

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

**BOLALAR TERISINING
ALLERGIK, PROLIFERATIV KASALLIKLAR
KLINIKASI VA PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARI**

O‘quv qo‘llanma

(Dermatovenerologiya, bolalar dermatovenerologiyasi fanidan)

Bilim soxasi 900000 – Sog‘liqni saqlash va ijtimoyi ta’minot

Ta’lim sohasi: 910000 – Sog‘liqni saqlash

Ta’lim yo‘nalishi: 60910300 – Pediatriya ishi

Toshkent-2025

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**BOLALAR TERISINING
ALLERGIK, PROLIFERATIV KASALLIKLAR
KLINIKASI VA PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARI**

O‘quv qo‘llanma

Toshkent – 2025-yil

Muallif:

N. B. Bababekova - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Dermatovenerologiya, bolalar dermatovenerologiyasi kafedrası dotsenti.

Taqrizchilar:

1.Q.N.Xaitov- tibbiyot fanlari doktori, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Dermatovenerologiya, bolalar dermatovenerologiyasi kafedrası mudiri, professor.

2. G.D. Klebleeva Tibbiyot fanlari nomzodi, SDTU Dermatovenerologiya kafedrası mudiri, dotsent,

SO‘Z BOSHI

So‘nggi yillarda bolalar teri kasalliklari orasida terining allergik va proliferativ kasalliklarini uchrash holati ortib bormoqda. Buning sabablari birinchidan atrof muhit sharoitining inson organizmiga salbiy ta’sir etishi bilan bog‘liq bo‘lsa, ikkinchi tomondan turli xil dori vositalarini uzoq vaqt davomida pala partish qabul qilinishi deb baholanishi mumkin. Natijada bolalar organizmi immun tizimini kurashish qobiliyatini susayishi, kasallikni yuzaga kelishi va rivojlanishi uchun qulay shart - sharoitlar tug‘diradi. Ma’lumki, bolalar organizmi o‘ziga xos anatomo - fiziologik xususiyatlariga ega bo‘lganligi sababli ularda terining allergik va proliferativ kasalliklari o‘ziga xos ko‘rinishlarda kechishi kuzatiladi.

Bundan tashqari terining allergik va proliferativ kasalliklari orasida ma’lum bir xillari faqat bolalardagina uchraydi. Bolalar terisining o‘ziga xos xususiyatlari mavjud bo‘lib, bunday holatni albatta ularda kechayotgan kasalliklarga tashxis qo‘yish, davolash choralarini belgilash hamda oldini olish va profilaktik tadbirlarni belgilashda inobatga olish muximdir. O‘quv qo‘llanmada bolalarda uchraydigan terining allergik va proliferativ kasalliklari tasnifi, etiologiyasi, patogenezini, klinik belgilari, diagnostik-patomorfologiyasi va davolash xamda profilaktik chora tadbirlarni o‘ziga xos ko‘rinishlarda kechish holatlari ham yoritib berilgan. O‘quv qo‘llanma o‘quvchilarga tushunarli bo‘lishligi uchun kasalliklarni klinik ko‘rinishlari rangli sur’atlarda tasvirlangan. O‘quv qo‘llanmada o‘qish natijasida olingan bilimlarni sinab ko‘rish va mustahkamlash maqsadida mavzular bo‘yicha test-savollari va vaziyatli masalalar tavsiya etilgan. Ushbu o‘quv qo‘llanmada turli toifadagi shifokor-mutaxassislarini bolalarda uchraydigan terining allergik va proliferativ kasalliklarini o‘z vaqtida aniqlash, ularga erta tashxis qo‘yish, hamda davo choralarini tadbir etish borasida katta yordam beradi.

Muallif

TERINING ALLERGIK KASALLIKLARI

Dermatitlar

Terining epidermis va derma qavatlarining o'tkir yallig'lanishi dermatit, deb ataladi. Dermatitlar tashqi tasirlar natijasida ya'ni mexanik, fizik, kimyoviy va biologik omillar natijasida vujudga kelib, tashqi va ichki manbalarning salbiy ta'siri hisobiga rivojlanadi. Dermatitning o'ziga xos belgilaridan biri, unga ta'sir qiluvchi omil to'xtashi bilan teridagi yallig'lanish belgilari tuzalib, undan nom-nishon qolmaydi; ayni vaqtda bu omillar qaytadan ta'sir etsa kasallik yanada qo'ziydi. Agar oddiy dermatitlarning hosil bo'lishiga tashqi manbalar sabab bo'lsa, allergik dermatitlarning shakllanishida esa ichki manbalarning ham ahamiyati katta bo'ladi. Ichki manbalar sifatida qo'shimcha surunkali kasalliklari ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari (gastrit, disbakterioz enterokolit va boshqalar) allergik dermatitlarning rivojlanishini tezlashtirib yuboradi. Mazkur kasalliklarga hali duchor bo'lmagan bemorlarda, ayniqsa, yosh bolalarda ichaklardagi so'rilish jarayonining susayishi muhim patogenetik rol o'ynaydi. Shuningdek, asab tizimi va ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi, modda almashinuvidagi o'zgarishlar va immunologik buzilishlar ham ma'lum ahamiyat kasb etadi.

Dermatitlar rivojlanishiga qarab shartli va shartsiz shakllari tafovut etiladi, bular shartsiz oddiy (artifitsial) kontakt va shartli dermatitlar esa allergik dermatit hisoblanadi. Shartli dermatitlar – allergik dermatitlar kontakt allergik va toksikodermiyalardan iborat bo'lib, ularning bunday ko'rinishda tafovut etilishi amaliyotda katta ahamiyat kasb etadi.

Oddiy (artifitsial) dermatitlarda keltirib chiqaruvchi omillar tabiatiga ko'ra fizik, kimyoviy, biologik va mexanik ta'sirotlar faqatgina tashqi omillar ta'sir etgan joydagina kuzatiladi.

Fizik omillar- yuqori va past temperaturaning ta'sirida tananing kuyishi, sovuq olishi, quyosh, rentgen, radiaktiv nurlari hisobiga rivojlanadi.

Mexanik omillar- terida mexanik ta'sirlar bosim, zarba, qisilishlar hisobiga shikastlanish keltirib chiqaradi.

Kimyoviy- omillar kislota, ishqor, tuzlar va kimyoviy moddalar. Bular ko'pincha kasbga aloqador va turmushda uchraydigan dermatitlarga sabab bo'ladi.

Biologik omillar – ba'zi o'simliklar ta'sirida, chivin, hasharotlar chaqishi va boshqalar hisobiga kelib chiqadi. Shartsiz ta'sirlar natijasida rivojlangan dermatitda yallig'lanish jarayoni ta'sir qiluvchi omil bevosita tekkan joylarda rivojlanadi. Teridagi patologik jarayonning ko'rinarli darajada kechishi va uni davomiyligi ta'sir etayotgan omilning kuchi va ta'sir etish vaqtiga bog'liq bo'ladi. Ta'sir etayotgan omil ta'siri cheklansa jarayon kechishi orqaga qaytadi. Yallig'lanishga sabab bo'lgan omillarning ta'sir darajasiga qarab zararlangan soha terisida qizarish va shish paydo bo'lishi (eritematoz dermatit) yoki teri qizargan joyda pufakcha va pufaklar yuzaga kelishi mumkin (bullyoz dermatit). Shuningdek, yallig'lanish jarayoni yara paydo bo'lishi va terining nobud bo'lishi (nekroz) bilan kechishi ham mumkin (nekrotik dermatit). Boshqacha qilib aytganda, oddiy dermatitda yallig'lanish jarayoni odatda o'tkir o'tadi. Biroq yosh bolalarda oddiy dermatitlar kiyim-kechak va poyabzallarning, past va yuqori haroratning uzoq vaqt davomida ta'sir etishi natijasida ham shakllanadi. Bunday oddiy dermatitlar odatda surunkali kechadi. Surunkali davom etadigan oddiy dermatitlarda ham terining qizarishi, shishishi va suvlanishi, pufakcha, pufak, shilinish va eroziya kabi belgilar paydo bo'ladi. Aniq yig'ilgan anamnez, teriga ta'sir etgan omillarni aniqlash hamda klinik ko'rinishlarga asoslangan holda oddiy dermatitni allergik surunkali dermatitlardan ajratish mumkin.



Allergik dermatit – bu organizmning ma'lum bir allergen ta'siriga nisbatan bo'lgan yuqori sezuvchanligi tarzida namoyon bo'ladi, ular shartli yoki allergik dermatitlar deb ataladi. Bu vaqtda allergen teri sohasining cheklangan sohasiga ta'sir etsa ham butun organizmning sezuvchanligi holati oshishi kuzatiladi. Natijada jarayon nafaqat allergen ta'sir etgan teri sohasida, balki undan uzoqda bo'lgan teri sohaslarida ham davom etadi. Allergik jarayonning ko'rinarli bo'lishi allergenni ta'sir etish vaqtiga va uning kuchiga bog'liq bo'lmaydi. Bunday dermatitlarning klinik belgilari asl polimorfizm bilan ta'riflanadi, yallig'lanish jarayoni yallig'langan dog' (eritema), tugunchalar, pufakchalar va suvlangan sohalarda shakllanishi bilan o'tadi. Terining yallig'lanishiga sabab bo'lgan omilning turiga qarab toshmalarining turi va tabiati turlicha bo'lishi mumkin. Masalan, ovqat mahsulotlarining sensibilizatsiyasi natijasida shakllangan allergik dermatitlarda ko'pincha pushti rangli eritemalar va pufakchalar paydo bo'lsa, dorivor moddalardan paydo bo'lgan allergik dermatitlarda esa yirik-yirik pufaklar va gemorragik dog'lar ko'p kuzatiladi. Umuman olganda allergik dermatitlarning ikki turi tafovut etiladi: kontakt allergik dermatitlar va toksik allergik dermatitlar.

Kontakt allergik dermatitlar allergenlarning teriga bevosita ta'sir etishi natijasida yuzaga chiqadi. Bunda terining sezuvchanligini oshiruvchi moddalar bevosita terining allergik yallig'lanishiga olib keladi. Allergik kontakt dermatitda toshgan toshmalarining gavyada joylashishi va shakli muhim ahamiyatga ega. Masalan, uzunasiga joylashgan toshmalar ko'pincha o'simliklar bilan kontaktda bo'lganda kuzatiladi, toshmalarining yuz, qo'l, badanning ochiq, ya'ni quyosh nuri bevosita tushib turadigan sohalarda joylashishi esa quyoshli dermatit (fotodermatit) dan dalolat beradi.

Kontakt allergik dermatitning klinik manzarasi o'tkir ekzemaga juda o'xshaydi, lekin o'ziga xos belgilari bilan farq qiladi:

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

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

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

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

5. Dermatit faqat dastlabki allergenning qaysi sohaga ta’siri natijasida vujudga keladi (residivlashadi). Ekzema esa boshqa nospetsifik allergenlar ta’sirida ham qaytalanishi mumkin.



Oddiy va allergik kontakt dermatitni taqqoslash tashxisoti

		Oddiy kontakt dermatit	Allergik kontakt dermatit
1.Kasallikga olib keluvchi omil		Shartsiz	Shartli
2.Monovalent sensibilizatsiya		-	Bo‘ladi
3.O‘choq chegarasi		Aniq chegaralangan	Allergen ta’sir qilgan sohadan tashqarisida ham toshmalar

		bo'ladi ya'ni chegarasi noaniq.
4.Ta'sir qiluvchi omil to'xtatilgandan so'ng	Jarayon orqaga qaytadi	Jarayon davom etadi.
5.Toshma elementlari	Yallig'langan dog'lar-eritemalar	Eritema,tugunchalar, pufakchalar, qavarchiqlar
6.Sub'ektiv	Achishish,og'riq	Qichishish, achishish

Toksik allergik dermatitlar allergenlarning bemor organizmiga nafas olish va hazm yo'llari orqali ta'siri natijasida, shuningdek, turli-tuman kimyoviy moddalarni tomir ichiga va mushak orasiga yuborish oqibatida shakllanadi. Toksik-allergik dermatitlar toksikodermiyalar, deb ham ataladi.

Toksikodermiya - bu teridan turli yo'llar orqali kirgan allergen moddalariga nisbatan organizmning nafaqat yuqori sezuvchanlik (sensibilizatsiya) holati, balki zaharlanish (intoksikatsiya) holati bilan namoyon bo'lishidir. Ko'pincha bunday manzara dori vositalariga nisbatan organizmning javob reaksiyasi jarayoni natijasida vujudga keladi. Klinik jihatidan toksikodermiya kasalligi eritema, tugunchali yoki tugunchali-pufakchali hamda pufakli toshmalar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ko'pincha bunday toshmalarning nafaqat teri sohalariga, balki shilliq qavatlarga ham tarqalishi kuzatiladi. Ayrim hollarda toksikodermiyalar qanday dori vositalarining zaharli ta'siridan so'ng paydo bo'lganligini aniqlash mumkin. Masalan: yod va brom dori vositalari ta'siridan so'ng teri sohalarida ularga xos bo'lgan husunbuzarsimon toshmalar tarzida, o'simtalar yoki tugunlar tarzida namoyon bo'ladi, sulfanilamid dori vositalaridan so'ng esa jarayon to'qqizil, qo'ng'irsimon chegaralangan o'choqlar tarzida namoyon bo'ladi. Toksikodermiya kasalligining o'ziga xos bo'lgan klinik shakllaridan biri Layellaning toksiko-allergik pufakli epidermal nekrolizi hisoblanadi. Kasallik birdan teri va shilliq qavatlarda katta hajmdagi, to'qqizil yallig'langan o'choqlarning paydo bo'lishi hamda ular asosida esa pufakli toshmalarning kuzatilishi bilan boshlanadi.

Pufakli toshmalarni yorilishi po'sti tez ko'chadigan eroziyalarning hosil bo'lishiga olib keladi, ularning sathi ho'llanib turuvchan bo'lib, Nikolskiy belgisi

musbat ko‘rinishda bo‘ladi. Bemorlarning umumiy ahvoli og‘ir bo‘ladi, ularda holsizlik, badan qaqshashi, darmonsizlik, ishtahaning pasayishi, tana haroratlaring septik 39°-40° darajagacha ko‘tarilishi, yurak va buyrak faoliyatlarining buzilishi kabilar kuzatiladi.

Dori - darmonlar ta’sirida vujudga keladigan dermatitlar va toksikodermiyalar, keyingi 10 yil mobaynida dori-darmonlar tufayli vujudga keladigan (medikamentoz) dermatitlar tez-tez uchraydigan bo‘lib qoldi. Buning asosiy sabablaridan biri davolash amaliyotida antibiotiklar va sulfanilamidlarning nihoyatda ko‘payib ketganligidir. Allergik dermatitlar tarqoq yoki chegaralangan shaklda bo‘ladi (maxkamlangan yoki fiksatsiyali). Dermatolog tajribasida antibiotiklar ta’sirida kelib chiqadigan dermatitlar tez-tez uchraydi, ba’zan ularni kasbga oid dermatitlarga ham kiritish mumkin. Chunki bunday dermatit tibbiyot hamshiralari, shifokorlar, farm zavodlari hamda dorixona xizmatchilarida ko‘p uchraydi. Penitsillin, streptomitsin, tetrasiklin va boshqa antibiotiklar kuchli allergen xususiyatiga ega. Antibiotikli kontakt dermatit toshmali asosan yuz, bo‘yinda va qo‘l sohalarida joylashadi, uning klinik ko‘rinishi ekzemaga o‘xshash namoyon bo‘ladi. Antibiotiklar keltirib chiqargan toksikodermiya toshmali ko‘pincha bo‘rtmalar tarzida ifodalanadi va kuchli qichishish bilan kechadi. Ba’zan tarqalgan ekzemasimon tugunchali-pufakchali toshmalar toshadi, ayrim hollarda eritrodermiya yoki eksfoliativ dermatit kuzatiladi. Adabiyotlarda yozilishicha antibiotikli dermatit og‘ir kechganida xatto o‘limga olib kelishi mumkin.

Sulfanilamid dorilarni tez - tez va uzoq vaqt qabul qilish sulfanilamidli toksikodermiyaga sabab bo‘ladi. Dermatitning bu xili klinik ko‘rinishi jihatidan og‘iz shilliq pardasi va terida uchraydigan ko‘p shaklli ekssudativ eritemani eslatadi. Bunda avval bitta, keyin esa bir necha dog‘lar hosil bo‘ladi. Dog‘lar yumaloq, har xil kattalikda, pushti, ko‘k yoki ko‘kimtir-qo‘ng‘ir rangda bo‘ladi. Ba’zan og‘iz yoki jinsiy a’zolar shilliq pardasida joylashgan dog‘lar ustida mayda yoki katta pemfigoidli pufakchalar paydo bo‘lishi mumkin; pufaklar til va tishga tegib tezda yoriladi, shu bois ba’zan shifokor uni ko‘rmay qolishi ham mumkin. Yorilgan pufakchalar o‘rnida eroziyalar hosil bo‘lib, bemorni qattiq bezovta qiladi,

og'riydi, bemor og'ziga ovqat olishdan bezillaydi. Bunday eroziyalar pemfigus va ko'p shaklli ekssudativ eritemada uchraydigan eroziyalarga o'xshash bo'lib, ularni bir-biridan ajratish qiyin . Teridagi toshmalar qichishish yoki achishish bilan kechadi va ko'pincha toshmalar o'rnida dog'lar (pigmentatsiyalar) qoladi. Sulfanilamid dorilar takror qabul qilinganda, toshmalar avvalgi o'rnida paydo bo'ladi, lekin bu toshmalarning kattaligi dastlabkisidan ajralib turadi. Yuqorida keltirilgan toksikodermiyaning klinik ko'rinishi novokain, simob, salvarsan va boshqa dorilar qabul qilinganida ham kuzatilishi mumkin.



Qiyosiy tashxis

1.Ko'p shaklli ekssudativ eritema: -markaziy botiq, halqasimon toshmalar -markaziy qochma rivojlanish,yallig'langan dog'lar yoki papulalar -oyoq va qo'l sohalarida maxalliy-lashadi -kuzda va qishda qaytalaydi	Toksikolermiya: -botiqsiz dog'lar -ko'shib ketadi(og'ir hollarda) markazdan qochma rivojlanmaydi -hamma yerda maxalliy-lashadi -mavsumga qarab qaytalamaydi
2.Qizamiq:	-kasallikni boshlanishi va zo'rikishi dori

-kasallikning boshlanishi dori yoki allergik ovqat qabul qilish bilan bog‘liq bo‘lmaydi -mayda to‘q qizil dog‘li toshmalardan tashkil topadi -quloq orqasidan boshlab toshadi va uchinchi kuni yuz, ko‘krak teri sir- tini va shilliq pardalarini qamrab oladi -kasallikni to‘rtinchi kunidan keyin esa toshmalar rangi xiralashib qoramtir tus oladi -shilliq pardalarda Belskiy- Filatov-Ko‘plik dog‘lari (mayda ok, qizil hoshiya bilan o‘ralgan dog‘lar) kuzatiladi	yoki allergik ovqat maxsulotlarini qabul qilish bilan bog‘liq bo‘ladi -rangi och qizil yoki pushti, yasmik donidan go‘dak mushtigacha kattalikda bo‘ladi -terining istalgan joyidan boshla- nishi mumkin ammo ko‘pincha yuz va oyok – qo‘llar terisidan boshlanadi -toshmalarning qaytishi sensibi- lizatsiya darajasiga va allergen- ning bartarf etishiga bog‘liq bo‘ladi -shilliq pardada markazga qarab xiralashmagan qizil dog‘lar bo‘lishi mumkin
3.Zaxmni rozeoloz toshmalari: -ko‘chib tushmaydi -qo‘shilmaydi va qichimaydi -serologik jarayonlar musbat ko‘ri- nishda bo‘ladi	-ko‘chib tushishi mumkin -qattiq qichishi mumkin -serologik jarayonlar manfiy ko‘rinishda bo‘ladi

Patomorfologiyasi. Terining epidermis qismida akantolizis jarayoni kuzatilib, tikanaksimon qavatning desmasomalar orasida qo‘prikchalarni lizisga uchrashi xujayralararo bog‘liqlikni buzadi.

Davosi. Birinchi navbatda toksikodermiyani yuzaga keltiruvchi ta’sirotni bartaraf etish va uning organizmga surilishini tuxtatishdan iborat. Buning uchun surgi, siydik xaydovchi dorilar, kup suyuksdik ichirish tavsiya etiladi. Nospesifik desensibilizatsiya o‘tkaziladi (kalsiy xlorid, natriy tiosulfat), antigistamin dorilar,

reopoliglkjin va boshka dorilar kullaniladi. Kasallik og'irroq kechganida, shuningdek toksikodermiyaning tarqalgan turlarida steroidli gormonlarni (ichish, muskul yoki venaga yuborish) qo'llash maqsadga muvofik. Mahalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi. Kimyoviy moddalar ta'sirida paydo bo'ladigan dermatitlar. Xozir kimyoviy moddalar soni ortib borishi bilan ular keltirib chiqaradigan dermatitlar xam tez-tez uchraydigan bo'lib qoldi. Ba'zi kimyoviy moddalar (mineral kislotalar, o'tkir ishqorlar, raketa yokilg'ilari) ning dermatitga sabab bo'lishi aniqlangan. Bunday moddalar obligat qitiqulovchilar deb ataladi. Ular terida yuza yoki chuqur nekroz hosil qilishi mumkin. Bunday yaralar asosan chandiq, hosil qilib tuzaladi. Ayrim kimyoviy moddalar fakat ma'lum bir kishilarda sensibilizatsiya holatini vujudga keltirib dermatitga sabab bo'ladi. Dermatitning bu turi fakultativ «qitiklovchi moddalar (skipidar, lak, shakllin, nikel, sintetik yuvuvchi vositalar) ta'sirida namoyon bo'ladi va klinik ko'rinishi allergik kontakt dermatitdan deyarli fark, kilmaydi.

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

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

O'simliklar ta'sirida vujudga keladigan dermatitlar. Hozir dermatitlarga sabab bo'ladigan 100 dan ortiq o'simlik turlari ma'lum. Ularni odam organizmiga ta'sir etishiga qarab obligat va fakultativ qitiqulovchilarga ajratiladi. Ko'pincha o'simlik ta'siridan so'ng terida eritema yoki pufakchalar hosil bo'ladi. Dermatologlarning kuzatishicha asosan daryo va qo'l yokalarida o'sadigan o'simliklar ta'sirida paydo bo'ladigan dermatitlar ko'p uchraydi. O'simlik ta'siridan 24 — 48 soat o'tgach,

terida yo‘l-yo‘l yoki dog‘li eritema va asta-sekin pufakchalar xam paydo bo‘lishi mumkin, oradan 5 — 6 kun o‘tgach, toshmalar o‘rnida pigmentatsiya kuzatiladi. Ko‘pchilik hollarda dermatitga o‘simlik xlorofill yoki efir moyi sabab bo‘lishi mumkin.

Asosan mahalliy davo kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi, pufaklarni yorish hamda anilin buyoqlari surtish lozim. Kasallik og‘ir kechganda antigistamin va giposensibilizatsiyalovchi preparatlar tavsiya etiladi.

Oddiy dermatitlarni davolashda dastlab yallig‘lanishga sabab bo‘lgan omilning ta‘sirini to‘xtatish lozim. So‘ngra yallig‘lanishga qarshi tashqi mahalliy davo choralari qo‘llaniladi. Bunda yallig‘lanish belgilari hisobga olinishi zarur (pufaklarni ochib yallig‘lanish suyuqligini chiqarib yuborish), bakteritsid eritmalar (kaliy permanganat, rivanol) bilan yuvish lozim, keyin esa rux, ixtiol va shunga o‘xshash boshqa antiseptik malhamlar surtiladi. Terining suvchiragan sohalari kumush nitrat yoki tanin eritmaları bilan namlanadi, o‘choqlarga steroid malhamlari qo‘llaniladi.

Allergik dermatitlarni davolashda ham sensibilizatsiyaga sabab bo‘lgan allergenni aniqlab, uni bartaraf etish davolashdagi birinchi talab hisoblanadi. Chuqur intoksikatsiya holati bilan kechayotgan toksidermiyalarda oshqozon va ichak a‘zolarini yuvish, siydik haydovchi moddalarni qo‘llash muhim ahamiyatga ega. Shundan so‘ng sezuvchanlikni susaytiradigan va yallig‘lanishga qarshi dori-darmonlar, jumladan, antigistamin moddalari (dimedrol, tavegil, zaditen), kalsiy preparatlari (kalsiy xlorid, kalsiy glyukonat) va vitaminlar (askorbin kislota, rutin) qo‘llaniladi. Mahalliy davolashda kortikosteroid malhamlari (prednizolon, ftorokort, lorinden va hokazo) yaxshi naf beradi. Allergik dermatitlarning og‘ir formalarida esa glyukokortikoid dori vositalari tavsiya etiladi. Ko‘rinarli og‘ir intoksiya holati kuzatilganda esa gemotransfuziya qilinadi, plazma yoki qon preparatlari quyilishi tavsiya etiladi. Ikkilamchi piogen infeksiyalari qo‘shilganda esa antibiotiklar qo‘llaniladi.

Toksikodermiya bilan xastalangan bemor bolalarni davolash choralari kasalxona sharoitida, alohida intensiv palatalarda, individual holda olib borilishi

lozim. Bemor bolalarga glyukokortikoid gormon dori vositalari (prednizalon, urbazon, polkartalon, deksametazon) 1 kg tana og'irligiga 0,001 dan 0,003 mg miqdorida (prednozalondori vositasiga nisbatan) belgilanadi, odatda dori vositasi mushak orasiga yoki vena qon tomiri ichiga yuboriladi.

