

ТИББИЁТ
ИНСТИТУТЛАРИ
ТАЛАБАЛАРИ УЧУН



ЎҚУВ
АДАБИЁТИ

А. КАРИМОВ
У. МИРАҲМЕДОВ

ТЕРИ- ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта
махсус таълим вазирлиги тиббиёт инс-
титутлари талабалари учун ўқув қўл-
ланмаси сифатида тасдиқлаган

Тошкент

Ибн Сино номидаги
нашриёт-матбаа бирлашмаси
1995

Такризчилар:

Ўрта Осиё педиатрия институти тери-таносил касалликлари кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор **Шодиев Х. М.**
Ўрта Осиё врачлар малакасини ошириш институти тери-таносил касалликлари кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор **Худойбердиев Н. А.**

Каримов А., Мираҳмедов У.

Қ 25 Тери-таносил касалликлари: Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги тиббиёт ин-ти талабалари учун ўқув қўлланма.— Т.: Ибн Сино номидаги НМБ, 1995.— 207 б.

1. Автордон.

Ушбу ўқув қўлланмада тери-таносил хасталиklarининг иелиб чиқиши (этиологияси), кечиши, олдини олиш ҳамда даволаш йўллари назарий ва амалий нуқтанан зардан асослаб берилган. Китобда келтирилган маълумотлар асосан юқорида номини эълан қилган касалликларга тааллуқлидир.

Қўлланма тиббиёт институтларида таълим олаётган талабаларга мўлжалланган ва ҳозирги ўқув дастурига мувофиқ тузилган.

55.83я73

4108060000—008

К —
М 354(04) — 95

ISBN 5—638—01117 — X

© Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси, 1995.

Ҳозирги кунда тиббиёт институтлари талабалари учун тери-таносил касалликлари фанини ўқитиш катта аҳамиятга эга. Чунки тери-таносил касалликлари терапия, хирургия, акушерлик, гинекология, психиатрия ва бошқа касалликлар билан боғлиқ ҳолда ривожланади.

Тиббиёт институтларида тери касалликлари тўғрисида шу кунга қадар ўзбек тилида бирорта ҳам ўқув қўлланмаси йўқ эди. Шу сабабли талабалар фанларни ўзлаштиришга анча қийналар эдилар. Шунинг назарда тутган ҳолда ўзбек тилида қўлланма ёзишга киришилди. Ушбу қўлланмада тери-таносил касалликларининг келиб чиқиш сабаблари, ривожланиши, олдини олиш ва даволаш йўллари назарий ва амалий жиҳатдан тушунтириб берилган.

Қўлланмада келтирилган маълумотлар асосан тери-таносил касалликларининг оғиз бўшлиғи шиллик пардаларида, тери ва жинсий аъзоларда учраши ҳақида бўлиб, уларнинг анатомияси, гистологияси, вазифалари ва улардаги патологик ўзгаришлар умумлаштирилган. Бундай ўзгаришлар амалиётда кўп учрайди. Масалан, пуфакли ёки пўрсилдок яра, кизил ясси темиртки, кизил югурук, замбуруғ касалликлари, лабдаги учук ва бошқа касалликлар ҳам терида, ҳам оғиз бўшлиғи шиллик қаватида учраб туради. Баъзи бир касалликларда оғиз бўшлиғи ва лаб камрок шикастланади, аммо кўпинча биринчи тошмалар олдин оғиз шиллик пардасида пайдо бўлиб, кейин терига таркалади. Бундай касалликларга: тери сили, мохов, кандидозлар, захм ва бошқалар киради.

Қўлланма шунингдек, стоматология соҳасидаги шифокорлар учун ҳам жуда зарур. Буни тўлдирувчи маълумотлар О. Қ. Шапошников таҳрири остида 1985 йилда чиккан «Тери-таносил касалликлари» номли китобда келтирилган. «Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси» номли атлас 1977 йилда А. И. Рибак, В. А. Епишев, Ф. М. Мамедовлар томонидан чиқарилган.

Ушбу қўлланма ўзбек тилида биринчи марта чоп этилаётганлиги сабабли камчиликлардан холи эмас. Шу сабабли унда учрайдиган камчиликларга ўз муносабатини

билдириб, фикр-мулоҳазаларини ўртоқлашган китобхонларга ташаккур билдирамиз.

ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ ҲАҚИДА ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ

Тери-таносил касалликлари қадимдан маълум. Масалан, Хитой, Ҳиндистон, Юнонистон, Миср, Ўрта Осиё олимлари бундан бир неча минг йил илгари тери ва таносил касалликларининг белгиларини тасвирлаб ўтганлиги шундан далолат беради.

Ўрта Осиёлик олим Абу Али ибн Сино ўзининг «Тиб қонунлари» асарида бир қанча тери касалликлари, жумладан: гуш, қўтир, қичима касалликларининг белгилари ва уларни даволаш усуллариини ёзиб қолдирган. Тери ва таносил касалликларининг фан сифатида ўрганилиши XVIII асрнинг иккинчи ярмидан бошланди.

XVIII — XIX асрларда тери-таносил касалликлари бўйича немис, инглиз, рус, француз мактаблари пайдо бўлди. Олимлар тери-таносил касалликлари бўйича илмий изланишлар қилиб, уларнинг сабабларини ва ривожланиш йўлларини ўргандилар.

Мамлакатимизда тери-таносил касалликларига асос солган олимлардан А. Г. Полотебнов (1838—1907), А. И. Пospelов (1846—1912)лар ўзларининг «Дерматологияк тадқиқотлар» китобида тери касалликларини бутун тана ва нерв системаси билан боғлиқлиги тўғрисида фикр юритдилар. Бундан ташқари, улар яшил моғор ишлаб чиқарадиган модданинг шифобахш таъсирини пенициллин кашф этилишидан анча олдин кўрсатиб берганлар. А. И. Пospelов эса биринчи марта Европада тери-таносил касалликлари музейини ташкил қилди. Бундан ташқари, пўрсилдок яра, тери сили ва тропик яралар устида кўп ишлар қилди.

Т. П. Павлов (1860—1932) биринчи марта Петербургда «Тери ва таносил касалликлари жамияти» ни тузди. Тери касалликларини функционал усул билан даволаш вазифасини олдинга сурди.

А. И. Лебедев тери касалликлари гистопатологиясини ёзган ва Туркистон тиббиёт институтидаги тери-таносил касалликлари кафедрасида мудир бўлиб ишлаган.

П. С. Григорьев захм касаллигининг сабаби ва ривожланишини ўрганган ва тери-таносил касалликлари тўғрисида китоб ёзган.

В. М. Тарновский эса таносил касалликлари тўғрисидаги таълимотни ривожлантириш учун кўп ишлар қилган.

У даволаш йўли билан захми йўқотиш мумкинлигини исбот этди ва Россияда таносил касалликларига қарши курашни ташкил этишга катта аҳамият берди. Унинг ташаббуси билан 1885 йилда Петербургда биринчи тери-таносил касалликларининг илмий жамияти ташкил этилди.

П. В. Кожевников (1898—1969) биринчи марта ёмон жароҳат касаллигининг клиник белгиларини, уларни даволаш, тарқалиши ва олдини олиш чораларини ёзган.

О. Н. Подвысоцкая (1884—1959) тери касалликларидаги физиологик ўзгаришлар ва замбуруғ касалликлари устида илмий иш олиб бориб, оёқ панжасидаги замбуруғ касаллигининг ўткир турини тасвирлаб берган.

Н. С. Ведров (1891—1949) ўзининг касб касалликлари соҳасидаги ишлари билан машҳур. Касб гуши ва дерматит касалликларида томчи синамасини биринчи марта қўллаган. А. П. Долгов эса томчи синаманинг тананинг сезувчанлигига қараб турлича ўзгаришини асослаб берган. М. П. Демьянович (1879—1957) эса кўтир, рангбаранг темиртки ва эритрозм касалликларини даволаш усулини кашф этган. Шунинг учун бу Демьянович усули деб аталади.

В. В. Иванов (1873—1931) «Тери ва таносил касалликлари» журналининг муҳаррири бўлган ва тери сили, замбуруғ ва мохов касалликларининг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиши тўғрисида бир қанча қимматли ишлар қилган.

Г. И. Мешерский (1874—1936) тери ва таносил касалликлари дарслигини ёзган. П. В. Никольский тери касалликларининг асаб системаси билан чамбарчас боғлиқлигини ва пўрсилдок яра касаллигида пуфакчанинг осонгина шилиниб кетишини ва клиник белгиларини асослаган. Шунинг учун «Никольский симптоми» дейилади. Л. Н. Машкиллейсон (1898—1964) «Тери касалликларини даволаш ва олдини олиш чоралари», «Юқумли ва паразитар тери касалликлари» тўғрисида китоб ёзган. М. М. Желтаков (1903—1968) гипноз, электр уйку, шартли рефлекс ҳосил қилиш орқали даволаш усуллари устида иш олиб борган ва тери касалликларида асаб системасининг аҳамиятини алоҳида кўрсатиб ўтган. «Тери-таносил касалликлари» дарслигини ёзган. В. А. Рахманов (1901—1969) терининг касб касалликлари тўғрисида иш олиб борган. У касалликни даволаш ва унинг олдини олиш йўллари излаган, бундан ташқари, қизил югурук, склеродерма, таносил касалликларини даволашга ўз ҳиссасини қўшган.

С. Т. Павлов (1897—1971) асосан пўрсилдок яра, кон-

томир ҳамда терининг йирингли касалликлари тўғрисида иш олиб бориб, унумли натижаларга эришган. У тери-таносил касалликлари дарслигини ёзган, бу китобдан талабалар ҳозиргача фойдаланиб келадилар.

Б. М. Пашков (1899—1973) тери ва оғиз шиллик пардаси касалликлари тўғрисида жуда кўп ишлар қилган ва талабалар учун қўлланма ёзган.

Н. С. Смелов (1898—1975) захм, тери сили, ретикулёз касалликлари тўғрисида кўп йиллар давомида иш олиб борган. А. И. Картамишев (1897—1973) 40 йилдан ортиқроқ тери-таносил касалликлари кафедрасининг мудири бўлган. Тошкент, Москва, Киев, Бошқирдистондаги олийгоҳларда ишлаган. Пўрсилдок яра, гормонларнинг тери касалликларида қўлланилиши ҳақида китоблар ва врачлар учун бир қанча қўлланмалар ёзган. Бундан ташқари, «Тери-таносил касалликлари» дарслигини яратган.

Сеттон оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари ҳақида ёзиб чуқур афтани тасвирлаб берган. Вильсон қизил ясси темираткида оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг шикастланишини ёзган, А. И. Поспелов эса кипикли темираткини тасвирлаган. Дюбрнелъ эса қизил югурукнинг оғиз бўшлиғида учрашини кўрсатиб ўтган, Гебра кўп шаклли экссудатив эритема, оғизнинг шикастланишини таъкидлаб ўтган ва ҳоказо.

Лаб жиягидаги касалликлар тўғрисида иш олиб борган олимлардан Н. Д. Шеклаков (ноакантолитик пуфакча касаллиги), А. Л. Машкиллейсон, Т. Н. Антонова ва Е. И. Абрамовалар эса оғиз бўшлиғидаги қон-томир пуфакча синдромини ёзишган.

Юкорида кўрсатиб ўтилган оғиз бўшлиғи ва лаб касалликларининг сабаби, ривожланиши, клиник белгилари, уни даволаш ва олдини олиш чоралари ҳақидаги ишлар асосан профессор И. Пашков ва А. Машкиллейсонлар раҳбарлигида қилинган. Бу ишлар муваффақиятли амалга оширилган ва ҳозирги кунда ҳам давом эттирилмоқда.

Тошкентда биринчи марта 1920 йилда тери-таносил касалликлари кафедраси Туркистон давлат университетида тузилган. Бу кафедрага мудирлик қилган профессорлардан И. А. Кристанов, И. С. Милман, А. И. Картамышев, А. А. Аковбян, У. М. Мираҳмедов ва 1991 йилдан бошлаб А. Ш. Воисовларни кўрсатиш мумкин. Булар раҳбарлигида Ўзбекистонда тери-таносил касалликларининг клиник белгилари, даволаш йўллари ва олдини олиш чоралари тўғрисида кўпгина ишлар қилинган ва ҳозирги кунда ҳам давом эттирилмоқда.

ТЕРИ АНАТОМИЯСИ, ГИСТОЛОГИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

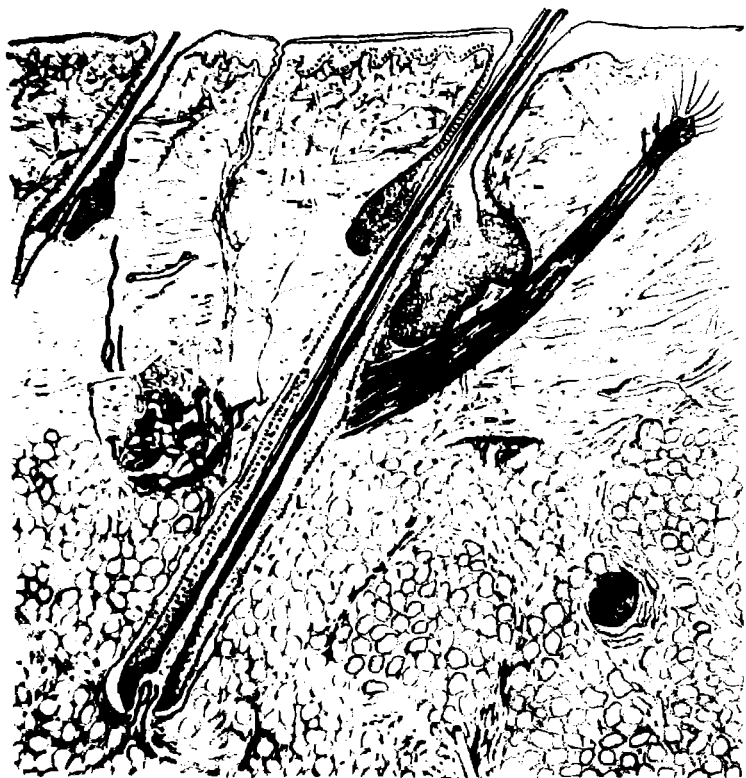
Тери анатомияси, яъни терининг тузилиши. Тери бутун баданни қоплаб туради ва муҳим аҳамиятга эга бўлган вазифаларни бажаради. Терининг қалинлиги турлича бўлиб, у қўл ва оёқ қафтларида қалинроқ, яъни 3—4 мм, бошқа жойларда эса бир оз юпқароқ — 2—3 мм бўлади. Тери сатҳи катта одамларда ўртача 1,2—1,8 м²ни ташкил қилади, оғирлиги эса тананинг 5% ига тўғри келади. Бутун тери сатҳида жуда кўп бурмалар мавжуд. Баъзи жойларда бу бурмалар учбурчак ва ромбсимон шаклда бўлади, масалан, қориннинг пастки қисмида, қўлтиқ остида ва бошқа жойларда. Терининг ранги ҳам турлича, бу теридаги пигментлар миқдорига боғлиқ (1-расм).

Терининг ранги яна қуёш радиациясига ҳам боғлиқ. Организм ультрабинафша нурлардан ҳимоя қилиш учун меланин пигментини ишлаб чиқаради. Бундан ташқари, терининг ранги унинг тузилишида иштирок этадиган тўқималарга, қон томирларга ҳам боғлиқ бўлади. Терида билинар-билинемас тешикчалар бор, булар тери ва ёғ безлари тешикчаларидир. Бу тешикчалар терида бўладиган ўзгаришларда яққол кўриниб туради (масалан, себорея касаллигида).

ТЕРИНИНГ ГИСТОЛОГИК ТУЗИЛИШИ

Тери ўзининг ривожланиши ва тузилишига кўра икки қисмдан — **эктодерма** ва **мезодерма** қисмларидан иборат. **Эктодермадан** пайдо бўлган ташқи қисм **эпидермис**, **мезодермадан** пайдо бўлган бириктирувчи ички қисм эса **дерма** ва **ёғ қавати** дейилади.

Эпидермис (кўп қаватли ясси эпителий) терининг турли қисмларида ҳар хил қалинликда бўлади, шунингдек қўл ва оёқ қафтларида у юздагидан кўра бирмунча қалин бўлади. Эпидермис беш қаватдан иборат: 1) энг чуқур ёки базал қават; 2) тиканли қават ёки наъматаксимон қават; 3) донали ёки кератогиалинли қават; 4) ялтироқ қават; 5) шохсимон ёки юза мугуз қават. Шунини ҳам айтиб ўтиш



1- расм. Терининг тузилиши.

керакки, эпидермиснинг пастки учта қавати, яъни базал, тиканли ва донали қавати йиғиндиси *Мальпиги* қавати ҳам дейилади.

Энг чуқур ёки асосий базал қават — пастдан дерма билан чегараланиб туради ва бир қатор цилиндрсимон ҳужайралардан иборат бўлади. Ҳужайралар ичида тухумсимон ядро бор. Бундан ташқари, ҳужайралар орасида каналчалар бўлиб, шу каналчалар орқали ҳужайралар озикланиши учун хизмат қиладиган лимфа томирлари бўлади. Лимфа томирлари ўз навбатида лимфа айланмаларини ҳосил қилади, натижада асосий қават ҳужайралари озикланиб туради. Асосий қават ҳужайралари протоплазма ўсиқлари билан бир-бирига туташган бўлади, булар ҳужайрааро кўприкчалар деб аталади.

Асосий қават хужайралари доим бўлиниб туради, уларнинг кўпайиши натижасида тери юзасида хужайралар пайдо бўлади ва секин-аста ҳалок бўлиб боради. Нобуд бўлган хужайралар ўрнини янги ёш хужайралар эгаллайди. Янги хужайралар эскиларини терининг юзаси томон суриб чиқаради. Эски хужайралар кубсимон, ромбсимон, ясси бўлиб қолади. Натижада хужайраларда биокимёвий ўзгаришлар кузатилади ва булар хужайраларнинг шохланишига сабаб бўлади. Ядросиз пластинкалар кўринишидаги шохланган хужайралар аста-секин ва деярли сезилмасдан тери юзасидан кўчиб тушади.

Асосий қават хужайралари меланин пигментининг доналари ҳисобланади. Меланин доналари ядронинг устки қисмида ва унинг ён томонларида жойлашади ва улар терининг барча юзасида бир хил миқдорда бўлади. Терининг ранги пигмент доналарининг миқдори ва рангига боғлиқ. Окмағиз ёки бугдой ранг одамларда пигмент бирмунча кам, қорамағиз кишиларда эса у аксинча жуда кўп бўлади. Меланин пигменти организмни қуёш нурининг зарарли таъсиридан сақлаб туради.

Тиканли қават асосий қават устида жойлашган бўлиб, кубсимон шаклдаги хужайралар билан микроскоп остида яққол кўриниб туради. Кубсимон хужайралар 5—6 қатордан иборат. Бу хужайралар ўзидан чиққан фибрилла ипларидан ташкил топган ва протоплазма кўприкчалар ёрдамида бир-бирига бириккан. Хужайралар орасида лимфа тўлиб турадиган хужайралараро каналчалар мавжуд. Бу қаватда хужайраларнинг бўлиниши одатда кузатилмайди ва пигмент доналари бўлмайди.

Донали қават тиканли қават устида жойлашган бўлиб, 1—3 қатор хужайралардан иборат, бу хужайралар чўзинчоқ ядро ва протоплазмалардан тузилган. Протоплазмада алоҳида оксил моддаси — кератогиалин доналари кўп, бу модда мукополисахаридларга, РНК, ДНК га эга. Шу қаватда хужайралар шохланиши ёки мугузланишининг биринчи даври бошланади. Шунинг учун терининг ранги хира тусга қиради. Лекин бу қават шиллик пардаларда бўлмайди.

Ялтироқ қават — донали қават устида жойлашган бўлиб, уни шох қавати ажратиб туради, бу қават 1—3 қатор ясси хужайралардан тузилган. Бу хужайраларда ядро бўлмайди. Лекин хужайралар протоплазмасида оксил моддалари бўлади, уларнинг кўриниши ёғ доналарига ўхшайдиган елимсимон элеидиндан таркиб топган.

Шохсимон қават 5—6 қават хужайрадан ташкил топ-

ган, қўл ва оёқ қафтларида эса 10—15 каватдан иборат бўлади. Шох кават хужайраларининг ядроси бўлмайди, улар юпка пластинкалардан тузилган бўлади. Нобуд бўлган хужайралар кератиндан ташкил топган. Уларнинг шохланган томонида оч сарик ёки тўқ қўнғир рангли алоҳида шохсимон бўёқ ва ёпишқоқ модда бўлиб, шу туфайли бу хужайралар бир-бирига зич такалиб туради. Шох кават юзасида пластинкалар унчалик зич турмайди ва аста-секин кўчиб боради (пўст ташлайди). Баъзи тери касалликларида, масалан, ихтиоз, қизил, югурук, қизил ясси темиртки, кипикли темиртки ва бошқа касалликларда шох қатламнинг қалинлашиши (гиперкератоз) кузатилади, аксинча экзема ва бошқа касалликларда мугузланиш жараёни нотекис бориб издан чиқади, яъни паракератоз юзага келади.

Эпидермис билан дерма орасидаги чегара нотекис, тўлқинсимон чизикка ўхшаган бўлади ва тортмалар орқали дермага чуқур кириб боради. Улар орасида терининг бириктирувчи тўқимаси — дерма ҳалтумлари бўлиб, булар сўргичлар деб аталади.

Асосий тери. Дерма терининг бириктирувчи тўқималаридан тузилган. У коллаген, эластик ва агрофил толалар, кон ва лимфа томирлари, мушаклар, нервлар ва хужайра элементларидан ташкил топган. Дерма икки қатлам: сўргичсимон ва тўр каватдан иборат.

Сўргичсимон қават эпидермис билан чегарадош бўлиб, чегарада базал қават билан ўзаро бириккан ўсимталар мавжуд. Ана шу ўсимталар ҳар хил сўргичлардан ташкил топган. Бармоқлар ва кўкрак безлари учидagi сўргичларнинг узунлиги 200 мк га, юз соҳасидагиларники 30 мк га тенг, бошнинг сочли қисмида эса 1 мм² юзада 200—400 мк га етади. Шу билан бирга уларнинг ташки кўриниши турлича бўлади.

Дерманинг коллаген толалари бир-бири билан чатишиб кетган дасталар кўринишида бўлади. Улар тери юзасида параллел, сўргичсимон қатламда эса вертикал ҳолда жойлашган бўлиб, сўргичларга ўтиб соч фолликулаларини (пиёзчаларини) ўраб туради.

Тўрсимон қават. Бу қаватда коллаген толалар параллел ҳолда йўналган бўлади ва бир-бири билан чатишиб, ўзига хос тўрсимон нақш ҳосил қилади. Унинг ковузлокларида (яъни тугунчаларида) томир, нерв ва безлар жойлашган бўлади. Шу билан бирга коллаген толалар дермага эластик ҳолат беради. Эластик толалар ҳам худди коллаген толалар сингари бир-бирига чалкашиб, тўр ҳосил қилади. Тўрсимон қаватдаги эластик

толлалар одамнинг ёшига караб ўзгариб боради, бунга *дегенерация* дейилади.

Дермада горизонтал ҳолатда жойлашган иккита — чуқур ва юза кон томирлар тўри мавжуд. Чуқур кон томирлар дерма билан ёғ қаватининг ўртасида жойлашган.

Артериялар тери юзасида артерия тўрларини ҳосил қилади. Чуқур томирлар тўри соч пиезлари ва тер безларини кон билан таъминлаб туради. Юза томирлар эса терининг сўрғичсимон қаватида майда капиллярларга бўлиниб, ковузлоқлар ҳосил қилади ва шу қаватни кон билан таъминлаб туради. Вена кон томирлар тўри ҳам артерия кон томирлар тўрига ўхшаган бўлади ва артерия кон томири билан параллел ҳолда жойлашади.

Тери лимфа томирлари худди кон томирларга ўхшаш бўлади, улар ҳам юза ва чуқур лимфа томирларидан тўр ҳосил қилади. Терининг кон томирлар системаси одам танасидаги коннинг $\frac{1}{5}$ г қисмини ўзига сиғдириши мумкин. Теридаги кон томирлар нерв охирлари таъсирланиши (ғазабланиш, кўркув) туфайли кенгайиши ва торайиши мумкин.

Эпидермисда кон томирлар бўлмайди, шунинг учун баъзи ҳолларда тери шилинса ҳам кон чиқмайди.

Тери ости ёғ қавати (гиподерма) аниқ чегарасиз тери ости ёғ қаватига ўтади ва у одам баданининг турли қисмларида ҳар хил қалинликда бўлади. Аёлларда бу қават қорин ва думба соҳасида қалин бўлади. Унинг қалинлиги бошда 2 мм, елка қорин ва курак соҳасида 5—10 мм, думбада эса бир неча см га етиши мумкин. Ёғ клетчаткаси ковок, бурун, кулоқ супрасида, лабнинг юқори ва пастки қисмларида, жинсий аъзоларнинг бошланиш қисмида мутлақо бўлмайди. Ёғ клетчаткаси баданни ташки таъсиротлардан (совуқдан, механик кучлардан) доимо ҳимоя қилиб туради. Терида мускул тўқимаси, юз терисида кўндаланг-тарғил мускуллар, кўкрак безининг учи, орқа чиқарув йўлида, жинсий аъзоларда ва сочнинг кўтарувчи мушакларида даста-даста бўлиб жойлашган силлик мускуллар бор.

Гиподермадаги ёғ безлари майда альвеоляр безлар каторига киради. Улар тери копламларининг деярли ҳамма жойида бўлади, фақатгина қўл ва оёқ панжаларида жуда кам бўлади. Кўпчилик ёғ безларининг чиқарув йўллари соч фолликулига караб очилади. Баъзи ҳолларда ёғ безларининг бир қисми тўғридан-тўғри тери юзасига очилади (жинсий аъзолар, бурун, лабда ва бошқа жойларда).

Еғ безлари доимо кўпайиб туради ва без хужайраларининг таркиби мудом янгиланиб боради. Еғ безларининг секретари ўша хужайраларнинг дегенерацияга учраб ёғга айланиши натижасида ҳосил бўлади. Еғ безлари тери ва сочларни мойлаб, уларни юмшоқ қилиб туради.

Тер безлари ўзининг тузилиши жиҳатидан оддий найсимон безлар жумласига киради. Булар эккрин ва апокрин безлар деб аталади. Эккрин тер безлари терининг ҳамма соҳасида бўлади. Лекин лабда, жинсий аъзоларда терининг бошқа жойига қараганда камрок бўлади. Эккрин тер безлари тер ишлаб чиқаради. Айни вақтда секретор хужайралар ўз тузилишини ўзгартирмайди.

Апокрин тер безлари қўлтиқда, жинсий аъзоларда, ораликда, орқа чиқарув йўлида, кўкрак беши учини атрофида ва ташки эшитув йўлида бўлади. Апокрин тер безлари эккрин тер безларига қараганда 2—3 марта катта бўлади ва уларнинг чиқариш йўллари тери юзасига эмас, балки соч фолликулларининг оғзига очилади.

Соч. Сочлар асосан 3 қисмга бўлинади: 1) узун соч, 2) қалта соч, 3) туклар.

1. Узун соч — бош, юз ва ияк терисиди, юкори лаб устиди, қўлтиқ остида ва жинсий аъзоларда бўлади.

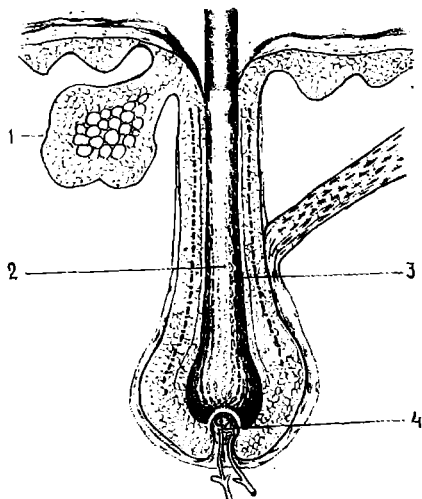
2. Қалта сочларга эса қош, киприк, бурун ва кулоқ ичидидаги сочлар киради.

3. Туклар терининг соч чиқмаган соҳасида учраб, бутун терини қоплайди.

Соч ўзак ва илдиздан иборат. Сочнинг ўзаги терининг юзасига чиқиб туради. Сочнинг терига кириб турадиган қисми соч илдизи дейилади, соч илдизининг пастки қисми кенгайиб, пиёзсимон шаклда бўлади. Бу соч фолликуласи ёки соч қопчаси деб аталади. Соч халтачаси яллиғланганда фолликулит касаллиги келиб чиқади. Ана шу соч пиёзчасидан соч ўсади. Биз юкорида терининг дерма қаватидаги мавжуд чуқур қон томирлар тўридан соч пиёзчаларига майда қон томирлари тарқалишини айтиб ўтган эдик. Соч пиёзчалари ана шу майда қон томирлардан ўзининг сўргичлари орқали қон билан таъминланиб туради (2-расм).

Сочнинг теридан ташқарига чиқиб турган эркин қисми уч қаватдан иборат. Энг ички қавати сочнинг мия моддаси деб аталади. У мугузланган ёки шохсимон турли, яъни полигонал хужайралардан тузилган. Сочнинг мия моддаси тукларда бўлмайди. Сочда кулранг модда кўп бўлади. Бу моддалар узун-узун қўзилган хужайралардан иборат. Кулранг модда таркибида сочга ранг берувчи пигмент бўлади. Соч оқарган вақтда пигмент йўқолиб кетади.

Сочнинг ташки кавати кутикула ядроси бўлмаган ясси ва мугузланган хужайралардан тузилган. Сочнинг илдиз қисми соч қопчасида жойлашган, у ўз охирида терига бир оз кенгайиб очилади. Тери орасидан кўтарилаётган сочнинг учдан бир қисми ва ташки чегарасида тери фолликулларига ёғ безларининг чиқарув йўллари қўшилади.



2-расм. Соч фолликуласининг тузилиши:
1 — ёғ беzi; 2 — мия моддаси; 3 — соч кутикуласи;
4 — соч сўргичи.

Соч қопчаси бириктирувчи тўқима ва эпителиал қисмлардан тузилган. Соч толасининг умри 50 кун бўлиб, бир неча ойдан 2—3 йилгача давом этади. Эски сочлар ўрнига одатда янги сочлар ўсиб чиқади. Сочнинг силлиқ мушаклари ҳам бор, мушакларни бир учи дермага ёпишган бўлса, иккинчи учи соч танасига (қинига) ёпишиб туради. Бу мушаклар қисқарганда сочлар кўтарилади. Бундай ҳолатни одамнинг бирдан асаби ўзгарганда кузатиш мумкин.

Тирноқ мугузланган юпка пластинкадан иборат бўлиб, қўл ва оёқ тери бурмаларига ботиб туради. Тирноқ пластинкаси тирноқ танаси, олдинги учи, орқа яширин томони (ёки илдизи) ва икки ён четлардан тузилган. Тирноқ пластинкасининг орқа қисми тирноқ илдизи деб аталади. Тирноқ танасининг орқа қисмида окимтир чўзинчоқ шаклдаги тирноқ ойчаси жойлашади. Тирноқ ойчаси ва илдиз қисми матрикс ёки ўсувчи қисм деб ном олган. Тирноқ танаси юкоридан пастга ва орқадан олдинга томон ётган ва бир-бирининг устига устма-уст тушган юпка пластинкалардан тузилган. Тирноқ ости териси бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, бунда эпидермиснинг донали қаватида учрайдиган кератогиалин доналари ўрнига онихоген доналари бўлади. Қўл тирноғи хафтасига 1 мм, оёқ тирноғи 0,25 мм ўсади.

Тери нервлари. Терида нерв толалари жуда кўп, рецепторлар ана шу толалар орқали ташки ва ички муҳитдан келиб турадиган таъсирларни қабул қилади. Бу

рецепторларда жуда кўп ва хилма-хил нерв аппаратлари бор, булар терининг сезувчанлик вазифасини бажаришда катта аҳамиятга эга.

Терининг нерв аппарати нерв толаларидан ва нерв охирларидан иборатдир. Булар асосан дерма билан эпидермисда жойлашган бўлиб, ёғ қаватида анча кам учрайди. Терига кириб борадиган нерв шохобчалари ёғ қатламида нерв чигалини ҳосил қилади. Ана шу чигалдан дермага нерв толалари чикиб, унда янги кичикрок чигалларни пайдо қилади. Ёғ қавати ва дермадаги нерв чигалларидан соч қопчалари, ёғ ва тер безлари, кон ва лимфа томирлари, мушакларга нерв толалари тарқалади.

Юкорида айтиб ўтганимиздек, тери сезувчи аъзо бўлиб, буни терида жойлашган нерв охирлари бажаради. Эпидермиснинг тиканли қаватида тактил сезувчанликни сезадиган Меркел хужайралари деб аталадиган алоҳида нерв аппаратлари ва оғрик сезувчи нерв толаларининг охири бор. Дерманинг сўрғичли қаватида Краузе қолбалари ва Мейсснер таначалари мавжуд, булар ҳам нерв толаларининг охири ҳисобланади. Краузе қолбалари совукни сезади, улар қўл панжалари терисиди, шиллик пардаларда ва жинсий аъзоларда кўп бўлади.

Тери ости ёғ қаватида иссиқни сезадиган кўпгина нерв толалари, жумладан Руффини таначалари, босимни сезувчи нерв охири — Фатер-Пачини таначалари мавжуд.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ПАРДАСИ ВА ЛАБНИНГ ТУЗИЛИШИ

Оғиз бўшлиғи асосан эпителийдан тузилган бўлиб, кўп қаватли ясси хужайралардан ташкил топган, шу билан терининг эпидермал қисмидан фарқ қилади. Оғиз бўшлиғида донали ва шохсимон қаватлар бўлмайди. Одатда оғиз бўшлиғи шиллик пардаси икки: асосий (базал) ва тиканли қаватдан иборат бўлади. Шунинг учун унинг ранги доимо кизғиш бўлади, чунки у жуда кўп кон томир толалари билан таъминланган.

Оғиз бўшлиғининг тиканли қаватида хужайралар бир неча қатор, ясси ҳолда жойлашган бўлади, баъзи жойларда улар фақат босим натижасида ўзгаради. Буларда кератогиалин доначалари ҳосил бўлганлигини кузатиш мумкин. Бунда фақат механик таъсир этувчи кучлар туфайли патологик ўзгаришлар юзага келади (масалан, овқатларни чайнаш туфайли). Баъзи бир сурункали касалликларда юмшоқ танглайда, милкда, тилда мугузланиш кузатилади. Бу эса донатор ва муғуз

каватларда кузатилади. Бундай ҳоллар айниқса қизил ясси темиртки, лейкоплекия, қизилчада учрайди. Бундан ташқари, оғиз бўшлиғидаги яллиғланган жойнинг устки қисми оқиш шиллиқ парда билан қопланган бўлади, у олиб ташланганда гиперемия кузатилиши мумкин.

Асосий кават асосан кўшимча тўқималардан ташкил топган бўлиб, теридаги каби икки кават: сўрғичсимон ва тўр каватдан иборат. Улар коллаген, эластик толалардан, қон ва лимфа томирларидан, нерв охирларидан, майда сўлак ва ёғ безларидан тузилган. Оғиз бўшлиғида жуда кўп микдорда лимфа ва қон томир тармоқлари бор, булар айниқса бодомча безида, тил остида ва тил илдизида кўп бўлиб, айрим касалликларда лимфа безларининг катталашиб кетишига сабаб бўлади.

Оғиз бўшлиғида жуда кўп нервларнинг рецептор аппаратлари ҳам бўлиб, улар нерв таначалари, қолбачалари ва охирларидан иборат.

Сўлак безлари — оғиз бўшлиғида жуда кўп безлар бор, улар катта ва кичик безларга бўлинади. Катта сўлак безлари қулоқ атрофида, жағ ва тил остида жойлашган. Уларнинг очиладиган узун йўллари бор, бу йўллар оғиз бўшлиғига очилиб, овқат луқмасини намлаш вазифасини бажаради. Кичик безлар оғиз бўшлиғида чуқурроқ жойлашган бўлади. Чиқарув йўллари қалта, улар ҳам оғиз бўшлиғини намлаб туради.

Сероз без. Бу безга қулоқ атрофидаги безлар қиради, шу без ишлаб чиққан секрет ёки суюқлик тил сўрғичига қараб очилади. Бу суюқлик овқатни намлашда иштирок этади, таркибида жуда кўп оксил моддалари бўлади. Шунинг учун ҳам у оксил безлари деб аталади.

Шиллиқ безлар одатда тилнинг орқа томонида, тил илдизида, юмшоқ ва қаттиқ танглайда ва лабнинг шиллиқ қаватида жойлашган бўлади. Бу без суюқлиғида муцин деб аталувчи модда бор. Муцин суюқликка чўзилувчан ва силлиқкина ўтиб кетадиган хусусият беради. Шунинг учун у овқат ютишни осонлаштиради. Тил ости беи, жағ ости беи ва майда сўлак безлари аралаш безлар жумласига қиради. Булар лабда, лунжда, юткинда жойлашган.

Ёғ безлари оғиз бўшлиғида жойлашиб, балогатга етган даврда жуда кўпаяди. Улар лунжда, лабда, милқда жойлашади. Безлар жуда майда, оқ сарғиш рангли бўлади. Ёғ безлари чиқарадиган суюқлик таркибида ёғ кислотаси ва турли ёғлар бўлади. Булар ёрдамида чайналаётган ёғли овқатлар бирмунча парчаланаяди.

Тил кўндаланг ва узун тасмали мушаклардан тузилган бўлиб, унда жуда кўп қон ва лимфа томирлари мавжуд. Бундан ташқари, сезувчи ва ҳаракатга келтирувчи нерв толалари учлик нервдан иннервация қилинади.

Тилнинг устки қисми уч хил сўрғичлар билан қопланган: ипсимон, эгри-бугри ва болишсимон сўрғичлар шулар жумласидандир. Бутун тил юзаси ипсимон сўрғичлар билан қопланган, улар нозиккина қўшувчи тўқималардан иборат бўлиб, озгина кўтарилиб туради.

Эгри-бугри сўрғичлар қип-қизил рангда бўлиб, тил юзасидан пича кўтарилиб туради. Бу сўрғичлар тил учида ва ён томонларида жойлашади.

Болишсимон сўрғичлар фақат тил илдизиди бўлмайди, булар думалок шаклда бўлиб, тил юзасидан бир оз кўтарилиб туради.

Лаб ташқи томондан тери, ички томондан эса шиллик парда билан қопланган бўлиб, айланма мушаклардан иборат. Лабнинг ички томонида кўпгина аралаш безлар жойлашган.

Лабнинг эркин юқори ва пастки юзасида қизил хошия бор, у ўз навбатида ташқи томондан терига ва ички томондан шиллик пардага қўшилиб кетади. Лабнинг қизил хошиясида соч ва тук бўлмайди. Бундан ташқари, унинг ички томонида мугузли донатор ва ялтироқ қаватлар бўлмайди, лекин у эпителий қавати билан қопланган, бу эса ўз навбатида эленин моддаси билан тўйинган бўлади, шу сабабли бир оз ялтираб туради. Лаб терисининг шиллик пардага ўтиш жойи Қлейн соҳаси деб аталади. Оғиз бурчаги деб юқори ва пастки лабнинг бириккан жойига айтилади.

Милк — фақатгина асосий ва тиканли қаватдан иборат. Унинг устки қисми қўшувчи тўқималардан тузилган. Милк қизғиш рангда бўлади, чунки у жуда кўп майда қон томирларга эга.

Лунж ҳам асосий ва тиканли қаватдан тузилган бўлиб, эпителий билан қопланган, у қон томирга бой бўлганлиги сабабли қизғиш рангда бўлади. Оғиз бўшлиғида жуда кўп микрофлоралар: бактериялар, замбуруғлар, спирохеталар бўлади. Лекин булар касалликни келтириб чиқармайди. Агар оғиз бўшлиғида бирорта касаллик аниқланса, у вақтда бактерия, замбуруғ ва спирохеталар патоген ҳолатга ўтиши мумкин. Масалан, оғиз бўшлиғидаги замбуруғлардан бири кандида деб аталади, булар албатта нормал ҳолатда касалликка сабаб бўлмайди, лекин оғир



касаллик сабабли беморга антибиотик берилса, у вақтда замбуруглар патоген ҳолатга ўтиб одамни касалликка дучор қилиши мумкин. Оғиз бўшлиғи анатомик ва физиологик жиҳатдан бурун, томоқ, қизилўнгач, меъда билан узвий боғланган бўлади, ана шу кўрсатилган аъзоларда касаллик аниқланса, оғиз бўшлиғида ҳам ўзгаришлар юзага келади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси ва терининг физиологик вазифалари бир-бири билан ҳамбарчас боғлиқ. Худди териға ўхшаб оғиз бўшлиғи шиллик пардаси ҳам бир қатор физиологик вазифаларни бажаради. Оғиз бўшлиғида жуда кўп сўлак безлари ва бошқа безлар бўлиб, булар ўз навбатида ҳар хил суюқлик ишлаб чиқаради. Бу суюқликлар оғиз бўшлиғига қирадиган турли микробларнинг ўтишига тўсқинлик қилади. Иссиқликни саклаб туриш вазифаси жуда кўп қон томирлар ёрдамида таъминланади, бу оғиз бўшлиғида иссиқликни бир хил ҳароратда саклаб туришда муҳим аҳамиятга эга.

Секрет ишлаб чиқариш. Оғиз бўшлиғида жуда кўп сўлак безлари бор. Булар овқатни чайнаш ва ютишда катта ўрин тутаяди. Шунинг учун оғиз бўшлиғи доимо намланиб туради. Бундан ташқари, бу безлар овқатни парчалашда ва организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини оширишда иштирок этади.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг сўрилиш вазифаси жуда кам ўрганилган бўлиб, бу ҳақда маълумотлар етарли эмас. Оғиз бўшлиғи зарарланганда турли хил доридармонлар ишлатилса улар шиллик парда орқали сўрилади ва бемор тузалиб кетади. Масалан, болаларда тез-тез учраб турадиган пиодермия касаллигида ёки стоматитда турли хил дезинфекцияловчи эритмалар суртилса бемор тез кунда тузалиб кетади.

Сезувчанлик вазифаси. Оғиз бўшлиғида жуда кўп нерв толалари бор. Нерв охирилари тил, лабда кўп бўлади, шунинг учун киши таъмини, иссиқ-совуқни ва оғриқни яхши сезади. Бундан ташқари, тилда маза биладиган ёки сезадиган пиезчалар бўлиб, булар орқали одам овқат мазасини сезади. Олимларимизнинг бу соҳада қўлга киритган тажрибаларига асосланиб, қуйидаги маълумотларни бериш мумкин. Агар экспериментал ҳайвонлар (сичқон, қаламуш, қуён) гексахлоран ва шу каби заҳарли моддалар билан заҳарланса, уларда бир неча соатдан кейин интоксикация кузатилади. Аввало ҳайвонлар оёқла-

ри билан лабларини ва бурунларини тимдалай бошлайди. Уларнинг тили бир оз шишган ва кизарган бўлади. Бундан ташқари, хайвон оғзидан сўлак оқади, кейин эса заҳарланишнинг бошқа белгилари ҳам пайдо бўлади.

Тери физиологияси. Тери ва шиллик парда ташқи муҳит билан узвий боғланган бўлиб, талайгина вазифаларни бажаради. Тери ташқи муҳит таъсиротларини нерв толалари орқали қабул қилиб, организм ва системаларнинг ўзаро боғланишида иштирок этади. Бу боғланиш факатгина нерв системасига эмас, балки кон томирлар, ички секреция безларига ҳам тегишлидир. Тери шунингдек моддалар алмашинувида ҳам фаол иштирок этади.

Терининг ҳимоя қилиш вазифаси. Тери жуда қовушқоқ бўлганлиги ва зич қавати борлиги туфайли унга нисбатан кўрсатиладиган механик таъсирлар анча сусаяди. Терида коллаген, эластик ва бошқа толалар тўри, юмшоқ, зич тери ости ёғ қавати ва кучли шох қатлами мавжуд. Терининг шох қатлами кўпгина кимёвий моддаларни ўтказмайди. Терини мойлаб турадиган ёғ уни нам таъсиридан сақлайди. Бу қатлам зарарланганда кимёвий моддалар тери орқали ўтиб, лимфа ва кон айланиш доирасига тушиши мумкин. Турли хил дори-дармонларни ишлатганда бунини албатта ҳисобга олиш лозим, чунки улар ноҳўя таъсир кўрсатиши мумкин (масалан, симоб, салицилат кислота ва бошқалар). Бундан ташқари, тери одам организмидини ҳаддан ташқари қизиқ кетишдан ва совуқдан сақлайди, шу туфайли тана ҳарорати доимо бир хил бўлиб туради.

Терининг шох қатлами уни хилма-хил микроорганизмлардан яхши ҳимоя қилади. Ёғ ва тер безларидан ишланиб чиқадиган ёғ ташқи муҳитдан тушадиган турли хил микробларнинг кўпайишига йўл қўймайди. Терининг физиологик йўл билан пўст ташлаб туриши муҳим аҳамият касб этади, чунки у организм учун зарарли бўлган моддалар, жумладан микробларнинг тери юзасидан йўқолишига ёрдам беради, тери ўзининг ҳимоя қилиш вазифасини шу тариқа бажаради.

Исикликни идора қилиш. Одам организмиди исикликни марказий нерв системаси бошқариб туради. Бунда тери катта аҳамиятга эга. Эпидермис, дерма ва тери ости ёғ қавати исиклик билан электр токини ёмон ўтказишади. Тери унда кон томирлар ва тер безлари бўлганлиги туфайли исикликни идора этишда қатнашади. Ҳаво исиган вақтда теридаги кон томирлар кенгайишади, аксинча, ҳаво совуқ бўлса, кон томирлар тораяди, натижада тана ҳарорати ёзда ҳам, қишда ҳам бир хил ($36,5-36,7^{\circ}\text{C}$) бўлади.



Исикликни идора этиш жараёни рефлектор йўл билан юзага келади. Атроф-мухит ҳароратининг ўзгариши марказий нерв системасига импульслар беради, бу импульслар нерв толалари орқали рецепторларга узатилади, натижада қон томирлар тораяди ёки кенгаяди. Бир кеча-кундузда чиқариладиган тер миқдори нормада 600—900 мл гача етади. Ҳаво жуда исиб кетганда ва жисмоний иш қилинганда 4—5 л гача тер ажралиши мумкин. Бунда тер безларининг вазифаси ортиб кетади.

Шундай қилиб, тери исикликни организмда бир маромда саклаб туради. Бу жараёнлар марказий нерв системаси орқали бошқариб турилади.

Терининг сезиш вазифаси. Терида жойлашган кўпдан-кўп нерв толалари, яъни рецепторлар муҳим вазифани бажаради. Ана шу рецепторлар ташки муҳитнинг турли таъсирларини импульслар орқали марказий нерв системасига узатиб беради. Одам терисининг сезиш хусусияти кучли ривожланган. Одатда а) тактил сезиш, яъни босим, тегиш (юмшоқ ва қаттиқ нарсаларни сезиш); б) ҳароратни сезиш (исик ва совуқ); в) оғрикни сезиш тафовут қилинади.

Тактил сезиш вазифасини Меркел ҳужайралари ва Мейсснер таначалари бажаради. Бу сезги қўл бармоқларининг қафт юзасида яхши ривожланган, бунга мисол қилиб кўрларнинг қўли, яъни бармоқлари билан ўқиш ва ёзишини келтириш мумкин. Баъзи бир касалликларда тактил сезиш пасайиб кетади (масалан, мохов касаллигида). Оғрик сезгисини эпидермис, сочларнинг илдиз кинлари ва дермада жойлашган нерв толаларининг эркин охири бажаради. Терида 3—4 млн дан ортиқ оғрик сезувчи рецепторлар мавжуд.

Ҳароратни сезиш. Буни дермада жойлашган махсус нерв толалари, яъни Краузе косачалари идора этади. Исикни сезиш Руффини таначалари, қаттиқ босимни сезиш эса Фатер-Пачини таначалари орқали бажарилади. Улар тери ости ёғ қаватида жойлашган бўлади. Шундай қилиб, терининг сезиш қобилияти нерв толаларига боғлиқ бўлиб, у марказий нерв системаси орқали бажарилади (экзема, невродермит, кичима касалликлари бунга яққол мисол бўла олади).

Терининг секретор вазифаси. Терининг бу вазифани бажаришида тер ва ёғ безлари иштирок этади. Тер ажралиши билан бирга ташки муҳитга исиклик ажралади. Тер реакцияси одатда кучсиз кислотали бўлади. Тер 98 % сув, ош тузи, мочевина (сийдикчил), урат кислота ва бошқа модда (туз)лардан таркиб топган. Бундан ташқари,

баъзи бир дори моддалари (симоб, йод, бром, маргимуш ва бошқалар) тер билан бирга ажралиб чиқиши мумкин.

Ёғ безлари тери ёғини ишлаб чиқаради, бу ёғ шох каватни мойлаб туриш, унинг бутунлигини ва сув ўтказмаслигини сақлаш учун хизмат қилади. Тери ёғида липидлар, ёғ кислоталари, совунлар, холестерин, фосфатлар, хлоридлар ва бошқа минерал тузлар бўлади. Ёғ безлари одам танасининг юз, курак, кўкрак ва бошнинг сочли қисмида кўпроқ бўлади. Шунинг учун бошқа қисмларга нисбатан бу ердан кўпроқ ёғ ажралади, буни айрим касалликлар (себорея)да кузатиш мумкин. Бундан ташқари, бу безлар жинсий аъзоларда ҳам кўп бўлади.

Терининг сўрилиш вазифаси. Турли моддаларнинг сувдаги эритмаси тери орқали ўтмайди, фақат баъзи бир ёғларда эрийдиган моддалар шикастланган эпидермисдан ўтиши мумкин (масалан, симоб, йод, салицилат кислота, олтингугурт ва бошқалар). Айниқса тери шикастланганда юкорида кўрсатилган дори моддаларини беморга буюришда албатта терининг сўриш хусусиятини инобатга олиш лозим. Теридан газ ҳолатидаги моддалар жуда яхши сўрилади (масалан, олтингугурт, эфир, хлороформ ва шу кабилар).

Терининг нафас олиш вазифаси. Тери нафас олиш вазифасини газлар алмашинувида ўтайди. Одам организми ютадиган кислороднинг талайгина қисмини тери орқали олади ва ажратилган карбонат ангидрид газининг $1/90$ қисмини тери орқали ташқарига чиқаради. Шундай қилиб, тери орқали юзага чиқадиган газлар алмашинуви бутун организмдаги газ алмашинувининг атиги 1% и ни ташкил этади. Тери орқали сув буғлари ўпкадагига қараганда 2—3 баробар кўпроқ ажралади. Теридан кузатиладиган биокимёвий жараёнлар ҳали яхши ўрганилмаган. Маълумки, теридаги сув микдори 70% ни ташкил қилади.

Терида витамин D, A, C алмашинуви аниқланади. Бу витаминлар меланин пигменти ҳосил бўлиши жараёнларида фаол қатнашади. Шунинг учун кўпгина тери касалликларида беморларга витамин C, A, B₁, B₆ ва бошқалар кўпроқ буюрилади. Витамин алмашинуви бузилганда организмда кўпгина патологик ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин.

Теридаги гистопатологик ўзгаришлар асосан эпидермисда ва теридан (дермада) кузатилади. Эпидермисда қуйидаги ўзгаришлар рўй беради.

Акантоз — асосан Мальпиги каватида кузатилади. Бу ўзгаришлар айниқса қипиқли темирлаткида ва қизил ясси темирлаткида росмана кўрилади.

Акантолиз — хужайраларо бирлашувнинг бузилишидир. Бу ходиса ҳам терида, ҳам шиллик қаватларда учрайди. Айниқса, терида пуфакчалар пайдо бўлганда яққол кўринади. Маълумки, хужайралар ўзаро бир-бири билан боғланувчи, бирикувчи толалар ёки фибриллалар билан бирлашади. Акантолиз рўй берганда ана шу хужайраларни бириктирувчи модда хужайра йўллари ва фибриллаларини эритиб юборади, натижада хужайралар бир-бири билан бирикмасдан, суюқлик ичида сузиб юргандек бўлиб қолади. Шундан сўнг унинг ядро ва протоплазмаси ўзининг олдинги ҳолатини йўқотади. Ана шу ҳолатга *акантолиз* дейилади. Бирламчи ва иккиламчи акантолиз фарқ қилинади.

Бирламчи акантолиз пуфакча ҳосил бўладиган касалликларда кузатилади.

Иккиламчи акантолиз учук, сачратки ва шу каби касалликларда учраб туради.

Дистрофия — бу ҳолат ҳам акантолизга яқиндир. Лекин дистрофияда эпидермис шишади ва хужайра кўприкчалари йўқолиб, пуфак ҳосил бўлади. Унинг ичида экссудат, яъни суюқлик пайдо бўлади, эпидермоцит хужайралар ана шу суюқлик ичида сузиб юради. Бундай ўзгариш факатгина вируслар сабаб бўладиган тери касалликларида аниқланади.

Гиперкератоз — мугузланиш ёки шохсимон қаттиқлик, бу ўзгариш эпидермис хужайраларидан келиб чиқади. Бунда асосан мугуз қаватда ва қисман донали қаватда хужайралар йўғонлашади, натижада терида мугузланиш пайдо бўлади, бу кипикли ва ясси кизил темирлаткида, нейродермитда, пуфакча касалликларида кузатилади.

Спонгиоз — бу ўзгаришлар хужайралараро шиш, асосан тиканли қаватда бўлиб, кўпинча терининг яллиғланиш касалликларида учрайди. Маълумки, тери яллиғланганда шиш пайдо бўлади, улар хужайралар орасидаги экссудат кўпайганида ҳосил бўлади. Натижада тиканли қаватда хужайралар оралиғи кенгаяди ва ана ўша жойда бўшлиқ пайдо бўлади. Спонгиоз дерматит, экзема ва бошқа шунга ўхшаш касалликларда кузатилади.

Гранулема — бу ўзгариш терининг дерма қаватида кузатилади ва бир қанча хужайрадан ташкил топади (лимфоцитлар, моноцитлар, макрофаглар), кўпроқ сурункали тери касалликларида кўрилади (сурункали пиодермит, аллергия касаллиги, терининг юкумли касалликлари ҳисобланган сил, мохов, замбуруғ хасталиклари). Бундан ташқари, гранулема ёғли бирикмалар тери орасига кириб колганда ҳам учраши мумкин. Унинг

гистологик тузилиши эпителий ва ядролари бўлган бахайбат хужайралардан иборат. Шиллик каватдаги дистрофик ўзгаришлар эпидермис ва дерма каватида кузатилади, у теридагидан бир оз фарқ қилади.

Тери касалликларининг асосий сабаблари. Тери касалликларини келтириб чиқарадиган *экзоген* ёки *ташқи таъсиротлар* натижасида пайдо бўладиган омилларга қуйидагилар киради: механик ва физик таъсиротлар, кимёвий моддалар, микроблар, замбуруғлар, вируслар, паразитлар.

Эндоген ёки *ички* аъзолардан келиб чиқадиган тери касалликларига қуйидагилар: асаб, яъни нерв системасининг ўзгаришлари, ички секреция безлари ҳамда моддалар алмашинувининг бузилиши, витаминлар алмашинувининг издан чиқиши, овқат ҳазм қилиш, кон томирлар ва кон яратиш системасининг бузилиши, аллергия ҳолатлар, яъни организм сезувчанлигининг ошганлиги сабаб бўлади. Қуйида ана шу омиллар тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамыз.

Экзоген сабаблар — механик таъсирлар, ишқаланиш, босилиш, терининг чўзилиши терининг тезда шикастланишига олиб келади, натижада терида шилиниш, ёрилиш, кичик жароҳатлар пайдо бўлади, бу патоген микробларнинг ўтишига йўл очиб беради.

Физик таъсиротлар. Паст ва юқори ҳаво ҳарорати терининг совиб кетишига ёки терининг хаддан ташқари тер чиқаришига сабаб бўлади. Батъи цехларда ишчилар жуда юқори ҳароратда ишлайдиган, бунда жуда кўп тер ажралиб чиқади ва микроблар кўпайиши учун қулай шароит туғилади. Бундан ташқари, нурлар ҳам (рентген, қуёш, лазер, ультрабинафша, радиоактив) дерматит, экзема, ўсма касалликларини келтириб чиқариши мумкин.

Кимёвий моддалар. Айниқса ҳозирги вақтда халқ хўжалигининг барча соҳаларида қўлланилади. Бу моддалар жуда хилма-хил бўлиб, таъсир кўрсатишига биноан икки хил бўлади: 1) териға тўғридан-тўғри таъсир этиб, яллиғланиш касаллигини келтириб чиқарадиган моддалар (масалан, кучли кислоталар, ишқорлар, тузлар ва бошқ.) ва 2) турли кимёвий моддалар ва уларнинг бирикмалари тери орқали секин-аста сўрилиб организм сезувчанлигини ўзгартирадиган моддалар, булар *аллергенлар* деб аталади. Иккинчи гуруҳга кирадиган кимёвий моддалар ҳамма одамларда ҳам касалликни келтириб чиқаравермайди. Бундан ташқари, дорилар ҳам касалликка сабаб бўлиши мумкин. Буни дори дерматити, дори токсикодерматити дейилади. Сўнгги 10—15 йил ичида бундай дори дерматитлари жуда кўп учраб туради.

Микроблар терида жуда кўп касалликларга сабаб бўлади. Улар болалар орасида учрайдиган трихофития, микроспория, фавус, эпидермофития, кандидамикоз, шунингдек фақат терида эмас, балки ички аъзоларда, суякларда чуқур микоз, актиномикоз, споротрихоз ва бошқа касалликларни келтириб чиқариши мумкин. Патоген, яъни юкумли микроблардан стрептококклар, стафилококклар, сил микобактерияси, мохов, гонококк, захм касаллигини пайдо қилувчи оқ трепонема ва бошқалар ҳам касалликка сабаб бўлади.

Филтрланувчи вируслар ҳам касаллик пайдо қилади (сувчечак, пуфакчали ва ўраб олувчи темиртки, сўгаллар ва бошқалар). Паразитлар, яъни бит, бурга, қандала, чивинлар терида яшаб баданнинг қичишишига сабаб бўлади ва йирингли касалликларнинг пайдо бўлишига олиб келади.

Эндоген ёки ички сабабларга кўра тери касаллигининг келиб чиқиши. Нерв системаси вазифасининг ўзгаришлари тери касалликларидан экзема, нейродермит, ясси қизил ва кипикли темиртки ва бошқаларга сабаб бўлиши мумкин. Бундай касалликларда беморнинг асаби анчагина ўзгаради. Бундан ташқари, кўпгина касалликлар аллергия ҳолатни юзага келтиради. Бунда ҳам нерв системасининг роли катта. Бу фикрни И. П. Павловнинг шогирди М. К. Петрова ўтказган тажрибага асосланиб тасдиқлаш мумкин. У итларда тажриба ўтказиб, невроз пайдо қилганда уларда тери касалликлари, трофик яралар, чипқон пайдо бўлишини кўрсатиб берди. Шу касалликка тегишлича даво қилинганда тери касалликлари ҳам йўқолиб кетган. Одамларда эса тери касалликларининг келиб чиқишида асабий-руҳий изтироблар катта ўрин тутади.

Ички безлар вазифасининг бузилиши ҳам бир қанча тери касалликларини пайдо қилади (масалан, диабет, калконсимон без касаллиги, жинсий безлар вазифасининг бузилиши ва ҳоказо). Бунга мисол тарикасида ҳуснбузар (айниқса вояга етиш даврида), ҳомиладорларда учрайдиган дерматит, токсикодермия ва бошқаларни кўрсатиш мумкин.

Моддалар алмашинувининг бузилиши натижасида ҳам тери касалликлари келиб чиқиши мумкин. Масалан, диабет касаллигида чипқон пайдо бўлади, бунга сабаб қанда калцийнинг кўпайиб кетишидир. Бундан ташқари, пуфакча ёки пуфакчали тери касалликларида оксил моддалари камайиб кетади.

Витаминлар организмда етишмаси ҳам тери касаллана-

ди (масалан, витамин РР етишмаса пеллагра, витамин С етишмаса лавша, витамин А етишмаса тери шох каватининг иши бузилади, тери курук бўлиб қолади). Витамин D етишмаса рахит касаллиги пайдо бўлади. Овқат ҳазм қилиш аъзоларида ўзгариш бўлса ҳам тери касалликлари келиб чиқади. Масалан, ошқозон, ичак, жигар, ўт пуфагида бўладиган патологик ўзгаришлар ҳам тери касалликларига олиб келади.

Сезувчанликнинг ортиб кетиши ёки аллергия ҳолат кўпгина тери касалликларининг келиб чиқишига ва авж олишига сабаб бўлади. Аллергенлар деб аталувчи моддалар организмга таъсир этиб, организмда сезувчанликни ўзгарилади ва одам шу моддаларни кўтара олмайдиган бўлиб қолади. Мана бундай аллергияларга озиқ-овқат маҳсулотлари: ўсимликлар, доридармонлар, қишлоқ ҳўжалигида ишлатиладиган кимёвий моддалар, кир ювишда ишлатиладиган моддалар, цемент, ҳар хил бўёқлар, бензин ва ҳоказолар киради.

Юқорида келтирилган турли хил моддалар организмга секин-аста сўрилиши натижасида тўқималарда ўзгаришлар кузатилади, бу сенсибилизация ёки сезувчанликнинг тўйинган ҳолати дейилади. Организмда аутоаллергия ҳолати юзага келади ва ҳар хил аллергия тери касалликларининг вужудга келишига сабаб бўлади.

Тери касаллигининг умумий белгилари. Тери касаллигининг белгилари иккига бўлинади: 1) беморнинг шикояти: қичишиш, оғриқ, тортишиб қолиш, тери сезувчанлигининг камайиб қолиши, бадан увишиши, иситмалаш, ёмон ухлаш, асабнинг бузилиши ва бошқалар; 2) терига тошма тошиши: бу тошмалар яллиғланиб ва яллиғланмасдан ўтади. Тери тошмаси морфологик элементлар деб ҳам аталади. Теридаги морфологик элементлар бирламчи ва иккиламчи элементларга бўлинади.

Бирламчи тошмалар 8 хил бўлади: 1) доғ; 2) тугунча; 3) дўмбоқча; 4) тугун; 5) пуфакча; 6) пуфак; 7) йирингча ёки мадда ва 8) кавариқ ёки бўртмача.

Терининг бўшликсиз бирламчи тошмалари. Доғ деб терининг ранги ўзгариб қолган жойда пайдо бўладиган тошмага айтилади. Доғлар яллиғланадиган ва яллиғланмайдиган бўлиши мумкин. Яллиғланадиган доғларда тери кизаради, баъзан кўкимтир тус олади, бордию доғ бармоқ билан босилса, йўқолиб кетиб кейин тезда яна пайдо бўлади, қон томирлар гоҳ торайиб, гоҳ кенгаяди (3-расм).

Яллиғланмайдиган доғлар — туғма ёки орттирилган бўлиши мумкин, буларга оқ доғ (пес касаллигида),

хол ёки терининг куйиши ва бошқа хасталиклар туфайли қоладиган доғлар киради. Масалан, юрак-томир касалликларида кузатиладиган доғ кўпинча юз соҳасида учрайди.

Доғлар одатда эпидермиснинг базал ёки дерманинг юқори қаватида пайдо бўлади. Баъзи ҳолларда терининг эпидермис қисмида пигмент кўпайиб кетади, бунга *гиперпигментация* дейилади (масалан, хол, сепкил, хомиладор аёллар юзида бўладиган доғлар). Пигментнинг камайиб кетиши эса *депигментация* дейилади (масалан, пес,



3- расм. Доғ.

витилиго ёки оқ доғ). Бундан ташқари, кон томирлар ёрилганда пайдо бўладиган доғлар ҳам бўлади. Бу *геморрагик* доғ деб аталади. Геморрагик доғлар босиб кўрилганда ранги аста-секин ўзгариб боради, яъни дастлаб кизғиш, кейин кўкиш, кейин эса сарғиш-кўнгир рангга айланади. Бу доғларга петехиялар, пурпуралар ва экхимозлар киради.

Петехияларнинг катталиги мошдек, ранги кизил, шакли эса думалок бўлади. У теридан кўтарилмайди, бундай доғлар кизамиқда, скарлатинада ва шу каби юқумли касалликларда кўпроқ учрайди.

Пурпура доғининг катталиги нўҳатдек ва ундан каттарок бўлади, ранги кизил, кўриниши думалок шаклда, тери устидан кўтарилмайди, кўпинча бод касаллигида учрайди.

Экхимозларнинг катталиги кўпинча 3—5 тийинлик тангадек, шакли нотўғри, ранги кизил бўлади. Улар кейинчалик ўзгариб, доғ ўрнида ҳеч қандай асорат қолмайди, яъни 1 ёки 2 ҳафтадан кейин тери асли ҳолига келади. Туғма доғларнинг кетиши анча қийин.

Тугунча — тери сатҳидан кўтарилиб турадиган бўшликсиз элемент. Унда патологик ўзгаришлар эпидермисда ва дерманинг юза қаватларида кузатилади. Ту-



4- расм. Тугунча.

гунчанинг катталиги 2—3—5 тийинлик тангадек бўлиши мумкин. Улар катта-кичиклигига қараб турлича номланади. Масалан, энг кичик тугунча милиар, ясиқдек тугунча лентикюляр, тангадек келади-гани ликопчалар номи билан аталади. Тугунчанинг ранги ҳар хил бўлиши мумкин. Дастлаб уларнинг ранги пушти, кизил, қизғиш, қўнғир, мисдек кизил, кўкиш кизил бўлиб, кейинчалик сўрилиб кетади. Тугунча кўпинча қўлтиқ остида, аёлларда кўкрак беши остида, жинсий аъзолардаги бурмаларда ва бошқа жойларда учрайди. Тугунчаларнинг устки қисми кепаклана-

ди (псориазда) ёки йилтираб туради (айниқса ён томондан қараганда) баъзан ҳеч қандай ўзгариш бўлмаслиги ҳам мумкин (бу кўпинча захмининг иккиламчи даврида учрайди) (4- расм).

Дўмбоқча тери сатҳидан кўтарилиб туради, бу ҳам бўшлиқсиз элементлар қаторига киради. Дўмбоқчада патологик ўзгаришлар терининг эпидермис, дерма қаватини бутунлай эгаллайди ва тугунчага нисбатан чуқурроқ жойлашади. Шунинг учун ҳам дўмбоқчадан кейин чандик қолади. Дўмбоқчаларнинг катталиги тарикдек, мошдек ва нўхотдек бўлиши мумкин. Шакли эса яримшарсимон ёки конуссимон, ранги пушти-кизил, сарғиш кизил, мисдек кизил бўлади ва ранглари ўзгариб бориб, бир неча кундан кейин сўрилиб кетади. Ана шу давр ичида дўмбоқча (эволюция) турли рангга кириб секин-аста яллиғланиш даври бошланади, дўмбоқчаларнинг марказий қисмида некроз пайдо бўлади, кейинчалик эса дўмбоқча яраси ҳосил бўлади. Яранинг юқори қисмида қорақўтир пўстлок кўриниб туради. Пўст тушиб кетганидан кейин яра ўрнида кўпинча чандик қолади (5,6- расмлар).

Дўмбоқчанинг каттик-юмшоқлиги ҳар хил бўлади. Масалан, захм касаллигида дўмбоқча каттик, тери силида



5- расм. Дўмбоқча.



6- расм. Тугун.

эса хамирсимон, моховда ўртача каттикликда бўлади. Шунинг эслатиб ўтиш керакки, баъзи ҳолларда дўмбоқчалар чандик қолдирмайди, дўмбоқчалар юзарок жойлашган бўлади, бу вақтда тери нормал сатҳидан пастроқ кўриниши билан чандикдан фарқ қилади.

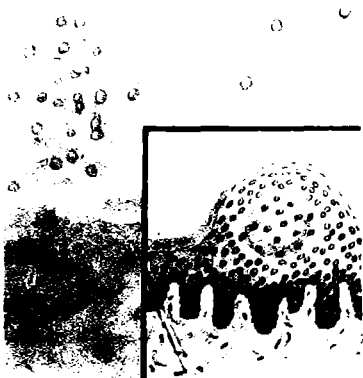
Тугун ҳам бўшликсиз элемент каторига киради, тери устидан кўтарилиб туради. Тери ости каватидан секин-аста ўсиб бориб, катталиги ёнғокдек ёки тухумдек бўлиши мумкин. Тугун пайдо бўлганда патологик ўзгаришлар эпидермисда, терида, тери остки қатламининг ёғ каватида кузатилади.

