

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

JINSIY ALOQA ORQALI YUQADIGAN KASALLIKLAR

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

JINSIY ALOQA ORQALI YUQADIGAN KASALLIKLAR

O‘quv qo‘llanma

Toshkent – 2025-yil

Tuzuvchi:

S.M Xodjayeva.- tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Dermatovenerologiya, bolalar dermatovenerologiyasi kafedrasida dotsenti.

Taqrizchilar:

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

G.D. Klebleyeva -Tibbiyot fanlari nomzodi, SDTU Dermatovenerologiya kafedrasida mudiri, dotsent,

So‘zboshi

"Jinsiy aloqa orqali yuqadigan kasalliklar" nomli o‘quv qo‘llanma tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining 4-kurs talabalari, klinik ordinatorlari va dermatovenerologiya fani bo‘yicha magistrilariga mo‘ljallangan. Qo‘llanma Respublikamiz tibbiyot oliy ta‘lim muassasalarida ta‘lim dasturiga qo‘yiladigan zamonaviy talablar asosida tuzilgan. O‘quv qo‘llanmada nazariy qism, testlar, vaziyatli masalalar, topshiriqlar va talabalarni tayyorlash uchun savollar keltirilgan. "Nazariy qism" bo‘limida kasallikning kelib chiqishi, yuqish yo‘llari, qiyosiy tashxisi va zamonaviy davolash usullari haqidagi yangi ma‘lumotlar bayon etilgan. Ushbu o‘quv qo‘llanma talabalarning materialni chuqurroq va to‘liqroq o‘zlashtirishiga yordam beradi, hamda Dermatovenerologiya fanini o‘qitish jarayoniga tatbiq etilishi mumkin.

ZAXM

Zaxm (syphilis, lues) – oqish treponema qo'zg'atuvchisi tomonidan kelib chiqadigan surunkali yuqumli tanosil kasalligidir. Yuqish asosan jinsiy aloqa orqali, shuningdek, yo'ldosh orqali kasal onadan bolaga o'tadi (tug'ma zaxm). Zaxm davolanmagan holda ko'p yillar davomida kechib, davriy remissiyalar va qo'zishlar bilan namoyon bo'ladi. Bu jarayonda terida, barcha a'zo va to'qimalarda o'ziga xos yallig'lanish o'choqlari paydo bo'ladi.

Etiologiyasi

Zaxm qo'zg'atuvchisi oqish treponema (*Treponema pallidum*) bo'lib, u Spirochaetales tartibi, Spirochaetaceae oilasi, *Treponema* avlodiga mansub. Qo'zg'atuvchi asosan spiralsimon shaklda bo'ladi, ammo boshqa shakllari ham uchraydi (sistalar, L-shakllar). Oqish treponema teng o'lchamdagi 8-12 ta yumaloq jingalaklarga ega. Treponemaning uzunligi 6-14 mkm, qalinligi 0,2-0,25 mkm. U o'z o'qi atrofida aylanadi, ilgarilanma, mayatniksimon (tanadini burchak ostida egish qobiliyati) va to'liqsimon harakatga ega. Spiralsimon oqish treponema hujayra devorining uch qavatli membranasi va mukopolisaxarid kapsulasimon moddadan iborat qalin qoplama bilan o'ralgan. Ular orasida va sitoplazmatik membrana ostida murakkab tuzilishga ega bo'lgan, harakatni ta'minlovchi ingichka ipchalar - fibrillalar joylashgan. Treponemalar murakkab antigen tarkibiga ega (oqsil, polisaxarid va lipid komponentlari), bunda antigenlarning asosiy qismi hujayra devorida joylashgan. Oqish treponema ko'ndalangiga ikkiga yoki ko'proq bo'laklarga bo'linib ko'payadi. Noqulay sharoitlarda (antitelolar, antibiotiklar va boshqalar ta'siri ostida) L-shakllar va sistalar hosil bo'ladi. Sistalar hosil bo'lishi treponemaning kalava bo'lib o'ralishi bilan boshlanadi, so'ngra u umumiy ko'p qavatli parda bilan qoplanadi. Bu parda antitelolar, antibiotiklar va treponema uchun zararli bo'lgan boshqa moddalarning o'tishiga to'sqinlik qiladi. Sista hosil qilish oqish treponemalarga yashirin davrlarni o'tkazish imkonini beradi. Treponema rivojlanishi uchun qulay sharoit paydo bo'lganida sistadan yana spiralsimon shakllar

hosil bo'lishi mumkin. Oqish treponemalar odam tanasidan tashqarida 40-42°C haroratda 3-6 soat ichida, 55°C haroratda esa 15 daqiqada nobud bo'ladi. Ular past haroratga ancha chidamli. Murda to'qimalarida, ayniqsa murda sovuqda saqlanganda, oqish treponemalar 2-3 kun va undan ko'proq yashovchan bo'lib qoladi. Odam organizmidan tashqaridagi biologik substratlarda treponemalar qisqa vaqt davomida (quriguncha) hayotchanligini saqlab qoladi. Antiseptik preparatlar zaxm qo'zg'atuvchisiga halokatli ta'sir ko'rsatadi. Oqish treponemalar ishqor va kislotalarga sezgir. O'yuvchi ishqorning 0,5% li eritmasida ular darhol harakatchanligini yo'qotadi va shakli o'zgaradi. Sovun ko'pigida ham ular tezda harakatchanligini yo'qotadi. Suyultirilgan sirka kislotada treponemalar bir necha daqiqada halok bo'ladi, xlorid kislotaning 0,5% li eritmasida esa bir zumda harakatchanligini yo'qotadi. Oqish treponema anilin bo'yoqlari bilan kuchsiz bo'yaladi, shuning uchun ham "oqish" treponema deb ataladi. Zaxm tashxisi uchun oqish treponemalarni aniqlashning eng yaxshi usuli qorong'i maydonda nativ (tabiiy, nam) preparatlarni tekshirishdir. Buning uchun oddiy mikroskopda Abbe kondensori maxsus qorong'i maydon kondensorlari (kardoid-kondensorlar va paraboloid-kondensorlar) bilan almashtiriladi. Bu usul tirik oqish treponemalarni kuzatish imkonini beradi. Qorong'i maydonda bo'yalgan preparatlarga qaraganda ko'proq treponemalarni ko'rish mumkin, chunki rangni qabul qilmaydigan individlar ham aniqlanadi. Oqish treponema yorug'likni zaif sindiradi va shuning uchun ingichka nurlanuvchi nuqtali kumush spiralga o'xshab ko'rinadi. Nativ preparat tayyorlash: tekshirilayotgan element (eroziya, yara, namlanuvchi papula) yuzasidan olingan seroz ekssudatning bir tomchisi oldindan teng miqdordagi spirt va efir aralashmasi bilan yog'sizlantirilgan yupqa buyum oynasining o'rtasiga tomiziladi. Unga natriy xloridning izotonik eritmasidan bir xil kattalikdagi tomchi qo'shiladi, ikkala tomchi tezda aralashtiriladi va qoplag'ich oyna bilan yopiladi. Qorong'i maydonli kondensorning ustki linzasiga bir tomchi immersion moy yoki distillangan suv tomiziladi va unga tayyorlangan preparat bosiladi.

Yuqish yo‘llari:

Zaxm ko‘pincha sog‘lom odamning bemor bilan jinsiy aloqasi natijasida teri va shilliq pardalar orqali yuqadi. Kamroq hollarda esa oqish treponemalarni o‘z ichiga olgan yuqumli material (zaxm elementlarining ajralmalari, so‘lak va boshqalar) bilan ifloslangan turli narsalar orqali ham yuqishi mumkin. Zaxm infeksiyasida asosiy yuqish shakli jinsiy aloqa hisoblanadi. Kontakt-maishiy yo‘l bilan yuqish kamroq uchraydi va asosan o‘pishish paytida sodir bo‘ladi, ammo tishlash kabi boshqa holatlarda ham yuz berishi mumkin. Kasbiy zararlanish ham bo‘lishi mumkin: yuqumli zaxm bilan kasallangan bemorni ko‘rikdan o‘tkazish va davolash paytida tibbiyot xodimlarining zararlanishi, bu faqat ish qoidalari buzilgandagina kuzatiladi. Zaxmning bilvosita yuqishi turli xil sharoitlarda sodir bo‘lishi mumkin. Bemor tegib ketgan har qanday uy-ro‘zg‘or buyumlari oqish treponemalar mavjud material bilan ifloslanishi va infeksiya yuqishi uchun vositachi bo‘lishi mumkin. Bilvosita zararlanish ko‘pincha og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardasiga tegadigan narsalar, masalan, qoshiq, stakan, trubka, sigareta va boshqalar orqali yuz beradi. Shuningdek, infeksiya zararsizlantirilmagan bachadon ko‘zgulari, qin va huqna uchliklari, tish asboblari kabi tibbiy buyumlar orqali ham yuqishi mumkin.

Zaxm bilan kasallangan bemorlarda kasallikning yashirin davrida ham teri va shilliq pardalarning nospetsifik zararlanishlari orqali zaxm yuqishi mumkinligini e‘tiborga olish lozim. Masalan, zaxm bilan og‘rigan bemorlarda herpes genitalis pufakchalari, oddiy balanit, bachadon bo‘yni eroziyalarida hech qanday o‘ziga xos o‘zgarishlar bo‘lmasa-da, oqish treponemalar topilishi mumkin. Zaxm yuqishi uchun yuqumli material teri yoki shilliq pardalarga tushishidan tashqari, yana bir shart - teri shox qavatining yoki shilliq parda qoplovchi epiteliysining butunligi buzilishi zarur. Bu buzilish juda arziyas, hatto oddiy ko‘z bilan ko‘rib bo‘lmaydigan darajada bo‘lishi mumkin, lekin baribir oqish treponemalarning epiteliyning chuqur qatlamlariga kirib borishi uchun yetarli bo‘ladi. Zaxmning rivojlanishi uchun odam organizmiga juda oz miqdorda qo‘zg‘atuvchilarning kirishi kifoya qilishini yodda tutish kerak.

Qon quyish amaliyotining keng tarqalishi munosabati bilan zaxm bilan ogʻrigan bemorlar qonining yuqumliligi masalasi katta amaliy ahamiyat kasb etadi. Bundan tashqari, kasallangan ona organizmida homilaning ona qornida zararlanishi kuzatiladi.

Zaxmning umumiy kechishi

Zaxmning kechishida quyidagi davrlarni ajratish qabul qilingan:

1) inkubatsion, 2) birlamchi, 3) ikkilamchi, 4) uchlamchi. Bu boʻlinish hozirgi kunda ham oʻz ahamiyatini saqlab qolgan, biroq serologik reaksiyalarning kashf etilishi bilan (birlamchi davrning seronegativ va seropozitiv bosqichlarga ajratilishi) aniqlik kiritilgan. Zaxm infeksiyasida klinik xususiyatlardan tashqari, kasallik qoʻzgʻatuvchisi bilan makroorganizm oʻrtasidagi munosabatlarning bir qator oʻziga xos jihatlari ham farqlanadi.

Birinchidan, nafaqat makrofaglar, balki maxsus yalligʻlanish oʻchoqlarida mavjud boʻlgan barcha hujayra elementlari (fibroblastlar, limfoid hujayralar, plazmatik hujayralar, kapillyarlar endoteliysi hujayralari, epitelial hujayralar va boshqalar) ham oqish treponemalarni fagotsitoz qilish qobiliyatiga ega (yaqinda olingan maʼlumotlarga koʻra, oqish treponemalar proteolitik fermentlar yordamida zararlangan organizm hujayralariga oʻzlari faol kirib olishi ehtimoli yuqori).

Ikkinchidan, fagotsitlangan qoʻzgʻatuvchilar odatda nobud boʻlmaydi, aksincha yashashni davom ettiradi va hatto hujayra ichida koʻpayadi (endotsitobioz). Uchinchidan, xoʻjayin hujayra nobud boʻlgandan soʻng, virulent oqish treponemalar fagosoma membranasi bilan oʻralgan holda qoladi, bu esa ularni dori vositalari va antitanalar taʼsiriga chidamli qiladi. Toʻrtinchidan, oqish treponemalarning plazmatik hujayralar tomonidan fagotsitoz qilinishi zaxmga qarshi davolash oʻtkazilishiga qaramay, zaxmning ayrim shakllarida kuzatiladigan barqaror serologik reaksiyalarga sabab boʻlishi mumkin.

Zaxmning inkubatsion davri, yaʼni kasallik yuqqan paytdan to dastlabki klinik belgilar paydo boʻlguncha oʻtgan vaqt taxminan bir oyni tashkil etadi. Yaqin vaqtgacha inkubatsiya davrining oʻrtacha davomiyligi 3 hafta deb hisoblanardi, ammo soʻnggi yillarda koʻplab olimlar bu davrning uzayishini qayd etmoqdalar.

Amaliy jihatdan muhim bo'lgan narsa shuki, bu davrda turli yo'ldosh kasalliklar (angina, nafas yo'llari kasalliklari, zotiljam va boshqalar) tufayli qo'llaniladigan nisbatan kichik dozadagi antibiotiklar natijasida inkubatsion davrni sun'iy ravishda uzaytirish (hatto 3-4 oygacha va undan ko'proq) mumkin. Inkubatsion davr 10-15 kungacha qisqargan hollar juda kam uchraydi. Inkubatsion davrda oqish treponemalar, hech qanday klinik belgilar bo'lmasa-da, nafaqat kirgan joyida faol ko'payadi, balki undan tezda uzoqlashib, zararlangan odam organizmida asta-sekin tarqaladi. Oqish treponemalarning zararlangan organizmda tarqalishining asosiy yo'li limfa tizimi hisoblanadi. U nafaqat treponemalarning harakatlanish yo'li, balki ularning eng tez ko'payadigan joyi hamdir. Ehtimol, oqish treponemalarning limfa tizimini tanlab olishining sabablaridan biri limfadagi kislorod miqdorining qondagiga nisbatan ancha kamligi bo'lib, bu zaxm qo'zg'atuvchisiga fakultativ anaerob sifatida qulay yashash sharoitini ta'minlaydi. Limfa tizimi orqali tarqalishi bilan bir qatorda, oqish treponemalar kasallik yuqqan dastlabki kunlardayoq oz miqdorda qon oqimiga tushadi va qon bilan barcha a'zo va to'qimalarga yoyiladi. Inkubatsion davrda ichki a'zolar va asab tizimiga o'tgan oqish treponemalar ularda ko'zga ko'rinadigan patologik o'zgarishlarni keltirib chiqarmaydi. Ular faqat o'zlarining antigenlik xususiyatlarini namoyon qiladi va organizmning zaxm infeksiyasiga nisbatan reaktivligining asta-sekin o'zgarishiga sabab bo'ladi. Shunday qilib, inkubatsion davr oxirida oqish treponemalar o'zining dastlabki joylashgan joyidan ancha uzoqlashadi va infeksiyaning umumiy, keng tarqalgan xususiyatini belgilaydi, garchi bu hali na klinik, na standart serologik reaksiyalar bilan aniqlanmasa ham. Zaxmning birlamchi davri oqish treponemalar kirgan joyda birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo bo'lishi bilan boshlanadi va o'rtacha 6-7 hafta davom etadi. Odatda birlamchi sifiloma paydo bo'lganidan 5-7 kun o'tgach, unga yaqin joylashgan (regionar) limfa tugunlari kattalashadi. Kamdan-kam hollarda regionar limfadenit birlamchi sifilomadan oldin paydo bo'ladi. Zaxmning birlamchi bosqichi boshida (seronegativ birlamchi zaxm deb ataladigan) bemorlarning qonida standart serologik reaksiyalar bilan aniqlanmaydigan IgM ga tegishli zaxmga qarshi antitanalar to'planadi (Vasserman reaksiyasi va cho'kma

reaksiyalari manfiy bo‘ladi). Keyinchalik IgG antitanalari faol ishlab chiqariladi, bu antitanalar komplementni biriktirib olishga qodir bo‘lib, musbat Vasserman reaksiyasini beradi. Birlamchi davrda limfa yo‘llari bo‘ylab tobora ko‘proq tarqalib, birlamchi sifilomadan uzoqroqdagi limfa tugunlarini zararlaydi va shu bilan bir vaqtda faol ko‘payadi. Oqish treponemalar ko‘krak yo‘li orqali ko‘p miqdorda qon oqimiga o‘tadi va infeksiyaning tarqalishiga sabab bo‘lib, barcha a‘zo va to‘qimalarga yoyiladi. Birlamchi davrning o‘rtalarida, qattiq shankr hosil bo‘lgandan 2-4 hafta o‘tgach, reagen reaksiyalar (Vasserman reaksiyasi va cho‘kma reaksiyalar) musbat natija beradi, bu esa birlamchi davrni seronegativ va seropozitiv bosqichlarga ajratishga asos bo‘ladi. Zaxmning ikkilamchi davri teri va shilliq qavatlarda birinchi tarqalgan toshmalar paydo bo‘lishi bilan boshlanadi (infeksiya yuqqanidan keyin o‘rtacha 2,5 oy o‘tgach) va davosiz 2-4 yil davom etadi, garchi ba‘zan ikkilamchi davrning qaytalanishi kechroq muddatlarda ham kuzatilgan. Zaxmning ikkilamchi davri uchun teri va shilliq pardalardagi o‘zgarishlar xos bo‘lib, klinik jihatdan ifodalangan ichki a‘zolar (gepatitlar, nefrozlar va boshqalar), tayanch-harakat tizimi (periostitlar, artritlar) va asab tizimining (meningitlar va boshqalar) shikastlanishlari kamroq uchraydi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a‘zolar va markaziy asab tizimining zararlanishi tashxis qo‘yilganidan ko‘ra ko‘proq uchraydi. Zaxmning ikkilamchi davrida a‘zo va to‘qimalardagi patologik o‘zgarishlar nisbatan tez o‘z-o‘zidan yo‘qolishga moyilligi va buzg‘unchi o‘zgarishlarning yo‘qligi bilan ajralib turadi. Zaxmning ikkilamchi davrida kechishi kasallikning yashirin, simptomsiz (latent) kechish davrlarining turli davomiylikdagi faol ko‘rinishlari bilan almashinib turishi orqali xarakterlanadi. Kasallikning ikkilamchi davri boshida rivojlangan oqish treponemalarning ommaviy gematogen tarqalishi natijasida umumiy tarqalgan zararlanish belgilari (ikkilamchi yangi zaxm - syphilis recens) ma‘lum muddat (bir necha hafta) davom etib, o‘z-o‘zidan yo‘qoladi. Zaxmning faol davri yashirin davr bilan almashinadi, shundan so‘ng yana faol ko‘rinishlar, qaytalanishlar (syphilis II recidiva) kuzatiladi. Davolanmagan bemorlarda kasallikning yashirin davrlari va qaytalanishlarining bunday almashinuvi ikkilamchi davr mobaynida bir necha marta sodir bo‘lishi mumkin.

Odatda ko'p tarqalgan xarakterga ega bo'lgan dastlabki ko'rinishlardan farqli o'laroq, teri va shilliq qavatlardagi toshmalarning takrorlanishi kamroq tarqalgan, ko'proq mahalliy bo'ladi. Ko'p oylardan so'ng (kasallik yuqqanidan 1-2 yil o'tgach) takroriy hujumlar - ikkilamchi davrning qaytalanishi faqat yakka va papulyoz toshmalar bilan kuzatilishi mumkin. Birinchi va keyingi yashirin davrlarning davomiyligi, qaytalanishlar chastotasi kabi, qonuniy emas va alohida bemorlarda keng doirada o'zgarib turadi. Shunga qaramay, yashirin davrlarning muddati uzayadi va kasallik boshlanishidan uzoqlashgan sari qaytalanish chastotasi kamayadi. Zaxm infeksiyasining faol davridan yashirin davriga o'tish paytida bemorda o'ziga xos immunobiologik holat rivojlanadi. Bu holat qo'zg'atuvchilarning to'liq yo'q bo'lishiga olib kelmasa-da, oqish treponemalarga nisbatan nisbiy chidamlilikni keltirib chiqaradi. Bunday holatni nosteril yoki infeksiyon immunitet deb atash qabul qilingan. Infeksiyon immunitet zaxmning birlamchi davridayoq rivojlana boshlaydi, ammo ikkilamchi davrida eng yuqori darajaga yetadi va kasallikning faol holatdan yashirin holatga o'tishi uchun sharoit yaratadi.

Infeksiyon immunitet barqaror emas, u ham tashqi, ham ichki omillar ta'sirida sezilarli o'zgarishlarga uchraydi. Antigen ta'siri qanchalik kuchli bo'lsa, ya'ni bemor organizmidagi oqish treponemalar soni qanchalik ko'p bo'lsa, infeksiyon immunitetning ifodalanishi va kuchi shunchalik yuqori bo'ladi. Bu holat, ta'kidlanganidek, ikkilamchi davrning faol toshmalar mavjud bo'lganda kuzatiladi. Rivojlangan infeksiyon immunitet maxsus yallig'lanish o'choqlaridagi qo'zg'atuvchilarning anchagina qismini yo'q qilishga yordam beradi. Buning tabiiy natijasi kasallikning tashqi belgilari yo'qolishi va infeksiyaning yashirin (latent) shaklga o'tishidir. Antigen ta'sirining kamayishi oqibatida infeksiyon immunitetning kuchi pasayadi va oqish treponemalar yana faol ko'payish imkoniyatiga ega bo'lib, ikkilamchi zaxmning klinik belgilari qaytarilishiga sabab bo'ladi.

Zaxmning uchlamchi davri ikkilamchi davrdagiga qaraganda kuchliroq, chegaralangan (gummalar, tugunlar) yoki tarqoq infiltratlar rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Bu infiltratlar ko'pincha zararlangan organ va to'qimalarda sezilarli

destruktiv o'zgarishlarga olib keladi. Uchlamchi davrdagi zararlanishlar (uchlamchi sifilidlar) odatda cheklangan holda, ko'pincha yakka tugunlar (solitar gummalar) ko'rinishida paydo bo'ladi, kamroq hollarda ko'p sonli, tarqoq xususiyatga ega bo'ladi. Teri va shilliq pardalar zararlanadi, lekin ikkilamchi davrdagiga qaraganda ancha ko'proq hollarda klinik jihatdan yaqqol ifodalangan, ba'zan juda og'ir ichki organlar, harakat tizimi, markaziy asab tizimi zararlanishlari kuzatiladi. Uchlamchi zararlanishlar ko'pincha kasallik boshlanganidan 3-6 yil oralig'ida rivojlanadi, lekin ba'zan hatto zararlanishdan o'nlab yillar o'tgach ham paydo bo'lishi mumkin. Uchlamchi davrda kasallik qaytalanishi kam uchraydi va odatda, uzoq (yillar davomida) yashirin davr bilan ajralib turadi. Ikkilamchi davrdagi kasalliklardan farqli o'laroq, uchlamchi davrdagi zaxm belgilarida (tugunlar, gummalar) juda oz miqdorda oqish treponemalar topiladi, bu esa ularning deyarli yuqumli emasligini tushuntiradi. Biroq, uchlamchi zararlanish o'choqlarida mavjud bo'lgan oqish treponemalar o'z patogenligini to'liq saqlab qoladi va laboratoriya hayvonlariga yuqtirilganda, ularda tipik birlamchi sifiloma paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Shunday qilib, zaxm infeksiyasining uchlamchi davrga o'tishi, xuddi ikkilamchi davrning rivojlanishiga o'xshab, bemor organizmining immunobiologik reaktivligidagi keyingi o'zgarishlar, xususan infeksiyon allergiya tufayli yuzaga keladi. Yillar o'tishi bilan a'zo va to'qimalardagi oqargan treponemalar soni asta-sekin kamayadi. Zaxmning uchlamchi davrida kamdan-kam qaytalanishi va zararlanish o'choqlarining odatda kam bo'lishi shu bilan izohlanadi. Zaxm bilan og'rigan ba'zi bemorlarda, ko'pincha davolanmagan yoki yetarlicha davolanmagan hollarda, odatda uzoq yashirin davrdan so'ng markaziy asab tizimining progressiv falaj va orqa miya qurishi ko'rinishidagi og'ir shikastlanishlari rivojlanishi mumkin. Markaziy asab tizimining zararlanishlari ko'pincha ichki a'zolar, avvalo yurak, aorta, jigar, o'pkaning zaxmga aloqador zararlanishlari bilan birga kechadi. Progressiv falaj va orqa miya qurishi bilan og'rigan bemorlarda teri va shilliq pardalarning uchlamchi sifilidlari kuzatiladi.

Yashirin zaxm (syphilis latens)

Ushbu shakl so‘nggi yillarda tobora ko‘proq qayd etilmoqda. U shunisi bilan xarakterlanadiki, zaxm infeksiyasining mavjudligi faqat ijobiy serologik reaksiyalar bilan tasdiqlanadi, biroq kasallikning klinik belgilari, teri va shilliq pardalarning o‘ziga xos zararlanishlari, markaziy asab tizimi, ichki a‘zolar, suyaklar va bo‘g‘imlardagi patologik o‘zgarishlar aniqlanmaydi. Bunday holatlarda bemor o‘zining zaxm yuqtirgan vaqtini bilmasa, shifokor esa kasallik davri va muddatini aniqlay olmasa, "aniqlanmagan yashirin zaxm" tashxisini qo‘yish odat tusiga kirgan. Ilgari kasallikning bu shaklini ko‘pincha "noma‘lum zaxm" (syphilis ignorata) deb atashgan. Bundan tashqari, yashirin zaxm guruhiga kasalligi vaqtincha yoki uzoq muddat simptomsiz, latent kechayotgan bemorlar ham kiritiladi. Bunday bemorlarda allaqachon zaxm infeksiyasining faol ko‘rinishlari bo‘lgan, ammo ular o‘z-o‘zidan yoki zaxmni davolash uchun yetarli bo‘lmagan miqdordagi antibiotiklar ta‘sirida yo‘qolgan. Kasallik yuqqanidan buyon 2 yildan kam vaqt o‘tgan bo‘lsa, kasallikning yashirin kechishiga qaramay, bunday erta yashirin zaxm bilan og‘rigan bemorlar epidemiologik jihatdan juda xavflidir, chunki ularda teri va shilliq pardalarda yuqumli kasalliklar paydo bo‘lishi bilan ikkilamchi davrning navbatdagi qaytalanishini kutish mumkin. Kasallik boshlanganiga ikki yildan ortiq vaqt o‘tgan kechki yashirin zaxm epidemiologik jihatdan kamroq xavflidir, chunki infeksiyaning faollashuvi odatda yo ichki a‘zolar va asab tizimining zararlanishida, yoki teri va shilliq pardalarning kam yuqumli uchlamchi zaxm belgilarida namoyon bo‘ladi. Infeksiyaning barcha shakllariga nisbatan yashirin zaxm holatlarining sezilarli ko‘payishi, birinchidan, profilaktika maqsadida aholini zaxmga ommaviy va serologik tekshirishlar o‘tkazish bilan; ikkinchidan, zaxmning klinik ko‘rinishi asta-sekin o‘zgarib, kasallikning kam ifodalangan, yengil kechuvchi holatlari ko‘payishi bilan; uchinchidan esa, zaxmning klassik kechishini o‘zgartirib yuborishi mumkin bo‘lgan antibiotiklarning keng qo‘llanilishi bilan izohlanadi.

Zaxmga serologik reaksiyalar (Vasserman reaksiyasi va treponema reaksiyalari), ilgari qarashlardan farqli o‘laroq, odatda ijobiy natija beradi. To‘g‘ri, ba‘zan Vasserman reaksiyasi faqat xavfli zaxmda yaxshi samara ko‘rsatadigan

penitsillin bilan davolash boshlangandan so'ng ijobiy bo'ladi. Davolanmagan bemorlarda kasallik yashirin holatga o'tishga moyil bo'lmaydi, bir necha oy davomida ketma-ket keladigan alohida zo'rayishlar bilan kechishi mumkin.

Immunitet, qayta yuqtirish, qo'shimcha yuqtirish

Zaxmda odamda haqiqiy immunitet rivojlanmasligi aniqlangan. Zaxmdan davolangan odamlar unga qayta chalinishlari mumkin (bu reinfeksiya deb ataladi). Bunda qayta zararlangan joyda yana birlamchi sifiloma paydo bo'ladi va bemor davolanmasa, zaxm infeksiyasi yana avvalgi sxema bo'yicha rivojlana boshlaydi. Nafaqat ikki marta, balki uch marta ham kasallanish holatlari ko'p tasvirlangan. Zaxm kechishi davomida faqat nosteril, infeksiyon immunitet deb ataladigan immunitet rivojlanadi, bu immunitet asta-sekin kuchayib boradigan allergik reaksiya bilan birga kechadi. U kasallik qo'zg'atuvchilarining mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, faqat qo'zg'atuvchi organizmda bo'lgan vaqtdagina saqlanib qoladi. Barcha oqish treponemalar to'liq halok bo'lib, sog'ayish boshlanishi bilan, yuqumli immunitet yo'qoladi va organizm yana infeksiyaga moyil bo'lib qoladi. Shu bilan birga infeksiyon allergiya ham yo'qoladi. Shuning uchun reinfeksiya paytida oqish treponemalar kirgan joyda yana birlamchi sifiloma paydo bo'ladi. Infeksiyon immunitetning rivojlanishi bilan zaxm bilan og'rigan bemorlarning qayta zararlanishi nisbatan kam uchraydi. Bunda organizm reaktivligining o'zgarishi (infeksiyon allergiya) natijasida ijobiy hollarda oqish treponemalar tushgan joyda shankr emas, balki zaxmning ayni davriga xos element paydo bo'ladi, ya'ni ikkilamchi davrda papula, uchlamchi davrda esa do'mboqcha yoki gümma tipidagi infiltrat hosil bo'ladi. Bunday hollarda yangi infeksiyaning keyingi tarqalishi - takroriy generalizatsiya, odatda kuzatilmaydi. Treponemalarning takroriy inokulyatsiyasi joyida paydo bo'lgan o'zgarishlar, chamasi, mahalliy xususiyatga ega. Odamda infeksiyon immunitet qattiq shankr hosil bo'lgandan keyin taxminan 10-14 kun o'tgach rivojlana boshlaydi. Ma'lum sharoitlarda birinchi infeksiya hali yo'q qilinmagan paytda ham yangi zararlanish sodir bo'lishi mumkin, bunda infeksiya yuqqan joyda qattiq shankr hosil bo'ladi va infeksiyaning keyinchalik

tarqalish belgilari paydo bo‘ladi. Bu holat superinfeksiya deb ataladi. Superinfeksiya quyidagi hollarda kuzatiladi:

1) inkubatsiya davrida va birlamchi davrning dastlabki 10-14 kunida qayta yuqtirilganda, yuqumli immunitet hali shakllanmagan bo‘lsa. Bunda ketma-ket rivojlanadigan shankr odatdagidan qisqaroq inkubatsiya davridan (10-15 kun) so‘ng paydo bo‘ladi va ko‘pincha kichikroq o‘lchamga ega bo‘ladi; 2) kechki uchlamchi davrda va kechki tug‘ma zaxmda, hatto cheklangan gummoz o‘choqlari mavjud bo‘lsa ham. Buning sababi shundaki, bunday hollarda bemor organizmidagi qo‘zg‘atuvchilar soni shunchalik kam bo‘lishi mumkinki, infeksiyon immunitetning kuchi juda past bo‘lib qoladi; 3) yetarlicha davolanmaganlarda, ayniqsa kasallikning dastlabki kunlarida.

Zaxm tasnifi

Zaxmning quyidagi tasnifi qo‘llaniladi. Inkubatsion davrdan so‘ng quyidagilar kuzatiladi: 1) birlamchi seronegativ zaxm; 2) birlamchi seropozitiv zaxm; 3) ikkilamchi yangi zaxm; 4) ikkilamchi qaytalanuvchi zaxm; 5) uchlamchi faol zaxm; 6) uchlamchi yashirin zaxm; 7) yashirin zaxm (erta, kechki va aniqlanmagan). 8) homila zaxmi; 9) erta tug‘ma zaxm; 10) erta yashirin tug‘ma zaxm; 11) kechki tug‘ma zaxm; 12) kechki yashirin tug‘ma zaxm; 13) visseral zaxm (zararlangan a‘zo ko‘rsatilgan holda); 14) asab tizimi zaxmi; 15) orqa miya quruqligi; 16) progressiv falajlik.

Zaxmning klinik ko‘rinishlari

Birlamchi davr. Zaxmning birlamchi davri (syphilis primaria) klinik ko‘rinishlari uchun qattiq shankrning mavjudligi, limfa tugunlari va tomirlarning zararlanishi xosdir. Qattiq shankr yoki birlamchi sifiloma dumaloq yoki oval shakldagi eroziya yoxud yuzaki likopcha ko‘rinishidagi yara bo‘lib, uning chetlari tekis va atrofdagi to‘qimalardan keskin ajralib turadi. U oqish treponemalarning teri yoki shilliq qavatlarga kirgan joyida paydo bo‘ladi. Birlamchi sifiloma asosida nisbatan yupqa plastinka ko‘rinishida yoki tugunsimon, yirik, tog‘aysimon zichlikdagi infiltrat shaklida aniq seziladigan qattiqlanish paypaslanadi. Atrofida yallig‘lanish belgilari kuzatilmaydi. Birlamchi sifilomaning silliq, tekis yuzasi xom

go'sht rangida bo'lib, oz miqdordagi seroz ajralma bilan qoplangan, bu esa unga o'ziga xos ko'zgusimon yaltiroqlik beradi. Ko'pincha shankrning markaziy qismida, ba'zan esa butun yuzasida kulrang-sariq rangli (buzilgan yog' rangidagi) zich qoplama hosil bo'ladi. Ba'zi hollarda markazida mayda qon quyilishlar ko'rinadi. Qattiq shankr (1-rasm) og'riq sezgisini keltirib chiqarmaydi va uni paypaslaganda ham og'riq sezilmaydi. Birlamchi sifilomaning diametri odatda 10-20 mm bo'ladi, lekin ba'zan 2-5 mm atrofida (mitti shankr) yoki, aksincha, 40-50 mm dan ortiq bo'lishi mumkin. Bunday "gigant" shankrlar (2-rasm) ko'pincha qov, qorin, yorg'oq, sonning ichki yuzasi, bilak va iyak terisida kuzatiladi.



1-rasm



2-rasm

Birlamchi zaxm (qattiq shankr)

Gigant shankrlar

Shankrlar, odatda, atrofga tarqalishga moyil bo'lmagani sababli, ularning o'lchami ma'lum vaqt davomida o'zgarmay qoladi. Yakka va ko'p sonli shankrlar taxminan bir xil chastotada uchraydi. Ko'p sonli shankrlar bir nechta qo'shni sohalarda yoki bir vaqtning o'zida yuqish natijasida (bunday holda odatda bir xil o'lchamga ega bo'ladi), yoki inkubatsiya davrida ketma-ket takroriy yuqishlar oqibatida paydo bo'ladi (bu holatlarda ular turli o'lchamlarga ega bo'lishi mumkin). Ba'zan tananing bir-biridan uzoq joylashgan ikki qismida, masalan, jinsiy a'zolarida va lab qizil hoshiyasida bir vaqtning o'zida shankrlar paydo bo'lishi kuzatiladi (bipolyar shankrlar).



3-rasm

Yarali qattiq shankr



4-rasm

Ulkan qattiq shankr

Birlamchi sifiloma ko‘pincha jinsiy organlarda joylashadi; erkaklarda - tojsimon egatda, olat boshchasida, kertmakning ichki va tashqi varaqlarida; kamroq hollarda esa yorg‘oq va qov terisida. Qattiq shankr siydik yo‘lining shilliq qavatida, ko‘pincha uning g‘ovak qismida va qayiqsimon chuqurchasida joylashishi mumkin. Bunday shankr siydik yo‘lining distal qismida chegaralangan qattiqlanish va undan qonli suyuqlik ajralishi, shuningdek, zaxmga xos bo‘lgan chov limfa tugunlarining kattalashishi va qattiqlanishi bilan tavsiflanadi. Yakuniy tashxis (shankrning har qanday boshqa joylashuvida bo‘lgani kabi) ajralmadan yoki limfa tugunlaridan olingan punktatda oqish treponemalarning topilishiga asoslanib qo‘yiladi. Ayollarda birlamchi sifiloma tashqi jinsiy organlarda joylashadi. Jinsiy organlardan tashqari (ekstragenital) joylashuvlardan (3-rasm) shankrlar eng ko‘p lablarning qizil hoshiyasida, sut bezining so‘rg‘ich atrofi doirachasida, bodomsimon bezlarda uchraydi. Lablardagi shankrlar (5-rasm), umuman terining ochiq joylaridagi kabi, odatda qo‘ng‘ir qobiq bilan qoplanadi; ba‘zan lab ostidagi infiltrat juda katta bo‘lib, uni teri sathidan sezilarli darajada ko‘tarib turadi (gipertrofik shankr).



5-rasm

Lablarning qizil hoshiyasidagi shankr

Bodomcha bezlarida birlamchi sifiloma atrofida sezilarli yallig‘lanish belgilari bo‘lmagan holda, bodomcha bezining qattiqlashuvi bilan kechadigan, aniq chegaralangan tipik eroziya yoki yuzaki yara ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Bu misollar qattiq shankrning barcha mumkin bo‘lgan joylashuvlarini to‘liq qamrab olmaydi. Amalda birlamchi sifilomaning eng g‘alati yuqish hollari va turli xil joylashuvlari kuzatilishi mumkin. Jumladan, qo‘l barmoqlarida (odatda tibbiyot xodimlarida), qovoq va ko‘z soqqasi konyunktivasida, burun uchida, quloq suprasida, boshning sochli qismida, ensa, orqa, boldir, tovon terisida va boshqa joylarda shankrlar aniqlangani haqida ma‘lumotlar mavjud. Xarakterli klinik belgilari bo‘lishiga qaramay, birlamchi sifilomaning g‘ayritabiiy joylashuvi ko‘pincha uni aniqlashni qiyinlashtiradi. Bundan tashqari, agar birlamchi sifilomaning ko‘rinishi yuqorida tasvirlangandan farq qilsa, tashxis qo‘yishda qiyinchiliklar yuzaga keladi. Bunday atipik shankrlarga quyidagilar kiradi. Shankr-amigdalit (6-rasm) - bu tanglay murtagining eroziya yoki yara hosil qilmasdan kattalashishi va zichlashishi bilan tavsiflanadigan, biroq og‘riq va yutish qiyinligi bilan kechadigan o‘ziga xos amigdalit. Bir tomonlama zararlanish, isitma va boshqa umumiy belgilarning yo‘qligi, bodomcha bezning zichligi, jag‘ osti va bo‘yin limfa tugunlarining (ba‘zan oldingi quloq limfa tugunlarining) bir tomonlama kattalashuvi to‘g‘ri tashxis qo‘yishga yordam beradi.



6-rasm

Shankr-amigdalit

Shankr-panaritsiy odatda ko'rsatkich barmoqning distal falangasida joylashadi. Barmoq ko'kimtir-qizil, shishgan, to'qmoqsimon ko'rinishga ega bo'ladi. Bu falanganing orqa yuzasida chuqur yara paydo bo'ladi, uning tubi nekrotik-yiringli to'qima bilan qoplangan, chetlari notekis, yemirilgan, ba'zan osilib turadi. Bemorlar keskin "sanchuvchi" og'riqlarni his qiladi. Kattalashgan tirsak va qo'ltiq osti limfa tugunlari paypaslaganda ham og'riydi. Shankr-panaritsiy tashxisi ko'pincha bemorda ikkilamchi davr belgilari paydo bo'lgandagina qo'yiladi. Bunday hollarda birlamchi sifilomaning noodatiy kechishiga, ehtimol, yiring hosil qiluvchi bakteriyalarning ikkilamchi infektsiyasi sabab bo'ladi. Indurativ shish (7,8-rasmlar) - teri limfa kapillyarlari zararlanishining o'ziga xos shakli bo'lib, zaxmning birlamchi davrida erkaklarda jinsiy a'zo va yorg'oq terisida, ayollarda esa kichik va katta jinsiy lablarda kamdan-kam rivojlanadi. Indurativ shish bu sohalarda eroziv yoki yarali birlamchi sifiloma mavjud bo'lganda ham, bo'lmaganda ham paydo bo'lishi mumkin, ikkinchi holda u noodatiy birlamchi sifiloma hisoblanadi. Zararlangan a'zo hajmi sezilarli darajada kattalashadi, terisi zichlashadi, biroz ko'karadi yoki normal rangini saqlab qoladi. Bosilganda chuqurcha qolmaydi. Paypaslaganda og'riq sezilmaydi. Indurativ shish bir necha hafta davomida barqaror turadi va hatto zaxmga qarshi davolash ta'sirida ham juda sekin yo'qoladi. Qattiq shankrning boshqa noodatiy kechuvchi turlari ham mavjud.



7-rasm



8-rasm

Indurativ shish Indurativ shish

Qattiq shankr asoratlari

Asoratlarga balanit, balanopostit, yallig‘lanishli fimoz, parafimoz, gangrenlanish va fagedenizm kiradi. Ko‘pincha ikkilamchi infeksiya, jumladan trixomonadali infeksiya qo‘shilishi kuzatiladi: shankr atrofida o‘tkir yallig‘lanish belgilari rivojlanadi, uning yuzasidan ajralayotgan suyuqlik seroz-yiringli tusga kiradi. Shankr jinsiy olat boshchasida yoki kertmakning ichki varag‘ida joylashganda butun boshcha va (yoki) kertmakning butun ichki varag‘i yallig‘lanadi (balanit, balanopostit). Asoratlangan shankrlarda oqish treponemani aniqlash qiyinlashadi. Natriy xloridning izotonik eritmasidan primochkalar qo‘llash yallig‘lanish o‘zgarishlarini tezda bartaraf etadi va qattiq shankrning tipik ko‘rinishini tiklaydi. Erkaklarda tojsimon egatdagi yoki kertmakning ichki varag‘idagi shankrlar fimoz bilan asoratlanishi mumkin. Jinsiy olat kertmak shishi natijasida kattalashgan, qizargan va og‘riqli ko‘rinishga ega bo‘ladi. Boshchasi ochilmaydi; preputsial xaltaning toraygan teshigidan yiring ajraladi. Ba‘zan shishgan kertmak orqali chegaralangan qattiqlikni paypaslab ko‘rish mumkin, ammo sezilarli zichlikka qaramay, u oddiy bo‘lishi va zaxm borligini isbotlamasligi mumkin. Bunday hollarda tashxis chov limfa tugunlarining xos zararlanishiga va ulardan olingan punktatda oqish treponemalar topilishiga asoslanib qo‘yiladi.



9-rasm. Parafimoz 10-rasm

Jinsiy a'zoning ochiq boshchasi orqasidagi kertmak shishganda parafimoz ("bo'g'ilish") rivojlanadi (9-rasm). Agar boshcha o'z vaqtida joyiga tushirilmasa, qisib turgan halqaning qisman nekrozi yoki boshchaning gangrenasi yuzaga kelishi mumkin (13,14-rasmlar). Kuchsizlangan bemorlar va alkogoliklarda fuzospirillyoz infeksiyasi qo'shilishi natijasida birlamchi sifilomaning gangrenaga aylanishi yanada jiddiy asoratdir. Bunday hollarda qattiq shankr yuzasida iflos-qora yoki qora qatqaloq hosil bo'ladi. Ba'zan gangrena shankr chegarasidan tashqariga ham, chuqurlikka ham tarqaladi (fagedenizm) (11, 12-rasmlar). Qatqaloq ko'chgandan so'ng keng yara paydo bo'ladi. Gangrenaga aylanish, odatda, intoksikatsiya va ba'zan septikopiyemiya bilan bog'liq umumiy belgilar (titroq, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i va boshqalar) bilan birga kechadi.



11-rasm. Fagedenizm 12-rasm.



13-rasm. Gangrena 14-rasm.

Aralash shankr bir vaqtning o'zida zaxm va yumshoq shankr bilan zararlanishda paydo bo'ladi. Dastlab, kasallik yuqqanidan bir necha kun o'tgach, tipik yumshoq shankr hosil bo'ladi, 3-4 haftadan so'ng esa yara asosida skleroz rivojlanadi. Hozirgi kunda juda kam uchraydi; laboratoriya tekshiruvlari to'g'ri tashxis qo'yishni osonlashtiradi. Patogistologik jihatdan: qattiq shankr dermada limfotsitlar va plazmatik hujayralardan iborat zich yallig'lanish infiltrati hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Markaziy qismda zich bo'lgan infiltrat chetlarida tomirlar atrofida mufta shaklida joylashadi. Infiltrat sohasidagi qon va limfa tomirlari keskin o'zgargan. Ularning devorlari hujayra infiltrati bilan to'liq qoplangan, endoteliyning sezilarli proliferatsiyasi kuzatiladi. Ayrim tomirlar butunlay obliteratsiyalangan va tromblangan. Infiltrat ustidagi markaziy qismda epidermis yo'qolgan, chet qismida biroz qalinlashgan. Oqish treponemalar maxsus bo'yash usullari bilan ko'p

miqdorda, ayniqsa kapillyarlar va limfa tomirlari devorining ichida va atrofida aniqlanadi. Davolanmasa, birlamchi sifiloma bir necha hafta, hatto oylab mavjud bo'lishi mumkin. Shankrning o'lchami qanchalik katta va uning asosidagi zichlanish qanchalik sezilarli bo'lsa, u shunchalik uzoq saqlanadi va sekinroq yo'qoladi. Ikkilamchi yangi zaxm bilan og'rigan bemorlarda odatda qattiq shankr ham topiladi. Biroq, kichik shankrlar ko'pincha bir necha kundan so'ng izzsiz yo'qoladi. Birlamchi sifilomaning eroziv shakli bitganidan so'ng vaqtinchalik pigmentatsiya qoladi, yarali shakllari esa oz yoki ko'p darajada ifodalangan chandiq qoldiradi. Limfa tugunlari va tomirlarining zararlanishi. Birlamchi sifiloma joylashgan joyga yaqin limfa tugunlarining zararlanishi deyarli doim unga hamroh bo'ladi va odatda sifiloma paydo bo'lganidan 5-7 kun o'tgach rivojlanadi. Ba'zan, ayniqsa inkubatsion davri cho'zilgan hollarda, regionar adenit (skleradenit) qattiq shankrdan biroz oldin paydo bo'ladi. Limfa tugunlari olcha, hatto kaptar tuxumi kattaligigacha kattalashadi va zich-elastik konsistensiyaga ega bo'ladi. Odatda bir guruh limfa tugunlari birdaniga kattalashadi, ammo ulardan biri o'lchami bilan ajralib turadi. Tugunlar o'zaro ham, atrofdagi to'qimalar bilan ham birikmasdan, erkin harakatlanadi. Ular ustidagi teri o'zgarmagan, rangi normal, paypaslaganda og'riqsiz. Regionar adenit maxsus davolashda ham juda sekinlik bilan yo'qoladi.