Agarda jarayon tarqoq ko'rinishda, ichki parenximatoz a'zolarining zararlanishi va og'riq bilan kechadigan bo'lsa, unday holatlarda narkotik analgetiklar (promedol, omnopon) tavsiya etiladi, dori vositalari bolalarning har bir yoshiga nisbatan 1 mg dan olgan holda qo'llaniladi. Ikkilamchi infeksiyalar bilan asoratlanish hamda sepsis holatlarini oldini olish maqsadida bemorlarga keng qamrovli antibiotiklar (eritromitsin, oleandomitsin, linkomitsin, kefzol, seporin, sefazolin, siprolet, sispers) yoki yarimsintetik penitsillin dori vositalari (metasiklin, oksatsillin, ampioks) tavsiya etiladi.

Bundan tashqari bemor bolalarga gemodez, 5 %li glyukoza eritmasi, gamma-globulin, askorbin kislota, piridoksin, pantotenat kalsiy, riboflavin mononukleotid, antigistamin, yurak, anabolik dori vositalari qo'llaniladi. Kasallikni og'ir darajadagi kechadigan holatlarida esa vena ichiga tomchilab elektrolitlar (Ringer eritmasi, glyukoza eritmasi), albumin, proteaz ingibitorlari (qontrikal, trasilol, salol) quyiladi. Bemorlarga qon yoki qon zardoblarini quyish, ko'p suyuqliq ichish, oqsilga boy suyuq ovqatlarni iste'mol qilish tavsiya etiladi. Mahalliy davo choralari o'choqlardagi pufakli toshmalarni yorish, keyinchalik ularni anilin bo'yoqlari bilan ishlov berish hamda gormonal malhamlarni (prednezalon, gidrokortizon, flyusinar, ftorokort, lakakorten, advantan, dermovayt, lakatop) qo'llash bilan olib boriladi. Shilliq qavatlardagi o'choqlarni bura dori vositasining glitsin bilan aralashmasi, 1 %li pioktinin eritmasi bilan ishlov beriladi.

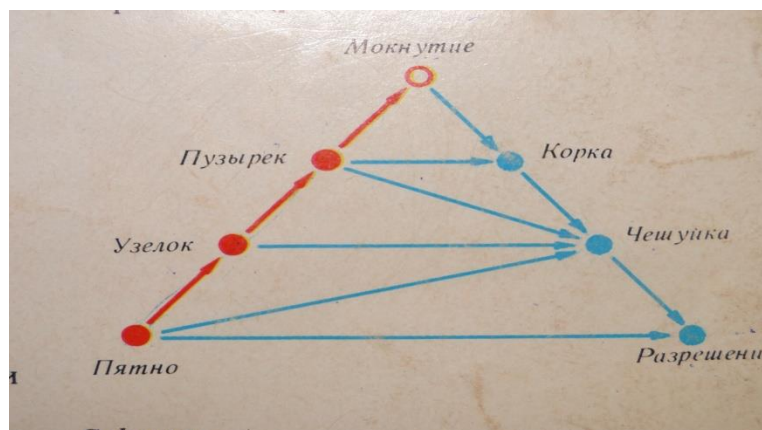
Ko'z shilliq qavatlari zararlanganda esa gidrokortizon tomchisi qo'llash tavsiya etiladi.

Ekzema

Ekzema kasalligi – terining allergik kasalligi bo‘lib, boshlanishi o‘tkir, keyinchalik esa surunkali-qaytalama kechadigan toshma elementlari polimorfizm ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Ekzema so‘zi yunoncha «eszeo» so‘zidan olingan bo‘lib, «qaynash», degan ma‘noni anglatadi. Kasallikning kelib chiqishida asab, endokrin tizimlari, modda almashinuvi va immun mexanizmlar faoliyatining buzilishi hamda kasallikka nisbatan bo‘lgan irsiy moyillik kabi omillarning bo‘lishi muhim ahamiyat kasb etadi. Ekzema jarayoni yuqorida qayd etilgan etiologik omillar natijasida hamda ekzogen faktorlar ta’sirida rivojlanadi. Ekzogen ta’surotlar sifatida kasallikning vujudga kelishida kimyoviy, fizik, mexanik, biologik, bakterial, kosmetologik omillar ham asosiy o‘rin tutadi. Ekzema kasalligi boshida organizmni allergik sezuvchanligi (reaktivligi) monovalent ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, keyinchalik esa organizmning turli tasirlar va allergenlarga nisbatan sezuvchanlik holati orta borishi qayd etiladi, boshqacha qilib aytganda polivalent ko‘rinishidagi sezuvchanlik holati yuzaga keladi. Ba’zan kasallik periferik nerv sistemasi jarohatlanganidan so‘ng boshlanadi. Ekzema bilan og‘rigan bemorlarning ko‘pchiligida markaziy nerv sistemasida turli o‘zgarishlar va kasalliklar aniqlanadi. Bemorlar terisida asetilxolin moddasining ko‘payib ketishi ekzema patogenezida nerv sistemasining muhim ahamiyatga ega ekanligini yana bir bor isbotlaydi. Ekzemaning kelib chiqishida me‘da-ichak a‘zolari faoliyati buzilishining ham salmog‘i bor. Bemorlarning jigarida ham moddalar almashinuvi buzilganligi, uning antitoksik funksiyasi pasayganligi, me‘da shirasining kislotalik darajasi pastligi gastrit, kolit, xolesistit kasalliklarining tez-tez uchrab turishi aniqlanadi. Shunday qilib, ekzema kasalligi asosida allergik jarayonning asta-sekin rivojlanib borish holati yotadi, bunday holat esa o‘z-o‘zidan kasallikning tabiatini, uning kechishi belgilab beradi. Ekzema kasalligi kechishi ko‘p hollarda yil fasllariga bog‘liq ko‘rinishda kechadi, masalan, xaqiqiy ekzema kasalligi bahor oylarida qo‘zg‘alsa, uning mikroblari esa kuz oylarida qo‘zg‘aydi.

Bolalarda ekzema kasalligining vujudga kelishi va shakllanishida yuqorida keltirilgan omillardan tashqari kasallikka bo'lgan irsiy moyillik holati ham katta o'rin tutadi. Bundan tashqari homila davri, tug'ilish jarayonining patologik ko'rinishlarida, tug'ruqning asoratli kechishi, erta ko'krakdan ajratish, qo'shimcha ovqatlarning erta berilishi, gijja infeksiyalari, turli ko'rinishda bo'lgan o'choqli infeksiyalarning mavjudligi bolalarda allergik jarayonning avvaliga o'tkir, keyinchalik esa sekin-asta rivojlanishi asosida ekzema kasalligi toshmalarining namoyon bo'lishiga va kasallikning shakllanishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Ekzema kasalligining tabiatini tushunish uchun albatta, ekzema jarayonining kechish bosqichlarini tafovut etish lozim. Ekzema kasalligi rivojida quyidagi bosqichlar kuzatiladi: eritemali - tugunchali - pufakchali- yiringchali - suvlanish - qatqaloqli - qipiqli - tiklanish bosqichlari. Yuqorida sanalgan bosqichlarning navbatma-navbat o'tishi shart emas. Kasallikning turiga va davo choralariga bog'liq holda u yoki bu bosqichlar kuzatilmaslari ham mumkin.



Patomorfologiyasi. Epidermisning tikansimon qavatida spongioz kuzatiladi, keyinchalik u tikansimon qavat xujayralarini bir-biridan ajratib bo'shliqlar xosil qiladi. Muguz qavatida parakeratoz kuzatiladi. Dermaning so'rgich qavatidagi qon tomirlar kengaygan bo'lib, atrofida limfotsit, gistiotsitlardan tuzilgan infiltrat vujudga keladi. Kasallikning surunkali davrida tikansimon qavat qalinlashadi va akantoz, ba'zan kuchsiz spongioz kuzatiladi.

Ekzema kasalligining yagona qabul qilingan klassifikatsiyasi yo'q. Ekzema o'zining patogenetik xususiyati, etiologiya omillari va asosan klinik ko'rinishiga qarab quyidagi turlarga bo'linadi: chin, mikrobli, kasbga oid, seboreyali ekzema va

bolalar ekzemi. Klinik kechishiga ko'ra o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali ekzemalar tafovut qilinadi.

Chin ekzema kasalligi go'daklarda hayotlarining 3-6 oyliklaridan boshlanadi, patologik jarayon yuz teri sohasi, yonoqlarda asosan simmetrik holatda joylashadi. Toshmalar polimorfizmi, ya'ni qizarish, mayda tugunchalar, pufakchalar, yiringchalar, tangachalar, po'stloqchalar paydo bo'lishi va teri shishi bilan ifodalanadi. O'choqlarda to'qqizil rangli eritema, uning asosida esa serozli tugunchalar, pufakchalar kuzatiladi, ular esa o'z navbatida tezda yorilishga va kasallikka xos bo'lgan eroziyalarning hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Bunday ko'rinishda bo'lgan o'zgarishlar «seroz quduqlari» deb nomlanadi. Jarayonni kechishida burun-lab uchburchagi sohasida kasallik belgilari kuzatilmaydi. Keyinchalik bunday serozli o'choqlar bir-biri bilan qo'shilishib, katta hajmdagi ho'llanib turuvchi o'choqlarni hosil qiladi, ular sathi qobig'lar bilan qoplanib turadi. Keyinchalik jarayon tana teri sohalariga, dumba, qo'l va oyoqlarga tarqalishi mumkin. Jarayon qichishish, bezovtalanish, uyqusizlik, ishtahaning buzilishi hamda umumiy ahvolning o'zgarishi bilan kechadi.

Yuqorida keltirilgan alomatlar o'tkir chin ekzemaga xos bo'lib, toshmalar asosan yuz, qo'l, oyoq, terisi va badanning boshqa joylarida bo'ladi va qattiq qichishish, ba'zan achishish xamda qizib ketgandek bo'lib tuyulishi bilan davom etadi. O'rtacha o'tkir ekzema klinik ko'rinishi jihatidan o'tkir ekzemaning yengilroq hili bo'lib, bilinar-bilinmas teri shishishi, qizarishi, shuningdek o'tkir toshmalar toshishining to'xtashi va qichishishning sezilarli darajada kamayishi bilan ifodalanadi. Ba'zan ekzemaning klinik ko'rinishiga qarab o'tkir yoki o'rtacha o'tkir ekanligini aniqlash ancha mushkul. Bunda kasallikning davom etishiga qarab shartli ravishda yuqoridagi turlarga ajratiladi. Ekzemaning 6 haftagacha bo'lgan davri o'tkir va bundan keyingisi o'rtacha o'tkir xisoblanadi.

Surunkali ekzemaga klinik va gistologik jihatdan yallig'lanish infiltratsiyasi xos, shu sababli zararlangan joy terisi zichlashib, qalinlashadi. Infiltratsiyali, elastiklik xususiyati kam bo'lgan terida oqish, sarg'ish-jigarrang yoki qizg'imtir po'stloqlarni, ba'zan tuguncha va pufakchalarni uchratish mumkin. Ma'lum bir noqulay omillar

ta'sirida surunkali ekzemaning zo'rayishi ko'riladi; bunda terining qizargan joyi ko'payib, shish va toshmalar paydo buladi.

Allergik kontakt dermatit va ekzemani taqqoslash tashxisoti

	All. Kont. Dermatit	Ekzema
1.Kechishi	o'tkir	surunkali
2.Teriga ta'sir ko'satish natijasida rivojlanadi	ekzogen omillar	ekzo va endogen omillar
3.Joylashadi	ta'sirot bo'lgan sohada	terini barcha yuzalarida
4. Zararlanish	to'liq o'choqni	to'liq emas, orasida sog'lom teri yuzasi bilan
5. Polimorfizm	kamroq	kuchli rivojlangan
6. Suvlanish va «seroz quduqchalari»	aniq belgisi emas	asosiy simptomlaridan
7. Bullez toshmalar	ko'pincha	-
8. Kechishi	tezda qisqa muddatda	uzoq muddat qaytalanish tarzida
9. ekzogen omil yo'qotilgandan so'ng yo'qoladi	doim	doim emas
10. Sensibilizatsiya	monovalent	polivalent
11.Allergik reaktivlik	unchalik emas	kuzatiladi

Seboreyali ekzema kasalligi o'choqlari tananing yuqori qismida, ko'pincha boshning sochli qismi, quloq suprasi va uning atrofida, yuz terisi, ko'krak va yelka sohalarida joylashadi. Kasallangan o'choqlarda dumaloq oval ko'rinishida bo'lgan, sathi

pushti qizil-sariq rangli qazg'oq va qipiqlardan iborat o'choqlar kuzatiladi. Boshning sochli sohalarida joylashgan o'choqlarda kuchli qazg'oqlanish, qipiqdanish kuzatilib, quloq suprasi va orti sohalarida va burmalarda seroz-yiringli ekssudatsiyadan iborat yorilishlar kuzatiladi. Bemorlarni ko'pincha qichishish bezovta qiladi, jarayon yarim o'tkir ko'rinishda kechadi.



Mikrobli ekzema chin ekzema kasalligidan kelib chiqish sababi, kechishi hamda klinik ko'rinishi bilan farqlanadi. Bunda ko'proq, yuzaki piodermiya ikkilamchi yallig'lanib, ekzemaga aylanadi. Shuning uchun xam klinik ko'rinishi ekzema va piodermiyaga xos alomatlar borligi bilan ta'riflanadi. Kasallikni yuzaga kelishida stafilokokkli, streptokokkli, patogen zamburug'lar alohida o'rin tutadi. Ushbu mikroorganizmlar va ularning toksinlariga nisbatan bemor organizmi teri orqali mahalliy javob reaksiyasini beradi va kasallik belgilari namoyon bo'ladi. Kasallik belgilari dastlab, yiringli toshmalar sifatida paydo bo'lib, keyinchalik uning yallig'lanishi natijasida o'rnida mikrobli ekzema kasalligiga xos bo'lgan kasallik o'chog'i shakllanadi. Kasallikning patologik o'choqlari asosan assimetrik ko'rinishda bo'lib, asosan boldir, qo'l kafti orti teri sohalarida joylashadi. O'choqlar aniq chegarali ko'rinishda bo'lib, atrof teri sohalariga kengayishga moyil bo'ladi, o'choqlar sohasida qizarish, tugunchali, pufakchali, yiringchali toshmalar kuzatiladi, ular sathi serozli-yiringli ekssudat va qatqaloqlardan iborat bo'ladi. Kasallik yarim o'tkir ko'rinishda kechadi. Mikrobli ekzemaning paratravmatik va varikoz hillari bor. Ularning paydo bo'lishiga mexanik (gipsni noto'g'ri bog'lash), kimyoviy (yaralarni

zo‘riqtiruvchi dorilar bilan davolash) va biologik (infeksiyalar) omillar xam sabab bo‘lishi mumkin.



Disgidrotik ekzema qo‘l va oyoq kaftida mayda no‘xotdek qattiq pufakchalar hosil bo‘lishi bilan kechadi. Teri salgina qizarib pufakchalar yoriladi va o‘rnida shilingan iz qoldiradi, ular usti sarg‘ish po‘stloqchalar bilan qoplanadi, ba’zida pufakchalar yorilmasdan ichidagi suyuqligi bilan qotib qolish xollari xam kuzatiladi. Kasallangan soha atrofidagi dog‘ teridan keskin ajralib turadi.

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

Qiyosiy tashxis

1. Psoriaz: -o‘choqlarning tana va oyoq teri soha- larida tugunchalar holida kuzatilishi	Seboreyali ekzema: -kasallik o‘choqlari boshning sochli qismida, yuzda.tanada. ko‘krak
--	--

-qichishmaydi -teridagi jarayon yallig‘lanish kuch- siz teri ko‘chishi bilan kechadi -toshmalar rangi qizil-pushti rangda	sohasida kuraklar o‘rtasida mahalliydashadi -qichish holati kuzatiladi -teridagi jarayon yallig‘lanish, kuchli teri ko‘chishi bilan kechadi
2.Jibbarni pushti rang temiratkisi: -onalik pilakchasi mavjud -yuzga, boshning sochli qismiga, qo‘l panjalari va tovonga toshmaydi -langer chiziqlari bo‘ylab toshmalar kuzatiladi -tangachalar mayda chiziqsimon bo‘ladi	Seboreyali ekzema: -onalik pilakchasi bo‘lmaydi -yuzga, boshning sochli qismiga toshadi -langer chiziqlari bo‘ylab toshmalar kuzatilmaydi -tangachalar yog‘li bo‘ladi

Patomorfologiyasi. Terinig epidermis qavatida spangioz oqibatida mayda pufakchalar hosil bo‘lishi kuzatiladi. Derma qavatida qon-tomirlarning kengayishi va tomir atrofida limfoid infiltratsiyasi.

Davosi. Ekzema kasalligini davolash jarayonini o‘tqazishda dastlab kasallikka olib keluvchi omillarni chetlash, bemorlarga qulay shart-sharoit yaratish hamda to‘g‘ri ovqatlanishni tashkillashtirish lozim. Bemorlarni ovqatlanish jarayonida sitrus mahsulotlari, tuxum, baliq, asal, shokolod, qo‘ziqorin va go‘shtli mahsulotlarni iste’mol qilishlari taqiqlanadi. Bolalarda kasallikni davolashdan oldin ularga alimentar davo belgilanadi, sut mahsulotlari o‘rniga ularni o‘rnini bosadigan sutli-o‘simliklardan iborat ovqat mahsulotlari tavsiya etiladi. Bemor bolalarga beriladigan suyuqlik, tuz va uglevodlar miqdori 20 %gacha kamaytiriladi, chunki ushbu mahsulotlar to‘qimalarda suyuqlikni to‘planishiga, natijada esa yallig‘lanish jarayonining kuchayishiga sababchi bo‘ladi.

Ekzema kasalligi bilan xastalangan bemor bolalarni kompleks davolash jarayoni dastlab ularga tinchlantiruvchi dori vositalarini tavsiya etish bilan olib boriladi. Bu borada brom preparatlari valeriana, chereda, do'ana damlamalari, trankvilizator va neyroleptik (amizil, tazepam, nazepam, andaksan, meproamat) dori vositalari tavsiya etiladi.

Bemor bolalar organizmida kalsiy mikroelementi miqdorining kamayib ketishi, ularda qon tomirlar o'tkazuvchanlik holatining oshib ketishi kompleks dovolashda giposensibilizatsiyalovchi ta'sir kuchiga ega bo'lgan kalsiy dori vositalarini tavsiya etishga olib keladi. Ushbu dori vositalari ayniqsa, ekzema kasalligining suvlanish bosqichida ko'p foyda beradi. Shuni ta'kidlash lozimki, kalsiy preparatlarini simpatikotoniya, oq dermografizm, qabziyatga moyillik bo'lgan holatlarda berib bo'lmaydi. Giposensibilizatsiyalovchi dori vositalaridan glyukonat kalsiy, laktat, glitserofosfat kalsiy, natriy salitsilat, tiotsulfat natriy preparatlarini bemor bolalar yoshiga qarab ichishga, mushak orasiga yoki vena ichiga yuborish tavsiya etiladi.

Antigistamin dori vositalari (fenkarol, suprastin, peritol, tavegil, pipolfen, dimedrol) bemor bolalarga ularning yoshini inobatga olgan holda kichik muhlatlarga belgilanadi. Ushbu dori vositalarini ichishga, eritma shaklida mushak orasiga yuborish tavsiya etiladi. Dori vositalarini belgilash muddati 10 kundan oshib ketmasligi nazorat qilinishi lozim.

Ekzema kasalligini davolashda vitamin (V_1 , V_2 , V_6 , V_{12} , V_{15} , Ye, K, S, foliev, nikotin, oratat kislotalari, pangamat va pantotenat kalsiy) dori vositalari keng ko'lamda qo'llaniladi. Ichak mikrobiotsinozi holatini, hazm jarayonini me'yorlashtirish maqsadida bemor bolalarga ferment dori vositalari (bifidum-bakterin, laktobakterin, hilak-forte, panzinorm, kreon, dyufalak, asedin-pepsin) tavsiya etiladi. Kasallikni yiringli asoratlanadigan ko'rinishlarda kechishida yoki mikroblilik ekzemada umumiy davolashda keng qamrovli antibiotiklarni (eritromitsin, ampitsillin, oksatsillin, tetrasiklin) qo'llash tavsiya etiladi.

Ekzema kasalligini kompleks davolashda immun tizimi faoliyatini me'yorlashtiradigan dori vositalari, immunomodulyator va immunostimulyatorlar (immunomodulin, timalen, timopoetin, nukleanat natiy, glitseram) tavsiya etiladi.

Agarda kasallikning kechishi og'ir, davo choralariga chidamli ko'rinishda kechsa, eritrodermiya holatlariga o'tadigan bo'lsa, glyukokortikoid dori vositalari (prednezalon, deksametazon, urbazon) bemor bolalar yoshiga, tana og'irligiga nisbatan belgilangan holda ichishga, mushak orasiga yoki vena ichiga yuborish tavsiya etiladi. Albatta kortikosteroid dori vositalarini tavsiya etilganda bemorlarga kaliy preparatlarini (kaliy oratat, kaliy pangamat, ammoniy xlorid) qo'llash lozim. Kasallikning o'tkir bosqichlarida yallig'lanish jarayonini va ekssudatsiyani kamaytirish maqsadida esa siydik haydovchi dori vositalari (furosemid, laziks) tavsiya etiladi.

Bolalarda ekzema kasalligining mahalliy davosi teri patologik jarayonining yallig'lanish darajasiga, kechish bosqichiga va tarqalganligiga qarab bosqichma-bosqich olib boriladi. Agarda jarayon o'tkir yallig'lanish, ho'llanish bilan kechadigan bo'lsa, u holda mahalliy ho'llab quritguvchi dori vositalari (1-2 %li amidopirin, 0,25 %li sink sulfat, 1-2 %li tanin eritmaları) qo'llaniladi. Ko'krak emish davrida bo'lgan bemor bolalarga esa bunday holatlarda damlangan qora choy eritmasi, moychechak va oltoy ildizidan tayyorlangan eritmalarini qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Kasallik belgilari biroz pasayib, ho'llanish belgilari yo'qolgandan keyin esa suvli chayqatgichlar, qorishmalar glyukokortikoid krem va malhamlar (advantan, dermavayt, lakotop, lakokarten, lorinden A, oksikort, giaksizon) tavsiya etiladi. Kasallik o'choqlari suvli anilin bo'yoqlari (pioktinin, fukorsin, Kastillyani suyuqligi) bilan ishlov beriladi. O'tkir yallig'lanish jarayoni yo'qolgandan keyin o'choqlardagi qazg'oq va qipiqulanishlardan tozalash maqsadida keratolitik malhamlar (5-10 %li ASD pastasi, naftalan, ixtiol, oltingugurt malhamlari) qo'llaniladi.

Ekzema kasalligi bilan xastalangan bemor bolalarga kasallikning yashirin bosqichlarida sanator-kurort sharoitlarida (Pyatigorsk, Issiqko'l, Chortoq, Toshkent mineral suvi) davolanishlari maslahat beriladi.

Neyrodermit

Neyrodermit tushunchasi tibbiyot faniga 1891 yilda fransuz olimlari Brok va Jakelar tomonidan kiritilgan. Ular neyrodermit iborasi orqali kuchli qichishish bilan kechadigan teri nevrozini tushunganlar. Xorijiy adabiyotlarda neyrodermit termini atopik dermatit soʻzi bilan almashtirildi. Ular bu bilan mazkur allergik dermatozning asosida irsiy moyillik holati yotishini taʼkidladilar. Rossiya tibbiy adabiyotlarida esa olimlar neyrodermatozlar soʻzini allergik dermatozlar termini bilan almashtirib, bu guruhga kiradigan kasalliklar negizida allergiya holati yotganligini tushuntirmoqchi boʻladilar. Haqiqatan ham neyrodermit, qichima (strofilyus va kattalar qichimasi), eshakemi kabi dermatozlar patogeneza allergen-antitelo jarayoni muhim ahamiyat kasb etadi.

Bolalarda neyrodermit kasalligi asosan chilla davrida ekssudativ diatez zaminida, shuningdek, ekzema jarayoni asosida ham rivojlanishi mumkin. Maʼlumki, yangi tugʻilgan chaqoloqlar chilla davri irsiy anomaliyalar holati, deb hisoblanadi, shu munosabat bilan bu vaqtda bir necha turdagi kasalliklar shakllanishi mumkin, deb qayd etiladi. Neyrodermit kasalligi asosan ota-onalarida allergik kasalliklar kuzatiladigan bolalarda koʻproq uchraydi. Kasallikning rivojlanishi zaminida notoʻgʻri ovqatlanish (bolani bir tomonlama yoki sifatsiz boqish, sunʼiy ovqatlantirish), modda almashinuvining buzilishi, ichki aʼzolar va ichki sekresiya bezlari faoliyatining izdan chiqishi kabi omillar muhim ahamiyat kasb etadi. Bunday oʻzgarishlar oʻz navbatida kasallikni nafaqat shakllanishiga, balki uning uzoq muddat davomida kechishiga, ogʻirlashishiga olib keladi. Atrof-muhit taʼsiri, undagi noqulay omillar, har hil zaharlanishlar, suv va havo tarkibidagi salbiy oʻzgarishlar, shuningdek, boshqa ekologik omillar ham kasallikni kechishini kuchaytiradi hamda yil fasllariga qarab uni tez-tez qoʻzib turishiga sabab boʻladi.

