

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

DERMATOLOGİYA

DƏRSLİK - RƏHBƏRLİK

**Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyinin
24 saylı 16.01.2014-cü il tarixli əmri ilə
ali məktəb tələbələri üçün dərslik kimi təsdiq edilmişdir**

2014

1

**Dərslik Azərbaycan Respublikası
Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən bəyənilmişdir
Bakı şəhəri 03.02.2014-cü il tarixli 02 sayılı kollegiyasının
qərarı əsasında tədiq edilmişdir**

Kitaba rəy verənlər:

Rysiya Tibb Elmləri Akademiyasının akademiki **Y.K.Skripkin**;
ATU-nun Mikrobiologiya və immunologiya kafedrasının müdiri, əməkdar
elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor **Z.Ö.Qarayev**;
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə
İnstitutunun “Dəri və zöhrəvi xəstəliklər” kafedrasının əməkdaşı, tibb
elmləri doktoru, professor **M.M.Cavadzadə**.

MÜNDƏRİCAT

Ön söz.....	6
I fəsil. Dermatovenerologiyanın inkişaf tarixi - Fərəcov Z.H.	7
II fəsil. Dərinin anatomiya və histologiyası - Fərəcov Z.H.	9
III fəsil. Dərinin əsas funksiyaları- Fərəcov Z.H.	20
IV fəsil. Dəridə ümumi patoloji proseslər - Fərəcov Z.H.	29
V fəsil. Dəri xəstəliklərinin etiologiya, patogeneza və diaqnostikası- Fərəcov Z.H., Əliyeva S.A.	61
VI fəsil. Dəri xəstəliklərinin müalicəsinin ümumi prinsipləri - Fərəcov Z.H., Fərəcova G.Z.	78

Xüsusi dermatologiya

VII fəsil. Piodermiyalar - Əmirova İ.A., Fərəcova G.Z.	97
VIII fəsil. Dəri və rəmi - Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A.	120
IX fəsil. Cüzam - Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A.	130
X fəsil. Dəri və dəri-selikli qişanın leyşmaniozu- Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Fərəcova G.Z.	148
XI fəsil. Dərinin virus xəstəlikləri - Mahmudov F.R., Fərəcova G.Z.	153
XII fəsil. Parazitar dəri xəstəlikləri - Fərəcov Z.H., Novruzov E.M.	170
XIII fəsil. Göbələk xəstəlikləri (dermatomikozlar)- Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Əhmədov İ.Ə.	183
XIV fəsil. Dermatitlər - Fərəcov Z.H., Mahmudov F.R.	212
XV fəsil. Ekzema - Fərəcov Z.H., Novruzov E.M.	219
XVI fəsil. Peşə xəstəlikləri - Fərəcov Z.H., Fərəcova G.Z.	236
XVII fəsil. Dəri qaşınmaları - Fərəcov Z.H., Mahmudov F.R.	238
XVIII fəsil. Atopik dermatit - Mahmudov F.R., Fərəcova G.Z.	249
XIX fəsil. Qaşınma (Pruriqo) - Mahmudov F.R.	269
XX fəsil. Neyrodermit - Mahmudov F.R., Kazımov A.M.	275
XXI fəsil. Övrə. Kvinke ödemi - Fərəcov Z.H., Kazımov A.M., Mahmoudi M.H.	278
XXII fəsil. Psoriaz - Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Əhmədova S.C.	284
XXIII fəsil. Qırmızı yastı dəmrov- Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Əhmədova S.C.	289
XXIV fəsil. Çəhrayı dəmrov - Fərəcov Z.H., Novruzov E.M.	292
XXV fəsil. Birləşdirici toxumanın diffuz zədələnməsi ilə gedən xəstəliklər - Fərəcov Z.H.	294
XXVI fəsil. Çoxformalı ekssudativ eritema - Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A.	305
XXVII fəsil. Gənə borreliozu - Əmirova İ.A., M.H. Mahmoudi.	310
XXVIII fəsil. Qovuqlu dermatozlar - Fərəcov Z.H., Mirzəyev Y.A., Fərəcova G.Z.	314
XXIX fəsil. Dəri artımlarının xəstəliyi - Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A.	342
XXX fəsil. Dəri vaskulitləri - Fərəcov Z.H., Ağazadə M.M.	361
XXXI fəsil. Dərinin yeni törəmələri - Fərəcov Z.H., Novruzov E.M.	370
XXXII fəsil. QİÇS zamanı dəri təzahürlərinin xüsusiyyətləri - Fərəcov Z.H.	403
XXXIII fəsil. Dəri limfoması - Fərəcov Z.H., Novruzov E.M.	406
XXXIV fəsil. Kaposi sarkoması - Fərəcov Z.H., Novruzov E.M.	413

XXXV fəsil. Genodermatozlar - Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Mirzəyev Y.A.....	420
XXXVI fəsil.İsti ölkələrdə dəri xəstəlikləri-Fərəcov Z.H., Əmirova İ.A., Mahmudov F.R.....	432
Dəri və zöhrəvi xəstəliklər üzrə təcrübi vərdeşlərin siyahısı və təsviri	469
Dermatologiya üzrə situasiya məsələləri	483
Müalicə fakültəsinin tələbələri üçün dermatovenerologiya üzrə situasiya məsələlərinin etalon cavabları	508
Dermatologiya üzrə testlər	521
Testlərin cavabları	571
Əlifba göstəricisi	573

Dərslük-rəhbərlik əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor Z.H.Fərəcovun rəhbərliyi və redaktəsi altında tərtib edilmişdir.

Dərslük iki hissədən ibarətdir: ümumi dermatologiya və xüsusi dermatologiya. Ümumi dermatologiya bölməsində dərinin anatomiyası, histologiyası və fiziologiyası üzrə müasir məlumatlar, dermatozların diaqnostik əsasları, sistemli və topik terapiyanın prinsipləri daxil edilmişdir. Xüsusi dermatologiya bölməsində isə tez-tez təsadüf edilən dermatozların diaqnostik klinikası, müalicə və profilaktikası şərh edilmişdir.

Dərslükdə təsvir edilmiş dermatoloji xəstəliklərin əksəriyyəti rəngli şəkillərlə təqdim edilmişdir.

Ali tibb müəssisələrinin tələbələri, rezidentlər, həkim-dermatoloqlar və müxtəlif profilli həkim-klinisistlər üçün nəzərdə tutulmuşdur.



Fərəcov Zülfüqar Həsən oğlu - əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor, ATU-nun dermatovenerologiya kafedrasının müdiri, Azərbaycan Respublikası Dermatoveneroloqlar Cəmiyyətinin sədri, AR SN Baş dermatoveneroloqu

ÖN SÖZ

Dəri xəstəlikləri öz klinik gedişinə görə çoxşaxəli olması və rəngarəngliyi ilə fərqlənir. Çox vaxt əmələ gələn səpgilər orqan və sistemlərin dəyişikliyi, daxili orqanların patologiyası, mərkəzi sinir sisteminin və orqanizmin adaptasion mexanizmlərinin pozuntuları fonunda müşahidə olunur. Dermatoloji xəstəliklər artıq uzun müddətdir ki, məhdud ixtisasın çərçivəsindən kənardadır. Ona görə də mütəxəssisin bu fənnin əsaslarını mənimsəməsi geniş profilli klinisistın gündəlik fəaliyyətində əsasdır və onların öyrənilməsi tibbin müxtəlif sahələrində işləyən həkimlər üçün əsas etaplardan biridir.

Ona görə də azərbaycan dilində tərtib edilmiş “Dermatologiya” dərsliyi vaxtında nəşr olunmuş dərs vəsaitidir. Dermatologiya üzrə azərbaycan dilində əvvəlki iki dərslik 1975 və 1998-ci illərdə çapdan çıxmışdır.

Bu illər ərzində dermatozların etiologiya, patogenez, diaqnostika və müalicəsi üzrə bir çox sualların traktovkası dəyişilmişdir ki, bu da dermatovenerologiya üzrə azərbaycan dilində müasir tələblərə cavab verən dərs ədəbiyyatına zəruri ehtiyac yaradır.

Təqdim olunmuş dermatovenerologiya üzrə dərslik ümumi və xüsusi dermatologiya üzrə əsas bölmələri əhatə edir. Ümumi dermatologiya bölməsində dərinin anatomiyası, histologiyası və fiziologiyası üzrə müasir məlumatlar, dermatozların diaqnostik əsasları, sistemli və topik terapiyanın prinsipləri daxil edilmişdir. Xüsusi dermatologiya bölməsində isə tez-tez təsadüf edilən dermatozların diaqnostik klinikası, müalicə və profilaktikası şərh edilmişdir.

Dərsliyə əvvəlki nəşrlərdə baxılmayan dermatologiya üzrə yeni fəsillər daxil edilmişdir: dərin mikozlar, tropik dermatozlar, vaskulitlər, limfomalar, İİV-infeksiya zamanı dermatoloji təzahürlər. Dərslikdə təsvir edilmiş dermatoloji xəstəliklərin əksəriyyəti rəngli şəkillərlə təqdim edilmişdir.

“Dermatologiya” Ali tibb müəssisələrinin tələbələri, rezidentlər üçün olan tədris ədəbiyyatları arasında layiqli yer tutacaq və təkcə həkim-dermatoloqların gündəlik fəaliyyətində deyil, həm də müxtəlif profilli həkim-klinisistlər üçün də lazımvəsait olacaqdır.

Azərbaycan Respublikası
Səhiyyə Nazirliyinin Baş dermatoveneroloqu, ATU-nun Dermatovenerologiya
kafedrasının müdiri, a.e.x., t.e.d., professor FƏRƏCOV Z.H.

I FƏSİL. DERMATOVENEROLOGİYANIN İNKİŞAF TARİXİ

Təbabətin inkişaf tarixində, onun ilkin mərhələlərindən indiki dövrə qədər, dəri xəstəlikləri əsas yer tutur. Yaxşı öyrənilmiş dəri xəstəliklərinin nümunələri üzərində mühüm ümumi tibbi vəziyyət və prinsiplər işlənilib hazırlanmışdır. Qədim zamanlardan indiyə kimi olan dini nəzəriyyələrdə, ədəbiyyat və incəsənət əsərlərində dəri xəstəlikləri haqqında çoxsaylı məlumatlara təsadüf etmək olur.

Çoxsaylı dəri xəstəlikləri haqqında yunan və romalı həkim-filosoflar tərəfindən ilk müşahidələr verilmişdir. Bunlardan yunan filosofları Hippokrat, Platon, Aristoteli qeyd etmək olar. Biz bu gün də qədim yunan təbabətinin ekzantema, pityriasis, lichen kimi terminlərindən istifadə edirik.

Qədim Roma dövründən ilk olaraq Selsi və Qalen kimi ensiklopedistləri, qladiator həkimi və imperatorun saray həkimlərini yada salmaq lazımdır. İndi də istifadə olunan bizə yaxşı məlum olan erysipel, furunkul, qanqrena, karsinoma, pustula, scabies, vitiliqo Roma təbabətindən olan terminlərdəndir.

Orta əsrlərdə (eramızın 500-1500-cü illərində) yunan və roma təbabətinin ənənələrini, əsasən ərəb alimləri inkişaf etdirmişdi (Əbu Əli ibn Sina - Avisenna). Qalenin, eləcə də qumoral patologiyanın fəlsəfi nəzəriyyələri (Krazen nəzəriyyəsi) orta əsr təbabətinin bazası kimi xidmət etmişdir.

1500-cü ildən tibb tarixində və həmçinin dəri xəstəliklərində çevrilişlər başlayır. Yeni dövrün təbabətinin başlanması Paraselsin işləri ilə hesablanır (1493-1541). Dermatovenerologiya üzrə ilk kitablar latın dilində Cirolamo Merkuriale (1530-1606) tərəfindən yazılmış və 1572-ci ildə Venesiyada, sonradan 1630-cu ildə Tubingendə Xafenreffer (1587-1660) tərəfindən nəşr olunmuşdur.

Təbii-elmi təbabətin inkişafı dəri xəstəliklərinin tibbi anlaşmalarına da yeni üsullar əldə etməyə kömək etmişdir. Dəri xəstəliklərinin üç mühüm və bu günə qədər qüvvədə olan analiz metodu və təsnifatı təklif edilmişdir:

- İozef Yakob Plenk (1735-1807): dəri simptomlarının təsnifatı (səpgilər haqqında nəzəriyyə) – morfologiyaya əsaslanan xəstəliklərin nozoloji təsnifatına ilk cəhd;
- Ferdinand fon Gebra (1816-1880): patoloqo-anatomik əsaslara görə dəri xəstəliklərinin təsnifatı;
- Jan Darye (1856-1938): dəri xəstəliklərinin morfologiyası və patogenetik mexanizmi arasında olan qarşılıqlı əlaqə nəzərə alınmaqla, onların məlum və ehtimal edilən etiologiyasına görə təsnifatı.

İlk dermatoveneroloji jurnal “Sifilidologiya” adı altında Leypsiqdə (1839-1845) çap olunmuşdur. Parisdə 1844-cü ildən 1852-ci ilə kimi A. Kazenav tərəfindən əsası qoyulmuş dəri xəstəlikləri üzrə jurnal nəşr edilmişdir.

Sərbəst dermatoloji klinik-müəssisə və kafedrlar XIX əsrin ortalarında yaradılmışdır. Rusiyada ilk dəri xəstəlikləri kafedrası 1869-cu ildə Moskva universitetində (indiki İ.M.Seçenov adına Moskva tibb akademiyası), Sankt-Peterburq tibbi-cərrahiyyə akademiyasında (indiki Rusiya Hərbi-tibbi akademiya), Varşava universitetinin tibb fakultətində təşkil edilmişdir.

XIX əsrin ikinci yarısında dünyanın müxtəlif ölkələrində dermatoveneroloqlar cəmiyyəti təşkil edilmişdir: Amerika dermatoloji assosiasiyası (1876), Rusiya dermatoloji

cəmiyyəti (Sankt-Peterburq, 9 avqust 1885-ci il), İtaliya dermatoveneroloqları və sifilidoloqlarının cəmiyyəti (1885), Almaniya dermatoloji cəmiyyəti (1888), Fransa dermatoloqları və sifilidoloqlarının cəmiyyəti (1889). Parisdə 1889-cu ildə dermatoveneroloqların birinci beynəlxalq konqresi keçirilmişdir.

Moskva dermatoloji məktəbi Moskva Universitetinin nəzdində yaradılmışdır. 1895-ci ildə Rusiyada birinci dəri və zöhrəvi xəstəliklər klinikası tikilmişdir. Dermatovenerologiyada A.İ.Pospelovun (1846-1916) böyük rolu olmuşdur, o, Moskvada ilk dermatoveneroloqlar cəmiyyətini (indi onun adını daşıyan) və ölkədə ilk mulyajlar muzeyini təşkil etmişdir.

Peterburq dermatologiya məktəbi rus dermatoloq-professoru A.Q.Polotebnov (1838-1907) və rus venerologiyasının banisi V.M.Tarnovski (1837-1906) tərəfindən yaradılmışdır, onlar eyni zamanda Sankt-Peterburq tibbi-cərrahiyyə akademiyasının kafedralarına rəhbərlik etmişlər.

Azərbaycan Tibb Universitetinin dermatovenerologiya kafedrası, hələ Azərbaycan Dövlət Universitetinin tibb fakultəsi kimi mövcud olduğu dövrdə - 1920-1921-ci illərdə təşkil olunmuş ilk kafedralardandır. 1920-1921-ci illərdən fəaliyyət göstərən Azərbaycan Dövlət Universitetinin tibb fakultəsinin Dəri və zöhrəvi xəstəliklər kafedrası, 1933-cü ildən N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun nəzdinə keçmişdir. Kafedra 1987-ci ildən "Dermatovenerologiya kafedrası" adlanır. 1922-1930-cu illərdə kafedranın ilk rəhbəri Moskva Dövlət Universitetinin professoru M.A.Clenov olmuşdur. 1933-1938-ci illərdə dermatovenerologiya kafedrasının azərbaycan dilində tədrisinə ə.e.x., professor İ.M.İsmayılzadə, 1938-1964-cü illərdə professor A.C.Cəfərov, rus dilində tədrisinə 1933-1939-cu illərdə M.K.Sultanov, 1939-1964-cü illərdə ə.e.x., professor B.A.Eyvazov, 1964-1991-ci illərdə professor R.H.Hacıyev, 1991-2008-ci illərdə əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor M.M.Davatdarova, 2008-ci ildən hal-hazırkı dövrə kimi əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor Z.H.Fərəcov rəhbərlik edir.

Həkimlərin fasiləsiz təkmilləşməsinə təmin etmək üçün 1935-ci ildə təsis edilən Ə.Əliyev adına Azərbaycan Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda Dermatovenerologiya kafedrası da fəaliyyətə başlamışdır. Kafedraya respublikanın əməkdar həkimi, əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor M.M.Hüseynov fasilələrlə 1935-ci ildən 1981-ci ilə kimi rəhbərlik etmişdir. 1981-1988-ci illərdə kafedra müdiri professor Q.M.Hüseynzadə, 1988-2001-ci ilə kimi respublikanın əməkdar həkimi, tibb elmləri doktoru, professor C.C.Ağakışiyev olmuşdur. 2001-ci ildən indiyə kimi tibb elmləri doktoru S.H.Kərimov dermatovenerologiya kafedrasına rəhbərlik edir.

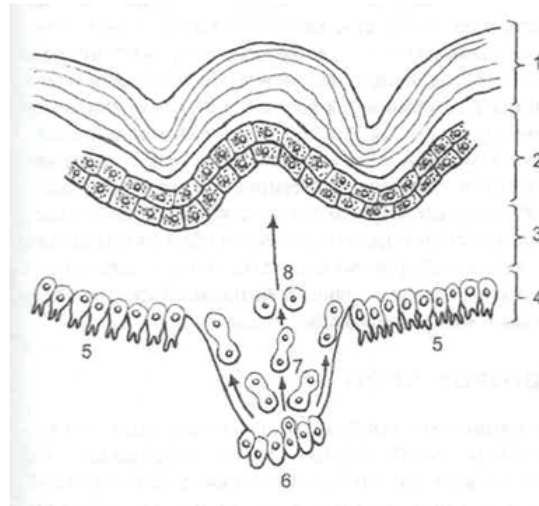
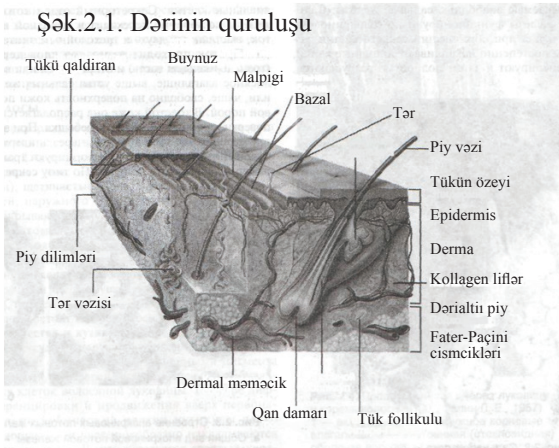
Diaqnostik və terapevtik tibbi imkanların inkişaf etməsi ilə yanaşı, insanların həyat şəraitinin, eləcə də ictimai-iqtisadi formasiyanın dəyişməsi dəri xəstəliklərinin panoramasını dəyişirdi.

Son illərdə dermatoloji xəstəliklərin diaqnostikasında (molekulyar-genetik tədqiqat), yeni dərman maddələrinin hazırlanmasında (retinoidlər, immunsupressorlar, interferon), eləcə də ultrabənövşəyi şüa terapiyasında edilən proqres hesabına böyük inkişaf dövrünü yaşayır.

II FƏSİL. DƏRİNİN ANATOMİYA VƏ HİSTOLOGİYASI

Dəri insanın ümumi bədən örtüyünü təşkil edir. Dəridə epidermis, derma və dərialtı piy toxuması ayırd olunur ki, onlar morfofunksional vəhdət təşkil edirlər.

Dərinin formalaşması dölün həyatının ilk aylarında iki embrional rüşeymdən - ektodermadan və mezodermadan başlanır. Ektodermal rüşeym qatından epidermis formalaşır, mezodermal qatdan isə derma və dərialtı piy toxuması əmələ gəlir. Epidermisin ultrastrukturunu ilk 3-4 həftədə yalnız dəri örtüyünün ayrı-ayrı sahələrində tək silindrik hüceyrələrin tək qatı ilə müəyyən olunur və yalnız ovucda və pəncədə (dabanda) iki



Şək.2.2. Epidermisin bazal qatının keratinositlərinin heterogenliyi sxemi (Lavker R., Sun T., 1983). 1- buynuz qatı; 2-dənəli qat; 3- tikanlı qat; 4-bazal qat; 5-sitoplazmatik dişçikli keratinositlər; 6-ən dərin epidermal darağın zirvəsində gövdə hüceyrələri ("hamar"); 7- keçid hüceyrələri; postmitotik hüceyrələr.

qat aşkar edilir. Embriogenesin 6-7-ci həftəsində dölü əhatə edən epitel qışa iki qatdan təşkil olunur - rüşeym (bazal) və periderma. 7 aylığında döl ovucda və pəncədə buynuzlaşmış hüceyrələrlə birgə tamamilə formalaşmış epidermisin bütün qatlara malik olur. Eyni zamanda bu dövrdə elastik kollagen lifləri, dırnaqlar, tüklər, tük follikulları əmələ gəlir. İlk mərhələdə hamar sərhədə malik olan bazal membran aşağıda yerləşmiş dermanın içərisinə nüfuz edən sitoplazmatik çıxıntıların yaranması nəticəsində girintili-çixıntılı forma alır. Sonrakı aylarda dərinin bütün anatomik tərkib hissələrinin tam struktur formalaşması baş verir ki, o da çoxsaylı fizioloji funksiyaları yerinə yetirən və vahid kompleksdən ibarətdir. (Şək.)

Ağız boşluğu bətdaxili inkişafın 2-ci ayında formalaşır. Ağız boşluğu, dili bürüyən epitel ektodermadan əmələ gəlir, əsnək, udlaq nahiyəsi isə mezodermal mənşəli epitel ilə örtülmüşdür. Ağız boşluğunun selikli qışası dodaqların birləşmə xəttinə qədər davam edir və nəzərə çarpmadan dodaqların qırmızı haşiyəsinin çoxqatlı yastı epitelisinə keçir.

Epidermis (dəriüstlüyü) - dərinin xarici çoxqatlı sahəsi olub hüceyrələrin diferensiasiyası mərhələsindən asılı olaraq 5 qatı ayırd edilir ki, onlar da hüceyrələrin sayı və forması ilə, həm-

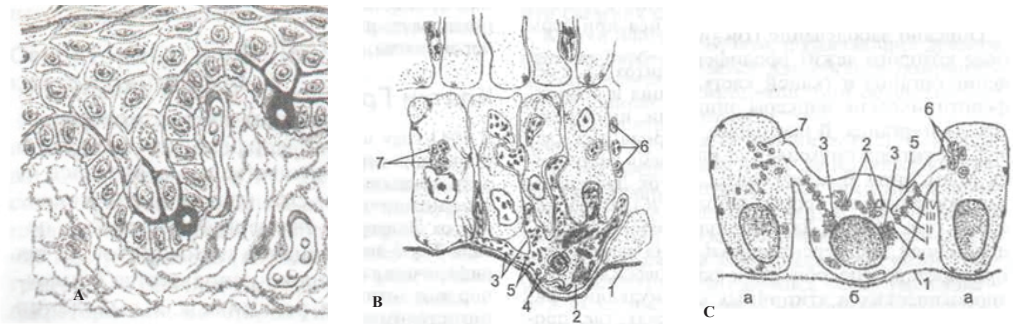
çinin funksional xüsusiyyətləri ilə fərqlənir. Epidermisin əsasını bazal və ya rüşeym qatı təşkil edir (stratum germinativum), onun ardınca tikanlı (stratum spinosum), dənəli hüceyrələr qatı (stratum granulosum), parlaq (stratum lucidum) və buynuz (stratum corneum) qatı gəlir.

Bilavasitə derma ilə sərhəddə prizmatik silindr hüceyrələrindən ibarət təkşirli bazal (rüşeym) qatı ayırd olunur ki, o da bazal membran üzərində yerləşir. Bazal membran bu hüceyrələrin aşağı səthinin kökvari çıxıntıları sayəsində əmələ gəlir. O, epidermisin derma ilə sıx əlaqəsini təmin edir.

Bazal qatın keratinositləri funksional olaraq mitotik proses

vəziyyətindədir, ona görə də onların hüceyrələrinin sitoplazmasında çoxlu miqdarda DNT və RNT-tərkibli struktur birləşmələri, ribosom və mitoxondrilər vardır. Bazal qatın keratinositlərinin mitotik aktivliyi epidermisin yuxarıda yerləşmiş strukturlarının formalaşmasını təmin edir. Bazal qatın hüceyrələri arasında melanin pigmentini əmələ gətirən melanositlər, ağ çıxıntılı epidermositlər (Langerhans hüceyrələri) və hissi hüceyrələr (Merkel hüceyrələri) yerləşir. Langerhans hüceyrələrinin səthində immun cavabın ilkin mərhələsində iştirak edən HLA-Dr-molekullar vardır. Onların sitoplazmasında adenozintrifosfataza, qələvi və turş fosfataza, xolinesteraza fermenti aşkar edilir. Sitoplazmada mitoxondrilərdən başqa Holci kompleksi, ribosomlar, vakuollar da vardır.

Bazal qatın üzərində tikanlı epidermositlər qatı yerləşmişdir ki, o da çoxsaylı sitoplazmatik çıxıntıları olan 3-8 sıra hüceyrələrdən təşkil olunmuşdur. Daha möhkəm hüceyrəarası əlaqəni desmosomlar yaradır (desmos - birləşmə, soma - cisim) ki, onlarda



Şək.2.3. Melanositlər

a. Melanositlərin dəridə yerləşmə sxemi. Onların çıxıntılarının (qara rənglə ayrılıb) epidermisin hüceyrələrinin arasına keçməsinə fikir verin (Xem A., Kormak D., 1983).

b. Melanositin quruluşunun elektronmikroskopik sxemi (Stuettgen G., 1965): 1-bazal membran; 2 – melanositin cismi; 3- melanositin çıxıntıları; 4- premelanosomlar; 5- melanosomlar; 6 – hüceyrələrarası boşluqlarda melanin dənələri; 7- keratinositlərin sitoplazmasında melanin dənələri.

c- epidermal melanin vahidinin quruluşunun sxemi (Parker F., 1981): a-keratinositlər; b- melanosit.

1-bazal membran, 2-qranulyar endoplazmatik şəbəkədə tirozinazın sintezi; 3- Qlcı kompleksi; 4- premelanosomlar; 5 – melanosomların formalaşma mərhələsi (I,II,III,IV); 6- melanosom kompleksləri (avropalıda); 7 – 1981 F.Parker-ə görə pigmentin ayrıca qranulaları (afrikalıda).

iki hüceyrə sıx əlaqə ilə birləşmiş və desmosomların sitoplazmasının dərinliyinə nüfuz edən liflərə çarpaz istiqamətdə yerləşən kələflə möhkəm birləşmişlər. Bu liflər tonofilamentlər adlandırılır (yunan. tonos - dartma). Tonofilamentlər kələflərə keçir (tonofibrillər) və desmosomların sahəsində itirlər. Sitoplazmatik çıxıntılar onların arasında kanal şəbəkəsi yaratmaqla hüceyrələrin birləşməsinə təmin edir, bu kanallar boyunca hüceyrəarası maye dövr edir.

Desmosomlar və tonofibrillər hüceyrələri mexaniki zədələrdən qoruyan daxili dayaq sekletini təşkil edir. Bazal qatda olduğu kimi, tikanlı qatda da ağ çıxıntılı epidermositlər yerləşir ki, onlar epidermisin keratinositləri ilə birlikdə müdafiə immun funksiyasını yerinə yetirir.

Tikanlı qatın hüceyrələrinin sitoplazmasında keratinosomlar və ya Odlandi cisimcikləri vardır, onlarda bir sıra fermentlərin: turş fosfataza, nukleozidfosfataza, esterazaların aktivliyi yüksəkdir və bu xüsusiyyət onları lizosomlara yaxınlaşdırır.

Tikanlı qatdan sonra gələn dənəli qat 1-3 sıra hüceyrələrdən ibarətdir, ayaq pəncəsində (daban) və ovucda isə bu qat 3-4 sıra hüceyrələrdən təşkil olunmuşdur. Bu zaman dərinin səthinə yaxın yerləşmiş hüceyrələr rombşəkilli yastı forma alırlar, tikanlı qata söykənmiş hüceyrələr isə silindr və kubşəkilli formaya malikdirlər. Keratinositlərin nüvələrində DNT- və RNT-tərkibli strukturların miqdarı kəskin azalır, sitoplazmada isə əlavələr - keratogialin dənələri aşkar edilir ki, bunlar da tonofibrilyar-keratogialin komplekslərindən ibarət olub nüvənin, mitoxondrilərin, ribosomların və hüceyrənin digər orqanoidlərinin dezintegrasiyası məhsullarının sayəsində əmələ gəlir. Tikanlı qatın hüceyrələrində tonofibrilyar-keratogialin komplekslərinin olması səbəbindən bu qatı çox vaxt keratogialin qatı da adlandırırlar.

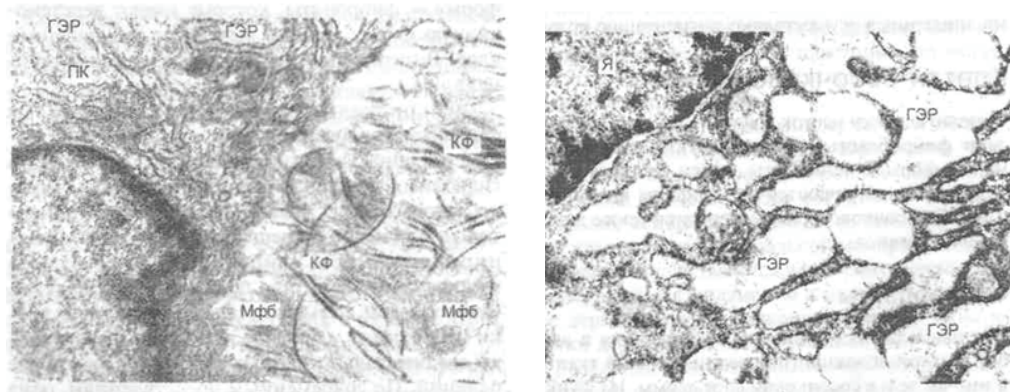
Tikanlı qatın hüceyrələrinin protoplazmasında keratogialinin hasil olunması epidermal böyümə amilinin ifrazını azaldır, polipeptidlərin, keylonların toplanmasına səbəb olur ki, bu da mitotik bölünməni tormozlayır. 5 yaşa qədər uşaqlarda tikanlı qatın hüceyrələri daha aktiv, nisbətən az yastılanmışdır, onların hüceyrələri isə mitotik aktivlik qabiliyyətini itirməmişlər. Bazal, tikanlı və dənəli qatın hüceyrələrində gedən mitotik bölünmə çox vaxt onları epidermisin vahid böyümə qatında (malpigi qatı) birləşdirməyə əsas verir.

Eleidinli parlaq qat epidermisi daha yaxşı inkişaf etmiş nahiyələrdə (ovuclar və dabana) kəskin nəzərə çarpır. Dəri örtüyünün digər sahələrində bu qat sərhədləri dəqiq bilinməyən 1-2 sıra parlaq yastı hüceyrələr şəklində zəif nəzərə çapır. Eleidindən keratinin əmələ gəlməsi keratinositlərin yaranması və onların epidermisin buynuz qatına çevrilməsi ilə başa çatır. Buynuz qat daha qalındır, o, çoxsaylı kərəmşəkilli nüvəsiz lövhələrdən ibarət olub bir-birinin içərisinə keçən hüceyrə qışalarının çıxıntıları və buynuzlaşmış desmosomların sayəsində bir-birinə sıx yerləşmişlər. Buynuz qatın səthi hüceyrələri buynuz örtüyün deskvamasiyası nəticəsində (fizioloji qabıqvermə) daima kənar edilir.

Buynuz qatın qalınlığı eyni deyildir. Ovucda və dabanda o, yaxşı inkişaf etmişdir (fizioloji hiperkeratoz), göz qapaqları nahiyəsində, üz dərisində, cinsiyyət orqanlarında (xüsusilə də uşaqlarda) cüzi nəzərə çarpır. Buynuz hüceyrələrinin səthi qatı daima qabıq verir və epidermisin böyümə qatının hüceyrələrinin fasiləsiz şəkildə mitotik bölünməsi, həmçinin epidermisdə keratinin sintezi nəticəsində yenisi ilə əvəz olunur. Xarici buynuz

qatı daima kənar edilən buynuzlaşan hüceyrələrin sayəsində eyni tərkibdə deyildir. Hüceyrələrin normada bazal qatdan dənəli qata keçməsi 26-42 gün, buynuz qatdan - 14 gün təşkil edir, bütün epidermisin dəyişilməsinin tam sikli isə 59-65 gün davam edir.

Zülal sintezindən başqa epidermis pigment əmələgətirmə, müdafiə və immunoloji funksiyaları yerinə yetirir. Epidermisin pigment sintez etmə aktivliyi melanositlərlə şərtlənmişdir ki, onlar sinir yastığından əmələ gəlmiş və bazal qatın keratinositləri arasında yerləşmişlər.



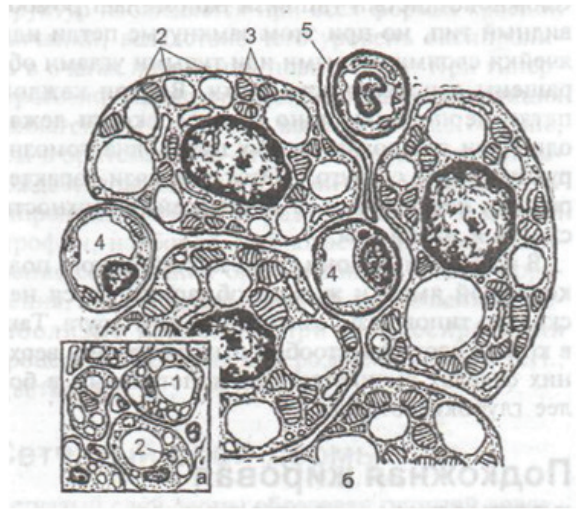
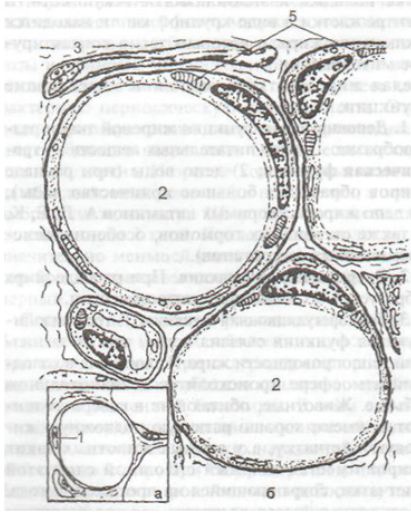
Şək. 2.4. Fibroblast

a – inkişaf etmiş lövhəcikli kompleks (LK) və endoplazmatik şəbəkənin qranulyar (QER)sisterni ilə I tip kollagenoblast. Xarici membran ətrafında vakuol toplusu (güman ki, sekretor). Hüceyrələrarası boşluqda çoxsaylı mikrofibrillərin (Mfb) və ayrıca kollagen fibrillərin (Kf)x17000 formalaşması.

b- sağalan yarıdan II tip kollagenoblastlar. Genişlənmiş QER sisternləri ilə dolmuş sitoplazma hüceyrələri, işıqlandırdıda nazik lifli tərkib görünür (prokollagen)x45000 (Serov B.B., Şexter A.B., 1981).

Bazal qatın bütün hüceyrələrinin 10-25%-ni təşkil edən melanositlərin ağ rəngi və tünd nüvələri vardır. Onlar melanin pigmentini sintez edirlər, melanosomların yeni populyasiyasını əmələ gətirir və quruluşuna görə aktiv fəaliyyət göstərən və «tükənmiş» formalara ayırılurlar. Melanin bazal keratinositlərdə nüvənin apikal hissəsinin üzərində yerləşir və ultrabənövşəyi şüalardan qoruyucu ekran yaradır. Tünd rəngli dərisi olan şəxslərdə melanin təkcə bazal qatın hüceyrələrinə deyil, həm də tikanlı qatdan dənəli qatın hüceyrələrinə qədər daxil olur.

Melanositlərdən başqa, epidermisdə hissiyyat hüceyrələri (reseptor strukturlar) - onların mənşəyi dəqiq müəyyən edilməmişdir, ağ çixıntılı epidermositlər yerləşmişdir. Langerhans hüceyrələri (sümük iliyindən epidermisə daxil olan dendrit hüceyrələrinin populyasiyası) lokal daxil olmuş antigenə qarşı immun cavabın reaksiya, induksiya etməsinə cavabdehirlər, belə ki, onlar T-hüceyrələrin antigenspesifik aktivliyini induksiya etməyə qadirdirlər. Epidermisin immun orqan kimi rolu qalxanabənzər vəzin epitel hüceyrələrinin və epidermisin keratinositlərinin anatomik, molekulyar və funksional oxşarlığı ilə təsdiq edilir. Keratinositlər üçün antigen-antitel reaksiyasında B-limfositləri



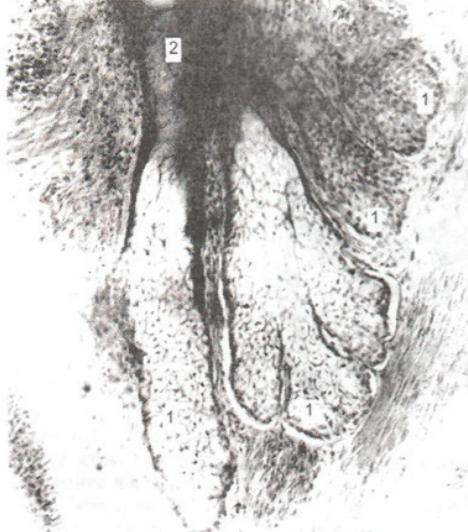
Şək. 2.5. Ağ (I) və qonur (II) piy toxumalarının quruluş sxemi.

I. a –ışığıq mikroskopunda çıxmış piylə lipositlər; b – lipositlərin ultrastrukturunu: 1- piy hücrəsinin nüvəsi; 2 - iri lipid damcısı; 3 –sinir lifləri; 4 – hemokapilyarlar; 5 – mitoxondrilər.

II. a –ışığıq mikroskopunda çıxmış piylə lipositlər; b – lipositlərin ultrastrukturunu: 1 – lipositin nüvəsi; 2 – xırda paylanmış lipidlər; 3 – çoxsaylı mitoxondrilər; 4 – hemokapilyarlar; 5 – sinir lifləri (Afanasyev Y.İ. və həmmüəllif., 1989).

aktivasiya edən hücrərə immunitetinin, mediatorların (limfokinləri), interleykinləri ifraz etməsi səciyyəvidir.

Epidermis dermadan mürəkkəb quruluşa malik bazal membran vasitəsilə ayrılır. O,



bazal hücrələrin hücrərə qişalarından, filamentlərdən və yaridesmosomlardan ibarət həqiqi bazal membrandan, həmçinin dermanın bir hissəsi sayılan argirofil (retikulyar) liflərin subepitelial kələfindən təşkil olunmuşdur.

Bazal membranın qalınlığı 40-50 nm-ə bərabərdir, sərhədləri nahamardır, dermanın içərisinə nüfuz edən epidermal dəstələrin relyefini təkrar edir. Bazal membranın fizioloji funksiyası əsasən baryer funksiyasıdır - o, dövr edən immun komplekslərin, antigenlərin, autoantitellərin və digər bioloji aktiv mediatorların daxil olmasını və diffuziyasını məhdudlaşdırır. Bununla belə, bazal membran epidermis və derma arasındakı mübadilə proseslərində fəal iştirak edir.

Şək. 2.6. Piy vəzisi x 200
1- Şaxələnməmiş alveolyarın sonu
2- Çıxarıcı axar

Derma və ya həqiqi dəri (cutis propria) hüceyrə elementlərindən, lifli substansiyalardan və hüceyrəarası maddədən ibarətdir. Dermanın qalınlığı 0,49 mm ilə 4,75 mm arasında dəyişir. Dərinin birləşdirici toxuma hissəsi (corium) kəskin sərhədlənməmiş iki qata bölünür: epitelaltı - məməcikli (str. papillare; və torlu (str. reticulare). Dermanın üst qatı tikanlı hüceyrələrin epitel daraqcığının arasında yerləşmiş məməcikləri əmələ gətirir. O, amorf, struktursuz maddədən və zəif lifli birləşdirici toxumadan ibarət olub kollagen və elastin liflərini özündə binişdirir. Onların arasında çoxlu sayda hüceyrə elementləri, damarlar, sinir ucları yerləşmişdir. Dermanın hüceyrə elementləri fibroblastlar, fibrositlər, histiositlər, tosqun, azan hüceyrələr və xüsusi piqment hüceyrələri -melanofaqlarla təmsil olunmuşdur. Fibroblastların səthində reseptor zülallar və qlikolipidlər, nukleoplazmada isə RNT tərkibli interxromatin qranulaları yerləşmişdir. Dermanın məməciklərində epidermisi, dermanı və sinir uclarını qidalandıran damarlar yerləşmişdir.

Dermanın torlu qatı daha kompakt kobudliflidir, dermanın əsas hissəsini təşkil edir. Dermanın stroması kollagen liflərin dəstələrindən təşkil olunmuşdur, onların arasında da məməcikli qatda olan eyni hüceyrə elementləri vardır (lakin az sayda). Dərinin möhkəmliyi əsasən məhz torlu qatın strukturundan asılıdır ki, onun qalınlığı dəri örtüyünün müxtəlif sahələrində fərqlənir.



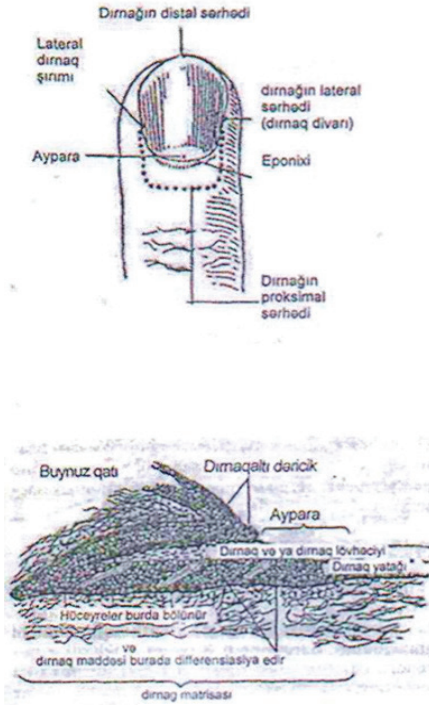
Şək.2.7. Soğanaq boyunca uzununa kəsim və tükün kökü x 100 (Falin L.Y., 1957)

1-daxili, 2 – xarici kök vaginası, 3- daxili (şüşəvari) tük çantasının təbəqəsi, 4-tük məməciyi, 5- tük soğanağı, 6-piy toxuması

Hipoderma və ya dərialtı piy toxuması birləşdirici toxumanın bir-birinə dolaşmış dəstələrindən ibarətdir, onların düyünlərində müxtəlif miqdarda şarşəkilli piy hüceyrələri yerləşmişdir. Dərialtı piy toxumasında qan damarları, sinir kəməfləri, sinir ucları, tər vəzləri, tük follikulları vardır. Dərialtı piy toxuması fassiya ilə başa çatır ki, o da çox vaxt periost və ya əzələlərin aponevrozu ilə birləşir.

Dərinin əzələləri sayə əzələ lifli dəstələrdən ibarət olub damarlarm, tük follikullarının və bir sıra hüceyrə elementlərinin ətrafında kələf şəklində yerləşmişdir. Tük follikullarının ətrafında sayə zələ liflərinin toplanması tüklərin tərptənməsinə təmin edir və tükləri qaldıran əzələlər (mm. erectories pilorum) adlandırılır. Sayə əzələ elementləri ayrı-ayrı, xüsusilə də çox vaxt başın tüklü hissəsinin dərisində, yanaqların, alnın, əlin və pəncənin arxa hissəsinin dərisində yerləşmişdir. Eninəzolaqlı əzələ üzün dərisində (mimik əzələlər) yerləşmişdir.

Dərinin qan damar və limfa sistemi. Dərinin qidalandıran arteriyalar hipodermanın altında geniş tor şəbəkəsini yaradır ki, onu da fassial şəbəkə adlandırılır. Bu şəbəkədən xırda şaxələr ayrılır ki, onlar da öz aralarında bölünür və anostomoz əmələ gətirir və subdermal arterial şəbəkəsini yaradırlar. Subdermal arterial şəbəkədən ayrılan və anostomoz yaradan damarlar yuxarıya doğru düz və dolay istiqamətdə qalxırlar və dermanın məməcikli və torlu qatının sərhəddində onlardan səthi damar kələfi əmələ gəlir. Bu



Şək.2.8. Dırnağın makro-mikrostrukturunun sxemi

olunmuşdur ki, onlar səthi və dərin damar kələfinin üzərində yerləşmiş 2 şəbəkəni əmələ gətirir. Limfatik şəbəkələr öz aralarında anastomozla birləşir, onların arasında qapaq sistemi vardır və dərialtı piy toxumasını keçərək əzələlərin aponevrozu və fassiyası sərhəddində genişşaxəli kələf yaradırlar - plexus lymphaticus cutaneus.

Dərinin innervasiyası. Dərinin reseptor funksiyası xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Dəri ətraf və daxili mühit arasında baryer rolunda çıxış edir və bütün növ qıcıqları qəbul edir. Dəri mərkəzi və vegetativ sinir sistemi vasitəsilə innervasiya olunur və hissi reseptor sahəni təmsil edir. Piy və tər vəzilərini, tük follikullarını və damarları innervasiya edən adi ağacabənzər şaxələr, yumaqcıqlar şəklində olan sinir uclarından başqa, dəridə inkapsulyar cisimlər və sinir ucları formasında özünəməxsus sinir aparatı vardır. Dərinin əsas sinir şəbəkəsi dərialtı piy toxumasının dərin şöbələrində yerləşmişdir. Oradan səthə doğru yuxarı qalxaraq sinir şaxələri dərinin törəmələrinə yaxınlaşır və məməcikli qatın aşağı hissəsində səthi sinir şəbəkəsini əmələ gətirir. Ondən iyəbənzər silindrlər şəklində məməciyə və epidermisə şaxələr ayrılır. Epidermisdə onlar dənəli qata qədər nüfuz edirlər, mielin qişasını itirir və adi haçalanma və ya qalınlaşma ilə başa çatırlar.

Sərbəst sinir ucları ilə yanaşı, dəridə müxtəlif qıcıqları qəbul edən xüsusi sinir törəmələri yerləşmişdir. Inkapsulyar hissi cisimlər (Meyssner cisimləri) duyğu funksiyasını yerinə yetirir. Soyuq hissiyyəti Krauze kolbaları vasitəsilə, istilik hissiyyəti - Ruffini cisimlərinin, bədən məkanda vəziyyəti, təzyiqlik və vibrasiya hissiyyəti - lövhəli cisimlərin (Fater-Paçini cisimləri) iştirakı ilə qəbul edilir. Ağrı, qaşınma və göynəmə hissiyyəti epidermisdə yerləşən sərbəst sinir ucları (nosireseptorlar) tərəfindən qəbul edilir.

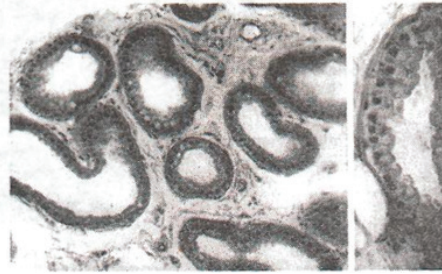
kələfdən arteriolar öz başlanğıcını götürür və məməcikli qatda torlu quruluşa malik terminal arteriolar şaxələr əmələ gətirirlər. Dəridə papilyar kapilyarların sıxlığı məməcikli qatın sıxlığına uyğun gəlir və bədən müxtəlif nahiyələrində fərqlənir və dərinin 1 mm²-də 16-dan 66 kapilyara bərabər olur. Tük follikulları, tər və piy vəziləri dərinə yerləşmiş damar kələfindən iifqi şəkildə ayrılan damarlarla təchiz olunmuşdur. Venoz sistem postkapilyar venularla başlanır ki, o da məməcikli qatda və dərialtı piy toxumasında arterial damarların gedişini təkrarlayan 4 venoz kələfi əmələ gətirir. Eynitipli və müxtəlif tipli dəridaxili damarlar öz aralarında geniş anastomoz əlaqəsi yaradırlar. Dəridə çox vaxt qlomuslar və ya arteriovenoz yumaqcıq anastomozları (kapilyar olmadan arteriol və venuların qısa birləşmələri) rast gəlir. Onlar bədən temperaturunun tənzimlənməsində iştirak edir, interstisial gərginliyi qoruyub saxlayır ki, bu da kapilyarların, əzələlərin və sinir uclarının fəalliyət göstərməsi üçün vacibdir.

Dərinin limfa damarları kapilyarlarla təmsil

Duyğu cisimləri məməciklərdə yerləşmişdir və xüsusi reseptor hüceyrələrinə malik zərif birləşdirici toxuma kapsulasından təşkil olunmuşdur. Onlara kapsulanın aşağı qütbündən mielinsiz sinir ucluğu yaxınlaşır və reseptor hüceyrələrə söykənmiş menisk şəklində qalınlaşma ilə başa çatır. Krauze kolbaları məməciklərin altında yerləşmişlər. Onların uzunsov oval forması yuxarı tərəfi məməciklərə doğru istiqamətlənmişdir. Birləşdirici toxumanın yuxarı qütbündə yumaqcıqla qurtaran mielinsiz sinir silindri yerləşmişdir. Ruffini cisimləri dermanın dərin şöbələrində və dərialtı piy toxumasının yuxarı hissəsində yerləşmişdir. Onlar birləşdirici toxumadan ibarət kapsula ilə təmsil olunmuşdur ki, orada sinir oxunun silindrinin sonu çoxsaylı şaxələyə bölünür. Lövhləli cisimlər dərialtı piy toxumasında yerləşir, kapsulyar quruluşa malikdir. Dəridə həmçinin kapilyarlar da daxil olmaqla bütün damarların səthi boyunca yerləşmiş çoxlu sayda vegetativ sinir lifləri vardır. Onlar damar kəməllərinin funksional aktivliyini tənzimləyir və bununla epidermisdə, dermada və dərialtı piy toxumasında gedən fizioloji proseslərə təsir göstərir.

Dərinin törəmələri (tüklər, dırnaqlar, tər və piy vəzləri). Tüklərin formalaşması embrional inkişafın 2-ci ayının sonu - 3-cü ayın əvvəlində başlanır. Epidermis nahiyəsində bazal-hüceyrə çıxıntıları meydana çıxır ki, sonradan onlar tük follikullarına çevrilirlər. 4-cü və 5-ci ayda başlanğıc rüşeym tükləri zərif tüklər (lanugo) şəklində bütün dəri örtüyü boyunca (ovucun, dabanın, dodaqların qırmızı haşiyəsinin, süd vəzilərinin gilələrinin, kiçik cinsiyyət dodaqlarının, kişilərdə cinsiyyət orqanının başının dərisi istisna edilməklə) yayılır. Tükün dərinin üzərinə çıxan hissəsi özək, dəridaxili hissəsi isə kök adlanır. Dərinin səthinə özəyin çıxdığı nahiyədə çökəklik – çala vardır. Tükün kökü tük follikulu ilə əhatə olunmuşdur, oraya iti bucaq altında tükləri qaldıran əzələlər yaxınlaşır və birləşirlər. Tükün özəyi və kökü 3 qatdan ibarətdir: mərkəzi -beyin, qabıq və kutikula. Beyin maddəsi əsasən dəridə yerləşmişdir və çox azhaldə tük follikulunun çalasına çatır. Tük özəyinin əsas kütləsini keratinləşmiş hüceyrələr təşkil edir ki, onlar bir-birinə sıx söykənmişlər.

Tük kökünün distal hissəsi soğanaq adlandırılır. O, tükün böyüməsini təmin edir, belə ki, onun mərkəzi hissəsinə hipodermadan qan damarları və sinirlərlə birgə tük məməciyi daxil olur.



Şək.2.9. Apokrin tər vəzilərinin quruluşu

a - Apokrin tər vəzilərinin ümumi quruluşu x 60

b –Sekresiyanın apokrin tipi ilə vəzinin kiçik dənəli hüceyrələri x 120(Apatenko A.K., 1973)

Follikulun yuxarı hissəsindəki dərinlik və ya çala 1-3 sıra epidermal hüceyrələrlə örtülmüşdür ki, onlarda qlikogen, çoxlu miqdarda vakuol, tonofibrillər, keratogialin və keratinosomalar vardır. Tük follikulunun çalasına piy vəzisinin axacağı açılır. Saçların rəngi DOFA-müsbət melanositlərin tərkibində tükün beyin maddəsində olan pigmentlə müəyyən olunur.

Tüklər zərif, cod (qaşlar, kirpiklər, saqqal, bığ və cinsiyyət orqanları nahiyəsində olan tüklər) və uzun (başın tüklü hissəsi) olmaqla 3 yerə bölünürlər. Tüklər yavaş böyüyürlər. Gün ərzində tükün uzunluğu 0,3-0,5 mm artır. Yazda və yayda tüklər sürətlə uzanırlar. Uşaqlarda

tük soğanağı və tük məməcikləri daha səthdə - əsasən dermada yerləşmişlər. Uşaqların tükləri daha hidrofil, elastikdirlər və tərkibində çoxlu miqdarda yumşaq keratin vardır. Biokimyəvi və fizioloji xüsusiyyətləri sayəsində uşaqların tükləri çox vaxt dermatofitlərlə zədələnir.

Dırnaqların rüşeymləri embrionun inkişafının 3-cü ayının başlanğıcında əmələ gəlir. Əvvəlcə dırnaq yatağının əsası qoyulur, orada epitel bir qədər qalınlaşmış və azacıq birləşdirici toxumaya keçir. Sonra dırnaq yatağının epitel hissəsindən - matrisasından sıx, kompakt törəmə - dırnağın kökü formalaşır.