Тугуннинг каттик-юмшоқлиги ҳар хил бўлиши мумкин. Тугунда яллиғланиш йиғиндилари бошқа элементларга нисбатан секинроқ боради, сўнгра тугун ёрилиб, унинг ичидан экссудат чиқади. Суюқлик таркибига кўра елимсимон, қон аралаш ва йирингли бўлиши мумкин. Тугун ёрилгандан сўнг ўрнида чуқур яра пайдо бўлади. Бу яра ўз ўрнида ямоқ ёки чандик қолдиради. Баъзи ҳолларда ямоқ қолмаслиги ҳам мумкин. Тугунлар захмда, тери силида, моховда ва Боровский касаллигида кузатилади.

Терининг бўшлиқ ҳосил қиладиган бирламчи тошмалари. Бирламчи тошмаларга пуфакча, пуфак, йиринг ва бўртма киради.



7- расм. Пуфакча.



8- расм. Пуфак.



9- расм. Йирингча.

Пуфакча терининг эпидермис қаватидаги кўпгина ҳужайраларнинг яллигланишидан ҳосил бўлади. Одатда пуфакча ичида суюқлик бўлади. У тери сатҳидан бир оз кўтарилиб туради. Шакли думалок ёки чўзинчоқ бўлади. Пуфакча ичидаги суюқлик оқ ва қизил қон таначаларидан иборат бўлиши мумкин. Пуфакчалар ёрилгандан кейин эрозия ёки шилиниш пайдо бўлади ва унинг сатҳи, юзаси намланади, бу айниқса экзема касаллигида кўзга яққол ташланиб туради. Пуфакчаларнинг катталиги ҳар хил бўлади, улар бир-бири билан қўшилиб каттагина

юзани ҳосил қилади. Тери шилиниб, эрозиялар кўринади. Пуфакча фақатгина экзема касаллигида эмас, балки бошқа тери касалликларида ҳам учраб туради (7,8,9- расмлар).

Пуфак аслида катта пуфакча бўлиб, бунда ҳам суюклик тўпланади, у тери юзасидан кўтарилиб туради. Шакли думалок ёки чўзиқ бўлиши мумкин. Пуфак ёрилиб ичидан суюклик чиқади, ёрилган пуфак ўрнида шилиниш ҳосил бўлади. Орадан 2—3 кун ўтгач, шилинган пуфак ўрни пўстлок билан қопланади. Сўнгра у тушиб кетиб, ўрнида оқиш доғ пайдо бўлади. Кейинчалик бу доғ ҳам йўқолиб, тери ўз аслига келиб қолади. Пуфак кўпинча терининг куйишидан ёки бирон каттик нарса терига тегишидан келиб чиқади.

Йирингча. Бу тошма тери юзасидан кўтарилиб туради, ичида эса йирингли суюклик бўлади. Унинг ранги сарғиш бўлиб, катталиги нўхатдек бўлиши мумкин. Йирингчанинг шакли думалок, яримойсимон, конуссимон ёки ясси бўлади. Йирингли суюклик таркибида жуда кўп ок кон таначалари, альбумин ва глобулинлар бор, булар яллиғланиш натижасида ҳосил бўлган, яъни ўлган ҳужайралардан ташкил топган. Йирингча терининг эпидермис, дерма ва ёғли қаватини шикастлайди. Йирингчани 5 турга бўламиз. 1. Худди пуфакка ўхшаб йирингчанинг катталиги ҳам тарик ёки мошдек бўлади. У ясси, ранги сарғиш, кўкимтир, ичида йирингли суюклик бўлади, бу баъзан сачратки ҳам дейилади. Уни стрептококклар пайдо қилади, жуда тез тарқалади. Йирингча кўпинча терининг юз қисмида бўлади.

2. Соч атрофида бўладиган йирингча остеофолликулит дейилади, йирингчанинг ўртасидан бир дона соч кўриниб туради, атрофи эса пича кизарган бўлади. Бу соч атрофидаги юза йирингча деб аталади.

3. Соч атрофида ва сочнинг илдиз қисмида (фолликулит) бўладиган йирингли тошма теридан кўтарилиб туради, шакли кўпинча конуссимон бўлиб, ўртасида сарик, кўкимтир рангли мадда бўлади, катталиги мошдек ва ундан каттарок, ёрилгандан сўнг сарғиш рангли йирингча яра сатҳида котиб қолади. Унинг ўрнида доғ қолиши мумкин, лекин кейинчалик бу доғлар чандиксиз йўқолиб кетади. Агар фолликулит юзаки бўлса (фолликулит дермага ўтганда), у ҳолда албатта чандик ёки ямок қолиши мумкин. Бу касалликни стафилококклар келтириб чиқаради.

4. Чуқур йирингли яра (тошма) кўпинча асосий терини ва эпидермисни зарарлантиради, натижада каттакон яра пайдо бўлади. Бу йирингча теридан бир оз кўтарилиб туради, шакли думалок, атрофидаги тери кизаради, катталиги 2—3—5 тийинлик тангадек, кенг тарқалиб боради. Кейинчалик тошманинг устки қисмида қора кўтир

ёки пўстлок пайдо бўлади, лекин шунда ҳам корақўтир тагидан суюқлик чиқавериши мумкин. Шунинг учун бу тошма тез кунда битиб кетмайди, ўз ўрнида ямоқ қолдириб битади. Бу касалликка кўпинча стрептококклар сабаб бўлади. Масалан, эктема, ва захм касаллигида ҳам учраб туради.

5. Катламли йирингча. Йирингли тошма эктимасидан пайдо бўладиган яллигланиш жараёни давом этаверса йиринг котади, натижада пўстлок ҳосил бўлади. Унинг ранги сарғиш-кўнғир бўлади. Йиринг пўстлок остидан чиқаверади, устки катламдаги пўстлок эса котаверади, натижада бу пўстлоқлар тери юзасидан анчагина кўтарилиб туради ва катлам-катлам кўринишда бўлади. Бу ярали йирингча ўрнида доимо ямоқ қолади ва кўпинча кипикли темирткида ва захмнинг иккиламчи даврида кузатилади. Бу касаллик кейинги йилларда камдан-кам ҳолларда учрайди. Бундан ташқари, йирингчалар теридаги ёғ безлари атрофида ҳосил бўлса, ҳуснбузар пайдо бўлиши мумкин. Бу кўпинча ўсмирларда учрайди.

Бўртма ёки **каварик** бўшлиқни ҳосил қилади ва теридан бир оз кўтарилиб туради. У думалок, чўзинчок ёки нотўғри шаклда бўлиши мумкин, ранги қизил, қизғиш, баъзан эса оч қизил тусда бўлади. Катталиги 1—2 тийинлик тангадек ва ундан ҳам катта бўлиб, баъзан одам кафтидек келади. Бўртма терининг эпидерма қаватидаги

ўзгариш натижасида ҳосил бўлади ва бирдан пайдо бўлиб, бир-икки соатдан кейин йўқолиб кетади. Бунда аввал терининг майда қон томирлари кенгайди, тери қизаради ва тошма шаклидаги бўртма ҳосил бўлади. Бўртмалар ўрнида ҳеч қандай асорат қолмайди. Бунга эшакем касаллиги ва баъзи ҳашаротлар чакқандан кейин қоладиган тошмалар мисол бўла олади (10- расм).

Терининг иккиламчи тошмалари: терида пайдо бўлган бирламчи тошмалар сўрилиш даврига ўтгандан кейин иккиламчи асоратлар қолдиради, булар иккиламчи тошмалар



10- расм. Бўртма.

деб аталади. Буларга қуйидагилар киради:

Иккиламчи доғ — терида бирламчи тошмадан кейин қоладиган доғ бўлиб, доғларнинг катта-кичиклиги бирламчи тошмалар ҳажмига қараб белгиланади. Улар тарикдан то нўхат катталигигача бўлиши мумкин, ранги кўпинча оқ, пушти ёки кизғиш тусда бўлади, бундай доғлар кипикли темираткида кузатилади.

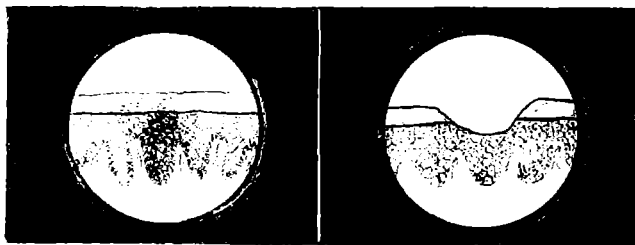
Бирламчи доғ, тугунча, пуфакча, пуфак, йирингчалар ўз ўринларида иккиламчи доғларни қолдиради, булар кўпи билан 1—2 ҳафтадан кейин йўқолиб кетади.

Пўстлоқ ёки майда кепакка ўхшаш тангача ёки кипикланиш. Пўст ташлаш одам терисида доимо кузатиладиган физиологик жараёндир. Одам ювинганда, чўмилганда у бутунлай йўқолиб кетади. Аммо тери касалликларида, бирламчи тошмаларда иккиламчи қолдиқ сифатида кўзга ташланади. Қипикланиш 2 хил бўлади: биринчиси — жуда майда, худди кепакка ўхшаш бўлади. Бу темираткида, иситмалаганда кузатилади, иккинчиси эса кепакдан йирикрок бўлади; бу кўпинча токсикодермияда ва терининг бутун сатҳи яллиғланганда кузатилади. Қипиклар майда, йирик, ранги эса оқ, сарғиш, кўкимтир ва қуларнғ бўлиши мумкин. Қипикланиш ходисаси паракератоз ва гиперкератозда аниқланади (11- расм).

Қатқалоқ. Қатқалоқ теридаги бирламчи пуфакча, пуфак, йирингча ва чуқур яралар каби тошмалар таркибидаги тиниқ ёки йирингли суюкликнинг қуриши натижасида пайдо бўлади. У тери юзасидан қўтарилиб туради, ранги ҳар хил бўлади. Масалан, суюклик тиниқ бўлса сарғиш, йирингли бўлса сарик, агар суюклик қон аралаш бўлса, унда кизғиш-қўнғир рангли қатқалоқ ҳосил бўлади. Қўчиб тушгандан сўнг унинг ўрнида доғ ҳосил бўлади, кейин терининг ранги дастлабки кўринишга эга бўлади.

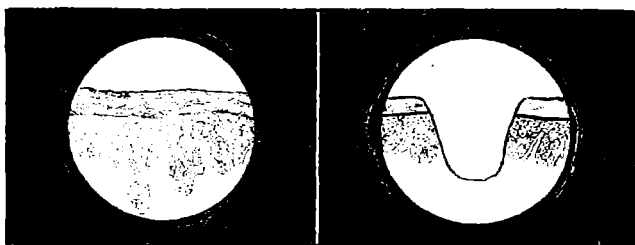
Шилиниш. Бу пуфакча, пуфак, йирингчаларнинг ёрилиши натижасида пайдо бўлади. Бу тошмаларнинг ўрнида юза чуқурчалар кўриниб туради. Шакли думалок ёки чўзинчоқ бўлади. Албатта шилинган юзада суюклик бўлиб, кейинчалик у қурийди ва унинг ўрнида қатқалоқ ҳосил бўлади. Шилинган жойда баъзи ҳолларда тугунча қолиши ҳам мумкин. Масалан, тугунча қўлтиқ остида ёки аёлларнинг кўкрак безлари тагида, жинсий аъзо бурмаларида бўлса, тери бир-бирига ишқаланиши натижасида тугунчалар юзаси шилиниб кетади, бунга мисол қилиб захм касаллигининг иккиламчи даврида пайдо бўладиган тугунчалар шилинишини олишимиз мумкин.

Чақаланиш. У терининг юза жароҳатланиши, кўпинча тери кичишиши натижасида пайдо бўлади. Терининг бутунлиги бузилади, факатгина эпидермисда ўзгариш кузатилади. Чақаланган жой жуда тез битиб кетиб, ўрнида ҳеч қандай асорат қолмайди. Кўриниши чизиксимон бўлади, усти бир оз кизғиш катқалоқ билан қопланади. Чақаланиш баъзи бир тери касалликларида кузатилиши мумкин (масалан, тери кичимаси, нейро-дермит, гуш ва бошқа).



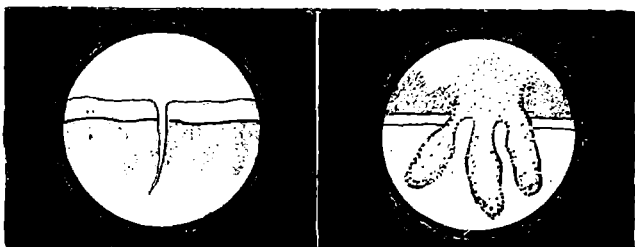
**ПИГМЕНТЛИ
ДОҒ**

ШИЛИНИШ



ПЎСТЛОҚ

ЯРА



ЎРИЛИШ

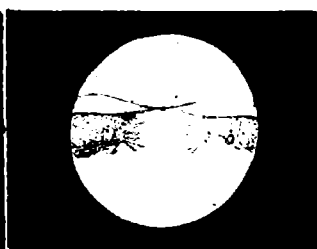
ТАРҚАЛИШ

Яра. Яранинг асорат қолдирувчи бирламчи тошмаларига тугун, дўмбоқча, ўсмалар, чукур ярачалар киради. Бу тошмалар терининг эпидермис, дерма ва ёғ қаватини шикастлаши мумкин. Буларнинг ёрилиши яра, яъни чукур яра пайдо бўлишига олиб келади. Яранинг чети ва туби бўлади. Ярадан турли хил суюқликлар чиқиб туради. Атрофи кизариб, ушлаб кўрилганда каттик ёки юмшок бўлиши мумкин. Яранинг чети бир неча хилда бўлади: 1) чети йўқ яра; 2) чети тўғри яра; 3) чети эгри-бугри яра; 4) чети осилган яра; 5) чети кайрилган яра. Яранинг туби тарелкасимон ёки текис бўлиб, унда турлича суюқлик тўпланиши мумкин. Бу суюқликлар йиринг, қон аралаш ва тиник рангда бўлиб, яранинг устида қотиб қолади. Яра 1—2 ойга чўзилиб, ўрнида ямоқ ёки чандик қолади. Яралар сурункали йирингли касалликларда, захмнинг оғир турида, мохов касаллигида учраб туради.

Ёрик кўпинча терининг қуриб тортилиши натижасида келиб чиқади ҳамда эпидермис ва дермада жойлашади. Тери яллиғланганда қайишқоқлигини йўқотади, натижада



КАТҚАЛОҚ



ЧАНДИК



ЧАҚА



ДАҒАЛЛАНИШ

юза ва чукур ёриклар ҳосил бўлади. Ёрик кўпинча тери бурмаларида, оёкда, кафтда учрайди. Унга вақтида даво қилинмаса иккиламчи микроблар тушиб, яллиғланишга олиб келади. Теридаги чукур ёриклар ўздан кейин ямоқ қолдириши мумкин. Ёрик кўпгина касалликлар (кипикли темираткида, гуш, замбуруғ касалликларида, тошмали тери касалликларида кузатилади.

Чандик. Чандик қолдирувчи тошмаларга дўмбоқча, тугун, чукур йирингчалар киради. Булар ўз навбатида чукур ярага айланиб, яранинг ўрнида ямоқ ёки чандик қолади. Чандикнинг катталиги ярага боглик, унинг ранги қизғиш, кейин эса оқиб бўлади. Бундан ташқари, ямоқлар келлоид ўзгаришларни келтириб чиқаради. Келлоид ямоқлар терида узок вақт сақланади, баъзи ҳолларда улар катталашиб, ўсмага айланиши ҳам мумкин. Ямоқларнинг гистологик кўриниши сурункали яллиғланишга ўхшаб кетади.

Терининг дағаллашиши. Бунда тери қурий бошлайди, қалинлашади, унинг ранги ўзгаради, юза қисмида ажинлар пайдо бўлади, натижада тери дағаллашади. Бу кўпинча сурункали тери касалликларида кузатилади (сурункали гуш, нейродермит, кичима, ретикулёз). Агар қўл билан терининг дағал жойи бурилса, у йигилмайди, жуда дағал, четлари ҳам қаттиқ бўлади. Терининг дағаллашган қисми яллиғланади, бунда эпидермиснинг наъматаксимон қаватидаги ҳужайралараро тузилишда ўзгаришлар юз беради.

Тери тошмалари бир хил бўлса, мономорфизм ҳодисаси кузатилади. Бу ҳол айниқса кипикли темираткида, қизил ясси темиратки, эшакем, пуфакчали касалликларда кўпроқ учраб туради. Борди-ю тошмалар ҳар хил бўлса, бунда полиморфизм ҳолати юзага келади. Бу айниқса гуш, мохов, дерматит, захм ва бошқа касалликларда кузатилади.

Юкорида таърифланган тошмалар мономорф (бир хил) тошмалар қаторига мансубдир. Амалиётда полиморф (бир хил бўлмаган) тошмалар ҳам учраб туради. Бундай тошмалар жумласига терининг жароҳатланган соҳасидаги кипикланиш, пўстлок, шилинишлар киради. Юкорида санаб ўтилган бирламчи тошмаларни аниқлаш жуда муҳим, улар беморга ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга.

Тери-таносил касалликларини ўрганиш ва аниқлашда тўғри хулоса чиқариш учун бошдан-оёқ синчиклаб текшириш зарур. Бунда теридаги ўзгаришларни диққат билан кўздан кечириб, қандай тошма бўлишидан қатъи назар қўл билан пайпаслаб кўриш лозим. Шундан сўнг хулоса чиқарилади.

Қасаллик тарихи куйидагича ўрганилади: 1. Беморнинг исм-фамилияси, ёши, турар жойи, ишлаш жойи, касби, касалхонага тушган вақти ва ташхиси.

2. Қасалхонага тушган вақтдаги шикоят.

3. Қасаллик тарихи (қачондан бери бемор касал? Қандай аломатлар кузатилган? Бемор қайси касалхонага мурожаат этган ва врач қандай дори-дармонлар буюрган, тузалаянтими ёки йўқми? Агар бемор бундан олдин касалхонага ётган бўлса, қандай ташхис билан ётган ва қандай даволанган, тузалиб кетдими? Орадан қанча вақт ўтгандан сўнг касаллик қайталаган ёки ишга тушгандан қанча кейин бемор қайта касалланган. Қасалхонада ётганда қандай дори-дармонлар билан даволанган? Қасалхонага ким йўлланма берган, қайси поликлиника ёки қайси тери-таносил касалликлари диспансери. Қандай ташхис қўйилган?

4. Беморнинг ҳаётий тарихи. Қачон ва қаерда туғилган, маълумоти, касби, ишхонадаги шароити? Турмуш қургани, қурган бўлса қачон ва нечта фарзанди бор. Жинсий алоқани қачон бошлаган (таносил касалликлари учун)? Аёлларда ҳайз кўриш қай тарзда ўтади? Қандай касаллик билан оғриган? Ичкилик ичиши ва чекиши? Дори-дармонларни қандай қабул қилади.

5. Беморнинг ҳозирги даврдаги аҳволи. Терисининг ранги ва ҳолати, олдинги тери касаллигининг қолдиқлари (доғлар, атрофик ямок ва чандиклар). Соч толаси, тирноқлар ва фолликулаларнинг кўриниши. Ички аъзолар, юрак-қон томирлари, нафас олиш, овқатланиш, асаб, эндокрин безлар, жинсий ва сийдик чиқарув аъзолари. Лимфа тугунларида бўладиган ўзгаришлар ва уларни кўздан кечириш, ўзгариш бўлса қандай даво чоралари кўрилган?

6. Теридаги ўзгаришлар.

1) Теридаги бирламчи тошмаларнинг номлари, катталиги, шакли, ранги, чегараси, каттик-юмшоқлиги, қандай жойлашганлиги, оз-кўплиги. Тошмалар бир хилми ёки ҳар хилми, тошмаларнинг тарқалиши, иккиламчи тошмалар, тери намланганми ёки йўқми, уларнинг ҳолати.

2) Теридаги ўйма яраларни текшириш усули: яранинг жойлашган ери, катталиги, шакли, чети, атрофи. Ярадан чиқаётган суюклик, унинг каттиқ-юмшоқлиги, усти нима билан копланганлиги, яранинг сони, оғриш-огримаслиги, Ярадан чиққан суюкликни текшириш ва уларнинг натижаси (микроскоп остида кўриш ёки экиш усули билан аниклаш).

7. Лабораторияда текшириш усули: (кон, сийдик, ахлатни) Вассерман реакцияси ёрдамида, биокимёвий усулда, ЭКГ ва ҳоказо.

8. Касалнинг тахминий ташхиси.

9. Касалнинг қиёсий ташхиси.

10. Касалликка охирги ташхис.

11. Беморни даволаш.

12. Кундалик кузатув.

13. Касалликка хулоса чиқариш.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ САБАБЧИЛАРИ

Тери касалликларини келтириб чиқарадиган сабаблар турлича. Тери ва шиллик пардалар бошқа аъзоларга караганда ташки муҳит таъсиротларига кўп учрайди. Қислота ва ишқор эритмалари, металллар, қишлоқ хўжалигида ишлатиладиган кимёвий моддалар ва бошқалар ана шундай таъсирловчилар қаторига киради. Лекин бу таъсир терининг физиологик фаолияти бузилиши натижасида келиб чиқади. Бунда албатта асаб системасини, ички аъзоларни ва терининг химояловчи вазифасини ҳам ҳисобга олиш зарур. Шу билан бирга тери касалликлари бутун организмга ҳам таъсир этади. Демак, тери касаллиги фақат теригагина эмас, балки бутун танага салбий таъсир кўрсатади. Тери касалликларини келтириб чиқарувчи сабаблар шартли равишда ташки (экзоген) ва ички (эндоген) омилларга ажратилади.

Экзоген таъсиротларга физик, кимёвий моддалар, микроблар ҳамда ўсимлик ва ҳайвон паразитлари киради.

1. **Физикавий таъсиротлар** натижасида келиб чиқадиган касалликларга: механик, ишқаланиш, босим, чўзилиш натижасида келиб чиқадиган тери касалликлари киради. Бунга юқори ва паст ҳарорат, қуёш нури, рентген, лазер, ультрабинафша, радиацион нурлар таъсирида пайдо бўладиган дерматит, экзема ва ҳатто хавфли ўсма касалликлари мисол бўлиши мумкин.

2. **Кимёвий моддалар** жуда хилма-хил бўлиб, улар ишлаб чиқаришда, корхоналарда ва турмушда ишлатилади, тиббиётда қўлланиладиган кўпгина дори-дармонлар ҳам

тери касалликларини келтириб чикаради. Бундан ташқари, кишлок хўжалигида ишлатиладиган кимёвий моддалар, ўғитлар ҳам тери ва шиллик пардани захарлайди. Кимёвий моддаларнинг яна бир хусусияти шундаки, улар фақат тери ва шиллик пардага таъсир этибгина қолмай, балки тананинг сезувчанлигини ҳам ошириб, аллергия ҳолатни юзага келтиради ҳамда терида, шиллик пардада ва организмда аллергия касалликларни келтириб чиқаради (эшакем, ринит, конъюнктивит, бронхит астма ва бошқалар).

3. **Микроблар** (айниқса стрептококклар, стафилококклар) терининг йирингли касалликларига сабаб бўлади: сил таёқчаси — тери силини, мохов таёқчаси — мохов касаллигини, лейшманиоз — ёмон жароҳатни, гонококк — сўзакни, оқиш трепонема — захми, трихомоназ-трихомонада касаллигини пайдо қилади. Вируслар эса оддий учукни, ўраб олувчи темирткини, сўгални ва шунга ўхшаш касалликларни келтириб чиқаради.

4. **Замбуруғлар** терида ва шиллик пардада турли касалликлар келиб чиқишига сабаб бўлади. Масалан: трихофития, микроспория, қал, оёқ ва қов миқозлари, ачитқисмон замбуруғлар (кандидамикозлар) оғиз бўшлиғи шиллик қаватида — оғиз оқариши, лаб бичилиши кабиларни келтириб чиқаради. Бундан ташқари, замбуруғлар тери ости ёғ қаватини, суякларни, ички аъзоларни шикастлантириб, оғир замбуруғ касалликларни — актиномикоз, кандидамикоз, споротрихоз ва бошқаларни келтириб чиқариши мумкин.

5. **Паразит жониворлардан** бит, бурга, қандага, чивин, каналар одам терисини чақиб, баданнинг қичишишига, ачишишига сабаб бўлади, бунинг натижасида йирингли касалликлар пайдо бўлади.

6. **Ўсимликлар** ҳам (пахта, жўхори, ялпиз, келин тили, қаноп, беда) терининг яллиғланиш касаллигини келтириб чиқаради.

Тери касалликлари сабабчиларига нисбатан организмнинг қаршилиги турли одамларда турлича бўлади. Айниқса асаб системаси, ички аъзолар вазиқасининг бузилиши ва бошқа омиллар организмнинг қарши курашиш қобилятини сусайтириб, тери касаллигининг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Асаб системасининг бузилиши тери касалликларини келтириб чиқариши мумкин. Масалан, нейродермит, гуш, қизил ясси темиртки, тери қичимаси, қичима ва бошқалар. Қўпгина тери касалликларида аллергия ҳолат кузатилади, натижада турли-туман таъсиротларга нисба-

тан организмда сезувчанлик ортиб боради. Буларнинг ичида бизга маълумлари озиқ-овқат маҳсулотлари, дорилар, кимёвий моддалар ва бошқалар. Булар ўз навбатида аллергия тери касалликларини келтириб чиқаради. Бундай аллергия ҳолатда асаб системаси фаолиятининг бузилиши М. К. Петровнинг итларда ўтказган тажрибаларида тасдиқланган. Уларда невроз оқибатида турли тери касалликлари пайдо бўлган, масалан чипкон, трофик яра ва бошқалар.

Ички безлар фаолиятининг бузилиши натижасида ҳам турли тери касалликлари келиб чиқади. Масалан, ошқозон ости беzi фаолиятининг бузилишидан диабет, ўсмирлик даврида жинсий аъзоларнинг ривожланиши натижасида терида себорея ва хуснбузар, буйрак усти беzi пўстлок қавати фаолиятининг бузилишидан эса ўткир қизил югурук, пўрсилдоқ яра, ҳомиладорлик даврида ички безлар фаолиятининг бузилиши оқибатида бир қанча тери касалликлари (гуш, нейродермит, тери қичимаси) келиб чиқиши мумкин.

Моддалар алмашинувининг бузилиши ҳам тери касалликларига сабаб бўлади. Масалан, қон таркибида қанд микдори ошиб кетса чипкон, хўппоз ва бошқа йирингли касалликлар пайдо бўлади. Бундан ташқари сув, туз, оксил, карбонсув ва ёғ алмашинувлари бузилиши оқибатида тери касалликлари келиб чиқади. Бизга маълумки, пўрсилдоқ ярада (пузирчатка) сув-туз алмашинуви бузилади, ксантома касаллигида қонда холестерин кўпайиб кетади, фотодерматозларда эса — порфирин моддаси ҳам қонда, ҳам сийдикда кўпайиб кетади.

Витаминларнинг камайиб кетиши ёки етишмаслигидан ҳам тери касалликлари келиб чиқади. Танада витамин С, яъни аскорбинат кислота етишмаса лавша (цинга) касаллиги келиб чиқади. Витамин РР етишмаса — пеллагра ва витамин А етишмаса терининг эпидермис қаватида дағалланиш кузатилади, бу мугузланган гушда яққол кўринади. Шундай қилиб, организмда витаминларнинг аҳамияти жуда муҳимдир, айниқса тери касалликларида витаминларнинг кўпроқ қўлланиши ҳам бежиз эмас.

Ички аъзолар фаолиятининг бузилиши тери касалликларининг келиб чиқишида ўзига хос аҳамият касб этади. Бу ўринда овқат ҳазм қилиш аъзолари, айниқса меъда-ичак касалликларида гуш, нейродермит, аллергия дерматитлар, тери қичимасининг тез-тез қайталанишини кузатиш мумкин. Бундан ташқари, жигар, ўт пуфаги ва буйрак фаолиятининг бузилиши ҳам тери касалликларига олиб келади.

Кон томир, кон яратиш системаси касалликлари ҳам тери ва тери ости ёғ қаватларида турли хил тери касалликлари келиб чиқишига сабаб бўлади.

Тери ва шиллик парда касалликлари орасида наслдан наслга ўтадиган касалликлар ҳам бор. Масалан, пес (витилиго), кипикли темиртки, балик пўсти касаллиги ва бошқалар шулар жумласидан. Бунга сабаб ота-онадаги кўпгина хусусиятларнинг болага ўтишидир. Бу хасталиклар энг аввало асаб системаси фаолияти издан чиққанда юзага келади.

Тери ва шиллик парда касалликларига ташхис қўйиш асослари

Ушбу касалликларга ташхис қўйишдан олдин беморнинг барча аъзоларини албатта кўздан кечириб чиқиш керак. Беморнинг шифокор билан биринчи мулоқоти унинг шикоятлари билан бошланади. Бемор ҳар хил шикоятлар билан мурожаат қилиши мумкин. Баъзи бир касалликларда эса беморлар ҳеч қандай шикоят қилмайдилар.

Беморни текшириб бўлгач, врач беморнинг касаллик тарихини ёзишга киришади.

Бемор дастлабки текширувдан ўтгандан сўнг шифокор унга тахминий ташхис қўяди. Кейин эса ана шу ташхисни тасдиқлаш учун касалликнинг клиник белгилари аниқланади ва лаборатория усули билан текширув ўтказилади. Албатта бунда беморнинг ҳаёти ва касаллик тарихи ташхисни аниқлашда муҳим ҳисобланади. Масалан, бемор ишхонада ёки уйда турли кимёвий моддалар билан ишлаши мумкин. Бизга маълумки, кўпгина корхоналарда, кишлоқ хўжалигида одамлар кимёвий моддалар билан ишлайдилар, ўша ҳаводан нафас оладилар, бу эса терига таъсир этиб, терининг яллигланишига олиб келади.

Бундан ташқари, ташхис қўйишдан олдин беморнинг боддан кечирган касалликлари, қариндош-уруғлари ўртасидаги наслий касалликлар, зарарли одатлар (ичиш, чекиш ва турмуш шароитлари)ни сўраб-суриштириш муҳимдир.

Шундан кейин касаллик тарихини йиғишга киришилади. Жумладан теридаги ва шиллик қаватдаги касалликнинг қачон бошланганлиги, қандай келиб чиққанлиги ва қайталанганлиги аниқланади.

Беморни албатта иссиқ ва ёруғ хонада, оғиз шиллик пардасини эса электр лампаси нурида кўриш керак.

Беморни текширганда тошмалар ёки шикастланган жойгагина эмас, балки теридаги бошқа ўзгаришларга ҳам

аҳамият бериш керак. Бундан ташқари, теридаги чандик ёки пигментли доғлар илгариги тошмаларнинг қолдиғи бўлса, улар ташхисни аниқлашда катта ёрдам беради.

Маълумки, тери касалликлари кўпинча ички аъзолар, асаб системаси, ички безларнинг ўзгаришидан кейин келиб чиқади. Шунинг учун тошмалар ўзига хос боғланиш билан биргаликда учрайди. Масалан, меъда ва ичак яллиғланишида теридаги касаллик қайталаниши мумкин, жигар, ўт пуфағи касаллигида ҳам шундай ҳолатлар учраб туради.

Тошмалар бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи тошмалар соғлом терига тошади. Иккиламчи тошмалар эса бирламчи тошмаларнинг ўзгаришидан ёки уларнинг сўрилишидан кейин келиб чиқади. Баъзи ҳолларда шуни эътиборга олиш керакки, теридаги ўзгаришлар бирламчи тошмаларсиз ҳам, иккиламчи тошмалардан кейин ҳам бошланиши мумкин. Масалан, қуруқ эксфолиатив хейлит, яъни лабнинг қизил жияғи яллиғланиши кепакланишдан бошланади, эрозив-яралли қизил темирлатки эса пуфакча бўлмасдан пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун бирламчи ва иккиламчи тошмалар деб шартли равишда ажратилган.

• • ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Тери касалликларини даволашда беморнинг ички аъзоларида, асаб системасида рухий ўзгаришларга олиб келадиган касалликлар бор-йўқлиги аниқланади. Кўпинча тери касалликлари ички аъзолар ва асаб системаси бузилиши ёки касалланиши натижасида келиб чиқади. Шунинг учун ўша беморга тўғри даво қилинса, у тезда тузалиб кетади.

Даволаш шартли равишда иккига бўлинади: биринчиси — умумий, иккинчиси — маҳаллий даволаш.

Умумий даволаш. Бундай усулда даволашда асаб системасини тинчлантириш, организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилятини ошириш, витаминлар етишмовчилиги сезилса витаминлар билан даволаш, микроблар пайдо қилувчи касалликларда антибиотиклар билан даволаш назарда тутилади.

Маҳаллий даволаш теридаги тошмаларнинг ўзгаришига қараб олиб борилади. Масалан, теридаги шикастланган жой пилчираб турган бўлса уни ювиш керак. Қуруқ бўлса малҳамлардан фойдаланиш зарур ёки шикастланган жой қотиб, кепакланиб турган бўлса унда ҳам ўзига хос малҳамлар қўлланади.

Умумий даволашда тинчлантирувчи, гистаминга қар-

ши, организмнинг курашиш қобилиятини оширувчи моддалар, витаминлар, гормонлар, антибиотиклар ҳамда парҳез буюрилади.

Тинчлантирувчи дорилардан бром бирикмалари, натрий бром, бромкамфора, валериана, аминазин, тироксазин, мепротан ва бошқалар тавсия этилади. Бу дорилар беморнинг асаб системаси кўзғалганда ва ниҳоятда қичишиш зўрайган вақтда буюрилади.

Бундан ташқари, асаб системасини тинчлантириш мақсадида беморга уйқу дорилари (ноксирон, тазепам, феназепам) берилади ҳамда гипноз ўтказилади, электр токи билан ухлатилади, бемор тинч ҳолатда қолдирилади.

Агарда беморда ўткир яллиғланиш жараёни кузатилса, у ҳолда кальций тузларидан кальций хлорид, кальций глюконат, лактат ва бошқа дорилар буюрилади. Бу дорилар асосан вегетатив нерв системасига таъсир этиб, қон ва лимфа томир деворлари ўтказувчанлигини меъёрига олиб келади. Худди шундай таъсир этувчи дорилардан натрий тиосульфат ҳам буюрилади. Юқорида кўрсатилган дорилар ҳам ичилади, ҳам кўк томирга инъекция қилинади.

Гистаминга қарши дорилар — кўпгина тери касалликларида гистамин моддаси таъсирида ёки гистаминга ўхшаш моддалар таъсирида аллергик касалликлар келиб чиқади. Натижада қизил доғ ёки бўртма пайдо бўлади, бунга қон томирлар деворининг ўтказувчанлиги ошиб кетиши сабаб бўлади. Мана шундай ҳолатларда беморга димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин ва бошқа дорилар берилади. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, баъзи бир оғир ҳолатларда гистаглобулин ҳам буюрилади. Бу дорини 1—3 мл дан ҳар 3—4 кунда тери остига юборилади, ҳаммаси бўлиб 4—8 та инъекция қилинади.

Организмнинг курашиш қобилиятини оширишга қаратилган даволаш. Бундай даволашда асосан организмда иммунитет ҳамда қондаги ўраб олувчи қон таначаларининг хусусиятини оширадиган усуллар қўлланади. Масалан, бемордан қон олиб, ўзига юборилади (аутогемотерапия), баъзи ҳолларда беморга қон қуйилади (гемотрансфузия). Бунда албатта дастлаб бемор қонининг группаси аниқланади. Қон ўрнини босувчи моддалардан гемодез, қон плазмаси, эритроцитар эритмалар, полигликтоген ва бошқалардан ҳам фойдаланилади.

Булардан ташқари, организмнинг қарши курашиш қобилиятини оширишда ҳароратни кўтарувчи (пироген) воситалар орқали даволаш ҳам қўлланади (масалан, пирогенал, сигир сути (лактотерапия), алоэ, плацента, шишасимон тана ва гамма-глобулин).

Витаминлар беморларни даволашда жуда катта аҳамиятга эга. Кўпинча баъзи бир тери касалликлари витаминлар етишмаслигидан келиб чиқади.

В и т а м и н С — аскорбинат кислота 0,1—0,3 дан бир кунда 3 маҳал ёки унинг 5 фоизли эритмаси 2—5 мл дан ҳар куни ёки кун ора қабул қилинади. Бундан ташқари, аскорбинат кислота наъматакда ҳамда бошқа мевалар таркибида учрайди (масалан, кизил сабзи, олма, узум, анор ва бошқалар).

Аскорбинат кислота организмдаги хужайралараро оксигенлаш жараёнини қайтадан тиклайди, кон томирлар деворининг ўтказувчанлигини камайтиради ва мустаҳкамлайди.

В и т а м и н Р (рутин) кунига 0,05 дан берилади (масалан, тугунли эритема, геморрагик васкулит ва бошқалар). Бу витамин майда кон томирларнинг ўтказувчанлигини камайтиради. Витамин Р кўпинча аскорбинат кислота билан биргаликда аскорутин номи билан аталади.

В и т а м и н В гуруҳига витамин В₁ (тиамин), В₂ (рибофлавин), В₅ (кальций пантотенат), В₆ (пиридоксин), В₁₂ (цианокобаламин), В₁₃ (ортотенат кислота), В₁₅ (пангомат кислота), витамин РР (никотинат кислота) мисол бўлади. В гуруҳдаги витаминлар аллергия ва гистаминга қарши кўпроқ қўлланади. Бундан ташқари, хужайралараро оксидланиш жараёнини қайта тиклашда иштирок этади. Витамин РР эса пеллагра касаллигида тавсия этилади, бу кон томирларни кенгайтиради, терини қуёшдан ҳимоя қилади ва жигар функциясини тиклайди. Витамин В₁ нинг 5 фоизли эритмаси 1 мл дан қабул қилинади.

Гормон препаратларидан преднизолоннинг катталарга бир кунлик ўртача миқдори 10—15 дан 30—40 мг гача, дексаметазонники 2—4 мг, триамцинолон эса 10—20 мг дан буюрилади. Бу дорилар миқдорини беморнинг аҳволига қараб кўпайтириш мумкин. 2 ёшгача бўлган болаларга эса оғирлигига қараб берилади, преднизолон, урбазон 1—1,5 мг, дексаметазон 0,1—0,2 мг, триамцинолон — 0,75—1 мг, 2 ёшдан ошган болаларга эса преднизолон — 10—25 мг, дексаметазон 1—3 мг, триамцинолон 6—16 мг гача тавсия этилади.

Ўткир дерматитда бир-икки ҳафта, сурункали тери касалликларида 1—2 ой, колган оғир тери касалликлари (пуфакли яра, системали кизилюгуруқ, дерматомиозит) да бир неча ой ва йиллаб буюрилади.

Гормон препаратларининг таъсирини ҳисобга олиб

у билан даволанаётган беморларга кальций тузлари, витаминлар ҳамда витаминга бой бўлган мева ва сабзавотлар тавсия этилади.

Агар бемор узок вақт гормон қабул қиладиган бўлса, у ҳолда калий ацетат, калий оротат, калий хлорид, панангин, гипотиозит препаратлари ичиб туриши буюрилади, чунки гормонлар узок вақт истеъмол қилинганда оғир асоратлар бериши мумкин. Гормон препаратлари ичида кўпроқ қўлланадиганлари преднизолон бўлиб, катталарда унинг бир кунлик ўртача миқдори 10—15 дан 30—40 мг гача, дексаметазон 2—4 мк, триамцинолон — 10—20 мг га тенг. Қанд касаллигида, қон босими ошганда гормон препаратларини бериб бўлмайди, чунки улар қон босимини кўтариб юборади. Бундан ташқари, узок вақт гормон дорилари қабул қилинганда қонда протромбин кўпайиб кетиши натижасида қон томирларда тромбоз кузатилади. Остеопороз кўпроқ умуртқа поғонасида, бўғимларда учрайди, бунда беморнинг иштаҳаси очилади, шунинг учун унинг сийдигини ва қонини қандга текшириш, қон босимини ҳар ҳафтада ўлчаб туриш керак. Мана шунинг учун ҳам гормон препаратлари миқдорини клиник тузалиш бошлангандан сўнг секин-аста камайтириш зарур. Охирги гормон миқдори касаллик қайталамаслигига қаратилган бўлиши лозим, акс ҳолда бемор қайта касалланиши мумкин. Гормоннинг охирги миқдори 1—2—3 таблетка бўлиши мумкин, лекин бу миқдор албатта унинг ҳолатига қараб буюрилади ва кузатиб борилади.

Гормон препаратлари таблетка, инъекция ва малҳам сифатида қўлланади (малҳамлардан синалар, синофлан, фторокорт, преднизолон, лоринден, флуцинар, гидрокортизон, депирзолон ва бошқалар).

Антибиотиклар билан даволаш. Тери касалликлари ичида терининг йирингли касалликлари муҳим ўрин тутди, айниқса болалар орасида кўпроқ учрайди. Бундан ташқари, баъзи бир касалликларда ҳам антибиотиклар тавсия этилади (масалан, склеродермияда, ўткир кизилюгуруқда, пушти темираткида ҳамда кизил ясси темираткида). Антибиотиклардан кўпроқ қўлланадигани пенициллин, ампициллин, тетрациклин, эритромицин, олететрин, канамицин, левомицетин ва бошқалардир. Пенициллин препаратларидан бензилпенициллин, пенициллиннинг калийли тузи, бициллин — 3,5 терининг йирингли касалликларида буюрилади. Пенициллин 500 000 ТБдан ҳар 3—4 соатда мушаклар орасига, бициллин — 3 ва бициллин — 5 эса 600 000—1 200 000 ТБ дан ҳар 1—2—3—5 кунда мушаклар орасига икки босқичли усулда

юборилади. Тетрациклин 200 000 ТБ дан ҳар 6 соатда, олететрин 250 000 ТБ дан бир кунда 4 маҳал берилади. Ўткир жароҳатларда антибиотиклардан мономицин, канамицин — 250 000 ТБ дан, тери силида эса — стрептомицин 500 000 ТБ дан мушаклар орасига инъекция қилинади.

Бундан ташқари, замбуруғ касалликларида гризеофульвин қўлланади, гризеофульвин 0,125 дан таблетка холида бўлиб, кўпинча микроспория, трихофития, оёқ микозида буюрилади.

Умуман антибиотикларни узоқ вақт бемор қабул қиладиган бўлса, албатта уларга 250 000—500 000 ТБ дан ҳар куни 4 маҳал нистатин берилади.

Болаларга пенициллиндан ташқари ампициллин, мицерин, линкомицин уларнинг ёшига ва аҳволига қараб буюрилади. Лекин шуни унутмаслик лозимки, антибиотиклар қабул қилган беморларда турли хил асоратлар келиб чиқади.

Юқорида кўрсатилган дорилардан ташқари, тери касалликларида сульфаниламидлар, безгакка қарши резохин, делагил, хингамин моховга сульфон бирикмалари, тери силига изоникотин бирикмалари, захмга бийохинол, бисмоверол ва бошқа бирикмалар қўлланади.

Маҳаллий даволаш. Маҳаллий ёки сиртдан даволаш аслида умумий даво ҳамдир, чунки маҳаллий даво воситалари турлича бўлиб, нерв томир системасига таъсир этади, бемор организмини тинчлантиради. Маҳаллий даво ҳар бир беморга алоҳида танланади. Шундан сўнг шикастланган ўчоқнинг қанчалик жароҳатланганлиги, касалликнинг босқичи, яллиғланиш жараёнининг юза ёки чуқурлиги, шунингдек бемор илгари ишлатган маҳаллий даво воситаларини ҳисобга олган ҳолда маҳаллий даволашни бошлаш мумкин.

Тери касалликларини маҳаллий даволашнинг турли усуллари бор (жумладан дориларни сепиш, намлаш ёки ҳўллаш (примочка), турли аралашмалар, малҳамлардан фойдаланиш). Кукун — порошок сиртдан сепилганда ўткир яллиғланиб турган терида кичишиш, ачишиш камайди, чунки кукун қизарган терини совутиш хусусиятига эга. Масалан рух кукуни.

Rp: Zinci oxydati
Talci veneti aa 15,0
M. D. S. Сиртдан суртиш учун.

Кукун таркибига ҳар хил кукун дорилар (масалан, борат кислота, ментол, салицил кислота ва бошқ.) ни қўшиш мумкин.

Намлаш (хўллаш). Сувда эрийдиган дорилар терини намлаш учун ишлатилади. Намлаш усулида намлаш учун қўлланадиган дорилардан бири олиб ишлатилади, бунда дока ёки бинт 4—5 қават қилиб букланади ва тайёрланган эритмага хўлланади, бир оз сиқиб сўнгра шикастланган жой устига боғлаб қўйилади. У куриб қолмаслиги учун ҳар 1—2 соатда намлаб турилади.

Иситувчи боғлам қўйиш. Бу усул ҳам намлашнинг бир тури, лекин бу боғлам кўпроқ муддатга қўйилади. Бу усул сурункали тери касалликларида қўлланади.

Rp: Sol. Resorcini 1 — 2 % — 200 мл

D. S. Сиртдан намлаш учун

Намлаш усулида жуда кўп дори эритмаларидан фойдаланилади. Масалан, резорцин, кумуш, фурацилин, риванол, танин ва бошқалар.

Чайқатма таркибида бир нечта дори бўлиб, кўпинча дерматит ва гуш касаллигида қўлланади. Чайқатмани қўллашдан олдин у албатта яхшилаб чайқатилади, чунки чўкма ҳосил бўлиб қолади, аралашганда эса бир меъёردа бўлиб, терига яхши таъсир кўрсатади.

Rp: Zinci oxydi

Talci

Glycerini $\overline{aa}$ 15,0

Ag. destill. ad 100,0

M. D. S. Сиртга суртиш учун (ишлатишдан олдин чайқатиш керак).

Чайқатмага турли дорилар (масалан, борат кислота, олтингургурт, ментол, ихтиол ва бошқаларни) қўшиб ишлатиш мумкин.

Хамирсимон малҳам (паста) бир нечта дорилар йиғиндисидан иборат бўлади. Дорилар йиғиндиси бир хил микдордаги дори, ёғ, мойлар асосида тайёрланади. Терининг сурункали касалликларидан гуш, нейродермит, кичимада қўлланади.

Rp: Acidi salicylatis 1,0

Zinci oxydi

Amyli tritici $\overline{aa}$ 25,0

Vaselini 50,0

M. f. pasta

D. S. Сиртдан суртиш учун (Лассар пастаси).

Малҳам. Малҳамлар тери касалликларини даволашда жуда кўп қўлланади. Улар тайёр ҳолда бўлади ёки шифокорлар кўрсатмасига асосан тайёрланади. Малҳамларни тайёрлашда ўсимлик ёғи, вазелин, ланолин ишлатилади. Малҳамлар кепакланишни, қичишишни камайти-

рувчи, зич тўқималарни бўшаштирувчи, сўрувчи таъсир этиб, терининг шикастланган жойи тезроқ тузалишига ёрдам беради.

Малҳамлар куйидагича ёзилади. Масалан, борат кислота малҳами:

Rp: Acidi borici 1,0
Vaselini ad 50,0
M. f. ung.
D. S. Сиртдан суртиш учун

Rp: Ung. Acidi salicylici 2, 5, 10 % — 50,0
D. S. Сиртга суртилади.

Малҳамлар гормон дориларидан тайёрланади. Мисол учун.

Rp: Synalari (Flucinari) — Ung. Synoflani 0,025 % — 15,0
D. S. Сиртга суртиш учун.

Малҳамлар ҳар хил дорилардан, жумладан рух, олтингугурт, ихтиол, салицилат кислота, симоб, нафталан ва бошқалардан тайёрланади. Бундан ташқари, улар антибиотиклардан ҳам тайёрланади (масалан, эритромицин, тетрациклин, стрептоцид ва бошқалар).

Сиртга суртиш учун турли хил спиртли эритмалар ишлатилади. Масалан, 2 фоизли борат ва салицилат кислотанинг анилин бўёқлари, 1 фоизли бриллиант яшили ёки метилен кўки ва бошқалар қўлланади.

Бундан ташқари, лак ва елимлар ҳам турли тери касалликларида ишлатилади. Масалан: салицилат кислота ёки резорцин.

Rp: Acidi salicylici
Acidi lactici aa 1,0
Collodii elastici 10,0
M. D. S. Сиртга суртилади (сўғал ва кадокда).

Парҳез билан даволаш талайгина тери касалликларида муҳим аҳамият касб этади. Оғиз шиллик қавати шикастланган бўлса албатта махсус парҳез буюрилиши лозим. Стоматит, пуфакли яра қўпинча оғиз бўшлиғини зарарлайди, бундай касалликлар билан оғриган беморларга иссиқ ёки совуқ овқат ҳам таъсир этиши мумкин, шунинг учун бундай беморларга илик ҳолдаги суюқ овқатлар тавсия этилади (масалан, атала, хўрда, қайнатма шўрва ва ҳоказо). Агар беморнинг касаллиги модда алмашинуви, меъда-ичак, кон касаллиги билан боғлиқ бўлса, у ҳолда баъзи овқатлар чеклаб қўйилади. Масалан, бемор тери касаллигидан ташқари канд ка-

саллиги билан оғриси, албатта қанд, шакар, шоколад, хамир овқатларни истеъмол қилмаслиги зарур.

Қанд касаллигида истеъмол қилинадиган махсус овқатлар бор. Бундан ташқари, пуфакли яра касаллигида беморлар узоқ вақт гормонлар билан даволаниши натижа-сида тана вазни ортиб кетмаслиги учун ош тузи камроқ бўлган овқатларни ейишлари керак, чунки танада сув ва тузлар йиғилади, буларни меъёрига келтириш учун суюқликни озроқ истеъмол қилиш лозим.

Умуман олганда ҳамма тери ва шиллик қават касалликларида парҳез жуда зарур даво ҳисобланади. Айниқса аччиқ қалампир, мурч, тузланган қарам, бодринг, помидор, баклажон ва шу кабиларни касалликнинг ўткир даврида истеъмол қилмаслик зарур. Бундан ташқари беморга тузланган гўшт, кази, қолбаса маҳсулотлари, мош ва нўхатли овқатлар, лимон, апельсин, мандарин ва бошқаларни бермаслик лозим. Чунки беморлар ана шундай овқатларни истеъмол қилганларидан сўнг касал бўлганлари ёки касалликлари қайталангани тўғ-рисида шикоят қиладилар. Масалан, баъзи бир бемор-лар кази ва мошли овқат истеъмол қилганларидан 15—20 дақиқа кейин касалликлари қайталанганини айтадилар.

Терининг йирингли касалликларида таркибида углево-дород тутувчи овқатларни вақтинча емаслик ёки камроқ истеъмол қилиш тавсия этилади. Спиртли ичимликлардан мутлақо воз кечиш керак, чунки спиртли ичимликларни истеъмол қилувчилар албатта тери-таносил касалликлари-га чалинади.

ФИЗИКАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Иссиқлик билан даволаш. Тери касалликларини секин-аста ёки сурункали иситувчи воситалар билан даволаш жуда қулай усул ҳисобланади, чунки иссиқлик қон томир-ни кенгайтиради, моддалар алмашинувини кучайтиради.

Иситувчи воситаларга иситувчи боғлам, соллюкс, парафин, озокерит, УВЧ ва диатермиялар қиради. Бу иссиқлик манбалари айниқса нейродермитда, кичимада, сурункали гушда ва шунга ўхшаш тери касалликларида қўлланади.

Нур билан даволаш. Нур манбаларига қуёш, ультраби-нафша, рентген, лазер нурлари қиради. Булар теридаги асаб толаларини қитиклайди ва рефлекс орқали шика-стланган жойга маҳаллий таъсир кўрсатади. Сўнгги 10 йил ичида айниқса ПУВА билан даволаш жуда кенг қўлланил-

япти (масалан, кипикли ва қизил ясси темирлаткида, нейродермитда ва бошқа тери касалликларида).

Совутиш йўли билан даволаш (криотерапия). Ис газы (CO_2) юкори босимда суюк ҳолатга айлантырылади, махсус баллонда уй ҳароратида сақланади. Шикастланган жойга суртганда у худди қор каби таъсир этади.

Кўпинча сурункали тери касалликларида қўлланади. Масалан, терининг хавфли ўсмасы, папилломада, сўгалда ва шунга ўхшаш касалликларда.

Ультратовуш сурункали касалликларда, кучли қичимада, оёғида трофик яраси бор беморларга ва бошқаларга қўлланади. Рентген нурларидан баъзи бир дорилар билан тузалмайдиган тери касалликларида, масалан, қадок, оёк қафт суяги ўсмасы, гушнинг мугузланган шакли, нейродермит ва хавфли тери ўсмаларида фойдаланилади.

Сўнгги йилларда лазер нурларидан тери касалликларини даволашда фойдаланилмокда (нейродермит, экзема, тери қичимасы ва шу кабиларда).

Игна билан даволаш. Кейинги йилларда тери касалликларини игна билан даволаш кенг йўлга қўйилди (айникса асаби тезда бузиладиган беморларда, гуш, нейродермит, тери қичимасы, соч тўкилиши ва бошқа шу каби тери касалликларида).

Ўзбекистонда тери касалликларини даволовчи бир нечта курортлар бўлиб, у ердаги минерал сувлар жуда яхши даволовчи воситалардан ҳисобланади. Курортларга беморларни албатта даволаб бўлгандан сўнг юбориш тавсия этилади. Агар беморнинг касаллиги ўткир ёки қайталанган даврда бўлса, у ҳолда курортга юбориб бўлмайди, чунки бемор у ердан аҳволи огирлашиб қайтиши мумкин.

Курортлардаги табиий омиллар (тоза ҳаво, минерал сувлар, ванна) беморнинг тезда соғайиб кетишига ёрдам беради.

ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

Тери-таносил касалликларининг олдини олиш ва уларга қарши курашишда барча тиббиёт ходимлари қатнашишлари лозим, яъни даволаш муассасалари, тери-таносил касалликлари касалхоналари (диспансерлар), туманлардаги тери-таносил хоналари ва санитария бўлимлари (санитария эпидемия станциялари). Бундан ташқари, милиция ходимлари ва бошқа идора ходимлари иштирокисиз тери-таносил касалликларини камайтириб

бўлмаслигини доимо эсда тутиш зарур. Бу тўғрида 1987 йил Ўзбекистон республикасининг «Аҳоли соғлиғини янада яхшилаш ва соғлиқни саклаш муассасалари ишини янада ривожлантириш ҳақида» махсус фармони ҳам бор.

Тери-таносил касалликлари билан оғриган беморларни мунтазам ҳисобга олмасдан туриб, бу касалликларга қарши самарали кураш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш мумкин эмас. Тери-таносил касаллиги аниқланганда ҳар қандай мутахассисликдаги шифокор билдириш хати (281- рақамли форма)ни тўлдириб беморни туман, вилоят, республика тери-таносил касалликлари диспансерига юбориши керак. Чунки бу юқумли касалликлар сонини ҳисобга олиб, келаси йилдаги режа-тадбирларни амалга оширишга ёрдам беради.

Юқумли тери-таносил касалликлари билан оғриган беморларни махсус муассасаларда малакали тиббиёт ходимлари (дерматологлар) даволайдилар.

Терининг юқумли касалликларига кўтир, замбуруғ касалликлари (трихофития, микроспория, кал ва бошқалар), мохов, битлиқилик, куйдирги яраси, йирингли касалликлар, тери сили киради.

Захм (I ва II даври), юмшоқ яра, трихомоноз, хламидия, микоплазма, сўзак, чов лимфогранулематози эса юқумли таносил касалликларига мисол бўлади.

Юқумли тери-таносил касалликларини ҳисобга олишдан олдин касалликнинг клиник белгиларини лаборатория усули билан аниқлаб, кейин ташхис қўйилади. Масалан, таносил касалликларидан захм ва сўзак учун 65- рақамли махсус варақа поликлиникада тўлдирилади. Қасаллик аниқлангандан кейин яна юқумли захмга ва сўзакка «анкета» ёзилади. Беморнинг фамилияси, исми, ёши, ташхиси, маълумоти, касби, ишлаш жойи, ким билан қачон жинсий алоқада бўлганлиги, спиртли ичимликлар ичадими, судланганми, агар бемор билан алоқа қилган киши топилган бўлса, у берган маълумотлар ҳам батафсил шу анкетага ёзилади. Бундан ташқари, бемор касалхонага ётган куни ундан касалликни бошқаларга юқтирмаслик ҳақида тилхат олинади. Агар касаллик юқтирган шахс аниқланса, унда касаллик юқтирган шахснинг фамилияси, исми, ёши, қаерда ва қандай ҳолатда жинсий алоқада бўлганлиги кўрсатилади.

Юқумли тери касалликларидан кўтир, трихофития, микроспорияда (сочда ва терида бўлса ҳам), захмнинг юқумли даврида (бирламчи, иккиламчи захм ва сўзак) беморни дарҳол махсус касалхонага юбориш зарур, жуда бўлмаганда 24 соат ичида унинг уй шароитини ҳисобга

олиб, уни албатта касалхонага ётқизиб даволаш лозим. Беморлар касалхонадан чиққанларидан сўнг албатта тери-таносил касалликлари диспансерида ҳисобда туришлари лозим, уларнинг оила аъзолари ҳам тиббий кўриқдан ўтишлари, борди-ю, уларнинг ичида касаллик топилса, зудлик билан уларни ҳам даволаш муассасаларига жўбориш шарт.

Шифокор рухсатидан ташқари, даволанишни тўхтатиб қўйган беморлар уни давом эттириш учун хат ёки ҳамширалар орқали чақиртирилади. Борди-ю бемор бошқа шаҳарга кўчиб кетган бўлса, у ҳолда унинг янги турар жойидаги тегишли даволаш муассасасига у ҳақда хат жўбориб даволаш ва кузатув давом эттирилади.

Шуни қайд этиш керакки, беморларни зудлик билан қидириб топиш таносил касалликларига қарши курашда жуда катта аҳамиятга эга. У биринчидан беморга касаллик юктирган шахсни топиш, иккинчидан у билан мулоқатда бўлган одамларни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Тери-таносил диспансери вазифалари қуйидагилардан иборат:

1. Таносил касалликлари бор беморларни албатта рўйхатга олиш, тери-таносил хонаси, бўлинма, диспансерларида бир хилда иш юритиш, касалликни пухта ўрганиб (сабабини, келиб чиқишини таҳлил қилиб), ўзларидан юқори турган соғлиқни сақлаш идораларига таносил касалликларига қарши курашиш тўғрисидаги турли чоратadbирлар билан мурожаат этиш.

2. Таносил касалликлари бор беморни айниқса юқумли даврида албатта касалхонага ётқизиб даволаш зарур.

3. Қасаллик юктирувчи шахслар, бемор билан жинсий алоқада бўлган кишиларни топишда ва уларни текширишда диспансернинг патронаж ҳамширалари, оператив гуруҳлар ва керак бўлса милиция ходимларини жалб этиш лозим.

4. Юқумли таносил касаллиги билан оғриган бемор билан бевосита алоқада бўлган кишиларни текшириб, керак бўлган тақдирда превентив даволаш, бунда ёш болаларни ҳам унутмаслик зарур.

5. Беморлар даволаниб бўлгунига қадар уларни йўқлаб туриш ва даволаш қандай кетаётганини текшириб бориш шарт.

6. Ташхис қўйиш, даволаш ва таносил касалликларининг олдини олиш чораларини текшириб туриш вазифалари шу муассаса раҳбарларига ва бош шифокорларга юклатилади.

7. Аёллар консултациясида, тугруқ уйларида, асаб ва

рухий касалхоналарда, терапия ва жаррохлик бўлимларида ва бошқа шунга ўхшаш касалхоналарда ётган барча беморларни тўла-тўқис серологик текширувдан ўтказиб туриш керак.

8. Тиббий кўрикдан ўтказувчи тиббий муассасалар ишини мунтазам текшириб бориш лозим. Тиббий кўрикдан қандай шахслар ўтиши маълум қўлланмада кўрсатилган. Бу ишнинг қанчалик тўғри олиб борилаётганлигини ноҳия ёки шаҳар санитария эпидемиология станциялари шифокорлари назорат қилиб турадилар.

9. Тиббий кўрикдан қуйидаги шахслар: ичадиган, наша чекадиган, турар жойи номаълум бўлганлар, маиший бузуқлар (фоҳиша аёллар ва эркаклар), бундан ташқари, милиция ходимлари томонидан ушланган (вокзал, фоҳишахоналарда) ўтишлари лозим, чунки уларнинг орасида юқумли таносил касалликлари кўпроқ учрайди.

10. Омма ўртасида санитария-оқартув ишларини олиб бориш, айниқса таносил касалликларининг олдини олиш чора-тадбирларини кўриш шифокорга тери-таносил касалликлари диспансери ва санитария-эпидемиология станцияси ходимларига юклатилган.

11. Таносил касалликларини омма орасида камайтириш мақсадида Ўзбекистон Республикасининг махсус фармони ишлаб чиқилган, бу фармонга мувофиқ ҳар қандай шахс ўз вақтида келиб даволанмаса ёки ўз касаллигини билиб туриб бошқаларга юктирса ёки юкиш хавфини туғдирса касаллик тарқатувчи ҳисобланиб, қонун олдида жиноий жавобгарликка тортилади.

12. Тери касалликларидан кипикли темиртки, гуш, нейродермит, пўрсилдок яра, кизил югурук, кизил ясси темиртки, Дюринг касаллиги, мохов, касбга алоқадор тери касалликлари, сурункали йирингли касалликлар, ихтиоз (балик пўсти) ва бошқа тери касалликларини ўз вақтида тиббий кўрикдан ўтказиб туриш тери-таносил диспансери шифокорларига юклатилган.

Юқорида баён қилинган ишлар ва вазифаларни амалга оширишда шифокор ҳамда ҳамшираларнинг билим ва малакалари алоҳида ўрин тутди. Беморлар билан хушмуомалада бўлиш, улар билан худди яқин кишисига ўхшаб суҳбатлашиш, уларга бир озгина бўлса ҳам ҳамдard бўлиш, беморларнинг баъзи бир сирларини ҳеч кимга айтмаслик тўғрисида ваъда қилиб, уларга нисбатан меҳр-окибатли бўлсалар бемор ўз дардини ва сақлаб келган сирларини шифокорга ёки ҳамширага айтади.

Бундай ишларда ҳамширалар жуда эҳтиёткор бўлишлари лозим, чунки баъзи бир ҳолларда улар билмасдан

беморнинг ташхисини (захм ёки сўзак) унинг яқин кишиларига, қўни-қўшниларига айтиб қўядилар. Натижада бемор охиригача даволанмай, бошқа шаҳарга ёки бўлмаса таниш-билишиникига кетиб қолади, натижада бемор охиригача даволанмай, унинг соғлиғига путур етиши мумкин.

Тери-таносил касалликларининг олдини олишда факатгина шифокорлар фаол иштирок этмасдан, ҳамширалар ҳам фаол иштирок этишлари жуда муҳим ҳисобланади, чунки кўпгина ишларни ҳамширалар бажарадилар. Бу иш эса ўзига хос билимни талаб қилади.

Ўрта тиббиёт ҳамширалари беморларнинг уйига бориб уларни даволанишга жалб этадилар, улар билан суҳбатлар ўтказадилар. Бемор билан алоҳида суҳбат ўтказиш даврида уни соғайиб кетишига ишонтирадилар, кунт билан мунтазам даволаниш зарурлигини тушунтириб берадилар. Улар касалликни юктирган шахсни, бемор билан яқиндан алоқада бўлган оила аъзолари, атрофдаги кишиларни ҳам сўраб, излаб топишда ва уларни тиббий кўрикдан ўтказишда шифокорларга жуда катта ёрдам берадилар.

ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИ АНИҚЛАШДА ДЕОНТОЛОГИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Кўпгина тери-таносил касалликларининг келиб чиқиш сабаби ва ривожланиши ҳали маълум эмас. Гуш, тери кичимаси, нейродермит, кипикли темиртки ва бошқа касалликлар асосан беморларнинг асаб системаси фаолияти бузилишидан келиб чиқади. Бу сабаблар турли-туман бўлиб, оилавий жанжаллар, ишхонадаги носоглом муҳит, эркакларнинг жинсий заифлиги, ички аъзолар вазифасининг бузилиши ва бошқа кўпгина сабаблар шулар жумласидандир. Шунинг учун даволовчи врач биринчи галда бемор билан ҳушмуомалада бўлиши зарур. Чунки ҳамма бемор ҳам касаллиги сабабчисини айтавермайди.

Тери-таносил касалликлари билан оғриган беморлар шифохонага келганларидан сўнг уларни руҳан даволаш зарур. Бир огиз ножўя сўз билан беморнинг руҳияти тушиб, натижада касаллик чўзилиб кетиши мумкин. Ширин сўз эса беморнинг тезда тузалишига ёрдам беради.

Юқорида айтилган гаплар болаларга ва айникса катта ёшдаги кишиларга тааллуқли. Катта ёшдаги кишилар жуда зукко ва кузатувчан бўладилар. Шунинг учун тиббиёт хизматчилари уларнинг кўнглини топа билишлари шарт. Улар билан тез-тез суҳбатлашиб туришлари лозим.

Тиббиёт деонтологияси факатгина дерматология соҳасига тегишли бўлмасдан, балки бошқа соҳаларга ҳам тааллуқли.

Дерматология соҳасида ишловчи шифокорлар бемор касалхонага ётгандан кейин, у касалликни кимдан юктирганини, ким билан жинсий алоқада бўлганини сўраб билишлари даркор. Лекин кўпгина беморлар жинсий алоқа қилганликларини беркитадилар, ана шундай дамларда шифокор беморнинг сирини билиб олиши керак. Бунинг учун биринчидан, бемор билан суҳбатлашаётганда хонада фақат бемор ва шифокор бўлиши керак, ҳамширалар, талабалар ёки бегона кишилар бўлмаслиги лозим, шундагина бемор ҳеч кимдан ҳадиксирамасдан шифокорга кўнглидаги бор гапни айтиб бериши мумкин. Иккинчидан, суҳбат чоғида жинсий алоқа тўғрисида ҳеч қандай гап очмаслик керак, фақат беморни синчиклаб кўриб ва лаборатория натижаларини олиб, аниқ ташхис қўйилгандан кейингина бу тўғрида суҳбатлашса мақсадга мувофиқ бўлади.

Шифокорнинг асосий вазифаларидан бири беморнинг сирини сақлашдир, яъни беморнинг касаллигини ҳеч кимга айтмаслик лозим, фақатгина керак бўлганда касаллик номини керакли адлия идораларига айтиши мумкин.

Айниқса захмнинг юқумли даврида бемор атрофидаги кишиларга хавфли эканини унга очик-ойдин тушунтириш керак. Чунки захмнинг юқумли даври бемор билан алоқада бўлган оила аъзоларига, иш жойида бирга ишлайдиган одамларга жинсий алоқа қилмаса ҳам юкиши мумкин. Захмнинг яширин даври эса унчалик хавфли эмас, шунинг учун шошмасдан, секин-аста бемор билан яхши кайфиятда суҳбатлашиши ёки у тўғрисида оила аъзоларидан ёки бирга ишлайдиган ҳамкасбларидан сўраб суриштириш зарур.

С. исми 8 ёшли болада иккиламчи янги захм аниқланди, ота-онасини клиник ҳамда лаборатория усули билан текширилганда уларнинг соғлом эканликлари маълум бўлди. Хўш, болага захм кимдан юккан? Бир куни болани кўргани ёши 50 дан ошган киши касалхонага келди. Улар баъзан бирга ҳаммомга ҳам боришар экан. Биз дарҳол нотаниш кишининг конини текширишга олдик, лекин унда захм белгилари топилмади. Орадан 2 кун ўтгач, Вассерман реакцияси мусбат натижа берди. Беморни шифохонага захмнинг яширин даври деб ташхис қўйиб ётказдик. Шундай қилиб, болага захми юктирган одам шу киши деб топилди.

Кўпинча таносил касаллиги билан оғриган бемор

касаллигини ота-онасидан, якин кишисидан беркитади, ҳеч кимга айтмай ўзича даволаниб юради, натижада касаллик зўрайиб охири у шифокорларга мурожаат қилишга мажбур бўлади. Фақат шифокоргина беморнинг дардини енгиллаштириши ва унинг бутунлай соғайиб кетишига ёрдам бериши мумкин.