Oliy asab tizimi faoliyatining buzilishi kasallik asosida yotadigan ham etiologik va patogenetik omil boʻlib hisoblanadi. Kasallikka duchor boʻlgan bemor bolalar ota-onalarining maʼlum qismida turli koʻrinishlarda boʻlgan neyrogen oʻzgarishlar, asab

tizimi kasalliklari, lokal qo'zg'alish va susayish kabi jarayonlar o'rtasida muvozanatning buzilishi kabi holatlar aniqlanadi. Kasallikning surunkali kechishi, kuchli qichishish xurujlari bilan o'tishi, uyqusizlik kabi noxush holatlar o'z navbatida bemor bola asab sistemasini ishdan chiqishiga olib keladi. Bunday neyrogen o'zgarishlar o'z navbatida neyrodermit jarayonini chuqurlashtirib, kasallikning kechish darajasini esa og'irlashtiradi. Demak, hosil bo'lgan uzluksiz patologik halqa ham irsiy, ham orttirilgan omillar yig'indisidan tashkil topadi, shu boisdan kasallik neyrodermit yoki teri nevrozi, deb nomlanadi.

Neyrodermit kasalligining chegaralangan klinik shakllarida allergik toshmalar va qichishish kabi salbiy holatlar kasallikning asosiy o'choqlaridan boshqa sohalarida ham kuzatilishi mumkin. Bemorlarning ma'lum qismida turli dori vasitalariga va antibiotiklarga, shuningdek, oziq-ovqat mahsulotlariga nisbatan yuqori sezuvchanlik holati kuzatiladi. Kasallik ko'pincha boshqa allergik kasalliklar bilan (astma, rinit, eshakem) birgalikda ham kechishi mumkin. Turli immunologik va allergik tekshiruv ko'rsatkichlari (Kumbs, Kuns reaksiyalari, PGAR, allergik sinovlar) neyrodermit kasalligiga duchor bo'lgan bemorlarda o'ta musbat darajalarda bo'ladi.

Tarqalgan neyrodermit klinik turining toshma elementlari asosan terining yuz, boshning sochli qismi, tana, qo'l va oyoq sohalarida kuzatiladi. Bemor bolalar terisi quruq ko'rinishda bo'lib, ular sathida bir nechta yag'irlangan o'choqlar kuzatiladi. Kasallik kechishida ko'rinarli darajadagi oq dermografizm va gipokortitsizm belgilari kuzatiladi. Tarqalgan neyrodermit kasalligi belgilari ko'pincha yoz faslida susayib, qish fasli davomida esa kuchayadi, kasallik boshqa allergik kasalliklar bilan birgalikda ham kechadi. Terining zararlangan sohalarida yiringli toshmalarni, hatto ekzema kasalligiga xos bo'lgan toshma elementlarini kuzatish mumkin. Ba'zan kasallangan o'choqlarda bir oz suvlanish va qizarish kabi belgilar ham kuzatiladi.

Chegaralangan neyrodermit (surunkali odsiy temiratki, chegaralangan atopik dermatit, Vidal temiratkisi) — terining surunkali, tez-tez qaytalab turuvchi yalliglanishi bulib, badanning kattiq kichishishi, keyinchalik tugunchali toshmalar — papulalar toshib, teri qalinlashishi, lixenifikatsiya avj olishi bilan kechadi.

Neyrodermit uchun qattiq qichishish va keyinchalik terida toshmalarni toshishi xarakterli.

Etiologiyasi va patogenezi. Neyrodermitga asosan endogen omillar sabab bo'ladi, nerv sistemasining funksional o'zgarishlari, me'da-ichak yo'li, jigar, endokrin sistemasining kasalliklari, moddalar almashinuvi faoliyatlarining buzilishi neyrodermitning vujudga kelishida katta rol o'ynaydi. Nerv sistemi tomonidan nevrotik buzilishlar: kuchli qo'zgalish, darmonsizlik, asteniya, emotsional o'zgaruvchanlik, uyqusizlik va boshqalar kuzatiladi. Elektroensefalografiya, pletizmografiya, xronoksimetriya kabi tekshirish usullari markaziy va vegetativ nerv sistemasida funksional o'zgarishlar borligini ko'rsatadi (turg'un oq dermografizm, aniq pilomotor refleksi, termoregulyatsiya va ter ajralishning buzilishi va b.). Ba'zan markaziy nerv sistemi faoliyatining buzilishi ikkilamchi bo'lishi xam mumkin, ya'ni uyqusizlik va kuchli qichishish natijasida nerv sistemi zo'riqadi va bu neyrodermitning klinik kechishiga salbiy ta'sir etadi. Nerv sistemasining zo'riqishi (kuchli ko'zg'alish va boshqalar) oqibatida kelib chiqqan «stress» buyrak usti bezi po'stlog'ining faoliyatiga kuchli ta'sir etadi va bunda gormonlar ishlab chiqarishi susayadi yoki butunlay to'xtaydi; organizmning yallig'lanishga qarshi xususiyati susayadi, glyukokortikoidli gormonlarga bo'lgan talabi ortadi.

Yuqorida keltirilganlar nerv va endokrin sistemalar bir- biri bilan chambarchas bog'liqligini ko'rsatadi. Neyrodermit bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida qalqonsimon bez faoliyatining ortishi yoki susayishi aniqlangan. Chegaralangan neyrodermit ba'zi moddalarga (oziq-ovqat, dori yoki kimyoviy vositalar) nisbatan paydo bo'lgan allergik dermatitlarni o'z vaqtida yoki to'liq davolamaslik oqibatida ham rivojlanadi. Anus atrofida joylashgan chegaralangan neyrodermit patogenezida yo'g'on ichak va anal teshik yo'li shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi katta rol o'ynaydi. Surunkali gastrit, kolit, enterokolit, gastroenterokolit va proktoanusitlar ich qotishiga olib keladi. Natijada ichakdagi zaharli moddalar suriladi va organizm autointoksikatsiyaga uchraydi. Shu bilan bir qatorda anus atrofidagi teri yoriqlari, gemorroidal tugunlar, gijjaning bo'lishi cheklangan neyrodermitni keltirib

chiqaruvchi etiologik omillar qatoriga kiradi. Turli etiologik omillar tasirida teri epidermisining giperplaziyasi rivojlanadi.

Klinikasi. Kasallik terining ma'lum bir soxasi kuchli qichib bezovta qilishi bilan boshlanadi. Zararlanish o'choqlari bo'yinning orqa yoki yon qismi, jinsiy a'zolar, dumbalar orasidagi burmalar, katta bug'implarning bukuvchi yuzalarida bo'ladi. Kasallik boshlanishda teridagi o'zgarishlar deyarli sezilmaydi. Kichishish kuchayganida terida mayda tugunchalar paydo bo'lib, ular qattik konsistensiyali, yuzasi kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Keyinchalik tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib, ko'pgina joyni egallashi mumkin. Toshmalar och-pushti, ko'ng'ir tusda, yassi yumaloq shaklga ega bo'ladi. Teri asta-sekin qalin tortib zichlashadi (lixenifikatsiya). Kasallik avj olgan davrida lixenifikatsiyaga uchragan markaz, usti yaltiroq yassi och-pushtirang tugunchalardan iborat o'rta va giperpigmentli periferik qismlari ajralib turadi, o'tkir yallig'langan o'choqlarda shilinishlar kuzatiladi. Xadeb qashlanaverish natijasida chiqqan qon qotib, qoraqo'tir bo'lib qoladi, ko'pincha ikkilamchi piodermiya avj oladi. Kasallik uzoq davom etadi. Shu bilan birga chegaralangan neyrodermitning gipertrofik, giperkeratotik, follikulyar, depigmentli va chiziqli kabi atipik shakllari ham mavjud. Yag'irlangan kasallik o'chog'i ko'pincha yagona bo'lib ular asosan bo'yin, ensa, sonning ichki yuzalari, dumba oralig'i burmasi, jinsiy a'zolar sohalari, katta bo'g'imlar bukuv sohalarida joylashadi. Kasallik belgilari lokal ko'rinishga ega bo'lib, qattiq qichishish bilan kechadi, qichishish jarayonining intensivligi asosan kechki paytlari va tunda zo'rayadi. Dastlab terining qichiydigan sohalarida toshma elementlari kuzatilmaydi, keyinchalik esa qichishish natijasida ushbu sohalarda asta-sekin tugunchalar paydo bo'ladi, ular deyarli barcha hollarda qattiq, ba'zan esa qattiqroq bo'lib, usti kepaksimon qipiqqlar bilan qoplangan bo'ladi. Kasallikning rivojlanish jarayonida papulali toshmalar bir-biri bilan qo'shilib, turli shakl va hajmdagi pilakchalarni hosil qiladi. Neyrodermit kasalligida kuzatiladigan pilakchali o'choqlar rangi och pushti rangdan to qoramtir qizg'ish ranggacha bo'lib, ular yuzasi yassi, ko'pincha aylana va oval shakllarni oladi. Pilakchalar hosil bo'lish jarayonining zo'rayishi natijasida teri manzarasi o'zgaradi, ya'ni kasallangan o'choqlarning sathi notekis va g'adir-budur ko'rinishda bo'ladi, teri

pushtalari esa yaqqol ko‘zga tashlana boshlaydi, teri rangi sarg‘ish rang tusini oladi. Kasallikda kuzatiladigan yag‘irlanish (lixenizatsiya) jarayoni mana shu yo‘sinda shakllanadi. Chegaralangan neyrodermit kasalligi o‘choqlarida odatda uch hil ko‘rinishga ega bo‘lgan hududlarni kuzatish mumkin, bular markaziy, ya’ni yallig‘lanish shakllangan hudud, o‘rta yoki tugunchalar to‘plana boshlaydigan hudud va tashqi, ya’ni teri giperpigmentatsiyaga uchraydigan hududlardir. Mazkur klinik belgilarning kuzatilishida ularning tafovut etilishi bemorga tashxis qo‘yish jarayonini osonlashtiradi.

Patomorfologiyasi. Parakeratoz, akantoz, dermaning so‘rgichsimon va tur qavatlarida infiltratsiya kuzatiladi. Epidermisni qavatlari giperplaziyasi – giperkeratoz, akantoz jarayoni kuzatiladi. Bazan spangioz kuzatilishi mumkin.

Kasallik asoratlanmaganda va klassik kechganida diagnoz qo‘yish qiyin emas. Uni ekzema, psoriaz, qizil yassi temiratki kabi dermatozlardan farq qilish kerak.



Qiyosiy tashxis

1.Surunkali ekzema:	Neyrodermit:
-ikkilamchi qichishish holat kuzatiladi	-birlamchi qichishish kuzatiladi(tugunchali toshmalar paydo bo‘lguncha qadar)
-o‘ziga xos bo‘lgan polimorfizmga	

ega bo'ladi (dog'lar, papulalar, vezikulalar) -qizil dermografizm kuzatiladi	-polimorfizm xos emas -oq dermografizm kuzatiladi -bo'yin, tirsak va tizzaning bukiladigan sohalarida jarayon tipik maxalliy lashadi
2.Qizil yassi temiratki: -poligonal, o'rtasi kindiksimon botiq, turli sohalarga toshgan papulalar kuzatiladi -yag'irlanmaydi -mu'tadil qichishish kuzatiladi	-kindiksimon botiqlik xolat bo'lmaydi -yag'irlanadi -shilliq pardalar sohasi kasallanmaydi -surunkali qichishadi

Davosi. Neyrodermit kasalligining davosi kompleks holda olib borilishi lozim. Kasallikni davolash jarayonida asosiy o'rinni markaziy asab tizimi faoliyatini me'yorlashtiruvchi dori vositalarining (brom preparatlari, trioksazin, elenium, seduksen, meprotran, meprobomat) tavsiya etilishi bilan olib boriladi. Davo o'tkazilishi jarayonida antigistamin dori vositalari (fenkarol, peritol, dimedrol, pipolfen, diprazin, suprastin, diazolin, zaditen) ham keng ko'lamda qo'llaniladi. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, ushbu dori vositalarini tanlab, navbat bilan qo'llash bemorlarda qichishish jarayonining kamayishiga olib keladi, bundan tashqari allergik toshmalarning paydo bo'lish holatini oldini oladi, shuningdek, boshqa qo'shib keladigan allergik kasalliklarning kechishi holatini yengillashtiradi. Kasallikni davolashda vitamin dori vositalari (asosan V, A, Ye guruh vitaminlari, nikotin kislotasi) qo'llanilishi kasallikda kuzatiladigan yag'irlanish jarayonining so'rilishini tezlashtiradi hamda ma'lum bir darajada sensibilizatsiya holatini ham pasaytiradi. Birinchi navbatda aniqlangan Yo'ldosh kasalliklarni bartaraf etish kerak. Organizmning allergik holatini pasaytirish uchun giposensibilizatsiyalovchi va antigistamin dorilar (tavegil, zadigen, dimedrol va b.) tavsiya etiladi; Markaziy nerv sistemasi faoliyatini maromga keltirish va nevrotik xolatni kamaytirish maqsadida uyqu, gipnoz bilan davolash, brom preparatlari, neyroleptiklar (trioksazin, elenium,

seduksen depres), psixotrop dorilar, ganglioblokatorlar (nanofin, aminozin, geksoniy) va boshqalarni qo'llash yaxshi naf beradi. Yuqorida qayd etib o'tilgan davo usullari naf bermagan holatlarda esa neyrodermit kasalligini davolashda glyukokortikoid dori vositalari tavsiya etiladi, ushbu dori vositalari kasallikni og'irlilik darajasiga, bemor yoshi va tana og'irligini inobatga olgan holda, qabul qilingan tizim (sxema) asosida tavsiya etiladi. Neyrodermit kasalligini davolashda gipnoz, elektr kuchlari yordamida uxlatish muolajalarini o'tkazish muhim bo'lib hisoblanadi. Elektr kuchlari yordamida uxlatishni gipnoz bilan birga qo'llash va shu muolaja jarayonida glyukokortikoid dori vositalarining kam miqdorda tavsiya etilishi, bemorlarda qichishish jarayonining sezilarli darajada kamayishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida bemorning tinchlanishiga yordam berib, kasallik belgilarining orqaga qaytishini tezlashtiradi.

Maxalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malxamlar (selestoderm, dermoveyt, advantan, elokom, sinaflan va bosh kalar), qichishishni bartaraf etuvchi vositalar (fenistil geli, 1—2%li mentol, 0,5—2%li anestezii malhamlari) ishlatiladi. Surunkali, gipertrofik shakllarda zararlangan uchoqlar atrofiga gidrokortizon, kenolog va boshqa steroidli gormonlar ineksiya qilinadi. Uchoqli neyrodermitda nosteroidli 1%li elidel kremi yaxshi naf beradi. Uni maxalliy kortikosteroid preparatlari bilan birga qullash davolash samarasini yanada oshiradi. Bukki nurlarini qo'llash ham samarali. Kasallikning zo'rayishi va qaytalanishining oldini olish maqsadida sanatoriyalarda (Chortoq, Chimyon) davolanish, surunkali infeksiyalarni bartaraf etish tavsiya etiladi.

Shunday qilib, neyrodermit kasalligi markaziy nerv sistemasining funksional o'zgarishlari, endokrin bezlar faoliyatidagi buzilishlari va allergiya holatining namoyon bo'lishi bilan kechadigan kasallik bo'lib, bu o'zgarishlarning vujudga kelishida irsiy va orttirilgan omillar sababchi bo'lib xizmat qiladi.

Neyrodermit kasalligining asosiy klinik belgisi yag'irlanish holati bo'lib, u o'tkir yallig'lanish belgilarisiz kechadigan eritematoz dog'lar sathida shakllanadi. Birlamchi toshma elementlaridan epidermal tugunchali toshmalar kuzatiladi va tashqi ko'rinishi jihatidan ular sog'lom teridan unchalik farq qilmaydi. Tugunchali toshma elementlari keyinchalik bir-biri bilan qo'shilishi natijasida o'choqlardagi teri sathi maddalashadi

va pigmentatsiyalanish holati kuzatiladi. Kasallik o'choqlarida kuzatiladigan qattiq qichishishlar natijasida esa ko'plab qashlanma va tilinishlar hosil bo'ladi, zararlangan sohalardagi teri quruq bo'lib, ularning yuza sathi asta-sekin ko'chib tushishga moyil bo'ladi. Tabiiy burmalar sohasida shakllangan maddali o'choqlarda esa yo'l-yo'l ko'rinishda bo'lgan yoriqlar paydo bo'lishi kuzatiladi. Yag'irlangan o'choqlar ko'pincha qo'l tirsagi, tizza bukilmalarida, yuz, bo'yin, qo'l va oyoqlarning bukiluvchi yuzalarida joylashadi. Zararlangan sohalarda qichishish holati kuzatiladi, jarayon vaqti-vaqti bilan zo'rayib turadi, bemorlarda oq dermografizm, soch-mushak refleksleri musbat ko'rinishlarda bo'ladi. Neyrodermit kasalligi bilan xastalangan bemorlarda gipokortitsizm belgilari (giperpigmentatsiya, gipotoniya, adinamiya, allergik reaksiyalar, oshqozon shirasining sust ajralishi, gipoglikemiya, diurezning kamayishi, oriqlash, darmonsizlik) ko'rinarli darajada namoyon bo'ladi. Klinik nuqtai nazardan neyrodermit kasalligining tarqalgan va chegaralangan turlari tafovut etiladi.

Neyrodermit kasalligi bilan xastalangan bemorlarga serovodorodli, kremniyli suvlarda cho'milish, buyrak usti bezi sohalariga diatermiya toklarini qo'llash, ochiq havoda sayr qilish tavsiya etiladi, bu esa o'z navbatida davolash samaradorligini oshiradi. Bemorlarga turli shifobaxsh o'simliklar qo'shilgan suvlarda cho'milish, so'ngra esa teriga oziqlantiruvchi kremlarni surtish, bemorlarda teri quruqligi holatining kamayishiga va oxir-oqibatda esa yo'qolishiga katta yordam beradi.

Eshakemi

Eshakemi — allergik kasallik bo'lib, terida, ba'zan shilliq, qavatlarda qavarchiqlar paydo bo'lishi va qattiq qichishishi bilan ifodalanadi. Uning tabiatini mavjud toksiko-allergik holat belgilab beradi. Kasallikning vujudga kelishida oziq-ovqat mahsulotlariga nisbatan organizmda vujudga keladigan allergik holat muhim rol o'ynaydi. Shuningdek, chegaralangan yiringli, o'choqli infeksiyalarning mavjudligi (tonzillit, otit, gaymorit, pielonefrit), gijja infeksiyalari bilan zararlanish, ovqat hazm qilish a'zolaridagi kuzatiladigan kasalliklar (gepatit, gastrit, enterit, kolit) eshakem kasalligining vujudga kelishiga sabab bo'ladi. Dori-darmon vositalarining palapartish, maqsadsiz qo'llanilishi ham kasallikka olib kelishi mumkin. Endogen va ekzogen omillar ta'sirida organizmda gistamin, serotonin va boshqa biologik faol moddalar miqdori ortadi, natijada bu moddalar kapillyarlarni kengaytirib, ularning o'tkazuvchanlik xususiyatini oshiradi va dermaning so'rgich qavatida o'tkir shish xolatini vujudga keltiradi. Gistamin va boshqa bioaktiv moddalar asosan bazofil xujayralarda joylashib, ular proteaz fermentlar faolligi oshganda xujayralardan ajralib chiqadi. Proteaza fermentining faolligi antitelo-antigen reaksiyasi natijasida oshadi.

Eshakemi kasalligining patogenezi asosida antigen-antitela jarayoni muhim rol o'ynaydi. Organizmning sekin yoki to'satdan tez ko'rinishda bo'lgan sezuvchanlik holatining oshishiga turli allergen tabiatiga ega omillar (mikrobli, oziq-ovqat, dori moddalari, gijja) sababchi bo'ladi. Bunday ekzogen va endogen tabiatiga ega allergenlar o'z navbatida qon tarkibi va to'qimalarda ko'p miqdorda gistamin yoki gistaminsimon moddalarning hosil bo'lishiga olib keladi. Ortiqcha miqdorda hosil bo'lgan moddalar keyinchalik to'qimalarga toksik jihatdan ta'sir etadi, natijada qon tomir va kapillyarlarni kengaytiradi, ularning o'tkazuvchanligini oshiradi va nihoyat allergik, ko'rinarli darajadagi yallig'lanish holatini keltirib chiqaradi. Kasallikda kuzatiladigan qavarchiqli (urtica) toshma elementlarining hosil bo'lishi negizida ana shu gistamin jarayoni yotadi va muhim o'rin tutadi. Bundan tashqari kasallikning avj

olishiga va surunkali tus olishiga boshqa biologik aktiv moddalar ham (serotonin, asetilxolin, bradikinin) ta'sir etadi.

Eshakemi kasalligini keltirib chiqaruvchi omillar ichida vegetativ asab tizimining o'rnini uning markazi bo'lmish gipotalamus faoliyatini alohida ta'kidlash zarur. Bunga eshakemi kasalligining xolinergik turi misol bo'la oladi. Eshakemi kasalligining xolinergik turida asetilxolin moddasi xuddi gistamin kabi qon tomir va kapillyarlar reaksiyasini yuzaga chiqarib, allergik tabiatiga ega yallig'lanish jarayonini shakllantiradi.

Homilador ayollarda kuzatiladigan toksikoz holati, sovuqqa yoki quyosh nurlariga sezuvchanlik holatining oshishi, shuningdek, turli hil xavfli o'smalar, qon kasalliklari surunkali eshakemi kasalligini rivojlanishiga sababchi omil bo'lib xizmat qiladi. Eshakemi kasalligini keltirib chiqaradigan sabablar ichida organizm irsiy xususiyatlarining tutgan o'rniga katta e'tibor berish lozim. Bolalarda eshakemi kasalligining to'rtta klinik turlari tafovut etiladi, ya'ni o'tkir, Kvinke shishi, surunkali qaytalama va turg'un tugunchasimon surunkali eshakemlar.



O'tkir eshakemda qavarchiqli toshmalar birdan, juda qisqa vaqt ichida paydo bo'lib, teri sathidan bo'rtgan ko'rinishda namoyon bo'ladi. Toshmalarning toshishi bemorlar umumiy tana haroratining ko'tarilishi, oshqozon-ichak faoliyatining buzilishi hamda turli nevrotik belgilar namoyon bo'lishi bilan kechadi. Qavarchiqli

toshmalar terining istalgan sohalarda paydo bo'lib, tez muddat ichida o'z-o'zidan izsiz yo'qolib ketishi mumkin, toshmalarning yo'qolishi bemorlarda kuzatiladigan boshqa noxush belgilarining susayishi bilan ham kechadi.

Kvinke shishi klinik turi chegaralangan teri sohalarda, ammo hajm jihatidan katta bo'lgan qavarchiqli toshmalarning paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Eshakem kasalligi kechishiga bunday holatlarda bahaybat eshakem, deb nom berilgan. Kasallik belgilari asosan yuz terisi sohasida, burun-tomoq va jinsiy a'zolar sohalarda ko'proq uchraydi. Bunday holatlarda teri sohalari qizarib kattalashishi, taranglashishi, o'choqlarda bosib ko'rilganda esa qattiq og'riqni bo'lishi, bir oz qichishish va achishish holatlari kuzatiladi. Bahaybat eshakem belgilarining kekirdak yoki tomoq sohalarda joylashishi juda xavfli bo'lib hisoblanadi, chunki bunday holatlarda tomoq-halqum sohasida nafas bo'g'ilish, ya'ni asfiksiya holati kuzatiladi.

Surunkali qaytalanib turuvchi eshakemda toshmalar soni ko'p bo'lmaydi, lekin ular bir necha oy yoki yillab davom etadi. Eshakemning bu turi surunkali infeksiya o'choqlari (tonzillit, xolesistit va boshqalar) tufayli vujudga keladi. Toshmalar toshganda bemorning umumiy axvoli o'zgaradi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynash, qusish va diareya xolatlari, shuningdek qonda eozinofiliya va trombositopeniya kuzatiladi. Surunkali qaytalama eshakem kasalligi bir necha yillar mobaynida davom etadi. Kasallikning bu klinik turi toshmalari goh paydo bo'lib, goh yo'qolib turishi bilan kechib, bemorlarni ko'pincha holdan toyishi holatlari kuzatiladi. Bemorlarda kasallikning qo'zg'alishi tana haroratining subfebril darajada oshishi, oshqozon-ichak tizimi faoliyatida buzilishlarni paydo bo'lishi, artralgiya, bosh og'rig'i, darmonsizlik kabi noxush belgilarning kuzatilishi bilan namoyon bo'ladi.



Turg'un tugunchasimon eshakemi kasalligi odatda surunkali kechib, qashlanishdan so'ng paydo bo'ladi, aniqrog'i qavarchiqli eshakem tugunchali eshakem ko'rinishiga o'tadi.

Bu paytda paydo bo'lgan tugunchali toshmalar qattiq, ba'zan esa yumshoq konsistensiyalarda bo'lib, yallig'lanish bilan kechadi. Ko'pincha tugunchali toshmalar qavarchiqli toshmalar o'rnida paydo bo'lib, qavarchiqli toshmalarning shakli va hajmini takrorlaydi. Bunda teridagi chegaralangan shish o'rmini asta-sekin limfotsitlardan iborat infiltrat egallaydi va giperkeratoz, akantoz jarayoni kuzatiladi. Toshmalar asosan qo'l va oyoqning yozuvchi soxalariga toshib, qizarish-ko'ng'ir rangda bo'ladi.