Mintaqaviy adenit, ayniqsa, tashxis qo'yish qiyin bo'lgan shankr holatlarini aniqlashda muhim belgi hisoblanadi. Biroq, birlamchi zaxmning ayrim joylarida skleradenit klinik jihatdan aniqlanmasligi mumkin. Masalan, agar shankr to'g'ri ichakda sfinkterdan yuqorida yoki bachadon bo'ynida joylashgan bo'lsa, kichik chanoq limfa tugunlari kattalashadi. Bundan tashqari, so'nggi paytlarda birlamchi zaxm bilan kasallangan bemorlarning deyarli 5-10 foizida mintaqaviy limfa tugunlarining kattalashuvi fiziologik me'yor chegarasidan deyarli chiqmaydi.

Limfa tomirlarining zararlanishi majburiy emas va ko'pincha erkaklarda jinsiy a'zoning orqa tomonida kuzatiladi. Zararlangan tomir atrofdagi to'qimalar bilan birikmasdan, og'riqsiz zich ipsimon shakl ko'rinishida bo'ladi. Uning ustidagi teri o'zgarmagan holda qoladi. Ba'zan bu ipsimon shakl bo'ylab kichik, aniq ko'rinuvchi yo'g'onlashgan joylar paypaslanadi. Zaxmning birlamchi davri oxirida

infeksiya kirish joyidan uzoqda joylashgan, paypaslab ko‘rish mumkin bo‘lgan boshqa limfa tugunlarida (bo‘yin, ensa, tirsak, qo‘ltiq osti) ham o‘zgarishlar aniqlanadi - poliadenit rivojlanadi. Bu limfa tugunlari mintaqaviy limfa tugunlariga qaraganda kamroq kattalashadi. Ularning qattqlik darajasi zich elastik holatga keladi. Ular atrofdagi to‘qimalar va teri bilan birikmasdan, erkin harakatlanadi va paypaslab ko‘rilganda og‘riq sezmaydi. Mintaqaviy adenit kabi, poliadenit ham ko‘p oylar davomida saqlanib qoladi va sekin-asta yo‘qoladi. Zaxmning birlamchi davrida limfa tugunlari kattalashganda yallig‘lanish belgilari bo‘lmasligiga e‘tibor qaratish lozim.

Limfoid to‘qimaning giperplaziyasi va ko‘p miqdorda plazmatik hujayralarning paydo bo‘lishi shuni ko‘rsatadiki, bu o‘sish asosan kuchli antigen ta‘siriga javoban intensiv antitana hosil bo‘lishining belgisi hisoblanadi.

Tashxis

Tipik hollarda keskin chegaralangan eroziya yoki yuza likopchasimon yara mavjud bo‘lib, uning tubi zichlashgan, atrofida yaqqol yallig‘lanish belgilari bo‘lmasa, hamda regionar limfa tugunlarining kattalashishi va zichlashishi kuzatilsa, birlamchi zaxm tashxisini qo‘yish odatda qiyinchilik tug‘dirmaydi. Diagnostik jihatdan noodatiy va asoratlangan qattiq shankrlarning ba‘zi xususiyatlari avvalroq keltirilgan. Shuni yodda tutish lozimki, birlamchi sifilomaning klinik ko‘rinishi qanchalik xos bo‘lmasin, tashxis albatta shankr ajralmasida yoki regionar limfa tugunlari punktatida oqish trepanemalar topilishi bilan tasdiqlanishi shart. Birlamchi zaxm tashxisini tasdiqlash uchun serologik tekshiruvlar unchalik ishonchli emas, chunki Vasserman reaksiyasi birlamchi davrning boshida hali ham manfiy bo‘ladi (syphilis Iseronegativa), Vasserman reaksiyasining musbatligi esa yashirin zaxm bilan og‘rigan bemorda nozaxm tabiatli tasodifiy yaraning qattiq shankrdan farqlashga imkon bermaydi. Qattiq shankr deb noto‘g‘ri tashxis qo‘yishga oraliq sohasida uchraydigan ko‘plab kasalliklarning klinik ko‘rinishlari sabab bo‘lishi mumkin, ular orasida quyidagilarni e‘tiborga olish lozim. Shankroid (yumshoq shankr). Uning klinik tavsifi tegishli bobda berilgan. Herpes genitalis. Bu oddiy herpes virusining II immunotipidan kelib chiqadigan va asosan jinsiy yo‘l bilan

yuqadigan kasallik hisoblanadi. Inkubatsion davri oʻrtacha 4-5 kunni tashkil etadi, ammo qisqaroq yoki uzoqroq boʻlishi ham mumkin. Pushti dogʻ fonida bir guruh pufakchalar paydo boʻlishi bilan tavsiflanadi, ular yorilib, mayda toʻplangan eroziyalarni yoki birlashib, yaxlit eroziyani hosil qiladi.



15-rasm. Herpes genitalis

Keyingisi birlamchi eroziv sifilomadan notekis, mayda tishli chetlari, atrofidagi yalligʻlanish qizarishi va asosida zichlanishning yoʻqligi bilan farqlanadi. Biroq, bemorlar kuydiruvchi vositalardan foydalanganda, gerpetik eroziya asosi infiltratsiya tufayli zichlashgandek koʻrinishi mumkin. Bemorlar (doim emas) achishish va qichishish hislaridan shikoyat qiladilar. Limfa tugunlari odatda zararlanmaydi, lekin baʼzi hollarda biroz shishgan va ogʻriqli boʻlishi mumkin. Gerpetik eroziyalar 1-2 hafta ichida oʻz-oʻzidan epitelizatsiyalanadi, ammo tez-tez qaytalanib turadi. Infeksiyaning jinsiy yoʻl bilan yuqishini hisobga olgan holda, zaxm va herpes virusining bir vaqtning oʻzida yuqishi istisno etilmaydi. Shuningdek, jinsiy aʼzodagi gerpetik eroziyalarga rangpar treponemalarning kirib borishi va kasallikning klinik koʻrinishini izchil oʻzgartirishi ham mumkin. Qichima yoʻli. Ikkilamchi infeksiya (qoʻtir ektimasi) bilan asoratlanadi. Eraklarda jinsiy olat boshchasi va yorgʻoqda joylashganda, birlamchi sifilomaga shubha uygʻotishi mumkin. Ektima asosida aniq zichlanishning yoʻqligi, yiringli ajralmaning qobiq hosil qilib oson qurishi va bemorning umumiy qichishishdan shikoyat qilishi toʻgʻri tashxis qoʻyishga asos boʻladi.

Shankrsimon piodermiya ko‘pincha jinsiy a‘zolar va yuzda (lablarning qizil hoshiyasi, qovoqlar va boshqalar) joylashadi, keskin chegaralangan eroziya yoki yara hosil bo‘lishi bilan xarakterlanadi, uning asosida sezilarli zichlanish paypaslaydi. Ko‘pincha yaqin atrofdagi limfa tugunlarining o‘zgarishi kuzatiladi, ular kattalashadi, zichlashadi, ammo erkin harakatlanishda qoladi, bu esa qattiq shankrni yanada ko‘proq eslatadi. Tashxis oqish treponemani aniqlash uchun ko‘p marta o‘tkazilgan tekshiruvlarning salbiy natijasidan va takroriy serologik qon tekshiruvlaridan so‘ng qo‘yiladi.

Qattiq shankr va shankrsimon piodermiyaning qiyosiy tashxisi

	Qattiq shankr	Shankrsimon piodermiya
1. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omil	Oqish treponema	Tillarang stafilokokk, ba‘zan streptokokk
2. Asosiy farqlar	Yara tubi silliq va toza. Asosidagi zich infiltrat yara chegarasidan tashqariga chiqmaydi	Yara tubi yiringli ajralma yoki gangrenoz parchalanish bilan qoplangan. Asosidagi zich infiltrat yara chegarasidan tashqariga chiqadi
3. Laboratoriya tashxisi	Eroziya yoki yara suyuqligida oqish treponema aniqlanadi. KSR, RIF keskin musbat	Qonning serologik tekshiruvlari manfiy
4. Toshmalar markazida soch tolasi joylashganligi	Mavjud emas	Mavjud

Ayollarda jinsiy a‘zolar, lablarning qizil hoshiyasi va sut bezi so‘rg‘ichining yassi hujayrali saratoni yara asosining zichligi va atrofida yallig‘lanish belgilari

yoʻqligi bilan tavsiflanadi. Baʼzi hollarda, ayniqsa Vasserman reaksiyasi soxta ijobiy boʻlsa, notoʻgʻri tashxis qoʻyilishiga sabab boʻlishi mumkin. Yara jarayonining juda sekin rivojlanishi, qon ketishga moyilligi, oʻsmaning klinik xususiyatlari, limfa tugunlarining zararlanmasligi yoki bir necha oydan soʻng zararlanishi teri saratonini birlamchi sifilomadan farqlaydi. Trixomonadali eroziya va yaralar. Trixomonadali kolpitli ayollarda va trixomonadali uretritli erkaklarda uchraydi. Tashqi jinsiy aʼzolarida (erkaklarda jinsiy aʼzo boshi va kertmakning ichki qavati, ayollarda katta va kichik jinsiy lablar) joylashgani uchun bu shikastlanishlar notoʻgʻri ravishda shankr deb hisoblanishi mumkin. Biroq, odatda ular notoʻgʻri shaklda boʻladi, asosi zichlashmagan; chov limfa tugunlari kattalashmagan.

Qattiq shankr va yumshoq shankrning qiyosiy tashxisi.

	Qattiq shankr	Yumshoq shankr
1. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omil	Oqargan treponema	Dyukrey-Unna-Petersen streptobatsillalari
2. Zararlanadi	Oqargan treponema kirgan teri va shilliq qavatning har qanday qismi	Faqat jinsiy aʼzolar terisi va shilliq qavati
3. Toshma elementlari	Aniq chegarali, likopcha shaklidagi, tubi silliq, goʻsht rangida qizil, zich elastik konsistensiyali eroziya yoki yara.	Notoʻgʻri shakldagi, chetlari yemirilgan va yumshoq tuzilishli yara. Yaralarning tubi notekis boʻlib, koʻp miqdordagi yiringli ajralma bilan qoplangan.
4. Elementlar soni	Koʻpincha yakka holda	Koʻp sonli

Trixomonadali yaralar va eroziyalar koʻpincha shishgan va yalligʻlangan teri bilan oʻralgan boʻlib, paypaslaganda ogʻriq beradi. Ajralmada trixomonadalar aniqlanadi.

Trixomonadali yaralar oqish treponema uchun kirish yo'li bo'lishi yoki zaxm va trixomoniaz bilan bir vaqtda zararlanish mumkinligi sababli, bunday hollarda zaxmni istisno etish uchun laboratoriya tekshiruvlari o'tkazilishi shart. Prodromal hodisalar. Birlamchi davrning oxirida ayrim bemorlarda kuzatiladigan umumiy alomatlar (bosh og'rig'i, suyak, bo'g'im va muskullardagi, ayniqsa tunda kuchayuvchi og'riqlar, holsizlik, darmonsizlik) shunday deb ataladi. Bu alomatlar ko'pincha o'rtacha, ba'zan yuqori (39-40°C) haroratli, notekis tipdagi isitma bilan kechadi. Ushbu hodisalar yengil kamqonlik va o'rtacha leykotsitoz bilan birga kuzatilishi mumkin. Aslida, bular rangpar treponemalarning qon orqali keng tarqalishining tashqi belgilari hisoblanadi. Bundan 7-10 kun o'tgach, ikkilamchi davrning dastlabki toshmalar paydo bo'ladi. Zaxmdagi prodromal hodisalar uchun tana harorati va bemorlarning umumiy ahvoli o'rtasidagi nomutanosiblik xosdir: yuqori haroratga qaramay, bemorlar o'zlarini yaxshi his qilishadi. "Prodromal hodisalar" atamasi zaxmning birlamchi davri haqidagi eskirgan qarashning aks-sadosi bo'lib, u ikkilamchi ("umumiy" yoki "konstitutsional") zaxmning yashirin davri deb hisoblangan.

Zaxmning ikkilamchi davri asosan teri va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalarning zararlanishi hamda kamroq darajada ichki a'zolar, harakat tizimi va asab tizimidagi o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Ikkilamchi davrning teri zararlari (ikkilamchi sifilidlar) morfologik jihatdan xilma-xil bo'lib, dog'li, papulyoz va kamroq hollarda pustulyoz ko'rinishda namoyon bo'ladi. Oqish treponemalarning qon orqali keng tarqalishi natijasida paydo bo'ladigan ikkilamchi davrning birinchi toshmasi (yangi ikkilamchi zaxm) odatda keng tarqalgan va simmetrik xususiyatga ega bo'ladi. Shu davrda ko'pincha birlamchi sifilomaning qoldiqlari, mahalliy limfa tugunlari yallig'lanishi va tarqalgan limfadenit ham aniqlanadi. Keyinchalik paydo bo'ladigan toshmalar aksariyat hollarda yangi ikkilamchi zaxmga qaraganda kamroq va xiraroq bo'ladi. Ular ko'pincha terining alohida qismlarida cheklangan holda, guruhlanib yoki halqalar, yo'ylar, girlyandalar shaklida joylashadi. Ikkilamchi davrning har bir keyingi qaytalanishida toshma elementlari soni muntazam ravishda kamayib boradi. Barcha ikkilamchi sifilidlar uchun umumiy belgilar xosdir.

1. O‘ziga xos rang. Faqat dastlabki paydo bo‘lish paytida ular yorqin pushti rangda bo‘ladi. Keyinchalik ularning rangi to‘q qizil yoki qo‘ng‘ir tusga kirib, xiralashadi (fransuz sifilidologlarining obrazli iborasi bilan aytganda "zerikarli" tus oladi).

2. Markazlashganlik. Zaxm toshmalari elementlari atrofga kengayishga moyil bo‘lmagani sababli odatda bir-biri bilan qo‘shilib ketmaydi va yalpi zararlanishga o‘xshamaydi, balki bir-biridan aniq chegaralanib turadi.

3. Polimorfizm. Ko‘pincha turli xil ikkilamchi sifilidlar bir vaqtning o‘zida paydo bo‘ladi, masalan, dog‘li va papulyoz yoki papulyoz va pustulyoz (haqiqiy polimorfizm) toshmalari. Shuningdek, rivojlanishning turli bosqichlarida bo‘lgan bir xil elementlarning asta-sekin paydo bo‘lishi natijasida toshmalarning xilma-xilligi kuzatiladi (evolyutsion yoki soxta polimorfizm).

4. Yaxshi kechishi. Odatda, ikkilamchi sifilidlar, xavfli zaxmning kamdan-kam uchraydigan hollarini hisobga olmaganda, chandiqlar yoki boshqa turg‘un izlar qoldirmasdan o‘tib ketadi. Ularning paydo bo‘lishi umumiy ahvolning yomonlashishi va subyektiv buzilishlar, jumladan, turli teri kasalliklarida tez-tez uchraydigan qichishish bilan kuzatilmaydi.

Dog‘li sifilid

Dog‘li sifilid (*syphilis maculosa*, *roseola syphilitica*) ikkilamchi davrning boshlanishida terining eng ko‘p uchraydigan zararlanishidir. Yangi ikkilamchi zaxmda dog‘lar - rozeolalar tana va qo‘l-oyoqlar terisida (juda kamdan-kam hollarda yuz, qo‘l va oyoq kafti terisida) ko‘p sonli, aniq chegaralanmagan, 5 dan 15-20 mm gacha kattalikdagi dumaloq shaklli pushti dog‘larning simmetrik tarzda ko‘plab toshishi bilan tavsiflanadi (50-rasm). Dastlabki kunlarda yorqin pushti rangli rozeola dog‘lari keyinchalik xira pushti rangga aylanadi. Diaskopiya paytida ular yo‘qoladi, bosim to‘xtagach, yana paydo bo‘ladi. Faqat uzoq vaqt mavjud bo‘lgan dog‘larga bosilganda, pushti rang o‘rnida sarg‘ish rang qoladi, bu eritrotsitlarning parchalanishi va gemosiderinning cho‘kishi bilan bog‘liq. Dog‘lar alohida-alohida joylashadi va juda kamdan-kam hollardagina qisman birlashadi (*roseola confluens*). Ba‘zan rozeola dog‘lari teri sathidan biroz ko‘tarilib turishi mumkin (*roseola*

elevata). Odatda, rozeola po'st tashlamaydi. Subyektiv buzilishlar kuzatilmaydi. Davolanmasa, rozeola toshmasi o'rtacha 3-4 hafta davom etadi va iz qoldirmay yo'qoladi.

Retsidivli rozeola birlamchi, yangi rozeoladan asosan kamroq tarqalganligi, biroz kattaligi, rangining ko'kimtirroq bo'lishi va guruhlanishga moyilligi bilan farqlanadi. U teri qoplamining ayrim joylaridagina joylashib, ko'pincha halqasimon yoki yoysimon shakllar hosil qiladi. Patogistologik tekshiruvda dermaning so'rg'ichsimon qavati tomirlari atrofida limfotsitlar, plazmatik hujayralar va gistiotsitlardan iborat yengil yallig'lanish infiltrati aniqlanadi. Tomirlar kengaygan, ularning endoteliysi giperplaziyaga uchragan bo'ladi. Tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Birlamchi sifiloma qoldiqlari, regionar adenit va poliadenit mavjudligi tashxisni osonlashtiradi. Shubhali hollarda toshmalarning sifilitik tabiati musbat serologik reaksiyalar bilan tasdiqlanadi. Dori moddalar yoki sifatsiz ovqat iste'molidan kelib chiqadigan toksik rozeola o'tkirroq kechishi, yorqin rangi, ayrim dog'larning qo'shib ketishga moyilligi bilan ajralib turadi va ko'pincha achishish yoki qichishish hissi bilan kuzatiladi. Toshmali va qorin tifi kasalliklarida rozeolyoz toshmalar shu kasalliklarga xos umumiy o'zgarishlar kuzatilgan bemorlarda paydo bo'ladi. Bundan tashqari, tifda rozeola kamroq uchraydi va ko'pincha asta-sekin petexial xarakter kasb etadi. Sifilitik rozeola paydo bo'lishidan oldin prodromal isitma kuzatilgan hollarda, bu isitma odatda tiflardagidek yuqori darajaga yetmaydi va og'ir umumiy buzilishlar bilan kechmaydi. Bundan tashqari, isitma odatda rozeolyoz toshma paydo bo'lgan dastlabki kunlardayoq o'tib ketadi. Sifilitik rozeolani bir qator teri kasalliklaridan (pushti va kepaksimon temiratki, qov bitlari chaqishi) tashqari, "marmar teri" (cutis marmorata) deb ataladigan holatdan farqlash lozim. Bu holat ba'zi odamlarda yuzaki qon tomirlari tarmog'ining nihoyatda rivojlanganligi tufayli terining o'ziga xos dog'li ko'rinishga ega bo'lishidir. Teri, ayniqsa sovuq xonada, noto'g'ri shakldagi ko'kimtir-pushti chiziqlar va halqalar bilan qoplanadi, ular turli o'lchamdagi oqish joylar bilan almashib turadi. Oyoq-qo'llarda yaqqolroq ko'zga tashlanadigan qon tomir naqshlari ko'kimtir-pushti rangli halqalarda oq dog'lar mavjuddek taassurot uyg'otadi.

Papulali sifilid. Papulali sifilid (*syphilis papulosa*) (16-rasm) terining ikkilamchi davrdagi shikastlanishining rozeolali sifilid kabi tez-tez uchraydigan shakli hisoblanadi, biroq ko‘pincha ikkilamchi retsidivli sifilisning namoyon bo‘lishi sifatida kuzatiladi. Papulalarning o‘lchamiga qarab miliar, lentikulyar, nummulyar sifilid va bir-biriga yaqin joylashgan papulalarning qo‘shilishidan hosil bo‘ladigan pilakchalar farqlanadi. Bundan tashqari, sifilitik papulalar yuzasining xususiyati va joylashuvi bo‘yicha ham farq qiladi.



16-rasm. Sifilitik papulalar

Lentikulyar papulyoz sifilid (*syphilis papulosa lenticularis*). Bu kasallik yasmiqdek (3-6 mm) kattalikdagi zich, dumaloq, aniq chegaralangan, yassi yuzali tugunchalarning toshishi bilan xarakterlanadi. Papulalarning rangi dastlab xira pushti bo‘lib, keyinchalik qo‘ng‘ir-qizil (mis rang) yoki ko‘kimtir tusga kiradi, ayniqsa qo‘l-oyoqlarda (51-rasm). Subyektiv bezovtaliklar kuzatilmaydi, ammo papulalar o‘tmas zond bilan bosilganda bemorlar og‘riq sezadi (Yadasson simptomi). Papulalar yo‘qola boshlashida ularning silliq yuzasida avval markazda, keyin chetlarida yoqacha shaklida ozgina po‘st tashlash paydo bo‘ladi (Biyett yoqachasi). Ba‘zan papulalarda yirikroq tangachalar hosil bo‘lib, ular parapsoriazdagi "qoplamalar"ni eslatadi. Ayrim hollarda papulalar yuzasida psoriazga o‘xshash, ko‘p miqdordagi kumushsimon-oq po‘st tashlash (psoriazsimon papulalar) kuzatiladi. Terminal pardaning yo‘qligi, nuqtali qon ketishining bo‘lmasligi va zaxm papulalarining atrofga tarqalish hamda pilakchalar hosil

qilishga moyil emasligi ularni tangachali temiratkidan farqlaydi. Suyuq seboreya bilan ogʻrigan bemorlarning yuz terisidagi papulalar yogʻli, sargʻish rangli tangachalar bilan qoplanadi (seboreyali papulalar).

Ikkilamchi yangi zaxmda papulalar tana va oyoq-qoʻllar terisida, koʻpincha yuz, boshning sochli qismi, kaft va tovonlarda simmetrik tarzda tarqalgan boʻladi. Qaytalanuvchi papula toshmalari kamroq boʻlib, guruhlanish, halqa va girlyandalar hosil qilishga moyil. Lentikulyar sifilid toshmasi asta-sekin paydo boʻlib, taxminan 2-hafta oxirida toʻliq rivojlanadi va 1-2 oy davomida saqlanib qoladi. Papulalar yoʻqolgach, oʻrnida aniq koʻrinuvchi, ammo vaqt oʻtishi bilan yoʻqoladigan pigmentatsiya qoladi. Yashirin zaxm bilan ogʻrigan bemorlarda zaxm papulalarini boshqa dermatozlarning oʻxshash belgilaridan ajratish uchun morfologik tekshiruv oʻtkazish zarur. Baʼzan qizil yassi temiratki, psoriaz, tomchisimon parapsoriaz va terining allergik vaskulitlari papulalaridan farqlash qiyin boʻlishi mumkin. Miliar papulyoz sifilid (syphilis papulosa miliaris) kam uchraydi. U tana va oyoq-qoʻllar terisida mis-qizil yoki binafsha rangli, koʻknori donidan toʻgʻnogʻich boshigacha kattalikdagi konussimon tugunchalar toshishi bilan tavsiflanadi. Tugunchalar oz miqdordagi mayda tangachalar bilan qoplangan. Koʻpincha retsidiv zaxmda paydo boʻlib, guruhlanishga moyil. Aksariyat hollarda lentikulyar papulalar bilan birga uchraydi. Davolanmasa, koʻp hafta davom etib, baʼzan oʻrtacha qichishish bilan kechadi. Papulalar yoʻqolgach, nuqtasimon pigmentli chandiqlar qoladi. Asosan zaiflashgan, ayniqsa sil kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda kuzatiladi. Miliar papulyoz sifilid alohida paydo boʻlsa, toshma lixenoid teri siliga oʻxshash boʻladi. Lixenoid teri sili rangining ochroqligi va asosan bolalar hamda oʻsmirlarda uchrashi bilan farqlanadi. Yakuniy tashxis koʻpincha bemorni toʻliq tekshirish, jumladan serologik tekshiruvlar, tuberkulin sinamalari va zaxmga qarshi davolash natijalariga asoslanadi. Tangasimon (nummulyar) papulyoz sifilid (syphilis papulosa nummularis) papulalarning kattaligi va infiltratning yaqqolliigi bilan ajralib turadi. Papulalar yumaloq shaklda, tekis yuzali, qoʻngʻir-vetchina yoki koʻkimtir-qizil rangda boʻladi. Odatda kam sonli, toʻp-toʻp boʻlib, baʼzan lentikulyar papulalar bilan birga paydo boʻladi. Koʻproq ikkilamchi retsidiv zaxmda uchraydi. Nummulyar

papulalar ancha barqaror bo'lib, so'rilgandan keyin uzoq vaqt qoramtir pigment dog'lari qoladi, vaqt o'tishi bilan esa izsiz yo'qoladi. Pilakchasimon papulyoz sifilid (syphilis papulosa ennappe) lentikulyar va tangasimon papulalarning qo'shilishidan hosil bo'lgan yirik, tekis silliq yuzali, chetlari festonsimon hosiladir. Pilakchalar kaft kattaligida va undan kattaroq bo'lib, rangi, qattiqligi va rivojlanish bosqichlari nummulyar papulalarga o'xshash. Asosan terining yirik burmalarida, ayniqsa ayollarda anogenital sohada, ko'pincha ikkilamchi retsidiv zaxmda paydo bo'ladi. Teri burmalaridan tashqarida yirik pilakchalar juda kam uchraydi. Barcha turdagi papulalar teri burmalarida (jinsiy a'zolar, dumba oralig'i, chov-son burmalari, qo'ltiq osti, ayollarda ko'krak osti, oyoq barmoqlari orasida) joylashganda namlik, issiqlik va doimiy ta'sirlanish natijasida yumshab qolishi mumkin. Bunda papulani qoplab turgan muguz qavat shishadi, bo'shashadi, xiralashib oqaradi, mustahkamligini yo'qotadi va himoya vazifasini bajara olmay qoladi. Yumshagan muguz qavat orqali ko'p miqdorda oqish treponemali to'qima suyuqligi sizib chiqadi. Bunday nam papulalar (syphilis papulosa madidans) yuqori darajada yuqumli bo'ladi. Davolanmasa, namlanuvchi papulalarga ta'sir etuvchi omillarning davomli ta'siri natijasida yumshagan shox qavat shikastlanib, ko'chib tushadi va eroziyali zaxm papulalari (syphilis papulosa erosiva) paydo bo'ladi. Bunday holatlarda sog'lom teridan keskin chegaralangan, saqlanib qolgan oqish, biroz ko'tarilgan papulyoz hoshiyali, yorqin qizil nam yuzali dumaloq yoki ovalsimon eroziyalar ko'rinadi. Ushbu xususiyatlar va faqat ahamiyatsiz subyektiv o'zgarishlar (yengil achishish, qichishish) to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi. Bu tashxis ajralmada rangpar treponemalarning topilishi bilan tasdiqlanadi.

Yuqorida sanab o'tilgan ta'sirlantiruvchi omillarning uzoqroq va kuchliroq ta'siri, ayniqsa, oddiy gigiyena ko'nikmalarining yo'qligi, qindan ko'p miqdorda ajralma kelishi va boshqa holatlar bilan birgalikda nam papulalarning yaralanishiga (syphilis papulosa exulcerans) olib kelishi mumkin. Chuqur bo'lmagan yumaloq yaralar tubi odatda iflos-kulrang qatlam bilan qoplangan, atrofdagi sog'lom teridan aniq ajralib turadi va uning yuzasidan ko'tarilib turadi. Ularning chetlarida

parchalanmagan papulyoz infiltrat qoldiqlari ko‘rinadi. Bu yaralar eroziyalangan papulalarga qaraganda og‘riqlirog va xuddi shunday yuqumli hisoblanadi.

Vegetativ papulalar (papulae vegetans) yoki keng kondilomalar (condylomata lata). Bular teri burmalari va jinsiy a‘zolarida doimiy ta’sirlanish natijasida nummulyar papulalar va sifilitik pilakchalardan kelib chiqadi. Bunda terining biriktiruvchi to‘qimali so‘rg‘ichlari o‘sib ketishi natijasida papulalar yuzasi notekis, g‘adir-budur, so‘galsimon bo‘lib qoladi, namlanish va shox qatlamining yumshashi natijasida iflos-kulrang tusga kiradi. O‘smasimon keng kondilomalar ancha katta bo‘lishi, eroziyaga uchrashi, namlanishi mumkin (53-rasm). Vegetatsiyalanuvchi papulalar ko‘pincha (kasallik qayta qo‘zg‘alganda) jinsiy a‘zolarida yoki orqa chiqaruv teshigi sohasida alohida paydo bo‘ladi va jinsiy aloqa orqali yuqishning eng ko‘p uchraydigan sabablaridan biri hisoblanadi. Differensial tashxis qo‘yishda quyidagilarni hisobga olish zarur:

a) o‘tkir uchli kondilomalar keng kondilomalardan ingichka oyoqchada joylashishi va asosida infiltrati bo‘lmasligi bilan farq qiladi. O‘tkir uchli kondilomalarni oddiy so‘gallar virusiga o‘xshash, ammo aynan bir xil bo‘lmagan virus keltirib chiqaradi. Bu virus odatda uzoq, ba‘zan bir necha oylik yashirin davr o‘tgach, to‘g‘ridan-to‘g‘ri jinsiy aloqa orqali yuqadi;

b) yumshoqligi, silliq yuzasi va qonashga moyilligi bilan ajralib turadigan gemorroidal tugunlar;

v) vegetatsiyalanuvchi pemfigus, uning o‘ziga xos xususiyatlari shiralik, vegetatsiyaning yumshoqligi, infiltratning yo‘qligi va atrofida yangi pufakchalarning mavjudligidir.

Kaft va tovonlarning papulyoz sifilidi ikkilamchi yangi sifilis va qaytalanuvchi sifilida uchraydi. Papulalar teri yuzasidan ko‘tarilmaydi, balki kichik hajmdagi to‘q qizil dog‘lar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, ularni paypaslaganda sezilarli zichligi aniqlanadi. Keyinchalik ularning yuzasida, avval markazda, so‘ngra chetlarida zich tangachalar to‘planadi. Papulalar alohida joylashishi (lentikulyar turi), halqasimon shakllar hosil qilishi (halqasimon turi), yaxlit pilakchalarga birlashishi (keng turi), yoki qadoqlarga o‘xshash sarg‘ish rangli shoxsimon

moddalarning qalin qatlamlari bilan qoplanishi (shoxsimon turi) mumkin. (17-rasm) Kaft-tovon papulyoz sifilidining barcha shakllarini aniqlashda shuni esda tutish kerakki, papulalar atrofida chetlari bo'ylab shoxsimon moddalar bilan qoplanmagan binafsha rangli infiltratning ingichka hoshiyasi saqlanib qoladi. Bu ularni klinik jihatdan o'xshash kaft-tovon psoriazi, oddiy qadoqlar va qadoqlanishlardan farqlash imkonini beradi. Bundan tashqari, psoriazda, odatda, tananing boshqa qismlarida xarakterli toshmalar va ko'pincha tirnoqlardagi o'zgarishlar aniqlanadi.



17-rasm Kaftlarning papulyoz sifilidi

Pustulyoz sifilid

Pustulyoz sifilid (*syphilis pustulosa*) zaxmning ikkilamchi davrida teri zararlanishining eng kam uchraydigan shakli hisoblanadi. U mustaqil ravishda yoki boshqa sifilidlar, ko'pincha papulyoz sifilidlar bilan birgalikda paydo bo'ladi. Pustulyoz sifilidning bir necha turi mavjud. Husnbuzarsimon zaxm (*acne syphilitica*) odatda ikkilamchi davrning birinchi tarqalgan toshmasi sifatida namoyon bo'ladi, ba'zan zaxmning boshqa shakllari bilan birga kuzatiladi. Agar husnbuzarsimon sifilidlar birdaniga ko'p miqdorda paydo bo'lsa, ular o'rtacha harorat ko'tarilishi va yengil umumiy alomatlariga olib kelishi mumkin. Toshma asta-sekin paydo bo'lsa, bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Toshma elementlari dastlab yorqin pushti rangli, biroz konussimon papulalar ko'rinishida bo'lib, ularning uchida kichik pustula joylashadi. Keyinchalik pustula quriydi va qobiq hosil qiladi, yallig'lanish infiltrati esa to'q qizil-qo'ng'ir tusga kirib, aniq

chegaralanib qoladi. Toshma asta-sekin paydo bo'lganda, alohida elementlar rivojlanishning turli bosqichlarida bo'ladi (evolyutsion polimorfizm). Husnbuzarsimon zaxm oddiy, o'smirlik husnbuzarlaridan quyidagi xususiyatlari bilan farq qiladi: seboreya belgilarining yo'qligi, butun teri yuzasida joylashishi, elementlar asosida papulyoz infiltratning mavjudligi, zaxm infeksiyasining boshqa belgilari (birlamchi sifiloma va skleradenit qoldiqlari, poliadenit va boshqalar). Yod va brom ta'sirida paydo bo'ladigan husnbuzarlar uchun kuchliroq ifodalangan o'tkir yallig'lanish o'zgarishlari xos bo'lib, anamnezda tegishli dorilarni qabul qilish qayd etiladi.

Chechaksimon zaxm (*varicella syphilitica*) ko'pincha ikkilamchi yangi zaxmning belgisi hisoblanadi; odatda isitma va holsizlik bilan kechadi. Diametri 0,5 sm atrofida bo'lgan, to'q qizil halqa bilan o'ralgan yarim sharsimon pustulalarning paydo bo'lishi xarakterlidir. Bir necha kundan so'ng pustulaning markaziy qismi qurib, qatqaloq hosil qiladi va ichkariga botadi, qizil halqa esa qo'ng'ir-qizil infiltratsiyalangan do'nglikka aylanadi. Elementlar soni doimiy ravishda ortib boradi va toshma davolanmasa 1,5-2 oygacha saqlanib qolishi mumkin. Chinchechak va suvchechak chechaksimon zaxmdan o'tkir va og'ir kechishi, dastlab yuzda joylashishi, pustulalar atrofida infiltrat do'ngligi yo'qligi hamda zaxmning boshqa belgilari mavjud emasligi bilan farqlanadi.

Zaxm impetigosi (*impetigo syphilitica*) odatda keng tarqalgan papulyoz sifilid bilan birga kuzatiladi. Ko'pincha boshning sochli qismida, yuz terisida (soqol va mo'ylov sohasida) joylashadi. Zaxm impetigosi xavfli zaxmning bir ko'rinishi bo'lishi mumkin, bunday holda ko'p sonli toshma elementlari butun teri yuzasini qoplab oladi. Tangasimon papulalar paydo bo'lishi xarakterli bo'lib, ularning markazida pustula hosil bo'ladi va tez orada qurib, qatqaloqqa aylanadi. Zaxm impetigosi oddiy impetigodan elementlarning chetga tarqalish va qo'shilishga moyilligi yo'qligi, qatqaloqlar atrofida aniq chegaralangan qo'ng'ir-qizil rangli infiltrat mavjudligi, shuningdek og'riqsizligi bilan farqlanadi.

Sifilitik ektima (*ecthyma syphiliticum*) xavfli zaxmning odatiy simptomi hisoblanadi. Toshmalar kuchli isitma, zaharlanish va boshqa umumiy buzilishlar

fonida paydo bo‘ladi. Boshqa ikkilamchi sifilidlardan terining emirilishi va yaralar hosil bo‘lishi bilan farqlanadi. Ektimalar odatda 10-25 ta elementdan iborat bo‘lib, ko‘pincha boldirning old qismida, kamroq hollarda yuz va tana terisida joylashadi, odatda boshqa ikkilamchi sifilidlar bilan birga kuzatiladi. Ektima chegaralangan to‘q qizil dog‘ yoki infiltrat paydo bo‘lishi bilan boshlanadi, uning markazida yasmiqdek kattalikdagi chuqur pustula hosil bo‘ladi. Keyinchalik pustula kulrang-qo‘ng‘ir rangli zich, teriga bosilgandek qobiqqa aylanadi, uning atrofida zich mis-qizil rangli infiltratning ingichka qirrasi hosil bo‘ladi. Ektimalar chetga qarab o‘rishga moyil bo‘lib, diametri 3-5 sm gacha va undan ham kattaroq bo‘ladi. Qobiq olib tashlangandan so‘ng, chetlari tik va tubi tekis, sarg‘ish-kulrang parchalanish bilan qoplangan va qonli-yiringli suyuqlik ajratib turadigan chuqur yara ko‘rinadi, unda odatda oqish treponemalar topilmaydi. Zich infiltratning ensiz qirrasi yarani atrofida sog‘lom teridan ajratib turadi. Sifilitik ektima og‘riqli bo‘ladi. Ikkilamchi infeksiya qo‘shilganda og‘riqlar kuchayishi mumkin. Ektima bir necha oy davom etadi. Bitgandan so‘ng silliq chandiq qoladi, dastlab pigmentlangan bo‘lib, keyin asta-sekin sadafdek oq rangga kiradi. Sifilitik ektima oddiy ektimadan atrofida tarqoq qizarish yo‘qligi va yara atrofida tor infiltratsiyalangan qirra bo‘lishi bilan farqlanadi. Sifilitik rupiya (*rupia syphilitica*) ektimaning bir turi hisoblanadi. U bir necha marta takrorlanadigan parchalanishi, asta-sekin chetga va chuqurlikka o‘sishi bilan farqlanadi, shuning uchun hosil bo‘lgan qobiq ustritsa chig‘anog‘ini eslatuvchi qatlamli konus shaklini oladi; qobiq ostidagi yara chuqur bo‘ladi. Patogistologik jihatdan: pustulyoz sifilidlar dermaning leykotsitar infiltratsiyasi va epidermisda neytrofillar bilan to‘lgan bo‘shliqlarning paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi, yuzaki shakllarda va epidermis hamda dermaning chuqur yiringli erishi - chuqur shakllarda (ektima, rupiya) kuzatiladi. Chetlari bo‘ylab infiltrat tomirlar atrofida joylashgan bo‘lib, leykotsitlardan tashqari, limfotsitlar va plazmatik hujayralardan iborat, ularning soni eski elementlarda asta-sekin ko‘payib boradi. Tomirlar devori yallig‘lanish infiltrati bilan qoplangan, ularning endoteliysi sezilarli darajada ko‘paygan.

Sifilitik soch to'kilishi

Zaxmning ikkinchi bosqichida sochlarning zararlanishi (*alopecia syphilitica*) ko'pincha mayda o'choqli soch to'kilishi (*alopecia areolaris*) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Boshning sochli qismida, ayniqsa chakka va ensa sohalarida, 1-2 tiyinlik tanga kattaligidagi ko'plab mayda, noto'g'ri dumaloq shakldagi soch to'kilgan joylar paydo bo'ladi. Bu joylar kattalashmaydi va bir-biriga qo'shilib ketmaydi. Soch to'kilgan joylardagi teri o'zgarmagan holda qoladi. Soqol, qosh sohalaridagi soch to'kilishi va kipriklarning to'kilishi ancha kamroq uchraydi.

Diffuz soch to'kilishi (*alopecia syphilitica diffusa*)terida hech qanday o'zgarishlar bo'lmagani holda sochlarning keskin umumiy siyraklashuvi bilan tavsiflanadi. Ba'zan ikkala shaklning birgalikda kechishi kuzatiladi. Sifilitik soch to'kilishi, odatda, kasallikning birinchi yilida, ko'pincha yangi toshmalar davrida, kamdan-kam hollarda qaytalanish paytida rivojlanadi. Biroq, bu holat odatda soch o'sishi to'xtaganidan keyin soch to'kilish muddatiga muvofiq teri toshmolari yo'qolgandan so'ng aniqlanadi. 2-3 oydan so'ng sochlar to'liq qayta o'sib chiqadi. Juda kamdan-kam hollarda boshda sifilitik ektima va rupiyalar joylashganda qaytmas chandiqli alopetsiya yuzaga keladi. Zaxm alopetsiyasining patogenezi bir xil emas. Mayda o'choqli soch to'kilishi oqish treponemalarning soch xaltachasiga to'g'ridan-to'g'ri ta'siri va uning atrofida yallig'lanish jarayonlari rivojlanishi natijasida yuzaga kelib, soch oziqlanishini vaqtincha buzadi. Diffuz shakli taxmin qilingan zaharlanish yoki soch follikuli faoliyatini boshqaruvchi asab va endokrin tizimlarning sifilitik infeksiyasi oqibatidir. Soch to'kilishining mayda o'choqli shaklini aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. U uyali soch to'kilishidan kal joylarning kichikligi va ko'pligi, shuningdek, ularning chetga qarab o'sishi va qo'shilishga moyilligining yo'qligi bilan farqlanadi. Zamburug'li shikastlanishlardan esa qipiqalanish va singan sochlarning yo'qligi bilan ajralib turadi. Zaxm leykodermasi (*leucoderma syphiliticum*) odatda ikkilamchi qaytalanuvchi zaxm bilan og'rigan bemorlarda, kasallik yuqqan paytdan boshlab 6 oy o'tgach, ba'zan kechroq paydo bo'ladi. Ko'pincha u sifilitik soch to'kilishi bilan birga kechadi. Erkaklarga qaraganda ayollarda ko'proq uchraydi. Asosan bo'yin terisida (orqa va yon

qismlarida), kamroq qo'ltiq osti burmasi sohasida, undan ham kamroq hollarda tana va qo'l-oyoqlar terisida joylashadi. Dastlab tegishli joylarda terining ma'lum darajada giperpigmentatsiyasi paydo bo'ladi, uning fonida asta-sekin oqish, gipopigmentatsiyalangan dog'lar yuzaga keladi. Dog'lar nisbatan to'g'ri dumaloq shaklga ega bo'lib, turli bemorlarda har xil kattalikda bo'ladi. Ularning soni kam bo'lishi, ba'zan esa shunchalik ko'p bo'lishi mumkinki, dog'lar bir-biridan faqat ingichka giperpigmentlangan chiziq bilan ajralib turadi, ayrim joylarda esa hatto qo'shib ketadi.

Pigmentli sifilid bir necha oy davomida saqlanib qoladi. Uning patogenezini aniq emas. Ba'zi olimlar leykoderma bilan og'rigan bemorlarda ko'p uchraydigan orqa miya suyuqligidagi patologik o'zgarishlarga asoslanib, uni o'ziga xos neyrodistrofik jarayon deb hisoblaydilar. Boshqalar esa uning paydo bo'lishini ichki sekretiya bezlari (buyrak usti bezlari) dagi o'zgarishlar bilan bog'laydilar. Shunday bo'lsa-da, dermaning gistologik tekshiruvda sifilitik rozeolaga o'xshash, garchi uncha katta bo'lmasa ham, perivaskulyar yallig'lanish infiltrati aniqlanadi.

Differensial tashxis qo'yishda ba'zi teri kasalliklarini davolashdan keyin paydo bo'ladigan ikkilamchi leykodermalarni e'tiborga olish lozim. Masalan, rangli temiratki bilan og'rigan bemorlarda quyosh nuri ta'siridan keyin paydo bo'ladigan ikkilamchi leykoderma zaxmdan farqli o'laroq asosan ko'krak qafasi va orqaning yuqori qismida joylashadi, qoraygan, giperpigmentatsiyalangan teridagi och dog'lar esa juda turli o'lchamda va aniq feston shaklida bo'ladi. Shilliq pardalarning zararlanishi Shilliq pardalarning, xususan og'iz bo'shlig'i, tomoq, hiqildoq shilliq pardalarining zararlanishi zaxmning ikkilamchi davrida juda ko'p uchraydi. Ular teridagi sifilidlar bilan birga yoki alohida holda kasallik qaytalanganda paydo bo'ladi. Kasallikning qaytalanuvchi shakllari amaliy jihatdan alohida ahamiyatga ega, chunki ular hech qanday sezgi uyg'otmasligi sababli bemorlar tomonidan e'tiborga olinmaydi va ko'pincha kontakt yo'li bilan yuqishga sabab bo'ladi. Shilliq pardalar zararlanishining quyidagi shakllari farqlanadi.

Shilliq pardalarning dog'li sifilidi (*syphilis maculosa mucosae*) ko'pincha tomoq va yumshoq tanglay shilliq pardalarida kuzatiladi. Bu yerda aniq

chegaralangan ko'kimtir-qizil dog'lar paydo bo'ladi. Ba'zan ular qo'shib, yoyilgan qizarishni hosil qiladi va sog'lom shilliq qavatdan aniq ajralib turadi. Subyektiv buzilishlar yo'q yoki faqat ozgina quruqlik sezgisi bilan namoyon bo'ladi. Shilliq qavatlarning eroziv sifilidi (*syphilis erosiva mucosae*) oz sonli, kichik (diametri 2-5 mm) yumaloq yoki oval shakldagi, qizil yoki kulrang-oq rangli, sog'lom shilliq qavatdan keskin ajralib turadigan, og'riqsiz, paypaslaganda yumshoq eroziyalar bilan tavsiflanadi. Bu eroziyalarning ajralmasida ko'p miqdorda oqish treponemalar mavjud. Shilliq pardalarning papulyoz sifilidi (*syphilis papulosa mucosae*) eng keng tarqalgan shikastlanish shaklidir. Papulalar yasmiqdek kattalikda, to'q qizil rangda, yassi, keskin chegaralangan, teri sathidan ozgina ko'tarilgan, paypaslaganda qattiqroq bo'ladi. Asta-sekin o'sib, alohida papulalar diametri 15-20 mm ga yetishi va qo'shib, yirikroq feston shaklidagi blyashkalarni hosil qilishi mumkin. Qoplovchi epiteliyning nam ta'sirida papulalarning markaziy qismi tez orada oqish (opal) rangga kiradi, chetki qismi esa dastlabki rangini saqlab qoladi va to'q qizil halqa shaklida ajralib turadi. Bir muddat shu holatda qolgach, papulalar asta-sekin yo'qoladi yoki yanada o'zgarishlarga uchraydi. Nam ta'sirida epiteliy ko'chib, papulalar yuzasida eroziyalar paydo bo'ladi, haddan tashqari ta'sirlanganda esa yaralar hosil bo'ladi. Eroziyalangan va yarali papulalarning o'ziga xos xususiyati shundaki, ular sog'lom shilliq qavatdan to'q qizil rangli infiltrat halqasi bilan keskin chegaralangan. Papulalar ko'pincha bodomsimon bezlarda, yumshoq tanglayda (papulyoz sifilitik angina), lablarda, ba'zan milklarda, burun shilliq pardasida, tilda joylashadi. Til papulalari ko'proq uning chetida paydo bo'ladi. Bu yerda tishlar ta'sirida ular tez-tez yaraga aylanadi yoki uzoq vaqt davomida gipertrofiyalanadi, yuzasi esa kulrang-oq qalinlashgan epiteliy bilan qoplanadi. Bunday papulalar shilliq qavat yuzasidan ancha ko'tarilib turadi va paypaslaganda qattiq bo'ladi, infiltratning chetki hoshiyasi esa sezilmaydi.

