

MAVZU:ETIOLOGIYASI YETARLI ANIQLANMAGAN TERI KASALLIKLARI



Isaqova Mashxuraxon Azamatovna

*Xo'jaobod Abu Ali ibn Sino nomidagi
jamoat loqmatligi texnikumi Teri-tanosil va
kosmetolgiyada hamshiralik ishi fani o'qituvchisi*

Psoriaz - terining ko'p tarqalgan, papuloskvamoz, surunkali, qaytalanib turuvchi, dunyoning turli mintaqalarida, turli yosh va jinsdagi odamlarda uchraydigan multifaktorli kasallik. Etiologiyasi aniqlanmagan. Nasliy omillar ahamiyati katta, sababi 40 % hollarda nasliy anamnezda avlodda, oilada kasallik borligi aniqlangan.

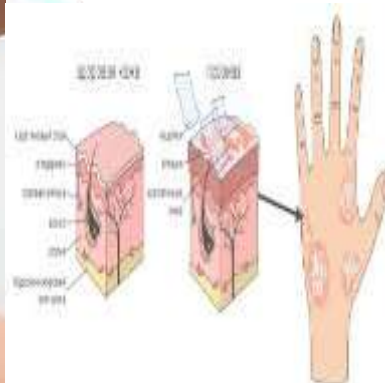
Kasallikka olib keluvchi va rivojlantiruvchi omillar quyidagilar: stress, virus, bakterial infeksiya, moddalar almashuvining buzilishi, immunologik holatning o'zgarishi va boshqalar.



Psoriazning turlari

Kasallik patogenezida ham turli noaniqliklar mavjud, m a'lum nazariyalar orqali esa terining normal rivojlanishini ta'min etuvchi mexanizmlar blokadalanishi sabablari va buning oqibatida paydo bo'luvchi akantoz, parakeratoz, giperkera toz, papillomatoz va Munro mikroabstsesslari aniqlanadi. Klinik ko'rinishi. Psoriaz teriga monomorf, epidermodermal tugunchalar tosh ishi bilan xarak terlanadi.

Toshmalar, asosan , boshning sochli qismi, qo‘l-oyoqlar va tananing yozuvchi sohalarida joylashadi. Tugunchalar aniq chegarali, zich-elastik konsistensiyali, yassi, Pushti qizg‘ish rangli bo‘lib, yuzalari kumushsim oqish kepaklar bilan qoplanadi. Kepaklar tugunchaning o‘rtasida paydo bo‘lib, kattayib yengil ko‘chadigan bo‘ladi.



Tugunchalarning o‘lchami turlicha - nuqtadek kattalikda, moshdek, no‘xatdek bo‘lib atrofiga o‘sish evaziga kattalashib, bir-birlari bilan qo‘shilib, yirik-yirik pilakchalar hosil qiladi. Psoriazning klinik kechishida uch bosqich - progressiv, statsionar va regressiv bosqichlari farqlanadi. Progressiv yoki boshlang‘ich o‘tkirlanish bosqichiga quyidagi klinik ko‘rinishlari xos: yangi, mayda to‘q qizil rangli tugunchalarning hosil bo‘lishi, mavjud tugunchalarning atrofiga o‘sishi, markaziy qismlaridagina kepaklanishlar kuzatilishi, tugunchalar atrofida «o‘sish halqasi» hoshiyasining yanada to‘q qizil bo‘lishi va psoriaz uchligi belgisi: stearin dog‘i, terminal parda va qon shudringi fenomenlarining oson chaqirilishi, Kebner fenomeni, ya‘ni tashqi ta‘sirotga javoban yangi toshmalarining vujudga kelishi. Bulardan tashqari, bu bosqichda ayrim bemorlarda qichishish hissi kuzatiladi. Bu davrda turli stresslar, mikrotravmalar, noratsional davo ta‘siridan jarayon avjlanib, toshmalar butun teri yuzasini qoplab olishi va psoriatik eritrodermiyasi vujudga kelishi mumkin.