Dırnaq lövhəsinin növbəti mərhələdə formalaşması keratinləşmə prosesi ilə sıx bağlıdır ki, bu prosesə həm lövhənin özü, həm də dırnaq yatağı məruz qalır. Dırnaq lövhəsi və ya dırnaq parlaq xarici qişası (lamina externa) olan sıx yerləşmiş buynuz lövhələrdən ibarətdir. Dırnaq yatağı yandan və ortadan dəri büküşləri - dırnaq yastığı ilə əhatə olunmuşdur. Dırnağın arxa yastığı dırnağın cisminin proksimal hissəsini qövsvari örtərək epidermisin nazik buynuz lövhəsini - dırnaqüstü dərini (eponichium) əmələ gətirir. Arxa yastıqdan ağımtıl sahə şəklində kənara çıxan dırnaq kökünün kiçik hissəsi dırnaq yuvası adlandırılır. Dırnağın böyüməsi matriks hüceyrələrinin hesabına baş verir ki, o da dənəli və buynuzlu qatı olmayan epidermisin quruluşunu təkrarlayır.

Epidermisi əmələ gətirən ektodermal rüşeym lövhəsindən tüklərdən və dırnaqlardan başqa, həmçinin piy və tər vəzləri də formalaşır. Tər vəzlərinin rüşeymləri dölün dərisində bətdaxili inkişafın 2-ci ayında müəyyən edilir. Uşaq doğulduqda tər vəziləri artıq yaxşı formalaşmış olur, lakin funksional cəhətdən fəal deyildirlər. İlk 2 il ərzində tər ifrazı funksiyasının tədricən artması baş verir. Uşaq tipindən böyük yaşlı tər ifrazı tipinə keçid cinsi yetkinlik dövründə meydana çıxır. Uşaq tipli tər ifrazı zamanı cüzi tər ifrazı (perspiratio insensibilis) üstünlük təşkil edir (xüsusilə 1 yaşmda).

Tər vəzilərinin iki növü vardır. Sadə və ya merokrin (ekkrin) və apokrin tər vəziləri ayırd olunur.

Sadə tər vəziləri (glandulae sudoripare) borulu quruluşa və merokrin sekresiya tipinə (əvvəlki adı ekkrin) malikdir. Onlar hüceyrələrin sekretor fəaliyyəti, həmçinin osmos-diffuziya proseslərinin iştirakı nəticəsində tər hasil edirlər. Histokimyəvi olaraq tər vəzilərində RNT, turş fosfatazanın, karboksilazanın, esterazaların, enerji mübadiləsi fermentlərinin fəallaşması nəzərə çarpır.

Tər vəzisinin distal hissəsi yumaqcıq şəklində (burulmuş uc hissəsi) adətən derma və dərialtı piy toxumasının sərhəddində yerləşmişdir. Uzun axacaq şaquli istiqamətdə dərinin səthinə doğru yönəlmişdir və burğuşəkilli əyri yarıqla qurtarır. Ovucda, daban-da və üzdə tər vəziləri xüsusilə çoxdur. Tər vəziləri kişilərdə cinsiyyət üzvünün kəlləsində, qadınlarda kiçik cinsiyyət doddaqlarının xarici səthində olmur. Dəri örtüyünün digər sahələrində tər vəziləri disseminasiyalı şəkildə yerləşmişdir. Dərinin 1 sm² səthində 200-dən 800-ə qədər tər vəziləri vardır. Tər vəzilərinin fəaliyyəti orta beyin III mədəciyinin hüceyrələrində yerləşmiş tər mərkəzi və xüsusi yumaqcıqların kapsulunda yerləşmiş periferik sinir ucları tərəfindən tənzimlənir. Bu səbəbdən parasimpatik maddələr (asetilxolin, pilokarpin və s.) tər ifrazını artırır, atropin isə bu mexanizmi blokada edərək tər ifrazını tormozlayır.

Apokrin tər vəziləri (glandulae apocrinicae) merokrin vəzlərdən fərqli olaraq hüceyrə maddəsi ifraz etməklə şirə hasil edir, ona görə də hüceyrələrin bir qismi kənar edilmə

mərhələsində olurlar. Apokrin vəziləri də həmçinin borulu quruluşa malikdir. Lakin daha böyük ölçülüdür, dərinədə yerləşmişlər və spesifik lokalizasiyası vardır. Onlar cinsiyyət orqanlarının, anusun dərisində, döş gilələrinin areollarında və qoltuqaltı çökəklikdəki tük follikullarının yaxınlığında yerləşmişlər. Bu vəzilərin axacaqları piy-tük follikullarına açılır. Apokrin vəzilərinin tam inkişafı uşağın 1 yaşında baş verir, lakin onların funksional fəallığı yalnız cinsi yetkinlik dövründə üzə çıxır. Apokrin vəzilərin fəaliyyəti adətən siklik xarakter daşıyır və cinsiyyət vəzlərinin sekresiyası mərhələləri ilə üst-üstə düşür. Buna görə də, apokrin vəziləri ikincili cinsi əlamətlərə aid edirlər.

Piy vəziləri (glandulae sebacea) mürəkkəb alveolyar törəmələr olub sekretor hüceyrələrin piy metaplaziyası ilə birgə holokrin tip sekresiyaya malikdir. Hüceyrələrin diferensiasiyası mərkəzdən başlayır və piy vezikullarının progressiv şəkildə toplanması ilə səciyyələnir. Bu, hüceyrənin, onun nüvəsinin dezintegrasiyasına, hüceyrə qışasının dağılmasına və sekretin piy kanalına ifraz edilməsinə səbəb olur. Piy vəzisinin ümumi axacağıın divarı quruluşuna görə epidermisdən fərqlənir, axacağıın şaxələrinədə isə buynuz və dənəli qat yoxdur. Piy vəziləri tük follikullarını əhatə edir. Bir qayda olaraq, hər follikulun ətrafında 6-8 piy vəzisi vardır, ona görə də dərinin tük örtüyünün bütün sahələri normada piy qatı ilə yağlanmışdır. Lakin bəzi piy vəziləri ayrı yerləşmiş və dərinin səthinə axacaq vasitəsilə açılır. Dərinin üzədə, kişilərdə cinsiyyət üzvünün kəlləsində və qadınlarda kiçik cinsiyyət dodaqlarında tük follikulları ilə bağlı olmayan sahələri bol piy vəziləri təchiz edilmişlər. Ovucda və dabanda piy vəziləri ümumiyyətlə olmur. Piy vəzilərinin rüşeymləri 2-3 həftəlik döldə tər vəzilərinin rüşeymlərinə nisbətən daha erkən vaxtda əmələ gəlirlər. Piy vəziləri hələ uşağın doğulmasına qədər intensiv fəaliyyət göstərir, ona görə də yenidoğulmuşun dərisi pendirəbənzər yağlı maddə ilə örtülmüşdür (vernix caseosa). Uşaqlarda piy vəziləri daha böyük ölçülərə malikdir, uzun, kürəyin dərisində, başın tüklü hissəsinin və anogenital nahiyədə çoxlu sayda yerləşmişdir. Tər və piy vəzilərinin ifrazatı dərinin fizioloji, immun və biokimyəvi funksiyalarının yerinə yetirilməsində böyük rol oynayır.

Ağız boşluğunun və dodaqların selikli qışasının quruluşunda eyni struktur komponentlərinin olmasına baxmayaraq dərinin quruluşundan xeyli fərqlənir. Belə ki, dəridə olduğu kimi ağız boşluğunun selikli qışası da 3 şöbədən təşkil olunubdur - epitel, həqiqi selikli qışa (lamina propria mucosae) və selikaltı əsas qatdan ibarət olub epidermis, derma və dəri örtüyünün dərialtı piy toxumasına uyğundur.

Ağız boşluğunun selikli qışasını çoxqatlı epitel örtür, lakin dərinin epitel qışasından fərqli olaraq o, yalnız 2 qatdan - bazal və tikanlı qatdan ibarətdir. Bazal qatın hüceyrələri (str.germativum) silindrik formaya malikdir, bazal membranda çəpər şəkildə yerləşmişlər. Mitozda yaranan hüceyrələr yuxarıya doğru hərəkət edir, onlarda dərinin bazal qatının hüceyrələrində əmələ gəlməyən qlikogen toplanır.

Ağız boşluğunun selikli qışasının mitoz aktivliyi yüksəkdir, ona görə də, onun təzələnməsi prosesi 6-7 gün təşkil edir, dərinin təzələnməsi prosesi isə 21-22 gün davam edir.

Ağzın selikli qışasının birləşdirici toxuma hissəsi həqiqi birləşdirici toxumadan və selikaltı əsas qatdan (tela submucosa) ibarətdir. Epitelinin bazal hüceyrələri lamina propria mucosae ilə sərhədlənir ki, o da selikli qışanın özündən və selikaltı qatdan təşkil olunmuşdur. Ağzın birləşdirici toxuma qatında qan damarları, sinir ucları və çoxsaylı

xırda tüpürcək vəzləri toplanmışdır ki, onların sekreti selikli qişanın səthini yaş saxlayır və ağız boşluğunun qida maddələrinin həzm olunmasında iştirakını təmin edir.

Sərt damağın, dilin, qismən dişətinin epitel hüceyrələri sağlam şəxslərdə buynuzlaşmaya məruz qalır, bu isə ağız boşluğunun selikli qişasının digər sahələri üçün səciyyəvi deyildir.

Kollagen və elastik liflərin düyünlü şəbəkəsi ilə yaranmış selikaltı təbəqədə dərin damar şəbəkəsi, hüceyrə elementləri (immunqlobulinləri əmələ gətirən limfositlər, plazmatik hüceyrələr), dərin yerləşmiş çoxsaylı kiçik tüpürcək vəzilərinin yumaqcıqları yerləşmişdir. Selikaltı qat selikli qişanın aşağıda yerləşmiş toxumalara sıx birləşmədiyi yerlərdə, məsələn ağız boşluğunun dibində yaxşı inkişaf etmişdir. Bununla yanaşı, selikaltı qat dişətdə və bərk damaq nahiyəsində tamamilə yoxdur.

Dodaqlar güclü dairəvi əzələ qatından ibarətdir, xaricdən əzələ qatı ilə möhkəm birləşmiş dəri ilə örtülmüşdür. Dodaqda 3 hissə ayırd olunur: dəri, aralıq və ya qırmızı haşiyə və selikli. Qırmızı haşiyə dəridən selikli qişaya keçid quruluşuna malikdir, orada piy vəziləri yalnız ağız bucaqlarında saxlanmışdır. Dodaqların qırmızı haşiyəsində tam buynuzlaşma baş vermir, epitelinin səthi qatı eleidinlə yağlanmışdır ki, bu da ona şəffafıq verir. Dodaqların qırmızı haşiyəsində xarakterik buynuz qatı, həmçinin parlaq və dənəli qat yoxdur.

Dodaqların qırmızı haşiyəsində xarici və daxili zonalar ayırd olunur. Xarici zonanın epitelisi şəkli dəyişmiş buynuz qatını qoruyub saxlayır, dodaqların selikli qişama keçən daxili zona isə (Kleyn zonası) epitelinin xarici qatında nüvələrə və çox uzunsov dermal məməciklərə malikdir. Ağız boşluğunun selikli qişasının, dodaqların, dişətinin və dilin sinir-reseptor aparatı üçlü, üz, dil-udlaq və dilaltı sinirlərlə təmin olunur.

Qan və limfa sistemi ağız boşluğunun, dilin, dodaqların qırmızı haşiyəsinin bütün səthi boyunca yayılan çoxlu sayda kapilyar, venula və limfa şəbəkəsi ilə təmsil olunmuşdur. Limfa şəbəkəsi badamcıqlarda və dilin kökündə xüsusilə sıx yerləşmişdir, burada 5 mm hündürlükdə kripta adlandırılan limfoepitel qabarma əmələ gəlir. Limfa toxumasından selikli qişanın səthinə tüpürcəyin tərkibinə daxil olan limfositlər keçə bilər.

Tüpürcək vəziləri. Ağız boşluğunda çoxlu sayda tüpürcək vəziləri vardır ki, onlar böyük və kiçik olmaqla 2 yerə bölünürlər. Böyük tüpürcək vəzilərinə ağız boşluğundan kənarında yerləşən və uzun axacaqları olan qulaqyanı, aşağı çənəaltı və dilaltı vəzilər aiddir. Kiçik tüpürcək vəziləri heterogendir, dodaq, yanaq, damaq və dil tüpürcək vəzilərinə ayırd olunurlar.

III FƏSİL. DƏRİNİN ƏSAS FUNKSIYALARI

Dərinin mühafizəedici funksiyası

Dərinin mühafizəedici funksiyası çoxsahəlidir. Bu funksiyaları aşağıdakı qaydada bölmək olar: mühafizəedici-mexaniki funksiya; su-duz homeostazın mühafizə etmə funksiyası; immunoloji funksiya; orqanizmi bioloji, kimyəvi, fiziki amillərdən qoruyan funksiyalar.

Buynuz qatı, melanin, dəri sinirləri və dermal birləşdirici toxuma daxil edilməklə, dəridə müəyyən edilmiş strukturlar yaşamaq üçün zəruri olan mühafizə funksiyalarını yerinə yetirir. Dəri orqanizmi lazımı mayeləri itirməkdən, orqanizmə, toksiki agent və mikroorqanizmlərin keçməsindən, ultrabənövşəyi şüalanmanın zərərli təsirindən, ətraf mühitin ekstremal temperaturundan və mexaniki zədələnmədən qoruyur.

Buynuz qatı daxili epidermal hidratlaşmış təbəqələrdən suyun itməsini geciktirən, həm də ətraf mühitdən suyun keçməsindən qoruyan aşağı keçiricilik sərhədidir. Buynuz qatının sərhəd xassələri bir neçə nöqteyi-nəzərinə təcrübi əhəmiyyətə malikdir:

Birincisi, həddən artıq quruma və ya dəridə iltihabi reaksiyalar buynuz hüceyrələrin normal kompakt təbəqəsinin pozulduğu üçün kobudlaşmağa və qabıqlanmaya gətirib çıxarır. Bu da suyun transepidermal itkisinin artmasına səbəb olur, əgər buynuz qatın geniş sahələri pozulursa (generalizə olunmuş eksfoliativ dermatidə, eritrodermiyalarda və ya yanıqlardakı kimi), total su itirmə maye və elektrolit disbalansa gətirib çıxara bilər.

İkincisi, buynuz qatda pozuntular zamanı xarici mühitdən olan maddələr asanlıqla epidermisə keçir. Beləliklə, dərman vasitələri də daxil edilməklə, müxtəlif kimyəvi maddələr zədələnməmiş dəriyə düşdükdə sistem absorbsiyaya məruz qalır, haptən və ya antigen kimi görünür və allergik kontakt dermatitin əmələ gəlmə ehtimalını artırır. Bu hala xüsusi ilə xroniki iltihablı dəridə allergik kontakt dermatitə səbəb olan neosporini yerli olaraq istifadə etdikdə daha çox təsadüf edilir.

Üçüncüsü, sərhədin pozulması, xüsusən də çox yaxşı qidalı mühit yaradan toxuma mayesinin eksudatı olduqda dərinin patoloji bakteriyalarla zənginləşməsi zərurətini artırır.

Dördüncüsü, dəri xəstəliklərinin müalicəsində yerli tətbiq olunan müxtəlif dərman vasitələrinin (məsələn, steroid məlhəmlər) dəridən absorbsiyası buynuz qatın okklüzion sarğılarla hidratlaşması vasitəsilə artırıla bilər.

Buynuz qatı təkcə müxtəlif bakteriyaların daxil olmasına sərhəd deyil, həm də bir sıra aerob və anaerob obliqat mexanizmlərin (məsələn, Staphylococcus epidermitis diphtheroidus, Propionibacterium acnes və Malassezia) məskunlaşdığı yerdir. Buynuz qatında zədələr, gigiyenaya riayət etməmək və maserasiya ilə yüksək rütubət (əsasən intertriginoz zonalarda) impetiqo, erizepeoid, follikulit, furunkulyoz, ektima kimi dəri infeksiyalarına səbəb olur.

İkinci struktur komponent mühafizəsini təmin edən melanositdir, hansı ki, melanin pigmentini hasil edir. Melanin – geniş diapazonda 200-dən 2400 nm dalğa uzunluğunda olan işığı udan unikal xassəyə malik olan iri polimerdir. O, günəşin ultrabənövşəyi şüasının qocalma, dəridə qırışlar, eləcə də dəri törəmələrinin əmələ gəlməsi kimi mənfi effektlərə qarşı yaxşı ekran rolu oynayır. Nazikdərili, göy göz, günəşdən tez qaralan fərdlər və albinoslarda günəşin dəriyə təsirindən dəri xərçənginin yaranması ehtimalı-

nın çox olması melaninin zəruriliyini göstərir. Ultrabənövşəyi şüaların təsiri dəridə qocalma və qırışlar əmələ gətirir. Epidermisdə melanositlərin miqdarına irq və cins təsir göstərmir. Zənci ilə qafqazlının dərisində eyni miqdarda melanosit var, lakin melanositlərlə və keranositlərlə yayılan çoxlu miqdarda melaninin sintezi nəticəsində onlarda dəri piqmentasiyası intensiv olur. Qara dəri ağ dəriyə nisbətən uyğun olaraq yenitörəmələrə az meyllidir.

Üçüncü struktur komponent dərinin mühafizəedicisi rolunu oynayan dermal sinirlərdir. Sinir ucları dəridə iki ümumi morfoloji tipdə ekstensiv yerləşmişdir: sərbəst və xüsusişdirilmiş sinir ucları (Fater- Paçini və Meyssner cisimcikləri), hansı ki, ağrı, təzyiq və qaşınma daxil edilməklə, bir sıra hissiyyatları ifadə edir. Ağrı sağalmaq üçün zəruridir, belə ki, ağrının mənbəyindən və gələcək zədələnmələrdən uzaqlaşmağa kömək edir. Hissiyatın itməsi (məsələn, diabetik neyropatiyada), pasiyent hiss etmədən əmələ gələn dərin trofik xoralara gətirib çıxarır. Dəri sinirlərinin zədələnməsi (məsələn, herpes zoster) üzünmüddətli yandırıcı ağrı və herpesdən sonrakı nevrалgiyaya gətirib çıxara bilər.

Protein lifləri (kollagen, elastin) tərəfindən dəriyə verilən yüksək elastiklik, möhkəmlik xassəsi, eləcə də dermanı təşkil edən əsas maddələr mexaniki təsirdən qoruyur. Əsas maddənin elastiklik və özlülük xassəsi sıxılmağa qarşı müqavimət göstərməyə və müəyyən forma almağa imkan verir ki, bu da daha həssas dəri strukturunu öqtəvəri təzyiqi azaldır.

Dəri – hissiyyat orqanı kimi

Müxtəlif növ hissiyyat reseptorları öz quruluşuna görə fərqlənir: ağrı reseptorları sərbəst sinir uclarıdır. Qıcıqlanmanın digər növləri inkapsulyasiya olunmuş sinir uclarını qəbul edir (təzyiq- Meyssner və Fater-Paçini cisimcikləri; temperatur – Krauze uc kolbası və Ruffini cisimcikləri və s.). Dəri geniş reseptorlar sahəsidir. heç bir orqan belə zəngin hissiyyat innervasiyasına malik deyil. Bunu epitelial dəri əmələ gəlməsi və mərkəzi sinir sisteminin (MSS) vahid inkişaf mənbəyi – ektodermanın olması ilə izah etmək olar. Reseptorlar dəri səthi üzrə qeyri-bərabər yerləşmişlər. Hesablamalara görə 1 sm² dəriyə 2 ist, 12 soyuq, 25 toxunma, 150 ağrı nöqtələri düşür.

Dəri reseptorlarından geniş və mürəkkəb informasiya çatır. Dərinin istənilən hissəsində bir neçə pesseptiv sahəli mürəkkəb kompleks var ki, onların hər biri çoxlu sayda, müəyyən anatomo-funksional birləşmiş ayrı-ayrı reseptorlar ilə bağlıdır.

Dermatologiyada ən geniş yayılmış hissiyyat və simptom qaşınmadır, hansı ki, dermatoloji xəstəliklər və ya klinik görüntüsüz dəri xəstəlikləri ilə yanaşı olduqda yarana bilər. Qaşınma və ağrı mielinsiz S-liflərinə psevdounipolyar neyronların formalaşmış dendritlərinə görə aparılır. Bu neyronların aksonları onurğa beyninin arxa buynuzuna daxil olub, ikinci neyrona ötürülür, hansının ki, aksonu əks tərəfə keçir və spino-talamik trakt tərkibində talamusa qalxır, sonradan impuls baş beyin qabığının mərkəzarxasıqırışığın sensor zonasına gedir. Spino-talamik traktın kəsilməsi ağrı və qaşınmanı götürür (anterolateral hemixordotomiyası).

Müxtəlif periferik mediatorlar S-liflərini stimula edir və qaşınma əmələ gətirir. Bunlara histamin, tripsin, proteaza, peptidlər (bradikinin, vazoaktiv intestinal peptidlər, histamini çıxarmaq üçün bütün mümkün olan - P maddələri) və öd duzları aiddir. Prostoq-

landinlər birincili mediator, daha çox qaşınma modulyatorudur. Həm histamin, həm də ağrının səbəb olduğu qaşınmanın yaxınlaşmasını azaldır. Sistem morfin kimi qaşınmanın mərkəzi modulyatoru mərkəzi reseptorlara təsir edərək ağrını azaldır, qaşınma əmələ gətirir.

Birincili dəri xəstəliyi olmadıqda, generalizə olunmuş qaşınma daxili xəstəliyin mü-
hüm əlamətidir. Uremiya, öd daşı xəstəliyi, limfomalar və mieloproliferativ xəstəlikləri, tiretoksikoz, diabet, karsinoma, müxtəlif genez çatışmamazlığı ilə anemiyalar və psixi pozuntular kimi müxtəlif xəstəliklər bərk qaşınma verə bilər. Qaşınmanın əsas səbəbi – psixi stressdir. Bəzi psixogen qaşınması olan pasiyentlər dəridə görünməyən parazitlə-
rin olmasını güman edirlər. Belə xəstələr ekskoriyasiya və əl çatan yerlərində pruriginoz papulalar əmələ gələnə qədər başlarını darayırlar (ətraflar, baş, kürəyin yuxarı hissəsi). Quru dəri (kseroz) – digər fərdlərdə qaşınma üçün geniş yayılmış səbəbdir. Müəyyən dərmanlar (aspirin, opiatlar) səpgisi görünməyən qaşınmalar əmələ gətirir. Həqiqi poli-
sitemiyalı pasiyentlər unikal qaşınma tipinə malikdir, yəni qaşınma temperaturun birdən dəyişməsindən, xüsusən isti vannadan çıxdıqda başlayır. Qaşınma tikanlı olur, bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir.

Dərinin termorequlyasiyada iştirakı

Orqanizmin hasil etdiyi istiliyin 80 %-ə yaxını dəridən buxarlanma, istilikkeçirmə və istilik şüalanması hesabına ayrılır. Termorequlyasiya dərinin tər vəziləri və damar sistemi ilə birlikdə həyata keçirilir. Dəri- əzələ arteriya və venaları, eləcə də kapilyarlar, arteriovenoz şuntlar və kiçik venaların massiv qarşılıqlı əlaqəsi bədən temperaturu-
nun saxlanmasında xüsusi rol oynayır. Dəridə qanın həcmində əsas fraksiyası qanın asta hərəkət etdiyi, səthə yaxın, maksimal istiliklə təmin edən böyük venoz kəllələrdə olur.

Termorequlyasiya üçün, həmçinin ekkrin tər əmələ gəlməsi zəruridir, beləki, dəri sə-
hindən buxarlandıqda soyumanı təmin edir. Dəri səthindən buxarlanan hər bir qram su ilə 580 kalori istilik itir. Dəridən tər ifrazı və buxarlanma ilə 27% su çıxmış olur. Adi halda sutka ərzində dəri 650 q su və 10q-a yaxın karbon anhidridi ifraz edir, çox tərlə-
dikdə bu rəqəmlər bir neçə dəfə artmış olur. Bir saat ərzində maksimum 1 l-dən 3,5 l-ə qədər tər ifraz oluna bilər ki, bu da 2500-8750 kC istilik verməyə ekvivalentdir. Çox tərləmə zamanı dərinin vəz aparatının böyük işi həqiqətən faydalıdır.

Termorequlyasiya həm də dəridə qan dövranının dəyişməsinin köməyi ilə həyata ke-
çirilə bilər. Əsas şərtlər zamanı ümumi qan dövranının 8,5%-i və ya dəridən dəqiqədə 450 ml keçdikdə, qan axınına nəzarəti birincili simpatik sinir sistemi yaradır (adrenalin və noradrenalinə). İsti ətraf mühitdə fiziki iş zamanı qan axını 3 l/dəq. ola bilər. Nə qədər ki, qanın istilik keçiriciliyi və udelğnoe yüksəkdir, dəri boyunca çoxlu miqdarda istilik yayıla bilər. Həm mərkəzi, həm də periferik termoreseptorlar periferik sinir siste-
mindən tər ifrazını stimula edirlər, lakin tər vəzilərinin postqanqlionar halında asetixolin keçirici olur. Termorequlyasiyada mərkəzi (hipotalamusda yerləşib) və periferik (dəridə lokalizə olunub) termoreseptorlar iştirak edir. Belə olan halda mərkəzi termoreseptorlar tər ifrazın yaranmasından 10 dəfə effektivdir. Soyuğun təsirinə cavab o zaman baş-
layır ki, temperaturu adi haldan aşağı düşən qan hipotalamusa çatır, sonra orqanizmdə istilik yaranan və saxlayan mexanizmə təsir edir. Simpatik sistem qan damarlarını da-
raldır, nəticədə istiliyin dəri səthinə ötürülməsi azalır. Hipotalamusdan impuls həm də

titrəmə mərkəzi motorunu aktivləşdirir, bu da istilik yaradılmasını 50% artırır. Əksinə, hipotalamusa normadan artıq isti qan gedirsə, istilik yaradan mexanizm dayanır, qanın səthdə yığılmasına imkan verilir, keçiricilik və konveksiya vasitəsilə istilik itirilir, dəri damarları genişləyir. Beləliklə, vazodilatasiya reflektor olaraq, dəri səthinin bilavasitə qızdırılmasından (isti mühitdə) baş verir. Bundan başqa, hipotalamusun stimulyasiyası tər ifrazını əmələ gətirir və istiliyin buxarlanma ilə itməsinin artırır. İstiliyin periodik qarşılıqlı təsiri və ya istilikləstres yanaşı olduqda (məsələn, hər gün 1-2 saat, 10-14 gün ərzində) ekkrin tər vəzilərinin sekresiyası artır (iqlimləşdirmə). Termorequlyasiya zamanı və kardiovaskulyar hoemostazda dəri damar sisteminin həlledici roluna nümunə eritrodermiyanı törədən dərinin geniş yayılmış iltihabi xəstəliyidir. Yayılmış dermatit, psoriaz, toksidermiya və limfomalar kimi xəstəliklər zamanı dəridə iltihabi reaksiya dərinin ümumi qan dövranını 10-20% azaldan generalizə olunmuş dəri vazodilatasiyası əmələ gətirə bilər. Bu zaman qanın mərkəzi həcmi azala bilər. Qan təzyiqini saxlamaq üçün ümumi qan dövranı artmalıdır, kardiorezerv disbalansı olan yaşlı şəxslərdə qızdırma və titrətmənin fərqli dəyişmələri ilə bağlı olan pozuntu ola bilər.

Dərinin deponent funksiyası

Dəri orqanizmin ikinci dalağı kimi olaraq özünəməxsus qan deposudur. Müəyyən şəraitdə genişlənmiş dəri damarları 11-dən çox qan saxlamaq qabiliyyətinə malikdir. Bütün dövr edən qanın 5 litr olduğu halda, bu kifayət qədər nəzərə çarpan rəqəmdir. Dəridə sudan başqa, öz növbəsində su və enerji mənbəyi olan piy də deposit olunur.

Dərinin tənəffüs funksiyası

Dəridən orqanizmə oksigen daxil olur və ümumi qaz mübadiləsinin 2%-i miqdarında karbon qazı xaric edilir. İnsan orqanizmi sutka ərzində dəri örtüyündən 7-9 q karbon qazı xaric edir və 3-4 q oksigen udur. Ətraf mühitin və fiziki iş zamanı bədənin temperaturunun, atmosfer təzyiqinin qalxması və dərinin kəskin iltihabı zamanı dəri tənəffüsü artır. Dəri digər qazları da keçirir. Epidermisin səthindəki şiddətli piylənmə dəridən tənəffüsü azaldır.

Dərinin rezorbtiv (sorulma) funksiyası

Dəri daxili və xarici mühit arasında tamamilə keçirməyən sərhəd deyil. Suda və ya piyde əriyən maddələr, böyük və ya kiçik molekulyar kütləli birləşmələr üçün keçiricilik müxtəlif ola bilər, bu da çox vaxt prosesi tezləşdirir və ya ləngidir. Dəridən müxtəlif maddələrin keçmə sürətinə bir çox faktorlar - dəri sahəsinin lokalizasiyası, onun hidratasiya dərəcəsi, buynuz qatın qalınlığı, lipid yağların olması təsir edir. Qazlardan başqa, dəridən toksiki, üzvi və qeyri-üzvi maddələr (qlükokortikoidlər, qətran, civə, salisil turşusu, dimeksid) keçə bilər. Bəzi maddələr (civə, salisil turşusu) dəridən keçərkən epidermis hüceyrələrini, dermanın elastik liflərini zədələyir ki, bu da onların işinin pozulmasına və hətta məhv olmasına gətirib çıxarır. Dəridən keçən maddələr, həm də ümumi toksiki təsir göstərə bilər. Yad maddələrlə zədələnmələrə uyğun immun cavablar və allergik reaksiyalar (sadə kontakt və allergik dermatit, toksikodermiya) yaranır.

Dərman maddələrinin dəridən keçməsinə öyrənmək və bundan istifadə etmək klinik dermatologiyada mühüm və perspektiv istiqamət təşkil edir. Parenteral və ya mədə-ba-

ğirsaq traktından yeridilən dərman preparatlarının əksəriyyəti dermatotrop deyil. Dəriyə daxil olmaq üçün iki alternativ yol var: transepidermal (nazik, nisbətən keçirici olmayan buynuz qat) və ya tük follikullarından (piy və ekkrin tər vəziləri). Dərman preparatlarının transepidermal yeridilməsi mədə daxilinə pH-dan, qida qəbulundan, metabolik inaktivasiyalardan asılı olmadığı üçün peroral və ya parenteral yeridilmə üsulundan üstündür. Dərman preparatlarının transepidermal yol ilə qəbul edilməsi mühüm dəyərə malikdir – bilavasitə xəstə orqana çatdırılır.

Dərinin ekskretor funksiyası

Dəri, hər hansı birinin (su, duzlar) artığından və digərinin (metabolitlər, dərman maddələri) toksiki təsirindən azad olunmaqla orqanizmdən maddələri çıxarmaq kimi əhəmiyyətli olan funksiyaları yerinə yetirir. Bu proses tər və piy vəziləri, eləcə də epidermisdən keçməklə həyata keçirilir. Dərmanın məməciklərinə qanla gətirilən toksiki maddələr, dərman preparatları, toxuma mayesi ilə birlikdə hüceyrələrarası kanalcıqlarla epidermisə keçir, onun hüceyrələrinə zədələyici təsir göstərə və səthdən çıxarıla bilər. Patologiya zamanı (məsələn, uremiyada) dərinin ekskretor funksiyası kəskin artır ki, bu da aydın nəzərə çarpan adaptiv xarakter daşıyır.

Maddələr mübadiləsində dərinin rolu

Dəri, orqanizmin maddələr mübadiləsində mühüm rol oynayır, bu da onun kütləsi (bədənin çəkisinin təxminən 20%-i) və xarici mühitlə sərhəddinin vəziyyətindən asılıdır. Dəri metabolizmi sinir və endokrin sisteminin köməyi ilə bütün orqanizmin mübadiləsi ilə birləşir. Toxumalarda mübadilənin pozulmasının seboreya, alopesiya, akne, hamiləlik dermatozu kimi cinsiyyət vəzilərinin disfunksiyası arasında əlaqə coxdan məlumdur. Dərinin xarakter distrofik dəyişiklikləri diabetli xəstələrdə, qalxanabənzər vəzinin uru - Basedov xəstəliyində, eləcə də böyrəküstü, hipofiz, paraqalxanabənzər vəzinin çatışmamazlığında əmələ gəlir.

Dəridə maddələr mübadiləsi və dərinin mübadilədə iştirakının bir neçə aspekti ayırd edilmişdir. Müxtəlif bioloji mayələrin və bərk maddələrin - qan, limfalar, toxuma mübadiləsinin hasilatı, makro- və mikroelementlərin depozitə qoyulmasında dərinin rolu böyükdür. Buna səbəb dərinin çoxşaxəli damar şəbəkəsidir. Zülal pəhrizi və müxtəlif xəstəliklər (ekzema, atopik dermatit, psoriaz, qırmızı qurdeşənəyi) zamanı azot qalığının artması göstərir ki, dəri müvəqqəti olaraq zülal metabolitini ləngidir, bununla da onların digər orqanlara, xüsusilə də beyinə toksiki təsirini zəiflətməmiş olur. Orqanizmdəki çoxlu mikroelementlərin funksional rolu kifayət qədər öyrənilməmiş qalır, lakin dermatologiya üçün sink, mis və dəmir mübadiləsi çox maraqlı kəsb edir.

İnsanda sink çatışmamazlığında bir sıra əlamətlər və xəstəliklər müşahidə olunur: enteropatik akrodermatit, alopesiya, yuxusuzluq, apatiya, eritematoz-skvamatoz səpgilər, müxtəlif infeksiyalara yüksək həssaslıq.

Misin dəri üçün əhəmiyyəti böyükdür, o, tirozinazavasisilə melaninin sintezində, liziloksidazavasisilə elastin və kollagenin mübadiləsində, tioloksidazavasisilə keratinizasiya prosesində iştirak edir. Orqanizmdə mis çatışmamazlığı, kollagen və elastinin polipeptid zəncirləri arasında köndələn tikişlərin olmamasına, onların qırılması ehtimalını artırır - defektor kollagenin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Dəmir hemoqlobinin, mioqlobinin, sitoxromların, kataliazaların, peroksidazların tərkib hissəsini təşkil edir, bununla da onun orqanizmdəki mühüm rolu təyin edilir. Psoriasis xəstələrdə epidermisin zədələnmiş ocaqlarında yüksək miqdarda dəmirin olması nəzərə çarpır. Fotodermatozların müxtəlif formalarında lipidlərin peroksid oksidləşməsi dərəcəsi və xəstənin qan zərdabında dəmirin tərkibinin səviyyəsi arasında korrelyasiya qeyd olunur.

Digər orqanalrın mübadilə prosesində iştirak edən maddələrin dəridə kimyəvi dəyişilməsi gedir: məsələn, zülalların, karbohidratların və lipidlərin katabolizmi. Bunun üçün bütün zəruri olan fermentlər: oksidoreduktazlar, transferazlar, hidrolazlar, sintetazlar, izomerazlar və liazlar vardır. Dəridə, onun üçün spesifik olan dəyişikliklər: keratin, kollagen, melanin, dəri piyi və tər əmələ gəlir.

Dəri endokrin orqan kimi

Hazırda dəriyə böyük endokrin orqan kimi baxılmasına imkan verən məlumatlar toplanmışdır. Bu baxışlar aşağıda verilənlərə əsaslanır.

Dəridə (şübhəsiz, epidermisdə) ultrabənövşəyi şüaların təsirindən vitamin D₃ (xolekalsiferol) əmələ gəlir. Son zamanlar hormonların bütün xassələrinə malik olduğu üçün bu vitamində hormon kimi baxılır: orqanizmdə sintez olunur, qana sorularaq onunla tənzimləyici orqanlara çatdırılır; az miqdarda təsir edir; təsir edəcəyi orqanlar-hədəflərvar; dəridə külli miqdarda olan steroidlərin metabolik dəyişilmələri zamanı əmələ gəlmiş vitamin D-nin aktiv forması steroid hormonların bir çox effektlərinə malikdir. Beləliklə, dəriyə xolekalsiferol hormonunu sintez edici orqan kimi baxmaq olar.

Keratinositlər timopoetinə oxşar hormon hasil edir. Bu, həm də epidermal timositaktivasiya edici faktor (ETAF) adlanır. ETAF 15000 daltona bərabər olan molekulyar kütləyə malikdir. Makrofaqlar tərəfindən hasil edilən interleykin -1 də belə kütləyə malik olur. Bundan başqa, müəyyən edilmişdir ki, interleykin -1 yalnız Langerhans hüceyrələri tərəfindən deyil, həm də keratinositlər tərəfindən də hasil edilir. Keratinositlər mənşəli interleykin-1 ETAF adını belə qazanmışdır. O, həm də timopoetin kimi T-limfositlərin differensiasiyasını stimule edir. Ekzogen ETAF orqanizmə parenteral yeridildikdə qızdırma-titrətmə, neyrotrofiya əlamətləri verir. ETAF *In vitro* bu hüceyrələrin hemotaksisini gücləndirir. ETAF-ın hasilatının yeri haqqında qəti fikirlər yoxdur. Göstərilmişdir ki, hətta buynuz qatda bioloji xassələrini saxlamaqla çoxlu miqdarda ETAF olur.

Son zamanlar keratinositlərin interleykin 2 və 3 hasilatı haqqında məlumatlar təsdiqlənmişdir. İnterleykin -3, məlum olduğu kimi stimule olunmuş limfositlər tərəfindən hasil edilir və tosqun hüceyrələrin bölünməsinə və differensiasiyası aktivləşdirir.

Dəridə neyropeptidlər hasil edilir. Onların hasilatı, əsasən Merkel hüceyrələri ilə əlaqəlidir. Neyropeptidlər, xüsusilə, met-enkefalin, immunhistokimyəvi üsullarla Merkel hüceyrələrindən başqa, həm də Langerhans hüceyrələrində, melanositlərdə, dərinin həssas sinir uclarının neyrolemmositlərində və dermanın pigment hüceyrələrində (melanofor) müəyyən edilmişdir.

Langerhans hüceyrələri interferon hasil edərək, tək-cə immun reaksiyalarda iştirak etmir, həm də müxtəlif toxuma hüceyrələrinin bölünməsinə sistemli təsir göstərir. Langerhans hüceyrələri interleykin -1 hasil edərək, immun sistemin hüceyrələri ilə qarşılıqlı hüceyrələrarası təsirdə iştirak edir və yanaşı sistem təsire malik olur (ETAF-a münasibətdə).

Piy toxumasının adipositləri və leptin estrogenlər hasil edir.

Beləliklə, dərinin endokrin funksiyasının morfoloji substratı keratinositlər, Langerhans hüceyrələri, Melker hüceyrələri və melanositlərdir. Bütün bu hüceyrələr hormon hasil edici hüceyrələrin morfoloji əlamətlərinə malikdir: tərkibində inkişaf etmiş biosintez orqanelələri var, çıxıntılarının köməyi ilə dermanın (Langerhans hüceyrələri) hemomikrosirkuləedici məcrası ilə kontaktda ola bilər. Dərinin endokrin funksiyasının aydınlaşdırılması üzrə tədqiqatlar təkcə nəzəri deyil, həm də təcrübi əhəmiyyət kəsb edir.

Dəri, xarici və daxili sekresiyanın mühüm vəziləri kimi, bütün daxili orqanlarla, birləşdirici toxuma ilə, hipofiz, böyrəküstü və digər endokrin vəzlər ilə sıx bağlıdır. Dəri çıxarışları stimuleddici, damardaraldıcı və antiinfeksiya vasitələri kimi təsir edici orqandır. Ona görə də alman alimi S.Şmitsin dərinin “ən böyük endokrin vəzi” adlandırması, heç də təəccüblü deyil.

Dərinin metabolik aktivliyi bir çox hormonlarla tənzimlənir. Həqiqətən, piy vəziləri və bəzi tük follikulları androgenlərə reaksiya verməkdə hazır olduğundan, həm də steroid hormonların təsiri altında müxtəlif transformasiyalara qabildir. Dihidrotestosteron yetkinlik dövründə piy vəzilərinin böyüməsini, müəyyən tüklərin çıxmasını (kişilərdə sinədə, yuxarı qasıq üçbucağında, burun və qulaqlarda tük örtüyü), eləcə də xarici cinsiyyət üzvlərinin böyüməsi və inkişaf etməsinə təsir edir. Testosteronun dihidrotestosteron konversiyasını blokada edən dərman vasitələri – antiandrogenlər - ya 5α reduktaza və ya sitozolreseptor proteinin inhibasiyasını ləngidir. Simetidin və spironolakton kimi dərman maddələri antiandrogen təsirə malikdir, akne və hirsutizmin müalicəsində tətbiq olunur. Əlavə olaraq, tireoid hormonlar tüklərin inkişafını, dəri teksturasının dəyişməsinə tənzim edə bilər (hipertireoidizm zamanı nazik, zəif tüklər və hamar yumşaq dəri, hipotireoidizm zamanı qırıq kobud tüklər və soyuq nahamar qalın dəri). Sonradan hormonlar melanin pigmentinin, melanosit stimullaşdırıcı hormonun, dərinin estrogen-stimuleddici pigmentasiyasının əmələ gəlməsinə təsir edir.

Dəri immunitet orqanı kimi

Hazırda dəriyə böyük immunitet orqanı kimi baxılmasına imkan verən kifayət qədər əsaslı məlumatlar vardır. Dəri immun sistemin yüksək mütəşəkkil periferik orqandır və immunkompetent hüceyrələrə zəruri olan tərkibə malikdir: epiteliositlər, epidermal makrofaqlar, limfositlər, histiositlər, toxuma bazofilləri, Thy-1 müsbət hüceyrələri. Bu, dəriyə, orqanizm üçün mühüm olan bir sıra fizioloji funksiyaları: antigen materialın müəyyən və xaric edilməsini,

T-limfositlərdə inkişaf etməmiş timusdankənar differensiasiyası, şiş hüceyrələrinə immunoloji nəzarəti yerinə yetirməyə imkan verir. Beləliklə, dəri eyni zamanda immunogenin mərkəzi və periferik orqandır.

Epidermis və dermoepidermal birləşdirici zona immunoloji reaksiyalarda aktiv iştirakçısıdır. Keratinositlər, və melanositlər, eləcə də müxtəlif dəri bullöz reaksiyalarında iştirak edən lamina lucidum və lamina basalis kimi immunoloji strukturlar daxil edilməklə, dəri immunoloji zəruri olan əsas hüceyrələrdən ibarətdir. Çox güman ki, epidermisdə ən zəruri hüceyrə, ümumi epidermal hüceyrələrin 2-5%-ni təşkil edən Langerhans hüceyrələridir. Makrofaq T-hüceyrələri, T-B limfositləri, GVH (sahibinə qarşı transplantat) tipli reaksiyalar, eləcə də transplantatın ayrılması da daxil edilməklə, Langerhans hüceyr-

rələri bir sıra immunoloji reaksiyalarda müəyyən rol oynayır. T-limfositlərə antigenləri təqdim edən və onları müəyyən edən Langerhans hüceyrələri Ia-antigenlərini (genetik-assosiasiyalı immun reaksiyalı antigenlər, II sinif antigenlər) sintez edir. İmmunoloji reaksiyalar zamanı Langerhans hüceyrələrinin hasil etdiyi limfokinlər onun gedişini gücləndirir və artırır, həmçinin müşayiət edici iltihabi reaksiyalara təsir edir.

Keratinositlər, GVH- tipli reaksiyalarda, göbələkvari mikoz, allergik kontakt dermatiti, qırmızı yastı dəmrov, tuberkuloid tipli cüzam zamanı Ia-antigenlərinin səthinə təsir etməklə immunoloji reaksiyalarda mühüm rol oynayır. Belə hallarda keratinositlər limfokin, xüsusən T-limfositlərin mitogen- və antigen induktiv aktivasiyasını tamamlayan makrofaqların (Langerhans hüceyrələri) ikinci siqnalı təmin edən interleykin-1 hasil edir. Bundan başqa epidermal hüceyrələr dərinin iltihabi reaksiyalarında iştirak edən prostaqlandin E2 və leykotriyenlər kimi başqa sitokinlər də hasil edirlər. Keratinositlər – epidermisin hüceyrələrarası antigenlərinə və epitelinin mikoz membranına doğru dövr edən antitellərin epidermadaxili akantolitik qovuq əmələ gətirdiyi pemfiqus qruplu xəstəliklərdə immunoloji hədəfidir.

Müxtəlif iltihabi xəstəliklər bullıyoz reaksiyalarla xarakterizə olunur, hansı ki, IgA və IgM daxil olmaqla, birləşdirici dermal zona boyunca əlavə yığılan immunreagentlər vasitəsi ilə baş verir. Qovuqlu törəmələrin anatomik yerləşməsi bu immunreagentlərin yığılma mövqeyinə görə korrelyasiya edilir. Bəzi xəstəliklər zamanı antigenlər təcrid olunmuş və qismən xarakterizə olunmuşdur. Mikroskopik və struktur səviyyədə immunflüoresent metodikadan istifadə edilməklə bullıyoz vəziyyətin daha dəqiq diaqnostikasına kömək edir.

Bir halda ki, dəri vahid immun sistemin mühüm hissəsidir, o çox vaxt birincili və ikincili immunçatışmamazlıq hallarında zədələnir. Eyni zamanda dərinin immunoloji strukturu bəzi patoloji prosesləri sərbəst yerinə yetirərək müşahidə edici xarakter daşıyır. İlk olaraq müxtəlif kontakt hiperhəssaslıq təzahürləri, fotodermatozlar, həmçinin dərinin limfoproliferativ prosesləri bunlara aiddir. Dərinin nəzərə çarpan antigen stimulyasiyası baryer orqan kimi, digər ekzogen və endogen faktorları dərinin immun sisteminin bir çox hissələrində nasazlıq əmələ gətirə bilər, bu da müxtəlif immunpatoloji təzahürlərə gətirib çıxarır. Bir sıra müxtəlif dermatozlarda müşahidə olunan immunpatoloji reaksiyaların bütün tipləri dəridə realizə oluna bilər. Bu patoloji prosesləri izah etmək üçün sağlam dərinin immunoloji funksiyasını bilmək zəruridir.

Dərinin kosmetik əhəmiyyəti

Dərinin kosmetik və estetik əhəmiyyəti qədim zamanlardan məlumdur. Məsələn, Mısirdə vəfat etmiş insanı son mənzilə yola salarkən, onun dərisi yeddi növ sürtmə və yağlar, iki kosmetik qrim tipi vasitəsi ilə təmin edirdilər. Asuriyalılar və Vavilon əhalisi gözlərinin üstünü və saçlarını kükürd birləşmələri və sürmə ilə rəngləyirdilər. Mısır çarı Kleopatra hər dəfə yola çıxarkən, südündə çimmək üçün özü ilə 500 diş ulaq götürürdü. Qədim Şərqi Mədəniyyətinin inkişaf etdiyi dövrdə dəriyə qulluq etmək üçün sürtmələr, yağlar, ətirilər, bitki ekstraktlarından istifadə edirdilər.

Yaşla əlaqədar dərinin bütün strukturu və funksiyaları dəyişir. Ətraf mühitin təsiri, xüsusilə günəş şüasının təsirinə xroniki meylik dərinin qocalmasını tezləşdirir, qırıqlar əmələ gətirir. Dəri, xarici görünüşünü yaş ötdükcə, bütünlüklə dəyişir: kobudlaşır,

qırışır, elastikliyi itirir, qeyri-bərabər piqmentasiya müşahidə olunur, müxtəlif xoş və bədxassəli proliferativ ocaqlar əmələ gəlir.

Dərinin ekoloji əhəmiyyəti

İnsan öz mənşəyi və mövqeyinə görə canlı təbiətdə bioloji fərd olaraq, özünün mövcud olmasını təmin etmək üçün təkamül prosesinə uyğun həyatı boyu ona lazım olan fiziki, kimyəvi və bioloji faktorlar tələb edir. Öz növbəsində, sivilizasiya prosesi mühitə təsir edir və onu dəyişir. Orqanizmin, çox vaxt da dərinin qarşılıqlı sınılanmış təsirləri çoxsaylıdır. Lakin bioloji və mədəni faktorlar insana həm mənfi, həm də müsbət təsir göstərə bilər. Orqanizmin balanslanmış daxili mühitində olan bədənin digər orqanları ilə müqayisədə dəri, xarici mühitlə “ilk kontakt xətti” olaraq, çox əlverişsiz vəziyyətdədir. Dəri sərhəd orqanı funksiyasını çox gözəl yerinə yetirmək qabiliyyətinə malikdir, onun filogenetik inkişafı – belə uyğunlaşma qabiliyyətinin ən yaxşı sübutudur. İnsanın antropogenez prosesində müvəffəqiyyətlə inkişafında dərinin zənginliyi, əksəriyyət orqanları ilə müqayisədə yüksəkdir. Bir halda ki, insanı yaxın zooloji qohumlarından fərqləndirən və dəri funksiyalarını mükəmməl sübut edən əsas əlamətlərdən biri bədəndə tük örtüyünün olmamasıdır, buna əsasən onu “homo sapiens” kimi “homo nudus” adlandırmaq olar.

Dərinin funksiyaları, şübhəsiz, elədir ki, insan varlığına mühitin ən geniş təbii təsir spektrində mövcud olmağa imkan verir. Öz estetik funksiyasına uyğun olaraq, dəri insanlar arasında münasibətlərin də tənzimləyici vasitəsi olur.

IV FƏSİL. Dəridə ümumi patoloji proseslər

Dəridə baş verən patoloji proseslər onun müxtəlif struktur komponentlərinə toxuna bilər: epidermis və onun artımlarına, dermaya, dərialtı piy qatına. Bununla yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, bu proseslər tamamilə təcrid olunmuş şəkildə müşahidə olunmur. Belə ki, epidermisdə baş verən dəyişikliklər mütləq dermada dəyişikliklərə gətirib çıxarır və əksinə.

Dəridə baş verən patoloji proseslər öz mahiyyətinə görə digər orqanlarda baş verən patoloji proseslərlə anoloji deyil. Amma dərinin strukturasının heterogenliyi ilə əlaqədar olaraq onların bəzilərinin morfoloji şəkli özünə məxsus xüsusiyyətlərə malikdir. Bundan başqa bəzi patoloji proseslər, məsələn, piqmentasiyanın pozulması və s. ancaq dəri üçün xarakterikdir.

Dəridə ümumi patoloji proseslərin təsnifatı

A. Epidermisdə ümumi patoloji proseslər

I. Hüceyrə kinetikasının pozulması:

1. Keratinosidlərin proliferasiyasının, apoptozunun və differensiasiyasının normal nisbətlərinin pozulması:

- proliferativ proseslərin və keratinosidlərin differensiasiyasının üstünlük təşkil etdiyi

tərəfə : ətraf mühitin qeyri-əlverişli faktorlarının (mexaniki təsirlər, ultra bənövşəyi şüalanma və s.) dəriyə təsiri zamanı epidermisin adaptiv yenidən qurulması, bu da epidermisin, xüsusilə də onun buynuz qatının qalınlaşmasına gətirib çıxarır - proliferativ akantoz; xoranın formalaşması ilə keratinosidlərin apoptozunun üstünlük təşkil etdiyi tərəfə (epidermis hüceyrələrinin apoptozunu aktivləşdirən və proliferasiyanı zəiflədən faktorların təsiri: sitostatiklər ionizə edən şüalanma və s.)

2. Keratinositlərin proliferasiyalarının və korneositlərin ekfoliasiyalarının normal nisbətlərinin pozulması:

- proliferativ proseslərin və keratinositlərin differensiasiyasının üstünlük təşkil etdiyi tərəfə - proliferativ hiperkeratoz;

- korneositlərin ekfoliasiyasının azalması tərəfə - retensiyon hiperkeratoz;

3. Keratinositlərin differensiasiyasının pozulması:

- keratinositlərin proliferativ aktivliyinin yüksəlməsi ilə müşayiət olunan buynuzlaşmanın ləngiməsi - parakeratoz;

- keratinositlərin buynuzlaşmasının güclənməsi - diskeratoz.

II. Epidermal qatda keratinositlərin hüceyrələr arası əlaqələrinin pozulması - akantolis, spongioz, hidrotik və ballonlayıcı distrofiyalar.

III. Subepidermal qovuqların formalaşmasına gətirib çıxaran dermo-epidermal əlaqələrin pozulması (çoxformal eksudativ eritemada, bullyoz pemfiqoiddə, qırmızı qurdeşənəyində və s.).

B. Derma və hipodermada ümumi patoloji proseslər

I. Birləşdirici toxuma liflərinin patoloji dəyişiklikləri:

1. Kollagen liflərin:
 - a. hiperproduksiya (skleroz);
 - b. hipoproduksiya və ya onun dağılmasının güclənməsi (kollagenoliz).
2. Elastik liflərin: elastoliz, elastoz.

II. Dərinin birləşdirici toxumasının əsas maddəsinin patoloji dəyişikliyi:

1. Dərinin birləşdirici toxuma distrofiyaları-disproteinozlar:
 - a. mukoid şişkinləşmə;
 - b. fibrinoid şişkinləşmə;
 - c. hialinoz;
 - d. amiloidoz.
2. Lipid mübadiləsinin pözulması.
3. Karbohidrat mübadiləsinin pözulması.

III. Qarışıq distrofiyalar (dərinin həm birləşdirici toxumasına, həm də epidermal strukturasına

təsir göstərən metabolizmin pözulması):

1. Xromoproteidlər mübadiləsinin pözulması:
 - a. hemoqlobin;
 - b. proteinogen;
 - c. lipidogen.
2. Mineral mübadiləsinin pözulması.
3. Tük follikullarının patologiyaları.

IV. Dərinin iltihabı:

1. Dərinin qeyri-immun iltihabı:

- seroz;
- irinli;
- produktiv.

2. Dərinin immun iltihabı:

- allergik;
- qranulematoz;
- ekzematoz.