Patomorfologiyasi. O'tkir yallig'lanish jarayoni bilan ifodalanadi. Epidermis xujayralar orasida shish, dermaning so'rg'ich qavatida esa — seroz suyuqliqlarning to'planishi, biriktiruvchi to'qimaning mo'rtlashuvi, tomirlar atrofida eozinofil, limfotsit va gistotsitlardan iborat infiltrat kuzatiladi.

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

Davosi. Birinchi galda kasallikni keltirib chiqargan omillarni (me'da-ichak va asab sistemasi patologiyasi, surunkali infeksiya o'choqlari va boshqalar) aniqlash va ularni bartaraf etish zarur. Giposensibilizatsiyalovchi, antigistamin va tinchlantiruvchi dorilar tavsiya etiladi, og'irroq hollar da steroidli preparatlar ichish buyuriladi. O'tkir

eshakemda surgi, tozalovchi xuqna qilish, siydik xaydovchi dorilar (furosemid, laziks va boshqalar) berish maqsadga muvofiq.

Maxalliy davo sifatida suv va qo'rgoshinli pasta, chayqatmalar, gormonal malxam va kremlar ishlatiladi. Bemorlarga parxez qilish tavsiya etiladi.

Bolalar qichimasi

Bolalar qichimasi (strofulyus) kasalligi terining allergik kasalliklar turkimiga kirib, kasallik asosan bolalar hayotining dastlabki 3-5 oylaridan 4 yoshgacha bo'lgan davr oralig'ida ko'proq uchraydi. Bolalar qichimasi kasalligining rivojlanishida bolalar organizmini oziq-ovqat mahsulotlariga nisbatan bo'lgan salbiy javob reaksiyasi, ya'ni allergiya holati asosiy o'rin tutadi. Sensibilizatsiya holati bemor bolalar organizmida ko'pincha sigir sutiga, baliq mahsulotlariga, sitrus mevalariga, qo'ziqorin, qulupnay va turli shirinlik mahsulotlari ta'siriga nisbatan rivojlanadi.

Bolalar emlash davrida qo'llaniladigan zardoblar, kasalliklar tufayli tavsiya etiladigan dori vositalarini, jumladan, antibiotiklarni, sulfanilamidlarni qo'llash ham qichima kasalligiga olib kelishi mumkin. Bolalar qichimasi kasalligi rivojlanishida hazm qilish a'zolari tomonidan kuzatiladigan kasalliklar yoki ular faoliyatining buzilishi holatlari (autointoksikatsiya va autosensibilizatsiyalar) muhim patogenetik ahamiyat kasb etadi.

Qavarchiqli toshmalar kasallikning dastlabki klinik belgisi bo'lib hisoblanadi. Bunday toshmalar o'rtasida keyinchalik tugunchalar paydo bo'ladi, ularning hajmi tariq kattaligida bo'lib, kuchli qichishish bilan kechadi. Kasallikning bunday ko'rinishda kechishi strofulyus, deb nom olgan. Strofulyusning boshqa klinik turi borki, ularda tugunchalar uchida pufakchalar hosil bo'ladi, kasallikning bunday ko'rinishda kechishi pufakchali qichima, deb ataladi. Qichishish oqibatida qashlanmali izlar vujudga keladi va ular gemorragik qatqaloqlar bilan qoplanadi. Bolalar qichimasi kasalligi ko'pincha surunkali kechadi, kasallikning bunday ko'rinishda kechishiga ovqatlanish tartibining buzilishi, turli kasalliklar tufayli

antibiotik va boshqa dori vositalarini uzoq muddat davomida qo'llash kabi omillar sabab bo'ladi. Bolalar qichimasi kasalligi keyinchalik strofilyus va neyrodermit kasalligiga o'tishi mumkin, o'smir yoshidagi bolalarda esa bolalar qichimasi kasalligi kattalar qichimasiga ham aylanishi mumkin. Strofilyus kasalligini eshakem kasalligidan farqlashda dermatografizm usuli katta yordam beradi. Bolalar qichima kasalligiga chalingan bemor teri sohasiga to'mtoq tayoqchani yurgizilishi oq chiziqni, ya'ni oq dermatografizmning paydo bo'lishiga olib keladi. Eshekem kasalligida esa to'mtoq tayoqcha yurgizilgan joylarda teri qavarib, bo'rtib chiqadi, qichishish shish paydo bo'ladi. Dermatografizmni bunday ko'rinishda bo'lishi eshakem dermatografizmi, deb ataladi. Bundan tashqari strofilyus kasalligiga chalingan bemorlarda tovon va qorin reflekslari pasaygan, teri yuzalari esa quruq bo'ladi, bemorlarda ko'rinarli limfadenopatiya holati kuzatiladi. Qon tarkibida eozinofiliya, limfotsitoz holatlari hamda EChT ko'rsatkichlarining oshishi holati kuzatiladi.



Eshakem va qichima kasalliklarini davolash jarayonida ovqat parheziga amal qilish muhim ahamiyatga kasb etadi. Bemorlarga asosan gipoallergen parhez buyuriladi, ovqat hazm qilish a'zolarining ishini yaxshilash maqsadida riboflavin, kalsiy pantotenat, askorbin va nikotin kislotalari, shuningdek, piridoksin kabi dori vositalari tavsiya etiladi. Antigistamin dori vositalari ham (tavegil, zaditen, fenkorol, peritol, suprastin) qo'llash yaxshi foyda qiladi. Qon tomirlar o'tkazuvchanligini susaytirish va kapillyarlar ishini me'yorlashtirish maqsadida eshakem kasalligida ko'pincha kalsiy preparatlari (kalsiy glyukonat, kalsiy xlorid, kalsiy glitserofosfat) va

askorutin dori vositalari buyuriladi. Strofilyus kasalligida kuzatiladigan terining quruqligi va oq dermografizm holatlari tufayli kalsiy preparatlari tavsiya etilmaydi. Qichima kasalligini davolashda tinchlantiruvchi dori vositalari va trankvilizatorlarni qo'llash ko'proq naf beradi. Surunkali eshakem kasalligida yoki strofilyus kasalligining og'ir ko'rinishda kechadigan holatlarida kortikosteroidlar bilan anabolik steroidlar tavsiya etiladi.

Mahalliy qo'llaniladigan dori vositalarining nafi kamroq bo'ladi. Ko'pincha eshakem kasalligini davolashda mentol suvi surtish bilan kifoya qilinadi xolos. Qichima kasalligida esa naftalan va rux malhamlari (2-3%), steroid malhamlar (prednizolon, flutsinar, ftorokort) surtiladi. Fizioterapevtik davo usullari (diatermiya, fonoforez, ultrabinafsha nurlar) qichima kasalligida yaxshi natijalar beradi.

Atopik dermatit

Atopik dermatit (AtD) kasalligi bolalarda uchraydigan teri kasalliklari orasida eng ko'p tarqalgan xastalik bo'lib, kasallik bilan jami bolalarning 3-10 % qismi xastalanadi. Bolalar teri kasalliklari umumiy strukturasida esa AtD kasalligining tutgan o'rni o'rtacha 20% ni tashkil etadi. Skripkin Yu.K. va ham mualliflari (1995) ma'lumotlariga ko'ra AtD bilan xastalanish aholining har 1000 tadan 15 tasini tashkil etadi. Keyingi o'n yilliklarda kasallik uchrash darajasini 2-3 marotabaga oshganligi qayd etilmoqda. «Atopiya» iborasi A. Sosa a R. Soosa lar tomonidan ilk marta 1923 yilda kiritilgan bo'lib, keyinchalik 1933 yilda F. Wise va M. Sulsberger lar «Atopiya» kasalliklari ichidan teri orqali namoyon bo'ladigan kasalliklar guruhini ajratib olib, uni «Atopik dermatit», deb nomlashni taklif qilganlar. «Atopiya» iborasi o'zgacha, mos kelmaydigan, g'aroyib va o'z o'rniga ega emas degan ma'nolarni anglatadi. Atopiya atamasi asosida allergik, yuqori sezuvchanlik xususiyatiga nisbatan bo'lgan irsiy moyillik holati tushuniladi.

AtD kasalligi asosida irsiy muhitning ahamiyati muhim hisoblanadi. Kasallik bilan xastalanish uchun javobgar bo'lgan gen 11-xromosomaning uzun yelkasidagi

11q13 qismida joylashgan bo'lib, D11 S97 markeri bilan uzviy bog'langanligi aniqlangan. Agarda asosiy gen kasallikning vujudga kelishida asosiy o'rinni egallasa, qolgan genlar esa genetik holat asosini tashkil etadi. Atopiya kasalligida allergenlarga nisbatan immun reaksiyasining xususiyligi HLA-D II-klass genlari ishtirokida amalga oshadi. Ikkinchi eksonli DR V1 geni T-limfotsit hujayra retseptorlari bilan antigenlar o'rtasidagi bog'liqlikni belgilaydi. Natijada T-limfotsitlari vazifasining faollashishi hamda IgE – antitelolarining ajralish jarayoni kuzatiladi. Atopiya kasalligida allergenlar repressor-genlariga ta'sir etib ularning vazifasini susaytiradi yoki tuxtatib qo'yadi, bunday holat keyinchalik retseptor yo'li orqali depressor (dominant) genlariga ta'sir etish bilan kechadi, natijada allergiyaning agressiv antitelolarini, Ye-immunoglobulinining sintez qilinishiga, biologik faol moddalar va faol peptidlarning ajralishiga sabab bo'ladi. AtD kasalligida, organizmning immun javobida irsiy buzilishlar oldindan dasturlangan bo'lib, javob jarayoni asosan teri orqali namoyon bo'ladi. Immunologik holatning buzilishi T-xelper sistemasining 2-turi (Th2) faoliyatining oshib ketishi bilan kechadi, u esa o'z navbatida Ye-immunoglobulinlarini yuqori darajada ajralib chiqishiga olib keladi. E-immunoglobulini atrof-muhitdan organizmga ta'sir etadigan antigenlarga nisbatan yo'naltirilgan bo'lib, uning sintezlanishi 5q geni orqali boshqarilib turadi va u turli hil allergenlar uchun javobgar bo'lgan II –klass HLA antigenlari bilan uzviy bog'liqlikda bo'ladi.

Agarda AtD kasalligi asosida kasallikka irsiy moyillik holatini yotishi ma'lum bo'lsa ham bunday holatning genetik o'tish yo'llari hozirgacha to'liq aniqlanmagan. Ayrim mualliflar kasallikka nisbatan bo'lgan irsiy moyillik holati asosida dominant o'tish yo'li yotadi, desalar, boshqalar esa resissiv holat yotadi deb hisoblaydilar, uchinchi guruh olimlar esa kasallik asosida multifaktorial tabiatga ega bo'lgan nasllanish holati yotadi, deb hisoblaydilar. Agarda AtD kasalligining uchrashi ota-onalarning ikkisida qayd etilsa, ularning farzandlarini kasallanish ehtimoli 40-60% ni tashkil etadi, agarda ota-onalarning ikkisida ham bir hil nishonda bo'lgan a'zolar kasallangan bo'lsa (teri, nafas yo'llari, oshqozon-ichak yo'llari) u holda kasallanishga nisbatan bo'lgan moyillik 60-80 % atrofida bo'ladi, agarda AtD kasalligi bilan ota-

onalardan biri xastalangan bo'lsa, u holda bu ko'rsatkich 20-40 %ni, agarda yaqin qarindosh-urug'lari orasida kasallikning uchrashi holati kuzatilsa, bu ko'rsatkichning 5-10 % atrofida bo'lishi qayd etiladi. Hozirgi vaqtga kelib AtD kasalligi multifaktorial tabiatga ega kasallik ekanligi ma'lum bo'lib, kasallikni poligen ko'rinishidagi moyillik holati asosini genlarning additiv hamda turli hil ko'rinishlarda bo'lgan tashqi muhit komponentlarining birgalikdagi ta'siri tashkil etadi. Multifaktorial tabiatga ega AtD kasalligida genlarning additiv ta'siri asosida bitta bosh gen asosiy ta'sir ko'rsatadi va kasallik namoyon bo'ladi. Bu vaqtda tashqi muhit omillari esa ularni yuzaga chiqishini ta'minlaydi.

Bolalarda AtD kasalligi erta go'daklik davrlaridan boshlanib, surunkali-qaytalama, bolalar yoshi davrlariga xos bo'lgan dinamika ko'rinishida kechadi, kasallik belgilari yashirin holatdan to yaqqol ko'rinadigan belgilar sifatida namoyon bo'ladi. Kasallik belgilari ko'pincha bola tug'ilgandan so'ng 60 % holatlarda birinchi yarim yillikda, 90 % holatlarda esa 1 yoshgacha bo'lgan vaqt mobaynida namoyon bo'ladi. Kasallik tashxisi Hanifin J.M., Rajka G., (1980) lar tomonidan 3 ta davrga: go'daklik (0-2), bolalik (2-12) va o'smirlik hamda kattalar (12-23) davrlariga bo'linadi. Kasallikka tashxis qo'yish 4 ta asosiy mezonlar orqali amalga oshiriladi: qichishish alomatlarini bo'lishi, kasallik belgilarining o'ziga xos ko'rinishda bo'lishi va joylashishi, kasallikning surunkali-qaytalama ko'rinishida kechishi va albatta shaxsiy va oilaviy anamnezida atopik kasalliklarning mavjudligining qayd etilishi asosida olib boriladi. AtD kasalligini bunday ko'rinishda kechishini aks ettirish maqsadida V.N. Grebenyuk va A.M. Mannanovlar (1987) tomonidan taklif etilgan 5 klinik shakllari orqali ifodalanadi: ekssudativ, eritemato-skvamoz, eritemato-skvamoz turining lixenifikatsiyasiga moyil shakli, lixenoid va pruriginoz shakllari ko'rinishida.

AtD kasalligining shakllanishida, rivojlanishida turli hil premorbid omillar (homiladorlik davrining kechishi, intranatal gipoksiya, tug'ilish jarayonining asoratlanishi kabi holatlar) ta'sir ko'rsatadi. Go'daklik va erta bolalik davrlarida kasallikning vujudga kelishida va qaytalanishida ovqatlanish jarayonining buzilishi, sun'iy ovqatlanish, profilaktik emlashlar, dori moddalarining turli

kasalliklar tufayli iste'mol qilinishi kabi holatlar sababchi bo'lsa, bolalik davrining oxiri va o'smirlik-kattalik bosqichlari yoshidagi bolalarda esa kasallikning kechishida nafas allergenlari ta'siri, ruhiy yuklamalar, charchash, kundalik tartibning buzilishi kabi holatlar ustun keladi. Bu vaqtda ikkilamchi infeksiya alomatlarining qo'shilishi esa kasallikni asoratli kechishiga sababchi bo'ladi.

Atopik dermatit kasalligining kechishi bolalar yoshiga bog'liq bo'lgan holdagi uzluksizlikda kechishi bilan ajralib turadi. Bola tug'ilgandan so'ng dastlab, kasallikning namoyon bo'lishi ovqat mahsulotlariga sezuvchanlik holatining yuqori bo'lishi, keyinchalik esa ular ahamiyati kamayib, nafas allergenlariga, dori vositalariga bo'lgan sezuvchanlik holatining oshishi bilan namoyon bo'ladi va kasallik belgilari keyinchalik o'zgaruvchan ko'rinishda surunkali - qaytalama kechadi. Boshqacha qilib ayitganda monovalent sezuvchanlik polivalent sezuvchanlik holatida bo'ladi. Kasallikning kechishi yil fasllariga bog'liq bo'lib, uning xuruj qilishi ko'pincha yilning kuz va qish fasllariga to'g'ri kelishi kuzatiladi. Kasallikning kechishi ORVI, allergik rinit, astmoidli bronxit, ovqat allergiyasi, surunkali tonsillit, piodermiya, gijja infeksiyasi, karies, raxit, anemiya, gipotrofiya, timomegaliya kabi kasalliklar bilan birga kechadi.

Kasallik belgilarini dastlab paydo bo'lishi va joylashishi deyarli 89,3% bemorlarda asosan yuz sohasidan boshlanadi. Bemorlarda yanoq, peshona va dahan sohalarida o'choqlarning joylashishi kuzatiladi. Ko'pgina holatlarda kasallikning asosiy morfologik belgilarining joylashishi dastlab bo'yin, bilak, boldir sohalarida, tirsak va tizza bo'g'imlarida joylashishi qayd etiladi. O'choqlarda kasallik belgilari qizarish, biroz shish va suvlanish bilan kechadi. Deyarli barcha bemorlarda kasallikning kechishi qichishish, bezovtalik va uyqu jarayonining buzilishi kabi salbiy holatlar ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Kasallikning go'daklik bosqichi odatda bemor bolalar hayotining 7-8 haftalaridan boshlanadi, teri sohalari ekssudatsiyaga moyil bo'lib, og'ir yoki o'rtacha og'irlikdagi yallig'lanishlar sodir bo'ladi. Kasallik ko'pincha yuz, lunj va peshona sohalarida mahalliy lashadi, burun va lab sohalari toshmalardan xoli

bo‘lib, ba‘zan jarayon oyoq, qo‘l va dumbaning tashqi tomonini qamrab olishi mumkin. Dastlab toshmalar eritematoz shishli va eritematoskvamoz o‘choqli, papulovezikulali, fasod bog‘lash va po‘stloqlar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Vaqt o‘tishi bilan esa ekssudativ holat kamayadi va kasallikning yag‘irlanuvchi va pruriginoz klinik ko‘rinishlari kuchayib boradi. Taxminan bir yarim yildan so‘ng tirsak va tizza osti bukuv sohalarida, panjalarda kasallikka xos bo‘lgan toshmalarning paydo bo‘lishi kuzatiladi. Asosan bemor bolalar hayotining ikkinchi yilida infiltrativ, lixenoid, skvamoz o‘zgarishlar ro‘y beradi, ekskoriatsiyalar, yallig‘langan follikulyar papulalar paydo bo‘ladi. Ikkinchi yilning oxirida esa teridagi kasallik belgilari spontan ravishda yoki davolash natijalarida yo‘qoladi yoki kasallik o‘zining ikkinchi bosqichiga o‘tadi.

Bolalik bosqichi yag‘irlanish holatining shakllanishi, toshmalarning burmalarda mahalliy lashishi bilan ta‘riflanadi. Ekssudativ hodisalar esa kuzatilmaydi, teri sohalari quruqlashadi. Ushbu bosqichning asosiy toshma elementlari bo‘lgan papulalar qo‘shilishga va yag‘irlangan o‘choqlarni hosil qilishga moyil bo‘ladi. Bemor bolalarning bir qismida «atopik yuz» holati shakllanadi, ya‘ni terining rangi xira, kulrang bo‘ladi, periorbital giperpigmentatsiya holati, pastki qovoq sohalarida qo‘shimcha burmalar (Dene-Morgan) chizig‘ining rivojlanishi kuzatiladi. Terining eritemato-skvamoz ko‘rinishdagi kechishi asosida ko‘z, lab atroflarida va burun teshiklari sohasida ko‘pincha yoriqlarning paydo bo‘lishi kuzatiladi. Bu davrda patologik jarayon ko‘pincha tirsak va tizza osti burmalarida, bilak va boldir bo‘g‘imlari sohalarida, panjalarning orqa tomonida, yelka sohasida, bo‘yinning orqa tarafida va tananing yon tomonlarida mahalliy lashadi.

O‘smirlik bosqichi toshmalarning mahalliy lashish holatining o‘zgarishi bilan ta‘riflanadi. O‘choqlarda lixenifikatsiya va infiltratsiya ko‘rinarli darajada namoyon bo‘ladi, ekskoriatsiyalanish holatlari ko‘payadi. Ko‘pgina bemorlarda «atopik yuz» belgilari kuzatiladi. O‘choqlar asosan tirsak va tizzalarning bukuv sohalarida, bo‘yinda mahalliy lashadi, quruq, infiltratsiyalangan va lixenifikatsiyalangan teri fonida qichishadigan papulalar joylashadi. Yuzning

(peshona, lunj, lab, ko'z atrofi) o'ziga xos ko'rinishda kasallanishi holati kuzatiladi, kasallik belgilari bolalik bosqichidan farqli o'laroq, ancha tarqoq ko'rinishda kechadi va teri yuzalarining ko'proq ko'chishi holati kuzatiladi.

U yoki bu belgilar va morfologik toshmalarining ko'rinishiga qarab kasallikning quyidagi: ekssudativ, eritemato-skvamoz, eritemato-skvamoz hilining lixenifikatsiya holatiga moyil, yag'irlanish va pruriginoz kabi klinik shakllari farqlanadi.

Ekssudativ turi. AtD kasalligining ekssudativ turi go'dak bolalarda 2 oylikdan 1 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi. Kasallikning bu turi ko'pincha yuz, yanoq, dahan, quloq suprasi, qo'l bilagi, boldir sohalarida joylashgan bo'lib, qizarish, shish holati asosida tugunchali, pufakchali toshmalar toshishi va keyinchalik esa ho'llanish kabi belgilar ko'rinishida kechadi. Bu yoshda kasallikning kechishiga asosan ovqatlanish jarayoni buzilishi salbiy ta'sir qilishi asosiy o'rin tutdi.



Kasallikning eritemato-skvamoz turi bemor bolalarda 2,5 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi va terining yuz, bo'yin, qo'l, oyoqlarning bukuv sohalarida, kurak va ko'krak sohalarida qizarish, qipiqilanish, tilinish kabi o'zgarishlar bilan ifodalanadi. Kasallikni bolalikning bu davrida kechishiga profilaktik emlashlar, interkurrent kasalliklari, turli kasalliklar bo'yicha davolanish chog'ida berilgan dori moddalari va nihoyat ovqatlanish jarayonining salbiy ta'sir etishi muhim o'rin tutadi.



Eritemato-skvamoz turining lixenifikatsiyasiga moyil hili 2 yoshdan to 7 yoshgacha bo'lgan davrni tashkil etdi. Kasallikni bu klinik turi avvalgi klinik turidagi kabi ko'rinishlarda bo'lsada, ammo o'choqlarda tugunchali toshmalarning bo'lishi, ularning bir-biri bilan qo'shib maddalanishga moyilligi bilan ajralib turishi kuzatildi. Jarayonning kechishida qichishish sur'ati o'rtacha va yuqori faollikda bo'lib, bezovtalanish, uyqusizlik va hayajonlanish holatlari kuzatildi.



Lixenoid klinik turi bemor bolalarda 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan davrlarda kuzatilib, o'choqlarning bo'yin, qo'l-oyoq buklamlari yuzasida, ko'z, og'iz atroflari sohalarida joylashishi qayd etiladi, o'choqlarda tugunchali toshmalarning kuzatilishi, tilinish, yorilish, maddalanish holatlari ko'rinarli darajada namoyon bo'ladi va kasallikning kechishida ko'pincha xeilit belgilari kuzatiladi. Qichishish jarayoni o'rtacha va kuchli ko'rinishlarda bo'lib, periferik limfa tugunlarining sezilarli darajada kattalashishi, bezovtalanish hamda uyqusizlik kabi holatlar qayd etiladi.

Kasallikning pruriginoz klinik turi faqat 1,0 % bemor bolalarda kuzatilib, asosan qo'l va oyoqlarning tashqi yozuv sohalarida, bo'yin va kurak sohalarida tugunchali toshmalarning toshishi, kattalashishi va ularning kuchli qichishishi hamda bezovtalanish alomatlari bilan kechishi kuzatiladi.

AtD kasalligini bolalar hayotining turli davrlarida, turlicha og'irlikda, klinik va morfologik jihatdan hilma-hil bo'lgan ko'rinishda kechishi, kasallikni bemor bolalar yoshiga bog'liq holda, o'ziga xos bo'lgan dinamik ko'rinishda kechadi, degan fikrni yana bir bor tasdiqlaydi.



Atopik dermatit kasalligining tashxis mezonlari

Asosiy (bazisli) mezonlari:

1. Qichishish.
2. O'choqlarining o'ziga xos ko'rinishda joylashishi va tipik morfologiyasi.
3. Surunkali-qaytalama ko'rinishda kechishi.

4. Shaxsiy va oilaviy anamnezida atopik kasalliklarning mavjudligi.

Yordamchi yoki kam xos bo'lgan mezonlari:

1. Kseroz.
2. Ixtioz.
3. Teri sohasiga ta'sir etish testiga nisbatan zudlik bilan javob berish (Iturdagi).
4. Qon zardobida Jg E lar miqdorining ko'pligi.
5. Kasallikning bolalik davridan boshlanishi.
6. Terining turli infeksiyalarga ta'sirchanligi.
7. Qo'l panjalari sohasining nospesifik dermatitga moyillik holati.
8. So'rg'ichlar sohasidagi ekzema.
9. Xeilit.
10. Qaytalovchi kon'yunktivit.
11. Denni-Morgan infraorbital burmasi.
12. Keratokonus.
13. Old subkapsulyar katarakta.
14. Orbitalarning qorayishi.
15. Yuz rangparligi va yuz eritemasi.
16. Peshona pitiriazisi.
17. Bo'yinning old qismi burmasi.
18. Terlaganda qichishish.
19. Interlarantlik (jun va aralashtiruvchilarni ko'tara olmaslik).
20. Perefollikulyar aksentuatsiya.
21. Ovqatga nisbatan yuqori sezuvchanlik.
22. Kasallik jarayoniga emotsional hamda atrof-muhit omillarining ta'siri.
23. Oq dermografizm va sekin oqarish.

Atopik dermatit kasalligi go'daklik davri uchun ekssudativ, bolalik davri uchun eritemato-skvamoz va eritemato-skvamoz shaklining lixenifikatsiyaga o'tish holatlari, o'smirlik, balog'atga yetish bosqichlari uchun esa kasallikning yag'irlanish va prurigosimon shakllari xos bo'ladi.