2-БОБ.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

КИПИҚЛИ ТЕМИРАТКИ

Кипиқли темиратки тери касалликлари орасида 5—10 фоизни ташкил қилади. У айниқса кейинги 20 йил ичида болалар орасида жуда кўп учрамокда. Бу дардда бирламчи тугунчали тошмалар бир неча йиллаб сурункали давом этади. Тошма тери устидан кўтарилиб туради, ранги қизғиш, юзаси оқиш кипиксимон, шакли думалок, яллиғланиш хусусиятига эга бўлади. Кейинчалик тошманинг 3 хил белгиси борлигини билиш лозим, биринчи белгиси стеарин доғ, иккинчиси псориаз парда, учинчи белгиси нуқта-нуқтали қонашлар билан ифодаланади.

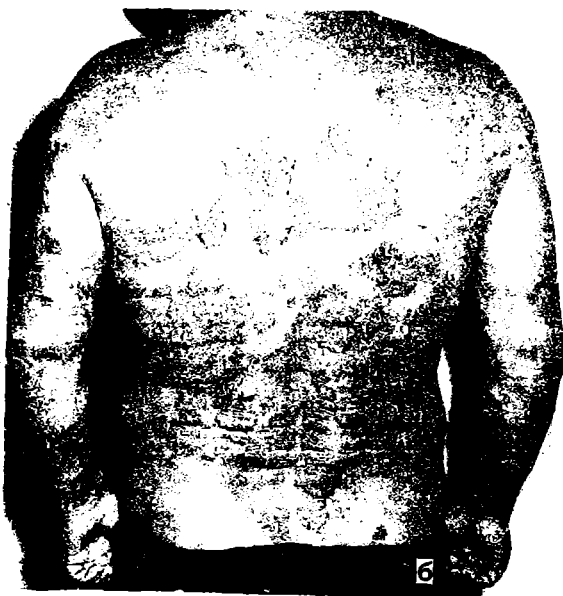
Бу белгини аниқлаш учун тошманинг устки қисмидаги кипиқлар ойна бўлакчаси ёки тирноқ билан секин-аста туширилади. Шундан сўнг тошманинг устки қисмида оқиш рангдаги «стеарин доғ» ҳосил бўлади. Кипиқлар тушиб парда кўринади ва яна кипиқлар туширилса нуқтали қондалаш пайдо бўлади. Бу касалликка хос белгилардан бири ҳисобланади (12-расм).

Тери касалликларига ва кипиқли темираткига ташхис қўйишда тошмаларнинг терида қандай жойлашганлиги ҳам катта аҳамиятга эга. Шунинг учун ўқувчилар тошма қаерда жойлашганлигини билишлари керак. У қўлнинг билак қисмида, тирсақда, оёқда ва бошда кўпроқ учрайди.

Беморни текширганда тошманинг катта-кичиклигига ҳам аҳамият бериш зарур. Тошмалар дастлаб майда бўлиб, сўнггра секин-аста катталашади. Бу эса ўз навбатида темираткининг 3 даврини аниқлаш учун қулайлик тугдиради. 1-давр касалликнинг зўрайиб ривожланган даври. Бу даврда кўплаб янгидан-янги тошмалар пайдо бўлиб туради, эскилари эса катталашади. Уларнинг атрофини қизил жияк ўраб туради ва устидаги кепаклари камроқ бўлади.

2-давр касалликнинг тинчланган даври. Бу даврда

12- расм.
Псорназ.
А - ол ва Б —
орка томондан
кўриниши.



янги тошмалар тошиши тўхтайди, эскилари эса катта-лашмайди. Тошманинг атрофидаги кизил жияги йўқолади ва устидаги тангача ёки кипиклар бир оз кўпаяди.

3- давр касалликнинг тузалиш, орқага қайтиш даври. Бунда темирлатки тугунчалари юпқалашади, ранги анча кетиб, яллиғланиш сўрила бошлайди ва устидаги кипиклар йўқола бошлайди, натижада тошмалар батамом сўрилиб кетади, унинг ўрнида эса оқ доғ қолади. Хасталикнинг даврларини билиш беморни тўғри даволашга ёрдам беради.

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, касалликнинг ривожланган даврида кичишиш ҳам кузатилади, бемор кашинган вақтда терида янгидан-янги тошмалар пайдо бўлади, улар узун чизик ҳолатда бўлиб, бу Кубнер феномени ҳам дейилади.

Бундан ташқари, беморнинг тирноқ ва сочларига ҳам аҳамият бериш лозим. Бунда тирноқнинг ранги ўзгармайди, аммо унда ангишвонага ўхшаш майда-майда ўйикчалар пайдо бўлади. Шундан кейин тирноқларнинг ранги ўзгариб, сарғиш тусга киради, калинлашади, осон синади, тирноқ супачаси кўтарилади.

Темирлаткини даволашда умумий ва жойли даволаш усули қўлланилади. Беморни пухта текшириб, кейин даволаш бошланади. Касалликнинг ривожланган даврида препаратларни жуда эҳтиёт бўлиб қўллаш керак, агар даволашни нотўғри бошласак, касаллик ёки тошмалар беморнинг бутун терисини қоплаб олиши мумкин, бунга темирлатки эритродермияси дейилади.

Бундай касалликда беморнинг нерв системаси фаолиятини нормаллаштирадиган дорилар тавсия қилинади (масалан, бром препаратлари, кичишишини қолдириш учун димедрол, пипольфен, диазолин, супрастин ва бошқалар).

Бундан ташқари, 30 фоизли гипосульфат натрийдан 10 мл, 10 фоизли кальций хлорид эритмасидан 10 мл вена кон томирига юборилади.

Витаминлардан В₁, В₆, В₁₂, С, Е лар қўлланилади. Беморнинг аҳволи оғир, тошмалар жуда кўп ва калинлашиб кетган бўлса, у вақтда гормон препаратларидан фойдаланилади (преднизолон, триамсилон, гидрокортизон ва ҳоказо). Агар беморга юқоридаги препаратлар ёрдам бермаса, у ҳолда бошқа дорилар юборилади (масалан, кон зардоб, гемодез 200—400 мл дан ҳар ҳафтада бир марта ёки бўлмаса цитостатик препаратлардан метатрексат, 6- меркаптопурин), лекин бунда жуда эҳтиётлик билан (касалхонага ётган ҳолда) даволаш зарур.

Темираткининг бир неча клиник кўринишлари бор: 1) экссудатив, 2) темиратки эритродермияси, 3) артропатик темиратки, (яъни бўғимлардаги), 4) интертригиноз темиратки (яъни кўпинча йирик бурмаларда учровчи), 5) йирингли темиратки бўлиб, бу шаклдаги темиратки ўзига хос даволашни талаб қилади.

Беморнинг касалликка қаршилиқ кўрсатиш қобилияти-ни ошириш учун пирогенал, продигиозан препаратлари қўлланилади.

Олимларимизнинг кўп йиллик тажрибалари ва лаборатория текширувлари натижасида кипикли темиратки касаллигида липид алмашинуви камайиб кетиши аниқланган, шунинг учун бу ҳасталикда цетамифен, метионин, полиспонин препаратлари тавсия этилади. Маҳаллий даволашда (албатта касаллик даврини ҳисобга олиб) турли хил малҳамлардан фойдаланилади. Агарда касаллик бошда бўлса 2 фоизли ок симоб малҳами суртамиз. Барча баданга суртиладиган дорилар кунига икки маҳалдан суртилади.

Касалликни физиотерапевтик усулда даволашда кўпинча кварц нурлари, ПУВА билан даволаш, ванна, электруйку ва бошқалар буюрилади.

Санаторий ва курортлардаги водород сульфид, радон ванналари ҳам яхши фойда беради. Умуман олганда касалликни комплекс даволаш зарур.

ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ

Бу касалликда ҳам дастлаб бирламчи тошма аниқланади. Тугунчалар кўпинча думалок шаклда бўлади, уларнинг ранги қизил, ясси, теридан бир оз кўтарилиб туради. Тери устидаги кипик кўзга унча кўринмайди, ён томондан қараганда тугунча ялтиллаб турганга ўхшайди. Ўрта қисмида ботиғи бўлиб, қўл ва оёқларнинг букилувчан қисмида жойлашган. Беморни текшираётганда унинг оғзини ҳам кўришни эсдан чиқармаслик зарур, чунки оғизда тугунчалар юпка оқиш парда билан қопланган. Тугунча мош ёки нўхат катталигида бўлади. Парда олиб ташланганда кип-қизил тугунча кўринади. У беморни деярли безовта қилмайди, лекин бир оз кичишиши ва ачишиши мумкин. Лекин бундай тугунча беморнинг жинсий аъзоларида бўлса, у кучли кичишишдан шикоят қилади.

Бу касалликда Кебнер ва Уикхем феномени ўзига хос хусусиятга эга. Уикхем феноменини аниқлаш учун тугунча устига ёғ суртилади, орадан бир оз вақт ўтгач тугунча устида жуда нозик тўр ҳосил бўлади. Демак бу тошма

устиди жуда майда кипиклар бор, улар ёғни ўзига сўриб олади ва натижада тўр ҳосил бўлади.

Қизил ясси темираткини турли хил клиник шакллари бор: сўғалсимон, атрофик, пуфакчасимон, айланасимон, ўткир киррали, чиғаноксимон турлари шулар жумласидандир.

Кипикли темираткини қизил ясси темираткидан ажрата билиш лозим. Бунга албатта асослар бор. Бундан ташқари, бу касалликларни захм касаллигининг иккиламчи даврида бўладиган захм тугунчаси билан солиштириш лозим. Захм касаллигидаги тугунчанинг устки қисмида кипик бўлмайди, унинг ранги мисга ўхшаш қизил бўлади, у беморни безовта қилмайди, серологик реакция 100 фоиз мусбат бўлади. Бундан ташқари, беморнинг бегоналар билан жинсий алоқада бўлганлиги, касаллигининг қачон бошланганлиги ва бошқа клиник белгилар беморга тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Қизил ясси темираткини даволашда беморнинг асаб системасига ҳам аҳамият бериш зарур. Бунда тинчлантирувчи воситаларни қўллаган маъқул. Электр уйқу, игна ва гипноз билан даволаш жуда яхши натижа беради. Шу билан бир қаторда кипикли темираткида қўлланиладиган дори-дармонларни қизил ясси темираткида ҳам қўлласа бўлади. Бундан ташқари, ҳар иккала касалликда ҳам парҳезни унутмаслик керак. Беморлар ёғли ва шўр овқатларни (тузланган гўшт, бодринг, помидор, карам, кази) камрок истеъмол қилишлари даркор. Лимон, апельсин, мандарин ва бошқа шунга ўхшаш цитрусли мевалар ҳам касаллиkning қайталанишига сабаб бўлади.

ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Пиодермит. Касалликни кўзгатувчи стафилококк ва стрептококк микроби ҳисобланади. Бу хасталикда йирингча ҳосил бўлиб, уни ажрата билиш учун (стафилококклар ёки стрептококклар) қуйидаги 1-жадвал келтирилади. Бундан ташқари, терининг йирингли касалликлари юза ва чуқур жойлашади.

Аралаш ҳолдаги стафило-стрептококклар кўзгатувчи йирингли касалликлар ҳам учраб туради. Оддий стрепто-стафилококклар кўзгатувчи йирингли касалликлар, сурункали яралн йирингли касалликлар, сурункали ярали тарқалувчи йирингли касалликлар, қаттиқ ярага ўхшаш йирингли касалликлар шулар қаторига киради.

Аҳолининг санитария қоидаларидан яхши хабардор бўлиши, кишиларнинг шу қоидаларга онгли равишда амал

килишлари терининг йирингли касалликларига қарши курашда муҳим аҳамият касб этади.

Бунинг учун аввал врач ва ҳамширалар аҳоли ўртасида, саноат корхоналарида, кишлоқ хўжалик жамоаларида йирингли касалликлар тўғрисида кўпроқ лекция ва суҳбатлар ўтказиб туришлари зарур.

Остиофолликулит (соч халтачаси оғзининг яллиғланиши). Дастлаб қизил тугунча ҳосил бўлади, унинг атрофи бир оз қичишади, тез орада шу тугунча ўртасида сарғимтир-яшил конуссимон йирингча ҳосил бўлади. Баъзан йиринглаган жойнинг атрофи қизариб қолади.

1-жа д в а л

Йирингчани дифференция қилиш

Стафилококк йирингчаси	Стрептококк йирингчаси
Фолликула билан боғланган	Фолликула билан боғланмаган ҳолда
Суюқлик йирингели, сарғиш-кўкимтир рангда	Суюқлик йирингсимон, аммо ранги сарғиш эмас
Йирингча чуқур фолликулага қадар тарқалади	Йирингча тери юзасида тарқалиши мумкин
Шакли конуссимон	Шакли ясси
Пўстлоғи қаттиқ	Йирингчанинг пўстлоғи жуда юпқа
Йирингча майда	Йирингча бирмунча катта бўлади

2-жа д в а л

Стрептококк қўзғатувчилари дифференциялаш

Стафилококк қўзғатувчи пиодермия	Стрептококк қўзғатувчи пиодермия
Соч халтачаси оғзининг яллиғланиши (остиофолликулит)	Сачратқи стрептококк импетиғоси
Соч халтачасининг яллиғланиши (фолликулит)	Терининг бичилиши (бигизсимон импетиғо)
Чипқон (фурункул)	Оддий темиратки (учуқ)
Хўпшоз (карбункул)	Тирноқ атрофининг яллиғланиши (хастмол)
Тер безларининг яллиғланиши	Ярали яллиғланиш (эктема)
Сикоз	Захмга ўхшаш тугунчали яллиғланиш
Сохта чипқон	Сурункали юза яллиғланиш
Чақалоқлар орасида учрайдиган пуфакча касаллиғи	Сурункали ярали яллиғланиш
Чақалоқларнинг юза пуфакчали касаллиғи	Сурункали ярали тарқалувчан яллиғланиш



13- расм. Соч халтасининг яллиғланиши

Юза фолликулит одатда 2—3 кунда йўқолиб кетади. Тузалгандан сўнг терида ярадан асар ҳам қолмайди. Соч халтачасининг чуқур қавати яллиғланганда тери кизариб туради, терининг шу ери каттик бўлиб, безиллаб оғрийди. Қасаллик 7—10 кунда тузалади. Яра битиб, ўрнида доғ қолади (13- расм, 1,2- жадвал).

Фолликулит йирингида стафилококклар жуда кўп бўлади. Бемор кашинганда, йиринг теккан қўйлак кийганда, ҳаммомда мочалка ишлатганда инфекцияни танасининг соғлом жойларига ҳам юк-

тиради.

Чипқон. Қасаллик юза фолликулит ҳосил бўлиши билан бошланади. Яллиғланиш жараёнига чуқурроқ жойлашган атрофдаги тўқима аста-секин қўшилади, бунда нўхатдек ёки ёнғокдек келадиган қизил тугун пайдо бўлади, тугун марказида дастлабки йиринг кўринади. Яллиғланган жойдаги тери ушлаб кўрилганда қўлга иссик сезилади. Яра устидаги йирингли пўстлоқ кўп ўтмай кўчиб тушади, ундан сарик, баъзан эса қизғиш (қон аралашгани туфайли) қуюқ йиринг чиқа бошлайди. Йиринг чиқиб бўлгач, яра ичи чуқур бўлиб қолади, унинг тагида йирингли масса — чипқон «ўлиги» кўринади. Бу фолликула ва унинг атрофидаги терининг жонсизланган тўқимасидир. Яра «ўлиги» чиккандан сўнг унинг ўрни чандик бўлиб битади. Чипқон бир — бир ярим ҳафтада тузалади. Лекин қасаллик оғир кечганда узокқа чўзилади. Беморнинг ҳарорати анча кўтарилиб, эти увишади. Айни вақтда терининг лимфа томирлари ҳам яллиғланиши мумкин. Бундай ҳолларда чипқондан лимфа бези томон кетган эгри-бугри қизил рангли йўлни кўриш мумкин. Чипқонга яқин турган лимфа тугунлари ҳам, безлар ҳам яллиғланади, тери бир оз шишади.

Қовоққа, лабга чикқан чипқон айникса хавфли, чунки

бунда юз соҳасидаги тери ости ёғ қавати юмшоқ бўлгани учун шиш тез орада катталашади, айнаи вақтда бош қаттиқ оғрийди. Ташки қулоққа чипқон чикканда ҳам оғрик зўраяди.

Фурункулез. Бир нечта чипқон тананинг турли жойларига кетма-кет чикса *фурункулёз* деб аталади. Бунда эндигина «етилиб» келаётган тугунчалар, яра ёки чандик бўлиб қолаётган чипқонни кўриш мумкин. Фурункулёз бир неча йилгача чўзилиши мумкин. Бу дардга учраган беморнинг организми аксари йирингли инфекцияга чидамсиз бўлади. Бундай беморларда касаллик жараёни суст кечади. Чипқон чиқишига сабаб бўлаётган асосий касалликка (қандли диабет, камконлик, авитаминоз ва ҳоказо) қарши чора-тадбирларни кўриш лозим.

Карбункул. Уясимон жойлашган бир нечта чипқонлар *карбункул* деб аталади. Касаллик бошланганда беморнинг эти увишади, иситмаси кўтарилади, боши оғрийди, ҳатто кўнгли айнийди. Яллиғланган жойда қаттиқ безиллайдиган, чегараси билинмайдиган қизил тугунча ҳосил бўлади. Тугунча тез орада катталашиб, ёнғоқдек ва ундан ҳам катта бўлиб кетади.

Бир неча кундан сўнг яллиғланган ернинг кўп жойи бирдан тешилиб, қон аралаш йиринг чиқади. Таги кўкимтир рангдаги жонсиз тўқима билан (яра ўлиги) копланган катта яра ҳосил бўлади. Карбункул 2—3 ҳафта давом этади, яра ўрнида чандик қолади.

Сикоз аксарият юзнинг мўй чиккан қисмида, сокол, ковок, кош ва қўлтиққа чиқади.

Аввал битта-иккита фолликула пайдо бўлади, улар тезда йўқолиб, ўрнига янгиси чиқади. Кейин йирингли ярачалар кўпаяди. Яра пайдо бўлган жой териси яллиғланади ва кизаради. Ярачалардан йиринг чиқади, сўнгра ўрни сариқ кўкиш қуруқ пўстлоқча бўлиб қолади, унинг таги анчагина намланиб туради. Касаллик узок давом этади.

Сикознинг пайдо бўлиш сабаби тўла ўрганилмаган. Талайгина олимлар соч сўрғичи ва халтачаси нейротрофик ўзгариб, тўқималарнинг кимёвий структурасини бузади, бундай тўқима кўпаяётган стафилококклар учун озуқа ҳисобланади деб тахмин қиладилар. Соч-сокол олинганда терига шикаст етиши, кир рўмолча билан юмшаб қолган терини артиш натижасида стафилококклар терига тушиши мумкин. Бурун ичидаги тукларни юлиш одати ҳам сикоз пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Гидраденит (грекча гидрос-тер, адена — без дегани, яъни тер безларининг яллиғланиши) да аксари қўлтиқ

остидаги, орка чиқарув йўли ва жинсий аъзолар соҳасидаги тер безлари зарарланади. Бу безларнинг одатдаги тер безларидан фарқи шундаки, улар ажратган терда терини ҳимоя қиладиган кислота бўлмайди. *Апокринлар* деб аталадиган ана шу безлар ишлаб чиқарадиган тер аввало соч халтачасига тушади, сўнгра унинг тепасидан ўтиб, тери юзасига чиқади. Озодаликка риоя қилмайдиган ва кўп терлайдиган кишилар кўпинча ёзнинг иссиқ кунларида бу касалликка учрайди.

Қасаллик терининг чуқур қаватида нўхатдек тугунча пайдо бўлиши билан бошланади. Тугунча аста-секин катталшиб, тери юзасига ёнғокдек, гоҳо бундан ҳам каттароқ бўлиб чиқади. Бунда қўлтиқда оғриқ пайдо бўлиб, териси қизаради. Баъзан иккинчи қўлтиқ ҳам зарарланади, бундай пайтда ҳарорат кўтарилиб, бир неча кундан кейин шиш ярага айланади ва ёрилиб йиринг чиқади. Яра ўрни чандик бўлиб қолади. Кўпинча касаллик жараёни кўп тугун ҳосил бўлиши билан кечади, улар бирин-кетин пайдо бўлади.

Болаларда учрайдиган тарқоқ абсцесслар (сохта фурункулёз). Бу хасталикка асосан кўкрак ёшидаги ва ёш болалар чалинади. Терининг турли жойида (кўпинча энсада) яримшар шаклидаги тўқ қизил, кўкимтир рангли тугунчалар пайдо бўлади. Тугун тезда юмшайди. Бир неча ҳафта ўтгач яра ёрилади ва йиринг оқиб чиқади. Бундай йирингли яралар тер безларининг тер чиқадиган жойида бўлади. Кўп терлайдиган болани озода тутмаслик, етарли овқатлантирмаслик (дистрофия ва авитаминозлар) ва бола тинкасини қуритадиган турли касалликлар тарқоқ абсцесслар пайдо бўлишига олиб келади.

Стрептококклар пайдо қиладиган пиодермитлар (стрептодермия). Стрептодермияга кўпинча аёллар ва болалар чалинади, чунки уларнинг териси анча нозик ва юпка бўлади. Стрептококклар соч халтачаларига ва тер безларига шикаст етказмайди. Улар тери юзасида ёки эпидермиянинг мугуз қавати остида кўпаяди. Импетиго, терининг стрептококкдан бичилиши, лаб бичилиши, сурункали туташ стрептодермия, ярали (чуқур жойлашган) стрептодермия стрептококклар пайдо қиладиган пиодермитлар жумласига киради.

Сачратқи (импетиго) «тўсатдан», «тезда» деган маънони билдиради. Дарҳақиқат, бу касалликнинг ўзига хос асорий хусусияти унинг тўсатдан бошланишидир, бунда йирингли тошма терига бирдан тошади. Бу касаллик билан кўпроқ болалар, камроқ аёллар касалланади. Қасаллик жуда юқумли ҳисобланади. Одатда бурун тешиклари

олдида, кулок супраси ёнида, някда бир нечта йирингли пўстлокчалар пайдо бўлади. Касалликка тўғри даво қилинмаса пўстлокчалар сони тезда кўпая боради. У юзнинг ҳамма ерига тарқалиб кетиши мумкин. Аввалига пўстлокча анча юпка бўлади, кейинчалик қалинлашади ва жигарранг юмшоқ йирик пўстлокчаларга айланади. Бундан ташқари, алохида-алохида япалоқ пуфакчалар ҳам кўринади, булар ҳам кейинчалик пўстлокка айланади. Тошма тезлик билан тананинг бошқа жойларига ҳам тарқалади. Бунга одатда болани озода тутмаслик сабаб бўлади. Яра бор жойни қашиган бола инфекцияни баданининг бошқа жойларига ҳам таркатади.

Даво чоралари ўз вақтида ва тўғри бошланса, касаллик бир ҳафтадан узоққа ўтмайди. Бола тузалгандан кейин баданида пўст ташлайдиган қизил доғлар қолади, кейин улар йўқолиб кетади.

Терининг бичилиши. Тери мунтазам парвариш қилиб турилмаса, стрептококклар тери бурмалари (чов, қўлтик, думба ораси, оёқ бармоклари орасидаги бурмалар) га тушиб кўпаяди, чунки ачиган тер улар учун қулай муҳит ҳисобланади. Бурмаларнинг нозик териси қизаради, одатдаги бичилишдаги каби кўпчийди. Кейинроқ безиллайдиган бўлиб қолади, намланиб турувчи жойлар, ёриқлар пайдо бўлади. Эпидермиснинг мугуз қавати яллиғланиб чеккалари устидан бўртиб туради. Оёқ териси шикастланганда биринчи, иккинчи ва учинчи бармоқлар бурмасининг эпидермиси яллиғланади. Бундай ходиса рўй берганда дерматолог врачга бориб ташхисни аниқлаш керак. Чунки бу оёқ панжаси эпидермофитиясига, аксарият замбуруғ касаллигига ўхшаши мумкин.

Лаб бичилиши. Бу касалликда лаб бурчаклари бичилади. Овқатланганда, гаплашганда бемор ўзини ноқулай сезади. Бичилган жой доим намланиб туради. Лаб бичилишига кўпинча тиш протезини оғизга нотўғри қўйиш сабаб бўлади. Лаб қуримай намланиб турса, бемор беихтиёр равишда тили билан баттар ачиштиради ва бичилган жой анча вақтгача тузалмайди.

Сурункали туташ стрептодермия аксари болдир терисини шикастлайди. Терининг қизариши, унинг талайгина йирик, бироқ юпка қасмоқлар билан қопланиши касалликнинг ўзига хос аломатидир. Касалланган жой таги намланиб туради. Яллиғланган жой чегаралари одатда аниқ, чеккалари гардишли ярим доира шаклида бўлади. Касаллик узок давом этади. Вақтида даволанмаса экземага айланиб кетиши мумкин.

Ярали пиодермия ёки эктима одатда болдир соҳасини,

камрок сон ва думбани шикастлайди. Касаллик асосан кир-чир бўлиб юрадиган одамларда, умуман саломатлиги яхши бўлмаган кишиларда учрайди. Касалликнинг дастлабки боскичида юмшоқ пуфакча пайдо бўлиб, у қора кўтир бўлиб қотади. Қора кўтир кўчиб тушгандан сўнг яра битиб, ўрнида чандик қолади. Бундан ташқари, тирноқ атрофининг яллиғланиши (хасмол), захмга ўхшаш яра ва сурункали туташ касалликлар ана шу касалликлар каторига киради.

ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Ҳозирги табобат ихтиёрида пиодермитларга даво қилиш учун ишлатиладиган, яхши наф берадиган талайгина дорилар бор. Фақатгина бемор ўз вақтида врачга мурожаат этиши зарур. Шундагина у тезда тузалиб кетади.

Пиодермитларни даволашда асосан микробларни ўлдирадиган дори-дармонлар қўлланади. Бу дорилар тиббиётда *дезинфекцияловчи воситалар* деб аталади. Аммо бундай дориларнинг айримлари териға ёмон таъсир кўрсатиши натижасида *дерматит* келиб чиқиши мумкинлигини унутмаслик керак. Бу ҳам йирингли касалликларнинг кечишини оғирлаштириб юбориши мумкин. Фолликулит ва импетиго пайдо бўлганда бир бўлак пахта ёки докани 70 ёки 40° ли спирт ёхуд одеколон билан хўллаб, шикастланган териға суртилади (борат кислота эритмаси ва камфора спирти ҳам фойда беради). Спирт билан яра атрофини артгандан сўнг яраға бриллиант яшили ёки метил кўкининг спиртдаги эритмасини суртиш мумкин. Спирт ўрниға одатдаги 2—5 фоизли йод эритмаси ҳам ишлатилади. Яраға кунига икки марта дори (5—10 фоизли синтомицин малҳами) суртиб турилади. Шунда йиринг тезда куриб, ўрнида пўстлок ҳосил бўлади.

Чуқур жойлашган фолликулит, чипқон ҳамда карбункуллар эндигона пайдо бўлаётганда айтиб ўтилган воситалар кифоя қилмайди. Бундай ҳолларда тоза ёки 10 фоизли ихтиол малҳами қўлланади. Терини спирт билан артгандан сўнг яраға қалин қилиб ихтиол суртилади. Устидан мум қоғоз ва юпка қилиб пахта ёпиб, бинт билан боғланади.

Чипқон (айникса юзда) чикқанда бемор дарҳол врачга бориши зарур. Дори-дармонлар кўп бўлишиға қарамай, бемор ўзича даво қилмаслиги лозим. Гап шундаки, ичиладиган ва суртиладиган антибиотик (масалан, пенициллин, стрептомицин, синтомицин, тетрациклин ва шу

каби бошқа препарат) лар ҳар қайси беморнинг ўзига хос равишда, ундаги йиринг ҳосил килувчи микроблар турига танлаб таъсир кўрсатади.

Бемор албатта врач назорати остида даволаниши зарур. Тезроқ даволаш мақсадида дори-дармонлар микдори ошириб юбориш бемор терисига турли аллергия тошмалар тошишига сабаб бўлиши мумкин. Неомисин, пенициллин ва бошқа препаратларни қўллаганда ана шундай қўшимча ҳодисалар кузатилади. Дори микдори етарли бўлмаганда эса микроблар унга ўрганиб қолади. Баъзан таъсир кучи ўткир, микдори етарли дори-дармон ҳам яхши наф бермайди. Бундай ҳолларда организмнинг химоя кучини ошириш мақсадида бемор венасидан олинган қон унинг ўзига қуйилади (аутогемотерапия).

Фурункулёзда ҳам стафилококкларнинг кучсизлангирилган ёки ўлдирилган культурасидан (стафилоанатоксин ва стафилоантифагин) беморга махсус эмланади, бу организмнинг йирингли инфекцияга нисбатан чидамини анча оширади. Пиодермитларни даволашда тери фаолиятини яхшиловчи ва микробларни ўлдирувчи ультраби-нафша нурлар ҳам кенг қўлланилмоқда. Кўпинча даво мақсадида витаминлар, айниқса витамин А, В₁, В₂ ва С ишлатилади.

Сикоз билан оғриган беморлар юзларини доимо тоза тутишлари лозим. Қасалликнинг ўткир даврида соқол олиш мумкин эмас. Соч-соқол ва мўйловни учи қайрилган қайчида факат калта қилиб қирқиб туришга рухсат этилади. Бунинг учун қайчини олдин спирт лампаси алаңгасига тутиб туриш, сўнгра спирт билан артиш керак.

Ўткир яллиғланиш ҳолатлари ўта бошлаганда, хавфсиз устара билан соч-соқолни тўла олишга рухсат этиш мумкин. Бундан олдин юз териси борат спиртига ҳўлланган пахта билан артилади. Устара қарбол кислотанинг 5 фоизли эритмаси ёки спирт билан дезинфекция қилинади. Соқол факат мўй ўсган томонга қараб олинади. Соқол олиб бўлингандан сўнг юзга марганцовка, риванол ёки фурацилин эритмаси билан совуқ компресс қилинади, сўнгра юз териси неомисин (қайнатиб совутилган 200 мл сувга неомисиннинг 100 000 ТБ) ёки 0,1 фоизли риванол эритмаси билан артилади. Соқолни ҳафтада уч мартадан ортиқ олиш тавсия этилмайди. Электр ва механик устаралар (хавфли устарадан фарқли равишда) энг яхши устара ҳисобланади. Улар терига мутлақо зарар етказмайди.

Тарқалган сурункали стрептодермияда бемор дерматолог врачнинг доимий назорати остида бўлиши ва тайинланган режимга қатъий амал қилиши лозим.

Флегмона ва хасмол чиққанида бемор тезда жаррохга мурожаат этиши зарур. Фурункулёз, карбункул ва бошқа пиодермит касалликларга учраган беморлар қанд, асал ва бошқа турли хил ширинликлар, хамир овқатларни камрок истеъмол қилишлари лозим. Аммо уларнинг овқати юқори калорияли, витаминларга бой бўлиши керак. Овқатдан олдин 1—2 драже поливитамин ютиш фойдали. Наъматак дамламасини ичиш ҳам яхши наф беради, чунки унда витамин С кўп бўлади. Ичкилик ичиш бу касалликларда ҳам жуда зарарли ҳисобланади.

Даволовчи врач рухсатисиз ҳаммомда чўмилиш мумкин эмас, чунки иссиқ сув ва совун терининг мугуз қаватини юмшатиб, унинг соғлом қисмларида йирингли яралар пайдо бўлишига кулай шароит яратади.

Касалликнинг ўткир даврида терини камфора спирти, борат спирти, сув ёки ароқ кўшиб суюлтирилган одеколон билан артиш фойдали. Бу даврда ич кийим, чойшаб ва ёстиқ жилдларини тез-тез алмаштириб туриш керак. Касаллик сурункали кечган ҳолларда нимтатир марганцовка эритмаси солинган гигиеник ванна қабул қилишга рухсат этилади.

Сурункали пиодермиянинг ҳар қандай турида (фурункулёз, эктима ва хоказо) беморни кунт билан тиббий текширувдан ўтказиш шарт. Бу йирингли касалликнинг қайталанишига ёрдам берадиган сабаблар (қандли диабет, камқонлик, авитаминоз ва хоказо) ни аниқлашга имкон беради. Бундай ҳолларда мутахассис врач асосий касалликни тегишлича даволаш ҳақида кўрсатма беради.

Лаби бичиладиган беморлар ўткир, шўр ва аччиқ таомларни емасликлари керак, чунки бундай таомлар оғиз бурчагидаги зарарланган териға ёмон таъсир этиб, кўп сўлак ажралишига сабаб бўлади. Ҳар гал овқат егандан сўнг оғизни қайнаган илик сув ёки кўк чой билан чайиш лозим. Борат кислотанинг 1—2 фоизли эритмасидан фойдаланса ҳам бўлади. Чайгандан сўнг оғизнинг ялғизланган бурчагиға 5—10 фоизли синтомицин ёки окстрептоцид эмульсияси суртиш керак.

ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Барча соғлиқни сақлаш идоралари ва муассасаларининг энг муҳим вазифаси касалликларнинг олдини олишдир. Меҳнат шароитларини соғломлаштириш, аҳоли турмушининг гигиеник шароитларини яхшилаш, аҳоли орасида санитария билимларини кенг ёйиш профилактика ишлари жумласига киради.

Турли тиббий муассасаларнинг кўп йиллик иш тажрибаси саноат корхоналарида пиодермитларга қарши курашга доир профилактик чора-тадбирлар самарадорлигини кўрсатди.

Терини ифлосланишдан ва бошқа зарарли таъсирлардан ҳимоя қилиш билан бирга уни чиниктириб бориш, организмнинг касалликка чидамлилиқ кучини ошириш зарур.

Йирингли касалликларнинг олдини олиш чораларидан бири баданни доимо тоза тутиш, ҳафтада камида бир марта ҳаммомга тушиш, ич кийим ва ўрин-кўрпа жилдларини янгилаб туришдан иборат бўлади.

Бемор алоҳида ётқизилиши ва парвариш қилиниши керак, чунки терининг йирингли касалликлари юқумли ҳисобланади. Юқумли микроблар беморнинг кийимида, ўрнида, ишлатган буюмларида кўп бўлади. Шунинг учун беморнинг кийим-кечакларини аввал яхшилаб қайнатиб, кейин алоҳида ювиш керак. Қуриган кийимлар яхшилаб дазмол қилинади. Бемор ишлатган буюмлар (пахта, бинт)ни ёқиб юбориш лозим. Касал ётган хона ҳавосини тез-тез янгилаб туриш керак.

Колхозчилар ва совхоз ишчилари турли кишлок хўжалик ишларини бажараётганларида уларнинг терисига чанг, мой ва кимёвий моддалар тушиб қолиши мумкин. Бундай моддалар айниқса чанг ҳавода кўп бўлиб, тери бурмаларига тушади. Шундай экан, чангдан сақланиш учун махсус кийим кийиб ишлаш лозим. Ишдан кейин қўлларни иссиқ сувда совунлаб ювиш ва душга тушиш терини тоза тутишнинг асосий шартларидан биридир. Бундан ташқари, ғўзани ягана қилишда, бегона ўтларни юлишда, чопикда, суғоришда ва пахта терими пайтида пахтакорларнинг қўллари, билаги, оёқлари (агар очик бўлса) тилиниши, тирналиши, шилиниши ва ёрилиши мумкин. Агар шунда майда жароҳатларнинг олди олинмаса, тери касалликларига шароит тугилади.

Йирингли касалликларнинг олдини олиш учун терининг тирналган, шилинган, ёрилган жойларига дарҳол 2 % ли йод эритмасини ёки 2 % ли бриллиант яшилини учига пахта ўралган таёкча билан суртиш зарур. Бунда дала шийпонларида доимо аптечка бўлиши керак. Бундан ташқари, пахтакорларга ишдан олдин қўлларига глицерин суртиш тавсия қилинади, чунки глицерин қўл терисини юмшатиб, уни ёрилиш ва қуриб кетишдан сақлайди. Ишдан кейин эса қўлларни иссиқ сувда совунлаб ювиш ва яна глицерин суртиб қўйиш керак.

Ҳозир кишлок хўжалик зараркунандаларига қарши

курашда ва ялпи ҳосилдорликни оширишда турли хил минерал ўғитлар ва кимёвий моддалар ишлатилипти. Бу моддалар ғўзага кўпинча самолёт ёки трактор ёрдамида сепилади. Бу моддалар билан ишловчиларни химикатлар таъсиридан саклаш учун албатта коржомо кийиб ишлаш, кўз, нафас аъзоларини химоя қилиш керак. Масалан, тракторчилар, самолёт ёки тракторга кимёвий моддаларни ортиб берувчилар турли хил эритмаларни тайёрловчилар, омборчилар (заҳарли моддалар сақланадиган омбор ишчилари), дезинфекция қилувчилар, химизаторлар ва бошқа ишчи-хизматчилар албатта махсус коржомо кийиб ишлашлари зарур. Бунда кўзойнак тақиш, респиратор ёки противогаз, резина этик, фартук, комбинезон ва бошқа ёпинчиклар билан ишлаш керак. Ишдан кейин кийилган кийимларни алоҳида жойга қўйиб, душда чўмилиш, шундан кейин эса одатдаги кийимларни кийиш мумкин. Заҳарли моддалар теккан кийимларни уйга олиб кетиб ювиш асло мумкин эмас. Бу коржомалар ҳафтада бир марта махсус жойда ювилади. Шуни ҳам эслатиб ўтиш керакки, коржомо албатта бутун бўлиши ва улардан тўғри фойдаланиш керак, акс ҳолда химикатлар таъсир этиши мумкин.

ҚЎТИР

Касалликнинг ўзига хос белгилари ҳисобланган тугунча, пуфакча ва бошқалар қатор жойлашган бўлади. Тошмалар ўртасида қўтир йўли бўлиб, у ёйсимон ёки илон изига ўхшаш қўнғир ёки қорамтир кўринишдадир. Қўтир йўли лупа орқали қаралса, унинг бир-бирига яқин турган қора нукталардан ташкил топганлиги аниқланади. Бу нукталар урғочи каналар томонидан очилган бўлиб, улар каналарнинг ҳаво олиш ва тухумдан чиқадиغان каналарнинг ташқарига чиқиши учун хизмат қилади.

Бемор кўздан кечирилганда беморнинг нимадан шикоят қилишига аҳамият бериш зарур. Бундан ташқари, тошмаларнинг қаерда пайдо бўлишини ҳам билган маъқул. Тошмалар қўл панжаси ораларида, билакда, кўкракда, қоринда, думбада, жинсий аъзоларда, аёлларда кўкрак беги остида, сонда айниқса кўп учрайди. Улар фақат бош ва юзда бўлмайди. Тошмалар тугунча ва пуфакчалардан иборат бўлиб, қатор ёки параллел ҳолда жойлашади, тарик ва мош катталигида, кизғиш рангли устки қисми қонли қатқалоқ билан қопланган бўлади. Одам қучли қичишиш натижасида баданини тирнаб юборади, бу ўз навбатида янги касалликларнинг пайдо

бўлишига олиб келади. Қўтир тошмалари пайдо бўлган жойда йиринг ҳосил килувчи микроблар йирингли касалликларни келтириб чиқаради. Шундай экан, қўтир касаллиги қандайдир бошқа касалликларга сабаб бўлиб, терининг йирингли касалликлари ҳисобланган юза импетиго, чипкон, абсцесс, лимфа тугунларининг яллиғланиши ва бошқаларни юзага келтиради.

Қўтир касаллигига тўғри ташхис қўйиш учун касалликнинг клиник белгиларини билиш мақсадга мувофиқдир. Бу қуйидагича аниқланади. Биринчидан пуфакча бор жойдаги қўтир йўли учини махсус асбоб ёрдамида кўриб туриб, найзасимон игна билан тешилади ва микроскоп остида текшириш учун буюм ойнасига суртма олинади. Қана микроскоп остида аввалига ҳаракатсиз бўлади, кейин иситиш йўли билан ҳаракатга келтирилади. Иккинчидан, қўтир қанаси бор деб гумон қилинган тери қисми спирт билан артилади, қўтир йўли пуфакчасининг усти кесиб олинади, бунда кесилган жойга йод суртилади. Кесиб олинган пуфакча ичидагиси буюм ойнасига туширилади ва ишкор билан ишлангандан кейин 30 % ли ўвчи натрий эритмасидан бир томчи томизилади. Суртма микроскоп остида текширилади, бунда каначалар ва қана тухумлари кўринади. Қўтирга даво қилишда аввало беморнинг қандай аҳволда эканлигига, ички аъзоларида ўзгаришлар бор-йўқлигига аҳамият берилади. Бунда қуйидаги дорилар қўлланилади:

1) 10—33 % ли олтингургурт малҳами 5 кун давомида қунига 2 маҳал бутун баданга суртилади. Кейин (6- кун) беморни чўмилтириб, унинг кийим-боши, ётган ўрни, чойшаблари алмаштирилади. 7- кундан бошлаб муолажа такрорланади.

2) Демьянович усули: олдинига 60 % ли гипосульфит эритмаси, кейин 6 % ли хлорид кислота қўлланилади. 60 % ли гипосульфит эритмаси 10 минут давомида суртилади, кейин 5—10 минут танаффус қилинади, шундан кейин 6 % ли хлорид кислота эритмаси ишлатилади (қунига бир маҳал 3 кун мобайнида). Муолажадан сўнг бемор яхшилаб чўмилиб, кийимлари, ўрин-кўрпалари янгиланади. Бордию муолажа яхши натижа бермаса, яна 3 кун даво қилинади; 3) Бензил-бензоатнинг 20 % ли эмульсияси терига 2 маҳал суртилади (бунда 10 минутдан кейин беморга кийинишга рухсат этилади). Муолажа 3 кунга мўлжалланган бўлиб, 4- кун бемор чўмилиб, кийимлари ва ўрин-кўрпаларини алмаштиради.

4) Вилькинсон малҳами қунига бир маҳал кечкурун суртилади, дори терининг ҳамма ёрига, айникса тошмалар

кўп тошган жойларга кун давомида суртилади. 7- куни бемор чўмилади, кийимлари янгиланади. Даво кор килмаса, муолажа яна бир ҳафта давом эттирилади. Агар беморда пиодермит бўлса, паразитларга қарши мал-хамлардан ташқари, дори-дармонлар ҳам берилади.

Қўтирнинг олдини олиш чоралари: 1) беморнинг оила аъзолари тиббий кўрикдан ўтказилади; 2) оилада мактаб ва боғча ёшидаги болалар бўлса, улар ҳам албатта тиббий текширувдан ўтказилади; 3) касаллиги аниқланган бемор дарҳол касалхонага ётқизилади; 4) бемор тутган буюмлар, кийимлари ва ётган ўрин-кўрпалари яхшилаб дезинфекцияланади. Бу ишларни туман санитария-эпидемиология станцияси (улар хабар олгач) ходимлари амалга оширади (281- сонли махсус хабарнома варақаси тузилади); 5) бемор тузалиб кетган бўлса ҳам уни назорат қилиб туриш керак, бунда 3 ҳафтагача бемор ва у билан мулоқотда бўлган одамлар тиббий назорат қилиниши лозим.

БИТЛАШ

Бит одам танасида яшайди ва айрим касалликларни келтириб чиқаради (масалан, тошмали терламани). Шу билан бирга ҳайвонларда ҳам бит бўлади, лекин у одам учун юқумсиз ҳисобланади. Одамнинг баданидаги битлар уч хил бўлади: 1) бош бити; 2) кийим бити; 3) қов бити.

Бош бити одамда бошнинг сочили қисмида бўлади. Урғочи бит бир ой давомида 150 та гача тухум қўяди. Бу тухумдан сирка чиқади ва 10—12 кун ичида ёш битларга айланади. Булар эса 3 ҳафтадан кейин вояга етиб, тухум қўяди ва сирка чиқара бошлайди.

Қлиник белгилари. Бит терининг эпидермис қисмини таъсирлантиради, натижада кичишиш пайдо бўлади. Бит чакқан жойларда кичик тугунчалар, кейинчалик эса иккиламчи микроблар тушиши натижасида пиодермитлар пайдо бўла бошлайди. Соч бир-бирига ёпишиб кетади, тараш қийин бўлади, бу эса сиркаларнинг битчаларга айланишига қулай шароит тугдиради. Бош битини даволаш қуйидагича: керосин ва пахта ёки писта ёгини тенг миқдорда аралаштириб 2—3 қават докага шимдирилади, сўнгра бошга яхшилаб ўралади, устидан пергамент қозоғи қўйилиб, устидан яна дока ёки тоза рўмол билан ўралади ва 24 соатга қўйиб қўйилади, сўнгра бош илиқ сув ва совун билан яхшилаб ювилади. 2—3 кундан сўнг муолажа яна бир марта такрорланади. Бундан ташқари, агар бит ҳали сиркаламаган бўлса 2—3 % ли симоб малҳами суртиш ҳам мумкин. Бу усул фақат ёши

катта одамларга қўлланилади. Баъзи ҳолларда узум сиркаси ишлатиш ҳам мумкин.

Кийим бити. Бу бит асосан кийимнинг чокларида бўлиб, кулранг, бош битидан сал каттарок бўлади. Кийим бити овқатланиш учун терига ўтади. Бит чакқанда тери таъсирланади ва қашиниш пайдо бўлади, натижада терига тугунча ёки бўртмачалар тошади. Қашиниш ва қичишиш натижасида терида узун-узун чизиклар ҳосил бўлади. Тошма ўз вақтида даволанмаса, уларнинг ўрнида пиодермитлар пайдо бўлади.

Давоси. Кийимларни ечиб қайнатиш, сўнгра уларни дазмоллаш керак. Ўрин-кўрпа жилдларини ҳам қайнатиш зарур.

Ков бити кўпинча одамнинг ков қисмида ва жинсий аъзоларида бўлади, у мўйлар орасига ёпишиб олади. У ҳам кулранг бўлиб, баъзан улар ўрмалаб, тананинг жун билан қопланган бошқа қисмларига (қўлтиққа, кўкракка, соқолга, қошга) ўтиб кетади. Бу бит асосан жинсий алоқа вақтида бир одамдан иккинчи одамга ўтади.

Клиник белгилари. Терида тирналган жойлардан ташқари доғлар ҳам пайдо бўлади. Ранги кўкиш, доғ синчиклаб кўрилганда марказий қисмида нукта борлигини аниқлаш мумкин. Ана шу ердан ков битини топиш мумкин. Бемор кучли қичишишдан шикоят қилади.

Давоси. Аввал мўйларни кириб ташлаш керак, сўнгра у ерни илиқ сув ва совун билан яхшилаб ювгандан кейин 2—3 % ли симоб малҳами суртилади. Малҳам 2—3 кун давомида кунига бир маҳал бадан илиқ сув ва совун билан яхшилаб ювилгандан сўнг суртилади.

Олдини олиш чоралари. Шахсий гигиенага риоя қилиш, ички кийимлар ва ўрин-кўрпа жилдларини ҳар ҳафтада алмаштириш, кийимларни дазмоллаб, кейин кийиш, бировларнинг ўрнида ётмаслик, тасодифий жинсий алоқа қилмаслик, тароқни бошқаларга бермаслик ва бошқа шу кабиларга амал қилиш зарур.

ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒ КАСАЛЛИКЛАРИ

Авалло касалларда турли хил темирлаткини, чов, оёқ панжаси, тирнок эпидермофитиясини, кандидозларни бири-биридан ажрата билиш, бу касалликларнинг қўзғатувчиси, патогенези, ташхиси, клиник белгилари, эпидемиологияси, даволаш ва уларни олдини олиш чораларини ўрганиш лозим.

Касаллик қўзғатувчиси замбуруғ ҳисобланади. Замбуруғлар табиати ва биологик хусусиятига кўра 3 турга: ипсимон, занжирсимон ва нур чиқарувчи турга бўлинади.

Замбуруғ касалликлари юкумли бўлиб, тез тарқалади, айникса улар болалар ўртасида тез-тез учрайди. Шунинг учун касаллик манбаларини билиш ва уни тўғри фикрлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Замбуруғ касаллиги бемордан соғлом одамга ва касал ҳайвондан одамга юқади. Замбуруғлар терини, сочни, тирноқни шикастлайди. Кўпинча терининг очик жойларида (қўлда, юзда, бўйинда, оёқда, бошда, тирноқда) касаллик белгилари учрайди. Замбуруғлар касаллик кўзғатиб, жойлашиши, биологик хусусияти клиник белгиларига қараб турли синфларга бўлинади.

Кератомикозлар. Бу замбуруғлар фақатгина эпидермис шох қаватни шикастлайди, буларга терининг ранг-баранг темираткиси ва эритрозмаси киради.

Эпидермомикозлар. Бунга оёқ панжаси, чов, тирноқ эпидермофитиялари ва руброфития киради. Бу замбуруғ терининг эпидермис ва дерма қаватини шикастлайди.

Дерматомикозлар. Бу замбуруғлар терининг эпидермис ва дерма қаватини шикастлайди. Дерматомикозларга трихофития, микроспория, фавус (кал) касалликлари киради. Касаллик кўпинча терида, сочда, тирноқда учрайди.

Кандидомикозлар тери ва шиллик қаватларни шикастлайди. Буларга оғизда, лабда, терида учрайдиган касалликлар — кандидозлар киради.

Чуқур замбуруғлар. Эпидермисни, дермани, сочни, тери ости ёғ қаватини шикастлайди. Буларга актиномикоз, споромикоз, хромомикозлар мисол бўлади.

Биз бу бобда кератомикоз, эпидермофития, руброфития ва кандидоз касалликлари ҳақида фикр юритамиз.

1. Ранг-баранг темиратки ипсимон замбуруғлар синфига киради. Бу касаллик бемордан одамга камдан-кам ҳолда юқади, лекин бемор узок вақт даволанмай юрса терининг кўпроқ қисмига тарқалиши мумкин. У кўпинча терининг бўйин, кўкрак, қорин ва орқа қисмларида учрайди. Қўлда, оёқда, юзда, жуда кам жойлашади. Соч ва тирноқни шикастлантормади.

Бирламчи тошмалардан ранг-баранг доғлар бўлади, бу доғлар шикастланган жойда сарғиш кофе рангида ёки кизғиш ва оқиш тус олиб, усти жуда майда кипик билан қопланади. Доғларнинг катталиги аввалига ясимқдек бўлиб, кейинчалик улар катталашади, бир-бири билан қўшилиб кетади ва терининг анчагина қисмини шикастлантиради. Агар ана шу оқиш доғларга 2—3 % ли йод эритмаси суртилса доғ устидаги кипик ўзига йодни сўриб, атрофидаги соғлом теридан яққол ажралиб туради. Бу эса касалликка тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Баъзи беморлар бир оз кичишишдан шикоят қиладилар, бу кўпинча терлайдиган беморларда учрайди. Касаллик бемор фойдаланган ваннадан, мочалкадан, кўрпа-тўшакдан ўтиши мумкин. Ранг-баранг темираткини ок доғлар билан қоплангани учун захмдаги лейкодермадан фарқлай билиш керак. Бундан ташқари, бурмадаги эпидермофития билан ҳам солиштириш мумкин, бу касалликда эпидермис ва дерма шикастланади, тошмалар бир хил бўлмайди. Лаборатория усули билан қўзғатувчи замбуруғларнинг топилиши ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даво си. Агар шикастланган жой кичикрок бўлса, унга кунига 2 маҳал 2—3 % ли йод эритмаси суртса ҳам бўлади, лекин шикастланган жой катта бўлса, йод терига таъсир қилиши мумкин. Бундай ҳолларда Вилькинсон ва 10 % ли олтингугурт малҳамини 2 маҳал суртиш тавсия қилинади ёки 5—10 % ли салицилат кислотанинг спиртдаги эритмаси М. П. Демьянович усулида ишлатилади. 60 % ли гипосульфит ва 6 % ли хлорид кислота эритмасини суртиш ҳам мумкин.

Эритразма кўпинча соннинг ички томонида, чот орасида, қўлтик остида, кўкрак беги остида кўпроқ учрайди. Тошмалар кизил, жигар ранг тусли бўлиб, нормал теридан ажралиб туради. Кейинчалик улар бири бири билан қўшилиб, ҳар хил ўчоқларни ташкил қилади. Доғнинг юзаси бир оз қипикланади ва пўст ташлаб туради. Бемор бир оз кичишишдан шикоят қилади. Лекин терлаш ва шикастланган жойларнинг бири-бирига суркалиши, тегиши натижасида яллиғланиш ҳоллари учрайди, шикастланган жой кизариб, ғишт рангига ўхшайди, шишади ва атрофида кичик-кичик пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ёрилиб эрозия ва пилчираб турадиган ярага айланиши ҳам мумкин. Бундай ҳолларда оғрик, кичишиш ва ачишиш беморни безовта қилади. Бундай клиник белгилар бурма ёки чов эпидермофитиясини эслатади. Лекин бу касалликларни қўзғатувчиси бошқа-бошқа бўлиб, лаборатория усули билан аниқлаш мумкин.

Эритразманинг ўзига хос клиник белгиси ўчоқнинг кизил ғишт рангида бўлишидир. Даволашни эҳтиёткорлик билан олиб бориш керак, чунки баъзи дорилар терини қитиклаб, касалликни зўрайтириб юбориши мумкин. Сиртдан суртиш учун 2 % ли эритромицин малҳами, 1—2 % ли йод эритмаси, 3—5 % ли салицилатнинг спиртли эритмаси 10—15 кун давомида 2 маҳал суртилади. Бундан ташқари, 10,0 % ли уротропин, 20,0 % ли глицерин, 6 % ли сирка кислота суртмасини суртса ҳам бўлади.

Кўзгатувчиси ипсимон кўринишдаги замбуруғ бўлиб, яллиғланиш терининг эпидермис ва дерма қаватларида ўзгариш билан бошланади. Замбуруғнинг бир нечта тури бор: 1) чов замбуруғи; 2) оёқ-панжа замбуруғи; 3) тирнок замбуруғи ва 4) руброфития.

Чов замбуруғи асосан йирик бурмаларда (човда, кўлтиқда ва кўкрак беги остида) учрайди. Юкумли, бемордан соғлом одамга кийим-кечак, айниқса ички кийимлар, булут ва бошқалардан юкиши мумкин.

Клиник белгилари — одатда улар йирик бурмаларда жойлашади, аввал катталиги 1—2 тийинлик тангадек келадиган пушти-кизил рангли доғлар пайдо бўлиб, усти бир оз кипикланади, доғлар яллиғланишга мойил бўлади, четлари аниқ чегараланиб туради. Кейинчалик доғлар катталашиб, бир-бири билан қўшилади, марказида эса сўрилиш бошланади, натижада улар ҳар хил шаклга киради, доира ёки ўнқир-чўнғир шакллар кўринади. Яллиғланиш жараёни яна зўраяди, терининг шикастланган соҳаси кизариб шишади ва пуфакча, тугунчалар пайдо бўлади. Беморнинг аҳволи анча оғирлашиб, даволаш бирмунча қийинлашади. Бу касалликни эритразма ва ранг-баранг темираткидан фарқлай билиш керак.

Ҳар иккала касалликнинг ўзига хос клиник белгилари бор. Мабодо ташхис қўйишда қийинчилик туғилса, унда лабораторияда текшириш йўли билан касаллик аниқланади. Даволашда фурациллин эритмаси ва малҳамидан фойдаланиш керак. Шикастланган жойга 2 % ли йод, 3—5 % ли салицилат кислотанинг спиртли эритмаси суртилади. 1—2 ҳафтадан кейин 5 % ли олтингугурт, қорамой малҳамлари 2 маҳалдан 10—15 кун давомида суртилади. Агар тери пилчираган бўлса 1—2 % ли резорцин ва 1 % ли борат кислота эритмаларига докани ҳўллаб қўйиш буюрилади. Бундан ташқари, умумий даво қилинади. Гипосульфат натрий, кальций хлорид эритмасини венага юборилади. Агар беморни кичишиш безовта қилса, кунига 2—3 маҳал супрастин, зич тўқима буюрилади.

Оёқ-панжа эпидермофитиясининг кўзгатувчиси *Trichophyton interdigitale* замбуруғи ҳисобланади. Эпидермофития 4 хил кўринишга эга; 1) кепакланувчи; 2) оёқ панжалари орасида учрайдиган; 3) пуфакчали ва 4) тирноқда учрайдиган эпидермофитиялар.

Кепакланувчи эпидермофития оёқ қафти ва оёқ панжасининг IV, V ва III — IV бармоқлари орасидаги тери

бурмаларида учрайди. У кепакланиб ва пўст ташлаб туради. Бемор бу вақтда унча безовта бўлмайди, лекин бирор таъсирот бўлса, касаллик кўзғалиб, тери кичишади, кизаради ва унда пуфакчалар пайдо бўлади.

Оёқ панжалари орасида учрайдиган эпидермофития ҳам оёқ панжаларининг IV — V ва III — IV бармоқлари орасидаги терининг кепакланиши, пўст ташлаши, ёрилиши ва сувчираб туриши билан ифодаланади. Кейинчалик бармоқлар орасида пуфакчалар пайдо бўлади, улар ёрилади, натижада ўткир яллиғланиш бошланади. Фақатгина бармоқ оралари эмас, балки унинг атрофлари ҳам кизариб, шишиб кетади. Натижада оёқнинг бошқа жойларида ҳам пуфакчалар ҳосил бўлиб, беморнинг юришига ҳалал беради. Чов, сон лимфа тугунлари катталашиши мумкин.

Пуфакчали эпидермофития пуфакчалар тошиши билан намоен бўлади, уларнинг катталиги нўхатдек ва ундан каттароқ бўлиб, ичида хира суюқлик бўлиши кузатилади.

Пуфакчалар кўчиб, усти каткалоқ билан қопланади, асоси эса кизариб туради, атрофи пушти-кизил жияк билан ўралади. Пуфакчалар оёқ кафтида, бармоқларида, оёқ четида жойлашади, улар майда бўлиб, қўлда кўпроқ, оёқда эса озроқ ва йирик бўлади.

Шикастланган жой оғрийди, кичишади, ачишади, бунга экзема ва йирингли касалликлар кўшилиб кетади. Натижада беморнинг аҳволи оғирлашиб, юролмай қолади, иситмаси чиқади, боши оғрийди, бўшашади. Даволаш натижасида ўткир яллиғланиш жараёни аста камаяди, оёқ ва қўлдаги йирик-йирик пластинкасимон пўст ташлашлар касаллик тузалаётганидан далолат беради, пуфакчалар ўрнида пушти-кизил рангли янги терилар пайдо бўлади. Лекин 1—2 ҳафта ичида бу ўзгаришлар йўқолиб, тери ўз ҳолига қайтади. Касалликнинг тез-тез қайталаниб туриши аллергияк тошмалар тошиб, организм сезувчанлигининг ошиб кетишига сабаб бўлади.

Тирноқ эпидермофитияси кўпинча оёқ тирноқларини шикастлайди. Биринчи галда I ва V бармоқ зарарланади, бунга кўпинча оёқ кийимининг тор бўлиши сабаб бўлади. Бу оёқ эпидермофитияси билан бирга учраши мумкин. Тирноқ четларидаги шохсимон тўплам сарғиш тусга киради. Натижада секин-аста тирноқнинг шакли ўзгаради. Олдин сарғиш чизиклар пайдо бўлади, сўнгра тирноқ четлари йўғонлашади ва қора тус олади, синишга мойил бўлиб қолади. Лекин беморни безовта қилмайди.

Эпидермофитиянинг яна **гиперкератик** тури ҳам бор. Бу кўпинча оёқ кафтида учрайди. Олдин пушти рангли доғлар

пайдо бўлиб, уларнинг усти кават-кават кепаксимон тошмалар билан копланеди, улар ҳар хил қалинликда бўлиб, секин-аста оёқнинг ён томонига ҳам ўтади. Шикастланган жойда ёриқлар ҳосил бўлиб беморнинг юришига ҳалал беради.

Эпидермофитиянинг фаол тури кўпинча экзема, пиодермия, фурункул, эктема, флегмона, лимфангоит, лимфаденит каби асоратлар қолдиради, беморнинг иситмаси кўтарилиб, иш қобилияти пасаяди. Умумий бўшашиш ҳолатлари юз беради. Эпидермофитияни аллергия дерматит, экзема касалликларидан фарқ қила билиш керак. Буни касалликнинг қаердан бошланганлиги, клиник белгилари ва лаборатория усули билан текшириш орқали аниқланади.

Даво с.и. Кепакли эпидермофитияга фунгицид эритмаси ва турли малҳамлар суртиш кифоя (йод, нитрофунгин, салицилат малҳами ва бошқалар).

Оёқ панжалари орасидаги ва пуфакчали эпидермофития бошқачарок бўлади. Унга ҳар куни кечқурун марганцовканинг нимтатир эритмаси билан ванна қилиш буюрилади. Бунда пўстлоқ, пуфакча ва осилиб турган шохсимон қаватни олиб ташлаш керак. Сўнгра докани 0,4 % ли рух, 2 % ли резорцин эритмасига ҳўллаб боғлаш тавсия этилади. Теридаги яра қуригандан сўнг дермазолон, миказолон, лоринден С ёки анилин бўёқлари эритмаси қунига 2 маҳал суртилади.

Даволаш кўпинча узоққа чўзилади. Агар аллергия ҳолат юз берса, у вақтда венага гипосульфат натрий ва кальций хлор юборилади. Бундан ташқари, ичишга димедрол, супрастин, диазолин таблеткаларидан қунига 2—3 маҳал буюрилади. Беморнинг аҳволига қараб витаминлардан В₁, В₂, С, Р берилади.

Агар эпидермофития пиодермия ва лимфангит асоратлари билан бирга кечса, у ҳолда антибиотиклардан пенициллин, тетрациклин, олететрин, баъзан гризеофулвин буюрилади, препаратни бемор қандай кўтаришини ҳисобга олиш керак.

Касалликнинг олдини олиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, чўмилиш жойларида резина шиппак кийиб юриш, оёқ терлашига йўл қўймаслик, носкиларни тез-тез алмаштириб туриш, бармоқ ораларига ҳафтада 2 марта 2 % ли йод эритмаси суртиб туриш, бировларнинг оёқ кийимини киймаслик ва бошқалардан иборат.

Руброфития. Асосан қўл ва оёқ қафтлари ҳамда тирноқ шикастланади. Қафт териси қуриб, дағаллашади, гиперкератоз аломатлари бўлади. Бунинг устига қафт

териси ёрилади, ёриклар юзаки ва чуқур бўлиши мумкин. Кафт чизикларида худди ун сепиб кўйгандек кепакланиш ҳосил бўлади. У кўпайиб кейинчалик эпидермофитиянинг клиник белгилари яққол намоён бўлади. Бу ўзгаришлар болдирда, думбада, камрок коринда, орқада, юзда учраб, тананинг бошка қисмларига тарқалиши мумкин. Қасалликнинг клиник белгиси кўпинча каттарок доғ (эритема) пайдо бўлишидир. У кўкиш рангда бўлиб, четлари нотўғри, чегараси узилиб туради, натижада ҳар хил шаклда кўринади. Бу жараёнга туклар ҳам қўшилиб фолликуляр тугунчаларни пайдо қилади. Қасаллик узок вақт давом этади.

Давоси. Қўл ва оёқ кафтларига фунгицид малҳами суртилади. Бунинг учун олдин иссик сув билан совун-содали ванна қилинади (2 чой қошиқ сода ва 20—30 г совун 2 л сувда эритилади), сўнгра 6 % ли сут кислотаси ва 12 % ли салицилат кислотада тайёрланган малҳам 24 соатга компресс қилиб боғланади. Кейин содали ванна қилиб, икки кунда бир марта 5—10 % ли салицилат малҳами боғланади. Кафтдаги гиперкератоз камайгандан сўнг фунгицид малҳами ёки эритмасидан кунига бир маҳал суртиш кифоя бўлади.

Агар руброфития таркок ҳолда жойлашган бўлса, беморга сиртдан суртиш учун концентрацияси кам фунгицид эритмаси ва малҳами суртилади. Беморга ичиш учун гризеофулвин буюрилади. Гризеофулвин беморнинг ҳар бир кг оғирлигига 25 мгдан, яъни кунига 6—7 таблеткадан 2—3 ойга буюрилади. Беморни ахволига қараб, қўшимча дорилар ҳам берилади.

Кандидозлар. Қўзғатувчиси ачитқисимон замбуруғ ҳисобланади. У тери шиллиқ қаватини, тирноқни ва ички аъзоларни шикастлантиради. Улар меваларда, сабзавотларда, сут маҳсулотларида, терида ва шиллиқ қаватларда сапрофит ҳолида ўрнашган бўлиб, кулай шароитда касалликни келтириб чиқаради.

Шиллиқ қават кандидози кўпинча оғиз бўшлиғида, камдан-кам ҳолларда кинда учрайди. Аввалига майда ок парда ҳосил бўлиб, улар секин-аста қўшилиши натижасида каттарок парда вужудга келади, бу пардалар аввалига осонлик билан кўчади, кейинчалик эса ёпишиб, кулранг тусга киради. Агар куч билан олиб ташланса, ўрнида эрозия пайдо бўлиши ва конаши мумкин. Қасаллик кўпинча янги туғилган болаларда учрайди.

Агар касаллик кинда бўлса, кичишиш кучли бўлади ва окчил суюқлик ажралади. Эркакларда эса закар бошида бўлиши мумкин.

Давоси. Кунига 2—3 маҳал левориннинг 1:1000 эритмаси билан оғиз чайилади, 5—10 % ли борат кислота, глицерин, люгол билан оғиз артилади. Агар натижа яхши бўлмаса, ичишга нистатин, леворин, микосептин буюрилади.

Лаб бичилиши. Бунда лаб бурчагида эрозия пайдо бўлади, кейин у ёрилади, атрофи кизаради ва инфильтрат йиғилади. Қасаллик узок давом этади, баъзи вақтда қонаб ҳам туради. Бунини стрептококк ва захмда бўладиган лаб бичилишидан фарқлай билиш керак. Бу лаборатория текширув усули билан аниқланади.

Давоси. Лабга кунига 2—3 маҳал декамин, леворин, нистатин малҳамлари суртилади.

Бурмалараро кандидоз кўпинча човда, думбалар орасида аёлларда эса кўкрак беши остида учрайди. Қасаллик майда йирингли пуфакчалар топиши билан бошланади. Улар ёрилиб, эрозия ҳосил қилади, эрозиялар бир-бири билан қўшилиб қатта ҳар хил шаклдаги жароҳатларни юзага келтиради. Тери эрозияси тўқ қизил тусда бўлиб, юзаси сувчираб туради. Бу эса қасалликнинг асосий клиник белгиси ҳисобланади.

Даволашда антибиотиклар, малҳамлар ва анилин бўёқларидан фойдаланилади. Бармоқлар орасида ҳам кандидоз учраб туради, кўпинча III ва IV бармоқ бурмаларида учрайди. Бурмалар бир-бирига ишқаланиши натижасида эрозия ҳосил бўлади. У тўқ қизил тусда, атрофи оқиб жияк билан ўралган бўлади. Бемор ачишиш ва қичишишдан шикоят қилади. Қасаллик узок давом этади.

Давоси. Қастеллани эритмаси, леворин, нистатин малҳами суртилади.

Тирноқ ва тирноқ атрофи кандидози кўпинча тирноқ асосидан бошланади, тери кизаради, бир оз шишади ва оғрийди. Тирноқ тагидан томчиға ўхшаб йиринг чиқиб туради, тирноқнинг терига қўшилувчи қисми хиралашади ва тушиб кетиши ҳам мумкин.

Даволаш қийинроқ. 1 % ли резорцин, 5 % ли спирт-ли глицерин, йод, Люгол эритмаси, леворин, нистатин малҳами суртилади. Уларни кунига 2—3 маҳал суртиш зарур. Агар натижа яхши бўлмаса, тирноқлар жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

Кандидозлар кўпинча чакалоқларда, айниқса чала туғилган болаларда, ошқозон-ичак қасалликлари, гепатит, ич кетиши ва шунга ўхшаш қасалликларда учрайди. Қатта ёшдаги одамларда эса кўп терлаш, витаминлар етишмаслиги, канд қасаллиги натижасида ҳамда мева ва

сабзавотлар билан ишловчиларда бармок бурмалари орасида кузатилади. Шуни айтиб ўтиш керакки, антибиотиклар, кортикостероидларни узок вақт қабул қилиш ҳам кандидозга олиб қилиши мумкин.

ТРИХОФИТИЯ, МИКРОСПОРИЯ, ФАВУС ВА ЧУҚУР ЗАМБУРУҒ КАСАЛЛИКЛАРИ

Трихофития ва микроспория касалликлари илгари мойхўрак деб юритилган, чунки улар бир-бирига ўхшаш касаллик бўлиб, факатгина уларнинг қўзғатувчиси турлича бўлган. Фавусни эса кал деб номлашган, чунки фавус билан оғриган беморнинг сочи қайта чиқмай, одам кал бўлиб қолган. Бу касалликлар одамга одамдан ва ҳайвондан ўтадиган юкумли касалликдир. Улар бошнинг сочли қисмини, силлиқ терини, тирноқларни зарарлайди.