V. Nekroz.

VI. Dərinin şişləri.

EPİDERMİSDƏ ÜMUMİ PATOLOJİ PROSESLƏR

Hüceyrə kinetikasının pozulması

Epidermisdə hüceyrə kinetikasının pozulması dəridəki bir sıra patoloji proseslərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Epidermisdə toxuma homeostazı beş əsas proses hesabına qalır: keratinositlərin mitotik aktivliyi, onların vertikal istiqamətdə differensiasiya və miqrasiyası, keratinositlərin apoptozu və korneositlərin eksfoliasiyası. Göstərilən proseslərin normal nisbətinin pozulması epidermisin və epidermisin homeostazının pozulmasına gətirib çıxarır. Epidermis toxuma sistemi kimi homeostazın pozulmasına dəqiq və tez reaksiya verir, həm də yuxarıda göstərilən mexanizmləri bərpa prosesinə cəlb edilir. Bunun yaxşı nümunəsi, məsələn, zədə nəticəsində epidermisin bütövlüyünün pozulmasıdır. Ətraf mühitin mənfi faktorlarının dəriyə uzunmüddətli təsiri nəticəsində epidermisdə toxuma homeostazının davamlı pozulması baş verir. Onun kompensasiyası üçün toxuma sisteminin daha yüksək fəaliyyət səviyyəsinə keçməsi zərurət yaranır. Bu zaman epidermisdə baş verən dəyişikliklər adaptiv xarakter daşıyır, bununla belə, F.Z.Meyersonun (1981) fikrincə, istənilən adaptasiyanın əhəmiyyəti var və özündə patologiya elementləri daşıyır, təsirin intensivliyi artdıqda onun da artması mümkündür. Bu hadisəni dəriyə mexaniki faktorların təsir etməsi misalında nəzərdən keçirmək olar. Əgər bu faktor uzun müddət ərzində təsir edirsə, epidermisin və bütünlükdə dərinin nəzərə çarpan zədələnməsini yaratmırsa, onda epidermisin mexaniki qıcıqlandırmaya cavab reaksiyası olaraq keratinositlərin mitotik aktivliyi artır (göründüyü kimi, bu, Q1 və ya Q2- epidermal heylonların hasilatının və Q1 və ya Q2 - mitotik aktivliyinin azalması nəticəsində baş verir), differensiasiya və miqrasiya qabiliyyəti güclənir. Eyni zamanda hüceyrələrin apoptozu təzyiqə məruz qalır. Nəticədə hüceyrə materialı işlənir. Səthdə korneositlərin eksfoliasiyası əhmiyyətli dəyişikliklərə uğramır. Hüceyrələrin hiperhasilatı və differensiasiyasının güclənməsi nəticəsində, tıkanlı, dənəli və xüsusən buynuz təbəqəsi hesabına epidermal təbəqə və ya plast kəskin qalınlaşır. Döyənək əmələ gəlir. Epidermisin, xüsusilə tıkanlı təbəqənin hesabına qalınlığının artması akantoz adlanır. Bu halda, söhbət adaptiv proliferativ akantozdan gedir. Analoji proseslər ətraf mühitin digər mənfi faktorlarının da (ultrabənövşəyi şüalanma, kimyəvi maddələr, soyuq və s.) dəriyə təsiri zamanı baş verir. Histoloji olaraq, yuxarıda göstərilən təbəqələr hesabına epidermisin qalınlığının artması, bəzən dermada da qeyd olunur. Nadir hallarda dermanın məməcikli təbəqəsində damarların zəif iltihabi reaksiyası formalaşa bilər.

Dəriyə zərərli faktorların təsiri kəsildikdə funksiyaların struktur təminatının qənaətcillik prinsipi realizə olunmağa başlayır, minimum hüceyrə materialı zamanı funksiyanın optimal yerinə yetirilməsi mexanizmi meydana gəlir. Epidermisdə əks proseslər baş verir: keratinositlərin mitotik aktivliyi, onların miqrasiyası və differensiasiya prosesləri azalır, apoptoz və eksfoliasiyası isə güclənə bilər. Yenidən əks təsir zamanı dövrünü təkrar etmək üçün epidermis sistem kimi tədricən ilkin vəziyyətinə qayıdır. Bir daha qeyd etmək lazımdır ki, bütün bu proseslər adaptiv çərçivəyə yerləşdirilir, lakin müalicə tələb edən patoloji vəziyyətlərə də keçə bilər.

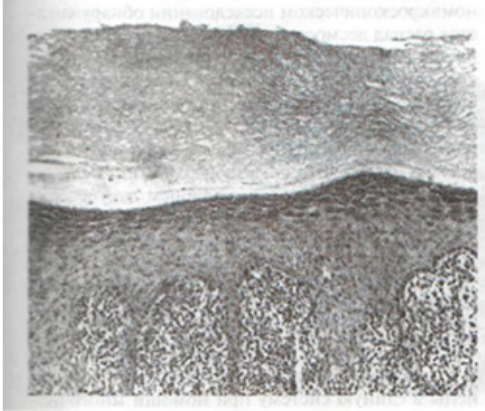
Əks vəziyyət dəriyə keratinositlərin mitotik aktivliyinə, onların vertikal istiqamətdə differensiasiya və miqrasiyasına təzyiq edən faktorların təsiri zamanı müşahidə edilir. Belə faktorlara ionlaşdırılmış radiasya, sitostatiklər və sitosid preparatları göstərmək

olar. Buraya, eyni zamanda epidermisin trofikasını pozan dermanın mikrosirkulyar istiqamətini aid etmək olar. Keratinositlərin mitotik aktivliyinə, differensiasiyasına təzyiq edən faktorlarla yanaşı bütün bu faktorlar onların apoptozunu gücləndirir. Nəticədə epidermal təbəqənin qalınlığı tədricən azalır, o, kövrəkləşir, kiçik fiziki təsirdən zədələnir, sonda xoralaşma, eroziya, çat yaranmasına gətirib çıxarır (məsələn, rentgenoloqlarda).

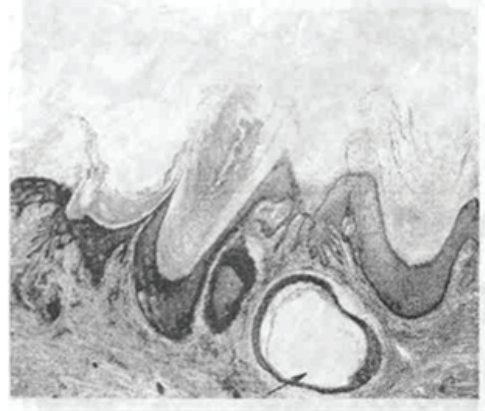
Keratinositlərin proliferasiyasının normal nisbətinin və korneositlərin eksfoliasiyasının pozulması

Keratinositlərin mitotik aktivliyinin kəskin güclənməsi, keratinositlərin həddən artıq keratin əmələ gətirməklə və eyni zamanda apoptik məhvinin azaldan miqrasiyası və differensiasiyası epidermisdə hüceyrə kinetikasının pozulmasını yaradır. Bu vəziyyət proliferativ hiperkeratoza gətirib çıxarır (Şəkil 4.1).

Prinsipcə, o, proliferativ akantozdan homeostatik mexanizmlərin nisbətində görə az fərqlənir, lakin alınan nəticələr göstərir ki, bu artıq adaptasion proses deyil, xəstəlikdir. Adaptasion proliferativ akantozdan fərqli olaraq, patologiyada tikanlı, dənəli və buy-



Şək.4.1. Dənəli qatın qalınlaşması ilə hiperkeratoz
Svetkova Q.M., Mordovseva V.N., 1986)



Şək. 4.2. Subepidermal buynuz kista (ox ilə göstərilib) x 75 əmələ gəlməsi ilə papillomatoz, akantoz və hiperkeratoz (Svetkova Q.M., Mordovseva V.N., 1986)

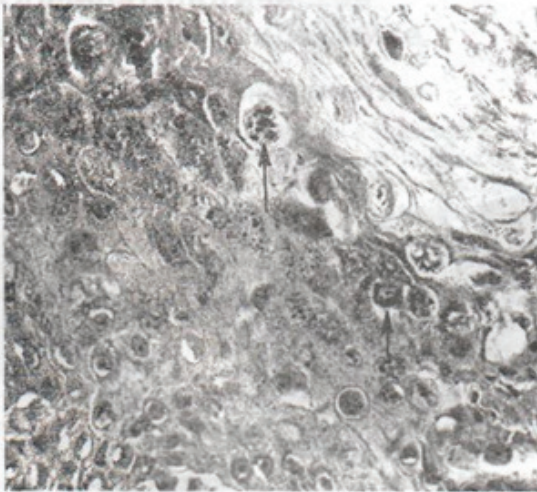
nuz qatları kəskin qalınlaşır. Papillomatoz formalaşır, bu halda dermanın məməcikləri uzununa və eninə böyüyür, epidermisin dərinliyinə gedir və öz növbəsində, dermanın dərinliyinə gedən uzun artımlar əmələ gətirir (şək. 4.2.).

Elektron mikroskopda tonofilamentlərlə əlaqəni itirmiş desmosolların sayının çoxalması, tonofillərin struktur dəyişiklikləri, tikanlı və dənəli qatın hüceyrələrində keratinositlərin miqdarının artması müşahidə olunur. Beləliklə, proliferativ hiperkeratozun əsasında tonofilamentlərin – desmosomal əlaqələrin (Q.M.Svetkova, 1993) pozulması durur. Hiperkeratozun proliferativ tipi atopik dermatit, qırmızı yastı dəmrov və s. kimi xəstəliklərdə təsadüf edilir.

Hiperkeratozun ikinci növü – retension hiperkeratozdur. Onun inkişafı keratinositlərin həddən artıq hasilatı və buynuzlaşması ilə deyil, epidermisin səthindən adhezivliyin

artması nəticəsində korneositlərin eksfoliasiya prosesinin kəskin azalması ilə əlaqədardır. Bu, hüceyrələrarası substansiyaların (əsasən qlikozaminoqlıkanların) sementləşməsinin artması ilə əlaqədardır. Nəticədə buynuz qatda korneositlərin ayrılması və onun qabıqlanmasının azalması pozulur. Həmçinin keratogialin qranulaların zülal sintezinin pozulması da mühüm yer tutur. Retensiyon hiperkeratoz yerli ola bilər, məsələn, piqment və ümumi (vulqar ixtiozda) kserodermada. Buynuz təbəqənin atrofiyası zamanı və ya dənəli qat olmadıqda qalınlığının böyüməsi retensiyon hiperkeratozun xarakter histoloji şəklidir.

İxtioz zamanı buynuz təbəqəsində bir qisim keratinositlərin ölçüsünün azalması və eyni anda digər keratinositlərin ölçüsünün böyüməsi və onların akuolizasiyası zamanı atrofik dəyişikliklər müşahidə edilə bilər. Piqment kserodermasında epidermisin patoloji dəyişikliyi həmçinin epidermisin qeyri-bərabər qalınlıqlı hiperkeratozu ilə, atrofik dəyişikliklərlə təzahür edən artım təbəqəsinin nazıqlaşması ilə xarakterizə olunur. Keratinositlərin differensiasiyasının dəyişməsi onların artımını ləngitdiyi kimi, həm də güclənməsi istiqamətinə azalır. Bu zaman eyni zamanda digər homeostaz parametrləri də dəyişir. Mühüm pozuntular, buynuz pulcuqların əmələ gəlməsinin ləngiməsi parakeratozun əsasını təşkil edir (şəkil 4.3). Bu dəyişiklik müxtəlif dermatitlərdə, psoriazda, ekzemalarda, çəhrayı dəmrov və başqa xəstəliklərdə təsadüf edilir. Parakeratoz zamanı keratinositlərin differensiasiyasının ləngiməsi onların proliferasiyası və miqrasiyasının artması ilə birləşir. Bu zaman hüceyrələrin apoptotik məhvi ləngiyir. Çox tez-tez parakeratoz akantozla birləşir. Epidermisin filaqrin və keratolitin kimi kərtinizasiya zülalları hasilətmə qabiliyyətinin pozulması parakeratozun əsasını təşkil edir. Parakeratozun ocaqlarında histoloji olaraq tıkanlı və buynuz təbəqənin qalınlaşması və eyni zamanda kəskin nazıqlaşması (ayrı-ayrı hüceyrələrə qədər) və hətta dənəli qatın tamamilə olmaması aşkar edilir. Bu zaman buynuz təbəqə inkişaf etməmiş olur, onun hüceyrələrində çöp formalı nüvələrin əmələ gəlməsi, sitoplazmada isə orqanellalar: ribosomlar və poliribosomlar, eləcə də



Şək.4.3. Parakeratoz və akantoz (Svetkova Q.M., Mordovseva V.N., 1986)

lipid əlavələri müşahidə olunur. Belə korneositlərin hüceyrələrarası sementləşmə defekti ilə əlaqəli olan adheziyaları pozulur, korneositlərin yüksək deskvamasiyasına səbəb olur.

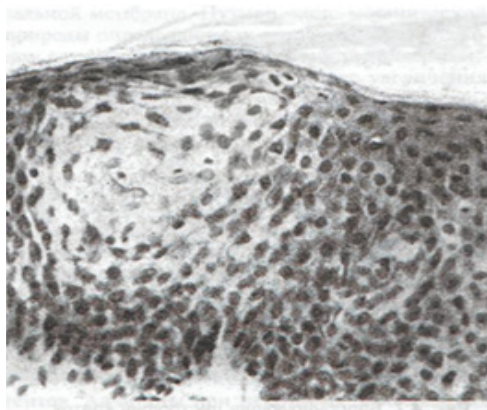
Diskeratoz – keratinositlərin apoptozunun məhvinin güclənməsi ilə vaxtından əvvəl buynuzlaşmasının baş verməsidir. Ona xoşxassəli dəri xəstəliklərində (Dərye xəstəliyi, Heyli-Heyli, Kirle, yoluxucu mollusk) olduğu kimi, bədxassəli dəri xəstəliklərində də (Pecet xəstəliyi, onurğa-sellülyar xərçəng) təsadüf edilir. Bu xəstəliklər zamanı ayrı-ayrı keratinositlər qonşu hüceyrələrlə olan hüceyrələrarası əlaqəni (akantoliz) itirir və şarşəkilli forma alır. Belə

keratinositlər ya qrup, ya da mozaika şəklində yerləşə bilər. Sonradan hüceyrələr bir sıra dəyişikliklərə məruz qalır. Onlar əvvəlcə intensiv boyanmış nüvəyə və dənəli bazofil sitoplazmaya malik olur, sonradan kiçik piknotik nüvəli və kəskin asidofil sitoplazmalı hüceyrəyə çevrilirlər. Belə hüceyrələr buynuz qatında yerləşir və Darye cisimləri adlanırlar. Elektronmikroskopik tədqiqat zamanı desmosomların dağılması, tonofilamentlərlə əlaqələrin itməsi, hüceyrə nüvəsi ətrafında yığılması müşahidə olunur. Sonradan hüceyrədə bərkimə və keratinlərin miqdarının azalması baş verir, onlarda “boş sahələr” yaranır, nəticədə hüceyrələr dənəyə çevrilir. Diskeratoz zamanı kifayət qədər tez zamanda bazalüstü akantoliz və sonradan bir qat keratinositlə əhatələnmiş lakunalar – intraepidermal qovucuk- keratinositlər arasındakı desmosomal əlaqələrin itməsinin nəticəsi – formalaşır.

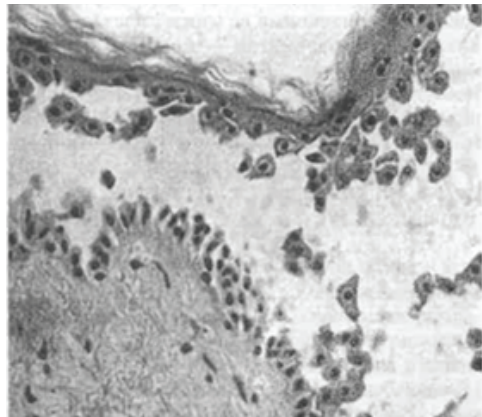
Epidermal yataqda keratinositlərin hüceyrəarası əlaqələrinin pozulması

Epidermal yataqda keratinositlər çoxsaylı desmosomlar vasitəsilə vahid sistemdə birləşirlər. Bir sıra patoloji vəziyyətlər zamanı bu əlaqələr pozulur və epidermadaxili boşluqların yaranmasına gətirib çıxarır, bunlar da dermanın altında yerləşən damarlardan sızan maye ilə dolur. Keratinositlərarası əlaqələrin akantolizadlandırılan birincili itkisi və ödem zamanı mayenin epidermisə daxil olması nəticəsində meydana çıxan spongiozadlanan ikincili itkisi ayırd olunur (Şək.4.4.).

Akantoliz öz növbəsində birincili və ikincili olmaqla 2 yerə bölünür. Birincili akantoliz epidermisdəki hüceyrəarası əlaqələrin autoimmün pozğunluqları nəticəsində meydana çıxır. Bu, keratinositlərin hüceyrə qatının komponentlərinə qarşı G və M sinfi autoantitellərin hasil olması nəticəsində baş verir. Reaksiyada həmçinin komplement sisteminin komponentləri də iştirak edir. Antitellər və komplementlə şərtlənən hüceyrəarası əlaqələrin destruksiyası keratinositlərin dağılması zamanı xaric olan lizosomların hidrolitik fermentləri ilə başa çatdırılır.



Şək.4.4. Kəskin ekzemada epidermis hüceyrəsinin destruksiyası ilə spongioz qovucucuk x 75
Svetkova Q.M., Mordovseva V.N., 1986)



Şək.4.5. İçərisində akantolitik hüceyrə olan akantolitik epidermadaxili qovucuk x 75
Svetkova Q.M., Mordovseva V.N.,) (1986)

Birincili akantoliz bir çox autoimmun proseslər, məsələn, pemfiqus zamanı müşahidə edilir. (Şək.4.5.)Onun əsasında həmçinin keratinositlərin membranlarının irsi pozğunluqları dura bilər ki, bu da ailəvi Quassero-Xeyli-Xeyli pemfiqusunda müşahidə olunur. Bu zaman hüceyrəarası əlaqələrin itməsində işəsalma mexanizmləri ekzogen amillər: məsələn, mexaniki zədələr, bakterial infeksiyalar və s. sayılırlar. Epidermisin tikanlı qatında hüceyrəarası desmosomal əlaqələrin itməsi nəticəsində toxuma mayesi ilə dolan qovuquqlar – akantolitik qovuquqlar əmələ gəlir. Əlaqələri pozulmuş keratonistlər (akantolitik hüceyrələr) «toxuma mayesində» sərbəst «üzürlər». Onlar dairəvi forma (tonofibrillər nüvətrafi sahədə yığılıqları üçün) alırlar. Sonralar hüceyrələrdə metabolik proseslər xeyli azalır və onlar tədricən dağılırlar.

İkincili akantoliz keratinositlərin özlərinin viruslar (məsələn, herpes, su çiçəyi virusu) tərəfindən zədələnməsi ilə bağlıdır. Bu zədələnmələrin nəticəsində keratonistlərdə əvvəlcə hüceyrədaxili ödem, sonra isə vakuollaşma prosesi baş verir. Vakuollar perinuklear yerləşəcək, daha kəskin hallarda sitoplazmanın böyük hissəsini əhatə edir, nüvəni periferiyaya doğru sıxışdırır. Bu zaman nüvə oraqvari forma alır. Keratinositlərin belə distrofiyası hidropik və ya vakuol distrofiyası adlanır (Şək.4.6.). Onun adi lokalizasiyası tikanlı və dənəli qatdadır. Bazal qatın hüceyrələri hidropik distrofiyaya məruz qaldıqda bu hüceyrələrin ölümü baş verir, epidermis bazal membrandan ayrılır, əmələ gələn boşluqlarda isə toxuma mayesi toplanır və subepidermal qovuquq formalaşır. Distrofiyanın bu növü qırmızı qurdeşənəyi, skleroatrofik dəmrov və bəzi digər xəstəliklər zamanı rast gəlir.

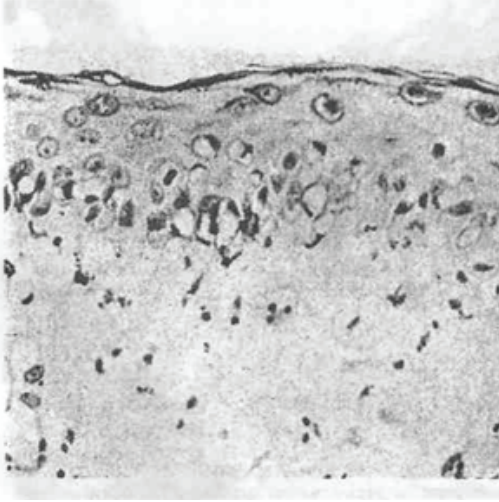
Epidermisin kəskin nəzərə çarpan ödemi zamanı epidermisin ballon distrofiyası inkişaf edir ki, bu da böyük bir sahədə hüceyrəarası əlaqələrin itməsi ilə müşayiət olunur (Şək.4.7.). Akantolitik qovuqlar iridir, seroz-fibroz ekssudatla doludurlar və içərisində çox iri, həddən artıq şişkin keratinositlər vardır. Onlar sonradan homogen eozinofil şarşəkilli törəmələrə çevrilirlər.

Kerasitararası əlaqələrin ikincili pozğunluqları epidermisdə deyil, dermada birinci dəyişikliklərin yaranması ilə əlaqədar olub onun məməcikli qatında ödem əmələ gəlməsi ilə təzahür edir. Epidermisdə baş verən dəyişikliklər ikincilidir, ödem mayesinin dermadan daxil olması ilə əlaqədardır. Ödem mayesi epidermisdə olan hüceyrəarası əlaqələri zəiflədir və dağıdır və əgər epidermisin ikincili ödemi güclü nəzərə çarpırsa, onda keratinositlərin bir qismi tələf olur, onların yerində seroz maye ilə dolu mikroboşluqlar əmələ gəlir. Bu mikroboşluqlar daha iri qovuqlar yaradaraq sonradan birləşə bilirlər. Bu hadisə spongiöz, qovuqlar isə sponqiotik qovuqlar adlanır. Onlara leykositlər daxil olduqda sponqiotik pustulalar əmələ gəlir.

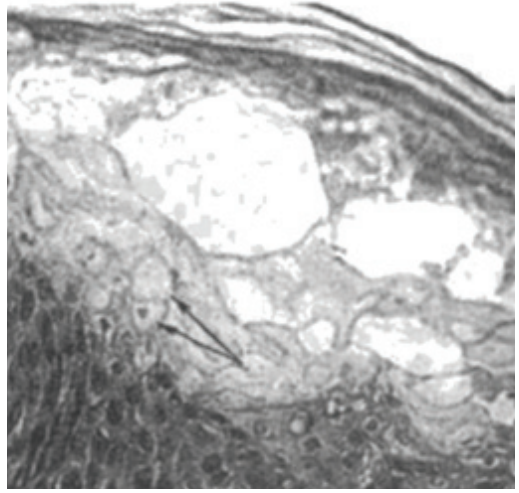
Derma-epidermal əlaqələrin pozğunluqları

Derma-epidermal əlaqədə autoimmun aqressiya amilləri rolunda çıxış etməyə qabil olan çoxlu sayda autoantigenlər vardır. Derma-epidermal birləşmələr dəriyə mexaniki təsirlər etdikdə və iltihabi proseslər zamanı dağıla bilər. Bu əlaqənin pozulması nəticəsində subepidermal qovuq əmələ gəlir, lakin onun yaranması mexanizmi yuxarıda göstərilən fikirlərlə əlaqədar müxtəlif ola bilər. Subepidermal qovuqlar mexaniki, iltihabi və ya immün mənşəli olurlar.

Mexaniki mənşəli subepidermal qovuqlar ən sadə variantında mexaniki amillərin



Şək.4.6. Qırmızı qurd eşənəyi zamanı təbəqə hüceyrəsinin vakuol distrofiyası ((Svetkova Q.M., Mordovseva V.N., 1986



Şək.4.7 Qovuq əmələ gəlməsi ilə epidermis bazal hüceyrələrinin ballon distrofiyası (ox ilə göstərilib x 250 (Svetkova Q.M., Mordovseva V.N., 1986)

yüksək təsiri (uzunmüddətli sürtünmə və s.) nəticəsində meydana çıxa bilər. Belə hallarda mikrohemo- və limfosirkulyasiyanın pozulması nəticəsində mikrodamlardan xaric olan qan və ya limfa mexaniki şəkildə epidermisi dermadan aralayır. Damlarlardan çıxan mayeyə müvafiq olaraq qovuğun möhtəviyyəti seroz, yaxud hemorragik olur. Bəzi xəstəliklərdə (gecikmiş dəri porfiriyası) dermo-epidermal birləşmənin tamlığı çox cüzi zədələr zamanı pozulur, bu, həmçinin bullyoz epidermolizin distrofik formasında da baş verir, belə hallarda, ümumən, fiziki-kimyəvi mənşəli subepidermal qovuqlar göstərmək lazımdır. Çünki onlar dermo-epidermal zonanın fiziki-kimyəvi pozğunluqları ilə bağlı əmələ gəlirlər. Belə ki, bullyoz epidermolizin distrofik formasında dermo-epidermal zonada möhkəmləndirici fibrillərin sayı azalır (və ya tamamilə yox olurlar), bu da onların kollagenazanın təsiri nəticəsində dağılması ilə izah edilir - bu zonada kollagenazanın aktivliyi artır.

Qırmızı yastı dəmrov, çox formalı ekssudativ eritema, qırmızı qurdeşənəyi kimi xəstəliklərdə və digər dermatozlarda bazal membranın dağılması itihabi xarakter daşıya bilər. Bu zaman eozinofil və neytrofil leykositlər öz sitorseptorlarının vasitəsilə bazal membranla birləşir və öz fermentləri ilə onu tam dağıdır, nəticədə epidermisin aralanmasına və subepidermal qovuğun əmələ gəlməsinə səbəb olurlar.

Bullyoz pemfiqoid zamanı subepidermal qovuğun əmələ gəlməsi mexanizmi immunoloji xarakter daşıyır. Onun əsasında bazal membranın işıqlı lövhəsinin komponentlərinə qarşı autoantitellərin (IgG və s.) hasil olması durur. Autoantitellərin bazal membranla spesifik birləşməsindən sonra buraya komplementin komponentləri çökür və onlar da öz növbəsində qranulositlər, ilk öncə eozinofillər, həmçinin neytrofillər üçün güclü xemotaksik maddələr sayılırlar. Bazal membranın lizisi zonasında tosqun hüceyrələrin toplanması da səciyyəvi hal hesab olunur və onlar da sürətlə deqranulyasiya

edirlər. Bu zaman qranulalarda olan bioloji aktiv maddələr qranulositləri fəallaşdırır və dağılan bazal membrana doğru yerdəyişməsinə asanlaşdırır.

Bəzən subepidermal qovuşqların son 2 növü birincili sayılır ki, o da bazal membranda baş verən birincili pozğunluqların nəticəsində meydana çıxır. Həqiqi mexaniki mənşəli qovuşqlar ikincili sayılırlar, belə ki, əvvəlcə epidermadaxili qovuşq əmələ gəlir və yalnız sonuncunun ölçülərinin böyüməsi nəticəsində o, dermal-epidermal birləşməyədək çatır, onu dağıdır və subepidermal qovuşğa çevrilir.

Dermo-epidermal birləşmə immunoloji struktur kimi

Dərinin müxtəlif iltihabi xəstəlikləri bullyoz reaksiyalarla səciyyələnir və immunreagentlərlə (IgA və IgM daxil olmaqla) birgə meydana çıxırlar, əlavə olaraq dermal birləşdirici zona boyunca immunqlobulinlərin və komplementin toplanması ilə səciyyələnilir. Qovuşğa oxşar törəmələrin anatomik yerləşməsi bu immunreagentlərin toplanma yeri ilə korrelyasiya olur. Bəzi xəstəliklər zamanı antigenlər və onların xüsusiyyətləri qismən öyrənilmişdir. İmmunflüoresent metodikanın mikroskopik və xüsusilə də ultrastruktur səviyyədə aparılması bu bullyoz halların daha dəqiq diaqnostikasına kömək edir. (Cədvəl 1).

DERMADA VƏ HİPODERMADA BAŞ VERƏN ÜMUMİ PATOLOJİ PROSESLƏR

Dərinin bu 2 tərkib hissələri əsas etibarilə birləşdirici toxuma ilə təmsil olunduğu üçün ümumi patoloji proseslər zamanı onlar eyni dərəcədə reaksiya göstərilir, ona görə də, onları ümumilikdə nəzərdən keçirmək məqsəduyğundur.

Məlumdur ki, dərinin birləşdirici toxuma hissəsi 2 komponentdən və ya toxuma elementlərindən: hüceyrə və hüceyrəarası maddədən ibarətdir. Şübhəsiz ki, hüceyrələr istənilən toxumanın, o cümlədən birləşdirici toxumanın əsas toxuma elementi sayılır. Hüceyrəarası maddə - yalnız hüceyrələrin həyat fəaliyyəti məhsuludur, o, hüceyrələr tərəfindən yaranır, hüceyrələr vasitəsilə onun yenidən bərpası və tükənən komponent-

Cədvəl 1. İmmunoloji şərtlənmiş dəri xəstəlikləri zamanı immunflüoresensiya müayinəsinin nəticələri

Xəstəlik	Düz immunflüoresent reagentlərin biopsiyasının nəticələri	İmmunreagentlərin ultrastruktur lokalizasiyası	İşıq mikroskopiyası zamanı qovuşğun əmələ gəldiyi yer	Xəstələrin qan zərdabında dolayı immunflüoresensiyanın nəticələri
Bullyoz xəstəliklər				
Pemfiqus (bütün formaları)	Keratinositlər arasında hüceyrəarası zonada IgG toplanması	Keratinositlər arasında	Subbazal – vulqar pemfiqus zamanı, dənəli və ya buynuz qat altında – yarpaqvari qovuşucuq zamanı	95%-də keratinositlərə, epiderminin hüceyrəarası yapışqan substansiyasına qarşı IgG -əksisimlər

Bullyoz pemfiqoid	BMZ-da IgG və ya C	Elektron-şəffaf zona və yarımdezmomalar – parlaq və bazalaltı hüceyrələrin yuxarı hissəsi	Subepidermal	70%-də bazal membrana qarşı IgG –əkscisimlər
Çapıqlaşan pemfiqoid	BMZ-da IgG və ya C	Elektron-şəffaf zona	Subepidermal	10%-də bazal membrana qarşı IgG –əkscisimlər
Hamilə qadınların herpesi	BMZ-da komplement, bəzən IgA, IgM – xətti toplanma	Elektron-şəffaf zona elektron-sıx zona ilə yanaşı	Elektron-şəffaf zonanın üzərində subbazal hüceyrələr Subepidermal	20%-də bazal membrana qarşı IgG –əkscisimlər
Herpesformalı dermatit	Dermanın məməcikli qatında IgG və C (qranulyar toplanma)	Dermanın məməcikli qatında mikrofibrillərlə əlaqədar qranulyar IgA	Dermanın məməcikli qatında subepidermal: papilyar-dermal mikroabseslər	Dövr edən əkscisimlər yoxdur
Bullyoz epidermoliz	BMZ-da IgG	Bazal membranın altında amorf qranulyar çöküntü	Subepidermal	Dövr edən əkscisimlər yoxdur
Bullyoz xətti IgA dermatit	BMZ-da IgA və xətti çöküntüdə komplement	-	Subepidermal	Dövr edən əkscisimlər yoxdur
Birləşdirici toxumanın xəstəlikləri				
Bullyoz sistem qırmızı qurd eşənəyi	Zədələnmiş və normal dəridə BMZ-da IgG, IgM və komplement – xətti, homogen	Bazal membranın bilavasitə altında	Subepidermal	Bazal membrana qarşı dövr edən əkscisimlər yoxdur, 90%-də ANƏ
Diskoid qırmızı qurd eşənəyi	BMZ-də ocaqlı dəridə IgG, digər Ig və C	-	-	Bazal membrana qarşı dövr edən əkscisimlər yoxdur, ANƏ titri normadadır
Sistem qırmızı qurd eşənəyi	Normal dəridə BMZ-də IgG diapazon (günəşin təsir zonasında 90%-dən yuxarı)	-	-	ANƏ titri yüksəkdir
Sistem sklerodermiyası	Nukleolyar IgG	-	Epidermisin nazımləsi və dermada kollagenin artması	85%-də ANƏ, CREST-sindrom zamanı antisentromer əkscisimlər
Birləşdirici toxumanın qarışıq xəstəlikləri (MCTD)	Bəzi xəstələrdə BMZ-də IgG/IgM, epidermisdə nuklear IgG	-	-	Ləkəli ANƏ və nüvə komponentlərinə qarşı əkscisimlər
Dermatomi-ozit	Neqativ	-	-	ANƏ normada

Qeyd: BMZ – bazal membran zonası, C – komplement, ANƏ – antinüvə əksjisimləri

lərin deqradasiyası baş verir. Lakin «ikincili əhəmiyyətində» baxmayaraq, hüceyrəarası maddə birləşdirici toxumanın fəaliyyətində mühüm rol oynayır, bəzi hallarda - toxumaların qidalanması zamanı, həmçinin dayaq-mexaniki funksiyanın yerinə yetirilməsində birincili rol oynayır. Əgər dermanın torlu qatından danışırsaq, onda hüceyrəarası maddə, xüsusilə də liflər bu qatın öz funksiyalarını - mexaniki funksiyasını yerinə yetirməyə cavabdehirlər, fibrosit hüceyrələr isə əsasən passiv rol oynayırlar. Ona görə də, dərinin birləşdirici toxumasının patologiyası zamanı orqanizm üçün ən böyük fəsadlar son nəticədə hüceyrəarası maddənin zədələnməsi ilə bağlı olacaqdır.

Dərinin lifli karkasının zədələnmələri

Dermanın və hipodermanın kollagen liflərinin dəyişiklikləri kəmiyyət və keyfiyyət xarakterlidir, lakin bu dəyişiklikləri tam fərqləndirmək, çox güman ki, mümkün deyildir.

Müxtəlif xəstəliklər zamanı dəridə kollagen liflərin qalınlığının və sayının nisbi artması müşahidə olunur və bu hal skleroz kimi təyin edilir. Dərinin sklerotik dəyişikliklərinin ən sadə təzahürü birləşdirici toxuma çapıqlardır. Onlar dəri örtüyünün böyük və ya az nəzərə çarpan zədələnmələrindən sonra əmələ gəlir. Bu zaman əvvəldə deyildiyi kimi dərinin ilkin normal quruluşunun bərpa olunması baş vermir (orqanotipik regenerasiya), epidermisə örtülmüş kobud birləşdirici çapıq formalaşır. Dermanın məməcikli və torlu qişaya bölünməsi də nəzərə çarpmır. Dərinin belə çapıqvari dəyişiklikləri genişdirsə, onlar nəinki ciddi kosmetik problemlər yaradır, həm də dəri örtüyünün funksiyalarını xeyli pozur.

Dermada kollagen substansiyasının miqdarının artması da həmçinin sklerodermiya zamanı müşahidə olunur. Bu halda nəinki kollagen liflərinin sıxlaşması və qalınlığının artması, həm də onların homogenləşməsi baş verir. Derma qalınlaşır, buna həmçinin dərialtı toxumanın səthi qatlarının sklerozu imkan verir.

Dermanın sklerozlaşması bəzi xəstəliklər, məsələn, skleroatrofik dəmrov, paxidermoperiostoz, birləşdirici toxuma nevu və s. zamanı da müşahidə olunur. Birləşdirici toxuma nevu zamanı kollagen liflərin miqdarı xeyli artmış olur, zədələnmə ocaqlarında dərinin üzərindən yuxarı qabaran düyüncüklər əmələ gəlir.

Kollagen liflərin yeganə hasilatçıları fibroblastlardır, onların miqdarı və funksional aktivliyi dəridəki sklerozlaşma prosesləri zamanı xeyli artır. O fakt da maraqlıdır ki, bütün sklerozlaşma prosesləri zamanı ilk olaraq mikrosirkulyasiya pozulur və toxumaların lokal hipoksiyası baş verir. Bu zaman oksigen çatmamazlığına qarşı həssas olan parenximanın funksiyasının pozulması ilə yanaşı, fibroblastların aktivləşməsi baş verir ki, onlar oksigensiz mühitdə sintetik proseslər üçün enerji hasil edirlər.

Dəridə kollagen liflərin miqdarının çox olması ilə səciyyələnən digər fərqli vəziyyət kollagenoliz adlanır ki, o da məsələn, epidermolysis bullosa və digər dəri xəstəlikləri zamanı müşahidə edilə bilər və kollagenolitik fermentlərin aktivliyinin yüksəlməsi ilə səciyyələnir. Bu fermentlərin aktivliyi şişlər, iltihab zamanı arta bilər.

Kollagenolizin sürətlənməsi ilə bərabər dəridə kollagen liflərinin ölçülərinin, sayının azalması və onların quruluşunun pozulması fibroblastlarda kollagenin biosintezinin zədələnməsi zamanı baş verir. Məsələn, müxtəlif 8 formalı irsiyyət tipli Elers-Danlo sindromu (hiperelastik dəri) zamanı kollagenin normal biosintezini katalizasiya edən müxtəlif fermentlərin qüsurları meydana çıxır.

Dərinin kollagen karkasının keyfiyyət dəyişiklikləri irsi xəstəliklər zamanı fərqlənir

ki, bu da kollagen molekulların tərkibinin dəyişilməsi və onlardan əmələ gələn kollagen fibrilləri ilə bağlıdır. Məsələn, kollagen zənciri qeyri-düzgün struktura malikdir və kollagen zəncirinin N-ucularından peptidləri ayıran prokollagenpeptidaza fermentinin anadangəlmə çatmamazlığı zamanı fibrill əmələ gətirməyə qadir deyildir (bu, tropokollagenin öz-özünə yığılması üçün çox vacibdir).

Dermanın və hipodermanın elastik liflərinin dəyişiklikləri ya elastik liflərin dağılması (elastoliz), ya da onların dezorqanizasiyası, bir-birinə yapışması, kobudlaşması (elastoz) şəklində təzahür edir. Çox vaxt bu dəyişikliklər üst-üstə düşür. Belə ki, hipe-relastik dəri və ya Elers-Danlo sindromu zamanı dəridə olan elastik liflərin sayı onların kobudlaşması ilə bərabər nisbətən artır və bununla eyni vaxtda elastik liflərin yerində fraqmentlərə bölünməsi və ya topa əmələ gətirməsi müşahidə olunur. Elastik psevdok-santoma zamanı (onun mənşəyində dərinin və selikli qişaların elastik liflərinin sistem zədələnməsi durur) dəridə şişmiş və üzərinə kalsium ionları çökmüş topaşəkilli elastik liflərin yığıntıları aşkar edilir.

Birləşdirici toxumanın əsas maddəsinin patoloji dəyişiklikləri

Dermanın əsas maddəsinin dəyişiklikləri praktik olaraq dərinin bütün iltihabi və şiş xəstəliklərində rast gəlinir. Sistem xəstəliklərində (qırmızı qurdeşənəyi, dermatomiozit), sklerozlaşmış dəmrov və s. zamanı əsas maddədə qlükozaminqlikanların toplanması baş verir. Bəzi hallarda əsas maddədə musinoz dəyişiklikləri meydana çıxır ki, bu da kollagen liflərin normal quruluşunun dəyişilməsi ilə müşayiət olunur. Bəzi irsi xəstəliklər zamanı da həmçinin əsas maddənin tərkibi dəyişir. Belə ki, elastik psevdok-santoma zamanı dəridə hialuron turşusunun, xondroitinsulfat və dermatansulfatların miqdarı artır.

Birləşdirici toxuma distrofiyaları

Dermanın və hipodermanın əvvəldə göstərilən birləşdirici toxuma zədələnmələri onunla səciyyələnir ki, patoloji dəyişikliklər bilavasitə birləşdirici toxumanın tərkib komponentlərində baş verir. Onların dəridə gedən ümumi patoloji proseslərin sərbəst qrupuna ayırd edilməsi müəyyən dərəcədə şərtidir, lakin 2 səbəbdən məqsədəuyğundur: birincisi – didaktik məqsədlə; ikincisi – hüceyrəarası maddənin bu cür dəyişikliklərinin digər patologiyalarda da rast gəlməsinə baxmayaraq, nəzərdən keçirilən vəziyyətlərdə onlar nisbətən müstəqildirlər və müəyyən qədər birincilidirlər. Bütün digər hallarda onlar ikincildir, birləşdirici toxumanın əvvəldə baş verən kompleks dəyişiklikləri fonunda meydana çıxırlar. Birləşdirici toxuma distrofiyaları zamanı mübadilə proseslərinin pozulması nəticəsində birləşdirici toxumada və dərinin damarlarında onlar üçün səciyyəvi olmayan mübadilə məhsulları toplanır. Onlar qan, limfa vasitəsilə gətirilə bilər, lakin lifli strukturların və ya əsas maddənin sintezinin pozulması nəticəsində yarana bilər. Mezenxima distrofiyaları da həmçinin eyni mexanizmə malik ola bilər və yuxarıda şərh olunan birləşdirici toxumanın struktur dəyişiklikləri kimi, dərinin eyni xəstəliklərində meydana çıxma bilər, lakin spesifik patoloji proseslərin təzahürü də ola bilər.

Birləşdirici toxumanın mukoid şişkinliyi

Bu, patoloji proses olaraq dərinin birləşdirici toxumasında normal halı üçün qeyri-səciyyəvi olan qlükozaminqlikanların toplanmasıdır. Onların toplanması və anomal

yerləşməsi əsas maddənin hidrofiliyinin artmasına və damar keçiriciliyinin dəyişilməsinə səbəb olur. Nəticədə dərinin damarlarından plazmanın zülalları, qlobulinlər və qlipoproteinlər sızır ki, bu da hüceyrəarası maddənin və kollagen liflərinin şişkinliyinə səbəb olur. Sonralar hüceyrəarası maddənin dəyişikliklərinə hüceyrə reaksiyaları qoşulur, bu da limfositlər, histositlər və plazmositlər infiltratların formalaşmasına gətirib çıxarır. Bu dəyişikliklər geriye dönməz xarakterlidir və müalicənin aparılması və patoloji prosesin sorulması nəticəsində rəqres edə bilər. Mukoid şişkinlik kollagenozlar (qırmızı qurdeşənəyi, sklerodermiya), allergik dermatitlər və s. zamanı rast gəlir. Mukoid şişkinlik zamanı əsas maddə bazofil boyanaraq və metaxromaziya verə bilər.

Birləşdirici toxumanın fibrinoid şişkinliyi

Dərinin birləşdirici toxumasının fibrinoid şişkinliyi mukoid şişkinlikdən fərqli olaraq geri dönməz xarakter daşıyır. O, burada anomal maddənin – fibrinoidin toplanması nəticəsində meydana çıxır. Onun yaranma mənşəyi və tərkibi indiyə qədər mübahisə mövzusunda çevrilmişdir. Müxtəlif xəstəliklər zamanı fibrinoid kütlələrin tərkibi müxtəlif ola bilər. Bəzi hallarda autoimmün proseslər zamanı fibrinoiddə fibrin, komplement və immün komplekslər çoxluq təşkil edərək, fibrinoidin bu növü immün komplekslərin fibrinoidi adlanır. Bu zaman immün komplekslər komplementin komponentlərini zədələyərək mikrosirkulyator damarların, paravazal birləşdirici toxumanın zədələnməsinə səbəb olur ki, bu da sonra həmin yerdə fibrinin çökməsinə gətirib çıxarır. Bu, dəridə autoimmün proseslər, məsələn, qırmızı qurdeşənəyi zamanı nəzərə çarpır. Plazmorragiya ilə müşayiət olunan angionevrotik dəyişikliklər zamanı da, transsudasiya yerində fibrinin çökməsi (fibrinoid transsudasiyası) müşahidə olunur. Bütün hallarda kollagen liflərin destruksiyası, əsas maddənin qlikozaminqlikanlarının tərkibinin dəyişilməsi qeyd olunur ki, bu da dərinin damarlarının keçiriciliyinin artmasını və dəridən birləşdirici toxumaya yüksəkmolekullu maddələrin daxil olmasını təmin edir. Fibrinoid şişkinlik allergik vaskulitlər, Artyus fenomeni, kollagenozlar zamanı müşahidə olunur.

Histoloji müayinə zamanı birləşdirici toxumanın fibrinoid dəyişiklikləri olan ocaqlar homogen, kəskin eozinofiliya ilə təzahür edir. Başlanğıc mərhələlərdə qlikozaminqlikanların böyük miqdarda toplanması nəticəsində onların toluidin abısı ilə boyanaraq metaxromaziyası müşahidə oluna bilər, bir qədər sonra ŞİK-müsbət rəngləmə kəskin nəzərə çarpır.

Birləşdirici toxumanın fibrinoid dəyişikliklərinin aqibəti birləşdirici toxumanın kəskin destruksiyası və amorf detriti əmələ gətirməklə bərabər onun nekrozudur (fibrinoid nekroz).

Hialinoz

Dərinin birləşdirici toxumasının mezenxim distrofiyasının bu növü müxtəlif tərkibli homogen eozinofil kütlələrin – hialinin çökməsi ilə təzahür edir.

Hialinin 3 növünü ayırd edirlər:

1. sadə – qan damarlarından dəyişilməmiş qan plazmasının çıxması nəticəsində əmələ gəlir;
2. lipohialin – onun tərkibinə lipoidlər və beta-lipoproteinlər daxildir (qanın lipid tərkibinin pozğunluqları ilə müşayiət olunan şəkərli diabet və digər xəstəliklər zamanı);

3. mürəkkəb hialin.

Onun tərkibinə fibrin, immun komplekslər və damar divarının nekrozlaşmış sahələri (məsələn, kollagenozlar zamanı) daxildir. Yayılma intensivliyinə görə sistem hialinozu (kollagenozlar və s.) və yerli hialinoz ayırd olunur ki, o da çapıqlaşan nekrotik toxumada, fibrinoid dəyişikliklərin baş verdiyi yerlərdə formalaşa bilər.

Amiloidoz

Birləşdirici toxumanın bu növ distrofiyası birləşdirici toxumada normal vəziyyət üçün səciyyəvi olmayan mürəkkəb fibrillyar zülalın – amiloidprotein qikoproteinin (latınca amyllum – nişasta) yaranması ilə səciyyələnir ki, o da yod və kükürd turşusunun təsiri ilə mavi rəngə boyanır. Bunu nəzərə alaraq, R.Virxov amiloidi heyvani nişasta hesab etmiş və ona müvafiq, yəni «amiloid» adını vermişdir.

Müasir dövrdə göstərilmişdir ki, amiloid qlikoproteindən ibarətdir. Onun əsas komponenti fibrillyar zülallardır (F-zülallar və ya F-komponent). Amiloidin bir qrup F-zülalları immunqlobulinlərin yüngül zənciri (AL-zülallar adlandırılan) ilə birləşmişlər, digərləri isə immunqlobulinlərlə birləşməmişlər, lakin qan zərdabında analoqları (SAA-zülal) vardır.

Amiloidoz yayılmış və ya ümumi, həmçinin yerli ola bilər. Onu törədən səbəbdən asılı olaraq birincili (idiopatik), qazanılmış və ya ikincili, qocalıq, irsi, lokal (şişəbənzər) amiloidoz ayırd olunur.

Dəri əlamətləri daha çox birincili, xüsusilə də sistem amiloidozu zamanı rast gəlir və zədələnmə ocaqlarının polimorfizmi ilə səciyyələnir. Papulyoz və ya purpuroz səpgilər, düyünlü, ksantomayabənzər elementlər şəklində rast gələ bilər. Amiloidin çöküntülər (elementlər) müxtəlif xronik dermatozlar (qırmızı yastı dəmrov, neyrodermit və s., ikincili amiloidoz) zamanı müşahidə oluna bilər. Birincili amiloidoz zamanı düyüncüklərin (lichen amyloidosis) və nisbətən az hallarda ləkələrin (maculas amyloidosis) yaranması səciyyəvidir.

Dərinin iltihabı

Dərinin iltihabi xəstəlikləri bu orqanın ən çox yayılmış zədələnmələrinə aiddir. Bu, onun bədənin üst səthində yerləşməsi ilə əlaqədardır ki, nəticədə dəri ən müxtəlif floqogen amillərin: mexaniki (zədələr), fiziki (yüksək və aşağı temperaturların, şüa enerjisinin və s. təsiri), kimyəvi (turşular, qələvilər və s.), bioloji (müxtəlif mikroorqanizmlər) - qarşılıqlı təsirinə məruz qalır. Bu ekzogen amillərdən başqa, dəridə baş verən iltihabi proseslər endogen səbəblərlə də şərtlənə bilər (immun komplekslər, müxtəlif mediatorlar, immunsəlahiyyətli hüceyrələr, azot mübadiləsi və şişlərin dağılması məhsulları və s.).

Məlumdur ki, iltihab - müxtəlif patogen qıcıqlandırıcılar vasitəsilə toxumaların zədələnməsinə qarşı orqanizmin göstərdiyi mürəkkəb kompleks yerli reaksiyasıdır.

Dəridə baş verən iltihab prosesləri təkcə onları törədən səbəblərlə deyil, həm də inkişaf xarakterinə, zədələnmə sahəsinə görə fərqləndirirlər. Aydınır ki, iltihab reaksiyalarının belə müxtəlifliyi nəzərə çarpan digər orqanı tapmaq çox çətindir. Ona görə də, dərinin iltihabi zədələnmələrini təsnifatlaşdırmaq da çətindir (bu, xüsusilə allergik iltihab proseslərinə aiddir). İndiyə qədər dərinin tam, dəqiq və hərtərəfli təsnifatı və-

rilməmişdir. Bir çox müəlliflər immun və qeyri-immun iltihabı ayırd edirlər. Bu bölgü müəyyən dərəcədə şərtidir, belə ki, bu 2 formanın hər birində eyni hüceyrələr iştirak edə bilər. Bununla belə, bu bölgü çox əhəmiyyətlidir, belə ki, iltihabın bu növündə hüceyrə mexanizmlərinin hansı formasının iştirak etdiyini müəyyən etməyə imkan verir. Mövcud təsnifatları ümumiləşdirərək dərinin iltihabi xəstəliklərinin aşağıdakı təsnifatını təklif etmək olar (cədvəl 2).

Cədvəl 2. Dərinin iltihabı

Qeyri-immun	İmmun
1. Seroz	1. Dərhal baş verən allergik reaksiyalar (övrə, dərman eritemasının bəzi növləri)
2. İrinli	2. Autoimmün mənşəli sitotoksik reaksiyalar (qovuqucuq, pemfiqoid, Layelli sindromu)
3. Hemorragik	3. İmmunkompleks reaksiyalar (çoxformal ekssudativ eritema, toksidermiya və digər növ dermatozlar, Şenleyn-Qenox purpurası və s.)
4. Produktiv (proliferativ)	4. Ləng tipli hiperhəssaslıq (allergik təmas dermatiti, ekzema, neyrodermit və s.)
	5. Qranulomatoz iltihab (vərəm qurd eşənəyi, cüzam, sarkoidoz, qranulomatoz zədələr olan göbələk xəstəlikləri)
	6. «Transplantat sahibinə qarşı» reaksiyasının dəri əlamətləri

İltihab proseslərinin mərhələləri

İltihab prosesi aydın nəzərə çarpan mərhələlərlə səciyyələnir. A.İ.Strukov (1990) iltihabın aşağıdakı mərhələlərini ayırd edir:

1. zədələnmə və ya alterasiya mərhələsi;
2. ekssudasiya və ya qandan və limfadan toxuma mayesinin xaric olması ilə birlikdə mikrosirkulyator sistemin reaksiyası;
3. bərpa və ya proliferasiya mərhələsi

Alterasiya

Alterasiya mərhələsi hüceyrələrin normal quruluşunun və hüceyrəarası maddənin pozğunluqları ilə səciyyələnir ki, bu da onların ölümünə gətirib çıxarır. Bu zaman böyük miqdarda iltihab mediatorları xaric olur. Bunlar hüceyrə mediatorlarıdır. Bundan başqa, böyük sayda bioloji aktiv maddələr (iltihabi plazma mediatorları) qan plazmasından zədələnmə yerinə doğru hərəkət edirlər.

İltihab mediatorları bir çox funksiyaları yerinə yetirirlər:

- damar divarının keçiriciliyinin dəyişilməsi (artması);
- iltihab reaksiyasının hüceyrəarası qarşılıqlı əlaqələrinin təmin olunması; xemo-toksik amillərin rolu;
- özək hüceyrələrindən iltihab prosesinin hər bir mərhələsində başlıca rol oynayan müəyyən formalı hüceyrələrin bölünməsi və diferensiasiyası;
- faqositoz proseslərinin və immun reaksiyaların fəallaşması.

İltihab mediatorlarına qranulositlər, toxuma bazofilləri (deqranulyasiya), endoteliositlər, trombositlər və digər hüceyrələr tərəfindən hasil edilən bioloji aktiv maddələr

aiddir. Buraya histamin, serotonin, interleykinlər, lizosomal hidrolazalar, prostoqlandilər, leykotrienlər, plazmanın kinin sistemi, Xaqeman amili, ləng raksiya göstərən substansiyalar və bir sıra digər, o cümlədən öyrənilməyən amillər daxildir. Bu maddələrin damar divarına və birləşdirici toxumanın əsas maddəsinə təsiri nəticəsində mikrodamarların keçiriciliyi onların mənəfi eyni vaxtda genişlənməklə bərabər kəskin şəkildə artır. Damar divarı iltihabın növbəti mərhələsinə - ekssudasiya mərhələsinə hazırlanır.

Ekssudasiya

Ekssudasiya ətraf birləşdirici toxumanın əsas maddəsinə qandan plazmanın maye hissəsinin çıxmasını, həmçinin iltihabda iştirak edən qan hüceyrələrinin damar divarından toxumalara miqrasiyasını özündə birləşdirir. Damarların paretik genişlənməsi və qan plazmasının sızması nəticəsində toxumaların ödemə baş verir. Ödem orqanizmin müdafiə qüvvələri sistemində 2 səbəbdən mühüm rol oynayır. Birincisi – ödem mayesi qan və limfa damarlarını sıxır və floqogen amili lokallaşdırır, orqanizmdə onun geniş yayılmasına mane olur. İkincisi – ödem mayesi floqogen amilin miqdarını və onun patogen təsirini azaldır. Bundan başqa, hüceyrəarası maddənin sıxlığını azaldaraq, o, hüceyrələrin iltihab ocağına doğru miqrasiyasına imkan verir.