Mazkur dermatozning klinik manzarasini va kasallik bosqichlarini bolalar yoshiga nisbatan olganda hilma-hilligini qayd etish bilan birga, ba'zi bir hollarda klinik-morfologik ko'rinishlarning turli variantlari hilma-hil ko'rinishdagi uyg'unlikda kelishi mumkinligini ham nazardan qochirmaslik lozim.

Yuqorida aytilganlardan kelib chiqib shuni aytish mumkinki, atopik dermatit kasalligiga tashxis quyish ketma-ketlik qoidasiga binoan amalga oshiriladi. Kasallik diagnostikasiga nisbatan bunday yondashish atopik dermatit kasalligining haqiqiy manzarasini tafovut etishda katta ahamiyat kasb etadi.

Atopik dermatit kasalligiga tashxis qo'yish tizimi

Tashxis	Kasallik bosqichlari	Klinik shakllari	Kechish faolligi	Og'irlik darajasi
Atopik dermatit	Go'daklik bosqichi (0-2 yosh)	Ekssudativ shakli Eritemato-skvamoz shakli	I daraja	Engil
	Bolalik bosqichi (2-12 yosh)	Eritemato-skvamoz lixenifikatsiyaga moyil shakli	II daraja	O'rtacha
	O'smirlik-yetilish bosqichi (12 yoshdan keyin)	Yag'irlanish shakli Pruriginoz shakli	III daraja	Og'ir

Patomorfologiyasi. Atopik dermatitning o'tkir davrida epidermisda spongioz va buning oqibatida mikrovezikulalar hosil bo'lishi, ekzotsitoz, parakeratoz kuzatiladi. Kasallikning o'tkir davrida qon tomirlari atrofida T-hujayrali infiltratsiya, qisman eozinofil va neytrofillar uchraydi. Qon tomirlar kengayishi, buning oqibatida dermaning yuqori qavatida shish kuzatiladi. Kasallikning surunkali kechishi terining gistologik ko'rinishi o'tkir davridan qisman farq qiladi. Jumladan, epidermisda akantoz, giper- va parakeratoz kuzatiladi. Surunkali yallig'lanish, doimiy mexanik

ta'sirotlar derma qavatida kollagenning ortiqcha sintezlanishi va fibroz rivojlanishiga olib keladi. Yallig'lanish mediatorlari ta'sirida angiogenez jarayoni tezlashadi va dermaning yuza qavatida ko'plab yangi mayda qon tomirlar hosil bo'ladi. Qon tomirlar atrofidagi infiltrat asosan T-limfotsitlar, makrofaglar, qisman plazmatik hujayralardan iborat, eozinofillar miqdori juda kam.

Davosi. choralarining belgilanishida kasallikning klinik ko'rinishiga, og'irlik darajasiga, immunologik jihatidan reaktivlik holatlarini inobatga olish lozim. O'z vaqtida to'laqonlikda o'tkazilgan muolaja kasallikning tuzalishi hamda og'ir va asoratli ko'rinishlarga o'tishini oldini olish imqonini beradi.

Bolalarda AtD kasalligini davolashda avvalo e'tibor gipoallergik, eliminatsion parhez qilishga asoslanishi lozim. Bu borada ovqatlar tarkibidan allergik holatga olib keluvchi mahsulotlar cheklanishi kerak. To'g'ri belgilangan parhez davo choralari nospesifik desensibillovchi ta'sir ko'rsatadi va organizmni ovqat allergenlariga nisbatan tolerantligini oshiradi.

Kasallikni davolashda asosiy o'rinni albatta dori vositalari tashkil etadi. Kasallikni patogenetik mexanizmi asosida allergiya holati muhim o'rin tutishini inobatga olgan holda, asosan antigistamin dori vositalarining birinchi va ikkinchi avlodi; membrana stabillashtiruvchi dori vositalari; ovqat hazm qilish jarayonini me'yorlashtiradigan dori vositalari; asab tizimi faoliyati boshqaruvini yaxshilaydigan dori vositalari hamda immunomodulyatorlar belgilanadi.

AtD kasalligi bilan xastalangan bemor bolalarga oxirgi paytlarda zamonoviy antigistamin dori vositalaridan fenkarol, peritol, larotadin, astemizol, uetirazin, ebostan, zirteklar belgilanishi lozim, deb topiladi. Chunki ushbu dori vositalari uzoq vaqt ta'sir etish xususiyatiga ega bo'lib, markaziy asab tizimiga ta'sir etmasligi bilan ajralib turadi.

Desensibillashtiruvchi dori vositalaridan kalsiy preparatlari (glyuqonat kalsiy, xolorid kalsiy), tiosulfat natriy dori vositalari ichish va tomir orqali yuborilishi asosida belgilanadi.

Ovqat hazm qilish jarayoni faoliyatining buzilishi AtD kasalligining kechishida alohida o'rin tutganligi sababli kasallikni kompleks davolashda allergen

substansiyasiga ega moddalarni maydalash, ichak disbakteriozi holatini yaxshilash hamda neytrallash maqsadida festal, digestal, mezem-forte, pankreatin, kreon, hilak-forte, laktobakterin, bifidumbakterin kabi dori vositalari belgilanadi.

AtD kasalligi bilan xastalangan bemor bolalar immun tizimida vujudga keladigan nosozliklarni korreksiyalash maqsadida immun tizimini modullashtiradigan dori vositalari belgilanadi. Bunday yo'l tutilishi uch yo'nalishda: immun tizimi faoliyatini tiklash, immun tizimi faoliyatini ko'tarish hamda immun tizimi faoliyatini pasaytirish tarzida olib boriladi. Bunday dori vositalariga immunomodulin, taktivin, timalin, diutsifon, nukleinat natriy, levamizol, izoprinozin va boshqalar kiradi. Bemorlarda allergik holat jarayoniga ta'sir etish maqsadida vitamin dori vositalaridan ham keng ko'lamda foydalaniladi. Bu borada V-guruhiga mansub dori vositalari (V1, V2, V5, V6, V12, V15), A hamda S vitaminlari alohida o'rin tutadi.

Atopik dermatit kasalligini davolashda bir vaqtning o'zida mahalliy davo choralari o'tkazilishi lozim. mahalliy davo vositalari teri o'choqlaridagi yallig'lanish jarayonini kamaytirish, qichishishni kamaytirish, jarohatlangan epiteliy hujayralarni hamda terini bar'erlik faoliyatini tiklashdan iborat bo'ladi. Bu boradi ekssudatsiya mavjud holatlarda ho'llab quritish, eritematoz eritemato-skvamoz holatlarida, kerotologik malhamlar, lixenoid ko'rinishda kechadigan holatlarda so'rdiruvchi dori vositalarini qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bu borada tanin, furatsillin, rivanol, kumush nitrat eritmalari, anilin bo'yoqlari, 1-2 %li salitsil, bor kislotalari malhamlari, fenistil-gel, aktovegin, solkoseril malhamlaridan foydalaniladi. Hozirgi kunga kelib bolalarda AtD kasalligini mahalliy davolashda advantan, lakotop, elakom, elidel kabi dori vositalaridan keng foydalanib kelinmoqda.

TERINING PROLIFERATIV KASALLIKLARI

PSORIAZ (PSORIASIS)

Psoriaz-teri kasalliklari ichida tez-tez uchrab turadigan, surunkali qaytalanuvchi, mul'tifaktorial tabiatga ega kasallik hisoblanadi. Psoriaz epidermis hujayralarining giperproliferatsiyasi, keratinizatsiyasining buzilishi bilan birgalikda dermada yallig'lanish reaksiyasi va turli a'zo-sistemalarda patologik holatlarni yuzaga kelishi bilan kechadi. Bu kasallik surunkali davom etadi hamda residiv (qaytalanishi) va remissiya bilan almashinib turadi.

Epidemiologiyasi:

Statistik ma'lumotlarga qaraganda yer shari aholisining 2-3% psoriaz kasalligi bilan xastalanadi. Psoriaz teri kasalliklari orasida 5-10%ni tashkil qilib, erkaklar va ayollar bu kasallik bilan bir xil kasallanadilar. Kasallik keyingi yillarda bolalar orasida juda kup uchramoqda (1-8%) tashkil qiladi.

Etiologiyasi va patogenezini.

Psoriaz kasalligining kelib chiqishida bir necha nazariyalar mavjud : irsiy, virusologik, immunologik, neyrogen, endokrin, infeksiyon-allergik, moddalar almashinuvining buzilishi(uglevodlar, oqsillar, yoglar va b.q).

Irsiy nazariya. Psoriaz kasalligining qarindoshlar orasida irsiyatda kuproq uchrashi aniqlangan. Agar ota-onaning biri psoriaz bilan og'ragan bulsa, u holda ularning bolalarida psoriaz uchrash ehtimoli 25%ni, ularning har ikkalasi ham kasallangan bulsa, u holda bu ehtimollik 75%ni tashkil qiladi. Bunday taxlillar shuni ko'rsatadiki, psoriaz mul'tifaktorial kasallik bo'lib, genetik ulushi 60-70 %ni tashkil qiladi. Xujayralarning bo'linishi va ko'payishi protoonkogenlar tomonidan nazorat qilinadi, turli sabablarga ko'ra bunday genlar nazorat qilish qobiliyati buziladi va natijada epidermisni aktivligi oshadi. Psoriazning irsiy tabiatga ega ekanligi, uning genetik markyori bulmish-HLA sistemasi bilan assotsiatsiyasi

isbotlangan. Ilmiy ma'lumotlarga karaganda psoriaz ko'pincha ayrim antigenlar bilan bog'liq. Egizaklarda psoriazni klinik ko'rinishlari bir- biriga juda o'xshash bo'lishi xam irsiy nazariyani isbotlaydi.

Virusologik nazariya tarafdorlari psoriaz bilan og'rigan bemorlarning a'zo to'qimalarida elementar zarrachalar, spetsifik antitelolar borligi, laboratoriya hayvonlariga psoriatik o'choqdan olingan to'qima ekstrakti yuborilganda ular terisida granulyomatoz to'qimalar hosil bo'lishi, tovuq embrionining xorion allantoisida kasallik qo'zgatuvchisining kul'tivatsiya qilinishini asosiy dalil qilib keltiriladi. Ko'pchilik olimlar bu nazariyani yoqlamaydilar, chunki psoriaz bilan og'rigan bemor qonini boshqa kasallikdan og'rigan kishiga qo'yganda psoriaz yuqishi kuzatilmagan.

Infeksion-allergik nazariyaga muvofiq psoriaz pnevmoniya, tonsilit, gripp yoki boshqa surunkali infeksiyon kasalliklardan so'ng vujudga keladi. Bu nazariyaga ko'ra psoriaz virus, mikroblar va ularning hayot faoliyati davomida hosil bo'lgan mahsulotlarga nisbatan allergik reaksiyalar natijasidir. Surunkali infeksiyon kasalliklar organizmning qarshilik qilishini susaytirib virusning organizmga kirib kelishiga sharoit yaratadi va oqibatda avval shu virusga nisbatan o'ta sezuvchanlik, keyin esa autosensibilizatsiya vujudga keladi. Bunday autoimmun reaksiyalar organizmning genlari tomonidan nazorat qilinib turadi.

Nevrogen nazariyasi. Ko'pchilik olimlar fikricha psoriaz, bu markaziy nerv sistemasini trofik xususiyatining buzilishi oqibatida vujudga keladi. Psoriazga chalingan bemorlarning ko'pchiligida markaziy va vegetativ nerv sistemalari tomonidan turli o'zgarishlarni (nevroz, vegetodistoniya va b.q.) kuzatilish mumkin. Psoriaz kelib chiqishida nerv sistemasining muhim ahamiyatga ega ekanligini organizmda fiziologik faol moddalar (gistamin, serotonin, katixolamin, asetilholin va b.q.) miqdorining oshib ketishi isbotlaydi. Lekin nevrogen nazariya barcha hollarda ham psoriazni kelib chiqishini mutlaqo isbot qila olmaydi. Masalan, yosh bolalarda psoriaz vujudga kelishidan avval nevroz yoki emotsional buzilishlar kuzatilmaydi.

Moddalar almashinuvining buzilish nazariyasi. Moddalar almashinuvining (asosan uglevod, oqsil, yoglar) buzilishi tufayli epidermis muguz qavatining hosil bo'lish jarayoni va epidermopoezning normal ritm bilan ishlashida funksional o'zgarishlar sodir bo'ladi. Psoriaz bilan og'rigan bemorlar organizmida prostoglandin va poliaminlarning miqdori yuqoriligi, D3 vitaminining kamayganligi aniqlangan.

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

Immunologik nazariya. Immun sistemasining buzilishi psoriaz patogenezida asosiy rol' uynaydi. Bunda T - limfotsitlarning oshishi, proliferatsiya va epidermis hujayralari differensirovkasi ikkilamchi jarayoni hisoblanadi. Birinchi o'zgarishlar derma va epidermisda bo'lib o'tadi. Dermadagi yallig'lanish jarayoni epidermis xujayralar bog'lanishi buzilishiga olib keladi, bu xolat proliferatsiyani kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Giperproliferatsiya keratinotsitlarning sitokinlar sekresiyasiga olib keladi. Bu esa psoriatik o'choqda yallig'lanishni qo'zgatadi.

Klinikasi. Psoriaz bemorlarda har xil klinik ko'rinishlarda boshlanadi, ko'pchilik hollarda aniq ifodalangan bo'ladi. Birlamchi toshmasi keskin chegaralangan, xar xil kattalik va shakldagi pushti rangli tugunchalar hisoblanadi. Psoriatik toshmaning pushti (qizgish) rangda bo'lishiga e'tibor berib, M.S.Pil'nov toshmalar rangi yorqin- pushti (qizgish) rangli va yorqin-qizil rangacha bo'lishini ta'kidlab (Pilnov simptomi) deyiladi. Toshmalar ulchami asta-sekin kattalashib, infiltratsiya xolati kuchayadi. Tugunchalar kattalashib ko'payib periferik o'sishi

yoki bir-biriga qo‘shilishidan katta o‘lchamli har xil shaklli pilakchalar hosil qilib, yuzalarida esa kumushrang qipiqalar bilan qoplanadi.



Asosiy dastlabki joylashish joyi qo‘l-oyoqlarning yozuvchi yuzalari. Asosan, tirsak, tizza, boshning sochli qismi, teri burmalari va tana sohalarida joylashadi. Ba’zi bemorlarda psoriatik toshmalar yozuvchi va bukuvchi sohalarda ham joylashishi mumkin. Psoriaz diagnostikasida o‘ziga xos uchta simptom (psoriatik triada) va Kyobner fenomeni yoki izomorf reaksiyasi xarakterli. Psoriatik triada papulani qirtishlash yo‘li bilan yuzaga kelib, u uchta fenomenidan iborat. 1. Tugunchalar qirtishlanganda oq-kumush tangachali kepaklanish yuzaga keladi (stearin yoki sham yogi fenomeni). Kasallikning har xil davrida kepaklanish psoriatik toshmaning rivojlanish holatiga qarab turli xil intensivlikda bo‘ladi. Uzoq vaqt davom etayotgan kasallik o‘choqlarida oq-kumush tangachali kepaklanish zich joylashib, xuddi oppoq qorni eslatadi. Yangi tez rivojlanayotgan toshmalarda kam kepaklanish kuzatiladi. Bunday oson ko‘chadigan bo‘lib, asosan toshmalar markazida joylashadi, atrofida eritematoz halqa bo‘ladi. Toshmalar yirik burmalarda, kaft-tovonda joylashganda kepaklanish kam yoki umuman bo‘lmaydi.

2. Kirtishlashning davom ettirganimizda tangachalar olib tashlangandan so‘ng nam, qizil rangli, yaltiragan nozik yuza hosil bo‘lishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni).

3.Tirnish davom ettirilsa, dermaning uzaygan so'rgichsimon qavati yuqori qismlarining jarohatlanishi natijasida qonli nuqtalar yuzaga kelishi (Auspits yoki qonli shudring fenomeni) kuzatiladi. Bu fenomenlar patogistologik o'zgarishlar (giperkeratoz, parakeratoz, akantoz, papillamatoz) natijasida kelib chiqadi. Psoriaz kasalligiga xos simptomlardan, biri Kyobner izomorf reaksiyasi diagnostik ahamiyatga ega. Kyobner izomorf reaksiyasi (travmatik psoriaz). Turli xil travmalar (tirnashlar, kuyishlar, in'eksiyalar, shilinishlar, toksik agentlar, teri sinamalarini quyish) omillar tufayli tugunchali toshmalarining toshishi izomor reaksiya yoki Kyobner fenomeni deb ataladi. Biror ta'surotdan so'ng 10-14 kun davomida yoki keyin psoriatik toshmalar paydo bo'ladi.

Psoriazning klinik kechishida 3 ta davr tafovut qilinadi. 1.Progressiv davri: zo'rayib boradigan bunda yangi toshmalar paydo bo'lib badanning qichishib turishi, eski elementlarning kengayishi va papulalar atrofida qizil gardish, ya'ni yallig'lanish gultojisi, Kyobner fenomeni va psoriatik triada paydo bo'lishi bilan belgilanadi.

2.Statsionar davri: bu davrda yangi tugunchali toshmalar toshishi, gultojli yallig'lanishning periferiyaga qarab o'sishi to'xtaydi. Tugunchalarning yuzalarida kumush rang qipiqalar bilan qoplanadi.

3.Regressiv davri: toshmalarining so'nish davri. Tugunchali toshmalar yassilanib rangi o'chadi, tangachalar hosil bo'lishi kamayadi va to'xtaydi, atrofida depigmentli gultoji paydo bo'ladi (Voronovning psevdofatrofiya gultojisi). Papulalar markazidan yoki periferik qismidan surila boshlaydi. Toshma elementlari surilgandan so'ng ko'pincha depigmentli, ba'zan giperpigmentli dog'lar qoladi. Psoriaz toshmalariga simmetrik joylashish, periferik o'sishga moyilligi, papulalari qo'shib pilakchalarni hosil qilish xususiyatlari xos. Psoriatik toshmalarining kattaligiga qarab psoriaz turlari: nuqtasimon - toshmalar kattaligi to'g'nog'ich boshi kattaligida, tomchisimon-toshmalar to'g'nog'ich boshidan kattaroq, figurali-toshmalar. Bunda uchoqlar har xil ko'rinishda (yoysimon, o'roqsimon, halqasimon) figuralarni hosil qiladi, numulyar tangasimon - pilakchalar esa katta

va yirik bo'lib, tugunchalarning geografik shakldagi joylashishida jarohat o'choqlari bir-biri bilan qo'shib geografik kartani eslatadi. Xalqasimon ko'rinishdagi tugunchali toshmalar markazdan regressga uchray boshlaganda halqasimon shaklni eslatadi.

Kasallikda toshmalar teri yuzasining deyarli, barcha sohalarida joylashadi. Asosan tizza, tirsak, boshning sochli qismi, lyumbosakral sohalar, ya'ni kuproq travmatizatsiyalanadigan sohalarda ko'p uchraydi. Bu sohalardagi psoriatik toshmalar uzoq vaqtgacha saqlanib turadi. Psoriazda shilliq pardalar kam jarohatlanadi. Asosan pustulyoz va ogir artropatik turida uchraydi. Psoriazda shilliq pardalardan og'iz shilliq pardasi, kamroq hollarda tomoq, tanglay, qizilungach, burun, siydik pufagi, to'g'ri ichak, uretra, qin shilliq pardalari ham shikastlanishi mumkinligi adabiyotlarda aytib o'tilgan. Yuqorida aytib o'tilgan sohalar shilliq pardalarida uchrashini toshmalarning bir vaqtning o'zida ham terida, ham shu sohalarda paydo bulib, davolanish protseslari davomida tipik psoriatik toshmalar bilan birgalikda borishi bilan tushuntiriladi. Tirnoq plastinkalarining (ko'proq qo'l, ba'zan oyoq) zararlanishi psoriaz simptomlaridan biri hisoblanadi. Bunga "angishvona" simptomi deyiladi. Bundan tashqari, chiziqli va ko'ndalang chiziqli zararlanish ham kuzatilishi mumkin. Tirnoqlar rangi xiralashishi, tirnoq plastinkalari deformatsiyasi, erkin qismi sinishlari, onixolizis yoki onixogrifoz kuzatilishi mumkin. Tirnoqlar zararlanishi ko'proq artropatik, pustulyoz va psoriaz eritrodermiyalarida uchraydi. Tirnoqlar zararlanishi hamma vaqt ham kasallik og'irlik darajasini ifodalamaydi. Ya'ni onixodistrofiya chegaralangan psoriaz turlarida ham uchrashi mumkin. Psoriazda tirnoqlar zararlanishini boshqa dermatozlar bilan qiyosiy tashxislash kerak.



Psoriazda sub'ektiv belgilaridan bemorlar jarohat sohasidagi qichishga ayniqsa boshning sochli qismida joylashgan bo'lsa, artropatik turida esa bo'g'imlardagi og'riqqa shikoyat qiladi.

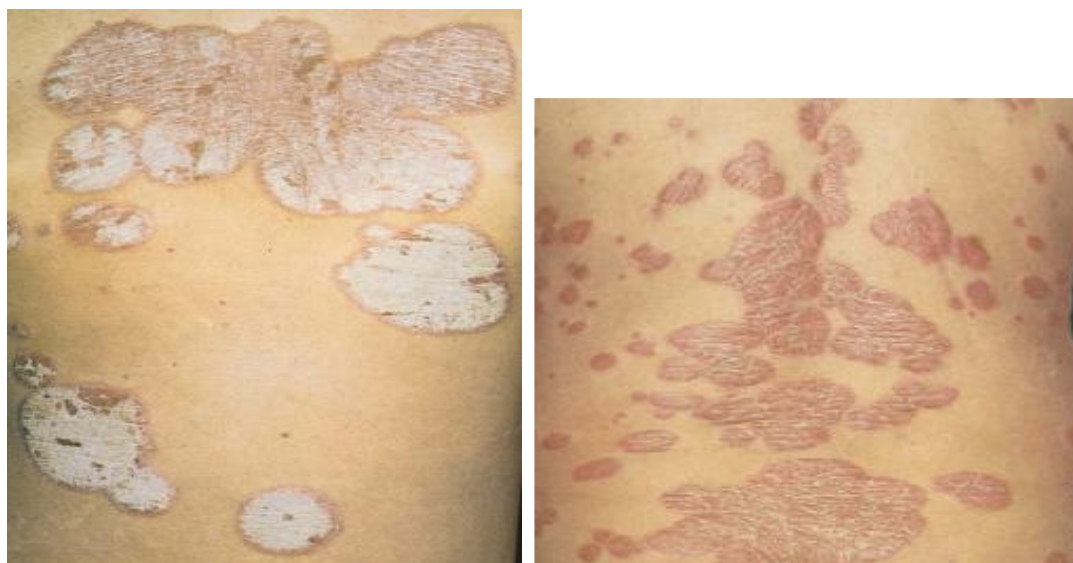
Psoriazning quyidagi klinik ko'rinishlari tafovut qilinadi:

- 1.vulgar (oddiy) psoriaz
- 2.ekssudativ psoriaz
- 3.seboreyali psoriaz
- 4.artropatik psoriaz
- 5.psoriaz eritrodermiyasi
- 6.pustulyoz psoriaz

7.qo'l kafti va tovon psoriazi.

8.intertriginoz psoriaz

Eksudativ psoriaz. Oddiy psoriazdan ekssudativ jarayonlar ustunligi bilan ajralib turadi, natijada psoriatik toshmalar yuzasida tangacha va qipiqalar sarg'ish rangda bo'ladi. Qipiqalarni olib tashlanganda qon aralash suvlangan yuza chiqadi.



Seboreyali psoriaz. Asosan boshning sochli qismi va seboreyali sohalarda joylashib o'ziga xos klinik ko'rinishga ega. Jarayon uzoq vaqt chegaralangan ko'rinishda kechadi va yallig'lanish kuchsiz bo'lgan kepaklanish ko'rinishida bo'ladi. Bunday holatlarda agar psoriazga xos toshmalar terining boshqa sohalarida bo'lmasa hamda, irsiyatida bo'lmasa tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. Bundan tashqari yuzda, ko'krak sohasida chegarasi aniq ustida qat-qat tangacha bilan qoplangan papula yoki pilakchalar aniqlanadi. Psoriatik uchlik belgisi vulgarga nisbatan kuchsiz ifodalangan.

Artropatik psoriaz. Kasallikning og'ir formalaridan biri bo'lib, ko'pincha bemorlarni nogironlikka olib kelishi mumkin. Bunda asosan yirik xamda mayda bo'g'imlar zararlanadi, patologik jarayon qo'proq panja va tovonning mayda bo'g'imlarida, tizzada, umurtqalarda uchraydi. Bemorlarni bo'g'imlarida kuchli og'rik bezovta qiladi, og'riq ayniqsa harakat qilganda kuchayadi. Psoriazda

bug‘imlarning shikastlanishi jarayonning sistemali kechayotganligidan dalolat berib, tugunchali toshmalar tizza va tirsak bo‘g‘imlarida kuzatiladi. Bu turi ko‘proq erkaklarda uchraydi. Kasallikning boshlanishi har xil bo‘lib, bo‘g‘imlarning zararlanishi ba’zida chegaralangan uchrasa, ba’zan teri ko‘rinishlari bilan birga uchraydi. Suyak bo‘g‘imlardagi rengenologik o‘zgarishlar: bo‘g‘im atrofi osteoporozi, bo‘g‘im yoriqlari torayishi, ostiofitlar, suyak to‘qimasi kistozi, suyaklar eroziyasi, oligoartritlar, psoriatik spondilit, psoriatik sakroilitlar kuzatiladi. Bemorlar bo‘g‘imlardagi kuchli og‘riqlarga shikoyat qiladi. Zararlangan bo‘g‘im kasallikning progressiv davrida qizarib shishgan bo‘ladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko‘tarilib ishtaha pasayadi, oshqozon-ichak trakti faoliyati buziladi. Bu belgilar asta-sekin yuqolib, jarayon o‘tkir osti va keyin surunkaliga o‘tadi. Vaqt o‘tishi bilan bo‘g‘imlar deformatsiyasiga va ankilozga olib keladi.