ТРИХОФИТИЯ

Трихофития касаллиги узок замонлардан бери маълум. Бу касалликни қўзғатувчиси ўсимлик паразити — замбуруғ ҳисобланади. У сочи касаллантиради. Шунинг учун унга Trichophyton (трихос — соч, фитон — ўсимлик, замбуруғ) деб ном берилган. Трихофитон турларидан иборат замбуруғлар жуда кўп учрайди. Пушти рангли трихофитон уларнинг асосий вакилларида бири ҳисобланади. Бу замбуруғ одамдаги трихофития касаллигининг барча турида учрайди. Трихофития замбуруғи сочнинг ички қисмига кириб, унинг мағзида кўплаб споралар қўяди. Одатда бу замбуруғларнинг споралари сочнинг ички қисмида бўйига нисбатан занжирсимон ҳолда жойлашади. Трихофития юкумли касаллик. Бу касаллик билан кўпинча мактаб, боғча ёшдаги болалар касалланади. Баъзан касаллик эмизуқли болалар ва катта ёшдаги одамларда ҳам учраб туради.

Касаллик соғ одамларга бемордан тўғридан-тўғри ёки беморнинг бош қийими, тарағи ва бошқа буюмларидан фойдаланганда юкиши мумкин. Трихофития одамга ҳайвонлардан — мушук, ит, от, сигир ва бузоқлардан ҳам юкиши мумкин.

Трихофития қуйидаги турларга бўлинади:

1. Бош терисининг сочли қисми, сокол-мўйловлардаги юзаки трихофития. Бу турга кирувчи касалликлар терида юз берган патологик ҳодисаларга кўра яна икки гуруҳга бўлинади:

юзаки трихофития

чуқур трихофития

2. Силлик теридаги трихофития.
3. Тирноқлардаги трихофития.
4. Катта ёшли одамларда сурункали кечувчи трихофития.

Бош сочли қисмининг юзаки трихофитияси. Трихофития касаллигининг бу тури кўпинча бош терисининг сочли қисмида учрайди. Касаллик аввало терида озми-кўпми яллиғланиш хусусиятига эга бўлган пушти рангли доғлар пайдо бўлиши билан бошланади. 5—7 кундан кейин бу доғлар кепаксимон ёки пластинкасимон пўстлоқлар билан копланadi. Баъзан бу доғлар марказдан ташқарида, яъни периферик қисмда майда-майда пуфакчалар, йирингчалар, қатқалоклар кўринишида жойлашган бўлади. Касаллигининг бошланишида кепакланувчи бир-иккита ўчоқ пайдо бўлади. Улар бошдаги сочлар орасида кўринмаслиги ва беморни безовта қилмаслиги мумкин. Бемор сочини кўли билан ушлаганда ёки тароқ билан тараганида замбуруғлар бир жойдан бошка жойга тарқалади.

Трихофитияда сочнинг хусусияти ўзгариши ўзига хос симптомлардан бири ҳисобланади. Замбуруғлардан жароҳатланган соч ўз эластиклигини, майинлигини, силликлигини йўқотиб, қуруқ кулранг тусга кириб йўғонлашади, мўрт ва узиловчан бўлиб қолади. Соч тери сатҳидан 2—3 мм юқоридан узилади. Узилган сочлар кўринишдан қора нукталарни эслатади. Касаллик манбаларида касалланган сочлар мўрт, қайилган, эгри-бугри бўлади, ўзгармаган сочларни ҳам учратиш мумкин. Бу касалликда ўчоқлар сони кўп бўлиб, 10—15—20 тийинлик тангадек келади. Юзаки трихофитияга даво қилинмаган ҳолларда у бир неча йилгача чўзилади. Лекин одам балоғатга етганда касаллик ўз-ўзидан йўқолиб кетиши ҳам мумкин.

Бош терисининг сочли қисми, соқол-мўйловнинг чуқур трихофитияси. Чуқур трихофитиянинг кўзғатувчиси хайвонлардан ўтувчи замбуруғлар ҳисобланади. Шунинг учун ҳам бу касаллик хайвонларни бокадиган одамлар орасида кўпроқ учрайди.

Биз юзаки трихофития касаллигида яллиғланиш ходисалари содир бўлмаслигини юқорида айтиб ўтган эдик. Чуқур трихофития касаллигида аксинча, яллиғланиш ходисалари яққол юзага чиқади. Касаллик ўчоғидаги тери кизаради, шишади, йирингчалар пайдо бўлади. Яллиғланиш зўрайиши натижасида касаллик ўчоғига яқин жойлашган регионар лимфа тугунлари катталашади. Бемор оғриқ зўрайганлигидан, иситма, бош оғриғи, кўнгил айланиш кабилардан шикоят қилади.

Касаллик юзаки трихофития каби терида кепакланувчи

кизғиш-пушти рангли доғ пайдо бўлиши билан бошланади. Бу доғларда аввал юзаки, кейинчалик чуқур фолликулитлар пайдо бўлади. Кўп вақт ўтмай буларга инфильтратлар қўшилади. Касаллик манбаларида соч фолликулларининг тешиклари кенгайиб, илдизлари бўшашиб қолади, зўрға илиниб турувчи сочлар ва йирингли каткалокларни учратиш мумкин. Бу касалликда яра тузалгандан сўнг унинг ўрнида чандик қолади. Чуқур трихофития шиллик каватлар ва ички аъзоларни камдан-кам ҳолларда касаллантиради.

Сокол ва мўйловларнинг чуқур трихофитияси яллиғланиш ҳодисаларига эга бўлган йирингли тугунлар ҳосил қилиш билан кечади. Чуқур трихофития бирмунча ўткир кечиб, 2—3 ой давом этади. Чандикланиш ҳодисаси касалликнинг тахминан 5—6-ҳафталарида бошланади. Чуқур трихофитиянинг сокол ва мўйловларда учрайдиган турини паразитлар кўзғатган сикоз деб аталишини юкорида айтиб ўтган эдик. Паразитлар кўзғатган сикозни оддий сикоздан фарқлай билиш муҳим. Сокол ва мўйловда яллиғланиш ҳодисаларига эга бўлган чуқур тугунларнинг пайдо бўлиши, касаллик манбаларида илиниб турган соғлом сочлар ва касаллик кўзғатувчи замбуруғларнинг кузатилиши беморда паразитлар кўзғатган сикоз борлигини билдиради.

Силлик теридаги трихофития. Трихофития кўпинча одам танасининг очик жойларида — юз терисида, бўйинда ва билакнинг пастки қисмида учрайди. Силлик терида учрайдиган трихофития патологик хусусиятига кўра юзаки ва чуқур турларга бўлинади.

Юзаки трихофития. Юзаки трихофитияда терида сал яллиғланган кепакланувчи, думалоқ ёки овал шаклли, кескин пушти қизил доғлар ҳосил бўлади. Бу доғлар атрофга тарқалиб, бир-бири билан қўшилиб кетишга мойил бўлади. Бунинг натижасида турли шаклдаги, кўпинча ҳалқа шаклидаги доғлар пайдо бўлади. Беморнинг териси бир оз кичишади. Кўпинча уларда ҳеч қандай шикоят бўлмайди.

Чуқур трихофития. Терида кучли яллиғланиш хусусиятига эга бўлган, аник чегарали, қизил рангдаги касаллик ўчоқлари пайдо бўлади. Қасаллик ўчоғида йирингли фолликулитлар, каткалоклар, ҳатто чуқур жойлашган инфильтратларни учратиш мумкин. Бу кўпинча қўлда, оёқда, бошда ва танада учрайди (14-расм).

Силлик терида юзаки ёки чуқур трихофития касаллиги пайдо бўлганлигини аниклаш учун бемор терисидан олинган соч ёки кепаксимон материал лабораторияда синчиклаб текширилиши лозим. (15-расм).



14-расм. Бошнинг соч
кисмидаги чуқур трихо-
фития.



15-расм. Силлик терида-
ги зич тўқимали трихо-
фития.

Тирноқлардаги трихофития. Одатда кўл ва оёқ бармоқларининг тирноқлари касалланади. Бемор сочини тараганда ёки тананинг айрим соҳаларидаги трихофития бор жойни каш-лаганда замбуруғлар тирноқ пластинкаларига кириб, уларни касаллантириши мумкин. Трихофития беморни парвариш қилиш жараёнида ёки шу касаллиги бор ҳайвонга қараганда ҳам юқиши мумкин. Бундан ташқари, тирноқнинг трихофития билан касалланиши

мумкин эканлигини унутмаслик лозим.

Тирноқлари трихофитияга чалинган бемор касаллик таркатувчи бирдан-бир манба ҳисобланади. Трихофитияда тирноқ ўзининг ялтироқлигини, силлиқлигини йўқотиб, нотекис, ғадир-будир бўлиб қолади, кул ранг тусга қиради ва хиралашиб қолади. Бундай тирноқ пластинкаларида

узунасига ва кўндалангига кетган чизиклар борлиги аниқланади. Тирноқлар бора-бора мўрт ва уваланиб кетадиган бўлиб қолади. Беморда ҳеч қандай шикоят бўлмаслиги мумкин. Тирноқлар трихофитияси узок давом этади, қийинчилик билан тузалади, тузалгандан сўнг касаллик қайталаниши мумкин. Тирноқ пластинкаларидан замбуруғлар топилгандагина касалликка тўғри ташхис қўйиш мумкин.

Катта ёшли одамларда сурункали кечувчи трихофития касаллиги.

Касаллик асосан ёшликдан бошланади. Одам касалликнинг зимдан бошланганлигига ва узок йилларгача давом этиб келаётганлигига аҳамият бермаслиги мумкин. Чунки беморда субъектив сезгилар бўлмайди. Шунинг учун ҳам бемор ўзи пайқамаган ҳолда касалликни бошқаларга таркатиб юради.

Сурункали кечувчи трихофития бошқа трихофитияларга ўхшаб унчалик юкумли бўлмаса-да, унга эътиборсиз қараш жуда катта хато ҳисобланади. Аҳоли орасида трихофития касаллиги бор болаларнинг аниқланиши ва оила аъзолари орасида касалланган кишиларнинг бўлиши хроник трихофитиянинг соғлом одамларга юқишига сабаб бўлади.

Кўпинча сурункали трихофития билан жинсий аъзолар ва қалқонсимон без фаолияти бузилган аёллар касалланади. Ички секреция безларининг етишмаслиги ва организмнинг умумий заифланиши трихофитиянинг сурункали турга ўтишига сабаб бўлади. Лекин сурункали трихофития эркаклар орасида ҳам учраб туради. Бу касалликнинг катта ёшдаги одамларда сурункали кечиши бемор организмнинг илгари кириб қолган замбуруғга аста-секин мослашиши туфайлидир.

Сурункали трихофитияга ташхис қўйиш одатда анча қийин бўлади. Касаллик аксари бош териси ва тирноқларнинг шикастланишидан бошланиб, кейинчалик силлик терига ўтади. Бош терисининг бўйин томони шу касаллик энг кўп жойлашадиган соҳа ҳисобланади. Унда нотўғри шаклдаги, чегараси аниқ бўлмаган кепакланувчи ўчоқларни кўриш мумкин. Касаллик содир бўлган жой яллиғланмаслиги ёки бир оз яллиғланиши мумкин. Бош терисида узилган сочлар ва «кора нукталар» жуда кам топилади, уларни қазғоқ тагидан топиш анча қийин. Бу касалликка учраган кишиларда ҳеч қандай шикоят бўлмайди.

Сурункали трихофития силлик терини ҳам касаллантириши мумкин. Касаллик асосан қўл ва оёқ панжасида,

билакнинг пастки қисмида, болдирда учрайди. Бу жойлар бир-бири билан қўшилиб 10—15 тийинлик тангадек келадиган пушти рангли доғларни пайдо қилади. Бу доғлар тез кунда ок рангли пўстлоқлар билан қопланади. Кўпинча пўстлоқлар кепаксимон, баъзан пластинкасимон бўлади.

Пўст ташловчи доғлар атрофдаги теридан аник ажралиб турмайди. Терида баъзан катталиги нўхатдек келадиган, чеғаралари ноаниқ ва озрок пўст ташловчи ўчоқлар учрайди. Агар зарарланиш қафт ва товонларда бўлса, яллиғланиш бўлмаган ҳолда терининг эпидермис ва мугуз қаватининг озми-кўпми қалинлашиши ва пўст ташлаганини кўриш мумкин. Қафт терисининг қалинлашган мугуз қаватида замбуруғлар яшай олади. Шунинг учун ҳам бундай касалликка чалинган бемор касаллик тарқатиши жиҳатидан хавfli ҳисобланади. Катталардаги сурункали трихофитияда ҳам тирноқлар жароҳатланиши мумкин. Лекин касаллик ўзининг клиник кечишига кўра бошқа турдаги трихофитиялардан фарқ қилмайди.

МИКРОСПОРИЯ

Бу касалликнинг қўзгатувчиси *Microsporium* замбуруғидир. Замбуруғлар асосан икки турга бўлинади:

1. Одамларни зарарловчи замбуруғлар.

2. Ҳайвонларни ва одамларни зарарловчи замбуруғлар.

Замбуруғларни 1938 йилда атоқли олим А. М. Ариевич аниқлаган. Касаллик юқумли, айниқса 4—14 ёшгача бўлган болаларда (кўпинча ўғил болаларда) учрайди. Бемор терисининг сочили қисмида кўчиб турувчи ёки кепакланувчи доғлар пайдо бўлади, улар аста-секин катталаша бориб, беш тийинлик тангадек бўлиб қолади. Ўчоқлар сони 3 тадан 5 тагача бўлиши мумкин. Тери деярли яллиғланмайди ёки бир оз кизариб, у ердаги сочлар қуруқ, мўрт бўлиб қолади. Тери сатҳидан 3—5 мм юқорида узилувчан ва кулранг бўлади. Агар соч суғуриб кўрилса, унинг илдизи атрофида оқиш-кўк ранг халтачаларни кўриш мумкин.

Микроспория юқорида айтиб ўтилганлардан ташқари, диффуз ҳолда тарқалган бўлиши мумкин. Баъзан касаллик ўчоғида кепакланиш ўрнига қазғоқ пайдо бўлади, бу эса сочларнинг ёпишиб қолишига ва касалликнинг клиник кўриниши бузилишига олиб боради. Қамдан-кам ҳолларда яллиғланиш кучайиб кетади. Бу вақтда ўчоқ атрофидаги тери шишади, кизаради, фолликулитлар пайдо бўлади.

Микроспория кўпинча силлик терининг очик жойларида (юз терисида, бўйинда, кўлларда) учрайди. Бу жойларда касаллик манбалари доғлар, думалок ёки овал шаклдаги бир-бирига тутшиб кетган кепаксимон қазғоқлардан ташкил топади.

Микроспорум кўзгатувчи микроспория юкорида тас-вирланган микроспориядан тошмаларнинг ҳар хиллиги билан фарқ қилади. Бош терисининг сочли қисмида кўплаб майда-майда касаллик ўчоқлари пайдо бўлиб, трихофития каби ёки оддий микроспория кўринишида ўтиши мумкин. Бу ҳолда терида яллиғланиш ҳодисалари мутлақо бўлмайд-ди ёки касаллик бошланаётган биринчи ҳафтада у бир оз кизаради. Касаллик манбаларида кўплаб узун ва соғлом сочлар қолади. Сочлар бир текисда узилмай, балки 5—8 мм юкоридан узилади. Қасаллик манбаининг шакли нотўғри, чегаралари ноаниқ бўлиши мумкин. Улар бир-бири билан қўшилиб, диффуз ҳолатда бош терисини батамом эгаллаб олади ва калнинг қазғоқли тури каби кечади.

Микроспория касаллигини аниқлаш учун бемор люми-несцент лампа ёрдамида текширилади. Қасалланган сочлар яшил рангда кўринади. Шунинг учун ҳам болалар орасида микроспория касаллигини люминесцент лампа ёрдамида аниқлаш усули барча тиббиёт муассасаларида, айниқса қишлоқ районларида кенг қўлланилиши мумкин.

КАЛ (ФАВУС)

Қалнинг кўзгатувчиси ахорион замбуруғи ҳисоблана-ди. Уни 1839 йилда франциялик олим Шейнлейн топган. Қал билан одам, ҳайвонлар ва паррандалар касалланади. Қал одамда кўпинча бош терисининг сочли қисми, силлик тери ва тирноқларда учрайди. Лекин ички аъзоларнинг ҳам кал билан касалланиши мумкинлигини унутмаслик керак. Қал микроспория ва трихофития каби юқумли касаллик. Бу касаллик бемордан соғлом одамларга юкади. Қалнинг қуйидаги турлари бор;

1. Бош терисининг сочли қисмидаги кал касаллиги.
2. Силлик теридаги кал касаллиги.
3. Тирноқдаги кал касаллиги.

Бош терисининг сочли қисмидаги кал касаллиги.

Қалнинг кўзгатувчиси ахорион замбуруғи ҳисоблана-ди. У тери орасига кириб, унинг мугуз қаватида, соч фолликуллари атрофига жойлашади. Касалликнинг бош-ланишида соч фолликуллари атрофида яллиғланмаган кизғиш рангли бир оз қазғоқланувчи доғлар пайдо бўлади.

Орадан кўп ўтмай сочнинг таги, яъни терига яқин қисмида ясси, сарғиш рангли ва яллиғланмаган, тўғноғич боши катталигидаги қалқонсимон белги пайдо бўлади. У теридан бир оз кўтарилиб туради ва ўртасидан соч чиқади. Қалқонсимон белги кейинчалик атрофлама ўсиб, ўртасида киндиксимон чуқурча ҳосил бўлади.

Қал скутуласи, қалқонсимон белги ва замбуруғ колонияси унинг кўпаювчи қисмидир. Скутула микроскоп остида кўрилса, унда ахорион замбуруғнинг кўплаб калта иплари, буралган мицелалари, споралари, эпидермис хужайралари, мой томчилари, донали детритлар борлигини аниқлаш мумкин. Скутулалар ўсиб бориши натижасида уларни қопловчи эпидермис ҳам чўзилиб йиртилади ва ундаги замбуруғлар атрофга тарқалади. Ҳаво таъсирида скутулалар қуриydi, оқиш-кул ранг тус олади, уваланади ва сочлар худди чанг босганга ўхшаб қолади. Беморнинг бошидан «сичқон хиди» келиб туради.

Скутулалар катталашиб ва ўзаро қўшилиб кенг соҳани эгаллайди. Лекин бошнинг четидаги 1 см га яқин жойида касалланмаган сочлар қолади.

Қал касаллигида сочларнинг зарарланиши касалликка хос. Одатда сочнинг бўйида ўзгариш бўлмайди, у узилмайди ва синмайди, аммо қуриydi, ўзининг эластиклик, силлиқлик хусусиятини йўқотади, чангланиб кул ранг тусга киради. Бундай ўзгаришларга учраган соч тортилганда тезда илдизи билан кўчиб чиқади ёки ўз-ўзидан тўкилавермайди. Соч тўкилган жойлар билан бирга ўз узунлигини ва асли қалинлигини сақлаб қолган соҳалар ҳам бўлади.

Қал узок давом этганда терида ўзига хос ўзгаришлар содир бўлади. Скутулалар алоҳида уялар кўринишидаги атрофик ямоқлар қолдиради. Касалланган соч фолликуллари нобуд бўлади ва тўкилган сочлар ўрнига янги сочлар чикмайди. Қал касаллиги беморни унча безовта қилмайди. Бош бир оз кичишади холос. Бемор даволанмаса касаллик бир умрга тузалмайди.

Бош терисининг сочли қисми атрофида ямоқлар ҳосил бўлганидан сўнг касаллик ўз-ўзидан тугайди. Қал касаллигининг ноаниқ турлари ҳам учраши мумкин.

Кепаксимон тур. Бунда бош терисида кўплаб ўчоқлар пайдо бўлади. Тери бир оз кизаради ва кепакланади. Сочда ўзгариш бўлмайди ёки жуда кам бўлади.

Скутулали тур. Бунда бош терисининг сочли қисми кизаради, кул ранг кепакланиш вужудга келади. Аниқ ва ўзига хос скутулалар кўп учрайди. Лекин сочда бир қанча ўзига хос ўзгаришлар рўй беради.

Йирингли тур. Бош терисининг сочли қисмидаги касаллик манбаларида сачратки касаллиги каби сарғиш рангли каткалоқлар пайдо бўлади, лекин улар бирмунча куруқ бўлади. Улар сочларга ёпишиб сочни тараб бўлмай қолади. Бу эса битлаб кетишга сабаб бўлади. Каткалоқлар олиб ташланса, ўрнида чандик қолади. Булардан ташқари, сочда калга хос ўзгаришлар содир бўлади.

Калга тўғри ташхис қўйиш учун бемордан олинган патологик материал (соч, каткалок, кепаклар) лабораторияда синчиклаб текширилади.

СИЛЛИҚ ТЕРИДАГИ КАЛ КАСАЛЛИГИ

Силлик тери тўғридан-тўғри касалланиши ёки касаллик бош терисидан қўллар оркали силлик терига ўтиши мумкин. Силлик тери кали қуйидаги клиник турларга бўлинади:

Эритема — қазғокланувчи тур. Бунда терида унча катта бўлмаган нотўғри шакли, кизил рангли, чегараси аниқ бўлмаган қазғокланувчи доғлар пайдо бўлади.

Трихофитияга ўхшаган тур. Бу пуфақчали трихофитияга ўхшайди. Терида чегараси аниқ бўлган кизил рангли доғлар пайдо бўлади. Бу доғларнинг марказдан ташқари периферик қисмида пуфақча ва баъзан туғунча элементлари жойлашади.

Скутулали тур. Силлик терида скутулалар пайдо бўлиши билан ифодаланади. Бироқ бу касалликни трихофитияга ўхшаб аниқлаш қийин эмас. Бемордан олинган қирмалар лаборатория усули ёрдамида текширилганда кал касаллигининг кўзгатувчиси — ахорион замбуруғини осонгина топиш мумкин.

ТИРНОКДАГИ КАЛ КАСАЛЛИГИ

Тирноқларнинг ҳам кал билан зарарланиш ҳоллари учраб туради. Тирноқларда юз берадиган ўзгаришлар трихофития касаллигини эслатади. Бу ҳолда тирноқ ўзининг силлиқлиги ва рангини йўқотиб, хиралашади, ғадир-будур, кейинчалик эса тезда синадиган ва уваландиган бўлиб қолади. Тирноқ трихофитияси ёки унинг кал билан касалланмаганлигини аниқлашда ҳам лаборатория усули катта ёрдам беради.

Трихофития, микроспория ва фавус (кал) касалликларини даволаш. Агар бу касалликлар силлик терида бўлса, у ҳолда терининг тошма

тошган жойига 2—3 ҳафта давомида 3—5 % ли спиртли йод эритмасидан эрталаб суртилади, кечкурун эса 10 % ли олтингугурт малҳами суртилади. Борди-ю шикастланган жойлар кўп бўлса, у вақтда беморнинг ёши ва огирлигига қараб гризеофульвин берилади.

Юзаки трихофития, микроспория ва кал бошнинг сочли қисмида бўлса ҳам гризеофульвин буюрилади. Гризеофульвин таблетка ҳолида бўлади, ҳар бир таблетка 0,125 г бўлиб, беморнинг ҳар 1 кг огирлигига 21—22 мг ҳисобида берилади. Бир кунлик дозаси 3 г бўлиниб, овқатланиш вақтида берилади. Ошқозон-ичакда яхши сўрилиши учун гризеофульвин 1 чой қошиқ ўсимлик ёғи билан бирга ичирилади. Гризеофульвин беморнинг аҳволига, клиник белгиларига қараб 2 марта манфий натижа олингунга қадар берилади. Агар беморда қон касаллиги, жигар, буйрак, ўсма касалликлари бўлса, гризеофульвин бериш мумкин эмас.

Гризеофульвин билан бир қаторда бошга 2—3 % ли спиртли йод эритмаси эрталаб, 10—15 % ли олтингугурт малҳами кечкурун суртилади.

Агар трихофитиянинг чуқур инфильтратив тури бўлса, у ҳолда олдин риванол, фурацилиннинг сувдаги эритмасидан дерматологик компресс қилинади. Бу муолажа кунига бир-икки маҳалдан йирингли яллиғланиш қамайгунга қадар қилинади, кейин секин-аста малҳам суртишга ўтилади. Малҳам суртишдан олдин зарарланган жойдаги сочлар эпиляция қилинади (пинцет билан тозаланади), сўнгра 10 % ли ихтиол, 3 % ли риванол, 10—15 % ли олтингугурт малҳами ёки Вишневский, Вилькинсон малҳамларидан фойдаланилади. Инфильтратларнинг сўрилишига қараб шикастланган жойларга яна йод ва олтингугурт малҳами суртишга ўтамиз.

Шуни эслатиб ўтиш керакки, гризеофульвин қабул қилаётган беморларнинг баданига баъзан қизамиқсимон тошмалар тошиши мумкин. Бундан ташқари, бош оғриши, бош айланиши, ич кетиши, кўнгил айниши, қусиш ва ҳатто нерв системасининг бузилиши кузатилиши мумкин. Бундай ҳолда бир неча кун гризеофульвин берилмаса касаллик ўтиб кетади. Орадан 4—5 кун ўтгач уни яна камроқ дозада бериш мумкин. Бу кўпинча болалар ўртасида учрайди, шунинг учун беморга юқорида айтилган даволаш усуллари билан бир қаторда глюконат кальций, поливитаминлар ва овқатланиш тартибини тўғри ташкил қилиш буюрилади. Бу беморнинг тез тузалиб кетишига катта ёрдам беради.

Касалликнинг олдини олиш. 1. Шаҳар ва қишлоқларда аҳолини мунтазам равишда тиббий кўрув-

дан ўтказиш керак. Буни айниқса болалар боғчаларида, мактабларда, интернатларда амалга ошириш лозим.

2. Қасаллиги аниқланган беморларни ўз вақтида махсус касалхонага ётқизиш ва унинг оила аъзоларини тиббий кўрувдан ўтказиш лозим, уч ҳафта давомида ҳафтасига бир марта.

3. Қасаллик аниқлангандан кейин 281- форма тўлғазилиб, туман санитария эпидемиология станциясига юбориш керак. Улар эса ўз навбатида беморнинг кийим-кечагини ўрин-кўрпаларини дезинфекция қиладилар.

4. Бемор тузалиб чиққанидан кейин уни назорат қилиб туриш керак, чунки касаллик яна қайталаниб қолиши мумкин.

5. Одам ва ҳайвонлар орасида учрайдиган замбуруғ касалликларини камайитириш мақсадида тиббиёт ва ветеринария ходимлари ҳамкорликда иш олиб боришлари лозим.

6. Қишлоқ туманларида ҳали ҳам сайёр сартарошлар учраб туради, улар санитария-гигиена қоидаларига мутлақо риоя қилмаган ҳолда кишиларнинг соч-соколларини олиб касаллик тарқатиб юрадилар. Улар орасида тушунтириш олиб бориш лозим.

7. Шаҳар, район тери-таносил касалликлари диспансери ходимлари ўртасида трихофития, микроспория ва кал касалликларининг диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасига доир билимни оширишга қаратилган семинарлар ўтказиб туриш жуда катта аҳамиятга эгадир.

8. Тери-таносил касалликлари диспансерларида ишлайдиган ходимлар ўзлари ишлаб турган жойда турли корхона ва муассасаларда аҳоли ўртасида замбуруғ касалликлари ҳақида суҳбат ва лекциялар ўтказиб туришлари керак.

ЧУҚУР ЗАМБУРУҒ КАСАЛЛИКЛАРИ

Чуқур замбуруғ касалликларига актиномикоз, хромомикоз ва бошқалар киради.

Актиномикоз одатда кўпроқ учрайди, чунки унинг замбуруғлари ташки муҳитда жуда кўп бўлади. Масалан, сувда, тупрокда, ўсимликларда ва оғиз шиллик қаватида сапрофит ҳолида учрайди.

Актиномикоз замбуруғи ипсимон, лекин нурланувчи, ипчаларининг охири йўғонлашган бўлади. Бу касаллик узокка чўзиладиган касалликдир.

Клиник белгилари — кўпинча терида учрайди, ички аъзолардан тарқалиб (метастаз), кейин терида

тугунлар пайдо бўлади. Бу тугунлар кўпинча бўйин, юз, оғиз шиллик каватида учрайди, касалланган жойдаги тугунлар ёрилиб, тешиклар ҳосил қилади, ана шу тешиклардан кўкиш-сарик рангдаги йиринг чиқиб туради. Тугунлар олдин каттикрок бўлади, катталиги данакдек ёки кичкина ёнгоқдек бўлиши мумкин, ёрилгандан кейин улар бўшашиб қолади.

Бирламчи актиномикозда олдин терида тугунлар пайдо бўлади, кейин тери ости ёғ каватига ўтиб кетади, клиник жиҳатдан етилгандан кейин қон ва лимфа томирлари орқали ички аъзоларга ўтиб, метастаз беради. Клиник белгилари эса иккиламчи актиномикозга ўхшайди. Бу касаллик узоқ давом этади, яранинг бир жойи битиб, бошқа жойидан яна янги тугунлар пайдо бўлаверади. Бу бемор аҳволини оғирлаштириб, камқувват қилиб қўяди.

Даволаш учун асосан антибиотиклардан пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, эритромицин ёки сульфаниламид препаратлари (сульфадимезин, сульфазол, норсульфазол) буюрилади. Бундан ташқари, иммунопрепаратлардан актинолизат, актиномицет поливалент вакцина тайинланади. Агар беморнинг аҳволи оғирлашган бўлса, плазма, қон ва гемодез қуйилади. Яраларни жарроҳлик йўли билан очиб ташлаш лозим, тугунларни эса бутунлай йўқотиш керак.

Хромомикоз. Қўзғатувчиси — *Hormodendron* — ачитки хужайраларига ўхшаш, лекин ипсимон.

Клиник белгилари. Асосан болдирда, сонда, думбада жойлашади. Бирламчи тошма тугунчалари бир-бири билан қўшилиб 15—20 тийинлик тангадек бўлиши мумкин. Қўшилган тугунлар устида майда-майда капиллярлар кўринади, уларнинг ранги кул ранг бўлиб, чети секин-аста ўсаверади. Ўсган жойларда ҳали капиллярлар чиқмаган бўлади. Баъзи ҳолларда бир нечта тугунчалар қўшилиб, катта-катта шикастланган ўчоқларни ҳосил қилади.

Тошма тугунча, дўмбоқчалар кўринишида бўлади. Бу тошмалар алоҳида-алоҳида бўлиши ҳам мумкин. Шунга кўра касалликнинг клиник белгилари ўзгариб туради.

Актиномикоз ва хромомикозни тери сили билан солиштирса бўлади. Чунки бу касалликлар бир-бирига ўхшайди. Тери сили (скрофулодерма), безли яра (оддий волчанка), ўзига хос клиник белгиларга эга, улар беморни чуқур текширгандан сўнг аникланади.

Даво си. Агар кичик-кичик шикастланган жойлар бўлса, уларни электрокоагуляция ёрдамида даволаш мумкин. Бундан ташқари, витамин D₂ 150 000—200 000 ТБ дан берилади.

Хромомикоз сурункали касаллик бўлганлиги учун витамин D₂ ни узоқ вақт беришга тўғри келади, яна витаминлардан B₆ — B₁₂ берилади. Агар иккиламчи микроблар тушиб йирингли касаллик пайдо бўлса, антибиотиклар буюрилади.

ТЕРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

ДЕРМАТИТЛАР

Дерматит — терининг яллиғланиши бўлиб, улар асосан ташқи муҳит (механик, физик ва кимёвий моддалар) таъсири натижасида пайдо бўлади. Бу моддалар териға таъсир қилганда тезда патологик ўзгаришлар юз беради.

Агар ўзгариш лаб жиягида бўлса, хейлит дейилади, касаллик оғиз шиллиқ қаватида бўлса, стоматит деб юритилади.

Клиник белгилари ташқаридан бўлган таъсирот кучига, организмнинг қарши курашиш қобилятига боғлиқ. Одатда тери қизаради, чегараси аниқ бўлади ва бир оз шишади, баъзи ҳолларда майда-майда тугунчалар ва пуфакчалар пайдо бўлади. Кейинчалик улар қипиқланиши, тери шилиниб пилчираб туриши мумкин. Баъзи ҳолларда (физик ва кимёвий омиллар таъсирида) йирик пуфакча, некротик ўзгаришлар билан ифодаланади.

Дерматит оддий ва аллергик турларга бўлинади. Оддий дерматит кучли кислота, ишкор, юкори ва паст ҳарорат таъсирида келиб чиқади.

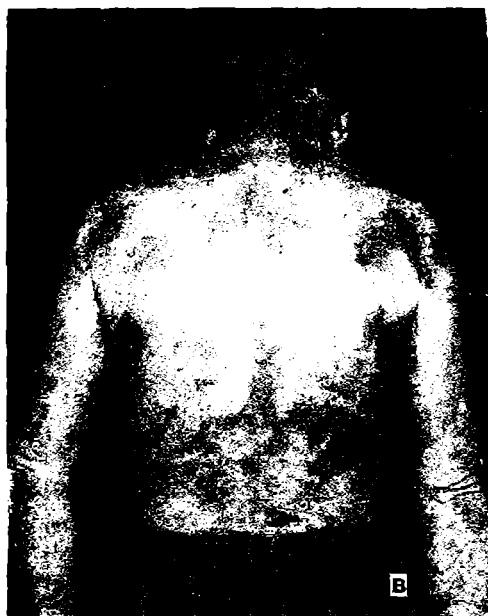
Аллергик дерматит эса териға баъзи моддалар таъсир қилиши оқибатида сезувчанликнинг ошиши туфайли юзаға келади. Аллергик дерматитнинг яширин даври 7—10 кундан то бир неча ойгача бўлиши мумкин. Аллергик дерматитда терининг ҳамма жойига тошма тошиши мумкин. (16- расм, А, Б, В)

Оддий контакт хейлит. Бу касаллик ноқулай об-ҳаво шароитида пайдо бўлади. Қўпроқ совуқ ва иссиқ шамол ёки қуёш нури ва бошқалар таъсирида вужудға келади. Қасаллик кўпинча очик ҳавода ишловчиларда учрайди.

Аллергик контакт хейлит. Бу касаллик кўпинча лаб жиягининг, камдан-кам ҳолларда лаб шиллиқ қаватининг кимёвий моддаларға сезувчанлиги ортиши натижасида пайдо бўлади. Кўпинча бу касаллик 20—60 ёшли аёлларда учрайди.

Клиник белгилари. Одатда лаб жиягида жойлашган бўлиб, бир оз лаб терисига ҳам ўтиши мумкин.

Аллерген теккан жойда чегараси аниқ қизил доғ пайдо



16- расм. Терининг од-
дий яллиғланиши -(А —
гексахлорандан, Б — металл
бирикмаларидан, В — бути-
фосдан зарарланиши).

бўлади, у бир оз шишиб юзасида кепакланиш ҳосил бўлади. Қасаллик узоқ давом этиши натижасида лаб жияги қурийди ва ундан нозик йўллар ва ёриқлар пайдо бўлади. Кўпчилик беморларда қасаллик ўткир ҳолатда кечади. Беморлар ачишиш ва кичишишдан шикоят қиладилар.

Оддий контакт стоматит кўпинча оғиз шиллик қаватининг қуйиши натижасида келиб чиқади. Улар қуйдирувчи дорилар (резорцин) ва бошқалар таъсирида пайдо бўлади. Клиник белгилари кичикрок эритема ва шиш кўринишида бўлади, баъзи ҳолларда пуфакча ва некрозлар пайдо бўлади.

Аллергик контакт стоматит. Бунда одатда оғиз шиллик қаватида кизариш, шиш, пуфакча ва эрозиялар пайдо бўлади. Беморлар ачишиш, оғиз қуруқлиги, таъм билиш ўзгарганидан, оғрикдан шикоят қиладилар. Қасалликка кўпинча оғизга суртиладиган дорилар, тиш пастаси, тиш протезлари сабаб бўлади.

Аллергик контакт дерматитни турли кимёвий моддалар қақириши мумкин, булар терига таъсир этиб, сезувчанликни оширади.

Аллергик контакт хейлитга кўпинча лаб бўёғи, тиш протезлари, тиш пасталари, оғизга олиб чалинадиган турли асбоблар сабаб бўлади.

Т а ш х и с н и а н и қ л а ш. Ташхисни аниқлашда турли хил синамалар ёрдам беради. Бунда томчи, компресс синама мусбат бўлади.

А т о п и к х е й л и т н и н г аллергия контакт хейлитдан фарқи шундаки, кизил жияк ва лаб терисида инфильтратив ўзгариш бўлади, кўпинча қасаллик лаб бурчагида учрайди ва узоқ кечади.

Д а в о л а ш. Ҳамма вақт қасаллик қақирувчи манбани йўқотиш зарур бўлади. Агар клиник белгиси кам юзага чиққан бўлса, ташқаридан даволаса ҳам бўлади (кортикостероид малҳамлар ва аэрозоллар билан). Тарқалган ва оғир ҳолатларда сезувчанликни пасайтирувчи (десенсибилизацияловчи) дорилар буюрилади.

ТОКСИКОДЕРМИЯ

Токсикодермия (toxicodermia) — терининг ўткир ялғғланиши, турли-туман моддаларнинг таъсири натижасида келиб чиқади. Бунда асосан токсико-аллергик омил катта аҳамиятга эга, лекин бу омиллар организмга ҳаво йўллари орқали, терига инъекция қилинганда ва овкатлар орқали таъсир қилиши мумкин. Заҳарли моддалар терига

ўтиб касаллик чақариши билан бирга, оғиз шиллик қавати ва лаб жияғини шикастлайди.

Токсикодермия икки хил: яъни маҳаллий ва тарқалган ҳолатда бўлади.

Маҳаллий токсикодермияда битта ёки бир нечта думалок ва овалсимон шаклдаги доғ пайдо бўлади. У аста-секин тўқ жигарранг тусга киради. Марказий қисмида баъзи ҳолларда пуфакча ҳосил бўлади. Кўпинча оғиз шиллик қаватида кузатилади.

Агар юкорида кўрсатилган омилларнинг таъсири тўхтатилса, орадан 7—10 кун ўтгач ҳамма ўзгаришлар йўқолиб, бемор тузалиб кетади.

Токсико-аллергик омил организмга яна қайта тушса, касаллик қайталаши мумкин. Баъзи вақтларда терида ёки шиллик қаватларда пайдо бўлиши мумкин. Кўпчилик касалларда тошмалар бир пайтнинг ўзида ҳам шиллик қаватда, ҳам жинсий аъзода, орка чиқарув тешигида ва терида пайдо бўлади.

Баъзан касаллик дори-дармонлар таъсирида ҳам келиб чиқади.

Тарқалган токсикодермия. Бу касалликда тери ҳамда оғиз шиллик қавати шикастланади. Бунда кўпинча беморнинг ҳарорати кўтарилади, эти увишади, ошқозон-ичак фаолияти бузилади. Бемор бўшашиб, кома ҳолатига тушиб қолиши мумкин.

Клиник белгилари. Экземага, кизамиққа, кизилчага ўхшаш бўлади. Тошмалар милкка, тилга ва лабга тошади.

Иккиламчи токсикодермияга турли озиқ-овқат маҳсулотлари сабаб бўлиб, бунда организмнинг бирорта овқатга бўлган сезувчанлиги ошиб кетади ёки бу эскирган овқат ейиш натижасида ҳам пайдо бўлади.

Даволаш. Токсикодермияни даволашда асосан касаллик сабабини билиш зарур. Касалликнинг сабабчиси йўқотилса бемор ўз-ўзидан тузалиб кетади. Беморга десенсибилизацияловчи ва гистаминга қарши дорилар буюрилади. Бундан ташқари, баъзи вақтларда хукна қилинади, гормон препаратлари берилади ва клиник белгиларига қараб даволанади. Агар некроз ўчоқлари бўлса, улар олиб ташланади, оғрик қолдирувчи ва ярани битирувчи дори-дармонлар буюрилади.

ЭКЗЕМА (ГУШ)

Экзема (eczema) — сурункали қайталанувчи нейро-аллергик касаллик бўлиб, терининг юза қаватини шикастлайди. Келиб чиқиши жиҳатидан ички ва ташқи омилларга боғлиқдир.

Клиник белгилари. Асосан тери кизаради ва пуфакчалар пайдо бўлади, кичишиш билан давом этади. Касаллик кўпинча 30 ёшдан ошганларда учрайди.

Гуш келиб чиқиш сабабига кўра бир неча хилга бўлинади: чин ва микробли экзема, касб экземаси ва қазғокли экзема.

Чин экзема. Бу касаллик ўзининг белгилари билан ажралиб туради. Биринчи клиник белгиси тери кизаради ва шишади (доғли боскич). Кейин терида майда-майда пуфакча ва тугунчалар ҳосил бўлиб, ёрилади ва катталашади. Бу ҳолат пуфакчали боскич деб номланади. Пуфакчалар ёрилиб майда чуқурчаларни ҳосил қилади ва юзасида ҳўлланиш, яъни экссудат кўринади, буни биз ҳўлланиш боскичи деб атаймиз. Секин-аста эрозия юзасидан суюқлик қайта бошлайди. Кейин эса кўкимтирсарғиш каткалок пайдо бўлади. Яъни тери эпителий билан копланиб, терининг тузалиш даври бошланади.

3-жадвал

Терининг оддий яллиғланиши ва экзemanннг клиник белгилари

Терининг оддий яллиғланиши	Экзема
1. Кўпинча терининг очиқ жойларида бўлади, ташқи таъсирот туфайли келиб чиқади.	1. Терининг ҳамма қисмида учраши мумкин.
2. Яллиғланиш атрофга тарқалмайди.	2. Атрофга тарқалиб кетади.
3. Терининг анчагина қисмини қоплайди.	3. Шикастланган жойда нормал терилар ҳам бўлади.
4. Тошма кўп бўлишига қарамай, ўткир полиморфизм бўлмайди.	4. Полиморфизм ўткир клиник белгиларга эга бўлади.
5. Тери ҳар доим ҳам сувчирайвермайди.	5. Тери доим сувчираб туради, пуфакчалар ёрилиб, чуқурчалар ҳосил бўлади.
6. Аллергик тошмалар бўлмайди.	6. Аллергик тошмалар бўлади.
7. Терида ташқаридан биронта нарса таъсир қилади.	7. Терида ҳам ташқаридан, ҳам ичкаридан таъсир натижасида пайдо бўлади (эндогенли ва экзогенли)
8. Терида таъсир этиш натижасида бошланади.	8. Терида бирор нарса таъсир этганда эмас, балки секин-аста сезувчанлиқ ошиши билан бошланади.
9. Касаллик узоқ давом этмайди, ўткир кечиши мумкин.	9. Касаллик узоқ давом этади, қайталаниши мумкин.
10. Агар касаллик чақирувчи омиллар йўқотилса тузалиб кетади.	10. Ҳамма вақт ҳам клиник белгилар йўқолиб кетавермайди.

Кўрсатилган боскичлар ҳар хил давом этади ва ҳар хил даврга мансуб бўлади, шунинг учун касаллик белгилари ўзига хос тарзда кечади. Ҳолбуки шундай экан, гушнинг клиник белгиси бир жойда турли боскичга эга бўлиши мумкин. Баъзи пайтларда марказий қисмда тузалиш бошланган бўлса, четки қисмида янги тошмалар пайдо бўлади. Бу сохта полиморфизм кўринишида бўлади.

Ўткир экземанинг кечиши ҳам ҳар хил бўлади. Агар экземанинг сабабчиси ўз вақтида йўқотилмаса, тузалгандан сўнг яна қайталаниши ва сурункали турга ўтиши мумкин.

Сурункали экземанинг клиник белгилари асосан терида (лихенизация), кўкимтир-кизил рангли доғ пайдо бўлиши билан бошланади, баъзи жойларда тўп-тўп бўлиб тугунча ва пуфакчалар ва кепакланиш кузатилади.

Чин экзема кўпинча юзда, қўлда ва оёқда учрайди. Баъзи ҳолларда экзема бутун бадан терисига тарқалиб кетиши мумкин. Беморнинг эти увишади ва ҳолсизланади, бу даврда кичишиш зўраяди.

Микробли экзема сурункали йирингли экземадан кейин келиб чиқади. Инфекция тушган жароҳат атрофида трофик яра, яра йўллари ва бошқалар кўриниб туради. Мана шу ўчоқлар атрофида думалоқ ёки чегараси эгри-бугри янги ўчоқлар пайдо бўлади. Шикастланган жойнинг устки қисми кўкимтир-сарғиш пўстлоқ билан қопланиб туради, агар пўстлоқни кўчирсак тагидан кизил рангли хўлланган ўчоқларни кўрамыз. Микробли гушда ўчоқ атрофида тарқалиш бўлади, янгидан-янги йирингчалар пайдо бўла бошлайди, натижада кичкинагина ўчоқлар, яъни экземасимон ўчоқлар вужудга келади. Бу кучли кичишиш билан давом этади.

Микробли гуш жароҳатланган жой атрофида ва вена кон томирларида кузатилади. Буларнинг вужудга келишида механик (нотўғри қўйилган гипс), кимёвий (нотўғри даволанган яра, жароҳат) ва биокимёвий омиллар (йирингли микроблар) катта аҳамият касб этади. Яра атрофидан чиккан йиринг терининг сезувчанлигини ошириб, микробли гушни келтириб чиқаради, кейинчалик бошқа жойларга ҳам тарқалади.

Қасб экземаси — бу касаллик кўпинча ишхонадаги турли таъсиротлар натижасида келиб чиқади.

Себореяли экзема кўпинча себореядан кейин терининг ёғли ўчоқларида пайдо бўлади. Масалан, бош терисининг сочли қисмида, кулоқ супрасида, юзда, курак ва қўлтик остида, киндик атрофида, жинсий аъзоларда ва ҳоказо. Себореяли экзема унча безовта қилмайди, хўлланмайди,

бирламчи тошмаси кизил доғ, баъзида тугунча кўринишда бўлади. Кейинчалик пушти-кизғиш рангга кириб, устки қисми кипикланиб туради. Доғлар бирлашиб доира шаклини ҳосил қилади (17-расм, А, Б.)

Лабда учрайди-ган экзема лабнинг кизил жиягида пайдо бўлади. Кўпинча ўртача ўткир яллиғланиш билан давом этади, бир оз кипикланади баъзида лаб ёрилади. Қасаллик одатда лаб шиллик каватига ўтмайди балки Клейн чега-расигача боради.

Қасалликнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиши. Экзема нейроаллергик касаллик ҳисобланади. Экзема касаллиги бор беморларда кон-томир реакцияси, тер чиқиши, терининг электр қаршилиги, иссиқликни бошқариш (терморегуляция) рефлeksi ва бошқалар бузилган бўлади. Бунда албатта нерв системасининг пўстлоқ қисмида ўзгаришлар содир бўлиши мумкин. Беморлар турли қимёвий моддаларга се-



17-расм. Экзема

(А — микробли экзема, Б — шоҳланган экзема)

зувчан бўлиб қоладилар, бу эса тери рецепторининг вазифаси бузилганлигидан далолат беради. Бундан ташкари, беморда аллергенларга сезувчанлик ортиши натижасида экзема келиб чиқади.

Ташхисни аниқлаш. Ўткир ва сурункали қайталанган экземада яллиғланиш жараёни кучли бўлади. Теридаги тошмалар қичишади.

Чин экзема терининг оддий яллиғланишига ўхшаб кетади. Уларнинг ўртасидаги фарқ 3- жадвалда берилган.

КАСБ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ишлаб чиқаришга боғлиқ бўлган, ташқи омиллар таъсирида терида пайдо бўладиган патологик ҳолатлар касб касаллиги деб аталади. Бу кўпинча кимёвий моддалар (ишқор, кислота, бўёк, лак, скипидар, ацетон ва бошқалар); физик омиллар (юқори ва паст ҳарорат); механик таъсиротлар (электр токи, нур энергияси ва бошқалар); инфекциялар (юқумли касалликлардан куй-дирги, туляремия, ўлат, чинчечак, оксим касаллиги, соқол-мўйлов трихофитияси); биологик таъсиротлар (ўсимликлар, гижжалар, каналар) натижасида келиб чиқади. Улар ўз навбатида бир неча турга бўлинади: касб дерматити, касб аллергик дерматити, касбга хос экзема, мойли фолликулит, захарли моддалар таъсирида келиб чиқади-ган касбга хос яра касаллиги (касб яраси), касб замбуруғи ва бошқалар (18- расм).



18- расм. Терининг касб касалликлари,

Қасб касалликларида олдин баъзи ўзгаришлар пайдо бўлади, булар қасбга хос белгилар дейилади. Буларга қуйидагилар киради: 1) терининг бўялиши баъзи кимёвий моддалар билан ишловчиларда (масалан, натрий, нитрат, азот кислоталари, резорцин, кумуш эритмаси ва бошқалар), 2) теридаги қолдик кўпинча чангли кимёвий бирикмалар билан ишлайдиган ишчиларда (шахтёрларда, мўри тозаловчиларда, тегирмончиларда, кишлоқ меҳнаткашлари орасида), 3) ёрилиш ва тирналиш — темир-терсак билан ишловчиларда, темирчи, пайвандчиларда; 4) тирноқларнинг ўзгариши кўпинча кир юувчиларда, соатсозларда эмал билан ишловчиларда, чигитни копловчиларда кузатилади; 5) пигментли доғ кўпинча қуёш нури таъсирида, денгизчиларда, балиқчиларда ва кишлоқ хўжалик ходимларида пайдо бўлади; 6) кадок — хат ташувчиларда, темир йўл хизматчиларида, темирчи, кишлоқ хўжалик ходимларида; 7) қаватли халтача — бу огир меҳнат қилувчи ишчиларда пайларнинг кенгайиши натижасида содир бўлади; 8) телеангэктазия (юракдан узокдаги қон томирларнинг кенгайиб қолиши) бу кўпинча юздаги қон томирларнинг кенгайиб қолиши натижасида юзага келади, темирчи, новвой, ошпазларда кузатилади.

9) чандик ва атрофия — бу кўпинча темирчи, тунукасоz ва иссиқ цехларда ишловчиларда, металл эритувчиларда учрайди; 10) терига майда-майда металлларнинг кириб қолиши кўмир, порох билан ишловчиларда, ғишт терувчиларда, чархловчиларда учрайди.

КИМЁВИЙ МОДДАЛАР ТАЪСИРИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ТЕРИНИНГ ҚАСБ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

Қасбга боғлиқ дерматитлар факультатив кимёвий моддалардан кислота (азот, қарбон кислота, сирка, лимон ва бошқа кислоталар), ишқор (натрий, калий, сода) таъсирида келиб чиқади. У сурункали касаллик бўлиб, ўткир ҳамда ўртача ўткир кечади.

Қлиник белгилари. Терида қизил доғ (эритема), тугунча, пуфакчалар пайдо бўлади. Тери шишади, бир оз оғриқ ва ачишиш билан ўтади (19-расм).

Қимёвий моддалардан қуйиш. Унинг 3 та тури бор: 1) қизил доғ ва шиш пайдо қилувчи; 2) пуфакча ҳосил қилувчи ва 3) некрозли (яра ва чандикли) тур.

Қасбга оид ярачадар. Қлиник белгилари. Катталиги 3—5 тийинлик тангадек келадиган қизил доғ, тугунча. У шилинади ва яраланади. Сурункали кечади, ўрнида атрофик ямок қолади, кўпинча қўл бармоқларида учрайди.



19- расм. Терининг кимёвий моддалардан захарланиши.

Тирноқ ва тирноқ атрофидаги терининг касбга оид яллиғланиши. Кўпинча маргимуш, формалин, ишкор, сода, хлорли оҳак кабилар таъсирида вужудга келади. Бунда тирноқ ўз ҳолатини йўқотади, хиралашади, юмшоқлашади, синувчан бўлиб қолади. Тирноқ атрофидаги тери қизаради ва шишади, оғрийди.

Касбга оид витилиго. Кўпинча формальдегид, бутилфенол билан ишловчиларда пайдо бўлади. Бунда териға оқ доғ тушади.

Касбга хос аллергия дерматитлар —

кимёвий моддаларнинг организмга турли йўллар билан тушиши натижасида улар ошқозон-ичакдаги турли-туман овқатлар билан қўшилиб организмнинг сезувчанлигини ошириб юборади. Бунда нафас йўли, тери ости ва қон томирига дори юборилади. Бу касбга оид аллергия дерматит деб аталади.

Клиник белгилари. Терининг ҳамма ёғига тошма тошади, тери синамалари мусбат бўлади, шу билан касбга боғлиқ дерматитлардан фарқ қилади.

Касбга хос экзема касб касалликлари орасида кўпроқ тарқалган касалликдир. Кимёвий моддалар таъсирида организмнинг сенсбилизацияланиши натижасида келиб чиқади.

Клиник белгилари. Хар хил тошмалар (полиморфизм) тошади, кучли кичишиш пайдо бўлади. Касаллик тез-тез қайталаниб туради. Дастлаб терининг очик қисмига (қўлга, юзга ва бўйинга), кейинчалик тананинг бошқа қисмларига тошма тошади. Қасалликнинг кечиши ўткир, ўртача ва сурункали бўлади.

Касбга оид экземани микробли, себореяли нейро-дермит, ўчоқли тери кичишишидан фарқлай билиш керак.

Мойли фолликулит. Бу касаллик керосин, бензин, турли мойлар, совитувчи эмульсиялар ва нефт маҳсулотлари билан ишловчиларда пайдо бўлади. Билак ва сонда кўпинча қора нукталар, тугунчалар ҳосил бўлиб, уларнинг атрофи кўкиш-кизил рангга киради, ўртасида қора нукта бўлади. Кейинчалик бу нукта ўрнида атрофик чандик қолади.

Нурлар таъсирида ҳам касб касаллиги пайдо бўлади. Масалан, куёш нури, рентген нури, лазер нури. Бу касалликлар ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Булар куёш дерматити, рентген дерматити, изотон ёки лазер дерматити, терининг сурункали зарарланиши, узоқ вақт нурланиш ва бошқалардир.

Жуда паст ҳароратда (совукда) узоқ вақт давомида ишловчиларда совук олиш ҳодисаси рўй беради. Бунда тери кўкаради, шишади, увишиб қолади ва унга пуфакчали тошмалар тошади. Натижада улар ярага айланади, терининг шикастланган жойидаги ҳужайралар ўлиб, сезиларли ўзгаришлар рўй беради.

Совкотишда ҳам терининг баъзи қисмларига — бурунга, кулоққа, қўлга ҳар хил тошмалар тошади, лекин ҳаво исиши билан касаллик тузалиб кетади. Ҳаво ҳарорати пасайиши билан ўша жойда яна оғриқ пайдо бўлади.

Меланодермия (қора дерматит ёки пигментли дерматит). Бу касалликни А. П. Долгов жуда яхши ўрганган ва касаллик нефт билан ишловчиларда нефтнинг заҳарли таъсири натижасида келиб чиқади деб фикр юритган. Шунинг учун касаллик заҳарли қора дерматит деб ном олган.

Касаллик белгилари. Юзда, бўйинда, билакда ва гавданинг бошқа жойларида фолликуляр доғлар пайдо бўлади. Улар кўшилиб кулранг-кўкиш тус олади, тери дағаллашади (гиперкератоз) ва атрофияланади.

ИНФЕКЦИЯ ВА ПАРАЗИТЛАР ЧАҚИРУВЧИ КАСБ КАСАЛЛИКЛАРИ

Бу касалликларга эризепплоид, трихофития, микроспория, кандидоз, онихомикоз, актиномикоз, тугунчалар, куйдирги, тери сили, оксил касаллиги ва бошқалар киради. Ушбу касб касалликлари молбоқарларда, лабораторияда ишловчиларда, сут соғувчиларда, кандолат фабрикаси ишчиларида ва шунга ўхшаш касбдагиларда учрайди.

Касб касаллиги унча узоқ давом этмайди, агар касаллик чақирувчи омиллар йўкотилса, бемор 1—2 ҳафта

ичида тузалиб кетади. Агар бемор яна ўша корхонада ишласа, касаллик қайталайверади.

Касб касалликларига ташхис қўйиш учун қуйидаги омилларни билиш керак:

- а) касаллик белгиларини;
- б) касаллик пайдо бўлган даврни;
- в) тошмаларнинг хусусиятини;
- г) касалликнинг кечиши ва давомлилигини;
- д) ишлаш шароитини, корхонада ишлатиладиган кимёвий моддаларни;

е) беморнинг уйидаги у мулоқотда бўладиган кимёвий моддаларни;

ж) бир хилдаги касалликнинг турли корхонада бўлишини, ишхонада ишлатиладиган буюмларни;

з) ёрдамчи текшириш усуллари (клиник, функционал) билиш;

и) беморнинг сезувчанлигини аниқловчи тери синамалари қўйишни билиш ва ҳоказо.

Ёрдамчи текшириш усуллари ичида энг аҳамиятлиси бу синама ёки тери тестлари қўйишдир. Бир нечта тери синамалари бор: томчи синама, компресс синама, тери ости синамаси, терини тирнаш орқали синама қўйиш. Булардан энг кўп қўлланиладигани томчи ва компресс синамалар.

Томчи синамани биринчи бўлиб Н. С. Ведрова ва А. П. Долгов тавсия қилишган. Бу усул жуда оддий бўлиб, ҳар қандай шароитда фойдаланса бўлади. Бунинг учун билакнинг ёзувчи юзасига ёки қориннинг ўнг томонига бир томчи текшириладиган эритма томизилади, томчи томизилган жойни белгилаш учун кимёвий калам билан ўраб қўйилади. Орадан 24—48 соат ўтгач реакция натижаси қуйидагича ўқилади. Агар манфий бўлса (—), агар эритема бўлса (+), борди-ю эритема ва шиш бўлса (++) , эритема, шиш ва тугунча, ковакча бўлса (+++) белги билан ифодаланади.

Компресс усулнинг қулайлиги шундаки, ҳар қандай каттик ёки юмшоқ моддалар билан синама қўйса ҳам бўлаверади. Лекин суюкликлар ўзига мос эритмада, кам миқдорда эритилади. Масалан, 0,1—0,2 % гача қўллаш мумкин. Бу синама кўпинча билакни ёзувчи юзасига қўйилади, докани тўрт кават қилиб буклаб, текшириладиган модда билан намланади, устидан каттароқ клеёнка ёпиб ёпишқоқ пластр ёпиштириб қўйилади. Реакция томчи усулдагидек ўқилади. Бу синама усуллар касбга хос аллергия дерматитда ва экзема касалликларида жуда катта аҳамиятга эга.

Дерматит, экзема ва касб касалликлари ни даволаш. Бу касалликларни даволашда унинг сабабини кидиришимиз керак, агар бемор касаллик сабабини айтиб бера олса, у вақтда касаллик тез тузалиб кетиши мумкин.

Дерматитни даволашда кальций хлорид, кальций глюконат, кичишиш бўлса супрастин, пипольфен каби препаратлар қўлланилади. Сиртдан қўллашга дорилар буюрилади. Агар терининг шикастланган жойи кизариб ва шишиб турган бўлса бир-икки кун риванол, танин, резорцин, фурациллин эритмаларига ҳўлланган дока боғламдан фойдаланиш ёки сепма дорилар сепиб боғлаб қўйиш зарур. Бунинг учун рух, крахмал, тальк буюрилади (бу дориларга китобнинг охирида рецептлар берилган) ёки преднизолон, гидрокортизон, лоринден, фторокорт малҳамлари тайинланади.

Агар дерматит сурункали кечса, у ҳолда кон томирига 10 % ли кальций хлорид ва 30 % ли гипосульфит натрий эритмалари юборилади. Витаминлардан ҳам фойдаланиш мумкин. Бу усуллар аллергия дерматитда ҳам қўлланилади.

Экземани даволаш бир оз қийин, чунки бундай беморларда сезувчанлик жуда кучли бўлади, дори моддаларга реакция бераверади. Шунинг учун беморнинг аҳволига, дориларни қабул қилишига қараб нерв система-си, ички аъзоларини текшириш зарур. Текшириш вақтида аниқланган йўлдош касалликларга даво қилиш экзема-нинг йўқолиб кетишига олиб бориши мумкин.

Экземаси бор беморларга даво қилишда носпецифик десенсибилизация усулидан фойдаланилади. Булардан 30 % ли натрий тиосульфат 5—10 мл дан ҳар куни 10—20 кун давомида кон томирга юборилади ёки 10 % ли кальций хлорид 5—10 мл дан 10—15 кун кон томирга юборилади. Баъзи ҳолларда бир кун гипосульфат натрий, бир кун кальций хлорид тайинланади. Бундан ташқари, беморга витаминлар ҳам яхши ёрдам беради. В₁, В₆, В₁₂ витаминлари ҳар куни 1 мл дан мушак орасига юборилади, ҳаммаси бўлиб 15—20 та инъекция қилинади.

Беморга тинчлантирувчи препаратлардан супрастин (0,025), диазолин (0,1), тавегил (0,001), димедрол (0,05), пипольфенни 0,025 дан 1—2 ҳафта давомида кунига 2—3 маҳал берилади.

Шиш ва сувчирашни камайтириш учун сийдик ҳайдов-чи препаратлардан гипотиазид, фуросемид беморнинг аҳволига қараб кун ора ёки 2 кунда бир марта берилади. Шиш қайтиши билан уни бериш тўхтатилади. Ешн ўтиб

колган беморларга сийдик хайдовчи препаратлар буюришда жуда эҳтиёт бўлиш зарур. Агар уларнинг қон босими ошган бўлса, яхшиси магний сульфат бериш мақсадга мувофиқ бўлади.

Беморнинг асаби бузилган бўлса бром, валериана, амизил, элениум препаратларини бериш керак.

Агар юкорида кўрсатиб ўтилган препаратлар беморга ёрдам бермаса, у ҳолда кортикостероидлар берилади. Преднизолон, дексаметазон, триамцинолонни бир кунда 2—3 маҳал камрок дозада бир — икки ҳафта давомида берса бўлади.

Сурункали ҳамда тез-тез қайталаниб турадиган экземада организмнинг қаршилик кучини ошириш мақсадида пирогенал, гемодез буюриш, баъзи вақтда плазма қуйиш яхши ёрдам беради. Бундан ташқари, гистаглобулинни 2 мл дан ҳар ҳафтада 2 марта, ҳаммаси бўлиб 8—10 та укол қилинади.

Демак, экземага даво қилиш учун касалликнинг сабабчисини аниқлаш, уни умумий даволаш ва шикастланган жойга даво қилиш зарур экан.

Энди теридаги тошмаларни даволашга ўтамиз. Маҳаллий ва умумий даволаш беморнинг аҳволига ва касалликнинг босқичига қараб ва илгари қандай дорилар олганига қараб буюрилади.

Агар экзема сувчираб, шилиниб турган бўлса, олдин уни қуриштириш керак. Бунинг учун турли эритмалардан фойдаланилади. Масалан, борат кислота, резорциннинг 1 % ли эритмаси, риванол ва фурацилиннинг 1:1000 даги эритмаси, кумуш нитратнинг 0,25 % ли эритмаларидан доқа боғлам қўйилади. Бу муолажа 2—3 кун 6—8 мартага-ча бажарилади. Сувчираш, шилиниш камайганидан сўнг унга 2—4 кун давомида малҳам ёки чайкатма дорилардан суртилади. У сувли ёки ёғли бўлади. Масалан, рух малҳами 30,0, пахта ёғи ёки шафтоли ёғи 70,0. Нафталан, рух, талькдан 20 г дан олиб тайёрланган чайкатма, малҳамлар теридаги яллиғланиш жараёнини камайтиради.

Агар терида инфильтрат бўлса, унинг сўрилиши учун малҳамлар буюрилади. Унга 2—3 % ли борат, 1—2 % ли салицилат, 5—10 % ли нафталан малҳамларидан 2 маҳал суртиб, боғлаб қўйилади. Борди-ю микробли экзема бўлса, антибиотиклардан беморнинг кўтаришига қараб пенициллин, олететрин ва бошқа препаратлар буюрилади. Тошмаларга 3 % ли риванол, 10 % ли нафталан, 10 % ли олтингугурт малҳамлари суртиш яхши натижа беради. Себореяли экземада эса 10 % ли олтингугурт, 5 % ли

ихтиол, 1—2 % ли резорцин ёки салицилат суртмаси ёки малҳами мос келади. Булардан ташқари, экземанинг ҳамма турида преднизолон, гидрокортизон, фторокорт, лоринден, синафлан малҳамларига Унна креми қўшиб ишлатилади. Фторокортдан 10,0, Унна кремидан 30,0 г олиб, 1:3 нисбатда малҳам тайёрланади. Баъзан шикастланган жой кичик бўлса, уларнинг ўзи алоҳида ишлатилади.

Экземада бемор парҳез тутиши, аччиқ, шўр, дудланган маҳсулотлар, консерва, кази, колбаса, тухум, какао, кофе, шоколад емаслиги ва спиртли ичимликлар ичмаслиги керак. Физиотерапевтик воситалардан электр уйқу, ультратовуш, лазер нури, игнарефлексотерапия ва бошқалардан фойдаланиш мумкин. Бемор тузалгандан кейин санаторий-курортларга бориб даволаниши мумкин. Сочи-Мацеста, Ўзбекистонда — Тошкент, Чортоқ, Ховотоғ, Чимён минерал сувлари яхши фойда беради.

Касбга хос дерматит, аллергияк дерматит, экзема касалликларини даволаш усулларида фарқ қилмайди. Энг муҳими беморнинг иш жойидаги касалликка алоқадор сабабларни топиб, уни даволаш чорасини қўриш керак. Бунинг учун беморни 2—3 ойга бошқа ишга ўтказиш керак. У ерда терини таъсирлайдиган кимёвий моддалар бўлмаслиги лозим.

Терининг касб касалликлари олдини олиш чоралари қуйидагилардан иборат:

1. **Ишлаб чиқариш шароитларини соғломлаштириш.** Заҳарли кимёвий моддалар технологиясини камайитириш ва уларни заҳарсиз моддалар билан алмаштириш.

2. **Санитария-техника чоралари.** Цехларнинг вентилизациясини яхшилаш, цехни шамоллатиш, ёруғликнинг етарли бўлишига, коржомалар ва шахсий ҳимоя воситаларининг етарли бўлишига аҳамият бериш.

3. **Санитария-гигиена чоралари.** Корхоналар, цехлар озода, ҳавоси тоза бўлиши, чиганоклар, сочик ва иш кийимлари тез-тез ювиб турилиши, аёлларга алоҳида душхона бўлиши ва бошқалар зарур.

4. **Шахсий ҳимоя чоралари.** Терини ҳимоя қилувчи кийимлар (халат, фартук, қўлқоп, противогаз, резина этик ва ҳоказо) ишчиларнинг гавдасига мос бўлиши керак. Булардан ташқари, ишдан олдин ва кейин қўл терисига ҳимоя қилувчи паста ва малҳам суртиш лозим. У қуйидагича тайёрланади: желатина 2,3 г, крахмал 4,2 г, глицерин 2,2 г, оқ тупрок — 18 г, озокерит 0,3 г, рух оксид 2,2 г, дистилланган сувдан 22,0 г олиб паста тайёрланади. Бу паста ишдан олдин қўлга суртилса қўл терисида юпка

парда ҳосил бўлиб, сув ўтказмайди. Натижада терининг физиологик ҳолати сақланади.

Шундай қилиб, касб касалликлари ишлаб чиқариш корхоналарида ҳар хил зарарли кимёвий моддалар таъсиридан келиб чиқади.

ҚИЧИМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Бу касалликларга тери кичимаси, нейродермит, эшакеми кабилар киради. Касалликнинг асосий белгиси терида кучли қичишиш пайдо бўлишидир.

Тери кичимаси. У умумий ва маҳаллий бўлиши мумкин. Терининг умумий қичишишига овқат маҳсулотлари, дорилар, ошқозон-ичак касалликлари, жигар ва буйрак касалликлари, турли ўсма касалликлари, қанд касаллиги, ички безлар ва кўпгина асаб касалликлари ва бошқалар киради.

Умумий тери кичимаси ўз навбатида 3 турга бўлинади.

1. Қ а р и л и к к и ч и м а с и, бу кўпинча 55—70 ёшлардаги одамларда кузатилади. Бемор доимий қичишишдан, кашинавериш натижасида терисини шилиб юбораётганидан, кечаси қичишиш зўраяётгани ва беморнинг асабига таъсир қилаётганидан шикоят қилади. Лекин шуниси қизиқки, беморнинг терисида ҳеч қандай тошма бўлмайди. Тирнок излари онда-сонда узун-узун бўлиб кўриниб туради.