Til ildizi atrofida joylashgan papulalar vegetativ xususiyat kasb etishi mumkin. Tilning orqa qismidagi papulalar o'ziga xos ko'rinishga ega: ular tilning normal shilliq qavatidan keskin farq qiladigan, to'g'ri dumaloq yoki oval shakldagi so'rg'ichsiz silliq joylar sifatida namoyon bo'ladi (A. Furne tasviriy atamasi bilan

aytganda, "silliq pilakchalar" yoki "o'tloqning qirqilgan qismlari"). Shilliq qavat papulalari keltirib chiqaradigan subyektiv buzilishlar ularning klinik shakli va joylashuviga bog'liq. Bodomsimon bezlar va yumshoq tanglayning yaralanmagan papulalari odatda faqat yutish paytida noqulaylik hissini uyg'otadi. Eroziv va yarali papulalar sezilarli darajada og'riq keltirib chiqarishi mumkin. Zaxmning ikkilamchi bosqichida hiqildoqning zararlanishi tez-tez kuzatiladi va boshqa shilliq pardalardagi o'zgarishlarga o'xshash belgilar bilan tavsiflanadi. Tashxis laringoskopiya orqali aniqlanadi. Eng yaqqol belgi ovozning biroz xirilashdan to to'liq yo'qolishigacha o'zgarishidir. Qiyosiy tashxis: Anginaning turli shakllari, tomoq difteriyasi va Vensan anginasi o'tkir boshlanishi, kuchli og'riq va yaqqol ifodalangan umumiy buzilishlar bilan ajralib turadi. Eroziyalangan va yarali sifilitik papulalardan farqli o'laroq, aftalar uchun o'tkir boshlanish, infiltratning yo'qligi, eroziya atrofida yorqin yallig'lanishli qizarish va kuchli og'riq xosdir. Qizil yassi temiratki ko'pincha yonoqlarning shilliq qavatida juda mayda oq papulalar paydo bo'lishi bilan ajralib turadi, ular o'ziga xos oq rangli to'rga qo'shiladi. Papulalar odatda pilakchalar hosil qiladigan til shilliq qavatida joylashganda tashxis qo'yish qiyinroq kechadi. Boshqa joylardagi xos toshmalarni aniqlash hal qiluvchi ahamiyatga ega, izolyatsiyalangan shikastlanishda esa laboratoriya tekshiruvlari natijalari muhim rol o'ynaydi. Leykoplakiyalar papulalardan chetlari uncha keskin bo'rtib turmasligi bilan farqlanadi.

Ichki a'zolarining zararlanishi

Zaxmning ikkilamchi davrida patologik o'zgarishlar har qanday ichki a'zoda kuzatilishi mumkin. Biroq, ular odatda klinik jihatdan yaqqol namoyon bo'lmaydi va faqat turli funksional tekshiruv usullari ma'lumotlari asosida aniqlanadi yoki boshqa sabablarga ko'ra vafot etgan bemorlarni yorib ko'rish paytida tasodifan topiladi. Klinik jihatdan ifodalangan alomatlar kamdan-kam uchraydi va asosan jigar, buyrak va me'da zararlanganida aniqlanadi. Jigarining zararlanishi odatda kasallikning boshlanish davrida yuzaga keladi

Zaxm septitsemiasining namoyon bo'lishi. O'tkir gepatitning sariqlik bilan kechadigan klinik manzarasi bilan tavsiflanadi. Botkin kasalligidan faqat sariqlik

oldi dispeptik o'zgarishlarining kamroq ifodalanganligi yoki umuman yo'qligi bilan farqlanadi. Jigar kattalashgan va og'riqli bo'ladi, ko'pincha taloq ham kattalashadi. Qonda bilirubin miqdori, siydikda esa o't pigmentlari miqdori oshgan bo'ladi. Jigarning antitoksik, uglevod va boshqa funksiyalari buzilgan. Zaxm sariqligining kechishi qulay. Zaxmga qarshi davoga yaxshi javob beradi, 2-3 hafta ichida o'tib ketadi. Juda kamdan-kam hollarda o'tkir sariq atrofiyaga o'tishi kuzatiladi. Sariqliksiz, jigarning xarakterli kattalashishi va uning funksiyalari buzilishi bilan kechadigan gepatit ham rivojlanishi mumkin. Buyraklarning zararlanishi odatda ikkilamchi davrning boshida, kamdan-kam hollarda undan oldinroq aniqlanadi. Bu yo xavfsiz proteinuriya shaklida (yagona belgisi siydikda taxminan 0,1 - 0,3 g/l oqsilning mavjudligi; patologiyaning boshqa alomatlari va shishlar yo'q) yoki zaxm lipoid nefrozi shaklida namoyon bo'ladi. Bemor rangpar, shishgan bo'ladi. Qon zardobida xolesterin miqdori ko'paygan, oqsil miqdori esa kamaygan bo'ladi. Siydik kam miqdorda ajraladi, loyqa, nisbiy zichligi 1,040 gacha va undan yuqori bo'ladi. Siydikdagi oqsil miqdori odatda 2-3 g/l dan ortiq. Cho'kmasida silindrlar, leykotsitlar, yog' bosgan epiteliy, yog' tomchilari topiladi, eritrotsitlar kam bo'ladi. Qon bosimi ko'tarilmagan, ko'z tubi normal holatda. Nefroz maxsus davo ta'sirida o'tib ketadi. Surunkali shaklga o'tishi kamdan-kam hollarda kuzatiladi.

Me'daning zararlanishi yangi zaxmda ham, ikkilamchi qayta paydo bo'lgan zaxmda ham kuzatiladi. Zaxm gastriti ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynishi, kislotalilik darajasining pasayishi, og'riqlar va ba'zan sezilarli darajada tana vaznining kamayishi bilan xarakterlanadi. Bu holat me'da shilliq pardasida o'ziga xos yallig'lanish o'choqlarining paydo bo'lishi natijasida yuzaga keladi. Bunday o'choqlar rentgenoskopiyada ba'zan yara kasalligi yoki me'da o'smasiga o'xshab ko'rinishi mumkin. Zaxmning boshqa belgilari mavjudligi va maxsus davolashning tez natija berishi to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi. Ichki organlarning boshqa, kamroq uchraydigan zararlanishlari orasida ba'zan miokardit kuzatiladi. Bu holat elektrokardiogramma ma'lumotlari asosida aniqlanadi va odatda nafas qisishi, tez charchash, darmonsizlik kabi shikoyatlar bilan namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, o'choqli quruq plevrit hamda ko'rish va eshitish organlarining zararlanishlari ham

kuzatilishi mumkin. Bu zararlanishlarni aniqlash ularning zaxmning boshqa ko'rinishlari, ayniqsa teri va shilliq pardalardagi o'zgarishlar bilan birgalikda kelishi asosida amalga oshiriladi va maxsus davolashning samaradorligi bilan tasdiqlanadi. Suyak va bo'g'imlarning shikastlanishi erta ikkilamchi davrda, ba'zan hatto birlamchi davrning oxirida ham kuzatiladi. Bu davrda tungi vaqtda kuchayadigan suyak og'riqlari (*dolores osteocopi nocturni*) paydo bo'lishi mumkin, ammo suyaklarda hech qanday obyektiv o'zgarishlar kuzatilmaydi. Odatda bunday og'riqlar oyoqlarning uzun naysimon suyaklarida seziladi. Ikkilamchi davrda bosh suyaklari, katta boldir suyaklari va boshqa suyaklarda periostitlar va osteoperiostitlar kamroq uchraydi. Ular uncha katta bo'lmagan, qattiq konsistensiyali shishlar ko'rinishida bo'lib, paypaslaganda og'riqli va tungi azobli og'riqlar bilan kechadi. Keyinchalik yallig'lanish infiltrati so'rilib ketadi, juda kamdan-kam hollarda suyaklanadi. Bo'g'imlarning zararlanishi artralgiyalar shaklida, asosan tizza va yelka bo'g'imlarida namoyon bo'ladi. Kamroq hollarda o'tkir va yarim o'tkir gidrartroz shaklida kechadi. Bu holat tana haroratining ko'tarilishi, bo'g'imlarda kuchli og'riqlar, ularning o'rtacha darajada shishishi va oz miqdorda suyuqlik to'planishi bilan kechadi. Bo'g'imlarning zararlanishi odatda ikkilamchi yangi zaxmda kuzatiladi va maxsus davolash natijasida tez bartaraf etiladi.

Zaxmning uchlamchi davri.

Uchlamchi davr (*syphilis tertiaria*) hatto davolanmagan bemorlarda ham zaxm kechishining muqarrar bosqichi hisoblanmaydi. Uning yuzaga kelishiga surunkali infeksiyalar va zaharlanishlar (ayniqsa, alkogolizm), organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyatini pasaytiradigan jarohatlar sabab bo'ladi. Hozirgi kunda uchlamchi zaxm juda kam uchraydi. Uchlamchi zaxmning klinik belgilari odatda mahalliy xususiyatga ega bo'lib, ikkilamchi davrdan farqli ravishda, teri va shilliq pardalardan tashqari, ichki a'zolar, tayanch-harakat tizimi va markaziy asab tizimida ancha ko'proq kuzatiladi. Zararlanishlar yemiruvchi xususiyatga ega bo'lib, qaysi a'zoda rivojlangan bo'lsa, o'sha a'zo faoliyatini ma'lum darajada izdan chiqaradi.

Teri zararlanishi uchlamchi sifilitik belgilar bo'rtmalar va gummalar shaklida namoyon bo'ladi.

Do'mboqli sifilid (*sypilis tuberculosa*)(18-rasm) derma qalinligida joylashgan va teri sathidan ko'tarilib turadigan, kattaligi kanop donidan yirik no'xatgacha bo'lgan, zich, yarim sharsimon ko'kimtir-qizil do'mboqchalar toshmasi bilan tavsiflanadi. Ular terining chegaralangan joylarida paydo bo'lib, bir-biriga yaqin joylashadi, ammo qo'shilib ketmaydi (guruhli do'mboqli sifilid). Do'mboqchalarning keyingi rivojlanishi turlicha kechishi mumkin. Ba'zi hollarda ularning yuzasida ozgina po'st tashlash paydo bo'ladi, ular qo'ng'ir tusga kiradi; bir necha oy shu holatda turgandan so'ng, do'mboqchalar asta-sekin yassilanadi, o'lchamlari kichrayadi va nihoyat, pigmentli hoshiya bilan o'ralgan yuzaki atrofik chandiqlar qoldirib, yo'qoladi. Boshqa hollarda do'mboqcha yemirilishi natijasida atrofi ingichka infiltrat valigi bilan o'ralgan va ko'pincha to'q jigarrang qobiq bilan qoplangan kichik yara hosil bo'ladi. Do'mboqli sifilid yaralari uncha chuqur bo'lmaydi, odatda yumaloq shaklda bo'ladi; chetlari kesik, o'yilmagan, tubi yashilroq-sariq nekrotik to'qima bilan qoplangan bo'ladi. Yaralar bitgandan so'ng, atrofida pigmentli hoshiya bilan o'ralgan kichik, biroz botiq chandiqlar qoladi. Do'mboqli sifilid uchun sog'lom terining tor yo'l-yo'l chiziqlari bilan ajralgan, chegaralangan joyda to'plangan ko'plab mayda chandiqlar ("mozaika" chandiqlar) xosdir. O'rtacha olganda, do'mboqli sifilid o'chog'i kaft kattaligida bo'ladi.



18-rasm. Do'mboqli sifilid

Ba'zi bemorlarda yangi do'mboqchalarning chet qismlarida paydo bo'lishi natijasida shikastlanish o'choqlari asta-sekin kattalashib, go'yo sudralib, terining keng yuzalarini egallaydi. Bunday serpiginatsiyalovchi do'mboqchali sifilidda zararlanish xilma-xil ko'rinishga ega bo'ladi: markazda joylashgan chandiqlar bilan bir qatorda chet qismlarda turli rivojlanish bosqichlarida bo'lgan do'mboqchalar yo'l-yo'l yoki o'ziga xos girlyanda shaklida joylashadi (58-rasm). Juda kam hollarda do'mboqchalar ko'kimtir-qizil rangli yaxlit infiltratga qo'shilib ketadi (maydonchali do'mboqchali sifilid). Keyinchalik bunday infiltrat chandiqli atrofiya hosil qilib bitadi yoki yaraga aylanib, so'ngra chandiq hosil qiladi. Do'mboqchali sifilid teri qoplamining istalgan joyida joylashishi mumkin. Subyektiv buzilishlar kuzatilmaydi. Differensial tashxisni avvalo teri silidan o'tkazish lozim. Teri sili lyupoid shaklida do'mboqchalar yumshoq konsistensiyali va tekisroq, qo'ng'ir-pushti rangli bo'lib, bir-biri bilan qo'shilib ketishga moyil va yaxlit atrofik chandiq hosil qiladi. Bu chandiqda yangi volchanka do'mboqchalari paydo bo'ladi. Diaskopiya paytida o'ziga xos sarg'ish-jigarrang tus aniqlanadi. Gumma (gumma subcutanea) rivojlanishining boshida teri osti yog' qatlamida joylashgan, og'riqsiz va harakatchan, kattaligi o'rmon yong'og'i yoki kaptar tuxumidek bo'lgan zich elastik konsistensiyali tugun ko'rinishida bo'ladi (19-rasm, 20-rasm). Gumma asta-sekin kattalashib, yong'oqdek va hatto tovuq tuxumidek hajmga yetadi. Bu davrda u dermaga o'sib kiradi va teri ustidan biroz ko'tarilib turadi. Teri gumma ustida ko'kimtir-qizil tusga kiradi. Keyinchalik gumma turlicha rivojlanadi. Ko'pincha uning markaziy qismi nekrozga uchrab, yumshaydi va tugun markazida flyuktuatsiya paydo bo'ladi. Keyin markaziy qismni qoplab turgan teri o'ladi, qatqaloqqa aylanadi, uning ostidan arab yelimiga o'xshash oz miqdorda yopishqoq suyuqlik ajraladi ("gumma" nomi shundan kelib chiqqan). So'ngra nekrotik massalar (gummoz o'zak deb ataladi) ko'chib tushadi va atrofi qip-qizil, keskin chegaralangan, ko'kimtir tusli infiltrat bilan o'ralgan yara hosil bo'ladi. Yara shakli yumaloq yoki ovalsimon, ancha chuqur, chetlari xuddi teshgich bilan urib tushirilgandek tik bo'ladi. Yaraning tubi sarg'ish rangli nekrotik massa qoldiqlari bilan qoplangan va oz miqdorda yiring ajratadi. Juda sekinlik bilan yara tubi nekrotik

massalardan tozalanadi va granulyatsiyalar bilan qoplanadi. Yara bitgandan so'ng o'ziga xos chandiqlik qoladi: yaraning o'rtasida zich va ichiga tortilgan, chet qismlarida esa yumshoq va yupqa bo'ladi. Juda kamdan-kam hollarda gümma yara hosil qilmasdan so'riladi yoki fibroz gümмага aylanadi. Bunda gümmoz infiltrat asta-sekin fibroz to'qima bilan almashinadi. Gümma o'rmon yong'og'i kattaligiga qadar kichrayadi, tog'aydek zichlashadi, uning ustidagi teri normal rangini saqlab qoladi. Bunday tugunlar ko'pincha yirik bo'g'imlar (tirsak, tizza) atrofida hosil bo'ladi va bo'g'im oldi tugunlari deb ataladi. Ular yillar davomida saqlanib qoladi va davolashga chidamli bo'ladi. Gümmlar soni odatda kam bo'ladi. Ko'pincha ular yakka holda uchraydi, bir vaqtning o'zida 2-3 ta yonma-yon joylashgan tugunlarning paydo bo'lishi kamroq kuzatiladi. Ular parchalanib va qo'shilib, noto'g'ri yirik tishsimon shakldagi keng yara yuzasini hosil qilishi mumkin.



19-rasm



20-rasm

Teri osti gümmasi (gümma subcutanea).

Gümmlar teri qoplamining istalgan qismida paydo bo'lishi mumkin. Agar bemorda zaxm mavjudligi haqida ma'lumot bo'lmasa, gümmani rivojlanishining dastlabki bosqichida klinik jihatdan aniqlash imkonsiz. Aksincha, yaralangan gümmaning tashxisi, uning o'ziga xos ko'rinishini hisobga olgan holda, qiyinchilik tug'dirmaydi. Kollikvativ teri sili (skrofuloderma) tugunlari yumshoqroq bo'lib, nafaqat markaziy qismida, balki butunlay yumshaydi. Ular bir yoki bir nechta tor teshiklar orqali yoriladi; hosil bo'lgan yara yumshoq, osilib turgan ko'kimtir-

binafsha rangli chetlarga ega; uning tubi bo'shashgan sarg'ish granulyatsiyalar bilan qoplangan. Teri indurativ sili tugunlari odatda ko'p sonli bo'lib, boldir terisida simmetrik joylashadi, infiltratning butun qalinligi bo'ylab emas, balki yuzaki parchalanib, chetlari notekis, biroz chuqurlashgan sayoz yaralar hosil qiladi. Saraton yarasi gummoz yaradan zich valiksimon, ko'tarilgan, ko'pincha ag'darilgan, yallig'lanmagan chetlari, notekis donador, oson qonaydigan tubi va yaqqol og'riqliligi bilan farqlanadi. Patogistologik jihatdan uchlamchi zaxm yallig'lanish infiltrati, infeksiyon granulyoma paydo bo'lishi va qon tomirlarining sezilarli darajada zararlanishi bilan tavsiflanadi. Do'mboqchali zaxmda infiltrat faqat dermada, gummoz zaxmda esa teri osti yog' to'qimasida joylashib, keyinchalik dermaga tarqaladi. Infiltrat limfotsitlar, plazmatik hujayralar, gistiotsitlar va teng miqdordagi Pirogov-Langxans tipidagi epitelioid va gigant hujayralardan tashkil topgan. O'choq markazidagi katta infiltrat chetlarida tomirlar atrofida joylashadi. Infiltrat sohasida nekroz o'choqlari kuzatiladi, bular gummalar paytida ayniqsa sezilarli bo'ladi. Asosan yirik tomirlar devorining o'zgarishi xarakterli bo'lib, endoteliy proliferatsiyasi natijasida tomir yo'lining bitib ketishi va tomir devorlarining infiltratsiyalanishida namoyon bo'ladi. Zaxmning uchlamchi davrida o'ziga xos o'zgarishlar yumshoq va qattiq tanglayda, burun shilliq pardasida, kamroq hollarda halqumning orqa devorida va tilda kuzatiladi. Burun shilliq qavati, odatda, burun to'sig'i sohasida zararlanadi, bunda ko'pincha patologik jarayon Zaxmning uchlamchi davrida o'ziga xos o'zgarishlar yumshoq va qattiq tanglayda, burun shilliq pardasida, kamroq halqumning orqa devorida va tilda kuzatiladi.

Shilliq qavat ikkinchi marta tog'ay va suyakdan ajraladi. Burun to'sig'ida zich, aniq chegaralangan ko'kimtir infiltrat paydo bo'lib, burun bo'shlig'ini sezilarli darajada toraytiradi. Keyinchalik u parchalanib, yiringli ajralma hosil qiladi. Bu ajralma qurib, yiringli-qonli qatqaloqlarga aylanadi. Qatqaloqlar ostida zich infiltrat halqasi bilan o'ralgan yara joylashadi. Zond bilan tekshirilganda, yara tubida nekrozga uchragan suyakning g'adir-budur yuzasi seziladi. Keyinchalik sekvestr ajralishi natijasida perforatsiya yuzaga keladi. Bu perforatsiya to'siqning ham suyak, ham tog'ay qismini qamrab oladi. Bu holat faqat tog'ay qismining teshilishiga olib

keladigan sil kasalligi shikastlanishidan farq qiladi. Burun to'sig'i sezilarli darajada yemirilgan hollarda va ayniqsa Dimog' suyagining yuqori qismi jarayonga jalb etilganda burun deformatsiyalanadi ("egarsimon" burun hosil bo'ladi). Qattiq tanglay shilliq pardasining gummoz zararlanishi ham odatda jarayonning suyak va suyak usti pardasidan tarqalishi tufayli ikkilamchi tarzda rivojlanadi. Klinik jihatdan dastlab chegaralangan, ko'kimtir-qizil rangli zich infiltrat aniqlanadi, bu bemorni deyarli bezovta qilmaydi. Keyinchalik infiltrat parchalanib, to'g'ri dumaloq yoki tuxumsimon shakldagi yara hosil bo'ladi. Yara atrofi qotib qolgan qizil rangli zich infiltrat bilan o'ralgan, tubi esa kulrang-sariq nekrotik massalar bilan qoplangan bo'ladi. Tubni zondlashda nekrozga uchragan suyak seziladi. Sekvestr ajralgandan so'ng og'iz bo'shlig'ini burun bo'shlig'i bilan bog'lovchi teshik hosil bo'ladi. Fonatsiya buziladi (dimog'i chiqqan ovoz), ovqat og'iz bo'shlig'idan burun bo'shlig'iga o'tadi. Kichik teshiklar yopishqoq yallig'lanish tufayli bitadi; katta teshiklarda maxsus davolashdan so'ng plastik jarrohlik yoki obturator qo'llanilishi talab etiladi. Yumshoq tanglayda yo alohida-alohida do'mboqchalar paydo bo'lib, mayda yaralar hosil qilgan holda parchalanadi va bitgandan so'ng guruh-guruh chandiqlar qoldiradi, yoki butunlay, keskin chegaralangan infiltratsiya yuzaga keladi. So'nggi holatda yumshoq tanglay shilliq pardasi biroz qalinlashib, ko'kimtir-qizil tus oladi. Keyinchalik infiltrat yo so'riladi, yoki parchalanib yuzaki yaralar hosil qiladi. Har ikki holda ham chandiq hosil bo'lishi yoki chandiqli atrofiya natijasida tanglay pardasining deformatsiyasi (qisqarishi) yuzaga keladi. Yumshoq tanglayning gummoz zararlanishi chegaralangan gummoz tugunlar yoki tarqoq infiltratsiya ko'rinishida namoyon bo'ladi. So'nggi holatda tanglay pardasi va yumshoq tanglay qalinlashib, harakatchanligini yo'qotadi, bu esa fonatsiyaga ta'sir qiladi va yutinishni qiyinlashtiradi. To'q qizil infiltrat atrofdagi sog'lom shilliq qavat fonida keskin ajralib turadi. Keyinchalik u parchalanib, tanglay pardasi qalinligini teshib o'tuvchi bir yoki bir nechta yara hosil qiladi. Yaralar nursimon chandiqlar hosil qilib bitadi, bu ko'pincha tanglay pardasining halqum devori bilan bitishiga va tomoqning chandiqli torayishiga olib keladi. Shunday keskin o'zgarishlarga qaramay, bemorlar faqat yutinishning qiyinlashishi va yengil og'riqdan, ayniqsa

qo'zg'atuvchi ovqat iste'mol qilganda, arzimas shikoyatlar bildiradilar. Halqum orqa devorining gummoz zararlanishi uchun chegaralangan ko'kimtir-qizil infiltrat hosil bo'lishi xos bo'lib, u kam og'riydigan yaraga aylanadi. Yara ko'kimtir-qizil rangli zich valik bilan o'ralgan bo'lib, uni sog'lom shilliq pardadan keskin ajratib turadi. Yara tubi yiringli-nekrotik qoplama bilan qoplangan. Bitgandan so'ng ichkariga tortilgan zich chandiq qoladi. Tilning gummoz zararlanishi chegaralangan (tugunli) yoki tarqoq (sklerozlanuvchi) glossit ko'rinishida uchraydi. Tugunli glossitda til to'qimasida chegaralangan zich elastik og'riqsiz tugun hosil bo'ladi. Asta-sekin kattalashib, o'rmon yong'og'i yoki kaptar tuxumi o'lchamiga yetadi va shilliq qavatdan yarim sharsimon bo'rtib chiqadi. Keyinchalik tugun yemiriladi, natijada zich infiltrat bilan o'ralgan tipik gummoz yara paydo bo'ladi. Bitgandan so'ng hosil bo'lgan chandiq ko'pincha tilni qiyshaytirib, uning normal harakatchanligini cheklaydi. Qiyosiy tashxisni til saratonidan o'tkazish lozim. Saraton gummoz yaradan farqli o'laroq, zichroq va ag'darilgan chegaralarga, notekis, tez qonaydigan tubga va keskin og'riqqa ega. Tildagi gummoz yaralarning saratonga aylanish ehtimolini yodda tutish kerak, buning erta tashxisi qiyin bo'lib, faqat biopsiya natijalariga ko'ra aniqlanadi. Sklerozlovchi glossit qon tomirlari atrofida va mushak tutamlari orasidagi biriktiruvchi to'qimada tarqoq gummoz infiltrat rivojlanishi natijasida yuzaga keladi. Ketma-ket chandiqlanish mushak tolalarining atrofiyasi bilan kechadi. Jarayon butun tilni yoki uning katta qismini qamrab oladi. Dastlab, infiltratsiya bosqichida til to'liq yoki qisman kattalashadi, uning yuzasi bo'lakli, g'adir-budir ko'rinish oladi. Shilliq parda silliqanib, to'q qizil rangga kiradi. Infiltratning biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi va bu to'qimaning burishishi davrida til asta-sekin kichrayadi, qattiq, kam harakatchan, ko'pincha nosimmetrik bo'lib qoladi. Uning funksiyalari keskin buziladi, nutq va ovqatlanish qiyinlashadi. Tishlar, ovqat bilan jarohatlanganda ikkilamchi chuqur yoriqlar va yaralar paydo bo'ladi.

Zaxmning uchlamchi davrida barcha ichki a'zolarida chegaralangan tugunlar yoki gummoz infiltratsiyalar paydo bo'lishi, shuningdek, turli xil distrofik jarayonlar va modda almashinuvining buzilishlari kuzatiladi. Hozirgi kunda yurak-qon tomir

tizimining zararlanishi kechki visseral zaxmning 90% dan ortiq holatlarini tashkil etadi. Ulardan eng ko‘p uchraydigani sifilitik mezaortitdir. Odatda aortaning ko‘tariluvchi qismi zararlanadi, bu yerda aorta devorining o‘rta qatlamida, vasa vasorum atrofida tarqoq gummoz infiltrat rivojlanadi. Muskul va elastik qatlamlarning ajralishi va yemirilishi natijasida devor mustahkamligi pasayib, asta-sekin kengayish boshlanadi. Keyinchalik infiltrat biriktiruvchi to‘qima bilan almashinilib, ateromatoz bilan asoratlanadi. Aortitning asoratlari anevrizma, aorta klapanlarining yetishmovchiligi, toj arteriyalari og‘zining torayishi bo‘lishi mumkin. Mezaortitning boshlang‘ich shakllari sezilarli buzilishlarga olib kelmaydi va rentgen tekshiruvi paytida aortaning cheklangan kengayishi tasodifan aniqlanadi. Yaqqol ifodalangan hollarda bemorlar jismoniy va ruhiy zo‘riqishdan so‘ng to‘sh suyagi va yurak sohasidagi og‘riqlarga, nafas qisilishiga, tez charchashga shikoyat qiladilar. Obyektiv tekshiruvda aortada sistolik shovqin va ko‘pincha metall ohangiga ega bo‘lgan II ton aksenti aniqlanadi.

Aorta qopqoqlarining rivojlangan yetishmovchiligi bemorning yuzi oqarishi, bo‘yin tomirlarining urib turishi va past diastolik bosim bilan tavsiflanadi. Auskultatsiyada sistolik shovqin bilan birga diastolik shovqin ham aniqlanadi. Toj tomirlar og‘zining zararlanishi stenokardiya xurujlari bilan namoyon bo‘ladi. Jigar zararlanishi quyidagi klinik shakllarda kechishi mumkin: Jigarda, asosan uning chetki qismlarida, turli kattalikdagi ko‘plab gummoz tugunlar hosil bo‘ladi. Klinik manzara gummalarining joylashuviga bog‘liq bo‘lib, o‘t-tosh kasalligi, jigar saratoni va boshqa kasalliklarni eslatishi mumkin. Erta belgilardan biri o‘ng qovurg‘a ostidagi og‘riqlar bo‘lib, ko‘pincha xurujsimon bo‘ladi. Odatda noto‘g‘ri, remittirlovchi tipdagi isitma xosdir. Jigar kattalashgan, notekis g‘adirbudur. Jigar konsistensiyasi dastlab uncha zich bo‘lmaydi, bo‘rtib chiqqan gummalar esa ancha zichroq bo‘ladi. Kechki bosqichlarda jigar kichrayadi, zichlashadi, gummalar tog‘aydek qattiq bo‘ladi, ba‘zan yumshaydi. Sariqlik faqat gummalar yirik o‘t yo‘llarini siqib qo‘ygandagina rivojlanadi. Taloq odatda kattalashmaydi. O‘choqli gummoz gepatit uzoq davom etadi. Bir gummalarining chandiqlanishi yangilarining paydo bo‘lishi bilan birga kechadi. Maxsus davolash

ta'sirida gummalar so'rilib, o'rnini chandiq to'qima egallaydi. Miliar gummoz hepatitda jigarda ko'p miqdorda mayda gummoz o'choqlar hosil bo'ladi yoki bo'lakchalar orasidagi qon tomirlar atrofida diffuz infiltratsiya kuzatiladi. Keyinchalik infiltrat nekrozga uchraydi yoki so'rilib, o'rnini chandiq to'qima egallaydi. Klinik jihatdan dastlab jigarning bir tekis kattalashishi, biroz qattiqlashishi, o'ng qovurg'a ostida o'rtacha og'riqlar va tana haroratining biroz ko'tarilishi kuzatiladi. Sariqlik va funksional buzilishlar bo'lmaydi. Taloq kattalashgan. Vaqt o'tishi bilan jigar kichrayadi, zichlashadi, assit rivojlanadi, funksional buzilishlar paydo bo'ladi. Bemorning ahvoli yomonlashadi, kamqonlik va ozish kuzatiladi. Kasallikning oqibati o'choqli shakliga qaraganda yomonroq. Maxsus davolash faqat boshlang'ich davrda samarali bo'ladi. Uzoq davom etgan hollarda bemorlar xuddi sirrozdagikabi sabablardan vafot etadi. Surunkali epiteliyal zaxm hepatitining asosida jigar hujayralarining distrofik-degenerativ o'zgarishi, keyinchalik biriktiruvchi to'qimaning rivojlanishi va sirrozga o'tishi yotadi. Epiteliyal hepatit mustaqil ravishda, ilgari boshdan kechirilgan o'tkir hepatitning oqibati sifatida yoki miliar gummoz hepatitning asorati tarzida paydo bo'lishi mumkin. Dastlabki davrda umumiy holsizlik, qovurg'a ostida og'irlik, ishtahaning pasayishi, asabiylashish, ko'pincha terining qichishi kuzatiladi. Jigar kattalashgan, lekin zich emas; yuzasi silliq, paypaslaganda deyarli og'rimaydi. Sariqlik erta paydo bo'ladi, teri rangining to'qligi turlicha bo'ladi. Jigar funksiyalari sezilarli darajada buzilgan. Taloq kattalashgan. Tana harorati normal yoki subfebril. Keyingi bosqichda jigar zichlashib, birmuncha kichrayadi. Kamqonlik, leykopeniya, monotsitoz rivojlanadi. Assit faqat juda kechki davrda paydo bo'ladi. Kasallik 2-5 yil davom etadi; bemorlar jigar yetishmovchiligi belgilari bilan vafot etadi. Zaxmning sifilitik xarakteri faqat zaxmning boshqa ko'rinishlari va anamnez ma'lumotlari asosida aniqlanishi mumkin. Maxsus davolash kam samarali. Buyraklarning zararlanishi amiloid nefroz, nefroskleroz va gummoz jarayonlar (chegaralangan tugunlar yoki tarqoq gummoz infiltratsiya) ko'rinishida bo'lishi mumkin. Dastlabki ikki shakli klinik jihatdan boshqa etiologiyali shunga o'xshash kasalliklardan farq qilmaydi, tashxis faqat zaxmning yondosh belgilari, anamnez

ma'lumotlari va ijobiy serologik reaksiyalar asosida qo'yiladi. Chegaralangan gummoz tugunlar o'smaga o'xshab kechadi va qiyin aniqlanadi. Gumma parchalanib, jomga yorilganda qo'ng'ir rangli quyuq loyqa siydik ajraladi, unda eritrotsitlar, leykotsitlar va hujayra qoldiqlari ko'p miqdorda cho'kadi. O'pkaning zararlanishi o'smaga o'xshash alohida gummoz tugunlar paydo bo'lishi, tarqoq gummoz peribronxial infiltratsiya boshlanib, keyinchalik fibroz rivojlanishi yoki tarqoq mayda gummoz o'choqlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bemorlarning umumiy ahvolining yaxshiligi, balg'amda sil mikobakteriyalarining yo'qligi, rentgenografiya ma'lumotlari va serologik reaksiyalarning ijobiy natijasi zaxm bilan silni farqlashga imkon beradi. Chegaralangan gummani o'smadan ajratish ancha qiyin. O'pkaning zararlanishi o'smaga o'xshab ketadigan ayrim gummoz tugunlar paydo bo'lishi yoki tarqoq gummoz peribronxial infiltratsiya boshlanib, keyinchalik fibroz paydo bo'lishi, shuningdek tarqoq mayda-mayda gummoz o'choqlar ko'rinishida ifodalanadi. Bemorlarning umumiy ahvolining yaxshiligi, balg'amda sil mikobakteriyalarining yo'qligi, rentgenografiya ma'lumotlari va serologik reaksiyalarning musbat natija berishi zaxm bilan sil o'rtasida differensial diagnoz o'tkazishga imkon beradi. To'g'ri tashxisni ba'zan faqat sinov davolashidan so'ng qo'yish mumkin. Oshqozon va ichak shikastlanishi devorning tarqalgan gummoz infiltratsiyasi yoki cheklangan gummoz tugunlarning hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Me'daning uchlamchi zararlanishi sezilarli dispeptik buzilishlar, tana vaznining pasayishi bilan kechadi.

Ichak zararlanishining o'ziga xos xususiyatlari yo'q bo'lib, dastlabki davrda enterit ko'rinishida, ba'zan qon ketishi bilan kechadi. Gummoz tugunlar so'rulgach, chandiqlar hosil bo'ladi va ular ichak torayishiga olib kelishi mumkin. Tashxis qo'yish murakkab bo'lib, zaxmning boshqa belgilari aniqlanishi, serologik reaksiyalarning ijobiy natijasi, fibrogastro yoki fibrokolonoskopiya paytidagi biopsiya natijalari va ba'zan sinov davolash asosida o'rnatiladi. Moyaklarning zararlanishi moyak to'qimasida cheklangan gummoz tugunlar yoki diffuz infiltrat paydo bo'lishi tufayli yuzaga keladi. Zararlangan a'zo kattalashadi, qattiqlashadi va og'irlashadi. Chegaralangan shaklda moyak yuzasi g'adir-budur, diffuz shaklda esa

silliq bo'ladi. Paypaslaganda og'riq sezilmaydi. Faqat urug' tizimchasining cho'zilishi natijasida og'irlik hissi bezovta qiladi. Cheklangan gummalar yorg'oq terisi orqali yorilishi mumkin. Diffuz infiltrat yo'qolgach, moyak kichrayib, atrofiyaga uchraydi. So'nggi yillarda suyak va bo'g'imlarning zararlanishi, zaxmning bu davridagi boshqa belgilar singari, ancha kamaygan. Biroq suyak va bo'g'imlar zararlanishi uchlamchi davrning yagona belgisi bo'lgan yoki boshqa a'zolar zararlanishi bilan birga kechadigan bemorlar soni ortib bormoqda. Cheklangan gummoz tugunlar yoki diffuz infiltratsiyalar skeletning har qanday suyagiga ta'sir qilishi mumkin, ammo ko'pincha katta boldir suyaklari (Furne ta'kidlaganidek, "zaxmning sevimli suyagi"), nisbatan kamroq bilak suyaklari, o'mrov va bosh suyagi zararlanadi. Patologik jarayonning joylashuviga qarab, suyaklar zararlanishining quyidagi turlari farqlanadi:

Chegaralangan gummoz osteoperiostit: Suyakda zich, aniq chegaralangan, sezilarli darajada bo'rtib chiqqan shish paydo bo'ladi, kechasi kuchayadigan og'riqlar bilan kechadi. Keyinchalik gummoz infiltrat asta-sekin biriktiruvchi to'qima bilan almashib, suyaklanadi; o'rnida suyak qadog'i hosil bo'ladi, ko'pincha markazda kratersimon chuqurlik paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda gummoz infiltrat yemiriladi, ustidagi teri bilan birlashib, zich infiltrat halqasi bilan o'ralgan chuqur gummoz yara hosil qilib yoriladi. Zond bilan tekshirilganda yaraning tubida nekrozga uchragan suyakning g'adir-budur yuzasi seziladi. Bitgandan so'ng suyak bilan birlashgan, suyak halqasi bilan o'ralgan chandiq qoladi. Rentgenogrammalarda dastlab cheklangan periostal qatlamlar va suyak po'stlog'ining qalinlashgani ko'rinadi. Keyingi bosqichlarda zararlangan joy markazida reaktiv osteoskleroz zonasi bilan o'ralgan destruksiya o'chog'i aniqlanadi.

Diffuz gummoz osteoperiostit: Ko'pincha katta boldir suyagining oldingi yuzasida joylashadi, bu yerda notekis, noaniq chegarali tarqoq shish paydo bo'ladi. Zararlangan soha ustidagi teri o'zgarmaydi. Tungi og'riqlar xos. Jarayon suyaklanish va tarqoq suyak qadog'i hosil bo'lishi bilan yakunlanadi. **Gummoz osteomiyelit:** Bu kasallik suyakning g'ovak moddasida va ko'migida cheklangan

gummoz tugunlarning rivojlanishi natijasida yuzaga keladi. Keyinchalik gummalar yo suyaklanadi, yoki ularning markaziy qismida reaktiv osteoskleroz zonasi bilan o'ralgan sekvestr hosil bo'ladi. Parchalanayotgan gümma suyakning po'stloq qavati va suyak usti pardasini yemirib, teri orqali yorilishi mumkin. Uzoq vaqt ajralmaydigan sekvestr va ikkilamchi yiringli infeksiya yiringlashni davom ettiradi. Rentgenogrammada suyak ichida osteoskleroz zonasi bilan o'ralgan destruksiya o'choqlari aniqlanadi.

Gummoz va surunkali yiringli osteomiyelitni qiyosiy tashxislash ancha qiyin. Gummoz osteomiyelit ko'pincha bemorda zaxmning boshqa belgilari topilishi va serologik reaksiyalarning ijobiy natijasi asosidagina aniqlanadi. Bosh suyagining yassi suyaklaridagi gummoz infiltratsiyalar asta-sekin suyakning butun qalinligiga ta'sir qilishi mumkin - panostit. Hosil bo'lgan sekvestr ko'chib, ba'zan bosh suyaklarining ichki plastinkasini teshib o'tadi, bu esa og'ir asoratlarga, masalan, miya pardalarining yallig'lanishiga olib keladi. Bo'g'imlarning zararlanishi faqat sinovial parda va xaltacha bilan chegaralanishi yoki bo'g'im suyaklari va tog'aylarini ham qamrab olishi mumkin. Birinchi holda bo'shliqqa suyuqlik to'planishi hamda kapsula va sinoviyning o'ziga xos infiltratsiyasi natijasida gidrartroz rivojlanib, bo'g'imda zo'rayib boruvchi sharsimon shish paydo bo'ladi. Og'riqsizlik va bo'g'im funksiyasining ozgina buzilishi xarakterlidir. Ikkinchi turi - osteoartritda bo'g'im xaltasi zararlanishidan tashqari, suyak epifizida gummoz tugunlar paydo bo'ladi, bu esa suyak to'qimasi, tog'ay yemirilishi va suyuqlik to'planishiga olib keladi. Bo'g'im asta-sekin shakli o'zgaradi, lekin undagi harakatlar saqlanib qoladi va bemorlar deyarli og'riq sezmaydilar. Ko'pincha tizza, tirsak va bilak bo'g'imlari zararlanadi. Gummoz shikastlanishlar boshqa sabablarga ko'ra yuzaga kelgan sinovit va osteoartritlardan sekin rivojlanishi, o'tkir yallig'lanish belgilarining yo'qligi, kam og'riqliligi, bo'g'im funksiyalarining biroz buzilishi va bemorning umumiy ahvoli yaxshiligi bilan farqlanadi. Og'riqsizligi va bo'g'im funksiyasining biroz buzilishi xarakterlidir. Ikkinchi xili - osteoartritda bo'g'im xaltasi zararlanishidan tashqari, suyak epifizida gummoz tugunlar paydo bo'ladi, bu narsa suyak to'qimasi, tog'ay yemirilib, suyuqlik ajralib chiqishiga olib

boradi. Bo'g'im asta-sekin deformatsiyalanadi, lekin undagi harakatlar saqlanib qoladi va bemorlar deyarli og'riq sezmaydilar. Ko'pincha tizza, tirsak va bilak bo'g'imlari zararlanadi.

Asab tizimining zaxmi (neurosyphilis)

Nerv tizimining zararlanishi zaxmning istalgan davrida kuzatilishi va turli klinik shakllarda namoyon bo'lishi mumkin. Nerv tizimi zararlanishining yaqqol, klinik jihatdan ifodalangan shakllaridan tashqari, yashirin, simptomsiz shakllari ham uchraydi. Bular faqat bemorlarda orqa miya suyuqligidagi patologik o'zgarishlarni aniqlash orqali aniqlanadi. Birlamchi va ikkilamchi zaxm bilan og'rgan bemorlarda tez-tez uchraydigan yashirin, simptomsiz meningit jiddiy oqibatlariga olib kelmaydi. Chunki kasallikning dastlabki bosqichlarida orqa miya suyuqligidagi patologik o'zgarishlar zamonaviy zaxmga qarshi dorilar bilan oson bartaraf etiladi va ko'pincha o'z-o'zidan yo'qoladi. Aksincha, kasallik davomiyligi 5 yildan ortiq bo'lgan shaxslarda kechki yashirin zaxm meningiti ko'pincha kechki neyrosifilisning rivojlanishiga sabab bo'ladi: meningo-vaskulyar, orqa miya ataksiyasi, progressiv falajlik va boshqalar. Nevropatologlar asab tizimi zaxmining erta va kechki shakllarini ajratadilar. Ular o'rtasidagi farq nerv tizimidagi patologik o'zgarishlarning xususiyatiga asoslangan bo'lib, xronologik jihatdan zaxmning odatdagi davrlarga bo'linishiga mos kelmaydi. Erta neyrosifilisa mezenximaning (miya pardalari va tomirlarining) yallig'lanishga oid o'zgarishlari, kechki neyrosifilisa esa asosan nerv parenximasining, ya'ni nerv hujayralari, tolalari va gliyalarining degenerativ zararlanishi kiradi. Bunday bo'linish yetarlicha shartlidir, chunki yallig'lanishli mezenximal jarayonlar ba'zan kasallikdan ko'p yillar o'tgach kuzatiladi, parenximatoz jarayonlar esa nisbatan erta davrda ham uchraydi. Erta neyrosifilisning klinik shakllari orasida quyidagilar ko'proq ahamiyatga ega. O'tkir tarqalgan zaxm meningiti zaxmning ikkilamchi davrida paydo bo'ladi, lekin hozirgi vaqtda kam uchraydi. Miya pardalarining zararlanishi diffuz xarakterga ega. Yallig'lanish bosh miya nervlari ildizlarini qoplab turgan pardalarga, shuningdek qorinchalarning tomir chigallariga ham tarqalishi mumkin. Patogistologik tekshiruvda tomirlar kengayishi va limfotsitlar hamda plazmotsitlardan iborat tarqoq

infiltratsiya aniqlanadi. Kasallik tana haroratining ko'tarilishi va tunda kuchayadigan bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va qusish, quloqlarda shovqin, yorug'likdan qo'rqish bilan boshlanadi. Ensa mushaklarining taranglashuvi, patologik reflekslar paydo bo'ladi. Ko'pincha ko'z tubi giperemiyasi va ko'ruv nervlari disk shishi aniqlanadi. Ba'zan bosh miya nervlari: yuz, ko'zni harakatlantiruvchi, uzoqlashtiruvchi nervlarning parezlari va falajlari paydo bo'ladi. Eshituv va ko'ruv nervlarining nevriti kamroq uchraydi. Ayrim hollarda bosh miya nervlarining parezlari va falajlari meningitning yaqqol alomatlarisiz ham yuzaga kelishi mumkin. Orqa miya suyuqligi tarkibida ko'p miqdorda hujayra elementlari (limfotsitlar) bo'ladi, oqsil miqdori 1,2 g/l gacha va undan ko'proq oshadi. Globulin reaksiyalari musbat bo'ladi. Orqa miya suyuqligidagi Vasserman, RIF va RIBT reaksiyalari ham odatda musbat bo'ladi. Kolloid oltin reaksiyasi (Lange reaksiyasi) meningit yoki paralitik tipdagi egri chiziqni ko'rsatadi. Kasallikning oqibati ijobiy: o'z vaqtida boshlangan davolash tezda tuzalishga olib keladi.

