

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

PAPULYOZ DERMATOZLAR
(PSORIAZ, QIZIL YASSI TEMIRATKI)

O‘QUV QO‘LLANMA

tibbiyot oliy ta’lim muassasalarining davolash fakultetlari talabalari uchun

TOSHKENT - 2025 yil

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

PAPULYOZ DERMATOZLAR
(PSORIAZ, QIZIL YASSI TEMIRATKI)

O‘QUV QO‘LLANMA

tibbiyot oliy ta’lim muassasalarining davolash fakultetlari talabalari uchun

ALYAVI S.F., AGZAMXODJAYEVA S.S.

Bilim sohasi: 500000 - Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot

Ta’lim sohasi: 510000 - Sog‘liqni saqlash

Ta’lim yo‘nalishi: 5510100 - Davolash ishi

Toshkent 2025-yil

Tuzuvchilar:

Alyavi S.F. TDSI "Dermatovenerologiya va kosmetologiya" kafedrası dotsenti, t.f.n.

Agzamxodjayeva S.S. TDSI "Dermatovenerologiya va kosmetologiya" kafedrası dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Azizov B.S. TDTU "Dermatovenerologiya va kosmetologiya" kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Pakirdinov A.B. ADTI "Dermatovenerologiya" kafedrası mudiri, t.f.d., professor

O'quv qo'llanmada psoriaz va qizil yassi temiratki bilan kasallangan bemorlarni klinik tekshirish masalalari ko'rib chiqilgan. Ko'rik o'tkazish ketma-ketligi, anamnez yig'ish batafsil ko'rib chiqiladi, teri va shilliq qavatlardagi toshmalarning morfologik elementlariga alohida e'tibor beriladi.

Qo'llanma fotosuratlar bilan yorqin tasvirlangan. Materialni o'rganishda olingan bilimlarni o'z-o'zini nazorat qilish uchun qo'llanmada test topshiriqlari va vaziyatli masalalar mavjud. Ushbu o'quv qo'llanma "Davolash ishi" va stomatologiya fakultetlari talabalari, klinik ordinatorlar, dermatologiya fanini o'rganuvchi magistrilar uchun mo'ljallangan.

MUNDARIJA

SHARTLI QISQARTMALAR.....	6.
SO‘Z BOSHI.....	7.
1-BO‘LIM. TERI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASI ASOSLARI	
1.1 Dermatovenerologik bemorni umumiy ko‘rikdan o‘tkazish (ko‘rik o‘tkazishga qo‘yiladigan talablar va uslubiyat).....	8.
1.2 Maxsus dermatologik va laboratoriya tekshiruvlari..	23.
1.3 Papula toshmaning morfologik elementi sifatida.....	27.
2-BO‘LIM. Psoriaz	
2.1 Tarixiy ocherk.....	43.
2.2 Ta’rif. Etiopatogenezi.....	45.
2.3 Tasniflash.....	50.
2.6 Klinik ko‘rinishi.....	51.
2.7 Diagnostika.....	62.
2.8 Differensial diagnoz.....	65.
2.0. Davolash.....	71.
3-BO‘LIM. Qizil yassi temiratki	
2.1 Ta’rif. Etiopatogenezi.....	75.
2.2 Tasniflash.....	76.
2.3 Klinik ko‘rinishi.....	77.
2.4 Differensial diagnoz.....	88.
2.5 Davolash.....	91.
4-BO‘LIM. DERMATOZ BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI REABILITATSIYA QILISH	
4.1 Sanatoriy-kurortda davolanish.....	94.
4.2 Dermatoz bilan og‘rigan bemorlarning parhez ovqatlanishi.....	99.
5-BO‘LIM. NAZORAT TOPSHIRIQLARI.	

5.1 Vaziyatli masalalar.....	107.
5.2 Test topshiriqlari.....	118.
5.3 Vaziyatli masalalarning javob etalonlari.....	129.
5.4 Test topshiriqlarining javob etalonlari.....	133.
Adabiyotlar.....	134.

SHARTLI QISQARTMALAR

AKTG

IL - interleykin

TNF- α - o'sma nekrozi omili - α

IFN - interferon

Ultrabinafsha

UVB - Ultrafilet B

SO‘Z BOSHI

Hozirgi vaqtda, zamonaviy ilm-fan yutuqlariga qaramay, kasalliklarni va xususan, inson terisi kasalliklarini tashxislash murakkab muammo bo‘lib qolmoqda, uning yechimi, ya’ni bemorning sog‘lig‘i va hayoti shifokorga bog‘liq. Klinik dermatologiya amaliyotida bu alohida ahamiyatga ega, chunki teri kasalliklarining aksariyati ko‘pchilik shifokorlar uchun mavjud bo‘lgan dalillarga asoslangan tashxislash usullariga ega emas (yoki ular umuman mavjud emas) va tashxis faqat umumiy klinik tadqiqot ma’lumotlari - so‘rovnoma, ko‘rik va dermatozning patologik ko‘rinishlarining jismoniy xususiyatlarining eng oddiy tadqiqotlari asosida qo‘yiladi.

Zamonaviy oliy o‘quv yurtlarida shifokorni tayyorlash umumiylikdan xususiylikka bosqichma-bosqich o‘tishga asoslanadi, ya’ni umumiy jihatlardan (etiologiya, patogenez) alohida nozologik birlikni uning klinik ko‘rinishlari bilan o‘rganishga o‘tish sodir bo‘ladi. Teri kasalliklarini tashxislashdagi qiyinchiliklarga qaramay, har bir bo‘lajak shifokor anamnez, klinik ko‘rinish, laborator-instrumental tekshiruv usullari ma’lumotlari va nazariy bilimlar asosida to‘g‘ri tashxis qo‘ya olishi kerak. Boshqacha aytganda, klinik tafakkurga ega bo‘lish. Mualliflar ushbu o‘quv qo‘llanma dermatologiyani tushunish va sevishga yordam beradi, olingan bilimlar esa kelajakda talabalarimizning kasbiy amaliyotida, ularning mutaxassisligidan qat’i nazar, qo‘l keladi, deb umid qilishadi.

1-bo'lim. TERI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASI ASOSLARI

1.1 Dermatovenerologik bemorni umumiy ko'rikdan o'tkazish (ko'rik o'tkazish talablari va uslubiyoti)

Bemorning dermatologik tekshiruvi yaxshi yoritilgan xonada o'tkazilishi kerak, bunda elektr emas, balki tabiiy kunduzgi yorug'lik bo'lgani ma'qul. Xonada qulay havo harorati (25°C atrofida) bo'lishi kerak, ammo pastroq haroratga ham ruxsat beriladi - taxminan $18-20^{\circ}\text{C}$, bu terining yuzaki tomirlarining yengil spazmini keltirib chiqarish uchun qilinadi (bu holda teridagi har qanday yallig'lanishli ekzantemalar, xususan, sifilitik rozeola yanada sezilarli bo'ladi). Shifokorning arsenalida quyidagilar bo'lishi kerak: bir marta ishlatiladigan qo'lqoplar, lupa, buyum oynasi, bir marta ishlatiladigan skalpel, tugmachali zond (yoki gugurt), pinset, shpatel, yod, paxta tayoqchalari, issiq suvli probirkalar, muz kubiklari, dermatoskop va mikroskop (biomaterial olish va preparat tayyorlash uchun asboblarni to'plam bilan). Vrach kabinetga kirayotgan bemorni diqqat bilan kuzatib borishi, uning tashqi ko'rinishi, yuz ifodasi, bemorning holati, yurishi, hatto bemorning qanday kiyinganligi (toza, iflos, yorug', didsiz va hokazo) gacha o'zida qayd qilib borishi kerak. Bu uning psixologik kayfiyati va o'ziga bo'lgan munosabatini baholashga yordam beradi. Ba'zi kasalliklarda (moxov, zamburug'simon mikoz) to'qimalar infiltratsiyasi hisobiga yuzda tumshug'iga o'xshab qolishi mumkin - facies leonine, zaxmda burun shakli o'zgarishi mumkin - egarsimon burun, rozatseada burun to'qimalari o'sib ketadi - u g'uddasimon bo'lib qoladi, sil volchankasida burun kichrayib, qush tumshug'i shaklini oladi. Psoriazda boshdagi soch o'sishi chekkasi bo'ylab ko'pincha yallig'lanish papulalari - psoriatik toj deb ataladigan joylashadi. Zaxmda sochlar kuya yegan mo'ynani eslatishi mumkin, dermatomiozida esa bemor qo'llarini yuqoriga ko'tarishi, ko'ylagini yechishi, sochlarini tarashi qiyin bo'ladi. Tajribali shifokorlar bemorni ko'rgandan keyingina ba'zan darhol bir qator kasalliklarga shubha qilishlari

mumkin, ammo bu holda ham ular o'z imkoniyatlarini ortiqcha baholamasliklari kerak. U yoki bu dermatozga ishonchli tashxis qo'yish uchun bemorni sinchiklab tekshirish, uning shikoyatlari va anamnezini o'rganish talab etiladi. Barcha bemorlar ham shifokor bilan muloqotga bir xil xayrixoh emas (ularning ko'pchiligi tashvish yoki stress holatida bo'ladi), shuning uchun shifokorning bemor bilan tanishishning dastlabki bosqichidagi asosiy vazifasi uni tinchlantirish va ishonchli suhbatga yo'naltirishdir. Shundan so'ng shikoyatlar bilan qisqacha tanishishga kirishish mumkin.

Dermatologik bemor terida yoki ko'zga ko'rinadigan shilliq qavatlarida o'zgarishlarni, ba'zi hollarda subyektiv sezgilar bilan kechadigan o'zgarishlarni aniqlaganida tibbiy yordamga murojaat qiladi. Biroq, teri kasalliklarining klinik manzarasi murakkab simptomokompleksni ta'minlaydi. Kasallikning barcha simptomlari subyektiv va obyektiv simptomlarga bo'linadi. Subyektiv alomatlariga bemor his qiladigan kasallik ko'rinishlari, obyektiv alomatlariga esa shifokor ko'zdan kechirganda yoki paypaslaganda terida yoki ko'rinadigan shilliq pardalarda aniqlaydigan o'zgarishlar kiradi. Ko'pincha toshmalar umumiy alomatlar bilan birga keladi: holsizlik, siniqlik hissi, umumiy holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi va hokazo. Shikoyatlar. Shifokorning bemor bilan aloqasi shikoyatlarni aniqlashdan boshlanadi. Dermatologik bemorlar ko'pincha qichishish, achishish, og'riq, sanchish va boshqalardan shikoyat qiladilar. Biroq, subyektiv belgilar kasallikning og'ir-yengilligiga bog'liq bo'libgina qolmay, balki bemorning individual xususiyatlariga, uning nerv sistemasining reaktivligiga ham bog'liqdir. Ba'zi bemorlar kasallikning arziyas ko'rinishlariga juda og'riqli munosabatda bo'lishadi, boshqalari teri patologiyasi yaqqol namoyon bo'lganda arziyas shikoyatlar bildirishlari mumkin. Bu, ayniqsa, qichishishga taalluqli bo'lib, uning ifodalanishi nafaqat dermatozga, balki ko'pincha bemorlarning uni idrok etishiga ham bog'liq. Qichishishning obyektiv belgilari ko'p sonli ekskoriatsiyalar - qichishish izlari, shuningdek, qo'l barmoqlari tirnoqlarining erkin chetining puchayishi va tirnoq plastinkalarining silliqqlanishi hisoblanadi. Qichishishning bor yoki yo'qligi ma'lum diagnostik ahamiyatga ega. Ba'zi

dermatozlar har doim qichishish bilan kechadi (qo'tir, eshakemi, qichishishning turli shakllari, neyrodermit, qizil yassi temiratki, ekzemaning deyarli barcha shakllari), boshqalari qichishishsiz kechadi yoki u sezilarsiz ifodalanadi (psoriaz, pushti temiratki, piodermitlar, vulgar va qizil husnbuzarlar va boshqalar). Ba'zi dermatozlarda qichishish, odatda, qichishish bilan birga keladi (qichima, bitlash, qichishish va boshqalar), boshqalarida esa kuchli qichishishga qaramay, qichishish kuzatilmaydi (eshakem, qizil yassi temiratki va boshqalar). Bundan tashqari, qichishadigan dermatozlar bilan og'rigan bemorlarda qichishish odatda kuchayadi yoki kechasi teri qiziganida paydo bo'ladi; ayniqsa qo'tir bilan og'rigan bemorlarda.

Shikoyatlar bilan dastlabki tanishishda tafsilotlarga va ortiqcha tafsilotlarga berilmaslik kerak, chunki bemor sizni suhbat mavzusidan uzoqqa olib ketishi mumkin va siz professor Rodionovning obrazli iborasi bilan aytganda, qorong'i xonada qora mushukni qidirasiz.

Anamnez. Shikoyatlar aniqlangandan so'ng kasallik va bemor hayoti anamnezini yig'ishga kirishiladi. To'g'ri va sinchiklab yig'ilgan anamnez ko'pincha teri yoki tanosil kasalligi tashxisini qo'yishda katta ahamiyatga ega. Etiologik va patogenetik omillarni aniqlash uchun kasallikning paydo bo'lishi va davom etishidan oldingi yoki birga keladigan holatlar muhimdir, busiz muvaffaqiyatli davolanishga umid qilish qiyin. Yaxshi to'plangan anamnez ko'pincha tashxis qo'yishni osonlashtiradi, shuning uchun bemorga bir qator aniqlashtiruvchi savollar berish kerak. Bemor o'z kasalligining kelib chiqishini nima bilan bog'laydi? U dastlab qachon paydo bo'lgan (tug'ma - orttirilgan)? Muayyan mahsulotlarni iste'mol qilish bilan (shokolad, sitrus mevalar, yong'oqlar - ko'pincha allergik tabiatli; krevetkalar, kalmarlar va boshqa ko'plab turli xil mahsulotlar - oziq-ovqat toksidermiyasi; non va tarkibida kleykovina bo'lgan barcha narsalar - Dyuringning gerpetiform dermatiti)? Dorilarni qabul qilish bilan bog'liqlik bormi (dori toksidermiyalari)? Toshmalar faqat ochiq joylarda (fotodermatozlar? fotosensibilizatsiya xususiyatiga ega dorilarga fototoksik reaksiyalar?) yoki yopiq joylarda ham (boshqa dermatoz? dorilarga fotoallergiya?)

joylashadi. (Agar teri qoplamining ochiq joylarida toshmalar insolyatsiyadan bir necha daqiqa o'tgach paydo bo'lsa - quyoshli eshakemi; 24-48 soatdan keyin - polimorf fotodermatoz (quyoshli qichima yoki quyoshli ekzema)). Og'iz atrofidagi toshmalar (perioral dermatit? tish pastasidagi ftorga allergik reaksiya?). Kasb kasalligiga shubha qilinganda, bemorning ish xususiyatlarini aniqlash muhimdir: erisipeloid qushxona ishchilarida, xom go'shtni (ko'pincha cho'chqa go'shtini) qayta ishlaydigan konserva zavodlarida, baliqda, sut sog'uvchi ayollarning tugunlari - sog'uvchilarda, kuydirgi - qassoblarda, teri oshlovchilarda, moxov - veterinariya shifokorlarida, otboqarlarda va moxov bilan kasallangan hayvonlarga xizmat ko'rsatuvchi boshqa shaxslarda uchraydi. Toksik melanodermiya uglevodorodlar (neftni haydash mahsulotlari, gaz va boshqalar) bilan tez-tez aloqada bo'lgan odamlarda kuzatiladi. Teri leyshmaniozi, moxov, flebotodermiya va boshqa bir qancha dermatozlarga shubha tug'ilganida bemorning shu kasalliklar uchraydigan joylarda, masalan, leyshmaniozga gumon qilinganda O'rta Osiyo yoki Kavkazda, chuqur mikozlarga, tropik treponematozlarga gumon qilinganda issiq iqlimli mamlakatlarda va boshqa joylarda qisqa muddat bo'lgan-bo'lmaganligini aniqlash zarur. Uretradan ajralma kelishiga shikoyat qilinganda, tashxis qo'yish uchun jinsiy a'zolarida eroziv yoki yarali elementlar paydo bo'lishi tasodifiy jinsiy aloqaning davomiyligi ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Bir qator dermatozlar diagnostikasida kasallikning mavsumiyligi muhim ahamiyatga ega. Chunonchi, kuz va bahorda ko'pincha ko'p shaklli ekssudativ eritema, pushti temiratki, tugunli eritema, o'rab oluvchi temiratki paydo bo'ladi. Fotodermatoz, eritematoz, flebotodermiya, o'tloq dermatiti, epidermofitiya va boshqalar bilan og'rikan bemorlar ko'pincha bahor yoki yozda birinchi marta shifokorga murojaat qilishadi; titroq bilan og'rikan bemorlar - yilning nam va sovuq mavsumida. Ba'zan tashxis qo'yishda dermatozning qaytalanishga moyilligi (ekzema, psoriaz, oyoq epidermofitiyasi, ekssudativ eritema, Dyuring dermatiti, oddiy gerpes va boshqalar) yoki, aksincha, qaytalanishga moyillikning yo'qligi (chuqur trixofitiya, pushti temiratki, belbog'simon temiratki va boshqalar) yordam beradi. Dorili toshmalarga shubha qilinganda anamnez katta ahamiyatga ega: bemor u yoki bu

dori vositasini qo'llagandan so'ng toshmalar takrorlanishini ko'rsatadi, ammo bemorlarning bunday bog'liqlikni inkor etishi hali ham dorili toshmalarni istisno qilmaydi. Ba'zi bemorlar anamnezini sinchiklab yig'ib, toshmalarning qaytalanishi shokolad, qulupnay, rak va boshqalarni iste'mol qilish bilan bog'liqligini ko'rsatadilar. Diagnostikada ilgari boshdan kechirilgan va hozirgi vaqtda mavjud bo'lgan sil, zaxm, jigar, me'da-ichak yo'li, qon kasalliklari, nerv sistemasi, ichki sekretiya bezlari funksiyasining buzilishlari to'g'risidagi ma'lumotlar ham yordam beradi. Bemorni so'rab-surishtirish bir qator hollarda kasallikning oilaviy xususiyatini aniqlashga imkon beradi, bu qo'tir, dermatomikozlar, irsiy va tug'ma dermatozlar (keratozlarning ba'zi shakllari, Darye kasalligi va boshqalar) diagnostikasida yordam beradi, shuningdek, qichishishning mavjudligi yoki yo'qligi, uning intensivligi, joylashuvi, kunning ma'lum soatlarida eng kuchli ifodalanganligini aniqlaydi. Shuni hisobga olish kerakki, ba'zi teri kasalliklari asosan ma'lum bir jinsdagi odamlarda uchraydi. Masalan, tugunchali qichima, surunkali trixofitiya, sistema sklerodermiyasi, tugunchali eritema ko'proq ayollarda, rinofima, aknekeloid ko'proq erkaklarda uchraydi. Anamnez kasallikning birinchi belgilari qachon va qaysi sohalarda paydo bo'lganligini, bu belgilar qancha vaqtdan beri mavjudligini, ular bilan qanday o'zgarishlar sodir bo'lganligini, ya'ni retsidivlar va remissiyalarning chastotasi va davomiyligini (agar ular mavjud bo'lsa), toshmalarning ovqatlanish va o'tmishda qo'llanilgan terapiya bilan bog'liqligini, davolash samaradorligini aniqlashga imkon beradi.

Dermatologik bemorni hayot tarixi bo'limi (anamnesis vitae) bo'yicha so'rov o'tkazish terapevtik profildagi klinikalardan hech qanday farq qilmaydi. Teri kasalligi tarixini aniqlab, uning davomiyligini, shuningdek, bemorning o'zi uning boshlanishi va kuchayishini bog'laydigan sabablarni (stress, sovqotish, dori-darmonlarni, ma'lum turdagi oziq-ovqatlarni qabul qilish, kimyoviy moddalarning teriga ta'siri, insolyatsiya va boshqalar) aniqlash kerak. Keyin dermatozning kechish xarakteri, retsidivlarga moyilligi, xususan, qo'zish va remissiyalarning mavsumiyliigi, ularning davomiyligi aniqlanadi. Agar bemor allaqachon davolangan bo'lsa, unda qanday va uning samaradorligi qanday bo'lganligini

aniqlash kerak. Suv, sovunning teriga ta'siriga e'tibor berish kerak. Dermatoz patogenezida tashqi omillarning rolini aniqlash maqsadida hayot anamnezini yig'ishda bemorning ish va turmush sharoitlariga e'tibor qaratish, shuningdek, o'tkazilgan kasalliklar, bemorning oila a'zolari va uning qon-qarindoshlaridagi teri kasalliklari, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va chekish haqida bilib olish kerak. Shikoyatlar bilan dastlabki tanishishda tafsilotlarga va ortiqcha tafsilotlarga berilmaslik kerak, chunki bemor sizni suhbat mavzusidan uzoqqa olib ketishi mumkin va siz professor Rodionovning obrazli iborasi bilan aytganda, qorong'i xonada qora mushukni qidirasiz. Ba'zi hollarda bemor o'zini bezovta qilayotgan narsani so'z bilan tasvirlab bera olmaydi va darhol tekshirishga o'tishni taklif qiladi. Bemorni ko'rikdan o'tkazish teri kasalligi diagnostikasida eng muhim nuqta hisoblanadi. Bemordan, hatto u yakkam-dukkam toshma toshishidan shikoyat qilsa ham, butunlay yechinib olishni iltimos qilish kerak. Bunday holda, bemorga yechinishni taklif qilish maqsadga muvofiqdir va buning uchun shifokor xonasida parda bo'lishi kerak (bemorni yechintirish uchun qulay sharoit yaratish uchun, chunki ko'p odamlar, ayniqsa, intim zonalaridagi toshmalar haqida gap ketganda, murakkablashishni boshlaydilar). Ba'zi bemorlar toshmani ko'rsatish uchun ichki kiyimlarni ko'tarishni taklif qiladilar, ammo bunga rozi bo'lish mumkin emas, iloji boricha to'liq yechinish kerakligini ta'kidlaydilar (belgacha yuqoridan, so'ngra ustdan kiyinib, pastdan va aksincha). Bu sizni dermatozning tarqalishi, uning lokalizatsiyasi va teri toshmalarining guruhlanishi haqidagi noto'g'ri xulosalardan xalos qiladi. Bundan tashqari, siz bemorni bezovta qilmaydigan, ammo u sizga murojaat qilgan muammodan ko'ra ko'proq xavf tug'diradigan boshqa alomatlariga e'tibor berishingiz mumkin. Biz bir necha bor bemorni to'liq tekshiruvdan o'tkazganimizda, murojaat qilish paytida bemorni mutlaqo bezovta qilmagan melanomalarni rivojlanishining dastlabki bosqichlarida aniqlashga muvaffaq bo'ldik. Ko'zdan kechirishni teri yoki shilliq qavatning zararlanish o'chog'idan boshlash kerak. Bunda siz avval toshmani yetarlicha ravon ko'zdan kechirasiz, unga e'tiboringizni ko'p qaratmaysiz, so'ngra toshmalar atrofidagi terini (shilliq qavatni) tekshirishga o'tasiz, keyin esa bemorni to'liq ko'zdan kechirasiz, undan

asta-sekin o'z atrofida aylanishini so'raysiz. Ko'zdan kechirishda tabiiy kunduzgi yorug'likdan foydalangan ma'qul. Ba'zan terini ko'zdan kechirishda 3-5 marta kattalashtirib ko'rsatadigan lupadan foydalanishga to'g'ri keladi. Bemorni butunligicha ko'zdan kechirib chiqqach, yana terining (shilliq pardaning) zararlanish o'chog'ini ko'zdan kechirishga qaytish zarur. Endi bu tekshiruv yanada batafsil va puxta o'tkazilishi kerak. Siz o'zingiz uchun bir qator savollarga javob berishingiz kerak: 1) toshma qanday morfologik elementlar bilan ifodalanadi.

Bemorda bir turdagi birlamchi elementlar (monomorf toshma) yoki birlamchi elementlar har xil (polimorf toshma) ekanligiga e'tibor berish kerak. 2) toshmalarning joylashish xususiyatlari. Morfologik elementlarning tarqalishiga e'tibor beriladi, chunki jarayon universal bo'lishi, butun teri qoplamini qamrab olishi (eritrodermiya), toshma tarqalgan yoki mahalliy bo'lishi, simmetrik yoki asimmetrik joylashishi mumkin. Toshma qo'shilishga moyil bo'lishi mumkin. Zararlanish chegaralari aniq yoki noaniq bo'lishi mumkin. Jarayon dinamikasini aniqlashtirish muhim: elementlar doimiy mavjud yoki vaqti-vaqti bilan yo'qoladi, ularning regressiyasi qanday (so'rilish, po'st tashlash, yara hosil bo'lishi, atrofiya va boshqalar), elementlar chandiq qoldiradimi va agar qoldirsa, qanday, 3) toshma elementlarining o'zaro joylashuvi. Elementlarning bir-biriga nisbatan joylashishi muhim diagnostik ahamiyatga ega. Toshmalar alohida joylashishi yoki halqalar, yoylar, chiziqlar va boshqalar ko'rinishidagi shakllarni hosil qilib, guruhlanishi mumkin. Toshmalar alohida-alohida, kichik-kichik guruhlariga bo'linib joylashadigan bo'lsa, ularning gerpetiformligi to'g'risida gapiriladi. 4) toshmalarning joylashishi, 5) shikastlanish o'choqlaridan tashqaridagi teridagi o'zgarishlar, 6) o'zgarmagan teridagi simptomlar, 7) sochdagi o'zgarishlar, 8) tirnoqlardagi o'zgarishlar. Mavjud toshmalarni ko'zdan kechirishda zarur tahlil qiling, toshma monomorf (teri toshmasining bitta birlamchi morfologik elementi bilan ifodalangan) yoki polimorf (teri toshmasining ikki yoki undan ortiq birlamchi morfologik elementlari bilan ifodalangan) xarakterga ega. Morfologik elementlarni o'rganishda, avvalo, ularning rangi, shakli, qiyofasi aniqlanadi. Teri toshmasi elementlarini baholashda ularni paypaslab ko'rish (ular teri yoki shilliq qavat

sathidan ko'tarilgan yoki ko'tarilmaganligini aniqlash uchun, ularning konsistensiyasini (qattiq yoki yumshoq), joylashish chuqurligini (yuzaki yoki chuqur), harakatchanligini, shaklini, o'lchamlarini, og'riqliligini va atrofdagi teriga nisbatan haroratini aniqlash uchun), tirnoq yoki buyum oynasining cheti bilan qirib olish mumkin (shunday qilib, yashirin po'st tashlashni aniqlash, uning xususiyatini aniqlash, shuningdek, ba'zi kasalliklarga xos bo'lgan bir qator alomatlarini, masalan, psoriatik triadani aniqlash mumkin). Izomorf reaksiya (Kobner belgisi) muhim diagnostik ahamiyatga ega: teri yoki shilliq qavatning har qanday ekzogen omil (tirnash, ishqalanish, kuyish, shu jumladan quyosh nurlari va boshqalar) ta'sirlangan joyida ushbu kasallikka xos bo'lgan yangi birlamchi elementlarning paydo bo'lishi. Xuddi shu oynadan foydalanib, toshma elementlarini bosish mumkin (bu usul vitropressiya deb ataladi, u yallig'lanish dog'ini gemorragik dog'dan ajratish imkonini beradi, gemorragik dog' bosilganda yo'qolmaydi, shuningdek, do'mboqchani papuladan ajratish mumkin). Do'mboqcha bosilganda oyna orqali rangi olma jelesini eslatuvchi sarg'ish-qo'ng'ir dog' ko'rinadi, shuning uchun bu simptom "olma jelesi" simptomi deb ataladi. Toshma elementlari (tugunlar, papulalar va do'mboqchalar) ni baholashda tugmachali zonddan foydalanish mumkin. U bilan toshma elementi bosiladi, uning og'riqliligi (bosilgandagi og'riq, masalan, zaxm papulariga xos), shuningdek, uning to'qimaga oson kirishi (sil volchankasida do'mboqchani bosganda zond bo'shliqdagi kabi to'qimaga oson kiradi, neyrofibromatozda tugunlarni bosganda ham xuddi shunday hissiyot paydo bo'ladi) aniqlanadi. Toshma elementlarini tekshirishda boshqa usullardan ham foydalanish mumkin. Chunonchi, pufakni tekshirishda vrach uning qopqog'ini yuqoridan barmog'i bilan asta bosib, pufakning maydoni kattalashadimi yoki yo'qmi, shuni kuzatib boradi (Asbo-Xansen simptomi). Eroziyalarni tahlil qilishda shifokor pinset bilan eroziya periferiyasi bo'ylab epidermis bo'laklarini ushlashga harakat qiladi va ularni sog'lom teri tomonga tortadi, eroziya maydonini kuzatadi (uning o'lchamlari kattalashadimi yoki yo'qmi). Ba'zi kasalliklarda (pufakli pemfigoid, bullyoz pemfigoid) eroziya maydoni sezilarli darajada kattalashishi mumkin. Shilliq

qavatlarni ko'zdan kechirish bir qator xususiyatlarga ega bo'lib, ular muayyan harakatlar ketma-ketligiga rioya qilish bilan bog'liq. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini ko'zdan kechirish lablarning qizil hoshiyasini ko'zdan kechirishdan boshlanadi (epiteliyning butunligi, toshma mavjudligi baholanadi), so'ngra bemordan avval pastki, keyin esa yuqori lab shilliq qavatini tashqariga ag'darish so'raladi (toshma mavjudligi istisno qilinadi). Keyin qo'lga shpatel olinadi va uning yordamida lunjlarning shilliq qavati hamda pastki va yuqori jag'dagi o'tish burmalari ko'zdan kechiriladi (quloq oldi bezlarining chiqaruv yo'llari holatiga va toshmalar borligiga e'tibor qaratiladi). Toshmalar yoki karashlar aniqlanganda shpatel yordamida ularning konsistensiyasini aniqlashga harakat qilinadi. So'ngra tilni tashqariga chiqarish so'raladi va uning orqa tomoni ko'zdan kechiriladi (shakli, shilliq qavatining rasmi, toshmalar bor-yo'qligi, karash bor-yo'qligi aniqlanadi), shuningdek, tilning yon yuzalari (til cheti bo'ylab tish izlari bor-yo'qligi, toshmalar, karash bor-yo'qligi aniqlanadi) ko'zdan kechiriladi. Keyin bemor tilini ko'tarib, uning pastki yuzasini va og'iz bo'shlig'ining tubini ko'rishga imkon beradi (til osti bezlarining chiqarish yo'llari, shilliq qavatning rangi baholanadi). Keyingi bosqichda qattiq va yumshoq tanglay (shilliq pardaning rangi, toshmalar bor-yo'qligi aniqlanadi), tanglay ravoqlari va bodomcha bezlari (rangi, katta-kichikligi, yiringli tiqinlar bor-yo'qligiga e'tibor beriladi) ko'zdan kechiriladi. So'ngra halqumning orqa devoriga e'tibor qaratiladi, uning rangi, donadorligi aniqlanadi. Erkaklarda jinsiy a'zolari tekshirishni siydik ajralishining 3-4 soatga kechikishi fonida o'tkazgan ma'qul. Dastlab qov, chov burmalari va sonning ichki yuzasi terisi ko'zdan kechiriladi, toshma bor-yo'qligiga, chov limfa tugunlarining kattalashganiga e'tibor beriladi. Limfa tugunlarini ko'zdan kechirish albatta palpatsiya bilan to'ldiriladi, ularning og'riqliligi (og'riqsizligi), konsistensiyasi, o'lchamlari va harakatchanligi tekshiriladi. So'ngra jinsiy a'zo: ildiz, tana ko'zdan kechiriladi. Bemordan kertmakning tashqi va ichki varaqlariga e'tibor berib, boshchasini ochish so'raladi. Boshni ko'zdan kechirishda toshma, karash borligiga (yo'qligiga) e'tibor qaratiladi, so'ngra uretraning tashqi teshigi ko'zdan kechiriladi (uning diametri, lablarning yallig'lanishi, ajralma borligi va

xarakteri baholanadi). Siydik chiqarish kanalidan ko'p miqdorda ajralma ajralganda, doka sharchasi bilan birinchi tomchi olinadi, bemordan uretra lablarini suyultirish (ochish) so'raladi va Folkman qoshig'i bilan uretra yuzasidan surtmalar tayyorlash va boshqa laboratoriya tekshiruvlarini (ekish, PZR va boshqalar) o'tkazish uchun material olinadi. So'ngra yorg'oq har tomondan ko'zdan kechiriladi va moyaklar, ularning ortiqlari paypaslab ko'riladi, ularning og'riqliligi (og'riqsizligi), katta-kichikligi, konsistensiyasi aniqlanadi. Tekshiruvdan so'ng (uretrada yallig'lanish bo'lsa) bemordan siyish so'raladi va 2 yoki 3 stakanli sinama qo'yiladi. Perianal sohani tekshirish uchun bemordan qo'llari bilan dumbalarini ochish so'raladi. Tashqi jinsiy a'zolar va perianal soha terisining eroziv (yarali) zararlanishlari mavjud bo'lganda, ularning yuzasidan oqish treponema (qorong'i maydon mikroskopiyasi) mavjudligini tekshirish uchun ajralma olinadi. Ayollarning jinsiy a'zolari ginekologik kresloda ko'zdan kechiriladi. Dastlab qov, katta jinsiy lablar, oraliq, perianal soha terisi ko'zdan kechiriladi, toshmalar va ajralmalar borligiga e'tibor beriladi. Qo'lqop kiyib olgan ikkita barmoq bilan yoki shpatel bilan katta jinsiy lablar, klitor suriladi va ko'zdan kechiriladi. So'ngra kichik jinsiy lablar kerilib, uretraning tashqi teshigi va qin dahlizi ko'zdan kechiriladi, bunda shilliq pardaning rangiga, toshmalarga, uretra va qindan ajralma kelishiga e'tibor beriladi. Siydik chiqarish kanalida yallig'lanish yoki ajralma bo'lsa, shifokor ikki barmog'i bilan uretra gubkalarini ochadi va Folkman qoshig'i bilan uning yuzasidan surtma tayyorlash va boshqa tekshirishlar uchun material oladi. Jinsiy hayot kechirgan ayollarda qin ikki tabaqali Kusko ko'zgusi yordamida ko'zdan kechiriladi (bunda bachadon bo'ynining holati, ektotserksning eroziv yoki yarali shikastlanishlari bor-yo'qligi, bachadon bo'yni kanali va qindan ajralmalar xarakteri, shuningdek qin shilliq pardasining holati baholanadi). Folkman qoshig'i bilan ektotserviksdan shilliq tiqin olib tashlanadi va surtmalar tayyorlash va boshqa tadqiqotlar o'tkazish uchun servikal kanaldan material olinadi, xuddi shunday qinning orqa gumbazidan mikrobiologik va boshqa tadqiqotlar uchun biomaterial olinadi. So'ngra ikkita shpatel yordamida orqa chiqaruv teshigi sohasidagi to'g'ri ichak burmalari suriladi va ko'zdan kechiriladi.