Xemotoksik maddələrin (iltihab mediatorları) təsiri nəticəsində qanın leykositləri, ilk növbədə neytrofil leykositlər damar divarından diapedez etməyə başlayırlar. Diapedezdən əvvəl leykositlərin kənar vəziyyətdə yerləşməsi nəzərə çarpır, bu zaman onlar damarda hüceyrələrin ümumi axınından ayrılır və endoteliositlərə doğru hərəkət edirlər, sonra isə onlara yapışırlar. Neytrofil leykositlərin diapedezi interendoteliositar, yəni iki endoteliositlərin qovuşduğu yerdə baş verir. Buna «histamin lyukların», yəni endoteliositlərin arasındakı genişlənmiş sahələrin yaranması və histaminin təsiri altında daralması, həmçinin hialuronidazanın və digər maddələrin təsiri nəticəsində bazal membranın depolyarizasiyası kömək edir.

Neytrofil leykositlərin iltihabda rolu yüksəkdir. Floqogen amillərin və mediatorların təsiri altında onlarda respirator partlayış baş verir: hüceyrələrdə böyük miqdarda oksigenin aktiv formaları (sinqlet oksigen, superoksid anion, hidrogen peroksidi, həmçinin digər metabolitlər) hasil olur ki, onlar da kəskin nəzərə çarpan bakterisid təsir göstərir. Digər tərəfdən bu maddələr sağlam toxumalar və neytrofillərin özləri üçün öldürücüdür, kəskin nəzərə çarpan iltihab prosesləri zamanı irinli iltihab inkişaf etməklə onların zədələnməsi baş verir. Beləliklə, neytrofillərin müsbət təsiri asanlıqla mənfi təsirə keçə bilər. Oksigenin fəal formalarından başqa, neytrofillər bakterisid təsirə malik olan bir sıra digər maddələr də hasil edirlər. Onlara spesifik və azurofil qranulalarda olan kation zülalları, qələvi fosfataza, laktoferrin, neytral proteazalar, mieloperoksidaza aiddir.

Lizosim (muramidaza) bakterial divarı dağıdır ki, bu da bakteriyaların osmotik ölümünə səbəb olur. Laktoferrin bakteriyalarla dəmir ionları uğrunda rəqabət aparır, onları birləşdirir və bununla da bakteriyaları bu mühüm mineraldan məhrum edərək bakteriostatik təsir göstərir.

Kation zülalları və neytral proteazalar hüceyrələrin membranının zədələnməsinə və səthi züdlərin dağılmasına gətirib çıxarır. Süd turşusu faqosomlarda pH-ın azalmasına səbəb olur, bundan başqa birbaşa bakterisid təsir göstərir. «Mieloperoksidaza – hidrogen peroksid - halogenlər» kompleksi struktur və funksional zülalların halogen-

ləşməsinə (oksidləşməsinə) törədir.

Qələvi fosfataza bakteriostatik təsirə malik olmaqla bakteriyaların DNT-nin strukturu dağıdır. Beləliklə, neytrofillər hələ faqositoza qədər bakteriyaların ölümünü törədir ki, bu da onların litik təsirinin ikinci mərhələsi sayılır. Bakteriyalar və digər mikroorqanizmləri, toxumaların nekrozu məhsullarını faqositoza uğradaraq, leykositlər lizosomların vasitəsilə onları kiçikmolekullu maddələrə qədər hüceyrədaxili parçalayır və beləliklə iltihab sahəsini təmizləyirlər. Bu başa çatmış faqositoz adlanır. Əgər neytrofil leykositlərin funksional çatmamazlığı varsa, mikroorqanizm leykositin daxilində qala və hətta çoxala bilər (başə çatmamış faqositoz). Bu, məsələn, uşaqların xronik qranulematoz xəstəliyində –irsi pozğunluqlar zamanı müşahidə edilir, bu zaman neytrofil leykositlər və monositlər mikroorqanizmləri udurlar, lakin katalaza fermenti olan mikroorqanizmləri öldürə bilmirlər, belə ki, həmin mikroblar üçün öldürücü olan oksigenin aktiv metabolitlərini hasil etmək qabiliyyətini itirirlər. Beləliklə, bu misaldan görüldüyü kimi, neytrofillərin faqositar bakterioloji və bakterisid funksiyası bir-birilə sıx bağlıdır.

Leykositlərin iltihab prosesində rolu o qədər yüksəkdir ki, bir çox müəlliflər müstəqil leykositlər mərhələni ayırd edirlər (Mayanskiy A.D., 1991).

Bakterisid maddələrlə yanaşı, neytrofil leykositlər immun reaksiyaların bir sıra mediatorlarını hasil edərək iltihab prosesinə get-gedə yeni hüceyrələr cəlb edirlər. N.M. Berejnoy məlumatlarına əsasən (1989) neytrofillər aşağıdakı amilləri hasil edirlər: B-limfositlərin diferensiasiyasını ingibisiya edən, timositlərin proliferasiyasını gücləndirən, T-həlpərlərin, T-supressorların funksiyasını, eozinofillərin xemotaksis amilini ingibisiya edən və s.

Anafiaktik reaksiyalar zamanı, allergiyaların digər növlərində dəriyə eozinofil leykositlər miqrasiya edə bilər. Bu hüceyrələr antigen-əksisim kompleksinin eliminasiyasında iştirak edirlər. Onların sayı dərinin parazitər xəstəliklərində də həmçinin artır. Bu zaman onların rolu parazitlərin hüceyrələrinin membranına düzülən spesifik zülallərin xaric edilməsindən ibarətdir. Bu, transmembran məsamələrin yaranmasına və parazitərin hüceyrələrinin osmotik zədələnməsinə gətirib çıxarır. Eyni vaxtda eozinofil leykositlərin sekresiyası məhsulları hüceyrələrin DNT-ni zədələyir.

Neytrofil leykositlərin aktiv təsiri altında qanın monositləri damar divarından diapedezə uğrayır və makrofaqlara transformasiya edirlər. Bu transformasiya hüceyrələrin ölçülərinin böyüməsi, psevdopodiyaların əmələ gəlməsi, sitoplazmada lizosomların toplanması ilə təzahür edir. Bunlar hematogen makrofaqlar adlanırlar. Lakin floqogen maddələrin və neytrofillərin mediatorlarının təsiri altında birləşdirici toxumada olan makrofaqlar (histiogen makrofaqlar) da iltihab ocağına doğru hərəkət edirlər. İltihab reaksiyasının leykositlər mərhələsi makrofaq mərhələsi ilə əvəz olunur. O, zaman etibarilə leykositlər mərhələdən bir qədər gec baş verir və bir neçə gündən sonra maksimuma çatır. Fəallaşmış makrofaqlarda da həmçinin respirator partlayış nəzərə çarpır. Bütün faqositlərdə respirator partlayışın mexanizmi oxşardır: oksigenin mobilizasiyası hüceyrələrin membranlarında NADFN-oksidaza ferment kompleksinin fəallaşmasından sonra başlayır (O² superoksidanionun əmələ gəlməsi ilə) ki, o da sinqlet oksigenə, hidroksil radikal ON- transformasiya edir.

Monokinlər adlanan makrofaqların mediatorları iltihab reaksiyasında çox mühüm rol oynayır. Onlar iltihab ocağında (lazım gəldikdə) qanın özək hüceyrələrindən

diferensiasiyasının güclənməsi yolu ilə neytrofil leykositlərin miqdarının saxlanmasını təmin edirlər, T- və B-limfositləri fəallaşdırır və onların qarşılıqlı əlaqəsində iştirak edirlər. Makrofaqların mediatorları fibroblastların çoxalmasını stimulyasiya edir, onların hüceyrəarası maddəni sintez etməsi tənzimləyir, yəni iltihab ocağında bərpa proseslərini gücləndirirlər. Makrofaqların ən mühüm funksiyalarından biri nekrozlaşmış kütlələri udması və gələcək reparasiya zonasının (o cümlədən ölmüş leykositlərdən) təmizlənməsidir.

Neytrofil leykositlər və makrofaqlar xüsusilə iltihabın erkən mərhələlərində iltihab infiltratlarının əsas hüceyrələri sayılırlar. Onlardan başqa, infiltratın tərkibinə T və B-limfositlər, plazmositlər, toxuma bazofilləri daxildir, qranulematoz iltihab zamanı isə yad cisimlərin nəhəng hüceyrələri və ya Lanqxans-Piroqov tipli hüceyrələr aşkar edilə bilər.

T və B-limfositlər infiltratda makrofaqlarla təqribən eyni vaxtda meydana çıxırlar. Onların rolu iltihab prosesinin tənzimlənməsindən və regenerasiyadan ibarətdir. Bundan başqa, immun iltihab zamanı bu hüceyrələr infiltratın əsas hüceyrələri ola bilərlər. Bu zaman B-limfositlər plazmositlərə çevrilərək, spəşifik əksicisimlər, T-limfositlər isə böyük miqdarda mediatorlar – limfokinlər sekresiya edirlər ki, onlar dərinin öz hüceyrələrinin dağılmasında iştirak edirlər. Xüsusən sifilis, qasıq qranuleması, rinoskleroma, dərin mikozlar, xronik follikulitlər zamanı zədələnmiş dəridə plazmositlər çoxlu sayda toplanırlar.

Bərpa prosesində toxuma bazofillərinin (tosqun hüceyrələrin) rolu böyükdür, onlar iltihab prosesinin müxtəlif mərhələlərində iltihab reaksiyasının iştirakçıları kimi çıxış edirlər. Alterasiya mərhələsində bu hüceyrələr sürətlə deqranulyasiya edərək vazoaaktiv maddələr olan histamin, serotonin, heparin hasil edirlər ki, bununla damar divarını hüceyrələrin miqrasiya proseslərinə və mikrodamarlardan qanın maye hissəsinin çıxmasına hazırlayırlar (ödem). Ekssudasiya mərhələsində göstərilən mediatorların təsiri davam edir və bununla damar divarının keçiriciliyinin artması təmin olunur. Toxuma bazofilləri makrofaqlar və digər immunsəllahiyyətli hüceyrələrlə qarşılıqlı əlaqədə olurlar (onların aktivliyini tənzimləyərək). Makrofaqlar öz növbəsində toxuma bazofillərinin qranulalarını faqositoza uğradırlar. Tosqun hüceyrələr proliferasiya proseslərinin stimulyasiyasında da böyük rol oynayırlar. Belə ki, onlar epitelinin, fibroblastların, epidermisin və onun törəmələrinin hüceyrələrinin artıb-çoxalmasını stimulyasiya edir.

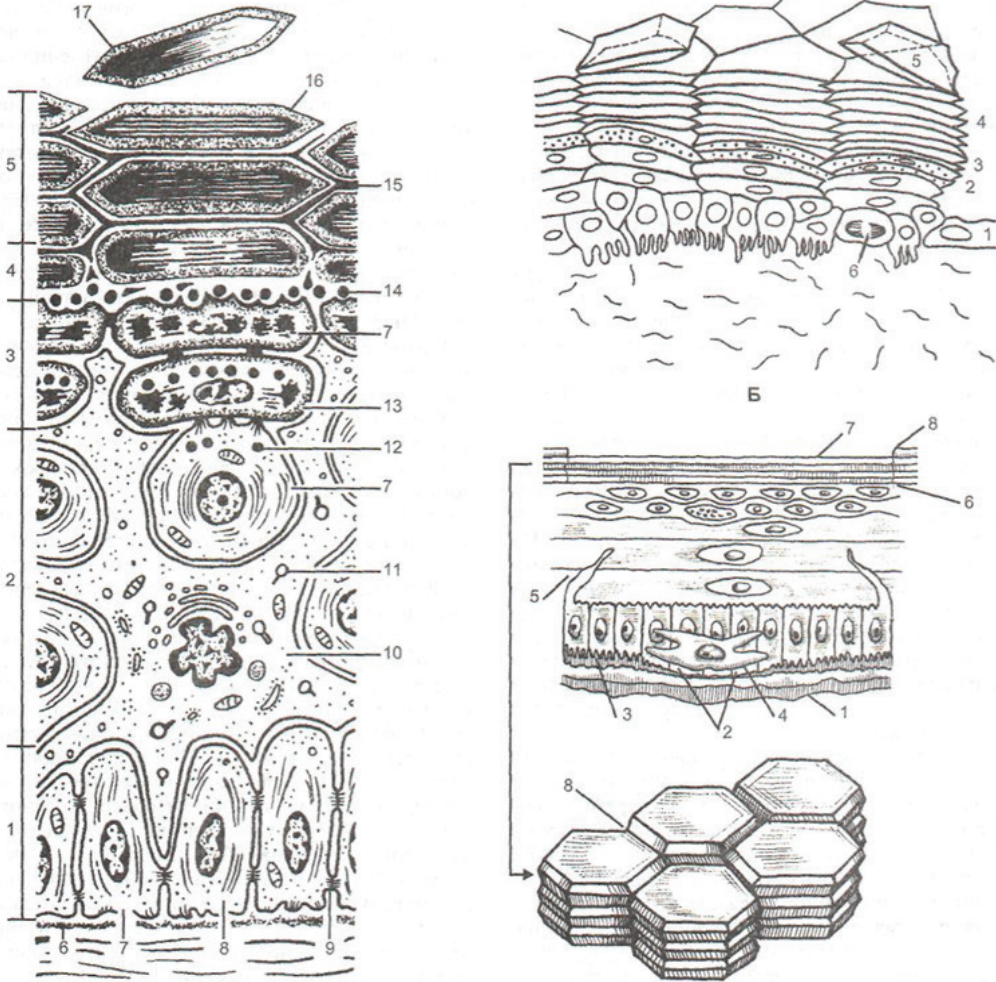
Proliferasiya

İltihab ocağının bakteriya, yad cisimlər və dağılmış toxumalardan təmizlənməsindən sonra hüceyrələrin proliferasiyası başlayır ki, bu da bir qayda olaraq iltihabın yekun mərhələsi hesab olunur. Bununla yanaşı proliferativ proseslər iltihabi reaksiyanın əvvəlində də müşahidə oluna bilər, bu zaman qan damarlarının endoteliositləri, adventisial hüceyrələr, T və B limfositlər, monositlər bölünməyə məruz qalır. Lakin proliferativ proseslərin əsas intensivliyi daha gec müddətdə olur. Bu zaman fibroblastların miqdarı kəskin artır ki, bu da həm adventisial hüceyrələrdən differensiasiya, həm də ətraf sağlam toxumalardan iltihab ocağına fibroblastların miqrasiyası hesabına baş verir. Proliferasiya ocaqlarında hüceyrələr tərəfindən hüceyrəarası maddənin (kollagen və elastin liflərin, əsas maddənin) sintezinin güclənməsi ilə müşayiət olunan iltihabın fibroblastik mərhələsi

başlayır. İltihab ocağının ya qalın kollagen liflərlə məhdudlaşması, ya da onun yenidən yaranmış çox vaxt çapıq tipli hüceyrəarası maddə ilə əvəz olunması baş verir. Vaxt keçdikcə iltihab ocağında yalnız tədricən fibrositlərə çevrilən fibroblastlar qalır.

Dərinin iltihabi proseslərində çox zaman epidermis prosesə cəlb olunmuş olur. Epidermisdə proliferativ proseslərin aktivləşməsi akantoz və papillomatoza gətirib çıxarır ki, bu da neyrodermit, xroniki ekzema və s.də təsadüf olunur.

Dəridə müxtəlif iltihabi proseslər zamanı hər bir komponentin ifadə dərəcəsi müxtəlif ola bilər ki, bu da orqanizmin reaktivliyi və floqogen agentlə müəyyən olunur. Belə ki,



Şəkil 4.8. Epidermal proliferativ vahidin əmələ gəlməsinin sxemi

A. Y.F.Kotovskiyə görə (1999): 1 – bazal qat; 2 – tikanlı qat; 3- dənəli qat; 4- pırıltılı qat; 5 – buynuz qat; 6 – bazal membran; 7 – keratinosit; 7a-mitoz; 8-keratin filamentləri; 9 – desmosom; 10-daxili epidermal makrofaq (Langerhans hüceyrəsi); 11 – Birbek qranulları; 12 – keratinosomlar; 13 – keratolinin qatı; 14 – hüceyrələr arası sement əmələ gəlməsi; 15 - hüceyrələr arası sement; 16 – korneosit (buynuz pulcuğu); 17 – tökülən buynuz pulcuqları

B.B.Alberts və həmmüəlliflərə görə (1987): 1- bazal keratinosit; 2 – tikanlı keratinosit; 3 – dənəli keratinosit; 4 – buynuz pulcuqları; 5 –epiderminin səthindən qopan buynuz pulcuqları

C. S.Pottenə görə (1974): 1 – bazal membran; 2 – “hamar” keratinositlər; 3 – “dişli” keratinositlər; 4 – Langerhans hüceyrəsi; epiderminin 5 - tikanlı, 6 – dənəli, 7 – buynuz qatı; 8-skvasomlar

dəriyə kimyəvi maddələrin, toksinlərin, bakteriyaların təsiri zamanı, təcili hiperhəssaslıq tipində alterativ proseslər üstünlük təşkil edir. Onlar da öz növbəsində birləşdirici toxumanın fibrinoid dəyişiklikləri ilə müşayiət oluna bilər (allergik vaskulitlərdə, revmatoid düyünlərdə, qırmızı qurdeşənəyində və s.)

Alterativ proseslər dəri damarlarında trombların əmələ gəlməsi zamanı daha bariz görünür ki, bu da xüsusi ilə nekrotik dəyişikliklərlə gedən (Ruiterin allergik vaskuliti, Verter-Dümlinqin düyünlü nekrotik vaskuliti) vaskulitlərdə müşahidə olunur.

Dəri iltihabında eksudativ komponentin üstünlüyü mikrosirkulyator dövrənin kəskin reaksiyasında rast gəlinir. Eksudatın xarakteri mediatorların miqdarından, onların təsir intensivliyindən, hüceyrələrin müvafiq reseptorlarının mediatorlara həssaslığından, həmçinin mikrodamarların divarının zədələnmə dərəcəsiindən asılıdır.

Dərinin seroz iltihabı

Epidermisdə hüceyrəarası və hüceyrədaxili ödemənin inkişafı və dermanın kiçik damarlarının (kapilyarlar, postkapilyarlar, venulalar) zədələnməsi ilə xarakterizə olunur.

Epidermisdə spongiotik qovucuqlar və qovuqlar inkişaf edir. Spongiotik hüceyrədaxili ödemə müşayiət oluna bilər. Nəticədə epidermisin retikulyar distrofiyası formalaşır. O, həmişə ballonlayıcı distrofiya ilə birgə gedir. Bu zaman keratinositlərin çoxusunda hüceyrədaxili mayenin kəskin toplanması nəticəsində sitolemmənin partlaması baş verir. Çoxhüceyrəli qovuqlar formalaşır ki, burada hüceyrələr degenerasiya edən keratinositlərin qalıqları ilə ayrılırlar. Bunun ardınca keratinositlərin hüceyrəarası bağlarının dağılması baş verir ki, bu da akantolizə gətirib çıxarır.

Dərinin irinli iltihabı

Dəridə irinli iltihab orqanizmin, xüsusilə dərinin qoruyucu müdafiə qüvvələrinin müxtəlif pozuntuları zamanı müşahidə olunur. Kəskin və xroniki gedişə malik ola bilər. Bu kifayət qədər tez-tez rast gəlinən dəri patologiyası hipo- və avitaminozlar, hormonal pozuntular, professional zərərli faktorların təsiri zamanı müşahidə oluna bilər. Serov V.V (1990) irinli iltihabı 2 faqositar sistemin funksional çatışmazlığından əmələ gəldiyini hesab edir: neytrofil leykositlər və makrofaqlar sistemi. Birinci olaraq neytrofil leykositlərin funksiyası pozulmuş olur. Dərinin sağlam toxumalarının dağılması ilə gedən respirator əlaqələrin pozulması nəticəsində onların kütləvi məhvi baş verir. Neytrofil leykosit və toxumaların dağılma məhsullarını faqositə etmə nəticəsində makrofaqlar bu məhsullarla yüklənir, onları eliminasiya etməyə çətdirmir və nəticədə mikroorqanizmlərə münasibətdə dayanıqsız olurlar.

Beləliklə, dərinin irinli iltihabı makro və mikroorqanizmin dinamik qarşılıqlı təsirinə kəmiyyət və keyfiyyət dəyişiklikləri zamanı yaranır. Bu dəyişikliklərdə makroorqanizmin bakterisid xüsusiyyətlərinin əksinə yönəlmiş mikroorqanizmin müdafiə xüsusiyyətləri üstünlük təşkil edir.

İrinli iltihab stafilokokk, streptokokk və digər irin yaranan bakteriyalar tərəfindən törədilir. Bu mikroorqanizmlər dərinin və orqanizmin müdafiə xüsusiyyətlərini blokada edən bir sıra faktorlara malikdir:

- xemotaksis və osonizasiyanı zəiflətmək, faqositlərin və spesifik antitellərin aktivliyinə əks təsir göstərmək xüsusiyyəti (aktiv maddələr və fermentlər vasitəsi ilə);

- “ağressiya” və “müdafiə” faktorlarının istehsalı (məsələn, hialuronidaza yayılma faktoru rolu oynamaqla yanaşı, eyni zamanda toksinyaranma inhibitorlarının təsirini aradan qaldırır);

- irinyaradan bakteriyaların makroorqanizmə immundepressiv təsiri (nisbətən yaxın vaxtlarda müəyyən edilmişdir): plazmositlərin miqdarının azalması, T-limfositlərin aktivliyinin pozulması və s.;

- streptokokk və stafilokokların öz morfoloji xüsusiyyətlərini dəyişmək bacarığı (L-formaya transformasiya, serotipləri dəyişmək) onları makroorqanizmlərin müdafiə faktorları üçün əlçatmaz edir.

Bundan əlavə, mikroorqanizmlərin antigen xüsusiyyətlərinin dəyişməsi nəticəsində makroorqanizmin immun sistemi daim gərginləşir və antimikrob və antitoksik faktorların ifrazı çətinləşir. Dərinin irinli iltihabının inkişafına makroorqanizm tərəfdən aşağıdakı dəyişikliklər səbəb olur (Qluxenğkiy B.T. i soavt., 1983);

- orqanizmin reaktiv xüsusiyyətlərinin zəifləməsi;
- mərkəzi və periferik sinir sistemi xəstəlikləri, aclıq, qeyri-rasional qidalanma;
- bunun nəticəsində dərinin bakterisid xüsusiyyətlərinin azalması;
- travma və mikrotravma nəticəsində dəri örtüyü tamlığının pozulması.

Dərinin irinli iltihabı zamanı əsas morfoloji element pustula hesab edilir. Pustulanın növlərindən biri- Koqoy pustulası epidermisin səthi qatlarında yerləşən çoxkəmərali element olub qranulosit və keratinositlərin dağılma məhsulları ilə dolmuş kiçik boşluqlar şəklində olur. Akantoz və spongiyoz inkişaf edir. Pustulyoz psoriaz, Reyter xəstəliyi və digər dəri xəstəlikləri zamanı rast gəlinir. Xroniki irinli iltihaba piodermiyalar aid edilir.

Dərinin hemorragik iltihabı

Bu iltihab üçün xarakterik damarların vaskulit tipində zədələnməsi və sonradan müşahidə olunan onların fibrinoid nekrozudur. Nəticədə damarların keçiriciliyi və onların möhkəmliyi o dərəcədə dəyişir ki, böyük miqdarda istənilən xarakterli eksudata eritrositlər qarışır (sibir xorası, Mişerin və Şenleyn-Genoxun hemorragik vaskuliti, Verter-Dümlinqin düyünlü nekrotik vaskuliti). Zahirən hemorragik iltihab hemorragik ləkələr-petexiya və ekximozlar şəklində təzahür edir.

Bəzən histoloji müayinə zamanı qan damarlarının divarı tam nekrozlaşmış, bağımlı mənfəzli, nüvələrinin bir hissəsi dağılmış (karioreksis) neytrofillərdə infiltratlaşmış şəkildə görünə bilər. Dermada- güclü ödem, fibrinoid dəyişikliklər vəziyyətində olan kollagen liflər, massiv qansızmalar görünür. Bu dəyişikliklər dəri nekrozu və xoraların əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

Dərinin produktiv iltihabı

Produktiv (proliferativ) iltihab haqqında üçüncü faza üstünlük təşkil etdiyi halda danışılır. Bu zaman ocaqda histiogen və hematogen mənşəli hüceyrələrin sayı artır, alterasiya və eksudasiya isə zəif olur.

Dəri iltihabının bu forması həm epidermis, həm də dermada aydın produktiv dəyişikliklərlə xarakterizə olunur. Dermada mikrosirkulyator dövrənin damarları tərəfindən çox kəskin olmayan dəyişikliklər zamanı müxtəlif tərkibli hüceyrə infiltratları formalaşır ki, bu da törədicinin növü ilə və orqanizmin vəziyyəti ilə müəyyən olunur. İnfiltratlar lim-

fositar, makrofaq mənşəli, lakin daha çox qarışıq ola bilərlər. İnfiltratın hüceyrələrinin bir hissəsi sonradan fibroblastlara transformasiya edir, ardınca isə fibrositlərin üstünlük təşkil etdiyi skleroz əmələ gəlir.

Epidermisdə akantoz, hiperkeratoz, epidermal çıxıntıların uzanması qeyd olunur. Bu zaman dermanın uzanmış məməcikləri fibroza məruz qala və ya iltihabi infiltrat hüceyrələri ilə infiltratlaşa bilər.

Produktiv iltihab Dərye xəstəliyində, vegetasiya edən pemfiqusda, dəri vərəminin ziyyəli formasında olur. Dərye xəstəliyi və vegetasiya edən pemfiqusda qeyd olunan dəyişikliklərdən əlavə içərisində eozinofil leykositlər və epidermisin akantolitik hüceyrələri olan akantolitik qovuşqlar ola bilər.

Dərinin xroniki iltihabı

Əmələgəlmə mexanizminə görə xroniki iltihabı 3 növə ayırırlar.

1. törədicinin hüceyrədaxili persistensiyası nəticəsində yaranmış xroniki iltihab (dərin mikozlar, sifilis, vərəm və s.)
2. Eliminasiyaya məruz qalmayan passiv materialın dəridə uzun müddət qalması nəticəsində yaranan iltihab (silisium, yad inert cisimlər və s.)
3. "antigen-antitel" kompleksinin dəridə xroniki dəyişikliklər yaratdığı autoimmun iltihab (revmatoid artrit, autoimmun tireoidit).

Dərinin immun iltihabı

A.İ.Strukov və həmmüəlliflərinin (1990) fikrincə banal iltihabın həmişə immunoloji aspekti olmağına baxmayaraq, bəzi xəstəliklərdə klinik-immunoloji şəkildə immun cavab və sonrakı iltihabi reaksiyalar qeyri-adi dərəcədə aydınlıqla vəhdət şəklində təzahür edir. Müəlliflər belə hesab edir ki, bu təkcə iltihabın immunoloji aspekti deyil, immunoloji iltihabın özüdür.

Dəridə immun iltihabın əsasını epidermis və dermanın immunkompetent hüceyrələri təşkil edir. Epidermisdə bunlar intraepidermal limfositlər, Langerhans hüceyrələri və Qrinstejn hüceyrələridir. Keratinositlər də həmçinin immun iltihabın aktiv iştirakçılarından biridir. Onlar dəridə immun iltihabi proseslərdə iştirak edən müxtəlif mediatorlar ifraz edirlər. Dermada bu hüceyrələrə limfositlər, toxuma bazofilləri, makrofaqqlar, plazmositlər, qranulositlər (xüsusi ilə eozinofil) aiddir. Sadalanan histiogen mənşəli hüceyrələrlə yanaşı immun iltihabda hematogen mənşəli hüceyrələr də iştirak edir.

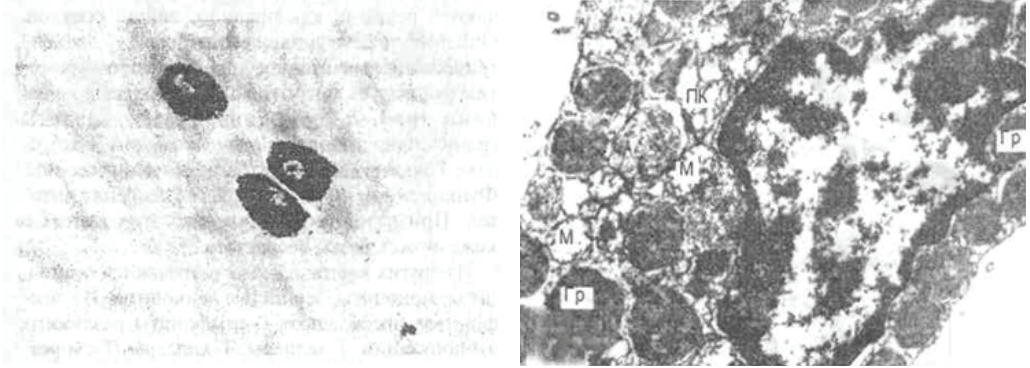
Dəridə immunpatoloji proseslərin və immun iltihabın demək olar ki bütün məlum olan növləri reallaşır (Persine İ.S., 1993). Bu baxımdan dərinə unikal orqan hesab etmək olar. Məhz bununla bağlı o, immunpatoloji fenomenlərin tədqiq olunması məqsədi ilə çoxsaylı eksperimental modellərdə istifadə olunur.

Şək.4.10. Allergik reaksiyanın reagin tipinin sxemi (Novkov D.K. və həmmüəlliflər, 1996)

DERMATOZLARIN ƏMƏLƏ GƏLMƏSİNDƏ TƏCİLİ ANAFİLAKTİK RE- AKSİYALARIN ƏHƏMİYYƏTİ

Dərinin immun iltihabının bu formasına övrə və dərmən eritemaları aiddir. Övrə dərinin müxtəlif bioloji aktiv maddələrə, zülal allergenlərinə, dərmən preparatlarına, qida maddələrinə, həmçinin qaraciyər, mədə-bağırsaq traktı xəstəlikləri zamanı əmələ gələn endogen mənşəli maddələrə qarşı anafilaktik reaksiyasıdır.

Övrənin inkişaf mexanizmini aşağıdakı şəkildə təsvir etmək olar. (Şək.4.8.) Allergenin təsiri altında sensibilizasiya nəticəsində plazmositlərdə antitellər, reaginlər və ya E sinif immunqlobulinlər əmələ gəlir. Reaginlər qeyri-adi antitellərdir, belə ki yalnız onlar dəridə toplanır və bir neçə həftə orada qala bilirlər. Bu zaman onlar öz Fc fraqmentləri ilə



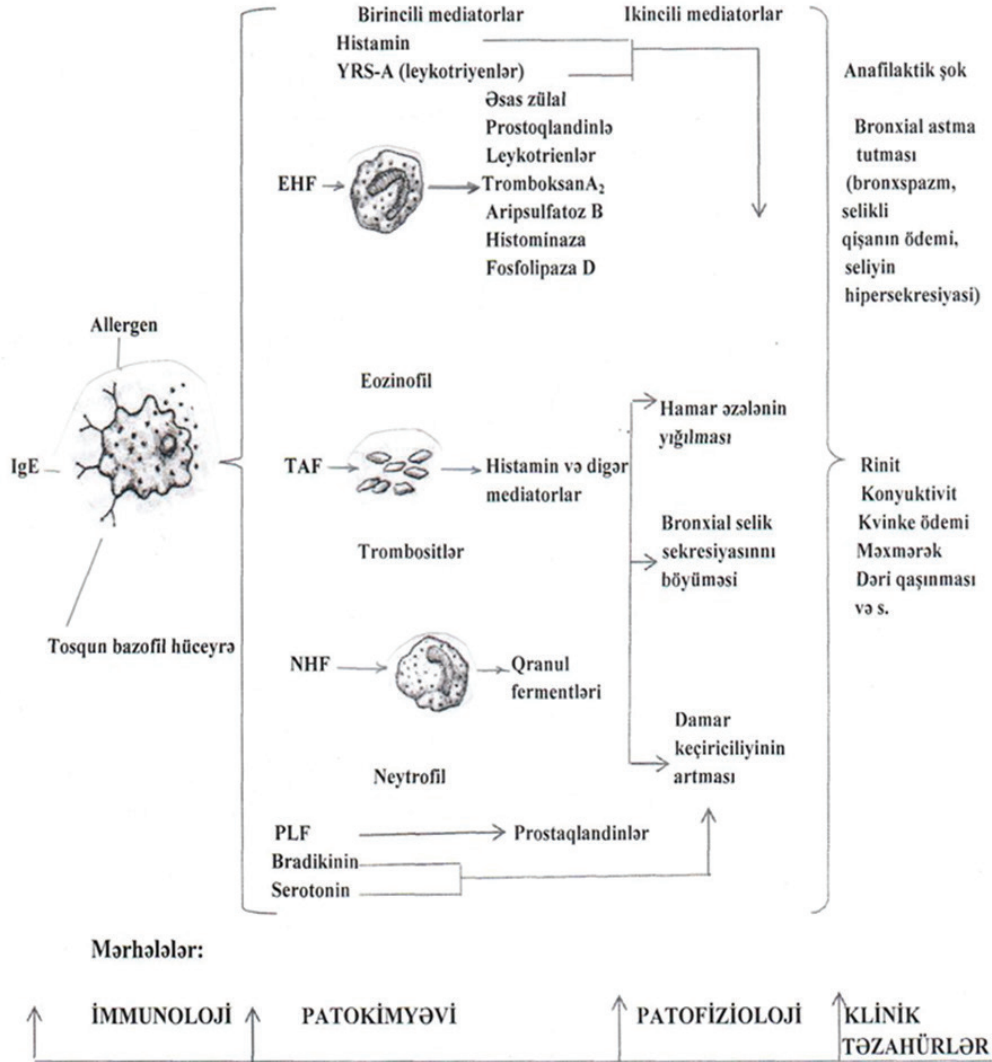
Şək.4.9. İşıq və elektron mikroskopun göstəricilərinə əsasən toxuma bazofillərinin ultrastrukturunu göstərən iki mikroskopik görüntü. a. hüceyrənin işıqlanan nüvəsi, sitoplazma və orta deqranulyasiyası x900 - görünür (Falin L.İ., 1957). b. müxtəlif strukturlu spesifik qranullarla (Qr) dolu tosqun hüceyrələrin sitoplazması (Serov V.V., Şexter A.B., 1981).

tosqun hüceyrələrə fiksasiya olunurlar. Təkrar orqanizmə düşən zaman allergen İgE- nin Fab fraqmentləri ilə qarşılıqlı təsiri nəticəsində tsiklik AMF-in əmələ gəlməsini toxuma bazofillərində aktivləşdirir. Sonuncu hüceyrələrdə mikroborucuqların yığılması və onların qranullarının ekzositozunu aktivləşdirir ki, bu qranulların da içərisində aşağıdakı bioloji aktiv maddələr olur: histamin, ləng reaksiya verən substansiya (YRS), eozinofil hemotoksik faktor (EHF), trombositaktivləşdirici faktor (TAF), neytrofil hemotoksik faktor (NHF), serotonin və s. Eozinofillər, neytrofillər və trombositlər isə öz növbəsində ikincili mediatorlar ifraz edirlər ki, bu da damar keçiriciliyini artırır. Hal-hazırda sübut olunmuşdur ki, atopik dermatitli xəstələrdə T-limfositlər vasitəsilə İgE- nin sintezinin tənzimlənməsi nəticəsində sonuncunun yüksək səviyyəsi formalaşdırıla bilər.

Klinik olaraq övrə müxtəlif ölçülü və formalı rəngi ağdan al-qırmızıyaqan dəyişən, dəridən kəskin sərhədlənən bərk, azacıq dəridən qalxan bərk qaşınan köpüskülərlə təzahür edir. İltihabi proses hipodermaya yayılırsa sərhədləri pozulmuş xəmirəbənzər ödem müşahidə olunur (angionevrotik ödem, Kvinke ödemi). Histoloji şəkildə genişlənmiş qan və limfa damarları, limfosit və eozinofil leykositlərlə damarətrafi infiltrasiya ilə xarakterizə olunur. Kollagen liflər ödemli və kövşəklənmiş şəkildə olur. Epidermisdə spongiöz və müxtəlif dərəcəli hüceyrədaxili ödem müşahidə edilir.

Autoimmun təbiətli sitotoksik reaksiyalar

Onlara pemfiqus (sudurca), pemfiqoid, qovuqcuq, Layella sindromu aiddir. Bunların patogenezində autoimmun proseslər əsas rol oynayır, belə ki keratinarası sementləyici substansiya qarşı autoantitelər əmələ gəlir. "Antigen-antitel" kompleksinin əmələ gəlməsi keratinositləri qonşu hüceyrələrlə bağlılıqdan azad edir. Bu reaksiyaların morfoloji substratları bazal keratinositlərin vakuol distrofiyası, suprabazal akantoliz və ya dənəli qatın akantolizidir. Vegetasiya edən pemfiqusda, həmçinin papillomatoz, akantoz, köhnə



oqaqlarda hiperkeratoz olur. Dərmanın məməcikli qatında eozinofillər, limfositlər və neytrofillərdən ibarət cüzi infiltrat olur. Çapıqlaşan pemfiqoiddə fibroz, daha sonra çapıq inkişaf edir.

Dəridə immunkompleks reaksiyalar

Bunlara çoxformalı eksudativ eritema, toksikodermiya, Şenleyn-Genox purpurası, leykositoplastik vaskulit, Verter-Dümlinqin düyünlü nekrotik vaskuliti aiddir. Dərinin birləşdirici toxumasının sistem xəstəlikləri də bu mexanizmlə inkişaf edir. Bu xəstəliklərdə antigen artıqlığından qeyri-adi ölçülü çoxlu miqdarda immun kompleksləri əmələ gəlir. Bu, immun kompleksin faqositozunu pozur, onlar toxumalarda, ilk növbədə qan damarlarının bazal membranasının altında toplanmağa başlayır. İmmun kompleks tərkibində G və M immunqlobulinləri saxlayır və komplement sistemini aktivləşdirir. Komplementin aktivləşmə məhsulları damar keçiriciliyini artırır, onları genişləndirir, eləcə də qranulosit və makrofaqları özünə cəlb edir. Faqositlər öz növbəsində toxumaları zədələyən ikincili mediatorlar ifraz edir.

Əsas patoloji dəyişikliklər endotelin degenerasiyası, proliferasiyası və şişkinliyi ilə müşayiət olunan arteriit, periarteriit, flebit və periflebitdir. İnfiltrat damar divarını keçir və onu əhatə edir. O, leykositlərdən (neytrofil və eozinofil) ibarətdir, Verter-Dümlinq vaskulitində isə leykositlərə plazmositlər də qarışır. Bir çox damarların mənfəzi endotelial trombla bağlana və ya obliterasiyaya uğraya bilər. Sonrakı mərhələdə birləşdirici toxumanın böyüyüb-artması və hialinoz müşahidə olunur.

Ləng tipli hiperhəssaslıq

Hiperhəssaslığın bu formasına dərinin immun iltihabi xəstəliklərinə aid olan ney-dermit, qırmızı yastı dəmrov, allergik kontakt dermatit, ekzema və b. aiddir. Dəri transplantına qarşı olan reaksiya da hiperhəssaslığın bu növünə aiddir.

İmmunopatologiyanın bu formasının inkişafında əsas rolunu antigenə spesifik reseptorlar daşıyan T-limfositlər oynayır. Əvvəlcə onlar antigenin təsiri ilə sensibilizasiyaya, sonra isə blasttransformasiyaya uğrayırlar, mitoz yolu ilə bölünərək miqdarını artırır və sitotoksik T-limfositlərə differensiasiya olunurlar. Eyni vaxtda limfositlər iltihab ocağına makrofaq və neytrofilər cəlb edən bir sıra limfokinlər ifraz edirlər. İltihab ocağı və infiltrat əmələ gəlir ki, bunun hüceyrələrini yad və özünəməxsus olan dəyişilmiş toxumalar zədələyir. Blastotransformasiya nəticəsində əmələ gələn T-killerlər perforin ifraz etmək yolu ilə antigenlərə birbaşa zədələyici təsir göstərir. Perforinlərin molekulları hücumu məruz qalan toxumaların sitolemmasında sıraya düzülür. Bu, transmembran kanalların formalaşmasına gətirib çıxarır, membran öz baryer funksiyasını itirir və hüceyrələr osmotik şok nəticəsində məhv olur.

Kontakt hiperhəssaslıq ləng hiperhəssaslığın bir növü kimi, tam olmayan antigen (haptən) olan aşağı molekullu maddələrin dəriyə təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Onlar epidermisin zülalı ilə birləşərək tam antigenlər əmələ gətirir. Haptənlər AKD-nin ekzogen faktorudur. Histouyğunluğa cavabdeh, genlərdə dəyişikliklərə səbəb və NLA sistemi ilə əlaqədar olan, immun sistemə (Ir-genlər) nəzarət edən irsi meylik endogen faktorlara aiddir. Vegetativ sinir sistemində olan funksional dəyişikliklər də müəyyən rol oynayır.

Qapten epidermisə nüfuz edərək tək keratinositlərlə birləşmir, eləcə də (bir müddət sonra epidermal zülalla kompleks şəklində) Langerhans hüceyrələri ilə birləşir. Həm keratinositlər, həm də Langerhans hüceyrələri T-limfositlərə antigen vermək qabiliyyətinə malikdir. Ancaq keratinositlərin bu qabiliyyəti bütün allergenlərə qarşı yox, tək-təklərinə allergenlərə (kobalt və nikelin duzlarına) aiddir, qaptenlərdə bu keyfiyyətin olmama-

sı diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Göstərilən qaptenlərin keratinositlərə təsiri onlarda Langerhans hüceyrələrinə xas olan HLA-Dr antigenlərinin aşkar olunmasına səbəb olur.

Həm dermada, həm də epidermisdə haptenin applikasiya yerində Langerhans hüceyrələrinin miqdarı kəskin artır. Langerhans hüceyrələrinin ultrabənövşəyi şüalarla inaktivasiyası sensibilizasiyanın inkişafının qarşısını alır.

Antigenlər epidermisdə, dermada və ya regionar limfodüynlərdə Langerhans hüceyrələri tərəfindən təqdim olunurlar. Langerhans hüceyrələri kontakt allergik dermatit (KAD) ocağında sitotoksik T-limfositlərə təsir göstərmək və ikincili mediator mənbəyi rolunu oynamaq üçün peyda ola bilərlər. KAD-in patomorfologiyası kifayət qədər tam öyrənilmişdir. Haptenlərə sensibilizasiyanın inkişafının 3 mərhələsi ayırd edilir (Üvetkova i soavt., 1993) :

1. İlkin-kontakt reaksiya;
2. Alovlanmanın spontan iltihabi reaksiyası;
3. Dinitroxlörbenzolun (DNXB) çəkilməsinə qarşı yaranan iltihabi reaksiya.

Bu mərhələlərin hər biri üçün dərinin histoloji şəkli fərqlidir. Birinci mərhələ üçün məhdud ödem, dərinin hiperemiyası xarakterikdir. Sonradan bura, nekrozlaşmış epitelinin soyulması və subepidermal qovuqların yaranması da əlavə olunur. Dermalda aşağıdakılar qeyd edilir:

- Qan və limfa kapilyarlarının kəskin genişlənməsi, hemokapilyarlar qanla dolaraq, tərkibində neytrofillər olur;
- Yuxarı 1/3 hissədə neytrofil və makrofaqlardan ibarət diffuz hüceyrə infiltratı formalaşır: həmçinin limfositlər və əhəmiyyətli miqdarda toxuma bazofilləri də iştirak edə bilər.

İkinci faza epidermisin əhəmiyyətli akantozu və hiperkeratozu ilə xarakterizə olunur. Dermalda mikrodamarların genişlənməsi və qanla dolması, bəzilərinə isə destruksiyaya nəticəsində divarların distrofik dəyişiklikləri müşahidə olunur. Belə damarlar ətrafında qansızma, fibrinoz, kollagen liflərin dəyişikliyi əlamətləri meydana gəlir. Nəticədə limfosit, makrofaq və bazofil leykositlərdən ibarət iri dermanın bütün yuxarı yarısını tutan hüceyrə infiltratı formalaşır. Limfoid hüceyrələr arasında əsas T- helper və sitotoksik T-supressorlar olur ki, burada da birincilər üstünlük təşkil edir. Həmçinin plazmositar sıra hüceyrələri də rast gəlinə bilər.

Üçüncü fazanın morfoloji şəkli əvvəlkinə oxşayır, lakin dəyişikliklər həm epidermisdə, həm də dermada daha çox qabarıq nəzərə çarpır. Epidermisdə daha çox eksudativ dəyişikliklər, hüceyrəarası ödem nəzərə çarpır. Langerhans hüceyrələrinin sayı artır. Dermalda dəyişikliklər də nəzərə çarpandır, belə ki endoteliositlərin hipertrofiya və hiperplaziyası hesabına mikrosirkulyator dövrənin damarlarının divarı qalınlaşır. Nəticədə damarların mənfəzi daralır. İnfiltratda bazofilqranulositlərin miqdarı azalır, onların çox hissəsi deqranulyasiya edir. Bütövlükdə isə infiltratın tərkibi 2ci fazada olduğu kimi qalır.

Atopik dermatitə dərinin immun iltihabının formalarından I tipi kimi baxılır. (Persina İ.S., 1993). Onun əsas simptomları dəri qaşınması, eritema, birləşməyə meyilli düyünlü elementlər, lixenizasiya ocaqlarının yaranmasıdır.

Patohistoloji dəyişikliklər akantoz, hiperkeratozla xarakterizə olunur. Diffuz dəyişikliklər zamanı isə dəridəki yeni ocaqlarda əlavə olaraq parakeratoz, spongiyoz və

leykositlərin epidermisə daxil olması müşahidə olunur. Həmçinin papillomatoz da xarakterikdir. Zədələnmə ocağında bazal keratinositlər melanin itirirlər, periferiyada isə melanin artır. Dermanın məməcikli qatında və torlu qatının yuxarı hissəsində limfosit və fibroblastlardan ibarət perivaskulyar infiltratlar müşahidə olunur. Dermanın fibrozu qeyd edilir. İnfiltratın tərkibinə neytrofil və eozinofil qranulositlər, (Suvorova K.N. və həmmüəlliflər) həmçinin makrofaqlar və tək-tək tosqun hüceyrələr də daxil ola bilər.

Qranulematoz iltihab

Hazırda qranulematoz iltihab əksər müəlliflər tərəfindən immun iltihabın növlərinə aid edilir. Bununla belə, immun pozuntular hər vaxt qıcıqlandırıcı agentin orqanizmə daxil olması ilə başlamaya bilər. Bu iltihabi prosesi həm də spesifik iltihab adlandırırlar [Strukov A.İ., Serov V.V.,1995; Strukov A.İ., Kaufman O.Ə.,1989]. A.İ.Strukov və V.V. Cerov [1985]-un məlumatlarına görə spesifik iltihabın aşağıdakı xarakterik əlamətləri vardır:

1. spesifik iltihabın hər bir növünün müəyyən törədiciyi vardır;
2. spesifik iltihabın gedişi zamanı orqanizmin yenidənqurulması ilə müəyyən olunan toxuma reaksiyasının əvəz edilməsi baş verir;
3. spesifik iltihab xroniki dalğavari gedişə malik olur, bu zaman sakitləşmə dövrləri ağırlaşmalarla əvəz olunur;
4. spesifik iltihab zamanı güclü toxuma reaksiyası üstünlük təşkil edir və spesifikliyin aydın morfoloji əlaməti olan qranulema inkişaf edir;
5. spesifik iltihabın gedişi zamanı nekrozun meydana çıxması qanuna uyğundur:
 - a) birincili, alterativ toxuma reaksiyası üstünlük təşkil etdikdə və qabaqcadan hüceyrə reaksiyası olmadıqda əmələ gəlir;
 - b) ikincili, qabaqcadan baş vermiş eksudativ və ya proliferativ hüceyrə reaksiyası fonunda əmələ gəlir.

Spesifik iltihabın bütün bu əlamətləri patologiyaya xüsuci görünüş verir. Bu görünüşlər içərisində ən mühümlərinə qranulema inkişafı, dalğavari və xronok gedişə malik olması, iltihab zamanı nekrozun meydana çıxması aiddir. Bunlar qranulematoz iltihabın bütün növlərini birləşdirir. Lakin qranulemanın quruluşu hər bir növdə fərqlənə bilər, iltihab prosesinin inkişaf tempi də müxtəlif ola bilər.

Qranulematoz iltihabın bütün növləri onun baş verməsinə səbəb olan agent və ya törədicidən asılı olaraq aşağıdakı kimi bölünür:

1. Yad cisim qranuleması (tatu –döydürmə nəticəsində, xrom, kobalt, berillium, sirkonium kimi metalların təsirindən baş verir);
2. Vərəm qranuleması;
3. Cüzam qranuleması;
4. Gecikmiş ikincili və üçüncü sifilisin qranulematoz iltihabı;
5. Sarkoidoz qranulema;
6. Kandidoz və b. qranulemalar.

Orqanizmin immun statusundan asılı olaraq qranulematoz iltihabın aşağıdakı növləri ayırd edilir [Reyes-Flores O., 1986]:

- immunkompetent qranulematoz iltihabı;
- davamlı immuniteti olmayan qranulematoz iltihabı;
- immundefisitli qranulematoz iltihabı.

İstənilən qranulematoz iltihab faqositoz qabiliyyətnə malik olan hüceyrələrin proliferasiyası və transformasiyası nəticəsində qranelomanın (düyüncüklərin) əmələ gəlməsilə xarakterizə olunur. Bu zaman qranulema 3 mərhələdə formalaşır:

1. Zədələnmiş toxuma ocağında cavan monositar faqositlərin toplanması;
2. Bu hüceyrələrin makrofaqlara qədər yetişməsi və aqreqasiya edərək (birləşərək) yetişmiş qranelomanın əmələ gəlməsi;
3. Monositlərin və makrofaqların epitelioid hüceyrələrə qədər yetişməsinin davam etməsi, aqreqasiyası və epitelioid qranelomanın əmələ gəlməsi.

Bu zaman epitelioid hüceyrələrin (və ya makrofaqların) bir-birinə birləşməsi nəticəsində yad cisimlərin nəhəng hüceyrələri əmələ gəlir. Bu hüceyrələr bəzən 2-3 dən 100 və daha çox nüvəyə malik olan Piroqov-Lanqxansın nəhəng hüceyrələrinə çevrilir. Yad cisimlərin gıqant hüceyrələrində nüvələr sitoplazmada bərabər yayılmışdır. Piroqov-Lanqxansın nəhəng hüceyrələrində isə nüvələr sitoplazmanın əsasən periferiyasında yerləşir. Makrofaqların və onların törəmələrinin faqositar aktivliyi tədricən onların yetişməsinə paralel olaraq zəifləyir.

Dərinin qranulematoz iltihabının ayrı-ayrı növləri

Dəri vərəmi - immunkompetent qranulematoz iltihab. Klinikası səpgilərlə başlayır, kazeoz nekrozun dərəcəsiindən asılı olaraq səpgilər ləkələrdən xoralı dəyişikliklərə qədər tərəddüd edir. Digər orqanların vərəmində olduğu kimi dəri vərəmində də immun cavabın müxtəlif növləri müşahidə edilir: sirkulyasiya edən antitellərin əmələ gəlməsi, qranulemanın formalaşması ilə müşayiət olunan yavaş tipli hiperhəssaslıq.

Vərəm qranuleması ən çox vərəm qurdeşənəyi zamanı müşahidə edilir və epitelioid hüceyrələrindən, bir qədər T-limfosit bəndlərilə əhatə olunmuş Piroqov-Lanqxans hüceyrələrində ibarət olur. Qranulemanın stromasını arqirofil liflər təşkil edir. Qranulemanın mərkəzində adətən kazeos nekroz müşahidə edilir.

Gecikmiş sifilis immunkompetent qranulematoz iltihaba aiddir. Qranulemalar sifilisin ikincili və üçüncülü dövründə əmələ gəlir. Sifilis zamanı iltihabın inkişafında müşahidə edilir: proliferativ-infiltrativ reaksiya, burada infiltrat produktiv vaskuliti (bərk şankr) olan limfoid plazmatik və epitelioid hüceyrələrindən ibarət olur; qabarcığın formalaşması ilə müşayiət olunan produktiv-nekrotik reaksiya; anadangəlmə sifilisdə eksudativ-nekrotik reaksiya. Sifilis zamanı iltihab ocağında prosesə, vərəmdə olduğundan daha çox qan damarları (arteriitlər və flebitlər) cəlb olunur. Gecikmiş ikincili sifilis zamanı dermada diffuz və əsasən limfosit infiltrat qeydə alınır. Həmin infiltratın tədricən Piroqov-Lanqxansın nəhəng hüceyrələrindən formalaşan qranulemaya keçməsi meylliyi yoxdur.

Sifilisin üçüncülü və ya qummoz dövründə dəridə xarakterik qranulemalar inkişaf edir. Qranulemaların mərkəzində limfositlərlə, plazmisitlərlə, epitelioid hüceyrələrlə və Piroqov-Lanqxans tipli nəhəng hüceyrələrlə əhatə olunmuş kazeos nekroz ocaqları olur.

Cüzam dərinin immunkompetent qranulematoz iltihabına aiddir. Lakin cüzamın müxtəlif formaları orqanizmin törədicilərə müxtəlif davamlılığı ilə xarakterizə olunur. Tuberkuloid forması orqanizmin törədicilərə yüksək davamlılığı ilə xarakterizə olunur, lepramatoz forması – zəif davamlılıqla xarakterizə olunur, aralıq forma isə birinci və ikinci formaların xüsusiyyətlərini özündə cəmləşdirir.

Cüzamın tuberkuloid forması T-limfosit-supressor bəndlərilə əhatə olunmuş epitelioid hüceyrələrindən qranulemaların formalaşması ilə xarakterizə olunur. Qranulemaların mərkəzində T-xəlpərlər ola bilər. Qranulematoz reaksiya bütün epidermisi və dərinin müxtəlif strukturlarını əhatə edir. Burada mikobakteriyalar aşkar olunmaya bilər.

Cüzamın lepramatoz forması müxtəlif lipodistrofiya dərəcəsinə malik vəziyyətdə olan makrofaqlardan ibarət spesifik infiltratın əmələ gəlməsilə xarakterizə olunur və immundefisit vəziyyətində inkişaf edir. Limfositlər az miqdarda olur. Mikobakteriyaların miqdarı həddən artıq çoxdur.

