar davrlariga bo'linib, bir necha oydan 5—10 yilgacha va undan ham ko'proq davom etishi mumkin.

Kasallikning boshlang'ich davrida antigenemiya va virusemiya kuzatiladi, chunki 2—6 haftadan keyin organizm virusga qarshi maxsus antitelolar ishlab chiqaradi va bu jarayon uzluksiz bir necha oydan to kasallikning so'nggi davrigacha davom etadi. OITS davriga kelib esa, maxsus antitelolar titri qonda kamayadi. Bunday hol serokonversiya deb ataladi. Serokonversiya qondagi antigene-miya bilan almashinib turishi mumkin. Bunday holni esa seronegativatsiya deyiladi. Shu davridan boshlab organizmda immunodisfunksiya va immunodefitsit kuchayib boradi.

OITV infeksiyasining birlamchi o'tkir klinik ko'rinish davri. Bu davrda 17—25 % OITVni yuqtirib olgan insonlarda nospetsifik, o'tkir, klinikasi grippga yoki yuqumli mononukleozga xos belgilar kuzatiladi. Bunda tana harorati ko'tarilib, bir necha guruh limfa bezlari, jigar va taloq kattalashadi, bo'g'inlarda og'riq bo'lishi mumkin.

OITVni yuqtirib olgan ayrim shaxslarda hech qanday klinik o'zgarishlar bo'lmaydi, tibbiy tekshiruvlardan o'tish davrida, maxsus laboratoriyalarga qon topshirib OITVning maxsus tahlillari (IFA- usuli bilan) musbat natijali bo'lganidagina, bu shaxs OITV tashuvchi ekanligi aniqlanadi.

OITVni yuqtirib olgan insonlarda boshqa hech qanday klinik belgilar bo'lmasdan, qaytalanuvchi tarqoq limfoadenopatiya holati kuzatiladi. Bunda odam organizmi periferik limfa tugunlarining ikki va undan ko'proq qismida limfa tugunlarining kattalashgani seziladi (chov sohasidan tashqari), paypaslaganda esa og'riqsiz, qo'zg'aluvchan bo'lib, bunday hol 3 oy va undan ko'proq davom etadi. Bunday holat tarqalgan limfoadenopatiya deyiladi. Bu davr OITV bilan shikastlangan davrdan OITSGa xos belgilar davriga o'tayotganidan darak beradi.

OITSGa xos belgilar davri (OITSGa bog'langan simptomokompleks — OAS. OITS davri boshlanishigacha bo'lgan davr — OITS oldi davri bo'lib, bunda klinik belgilar nospetsifik holda kechadi. OITS oldi davrida noma'lum sabablarga ko'ra tana harorati 38—40°C gacha ko'tarilib,

kechga yaqin va tunda kuchayadi. Bemor ko'p terlaydi, umumiy quvvatsizlik, tana vaznining kamayishi, sababsiz ich surishi (diareya) kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha bir-biri bilan bog'langan yoki bog'lanmagan noaniq simptomlar kuzatiladi. Bunday simptomlar faqat OITSGa xos bo'lmay, ularning ba'zilari mustaqil sindrom hisoblanadi va bu hol «OITSGa bog'langan uyg'unlik» yoki (OAS) deyiladi. Bunday uyg'unlik bir necha yil davom etganidan keyin bemorlarda OITSning aynan klinik ko'rinishlari namoyon bo'ladi.

OAS — OITSGa bog'langan uyg'unlik davrining keyingi bosqichlarida yuqorida aytilgan klinik ko'rinishlarga og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida zamburug'li kasalliklar, doimiy yo'tal, o'rab oluvchi temiratki, teri kasalliklari, Kaposhi sarkomasi singari o'ta xavfli kasalliklarning belgilari qo'shiladi. Bunday kasalliklar qo'shilishi bilan bemorlarda OITSning to'liq klassik manzarasi namoyon bo'ladi (19-rasm).