Vulva va perianal soha terisida eroziv yoki yarali zararlanishlar bo'lsa, ularning yuzasidan oqish treponema bor-yo'qligini tekshirish uchun ajralma olinadi. Toshma elementlarini ko'zdan kechirgandan so'ng, bemorning shikoyatlariga qaytish va ularni yana teri, shilliq qavatlarda aniqlangan alomatlar, shuningdek, soch va tirnoqlardagi mavjud o'zgarishlar nuqtai nazaridan tahlil qilish kerak. Masalan, qo'tir kasalligiga shubha qilsak, bemorimiz 3-4 oydan beri samarasiz davolanayotgan allergiyasi haqida gapirishga harakat qilsa, uni har safar qichishishga qaytarish orqali tungi qichishish bezovta qiladimi yoki yo'qligini aniqlaymiz. Xuddi shu pozitsiyalardan kasallik anamnezini o'rganish kerak: 1) kasallik qanday rivojlangan (o'tkir yoki asta-sekin), 2) dastlabki toshmalar qayerda joylashgan, 3) kasallikni qo'zg'atuvchi taxminiy omillar va sharoitlarni aniqlaymiz (qo'tir bo'lsa, oila a'zolaridan birida qichishish bor-yo'qligini aniqlaymiz va h.k.), 4) kasallikning kechishi va davomiyligi, 5) mavjud hamroh kasalliklar, 6) allergiyalarning hamroh ko'rinishlari, 7) og'ir irsiyat, 8) kasallikning zararli odatlar bilan bog'liqligi. Shundan so'ng, ba'zida xulosaga kelish uchun toshmalarini tekshirishga qaytish foydali bo'lishi mumkin. To'plangan ma'lumotlarga asoslanib, shifokor bemorni kuzatish jarayonida aniqlanishi mumkin bo'lgan dastlabki tashxisni qo'yadi. Dermatovenerolog qanchalik savodli bo'lsa, uning klinik tajribasi qanchalik boy bo'lsa, uning ko'rish xotirasi qanchalik yaxshi rivojlangan bo'lsa, u toshmalarining turiga (morfologik elementlarning tabiati, ularning tarqalishi, joylashuvi, shakli, shakli, chegaralari, yuzasi, ularning o'zaro nisbati, konsistensiyasi) ko'ra kasallikni shunchalik tez-tez aniqlay oladi. Bu yerda tipik kechishi mumkin bo'lgan dermatozlarning barcha klinik shakllarini sanab o'tishning iloji yo'q. Misol tariqasida klinik diagnoz qo'yish nisbatan oson bo'lishi mumkin bo'lgan bir nechta teri va venerik kasalliklarni ko'rsatib o'tamiz. Furunkul, karbunkul, gidradenit, vulgar ektima, kepaksimon temiratki, eritrazma, oyoq panjalari epidermofitiyasi, rubrofitiya, favusning skutulyar shakli, pufakli va belbog'simon temiratki, eritematoz, sklerodermiya, ekzema, eshakemi, tangachali temiratki, qizil yassi temiratki, qattiq shankr, zaxmning ikkilamchi davridagi keng kondilomalar va boshqa ko'plab teri va tanosil kasalliklari "klassik" kechishida

tegishli ish staji va tajribaga ega bo'lganda oson tashxislanadi. Biroq, bir qator hollarda ko'plab dermatozlarning morfologik o'xshashligi tufayli vizual tashxis qo'yish qiyin. Ko'pincha "klassik" dermatozlarning klinik ko'rinishi va kechishida u yoki bu atipiklik kuzatiladi. Bunday hollarda dermatovenerolog bemorni ko'zdan kechirib, toshmaning tashqi ko'rinishiga qarab tashxis qo'ya olmasa va qo'shimcha tekshirish usullaridan (palpatsiya, diaskopiya, toshmalarni qirib ko'rish va boshqalar) foydalangandan so'ng ham bemorning anamnezi va shikoyatlarini aniqlashi kerak. Zarur hollarda kasallikning yakuniy tashxisini qo'yish, uning etiologiyasi va patogeneziga aniqlik kiritish maqsadida maxsus dermatovenerologik tekshiruvlar (dermatoskopiya, biopsiya materialini patogistologik tekshirish, zamburug'lar, oqish treponema, gonokokk, sil mikobakteriyasi, moxov tayoqchasi, akantolitik hujayralar, qonning serologik reaksiyalari, immunoallergologik tekshiruv va boshqalar) o'tkazilishi kerak.

S.P. Botkin va A.G. Polotebnov tomonidan asos solingan dermatologiya maktabining "kasallikni emas, balki bemorni davolash" an'analarini hisobga olgan holda, biz ko'pincha bemorni umumiy tekshirishga murojaat qilamiz. Ushbu tekshiruvga quyidagilar kiradi: qon va siydikning klinik tahlili, qonning biokimyoviy tahlili, qonning sifilis, gepatit va OIVga serologik tekshiruvlari, ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi, ko'rsatmalarga ko'ra qorin bo'shlig'i a'zolari va buyraklarning ultratovush tekshiruvi, shuningdek MSKT, MRT, fibrogastroduodenoskopiya va tegishli mutaxassislarning maslahatlari.

Organizmning umumiy holati tavsifi Salomatlikning umumiy holati ruhiy va jismoniy holat, tashqi ko'rinishning yoshga mosligi bilan baholanadi. Tekshiruv umumiy qoidalar bo'yicha o'tkaziladi, shuning uchun ularni qisqacha bayon qilamiz. Limfa tugunlarining o'lchamlari, zichligi, harakatchanligi, og'riqliligi tekshiriladi. Suyak-muskul sistemasi ko'zdan kechiriladi va muskullar tonusi aniqlanadi. Burun, burun-halqumni ko'zdan kechirishda, perkutor va auskultativ tekshirishda nafas olish a'zolarining holati aniqlanadi. Qon aylanish organlari funksiyalarining buzilishiga shikoyatlarni aniqlaydilar, yurak chegaralarini aniqlaydilar, uning tonlarini eshitadilar, arterial bosimni o'lchaydilar, pulsni

aniqlaydilar. So'ngra ovqat hazm qilish organlari funksiyasiga shikoyatlar aniqlanadi, og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechiriladi, qorin (jigar, taloq) paypaslab ko'riladi. Siydik-tanosil a'zolarini tekshirishda Pasternatskiy belgisi aniqlanadi, siydik ajratish soniga, siydikning turiga, jinsiy a'zolarining rivojlanishiga, hayz ko'rish xarakteri va davriyligiga e'tibor beriladi. Endokrin status va nerv-psixik sfera holati (emotsional harakatchanlik, ish qobiliyati, uyqu, bosh miya nervlari funksiyasi, teri va pay refleksleri) aniqlanadi. Dermatologik status. Terining zararlanishini o'rganishga terining sog'lom qismlarini, shilliq pardalarni, teri ortiqlarini ko'zdan kechirish yordam beradi. Teri tarqoq kunduzgi yorug'likda yoki yaxshi elektr yorug'ligida, shu jumladan kunduzgi yorug'lik lampalari bilan tekshiriladi. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar rangini, sog'lom terining elastikligi va cho'ziluvchanligini, mushaklar va teri osti yog' kletchatkasi turgorini, shuningdek, yog' va ter bezlari, tirnoqlar va sochlarning holatini, pigmentatsiyani, chandiqlar, ko'rinmas hosilalar mavjudligini va boshqalarni aniqlash kerak. Sog'lom teri yuzasi xira bo'lib, yaltiramaydi. Teri rangining o'zgarishi organizm a'zolari va tizimlari funksiyasining buzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin (masalan, Addison kasalligida, toksik melanodermiyada teri to'q, Botkin kasalligida - sariq, dimlanish belgilarida - ko'kimtir). Terining cho'ziluvchanligi va elastikligini aniqlash uchun u paypaslab ko'riladi, burmaga yig'iladi; pastda yotgan to'qimalar bilan birikish bor-yo'qligi terini surib aniqlanadi. Dermografizm - terining tomir-harakatlantiruvchi innervatsiyasini ko'rsatadigan terining asab-qon tomir apparatining mexanik ta'sirlanishga reaksiyasi muhim ahamiyatga ega. Teriga to'mtoq narsa (yog'och shpatel cheti, nevrologik bolg'acha dastasi) bilan o'tkazilgandan keyin 2-3 daqiqadan so'ng izziz yo'qoladigan qizil chiziqlarning paydo bo'lishi normal dermografizm hisoblanadi. Qizil tarqoq dermografizm ekzema, psoriazda, oq dermografizm qichima, eksfoliativ dermatit bilan og'rikan bemorlarda, turg'un oq yoki aralash, tezda oq dermografizmga aylanadigan dermografizm atopik dermatit bilan og'rikan bemorlarda, urtikar dermografizm (terining hatto kuchsiz mexanik ta'sirlanishidan keyin ham keskin ko'tarilib turadigan qizil rangli keng shishgan chiziqlar, ba'zan 40-60 daqiqadan keyin

yo‘qolib ketadi) eshakemi, qichima bilan og‘rigan bemorlarda kuzatiladi. Mushak-jun refleksi ("g‘oz terisi") teri ustidan sovuq narsa bilan yengilgina o‘tkazilganda hosil bo‘ladi. Me’yorda u 5-10 soniya saqlanadi va keyin izsiz yo‘qoladi. Bu refleksning bo‘lmasligi simpatik innervatsiyaning buzilganidan darak beradi va ixtioz, qichima bilan og‘rigan bemorlarda kuzatiladi. Uning ko‘payib ketishi markaziy va vegetativ nerv sistemasi funksional jihatdan izdan chiqqan atopik dermatit bilan og‘rigan kasallarda uchraydi. Moxov, siringomiyeliya, patomimiyaga shubha qilinganda ko‘pincha terining taktil, og‘riq va haroratga sezgirligini tekshirish hal qiluvchi diagnostik ahamiyatga ega.

Teri va shilliq qavatlar (status localis) shikastlanishini ma’lum bir sxemaga rioya qilgan holda ketma-ket tavsiflash tavsiya etiladi. Avvalo, toshmalarning yallig‘lanish yoki yallig‘lanishsiz kelib chiqishini ko‘rsatish maqsadga muvofiqdir. Teri va tanosil kasalliklarining aksariyat ko‘rinishlari yallig‘lanish bilan bog‘liq. So‘ngra toshmalarni o‘tkir yallig‘lanishli (yallig‘lanishning ekssudativ komponenti ustunligi bilan) yoki o‘tkir yallig‘lanishli bo‘lmagan (yallig‘lanishning proliferativ komponenti ustunligi bilan) toshmalarga kiritish kerak. Keyinchalik, elementlarning ustuvor joylashuvi tavsifi bilan toshmalarning lokalizatsiyasi ko‘rsatiladi. Ko‘pgina dermatozlar sevimli joylashuvga ega, ammo tashxis qo‘yish uchun bu yordamchi ahamiyatga ega. Masalan, tangachali temiratki, terining papulonekrotik sili, qichimalarda toshmalar oyoq-qo‘llarning yozuvchi yuzalarida joylashadi; sil yugirigi, eritematoz, husnbuzar toshmalari va boshqalarda - yuz terisida; mikrobl va varikoz ekzema, tugunli eritema va zichlashgan Bazen eritemasi, trofik va surunkali piokokkli yaralar va boshqalarda - boldir terisida; po‘rsildoq, yarali sil va boshqalarda - og‘iz bo‘shlig‘ida joylashadi. Keyinchalik, shikastlanishning tarqalishiga e’tibor qaratiladi, bu cheklangan, tarqalgan, tarqalgan, eritrodermiya ko‘rinishidagi universal, shuningdek simmetrik va assimetrik bo‘lishi mumkin. Keyin birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlar ko‘rsatiladi va ularning xususiyatlari: rangi, chegaralari, shakli, ko‘rinishi (konfiguratsiyasi), yuzasi, konsistensiyasi, o‘zaro munosabatlari tavsiflanadi. Tajribali dermatolog nafaqat elementlarning rangini, balki ularning tuslarini ham

ajrata oladi, bu ko'pincha muhim diagnostik ahamiyatga ega. Morfologik elementlarning chegaralari aniq va noaniq, keskin va noaniq bo'lishi mumkin. Elementlarning, masalan, papulalarning shaklini tavsiflashda ularning yassi, konussimon yoki yarimsharsimon va hokazo ekanligini ta'kidlash lozim. Elementlarning shakli yumaloq, oval, poligonal yoki politsiklik, mayda yoki yirik festonli va hokazo bo'ladi. Konsistensiyasiga ko'ra elementlar yog'ochsimon-zich, zich-elastik, yumshoq, xamirsimon bo'lishi mumkin. Elementlarning sirti silliq, g'adir-budur, g'adir-budur va shunga o'xshash bo'lishi mumkin. Ular bir-biridan izolyatsiyalangan yoki bir-biriga qo'shilgan bo'ladi; birinchi holatda toshmaning fokusli joylashuvi haqida gapirish mumkin. Agar toshma doiralar, yarim doiralar, ovallar, yoylarga o'xshasa, bu toshmalarning to'g'ri guruhlanishi haqida gapiradi. Noto'g'ri guruhlangan toshma ma'lum bir joyda joylashadi, lekin hech qanday geometrik shaklni hosil qilmaydi. Tizimli toshma deb, nerv ustunlari (belbog'simon temiratkida), qon tomirlari bo'ylab, dermatometamerlar va shu kabilarning taqsimlanishiga mos ravishda joylashadigan toshmalarga aytiladi. Toshma tartibsiz joylashganda morfologik elementlarning joylashishida hech qanday qonuniyat bo'lmaydi. Birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlar va ularning klinik xususiyatlari dermatologik tashxisning asosi hisoblanadi. Biroq, ko'pincha klinik va laboratoriya tekshiruvlarining maxsus usullaridan foydalanishga to'g'ri keladi.

1.2 Maxsus dermatologik va laboratoriya tekshiruvlari

Maxsus dermatologik tekshirish usullari noinvaziv va invaziv bo'ladi: qirish, paypaslash, diaskopiya, izomorf reaksiyani aniqlash, dermografizm, mushak-soch refleksi, teri sinamalari, dermatoskopiya, dermatografiya, shikastlanish o'chog'idan olingan teri biopstatini gistologik va gistokimyoviy tekshirish. Dermatologik va venerologik bemorni tekshirishning laboratoriya usullariga umumiy (qon, siydik, oshqozon shirasi, najasni gijja tuxumlariga tekshirish,

ko'krak qafasi a'zolarining rentgenoskopiyasi va boshqalar) va maxsus (serologik, mikroskopik, patomorfologik tekshiruvlar) usullar kiradi.

Toshmalarni buyum oynasi, skalpel va boshqalar bilan qirish, asosan, tangachali temiratki va parapsoriazga shubha qilinganda qo'llaniladi. Psoriazda ketma-ket uchta xarakterli alomatni olish mumkin: "stearin dog'i," "plyonka" va "qonli shudring" yoki nuqtali qon ketish, tomchisimon parapsoriazda - yashirin qipiqatlanish alomati. Eritematozda follikulyar "tikanchalari" bo'lgan tangachalarni qirish og'riq bilan kechadi (Bene simptomi). Elementlarning konsistensiyasi paypaslab aniqlanadi; agar konsistensiyaning chekka holatlarini baholash nisbatan qiyin bo'lmasa, uning o'tish shakllari tegishli ko'nikmani talab qiladi. Diaskopiyada, boshqacha qilib aytganda, vitropressiyada shisha plastinka (buyum oynasi yoki soat oynasi) bilan teri uchastkasini bosib, uni qonsizlantiriladi, bu esa rangi reaktiv yallig'lanishdan giperemiya bilan niqoblangan elementlarni o'rganishga yordam beradi. Bu usul, masalan, sil volchankasi elementlarini aniqlash imkonini beradi, ular diaskopiyada o'ziga xos qo'ng'ir-sariq tusga kiradi ("olma jelesi" fenomeni). Ba'zi dermatozlarda sog'lom ko'ringan terida uning ta'sirlanishiga javoban shu kasallikka xos toshmalar paydo bo'ladi. Bu hodisa izomorf ta'sirlanish reaksiyasi deb ataladi. Bu reaksiya o'z-o'zidan, ishqalanish, matseratsiya, kuchli quyosh nuri ta'siriga uchragan joylarda, masalan, ekzema, neyrodermit, qizil yassi temiratki bilan og'rigan bemorlarda paydo bo'lishi mumkin yoki sun'iy ravishda - psoriazda (Kobner belgisi), qizil yassi temiratkinining kuchayib borayotgan bosqichida ta'sirlanish natijasida yuzaga kelishi mumkin. Eshakemdagi urtikar dermografizm ham izomorf reaksiyaga misol bo'la oladi. Uikxemning "to'r" belgisini yaxshiroq aniqlash uchun ba'zan qizil temiratkada shox qatlami vazelin moyi bilan yoritiladi. Noinvaziv usullarga zamonaviy tekshiruv usullari - dermatoskopiya va dermatografiya ham kiradi. Dermatoskopiyada suyuq yog' qatlami orqali 20 marta kattalashtirish yordamida teri elementlarini yaxshi ko'rish mumkin, ayniqsa pigmentli toshmalarni qiyosiy tashxislashda.

Dermatografiya teri va teri osti kletchatkasi qatlamlarini ultratovushli (20 Mhz) tekshirishga asoslangan. Bu usul yordamida birlamchi va ikkilamchi elementlarning joylashish chuqurligi, o'tkazilayotgan terapiyaning samaradorligi, teridagi suv miqdori va boshqa ko'plab parametrlar haqida fikr yuritish mumkin. Allergik kasallik tashxisini tasdiqlash maqsadida teri sinamalari (testlari) dan keng foydalaniladi. Teri (applikatsion), skarifikatsion va teri ichi (intradermal) testlari farqlanadi. Ko'pincha Yadassonning kompress (parcha) usuli yordamida applikatsiya sinovi yoki V.V. Ivanov va N.S. Vedrov tomonidan taklif etilgan tomchi sinovi qo'llaniladi. Ba'zi hollarda skarifikatsion va kompress (skarifikatsion-applikatsion) usullar birgalikda qo'llaniladi. Tuberkulin bilan teri va teri ichi reaksiyalari (Pirk, Mantu, Natan-Kolloso) terining sil bilan zararlangan bemorlarda qo'llaniladi. Biroq ularning salbiy javobi o'ziga xos jarayonni istisno etmaydi. Tuberkulinning katta suyultirmalariga reaksiya paydo bo'lganda natija musbat deb hisoblanadi. Ba'zi dermatomikozlarda zamburug'li filtratlar va vaksinalar bilan teri ichiga sinamalar qo'llaniladi, ammo ba'zida nospetsifik ijobiy natijalar kuzatiladi. Maxsus antigenli teri ichi sinamalari moxovda (lepromin bilan), chov limfogranulematozida (Freya reaksiyasi), tulyaremiyada (tulyarin bilan), sapeda (malein bilan) va boshqalarda qo'llaniladi. Oziq-ovqat allergenlari bo'lishi mumkin bo'lgan teri sinamalari (ekzema, atopik dermatit va boshqalar) dermatologik amaliyotda juda kam qo'llaniladi. Odatda, sababiy ahamiyatga ega deb gumon qilingan u yoki bu mahsulotlar ovqatdan chiqarib yuborilganda bemor ustidan klinik kuzatuv olib boriladi. Piretrum va ba'zi gullarga nisbatan ham shunday qilinadi. Kasbiy dermatozlar bilan og'rigan bemorlarda ularning kimyoviy vositalar bilan bog'liqligini tasdiqlash uchun turli xil kimyoviy moddalar bilan teri namunalari ishlatiladi. Dori-darmonli dermatitga shubha tug'ilganda, u bartaraf etilgandan so'ng, ba'zida oldini olish maqsadida (bemorning roziligi bilan) shubhali allergenning juda kichik dozalari bilan og'iz orqali yoki parenteral sinovdan o'tkaziladi (ko'pincha sulfanilamid preparati bilan). Allergik dori dermatitlarida teri sinamalari har doim ham ijobiy natija bermaydi. So'nggi yillarda allergik kasalliklar diagnostikasida teri sinamalaridan foydalanish tanqid

qilinmoqda. Bu sinamalar og‘ir asoratlarga olib kelishi mumkin, ayniqsa, allergik holati yaqqol ifodalangan bemorlarda sezilarli umumiy va o‘choqli reaksiyalar kuzatiladi. Bundan tashqari, teri sinamalari sensibilizatsiyaning kuchayishiga va biologik faol moddalarning ajralib chiqishi tufayli jarayonning rivojlanishiga yordam berishi mumkin. Shuni esda tutish kerakki, antibiotiklarga sensibilizatsiyada uning hatto minimal miqdorini (10 XB gacha) yuborish bemorda o‘lim bilan tugaydigan anafilaktik shokni keltirib chiqarishi mumkin. Ularni allergik holatni tashxislashning bilvosita usullari bilan almashtirish lozim. Ularga beta- va gammaglobulinlar miqdorining oshishi va b., shuningdek serologik reaksiyalar (Kumbs, gemagglyutinatsiyalar, Felner va Ber agglyutinatsiyalari, pretsipitatsiyalar, komplementni bog‘lash, immun yopishish va b.) va sitologik fenomenlar (Flek leykotsitlar aglomeratsiyasi reaksiyasi, Shelli bazofillar degranulyatsiyasi testi, leykotsitoliz reaksiyasi, leykopenik sinama, trombositopenik indeks) kiradi. Qonning klinik tekshiruvi natijalari terida o‘zgarishlar bilan kechadigan leykemik kasalliklarda hal qiluvchi rol o‘ynaydi. Dyuringning uchuqsimon dermatitiga shubha tug‘ilganida qondagi va pufakchalar ichidagi eozinofiliya diagnozni tasdiqlaydi, po‘rsildoq bilan differensial diagnostika o‘tkazishda bu ayniqsa muhimdir. Bunday hollarda pufakchalar yoki preparat-izlar tarkibini sitologik tekshirishdan (Tsank testi, po‘rsildoq akantolitik hujayralari), tizimli qizil yugurikni tashxislash uchun esa qonda qizil yugurik hujayralarini (LE-hujayralari) aniqlashdan foydalaniladi. Zaxmga shubha tug‘ilganda serologik reaksiyalar kompleksi qo‘yiladi (oqish treponemalarni immobilizatsiya qilish reaksiyasi, immunoflyuoressensiya reaksiyasi, passiv gemagglyutinatsiya reaksiyasi - RPGA va boshqalar).

Bakterioskopik (zamburug‘lar, achitqi hujayralari, oqish treponema, gonokokk va trixomonadalar, qo‘tir kanasi va b.) va bakteriologik (ekma) tekshirishlar keng qo‘llaniladi. Ba‘zan kasallik etiologiyasini aniqlash maqsadida hayvonlarga bemordan olingan patologik materialni yuqtirishga to‘g‘ri keladi (masalan, teri sili gumon qilinganda patologik material dengiz cho‘chqachalariga, blastomikozga gumon qilinganda kalamushlarga emlanadi). Teri, shilliq qavat yoki

morfologik elementning zararlangan qismi biopsiyasi va olingan materialning patogistologik tekshiruvi bir qator dermatozlarda tashxis qo'yishda bebaho xizmat ko'rsatadi. Bu, ayniqsa, gistologik manzarasi ancha xarakterli bo'lgan kasalliklarga taalluqlidir: qizil yassi temiratki, halqasimon granulyoma, moxov, pigmentli eshakemi, teri o'smalari va boshqalar. Ba'zi hollarda patologik ko'rinish o'xshash bo'lishi mumkin (sil, zaxm va boshqalar) va kasallik tashxisi tekshiruvda olingan barcha ma'lumotlar, shu jumladan biopsiya natijasi asosida qo'yiladi. Patogenezida autoimmun mexanizmlar ma'lum ahamiyatga ega bo'lgan dermatozlar diagnostikasi uchun immunologik tekshirish usullari, masalan, bilvosita va bevosita immunoflyuoressensiya qo'llaniladi. Birinchisi A, M, G sinflarga mansub qonda aylanib yuradigan antitelolarni, ikkinchisi to'qimalarda mahkam o'rnashib qolgan immun komplekslarni aniqlaydi, bu komplekslar tarkibida shu sinf immunoglobulinlari, komplement fraksiyalari, fibrin bo'ladi. Turli allergenlarga yuqori sezuvchanlikni aniqlash uchun teri sinamalari (testlar), shuningdek, in vitro testlar: bazofillar degranulyatsiyasi reaksiyalari, limfotsitlarning blast transformatsiyasi va boshqalar qo'yiladi.

1.3. PAPULA TOSHMALARNING MORFOLOGIK ELEMENTI SIFATIDA.

Papulyoz dermatozlar guruhi uning tarkibiga kiradigan nozologik shakllar orasida eng yiriklaridan biridir. Bu guruhga toshmaning birlamchi elementi papula (tuguncha, papula) bo'lgan kasalliklar kiradi - yallig'lanishli yoki yallig'lanishsiz kelib chiqadigan, teri sathidan ko'tarilib turadigan va odatda chandiq hosil qilmasdan yo'qoladigan bo'shliqsiz hosila. Papula epidermisda, dermada yoki bir vaqtning o'zida epidermis va dermada proliferativ patologik jarayonlar natijasida hosil bo'lishi mumkin. Birlamchi toshma elementlarining an'anaviy tasnifida papuladan do'mboqcha (tuberculum) - teri sathidan ko'tarilib turuvchi, doimo chandiq yoki chandiqli atrofiya hosil bo'lishi bilan tugaydigan yallig'lanishli bo'shliqsiz toshma element farqlangan. Rivojlanishning dastlabki bosqichlarida klinik ko'rinishlarga asoslanib, yallig'lanish papulasi va do'mboqchasini ajratish mumkin emas. Faqat patomorfologik tadqiqotlarga do'mboqchani ishonchli tarzda tanib olish imkonini beradi, shuning uchun dermatovenerologiya bo'yicha

xorijiy darsliklarda hozirgi vaqtda do'mboqcha mustaqil toshma elementi sifatida ajratilmagan. Shuning uchun ushbu qo'llanmada papulyoz dermatozlarning keng guruhiga biz bo'rtmalar bilan namoyon bo'ladigan surunkali, asosan yuqumli teri kasalliklarining kichik guruhini ham kiritdik. Teri kistasi (cystis) ham papulaga tashqi o'xshash bo'lishi mumkin - bu derma yoki epidermisdagi yopiq bo'shliq bo'lib, epiteliy bilan qoplangan va tarkibida turli xil quyuqlikdagi moddalar (suyuqlik, jelesimon mukoid moddalar, yog' bezlari ekskreti, keratin) mavjud.

Turli dermatozlardagi papulyoz toshmalar sezilarli darajada klinik xilma-xilligi bilan ajralib turadi, bu esa ba'zi hollarda boshlang'ich va tajribali dermatovenerologlar uchun katta tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'diradi. Kasallik tashxisi bemor shikoyatlarini, anamnezini o'rganish, teri va ko'rinadigan shilliq qavatlarni sinchiklab ko'zdan kechirish, qo'shimcha klinik va laboratoriya tekshiruvlari natijalari asosida qo'yiladi. Dermatozlar diagnostikasi uchun kasallik anamnezini (boshlanishi, taxmin qilinayotgan qo'zg'atuvchi omillar, simptomlar dinamikasi va boshqalar) va bemorning hayot anamnezini (ma'lumoti, yashash sharoitlari, ovqatlanish xususiyatlari, jismoniy faolligi, shaxsiy gigiyenasi, oila a'zolarida shunga o'xshash kasallikning mavjudligi, noqulay kasbiy omillar, intoksikatsiyalar va boshqalar) sinchkovlik bilan yig'ish katta ahamiyatga ega. Yo'ldosh kasalliklarning mavjudligi, dermatologik patologiya ning og'irligi, irsiyat, akusherlik-ginekologik, allergologik va epidemiologik anamnezga alohida e'tibor beriladi.

Tashxis qo'yishning klinik bosqichi toshma birlamchi elementining morfologik xususiyatlari (rangi, o'lchami, shakli va boshqalar), uning joylashuvi va evolyutsiyasiga qarab kasallik nozologiyasi haqida dastlabki tushunchani shakllantirishni o'z ichiga oladi. Bir xil dermatozda silliq terida, jinsiy a'zolar va teri burmalari sohasida, kaftlar va tovonlarda, boshning sochli qismida, yuz, qovoqlar, lablar va boshqalarda joylashgan papulalar tashqi ko'rinishi jihatidan sezilarli darajada farq qilishi mumkin. Chunonchi, boshning sochli qismidagi papulyoz toshmalar har xil dermatozlarda infiltratsiya ning arzi mas darajada ifodalanganligi bilan ajralib turadi va ko'p jihatdan o'ziga xos xususiyatlarini

yo‘qotib qo‘yadiki, bu narsa diagnoz qo‘yishni ancha qiyinlashtirib qo‘yadi. Faqat silliq terida va soch o‘sinh chekkasida papulyoz toshmalar ma‘lum dermatozlarga xos bo‘lgan o‘ziga xos xususiyatlarni saqlab qoladi, bu masalan, seбореyali dermatitda psoriatik "toj"ni va ikkilamchi zaxmda "Venera toji"ni farqlashga imkon beradi.

Avvalo, bemorni ko‘rikdan o‘tkazishda toshmalarining tarqalganligi baholanadi. Chegaralangan (o‘choqli) zararlanishda o‘choqlarning joylashuvi, soni, o‘lchamlari, rangi, shakli, shakli, chegaralarining aniqligi, yuzasining xususiyatlari, infiltratsiyaning ifodalanganligi tavsiflanadi. Tarqalgan zararlanishda toshmalarining tarqalish darajasi (tarqalgan, subtotal yoki total) va asosan joylashuvi (seбореya zonalari, tana terisi, oyoq-qo‘llarning bukuvchi yoki yozuvchi yuzalari, teri burmalari, teri qoplamining kiyim bilan himoyalangan qismlari va boshqalar) aniqlanadi. Bir qator dermatozlarda toshmalar o‘ziga ma‘qul bo‘lgan joylarda ayniqsa uzoq vaqt saqlanib turadi (psoriazda "navbatchi pilakchalar"). Bundan tashqari, toshmalarining simmetrikligi/asimmetrikligi, chiziqliligi, ma‘lum bir tizim bo‘yicha joylashishiga e‘tibor beriladi: nerv stvollari bo‘ylab (segmentar), qon tomirlari bo‘ylab, tabiiy teshiklar atrofida, Langer chiziqlari, Blashko chiziqlari va boshqalar bo‘ylab, shuningdek, toshmaning monomorfligi yoki polimorfizmi (haqiqiy yoki evolyutsion) baholanadi. Monomorf toshma faqat bir turdagi birlamchi elementlardan iborat bo‘ladi (masalan, psoriaz va qizil yassi temiratkida birlamchi toshma elementi yallig‘lanish papulasi hisoblanadi). Toshma har xil turdagi birlamchi elementlar (papula, dog‘, pufakcha, pufakcha va boshqalar) bilan ifodalanganda, haqiqiy polimorfizm aniqlanadi (ikkilamchi zaxm, Dyuring-Brok gerpetiform dermatosi, ko‘p shaklli ekssudativ eritema va boshqalar). Soxta yoki evolyutsion polimorfizm ham farqlanadi, bunda toshmalar evolyutsiyaning turli bosqichlarida (ekzema) bo‘lgan bir turning birlamchi elementlari bilan ifodalanadi.

So‘ngra teri toshmasining morfologik elementlari sinchiklab tahlil qilinadi: avval birlamchi, keyin ikkilamchi. Toshma elementlarini ko‘zdan kechirishda 3-5 marta kattalashtirib ko‘rsatadigan lupa yoki dermatoskopdan foydalanish ularni

batafsil o'rganish imkoniyatini ancha kengaytiradi. Shuni ta'kidlash kerakki, ilgari glyukokortikosteroid preparatlar va kalsinevrin ingibitorlari bilan tashqi davolash toshmalar morfologiyasini sezilarli darajada o'zgartiradi, o'ziga xos klinik ko'rinishlarni minimallashtiradi.

Klinik va patomorfologik jihatdan papulalar yallig'lanishli va yallig'lanishsiz papulalarga bo'linadi. Yallig'lanish papulalari pushti yoki qizil rangda bo'lib, har xil tusda - ko'kimtir, qo'ng'ir, sarg'ish, binafsha (siren), qirmizi va boshqa ranglarda bo'ladi. Yallig'lanishsiz papulalar kulrang-sarg'ish (mumsimon), tana, sadaf-oq, fil suyagi rangida, yorqin sariq (to'q sariq), ko'k (ko'k), jigarrang yoki qora rangning turli tuslarida bo'lishi mumkin. Papulalar rangini baholash ma'lum bir diagnostik ahamiyatga ega (1-jadval). 1).