2. М а в с у м и й к и ч и м а. Касалликнинг бу тури фаслга хос бўлиб, фасл ўзгариши билан қичишиш пайдо бўлади. Масалан, ёздан — кузга ёки куздан — кишга ўтиш даврида бундай кичималар кузатилади.

3. Б а л а н д л и к к и ч и м а с и. Баъзи кишиларда тепага кўтарилганда бирданига кучли қичишиш кузатилади (масалан, 800—1000 метр баландликка кўтарилганда ёки сув тагига тушганда). Бунга ҳаво босимининг барометрик ўзгариши сабаб бўлади. Бу касалликда баъзи ҳолларда тошма тошиши ҳам мумкин (доғ, майда тугунча), кейинчалик нормал об-ҳаво шароитида у ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Бу касаллик сув остида ва баландликда ишловчи кишиларда учрайди.

Касалликни кўтир, битлашдан ажрата билиш керак.

4. Ў ч о қ л и к и ч и м а. — кўпинча орқа чиқарув тешиги атрофида ва жинсий аъзоларда кузатилади. Бунда кучли қичишиш пайдо бўлади, баъзида шу соҳа атрофларида майда-майда тугунчалар ҳосил бўлиб, улар секин-аста бирлашиб, яллиғланиш (инфилтрат)ларни ҳосил қилади. Баъзи беморлар фақат кучли қичишишдан шикоят

киладилар. Кўпинча кичишиш натижасида терига иккиламчи микроб тушиб, чипкон ва шунга ўхшаш йирингли касалликлар пайдо бўлади. Бу касалликка бавосил, гижжа касаллиги, ич қотиши, жинсий аъзо касалликлари, ички секретция беи фаолиятининг бузилиши сабаб бўлади. Аёлларда трихомониз ҳамда жинсий аъзоларнинг ялғиланиши натижасида келиб чиқади.

Давоси. Аввало касалликнинг асосий сабабчисини топиш керак, шунда бемор тезроқ тузалади. Кичишишни камайитириш ва асабни тинчлантириш учун бром, валериана, димедрол, супрастин, новокаин ва бошқа дорилар берилади. Яна витаминлардан С, В₁ ни мушак орасига юбориш керак. Беморга пархез буюрилади. Бемор тузланган, дудланган нарсалар емаслиги, спиртли ичимлик ичмаслиги, аччиқ, шўр нарсалар ейишдан ўзини тийиш лозим, теридаги ўзгарган жойларни даволаш учун малҳамлардан фойдаланилади. Масалан, 0,5 % ли ментол, 1—2 % ли димедрол, 2—5 % ли карбол кислота, 5 % ли анестезин, преднизолон, синаflan ва бошқа малҳамлардан фойдаланиш мумкин.

НЕЙРОДЕРМАТИТЛАР

Бу касаллик маҳаллий ва таркалган ҳолда учрайди. Бунга нерв системасининг бузилиши сабаб бўлади. Масалан, дермографизмда оқ доғлар пайдо бўлади, бунда кон томирларни кенгайтирувчи нерв толаларининг вазифаси бирмунча бузилган бўлади.

Маҳаллий нейродермит. Бу касаллик кўпинча терининг маълум бир қисмида кузатилади, катталиги одам кафтидек бўлиб, бўйин, тирсак, тақим, чот, чов ҳамда жинсий аъзоларда учрайди.

Клиник белгиси. Асосан тугунчага ўхшаш тошма тошади. Катталиги мошдек ёки нўхатдек бўлиб, шакли думалоқ, чегараси аниқ. Бу тошмалар баъзан қўшилиб катталашади ва терининг рангини ўзгартиради, қизғиш-қўқимтир бўлиб қолади, тери дағаллашади, қўл билан ушласак бурмалар бўлмайди, усти бир оз қипиқланади.

Таркалган нейродермит. Бу касалликнинг ўзига хос клиник белгилари бор. Тошмалар тугунча шаклида бўлиб, тез орада бир-бири билан қўшилиб кетади. Натижада атрофдаги терига тарқалади. Беморнинг қўл-оёғида, танасида учраши мумкин.

Давоси. Бемор яхшилаб текширилиб, ташхис қўйилгандан кейин даволанади. Касалликнинг сабабчиси топилса бемор тез тузалиши мумкин. Даволашда юкорида



20- расм. Кичима.

айтиб ўтилган доридармонлардан фойдаланилади. Агар беморда маҳаллий нейродермит бўлса, у ҳолда флуцинар, фторокорт, лоринден кабилар беморнинг терисига суртилади ва бинт билан боғлаб қўйилади. Сўнгра 5—10 % ли кора мой малҳами касаллик тузалгунга қадар суртилади. Маҳаллий ва тарқалган нейродермитларда албатта витамин В₁, С (никотинат кислота) супрастин, димедрол ва бошқашунга ўхшаш дорилар бериш лозим. Бундан ташқари, физиотерапия усуллари ҳам қўлланади. Масалан, ванна, душ, ультрабинафша ва лазернурлари, электр уйку, гипноз, игна билан даволаш. Курортлардан Сочи — Мацеста, Пятигорск, Тошкент ва Чорток минерал сувлари

жуда фойдали.

Кичима. Бу касаллик болаларда ва катта ёшли одамларда учрайди. Кўпинча аёлларда 30 — 50 ёшда пайдо бўлади. Беморга тугунчали тошмалар тошади. Олдинига мошдек, кейинчалик эса катталашиб кичик ёнғокдек бўлиши мумкин. У теридан кўтарилиб туради, ранги кизил ёки тўқ кизил, юзаси бир оз кепаксимон, оқиш кулранг тусда бўлади. Беморларда каттиқ кичишиш натижасида тугунча ва тугунлар устида кизил рангли катқалоқ ҳосил бўлади. Кичишиш шу қадар кучли бўладики, бемор ҳатто терисини конатиб юборади. Шунда гўё кичишиш босилгандай туюлади. Тугунчалар каттиқ бўлиб, узок вақтгача сўрилиб кетмайди. Касаллик тезда тузалмайди, балки бир неча йиллар давом этади. Болалардаги кичиманинг клиник белгилари ҳам катталарникига ўхшаш бўлади. Даволаш нейродермит касаллигидаги каби олиб борилади (20- расм).

Касалликнинг ўзига хос хусусияти шундаки, касаллик бирданига, яъни ўткир бошланади. Беморнинг терисига бўртмачалар тошади ва кучли қичишиш бошланади. Тошма баданнинг ҳамма қисмига, ҳатто оғиз шиллик қаватига ҳам тошади. У 1 тийинлик тангадан то одам кафтигача бўлиши мумкин. Ранги кизил ёки оч кизил бўлиб тери юзасидан кўтарилиб туради. Тошмалар кўп ёки камроқ бўлади, тери кучли қичишади. Орадан бир-икки соат ўтгач, тошма тошиши йўқолиши, аммо бир қанча вақт ўтиши билан янги тошмалар тошиши мумкин. Агар касалликка вақтида даво қилинмаса сурункали эшакемга айланиб кетиши мумкин. Эшакемнинг ҳар хил тури бор. Ўткир эшакем, сурункали эшакем, Қвинке шиши, турғун ва тугунчали эшакем, офтоб эшакеми, пигментли эшакем.

Касалликка ташхис қўйиш унчалик қийин эмас. Касаллик тўсатдан бошланади, бўртмачалар тошиб, бемор кучли қашинади, тошмаларнинг бирданига йўқолиб кетиши ташхис қўйишга ёрдам беради.

Эшакем ҳам аллергия касалликлар каторига киради, аллергия турлича бўлиши мумкин. Масалан, ички аъзолардаги ўзгаришлар (жигарда, ошқозон-ичакда, буйракда), ички эндокрин безлар фаолиятининг бузилиши, турли дорилар, асаб бузилиши, инфекциялардан стрептококклар, стафилококклар, турли мева ва овқат маҳсулотлари ва бошқалар.

Эшакем гистамин ва гистаминсимон моддаларнинг кон томир ўтказувчанлигини кучайтириши натижасида пайдо бўлади. Албатта бу борада нерв системасининг аҳамияти борлигини эсдан чиқармаслик керак. Чунки миёда кон томирлар маркази бор, шу марказ конни идора қилиб туради.

Д а в о с и. Аввало касалликнинг сабабчисини аниклаш ва унга қарши курашиш керак. Шунда бемор тез кунда тузалиб кетади. Масалан, кулупнай, лимон, мандарин ва шунга ўхшаш мевалар кўпинча эшакем тошишига сабаб бўлади. Агар биз буни аниқлаб, беморга айтсак ва уни даволасак кейинчалик эшакем тошмаслиги мумкин. Демак, биз аллергияни топган ҳисобланамиз.

Беморга ҳукна қилиш буюрилади ёки ошқозони ювилади. Бундан ташқари димедрол, супрастин, диазолинни ичишга ёки тери остига юбориш буюрилади. Томирларнинг ўтказувчанлигини камайтириш учун 10 % ли кальций хлорид эритмасидан 5—10 мл ёки 30 % ли натрий гипосульфат эритмасидан 10 мл венага юборилади.

Агар эшакем томоқ шиллик каватида бўлса, бемор бўғилиб қолиши мумкин, шу сабабли дарҳол 10 % ли кальций хлорид эритмасидан 10 мл венага юборилади. Димедрол ёки супрастиндан укол қилинади, агар булар ёрдам бермаса, беморга гормон препаратлари (преднизолон, гидрокортизон) буюрилади. Бундан ташқари, агар беморнинг аҳволи оғир бўлса эфедрин тери остига юборилади. Агар сурункали эшакем бўлса, у ҳолда юқоридаги дори-дармонлардан ташқари новокаин, бром, валериана, тавегил, седуксен ҳамда сийдик ҳайдовчи дорилар буюрилади. Эшакем тошган жойларга ҳар хил малҳамлар суртиш керак, рух мази, преднизолон, деперзолон, синафлан, гидрокортизон ва бошқа малҳамлардан фойдаланиш мумкин. Малҳамлар тошма тошган вақтда суртилади.

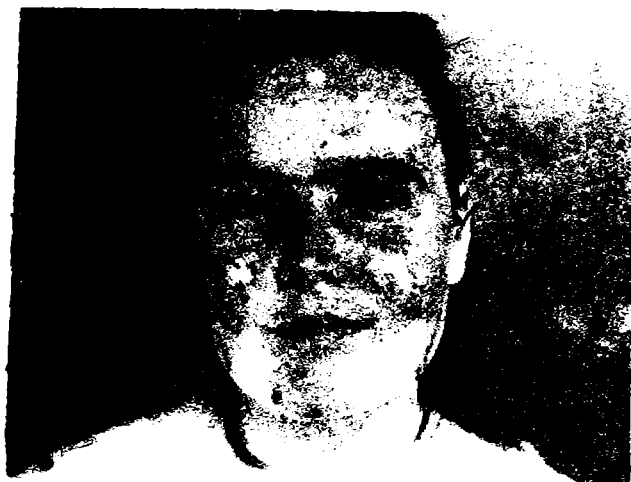
ҚИЗИЛ ЮГУРУК

Қизил югурук касаллигининг келиб чиқиш сабаби ҳали ҳам номаълум. Лекин кўпгина олимлар унга қўшувчи тўқималардаги ўзгаришлар сабаб бўлади деб ҳисоблайдилар. Чунки кўпинча беморнинг қуёш нури ва бошқа нурларга сезувчанлиги ортиб кетиши натижасида касаллик қайталанади. Бундан ташқари, касаллиқнинг бошланиши ва қайталаниши кўпинча баҳор ва ёз ойларига тўғри келади. Бу касаллик эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди. Чунки аёллар турмуш шароитида кўпроқ нон ёпиш, овқат пишириш ва бошқа шунга ўхшаш иссиқлик билан боғлиқ ишларни бажарадилар (21-расм).

Касаллиқнинг клиник белгилари. Бу одамларнинг юз қисмида кўпроқ учрайдиган касалликдир. Юзда, бурунда, пешонада қизил доғлар пайдо бўлиб, улар аста-секин катталашади, катталиги 2—3 тийинлик тангандан то 1 сўмлик танга катталигигача бўлади, шакли эса думалоқ, пушти-қизил рангли, нормал теридан ажралиб туради, чегараси аниқ бўлади. Дастлаб доғларнинг усти кепакланмайди, лекин кейинчалик кепаклар пайдо бўлади.

Доғлар кўпинча ёзда учрайди. У баданнинг бошқа соҳаларида ҳам учраши мумкин, бошнинг сочли қисмида, қулоқда, бўйинда, қоринда, қўл-оёқларда. Касаллик терининг юз қисмида учраганда унинг шакли худди капалакка ўхшайди.

Доғлар катталашиб йирик-йирик доғларга айланади, яллиғланиш бир оз кучаяди. Шу даврда кипикланиш ҳам кучаяди, кипикни секин-аста тирноқ ёки ойна бўлакчаси билан тирнасақ кўчиб чиқади, кипик тагидан бўртмачалар



21- расм. Кизил югурук.

кўринади. Кипик тирналган вақтда бемор бирмунча оғрик сезади, шунинг учун бошини орқага тортади. Бу Бенъе — Мешерский феномени деб аталади.

Кизил югурук *сурункали* ва *системали* бўлиши мумкин. Сурункали кизил югурук ўз навбатида 4 турга бўлинади:

Дисксимон қизил югурук.

Клиник белгилари. Доғ, кипикланиш ва атрофия кузатилади. Феномени мусбат бўлади.

Марказдан қочувчи қизил югурук. Доғларда кипикланиш, атрофия бўлмайди.

Четлари ноаник. Феноменлар ноаник бўлади.

Ўсмасимон ёки чуқур қизил югурук. Тугунлар пайдо бўлади, маркази ботик бўлиб, атрофияланади.

Сўгалсимон қизил югурук. Доғ устида сўгалсимон бўртма пайдо бўлади.

Феноменлар мусбат бўлмайди.

Системали кизил югурук касаллигида беморнинг дармони қурийди, харорати кўтарилади, бўғимлари, боши оғрийди. Бу аломатлар иситма кўтарилган вақтда кучаяди, шу билан бир қаторда ҳар хил тошмалар (доғ, тугунча, пуфакча) тошади. Тошмалар тананинг барча қисмида ва шиллик қаватларда бўлиши мумкин.

Кизил югурукда бемор ётиб қолади, юра олмайди, озиб, ҳолсизланади, камқувват бўлиб қолади. Шу даврда агар беморнинг қони лабораторияда текширилса LE — хужайраси топилади, бу тўғри ташхис қўйишда катта аҳамиятга

эга. Бундан ташкари, конда лейкопения, лимфопения ва ЭЧТ ортиб кетиши кузатилади. Шундай килиб, бу жуда оғир касаллик ҳисобланади. Агар ўз вақтида даволанмаса ачинарли аҳволга олиб келади.

Давоси. Аввало беморни куёш нури ва бошқа нурлардан эҳтиёт килиш керак. Умумий даволаш учун беморга резохин, делагил, хлорофил-дифосфат, олтин препаратларидан кризаноол, висмут препаратидан биохинол ва витаминлардан А, В₁, РР, В, В₂ буюриш мумкин. Дори-дармонлар беморнинг аҳволига қараб у ёки бу ҳолатда ишлатилади.

Жароҳатланган жойларни сиртдан даволаш муҳим аҳамиятга эга. Бу борада биз турли сиқма дори, малҳам, кремлардан фойдаланамиз. Бу мақсадда флуцинар, гидрокортизон, синафлан, локакортен ва бошқалардан фойдаланиш мумкин. Бундан ташкари, беморга нурдан сакловчи кизил соябон тутишни ёки нурларни қайтарувчи малҳамлар суртишни маслаҳат берамиз. Масалан, 5—10 % ли акрихин мази куёшдан ҳимоя килади.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия касаллиги ҳам бириктирувчи тўқималар фаолиятининг бузилишидан келиб чиқадиган касалликлар каторига киради. Бу касаллик икки хил тарзда учрайди, **маҳаллий** ва **тарқоқ** ҳолда. Тери ёғоч каби қаттиқлашиб қолади. Бу ўзгаришлар терида ва ёғ қаватида содир бўлади. Склеродермиянинг сабаби ҳалигача номаълум бўлиб, олимлар турлича фикр юргизадилар. Масалан, инфекция натижасида, нерв системаси ва ички безлар ишининг бузилишидан, аллергия ва иммунитетнинг пасайиб кетишидан, совуқда қолиш ва бошқалардан. Лекин буларнинг ҳаммаси ҳали исбот этилмаган.

Клиник белгилари — Маҳаллий склеродермия учта даврга бўлинади: 1 — шиш даври, 2 — қаттиқлашиш даври, 3 — атрофия ёки чандик даври. Шиш даврида терида кизғиш доғга ўхшаш кўриниш пайдо бўлади. Дастлаб касалланган жойда яллиғланиш инфильтрати йиғилиб тери кизаради, таранглашади, ялтираб жилвала-ниб туради. Бу давр узокка чўзилмайди, бир неча ҳафтадан кейин касаллик иккинчи даврга ўтади.

Касалликнинг иккинчи даврида тери кўкимтир ок рангда, тоғайдек қаттиқ ва совуқ бўлади. Баъзан унинг устида қора-қўнғир рангдаги доғлар пайдо бўлиши ҳам мумкин. Терининг касалланган жойини бармоқлар билан йиғиб бўлмайди. Касаллик тери ости ёғ қаватига ва

мушакларга ҳам ўтиб кетиши, терини улар билан жипслаштириб юбориши мумкин. Натижада агар касаллик кичик бўгинларда ёки юзда бўлса, бўгинлар ҳаракати қийинлашади, юзда эса кулиш ёки бошқа мимика ҳаракати қийинлашади. Бу давр анча узокка чўзилиб бемор анчагина азият чекади. Яна шуни айтиш керакки, агар склеродермия оғиз атрофларида пайдо бўлса, бемор оғзини оча олмайди, нафас олиш овкат ейиш ва сўзлашиш қийинлашади. Кейинчалик касалланган жойдаги тери атрофияланиб, суякка ёпишиб қолади. Агар касалланган жой унчалик катта бўлмаса, бемор дорилар ёрдамида тузалиб кетиши мумкин.

Маҳаллий склеродермия лентасимон, юзаки ва ок доғли бўлиши мумкин.

Лентасимон склеродермия кўпинча терининг юз, пешона, бурун, қўл, оёқ, кўкрак қисмида жойлашган бўлади. Бу касаллик кўпинча болаларда учрайди.

Клиник белгиси. Лентасимон склеродерма узунасига жойлашган бўлиб, калинлиги ҳар хил бўлади. У атрофияланади.

Юзаки склеродермияда олдин кўкимтир доғлар пайдо бўлади, улар секин-аста қалинлашади, бир-икки ҳафтадан сўнг унинг марказий қисмида атрофия ҳосил бўлади, баъзи вақтда улар доирасимон кўринишда бўлиши ҳам мумкин. Бу хилдаги склеродермия гавданинг орқа ва оёқ қисмларида учрайди. Беморни ҳеч нарса безовта қилмайди.

Оқ доғсимон склеродермия. Бу касаллик жуда кам учрайди, терида майда-майда оқ доғлар пайдо бўлади. Шакли - думалоқ бўлиб, теридан ажралиб туради. Доғ оқ чинчига ўхшаб ялтираб кўринади. Агар доғлар ушлаб кўрилса қўлга қаттиқ уннайди, марказий қисми сал-пал чуқурлашганини кўрамиз. Оқ доғлар кўпинча терининг бўйин, елка, кўкрак қисмида, оғиз шиллик қавати ҳамда жинсий аъзоларда учрайди. Тошмалар кўпинча тўп-тўп бўлиб жойлашади. Бу касалликни атрофиялашган қизил ясси темиртки, пес, лейкопения касалликларидан ажрата билиш керак. Касалликнинг ўзига хос клиник белгилари касалликка ташхис қўйиш ва уни даволашга ёрдам беради.

Тарқоқ ҳолдаги склеродермия сурункали кечадиган касаллик бўлиб, беморнинг аҳолини анча оғирлаштиради. Кўпинча бу касаллик болалик ва ўсмирлик давридан бошланади, эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди. Касаллик дастлаб юз ва қўл бармоқларида, кейинчалик эса кўкрак, орқа ва оёқ терисида учрайди. Тошмалар

оддий тошмаларга ўхшамайди, улар чуқур жойлашади ва қаттиқ бўлади. Тери ўша жойда таранглашади, ранги ок, қизил ёки пушти, кейин эса сарғиш тусга киради. Терининг баъзи жойларида қон томирларнинг кенгайгани (телеангэктазия) ёки терининг оқарганини (дисхрония) кўриш мумкин.

Таркок склеродермияда ҳам уч давр кузатилади, лекин маҳаллий склеродермияга нисбатан шиддатли кечади. Бу касалликка хос аломатлардан бири касалланган жойдаги терининг таранглашишидир, қўл билан терини йиғиб бўлмайди, тери ҳаракатсиз бўлиб қолади. Агар касаллик юзда бўлса юз териси ва мушаклари қимирламайди, худди ниқобга ўхшаб қолади, бурун эса қуш тумшугига ўхшаб қолади, оғиз тешиги тораяди, қўлтиқ ости ва чов лимфа тугунлари катталашади.

Касалликнинг бошланиш даврида беморнинг асаби бир оз бузилади, терининг сезувчанлиги камаяди, уйқусизлик, баъзан иситма чиқиши кузатилади, бош оғрийди, бўғинлар ва мушакларда оғриқ сезади. Бемор камқувват бўлиб қолади. Шундан сўнг тошма тоша бошлайди. Тошмалар орасида баъзан тугунчалар пайдо бўлиши мумкин, лекин улар тез орада ярага айланади, бундай кўринишга Тибьерж — Вейссенбах феномени дейилади. Агар касаллик қўл ва оёқ панжаларида кузатилса, тери қаттиқлашиш билан бирга атрофияга ҳам учрайди, натижада уларнинг ҳаракати қийинлашади.

Атрофия фақатгина терида бўлмай, балки тирноқда, мушакларда, пайларда ҳам кузатилади. Бундан ташқари, агар касаллик оғиз бўшлиғида, томоқда, қизилўнгачда, талокда бўлса секин-аста оғиз қурий бошлайди, териси бужмайиб, беморнинг овқат еиши қийинлашади. Бу даврда ички аъзоларда ўзгариш юз беради. Ошқозон-ичак йўлларида, юракда, ўпкада, буйракда, мушакларда, суякларда, бўғинларда ўзгариш пайдо бўлади, беморнинг ахволи оғирлашади. Шунинг учун ҳам склеродермия касаллиги системали касалликлар қаторига киради.

Даволаш касалликнинг кечишига қараб олиб борилади. Масалан, терида қаттиқлашган жойлар ёки шиш бўлса, у ҳолда беморга ҳар 6 соатда 500 000 ТБ дан пенициллин буюрилади. Умумий миқдори 25 000 000 ТБ. Бундай курслар 3—4 марта буюрилади. Лекин беморга орада 5—6 ҳафта дам берилиб кейин бошланади. Шу билан бир қаторда физикавий даволаш усули ҳам буюрилади. Бернар токи, электрофорез, лидаза ёки калий йод, парафин, озокерит ва олтингугуртли ванналар буюрилади.

Кўпгина олимларнинг фикрича, лидаза беморларни даволашда жуда яхши натижа беради. У флаконда чиқариладиган оч сарик рангли кукун. Лидазани 0,25—0,5 % ли новокаин эритмасида эритиб мушак остига инъекция қилинади. Ҳар бир даволаш курсига 15—20 инъекция тайинланади. Беморни ахволига қараб 3—4 курс бериш мумкин. Курслар оралиғидаги вақт эса 5—6 ҳафта. Лидаза билан бир қаторда қон томирларни кенгайтирувчи дорилар ҳам берилади. Масалан, но-шпа, никотинат кислота ва бошқалар. Бу касалликни даволашда витаминларнинг аҳамияти катта, айниқса В₆, А, Е, В₁₂, В₁ витаминлари яхши ёрдам беради. Бемор аччиқ, шўр овқатларни емагани маъқул, кўпроқ оксил ва витаминларга бой таомлар тавсия этилади.

ТЕРИНИНГ ПУФАҚЧАЛИ ҚАСАЛЛИҚЛАРИ

Қасаллик оғир кечади, бемор беқувват бўлиб қолади, терига фақат пуфакча тошади. Пуфакчалар 4 турга бўлинади: оддий пуфакча, таркалувчи пуфакча, қатламасимон пуфакча ва пўстлокли пуфакча.

Оддий пуфакча кўпроқ учрайди, кўпинча оғиз шиллик қаватида ва терида пуфакча пайдо бўлади. Бу пуфакчалар тезда ёрилиб, атрофи қотиб қолади, у ҳам тезда тушиб кетиб ўрнида доғ қолади. Пуфакчалар мошдек, нўхатдек ва ундан каттароқ бўлиши мумкин. Пуфакча теридан кўтарилиб туради, ичига суюқлик тўпланади, пуфакча атрофидаги терида ўзгариш бўлмайди. Агар пуфакчалар оғиз бўшлиғида пайдо бўлса, улар тез орада ёрилиб ўрни оқ парда билан қопланади, шакли думалок бўлиб, четлари ажралиб туради. Тошмалар бирин-кетин тошади ва беморнинг иссиғи кўтарилади, иштаҳаси йўқолади. Бемор овқат ейишга ва гапиришга қийналади. Беморлар оғриқдан, камқувватликдан, тошма тошган жойнинг кичишаётгани ва ачишаётганидан шикоят қиладилар.

Қасалликка тўғри ташхис қўйиш учун П. В. Никольскийнинг клиник белгисидан фойдаланамиз. Агар шилинган жойдаги осилиб турган эпидермисни ёки пўстни пинцет билан тортилса, у дарров узилиб кетмайди, аксинча атрофдаги соғ тери бирга шилиниб чиқади. Пуфакчалар орасидаги «соғ» тери ишкалаб кўрилса, у пўстлок бўлиб шилиниб кетади. Бундан ташқари, агар пуфакча бош бармоқ билан бир оз босилса, у ситилиб кетмайди, аксинча ичидаги суюқлик атрофидаги тери орасига тарқалиб кетади, бунга Асба — Ганзен феномени дейилади. Бармоқ олинса пуфакчанинг йўқолиб кетганини, ўрнида эса қизғимтир доғ қолганини кўриш мумкин.

Шуни эслатиб ўтиш керакки, Никольский белгиси ёки феномени бошқа тери касалликларида ҳам мусбат бўлади. Масалан, туғма пуфак касаллигида Риттер ҳамда Лайелла касаллиги ва бошқалар. Бу касалликда пуфакчадан суртма олиш усули билан акантолитик хужайралар топилади ёки бунини Тцани хужайраси дейилади.

Тарқалувчи пуфакча. Бу касалликнинг ўзига хос хусусиятларидан бири киндикка ва катта бурмаларга пуфакча тошишидир. Бурмалар бир-бирига тегиши ва ишқаланиши натижасида касаллик тез тарқалиб кетади. Пуфакчалар ёрилиб усти сувланади ва аста-секин ранги тўқ сарик ёки кўкимтир қатқалоқлар билан қопланади. Терининг ишқаланиши натижасида касалланган жойларда кичик-кичик ўсимталар (папилломалар) пайдо бўлади. Баъзи ҳолларда бунга пиодермия қўшилади ва беморнинг аҳволи оғирлашади. Тошма тошган жойда оғрик, кичишиш ва ачишиш кузатилади. Бу касалликда ҳам Никольский феномени мусбат бўлади ва акантолитик хужайралар топилади.

Қат-қат пуфакча. Бу хилдаги пуфакча пайдо бўлганда тошмаларнинг пўсти жуда юпка ва нозик бўлади, ичидаги суюқлик жуда кўп бўлганлигидан пуфакчалар тезда ёрилиб, эрозияга айланади. Шилинган жойлар атрофида эпидермис осилиб қолади. Суюқлик тагидаги эпидермис кўтарилиб яна янги пуфакча ҳосил қилади. У ҳам ёрилиб яна шилинади. Бу узок вақт давом этади. Кўчиб чиқаётган эпидермис бир-бири билан ёпишиб, калин, қават-қават пўстлоққа айланади.

Одатда бу турдаги касалликда оғиз бўшлиғида пуфакча ҳосил булмайди. Лекин танага жуда кўп пуфакчали тошмалар тошади, улар бир-бири билан қўшилиб худди куйган териға ўхшаб шилиниб тушади. Касаллик 3—5 йил ва ундан ҳам узокрок давом этиши мумкин. Дастлаб беморнинг аҳволи унча ўзгармайди, аммо кейинчалик у озиб кетади, бунга иккиламчи микроблар қўшилиши натижасида беморнинг аҳволи оғирлашиши мумкин.

Қазғоқли пуфакча. Касаллик кўпинча қизил югурук касалига ўхшаб бошланади. Бунда бошнинг сочи қисмида, кўкракда, орқада ва қўл-оёқларда қизғиш доғлар пайдо бўлади. Ана шу доғлар устида пуфакчалар ҳосил бўла бошлайди, бу пуфакчалар жуда майда бўлади. Булар тезда ёрилиб устида себореяга ўхшаш пўстлоқлар ҳосил бўлади. Пўстлоқ сарғиш рангга эга бўлиб, уни кўчирганда тагидан эрозия кўринади. Касаллик узок вақт давом этади, кўпинча яхши даво қилинмаса оқибати ёмон бўлиши мумкин (22- расм. А, Б.).



22- расм. А — тери ва шиллик каватдаги пўрсилдоқ яра: Б — ўша беморнинг қўлидаги пуфакчали тошмалар.

Қасалликнинг келиб чиқиш сабаби ва ривожланиши ҳозиргача номаълум. Кўпгина олимларнинг фикрича — микроблар, нерв системасининг бузилиши, ички секреция безларининг ўзгариши, моддалар алмашинувининг бузилиши касалликка сабаб бўлар экан. У насл суриши мумкин. Ҳозирги вақтда кўпгина олимлар аутоиммунитет назариясини қўллаб-қувватламоқдалар. Лекин бу пуфакчали тошманинг сабабчиси эмас. Ташхис қўйишда қуйидаги клиник белгиларга асосланамиз. Мономорфик тошмалар пуфакчаларнинг оғиз бўшлиғига тошиши, бемор аҳволининг аста-секин оғирлашиши, Никольский феноменининг мусбат бўлиши, акантолитик хужайраларнинг топилиши ташхис қўйишга катта ёрдам беради.

Қасалликни Дюринг дерматити, кўп шаклли экссудатив эритема, туғма пуфакчали касалликлар ва қизил югурикдан ажрата билиш керак.

Давоси. Ҳозирги кунда пуфакчали тошмаларни даволашда асосан кортикостериод гормонлардан фойдаланилади. Шуни айтиб ўтиш керакки, илгари гормон етишмаслигидан баъзи беморлар барвақт ўлиб кетар эдилар. Ҳозирги кунда инсон умри 10—15 йилга узайди. Преднизолон, урбазон, дексаметазон, триамцинолон, ме-

Пуфакча касаллиги ва Дюринг дерматитини дифференциялаш

Ўзига хос белгилари	Пуфакча касаллиги	Дюринг дерматити
Жинси	Аёлларда кўпроқ	Эркак ва аёлларда бир хилда
Ёши	40 ёшдан ошганларда	Ҳамма ёшда
Пуфакча, пуфак	Унчалик катта эмас, тери қизармайди, суюқлик тиниқроқ бўлади	Доғ (эритема) устида пайдо бўлади, тўда тўда бўлиб, катталиги мош ва нўхатдек келади
Оғиз бўшлиғидан бошланади	60—70% ҳолда	10% ҳолда
Кейинчалик пуфакчалар яна тошпади	Атрофга унчалик тарқалмайди Тезда эпителизация бўлади	Четига тарқалмайди, эпителизация кечроқ пайдо бўлади
Оғиз бўшлиғида кузатилади	Доимий ва эрта	Жуда камдан-кам ҳолда кузатилади
Бошқача тошмалар	Бир хил тошма	Тошмалар ҳар хил (полиморфизм)
Касалликнинг кечипи	Оғирлашади	Оғирлашмайди
Хлоридларнинг йиғилиши	Йиғилади	Жуда кам
Гистологияси	Пуфакча эпидермисда жойлашган, акантолиз бўлади	Пуфакча субэпидермисда жойлашган, акантолиз бўлмайди
Цитология	Акантолитик хужайра топилади	Акантолитик хужайра йўқ, эозинофилия кузатилади
Никольский феномени	Мусбат	Манфий
Калий йод эритмаси билан синаш	Манфий	Мусбат
Сульфон препаратлари билан даволаш	Натижа йўқ	Натижа жуда яхши
Оқибати	Яхши эмас	Унчалик яхши эмас

тилпреднизолон ва бошқалар шулар жумласидандир. Касалликни даволашда гормон препаратлари олдин юкори дозада берилади. Беморнинг дарди енгиллашгандан кейин унинг кундалик дозаси аста-секин камайтириб борилади. Аммо дори беришни бутунлай тўхтатиб қўймаслик керак, чунки гормон бериш тўхтатилганда дард яна қайта кўзиши мумкин.

Преднизолон 40—60—80 мг дан, триамцинолон 30—50 мг дан, дексаметазон 4—6 мг дан 10—15 кун давомида берилади. Мабодо касаллик қайталанса препарат дозаси

яна оширилади. Баъзи беморларга гормон препаратлари билан бирга цитостатик препаратлар ҳам буюрилади. Масалан, проспидин, метотрексатдан кунига 1 таблеткадан 2 маҳал 5 кун давомида берилади. 2—3 кун дам олдириб, яна 4—5 марта қайтарилади.

Беморларга гормон препаратларидан ташқари анаболик препаратлар ҳам берилади. Жумладан, 10 % ли кальций хлорид, глицерофосфат, пантотенат ва кальций пангамат, аскорбинат кислота ва бошқалар буюрилади. Бундан ташқари, беморга С, В₁₂, В₆, РР, В каби витаминлардан бериб туриш керак. Агар беморнинг аҳволи оғир бўлса, у ҳолда ҳар 3—4 кунда бир марта вена кон томирига кон қуйиш (100—200 мл), плазма (150—200 мл), гемодез (200—400 мл) юбориш зарур бўлади. Буларни 4—5 мартагача қўйса бўлади.

Беморнинг ички аъзолари ҳам текшириб турилади, зарур бўлган тақдирда уларга тегишли дори-дармонлар қўллаш керак. Бемор оғзини фурациллин, риванол эритмаси билан чайиб туриши керак. Агар унинг оғзига пуфакчалар тошган бўлса, у ҳолда вақтинчалик парҳез тутиш тавсия этилади. Баъзан тошмалар йиринглаши мумкин. Бундай ҳолларда антибиотиклардан пенициллин, тетрациклин ва бошқалар буюрилади. Бундан ташқари, йиринглаган жойларга микробларни ўлдирувчи эритма ёки малҳам суртиш керак. Масалан, бриллиант яшили, синка эритмаси, тетрациклин, эритромицин, риванол, синтомицин эмульсиялари ва бошқалар. Пуфакчалар кўпинча қотиб қолади. Бундай ҳолларда 2 % ли борат кислота, 2 % ли риванол, 5 % ли дерматол ва бошқа шунга ўхшаш малҳамлардан фойдаланилади.

Шуни айтиб ўтиш зарурки, беморлар касалхонадан чиққанларидан кейин албатта тузар жойларидаги дерматолог-врачга кўриниб туришлари шарт, бу касалликнинг қайталамаслигида муҳим чоралардан бири ҳисобланади.

ДЮРИНГ ДЕРМАТИТИ

Бу касаллик сурункали давом этади ва тез-тез қайталаниб туради, тошмалар турлича бўлади, беморнинг аҳволи унчалик оғир бўлмайди. Касаллик ҳар қандай ёшда ҳам учрайверади, касалликнинг кечиши 20—30 йилгача бориши мумкин.

Касалликнинг бошида тери кичишиб, қизаради, кейин турли хил пуфакчалар, тугунчалар, бўртмачалар ва кавариқ тошмалар тошади. Кўпинча булар симметрик ҳолда тўда-тўда бўлиб тошади. Пуфакчаларнинг атрофи



23- расм. Дюринг дерматити.
А — олд ва Б — орка томондан кўриниши.

кизаради, яллиғланиб кизил жияк билан ўралади. Пуфакча ичидаги суюқликни буюм ойначасига суртилса ва бўяб микроскопда кўрилса эозинофиллар борлигини аниқлаш мумкин (23- расм, А, Б).

Тошма дастлаб кўкрак атрофига, қўл ва думбага тошади, кейинчалик эса баданнинг бошқа жойларига ҳам таркаб кетиши мумкин. Аммо бошга, кафт ва оёқ тагига тошмайди. Қасаллик ўз-ўзидан йўқолиб кетиши ва яна қайталаб туриши мумкин. Лекин беморнинг ахволи унчалик оғир бўлмайди, овкатланиш, ухлаш, ишлашга унча ҳалал бермайди. Бемор яхши тузалмаган бўлса, унга 3 % ли калий йод эритмасидан ош қошиқда ичирилса, унинг дарди оғирлашиб, баданига янги пуфакчалар ва турли хил тошмалар тошади. Бундан ташқари, беморнинг билагига калий йоднинг 50 % ли малҳамидан суртиб боғлаб қўйилса бир суткадан кейин ўша жой кизириб кетади ва устида пуфакчалар пайдо бўлади. Бу усул Дюринг дерматитига тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Солиштирма ташхис 5- жадвалда берилган. Қасалликни даволаш учун кўпгина дори-дармонлар бор. Булар бемор ҳар томонлама текширувдан ўтгандан кейин қўлланади. Булардан диаминодифенил сульфон (ДДС) яхши натижа беради. У таблетка ҳолида чиқарилади, кунига 0,5—0,1 г дан 2 маҳал буюрилади. 5—6 кундан сўнг

2—3 кун оралатиб яна шундай даволаш курси қайтарилади. Агар бемор тузалса даволаш тўхтатилади.

Бундан ташқари, ДДС ни кортикостероид препаратлар билан биргаликда берилса ҳам бўлади, бу усул ҳам жуда яхши натижа беради. Лекин шунини айтиб ўтиш керакки, беморлар баъзи дориларни ёмон кўтарадилар. Масалан, анальгин, бром, йод ва уйқу дорилар шулар жумласидан. Бу дорилар фақат врач рухсати билан берилади. Витаминлардан В₁, В₆, С, РР ҳамда фосфор, кальций препаратлари яхши натижа беради.

Тошмага анилин бўёқларининг спиртли эритмасини суртиш зарур. Агар шилинган жойлар бўлса 2 % ли риванол, тетрациклин, эритромицин малҳамларидан 2 маҳал суртиш тавсия этилади. Беморнинг овқатланиши, турар жойи ва ишлаш шароити бир оз бўлсада яхши йўлга қўйилиши керак. Бемор турар жойидаги тери-таносил касалликлари врачига мунтазам кўриниб турса ва унинг маслаҳатини олса дарддан тузалиб кетади.

ВИРУСЛИ ТЕРИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

Бу касалликларга учук, ўраб олувчи темирлатки, сўгал, юқумли моллюска ва ўткир кандиломалар киради. Буларнинг кўзгатувчиси вируслардир.

Учук. Қасаллик бошланишидан олдин бемор иситма-лаб, ўзини ёмон сезади. Дастлаб тери бир оз кизаради ва кичишади, сўнгра шу жойда пуфакча пайдо бўлади. Тошмалар кўпинча бурун ва оғиз бўшлиғи атрофига, баъзи ҳолларда оғиз шиллиқ қаватиға, кўзга, таносил аъзоларига тошади. Орадан 3—4 кун ўтгач пуфакчалар ёрилиб, усти қотиб қолади, у сарғиш ёки қизил рангда бўлади. 3—5 кун ичида улар тушиб кетиб, ўрнида доғ қолади. Доғ аста-секин йўқолиб кетади.

Оғиз шиллиқ қавати ва жинсий аъзоларга тошган учуқлар шилиниб эрозияга, ҳатто ярага айланиб кетиши мумкин. Баъзан учук тошган жой яқинидаги лимфа тугунлари катталашади. Бундай ҳолларда учук бир жойнинг ўзига қайта-қайта тошаверади. Агар учук жинсий аъзога тошган бўлса, у жинсий алоқа вақтида бемордан соғ одамга юкиши мумкин. Шунинг учун ҳам бу касалликни таносил аъзолари касаллиги қаторига киритилади.

Давоси. Пуфакча пайдо бўлган жойга анилин бўёқларидан бриллиант яшили, метилен кўкининг спиртдаги эритмасидан кунига 2—3 маҳал суртиш мумкин. Агар пуфакчалар ўрнида қора кўтир пайдо бўлса, у ҳолда

пенициллин, эритромицин, тетрациклин, 2 % ли риванол малҳамлари суртилади. Бундан ташқари, госсипол ва интерферон малҳамлари ишлатилади, булар касалланган жойларга 4—6 кун давомида кунига 2—3 маҳал суртилади. Бу препарат вирусларнинг кўпайишига йўл қўймайди, яъни вирусга қарши таъсир кўрсатади. Агар учук қайталанаверса антибиотиклар буюриш яхши натижа беради.

Ўраб олувчи темирлатки. Бу касалликнинг қўзғатувчиси ҳам филътрланувчи вирус — бу вируслар кўпинча нерв толаларини шикастлайди.

Клиник белгиси. Пуфакчалар муайян бир нерв бўйлаб, одатда тананинг бир томонига тошади. Тошма тошишидан олдин бемор иситмалайди, безовталанади ва пуфакча тошадиган жойда кучли оғрик пайдо бўлади. Сўнгра тери яллиғланиб, қизаради ва терида турли катталиктаги пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар бири-бири билан қўшилиб, анчагина катталашади. Пуфакчалар ёрилиб атрофи қотиб қолади. Кейинчалик қора қўтирлар тушиб кетади. Темирлаткининг ўткир кечувчи, геморрагик ва гангренали турлари бор. Касалликнинг бу турлари жуда оғир ўтади, ҳа деганда тузалавермайди, узок давом этиб, кўпинча ўздан кейин атрофик ёки чандикли ўзгаришлар қолдиради. Касаллик 3—4 ойга чўзилиши мумкин. Унинг бу тури кўпинча бошқа касалликлардан мадори қуриган одамларда ёки сурункали касаллиги бор беморларда учрайди. Бунда лимфа тугунлари катталашиб кетади, иситма чиқади, одам камқувват бўлиб қолади, тинкаси қурийди, боши оғрийди.

Даво с и. Касалликнинг енгил турида даво қилмаса ҳам тузалиб кетади ёки 1—2 % ли бриллиант кўкини суртиб қўйиш мумкин. Агар беморга оғрик азоб берса, нерв системасини тинчлантирувчи, оғрик қолдирувчи препаратлардан ацетилсалицилат кислотаси, аналгин, амидопирин, интерферон, баралгин, витаминлардан В₆, В₁₂, В₁ ва бошқалар бериш мумкин. Интерферон, тетрациклин, эритромицин, госсипол, шунингдек 2 % ли ок симоб, 2 % ли риванол ва 3 % ли ксероформ малҳамларидан фойдаланиш мумкин.

Бундан ташқари, физиотерапевтик усуллардан ҳам фойдаланилади, УВЧ, кварц нурлари ҳар кун икки маҳалдан, 8—10 марта тайинланади. Касаллик ўчоғини иссиқ тутиш керак, бунинг учун калинрок боғлам қўйиш тавсия этилади.

Сўғал. Сўғални ҳам вирус қўзғатади, бу жуда қадимдан маълум. Сўғалнинг тўртта тури бор: оддий

сўгал, ясси сўгал, оёк кафти сўгали, ўткир қиррали сўгал. Олдинги иккитаси болалар ва ўсмирларда учрайди.

Оддий сўгал кўпинча қўлда, оёкда, қўлтиқ остида, камдан-кам ҳолларда юзда, бошда, лабда ва огиз шиллик қаватида пайдо бўлади. Унинг катталиги тарикдан то нўхат катталигигача бўлиб, юзаси нотекис бўлади. Тери рангидаги сўгал баъзан бир-бири билан қўшилиб каттарок тугунчаларни ҳосил қилади. Тугунча устида ёриқлар пайдо бўлиши ва у огриши мумкин.

Ясси сўгал. Сўгалнинг бу тури ясси бўлиб, теридан бир оз кўтарилиб туради. Унинг катталиги ясимкдек келади. Ясси сўгал қўлга, юзга ва тананинг бошқа жойларига тошма каби тошиши мумкин. У баъзан саргиш, кўкимтир тусли бўлиши мумкин. У узок давом этади, баъзан ўз-ўзидан йўқолиб кетиши ҳам мумкин.

Оёк кафти сўгали кўпинча оёк кафтига чиқади. Улар каттик шохсимон тугунчалар шаклида бўлиб, катталиги 10—15 тийинлик тангадек келади. Марказий қисмида бир озгина кон томчилари кўриниб туради, юзаси нотекис. Бемор юрганида ўша жойда оғрик сезади.

Ўткир қиррали сўгал. Бу турдаги сўгал гулқарамга ёки хўроз тожисига ўхшайди. Кўпинча орка чиқарув тешиги атрофида жойлашади. Тери бир-бирига ишқаланиши натижасида у шилиниб, қизил рангга киради, усти бир оз оқишроқ бўлади. Бундай тугунсимон тошмалар фақатгина орка чиқарув тешигида бўлмасдан, жинсий аъзоларда, қўлтиқ остида, аёлларда эса кўкрак беи остида учрайди. Баъзи вақтда улар катталашиб кетади, оғрийди, кичишади ва ҳўлланади. Натижада қўланса хид чиқади. Бемор баъзан юришга қийналади.

Сўгални даволаш. Оддий ва ясси сўгални даволашда 10 % ли салицилат кислота ва резорцин малҳамларидан фойдаланиш мумкин. Малҳам суртишдан олдин сўгал атрофи 2 % ли борат кислота ёки Унна креми билан артилади. Бундан ташқари, музлатиш, куйдириш усуллари ҳам қўлланилади. Агар сўгал кўп жойга тарқалган бўлса, у ҳолда беморга 0,5 г дан магнезий 2 ҳафта давомида кунига 3 маҳал берилади. Оёк кафти сўгалини яхшиси электрокоагуляция, рентген нури ва музлатиш усули билан даволанади.

Юкумли моллюска. Бу кўпинча болаларда учрайдиган юкумли касаллик бўлиб, кўзгатувчиси филтрланувчи вирус. Юкиш йўллари: бировнинг сочиғи, мочалкаси, ўйинчоқлари ва бошқалардан фойдаланганда юқади. Баъзи ҳолларда катталарнинг жинсий аъзоларида ҳам учрайди, бу беморни тезда врачга мурожаат қилишга

мажбур қилади. Қасалликнинг яширин даври 2—3 ҳафтадан то 1—2 ойгача давом этади.

Клиник белгилари: беморнинг юзи, бўйни, кўкраги, қўл панжалари, жинсий аъзоларида учрайди. Дастлаб майда-майда тугунчалар пайдо бўлади, кейин улар катталашиб, ўртаси ботик бўлади. Моллюска теридан бир оз кўтарилиб туради, ранги кейинчалик кизгишроқ бўлиб қолади. Катталиги нўхатдан то кичик ёнгоқкача бўлиши мумкин. Агар икки ён томонидан сиқиб кўрилса, моллюска тангачалари деб аталадиган эпителий ҳужайраларидан иборат сузмасимон ажралма чиқади.

Давоси. Тугунчалар кичик бўлса уларга кунига 2—3 маҳал 3—5 % ли йод эритмаси суртилади, агарда тугунчалар мошдек ва нўхатдек бўлса, уларга олдин йод эритмаси суртиб, кейин пинцет билан олиб ташланади, ўрнига яна йод суртиб қўйилади. Даволашнинг бошқа усуллари ҳам бор, улар музлатиш ёки электрокоагуляция усулидир. Агар тугунчалар кўпайиб кетган бўлса, у ҳолда беморга антибиотиклардан тетрациклин, олететрин, олеандомицин буюрилади. Қасалликнинг олдини олиш учун боғчаларда гигиена қоидаларига риоя қилиш зарур. Болаларни тез-тез тиббий кўрикдан ўтказиб туриш лозим.

АЛЛЕРГИК ВАСКУЛИТ

Аллергик васкулит (кон томирларнинг аллергиялиғланиши) бу аллергия касалликлар гормонлар, етишмаслиги натижасида, наслий касалликлар туфайли, дорилар, ҳарорат ва иммунологик таъсиротлар натижасида келиб чиқиши мумкин. Касаллик белгилари жуда хилма-хил. Шулардан биз терида учрайдиган аллергия васкулит билан танишиб чиқамиз.

Аллергик васкулитнинг *юзаки* ва *чуқур* турлари бор. Юзаки васкулитда фақатгина юзаки жойлашган дерма каватидаги кон томирлар (капиллярлар, артериолалар) шикастланади, чуқур васкулитда эса чуқурроқ жойлашган (вена ва артерия), яъни дерма ва ёғ каватидаги кон томирлар шикастланади.

Юзаки аллергия васкулит ўз навбатида яна қуйидаги турларга бўлинади.

1. **Геморрагик васкулит** — бу касалликнинг бирламчи белгиси шишли доғ (эритема), у тезда кизил рангга киради, кўпинча бўғинлар атрофида жойлашиб, баъзи ҳолларда оғрик пайдо бўлади. У кўпинча ревматизм касаллиги билан бирга кечади. Касаллик фақатгина бўғинлар оғриши билан эмас, балки қорин оғриши, овқат

хазм кишиш аъзолари ва бошқа аъзоларнинг шикастланиши билан ҳам кечади. Доғ думалок шаклли бўлиб, катталиги I тийинлик тангадек келади, чегараси аниқ, бири бири билан қўшилиб кетмайди. Қасаллик баъзи беморларда оғирроқ ўтади.

2. Некротик тугунчали васкулит — касаллик тугунча тошиши билан бошланади, тугунчанинг катталиги ясимкдан то нўхат катталигигача бўлиб, кўкиш-қизил тусли бўлади. Тугунчалар кўпинча ўзидан кейин юзаки атрофик чандик қолдиради.

3. Аллергик артериолит — бу касалликнинг бир неча тури бор: аллергик васкулит, Рютер васкулити, Шенлейн-Генох пурпураси, Майокки доирасимон телеангектатик пурпура, прогрессив пигментли Шамберг касаллиги. Бу касалликларнинг умумий клиник белгиси битта бўлиб, ўзига хос хусусиятга эга. Аллергик артериолитда турли хилдаги тошмалар тошади. Терида доғ, тугунча, йирингча, пуфакча, некрозли ярачалар пайдо бўлади. Баъзи вақтда бўйин ва қорин оғрийди. Қасаллик узоқ вақт давом этиб, вақти-вақти билан қайталаниб туриши мумкин.

Чуқур аллергик васкулитларга ўткир тугунли эритема, сурункали тугунли эритема ва тугунли периартрит киради.

Ўткир тугунли эритема — бу касалликда терида кўкиш қизил рангли эритема пайдо бўлади, у теридан бир оз кўтарилиб туради, чегараси аниқ, катталиги 15—20 тийинлик тангадек келади, ушлаб кўрилса, тугун факатгина терининг юзасида бўлмай, балки тери ости ёғ қаватигача кириб борганлигини аниқлаш мумкин. Бу тугун секин-аста катталашиб, тухумдек ва ундан ҳам каттарок бўлиши мумкин. Тугун асосан болдирнинг олдинги томонига жойлашган бўлиб, кейинчалик сон, думба, билак терисида ҳам пайдо бўлади.

Касаллик зўрайган даврда терида ўзига хос ўзгариш пайдо бўлади, тери секин-аста кўкиш ранга киради, кейинчалик сарғайиб, сўнгра рангсизлана бошлайди. Тугун 2—3 ҳафта ичида ривожланади. Шу билан бир қаторда беморда ҳарорат кўтарилиши, ҳолсизланиш, бош ва бўғимлар оғриши, томоқ оғриши кузатилади. Баъзи беморларда янги-янги тугунлар ҳосил бўлади, бу вақтда касаллик чўзилиб 4—6 ҳафтагача давом этиши мумкин. Қамдан-кам ҳолларда касаллик қайталанади.

Сурункали тугунли эритема — бу касаллик кўпинча 20—40 ёшли аёлларда учрайди. У об-ҳаво совук вақтида бошланиши туфайли ўткир тугунли эритемага ўхшайди. Тугунлар кўпинча болдирда жойлашади, юрган-

да, узок тик туриб колганда бемор каттик огрик сезади. Бундай тугунлар 2—3 ойгача сақланиб туради, касаллик эса бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин.

Сурункали тугунли эритемада тугун кўпинча битта бўлади, у секин-аста атрофга караб ўса бошлайди, кейинчалик эса тугуннинг марказий кисми сўрилиб доира шаклини олади.

Давоси. Бемор лаборатория усулида синчиклаб текширилгандан сўнг унинг касаллигига (ангина, отит, тиш касалликлари) даво қилинади. Касалликка инфекция сабаб бўлганлиги учун антибиотикларда пенициллин, тетрациклин, олететрин, олеандомицин, канамицин, ампициллин ва бошқалардан укол қилинади ёки таблетка ҳолида ичишга буюрилади. Агар огрик бўғинда бўлса, аспирин, салицилат кислота, амидопирин буюрилади. Аллергияга даво қилиш учун антигистамин препаратлардан димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин, дипразин ҳамда кальций хлорид буюрилади. Витаминлардан аскорбинат кислота тайинланади. Агар касаллик ўткир тус олса, гормон препаратлари буюрилади.

Чуқур аллергик васкулитда антибиотиклар, кальций хлорид, кальций глюконат, антигистамин препаратлар, витаминлардан С, Р, 10 % ли ихтиол малҳамидан иссиқ компресс қилиш, аутогемотерапия, ультрабинафша нурлар тайинланади. Булардан ташқари, беморда топилган фокал инфекцияга даво қилиш жуда зарур. Баъзи беморларда ангинага яхшилаб даво қилинса, касаллик ўз-ўзидан тузалиб кетади.

КўП ШАКЛЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА

Бу касалликнинг сабабчиси ҳали номаълум. Кўпгина дерматологларнинг фикрича, у инфекцион-аллергик касаллик. Бунда тошмалардан ташқари, беморда бошқа клиник белгилар ҳам бор. Касаллик бирданига бошланади.

Клиник белгилари. Беморнинг иссиғи чиқади, боши ва бўғинлари огрийди, эти увишади, беҳол бўлади, томоғи огрийди.

Беморнинг юзи, қўллари, оёғи, бўйнида, жинсий аъзоларида ва оғиз шиллик каватида турли тошмалар пайдо бўлади. Теридаги тошмалар полиморфик, яъни бирламчи тошмалар эритема, тугунча, пуфакча ва каварик-пўстлок кўринишида бўлади. Тошма тошган жойдаги тери яллиғланиб шишади, эритема тошган жой теридан сал кўтарилиб туради, ўртасига экссудат йиғилади. Эритема кўкиш-қизил рангли бўлиб, катталиги 2 тийинлик

тангадек ва ундан ҳам каттарок бўлади, шакли думалок ёки овалсимон, 1—2 ҳафта ўтгандан кейин эритеманинг марказий қисми пастрок бўлиб қолади, доғ эса кўкимтир тусга киради, четлари қизғиш жияк билан ўралади. Пуфакчалар баъзи вақтларда тўп-тўп бўлиб тошади, улар ёрилиб, усти кўкиш пўстлоқ билан қопланади. Эски тошмалар атрофида янги тошмалар пайдо бўлади. Терининг касалланган ерлари қичишиб, ачишади, баъзи вақтда оғриши ҳам мумкин. Оғиз шиллик пардаси қизаради ва шишади.

Агар бемор ўз вақтида даволанмаса касаллик зўрайиши мумкин. Касаллик баъзан баҳор ва кузда қайталаниб туриши мумкин, шунинг учун уни мавсумий касаллик дейилади. Кўпинча об-ҳаво бирдан совиганда касаллик келиб чиқади.

Давоси. Бемор албатта ўрин-кўрпа қилиб ётиши керак. Беморнинг аҳволига қараб антибиотиклардан тетрациклин, олететрин, пенициллин, канамицин ва шу билан биргаликда сульфаниламид препаратлари ҳам берилади. Агар беморнинг аҳволи оғир бўлса, оғиз шиллик қавати шикастланган бўлса, у ҳолда гормон препаратлари буюрилади. Витаминлардан С, В₆, РР тайинланади.

Экссудатив эритемага баъзан пуфакларни ёриб ташлаб, устига 2 % ли бриллиант яшили суртилади. Агар четлари қотиб пўстлоқлар қолган бўлса 2 % ли борат малҳами суртилади, гормон препаратларидан преднизолон, фторокорт, флуцинар ва бошқалар буюрилади.

Агар беморнинг оғиз шиллик қавати шикастланган бўлса, у ҳолда оғизни 1 % ли борат кислота, 0,1 % ли риванол эритмаси ёки фурацилиннинг 1:5000 га нисбатдаги эритмаси билан чайиш зарур бўлади. Бундан ташқари, бемор кўпроқ суюқ овқат ичиши, овқат илик ва дағал бўлмаслиги керак. Бемор аччиқ, тузланган, дудланган овқатлар ейишдан ўзини тийиши лозим.

ПУШТИ ТЕМИРАТКИ

Кўпчилик олимларнинг фикрича, бу касалликни филтрланувчи вирус ёки стрептококклар келтириб чиқаради. Касаллик ўткир кечади, кўпинча баҳор ва кузда касаллик кўзиб туради.

Клиник белгилари. Тошма пайдо бўлишидан олдин баъзи беморларнинг ҳарорати кўтарилади, бўғимлар ва суяклари оғрийди, дармонсизланиш содир бўлади. Шу билан бир қаторда терида пушти-қизил доғ ҳосил бўлади. Доғ аввалига битта ёки иккита бўлиши мумкин, лекин улар

тез орада катталашиб 5 тийинлик тангадек бўлиб қолади, чегаралари аник ажралиб туради. 2—3 кундан сўнг доғлар терининг ҳамма қисмини эгаллаб олиши мумкин. Дастлаб пайдо бўлган доғ она доғ деб аталади. Доғнинг усти майда-майда кепаксимон пўстлоқ билан қопланади. У кўпинча кўкрак, бўйин ва орқада бўлади. Доғ юзасидаги эпидермис папирос қоғозига ўхшаб юпкалашиб, ғижимланиб қолганлигини кўриш мумкин. Бу пушти темиртки учун хос ҳисобланади.

Касаллик 5—6 ҳафта, баъзан ундан ҳам узунроқ давом этади, сўнгра доғлар рангсизланиб йўқолиб кетади. Бемор касаллик ўчоғи сал қичишишидан шикоят қилади.

Д а в о с и. Касаллик зўрайган даврда кучли малҳамларни бериб бўлмайди, чунки у терини китиклаб, салбий таъсир қилади. Шунинг учун малҳам ва пасталарни кучсизроқ қилиб тайёрланганидан фойдаланиш мумкин. Ювинганда совун ва мочалка ишлатмаслик керак. Ичишга 10 % ли кальций хлорид ёки гипосульфат натрий буюрилади. Бундан ташқари, беморга антибиотиклардан пенициллин, тетрациклин, олететрин, канамицин ва бошқа препаратлар тайинланади. Касаллик 5—6 ҳафтадан кейин йўқолиб кетади.

ТЕРИНИНГ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Терининг ўсма касалликлари кўпинча терининг эпидермис ва дерма қаватида пайдо бўлади, булар бирламчи ўсмалар деб аталади. Иккиламчи ўсмалар метастатик йўл билан бошланади, яъни ички аъзолардан бирида — кўкрак безида, ўпкада ўсма бўлса, терида ҳам ўсма пайдо бўлади, бунга иккиламчи ўсма деймиз.

Тери ўсмалари хавфсиз ва хавфли турларга бўлинади.

Терининг хавфсиз ўсмалари. Бунга папиллома, фиброма, липома, холлар, ангиома ва миомалар қиради.

Папиллома — бу кўпинча терининг кийим билан ёпилиб турадиган дерма қаватида пайдо бўлади. Папиллома ясси ёки узунчоқ тугунча ёки доғлар кўринишида бўлиб, усти сарғиш ёки қорамтир пўстлоқ билан қопланади. Юзаси нотекис, баъзан устки қисми хира рангли пўстлоқ билан қопланган бўлади. Қатталиги 3—4 мм дан 3—4 см гача, тери юзасидан кўтарилиб туради. У беморни безовта қилмайди.

Д а в о с и. Косметика усули билан олиб ташланади (криотерапия, электрокоагуляция, суюқ азот) ва бошқа усуллар билан даволанади.

Фиброма — терининг дерма қаватида пайдо бўладиган

ўсма ясмикдан то ёнғок катталигигача бўлиши мумкин, тери юзасидан кўтарилиб туради, улар бир нечтагача бўлиши мумкин. Ранги бир оз кизгишроқ. Фиброма ҳамма ёшдаги одамларда бўлиши мумкин.

Липома — бу ўсма ёғ хужайраларидан ташкил топади, тугун тери ости ёғ қаватида пайдо бўлиб, катталиги данакдек ёки тухумдек бўлиши мумкин. Липома тери устидан кўтарилиб туради, агар ушлаб кўрилса, оғримайди, қўлга юмшоқ уннайди. Липомалар битта ёки бир нечта бўлиши мумкин. Тананинг юз, бош, бўйин, билак, корин қисмларида учрайди.

Фиброма ва миомалар жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

Хол. Улар баъзан хавфли ўсмаларни — меланомаларни пайдо қилади.

Хол қорамтир ёки жигар рангда бўлиб, катталиги ва шакли турлича бўлади. Бирламчи тошмалар доғ ёки тугунча кўринишида бўлади, улар тери юзасидан бир оз кўтарилиб туради. Пигментли холлар терининг ҳамма қисмида бўлиши мумкин. Улар қўл ва оёқ қафтларида, жинсий аъзоларда бўлса, кўпинча чегарали пигментли хол деб ҳисобланади. Бунда инфилтрат пайдо бўлади, пигментланиш кўпаяди ёки камаяди, хол катталашади, хол атрофида майда доғ ва устки қисмида қаттиқ бўртма ёки тугунча пайдо бўлади. У қизариб кичишади, атрофидаги лимфа безлари катталашади. Бу вақтда холни дарҳол жарроҳлик йўли билан атрофидаги тўқималари ва тери ости ёғ қавати билан бирга олиб ташлаш керак. Унга ҳар қандай дорилар суртиш ёки ҳадеб тегавериш мумкин эмас.

Ангиома — бу қон томирлардан тузилган бўлиб, капиллярлар, артериялар, веналарда учрайди. Буларнинг ичида кўпинча гемангиома кузатилади, бунга капилляр гемангиома дейилади.

Клиник белгилари: пушти-кизил рангли доғ шаклида бўлиб, катталиги ҳар хил, чегараси нотекис, диаскопия қилганда оқаради, тери юзасидан сал кўтарилиб туради. Юзда, камдан-кам холларда терининг бошқа жойларида жойлашади.

Гистологик жиҳатдан текширилганда қон томирларнинг кенгайганлигини, яллиғланганлигини ва баъзида кўп қаватли эндотелиал хужайраларни кўриш мумкин.

Юлдузли гемангиома. Бунда тугунчалар юлдузсимон тус олади, катталиги тўғноғич бошидек келади, қизил рангли, улардан ҳар томонга қон шохчалари кетади. Кўпинча терининг юз қисмида жойлашган бўлади.

Ковакли гемангиома — бу касаллик тугунли бўлиб,

дерма ва тери ости ёғ каватида пайдо бўлади, катталиги тухум катталигидек, устки қисми текис ёки нотекис бўлади. Тугунчанинг ранги кўкиш-кизил, чуқурроқ қисми эса хаворанг тусда бўлади. Туғун босиб кўрилса ичига ботади.

Д а в о с и. Ангиомага кўпинча диатермокоагуляция ёки жарроҳлик усули билан даво қилинади, баъзи ҳолларда рентген ва лазер нурлари билан даволаниш тавсия этилади.

Терининг хавфли ўсмалари. Бу касалликка базалиома (эпителиома), ясси хужайрали ўсма, саркома, меланомалар киради.

Базалиома — ўсма касалликлари орасида кўп тарқалган бўлиб, эркак ва аёлларда, кўпинча катта ёшдаги кишилар орасида учрайди. 95 % ҳолда базалиома юзда ва бошда жойлашади. Кўпинча эпидермиснинг базал қаватида тери ўсимталаридан пайдо бўлади. Базалиома жуда секин ўсади, у 10 йиллар давомида ривожланади. Базалиоманинг бир нечта тури бор — юзаки, инвазив ёки чуқур ярали тури. Ҳар иккала турида ҳам дастлаб кичкина тугунча пайдо бўлади, улар каттиқ, кизғиш-пушти ёки тери рангида бўлиб, бемор оғрик ва кичишиш аломатларини сезмайди. Тугунча секин-аста катталашади, бир неча ой ёки бир неча йил ичида 1—2 тийинлик тангадек бўлиб, марказий қисмида кизил рангли пўстлоқ пайдо бўлади. Агар пўстлоқ олиб ташланса, яра борлигини кўрамиз. У озгина қонайди. Яранинг четлари бир оз кўтарилган, чети ўзига хос жияк билан ўралган бўлади.

Юзаки базалиома секин катталашади, яра юзаки бўлиб, кизил пўстлоқ билан копланadi, баъзи жойларида ямоқ пайдо бўлади (24-расм).

Чуқур базалиомада эса яра чуқур бўлиб, атрофга тарқалади, баъзан суяккача етиши мумкин, оғрик кучли бўлади. Касаллик 10—20 йилгача давом этиши мумкин. Беморлар кўпинча қон кетишидан, иккиламчи инфекция тушишидан ва бошқа сабаблардан ўлиши мумкин. Ташҳис қўйиш учун дастлаб ярадан биопсия олинади.

Д а в о с и. Агар юзаки базалиома бўлса, унга диатермокоагуляция қилинади, суюқ азот (криотерапия) ва ўсмага қарши малҳамлар (колхамин ва проспидин) суртилади. Агар чуқур базалиома бўлса, рентген ва лазер нурлари билан даволанади.

Терининг ясси хужайрали ўсмаси — базалиомага қараганда 5—8 марта кам учрайди, кўпинча эркакларда учрайди. Базалиомага қараганда жуда тез ўсади ва атрофдаги лимфа безларига метастаз беради. Терининг ҳамма қисмида учраши мумкин, кўпинча терининг шиллик



24- расм. Базалиома.

каватга ўтиш жойларида: лабда, жинсий аъзоларда, орка чиқарув тешиги атрофида, тилда учрайди. Баъзи вақтларда ямок ўрнида, нурли дерматитда, сурункали яраларда, лейкоплакияда ўсма пайдо бўлади.

Касаллик тугунчали тошма тошиши билан бошланади ёки зич тўкима тезда катталашади. Тугунчанинг юза қисми каттик шохсимон модда билан қопланади ва сўғал тусига киради. Бу даврда оғриқ бўлмайди. Тугун бир неча ой ичида катталашиб ҳам атрофга тарқалади, ҳам чуқурлашади. У ҳатто ёғ каватгача боради. Ўсманинг катталиги ёнгоқдек ва ундан каттарок бўлиб, унга бирор нарса тегиб кетса, қонаб кетади. Баъзи вақтда ўсма теридан унча кўтарилмайди, аксинча у тери остига қараб ўсиб боради, атрофдаги тўқималарга метастаз беради. Баъзи вақтда ярада оқ доначалар кўринади. Яранинг чети ва туби каттик бўлади. Даволанмаса ўсишда давом этаверади, бу даврда касаллик беморни жуда безовта қилади, кучли оғриқ пайдо бўлади. Бемор азобдан озиб кетади, оқибатда кўнгилсизлик юз бериши мумкин.

Касалликка жарроҳлик йўли билан даво қилинади. Рентген ва лазер нурлари тавсия этилади. Жарроҳлик йўли билан даволанганда, атрофдаги лимфа безлари олиб ташланади.

Меланома жуда кам учрайди, у хавфли ҳисобланади, тезда катталашади ва атрофдаги тўқималарга метастаз беради. Меланомага ташҳис қўйиш унчалик қийин эмас, у пигмент ҳолида пайдо бўлади. Агар доғ бирор нарса

таъсирида бўлмаса, дархол врачга мурожаат қилиш керак. Агар ранги ўзгармаган бўлса, унда ташхис қўйиш кийин бўлади.