OITS — (Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi) davri. OITV bilan zararlanganlarning ma'lum qismidagina (25 %) kasallikning OITS davri namoyon bo'ladi. Lekin ko'pchilik OITV bilan zararlanganlar limfadenopatiya davridan to'g'ridan to'g'ri OITS davriga o'tadilar.

OITV ta'sirida fagositar hujayralar va B-limositlar faoliyati buziladi va natijada opportunistik infeksiyalarning klinik belgilari birinchi o'ringa chiqadi. OITS — orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi davri OITV — orttirilgan immun tanqisligi virusining oxirgi davri hisoblanadi.

OITSDa teri va shilliq qavatlarning zararlanishi. OITS bilan og'rikan bemorlarning teri va shilliq qavatlarida o'ziga xos klinik belgilar namoyon bo'ladi. Ularda Kaposhi sarkomasi, zamburug'li, virusli, piodermiyali hamda seboreyali dermatit va boshqa teri kasalliklari uchraydi.

OITS bilan og'rikan bemorlarning 30—35 % ida Kaposhi sarkomasi kuzatiladi; uning visseral va dermal xillari tafovut etiladi. Visseral xilida kasallik ichki a'zolarining (asosan, me'da-ichak) shikastlanishi bilan boshlanadi va keyinchalik og'iz shilliq qavati (qattiq tanglay) hamda jinsiy a'zolariga

to‘q qizil rangli tugunchalar toshadi, ularning ustida aniq chegaralangan petexiya va teleangiektaziyalar kuzatiladi.

Kasallikning dermal xilida avval teri (tananing yuqori qismi, bosh, bo‘yin) va shilliq qavatlarga (ko‘z, og‘iz, burun) och pushti rangli dog‘ va tugunchalar toshadi; ular asta-sekin kattalashib, qizil-ko‘kimgir rangga kiradi. So‘ngra patologik jarayon terining boshqa sohalariga (boldir, tovon) ham tarqaladi, ichki a‘zolar shikastlanadi va bemorning ahvoli og‘irlashadi. Teri va shilliq qavatlardagi toshmaldan tashqari madorsizlanish, isitma, ozib ketish, anoreksiya, diareya va turli xil virusli hamda bakterial kasalliklar kuzatiladi.

Kasallik avj olib, ma‘lum bosqichga yetganida visseral va dermal xillari orasidagi tafovut yo‘qoladi. OITSda Kaposhi sarkomasi uchun quyidagi klinik belgilar xos: kasallik asosan yoshlarda (o‘rtacha 35 yosh) uchrab, toshmalar bosh, yuz, bo‘yin, og‘iz hamda jinsiy a‘zolariga toshadi va qisqa vaqt ichida butun badanga tarqaladi; limfatik tugunlar va butun ichki a‘zolar zararlanadi. Ko‘pincha kasallik boshlanganidan keyin ko‘p o‘tmay, bemor halok bo‘ladi.

OITS bilan og‘rigan bemorlarda tarqalgan oddiy uchuq immun tanqisligiga bog‘liq bo‘lmagan oddiy uchuqdan klinik kechishi bilan farq qiladi, ya‘ni toshmalar tarqoq holda og‘iz shilliq qavati, jinsiy a‘zolar, orqa chiqarish kanali atrofida (gerpetik proktit) ko‘p pufakli elementlar shaklida namoyon bo‘ladi. Ular tez-tez qaytalanib turadi, ba‘zan esa kasallikning remissiya davri kuzatilmaydi. Keyinchalik pufakchalar yorilib, ular o‘rnida uzoq vaqt bitmaydigan, og‘riq bilan kechadigan eroziya va yaralar paydo bo‘ladi. Ular faqat terida emas, balki tomoq, qizilo‘ngach, bronxlar va boshqa ichki a‘zolarining shilliq qavatlarida ham uchraydi. O‘rab oluvchi (belbog‘simon) uchuqda toshmalar tarqoq holda bo‘lib, asosan bel sohasi va yuz-bo‘yin nervlari yo‘nalishida joylashadi, asosiy o‘choqlar atrofida mayda pufakli-yarali toshmalar toshadi, kuchli og‘riq kuzatiladi. Kasallik tez-tez qaytalanib turadi va yaralar o‘rnida dag‘al chandiqlar paydo bo‘ladi.