Papula rangining diagnostik ahamiyati

Papula rangi	Patomorfologik asos	
Qizil/pushti ranglar bilan:	Dermadagi yallig'lanish infiltratsiyasi, tomir kengayishi va shish, shuningdek:	Vulgar psoriaz, seboreyali dermatit
- mis-qizil (sayqallangan misning rangi) yoki qo'ng'ir-qizil	- dermada gemosiderin to'planishi, yallig'lanish infiltrati tarkibidagi plazmatik hujayralar	Papulyoz sifilid, do'mboqchali sifilid
- qo'ng'ir-qizil ("vetchinali")	- yallig'lanish infiltrati tarkibidagi plazmatik hujayralar	papulyoz sifilid
	- follikulyar giperkeratoz, dermada gemosiderin to'planishi	Deverji kepaksimon qizil temiratkisi

- to‘q sariq-qizil ("losos," "sabzi," "g‘isht")		
Siyohrang/ binafsha rang	Dermada yuzaki yallig‘lanish infiltratsiyasi, dermaning yuzaki tomirlarining kengayishi, dermaning chuqur qismlarida gemosiderin to‘planishi	Gemangioma, teri sarkoidozi (Bene- Tenneson bo‘richa), teleangiektatik granulema (piogen granulema)
Qirmizi, olcha rang, qizil	Tomir neoplazmasi, teleangiektaziyalar, ko‘p sonli kengaygan tomirlar bilan granulyatsiya to‘qimasining o‘sishi, yallig‘lanish gemorragik komponentli	Yog‘ bezlari giperplaziyasi, lipoid nekrobioz
Sarg‘ish-qo‘ng‘ir (olma jelesi simptomi)	Granulomatoz yallig‘lanish (dermadagi o‘choqli epitelioid hujayrali infiltratsiya)	Sil yugirigi, sarkoidoz, lyupoid rozatsea, teri leyshmaniozining tuberkuloid shakli
To‘q sariq	granulomatoz yallig‘lanish, ko‘p miqdorda lipid saqllovchi vakuollashgan gistiotsitlar bilan	yuvenil ksantogranulyoma, ksantelazma, eruptiv ksantoma
Jigarrang/kulrang- jigarrang	Jigarrang/kulrang- jigarrang Dermaning yuza qismlarida melanin, gemosiderin to‘planishi,	Melanotsitar epidermal nevus, lentikulyar dermatofibroma

	surunkali yallig‘lanish, yallig‘lanishdan keyingi giperpigmentatsiya	
Ko‘k/kulrang-ko‘k	Dermaning chuqur qismlarida melanin to‘planishi, qon tomir hosilalari, proliferativ jarayonlarda regressiya - ham xavfli, ham xavfsiz	Ko‘k nevus, angiomalar, seboreyali keratoz, lixenoid keratoz, tugunli bazaliomaning pigmentli shakli, melanoma
Qora	Melanin, nekroz, qon tomir shikastlanishi	Melanoma, pigmentli nevus, papulo-nekrotik vaskulit, teleangiektatik eruptiv angioma
Oq	Teri burmalari sohasida va shilliq qavatlarda epidermis matseratsiyasi natijasida epidermotsitlar keratinining o‘zgarishi (yuqori namlik sharoitida)	Papulyoz sifilid, qizil yassi temiratki, follikulyar diskeratoz Darye
	Epidermisda degeneratsiyalangan keratinotsitlarning to‘planishi	Milium, kistalar bilan tugunli aktinik elastosis, bullyoz distrofik epidermoliz, albopapuloid Pazini
	Dermada siydik kislotasi kristallarining to‘planishi	Podagra tugunlari (tofuslar)
	Teri atrofiyasi	Skleroatrofik lixen, xavfli Degos atrofik papulyozi
	Proliferativ jarayonlarda	Melanoma

	regressiya - ham xavfli, ham xavfsiz	
Sarg'ish-oq (eski fil suyagi rangi)	) Dermatoskleroz, teri atrofiyasi	Pilakchali sklerodermiya
Tana (Yevropoid irqi vakilining terisining tabiiy rangi)	Epidermisdagi proliferativ jarayonlar dermaning yallig'lanish o'zgarishlarisiz	Yuqumli molluska, yassi so'gallar

Kattaligi bo'yicha papulalar farqlanadi: miliar (tariq donidek kattalikda - diametri 1-2 mm atrofida), lentikulyar (yasmiqdek kattalikda - taxminan 4-6 mm), nummulyar (tanga kattaligida - taxminan 1,5-3 sm) va blyashkalar (diametri 3 sm dan ortiq).

Pilakchalar papulalarning periferiya bo'ylab o'sishi va/yoki ularning qo'shilishi natijasida hosil bo'ladi. Alohida papulalarning periferik o'sishi natijasida paydo bo'lgan pilakchalar dumaloq shaklga ega. Papulalar qo'shilganda pilakchalar festonsimon, noto'g'ri shaklga ega bo'ladi. Ayrim hollarda pilakchalar juda katta bo'lib, deyarli butun badan terisini qoplab olishi mumkin (universal psoriaz). Shu bilan birga, bemorda terining zararlanmagan alohida joylarini topish mumkin. Masalan, to'q sariq-qizil (losos rangidagi) yoki to'q qizil zararlangan teri bilan o'ralgan, ko'rinishidan o'zgarmagan terining kichik dumaloq qismlari ("orolchalar," nappes claires) mavjudligi. Ushbu klinik ko'rinish kepaksimon qizil temiratki (Deverji kasalligi) va zamburug'simon mikrozni tashxislashda muhim differensial-diagnostik belgi hisoblanadi. Kepaksimon qizil tukli temiratki zo'rayib borganida ana shunday "orolchalar"da o'ziga xos mayda miliar papulalar paydo bo'ladi. Subtotal zararlanishdagi qo'shilib ketgan ulkan pilakchalardan eritrodermiyaning sifat jihatidan boshqacha holatini farq qilish kerak, bunda butun teri diffuz giperemiyalangan, shishgan, infiltratsiyalangan va ko'p miqdorda po'st tashlagan bo'ladi, alohida birlamchi elementlarni topish mumkin emas (psoriatik

eritrodermiya, Deverji kasalligining eritrodermik shakli, terining eritrodermik T-hujayrali limfomasi va boshqalar).

Papulalar shakliga ko'ra dumaloq (diskoid), oval, uchburchak, poligonal, halqasimon, mayda va yirik festonsimon, yulduzsimon, noto'g'ri ("geografik xarita" ko'rinishida), nishonsimon va boshqa shakllarda bo'lishi mumkin.

Dermatozni tashxislash uchun papulaning shakli (relyefi) muhim ahamiyatga ega - yassi (papula plana), yarim sharsimon (papula hemispherica), o'tkir uchli (papula acuminata), markazida kindiksimon botiqlik (papula umbilicata), so'galli o'simtalar bilan yoki vegetatsiyalanuvchi (papula verrucosa, seu vegetans), oyoqchada (papula pedunculata) (1-rasm).

Yassi papula epidermal yoki epidermo-dermal element bo'lib, bunda epidermis qalinlashadi, ko'pincha tikansimon qavat hisobiga (akantoz). Yassi papulalar psoriaz, qizil yassi temiratki, yassi so'gallar va boshqalarda kuzatiladi. Yassi papulalarning periferik o'sishi va qo'shilishi natijasida hosil bo'lgan pilakchalar keskin ifodalangan teri naqshi bilan relyefga ega (cheklangan Vidal neyrodermitida, qizil yassi temiratkida, psoriazda lixenlashgan pilakchalar).

ПИСЬМО

Yarim sharsimon papula asosan dermadagi patologik jarayonlar (ikkilamchi zaxmdagi papulyoz toshmalar) natijasida hosil bo'ladi. Yarimsharsimon papulalarning periferik o'sishi va qo'shilishi natijasida hosil bo'lgan pilakchalar tekis, biroz yassilangan relyefga ega (pilakchasimon papulyoz sifilid).

O'tkir uchli papula soch follikulasi bilan bog'liq, shuning uchun follikulyar (perifollikulyar) deb ham ataladi. Bunday papulalar qizil yassi temiratkinining follikulyar xilida, kepaksimon qizil sochli Deverji temiratkisida, follikulyar diskeratozda (Dare kasalligida) kuzatiladi. O'tkir uchli papulalar bir-biriga yaqin joylashganda teri yuzasi silab ko'rilganda qirg'ichga o'xshab qoladi (follikulyar keratoz, Deverjining kepaksimon qizil temiratkisi).

Papulalar so'galsimon o'simtalar bilan qoplangan bo'lishi mumkin (verrukoz papulalar), masalan, qizil yassi temiratkinining gipertrofik shaklida, vulgar

so'galda, terining so'galli silida, Darening follikulyar diskeratozida va boshqalarda.

Teri burmalarida va tabiiy teshiklar atrofida joylashgan papulalarning yuzasi matseratsiyalanadi, shuningdek eroziyaga uchrashi, gipertrofiyalanishi, so'rg'ichsimon o'simtalar bilan qoplanishi mumkin. Burmalardagi gipertrofik papulalar bir-biri bilan qo'shilib, vegetatsiyalanuvchi pilakcha yoki kondiloma (yunoncha kondyloma - so'galsimon o'sish, o'simta) hosil qilishga moyil bo'ladi. Kondilomalar ikkilamchi zaxm bilan og'rigan kasallarda (keng kondilomalar), papillomalar virusli infeksiya bilan og'rigan kasallarda (o'tkir uchli kondilomalar) kuzatiladi.

Ba'zan papulalar yuzasida chuqurcha - kindiksimon botiqlikni ko'rish mumkin (qizil yassi temiratkida, kontagioz mollyuskada, yog' bezlarining chegaralangan senil giperplaziyasida, xavfli atrofik Degos papulasida) va boshqalar. Papulalarning alohida shakliga oyoqchali papulalar (yumshoq fibroma, ipsimon so'gallar) kiradi.

Papulalarning yuzasi silliq va yaltiroq yoki notekis, g'adir-budur, tangachalar bilan qoplangan bo'lishi mumkin (papulo-skvamoz toshmalar) (2-rasm).

Papulalarning po'st tashlashi quyidagicha bo'ladi:

- kepaksimon (pitiriaziform), masalan, pushti temiratkinining qiz elementlarida;
- mayda va yirik plastinkali (psoriazda);
- eksfoliativ (toksikodermiya va psoriatik eritrodermiyada).

Ba'zi dermatozlarda tangachalar zich yopishgan bo'lib, qiyinchilik va og'riq bilan ko'chadi (diskoid qizil yugurik, aktinik keratoz va boshqalar), boshqalarida tangachalar bo'shashgan va oson ko'chadi (vulgar psoriaz). Tangachalar teri yuzasidan qavat-qavat bo'lib ko'chishi mumkin. Tashxis qo'yish uchun tangachalarning rangi va ularning papulalar yuzasida - markazda, periferiyada, butun yuza bo'ylab joylashishini baholash muhimdir. Tangachalarning rangi yarim shaffof, oq, kulrang, qo'ng'ir-sariq va hatto kulrang-qora bo'ladi. Masalan, psoriazda tangachalar kumushsimon oq, g'ovak, qatlamli slyuda mineralini

eslatadi. Papulalarning yoqaga o'xshab ketadigan periferik po'st tashlashi ("Biyett yoqachasi") papulyoz sifilidda kuzatiladi. Pushti temiratkining "ona" pilakchasi uchun yupqa burmali ("gofrlangan") tangachalar xos bo'lib, ular vaqt o'tishi bilan elementning markaziy qismida ko'chib tushadi va faqat markazni o'rab turgan tor po'stloqlanish halqasini qoldiradi; bunda pilakchaning periferik zonasi tangachalardan xoli bo'ladi. Tomchisimon parapsoriazda tangachalar "qoplama" ko'rinishida bo'lib, faqat markazga yopishgan bo'ladi va chetidan tortilganda osongina olib tashlanadi. Ba'zan tangachalar ekssudat bilan shimiladi va tangacha-po'stloq xarakterini oladi - yupqa yoki massiv, qatlamli, ustritsa chig'anog'iga o'xshash, masalan, ekssudativ psoriazda, ixcham yoki bo'sh, nam yoki quruq. Seboreyali dermatitda tangachalar sarg'ish, yog'li yoki mumsimon bo'lib, pag'a-pag'a bo'lib ajralib turadi.

2-rasm. Papula yuzasining xususiyatlari

Papulalar yuzasi qalin muguz qatlamlar bilan qoplangan bo'lishi mumkin (keratotik papulalar), masalan, vulgar so'galda, aktinik keratozda.

Papula markazida pufakcha (vezikula) yoki yiringcha (pustula) joylashishi mumkin. Papulo-vezikulyoz elementlar (seropapulalar) qichimaga (prurigo) xos, shuning uchun ular pruriginoz elementlar deb ataladi. Ular, odatda, shishgan asosda joylashadi. Papulo-pustulyoz elementlar vulgar husnbuzarlarda seboreya zonalarida kuzatiladi.

Ba'zi dermatozlarda (papulo-nekrotik teri sili, papulo-pustulyoz sifilid, teri vaskulitlari) nekrotik jarayon yoki gemorragik o'zgarishlar natijasida papulalar yara bo'lib ketadi. Bunday hollarda papulalar o'rnida yumaloq atrofik chandiqlar hosil bo'ladi. Qizil yassi temiratkining atrofik xilida, skleroatrofik lixenda, xavfli atrofik Degos papulesida papulalar avval yara bo'lib ketmasdan turib, atrofiyaga aylanib ketishi mumkin.

Ba'zi hollarda papulalar (ko'pincha follikulyar) markazida yog'-keratinli tiqin (ochiq komedon) yoki shoxsimon tikan (follikulyar keratozlar, Deverjning kepaksimon qizil soch temiratkisi, follikulyar qizil soch temiratkisi) hosil bo'ladi,

ular yog'-soch follikulasining og'zida joylashgan bo'lib, olib tashlanganda voronkasimon chuqurcha qoladi.

Papulalarning konsistensiyasi zich, elastik yoki yumshoq (xamirsimon) bo'lishi mumkin. Konsistensiyani baholash, masalan, dermatofibroma kasalligida muhim ahamiyatga ega. Lentikulyar dermatofibroma paypaslab ko'rilganida tugmaga o'xshab ketadigan qattiq plastinka topiladi, shu plastinkaga yon tomondan bosilganida bosh va ko'rsatkich barmoqlar bilan "chuqurchalar" simptomi (Fitspatrik simptomi) paydo bo'ladi. Papula elementlarining chegaralari odatda aniq - papula va uning atrofidagi zararlanmagan terini ajratib turadigan aniq chiziq mavjud. Kamdan kam hollarda papula elementining chegara chizig'i bo'lmaydi (noaniq chegaralar). Papulyoz toshmalarining periferik o'sishida, masalan, psoriazning progressiv bosqichida, elementlarning cheti eritematoz bo'lishi mumkin, tangachalardan xoli bo'lgan markazga nisbatan yorqinroq ("o'sish toji"). Ba'zi papulyoz dermatozlarda (diskoid qizil volchanka, halqasimon granulyoma, bazalioma) o'choq periferiyasida birmuncha sezilarli infiltratsiya borligi munosabati bilan cheti ko'tarilib turadi va bir qadar ichiga botib kirgan markazni halqa ko'rinishida o'rab oladi.

Yarim sharsimon (valesimon) papula (tuguncha) - teri toshmasining birlamchi morfologik elementi bo'lib, teri sathidan ko'tarilib turadi, paypaslaganda zich, yuzasi yarim sharsimon (valesimon) bo'ladi. Odatda dermal kelib chiqishga ega. Yuqumli molluska, qo'tir, halqasimon granulema, Kaposhi angioretikulyozi, neyrofibromatoz, pretibial miksedema, ksantomatoz, gemodermiyalar, teri o'smalari (bazalioma, fibropapilloma, leyomioma, botrimikoma) da uchraydi. Quyidagi xususiyatlarga ega: 1. Sirti: - markazida kindiksimon botiqlik; - silliq. 2. Rang. 3. Rangning bir tekisligi. 4. Yon tomondan yoritilganda papula yuzasining yaltiroqligi bor (yo'q). 5. Chegaralar (qirralar): - yumaloq; - noto'g'ri; - yo'l-yo'l. 6. O'lchamlar. 7. Po'st tashlashi mumkin (yashirin po'st tashlash - papulani qirish paytida ko'zga ko'rinadigan tangachalarning paydo bo'lishi). 8. Yadasson simptomi bor (yo'q) - to'mtoq zond bilan papulani vertikal bosganda og'riq seziladi. 9. Diaskopiyada (tiniq shisha bilan bosilganda): - papula to'liq

rangsizlanadi; - papula to'liq rangsizlanmaydi (markazda joylashgan sariq-qo'ng'ir rangli dog'larning paydo bo'lishi - olma jelesining ijobiy simptomi); - papula to'liq rangsizlanmaydi (papulaning sariq rangi aniq ko'rinadi); - papula to'liq rangsizlanmaydi (papulaning jigarrang (qora) rangi aniq ko'rinadi); - papula to'liq rangsizlanmaydi (papulaning qizil-jigarrang rangi aniq ko'rinadi); - papulaning pulsatsiyasi qayd etiladi; - papula rangini o'zgartirmaydi. - 10. Botadigan tugma simptomi bor (yo'q) - papulani bosganda bo'shliqqa tushib ketish hissi. 11. Unnadare simptomi bor (yo'q) - papulani ishqalagandan so'ng uning yuzasida qizarish va pufak paydo bo'lishi. 12. Chimchilash simptomi bor (yo'q) - papulani ishqalaganda yoki chimchilaganda uning yuzasida qon quyilishlar (gemorragik dog'lar) paydo bo'ladi. 13. Chuqurcha simptomi bor (yo'q) - papulaning yon tomonlaridagi teri ezilganda u go'yo ichkariga botib, chuqurcha hosil qiladi. 14. Asos va muhit. 15. Dinamika.

O'tkir uchli (follikulyar) papula teri toshmasining birlamchi morfologik elementi bo'lib, teri sathidan ko'tarilib turadi, paypaslaganda qattiq, konussimon shaklga ega. Qizil yassi temiratkiining follikulyar xili, tikanaksimon temiratki, follikulyar keratoz, Daryo kasalligi uchun hammadan ko'ra xarakterlidir. Quyidagi xususiyatlarga ega: 1. Rangi. 2. Chegaralar (qirralar). 3. O'lchamlar. 4. Yuzadagi keratoz: - yo'q; - bor. 5. Yashirin po'st tashlash mavjud (yo'q) - papulani qirish paytida ko'zga ko'rinadigan tangachalarning paydo bo'lishi. 6. Yon tomondan yoritilganda papula yuzasining yaltiroqligi bor (yo'q). 7. Psoriatik triada mavjud (yo'q) - stearin dog'i, terminal plyonka va qonli shudring belgilari. 8. Olma jelesi simptomi bor (yo'q) - papulaga shaffof shisha bilan bosilganda markazda joylashgan sarg'ish-jigarrang (olma jelesi rangidagi) dog'lar paydo bo'ladi. 9. Asos va muhit. 10. Dinamikasi: - dinamikasiz - markazda nekroz va yara hosil bo'lishi va keyinchalik chandiqlanish; - matseratsiya va eroziya; - yara hosil bo'lmasdan chandiqlanish; - periferik o'sish va boshqa papulalar bilan qo'shilib pilakcha hosil bo'lishi; - periferik o'sish va markazda yechilishi; - izziz yechilishi.

Yassi papula teri toshmasining birlamchi morfologik elementi bo'lib, teri sathidan ko'tarilib turadi, paypaslaganda zich va yuzasi yassi bo'ladi. Kelib

chiqishi epidermal yoki epidermo-dermal. So‘gallar, so‘galli teri sili, qizil yassi temiratki, psoriaz, ikkilamchi zaxm, teridagi o‘smalar (seboreyali keratomalar, dermatofibromalar) da hammadan ko‘ra ko‘proq uchraydi. Quyidagi xususiyatlarga ega: 1. Yuzasi: - markazida kindiksimon botiqlik; - silliq; - follikulyar og‘izchalari kengaygan; - kratersimon; - notekis (g‘adir-budur). 2. Rangi: • monoxromatik (bir xil rang): - pushti; - qizil; - sariq; - ko‘kimtir-qizil (siyohrang); - jigarrang; - normal charm; - chinni-oq; - qora; - qo‘ng‘ir; - sariq-qo‘ng‘ir; - sariq-qizil; - sariq-pushti; - sariq-kulrang; - mis-qizil; - to‘q ko‘k. • polixromatik (ranglar aralashmasi: qora, jigarrang, pushti, to‘q ko‘k). 3. Rangning bir tekisligi. 4. Chegaralar (qirralar). 5. O‘lchamlar. 6. Po‘st tashlash. 7. Psoriatik triada mavjud (yo‘q) - stearin dog‘i, terminal plyonka va qonli shudring belgilari. 8. Yashirin po‘st tashlash mavjud (yo‘q) - papulani qirish paytida ko‘zga ko‘rinadigan tangachalarning paydo bo‘lishi. 9. Yon tomondan yoritilganda papula yuzasining yaltiroqligi bor (yo‘q). 10. Uikxem to‘ri mavjud (mavjud emas) - papula yuzasi suv yoki yog‘ bilan namlanganda oqish to‘rli rasm. 11. Yadasson musbat simptomi bor (yo‘q) - to‘mtoq zond bilan papulaga vertikal bosilganda og‘riq seziladi. 12. Kebner fenomeni mavjud (mavjud emas) - terining mexanik ta’sirlanishi o‘rnida yangi papulalarning paydo bo‘lishi. 13. Purpura simptomi bor (yo‘q) - intensiv qirishda papula yuzasida qon quyilishlar paydo bo‘ladi. 14. Diaskopiyada (tiniq shisha bilan bosilganda papula rangining o‘zgarishi): - papula to‘liq rangsizlanadi; - papula to‘liq rangsizlanmaydi (markazda joylashgan sariq-qo‘ng‘ir rangli dog‘larning paydo bo‘lishi - olma jelesining musbat simptomi); - papula to‘liq rangsizlanmaydi (papulaning sariq rangi aniq ko‘rinadi); - papula to‘liq rangsizlanmaydi (papulaning jigarrang (qora) rangi aniq ko‘rinadi); - papula to‘liq rangsizlanmaydi (papulaning qizil-jigarrang rangi aniq ko‘rinadi); - papula to‘liq rangsizlanmaydi (papulaning pulsatsiyasi kuzatiladi); - papula rangini o‘zgartirmaydi. 15. Unnadare musbat belgisi bor (yo‘q) - papulani ishqalagandan so‘ng uning yuzasida qizarish va pufak paydo bo‘lishi. 16. Chuqurcha simptomi bor (yo‘q) - papulaning yon tomonlaridagi teri ezilganda u go‘yo chuqurcha hosil qilib ichkariga botib ketadi. 17. Asos va muhit. 18. Dinamikasi: dinamikasiz,

markazida nekroz va yaralanish keyinchalik chandiqlanish, matseratsiya va eroziya, yaralanishsiz chandiqlanish va h.k.

2-bo'lim. PSORIAZ

2.1 Tarixiy ocherk

Psoriaz haqidagi ta'limot ko'p asrlik tarixga ega. Uning ko'zga tashlanadigan ko'rinishlari teri kasalliklarini o'rganishning eng dastlabki bosqichidayoq kuzatish predmeti bo'lgan. XIX asrning o'rtalariga qadar atamalardagi chalkashliklar tufayli psoriaz tibbiy adabiyotda turli xil nomlar ostida paydo bo'lgan. O'rta asrlarda bu yuqumsiz kasallik o'tkir va og'riqli tikanli "imperator" yoki "shayton atirgul" deb atalgan. Faqat taxmin qilish mumkinki, Bobil va Ossuriya tibbiyotida psoriazga nisbatan "quliptu" yoki "garabu," Qadimgi Yunonistonda "alphos," "lepra" yoki "psora" atamasi ishlatilgan. Qadimgi mashhur yunon tabibi Gippokrat davrida psoriaz "lepra" va "psora" (yunoncha psora - qo'tir, parsha) nomi bilan tanilgan. Moxovning yunoncha so'zi "Septuaginta" va "Yangi Ahd" da moxov deb tarjima qilingan. Yunon tibbiyotida moxov so'zi birinchi navbatda psoriazni anglatardi, uning belgilari moxov belgilari bilan ko'p jihatdan mos keladi.

Shunday qilib, psoriaz haqidagi birinchi yozma ma'lumot Injilga tegishli. Psoriazning klinik ko'rinishlarining birinchi tavsifi Avl Korneliy Selzga (miloddan avvalgi 30-milodiy 40-yillar) tegishli. U o'zining 8 jildlik "De medicina" nomli 5-kitobida "impetigo" bo'limida bu kasallikning ikki turini ajratib ko'rsatgan va bu dermatozning yuzasi dag'al va intensiv qizil rangli papulaga o'xshash shakllari uchrashini ko'rsatgan. Toshma elementlari turli shakllarni hosil qilishi mumkin. Zararlangan teri yuzasidan tangachalar ko'chib tushadi, eroziyalar paydo bo'ladi. Terining shikastlanish jarayoni tez sodir bo'ladi. Toshmalar ma'lum vaqt oralig'ida paydo bo'ladi va yo'qoladi. "Alfos" deb nomlangan "vitiligo" bo'limida Selz teridagi oq dog'larni tasvirlaydi, ularning yuzasi biroz dag'alroq bo'ladi. Toshma

alohida tomchisimon elementlardan iborat bo'lib, ba'zan tarqoq holda joylashadi, ular orasida jarayon keng tarqalgan bo'lsa ham terining zararlanmagan joylari qoladi. Bunda toshmalarning paydo bo'lishi va yo'qolishi tartibsiz kechadi. Ferdinand Gebra (1841) ta'kidlaganidek, psoriazning eng yaxshi tavsifi ko'p asrlar davomida berilmagan.

Robert Villanning (1809) ma'lumotlariga ko'ra, "psoriasis" atamasini birinchi bo'lib mashhur Rim shifokori va tabiatshunosi Klavdiy Galen (taxminan 129-taxminan 201) qo'llagan. Biroq, Galen psoriaz deb ko'z qovoqlari va burchaklarining tangachalar hosil bo'lishi bilan zararlanishini, shuningdek, moyak terisining sezilarli qichishish va ekskoriatsiya bilan tangachali zararlanishini atagan. Faqat XIX asrning boshlariga kelib, Robert Villan (1757-1812) va uning shogirdlarining ishlari tufayli psoriaz haqida tushuncha shakllandi va uning klinik ko'rinishidagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda tavsifi paydo bo'ldi. Villan psoriazning quyidagi shakllarini ajratgan: guttata, diffusa, gyrata, palmaris, labialis, ophthalmicas, praeputii, scrotalis, unguium, inveterata. Dermatozning "eskirgan formalari"ni ham shu olim tasvirlab bergan. Shunday bo'lsa-da, hatto Villan ham bu kasallikning atamalarini chalkashtirib yubordi. Antik mualliflarga ergashib, psoriazni tasvirlashda u ikkita yunon atamasidan foydalangan - "1erga" va "psora," ikkita kasallikni ajratib ko'rsatgan - diskoid psoriaz, uni u 1erra graecorum deb atagan (bu yerga dumaloq dog'lar ko'rinishidagi teri lezyonlari kiritilgan) va figurali psoriaz - psora 1errosa (shakllar, naqshlar). "Psora" atamasining ko'p ma'noliligi tufayli Villan Galen davridan beri ishlatilmagan psoriaz nomini qayta tikladi. 1841-yilda Ferdinand Gebra (1816-1900) Villan bo'yicha kasallikning ikki shaklini bitta - psoriazga birlashtirib, psoriazni tavsiflashda terminologiyani ikki tomonlamaligiga chek qo'ydi. U psoriazdagi toshmalarning turli shakllari mustaqil kasalliklarni ajratish uchun asos bo'lmasligini, chunki ular bir xil patologik jarayonning natijasi ekanligini ta'kidladi. Ta'kidlash joizki, Gebra psoriazning morfologik elementlari rivojlanishidagi ketma-ketlikni yetarlicha aniq tasvirlab bergan: "Psoriazning dastlabki toshmalari (tangachali do'mboqchalar) hech qachon alohida hosil

bo'lmaydi, balki har doim ko'p sonli bo'ladi va har doim bir-biridan terining sog'lom qismlarining katta yoki kichik oraliqlari bilan ajralib turadi. Bu dastlab nuqtasimon tangachasimon do'mboqchalar (psoriasis punctata) ularning chekkalarida bir necha kun ichida goh tez, goh asta-sekin har tomonga kattalashib, ba'zan ancha kechroq yasmiq kattaligiga yetadi. Ular doimo o'sib borganida periferiyada bir-biriga tegib turadi va bir-biri bilan qo'shilib ketadi, bu esa ularning shakli va kattaligining noto'g'ri bo'lishiga olib keladi. Psoriaz rivojlanishining bu darajasida uning o'sishi to'xtamaydi, aksincha, alohida pilakchalarning doimiy ko'payishi, shuningdek, yangi nuqtasimon va tomchisimon toshmalarining rivojlanishi sodir bo'ladi; buning natijasida nafaqat alohida pilakchalar kaft kattaligiga yetadi, balki butun teri yuzasi ko'p sonli yangi rivojlangan tangachasimon do'mboqchalar bilan qoplanadi...." Hozirgi vaqtda kasallikning bunday tavsifi dolzarb bo'lib, o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Psoriazning tabiatiga kelsak, Gerba XIX asr o'rtalarida dermatologlar orasida irsiyatning ehtimoliy ahamiyati haqidagi mashhur fikrga qo'shildi va psoriazdan asosan "ajoyib, gullab-yashnayotgan salomatlik" bilan ajralib turadigan somatik sog'lom va baquvvat odamlar aziyat chekadi deb noto'g'ri hisobladi. Gebra asab-ruhiy omillarning rolini, ovqatlanish, jarohatlar, iqlim-geografik sharoitlarning ta'sirini inkor etdi. Psoriazni o'rganishga muhim hissa Keybnerning (1876) psoriaz bilan og'rikan bemorlar terisining mexanik shikastlanishga o'ziga xos reaksiyasi (Kebner fenomeni) haqidagi ishi va Auspittsning (1897) xarakterli alomat - nuqtali qon ketishini tasvirlashi bo'ldi.

2.2 Ta'rif. Etiopatogenezi

Psoriaz - epidermotsitlar proliferatsiyasining tezlashishi va ularning differensiatsiyasining buzilishi, derma va sinovial pardalarda immun reaksiyalar, yallig'lanish oldi va yallig'lanishga qarshi sitokinlar, xemokinlar o'rtasidagi muvozanatning buzilishi; tayanch-harakat tizimining tez-tez patologik o'zgarishlari bilan tavsiflangan genetik omillarning rivojlanishida ustun ahamiyatga ega bo'lgan multifaktorial tabiatli tizimli immunitet bilan bog'liq kasallik.

Psoriaz eng keng tarqalgan teri kasalliklari qatoriga kiradi va rivojlangan mamlakatlar aholisining 1-2 foizida uchraydi. Erkaklar va ayollar deyarli bir xil kasallanadi. Kasallik 30 yoshgacha bo'lgan odamlarda 61,6% dan ortiqni tashkil qiladi. Kasallanishning ikkita cho'qqisi ma'lum: erkaklar uchun - 27,5 va 54,5 yosh; ayollar uchun - 15,5 va 54,5 yosh. Birinchi cho'qqi genetik moyillik bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchisi ekzogen rays-effektlar ta'siri bilan bog'liq.

Psoriazning rivojlanishida irsiy moyillik, immun, endokrin, asab tizimlari faoliyatining buzilishi, tashqi muhit omillarining salbiy ta'siri va boshqalar muhim ahamiyatga ega.

Ishga tushirish mexanizmlari orasida, birinchi navbatda, hissiy stress va bemorning psixoemotsional holati muhim ahamiyatga ega. Biroq, o'tkir infeksiyon kasalliklar va surunkali infeksiya, ayniqsa streptokokk etiologiyali infeksiya o'choqlarining bo'lishi ham psoriazning dastlabki belgilari paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Qo'zg'atuvchi omillar qatoriga alkogolni suiste'mol qilish, dori vositalarini qabul qilish (litiy tuzlari, beta-adrenoblokatorlar, xloroxin/gidroksixloroxin, peroral kontratseptivlar, interferon va uning induktorlari va boshqalar) kiradi.

Psoriaz ko'pincha tizimli kasalliklar, shu jumladan metabolik sindrom, II turdagi qandli diabet, yurak ishemik kasalligi, arterial gipertenziya, gepatobiliar tizim patologiyasi bilan birga keladi.

Psoriazdagi asosiy patologik jarayonlar epidermis giperplaziyasi, epiteliotsitlar tabaqalanishining buzilishi va dermada yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishi bilan bog'liq. Aniqlanishicha, psoriaz patogenezida tug'ma immun sitokin javobi eng muhim rol o'ynaydi, bunda immun o'zgarishlardagi asosiy patogenetik bo'g'inlardan biri sitokin profilining asosan birinchi tur (Th1) bo'yicha og'ishi va ayniqsa FNO- darajasining oshishi hisoblanadi. Psoriazga juda qisqa va aniq ta'rifni mashhur dermatolog A. Gupta beradi: "Psoriaz surunkali yallig'lanishli autoimmun kasallik bo'lib, T-hujayralarning faollashuvi natijasida teridagi keratinotsitlarning o'zgarishiga olib keladi." Hujayra sikli 311 soatdan 36 soatgacha qisqaradi. Psoriazda patologik jarayonning uzluksiz davom etib

borishiga, aftidan, surunkali autoimmun reaksiya sabab bo'lsa kerak. Epidermisdagi antigenlar Langerhans hujayrasi bilan o'zaro ta'sirlashgandan so'ng xotira hujayralari oqimini keltirib chiqaradi, ular orasida birinchi turdagi T-limfotsitlar ustunlik qiladi, ular epidermisning bazal membranasidan o'tib, uni o'zlarining sitokinlari va xemokinlari bilan shikastlaydi, shuningdek desmosomalarning hujayralararo qismlarini yo'q qiladi. Bazal hujayralarning ajralish jarayoni hujayralarning tez ko'payishi ko'rinishidagi himoya mexanizmini o'z ichiga oladi, bu odatda terining mexanik shikastlanishida sodir bo'ladi. Hozirgi vaqtda ma'lumki, "kasallik asosida bazal keratinotsitlarning tinch holatdagi populyatsiyasining qo'zg'atuvchi omillar ta'sirida proliferatsiyalanuvchi hujayralar populyatsiyasiga transformatsiyalanish qobiliyatining nasldan naslga o'tishi yotadi. O'zak hujayralarning tranzit hujayralarga o'tish jarayonida oxirgilari differentsiatsiyaga kirishishi yoki o'zak hujayralar puliga qaytishi kerak. Ularning ozgina qismi proliferatsiyalanuvchi bo'lib qolishi mumkin. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarda, sog'lom odamlardan farqli o'laroq, ushbu jarayonning buzilishiga tug'ma moyillik mavjud bo'lib, tegishli sharoitlarda tranzit hujayralarning asosiy massasining bo'linayotgan hujayralar populyatsiyasiga o'tishi bilan namoyon bo'ladi. Natijada differensirovka va keratinizatsiya jarayonlari buziladi va tarkibida piknotik tayoqchasimon yadrolari (parakeratotik hujayralar) bo'lgan patologik to'liq muguzlanmagan korneotsitlar hosil bo'ladi. Hosil bo'lgan hujayralar, bir tomondan, bir-biri bilan normal bog'lanishga ega emas va oson ajraladigan tangachalarni hosil qiladi, boshqa tomondan, immunogen xususiyatga ega." Ular autoantitelolar ishlanib chiqishini kuchaytiradi, autoantitelolar komplemet bilan birga parakeratotik hujayralarga o'rnashib olib, epidermisga neytrofil leykotsitlarni xemotaksis yo'l bilan tortib oladi va yallig'lanish reaksiyasi boshlanib, epidermodermal papula paydo bo'lishiga olib keladi. Keratinotsitlar proliferatsiyasini rag'batlantiruvchi va shunga mos ravishda bu jarayonni qo'zg'atuvchi omillar quyidagilardir: hujayradan tashqari - epidermal hujayralarning turli tashqi retseptorlariga ta'sir qiluvchi omillar (α_2 -adrenergik va tireoid gormonlar, insulin, atsetilxolin, opioidlar, streptokokk ekzotoksini va

boshqalar.), hujayra ichidagi - siklik guanozinmonofosfat. Proliferatsiyani to'xtatuvchi hujayradan tashqari jarayon g-interferon, b2-adrenergik gormonlar, adrenalin va noradrenalin, AKTG, glyukagon, melanotsitlarni rag'batlantiruvchi gormon, D3 vitamini tomonidan rag'batlantiriladi va hujayra ichida keratinotsitlar proliferatsiyasini to'xtatishda siklik adenozinmonofosfat ishtirok etadi.