Orqanizmin davamsız immuniteti vəziyyətində Cüzamın sərhədd forması inkişaf edir. Bu forma, dermanın makrofaqal reaksiyası ilə (bəzən müxtəlif differensiasiya dərəcəsinə malik epitelioid hüceyrələrlə bərabər) xarakterizə olunur. Burada nəhəng hüceyrələr olur. Sil-Nilson üsulu ilə preparatın boyanması zamanı müəyyən miqdarda mikobakteriyalar aşkar olunur.

Dərinin göbələk xəstəliklərində də immunkompetent qranulemalar, davamsız immunitetli qranulemalar və immundefisitli qranulematoz iltihab müşahidə olunur.

Göbələk xəstəliklərində immunkompetent qranulematoz iltihaba xromomisetlər tərəfindən törədilən xromomikoz aid edilir. Bu xəstəliyin dəri formaları epidermisin akantoz tipli dəyişikliklərilə, bəzən də psevdopiteliomatoz hiperplaziya əlamətlərilə xarakterizə olunur. Dermada epitelioid və nəhəng hüceyrələrdən qranulema formalaşır. Davamsız immunitetli qranulemalara kandidoz misal ola bilər. Onun xronik forması epidermisin akantozu, papillomatozu və hiperkeratozu ilə xarakterizə olunur. İnfiltrat limfositlərdən, plazmositlərdən, makrofaqlardan, epitelioid və nəhəng hüceyrələrdən ibarət olur.

Parazitar qranulemalar da həmin prinsip üzrə bölünür. Immunkompetent reaksiyalı qranulematoz iltihab amerika dəri mukokutan leyşmaniozunda da formalaşır. Xəstəliyin törədicisi *Leishmania brasiliensis*-dir. Dəridə gedən histoloji dəyişikliklər xəstəliyin klinik şəklindən asılı olub, düyünlər, xoralar və lövhəciklərin əmələ gəlməsilə ifadə olunur. Erkən mərhələdə dəridə qeyri-spesifik iltihabi reaksiya müşahidə edilir. Burada infiltrat makrofaqlardan, limfositlərdən, plazmositlərdən və az miqdarda eozinofil və neytrofil leykositlərdən ibarət olur. Köhnə iltihab ocaqlarında makrofaqlar epitelioid hüceyrələrə çevrilərək, limfositlər və plazmositlərlə əhatə olunmuş qranulemaları formalaşdırır. Sonuncuların hipodermaya keçməsi istisna olunmur. Leyşmaniyalar hüceyrə daxilində, çox vaxt yaralara yaxın yerləşir. Onların sayı prosesin intensivliyindən asılıdır. Epidermisdə aydın görünən psevdopitelioid hiperplaziyalı akantoz müşahidə olunur.

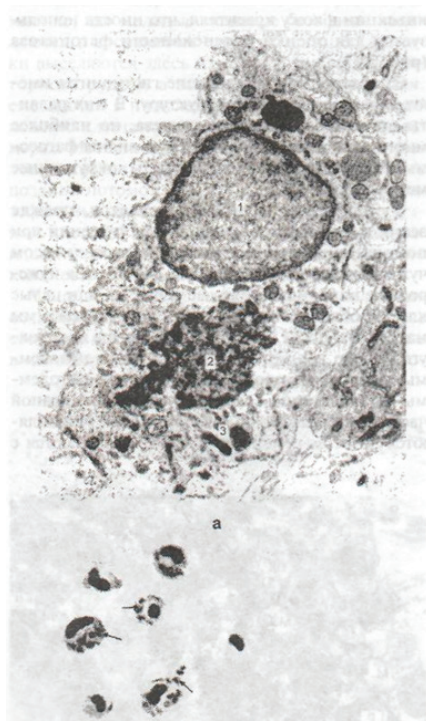
Diffuz dəri leyşmaniozu immundefisitli qranulemalara misal olub histoloji cəhətdən cüzamın lepramatoz formasını xatırladır. Xəstəlikdə dəridə, adi histoloji rənglənmədə görünən çoxlu parazitlər olan makrofaqlardan ibarət sıx infiltrat formalaşır. Lakin, cüzamdan fərqli olaraq makrofaqlarda, onların güclü vakuollaşmasına baxmayaraq, piy olur. Vakuollarda (ölçüləri böyümüş faqolizosomlar) çoxlu parazitlər olur. Eyni zamanda epitelioid hüceyrələrə çevirmənin müxtəlif mərhələlərində olan makrofaqlar və böyük miqdarda limfositlərdə peyda olunur olur. İnfiltratlı qranulemalar üzərində olan epidermis, qranulemanın ona təzyiqi hesabına atrofiya vəziyyətinə düşür.

Strukov A.İ. və Kaufman O.Y. [1989], immun hiperhəssas qranulemalarla yanaşı, qeyri-immun qranulemaların da mövcud olduğunu qeyd edirlər. Lakin onların əmələ gəlməsində immun mexanizmlərin iştirakı sübut edilməmişdir. Müəlliflər həmin qra-

nulemalara kəskin yoluxucu xəstəliklərdə yaranan qeyri-immun infeksiyon-toksik qranulemaları, habelə yad cisimlərin ətrafında meydana gələn ekzo- və endogen qranulemalardan ibarət qeyri-immun toksik qranulemaları aid edirlər. V.Epstein [1980] göstərir ki, yad cisimlərin qranulemaları mononuklear faqositlərin həll olmayan ekzogen və endogen stimullara qeyri-immun reaksiyasıdır. Yad cisimlərin qeyri-immun qranulemaları qeyri-aktiv (xoş xassəli), aktiv və sitotoksik növlərə bölünür. Onlardan birincisi plastmas qranulaların, lateksin, tentoninin və b. tətbiqinə, ikincisi isə - silisium-4 oksidin, streptokokkun xarici qatının orqanizmə düşməsinə cavab kimi meydana çıxır [Epstein W.,1980].

Bələliklə, qranulematoz iltihab – dərinin xronik iltihabı olub, həll olmayan və ya ləng parçalanan (davamlılıq göstərən) qıcıqlandırıcılar tərəfindən baş verir və qranulaların əmələ gəlməsilə müşayiət olunur. Qranulalar, makrofaqların və/ və ya epitelioid hüceyrələrin, habelə onların daha yetişmiş növlərinin (yad cisimlərin nəhəng hüceyrələri, Piroqov-Lanqxansın nəhəng hüceyrələri) kompakt toplanmasından ibarətdir. Qranulematoz iltihab bir sıra əlavə əlamətlərlə müşayiət oluna bilər [Paukov V.S., Kaufman O.Y.,1995]:

- digər hüceyrələrin infiltrasiyası (plazmositlər, limfositlər, neytrofil və eozinofil leykositlər);
- fibroblastların olması və sklerozun inkişafı;



Şək. 4.11. Işıq və elektron mikroskopiyanın göstəricilərinə əsasən makrofaqın quruluşu
a. 1 – nüvə; 2 – faqosoma; 3 – lizosoma
.x15000

- destruktiv dəyişikliklərin əmələ gəlməsi və nekroz.

Qranulemanın yaranma şəraitlərinin 2 xüsusiyyəti vardır [Strukov A.İ., Serov V.V.,1995]:

1. Makrofaqları stimül edən maddələrin olması;
2. Faqositə münasibətdə qıcıqlandırıcının möhkəmliyi.

Dəridə və başqa orqanlarda qranulematoz iltihabın aşağıdakı nəticələri ola bilər [Paukov V.S., Kaufman O.Y.,1995]:

- hüceyrə infiltratının sorulması;
- dəri defektinin əmələ gəlməsilə müşayiət olunan quru (kazeoz) və ya nəm nekroz;
- qranulemanın irinləməsi və absesin formalaşması;
- fibroz düyüncüyün və çapıqın əmələ gəlməsilə müşayiət olunan qranulemanın fibroz çevrilmələri;
- qranulemanın artması və bəzən psevdoşişə çevrilməsi.

”Transplantatın sahibinə qarşı” reaksiyası

”Transplantatın sahibinə qarşı” reaksiyası (TSQR) və ya “ikincili xəstəlik” əksər xəstələrdə ağır, kombinasiyalı immundefisiti zamanı sümük

iliyi köçürülməsindən sonra inkişaf edir. Yatrogen TSQR, aplastik anemiyalı və leykozlu xəstələrə sümük iliği köçürülməsindən sonra ağırlaşmalar kimi meydana çıxır. Bu patologiya həm də immundefisiti resipiyentə qan köçürülməsinin nəticəsi də ola bilər. TSQR-nin daha kəskin (anadangəlmə) forması ananın limfositləri ilə immundefisiti olan döln histouyğunluq toxuması antigeninin qarşılıqlı təsirinin nəticəsi hesab edilir.

TSQR-nin mexanizmi

Reaksiya aşağıdakı şəraitdə baş verir:

1. Transplantat immunoloji aktivliyə malik olmalıdır;
2. Resipiyentin toxumalarında olan antigenlər donorun toxumalarında olmamalıdır (immunoloji aktiv olan donor üçün resipiyentin antigen yadlığı);
3. Resipiyentin immunoloji inertliyi (passivliyi), donorun köçürülmüş hüceyrəsinin kənarlaşdırılması imkanının olmaması.

TSQR zamanı sitotoksik T-xelperlər effektor-hüceyrələr hesab olunur. TSQR-də dəri ilk orqan-nişangahdır. TSQR və bir sıra dəri xəstəliklərinin (qırmızı qurdeşənəyi, ekzodermiya və s.) əsasını ümumi mexanizmlər təşkil edir. TSQR zamanı dəridə immunhistokimyəvi müayinədə keratinositlərin və Langerhars hüceyrələrinin (T-killerlər supressor T- limfositlərin növlərindəndir) arasında yerləşmiş supressor sitotoksik T8+ limfositlər aşkar edilir. TSQR zamanı epidermisdə keratinositlər və Langerhars hüceyrələri hüceyrə-nişangah hesab edilir. Langerhars hüceyrələrinin epidermisdə miqdarı TSQR-nin ağırlıq dərəcəsinin mühüm meyarı hesab edilir. TSQR kəskin (sümük iliği və ya qan köçürülməsindən 10-30 gün sonra) və xronik (transplantasiyadan bir nüçə ay və ya il sonra inkişaf edir) ola bilər.

TSQR-nin dəri təzahürlərinin klinikası

TSQR –nin kəskin forması dəridə ləkəli-papulyoz səpgilər şəklində, əsasən üzdə, qulaq seyvanında, gövdənin yuxarı hissəsində, ovuclarda və ayaq altında meydana gəlir. Təzyiq olan yerlərdə qovuqlar əmələ gələ bilər. Belə dəyişikliklər toksik nekrozla eynidir və tez-tez xəstənin ölümünə səbəb olur.

TSQR –nin xronik forması dərinin yayılmış və ya məhdud pozğunluqları ilə xarakterizə olunur və səpgilərin tipinə görə bir-birinin ardınca gələn lixenoid və sklerotik fazalara bölünür. Lixenoid papulalar bənövşəyi rəngdə olub, qırmızı yastı dəmrovun elementlərini xatırladır. Adətən ovuclarda və ayaq altında yerləşir, yayılmış və ya bir-biri ilə birləşmiş olub, qaşınma verir. Özündən sonra kənarları qeyri-düzgün intensiv hiperpigmentasiyalı ocaqlar əmələ gətirir. Nisbətən daha gec sklerotik fazada dəri səthində ekzodermiyaya bənzər bərkimə ocaqları meydana gəlir. Dəri artımları bu zaman atrofiyalaşır, tezliklə alopesiya formalaşır. Ocaqda dəri elastikliyi itirir, atrofiya, hip- və hiperpigmentasiya sahələri əmələ gəlir.

TSQR-nin patomorfologiyası

Kəskin TSQR epidermisin bazal hüceyrələrinin və tük follikulları epitelisinin vakuol distrofiyası ilə xarakterizə olunaraq limfositlərin epidermisə daxil olması və dermada kiçik limfosit infiltrasiyanın əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur yanaşı gedir. Tez-tez keratinositlərin limfaassosiasiyalı apoptozu (belə apoptotik dəyişmiş ke-

ratinositlər interaepidermal limfositlərin yanında olaraq onlarla sıx kontaktda yerləşir - satellitli nekroz) qeyd edilir. Vakuol distrofiyanın artması epidermisdə qovuşqlar əmələ gətirərək aralanıb qopması ilə nəticələnir. Epidermisin zədələnməsinin ağırlıq dərəcəsinə görə adətən TSQR-nin gedişinin ağırlığı müəyyən edilir: TSQR-nin I dərəcəsində bazal hüceyrələrin vakuol distrofiyası baş verir. II dərəcə keratinositlərin apoptozu və kütləvi şəkildə limfositlərin epidermisə daxil olması ilə xarakterizə olunur, III dərəcədə dermanın limfositlərinin perivaskulyar infiltrasiyası sürətlənir. TSQR-nin IV dərəcəsi epiteliositlərin nekrozu, parakeratosun meydana çıxması, epidermal nekrolizdə isə - derma məməciklərinin ödemilə xarakterizə olunur. TSQR-nin dəri təzahürlərinin ağırlığı adətən infiltrasiyalaşmış epidermisin və derma limfositlərinin miqdarından asılıdır.

Xronik TSQR. Xronik TSQR – nin erkən lixenoid formasında histoloji dəyişikliklər idiopatik qırmızı yastı dəmrovun elementlərinin eynidir. Aydın nəzərə çarpan hiperkeratoz və bazal keratinositlərin vakuol degenerasiyası qeyd edilir. Epidermisin altında formalaşan infiltratın tərkibinə limfositlər, eozinofil leykositlər, bir qədər plazmositlər və piqment hüceyrələri (melanoforlar) olur. Bu infiltratın qırmızı yastı dəmrov infiltratından fərqi birincilərin az yastı və tərkibinə daxil olan hüceyrələrin çox müxtəlif olmasıdır (qırmızı yastı dəmrovda infiltratın tərkibində əsasən limfositlər olur).

Xronik TSQR –nin gecikmiş sklerotik fazasında histoloji şəkli sklerodermiya ilə üst-üstə düşməsilə xarakterizə olunur: epidermisin atrofiyası formalaşır, bəzi yerlərdə bazal keratinositlərin vakuol degenerasiyası saxlanılır. Dəri artımları da atrofiyaya uğrayır. Dermada melanoforların miqdarı artır, ocaqlı perivaskulyar limfositar infiltratlar qeyd edilir. Belə infiltratlar həm də dəri artımlarının ətrafında yerləşir. Sklerotik dəyişikliklər əsasən dermanın məməcikli qatını əhatə edir. Bu qatda kollagen liflərin tərkibi dəyişir, I tip prokollagenin miqdarı artır. Aktiv fibroblastlar, toxuma bazofilləri, limfositlər, makrofaqlar və melanoforlar müşahidə olunur.

V FƏSİL. DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN ETİOLOGİYA VƏ PATOGENEZİ

Dəri – insanın homeostazının saxlanılmasında iştirak edən mühüm orqanlardan biridir. Dəri unikal polifunksional membran törəməsi olub, sensor və mühafizə mexanizmləri vasitəsilə insanın xarici mühitlə kontaktını həyata keçirir, endokrin və sinir sistemlərinin, daxili orqanların fəaliyyətlərinin keyfiyyətini əks etdirir. Ümumiyyətlə dəri orqanizmin fəaliyyətini bütövlüklə əks etdirən güzgü ilə müqayisə edirlər. Bir çox dəri xəstəlikləri xarici (ekzogen) və daxili (endogen) faktorların qarşılıqlı təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Bəzi hallarda bir neçə faktorların birgə təsiri nəticəsində dəri əlamətləri meydana çıxır. Bunlardan biri patoloji prosesi törədən birbaşa, digərləri isə ehtimal olunan faktorlardır.

Ekzogen etioloji faktorlara kimyəvi, fiziki infeksiya agentləri, bioloji faktorlar (bəzi bitkilər, parazitlər, miqrasiya edən sürfələr və s.) aiddir. Dermatozların əmələ gəlməsində endogen faktorlar böyük rol oynayır. Bunlara mədə-bağırsaq traktının, qara ciyərin, öd kisəsinin, endokrin, sinir və ürək-qan damar sistemlərinin xəstəlikləri, maddələr mübadiləsinin, hemopoezin pozuntuları, genetik defektlər və s. aiddir. Daxili orqanların, endokrin və sinir sistemlərinin xəstəlikləri infeksiyalara, mübadilə proseslərinin pozulmasına, visserokutan, vissero-vegeto-kortiko-kutan əlaqələrin dəyişməsinə gətirib çıxarır, bu da bir sıra dermatozların patogenezi üçün mühüm rol oynayan allergik vəziyyətin formalaşmasına kömək edir.

Bir çox səbəblər müxtəlif dəri xəstəliklərinin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Bəzi hallarda dəri zədələnmələrini şərtsiz (obliqat) qıcıqlandırıcıdır törədir. Bu qıcıqlandırıcılar yüz faiz dəri örtüyü tərəfindən müəyyən cavab reaksiyalarına səbəb olur və orqanizmin qıcıqlandırıcının zədələyici təsirinə qarşı yerli cavab reaksiyasıdır. Kimyəvi yanıqlar törədən qələvilərin konsentrasiya olunmuş məhlulları, yüksək dozalı şüa enerjisi (rentgen şüaları, ultrabənövşəyi şüalanma), termiki faktorlar (yanma, donma) və s. belə təsir göstərir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bir çox hallarda bu və ya digər dəri zədələnmələri bir çox səbəblərin birgə təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Məsələn, stafilodermiyalar

hipovitaminozlarda, diabetdə, daxili orqanların xəstəliklərində və s. hallarda orqanizmin immun-bioloji reaktivliyinin azalması fonunda stafilokokların virulent ştamplarının təsiri və dərinin müdafiə xüsusiyyətlərinin pozulması (dərinin su-lipid mantiyasının dəyişməsi, mikrotravmalar) nəticəsində əmələ gəlir.

Aydın olur ki, dəri xəstəliklərində etioloji faktorların endogen və ekzogen faktorlara bölünməsi bir sıra hallarda şərti hesab olunur.

Həm də nəzərə almaq lazımdır ki, insan orqanizminin vəziyyəti çox vaxt əmək və həyatının sosial-məişət şəraitindən asılıdır. Onların pisləşməsi xəstəlik barəsində sosial təzahür kimi danışmağa imkan verir.

Son illər ekoloji mühitin insan orqanizminə və ətraf mühitə əlverişsiz təsiri ilə əlaqədar dermatologiyada problemlər əmələ gəlir. Ekoloji mühitin dəyişməsi, xüsusən toksikoallergik xarakterli klassik və atipik dermatozların əmələ gəlməsinə səbəb olur, bu da bu xəstəliklərin diaqnostikasına, müalicə və profilaktikasını çətinləşdirir. Həkim dermatoloq öz praktik fəaliyyətində bu antropogen faktorların (kimyəvi istehsalat, radiasiya vəziyyəti və s.) mümkün təsirləri nəzərə almalıdır.

Dəri xəstəliklərinin etioloji faktorlarını bir daha nəzərdən keçirək:

1) Fiziki ekzogen etioloji faktorlar arasında mexaniki, termiki və şüa enerjisi nəticəsində əmələ gələn təsirlər qeyd olunur. Uzun müddətli təzyiqliq, sürtünmə, əzilmələr və digər mexaniki təsirlər müxtəlif intensivlikli iltihabi proseslər, qovuqlar, hemorragiyalar, döyənəkləşmə əmələ gətirə bilər. Termiki faktorların təsiri nəticəsində (yuxarı və aşağı temperaturalar) donma, yanıqlar və s. əmələ gəlir. Ultrabənövşəyi və rentgen şüalarının, ionizə edici radiasiyanın dəriyə təsiri nəticəsində müxtəlif ağırlıqlı dərəcəli dermatitlər, bəzən hətta nekrotik dəyişikliklər müşahidə olunur.

2) Kimyəvi ekzogen faktorlar dəridə bu və ya digər çox formalı dəyişiklikləri (eritema, qovuquqlar, irinciklər, çatlar və s.) əmələ gətirir. Onlar istehsalatda (professional kimyəvi qıcıqlandırıcılar), məişətdə (yuyucu vasitələr), xaricə dermatoloji dərman vasitələrinin təyini nəticəsində rast gəlinir. Bu agentlərin təsiri nəticəsində əmələ gələn dermatozların patogenezinə əsas rol orqanizmin sensibilizasiya dərəcəsinə, onun allergik vəziyyətinə məxsusdur. Bu da konkret pasientdə dermatozların əmələ gəlmə mexanizmlərini izah etməkdə çətinlik törədir.

3) İnfeksiya agentləri, xüsusən də patogen mikroorqanizmlər-irinli xəstəliklərin, dəri və rəminin, cüzamin; sadələr-leyşmaniozun; viruslar-sadə və kəmərləyici dəmrovların, ziyillərin, itiuclu kondilomaların, kontagioz molluskanın, sağıcı düyünlərinin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

4) Patogen göbələklər (ibtidai bitki parazitləri) trixofitiya, mikrosporiya və digər dermatomikozları əmələ gətirir.

5) Heyvan parazitləri (qoturluq gənəsi, ovoid sürfələri) dəriyə daxil olur və orada inkişaf tsikli keçirir və ya öz dişləkləri ilə (birə, bit, ağcaqanaq, gənə, mığmığa) qaşınma, sıyrıntı, irinli elementləri əmələ gətirir.

Endogen etioloji faktorlar patoloji fəaliyyət göstərən daxili və endokrin orqanların, mərkəzi və periferik sinir sisteminin pozuntularının dəriyə təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Bu təsir reflektor proses xarakteri daşıya bilər, humoral və neyrohumoral yolla həyata keçirilə bilər, bəd xassəli şişlərin dəriyə metastazlaşması şəklində özünü büruzə verə bilər, (xoralı dəri və rəmi) limfa vəzilərinin və rəmli zədələnmələrində “per continuitatem” – ardıcıl yayılma yolu ilə yayıla bilər.

Bir sıra dəri xəstəlikləri (ekzema, neyrodermit, qırmızı yastı dəmrov və s.) kəskin və xroniki stress vəziyyətlərin təsiri altında mərkəzi sinir sisteminin disfunksiyası nəticəsində əmələ gəlir. Sinir sisteminin funksional dəyişiklikləri və sarsıntıları dəridə patoloji proseslərin başlanmasında əsas faktor ola bilər. Müxtəlif dəri təzahürləri (perforasiya edən və ya trofiki xoralar) həm mərkəzi, həm də periferik sinir sisteminin orqanik xəstəliklərində (sirinqomieliya, bel quruması, alkoqol nevritləri, oturaq sinirinin zədələnmələri və s.) müşahidə edilə bilər.

Müxtəlif endokrinopatiyalar bir çox patoloji dəyişikliklərin səbəbidir. Məsələn, cinsi yetişkənlik dövründə hipofiz və cinsiyyət vəzilərinin sekresiyasının pozulması seboreya, sızanaq səpgilərinin, atrofik zolaqların əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Qalxanabənzər vəzin hipofunksiyası zamanı miksedemanın (dərinin selikli şişkinliyi), böyrəküstü vəzin funksiyasının kəskin zəifləməsi dərinin bürünc rəngə boyanmasına (Adisson xəstəliyi) səbəb ola bilər. Nevrotik pozuntular fonunda endokrin patologiyalar (neyroendokrin disfunksiya) xroniki allerqodermatozlann (neyrodermatozlar, ekzemalar) əmələ gəlməsinə

şərait yaradır.

Bir sıra xəstəliklərin əmələ gəlməsi və gedişatı menstrual tsikldən (herpesin residivləri), hamiləliyin gedişatından (hamilələrin dermatozları), klimakterik dövrdən (əl içi və ayaq altında keratozun inkişafı) və s. asılıdır.

Karbohidrat, piy, mineral, su-duz mübadilələri bir çox dermatozların patogenezinə mühüm rol oynayır. Məsələn, hiperqlikemiya frunkulyozun, kandidozun, dəri qaşınmalarını, xolesterin mübadiləsinin pozulması isə ksantomaların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Hipovitamiyozlar müxtəlif dəri xəstəliklərinin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilərlər. Orqanizmdə C vitamininin çatışmaması nəticəsində selikli qişalarda qanaxmalar, dəridə hemorragiyalar (sinqa), PP vitamininin çatışmazlığında pellaqra (dermatit, demensiya, diareya) əmələ gəlir. A vitamininin çatışmazlığı buynuzlaşmanın pozulmasına səbəb ola bilər (frinodermiya). Seboreyalı dermatit orqanizmdə vitamin B2-nin miqdarının azalması ilə müşayiət olunur.

Bir sıra dəri xəstəliklərinin fokal infeksiyalarla əlaqəsi müəyyənənən (xroniki tonzilit, haymorit, kariesli dişlər), belə ki bu infeksiyalar övrə, çoxformalı eksudativ eritema, psoriaz, qırmızı qurdeşənəyi və s. kimi xəstəliklərdə vacib patogenetik rol oynayır. Xroniki infeksiya ocaqlarının olması bakterial allergiyalarının, hüceyrə immundefisitinin əmələ gəlməsinə səbəb olur və müxtəlif faktorlar tərəfindən kəskinləşir (soyuma, insolyasiya, dərman preparatlarının qəbulu və s.).

Dəri patologiyalarının mühüm hissəsini genodermatozlar təşkil edir. İrsiyyətin rolu ixtioz, bullyoz epidermolis, keratodermiya, atopik dermatit, psoriaz və s. kimi xəstəliklərdə müəyyənənən. Genetik müəyyənənən irsi xəstəlikləri hamilələrin keçirdiyi infeksiyalar, intoksikasiyalar nəticəsində dölün bətnədaxili inkişafının pozulması ilə əlaqədar yaranan anadangəlmə dəri xəstəliklərindən fərqləndirmək lazımdır.

Dəri qırmızı qurdeşənəyi, sklerodermiya, T və B hüceyrəli limfomalar kimi sistem xəstəliklərində patoloji proseslərə cəlb olunur. Aşağı ətrafların venoz çatmamazlıqlarında trofik xoralar, hipostatik ekzemalar, aşağı ətrafların obliterasiya edən endoartridlərində nekrozlar, xoralar, qanqrenalar əmələ gələ bilər.

Bir çox dermatozların patogenezinə müxtəlif maddələrə qarşı orqanizmin sensibillizasiyası (yüksək həssaslıq) nəticəsində onun allergik reaktivliyi mühüm rol oynayır. Bu və ya digər allergenlərlə (qıcıqlandırıcılarla) təkrari kontakt Kvinke ödeminə, ağır toksikodermiyalara gətirib çıxaran dəri səpgilərinin əmələ gəlməsinə təkan verir. Konkret maddəyə və ya qıcıqlandırıcıya qarşı anadangəlmə yüksək həssaslıq mövcuddur. Bu vəziyyəti idiosinkraziya adlandırırlar. Tez-tez rast gəlinən allergenlərdən qida allergenlərini, dərman vasitələrini, kimyəvi maddələri (xrom, nikel, boyalar, laklar və s.) qeyd etmək lazımdır.

Bir çox dermatozların patogenezinə müəyyən rol immun dəyişikliklərinə məxsusdur. Bəzi müəlliflər autoimmun xəstəliklər (qırmızı qurdeşənək, sklerodermiya, həqiqi pemfiqus, Dürinq dermatiti) qrupu ayırırlar. Halbuki hüceyrə və humoral immunitetin pozulmalan qeyri-allergik genezli dermatozlarda da qeyd olunur. Bir sıra hematoloji xəstəliklərdə (leykoz, limfoqranulematoz, T və B limfomalar, trombositopenik purpura) dəri örtüyündə müəyyən xarakterik və qeyri-spesifik zədələnmələr aşkara çıxır.

QİÇS infeksiyalı xəstələrdə tez-tez Kaposi sarkoması (əsasən homoseksualistlərdə) əmələ gəlir, ağır gedişə malik və yoluxucu xəstəliklər (virus, göbələk, bakterial, para-

zitar) və bir sıra digər dermatozlar (seboreyalı dermatit, psoriaz, atopik dermatit və s.) müalicəyə davamlı olurlar.

Yeni molekulyar, immunoloji, genetik, hibridom metodların işlənilib hazırlanması, bir sıra aşkarlanmış və aydınlaşmamış etiologiyalı dermatozların etiologiya və patogenezinin açılması müvəffəqiyyətli müalicələrin aparılması istiqamətlərində tədqiqatların aparılmasının davam olunmasına imkan verir.

Dəri xəstəliklərinin ümumi simptomatologiyası

Dəri səpgisi morfoloji elementlər adlandırılan ayrı-ayrı tərkib hissələrdən ibarətdir. Morfoloji elementlər dermatologiyanın əlifbasıdır. Dəri səpgilərinin bütün elementləri 2 böyük qrupa ayrılır: birincili və ikincili elementlər. Birincili elementlər dəridə baş verən patoloji proseslər nəticəsində birincili olaraq əmələ gələn elementlərdir. İkincili elementlər birincili elementlərin əksinə inkişafı zamanı onların təkamülü nəticəsində əmələ gələn elementlərdir.

Birincili morfoloji elementlər

8 birincili morfoloji element var: ləkə (macula), düyüncük (papula), qabarcıq (tuberculum), düyün (nodus), köpüşük (urtica), qovucuq (vezicula), qovuq (bulla), irincik (pustula) (şəkil 5.1)

Ləkə (macula) - dəri rənginin ocaqlı dəyişməsi ilə xarakterizə olunan elementdir. Ləkə dəri səviyyəsindən qalxmır, konsistensiyaya malik deyil, yoxa çıxanda dəridə iz qoymur. Ləkənin xarakterindən asılı olaraq iltihabi və qeyri-iltihabi ləkə qeyd olunur. Mənşəyinə görə ləkələr damar, hemorragik, pigment və eritematoz skvamoz növlərə bölünürlər.

Damar ləkələri dəri damarlarının genişlənməsi ilə xarakterizə olunur. Onlar qırmızı rəngin müxtəlif çalarlarına malikdirlər və təzyiq etdikdə itirlər. Adətən iltihabi damar ləkələri də qan damarlarının müvəqqəti genişlənməsidir. Ölçüsünə görə onları rozeola (dırnaq ölçüsünə qədər) və eritemaya (dırnaqdan böyük) bölürlər. Kəskin iltihabi ləkələr adətən qaşınma ilə müşayiət olunurlar. Rozeolalara infeksiyon rozeola və sifilitik rozeola aiddir.

Rozeola nahiyəsində histoloji şəkil dermanın yuxarı yuxarı üçdə bir hissəsinin damarlarının kəskin genişlənməsi və qanla dolması, endotelinin tez-tez şişməsi, bəzən də proliferasiyası ilə xarakterizə olunur. Damarların ətrafında əsasən limfositlərdən ibarət kiçik infiltratlar əmələ gələ bilər. Sifilitik rozeolalar əmələ gəldikdə limfositlərə plazmatik hüceyrələr də qarışır. Epidermis bir qayda olaraq zədələnmir.

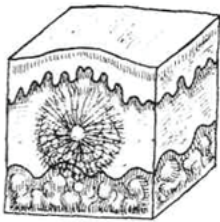
Eritema ekzema, dermatitlərdə, qırmızı qurdeşənəyində, cüzamda, Dürinq dermatitində, çoxformalı eksudativ eritemada müşahidə olunur. Damarların davamlı genişlənməsi nəticəsində əmələ gələn qeyri-iltihabi damar ləkələri də var. Bunlara anadangəlmə damar ləkələri və teleangiektaziyalar aiddir. Distrofik dəyişikliklər sayəsində onların ölçülərinin böyüməsi (ekzema) durur. Dermal mənşəli papulalarda (sifilis) dermanın iltihabi infiltrasiyası müşahidə olunur. Papulyoz elementlərdə müşahidə olunan infiltrat perivaskulyar lokalizasiyaya malikdir, amma bəzən infiltratlar birləşirlər və daha diffuz yayılırlar. Etioloji faktorlardan asılı olaraq infiltratın tərkibi müxtəlif ola bilər, əsasən limfoid hüceyrələr, histiositlər, fibroblastlar qeyd olunur. Epidermo-dermal papulalar

(qırmızı yastı dәмrov) epidermisdә hiperplastik proseslәр - hiperkeratozlarla xarakterizә olunur. Bu proses dermada әmәlә gәlән infiltrasiya ilә yanaşı müşahidә olunur. Bu halda infiltrat әsasән limfoid elementlәrdән tәşkil olunur.

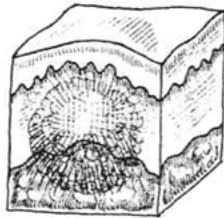
Papulalar ölçüsünә görә аşаğıdaki növlәrә bölünürlәр: miliar (xırdanöqtәli-darı ölçüsündә), lentikulyat (yastı-mәrci vә ya noxud-ölçüsündә), lövhәlәр (insan әlinin içi ölçüsünә çatır). Formasına görә papulaların аşаğıdaki növlәri var: konusabәnzәр, yarımкүрә, yarımсферik, yastı, basıqlı yastı, çökәkli yastı. Papula әksinә inkişaf etdikdә adәtән xoralanmışır, özündән sonra çapıq qoymur, sorulur, qabıqlanır, dәri sәthində müvәqqәti piqmentasiya vә ya hiperpiqmentasiya qalır.

Bir sıra hallarda papulaların üzərində başqa morfoloji elementlәр yerləşirlәр: qovuqcuqlar (papulovezikulalar), pustulalar (papulopustulalar). Dәrinin papulonekrotik vәrәmindә papulalar nekrotik proseslә birlәşirlәр, dәri vaskulitinin bәzi formalarında isә xoralanma ilә müşahidә olunan hemorragik dәyişikliklәrlә müşayiәt olunurlar. Belә hallarda papulaların yerlərində çapıq әmәlә gәlә bilәр. Papulalar бүküşlәrdә vә sürtünmәyә mәruz qalan yerlәrdә yerləşdikdә onların hәddән çox inkişafı qeyd olunur vә papulaların sәthində vegetasiya inkişaf edir. Vegetasiya edән papulalar inkişaf edәрәk kandidomaların әmәlә gәlmәsi ilә müşahidә olunurlar (sifilisdә enli kandidomalar).

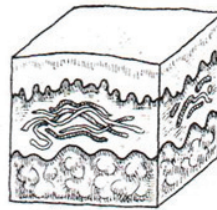
Qabarcıq (tuberculum-j-boşluqsuz, kompakt, qeyri-iltihabi xarakterli, dәri sәviyyәsindən yuxarı qalxan elementdir. Müxtәlif tonlu qırmızı rәngә malikdir. Qabarcıqda infiltrat dermanın mәмәcikli vә retikulyar qatlarında toplanır, yoluxucu (infeksiya) qranulyoma quruluşuna malikdir. Ölçülәri darı dәнәsindən yunan qozu ölçüsünә qәdәrdir. Tәkamül prosesində qabarcıq mәrkәzi nekroza, xoralanmaya mәruz qalır vә çapıq әmәlә gәlmәsi ilә nәticәlәнir. İnfiltratın xoralanma olmadan sorulması hallarında qabarcıqın yerində dәrinin çapıq atropiyası qalır. Qabarcıqlar vәrәм qurdeşәnәyində, dәrinin ziyilli vә xoralı



Qabarcıq



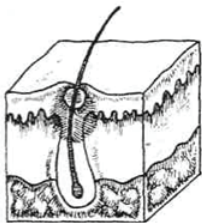
Düyün



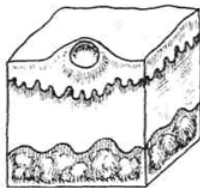
Düyükcük



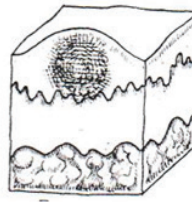
Köpüşük



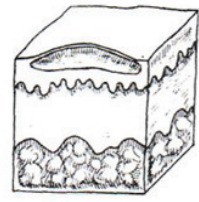
Irincik



Lәkә



Qovuqcuc



Qovuq

Şәk. 5.1. Birincili morfoloji elementlәр

vərəmində, papulo-nekrotik vərəmdə, qabarcıqlı sifiliddə, leyşmaniyada, cüzamda müşahidə olunur.

Qabarcığın histoloji şəkli üçün nəhəng hüceyrələrlə qarışmış epitelioid hüceyrələrdən təşkil olunmuş qranulyomalar xarakterikdir. Vərəm infeksiyası üçün epitelioid hüceyrə qranulyomasının ətrafında limfositlər haşiyənin və sonradan yumşalma və birləşdirici toxuma ilə əvəz olunması ilə nəticələnən kazeoz nekrozun əmələ gəlməsi xarakterikdir. Sifilitik qranulyoma üçün çox miqdarda plazmatik hüceyrələr və fibroblast elementlərin olması xasdır ki, bunun nəticəsində o çapıqlaşmaya meyillidir. Cüzamda qabarcıq vərəmdə olan qabarcıqla oxşar olsa da onda nekroz heç vaxt əmələ gəlmir.

Düyün (nodus) - qabarcıqdan böyük boşluqsuz iltihabi törəmədir (toyuq yumurtası ölçüsünə çatır). Bu zaman infiltrat dərinədə, əsas da dərialtı piy toxumasında toplanır. Təkamül prosesi nəticəsində adətən o xoralanır (bu zaman əmələ gələn xora qabarcıq xorasından daha böyük və dərin olacaq) və çapıqla nəticələnir. Bəzi hallarda düyün xoralanma olmadan sorulur və yerində çapıq atrofiyası əmələ gəlir. Düyünlər üçüncülü sifiliddə, vərəmdə, cüzamda, dəri leyşmaniyasında, Bazenin indurativ eritemasında əmələ gəlir.

Histoloji strukturasına görə düyünü infeksiyon qranulyomaya aid etmək olar. Sifilis düyünü (qumma) həm epitelioid və nəhəng hüceyrələrlə (Lanqhans-Piroqov hüceyrələri) və ya yad cisim tipli nəhəng hüceyrələrlə, həm də limfoid və plazmatik hüceyrələrlə əhatə olunmuş koequlyasion nekroz ocağıdır. Qranulyasion toxumada divarı iltihabi infiltrat hüceyrələri ilə deşilmiş qan damarları var. Kollikvativ vərəm zamanı düyün mərkəzində sonradan epidermisə qədər dərinin bütün qatlarının əriməsi ilə nəticələnən qeyri-spesifik absesin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Ocağın kənarlarında kəskin kazeoz nekrozlu və geniş limfositlər infiltrasiyalı qabarcıqlar əmələ gəlir. Düyünlü eritemada piy toxuması paylarının fibroz arakəsmələrində və ayrı-ayrı piy hüceyrələrində yerləşən neytrofil leykositlərlə qarışmış limfoid hüceyrəli diffuz infiltrasiya müşahidə olunur. Bu infiltratda az miqdarda histiositlər və eozinofillər aşkar olunsada, plazmatik hüceyrələr aşkarlanmır. Abses və nekrobioz müşahidə olunmur. Damarlarda, əsasən də kapillyarlarda və orta ölçülü damarlarda alterasiya və endotelinin proliferasiyası kimi mühüm dəyişikliklər baş verir. Limfoid hüceyrələr arasında yad cisim tipli nəhəng hüceyrələrə rast gəlinir. Mərkəzi çatın ətrafında histiositlərdən təşkil olunmuş xırda düyüncüklər də qeyd olunur. Cüzamda olan düyün (leproma) aralarında limfositlər və plazmatik hüceyrələr olan (köhnə elementlərdə isə fibroblastlar olan) çox miqdarda histiositlər və leproz hüceyrələrlə xarakterizə olunur. Sonradan infiltratın sorulması və ölü toxumanın qopması baş verə bilər. Dərin mikozlarda olan düyünlər üçün dərialtı piy toxuması ilə sərhəddə dermanın dərin qatlarının xroniki irinli iltihabı ilə xarakterizə olunur. İnfiltrat limfoid və plazmatik hüceyrələrdən təşkil olunub. Bəzi hallarda onların aralarında epitelioid hüceyrələrdən, bəzən yad cisim tipli nəhəng hüceyrələrdən və ya ağ çıxıntılı epidermositlərdən ibarət qruplar qeyd olunur.

Köpüşük (urtica) - boşluqsuz, kəskin iltihabi, dəri səviyyəsindən qalxan elementdir, dermanın məməcikli qatının məhdud kəskin iltihabı nəticəsində əmələ gəlir. Ağımtıldan çəhrayımtıl-qırmızı rənglərə malikdir. Noxud ölçüsündən ovuc içi və daha böyük ölçülərdə olur. Köpüşüyün aşağıdakı növləri var: numulyar, lentikulyar, nəhəng, höriyəbənzər, zolağabənzər. Köpüşüklər qaşınma ilə müşayiət olunur, xüsusən qaşınma vaxtı periferik inkişafa meyillidir, tez itirlər (bir neçə saat ərzində), özündən sonra iz qoymurlar. Kö-

püşüklər övrədə, Dürinq dermatitində, uşaq qaşınma xəstəliyində, flebotodermiyada rast gəlinir.

Histoloji şəkil dermanın məməcikli və məməcikaltı şöbələrinin damarlarının, əsasən də limfa damarlarının kəskin genişlənməsi ilə xarakterizə olunur. Adətən iltihabi infiltrat aşkar edilmir, amma bəzi hallarda az miqdarda müşahidə olunur. Epidermisdə bir qədər spongiyoz aşkar oluna bilər.

Qovuqcuc (veziçula) - epidermisdə eksudat toplanması nəticəsində əmələ gələn şəffaf seroz möhtəviyyatlı boşluqlu kəskin iltihabi elementdir. Qovuqcucqlar epidermaldaxili (epidermisin qatları arasında yerləşirlər), subepidermal (epidermisin altında yerləşirlər), yunktional (epidermislə derma arasında sərhəddə yerləşirlər-sərhədçi) ola bilərlər. Ölçüləri sancaq başından noxud böyüklüyünə qədərdir. Forması yarımkürə şəklindədir. Qovuqcucqlar izolə olunmuş (tənha) və ya qruplarla (herpesşəkili) yerləşə bilərlər. Qovuqcucqlar təkamül prosesi nəticəsində deşilib eroziya əmələ gətirirlər və ya quruyub qartmaqla örtülülər, düşəndə yerində piçmentli və ya hiperpiçmentli ləkələr qalır ki, onlar da sonradan iz qoymadan itirlər. Qovuqcucqlar sadə herpesdə, kəmərləyici dəmrovda, ekzemada, Dürinqin herpesşəkili dermatitində müşahidə olunur.

Histoloji şəkil spongiyozla müşayiət olunan və tək kameralı (ekzema, bulyoz dermatit) və ya çox kameralı (herpes) qovuqcucqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Tək kameralı qovuqcucqlar əmələ gələn zaman spongiyoz epidermisin müxtəlif şöbələrində rast gəlinə bilər. Sonra qovuqcucğun trafında epidermisin proliferasiyası baş verir və qovuqcuc yuxarı qalxaraq artım qatının yuxarı şöbələrində və ya buynuz qatının altında lokalizə olunur. Bəzən akantoz müşahidə olunur. Buynuz qatda müxtəlif miqdarda parakeratotik hüceyrələr və qartmaqlar müşahidə olunur. Dermada iltihabi infiltrat əsasən genişlənməmiş damarların ətrafında yerləşir və bəzən neytrofil leykositlərlə və eozinofillərlə qarışıq halda limfoid hüceyrələrdən ləşkil olunur.

Qovuq (bulla) - seroz (bəzən hemorragik) möhtəviyyatlı iltihabi boşluqlu elementdir, qovuqcucqdan daha böyük ölçülərə (toyuq yumurtası ölçüsünə qədər) malikdir. Qovuqlar tək kameralı və çox kameralı ola bilərlər. Epidermal, dermal və sərhədçi qovuqlar qeyd olunur. Vulqar pemfiquıda akantolitik qovuqlar qeyri-iltihabi xarakterlidir. Qovuqlar dermatitlərdə, ayaqların epidermofitiyalarında, Dürinq dermatitində, pemfiquıda, çoxformalı eksudativ eritemada müşahidə olunur.

Histoloji müayinə qovuqlu dermatozların differensial diaqnostikasında mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Qovuq epidermisdaxili və subepidermal yerləşə bilər. Subkorneal spongiotik qovuqların əmələ gəlmələrinin əsasında dermanın yuxarı qatlarından epidermisə miqrasiya etmiş mononuklear elementlərlə infiltrasiyası və sonradan itən uzanmış desmosomlarla müşayiət olunan hüceyrəarası şişkinlik (spongiyoz) durur. İnfiltratın tərkibi etioloji faktorlardan asılı olaraq müxtəlif ola bilər, əsasən limfoid hüceyrələr, histiositlər və fibroblastlardan təşkil olunur. Akantolitik qovuqlar hüceyrəarası sementləyici substansiyanın əriməsi nəticəsində əmələ gəlir ki, bu da ayrı-ayrı epidermal hüceyrələr arasında əlaqənin pozulmasına səbəb olur. Akantolitik qovuqlar əsasən suprabazal (vulqar pemfiquıda, Darye xəstəliyində) və subkorneal yaranır. Epidermisin bazal hüceyrələrinin və bazal membranının destruktiv dəyişiklikləri nəticəsində əmələ gələn qovuqlar subepidermal lokalizasiyaya malikdir.

Histoloji müayinələrdə bu qovuqlarda ŞİK müsbət bazal membranının nazıqlaşması

və ya olmaması elektron mikroskopiyada yarım-desmosomların, bazal valın və ya möhkəmləndirici fibrillərin zədələnməsi ilə qeyd olunur. Göstərilən növ qovuqlarda dermada baş verən dəyişikliklər onu əmələ gətirən xəstəliklərdən asılıdır. Epidermis daxili qovuqların əmələ gəlməsində əsas rolu epitelial hüceyrələrin bir daha degenerativ zədələnməsi (ballonlayıcı və vakuol distrofiya), onlar arasında əlaqənin itməsi, spongiöz və akantolizin əmələ gəlməsi böyük rol oynayır. Akantoliz və bunun əsasında əmələ gələn “Nikolski” fenomeni (mexaniki təsir nəticəsində epidermisin yuxarı qatlarının soyulması) həqiqi pemfiqusun və digər qovuqlu dermatozların differensial diaqnostikasında əsas şərtidir. Dərmanın məməcikli qatının şişkinliyi və bazal membranının strukturasının pozulması nəticəsində əmələ gələn epidermisaltı qovuqlarda toplanmış eksudat epidermisi dermanın məməcikli qatından soyur (çoxformalı eksudativ eritema, bullyoz toksikodermiya, qızılyelin bullyoz forması, pellaqra).

İrincik (pustula) – seroz-irinli və irinli eksudatlı boşluqlu iltihabi elementdir. Lokalizasiyasından asılı olaraq səthi (epidermal) və dərin (dermal) pustulalar var. Prosesin epidermisdə baş verdiyi səthi pustulalar impetiqo adlanır (bu zaman infiltrat olmur). İrinli prosesin dermada yerləşdiyi dərin pustulalar ektima adlanır (buna əriyəndən sonra yerində irinli eksudat əmələ gələn infiltrat xarakterikdir). Bəzən ektima qalın, çox qatlı, ilbiz bahqqulağının xatırladan və rupiya adlanan qartmaqla örtülü olur. İmpetiqo, ektima və rupiya qeyri-folikulyar pustulalara aiddir.

İmpetiqoda histoloji şəkil buynuz qat altında yerləşən fibrinlərlə və polimorf nüvəli leykositlərlə (az limfositlərlə qarışmış) dolu pustulalarla xarakterizə olunur. Bəzən burda leykositlərin proteolitik fermentlərinin təsiri nəticəsində əmələ gələn akantolitik hüceyrələr görmək olar. Pustulanın altında epidermisin artım qatında spongiöz və neytrofil leykositlər aşkarlanır. Ektimada histoloji şəkil impetiqodan fərqli olaraq prosesin epidermisdən dermaya keçməsi ilə xarakterizə ohmur. Bu zaman xorali zədələnmə əmələ gəlir. Xoranın kənarlarında epidermis adətən akantoz vəziyyətindədir, dərmanın yaxın sahələrində birləşdirici toxuma nekrozlaşa və leykositlərlə infiltrasiya oluna bilər. Dərmanın yuxarı üçdə bir hissəsində kapilyarlar ocağın həm periferiyasında, həm də mərkəzində genişlənilir. Koqoyun spongioformalı pustulasını histoloji şəklində görə irinciyin növlərinə aid etmək olar. Bu çoxkəməralı pustuladır, epidermisin yuxarı hissəsində yerləşir, aralarında destruktiv dəyişilmiş epitelial hüceyrələr olan, neytrofillərlə dolu xırda boşluqlarla xarakterizə olunur. Epidermis akantoz vəziyyətindədir, bəzi yerlərdə hüceyrəarası şişkinlik müşahidə olunur. Koqoy pustulasının rats gəldiyi xəstəlikdən asılı olaraq dermada müxtəlif dəyişikliklər qeyd olunur, amma həmişə şişkinlik (xüsusən də məməcikli qatda), damarların genişlənməsi və müxtəlif dərəcəli infiltrasiya qeyd olunmur (pustulyoz psoriaz, Reyter xəstəliyi, Allop akrodermatiti, herpesşəkili impetiqo, qonoreya keratozu, kandidoz).

Tük follikulları nahiyəsində yerləşən, follikulit adlanan follikulyar pustulalar da qeyd olunur. Onlar səthi (irinləmə follikulun ancaq üst qatlarında yerləşdikdə) və dərin (proses bütün follikulu əhatə etdikdə) ola bilər. Səthi follikulitlərə adi follikulit və sikoz aiddir. Dərin follikulitə furunkul, karbunkul, hidradenit aiddir. Əgər pustula tük follikulu girəcəyində yerləşərsə bu pustulalar ostiofollikulitlər adlanırlar (mərkəzdən tüklə dəşilmiş olur).

İrincik piy vəziləri ətrafında yerləşdikdə akne (sızanaq) əmələ gəlir. Sızanaqlar səthi

və dərin olur.

Pustulanın irinli möhtəviyyatı quruyub qartmağa çevrilir, sonra qopur, infiltrat qalıqları sorulur. Səthi pustulaların yerində (impetiço, səthi follikulitlər, səthi akne) qartmaqlar qopduqdan sonra izsiz keçib gedən piqmentli-hiperemik ləkə qalır. Dərin pustulaların yerlərində (ektima, rupiya, dərin follikulit, dərin akne) çapıq qalır.

A.İ.Kartamışev (1963) və L.İ.Boqdanoviç (1988) sadalanan elementlərdən başqa birincili elementlər siyahısına şişləri də aid edirlər (düyünlər, qabarcıq və düyüncüklər şəklində qeyri-iltihabi törəmələr olub, noxuddan toyuq yumurtası ölçüsünə qədərdir, derma və dərialtı piy toxumasında yerləşirlər). K.N.Suvorova və V.T.Kuklin (1996) seropapulanı da (səthində qovuqucuq əmələ gələn papula və köpüşük) birincili morfoloji elementlərə aid edirlər.

İkincili morfoloji elementlər

İkincili morfoloji elementlər birincili morfoloji elementlərin geriyə sorulması nəticəsində ikincili əmələ gəlirlər. 10 ikincili morfoloji element varidixromiya (dischromia), qabıq (squama), qartmaq (crusta), eroziya (erosio), ekskoriyasiya (excoriatio), çat (fissura, rhagas), xora (ulcus), çapıq (cicatrix), lixenifikasiya (lichenificatio), vegetasiya (vegetatio) (şəkil 5.2).

DİSXROMİYA

Disxromiya (dischromia) - birincili morfoloji elementlərin sorulması nəticəsində baş verən piqment pozğunluğudur. İkincili disxromiyalara ikincili leykoderma, ikincili hiperpiqmentasiya, hemosiderinli piqmentasiya aiddir. İkincili hiperpiqmentli və depiqmentli ləkələr damar ləkələrinin və papulaların sorulmasından sonra əmələ gəlir. Qabarcıq və qummalar sorulduqdan sonra ya çapığın piqmentasiyası və ya çapıq ətrafının piqmentasiyası, qovuqucuq və pustulaların sorulmasından sonra isə zəif piqmentli ləkələr qeyd olunur.

Piqmentasiyada histoloji şəkil epidermisin bazal qatının hüceyrələrində melanin piqmentinin miqdarının artması ilə xarakterizə olunur. Dərinin xoralı zədələnməsi zamanı əmələ gələn çapıq istisna olmaqla praktik olaraq dermada dəyişiklik qeyd olunmur.

Qabıq (squama) - bu epidermisin buynuz qatının qopmuş hüceyrələridir. Gözlə görünən qabıqların qopmasını qabıqlanma adlandırırlar. Piqmentin, dəri piyinin, tozun, tərין miqdarından asılı olaraq qabıqların rəngi parlaq-ağdan sarımtıl-qonur, boz-qara rənglərə qədər ola bilər. Xırda lövhəli (psoriaz, kəpəklənən dəmrov) və iri lövhəli (skarlatina, dermatit, toksikodermiya) kəpəkli qabıqlanma qeyd olunur. Qabıqlar iltihab mənşəli birincili morfoloji elementlərin yerində (ləkə, düyüncük, qabarcıq) əmələ gəlir və ya xəstəliyin əsas simptomu olur (ixtioz).

Qabıqlanmada histoloji şəkil epidermisin bir neçə nahiyəsində distrofik dəyişikliklərlə xarakterizə olunur və keratinizasiyanın hiperkeratoz və parakeratoz şəklində pozulması və dermada iltihabi dəyişikliklərlə müşayiət olunur. İltihab azalandan sonra regenerasiya proses başlayır, bunun nəticəsində əmələ gələn epidermis lövhələri nekrozlaşmış və parakeratotik sahələri yuxarı itələyir ki, bunlar da sonradan qopub düşür.

Qartmaq (crusta) - qovuqucuqların və irinciklərin möhtəviyyatının quruması, qabarcıq xoralarmın, qummaların və bədxassəli şişlərin ifrazatlarının quruması nəticəsində

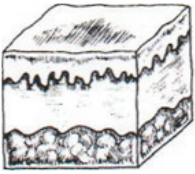
əmələ gəlir. Seroz (əsasən fibrinlərdən, leykositlərdən və epidermisin destruktiv dəyişilmiş hüceyrələrindən təşkil olunur), irinli (çoxlu miqdarda neytrofil leykositlər tapılır) və qanlı (fibrin kütlələri, leykositlər və qopub düşən epidermal hüceyrələr arasında çox miqdarda hemoliz olunmuş eritrositlər tapılır) qartmaqlar var.