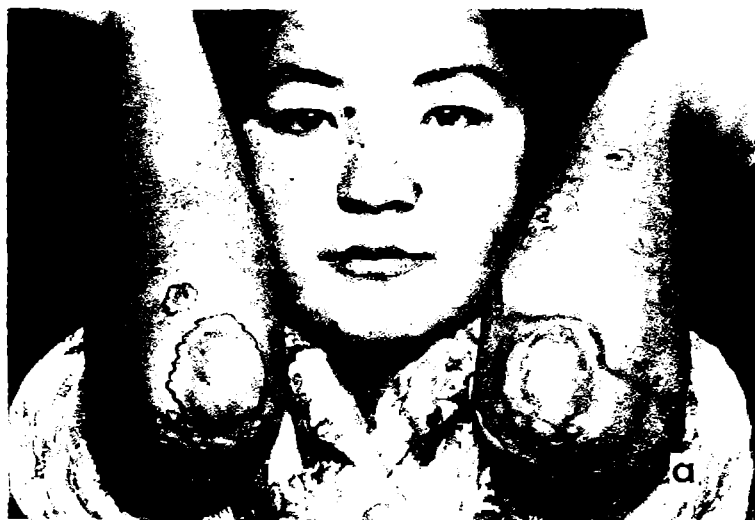
Кўпинча меланома тугундан иборат бўлиб, салга қонаб кетади, юзаси текис ёки нотекис, катталиги ёнғокдек бўлади. Меланома рангли бўлиб, унча чуқур ўсмайди. Меланома лимфа безлари орқали метастаз беради, ўсма яқинида янги пигментли тугунча пайдо бўлади, кейинчалик бундай тошмалар тананинг бошқа қисмларига ҳам тарқалиб кетади. Бундай ҳоллар кўпинча илгариги ўсманинг ўзгариб некроз ва қонаб турувчи фунгоз ярага айланишидан келиб чиқади. Бундай беморларни тезда онколог врачга юбориш керак. Улардан биопсия олиш мумкин эмас.

Саркома — терида бирламчи ва иккиламчи касаллик тарзида учраши мумкин. Саркома хавфли ўсма, қўшувчи тўқималардан келиб чиқади ва жуда тез ўсади ва атрофга метастаз беради. Дастлаб ўсма кимирлайди, катталиги ловиядан муштум катталигигача бўлади, тери ўзгармайди. Кейинчалик тери кизгиш сиёҳ ранг тус олади, ўсма қаттиклашиб ёрилади ва ярага айланади. Яра чуқур бўлиб ўзидан қўланса хид чиқаради. Лимфа безларида ва сўнғакда метастаз пайдо бўлади. Саркома меланомадан сўнг ривожланиши мумкин, у яллиғланади ва қораяди. Кейинчалик хол ярага айланади ва лимфа безларига, жигарга, бош мияга метастаз беради. Бемор жуда азобда қолади. Қасалликнинг сурункали турида бемор бир неча йил яшаши мумкин.

Хавфли ўсмаларга яна тери ва оғиз бўшлиғи шиллик пардасида, лабда учрайдиган касалликлар киради. Улар қуйидагилар: Боуэн, Педжет касаллиги, лейкоплакия, пигментли ксеродерма, лаб жиягининг сўгалсимон хавфли ўсмаси, лаб жиягининг чегарали гиперкератози, тери шохи, лаб жиягининг Манганотти ўсмаси.

Боуэн касаллиги — бу касаллик ҳам баъзи тери касалликларига ўхшаб бошланади, терида думалоқ ёки овалсимон шаклдаги пушти рангли тугунча пайдо бўлади. Тугунча ёки блякшанинг юз қисми кепакли ёки қизил рангли пўстлоқ билан қопланади. Тугунча жуда секин катталашади, унинг марказий қисми ботик бўлиб, атрофияга айланади, кейинчалик эса эрозия ҳосил бўлади. Бир неча йилдан кейин базал ёки ясси ҳужайрали ўсмага айланиши мумкин. Қасалликни псориаз, қизил ясси темиртки, парапсориздан ажрата билиш керак.

Педжет касаллиги кўпинча кўкрак безида ва унинг атрофида жойлашган бўлади. Аёлларда 40 ёшдан ошган-



25- расм. Пигментли ксеродерма (а — тирсакда ва б — тиззада).

дан кейин бошланади. Сурункали яллиғланиш, кўкрак учининг ёрилиши, шикастланиши натижасида келиб чиқади. Узоқ вақт экземага ўхшаб давом этади, лекин чегараси аниқ, юза қисми духобага ўхшаш бўлади, тегиб кетилса, қонайди. Қасаллик узоқ давом этиши натижасида

инфилтрат каттиклашади, кўкрак беги ичига ботиб қолади. Қасаллик 3—10 йилдан кейин ривожланиб, ўсмага айланади, лимфа безлари, жигар, ўпкага метастаз беради, натижада беморнинг ахволи оғирлашади.

Пигментли ксеродерма. Қасаллик ёшлиқдан бошланади, у наслдан наслга ўтувчи қасаллик ҳисобланади, айниқса яқин қариндошлар никоҳидан келиб чиқади. Қасаллик майда-майда пигментли доғлардан бошланиб, кейинчалик бир-бирига қўшилиши натижасида телеангэктазия, ангиома, атрофия ўчоқларини пайдо қилади. Бунинг устига папиллома, сўғалсимон ўсимталар ва уларнинг яраланиши беморни анча безовта қилади. Кўпинча бундай тошмалар ва ўзгаришлар юз, бўйин, қўл терисида бўлади. Кейин эса қасаллик хавфли ўсма шаклига ўтиб, беморни оғир аҳволга олиб келади (25-расм, а, б.).

Лейкоплакия кўпинча лаб жиягида, оғиз бўшлиғи шиллик қаватида, аёлларнинг жинсий аъзоларида учрайди.

Клиник белгилари. Лаб ва оғиз бўшлиғида дастлаб оқ нуқталар пайдо бўлади, улар секин-аста катталашиб, пилакчаларга айланади, уларнинг усти оқ парда билан қопланади. Кўпинча оғиз бурчагида ва лунжда жойлашган бўлади. Лейкоплакиязнинг бир нечта тури бор (сўғалсимон, эрозияли ва ясси).

Юқорида айтиб ўтилган ўсма кўпинча жарроҳлик усули билан даволанади. Беморга онкология диспансерида махсус даво қилинади.

Лаб жиягининг сўғалсимон ўсмаси. Бу қасалликда бирламчи тошма тугунча бўлиб, лаб жиягида пайдо бўлади. Тугунча лаб жиягидан бир оз кўтарилган ҳолда бўлади, юзасида эса майда сўғалсимон ўсмалар кўзга ташланади. Ранги қизғиш-кўкимтир, устки қисми қипикланиб туради. Ташки кўриниши сўғалга ўхшаш бўлади, шунинг учун бу қасаллик лаб жиягининг сўғалсимон хавфли ўсмаси деб аталади. Унга жарроҳлик йўли билан даво қилинади, атрофидаги тўқималар тозаланиб, кейин рентген ёки лазер нури билан даволанади.

Д а в о с и. Жарроҳлик усули билан олиб ташланади.

Тери мугузи. Бу қасаллик ҳам лаб жиягининг юқорипастки қисмида жойлашган бўлиб, каттиқ тугунча пайдо бўлади. У конус шаклида бўлиб, мугузга ўхшайди, механик йўл билан олиб ташланса, яна чиқаверади. Қасалликка жарроҳлик усули билан даво қилинади.

Лаб жиягининг чегарали гиперкератози — лаб жиягида 1 тийинлик тангадек, чегаралари аниқ тугун пайдо

бўлади, четлари нотекис, юзаси кипикланиб туради, лабдан кўтарилмайди ва инфилтрат сезилмайди. Бу хол узок вақт давом этади, 2—3 йилда хавфли ўсмага айланиб кетиши мумкин.

Д а в о с и. Ўсма атрофидаги тўқималар билан бирга кўшиб олиб ташланади.

СЕБОРЕЯ (КАЗҒОҚ)

Себорея ёғ безларининг кўп ёки кам микдорда ишланиб чиқишига боғлиқ, бунга гиперфункция ёки гипофункция дейилади. Демак, бу ёғ безлари ишланиб чиқишининг бузилишидан келиб чиқадиган касаллик ҳисобланади. Нерв системаси ва ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши, ички аъзоларнинг касалликлари, ўткир юқумли касалликлар, турли захарланишлар себореянинг ўтишига сабаб бўлади.

Себорея 3 хил бўлади: ёғли себорея, қуруқ себорея ва аралаш себорея.

Ёғли себореяда тери ёғлангандек кўринади, ялтираб туради. Бунга сабаб ёғнинг кўп ишланиб чиқиши ёки тикилиб қолиши ҳисобланади. Бошнинг сочли қисмида ёғнинг ортиқча ишланиб чиқиши ва тери юзасида парчаланиши тери қичишишига сабаб бўлади. Соч бир-бирига ёпишиб қолади, кейинчалик эса тўкила бошлайди. Бу эркакларнинг тепакал, аёлларнинг эса сочи сийрак бўлиб қолишига олиб келади.

Қуруқ себорея — бошнинг сочли қисмида ўзига тери ёғини сингдириб олган бир талай кепаксимон тангачалар (казғоқ) пайдо бўлади. Бемор бош қичишишидан шикоят қилади, бунга сабаб соч сўргичларининг атрофияланишидир. Бунда ҳам соч сийраклашиб қолади. Юз, кўкрак ва курак терисида қора нукталар пайдо бўлади. Бу соч фолликулалари оғзини беркитиб қўяди. Улар қўл билан ситилганда мугузланган тангачалардан иборат тикинча чиқади. Тери қуруқ, кепаксимон бўлади, тангачалар билан қопланади. Ана шундай ўзгаришларга учраган терида кўпинча бир-бири билан қўшилиб кетадиган берчланиш, кейинчалик эса чандиклар қолдирадиган хуснбузарлар пайдо бўлади.

Қуруқ себорея билан оғриган касалларда ёғ безининг кисталари ҳосил бўлади. Булар ўз навбатида яллиғланиб, йиринглайди, оқибатда сизлоғич ва чипқонга айланиши мумкин.

Аралаш себорея. Қасалликнинг бу турида ёғли ва қуруқ себорея аломатлари бирга бўлади, бошнинг соч қис-

мида ёғли себорея бўлса, юзда, кўкракда кўпинча курук себореянинг клиник белгилари бўлади. Касалликнинг бошланишида бошнинг соч қисмида фолликулитлар ва тугунчалар пайдо бўлади. Тугунчалар секин-аста катталашади, олча донидек ёки ундан каттарок бўлиши мумкин. Теридан кўтарилиб туради, баъзи ҳолларда улар бир-бири билан қўшилиб кетади. Сочлар шикастланган жойидан тушиб кетади. Баъзи вақтда қўшилиб кетган фолликулитлар ёрилиб, тешиклар пайдо бўлади, бу тешикчалардан қон аралаш сарғиш рангли йиринг чиқади. Бу кўпинча энсада учраши мумкин. Касаллик жуда секин ривожланади, сурункали давом этади, бошнинг кўп қисмига тарқалиши мумкин. Улар ўрнида ямок ёки чандиқ қолади.

Д а в о с и. Ёғли себореяни даволашда аввало вегетатив нерв системани тинчлантирувчи дорилардан бром, белласпон ва бошқалар берилади. Сиртдан қўллаш учун ёғни камайтирувчи, микробларга қарши дориларни (борат ва салицилат кислота) эрталаб ва кечкурун суртиб туришга буюрилади.

Агар йиринг ва тугунчалар бўлса, 2 % ли бор, 3 % ли риванол ҳамда 10 % ли олтингугурт малҳамларидан фойдаланилади. Бундан ташқари, ичишга тетрациклин, эритромицин, рифамицин, олететрин ва бошқа антибиотиклар буюриш мумкин.

Аёлларда касаллик оғирроқ ўтадиган бўлса, аёллар гормонидан буюриш мумкин. Масалан, фолликулин, синэстрол ва бошқалар. Препаратлар беришни ҳайз тамом бўлгандан 2—3 кун кейин бошлаб ҳайз бошланишига бир ҳафта қолгунча давом эттирилади.

Курук себореяни даволашда ошқозон-ичак касалликларига ҳам даво қилинади, пархез тутиш лозим, ёғли овқатлар, қолбаса, дудланган маҳсулотлар, шоколад, какао, цитрус мевалар емаган маъқул. Бундан ташқари, ширинликлар ейишни чегаралаш лозим. Бундай беморларга А, В₁, В₆, С, D, Е витаминлари берилади.

Қора нуқталарни олиб ташлаш керак. Бунда жуда эҳтиёт бўлиш лозим. Сўнгра юзни илик сувда совунлаб ювиш керак. Дезинфекцияловчи эритмалар билан артилади. Агар йирингли тошмалар бўлса, у ҳолда антибиотиклар берилади. Суртиш учун салицилат, олтингугурт, резорцин, оксизон, лоринден С, флуцинар малҳамлари буюрилади. Агар курук себорея оғир ўтса, у ҳолда иммунологик даволаш учун стафилококк вакцинаси берилади. Беморнинг касалликка қаршилиқ кучини ошириш учун гамма-глобулин, пирогенал, аутогемотерапия буюрилади. Себорея баъзан узоқ давом этиб, себореяли экземага айланиб кетиши ҳам мумкин.

Ҳуснбузар теридаги ёғ безларининг йирингли яллигла-нишидар. Бунга ёғ безлари вазифасининг ортиб кетиши андроген гормонлар сабаб бўлади. Бундай косметик нуксон кўпинча 14—25 ёшдагилар орасида уч-райди (26- расм, А, Б.). Хомиладорлик даври-да гормонлар иши ях-шиланади. Қасаллик-нинг ривожланишига себорея бирмунча йўл очиб беради. Бунга кў-пинча стафилококклар, ошқозон-ичак касал-ликлари, витаминлар етишмаслиги, камкон-лик, овқатланиш ва моддалар алмашинуви-нинг етишмаслиги таъ-сир кўрсатади.

Ҳуснбузар кўпинча юзда, кўкракда ва ку-рак ўртасида бўлади. Ёғ безларининг кўп иш-ланиб чиқиши натижа-сида теридаги тешик-лар бекилиб қолади. Бу йирингли микроб-лар ўсишига қулай ша-роит туғдиради. Нати-жада йирингли тошма-лар пайдо бўла бош-лайди. Улар қўшилиб инфильтратларни ёки йирингли абсцессларни юзага келтиради. Ке-йинчалик уларнинг ўр-нида пигментли доғ ёки атрофик чандик қола-ди. Теридаги ўзгариш-ларга қараб некротли, атрофияли, агрегатли, шарсимон ҳуснбузар деб ташхис қўйилади.



26- расм. Ҳуснбузар (А — олд ва Б. ор-қа томондан кўриниши).

Д а в о с и. Хуснбузарга 20—25 кун давомида 250000 ТБ дан кунига 4 маҳал антибиотиклардан тетрациклин, олететрин берилади. Витаминлардан Е, А, В, В₆, В₁₂, С, никотинат кислота берилади. Агар пиоген микроблар бўлса, стафилококк анатоксини, гамма-глобулин, аутогемотерапия билан даволанади.

Сиртга суртиш учун ёғни камайитирувчи ва терини дезинфекцияловчи препаратлардан фойдаланилади. Кўпинча спиртли эритмалардан резорцин, салицилат кислота, камфора, борат кислоталардан фойдаланиш мумкин.

Пушти хуснбузар. Бундай хуснбузар юзда бўлади, одатда ташқи таъсиротлар натижасида, иссиқ овқат еганда, кофе, чой ичганда, шоколад еганда, спиртли ичимликлар ичганда, бирданига кун исиб кетганда ёки асаб бузилганда бурун устида, юзда қизгиш-кўкимтир рангли эритема (доғ) пайдо бўлади. Бунга телеангэктазия, тугунчали йиринглар кўшилади. Бу касаллик билан кўпинча 40—50 ёшдаги аёллар касалланади.

Д а в о с и. Аввало касаллик сабабини топишга ҳаркат қилиш керак, сўнгра уларга даво қилинади. Беморга ичиш учун ациди-пепсин ва витамин В гуруҳи тайинланади. Агарда йирингли тошмалар бўлса, у ҳолда 2—3 ҳафта давомида антибиотиклар берилади. Масалан, тетрациклин, олететрин ва бошқалар. Бундан ташқари, кальций глюконат, кальций хлоридни эритма ёки таблетка ҳолида бир кунда уч маҳал берилади.

Сиртдан қўллаш учун гиоксизон, лоринден С малҳамларини 30 % ли олтингугурт малҳами билан 1:3 нисбатда ёки тенг барабар қилиб кориштириб 2—3 маҳал суртилади. Юздаги кон томирлар ишини яхшилаш учун совук-иссиқ сувли компресс қилиш керак.

СОЧ ТЎҚИЛИШИ

Соч тўкилиши бир неча турга бўлинади: 1) сочининг эрта тўкилиши; 2) клиник белги сифатида соч тўкилиши; 3) сочининг тангасимон тўкилиши; 4) сочининг сидирға тўкилиши.

Сочнинг эрта тўкилиши кўпинча ёғли себорея билан касалланган беморларда учрайди. Бундай беморларнинг сочи 20 ёшга борганда тўкила бошлайди. Аввалига соч камлиги унчалик билинмайди, чунки эски сочлар ўрнига янги сочлар чиқиб туради, кейинчалик эса сочлар нимжон бўлиб, натижада улар ингичкалашиб кетади. 25—30 ёшларга бориб умуман чиқмайди. Кўпинча бу эркакларда бўлади, аёлларда эса соч сийраклашиши мумкин. Себорея-

ли соч тўкилишининг ўзига хос томони шундаки, у асосан пешанадан бошланади.

Клиник белгилари. Соч тўкилган жойда ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди, лекин бош териси ялтираб туради, атрофидаги сочлар қўл билан тортилса салга чикиб кетади, четлари ёки чегараси аник кўриниб туради.

Д а в о с и. Сочни аввало тўғри парвариш қила билиш керак. Бош терисида қон айланиши яхшиланишига аҳамият бериш лозим. Сиртдан суртиш учун псориаден, псоберин эритмалари қўлланади.

Клиник белги сифатида соч тўкилиши. Бу кўпинча оғир инфекцион касалликлардан кейин пайдо бўлади. Масалан, корин тифи, скарлатина, безгак, грипп ва бошқалардан сўнг сочнинг ёппасига тўкилиши ёки сийраклашиб қолиши мумкин. Кейинчалик бемор касалликдан тузалгандан сўнг соч яна қайта чикиб кетади.

Д а в о с и. Асосий касаллиқни даволашдан бошлаш керак. Беморга витаминлар ва умумий қувватга киргизувчи дорилар берилади. Суртиш учун сочни ва терини китиклайдиган спиртли эритмалар бериш тавсия этилади.

Сочнинг тангасимон тўкилиши. Касаллик тўсатдан соч тўкилишидан бошланади. Соч битта ёки бир неча жойдан тангасимон шаклда тўкилади, у катталашиб атрофга тарқалиб боради. У беморни безовта қилмайди, лекин тери ялтираб туради, четларидаги сочларни қўл билан тортилса, осонгина юлиниб чиқади. Баъзан сочлар 1 см юқоридан синиши мумкин. Орадан бир неча ой ўтгач сочлар яна қайта чиқа бошлайди, лекин улар нимжон бўлиб қолади, аввалги йилтироклигини йўқотади. Бу касалликда беморнинг фақатгина сочи тўкилмай, балки соқоли, мўйлови, қоши ва жинсий аъзоларидаги туклари ҳам тўкилиши мумкин. Касаллик 15—30 ёшда кўпроқ учрайди. Бундай соч тўкилишини тузатиш бирмунча кийин бўлади.

Касаллиқнинг сабаби ҳали яхши аниқланмаган. Қўпчилик олимлар касалликка нерв системаси, ички секреция безларининг бузилиши, турли юкумли касалликлар сабаб бўлади дейишади. Даволашдан олдин беморни синчиклаб текшириш, соч тўкилиши сабабларини аниқлашга ҳаракат қилиш керак. Беморни тузалишига ишонтириш керак. Беморга умумий қувватга киргизувчи дорилар ва витаминлар буюрилади.

Касаллик узокка чўзилганда глицерофосфат кальций, метионин, рух препаратлари, бероксан, аммифурин, псориаден, псоберанин касалнинг аҳволига қараб берилади. Сиртдан суртиш учун резорцин, салицилат кислотанинг спиртли эритмаси ишлатилади. Бу дорилар сочнинг

тўкилган жойига соч чикқунга кадар ҳар куни суртиб турилади. Беморнинг кўтаришига қараб дори таркибидаги препаратлар микдори ошириб борилади. Соч тўкилган жойга ҳар куни бир марта псориаден, псоберан эритмасидан суртилади.

Физиотерапия усули ҳам қўлланади. Булардан ультрабинафша нур, электрукалаш, электруйку, дарсонвализация бирмунча яхши ёрдам беради.

ТЕРИ СИЛИ

Тери сили ҳозирги кунда жуда кам учрайдиган тери касалликларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик терида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида жойлашган бўлиб, уларни сил таёқчаси чакиради. Силни асосан одам туридаги таёқча кўзғатади. Сил таёқчасини биринчи марта Кох кашф қилганлиги учун уни Кох таёқчаси ҳам дейилади.

Сил таёқчасининг бошқа бактериялардан фарқи шундаки, у кислота, ишқор ва спиртга жуда чидамли бўлади. Сил таёқчасининг учта тури бор: одам, қорамол ва парранда тури. Одам туридаги таёқчанинг узунлиги 2,5—3,5 мм, у турли шаклда бўлиши мумкин. Сил таёқчаси 100°C ли иссиқликда ва қуёш нuriда тезда нобуд бўлади.

Тери сили оғиз шиллиқ қаватига нисбатан кўпроқ учрайди, чунки сил таёқчаси бошқа сил билан шикастланган ички аъзолар орқали, қон ҳамда лимфа томирлардан ўтади. Қамдан-қам ҳолларда сил таёқчаси тўғридан-тўғри ташқаридан тушиб терини ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини шикастлайди ва касалликка сабаб бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати сил микроби учун ноқулай шароит бўлиб, кўпинча таёқча у ерда нобуд бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда оғиз бўшлиғида касаллик келтириб чиқаради. Бу турли-туман омиллар натижасида, яъни организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти ва иммунологик жараённинг пасайиб кетиши туфайли юзага келиши мумкин. Беморнинг овқатланиши, ички секреция безлари ва нерв системаси фаолиятининг бузилиши ҳам касаллик келиб чиқишида катта аҳамиятга эга.

Тери силининг клиник белгилари кўпинча турлича бўлади, масалан, ўчоқли ва таркок бўлиши мумкин. Кўпинча касалликнинг ўчоқли тури учраб туради. Бу ўз навбатида оддий тери сили, скрофулодерма, сўгалсимон тери сили ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ярали силига бўлинади. Таркок тери силига Базен эритемали

шиши, милиар тери сили, лихеноид тери сили, тугунча-некротли тери сили мисол бўлади.

Тери силининг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида учрайдиган тури. Оддий тери сили, скрофулодерма ва милиар-яралли сил кўпроқ учрайди. Бу хилдаги силда кўпинча туберкулин реакцияси мусбат бўлади.

Оддий тери сили

Оддий тери сили бошқа турдаги силга караганда кўпроқ учрайди. Қасалликнинг бошланиши кўпинча болалик ва ўсмирлик даврига тўғри келади ҳамда узок вақт давом этади. Одатда бунда беморнинг юзига, бурнига ва терисининг бошқа соҳаларига тошма тошади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг шикастланиши тахминан 20—25 % ни ташкил қилади.

Қасалликнинг белгилари. Бирламчи тошма дўмбоқча шаклида бўлади, у яримшарсимон, чегараси аниқ, катталиги нина учидай ва ундан каттароқ бўлади, сарғиш-қизил рангли, юмшоқ, оғримайди, атрофга ёйилиб, бир-бири билан қўшилиб кетади. Агар дўмбоқчани буюм ойнаси билан босиб кўрсак унинг қизил-сарғиш ранги йўқолиб, мум тусига ёки оқиш-сарик кўринишга эга бўлади, бу олма желесига ўхшайди, шунинг учун бу клиник белги олма желеси симптоми деб аталади.

Оддий тери сили ҳамда оғиз шиллиқ қавати силининг кечиши 4 боскичдан иборат бўлади: тўқималарнинг зичлашиш даври, дўмбоқчали давр, яраланиш ва чандикланиш давлари.

Қасалликнинг зичлашиш боскичида тери бир оз кизаради, тўқима ҳужайралари зичлашади, лекин дўмбоқчалар кўринмайди. Кейинчалик эса тери ва шиллиқ қаватда тўқималар зичлашиши кучайиб бориб, қизил рангли шиш пайдо бўлади ва шикастланган жойдан бир оз кўтарилиб туради. Бу боскич дўмбоқча боскичи деб аталади, ана шу тарзда терида ёки шиллиқ қаватда майда-майда дўмбоқчалар пайдо бўла бошлайди. Кейинчалик бу майда-майда дўмбоқчалар бир-бири билан қўшилиб кетиб, тери ёки шиллиқ қаватнинг каттароқ соҳасини эгаллаши мумкин. Дўмбоқчалар бориб-бориб ярага айланади, унинг марказий қисмидаги ҳужайралар ўла бошлайди, натижада секин-аста яра пайдо бўлади. Бу яраларнинг чети нотекис, туби эса янги эт (грануляция) билан қопланган бўлади, баъзи ҳолатларда яранинг туби малинани эслатади. Яра атрофини ўраган тери яллиғланиб туради. Баъзи вақтда ана шу яллиғланиб турган жойда янги дўмбоқча пайдо бўлиши мумкин. Ярадан бир оз суюқлик ажралиб туради, лекин тезда қотиб қолади.

Яра лаб жиягида жойлашган бўлса, яра усти қотиб теридаги ярадан кўра аниқроқ кўринади. Кейинчалик у ерда чандик қолади, чандик йилтираб туради, текис ва атрофияланган баъзи ҳолларда чандик дағал, нотекис, тери ва шиллик қават остидаги тўқималар билан ёпишган бўлади. Бундан ташқари, ана шу чандикдан янги дўмбоқчалар чиқади. Бу тери сили учун хос белгилардан биридир.

Баъзи бир беморларда лаб шикастланганда дўмбоқчалар чикмасдан олдин зич тўқима пайдо бўлади, лаб жияги катталашади, тери тортишади, ранги қизғиш-кўкимтир тусга киради. Ана шу зич тўқима атрофида онда-сонда дўмбоқчалар кўриниши мумкин. Агар уларни буюм ойнаси билан босиб кўрсак, олма желеси белгиси мусбат бўлади. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, баъзи вақтда лабнинг юқори қисми ҳам шикастланади. Бундай ҳолат кўпинча тери ва оғиз шиллик қавати шикастланиши билан биргаликда кечади. Бунда касалликнинг кечиши узок давом этади, сурункали тусга кириб, вақти-вақти билан кўзиб туради. Касаллик ҳатто бир неча 10 йилга чўзилиши мумкин. Дўмбоқчали тери сили узок давом этганда сарамас ва баъзан хавфли шиш асоратини қолдиради.

Кўпинча оғиз шиллик қавати шикастланганда тери силига ташхис қўйиш унчалик қийин бўлмайди. Лекин бу дўмбоқчали захмнинг учламчи даврида бир оз қийин бўлади, чунки ҳар иккала касаллик бир-бирига ўхшаб кетади (5-жадвал). Бундан ташқари, тери сили қизил югурукнинг ясси сурункали турига ҳам ўхшаб кетади.

Скрофулодерма. Скрофулодерма ёки колликуватив тери сили кўпинча болаларда ва ўсмирларда учрайди, камдан-кам катталарда кузатилади. Бирламчи тошма одатда бўйинда, жағ остида, қулоқ атрофида, оғиз бўшлиғида учрайди.

Сил таёкчаси қон ва лимфа томирлари ёки сил билан жароҳатланган лимфа тугуни, суяк, бўғимлардан терига ўтади, натижада касаллик юзага чиқади.

Касалликнинг кечиши. Айтиб ўтилган тери соҳаларида ва шиллик қаватда бир ёки бир нечта тугун пайдо бўлиб, тери ости ёғ қаватида жойлашади. Олдиниға тугун каттиқроқ, чегараси аниқ, шакли думалоқ бўлиб, тери ва шиллик қаватга ёпишган бўлади, тугун устидаги тери ўзгармайди. Тез орада тугунлар катталашади, кейин бир-бири билан қўшилиб кетади, ана шу вақтда тери ва шиллик қават билан ёпишган ҳолатда бўлади, тугун устидаги терининг ранги ўзгариб, қизил-кўкиш тусга киради. Кейинчалик аста-секин марказий қисмидан юм-

Оддий тери сили билан учламчи дўмбоқчали захми таққослаш

Касалликнинг ҳолати	Оддий тери сили	Учламчи дўмбоқчали захм
Касалликнинг бошла-ниши	Кўпинча болалик ва ўсмирлик ёшида ри-вожланади	Ҳамма ёшда
Кечиши	Бир неча йиллаб давом этади	Ойлаб давом этади
Дўмбоқчанинг ранги	Қизғин-сариқ	Қизил, яшилнамо
Дўмбоқчанинг ҳолати	Юмшоқ	Қаттиқ
Чандикнинг ҳолати	Юза, текис, йилтироқ	Сопол бўлагига ўхшаш (мозаика)
Чандикда дўмбоқча пайдо бўлиши	Бўлади	Бўлмайди
Олма желеси белгиси	Мусбат	Манфий
Зонд тушириш белгиси	Мусбат	Манфий
Туберкулин синамаси	Мусбат	Манфий
Серологик реакцияси	Манфий	Мусбат (90% гача)
Гистологик ўзгаришлар	Гранулема марказида катта ҳужайралар ва атрофида эпителиоид ҳужайралар, лимфоид ҳужайралар бўлади	Қон томирларнинг олдинги, орқа қисми зичлашган тўқималар, плазматик ҳужайралардан иборат
Захмга қарши синама доволаш	Тузалмайди	Тузалади

шай бошлайди. Касаллик ўзоқ вақт оғриксиз давом этиши мумкин. Ана шу давр ичида тугун янада катталашади, тугун устидаги тери юпқалашади, кизариб яллиғланади. Натижада тери ёки шиллик кават ёрилиб бир неча тешиклардан саргиш рангли йиринг, баъзи ҳолларда кон аралаш йиринг ажралиши мумкин. Касаллик ривожланиб бориб ярага айланади. Яра оғримайди, туби юмшоқ тўқималардан иборат бўлади. У секин-аста ўз-ўзидан тузала бошлайди, чандикланади, аммо шу ўчоқ атрофида яна янги тугунлар кўрина бошлайди ва улар ҳам катталашиб, атрофдаги тери ва шиллик каватларга тарқалиши мумкин. Ярадан колган чандик бир умр сақланиб қолади.

Скрофулодерма захмининг учламчи даврида учрайди-ган захм гуммаси, чуқур замбуруғли актиномикоз ва терининг хавfli ўсмасига ўхшаб кетади.

Сўгалсимон тери сили. Оддий тери силига нисбатан камроқ учрайди, кўпинча эркакларда кузатилади. Касал-

лик патологоанатомларда, кушхона ишчиларида учраши мумкин.

Кўл бармоқларида ва оёқ кафтининг ён томонларида нўхатдек ва ундан каттарок тугунча пайдо бўлади. Тугунчанинг ранги қизғиш-кўкимтир, юзаси эса гадир-будир бўлади. Тугунчанинг четлари аниқ ва юпка жияк билан ўралган бўлади. Баъзи вақтда тугунчалар бир-бири билан қўшилиб, катта-катта ўчокларни пайдо қилиши мумкин.

Касаллик одатда жуда секин кечади, у ойлаб ва йиллаб давом этиши мумкин. Касаллик тузалгандан кейин ўрнида атрофияли чандик қолади.

Беморнинг умумий аҳволи кониқарли бўлади, сўғалсимон тери сили кўпинча ўпка сили билан бирга кечиши мумкин. Ана шундай ҳолатда беморнинг аҳволи оғирлашади. Туберкулин синамаси мусбат бўлади, бу эса ташҳис қўйишга ёрдам беради.

Майда ярали шиллик қават сили. Бу касаллик камдан-кам учрайди. Кўпинча ўпка ёки ҳалқум сили билан оғриган беморларда кузатилади.

К а с а л л и к а л о м а т л а р и . Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида, айникса лунж, тил, милк ва лабда дўмбоқчалар пайдо бўлади. Уларнинг катталиги дастлаб нина учидай ёки ундан ҳам каттарок бўлади, улар тез орада қўшилиб ярага айланади. Яранинг шакли нотўғри, четлари нотекис, бир оз ўйилган, туби нотекис, йиринг ажралиб туради. Агар тегиб кетилса қонаши мумкин.

Ярага яқин жойдаги лимфа тугунлари катталашади. Агар яра милкда бўлса, кўпинча қонайди ҳамда оғрийди. Милк тўқималари емирилиб суяккача етиши мумкин, натижада тишлар бўшашиб, тушиб кетади. Бордию, яра тилда бўлса оғрик жуда кучли бўлади. Баъзи ҳолларда яра чуқур бўлади, ярадан олинган суюқликда сил таёқчаларини топиш мумкин.

Тарқалувчи тери сили. Тарқалувчи тери сили сил таёқчасининг конга тушиши натижасида келиб чиқади. Бунга сабаб тананинг сезувчанлиги ошиб кетишидир.

Теридаги тошмалардан сил таёқчаси топилмайди, топилса ҳам жуда камдан-кам бўлади. Тошма қанчалик кўп бўлмасин, беморнинг аҳволи унчалик оғир бўлмайди, касаллик енгил ўтади.

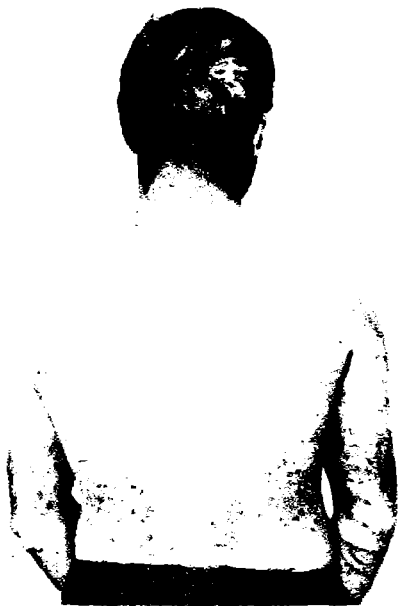
Тарқалувчи тери сили кўпинча баъзи бир касалликлардан кейин бошланади. Масалан, витаминлар етишмаслиги, ички секреция безларининг вазифаси бузилиши, юқумли касалликлар, совқотиш, овқатланиш тартибининг бузилиши ва бошқалар касалликка сабаб бўлади.

Тери силининг индуратив шакли. Тери силининг бу тури кўпинча аёлларда учрайди, тахминан 25—40 ёшда кузатилади. Кўпинча ҳар иккала болдир терисида, камдан-кам терининг бошқа соҳаларида учрайди.

Терининг ёғ ости каватида катталиги нўхатдек, ёнгоқдек ва ундан каттароқ тугун пайдо бўлади. Олдинига терида ўзгариш бўлмайди, кейинчалик тугун катталашгандан сўнг терининг ранги кизғиш-кўкимтир тусга киради. Агар пайпаслаб кўрилса оғримайди, лекин тугун борлиги билинади. Вакт ўтиши билан тугун аста-секин сўрилиб, унинг ўрнида доғ, кейинчалик эса чандиқ қолади. Баъзи ҳолларда тугун ярага айланади, яранинг чети нотекис бўлади. Яра атрофида каттик зич тўқима борлиги пайпаслаганда билинади. Кейинчалик яра ўрнида юзаки атрофик чандиқ қолади. Яра бир неча бўлиши мумкин, кузда ва қишда касаллик қайталаниши кузатилади.

Тери силининг тугунчали некротик тури. Бу турдаги тери силида тошмалар асосан тугунча бўлиб, терининг турли соҳаларига тошади, кўпинча билак, болдир, сон, думба, камрок юзга тошади. Тугунчаларнинг катталиги мошдек ёки кичик нўхатдек бўлади. Дастлаб кизғиш, кейин эса кўкимтир-қизил тусга киради. Маълум вақт ўтиши билан тугунчалар марказида сарғиш некротик ўзгаришлар пайдо бўлади, ўрнида жуда нозик атрофияли чандиқ қолади. Тошмалар тананинг ҳамма қисмини коплаб олиши мумкин. Касаллик кўпинча куз ва қиш фаслида кузатилади. Беморнинг бир оз харорати кўтарилиши мумкин, ҳолсизланиш ҳамда Пирке реакциясининг мусбат бўлиши кузатилади (27-расм).

Майда, тарқоқ шаклдаги тери сили. Тери силининг бу тури асосан юз те-



27- расм. Тери сили.

рисиди кузатилади. Юзга тошмалар тошади, катталиги игна учидек ва ясмикдек бўлиб, ранги тўқ пушти, теридан бир оз кўтарилиб туради. Агар уни зонд билан босиб кўрилса зонд ўрнида ботиқ қолади, бу ташхис кўйишда катта аҳамиятга эга. Тошма ўрнида атрофик чандик қолади. Кўпинча бу 20—40 ёшдаги аёлларда учрайди, беморнинг умумий аҳволи унчалик ўзгармайди, Пирке реакцияси мусбат бўлади.

Тери силининг олтин темирлатки тури. Бу турдаги тери силида баданга майда тошма тошади. Тугунчаларнинг ранги оч пушти ёки кўкимтир бўлади. Тошмалар бир-бири билан қўшилиб кетмайди, юзаси бир оз кепакланиши мумкин. Баъзи ҳолларда тугунча марказида кичкинагина пуфакча ёки йирингча пайдо бўлади. Тугунчалар сўрилиб кетиб, ўрнида майда пигментли доғ ёки атрофияли чандик қолади. Бу тошмалар беморда ҳеч қандай ўзгаришни юзга келтирмайди. Унинг умумий аҳволи илгаригидек қолаверади. Бир неча вақт ўтгандан кейин тошмалар йўқолиб кетади, лекин яна қайта тошиши мумкин, айниқса куз ёки баҳор фаслида кузатилади.

Тери силининг бу тури кўпинча болаларда ва ўсмирларда учрайди. Беморларда Пирке реакцияси мусбат бўлади.

Тери сили билан огриган беморларни даволаш. Тери силини даволашда шуни эсда тутиш керакки, тери сили ҳам сил касаллигининг бир кўриниши ҳисобланиб, у бутун аъзо касаллигидир, шунинг учун биринчи навбатда унга умумий даво қилиш керак.

Демак, беморни даволашда унинг умумий ҳолатини, касалликнинг нечоғли огир-енгиллигини, организмнинг қарши курашиш қобилиятини ҳисобга олиш керак.

Тери силини даволаш учун бир қанча дори моддалар бор. Буларга изониазид, стрептомицин, рифампицин, ПАСК ва унинг бирикмаларини киритиш мумкин.

Фтивазид — 0,5 г дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади. Кўпинча фтивазидни изониазид билан бирга буюрилади, изониазидни 0,2—0,3 г дан кунига 3 маҳал 3—4 ой давомида ичишга берилади.

ПАСК (парааминосалицилат кислота) кунига 10—12 г дан буюрилади, кўпинча тери силининг скрофулодерма ёки колликуватив турида қўлланади. Агар касаллик оғиз бўшлиғи шиллик қаватида бўлса ПАСК билан витамин D₂ нинг спиртли ёки мойли эритмаси буюрилади. Даволаш курси 100000—150000 ТБ дан 3—5 ойгача давом эттирилади.

Ўпка силининг фаол турида витамин D₂ бериш мумкин эмас. Баъзи беморларнинг узок вақт тери силига

карши дориларни ичиб юриши натижасида организм унга мослашиб қолади. Бундай вақтда иккинчи даражали силга карши дорилар берилади. Масалан, циклоспорин, этионамид, пиразинамид, флоримицин, канамицин, тибон, салютизон ва этамбутол.

Шуни айтиш керакки, сил таёқчаси дорига мослашиб қолган пайтда юкорида кўрсатилган дорилардан ташқари қўшимча равишда гормон препаратлари ҳам берилади. Буларни папуло-некротик ҳамда таркалувчи тери силида қўллаш яхши натижа беради.

Тери силини даволашни комплекс ҳолда олиб бориш катта аҳамиятга эга. Витаминлар, айниқса аскорбин кислота, тиамин, рибофлавин, пиридоксин ва бошқлар буюрилади.

Физиотерапия ҳам беморларга жуда яхши ёрдам беради, қуёш ва ультрабинафша нур билан даволаш, сайр қилиш, ҳаво ваннаси қабул қилиш ҳам яхши натижа беради.

Тери силининг баъзи турида тошмаларни тезроқ йўқотиш мақсадида сиртдан суртиш учун таркибида фтор сакловчи малҳамлар буюрилади.

ЕМОН ЖАРОҲАТ (БОРОВСКИЙ КАСАЛЛИГИ)

Емон жароҳат ёки пендин яраси кўкон яраси, йиллик яра деб ҳам юритилади. Емон жароҳатнинг кўзғатувчиси *Lishmani tropica* 1898 йилда П. Ф. Боровский томонидан кашф этилган, шунинг учун бу касаллик унинг номи билан аталади. Бу касаллик одамга асосан ўзида касаллик кўзғатувчисини ташиб юрувчи чивинлардан юкади. Чивин чакқандан анча вақт ўтгач терида яллиғланиш белгилари пайдо бўлади ва кейинчалик бу жойда яра ҳосил бўлади. Бу касаллик Ўрта Осиёда Туркменистон ва Ўзбекистон жумҳуриятларида ва Кавказ орти ўлкаларида кўпроқ учрайди.

Емон жароҳат икки турли бўлади: 1 — шаҳар ёмон жароҳати, 2 — қишлоқ ёмон жароҳати. Буларнинг фарқи шундаки, шаҳар ёмон жароҳати сурункали давом этади, шунинг учун уни йиллик ёмон жароҳат деб аталади, бемордан соғ одамга чивин чақиши орқали юкади. Кўзғатувчиси *Leishmani minor*, яширин ривожланиш даври 3 ойдан 10 ойгача бўлиши мумкин. Бундан ташқари, клиник белгилари билан ҳам фарқ қилади (28- расм).

Шаҳар ёмон жароҳати. Емон жароҳатнинг бу тури билан кўпинча шаҳарликлар оғрийди. Чивин касалликни бемордан соғлом одамга юктиради. Беморнинг терисида



олдин кичкина тугунча ҳосил бўлади, у теридан бир оз кўтарилиб туради ва аста-секин катталашади, натижада диаметри 2—3 см ва ундан ҳам катта тугунча ҳосил бўлади. Яра қаттиқ бўлиб, орадан 3—4 ой ўтгач унинг марказида қора-қўтир борлигини кўриш мумкин, агар уни кўчирсак озгина сероз суюқлик ажралади. Атрофи тўқ кизил рангга эга, соғлом теридан ажралиб туради. Яра аста-секин битиб ўрнида чандиқ пайдо бўлади. Шаҳар ёмон жароҳати йиллаб давом этади, лекин вақтида даволанса тузалиши мумкин.

Касаллик кўпинча терининг очиқ юзасида: юзда, кўл ва оёқда жойлашади. Чунки шаҳар аҳолиси ёзнинг иссиқ кунларида кўпинча устини очиб ётади. Шунда терининг очиқ жойларини чивин чақиши мумкин.

Ёмон жароҳатнинг кўзғатувчиси лимфа тугунларига ҳам тарқалиб лимфа тугунларини яллиғлантиради. Лимфа томирларидаги қаттиқ тугунчалар худди тасбеҳни эслатади. Баъзи ҳолларда тугунча ярага айланади ва касаллик узоқ вақт давом этади.

Қишлоқ ёмон жароҳатининг яширин даври 2 ҳафтадан

2 ойгача, кўзғатувчиси *Leishmani major*, касалликнинг бу тури чивинлар олдин кемирувчиларни чакиб сўнгра соғлом одамларни чакқанда юкади. Демак, кемирувчилар касаллик манбан, чивинлар эса микробларни ташувчи хисобланади.

Касалликнинг яширин давридан 1—2 ҳафта ўтгач чивин чакқан жойда ўткир яллигланиш белгилари пайдо бўлади. У тезда чуқур ярага айланади. Яра атрофида кизғиш бириктирувчи тўқима ҳосил бўлади. Яра секин-аста катталашиб, 3—4 см га етиши мумкин. Яранинг шакли нотекис, усти қатқалоқ билан қопланади. Ярадаги тўқималар ўлиб, ундан йирингли суюқлик ажралиб туради. Орадан бир — икки ой ўтгач яранинг туби тозаланиб, секин-аста бита бошлайди. Ана шу даврда яранинг туби балик тухумига ўхшаш бўлади. Қишлоқ ёмон жароҳатида лимфа туғуни ва томирларда ҳам ўзгаришлар бўлади.

Ёмон жароҳатнинг учинчи тури «туберкулоид» тур деб аталади. Бу кўпинча шаҳар ёмон жароҳатидан кейин келиб чиқади.

Касалликнинг белгиси. Битиб кетган чандик ўрнида ёки чандик атрофида дўмбоқча пайдо бўлади. Дўмбоқчалар юмшоқ, тўқ кизил рангли, катталиги мошдек келади. Агар дўмбоқча буюм ойнаси билан босиб кўрилса тери силидаги олма желесини эслатади. Бу ҳолат узок давом этади, баъзида ҳатто йиллаб давом этиши мумкин. Шунинг учун ёмон жароҳатнинг бу турини туберкулоид ёмон жароҳат дейилади.

Ташҳис қўйиш унчалик қийин эмас. Бунинг учун ярадан олинган суюқлик текширилиб сўнгра ташҳис қўйилади.

Д а в о л а ш. Ёмон жароҳатни даволашда мономицин, канамицин, метациклин ва бошқа антибиотиклар яхши ёрдам беради. Мономицинни 250000 ТБ дан бир кунда 2—3 марта мушак орасига юборилади, ҳаммаси бўлиб 10—14 кун давомида даво қилинади. Канамицин эса 500000 ТБ дан кунига 2 марта мушак орасига юборилади. Ана шу давр ичида беморнинг яраси аста-секин сўрилиб, йўқолиб боради, ўрнида чандик қолади. Ярага яна 2 % ли ок симоб, 3 % ли риванол, 5 % ли ихтиол, 3 % ли ксероформ, 5 % ли сульфаниламид малҳами суртилади. Бундан ташқари, яра атрофига 1 % ли акрихин, 0,5 % ли новокаин эритмалари юборилади.

Касалликнинг олдини олиш чоралари. Асосан касаллик тарқалган жойлардаги ботқоқликларни йўқотиш керак, шунда чивин тарқалмайди ва касалликнинг олди олинади. Бунинг учун кимёвий моддалардан

гексахлоран, хлорли оҳак ва бошқалардан фойдаланилади. Деразаларга дока тутиш, кечаси пашшахоналардан фойдаланиш мумкин. Бундан ташқари, ёмон жароҳат тарқалган ўчоқларда эмлаш ишлари ҳам олиб борилади. Бу ҳам касаллик камайишига сабаб бўлади.

МОХОВ

Мохов сурункали умумий юкумли касаллик бўлиб, терини, шиллик пардаларни ва нерв системасини шикастлайди.

Бу касаллик жуда қадимдан маълум бўлиб, бизнинг давримизгача етиб келган. Моховнинг энг кўп тарқалган жойи Осиёда Ҳиндистон, Хитой, Япония, Мьянма (Бирма), Африка ва Шимолий Америка, Оврупода эса Португалия, Испания, Юнонистон, Италия ва Фарангистондир. Волга бўйи, Дон, Кавказ ортида, Ўрта Осиё, Узоқ Шарқда мохов ўчоқлари бор, лекин улар жуда камайиб бормокда.

Моховнинг кўзғатувчиси мохов микобактерияси. У 1871 йилда норвегиялик олим Г. А. Ханзен томонидан кашф этилган. Мохов микобактерияси жуда кичик таёқчасимон тузилишга эга. Микроскоп остида кўрилса бир қатор тузилишга эга, лекин ҳар бири алоҳида-алоҳида пардага ўралган бўлади. Анилин бўёқлари билан бўялганда граммусбат натижа беради.

Моховнинг юкиш йўллари ҳали жуда аниқ эмас, лекин бемордан соғлом одамга узок вақт мобайнида мулоқотда бўлганда юқади. Мохов инфекцияси тери ва шиллик қаватлар орқали ташки муҳитга тарқалади. Лекин организмга қайси йўл билан кириб қолиши ҳали аниқланган эмас. Моховнинг яширин даври турлича, яъни 3 ойдан 7—10 йилгача чўзилиши мумкин. Унинг уч тури бор: дўмбоқча ёки тугунчали, тери сили шаклидаги ва ноаниқ турлари.

Дўмбоқча ёки тугунча тури бошқа турларига нисбатан кўпроқ учрайди ва юкумли ҳисобланади. Бундан ташқари, доғ, пигментли турлари ҳам учрайди.

Тошмалар кўпинча юз терисида, бурун шиллик қаватида пайдо бўлади. Кейинчалик тананинг ҳамма соҳасига тарқалади. Тошмалар ясимқдан то ёнғоқ катталигигача бўлиши мумкин. Тугунлар бир-бири билан қўшилиб зич тўқималарни пайдо қилади. Уларнинг ранги оч жигарранг, бунда тери бужмайиб, чуқур-чуқур ажинлар пайдо бўлади, натижада юз териси арслоннинг афтига ўхшаш бўлиб қолади. Беморнинг қоши четки томондан тўкила бошлайди, киприклар сийраклашади, тошма

тошган жойларда сезувчанлик йўколади, натижада бемор бирор жойини куйдириб олиши мумкин.

Моховнинг бу тури жуда оғир ўтади. У бурун, танага, шиллик пардаларга ва ички аъзоларга ўтиши мумкин. Айниқса бурун, оғиз ва кўз шиллик пардалари, лимфа тугунлари, жигар ва бошка аъзолар шикастланади. Тошмалар аста-секин сўрилиб, уларнинг ўрнида чандик пайдо бўлади, баъзи тугунлар узок вақт битмайди, натижада қўл ва оёқ бармоклари бўғимларидан тушиб кетади. Беморнинг аҳволи оғирлашади, дармони қурийди, харорати кўтарилиши мумкин. Моховнинг бу турида организмнинг қарши курашиш қобилияти сусайиб кетади, натижада беморнинг аҳволи оғирлашади.

Моховнинг тери сили шаклидаги тури дўмбоқчали ва тугунчали туридан анча енгил ўтади. Бунда терида доғ, дўмбоқча, тугунчалар пайдо бўлади. Улар тўп-тўп бўлиб жойлашади ва ҳар хил шаклли бўлади. Олдиниға қизғиш, кейинчалик эса кўкиш-қизил тусга киради. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди, лекин тошма тошган жойда сезувчанлик ва тер ажратиш бир оз камаяди. Бурун шиллик қаватида мохов таёқчаси камдан-кам топилади. Бу турдаги моховда беморнинг нерв системасида ўзгариш бўлади, қўл-оёқлари қисман фалажланиши мумкин.

Моховнинг ноаниқ турида асосан беморнинг териси ва нерв системаси шикастланади. Тошма тошади, тери атрофияси кўзга ташланиб туради, терининг сезувчанлиги камаяди. Натижада бемор иссиқ-совукни сезмайди. Шу сабабли у иссиқ буюмлардан қуйиб қолиши мумкин.

Касалликнинг бу турида трофик ўзгаришлар содир бўлади: соч тўкилади, тирноқ ўзгаради, турли-туман яралар пайдо бўлади, бўғим ва суяклар шикастланади, бадан терисида ҳар хил доғлар пайдо бўлади. Оқибатда беморнинг меҳнат қилиш қобилияти камайиб кетади ва бемор оғир аҳволга тушиб қолади.

Д а в о л а ш. Касаллик сурункали давом этади, шунинг учун беморни махсус моховхоналарда даволаш зарур. Шуни айтиш керакки, касаллик канча эрта аниқланса, у шунча тез тузалиб кетади. Беморни даволашда қувватга киргизувчи дорилар, витаминлар берилади. Ўз вақтида тўйиб овқатланиш зарур, беморни руҳини кўтариш, қўшимча касалликларни ўз вақтида даволаш, бу вақтда беморни меҳнат билан машғул қилиш ҳамда сульфон қаторига кирувчи дорилардан бериш зарур.

Ҳозирги вақтда моховга қарши дорилардан: фтивазид, чаулмугр мойи яхши натижа беради. Сульфон қаторига кирадиган моддалардан ДДС, сульфетрон ва сульфа-

тинлар ҳам тайинланади. ДДС (4—4-диаминодифенил сульфон) бир ҳафта давомида 0,05 г дан кунига 2 маҳал, кейинги 3 ҳафта мобайнида 0,1 г дан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичишга берилади. ДДС 1 ҳафта давомида ичилгандан кейин беморга 1 кун танаффус берилади. Даволаш 5 ҳафта, сўнгра яна 2 ҳафта танаффус берилади, кейин худди шундай даво яна такрор ўтказилади. ДДС нинг умумий микдори даво даврида 4,8 г ни ташкил қилиши керак.

Сульфетрон (солюсульфон)нинг сувдаги 5 % ли эритмаси мушаклар орасига юборилади. Биринчи ҳафтада 2 мл дан 2 марта, яъни ҳар 3 кунда, иккинчи ҳафтада 2,5 мл дан 2 марта, учинчи ҳафтада 3,5 мл дан 2 марта инъекция қилинади. Кейинчалик 3,5 мл дан ҳар ҳафтада бир марта инъекция қилиниб, 6 ой давом эттирилади. Даво даврида 53 та укол қилинади. Лекин шуни айтиб ўтиш керакки, сульфон препаратлари беморга салбий таъсир этиши мумкин. Масалан, бош оғриши, камконлик, меъда-ичак фаолиятининг бузилиши ҳамда буйрак ва жигар фаолиятининг ўзгариши кузатилиши мумкин. Шунинг учун юқоридаги ўзгаришлар бўлганда бу дорини буюриш мумкин эмас.

Бундан ташқари, моховда яна чаулмугр мойи ва ДПТ препарати қўлланади. Чаулмугр мойидан кўпроқ ДПТ буюрилади. ДПТ — тиомочевинанинг ҳосиласи бўлиб, таблетка ёки кукун ҳолида овқатдан кейин буюрилади. ДПТ 1 ва 2-ҳафтада 0,5 г дан, 3, 4, 5, 6-ҳафтада 1 г дан, 7—12-ҳафтада 1,5 г дан, 13-ҳафтадан бошлаб 2 г дан 1 маҳал ичилади. Ҳар ҳафтада бемор 1 кун дам олади. Шундай қилиб, бу дорини 40 ҳафта давомида бемор истеъмол қилади. Ундан кейин 1 ой давомида дам олинади.

Юқорида кўрсатилган дорилар биргаликда ёки якка ҳолатда ишлатилса ҳам бўлади. Ҳозирги вақтда мохов билан оғриган беморлар моховхоналарга жойлаштирилади ва узок вақт давомида даволанади. Кейин улар тери касалликлари диспансерида ҳисобда туради ва умр бўйи даволанади. Беморнинг оила аъзолари тез-тез тиббий кўрикдан ўтказиб турилади. Самарқанд ва Нукус шаҳарларида моховхона (лепрозорий)лар бор, у ерда мохов билан оғриган беморлар даволанади.

Моховга қарши курашиш яхши йўлга қўйилганлиги туфайли мохов касали йилдан-йилга камайиб бормокда.

Пес ёки вителиго терига ок доғ тушиши демакдир. У форсча «песак», яъни доғ дейилади. Бу касаллик кадимдан маълум, лекин уни мохов касаллигидан ажрата олмай, пес билан касалланганларни ҳам одамлардан ажратиб қўйганлар. Лекин кейинчалик унинг юқмаслиги маълум бўлган. Бунда терининг баъзи жойларига ҳар хил катталикдаги ок доғлар тушади. Илгари тиббиёт фани яхши тараққий этмаганлиги сабабли табобатдан бохабар кишилар озчиликни ташкил қилар эди, шу сабабли улар пес доғларини мохов доғларидан ажрата олмаганлар. Ҳозирги кунга қадар пес касаллигини даволаш йўллари яхши ўрганилмаган. Песни косметик жиҳатдан нокулайлигини ҳисобга олмаганда юзга тушадиган доғ деб ҳисобласа бўлади.

Пес тўғрисида ҳозирги замон олимларининг фикрларига қисқача тўхталиб ўтамиз. Тошкент давлат тиббиёт институтининг тери-таносил касалликлари кафедраси мудири профессор У. М. Мираҳмедов кўп йиллик илмий ишларига асосланиб пес касаллигининг келиб чиқиш сабабини шундай деб тушунтиради. Одам териси асосан уч қаватдан иборат; 1 — эпидермис (энг устки), 2 — дерма ёки асл тери ва 3 — ёғ қават. Терининг дерма қаватидаги ҳужайралар меланоза ферментини ишлаб чиқаради, шу жойда яна мелоген деган иккинчи фермент ҳам ҳосил бўлади. Меланоза билан меланоген қўшилиб, меланин пигментини ҳосил қилади. Мана шу пигмент терига ранг бериб туради. Меланоза ва меланоген ферментлари таркибида витамин В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅, РР, С, никотин кислота, темир, кобальт, мис, рух каби микроэлементлар бўлади. Ана шу витаминларнинг ва микроэлементларнинг бирортаси бемор конида ёки ҳужайрада етишмай қолса, терининг нормал ранги бузилади ва тери оқариб қолади (29- расм).

Бундан ташқари, москвалик олимлардан Р. С. Баба-янц, Ю. И. Лоншаков ва бошқалар ҳам юқоридаги фикрни тасдиқлайдилар, аммо терининг оқаришига организмда рўй берадиган жуда кўп мураккаб ўзгаришлар ҳам сабаб бўлишини айтадилар. Масалан, ички секреция безлари, нерв системаси фаолиятининг бузилиши ҳамда моддалар алмашинуvinинг бузилиши ҳам касалликка сабаб бўлади дейдилар. Олимлар пес касаллигига учраган беморлар конини текшириб, улардаги иммунологик ўзгаришларни ўрганишмоқда. Уларнинг фикрича, пес касаллигида бемор организмда иммунологик ўзгаришлар рўй беради. Яна



29- расм. Уч опа-сингилдаги туғма пес касаллиги.

бир гуруҳ олимлар бемор конида биохимик ўзгаришлар ҳам бўлишини айтганлар, лекин ханузгача аниқ хулосага келингани йўқ. Шунинг учун ҳам пес касаллигини маълум вақт ичида бирор дори-дармон билан тузатиб юборишнинг иложи бўлмаяпти.

Касалликнинг клиник белгилари. Пес касаллиги устида кўп йиллардан бери илмий иш олиб бораётган инглиз олими Лернер уни 4 турга, яъни 1-тарқалган, 2-оддий ёки симметрик, 3-нерв толалари бўйлаб пайдо бўладиган ва 4-Кеттон касаллиги (ҳол атрофида пайдо бўладиган) турларига бўлади. Бундан ташқари, иккиламчи оқ доғ ёки куйгандан кейин пайдо бўладиган доғ ҳам учраб туради.

Тарқалган пес касаллиги. Дастлаб терининг юз, қўл қисмида ва тананинг бошқа жойларида оқ доғлар пайдо бўлади. Улар олдин майда-майда бўлиб, секин-аста катталашади ва бир-бирига қўшилиб катта-катта доғларни ҳосил қилади. Доғлар оғирмайди, кичишмайди (баъзи ҳолларда касаллик бошланиш даврида кичишиши мумкин) ва яллиғланмайди. Агар бемор касаллик бошланган даврда мутахассис врачга мурожаат қилса ва ўз вақтида даволанса доғ катталашмайди, аксинча улар кичрайиб, йўқолиб кетиши ҳам мумкин.

Песнинг оддий ёки симметрик турида доғ аввал

кўл бармоқларида, кейин эса билакда пайдо бўлади ёки у кўпинча ёнбошга тушади. Улар доимо икки томонда, яъни симметрик ҳолда бўлади. Оқ доғлар аввал мошдек, кейинчалик бир тийинлик тангадек бўлиб секин-аста катталашади. Лекин бутун танага тарқалмайди. Песнинг бу турида ҳам бемор ўз вақтида даволанса доғ тез кунда йўқолиб, тери асли ҳолатига қайтиши мумкин. Афсуски, беморлар касалликларини яшириб, врачга кеч мурожаат қиладилар, натижада даволаш узокка чўзилади ёки кийинлашади.

Т. исмли бемор касаллик бошланганига 2 йил бўлгандан кейин тери касалликлари врачига мурожаат қилади. Текширишлар беморнинг қони ва сийдигида жуда катта биохимик ўзгаришлар борлигини кўрсатди. Бемор клиникада тажрибали врачлар ёрдамида узок вақт даволанганидан ва дори-дармонлар олганидан кейин оқ доғлар ўрнида нормал тери пайдо бўла бошлайди.

Нерв толалари бўйлаб пайдо бўладиган пес касаллиги кўпинча нерв толалари шамоллашидан келиб чиқади. Яъни асаб касалликларидан кейин пайдо бўлади. Оқ доғлар кўпинча қўлда, сонда, болдирда пайдо бўлади. Улар думалоқ шаклда бўлмай, балки узунчоқ, яъни эни 1—2 см, узунлиги эса 10—15 см ва ундан ҳам узун бўлади. Бу турдаги касаллик кўпинча тарқалмайди. Агар ўз вақтида касалликка даво қилинса тузалиб кетиши мумкин.

Кеттон касаллиги ёки песнинг хол атрофида пайдо бўладиган тури ҳам учраб туради. Бу касалликни биринчи бўлиб Кеттон деган олим аниқлаган, шунинг учун касаллик унинг номи билан аталади. Бу касалликда доғ хол атрофида бўлади, кейинчалик унинг диаметри катталашади. Хол одатда катталашмайди, лекин унга таъсир қилинганда катталашishi мумкин, бу беморни ташвишга солиб қўяди. Ҳар хил суртмалар суриб баъзида уни катталаштириб қўйишади. Хўш, бу вақтда нима қилиш керак? Ҳар хил суртма (мой, ёғ, йод ва бошқа)ларни суртишдан олдин мутахассис врачга мурожаат қилиш керак. Чунки ҳол ўз-ўзидан катталашмайди, унга ҳар хил суртмалар суртиб таъсир қилиниши сабабли у катталашади.

А. исмли бемор ҳоли атрофида пайдо бўлган оқ доғдан шикоят қилиб врачга мурожаат қилган. Врач касаллик тарихини сўраб шуни аниқлайдики, ярим йил олдин беморнинг ҳоли атрофида йирингчалар пайдо бўлган. У ўртоқларининг маслаҳати билан у ерга бриллиант яшили, йод эритмасини суртган, лекин йиринглаган жой йўқолиб кетмаган, бемор 2—3 ой давомида суртмаларни

суртишни давом эттираверган. Натижада йирингчалар йўқолиб кетган, лекин ҳол атрофи олдин кизарган, кейин кичишган, ҳол бир оз катталашган ва унинг атрофида оқ доғ пайдо бўлган. Бемор онкология шифохонасига юборилган. Агар бемор ўз вақтида врачга мурожаат қилганда эди, шундай ҳол рўй бермаган бўлар эди.

Пес касаллиги ҳамма ёшда учраши мумкин. Агар касаллик I ёшгача бўлган болаларда учраса нима қилиш керак? Уни йўқотиб бўладими? Бундай ҳолда ота-онага тушунтириш керак. Улар аввало болани тўғри овқатлантиришлари зарур. Болага мева шарбатлари, дорилардан аскорбинат кислота, поливитамин, ундевит, гексавит, декамент кабиларни беришлари керак. Текширишлар шуни кўрсатадики, кўпинча 7—8—10 ёшдаги болалар ахлатида гижжа борлиги аникланади. Уни тушириш ҳам баъзан касалликнинг ўз-ўзидан йўқолиб кетишига сабаб бўлади. Шунинг учун болаларни тез-тез гижжа бор-йўқлигига текширтириш керак.

Кўпинча болалардаги ангина, тумов, бронх ва ўпка йўллари касалликларига ўз вақтида даво қилинмаслиги натижасида организм заифлашиб, турли касалликларга берилувчан бўлиб қолади. Бундан ташқари, болаларга турли кўкатлар: кашнич, укроп, кўк пиёз, қизил сабзи, қарам истеъмол қилиш буюрилади.

Песни даволашда турли-туман дорилардан ўз билгича фойдаланиш оғир оқибатларга олиб бориши мумкин. Масалан, тери-таносил касалликлари шифохонасига 13 ёшли болани олиб келишган. Унда 8 йил олдин касаллик пайдо бўлган. Касаллик бутун баданга тарқалган. Она эса болани врачга кўрсатмасдан ўзича, танишларининг маслаҳати билан даволаган. У болага псорален эритмасини суртган, натижада боланинг бадани куйиб, оғир аҳволда шифохонага келтирилган. Боланинг баданида (кўлида, кўкрагида, қорнида, сон ва болдирларида, жинсий аъзоларида) катта-катта пуфакчалар пайдо бўлиб, териси кизарган ва яллиғланган. Шундай қилиб, она боласига яхшилик қиламан деб болани оғир аҳволга тушириб қўйган. Агар бола мутахассис врачларнинг маслаҳати билан даволаса шундай аҳволга тушмаган бўлур эди.

Касалликка даво қилишда фақат врач маслаҳати билан иш тутиш керак.

Пес касаллигини даволашда кўпинча, B₁, B₂, B₁₂, B₁₅ витаминлари буюрилади. Ҳ. Ҳ. Хусанов витаминларни қуқун ҳолда ичишни тавсия қилади. Бошқа олимлар эса уларни тери остига юборишни буюрадилар. Булардан ташқари, микроэлементлардан мис, рух, темир препа-

ратлари ҳам қўлланади. Лекин бу препаратлар ҳали кўп миқдорда чиқарилаётгани йўқ, улар устида илмий ишлар олиб борилмоқда.

Пес касаллигини даволашда новокаин эритмаси ҳам ишлатилади. Унинг 0,5—1 % ли эритмаси доғ атрофига юборилади, уни венага ёки мускул орасига юбориш ҳам мумкин. Кўпинча беморлар пес касаллигида парҳез қилиш керакми, деб сўрашади. Ҳа, пес касаллигида спиртли ичимликлар ичмаган, тузланган ва дудланган нарсалар емаган маъқул. Бошқа таомлардан парҳез қилмаса ҳам бўлади. Беморлар вақтида дам олсалар, вақтида овқатлансалар, вақти-вақти билан санаторий-курортларга бориб, врач кўрсатмаларига амал қилсалар пес касаллигини даволаса бўлади.

Касалликни даволаш одатда узокка чўзилади, ок доғ ўрнида жигарранг пигмент ҳосил бўлади ва улар аста-секин қўшилиб катталашади ва тери нормал рангга киради.

3-БОБ

ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛИ

Таносил касалликларини аниқлашда дастлаб унинг юқиш йўллари, кимдан юктирганини, унинг исми, фамилияси, ёши, ташқи кўриниши, турар жойи ёки ишлаш жойини аниқлаш, охири марта қачон ва ким билан бирга бўлганини ва бошқаларни аниқлаш лозим. Бемор синчиклаб текширилади, лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилади.

Беморнинг ички аъзоларида ўзига хос текширувлар ўтказилади. Масалан, захм касаллиги факатгина терида бўлмай, балки ҳамма аъзоларда учраши мумкин. Касалликнинг клиник белгилари тўғрисида тўлиқ маълумот олингандан кейин бемордан суртма олинади. Қони эса Вассерман реакциясига текширилади. Шундан кейингина аниқ ташхис қўйиш мумкин. Ярадан бир оз суюқлик олиб коронғи кўрув майдонида текширилганда оқиш спиралсимон трепонемаларни кўриш мумкин. Демак, клиник белгилари ва оқиш трепонеманинг топилиши ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга. Текширилган қон ва Вассерман реакциясининг натижалари касалликнинг даврига боғлиқ.

Клиник текширувлар тугагандан кейин қўйилган аниқ ташхис ўзбек ёки латин тилида ёзилади. Захмининг

бирламчи даври юмшок яра, аралаш яра, учук (лаб ва жинсий аъзодаги), ўсма яралар, кўтир эктемаси, эрозия, баланопостит, аёллардаги ўткир яра, пиодермиянинг яралари тури, тери сили ва бошқаларга ўхшаб кетади.