Ma'lumki, terining qon tomir tizimidagi yallig'lanish reaksiyalari epidermisga qaraganda ertaroq shakllanadi va davolanishdan keyin uzoq vaqt saqlanib qoladi. Psoriatik o'choqlarda keratinotsitlar giperproliferatsiyasining markeri bo'lib Ki67 oqsili va 6, 16 va 17-turdagi keratinlarning yuqori ekspressiyasi xizmat qiladi.

Genetik omillarning roli oddiy psoriaz uchun HLA-Cw6, HLA-B13 va artropatik psoriaz uchun HLA-B27 ba'zi to'qima muvofiqlik antigenlari bilan bog'liqligi bilan tasdiqlanadi. HLA-Cw6 leykotsitar antigeni psoriazning I turiga moyillik belgisi ekanligi aniqlandi. II tip uchun HLA-Cw6 antigenining ekspressiyasi yo'qligi, kech boshlanishi va og'irlashmagan oilaviy anamnez xosdir. Hozirgi vaqtda PSORS1 psoriaz rivojlanishiga tug'ma moyillikni belgilovchi asosiy gen hisoblanadi.

Psoriazda yallig'lanish jarayonida T-hujayralar subpopulyatsiyasi - Th17 asosiy rol o'ynaydi. Psoriazda patologik jarayon dendrit antigen ishlab chiqaruvchi hujayralar tomonidan antigenni taqdim etish va keyinchalik interleykin- (IL) -12 va IL-23 ning T-hujayralari tomonidan chiqarilishini rag'batlantirish orqali boshlanadi, natijada T-limfotsitlarning Th-1 va Th-17 ga ko'payishi va farqlanishi sodir bo'ladi. T-limfotsitlarning ushbu subpopulyatsiyalari ko'p sonli turli xil yallig'lanish mediatorlarining sintezi va keyinchalik to'qimaga chiqarilishi uchun mas'ul bo'lgan genlarni ifodalaydi. Xususan, Th-1 asosan IL-2, IFN- γ , TNF- α ning ortiqcha chiqarilishi orqali immunitet reaksiyalarini rag'batlantiradi. O'z navbatida, Th-17 organizmda turli xil patogen agentlardan himoya qilish uchun ham (ushbu ta'sir IL-21 va IL-22 ishlab chiqarish orqali amalga oshiriladi), to'qima yallig'lanishi uchun ham (mos ravishda - IL-17A orqali) javobgardir. To'qimalarning yallig'lanish jarayonlarini rag'batlantirish natijasida

keratinotsitlarning IL-17A-indutsirlangan faollashuvi va giperproliferatsiyasi sodir bo'ladi. Keyingilari teskari aloqa prinsipi bo'yicha harakat qilib, o'zlari terida yallig'lanish oldi sitokinlari va xemokinlarning yanada ko'proq hosil bo'lishiga yordam beradi, bu akantozga va epidermis keratinotsitlari differentsiatsiyasining buzilishiga olib keladi.

T-limfotsitlarning faollashtirilgan CD4+ subpopulyatsiyasining psoriaz patogenezdagi markaziy roli haqidagi gipotezani tasdiqlash uchun CD4+ T-limfotsitlarga monoklonal antitanalarni qo'llashning ijobiy terapevtik ta'siri ko'rsatilgan. TNF (anti-TNF α) ishlab chiqarishni bostirishga qaratilgan terapiya ham kam samara bermaydi. Xulosa qilib shuni ta'kidlash mumkinki, psoriaz immunogenetik, ehtimol, hali aniqlanmagan antigenli autoimmun kasallikdir. Bunday antigenlar epidermisning muguz qavatida bo'ladi deb taxmin qilinadi, lekin ularni hozircha aniqlab bo'lmadi.

Psoriaz va komorbidliklar. Psoriazning bo'g'imlarni zararlab, psoriatik artritga aylanishi qadimdan ma'lum. Agar ilgari psoriatik artrit yengil va kam uchraydigan kasallik sifatida baholangan bo'lsa, bugungi kunda uning chastotasi barcha psoriaz holatlarining 20% dan ortig'ida baholanmoqda. Yuqori ruhiy va jismoniy zo'riqishni hisobga olgan holda, psoriaz bilan og'rigan bemorlar ko'pincha depressiyadan aziyat chekishadi, ularning har 5 tasida vaqti-vaqti bilan o'z joniga qasd qilish fikrlari paydo bo'ladi. Psoriaz va Kron kasalligining yuqori chastotasi ko'p yillar oldin epidemiologik jihatdan tasdiqlangan bo'lib, bu kasalliklarning o'xshash patogenezi bilan bog'liq bo'lishi mumkin: ikkalasi ham sitokinlarning taqqoslanadigan darajasi bilan tavsiflanadi va TNF- ni bloklovchi immunobiologik dorilar bilan muvaffaqiyatli davolanishi mumkin. Bundan tashqari, genetik parallellar mavjud, masalan, IL-23 ga mos keladigan genda (uning psoriazda bloklanishi ham juda samarali). Psoriaz bilan og'rigan bemorlarda qandli diabet, semizlik, yurak yetishmovchiligi va boshqalar kabi kasalliklarning yuqori chastotasi kuzatiladi. Uglevod almashinuvining buzilishi, arterial gipertenziya va abdominal semizlik metabolik sindromning tarkibiy qismlari hisoblanadi. Yurak-qon tomir patologiyasi psoriaz bilan og'rigan

bemorlarning umr ko'rish davomiyligiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, chunki ko'plab bemorlar miokard infarktidan vafot etadi. Psoriaz bilan og'riqan bemorlarda miokard infarkti xavfi bemorlarning ahvoli og'irligi va yoshiga qarab 3 baravar oshishi mumkin. Miokard infarkti boshlanishida dislipidemiya muhim omil bo'lib hisoblanadi. Psoriazda ham aniqlanadi, bunda qondagi lipidlar miqdori kasallikning birinchi belgilaridayoq o'zgargan bo'ladi.

2.3 Tasniflash

Psoriazning umumiy qabul qilingan tasnifi yo'q. An'anaga ko'ra, psoriazning 4 turi farqlanadi:

- vulgar psoriaz;
- pustulyoz psoriaz;
- psoriatik eritrodermiya;
- psoriatik artrit

XKT BO'YICHA TASNIFLASH 10.

L40.0 Oddiy psoriaz (vulgar, blyashka)

L40.1 Tarqalgan pustulyoz psoriaz

L40.2 Barqaror akrodermatit Allope Sumbushning tarqalgan pustulyoz psoriazi

L40.3 Kaft va oyoq kafti yiringlashi

L40.4 Tomchisimon psoriaz

L40.5+ Artropatik psoriaz (M07.0-M07.3*, M09.0*)

L40.8 Boshqa psoriaz Egiluvchan teskari psoriaz Seboreyali psoriaz Ekssudativ psoriaz Psoriatik eritrodermiya

2.4 Klinik ko'rinishi

Psoriazning boshlanishi turli bemorlarda bir xil emas va 2-3 dan 5-7 mm gacha bo'lgan pushti-qizil rangli, zich konsistensiyali, aniq chegarali yassi papulalar ko'rinishidagi monomorf toshma bilan tavsiflanadi. Papulalar

kumushsimon oq rangli mayda plastinkasimon g'ovak tangachalar bilan qoplangan bo'lib, ular qirilganda va hatto kiyim yechilganda ham osongina tushib ketadi. Ko'pincha kasallikning boshlanishida toshmalar kam bo'ladi, ular uzoq vaqt davomida teri qoplaminig bir xil joylarida, ayniqsa boshning sochli qismida va yirik bo'g'imlar sohasida saqlanib, asta-sekin kuchayib borishi mumkin. Qo'zg'atuvchi omillar ta'sirida bir-biriga qo'shilib, kumushsimon oq tangachalar bilan qoplangan turli shakl va o'lchamdagi pilakchalar hosil qilishga moyil bo'lgan ko'p miqdordagi toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Pilakchalar asosan boshning sochli qismida, tirsak, tizza bo'g'imlarining yozuvchi yuzasida, bel, dumg'aza sohasida joylashadi, biroq teri qoplaminig boshqa har qanday qismlarida joylashishi mumkin. Psoriaz uchun teri shikastlanishining simmetrikligi, toshmalarning periferik o'sishga moyilligi va turli shakldagi pilakchalarga qo'shilishi xos bo'lib, ular alohida, kichik yoki katta bo'lishi mumkin va o'z navbatida birlashib, teri qoplaminig katta qismini egallaydi (1-rasm). Toshmalar terining istalgan qismida joylashishi mumkin, biroq qo'l va oyoqlarning yozuvchi yuzalari (ayniqsa tirsaklar va tizzalar), boshning sochli qismi afzal hisoblanadi. Ba'zi bemorlarda bu joylarda "navbatchi pilakchalar" uzoq vaqt mavjud bo'lishi mumkin (2-rasm).



1-rasm



2-rasm

Pilakchalar zosterimon joylashgan bo'lishi mumkin. Ba'zan har xil shaklli: halqasimon, yoysimon, serpiginoz, "geografik" zararlanish o'choqlari hosil bo'ladi. Papulyoz elementlarning rangi yorqin qizil bo'lib, sezilarli darajada qipiqilanishi mumkin, bu ozgina qirib ko'rilganda osongina aniqlanadi.

Toshmalar psoriatik triada mavjudligi bilan tavsiflanadi, bu papulez toshmalarni qirib tashlashda ketma-ket yuzaga keladigan hodisalardir:

- stearin dog'i (keyinchalik qirtishlashda stearin tomchisining ishqalanishiga o'xshash qipiqilanishning kuchayishi kuzatiladi);
- terminal plyonka (tangachalar olib tashlangandan so'ng elementlarning nam va yaltiroq yuzasi ko'rinishida paydo bo'ladi);
- nuqtali qon ketish (terminal plyonkani ehtiyotkorlik bilan qirib ko'rgandan so'ng nuqtali, bir-biriga qo'shilmaydigan tomchilar ko'rinishida paydo bo'ladi - Auspitts fenomeni yoki Polotebnovning "qonli shudring"i).

Psoriazning klinik kechishiga ko'ra uchta: zo'rayib boruvchi, statsionar va regressiv davrlari tafovut qilinadi.

Progressiv bosqichning eng xarakterli belgilari:

- 1) periferiya bo'ylab o'sishi va o'zgarmagan terida yangi toshmalar paydo bo'lishi;
- 2) shikastlanish joylarida yangi elementlarning shakllanishi (Kebner fenomeni);
- 3) mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi tufayli toshmalar atrofida anemiya zonasi mavjudligi.

Kasallikning zo'rayib boradigan bosqichida qip-qizil tusli yangi papulyoz elementlar paydo bo'lib, pilakchalar yuzaga keladi, bularning atrofida qipiqilanib turadigan torgina eritema toji paydo bo'ladi. Jarayon ko'pincha turli intensivlikdagi qichishish bilan kechadi.

Statsionar bosqichda infiltratsiyalangan papulalar va turli konfiguratsiyadagi tangachalar bilan qoplangan pilakchalar terining katta yuzasini egallaydi.

Regressiv bosqichda toshmalar atrofida infiltratsiya kamayishi bilan bir qatorda ko'pincha tor, nozik burmali, go'yo atrofik halqa ko'rinishidagi Voronov soxta atrofik hoshiyasi aniqlanadi.

Psoriazning kechishi turli bemorlarda bir xil emas. Toshmalar uzoq vaqt, ko'p yillar davomida bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha qo'zish davri yaxshilanish va klinik sog'ayish davrlari bilan almashinib turadi. Ko'pgina bemorlarda xurujlarning yil fasllari bilan bog'liqligi aniqlandi, bu esa retsidivlarning mavsumiyligini hisobga olgan holda psoriaz turlarini ajratish imkonini berdi: qishki, yozgi va differensiatsiyalanmagan.

Semizlik, qandli diabet, qalqonsimon bez disfunktsiyasi bo'lgan bemorlarda zararlanish o'choqlarida yuqori ekssudatsiya kuzatiladi, bunda pilakchalar yuzasiga zich yopishgan kulrang-sariq rangli tangacha-qobiqlar paydo bo'ladi, shuning uchun psoriatik triada qiyinchilik bilan aniqlanadi (ekssudativ psoriaz) (3-rasm).

Toshmalar faqat terining seboreyali sohalarida (boshning sochli qismi, burun-lab va quloq orti burmalari, ko'krak va kuraklararo soha) joylashganda seboreyali psoriaz tashxisi qo'yiladi. Seboreyali psoriazda tangachalar odatda sarg'ish tusda bo'ladi, bunda boshda qipiqalanish juda yaqqol bo'lishi mumkin, toshmalar esa boshning sochli qismidan peshona terisiga o'tib, "psoriatik toj" deb ataladigan holatni hosil qilishi mumkin (4-rasm). Ekssudativ va seboreyali psoriaz ko'pincha azob beradigan qichishish bilan birga davom etib boradi.

Tomchisimon psoriaz kasallikning o'tkir shakli bo'lib, terida juda mayda shishgan yorqin-qizil papulalar ko'rinishidagi ko'plab toshmalarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi, butun teri qoplamasi bo'ylab, yuzasida ozgina po'st tashlash bilan, qirish paytida kuchayadi. Ko'pincha bolalik yoki o'smirlik davrida paydo bo'ladi va streptokokk etiologiyali yuqumli kasalliklarni boshdan kechirgandan keyin rivojlanadi. Tomchisimon psoriaz vulgar psoriazga aylanishi mumkin (5-rasm).

Pustulyoz psoriaz tarqalgan yoki chegaralangan toshmalar ko'rinishida namoyon bo'lib, ko'pincha kaft va tovon sohalarida joylashadi, yuzaki yiringli elementlar bilan ifodalanadi. Pustulyoz psoriazning paydo bo'lishiga infeksiyalar, kuchli stress holatlari, gormonal buzilishlar, shu jumladan peroral kontratseptivlar,

kortikosteroidlar yoki boshqa immunosuppressiv dorilarni tezda to'xtatish, noratsional tashqi terapiya sabab bo'ladi.



3-rasm.



4-rasm.

Zumbushning tarqalgan psoriazi og'ir kechadi, isitma va lohaslik bilan kechadi. Xurujsimon tarzda yorqin eritema fonida mayda yuzaki steril pustulalar paydo bo'ladi, ular ham tipik psoriatik pilakchalar sohasida, ham ilgari o'zgarmagan terida joylashgan bo'lib, achishish va og'riq bilan kechadi. Pustulyatsiyali eritematoz o'choqlar tezda kattalashadi, bir-biriga qo'shilib, teri qoplamining katta qismlarini egallaydi, shuning uchun psoriatik pilakchalar aniqlanmay qoladi. Bir-biriga qo'shilgan pustulalar epidermisni ko'chirib, "yiringli ko'llar" hosil qiladi. Ko'pincha tirnoqlarda distrofik o'zgarishlar, bo'g'imlar, ba'zan buyraklar zararlanadi. Qonda leykotsitoz, ECHT oshganligi aniqlanadi. Pustulalar paydo bo'lishi to'xtaganidan so'ng bemorlarning ahvoli yaxshilanadi, harorat pasayadi, ammo yangi xuruj, odatda, to'satdan rivojlanadi (6-rasm).



5-rasm



6-rasm

Barmoqlarning distal falangalarida eritematoz-skvamoz va vezikulyar-pustulyoz toshmalar bilan namoyon bo'ladigan doimiy yiringli Alopo akrodermatiti. Barmoqlarning zararlangan joylarida yorqin eritema, shish, "yiringli ko'llar"ga qo'shiladigan ko'plab pustulalar kuzatiladi. Distal falangalar qalinlashgan, tirnoq plastinkalari distrofik o'zgargan.

Barberning qo'l va oyoq kaftlari yiringli psoriazi Zumbushning tarqalgan psoriaziga qaraganda ko'proq uchraydi. Toshmalar asosan tenar va gipotenar sohalarida hamda oyoq kafti gumbazida joylashadi. Eritematoz-skvamoz pilakchalarning keskin ko'rinishi xarakterli bo'lib, ularning fonida ko'plab pustulyoz toshmalar mavjud. Pustulalar pilakchalar sohasida ham, teri qoplaminig boshqa joylarida ham hosil bo'lishi mumkin.

Psoriatik eritrodermiya ko'pincha qo'zg'atuvchi omillar ta'sirida oldindan mavjud bo'lgan vulgar psoriazning kuchayishi yoki noto'g'ri davolash natijasida yuzaga keladi (kuchayib borayotgan bosqichda vanna qabul qilish, haddan tashqari insolyatsiya yoki ultrabinafsha nurlarni haddan tashqari dozalash, kuchayish paytida yuqori konsentratsiyali hal qiluvchi malhamlardan foydalanish). Eritrodermiya tez zo'rayib boradigan psoriaz toshmalari qo'shib ketgan mahallarda ham birlamchi tarzda sog'lom odamda boshlanishi mumkin. Jarayon barcha teri qoplamlariga tarqalib, 90% dan ortiq teri qoplamlarini egallaydi. Teri

qip-qizil, shishgan, infiltratsiyalangan, ba'zi joylari lixenifikatsiyalangan, ushlab ko'rilganda issiq bo'ladi, ko'p miqdorda yirik va mayda quruq oq tangachalar bilan qoplanadi, kiyim yechilganda osongina tushib ketadi. Bemorlarni qichishish, ba'zan kuchli qichishish, terining achishishi va tortilish hissi, og'riq bezovta qiladi. Bunday holat uzoq davom etganda sochlar to'kilib, tirnoqlar zararlanishi mumkin. Umumiy ahvol o'zgaradi (darmonsizlik, lanjlik, ishtaha pasayishi, tana haroratining ko'tarilishi), kasallik uzoq davom etganida ko'pincha yurak yetishmovchiligi belgilari, gipoalbuminemiya, anemiya, muskullar gipotrofiyasi boshlanadi, buyrak va jigar funksiyalari izdan chiqadi. Ter ajralishi ancha kamaygan bo'lishi mumkin, organizm suvsizlanadi; periferik limfa tugunlari kattalashib, sochlar to'kilib ketadi; ko'pincha bo'g'imlar patologik jarayonga qo'shilib ketadi. Oddiy psoriazda eritrodermiya rivojlanganda bo'g'implarda klinik jihatdan aniqlanadigan o'zgarishlar taxminan 5-7% bemorlarda kuzatiladi deb hisoblanadi (7-rasm).



7-rasm

Psoriatik artrit.

Psoriatik artrit (artropatik psoriaz) - bo'g'imlar, umurtqa pog'onasi va entezislarning surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, psoriaz bilan og'rikan bemorlarda kuzatilishi mumkin. Psoriatik artritda asosan periferik bo'g'imlar

(artrit), qo'l va oyoq barmoqlari (daktillit), entezislar (entezit) yallig'lanishi kuzatiladi, shuningdek, aksial tuzilmalar - umurtqa tanalarida (spondilit) va iliosakral birikmalarda (sakroiliit) yallig'lanish kuzatilishi mumkin. Psoriatik artrit 19,7% psoriaz bilan og'rgan bemorlarda va 24,6% o'rtacha va yuqori og'irlikdagi psoriazda aniqlanadi.

Psoriatik artrit har qanday yoshda rivojlanishi mumkin, ko'pincha aholining mehnatga layoqatli qismi aziyat chekadi. 70% bemorlarda psoriaz tayanch-harakat apparati shikastlanishidan oldin paydo bo'ladi, 20% - bir vaqtning o'zida, 15-20% bemorlarda psoriatik artrit psoriazning birinchi klinik ko'rinishlaridan oldin paydo bo'ladi. Psoriaz va psoriatik artritning og'irligi o'rtasida bog'liqlik yo'q, ammo kogort kuzatuvlarida tarqalgan psoriaz bilan og'rgan bemorlarda psoriatik artrit holatlarining yuqori chastotasi qayd etilgan. Psoriatik artritda yallig'lanish jarayoni nafaqat skelet-mushak tuzilmalari (bo'g'imlar, umurtqa pog'onasi, entezlar), balki teri, tirnoqlar (psoriaz), oshqozon-ichak trakti (ichakning yallig'lanish kasalliklari) va ko'rish organini (uveit, iridotsiklit) ham qamrab oladi. Bundan tashqari, psoriatik artrit bilan og'rgan bemorlar umumiy populyatsiyaga nisbatan semizlik, insulin qarshiligi, 2-toifa qandli diabet, metabolik sindrom, arterial gipertoniya, dislipidemiya, yurak-qon tomir kasalliklari, bir qator asab-ruhiy kasalliklar va fibromialgiya rivojlanish xavfining yuqoriligi bilan tavsiflanadi.

Bo'g'imlarning zararlanishi teridagi psoriatik toshmalar bilan bir vaqtda rivojlanishi yoki undan oldin kelishi mumkin. Keyinchalik psoriatik artrit va terining zararlanishi kuchayishining rivojlanishida sinxronlik kuzatilishi mumkin. Bo'g'im jarayoni zararlangan bo'g'imlar ustidagi terining qizarishi, shish, og'riq, ularning harakatchanligining cheklanishi, ertalabki karaxtlik bilan kechadi. Bo'g'imlar deformatsiyasi, ankilozlar, entezitlar (ularning suyaklarga birikish sohasidagi paylarning yallig'lanishi), daktilitlar, spondilitlar kuzatilishi mumkin (8-rasm). Bo'g'imlar zararlanishining klinik-anatomik varianti kasallikning klinik manzarasida u yoki bu simptomokompleksning ustunligi bo'yicha aniqlanadi.



8-rasm

Bemorlar qo'l va oyoq panjalari, tizza, boldir-tovon, kamroq yelka, tirsak va tos-son bo'g'imlarida og'riq, shish yoki butun barmoq va oyoq panjalarining bir tekis shishidan shikoyat qiladilar. Shu bilan birga, yurganda tovon sohasida, axill paylari birikadigan joyda og'riqlar, umurtqa pog'onasining har qanday qismida, asosan bo'yin yoki bel-dumg'aza sohasida og'riqlar kuzatilishi mumkin, ular tunda paydo bo'ladi, jismoniy mashqlar yoki nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni qabul qilgandan keyin kamayadi, nafas olishda ko'krak qafasidagi og'riqlar.

Ushbu shikoyatlarni taqdim etgan bemorlarning aksariyatida tekshiruv paytida teri va/yoki tirnoqlar psoriazi yoki oilaviy anamnezda psoriaz mavjud. Bemorlarning bir qismida yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlar o'z-o'zidan paydo bo'lgan, taxminan uchdan bir qismida - shikastlanish, sezilarli jismoniy yoki hissiy zo'riqishdan keyin. Shuni ta'kidlash kerakki, ko'pchilik bemorlarda umurtqa pog'onasidagi og'riq uzoq vaqt davomida sezilmasligi mumkin.

Fizikal tekshiruvda quyidagi belgilarga e'tibor beriladi:

periferik artritda - og'riq, shish, bo'g'imlar harakatining cheklanishi, qo'l/oyoq barmoqlari distal falangalararo bo'g'imlarining artriti va "rediskasimon" deformatsiya, o'q bo'ylab artrit (bir barmoqning uchta bo'g'imining bir vaqtning o'zida shikastlanishi), daktilit va barmoqlarning "sosiskasimon" deformatsiyasi.

daktilitda (sin. - barmoqning yallig'lanishi) - og'riq, butun barmoqning bir tekis shishishi, terining ko'kimtir-qizg'ish rangga kirishi, butun barmoqning zich

shishishi, bukilishning ogʻriqli cheklanishi, psoriatik artritga xos boʻlgan barmoqning "sosiskasimon" deformatsiyasi.

entezitda - ogʻriq, baʼzan entez nuqtalarida shish paydo boʻladi: tizza qopqogʻining yuqori chekkasi, yonbosh suyaklarining chetlari (qanotlari), troxanterlar, axill payi va tovon aponevrozining tovon suyagiga birikish joyi, yelka suyagining lateral doʻng usti doʻngligi, son suyagining medial doʻngligi.

Psoriatik artrit qonda revmatoid omilning yoʻqligi bilan tavsiflangan seronegativ artritlarga kiradi. Shunga qaramasdan, boʻgʻimlari yalligʻlangan bemor qonida revmatoid omilning aniqlanishi psoriatik artrit tashxisini istisno qilmaydi.

Psoriazda tirnoqlar juda koʻp zararlanadi, bunda eng koʻp uchraydigani tirnoq yuzasining angishvona yuzasini eslatuvchi nuqtasimon chuqurchalar koʻrinishida oʻzgarishidir ("angishvona" simptomi). Koʻpincha tirnoq plastinkasi ostida tirnoq yostiqchalari yoki chuqurchalari yaqinida diametri bir necha millimetr keladigan mayda-mayda qizgʻish va sargʻish-qoʻngʻir dogʻlarni ("moy dogʻi" simptomi) koʻrish mumkin. Baʼzan tirnoq osti giperkeratozi uchrab, onixogrifroz boshlanadi.

Baʼzan toshmalar lablarning qizil hoshiyasida joylashadi. Shilliq qavatlar asosan pustulyoz yoki artropatik psoriaz bilan ogʻrigan bemorlarning taxminan 1 foizida zararlanadi, ammo bu muhim diagnostik yoki prognostik ahamiyatga ega emas.

Kaft va tovon psoriazi izolyatsiyalangan shikastlanish shaklida boʻlishi mumkin. Koʻpincha jismoniy mehnat bilan shugʻullanuvchilarda, shuningdek, kasallik qoʻziganda paydo boʻladi. U alohida yoki qoʻshilib ketgan tipik papulez pilakchali elementlar va giperkeratotik qadoqsimon oʻchoqlar koʻrinishida namoyon boʻladi, ular qiyin qirib tashlanadigan sargʻish tangachalar bilan qoplangan, koʻpincha ogʻriqli yoriqlar, shuningdek, asosan tenar va oyoq gumbazi sohasida joylashgan eritematoz-skvamoz, keskin chegaralangan pilakchalar fonida pustulyoz toshmalar bilan namoyon boʻladi. Terminal parda va nuqtali qon ketish fenomenlari qiyinchilik bilan tiklanadi (9-rasm).



9-rasm

Invers psoriaz oddiy psoriazga xos bo'lgan toshmalar bilan namoyon bo'ladi, uning xususiyati asosan oyoq-qo'llarning bukuvchi yuzalarida joylashgan.

2.5 Diagnostika

Diagnoz/holatni aniqlash mezonlari: Psoriaz tashxisi kasallikning klinik ko'rinishlari asosida qo'yiladi.

Shikoyat va anamnez

Bemorlar toshma toshishidan, terining tortilishidan shikoyat qiladilar. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarni turli darajadagi qichishish bezovta qilishi mumkin.

Anamnez yig'ishda qarindoshlarda psoriaz borligiga e'tibor berish kerak.

Fizikal tekshiruv

Tashxis qo'yish uchun bemorning teri qoplamlarini ko'zdan kechirish asosiy hisoblanadi. Oddiy psoriaz diagnostikasi ijobiy psoriatik hodisalar triadasi bilan papuloskvamoz va papulyoz-pilakchali toshmalarga asoslanadi. Toshmalar psoriatik triada mavjudligi bilan tavsiflanadi, bu papulyoz toshmalarni qirib tashlashda ketma-ket yuzaga keladigan hodisalardir: stearin dog'i (papulani yengil qirib tashlashda papula yuzasiga ezilgan stearin tomchisiga o'xshashlik beradigan qipiqatlanishning kuchayishi kuzatiladi); terminal plyonka (elementlarning nam, yupqa, yaltiroq, tiniq yuzasidagi qipiqalar to'liq olib tashlangandan keyin paydo bo'lishi); nuqtali qon ketish (terminal plyonkani ehtiyotkorlik bilan qirib

tashlashdan keyin bir-biriga qo'shilmaydigan nuqtali qon tomchilarining paydo bo'lishi) (10-rasm).



10-rasm

Psoriazning rivojlanishida Kebner fenomeni yoki izomorf reaksiya - terining shikastlangan joylarida yangi toshmalarning paydo bo'lishi, masalan, ishqalanish yoki bosim kuzatilishi mumkin. Agar tipik psoriatik toshmalar aniqlansa, artropatik va pustulyoz psoriaz tashxisini qo'yish biroz osonlashadi. Agar ular bo'lmasa, anamnez ma'lumotlari, gistologik, rentgenologik, immunologik va boshqa tekshiruvlar natijalari, shu jumladan to'qimalar mosligi antigenlari va revmatoid sinamalar ko'rsatkichlari hisobga olinadi.

Gistopatologiyasi. Epidermisda parakeratoz, malpigiya qavatining so'rg'ichlararo sohalarida akantoz va uning so'rg'ichlar usti sohalarining yupqalashuvi, hujayralar ichidagi shish va spongioz, hujayralararo bo'shliqlarda dermadan sizib kiruvchi neytrofillar to'planishi (Munro mikroabssesslari) kuzatiladi. Papula ustidagi muguz qavat qalinlashgan, bo'shashgan, asosan cho'ziq, tayoqchasimon yadroli parakeratotik hujayralardan iborat. Plastinkalar orasida havo bilan to'lgan juda ko'p tirqishlar bor, shu tufayli tangachalar kumushsimon bo'lib ko'rinadi. Qari elementlarda giperkeratoz parakeratozga qaraganda ko'proq ifodalangan bo'ladi; papulaning yoshidan qat'i nazar, muguz qavatdagi yadrolar uchraydi. Donador qavat yo'qolib ketadi yoki bitta uzuq-uzuq

hujayralar qatori ko‘rinishida saqlanib qoladi. O‘tkir hollarda yaltiroq qatlam ham bo‘lmaydi. So‘rg‘ichlar ustidagi Malpigi qavati yupqalashgan, epidermal o‘simtalar cho‘zilgan. So‘rg‘ichlar orasidagi tikansimon qavatda akantoz keskin ifodalangan. So‘rg‘ichsimon qavat kapillyarlari kengaygan, kuchli egri-bugri, qonga to‘lgan. So‘rg‘ichlar va so‘rg‘ich osti qavatida tomirlar atrofida limfotsitlar va gistiotsitlardan iborat yallig‘lanish infiltrati mavjud. "Stearin dog‘i" fenomeni shox plastinkalarning yumshoqligi va keratogialin qatlamining yo‘qligi natijasidir. "Terminal plyonka" fenomeni tikanaksimon qavatning bir qator yassi hujayralaridan tashkil topgan yaltiroq qizg‘ish sirtini qirish natijasida ochilishi tufayli rivojlanadi. "Nuqtali qon ketish" fenomeni - so‘rg‘ichlar ustidagi malpigi qatlamining yupqalashgan joylari tufayli oson kirish mumkin bo‘lgan so‘rg‘ichlarning kapillyar tomirlari butunligining buzilishi natijasida yuzaga keladi.

Laboratoriya va instrumental diagnostik tekshiruvlar

Metotreksat, psoriazni davolash uchun retinoidlar, siklosporin, selektiv immunodepressantlar, alfa o‘sma nekroz omili ingibitorlari (O‘NO-alfa), interleykin ingibitorlari bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun bemorning umumiy holatini baholash uchun tavsiya etiladi: umumiy (klinik) qon tahlili batafsil (leykotsitlar, eritrotsitlar, gemoglobin, gematokrit, trombotsitlar, trombokrit, tayoqcha yadroli neytrofillar, segment yadroli neytrofillar, eozinofillar, bazofillar, limfotsitlar, monotsitlar, eritrotsitlarning cho‘kish tezligi).

Bemorning umumiy holatini baholash, tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va metotreksat, psoriazni davolash uchun retinoidlar, selektiv immunodepressantlar, alfa o‘sma nekroz omili ingibitorlari (FNO-alfa), interleykin ingibitorlari bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun: qon tahlili biokimyoviy umumterapevtik: umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, mochevina, umumiy bilirubin, xolesterin, triglitseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, ishqoriy fosfataza, qondagi gamma-glutamiltransferaza.

Psoriaz bilan ogʻrigan bemorlarga gen-muhandislik biologik preparatlari bilan davolash zarur boʻlganda, qarshi koʻrsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun qonda gepatit B virusining (Hepatitis B virus) yuzaki antigeniga (HBsAg) antitanachalarni aniqlash amalga oshiriladi.