Zaxm meningonevriti. Erta neyrosifilisning oldingi shakliga nisbatan ancha ko'p uchraydi. Patologik jarayon cheklangan xususiyatga ega bo'lib, ko'pincha miya asosi pardalarida joylashadi (bazal meningit). Klinik manzara asosan qaysi bosh miya nervlari yallig'lanish jarayonidan zararlanganiga bog'liq. Kasallikning eng yaqqol belgisi bosh og'rig'i hisoblanadi, u kechasi xurujsimon kuchayib, ba'zan ko'ngil aynishi va qusish bilan kuzatiladi. Ensa mushaklarining tarangligi kuchsiz ifodalangan yoki umuman sezilmaydi. Bosh miya nervlaridan ko'pincha ko'zni harakatlantiruvchi va uzoqlashtiruvchi nervlar zararlanadi, bu g'ilyalik, ptoz, qorachiqslarning shakli va o'lchamlarining o'zgarishi hamda ularning yorug'likka reaksiyasining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zan ko'ruv nervi nevriti rivojlanib, atrofiyaga olib keladi. Eshituv nervlarining nevriti kamroq uchraydi va u boshda shovqin, bosh aylanishi hamda eshitish qobiliyatining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Orqa miya suyuqligida oqsil va hujayra elementlarining miqdori oshganligi aniqlanadi, biroq bu o'tkir diffuz meningitga qaraganda kamroq ifodalangan bo'ladi. Likvorda zaxmga qarshi serologik reaksiyalar musbat natija ko'rsatadi.

Zaxm meningomiyeliti. Bu miya pardalari va orqa miya moddasining cheklangan yallig‘lanishidir. Kamdan-kam hollarda kuzatiladi, kasallik yuqqanidan so‘ng bir necha oy yoki yil o‘tgach paydo bo‘ladi. Kasallik odatda yarim o‘tkir tarzda, ildiz og‘riqlari va paresteziya bilan boshlanadi. Keyinchalik harakat va sezgi buzilishlari qo‘shiladi: parezlar, falajliklar, gipesteziyalar, shuningdek kichik chanoq a‘zolari faoliyatining buzilishlari (siydik tutolmaslik yoki siydik va axlatni ushlab qolish). Orqa miya suyuqligida oqsil va hujayralar miqdori ko‘payadi (pleotsitoz). Zaxmga serologik reaksiyalar ijobiy bo‘ladi. Prognoz har doim ham yaxshi emas. Davolash erta boshlansa, to‘liq bo‘lmasa-da, sog‘ayish kuzatiladi. Kech aniqlangan hollarda kasallik doimiy falajlik va chanoq a‘zolari faoliyatining buzilishi bilan yakunlanishi mumkin. Erta meningovaskulyar zaxm. Bosh miyaning bu zararlanish shakli asosan mayda arteriyalarning endarteriitiga asoslangan bo‘lib, bu asta-sekin tomirlar obliteratsiyasiga yoki trombozga, keyin esa miya to‘qimasining shu tomirdan oziqlanadigan qismi yumshashiga olib keladi. Ko‘pincha miyaning o‘rta va asosiy arteriyalari shoxobchalari zararlanadi. Miya pardalari jarayonga o‘rtacha darajada jalb etilganligi sababli, meningeal belgilar kuchsiz ifodalangan. Tomir neyrosifilisi odatda kasallik boshlanganidan 2-3 yil o‘tgach rivojlanadi va cheklangan yoki tarqalgan shaklda namoyon bo‘lishi mumkin. Kasallik bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, tez charchash, uyqusizlik, qo‘l-oyoqlarda paresteziya bilan boshlanadi. Tarqalgan zararlanishda xotiraning jiddiy buzilishi, aqliy qobiliyatning pasayishi kuzatiladi. Bu dastlabki alomatlar trombozning darakchisi bo‘lishi mumkin. Tromboz yuzaga kelganda, funksiyalarning yo‘qolishi asta-sekin, bir necha soat davomida rivojlanadi va kamdan-kam hollarda to‘satdan boshlanadi. O‘choqli simptomlarning xususiyati va og‘irligi turlicha bo‘lib, jarayonning joylashuviga bog‘liq. Qon va orqa miya suyuqligidagi treponemali reaksiyalar (RIBT va RIF) odatda ijobiy bo‘ladi, ammo Vasserman reaksiyasi salbiy bo‘lishi mumkin. Orqa miya suyuqligidagi oqsil va hujayralar miqdori odatda me‘yordan oshmaydi. Tomir neyrosifilisini aniqlashda bir vaqtning o‘zida ham umumiy miya, ham o‘choqli simptomlarning mavjudligi, shuningdek bemorlarning yosh ekanligi muhim ahamiyatga ega. Kasallik oqibati

odatda ijobiy: o'z vaqtida boshlangan maxsus davolash nafaqat endarteriit belgilarini bartaraf etadi, balki buzilgan funksiyalarni ham tiklashi mumkin. Erta neyrosifilisning eng muhim shakllarining batafsil tavsifi, shuningdek asab tizimi zaxmining kechki shakllari - progressiv falajlik, orqa miya ataksiyasi, miya gummasi, kechki meningovaskulyar zaxm haqida ma'lumotlar keltirilgan.

Tug'ma zaxm

Homila zaxmi va tug'ma zaxmning quyidagi davrlari farqlanadi: erta tug'ma zaxm (2 yoshgacha paydo bo'lgan har qanday tug'ma zaxm holatlari), yashirin erta tug'ma zaxm, kechki tug'ma zaxm va yashirin kechki tug'ma zaxm (tug'ilgandan 2 yil va undan ko'p vaqt o'tgach namoyon bo'lgan har qanday tug'ma zaxm holatlari). Homila zaxmi: Homilada zaxmga xos o'zgarishlar 5-oydan oldin aniqlanmaydi. Homila organizmiga kirib olgan oqish treponemalar tez ko'payib, barcha ichki organlar va suyak tizimini zararlaydi. Ular ayniqsa jigar, taloq va buyrak usti bezlarida ko'p uchraydi. Ichki organlarning zararlanishi diffuz yallig'lanish infiltratsiyasi va keyinchalik biriktiruvchi to'qimaning o'sishi natijasida ularning kattalashishi va zichlashuvida namoyon bo'ladi. Ba'zi joylarda infiltrat miliar sifiloma deb ataladigan qalinroq to'plamlar hosil qiladi. Bu o'zgarishlar ayniqsa jigar va taloqda yaqqol ko'rinadi. O'pkada alveolalararo to'siqlarning o'ziga xos infiltratsiyasi, alveolalar epiteliysi giperplaziyasi va deskvamatsiyasi tufayli "oq pnevmoniya" hodisalari kuzatiladi. O'pkaning zararlangan qismi zichlashgan, kulrang-oq rangda bo'ladi. Osteoxondrit va osteoperiostit belgilari qayd etiladi. O'lik tug'ilgan homilalarning terisi odatda matseratsiyalangan bo'ladi: epidermis yumshoq va keng qatlamlar ko'rinishida osongina ajralib tushadi. Epidermis matseratsiyasi nafaqat qog'onoq suyuqligi ta'siri, balki o'ziga xos autolitik fermentativ jarayon natijasidir. Yo'ldoshdagi o'zgarishlar doimiy bo'lmaydi va spetsifik belgilarga ega emas. Zaxmli yo'ldosh odatdagidan kattaroq bo'lib, uning og'irligi homila og'irligining 1/3 qismiga yetadi (normada 1/6 o'rniga). Uning to'qimasi mo'rt, yumshoq, shishgan, och pushti rangli o'choqlar dimlanish

o'choqlari bilan almashib turishi sababli ola-bula ko'rinishda bo'ladi. Patologik jihatdan yo'ldoshning bolaga tegishli qismida biriktiruvchi to'qima vorsinkalarining o'sishi, obliteratsiyalovchi endarteriit hodisalari aniqlanadi. Ba'zan yallig'lanish infiltrati, nekrozlar va absessimon o'choqlar kuzatiladi. Yo'ldoshning onaga tegishli qismida odatda spetsifik o'zgarishlar bo'lmaydi. Yo'ldoshda oqish treponemalar kamdan-kam topiladi, bunda ular yo'ldoshning bolalik qismida onalik qismiga qaraganda ko'proq uchraydi. Kindik tizimchasidagi o'zgarishlar tomirlar, ayniqsa kindik venasi devorida leykotsitar infiltratsiya paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Unda doimo, ko'pincha ko'p miqdorda oqish treponemalar aniqlanadi.

Erta tug'ma zaxm

Bolalarda zaxmning klinik belgilari tug'ilish paytidayoq namoyon bo'lishi mumkin. Ba'zan ular hayotning dastlabki ikki oyi davomida yuzaga keladi, kamdan-kam hollarda esa keyinroq (2 yoshgacha) paydo bo'ladi.

Agar bolalar zaxmning yaqqol belgilari bilan tug'lsa, ular odatda yashashga qodir bo'lmaydi va tug'ilgandan so'ng dastlabki soatlar yoki kunlarda vafot etadi. Bunday chaqaloqlar zaif rivojlangan, vazni kam bo'ladi, teri osti yog' qatlami deyarli yo'qligi sababli terilari shalpaygan bo'ladi. Ozg'in oyoq-qo'llari burmali ko'kimtir teri bilan qoplangan. Kichkina, burishgan, chuqur ajinli, tuproq rangidagi yuzlari qariyalarga o'xshaydi. Bosh suyagi venalari kengaygan. Ko'pincha gidrotsefaliya tufayli bosh suyagi shakli o'zgargan bo'ladi. Bola shunchalik zaifki, emolmaydi. Bunday chaqaloqlarning yashashga qodir emasligining sababi ichki a'zolaridagi, ayniqsa qon tomirlaridagi, o'lik tug'ilgan chaqaloqlardagiga o'xshash og'ir patologik o'zgarishlardir. Kamdan-kam hollarda zaxmning klinik belgilari bilan tug'ilgan bolalar yashashga qodir bo'ladi; o'z vaqtida boshlangan maxsus davolash natijasida ular sog'ayib, vazni ortadi va keyinchalik normal rivojlanadi. Bolalarda erta tug'ma zaxmning klinik belgilari teri, shilliq qavatlar, turli ichki a'zolar, tayanch-harakat tizimi va asab tizimida namoyon bo'ladi. Asosan teridagi o'zgarishlar orttirilgan zaxmning ikkilamchi davriga xos bo'lgan toshmalarga o'xshaydi, ya'ni papulyoz elementlar ko'rinishida bo'ladi. Emadigan yoshdagi bolalar zaxmi uchun zaxm pufakchasi xosdir. Bu pufakcha bola tug'ilgan paytda

yoki hayotining birinchi haftasida paydo bo'ladi. Toshma no'xatdan olchagacha kattalikdagi, seroz yoki seroz-yiringli, ba'zan qonli suyuqlik bilan to'lgan pufakchalardan iborat. Pufakchalar atrofi tor qo'ng'ir-qizil hoshiya bilan o'ralgan. Ba'zan pufakchalar paydo bo'lishidan oldin qo'ng'ir-qizil dog'lar toshadi. Pufakchalar quriy boshlaydi yoki yorilib ketadi. Shikastlanishning joylashuvi o'ziga xos: dastlab pufakchalar qo'l va oyoq kaftlarida paydo bo'lib, keyinchalik terining boshqa qismlariga tarqaladi. Pufakchalar tarkibida oqish treponemalar topiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar pufakchasidan (bullyoz stafilodermiya) zaxm pufakchasi qo'l va oyoq kaftlarida joylashishi, atrofga kam tarqalishi va qo'shilishi, shuningdek, boshidanoq bolaning umumiy ahvoli og'irligi bilan farqlanadi.



Diffuz papulez infiltratsiya teri zararlanishining eng ko'p uchraydigan shaklidir. U hayotning birinchi oyi oxirida yoki ikkinchi oyida paydo bo'ladi. Kaft va tovonda, yuz terisida, asosan og'iz atrofi va iyakda, kamroq peshona va qosh usti yoylari sohasida, shuningdek, dumbalarda joylashadi. Kaft va tovon terisi infiltratsiyalangan, taranglashgan, to'q qizil rangga bo'yalgan, yaltiroq bo'ladi. Jarayon yechilganda plastinkasimon tangachalar bilan qoplanadi. Yuz terisida, og'iz

atrofi va iyakda dastlab to‘q qizil rangli alohida zichlashgan sohalar hosil bo‘lib, ular yaxlit infiltratga aylanadi. Asta-sekin infiltrat och jigarrang tusga kirib, tangachalar bilan qoplanadi. Lablar qalinlashib, shishadi. So‘rish va yig‘lash natijasida infiltrat fonida og‘iz atrofida radial joylashgan yoriqlar hosil bo‘ladi (62-rasm). Keyinchalik, infiltrat bitgach, yoriqlar bitib, nursimon chandiqlar hosil bo‘ladi. Bu chandiqlar umrbod saqlanib qolib, tug‘ma zaxmning belgilaridan biri hisoblanadi (Robinson-Furne simptomi). Chaqaloqlarda tipik rozeola kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Ko‘proq tana va oyoq-qo‘llar terisida biroz zichlashgan asosda keyinchalik mayda kepaksimon tangachalar bilan qoplanadigan qo‘ng‘ir-qizil dog‘lar paydo bo‘lishi kuzatiladi. Tez-tez uchraydigan lentikulyar papulyoz sifilidlar ayrim elementlarining qo‘shilib ketishga moyilligi bilan ajralib turadi. Shilliq pardalarning zararlanishi. Sifilitik rinit. Eng xarakterli bo‘lgan sifilitik tumov ko‘pincha bola tug‘ilgan paytda yoki hayotining birinchi oyi davomida paydo bo‘ladi. Uning asosida burun bo‘shlig‘i shilliq pardasining diffuz yallig‘lanish infiltratsiyasi yotadi, bu burundan nafas olishni qiyinlashtiradi. Bola og‘zi bilan nafas oladi, nafas olishi pishillash bilan kechadi. Emayotganda bola og‘zi bilan chuqur nafas olish uchun doimo ko‘krakdan uziladi. Burun yo‘llari yiringli-qonli qatqaloqlar bilan yopilgan bo‘lib, ular olib tashlangandan so‘ng burun yo‘llarining sezilarli darajada toraygani aniqlanadi. Uzoq vaqt davom etgan tumov burunning suyak-tog‘ay qismida destruktiv o‘zgarishlarga va uning deformatsiyasiga (egarsimon burun) olib kelishi mumkin. Hiqildoq shilliq pardasining diffuz yallig‘lanish infiltratsiyasi ancha kam uchraydi, bu tovushning bo‘g‘ilishi, afoniya bilan namoyon bo‘ladi va stenozga olib kelishi mumkin. Keyingi muddatlarda shilliq pardalarning zararlanishi orttirilgan zaxmning ikkilamchi davriga o‘xshash o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘ladi.

Ichki a‘zolarining zararlanishi. Ular erta, ko‘pincha tug‘ilgandayoq aniqlanadi. Ko‘pincha jigar va taloq zararlanadi. Jigar hajmi kattalashgan, qovurg‘a yoyi chegarasidan chiqib turadi; konsistensiyasi zich, yuzasi silliq, paypaslaganda biroz og‘riydi. Ko‘pincha (4 oylikkacha bo‘lgan bolalarda o‘rtacha 70-80% hollarda) taloqning kattalashishi kuzatiladi. Ba‘zan taloqning pastki qirrasida notekislik va g‘adir-budurliklar seziladi (perisplenit). Buyraklarning zararlanishi kamroq

uchraydi. Siydikda oqsil, buyrak epiteliysi, silindrlar, eritrotsitlar topiladi. Ba'zan shishlar paydo bo'ladi, og'ir hollarda uremiya rivojlanadi. Chov, tirsak, bo'yin, qo'ltiq osti limfa tugunlarining kattalashishi juda ko'p kuzatiladi. Ular loviya o'lchamigacha yetadi va zichligi bilan ajralib turadi. Tug'ma zaxm bilan og'rigan o'g'il bolalarda ko'pincha moyak kattalashadi (orxit). Ko'pincha anemiya va neytrofillar soni ko'paygan leykotsitoz qayd etiladi. Patologik o'zgarishlar boshqa a'zolarida ham topilishi mumkin, garchi hayotligida kasallikning hech qanday klinik belgilari kuzatilmagan bo'lsa ham. Ko'pincha ichki sekretiya bezlarida, ayniqsa qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari, me'da osti bezi, gipofizda o'zgarishlar aniqlanadi. Kasallik ilk bolalik davrida klinik jihatdan simptomsiz kechadi, keyinchalik u yoki bu bez funksiyasining buzilishi belgilari bo'yicha aniqlanadi, bu bola rivojlanishidagi nuqsonlar va qator distrofik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Ichki a'zolaridagi barcha o'zgarishlarning patologoanatomik asosi mayda tomirlar va kapillyarlar atrofidagi mayda hujayrali yallig'lanish infiltratsiyasi hisoblanadi, bu esa keyinchalik skleroz rivojlanishiga olib keladi. Suyaklarning zararlanishi. Osteoxondrit, periostit va osteoperiostit ko'rinishida juda ko'p uchraydi. Osteoxondrit ko'krak yoshidagi bolalarda tug'ma zaxmda suyak patologiyasining eng tipik shaklidir. Ko'pincha qo'llarning uzun naysimon suyaklari zararlanadi. Patologik jarayon metafizda tog'ay bilan chegarada joylashadi va birinchi bosqichda uning dastlabki ohaklanish zonasining notekis kengayishi bilan ifodalanadi; suyak hosil bo'lish jarayoni buziladi. Keyingi bosqichda metafizning o'sish zonasiga tutashgan chekka qismida parchalanishga moyil bo'lgan o'ziga xos infiltrat hosil bo'ladi, bu esa patologik sinishga olib kelishi mumkin. Klinik ko'rinishi shundan iboratki, bola zararlangan qo'l-oyoq'ini qimirlatmay qo'yadi, passiv harakat qilganda va hatto ehtiyotsizlik bilan ushlab ko'rilganda ham qattiq chinqiradi. Qo'l-oyoq harakatsiz, xuddi falajlangandek yotadi, ammo sezuvchanlik va barmoqlar harakati saqlanadi, bu nerv o'tkazuvchanligi saqlanganini ko'rsatadi (Parroning soxta falaji). Ba'zan zararlangan joyda shish paydo bo'ladi. Periostitlar va osteoperiostitlar 70-80% bemorlarda kuzatiladi, asosan qo'l-oyoqlarning uzun naysimon suyaklari, kamroq hollarda bosh suyagining yassi suyaklari zararlanadi.

Ular suyak yuzasida aniq chegaralanmagan ogʻriqli shishlar hosil boʻlishi bilan xarakterlanadi. Erta tugʻma zaxmda periostitlar va osteoperiostitlar klinikada aniqlanganidan koʻra ancha koʻproq uchraydi. Shuning uchun ham suyaklar rentgenografiyasi muhim ahamiyatga ega boʻlib, tekshiruvda aniqlanmaydigan suyak oʻzgarishlarini aniqlash imkonini beradi. Koʻkrak yoshidagi bolalarda suyaklarning oʻziga xos oʻzgarish shakllaridan biri daktilit - qoʻl barmoqlarining proksimal, kamdan-kam hollarda oʻrta falangalarining shikastlanishi boʻlib, suyakning silindrsimon yoki urchuqsimon qalinlashishi bilan ifodalanadi. Koʻpincha bir nechta falangalar zararlanadi. Yumshoq toʻqimalar odatda oʻzgarmaydi. Kalla suyaklari periostitlari va osteoperiostitlari kalla shaklining har xil oʻzgarishlariga olib kelishi mumkin. Dumba shaklidagi kalla suyagi eng tipik hisoblanadi: peshona va tepa doʻmboqlari keskin kattalashgan va boʻrtib chiqqan boʻlib, boʻylama chuqurcha bilan ajralib turadi, koʻpincha gidrotsefaliya tufayli kalla suyagi hajmining umumiy kattalashishi kuzatiladi. Nerv sistemasining zararlanishi quyidagi koʻrinishlarda boʻladi: 1) bezovtalik, sababsiz qichqiriq, qisqa muddatli tutqanoq xurujlari, ensa mushaklarining rigidligi bilan namoyon boʻladigan meningit; 2) parezlar, falajliklar, koʻz qorachiqklarining notekis boʻlib qolishi bilan ifodalanadigan meningoensefalit; 3) gidrotsefaliya - miya yumshoq pardasining yalligʻlanishi natijasida bosh miya istisqosi. Istisqo bola tugʻilgan paytdayoq maʼlum boʻlishi yoki hayotining 3-oyida paydo boʻlishi, oʻtkir yoki surunkali tarzda kechishi mumkin. Unga kalla oʻlchamlarining kattalashuvi, liqildoqning taranglashuvi, choklarning ajralishi, koʻz soqqalarining boʻrtib chiqishi xosdir. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda zaxmga serologik reaksiyalar musbat, globulin reaksiyalari ham musbat, hujayra elementlari (limfotsitlar) soni va oqsil miqdori oshgan boʻladi. Erta tugʻma zaxm tashxisi qondagi serologik reaksiyalar (Vasserman, RIBT, RIF) bilan tasdiqlanadi, ular kasallikning faol koʻrinishlari mavjud boʻlganda deyarli har doim ijobiy boʻladi. Soʻnggi yillarda kasallikni aniqlashdagi qiyinchiliklar, asosan, tugʻma zaxm bilan kasallanishning keskin kamayishi fonida klinik belgilari kam ifodalangan va latent (yashirin) kechish holatlari tez-tez uchrayotganligi bilan bogʻliq. 1 yoshdan 4 yoshgacha boʻlgan

bolalarda tugʻma zaxmning kechishi, hatto koʻkrak yoshida kasallikning ozmi-koʻpmi ogʻir koʻrinishlarini boshidan kechirgan bolalarda ham klinik koʻrinishlarining sust ifodalanganligi bilan ajralib turadi. Koʻpchilik bolalarda bu davrda infeksiya yashirin kechadi. Klinik simptomlar paydo boʻlgan hollarda ular odatda cheklangan xarakterga ega boʻladi va orttirilgan zaxmning ikkilamchi retsidivi koʻrinishlariga oʻxshab ketadi. Terida chegaralangan papulyoz toshmalar, xususan, orqa chiqaruv teshigi atrofida, jinsiy aʼzolarda, ogʻiz burchaklarida vegetatsiyalanuvchi papulalar ustunlik qiladi. Ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatida opal yoki eroziyalangan papulalar hosil boʻlishi mumkin. Koʻpincha ovoz boʻgʻilishi yoki afoniya bilan hiqildoqning shikastlanishi kuzatiladi. Chegaralangan periostitlar va osteoperiostitlar, asosan uzun naysimon suyaklarda, koʻpincha faqat rentgenogrammada aniqlanadi. Ichki aʼzolarning zararlanishi kam uchraydi va yaqqol ifodalangan simptomlar bilan ajralib turmaydi. Asab tizimi kasalliklari bunday bolalarda orqa miya suyuqligida patologik oʻzgarishlar (asimptom meningit) mavjud boʻlganda aqliy zaiflik shaklida, meningit shaklida, shuningdek, miya tomirlarining shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan epileptiform tutqanoqlar, gemiplegiyalar shaklida namoyon boʻladi. Baʼzi bolalarda jismoniy rivojlanishda umumiy orqada qolish kuzatiladi.

Erta va kechki tugʻma zaxmning qiyosiy tashxisi

	Erta	Kechki
1. Klinik belgilari	2 yoshgacha	2 yoshdan 14 yoshgacha va undan yuqori
2. Alomatlar	Epidemik pufakchalar, zaxm riniti, Goxzenger diffuz papulyoz infiltratsiyasi, zaxm osteoxondriti, periostiti, osteoperiostiti, zaxm meningiti,	Getchenson triadasi, qilichsimon boldir suyaklari, zaxm xoreoretinitlari va gonitlari, Robinson-Furne nursimon chandiqlar, dumba shaklidagi bosh suyagi,

	meningoensefalit, gidrotsefaliya.	egarsimon burun, tishlar distrofiyasi,
3. Zararlanish xususiyati	Zararlanish chuqur, ichkariga tarqaladi	Zararlanish yuzaki, chetga tarqaladi
4. Kasallik asosan kuzatiladi	Kattalar va 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda	Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda

Kechki tug'ma zaxm.

Kechki tug'ma zaxm (syphilis congenita tarda) asosan 7 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi, ammo keyinroq ham aniqlanishi mumkin. Bu kasallik ilgari erta tug'ma zaxm alomatlari bo'lgan bemorlarda yoki tug'ma zaxmi uzoq vaqt davomida belgilersiz kechgan shaxslarda paydo bo'ladi. Kechki tug'ma zaxmning faol ko'rinishlari asosan orttirilgan zaxmning uchlamchi davri ko'rinishlariga o'xshaydi. Terida do'mboqchali sifilid yoki teri osti gummolari hosil bo'ladi; shilliq pardalarda chegaralangan gummalar yoki tarqoq gummoz infiltratlar paydo bo'ladi. Ko'pincha suyaklar va bo'g'imlar chegaralangan yoki tarqoq gummoz periostit, osteoperiostit, osteomiyelit shaklida zararlanadi. Ko'p hollarda jigar, taloq, ba'zan endokrin bezlar va juda kam hollarda yurak-qon tomir tizimi hamda boshqa ichki a'zolar shikastlanadi. Asab tizimi kasalliklari surunkali meningit (bazal meningit), miya qon tomirlari shikastlanishi, epilepsiyaga o'xshash tutqanoqlar ko'rinishida namoyon bo'ladi; kamdan-kam hollarda orqa miya qurishi va progressiv falaj shaklida kechadi. Yuqorida sanab o'tilgan barcha zararlanishlar orttirilgan zaxmning kechki bosqichlarida ham uchraydi. Ba'zi hollarda tug'ma zaxmning belgilari faqat shu zararlanishlar bilan cheklansa-da, faqat kechki tug'ma zaxmda kuzatiladigan, lekin orttirilgan zaxmda uchramaydigan bir qator alomatlar mavjud. Ularga quyidagilar kiradi.

1. Parenximatoz keratit. Bu infeksiya shakli uchun patognomonik hisoblanadi. Odatda ketma-ket ikkala ko'z ham zararlanadi. Dastlab, shox parda cheti yaqinida nozik kulrang xiralashish paydo bo'lib, u perikorneal inyeksiya, yorug'likdan

qo‘rqish va ko‘z yoshlanishi bilan kuzatiladi. Keyinchalik shox pardaning chuqur qatlamlariga supurgi shaklidagi yangi qon tomirlari o‘tib kiradi. Jarayon butun shox pardani qamrab olishi mumkin, natijada u diffuz tarzda xira, kulrang-qizil yoki oq tusga kiradi. Juda sekin kechuvchi tuzalish jarayonida xiralashish avvalo chet qismlardan yo‘qola boshlaydi. Keratit ko‘pincha irit bilan birga uchraydi.

2. Getchinson tishlari. Doimiy yuqori o‘rta kesuvchi tishlarning o‘ziga xos distrofiyasi shunday nomlanadi. Bu distrofiya tish kurtagi oqish treponema bilan zararlanishi oqibatida yuzaga keladi deb taxmin qilinadi. Getchinson tishlari erkin kesuvchi qirrasiga tomon torayib boradi, shu bois ular otvyortka yoki bochkacha shaklini oladi. Ularning erkin qirrasida emal bilan qoplangan yarimoysimon o‘yiq bo‘lishi mumkin, bu o‘yiq deyarli butun kesuvchi qirrani egallaydi. Zararlangan tishlar odatda normal tishlardan kichikroq bo‘ladi va bir oz ichkariga egilgan bo‘ladi. Doimiy tishlar chiqishidan oldingi bu o‘zgarishlarni rentgen tasvirlarida aniqlash mumkin.

3. Labirint karligi. Bu labirintning o‘ziga xos shikastlanishidir. Eshitish qobiliyatining to‘liq karlikkacha pasayishi bilan tavsiflanadi va ko‘pincha ikki tomonlama bo‘lib, eshituv asablarining maxsus kasalligi natijasida yuzaga keladi. Getchinson triadasi deb ataladigan bu belgilar bir bemorda kamdan-kam holatlarda birgalikda uchraydi, ammo ulardan birortasining mavjudligi zaxm infeksiyasining tug‘ma ekanligini isbotlaydi. Kechki tug‘ma zaxmda parenximatoz keratit chastotasi 48%, Getchinson tishlari - 15-20%, labirint karligi - 3,5% ni tashkil etadi. Bu belgilarning barchasi ishonchli hisoblanadi, ya’ni ulardan hatto bittasining mavjudligi bemorga kechki tug‘ma zaxm tashxisini qo‘yish uchun yetarli dalil bo‘ladi. Ba’zi mualliflar ishonchli belgilar guruhini kengaytirib, unga qo‘shimcha alomatlarni kiritadilar. Qilichsimon boldir - katta boldir suyagining deformatsiyasi natijasida oldinga o‘ziga xos tarzda egilgan boldirdir. Haqiqiy va soxta qilichsimon boldir farqlanadi. Haqiqiy qilichsimon boldirda suyak to‘qimasi va suyak usti pardasida sezilarli o‘zgarishlar bo‘lmagan holda, katta boldir suyagining oldinga qarab qilichning egilgan tig‘ini eslatuvchi o‘roqsimon egilishi kuzatiladi. Bunday deformatsiya go‘daklik davrida o‘tkazilgan osteoxondrit oqibatida yuzaga keladi.

Soxta qilichsimon boldir orttirilgan zaxmda ham uchraydi. Unga faqat katta boldir suyagi oldingi yuzasining o'roqsimon bo'rtib chiqishi xos bo'lib, unda ko'p marta takrorlangan va har safar suyaklanish bilan yakunlangan osteoperiostitlar natijasida qalin suyak qatlamlari hosil bo'ladi. Og'iz atrofidagi radial chandiqlar (Robinson-Furne belgisi) erta bolalikda o'tkazilgan tarqoq papulyoz infiltratsiya natijasida paydo bo'ladi. Ular lablarning qizil hoshiyasi va atrofdagi terini kesib o'tuvchi ingichka oqish chandiqlik chiziqlari ko'rinishida namoyon bo'ladi. Biroq, keksa odamlarda ajinlar paydo bo'lishi sababli bu belgi kam seziladi. Kechki tug'ma zaxmda faol uchlamchi zaxm belgilari bilan bir qatorda ko'pincha distrofik o'zgarishlar ham aniqlanadi. Bular rivojlanayotgan to'qimalarga oqish treponemaning to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosita ta'siri natijasida yuzaga keladi, ammo boshqa salbiy omillar oqibati ham bo'lishi mumkin. Shu bois, bunday ehtimoliy belgilar mavjudligi tug'ma zaxmni tasdiqlash emas, balki faqat taxmin qilish uchun asos bo'ladi. Tug'ma zaxmning ehtimoliy belgilariga turli tish distrofiyalari, jumladan kisesimon molyar; bosh suyagi deformatsiyalari (masalan, dumba shaklidagi bosh suyagi); ilk bolalikda o'tkazilgan zaxm tumovi yoki keyinroq yoshda burun to'sig'ining suyak qismini yemiruvchi gummoz jarayonlar natijasida yuzaga keladigan burun deformatsiyalari kiradi. Buning natijasida oldinga turtib chiqqan burun teshiklari bilan egarsimon burun hosil bo'ladi, shuningdek deformatsiyalarning boshqa turlari (burun to'sig'ining tog'ay qismi yetarli rivojlanmaganligidan darak beruvchi "pog'onasimon" burun, "qo'chqor" burun va boshqalar) kuzatiladi. Ehtimoliy belgilar qatoriga giperostoz tufayli o'mrov suyagi to'sh uchining qalinlashishi (Avsitidiy belgisi), to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasi yo'qligi (aksifoidizm), baland ("gotik", "o'qsimon") tanglay, kichik barmoqning qisqarishi va qiyshayishi ("infantil" kichik barmoq) va boshqalar ham kiritiladi. Ta'kidlash joizki, ehtimoliy belgilar juda nisbiy ahamiyatga ega bo'lib, tug'ma zaxm tashxisi uchun yetarli asos bo'la olmaydi. Chunki ularning ba'zilari orttirilgan zaxmda ham (burun deformatsiyasi) kuzatiladi, boshqalari esa ko'pincha zaxmga aloqasi bo'lmagan sabablar bilan bog'liq. Ayniqsa, umumiy jismoniy rivojlanmaganlik, nanizm (pakanalik)gacha, oligofreniyaning turli darajalarida

namoyon bo'ladigan endokrin buzilishlarga e'tibor qaratish lozim, chunki ularning sababi tug'ma zaxm bo'lishi mumkin.

Tug'ma zaxm quyidagilarga asoslanib tashxislanadi:

1) bolada zaxmning faol ko'rinishlari va musbat serologik reaksiyalar aniqlanishi;

2) onada faol yoki yashirin zaxm mavjudligi;

3) onaning zaxm bilan kasallanganligini ko'rsatuvchi anamnez ma'lumotlari;

4) onaning akusherlik anamnezi, shuningdek ushbu oiladagi boshqa bolalarni tekshirish natijalari;

5) kechki tug'ma zaxm tashxisi uchun uchlamchi zaxmning faol ko'rinishlari yoki yashirin infeksiyaning tug'ma zaxmning ishonchli yoki ehtimoliy belgilari bilan birgalikda kuzatilishi muhim ahamiyatga ega.

Kasallik oqibati klinik belgilarning, ayniqsa ichki a'zolar va asab tizimidagi o'zgarishlarning namoyon bo'lish darajasi va og'irligiga bog'liq. Erta bolalik davrida o'z vaqtida o'tkazilgan maxsus davolash kasallik natijasini ancha yaxshilaydi. Bolani to'g'ri parvarish qilish, oqilona va to'laqonli ovqatlantirish ham uning kelajak taqdiri uchun katta ahamiyatga ega. Profilaktikasi avvalo homilador ayollarda zaxmni o'z vaqtida aniqlash va davolashga asoslanadi. Barcha homilador ayollar ayollar maslahatxonasiga ro'yxatga olinadi, u yerda homiladorlikning birinchi va ikkinchi yarmida kamida ikki marta zaxmga serologik tekshiruvlar o'tkaziladi. Zaxmning klinik serologik belgilari aniqlansa, ayollar zaxmga qarshi davolanishga yo'naltiriladi. O'tmishda zaxm bilan og'rigan, lekin hisobdan chiqarilmagan ayollarga homiladorlik davrida profilaktik davolash o'tkaziladi.

Onalari

O'tmishda va homiladorlik davrida yetarlicha davolanmaganlarga profilaktik davo ham tayinlanadi.

Tug‘ma zaxm

Tasnifi	Homila zaxmi	Erta tug‘ma zaxm: chaqaloqlarda (faol, yashirin), erta yoshdagi bolalarda (faol, yashirin)	Kechki tug‘ma zaxm (faol, yashirin)
A: Teri va shilliq pardalar	Matseratsiya	Emizikli bolalarda: papulalar, rozeolalar, diffuz infiltratsiya, yoriqlar, zaxm pufakchalari, rinit.	Tugunlar, gummalar
B: Ichki a‘zolar	Yo‘ldosh og‘irligi homila og‘irligining 1/3 qismini tashkil etadi, jigar va taloqning diffuz infiltratsiyasi, "oq pnevmoniya"	Ko‘krak yoshidagi bolalarda: poliadenit, jigar va taloq kattalashgan va qattiq	Mezaortit, nefrozonefrit, gepatit
V: Suyak tizimi	Osteoperiostit, osteoxondrit	Osteoxondrit, periostit, osteoperiostit	Osteoperiostit, sinovit
G: Asab tizimi		Meningit, meningoensefalit, gidrosefaliya	Jekson epilepsiyasi, aqli zaiflik, gemiparez, gemiplegiya, nutq buzilishi, bosh og‘rig‘i, orqa miya qurishi, progressiv falajlik
Kechki tug‘ma zaxmning ishonchli belgilari			Getchinson tishlari, parenximatoz keratit, labirint va eshitish nervining degeneratsiyasi

Tug'ma zaxmning ehtimoliy belgilari			Hamyon shaklidagi tishlar, gotik tanglay, qilichsimon boldirlar, Furne chandiqlari, o'mrov suyagi ko'krak qismining qalinlashishi, xanjarsimon o'simtaning yo'qligi, egarsimon burun, Dyubua belgisi
--	--	--	--

Laboratoriya diagnostikasi

Zaxmning laboratoriya diagnostikasi oqimtir treponemani aniqlash va serologik reaksiyalarni o'tkazishni o'z ichiga oladi. Oqimtir treponemalarni aniqlashning eng samarali usuli mikroskopning qorong'i maydonida tekshirish usuli hisoblanadi. Bu usul treponemani tirik holatda, uning tuzilishi va harakatlanishining barcha xususiyatlari bilan kuzatish imkonini beradi. Tekshirish uchun namuna asosan qattiq shankr va eroziv papulalar yuzasidan olinadi. Avval ularni fiziologik eritmadan tayyorlangan primochkalar yordamida turli xil iflosliklardan va ilgari qo'llanilgan tashqi dori vositalaridan tozalash lozim. Namuna olishdan oldin qattiq shankr (yoki boshqa sifilid) yuzasi doka bilan quritiladi, so'ngra infiltrat chap qo'lning ikki barmog'i bilan (rezina qo'lqopda) ushlanib, yon tomondan yengil siqiladi. Eroziya esa ilmoq yoki paxta-doka tampon bilan to'qima suyuqligi paydo bo'lguncha (qonsiz) ehtiyotkorlik bilan silanadi. Hosil bo'lgan suyuqlik tomchisi ilmoq yordamida spirt va efir aralashmasi bilan oldindan yog'sizlantirilgan yupqa buyum oynasiga o'tkaziladi, xuddi shuncha miqdordagi fiziologik eritma bilan aralashtiriladi va yupqa qoplama oyna bilan qoplanadi. Tirik treponemali tayyorlangan preparat qorong'i ko'rish maydonida mikroskopda tekshiriladi. Bunday maydonni hosil qilish uchun mikroskopdagi kondensorni paraboloid-

kondensor deb ataladigan maxsus kondensorga almashtirish va uning ustki linzasiga (buyum oynasi tagiga) bir tomchi kedr moyi yoki distillangan suv tomizish kerak. Paraboloid-kondensor bo'lmaganda oddiy kondensordan foydalanish mumkin. Buning uchun uning pastki linzasining ustki sirtiga qalin qora qog'oz doirachasini shunday mahkamlash kerakki, linzaning chetida 2-3 mm tirqish qolsin. Doiraning siljishining oldini olish uchun uni kesishda linzaning metall ramkasiga tegib turadigan to'rtta bo'rtiq qoldirish lozim.

Zaxmda serologik reaksiyalar

Zaxm tashxisi uchun serologik tekshiruvlar juda muhim ahamiyatga ega. Biroq, oqish treponemaning murakkab antigen tarkibi tufayli (uning tanasida ikkita lipid (ilgari "lipoid" deb atalgan) komponent, oqsil va polisaxarid antigenlar mavjud), bemorlarning qon zardobida ko'plab antitanalar kuzatiladi. Kasallikning turli bosqichlarida immunoglobulinlarning turli sinflariga mansub goh u, goh bu antitelolar ustunlik qiladi. Shu sababli, zamonaviy venerologiyada zaxmni aniqlash uchun bir vaqtning o'zida bir nechta serologik reaksiyalar qo'llaniladi. Ularni quyidagi asosiy guruhlariga bo'lish mumkin. I. Lipid (reagin) reaksiyalari: a) lipid antigenlar bilan komplementni bog'lash reaksiyasi (KBR) - Vasserman reaksiyasi (VR); b) cho'kma reaksiyalari (Kan pretsipitatsiya reaksiyasi, Zaks-Vitebskiy sitoxol reaksiyasi va boshqalar);

v) lipid antigenlar bilan shishada mikroreaksiya (tezkor usul)

Guruhli treponema reaksiyalari:

a) Reiter oqsilli treponema antigeni bilan KBR;

b) immunoflyuoressensiya reaksiyasi (IFR);

v) immun yopishish reaksiyasi. III.

Turga xos oqsilli treponema reaksiyalari.

a) oqish treponemalarni immobilizatsiya qilish reaksiyasi (OTIR);

b) RIF - abs va uning variantlari (IgM - FTA - ABS, 19 S - IgM- FTA - ABS),

v) oqish treponemalarning bilvosita gemagglutinatsiya reaksiyasi.

Vasserman reaksiyasi. Reaksiya komplementni bog'lash hodisasiga asoslangan (Borde-Jangu reaksiyasi) bo'lib, lipidlarga qarshi antitanalarni (reaginlarni) aniqlaydi. Bu antitanalar "reaginlar" deb atalishiga qaramay, ular I tipdagi immunopatologik reaksiyalar (anafilaktik shok, atopiyalar) rivojlanishiga sabab bo'ladigan haqiqiy reaginlar bilan bog'liq emas. Zamonaviy tasavvurlarga ko'ra, Vasserman reaksiyasida oqish treponema emas, balki makroorganizm lipidlariga qarshi antitanalar aniqlanadi. Bu reaksiya yordamida oqish treponemalar ta'sirida makroorganizm to'qimalarining denaturatsiyaga uchrashi natijasida hosil bo'lgan lipoproteid kompleksi (kon'yugat) bilan bog'liq autoimmun jarayon aniqlanadi, bunda lipidlar (gapten) determinant vazifasini bajaradi. Vasserman reaksiyasi odatda ikki yoki uch antigen bilan o'tkaziladi. Ko'pincha yuqori sezuvchanlikka ega kardiolipin antigeni (xolesterin va letsitin bilan boyitilgan buqa yuragi ekstrakti) va treponema antigeni (apatogen kultural treponemalarning ultratovush bilan ishlov berilgan suspenziyasi) qo'llaniladi. Bu antigenlar bemor qon zardobidagi reaginlar bilan birgalikda komplementni adsorbsiyalab, bog'laydigan immun kompleksni hosil qiladi. Hosil bo'lgan kompleks (reaginlar + antigen + komplement) ko'rinmas bo'lgani uchun, komplementning bog'langanligini aniqlash maqsadida indikator sifatida gemolitik tizim (qo'y eritrotsitlarining gemolitik zardob bilan aralashmasi) qo'llaniladi. Agar komplement reaksiyaning birinchi bosqichida bog'langan bo'lsa (reaginlar + antigen + komplement), gemoliz sodir bo'lmaydi, eritrotsitlar cho'kmaga tushadi va bu oddiy ko'z bilan oson kuzatiladi (RV musbat). Agar birinchi bosqichda tekshirilayotgan zardobda reaginlar yo'qligi sababli komplement bog'lanmasa, u gemolitik tizim tomonidan ishlatiladi va gemoliz sodir bo'ladi (RV manfiy). Vasserman reaksiyasida gemolizning ifodalanish darajasi plyuslar bilan baholanadi: gemolizning to'liq yo'qligi 4+ (RV keskin musbat), endigina boshlangan gemoliz 3+ (RV musbat), sezilarli gemoliz 2+ (RV kuchsiz musbat), to'liq gemoliz - RV manfiy. RVni sifat jihatidan baholashdan tashqari, uni zardobning turli xil suyultirishlari (1:10, 1:20, 1:80, 1:160, 1:320) bilan miqdoriy baholash ham mavjud. Reaginlarning titri yana keskin musbat (4+) natija beradigan eng yuqori suyultirish bilan aniqlanadi. Sifilisning ayrim shakllarini

tashxislashda va davolash samaradorligini nazorat qilishda RVni miqdoriy aniqlash muhim ahamiyatga ega. Vasserman reaksiyasi birlamchi sifiloma paydo bo'lganidan 2-4 hafta o'tgach (ba'zan kechroq), infeksiya yuqqanidan 10-12 hafta o'tgach musbat natija beradi. Bunda reaginlar titri asta-sekin ko'tarilib, tarqoq toshmalar paydo bo'lganida (ikkilamchi yangi zaxm) eng yuqori darajaga (1:160 - 1:320 va undan yuqori) yetadi. Keyinchalik reaginlar titri asta-sekin pasayib, ikkilamchi retsidiv zaxmda odatda 1:80 - 1:120 dan oshmaydi. Yashirin va uchlamchi zaxmda esa, odatda, reaginlar titri past bo'ladi (1:20 - 1:40). Zaxmga qarshi davolash jarayonida reaginlar titrining tez pasayishi va butunlay yo'qolishi davolashning samaradorligini ko'rsatadi.

Vasserman reaksiyasining qo'llanilishini cheklaydigan muhim kamchiliklari mavjud:

1) sezgirlikning yetarli emasligi. Birlamchi bosqich boshida RV manfiy bo'ladi, shuningdek, uchlamchi faol zaxm bilan og'rigan bemorlarning 1/3 qismida teri, shilliq qavatlar, suyaklar, ichki a'zolar, markaziy asab tizimi shikastlanishi va kechki tug'ma zaxm holatlarida, ayniqsa ular ilgari antibiotiklar bilan davolangan bo'lsa, manfiy natija ko'rsatishi mumkin;

2) o'ziga xoslikning yetarli emasligi. Hech qachon zaxm bilan og'rimagan va hozirda ham bu kasallikka chalinmagan odamlarda ham RV musbat natija ko'rsatishi mumkin.