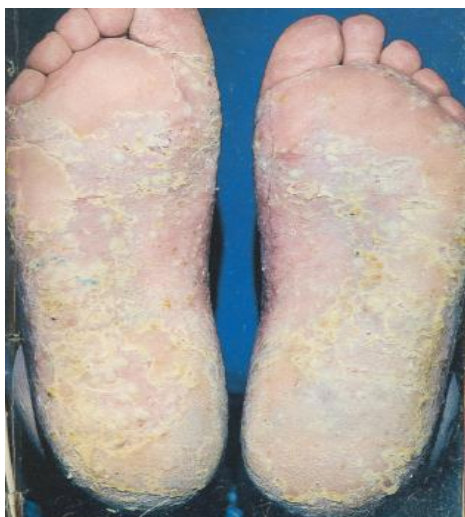


Psoriatik eritrodermiya. Psoriaz asorati sifatida, hamda chala davolanish, malhamlarni, UBN, insolyatsiyani noto‘g‘ri qo‘llash oqibatida rivojlanadi. Eritrodermiya asta-sekin butun teri qoplamlarini egallab boradi. Bunda teri och-qizil rangga kirib usti quruq, oq tangachalar bilan qoplanadi. Bemor yechingan

mahalida undan oq kumushrang tangachalar ko'p miqdorda tushadi. Yuz terisi, quloq supralari, boshning sochli qismi xuddi un sepib quyganday ko'rinadi. Terisi infiltratsiyalangan, shishgan, paypaslaganda harorat va biroz dag'allashgan bo'ladi. Bemorlar teri qichishidan, teri tortilishi, achishidan shikoyat qiladi. Ba'zi teri sohalarida tipik psoriatik papula va pilakchalar uchraydi. Eritrodermiya psoriaz kechishini yomonlashtiradi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgargan, tana harorati 38-39S gacha ko'tariladi, limfa tugunlari ayniqsa son va chov limfa tugunlari kattalashadi.



Pustulyoz psoriazning ikki kurinishi bor: generalizatsiyalashgan pustulyoz psoriaz (Zumbush) va chegaralangan pustulyozi (Barber). Generalizatsiyalashgan formasi og'ir kechadi. Harorat ko'tarilishi, holsizlik, leykotsitoz EChT oshishi bilan kechadi. Eritema fonida pilakchalar zonasi va o'zgarmagan teri sohalarida mayda papulalar paydo bo'ladi, bu holat og'riq va achishish bilan kechadi. Pustulyoz kaft - tovon psoriasi ko'p uchraydi, toshmalar simmetrik joylashadi. Pustulalar epidermis ichida paydo bo'lib, gipermiyalangan teri fonida infil'tratsiya va lixenifikatsiya kuzatiladi. Bunda pustulalar ichidagi suyuqlik steril bo'ladi. Ba'zan toshmalar badan terisiga tarkalishi mumkin.



Qo'l kafti va tovon psoriazi. Psoriazning bu turi fizik mehnat bilan shug'ullanuvchi 30-50 yoshdagi shaxslarda uchraydi. Klinik quyidagi turlari tafovut qilinadi: lentikulyar, aylana, shoxsimon, qadoqli. Terining boshqa sohalarida tipik psoriatik toshmalar uchraydi. Terminal parda va nuqtali qonli shudring fenomenlari qiyinchilik bilan aniqlanadi.



Intertriginoz psoriaz. Burmalar psoriazi ko'pincha bolalar va keksa yoshlarda, ayniqsa qandli diabet kasalligi bor bemorlarda uchraydi. Jarayon ko'pincha qo'ltiq ostida, sut bezlari ostida, kindik atrofi, oraliq sohada uchraydi. Kepaklanish bilinar bilinmas yoki zararlangan o'choqlar aniq chegaralangan,

yuzasi silliq, qizg'ish rangda, baz'an biroz ho'l bo'ladi. Burmalarda ba'zan yoriqlar paydo bo'ladi.

Psoriaz kasalligini kiyosiy tashxisi:

	Psoriaz	Kizil yassi temiratki	Ikkilamchi papulyoz zaxm
1. Toshma elementlarni xususiyatlari	oqish-ko'l rang qipiqalar bilan qoplangan monomorf tugunchalar	yaltiroq yuzali, yassi, poligonal, monomorf tugunchalar	kuchsiz pushti rangda va dermal papulalar
2. Toshmalar joylashishi	boshning sochli qismida, ko'l va oyoqlarni asosan yozuvchi yuzalarida	qo'l va oyoqlarni asosan bukuvchi yuzalarida, og'iz va jinsiy azolarni shilliq qavatlarida	tugunchalar qo'l va oyoq kaftining ichki yuzalarida teri satxidan ko'tarilmagan holda va jinsiy a'zolarida, anal teshigi atrofida
3. Kasallikka xos belgilar	zo'rayish bosqichida Pilnov va psoriatik uchlik belgisi. regressiv bosqichda Voronovni	progressiv bosqichida Uikxemning to'ri belgisi musbat	Pilnov va psoriatik uchlik, angishvona belgisi manfiy

	psevdoatrofik gardishi musbat		
4. Xos bulgan gistologik uzgarishlar va laborator tekshiruvlar	giperkeratoz, akantoz, papillomatoz	gipergranulez	zaxmdagi serologik reaksiyalar manfiy



Psoriazni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin. Parapsoriaz, zaxm papulalari, qizil yassi temiratki, psoriatik eritrodermiya, zamburug‘li mikozning eritrodermik turi bilan qizil sochli temiratki va revmatoidli artrit. Psoriazni parapsoriaz bilan qiyosiy tashxisida: psoriazda epidermal papulalar

har xil kattalikda bo'lib usti oq kumushsimon tangachalar bilan qoplanadi. Psoriaz uchun "psoriatik uchlik " belgisi xos. Toshmalar ko'pincha qo'l - oyoqlarning yozuvchi yuzalaridan boshlanib boshning sochli qismi yuz va tanada joylashadi. Parapsoriazda esa toshmalar ko'pincha tananing ikkala yonbosh sohalarida joylashadi, yuz va boshda uchramaydi. Kepaklanish ko'zga tashlanmaydi, ya'ni papulalar bilinar-bilinmas nozik tangacha bilan qoplangan bo'lib, o'rtasi zich yopishgan chetlari biroz ko'tarilgan holatda bo'ladi. Kepaklanish tirnalgandagina ko'zga tashlanadi yashirin kepaklanish simptomi). Tangachalar psoriazga o'xshab oson ajralmaydi, rangi ham sargish - oqish bo'ladi. Stearin dog'i va terminal parda fenomenlari kuzatilmaydi, nuqtali qonli shudring fenomeni biroz kuzatiladi. Toshmalar bir biri bilan qo'shilmaydi va bemorlarda teri qichishi kuzatilmaydi. Parapsoriazda polimorfizm kuzatiladi va uzoq residivlanuvchi kasallik hisoblanadi.

Ikkilamchi papulyoz zaxmdan farqli tomonlari. Psoriazda toshmalar rangi yorqinroq bo'lib, epiderma-dermal papulalar kuzatiladi. Ikkilamchi zaxm papulalari esa kuchsiz pushti rangda va dermal papulalar paydo bo'ladi. Asosan tugunchalar ko'l va oyok kaftining ichki yuzalarida teri sathidan ko'tarilmagan holda va jinsiy a'zolarida, anal teshigi atrofida ko'proq uchraydi. Psoriaz papulalarida ko'plab kepaklanish kuzatiladi, periferiyaga o'sib borib bir-biri bilan qo'shiladi va pilakchalarni hosil qiladi. "Psoriatik uchlik " fenomeni kuzatiladi. Zaxmdagi serologik reaksiyalar manfiy bo'ladi.

Qizil yassi temiratkidan farqli tomonlari psoriazda toshmalar yozuvchi yuzalarda joylashadi rangi pushti qizil rangda bo'ladi. Kepaklanish ko'p, shilliq pardalar kamdan-kam holatda zararlanadi. Qizil yassi temiratkida toshmalar bukuvchi yuzalarda joylashadi, rangi binafsha rang bo'ladi. Papulalar o'rtasida kindiksimon botiqlik bor, Uikxem belgisi musbat bo'ladi, ko'pincha shilliq pardalar ya'ni og'iz shilliq pardalari zararlanishi bilan kechadi, kuchli intensiv teri qichishi kuzatiladi.

Zamburug'simon mikozning eritrodermik turidan farqli tomonlari: Bu kasallik ancha kech boshlanib turg'un kechadi, infil'tratsiya kuchli ifodalangan

bo‘ladi, sochlar to‘kilib, generalizatsiyalashgan limfadenopatiya, intensiv doimiy teri qichishi, kaft-tovon giperkeratozi kuzatiladi.

Psoriaz barmoqlar orasida tovon sohalarida joylashganda kandidozlardan rubromikoz va chov epidermafitiyasidan qiyosiy tashxislash kerak.

Yirik burmalar sohasi kandidozi o‘tkir kechadi. Terining yuza qismlari ko‘proq jarohatlanib chegarasini aniqlash qiyin, suvlanish kuchli ifodalangan, epidermis qoldiqlari jarohat chetlaridan osilib turadi. Rubromikozdan farqi: psoriaz oyoq panchalarida uchraganda oyoq tirnoqlari kam zararlanadi, tirnoqlarda "angishvona" belgisi kuzatiladi. "Psoriatik uchlik" fenomeni musbat va jarohat soxasidan rubromikozga o‘xshash zamburug‘lar topilmaydi. Oyoq panjalari sohasi rubromikozida kepaklanish judayam mayda unsimon ko‘rinishida bo‘lib, tirnoqlar sarg‘ish, xira rangga kirgan, qalinlashgan, ko‘pincha tirnoq plastinkalari uvalashib atrofiya holati kuzatiladi va o‘choqdan zamburug‘ aniqlanadi. Artropatik psoriaz revmatoid artritga nisbatan og‘irroq kechadi, ko‘pincha erkaklarda kuzatiladi. Artropatik psoriazda jarayon barmoqlarning oxirgi falangalari sohalarida tirnoq plastinkalari zararlanishi bilan kechadi, jarayon ko‘pincha asimmetrik bo‘lib, bo‘g‘imlar deformatsiyasiga olib keladi, revmatoidli sinamalar manfiy bo‘ladi.

Patomorfologiyasi: Psoriazda patognomik belgilarning yuzaga kelishida keratinizatsiya jarayonining buzilishi yotadi, normal muguzlanishga nisbatan keratinizatsiya jarayoni bir necha marta oshib ketadi. Epidermisda parakeratoz, akantoz, xujayralar ichida shish, xujayralar orasida dermadan kelgan neyetrofillarning yig‘ilishi (Munro mikroabsessi) kuzatiladi. Tuguncha ustidagi muguz qavat qalinlashadi, u asosan tayoqchasimon yadroga ega bo‘lgan parakeratotik xujayralardan iborat bo‘ladi. Muguz qavati xujayralari orasida juda ko‘p tirqishlar bo‘lib, ular havo bilan to‘lganligi sababli tangachalar kumushsimon ko‘rinishga ega bo‘ladi. Eski toshmalarda parakeratozga nisbatan giperkeratoz ko‘proq shakllanadi. Dermada papillamatoz kuzatiladi. So‘rgichsimon qavatning kapillyarlari kengayib qon bilan to‘lganligi yaqqol ko‘zga tashlanadi.

So‘rg‘ichsimon qavatda va uning ostida limfotsit, gistiotsitlardan iborat yallig‘lanish infil‘trati bo‘ladi.

Davolash: Psoriaz kasalligini davolashda, kasallikni keltirib chiqaruvchi omillariga va bemorlarni umumiy holatiga indivudal tarzda, kasallik bosqichlari, klinik shakllari, tarqalganligi va yo‘ldosh kasalliklarining mavjudligini inobatga olish lozim. Psoriaz kasalligini davolashda umumiy va maxalliy davo choralaridan foydalaniladi. Umumiy davo choralariga, antigistamin, desensibilizatsiyalovchi, gepatotrop, vitamin, immunodepressantlar, glyukokortikoidlar keng ko‘llaniladi. Mahalliy davo sifatida esa steroid malhamlar qo‘llaniladi. Davo choralarining o‘tqazilishi nafaqat mavjud kasallikning qo‘zg‘alishi holatini davolashga, balki kasallikning qo‘zg‘alish chastotasini kamaytirishga, remissiya holati davomiyligini uzaytirilishiga, asoratlarning oldini olishga va reabilitatsiya holatining amalga oshirilishiga qaratilishi kerak. Kasallikni davolash ikki xil – bazisli va simptomatik davolashdan iborat bo‘ladi. Bundan tashqari mahalliy davoning o‘tkazilishi ham katta ahamiyat kasb etadi.

Psoriaz kasalligi bilan xastalangan bemorlarga davo choralarining o‘tqazilishi ularga gipoallergik parhezni tavsiya etish, ovqat mahsulotlari tarkibidan yog‘, uglevodlarga boy mahsulotlarni cheklash belgilanadi. Bemorlarga fitonsidlar (chesnok, garimdori, piyoz), qizil rangli mahsulotlar (tomat, ketchup, qizil mevalar), tuxum, asal, shokolad, dumba yog‘i, qotirma go‘shtlar, sitrus mevalari, achchiq, tuzlamali kabi mahsulotlar berilishi taqiqlanadi. Bemorlarga beriladigan ovqatlar oddiy, vitaminlarga boy, yog‘siz, mol va tovuk go‘shtlaridan tayyorlangan ovqat mahsulotlaridan iborat bo‘lishi kerak.

Psoriaz kasalligi asosida allergik holatning tutgan o‘rni muhim ahamiyat kasb etganligi sababli bemorlarga ko‘p holatlarda giposensibilizatsiyalovchi ta’sir etish maqsadida kalsiy dori vositalari (kalsiy xlorid, glyukonat kalsiy, kalsiy laktat), zaharsizlantiruvchi va siydik haydovchi ta’sir etish xususiyatiga ega natriy, kaliy, magniy dori vositalari (natriy tiosulfat, kaliy xlorid, asparaginat kaliy va magniy), buyrak usti bezi faoliyatini jadallashtiruvchi va zararsizlantiruvchi, yallig‘lanishga

qarshi dori vositalari qo'llaniladi. Kasallikning o'tkir qichishish bilan kechishida hujayralar N_1 - retseptorlarini bloklaydigan dori vositalaridan antigistamin dori vositalari (fenkarol, suprastin, diazolin, dimedrol, ketotifen, simetidin) qo'llaniladi. Ayrim bemorlarda markaziy asab tizimi faoliyatining funksional ravishda buzilishi, vegetativ nevrozlar qayd etiladi, shu sababli bemorlarga ularni tinchlantiruvchi, asab tizimini me'yorlashtiruvchi dori vositalari (natriy brom, kaliy brom, ammoniy brom) hamda o'simliklardan tayyorlangan dori vositalari (valeriana ildizi, yalpiz, kabi o'tlardan tayyorlangan damlamalar) tavsiya etiladi. Bu dori vositalari bemorlarda markaziy asab tizimi tomonida kuzatiladigan bezovtalikni kamaytiradi, uyqusizlikni bartaraf etadi.

Gepatotsitlar faoliyatini normallashtirish maqsadida bolalarda kasallikni davolashda gepatoprotektor dori vositalaridan lipoy kislotasi va karsil dori vositalaridan keng ko'lamda foydalaniladi. Bundan tashqari gepatoprotektor va membranastabillashtiruvchi xususiyatga ega bo'lgan essensial fosfolipidlar (essensial forte, essensial N forte, essliver forte) tavsiya etiladi. Psoriaz kasalligining kechishida metabolitik o'zgarishlar muhim ahamiyat kasb etganligi sababli ularga bir vaqtning o'zida ferment (pankreatin, festal, mezim forte) va vitaminlar (A, S, V₁, V₆, V₁₂, RR, folat kislotasi) tavsiya etiladi.

Mikroelementalar oqsillar, gormonlar, vitaminlar va fermentlar bilan bog'liq holda inson organizmida muhim biologik vazifalarni bajaradi, shu sababli ular uglevod, yog' va oqsil moddalari almashinuviga faol ta'sir etadi. Psoriaz kasalligida yog' almashinuvining buzilishi holati kuzatilganligi sababli lipotrop dori vositalari (metionin, sistein, lipokain) qo'llaniladi. Bemorlarni kompleks davolash jarayonida immun tizimini me'yorlashtirish maqsadida immunomodulyatorlar (levamizol, taktivin, timalin, immunomodulin), immunostimulyatorlar (prodigiazon, pirogenal) va purin hamda pirimidin hosilalari (metiluratsil, pentoksil) tavsiya etiladi. Kasallikning og'ir klinik ko'rinishlarida, asoratli kechishida gormon dori vositalari (prednezalon, deksametazon) bemorlarni yoshi vazni va ushbu dori vositalarini tavsiya etish mumkin. Ushbu dori vositalarining salbiy ta'sirini oldini olish maqsadida, albatta

kaliy preparatlarini (kaliy oratat, kaliy pangamat, panangin,) bir vaqtning o'zida tavsiya etilishi ko'zda tutilishi lozim.

Psoriaz kasalligining umumiy davosi albatta mahalliy davo choralarini o'tkazish bilan birgalikda olib boriladi. Kasallikni qo'zg'alish davrida teri jarayoniga kuchsiz ta'sir etadigan, indeferent krem va malhamlar (Unna kremi, bolalar kremi, borat malhami) belgilanishi maqsadga muvofiq bo'lib hisblanadi. Psoriaz kasalligini susaygan holatlarida yoki statsionar bosqichlarida toshmalarning so'rilishi jarayonini tezlashtirish maqsadida oltingugurt, salitsil kislotalari malhamlari, naftalan, ixtiollardan tayyorlangan malhamlar tavsiya etiladi. Ularning miqdori kasallikda kuzatiladigan jarayonning kechishiga qarab asta-sekinlik bilan 2-5-10-20 % va undan ham ko'proq oshirib boriladi. Kasallikni mahalliy davolash albatta glyukokortikoid (dermovayt, advantan, elakom, prednizalon, ftorokort, flyusinar, lorinden, selestoderm va h.k.) malhamlarining qo'llanilishi bilan olib boriladi. Bundan tashqari bolalarda kasallikni mahalliy davolashda tarkibida A,E,D vitaminlarini tutadigan krem va malhamlar keng qo'llaniladi. Bu dori vositalari bemor bolalar teri shoxlanishini yaxshilaydi, regeneratsiya jarayonini esa stimullaydi. Psoriaz kasalligining susaygan holatlarida, statsionar bosqichlarida davolash maskanlarida davolanishlar (quyosh nurlari, dengiz va qo'llarda cho'milish, serovodorod hovuzlaridan foydalanish) davolash samarasini oshiradi, kasallikni yashirin davrining uzayishiga va qaytalanish muddatining qisqarishiga olib keladi.

QIZIL YaSSI TEMIRATKI

(LICHEN RUBER PLANUS)

Qizil yassi temiratkini Wilson (1869 yil) aniqlanib, uzoq vaqt kechuvchi surunkali kasallik bo'lib, teri va shilliq qavatlarda tugunchali ya'ni (papulali) toshmalarining paydo bo'lishi bilan ifodolanadi. Teri kasalliklari ichida ushbu kasallik bilan xastalanish 0,5 -1 %ni tashkil kiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik to'liq aniqlangan emas, kasallikning kelib chiqishida turli nazariyalar virus - infeksiyon, nevrogen, irsiy, toksik, modda almashinuvi buzilishi va immunologik holatlar muhim ahamiyatga ega. Qizil yassi temiratki bilan og'rikan bemorlar terisida virusga o'xshash va boshqa infeksiyon agentlarning bo'lishi organizmning immunobiologik himoya qobiliyati susaygan davrda kuchaytiradi va ushbu holatlarga nisbatan o'tqazilgan davo choralarining samarali ta'sir etishi katta ahamiyatga egaligi bilan olimlar tarafidan tasdiqlangan. Bu kasallik bilan xastalangan bemorlarda endokrin kasalliklar va oqsil almashinuvining buzilishi kabi kasalliklarning vujudga kelishi kasallik asosida endokrin gormonlarning nisbati hamda moddalar almashinuvi holatlarining buzilishi yotishidan dalolat beradi. Qizil yassi temiratki bilan xastalangan bemorlarning boshqa oila a'zolarida ham uchrashi kuzatilgan; Ko'pgina olimlar kasallikning vujudga kelishini nerv sistemasi faoliyatining buzilishiga emotsional hayajonlanishlar, stress va nevroz xolatlarga bog'liq deb qaraydilar. Bunda holatlarda toshmalar nerv tolalari bo'ylab joylashishi xam mumkin. Ko'pchilik bemorlarda gipnozoterapiya muolajalari yaxshi natija beradi.

Klinikasi. Qizil yassi temiratki kasalligi klinik jihatdan monomorf toshmali tugunchalar (papulalar) shaklida namoyon bo'lib, asosan teri va shilliq qavatlarga toshadi. Tugunchalarning o'ziga xos xususiyatlaridan biri yassi poliginal ko'rinishdagi, yuzalari silliq, yaltiroq, to'qqizil- binafsha rangda bo'lib, markazida kindiksimon botiqlikga ega. Ularning kattaligi tariq, no'xat kattaligida, ba'zi hollarda ularning hajmi kattalashib bir-biriga qo'shilishga moyil va pilakchalar hosil qiladi. Tugunchalar asosan qo'l va oyoqlarning bukuvchi sohalarida, badan, og'iz bo'shlig'i

va jinsiy a'zolarining shillik qavati, ko'proq lunjlarda oqimtir gardishlar misolida uchrab, bir-biri bilan qo'shilib, pilakchalarni hosil qiladi. Qizil yassi temiratki kasalligining kechishida 3 ta bosqich – rivojlanuvchan (progressiv), kasalxona (statsionar) va tuzalish (regressiv) bosqichlari tafovut etiladi. Kasallik surunkali kechib, bir necha oy va yillar davom etishi mumkin. Toshmalar ba'zan kasallikning avj olgan davrida, yangi tugunchali toshmalar toshadi va ular kattalashib boradi. Keyin kasallik statsionar davrga o'tadi, bunda papulalar asta-sekin so'rilib o'rnida to'q jigarrang dog'lar qoladi; Teri yuzalarida mexanik ta'sirlar bo'lgan soxalarda chiziqli ko'rinishida papulalar paydo bo'ladi (Kyobner fenomini). Kasallik qattiq kichishishi bilan kechadi. Tugunchali toshmalar va pilakchali toshmalar yuzasiga o'simlik moyi surtilsa, to'rsimon shakllar vujudga kelishi kuzatiladi Uikxem to'ri belgisi, deb ataladi. (epidermis donador qavatining notekis joylashishi xisobiga); Qizil yassi temiratki kasalligiga xos bo'lgan Uikxem to'ri belgisini teri epidermis qavatining yo'q sohalarida, ya'ni shilliq qavatlarda yaqqol kuzatish mumkin. Ba'zan kasallikning kechishida tirnoqlar ham o'zgarib rangi xiralashadi, ustida uzunasiga ketgan chiziqlar paydo bo'ladi.



Qizil yassi temiratki kasalligining kechishida bir necha xil klinik shakllari mavjud:

1. Gipertrofik, so'galsimon xili tugunchalarning giperplaziyasi natijasida vujudga keladi. Tugunchalar tananing pastki oyoqning son va boldir soxalarida

pilakchalar xolida qizil-qo'ng'ir rangda bo'lib, ularning yuzalari so'galsimon giperkeratotik qatlamli quruq qipiqalar bilan qoplangan bo'ladi. Yonlarida esa qizil yassi temiratkiga xos bo'lgan yassi tugunchali toshmalarini uchratish mumkin. Davo choralari qiyinlik bilan bo'ysinadi.



2. Atrofik va sklerotik (folikulyar) xilida tuguncha va pilakchalar so'rilib terida atrofik va sklerotik o'zgarishlar qolishi mumkin. Ko'pincha bemorlarda chiziqli ravishdagi chandiqsimon atrofik o'choqlar kuzatiladi. Bemorlarda deyarli sub'ektiv belgilar kuzatilmaydi: dermatologlar uni oq temiratki deb yuritadilar. Bunda toshmalar ko'ltik osti, chov burmalarida ba'zan boshning sochli qismida atrofik o'zgarishlar psevdopelladalarga o'xshaydi. Buni Littl-Lassyuer simptomi deb ataladi.

3. Pemfigoidli yoki pufakli xilida qizil yassi temiratkining tipik toshmalarini bilan birga kattaligi no'xat yoki olchadek keladigan pufakcha va pufaklar toshishi xarakterli bo'lib, po'rsildok pufakli yara kasalligi bilan qiyosiy tashxis o'tqazish lozim. (Nikolskiy simptomi manfiy).

4. Moniliform qizil temiratkida kattaligi olcha danagidek keladigan marjonsimon - moline — marjon, shakldagi toshmalar toshishi kuzatiladi. Ular

asosan peshona, quloq suprasi, qorin, dumba terilarida uchrab, ko‘rinishi munchoq ko‘rinishda bo‘ladi.