Psoriazning statsionar bosqichida yangi tugunchalar paydo boim aydi, tugunchalar yirik, atrofida o‘sish halqachasi yo‘q, rangi och-pushti tusda bo‘lib, tugunchalarning butun yuzasi bo‘ylab mo‘l kepaklanish kuzatiladi. Tugunchalar yassilangan, atrofida anemik halqa ko‘rinadi. Psoriaz uchligi to‘liq chaqirilmaydi, ya‘ni qon shudringi fenomeni kuzatilishi qiyin. Kebner fenomeni ayrim hollarda kuzatilsa, ayrim hollarda sezilmaydi. Qichishish kam bezovta etadi. Kasallikning regressiv bosqichida tuguncha yuzasidagi kepaklanish kam, deyarli yo‘q, tugunchalar esa markazidan so‘rilib, halqasimon ko‘rinishga kiradilar (psoriasis anularis) yoki atrofidan so‘rilib yo‘qoladi va o‘rnida depigment halqa ko‘rinadi.

Kebner va psoriaz uchligi fenomenlari manfiy. Tugunchalar so‘rilib bo‘lgan sohalarda giper yoki depigmentli yuzalar hosil bo‘ladi (leucoderma psoriaticum).

Kasallikning paydo bo‘lishi yoki avj olishi bahor-yoz, kimdadir kuzqish fasllarida ko‘proq kuzatiladi va shunga ko‘ra kasallikning yozgi va qishki turlari hamda

qishin-yozin pala-partish avj olsa psoriazning aralash turi hisoblanadi. Ayrim hollarda ekssudativ psoriaz (psoriasis exudativum) kuzatiladi. Bu turda to'liq qizil qaloqsimon tugunchalar vujudga kelib, ular yuzasida qat-qat sarg'ish yoki qo'ng'ir-jigarrang kepaklanish kuzatiladi, kepaklar ko'chirilsa, kuchsiz namlanish o'chog'i ko'rinadi. Kasallikning kam uchrovchi xili - pustulez psoriaz (psoriasis pustulosa). Bu xil psoriaz tanada, qo'l-oyoqlarda hamda kaft va tovon sohasi terilarida uchraydi. Psoriaz toshmalari bilan bir qatorda, pustulyoz elementlar toshishi, eritrodermiya, harorat ko'tarilishi, et uvishishi, kam quvvatlilik, leykotsitoz bilan kechadi. Psoriatik eritrodermiya (erythrodermia psoriatica) - psoriazning og'ir asoratlaridan biri hisoblanib, ko'pincha noratsional mahalliy davodan so'ng kuzatiladi. Bunda psoriatik jarayon terining hamma qismini egallab olib, kasallik og'ir kechadi, bemor ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotadi, harorat ko'tarilib, et uvishadi va kuchli teri qichishishi bezovta etadi. Bir xil bemorlarda yurak va buyrak yetishmovchiligi vujudga kelishi xavfi baland bo'ladi. Psoriaz bilan og'rigan 10 foiz bemorlarda psoriatik artropatiya (arthropathia psoriatica) vujudga keladi. Asosan, qo'l-oyoq panjalarining oraliq

bo'g'inlari, umurtqa pog'onasi bo'g'inlari jarohatlanadi. Kasallikning ilk belgilari:

bo'g'implarda klinik o'zgarishlarsiz og'riq kuzatiladi. Keyinchalik kasallik avjlanishi oqibatida bo'g'implar shishadi, yuzasidagi teri qizaradi, harakat cheklanadi va og'riqli bo'ladi. Bo'g'implar borib-borib harakati susayib, bemorlar nogiron bo'lib qoladilar. Psoriazda tirnoqlar o'zgarishi ko'p uchraydi (onychia psoriatica): nuqta-nuqta botiqlar (angishvona simptomi), timoqlarning qalinlashishi va ularning sinishi kabilar kuzatiladi.