Qartmaqlar nazik (streptokokk impetiqosu), yastı, qalın (sifilitik rupiya), çoxqatlı (vulqar streptostafilokokk impetiqosu), möhkəm (vulqar ektima, rupoid psoriaz, qanqrenoz piodermiya), yumşaq ola bilər.

Eroziya (erosio) - dərinin epidermis səviyyəsində defektidir, qovuqcuqların, qovuqların, səthi pustulaların əksinə inkişafı nəticəsində əmələ gəlir. Histoloji şəkildə eroziyaların dibi epidermislə, və ya hissəvi olaraq dermanın məməcikli qatı ilə örtülür. Epidermisin defekti ilgəklərində neytrofil leykositlər və epidermisin destruktiv dəyişilmiş hüceyrələri yerləşən fibrinlərlə örtülüdür. Eroziyanın ətrafında hüceyrəarası şişkinlik və ekzositoz, bəzən akantoz qeyd olunur.

Eroziya nəticəsində əmələ gəldiyi birincili morfoloji elementlərin ölçülərini təkrarlayır. eroziyalar epidermisin mexaniki qıcıqlanması, epidermisin bir-birinə toxunan səthlərinin sürtünməsi, maserasiyası zamanı (bud-qasıq büküşləri, budun iç səthi) əmələ gələ bilər. Eroziyalar iltihabi papulanın (sifilisdə erozif papulalar) və ya məhdud infiltrat formunda (erozif bərk şankr) əmələ gəlir. Eroziyanın dibi adətən al qırmızı rəngdədir, bəzən

Şək. 5.2. İkincili morfoloji elementlər



Pulcuq



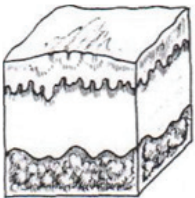
Eroziya



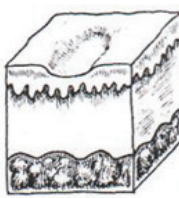
Vegetasiya



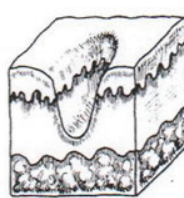
Xora



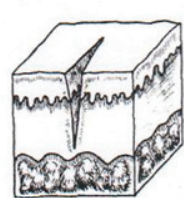
Disxromiya



Qabıq



Ekskoriyasiya



Çat



Çapıq



Lixenifikasiya

seroz ifrazatla örtülüdür. Eroziyalar sağalda yerində çapıq qalmır.

Ekskorsiasiya (excoriatio) - və ya sıyrıntı, mexaniki zədə və ya qaşınma nəticəsində dəri örtüyünün tamlığının pozulması nəticəsində əmələ gəlir. Xəttvari, zolağabənzər, dairəvi ekskorsiasiyalar qeyd olunur. Ekskorsiasiyalar səthi (epidermisin və dermanın məməcikli qatının tamlığının pozulması) və dərin (dermanın dərin qatlarının zədələnməsi) olur.

Histoloji şəkil əsas xəstəliyin əlamətləri eroziya əmələ gəlməsilə epidermis tamlığının pozulmasıyla xarakterizə olunaraq, üzəri fibrin və eritrositlərdən ibarət qalın qartmaqla örtülü olur. Dermanın alt qatlarında damarların genişlənməsi və müxtəlif intensivlikli iltihabi infiltrasiya qeyd olunur.

Çat (fissura, rhagas) - dərinin hər hansı bir nahiyəsinin elastikliyinə itməsi və infiltrasiyası nəticəsində əmələ gələn xəttvari defektdir. Çatlar dərinin təbii büküşləri və dartılan sahələrində əmələ gəlir (ağız boşluğunun küncələri, anal dəlik və daban nahiyələrində). Çatlar ağrılarla müşahidə olunur. Çatların dərinliyindən asılı olaraq sağaldıqdan sonra yerində iz qoymayan səthi epidermal və sağaldıqdan sonra yerində çapıq qalan dərin dermal olur. Səthi çatlar dərinin həddən çox quruluğu (kseroz), əl və ayaqların tilotik (buynuz) ekzeması, ayaqların epidermofitiyası, bişməcələr zamanı əmələ gəlir. Dərin çatlar pellaqrada, keratodermiyalarda müşahidə edilir. Anadangəlmə sifilisdə ağımtıl-radial Robinson Furnye çapıqları dərin çatlara misal ola bilər.

Xora (ulcus) - bu xüsusi dəri, dərialtı piy qatı və daha dərin qatlar səviyyəsində dərin toxuma defektidir. Xora dermanın dərin qatlarında birincili infiltrativ elementlərin (qabarcıqların, qummaların, düyüncüklərin, dərin pustulaların, bədxassəli şişlərin, trofik və mikrosirkulyator pozuntularda baş verən nekrozların parçalanması nəticəsində əmələ gəlir. Xoralar bir qayda olaraq çapıqla sağalır.

Xoranın dibinin və kənarlarının histoloji şəkli leykositə haşiyə ilə əhatə olunmuş müxtəlif qahnlıq nekrotik kütlənin yığılması ilə xarakterizə olunur. Xoranın dibi damarlarla və tərkibində müxtəlif yetişmə mərhələlərində olan çoxlu hüceyrə elementləri ilə zəngin cavan qranulyasyon toxumadan təşkil olunur. Xroniki irinli proseslərdə bu elementlər arasında çoxlu miqdarda neytrofil leykositlər tapılır. Müxtəlif patoloji proseslərdə xoranın dibində böyük diaqnostik əhəmiyyətə malik şişəbənzər elementlər, infeksiyon qranulyoma aşkar etmək olar.

Xoralar müxtəlif böyüklükdə, formada və dərinlikdə olur. Kəskin inkişaf edən xoralar xırda ölçülü olurlar. Xroniki patoloji proseslər nəticəsində əmələ gələn xoralar (varikoz xoralar, qummalar, xronik xoralı piodermiya) böyük ölçüləri ilə fərqlənilir. Xoralar ya dairəvi, kəskin konturlu formaya malikdirlər (xoralı bərk şankr, xoralanan qummalar, dəri bazaliomasının bəzi tipləri) və ya girintili-çıxıntılı (varikoz vərəmi, piodermiyanın bəzi formaları, dərin mikozlar), sallanmış (sifilitik qumma), nəlbəkiyəbənzər (xoralı bərk şankr), yumşaq (dərinin kollektiv vərəmi), valabənzər (yastı hüceyrəli xərcəng, xoralanan keratoakantoma, göbələyəbənzər mikozun parçalanan şişi) ola bilər. Xoranın dibi düz, hamar (bərk şankr, yumşaq şankr), kələ-kötür (karbunkul, kollektiv vərəm), kraterəbənzər (sifilitik qumma) ola bilər.

Çapıq (cicatrix) – başlıca olaraq, xoranın sağalması nəticəsində əmələ gəlir, derma və ona yaxın toxumaların dağılması nəticəsində əmələ gələn kobud lifli birləşdirici toxumadır. Çapıqlar yanıqların, xoraların, dərin pustulaların, düyün və qabarcıqların yerində

əmələ gəlir. Çapıqlar quru yolla, xoralanma olmadan, birləşdirici toxumanın qarışması nəticəsində də əmələ gələ bilər(dəri və rəmi, sifilis, cüzam). Təzə çapıqlar çəhrayı-qırmızı rəngdə, köhnə çapıqlar isə hiperpiqmentli və ya depiqmentli olurlar.

Yastı (ətraf toxuma ilə eyni səviyyədə yerləşirlər), hipertrofik və ya kelloid (ətraf toxuma səviyyəsindən yuxarı qalxır), atrofik (ətraf toxuma səviyyəsindən aşağıda yerləşir) çapıqlar müşahidə olunur.

Çapığın histoloji şəkli epidermisin atrofiyası və ya qahnlaşmalan ilə xarakterizə olunur. Dermada lifli birləşdirici toxumanın, kobud və nizamsız yerləşən kollagen lif dəstələrinin inkişafı qeyd olunur. Kollagen liflərin homogenizasiya olunmuş sahələri, bəzən də hialin çökməsi qeyd olunur. Hüceyrə elementləri çox azdır (əsasən fibrositlər aşkar olunur). Çapıq nahiyəsində bir qayda olaraq dəri artımları: tük follikulları, tər və piy vəziləri olmur. Çapıq atrofiyasında az miqdarda zərif birləşdirici toxuma inkişaf edir. Bu zaman zədələnmiş dərinin səthi epidermis üçün xarakterik olan relyefdən məhrumdur.

Çapığın ölçüsü, forması, lokalizasiyası, rəngi və dərinliyi vacib differensial diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Qummoz sifilisdə çapıqlar hamar, oval, dairəvi və ulduzabənzər formada olub, tarım dartılmışdır. Qabarcıqlı sifilidlər özlərindən sonra parlaq mozaik çapıqlar qoyurlar. Kollikvativ və rəmdən və konqlobat sızanaqlardan sonra qeyri-düzgün, səthi atmalar - körpüçüklərlə örtülüdür. Papulonekrotik və rəmdən sonra səthi möhürlənmiş çapıqlar qalır. Çapıqlar patoloji prosesin simptomu ola bilər (sklerodermiya, eritematoz, qırmızı yastı dəmrovun atrofik forması, dərinin idiopatik atrofiyası).

Lixenifikasiya (lichenificatio) - dərinin qahınlaşması, bərkləşməsi, dəri rəsinin güclənməsidir (dəri büküşləri, arakəsmələri kəskin gözə çarpır). Dəri bu vaxt quru və kələkötürdür (şaqrənəbənzər). Lixenifikasiya (lixenizasiya) qaşınma və dermanın papulyoz infiltrasiyası ilə müşayiət olunan uzun müddət davam edən iltihabi proseslər zamanı əmələ gəlir. Lixenifikasiya xroniki ekzemada, atopik dermatitdə, məhdud neyrodermitdə müşahidə olunur.

Lixenifikasiyada histoloji şəkil hiperkeratoz, epidermal çıxıntıların uzanması ilə müşayiət olunan akantoz, bəzən parakeratoz və spongiozla xarakterizə olunur. Dermada xroniki iltihabi infiltrat, bəzən də fibroz əlamətləri aşkar olunur.

Vegetasiya (vegetatio) - bu papillomatoz törəmələrin əmələ gəlməsinə gətirib çıxaran dəri məməciklərinin artıb törəməsi və epidermisin tikanlı qatının qalınlaşmasıdır. Vegetasiya müxtəlif patoloji proseslərin səthində əmələ gəlir (papula, eroziya, iltihabi infiltratlar). Vegetasiyaya misal olaraq vegetasiya edən pemfiqusu, xoranın dibində vegetasiya edən qranulyasiyanı, papillomaları, iti uclu kandilomaları göstərmək olar. Xarici görkəminə görə vegetasiya gül kələmini xatırlada bilər (iti uclu kandiloma), bozuntul rəngdə, quru və palpasiyada möhkəm ola bilər (ziyillər), eroziyalaşa bilər (vegetasiya edən pemfiqusu).

Histoloji şəkil bəzən dermanın dərinliklərinə qədər uzanan epidermal çıxıntıların uzanması ilə müşayiət olunan akantozla xarakterizə olunur.

Vegetasiya edən pemfiqusda akantolitik hüceyrələr və çox miqdarda eozinofillər olan qovuqlar olur. Dərye xəstəliyində dermada bir və ya iki qat epitelial hüceyrələrlə örtülü olan, qovuqlara və ya lakunalara girən derma məməciklərinin uzanması və qalınlaşması qeyd olunur. Lakunalar iltihabi elementlərlə infiltrasiyalaşa və fibroz dəyişilmələrlə

müşahidə oluna bilər.

Elementlərin birincili və ikinciliyə bölünməsi hansısa səviyyədə şərti ola bilər. Məsələn, pigment ləkəsi birincili elementdir, əgər o papulanın əksinə sorulması nəticəsində əmələ gələrsə ikincili də ola bilər. İltihabi proseslərdə elementlər bir formadan digərinə keçə bilər. Məsələn, iltihabi proses nəticəsində damar ləkəsi infiltrasiyalaşmış papulaya çevrilə bilər. Kəskin iltihabi proseslərdə birincili əmələ gəlmiş damar ləkəsi və ya papula eksudasiya nəticəsində qovuqcuq və ya qovuğa çevrilir. Qabarcıq və qummanın əksinə inkişafı nəticəsində əvvəl xora əmələ gəlir, sonra isə çapıq formalaşır. Beləliklə, çapıq ikincili element olan xoraya münasibətdə üçüncülü element hesab oluna bilər. Ümumiyyətlə elementlərin birincili və ikincili morfoloji elementlərə bölünməsi prinsipə düzgündür.

Dəri xəstələrinin müayinəsi

Xəstənin anamnezi

Əvvəlcə mühümlüyündən asılı olaraq xəstənin şikayətlərini aydınlaşdırırlar. Hər şeydən əvvəl bu səpgiləri müşayiət edən müxtəlif subyektiv şikayətlər ola bilər: qaşınma, yanma, ağrı, keyləşmə, hissiyyatın azalması və ya çoxalması, anesteziya və s. Qaşınmanın intensivliyini analiz edərək atrofik dermatitdə, strofilyusda, övrədə, qoturluqda, göbələyəbənzər mikozda və digər dermatozlarda güclü, psoriazda, piodermiyalarda, mikozlarda, qırmızı yastı dəmrovda nisbətən az müşahidə olur. Xəstələr Dürinqin herpesşəkili dermatitində, kəmərləyici dəmrovda, pustulyoz psoriazda yanma, dərin piodermiyalarda, trofiki xoralarda, kəmərləyici dəmrovda ağrı, cüzam, sirinqomieliyada anesteziya və hiposteziya, sklerodermiyada dartınma hissiyyatı müşahidə edirlər. Dəri xəstəliklərində xəstələri tez-tez narahat edən ümumi pozuntular barəsində anamnestik məlumatlar yığırlar (iştahın itməsi, yuxusuzluq, əsəbilik, əmək qabiliyyətinin itməsi və s.).

Qeyd etmək lazımdır ki, xəstələr tərəfindən bildirilən subyektiv hissiyyatlara əsaslanmaq olmaz. Onların qiymətləndirilməsi və interpretasiyası xəstənin psixikasından, onun həssaslıq səviyyəsindən asılıdır. Xəstənin dərisində səpgilər həmişə qaçılmaz qaşınma ilə assosiasiya olunur, həqiqətdə isə qaşınma olmaya da bilər.

Xəstəliyin anamnezində dermatozun başlanması və müddəti, səbəbləri və təxribat faktorları bildirilməlidir. Dermatozun ilk əlamətləri, başlanan vaxt səpgilərin ilkin lokalizasiyası göstərilməlidir. Mütləq dəridə səpgilərin dinamikasını, yayılmasını, remissiyalarını, residivlərini, fəsilliyini, aparılan müalicələr və onların nəticələrini qeyd etmək lazımdır.

Bəzi xəstəliklər (fiksə olunmuş eritema, sadə qovuqcuqlu dəmrov və s.) residivlərə meyilli olduğu halda bəziləri (kəmərləyici dəmrov, irinli-infiltrativ trixofitiya) isə çox nadir hallarda residiv verirlər. Bu xəstəliklər barədə məlumatlar onların diaqnozlarının qoyulmasında əhəmiyyət kəsb edir. Xəstəliyin başladığı vaxt xəstənin yaşını müəyyənləşdirir ki, bu da diaqnostikaya kömək edir. Məsələn, dərinin vərəm xəstəlikləri uşaqlıqda, qırmızı qurdeşənək böyük yaşlarda başlayır. Bəzi hallarda xəstənin bu və ya digər yerlərdə daimi və ya müvəqqəti yaşamasının da rolu ola bilər (cüzam, leyşmanioz, flebotodermiya).

İşin xarakterinin (kimyəvi, fiziki, bakterial zərərlər), əsasən də dərinin peşə xəstəliklərində (dermatit, ekzema, donma, ziyilli vərəm, erizipeloid, dermatomikozların bəzi

formaları) aydınlaşdırmaq vacibdir.

Bəzi dəri xəstəlikləri müəyyən insan cinsini zədələyir. Məsələn, stafilocok sikozu, rinofima, düyüncüklü xondrodermatit, boyunun rombik dərisi demək olar ki, həmişə kişilərdə rast gəlinir, rozasea, böyüklərin xroniki trixofitiyası, Foks-Fordays xəstəliyi ən çox qadınlarda müşahidə olunur.

Xəstənin həyat anamnezi böyük əhəmiyyətə malikdir. Mütləq valideyinlərin sağlamlığı, ailənin xəstəlikləri (vərəm, sifilis, dəri və şiş xəstəlikləri) barədə məlumat toplamaq lazımdır. Perinatal dövrün xüsusiyyətləri və inkişafının yaş mərhələləri haqda məlumatlar mütləq bilinməlidir. Xəstədə dərmanlara, kimyəvi maddələrə, bəzi qida məhsullarına qarşı allergik reaksiyaları nəzərə almaq lazımdır.

Bəzi dermatozlarda xəstənin müxtəlif yaş dövrlərində fiziki aktivliyi və intellektual yüklənməsi və psixosomiyal gərginlikləri böyük rol oynayır.

Dərinin ümumi xarakteristikasına aşağıdakı məlumatlar aiddir:

- rəngi (qaralmış, qızarmış, sarımtıl çalarlı);
- dərinin dartılması və elastikliyi, toxuma turqoru;
- piy və tər ifrazatı (çoxalmış, azalmış, normal);
- dermoqrafizm (qırmızı, ağ, qarışıq) əmələ gəlmənin tezliyi, davam etməsi, yayılması;
- əzələ-tük refleksi;
- dərinin həssaslığı (ağrı, temperatur, taktil);
- dərialtı piy toxuması;
- limfatik düyünlər (böyüklük, hərəkətlilik, ağırlıq, dəri ilə birləşmə)
- selikli qişaların ümumi cəhətləri (gözlərin, göz qapaqlarının, dodaqların qırmızı haşiyəsinin, ağız və burun boşluğunun, xarici cinsiyyət orqanlarının və anusun), rəngi, zədələnməsi;
- tüklər, dırnaqlar, sümük və oynaqların vəziyyəti, əzələ sistemi;
- ürək qan-damar sistemi: ürək, damarlar, nəbz, arterial təzyiq;
- tənəffüs orqanları: yuxarı tənəffüs orqanları, ağ ciyərlər, rentgenoloji müayinənin cavabı;
- həzm sistemi: ağız boşluğu, dişlərin, damaq badamcıqlarının, mədənin, bağırsaqların, qara ciyərin, dalağın vəziyyəti;
- endokrin sistem: qalxanabənzer vəz (böyüməsi, ekzoftalm, əllərin tremoru), böyrəküstü vəzi (dərinin pigmentasiyası, zəiflik, yorğunluq, qanda şəkər), cinsiyyət vəziləri (ikincili cinsi əlamətlər, libido);
- sinir sistemi: oyanıqlıq, yaddaş, yuxu;
- refleksləri və tərlər (diz, axıl, yuxarı ətraf), bəbəkə Romberg simptomu;
- baş-beyin sinirləri (göstəriş olduqda), patoloji reflekslər;
- hissiyyət orqanları: görmə, eşitmə, iy bilmə, dad bilmə, toxunma.

Xəstəyə baxış

1) Dəri xəstəlikli xəstələrin müayinəsində bütün dəri örtüyünə baxış birinci və mühüm metoddur. Xəstəyə baxışı ya parlaq elektrik işığında və ya yayılmış gündüz işığında aparmaq lazımdır. Otaqda temperatur 22-23 °C olmalıdır, belə ki, aşağı temperatur damarlarda daralma (dəri solğunlaşır), nisbətən yüksək temperatur isə damarlarda genişlənmə

mə (hiperemiya) yaradır. Bu da dərinin həqiqi rəngini dəyişir. Bütün dəri örtüyünə baxış aparmaq lazımdır, bu vaxt xəstənin üzünə diqqət yetirmək lazımdır. Çünki üzdə emosiyalar, nevroloji vəziyyət (qıcıqlanma, əzab çəkmə, yorulma, etinadsızlıq) əks oluna bilər. Bu da bir çox dermatozlu xəstələrə xas olan xüsusiyyətdir. Bəzən dəriyə baxış zamanı lupadan istifadə etmək lazımdır (3-5 dəfədən çox olmayaraq böyütmə ilə). Bunun üçün alına geyinilən binokulyar lupa əlverişlidir. Dəriyə lupa köməyi ilə baxış zamanı qabıqların, qartmaqların, petexial və rozeolyoz səpgilərin xarakteri aydınlaşdırılır. Dərinin rənginə diqqət yetirirlər ki, bu da solğun, çəhrayı, qaralmış ola bilər. Sağlam adamlarda dəri yağlı pəriltisizdir, piy vəzilərinin axacaqları genişlənmiş olmur. Bəzi xəstəliklərdə dəri öz rəngini dəyişir. Durğunluq əlamətləri olduqda göyümtül, akrodermatiddə göyümtül-qonur, göbələybənzər mikozun başlanğıc dövründə qəhvəyi, sarılıq xəstəliyində sarı, ixtiozda, melanodermiyada bozumtul-qara, Adisson xəstəliyində bürünc rəngdə olur. Vegetativ sinir sisteminin funksiyalarının pozulması zamanı müşahidə olunan dermatozlarda dəri nəm, Benye qaşınmasında atopik dermatiddə, ixtiozda quru olur.

2) Palpasiya (əlləmə) - palpator olaraq dərinin elastikliyi və tonusunu təyin edirlər. Normada insanda dərinin tonus və elastikliyi ümumi dəri örtüyünün müxtəlif yerlərində eyni olmur. Dərinin yaşla əlaqədar dəyişmələrini nəzərə alırlar: qoca və yaşlı adamlarda turqor və elastiklik azalır. Palpator olaraq dəri temperaturunun qalxması və aşağı düşməsinə (qızılyel iltihabı, dərin stafilodermiya, eritrodermiya, Reyno xəstəliyi, sklerodermiya); elementin yerləşdiyi qatı (epidermis, derma, dərialtı əsas), ölçülərini, formalarını, konsistensiyasını, ətraf toxumalarla birləşib birləşməməyini, ağırlı olub olmamağını təyin etmək olar. Şişkinlik olduqda onun intensivliyini, flyuktasiyanın olmasını, ağırların olub olmamasını təyin edirlər.

3) Qaşım (qrattaj) - əşya şüşəsi və ya küt skalpellə aparılır. Qaşım metodu dərinin qabıqlanmasını aşkar etməyə, onun xarakterini təyin etməyə (unabənzər, kəpəklənən, xırda lövhəli, iri lövhəli), qabıqların dəri səthinə möhkəm və ya boş yapışmasını təyin etməyə imkan verir. Bu metod psoriazda (fenomenlərin üçlüyü), rəngbərəng dəmrovda, parapsoriazda istifadə olunur. Dırnaqla qaşımağa icazə verilmir, belə ki, yoluxma halları baş verə bilər (dermatomikoz, papulyoz sifilid və s.).

4) Diaskopiya (vitropressiya) - dərinin zədələnmiş sahəsinə əşya şüşəsi və ya xüsusi alətlə-diaskopla (şəffaf plastmas lövhə) təzyiq etməkdir. Bu metod vasitəsilə elementin xarakteri (damar, piqment) təyin edirlər. Damar ləkəsinə təzyiq etdikdə solğunlaşır və itir, hemorragik və piqment ləkələri isə itmir. Bu metod vərəm qurdeşənəyinin diaqnostikasına köməklik göstərir ("alma jelesi" fenomeni)

Dermatoloji status

Səpgilərin ümumi xarakteristikası

- Səpgilərin yayılması-məhdud, yayılmış, disseminə olunmuş, universal
- Səpgi elementlərinin yerləşmələrinin topoqrafik xüsusiyyətləri (sevimli lokalizasiya). Məsələn, psoriazda - ətrafların açıcı səthləri, ayaqların epidermofitiyasında ayaq pəncəsinin üçüncü və dördüncü barmaqarası büküşlər, qırmızı qurdeşənəyində - üz, atopik dermatiddə - dizaltı və dirsək oynaqının bükücü səthləri, boyunun arxa və yan sahələri.
- Səpgilərin simmetrikliliyi (həqiqi ekzema, atopik dermatit, psoriaz) və ya asim-

metrikliyi (dermatomikoz, mikrob ekzeması, üzükvari və ya dairəvi qranulyoma, kontakt dermatit); sinir və damar şaxələri boyunca yerləşmələri (kəmərləyici dəmrov, xəttvari nevus, xəttvari qırmızı yastı dəmrov).

- Birincili (ləkə, papula, qabarcıq, düyün, köpüşük, qovuqucuq, qovuq, irincik, şiş) və ikincili (piqment ləkələri, qabıq, qartmaq, eroziya, ekskoriyasiya, çat, xora, çapıq, lixenifikasiya, vegetasiya) elementlər.

- Monomorf və polimorf səpgilər. Monomorf hər hansı birincili elementdən təşkil olunmuş səpgidir (psoriazda papulalar, vərəm qurdeşənəyində qabarcıqlar, vulqar pemfiquşda qovuqlar). Polimorf bir neçə birincili elementdən təşkil olunmuş səpgidir (ekzemada, çoxformalı eksudativ eritemada, Dürinq dermatitində - ləkə, papula, qovuqlar, qovuqucuqlar, köpüşük).

- Subyektiv əlamətlər - qaşınma, yanma, ağrı, dəridə dartınma hissiyyatı.

Birincili elementlərin xarakteristikası

İltihabi prosesin xarakteri: kəskin, yarımkəskin, xroniki olur. Kəskin iltihabi prosesdə eksudasiya, qeyri-iltihabi prosesdə proliferasiya müşahidə olunur.

İltihabi prosesin rəngi müxtəlif çalarlı olur. Qırmızı yastı dəmrov üçün bənövşəyi-göyümtül rəng, çoxformalı eksudativ eritema üçün göyümtül rəng, eritrazma üçün kərpici-qırmızı rəng, vərəm qurdeşənəyi üçün sarımtıl-qəhvəyi rəng xarakterikdir.

Ölçülər - sancaq başı və ya darı dənəsi ölçüsündə olan elementlər miliar, mərci və ya noxud ölçüsündə olan elementlər lentikulyar, 2-5 qəpiklik ölçüsündə olan elementlər numulyar adlanırlar. Elementlər bir-biri ilə birləşdikdə yetkin insanın ovuc içi və ya daha böyük ölçülü lövhələr əmələ gətirir.

Kənarların şəkli : düzgün, qeyri-düzgün, oval, dairəvi, xəttvari, poliqonal, festonvari, küncvari olur.

Sərhədləri : kəskin, qeyri-kəskin, aydm, silinmiş olur. Kəskin sərhəd - ən çox xroniki iltihabi proseslərdə (sifilis, qırmızı yastı dəmrov, psoriaz) , qeyri-kəskin sərhəd - kəskin iltihabi proseslərdə (ekzema) müşahidə olunur.

Səthi: kələ-kötür, qabarcıqlı, hamar, parlaq, parıltısız, dənəli olur.

Forma: yastı (psoriaz), yarımkürə şəklində (lentikulyar sifilid), konusabənzər (miliar sifilid), basıqlı yastı (qırmızı yastı dəmrov) və ya çökmüş yastı (eksudativ eritema) olur.

Konsistensiya: ağacabənzər (aktinomikozda), bərk (onkodermatozlarda), bərk-elastik (sifilisdə), bərkvari (psoriazda, qırmızı yastı dəmrovda), xəmirəbənzər (lipomalarda), yumşaq (dəri vərəmində) olur.

Zədələnmənin dərinliyi: elementlər epidermal, epidermo-dermal, dermal, subdermal ola bilirlər.

Follikullara münasibət: elementlər follikulyar (adi follikulit, sikoz, furunkul), qeyri-follikulyar (tük follikulları ilə birləşməyən) olur.

Bir çox dermatozlar diaqnozun əsaslanmasında böyük rol oynayan spesifik əlamətlərə (fenomenlər və simptomlar) malikdirlər.

Laborator və xüsusi müayinə metodları

I. Patomorfologiya (ışıq mikroskopiyası : patoloji prosesin lokalizasiya və xarakteri, hüceyrələrin tipi, immunflyuoreessensiya, elektron mikroskopik və digər müayinələr).

Diaqnozu başqa metodlarla təsdiqləmək mümkün olmadığı hallarda histoloji müayinə tətbiq olunur. Bəzi diaqnozlarda (dəri şişləri, Dərye xəstəliyi, limfomalar, sarkoidoz, dərin mikozlar) biopsiya olunmuş materialın patohistoloji müayinəsi həlledici olur. Histoloji müayinə hər şeydən əvvəl klinik diaqnozu təsdiqləyir, yəni patomorfoloji dəyişikliklərə əsasən təxmin olunan diaqnoz dəqiqləşdirilir. Bəzi hallarda aparılan müalicənin effektivliyini yoxlamaq üçün biopsiya aparılır.

II. Dəri qabıqlarının, qartmağın, eksudatın, biopsiya olunmuş materialın, saçların, dırnaqların mikrobioloji müayinələri.

1. Yaxma - izlərin akantolitik hüceyrələrə görə müayinəsi.

2. Zədə ocağından götürülmüş sıyrıntının mikroskopiyası:

- Göbələklər : 10%-li KOH məhlulu ilə işlənmiş preparat.

- Bakteriyalar: Qram üsulu ilə boyanmış yaxma.

- Viruslar : Tsank sınağı (vezikulanın dibindən yaxma).

- Spiroxetalar : qaranlıq görmə sahəsində mikroskopiya.

- Parazitlər : qoturluq yolundan götürülmüş sıyrıntıda qoturluq gənəsinin tapılması; Demodex folliculorum gənəsinə görə müayinə.

3. Bakteriyaların, göbələklərin, qamçılıqların aşkara çıxarılması üçün qidalı mühitdə əkilməsi. Qranulyoma çox olduqda əkmə üçün xırdalanmış biopsiya materialı istifadə olunur.

4. Hüceyrə kulturalannda virusların aşkarlanması.

III. Qanın müayinəsi:

- Qanın əkilməsi.

- Seroloji reaksiyalar : sifilisə görə seçmə reaksiyalar; antinuklear antitellər.

- Qanın ümumi analizi: hematokrit, hemoqlobin, formah elementlər, leykositlər formula.

- Qanın biokimyəvi analizi : ac qarınına plazmanın qlükozası, qanın sidik cövhərinin azotu, zərdab kreatini, qara ciyər funksiyalarının biokimyəvi göstəriciləri.

- Qalxanabənzər vəzin funksiyalarının müayinəsi.

IV. Luminescent diaqnostika (Vud lampası altında baxış) :

- Dəri (in vivo), eritrazma (al qırmızı işıqlanma), hipopigmentləşmiş ləkə (daha tünd olurlar), dermada melaninin çökməsi nəticəsində əmələ gələn göy hiperpigmentli ləkə (rəng dəyişmir).

- Tüklər (in vivo): başın tüklü hissəsinin dermatofitiyası zamanı tüklərin yaşıl işıqlanması.

- Sidik : gecikmiş dəri porfiriyasında narıncı qırmızı rəng (1 ml sidiyə 5 % duz turşusu əlavə edirlər).

V. İti uclu kandilomaları aşkara çıxarmaq üçün sirkə turşusu ilə sınaq - 5 %-li sirkə turşusu sürtüldükdən sonra xırda ağ papulaların meydana çıxması.

VI. Applikasion, parça sınaqları (allergik sınaqlar).

VII. Şüa diaqnostikası : rentgenoqrafiya, ultrasəs müayinəsi, kompyuter tomoqrafiyası, maqnit -rezonans tomoqrafiyası (göstərişlərə görə).

VI FƏSİL. DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏSİNİN ÜMUMİ PRİNSİPLƏRİ

Çoxsaylı dəri xəstəliklərini şərti olaraq aşağıdakı əsas qruplara bölmək olar:

1. Etiologiyası məlum olan (piodermiyalar, dəri vərəmi, cüzam, leyşmanioz, qoturluq, virus xəstəlikləri və s.) və məlum kimyəvi, fiziki, bioloji amillər tərəfindən törədilən dermatozlar.

2. Patogenezi kifayət qədər aydın olmayan dermatozlar (psoriaz, qırmızı yastı dәмrov, autoimmun dermatozlar, allerqodermatozlar, dərinin yeni törəmələri, T-hüceyrəli limfomalar və s.).

3. İrsiyyətdən asılı olan dəri xəstəlikləri (genodermatozlar).

Dermatozların əksəriyyətində ümumi və yerli terapiya aparılır. Dermatozların terapiyası üçün vasitə və üsulların seçimi onların etiologiya və patogenezinə əsaslanır. Səbəbi məlum dəri patologiyalarında etiotrop terapiya təyin olunur. Patogenetik terapiya inkişaf mexanizminin və patoloji prosesin gedişinin korreksiyasına yönəldilmiş, orqan və sistem tərəfdən dəri xəstəliyinin əlaqədar olması aşkar edilmiş pozuntulara istiqamətləndirilmişdir. Dermatozların müalicəsi zamanı yerli terapiyaya üstünlük verilərək, məhdud yayılmış prosesi aradan qaldırır, pasiyentin psixo-emosional halını yaxşılaşdırır, orqanizmin ümumi vəziyyətinə müsbət təsir göstərir.

Hazırda dermatozların simptomatik müalicəsinə, etoloji və patogenetik müalicəyə nisbətən az yer ayrılır.

İnfeksiyon dermatozlar bioloji amillər – bakteriyalar, göbələklər, viruslar, heyvan-parazitlər (qoturluq gənəsi, bit, birə) və bəzi sürfələr tərəfindən törədilir. Bu qrup dermatozlar həm klinik təzahürlərə, həm də kontagiozluq dərəcəsinə görə müxtəlifdir, bu da bir sıra səbəblərlə izah edilir: törədicinin xarakteri və onun patogen xassəsi, mikroorqanizmlərin immunbioloji reaktivliyi, xəstənin sanitariya-gigiyenik və sosial həyat şəraiti.

İnfeksiyon dermatozların müalicəsi üçün xəstəliyin törədicisinə məqsədyönlü təsir göstərən spesifik preparatlar işlənmiş və tətbiq edilmişdir. Lakin bir spesifik preparatın monoterapiya şəklində təyin edilməsi məhdud sayda dermatozlarda effektiv ola bilər – məsələn, piokokk impetiqosu zamanı, səthi dermatofitiazlarda, qoturluqda, leyşmaniozda və s. Qeyd etmək lazımdır ki, bir çox infeksiyon dermatozlarda (cüzam, piodermiyanın xroniki residivləşən forması, dermatomikozlar, herpes, piodermiyanın və mikozların dərin forması, dəri vərəmi və s.) təkə bir etiotrop preparat arzu olunan effekti vermir. Bu, dermatozların

patogenetik göstəricilərinə məqsədyönlü təsir edən preparatların qoşulmasının zəruriliyi ilə əlaqədardır. Patogenetik vasitələr inkişaf edən, bilavasitə infeksiyon amillər tərəfindən törənən, eləcə də, daxili orqan və sistemlərin funksiyasını yaxşılaşdıran (immuntrop, neyrotrop, vitamin, damar vasitələri və s.) bu və ya digər patoloji dəyişikliklərin korreksiyası üçün tətbiq edilir. Bundan başqa son illər bir sıra hallarda mikroorqanizmlərin etiotrop preparatlara qarşı davamlılıq fenomenini müşahidə edilir ki, bu da onların əvəz edilmələrini və ya növbələşdirilməsini tələb edir. Məlumdur ki, yanaşı gedən müxtəlif xəstəliklər, xüsusən mədə-bağırsaq traktı, qara ciyər, mədəaltı vəzi tərəfindən dərman preparatlarının terapevtik effekti nəzərə çarpacaq dərəcədə azalaraq, sorulması və paylanması bir qədər pozulur.

Həkim müalicə təyin edərkən, xəstənin mərkəzi sinir sistemində, endokrin orqanların hemostazının saxlanması üçün tənzimləyici rol oynayan orqanizmin sağlamlığını mütləq nəzərə almalıdır. Pasiyentin cinsi və yaşı, anamnestic göstəriciləri, əvvəllər aparılmış terapiya, dərman maddələrinin orqanizmə təsiri, dermatozun mərhələ və yayılması hesaba alınmaqla, müalicə fərdi olmalıdır.

Dermatozlu xəstələrdə müalicənin effektivliyi çox vaxt həkimin etik qaydada qarşılıqlı əlaqəsindən asılıdır. Həkimin nüfuzu hər şeydən əvvəl onun xəstəyə səriştəli və humanist münasibətilə təmin olunur. Pasiyentə fərdi psixoterapevtik yanaşma farmakoterapiyanın müsbət nəticə verməsinə xeyli kömək edir.

Hazırda dəri xəstəliklərinin ümumi terapiyası üçün külli miqdarda farmakoloji vasitələrdən və fizioterapiya metodlarından istifadə edilir (cədvəl 6.1.). Dermatozlu xəstələrin müalicəsi zamanı sedativ, hiposensibilizəedici, hormonal, immun – kimyaterapiya, antibiotiklər, fiziki və kurort faktorları və s. çox asanlıqla tətbiq olunur.

Son illər müxtəlif dermatozların terapiyasında müəyyən müvəffəqiyyətlər əldə edilmişdir. Yeni dərman preparatlarının işlənilib hazırlanması və tətbiq edilməsi (immunomodulyatorlar, aromatik retinoidlər, siklosporin) psoriazlı, atopik dermatitli, piodermiyalı, sızanaqlı səpgisi olan, qırmızı yastı dəmrovlu, çoxformalı ekssudativ eritemalı, ayrı-ayrı genodermatozlu xəstələrin müalicəsinin keyfiyyətini artırmağa imkan verir.

Dermatoloqun arsenalı dermatofitiyalı, onixomikozlu, trixomikozlu, kandidozlu xəstələrin müalicə müddətini azaldan və effektivliyi artıran yeni göbələk əleyhinə preparatlarla (lamizil, orunqal, diflyukan, nizoral) zəngin olmalıdır.

Herpetik infeksiyanın residivlərinin qarşısını almaq üçün asiklovir (zoviraks, viroleks, siklovir), qansiklovir, foskarnet, panavir və s. preparatlar tətbiq olunur. PUVA-terapiya metodunun işlənilib hazırlanması və onun retinoidlərlə, essensiale ilə kombinasiyası nəticəsində psoriazlı, atopik dermatitli, dərinin T-hüceyrə limfoması olan xəstələrin müalicə perspektivi xeyli yaxşılaşmışdır.

Dermatozların müalicəsi zamanı pasiyentlərin qanının ultrabənövşəyi və lazer şüaları ilə şüalandırılmasından daha çox tətbiq olunur.

Eritrodermiyalarda, pustulyoz və artropatik psoriazda, pemfiquşda, toksikodermiyalarda, övrənin və atopik dermatitin ağır formalarında detoksikasiyanın (hemisorbsiya), plazmaferezin sorbsion metodu, eləcə də enterosorbentin peroral qəbulu tətbiq edilir.

Qaşınan dermatozların terapiyasında ultrasəs, lazer, QDT (qısa dalğalı tezlikli) şüalanmanın köməyi ilə reflektor terapiya metodu tətbiq edilir.

Piodermiyanın xoralı və dərin formalarının terapiyası üçün geniş aktiv spektrli yeni nəsil antibiotiklər yaradılmışdır (netromisin, amikasin, tienam, meronem, zinnat və s.).

Dərinin melanoma və limfomasının müalicəsi üçün monoklonal anti cisimləri, interlekin-2, intron A və leykinferonun istifadə edilməsinə başlanılmışdır.

Xroniki dermatozlu xəstələrin müalicə və reabilitasiyasında balneoterapiya (fito əlavələrlə, duz ekstraktları ilə, torf oksidatı və s. ilə vannalar) aparılması mühüm yer tutur.

**DERMATOLOGİYADA TƏTBİQ EDİLƏN
PREPARATLAR VƏ FİZİOTERAPİYA METODLARI**

Cədvəl 6.1.

Preperatlar və metodlar	Göstəricilər
İltihab əleyhinə və hiposensibilizəedici preparatlar	
Kalsium preparatları (xlorid, qlükonat, kalsium pantotenat və s.) damarların keçiriciliyini azaldır, böyrəküstü vəzinin adrenalın ifrazının artırır, vena daxili yeridildikdə (10%-li kalsium xlorid 5-10 ml) bəzi hemostatik təsir göstərir	Allerqodermatozlar, psoriaz, qırmızı yastı dәмrovun kәskin mәрhәlәsi
Natrium tiosulfat – antitoksik, iltihab əleyhinə və desensibilizəedici təsir göstərir. Vena daxilinə 30%-li məhlulu 5-10 ml yeridilir və daxilə 10%-li sulu məhlulu 2-3 q qəbul edilir	Neyrodermit, psoriaz, ekzema, toksidermiyalar, eritrodermiyalar, övrə
Qeyri-steroidli iltihab əleyhinə preparatlar (ibuprofen, naprossin və s.) – prostaqlandinlərin sintezini zəiflədir	Psoriatik artropatiya
Antihistamin preparatlar (dimedrol, tavegil, fenkarol, peritol, klaritin və s.) – H1-reseptorların blokatoruna aiddir	Allerqodermatozlar, psoriaz, toksikodermiyalar, eritrodermiyalar, flebotodermiyalar
Alfa-adrenoblokatorlar (pirroksan, prazosin və s.) – orqanizmin periferik və mərkəzi adrenoreaktiv sisteminə təsir edir, dərinin psixi gərginliyini, qaşınmasını azaldır	Akrosianoz, Reyno sindromu, sklerodermiya, keçəllik, diffuz neyrodermit, xroniki övrə, psoriaz, psoriatik eritrodermiya, qırmızı yastı dәмrov
Sedativ preparatlar və trankvilizatorlar (maqniyum sulfat, bromidlər, damotu və pişikotu tinkruru, diazepam, bellataminal, belloid, fenobarbital, amizil, rezepin, raunatin) – psixoterapevtin tövsiyəsinə uyğun təyin edilir	Psoriaz, qırmızı yastı dәмrov, allerqodermatozlar, neyrodermatozlar

Immunkorreksiyaedici preparatlar	
<p>İmmunostimulyatorlar – levamizol, timalin, taktivin, natrium nukleinat, prodigiozan, pirogenal, splenin, plasenta ekstraktı, mielopid, ribomunil</p> <p>İmmunodepressantlar – sitostatiklər (metotreksat, azatioprin, merkaptopurin, prospidin və s.), siklosporin A (sandimmun-neoral), geparin. Sitostatiklər az dozada kortikosteroidlər, vitaminlər, immunostimulyatorlarla kombinasiyada orqanizm tərəfindən daha yaxşı qəbul edilir</p> <p>Əvəzədən immunkorreksiyaedici terapiya - leykositar interferon, antistafilokokk plazma, leykositar kütlə, qamma-qlobulin və s.</p> <p>Spesifik immunoterapiya vasitələri – stafilocokk antifagin və anatoksin, antistafilokokk qamma-qlobulin, antistafilokokk plazma, stafilocokk bakteriofaq, streptokokk və stafilocokk vaksini</p> <p>Adaptogenlər – dibazol, jənşen və limonnik ekstraktı, kalium orotat və s.</p>	<p>Xroniki, residivləşən və aüir dermatozlar</p> <p>Qırmızı qurdeşənəyi (kəskin, yarımkəskin), akantolitik pemfiqus, psoriazin aüir formaları, eritrodermiya, xərcəngönü və onkodermatozlar</p> <p>Herpeslər, Kapoşi ekzeması, psoriazin aüir forması, neyrodermitlər, xroniki xoralı piodermiya</p> <p>Xroniki follikulitlər, vulqar sızanaqlar, furunkulyoz, residivləşən hidradenit, qızılyel iltihabı, yenidöulmuşların endemik pemfiqusu, mikrob ekzeması, residivləşən ektima</p> <p>Xroniki dermatozlar, herpeslər</p>
Hormonal vasitələr	
<p>Qalxanabənzər vəzinin preparatları (tireoidin, triyodtironin, L-tiroksin)</p> <p>Qlükokortikosteroidlərin sintetik analoqları (deksametazon, triamsinalon, kenaloq, diprospan və s.) – kalsium, kalium preparatları, C, A, E vitaminləri, immunstimulyatorlar ilə yanaşı, xörək duzunun, yaüların, karbohidratların məhdudlaşdırılır</p> <p>Anaboliklər (retabolil, nerobolil, nerobol və s.)</p>	<p>Miksedematoz statuslu psoriaz, sklerodermiya, ixtioz, neyrodermit, ekzema, sızanaq xəstəlikləri, eritrodermiya müşayiət olunan xəstəliklər zamanı istifadə olunur</p> <p>Akantolitik pemfiqus, Dyuringq dermatozu, eritrodermiyalar, artropatik psoriaz, neyrodermitin diffuz forması və ekzema</p> <p>Akantolitik pemfiqus və s.kaxeksiyanın inkişafı əlaməti olan dermatozlar</p>

Antibiotik terapiyası	
<p>Penisillin və onun törəmələri: benzilpenisillin, fenoksimetilpenisillin, benzatinpenisillin, bisillinlər, oksasillin, ampisillin, amoksisillin, karbenisillin və s.</p> <p>Tetrasiklinlər: tetrasiklin, metasiklin, doksisiklin</p> <p>Makrolidlər: eritromisin, oletetrin, azitromisin (sumamed), roksitromisin (rulid), midekamisin (makropen) və s.</p> <p>Sefalosporinlər: sefazolin, sefaleksim (birinci nəsil), sefuroksim, sefaklor (ikinci nəsil), sefotaksim, seftazidim (üçüncü nəsil), sefelim (dördüncü nəsil) və s.</p> <p>Flüorxinolinlər: siprofloksasin (siprobay, kvintor), ofloksasin (tarivid), pefloksasin (abaktal), lomefloksasin (maksakvin) və s.</p> <p>Aminoqlikozidlər: netilmisin, amikasin, gentamisin, tobramisin</p> <p>Karbapenemlər: tienam, meronem</p> <p>Monobaktamlar: aztreonam</p> <p>Linkozamidlər: linkomisin, klindamisin Qlikopeptidlər: vankomisin, ristosetin</p> <p>Kombinə olunmuş antibiotiklər: amoksisillin / klavulanat, kotrimoksazol</p> <p>Müxtəlif qrup antibiotiklər: natrium-fuzidin, xloramfenikol, rifampisin</p> <p>Göbələkəleyhinə antibiotiklər: nistatin, levorin, flukonazol (diflukan), qrizefulvin, kanesten, ketokonazol (nizoral), itrakonazol (orunqal), terbinafin (lamizil)</p>	<p>Piodermiyalar, sızanaqlar, erizipeloid, virus dermatozları (tetrasiklinlər), etiologiyası aydın olmayan dermatozlar (sklerodermiya, qırmızı yastı dəmrov, çəhrayı dəmrov, çoxformalı eritema və bəzi xəstəliklər)</p> <p>Kandidozlar, onixomikozlar, trixomikozlar, hamar dərinin yayılmış mikozu</p>

Kimyaterapiya vasitələri	
Sulfanilamid preparatları (biseptol, sulfadimetoksin, kotrimoksazol və s.)	Piodermiyalar
Sulfon preparatları (diusifon, avlosulfon, sulfaton və s.)	Cüzam, Dyuringq dermatozu, neyrodermit, psoriaz, sklerodermiya, xroniki piodermiyalar
Malyariya əleyhinə preparatlar (rezoxin, plakvenil, xloroxin, delagil)	Qırmızı qurdeşənəyi, fotodermatozlar, porfirin xəstəliyi
QİNK törəmələri (ftivazid, izoniazid, salyuzid və s.), rifampisin, dihidrostreptomisin	Diri vərəmi
Metronidazol, tinidazol, metrogil	Demodekoz, rozasea, peroral dermatit, seboeidlər, vulqar sızanaqlar
Sistem terapiyanın vasitələri və herpetik infeksiyanın profilaktikası	
Anomal nukleotidlər: asiklovir (viroleks, zoviraks), valasiklovir (valtreks), famsiklovir (pensiklovir), qansiklovir, vidarabin, sitarabin, ribavirin, idoksiuridin, triflüorimitidin, foskarnet	Sadə herpes <ul style="list-style-type: none"> • ümumi təzahürlərlə birincili • fəsadlı • disseminə olunmuş • residivləşən
Bitki mənşəli preparatlar (panavir)	Residivləşən herpes <ul style="list-style-type: none"> • kəmərləyici dəmrov • insan papiloması virusu
Spesifik qamma- və immunoqlobulinlər: insan immunoqlobulini, sitotek, intraqlobulin, pentaqlobulin, vezikbulin	Genital herpes <ul style="list-style-type: none"> • birinci hücum
İnterferonlar və onların induktorları: leykositar insan interferonu, reafeon, larifan, ridostin, sikloferon, leykinferon, roferon-A, intron A, vellferon, kamedon, kaqosel, vitamedin	<ul style="list-style-type: none"> • fəsadlı • residivləşən Kəmərləyici dəmrov
Herpetik vaksinlər: canlı, inaktiv, rekombinant	Residivləşən I və II tip herpes

Detoksikasiya metodları	
<p>Peroral enterosorbentlər (aktiv kömür, polifepan, belosorb, enterogel və s.)</p> <p>Hemosorbsiya, plazmaferez. PUVA-terapiya, kortikosteroidlər, retinoidlərlə birlikdə aparıldıqda metodun effektivliyi artır</p> <p>Qanəvəzedicilər (hemodez, poliqlükin və s.), natrium xloridin izotonik məhlulu, 5%-li qlükoza məhlulu təkrar olunan vena daxili damcı üsulu ilə yeridilir</p>	<p>Alleqidermatozlar, psoriaz</p> <p>Stivens-Conson və Layell sindromları daxil edilməklə Aüir dermatozlar, kəskin qırmızı qurdeşənəyi, akantolitik pemfigus, toksidermiyalar, artropatik psoriaz, psoriazin və neyrodermitin aüir diffuz forması, övrə</p> <p>Psoriaz, xroniki yayılmış dermatozlar</p>
Metabolik terapiya vasitələri	
<p>B, A, E, C, D qrup vitaminləri, fol və nikotin turşuları, kokarboksilaza, piri-doksalfosfat, rutin, F vitamini, essenciale. Farmakodinamik rezerv vasitəsi kimi müalicə və profilaktika məqsədi ilə istifadə olunur</p> <p>Aromatik retinoidlər (etretinat, izotretinoin, asitretin, roakkutan)</p> <p>Sink və mis preparatları (sinkteral, sıqapan, vitus M, teravit, qravitus, kvadevit və s.)</p>	<p>Psoriaz, qırmızı yastı dəmrov, diffuz neyrodermit və bəzi başqa dermatozlar. Vitamin D dəri vərəminin kompleks terapiyasında tətbiq olunur</p> <p>Psoriazin aüir forması, eritrodermiya, pustulyoz psoriaz, ixtioz, keratodermiyalar, kistoz sızanaqlılar</p> <p>Saç tökülməsi, hipotrioxozlar, vitiliqoda təyin edilir</p>
Fizioterapevtik metodlar	
<p>Dərman maddələrinin elektroforez (kalsium xlorid, maqniyum sulfat, lidaza, novokain, bromidlər, ixtiol, dimeksid)</p> <p>Diadinamoterapiya (Bernar cərəyanları)</p> <p>Diatermokoaqulyasiya</p>	<p>Allerqodermatozlar, keçəllik, keloid çapıqlar, sklerodermiyalar, kəmərləyici dəmrov, ocaqlı neyrodermit, qırmızı yastı dəmrovun məhdud forması</p> <p>Ekzema, psoriaz, neyrodermit, qırmızı yastı və kəmərləyici dəmrov</p> <p>Ziyillər, papilomalar, damar nevusları, te-leangiektaziyalar, keloidlər</p>

Refleksoterapiya – bioloji aktiv nöqtələrə qarşılıqlı təsir (elektro-, fono-, KDT-punktura, iynərefleksoterapiya)	Ekzema, neyrodermit, kəmərləyici dəmrov
Amplipuls – terapiya	Sklerodermiya, məhdud neyrodermit, kəmərləyici dəmrov
Darsonvalizasiya (qüülcim. boşalması)	Tüklərin tökülməsi, sızanaq xəstəliyi, xroniki ekzema, qırmızı yastı dəmrov, psoriasis, neyrodermit lövhəcikləri, sklerodermiya, keloidlər
Böyrəküstü vəzi nahiyəsinə induktoterapiya	Ekzema, qırmızı yastı dəmrov, neyrodermit, psoriasis
Ultrayüksək tezlikli cərəyan (UYT)	Furunkullar, hidradenit, vaskulitlər, trofik xoralar
Ultrasəs terapiyası (yerli təsir)	Hidradenit, məhdud neyrodermit, sklerodermiya, furunkullar
Ultrasəs terapiyası (seqmentar təsir)	Xroniki övrə, universal dəri qaşınması, diffuz neyrodermit, sklerodermiya
Ultrafonoforez (kortikosteroidlər, vitamin A və s.)	Məhdud neyrodermit, xroniki ekzema ocaqları, psoriasis, sklerodermiyalar
Fototerapiya	
Ultrabənövşəyi ortadalüalı ümumi şüalanma (275-320 nm)	Furunkulyoz, streptodermiyalar, psoriasis, diffuz neyrodermit, seboreya və mikrob ekzeması
Qanın ultrabənövşəyi şüalanması	Psoriasis, diffuz neyrodermit, ekzemalar, piodermidlər
PUVA-terapiya. Fotosensibilizator (puvalen) və uzundalüalı ultrabənövşəyi şüalanmanın təsirini uyğunlaşdırır. PUVA-terapiyanın seanslarının retinoidlər, essenciale, kortikosteroidlər, sitostatiklər, immunotrop vasitələr, hemosorbsiya, plazmaferez tətbiq edilməklə kombinə olunur.	Psoriazin aür formaları, atopik dermatitin, neyrodermitin, sızanaq xəstəliyinin ekzeması. Göbələkvari mikoza, ixtiozlar

<p>Bu da müalicənin effektini artırmağa və əlavə təsirlərin effektini azaltmağa imkan verir</p> <p>Bukkinin sərhəd şüaları (rentgen şüalarına nisbətən daha səthi təsir edir)</p> <p>Krioterapiya (buzlu karbon turşusunun soyuğu ilə, xüsusi aparat vasitəsilə krioterapiya ilə müalicə) Furunkulyoz, streptodermiyalar, psoriaz, diffuz neyrodermit, seboreya və mikrob ekzeması</p>	<p>Birləşən və qalxan sızanaqlar, ekzemanın, neyrodermitin tez-tez residiv verən xroniki formaları, keloidlər, keratodermiyalar</p> <p>Papillomalar, ziyillər, nevuslar, keratomalar, angiomalar, qırmızı qurdeşənəyi ocaqları, halqavari qranulema, vulqar sızanaqlar, psoriaz və neyrodermitin ocaqları, düyünlü qaşınma, keloidlər</p>
<p>Peloid terapiyası (palçıq terapiyası)</p>	
<p>Torfun palçıq applikasiyası, torfun suda həll olan məhsulları – torf oksidat, spropel, liman palçıqları</p> <p>Naftalan nefti (ağır neft fraksiyası təşkil edir-naften turşuları)</p> <p>Ozokerit (neft mənşəli mümaoxşar məhsul)</p> <p>Kurort müalicəsi – hava vannaları (aeroterapiya), helioterapiya, dəniz çimmələri (talassoterapiya), vanna üçün mineral sular (sulfidli, radon, yodbrom, azot termləri, natrium xloridli, rap və s.) daxil edilir</p>	<p>Neyrodermit, psoriaz, keçəllik, qırmızı yastı dəmrov, qaşınma, keloidlər, sızanaq səpgiləri, trofik xoralar, mikrob ekzeması, yarımkəskin dermatitlər</p> <p>Psoriaz, ekzema, kəskin mərhələdə olmayan neyrodermit</p> <p>Psoriaz, neyrodermit, ekzema, qırmızı yastı dəmrov (məhdud formaları)</p> <p>Xroniki dermatozlu xəstələrin reabilitasiyası</p>

DERMATOZLARIN YERLİ (xarici) FARMAKOTERAPİYASI

Dəri səpgilərinin yaranmasının ekzogen və endogen səbəblərinin və təkanverici faktorlarının müxtəlifliyi onların polimorfizmini şərtləndirir.