OITSDa kontagioz molluskning morfologik elementlari avval yuzda bo‘lib, qisqa muddat ichida bo‘yin va boshning sochli qismiga tarqaladi, toshmalar bir-biri bilan qo‘shilib katta yuzani egallaydi. Davolash muolajalarini o‘tkazishga qaramay, tez orada kasallik belgilari yana qaytalanadi. Agar kontagioz mollusk katta yoshdagi kishilarda tez-tez uchrasa (kontagioz mollusk bilan asosan yosh bolalar og‘riydi), u holda ularni OITSGa tekshirish kerak.

«Tukli» leykoplakiya OITV bilan zararlangan bemorlarda kuzatiladi. Patologik jarayon, asosan, tilning yon tomonida, ba‘zan lunjning shilliq qavatida joylashib, klinik jihatdan shilliq qavatning qalinlashishi va oqarishi bilan ifodalanadi. Toshmalarning notekis yuzasida shilliq qavat epiteliysining ipsimon o‘smalari joylashadi. O‘smalarning uzunligi bir necha millimetrdan 2—3 sm gacha yetadi. Leykoplakiya bunday o‘smalar bilan qoplanganligi sababli «tukli» (yoki «sochli») leykoplakiya deyiladi. Subyektiv belgilardan og‘riq yoki achishish kuzatiladi. OITV bilan zararlanganlarda oddiy so‘gallar yuz, qo‘l va oyoqlarda kuzatiladi, ular kattalashish va tarqalishga moyil bo‘ladi. Jinsiy a‘zo va perianal sohalarda tez o‘sib ketadigan o‘tkir uchli kandidomalar uchraydi, bu bemor harakatiga xalaqit beradi.

OITS bilan og‘rigan bemorlarda terining zamburug‘li kasalliklaridan rubromikoz, kandidoz, chov epidermofitiyasi, rang-barang temiratki ko‘p uchraydi. Zamburug‘lar bilan zararlangan teridagi patologik jarayon qisqa muddat ichida butun tanaga tarqalishi, davolashga o‘ta bardoshliligi va davolanganidan so‘ng ham tez-tez qaytalanib turishi bilan ajralib turadi. Rubromikoz ko‘p shaklli eritema, seboreyali dermatit, kaft-tovon keratodermiyasi shaklida kechadi. Rang-barang temiratkada dog‘lar juda katta va lixenifikatsiyalangan, ostida esa infiltrat bo‘ladi. Teri va shilliq qavatlar kandidozi, asosan, yoshlarda uchraydi, patologik jarayon ko‘pincha og‘iz shilliq qavati, halqum, jinsiy a‘zolar va perianal sohalarda joylashadi. Kandidozli eroziya va yaralarda kuchli og‘riq seziladi va ba‘zan ulardan

qon oqishi kuzatiladi. Qisqa muddat ichida patologik jarayon ichki a'zolariga (miya va jigarning kandidozli absessi, kandidozli ezofagit va boshqalar) ham tarqaladi.

Davosi. Kasallikning klinik kechishiga, davriga qarab **antiretrovirusli, simptomatik va patogenetik** davochalari ko'riladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Xlamidiya va mikoplazmalarning morfobiologik xususiyatlari qanday?
2. Xlamidioz va mikoplazmoz kasalliklarining klinik kechishi qanday namoyon bo'ladi?
3. Xlamidioz va mikoplazmozning yuqish yo'llari hamda profilaktikasi to'g'risida nimalarni bilasiz?
4. Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) yuqish yo'llari va klinikasi haqida nimalarni bilasiz?
5. OITSGa moyilligi bo'lgan guruhlarini bilasizmi?