Tashxisi: 1. Tugunchalar va xarakterli klinik ko'rinishi. 2. Psoriatik uchlik simptomi (VI ilova). 3. Gistologik tekshirishlar. Differensial tashxisi: - Lichen ruber planus; - Dermatitis seborrhoica; - Rityriasis rubra pilaris; - Lichen rosea Gibert; - Morbus Reiter; - terining zamburug'li kasalliklari; - eritrodermiya; - Neurodermitis; - Syphilis secundaria.

Davosi. Mahalliy davosi: - Psoriazni davolashda, ayniqsa, mahalliy davolashda kasallikning klinik bosqichini ko'zda tutish kerak va progressiv bosqichda mahalliy davosiz yoki faqat indiferent yoki steroid malhamlar buyuriladi. - Vitamin D - 3 saqllovchi Psorcutan (Daivonex) krem, mazi psoriazni davolashda samarali hisoblanmoqda. Jarohatlangan teriga kuniga 2 marta yupqa surtiladi. - Kortikosteroid mazlari (deksam etazon, selestoderm, lorinden, dermoveyt, klobetazol, nerizona, ftorokort) kasallikka ijobiy ta'sir etib 2 haftada terida o'zgarish kuzatiladi.

Ulam i ikki haftadan ziyod surtish mumkin emas, sababi noxush ta'sirlari (asosan, yuzda) kuzatilishi mumkin (teri atrofiyasi yoki buyrak usti bezi atrofiyasi). - Ditranol (0,5 %, 1 %, 2 % krem yoki mazlari) - tez ta'sir ko'rsatuvchi davo. Maz yoki krem kuniga 1 marta (10 kun mobaynida) yupqa surtilib, 10, 20, 30 daqiqadan so'ng

yuvib tashlanadi. Shifobaxsh ta'siri, asosan, 15-25 kundan so'ng kuzatiladi; - 1-3 % salitsil kislotasi va 3-20% qora moy (konsentratsiyasi kasallik davriga qarab aniqlanadi) saqllovchi mazlar, kortikosteroid mazlari bilan birgalikda yoki ularsiz kuniga 1 yoki 2 marta surtiladi. Uzoq muddat foydalanish mumkin.

Asalari zahri saqllovchi mazlar: Ungapiven va Helar (chistotel ekstrakti ham saqlaydi) - ular shifobaxsh ta'sirga ega, teri yallig'lanishi mushak va bo'g'imlar og'rig'i bilan kechsa qo'llaniladi. Ular kuniga 2 marta surtiladi, 10-20 daqiqadan so'ng yuvib tashlanadi. Asosan, eritropatik psoriazda qo'llaniladi.

Umumiy davosi: - sedativ vositalari; tinchlantiruvchi choylar, brom preparatlari, neyroleptiklar; - progressiv davrida - antigistamin vositalari; - vitaminoterapiya (B12 vitamini foliyevaya kislota bilan birgalikda. Yozgi turida - nikotin kislotasi, teonikol, trental). Og'ir turlarida (tez-tez qaytalashida, 50-80 % teri jarohatlanganida): - Sintetik retinoidlar (tigazon, neotigazon). Ular kuniga 0,2-1,0 mg/kg vazn hisobida ichiladi. Qabul qilish davomiyligi individual, 1-2 oy va undan uzoqroq, kuniga 2 marta qabul qilinadi, samarasi sezilgach, miqdori kamaytiriladi yoki qabul qilish to'xtatiladi. Sitostatik vositalari (metotreksat). Ular asosan, katta yoshdagi bemorga tayin etiladi.

1 hafta mobaynida 15 mg dan (5 mg dan 3 mahal har 12 soatda). Salbiy ta'siri - jigar kasalligi, tez retsidiv berishi qo'zg'atilishini yodda tutish zarur.

Immunoterapiya (immostimulin, T -aktivin, natriy nukleinat, leakadin, immunomodulin va boshqalar). Bemorning immun holati aniqlangach, inyeksiya, tabletka yoki poroshok holida dorilar buyuriladi. - Juda og'ir hollarda immunosupressorlar (Sandimmun) qo'llaniladi, yaxshi ta'sir etsada, qaytalanishning oldini ololmaydi.