Masalan, ko'pgina moxov bilan og'rigan bemorlarda, ba'zan bezgakda, autoimmun kasalliklarda (tizimli qizil yugurik), parchalanayotgan xavfli o'smalarda, keng tarqalgan miokard infarktlarida va boshqa kasalliklarda, hatto ba'zan sog'lom odamlarda ham Vasserman reaksiyasining (VR) soxta musbat (nospetsifik) natijalari kuzatiladi. Qisqa muddatli nospetsifik VR ijobiyligi ayrim ayollarda bevosita tug'ruqdan oldin va tug'ruqdan so'ng, giyohvand modda iste'mol qiluvchilarda, narkoz, alkohol qabul qilgandan so'ng kuzatiladi. Soxta musbat VR, odatda, kuchsiz ifodalangan bo'ladi, ya'ni ko'pincha reaginlar titri past (1:5-1:20) yoki musbat (3+) va kuchsiz musbat (2+) ko'rinishda namoyon bo'ladi. Umuman olganda, ommaviy

serologik tekshiruvlarda VRning soxta ijobiy natijalari chastotasi taxminan 0,1 - 0,15% ni tashkil etadi. VRning yetarlicha sezgir emasligini ma'lum darajada bartaraf etish uchun uni sovuqda qo'llash (Kolmer reaksiyasi) hamda boshqa serologik reaksiyalar bilan bir vaqtda o'tkazish tavsiya etiladi. Vasserman reaksiyasi, albatta, ikkita cho'kma reaksiyasi (Kan va Zaks-Vitebskiy) bilan birgalikda qo'llaniladi. Bu reaksiyalarning immunologik mohiyati VRdan farq qilmaydi, biroq ular uchun ancha konsentratsiyalangan antigenlar tayyorlanadi. Bu antigenlar zardob reagentlari bilan o'zaro ta'sirlashganda ko'zga ko'rinadigan, sifat jihatidan baholanadigan cho'kma (4+, 3+ va hokazo) hosil qiladi. Ekspress-usul (oyna ustidagi mikroreaksiya) ham lipid reaksiyalariga kiradi. U maxsus kardiolipin antigeni bilan qo'yiladi va pretsipitatsiya reaksiyasiga asoslangan. Natijalar sifat jihatdan 4+, 3+, 2+ va manfiy deb baholanadi. Ekspress usulning afzalligi shundaki, natija tez (30-40 daqiqadan so'ng) olinadi va tahlil uchun oz miqdordagi (2-3 tomchi) plazma yoki zardob kifoya qiladi. Ekspress-usulda soxta musbat natijalar VRga qaraganda ko'proq uchraydi. Shu sababli u faqat aholini zaxmga ommaviy tekshirishda va somatik kasalxonalarning klinik-diagnostik laboratoriyalarida bemorlarni tekshirishda tanlash reaksiyasi sifatida qo'llanilishi mumkin. Bu usul bilan zaxmga uzil-kesil tashxis qo'yish taqiqlanadi. Ekspress-usulni homilador ayollarda, donorlarda, shuningdek zaxm bilan kasallangan bemorlarni davolashdan keyingi nazoratda qo'llash mumkin emas. Immunoflyuoressensiya reaksiyasi (IFR) mamlakatimizning ko'pgina laboratoriyalarida o'zlashtirilgan. U guruhli treponemali reaksiyalarga kiradi va IFR-10 hamda IFR-200 modifikatsiyalarida qo'yiladi, ya'ni tekshirilayotgan zardob 10 va 200 marta suyultiriladi. IFR-10 sezgirroq, ammo IFR-200 ga qaraganda ko'pincha nospetsifik ijobiy natijalar beradi. IFR-200 esa yuqori spetsifikligi bilan ajralib turadi. IFR flyuoressensiyalanuvchi antitelalarni aniqlashning bilvosita usuliga asoslangan. IFR uchun antigen sifatida buyum oynalariga mahkamlangan to'qima patogen oqish treponemalari xizmat qiladi. Tekshirilayotgan zardob ushbu antigenlarga qo'shiladi. Agar zardobda treponemaga qarshi antitelalar mavjud bo'lsa, ular treponemalar bilan bog'lanadi. IgM va IgG ga mansub termostabil anti-treponemali antitanalar bilan mustahkam

bog'langan oqish treponemalar lyuminessent mikroskopda turga qarshi ("odamga qarshi") flyuoressensiyalanuvchi zardob yordamida aniqlanadi. IFR natijasi preparatda treponemalarning nurlanishini baholash orqali aniqlanadi. Agar zardobda treponemaga qarshi antitelolar bo'lmasa, treponemalar ko'rinmaydi. Antitanalar mavjud bo'lganda treponemalarning nurlanishi kuzatiladi va uning darajasi 1+ dan 4+ gacha bo'lgan plyuslar bilan belgilanadi. IFR (ayniqsa IFR-10) VRga qaraganda biroz oldinroq musbat natija beradi. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, birlamchi seronegativ zaxm bilan og'rikan bemorlarning 80 foizida IFR musbat bo'ladi. Ikkilamchi davrda IFR deyarli 100% hollarda ijobiy natija ko'rsatadi. U yashirin zaxmda doimo musbat bo'lib, kasallikning kechki shakllarida va tug'ma zaxmda 95-100% musbat natija beradi. IFR spetsifikligini tekshirilayotgan zardobni guruh antitelolarini bog'lovchi ultratovushli treponemali antigen sorbenti bilan oldindan ishlov berish yo'li bilan oshirish mumkin (IFR-abs). Oqish treponemalarni immobilizatsiya qilish reaksiyasi (OTIR) zaxm uchun eng spetsifik test hisoblanadi, biroq uni qo'llash qimmat va murakkab, shuning uchun uning qo'llanilishi cheklangan. OTIR bemorlarning qon zardobida videospesifik antitelalar - immobilizirlarni aniqlashga asoslangan bo'lib, ular komplement ishtirokida oqish treponemalarning harakatsizligini keltirib chiqaradi. Zaxm bilan kasallangan quyonlarning tirik patogen oqish treponemalari antigen sifatida xizmat qiladi. Harakatchanligini yo'qotgan, immobilizatsiya qilingan treponemalarni sanash mikroskop ostida olib boriladi. Treponemalar immobilizatsiyasi 51-100% bo'lganda OTIR musbat, 31-50% bo'lganda kuchsiz musbat, 21-30% bo'lganda shubhali, 0-20% bo'lganda manfiy hisoblanadi. OTIR IFR va VRga qaraganda ancha kechroq musbat natija beradi. Shu sababli u zaxmning yuqumli shakllarini aniqlashda qo'llanilmaydi, garchi ikkilamchi davrda 85-100% bemorlarda musbat natija bersada. Uchlamchi zaxmda, ichki a'zolar va asab tizimining o'ziga xos shikastlanishlarida, tug'ma zaxmda, VR ko'pincha manfiy bo'lganda, OTIR 98-100% hollarda ijobiy natijalar beradi. Shuni hisobga olish kerakki, agar tekshirilayotgan qon zardobida oqish treponemalarning nospetsifik immobilizatsiyasini keltirib chiqaradigan treponemotsid moddalar (masalan,

penitsillinlar, tetratsiklinlar, eritromitsin) mavjud bo'lsa, OTIR soxta musbat natija ko'rsatishi mumkin. Shuning uchun antibiotiklar va boshqa zaxmga qarshi dorilarni qabul qilish tugaganidan keyin kamida 2 hafta o'tgach OTIR uchun qonni tekshirish mumkin. OTIR, xuddi IFR kabi, zaxmga qarshi davolash jarayonida juda sekinlik bilan manfiy natijaga o'tadi. Shu bois u zaxmga qarshi terapiyaning samaradorligini nazorat qilish uchun yaroqsizdir. Treponemali reaksiyalarni (OTIR va IFR) qo'yishga ko'rsatmalar quyidagilardan iborat:

1. Zaxmning yashirin shakllarini tashxislashda lipid reaksiyalari majmuasining o'ziga xosligini tasdiqlash. Agar zaxm infeksiyasi mavjudligi faqat musbat Vasserman reaksiyasi (VR) va (yoki) boshqa lipid reaksiyalari asosida taxmin qilinsa, immunobiologik test reaksiyasi (IBTR) va immunofluorestsent reaksiya (IFR)ning musbat natijasi yashirin (latent) zaxm mavjudligini isbotlaydi. Treponemali reaksiyalarni o'tkazish imkoni bo'lmagan hollarda, yashirin zaxm tashxisi istisno tariqasida faqat kamida 2 hafta oralig'ida olingan standart (lipid) serologik reaksiyalarning ikki marta keskin musbat (4+) natijasi asosida qo'yilishi mumkin. Shunday bo'lsa-da, bunday holatlarda IFR va IBTR tekshiruvi uchun quritilgan qon zardobini tegishli laboratoriyaga yuborish maqsadga muvofiqdir.

2. Tizimli qizil yuguruk, leykozlar va boshqa nozaxm tabiatli holatlar bilan og'rigan bemorlarda nospetsifik (soxta musbat) VR va boshqa lipid reaksiyalari mavjudligiga shubha qilish. Agar VR musbat bo'lgan bemorda treponem reaksiyalar (IBTR va IFR-200) takroran manfiy natija bersa, bu VRning nospetsifik xususiyatini tasdiqlaydi.

3. Manfiy VR bo'lgan bemorlarda ichki a'zolar, tayanch-harakat tizimi, asab tizimining kechki (uchlamchi) zaxm zararlanishlariga shubha qilish.

4. Ko'p martalik mikroskopiyada birlamchi sifiloma ajralmasida va kattalashgan limfa tugunlaridan olingan punktatda oqish treponemalarni aniqlash mumkin bo'lmagan shaxslarda birlamchi seronegativ zaxmga shubha qilish (faqat IFR-10).

5. Zaxm bilan kasallangan bemorlar bilan uzoq vaqt aloqada bo'lgan va Vasserman

reaksiyasi (VR) manfiy bo'lgan shaxslarni tekshirish, agar bu shaxslar yaqin o'tmishda VR ni manfiylashtirgan treponemotsid preparatlar bilan davolanganligi shubha tug'dirsa.

RV, RIF va RIBT tekshiruvlari uchun qon tirsak venasidan och qoringa yoki ovqat iste'mol qilingandan so'ng kamida 4 soat o'tgach shprints yoki bitta igna yordamida (o'z oqimi bilan) olinadi. Shprints va igna sterilizatsiyadan keyin natriy xloridning izotonik eritmasi bilan chayilishi lozim (suv, spirt, kislota yoki ishqorlar bilan chayish man etiladi). Toza va quruq probirkaga 5-7 ml qon quyiladi (RIBT tekshiruvi uchun probirka maxsus tayyorlangan va steril bo'lishi shart). Ekspress usulda tekshirish uchun qon barmoq uchidan olinadi, xuddi ECHT uchun olingani kabi, ammo bir kapillyar ko'proq olinadi. Vena punksiyasi orqali olingan qon zardobi bilan ham ekspress usulni qo'llash mumkin. Zarur hollarda uzoq laboratoriyalarda tekshirish uchun qon o'rniga quruq zardob yuborish mumkin. Buning uchun qon olingandan keyingi kuni zardob quyqadan ajratiladi. So'ngra shprints ga 1 ml zardob olinadi va u ikkita alohida doiracha shaklida 6x8 sm o'lchamdagi qalin yozuv qog'ozi, mum qog'oz yoki sellofan tasma-siga tomiziladi. Qog'ozning bo'sh qismiga bemorning familiyasi, ismi-sharifi va qon olingan sana yoziladi. Qog'ozdagi zardob quyosh nurlaridan va changdan himoyalangan holda keyingi kungacha xona haroratida qoldiriladi; u yaltiroq sariq shishasimon pardaning kichik doirachalari shaklida quriydi. Shundan so'ng quritilgan zardobli qog'oz tasmalari dorixona kukuni o'ralgani kabi o'raladi va tashxis hamda tekshirish sababi ko'rsatilgan holda laboratoriyaga jo'natiladi.

Zaxm bilan kasallanganlarni davolash

Hozirgi kunda spetsifik dori vositalari (ya'ni treponemotsid yoki treponemostatik xususiyatga ega bo'lgan) sifatida asosan benzilpenitsillin va uning uzoq ta'sir etuvchi shakllari, sefalosporin guruhidagi preparatlar hamda vismut tuzlari qo'llanilmoqda. Bundan tashqari, kechki, ayniqsa ichki a'zolar va asab tizimiga ta'sir etuvchi zararlanishlarda yodidlar buyuriladi. Ular gummoz infiltratlarning so'rilishiga ko'maklashadi, suyak og'riqlarini kamaytiradi va qo'zg'alish reaksiyasi xavfini pasaytiradi. Ko'rsatma mavjud bo'lganda, spetsifik

dori vositalarini qo'llash (spetsifik davolash) organizmning himoya reaksiyalarini rag'batlantirishning turli usullari, umumiy quvvatlovchi vositalar, fizioterapiya va balneoterapiya (nospetsifik davolash) hamda mahalliy muolajalar bilan birgalikda olib boriladi. Zaxmga qarshi preparatlarning maqbul dozalari va uyg'unlashuvi, ularni qo'llash usullari, zaxmning turli shakllarida ularga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar barcha davolash-profilaktika muassasalari uchun yagona va majburiy sxemalar bilan belgilangan. Bu sxemalar tibbiyot fani yutuqlari va amaliyotchi shifokorlarning jamoaviy tajribasi asosida ishlab chiqilgan. Ular eng so'nggi ilmiy kashfiyotlar bilan bog'liq holda vaqti-vaqti bilan o'zgartiriladi va to'ldiriladi. Majburiy davolash sxemalarining mavjudligi zaxm terapiyasi bemorning individual xususiyatlarini hisobga olmasdan, bir qolipda o'tkazilishi kerak, degani emas. Aksincha, davolovchi shifokor "Zaxmni davolash va oldini olish bo'yicha yo'riqnoma"da keltirilgan turli xil sxemalar orasidan eng maqbulini tanlay olishi lozim.

- a) zaxm bilan og'rikan bemorlarni spetsifik davolash;
- b) zaxmning yuqumli shakllari bilan kasallangan bemorlar bilan yaqin maishiy yoki jinsiy aloqada bo'lgan shaxslarga oldindan davolash o'tkazish;
- v) ilgari zaxm bilan og'rikan, to'liq davolanish kursini olgan, ammo hali nazoratdan chiqarilmagan homilador ayollarni, shuningdek, zaxm bilan og'rikan yoki o'tmishda yetarlicha davolanmagan onalardan tug'ilgan, zaxmning klinik va serologik belgilarisiz bolalarni profilaktik davolash;
- g) sinovli davolash (diagnosis ex juvantibus) ichki a'zolar, asab tizimi, suyaklar va bo'g'imlarda kechki uchlamchi zaxm kasalligi mavjudligiga shubha uyg'otadigan klinik manzaraga ega bo'lgan, ammo laboratoriya tekshiruvlari bunday tashxisni tasdiqlay olmaydigan yoki inkor eta olmaydigan shaxslarga o'tkaziladi.

Penitsillinlar hozirgi kunda eng samarali zaxmga qarshi vositalardir. Ular treponemotsid va treponemostatik ta'sirining tezligi va kuchi jihatidan boshqa barcha preparatlardan ustundir. Qondagi penitsillin konsentratsiyasi 0,03 TB/ml dan

yuqori bo'lsa, zaxmga qarshi ta'sir ko'rsatish uchun yetarli deb hisoblanadi. Bemorlar penitsillinlarni yaxshi qabul qiladi va faqat ba'zan allergik asoratlar kuzatiladi. Zaxmni penitsillinlar bilan davolash mumkinligi tajribada isbotlangan va ko'p yillik klinik kuzatuvlar bilan tasdiqlangan. Zaxmni davolashda penitsillinlar yagona vosita sifatida yoki vismut preparatlari bilan birgalikda qo'llaniladi. Terapiya tanlangan usulga qarab uzluksiz (doimiy) yoki takroriy kurslar bilan olib borilishi mumkin. Davolashni boshlashdan oldin bemorning o'tmishda penitsillin guruhi preparatlarini qanday qabul qilganligi aniqlanishi va bu haqda kasallik tarixiga yozib qo'yilishi lozim. Anamnezda penitsillinlarni ko'tara olmaslik haqida ma'lumotlar bo'lmasa ham, allergik reaksiyalarning oldini olish maqsadida benzilpenitsillinning birinchi in'yeksiyasidan 30 daqiqa oldin, shuningdek, uzoq ta'sir etuvchi preparatlarning har bir navbatdagi in'yeksiyasidan oldin antigistamin preparatlardan biri (dimedrol, diazolin, suprastin) yuboriladi. Penitsillin guruhining quyidagi preparatlari qo'llaniladi.

1. Benzilpenitsillin - benzilpenitsillin kislotasining suvda eriydigan natriy yoki kaliy tuzi. Bemorning tana vazniga va tanlangan davolash rejasiga qarab, suvli eritmada mushak orasiga yuboriladi. Qonda preparatning bir xil konsentratsiyasini saqlab turish uchun inyeksiyalarni tungi tanaffuslarsiz har 3 soatda qilish lozim. Inyeksiyalar orasidagi vaqtning uzayishi davolash samarasizligiga olib kelishi mumkin, chunki bunday hollarda qondagi penitsillin darajasi treponemotsid ta'sir uchun zarur bo'lgan miqdordan pastga tushib ketadi.

2. Bitsillin-3 - tarkibida benzilpenitsillinning natriy yoki kaliy, novokain va dibenziletildiamin tuzlari aralashmasi bo'lgan uzoq ta'sir etuvchi preparat. 4 kunda 1 marta ikki bosqichli usulda mushak orasiga yuboriladi. Bir martalik doza bemorning tana vazni 60 kg gacha bo'lganda 1200000 birlik, 60 dan 80 kg gacha bo'lganda 1500000 birlik, 80 kg dan ortiq bo'lganda 1800000 birlikni tashkil etadi.

3. Bitsillin-1 va bitsillin-5 ham uzoq ta'sir etuvchi preparatlar bo'lib, qonda penitsillinning davolovchi konsentratsiyasini uzoq vaqt saqlab turadi. Bitsillin-1 va bitsillin-5 ham mushak orasiga ikki bosqichli usulda 5 kunda 1 marta, bitsillin-3 bilan bir xil dozalarda yuboriladi.

Davolashning birinchi kunida ko‘pincha (erta shakllardagi bemorlarda deyarli qoida tariqasida) tana haroratining ko‘tarilishi va klinik belgilarning faollashuvi bilan namoyon bo‘ladigan kuchayish reaksiyasi ("spiroxeta isitmasi") kuzatiladi. Bemorlar umumiy holsizlik va bosh og‘rig‘idan shikoyat qiladilar. Bunday reaksiya oqish treponemalarning ommaviy halok bo‘lishi va parchalanishi oqibati sifatida talqin etiladi. Bu holat birinchi sutkaning oxiriga kelib tugaydi va davolashni davom ettirishga to‘sqinlik qilmaydi.

Allergik asoratlardan ko‘pincha teri toshmalari, odatda eshakemi shaklida, kamroq hollarda esa tarqalgan toksidermiya ko‘rinishida kuzatiladi. Bemorlarga ko‘p suyuqlik ichish, kalsiy xlorid va antigistamin dorilar tavsiya etiladi. Penitsillinlar bilan davolash to‘xtatiladi. Eng og‘ir asorat anafilaktik shok hisoblanadi. U penitsillin inyeksiyasidan so‘ng darhol yuzaga chiqib, qon bosimining tushishi, sianoz, tutqanoqlar va hushdan ketish bilan namoyon bo‘ladi. Bunday holatlarda zudlik bilan vazopressor dorilar yuboriladi: adrenalin, noradrenalin yoki efedrin, kofein va 2% li dimedrol eritmasi teri ostiga; 10% li kalsiy glyukonat eritmasi venaga yoki mushak orasiga (10 ml), prednizolon eritmasi esa venaga yuboriladi. Bitsillinni o‘tmishda miokard infarktini boshdan kechirgan, og‘ir gipertoniya kasalligi bor bemorlarga, ichki sekretiya bezlari kasalliklarida, o‘tkir oshqozon-ichak kasalliklarida, faol sil va qon yaratish tizimi kasalliklarida qo‘llash tavsiya etilmaydi. Holsizlangan bemorlar va keksalarga bitsillinning bir martalik dozasi 1200000 TB dan oshmasligi lozim. Penitsillinoterapiya paytida vitaminlar, ayniqsa B12 vitamini qabul qilish ko‘rsatilgan. Tetratsiklin va oletetrin (tetratsiklinning oleandomitsin bilan aralashmasi) zaxmga qarshi ta’sir ko‘rsatuvchi antibiotiklar bo‘lib, ular penitsillinlar va eritromitsinni ko‘tara olmaydigan bemorlarga, albatta vismut preparatlari bilan birgalikda, ketma-ket kurslar tarzida buyurilishi mumkin. Bu antibiotiklar 0,5 g dan kuniga 4 marta ichiladi (kunlik doza 2 g). Tana vazni 60 kg dan kam bo‘lganda kurs dozasi 40 g, 60-80 kg bo‘lganda 45 g, 80 kg dan ortiq bo‘lganda 50 g ni tashkil etadi. Vismut preparatlari antibiotiklar qabul qilinishining 2-kunidan boshlab mushak orasiga yuboriladi. Kurslar soni kasallik shakliga bog‘liq. Kurslar orasidagi tanaffus 1 oy. Vismut preparatlariga

qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, faqat antibiotiklar bilan davolash buyuriladi, biroq bu holda birlamchi seronegativ zaxmda kurslar soni 3 tagacha, birlamchi seropozitiv zaxmda 5 tagacha, ikkilamchi yangi zaxmda 6 tagacha, boshqa shakllarda 8 tagacha oshiriladi. Kurslar orasidagi tanaffus 2 hafta. Nospetsifik terapiya (pirogenal, prodigiozan, V1, V6, V12 vitaminlari, polivitaminlar va boshqalar) o'tkazilishi shart. Tetratsiklin va oletetrin bilan davolash homilador ayollarga, jigar shikastlanishi bor bemorlarga, ushbu preparatlarni ko'tara olmaydigan hollarda, shuningdek 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Vismut asosan treponemostatik ta'sir ko'rsatadi, sezilarli davolash samarasiga ega, yaxshi qabul qilinadi va kamdan-kam hollarda jiddiy asoratlarni keltirib chiqaradi. Quyidagi vismut preparatlari qo'llaniladi: Biyoxinol (Biiochinolum) - xinin yodvismutining shaftoli (zaytun) moyidagi 8% li suspenziyasi. Tarkibida 25% vismut, 56% yod va 19% xinin mavjud. Muskullar orasiga kuniga 1 ml hisobidan (2 ml dan kunora yoki 3 ml dan har 3 kunda) yuboriladi, bir kursga 45-50 ml. Bismoverol - monovismutvin kislotasining asosiy vismutli tuzining shaftoli moyidagi 7,5% li suspenziyasi (1 ml suspenziyada 0,05 g metallik vismut mavjud). Haftasiga 2 marta 1,5 ml dan mushaklar orasiga yuboriladi; bir kursga 16-20 ml.

Pentabismol suvda eriydigan preparat bo'lib, 1 ml da 0,01 g metall vismut mavjud. Muskullar orasiga kunora 2 ml dan yuboriladi; bir kurs davomida 45-50 ml qo'llaniladi. Vismut preparatlari bilan davolashda quyidagi asoratlarni kuzatilishi mumkin: 1) vismut hoshiyasi - milk chetlarida ko'kimtir-kulrang hoshiya ko'rinishida vismut to'planishi, bu odatda davolashni davom ettirishga xalaqit bermaydi va kamdan-kam hollardagina vismutli stomatit rivojlanishiga olib keladi; 2) vismut nefropatiyasi - bu ozgina albuminuriya va siydikda o'ziga xos donador epitelial hujayralar (vismut hujayralari), ba'zan silindrlar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi; bu belgilar davolash vaqtincha to'xtatilganda o'tib ketadi. Vismut preparatlari jigar va buyrak kasalliklarida, yurak dekompensatsiyalangan kasalliklarida, silda, qandli diabetda, gemorragik diatezda, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarida qo'llanilmaydi. Vismut preparatlari va bitsillin inyeksiyalari

dumba yuqori tashqi kvadratiga ikki bosqichli usulda mushak orasiga yuboriladi. Yog‘li suspenziya qon tomiriga tushmasligi uchun avval ignani sanchish va undan qon chiqmasligiga ishonch hosil qilgandan so‘ng, shpirtsni ignaga ulab, sekin-asta inyeksiya qilish lozim. Bu qoidalarga rioya qilmaslik o‘pka emboliyasi yoki dumbaning chuqur gangrenasi (eshara) rivojlanishi xavfini tug‘diradi. O‘pka emboliyasi bitsillin yoki vismut tuzlari suspenziyasi venaga va undan kichik qon aylanish doirasiga tushganda rivojlanadi. Inyeksiyadan keyin darhol bemorda to‘xtovsiz yo‘tal, nafas qisilishi va ko‘krak qafasida og‘riq, ba‘zan bosh aylanishi va hatto hushdan ketish holati boshlanadi. Bir necha daqiqadan so‘ng o‘tkir belgilar o‘tib ketadi va asta-sekin o‘pka infarktining tipik ko‘rinishi rivojlanadi. Eshara bitsillin yoki vismut suspenziyasi dumba arteriyalaridan biriga tushishi va keyinchalik teri mayda tomirlarining trombozi natijasida yuzaga keladi. Inyeksiyadan so‘ng bemor dumbada kuchli og‘riq sezadi, bu og‘riq oyoqqa ham tarqaladi. Terida qip-qizil, to‘q qizil-ko‘kimtir egri-bugri dog‘lar paydo bo‘ladi. Tana harorati ko‘tariladi. Bir necha kundan keyin o‘tkir belgilar pasayib, terida quruq qora qo‘tirlar hosil bo‘ladi, bu qo‘tirlar ko‘chganda sekin bitadigan, chandiq qoldiradigan yaralar aniqlanadi.

Zaxm bilan kasallangan bemorlarning nospetsifik terapiyasi. Zamonaviy kompleks spetsifik terapiyaning yuqori samaradorligiga qaramay, ba‘zan davolash serologik reaksiyalarning to‘liq salbiy natijasiga olib kelmaydi yoki uzoq muddatli klinik-serologik remissiyadan so‘ng klinik yoki serologik qayta qo‘zg‘alish yuzaga keladi. To‘g‘ri, muvaffaqiyatsizliklar odatda kasallikning boshida emas, balki keyingi davrlarda davolanishga kirishgan yoki kurslar orasida katta tanaffuslar bilan tartibsiz davolangan yoxud 1-2 kursdan so‘ng butunlay davolanishni to‘xtatgan bemorlarda kuzatiladi. Spetsifik terapiya nospetsifik davolash bilan birgalikda olib borilsa, uning ta’sirchanligi sezilarli darajada ortadi. Ayniqsa ikkilamchi qayta qo‘zg‘algan zaxmda, zaxmning uchlamchi shakllari va asab tizimi zaxmida bu uyg‘unlik juda zarur. Piroterapiya nospetsifik davolashning eng kuchli turi hisoblanadi. U issiqlik ishlab chiqarishni va hujayra metabolizmini kuchaytiradi, antitanalar hosil bo‘lishiga ko‘maklashadi, organizmning himoya reaksiyalarini

ragʻbatlantiradi, maxsus dori vositalarining yalligʻlanish oʻchoqlariga kirishini osonlashtiradi va ularning taʼsirini kuchaytiradi. Piroterapiya turlari orasida koʻpincha pirogenli moddalar inʼyeksiyalari qoʻllaniladi.

Pirogenal - bakterial lipopolisaxarid. U 50-100 XBD dozada mushak orasiga yuboriladi. Inyeksiyalar har 2-3 kunda amalga oshiriladi va bemorning reaksiyasiga qarab preparat dozasi asta-sekin 1000 XBD gacha oshirib boriladi. Davolash kursi 8-12 inyeksiyadan iborat. Tana harorati 1-2 soatdan soʻng koʻtarila boshlaydi va 4-6 soatdan keyin eng yuqori nuqtasiga yetadi. Baʼzi bemorlarda pirogenalga harorat reaksiyasi juda kuchsiz boʻladi. Biroq, pirogenal va prodigiozanning bakterial lipopolisaxaridlarining ragʻbatlantiruvchi taʼsiri (ular ham zaxmning nospetsifik terapiyasi uchun tavsiya etiladi) isitma reaksiyasi boʻlmaganda ham namoyon boʻladi. Piroterapiya 55 yoshdan oshgan shaxslarga, yurak va qon tomirlari dekompensatsiyasi, sil, moddalar almashinuvi, jigar, buyrak, qon ishlab chiqarish aʼzolari kasalliklari, umumiy holsizlik, bezgak, epilepsiya bilan ogʻrigan bemorlarga, shuningdek bosh suyagi kontuziyasi va jarohatini boshdan kechirgan bemorlarga qarshi koʻrsatma hisoblanadi. Homilador ayollarga piroterapiya oʻtkazilmaydi.

Nospetsifik stimullovchi terapiyaning boshqa usullaridan immunostimulyatorlar (metiluratsil va boshqalar), aloe ekstrakti, yoʻldosh inyeksiyalari, autogemoterapiya, vitaminlar va boshqalar, oksigenoterapiya, ultrabinafsha nurlarning segmentar taʼsiri qoʻllaniladi.

Zaxm bilan kasallangan bemorlarni davolashning umumiy tamoyillari

1. Zaxm tashxisi ishonchli tarzda isbotlanishi shart. Hatto tipik klinik manzara va tegishli anamnez mavjud boʻlsa ham, tashxis albatta laboratoriya tahlillari bilan tasdiqlanishi lozim. Shuni esda tutish kerakki, maxsus davolash boshlangandan soʻng, ayniqsa kasallikning dastlabki bosqichlarida, zaxm tashxisini qayta koʻrib chiqish imkonsiz boʻladi. Zaxm infeksiyasi mavjudligi laboratoriya yoʻli bilan tasdiqlanmagan hollarda, zaxmga qarshi vositalar faqat profilaktik davolashda,

homilador ayollar va bolalarni profilaktik davolashda hamda sinov tariqasidagi davolashda tavsiya etiladi.

2. Davolash bemorning jismoniy holati va yoshi, zaxm infeksiyasining bosqichi va shakli, hamroh kasalliklarning mavjudligini hisobga olgan holda qat'iy individuallashtirilishi (biroq majburiy sxemalar doirasida) lozim. kasalliklari, dori vositalariga chidamliligi va nihoyat, bemorning ijtimoiy xususiyatlari. Zaxm yuqtirgan vaqtdan boshlab qancha ko'p vaqt o'tgan bo'lsa, maxsus davolash shuncha uzoq davom etishi, zaxmga qarshi preparatlarning umumiy dozalari esa shuncha yuqori bo'lishi kerak.

3. Zaxmning yuqumli shakllari bilan og'rigan bemorlarni davolash iloji boricha erta, tashxis laboratoriyada tasdiqlangandan so'ng darhol boshlanishi lozim. Zaxmning yuqumli shakllari bilan og'rigan bemorlar tashxis qo'yilgan paytdan boshlab 24 soat ichida shifoxonaga yotqizilishi shart.

4. Maxsus davolashni nomaxsus rag'batlantiruvchi davolash bilan, ayniqsa zaxmning kechki bosqichlarida, serorezistentlikda, asab tizimi shikastlanishlarida birgalikda olib borish zarur.

5. Zaxmning erta shakllari bilan og'rigan bemorlarni davolashni suvda eriydigan penitsillin preparatlaridan boshlash maqsadga muvofiq. Benzilpenitsillinning umumiy dozasining kamida $1/3$ qismi yuborilgandan keyingina uzoq ta'sir qiluvchi preparatlarga o'tish lozim.

6. Ijtimoiy moslashgan shaxslar uchun statsionarda davolanishning eng kam muddatlari quyidagicha (zararlanish manbaini va jinsiy aloqalarni ko'rsatgan, doimiy yashash va ish joyiga ega bo'lgan, ichkilikboz, giyohvand, bir jinsli aloqa qiluvchi va boshqa bo'lmagan shaxslar):

- birlamchi seronegativ zaxm bilan og'rigan bemorlar uchun - 14 kun;
- birlamchi seropozitiv va ikkilamchi yangi zaxm uchun - 20 kun;
- ikkilamchi qayta yuzaga kelgan va erta yashirin zaxm uchun - 25 kun.

Zaxmning ijtimoiy moslashmagan toifadagi yuqumli shakllari bilan og'rigan bemorlarni davolash butunlay statsionarda olib boriladi. Zaxmni davolashning

barcha usullari ikki asosiy guruhga bo'linadi: surunkali-oraliqli (davolash kurslari orasida tanaffuslar bilan takrorlanuvchi) va uzluksiz (doimiy). Surunkali-oraliqli usullar odatda zaxm infeksiyasining kechki bosqichlarida, doimiy usullar esa faqat erta (birlamchi va ikkilamchi) bosqichlarida qo'llaniladi. Surunkali-oraliqli usulda mishyak preparatlari hozirda deyarli ishlatilmaydi. Penitsillin va vismut guruhidagi dorilarni ketma-ket yoki bir vaqtda takroriy kurslarda qo'llash yuqori samara beradi. Bunda vismut preparatlarini tayinlashda bir xillikdan qochish, ularni keyingi kurslarda almashtirib turish lozim. Masalan, birinchi davolash kursi benzilpenitsillin va biyoxinol bilan o'tkazilgan bo'lsa, ikkinchi kursda dyurant penitsillin va bismoverol, uchinchisida esa dyurant penitsillin va pentabismol va hokazo beriladi. Vismut preparatlari bilan davolashda kurslar orasidagi tanaffus 1 oy, faqat antibiotiklar bilan takroriy davolashda esa 2 hafta qilib belgilanadi. Zaxmning kechki shakllarida kurslar orasidagi tanaffuslarda yod preparatlari buyuriladi.

Ular, shuningdek, Vasserman reaksiyasining salbiy natijasi kombinatsiyalangan penitsillin va vismut bilan davolashning 3-kursi oxirigacha kuzatilmagan bo'lsa, kasallikning erta shakllarida ham qo'llaniladi. Uzluksiz davolash usullarida ba'zan maxsus terapiya zaxmning barcha klinik belgilari to'liq yo'qolishidan oldin yakunlanadi. Bunday bemorlar to'liq klinik tuzalishga erishmaguncha shifoxonadan chiqarilmaydi. Ularga mahalliy so'ruvchi terapiya – issiq vannalar, malhamlar, UVCH va boshqalar buyuriladi.

Zaxmni turli davrlarda davolash sxemalari

Zaxmni davolash va oldini olish bo'yicha yo'riqnomada zaxm bilan og'rigan bemorlarni davolashning ko'plab sxemalari keltirilgan bo'lib, davolovchi shifokor ulardan ushbu bemor uchun eng mosini tanlashi lozim. Biroq, shifokor barcha tavsiyalarga (antibiotiklar va boshqa dori vositalarining bir martalik va kurs dozalari miqdori, kurslar soni, tanaffuslar davomiyligi va boshqalar) qat'iy rioya qilishi shart. Izoh: Benzilpenitsillin bemorning tana vaznidan qat'i nazar, har 3 soatda 100 000 TB dan tungi tanaffuslarsiz, bitsillin-3 esa har 4 kunda 1 800 000 TB dan yuboriladi. Davolash albatta benzilpenitsillindan boshlanadi, uning umumiy dozasi antibiotiklar umumiy dozasining kamida 1/3 qismini tashkil etishi kerak. Orqa miya suyuqligida

o'zgarishlar mavjud bo'lsa, penitsillinning umumiy dozasi 20% ga oshiriladi. Ikkilamchi yangi, ikkilamchi qaytalanuvchi va erta yashirin zaxm bilan og'rikan bemorlarga nospetsifik terapiya (pirogen preparatlar, B guruh vitaminlari, koamid, metiluratsil, unitiol va boshqalar) o'tkazish majburiydir.

Bemorlarni penitsillinning yuqori bir martalik dozalari bilan davolash. Davolash suvda eriydigan penitsillin bilan olib boriladi, u bemorning tana vaznidan qat'i nazar har 3 soatda 400000 TB miqdorida yuboriladi. Birlamchi seronegativ zaxmda - 14 kun davomida (umumiy doza 44800000 TB, sutkalik doza 3200000 TB), birlamchi seropozitiv va ikkilamchi yangi zaxmda - 16 kun davomida (umumiy doza 51200000 TB) qo'llaniladi. Shuningdek, mahalliy davolash ham buyuriladi (kattalashgan limfa tugunlariga UYuCh, issiq vannalar va hokazo). Zaxmning boshqa turlarida bu usulni qo'llash taqiqlanadi.

Zaxmning kechki shakllari bilan kasallangan bemorlarni davolash.

Ushbu usul yashirin kechki zaxm, kechki visseral zaxm va neyrosifilis davolashda qo'llaniladi. 1-2 hafta davomida yod preparatlari bilan tayyorgarlikdan so'ng, biyoxinol dastlab kun ora 1 ml dan, uchta inyeksiyadan keyin yaxshi qabul qilinsa, kun ora 2 ml dan umumiy dozasi 12 ml ga yetguncha yuboriladi. Shundan so'ng benzilpenitsillin har 3 soatda 200000 TB dan kurs dozasi 40 000 000 TB ga yetguncha tayinlanadi, keyin esa biyoxinolning umumiy dozasi 40-50 ml ga yetguncha inyeksiyalar davom ettiriladi. 1,5-2 oylik tanaffusdan so'ng penitsillinoterapiyaning ikkinchi kursi xuddi birinchisidek dozalarda o'tkaziladi, so'ngra bismoverol (haftasiga 2 marta 1,5 ml dan) yuboriladi. Keyin yana 1,5-2 oylik tanaffuslar bilan vismut preparatlari yordamida ikkita davolash kursi o'tkaziladi. Zaxmning kechki shakllari bilan kasallangan bemorlarni maxsus davolash nospetsifik vositalarni qo'llash bilan birgalikda olib boriladi. Zaxm bilan kasallangan bolalarni davolash bir qator xususiyatlarga ega bo'lib, bu infeksiyaning tabiati (orttirilgan yoki tug'ma zaxm), kasallik bosqichi, bolaning yoshi va tana vazniga bog'liq. Bu usul Zaxmni davolash va oldini olish bo'yicha yo'riqnomada batafsil bayon etilgan.

Profilaktik davolash

Ehtimoliy zararlanishdan keyin 2 haftadan kam vaqt o'tgan bo'lsa, kattalarga har 3 soatda 1 kg tana vazniga 100000 TB hisobidan, ammo 6000000 TB dan kam bo'lmagan miqdorda (homiladorlarga 140000 TB/kg, lekin 8400000 TB dan kam bo'lmagan holda) benzilpenitsillin mushak orasiga yuboriladi. Agar yuqumli yoki erta yashirin zaxm bilan kasallangan bemor bilan oxirgi jinsiy aloqadan so'ng 2 haftadan 4 oygacha vaqt o'tgan bo'lsa, birlamchi seronegativ zaxm sxemasi bo'yicha davolash tayin etiladi (3-jadvalga qarang).

Profilaktik davolashni ambulatoriya sharoitida bitta bitsillin bilan o'tkazish mumkin. Profilaktik davo 3 yoshgacha bo'lgan barcha bolalarga, ular bilan aloqada bo'lgan shaxslarda jinsiy a'zodan tashqari shankr, ikkilamchi va erta yashirin zaxm mavjud bo'lganda buyuriladi. 3 yoshdan katta bolalarga profilaktik davolash zarurati individual tarzda aniqlanadi. Profilaktik davo penitsillin bilan uzluksiz usulda olib boriladi. Benzilpenitsillinning bir martalik dozasi har 4 soatda yuboriladi va 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda 50 000 - 60 000 birlikni (umumiy dozasi 1 kg tana vazniga 500 000 birlik, lekin 3000000 birlikdan kam emas), 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda - 60 000 - 70 000 birlikni (umumiy dozasi 400 000 birlik/kg), 6 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda - 70000 - 80000 birlikni (umumiy dozasi 300 000 birlik/kg) tashkil etadi.

Profilaktik davolash. Ilgari zaxm bilan og'rigan, ammo hisobdan chiqarilmagan homilador ayollar har bir homiladorlik davrida penitsillinlar bilan profilaktik davolanadi. Har bir kilogramm tana vazniga 140000 TB hisobidan 3 kurs penitsillinoterapiya o'tkaziladi, biroq bir kurs davomida 8400000 TB dan kam bo'lmasligi lozim. To'liq davolangan bo'lishiga qaramay, zaxmga serologik reaksiyalari ijobiy bo'lib qolgan onalardan tug'ilgan sog'lom bolalarga penitsillinlarning uch kursi bilan profilaktik davolash o'tkazilishi kerak. Agar bunday bolalarning onalari davolanmagan yoki homiladorlikning so'nggi oylarida davolanishni boshlagan va ularda serologik reaksiyalar salbiy natijaga o'tmagan bo'lsa, bolalarda kasallikning klinik va serologik belgilari yo'qligiga qaramay, penitsillinlar bilan profilaktik davolashning 6 kursi o'tkaziladi.

Profilaktik davolashni bolaning hayotidagi dastlabki 3 oydan boshlash lozim. Penitsillin guruhidagi dori vositalarining bir martalik va kursli dozalari tegishli yoshdagi bolalarni profilaktik davolashdagi dozalar bilan bir xil. Profilaktik davo olgan bolalar 5 yil davomida dispanser kuzatuvida bo'lishlari va jinsiy balog'atga yetganlaridan so'ng klinik-serologik nazoratdan o'tishlari kerak.

Davolashdan so'ng klinik-serologik nazorat va zaxm bilan og'rigan bemorlarning davolanganligini aniqlash.

Zamonaviy davolash usullaridan foydalanilganda zaxm bilan og'rigan bemorlarni to'liq davolash imkoniyati shubha tug'dirmaydi. Buni quyidagilar tasdiqlaydi:

- 1) to'laqonli maxsus davolash olgan bemorlarning aksariyatida, ayniqsa zaxmning birlamchi va ikkilamchi bosqichlarida, butun keyingi hayoti davomida kasallikning biron-bir belgilari kuzatilmasligi;
- 2) qayta yuqtirish (reinfeksiya) hollari;
- 3) homiladorlikdan oldin yoki uning birinchi yarmida zaxmdan zamonaviy usullar bilan davolangan ayollarning sog'lom farzand tug'ishi;
- 4) ilgari zaxm bo'yicha to'liq davolangan, ammo tasodifiy sabablarga ko'ra vafot etgan shaxslarni yorib ko'rganda, ichki a'zolar va asab tizimida maxsus shikastlanish belgilarining yo'qligi.

Zaxm bilan kasallangan hayvonlarda limfa tugunlari va ichki a'zolari ko'chirib o'tkazish hamda zamonaviy zaxmga qarshi preparatlar qo'llanilgandan so'ng muvaffaqiyatli qayta yuqtirish tajribalari oqish treponemalardan organizmning barqaror klinik tuzalishi va to'liq tozalanishi mumkinligini isbotlaydi. Aniq mezonlarning yo'qligi sababli odamlarda zaxmning davolanganligini har bir alohida holatda aniqlash murakkab vazifa hisoblanadi. Kasallikning klinik belgilari yo'qolishi va klassik serologik reaksiyalarning (Vasserman reaksiyasi va boshqalar) salbiy natija ko'rsatishi davolashsiz ham sodir bo'lishi mumkin.

Ular vaqtinchalik bo'lishi mumkin, shu sababli o'tkazilgan

terapiya muvaffaqiyatli bo'lganini isbotlamaydi. Treponemali reaksiyalarning barqaror manfiy natija berishi, chamasi, zaxmning to'liq davolanganligining eng ishonchli, biroq mutlaq bo'lmagan dalili hisoblanadi, ammo bu barcha bemorlarda ham kuzatilmaydi. Shuning uchun davolanganlik holati faqat maxsus davolanishni yakunlagan bemorni uzoq muddat kuzatish asosida aniqlanadi. Bunda o'tkazilgan terapiyaning to'liqligi (dozalarning muvofiqligi, davolash davomiyligi, kurslar orasidagi tanaffuslar miqdori va boshqalarning mavjud sxemalarga mosligi), serologik reaksiyalarning manfiy natijalarga o'tish dinamikasi, kuzatuv davrida klinik va serologik retsidivlarning yo'qligi e'tiborga olinadi. Birlamchi seronegativ zaxm bilan og'rigan bemorlar davolash tugaganidan so'ng bir yil davomida dispanser hisobida turadi; birlamchi seropozitiv va ikkilamchi yangi zaxm bilan og'rigan bemorlar 3 yil davomida klinik-serologik nazoratda bo'ladi. Ikkilamchi retsidivlanuvchi, yashirin seropozitiv (erta, kechki va aniqlanmagan), uchlamchi zaxm bo'yicha to'liq davolangan bemorlar 5 yillik dispanser kuzatuvidan so'ng hisobdan chiqarilishi lozim.

Bemorlarning klinik-serologik nazorati to'liq salbiy natija olinguncha oyiga 1 marta o'tkaziladi; keyinchalik - kuzatuvning birinchi va ikkinchi yili davomida har chorakda bir marta, uchinchi yili - 6 oyda 1 marta va keyingi yillarda - yiliga 1 marta amalga oshiriladi. Uzluksiz usul bilan davolash tugaganidan so'ng 12 oydan ortiq vaqt davomida keskin musbat standart serologik reaksiyalar saqlanib qolsa yoki oxirgi kurs boshida KSR ijobiy bo'lsa, bu holat serorezistent deb baholanadi. Bunday bemorlarga ikkilamchi retsidivli zaxmni davolash usullaridan biri bo'yicha qo'shimcha davolash yoki antibiotiklar bilan vismut preparatlari kombinatsiyasida 3 kurs davolash tayinlanadi. Qo'shimcha terapiyaning ikkala varianti ham nospetsifik vositalar bilan birgalikda qo'llaniladi. Bu zaxmning kechki shakllari bilan og'rigan bemorlarga taalluqli emas. Ularni yuqorida keltirilgan metodika bo'yicha davolash, agar klinik simptomatika kamaygan yoki barqarorlashgan bo'lsa, serologik reaksiyalar holatidan qat'i nazar, tugallangan hisoblanadi. Tug'ma zaxmning barcha shakllari bo'yicha to'liq davolangan bemorlar 5 yil davomida dispanser nazoratida bo'lishlari lozim. Agar davolanish bolalik davrida boshlangan

bo'lsa, bunday shaxslar jinsiy balog'atga yetgach qayta tekshiriladi. Belgilangan nazorat muddati tugagach, hisobdan chiqarishdan oldin har tomonlama klinik tekshiruv (terapevt, nevropatolog, ko'z shifokori, lor-shifokor tomonidan), rentgen tekshiruvi, orqa miya suyuqligi va qonni RV, RIBT va RIF usullarida tekshirish o'tkaziladi. Butun kuzatuv davrida ichki a'zolar, harakat tizimi va asab tizimida kasallikning hech qanday klinik belgilari (retsdivlari) kuzatilmagan, qon va orqa miya suyuqligini serologik tekshirish butun tekshiruv davri mobaynida salbiy natija ko'rsatgan shaxslar tuzalgan deb topiladi va hisobdan chiqariladi. Ko'p sonli kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, faqat ayrim istisno holatlardagina kasallikning qaytalanishi qayd etilgan. Yuqorida sanab o'tilgan talablarga muvofiq klinik-serologik nazoratdan so'ng hisobdan chiqarilgan shaxslarda serologik retsdivlar ko'rinishida ichki a'zolar va asab tizimining zararlanishi kuzatilgan.