TESTLAR

1. Xlamidiyalar yashash shakli bo'yicha necha xil bo'ladi?

- | | |
|-----------|-----------|
| A. 3 xil; | C. 2 xil; |
| B. 6 xil; | D. 4 xil. |

2. Xlamidiya va mikoplazmalar qanday yo'llar bilan yuqadi?

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| A. Havo-tomchi yo'li bilan; | C. Teri orqali; |
| B. Suv orqali; | D. Jinsiy yo'li bilan. |

3. OITSnı nima qo'zg'atadi?

- | | |
|-------------------|----------------------|
| A. Stisrosetalar; | C. Sodda jonivorlar; |
| B. Bakteriyalar; | D. Viruslar. |

4. OITS qanday yuqadi?

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| A. Jinsiy aloqa orqali; | C. Qon orqali; |
| B. Igna, shpris orqali; | D. Hamma javob to'g'ri. |

ADABIYOTLAR

Леценко В.М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. М., 1977.

Eshboyev E., Alimov X. Teri va tanosil kasalliklarini aniqlash laboratoriya usullari. T., Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1989.

Shodiyev H.Q., Ahmedov Q.R. Teri va tanosil kasalliklari. T., Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1993.

Arifov S., Eshboyev E. Teri va tanosil kasalliklari. T., O'zbekiston Milliy ensiklopediyasi, 1997.

Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям (2-е изд.). СПб., «Питер», 2000.

Arifov S. Zaxm (klinikasi, diagnostikasi va davosi). T., O'zbekiston Milliy ensiklopediyasi, 2001.

Muhamedov I., Eshboyev E., Zokirov N. Mikrobiologiya. T., O'zbekiston Milliy ensiklopediyasi, 2002.

MUNDARIJA

Kirish	3
Dermatologiya fanining qisqacha rivojlanish tarixi.....	5

1-bob. TERI ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

1.1. Teri anatomiyasi va gistologiyasi	7
1.2. Teri fiziologiyasi	17
1.3. Bolalar va keksalar terisining oʻziga xos xususiyatlari	25
1.4. Teri gigiyenasi	28

2-bob. TERI KASALLIKLARI

2.1. Teri kasalliklarining kelib chiqish sabablari	32
2.2. Teri kasalliklarining umumiy klinik belgilari	36
2.3. Teri kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarni klinik tekshirish	40
2.4. Teri kasalliklarini davolash tartibi.....	42

3-bob. TERINING YIRINGLI KASALLIKLARI

3.1. Teri yiringli kasalliklarining sabablari va tasnifi	54
3.2. Stafilokokkli piodermitlar (Stafilodermiyalar).....	57
3.3. Streptokokkli piodermitlar (Streptodermiyalar).....	66
3.4. Aralash stafilo-streptokokkli piodermitlar	69
3.5. Terining yiringli kasalliklarini davolash va oldini olish	71

4-bob. TERINING PARAZITAR KASALLIKLARI

4.1. Qoʻtir (<i>SCABIES</i>)	81
4.2. Bitlash (Pedikuloz — <i>PEDICULOSIS</i>)	92

5-bob. DERMATIT, ALLERGODERMATIT VA TOKSIKODERMİYALAR

5.1. Dermatitlar (<i>DERMATITIDES</i>)	98
5.2. Ekzema (gush, <i>ECZEMA</i>)	104
5.3. Neyrodermatozlar	110
5.3.1. Teri qichishishi (Qichima — <i>PRURIGO</i>)	110
5.3.2. Neyrodermit (<i>NEURDERMITIS</i>)	111
5.4. Eshakyem (<i>URTICARIA</i>)	115