Захмнинг бирламчи даври. Захм юққан вақтдан то тошма тошгунга қадар ўтган давр захмнинг инкубация даври деб аталади. Бу давр тахминан 3—4 ҳафта давом этади, лекин баъзи вақтда қисқа ёки узайган бўлиши мумкин. Қисқа даври 12—16 кун бўлиши мумкин. Агар бемор бирор касалликка чалинган бўлса, масалан, юрак-томир, жигар, ўпка касалликлари, наشاءандлик, ичкиликбозлик ва шунга ўхшаш касалликлар захмнинг инкубация даврини қисқартиради. Узайган даври эса кўпинча бемор бирор касаллик туфайли антибиотиклар қабул қилганда рўй беради. Бунда у 3—4 ойгача чўзилиши мумкин.

Оқиш трепонема терига киргач у ерда захмнинг бирламчи белгилари (ярача ёки эрозия) пайдо бўлади. Бу яра қаттиқ бўлиб, кўпинча жинсий аъзоларда жойлашади, баъзан терининг бошқа жойларида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Масалан, коринда, лабда, тилда, бошда, билакда, сонда ва ҳоказо.

Клиник белгилари қаттиқ яра битта ёки бир нечта бўлиши мумкин, унинг катталиги ясимкдан то беш тийинлик тангадек бўлади, шакли эса думалоқ ёки овалсимон, теридан бир оз кўтарилиб туради. Яранинг чегараси аниқ, атрофи кизармайди, шишмайди, яра эса оғримайди. Ундан бир оз сероз суюқлик чиқиб туради. Агар суюқлик микроскоп остида текшириб кўрилса, бир талай оқиш трепонемалар топилади.

Қаттиқ яранинг туби пайпаслаб кўрилса, ўзига хос зичланиш сезилади, бу эса қаттиқ яранинг энг муҳим белгиларидан биридир. Қаттиқ яра пайдо бўлгандан бир ҳафта ўтгач, унинг яқинидаги лимфа тугунлари катталашади. Масалан, агар қаттиқ яра жинсий аъзода бўлса, у ҳолда чов лимфа тугунлари, лабда бўлса, пастки жағ ва бўйин лимфа безлари катталашади. Лимфа тугунларининг катталиги данакдек ёки ёнғокдек бўлиши мумкин. Улар бир-бири билан қўшилиб кетмайди, ушлаб кўрилса қаттиқ бўлади, атрофдаги тўқималарга ёпишмай алоҳида ажралиб туради. Уларнинг устидаги тери ўзгармай, нормал ҳолатини саклаб қолади. Орадан 4—5 ҳафта ўтгач ҳамма лимфа тугунлари катталашиши мумкин, бу полиаденит деб аталади.

Қаттиқ яра 3 хил кўринишга эга: 1) индуратив шиш; 2) хасмол; 3) бодомча безининг қаттиқ яраси.

Индуратив шиш кўпинча катта ва кичик жинсий лабларда, эркакларнинг мойя халтачасида пайдо бўлади, у оғримади. Касаллик юккандан сўнг оқиш трепонема лимфа томирида ривожланиб бораверади, чунки у кислородсиз шароитда яхши кўпаяди, шунинг учун ҳам бир ҳафта ўтар-ўтмас лимфа тугунлари катталашиб кетади. Баъзи ҳолларда касаллик захмга ўхшамаслиги мумкин. Агар суюқлик олиб текширилса, оқиш трепонема топилади. Бу ташхис қўйишни осонлаштиради.

Клиник белгилари. Шишнинг катталиги ҳар хил бўлиб, шишган жой алоҳида ажралиб туради, чегараси аниқ, босиб кўрилса бармоқ изи қолмайди, шикастланган жой териси бир оз кўкимтир-қизғиш рангда бўлади. Пайпаслаб кўрилганда бемор оғрик сезмайди. Индуратив шиш узок вақт давом этади, даволанганда ҳам шиш тезда йўқолиб кетмайди.

Бодомча безнинг қаттиқ яраси — кўпинча бодом безининг бир томонида яра ёки эрозия бўлмасдан бошланади. Бунда бодомча беzi катталашади, бир оз шишади, кизаради, қаттиқлашади, аммо оғримади. Беморнинг иссиги кўтарилмайди, овқатланган вақтда оғримади ва бемалол ютинаверади. Аммо ўша томондаги бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашади, бу беморга тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди.

Хасмол — қўл бармоқларининг тирнок фалангалари соҳасида жойлашади. Кўпинча кўрсаткич бармоқда бўлади, бунда бармоқ катталашади, гунгурт-кўкиш ранга киради, четлари нотекис, шакли эса нотўғри бўлади. Хасмол яраси оғрикли бўлади, шу сабабли ташхис қўйиш анча қийин. Бунда тирсак лимфа тугунлари катталашади, зич бўлади, лекин оғримади. Кўпинча бу касаллик тиббиёт ходимларининг кўрсаткич бармоғида учрайди. Ташхис кўпинча хасмол яраси чиққандан кейин, яъни захмнинг иккиламчи даврида қўйилади, чунки касалликнинг атипик турида иккиламчи микроблар кўшилиб кетган бўлади, шунинг учун касалликнинг клиник белгилари ўзгариб кетади.

Захмнинг бирламчи даврида баланит, баланопостит, фимоз, парафимоз, гангрена ва фагеденизм каби асоратлар бўлади. Бундай ҳолатлар иккиламчи микроблар натижасида келиб чиқади. Агар қаттиқ яра закар бошчасида бўлса ёки кертмакнинг ички қисми яллиғланса бунга баланит дейилади, агар ҳар иккаласи ҳам яллиғланса баланопостит дейилади. Касалликнинг бу турида оқиш трепонемани топиш жуда қийин бўлади. Ярага 0,9 % ли

изотоник хлорид эритмасига хўлланган дока боғлам кўйишни буюрамиз.

Агар каттик яра кертмакда бўлса, у ҳолда фимоз асорати бошланади. Фимозда кертмак шишиб кетганлиги учун закар бошчасини очиб бўлмайди, яра закар бошида ёки кертмак халтачасининг ички варағида жойлашган бўлса, уни ҳам кўриб бўлмайди. Шишиб турган кертмак халтача пайпаслаб кўрилса, шишган тўкима ичкарисидан инфильтрат борлигини аниқлаш мумкин. Лекин бу ташхис кўйишга ёрдам бермайди. Бундай ҳолатда албатта лимфа тугунидан бир оз суюклик олиб, оқиш трепонема борлигига текширилади.

Парафимоз — закар боши очик турсада, кертмак халтачаси яллиғланиб, шишиб кетади ва кертмак бошчасини сиқиб кўяди. Агар ўз вақтида даво қилинмаса закарнинг боши кўкариб, қорайиб кетади ва гангренага айланиши мумкин.

Гангрена оғир асорат ҳисобланади, бу кўпинча фузоспириллез инфекцияси тушиши натижасида вужудга келади. Камқувват, ичкилик ичадиган кишиларда учрайди. Бунда яра юзасида қора кўтир пайдо бўлади, у ҳам ичкарига, ҳам атрофга таркалади. Бунга фагеденизм дейилади.

Гангрена ва фагеденизмда бемор титраб-какшайди, иссиғи кўтарилади, боши оғрийди, заҳарланиш аломатлари бўлиши мумкин.

Бирламчи захмнинг бошқа касалликлардан фарқи.

Юмшоқ шанкр. Инкубация даври 3—8 кун, касаллик бошлангандан кейин бирин-кетин яралар чиқаверади. Уларнинг чегараси нотекис, йиринг билан қопланади, шу сабабли юмшоқ бўлади.

Юмшоқ ярада лимфа тугунлари катталашиб кетади, оғрийди, устки териси ҳам кизариб яллиғланади. Катталашган лимфа тугунлари ёрилиб, ундан йиринг чиқиб туради. Кўпинча юмшоқ шанкр захм билан бирга кечади. Захмнинг инкубация даври 3—4 ҳафта бўлганлиги учун унинг белгилари дарҳол кўзга кўринмайди. Шунинг учун юмшоқ шанкр билан оғриган беморларни камида 6 ой диспансер ҳисобига олиб, ҳар ойда бир марта Вассерман реакциясига текшириб туриш шарт, 6 ойдан кейин Вассерман реакцияси манфий бўлса, ҳисобдан чиқарилади.

Агар бемор ҳар иккала микробни бирга юктирган бўлса, унда клиник белгилари аралашиб кетиши мумкин. Бундай яраларга ташхис кўйиш қийин бўлади. Буни аниқлаш учун лаборатория усулида текширилса, ка-

саллиқни аниқлаш осон бўлади. Юмшоқ шанкрни кўзғатувчиси Дюкрей-Унна-Петерсен стрептобациллеси, захми кўзғатувчиси эса оқиш трепонемадир.

Учуқ кўзғатувчиси филтрли вирус, кўпинча лабда, оғизда ҳамда жинсий аъзоларда учрайди. Учукнинг ўзига хос белгиларидан бири тўда-тўда пуфакчалар ҳосил бўлишидир. У тезда ёрилиб, ярача пайдо қилади, ундан бир оз сероз суюқлик чиқиб туради. Бунда чов ва жағ лимфа тугунлари катталашмайди. Шу билан қаттиқ ярадан фарқ қилади.

Тери сили ва *хавфли ўсмани* бир-биридан ажрата билиш керак. Бу лаборатория усули билан амалга оширилади. Яна ички аъзоларни текшириш ва туберкулин реакциясини кўйиш орқали ҳам ўпка ярасини аниқласа бўлади. Ўсма эса кўпинча катта ёшли одамларда учрайди. Бунда яра жуда секин ривожланади, четлари қалинлашган, туби нотекис бўлади, чиқаётган суюқликдан қўланса хид чиқади. Кейинчалик лимфа тугунлари катталашади, лекин у захмдагига ўхшамай, ёпишган ҳолда бўлади. Яра оғрийди, тегиб кетилса қонайди, бемор озиб кетади.

Қўтир эктемаси. Қўтирнинг кўзғатувчиси қўтир канаси. Қасалликнинг инкубацион даври ўртача бир ҳафта. Бунда терига майда-майда пуфакча ва тугунли тошмалар тошади, улар бир-бирига яқин жойлашади, қизғиш рангли бўлиб, асосан кечаси тошади. Ана шундай тошмалар жинсий аъзоларда ҳам учрайди. Пуфакчалар ёрилиб яра пайдо қилади, яралар катталашиб, қўтир эктимасини ҳосил қилади. Эктиманинг усти қотиб ташки қўриниши қаттиқ ярага ўхшайди. Қўтир эктимасида оқиш трепонемалар топилмайди. Бу ва шу каби клиник белгилар тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Эрозияли баланопостит закар боши ва кертмакда нотўғри шакли катта-кичик эрозиялар бўлиши билан ифодаланади. Бунда лимфа тугунлари катталашмайди, эрозия қаттиқ ярада ҳам бўлганлиги сабабли албатта суртма оқиш трепонема борлигига ва Вассерман реакциясига текширилади.

Аёллардаги ўткир яра жуда тез бошланади, оғрийди, ранги қизил бўлиб, катталиги бир тийинлик тангадек келади, чети нотекис, теридан ёки шиллик пардадан бир оз кўтарилиб туради. Бу кўпинча трихомонада билан оғриган беморларда учрайди. Яра унча қаттиқ бўлмайди, захм ярасига ўхшамайди, лимфа тугунлари катталашмайди.

Бундан ташқари, *юзаки яра* ҳам учраб туради. У кўпинча турмушга чиқмаган қизларнинг жинсий аъзосида қузатилади. Қасаллик бошланишидан олдин

беморнинг эти увишади, иссиғи кўтарилади, беҳол бўлиб қолади.

Юзаки яранинг асоси юмшок, чети эса нотекис, ундан йирингли суюклик ажралиб туради. Яра атрофида ўткир яллиғланиш кузатилади. Қасаллик оғриқ билан кечади, айникса ушлаганда ва бемор юрганида оғрийди. Бу касалликка ўткир яра ёки Липшютца-Чапин касаллиги деб ном берилган, қўзғатувчиси эса *stossus* бактерияси. У жуда кам учрайдиган касаллик.

Ярали пиодермия кам учрайдиган касаллик, у қаттиқ ярага ўхшаб кетади. Қўзғатувчиси стрептококк. Дастлаб битта яра пайдо бўлади. Унинг белгилари қаттиқ яранинг клиник белгиларига ўхшаб кетади. Шунинг учун албатта оқиш трепонемага бир неча марта текшириш зарур. Фақат яранинг ўзидан эмас, балки лимфа тугунидан олинган пунктат ҳам оқиш трепонема борлигига текширилади. Бундан ташқари, Вассерман реакцияси ҳам бир неча марта ўтказилади. Бемор 6 ойгача диспансер ҳисобига олиниб текшириб турилади. Ҳар ойда бир марта Вассерман реакцияси ўтказилади. Ҳамма текширувлар натижаси яхши бўлса, бемор ҳисобдан чиқарилади.

ИККИЛАМЧИ ЗАХМ

Захмнинг иккиламчи даври захм яраси пайдо бўлгандан 6—7 ҳафта ўтгач продромал ҳолат билан бошланади. Бош оғриши, эт увишиши, умумий беҳоллик, иштаҳа пасайиши, ҳарорат кўтарилиши, баъзи ҳолларда бўғинлар оғриши кузатилади. Бу даврда ҳамма лимфа тугунлари катталашади, бунга «махсус полиаденит» дейилади. Бўйин, қўлтик ва жағ ости, тирсак, чов лимфа тугунлари катталашади, уларнинг катталиги ҳар хил бўлиб, атрофдаги тўқималардан ажралиб туради, терида ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди.

Захмнинг иккиламчи даврида розеола, тугунча, йирингча ва тошмаларга аҳамият бериш керак. Улар атрофга ёйилмайди ва кичишмайди.

Кўпинча иккиламчи захм розеола билан бошланади. Розеоланинг катталиги жимжилок тирноғидек ва ундан кичирок бўлади, ранги пушти-кизил, шакли эса думалок. Агар доғни босиб кўрсак йўқолиб кетади, лекин яна пайдо бўлади, пўст ташламайди, тери юзасидан кўтарилмайди.

Розеола кўпинча тери юзасида: кўкрак, корин, қўл, думба, сон ва оғиз шиллик пардасида учрайди. Розеола 1—2 ҳафта давомида тошиб 2—3 ҳафтагача ўзгармай тураверади, кейин рангсизланади ва секин-аста ҳеч қандай доғ қолдирмай йўқолиб кетади.

Баъзи ҳолларда кабарик розеола, кизил доғ, донали, қўшилувчи ҳамда доирали розеола теридан кўтарилган ҳолатда бўлади.

Юқорида келтирилган розеоланинг клиник белгилари захмининг иккиламчи даврига тўғри келади. Бундан ташқари, тошмалар тарқалган ва симметрик ҳолатда бўлиб, каттик яра колдиги, лимфа тугунлари катталашган бўлади.

Розеолани бошқа юкумли ва тери касалликларида учрайдиган доғдан фарқ қила билиш керак. Масалан, ўткир юкумли касалликлар, кизамиқ, кизилча, тошмали ва корин тифи, пушти темиратки, токсикодермия ва бошқалар ўткир яллиғланиш хусусиятига эга бўлади. Беморнинг умумий аҳволида ўзгариш бўлади.

Тошмали ва корин тифида тошма унча кўп бўлмайди, беморнинг умумий аҳволи оғир бўлади, кўпинча улар доғларга ўхшаб кетади.

Иккиламчи захмда баъзан беморнинг иссиғи кўтарилади, лекин беморнинг умумий аҳволи унча ўзгармайди, бундан ташқари, клиник белгилари тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради (окиш трепонеманинг топилиши ва Вассерман реакциясининг мусбат бўлиши).

Пушти темираткида тошмалар ўткир яллиғланиш билан бошланади, уларнинг усти тангачалар билан қопланиб туради. Бемор кичишишдан шикоят қилади. Пушти темираткида айниқса «она доғ» касалликка хос. Токсикодермияда эса розеоланинг ранги кизил бўлади. Тошма бир-бири билан қўшилиб кетади, кичишиш ва ачишиш кузатилади, доғларнинг сўрилиш даврида тери пўст ташлайди. Бундан ташқари, беморнинг умумий аҳволида захарланиш белгилари бўлади.

Тугунчали захм. Бунда тошма ҳар хил катталиқда бўлади. Бундан ташқари, тугунчалар эрозияланиши мумкин, бу кўпинча орка чиқарув тешигида, жинсий аъзоларда жойлашади. Улардан суюқлик ажралиб туради. Лабораторияда текширилганда окиш трепонема топилади. Касаллик жинсий алоқа вақтида соғлом одамга юкиши мумкин. Бунда туғунчалар факат терида бўлмай, балки юзда, қўл ва оёқда, кафтда, бошда, жинсий аъзоларда ва орка чиқарув тешиги атрофида жойлашган бўлади.

Касаллик аломатлари. Терида катта-кичик, ясимксимон, чегараси аниқ, кизил рангли тугунчалар тошади, юзаси бир оз қипикланади, четида окиш рангли жияк бўлади. Бу жияк кўринишидан ёқани эслатади, шунинг учун у Биетт ёқачаси деб аталади. Тугунча асосида чегараси аниқ зич инфильтрат қўлга уннайди. Тугунчалар

1—1,5 ой давомида сакланиб туради, кейин секин-аста сўрилиб, ўз ўрнида доғ қолдиради, кейинчалик бу доғлар ҳам йўқолиб, тери нормал ҳолатга қайтади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, майда тугунчалар соч фолликуллари атрофида жойлашади, бу турдаги захм кўпинча сил билан оғриган беморларда учрайди.

Ясмиқсимон тугунчалар кўпроқ учрайди. Тугунчанинг катталиги ясмиқдек бўлиб, алоҳида-алоҳида жойлашади, ранги қизғиш ёки кўкимтир, теридан бир оз кўтарилиб туради. Агар тугунча ўтмас зонд ёки буюм ойначаси билан босиб кўрилса бемор оғрик сезади, бу Ядассон феномени деб аталади.

Агар ясмиқсимон тугунчалар тери бурмаларида, жинсий аъзоларда ва орқа чиқарув тешигида жойлашса, ишқаланиш натижасида катталашади, юзаси эса эрозияга айланади ва сувчираб туради.

Сербар кандиломалар кўпинча жинсий лабда, орқа чиқарув тешиги атрофида, ёргоқда, думба оралиғида жойлашади. Улар 5 тийинлик тангадек ва ундан каттароқ бўлади. Улар бир-бири билан қўшилиб теридан 1 см кўтарилиб туради ва сербар эрозияларни ҳосил қилади. Уларни қипikli ва қизил ясси темираткидан фарқлаш керак.

Қипikli темиратки эпидермал тугунча кўринишида бўлади, улар ҳар хил катталиқда бўлиб, бир-бири билан қўшилиб кетади, юзаси эса оқиш тангачалар билан қопланади. Бу кўпинча тирсакда, тиззада, қўл-оёқнинг ёзиладиган юзаларида учрайди. Қипikli темираткида учта феномен мусбат бўлади (стеарин доғ, стеарин парда ва нуктали қонаш). Қипikli темираткида лимфа тугунлари катталашмайди ва Вассерман реакцияси манфий бўлади.

Қизил ясси темираткида тугунчаларнинг чети нотекис, ранги қизил, юзаси мум суртилганга ўхшаб ялтираб туради, уларнинг ўртаси киндикка ўхшаш ботик бўлади. Беморлар кичинишдан шикоят қиладилар, қасалликка узок даво қилинади. Захмга хос махсус ўзгаришлар бўлмайди.

Захмни аниқлашда йирингчаларга ҳам аҳамият бериш керак. Улар 5 турдан иборат бўлади: ҳуснбузарсимон, сувчечаксимон, оддий йирингчали, эктемали, рупия. Бу тошмалар баъзан бошқа тошмалар билан бирга тошиши ҳам мумкин.

Ҳуснбузарсимон захмда тошмалар асосан конуссимон шаклда бўлади, ўртасида сарғиш рангли инфилтрат кузатилади. Ҳуснбузарсимон захм себореядан фарқли ўлароқ, факатгина юзда бўлмай, балки тананинг ҳамма

кисмида бўлади, агар йирингчани пайпаслаб кўрсак, асосида инфилтрат борлиги сезилади. Захмнинг иккиламчи даврига хос бу белгилар ташхис қўйишга ёрдам беради. Хуснбузарсимон захм яна дерматитга ҳам ўхшаб кетади.

Сувчечаксимон захм кўпинча иккиламчи янги захм даврида кузатилади. Бунда бир оз эт увишади ва истима кўтарилади. Йирингчаларнинг катталиги бир тийинлик тангадек бўлиб, атрофи тўқ кизил гардиш билан ўралади, бир неча кундан кейин йирингчаларнинг ўртаси чуқур тушади ва қурий бошлайди. Сувчечаксимон захмнинг оддий сувчечак ва хуснбузарсимон захмдан фарқи шундаки, у бирмунча оғир кечади, йирингчада инфилтрат бўлмайди.

Йирингчали захм кўпинча бошқа тошмалар билан бирга учрайди. Бошнинг сочли қисмида, мўйлов ва сокол ўсадиган жойларда бўлади. Дастлаб тугунчанамо тошмалар тошади, кейинчалик эса уларнинг ўртасида йиринг пайдо бўлади. У тез йўқолиб кетади.

Захм эктимаси. Бу кўпинча бекувват одамларда учрайди, тошма тошганда беморнинг ҳарорати кўтарилади, умумий заҳарланиш аломатлари кузатилади. Тошма кўпинча юзга, болдирга ва тананинг бошқа жойларига тошади. У кўпинча захмнинг бошқа тошмалари билан бирга тошади. Уларнинг катталиги 3—5 тийинлик тангадек бўлиб, олдиниға доғга ўхшайди, сўнгра қизариб йиринг пайдо бўлади, пайпаслаб кўрилса, зич инфилтрат борлиги аниқланади. Эктима атрофга тез ёйилади.

Захм эктимасида яра устидаги пўстлоқ олиб ташланса, сарғиш кон аралаш суюқлик ажралиб турганини кузатамиз. Бу суюқликда оқиш трепонема топилмайди. Яранинг атрофи жияк билан ўралган, асоси эса каттик бўлади. Эктимада бемор бир оз оғриқ сезади, у бир неча ойлаб давом этади. Кейин ўрни битиб текис чандик қолдиради. Оддий эктима захм эктимасидан фарқ қилади. Бунда инфилтрат унчалик кучли бўлмайди, атрофида ўткир яллиғланиш жараёни бўлиб, атрофида захм эктимасига ўхшаб жияги бўлмайди.

Захм рупияси. Бу эктиманинг бир тури бўлиб, бунда инфилтрат катталашаверади, тубидан чиққан суюқлик қотиши натижасида катлам-катлам конуссимон чуқур ярага айланади. Захмнинг бу турини кипикли темираткининг рупиясимон клиник тури билан таккослаш мумкин.

Сочнинг зарарланиши захмнинг иккиламчи даврида кўпроқ кузатилади. Бу 3 турли бўлади: майда ўчоқли соч тўкилиши; ялписига соч тўкилиши; аралаш соч тўкилиши.

Майда ўчоқли соч тўкилишида соч тўкилган жой териси ўзгармайди, кипикланмайди, соч кичик-кичик ўчоқ ҳосил қилиб тўкилади, четидаги соч қўл билан секин тортилса юлиниб чиқади, бу касалликка хос аломат ҳисобланади. Баъзи ҳолларда тўкилган соч ўрни 1-2 тийинлик тангадек бўлади, бир-бири билан қўшилмайди. Бу касалликда фақат бошдаги соч тўкилмай, балки соқол, қош, киприklar ҳам тўкилиши мумкин. Бунга Пинкус белгиси дейилади.

Ялпи соч тўкилиши кўпинча бошнинг чекка ва энса қисмида учрайди, соч тўкилган жой бошнинг анча қисмини эгаллайди, баъзи беморларнинг сочи бутунлай тўкилиб кетиши мумкин. Терида ҳеч қандай яллиғланиш аломатлари бўлмайди. Қипикланиш ҳам кузатилмайди, тери тептекис бўлиб тураверади. Ялпи соч тўкилиши кўпинча захмнинг иккиламчи даврида учрайди.

Аралаш соч тўкилиши. Бунда ҳам ўчоқли, ҳам ялпи соч тўкилишини кўриш мумкин. Бошнинг сочли қисмида бир жойда майда-майда соч тўкилишини, бошқа жойда ялпи ҳолда соч тўкилганини кўрамиз. Захмда соч тўкилиши касалликка хос аломат ҳисобланади, лекин бир неча ойдан кейин соч яна ўсиб чиқади.

Лейкодерма захмнинг 5—7-ойидан кейин пайдо бўлади, бу захмнинг иккаламчи даврига тўғри келади. Лейкодерма оқиш доғ кўринишида бўлиб, беморни безовта қилмайди.

Бўйин, кўкрак ва орқада катталиги нўхатдек ёки ундан кичикроқ доғларни кўриш мумкин. Уларнинг атрофи синчиклаб қаралса жияк билан ўралганлигини кўрамиз. Оқ доғлар гўё бир-бири билан қўшилиб тўр ҳосил қилгандек кўринади. Лейкодерма доғлари узок вақт сақланиб туради, захмга қарши даволанса ҳам ҳа де-ганда йўқолиб кетмайди. Захмда соч тўкилиши ва лейкодерма борлиги беморнинг нерв системаси зарарланганлигини кўрсатади,бу орқа мия суюқлигини текшириш оркали аниқланади.

Шундай қилиб, захмнинг иккиламчи даври бошида тошмаларнинг тошиши,каттик яра қолдиғининг бўлиши, лимфа тугунларининг катталашиши, беморни даволашда кузатиладиган турли реакциялар (бирданига тошма тошиши, уларнинг кизғиш рангга кириши, ҳарорат кўтарилиши, бир оз бош оғриши ва бошқалар), ка-

салликка хос аломат ҳисобланади. Захмнинг иккиламчи қайталаниш даври учун эса тошмаларнинг тўп-тўп бўлиб тошиши, соч тўкилиши, оёқ ва қўл қафтларида тугунчаларнинг бўлиши, лимфа тугунларининг катталашиши, Вассерман реакциясининг мусбат бўлиши ва захмнинг енгил кечиши хосдир.

ЗАХМНИНГ УЧЛАМЧИ ДАВРИ

Захмнинг учламчи даври одатда 2—10 йилдан сўнг кузатилади. Бу беморни тўла ёки мутлақо даволанмаганлиги натижасида келиб чиқади. Бу давр ичида тери ости ёғ қаватида, суяқларда, мушакларда, нерв системасида ва ички аъзоларда ўзгаришлар кузатилади. Шунинг учун захмнинг учламчи даври иккига бўлинади, фаол ҳамда яширин давр.

Захмнинг учламчи даври ўз навбатида яна иккига бўлинади, дўмбоқча ва тугунча тошиш даври. Учламчи захмда бутун аъзо ва тўқималар зарар кўради, чандик ёки ямоқлар қолади, чандиклар терида ва ички аъзоларда бўлиши мумкин. Учламчи захм организмни оғир ўзгаришларга олиб келади, иккаламчи захмга қараганда анча хавфли ҳисобланади, захмнинг учламчи даврида 25-30 % беморда серологик реакция манфий бўлади. Учламчи захм юқадиган ёки юкмайдиган бўлиши мумкин, чунки дўмбоқча ва тугунчада оқиш трепонема кўпинча топилмайди. Аммо дўмбоқча ва тугунча оғизда ёки жинсий аъзоларда бўлса, унда касалликнинг юқиш эҳтимоли кўпроқ. Захмнинг учламчи давридаги яра оғримайди ва қичишмайди, ички аъзоларда бўлса, албатта ўзгариш бўлади.

Бундан ташқари, учламчи захмда оғиз бўшлиғи шиллик пардаси ҳам шикастланади, дўмбоқчалар айниқса каттиқ ва юмшоқ танглайда, бурунда, камрок тил ва юткиннинг орқа томонида жойлашган бўлади. Булар ўз навбатида организмни чуқур ўзгаришларга олиб келади. Учламчи захмда терида дўмбоқча ва гумма яраси бўлади деб ўтган эдик. Мана шу тошмаларга асосланиб туриб, учламчи захм ўз навбатида иккига бўлинади: 1) учламчи дўмбоқчали захм; 2) учламчи гуммали захм.

УЧЛАМЧИ ДЎМБОҚЧАЛИ ЗАХМ

Бу терининг ҳамма қисмида учраши мумкин. Дўмбоқчалар оғримайди, қичишмайди ҳамда яллиғланмайди. Дўмбоқчалар дерма ва эпидермис қаватида жойлашади.

Учламчи дўмбоқчали захм зич консистенцияли бўлган-

лиги учун секин сўрилади. Улар алохида-алохида чандик ҳосил қилади. Чунки дўмбоқчалар кўпинча тўп-тўп бўлиб жойлашади.

Учламчи захм дўмбоқчасини тери силидаги дўмбоқчадан фарқлай билиш керак (6-жадвал).

6- ж а д в а л

Захм дўмбоқчаси ва тери силини дифференциялаш

Захм дўмбоқчаси	Тери сили дўмбоқчаси
Ёшга боғлиқ эмас	Кўпинча 10—12 ёшларда бошланади
Бир неча ой давом этади	Бир неча ўн йиллар давом этади
Дўмбоқчанинг ранги қизғиш ёки кўкиш-қизил бўлади	Дўмбоқчанинг ранги сарғиш-қизил бўлади
Дўмбоқча қаттиқ бўлади	Дўмбоқча юмшоқ хамирсимон бўлади
Поспелов феномени (яъни дўмбоқчани бутум ойнаси билан бос-сак чуқурча қолмайди) манфий бўлади	Поспелов феномени мусбат бўлади
Дўмбоқча сўрилгандан кейин «мо-заикали» чандиқ қолади	Дўмбоқча сўрилгандан кейин юзаки ва тарқоқ чандиқ қолади
Чандиқ ўрнидан янги дўмбоқча чиқмайди	Чандиқ ўрнидан янги дўмбоқча чиқаверади
Серологик реакция 70—75% ҳолда мусбат бўлади	Серологик реакция манфий бўлади
Туберкулин реакцияси манфий бўлади	Туберкулин реакцияси мусбат бўлади
Захмга қарши даволаш натижа беради	Даволаш натижа бермайди
Захм дўмбоқчасида эндомезоваскулит бўлади	Сил дўмбоқчасида лимфоид ҳужайралар пайдо бўлади

УЧЛАМЧИ ГУММА ЯРАЛИ ЗАХМ

Гумма ярали захм нима? Уни қандай қилиб аниқлаш мумкин? Гумма тери ости ёғ каватида пайдо бўладиган тугун. Гумма деб номланишига сабаб тугун ёрилгандан кейин ундан гуммиарабикка ўхшаб елимсимон суюклик чиқади. Гумма одатда кўп бўлмайди, катталиги ёнғокдек ва ундан кичикрок бўлади. Пайпаслаб кўрилса, қўлга каттик уннайди. Кейинчалик ўртаси юмшаб тешилади. (7-жадвал).

Учламчи захм гуммаси факат терида бўлмай, балки оғиз шиллик каватида ҳам учраб туради.

**Учламчи захм гуммасини тери сили, яъни скрофулодермадан
дифференция қилиш**

Захм гуммаси	Скрофулодерма
Қаттиқ-эластик бўлади	Юмшоқ бўлади
Миссимон-қизил рангли	Қизғиш сариқ рангли
Тугунча ёрилганда битта тешик бўлади	Тугунча ёрилганда бир нечта тешик бўлади
Яранинг ўртасида ўлиги бўлади	Яранинг ўртасида ўлиги бўлмайди
Ярадан бир оз қуюқ елимсимон суюқлик чиқади	Ярадан сарғиш, кўп йиринг чиқади
Яранинг чети тўғри ва қаттиқ бўлади	Яранинг чети юмшоқ ва юлинган бўлади
Захм гуммаси сал оғрийди	Сил тугуни безиллаб оғриб туради
Чандиқ қаттиқ, лекин юзаки, атрофияланган ҳолда бўлади	Чандиқ теридан кўтарилиб туради у кўприксимон бўлади
Серологик реакция 75% гача мусбат бўлади	Серологик реакция манфий бўлади
Туберкулин реакцияси манфий бўлади	Туберкулин реакцияси мусбат бўлади
Захм гумма яраси 3—4 ой ичида даволанмаса ҳам сўрилиб кетади	Скрофулодерма яраси узоқ давом этади ва қайталаниб туради.

Захм гуммаси сурункали йирингли яра, индуратив эритема, актиномикоз кабиларга ўхшаб кетади.

Сурункали йирингли яра узоқ давом этади, четидан янги-янги яралар чикиб туради, захм ярасига нисбатан юмшоқроқ бўлади. Яранинг бир чети босиб кўрилса сарғиш йиринг чиқади. Гумма ярасида эса бундай бўлмайди.

Индуратив эритема бир нечта тугунчадан иборат бўлиб, кўпинча болдирда учрайди, улар симметрик ҳолатда бўлади, инфильтрат эса таркок жойлашади, яра юзаки бўлади.

Актиномикоз ҳам узоқ давом этади, бир нечта жойдан кўкиш йирингсимон суюқлик чикиб туради. Касаллик лабораторияда текшириб аниқланади.

Ўсма яра одатда оғрийди, четлари қайрилган бўлади, каттик туби доначалардан иборат, салга қонайди, серологик реакциялардан Вассерман реакцияси, РИТ, РИФ реакциялари қўйиш орқали касаллик аниқланади.

XX асрга қадар туғма захм фақат отадан юкади деб юритилар эди. Чунки у вақтларда ҳали оқиш трепонема ва Вассерман реакцияси кашф қилинмаган эди.

XX асрдан кейин туғма захм тўғрисида бошқача фикрлар пайдо бўла бошлади. Текширишлар касаллик фақат отадан эмас, балки онадан ҳам ўтишини тасдиқлади. Захм билан касалланган аёлнинг 3-4 ойлик нобуд бўлган ҳомиласидан оқиш трепонемалар топилмаган. Уларда кўпроқ 5-ойда кечки бола ташлаш кузатилган. Оқиш трепонемалар эса 6 ва 7-ой ўртасида топилган. Захм билан оғриган аёлларда кўпинча муддатидан илгари туғиш ёки бўлмаса боланинг захм билан туғилиш ҳоллари учраб туради. Болада захм аломатлари бирмунча кечроқ намоён бўлиши ҳам мумкин. Бу онанинг ҳомиладорлик даврида қандай даволанганлигига боғлиқ. Аёл даволашни охиригача етказган бўлса, одатда улардан соғлом болалар туғилади.

Захмнинг наслдан-наслга ўтиши 2-3 авлодгача давом этиши мумкин, бу кўпинча туғма захм билан оғриган аёллар наслида учрайди. Захмнинг насл суриши эсипастлик (олигофрения), руҳий етишмовчилик, нерв системасидаги ўзгаришлар кўринишида намоён бўлади. Буни учинчи авлодга хос туғма захм деса бўлади.

Туғма захм 3 турга бўлинади: 1) ҳомила захми; 2) эрта туғма захм; 3) кечки туғма захм.

Ҳомила захмида одатда 6—7-ойларда сабабсиз бола тушиши рўй беради.

Ҳомила захми туфайли эрта тугилган бола қаримсик кўринади, териси халтим-халтим бўлади. Бунга ички аъзолардаги ўзгаришлар сабаб бўлади.

Теридаги ўзгаришлар кўпинча захмнинг иккаламчи давридаги ўзгаришларга ўхшаб кетади. Болага ўз вақтида даво қилинса у яшаб кетиши мумкин.

Пуфакчали туғма захмда бола пуфакча билан туғилади ёки у бир ҳафтадан кейин пайдо бўлади. Пуфакчаларнинг катталиги нўхатдек ёки ундан кичикроқ бўлиши мумкин. Пуфакчаларнинг ичи сероз суюқлик билан тўлган бўлади, уларнинг атрофи ингичка қизил жияк билан ўралади. Кейинчалик пуфакчалар ёрилиб, усти пўстлоқ билан қопланади. Бундай тошмалар кўпинча қўл ва оёқ қафтларида бўлади, кейинчалик эса бошқа жойларга ҳам тошади. Боланинг ахволи оғир бўлади, тошма ичидаги суюқликдан оқиш трепонема топилади, серологик реакция эса мусбат бўлади. Шу билан у стрептококк кўзғатувчи

пуфакчали касалликдан фарк қилади, баъзи жойлари шилинган бўлади.

Терисининг ранги кўкиш, оёқ қўллари ингичка, корни эса гавдасига караганда катта бўлади. Ҳомила захмида жигар, талок, буйрак, ўпка, буйрак усти ва меъда ости безлари катталашиб, диффуз яллиғланади. Бундай ҳомила ривожланишдан орқада қолади, суяклари, айникса найсимон суяклари шикастланиб, остеохондрит ва остеопериоститлар пайдо бўлади. Бундай ўзгаришлар айникса эпифиз ва диафиз чегараларида кузатилади.

Бундан ташқари, йўлдошда ҳам ўзгаришлар кузатилиши мумкин, у катталашади, юмшоқ, шишган, ранги ўзгарган бўлади.

Эрта туғма захмда бола тирик туғилади, аммо унда захмининг клиник белгилари бўлади ёки захм тошмалари 2 ойдан кейин тошади.

Кўпинча захм белгилари билан туғилган бола узок яшаб кета олмайди. Бундай болалар ҳатто она кўкрагини ҳам оғзига ололмайди.

Тарқоқ ҳолдаги тугунчалар бир-икки ойлик чақалокларда кузатилади. Бундай тошмалар қўлда, оёқ кафтида, юзда, оғиз атрофида, жағ остида, пешона ва думбада пайдо бўлади. Қўл-оёқ кафтидаги инфильтратли тошмалар тарқоқ шаклда бўлиб, ялтираб туради, сўрилгандан кейин пластинкасимон тангачалар билан қопланади. Юз, оғиз атрофи, жағ остидаги тугунчалар эса инфильтрат ҳосил қилиб каттиқлашади. Тўқ қизил рангли бундай каттиқлашган жойлар атрофида узун-узун ёриқлар пайдо бўлади, улар умрбод сакланиб қолади. Бунга Робинсон-Фрунзе симптоми дейилади.

Кўкрак ёшидаги болалардаги туғма захм. Бир ёшгача бўлган болаларда доғ ёки розеола камдан-кам учрайди. Тугунча ва пуфакчалар баданга, қўл ва оёқ кафтларига жойлашган бўлади, тўқ-қизил рангли бўлиб, кейинчалик усти майда кипикли тангачалар билан қопланади.

Аксириш кўпинча захм билан туғилган болаларга хос аломат ҳисобланади, бу бир ой давом этиши мумкин. Бунга бурун шиллиқ каватига жойлашган инфильтрат сабаб бўлади. Шу сабабли бурун билан нафас олиш қийинлашади. Бола кўкракни оғзига олганда дарров эмишни тўхтаиб қўяди ва чуқур-чуқур нафас олади, кейин яна эмабошлайди. Боланинг бурун бўшлиғи тозаланганда унинг тораёнлигини кўриш мумкин. Боланинг бурни доимо оқиб туриши сабабли бурун суяклари деформацияга учрайди. Агар бундай ўзгаришлар ютқунда бўлса, овоз бўғилиб чиқади.

Ички аъзоларнинг шикасланиши. Кўпинча жигар, талок шикастланади. Улар катталашади, қаттиқлашади ва бир оз оғрийди. Камдан-кам ҳолларда буйрак шикастланади, сийдикда оксил бўлади, буйрак эпителийлари, цилиндрлар ва эритроцитлар пайдо бўлади. Бундан ташқари, чов, кўлтик ости, бўйин лимфа тугунлари катталашади. Буйрак усти беи, ошқозон ости безларида ҳам ўзгаришлар бўлиши мумкин.

Суякларнинг шикастланиши — асосан остеохондрит, периостит ва остеопериостит ҳолатлар кўпроқ кузатилади. Бундай ўзгаришлар албатта рентген йўли билан аниқланади.

Остеохондрит — суяк ва тоғайнинг яллиғланиши бола туғилган пайтдаёқ маълум бўлади. Захм остеохондрити эпифиз тоғайи билан диафиз суяғи орасида бошланади. Биринчи даражали остеохондритда тоғай билан суяк ўртасидаги тоғай хужайралари оҳакланиш йўли билан кенгайиб қолади. Иккинчи даражали остеохондритда тоғай йўли янада кенгайиб қолади, шакли нотўғри бўлиб, суякланиш яхши бўлмайди, грануляцион тўқима ҳосил бўлади. Учинчи даражали остеохондритда тоғай қатламидан кейин диафиз томонга қараб грануляцион тўқима ривожланади, у емирилиб метафиздан суяк синади, эпифиз диафиздан ажралиб қолади. Бола кўли ва оёқларини кимирлата олмайди, бироқ бармоқларнинг сезувчанлиги ва ҳаракати сақланиб қолади. Бу туғма захмнинг бирдан-бир белгиси ҳисобланади.

Булардан ташқари туғма захмда найсимон ва бош суякларда периоститлар ва остеопериоститларни кузатиш мумкин. Туғма захм билан оғриган болаларнинг 75-85 % ида суякларнинг ўзига хос шикастланиши кузатилади.

Нерв системасининг шикастланиши уч хил: 1) менингеал (мия пардасининг яллиғланиши), тўсатдан бакириш, қисқа муддатли тутканок тутиши энса ригидлиги кўринишида; 2) менингоэнцефал — салгина фалажлик, тўлиқ фалажлик ҳамда кўз қорачиғининг катта-кичик бўлиши; 3) гидроцефалия (бош мияга сув йиғилиши) ёки бош мия юмшоқ қаватининг яллиғланиши кўринишида бўлиши мумкин. Бунда боланинг боши катталашади, энса мушаги таранглашади, суяк чоклари бир-биридан қочади ва кўз олмаси олдинга қараб бўртиб чиқади.

Туғма захмда кондаги серологик реакция- (Вассерман, РБТ, РИФ) ҳамма вақт мусбат бўлади, агар тегида туғма захм аломатлари бўлса, у ҳолда ташхисни аниқлаш қийин эмас. Агар клиник белгилар бўлмаса

(туғма захм яширин ҳолда ҳам кечиши мумкин) бунда ташхисни аниқлаш қийин бўлади. Бу ҳолда фақат орка мия суюқлигини лабораторияда текшириш оркали касалликка ташхис қўйиш мумкин. Бу кўпинча белгисиз менингит, тутканок тутиши, ақл пастлик кўринишларида намоён бўлади.

Кечки туғма захм. Захмнинг бу тури кўпинча 7—14 ёшдаги болаларда учрайди, лекин ундан эртарок ёки кечроқ кузатилиши ҳам мумкин. Бунда захмнинг клиник белгилари асосан учламчи захм даврига тўғри келади. Терида дўмбокча ва тугунчалар пайдо бўлади. Шиллиқ қаватда ҳам гумма инфильтрати кузатилади. Кўпинча суяклар шикастланади, ўчоқли ёки диффуз периостит, остеопериостит, остеомиелит кузатилади, бўғимлар ҳам шикастланади. Қамдан-кам ҳолларда жигар, талок, ички безлар, контомирлари системаси шикастланади, бу эса бош мия контомирлари фаолияти бузилишига сабаб бўлади. Булардан ташқари, кечки туғма захмда бўладиган клиник белгилар кечки захмда бўлмайди.

1. Қўз шох пардасининг хираланиб қолиши — паренхиматоз кератит. Бунда бемор ёруғликка ёки куёшга қарай олмайди, қўз рангдор пардаси яллиғланади, кўрув нерви атрофияга учраши натижасида бемор кўрмай қолиши ҳам мумкин.

2. Гетчинсон тиши ёки тишдаги дистрофик ўзгаришлар. Бу хилдаги ўзгаришлар асосан курак тишларда кузатилади. Бунда тишнинг кўриниши исканасимон, бочкасимон бўлади, узувчи қисми ярим ойсимон бўлиб, оралари очилиб қолади. Баъзи ҳолларда у қинғир-кийшиқ бўлиб қолади. Моляр ва озиқ тишларнинг чайнаш юзалари эса текис бўлиб, атрофияга учрайди. Жағ тишларнинг устида кичкина дўмбокча бўлиши мумкин, бунга Карабелов дўмбокчаси дейилади.

3. Лабиринт карлик захмга хос ўзгариш бўлиб, бунда ёки эшитиш пасаяди, ёки бола бутунлай қар бўлиб қолади. Бунга сабаб эшитув нервининг шикастланишидир. Баъзи болаларда юқоридаги аломатларнинг ҳаммаси бирга учраши мумкин.

Бунга Гетчинсон учлиги дейилади. Бу учлик аниқ ташхис қўйишга имкон беради. Баъзи олимлар бу учликка яна қиличсимон болдир ва оғиз атрофидаги чизиксимон чандик ҳам қўшилиб келишини айтадилар.

Қиличсимон болдир. Бунда катта болдир суягида ўзгаришлар пайдо бўлади, болдир суяги букилиб қилич шаклига қиради, унинг ташки томони қўл билан пайпаслаб кўрилса ғадир-будир эканлиги маълум бўлади. Қиличсимон болдир ва оғиз атрофидаги чизикли чандик

бошқа касалликларда ҳам учраши мумкин. Кечки тугма захмда эҳтимолий белгилар ҳам бўлади. Буларга: 1) тишларнинг дистрофик ўзгаришлари, 2) бош суягининг ўзгариши (гувалабошлик); 3) бурундаги эгарсимон ўзгаришлар; 4) елка суяги охирининг йўғонлашиши; 5) туш суяги ўсимтасининг бўлмаслиги; 6) танглайнинг баландлиги; 7) жимжилокнинг қисқалиги ва эгрибугирлиги ва бошқалар. Булардан ташқари, кечки тугма захмда бола ривожланишдан орқада қолади, рухий етишмовчиликлар кузатилиши мумкин.

Касалликнинг олдини олиш. Захм касали бор аёлларни ўз вақтида аниқлаш ва уларни даволаш, касалликни олдини олишнинг ягона йўли ҳисобланади. Бунинг учун ҳамма ҳомиладор аёлларни ўз вақтида ҳисобга олиш ва уларни захм борлигига текшириш зарур. Биринчи ва иккинчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда икки марта серологик реакция ўтказилади. Агар захмнинг клиник ва серологик белгилари топилса, дарҳол даволашга киришиш зарур. Агар ҳомиладор аёл илгари захм билан оғриган бўлса (ҳозир ҳисобдан ўчирилган ёки ўчирилмаган бўлишидан қатъи назар), албатта даволаниши зарур. Агар аёл ҳомиладорлик даврида тўлиқ даволанмаган бўлса, бола ҳам профилактик усулда даволанади.

Захмни даволашда аввало унинг клиник белгилари ва лаборатория натижаларига аҳамият берилади. Унга имкони борича эрта даво қилиш керак. Захмни даволаш ташхис аниқ бўлгандан кейин бошланади, лекин бундан уч шароит мустасно:

1) *превентив даволаш*, агар захм билан оғриган бемор бегона одам билан жинсий алоқада бўлган бўлса ва ҳар иккала томон ҳам бунни тан олса, уларнинг ҳар иккаласи ҳам даволанади.

2) *профилактик даволаш* илгари захм билан оғриган ва тўлиқ даволанган лекин ҳали ҳисобда турган ҳомиладор аёлларга ва уларнинг болаларига (гарчи клиник ва серологик белгилари бўлмаса ҳам) ўтказилади.

3) *синама даволаш* ташхиси ноаниқ, лекин клиник жиҳатида кечки учламчи захмга ўхшаш беморларда ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Захмни даволашда ҳар бир беморнинг ёшини, бошдан кечирган касалликларини ҳисобга олган ҳолда даво чоралари кўриш керак.

Юкумли захм касаллиги аниқланган ҳолда уларни 24 соат ичида тери-таносил касалликлари касалхонасига ётқизиб даволаш керак. Уларни даволашда пенициллин-дан фойдаланилади.

Махсус даволаш носпецифик даволаш билан бирга олиб борилиши керак, айниқса кечки захмда, серологик реакция турғун бўлган ҳолларда ва нерв система захарланганда бунга аҳамият берилади.

Захмнинг юқумли турида албатта касалхонада ётиб охиригача даволаниш керак. Улар касалликнинг оғир-енгиллигига қараб 14 кундан 25 кунгача даволанадилар, захмга икки усул билан даво қилинади:

1) сурукали қайтарув усули ва 2) узлуксиз усул.

Сурункали қайтарув усули захмнинг кечки даврида, узлуксиз усул эса захмнинг эрта даврида қўлланади. Сурункали қайтарув усулида 1-курсда пенициллин билан бийохинол, 2-курсда дюронт препарати ёки пенициллин билан бисмоверол, 3-курсда пенициллин ёки дюронт препарати пентобисмол билан бирга қўлланади. Ҳар бир курс орасида бир ой дам берилади. Агар фақат пенициллин билан даволанса 2 ҳафта дам берилади. Кечки захмда беморга дам олиш даврида йод препарати буюрилади.

Захм билан оғриган беморларга ҳамма даволаш муассасаларида бир хилда даво қилинади. Захмга сурункали қайталовчи усул билан даво қилиш жадвали қуйида келтирилган. (8-жадвал).

8- ж а д в а л

Захмга сурункали қайталовчи усул билан даво қилиш

Захмнинг босқичи	Пенициллин (беморнинг ҳар бир кг оғирлигига ТБ ҳисобида)	Пенициллин (курс дозаси ТБ да)	Даволаш курси	Фақат пенициллин билан даволаш курси
Бирламчи серонегатив	100 000	6 000 000	2	3
Бирламчи серопозитив	120 000	7 200 000	4	5
Иккиламчи янги	120 000	7 200 000	5	6
Иккиламчи қайталанувчи ва бошқа туридаги захм	140 000	8 400 000	6	8

Фақат пенициллин билан даволаш кўпинча ёши 60 дан ошган ва сил билан оғриган ҳамда висмут препаратини кўтара олмайдиган беморларга буюрилади. Агар беморнинг ички аъзоларида, нерв системасида ўзгариш бўлса, у вақтда беморга 1—2 ҳафта йод препарати буюрилади, ундан кейин бир неча марта бийохинолдан

укол килинади, сўнгра эса пенициллин ва висмут препаратлари билан даволашга ўтилади.

Беморни пенициллиннинг юкори дозаси билан даволаш серонегатив ва серопозитив захмда қўлланади. Уларга ҳар 3 соатда 400 000 ТБ дан жаъми 44 800 000 ТБ, бирламчи серопозитив захмда жами 51 200 000 ТБ пенициллин тайинланади, бошқа турида бу усул қўлланмайди.

Захмнинг кечки турини юкорида кўрсатилган усул билан даволаш ички аъзолар ва нерв системаси захмида рухсат этилади. Лекин бунда беморни 1-2 ҳафта йод ва бийохинол билан даволаб, сўнгра бензилпенициллинни 200 000 ТБ дан ҳар 3 соатда мушак орасига юборилади, умумий дозаси 40 000 000 ТБ. Пенициллин юбориш тўхтатилгандан кейин яна бийохинол буюрилади (олдинги олган бийохинолни ҳисобга олган ҳолда). Орадан 1-ой ўтгандан кейин иккинчи пеницилин ва бисмоверол курси ҳар ҳафтада 2 маҳал 1,5 мл дан буюрилади. Бундан ташқари, кечки захмда специфик даволаш носпецифик даволаш билан бирга олиб борилади.

Привентив даволаш. Бунда катта ёшдаги одамларга бензилпенициллин ҳар 3 соатда 300 000 ТБ дан ҳар 1 кг оғирликка 100 000 ТБ дан тайинланади. Умумий микдори 6 000 000 ТБ дан кам бўлмаслиги керак. Агар аёл ҳомиладор бўлса ҳар кг оғирлигига 140 000 ТБ микдорида пенициллин керак. Агар охирги жинсий алоқадан кейин 2 ҳафтадан 4 ойгача вақт ўтган бўлса, унда бирламчи серонегатив захмдаги каби даволанади.

Болаларни превентив даволаш 3 ёшгача олиб борилади. Агар каттик яра жинсий аъзодан ташқарида жойлашган бўлса (иккиламчи ва эрта яширин захмда), бола захм билан оғриган беморлар билан алоқадор (контактда) бўлса у ҳолда бола албатта превентив даво олиши зарур. Уч ёшдан катта болаларга превентив даво алоҳида олиб борилади. Бензилпенициллин 1 ёшгача бўлган болаларга ҳар 4 соатда 50 000, 40 000, 3 000 000 ТБ дан кам бўлмаган микдорда юборилади, 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга 60 000 — 70 000 ТБ, 6 ёшдан 10 ёшгача 70 000 — 80 000 ТБ пенициллин тайинланади.

Касалликнинг олдини олиш. Ҳомиладор аёллар захм билан оғриган ва ҳали ҳисобда турган бўлса, ҳар галги ҳомиладорлик вақтида 3 курс пенициллин олиши зарур, ҳар бир кг га 140 000 ТБ пенициллин, ҳар бир курсга эса 8 400 000 ТБ дан кам бўлмаслиги керак. Агар бола соғлом туғилса, лекин онасининг серологик реакцияси мусбат бўлса, болага 3 курс пенициллин буюрилади. Бордию, аёл ҳомиладорлик даврида даволанмаса ёки

даволанишни охирига етказмаса, серологик реакция манфий бўлмаса, уларнинг болаларига клиник ва серологик белгилар бўлмаса ҳам 6 курс пенициллин тайинланади. Профилактик даволаш бола туғилгандан 3 ой ўтгач бошланади. Профилактик даво олган болалар 5 йилгача диспансер ҳисобида туришлари ва баҳолатга етгунга қадар клиник ва серологик жиҳатдан текшириб турилиши лозим.

ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

Таносил касалликлари (захм, сўзак) юкумли касаллик бўлиб, бундай беморлар кўпинча гинекологга ёки бошқа соҳадаги врачга мурожат қиладилар. Шу сабабли ҳам таносил касалликларини аниқлаш ва унга ташхис қўйишни ҳар бир врач билиши керак. Ҷамоатчилик асосида касалликни профилактика қилиш вазифаси санитария эпидемиология станцияси ва санитария уйлари ходимлари зиммасига юклатилган.

Тери-таносил касалликлари диспансерларидаги ходимлар касалликка қарши курашиш учун қўйидагиларни бажаришлари керак.

1. Захм билан оғриган барча беморларни ҳисобга олишлари, уларни ўз вақтида касалхонага ётқизишлари, улардан бегоналарга касаллик юктирган-юктирмаганликларини сураб-суриштиришлари, беморнинг оила аъзоларини текширишлари зарур.

2. Агар беморда ўткир юкумли касаллик аниқланса, уларни 24 соат ичида касалхонага ётқизиш ва қўлланма асосида даволаш зарур.

3. Агар касаллик юктирувчи шахс қочиб юрган бўлса, уни патронаж ҳамшира, оператив гуруҳ ёки милиция ходимлари ёрдамида кидириб топиш лозим.

4. Захмнинг юкумли турида бемор билан бирга бўлган кишиларни текшириш ва уларга керак бўлса превентив даво қилиш керак.

5. Захм туфайли даво олаётган, даволаниб бўлган ва серологик текширувда турган беморларни вақтида чақириб текшириб туриш зарур.

6. Даволаш муассасаларининг беморларни даволаш ва уларга ташхис қўйиш сифатини текшириб туриш зарур.

7. Аёллар консультацияси, туғруқхоналар ва бошқа ҳамма касалхоналарда ётадиган беморлардан серологик реакция учун қон олиб текшириш зарур. Буларни назорат қилиб туриш вазифаси тери таносил касалликлари диспансери врачларига юклатилади.

8. Қоммунал хўжалик ходимлари ҳар 3 ойда бир марта тиббий кўриқдан ўтишлари зарур. Айниқса болалар муассасасида, сартарошхонада, озик-овқат билан боғлиқ ишларда ишловчиларни доимий текширувдан ўтказиш ва Вассерман реакцияга қон олиб текшириш зарур.

9. Милиция ходимлари томонидан ушланган ахлоқи бузук кишилар, ичкиликбозлар, уй жойининг тайини йўқ одамлар венерик касалликнинг фаол тури бор-йўқлигига текширилади.

10. Жамоатчилик орасида санитария-оқартув ишлари-ни кенг тарғиб қилиш, лекция, суҳбатлар ўтказиб туриш керак. Завод-фабрикаларда, болалар муассасаларида уюштирилган ҳолда «Саломатлик кечалари»ни ўтказиб туриш, кинолавҳалар кўрсатиш, плакатлар осиб қўйиш лозим.

Касалликни олдини олишда шахсий гигиенага риоя қилиш катта аҳамиятга эга.

1. Таносил касалликларини олдини олишнинг бирдан-бир йўли тасодифий жинсий алоқадан ўзтириш биландир.

2. Мабодо тасодифан жинсий алоқада бўлинса, презервативдан фойдаланиш лозим ёки жинсий алоқадан сўнг дарҳол сийиб ташлаш ва жинсий аъзоларни иссиқ сув ҳамда совун билан ювиш керак. Бунда албатта теританосил касалликлари диспансерига бориб текширтириш лозим.

Таносил касалликлари билан касалланган бемор ишлатган идиш-товоклар, кийим-кечак, ўрин-кўрпалардан фойдаланмаслик зарур.

ЭРҚАҚЛАР СЎЗАГИ

Сўзакнинг қўзғатувчиси гонококк бўлиб, унинг шакли кофе донига ёки ловияга ўхшайди. Микроскопда кўрилганда жуда мураккаб тузилганлигини кўрамиз. Унинг жуда нозик ипчалари микробни юктириш қобилятини оширади. Гонококк лейкоцитлар ичида жойлашади. Гонококклар кўпинча Грамм усули билан бўялади. Гонококклар кўпинча Грамм усули билан бўялади. Баъзи вақтда гонококк ўз шаклини ўзгартириб шар шаклига кириши ҳам мумкин.

Гонококклар текинхўр бўлиб, кўпинча эпителий тўқималарида ривожланади. Масалан, сийдик канали, бачадон бўйни, кўз шиллиқ пардаси, тўғри ичак, силлиқ терини шикастлантиради. Одам организмда жуда яхши яшай олади. Ташқи муҳитда эса у тезда ҳалок бўлади. Шунинг

учун ҳам сўзак жинсий алоқа вақтида бемордан соғлом одамга юкади. Баъзан у бошқа йўллар билан ҳам юкиши мумкин, масалан, яхши стерилланмаган тиббий асбоблардан, битта тувақдан, беморнинг ўрин-кўрпасидан фойдаланганда юкиши мумкин.

Сўзак билан ҳар қандай ёшда ҳам касалланиш ва бир неча марта оғриш мумкин. Унинг кечиши организмнинг қарши курашиш қобилятига ва гонококк инфекциясининг вирулентлигига боғлиқдир.

Сўзак уч хил: ўткир, ўртача ва суст кечади.

Ўткир сўзак уретрити — яширин даври ўртача 2 — 3 кун, соғлом одам бемор билан жинсий алоқа қилгандан кейин касалликнинг клиник белгилари бошланади. Бирок, инкубация даври 1—2 кундан 1—2 ҳафтагача бўлиши мумкин. Касаллик 2 ойдан кейин сурункали турга ўтади.

Ўткир сўзакнинг клиник белгилари. Беморнинг ташки сийдик чиқариш йўлидан сарғиш-йирингли суюқлик чиқа бошлайди, бемор сийганда бир оз ачишиш ва оғриқ сезади. Сийдик чиқариш тешиги атрофида кизариш ва бир оз шиш пайдо бўлади. Агар қўл билан босиб кўрилса анчагина йиринг чиқади.

Ўткир сўзак уретрити деб ташхис қўйишдан олдин йирингдан тайёрланган препарат гонококк бор-йўқлигига текшириб кўрилади, чунки бошқа сийдик йўли касалликлари ҳам сўзак касаллигига ўхшаши мумкин. Бундан ташқари, сўзак уретрити деб ташхис қўйилганда уретранинг олдинги ёки ҳам орқа, ҳам олдинги қисми шикастланганлигига аҳамият бериш керак бўлади. Бунинг учун сийдик Томсон усулида текширилади, бунга икки стакан синамаси дейилади. Бемор олдин бир стаканга, кейин иккинчисига сийдирилади. Ҳар иккала стакандаги сийдик солиштириб кўрилади. Агар биринчи стакандаги сийдикда шиллиқ йиринг кўринса у ҳолда каналнинг олдинги қисми шикастланган бўлади. Бунга олдинги ўткир сўзак уретрити деб ташхис қўямиз. Бордию, биринчи ва иккинчи стаканда ҳам сийдик лойқа бўлса, у ҳолда янги олдинги орқа ўткир сўзак уретрити деб ташхис қўямиз.

Эркаклар сўзаги баъзи беморларда умумий аломатлар билан биргаликда ўтади, чунки гонококк ўзидан заҳарли модда — экзотоксин чиқаради, бу конга сўрилиб, натижада бош оғриши, бўшашиш, иштаҳа пасайиши, асаб бузилиши мумкин. Бундай ҳолда сийганда оғриқнинг зўрайиши кузатилади. Агар касаллик вақтида аниқланмаса йиринг сийдик пуфагига (ковуққа) ўтиши ва ковуқ шиллиқ пардасини яллиғлантириши мумкин. Беморнинг ҳам сийдик канали ҳам ковуғи яллиғланганда у тез-тез

сияди. Сийдик пуфаги яллигланиши натижасида сийдик пуфаги спектри кизариб шишади, бемор сийганда қаттиқ оғрик сезади. Шундай қилиб, сўзак билан оғриган беморлар ўз вақтида даволанмаса ёки нотўғри даволанса, организмнинг қарши курашиш қобилияти камайса сўзак ўткир даврдан сурункали даврга ўтиши мумкин.

Ўрта ўткир сўзак сал сустроқ ва узоқроқ кечади. Ташки сийдик йўлидан бир оз йирингли суюқлик чиқиб туради, сийганда унча оғримайди. Беморнинг умумий ҳолати ўзгармайди. Лекин албатта беморни гонококк борлигига текшириш ташхис қўйишга ёрдам беради.

Узоқ давом этадиган ва кам белгили ўртача ўткир сўзак касаллиги бошланишданок сустлик билан бошланади, сийдик чиқариш йўлидан эрталаб сувга ўхшаш суюқлик чиқиб канал тешигини ёпиштириб қўяди. Бемор оғрик ва қичишишдан азоб чекади, ачишиш кузатилмайди. Вақти-вақти билан касаллик зўрайиб туриши мумкин. Масалан, ичкилик ичганда, жинсий алоқа қилганда, велосипед ҳайдаганда ва ҳоказо. Агар бемор ўз вақтида врачга мурожаат қилмаса, сурункали турга ўтиб кетиши ва асорат қолдириши мумкин.

Сурункали сўзак уретрити. Агар ўткир сўзакка даво қилинмаса ёки охиригача даволанмаса 2 ойдан кейин сурункали турга ўтади. Сурункали сўзакда яллиғланиш жараёни кўпинча бир жойда бўлади. Ўзгаришлар каналнинг олдинги қисмида кузатилади. Агар закар пайпаслаб қўрилса, кичик-кичик юмшоқ инфильтратлар борлиги аниқланади. Касаллик узоқ давом этса қўшувчи тўқималар янада зичланиб қаттиқ инфильтратларни юзага келтириши мумкин. Бунда инфильтратлар кўпайиб, сийдик каналлини торайтириб қўяди, натижада структура ҳосил бўлади.

Сурункали сўзак жуда сустр кечади, бемор касаллик бошланганини сезмай қолади, лекин вақти-вақти билан касаллик зўрайиб ўткир ёки ўртача сўзакнинг клиник белгилари кўриниб қолади. Бунга кўпинча ичкилик ичиш, зўриқиб жинсий алоқа қилиш ва бошқалар сабаб бўлади. Беморлар ана шундай вақтдагина сийдик чиқариш йўлидан йирингли суюқлик чиқаётганини кўрадилар ва врачга мурожат қилишга мажбур бўладилар. Бундай ҳолатни айниқса эрталаб сезиш мумкин. Баъзан бемор буни трусигига теккан сарғиш доғдан билиб қолиши мумкин. Сийдик лаборатория усулида текширилса касаллик аниқланади. Баъзан бемордан сўраб-суриштирилса сўзак аниқлансада, лаборатория текширувида кўпинча гонококк топилавермайди. Шунинг учун сийдикни

бир неча марта текшириш ёки бўлмаса экиш йўли билан касалликни аниқлаш лозим. Баъзан гонококк топишни енгиллатиш учун суюқликни эмас, балки сийдик чўкмасидаги ипчани, жинсий без суюқлигини олиб текширилади. Бундан ташқари, Борде — Жангу реакциясидан ва тери ичига юбориладиган гонококкдан тайёрланган суюқликдан фойдаланилади. Агар гонококк топилмаса сўзак деб ташхис қўйиб бўлмайди. Янги ва сурункали сўзак ҳам асорат қолдираверади. Лекин янги сўзак тўғри ва тўлиқ даволанса касалликдан асорат қолмаслиги мумкин.

Чўзилувчан ва сурункали сўзакда аҳвол бирмунча оғирроқ бўлади. Чунки гонококк атрофдаги тўқима ва ҳужайраларга кириб олиб қон ёки лимфа томирлари орқали атроф тўқималарга тарқалади.

Сўзак даволанмаганда қуйидаги асоратлар қолиши мумкин:

1) паравуретрит (ташки сийдик чиқарув канали олдидаги сохта тешикнинг яллиғланиши); 2) баланопостит (олат боши ва қалпоқчасининг яллиғланиши); 3) Купер безининг яллиғланиши; 4) эпидидимит (мояк ортиғининг яллиғланиши); 5) простатит (простата безининг яллиғланиши); 6) везикулит (уруғ пуфагининг яллиғланиши); 7) структура (сийдик чиқариш каналининг торайиб қолиши); 8) периуретрит (сийдик канали атрофидаги ҳужайра қаватларининг яллиғланиши); 9) цистит (сийдик қопининг яллиғланиши); 10) пиелит ва пиелонефрит (буйрак ва буйрак жомчасининг яллиғланиши); 11) проктит (тўғри ичакнинг гонококк туфайли яллиғланиши); 12) жинсий алоқа йўлисиз тарқаладиган асоратлардан сўзак сепсиси, эндокардит, бўғинлар ва нерв системасининг зарарланишини кузатиш мумкин.

Сўзак эпидидимити (мояк ортиғининг яллиғланиши) ҳозирги вақтда камдан-кам учрайди. Гонококк инфекцияси уруғ йўли орқали, тесқари ҳаракат тарзида сийдик каналининг орқа қисмидан мояк ортиғига ўтади. Натижада мояк ортиғи шикастланади. Касаллик ўткир кечиб, бемор қучли оғриқ сезади, гўё ёрғоғи торайгандек туюлади.

Мояк ортиғи шишиб, безиллаб туради, агар ёрғоқ ушлаб кўрилса зич инфильтрат қўлга уннайди. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, юришга қийналади. Мояк эса ўзгармаган ҳолатда қолаверади.

Икки томонлама эпидидимитда беморда азооспермия бўлади, чунки мояк ортиғининг охирида патологик ўзгаришлардан кейин қаттиқ чандик ҳосил бўлади. Бу эса ўз навбатида сперматозоидларнинг чиқишига тўсқинлик

килади. Натижада бемор фарзанд кўриш бахтидан махрум бўлади. Агар бир томонлама эпидидимит бўлса, у ҳолда фарзанд кўриш мумкин.

Ўткир сўзак простатити — гонококклар простата безининг чиқариш йўллари орқали шу безга кириши мумкин. Натижада ўткир ва сурункали простатит пайдо бўлади. Тўғри ичак орқали бармоқ билан кўрилганда простата беzi қўлга катталашгандек бўлиб туюлади. Ўткир простатитда без жуда юмшоқ, паст-баланд, баъзи соҳаси иссиқ бўлиб, майда-майда яллигланиш кузатилади. Баъзи ҳолларда простата беzi соҳасида тугунчалар борлигини сезамиз. Уларнинг катталиги нўхатдек келади, беморнинг аҳволи оғирлашади, бу вақтда сўзакнинг клиник белгиларига ўхшаш белгилар пайдо бўлади. Беморнинг ҳарорати кўтарилади, умумий дармонсизлик, сийдик тутилиши кузатилади, ҳожатга борганда оғрик пайдо бўлади. Бемор ўз вақтида даволанса, ўткир простатит тез кунда тузалиб кетади.

Сурункали сўзак простатити. Ўткир простатитга тўлиқ даво қилинмаса сурункали турга ўтиши мумкин. Кўпчилик беморларга сурункали простатит деб ташхис қўйилади. Бу касаллиқнинг клиник белгилари жуда секин намоён бўлади. Бу катарал ва фолликуляр ҳолатда кечади. Катарал сурункали простатитда простата безининг бир бўлагига ўзгариш, яъни яллигланиш бўлади. Агар простата беzi суюқлигини олиб текширсак, лейкоцитлар (ок кон таначалари) борлигини кўрамиз.