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

6. Halqasimon (tropik, subtropik) qizil yassi temiratki ko‘pincha erkaklarning jinsiy a‘zolarida halqa shakldagi periferiya qarab o‘sovchi tuguncha va plakchalar markazida giperpigmentli dog‘lar uchraydi. Kasallikning bu turi asosan subtropik mamlakatlarda yashovchi negr millatiga xos bo‘lgan bemorlarda kuzatiladi. Qizil yassi temiratkinining psoriaziform, chiziqli, pigmentli, qo‘l kafti va tovon va eroziv yarali xillari ham uchraydi.





Patomorfologiyasi. Epidermisning hamma qavati qalinlashadi, akantoz, giperkeratoz kuzatiladi. Donador qavat bir tekisda qalinlikdagi, ya'ni gipergranulyoz kuzatiladi. Dermaning ustki qavatida papillomatoz, asosan limfotsitlardan tashkil topgan infiltrat kuzatiladi.

Diagnozi. Qizil yassi temiratki kasalligiga diagnoz qo'yishda asosan klinik belgilarga tayangan xolda tugunchalar yassi, poligonal o'rtasi kindiksimon botiq pushti-binafsha rangli, ularni joylanishiga va Kyobnening izomorf reaksiyasiga va Uikxem turi simptomlariga ahamiyat berish talab etiladi. Toshmalar jinsiy a'zolarining shilliq qavatlarida bo'lsa, uni zaxm bilan taqqoslash kerak. Zaxmga tekshirilganda qonni KSR o'tqazish va bakterioskopik tekshiruvlar, kasallik anamnezini yig'ish muhim. Tananing boshqa sohalarida tugunchalar kuzatilsa psoriaz kasalligidan farqlash lozim. Qizil yassi temiratki kasalligini ayrim klinik shakllarini bir qancha dermatozlardan Qiyosiy tashxis o'tqazish lozim: chegaralangan neyrodermit, epidermal nevus, chiziqli nevus, sklerotik lixen, amiloidli lixen, halqasimon granulema, pemfigoidlardan va boshqalar.

Qiyosiy tashxis

1.Amiloid lixen: -tugunchalar poligonal - hoshiyalarga ega emas, markaziy qismi botiq bo‘lmaydi -rangi och jigarrang bo‘ladi - toshmalar zich joylashadi, - ko‘pincha qo‘shilib, qalin sariqsimon pilakchalar hosil qiladi - qattiq qichishadi -og‘iz bo‘shlig‘ida toshmalar bo‘lmaydi -gistologiyasida amiloidoz holat kuzatiladi	Qizil yassi temiratki: -poligonal hoshiyalarga ega bo‘lib, markaziy qismida kindiksimon botiqlik kuzatiladi -qizil, binafsha rangda bo‘ladi -qichishish holat kuchli bo‘lmaydi - gistologiyasida giperkeratoz, granulyoz, akantoz kabi o‘zgarishlar kuzatiladi
--	--

2.Miksedemali lixen:- kasallik kekxa ayollarda ko‘p uchraydi -tanada, qo‘llarda jarayon mahalliyashadi(shilliq pardalar kasallanmaydi) - tugunchalar yarim sharsimon ko‘rinishda bo‘lib,polisiklik hoshiyalarga ega bo‘lmaydi -mumsimon yoki normal teri rangida bo‘ladi -guy-guy bo‘lib joylashadi,shishib keyinchalik qotishi mumkin,ularni ko‘rinishi sklerodermik toshmalarni eslatadi	-oyoq va qo‘llarni bukiladigan joylarida,tanada, jinsiy olat sohalarida maxalliyashadi (og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq pardasi kasallanadi) -polisiklik xoshiyali bo‘ladi -rangi binafsha rangda bo‘ladi
3.Tugunli kichimasi: -kasallik belgilari ko‘pincha boldir sohalarida uchraydi -toshmalar odatda kam sonli, nisbatan yirik, zich, yarim sharsimon yoki oval shakllarida bo‘ladi -sirti ko‘pincha gemorragik	Verrukozli qizil temiratki: -kasallik belgilari ko‘pincha boldir sohalarida uchraydi -toshmalar poligonal, ko‘p sonli mayda papulalardan iborat bo‘ladi -sirti gemorragik po‘stloqlar bilan qoplanmaydi

po'stloqlar bilan qoplanadi -shilliq pardalarda toshmalar kuzatilmaydi	-shillik pardalarda toshmalar kuzatiladi
4.Sugalli sil: -qo'l panjalari,barmoqlarning orqa tomoni kasallanadi -kasallanish zonasi uchta bo'ladi: markaziy- muguzlanish, sugalli zona, o'rta -ko'kimtir- to'q qizil infiltrativ zona, periferik -och qizil zona -chandiqlik hosil qiladi -surunkali qichishadi	Qizil yassi temiratki: - ko'pincha boldir sohalari kasallanadi -uch xududli kasallanish holat bo'lmaydi -chandiqlar hosil qilmaydi -mu'tadil ravishda qichishadi

Davosi. O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan tavsiya qilingan standart tekshiruv va davolash usullariga assoslangan holda davochalarini olib borish. Birinchi navbatda kasallikga olib keluvchi o‘choqli infeksiyalarni bartarf qilish lozim. Kasallik o‘tkir kechganida antibiotiklar (tetrasiklin qatoridan — tetrasiklin, klortetrasiklin 1.000.000 dan 10 kun), kalsiy tuzlari eritmasi, natriy giposulfit in‘eksiya holida tavsiya etiladi. Tinchlantirish maqsadida brom preparatlari, trankvilizatorlar buyuriladi. Vitaminlar (RR, V1, V6, V12), antigistamin dorilarni qo‘llash davolash samarasini oshiradi. Kasallik klinik jihatdan og‘irroq kechganidaganda steroidli gormonlar tavsiya qilinadi, ularning miqdori 30 mg dan 100 mg gacha bo‘lishi mumkin. Surunkali qizil yassi temiratkini davolashda delagil, rezoxin, xingamin preparatlari, steroidli gormonal vositalar bilan birga qo‘llaniladi. Bemorni gipnoz va elektroson ta’sir ettirish yo‘li bilan uxlatib davolash, bo‘ynidagi simpatik tugunlarni diatermiya, paravertebral blokada qilish, bel sohasida induktotermiya o‘tqazish ham yaxshi natija beradi. Ba’zan esa PUVA-terapiya tavsiya etiladi.

Mahalliy davo: mentol va karbol spirti, glyukokortikoidli malhamlardan iborat. Kasallikning gipertrofik turida toshmalarni diatermokoagulyatsiya qilish, O₂, suyuq azot bilan kuydirish, ular atrofidan gidrokortizon emulsiyasi yoki steroidli gormon eritmalari bilan in‘eksiya qilish tavsiya etiladi. Kasallikning remissiya davrida bemorga sanatoriya (Chimyon, Chortoq) va kurortlarda davanish buyuriladi.

Parapsoriaz

Parapsoriaz kasalligi atamasini birinchi marotaba 1902 yilda tibbiyotga olim Brok kiritgan. Kasallik tabiatiga ko'ra psoriaz kasalligiga o'xshash bo'lganligi uchun ham shunday nomlangan. Parapsoriaz kasalligining klinik jihatdan 3 xil turi tafovut etiladi: tomchisimon, pilakchali va lixenoid turlari. Ular ichida asosiy o'rinni tomchisimon klinik turi tashkil etib, ushbu tur bilan ko'pincha bolalar xastalanadilar. Kasallikni kelib chiqishi asosida infeksiya hamda toksik holatning ahamiyati muhim hisoblanadi. Bemor bolalarda turli xil o'choqli infeksiyalar mavjudligi (surunkali angina, gaymorit, frantit, laringit, parotit) holati qayd etiladi.

Tomchisimon parapsoriaz kasalligi 3 xil o'tkir, yarim o'tkir va surunkali klinik ko'rinishlarda kechadi. Ular ichida kasallikni surunkali klinik kechishi ko'proq qayd etiladi. Kasallikning ushbu klinik shaklida toshmalar pushti, to'q qizil rangli tugunchalar ko'rinishida, asosan bemor tanasining yon teri sohalarida, qo'l va oyoq sohalarida namoyon bo'ladi. Bemorlarning umumiy ahvoli o'zgarmaydi, ularni salbiy shikoyatlar bezovta qilmaydi. Toshmalar boshning sochli sohalarida, yuz teri sohalarida va qo'l-oyoq kaft yuzalarida uchramaydi. Tugunchali toshmalar tariq, to'g'nog'ich boshi kattaliklarida bo'lib, ular qattiq tarkibli, silliq yuzali bo'ladi. Toshma yuzalari qirtishlab ko'rilganda ular yuzasida kepaksimon qipiqalanish kuzatiladi, agarda qirtishlash qattiqroq davom ettirilsa u holda mayda nuqtali qon quyilishi kuzatiladi (purpul belgisi). Vaqt o'tishi bilan esa toshma elementlarining so'rilishi va orqaga qaytish jarayoni kuzatiladi, bu vaqtda toshmalar yuzasida nozik ko'rinishda qipiqalanish kuzatiladi, ushbu qipiqalar ko'chirilsa, xuddi «bulutch» ko'rinishida butunlay ko'chib tushadi. Tugunchali toshmalar o'rnida keyinchalik ikkilamchi leykoderma qoladi. Tomchisimon parapsoriaz kasalligining o'tkir klinik kechishida kasallik belgilari to'satdan boshlanadi, toshmalar polimorf ko'rinishida, to'g'nog'ich kattaligida bo'lib, ularning markaziy qismi qontalashadi, keyinchalik esa ular o'rnida qora-qo'tir, qontalashgan po'stloqlar kuzatiladi. Ayrim vaqtlarda toshmalar xuddi chechak kasalligi yiringlari ko'rinishida yoki pushti qizil tugunchalar

ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Kasallikning ushbu klinik turida shilliq qavatlarda va jinsiy a‘zolar sohalarida toshma elementlarini oqish, pushti qizil tugunchali toshmalar tarzida kuzatish mumkin. Bemorlar umumiy ahvolining o‘zgarishi kuzatiladi, ularni tana haroratini ko‘tarilishi, xolsizlik, pereferik limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi. Kasallik uzoq vaqt qaytalama kechishi toshmalar o‘rnida muhrlangan ko‘rinishda chechak kasalligida kuzatiladigan chandiqlar qolishi mumkin. Parapsoriaz kasalligining o‘tkir osti ko‘rinishida ham kasallikning xuddi surunkali ko‘rinishida kuzatiladigan qontalashgan tugunchali toshmalar kuzatiladi.

Kasallikka tashxis qo‘yishda ikkilamchi tugunchali zaxm kasalligi bilan taqqoslanadi, bu vaqtda bemorlarni Vasserman reaksiyasi tekshiriladi, pushti rang temiratki kasalligi bilan taqqoslash tashxisi o‘tkazilganda «ona» dog‘i toshmalarining aniqlanishiga, qizil yassi temiratki kasalligi toshmalar bilan taqqoslaganda esa tugunchali toshma elementlarining yassi, yaltiroq markaziy qismidagi nuqtasimon botiqlikka, guruhlanishga moyilligi va jarayonning qichishish bilan kechishi holatlariga e‘tibor berish lozim. Parapsoriaz kasalligining o‘tkir kechishi holatlarida kasallik belgilarini suvchechak kasalligi bilan taqqoslash lozim. Ma‘lumki, suvchechak kasalligida bemorlarning umumiy holati o‘zgarishi, tana haroratining yuqori bo‘lishi, toshma elementlarining yuz teri sohalarida va boshning sochli sohalarida kuzatilishi, jarayonning qichishishi bilan kechishi va tezda tuzalishi kabi ko‘rinishlarda kechishi parapsoriaz kasalligini ushbu kasallikdan ajrata bilishga asos bo‘ladi.

Qiyosiy tashxis

1.Seboreyali ekzema: - kasallik o‘choqlari asosan boshning sochli kismida,yuzda, tanada, ko‘krak sohasida va kuraklar o‘rtasida maxalliylashadi	Pilakchali parapsoriaz: -o‘choqlarni tana va oyoq teri sohalarida maxalliylashishi kuzatiladi -qichishmaydi -teridagi jarayon yallig‘lanish kuchsiz
---	---

-qichishish holat kuzatiladi -teridagi jarayon yallig‘lanish, -kuchli teri ko‘chishi bilan kechadi	teri kuchishi va bilan kechadi -toshmalar rangi har xil bo‘ladi
2.Zamburug‘li mikozning premikotik boskichi: -qichishish xolat kuzatiladi -toshmalar to‘q rangda bo‘ladi	- qichishishmaydi - toshmalar och rangda bo‘ladi

Patomorfologiyasi. Kasallikka davo choralarining o‘tqazilishi bilan bir vaqtning o‘zida bemorlarda mavjud bo‘lgan infeksiya o‘choqlarini davolash lozim. Shu maqsadda bemor bolalarga keng qamrovli antibiotik dori vositalari tavsiya etiladi. Kasallikni kompleks davolashda kalsiy preparatlari (xlorid va glyukonat kalsiy), antigistamin dori vositalari (fenkarol, peritol, suprastin, diazolin), vitaminlar (A, Ye va D₂, riboflavin, folat va nikotin kislotalari, pantotenat kalsiy) belgilanadi. Kasallikning o‘tkir va tarqoq ko‘rinishda kechadigan holatlarida bemorlarga glyukokortikoid dori vositalari bemor bolalar 1 kg tana og‘irligiga nisbatan belgilanib, 10-14 kun mobaynida tavsiya etiladi. mahalliy davo kortikosteroid malhamlarining tavsiya etilishi bilan olib boriladi.

QIZIL CHANDIQSIMON YASSI TEMIRATKI (DIVERJI KASALLIGI)

Diverji kasalligi bolalarda kuzatiladigan kam uchraydigan kasallik bo'lib, etiologiya va patogenezi noma'lum.

Kasallikni asosiy toshmalar igna qulog'idek kattalikdagi sarg'ish-pushti yoki to'q qizil papulalardan iborat bo'ladi. Tukli papulalar konus shaklida bo'lib, ancha zich ko'rinishda joylashadi. Sirti chandiq hosil qilib yoki markazida muguz tikinga ega bo'lib ko'chib tushadi keyin esa ular o'rni nuqtali chuqurchalar qoladi. Kasallik boshlanishida papulali toshmalar alohida joylashadi, keyinchalik esa ko'shib ketadi va oqish pustloq bilan qoplangan pilakchalarni hosil qiladi. Pilakcha atrofida qizil chandiqsimon tukli temiratkinining alohida papulalar ko'rinishi turadi. Bu pilakchalar psoriaz yoki keratodermiyadagi toshmalarni eslatishi mumkin. Toshmalar usti silanganda qirg'ichni silagandek ko'rinishda tasurot qoladi.

Toshmalar oyoq-qo'llarning bukuv sohalarida, tirsak va tizza bo'g'imlarida simmetrik holatda joylashadi. Qo'l barmoqlari orqa tomondagi toshmalar ayniqsa kasallikka xos bo'lgan ko'rinishga ega bo'ladi. Boshning sochli qismida toshmalar diffuz xususiyatga ega bo'lib, qoramtir tangachalardan tashkil topadi va seboreya kasalligi ko'rinishini eslatadi.

Yuz soxasi teri yuzalari qizil, chandiqsimon tangachalar bilan qoplanadi va tortilgandek bo'lib ko'rinadi. Ba'zan ektropion holat kuzatiladi. Qo'l va oyoq kafti teri sohalarini muguz qavati qalinlashadi, yoriq va egatchalar kuzatiladi. Teri xira tortib, qalinlashadi, shilinadi, og'riqli holat kuzatiladi. Ba'zan shilliq pardalarning kasallanishi (mayda uchli tugunchalar) kuzatiladi.

Qiyosiy tashxis

1.Psoriaz -psoriatik fenomenlari musbat ko‘ri-nishda bo‘ladi - yuz terisi diffuz ko‘rinishda kasallanmaydi,uzluksiz qizillik va teri ko‘chishi kuzatilmaydi - konus shaklidagi papulalar mavjud bo‘lmaydi	Deverji kasalligi: -fenomenlar manfiy bo‘ladi - barmoqlarning orqa tomonida kasallikka xos bukilgan uchli papullar kuzatiladi -davolash choralariga rezistentligi ko‘proq bo‘lib,uzoq vaqt davom etadi -yuz sohasi qizaradi, teri sathini ko‘chishi kuzatiladi
2. Dori allergiyasi kasalligi - antibiotiklarni, chechakka qarshi vaksinalarni ko‘tara olmaslik oqibatida kelib chiqadi -kasallik tez rivojlanadi va nisbatan qisqa vaqt ichida qaytadi -jarayon qichishish bilan kechadi - kasallik sababi va patogenezi dorilar ta’siri bilan bog‘liq emas -uzoq vaqt davom etadi -jarayon qichishmay kechadi	-kasallik sababi va patogenezi dorilar ta’siri bilan bog‘liq emas - uzoq vaqt davom etadi -jarayon qichishmay kechadi
3. Tukli temiratki: -kasallik yosh ayollarda ko‘proq kuzati-ladi -oyoq va qo‘llarning bukuv sohalarida joylashadi, - akrotsianoz xolat kuzatiladi	-ko‘pincha bolalarda kuzatiladi -akrotsianoz xolat bo‘lmaydi

4.Tugma ixtioziformli eritrodermiya(lamelyar ixtioz) -xayotning birinchi kunlaridan boshlanadi -burmalar soxasida giperkeratoz, ba'zan esa papilomatoz xolat kuzatiladi -pufaklar toshishi, gipergidroz, soch va tirnoqlarni tez o'sishi kuzatilishi mumkin.	-kasallik bolalikdan boshlanadi -oyoq va qo'l kafti giperkeratozi xolat kuzatiladi -pufakchalar, gipergidroz, soch va tirnoqlarning tez o'sishi xolat kuzatilmaydi -teri soxalarini qurishi va yoriqlar kuzatiladi
5.Frinoderma: -A vitamini yetishmasligi oqibatida vujudga keladi -teri quruqligi, qo'l-oyoqlarning bukiladigan joylarida, dumbada, yelkada folikulyar giperkeratoz kuzatiladi,o'suvchi pilakchalar sariq-jigarrang bo'ladi -yuz,tirnoqning xarakterli kasallanishi.oyoq va qo'l kafti keratozlari kuzatilmaydi	-kasallikni sababi va patogenezi aniqlanmagan -kasallikka xos konussimon papulalar Bo'lib, ularni pilakchalarga qo'shilishi xolat kuzatiladi -qo'l va oyoq kafti keratozi,tirnoqlar chizilishi, og'rishi va yuz teri soxalarini qizarishi xolat kuzatiladi

Testlar.

1. Mikrobl ekzemaning klinik ko‘rinishi bo‘lib hisoblanmaydi:
 - A. Seboreyali ekzema
 - B. Varikoz ekzema
 - C. Mikotik ekzema
 - D. Paratravmatik ekzema
 - E. Sikozsimon ekzema

2. Allergik teri kasalliklarini davolashda keng qo‘llaniladigan dorilar guruhi:
 - A. Antigistamin preparatlari
 - B. Antibiotiklar
 - C. Sitostatiklar
 - D. Pirogen preparatlari
 - E. Vitaminalar

3. Kvinke shishi qaysi kasallikning og‘ir turi xisoblanadi?
 - A. Eshakem
 - B. Ekzema
 - C. Chin po‘rsildoq
 - D. Strofilyus
 - E. Quyosh nuri dermatiti

4. Dermaning so‘rg‘ichsimon qavatining shishi qaysi kasallikga xos?
 - A. Eshakem
 - B. Atopik dermatit
 - C. Teri sili
 - D. Vulgar pursildoq
 - E. Sklerodermiya

5. Numulyar ekzema quyidagi kasallikni turiga kiradi:

- A. Mikrobl ekzema
- B. Asl ekzema
- C. Mikotik ekzema
- D. Bolalar ekzemas
- E. Kasbga aloqador ekzema

7. Kvinke shishining og'ir asorati bo'lishi mumkin:

- A. Nafas bug'ilishi
- B. Yuz nervining parezi
- C. Meningit
- D. Flegmona
- E. Ko'ruv nervining atrofiyasi

8. O'tkir eshakemga qanday dermografizm xos:

- A. Qavarchiqli dermografizm
- B. Och pushti dermografizm
- C. Oq dermografizm
- D. Inert dermografizm
- E. Turli bo'lishi mumkin

9. Disgidrotik ekzemani (gushni) asosiy toshma elementlari:

- A. eritema, pufakchalar, namlanuvchi erroziyalar
- B. Eritema, papulalar, pustulalar
- C. Rozeola, papula, pufak
- D. Papula, pustula, vezikula

E. Barcha savollar tugri

10. Quyidagi kasallik neyro-allergik jarayon zaminida kelib chikadi:

- A. Ekzema
- B. Sklerodermiya
- C. Teri sili
- D. Streptodermiya
- E. Teri leyshmaniozi

11. Qaysi kasallikka oq turg'un dermografizm xos:

- A. Diffuz neyrodermatitga
- B. Ekzemaga
- C. O'tkir eshakemga
- D. Psoriazga
- E. Dyuring dermatitiga

12. Allergik teri kasalliklarini davolashda keng qo'llaniladigan dorilar guruhi:

- A. Antigistamin preparatlari
- B. Antibiotiklar
- C. Sitostatiklar
- D. Pirogen preparatlari
- E. Vitaminalar

13. Atopik dermatit kasalligini qaytalanishini oldini oluvchi dori vositasi bo'lib xisoblanmaydi:

- A. Refleksoterapiya
- V. UFO
- S. Immunomodulyatorlar

D. Kortikosteroidlar

Ye. Balneoterapiya

14. Garmonal surtmalarini uzoq vaqt qo'llash quyidagi mahalliy asoratlarga olib kelishi mumkin (noto'gri javobni ko'rsating):

A. Terining mikroblarga bo'lgan rezistentligini oshirish

V. Teri atrofiyasi

S. Gipertrixoz

D. O'chog' yuzalarini ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanishi

Ye. Giperpigmentatsiya

15. Atopik xeylitga quyidagilarga olib keladi:

A. Xamma javoblar

V. Qitiklovchi ovkat maxsulotlari

S. Bakterial infeksiya

D. Mexanik ta'surot

Ye. Virusli infeksiya

16. Monomorf qavarchikli toshmalarni toshishi bilan kechadigan allergik dermatoz:

A. Eshakem

B. Atopik dermatit

C. Dyuring dermatiti

D. Oddiy dermatit

E. Gebrie kichimasi

17. Allergik teri kasalliklarini davolashda keng qo'llaniladigan dorilar guruxi:

- A. Antigistamin preparatlari
- B. Antibiotiklar
- C. Sitostatiklar
- D. Pirogen preparatlari
- E. Vitaminalar

18. Kvinke shishi qaysi kasallikning og'ir turi hisoblanadi:

- A. Eshakem
- B. Ekzema
- C. Chin pursildoq
- D. Strofilyus
- E. Quesh nuri dermatiti

19. Dermaning so'rg'ichsimon qavatining shishi qaysi kasallikga xos?

- A. Eshakem
- B. Atopik dermatit
- C. Teri sili
- D. Vulgar pursildok
- E. Sklerodermiya

20. Kvinke shishining og'ir asorati bo'lishi mumkin:

- A. Nafas bo'g'ilishi
- B. Yuz nervining parezi
- C. Meningit

- D. Flegmona
- E. Ko'ruv nervining atrofiyasi

21. O'tkir eshakemga qanday dermografizm xos:

- A. Qavarchiqli dermografizm
- B. Och pushti dermografizm
- C. Oq dermografizm
- D. Inert dermografizm
- E. Turli bo'lishi mumkin

22. Garmonal surtmalarini uzoq vaqt qo'llash quyidagi maxalliy asoratlarga olib kelishi mumkin (to'g'ri javobni ko'rsating):

- A. Terining mikroblarga bo'lgan rezistentligini oshirish
- V. Teri atrofiyasi
- S. Gipertrixoz
- D. O'choq yuzalarini ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanishi
- Ye. Giperpigmentatsiya

23. Uikxem belgisi qaysi kasallikga uchun xos:

- A. qizil yassi temiratki
- B. psoriaz
- C. diskoid qizil yugurik
- D. Bietni markazdan qochuvchi eritemasi

24. Psoriaz kasalligi qanday kasalliklar turiga kiradi:

- A. proliferativ
- B. zamburug'li
- C. virusli

D. infeksiyon

25. Psoriaz kasalligini patogenezi qanday o'zgarishlar kechadi?

- A. lipidlar almashinuvini buzilishi
- B. aminokislota almashinuvini buzilishi
- C. oqsillar almashinuvini buzilishi
- D. dnk almashinuvini buzilishi

26. Psoriaz kasalligida qanday toshma elementi kuzatiladi?

- A. tugunchalar
- B. tugunlar
- C. do'mboqchalar
- D. qavarchiqlar

27. Psoriatik uchligida qanday gistomorfologik o'zgarishlar kuzatiladi?

- A. giperkeratoz, akantoz, papilamatoz
- B. akantoliziz, akantoz, papillamatoz
- C. granulez, parakeratoz, papillomatoz
- D. spongioz, degenratsiya, akantoz

28. Psoriazning progressiv bosqichida kuzatiladi:

- A. Pilnov simptomi
- B. Voronovning psevdofolik hoshiyasi
- C. Nikolskiy simptomi
- D. minor sinamasi

29. Psoriazning statsionar stadiyasi klinik belgilar kuzatiladi:

- A. Tugunchalar yuzalarida kumushrang qipiqalar bilan qoplanadi
- B. Voronovning psevdofolik hoshiyasi
- C. Yangi toshmalar toshishi

D. Toshmalarni qizil rangda bo'lishi

30. Psoriazda Pilnov belgisiga izoh bering:

- A. tugunchalarning qizil pushti rangda bo'lishi
- B. tugunchalar atrofida atrofik hoshiya
- C. teri izomorf reaksiyasi
- D. tugunchalar yuzasida qipiqalanish

31. Psoriaz kasalligi nechta bosqichda kechadi:

- A. Progressiv, statsionar, regressiv
- B. Boshlang'ich, eruktiv, terminal
- C. Infiltrativ, nekrotik, tuzalish
- D. Qattiqlashish, shish, atrofiya

32. Terminal parda belgisida gistologik o'zgarishni ko'rsating:

- A. akantoz
- B. giperkeratoz
- C. akantolizis
- D. spangioz

33. Kebner izomorf reaksiyasiga izoh bering:

- A. 7 -14 kunda shikastlangan sohada yangi tugunchalarning paydo bo'lishi
- B. Voronov yoqasi
- C. terminal parda
- D. stearin dog'i

34. Qaysi kasallikda parakeratoz kuzatiladi:

- A. psoriaz
- B. oddiy uchuq
- C. eshakem

D. Bolalar qichimasi

35. Psoriatik artropatiyani qaysi kasallik bilan qiyosiy tashxis o'tqaziladi:

- A. revmatoid artrit
- B. qizil yassi temiratki
- C. neyrodermit
- D. atopicheskiy dermatit

36. Psoriaz kasalligini davolashda qanday dori vositalari qo'llanilmaydi:

- A. dds preparatlari
- B. sedativlar
- C. vitaminlar
- D. giposensibillovchi preparatlar

37. Kindiksimon botiqlik poliginal tugunchalar qaysi kasallikda uchraydi:

- A. qizil yassi temiratki
- B. ikkilamchi qaytalama zaxm
- C. psoriaz kasaligida
- D. eshakem

38. Angishvona simptomi qaysi kasallikga xos:

- A. psoriaz
- B. ekzema
- C. bolalar qichimasi
- D. qizil yassi temiratki

39. Qaysi kasallikda Voronovning psevdofitrik xoshiyasi aniqlanadi:

- A. psoriaz
- B. trixofitiya
- C. ixtioz
- D. ikkilamchi zaxm

40. Qizil yassi temiratkiga xos toshma elementi:

- A. poliginal tugunchalar
- B. dog‘
- C. pufakcha
- D. chandiq

Vaziyatli masalalar.