Magnit-rezonans tomografiya va rentgen tekshiruvi barcha bemorlarga psoriatik artritni tashxislash va boʻgʻimlarning shikastlanish darajasi dinamikasini baholash uchun tavsiya etiladi.

2.6 Differensial diagnostika.

Vulgar psoriazning klinik koʻrinishi koʻp hollarda uni papulyoz sifilid, qizil yassi temiratki, seboreya, seboreyali ekzema, neyrodermit, pushti temiratki, parapsoriaz, diskoid qizil yuguruk, Reyter kasalligi va boshqalar kabi dermatozlardan ajratib turadigan differensial diagnostika belgilariga asoslanib, toʻgʻri tashxis qoʻyish uchun yetarlicha xarakterlidir.

Differensial diagnostikada ushbu dermatozga xos boʻlgan gistologik oʻzgarishlar ham katta ahamiyatga ega: parakeratoz, epidermal oʻsimtalarning choʻzilishi bilan akantoz, choʻzilgan va shishgan dermal soʻrgʻichlar ustida epidermisning oʻsish qatlamining yupqalashishi, donador qatlamning yoʻqligi, Munro mikroabssesslari, qon tomirlarining kuchayishi, asosan tomirlar atrofida limfotsitar infiltratsiya.

Papulyoz zaxmdan psoriaz papulalarning yorqinroq rangi (zaxmda toʻq qizil rang ustunlik qiladi), ularning kamroq chuqur joylashishi (zaxmda dermaning sezilarli infiltratsiyasi tufayli tugunlar zichroq), koʻp poʻst tashlash (zaxm uchun "Biyett yoqalari" deb ataladigan elementlarning periferiyasi boʻylab poʻst tashlash xos), periferik oʻsishga moyillik va blyashkalarga qoʻshilish, uchta xarakterli psoriatik hodisaning mavjudligi, periferik limfa tugunlarining kattalashishi va zaxmning boshqa koʻrinishlari, shu jumladan ijobiy serologik reaksiyalarning yoʻqligi bilan ajralib turadi.

Qizil yassi temiratki bilan differensiatsiya qilish odatda qiyinchilik tugʻdirmaydi: qizil yassi temiratkida markazida oʻziga xos siyohrang rangdagi

kindiksimon botiqlik bilan izolyatsiyalangan yaltiroq poligonal papulyoz elementlarning mavjudligi, shilliq pardalarning tez-tez shikastlanishi, oyoq-qo'llarning bukiluvchi yuzalarida, qorin sohasida afzalroq joylashuvi, psoriaz uchun patognomonik bo'lgan hodisalar triadasining yo'qligi - bu belgilarga asoslanib, ko'p hollarda gistologik tekshiruvga murojaat qilmasdan to'g'ri tashxis qo'yish mumkin. Shunga qaramay, murakkab holatlarda biopstatni patomorfologik o'rganish to'g'ri qiyosiy tashxis qo'yishga sezilarli darajada yordam beradi.

Psoriazning differensial diagnostikasida patologik jarayonning lokalizatsiyasiga (teri burmalari, boshning sochli qismi, tirnoqlar psoriazi va boshqalar) va yallig'lanish jarayonining o'tkirligiga (psoriasis exudativa, rupioides, pustulosa), uning tarqalishiga (erythroderma psoriatica), bo'g'imlarning shikastlanishiga (psoriasis arthropatica), shuningdek, uning bolalik davrida rivojlanish holatlariga (psoriasis follicularis) bog'liq bo'lgan ushbu dermatozning klinik xususiyatlarini hisobga olish kerak. Psoriatik zararlanish o'choqlari ko'pincha boshning sochli qismida rivojlanadi va alohida uzoq vaqt mavjud bo'lishi mumkin. Ko'pincha ularning birinchi ko'rinishi sezilarli yallig'lanish belgilarisiz va terining infiltratsiyasiz ko'p miqdorda po'st tashlashdir. Bu davrda to'g'ri tashxis qo'yish nihoyatda qiyin, chunki seboreya bilan qiyosiy tashxis qo'yish juda qiyin. Bunday hollarda shuni yodda tutish kerakki, psoriaz bilan og'rigan bemorlarda sochlarning siyraklashishi yoki kallik yo'q (ko'p yillar davomida qazg'oq bo'lishiga qaramay), shuningdek, boshning sochli qismida blyashka elementlarining paydo bo'lish tendensiyasi kuzatiladi, ammo ularning chegaralari odatiy psoriatik elementlarga qaraganda kamroq aniq, yuzasi kulrang-sarg'ish zich yopishgan tangachalar bilan qoplangan, shuning uchun "stearin dog'i" fenomeni har doim ham aniq emas va keyingi qirishda nuqtali qon ketish o'rniga nam va qon ketadigan yuza paydo bo'lishi mumkin. Psoriazning xarakterli belgilari bo'lib, ularga asoslanib, uni seboreyali ekzema bilan farqlash mumkin, bu boshning sochli qismi bilan chegarada terining shikastlanishi ("psoriatik toj"), soch to'kilishining yo'qligi, elementlarning follikulyar joylashishiga kamroq moyilligi,

tangachalarning katta quruqligi, kamdan-kam hollarda kepak shaklidagi qipiqatlanishning paydo bo'lishi.

Seboreyali ekzemada terining boshqa sohalaridagi psoriatik toshmarni qiyosiy tashxislashda seboreyali ekzemada elementlarning sariqroq rangini, unda toshma elementlari chegaralarining noaniqligini hisobga olish kerak. Seboreyali ekzemada qichishish tufayli ko'pincha zararlanish o'choqlari sohasida keyinchalik g'ovak po'stloqlar hosil bo'lishi bilan namlanish yuzaga keladi, psoriaz uchun patognomonik bo'lgan fenomenlar mavjud emas. Oilaviy anamnezni ham hisobga olish kerak.

Ensa sohasidagi alohida qichishadigan psoriatik pilakchalar ayollarda klimakterik davrda paydo bo'lishi mumkin va bunday hollarda cheklangan neyrodermit ko'rinishlari bilan qiyosiy tashxis o'tkazish zarurati tug'iladi. To'g'ri tashxis qo'yishga psoriazda po'st tashlashning kumushsimon xarakteri, unga patognomonik bo'lgan hodisalarning mavjudligi, ifodalangan infiltratsiyaning yo'qligi va ayniqsa cheklangan neyrodermitga xos bo'lgan shikastlanish o'choqlarida lixenezatsiya hodisalarining yo'qligi yordam beradi.

Psoriazning rupioid shaklini piokokkli va sifilitik rupiyalardan farqlash kerak. Psoriazdagi terining yiringli shikastlanishidan farqli o'laroq, shikastlanish o'chog'i aniq chegaralarga ega (xira emas), tangacha-po'stloqlarning qatlamlanishi pustula o'rnida emas, balki infiltratsiyalangan asosda sodir bo'ladi.

Tangacha-po'stloqlar olib tashlangandan so'ng yiringli ajralma aniqlanmaydi, balki "nuqtali qon ketish" fenomenini aniqlash mumkin bo'lgan nam, ko'kimtir tusli qizil yuza ochiladi. To'g'ri tashxis qo'yishga terining boshqa sohalarida tipik psoriatik yoki piokokkli toshmalar bo'lishi yordam beradi. Sifilitik rupiyalar odatda kam sonli bo'lib, ko'pincha assimetrik joylashadi, og'riqli yarali nekrotik zararlanish o'chog'ining shakllanishi, zaxmning boshqa ko'rinishlari va ijobiy serologik reaksiyalar majmuasi (RW, RIF, RIBT, RPGA) mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Ekzematoidli psoriaz va mikroblilik ekzemani qiyosiy tashxislashda qiyinchiliklar yuzaga kelishi mumkin, ayniqsa, psoriazga xos bo'lgan sevimli

lokalizatsiyali toshmalar bo'lmagan hollarda. Bunday hollarda mikroblilik ekzemalarda klinik simptomatika boshlanishidan oldin odatda yiringli toshmalar paydo bo'lishini nazarda tutish kerak. Psoriazdagi shikastlanish o'choqlari ko'proq infiltratsiyalangan, sog'lom teridan aniq chegaralangan, atrofida vezikulyoz elementlar yo'q. Burmalar psoriazi (psoriasis intertriginoides) ham ekssudatsiya hodisalari bilan birga davom etib boradi, bu kasallik asosan bolalik yoki keksalik davrida boshlanadi. Klinik manzarasi o'ziga xos. Kam po'st tashlaydigan, silliq, yaltiroq, keskin chegaralangan, ba'zan biroz namlangan pilakchalar kuzatiladi.

Barmoqlararo burmalarda (asosan oyoqlarda) psoriaz matseratsiyalangan, nam, keskin chegaralangan, aniq ifodalangan eritemasiz oqish o'choqlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Psoriazning bunday shakllarini kandidoz, rubromikoz, chov epidermofitiyasi bilan taqqoslash kerak. Psoriadan farqli o'laroq, katta burmalar kandidozi o'tkirroq kechadi, zararlanish o'choqlarining yuzasi yorqinroq, ularning chegaralari kamroq aniq, namlanish keskin ifodalanmagan, zararlanish o'choqlarining periferiyasi bo'ylab matseratsiyalangan shox qatlaminin ko'chishi kuzatiladi. Terining qo'shni sohalarida ko'pincha dog'li vezikulyoz xarakteriga ega bo'lgan ko'plab mayda o'choqlar topiladi.

Qo'l va oyoq kaftlarining pustulyoz psoriazini disgidrotik ekzemadan farqlash kerak. Ikkinchisida pustulalar emas, balki pufakchali elementlar paydo bo'lishi kuzatiladi. Disgidrotik ekzemada patologik jarayon rivojlanishining dastlabki bosqichlarida ular barmoqlarning ichki yuzasida paydo bo'ladi. Vezikulalar qo'shilgandan so'ng, ekzema uchun xos bo'lgan namlanish bilan o'choqlar hosil bo'ladi.

Psoriatik eritrodermiyani gemoblastozlardagi eritrodermiyalar, birinchi navbatda, zamburug'simon mikozdagi eritrodermiyalar, ekzema va neyrodermitdagi ikkilamchi eritrodermiyalar, shuningdek, tug'ma bulloz ixtioziform eritrodermiyalar bilan farqlash kerak. Psoriatik eritrodermiya uzoq vaqt mavjud bo'lganda va ekssudatsiya belgilari yaqqol namoyon bo'lganda tashxis qo'yish eng qiyin bo'ladi. Bunday hollarda tashxis qo'yish uchun anamnez ma'lumotlari va dermatozlar klinik manzarasining o'ziga xos xususiyatlarini

sinchiklab tahlil qilishdan tashqari, gistologik tekshiruv o'tkazish talab etiladi. Psoriatik eritrodermiyada biopstatda psoriazga xos bo'lgan gistologik o'zgarishlar bilan bir qatorda, hujayralar orasida eozinofil granulotsitlar infiltrati mavjud bo'lgan kuchli yallig'lanish reaksiyasi kuzatilishi mumkin. Ba'zan spongioz va vezikulyatsiya uchraydi. Bundan tashqari, epidermisga kuchsiz yopishgan tangachalar biopsiya jarayonida mikroabssesslar bilan birga ajralib chiqadi. Zamburug'simon mikozning (ZM) eritrodermik shakli bilan qiyosiy tashxis o'tkazishda T-limfomaning ushbu turi asosan qirq yoshdan oshgan odamlarda rivojlanishini hisobga olish kerak. BMda teridagi o'zgarishlar psoriatik o'zgarishlarga qaraganda ancha uzoq saqlanadi; zararlangan teri psoriazga qaraganda ko'proq shishgan va infiltratsiyalangan; uning rangi yorqin ranglarga ega emas, qizg'ish-binafsha rang aniq ifodalangan. Sochlar odatda sezilarli darajada siyraklashadi yoki to'kiladi. Tarqalgan limfadenopatiya yaqqol ifodalangan, doimiy intensiv qichishish kuzatiladi, ko'pincha kaft-tovon giperkeratozi kuzatiladi. Odatda po'st tashlash psoriazdagidek ko'p bo'lmaydi, ko'pincha mayda plastinkasimon bo'ladi (yuzda va boshning sochli qismida hatto kepaksimon bo'ladi). Vaqt o'tishi bilan terida atrofik o'zgarishlar rivojlanadi.

Qo'ziqorinsimon mikozning eritrodermik xili (Allopo-Bene xili) tarqoq eksfoliativ dermatit ko'rinishida bo'ladi. Uning gistologik ko'rinishi klassik Aliber-Bazen shaklining eritematoz bosqichidagiga o'xshaydi, ammo yanada aniqroq ifodalangan. Sezilarli akantoz, ko'p sonli "mikoz" hujayralar va to'qima bazofillarini o'z ichiga olgan keng va qalin infiltrat, shuningdek, derma tomirlarida sezilarli o'zgarishlar kuzatiladi.

Tug'ma, bullyoz bo'lmagan ixtioz shaklidagi eritrodermiya (lamellyar ixtioz) odatda tug'ilgandan so'ng darhol rivojlanadi va psoriatikdan farqli o'laroq, hayot davomida mavjud bo'ladi. Ter bezlari funksiyasining kuchayishi natijasida teri namroq bo'ladi, yirik burmalar sohasida eritema fonida yaqqol giperkeratoz va papillomatoz qayd etiladi. Qo'l va oyoq kaftlarida yoriqlar bilan giperkeratotik o'zgarishlar, soch va tirnoqlarning kuchaygan o'sishi, ularning deformatsiyasi va gipergidroz xarakterlidir. Kasallik ko'pincha endokrin va nevrologik buzilishlar,

turli xil rivojlanish anomaliyalari bilan bog'liq va ko'pincha o'limga olib keladi. Bu shakldagi gistologik belgilar o'ziga xos emas. O'choqli parakeratoz bilan o'rtacha giperkeratoz aniqlanadi. Donador qatlam ko'pincha qalinlashgan, akantoz va dermada surunkali yallig'lanish infiltrati kuzatiladi. Terining avtoradiografik tekshiruvi epidermis hujayralarining proliferativ faolligining oshishi, keratinosomalar sonining ko'payishi va hujayralararo "siment" tarkibining ko'payishi asosida tashxisni aniqroq aniqlash imkonini beradi, bu esa shox hujayralarining yopishqoqligini oshiradi.

Ekzema va neyrodermitda eritrodermiya juda kam uchraydi, odatda bu dermatozlar uzoq vaqt mavjud bo'lganda, uning paydo bo'lishi odatda noto'g'ri davolash natijasida yuzaga keladi. Deyarli har doim bu holatlarda ekzema va neyrodermitga xos bo'lgan mikrovezikulyatsiya va namlanish yoki lixenizatsiya hodisalari bo'lgan o'choqlarni aniqlash mumkin.

Artropatik psoriaz revmatoid artrit bilan farqlanadi. Tashxis qo'yish juda murakkab bo'lishi mumkin, chunki rentgenologik o'zgarishlar juda o'xshash va hatto tipik psoriatik toshmalar mavjud bo'lganda ham, aholi orasida ularning sezilarli darajada tarqalganligini hisobga olgan holda, ushbu kasalliklarning kombinatsiyasini har doim ham istisno qilish mumkin emas.

2.7 Davolash

Davolash maqsadlari:

kasallikning klinik ko'rinishlarini kamaytirish;
kasallikning qaytalanish chastotasini kamaytirish;
patologik subyektiv sezgilarni bartaraf etish;
bemorning hayot sifatini yaxshilash;
komorbid kasalliklar rivojlanish xavfini kamaytirish.

Psoriazning chegaralangan ko'rinishlarida mahalliy glyukokortikosteroid preparatlar qo'llaniladi, tarkibida sintetik D3 vitaminining analoglari, faollashtirilgan rux pirition. Bundan tashqari, psoriaz terapiyasida tarkibida salitsil

kislotasi, naftalan moyi, ixtiol, qayin qatroni bo'lgan malhamlar, shuningdek, asosiy parvarish vositalari qo'llanilishi mumkin.

Terining sezilarli darajada qipiqilanishida glyukokortikosteroid preparatlarni salitsil kislotasi bilan birgalikda qo'llash tavsiya etiladi. Salitsil kislotaning qo'shilishi mahalliy glyukokortikosteroid preparatlarning ta'sirchanligini sezilarli darajada oshirishga xizmat qiladi.

Topik glyukokortikosteroidlarni boshqa mahalliy (masalan, D vitamini analoglari) yoki tizimli vositalar bilan birgalikda qo'llash psoriazning remissiya davrini uzaytirishga yordam berishi mumkin.

D vitamini analoglarini qo'llash vulgar psoriaz terapiyasini tanlash usuli bo'lib xizmat qilishi mumkin, bunda ularni ultrabinafsha nurlanishdan oldin buyurmaslik kerak.

Psoriaz, jumladan, artropatik va pustulyoz psoriaz bilan og'rigan bemorlarni davolashda fizik usullar va birinchi navbatda fotosensibilizatorlar (PUVA-terapiya) bilan birgalikda uzun to'liq ultrabinafsha nurlar, shuningdek, selektiv fototerapiya muhim o'rin tutadi. Psoriazni davolashda o'rta to'liq UB-terapiya va PUVA-terapiya usullari qo'llaniladi. To'liq uzunligi 311 nm bo'lgan tor polosali o'rta to'liq terapiya 7 yoshdan boshlab kasallikning og'ir shakllarida, torpid kechishida qo'llanilishi mumkin. SFT bolalarga 7 yoshdan boshlab qo'llaniladi. PUVA terapiyasi 18 yoshdan boshlab qo'llaniladi. PUVA-terapiya usuli psoralenlar guruhidan fotosensibilizatsiyalovchi furokumarin preparatlarini 320 dan 400 nm gacha to'liq uzunligiga ega bo'lgan UB nurlari bilan birlashtirishdan iborat. Mahalliy fotokimyoviy terapiyada fotosensibilizator eritmalari yoki malhamlari shikastlanish o'choqlariga nurlanishdan 30-40 daqiqa oldin qo'llaniladi. Muolajalar haftasiga 3 yoki 4 marta o'tkaziladi. Nurlanishning boshlang'ich dozasi anamnezda quyosh yoki ultrabinafsha nurlariga reaksiya ko'rsatmalariga, teri turiga va biodozani aniqlash natijalariga qarab tanlanadi. Davolash minimal suberitemik dozalardan boshlanadi - 1,5-2,0 J/sm², har 2-3 muolajadan keyin nurlanish dozasi asta-sekin 1,5-2,0 J/sm² ga oshib, 10-15 J/sm² gacha yetkaziladi, bu bemorning kabinada 3-5 daqiqadan 15-20 daqiqagacha

bo'lishiga mos keladi. Davolash kursi 15-20 muolajadan iborat. Takroriy kurslar zarurat bo'lganda yiliga 1-2 marta o'tkaziladi. Nojo'ya ta'sirlarni kamaytirish, UB nurlari dozasini kamaytirish uchun turli kombinatsiyalar taklif etilgan.

To'liq uzunligi 311 nm bo'lgan tor polosali o'rta to'liqli terapiya (UBT-311) selektiv fototerapiyaga nisbatan UBT-terapiyaning samaraliroq usuli hisoblanadi. To'liq uzunligi 311 nm bo'lgan tor polosali o'rta to'liqli terapiya (UFB-311) terining shikastlanish o'choqlarida sezilarsiz infiltratsiyada afzalroqdir. Ko'p kursli fototerapiya (UBN, UBN-311, PUVA-terapiya, PUVA-vannalar, terining 308 nm ultrabinafsha nurlanishi (eksimer UB-nurlanish) bilan davolanayotgan psoriaz bilan og'rikan bemorlarga, davolash kursini o'tkazish sanasi, fototerapiya usuli, muolajalar soni va umumiy nurlanish dozasi ko'rsatilgan holda, hayot davomida olingan muolajalarning umumiy soni va kumulyativ nurlanish dozasini hisobga olish majburiydir. Ilgari PUVA-terapiya kurslarini olgan psoriazning o'rtacha og'ir shakllari bilan og'rikan bemorlarga tor polosali o'rta to'liqli fototerapiyaning xavfsizroq usuliga almashtirish ko'rsatilgan.

Fototerapiya va tizimli retinoidlar sinergik ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun ularning kombinatsiyasi psoriazning og'ir va chidamli shakllarini davolash natijalarini yaxshilashi mumkin. Ushbu kombinatsiya fototerapiya va retinoidlarni monoterapiya shaklida qo'llashning samarasi yetarli bo'lmagan yoki samarasiz bo'lgan hollarda ham qo'llanilishi mumkin.

O'rtacha va og'ir psoriazni davolash uchun immunosuppressiv vositalar (siklosporin, metotreksat, atsetretin) qo'llaniladi, shuningdek biotexnologik usullar yordamida olingan vositalar - gen-muhandislik biologik preparatlari. Bemorda psoriazni tizimli davolash vositalarining samaradorligi yetarli bo'lmaganda, bemorlarni immunodepressantlar bilan davolashga o'tkazish kerak.

Selektiv immunodepressantlar (ingibitorlar fosfodiesteraza-4, yanus-kinaza blokatorlari), alfa o'sma nekrozi omili ingibitorlari (FNO-alfa), tizimli terapiyaning farmakokinetikasini hisobga olmagan holda interleykin ingibitorlari. Mahalliy tibbiyot amaliyotida psoriazni davolash uchun keng qo'llaniladigan boshqa sistem terapiya usullari (dezintoksikatsion, desensibilizatsiyalovchi,

antigistamin preparatlar, vitaminlar, plazmaferez va boshqalar) faqat tegishli ko'rsatmalar bo'yicha tayinlanishi kerak.

Psoriatik artrit terapiyasining maqsadi remissiyaga erishish yoki kasallikning asosiy klinik ko'rinishlarini minimal darajaga tushirish, rentgenologik rivojlanishni sekinlashtirish yoki oldini olish, bemorlarning hayot davomiyligi va sifatini oshirishdir. Psoriatik artrit bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun nosteroid yallig'lanishga qarshi va revmatizmga qarshi dorilar, tizimli kortikosteroidlar (bo'g'im ichiga yuboriladi), antimetabolitlar (metotreksat**) va immunodepressantlar (gen-muhandislik biologik terapiyasi) qo'llaniladi.

Ayniqsa, statsionarda dastlabki davolanishdan so'ng sanatoriy-kurortda takroriy davolanish kurslarini o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Rivojlanib borayotgan bosqichdagi bemorlarni kurortlarga yubormaslik kerak. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarga kasallikning regressiv bosqichida va remissiya davrida kompleks sanatoriy-kurort davolash ko'rsatilgan, uning samaradorligi iqlim terapiyasi, balneoterapiya va peloidoterapiyaning terapevtik ta'sirlari yig'indisi bilan bog'liq. Psoriazning statsionar bosqichida va remissiya davrida bemorlarga balneoterapiyaning turli variantlari - umumiy mineral (vodorod sulfidli, karbonat anhidridli) va radonli vannalarni tashqi qo'llash, balchiq bilan davolash (peloidoterapiya) ko'rsatilgan. Balneoterapiya teridagi metabolism va qon aylanish jarayonlarini sezilarli darajada yaxshilaydi, yallig'lanishga qarshi va faol so'ruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Bemorlar laboratoriya tekshiruvlari tayinlangan holda dispanser kuzatuvida bo'lishlari kerak. Psoriaz rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan (lipid, uglevod almashinuvi, mikrotsirkulyatsiya, immunitetning buzilishi, surunkali infeksiya o'choqlari, yuqorida ko'rsatilgan to'qima mosligi antigenlarining mavjudligi va boshqa genetik belgilar) birinchi darajali qarindosh bemorlarning qarindoshlari uchun ham dispanser kuzatuv maqsadga muvofiqdir. Tekshirish vaqtida boshning sochli qismida o'choqli kumushsimon-oq po'st tashlash va tirnoqlardagi o'zgarishlar kabi belgilarga e'tibor berish kerak.

QIZIL YASSI TEMIRTUK

Botanikadan olingan va temiratkini anglatuvchi "lixen" atamasi (yunoncha leichen - sudralish) an'anaviy ravishda yassi yaltiroq tugunchalar bilan namoyon bo'ladigan toshmalarni tavsiflash uchun ishlatiladi. Bunday papulalar bilan ifodalangan lixenozsimon holatlar guruhiga qizil yassi temiratki, yaltiroq temiratki, "transplantat xo'jayinga qarshi" reaksiyasi, Nekam kasalligi, tropik temiratki, shuningdek, simptomatik lixenoid reaksiyalar (dorilar va kimyoviy moddalarga, xususan, rangli plyonka ochiltirgichiga) kiradi. Lixenoid reaksiyalar patogenezida keratinotsitlarning sitotoksik T-limfotsitlar bilan o'zaro ta'siri muhim ahamiyatga ega deb hisoblanadi.

Qizil yassi temiratki (QYAT, lichen ruber planus, qizil temiratki, yassi temiratki, Vilson temiratkisi) - teri va shilliq pardalarning yallig'lanish kasalligi bo'lib, qichishadigan lixenoid papulalarning namoyon bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Uning chastotasi barcha teri kasalliklarining taxminan 1% ni tashkil qiladi. QYAT ko'pincha 30 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan odamlarda uchraydi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi bilan QYAT bilan og'rigan bemorlarning 60-75% va terining shikastlanishi bilan QYAT bilan og'rigan bemorlarning taxminan 50% ayollar hissasiga to'g'ri keladi. QYAT bolalarda kam uchraydi, kasallikning atigi 5% holatlari bolalar yoshidagi bemorlarga to'g'ri keladi.

Kasallikning etiologiyasi va patogenezini yetarlicha o'rganilmagan. QYATning kelib chiqish sabablarini tushuntirish uchun bir nechta gipotezalar ilgari surilgan, ammo bugungi kunda QYAT ko'p omilli kasallik sifatida qaraladi, uning rivojlanishida irsiy, neyroendokrin, nevrogen, yuqumli, shu jumladan virusli, toksik-allergik, immun omillar ishtirok etadi. Bunday yondashuvning qonuniyligini kasallikning boshlanishi ruhiy shikastlanish, ba'zi dori vositalarini (mishyak, oltin preparatlari, xinin va uning hosilalari, PASK, levamizol, tetratsklin va boshqalar) uzoq vaqt qabul qilish bilan bog'liqligi tasdiqlaydi. Autoimmun kasalliklar: yarali kolit, o'choqli kallik, vitiligo, dermatomiozit, shuningdek, timoma, miasteniya, biliar sirroz, qandli diabet va boshqalar bilan birga kelishi mumkin.

Qizil yassi temiratkini patogenezida autoimmun jarayonlarga xos bo'lgan immun o'zgarishlarning roli, T-limfotsitlarning umumiy soni va ularning funksional faolligining pasayishi, T-xelperlar darajasining oshishi yoki T-supressorlar darajasining pasayishi tufayli T-xelperlar/T-supressorlarning immunoregulyator indeksining oshishi muhim ahamiyatga ega ekanligi ko'rsatilgan. Kasallikning HLA-A3, HLA-A5, HLA-Dr1 antigenlari bilan bog'liqligi, shuningdek, uning oilaviy rivojlanishi HLA-B7 antigeni bilan bog'liqligi haqida xabar berilgan.

TASNIFLASH

Qizil yassi temiratkini

1. Tipik;
2. Gipertrofik yoki verrukoz;
3. Atrofik;

4. Pigmentli;
5. Monoliform
6. Bullyoz
7. Eroziv-yarali;
8. Follikulyar.
9. Halqasimon

Og'iz va lab shilliq qavatining qizil yassi temiratkisi

1. Tipik;
2. Giperkeratotik;
3. Ekssudativ-giperemik;
4. Eroziv-yarali;
5. Bullyoz;

Vulvaning qizil yassi temiratkisi

1. Tipik;
2. Gipertrofik
3. Eroziv-yarali

Qizil yassi temiratkining odatiy shakli yuzasida Uekxem to'ri bo'lgan poligonal (ko'p burchakli) papulalar (opalsimon oq yoki kulrang nuqtalar va chiziqlar - granuloyozning namoyon bo'lishi) va markaziy kindiksimon botiqlik bilan yon tomondan yoritilganda qizil-siren mayda (diametri 2-5 mm) yaltiroq monomorf toshma bilan tavsiflanadi. Papulalar pilakchalarga to'planib, halqalar, girlyandalar, chiziqlar shaklini olishi mumkin. Progressiv bosqichda ijobiy Kebner fenomeni (terining shikastlanish zonasida yangi toshmalarning paydo bo'lishi) qayd etiladi. Toshma bilak-kaft bo'g'imlari va bilaklarning bukuvchi yuzalarida, boldirning oldingi yuzalarida, dumg'aza, jinsiy olat sohasida joylashadi, ba'zan eritrodermiyagacha tarqalgan xarakterga ega bo'ladi. Toshma regressi odatda pigmentatsiya bilan birga keladi. Shilliq qavatlar (og'iz bo'shlig'i, lunj, til, milk, tanglay, jinsiy a'zolar, orqa chiqaruv teshigi, qizilo'ngach) 25-70% hollarda zararlanadi. Papulalar oqish rangda, to'rsimon yoki chiziqli xarakterda bo'lib,

shilliq qavat sathidan ko'tarilmaydi. Tirnoq plastinkalari yuzasida bo'ylama egatchalar, chuqurchalar, loyqalanish joylari, onixoreksis (tirnoq plastinkasining bo'ylama yorilishi) va onixolizis paydo bo'ladi. Qizil yassi temiratki odatda kuchli qichishish, shilliq qavatlarda esa achishish va og'riq bilan namoyon bo'ladi.

Halqasimon shakl ko'pincha markaziy atrofiya zonasi bo'lgan halqa shaklidagi papulalarning guruhlanishi bilan tavsiflanadi; halqasimon elementlar halqa shaklidagi papulalarning birlamchi zich joylashuvi yoki regressiya jarayonida ularning markaziy qismining cho'kishi natijasida blyashkalardan hosil bo'ladi. Asosan tashqi jinsiy a'zolar sohasida (yorg'oq terisi, olat boshi) va sut bezlari sohasida joylashadi. Halqasimon shakli ko'pincha odatdagi toshma elementlari bilan birgalikda uchraydi, lekin dermatozning yagona ko'rinishi ham bo'lishi mumkin.

Verrukoz (so'galli) shakli zararlanmagan teri sathidan ancha ko'tarilib turadigan binafsha yoki qo'ng'ir-qizil rangli, noto'g'ri dumaloq yoki oval shakldagi pilakchalar hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Pilakchalarning yuzasi notekis, g'adir-budur, massiv shoxsimon qatlamlar bilan qoplangan. Asosiy zararlanish o'choqlarining periferiyasi bo'ylab ko'pincha QYAT uchun xos bo'lgan tipik elementlar aniqlanadi. O'choqlar asosan boldirning oldingi yuzasida, kamroq son terisida, bel va dung'aza sohasida joylashadi. Ushbu turning o'ziga xos xususiyatlari azobli qichishish va o'tkazilayotgan terapiyaga torpidlikdir.

Follikulyar yoki yassi temiratki. Bu shaklga yuzasida shoxsimon tikanlari bo'lgan o'tkir uchli follikulyar va perifollikulyar papulalar xos bo'lib, ularning o'rnida boshning sochli qismida chandiqli alopetsiya (Brok psevdopeladasi), qo'ltiq osti va qovda chandiqsiz alopetsiya qoladi. Boshning sochli qismida, tanada, oyoq-qo'llarda lixenoid papulalar, boshning sochli qismida (psevdopelada turi), qo'ltiq osti va qovda tirnoq plastinkalari distrofiyasi bilan birga chandiqli alopetsiya o'choqlarining shakllanishi Littl-Lassyuer sindromiga kiradi, uning rivojlanishida endokrin buzilishlar ma'lum rol o'ynaydi.

QYAT atrofik shaklining o'ziga xos xususiyati toshma elementlarning atrofiyaga yoki aksincha, sklerozlanishga, ba'zan keloidga o'xshash tuzilmalarning

rivojlanishiga olib kelishidir. Toshmalar ko‘pincha boshda, tanada, qo‘ltiq ostida, jinsiy a‘zolarida joylashadi. Ular o‘ziga xos binafsha va sariq-qo‘ng‘ir rangga ega bo‘lgan alohida tipik tugunli toshmalar va atrofik dog‘lardan iborat kam sonli o‘choqlar bilan tavsiflanadi.

Eritematoz, tana va oyoq-qo‘llar terisida to‘satdan diffuz giperemiya, shish, qipiqatlanishning paydo bo‘lishi bilan ajralib turadi - yirik shishli eritemoskvamoz dog‘lar, ularning hududida QYAT uchun xos bo‘lgan tugunlar paydo bo‘ladi; bu fonda tipik papulyoz toshmalar. Ba‘zan eritematoz shakli o‘tkir kechadi: tana harorati ko‘tariladi, qusish, ich ketish paydo bo‘ladi.

Pemfigoid - o‘tkir tarqalgan qizil yassilik fonida yuzaga keladigan QYATning ekssudativ shakli bo‘lib, qizil temiratki pilakchalari va papulalarida, shuningdek, zararlanmagan terida pufakchalar yoki pufakchalar hosil bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Kasallikning boshlanishida qalin va tarang bo‘lgan pokrishka keyinchalik bo‘shashgan va burishgan bo‘lib qoladi. Pufakchalar tarkibi shaffof, sarg‘ish tusda, ba‘zi joylarda qon aralash bo‘ladi. Pufaklarning sevimli joylashuvi yo‘q, garchi ular oyoqlarda biroz ko‘proq uchraydi va kamdan-kam hollarda og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavatida paydo bo‘ladi. Gistologik jihatdan qizil yassi temiratkinining boshqa belgilarisiz subepidermal pufakchalar bilan namoyon bo‘ladi. To‘g‘ridan-to‘g‘ri immunoflyuoressensiya reaksiyasida (RIF) zararlanish o‘chog‘i yaqinida joylashgan teri epidermisi bazal membranasi sohasida IgG va C3 komplement komponentining chiziqli to‘planishi aniqlanadi; immunoelektron mikroskopik tekshiruvda IgG va C3 komplement komponenti pufakning asosida aniqlanadi.