Bilimlarni nazorat qilish

Ko'rib chiqiladigan masalalar ro'yxati:

1. Zaxm rivojlanishining etiologiyasi va patogenetik bo'g'inlari;
2. Zaxm tasnifi;
3. Zaxmning umumiy kechishi;
4. Klinik ko'rinishlar, kasallik boshlanishining xususiyati, teri-patologik jarayonning tavsifi, xos belgilar, shakllari,
5. Qattiq shankr asoratlari;
6. Teri va ichki a'zoldagi patomorfologik o'zgarishlar;
7. Zaxmning qiyosiy tashxisi;
8. Tashxislashning laboratoriya usullari va ularning talqini.
9. Zaxmning birlamchi seronegativ davridagi serologik reaksiyalar
10. Zaxmning birlamchi seropozitiv davrida serologik reaksiyalar
11. Zaxm ikkilamchi davrining davomiyligi.
12. Zaxm ikkilamchi davrining tasnifi.
13. Yangi ikkilamchi zaxmning klinik manzarasi takrorlanuvchi zaxmdan qanday farq qiladi?
14. Zaxmning uchlamchi davrining klinik ko'rinishlari?
15. Ikkilamchi zaxm rivojlanishining etiologiyasi va patogenetik bo'g'inlari;
16. Ikkilamchi zaxmda teridagi patomorfologik o'zgarishlar;
17. Uchlamchi zaxm tasnifi;
18. Klinik ko'rinishlari, kasallikning boshlanish xususiyati, teri patologik jarayonining tavsifi, xarakterli belgilari, shakllari, asoratlari;
19. Ikkilamchi zaxmning qiyosiy tashxisi;

20. Uchlamchi zaxmning qiyosiy tashxisi;
21. Oldini olish choralari.
22. Tug'ma zaxmning kelib chiqish sabablari;
23. Tug'ma zaxmning tasnifi.
24. Erta tug'ma zaxmning nozologik shakllari
25. Kechki tug'ma zaxmning nozologik shakllari;
26. Klinik ko'rinishlar, kasallik boshlanishining xususiyatlari, teri-patologik jarayonning tavsifi, xos belgilar va shakllari.
27. Tug'ma zaxmning asoratlari
28. Tug'ma zaxmda teridagi patomorfologik o'zgarishlar;
29. Tug'ma zaxmning turli klinik shakllarida serologik reaksiyalarning ahamiyati va holati;
30. Tug'ma zaxmning qiyosiy tashxisi;
31. Tug'ma zaxm bilan og'rigan bemorlarni davolash tamoyillari;

Testlar

1. Zaxmning inkubatsion davri uzayishiga quyidagilar sabab bo'ladi:
 - A. Aralash infeksiya.
 - B. Virusga qarshi dori vositalarini qabul qilish.
 - *V. Antibiotiklar qabul qilish.
 - G. Surunkali yuqumli kasalliklar
 - D. Yuqoridagilarning barchasi.

2. Zaxmda regionar skleradenit qachon paydo bo'ladi?
 - A. Qattiq shankr paydo bo'lishidan oldin rivojlanadi.
 - B. Qattiq shankr bilan bir vaqtda rivojlanadi.
 - *V. Qattiq shankr paydo bo'lganidan bir hafta o'tgach rivojlanadi.
 - G. Qattiq shankr paydo bo'lganidan bir oy o'tgach rivojlanadi.
 - D. Qattiq shankrning paydo bo'lish muddatiga bog'liq emas.

3. Zaxm bilan og'rigan bemorlarda Vasserman reaksiyasi qachon ijobiy bo'ladi:
 - A. Zararlangandan 5-7 kun o'tgach.
 - *B. Qattiq shankr paydo bo'lganidan 2-3 hafta o'tgach.
 - V. Qattiq shankr paydo bo'lganidan 5-6 hafta o'tgach.
 - G. Qattiq shankr paydo bo'lganidan 1 hafta o'tgach.
 - D. Zararlangandan so'ng darhol.

4. Atipik qattiq shankrlarga quyidagilar kiradi:
 - *A. Shankr-panaritsiy
 - *B. Shankr-amigdalit
 - *V. Indurativ shish
 - G. Eroziv shankr
 - D. Yarali shankr

5. Qattiq shankr asoratlari quyidagilar kiradi:

*A. Balanit, balanopostit.

*B. Fimoz, parafimoz.

*V. Fagedenizm.

G. Indurativ shish.

D. Regionar skleradenit.

6. Birlamchi zaxmning qanday klinik shakllari farqlanadi?

*A. Seronegativ birlamchi zaxm.

B. Yangi birlamchi zaxm.

*V. Seropozitiv birlamchi zaxm.

G. Faol birlamchi zaxm.

*D. Yashirin birlamchi zaxm.

Moslikni aniqlang:

*A. Seronegativ birlamchi zaxm:

B. Seropozitiv birlamchi zaxm:

*a. Mintaqaviy adenit

b. Poliadenit

v. Musbat RV

*g. Manfiy RV

8. Quyidagilar o'rtasidagi moslikni aniqlang:

*A. Eroziv qattiq shankr:

B. Yarali qattiq shankr:

*a). Epidermis doirasidagi zich teri nuqsoni

b). Epidermis va derma doirasidagi zich teri nuqsoni

*v). Biroz ko'tarilgan aniq chegaralar

s). Aniq chegaralar tubidan yuqori ko'tarilgan

9. Zaxmda inkubatsiya davrining davomiyligiga qanday omillar ta'sir qiladi?

Moslikni aniqlang:

*A. Qisqarishi: a. Antibiotiklar qabul qilish

* b. Zaiflashgan immunitet

B. Cho'zilishi: * v. Alkogolizm

g. Immunomodulyatorlar qabul qilish

10. Zaxmning klinik shakllarining kechish ketma-ketligini aniqlang:

A. Birlamchi zaxm (1)

B. Ikkilamchi zaxm (2)

V. Uchlamchi zaxm (3)

G. Yashirin zaxm (4)

D. Visseral zaxm (5)

11. Birlamchi zaxmning kechish ketma-ketligini aniqlang:

- A. Mintaqaviy sklerenadenit (2)
- B. Qattiq shankrning paydo bo'lishi (1)
- V. Vasserman reaksiyasi manfiy (3)
- G. Vasserman reaksiyasi musbat (5)
- D. Poliadenit (4)

12. Ikkilamchi zaxmning kechish ketma-ketligini aniqlang:

- A. Holsizlik, adinamiya, bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi (1)
- B. Butun tana bo'ylab qo'shilishga moyil bo'lmagan rozeolali toshmalarning paydo bo'lishi (2)
- V. Pigmentli sifilidlar va soch to'kilishining paydo bo'lishi (4)
- G. Butun tana bo'ylab qo'shilishga moyil bo'lmagan papulyoz toshmalarning paydo bo'lishi (3)
- D. Ichki a'zolarining zararlanishi (5)

13. Ikkilamchi yangi zaxmning teridagi belgilari:

- A. Pufakchalar
- B. Shishlar
- V. Qatqaloqlar
- *G. Rozeolalar, papulalar
- D. Yaralar

14. Ikkilamchi qayta yuzaga kelgan zaxmning teridagi belgilari:

- A. Qattiq shankr
- B. Tugunlar
- V. Do'mboqchalar
- G. Yumshoq shankr
- *D. Tovon papulalari, rozeolalar, leykoderma

15. Zaxmning ikkilamchi davri qancha davom etadi:

- A. 1 oy
- B. 1 yil
- V. 10 yil
- *G. 2-3 yil
- D. 7 yil

16. Zaxm papulalarining turlari:

- *A. Keng kondilomalar
- B. Psoriazsimon
- V. Lentikulyar
- G. Zosterasimon
- D. O'tkir uchli kondilomalar

17. Ikkilamchi yangi zaxmda rozeolalar quyidagicha bo‘ladi:

A. Kindiksimon chuqurchali

*B. Qo‘shilmaydigan

V. Yirik o‘lchamli

*G. Yorqin rangli

*D. Ko‘p sonli

18. Gummalarning eng ko‘p uchraydigan joylashuvi:

A. Qo‘l kaftlari

B. Qattiq tanglay

*V. Burun to‘sig‘ining suyak qismi

G. Boldirlar

D. Tishlar

19. Quyidagilar o‘rtasidagi muvofiqlikni aniqlang:

*A. Ikkilamchi yangi zaxm:

B. Ikkilamchi qayta yuzaga kelgan zaxm:

1. Toshmalarning chegaralanganligi va ma‘lum joylarda joylashganligi

*2. Qo‘shilishga moyillikning yo‘qligi

*3. Qattiq shankr qoldiqlari

4. Elementlar sonining kamligi

5. Qo‘shilishga moyillik

* 6. Mayda va ko‘p sonli

20. Quyidagilar o‘rtasidagi muvofiqlikni aniqlang:

*A. Ikkilamchi zaxm:

B. Uchlamchi zaxm:

1. Do‘mboqchalar

*2. Poliadenit

*3. Psevdoleykoderma

4. Yara va chandiqlar hosil bo‘lishi

5. Tugunlar

*6. Diffuz soch to‘kilishi

21. Quyidagilar o‘rtasidagi muvofiqlikni aniqlang:

*A. Erta yashirin zaxm:

B. Kechki yashirin zaxm:

*1. 2 yildan kamroq vaqt oldin yuqtirilgan

2. 2 yildan ortiq vaqt oldin yuqtirilgan

*3. Keskin musbat KSRda reagenlarning yuqori titri (1:120, 1:360)

4. Keskin musbat KSRda reagenlarning past titri (1:5, 1:10, 1:20)

*5. Penitsillin bilan davolash boshlanishida kuchayish reaksiyasi kuzatiladi

6. Penitsillin bilan davolash boshlanishida kuchayish reaksiyasi kuzatilmaydi

22. Ikkilamchi zaxm davrlarining ketma-ketligini belgilang:

A. Qaytalanuvchi (3)

B. Yashirin (2)

V. Yangi (1)

23. Uchlamchi zaxmda gumma rivojlanishining ketma-ketligini belgilang:

1. Yulduzsimon chandiq (4)

2. Yara (2)

3. Ko'kimtir-qizil tugun (1)

4. Gumma o'zagining ajralishi (3)

24. Ikkilamchi qaytalanuvchi zaxmda toshmalar paydo bo'lish chastotasining ketma-ketligini belgilang:

A. Dog'li sifilid (1)

B. Papulyoz sifilid (2)

V. Sifilitik leykoderma (4)

G. Pustulyoz sifilid (3)

D. Tarqoq soch to'kilishi (5)

25. Sifilitik osteoxondrit quyidagi muddatgacha aniqlanadi:

A. 6 oygacha

*V. 3 oygacha

S. 1 yilgacha

D. 2 yilgacha

E. 3 yilgacha

26. Erta tug'ma zaxmning asosiy belgisi:

A. Qilichsimon boldirlar

V. Getchinson tishlari

*S. Sifilitik pufakcha

D. Oddiy pufakchali kasallik

E. Epidemik pufakchali kasallik

27. Erta tug'ma zaxmning laboratoriya tashxis mezonlaridan biri:

*A. Pufakcha tarkibida oqimtir spiroxetani aniqlash

V. Pufakcha tarkibida stafilokokklarni aniqlash

S. Pufakcha tarkibida streptokokklarni aniqlash

D. Pufakcha tarkibida gonokokklarni aniqlash

E. Pufakcha tarkibida leyshmaniyani aniqlash

28. Tug'ma zaxmni profilaktik davolash:

*A. Homiladorlikning birinchi yarmida maxsus davolangan homilador ayollarga o'tkaziladi.

V. Zaxm bilan kasallangan, maxsus davolangan, ammo profilaktik davo olmagan onalardan tug'ilgan bolalarga.

S. Homiladorlikning ikkinchi yarmida maxsus davolangan homilador ayollarga o'tkaziladi.

D. Maishiy aloqada bo'lgan shaxslarga

E. Jinsiy aloqada bo'lgan shaxslarga

29. Erta tug'ma zaxmning klinik belgilari:

A. Robinson-Furne chandiqlari

*V. Goxzingerning diffuz-papulyoz infiltratsiyasi

*S. Qo'l va oyoq kaftlarida asosida infiltrat bo'lgan pufakchalarning mavjudligi

D. Getchinson triadasi

*E. Rinit

30. Kechki tug'ma zaxmning ishonchli belgilari quyidagilar:

*A. Getchinson tishlari

V. Qilichsimon boldir

*S. Parenximatoz keratit

D. Egarsimon burun

*E. Zaxm labirintiti

31. Quyidagi belgilarning muvofiqligini aniqlang:

*A. Epidemik pufakcha:

V. Zaxm pufakchasi:

*a) qo'l va oyoq kaftlarining zararlanishi xos emas

v) kaftlar va tovonlarda joylashadi

*s) pufakchalar tarkibida stafilokokklar aniqlanadi

d) pufakchalar tarkibida oqish treponema aniqlanadi

*e) Nikolskiy simptomi ijobiy

j) serologik reaksiyalar musbat

32. Quyidagi belgilarning muvofiqligini aniqlang:

*A. Erta tug'ma zaxm:

V. Kechki tug'ma zaxm:

*a) zaxm pufakchasi

*v) zaxm riniti

*s) Goxzinger papulyoz infiltratsiyasi

d) Getchinson triadasi

e) egarsimon burun

j) qilichsimon boldirlar

33. Belgilarning muvofiqligini aniqlang:

*A. Kechki tug'ma zaxmning ehtimoliy belgilari:

V. Kechki tug'ma zaxmning ishonchli belgilari:

a) Getchinson tishlari

*v) olimpiya peshonasi

- *s) qilichsimon boldirlar
- *d) Robinson-Furne chandiqlari
- ye) parenximatoz keratit
- j) zaxm labirintiti

34. Zaxm rinitining bosqichlari to'g'ri ketma-ketligini ko'rsating:

- A. Kataral (1)
- V. Yarali-destruktiv (3)
- S. Sekretor (2)

11. Diffuz papulyoz infiltratsiya klinikasining to'g'ri ketma-ketligini ko'rsating:

- A. Chandiqlar hosil bo'lishi (4)
- V. Og'iz atrofida infiltrat paydo bo'lishi (2)
- S. Radial chuqur yoriqlarning hosil bo'lishi (3)
- D. Eritema paydo bo'lishi (1)

35. Parro falajining sabablarini ketma-ketlikda ko'rsating:

- A. Suyaklar metafizida oqish spiroxetalarning cho'kishi (1)
- V. Metafizda moddalar almashinuvining buzilishi (2)
- S. Suyak to'qimasining granulyatsion to'qima bilan almashinuvi (3)
- D. Metafizda suyak mustahkamligining pasayishi (4)
- E. Bo'g'im ichi sinishi (5)

36. Birlamchi zaxmda qanday terapiya o'tkaziladi:

- A. nospetsifik
- B. sinov
- V. preventiv
- *G. spetsifik
- D. profilaktik

37. Penitsillinning uzoq ta'sir etuvchi preparatlari quyidagicha yuboriladi:

- A. bir martalik usulda mushak ichiga
- B. bir martalik usulda vena ichiga
- V. bir martalik usulda teri ostiga
- *G. ikki bosqichli usulda mushak orasiga
- D. ikki bosqichli usulda teri ostiga

38. Tug'ma zaxmning oldini olish maqsadida homilador ayollarni homiladorlik davrida serologik tekshirish necha marta o'tkaziladi:

- A. bir marta
- *B. ikki marta
- V. uch marta
- G. to'rt marta
- D. besh marta

39. Qattiq shankr asoratlariga quyidagilardan tashqari barcha sanab o'tilganlar kiradi:

1. fimoz
 2. parafimoz
 3. gangrenlanish
 - *4. regional skleradenit
 5. eroziv balanopostit
40. Ikkilamchi qaytalanadigan zaxmda toshma elementlari quyidagilardan tashqari barcha sanab o'tilgan xususiyatlarga ega:
1. kam sonliligi
 2. xira ko'rinishi
 3. katta o'lchami
 - *4. guruhlashishga moyil emasligi

Vaziyatli masalalar

1-vaziyatli masala

60 kr Bemor 30 yoshda. Vazni ko'rsatilmagan. Ikki hafta oldin pastki labining qizil hoshiyasida yasmiqday kattalikdagi, yangi kesilgan go'sht rangidagi eroziya paydo bo'lgan. Paypaslaganda eroziya asosida qattiq infiltrat seziladi. Jag' osti limfa tugunlari kattalashgan, zich-elastik konsistensiyali. Vasserman reaksiyasi manfiy. Taxminiy tashxis qo'yish va uni aniqlash yo'llarini belgilang.

Namunaviy javob:

1. Birlamchi seronegativ zaxm.
2. Oqish treponemaning mavjudligini aniqlash uchun eroziya tarkibidan olingan nativ preparatni qorong'ilashtirilgan maydon mikroskopiyasida bakterioskopik tekshirish lozim.

2-vaziyatli masala

Shifokorga K. ismli bemor jinsiy a'zolar sohasidagi toshmalardan shikoyat qilib murojaat qildi. Obyektiv ko'rikda: olat tanasida 2 tiyinlik tangadek kattalikda, go'sht rangida, likopcha shaklidagi ikkita yara kuzatiladi. Paypaslaganda yara chetlari qattiq va og'riqsiz. Periferik limfa tugunlari kattalashgan, og'riqsiz, atrofdagi to'qimalar bilan yopishib ketmagan. Laboratoriya ma'lumotlari: RV (4+) (4+) (3+); RIF - 200 (3+); RIT - 1:180.

To'liq tashxis qo'ying.

Javob: Birlamchi seropozitiv zaxm.

3-vaziyatli masala

Konsultativ poliklinikaga 16 yoshli A. ismli bemor siydik chiqarishdagi qiyinchilik va jinsiy a'zolar sohasidagi kuchli og'riq shikoyatlari bilan xirurgga murojaat qildi. Anamnezidan ma'lum bo'ldiki, 45 kun oldin notanish ayol bilan jinsiy aloqada bo'lgan, 10 kun oldin esa kertmakning ichki qavatida yaracha paydo bo'lgan. Ob'ektiv ko'rikda: jinsiy olat kertmagi va boshchasining terisi to'q qizil, shishgan.

Kertmak teshigi toraygan, shu sababli siydik chiqarish qiyinlashgan. Chov limfa tugunlari yong‘oq kattaligida, og‘riqsiz, atrofdagi to‘qimalar bilan bitishmagan. Qanday kasallikni taxmin qilish mumkin? Jarrohning keyingi taktikasi qanday bo‘lishi kerak?

Javob: 1. Zaxmning birlamchi davri. Fimoz.

2. Venerolog maslahati.

3. Oqish treponemani aniqlash uchun qorong‘ilashtirilgan maydonli mikroskopda bakterioskopik tekshirish o‘tkazish maqsadida yaracha ajralmasidan nativ preparat tayyorlash lozim.

4. Qonni KBR, RIBT va RIF usullarida tekshirish.

Vaziyatli masala №4

LOR shifokoriga 25 yoshli ayol murojaat qildi. Og‘iz bo‘shlig‘i ko‘zdan kechirilganda bitta bodomsimon bez kattalashgani, yaqqol yallig‘lanish belgilari yo‘qligi, chegaralari aniq ekanligi aniqlandi. Harorat ko‘tarilishi va yutinganda og‘riq kuzatilmadi. Murtakni shpatel bilan paypaslaganda uning qattiqligi sezildi. Bo‘yin va jag‘ osti limfa tugunlari kattalashgan, yirik loviyadan to o‘rmon yong‘og‘igacha o‘lchamda, harakatchan, zich, atrofdagi to‘qima bilan bitmagan va og‘riqsiz. Qanday kasallikni taxmin qilish mumkin? LOR shifokorining keyingi taktikasi qanday bo‘lishi kerak?

Javob: 1. Zaxmning birlamchi davri. Shankr amigdaliti.

2. Venerolog maslahati.

3. Bodomcha bezlaridan ajralayotgan suyuqlikdan nativ surtma olib, qorong‘u ko‘rish maydonida oqargan treponemaning mavjudligini bakterioskopik tekshirish zarur.

4. Qonni KSR, RIBT va RIF usullari bo‘yicha tekshirish.

5-vaziyatli masala

Tug‘ruqxona akusherikasi dermatologga murojaat qildi. Uni 6 kun davomida samarasiz mahalliy davolanishdan so‘ng jarroh yo‘llagan. Ko‘rikda o‘ng qo‘lning ko‘rsatkich barmog‘i oxirgi falangasining to‘g‘nog‘ichsimon shishganligi kuzatiladi. Og‘riq seziladi, o‘tkir yallig‘lanish eritemasi yo‘q, patologik o‘choq konsistensiyasi zich. Tirsak limfa tugunlari yirik loviya kattaligida kattalashgan, og‘riqsiz, harakatchan. Qanday kasalliklarni taxmin qilish mumkin va tashxisni aniqlashtirish uchun nimalar qilish kerak?

Javob: 1. Zaxmning birlamchi davri. Shankr-panaritiy.

2. Qonni KSR, RIBT va RIF usullari bo‘yicha tekshirish.

3. Venerolog maslahati.

SO‘ZAK

So‘zak kasalligi yuqumli tanosil kasalligi bo‘lib, so‘zak so‘zi yunoncha «Gonorhoea» deb ataladi, bu yerda gono-urug‘, rhoea-esa oqish ma’nolarini anglatadi. Kasallikda asosan siydik-tanosil a’zolarining zararlanishi, ba’zan esa to‘g‘ri ichak, ko‘z, og‘iz shilliq qavatlarining ham zararlanishi holatlari kuzatiladi. So‘zak kasalligini qo‘zg‘atuvchisi bo‘lgan gonokokklarni 1879 yilda nemis olimi A. Neysser kashf etgan. So‘zak kasalligi tanosil kasalliklari ichida eng ko‘p uchraydigan kasallik bo‘lib, Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, dunyo bo‘yicha yiliga 200-250 mln. aholi ushbu xastalik bilan kasallanar ekan.

So‘zak kasalligini qo‘zg‘atuvchisi gonokok-diplokokklar (yunoncha diplos-juft demakdir) loviya shakli ko‘rinishida juft-juft bo‘lib joylashadilar, ularning botiq tomonlari bir-biriga qarab turadi, kattaligi eniga 0,7-0,8 mk, buyiga-1,25 mk hajmida bo‘ladi. Gonokokklar harakatsiz ko‘rinishdagi mikroorganizmlar bo‘lib, odatda sporalar hosil qilmaydi, ular inson organizmidan tashqaridagi sharoitlarga chidamsiz bo‘ladi, lekin qurimagan qalin yiringli oqmalar tarkibida, vakuum hosil qilib muzlatilgan sharoitlarda va nam ichki kiyimlarda, sochiqlarda bir sutkadan ortiq vaqt davomida o‘z hayotiyeligini saqlanib qolishlari mumkin. Gonokokklar 40-45°S dan yuqori harorat va dezinfeksiyalovchi eritmalar (1:100 nisbatdagi kumush nitrat eritmasi, yod va spirtlar) ta’sirida tezda nobud bo‘ladilar. Gonokokklarning tashqi qobig‘i, sitoplazmasi va membranasi uch qavatdan iborat bo‘lib, sitoplazmasida ko‘plab ribosoma donachalari, yadro kiritmalari joylashgan bo‘ladi. Gonokokklar odatda o‘zlarining yashab ko‘payishlari uchun ma’lum bir oziqali muhitlarni tanlaydi, shu sababli ham ular oddiy muhitlarda o‘smaydi. Ularning o‘sislari uchun oqsil moddasi albatta bo‘lishi zarur, masalan, aerob sharoitlarida 36-37°S da assit bul’oni va assit ular uchun eng yaxshi oziqali muhit bo‘lib hisoblanadi. Gonokokklar asosan silindrsimon epiteliy hujayralari bilan qoplangan shilliq qavatli muhitlarda yashaydi va ularni zararlaydi. Shu sababli so‘zak jarayoni siydik chiqaruv yo‘llari, bachadon bo‘yni, yo‘g‘on ichak pastki qismlari, qiz bolalarda qin, qin oldi sohalari, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda esa ko‘z kon’yunktivasi va muguz qavatlarining yallig‘lanishiga (gonoblennoreya) olib keladi.

Kasallikning asosiy yuqish yo‘li jinsiy yo‘l bo‘lib hisoblanadi. Kasallikni yuqish yo‘llaridan yana biri bu yaqin turmish tarzi aloqalari natijasida bo‘lib, kasallik bemorlar foydalangan buyum va jihozlar orqali (choyshab, sochiq, yuvinish vositalari va boshqalar) ham yuqadi. Bolalarga so‘zak kasalligi kattalardan ular bilan birga yotganlarida, umumiy hojatxonalardan, vannalardan va yuvinish anjomlaridan foydalanganlarida (agar shu joylarda so‘zak kasalligining yiringli oqmalari va tomchilari bo‘lsa) ham yuqishi mumkin. Bolalarga so‘zak kasalligi ularning tug‘ilish vaqtlarida bemor onalaridan tug‘ilish yo‘llari orqali yuqishi mumkin, bu vaqtda so‘zak infeksiyasi asosan tug‘iladigan bolalar ko‘z shilliq qavatlariga tushib

kasallikni (gonoblenoreya) yuzaga keltirishi mumkin. Baʼzan gonokokkli infeksiyaning butun organizmga tarqalish holatlari ham (gonokokkli sepsis) kuzatiladi. Eraklarda soʻzak kasalligining 3 xil klinik turlari, yaʼni yangi soʻzak (oʻtkir, oʻrtacha oʻtkir, torpid), surunkali soʻzak va yashirin (latent) soʻzaklar tafovut etiladi. Agar kasal boʻlish muddati 2 oydan oshmagan boʻlsa, yangi soʻzak deb ataladi. Yangi soʻzak kechishi boʻyicha oʻtkir, oʻrtacha oʻtkir va torpid xillariga boʻlinadi. Agarda kasallikni shakllanganligiga 2 oydan ortiq vaqt oʻtgan boʻlsa, u holda surunkali soʻzak, deb ataladi. Bunda soʻzak jarayonining kechishi chuqurlashadi, jarayon oʻchoqli tus oladi, hamda kasallikning asoratlari kuzatiladi.

Kasallikni klinik belgilari koʻpincha sust koʻrinishlarda boʻlib, ahyon-ahyonda qoʻzib turadi, jarayon uzoq yillar davom etishi mumkin. Kasallikning yana bir klinik turi mavjud boʻlib, uni yashirin soʻzak yoki gonokokklarni tashuvchanlik, deb ataladi. Soʻzak kasalligida asosiy patologik jarayon, odatda kasallik qoʻzgʻatuvchisi gonokokklarni birlamchi kirgan joylaridan boshlanadi. Shunga asosan, siydik tanosil aʼzolari (genital), ekstragenital va metastatik soʻzaklar tafovut etiladi. Metastatik soʻzak genital va estragenital soʻzak kasalliklari asoratlari boʻlib hisoblanadi. Gonokokklar aksariyat siydik-tanosil aʼzolari shilliq qavatlarining silindrik epiteliylarini (uretra, bachadon boʻyni, koʻz shilliq qavati, toʻgʻri ichak) zararlaydi. Gonokokklar tushgan yerda ular oʻsha zohotyoy hujayra vorsinkalariga mahkam yopishib oladilar, 3-4 kundan keyin ular subepitelial biriktiruvchi toʻqimalarga yetib boradilar va yalligʻlanish jarayonini yuzaga keltiradilar. Gonokokklar tushgan joylarga leykotsit, limfotsit va plazmatik hujayralar migratsiyasi boshlanadi va uretradan yiringli suyuqlik ajralishiga sabab boʻladi. Baʼzan mikroorganizmlar tuxum ortigʻiga tushib uni yalligʻlantiradi. Qoʻzgʻatuvchi limfogen yoʻl bilan ham oʻtishi mumkin. Jarayonni gematogen yoʻl orqali disseminatsiyalanishi ahyon-ahyonda qayd etiladi. Bemor organizmining immun hamda bakteriotsid himoya funksiyasi susayganida esa gonokokkli sepsis jarayoni ruy berishi mumkin.

Ayollarda gonokokklar avval siydik chiqarish kanalini, bachadon boʻynini, soʻngra esa bachadon va bachadon naylarini, hamda tuxumdonlarni zararlaydi. Gonokokklar ajratadigan gonotoksinlar tufayli bemorlarda bosh ogʻrishi, ishtahaning yoʻqolishi, kamqonlik holatlari kuzatiladi, bemorlarda boʻgʻimlar, asab tizimi hamda boshqa aʼzolarining ham zararlanishi holatlari kuzatiladi. Soʻzak kasalligi yuqqandan soʻng taxminan 3-5 kunlardan keyin xastalik oʻtkir soʻzak uretriti koʻrinishida kechadi. Siydik chiqaruv kanalining old qismida, tashqi chiqaruv teshigining shishishi, qizarishi, qichishishi kabi holatlar kuzatiladi, uretradan kelayotgan yiring kanal ogʻzida qotib qolishi natijasida siyish jarayonining qiyinlashishi holati kuzatiladi. Bemorlar siyish vaqtida ogʻriq, achishish holati, ereksiya vaqtida esa ogʻriqlarning kuchayishiga shikoyat qiladilar. Siydik chiqaruv kanalidan koʻp miqdorda sargʻish rangli yiringlar ajrala boshlaydi, gʻovak tana

ushlab ko‘rilganda uning qattiklashganligi, bosib ko‘rilganda esa og‘riqni sezish holatlari kuzatiladi. Yallig‘lanish jarayonining kuchayishi oqibatida ajralayotgan yiringli suyuqlik qon aralash bo‘lib, sarg‘imtir jigarrang tusga kiradi.

O‘tkir so‘zakning kechishi jarayonida yuqorida qayd etilgan jarayonlardan tashqari haroratning ko‘tarilishi, ishtahaning pasayishi, umumiy quvvatsizlik holatlari ham kuzatiladi. So‘zak kasalligini kechishi jarayonida uretra kanalining old qismi zararlanganmi yoki uni orqa qismi ham jarayonga jalb etilinganmi, ana shu holatni aniqlash maqsadida ikki likobchali sinama o‘tkaziladi. Buning uchun bemorlarni avval birinchi likobchaga, keyin esa ikkinchi likobchaga siydiriladi. Agarda uretra kanalining faqat old qismi zararlangan bo‘lsa, u holda yiringli massa siyish vaqtida siydik oqimi bilan yuvilib birinchi likobchaga tushadi va u loyqalangan ko‘rinishda bo‘ladi, ikkinchi likobchadagi siydikning ko‘rinishi esa tiniq holda qolaveradi. Agarda uretra kanalining orqa qismi ham zararlangan bo‘lsa, u holda ikkala likobchalardagi siydikning ko‘rinishi loyqalangan bo‘ladi (total uretrit). Agarda so‘zak kasalligiga davo choralari o‘tkazilmagan bo‘lsa, u holda kasallikning uchinchi haftalariga kelib bemorlar salbiy shikoyatlari, yallig‘lanish alomatlari, uretra kanalidan yiringli ajralmalar o‘z-o‘zidan kamayadi. Taxminan kasallikning 3-4 haftalari oxirlariga kelib, yallig‘lanish jarayoni uretra kanalining old qismidan uning orqa qismiga o‘tadi, oqibatda total so‘zak uretriti avj oladi. Natijada bemorlar tez-tez siyadilar, siyganlarida og‘riqni sezadilar, siydik tarkibi qon aralash tus oladi (terminal gematuriya).

So‘zak kasalligini torpid ko‘rinishdagi kechishida, uretra kanalining old qismi zararlanganda siydik chiqaruv kanali atrofida shish, qizarish holatlari unchalik namoyon bo‘lmaydi, ajralayotgan oqma miqdori kam, shilimshiq, yiringli bo‘lib, uning ajralishi asosan faqat ertalabki paytlarda kuzatiladi xolos. Bemorlar ko‘pincha siyishlaridan oldin shu sohalarida achishish, qichishish kabi holatlarga shikoyat qiladilar. Siydik chiqaruv kanali orqa qismining ham yallig‘langanligi holatini ikki likobchali sinama orqali aniqlanadi, bu vaqtda har ikkala likobchalardagi siydik loyqalangan ko‘rinishlarda buladi.

Yangi so‘zakning kechishi nafaqat o‘tkir so‘zak uretriti, torpid so‘zak uretritlari ko‘rinishlarida, balki o‘rtacha o‘tkir uretriti ko‘rinishlarida ham kechadi, bunday holatlarda kasallik belgilari yuqorida aytilgan har ikkala so‘zak uretriti kechishining oralig‘ida bo‘lgan ko‘rinishlarida kechadi. So‘zak kasalligi bilan xastalangan bemorlar o‘z vaqtida davolanmasalar yoki pala-partish davolansalar, shuningdek, parhez va davo rejimlariga rioya qilmasalar u holda kasallikning kechishi o‘tkir so‘zak ko‘rinishidan surunkali so‘zak ko‘rinishiga o‘tadi. Shuni ta’kidlash lozimki, surunkali so‘zak o‘zining sub’ektiv va ob’ektiv belgilari bilan xuddi torpid so‘zakka o‘xshab ketadi.

Surunkali so‘zakka chalingan bemorlarning 60% da kasallik kam ifodalangan belgilar bilan kechadi. Ba‘zan esa surunkali so‘zak kasalligi qo‘zg‘alib turadi, bunday holat ayniqsa, bemorlar achchiq, sho‘r taomlar iste‘mol qilganlarida, spirtli ichimliklar ichganlarida va jinsiy aloqada paytida kuzatiladi. Jarayon qo‘zg‘alganda kasallikning klinik ko‘rinishlari xuddi o‘tkir yoki o‘rtacha o‘tkir so‘zak kechishlariga o‘xshab ketadi. Kasallikning surunkali kechgan hollarida ekssudativ yallig‘lanishlarga proliferativ o‘zgarishlar ham qo‘shiladi, natijada shilliq qavatlar ostidagi infiltratlar o‘choq-o‘choq bo‘lib joylashadi. U joylardagi limfoid va plazmatik hujayralar bilan birga fibroblastlar paydo bo‘ladi. Ba‘zan yumshoq infiltratli, ba‘zan esa qo‘shma to‘qimali qattiq infiltratlar vujudga keladi. So‘zak kasalligining kechishi oqibatida ko‘pincha erkaklarda kasallik asoratlari qolishi holatlari kuzatiladi.

Erkaklarda so‘zak kasalligi oqibatida uretra yonidagi yo‘lchalarning yallig‘lanishi (parauretrit), zakar boshchasi va jinsiy olat qalpog‘i ichki yuzasining yallig‘lanishi (balanopostit), ko‘per bezlarining zararlanishi (kuperit), prostata bezining yallig‘lanishi (prostatit), moyak ortig‘ining kasallanishi (epididimit), urug‘ pufakchasining zararlanishi (vezikulit), siydik pufagining yallig‘lanishi (sistit), moyaklarning zararlanishi (orxit) buyrak va buyrak jomlarining yiringli yallig‘lanishi (pielonefrit) kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. So‘zakning ekstragenital asoratlari asosan metastaz yo‘li bilan rivojlanadi hamda so‘zakli sepsis, endokardit, bo‘g‘imlarning zararlanishi, asab tizimi va terining zararlanishi ko‘rinishlarida namoyon bo‘ladi. Yangi so‘zak kasalligida asoratlar kam hollarda kuzatiladi, surunkali so‘zakda esa deyarli barcha hollarda u yoki bu turdagi asoratlar paydo bo‘ladi.

So‘zak kasalligi asoratlarini aniqlash nafaqat diagnostik ahamiyatga ega bo‘ladi, balki kasallik tabiatini bilish, davolash rejasining to‘g‘ri tuzilishiga ham imkoniyat yaratib beradi. So‘zak asoratlari ko‘pincha gonokokklarning o‘zidan vujudga keladi, shu bilan bir qatorda qo‘shilib keladigan yuqumli mikroorganizmlar va boshqa allergik jarayonlar ham so‘zak asoratlarining qisqa muddat ichida shakllanishiga va xilma-xil bo‘lishiga sababchi bo‘lishi mumkin. Eng ko‘p uchraydigan so‘zak asoratlaridan biri bo‘lib prostata bezining yallig‘lanishi prostatitlar hisoblanadi. Prostata bezining zararlanishi odatda orqa uretraga o‘tgan gonokokklarning bez chiqaruv yo‘llariga tushishi oqibatida shakllanadi. Ba‘zan gonokokklar limfogen va gematogen yo‘llar bilan ham prostata beziga o‘tishi mumkin.

So‘zak prostatitining klinik belgilari xuddi uretra kanalining orqa qismi yallig‘langanidek ko‘rinishlarda namoyon bo‘ladi, ya‘ni bemorlar ahvoli yomonlashib, darmonlari quriydi, ishtaxalari pasayadi, chov sohasi oralig‘ida og‘riq, ichning dam bo‘lishi, qabziyat holatlari kuzatiladi. Bemorlar tana haroratlari 38-39°S gacha ko‘tariladi, kechalari tez-tez zahar tang qilib, ikki likobchali sinamada

siydikning har ikkala kismida loyqalanish, cho'kmalarida yiring bo'lishi holati kuzatiladi. Kasallikning kechish darajasiga qarab, o'tkir va surunkali prostatitlar tafovut etiladi. Kasallikning tabiati va bezning yallig'lanish darajasiga qarab esa kataral, follikulyar va parenximatoz prostatitlar tafovut qilinadi. Kataral prostatitda yallig'lanish o'chog'i asosan bez bo'lmachalarining chiqaruv yo'llari sohalarida kuzatiladi. Prostata bezi paypaslab ko'rilganda patologik o'zgarishlar deyarli sezilmaydi. Faqatgina bez suyuqligi mikroskop ostida tekshirilganda katta miqdorda leykotsitlar borligi aniqlanadi va lesitin donachalarining kamayganligi ma'lum bo'ladi. Follikulyar prostatitda esa bez sohasida bilqillaydigan og'riqli o'smalar yoki chegaralangan tugunlarni paypaslab ko'rish mumkin bo'ladi. Bemorlar oraliq sohasida og'riqni sezish, urug' otilish muddatining tezlashganligi, jinsiy olatning sust taranglashishi, jinsiy qoniqish sezgisining pasayganligi kabi holatlarga shikoyat qiladilar. Parenximatoz prostatitning kechishida esa yuqorida sanab o'tilgan jarayonlar kuchayishi va bemorlar shikoyatlarining ko'payishi kuzatiladi. Bemorlar siyganlarida achishish, qichishish, uretradan shilliq-yiringli suyuqlikning ahyon-ahyonda kelishi holatlari kuzatiladi va ular kayfiyatining buzilishi holatlari kuzatiladi. Jinsiy ojizlik belgilarining ko'payishi bemorlarga uyqu bermaydi. Bez suyuqligida ko'p miqdorda leykotsitlar topilishi bilan birga lesitin donachalarining keskin kamayib ketganligi holati ham aniqlanadi. Prostatitning so'zakka aloqador ekanligini isbotlash uchun uretral suyuqlikdan tayyorlangan surtmalarda gonokokklarni topish lozim, agarda bakterioskopik usullar foyda bermasa, u holda kultural tekshiruv usullari yordam beradi.

Ayollar so'zagi o'zining klinik ko'rinishi va kechishi jihatidan erkaklarnikidan biroz farq qiladi, bu holat erkak va ayollar siydik-tanosil a'zolarining tuzilishidagi tafovutlarga bog'liq bo'ladi. Ayollar so'zagi 75-80% holatlarda sub'ektiv shikoyatlarsiz asimptom ko'rinishlarda kechadi. Ularda so'zak infeksiyasi uretra, bartolin bezlari, bachadon bo'yni, shuningdek, to'g'ri ichakning bir yo'la shikastlanishi ko'rinishlarida kechadi.

Qiz bolalar so'zagi

Qiz bolalarda so'zak kasalligining uchrash holati asosan 2-8yoshlarda kuzatiladi. Qiz bolalar so'zak kasalligini ushbu kasallik bilan xastalangan bemor onalaridan, qarindoshlaridan yoki o'zlariga qaraydigan ayollardan, odatda nojinsiy yo'llar orqali yuqtirib oladilar. Shaxsiy va umumiy sanitariya qoidalari buzilganda, shuningdek, so'zak kasalligi bilan xastalangan bemorlar bilan bir o'rinda yotilganda, yiringli ajralmalar bilan ifloslangan vannalar, hojatxona anjomlari, artinish sochiqlari orqali ham kasallik yuqishi mumkin. Kasallikni qiz bolalarga bunday yo'llar orqali yuqishi 85-95% holatlarda kuzatiladi.

So'zak kasalligi bilan xastalangan bemor qiz bolalar asosiy qismining kasallikni yuqtirish manbalari bo'lib ularning onalari hisoblanadi. Qiz bolalarning

80-93% da so‘zak kasalligi o‘tkir kechadi. Ayollar so‘zagi kechishidan farqli o‘laroq, qiz bolalarda kasallik asosan, siydik-tanosil a‘zolarining ko‘p qavatli yassi epiteliyi bilan qoplangan sohalari zararlanadi. Bachadon va ortiqlarining zararlanishi esa odatda kuzatilmaydi. Kasallikning inkubatsion davri qisqa, taxminan 3 kun davom etadi, yallig‘lanish jarayoni ko‘p o‘choqli bo‘lib, bemorlarning deyarli 100% da qin va qin dahlizi, 85% da uretra kanali, 50-82% da to‘g‘ri ichakning quyi qismlari shilliq qavatlarining zararlanishi holati kuzatiladi. So‘zak kasalligi jinsiy a‘zolar va orqa chiqaruv teshigi sohasida kuzatiladigan og‘riq, achishish, qichishish kabi belgilar bilan boshlanib, bemor qizlarning umumiy haroratlari ko‘tariladi, tez-tez siyish, siygan vaqtlarida achishish holatlari bezovta qiladi. Kichik jinsiy lablar terisida, qin dahlizi, qinning devori, siydik chiqarish naychasi va to‘g‘ri ichakning pastki qismlarida yallig‘lanish belgilari kuzatiladi.

Bundan tashqari katta uyatli lablar va oraliq terisida ham qizarish, shishish kabi belgilar namoyon bo‘ladi. Jinsiy yoriqdan oqqan yiringli suyuqlik jinsiy lablar sohasida qurishi natijasida sarg‘imtir-jigar rang qatqaloqlar hosil bo‘ladi. Qin dahlizida mayda eroziyalar paydo bo‘lishi mumkin. Ba‘zan o‘tkir yallig‘lanish jarayoni oqibatida qinning devori, uretraning og‘zida polipoz o‘simtalarning rivojlanganligini ko‘rish mumkin. Vulvovaginitga duchor bo‘lgan qiz bolalarning barchasida uretrit belgilari kuzatiladi, ya‘ni uretra kanalining tashqi chiqaruv teshigi qizarishi, shishishi va kengayishi holati kuzatiladi. Siydik yo‘lining pastki devori bosib ko‘rilganda undan yiringli suyuqlik ajralishi holati qayd etiladi. Qiz bolalar tez-tez siydik ajratib turadilar, ba‘zan ular siydikni tutib tura olmaydilar. So‘zak 3-7 yoshli qiz bolalarda bartolinit va endotservitsit kabi asoratlarni berishi mumkin, bunday hollarda bu bezlarning kattalashganligini, chiqaruv yo‘llari sohasida esa qizil nuqtalarni yaqqol ko‘rish mumkin.

Bachadon bo‘yni qizargan va shishgan ko‘rinishlarda bo‘lib, uning og‘zidan yiringli suyuqlik ajralib turadi, atrofida esa mayda-mayda eroziyalar kuzatiladi. Qiz bolalarda so‘zak kasalligi diagnozini qo‘yish uchun yiringli oqmalardan olingan surtmalarda albatta gonokokklar topilishi lozim. So‘zak kasalligiga tashxis qo‘yilishida bakterioskopik va bakteriologik usullar hal qiluvchi rol o‘ynaydi. Bakterioskopik tekshiruv usul orqali tashxis qo‘yilishida bemorlarni siydik chiqaruv yo‘lidan ajralayotgan yiringli suyuqlikdan surtma tayyorlab, uni Gramm usulida bo‘yaladi (gonokokklar grammanfiy tarzda bo‘yaladi) va mikroskop ostida tekshiriladi, so‘zak qo‘zg‘atuvchisi diplokokklarning topilishi kasallik tashxisini tasdiqlaydi. Shuningdek, gonokokklarning hujayra ichida joylashganligi, ularni juft-juft, loviyasimon shakllarda bo‘lishi va boshqa belgilari orqali kasallikning asl tabiati aniqlanadi. Xuddi shunday tekshiruvlar bakteriologik usullar yordamida ham olib boriladi, sun‘iy ozuqa sharoitlarida o‘ziga xos ko‘rinishlarda so‘zak kasalligi qo‘zg‘atuvchisi koloniyalarining paydo bo‘lishi holati kasallik tashxisini tasdiqlab beradi.

So‘zak kasalligini davolash

So‘zak kasalligini davolash maxsus ishlab chiqilgan uslubiy qo‘llanma asosida olib boriladi. Mazkur qo‘llanmaga asosan kasallikni davolashda antibiotiklar, sulfanilamidlar, spesifik va nospesifik immun dori vositalari, shuningdek, mahalliy davo choralari qo‘llaniladi. Antibiotik dori vositalaridan penitsillin tuzlari, levomitsetin, tetrasiklin, eritromitsin, monomitsin va kanamitsinlar ishlatiladi. Ko‘pincha penitsillin va uning uzaytirilgan ta’sir etish xususiyatiga ega hosilalari qo‘llaniladi. Benzilpenitsillinlar 300 000 TB dan har 4 soatda mushak orasiga, Bitsillin -1,3,5, lar 1 200 000 TB dan har 48 soatda mushak orasiga yuboriladi, jami davo kursining hajmi 3 000 000 mln. TB tashkil etadi. Keyingi yillarda so‘zakni davolashda sefalosporin dori vositalaridan seporin, sefamizin, kefzol, sefuroksim, sefoleksin kabilardan ham foydalanilmoqda. Sulfanilamid dori vositalaridan sulfomonometoksin, sulfadimetoksin, sulfaton va biseptol-480 kabilar ham keng qo‘llaniladi.

Immunologik davo choralari o‘tkazilayotganda gonovaksina, pirogenal, prodigiozan, autoqon va vitaminlardan foydalaniladi. Yangi o‘tkir, o‘rtacha o‘tkir asoratsiz so‘zak kasalliklarini davolashda faqat antibiotik dori vositalaridan foydalaniladi. Yangi torpid va surunkali asoratsiz kechadigan so‘zak bilan xastalangan bemorlarni davolashda dastlab immun davo vositalari, so‘ngra esa antibiotiklar tavsiya etiladi, bu vaqtda antibiotiklardan penitsillin guruhi qo‘llaniladi, jami davo kursi 4,2-6 mln. TB qilib belgilanadi. Yangi va surunkali so‘zak qoldiradigan asoratlarni davolashda ham dastlab immun davo vositalari, so‘ngra esa antibiotiklar qo‘llaniladi.