Фолликуляр сурункали простатитда простата безини пайпаслаб кўрсак тугунлар борлигини сезамиз, бунда улар каттарок ва юмшоқ бўлади, бемор дарҳол оғрик сезади.

Сурункали простатитда бемор тез-тез оз-оздан сияди, сийдик чиқариш йўлидан бир оз суюқлик чиқади, сийган вақтда бир оз ачишиш сезилади. Қасалликка дарҳол ташхис қўйиб бўлмайди. Аввал простата беzi суюқлиғи текширилади, бунда кўпинча гонококклар топилмайди, лейкоцитлар, липидлар ва бошқа ўзгаришлар бўлиши мумкин.

Сурункали простатит бошқа касалликларда ҳам кузатилиши мумкин. Масалан, сил, ўсма касалликларда, аденомаларда ва ҳоказо. Сўзакли везикулит (уруғ пуфагининг яллигланиши) ўткир ва сурункали турда кечади. Гонококк уруғ йўли орқали сийдик каналининг орқа қисмидан кириб кон ва лимфа томирлари орқали уруғ пуфагини шикастлантиради.

Ўткир везикулитда бемор бел соҳасида, тўғри ичакда ноаниқ оғрик сезади, баъзи ҳолларда беморнинг ҳарорати 39 — 40°C гача кўтарилади, умумий аҳволи оғирлашади,

жинсий алоқадан кейин оғрик пайдо бўлади. Беморнинг шахвати текширилса унда қон аралаш йиринг борлигини кўрамиз. Ташхис қўйиш бир оз қийин. Лаборатория усулида текширилса, касалликни аниқлаш мумкин.

Сурункали везикулит. Бунда уруғ халтасининг деворларида яллиғланиш бўлади, бўшлиғида эса суюқ йиринг йиғилади. Сурункали везикулит кўпинча сурункали простатитга ўхшаб кетади. Касалликни аниқлашда тўғри ичак орқали уруғ пуфаги пайпаслаб кўрилади, простата суюқлиғи текширилганда уни экиш катта аҳамиятга эга, чунки экилган суюқликда гонококк топилиши мумкин.

Сўзакли уретрит стриктураси (сийдик чиқариш йўлининг торайиб қолиши). Бу касаллик ҳозирги вақтда жуда кам учрайди, чунки сўзакни даволаш яхши йўлга қўйилган. Бу касаллик кўпинча сийдик йўлининг олдинги қисмида учрайди. Бунда сийдик йўли торайиб, сийдик чиқиши аста-секин қийинлашади, сийдик йўли узаяди, оқими эса ингичкалашади. Баъзи вақтларда ўткир сийдик тутилиши рўй беради. Беморда бош оғриши, эт увишиши, титраб-қакшаш ва ҳарорат кўтарилиши кузатилади.

Бўғин сўзаги. Гонококк инфекцияси бўғин тўқималарига, ҳужайраларига ва бўғин бўшлиғига тушиб, уларни зарарлантириши мумкин. Кўпинча битта ёки иккита бўғин шикастланади, баъзида эса кўпгина бўғинлар шикастланиши мумкин. Бўғин сўзаги бемор даволанмаганда рўй беради, кўпинча у кўп юрадиган ишда ишловчиларда учрайди.

Клиник белгилари. Одатда қўл ва оёқ бўғинларида оғрик пайдо бўлади. Бунга бўғин суюқлиғидаги гонококклар сабабчи бўлади. Гонококклар организмнинг қарши курашиш қобилятини сусайтириб юборади. Натижада полиартралгия аломатлари пайдо бўлади.

Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, ҳарорати кўтарилади, бўғинда кучли оғрик пайдо бўлгани сабабли бемор юришга қийналади. Бўғин териси қизариб шишади. Қўл теккизганда безиллаб оғрийди, шу сабабли бемор бирор нарса тегишидан ўзини эҳтиёт қилади. Агар ўз вақтида даволанмаса бўғинларда ўзгариш пайдо бўлиши, анкилоз, остеомиелит ва флегмона каби касалликлар кузатилиши мумкин. Ҳозирги вақтда бундай ўзгаришлар камдан-кам ҳолда учрайди, чунки бўғин сўзагига пенициллин билан даво қилинса, 3 — 4 кун ичида бўғиндаги оғриклар йўқолиб кетади. Шиш, қизарган жойлар 2 — 3 ҳафтада ўз ҳолига қайтади.

Тери сўзаги. Бунда йирингли тошмалар кўпинча бўғин атрофига тошади. Тошмалар септик хусусиятга эга бўлиб,

1-2 ҳафтадан кейин йўқолиб кетади, ўрнида эса пигментли доғ қолади.

Сўзак сепсиси. Бу касаллик турлича давом этади. Баъзи ҳолларда касаллик жуда оғир ўтади. Бундай ҳолларда юрак, мия пардаси, жигар ва буйрак шикастланиши мумкин. Баъзан терига тошма тошади, бўғин шишади, беморнинг ҳаёти хавф остида қолади.

Касалликнинг енгил турида беморнинг ҳарорати 38 — 39° С гача кўтарилади, эти увишади, бўғинларда оғрик бўлади ва терига тошма тошади. Касалликнинг енгил турида пенициллин билан даво қилинса бемор тез кунда тузалиб кетиши мумкин. Шундай қилиб, сўзак фақат сийдик йўлини шикастлантормасдан балки бутун организмни шикастлантирадиган юқумли касалликдир.

Сўзакни даволаш. Сўзакни даволашда асосан антибиотиклардан фойдаланилади. Баъзан организмнинг қаршилик кучини оширувчи ёрдамчи усуллардан ҳам фойдаланилади. Сўзак касали бор деб гумон қилинган беморни албатта касалхонага ётқизиб даволаш керак. Бунда албатта касалликнинг оғир-енгиллигига аҳамият берилади. Ўткир, ўртача ўткир сўзакни сиртдан даволаш мумкин эмас. Енгил турида сийдик каналини ювиш мумкин. Бунда марганцовка эритмаси, симоб, оксидианид, кумуш нитратнинг кучсиз эритмаларидан фойдаланилади. Бундан ташқари, 0,5 — 1 % ли кумуш нитрат, 2 % ли протаргол эритмаларидан фойдаланилади.

Сўзак асоратларини даволаш. Сўзакнинг асоратларидан бири эпидидимит ҳисобланади. Уни даволаш касалхона шароитида олиб борилади. Бунда ёрғок суспензор билан тортиб қўйилади. Ёрғокдаги оғрик новокаин блокадасидан кейин дарҳол камаяди. Юқори дозада пенициллин буюрилади. Инфилтратнинг тезроқ сўрилиши учун иссиқ компресс қилинади, грелка қўйилади, УВЧ, электрофорез, калий йод эритмаси ва бошқалардан фойдаланилади. Бундан ташқари, аутогемотерапия, сут билан даволаш, пирогенал буюрилади. Бу дорилар беморда оғрик ва яллиғланиш камайгандан кейин буюрилади.

Ўткир простатит ва везикулит. Бу касалликда бемор ётиши керак. Унга ҳар куни 2 — 3 маҳал микроклизма (45 — 50° ли) қилиш буюрилади. Антибиотиклар юқори дозада берилади, иложи бўлса бир нечта дори бирга юборилади. Белладонна ва анестезин таблеткалари ичишга берилади. Ўткир сийдик тутилишида катетер орқали сийдикни чиқариб олиш зарур. Кейинчалик енгил массаж ва физиотерапия муолажалари тайинланади. Бунда жуда эҳтиёт бўлиш зарур.

Сўзак стриктурасини даволшда металл буждан фойдаланилади. Шу билан бир қаторда лидаза, алоэ, шишасимон таначадан укол қилинади.

Бўгин сўзагида асосан юкори дозада пенициллин юборилади. Агар касаллик оғиррок кечса физиотерапия усулидан фойдаланилади. Унга парафин, озокерит ва даволаш физкультураси буюрилади. Бемор тузалиб чиккандан кейин 2—6 ойгача врач назоратида туради. Чунки сўзак билан бирга захм ҳам юкиши мумкин. Шунинг учун ҳар 2 ойда серологик реакцияга текшириб турилади. Беморни ҳисобдан чиқаришдан олдин бир ойда бир марта провакация йўли билан текширилади. Бунинг учун кимёвий, механик, биологик ҳамда алиментар усуллардан фойдаланилади.

ЭРКАКЛАРДАГИ НОГОНОКОКҚ УРЕТРИТЛАР

Эркаклардаги ногонококк уретритларга трихомонад, хламида, микоплазма ва вируслар, замбуруғлар, стрептококклар келтириб чиқарувчи уретритлар киради. Инфекциялардан ташқари, кимёвий моддалардан механик ва термик шикастланишлар ҳам бўлади. Ногонококк уретритлар худди сўзакка ўхшаб ўткир, ўртача ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Агар касаллик ўз вақтида даволанмаса асорат қолиши мумкин.

Уретритлар бир-бирига ўхшаш бўлганлиги сабабли беморни яхшилаб лаборатория усули билан текширгандан сўнг тўғри ташхис қўйиш мумкин.

Ҳозирги вақтда кўпроқ трихомонада, хламида ва микоплазма уретритлари учрайди.

Трихомонада уретритининг кўзғатувчиси хивчинлилар синфга кирувчи трихомониаз ҳисобланади. Касаллик манбаи бемор одам ва трихомонада ташувчилардир. Касаллик фақат жинсий йўл билан бемордан соғ одамга юқади. Камдан-кам ҳолларда бошқа йўллар билан юқади. Инкубация даври 7—10 кун. Трихомонада уретрити турлича кечади. Трихомонада ташувчилар касаллик тарқалишида катта ўрин тутадилар. Чунки бемор ўз касаллигини билмасдан бошқалар билан жинсий алоқада бўлаверади. Натижада касаллик соғлом одамга ҳам юқади.

Ташхис қўйишда лаборатория усулидан фойдаланилади. Касалликни даволашда метронидазол, флагил, трипол, тинидазоллардан фойдаланилади. Беморнинг оила аъзоларини ҳам тиббий кўрикдан ўтказиш зарур. Зарур ҳолларда улар ҳам даволанади.

Хламида уретритининг қўзғатувчиси хламида микробидир. У фақат хужайралар ичида ривожланади ва кўпаяди.

Хламидлар сийдик йўллари ва жинсий аъзоларни шикастлантиради. Жинсий йўл билан юкади. Микроб тушгандан кейин хужайраларда ўзи хўжайинлик қилади. Микроб думалок ёки овал шаклда бўлиб, 250 — 300 нм, цитоплазмасида эса нуклеотид ва рибосомалар ажралиб туради. Хламид уретритининг манзараси 1 — 3 ҳафтадан кейин намоён бўла бошлайди, яллигланиш жараёни жуда секин бошланади. Сийдик йўлидан озгина суюқлик чиқиб туради, камдан-кам ҳолда ўткир ва ўртача ўткир кўринишда бўлади. Кўпинча инфекция сийдик канали орқали бошқа жинсий безларга ўтиб, уларни ҳам шикастлантиради. Ўзининг клиник белгилари билан кўпинча Рейтер касаллигига ўхшаб кетади.

Ташхис қўйиш учун уретра суюқлиги олиб текширилади. Агар цитоплазма ҳолидаги хламидлар топилса касаллик бор деб ўйлаш керак. Бу препарат Романовский-Гимза усули билан бўялади. Қасалликни даволашда кунига 1,5 — 2 г дан 10 — 15 кун давомида хлортетрацилин, окситетрацилин берилади. Бундан ташқари, хламидга қарши эритромицин, гентамицин, рифапицин ва бошқа антибиотиклар қўлланилади. Агар касаллик сурункали турга ўтса ва асорат қолган бўлса, унда аутогемотерапия, лактотерапия усуллари билан даволанади.

4-БОБ

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ ҚАСАЛЛИКЛАРИГА ТАШХИС ҚЎЙИШ УСУЛЛАРИ

Аллергик синамалар. Бу синамалар асосан аллергия дерматитларда, касб касалликларида, дерматитли экзема ва бошқа аллергия касалликларда ишлатилади. Бу синамалар орқали организмнинг қайси кимёвий моддага сезувчанлиги ортганлигини билиб оламиз.

Синамалар 5 хил усулда қўйилади, 1) томчи синама; 2) компресс синама; 3) тери ичи синамаси; 4) терини тилиш орқали синама қўйиш; 5) камерали синама (компресс синаманинг бир тури).

Томчи синама. Синовчи кимёвий моддалар сувда ёки спиртда эритилиб, жуда кам концентрацияда тайёрланади. У пипетка билан соглом терига томизилади, бу синама одатда қориннинг ўнг томонида ёки билак юзасида

ўтказилади. Томчи томизилган жой кимёвий қалам ёки шарикли ручка билан доира шаклида ўраб қўйилади. Томчи қуригунча туриши ва икки кунгача унга сув теккизмаслик керак. Натижаси 24,48 ва 72 соатдан кейин ўкилади. Агар реакция мусбат бўлса терининг ўша жойида кизариш, бир оз шиш, баъзи ҳолларда тугунча ва пуфакчалар пайдо бўлади. Агар натижа манфий бўлса, ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди.

Компресс синама. Докани 2×2 см қилиб қирқиб олиб синаладиган эритмага намланади ва билак терисига қўйилади, устидан клеёнка парда (4×4 см) қўйиб лейкопластир билан ёпиштирилади, кейин бинт билан боғланади. Бунинг натижаси ҳам 24,48 ва 72 соатдан кейин ўкилади. Агар натижа мусбат бўлса қуйидагича таърифланади: эритема (+), эритема, шиш, тугунча (++), эритема, тугунча ва пуфакча (+++), йирик тугунча ва пуфакчалар бўлиб яллиғланиш кучли бўлса (++++) билан ифодаланади.

Тери ичи синамаси. 1 г ли шприцга ингичка нина билан 0,02 мл синовчи модда эритмасини олиб, билак юзасидаги тери ичига юборилади. Реакция натижасини 15—20 минутдан кейин ёки 1 кундан кейин кўрилса бўлади. Лекин бу синама кўпинча «алдамчи» натижа беришига қарамай аллергик дерматитда, экземада, эшакемда ва аллергик касб касалларида аҳамияти катта.

Терини тилиш орқали синама қўйганда тери аввал спирт билан артилади, кейин скарификатор билан бир оз тилинади (қон чиқмаслиги керак), тилинган жойга тайёрланган кимёвий модда теккизилади. Натижаси 10—15 минутдан кейин ўкилади. Мусбат натижа бўлса катталлиги 5—15 мм ли инфильтрат пайдо бўлади. Бу усул беморни антибиотикларни қандай кўтаришини билишда аҳамиятга эга.

Тери биопсияси баъзи тери касалликларини гистологик текширишда, айниқса ташҳис қўйишда катта аҳамиятга эга. Шунинг учун юборилган тери биопсиясига қўшиб, беморнинг клиник белгилари, морфологик ўзгаришлари ва тахминий ташҳисини батафсил ёзиб юбориш керак.

Биопсия олиш учун ишлатиладиган асбоблар скальпел, қайчи, конхотом ва хирургик ниналардан иборат. Энг яхши усул қирқиб олиб кейин пункция қилиш ва электр токи билан қирқиб олиш ҳисобланади. Биопсия олишдан олдин шикастланган тери спирт билан артилади, кепак, катқалоклардан тозаланади. Кейин биоптат 0,5 см ва

ундан каттарок қилиб олинади. Биоптат шиша идишдаги 10 % ли формалин эритмасига солинади. Уни 3—4 ойгача сақлаш мумкин. Тугун, тугунча, доғ ва дўмбоқчаар радикал равишда қирқиб олинади. Агар ўсмаси бор бемор бўлса, онкология диспансерига юбориш керак. У ерда биоптат дўмбоқча ёки тугундан олинади (тери ости ёғ қавати билан бирга). Олинган материал батафсил ёзуви билан бирга марказий тери-таносил касалликлари институтига ёки паталого-анатомия кафедрасига текширишга юборилади.

Бактериоскопик текшириш усули мохов касаллигида ташхисни аниқлаш учун қўлланади. Бунинг учун бурун шиллиқ қаватидан, тўқима суюқлигидан, лимфа тугунидан, юзаки ва чуқур нерв толасидан материал олинади ва буюм ойнасига суртилади, кейин бўялади. Бўялган бацилла ёки мохов таёқчаларининг узунлиги 4—6 мкм, эни 0,4—0,5 мкм, охири ингичкалашган ёки йўгонлашган, тўп-тўп бўлиб жойлашади, баъзи ҳолларда сигаретга ўхшаб тўдаланиб ётади. Мохов таёқчаси топилса ташхис тасдиқланган бўлади.

Боровский касаллигида микроскоп йўли билан текшириш. Материал дўмбоқчадан ёки ярадан олинади. Тошма чап бармоқ билан босилади, кейин ўткир скальпел билан юза қилиб тилинади. Кейин скальпелнинг учи билан тўқима суюқлиги олинади, буюм ойнасига суртиб Романовский — Гимза усули билан бўялади ва микроскоп остида кўрилади.

Қўтир канасини ва унинг йўлини топиш. Қўтир йўлини топиш учун 3—5 % ли йод эритмаси ёки анилин бўёғи касаллик ўчоғига суртилади, бўёқ қўтир йўлига кириб бориб узунлиги 3—5 мм ли қўтир йўлини ҳосил қилади. Қўтир канасини топиш учун қўтир йўли скальпел билан очилади ва шу ердаги тери бир оз кириб олинади.

Қириб олинган материал буюм ойнасига туширилади, унга бир томчи 10 % ли натрий ишқори томизилади ва устидан ёпқич ойнача қўйилади. Тайёрланган препарат 10—15 минутдан сўнг микроскоп остида кўрилади. Демодекс канаси ҳам шундай усул билан аниқланади. Каналарни топиш ташхисни аниқлашда катта аҳамиятга эга.

Гонококкни Грамм усули билан бўяш ва ундан материал олиш. Буюм ойнасига олинган материал спирт лампасида 1—2 минут давомида қуритилади, кейин метилвиолет ёки бошқа бўёқдан озгина қуйилади. Уни 1—2 минут сув билан ювилгач Люгол

эритмаси қуйиб 96 % ли этил спирти билан 1 минут давомида фиксация қилинади. Ундан кейин яна сув билан ювилади ва қўшимча бўёқ билан (нейтралрот) бўялади. Грамманфий гонококк пушти ёки қизил рангда бўлади. Грамммусбат гонококк эса сиёҳ рангида бўлади.

Стерилланган натрий хлорид эритмаси билан жинсий аъзолар атрофи артилади, кейин эркаклардан сийдик йўлидан, аёллардан эса жинсий аъзоларидан қирма олинади. Олинган материал (суюқлик, йиринг) буюм ойнасига суртилади, сўнгра юқоридаги айтилган усул билан бўялади ва микроскоп остида кўрилади.

Икки стакан синамаси. Синамадан олдин бемор 4—6 соат сиймаслиги керак, кейин 2 та стаканга сийдирилади. 1- стаканга 50—60 мл, 2- стаканга эса қолганини сияди. Агар биринчи стакандаги қисми лойқарок, иккинчисидagi қисми тиниқ бўлса, бунда яллиғланиш жараёни сийдик йўлининг олдинги қисмида бўлади. Бордию, иккала стакандаги сийдик лойқа бўлса, у ҳолда сийдик йўлининг ҳам олдинги, ҳам орқа қисми яллиғланган бўлади. Бу синама сийдик йўли касалликларини аниқлашда катта аҳамиятга эга.

Дермографиязм. Бу усул вегетатив нерв системасининг ҳолатини ва унинг таъсиротга жавобини билдиради. Агар бирор нарсанинг қирраси билан териға чизсак (қўқрак, қорин, орқа терисига) 10—20 секунддан кейин қизил ёки оқ чизиклар пайдо бўлади. Оқ чизик нейро-дермит касаллигига хосдир. Қизил чизик эса экземаға хос бўлиб, бунда қизил чизик 1 соат ва ундан кўпгача сақланиб туриши мумкин. Эшакемда чизик ўрнида бўртма пайдо бўлади, баъзи ҳолатларда унинг кенглиги 3 см гача бўлиши мумкин.

Қипиқли темираткидаги учлик. Бу учлик қипиқли темираткининг касаллик зўрайган ва турғунлик даврида пайдо бўлиши мумкин. Ана шу даврда тугунчани буюм ойнаси билан секин-аста тирнасак оқ тусли қипиқланиш пайдо бўлади. Бу биринчи, яъни стеарин доғ деб аталади, тирнашни давом эттирсак, пушти рангли парда, яъни қипиқли темиратки пардаси ҳосил бўлади, бу эса 2- белги ҳисобланади. Агар яна тирнашни давом эттирсак, нукта-нукта қон томчилари пайдо бўлади. Бу 3- белги бўлиб, қипиқли темираткини аниқлашда ўзига хос усул ҳисобланади.

Диаскопия. Бу усул билан ҳар хил доғларни, дўмбоқчани аниқлаш мумкин. Буюм ойнаси билан тошма юзасига босиб кўрсак, тошма йўқолиб кетади. Ойнани олсак у яна пайдо бўлади. Демак, бу доғ қон томирларнинг

кенгайиши билан боғлиқ бўлади. Геморрагик ва пигментли доғларда эса тери ранги ўзгармайди. Бу усул яна тери силини аниқлашда ёрдам беради.

Тери силининг волчанка шаклида икки белги ёки феномен мавжуд, 1- олма желеси феноменида дўмбоқча-ни буюм ойнаси билан боссак, ундаги кенгайган қон томирлардан қон қочиб, сарғиш ранг пайдо бўлади, бу олма желеси рангини эслатади. 2- зонднинг тушиб кетиш феноменида дўмбоқча жуда юмшоқ бўлади, агар дўмбоқча зонд билан босиб кўрилса, унинг ўртасида ёки юзасида чуқурча ҳосил бўлади ва у аста-секин йўқолиб кетади.

А кан то ли т и к х у ж а й р а н и т е к ш и р и ш . Тцани хужайраси. Бу усул пуфакчали тери касалларида, айниқса пуфакчали ва Дюринг касаллигини солиштиришда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Янги ёрилган пуфакча юзасига бир бўлак стерилланган резина оҳиста теккизилиб намуна олинади, кейин буюм ойнасига ўтказилади. У 1 минут давомида метил спирти билан хона ҳароратида куритилади, сўнгра Романовский-Гимза усули билан бўялади.

Акантолитик хужайраларнинг шакли думалок бўлиб, катта ядро билан қопланади, сиёҳ рангли ядро ичида майда ядрочалар ҳам бўлади. Цитоплазма сиқилган ҳолатда бўлиб, четлари аниқ кўриниб туради.

Простата бе зи ши ра си ни т е к ш и р и ш . Простата бе зи суюклиги массаж йўли билан олинади. Олинган суюклик буюм ойнасига суртилади, кейин 1 % ли метил кўки билан бўялади, сўнгра микроскоп остида кўрилади. Бунда лецитин доналари, лейкоцитлар, эпителий хужайралари нормадагидан кўп бўлади. Агар патологик ўзгариш бўлса лецитин миқдори камайиб кетади, баъзан у бўлмаслиги ҳам мумкин, микроблар ҳам топилади. Кўпинча сўзакда, трихомоноз ва ўсма касалликларида атипик хужайралар топилиши мумкин. Бу усул ташхисни аниқлашда ёрдам беради.

Қ и з и л ю г у р у к касаллигида LE-хужайрасини текшириш. Қондаги LE-хужайрани топишда икки соатлик ивитма усулидан фойдаланиш қулайроқ. Бунинг учун вена қон томиридан 10—15 мл қон олинади, уни стерилланган пробиркага солиб, 37°C ли термостатга қўйилади. Сўнгра пробирка деворларидаги ивиган қонни олиб ташлаб, центрифугада айланттирилади. Центрифугада қон уч қаватни ҳосил қилади. Юқориги зардоб қисми пипетка билан сўриб олиб ташланади, иккинчи қаватдаги оқ қон таначалари (лейкоцитлар) эҳтиёткорлик билан сўриб олинади. Бир нечта буюм ойнасига суртма суртилиб, одатдагидек бўялади ва микроскоп остида кўрилади. Агар

2—3 та LE- хужайра топилса, реакция мусбат ҳисобланади.

LE- хужайралар оқ кон таначаларининг ўзгарган шакли бўлиб, улар бир оз катталашади, ядроси четга сурилган, марказий қисми эса бўртиб чиққан бўлади ҳамда аниқ бўялади.

Кизил югурук оғир тери касаллиги ҳисобланади. Айниқса системали кизил югурук терига тошма тошиши билан оғир кечади. Қасалликнинг ана шу турида LE- хужайрасини топиш беморга ташхис қўйишга ёрдам беради.

Замбуруғ касалликларида замбуруғларни микроскопда текшириш усули.

Текшириш учун қипикдан (тангачадан), ўзгарган сочдан, пуфакча пўстлогидан, йирингдан, тирноқдан, балғамдан, нажасдан, сийдикдан, ўт қоғи суюқлигидан, тўқима суюқликларидан турли усуллар билан намуна олинади.

Силлик терининг замбуруғ (трихофития, микроспория, кал, оёқ замбуруғи, кератомикоз, кандидоз) касалликларида шикастланган жойдан кирма олинади.

Дерматомикозларда соч шикастланган бўлса, унда ўзгарган сочлардан, нуктадан эпиляция йўли билан Петри косачасига ёки соат ойнасига намуна йиғилади, кейин тирнаш орқали материал олинади.

Шиллик қават шикастланганда стерилланган шпатель, пинцет, кичик махсус қошиқча билан терини тирнаш орқали материал олинади.

Шикастланган соч, тирноқ, қипик буюм ойнасига қўйилиб, устидан 2—3 томчи 10—30 % ли ишқор (KOH ёки NaOH) эритмаси томизилади, кейин спирт лампасида қуритилади. Устига ёпқич ойна қўйиб микроскоп остида кўрилади.

Юқоридаги намуналардан замбуруғ топилса лаборатория врачлари «замбуруғ топилди» ёки «замбуруғ ипчалари топилди» деб ёзиб беради. Замбуруғларнинг тури уларни экканда маълум бўлади.

Оқиш трепонемани микроскопнинг қорасатҳида кўриш. Материал ярадан ёки эрозиядан, лимфа тугунидан олинади. Материал олишдан олдин яра физиологик эритмага ҳўлланган пахта ёки бинт билан артилади, кейин тозаланган юза пинцет ёки доқа билан бир оз қўзғатилади ва суюқлик чиқарилади. Олинган суюқлик буюм ойнасига суртилади ва унга бир томчи натрий хлориднинг изотоник эритмаси томизилади, устидан ёпқич ойна қўйилади. Кейин 1 томчи иммерсион мой томизиб микроскоп остида бўёқсиз кўрилади.

Қора сатхда кўриш учун махсус мослама — конденсор оддий микроскопга қўйилади, лампочка нурлари тўғри тушмасдан қийшик томонга йўналади, бир жойга тўпланиб ўткир бурчакда серрум томчи текширилади. Шу йўл билан жуда ҳаракатчан, спирал шаклдаги оқиш трепонема микроорганизмининг микроскопда кўриш мумкин.

Микроскопия усули билан трихомонада-ни текшириш. Трихомонадани текшириш учун эркакларда сийдик чиқариш тешигидан, аёлларда эса киннинг ён ва орқа юзасидан, сийдик йўлидан, кизларда эса кизлик пардасининг тешиги орқали қиндан намуна олинади. Намуна олишдан олдин бемор 3—4 соат ётмаслиги керак. Олинган суюқлик буюм ойнасига суртилади ва устидан ёпқич ойна ёпилади (агар олинган суюқлик қуюқ бўлса, бир-икки томчи изотоник эритма томизилади).

Суртмани шундайлигича ёки бўяб кўриш мумкин. Трихомонаданинг шакли ноксимон, хивчинлари ёрдамида ҳаракатланади. Трихомонада Грамм усулида бўялади. У кизғиш рангли бўлиб, ядроси овал шаклда, протоплазмасига қараганда тиникрок бўялган бўлади. Бўялган трихомонаданинг хивчини бўлмайди.

Беморнинг антибиотикка сезувчанлигини аниқлаш. Антибиотикларни узок муддат қўлланилиши натижасида баъзи беморларда антибиотикка сезувчанлик ошиб кетади. Натижада алергик реакция вужудга келади. Реакция енгил ва оғир бўлиши мумкин. Қўпинча эшакем, тери кичишиши, тошма тошиши ва анафилактик шок кузатилади. Буларнинг олдини олиш учун қуйидаги синамалар қилинади. Тил тагига 1 мл антибиотик томизилади (антибиотик изотоник эритма ёки дистилланган сувда эритилади, новокаинда эритилмайди, чунки новокаиннинг ўзи ҳам аллерген бўлиши мумкин). Агар антибиотик таблетка ҳолида бўлса, 1/4 қисми тил остига қўйилади, 15 минут ичида синама таблетка сўрилади, 20 минутдан кейин натижа ўқилади. Натижа мусбат бўлса оғиз шиллиқ қаватида, лабда, тилда қизариш, шиш, бўртмачалар пайдо бўлади. Натижа манфий бўлса, антибиотикни камроқ дозадан бошлаб, кейин даволаш дозасида берилади. Баъзи антибиотиклар тери ичига юбориш йўли билан аниқланади.

Пайпаслаш (пальпация). Пайпаслаш йўли билан терининг каттик-юмшоқлигини, нам-қуруқлигини, иссиқ-совуқлигини, тошмаларнинг атрофдаги терига ёпишганлигини, лимфа тугунлари ҳолатини ва бошқаларни аниқлаш мумкин. Масалан, индуратив шиш, атипик каттик ярада шиш жуда каттиқ бўлади, флюктуация, абсцессда,

гидраденитда, фурункулда бармоқ билан босилганда жуда юмшоқ бўлади. Бу ва шунга ўхшаш клиник белгилар фақат пайпаслаш йўли билан аниқланади. Сийдик каналини пайпаслаш сўзак ва бошқа сийдик йўли касалликларида ўтказилади. Бундан ташқари, уретрага металл буж қўйиш орқали ҳам касалликни аниқлаш мумкин.

Бальзер синамаси. Ранг-баранг темирлаткида унга 3—5 % ли йод эритмаси суртилса, кипиклар йодни шимиб олади, натижада суртилган жойда доғ аниқ кўриниб туради. У тўқ сарғиш тусда бўлади, чегараси аниқ. Бу ташхисни аниқлашда жуда қўл келади.

Моховда синама олиш. Никотин кислота синамаси беморнинг венасига 5 мл 1 % ли никотин кислота эритмаси юбориш орқали амалга оширилади. Орадан 2—3 минут ўтгандан кейин тери қизара бошлайди, тошмалар эса жуда қизариб кетади ва узок вақт сакланиб туради. 20—30 минут ўтгандан сўнг теридаги қизариш йўқолиб, мохов тошмаларидаги қизариш қолаверади. Бу реакция лепроматоз моховда мусбат бўлади.

Калий йод синамаси. Мохов тошмаси устига докани 20 % ли калий йоднинг сувдаги эритмасига ҳўллаб боғланади. Орадан 2—3 соат ўтгач, тошма қизаради ва ачишади. Бу синама мусбат эканлигини кўрсатади.

Гистамин синамаси. Мохов тошмаси этил спирти билан артилади. Қуригандан кейин унга 0,1 % ли гистамин эритмасидан бир томчи томизилади, сўнг у ер скальпел билан қонатмасдан тирналади. Орадан 1—2 минут ўтгач, 3—5 см келадиган эритема пайдо бўлади. Булардан ташқари, мохов касаллигида қуруқ ҳаво ваннаси, горчичник, ультрабинафша синамалардан ҳам фойдаланилади.

Мойли ёки қуюқ себореяда папирос коғози синамаси қўлланади. Касалликни аниқлаш учун шикастланган жойга папирос коғози теккизилса коғозда ёғ доғлари пайдо бўлади. Агар 1—2 соат ичида коғоз тоза ва қуруқ бўлиб қолса, бу себорея эмаслигини билдиради.

Синама даволаш. Ташхис қўйиш қийинлашганда синама даволаш ёрдам беради. Масалан, тери сили волчанкаси билан дўмбоқча захми ўртасидаги серологик реакция манфий ёки шубҳали бўлиб, клиник белгилари захмга ўхшаса, захмга қарши синама даволанади. Агар натижа манфий бўлса, демак захм касаллиги борлиги аниқланади. Агар натижа мусбат бўлса, унда тери сили волчанкасига қарши сил препаратлари қўлланади.

Уикхем тўри. Агар тугунча ёки бляшка юзасига суюқ мой суртилса (пахта ёки писта мойи) ана шу тошмалар

устида оқиш нукталар пайдо бўлади, бу гўё тўрга ўхшайди. Бу қизил ясси темиртки учун хос белги ҳисобланади. Бунга Уикхем тўри дейилади.

Пурпурдаги банка симптоми. Агар билакнинг ички юзаси ўртасига 1 минутга банка қўйилса, ўша жойда кўпгина майда-майда петехия доглари пайдо бўлади. Бу геморрагик тери касалликларида мусбат натижа беради ва ташхисни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Лекин шуни унутмаслик керакки, бу банка қўйиш усулига ҳам боғлиқ.

Жгут симптоми. Агар бемор қўлининг елка қисмига 5 минутга жгут қўйилса (пульс йўқолмаслигини кузатиб туриб) беморнинг билак бўғимида майда қон талашган жойлар пайдо бўлади. Бу белги кўпинча васкулит, захм ва экзема касалликларида мусбат бўлади.

Поспелов симптоми. Қизил ясси темирткида ташхисни аниқлаш қийин бўлса, у ҳолда тошма устига сувли иссиқ компресс қўйилади. Бунинг учун 3—4 қават қилиб букланган дока иссиқ сувга ботириб ярага ёпилади, устидан қоғоз қўйилади-да боғлаб қўйилади. Компресс 1 кундан кейин олинади. Агар ўша жойдаги тугунча қизарса, шишса ва тошма атрофида доира ҳосил бўлса, касаллик бор деб ҳисобланади. Касалликни биринчи марта А. И. Пospelов кашф этганлиги учун бу симптом шу олим номига қўйилган.

Никольский симптоми пуфакча касаллигида катта аҳамиятга эга. Бу касалликда пуфакча пўстлоғи жуда юпка бўлиб, тезда ёрилиб кетади. Пуфакча атрофидаги тери пинцет ёрдамида тортиб кўрилса эпидермиснинг шилиниши кузатилади. Бу ҳатто нормал терида ҳам кузатилади. Бундан ташқари, агар пуфаклар орасидаги тери енгилгина ишқаланса ҳам эпидермис шилиниши мумкин. Бу ҳолат бошқа пуфакчали касалликларда, масалан пўрсилдок ярада кузатилмайди. Агар пуфакча бармоқ билан босиб кўрилса, ичидаги суюқлик пуфакча атрофига тарқалади.

Сурункали ярали пиодермия ва сўгалсимон тери силини Сита усулида аниқлаш. Агар тугунча ёки яра юзасини бармоқ ёки шпатель билан босиб кўрилса атрофида томчи йиринг пайдо бўлади. Бу яра нечоғли чуқур жойлашганлигини кўрсатади. Йиринг пайдо бўлиши сурункали пиодермит ҳамда сўгалсимон тери силига ташхис қўйишга ёрдам беради.

Кебнер феномени — касалликнинг ривожланиш даври кипикли темиртки ва қизил ясси темиртки учун хосдир. Бунда тери касалланганда ёки шилинганда ўша жойда янгидан-янги тугунчалар пайдо бўлади.

Асал кўринишидаги феномен. Инфилтрат-йирингли трихофитияда касалланган жой бармоқ билан ёки шпател билан босиб кўрилса, атрофида фокус ҳолатидаги йиринг пайдо бўлади, бу томчи асалга ўхшаб кетади.

Марказдан кочувчи эритемада тасбеҳсимон феномен. Агар тошмаларни қўл билан пайпаслаб кўрсак халқа шаклидаги каттик тугунчаларни сезамиз, тугунчалар жуда майда бўлади. Бу феноменнинг аҳамияти шундаки, у марказдан кочувчи халқали эритема, халқали гранулема ва халқасимон ревматизм эритемаси (Лендорфф Лейнер)дан ажратиб олишга ёрдам беради.

Иккиламчи захмда соч тўкилиши. Агар сочни қўл билан ёки тароқ билан тарасак, у тўда-тўда бўлиб чиқади. Соч касаллик ўчоғидан узоқданми ёки унга яқин жойдан тортиладими, унинг фарқи йўқ. Бу сочининг тангали тўкилишидан фарқ қилади.

Сикоз касаллигида соч тўкилиши. Эпиляция пинцети билан шикастланган жойдаги соч юлинса, соч илдизида муфтани кўриш мумкин. У ё желатина лойқаси ёки сарғиш йиринг кўринишида бўлади.

Тангали соч тўкилишида эпиляция. Агар соч қўл билан тортилса, қўлга бир талай соч юлиниб чиқади. Бу оддий соч тўкилиши ва захм касаллигидаги соч тўкилишидан фарқ қилади.

Ядассон синамаси ёки йод синамаси. Беморга 3—5 % ли калий йод эритмасидан 1 ош қошиқдан уч маҳал берилади. Агар тошма қизарса, бўртиб чикса ва янги тошмалар пайдо бўлса, натижа мусбат деб ҳисобланади. Бу айниқса Дюринг дерматитини пуфакча касаллигидан ажратиб олишда ёрдам беради. Синама Дюринг дерматитида мусбат, пуфакчали касалликда эса манфий натижа беради.

Манту реакцияси сил касаллигида ва тери силида қўлланади. Билакнинг ички юзаси эфир билан артилади. Тери ичига 0,1 мл туберкулин (1:10 000) эритмаси юборилади. Орадан 12—15 соат ўтгандан кейин эритема ва инфилтрат пайдо бўлади, 1 кун ўтгач эса реакция кучайиб эритема ва инфилтрат катталашади. Бу реакция мусбат эканлигидан далолат беради. Реакцияни ўқиш усули Пирке реакциясида берилган.

Пирке реакцияси ҳам сил касаллигида қўлланади. Бунда ҳам билак юзаси эфир билан тозаланиб, унинг бир жойига бир томчи туберкулин синамаси, иккинчи жойига 0,25 % ли карбол кислота эритмаси томизилади. Олдин карбол кислота томизилган жой, кейин туберкулин томизилган жойни скарифкатор ёки нина билан бир оз тилинади, бунда қон чикмаслиги керак. Орадан 10—15 ми-

нут ўтгандан кейин тилинган жой пахта билан артиб олинади. Реакция натижаси орадан 24, 48 ва 72 соат ўтгандан кейин ўкилади.

Реакция натижасини баҳолаш тилинган жойда пайдо бўлган ўзгаришга қараб ўкилади (кизариш, шиш, тугунча, пуфакча ва ҳоказо). Реакция мусбат бўлса, инфильтратнинг диаметри 15 мм дан катта бўлади, бордию 10—15 мм дан кам бўлса, ўртача мусбат, 3—4 мм бўлса, шубҳали ҳисобланади. Бу реакция тери сили ташхисини аниқлай олмайди, лекин беморда сил кўзгатувчиси борлигидан далолат беради.

Реакция қўйилгандан кейин 3 хил ҳолат кузатилиши мумкин: 1) туберкулин юборилган жойда ўзгариш бўлиши; 2) умумий ҳолати ёмонлашиши яъни беморнинг ҳарорати кўтарилиши, эт увишиши, бўшашиш; 3) ўчокнинг кўзғалиши — теридаги тошмаларнинг кизариб, бўртиб қолиши, баъзи ҳолларда янги тошмалар пайдо бўлиши. Бу ташхис қўйишда қулайлик туғдиради.

Яриш — Герксгеймер — Лукашевич реакцияси ёки қайталанмиш реакцияси янги иккиламчи захмда кузатилади. Беморга 3—4 марта бензил-пенициллиндан укол қилингандан кейин реакция бошланади. Кўпчилик беморларда ҳарорат кўтарилади (38—39°C гача), доғлар теридан сал кўтарилади ва янги-янги доғлар пайдо бўлади, беморнинг боши огрийди. Бу реакция иккиламчи захм даврида янги захм билан қайталанувчи захмни бир-биридан ажратиб олишга ёрдам беради. Пенициллин таъсирида оқиш трепонемалар ҳалок бўлади, натижада қонда эндотоксин пайдо бўлади, бу эса умумий махсус иммунологик реакцияни кучайтириб юборади. Натижада реакция ҳосил бўлади.

Лимфа тугунини пункция қилиш. Бу усул захм яраси битганда ёки бемор ярага ҳар хил дорилар суртиши натижасида оқиш трепонема топилмаганда амалга оширилади. Агар қаттиқ яра жинсий аъзоларда жойлашган бўлса кўпинча чов лимфа тугуни катталашади. Буни аниқлаш учун пункция қилинади. Пункция қилиш учун олдин лимфа тугуни 5 % ли йод эритмаси билан артилади, кейин лимфа тугуни марказидан 2—5 мл ли шприцда йўғонроқ нина билан 1—1,5 см чуқурликда массаж қилинади, кейин унга 0,1—0,2 мл изотоник эритма юбориб, сўнг шприцга суюқлик тортиб олинади. Олинган тўқима суюқлиги махсус қоронгилаштирилган юзада кўрилади. Агар пункция қилиш усули тўғри бўлса, захмда 80—85 % гача оқиш трепонема топилади.

Захмдаги микрореакция. Бу реакция экспресс

ташхис қўйиш учун захм касаллигида ўтказилади. Реакция ойнача устида қон зардобига махсус тайёрланган кардиолипин антигени қўшиш орқали қўйилади, 1 мл кардиолипин антигени 1 мл изотоник эритма билан аралаштирилиб, 30 минут хона ҳароратида қолдирилади, сўнгра 15—20 минут центрифугада айлантрилади. Ажралиб чиққан зардоб пипетка ёрдамида сўриб олинади. Қолган чўкмага 3 мл 10 % ли холин хлорид эритмаси ва изотоник эритма қўшилади. Тайёрланган суспензия ҳолатидаги эритмани шиша идишга солиб, оғзини бекитиб холодильникда бир ҳафта сақлаш мумкин. Беморнинг 2—3 томчи қон зардобига 1 томчи антиген томизилади. Бу реакция махсус тайёрланган идишда ёки кичикрок пробиркада ўтказилди. Суюқлик солинган идиш 5 минут давомида силкитиб турилади, унга 1 томчи изотоник эритма томизиб, 5 минут хона ҳароратида қолдирилади. Бир оздан сўнг реакция натижаси ўқилади. Агар реакция мусбат бўлса, йирик пахтасимон чўкма ҳосил бўлади, чўкма майда бўлса, натижа ўртача мусбат ёки шубҳали деб ҳисобланади.

Пуфакча ва йиринг суюқлигини текшириш Дюринг дерматитида ва бошқа тери касалликларида катта аҳамиятга эга. Тошма юзасини спиртга ҳўлланган пахта ёки бинт билан артиб, стерилланган шприц ёрдамида суюқлик тортиб олинади, олинган суюқлик буюм ойнасига қўйилади ва микроскоп остида кўрилади. Дюринг касаллигида эозинофиллар сони 30—40 % гача бориши мумкин.

Терининг йирингли касаллигида касаллик кўзгатувчи микробнинг антибиотикка сезувчанлигини текшириш керак. Йирингли кипикли темирткида ҳам йиринг текширилади. Агар йиринг экилса ва у стерилланган ҳолатда бўлса, унинг таркибидаги микроб ўсмайди (агар текшириш тўғри бажарилса). Бу кипикли темиртки дейишга асос бўлиб, ташхис қўйиш учун ёрдам беради.

Замбуруғни экиш йўли билан ташхисни аниқлаш. Экиш усули ташхисни аниқлаш, касаллиқни таққослаш, замбуруғларни микроскопик тузилишини ўрганишда катта аҳамиятга эга. Замбуруғларни экиш ва ўстириш учун махсус Сабуро агаридан (суюқ ёки каттик ҳолатда) фойдаланилади. Каттик агар таркибида 1000 мл дистилланган сув, 10 г пептон, 40 г техник глюкоза ва 18—25 г агар бўлади. Бундан ташқари, агарни тайёрлашда яна кўпгина жараёнлар бажарилади.

Бемордан олинган намуна яхшилаб майдаланади (шикастланган соч, тангача, кипик, тирнок, яра пўстлоғи).

Экиш стерилланган шароитда, махсус жойда, яъни боксда ўтказилади. Замбуруғлар спирт лампаси ёрдамида Петри косчасига ёки пробиркадаги кийшик агарга экилади. Экиш ё нукта-нукта ёки чизиксимон шаклда бўлади. Термостатдаги инкубацион давр ипсимон замбуруғлар учун 22—28°C ва ачитқисимон замбуруғлар учун 37°C. Улар 2—3 hafta давомида ўсади. Замбуруғнинг кўриниши, диаметри, юзаси, каттик-юмшоқлиги, рангига қараб унга ном берилади.

Песга люминесцент усул билан ташхис қўйиш. Текшириш қоронғи хонада, Вуд лампаси ёрдамида адаптациядан кейин олиб борилади. Бу усул орқали эндигина бошланиб келаётган оқ доғни ҳам аниқлаш мумкин. У одатдаги ёруғликда кўринмайдиган майда доғларнинг шаклини, чегарасини яққол кўрсатади.

Қизил югурукнинг лабдаги турини люминесцент усул билан аниқлаш. Шикастланган жой (лабдаги) Вуд лампаси остида аниқ ва равшан кўринади. Гиперкератоз зонасининг чегараси эса кўкимтир рангда кўринади. Атрофияланган жойи оқиш рангда бўлади.

Микроспорияни люминесцент усул билан аниқлаш. Бу усул асосан микроспориянинг бошда учрайдиган турида қўлланади. Бунинг учун Вуд лампаси, ультрабинафша нур ёки симоб-кварц лампаларидан фойдаланса бўлади. Беморни лампа тагига қўйиб, бошига лампа нури тўғриланади. Бошнинг сочли қисмидаги шикастланган жойида кўкиш рангли нурланиш пайдо бўлади, агар трихофития бўлса, ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди. Ранг-баранг темираткида ҳам люминесцент усул қўлланилади. Агар касаллик бошда жойлашган бўлса, Вуд лампаси ёрдамида кўрилса тилла сариқ рангли, эритразмада эса қизил рангли бўлиб кўринади (агар даволанмаган бўлса).

Сўзакда провокация усули. Агар гонококк топилмаса, лекин клиник белгиси сўзакка ўхшаса беморни даволаб бўлгандан кейин қайта текшириш учун провокация усули қўлланади. Провокациядан кейин 3 кунгача гонококка текшириш ўтказилади. Қуйидаги провокациялар қўлланади:

1. *Алиментар усул*. Беморга ўткир ва тузли овқатлар буюрилади (таркибида хмели бор пиво), бу сийдик йўли орқали ўтиб уни китиклайди.

2. *Иммунобиологик усулда* 0,5 мл (500 млн микроб тана-си гоновакцина мушак ичига юборилади. Кейинги вақтларда 50—200 МПД пирогенал билан комбинация қилин-моқда.

3. *Механик усул* билан сийдик йўлига металл буж юбориш. Буж юборишдан олдин унга глицерин суртилади, сўнгра сийдик каналига киритилиб, 10 минут енгил массаж қилинади. Шу йўл билан без суюқлиги олинади.

4. *Кимёвий усул*. Бунда сийдик йўлига китикловчи кимёвий препаратлар юборилади. Кўпинча 0,25, 0,5, 1 % ли кумуш нитрат эритмасидан 3—4 мл юборилади. Эркакларга 0,5—1 % ли эритмаси ишлатилади. Орадан 1—2 кун ўтгандан кейин (уретрадан, киндан) суртма олиб текширилади. 2 % ли протарголни ҳам ишлатиш мумкин.

5. *Физиотерапия ёки термик усулдан* ҳам фойдаланилади. Диатермия усули 3 кун давомида 20—30 минутдан қабул қилинади. Муолажадан 2 соат ўтгач суртма олинади.

6. *Физиологик усул* — аёллардан ҳайз вақтида 3 кун давомида суртма олинади.

Ҳамма усуллар бир-бирига боғланган ҳолда олиб борилади. Биринчи провокация даволашдан бир ҳафта кейин қилинади. Кейинги провокация эса бир ойдан кейин ўтказилади.

Борде — Жангу реакцияси сурункали сўзакда қўлланади. Адабиётларда кўрсатилишича, 80 % ҳолда сийдик йўли яллиғланганда натижа мусбат бўлади. Бунда гонококк антигени натрий хлорнинг изотоник эритмасида эритилади, ампуладаги ёрликка қараб унинг титри белгиланади. Реакция ўтказиш учун 0,5 мл қон зардоб (1:5 нисбатда) солинган пробиркага 0,5 мл антиген қўшилади, унга яна 1,5 мл (1 мл қон системаси ва 0,5 мл комплемент) қўшилади.

Реакция натижаси мусбат бўлса, пробиркада гемолиз бўлмайди, агар натижа манфий бўлса, пробиркаларда гемолиз пайдо бўлади.

Вассерман реакцияси ўтказилганда беморнинг қон зардобида захм реагенти ва антителаси топилади. Реагентлар кардиолипин антигени билан боғланиш хусусиятига эга. Махсус антиген оқиш трепонемага қарши махсус антиген билан боғланади. Бу боғланишга яна комплемент реакция ҳам қўшилади. Бунга индикатор қилиб гемолитик система олинади (қўйнинг оқ қон таначаси — гемолитик зардоб).

Реакция бориши учун зарур реагентлар:

а) натрий хлорнинг изотоник эритмаси;

б) оқиш трепонема (холодильникда сақланади) ва кардиамин антигени (хона ҳароратида сақланади).

в) комплемент — махсус тайёрланган қон зардоб (ҳайвонлардан олинади), у ҳам холодильникда сақланади,

агар 4 % ли борат кислота ёки 5 % ли натрий сульфат эритмасида консервация қилинган бўлса, икки ойгача ишлатиш мумкин.

г) гемолизин — қуённинг гемолитик қон зардоби қўйнинг оқ қон таначалари билан иммунлашган, ҳар хил нисбатда тайёрланади ($+4^{\circ}\text{C}$ ли холодильникда сақланади).

д) қўйнинг оқ қон таначалари стерилланган шиша идишга солинади, унга думалок шарча солиб 15 минут давомида чайқатилади. Агар глюкоза, борат кислота ва изотоник эритма билан консерва қилинса холодильникда 5 кунгача туриши мумкин.

Энди реакция қўйишга киришамиз. Дастлаб беморнинг билак венасидан 5—10 мл қон олинади ва унинг зардоби ажратилади. Бемор 3—4 кун наркотик моддалар, спиртли ичимлик ичмаслиги керак. Кейин антиген ёрлиғида кўрсатилгандек қилиб суюлтирилади. Ундан кейин гемолитик система тайёрланади. Гемолитик зардоб эритмасини қўйнинг оқ қон таначаларига қўшиб термостатда 30 минут сақланади. Қуруқ комплемент изотоник эритма 1:10, нормал инактивланган одам зардоби 1:5 тайёрланиб 30 та пробиркага солинади ва штативга жойланади. 3 қаторга 10 тадан қилиб жойланган пробиркаларнинг 2- қаторига антиген, 3- қаторига эса изотоник эритма солинади. Ҳаммаси бўлиб 1,25 мл ҳажмга эга бўлган реактив пробиркага солиниб термостатга қўйилади, кейин 0,5 мл гемолитик суюқлик солиниб чайқатилади ва яна 45 минут термостатга қўйилади.

Тажриба натижаси қуйидагича ўқилади, ўта мусбат (++++), мусбат (+++), мусбатга яқин (++) , мусбат+манфий(+) ва манфий (—).

Вассерман реакциясининг захмга ташҳис қўйишда аҳамияти жуда катта. Захмнинг бирламчи даврида 100 % иккиламчи даврида 98—100 %, учламчи даврида 88—85 % мусбат натижа олиш мумкин.

Ҳомиладорлардан 2 марта Вассерман реакциясига қон олинади. Чунки ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида захм трепонемаси топилса, уни даволаб боланинг соғлом туғилишига эришиш мумкин.

Закс — Витебск реакцияси захм касаллигида қўлланади. Беморнинг қон зардоби билан антиген аралашмасидан чўкма ҳосил бўлади.

Реакциянинг бориши: 2 мл изотоник эритмага натрий хлорнинг 1 мл цитохол антигени қўшилиб, 15 минут хона ҳароратида қолдирилади. Пробиркада пахтасимон чўкма ҳосил бўлганидан кейин пробиркаларга 0,2 мл инактивлан-

ган зардоб ва 0,1 мл антиген эмульсияси қўшилади, кейин 3 минут чайкатади. 30 минут тинч ҳолатда қолдирилади. Ҳар бир пробиркага 1 мл дан изотоник эритма қўшилади. Натижа пробиркадаги чўкманинг хусусиятига қараб ўқилади. Мусбат натижа 4+, 3+, 2+ ва +, манфий натижа (—) деб ифодаланади. Вассерман реакциясига қараганда 8,8—99,9 % мусбат натижа олинади. Лекин тез ва осон бажариладиган реакция ҳисобланади.

Кан реакцияси ёки чўкма реакция. Бу реакция ҳам захм касаллигида қўлланади. Бу реакция преципитация феномени асосида олиб борилади. Бунинг учун беморнинг қон зардоби ва ҳайвон юрагидан тайёрланган липид олинади. Тайёрланган маҳсулот соғлом одамнинг қон зардоби билан контрол сифатида қўйилади. Кан реакцияси кўпинча носпецифик натижа беради, шунинг учун бу реакция камдан-кам қўлланади. Уни фақат беморлар (сероконтрол) даволаиб бўлгандан кейин синама текширишда қўллаш мумкин.

Оқиш трепонемани иммобилизация қилиш реакцияси. Беморнинг зардобидан захм антигени топиладиганда ва комплемент ҳаракатсизлантирилганда оқиш трепонема ёрдамидаги реакция.

Бирламчи захмда манфий, иккиламчи захмда 92—96 %, учламчи захмда 92—100 %, нерв системаси захмида ва туғма захмида 86—89 % ҳолда натижа мусбат бўлади.

Демак, бу реакцияга сезувчанлик жуда ортиқ, айниқса захмнинг кечки даврида бу яққол сезилади. Лекин шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, саркоидда, диабет, хавфли ўсма, вирусли гепатит, жигар циррози, безгак, моховда натижа мусбат бўлиши мумкин.

Беморнинг венасидан 8—10 мл қон олинади. Реакция Вассерман реакциясидаги каби ўтказилади. Қон зардоби 30 минут давомида 56°C ли сув ҳаммомида инактивлаштирилади.

Антиген тайёрлаш учун оқиш трепонема қуёнга юктирилиб, қуён тухумидан олинган захм трепонемаси изотоник эритмага қўшилади.

РИБТ реакцияси 0,2 % ли (желатина эритмасидан 1,2 мл, 5 % ли албумин эритмасидан 2,8 мл, оқиш трепонема қўшилмасидан 1,6 мл, рН — 7,2 микдорда олинади. Ана шу эритмага 0,15 мл комплемент солинади. Кейин параллел ҳолда 2 та пробиркага фаол тажриба ва ноактив контрол комплемент қўйилади.

Меленжер белгисига қадар 1- зардоб қуйилади, 2- комплемент (коктейл) стерилланган резина копоқ билан беркитилади.

Меленжерга номер қўйилиб, 35°C ҳароратдаги термостатга 18—20 соат қўйиб қўйилади. Суюқликни термостатдан олиб бошқа пробиркага солинади. Кейин буюм ойнасига 2 томчи томзилади, чап томонга тажриба, ўнг томонга контрол, ёпувчи ойнача қўйиб коронғи сатҳда микроскоп остида кўрилади. Олдин контрол натижа ўқилади. Оқиш трепонеманинг ҳаракатчан ва ҳаракатсиз эканлиги процентларда аниқланади. Қуйидаги формуладан фойдаланилади.

$$\frac{X - A - B}{A} \cdot 100.$$

A — ҳаракатчан оқиш трепонемалар сони, B — ҳаракатсиз оқиш трепонемалар сони.

Масалан,

$$\frac{24 - 19}{24} \cdot 100 = 21 \%$$

РИБТ натижаси қуйидагича баҳоланади: 20 % дан кам бўлса манфий (—); 21—30 % гача шубҳали, 31—50 % ўртача мусбат, 50 % дан юқориси мусбат натижа ҳисобланади.

Иммунофлюоресценция реакцияси. Бу реакцияни бажаришда махсус иммерсион системали люминесцент микроскоп ДРШ — 250 дан фойдаланилади. Реакция нурланиш асосида олиб борилади, бунда текширилаётган препарат кўкиш-бинафша рангда нурланиб туради.

Биринчи босқичда реакцияга қўшимча равишда оқиш трепонеманинг кон зардоб билан комплекс антиген-антителаси ҳосил бўлади. Иккинчи босқичда эса майдаланган флюорохром иммун зардоб билан комплекс антитело ҳосил бўлади. Тажриба қуйидаги усулда олиб борилади. Бемордан олинган 5 мл кон тоза қуруқ пробиркага солинади. 56°C ли термостатда 30 минут сақланади. Кейин қуёндан олинган (оқиш трепонема) антиген буюм ойнасига суртилади. Бунинг учун буюм ойнасининг бир томонига катталиги 1 см ли қалам билан доира чизилади. Ана шу доиранинг орқа томонидан қўшилма оқиш трепонеманинг бутун юзасига суртилади. Кейин 10 минут давомида қуритилади, сўнгра ацетон билан фиксация қилиниб, номерланади ва текширилиувчи зардоб тайёрланади. Турли усулда суюлтириш мақсадида беморнинг кон зардобини 3 қаторли пробиркага солинади. 1- пробиркага ҳеч нарса қўшилмайди, 2- пробиркага 0,45 мл изотоник эритма, 3- пробиркага 0,95 мл изотоник

эритма томизилади. Кейин ҳар бир пробиркадан кейингисига 3 томчидан зардоб олиб 2- қатордаги пробиркага солинади ва яхшилаб аралаштирилади, натижада 2- қатордаги пробиркада 1:10 нисбатдаги зардоб ҳосил бўлади. 2- қатордаги пробиркадан 1 томчи зардоб олиб 3- қатордаги пробиркага соламиз, натижада 1:200 нисбатда эритма ҳосил бўлади.

Буюм ойнасидаги курук антигенга зардобнинг 1:10 ва 1:200 қилиб суюлтирилган препаратидан 1 томчи томизилади ва камерага 30 минут қўйиб қўйилади (бу биринчи фаза дейилади). Кейин буюм термостатдан олинади ва 2 марта изотоник эритма билан ювилади. У яна 10 минут изотоник эритмага солинади ва олиб қуригилади. Ойнадаги буюмга қуригилган 1 томчи флюоресценцияланган зардоб томизиб яна 30 минут нам камерага қўйилади. Яна 2 марта изотоник эритма билан ювилади (бу иккинчи фаза дейилади).

Тайёрланган препаратга 1 томчи буферланган глицерин томизилади ва ёпқич ойнача устидан 1 томчи иммерсион, люминесцентланмаган мой томизиб, микроскоп остида кўрилади. Реакция қуйидагича ўқилади: агар оқиш трепонема қора сатҳда сарғиш-қўқ бўлса (++++), бир оз ҳирарок бўлса (+++), бордию, оқиш трепонема жуда кам нурланишли бўлса (++) , нурланиш бўлмаса (—), яъни манфий реакция дейилади. 4+, 3+, 2+ мусбат бўлиб, ҳар хил даражадалигини кўрсатади.

КАМ УЧРАЙДИГАН ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ИХТИОЗ

Бу касаллик халқ тилида балиқ пўсти касаллиги деб ҳам юритилади. Чунки терида пайдо бўлган тангачалар балиқ тангачаларига ўхшаб кетади. Касаллик асосан наслдан наслга ўтади. Баъзи беморларда ихтиоз тез-тез қайталаниб туради, баъзиларда эса анчадан кейин қайталанади. Аммо беморнинг териси доимо курук бўлиб юзаки тангачалар билан қопланиб туради. Касалликнинг бундай давом этишига ёғ ва тер безлари фаолиятининг бузилиши сабаб бўлади.

Касаллик кўпинча қиш фаслида тез-тез қайталаниб туради, ёзда эса бемор ўзини анча яхши сезади. Теридаги тангачалар анча камайиб боради.

Клиник белгиларига кўра ихтиоз 3 турга бўлинади.

Енгил турдаги ихтиоз. Бунда тери куруқшайди, юзаси майда-майда қипик билан қопланади. Агар шикастланган

жой кўл билан чизилса кипик устида узун оқ рангли чизик пайдо бўлади. Бундан ташқари, кўлнинг букулувчи қисмида, думба соҳаси атрофида майда-майда кулранг тугунчалар пайдо бўлади.

Оғир турдаги ихтиоз. Бунда тери мугузланади. Мугузланиш кўл ва оёқ терисида, кўпроқ соч фолликуласида учрайди, кейинчалик йирик-йирик тангачага айланади. Ана шу туфайли ҳам касалликка ихтиоз деб ном берилган.

Касалликнинг *учинчи турида* тери илон пўстига ўхшаб қолади. Бунда мугузланиш кучли бўлади. Тангачалар терига жуда каттиқ ёпишиб туради, орасида ёрилганга ўхшаш йўллар кўринади. Мугузланган тери тери сатҳидан 5—10 мм кўтарилиб туради. Ихтиознинг келиб чиқиш сабаби номаълум, лекин баъзи олимларнинг фикрича бу касаллик вегетатив асаб тизими неврози, витамин А етишмаслиги туфайли келиб чиқар экан.

Давоси. Асосан витамин А буюрилади, 3—4 ҳафта давомида кунига 3 маҳал 5—10 томчидан қандга томизиб ичилади. Орадан 25—30 кун ўтгандан кейин даво яна давом эттирилади. Терига 2 % ли салицилат кислота малҳами кунига 2 маҳал суртилади. Ҳафтада 2 марта илик ванна қабул қилиш беморга анча ёрдам беради.

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Дерматомиозит ўткир ва сурункали давом этади. Бу ҳам тери касалликлари орасида камроқ учрайди. Касаллик жуда оғир кечади. Кўпинча 40—50 ёшдаги аёлларда учрайди.

Касаллик кўпинча ангина, отит, грипп, ревматизм, аллергик касалликлар, асаб системаси фаолияти бузилиши натижасида келиб чиқади.

Касаллик тўсатдан бошланади. Бунда кўл, оёқ оғрийди, бемор ҳолсизланади, бош айланиши, тахикардия, ҳарорат кўтарилиши, терлаш, баъзида эса қайт қилиш кузатилади. Тошмалар дастлаб кўз атрофида (эритема кўзойнак шаклида бўлади), кейинчалик эса лаб, ёноқ атрофларида пайдо бўлади. Беморнинг мимикаси пасайиб кетади. Шикастланган жойларда эритеманинг ранги олдин қизғиш-кўкимтир, кейин эса қизғиш тусга киради. Теридagi тошмалар тарқалиб кетади, эритема, тугунча, пуфакчалар пайдо бўлади, улар кўпинча геморрагик тус олади. Касаллик тузалиб ва қайталаниб туради. Дерматомиозит асосан мушак системасини шикастлайди ва мушакларнинг бўшашиб кетишига олиб келади. Кейин эса мушаклар

қаттиклашиб боради. Беморнинг ҳарорати кўтарилади (40°C), юрак мушаклари шикастланиши натижасида миокардит вужудга келиши, кейин эса қон айланиш системаси бузилиши мумкин. Бу касаллик кўпинча полиневрит, камқонлик, лимфоцитоз, ошқозон-ичак касалликлари, гипотония келиб чиқишига сабаб бўлади, бемор озиб кетади. Натижада бемор ҳолсизланиб ёмон аҳволга тушиб қолади.

Давоси. Гормон препаратларидан преднизолон, дексаметазон, полкортолон (агар хавфли ўсма бўлмаса) ва бошқа гормонлар билан бир қаторда антибиотиклар ҳам буюрилади. Пенициллин, ампициллиннинг юқори дозаси укол қилишга ёки ичишга буюрилади. Витаминлардан А, Е, С, В₁₂, В₆ тайинланади. Юқорида келтирилган доридармонлардан ташқари юрак фаолиятини яхшилайдиган кокарбоксилаза, тестостерон-пропионат препаратлари буюрилади.

Терини юмшатиш учун Унна кремнинг синаflan ёки целестодерм билан 1:3 нисбатда тайёрлангани кунига 2 маҳал буюрилади. Бордию терининг шикастланган жойида йирингчалар бўлса, у ҳолда эритромицин ёки тетрациклин малҳамларидан фойдаланилади.

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
Тери-таносил касалликлари ҳақида қисқача маълумот	4
1- б о б. Тери анатомияси, гистологияси ва физиологияси	7
Терининг гистологик тузилиши	7
Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва лабнинг тузилиши	14
Тил, лаб, милк ва лунжнинг тузилиши	16
Оғиз бўшлиғи	17
Касаллиқни текшириш усуллари	35
Тери касалликларининг сабабчилари	36
Тери касалликларини даволаш	40
Физикавий даволаш усуллари	47
Тери-таносил касалликларининг олдини олиш чоралари	48
Тери-таносил касалликларида деонтологиянинг аҳамияти	52
2- б о б. Тери касалликлари	54
Қипикли темиртки	54
Қизил ясси темиртки	57
Терининг йирингли касалликлари	58
Терининг йирингли касалликларини даволаш	64
Терининг йирингли касалликларини олдини олиш	66
Қўтир	68
Битлаш	70
Терининг замбуруг касалликлари	71
Оёқ-панжанинг замбуруг касаллиги	74
Трихофития, микроспория, фавус ва чуқур замбуруг касаллик- лари	79
Трихофития	79
Микроспория	84
Қал	85
Силлиқ теридаги қал касаллиги	87
Тирноқдаги қал касаллиги	87
Чуқур замбуруг касалликлари	89
Терининг яллигланиши	91
Дерматитлар	91
Токсикодермия	93
Экзема	94
Касб касалликлари	98
Қимёвий моддалар таъсирида келиб чиқадиган терининг касб касалликлари	99
Инфекция ва паразитлар қақирувчи касб касалликлари	101
Қичима касалликлари	106
Нейродерматитлар	107
Эшакем	109
Қизил югурук	110
Склеродермия	112

Терининг пуфакчали касалликлари	115
Дюринг дерматити	119
Вирусли тери касалликлари	121
Аллергик васкулит	124
Қўп шаклли экссудатив эритема	126
Пушти темирлатки	127
Терининг ўсма касалликлари	128
Себорея (қазғоқ)	135
Ҳуснбузар	137
Соч тўкилиши	138
Тери сили	140
Емон жароҳат (Боровский касаллиги)	147
Мохов	150
Пес	153
3- б о б. Таносил касалликлари	157
Таносил касалликлари бор беморни текшириш усули	157
Иккиламчи захм	162
Захмда соч тўкилиши	166
Захмнинг учламчи даври	167
Учламчи дўмбоқчали захм	167
Учламчи гумма ярали захм	168
Туғма захм	170
Таносил касалликларининг олдини олиш чоралари	177
Эркаклар сўзаги	178
Эркаклардаги ногонококк уретритлар	185
4- б о б. Тери ва таносил касалликларига ташхис қўйиш усул- лари	186
Кам учрайдиган тери касалликлари	203

Уқув нашри

КАРИМОВ АБДУВАСИК МИРНИЕЗОВИЧ, тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
МИРАХМЕДОВ УСМОН МИРАХМЕДОВИЧ, тиббиёт фанлари доктори, профессор

ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси, Навоий кўчаси, 30.

Учебное издание

КАРИМОВ АБДУВАСИК МИРНИЕЗОВИЧ, кандидат медицинских наук, доцент,
МИРАХМЕДОВ УСМОН МИРАХМЕДОВИЧ, доктор медицинских наук, профессор.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Тахририят мудри *Б. Мансуров*
Мухаррир *М. Кодирова*
Бадий мухаррир *Э. Волиев*
Техник мухаррир *В. Мешерякова*
Мусаххих *С. Абдунабиева*

ИБ № 2146

Босмахонага 21.09.94 да берилди. Босишга 13.02.95 да рухсат этилди. Бичими 84×108¹/32.
Газета коғози. Офсет босма. Адабий гарнитураси. Шартли босма табок 10,92. Шартли бўёқ-
литтиси 11,13. Нашр. босма табок 11,95. 21—92 ракамли шартнома. Жами 15000 нусха.
5369-ракамли буюртма. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитаси, Тошкент матбаа комбинатининг ижара
корхонаси. Тошкент, Навоий кўчаси, 30.