Moniliform qizil temiratki (lichen ruber moniliformis) diametri 1 sm gacha bo‘lgan marjon (monile - marjon) ko‘rinishidagi yirik toshmalar bilan namoyon bo‘ladi. Tugunchalar gumbazsimon, yumaloq, mumsimon, keloidsimon, aniq joylashadi, bu esa tor keloid chiziqlar taassurotini beradi. Toshmalar keng tarqalgan bo‘lishi mumkin, ayniqsa peshona terisi, quloq suprasining orqa yuzasi, bo‘yin, tirsak bukilmalari, qo‘l kaftining orqa yuzasi, qorin, dumba terisi, lunj, burun, o‘mrov osti, kuraklararo sohalar, qo‘l kafti, oyoq kafti, jinsiy olat boshchasi

bo'sh qoladi. Ba'zi mualliflar qizil temiratkining bu shaklini mustaqil kasallik deb hisoblashadi.

Chiziqli yoki tasmasimon shaklida toshma uzluksiz yoki uzuq-uzuq tasmalar ko'rinishida chiziqli joylashadi. Ko'proq bolalarda uchraydi. Ba'zida toshmalar guruhlarga bo'linadi va faqat zosterimon (lichen ruber planus zosteriformis, seu zoniformis) tananing bir yarmida, yirik nervlar bo'ylab joylashadi;

Pigmentli xilida badan terisi, yuz, qo'l-oyoqlarda bir talay to'q qo'ng'ir dog'lar paydo bo'lishi birlamchi belgi bo'lib hisoblanadi, bular birmuncha tez qo'shilib, diffuz zararlanish o'choqlariga aylanib ketadi. Keyinchalik umumiy pigmentatsiyaning kamayishi bilan izolyatsiyalangan mayda (diametri 1 mm gacha) poligonal tugunlar paydo bo'ladi. Dog'lar paydo bo'lganda, odatda, qichishish bo'lmaydi, u kasallikning 3-4-haftasida paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda teridagi pigmentatsiya og'izdagi odatiy toshmalar bilan birga kelishi mumkin;

Eroziv-yarali shakli shilliq pardalarda, ko'pincha og'iz bo'shlig'ida kuzatiladi. U shilliq qavatning shishgan va qizargan qismi bilan o'ralgan eroziya va yaralar bilan tavsiflanadi. Eroziyalar uzoq vaqt tuzaladi. Shundan so'ng (o'sha joyda yoki ilgari o'zgarmagan shilliq qavatda) ko'pincha eroziyalarning qaytalanishi yuzaga keladi. QYATning eroziv-yarali shakli, qandli diabet va gipertoniya kasalligining birga kelishi Grinshpan-Potekayev sindromini ifodalaydi.

QYATda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishi

QYATda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar toshmalarining polimorfizmi bilan ham tavsiflanadi, ular ko'pincha lunjlar, til, lablar shilliq qavatida, kamroq hollarda milk, tanglay, og'iz tubi shilliq qavatida joylashadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYATning tipik shakli diametri 2-3 mm gacha bo'lgan kulrang-oq rangli mayda papulalar bilan tavsiflanadi. Papulalar bir-biriga qo'shilib, to'r, chiziqlar, yo'ylar, ajoyib to'r naqshini hosil qilishi mumkin. Chegaralari keskin bo'lib, atrofdagi shilliq pardadan chiqib turadigan va leykoplakiyaga o'xshab ketadigan pilakchalar paydo bo'lishi mumkin. Og'iz

bo'shlig'i shilliq qavatining QYAT tipik shaklida subyektiv sezgilar odatda bo'lmaydi.

Giperkeratotik shakli tipik toshmalar fonida keskin chegarali yaxlit shoxlanish o'choqlari paydo bo'lishi yoki pilakchalar yuzasida verrukoz o'simtalar paydo bo'lishi bilan ajralib turadi. Bemorlar issiq ovqat iste'mol qilganda og'iz qurishi va yengil og'riqni sezishlari mumkin.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYATning ekssudativ-giperemik shakli giperemiyalangan va shishgan shilliq qavatda tipik kulrang-oq papulalarning joylashishi bilan ajralib turadi. Ovqatni, ayniqsa issiq va achchiq ovqatni iste'mol qilish og'riq bilan kechadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi QYATning eroziv-yarali shakli katta maydonni egallagan yagona mayda yoki ko'p sonli eroziyalar, kamroq hollarda - yaralar, fibroz qoplama bilan qoplangan noto'g'ri shakllar mavjudligi bilan ajralib turadi, ular olib tashlangandan so'ng qon ketish oson ochiladi. QYATning eroziv-yarali shakli uchun yuzaga kelgan eroziya va yaralarning uzoq vaqt mavjudligi xos bo'lib, ular atrofida giperemiyalangan va shishgan asosda QYAT uchun xos bo'lgan papulalar joylashishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYAT bullyoz shakli tipik papulyoz toshmalar bilan birga diametri 1-2 sm gacha bo'lgan oqish-marvaridsimon pufakchalarning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Pufakchalar zich qopqoqqa ega bo'lib, bir necha soatdan 2 sutkagacha yashashi mumkin. Bu pufaklar ochilgandan so'ng tez epitelizatsiyalanuvchi eroziyalar hosil bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYATning atipik shakli yuqori lab shilliq qavatining atrofdagi shilliq qavatdan chiqib turuvchi, simmetrik joylashgan chegaralangan dimlanish giperemiyasi o'choqlari ko'rinishidagi shikastlanishidir. Yuqori lab shishgan. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYATsi yassi hujayrali saraton rivojlanishi ehtimoli bo'lgan potensial saraton oldi holati sifatida qaraladi.

Anogenital sohadagi surunkali QYAT, qizilo'ngach QYAT, gipertrofik QYATda yassi hujayrali saratonning rivojlanish holatlari tasvirlangan.

QYATda vulvaning shikastlanishi

Vulva QYAT ning tipik shakli terida yoki og'iz bo'shlig'ida dermatoz lokalizatsiyasi bo'lgan 50% ayollarda rivojlanadi. Aksariyat hollarda simptomtsiz kechadi va oqish rangli tipik lixenoid tugunchalar bilan xarakterlanadi, ular to'rsimon naqsh hosil qiladi.

Vulva QYATning gipertrofik shakli juda kam uchraydi va oraliq terisida yoki perianal sohada joylashadi va hech qachon qin shilliq qavatida aniqlanmaydi. QYATning ushbu shakli yarali yoki infektsiyalangan bo'lishi mumkin bo'lgan so'galli o'simtalar bilan tavsiflanadi, natijada og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Vulva QYAT ning eroziv-yarali shakli ushbu lokalizatsiyada eng ko'p uchraydigan shikastlanishdir. Simptomlarni ro'yxatga olishning o'rtacha yoshi 55-60 yosh. QYATning ushbu shaklining mavjudligi bemorlarning faol shikoyatlari bilan birga keladi: og'riq, sanchiq, dispareuniya, postkoital qon ketishi. Toshmalar uzoq vaqt bitmaydigan eroziya va yaralarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi, ularning chetlari shishgan va to'q qizil va binafsha rangga ega bo'lib, QYATning tipik papulalarining qo'shilishi natijasida hosil bo'lgan to'rsimon naqsh bilan o'ralgan. Eroziya va yaralar bitgandan keyin gipertrofik chandiqlar va sinexiyalar hosil bo'ladi.

Terining zararlanishi bilan QYATning kechishi odatda surunkali va ijobiy bo'ladi. QYAT davolanmasa 6-9 oy davom etadi, 20% hollarda - qaytalanuvchi. QYATda teri shikastlanishlarining spontan remissiyasi manifestatsiyadan keyin 1-yil davomida 64-68% bemorlarda kuzatiladi.

QYATning teri zararlanishi bilan kechadigan tipik shaklida bemorlarni qichishish bezovta qiladi. QYATning eroziv-yarali shaklida kuzatiladigan terining yarali shikastlanishlari oyoqlarda toshmalar joylashganda yurganda kuchayadigan og'riq bilan tavsiflanadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYAT tipik shaklida subyektiv sezgilar odatda bo'lmaydi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYAT giperkeratotik shaklida bemorlar issiq ovqat iste'mol qilganda og'iz qurishi va yengil og'riqni qayd etishlari mumkin. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYAT ekssudativ-

giperemik shakli bilan og‘rigan bemorlar ovqat iste’mol qilganda, ayniqsa issiq va o‘tkir ovqat iste’mol qilganda og‘riq sezadilar.

Shilliq pardalardagi elementlar teridagiga qaraganda sekinroq regressiyaga uchraydi; so‘galli, eroziv-yarali va halqasimon shakllari ayniqsa chidamli bo‘ladi. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining QYAT spontan remissiyalari 2,8-6,5% bemorlarda qayd etilgan, bu teri shikastlanishlariga qaraganda ancha kam. QYAT da og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida toshmalar mavjudligining o‘rtacha davomiyligi taxminan 5-yilni tashkil qiladi, ammo kasallikning eroziv shakli o‘z-o‘zidan yo‘qolishga moyil emas. Kasallikning og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida toshmalarning retikulyar joylashuvi bilan kechadigan tipik shakli eng yaxshi prognozga ega, chunki spontan remissiya 40% hollarda sodir bo‘ladi. Gipertrofik va eroziv-yarali o‘choqlar yassi hujayrali saratonga aylanishi mumkin.

QYATning boshqa shakllari

1. QYATning teskari shakli tananing yirik burmalarining shikastlanishi bilan tavsiflanadi, boshqa sohalarda toshmalar bo‘lmasligi mumkin.
2. QYATning tomchisimon shakli: mayda lixenoid papulalar keng tarqalgan va diskret bo‘lib qoladi.
3. Ustma-ust tushish sindromlari (Overlap syndromes): boshning sochli qismida, bo‘yin terisida, tananing yuqori qismida va qo‘l-oyoqlarda DKV va QYAT tipidagi shikastlanishlar. TQB ga transformatsiya bo‘lishi mumkin.
4. Xo‘jayinga qarshi transplantat kasalligida lixenoid reaksiya: klinik va gistologik jihatdan QYATning tipik shaklidagi shikastlanishlarga o‘xshash.
5. Lixenoid keratoz: o‘rta va keksa yoshdagi ayollarda qizildan jigarranggacha bo‘lgan makulopapulalar, ba‘zan oyoq-qo‘llar va to‘sh sohasida tangachalar bilan qoplangan.
6. Dorilar ta’sirida kelib chiqadigan qizil yassi temiratki. Quyidagi dori vositalarini qabul qilish natijasida yuzaga keladigan terining shikastlanishi QYATning turli shakllari bilan bir xil: gipotenziv vositalar (APF ingibitorlari, beta-adrenoblokatorlar, nifedipin, metildopa), diuretiklar (45 - gidroxlortiazid,

furosemid, spironolakton), nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar (NYAQDV) (fenotiazin hosilalari), antikonvulsantlar, zamburug‘larga qarshi dorilar (ketokonazol), kimyoterapevtik vositalar (gidroksimochevina, 5-ftorururatsil, imatinib), bezgakka qarshi vositalar (gidroksixloroxin), sulfoguruhli vositalar (sulfonilmochevina gipoglikemik vositalari, dapson, meزالazin, sulfazol, radiokontrast muhit, omeprazol), o‘sma nekrozi omili ingibitorlari (infliksimumab, etanersept va adalimumab), tirozinkinaza ingibitorlari, mizoprostol (prostaglandin E1).

Aksariyat hollarda QYAT tashxisi klinik ko‘rinish ma’lumotlari asosida qo‘yiladi - xarakterli papulalar pushti-siren rangda, poligonal shaklda, markazida mumsimon yaltiroq va kindiksimon botiqlik mavjud). Biroq, bemorda gipertrofik, atrofik, pigmentli, pufakli, eroziv-yarali va follikulyar shakllar mavjud bo‘lsa, klinik jihatdan tashxis qo‘yishga imkon beradigan QYATning tipik elementlari bo‘lmasligi mumkin. Tashxisni aniqlash uchun eng xarakterli shikastlanish o‘choqlaridan olingan teri biopatlari gistologik tekshiriladi.

Patomorfologik o‘zgarishlar

QYATning patomorfologik manzarasi o‘ta xilma-xilligi bilan tavsiflanadi, bu ko‘p jihatdan ushbu dermatozning turli ko‘rinishlarining klinik kechish xususiyatlarini belgilaydi va shu bilan birga unga aniq gistologik mezonlar xosdir. Gistologik tekshiruvda QYATda teri biopatatida notekis granulyoz, akantoz bilan kechuvchi giperkeratoz, epidermis bazal qavati hujayralarining vakuol distrofiyasi, dermaning yuqori qismida epidermisga zich tutashgan, pastki chegarasi infiltrat hujayralari bilan "yuvilib ketgan" diffuz yo‘l-yo‘l infiltrat qayd etiladi. Ekzotsitoz kuzatiladi. Dermaning chuqurroq qismlarida kengaygan tomirlar va perivaskulyar infiltratlar ko‘rinadi, ular asosan limfotsitlardan iborat bo‘lib, ular orasida gistiotsitlar, to‘qima bazofillari va melanofaglar mavjud. Uzoq vaqt mavjud bo‘lgan o‘choqlarda infiltratlar birmuncha qalin bo‘lib, asosan gistiotsitlardan iborat bo‘ladi. Epidermis bilan derma o‘rtasidagi chegarada Sivats tanachalari (kolloid tanachalar) - qayta tug‘ilgan keratinotsitlar ko‘rinadi.

QYATning gipertrofik shaklida kasallikning tipik turiga xos bo'lgan belgilar - dermaning yuqori uchdan bir qismida epidermal-dermal birikma yaxlitligining segmentar buzilishi (epidermisga mononuklearlarning ekzotsitozi tufayli) va granulyoz hodisalari bilan limfoid hujayralardan iborat yo'l-yo'l infiltratning mavjudligi bilan bir qatorda, sezilarli akantoz, yaqqol giperkeratoz va papillomatoz qayd etiladi. QYATning atrofik shaklida epidermis yupqalashgan, atrofiyaga uchragan, epitelial o'simtalarning silliqanishi kuzatiladi. Giperkeratoz va granulyoz hodisalari kasallikning tipik xilidagiga qaraganda ancha kam ifodalangan bo'ladi. Dermaning yuqori qismida funksional faol melanotsitlar aralashmasi bo'lgan limfoid hujayralardan tashkil topgan perifollikulyar infiltrat qayd etiladi (QYATning pigmentli shakli). Odatda, limfotsitlarning terining tashqi qatlamlariga kirib borishi tufayli bazal membrananing parchalangan shikastlanishlari aniqlanadi. QYATning follikulyar (o'tkir uchli) shakli soch follikulasining pastki qutbida (papulyoz elementlar sohasida) to'yingan limfoid hujayrali infiltrat mavjudligi bilan tavsiflanadi, u tashqi ildiz qiniga kirib, u va derma o'rtasidagi aniq chegarani yo'q qiladi. Pemfigoid shaklida QYATga xos bo'lgan klassik gistologik belgilardan tashqari, teri qoplamining ayrim qismlarida epidermisning dermadan ko'chishi va subepidermal pufakchalar hosil bo'lishi kuzatiladi. QYATning korallsimon shaklining patomorfologik ko'rinishi kasallikning boshqa turlaridan venoz turdagi yangi hosil bo'lgan tomirlarning ko'pligi, shuningdek, dermal infiltrat hujayralari orasida ekstravazatlarning mavjudligi bilan farq qiladi. Shilliq qavatlar zararlanganda QYAT uchun xos bo'lgan giperkeratoz va gipergranulyoz hodisalari kuzatilmaydi, biroq ko'pincha parakeratoz yuzaga keladi. Differensial diagnostika.

Qizil yassi temiratkini psoriaz, papulyoz sifilid, toksiodermiya, lixenoid va so'galli teri sili, tugunli qichima, diffuz va chegaralangan neyrodermit, po'rsildoq, yassi o'smirlik so'gallari bilan farqlash lozim.

Psoriaz bilan differensial diagnostika odatda qiyinchilik tug'dirmaydi. Psoriazda toshmalar asosan boshning sochli qismi, yuz, qo'llarning yozuvchi yuzalari, tana, boldir terisida joylashadi. Qizil yassi temiratkida qorin terisi, qo'l-

oyoqlarning bukuvchi yuzalari, og'iz bo'shlig'i va jinsiy a'zolar shilliq pardalari zararlanadi. QYATda papulyoz elementlar o'ziga xos ko'rinishga ega - papulalar poligonal, o'ziga xos siyohrang tusda, markazida kindiksimon botiqlik mavjud. Psoriazda papulalar yuzasida sezilarli darajada qipiqylanish mavjud bo'lib, bu qirish paytida osongina olib tashlanadigan tangachalar bilan bog'liq (ijobiy psoriatik hodisalar). QYATda papulalar yuzasida po'st tashlash kuzatilmaydi, psoriatik fenomenlar manfiy bo'ladi. Mana shu belgilar asosida ko'pchilik hollarda qo'shimcha tekshirishlarga (masalan, gistologik tekshirishlarga) murojaat qilmasdan turib ham to'g'ri diagnoz qo'yishga muvaffaq bo'linadi.

Ko'pincha QYATni papulyoz sifilidlar bilan, ayniqsa QYATning halqasimon shakli bilan farqlashga to'g'ri keladi, chunki kasallikning ushbu turida elementlar ko'pincha jinsiy a'zolarida va og'iz bo'shlig'ida joylashadi. Zaxmdagi papulalar qo'ng'ir-qizil rangda, ovalsimon yoki yumaloq shaklda bo'lishini, Biett yoqasini hosil qilib po'st tashlashini, kamdan kam hollarda qichishish bilan kechishini hisobga olish kerak. Bunda sifilidlarning yuzasi yassi bo'lmay, yarim sharsimon bo'ladi va markaziy botiqligi bo'lmaydi. Differensial diagnostikada zaxmning boshqa ko'rinishlarini, shuningdek spetsifik serologik reaksiyalar (RW, RIF, RIBT) natijalarini ham hisobga olish kerak.

Toksidermiyalarning yirik dog'li va lixenoid shakllari, ayniqsa dorilar (vismut, antibiotiklar, sulfanilamidlar, bezgakka qarshi, psixotrop dorilar va boshqalar) qizil yassi temiratkiga o'xshash bo'lishi mumkin. Bunday hollarda kasallikning kelib chiqishiga sabab bo'lgan omillarni aniqlash uchun sinchkovlik bilan yig'ilgan anamnez, uzoq muddatli kuzatuv, qo'shimcha laboratoriya tahlil usullaridan foydalanish (shu jumladan, gistologik tekshiruv) zarur. Umumiy intoksikatsiya hodisalari bilan o'tkirroq xarakterda bo'lishini va toksikodermiyaning nisbatan qisqa muddatli kechishini hisobga olish zarur.

Terining lixenoid silida QYATdan farqli o'laroq, birlamchi elementlar tugunchalar emas, balki asosan tananing yon yuzalarida joylashgan sarg'ish-jigarrang tusli, siyohrang tussiz va markaziy botiqliksiz do'mboqchalar bo'lib, ularning regressiyasidan so'ng terining sezilarli bo'lmagan atrofiyasi qoladi.

Ko'pincha yuzasida tikani bo'lgan konussimon shakldagi do'mboqchalar aniqlanadi, ular perifollikulyar joylashadi, bu QYATda kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Lixenoid teri sili uchun toshmalarning to'p-to'p bo'lib joylashishi xarakterlidir, ba'zan do'mboqchalar bir-biri bilan qo'shib, uncha katta bo'lmagan, kam infiltratsiyalangan, bir oz po'st tashlaydigan, sarg'ish-jigarrang tusli, seboreyali ekzemaga o'xshab ketadigan o'choqlarga aylanadi. Tashxis qo'yishda shuni ham hisobga olish kerakki, lixenoid teri sili asosan bolalik davrida rivojlanadi, QYAT esa bolalarda kamdan kam kuzatiladi. Terining lixenoid tuberkulyozida tuberkulinga reaksiyaning hamisha musbat bo'lishi va ayniqsa gistologik tekshirish natijalari ham differensial-diagnostik ahamiyatga ega: tuberkulyoz mahalida zararlangan joyda o'ziga xos infiltratlar topiladi.

So'galli sildan verrukoz QYAT sil uchun xos bo'lgan qo'l va barmoqlarning orqa yuzasida emas, balki shikastlanish o'choqlarining asosan boldirda joylashishi, shikastlanish o'choqlari sohasida uchta sohaning yo'qligi (markaziy - shoxlangan, so'galli, o'rta - infiltratsiyalangan, ko'kimtir-qizil rangli va periferik - yanada yorqin qizil rangli) va chandiqlarning mavjudligi, kuchli qichishish, butunlay boshqacha gistologik ko'rinish bilan ajralib turadi.

Tugunchali qichima bilan ko'pincha verrukoz QYATni farqlashga to'g'ri keladi, chunki bu kasalliklarda asosan boldirlar zararlanadi. Shuni yodda tutish kerakki, tugunli qichishishda toshma elementlari odatda kam sonli, kattaroq, zich, yarim sharsimon, oval shaklga ega bo'ladi. Ularning yuzasi ko'pincha gemorragik po'stloqlar bilan qoplangan bo'ladi. Tugunli qichishishdan farqli o'laroq, QYATda yirik o'choqlar atrofida va ko'pincha terining boshqa sohalarida ushbu kasallikka xos poligonal papulalar aniqlanadi. Tugunli qichishishda shilliq qavatlar zararlanmaydi, bu QYATga xosdir.

Zararlanish o'choqlari alohida joylashganda, verrukoz QYAT cheklangan neyrodermitning gipertrofik shakli bilan ba'zi o'xshashliklarga ega bo'lishi mumkin. Biroq neyrodermitda qichishish QYAT dagiga qaraganda kuchliroq bo'ladi. QYAT elementlari neyrodermitga xos bo'lgan markaziy, keskin infiltratsiyalangan va lixenifikatsiyalangan zonalarga ega emas, neyrodermitga xos

bo'lgan giper va depigmentatsiya sohalari, shuningdek, ba'zi hollarda chuqur ekskoriatsiyalar o'rnida mayda chandiqlar bilan birga kelmaydi. QYATda pilakchalar atrofida odatda siyohrang tusli tipik poligonal papulalar aniqlanadi.

Po'rsildoq va pemfigoid QYAT o'rtasida qiyosiy tashxis qo'yish zarurati, asosan, og'iz bo'shlig'idagi zararlanish o'choqlarining izolyatsiyalangan joylashuvida yuzaga keladi. Bunday hollarda shuni hisobga olish kerakki, po'rsildoqdagi eroziyalar og'riqli, bitishga moyil emas, ular atrofidagi shilliq qavat odatda o'zgarmagan, eroziya yuzasidagi surtma-izlarda akantolitik hujayralar aniqlanadi, QYATda esa bullyoz toshmalar joyida yuzaga keladigan eroziv nuqsonlar bunday keskin subyektiv his-tuyg'ular bilan birga kelmaydi, ularning kechishi kamroq torpid, ular atrofida, odatda, qizil yassi temiratkiga xos papulalarni topish mumkin, surtma-izda akantolitik hujayralar yo'q.

QYATda yuzdagi toshmalar yassi so'gallardan farqli o'laroq, juda kam uchraydi. Yassi so'gallarda toshmalar uncha ko'p bo'lmaydi, ularning rangi odatdagi teri rangidan deyarli farq qilmaydi, markaziy botiqlik bo'lmaydi. Gistologik tafovutlar ham sezilarli (so'gallarda papillomatoz va giperkeratoz aniqlanadi).

DAVOLASH

Davolash maqsadlari: toshmalar regressi; bemorlarning hayot sifatini yaxshilash. Terapiya bo'yicha umumiy mulohazalar QYATda davolash usulini tanlash klinik ko'rinishlarning ifodalanish darajasi va joylashuviga, kasallikning shakli va davomiyligiga, ilgari o'tkazilgan terapiyaning samaradorligi haqidagi ma'lumotlarga bog'liq. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi QYATning odatiy shaklidagi retikulyar toshmalar bilan cheklanganda, subyektiv his-tuyg'ular bilan birga kelmaganda, davolash talab qilinmaydi. Qolgan hollarda QYAT bilan og'rigan bemorlar terapiya o'tkazishni talab qiladi. Kasallik avj olgan davrda bemorlarga jismoniy va ruhiy-emotsional zo'riqishlarni cheklagan holda avaylovchi rejim tavsiya etiladi. Ovqatlanish rejimida tuzlangan, dudlangan, qovurilgan mahsulotlar cheklanishi kerak. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati zararlangan bemorlarda qo'zg'atuvchi va dag'al ovqatlarni istisno qilish kerak.

Davolash kompleks bo‘lib, sedativ, antigistamin preparatlar, bezgakka qarshi sintetik vositalar, shuningdek tetratsiklin qatori antibiotiklari, vitaminlar, tarqalgan toshmalar va torpidlikda - GKS preparatlari, aromatik retinoidlar (neotigazon), siklosporin A, PUVA-terapiya va rePUVA-terapiya qo‘llaniladi. Tashqi tomondan GKSli malhamlar buyuriladi (ko‘pincha okklyuzion bog‘lam ostida); verrukoz o‘choqlari tizimli GKSlar bilan sanchiladi; shilliq qavatlarni davolashda tarkibida GKS-gormonlari bo‘lgan aerosollar, shifobaxsh giyohlar damlamasi bilan chayish qo‘llaniladi. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati, lablar va vulvaning eroziv-yarali shikastlanishida bemorlarga yara bitkazuvchi vositalar tashqi tavsiya etiladi: daraxtsimon barg aloe, shikastlanish o‘choqlariga kuniga 2 marta liniment.

Og‘iz bo‘shlig‘i, lablar va vulva shilliq qavatidagi shikastlanish o‘choqlari og‘riqli bo‘lsa, bemorlarga og‘riq qoldiruvchi vositalar tavsiya etiladi: lidokain + moychechak dorixona gullari ekstrakti, gel: og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining og‘riqli yoki yallig‘langan joylariga 0,5 sm uzunlikdagi tasma qo‘llaniladi va kuniga 3 marta yengil uqalovchi harakatlar bilan surtiladi. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati, lablar va vulvaning og‘ir QYAT holatida, o‘tkazilayotgan terapiyaga chidamli bo‘lsa, bemorlarga tizimli glyukokortikosteroid preparatlar tavsiya etiladi: prednizolon kunlik dozada 0,5-1 mg tana vazniga 3 hafta davomida.

QYATning barcha shakllari va lokalizatsiyasida o‘tkazilgan terapiya samarasiz bo‘lsa, bemorlarga 3-8 hafta davomida kuniga 30 mg dan peroral atsetretin tavsiya etiladi. Shuningdek, siklosporinni kuniga har bir kg tana vazniga 5 mg dan 3-8 hafta davomida peroral yoki metotreksatni haftasiga 15 mg dan 3-4 oy davomida buyurish mumkin.

Bundan tashqari, tibbiy reabilitatsiya maqsadida bemorlarga balneoterapiya - radonli, azototermal, yodbromli, sulfatli, vodorod sulfidli vannalar tavsiya etiladi. Profilaktika usullari mavjud emas. Qizil yassi temiratki bilan kasallangan bemorlarni dispanserizatsiya qilishda ichki a‘zolar kasalliklari, intoksikatsiyalar, asab tizimining funksional o‘zgarishlari, asab-ruhiy buzilishlarni davolash, surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish, og‘iz bo‘shlig‘i patologiyasini bartaraf etish muhim ahamiyatga ega. Dispanserizatsiya jarayonida terining

shikastlanish ehtimolini kamaytiradigan qulay maishiy va mehnat sharoitlari yaratilishi kerak.

DERMATOZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI REABILITATSIYA QILISH

Ko'plab teri kasalliklarida kasallanish va nogironlikni sezilarli darajada kamaytirish tibbiy-mehnat ekspertizasi, kurort va diyetoterapiyaning nazariy va amaliy muammolarini ishlab chiqishni o'z ichiga olgan reabilitatsiya choralari majmuasiga erishish imkonini beradi. Funksional-tiklovchi davolash, oqilona ish bilan ta'minlash kasallik qaytalanishining kamayishiga va mehnat qobiliyatining asta-sekin tiklanishiga yordam beradi. Ayrim dermatozlarda vrachlik-mehnat ekspertizasi qanday o'tkazilishini ko'rib chiqamiz. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarga kimyoviy ishlab chiqarish qo'zg'atuvchilari ta'siri ostida ishlash, shuningdek, terining kuchli changlanishi va ishlab chiqarish binolarida havo muhitining yuqori harorati ta'siri bilan bog'liq ishlar, psoriazning yozgi shakli bilan og'rigan bemorlarga ochiq havoda, nur energiyasi manbalari yonida ishlash tavsiya etilmaydi. Jarayon qo'l panjalarida joylashganda, ishqalanish va qo'llarga mexanik bosim o'tkazishdan qochish kerak, oyoq kaftlari shikastlanganda esa uzoq vaqt oyoqda turish va og'irliklarni ko'tarish kerak, shuningdek, konveyerning tez majburiy ritmi ham taqiqlanadi. Artropatik psoriaz bilan og'rigan bemorlar II yoki III guruh nogironligiga o'tkaziladi. Psoriazning artropatik, pustulyoz, eritrodermik shakllarida va progressiv bosqichida statsionar davolanish va keyinchalik kuchli jismoniy, asab-ruhiy zo'riqishlarni, zararli ishlab chiqarish kimyoviy moddalar bilan aloqani, shuningdek, yuqori va past harorat ta'sirini istisno qiladigan ishga o'tkazish ko'rsatilgan. Kasalxonada davolash yaqqol klinik yaxshilanishga qadar, artropatik psoriazda esa zararlangan bo'g'imlar sohasidagi o'tkir yallig'lanish hodisalari bosilguncha olib boriladi. Qizil yassi temiratkida noqulay ishlab chiqarish sharoitida, kuchli kimyoviy qo'zg'atuvchilar bilan aloqada, ayniqsa ishlab chiqarish xonalarida kuchli chang va havo muhitining yuqori haroratida

ishlash mumkin emas, chunki ko'rsatilgan omillar jarayonning tarqalishi bilan izomorf reaksiyani keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu bemorlar uchun fotosuratchi, laborantning ishi mutlaq qarshi ko'rsatma hisoblanadi, bunda rangli plyonka ochiltirgichi - SD-2 rangli fotosurati uchun reaktiv bilan aloqada bo'lish kerak. O'tkir tarqalgan qizil yassi temiratkida statsionar davo o'tkaziladi. Reabilitatsiya tizimida ehtiyotkorona himoya rejimini ta'minlash, maishiy va ishlab chiqarish sharoitlarini normallashtirish, sanatoriy-kurortda davolanish, ortiqcha ovqatlanish, sovqotish, jismoniy zo'riqishni istisno qilish, tungi vaqtda ish vaqtidan tashqari ishlarni, tibbiy maslahat komissiyasi xulosasi bo'yicha xizmat safarlarini taqiqlash, zarur hollarda bemorni II yoki III guruh nogironligiga o'tkazish bilan profilaktik davolanishga alohida e'tibor qaratiladi. Kasallikning qaytalanishiga qarshi davolashga alohida o'rin ajratiladi (mehnat faoliyatidan ajralmagan holda shunday qilish mumkin bo'lgan joylarda), bunday davolash profilaktoriylarda o'tkazilishi mumkin, bu yerda bemorga zarur rejim, parhez oshxonada shifobaxsh ovqat, zarur davolash muolajalari ta'minlanadi.

Kurort terapiyasi

Dermatozlarni davolashda kurortoterapiya muhim ahamiyatga ega. Kurort omillaridan foydalanish davolash samaradorligini sezilarli darajada oshiradi, reabilitatsiya imkoniyatlarini kuchaytiradi.

Kurortoterapiya kasallikning barqarorlashuvi va regressiyasi davrida, shuningdek remissiyani uzaytirish maqsadida retsivlararo davrda buyuriladi. Agar oldindan ambulatoriya yoki statsionar davolash o'tkazilgan bo'lsa, uning ta'sir samaradorligi sezilarli darajada oshadi. Kurort sharoitida shifobaxsh ta'sir iqlim, dam olish, parhez, ijobiy his-tuyg'ular, balneoklimatik va boshqa muolajalarning organizmga kompleks ta'siri bilan bog'liq. Sanatoriy-kurortda davolanish dermatoz bilan og'rigan bemorlarga kuchli sog'lomlashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi, shikastlanishlarning orqaga qaytishiga va ularning to'liq tuzalishiga yordam beradi. Shuningdek, u teri kasalliklari va ularning asoratlarini oldini olishda samarali va juda faol usul hisoblanadi. Kurort omillari organizmga desensibilizatsiyalovchi ta'sir ko'rsatadi, himoya va kompensator jarayonlarning

oshishiga olib keladi. Ammo shuni yodda tutish kerakki, kurort omillarining organizmga ta'siri ko'p qirrali va ular bilan davolash sezilarli gormonal va gumoral o'zgarishlar, shuningdek, murakkab qon tomir reaksiyalari bilan birga keladi. Ayniqsa, yozda janubdagi kurortlarga borishda umumiy salomatlik holatini hisobga olish muhimdir. Barcha shaxslar majburiy tartibda tanlab olinadi va to'liq klinik tekshiruvdan o'tkaziladi. Kurort omillari zararlangan teriga ta'sirlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun kurortda davolanishga yuborishda asosiy shart o'tkir yallig'lanish hodisalarining yo'qligi hisoblanadi. Qarshi ko'rsatmalar - faol o'pka sili, revmatizm, buyrak, qon kasalliklari, yurak-qon tomir yetishmovchiligi. Bemorlar kurortda bo'lgan vaqtlarida ba'zan kasallik zo'rayib ketadi. Qo'zg'atuvchi omillar rag'batlantiruvchi davolash chora-tadbirlarining haddan tashqari murakkabligi, shuningdek, kasallikning kuchayishiga olib keladigan fon holatlari bo'lishi mumkin: pollinozlar, porfirin kasalligi, ichak fermentlari yetishmovchiligi, ikkilamchi gipokortitsizm, respirator allergiya, kortikosteroidlar, antibiotiklar bilan oldindan uzoq muddatli terapiya, gelmintozlar, chang va oziq-ovqat allergiyalari, faol quyosh insolyatsiyasi, o'choqli infeksiya o'choqlari, immunitet tanqisligini kuchaytiradigan qizib ketish. Kurortga yuborilayotgan bemorning ahvolini, uning moslashuv imkoniyatlarini to'g'ri baholash, rejalashtirilayotgan davolash sanatoriya-kurort ta'sirlariga reaksiyasini bashorat qilish uchun to'liq klinik tekshiruv o'tkaziladi: gemogramma, proteinogramma (albuminlar va globulinlar tarkibi), glisidogramma (sial kislotalari darajasi, DFA sinamasi, seromukoid), gelmintlarga tekshirish, siydik yo'llari infeksiyalarini, interstitsial nefrit va glomerulonefrit belgilarini aniqlash uchun siydikni tekshirish, allergologik sinama. Kurort omillari kuchli foydali ta'sir ko'rsatadi va shuning uchun tibbiy va kasbiy reabilitatsiyaga erishishda muhim ahamiyatga ega. O'z vaqtida va to'liq amalga oshirilgan sanatoriy-kurort tanlovi bemorlarni dispanserizatsiya qilish sifati va samaradorligining keskin oshishiga olib keladi, reabilitatsiya imkoniyatlarini kuchaytiradi. Ko'pgina kurortlarda tarkibi va fizik-kimyoviy xossalari turlicha bo'lgan radonli, sulfidli va boshqa suvlar bilan davolash qo'llaniladi. Mineral tuzlar va organik komponentlarni o'z ichiga olgan,

yuqori biologik va fiziologik davolash xususiyatiga ega bo'lgan mineral suvli vannalar organizmga eng kuchli ta'sir ko'rsatadi.