Vaziyatli masala №1

O‘pkada yallig‘lanish hisobiga bemor bolaga penitsillin ukoli buyurilgan. Kechasiga butun badan terisi yuzasi bo‘ylab eritematoz toshmalar paydo bo‘lib, achishish bilan kechgan. Toshmalari ko‘payib, tarqalgan. Dermografizm – turg‘un qizil. Sub‘ektiv kuchli qichishish.

1. Klinik tashxis ko‘ying.
2. Davo taktikangiz.

Javob etaloni:

1. Toksidermiya.
2. Yotoq rejim. Penitsillinni to‘xtatib, o‘rniga boshqa guruhga kiruvchi antibiotik buyurish. Antigistamin, desensibilizirlovchi terapiya (suprastin, tavegil, kalsiya glyukonat). gemodez, siydik xaydovchi preparatlar (laziks) buyurish. Og‘ir holatda gormonal terapiya. Maxalliy – gormonal malxamlar (Lorinden S, flutsinar, selestoderm V).

Vaziyatli masala №2

Shifokor qabuliga ona chaqalog‘i bilan murojat qildi. Bolani dumba, chov burmalarida aniq chegaralangan qizarish kuzatilmoqda.

1. Sizning dastlabki tashxisingiz?

2. Kasallik kelib chiqish sababi.
3. Davo taktikangiz.

Javob etaloni:

1. Allergik kontakt dermatit («pelenochnyy dermatit»).
2. Pelenkalarga, podguzniklarga sensibilizatsiyasi oshganligi.
3. Antigistamin i desensibilizirlovchi preparatlar. Maxalliy davo gormonal malxamlar.

Vaziyatli masala №3

Shifokor qabuliga 43 yoshli bemor quyidagi shikoyatlar bilan murojat qildi: yuz soxasini og‘rig‘iga , achishishiga, shishiga, qichishishiga. Kasallik belgilari 2 soat oldin kon‘yunktivit tufayli albutsid tomizgandan so‘ng boshlandi. Ob‘ektiv: Jarayon aniq chegaralangan, tarqoq holda yuz, kuz atroflarida joylashgan. Eritema asosida ko‘p miqdorda papulo-vezikulez toshmalar mavjuddir.

1. Sizning dastlabki tashxisingiz?
2. Qaysi klinik belgilariga asoslanib tashxis ko‘ydingiz?
3. Davo.

Javob etaloni:

1. Allergik kontakt dermatit.
2. Tashxis shikoyatlariga, anamnesis morbi ga, klinikasiga asoslangan holda qo‘yildi.
3. Albutsid tomizishni to‘xtatish. Antigistamin, desensibilizirlovchi terapiya (suprastin, tavegil, kalsiya glyukonat). gemodez, siydik xaydovchi preparatlar (laziks) buyurish. Og‘ir holatda gormon terapiya. Maxalliy – gormonal malxamlar (Lorinden S, flutsinar, selestoderm V).

Vaziyatli masala №4

Vrach ko‘rigiga 10 yoshdagi qiz murojaat qilib, kuchli qichishish va uyquning buzulishiga shikoyat qildi. Onasining so‘zidan kasallik 1yoshligidan boshlangan. Kasallik surunkali residivlanuvchi tipda asosan kuz-qish oylarida qo‘zg‘alish bilan kechgan. Ob‘ektiv: yuz, bo‘yin, ko‘krak, qorin, bel, tizza va tirsak bug‘imlarining bukiluvchi yuzalarida tugunchalar, qatqaloqlar, ekskoriatsiya, lixenifikatsiya. Dermografizm – oq, barqaror. Yuz terisining rangparligi, orbitalar to‘qarishi, infraorbital burmalar, teri quruqligi, kaftlarning nospesifik dermatiti.

1. Kasallikning to‘liq klinik tashxisi va uning bosqichi hamda shaklini aniqlang?
2. Davoni tayinlang?

Javob etaloni

1. Atopik dermatit. Lixenoid shakli. Bolalik bosqichi
2. Dieta. Suprastin 2% - 1,0 m/o x kuniga 2 maxal, gemodez – 200,0 v/i tomchilatib №2, tiosulfat natriya 30% - 6,0 v/i x kuniga 1 maxal, aktivlangan ko‘mir 0,25 -1 tab. x 3 maxal, nastoyka pustirnika – po ½ choy qoshigi x 3 maxal. Teriga: kseroformnaya 3% malxami + selestoderm V x 2 maxal.

Vaziyatli masala №5

Shifokor qabuliga 40 yoshli ayol quyidagi shikoyatlar bilan: bo‘yinning orqa sohalaridagi terining qalinlashishi va qichishish bilan kelgan. Kasallik alomatlari taxminan 3 yil avval qattiq siqilish evaziga paydo bo‘lgan. Ko‘rilganda bo‘yinnig orqa soxalarida yag‘irlanish o‘chog‘lari bo‘lib, yuzalarida milliar tugunchalar mavjud. Kuchli qichishish evaziga tugunchalar yuzalari shilingan va gemmoragik qatqaloqlar bilan qoplangan. Sub‘ektiv – kuchli qichishish. Dermografizm – oq, turg‘un.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Davo buyuring.

Javob etaloni

1. Chegaralangan neyrodermit.
2. Parxez. Diazolin 0,05 x 2 maxal kuniga, tiosulfat natriya 5% - 1 ch.k. x 3maxal/kuniga, adaptol 1t kuniga 3 maxal, vitaminlar V1 va V6 1 ml m/i k/o № 10 kun Maxaliy: Lorinden A malxami x 2maxal surish.

Vaziyatli masala №6

Vrach ko'ruviga 36 yoshdagi ayol murojaat qilib uning shikoyatlari butun terida toshmalar toshishi qo'l, ko'krak va bo'yin sohalarida shishni paydo bo'lishi, nafas olishning qiyinlashuvi. Toshmalar 2 soat avval ari chaqqan zaxotiy oq paydo bo'ldi. Klinik butun teri bo'ylab qavarchiqli toshma elementi, dermografizm – urtikar, sub'ektiv – kuchli qichishish.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Birinchi tibbiy yordam taktikasi?
3. Davo taktikasi

Javob etaloni

1. O'tkir eshakem, Kvinke shishi
2. Prednizolon 30 mg, m/o; dimedrol 1% - 2,0 m/o kalsiya xlorid 10% - 10,0 v/i furosemid – 2,0 m/o; chakkan soxani 0,5% novokain eritmasi bilan.
3. Antigistamin, desensibilizatsiyalovchi (suprastin, tavegil, kalsiy glyukonat). Gemodezani tayinlash.

Vaziyatli masala №7

Shifokor qabuliga 3 yoshli farzandning onasi qo'yidagi shikoyatlar bilan murojat qilindi: qo'l va oyoq qo'llarning tashqi yuzalariga toshmalar toshishi va kuchli qichishishga. Kasallik alomatlari bronxopnevmoniya kasalligini antibiotiklar bilan davolashini evaziga hosil bo'lgan ichak disbakterioz hisobiga hosil bo'lgan. Ko'rilganda: qo'l va oyoqlarning tashqi yuzalarida tugunchali pufakchalar toshmalar bo'lib, ba'zi tugunchalar yuzalarida pufakchalar mavjud. Pufakchalar

tarkibi serroz suyuqligi bilan to'lgan. Kuchli qichishish evaziga ekskoriatsiyalar va erroziyalar paydo bo'lgan. Sub'ektiv – kuchli qichishish. Dermografizm – qizil.

1. Sizning tashxisingiz?

2. Davo buyuring.

Javob etaloni:

3. Bolalar kichimasi.

4. Parhez. Diazolin 0,05 x kuniga 2 maxal, tiosulfat natriy 5% - 1 ch.l. x 3max, aktivlangan kumir 0,25 1 tab x 1 maxal .kechqurun, pustirnik nastoykasi – 3 tom x 3 max, xilak-forte 20 tomchidan. x 3 maxal kuniga. Maxalliy: selestoderm V malxami kuniga x 2 maxal.

Vaziyatli masala №8

Bemorning qo'l va oyoqlarining yozuvchi yuzalarida, tarqoq, to'q pushti rangdagi papulez toshmalar mavjud, xajmilari 1x1 sm atrofida, yuzalari oqish qipiqalar bilan qoplangan bo'lib asosan tugunchalarni o'rta qismini egallagan. Ba'zi tugunchalar atrofida qizil gardish kuzatilmoqda. Sub'ektiv - qichishish. Qirtishlab ko'rilganda – yaltiroq, nam yuza ochilmoqda va keyinchalik nuxtasimon qon chiqishi kuzatilmoqda.

1. Sizning tashxisingiz?

2. Qo'ygan tashxisingizni asoslab bering.

Javob:

1. Psoriaz, zo'rayish bosqichida.

2. Bemorda monomorf tugunchalar kuzatilib, ular yuzalari oqish qipiqalar bilan qoplangan bo'lib, atrofida qizil gardish mavjud. Qirtishlaganda «psoriatik uchlik» musbat.

Vaziyatli masala №9

Bemor 12 yoshda, 3 yildan beri psoriaz kasalligi bilan xastalanib kelmoqda. Kasallik asosan qish faslida qaytalanoqda. Oxirgi zo'rayishi 1 oy avval

boshlangan bo'lib, ambulator ravishda davolanib kelmoqda. Ko'ruvda toshmalar tarqoq bo'lib, 5x10 sm ega bo'lgan pilakchalardan iborat, ularni rangi to'q – pushti, yuzalarida qipiqalanish kam miqdorda. «Psoriatik uchligi» sinamasi manfiy. Toshmalar 1 oydan beri o'zgarishsiz saqlanmoqda.

1. Psoriazni shaklini va turini aniqlang?
2. Davo taktikasi.

Javob:

1. Psoriaz, statsionar bosqichda. Kuzgi – qishki turi.
2. Bemorga quyidagi preparatlar bilan statsionar ravishda davo o'tqazish tavsiya etiladi: antigistamin, sedativ, giposensibilizatsiyalovtiruvchi preparatlar, vitaminlar. Maxaliy: keratolitik malxamlar bilan steroid malxamlar surish va UBN o'tqazish.

Vaziyatli masala №10

Bemor 27 yoshda. Qo'l va oyoqlarini bukuvchi sohalarida toshmalar toshishiga shikoyat qilmoqda. Ko'ruvda monomorf tugunchali toshmalar kuzatilib, ular yassi, poligonal shaklga ega va yuzalari yaltiroq. Og'iz bo'shlig'i va katta uyatli lablarini ichki yuzalarida, bir oz ko'tarilgan, oqish rangdagi toshmalar kuzatilmoqda. Sub'ektiv: terisidagi toshmalar sohasida kuchli qichishish, shilliq qavatlardagi toshmalarda esa achishish.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Davo taktikasi.

Javob:

1. Qizil yassi temiratka, zo'rayish bosqichida.
2. Umumiy davo: antigistamin, giposensibilizatsiyalovtiruvchi, so'riltiruvchi preparatlar, vitaminlar va ba'zi hollarda antibiotiklar. Maxaliy: indiferent va kortikosteroid malxamlar.

Talabalar amaliy mashg'ulotda qo'llanishi uchun tavsiya etiladigan interaktiv usullar «stol markazida ruchka» interaktiv usulini utkazish ssenariysi.

1. Mavzu tanlash: « kontakt allergik dermatit».

2. Ishtirok etuvchilarga ko'riladigan masalani tushuntirish: Bir varoq qog'ozga xar bir talaba o'z javobini yozadi va yonidagi talabaga uzatadi, xamda ruchkani stol markaziga ko'yadi. Javob bo'lmasa ruchka stol markazida kolaveradi. Barcha javoblar 10-15 minut ichida birgalikda muhokama qilinadi, to'g'ri va noto'g'ri javoblar ajratiladi va xar bir javob baholanadi.

Qo'yilgan savolga mo'ljallangan javob:

- Sensibilizatsiyasi natijasida rivojlanadi (monovalent)
- Ekzogen ta'sirot natijasida rivojlanadi
- eritema
- pufakchalar
- tugunchalar
- pufakchalar ochilib, eroziya va suvlanish vujudga keladi.
- patologik jarayon oddiy dermatitida farkli anik chegaralanmagan.
- toshmalar birdaniga ketma – ketsiz paydo bo'ladi.
- chin polimorfizm kuzatiladi
- Ta'sirot to'xtatilgandan so'ng ham yallig'lanish jarayoni davom etadi.
- qichishish
- dermografizm-turg'un qizil
- keyinchalik polivalent sensibilizatsiya rivojlanib, ekzemaga o'tib ketadi.

«Uch bosqichli intervyu » interaktiv usulini o‘tqazish ssenariysi

1. Mavzu tanlash: Diaqnoz: «Atopicheskiy dermatit. Lixenoid klinik shakli»
2. Ishtirok etuvchilarga ko‘riladigan masalani tushuntirish. «Vrach-bemor-ekspert» konsultatsiyasi ko‘rinishida o‘tqaziladi. Talabalar 3 kishidan, uch guruxga bo‘linadi va rollar taqsimlanadi: «vrach», «bemor», «ekspert». Bemorlarga anonim tarzda tashxis aytiladi. Xar bir gurux 10-15 minut ichida konsultatsiya o‘tqazadi. Ekspert vrach ishini 3 qismga bo‘lib, baholaydi va yozadi.

1. Nima to‘g‘ri bajarilgan?

2. Nima noto‘g‘ri bajarilgan?

3. Qanday bajarish kerak edi?

Xar bir guruxda ekspert xulosasi barcha qatnashuvchilar bilan birgalikda muxokama qilinadi. Shifokor bemor bilan to‘g‘ri so‘roq olib borishni (shikoyatlari, anamnez), xamda ob‘ektiv ko‘rikni o‘tqaza olishni va to‘g‘ri tashxis qo‘ya bilishi kerak.

Qo‘yilgan savolga mo‘ljallangan javob:

-Shikoyati: bo‘yin, yelka, ko‘krak, qo‘llarining tirsak bo‘g‘imlarini va oyoklarning tizza bo‘g‘imlarini bukuvchi yuzalarida toshmalarni paydo bo‘lishiga, qichishish, uyquni bezovtaligiga .

- Anamnez: bemor 14 yosh, 10 yildan beri kasal. Kasallik surunkali-qaytalama tarzda kechadi, zurayishi ko‘prok kuz-qish oylarida kuzatiladi. Oxirigi kasallik qaytalanishi 1 oy oldin parxezni buzish hisobiga rivojlangan.

- Teridagi patologik jarayon o‘tkir yallig‘langan, simmetrik, tarqoq holda joylashgan. Asosiy toshma elementlari bo‘lib, eritema asosida tugunchalar, qipiqqlar, tiralishlar, gemorragik qatqaloqlar hisoblanadi. «Kir bo‘yin», «infraorbital Denni-Morgan burmalari» simptomlari kuzatilmoqda.

«Galereya bo‘ylab sayoxat « interaktiv usulini qo‘llash.

1. Mavzuni tanlash: Bolalar qichimasi kasalligini klinikasi taqqoslov tashxisi .
2. Kichik guruhlarda 2-3 talabaga bitta muammo qo'yiladi.
3. Xar bir gurux o'zining 10 daqiqa davomida o'z fikrlarini qog'ozga yozib boshqa guruxga uzatib almashtiriladi.
4. Keyingi gurux oldingi guruxning fikrlarini ko'rib chiqib, o'zining fikrini aytadi.
5. Dars yakunida xar bir gurux o'z fikrlarini aytib, to'g'ri javob olinadi va yuqori ball bilan baholanadi.

Savolga beriladigan javob:

Bolalar qichimasi – strofilyus, bolalarda 1 yoshdan 4 yoshgacha uchraydi. Kasallik asosan qavarchiqli va tugunchali pufakchali toshmalar toshishi bilan namoyon bo'ladi. Toshmalar asosan qo'l va oyoqlarning tashqi yuzalarida joylashadi. Tugunchali toshmalar yuzalarida pufakchalar joylashadi (seropapulalar). Kuchli qichishish evaziga pufakchalar yuzalari shilinib gemmoragik qatqaloqlar bilan qoplanadi.. Sub'ektiv – kuchli qichishish. Dermografizm – oq , turg'un.

Taqqoslov tashxisi qo'tir kasalligi bilan o'tqaziladi. (juft joylashgan tugunchali-pufakchali toshmalar hosil bo'ladi va qo'tir kanasi topiladi.) va dori toksikodermiyasi bilan (dori darmon ichishi bilan kuzatiladi, toshmalar polimorfizm aniqlanadi.

Interaktiv dars oborishni ssenariysi «Akvarium»

1. Tanlangan mavzu: A) Psoriazni bosqichlari? B) «Psoriatik uchlik» qaysi belgilardan iborat? V) «Psoriatik uchlikni» belgilariga xos bo'lgan gistologik o'zgarishlar? G) Psoriazni qaysi bosqichida «Voronovni psevdofolik gardish» belgisi musbat?
2. Guruxdan 3 talaba tanlab olinadi va ular o'quv xonani o'rtasidan joy oladi.
3. Kichik guruxga vazifa berilib, 10 – 15 daqiqa muxokama qilinadi.

4. Atrofdagilar kuzatadi va javoblarni to'g'ri yoki noto'g'ri ekanligini yozib oladi.

5. Kichik guruxdagi talabalar javob bera boshlaydi, noto'g'ri javob bergan talaba, o'quv xonadagi boshqa to'g'riroq javob talaba bilan alishtiriladi.

Qo'yilgan savollarga taxminiy javoblar:

A) zo'raygan, o'troq, regressiv;

B) «stearin dog'i», «terminal parda», «qonli shudring»;

V) «stearin dog'i» - giperkeratoz, «terminal parda» - akantoz, «qonli shudring» - papillomatoz;

G) regressiv davrda.

GLOSSARIY

Akantoz – epidermisning tikanaksimon qavatining qalinlashuvi.

Kebner izomorf reaksiyasi – teri jarohatlangan joylarida yangi toshmalarning paydo bo‘lishi, qizil yassi temiratkida uchun ham xos.

Giperkeratoz – epidermisning shoxli qatlamining qalinlashuvi, har ikkala patologiyada ham uchraydi.

Psoriaz – terining surunkali immune-yallig‘lanishli kasalligi bo‘lib, keratinotsitlarning jadal ko‘payishi va pilakchalarning shakllanishi bilan tavsiflanadi.

Psoriaz pilakchasi – aniq chegaralari va kumushrang qipiqchalar bilan qoplangan, ko‘plab tugunchalarning qo‘shilishidan hosil bo‘lgan morfologik element.

Parakeratoz – muguzlanish jarayonining buzilishi bo‘lib, bunda muguz qavat hujayralari yadrolarini saqlab qoladi.

Psoriaz triadasi – qirtish orqali aniqlanadigan stearin dog‘i, terminal parda va qonli shudring belgilari.

Psoriaz pustulasi – steril, muguzosti yiringchalari.

Psoriaz artriti – eroziv-destruktiv kechishi bilan bo‘g‘imlarning yallig‘lanishli zararlanishi.

Qizil yassi temiratkida – surunkali T-hujayrali dermatoz bo‘lib, tekislangan binafsha rangli tugunchalar va kuchli qichish bilan kechadi.

Uikxem to‘ri – qizil yassi temiratkida tugunchalar yuzasidagi oqish to‘rsimon rasm, ko‘rik va diaskopiya paytida aniqlanadi.

Adabiyotlar

1. Almenara-Blasco M., Gracia-Cazaña T., Poblador-Plou B. и др. Multimorbidity of Psoriasis: A Large-Scale Population Study of Its Associated Comorbidities. *J Clin Med*. 2024;13(2):492.
2. Arifov S.S., Eshboev E.X. Teri va tanosil kasalliklari. Toshkent, 1997. 350 c.
3. Bolalarda terining allergik kasalliklari. Mannanov A.M. Toshkent, 2018.
4. Chu Y.C., et al. Long-term retrospective cohort study of 318 oral lichen planus patients: determinants of malignant transformation and outcomes. *Frontiers in Oral Health*. 2025.
5. del Toro N.P., et al. Prevalence and treatment patterns of lichen planus: a large database analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2025.
6. Detskaya dermatologiya. Differensialnaya diagnostika i lechenie u detey i podrostkov. Peter G. Xeger. Glava 19. 2013. C.186–189.
7. Freydin M.B., Puzyryov V.P. Sintropnyye gen allergicheskikh zabolevaniy. *Genetika*. 2010;2:255–261.
8. González-Moles M.Á., et al. Oral lichen planus and malignant transformation: a systematic review and meta-analysis. *Cancers*. 2024;16(3):608.
9. Gorlanov I.A. Bolezni kozhi novorozhdennykh i grudnykh detey. *Kratkoe rukovodstvo dlya vrachey*. 2016. 208 c.
10. Gorlanov I.A. Detskaya dermatovenerologiya. *Uchebnik*. 2017. 512 c.
11. Hong J.Y., Ahn J., Won S. и др. Risk of malignancy in patients with psoriasis according to treatment modalities in Korea: a nationwide cohort study. *Sci Rep*. 2022;12:20690.
12. Jin J.Q., Cronin A., Roberts-Toler C. и др. Sociodemographic and clinical characteristics associated with multiple biologic failure in psoriasis: a 2015–2022 prospective cohort analysis of the CorEvitas psoriasis registry. *J Am Acad Dermatol*. 2023;89(5):974–983.
13. Mannanov A.M., Khaitov K.N. Bolalar teri tanosil kasalliklari. 2017.
14. Mannanov A.M., Bababekova N.B. Psoriaz u detey. *Monografiya*. Tashkent, 2020.
15. Mukarramov M.A. Teri va tanosil kasalliklari. Toshkent, 2006.
16. Nukaly H.Y., et al. Oral lichen planus: a narrative review navigating current concepts in etiopathogenesis, diagnosis and management. 2024.
17. Osigwe P.C., Agomoh C.E., Osigwe I.S., Akumiah F.K. The Association Between Psoriasis and Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Cureus*. 2024;16(6).
18. Vaisov A.Sh. Teri va tanosil kasalliklari. Toshkent, 2004. 316 c.
19. Xyoeger Peter G. Detskaya dermatologiya. *Per. s nem., pod red. A.A. Kubanovoy, A.N. Lvova*. Moskva, 2013.
20. Yu S., Huo A., Wei J.C.C. и др. Interleukin-23 versus Interleukin-17

inhibitors in preventing incidental psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a real-world comparison from the TriNetX US Collaborative Network. Biodrugs. 2025. DOI:10.1007/s40259-025-00705-5.

MUNDARIJA

SO'Z BOSHI -----	4
DERMATITLAR -----	5
EKZEMA -----	16
NEYRODERMIT -----	25
ESHAKEMI -----	30
BOLALAR QICHIMASI -----	36
ATOPIK DERMATIT -----	39
PSORIAZ -----	49
QIZIL YASSI TEMIRATKI -----	68
PARAPSORIAZ -----	78
QIZIL CHANDIQSIMON TUKLI TEMIRATKI -----	81
TEST SAVOLLARI -----	84
VAZIYATLI MASALALAR -----	93
GLOSSARIY -----	103
ADABIYOTLAR -----	104