6-bob. PATOGEN MIKOBAKTERIYALAR VA VIRUSLAR QOʻZGʻATADIGAN TERI KASALLIKLARI

6.1. Teri sili (<i>SKIN TUBERCULOSIS</i>).....	119
6.2. Virusli dermatozlar (<i>VIRAL DERMATOSES</i>)	130

6.2.1. Oddiy uchuq (<i>HERPES SIMPLEX</i>)	130
6.2.2. O'rab oluvchi yoki belbog'simon uchuq (<i>HERPES ZOSTER</i>)	132
6.2.3. Yuqumli mollusk	134
6.2.4. O'tkir uchli kandiloma	136
6.2.5. So'gallar	137

7-bob. TERINING ZAMBURUG'LI KASALLIKLARI

7.1. Teri zamburug'li kasalliklarining kelib chiqish sabablari	140
7.2. Keratomikozlar (<i>KERATOMYCOSES</i>)	143
7.3. Dermatmikozlar (<i>DERMATOMYCOSES</i>)	145
7.4. Kandidoz (<i>CANDIDOSES</i>)	159
7.5. Mikozlarning laboratoriya tashxisi	162

8-bob. ETIOLOGIYASI YETARLI DARAJADA ANIQLANMAGAN TERI KASALLIKLARI

8.1. Tangachali temiratki yoki psoriasis (<i>PSORIASIS</i>)	165
8.2. Qizil yassi temiratki (<i>LICHEN RUBER PLANUS</i>)	173
8.3. Biriktiruvchi to'qima bilan bog'liq kasalliklar	176
8.3.1. Qizil yuguruk (qizil volchanka — <i>LIPUS ERYTHEMATODES</i>)	176
8.4. Dermatologik kasalliklarda shoshilinch yordam ko'rsatish	181
8.4.1. Anafilaktik shok	181

9-bob. TANOSIL (VENERIK) KASALLIKLAR

9.1. Zaxm (<i>SYPHILIS LUES</i>)	188
9.2. Zaxmning umumiy kechishi	189
9.3. Yashirin zaxm	204
9.4. Tug'ma zaxm	204

10-bob. SO'ZAK KASALLIGI

10.1. So'zak (Gonoreya — <i>GONORRHEA</i>)	217
10.2. Erkaklar so'zagi	219
10.3. Ayollar so'zagi	223
10.4. Qizlar so'zagi	227

11-bob. JINSIY MULOQOT PAYTIDA YUQADIGAN KASALLIKLAR. ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI (OITV/OITS)

11.1. Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi	232
11.2. Siydik-tanosil a'zolari mikoplazmozi	235
11.3. Trixomonaz	237
11.4. Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS)	242
Adabiyotlar	253

E 99 **Eshboyev E.H.** Teri va tanosil kasalliklari.
Tibbiyot kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma.
Qayta ishlangan va to‘ldirilgan 5-nashri.
T.: «ILM ZIYO», 2017. — 256 b.

UO‘K: 616.5(075.32)

KBK 55.8ya722

ISBN 978-9943-303-40-9

ESHBOYEV EGAMBERDI HUSANOVICH

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI

Tibbiyot kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma

Qayta ishlangan va to‘ldirilgan 5-nashri

Toshkent — «ILM ZIYO» — 2017

Muharrirlar: *I. Usmonov, D. Abbosova*

Badiiy muharrir *D. Hamidullayev*

Texnik muharrir *F. Samadov*

Musahhah *Z. G‘ulomova*

2017-yil 2-noyabrda chop etishga ruxsat berildi. Bichimi 84x108 ¹/₃₂.
«Tayms» harfida terilib, ofset usulida chop etildi. Bosma
tabog‘i 16,0+0,25 rangli zarvaraq. Nashr tabog‘i 14,0.
Shartli bosma tabog‘i 14,28. 999 nusxada bosildi. Buyurtma № 43

«ILM ZIYO» nashriyot uyi, Toshkent, Navoiy ko‘chasi, 30-uy.
Shartnoma № 28—2017.

«PAPER MAX» xususiy korxonasiida chop etildi.
Toshkent, Navoiy ko‘chasi, 30-uy.