Radonli suvlar kuchsiz minerallasgan va kuchsiz radioaktiv suvlarga kiradi. Ularning o'ziga xos ta'sir etuvchi omili radon va uning hosila mahsulotlarining parchalanishi natijasida nurlanishdir. Teri va shilliq qavatlar kasalliklarida radonli vannalar, ingalyatsiyalar, sug'orishlarni qo'llash juda yaqqol shifobaxsh samara beradi.

Sulfidli suvlar pasaygan immun va metabolik jarayonlarni, endokrin tizimni rag'batlantirishga, tomirlarni kengaytirishga, kollagenoz bilan og'rigan bemorlarda gipokortitsizmni zaiflashtirishga, moslashuv-trofik jarayonlarni oshirishga, organizmning qarshiligini kuchaytirishga yordam beradi. Sulfidli terapiya kompleksida vannalardan tashqari dush-massaj va to'rt kamerali sulfidli vannalarni qo'llash, boshning sochli qismi va yuz terisini sulfidli suv bilan yuvish katta ahamiyatga ega.

Xlorid-natriyli suvlar to'g'ri tanlangan usul va dozada markaziy asab tizimining funksional holatiga tartibga soluvchi ta'sir ko'rsatadi, organizmda immunotopik qayta qurishni keltirib chiqaradi. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarni konsentrlangan xlorid-sulfat-natriy-magniyli suv va tarkibida ko'p miqdorda brom bo'lgan shifobaxsh balchiq bilan davolash samaradorligi yuqori. Tanlangan suvlar organizmga reflektor va tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi va shuning uchun asab tizimi faoliyatining buzilishi, funksional va organik shikastlanishlar fonida rivojlangan teri kasalliklarining kechishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Kremnezemli suvlar sezilarli darajada yallig'lanishga qarshi va epitelizatsiyalovchi xususiyatga ega. Azotli suvlar kuchsiz minerallasgan ishqorli termal suvlar qatoriga kiradi, og'riq qoldiruvchi va desensibilizatsiyalovchi ta'sir ko'rsatib, gemodinamika, moddalar almashinuvi, endokrin tizim holati va mushaklar tonusini o'zgartiradi.

Shifobaxsh balchiqlar uchta asosiy turga bo'linadi: balchiqli, sapropelli va ishqorli peloidlar. Peloidlarning shifobaxshlik xususiyatlari ularning tarkibida organik gidrofil kolloidlar va loyning namlik sig'imi va plastikligini

ta'minlaydigan nozik loy fraksiyalarining ko'pligi bilan belgilanadi. Loyqa balchig'ining juda muhim xususiyatlari - ularning adsorbsion qobiliyati, yuqori elektr o'tkazuvchanligi va radioaktivligi, shuningdek, katalitik xususiyatlaridir. Balchiq applikatsiyalari organizmning asosiy funksiyalariga (qon aylanishi, nafas olish, moddalar almashinuvi) ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Naftalanli vannalar va applikatsiyalar (umumiy va mahalliy) organizmga yaxshi ta'sir ko'rsatib, uning umumiy reaktivligini oshiradi, og'riq qoldiruvchi, yallig'lanishga qarshi va desensibillovchi ta'sir ko'rsatadi, organizmda trofika va moddalar almashinuvini yaxshilaydi, og'riq sezuvchanligi chegarasini oshiradi.

Gelioterapiya D vitamini hosil bo'lishiga olib keladi, kalsiy almashinuvini yaxshilaydi, bakteritsid va tonusni oshiruvchi ta'sir ko'rsatadi, metabolik va immunitet jarayonlariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari va moddalar almashinuvining buzilishi bilan bog'liq teri kasalliklarida ichimlik suvi bo'lgan balneologik kurortlarda, asab tizimining funksional kasalliklari bo'lgan dermatozlarda esa iqlimiy kurortlarda davolanish ko'rsatilgan. Agar dermatozlar oshqozonning funksional kasalliklari va sekretiya va kislotalilikning oshishi bilan kechadigan gastritlar bilan birga kechsa, kurortlarda kam (2-2,5 g/l) va o'rtacha (15-35 g/l) minerallashtirilgan mineral suvlar bilan davolash tavsiya etiladi. Mineralizatsiya foizi yuqori bo'lgan shifobaxsh suv bo'shashtiruvchi va o't haydovchi ta'sir ko'rsatib, metabolik jarayonlarni normallashtirishga yordam beradi. U ovqat hazm qilishning funksional buzilishlarida, o't yo'llari diskineziyasida, lipid almashinuvi buzilishlarida, semizlikda muvaffaqiyat bilan qo'llaniladi. Uning shifobaxsh ta'siri natriy, kaliy, magniy, kalsiy, litiy kationlari, anionlar, ftoridlar, nitritlar, sulfatlar, silikon kislotasi mavjudligi bilan bog'liq. Konsentrlangan eritmada qiyin so'riladigan elektrolitlar ichakning osmotik bosimini oshiradi, yo'g'on ichak peristaltikasini kuchaytirib, uning funksiyasini tiklashga yordam beradi.

Parhez ovqatlanish dermatozlar bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashning eng muhim elementi hisoblanadi va mehnat yo'qotishlarini kamaytirishga yordam beradigan katta ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega. Ishlab

chiqarish sharoitida teri kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarning shifobaxsh ovqatlanishi alohida ahamiyatga ega. Ovqat ratsionining muvozanatlashganligi ovqatni hazm qilish uchun optimal sharoit yaratadi. Muvozanatli ovqatlanish formulasida asosiy e‘tiborni ovqatning almashtirib bo‘lmaydigan tarkibiy qismlari, ko‘p to‘yinmagan yog‘ kislotalari, vitaminlar, mikroelementlar, ba‘zi aminokislotalar jalb qiladi, chunki ular organizmda deyarli sintezlanmaydi. Davolovchi ovqatlanishni tayinlashda shuni hisobga olish kerakki, oqsilga bo‘lgan ehtiyoj 50-60% almashtirib bo‘lmaydigan aminokislotalarning asosiy yetkazib beruvchilari hisoblangan hayvon mahsulotlari hisobiga qondiriladi. Vitaminlarga bo‘lgan ehtiyoj ovqat tarkibiy qismlarining balanslanganlik xarakteriga va birinchi navbatda ovqat oqsillarining sifat tarkibiga bog‘liq. Ovqat tarkibidagi oqsilning to‘la qimmatligi va aminokislotalar tarkibining mutanosibli vitamin S sarfini tejaydigan va uning qaytmas oksidlanishiga yo‘l qo‘ymaydigan omillar hisoblanadi. Shuni ta’kidlash kerakki, turli xil yog‘larning biologik qiymati va hazm bo‘lishi ularning kimyoviy tarkibi va hujayra membranalari, miyelin qobiqlari, biriktiruvchi to‘qima va boshqalarning shakllanishida zarur bo‘lgan ko‘p to‘yinmagan noyob yog‘ kislotalarining mavjudligi bilan belgilanadi. Bu almashtirib bo‘lmaydigan kislotalarning eng muhim biologik xossasi ularning fosfolipidlar, lipoproteidlar va boshqalar kabi biologik jihatdan yuqori faollikka ega bo‘lgan komplekslarda struktura elementlari sifatida ishtirok etishidir. Ko‘rsatib o‘tilgan kislotalar qon tomirlari devorlariga me‘yorlashtiruvchi ta’sir ko‘rsatadi, ularning elastikligini oshiradi va o‘tkazuvchanligini pasaytiradi, ko‘p miqdorda tireoidin tushishi natijasida yuzaga keladigan moddalar almashinuvi buzilishidan qisman saqlaydi. Bu kislotalarning V grupp vitaminlari (piridoksin, tiamin) almashinuvi bilan, shuningdek, almashtirib bo‘lmaydigan kislotalar yetishmagan sharoitda o‘zining lipotrop xossalarini kamaytiradigan yoki butunlay yo‘qotadigan xolin almashinuvi bilan bog‘liqligi aniqlangan. Ko‘p to‘yinmagan yog‘ kislotalari, oqsillarning ba‘zi aminokislotalari kabi, organizmda sintez qilinmaydigan, almashtirib bo‘lmaydigan muhim tarkibiy qismlar qatoriga kiradi, ularga bo‘lgan ehtiyoj faqat ovqat bilan qondirilishi mumkin. Yog‘dagi yog‘

kislotalari muvozanatining biologik jihatdan optimal formulasi bo'lib quyidagi nisbat xizmat qilishi mumkin: 10% polito'yinmagan yog' kislotalari, 30% to'yingan yog' kislotalari va 60% monoto'yinmagan (olein) kislota. Tabiiy yog'lardan cho'chqa yog'i, yeryong'oq va zaytun moylari taxminan xuddi shunday yog' kislotalari tuzilishiga ega. Katta yoshdagi odamning yog'ga bo'lgan o'rtacha talabi - 80-100 g/sut., shu jumladan o'simlik yog'i - 25-30 g, polito'yinmagan yog' kislotalari - 3-6 g, xolesterin - 1 g, fosfolipidlar - 5 g. Hayvon va o'simlik yog'larining ma'lum darajada o'zaro almashinuvchanligi mavjud. Yog'ni me'yorlash yoshga, jinsga, mehnat faoliyatining xarakteriga, milliy va iqlim xususiyatlariga bog'liq. Organizmda ma'lum funksiyalarni bajaradigan uglevodlar kuchli biologik faollikka ega. Ularga askorbin kislotsi, tomirlarda qonning ivishiga to'sqinlik qiluvchi geparin, hujayra qobig'i orqali bakteriyalarning kirishiga to'sqinlik qiluvchi gialuron kislotsi, ba'zi ichak bakteriyalarining rivojlanishini kechiktiruvchi ayollar sutining polisaxaridlari, qon guruhlarining o'ziga xosligini belgilovchi qonning geteropolisaxaridlari va boshqalar kiradi. Uglevodlar va ularning metabolitlari nuklein kislotalar, aminokislotalar, glyukoproteidlar, mukopolisaxaridlar, koenzimlar va boshqa hayotiy zarur moddalar sintezida muhim rol o'ynaydi. Ular yog' almashinuvi bilan chambarchas bog'liq. Organizmda uglevodlarning ortiqchaligi keng tarqalgan hodisa bo'lib, ortiqcha tana vaznining shakllanishida asosiy omillardan biri hisoblanadi. Allergik kasalliklarda, yo'ldosh ateroskleroza, diabetda, semizlikda ularni qandli mahsulotlarni iste'mol qilish hisobiga parhezda cheklanadi (lekin 100 g dan kam emas). Diyetoterapiyaning asosiga organizmning oziq-ovqat mahsulotlariga, energiyaga bo'lgan fiziologik ehtiyojlarini, shuningdek yoshi, jinsi, kasbini aniqlashtirishni hisobga olgan holda ishlab chiqilgan muvozanatli ovqatlanish nazariyasi qo'yilgan. Ovqatlanish xarakteri immunobiologik reaktivlik holatiga va allergik ko'rinishlar darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Shunday qilib, uglevodlarni cheklash bilan parhezga rioya qilish allergik reaksiyalarni kamaytirishga yordam beradi. Klinik kuzatuvlar va eksperimental tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, oqsil miqdorini oshiradigan va uglevodlar kvotasini kamaytiradigan

parhez ovqatlar, organizmning energiya sarfiga mos keladigan kaloriyalarda bemorlarning immunologik reaktivligini rag'batlantiradi. Jigarning yo'ldosh kasalliklari bo'lgan dermatozlar bilan og'rigan bemorlarning parhez ratsioni tarkibida ko'p to'yinmagan yog' kislotalari bo'lgan yog'li mahsulotlar bilan birgalikda oqsilning oson hazm bo'ladigan turlarini kiritish orqali aminokislotalar tarkibi bo'yicha maksimal darajada muvozanatlashtiriladi. Bunda oqsil va lipid almashinuvini tavsiflovchi biokimyoviy ko'rsatkichlarda ijobiy siljishlarga erishiladi. Hayvonlardan olinadigan to'la qimmatli oqsillar miqdori ko'paytirilgan (sutkasiga 100-120 g) parhez tavsiya etiladi. Organizmga yog'lar, ayniqsa qiyin eriydigan, hayvonlardan olinadigan yog'lar, qovurilgan, achchiq va ziravorli taomlar kirishini cheklaydi. Tvorog bilan bir qatorda pishloqning o'tkir bo'lmagan navlari, qaynatilgan baliqning yog'siz navlari tavsiya etiladi. Allergik dermatozlarda, ayniqsa, namlanuvchi ekzemalarda parhez ko'rsatilgan bo'lib, unda osh tuzini cheklash (sutkasiga 5-7 g), xolesteringa boy (yog'li go'sht, tuxum sarig'i, submahsulotlar, baliq ikresi) va asab va yurak-qon tomir tizimini qo'zg'atuvchi (spirtli ichimliklar, azotli ekstraktiv moddalar, o'tkir va sho'r taomlar, dudlangan mahsulotlar, ziravorlar va ziravorlar, achchiq qahva va choy, shokolad, kakao) mahsulotlarni istisno qilish ko'zda tutilgan. Yuk tushirish kunlari (sabzavot va meva kunlari) tavsiya etiladi. Ratsion kaliy bilan boyitiladi (kartoshka, quruq mevalar va lipotrop moddalar - tvorog, treska, suli yormasi). Taomlar minimal tuz bilan tayyorlanadi, go'sht va baliq bug'da yoki keyingi qisqa qovurish bilan qaynatiladi. Ovqat ezilmagan, lekin yaxshilab qaynatilgan holda beriladi, yog'li taomlar bundan mustasno. Kimyoviy tarkibi: oqsillar - 80-90 g (shundan hayvon 50 g), yog'lar - 80 g (shundan o'simlik 20 g), uglevodlar - 400 g; vitaminlar - A - 2 mg, B1 va B2 - 4 mg, PP - 30 mg, C - 150 mg, mineral tuzlar - K - 500 mg, Ca - 1000 mg, temir - 15 g, erkin suyuqlik - 800-900 ml. Kaloriyaliligi - 2600-2800 kkal. Bolalarda allergik dermatozlarda ratsional parhez ovqatlanish antigenlarni avaylashga qaratilgan. Ratsionning yuqori oqsil qiymati, kuchli sensibilizatsiyalovchi xususiyatlarga ega bo'lgan rezavor mevalar, meva sharbatlarini (sitrus, anor, ananas) ortiqcha kiritish kasallikning og'irlashishiga olib

keladi. Tarkibida ekstraktiv moddalar, qalampir, bo'yoqlar, konservantlar, ziravorlar, o'tkir ziravorlar, tuzlamalar, dudlangan mahsulotlar, tvorogli pishloqlar bo'lgan taomlar va mahsulotlar gipoallergen parhezdan chiqarib tashlanadi. Go'shtli sho'rvalar sabzavot qaynatmalaridan tayyorlangan sho'rvalar bilan, qovurilgan sabzavotlar va go'sht qaynatilgan yoki bug'langan sho'rvalar bilan almashtiriladi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun sigir sutining oqsili oqsilga bo'lgan ehtiyojning 25-30% dan ko'p bo'lmagan miqdorini (me'yorda 45-50%) ta'minlashi kerak, kuniga tovuq tuxumining yarmidan ko'p bo'lmagan miqdorda ruxsat etiladi. Gipoallergen parhezning yog' tarkibiga o'simliklardan olinadigan yog'lar kiradi (kamida 15-20%). Ovqat ratsioniga to'yinmagan yog' kislotalarini ko'p miqdorda kiritish epiteliy to'qimalari trofikasiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Ilk yoshdagi bolalarni sun'iy ovqatlantirishda sigir suti oqsili qisman gidrolizlangan va shu sababli antigenligi kam bo'lgan sut-qatiq aralashmalari afzal ko'riladi. Qo'shimcha ovqatlar sabzavot qaynatmalarida tayyorlanadi, sigir suti oqsili cheklanadi, unga allergiya bo'lganda o'simlik sut turlaridan foydalanish maqsadga muvofiq - bodom, soya. Bodom oqsillari tarkibida almashtirib bo'lmaydigan to'yinmagan yog' kislotalari, aminokislotalar mavjud. Sutsiz parhezda meva sharbatlari, surrogat qahva, boshhoqli o'simliklar, sabzavotlar, o'simlik yog'lari iste'mol qilish mumkin. Bug'doy (manniy bo'tqasi), suli (suli yormasi-gerkules, tolqon), grechka (grechixa bo'tqasi) kabi boshhoqli o'simliklarga allergiya bo'lganda, parhez alohida yormalarning o'zaro almashinuvini hisobga olgan holda va guruch, arpa (perlovka va arpa yormasi), tariq (suli) ga allergiya juda kam uchrashini hisobga olgan holda tuziladi. Go'shtga allergiya bo'lishi mumkinligi sababli, mol, quyon go'shtini iste'mol qilish afzalroqdir. Ko'pincha go'sht va tovuq sho'rvasidagi ekstraktiv moddalarni ko'tara olmaslik mol va tovuq go'shtiga allergiya deb noto'g'ri talqin qilinadi, bu esa ushbu mahsulotlarni bolaning ratsionidan asossiz ravishda chiqarib tashlashga olib keladi. Diabet fonida rivojlangan dermatozlar bilan og'rigan bemorlarni davolashda (yomon nazorat qilinadigan qandli diabet, yashirin diabet, glyukozaga tolerantlikning o'zgarishi buzilmagan diabetik irsiyat bilan yashirin diabet) oqsillarga boy va uglerodga

kambag'al suvli, past kaloriyali (2260 kkal, 11 g oqsillar, 136 g yog'lar va 130 g uglevodlar) parhez buyuriladi. Bunday bemorlar uchun parhezning kaloriyaliligi energiya parchalanishi darajasida bo'lishi kerak. Go'sht (yog'siz navlari) - 250-300 g yoki baliq - 300-350 g, tvorog - 250-300 g, prostokvasha, kefir, sut - 0,5 l, kartoshka yoki dukkaklilardan tashqari sabzavotlar - 600 g gacha, uzum, bananlardan tashqari mevalar - 600 g gacha, qora non - 50 g, sariyog' - 50 g. Parhezda shakarni cheklash o'z-o'zidan organizmning desensibilizatsiyasiga yordam beradi va shuning uchun patogenezida giperergik komponent ustun bo'lgan kasalliklarda zarurdir. Ratsionda qandning ortiqcha bo'lishi esa giperxolesterinemiyaga, uning o'rniga boshqali o'simliklar iste'mol qilish esa xolesterin va triglitseridlar miqdorining pasayishiga olib keladi. Qandli diabet bilan birga kechganda parhezga sekin so'riladigan uglevodlar saqlovchi mahsulotlar - qora non, bo'tqalar, kartoshka kiritish kerak. Non, pechene, ksilit, sorbit, fruktoza qo'shilgan biskvitning maxsus tayyorlangan navlari ishlab chiqariladi. Go'shtning yog'li navlari, baliq va xolesteringa boy boshqa mahsulotlar (sariqlik, ikra, jigar, miya) dan tayyorlangan taomlar cheklanadi. Qandli diabetda organizmning vitaminlarga bo'lgan talabi oshganligi sababli kapsulalangan vitaminlar buyuriladi. Kraxmalga boy mahsulotlarni (yormalar, dag'al tortilgan non) iste'mol qilish shakar va qandolat mahsulotlariga nisbatan shubhasiz afzallikka ega ekanligini hisobga olish kerak, chunki ular bilan nafaqat uglevodlar, balki B guruhi vitaminlari, mineral tuzlar, mikroelementlar ham o'zlashtiriladi, sof saxaroza esa bo'sh kaloriya tashuvchisi bo'lib, faqat yuqori energetik qiymatga ega. Parhezbop navli mahsulotlar va taomlar (ksillitli pechene, oqsilli bug'doy noni), yog'siz navli go'sht va parranda go'shti, asosan qaynatilgan holda, sho'rvalar sabzavotlar bilan achchiq bo'lmagan sho'rvalardan tayyorlanadi, qovurilgan taomlar tavsiya etilmaydi, yormalar va makaron mahsulotlari cheklangan miqdorda beriladi. Tarkibida 5% gacha uglevod bo'lgan sabzavotlar cheklanmaydi, meva va rezavorlar shirin bo'lmagan navlar bo'lgani ma'qul. Uzum, xurmo, banan, asal, qiyin eriydigan yog'lar (cho'chqa, mol, qo'y yog'lari) bundan mustasno. Mevali ichimliklar va qandolat mahsulotlari faqat ksilitda tayyorlanadi. Shakar ksilit bilan

almashtiriladi (kuniga 20 g). Oqsillar va yog'larga bo'lgan ehtiyoj 40% o'simliklardan olinadigan oqsillar va yog'lar hisobiga, vitaminlar va mikroelementlarga bo'lgan ehtiyoj - olma va o'simlik yog'i qo'shilgan yangi maydalangan sabzavot salatlari, na'matak damlamasi, shuningdek, grechka, suli va tariq yormalaridan tayyorlangan taomlar va garnirlardan foydalanish hisobiga ta'minlanadi. Ko'pincha bir qator surunkali teri kasalliklari bilan birga kechuvchi semizlikni davolashda parhez albatta subkaloriyali bo'lishi, tarkibida yetarli miqdorda oqsillar, tuzlar va vitaminlarga nisbatan to'laqonli bo'lishi, ammo uglevodlarga boy mahsulotlar (un mahsulotlari, non, shakar, kartoshka, yorma) va yog'lar cheklangan bo'lishi kerak. Tarkibida faol biologik xususiyatlarga ega bo'lgan polito'yinmagan yog' kislotalari bo'lgan o'simlik yog'lari afzalroqdir. Ular lipoid va oqsil almashinuviga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, lipolitik jarayonlarni kuchaytiradi va yog' to'qimasining metabolik inertligini kamaytiradi, gipolipemik va gipokoagulyatsion ta'sir ko'rsatadi. Shu bilan birga parhezda oqsillarning yetarli miqdorda bo'lishi oqsilli ochlikning oldini oladi va ochlik hissini pasaytiradi. Polivitaminlar, ayniqsa A va D vitaminlari buyuriladi, chunki yog'ga boy mahsulotlar cheklanganda organizmda bu vitaminlar yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Ochlik hissi yuqori bo'lganligi sababli parhezga rioya qila olmaydigan bemorlarga ishtahani pasaytiruvchi dorilar (anoreksiya vositalari - dezopimon, fanatin, fepranon) tavsiya etiladi. Semizlik, qandli diabet fonidagi dermatozlarni davolashda qand o'rnini bosuvchilar sifatida sorbit va ksilit - poligidrolangan spirtlar qo'llaniladi, ular saxarinlarga qaraganda ko'proq maqbuldir. Yo'ldosh sil infeksiyasida ovqatlanish rejimi organizmning regenerativ qobiliyatini kuchaytirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Mineral tuzlar, mikroelementlar (kalsiy, kaliy, fosfor) ga boy, yengil hazm bo'ladigan oqsilli mahsulotlar, sut, pishloq, tvorog, tuxum, anjir, turshak buyuriladi, yog' miqdori fiziologik me'yor chegarasida (120 g gacha) bo'lishi kerak. Yetarli miqdorda vitaminlar, ayniqsa A, C, B guruh vitaminlarini kiritish qon zardobining bakteritsid xususiyatlarini yaxshilashga, antitanalar hosil bo'lishiga, intoksikatsiyani kamaytirishga yordam beradi. Dermatoz bilan og'rigan bemorlarning ovqatlanish

tartibida vitaminlar eng muhim o'rinni egallaydi. Oziq-ovqat mahsulotlarini tayyorlashda shuni hisobga olish kerakki, oziq-ovqat yog'larini noto'g'ri saqlash, ularning haddan tashqari oksidlanishiga olib keladi, yog' kislotalarining peroksidlari ta'sirida parchalanishi tufayli ulardagi A vitamini darajasining sezilarli darajada pasayishi bilan birga keladi. Mahsulotlarni ishqoriy muhitda qizdirish V vitaminining ko'p miqdorda yo'qolishiga, issiqlik bilan ishlov berish (qovurish, sabzi, kartoshka, karamni qaynatish) esa folat kislota va uning faol kofermentining ko'p miqdorda yo'qolishiga sabab bo'ladi. Davolovchi mineral suvlar qo'llanilganda, ayniqsa ovqat hazm qilish a'zolari, o't yo'llari, moddalar almashinuvi yondosh kasalliklarida diyetoterapiya kursining samaradorligi sezilarli darajada oshadi. Ular me'daning sekretor va kislota hosil qilish funksiyasini hisobga olgan holda buyuriladi. Shunday qilib, surunkali gastritlarda, asosan yuqori kislotali, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligida, jigar, o't pufagi, o't yo'llari kasalliklarida, siydik kislotali diatezda gidrokarbonat-natriyli suvlar, oshqozon-ichak traktining surunkali kasalliklarida, o't yo'llari va ichak diskineziyalarida - xlorid-sulfat-natriyli suvlar, oshqozonning surunkali kasalliklarida, asosan past kislotali - xlorid-natriyli suvlar, o't va siydik yo'llari kasalliklarida, oksalaturiya, fosfaturiyalarda - organik moddalar miqdori yuqori bo'lgan kuchsiz minerallashgan suvlar va surunkali qabziyatlarda - sulfat-xloridli suvlar ko'rsatilgan.

VAZIYATLI MASALALAR

1.

Bemor 42 yoshda, teri bo'limiga "Psoriaz" tashxisi bilan yotqizilgan. Anamnezidan 9-yildan beri kasalligi aniqlangan. Kasallikning avj olishi dastlab mavsumiy (kuz-qish) xarakterga ega bo'ldi, so'nggi 2-yilda remissiyalar deyarli kuzatilmadi, shu vaqt ichida qo'llarning falangalararo bo'g'imlaridagi og'riqlar bezovta qila boshladi. Ahvoli: qoniqarli. Gavda, qo'l-oyoqlar terisida papulalar va pilakchalar bo'lib, ular yoppasiga kumushsimon-oq tangachalar bilan qoplangan. Tangachalar tufayli elementlarning rangi ko'rinmaydi. Tizza va tirsaklarda katta-katta pilakchalar. Qo'l barmoqlaridagi tirnoqlar nuqtali chuqurchalar bilan. Qo'llarning falangalararo bo'g'imlari hajmi biroz kattalashgan, og'riq tufayli harakatlar cheklangan.

Savollar: 1. Sizning tashxisingiz?

2. Kasallik bosqichini asoslang.

3. Davolashni belgilang.

2.

Bemor, 30 yoshda, dermatologga butun teri qoplamida va boshning sochli qismida ko'p miqdorda toshmalar va ko'p miqdorda po'st tashlash shikoyatlari bilan murojaat qilgan. Anamnezidan ma'lum bo'lishicha, u 6-yil davomida kasallangan, odatda kuz-qish mavsumida xuruj qiladi. 10-yildan ortiq surunkali tonzillit bilan og'riydi, uning kuchayishi bilan teridagi jarayon ham kuchayadi. Oila va qarindoshlar sog'-salomat. Tanasi, qo'l-oyoqlarining terisida (ko'proq yozuvchi yuzalarida) kumushsimon-oq tangachalar bilan qoplangan yorqin pushti dumaloq papulalar bor; papulalarning chetlarida pushti rangli po'st tashlovchi gultoij bor. Bundan tashqari, 2-3 kun oldin paydo bo'lgan mayda nuqtali yorqin pushti papulalar mavjud. Tashxis qo'ying va kasallik bosqichini asoslang.

2. Qanday kasalliklar bilan farqlash kerak?

3. Ushbu bemorni davolash rejasini tuzing?

3.

32 yoshli ayol dermatologga 2 yil davomida boshning sochli qismi doimiy ravishda ko'chishiga shikoyat qilib murojaat qilgan. Qichishish sezilarli emas, ammo doimiy po'st tashlash asabiylashtiradi, chunki ko'chib tushayotgan tangachalar tashqi ko'rinishni buzadi. Po'st tashlash kamroq bo'lishi uchun boshini har 2-3 kunda yuvadi va sochini yaxshilab taraydi. Oy sayin po'st tashlash tobora kuchayib bormoqda, peshonaning chekka qismida va quloq suprasida po'st tashlovchi dog'lar paydo bo'ldi. Obno: tana terisi toshmalardan xoli. Tirsak bo'g'imlari sohasida 0,5-0,5 sm kattalikdagi pushti rangli, biroz po'st tashlagan toshmalar mavjud. Boshning sochli qismida diametri 1,0-1,5 dan 3,0 sm gacha bo'lgan ko'plab zichlashgan elementlar aniqlanadi, ba'zi joylarda ular qo'shilib ketadi va qisman peshona va ensa terisiga o'tadi, bu yerda yorqin pushti rangli, oqish-kulrang tangachalar bilan qoplangan girlyandasimon elementlar hosil bo'ladi. Sochlari qalin, sinmagan. Tirnoqlar o'zgarmagan. Savollar: 1. Qanday kasalliklar haqida o'ylash mumkin?

2. Nima uchun boshni tez-tez yuvish kasallikning zo'rayishiga olib keladi?

3. Fizioterapevtik usullardan qaysilari ko'rsatilgan?

4.

35 yoshli bemor tashxisga aniqlik kiritish uchun shifoxonaga yuborilgan. Tizza, bilak-kaft bo'g'imlari va oyoq panjasining mayda bo'g'imlarida ko'p miqdorda po'st tashlaydigan toshmalar va og'riqdan shikoyat qiladi. Bemor 7 yoshda, birinchi toshmalar qishda boldir va qo'llarda paydo bo'lgan. Davolash natijasida yozda ham yaxshilanish kuzatildi, ammo jarayon butunlay yo'qolmadi. Kasallikning navbatdagi zo'rayishida qo'l va oyoq panjalari, tizza bo'g'imlarida og'riq, yengil shish paydo bo'ldi. Tekshiruv: chap tizza bo'g'imi shish hisobiga kattalashgan, oyoq va qo'l bo'g'imlari sohasida shish mavjud. Harakatlar cheklangan, ertalablari tiqilinch. Terida ularning rangini niqoblovchi

kumushsimon-oq tangachalar bilan qoplangan papulalar ko'p miqdorda uchraydi. Yuzda va qo'llarning orqa yuzasida toshmalar yo'q. Savollar: 1. Keng tashxis qo'ying, uni asoslang.

2. Davolash rejasini tuzing.

3. Jarayon faolligini aniqlashtirish uchun qanday diagnostika usullarini o'tkazish kerak?

5.

37 yoshli erkakda tekshiruv paytida qo'llarning yozuvchi yuzasida, boshning sochli qismida va tanasida qizg'ish rangli, aniq chegarali, butun yuzasi tangacha-po'stloqlar bilan qoplangan ko'plab papulalar aniqlandi. Qichima yo'q.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

2. Qanday diagnostik fenomen taxmin qilinayotgan diagnozni tasdiqlashi mumkin?

3. Umumiy va mahalliy davolashni belgilang.

6.

Bemor 27 yoshda, boshning sochli qismi terisida toshmalar va tirnoqlarning shikastlanishidan shikoyat qiladi. 2 yildan beri kasalman. Otasi ham shunga o'xshash kasallikka chalingan. Obyektiv: boshning sochli qismi ensa sohasi terisida diametri 5 sm atrofida bo'lgan ikkita pilakcha bor, infiltratsiyalangan, chegaralari aniq, butun yuzasi po'st tashlagan. Qo'l panjalarining tirnoq plastinkalari xira, unda angishvona shaklidagi nuqtali botiqliklar mavjud.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz?

2. Davolash tamoyillari?

7.

42 yoshli bemor 10-yildan beri teri kasalligidan aziyat chekadi. Toshmalar doimiy bo'lib, tirsak, tizza va boshning sochli qismi terisida joylashadi. Qish paytida toshmalar tana va oyoq terisiga tarqaladi. Oxirgi marta 2 hafta oldin xuruj qilgan. Obyektiv: boshning sochli qismi, tana va oyoq-qo'llar terisida papula va

pilakchalar yorqin pushti rangda, kumushsimon oq tangachalar bilan qoplangan dumaloq va feston shaklidagi aniq chegaralar bilan. Subyektiv: biroz qichishish.

1 Sizning taxminiy tashxisingiz?

2. Qanday diagnostik hodisa taxmin qilingan tashxisni tasdiqlashi mumkin?

3. Davolash tamoyillari?

8.

Teri-tanosil dispanseri statsionariga 24 yoshli bemor butun teri qoplamining shikastlanishidan shikoyat qilib yotqizilgan. 7-yildan beri kasal, bir necha marta statsionar va ambulator davolangan. Yoz oylarida terisining holati yaxshilanadi. Oxirgi zo'rayishning sababi asabiy zo'riqish deb hisoblaydi.