Fizioterapiya: uzun va qisqa (UVA va UBN) to'lqinli ultrabinafsha nurlari bilan toblash;

Fotoximioterapiya, ya'ni fotosensibilizator (psoboran, psoralen, puvalen, lamadin) ichilgandan keyin uzun to'lqinli ultrabinafsha nurlari bilan (PUVA-terapiya) o'tkaziladi

Etiologiyasi aniq bo'lmagan teri kasalliklari deganda, sababi to'liq tushunilmagan, ko'pincha bir nechta omillar (genetik, immun, ekologik, stress) ta'sirida rivojlanadigan kasalliklar (masalan, psoriaz, ekzema, akne, vitiligo) nazarda tutiladi va ularni tashxislashda **qiyosiy tashxis** muhim, ya'ni o'xshash belgili boshqa kasalliklardan farqlash (masalan, allergik dermatitni qizamiq, qizilchadan farqlash) zarur.

Asosiy qadam bemorning anamnezi (tarixi), toshmalar turi, joylashuvi, yallig'lanish belgilarini o'rganish, laboratoriya tekshiruvlari (qon tahlili, allergotestlar) o'tkazish va dermatolog mutaxassislar tomonidan professional baholashdir.

Etiologiyasi aniq bo'lmagan teri kasalliklari (Misollar):

- **Psoriaz:** immun tizimining buzilishi, genetik moyillik bilan bog'liq.
- **Ekzema (Atopik dermatit):** allergik reaksiyalar, genetik omillar, quruq teri.
- **Akne:** yog' bezlarining faolligi, gormonlar, bakteriyalar, yallig'lanish.
- **Vitiligo:** pigment hujayralarining yo'qolishi, autoimmun jarayonlar.
- **Rosacea:** yuzdagi qizarish, qon tomirlarining kengayishi, noaniq sabablar.

Qiyosiy tashxis o'tkazish jarayoni:

Anamnez va klinik ko'rik:

1. Kasallik qachon boshlandi, qanday rivojlandi?
2. Qichishish, og'riq bormi?
3. Toshma qayerda boshlandi, qayerga tarqaldi?
4. Boshqa kasalliklar (allergiyalar, infeksiyalar, ichak muammolari), dori-darmonlar, ovqatlanish (1, 2).
5. Oila a'zolarida shunday kasallik bormi? (Psoriaz, ekzema).

Laboratoriya va instrumental tekshiruvlar:

Umumiy qon tahlili: yallig'lanish darajasini aniqlash.

Qichitqi o'simta (scraping): zamburug'larni aniqlash (mikroskopik tekshiruv).

Allergotestlar: allergiya sababini topish.

Biopsiya: to'qima namunasi (patologik o'rganish).

Gormonlar tekshiruvi: (akne, rosacea, gormonal buzilishlarda).

Qiyosiy ro'yxat tuzish:

O'xshash belgili kasalliklarni ro'yxatga olish (masalan, psoriazni lichen planus, zamburug'li kasalliklar bilan).

Har bir kasallikning o'ziga xos belgisini ajratish (masalan, psoriazda kumushsimon qipiqalar).

Muhim jihatlar:

- Ko'pincha bir nechta kasallik belgilarining aralashuvi (polietnologiya) tashxisni qiyinlashtiradi.
- **Dermatolog** yoki immunolog mutaxassis yordami zarur.
- Tashxis birinchi ko'rikda aniq bo'lmasligi, davolashga javobga qarab o'zgarishi mumkin.

TAVSIYA ETILADIGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. E.H.Eshboev, Ya.M.Fayziev. «Teri va tanosil kasalliklari» Toshkent, 2007 yil.
2. M.R.Tilavov, S.T.Tursunov. «Teri va tanosil kasalliklari» Toshkent, 2004 yil.
3. A.Voisov. «Teri va tanosil kasalliklari.» Toshkent, 2004 yil.