Ammo so‘zakning bunday murakkablashgan turlarida antibiotiklarni tanlashdan oldin ularga nisbatan gonokokklarning sezuvchanligi holatini aniqlash lozim. Shu bilan birga so‘zak asoratlarning turiga qarab u yoki bu xil mahalliy davo choralari ham (uretrani yuvish, prostata bezini uqalash, moyak xaltasi-yorg‘oqqa suspensoriy kiygizish va hokazo) o‘tkaziladi. Sulfanilamid dori vositalari asosan surunkali asoratlar qoldiradigan so‘zak kasalligi bilan xastalangan bemorlarda antibiotiklarga nisbatan chidamlilik holati bo‘lganda yoki noxush belgilar kuzatilganda qo‘llaniladi. Yashirin so‘zakda davo navbat bilan immun dori vositalari va antibiotiklar bilan o‘tkaziladi, bunday hollarda bir vaqtning o‘zida ikki turdagi antibiotiklarni qo‘llash mumkin.

Bolalarda so‘zak kasalligini davolayotganda, davo choralari kasalxona sharoitlarida olib borilishi lozim. Qiz bolalarning yangi, asoratsiz so‘zagi kasalligida antibiotik (penitsillin 500 000 TB dan) har 3 soatda mushak orasiga yuboriladi, jami davo kursi 2 mln. TB ni tashkil etadi. Yangi asoratli va surunkali so‘zak kasalliklarini davolashda penitsillin dori vositasining umumiy miqdori 4 mln. TB gacha, eritromitsin dori vositasining miqdori esa 6-8 mln. gacha yetkaziladi. Biroq

kerakli natija olish maqsadida antibakterial davoga qadar immun davo choralari (4 yoshdan katta bo'lgan qiz bolalarda) o'tkaziladi. Qin va to'g'ri ichak sohalari 1-2-3% protargol yoki kollargol eritmalari bilan yuviladi, bachadon bo'yni sohasiga ixtiol malhamining 5-10%li glitserinli eritmasi surtiladi.

So'z akka qarshi davo choralari o'tkazilgandan 7-10 kun o'tgach, bemorlarda davolanganlik haqidagi mezonlar aniqlanadi, buni aniqlash uchun provokatsiya (kasallikni sun'iy qo'zg'atish) usullaridan foydalaniladi. Kasallikni sun'iy qo'zg'atishning biologik (mushak orasiga gonovaksinani yuborish, katta yoshdagi bemorlarga 0,5 mlrd., bolalarga esa 200 mln.- 300 mln. mikrob tanachalari miqdorida), kimyoviy (1-3% kumush nitrat eritmasi mahalliy qo'llaniladi), alimentar (o'tkir va sho'r taomlar iste'mol qilish), mexanik (uretraga bujlar kiritish), fizik (turli isituvchi muolajalar o'tkazish) usullari qo'llaniladi. Qo'shma provokatsiya usullari o'tkazilgandan so'ng 24, 48, 72 soat o'tgach, bemorlardan 3 marta surtmalar tayyorlanib, bakterioskopik tekshiruvlardan o'tkaziladi. Shuningdek, sun'iy ozuqa sharoitlarida ekib o'stirish usullari ham qo'llaniladi, prostata bezining suyuqligi holati tekshiriladi va uretroskopiya qilinadi. Agar surtmalarda, oziqli muhitlarda, jinsiy bezlar suyuqligida va siydik yo'llarida kasallik belgilari kuzatilmasa, ularda shuningdek, gonokokklar topilmasa, tekshirilayotgan bemorlar sog'lom, deb topiladi va ular butunlay davolangan, deb hisoblanadilar.

So'zaksiz vulvovaginitlar

Vaginitlar ichida gonokokksiz vaginitlar 96 %ni tashkil etadi. Vaginitning bunday xillari bilan asosan 2 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan qiz bolalar ular genital a'zolari tuzilishining o'ziga xosligi tufayli (katta va kichik uyatli lablarni yaxshi rivojlanmaganligi, shilliq qavatlarning tekis bo'lmashligi va kuchsiz ishqoriy tabiatga ega bo'lganligi sababli) ko'proq kasallanadilar. Ye.N.Turanovning tasnifi bo'yicha gonokokksiz vulvovaginitlar infeksiyon vaginitlar (bakterialnie, trixomonadali, mikotik, virusli) va infeksiyasiz vaginitlarga (anemiya, yurak-qon tomir kasalliklari, moddalar almashinuvi, avitamioz, nevrozlar bilan birgalikda kechadigan vaginitlar, gijja invaziyasi simptomi vaginitlari, termik, kimyoviy va mexanik tasirotlardan so'ng bo'ladigan vaginitlar, qinda bo'ladigan o'smalar yuzasidan vujudga keladigan vaginitlar)ga bo'linadi.

Infeksiyon vaginitlar bakteriyali, trixomonadli, mikotik va virusli bo'lib, ularni qo'zg'atuvchilari streptokokklar, stafilokokklar, diplokokklar, ichak tayoqchasi, pnevmokokklar, Leffler tayoqchasi, shartli-patogen floralari bo'lib hisoblanadi. Infeksiyon vaginitlarni vujudga kelishiga disbakterioz holatlari, glyukokortikoid dori vositalari bilan uzoq vaqt davomida davolanish, noto'g'ri ovqatlanish,

gipovitaminoz holatlari va boshqa omillar asosiy o‘rin tutadi. Ko‘p miqdorda yiringli ajratmalar natijasida vujudga keladigan shilliq qavatlardagi qizarish va shish holatlari ayrim holatlarda anogenetal teri sohalarining yallig‘lanish jarayoniga jalb etilishiga olib keladi.

Gonokokkli vaginitlardan farqli o‘laroq, gonokokksiz vaginitlarda uretra kanali yallig‘lanish jarayoniga kamroq jalb etiladi, jarayonning kechishi o‘tkir tarzda namoyon bo‘lmaydi, ularning kechishi siklik ko‘rinishda bo‘lib, qaytalanishga moyil bo‘ladi. Kasallikni keltirib chiqaradigan sabablariga ko‘ra kasallikning klinik ko‘rinishi o‘ziga xos ko‘rinishlarda namoyon bo‘ladi, masalan, skarlatina kasalligida kuzatiladigan vaginitlarda shilliq qavatlar tarqoq qizargan va shishgan ko‘rinishlarda bo‘lib, suyuq yiringli ajratmalar bilan qoplangan bo‘ladi. Bundan tashqari shilliq qavat yuzalarida paypaslab ko‘rilganida og‘riydigan eroziyalar va yaralar paydo bo‘ladi.

Dizenteriya kasalligini qo‘zg‘alish davrida uzoq vaqt qaytalanish bilan kechadigan dizenteriyali vaginitlar kuzatiladi. Trixomonadali vaginitni qo‘zg‘atuvchisi bo‘lib qin trixomonadasi trichomonas vaginalis hisoblanadi. Yangi tug‘ilgan qiz bola chaqaloqlar tug‘ilish paytida onalaridan, kattaroq yoshlarda esa agar ular onalari bilan birga bir o‘rinda yotsalar kasallikni yuqtirishlari mumkin. Shaxsiy gigiena jihozlari umumiy tarzda ishlatilganda ham kasallik yuqib qolishi mumkin. Kasallikning klinik ko‘rinishi boshqa gonokokksiz vaginitlarga juda o‘xshash bo‘ladi, ya‘ni tashqi jinsiy a‘zolar sohasida tarqoq ko‘rinishda qizarish, shish, ko‘p miqdorda ko‘piksimon, oqish yoki yashil-sariq rangli ajratmalar kuzatiladi, bemorlarni siyish paytlarida qichishish, achishish kabi salbiy holatlar bezovta qiladi. Jarayonga bachadon bo‘yni va uretra kanali jalb etilishi mumkin. Kasallikni tashxisi surtmalarda trixomonadalarning topilishi bilan tasdiqlanadi.

Trixomonadali vaginit kasalligi davosi metronidazol dori vositasini qo‘llash orqali amalga oshiriladi: dori vositasi 7 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan bolalarga kuniga 0,25 g dan (2 marta qabulga), 10 yoshdan 15 yoshgacha – kuniga 0,5 g dan 5-7 kun davomida tavsiya etiladi. Metronidazolni 0,75% li gel ko‘rinishdagi vositasi qin orasiga kuniga 1 mahaldan kechqurunlari 5 kun davomida yuboriladi.

Mikotik vaginitlar Candida sinifiga mansub bo‘lgan achitqili zamburug‘lar tomonidan chaqiriladi. Kasallikni vujudga kelishiga turli xil o‘tkir yuqumli kasalliklar, kamqonlik, qandli diabet va surunkali kasalliklar sabab bo‘ladi. Kasallik belgilari qin va qin oldi sohalarining qizarishi, ko‘p bo‘lmagan miqdorda ajratmalar ajralishi hamda shilliq qavatlarda oson ko‘chadigan oq rangli pardalarning paydo bo‘lishi ko‘rinishida kechadi. Bemorlarni ko‘rinarli darajada bo‘lgan qichishish bezovta qiladi. Shilliq qavatlardan olingan surtmalarni mikroskopik tekshirishlar natijasida Candida albicans zamburug‘lari topiladi. Mikotik vaginit kasalligida esa flukunozol dori vositasi bolalarga 1 kg tana og‘irligiga 1-2 mg dan 1 marta

yuboriladi, mahalliy esa klotrimazol kremi intravaginal kechqurinlari 7 kun davomida surtiladi.

Virusli vaginitlar asosan gripp va qizamiq kasalliklaridan so'ng kuzatiladi. Mikroskopik tekshiruvlar natijasida ma'lum bir ko'rinishda bo'lgan flora kuzatilmaydi, ammo kasallikni klinik ko'rinishi so'zakli vulvovaginitni eslatadi, jarayon serozli-yiringli ajratmalar ajralishi va ko'pincha uretraning patologik jarayonga jalb etilishi bilan kechadi. Gerpetik vaginitlar asosan 2 turda bo'lgan oddiy herpes viruslari ta'siri natijasida vujudga keladi. Klinik belgilari shilliq qavatlarning o'choqli ko'rinishda qizarishi hamda eroziya va yaralarning hosil bo'lishi ko'rinishida kechadi. Gerpetik vaginitlarda esa asiklovir dori vositasi 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga kattalarga belgilanadigan dori vositasini S qismi nisbatida tavsiya etiladi, 2 yoshdan keyin esa kuni 200 mg dan 5 mahal 5 kun davomida tavsiya etiladi. Mahalliy esa 5% li asiklovir malhami yoki glitsirizin kislotasi kuniga 5 mahaldan 5 kun davomida purkaladi.

Mikoplazmali vaginitlarni mikoplazmalar chaqiradi. Mikoplazmalar shartli-patogen tabiatli floraga ega bo'lib, asosan hujayra ichida ko'payib, sitopatogen ta'sir ko'rsatadi va o'tkir hamda surunkali kasalliklarni chaqiradi. Ular ichida *Mycoplasma hominis*, *M. pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*lar ko'proq patogenlik ta'sir etish xususiyatiga ega. Kasallikning klinik ko'rinishi oz miqdordagi ajratmalarning ajralishi, dizuritik belgilarning kuzatilishi va uretra labini qizarishi, terminal halqa kuzatilishi, qin shilliq qavatining qizarishi, servikal kanaldan esa shilliq ajratmalarning ajralishi ko'rinishida kechadi.

Infeksion vaginitlarning davosi etiologik omillarga qaratilgan bo'lib, antibiotiklarni qo'llashdan hamda bir vaqtning o'zida mahalliy davolarni o'tkazilishidan iborat bo'ladi. Bu borada albatta yo'ldosh kasalliklarni davolash va organizmni himoya qilish xususiyatini ko'tarish muhim ahamiyat kasb etadi. Bolalarni bolalar muassasalariga qabul qilinayotganda ular xar taraflama tekshiruvlardan o'tkazilishlari lozim. Qiz bolalarni bemor onalari bilan kontaktda bo'lishlarini oldini olish lozim. Qiz bolalar alohida yotishlari, ular alohida o'zlarining sochiqlari, mochalkalari, tuvaklariga ega bo'lishlari kerak. Tavsiya bo'yicha ularda surunkali o'choqli infeksiyalarni sanatsiya qilish, gijjalarni haydash, yo'ldosh kasalliklarini esa davolash lozim.

Noinfeksion vaginitlar qiz bolalarda qin va qin oldi sohalarining kuchsiz qizarishi, oz miqdordagi shilliq-seroz ko'rinishida bo'lgan kul-rang ajratmalarning ajralishi bilan namoyon bo'ladi, mikroskopik tekshiruvlar o'tkazganilganda esa banal mikroflora, epiteliy hujayralari va leykotsitlar aniqlanadi. Gijjali vaginitlar asosan enterobiozlar ta'sirida kelib chiqib, shilliq qavatlarning yallig'lanishiga va kuchli qichishish holatlariga olib keladi. Bu vaqtda gijjalar to'g'ri ichakdan o'rmalab kelib qin mikroflorasi tarkibiga kiradi va yallig'lanish jarayonini kuchaytiradi. Shu

bilan birga perianal teri sohalari ham yallig‘lanadi, natijada kuchli, ayniqsa, kechqurunlari kuzatiladigan kuchli qichishishlar kuzatiladi, oxir-oqibatda bemor bolalar yomon uxlaydilar, bezovtalanadilar, xarxasha qiladilar, ularda nevrotik holatlar vujudga keladi. Bunday hollarda 6-7 kun davomida bemor bolalar uxlashlaridan oldin tozalovchi klizmalar qilinadi. Dekaris (levamizol) dori vositasi bemor tana og‘irligiga nisbatan 2,5 mg dan chizma asosida tavsiya etiladi. Shaxsiy gigiena qoidalariga e‘tibor berilishi nazorat qilinadi. Termik, kimyoviy va mexanik ta’sirlar natijasida vujudga keladigan vaginitlar asosan issiq muolajalar, qaynoq vannalar qabul qilinganda, o‘tkir ta’sir etuvchi dori vositalari ishlatilganda, qin ichiga har xil begona jismlarni kirgizilganda vujudga kelib, kasallik belgilari uzoq vaqt davomida yiringli yoki shilliqli ko‘rinishdagi qo‘lansa hidli ajratmalar tarzida namoyon bo‘ladi. Noinfeksion vaginitlarning oldini olish ularni keltirib chiqaradigan sabablarini aniqlash va ularni o‘z vaqtida davolashdan iborat bo‘ladi. Bu borada bemor bolalarga qo‘llaniladigan muolajalarda eritmalar haroratini, ularning konsentratsiyasini doimo nazorat qilish lozim bo‘ladi.



Rasm 1. o‘tkir so‘zak Rasm 2. o‘rtacha o‘tkir so‘zak

Tekshiruv savollar:

1. So‘zak va gonoblenoreya kasalligining etiologiya, patogenezi;
2. Sukzak kasalligida siydik chiqaruv sistemasi shilliqli qavatlarida patomorfologik o‘zgarishlar;
3. So‘zakni tasniflanishi.
4. So‘zak kasalligining nozologik shakllari
5. Kasallikning boshlanishi va klinik belgilari
6. Kasallikga xos bo‘lgan simptomlar va kasallik asoratlari. .
7. So‘zakning taqqoslov tashxisoti;
8. So‘zak kasalligini davolash;
9. Dispanser nazorati

10. Profilaktikasi.

Testlar

1. So'zakni kuzgatuvcisi:
 - A. Gonokoklar
 - V. Diplakoklar
 - S. Streptakoklar
 - D. Stafilakoklar
 - E. Trixomonadalar

2. Kuydagi so'zakni klinik turlari fark kilinadi (notugri javobni toping):
 - A. Surunkali so'zakli otit
 - V. Yangi so'zakli oldingi uretrit
 - S. Yangi so'zakli total uretrit
 - D. Surunkali so'zakli vulvovagenit, endometrit
 - E. Surunkali so'zakli paroproktit

3. Erkaklar so'zagida uchraydigan asoratlari(notugri javobni toping):
 - A. Ofarit
 - V. Prostatit
 - S. Uretra bezlarining abseslari
 - D. Orxit
 - E. Differentit

4. Prostatitni qanday klinik shakillari fark kilinadi?
 - A. Kataral, follikulyar, parenximatoz
 - V. Kataral, follikulyar, intestinal
 - S. Kataral, follikulyar, diffuz
 - D. Difuz, follikulyar, parenximatoz
 - E. Barcha savollar tugri

5. Provakatsiyani qanday uslublari bor (notugri javobni toping)?
 - A. Suniy
 - V. Aleментар
 - S. Biologik
 - D. Ximiyaviy
 - E. Fizikaviy

6. Tanosil kasalliklarining asosiy profilaktikasi:
 - A. Sanalgan barcha tadbirlar tugri.
 - V. Seks vaktida ximoya choralari kullash
 - S. Pala-partish jinsiy alokalardan saklanish
 - D. Anonim tekshirish tayanch punkti xizmatidan foydalanish
 - E. Axolii orasida tushuntirish ishlarini keng ko'lamda olib borish

7. Gonokokklar qanday kurinishidagi shilliq qavatlarni zararlaydi:

- A. Silindrik epiteliy
- V. Ko'p yassi qavatli epiteliy
- S. Kubsimon epiteliy
- D. Ko'p yassi qavatli muguzlanuvchi epiteliy
- Ye. Barcha javoblar to'g'ri

8. So'zakni inkubatsion davri ko'pincha necha kunni tashkil etadi:

- A. 5-7 kun
- V. 3-4 kun
- S. 1-2 kun
- D. 8-10 kun
- Ye. 10-14 kun

9. Ayollarda so'zakni ko'prok kuyidagi klinik shakli uchraydi:

- A. Yangi torpid va surunkali
- V. Yangi o'tkir osti
- S. O'tkir yuqoriga ko'tariluvchi so'zak
- D. Yangi o'tkir
- Ye. Surunkali yuqoriga ko'tariluvchi so'zak

10. So'zak reinfeksiyasi kriteriyalariga kiradi. (Notugri javob):

- A. Davodan sung klinik belgilarini saklanib kolganligi;
- V. Davodan sung surtma olib kurulganda gonokokklar topilmasligi va leykotsitlar mikdori normallashtirilganligi
- S. To'liq davo olganligi
- D. Davodan sung klinik tuzalish
- Ye. So'zak bilan kasallangan sherik bilan jinsiy alokada bo'lganligi xakida ma'lumot

Vaziyatli masalalar.

Vaziyatli masala №1

Tugruksxonada 112ngi tugilgan chakalokni 2 kuni chap kuzni shilliq qavatlaridan seroz-yiringli okmalar ajralgan, ertasiga yiring ajralishi ko'paygan, xamda ung kuzda xam xudi shunday o'zgarishlar paydo bo'lgan. Ko'rik maxalida kuz kovoklari shishgan, skelerasi kizargan, tomirlari kengaygan, kuz olmasini yon soxalariga bosilganda yiringli okmalar chikishi kuzatilmokda. Bola injik va uykusi bezovta.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Tashxisni tasdiklash maksadida qanday tekshiruv usullarini utkazish kerak?
3. Kasallik kuzgatuvchisini ayting?
4. Sizning davo taktikangiz.

Javob etalon :

1. Gonoblenoreya.

2. a). Koʻzdan ajralayotgan seroz- yiringli suyuklikdan surtma olib, Gramm usulida 113uya shva bakterioskopik tekshirish. B). Onasini uretrasidan, servikal kanalidan va kindan surtma olib tayyorlash va bakterioskopik tekshirish.
3. Xujayra ichi diplokokklar (gonokokklar).
4. Venerolog chakirib va ona –bolani teri-tanosil dispanseriga oʻtkazish.

Vaziyatli masala №2

Shifokor kabuliga 32 yoshli uylangan erkak siyganda achishish va ogʻriqlarga shikoyatlar bilan murojat kildi. Bemor uzini 3-4 kundan beri kasal xisoblaydi. Kasallik belgilarini birinchi bor ertalab siyganda achishish xamda ertasiga uretradan yiringli ajralma ajralishi va siyimdan oldin ogʻriq paydo boʻlganli axamiyat berdi. Mustakil xolda uzicha margansovka yerdamida vannochka kilgan,shu sababli ajralmalar ajralishi kamaygan, lekin ertalab oz mikdorda yiringli ajralmalar ajralib turganligi sababli venerologa murojat kilgan.Bemor suziga kura 15 kun avval mast xolatda begona ayol bilan jinsiy alokada boʻlgan.Boshka jinsiy alokalarni inkor etadi.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Qanday tekshiruvlar utkazilishi lozim. va qaysi infeksiyalar uchun?
3. Provakatsiya usulidan foydalanish zarurmi? Qanday usulda ?
4. Kuyidagi xolatda venerolog ishi xajmi qanday?

Javob etalonlari:

1. Soʻzak, trixomaniyaz, kandidoz, xlamidiya, mikoplazma va nospesifik uretritlar xakida uylash mumkin.
2. a). Uretradan ajralayotgan seroz- yiringli suyuklikdan surtma olib, Gramm usulida buyash va bakterioskopik tekshirish. b). PSR yordamida barcha jinsiy yul bilan yukadigan infeksiyalarga tekshirish.
3. Uretradan chikayotgan ajralma mikdori kam boʻlganligi sababli alimentar provakatsiya utkazilishi zarur.
4. Bemorni JAOYuK ga tekshirish. Barcha oila aʼzolarini tekshirish.Jinsiy sherigini topish va tekshirish zarur.

Vaziyatli masala №3

Venerolog koʻrigiga 19 yoshli kiz bola kuyidagi shikoyatlar bilan murojat kildi:yiringli ajralma ajralishi va siyish vaktida ogʻriqga.Kasallik alomatlari 2 kun avval paydo boʻlgan.Uzining kasalligini 10 kun avval jinsiy zurlash bilan boglaydi. Koʻrik maxalida uretra daxlizi giperemiyalangan, shishgan, yashil- sargimtir yiringli ajralma ajralmokda, xuddi shunday ajralmalar servikal kanalidan ajralayotgani kurinmokda. Limfa tugunlari kattalashmagan.Tana xarorati normal. Bemor turmashga chikmagan.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Bemorga tekshiruvlar rejasini tuzing
3. Davo taktikasi.

Javob etaloni:

1. Soʻzak, trixomaniyaz, kandidoz, xlamidiya, mikoplazma, kandidoz va nospesifik uretritlar xakida uylash mumkin.

2. Uretra devoridan, vagina va servikal kanaldan surtma olib, bakteroskopiya usulida tekshirish.
3. Kasallik manbai aniqlanmaganligi sababli bemorga spesifik davodan sung, zaxmga karshi ogoxlantiruvchi davo utkazish zarur.

ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) asosan jinsiy yo'l bilan yuqadigan, surunkali kechadigan, infeksiyon tabiatga ega kasallik bo'lib, kasallikning o'ziga xos tomoni shundaki, vaqt o'tishi bilan bemorlarda immun kuchlarining pasayishi va immun tanqisligi holati vujudga keladi, natijada kasallikning klinik ko'rinishlari bosqichma-bosqich namoyon bo'ladi. Ilk bor bemorlarda OITS tashxisi qo'yilganiga 30 yildan ortiq vaqt o'tganligiga qaramasdan (1981) bugungi kunga kelib kasallik butun dunyo mamlakatlari hududiga kirib bordi, insonlarni millatidan, dinidan, irqidan qat'iy nazar ushbu kasallik bilan xastalanishga majbur etmoqda, natijada OITS bilan kasallangan bemorlar soni yildan-yilga ortib bormoqda. Statistik ma'lumotlarga asosan 2011 yilga kelib bu kasallikka chalingan insonlar soni 34 mln. dan ortib ketdi, ulardan 3,4 mln. ni 15 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil etadi. 2010 yilda dunyo buyicha 2,4 mln. inson OIV ni yuqtirib olganligi va bularning 250000 dan ziyodini bolalar tashkil etishi qayd etildi.

Hozirda har kuni yer shari bo'yicha 7000 inson kasallikni yuktirib olmoqda va bu ko'rsatkich yildan-yilga ortib bormokda. Kasallikning asosan Afrika, mustaqil davlatlar hamdo'stligi, Arab mamlakatlari aholisi orasida tez ko'payib borayotganligi qayd etilmoqda. Afsuski, bemorlar sonining ortishi bizning respublikamizni ham chetlab o'tayotgani yo'q. 2011 yil ma'lumotlariga ko'ra respublikamizda OIV yuqqan bemorlar soni 22529 taga yetdi, bularning deyarli 20% ni bolalar tashkil etdi. 2011 yilning 11 oyi davomida 3315 ta yangi bemorlar aniqlangani qayd etildi. Bugungi kunga kelib dunyo bo'yicha 21 milliondan ortiq aholi kasallik tufayli hayotdan ko'z yumdilar. Har yili dunyo bo'yicha 3000 bola OITS ning qurboni bo'lmoqda. Shuni ta'kidlash lozimki, hozirgi kunga kelib, kasallikka olib keluvchi sabab va kasallikning tabiati yaxshi o'rganilganligiga qaramasdan, kasallikning davosi shu kunga qadar topilmay qolmoqda. Olib borilgan keng ko'lamdagi profilaktik choratadbirlar natijasida oxirgi 3-4 yil ichida kasallikning AQSh va g'arb mamlakatlarida kamayishi, aksincha Afrika, O'rta Osiyo va MDH mamlakatlari hududida esa bemorlar sonining keskin ko'payishi holatlari kuzatilmokda.

Qo'zg'atuvchisi. 1981-1982 yillarda AQShda Robert Gallo, Fransiyada Lyuk Montan'elar tomonidan OITS ni qo'zg'atuvchisi bo'lgan retrovirus kashf etildi. Yangi kashf etilgan virusga amerikaliklar HTLV-III (Numan T-lumrhotroris virus: odam T- limfotrop virusi), fransiyaliklar LAV (Lumphadenopathy associated virus:

limfadenopatiyaga aloqador virus) deb nom berishdi. 1986 yilda esa OITS ni qo'zg'atuvchi virusga umum- lashtirilgan HIV (human immunodeficiency virus), ya'ni odam immunodefitsit virusi (OIV), deb nom berildi. O'tgan vaqt mobaynida butun dunyo olimlari tomonidan bu kasallikni o'rganish uchun katta ilmiy ishlar olib borildi va olib borilmoqda. Bu ilmiy izlanishlar natijasida kasallik qo'zg'atuvchisining xususiyatlari, yuqish yo'llari, kasallikning patogenezi aniqlandi, nisbatan samarali davolash uslublari amaliyotga taqdim qilindi, eng muhimi kasallikni oldini olishning samarali choralari ishlab chiqildi.

Hozirgi paytda orttirilgan immun tanqisligi sindromi kasalligi virusining 2 xil irsiy turlari HIV-I, HIV-II borligi aniqlangan. HIV-I butun dunyodagi, shu jumladan, bizning mamlakatimizda ham tarqalgan OITS ning asosiy qo'zg'atuvchisi bo'lib, HIV-II virusi esa g'arbiy Afrika mamlakatlarida keng tarkalgan OITS ning qo'zg'atuvchisi bo'lib hisoblanadi. OIV odam organizimidan tashqarida tezda nobud bo'ladi, shuning uchun ham kasallik maishiy aloqalar vaqtida yuqmaydi. Ma'lumki, retroviruslar DNK ni RNK qolipida (matritsa) sintez qila olish xususiyatiga ega, retrovirus nomi ham shundan kelib chiqqan. OITS kasalligini tarqatuvchi retrovirus sharsimon shaklga ega bo'lib, diametri 100 - 140 nanometr ga teng. OIV bakteritsid eritmalar ta'sirida, ayniqsa, formaldegidning 0,5% li eritmasi, lizolning 0,5% li, xloramin, efir, asetonlarning 3% li natriy, gipoxloridning 0,2% li eritmalarida va 70% li spirt ta'sirida tezda nobud bo'ladi. Turli-tuman buyumlar tarkibidagi OIV yuqori harorat ta'sirida (57°C dan yuqori) ham nobud bo'ladi, ammo retrovirus quritilgan holda 22°C da 4-6 kun mobaynida o'zining virulentlik xususiyatini saqlab qolishi mumkin. Shuningdek, OITS qo'zg'atuvchisi radioaktiv nurlanishlar va ultrabinafsha nurlariga birmuncha chidamli bo'ladi. Demak, bemorlarga ishlatilgan asbob- uskunalarini tegishli dizenfeksiya qiluvchi eritmalar bilan ishlov berilganda yoki qaynatib yuvilganda OIV dan to'liq tozalanadi.

Yuqish yo'llari. OITS kasalligi jinsiy aloqalar, parenteral, gemotransfuzion va bemor homilador onalardan yo'ldosh orqali homilaga (vertikal yo'l) yuqadi. Hozirgi kunda butun dunyo bo'yicha bu xastalikka chalingan bemorlarning 3/4 qismi kasallikni jinsiy yo'li orqali yuqtirib olganligi qayd etiladi. Demak, bu yo'l kasallikni yuqtirib olishda asosiy yo'l bo'lib hisoblanadi. Ilmiy ma'lumotlarga qaraganda OITS kasalligi bilan xastalangan bemorlar organizmidan ajralib chiqayotgan har qanday suyuqlikda kasallik qo'zg'atuvchisi topilgan (so'lakda, terda, ko'z yoshida, ona sutida, spermada, qin suyuqligida), lekin bu suyuqliklar tarkibida retroviruslarning miqdori bir xilda bo'lmaydi. Eng ko'p virus tutuvchi suyuqlik sperma suyuqligi, so'ng esa ayollar qin suyuqligi bo'lib hisoblanadi. Bu suyuqliklar tarkibidagi viruslar jinsiy aloqalar vaqtida erkaklardan ayollarga va ayollardan erkaklarga o'tadi. Hozirgi kunda esa kasallik har qanday jinsiy aloqalar vaqtida yuqishi va kasallik bemorlar jinsini tanlamasligi isbotlangan. Turli tibbiy muolajalar vaqtida kasallik qo'zg'atuvchi virusini yuqtirib olish yo'li parenteral yo'l,

deb ataladi, bu yul bilan kasallikning yuqishi 11-17% ni tashkil etib, ularning ko'pchiligini asosan narkomanlar tashkil etadi. Bunday ko'rsatkich turli mamlakatlarda turlicha ko'rinishlarda bo'lib, bizning respublikamizda esa bu ko'rsatkich 70% atrofida bo'lishi qayd etiladi. Agar OIV ni yuqtirgan bemorga ishlatilgan shprislar, kateterlar, infuziya sistemalari va boshqa asbob-uskunalarategishli ishlovlar berilmasa yoki sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmasdan takroran qo'llanilsa, unday holatlarda sog'lom insonlarga retrovirusi yuqishi mumkin. Shuning uchun ham bugungi kunga kelib respublikamiz davolash muassasalari va dorixonalari yetarlicha miqdorda bir martalik shpris, infuzion sistemalar va kateterlar bilan ta'minlanganligini qayd etib o'tish mumkin. Respublikamizda kasallikning yuqishiga narkomanlar orasida shprislarini bir necha martadan tegishli ishlov berilmasdan ishlatilishi asosiy sabab bo'lib hisoblanadi. Qon va qon preparatlari orqali kasallikning yuqishi holati gemotransfuzion yo'l, deb ataladi, ushbu yul bilan kasallikning yuqishi o'rtacha 3-5% bemorlarda kuzatiladi. Bu yo'l bilan asosan gemofiliya kasalligi bilan xastalangan bemorlar navbatdagi qonni olayotgan vaqtlarida yuqtirib oladilar. Shuning uchun ham bugungi kunda butun dunyo sog'liqni saqlash uyushmasining taklifiga binoan va O'zR SSV ning buyrug'iga asosan insonlarga to'g'ridan-to'g'ri qon quyilishi holati taqiqlangan. Faqat ayrim holatlarda, maxsus ko'rsatmalarga muvofik, konservatsiya qilingan, tegishli tekshiruv bosqichlaridan o'tgan donorlik qonlarini quyishga ruxsat beriladi.

Kasallikni bemor homilador onalardan yo'ldosh orqali homilaga o'tish yo'li (vertikal yul) ham qayd etiladi. Butun dunyo sog'liqni saqlash uyushmasining statistika ma'lumotlariga qaraganda hozirgi kunda bolalarda qayd etiladigan OITS ning 1% tug'ma yo'l, ya'ni vertikal yo'l orqali yuqishi qayd etiladi. Shuni ta'kidlash lozimki, homilador bemor ayollar homiladorlik davrida tegishli antiretrovirus davo choralarini olib yurgan bo'lsalar, bunday holatlarda, ulardan tug'iladigan bolalarning sog'lom bo'lish ehtimoli 90% ortishi isbotlangan. Bundan ko'rinib turibdiki, tug'ruq yoshidagi ayollarni homilador bo'lishlaridan oldin yoki xomiladorlikni ilk davrlaridan OIV ga tekshirish katta amaliy profilaktik ahamiyatga ega bo'ladi. Oritirilgan immun tanqisligi sindromi kasalligiga ko'pincha aholining ayrim tabaqalari duchor bo'ladilar, aholining bunday tabaqalari OITS ga moyil bo'lgan guruhlar, deb ataladi. Jinsiy sheriklarini tez-tez o'zgartirib turadigan (75%), giyohvandlar (11-17%), gemofiliya kasalligiga duchor bo'lgan shaxslar (gomoseksual va geterosoksual erkak va ayollar), besoqolboz (gemoseksual) erkaklar bemorlar (1-5%), turli sabablarga ko'ra qon quyiladigan bemorlar va boshqa toifadagi shaxslar (1,4-20,2%) hamda OITS bilan xastalangan bemorlardan va OIV yuqqan ayollardan tug'ilgan bolalar guruhlar kasallikka moyil bo'lgan guruhlar, deb ataladi.

Patogenezi. Kasallikni qo'zg'atuvchi virus qaysi yul bilan yuqmasin, u albatta so'rilib periferik qon tizimiga o'tadi, natijada T-xelper hujayralar sonining

kamayishiga va immun tizimining asta-sekin pasayib borishiga sabab bo'ladi. Hozirgi kunda OIV bemorlar organizmdagi SD4- retseptorlar tutuvchi hujayralarni zararlay olishi holati isbotlangan. Organizmdagi bunday retseptorlarni asosan T-limfotsitlardan T-xelperlarhujayralari va asab tizimi hujayralari tutadi. OIV T-xelper hujayralar sitoplazmasiga kirib, hujayra yadrosining xromosom apparatiga tizilgan holda o'z RNK sini joylashtiradi. Natijada RNK dan DNK sintez bo'lishi holati kuzatiladi, buning asosida esa virus oqsillari (tanachalari) sintez qilinadi. Ma'lumotlarga qaraganda bir kunda T-xelper hujayralari yadrosida joylashgan viruslar soni million martadan ortiq miqdorda bo'linar (replikatsiya) ekan. Bu degani kasallikni qo'zg'atuvchi viruslar o'ziga o'xshash bo'lgan million dona yangi viruslarning paydo bo'lishiga va ularni tashqariga chiqib, boshqa T-xelper hujayralarni va asab hujayralarining zararlanishiga sabab bo'ladi. Bu jarayon hujayralar nobud bo'lgunga qadar davom etadi. Agar sog'lom T- xelper hujayralar qon tarkibida bir necha oylar davomida yashaydigan bo'lsa, OIV bilan zararlangan holatlarda esa ular bir necha haftalar ichida nobud bo'ladi. Patologik jarayonning shiddat bilan kechishi oqibatida parchalanayotgan T-xelper hujayralar soni yangi hosil bo'layotgan T-xelperlardan bir necha yuz barobar ko'p bo'lganligi uchun organizmda T-xelper hujayralar soni kamayib boradi va immunodefitsit holati yuzaga keladi. Chunki T-xelper hujayralar organizmda patogen mikroorganizmlarni, o'zgargan hujayralarni, begona oqsillarni farq qila oladigan va bunday xabarlarini tegishli T- va V- limfotsitlarga uzatib hujayra va gumoral immun tizimini ta'minlab turadigan yagona hujayra bo'lib hisoblanadi. T-xelper hujayralar sonining kamayib ketishi holati esa hujayra va gumoral immun tizimi faoliyatining izdan chiqishiga va nihoyat immun tizimi tanqisligi holatiga olib keladi. Buning natijasida organizmda mikroorganizmlar (patogen, shartli patogen, saprofit) soni mislsiz darajada hech qanday to'siqlarsiz ko'paya boshlaydi va oqibatda turli surunkali kechadigan, davo choralariga qiyin beriladigan, tez-tez xuruj qilib turadigan virusli, bakterial, zamburug'li kasalliklarning rivojlanishiga olib keladi.

Bundan tashqari hujayralar ustidan immunologik nazoratning kamayishi holati mitoz vaqtida paydo bo'lishi mumkin bo'lgan atipik hujayralarni saqlanib qolishiga va ularning ko'payib turli o'sma kasalliklarining rivojlanishiga yo'l ochib beradi. Ma'lum bo'lishicha me'yoriy holatlarda bir daqiqa davomida inson organizmidagi mitoz jarayonida 10 mingtagacha atipik hujayralar paydo bular ekan, lekin immun tizimi to'g'ri faoliyat ko'rsatib ishlab tursa, bu hujayralarni parchalab, ulardan organizmni tozalab turadi. Bunday hujayralar ustidan immunologik kuzatuvning OITS da kamayishi holati bolalarda, yosh yigit-qizlarda turli o'sma kasalliklarining ko'payishiga olib keladi. Bunday jarayon bir necha oylar ba'zida esa yillar mobaynida davom etadi, bemorlar esa bu vaqt ichida o'zlarini sog'lom his qiladilar, kasallik belgilari ko'rinarli bo'lmaganligi uchun ular davolash muassasalariga murojaat qilmaydilar, shuning uchun bu bemorlar atrofdagilar uchun kasallik manbai bo'lib xizmat qiladilar.

Bundan ko‘rinib turibdiki, OIV yuqtirib olgan bemorlarni erta aniqlash va antiretrovirusli davo choralarini boshlash kasallikning profilaktikasida katta ahamiyat kasb etadi.

Klinik kechish bosqichlari. OITS kasalligining o‘ziga xos aniq maxsus belgilari yo‘q. Kasallikning klinik kechishi ko‘pincha bosqichma-bosqich ko‘rinishda o‘tadi, ya’ni kasallikni qo‘zg‘alish va susayish davrlari navbatma-navbat almashinib, bemorlar ahvoli og‘irlashib boradi. Kasallik yuqqandan keyin yashirin, ya’ni inkubatsion davrining kechishi holati kuzatiladi, bu davr taxminan 4-6 haftalar davom etadi. Shundan so‘ng Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan taklif etilgan kasallikning 5 bosqichi ko‘rinishida namoyon bo‘ladi.

Kasallikning birinchi bosqichi boshlang‘ich bosqich, deb ataladi va ushbu bosqich o‘rta hisobda 3-14 kun davom etadi, kasallikni bu bosqichdagi klinik belgilar xuddi yuqumli mononukleoz kasalligi belgilarini eslatadi, ya’ni bemorda tana haroratini subfibril darajada ko‘tarilishi, bosh og‘rishi, mushaklarda va bo‘g‘imlarda og‘riqlarning bo‘lishi hamda yengil ich ketish holatlari kuzatiladi. Teri sohalarida och pushti rangli, yumalok yoki oval shaklida bo‘lgan, kattaligi jimjalok tirnog‘idek keladigan dog‘li toshmalarning paydo bo‘lishi kuzatiladi. Bu belgilar bemorlar davolanmasalar ham o‘z-o‘zidan yo‘qolib ketadi va kasallikning ikkinchi bosqichi boshlanadi.

Kasallikning ikkinchini bosqichi belgisiz bosqich, deb ataladi va uning kechishi 5 oydan 5-6 yilgacha davom etishi mumkin. Bu bosqichda bemorlarni kasallikning hech qanday klinik belgilari bezovta kilmaydi, bemorlar o‘zlarini sog‘lom his qiladilar, shifokorlarga murojaat kilishmaydi. Epidemiologik nuqtai nazardan bemorlar atrofdagilar uchun xavf tug‘dirmasalarda, lekin o‘z jinsiy juftlari uchun xavfli hisoblanadilar hamda uzoq yillar mobaynida kasallik manbai bo‘lib qoladilar. Shuning uchun ham kasallikni bu bosqichida bo‘lgan fohishalar va gemoseksualistlar atrofdagilar uchun epidemiologik jihatidan o‘ta xafli bo‘lib hisoblanadilar. Kasallikning bu bosqichida bemorlar organizmi kasallikni qo‘zg‘atuvchisi bo‘lgan viruslarga qarshi antitelolar hosil qiladi, ularning qondagi miqdori ma’lum bir darajaga yetganda (anonim so‘rovlar, proflaktik va donor tekshiruvlari hamda bemorlar jinsiy juftlari sifatida tekshiruvlar vaqtida) tegishli laboratoriya tekshiruvlari orqali kasallikni aniqlash imkoni bo‘ladi.

Kasallikning uchinchi bosqichi tarqalgan limfadenopatiya bosqichi, deb ataladi. Bu bosqichning kechishi bir necha oylardan to uch yilgacha davom etadi va pereferik teri osti limfa tugunlarining kattalashishi bilan namoyon bo‘ladi. OIV kasalligiga xos bo‘lgan limfadenopatiya holati bel sohasidan yuqorida joylashgan limfa bezlarining kattalashishi bo‘lib hisoblanadi. Butun dunyo sog‘liqni saqlash tashkilotining ko‘rsatmasiga binoan agarda bel sohasidan yuqorida joylashgan ikki va undan ortiq limfa tugunlarining (qo‘ltiq osti, tirsak, jag‘ osti, bo‘yin orti, bo‘yin

oldi, ensa sohalari) kattalashishi kuzatilsa va ular sababsiz paydo bo'lgan bo'lsa (surunkali sil, gaymarit, otit, tonzillit va boshqa infeksiyon kasalliklar sabablarisiz) hamda ular 2 oydan oshiq bo'lgan muddat davomida saqlanib tursa, u holda bunday belgilarni OIV belgisi sifatida qabul qilinadi va bemorlarni tegishli tekshiruvdan o'tkazilishi (qon immunogrammasi, IFA) shart, deb xulosa qilinadi.

Kasallikning to'rtinchi bosqichi OITS ga aloqador bo'lgan belgilar bosqichi deb ataladi, bu bosqichning kechishi ham 3 yilgacha davom etishi mumkin. Bu bosqichga kelib OIV ni yuqtirib olgan bemorlarda immun tizimi qudrati sezilarli darajada tushib ketadi, shuning uchun ham bemorlarda immun tanqisligi holati vujudga keladi va endi uning asosida klinik belgilar namoyon bo'la boshlaydi. Bemorlar o'zlarida holsizlikni seza boshlaydilar, vaqt o'tishi bilan bunday holat kuchayib boradi, ular ko'p terlaydilar, mushak va bo'g'im sohalarida og'riqlar kuzatiladi, vaqti-vaqti bilan bemorlarda yo'tal xuruj qiladi, ich ketishi holati kuzatiladi, ular ozib ketadilar, bemorlar tez-tez turli-tuman virusli, bakterial, zamburug'li kasalliklar bilan (kandidoz, so'gallar, oddiy uchuq, belbog'simon uchuq, yuqumli mollyuskalar, epidermofitiya, rubrofi-tiya, chuqur surunkali kechadigan yarali piodermitlar) xastalana boshlaydilar. Teri sohalarida va shilliq qavatlarida turli o'sma kasalliklarining rivojlanishi holati kuzatiladi, ichki a'zolar tomonidan kuzatiladigan patologik o'zgarishlar yig'indisi natijasida bemorlar ahvoli og'irlasha boshlaydi. Kasallikning oxirgi beshinchi bosqichi orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) kasallikning oxirgi marrasi bo'lib isoblanadi va u asosan o'lim bilan tugaydi. Bu davrga kelib immunologik ko'rsatkichlar keskin darajada pasayib ketadi, ilgari paydo bo'lgan va rivojlangan kasalliklar belgilari zo'rayib, bemorlarni holdan toydiradi, ular organizmida kasallikdan zararlanmagan birorta a'zolari qolmaydi, natijada bemorlar ahvoli og'irlashadi, ularda kuzatiladigan kasallikning klinik belgilari rang-barangligi bilan ajralib turadi, ya'ni bir qolip ko'rinishida bo'lmaydi.

Klinik turlari. OITS kasalligining klinik belgilarini shartli ravishda to'rt guruhga, ya'ni o'pka, nevrologik, oshqozon-ichak va isitma bilan o'tadigan turlarga bo'lib o'rganiladi.

Kasallikni o'pka turida bemorlarni zotiljam kasalligining klinik belgilari ko'proq bezovta qiladi, ularning tana harorati 38-420S darajaga ko'tarilib, yo'tal, nafas qisishi, ko'krak sohasida og'riqlar bezovta qiladi, vaqt o'tishi bilan bemorlar tezda ozib ketadilar, ularning umumiy ahvollari og'irlasha boshlaydi. Ba'zi bemorlarda qisqa muddatli ahvollari yaxshilanishi holati kuzatiladi, lekin kasallikning navbatdagi qo'zg'alishi oldingisidan ko'ra og'irroq o'tadi. Hozirgi kunda bemorlarda o'pka yallig'lanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan 170 dan ortiq mikroorganizmlar aniqlangan bo'lib, ulardan 65-70% ni pnevmotsistlar tashkil etadi, shuning uchun ham kasallikning bu turini «Pnevmotsistli pnevmoniya» deb ataladi. Ba'zi hollarda o'pkaning yallig'lanishi holati Kaposhi sarkomasining o'pka

turi bilan birgalikda kechadi. OIV kasalligining har qanday bosqichlarida ham asab tizimi tomonidan u yoki bu darajada o'zgarishlarni kuzatish mumkin, kasallikni OITS bosqichida esa bu o'zgarishlar yanada kuchaygan holda namoyon bo'ladi, ba'zida esa bemorlarni o'lim holatiga olib keladigan asosiy sabablar bo'lib hisoblanadi. Bunga sabab OIV asab hujayralarini to'g'ridan-to'g'ri zararlaydi, shuning uchun ham bemorlardan olingan biopsiya to'qimalari tekshirib ko'rilganda 90- 95% hollarda asab hujayralarida u yoki bu darajadagi o'zgarishlar aniqlanadi.