Obyektiv: butun teri qoplami, shu jumladan yuz ham bir tekis giperemiyalangan. Terisi kam harakat bo'lib, sezilarli infiltratsiya tufayli qiyinchilik bilan burmaga kiradi. Butun teri qoplami yuzasida ko'p miqdorda yirik plastinkasimon va kepaksimon tangachalar bo'ladi. Kaft va tovon terisida juda ko'p chuqur yoriqlar bor. Barcha tirnoq plastinkalarining shikastlanishi kuzatiladi, ular qalinlashgan, erkin chetida oson uvalanadi, shuningdek, sochlar juda siyraklashgan. Tana harorati $37,8^{\circ}\text{S}$.

1. Taxminiy tashxis?

2. Umumiy va mahalliy davolash tamoyillari?

9.

Kasalxonaning revmatologiya bo'limiga 36 yoshli bemor bo'g'imlar sohasidagi kuchli og'riqlardan shikoyat qilib yotqizilgan. Asosan qo'l va oyoq bo'g'imlari shikastlanadi, bu sohalarda teri giperemiyalangan bo'ladi. Sezilarli shish, og'riqlar tufayli harakat funksiyasining keskin cheklanishi kuzatiladi. Laboratoriya tekshiruvida qon tahlilida biroz leykotsitoz, formulaning chapga siljishi, ECHT 35 mm/soat. Qonning biokimyoviy tahlili yaqqol o'zgarishlarsiz, S-reaktiv oqsil aniqlangan, revmatoid omil aniqlanmagan. Rentgenologik tekshiruvda zararlangan bo'g'imlar sohasida sinovial-suyak o'zgarishlari, bo'g'im atrofidagi

suyak to'qimalarining siyraklashish belgilari aniqlandi. Tirsak va tizza terisida, peshona terisida soch o'sish chegarasida tangachalar bilan qoplangan pilakchalar bo'ladi.

1 Taxminiy tashxis?

2. Ushbu bemorni davolash tamoyillari?

10.

Teri-tanosil dispanseri qabuliga 20 yoshli qiz qo'l va oyoqlaridagi tirnoq plastinkalarining shikastlanishi bilan murojaat qildi. Ko'zdan kechirilganda tirnoqlarning ko'pchiligida erkin chekkasida ularning xiralashuvi, ba'zi joylarda qalinlashuvi kuzatiladi, ko'pgina plastinkalarda angishvona yuzasini eslatuvchi nuqtasimon chuqurchalar mavjud. Laboratoriya tekshiruvida tirnoqlarda zamburug'lar topilmadi.

Savollar. 1. Taxminiy tashxis?

2. Tashxisni qanday kasalliklar bilan farqlash kerak?

11.

Qabulga bemor jinsiy olat boshchasida po'st tashlagan qizil dog' paydo bo'lganidan shikoyat qilib keldi. Ko'zdan kechirilganda olat boshchasida dumaloq shaklli, qizil rangli, kattaligi 2 tiyinlik tangadek keladigan papula bo'ladi, papula oq rangli tangachalar bilan qoplangan. Limfa tugunlari kattalashmagan. Bilaklarning yozuvchi yuzasida xuddi shunday qizil rangli, tangachali papulalar bo'ladi.

Savollar 1. Qanday tashxis qo'yilgan? 2. Shifokor taktikasi qanday?

12.

Uch hafta oldin oyoq-qo'llar yuzasining yozuvchi tomonida pushti rangli papulalar paydo bo'ldi, ular kumush-oq tangachalar bilan qoplangan. Yangi toshmalar, shu jumladan chiziqli shilinish bo'ylab paydo bo'lishi qayd etilgan. Papulalar qirib olinganda "stearin dog'i," "terminal parda" va "nuqtali qon ketish" simptomi paydo bo'ladi.

1-savol. Batafsil tashxis qo‘ying.

13.

Dermatologga 32 yoshli bemor avtomobil halokati bilan bog‘liq kuchli stressdan keyin paydo bo‘lgan keng tarqalgan qichishish toshmalaridan shikoyat qilib murojaat qildi. Gavda, oyoq-qo‘llar, boshning sochli qismi terisida yorqin pushti rangdagi ko‘p miqdorda tarqalgan mayda papulyoz elementlar aniqlanadi, ularning ko‘pchiligiga markaziy kumush-oq qipiqilanish xos. Ba‘zi joylarda papulyoz elementlar noto‘g‘ri shakllarga birlashib ketgan. Qashishdan terining shikastlangan joylarida papulalar mavjud bo‘lib, ular tirmalishlar bo‘ylab zanjir shaklida joylashadi.

1-savol. Tashxisni shakllantiring va asoslang.

14.

Statsionarga 25 yoshli bemor qo‘llari, oyoqlari, tanasida toshmalardan shikoyat qilib yotqizilgan. Kasal bo‘lganiga 5 yil bo‘ldi. Kasallik kuz va bahorda avj oladi. Oxirgi xuruj bir oy oldin ruhiy-hissiy zo‘riqishdan keyin paydo bo‘lgan. Boshning sochli qismida, tanada, qo‘l va oyoqlarning yozuvchi yuzalarida pushti-qizil rangli miliar, lentikulyar, tangasimon papulalar mavjud. Papulalarda tangachalar markazda joylashadi, ularning periferiyasida qizil hoshiya ko‘rinadi. Tizza va tirsaklarida pilakchalar bor. Eritema o‘rnida UBN ta’sirida yangi nuqtasimon tugunli toshmalar paydo bo‘ladi.

1. Tashxisni aniqlashtirish uchun qanday qo‘shimcha hodisalarni olish kerak?

2 Sizning tashxisingiz.

3 Kasallikning bosqichi qanday?

4. Davolash

15.

Ambulatoriya qabulida 18 yoshli bemor murojaat qilib, butun teri qoplamining qizarishidan shikoyat qildi. 3 yoshidan beri kasal. Kasallik har yili,

asosan kuz va bahorda avj oladi. Kasallikning avj olganiga 4 kun bo'ldi. Shifokor ko'rsatmasiz bemor terisiga 10% li oltingugurt-qora moy surtgan, shundan so'ng yuz, tana, bo'yin, qo'l-oyoq terisi qizargan. Ota-onalar ham shu kasallik bilan og'riydi. Bemor ko'zdan kechirilganda uning butun terisi yorqin qizil rangda bo'lib, shishgan va

yuz, bo'yin, tana terisining infiltratsiyasi. Qo'l-oyoqlarning yozuvchi yuzalarida kumushsimon-oq tangachalar bilan qoplangan lentikulyar papulalar va pilakchalar bo'ladi. Papulani qirish paytida stearin dog'i, terminal plyonka, nuqtali qon ketish hodisalari aniqlandi.

1 Sizning tashxisingiz.

2 Zarur laboratoriya tekshiruvlari.

3 Davolashdagi tavsiyalar.

16.

Oktyabr oyining oxirida dermatologga 18 yoshli bemor terining qichishishi va tarqalgan toshmalardan shikoyat qilib murojaat qildi. Talaba. 6 yoshidan beri kasal. Kasallik bahorda, kuzda zo'rayadi, yozda o'tib ketadi. Teri jarayoni asosan oyoq-qo'llarning yozuvchi yuzalarida, boshning ichki qismida, qorinda, orqada tarqalgan. Bu joylarda qizil rangli, shirali, bir-biriga qo'shilib ketgan, tangacha-po'stloqlar, seroz po'stloqlar bilan qoplangan ko'p miqdordagi yorqin papulez toshma paydo bo'ladi. Boldir sohasida namlanish va shish bilan papulalar. Chov, qo'ltiq osti, dumbalararo burmalar zararlanadi. Bu yerda ekssudativ pilakchalar ko'rinadi, ularning chegaralari keskin qizil rangda bo'lib, ozgina po'st tashlaydi.

1 Sizning tashxisingiz.

2. Tashxisni qanday tasdiqlash mumkin?

3. Kasallikning klinik shakllari qanday?

4. Davolashda sizning tavsiyangiz.

17.

45 yoshli bemor shifokorga ko‘plab tugunchalar toshishidan shikoyat qilib murojaat qildi, bu esa sezilarli qichishishni keltirib chiqaradi. 15 kundan beri kasal. Dastlabki toshmalar bilak terisida, keyinchalik boshqa sohalarda paydo bo‘lgan. Kasallik paydo bo‘lishidan biroz oldin shamollab qoldim. Obyektiv: holati qoniqarli. Terida qo‘l-oyoqlarning bukiluvchi yuzasida, ayniqsa to‘piq va bilak-kaft bo‘g‘imlari sohasida ko‘p miqdorda toshmalar paydo bo‘ladi. Yassi papulalar ko‘rinishidagi toshmalar markazida kichik kindiksimon botiqlik mavjud, rangi binafsha-qo‘ng‘ir, ularning yuzasi yon tomondan yoritilganda yaltiraydi. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati o‘zgarmagan.

Savollar: 1. Qanday dermatoz haqida taxmin qilish mumkin?

2. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o‘tkazish zarur?

3. Davolashni belgilang.

18.

Bemor 30 yoshda, kuchli qichishish bilan kechuvchi toshma toshishidan shikoyat qiladi. 10 kun davomida o‘zini kasal deb hisoblaydi. Toshma paydo bo‘lish sababini ko‘rsata olmaydi. Dimedrol qabul qilgan, ammo davolanishdan hech qanday ta’sir ko‘rsatmagan. Obyektiv: bilaklar, boldirlarning bukuvchi yuzalari terisida pushti-qizil rangli, boldirlarda sianotik tusli mayda yaltiroq papulyoz elementlar aniqlanadi. Papulalar shakli poligonal, markazida kindiksimon botiqlik bor.

Savollar. 1. Sizning taxminiy tashxisingiz?

2. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o‘tkazish zarur?

3. Davolash tamoyillari?

19.

Shifokor qabuliga 20 yoshli ayol bilaklarning oldingi yuzasida qichishish bilan kechuvchi toshmalar paydo bo‘lishidan shikoyat qilib keldi. Kasalligiga 2 hafta bo‘ldi. Toshma paydo bo‘lishi kuchli hissiy stress bilan bog‘liq. Toshmalar binafsha-ko‘kimtir rangli poligonal shakldagi ko‘p sonli papulalar bilan

ifodalanadi, ular ba'zi joylarda kichik pilakchalarni hosil qiladi, ularning yuzasi toshli yo'lni eslatadi, papulalar markazida kindiksimon botiqlik mavjud.

Savollar 1. Qaysi kasallik haqida o'ylash mumkin?

2. Qanday diagnostik fenomen taxmin qilinayotgan diagnozni tasdiqlashi mumkin?

3. Bemorga qanday davo tayinlash talab etiladi?

20.

27 yoshli bemor tanasida, bilaklarining oldingi yuzasida va boldirlarida qichishadigan toshmalardan shikoyat qiladi. Toshmalar yassi, mayda yaltiroq, ko'kimtir-pushti rangli poligonal shakldagi papulalar bilan ifodalanadi, papulalar markazida kindiksimon botiqlik mavjud.

Savollar 1. Sizning tashxisingiz?

2. Bemorga davo tayinlang.

21.

32 yoshli erkak venerolog qabuliga jinsiy olat boshchasidagi toshmalardan shikoyat qilib keldi, u bu toshmalarni taxminan 5 kun oldin payqagan. Taxminan 1,5 oy oldin tasodifiy jinsiy aloqada bo'lganligini ko'rsatadi. Ko'zdan kechirilganda toshma oqish-pushti va sadaf rangli papulalardan iborat bo'lib, ba'zi joylari halqasimon shaklda bo'ladi. Chov limfa tugunlari kattalashmagan. Toshmalar biroz qichishishni keltirib chiqaradi.

Savollar 1. Ushbu bemorda qanday kasalliklarni taxmin qilish mumkin?

2. Tashxisni aniqlashtirish uchun qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak?

22.

Stomatologga 35 yoshli bemor og'iz bo'shlig'ida toshmalar paydo bo'lishi, issiq va sho'r ovqat iste'mol qilishda qiyinchilik tug'dirishi shikoyatlari bilan murojaat qildi. Qandli diabet bilan og'riydi. Og'iz shilliq qavatini ko'zdan kechirishda lunj shilliq qavatining yaqqol giperemiyasi va shishi kuzatiladi, uning fonida ko'plab eroziya va yaralar mavjud bo'lib, ularning tubi oq karash bilan

qoplangan. G'uborni olib tashlash qon ketishiga sabab bo'ladi. Tilda, qattiq tanglay shilliq qavatida oqish-marvarid rangli alohida mayda tugunchalar aniqlanadi, ular bir-biri bilan qo'shilib, g'alati shakllarga aylanadi.

1-savol. Taxminiy tashxis?

23.

Stress holatidan so'ng qo'llarning bukuvchi yuzasi terisida qichishadigan pushti-binafsha rangli, yassi, ko'p burchakli, mumsimon yaltiroq, to'g'nog'ich boshchasidan yasmiqqacha bo'lgan papulalar paydo bo'ldi, bir nechta papulalar markazida kindiksimon botiqliklar mavjud bo'lib, ularda "Uikxem to'ri" ko'rinadi. Savollar 1. Qanday tashxis qo'yilgan? 2. Davolash rejasini belgilang.

24.

45 yoshli erkak kuchli qichishish, terida toshmalar paydo bo'lganidan shikoyat qildi. Ruhiy jarohatdan so'ng 10 kun oldin kasal bo'lib qolgan. Oilada xotini va 2 o'g'li sog'-salomat. Shinam kvartirada yashaydi, hasharotlar yo'q. Bemor asabiylashadi, tez qo'zg'aladi, uyqusi buziladi. Qichima kecha-yu kunduz bezovta qiladi. Bilak, son ichki yuzalari terisida, bilak-kaft bo'g'imlari sohasida, belda, boldirning yozuvchi yuzasida yaltiroq yuzali, markazida kindiksimon botiqlik, Uikxem to'ri bo'lgan ko'kimtir-binafsha rangli poligonal lentikulyar papulalar mavjud. Lunj shilliq qavatida to'rsimon kulrang-opal papulalar mavjud.

1. Sizning tashxisingiz.

2. Sizning tavsiyangiz va bemorni davolash.

TEST TOPSHIRIQLARI

1. Oddiy psoriazning birlamchi morfologik elementini ayting:

a) pufakcha

b) pustula

- v) eritema
- g) papula
- d) pufak

2. Quyidagi gistologik belgilardan qaysi biri uchun patognomonik emas psoriaz:

- a) akantoz
- b) parakeratoz
- v) papillomatoz
- g) Potriye mikroabssesslari
- d) Munro mikroabssesslari

3. Psoriazda qaysi belgilar kuzatilmaydi:

- a) stearin dog'i simptomi
- b) Nikolskiy simptomi
- v) terminal plyonka simptomi
- g) qonli shudring simptomi
- d) Kebner simptomi

4. Qizil yassi temiratki bilan og'rig'an bemorlarda quyidagi shakllardan qaysi biri uchramaydi:

- a) follikulyar
- b) gipertrofik
- v) teskari
- g) markazdan qochma
- d) urtikar

5. Qizil yassi temiratkiga xos bo'lmagan belgini ko'rsating:

- a) markaziy soxta yarasi bo'lgan ko'plab gumbazsimon tugunlar
- b) qizg'ish-siren rangli yassi poligonal papulalar

- v) Kebner reaksiyasi
- g) papulalar markazidagi kindiksimon botiqlik
- d) papulalar yuzasidagi Uikxem to‘ri

6. Psoriazning eng ehtimoliy irsiylanish xususiyatini ayting:

- a) autosom-dominant.
- b) autosom-retsessiv.
- v) polga ilashgan.
- g) autosom-dominant to‘liq bo‘lmagan penetrantlik bilan.
- d) quyidagilardan istalgan biri.

7. Psoriazda teridan tashqari qaysi a‘zo va to‘qimalar zararlanishi mumkin?

- a) sochlar, tayanch-harakat apparati.
- b) tirnoqlar, shilliq pardalar.
- v) oshqozon-ichak trakti, nerv sistemasi.
- g) tayanch-harakat apparati, tirnoqlar.
- d) yurak-qon tomir tizimi, tayanch-harakat apparati.

8. Psoriazdagi zararlanishlarning notipik joylashuvini ayting:

- a) boshning sochli qismi
- b) lablar, og‘iz shilliq qavati
- v) qo‘l-oyoqlarning yozuvchi yuzalari
- g) kaftlar va tovonlar
- d) dung‘aza suyagi

9. Simptomlarning "psoriatik triadasi" nimalarni o‘z ichiga oladi?

- a) "terminal parda" simptomi, Yadasson simptomi, "nuqtali qon ketish" simptomi.
 - b) "qoplama" simptomi, Nikolskiy simptomi, "stearin" simptomi
- dog‘lar."

- v) "yashirin po'st tashlash" simptomi, "stearin dog'i" simptomi, "nuqtali qon ketish" simptomi.
- g) "nuqtali qon ketish" simptomi, "qoplama" simptomi, "tugmachali zond" simptomi.
- d) "stearin dog'i" simptomi, "nuqtali qon ketish" simptomi, "terminal parda" simptomi.

10. Psoriazning zo'rayib boruvchi bosqichiga qanday belgilar xos?

- a) papulalar asosan mayda, papulaning butun yuzasi po'st tashlaydi.
- b) papulalar asosan yirik, Kebner fenomeni.
- v) Kebner fenomeni, papulalarga markaziy po'st tashlash xos.
- g) papulalar halqasimon shaklga ega, "psevdoatrofik hoshiya."
- d) papulalarga markaziy po'st tashlash xos, papulalar asosan yirik bo'ladi.

11. Qaysi belgilar regressiv bosqichni ko'rsatadi?

- a) Kebner fenomeni, terida ikkilamchi depigmentatsiyalar hosil bo'lishi.
- b) papulalar atrofida "psevdoatrofik hoshiya," papulalarga markaziy po'st tashlash xos.
- v) papulalarga markaziy po'st tashlash, terining qichishishi xos.
- g) papulalar halqasimon shaklda bo'lib, terida ikkilamchi depigmentatsiyalar hosil bo'ladi.
- d) terida ikkilamchi depigmentatsiyalarning shakllanishi, musbat psoriatik triada.

12. Psoriatik artropatiya uchun quyidagilar xos:

- a) distal falangalararo bo'g'imlarning shikastlanishi, osteoporoz rivojlanishi shikastlangan joylarda.
- b) umurtqa pog'onasining zararlanishi, antibiotikoterapiyaning tez ta'siri.
- v) mayda bo'g'imlarning shikastlanishi, qon zardobida revmatoid faktorlar.
- g) yirik bo'g'imlarning zararlanishi, zararlangan joylarda osteoporoz rivojlanishi.
- d) antibiotikoterapiyaning tez ta'siri, ankilozlarning tez shakllanishi.

13. Quyidagilar qizil yassi temiratkida birlamchi morfologik element hisoblanadi:

- a) dog'.
- b) papula.
- v) do'mboqcha.
- g) tugun.
- d) qavariq.

14. Qizil yassi temiratkining o'ziga xos bo'lmagan joylashuvini ayting:

- a) gavda.
- b) bilaklarning bukuvchi yuzasi.
- v) boldirning oldingi yuzasi.
- g) tashqi jinsiy a'zolar.
- d) boshning sochli qismi.

15. Qizil yassi temiratkida teridan tashqari qaysi organ va to'qimalar zararlanishi mumkin?

- a) shilliq pardalar, tirnoqlar.
- b) yurak-qon tomir tizimi, shilliq pardalar.
- v) sochlar, oshqozon-ichak trakti.
- g) tirnoqlar, tayanch-harakat apparati.
- d) tayanch-harakat apparati, nerv sistemasi.

16. Qaysi qatorda yuzaga keladigan diagnostik fenomenlar keltirilgan?
qizil yassi temiratkida?

- a) "stearin dog'i" simptomi, Bene-Meshcherskiy simptomi.
- b) Kebner simptomi, Uikxem simptomi.
- v) "olma jelesi" simptomi, "nuqtali qon ketish" simptomi.
- g) Uikxem simptomi, Nikolskiy simptomi.
- d) Yadasson simptomi, Kebner simptomi.

17. Qaysi bandda qizil yassi temiratkinining faqat papulalariga xos xususiyatlar ko'rsatilgan?

- a) yaltiroqligi, poligonalligi, bosilganda og'rishi.
- b) markaziy kindiksimon botiqlik, po'st tashlash, binafsha rang.
- v) poligonallik, qichishish, bieltning "yoqa"si.
- g) po'st tashlash, Voronovning "psevdoatrofik gardishi," poligonallik.
- d) binafsha rang, markaziy kindiksimon botiqlik, yaltiroqlik.

18. Qizil yassi temiratkiga xos gistologik belgilar quyidagilar hisoblanadi:

- a) giperkeratoz, spongioz, papillomatoz.
- b) parakeratoz, atrofiya, dermaning limfoid infiltratsiyasi.
- v) akantoz, papilomatoz, parakeratoz.
- g) granulyoz, giperkeratoz, dermaning limfoid infiltratsiyasi.
- d) dermaning limfoid infiltratsiyasi, epidermoliz, giperkeratoz.

19. Psoriazda yuqorida sanab o'tilganlarning barchasi zararlanishi mumkin,

- a) charm
- b) bo'g'imlar
- v) shilliq pardalar
- g) soch
- d) tirnoq

20. Psoriazning kelib chiqishida quyidagilardan tashqari barcha sanab o'tilgan omillar katta ahamiyatga ega:

- a) yuqori nafas yo'llarining strepto-stafilokokkli infeksiyasi
- b) irsiy moyillik
- v) endokrin buzilishlar
- g) markaziy, periferik va vegetativ tizimning buzilishlari

d) katta ota-onalarda sifilis

21. Psoriazning zo'rayib boruvchi bosqichi uchun yuqorida sanab o'tilgan barcha ko'rinishlar xos bo'lib,

a) stearin dog'i fenomeni

b) terminal plyonkasining

v) nuqtali qon ketish

g) Kebner fenomeni

d) Voronovning "psevdoatrofik" gardishi elementlari atrofida paydo bo'lishi

22. Psoriazning yuqorida sanab o'tilgan barcha klinik turlari farqlanadi,

a) pustulyoz

b) artropatik

v) ekssudativ

g) psoriatik eritrodermiya

d) diskoid

23. Psoriazni yuqorida sanab o'tilgan barcha kasalliklar bilan differensiatsiya qilish lozim,

a) zaxm

b) qizil yassi temiratki

v) revmatoid artrit

g) seboreyali ekzema

d) sklerodermiyalar

24. Psoriazda teridagi toshmalar, qoidaga ko'ra, quyidagilardan iborat:

a) lentikulyar papulalar

b) pufakchalar

v) do'mboqchalar

g) tugunlar

d) qabariq

25. Quyidagilar psoriazning klinik turlari hisoblanadi:

a) diskoid

b) artropatik

v) skutulyar

g) impetiginoz

d) surunkali yarali

26. Psoriatik papulani qirishda quyidagilar kuzatiladi:

a) stearin dog'i fenomeni

b) olma jelesi simptomi

v) Nikolskiy simptomi

g) zond simptomi

d) Kebner fenomeni

27. Psoriazda tirnoqlar shikastlanishining xarakterli belgilari quyidagilar hisoblanadi:

a) angishvonagul simptomi

b) tirnoq ostiga qon quyilishi

v) paronixiya

g) atrofik onixodistrofiya

d) gipertrofik onixodistrofiya

28. Psoriazda asosiy gistopatologik o'zgarishlar

a) parakeratoz

b) akantolizis

v) granulyoz

g) gipergranulyoz

d) akantoz

29. Psoriazning zo‘rayib boruvchi bosqichi

- a) periferiya bo‘ylab qizil gultoj bilan o‘ralgan mayda papulalarning paydo bo‘lishi
- b) ko‘p miqdorda po‘st tashlagan yirik infiltratsiyalangan pilakchalarning mavjudligi
- v) papulalar so‘rilgandan keyin depigmentatsiyalangan dog‘lar mavjudligi
- d) yaralar mavjudligi

30. Kaftlar va tovonlar psoriazini

- a) pufakli
- b) streptokokkli impetigo
- v) papulyoz sifilid
- g) belbog‘li temiratki
- d) kepaksimon temiratki

31. UBN va yozgi kurortlar yozda

- a) psoriazning zo‘rayib boruvchi bosqichida
- b) psoriazning yozgi shakli
- v) psoriazning qishki shakli
- d) psoriatik eritrodermiya
- g) psoriazning pustulyoz shakli

32. Psoriaz uchun eng xarakterlisi toshmalarning joylashishi hisoblanadi.

- a) kaftlar va tovonlarda
- b) og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida
- v) tirsak va tizza bo‘g‘imlarining yozuvchi yuzalarida
- g) yuzida
- d) bilaklarning bukuvchi yuzalarida

33. Psoriazning statsionar bosqichi uchun yuqorida sanab o‘tilganlarning barchasi xos,

- a) elementlar to‘liq kumushsimon-oq tangachalar bilan qoplangan
- b) toshmalar to‘q qizil rangda
- v) elementlar atrofida Voronovning psevdofolik gardishi mavjud
- g) yangi toshmalar paydo bo‘lishining to‘xtashi
- d) elementlarning periferik o‘ssishi yo‘qligi

34. Psoriazning barcha sanab o‘tilgan patogistologik belgilari

- a) giperkeratoz
- b) akantoza
- v) spongioz
- g) Munro mikroabsesslari
- d) parakeratoz

35. Psoriazning regressiv bosqichi uchun yuqorida sanab o‘tilganlarning barchasi xos,

- a) elementlarning periferik o‘ssishi yo‘qligi
- b) toshmalarning yo‘qolishi
- v) to‘kma elementlar rangining oqarishi
- g) izomorf reaksiya
- d) ikkilamchi giper- yoki depigmentatsiyalangan dog‘lar

36. Psoriatik artrit uchun quyidagilardan tashqari barcha belgilar xos:

- a) bo‘g‘imlar shishi
- b) bo‘g‘imlar deformatsiyalari
- v) bo‘g‘imlardagi harakatlar hajmining cheklanishi
- g) bo‘g‘imlardagi rentgenologik o‘zgarishlar
- d) qo‘l va oyoq kaftlari mutilatsiyasi

37. Psoriazning zo‘rayib boruvchi bosqichi uchun quyidagilardan tashqari barcha belgilar xos:

- a) pushti-qizil rangli toshmalar
- b) Kebner fenomeni
- v) "psevdoatrofik" Voronov gardishi elementlari atrofida mavjudligi
- g) papulalarning markaziy qismidagi po'st tashlash
- d) musbat psoriatik triada

38. Psoriazning zo'rayib boruvchi bosqichida yuqorida sanab o'tilganlarning barchasi tayinlanadi,

- a) antigistamin preparatlar
- b) natriy tiosulfat eritmasi
- v) 1% salitsil surtmasi
- g) kalsiy glyukonat inyeksiyalari
- d) UBN

39. Psoriaz va qizil yassi temiratkinining tipik holati uchun nima umumiy?

- a) chidab bo'lmaydigan qichishish
- b) papulalarning mavjudligi
- v) oyoq-qo'llarning oldingi yuzasida joylashishi
- g) shilliq pardalarning shikastlanishi
- d) artralgiya

40. Qizil yassi temiratkinining klinik shakllariga quyidagilar kiradi:

- a) halqasimon
- b) pemfigoid
- v) atrofik
- g) so'galli
- d) tizimli

Vaziyatli masalalarga javob etalonlari

1.

1. Psoriaz. Artropatik shakli. 2. Tipik klinik ko'rinish, qo'l-oyoqlarning distal falangalarida o'zgarishlar, shish va og'riq mavjud. 3. Metotreksat bilan davolash

2.

1. Psoriaz. Keng tarqalgan shakli. Progressiv bosqich. Aralash tip. 2. Tipik klinik ko'rinishi, Pilnov simptomi, ijobiy Kebner fenomeni. 3. Zaxm, parapsoriaz. 4. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ preparatlar. Vitaminlar. Tashqi: tarkibida salitsil kislotasi bo'lgan kombinatsiyalangan kortikosteroid malhamlar, PUVA terapiyasi.

3.

1. Boshning sochli qismi psoriazi. Ijobiy Kebner fenomeni. 2. Boshning sochli qismiga tarkibida salitsil kislotasi, PUVA bo'lgan kombinatsiyalangan kortikosteroid malhamlar.

4.

1. Tarqalgan psoriaz. Artropatik shakli. Tipik klinik ko'rinish, qo'l-oyoq bo'g'imlarida o'zgarishlar, shish va og'riq mavjud. 2. Metotreksat bilan davolash. 3. Zararlangan bo'g'imlar rentgenografiyasi, umumiy qon tahlili, revmosinama.

5.

1. Psoriaz. Keng tarqalgan shakli. Statsionar bosqich. Aralash tip. 2. Tipik klinik ko'rinish, stearin dog'ining ijobiy fenomeni. 3. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ preparatlar. Vitaminlar. Sirtga: Salitsil kislotasi, PUVA saqlagan kombinatsiyalangan kortikosteroid malhamlar boshning sochli qismiga.

6.

1. Boshning sochli qismi psoriazi. Klinik ko'rinishi, "Angishvona" simptomining mavjudligi, irsiy moyillik asosida. 2. Boshning sochli qismiga tarkibida salitsil kislotasi, PUVA bo'lgan kombinatsiyalangan kortikosteroid malhamlar.

7.

1. Psoriaz. Keng tarqalgan shakli. Statsionar bosqich. Aralash tip. 2. Tipik klinik ko'rinishi, stearin dog'ining ijobiy fenomeni. 3. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ preparatlar. Vitaminlar. Sirtga: 2% li salitsil malhami yoki kortikosteroid malhamlar. PUVA terapiya.

8.

1. Psoriatik eritrodermiya. 2. Kortikosteroidlar, biologik terapiya. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ preparatlar. Vitaminlar. Sirtga: kortikosteroid malhamlar.

9.

1. Psoriatik artropatiya. 2 Metotreksat, biologik terapiya

10.

1. Tirnoq plastinkalari psoriazi. 2. Qiyosiy tashxis onixomikozlar, onixodistrofiyalar bilan o'tkaziladi.

11.

1. Oddiy psoriaz. Chegaralangan shakl. 2. Zaxm bilan serologik reaksiyalar yordamida qiyosiy tashxis o'tkazish. Psoriatik triadani tekshirish.

12.

1. Psoriaz. Progressiv bosqich. Aniqlanmagan tur.

13.

1. Oddiy psoriaz. Keng tarqalgan shakli. Progressiv bosqich. Aniqlanmagan tur. 2. Tipik klinik ko'rinishi, Pilnov simptomi, ijobiy Kebner fenomeni.

14.

1. Psoriatik triada (stearin dog'i, terminal plyonka, nuqtali qon ketish hodisalari).
2. Psoriaz. 3. Progressiv bosqich. 4. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ preparatlar. Vitaminlar (A, C, B kompleksi, nikotin kislota). Sirtga: tarkibida 2% li salitsil malhami bo'lgan kombinatsiyalangan kortikosteroid malhamlar, so'ngra so'ruvchi vositalar.

15.

1. Psoriatik eritrodermiya. 2 Qon morfologiyasi, siydik tahlili. 3 Kortikosteroid gormonlar ichga. Desensibillovchi preparatlar, sedativlar. Vitaminlar (A,C). Sirtga: qichishishga qarshi, so'ruvchi vositalar.

16.

1. Papulani qirib, psoriatik triada hosil qilish. 2. Psoriaz. 3. Ekssudativ psoriaz. 4. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ preparatlar. Vitaminlar (A, S, V kompleksi, nikotin kislota). Sirtga: kortikosteroid malhamlar.

17.

1. Qizil yassi temiratki. 2. Qiyosiy tashxis psoriaz, zaxm bilan o'tkaziladi. 3. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ, antigistamin preparatlarni o'z ichiga olgan tizimli terapiya. Zararlanish o'choqlariga applikatsiya ko'rinishidagi kortikosteroid kremlar va malhamlarni qo'shish bilan tashqi terapiya.

18.

1. Qizil yassi temiratki. 2. Qiyosiy tashxis psoriaz, zaxm bilan o'tkaziladi. 3. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ, antigistamin preparatlarni o'z ichiga olgan tizimli terapiya. Zararlanish o'choqlariga applikatsiya ko'rinishidagi kortikosteroid kremlar va malhamlarni qo'shish bilan tashqi terapiya.

19.

1. Qizil yassi temiratki. 2. Uikxem to'ri. 3. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ, antigistamin preparatlarni o'z ichiga olgan tizimli terapiya. Zararlanish o'choqlariga applikatsiya ko'rinishidagi kortikosteroid kremlar va malhamlarni qo'shish bilan tashqi terapiya.

20.

1. Qizil yassi temiratki. 2. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ, antigistamin, bezgakka qarshi, antibakterial, vitamin preparatlarini o'z ichiga olgan tizimli terapiya. Zararlanish o'choqlariga applikatsiya ko'rinishidagi kortikosteroid kremlar va malhamlarni qo'shish bilan tashqi terapiya.

21.

1. Qizil yassi temiratki, psoriaz, zaxm. 2. Zaxmga serologik tekshirishlar. Uikxem to'ri mavjudligini tekshirish.

22.

1. Qizil yassi temiratki. Eroziv-yarali shakli.

23.

1. Qizil yassi temiratki. 2. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ, antigistamin preparatlarni o‘z ichiga olgan tizimli terapiya. Zararlanish o‘choqlariga applikatsiya ko‘rinishidagi kortikosteroid kremlar va malhamlarni qo‘shish bilan tashqi terapiya.

24.

1 Qizil yassi temiratki. 2. Desensibilizatsiyalovchi, sedativ, antigistamin preparatlar. Vitaminlar. Fizioterapiya. Tashqi: kortikosteroid kremlar va malhamlarni shikastlanish o‘choqlariga applikatsiya ko‘rinishida kiritish bilan tashqi terapiya.

TEST TOPSHIRIQLARI JAVOBLARI ETALONLARI

1 g	15 a	29 a
2 g	16 b	30
3 b	17 d	31B
4 d	18 g	32 B
5 a	19 g	33 B
6 g	20 d	34 B
7 g	21 d	35 Г
8 b	22 d	36 Д
9 d	23 d	37 B
10 b	24 a	38 Д
11 g	25 b	39 б
12 a	26 a	40 Д
13 b	27 a	
14 Д	28 a, Д	