Şübhə doğurmur ki, dermatozların yaranma səbəblərinin müəyyənləşdirilməsi, müasir terapevtik vasitələrin tətbiqi ilə yanaşı, səmərəli yerli müalicənin dəri təzahürlərinin yox edilməsində və pasiyentin psixoemosional vəziyyətinin yaxşılaşdırılmasında rolu böyükdür.

Dəri əlçatan orqandır və xəstənin bədəninin müxtəlif sahələrinə təsir etmək imkanını verir. Bu zaman bəzi dərman vasitələrinin ümumrezorbtiv təsiri və əlavə təsirinə meydana çıxması da nəzərə alınmalıdır. Bununla əlaqədar olaraq pasiyent üçün yeni olan dərman vasitəsi təyin edildikdə əvvəlcə sınaq müalicəsi aparılmalıdır.

Dermatozların yerli müalicəsi zamanı müxtəlif dərman vasitələrindən və onların tətbiq üsullarından istifadə etmək olar ki bu zaman da iltihabi reaksiyanın kəskinliyi, dəri zədələnməsinin dərəcəsi, dərinliyi və yayılması nəzərə alınmalıdır. Dərman vasitələri orqanizmə absorbsiya yolu ilə keratin təbəqəsindən, qismən tük follikulları və piy vəzilərindən suda və yağda həll olmuş şəkildə daxil olurlar.

Keratin qatının zədələnmələri zamanı (ekzema, dermatitlər və s.) dərman vasitələri daha aktiv sorula və intoksikasiya, allergik reaksiyalara yol açabilir.

Dərman formasının seçimi (nəm applikasiyalar, kremlər, məlhəmlər) təkcə dərman maddəsindən yox, həm də konkret patologiyadan və onun etiopatogenezindən asılı olaraq müəyyən olunur.

Rasional farmakoterapiya vasitəsilə dəri təzahürləri və subyektiv hissiyatın yox edilməsi (qaşınma, ağrılılıq, yuxu pozğunluğu) pasiyentlərin psixoemosional vəziyyətinin yaxşılaşmasına kömək edir ki bu da müalicədən yaxşı nəticə alınması üçün şərtidir.

Dermatozların yerli müalicəsində aşağıdakı əsas istiqamətləri ayırd etmək olar:

1. Xəstəliyin yaranma səbəbini müxtəlif antibakterial, virusəleyhinə, antiparazitər dərmanlar vasitəsi ilə aradan qaldırmaq.

2. Dəridə yaranmış patoloji prosesi onun kəskinliyi, yayılma dərəcəsi, lokalizasiyası, yanaşı subyektiv əlamətlərdən asılı olaraq aradan qaldırmaq.

Dermatozların yerli terapiyası aparılan zaman aşağıdakı prinsiplərin gözlənilməsi vacibdir.

Kəskin sulanan iltihabi prosesdə yerli islatmalar təyin edilir.

Kəskin lakin sulanma verməyən iltihabi prosesdə aeroxollar, yağlı çalxalamalar, tozlar, losyonlar istifadə olunur.

Yarımkəskin iltihabi proses zamanı yağlı çalxalamalar, pastalar, tozlar, kremlər və emulsiyalar tətbiq edilir.

Xroniki qeyri-spesifik iltihabi proses zamanı məlhəmlərdən, isidici kompreslərdən, -lak və leykoplastrlardan istifadə məqsədəuyğundur.

Xroniki spesifik proses zamanı (leproma, leyşmanioma, lipoma) ocağa spesifik preparat yeridilir.

Dəri törəmələrində (ziyillər, papillomalar, vegetasiyalar) yandırıcı və sitostatik preparatlar məsləhət görülür.

İltihabi prosesin müxtəlif intensivliyi zamanı (sulanasız kəskin, yarımkəskin, xroniki qeyri-spesifik) yerli krem, məlhəm, losyon və aeroxol şəklində kortikosteroid preparatlar məqsədəuyğundur.

Dermatozların farmakoterapiyasına başlamazdan öncə preparatın istifadəsinə göstəriş və əks göstərişləri, dərmana öyrəşkənliyin yaranması ehtimalını, pasiyentin yaşını, allergik reaksiyaların yaranma ehtimalını və əlavə təsirləri nəzərə almaq lazımdır.

Dermatomikozların yerli malicəsi simptomatik aparılmalıdır. Yerli dərman maddəsi təyin etməzdən əvvəl dərini qabıq, qartmaq, əvvəlki dərman vasitələrindən təmizləmək lazımdır. Adətən bu məqsədlə qaynadılmış bitki yağı sarğısından istifadə edirlər. Dərman əvvəl məhdud sahəyə çəkilir, pasiyentin normal reaksiyasından sonra qalan yerlərə də sürtülür. İslatma, sarğı və yaxmaların düzgün qoyulması və vaxt intervallarının gözlənilməsi mühüm əhəmiyyət daşıyır.

Yerli farmakoloji vasitələr dəridəki patoloji prosesə təsir xarakterinə görə aşağıdakı qruplara bölünür (cədvəl 6.2)

Dermatoloji dərman formaları

Pudralar

Pudralar-tozabənzər maddələrdir. Mineral tozabənzər maddələr (sink oksidi, talk) və üzvilər (kraxmal) bir-biri ilə müxtəlif nisbətdə qarışdırılır. Onlara indifferent səpmə dərmanı deyilir.

Təsiri. Quruducu, yağsızlaşdırıcı, soyuducu, damardaraldıcı.

Göstərişlər. Sulanmasız kəskin və yarımkəskin dermatitlər, artmış tərləmə və güclənmiş piy ifrazı. Eroziya və xoraların müalicəsi zamanı oraya sulfanilamidlər, dermatol, piodermiyalarda mikrobəleyhi maddələr, qaşınmada mentol və anestezin əlavə edirlər. Yağlı səpmə əldə etmək üçün naftalan nefti əlavə olunur.

İstifadə qaydası. Zədələnmə sahəsinə gündə 2-3 dəfə çəkirlər.

Məhlullar

Məhlullar- maye dərman forması olub, distillə olunmuş suda, bəzən də etil spirtində bərk və ya maye dərman maddəsinin həll olunmasından alınır. İslatmalar üçün istifadə edilir.

Təsiri. Soyuducu, iltihabəleyhinə, dezinfeksiyaedici, bürüyücü.

Göstərişlər. Dərinin kəskin sulanma ilə və ya sulanmasız gedən iltihabi proseslərinə sulanma, ödem, yandırma və qaşınmanın qarşısının alınması üçün. Dərinin məhdud sahəsinə gündə bir neçə dəfə çəkilir. Uzunmüddətli təyin zamanı dəri quruya, çatlaya bilər. Südəmə uşaqlara təyini məsləhət görülmür.

İstifadə qaydası. Məhlulda isladılmış 4-6 qatlı tənzip zədələnmə sahəsinə qoyulur. Hər 3-5 dəqiqədən bir 1 saat müddətində dəyişdirilir, gündə 2-3 dəfə qoyulur.

İslatma yazılışı nümunələri

Rp.: Sol.acidi borici 2%

300,0

D.S. İslatma üçün

Rp.: Sol. Argenti nitratis 0.25%

200,0

Da in vitro nigro!

D.S. Yerli. İslatma üçün.

Losyonlar

Losyonlar- həll olan və ya suspenziya formasında dərman komponentidir. Su və alko- hol ilə, həmçinin digər fizioloji həlledicilərlə kombinə edirlər. Maye hissəsi buxarlana- raq tez soyuducu effekt verir, dərman maddəsi isə iltihabəleyhinə təsir göstərir.

Emulsiyalar

Emulsiyalar- tərkibində 30%- ə qədər yağ olan mayelərdir. Yarımaye- yarıbərk qatı elastik konsistensiyaya malikdirlər. Səthi iltihabi dermatozların müalicəsində populyar- dılar. Dəriyə çəkildikdə emulsiyanın maye hissəsi buxarlanır, dərini soyudur, yağ və dərman maddəsi isə sorularaq iltihabəleyhinə təsir göstərir.

Krelo

Krelo- liposomal emulsiyadır. Liposomlar- lamelyar yağlı kristallik strukturlardır. Onlar iltihabəleyhinə təsirlə bərabər dərini hidratasiya da edirlər.

Çalxamalar

Çalxama dərmanlar suda, su və qliserində, su, qliserin və etil spirtində asılı olan ki- çik tozabənzər maddələrdən ibarətdir. İstifadədən əvvəl qarışığı yaxşıca çalxalayır- lar. Çalxama 30-40% tozdan (sink, talk, kraxmal) və 60-70% mayedən (su, qliserin, spirt) ibarətdir. Su buxarlandıqdan sonra toz dəridə nazik təbəqə şəklində qalır. Qliserin onları uzun müddət dəridə saxlayır. Bu dərman formasına ixtiol, kükürd, anestezin də qatmaq olar.

Yerli iltihabəleyhinə vasitələr qismində yağlı çalxamalardan istifadə edilir ki onlar da liniment adlanıb 30% sink oksidindən, 70% bitki yağından ibarət olur.

Təsiri. Su çalxaması-iltihabəleyhinə, quruducu, qaşınmaəleyhinə. Yağlı çalxama- il- tihabəleyhinə, yumşaldıcı, qabıqtəmizləyici.

Göstərişlər. Sulanmasız kəskin və yarımkəskin dəri zədələnmələri.

İstifadə qaydası. İstifadədən əvvəl çalxalamaq lazımdır. Tamponla zədə nahiyəsinə gündə 2-3 dəfə sürtülür.

Aerozollar

Aerozollar- tərkibində asılı bərk və maye halda dərman preparatları olan qaz mühi- tindən ibarət dispers sistemlərdir. Onlar çox zaman kortikosteroid, antibiotik, antimiko- tiklərdən ibarət olub, klapanlı xüsusi hermetik balonlarda buraxılır.

Təsiri. Təsir mexanizminə görə çalxalamalara yaxındır.

Göstərişlər. Dərinin müxtəlif dərəcəli iltihabları, piodermiyalar, iltihabla ağırlaşmış mikozlar.

İstifadə qaydası. Zədələnmə ocağına gündə 2-3 dəfə püskürdülür.

Məlhəmlər

Məlhəmlər əsası yağ və ya yağabənzər maddələr olan dərman formasıdır. Məlhəmlər istifadə olunarkən dəri tənəffüsünü dayandırır, onun hərərətini qaldırır, səthi qatlarını kövsəkləşdirir, zədələnmə sahəsində damarları genişləndirir, bunun sayəsində dərmanda olan aktiv maddələr daha yaxşı sorulur.

Əsas qismində sarı vazelin və lanolin bərabər miqdarda, təmizlənmiş donuz yağı, bitki yağları, naftalan, silikon birləşmələri istifadə olunur.

Məlhəm əsasına kükürd, qətran, salisil turşusu, naftalan, ixtiol, rezorsin, piodermiyalarda- antibiotiklər əlavə olunur.

Hidrofob məlhəmlər piy əsaslı olub dərini “qızdırır” və yeridilən dərman maddələrinin infiltrativ iltihabi prosesə daha dərin təsir göstərməsinə kömək edir.

Hidrofil məlhəmlər isə silikon birləşmələrini özündə saxlayaraq dərinin nəfəs almasını təmin edir.

Təsiri. Aşağı konsentrasiyalarda (3%-ə qədər) salisil turşusu, rezorsin məlhəmləri keratoplastik (qabıqsoyucu, epitelləşdirici, iltihabəleyhinə, yüngül sorucu), yüksək konsentrasiyalarda isə (3-5% və daha çox) keratolitik, yəni daha çox soyucu və ciddi sorucu təsir göstərilir.

Göstərişlər. Xroniki, yarımkəskin iltihabi xəstəliklər- psoriaz, neyrodermit, qırmızı yastı dəmrov, xroniki ekzema, ixtioz və s, həmçinin göbələk və parazitər xəstəliklər.

İstifadə qaydası. Zədələnmə ocaqlarına gündə 2-3 dəfə çəkmək lazımdır. Həmçinin sıxıcı sarğı altında da qoymaq olar (gündə 2 dəfə).

Kremlər

Kremlər məlhəmlərdən piy əsasında suyun miqdarı ilə fərqlənir. Əgər su hissəcikləri yağla əhatə olunmuşsa bu zaman yağlı məlhəm-krem, əgər əksinə olmuşsa onda yağsız emulsion məlhəm- krem əmələ gəlir.

Çox zaman bərabər miqdarda lanolin, vazelin və sudan ibarət kremlər istifadə olunur.

Bəzən patentləşdirilmiş kremlər üçün əsas qismində sintetik yağabənzər maddələrdən- sellüloza törəmələrindən, etilenoksiddən və s. istifadə edirlər.

Hidrofil kremlər suda 30% yağdan ibarətdir. Hidratasiyanı, dərinin yumşalmasını, iltihabəleyhinə effekti təmin edir. Qısamüddətli təsir göstərir (bir neçə saat).

Lipobaza tərkibli kremlərin tərkibində isə piyin miqdarı daha çox- 70% ə qədər olur. Kremlərin tərkibində ionlaşmamış emulqator olur ki, o da su qovucuqları ilə növbələşən lamelyar piy kristallik strukturlar- liposomları əmələ gətirir, onlarsa öz növbəsində ən fizioloji iltihabəleyhinə vasitə hesab olunur. Liposomların əsasında “Lokoid-lipokrem” adlı kortikosteroid preparat hazırlanmışdır.

Hidrofob kremlər “yağda su (30%)” sistemini təşkil edirlər. Dəridə yağ pilyonkası əmələ gətirərək suyun buxarlanmasının qarşısını alır, dərini rehidratasiya edir.

Kremlərə çox zaman qaşınmaəleyhinə (dimedrol, mentol), qabıqsoyucu (salisil turşusu) maddələr, sidik cövhəri, A və E vitaminləri, kortikosteroidlər və s. əlavə olunur.

Təsiri. Krem çəkilərkən dəri yumşalır və nəmlənir, qabıqlardan, qartmaqlardan təmizlənir. Bu zaman onun tənəffüsü saxlanılır, soyuducu, damardaraldıcı, iltihabəleyhinə effektləri meydana çıxır.

Göstərişlər. Quru kəpəklənən dəri, çatlar, yarımkəskin dermatitlər (ekzema), qaşınan dermatozlar, psoriaz, neyrodermit, ixtioz və s.

İstifadə qaydası. Zədələnmə sahəyə gündə 2-3 dəfə çəkilir.

Nümunələr

Rp.: Lanolini

Ol. Persicorum

Aquae destil aa 50,0

M.D.S. Gündə 2 dəfə çəkməli

Rp.: Triamcinoloni 0,04

Zinci oxydi 3,0

Aq.destil. 7,0

Lanolini

Ol.Helianthi aa 10,0

M.D.S. Gündə iki dəfə çəkməli.

Dermatoloji pastalar

Dermatoloji pastalar bərabər miqdarda götürülmüş piy maddələri və indifferent tozların qarışığıdır. Onlar çalxamalara nisbətən dərin, məlhəmlərə nisbətən isə səthi təsir göstərir.

Təsiri. İltihabəleyhinə, quruducu, soyuducu təsiri var, dəri tənəffüsünü dayandırır.

Göstəriş. Nəmlənmə verməyən kəskin və yarımkəskin iltihablar (dermatitlər, herpes, yarımkəskin ekzema və s.). Xroniki infiltrativ iltihabi proseslərdə (xroniki ekzema, neyrodermit, psoriaz və s.) yağlı pastalar təyin olunur ki, burada dərmanın tərkibində piy maddələrini artırmaqla və aktiv maddələrin (salisil turşusu, karbol turşusu, kükürd, qətran, naftalan, ixtiol, ASD və s.) miqdarını artırmaqla keratoplastik və ya keratolitik effekt göstərir.

İstifadə qaydası. Ocağa nazik qatla gündə 2-3 dəfə sürtülür. Çox tüklü və nəm sahəyə sürtmək olmaz. Adətən sarğısız qoyulur.

Rp.: Pastae Zinci 40,0

D.S. gündə iki dəfə zədəli sahəyə sürtməli

Dermatoloji laklar

Dermatoloji lakların əsasını tərkibində 10 % gənəgərçək yağı olan kollodiy və ya travmasitin (xloroformda olan kauçuk) təşkil edir. Əsasa salisil, karbol, süd turşuları, rezorsin, qətran və s.maddələr daxil edirlər. Lak dərinin üzərində nazik təbəqə şəklində qalır, onun tərkibində olan maddələr dərinin dərin qatına nüfuz edir. Lakı benzinlə təmizləmək olur.

Təsiri. Keratolitik, qabıqlandırıcı, fungusid, antiparazitar.

Göstərişlər. Qabarlar, ziyil, dırnaqların onixomikozu, lövhəli psoriaz (buynuz qatın soyulması üçün).

İstifadə qaydası. Ocağa bir dəfə olmaqla 3-5 gün müddətinə sürtülür, sonra 1-2 gün istifadə olunur, duş qəbul edilir; sikl təkrar olunur.

Rp.: Ac. Salicylici 12,0

Ac.lactici 6,0

Collodii elastici aa 100,0

M.D.S. ocağa gündə bir dəfə çəkməli.

Dermatoloji plastırlar

Dermatoloji plastrların əsasını onlara qatı və yapışqanlı konsistensiyaya verən mum və kanifol təşkil edir.

Salisil turşusu, sidik cövhəri, yod, karbol turşusu, sirkə turşusu və s. keratolitik konsentrasiyaya daxil edirlər.

Təsiri . Aktiv sorucu, qabıqsoyucu, yumşaldıcı, dezinfeksiyaedici, fungusid.

Göstəriş. Qabarı götürmək, dırnaqları yumşaltmaq, dırnaq yastığını müalicə etmək, qırmızı yastı dəmrovun verrukoz formasında, məhdud neyrodermitdə istifadə edilir.

İstifadə qaydası. İstifadədən əvvəl plastır qızdırılır, ocaq spirtlə silinir. 2-3 gündə bir dəfə dəyişdirilir. Plastr dəri və dırnaq üzərində yaxşı qalır.

Rp.: Ac. Salicylici

Emplastri plumbi aa 30,0

M.D.S. Həftədə bir dəfə çəkməli

Qaşınmaya qarşı vasitələr.

Bunları 2 qrupa bölmək olar:

Birinci qrupa dəridəki patoloji proseslərə təsir etməyərək, ancaq qaşınmanı aradan qaldıran vasitələrdir. Bunlara: mentol, anestezin, limon və karbol turşuları, sirkə məhlulu, antihistamin preparatları, xloralhidrat, boyayıcılar və s. aiddir. Bu qrup vasitələr ən çox spirtli məhlul şəklində dərinin qaşınan yerlərinə sürtmək üçün istifadə olunur. İkinci qrup qaşınma əleyhinə dərmanlar isə həm də dəridəki patoloji proseslərə təsir edir. Bu qrupa qətran preparatları, salisil turşusu, kortikosteroidlər və s. aiddir. Bu maddələri əsasən çalxamaların, pastaların, məlhəm və kremlərin tərkibinə daxil edirlər.

Göstəriş. Dəri qaşınması, böyüklərdə qaşınma xəstəliyi, övrə, neyrodermit, çoxformalı eksudativ eritema, həşərat dişləməsi və qaşınma ilə müşayiət olunan digər xəstəliklər.

İstifadə qaydası. Qaşınan yerlərə gündə 2-3 dəfə sürtməli.

Rp.: Mentholi 2,0

Sp. Aethylici 70% ad 100 ml

M.D.S. qaşınan yeri silməli.

Yerli kortikosteroid vasitələr

Yerli kortikosteroid vasitələr damardaraldıcı effekt, həmçinin limfosit və makrofaq-lardan sitokinlərin, eozinofil və neytrofillərdən iltihab mediatorlarının çıxmasını tormozlamaq, araxidon turşusunun metabolizmini azaltmaq, hialuronidazanın aktivliyini zəiflətmək hesabına effektiv olaraq dəridəki iltihabi reaksiyanı söndürür. Kortikosteroidlər (xüsusilə ftorlaşdırılmış) hüceyrələrin bölünmə sürətini də aşağı salır ki bu da infiltrativ- deskvamativ dermatozlarda əhəmiyyətlidir (psoriaz, neyrodermit, ixtioz və s.).

Yerli istifadə olunan kortikosteroidlər 4 qrupa bölünür:

1. Çox güclü təsir edən- beklometazon, qalsinonid, diflukortolon, klobetazol.
2. Güclü təsir edən- beklometazon, betametazon, hidrokortizon butirat, desonid, diflukortolon, triamsinolon, flukortolon, fluosinolon, fluosinonid, fluprednoliden.
3. Güclü aktivliyə malik olan- hidrokortizon sidik cövhəri ilə, dezoksimetazon, flukortolon, fluosinolon, flurandrenolon.
4. Zəif təsir edən- hidrokortizon, metilprednizolon.

Zədələnmə ocağı infeksiyalaşmış olarsa, onlara antibakterial vasitələr əlavə olunur,

əks təqdirdə iltihabi prosesin güclənməsi və disseminasiyası mümkündür.

Kortikosteroidlərin böyük sahəyə çəkilməsi zamanı onların ftorlaşmışlarının rezorbsiya riski, bürəküstü vəzilərin funksiyasının tormozlanması, həmçinin teratogen risk məsələləri əhəmiyyət kəsb edir.

Buna görə yerli kortikosteroidlərdən istifadə edərkən aşağıdakı tövsiyələrə riayət etmək lazımdır:

- Müalicənin əvvəlində zəif olan hidrokortizon, prednizolondan başlamaq lazımdır;
- Onların effektivsizliyi zamanı güclü preparata keçib effekt əldə edildikdən sonra yenidən zəif preparata qayıtmaq lazımdır;
 - Preparatları dəriyə nazik qatla çəkməli;
 - Preparatları pasiyentə məhdud miqdarda yazmalı və bunun nəticəsində doza həddinin aşılmasına mane olmalı;
 - Sıxıcı sarğıları yalnız məhdud müddətə istifadə etməli;
 - Yüksək aktiv preparatlar diskoid qırmızı qurdeşənəyində və qırmızı yastı dəmrovda, orta aktiv preparatlar- psoriazda, zəif aktiv- ekzema və neyrodermatiddə təyin edilir. İnfeksiyalaşmış dəri zədələnmələrində kortikosteroidə antimikrob və antimikotik vasitələr əlavə olunur (neomisin, klotrimazol, heliomisin, nistatin və s.).

Yan təsirlər çox vaxt güclü kortikosteroidlərin istifadəsi zamanı meydana çıxır. Bunlar infeksiyanın qoşulması, dəri atrofiyası, striyalar, cavan xanımlarda hirsutizm, perioral dermatit, yerli depiqmentasiya və aknelərdir.

Güclü kortikosteroidləri üzə çəkmək olmaz (diskoid qırmızı qurdeşənəyi istisnadır), həmçinin göz qapaqlarına çəkilərsə qlaukoma riski yarana bilər.

Kortikosteroidlərin (xüsusilə yüksək aktivlərin) istifadəsinə əks-göstərişlər bakterial, virus, göbələk dermatozları, perioral dermatit, dərinin spesifik infeksiyaları (vərəm, sifilis), dəri şişləri, hamiləlik və südvermə, dərinin geniş zədələnmələri, bir yaşa qədər olan uşaqlarda rast gəlinən dermatozlardır.

Deontologiyanın sualları

Tibbi deontologiya- tibb işçilərinin (həkimlərin, tibb bacılarının, kiçik tibbi personalın) vəzifəsi, mənəvi borcu və peşə etikası haqqında elmdir. Cəmiyyət digər peşə sahiblərindən fərqli olaraq həkimlərə qarşı daha çox tələb irəli sürür. Belə ki müalicə prosesində həkimin şəxsiyyəti müxtəlif manipulyasiya və dərmanlardan daha önəmli rol oynayır. M.Y. Mudrov yazırdı: "...sən xəstəliyi bilirsən və xəstəni tanıyırsan, ancaq bil ki xəstə də səni sımayıb və səni tanıyıb."

Həkimin deontoloji işlərindən biri xəstəyə optimizm hissi, daxili sabitlik aşılmaq, xəstənin inam və etibarını qazanmaqdır.

Xəstə insanlarda öz vəziyyətinə uyğun bir neçə tip reaksiya müşahidə edilir. Bu reaksiyalar pasiyentin şəxsi xarakteristikası və psixi statusundan asılıdır: adekvat, "xəstəliyə uymaq", "xəstəlikdən qaçmaq", xəstəliyin ağırlığını qiymətləndirməmək, aqqravasiya və simulyasiya, dissimulyasiya və metasimulyasiya.

Gənc pasiyentlər çox vaxt öz sağlamlığına güvənir və qospitalizasiyaya çətin reaksiya verir. Yaşlı pasiyentlər isə öz vəziyyətinin ağırlığını şişirdir.

İstənilən həkim, o cümlədən dermatoveneroloq, qeyri-korrekt davranış nəticəsində

əmələ gələn vəziyyəti yadda saxlamalıdır. Buna yatrogeniya və sorrogeniya aiddir.

Sorrogeniya tibb bacısının düzgün olmayan hərəkəti nəticəsində vəziyyətin pozulması ilə xarakterizə olunur.

Yatrogeniya pasiyentin şəxsi xüsusiyyətlərini nəzərə almadıqda və tibbi etika qaydalarını pozduqda əmələ gələ bilər. Dermatoloji xəstələr “dəmrov”, “bitlilik” sözlərini çox neqativ qəbul edirlər. İstənilən səpgi elementi yoluxucu xəstəlik əlaməti kimi başa düşülür. Həkim xəstəyə elan edəndə ki, onda xroniki dəri xəstəliyidir, məsələn psoriasisdir, bu vaxt xəstə onunla bir palatada bu xəstəliyin ağır forması ilə yatan xəstəni gördüyündən, onda elə bir hiss yaranır ki o da buna məhkumdur. Bir palatada müxtəlif ağırlıq dərəcəli dermatozlarla, müxtəlif intellektli, müxtəlif mədəni səviyyəli pasiyentin olması ona gətirib çıxarır ki, onlar bir-birinə xəstəliyin ağırlaşma səbəbi və müalicənin effektivliyi haqqında təhrif olunmuş məlumat verir, həkimin avtoritetinə xələl gətirirlər. Bu da öz növbəsində eqrotogeniyaya- digər pasiyentin təsiri ilə vəziyyətin pisləşməsinə səbəb olur. Bu halın baş verməməsi üçün düşünülmüş təşkilati tədbirlər görülməli, xəstələr palatada düzgün yerləşdirilməli, şöbədə psixoloji atmosferə daim nəzarət olunmalıdır. Bu işdə həkimin yaxın köməkçisi orta tibb işçisidir.

Bəzi dəri xəstəlikləri daxili orqanların xəstəliklərinin nəticəsidir. Belə halda həkim-dermatoveneroloq xəstəni müayinə üçün digər mütəxəssislərə də göndərməlidir. Həkim xəstəni inandırmalıdır ki, xəstənin etibarını itirməsin.

Dermatoloji xəstəliklər adətən xəstələrə güclü fiziki əzab vermir. Lakin onların psixi statusu əhəmiyyətli dəyişikliyə uğrayır. Dəri xəstəlikləri pasiyentlərdə ətrafdakılara qarşı fədakarlıq hissi, zöhrəvi xəstəliklər isə xəcalət və qəbahət hissi doğurur. Pasiyent həkimlə söhbətində öz həyəcanlarını, intim həyatın incə məqamlarını danışa bilər. Əgər bu məlumatlar ictimai təhlükəli deyilsə, onları heç kimə danışmaq lazım deyil. Belə hallarda xəstəyə çətin vəziyyətlərdə kömək etmək, müalicənin yaxşı olacağına ümid yaratmaq lazımdır.

Psixiatr Balint yazır ki, “gündəlik təcrübədə istifadə olunan dərman həkimin özüdür, onun xəstəyə müalicə yazmaq manerası, hətta dərmanın təyin olunduğu və qəbul edildiği atmosferdir.” Pasiyentin həkimlə söhbətində onu əhatə edən maddi mühit də əhəmiyyətlidir: mebel, işıqlanma, kabinetin quruluşu, həkimin xarici görünüşü. Çox bəzək-düzəkli ekstravaqant geyim ya da səliqəsiz paltar pasiyenti həkimdən uzaqlaşdırır.

Xəstə ilə söhbət zamanı nə isə yazan və telefonla danışan həkimə də xəstə o qədər etibar etmir. Stolun üstündə çoxlu kağızın olması həkimin aşağı kvalifikasiyalı, boş stol isə həkimin işsizliyi təəssüratını yarada bilər.

Xəstə ilə xeyrixahcasına, həssaslıqla davranmaq lazımdır. Xəstə ilə ünsiyyət zamanı söhbəti lazımı məcraya yönəltməyi bacarmalıdır. Əvvəlcə xəstəyə öz problemlərini deməyə imkan yaratmaq, sonra isə xəstənin vəziyyətinə dair konkret suallara keçmək lazımdır. Söhbətin sonunda məsləhətlər aydın və dəqiq olmalıdır.

Dəri, dırnaq və tükün gigiyenası

Şəxsi gigiyenanın əsas qanunu təmizlikdir. Sağlam bədən dərisi, sağlam saçlar, dırnaqlar və dişlərə qulluq gigiyenik kosmetika adlanır.

Korreksion, konservativ və cərrahi kosmetika ilə kosmetoloqlar məşğul olur. İnsanın cəzbedici xarici görünüşü onun həm özü, həm də ətrafdakılarda yaxşı əhval-ruhiyyə yaradır, və bir çox dəri xəstəliklərinin qarşısını almağa kömək edir. Dəriyə qulluq daimi

olmalıdır, ancaq bu halda gözəl görünmək və sağlam qalmaq olar. Bu işdə əsas köməkçi su və sabundur. Bədənə qulluq gündəlik səhər və axşam prosedurlardan, həftədə bir dəfə hamamda çimməkdən ibarətdir. Suyun təsiri ilə sərbəst əsaslar sabundan ayrılır, buynuz qatdakı piyi emulsiya halına salaraq köpük əmələ gətirir. Bununla da dərinin buynuz qatın ölü hüceyrələrindən, piy və tər vəzilərinin sekretindən, çirk və mikroblardan təmizləyir.

Sabunun qıcıqlandırıcı təsiri onun tərkibindəki qələvilərdən asılıdır. Ona görə də sabun seçərkən fərdi həssaslıq nəzərə alınmalıdır.

Su yalnız dərinin təmizləmir, eyni zamanda terapeutik effekt də göstərir. Suyun təsirinə daxili üzvlər tərəfindən reflektor cavab əmələ gəlir, qan təhizəti, arterial təzyiq, tər ifrazı dəyişir.

Suyun temperaturunun tez-tez dəyişməsi (kontrast duş) sinir uclarına təsir edərək qan damarları üçün özünəməxsus gimnastika rolunu oynayır ki, bu da son nəticədə dərinin qidalanmasını yaxşılaşdırır, onun solğunlaşmasını dayandırır. Cud su dəriyə qulluq üçün yararsızdır. Ca, Mg və Fe duzlarının dərinin piyi və sabunla qarşılıqlı əlaqəsi nəticəsində həll olmamış yapışqan maddə əmələ gətirir, bunlar da piy və tər vəzilərinə tutur, dərinin qıcıqlandırır, qaşınma yaradır. Cud suyu yumşaltmaq olar. Bunun ən sadə üsulu suyu qaynatmaqdır. Sağam insan üçün 34° S temperaturu su faydalıdır. Üz dərisi üçün otaq temperaturunda su məsləhətdir. Üzün dərisi xüsusi qulluq tələb edir. Üzdə çoxlu piy və tər vəziləri var. Üz dərisi daim günəşin, küləyin, şaxta və tozun təsirinə məruz qalır.

Dırnaqların gigiyenasına manikür və pedikür aiddir. Bunları sərbəst və kosmetik salonda etmək olar.

Manikür- əl dırnaqlarına gigiyenik qulluq prosedurudur. 10 gündə bir həyata keçirilir. Dəri üstlüyü ehtiyatla, dırnaq yastıqlarına toxunmadan kəsilir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, dırnaq yastıqlarının zədələnməsi deformasiyaya uğramış dırnağın böyüməsinə səbəb olur. Dırnaq 3-4 mm uzunluqda olmalıdır, uzun dırnaqlar tez sınır, altına çirk toplanır və daha çox qulluq tələb edir. Tibb işçilərinə uzun dırnaq saxlamaq olmaz.

Manikür üçün istifadə edilən boya dırnaq ətrafı dərinin iltihabına səbəb ola bilər. Bu sonda ekzema əmələ gəlmə təhlükəsi yarada bilər.

Pedikür- ayaqlara gigiyenik qulluq prosedurudur. Ayda bir dəfə etmək məsləhətdir. Ancaq ayaq dərisi və dırnaqlarda hər hansı xəstəlik olarsa, dermatoloqa müraciət edilməlidir. Pedikür vasitəsilə dırnaq yastığının dəriüstlüyü və dırnaqlar kəsilir. Bütün hiperkeratotik qat götürülür (dərinin zədələnməmək şərti ilə). Baş barmağın dırnağı digərlərindən uzun olmalı və barmağın yumşaq hissəsindən azca qabağa çıxmalıdır. Əl dırnaqlarından fərqli olaraq ayaq dırnağının kənarı sərbəst olmalı və düz xətt şəklində olmalıdır.

Manikür və pedikür edərəkən aseptika qaydalarına riayət edilməlidir. Dırnaq dərisinin azacıq zədələnməsi bakterial və göbələk infeksiyasına səbəb ola bilər. Kosmetik salonlarda qanla çirklənmiş alətlər vasitəsi ilə hepatit B, C, İİV infeksiyalarına yoluxmaq mümkündür.

Saç qulluq üçün kosmetik vasitə seçdikdə yadda saxlamaq lazımdır ki, bütün prosedurlar saçın "ölü hissəsində"- özündə aparılır. Müalicəvi şampunlardan başqa, digər şampunlar tük follikuluna nüfuz etmir və saçın inkişafına təsir etmir.

Şampunlar təmizləyici səthi aktiv surfaktant maddələrdən, kondensasiya edici və funksional əlavələrdən, konservant və estetik əlavələrdən ibarətdir. Şampunun keyfiyyəti bu tərkibdən asılıdır. Səthi aktiv maddələr yağıda həll olan komponentlərdən ibarətdir.

Bunlar saçları piydən və çirkədən təmizləyir.

Kondisionerlər- saçlara parlaqlıq verir, saçın dolaşmasının qarşısını alır, daranmanı asanlaşdırır.

Şampuna olan funksional əlavələrin böyük əhəmiyyəti var. Bu əlavələr pH-ı və şampunun yapışqanlılığını requlə edir. Şampunda mikroorqanizmlərin inkişafının qarşısını almaq üçün ona konservant əlavə olunur. Estetik əlavələr ətirləndirici və boyayıcılardan ibarətdir ki, bunlar da təhlükəsizdir. Üzərində tərkibi göstərilən şampunu almaq lazımdır.

Tərkibində dərman əlavələri olan şampunlardan başın tüklü hissəsinin müvafiq patologiyalarında istifadə edilir. Saçı yuduqdan sonra otaq temperaturunda qurutmaq lazımdır. Fəndən daim istifadə etmək saçın özəyini zədələyir, nəticədə saçlar quru və kövrək olur.

Kimyəvi saçburma, boyama və saçların rənginin açılması saç dibinə mənfi təsir göstərir. Saçın burulması zamanı kimyəvi maddələrin təsirindən saç kutikulasının disulfid birləşməsi və səthi qabıq maddəsi pozulur ki, bunun nəticəsində saçın forması dəyişilir. Saçların rəngsizləşdirilməsi toxumaların qabıq qatında yerləşən melanın piqmentinin parçalanmasına əsaslanmışdır. Melanosomalara rəngsizləşdiricinin çatması üçün əvvəlcədən kutikulanı parçalamaq lazımdır. Bu proses həmçinin disulfid birləşmələrinin parçalanması və saçın möhkəmliyinin azalması ilə müşayiət olunur. Bəzi müəlliflərə görə uzun müddət rəngsizləşdiricidən istifadə onkoloji patologiya və allergik reaksiyalara səbəb ola bilər.

Saçların boyanması vaxtı rəngsizləşdirmə ilə eyni proses baş verir, belə ki, boyayıcı maddənin qabıq qatına təsirindən saçın kutikulası parçalanır. Saçları yarıdaimi boyalarla (6-10 dəfə yuyulduqdan sonra) boyamaq az təhlükəlidir. Bunlar rəngləyici şampunlara əlavə olunur ki, bu da ocaqlı alopesiyada istifadə olunur.

Sağlam saçları 4 aydan bir tez olmamaqla boyamaq olar. Yarı daimi boyalar dərin qatlara nüfuz etmədiyindən saçları az zədələyir. Buna görə də yarı daimi boyalar daha az təhlükəlidir.

XÜSUSİ DERMATOLOGİYA

VII FƏSİL. Piodermiyalar (irincikli dəri xəstəlikləri)

Bakterial dermatozlar

Bakterial dermatozlar - müxtəlif növ bakteriyalar tərəfindən törədilmiş infeksiyon dəri xəstəlikləridir. Bakterial dermatozlar – dəri xəstəlikləri arasında əhəmiyyətli dərəcədə xüsusi yer tutur. Etioloji prinsiplərə görə bakterial dermatozlar dərinin bakterial infeksiyasının müxtəlif klinik formaları daxil olan ayrı-ayrı nozoloji qruplara bölünür.

Dərinin bakterial infeksiyaları

- stafilokokk, streptokokk, göy irin çöpləri, bağırsaq çöpləri, protey və digər mikroorqanizmlərin assosiasiyası səbəbindən törənən

Piodermiyalar (Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Aeruginosa proteus et al)

Sadə dəmrov (Streptococcus pyogenes)

Qızılyel (Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus)

Sellülit (Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus)

Fleqmona (Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus)

Skarlatina (Streptococcus pyogenes)

Toksiki şok sindromu (Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes)

Qanqrenoz ektima (Pseudomonas aeruginosa)

- mikobakteriyalarla törənənlər

Dəri vərəmi (Mycobacterium tuberculosis)

Cüzam (Mycobacterium leprae)

Üzgüçülərin qranuleması (Mycobacterium marinum)

Buruli xorası (Mycobacterium ulcerans)

- spiroxetlərlə törənənlər

Borrelioz (Borrelia burgdorferi, B.Afzelii, B.garinii)

Frambeziya (Treponema pertenu)

Becel (Treponema pallidum)

Pinta (Treponema carateum)

- digər bakteriyalarla törənənlər

Erizipeloid (Erysipelothrix insidiososa)

Sibir xorası (Bacillus anthracis)

Eritrazma (Corynebacterium minutissimum)

Aksilyar trixomikoz (Corynebacterium tenius)

Kiçik nöqtəvari keratoliz (*Micrococcus sedentarius*)

Felinoz (*Bartonella henselae*)

Bakterial angiomatoz (*Bartonella henselae*, *Bartonella quintana*)

Qeyd:

- Buruli xorası, frambeziya, becel, pinta – dərinin bakterial infeksiyasının tropik iqlim qurşaqlı ölkələrdə tez-tez təsadüf edilən formalarıdır, bizim ölkəmizdə rast gəlinmir.
- dəridə və selikli qişalarda nəzəzə çarpan izlər qoyan, bakterial etiologiyalı zöhrəvi xəstəliklər – sifilis, yumşaq şankr, zöhrəvi limfoqranulematoz, donovanoz CYYİ bölməsində nəzərdən keçirilir.

Yaddaş!

Bakteriyalar (bacterion - yunanca çöp) – Yer kürəsində geniş yayılmış, bioloji xüsusiyyətlərinə görə müxtəlif olan, mikroskopik, əksəriyyət təkhüceyrəli orqanizmlər qrupudur, aşağı həyat formasına məxsusdur.

Dərinin stafilokokklar, streptokokklar, onların assosiasiyası və digər bakteriyalarla assosiasiyalardan yaranan bakterial infeksiyaları

Piodermiyalar (*Pyodermia*) – dərinin irinli infeksiyası olub, piokokklar tərəfindən törədilir, dərinin və dəri artımlarının, dərialtı piy toxumasının iltihabı ilə xarakterizə olunur. Piodermiyalar birincili və digər dermatozların (qoturluq, neyrodermit, ekzema, dermatit, trofik xora və s.) ağırlaşmaları kimi yarana bilər.

Epidemiologiya ÜST-nin göstəricilərinə əsasən iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə piodermiyalı xəstələr bütün infeksiyon patologiyalı xəstələrin 1/3 hissəsini təşkil edir. Digər dermatozlar arasında piodermiyalar 30-40%, uşaqlar arasında 25-60% təşkil edir. Piodermiya ilə xəstələnmə hallarının yüksək həddə çatması ətraf mühitdə (toz, hava, su, əhatədə olan əşyaların səthi və s.) xəstə və sağlam şəxslərin dəri və selikli qişalarında piokokkların geniş yayılması ilə izah edilir.

- İnfeksiya mənbəyi – xəstə insan və ya bakteriya daşıyıcı
- İnfeksiyanın ötürülmə yolları – məişət əşyaları ilə təmasda olmaq, kirli əllər, evdə işlənən əşyalar, hava-damcı yolu və s.
- İnfeksiyanın inkişafına ekzogen faktorlar (donurma, istivurma, yüksək rütubət, ətraf mühitin çirklənməsi) və fərdi faktorlar - keyfiyyətsiz qidalanma, gigiyenik normalara riayət etməmək, dərinin maserasiya və ya quruluğu, çoxlu tər ifrazı, pH-ın qələviliyə doğru dəyişməsi, mikrotravmatizm, immun-neyro- və endokrinopatiyalar (tər və piy maddələrinin kimyəvi tərkibi dəyişərək münbit mühit yaratması), yanaşı somatik və infeksiyon xəstəliklərə səbəb olur.

Etiologiya – piodermiyaların törədicisi 60-85% hallarda stafilokokklar (*Staphylococcus aureus*, nadir hallarda *Staphylococcus epidermidis*), 5-10% hallarda streptokokklar (*Streptococcus pyogenes*), 10-40% hallarda qarışıq infeksiya - əksər hallarda stafilo-

kokklla streptokokk birlikdə, daha az hallarda isə göy irin çöpləri (*Pseudomonas aeruginosa*), bağırsaq çöpləri (*Escherichia coli*), protey (*Aeruginosa proteus*) və digər mikroorqanizmlərdir.

Yaddaş!

Stafilo- və streptokokklar dairəvi formada, əksər hallarda fakultativ anaerob olan qram müsbət bakteriyalardır. Stafilokokklar tək-tək, cüt-cüt olur, lakin çox vaxt salxım topası əmələ gətirir, streptokokklar cüt-cüt və ya zəncir formasında birləşmiş, müxtəlif uzunluqda olur.

Patogenez – Patogenez – yuxarıda göstərilmiş ekzogen və fərdi faktorların fonunda orqanizmin rezistentliyi azalır, bu da dəri səthində mikroorqanizmlərin aktivləşməsinə, derma və follikulların dərinliyinə getməyə və məskunlaşmağa, faqosit və spesifik antitellərin aktivliyinə qarşı durmasına şərait yaradır. Stafilo- və streptokokklar tərəfindən sintez edilən eksfoliativ xassəyə malik olan ekzotoksinlər sonradan qovuş (bulla) və qovuşuqların (vezikula) yaranması ilə nəticələnən, epidermisin üst təbəqəsində keratinositlərin akantolizini əmələ gətirir. Polimorf nüvəli leykositlərin *Staphylococcus aureus* hemotoksik faktorlarla cəlb olunması pustulaların əmələ gəlməsinə səbəb olur, stafilo- və streptokokkların hasil etdiyi “ağressiya” və “qorunma” fermentləri (gialuronidaza, DNT-aza, kooqulaza, fibrinolizin) iltihablaşmaya səbəb olur.

Etioloji prinsiplərə görə piodermiyalar stafilodermiyalar, streptodermiyalar və stafilostreptodermiyalara bölünür.

Stafilodermiyalar – piodermiyanın növlərindən biridir, stafilokokklarla assosiasiya olunur, tük follikullarına və çox vaxt zədələnmə dərinliyinə aid olan pustula-follikulit səpgilərlə xarakterizə edilir.

Streptodermiyalar – piodermiyanın növlərindən biridir, streptokokklarla assosiasiya olunur, tük follikulları ilə əlaqəsi olmayan, zədələnmənin səthi xarakterli və periferik artmağa meyilli olan pustula-flikten səpgilərlə xarakterizə edilir.

Stafilostreptodermiyalar – piodermiyanın növlərindən biridir, qarışıq stafilostreptokokklu infeksiya ilə assosiasiya olunur, tük follikulları ilə əlaqəsi olan və olmayan, zədələnmə dərinliyinə aid olan pustula səpgilərlə xarakterizə edilir.

Yaddaş!

Follikulit sin. follikulyar pustula – tük follikulları ilə əlaqəli olan, dairəvi və ya konussəkilli formalı, bərk örtüklü pustuladır. Fliktena – tük follikulları ilə əlaqəli olmayan, dairəvi, yastı, nazik boşalmış örtüklü səthi pustuladır. Ektima – tük follikulları ilə əlaqəsi olmayan dərin pustuladır.

Piodermiyaların təsnifatı

Stafilodermiyalar

Səthi	dərin
Ostiofollikulit	Furunkul
Follikulit	Karbunkul
Vulqar sikoza	Hidradenit
Yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusu	Uşaqların çoxsaylı absesi

Vezikulopustulyoz

Streptodermiyalar

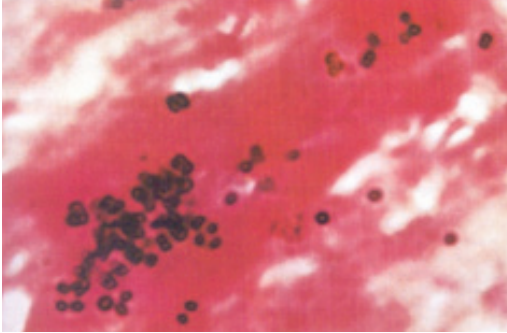
Səthi

Streptokokk impetiqosu

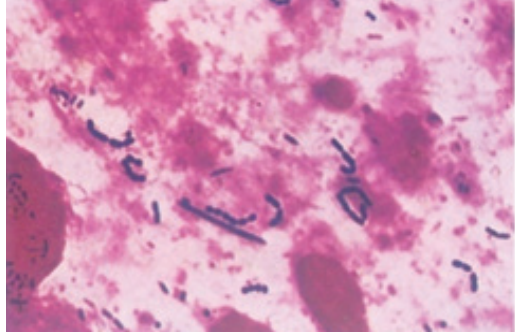
- yalama
- dırnaqətrafi impetiqo
- bullyoz impetiqo

dərin

Vulqar ektima



Şək.7.1. Stafilokokklar



Şək.7.2. Streptokokklar

Stafilostreptodermiyalar

Səthi

Vulqar impetiqo

Kəskin və xroniki diffuz streptodermiya

dərin

Xroniki xorali piodermiya

Xroniki xorali-vegetasiyaedici piodermiya

Şankrformalı piodermiya

Cinsiyyət üzvü və xayalığın

qanqrenası

Dekalvedici (tükləri məhv edən) follikulit

Hoffmanın başın tüklü hissəsinin absesləşən və parçalayan

follikuliti və

perifollikuliti

Keloid akne

Baldırın pustulyoz və atrofik follikuliti

Alloponun vegetasiyaedici piodermi yası

Vegetasiyaedici piostomatit

İldırımsürətli sızanaqlar

Üzün piodermiyası

Tədqiqatlar göstərir ki, piodermiyalar çox vaxt qarışıq olur. Bununla əlaqədar olaraq, piodermiyanın təsnifatının klinik variantını təqdim edirik, harada ki, tük follikullarına irinciyin aid olub və ya olmaması əsas götürülür.

Follikul ilə əlaqəli olan piodermiyalar	Follikul ilə əlaqəli olmayan piodermiyalar
Ostiofollikulit	Streptokokk impetiqosu
Follikulit	• yalama
Vulqar sikoz	• dırnaqətrafi impetiqo
Furunkul	• bullyoz impetiqo
Karbunkul	• vulqar impetiqo
Hidradenit	Kəskin və xroniki diffuz streptodermiya
Keloid akne	Vulqar ektima
Dekalvedici (tükləri məhv edən) follikulit	Xroniki xorali piodermiya
Hoffmanın başın tüklü hissəsinin absesləşən və parçalayan follikuliti və perifollikuliti	Şankrformalı piodermiya
Baldırın pustulyoz və atrofik follikuliti	Cinsiyyət üzvü və xayalüün qanqrenası
Xroniki xorali-vegetasiyaedici piodermiya	Üzün piodermiyası
Psevdomonad follikulit	İldırımsürətli sızanaqlar
	Alloponun vegetasiyaedici piodermiyası
	Piostomatit
	Vegetasiyaedici piostomatit
	Yenidoöulmuşların epidemik pemfiqusu
	Uşaqların çoxsaylı absesi
	Vezikulopustulyoz

Ostiofollikulit, sin.Bokxart impetiqosu, stafilokokk impetiqosu (İmpetigo Bockhart sin.impetiqo staphylogenes) – tük follikulunun ağız hissəsinin irinli iltihabı, follikulun zədələnməsi ilə gedən bütün piodermiyalar üçün başlanğıc epizoddur. Daha çox kişilərdə rast gəlinir.

Lokalizasiya – üz, sinə, yuxarı və aşağı ətraflar, sağrı.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - follikulyar pustulalar, içərisindən tük keçən, xaş-xaş dənəsindən darı dənəsinə qədər böyüklükdə ölçüsü olan, yarımşar şəkilli, periferiya boyunca bərk örtüklü və dar eritematoz taca malikdir, periferiyaya doğru böyüməyə və birləşməyə meyli deyil. Sağalma prosesində çapıq qoymayan, sarımtıl qabıqlı, ikincili göyümtül-çəhrayı ləkəli kiçik səthi eroziyalar formalaşır.

Follikulit (Folliculitis) – tük follikulunun irinli iltihabıdır.

Daha çox kişilərdə rast gəlinir.

Lokalizasiya - üz, yuxarı və aşağı ətraflar, sağrı, bədən.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - follikulyar pustulalar, papulalar, papula-pustulalar, içərisindən tük keçən, 1-3 mm ölçüdə, çəhrayı-qırmızı rəngdə, yarımkürə şəklindədir. Sağalma prosesində çapıq qoymayan, sarımtıl qabıqlı, ikincili piqmentasiyalı eroziyalar formalaşır; follikulitlər dərinə yerləşdikdə ağırlıq olur, kiçik xoralar, nöqtəvari çapıqlar yaranır.

Vulqar sikoz sin. stafilokokk sikozu (Sycosis vulgaris sin.sycosis staphylogenes) – cod tük çıxan zonada tük follikulunun irinli iltihabıdır. Daha çox kişilərdə rast gəlinir, xroniki residiv gedişlə xarakterizə olunur.

Lokalizasiya - üz, saqqal, bığ, qaş, qoltuqaltı çuxur, qasıq nahiyəsi, az hallarda başın



Şək.7.3. Folikulyar pustula tükülü hissəsində.



Şək.7.4. Fliktena

Səpgi elementləri və onların təkamülü - follikulyar pustulalar, papulalar, papulo-pustulalar 1-3 mm ölçüdə, çəhrayı-qırmızı rəngdə, yarımkürə şəklindədir. Prosesin xroniki, residiv xarakterli olması ilə əlaqədar qırmızı rəngli, bütünlüklə infiltrat formalaşır, çoxsaylı pustulalarla örtülmüş olur. Sağalma prosesində çapıq qoymayan eroziyalar, sarımtıl qartmaq, ikincili piqmentasiyalar formalaşır. Follikulitlər dərinə yerləşdikdə proses çapıqlı dəyişikliklərlə və tük follikullarının məhvi (lüpoid sikoz) ilə nəticələnir.

Furunkul (Furunculus) – tük follikulu və onu əhatə edən toxumanın irinli-nekrotik iltihabıdır.