OIV to'g'ridan-to'g'ri miya asab to'qimalarining morfologiyasiga salbiy ta'siri ko'rsatishi natijasida 60% ga yaqin bemorlarda demensiya holati belgilarini kuzatish mumkin bo'ladi. Demensiya holati kuzatilgan bemorlarda bosh miya tomografiya qilib ko'rilganda miya to'qimalarining tarqalgan ko'rinishdagi atrofiyasi aniqlanadi. Bemorlarda asab tizimining zararlanishi klinik belgilari rang-barang ko'rinishlarda (meningit, ensefalit, ensefalopatiya, mielopatiya, miyaning o'choqli zararlanishi, parez, orqa miyaning zararlanishi hisobiga ataksiya, polimiozit) namoyon bo'ladi. Bu o'zgarishlarning kelib chiqishiga turli opportunistik infeksiyalar (toksoplazmoz, kriptokokkoz, gistoplazmoz, mikobakterioz, gerpetik yoki sitomegalovirus) ham sababchi bo'lishi mumkin.

Kasallikning oshqozon-ichak turida bemorlarni asosan tez-tez qaytalanib turuvchi va klinik jihatdan kuchayib boruvchi ich ketishi (diareya) holati bezovta qiladi, natijada bemorlar qisqa muddat ichida ozib ketadilar, ularda intoksikatsiya va suvsizlanish belgilari kundan-kunga ortib boradi. Ich ketish holati suvsimon bo'lib, kuniga 8-10 va undan ko'p marta takrorlanib turadi, natijada shu yo'l bilan bemorlar kuniga 10-15 litrgacha suyuqlik yo'qotadilar. Ba'zida bemorlar axlati yiringli, shilimshiq va qon aralashgan bo'lib, undan qo'lansa hid kelib turadi. Kasallikning kechishi davomida oshqozon va ichaklarda yaralar paydo bo'lishi, oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketishi kuzatiladi, gepatit, xolesistit kabi holatlarning rivojlanishi qayd etiladi, bemorlarni ichaklar bo'ylab kuchli siqib og'rishlar bezovta qiladi. Diareya holatining kelib chiqishiga ichakda bo'ladigan mislsiz disbakteriozi holati (koksidiyalar, lyambliyalalar, shigellalar, salmonellalar, mikobakteriya hisobidan) sababchi bo'ladi, bunday o'zgarishlar turli ichak o'sma kasalliklari, asosan Kaposhi sarkomasi hisobiga yanada og'irlashishi mumkin.

OITS ni istma turining kechishida bemorlarni uzoq vaqt davom etadigan tana haroratining ko'tarilishi holati bezovta qiladi. Bemorlar tana harorati 37-420S gacha ko'tariladi, natijada ularda tinkaning qurishi, ozib ketish holatlari kuzatiladi. Bu belgilar vaqt o'tgan sari og'irlashib boradi. Hozirgi kunda bemorlarda uzoq davom etadigan isitmaning ko'tarilishi sababi ma'lum emas, lekin bunga atipik hujayralarning parchalanishi sabab bo'lishi mumkin, degan fikrlar mavjud, chunki OITS bemorlari organizmida yetarlicha atipik hujayralar mavjud bo'lib, ularning parchalanishi jarayonida ko'plab pirogen moddalari ajralib chiqadi, bu esa o'z navbatida bemorlar tana haroratini muttasil ravishda giper- termiya holatida ushlab

turishi mumkin. Yuqorida qayd etilgan OITS kasalligining bosqichma-bosqich kechishi shartli bo'lib, har bir bemorda individual o'tishi mumkin. Ayrim bemorlarda kasallikning ba'zi bosqichlari tushib qolishi yoki kasallik to'g'ridan-to'g'ri oxirgi bosqich, ya'ni OITS bosqichidan ham boshlanishi mumkin. OITS ni klinik shakllari ham shartli bo'lib ko'pchilik bemorlarda bu belgilar birgalikda keladi va bemorlar umumiy ahvollarini yanada og'irlashtiradi.

OIV bemorlarning yoshi, turli ichki va tashqi omillar ta'siridan, yashash sharoitlaridan kelib chiqqan holda turlicha kechishi mumkin. Kasallikni yuqtirib olgan bemor bolalar o'rtacha 8-9 yil umr ko'rishadi. Bolalarda OIV kasalligi uch xil tezlik ko'rinishlarida, ya'ni o'rta tezlikda, sekin va juda tez ko'rinishlarda kechishi bilan ajralib turadi. Kasallikni o'rta tezlikda kechishi 60-75% bemor bolalarda kuzatiladi. Kasallikning bunday kechishida bemor bolalarda kasallikning klinik belgilari sekin-asta oylar, yillar mobaynida zo'rayib boradi va bemorlar o'rtacha 5-6 yil umr ko'rishlari mumkin. Ikkinchi guruhga 5-10% bemor bolalar kirib, ularda kasallik juda sekinlik bilan rivojlanadi, natijada bunday bemor bolalar bir necha o'n yillab umr ko'rishadi. Uchinchi guruh bemor bolalarda kasallikning klinik ko'rinishlari juda tez rivojlanib, bir necha oylar ichida ularning hayoti o'lim bilan tugaydi, bunday bemor bolalar umumiy bemorlarning 20% ni tashkil qiladi. OITS da teri va shilliq qavatlarning zararlanishi.

Yuqorida qayd etib o'tilganidek OIV kasalligi sekinlik bilan bemorlar organizmning barcha to'qima va a'zolarini zararlaydi va bu turli-tuman kasallikning klinik belgilari ko'rinishida namoyon buladi. Kasallik teri va shilliq qavatlarda ham o'ziga xos o'zgarishlarga olib kelishi mumkin, lekin bu o'zgarishlar hozirga qadar atroflicha to'liq o'rganilmagan. Braun-Falko (1994) ma'lumotlariga karaganda OIV kasalligining dastlabki bosqichlarida bemorlarda o'rtacha 2,5 ta dermatologik belgilarni uchratish mumkin, kasallikning kechki bosqichlarida esa bu ko'rsatkich 3,7 taga ortadi. Kasallikni dastlabki bosqichlarida kasallik belgilari teri sohalarida vaqti-vaqti bilan ko'payib, yo'qolib turadi, lekin kasallik kechish muddatining ortib borishi bilan uning belgilari kuchayib boradi, tarqoq tus oladi natijada kasallikning oxirgi bosqichi OITS bosqichida esa jarayon keskin avj olib, teri kasalliklarini atipik ko'rinishlarda, og'ir kechishiga sabab bo'ladi. Ba'zi hollarda esa bu kasalliklar bemorlarni o'limga olib keladigan asosiy sabab bo'lishi ham mumkin. OIV yuqtirib olgan insonlarda teri va shilliq qavatlarda kuzatiladigan o'zgarishlar turlicha ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. ITV kasalligiga duchor bo'lgan bemorlarda, ayniqsa, uning oxirgi davrlarida teri va shilliq qavatlarda turli-tuman o'sma kasalliklari belgilari (Kaposhi sarkomasi, limfomalar, karsionomalar, Berkie o'smasi) paydo bo'ladi.

Ushbu o'sma kasalliklari belgilari son jihatidan turli-tuman bo'lib, ularning klinik turlari kasallikning og'ir-yengilligini belgilaydi. Ular orasida Kaposhi sarkomasi kasalligi alohida o'rin tutadi. Ma'lumki, yoshi keksaygan, organizmining

immun tizimi quvvati pasaygan insonlarda Kaposhi sarkomasi ilgari ham uchrab turgan, biroq ITV kasalligiga duchor bo'lgan bemorlarda mazkur dardning o'ziga xos ko'rinishda kechishi ma'lum bo'ldi. ITV bilan xastalangan bemorlarda Kaposhi sarkomasi asosan yoshlarda, hali 30-35 ga kirmagan bemorlarda kuzatiladi, kasallik belgilari bemorlar tanasining barcha joylarida, ko'pincha qo'l-oyoq, jinsiy a'zolar va ichki a'zolari zararlaydi, tugunli toshmalar soni ko'p, qattiq konsistensiyalarda bo'lib, tezda yaralarga aylanadi, o'smalar og'iz va qorin bo'shliqlarida ham uchrashi mumkin, jarayon og'ir kechadi, nur bilan davolash usullari bemorlar ahvolini og'irlashtiradi, jarayon tez orada asosan limfa tugunlariga va ichki a'zolarga tarqalishga moyil bo'ladi, kasallik belgilari bolalarda, hatto go'daklarda ham uchraydi va oqibatda o'lim bilan tugaydi, teri sohalaridagi toshmalar yarim shar shakllarida, qizgish-jigarrang yoki qizg'ish-siyohrang, qattiq-elastik tuguncha, do'mboqcha va tugunlar ko'rinishida bo'ladi ular asosan tananing ustki yarmida ko'proq joylashadilar. Toshmalarning og'iz shilliq qavatlarida uchrashi 30% dan ortik bemorlarda kuzatiladi, asosan ular yumshoq tanglay, ba'zan esa til va milk sohalarida joylashadi. OIV yuqqan bemorlarda terining turli yuqumli kasalliklari, jumladan, terining virusli kasalliklari (oddiy uchuq, belbog'simon uchuq, so'gallar, yuqumli mollyuskalar, shilliq qavatlar papilomalari, Kaposhi ekzemi), terining surunkali yiringli kasalliklari (follikulitlar, furunkulyoz, karbonkul, surunkali yarali piodermiyalar) hamda terining zamburug'li kasalliklarining (kandidozlar, aspergillez, kriptokokkoz, toksoplazmoz) uchrashi holatlari qayd etiladi. Ushbu guruh kasalliklarini OIV bemorlarda o'ziga xos ko'rinishlarda kechishi holati kuzatiladi.

OIV kasalligining kechishida terining nospesifik kasalliklari bo'lmish emlashdan so'ng paydo bo'ladigan ekzema kasalligi, teri qichishishi, atopik dermatit, eshakem va qichima kasalliklarining uchrashi holatlari ham qayd etiladi. OIV yuqqan bemorlarda yuqorida sanab o'tilgan kasalliklar ko'p uchraydi va ular o'ziga xos ko'rinishlarda kechadi (tarqoq, katta hajmlarda o'choqlar ko'rinishlarida, chuqur, asoratli, davomiy va salbiy shikoyatlarning ko'rinarli bo'lishi, davolash choralariga qiyin beriluvchan, torpid ko'rinishlarda) va ularga xos bo'lgan belgilariga qarab OITS ga shubha qilinadi va tegishli tekshiruvlar o'tkaziladi. OIV yuqtirgan bemorlarda oddiy uchuq kasalligining uchrashi holati 33% dan ortiq holatlarda kuzatilib, asosan kasallik belgilari tabiiy teshiklar sohalaridan tashqari (og'iz, burun teshiklari atrofi, anogenetal sohaları) qo'l, oyoq, yelka teri sohalarida, boshning sochli qismlarida, og'iz shilliq qavatlarida ko'plab paydo bo'ladi va kasallikning pufakchali toshmalar qizarib shishgan teri sathilarida joylashadi. Toshmalar to'da-to'da pufakchalar ko'rinishlarida bo'lib, mosh, no'xat ba'zida esa undan ham katta hajmlarda bo'lishi mumkin. O'choqlarda jarayon ko'p hollarda ikkilamchi infeksiyalar bilan asoratlanadi, oqibatda kasallikning yanada tarqoq va og'ir o'tishiga sabab buladi. Pufakchali toshmalar yorilgan joylarda eroziyalar, so'ng yaralar paydo bo'lib, ular og'riqlar bilan kechadi. Eroziyalar yuzasidan muhr

uslubida surtma tayorlab mikroskop ostida ko‘rilganida Tsank hujayralarini topish mumkin. Og‘iz atrofidagi eroziyal va yarali yuzalar bir-biri bilan qo‘shilib katta yuzalarni hosil qiladi va ular qalin, serozli-yiringli qora qo‘tir qobig‘lar bilan qoplanadi. Xuddi shunday toshmalar anogenetal sohalarda ham uchraydi, eroziyalar, yaralar tubi va chetlari notekis va og‘riqli bo‘ladi. Ba’zi bemorlarda ichki a’zolarining virusli zararlanishi holatini ham kuzatish mumkin. Ushbu kasallikni davolash kutilgan natijalar bermaydi, kasallik oylab davom etishi mumkin va qisqa muddatlar ichida sababsiz yana qaytalanadi, ba’zida esa kasallik umuman remissiya holatisiz kechadi. OIV yuqtirgan bemorlarda belbog‘simon uchuq kasalligi dastavval birgina nerv sigmentini, keyinchalik esa bir nechta nerv sigmentlarining zararlanishi ko‘rinishida kechadi. Bunday holatlarda jarayonga kundan-kun yangi segmentlar qo‘shilib, zararlangan teri sohalari hajmi kengayib boradi, natijada kasallik kuchli og‘riqlar ko‘rinishida kechadi.

Ko‘pincha bemorlarda belbog‘simon uchuq kasalligining qaytalanishi holati qayd etiladi, immun tizimi sezilarli darajada pasayib ketgan bemorlarda esa kasallikning nekrotik yoki boshqa asoratlangan ko‘rinishlardagi klinik shakllari rivojlanib boradi, oxir-oqibatda esa bunda holat bemorlar o‘limiga ham sabab bo‘ladi. Belbog‘simon uchuq kasalligini bemorlarda qaytalanish ko‘rinishida kechishi kasallikni oxirgi OITS bosqichiga o‘tganligidan dalolat beradi.

OIV ni yuqtirgan bemorlarda so‘gal kasalligi toshmali butun badan teri sohalari bo‘ylab tarqoq ko‘rinishlarda, asosan qo‘l, oyoq barmoqlari teri yuzalarida, yuz sohalari ko‘p miqdorda va zich holatlarda joylashadi. Tugunchali toshmalar hajmi mosh va no‘xat kattaligida va undan ham katta hajmda bo‘lib, ular bir-birlari bilan qo‘shilishga moyil bo‘ladilar. Og‘iz va anagenetal sohalarda esa o‘tkir uchli gipertrofik papulalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi va ko‘p holatlarda ular ikkilamchi infeksiyalar bilan asoratlanadilar, natijada bemorlarda noqulaylik hissi (diskamfort) yuzaga keladi. Bunday hollarda toshmalar jarrohlik yo‘llari orqali olib tashlanadi, yoki past chastotali elektr toklari yordamida (elektrokagulyatsiya) kuydirilib davolanadi.

Yuqumli mollyuska kasalligi OIV kasalligining belgisi sifatida kattalarda ko‘proq anagenital sohalarda joylashadi. Vaqt o‘tishi bilan papulali toshmalar hajmi kattalasha boshlaydi va bir-birlari bilan qo‘shilib katttta o‘choqlarni hosil qiladi. Ular qanday yo‘l bilan olib tashlanmasin qaytadan yangi toshmalar tarzida paydo bo‘laveradi va ko‘pincha yiringli asoratlar qoldiradi. Sitomegalovirus OIV kasalligida ichki a’zolar va to‘qima- larni zararlaydigan asosiy infeksiyalardan biri bo‘lib hisoblanadi. Bu infeksiya teri va shilliq qavatlarda kamdan-kam holatlarda o‘zgarishlarni keltirib chakiradi, agarda ushbu sohalarda o‘zgarishlar kuzatilsa, u holda ular petixiya, purpura va vezikulo-bullyoz kabi toshmalar sifatida namoyon bo‘ladi. Toshmalarning toshish joylari, soni, tarqoqligi turlicha ko‘rinishlarda bo‘lishi mumkin. Sitomegalovirus infeksiyasi orqali teri sohalarining zararlanishi va

uni oshqozon-ichak tizimidagi o'zgarishlar bilan, shu jumladan, diareya holati bilan birga kechishi kasallikning xavfli ko'rinishlarda kechishidan dalolat beradi. OIV yuqtirgan bemorlarda terining zamburug'li kasalliklari kechishi holatini bilish va talqin etish katta ahamiyat kasb etadi. OIV kasalligi bilan xastalangan bemorlarda asosan kandidoz, epidermofitiya, rubrofitiya va rang-barang temiratki kabi terining zamburug'li kasalliklari boshqa zamburug'li kasalliklarga nisbatan ko'p uchraydi. Kasallikning kechki bosqichlarida barcha yuqorida qayd etilgan dermatomikozlar atrofga tez tarqalishga, bir-birlari bilan qo'shilishib turli shakllardagi katta o'choqlarni hosil qilishga moyil bo'lishi bilan ajralib turadi. Ba'zi bemorlarda bir paytning o'zida bir nechta zamburug'li kasalliklarning birgalikda uchrashi holati kuzatilishi mumkin. Bunday holatlarda ko'pincha tirnoqlarning ham zararlanishi kayd kilinadi. Bunday bemorlarni davolash jarayonida sistemli fungitsid dori vositalarining qo'llanilishi har doim ham ijobiy natijalar bermaydi. Rubrofitiya kasalligining kechishi odatda uchramaydigan tarzda, ya'ni ko'p shaklli ekssudativ eritema, seboreyali dermatit yoki oyoq hamda qo'l kaftlari keratodermiyalari ko'rinishlarida namoyon bo'lishi mumkin. Rubrofitiya kasalligini silliq teri sohalari bo'ylab tezda tarqalishi holati va namoyon bo'lishi ko'pincha seboreyali dermatit kasalligini eslatadi.

Kasallikka tashxis qo'yilishida kasallik belgilarining oyoq panjalari sohalaridan boshlanganligi va yuqoriga qarab tarqalganligi holatiga etibor berish lozim. Yakuniy klinik tashxis albatta tegishli laboratoriya taxlillari o'tkazilganidan keyin qo'yiladi. Rang-barang temiratki kasalligining dog'li toshmalari OIV yuqtirgan bemorlarda ularni butun badan teri sohalarini bo'ylab keng tarqalgan ko'rinishlarda bo'ladi. Toshmalarning nafaqat bo'yin, ko'krak teri sohalarida, balki oyoq teri sohalarida ham uchrashi holati qayd etiladi, ularning kattaligi 5 tiyinlik tanga hajmidek yoki undan ham katta bo'lib, bir-birlari bilan qo'shilishga moyil bo'lishi holati kuzatiladi, o'choqlarda yengil yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi, kompleks davo choralari o'tkazilishi uzoq vaqt davom etadi. Kasallik ko'p hollarda qayta xuruj qiladi. Bunday holatlarda OIV ni o'tkazib yubormaslik uchun pereferik limfa tugunlari paypaslab ko'riladi, agarda ularni kattalashganligi aniqlansa, unday holatlarda bemorlar qoni IFA yordamida OIV ga tekshiriladi. Teri va va shilliq qavatlar kandidozi kasalligi OIV yuqtirib olgan bemorlarda jadallik bilan rivojlanadi, kasallikni ko'proq erkak jinsiga mansub yoshlar orasida uchrashi holati qayd etiladi. Kasallik o'choqlarining ko'pincha og'iz shilliq qavatlari, anogenital sohalarida uchrashi holati kuzatiladi, ular bir-birlari bilan qo'shilishga, uzoq vaqt mobaynida bitmaydigan eroziya va yaralarga aylanishga moyil bo'ladi, o'choqlarda kuchli og'riqlar paydo bo'ladi. Og'iz shilliq qavati sohalaridan jarayon tomoq va qizilo'ngach shilliq qavatlarigacha tarqalib, bemorlarda yutinish holatini qiyinlashtiradi va ko'krak orti sohalarida og'riqlar paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Ko'p bemorlarda og'iz atrofida, chov sohalarida va tirnoqlarda kandidozli kasallikka xos bo'lgan o'zgarishlar kuzatiladi, ba'zida esa bunday o'zgarishlar ichki

a'zolar (visseral) kandidozi bilan birga uchraydi. Kasallikning bunday ko'rinishlarda kechishi ko'pgina bemorlarda tana haroratining subfibril ko'rinishlarda ko'tarilishiga, yengil dispepsiya holatlariga olib keladi, natijada bemorlarda ozib ketish holati kuzatiladi. OIV yuqtirgan bemorlarda bakterial kasalliklar asosan teri va shilliq qavatlarining stafilakokkli va streptakokkli kasalliklari ko'rinishida kechib, ular follikulitlar, frunkullar, karbonkullar, flegmonalar, abetsesslar va surunkali yarali piodermitlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan ushbu kasalliklar belgilarini teri sohalari bo'ylab tarqalishi, chuqurlashishi holati kuzatiladi, natijada bemorlarning umumiy ahvoli og'irlashib boradi. Bunday holatlarda piodermiya kasalligining aralash, chuqur klinik shakllarining rivojlanishi holati kuzatiladi. Bemorlarda pereferik limfa tugunlari kattalashadi, doimiy subfebril harorat kuzatiladi, ishtahaning pasayishi, ozib ketish, ya'ni ka- xeksiya holatlari rivojlanadi, bemorlarda psixosomatik o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Tavsiya etilgan kompleks davo choralari (antibiotiklar, immunostimulyatorlar, polivitaminlar, qon va qon prepratlar, spetsifik immunostimulyatorlar) uzoq vaqtdan so'ng vaqtinchalik natijalar beradi. Bir necha oylardan keyin kasallikni yana qayta xuruj qilishi holatlari kuzatiladi, oxir- oqibatda bemorlar hayoti o'lim bilan tugaydi. OIV yuqtirgan bemorlarga jinsiy aloqalar orqali yuqadigan kasalliklar (JAOYuK) yuqqanida, bu kasalliklarning kechishida o'ziga xos xususiyatlar kuzatiladi. Ushbu kasalliklar orasida zaxm kasalligining o'ziga xos o'rni bor. Jumladan, zaxm kasalligi yuqqanda kasallik inkubatsion davrining ikki haftagacha qisqarishi, qattiq shankrning ko'pincha yarali ko'rinishlarda namoyon bo'lishi, hajmining katta bo'lishi, sonining bir nechtagacha bo'lishi, ikkilamchi infeksiyalar bilan asoratlanishi holatlari kuzatiladi. Bundan tashqari qattiq shankrning bitishi holatining bir necha oylargacha cho'zilib ketishi kuzatiladi yoki yara bitib ulgurmasdanoq ikkilamchi zaxm davri belgilari paydo bo'ladi. Zaxmning ikkilamchi davri OIV yuqtirgan bemorlarda ko'plab katta hajmdagi papulali va pustulali toshmalarining paydo bo'lishi tarzida namoyon bo'ladi, jarayon qo'l va oyoq kaftlari sohasini ko'proq zararlanishi bilan kechadi, ba'zi bemorlarda esa zaxm keratodermiyalari ham rivojlanishi holati kuzatiladi. Anogenital sohalarda ko'pincha toshmalar bir-birlari qo'shilishga moyil bo'lib, keng kondilo- marni hosil qiladilar. Qo'ltiq osti va qo'l kafti sohasida giperpigmentlangan dog'li toshmalar kuzatiladi. Bemorlarga zaxmga qarshi to'liq davo choralari belgilanganligiga qaramasdan kuchayib borayotgan immun tizimi tanqisligi sababli bemorlarda qisqa vaqtda ichida asab tizimi zaxmi (neyrozaxm) belgilari yuzaga keladi. Terining parazitlar kasalliklari ichida OIV yuqtirgan bemor- larda, asosan qo'tir kasalligining uchrashi holati ko'proq qayd etiladi. Bunday bemorlarda qo'tir kasalligi atipik ko'rinishlarda kechadi, ya'ni kasallik toshmalar ko'p sonli, katta hajmlarda bo'lib, asosan teri burmalari, tizza, tirsak sohalari yuzalarida qalin, qora qutir qobig'lar bilan qoplangan papulali va pustulali toshmalarining joylashishi bilan namoyon bo'ladi. Toshmalar kun sayin ko'payib boradi va ular ikkilamchi

infeksiyalar bilan asoratlanadilar, jarayon bemorlarda qattiq qichishish holati bilan kechadi. OIV infeksiyasini kasallikning turli bosqichlarida aniqlash oson vazifa emas, shuning uchun ham shifokorlar kasallikning har bir bosqichini klinik va laborator diagnostik belgilaridan xabardor bo'lishlari lozim. Kasallik bugungi kunga kelib kishilik jamiyatining har bir bo'g'imiga kirib borayotganligi natijasida yildan-yilga bemorlar sonining ortib borishi holati davom etmoqda. Bundan tashqari kasallikning klinik belgilarini rang- barangligi va bir qolipga tushmasligi holati bunday bemorlarni turli soha shifokor mutaxassislariga murojaat kilishlariga olib keladi, shuning uchun ham har bir shifokor qacda va qanday yo'nalishda ishlashidan qat'iy nazar OITS haqida yetarlicha nazariy va amaliy bilimlarga ega bo'lishi shart. OIV infeksiyasi tashxisoti dasturi 3 ta asosiy bo'limni, ya'ni kasallikning tarixi, kasallikning klinik belgilari tahlili va tekshirish uslublarini o'z ichiga oladi.

Kasallik tarixi bo'limi o'rganilayotganda shubha qilinayotgan bemorlarni jur'at guruhiga mansubligi (fohisha, besoqolboz, giyohvand, gemofiliya kassalligining mavjudligi, har xil insonlar bilan tartibsiz jinsiy aloqalarda bo'lish, OIV keng tarqalgan mamlakatlarda uzoq muddatli safarlarda bo'lganligi, turli sabablar bilan qon yoki qon preparatlarini qabul qilganligi) holatlari nazarda tutiladi va tahlil etiladi. Kasallikning klinik belgilarini tahlil qilish bo'limida esa kasallik qanday ko'rinishlarda namoyon bo'lmasin, ularning barchasida OIV ga shubha tug'diruvchi o'ziga xos bo'lgan umumlashtiruvchi tomonlari mavjud bo'ladi. Bularga kasallik belgilarining kuchayib borishi, bemorlar umumiy ahvollarining og'irlashuvi, turli kasallik belgilarining birgalikda kelishi, davo choralarining samara bermasligi holatlari kiradi.

Mutaxassis shifokor uzoq muddat davom etib kelayotgan limfadenopatiya holatiga, sababsiz davom etib kelayotgan tana haroratining ko'tarilishiga, bemorlarni kundan-kunga ozib borishlariga, ularda surunkali ich ketishi holatlari, og'ir zotiljam kasalliklarining kuzatilishiga, og'irlashib boruvchi markaziy asab tizimi kasalliklarining kuzatilishiga va yosh yigit- qizlarda turli o'sma kasalliklarining (jumladan, Kaposhi sarkomasi) ning uchrashi holatlariga katta e'tibor qaratishlari lozim va bunday bemorlar albatta OIV ga tekshirilishi kerak. Tashxisoti. Tekshirish uslublari bo'limida OIV kasalligi tashxisining tasdiqlanishi barcha ijtimoiy kasalliklar singari laboratoriya tekshiruvlari orqali amalga oshiriladi. Shu maqsadda kasallikning turli bosqichlarida quyidagi tekshiruvlar amalga oshiriladi: a) qon immunogrammasi tekshiruvi. Bunda yordamchi limfotsit hujayralar (xelperlar) soni keskin kamayib ketadi, biroq limfotsitlarning umumiy soni me'yoriy chegarada bo'lishi mumkin. Limfotsitlar umumiy sonining kamayishi (limfotsitopeniya) kasallikning muddati ortishi bilan kuzatiladi. Bunda limfotsitlarning 1 ml qondagi soni 500 tagacha kamayishi mumkin (bunday holat sog'lom kishilarda 1200-1700 donacha bo'ladi). Ma'lumki, T-xelperlar sonining T-

supressorlarga nisbati me'yorda (immunitetni tartibga soluvchi ko'rsatkich) 1,8-2,4 ga teng bo'lib, OIV yuqtirib olgan bemorlarda esa bu ko'rsatkich asta-sekin 0,2-0,4 gacha tushib qoladi. b). OIV ga ommaviy tekshiruvlarda immunoferment analizi (IFA) usuli keng qo'llanilib, yetarli darajada sezgir serologik tahlil usuli hisoblanadi (1 ml qon tarkibida bir molekula qarshi tanacha bo'lganda ham ushbu jarayon musbat natija beradi). Immunoferment usuli OITS ga chalingan bemorlarning 82% da ijobiy, 16% da taxminiy, 2% ida manfiy natijalar beradi, shunga qaramasdan bu usul barcha shubha qilingan bemorlarda o'tkaziladi va musbat natijalar chiqqan holatlarda esa keyingi tekshirish usullari o'tkaziladi. v) immunobloting usuli OIV yuqtirgan bemorlar va OITS bemorlari uchun o'ta xos (spesifik) bo'lgan tekshirish usuli bo'lib hisoblanadi, bu tekshirish usuli natijalarining musbat chiqishi, tekshirilayotgan shaxsda OIV borligidan dalolat beradi. IFA jarayoni musbat natijalar bergan shaxslargagina qo'yiladi, chunki uni ommaviy tekshiruvlarda qo'llash juda qimmatga tushadi va faqatgina maxsus laboratoriyalarda, markazlashtirilgan holatlarda, ko'rsatmalarga binoan o'tkaziladi; g) ko'p zanjirli tekshirish usuli (PSR-polimeraznaya sepnaya reaksiya) ham OIV uchun xos jarayon hisoblanib, kasallik tashxisini virus DNKsi darajasida tasdiqlaydi. Ushbu jarayon ham ko'rsatmalarga binoan maxsus laboratoriyalarda qo'yiladi. d) virus identifikatsiyasi usuli OITS markazida o'tkaziladi va bemorlar qonidan yoki organizmdan ajralayotgan boshqa suyuqliklardan OIV ni topishga qaratilgan tekshirish usuli bo'lib hisoblanadi. Retroviruslarga nisbatan hosil bo'ladigan qarshi tanachalar kasallik yuqqandan so'ng asosan 6-8 hafta o'tgach qonda paydo bo'ladi, lekin bu jarayon 3-6 oylargacha cho'zilishi mumkin. Shu sababli shubha qilinayotgan shaxslarda IFA usuli manfiy natijalar bersa ham kasallik yuqmagan, degan xulosaga kelish xato hisoblanadi, ya'ni bunday holatlarda qarshi tanachalar yetarli miqdorda hosil bo'lib ulgurmagan bo'lishi mumkin. Shuning uchun ham IFA usulini 2 marta 3 oy farq bilan qo'llash lozim.

Hozirgi paytda respublikamizda ish olib borayotgan barcha OITS laboratoriyalarida aholi orasida VICH kasalligini aniqlash uchun IFA usuli qo'llaniladi. Ayniqsa, zaxmga duchor bo'lgan homilador ayollar, qon beruvchi donorlar, giyohvandlar, silga uchragan bemorlar, tanosil kasalligiga chalingan bemorlar va alohida ijtimoiy tabaqaga kiruvchi shaxslarga tushuntirish ishlarini olib borib, OIV ga ularning roziligi bilan tekshirilishi lozim. Davosi. Hozirgi kunda bu kasallikni samarali davolash usullari yo'q. Kasallikka qarshi olib boriladigan davo choralari qancha erta boshlansa, u shuncha samarali bo'ladi, ya'ni bemorlar o'n yillab yashash imkoniga ega bo'ladi, bundan tashqari shunday bemorlar orqali kasallik tarqalishi holatining oldi olinadi. Qo'llanilayotgan davo choralari kasallikni bir bosqichidan ikkinchisiga o'tish muddatini ancha susaytiradi. OIV yuqtirgan yoki OITS bemorlarini zamonaviy davolash va ko'riladigan choralarni shartli ravishda etiologik (kasallikni qo'zg'atuvchisiga qarshi), patogenetik (buzilgan immunitetni korreksiya qilishga qaratilgan choralari) va simptomatik (opportunist infeksiyalarga

va neo- plastik jarayonlarga qaratilgan) guruhlarga bo'lish mumkin. Birinchi guruhga asosan viruslarga qarshi zamonaviy antibio- tiklarning qo'llanilishi (ribaverin, asiklovir, azidotimidin, foskarnet, interferon va uning induktorlari) kiradi. Antibiotiklar kasallik bosqichi, klinik shaklini hisobga olgan holda OITS markazi tomonidan ishlab chiqilgan maxsus sxemalar bo'yicha bemorlarga beriladi. Ikkinchi guruhga turli immuno- modulyatorlar va immunostimulyatorlar (levomizol, izoprinozin, timozin, timopentin, impreg, indometatsin, siklosporin A, interferon va uning induktorlari, taktivin, timotsitlar, suyak ko'migi, timus fragmentlari va h.o.) kiradi. Simptomatik davo opportunist infeksiyalarning turiga mos ravishda, keng ta'sir qiluvchi antibiotiklar, antimikotiklar, sitostatiklarni boshqa uslublar bilan birgalikda o'tkaziladi. Kompleks olib boriladigan davo natijalarida kasallikning klinik belgilari kamayadi, bemorlarning umumiy ahvollarida sezilarli ijobiy siljishlar kuzatiladi. Demak, bugungi kunda OITS ni mukammal davolash choralari yo'q ekan, uning oldini olish choralari kuchaytirish zarur. Bu maqsadda barcha o'rta va oliy ta'lim muassasalari o'quv rejalariga jinsiy yo'llar orqali yuqadigan kasalliklar, ularning oqibati va oldini olish yo'llari haqida o'quv soatlari ajratilishi, kasallik xaqidagi ma'lumotlarni umumiy targ'ibot vositalari (televidenie, radio, ro'znomalar) orqali tushuntirib berish va olib borish lozim, bu yo'nalishda tibbiy yordam ko'lamini oshirish kasallikka vaqtida to'g'ri tashxis qo'yish va aniqlash maqsadida anonim tekshirish muassasalari sonini va ish sifatini oshirish hamda to'g'ri turmush tarzini targ'ib qilish lozim. Yuqorida ko'rsatilgan omillarni mamlakat miqyosida mukammal ravishda amalga oshirish nafaqat OITS kasalligi, balki barcha jinsiy aloqalar orqali yuqadigan kasalliklar sonining keskin kamayishiga olib keladi.



Rasm 1.Kaposhi sarkomasi Rasm 2. Kaposhi sarkomasi

Tekshiruv savollar:

1. OIV(Odam immuntanqislik virusi) klinik testi sifatida limfadenopatiyani aniqlash.
2. OIV- infeksiyasini etiologiyasi va patogenezini.
3. OIV-infeksiyasi epidemiologiyasi, xamda yuktirishga moyil bo'lgan guruhlar.
4. OIV-infeksiyasi klinik tasniflanishi (kasallik bosqichlari).
5. OITS ni klinik shakllari (upka turi, nevrologik turi, oshkozon- ichak turi, isitma bilan utadigan turi).
6. Kaposhi sarkomasi (visseral va dermal turlari).
7. OITS da teridagi uziga xos o'zgarishlar.
8. OIV- infeksiyasini aniqlash kriteriyalari.
9. OITS da laborator tekshiruvlar.
10. OIV ga duchor bo'lgan bemorlarda va OITS bilan kasallanganlarda davolash prinsiplari.
11. OIV-infeksiyasini oldini olish chora tadbirlari

Test savollari

1. OITS ko'zgatuvchisi:
 - A. Retrovirus
 - V. Virus
 - S. Xlamidiya
 - D. Mikoplazma
 - E. Neyrotrop virus
2. OITS bosqichlari (noto'g'ri javobni toping):
 - A. Serokonversiya
 - V. Boshlangich
 - S. Yashirin
 - D. Tarkalgan limfadenopatiya
 - E. OITSGa alokador belgilar
3. OITSni klinik turlari (noto'g'ri javobni toping):
 - A. Sistemali turi
 - V. O'pka turi
 - S. Asab turi
 - D. Oshkozon-ichak turi
 - E. Istma turi
4. VICH asosan zararlaydi:
 - A. T-xelperlarni
 - V. T-supressorlarni
 - S. T-killerlarni
 - D. V-limfotsitlarni
 - E. Kon tomirlarni

5. VICH yukish yullari:

- A. Jinsiy, vertikal, gemotransfuzion
- V. Jinsiy, vertikal, ona sutidan
- S. Jinsiy, vertikal, kon suruvchi xashoratlar orkali
- D. Jinsiy, kon suruvchi xashoratlar orkali, gemotransfuzion
- E. Jinsiy, maishiy alokada, gemotransfuzion

6. OITSda teri va shilliq qavatlarda kuzatiladigan asosiy belgilar (notugri javobni toping):

- A. Terini parazitlar kasalliklarini tez-tez uchrashi
- V. Kaposhi sarkomasi
- S. Tez-tez terini virusli kasalliklarini qaytalanishi
- D. Tez-tez terini zamburugli kasalliklarini qaytalanishi
- E. Piodermitlarni ogir utishi

7. OITSni davolashda ishlatiladigan asosiy preparatlar (notugri javobni toping):
Garmonlar

- A. Virusga karshi
- V. Imunnostimulyatorlar
- S. Antibiotiklar
- D. Fungisid preparatlar
- E.

8. ITV – infeksiyasi yukish yullari.(notugri javob):

- A. Transmissiv
- V. Transfuzion
- S. Transplasental
- D. In'eksion
- Ye. Barcha javoblar tugri.

9. ITV-infeksiyasini inkubatsion davri kancha vaqt tashkil etadi:

- A 1 oydan 5 yilgacha
- V. . 1 - 10 kun
- S. 2 haftadan 4 haftagacha
- D. 5 yildan oshiq
- Ye. 1 oydan 2 yilgacha

10. OITS tashxisotida asosiy laborator tekshiruvlari bulib xisoblanadi.(notugri javob):

- A. Leykotsitoz
- V. Virusologik
- S. immunofermentnom analiz
- D. Immunobloting analiz
- Ye.Barcha javoblar tugri.

Vaziyatli masalalar №1

Shifokor kabauliga 35 yoshli bemor kuyidagi shikoyatlar bilan murojat kildi: xolsizlik, suyaklarda og'riq, yutal, boldirning oldingi yuzalarida toshmalar paydo bulishiga.

Kuruv maxalida: Bemorni umumiy axvoli urtacha ogirlikda, ozgin, kultik osti, tirsak, bo'yin, chov limfa tugunlari yongok kattaligiday kattalashgan, xarakatchan, og'riqsiz. Upkada dagal nafas. Ikkala boldirning oldingi yuzalarida tugunchali toshmalar bulib, kattaligi 10-15 tiyinlik tangadek keladi, yuzasi sillik, ba'zilar kushilib kukimtir -kizgish pilakchalarni xosil kilgin.

1. Dastlabki tashxis.

2. Tashxisni asoslash maksadida qanday analizlar ukazish kerak.

Javob:

1. ITV(VICH)-infektsiyasi, tarkalgan limfadenopatiya boskichi, Kaposhi sarkomasi.

2. Immunoferment analiz, immunobloting, polimeraz zanjir reaksiyasi, immunogramma, umumiy kon analizi, kukrak kafasi rentgenogrammasi.

Vaziyatli masala №2

Bemor 38 yosh. Oxirigi 3 oy ichida krupoz zotiljam tashxisi bilan pulmonologiya bulimida statsionar ravishda davolangan. Utkazilgan antibiotikoterapiyalardan sung xam upkadagi o'zgarishlar kuchayib borgan, tana xarorati subfebril bo'lgan. Bemor xolsizlanib bormokda, ozib ketmokda, poliadenitlar kuzatilmokda. Konda leykopeniya.

1. Qanday tashxis xakida uylash mumkin?

2. Aniqlash usullari?

Javob:

1. ITV(VICH)-infektsiyasi, upka turi, pnevmotsistli zotiljam..

2. ITV(VICH)-infektsiyasiga to'liq kompleks tekshiruvlari: immunoferment analiz, immunobloting, polimeraz zanjir reaksiyasi, immunogramma, balgamni bakteriologik analizi.

Vaziyatli masala №3

Bemor J, 45 yosh, shikoyati xolsizlikka va ich ketishga. Ko'rik maxalida bemor ozgin, poliadenitlar kuzatilmokda. Ichak yullari buylab og'riq. Vakti bilan tana xaroratini kutarilib turishi.

1. Sizni tashxisingiz?

2. Aniqlash usullari?

Javob:

1. ITV(VICH)-infektsiyasi, tarkalgan limfadenopatiyasi boskichi, oshkozon-ichak turi.

2. ITV(VICH)-infektsiyasiga to'liq kompleks tekshiruvlari: immunoferment analiz, immunobloting, polimeraz zanjir reaksiyasi, immunogramma, umumiy axlat analizi, axlatni ekib tekshirish.

Vaziyatli masala №4

Bemor V, 60 yosh. Shifokorga kuyidagi shikoyatlar bilan murojat kildi: kul-oyoqlarga toshmalarni toshishi, og'riqqa. Ko'rik maxalida: kul-oyoq kaftlarining barmok oralarida dumbokchali toshmalar bulib, rangi kizgish – kukimtir. Kon immunogrammasida - IRI pasayishini kuzatilishi.(SD4/SD8=0,6)

1.Dastlabki tashxis?

2.Sizning taktikangiz?

Javob:

1. ITV(VICh)-infeksiyasi, Kaposhi sarkomasi.

2.ITV(VICh)-infeksiyasiga to'liq kompleks tekshiruvlari: immunoferment analiz, immunobloting, polimeraz zanjir reaksiyasi, immunogramma, onkolog ko'rigi, biopsiya.

Glossariy

Alopecia syphilitica- ko'pincha mayda o'choqli soch to'kilishi (alopecia areolaris) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Boshning sochli qismida, ayniqsa chakka va ensa sohalarida, 1-2 tiyinlik tanga kattaligidagi ko'plab mayda, noto'g'ri dumaloq shakldagi soch to'kilgan joylar paydo bo'ladi.

Gonoblenoreya -Bolalarga so'zak kasalligi ularning tug'ilish vaqtlarida bemor onalaridan tug'ilish yo'llari orqali yuqishi mumkin, bu vaqtda so'zak infeksiyasi asosan tug'iladigan bolalar ko'z shilliq qavatlariga tushib kasallikni yuzaga keltirishi mumkin.

Gumma -yong'oq, tuxum kattaligidaga , uning ustidagi teri normal rangini saqlab qoladigan tugunlar ,ko'pincha yirik bo'g'imlar (tirsak, tizza) atrofida hosil bo'ladi va bo'g'im oldi tugunlari deb ataladi.

Polimorfizm - turli xil ikkilamchi sifilidlar bir vaqtning o'zida paydo bo'ladi, masalan, dog'li va papulyoz yoki papulyoz va pustulyoz .

Profilaktik davolash - Ilgari zaxm bilan og'rigan, ammo hisobdan chiqarilmagan homilador ayollar har bir homiladorlik davrida penitsillinlar bilan profilaktik davolanadi.

Qattiq shankr - Qattiq shankr yoki birlamchi sifiloma dumaloq yoki oval shakldagi eroziya yoxud yuzaki likopcha ko'rinishidagi yara.

Treponema pallidum - Zaxm qo'zg'atuvchisi oqish treponema (*Treponema pallidum*) bo'lib, Treponema avlodiga mansub

Vasserman reaksiyasi. - Reaksiya komplementni bog'lash hodisasiga asoslangan (Borde-Jangu reaksiyasi) bo'lib, lipidlarga qarshi antitanalarni (reaginlarni) aniqlaydi.

Yaresh Lukashevich Geys Geymer reakstiyasi – zaxm bilan kasallangan bemorga birinchi marotaba penistilin bilan davolash boshlanganda terida mayda rozeolez toshmalar toshishi va intoksikatsiya belgilarini kuzatilishi bilan kechuvchi

Tavsiya etilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Арифов С.С., Набиев Т.А., Сабиров У.Ю. Половые инфекции. – Ташкент : б.и., 2004.
2. Ахмедов К.Р. Белые пятна на коже : научно-популярное издание. – Ташкент : Фан ва технология, 2012. – 408 с.
3. Атлас дерматологии Фицпатрика / под ред. Канг С., Амарти Л. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1216 с. – ISBN 978-5-9704-6410-0.
4. Владимирова В.В. Атлас дерматовенерологии. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 520 с. – ISBN 978-5-9704-5952-6.
5. Горланов И.А. Заболевания кожи у новорождённых и грудных детей : краткое руководство для врачей. – Ташкент : б.и., 2016. – 208 с.
6. Горланов И.А. Детская дерматовенерология : учебник. – Ташкент : б.и., 2017. – 512 с.
7. Маннанов А.М., Хаитов К.Н. Детские кожно-венерические заболевания. – Ташкент : б.и., 2022.
8. Сиразитдинова В.Ф., Джагарян А.Д., Маннанов А.М. Герпесвирусные инфекции у детей : монография. – Ташкент : б.и., 2014. – 160 с.
9. Сифилис : от висмута до экстенциллина : монография для врачей / под ред. проф. А. Ш. Ваисова. – Ташкент : б.и., 2012. – 244 с.
10. Шадиев Х.К., Сиразитдинова В.Ф., Дмитриев Г.А. Инфекции, передаваемые половым путём у детей. – Москва : б.и., 2011. – 392 с.
11. Kirkcaldy R.D., Weston E., Segurado A.C., Hughes G. Epidemiology of gonorrhoea: a global perspective // Sexual Health. – 2019. – Т. 16, № 5. – С. 401–411. – DOI: 10.1071/SH19061.
12. Peeling R.W., Mabey D., Kamb M.L., Chen X.S., Radolf J.D., Benzaken A.S. Syphilis // Nature Reviews. Disease Primers. – 2017. – Т. 3. – Арт. 17073. – DOI: 10.1038/nrdp.2017.73.
13. German Advisory Committee Blood (Arbeitskreis Blut), Subgroup «Assessment of Pathogens Transmissible by Blood». Human Immunodeficiency Virus (HIV) // Transfusion Medicine and Hemotherapy : offizielles Organ der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie. – 2016. – Т. 43, № 3. – С. 203–222. – DOI: 10.1159/000445852.
14. Shatikkulamin H., Shajil C. Acute gonococcal urethritis // IDCases. – 2024. – Т. 39. – Арт. e02130. – DOI: 10.1016/j.idcr.2024.e02130.

Mundarija

Zaxm etiologiyasi	5–6
Yuqish yo‘llari	7–8
Zaxmning umumiy kechishi	8–15
Zaxm tasnifi	15–58
Tug‘ma zaxm	58–70
Zaxmning laboratoriya tashxisi	70–83
Zaxm bilan kasallangan bemorlarni davolash	83–88
Klinik-serologik nazorat	88–90
Bilimlarni nazorat qilish	90–100
So‘zak	100–104
Qiz bolalar so‘zagi	104–106
So‘zakni davolash	106–107
So‘zaksiz vulvovaginitlar	107–110
Bilimlarni nazorat qilish	110–114
OITS	114–128
Bilimlarni nazorat qilish	128–132
Glossariy	132
Adabiyotlar	133