Lokalizasiya – dəri örtüyünün istənilən sahəsində, tük olan yerdə, ən çox boyun, bel, qarın, sağrı, bud, qoltuqaltı, qasıq nahiyəsində.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - follikulyar papulo-pustulalar konusşəkilli formada olub, sonradan ağrılı düyünlərə çevrilir, ya da ki, əvvəldən dərinə yerləşən ağrılı düyün olur. Düyünlər tünd qırmızı rəngli, noxud böyüklükdən qoz böyüklüyünə qədər ölçüdə, mərkəzində “nekrotik kütlə”, ətrafında iltihab və xarakterik eritema, şişkinlik, ağrı olur. Nekrotik kütlə qopduqda yerində xora əmələ gəlir, çapıq qoyaraq sağalır. Ağır gediş zamanı limfadenit və limfangiit, ümumi vəziyyətin ağırlaşması müşahidə olunur. Çoxlu, bir-biri ilə birləşməyən, furunkullar inkişafın müxtəlif mərhələlərində furunkulyoz adlanır. Furunkul tipinə oxşar kipriklərin tük follikulu və ya göz qapağının piy vəzilərinin irinli iltihabı – itdirsəyi adlanır. Göz qapağı ətrafında (tük follikulunun iltihabı zamanı) və ya konyuktivi tərəfindən (meybomi vəzisi zədələndikdə) ağrılı, çəhrayı-qırmızı rəngli papulalar, papulo-pustulalar təzahür edir. Tez-tez baş verən ödem, göz qapağının konyuktivinin hiperemiyası ilə müşayiət olunur. Sağalma prosesində irin ifraz olunmaqla papulo-pustula dəşilir və sonradan nekrotik toxumanın epitelizasiyası ilə nəticələnir, çapıq qoymur.

Karbunkul (Carbunculus) – bir neçə tük follikulunun, dermanın dərin qatlarının və

dərialtı piy toxumasının irinli-nekrotik iltihabıdır. Furunkulların birləşməsi nəticəsində inkişaf edir.

Lokalizasiya – dəri örtüyünün istənilən sahəsində, tük olan yerdə, ən çox üz, boyun, kürək, bud nahiyyəsində.



Şək. 7.5. Ostiofollikulit

Səpgi elementləri və onların təkamülü - düyün bərk, kəskin ağrılı, tünd qırmızı rəngdə, yarımşferik formada, fındıq böyüklüyündən qoz böyüklüyüə qədər ölçüdə olur, mərkəzində bir neçə “nekrotik kütlə” əmələ gəlir ki, bunun da nəticəsində ocaq göyümtül və qara rəngə boyanır və düyünün ətrafında nəzərə çarpan şişkinlik yaranır.

Nekrotik kütlə qoparıldıqda qeyri-düzgün formalı, periferiya boyunca göy infiltrat əmələ gələn, sonda çarpıq qoymaqla sağalan dərin xora açılır. Ağır gediş zamanı ödem, limfadenit, limfangiit inkişaf edir, ümumi

vəziyyət ağırlaşır.

Hidradenit (Hidradenitis) - apokrin tər vəzilərinin prosesə ikincili cəlb olunması



Şək.7.6. Follikulit



Şək.7.7. Folikulit

ilə tük follikullarının irinli iltihabıdır. Prosesin gedişi çox vaxt uzunmüddətli və residivli olur. Uşaqlarda və yaşlı şəxslərdə təsadüf edilmir, belə ki, bu yaş hədlərində apokrin tər vəziləri fəaliyyət göstərmir.



Şək.7.8. Vulqar sikoz

Lokalizasiya – apokrin tər vəzilərinin yerləşdiyi sahələr, ən çox qoltuqaltı və anogenital, süd vəziləri nahiyyəsində.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - sferik formalı düyün, noxud böyüklükdən qoz böyüklüyünə qədər ölçüdə, ağrılı, göyümtül-qırmızı rəngdə olur. Düyünlər çoxsaylı, ağrılı, kələ-kötür səthli konqlomerat əmələ gətirərək birləşməyə meyilli olurlar. Nekrotik kütlə və mərkəzi pustula formalaşmışdır. Düyünlərin deşilməsi zamanı çoxlu miqdarda irincik çıxan bir və ya bir neçə fistulyar yolları əmələ gəlir. Sağalma pro-

sesində qaytanşəkilli və ya dartılmış çapıqlar formalaşır. Hidradenit üçün xarakter klinik əlamət ikiqat və üçqat komedonlardır, hansılar ki, qara nöqtələr şəklində olub, dəri altında yerləşərək, səthində iki və daha çox dəlik olur, fistulyar yolları formalaşdırır, ağır gedişlərdə kistoz abseslər əmələ gətirir.

Keloid akne sin. ənsənin sklerozlaşan follikuliti (Acne keloid sin. Sclerositans nu-che) – keloid çapıq əmələ gəlməsi ilə nəticələnən follikulitin dərin formasıdır. Yalnız kişilərdə rast gəlinir.

Lokalizasiya - boyunun arxa hissəsinə keçməklə, ənsə nahiyəsində.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - follikulyar papulo – pustulalar dairəvi formalı, mərcimək böyüklükdə və daha böyük ölçüdə, solğun-qırmızı və ya bənövşəyi-qırmızı rəngdə, bərk, ağırlı, bəzən birləşərək böyük lövhəciklər şəklində, səthləri dərin şırımlarla örtülmüş olur. Sağalma prosesində keloid və ya hipertrofik çapıqlar və çapıq alopesiyası formalaşır. Xarakterik xüsusiyyət fırça şəklində dəstə tüklərdir ki, onların 3-10 ədədi papulanın təpə hissəsindən çıxmış olur.

Dekalvedici (tükləri məhv edən) follikulit sin. epillyasiyaedici follikulit, Kenko xəstəliyi (Folliculitis decalvans) – çapıq alopesiyası ilə tamamlanan follikulitin dərin formasıdır. Daha çox kişilərdə rast gəlinir. Xroniki follikulit olan yerlərdə inkişaf edir ki, bunun da nəticəsində zədələnmiş yerlərdə iltihabi əlamətlər qabarıq olmur, destruktiv dəyişikliklər üstünlük təşkil edir.



Şək.7.9. Furunkul (papulo-pustula erkən (inkişaf mərhələsi



Şək.7.9. Furunkul (papulo-pustula erkən (inkişaf mərhələsi



Şək.7.11. Furunkul (nekrotik özəyi (görünən açılmış düyün

Lokalizasiya - başın tüklü hissəsi, ən çox əmgək və gicgah nahiyəsi, bəzi hallarda qoltuqaltı çuxur və qasıq nahiyəsi.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - çapıq alopesiyalı çoxsaylı ocaqlar, müxtəlif formalı, diametri 1 sm ölçülü, bəzən də birləşərək daha böyük ocaqlardır (diametri 3-10sm), kənarlarında seyrək yayılmış follikulitlər görünür.

Hoffmanın başın absesləşən və parçalayan follikuliti və perifollikuliti, sin. baş

dərisinin açılmış sellüiti Hoffman xəstəliyi (Folliculi et perifolliculitis capitis abscondens et suffodiens Hoffmann sin. Hoffmann's disease, dissection cellulitis of scalp) - ətraf toxumanın zədələnməsi və keloid çapıq, alopesiya əmələ gəlməsi ilə nəticələnən follikulitin dərin formasıdır. Ən çox 18-40 yaşda olan kişilərdə rast gəlinir. Çox vaxt şarşəkilli sızanaq və hidradenitlə birgə, retension triada (acne triad) təşkil edir. Sonradan əmələ gəlmiş triadaya patogenetik oxşar olan, oma-büzdüm nahiyəsinin absesləşən



Şək.7.12. Karbunkul (nekrotik özəkli (düyün



Şək.7.13. Karbunkul (nekrotik özəkli (açılmış düyün

fistulası - Hoffman xəstəliyi – pilonidal sinusla - akne-tetradada (acne tetrad) birləşir. Hazırda çox vaxt invers akne (akne inversa) adlanır.

Lokalizasiya - başın tüklü hissəsi, ən çox əmgək və ənsə nahiyəsi.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - düyünlər, dairəvi və oval formalı, göyümtül-qırmızı rəngdə, yumşaq konsistensiyalıdır. Düyünlər çox sıx yerləşdikdə beyin qırışlarını xatırladan əyri-üyrü ocaqlar yaranır, abses tipində flüktuasiya olur. Fistulyoz yollarda dəri dəşilir və irinli-hemorragik möhtəviyyat xaric olunur. Dəridə ocaqlar olan nahiyədə tük olmur, tarıma çəkilir, dəri nazıqlaşır, bəzi yerdə xoralaşır. Sağalma prosesində dartılmış və keloid çapıqlar yaranır, alopesiya əmələ gəlir.

Yaddaş!

Hal-hazırda Hoffmanın başın absesləşən və parçalayan follikuliti və perifollikulitin inkişafında infeksiyon agentin rolunun birinciliyi mübahisə yaradır. Xəstəliyin inkişafının, progressivləşməsinin, residiv verməsinin səbəbini



Şək.7.14. Hidradenit ((iltihabi düyünlər



Şək.7.15. Hidradenit



piy-tük follikullarının tıxaclanması və dermada tük follikullarının məhv olması nəticəsində yaranan keratinə qarşı perifollikulyar qranulyasion reaksiyası ilə əlaqələndirirlər. Lakin, sonradan, ikincili infeksiya qoşulması, absesləşmə və fistulaların yaranması baş verir.

Baldırın pustulyoz və atrofik follikuliti (Folliculitis cruris pustuloza et atrophicans) – atrofik çarıqla nəticələnən follikulit formasıdır. Xəstəliyin tezliyi coğrafi xüsusiyyətlərə əlaqədardır. 14-32 yaşlarında hər iki cinsdən olan şəxslərdə eyni tezlikdə rast gəlinir.

Lokalizasiya – çox vaxt baldırlar, lakin hər yerdə təsadüf etmək olar.



Şək.7.17. Keloid akne

Səpgi elementləri və onların təkamülü - follikulyar papula - pustulalar, birləşməyə meyilli, ensiz iltihabi halqalarla əhatə olunmuşdur. Sağalma prosesində qartmaq, atrofik çarıqlar yaranır.

Xroniki xorali-vegetasiyaedici piodermiya (Pyodermia chronica, ulceroza etvegetans) – follikulitin xroniki forması olub xorali qüsurlar və vegetasiya ilə nəticələnir. 30 yaşdan yuxarı şəxslərdə rast gəlinir, uşaqlarda az təsadüf edilir.

Lokalizasiya – bazuönü, baldırlar, əllər, pəncə, iri büküşlər, sağrı; xroniki follikulitlərin olduğu yerlərdə inkişaf edir.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - follikulitlər, sonradan ağrılı, göyümtül-qırmızı rəngli, qeyri-düzgün formalı, sağlam dəridən kəskin şəkildə ayrılan və onun səthindən qalxan, səthində nəzərə çarpan qartmaq təbəqəsi olan hərəkətsiz hiperemiya halqası ilə əhatə olunmuş xoralaşan lövhəciklərə çevrilir. Qartmaqlar qopduqdan sonra papilomatoz artmalar və fistula yolları olan xoralar açılır. Xoraların kənarları sallanmış, girintili-çıxıntılı, dibində irin yığılmış olur. Periferiya boyunca əsas ocaqların kənarında, fistula yolları olan əsas xora, eləcə də çoxsaylı follikulit, furunkul, ektima ilə əlaqəsi olan ardıcıl abseslər formalaşır. Ocaqların eksentrik sağalması xarakterikdir, xoralaşmış sahələrin bir istiqamətdə artması, digər istiqamətdə isə çarıqlaşması qeyd olunur. Sağalma prosesində məməcikli artımlar, körpüçükləri olan, skrofulodermadan sonrakı çarıqları xatırladan qeyri-hamar çarıqlar əmələ gəlir. Bir çox tədqiqatçılar (Brown C., Kligman A., 1957; Daniel S. et al, 1978; Perry H., 1979; White G., 2009) ən çox ətraflarda lokalizə olmasına, baş verən zədələnmələrdə klinik və histoloji oxşarlığına görə blastomikozabənzər piodermiyanı xroniki xorali-vegetasiyaedici piodermiyanın bir növü kimi ayırırlar. Odur ki, uyğun bakterioloji tədqiqatların aparılması zəruridir.



Şək.7.18. Hoffman follikuliti

Pseudomonad follikulit, sin. “isti vanna” follikuliti, (pseudomonas folliculitis) – follikulitin kəskin forması olub, zərərli suyun təsiri (hovuz, fizioterapevtik prosedurlar, su attraksionları, də-

nizdə çimmək vəs.) ilə əlaqəlidir. İnsandan insana keçmə ehtimalı azdır. Ən çox uşaqlarda rast gəlinir. 8 saatdan 5 günə qədər olan dövrdə infeksiyalaşmış suda olduqda inkişaf edir.

Lokalizasiya – çimərlik paltarlarının örtüyü, sıx olduğu sahələrdə buynuz təbəqəsinə təzyiq və superhidratasiya olunduğu yerlərdə bakteriyaların yığılmasına səbə olur: gövdə, sağrılar, bud, iri büküşlər.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - qaşınan köpüşük, follikulyar papula, papulo–pustula, papulo–vezikula, ləkəli-papulyoz elementlər şəklində monomorf və polimorf səpgi, 0,5-3 sm ölçüdə, dairəvi formada, qırmızı rəngli olur, sağalma prosesində ikincili piqmentasiya formalaşır. Qaşınan qırmızı, mərkəzində pustula olan dairəvi formalı tipik elementdir.

Streptokokk impetiqosu sin. Foks impetiqosu (İmpetigo streptogenes sin. İmpetigo Tilburi Fox) – kəskin, dəri və selikli qişaların irinli zədələnməsidir. Ən çox uşaqlarda və gənc qadınlarda rast gəlinir.

Lokalizasiya - dərinin bütün sahələrində, çox vaxt üzdə.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - fliktenalar – tük follikulları ilə əlaqəsi olmayan, nazik, zərif örtüklü, bulanıq möhtəviyatlı, 0,5-1,0 sm ölçülü, eritematoz haşiyəli, periferiya boyunca artan və birləşməyə meyilli olan satelit səpgili, səthi pustulalardır. Sağalma prosesində zərif, yastı, sarımtıl-yaşıl rəngli qartmaqlar, səthi, dairəvi formalı, çapıq qoymayan eroziyalar periferiya boyunca laylanan haşiyəli ikincili eritematoz ləkələr, hiper- və hipopiqmentasiyalar formalaşır.



Şək.7.19.Baldırın atrofik follikuliti

Aşağıdakı növlər ayırd edilir:

- yalama (angulus infectiosus - perleche) - adətən tək, xətti formalı fliktena, ağız bucağında lokalizə olur, ağırlığı ilə xarakterizə edilir. Sağalma prosesində zərif, sarımtıl-yaşıl rəngli qabıqlar, çapıq qoymayan səthi xətti eroziya, periferiya boyunca laylanan epitel, ikincili eritematoz ləkə formalaşır.

- bullyoz impetiqo (impetigo bullosus) – streptokokk impetiqosunun abortiv formasıdır, çox vaxt ətraflarda (əl, pəncə, baldırlar) lokalizə olunur. Böyük ölçüdə (1 sm-dən çox), nazik örtüklü, tezliklə irinə keçən şəffaf möhtəviyyətli qovuqcuc və qovuqlu səpgilərlə xarakterizə olunur. Qovuqcuc və qovuqlar adətən normal dəri üzərində yerləşir, bəzən yüngül eritema ilə əhatə olunur. Sağalma prosesində qanlı və sarımtıl rəngli qabıqcıqlar, çapıq qoymayan sulanan eroziyalar, periferiya boyunca laylanan epitel,

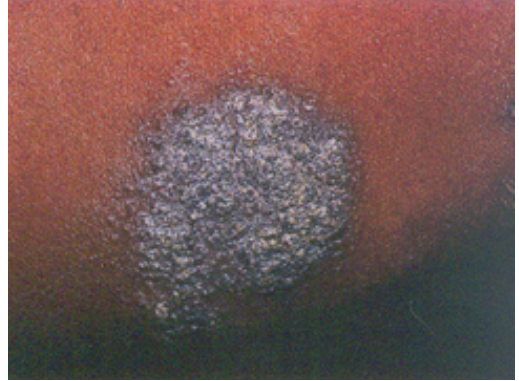
ikincili ləkə formalaşır. Limfadenitlər, limfangitlər ola bilər.

- dırnaqətrafi impetiqo sin.(dolama) panarisium (paronychia streptogenez sin. panaricium superficiale) – nalşəkilli formada fliktena, adətən tək olur, dırnaqətrafi yastıq nahiyəsində lokalizə olunur, ağrılı, ödemli, böyük ölçüsü ilə xarakterizə olunur. Sağalma prosesində eroziya açılır, səthi seroz-irinli qartmaqla örtülür, qopandan sonra çapıq qoymadan eroziya epitelləşir. Limfadenit, limfangit və dırnaq lövhələrinin qopması ola bilər.

- vulqar impetiqo (impetiqo vulqaris) – gərilmiş, sarımtıl–yaşıl möhtəviyyatlı,



Şək.7.20. Xroniki xoralı-vegetasiyaedici vegetasiyaedici piodermiya



Şək.7.21. Xroniki xoralı piodermiya

solğun, nazik örtüklü, periferiya boyunca eritematoz haşiyəyə malik çoxsaylı fliktenalar-dır. Lokalizasiya – hər tərəfdə olur. Sağalma prosesində qanayan, çəhrayımtıl-qırmızı rəngli, irin ifraz edən, periferiyaya doğru böyüməyə və birləşməyə meyilli olan, çapıq qoymayan eroziyalar açılır. Böyük həcmli, kövşəkləşmiş, ovuntulu, yaşıl çalarlı sarımtıl rəngli, qopduqda eritematoz-skvamoz ləkələr əmələ gətirən qartmaq formalaşır.

Kəskin və xroniki diffuz streptodermiya (Streptoderma diffusa acuta et chronica) – dərinin irinli zədələnməsi olub diffuz ocaqlarla formalaşır. Çox vaxt yaşlılarda təsadüf edilir.



Şək.7.22. Pseudomonad follikulit

Lokalizasiya – aşığı ətraflar, əllər, gövdə.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - periferik böyüməyə və birləşməyə meyilli fliktenalardır. Sağalma prosesində seroz qartmaqlar, şəbəkə haşiyəli, periferiya boyunca laylanan epitel haşiyəli və satelit elementli eroziv ocaqlar formalaşır. Çapıq əmələ gəlmir. Kəskin dövrdə sulanmanın artması, ödem, hiperemiya xarakterikdir, limfadenitlər,



Şək.7.23.Streptokokk impetiqusu

limfangitlər də ola bilər. Xroniki diffuz streptodermiya zamanı infiltrasiya, lixenizasiya, qabıqlanma üstünlük təşkil edir. İnfeksiyalı yaralar, fistulalar, yanıqlar ətrafında yaranan diffuz streptodermiya “paratravmatik”, büküşlərdəki isə “intertrigenoz” adlandırılır.

Vulqar ektima (Ecthyma vulgare) - dərinin irinli zədələnməsinin dərin forması olub, atrofik çapıq əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Çox vaxt yaşlılarda təsadüf edilir.



Şək.7.24. Yalama (anqulyar xeylit

Lokalizasiya – baldırlar, bud, sağrı, gövdə.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – dərin qeyri-folikulyar pustula-ektima, adətən tək olur, 0,5-3sm ölçüdə, periferiya boyunca nəzərə çarpan, çəhrayımtıl-göyümtül, laylanan epitelilə örtülmüş ətrafında, kəskin iltihabi haşiyədir. Sağalma prosesində qalın, sıx oturmuş, dərinliyə gedən qartmaq, dərin xora, dartılmış çapıq yaranır. Rupiyyə - vulqar ektimanın bir növü olub, qalın, dəri səthindən kəskin qabarmış, dəniz ilbizinə bənzər (laylanan) qartmaqla fərqlənir.



Şək.7.25. Bullyoz impetiço



Şək.7.26. Bullyoz impetiço



Şək.7.27. Bullyoz impetiço(periferiya üzrə laylanmış epitel ilə eroziyalar, seroz tərkibli qovuqlar)

Xroniki xorali piodermiya (Pyodermia chronica ulcerosa) – streptokokk impetiçosunun (çox vaxt bullyoz) xorali qüsür yaradan xroniki forması və ya ektimalardır. Ən çox yaşlılarda rast gəlinir, uşaqlarda nadir hallarda təsadüf edilir.

Lokalizasiya – baldırlar.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – fliktenalar, qovuqlar, ektimalar, tədricən ağrılı xoralara çevrilən, dairəvi və ovalşəkilli formalı, kənarları girintili çıxıntılı, göyümtül-qırmızı rəngli, bərk iltihabi infiltratla əhatə olunmuşdur. Xoranın dibi qeyri-düzgün, süstləşmiş qranulyasiyalı, irinli möhtəviyyatlı olur. Periferiyaya doğru böyüyərək birləşən qeyri-düzgün formalı iri ocaqlar əmələ gətirməyə meyllidir. Sağalma prosesində xora reqres edir, nekrozlaşmış toxuma qopur və çapıqlaşır.



Şək.7.28. Dirnaqətrafi impetiço

Şankrformalı piodermiya (Pyodermia chancriformis) – xorali element yaranmaqla dəri və selikli qişaların irinli zədələnmə-



Şək.7.29.Vulqar impetiqo



Şək.7.30.Vulqar impetiqo

sidir, bərk şankrı xatırladır. Yaşlılarda və uşaqlarda rast gəlinir, regionar limfadenitlə müşayiət olunur.

Lokalizasiya – genital və ekstragenital (dodaq, göz qapağı) nahiyyə

Səpgi elementləri və onların təkamülü – pustula və qovucuq, adətən, tək olur, sağalma prosesində hemorragik qartmaq, eroziya və ya səthi xora formalaşır ki, bu da dairəvi və ya oval formalı, infiltrativ əsaslı və cüzi miqdarda seroz möhtəviyyətli olur, çapıqsız və ya səthi atrofik çapıqla sağalır.

Cinsiyyət üzvü və xayalığın qanqrenası sin. Furnye qanqrenası (Gangrena penis et scrotum sin. gangrena Fournier) – cinsiyyət üzvlərinin kəskin irinli xəstəliyi olub, toxumaların nekroz və destruksiyası ilə müşayiət edilir. Ən çox orta və yaşlı kişilərdə, az hallarda isə qadınlarda təsadüf olunur ki, bu səbəbdən də xəstəlik cinsiyyət orqanlarının qanqrenası adlanır. Tam sağalma fonunda, tez proqressivləşən, qanqrena üçün heç bir səbəb olmadan (arterial tromboz) birdən başlaması ilə xarakterizə olunur. Proqnoz çox



Şək.7.31. Diffuz streptodermiya

ciddidir, vaxtında və düzgün müalicədən asılıdır.

Lokalizasiya – kişilərdə - cinsiyyət üzvü, xayalıq, qadınlarda – kiçik cinsiyyət dodaqları, klitor, aralıq, qasıq, bud nahiyyələrində.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – toxumaların ödemli və məhdud erite-

ma fonunda, zaman keçdikcə tünd qırmızı rəng alan, səthi mərkəzi nekroz inkişaf edir, hansı ki, progressivləşərək 2-3 həftəyə toxumaların destruksiyasını yaradır. Sağalma prosesində ocaqlar qanqrenoz-nekrotik kütlələrdən təmizlənir, çapıq əmələ gəlir. Xayalıq dərisinin dartılması və xayaları qoruyan fibroz təbəqənin olması nəticəsində xayalar heç vaxt prosesə cəlb olunmurlar.



Şək.7.32.Vulqar ektima

Üzün piodermiyası (Pyodermia faciale) – üz dərisinin kəskin irinli zədələnməsi. Vulqar sızanaqlardan əziyyət çəkməyən, 20-35 yaşlarında yalnız cavan qadınlarda rast gəlinir. Dərman, o cümlədən yod, brom qəbulundan asılı olmayaraq, birdən başlaması, tez progressivləşməsi ilə xarakterizə olunur.

Lokalizasiya – üzün mərkəzi hissəsi (alın, gicgah, paranasal, molyar sahələr, çənə).

Səpgi elementləri və onların təkamülü – papulo-pustulalar və düyünlər, ağrılı, komedonsuz, sianotik hiperemiya fonunda və nəzərə çarpan üz dərisi ödemi olur. Sağalma prosesində qartmaq, ikincili ləkə, çapıq əmələ gəlmir. Zədələnmiş sahələr və normal dəri arasında kəskin sərhəd xarakterikdir.

İldırımsürətli sızanaqlar (Acne fulminans) - ağır kəskin ildırımsürətli gedişə malik



Şək.7.33.Vulqar ektima



Şək.7.34.Vulqar ektima

irinli dəri zədələnməsidir. Ən çox 16-22 yaşlarında cavan kişilərdə rast gəlinir.

Lokalizasiya – kürək, sinə, boyun və çiyinin yan səthləri. Üz zədələnmir.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – eritematoz fonda pustulalar və papulo-pustulalar, çoxlu miqdarda, ağrılı, mərcimək boyda və daha böyük ölçüdə olur, komedonlar əmələ gəlmiş. Sağalma prosesində qartmaq, çapıq, o cümlədən keloid çapıq formalaşır.

Alloponun vegetasiyaedici piodermiyası (Pyodermatitis vegetans Hollopean) - ikincili vegetasiyanın inkişaf etməsi ilə dəri və selikli qişaların xroniki irincikli zədələnməsidir. Yaşlılarda rast gəlinir, çox az hallarda uşaqlarda təsadüf edilir.



Şək.7.35.Şankrformalı piodermiya

Lokalizasiya – başın tüklü hissəsi, alın, dodaqlar, ağızın selikli qişası, genital üzvlər, əl və ayaq barmaqları.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – pustulalar, sağalma prosesində ziyilli vegetasiyalar, qartmaqlar, ikincili piqmentasiyalar, bəzən atrofik çapıqlar yaranır. Kifayət qədər böyük, aydın gözə çarpan, eritematoz haşiyə ilə əhatə olunmuş, periferik böyüməyə meyilli ocaqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

Vegetasiyaedici piostomatit (Pyostomatitis vegetans) - çox vaxt ikincili vegetasiyanın inkişaf etməsi ilə ağız boşluğunun selikli qişasının irincikli zədələnməsidir.

Lokalizasiya – əsasən yanağın və damağın selikli qişası.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – eritematoz fonda çoxlu pustula və vezikullar. Sağalma prosesində irinli möhtəviyyətli olan xoralar, çox vaxt vegetasiya yaranır, adətən çapıq qoymur, nadir hallarda çapıq atrofiyası ilə nəticələnir.

Yenidoğulmuşların epidemik pemfiquusu (Pemphigus neonatorum) – yenidoğulmuşlarda dərinin kəskin irincikli zədələnməsi. İnfeksiya mənbəyi stafilostreptokokk infeksiyalı tibb işçisi, uşaqların anası, eləcə də çox vaxt uşaqların özlərinin infeksiyaya yoluxmuş göbəkləridir. Xəstəlik uşağın 7-10-cu günündən başlayır, çox vaxt temperatur 380-390C qalxır, səpgilər təkanvericiliyi və disseminasiyası ilə fərqlənir.



Şək.7.36.Üzün piodermiyası

Lokalizasiya – hər yerdə olur, ağızın selikli qişasında, burunda, cinsiyyət orqanlarında yayılmış olur, bəzən isə ovuc və ayağın altı zədələnir.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – qovuşlar, periferiyaya boyunca nazik zəif örtüklü və ensiz çəhrayı rəngli haşiyə ilə əhatə olunur, ölçüsü 5-7mm, seroz möhtəviyyətli olur, zaman keçdikcə irinləşir. Sağalma prosesində sarımtıl qartmaqlar, çapıq qoymayan, periferiyaya doğru xırda eroziyalar formalaşır.

Yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusunun ağır forması – Ritter xəstəliyi sin. yenidoğulmuşlarda pörtülmüş dəri sindromu, yenidoğulmuşların kəskin epidermolizi, yenidoğulmuşların eksfoliativ dermatiti (Ritter's disease sin. scalded-skin syndrome). Ümumi vəziyyətin ağır olması və eritematoz-maserasiyalaşmış ocaqların ilkin lokalizasiya yerindən (göbək ətrafı və ağız boşluğu) bütün dəri örtüyünə ən çox təbii dəliklər, iri büküşlər, boyun, kürək və s. nahiyədə ildırım sürətilə yayılması xarakterikdir. Yayılan eritema inkişaf edir – dəri al qırmızı rəngə boyanır, ağrılı, sumbat kağızı kimi kələ-kötür olur. Azacıq sürtünmədən epidermis iri lövhələrlə soyulur, periferiyaya doğru böyüməyə meyilli qopmuş epidermis layları ilə müşayiət olunan eroziyalar yaranır, bu da “pörtülmüş dəri” xatırladır. Nikolski sindromu müsbət olur. Sağalma prosesində eroziyalar çapıq qoymadan epitelləşir, iri lövhəcikli qabıqlanma əmələ gəlir.



Şək.7.37.İldırımsürətli sızanaqlar

nöqtəvari skarlatinayabənzər səpgilərinə, eroziv komponentsiz iri lövhəcikli qabıqlanma ilə nəticələnməsinə görə fərqlənir.



Şək.7.38.Alloponun vegetasiyaedici piodermiyası

müş dəri” xatırladır. Nikolski sindromu müsbət olur. Sağalma prosesində eroziyalar çapıq qoymadan epitelləşir, iri lövhəcikli qabıqlanma əmələ gəlir.

Ritter xəstəliyi zamanı epidermisin soyulması stafilokokklar tərəfindən epidermolitik ekzotoksinlərin (eksfoliatin) hasil edilməsi ilə əlaqədardır, hansı ki, hematogen yolla dəriyə düşərək dənəli qat səviyyəsinə qədər epidermisi zədələyir və onun qopmasına səbəb olur. Eksfoliatinin təsiri altında skarlatinayabənzər sindrom inkişaf edə bilər, nisbətən yüngül gedişinə, kiçik

Bununla əlaqədar, eksfoliatinin dövr etməsi ilə bağlı patoloji təzahürləri, bir çox tədqiqatçılar zədələnmənin ağırlığından asılı olaraq, klinik formaların aşağıdakı qaydada təsnifatını vermişlər:

- bullyoz impetiqo
- yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusu
- skarlatinayabənzər sindrom
- pörtülmüş dəri sindromu

Yaddaş!

Uşaqlarda, stomatit, konyuktivit, uretritin xarakterik olduğu südəmər dövrdə və uşaq yaşlarının pörtülmüş dəri sindromundan fərqli olaraq, yenidoğulmuşların pörtülmüş dəri sindromunda (doğulduğu andan 4 həftəyə qədər) selikli qişalar adətən zədələnmir. Pörtülmüş dəri sindromu uşaqlarda 7-10 yaşdan sonra az təsadüf edilir, bu



Şək.7.39. Piostomatit

pseudofurunculyozu (Pseudofurunculosis) – çox sūdəmər uşaqlarda rast gəlinir.



da uşaq orqanizmində eksfoliatini parçalayan və kənar edən antistafilokokk antitellərin yığılması və yaşla əlaqədar metabolizm dəyişiklikləri ilə izah edilir.

Son zamanlar ət yeyən xəstəlik sindromu (“flesh eating disease”) təsvir edilmişdir, dəri və yumşaq toxumaların səthi və dərin strukturunun zədələnməsi və metastatik, erkən ağırlı demarkasiya və hadisələrin 20% -dən çox hallarında letallıqla nəticələnən dəri ocaqlarının yaranması ilə keçir.

Uşaqların çoxsaylı absesi sin. Fingerin – ekkrin tər vəzilərinin irinli iltihabıdır. Ən



Şək.7.40. Yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusu

Lokalizasiya – başın tüklü hissəsi, boyun, bədən.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – bərk, dairəvi formada, qırmızımtıl-göy rəngdə, diametri 0,5-1,5 sm ölçüdə ağırlı düyünlərdir. Sağalma prosesində mərkəzi hissəsində flüktuasiya yaranır, abses formalaşır, fistula yollarından irin axır, nekrotik kütlə yaranmır, proses çapıqlaşma ilə nəticələnir. Çox vaxt yüksək hərarət, dispepsiya, leykositoz, EÇS artması ilə müşayiət olunur, ağırlaşmalar verir –otit, pnevmoniya, irinli konyuktivit, fleqmona, osteomyelit, sepsis.

Vezikulopustulyoz (Vesiculopustullosus) – ekkrin tər vəzi kanallarının mənəsinin irinli iltihabıdır. Yenidoğulmuşlarda rast gəlinir.

Lokalizasiya – başın tüklü hissəsi, bel, dəri büküşləri.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – 1-3 mm ölçülü, bərk örtüklü və periferiya boyunca ensiz eritematoz halqalı pustulalardır. Sağalma prosesində çapıq qoymayan kiçik səthi eroziyalar, sarımtıl qartmaqlar, göyümtül-çəhrayı rəngdə ikincili ləkələr formalaşır. Limfangit, limfadenit, sepsis ola bilər.

Piodermiyaların bütün formalarının diaqnozu anamnezə, patoloji materialdan götürül-

müş yaxmaların nəticəsinə, əkmə və ya Qram üsulu ilə boyanmaya görə təsdiqlənmiş klinik və patomorfoloji şəklə əsasən qoyulur.

Sadə dəmrov (Pityriasis simplex) - ədəbiyyatlarda az patogen streptokokklar tərəfindən törədilən səthi streptodermiyanın abortiv forması kimi baxılır. Xarici ədəbiyyatda bu xəstəlik ağ dəmrov (Pityriasis alba) adlanır və dərinin bakterial infeksiyalar qrupuna aid edilmir. Əsasən uşaqlarda, ən çox oğlanlarda təsadüf edilir.

Lokalizasiya – çox vaxt üz, yuxarı ətraflar, bədənin yuxarı hissəsi.

Səpgi elementləri və onların təkamülü- solğun çəhrayı rəngli, dairəvi formada, səthində unvari qabıqlanma olan, periferik artım hesabına 3-5 sm diametrə qədər böyüyən ləkələrdir. Sağalma prosesində uzun müddət itməyən depiqmentləşmiş ləkələr yaranır.



Şək.7.41.Ət yeyən xəstəlik sindromu

dən, hava-damcı yolu da istisna edilmir.

- Qızılyel dəri zədələnməsi yaxınlığında inkişaf edir.
- İnfeksiyanın inkişaf etməsinə ekzogen (zədə, yanığ, cərrahi



Şək.7.42.Vezikulopustulyoz

manipulyasiya, həşəratların dişləməsi, qaşınma) və individual (gigiyenik normalara riayət edilməməsi, böyrək çatışmamazlığı, şəkərli diabet,qara ciyərin sirrozu, onkoloji xəstəliklər, immün çatışmamazlıq, ayaqların mikozu, qovuqlu və virus dermatozları, dermatit, trofik xoralar, angiopatiya və s.) faktorlar təsir edir.

• İnfeksion dövr - bir neçə saatdan 3-5 günə kimi olur.

Etiopatogenez. Törədicisi – Streptococcus pyogenes, çox vaxt Staphylococcus aureus və tez-tez Pseudomonas aeruginosa, Proteus mirabilis və s. ilə assosiasiyalaşır. Yuxarıda adları sadalanan ekzogen və individual faktorların törədicisi zədələnmiş dəri və selikli qişadan orqanizmə keçir, limfatik damarlarda çoxalır və iltihab yaradır. Mikroorqanizmlər tərəfindən sintez edilən toksinlər qana keçir, titrətmə, qızdırma və digər intoksikasiya əlamətləri yaradır.

Lokalizasiya – aşağı ətraflar (70-80%), üz (5-20%), qulaq seyvanları, bəzən yuxarı ətraflar, uşaqlarda göbək və perianal nahiyələr. Xəstəlik klinik təzahürlərdən əvvəl və sonra lokal ağrı, halsızlıq, temperaturun qalxması ilə müşayiət olunur.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – eritema açıq-qırmızı, ödemli, ağrılı, əl ilə toxunduqda isti, normal dəridən aydın sərhədlə ayrılmış olur (eritematoz forma). Kiçik sahəni (lokal), geniş sahəni (yayılmış) və ya bir-birindən uzaq sahələri (metastatik) tuta bilər. Eritemanın səthində vezikulalar (eritematoz-vezikulyoz forma), qovuqlar (eritematoz-bullyoz forma), hemorragiyalar (eritematoz-hemorragik forma) ola bilər. Regional limfa düyünləri çox vaxt böyüyür və ağrılı olur. Sağalma prosesində ödem azalır, eritemanın rəngi solur, normal dərinin rəngi bərpa olunur, çarıq əmələ gəlmir. Daim residiv verən qızılyel (erysipelas chronica residivans) limfa drenajını pozur və xroniki ödemə gətirib çıxarır – limfostaz, dəri fibrozu, epidermisin qalınlaşması (filə oxşarlıq) baş verir.



Şək.7.43.Sadə dəmrov

İnfeksiya dərinliyə yayıldıqda Sellülit (Cellulitis) yaranır. Qızılyel sellülitin kəskin formasıdır, sellülitdən klinik fərqlənir.

- zədələnmənin səthi xarakteri
- eritemanın al rəngi
- sıx ödemli toxuma infiltrasiyası
- demarkasion zonada dəqiq sərhəd
- eritemanın parlaqlığı

- intensiv ağrı
- yüksək lokal temperatur
- limfatik komponentlərin limfagiit, regional limfadenit şəklində nəzərə çarpması

Qızılyel və sellülitin diaqnoz qoyuluşu üçün klinik şəkil kifayət edir. Mikroorqanizmlərin identifikasiyası çətinidir.

Yaddaş!

Uşaqlarda qızılyel çox vaxt göbək nahiyəsində, sellülit perianal nahiyədə müşahidə edilir.

Skarlatina (Scarlatina) – kəskin iltihabi infeksiya olub, hərərətin artması, angina, ümumi intoksikasiya və dəridə kiçik nöqtəvari səpgilərlə xarakterizə olur.

Epidemiologiya

- Ən çox uşaqlarda 2-7 yaşlarında təsadüf edilir.
- İnfeksiya mənbəyi – xəstə insan və ya bakteriya daşıyıcıdır.
- İnfeksiyanın ötürülmə yolları – hava-damcı yolu, çox nadir hallarda məişət əşyaları.
- İnfeksiya qapısı – udlaq və əsnək selikli qişası, bəzən zədələnmiş dəri (yaralı skarlatina) və ya doğuş yolları (doğuşdan sonrakı skarlatina)
- İnkubasiya dövrü – 1-12 gün, çox vaxt 2-7 gün.

Etiopatogenez. Törədici – *Streptococcus pyogenes*, orqanizmə keçərək daxil olduğu yerdə iltihabi dəyişikliklərin inkişafına səbəb olur, mikroorqanizmlərin sintez etdiyi

toksinlər isə qana keçərək titrətmə, qızdırma, qusma, səpmə və digər toksikoallergik reaksiyalar törədir.

Xəstəlik kəskin, temperaturun birdən qalxması, qusma və boğazda ağrı ilə başlayır. Angina – skarlatinanın xarakterik simptomudur. Yüngül gediş zamanı qusma, bəzən də angina olmaya da bilər. İlk 1-2 gündə boyunun limfa düyünlərinin böyüməsi, bərk və ağrılılığı qeyd olunur. Dil ağ ərplə örtülür, ərdən qırmızı məməciklər görünür – ağ çiyələyəbənzər dil, kiçik nöqtəvari səpgi əmələ gəlir.

Səpgilərin lokalizasiyası - hər yerdə olur, səpgi yuxarıdan aşağıya yayılır.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – kiçik nöqtəvari, şəhrayı rəngdən al qırmızı rəngə qədər ləkələrdir, ən çox boyunda, bədənin yuxarı hissəsində təzahür edir və ətrafların distal hissələrində birləşir. Üzdə al qırmızı yanaqlar və cənə, solğun rəngli burun-dodaq üçbucağı ilə (Filatov simptomu) kontrast təşkil edir. Dəri büküşləri və oy-



Şək.7.44.Qızılyel xəstəliyi

naq qatlarında petexiyalarla formalaşmış tünd qırmızı zolaqlar var (Pastia simptomu). Ağ dermoqrafizm aydın görünür. 3-4 günə dil üç və yan səthdən təmizlənməyə başlayır, parıldayır, açıq qırmızı rəngdə olur, qırmızı məməciklər çıxır və kiçik adacıqları xatırladan ərp qalır – qırmızı çiyələk dil əmələ gəlir. Yumşaq damaqda kiçik nöqtəvari səpgi və petexiyalar olur. Səpgilər əmələ gəldikdən 4-5 gün sonra qabıqlanma başlayır, belə ki, üzdə və bədəndə - kiçik lövhəcikli, əl və ayaq nahiyəsində - böyük lövhəcikli olur. Qabıqlanma mərhələsi 2-3 həftə davam edir və izsiz sağalır. Skarlatina diaqnozu anamnezə və əsnəkdən götürülmüş yaxmanın əkilməsinin nəticəsi ilə təsdiqlənmiş klinik şəkllə əsasən qoyulur.



Şək.7.45. Qızılyel xəstəliyi



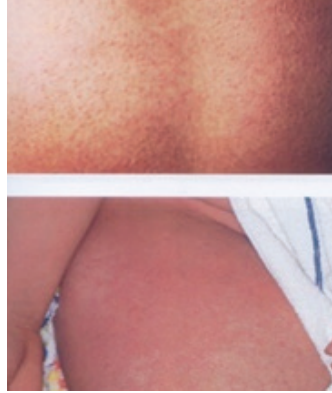
Şək.7.46. Perianal nahiyənin sellülit



Şək.7.47. Göz qapağının sellülit



Şək.7.48. Skarlatina (ağ çiyələyəbənzer dil



Şək.7.49. Skarlatina (xırda nöqtəvipapulyoz səpgilər



Şək.7.50. Skarlatina Filatov (simptomu



Şək.7.51. Skarlatina (Pastia (simptomu



Şək.7.52. Skarlatina ((qırmızı çiyələyəbənzer dil



Şək.7.53. Skarlatina (əlin iri lövhəcikli qabıqlanması

VIII FƏSİL. DƏRİ VƏRƏMİ

Dərinin mikobakteriyalar ilə törənən bakterial infeksiyaları

Dəri vərəmi (Tuberculosis cutis) - dəri və selikli qişaların xroniki, bakterial infeksiyası olub, vərəm çöpləri tərəfindən tördəri və selikli qişaların xroniki, bakterial infeksiyası olub, vərəm çöpləri tərəfindən törədilir, müxtəlif klinik təzahürlər və dəridə spesifik qranulema əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

Epidemiologiya. Dəri vərəmi bütün dünyada yayılmışdır. İstiqamətləndirici məlumatlara görə hər il dünyada 0,3-0,5 mln insan dəri vərəmi ilə xəstələnir, belə ki, bunların 2/3 hissəsini Afrika, Asiya və Latin Amerikası əhalisi təşkil edir. Avropa kontinentində dəri vərəmi ilə daha çox uşaqlar və qadınlar xəstələnir. Eyni zamanda dəri vərəminin müəyyən forması var ki, yalnız kişilərdə (ziyilli vərəm) və ya yalnız qadınlarda (indurativ eritema) təsadüf edilir.

- İnfeksiya mənbəyi – xəstə insan və infeksiyaya yoluxmuş mal-qara.
- İnfeksiyanın yoluxma yolları

ekzogen – zədələnmiş epidermisdən bilavasitə xəstədən və ya hər hansı əşyadan.

endogen – digər orqanda olan vərəm ocağından limfogen və ya hematogen yolla.

per continuitatum (xəstəlik müddəti ərzində) – bilavasitə vərəmlə zədələnmiş qonşu orqanlardan, limfa düyünlərindən oynaq və sümüklərdən.

autoinokulyasiya yolu ilə - vərəmlə zədələnmiş orqanların ifrazatından (bəlğəm, siddik, nəcis).

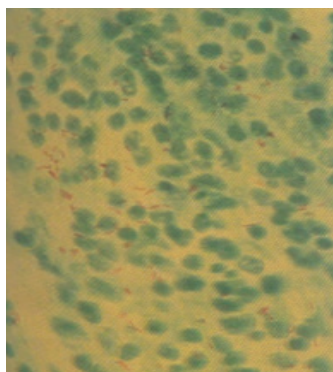
- Dəri vərəminin inkişaf etməsinə müxtəlif ekzogen faktorlar – qeyri-qənaətbəxş sosial-məişət şəraiti, əlverişsiz iqlim şəraiti (aşağı temperatur, yüksək rütubət), istehsalatda sanitariya nomalarına riayət etməmək, həddən artıq soyuma, zədələnmələr və mikrotravmatizm, fərdi faktorlar – keyfiyyətsiz qidalanma, neyro- və endokrinopatiya, immunçatışmamazlıq, somatik və infeksiyon xəstəliklər, su və mineralların mübadiləsinin pozulması, vitamin disbalansı, damar pozuntuları təsir edir.

Etiopatogenez. Dəri vərəminin törədicisi *Mycobacterium* mənşəlidir, onun tərkibində mikol turşusu var. İnsanda vərəm əsasən iki tip mikobakteriyalar tərəfindən törədilir: insan tipi – *Mycobacterium tuberculosis* və öküz tipi *Mycobacterium bovis*. İnsan üçün həmçinin başqa tip mikobakteriyalar da patogen ola bilər, lakin çox az dərəcədə.

Yaddaş!

Mycobacterium tuberculosis – hərəkətsiz, qrammüsbət obliqat aerob olub, hüceyrə divarında çoxlu miqdarda lipidlər saxlayır. Nazik, düz və ya azacıq bükülmüş, 1-4 mkm uzunluqlu, 0,2-0,6 mkm diametrlı, ucları azacıq dairəvi və qalınlaşmış, Sil-Nilson üsulu ilə qırmızı rəngə boyanan homogen və ya dənəli görünüşə malikdir.

Sağlam dəri mikobakteriyaların həyat fəaliyyəti üçün qeyri-əlvərişli mühitdir. Lakin orqanizmin azalmış rezistentliyi fonunda, yuxarıda sadalanan ekzogen və fərdi faktorlar hesabına dərinin *Mycobacterium tuberculosis* mikobakteriyalarına meyilliliyi artır. Mikobakteriyalar faqositlərin və spesifik antitellərin aktivliyinə qarşı müqavimət göstər-



Şək.8.1. Bəlgəm yaxmasında Tsil-Nilsen üsulu ilə boyanmış Mycobacterium tuberculosis (çöplər qırmızı rəngdədir)

mək qabiliyyəti əldə edirlər. Nəticədə, mikobakteriyaların daxil olduğu erkən mərhələdə eksudasiya və alterasiyanın qeyri-spesifikliyi üstünlük təşkil edir, infiltratda polinuklearlar əsas yer tutur, limfositlər az olur, çoxsaylı mikobakteriyalar aşkar edilir. Tədricən hüceyrə reaksiyasının xarakteri dəyişir, qranulemanın inkişafı, kazeoz (kəsmiyə-bənzər) nekrozun formalaşması ilə iltihabın proliferativ fazası başlayır, mikobakteriyalar az təsadüf edilir, tuberkulin sınağı müsbət olur.

Vərəm qranuleması – hiperhəssas ləng tipinin tipik nümunəsidir. Patomorfoloji olaraq nəhəng Lanqhans hüceyrələri ilə epitelioid-hüceyrə ocaqları təzahür edir. Qranulemada kazeoz nekrozun dərəcəsi, eləcə də dermanın zədələnmə dərinliyi və qranulemanın miqdarı ilə limfositlərin, plazma hüceyrələrinin qeyri-spesifik dermal infiltratı arasındakı nisbətə variasiyasının dəri vərəminin formasından asılı olaraq dəyişir.

Yaddaş!

Tuberkulin sınaqları – vərəmə qoyulan diaqnostik sınaqlar, insan orqanizminin vərəm mikobakteriyaları ilə infeksiyaya yoluxmasını, həmçinin infeksiyaya yoluxmuş və ya vaksinləşmiş şəxslərin reaktivliyini öyrənmək üçün aparılır. Ən çox dərialtı 2 TV tuberkulini yeridilməsi ilə aparılan Mantu sınağı tətbiq edilir. Mantu sınağı 72 saat sonra qiymətləndirilir: mənfi – infiltratın olmaması və ya yalnız inyeksiya reaksiyasının olması; şübhəli – 2-4 mm diametrlı papulanın olması; müsbət – 5mm və daha böyük diametrlı papulanın olması; hiperergik – infiltratın və ya böyüklərdə - 21 mm və daha böyük ölçülü, uşaq və yeniyetmələrdə - 17 mm və daha böyük ölçülü vezikulonekrotik ocaqların olması.

Dəri vərəminin təsnifatı

I. Birincili dəri vərəmi (Tuberculosis cutis primaria)- əvvəllər infeksiyaya yoluxmamış şəxslərdə inkişaf edən

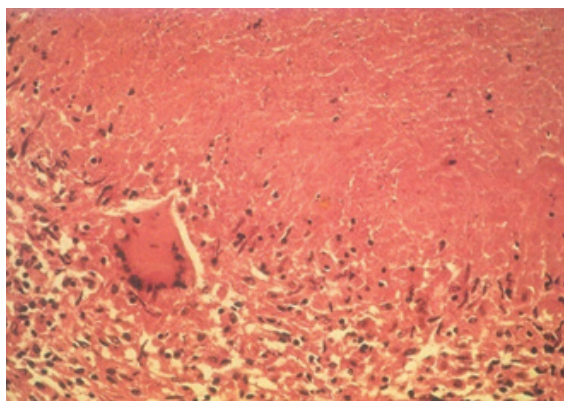
II. Dəri vərəmi (Tuberculosis cutis)- əvvəllər infeksiyaya yoluxmuş şəxslərdə inkişaf edən

lokal forma

- vərəm qurdeşənəyi (lupus vulgaris)
- kollikvativ vərəm sin. skrofuloderma (tuberculosis collicvativa sin. scrofuloderma)
- ziyilli vərəm (tuberculosis verrucosa)
- miliar-xoralı vərəm (tuberculosis)

disseminə olunmuş forma

- papulonekrotik vərəm (tuberculosis papulonecrotica)



Şək.8.2.Dəri vərəminin patomorfoloji təzahürləri mərkəzində kazeoz nektar və epitelioidhüceyrə, limfositlər, nəhəng Lanqhans hüceyrələrindən ibarət periferik lövhəcikli qranulema)

- indurativ vərəm (tuberculosis indurativa)
- lixenoid vərəm sin. skrofulozluların dəmrovu (tuberculosis lichenoides sin. lichen scrofulosorum)
- üzün miliar disseminə olunmuş vərəmi (tuberculosis miliaris disseminatus faciei)

Birincili dəri vərəmi (Tuberculosis cutis primaria)- əvvəllər infeksiyaya yoluxmamış şəxslərdə inkişaf edən

- İnfeksiyanın yoluxma yolu – ekzogen, aktiv vərəmli xəstənin infeksiyaya

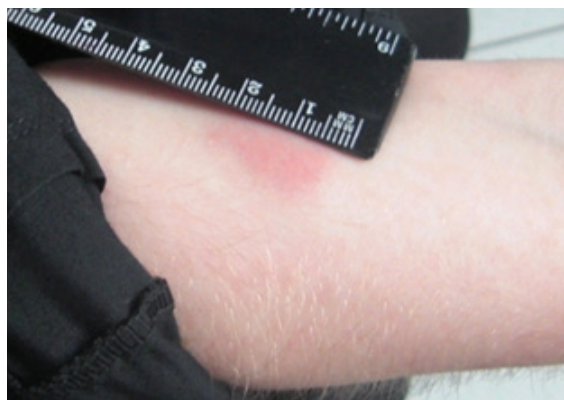
siyalı materialı (bəlğəm, tüpürcək və s.) ilə bilavasitə kontaktda olmaqla.

- Yoluxmaya səbəb olan şərait zədələnmiş dəri-selikli qışa sərhəddidir, (məişətdə zədə, həşəratların dişləməsi, pişik cirmağı, inyeksion prosedurlar, qulaq deşilməsi, sirkumizasiya, yanaşı gedən piodermiya və s.)

- Çox nadir hallarda, uşaqlarda təsadüf edilir, böyüklərdə də xəstəliyin inkişaf etməsi istisna olunmur.

Lokalizasiya – açıq sahələr (üz, ətraflar), bəzən cinsiyyət üzvləri, konyuktiva, ağız boşluğunun selikli qışası.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – qırmızı-qəhvəyi rəngli, bərk konsistensiyalı düyüncük (qabarcıq) və ya düyün.



Şək.8.3. Dəri vərəmi (müsbət Mantu sınağı)

li düyüncük (qabarcıq) və ya düyün. Sağalma prosesində xora formalaşır, səthi, ağrılı, 1,5-2sm ölçülü, periferiyaya üzrə kəskin iltihabı olmayan, dibi dənəli, irin ifrazatlı, kənarları yumşaq, oyulmuş, bütünlüklə və ya kənarlarında bərkimə olur ki, bu da ocağa şankr formalı xarakter verir. Xora əmələ gəldikdən 2-4 həftə sonra limfangit və regional limfadenit yaranır. Limfa düyünləri – ağrısız, izolə olunmuş, əvvəlcə bərk, hərəkətli, sonradan öz aralarında və dəri ilə birləşmiş, yumşalaraq və tez deşilərək xoraya çevrilmiş olur. Xoralar bir neçə həftə və ya aydan sonra sağalır və çapıq əmələ gəlir.

Dəri vərəmi - əvvəllər infeksiyaya yoluxmuş şəxslərdə inkişaf edən

Vərəm qurdeşənəyi (Lupus vulgaris). Ən çox qadınlarda təsadüf edilir, müxtəlif formalarına görə fərqlənir.

Lokalizasiya - üz (burun, yanaq, qulaq seyvanı), burun və ağız boşluğunun selikli qişası (sərt və yumşaq damaq, diş əti, dil), az hallarda bədən, ətraflar.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – düyüncüklər (qabarcıqlar) sarımtıl-qırmızı və ya qırmızı-qəhvəyi rəngli, dairəvi formalı, kəskin sərhədli, 2-5 mm ölçüdə, yumşaq konsistensiyalı olur, düyməcikli zondla basdıqda bataraq ağrı verir – “zond” simptomu. Düyüncüklər (qabarcıqlar) diaskopiya zamanı sarımtıl-qonur rəngə çevrilir – “alma jlesi” simptomu. Düyüncüklər (qabarcıqlar) birləşməyə meyli, əvvəlcə dermanın içərisində olmuş kimi az nəzərə çarpan, tədricən dəri səthindən qalxaraq daha artıq nəzərə çarpan olurlar. Düyüncüklərin (qabarcıqlar) sağalma prosesində kifayət qədər tez bir zamanda yumşaq, kənarları qeyri-hamar, girintili-çıxıntılı olan, dənəli dibi asanlıqla qanayan, periferiya boyunca infiltrasiyalı halqalı, nəticə etibarilə çapıqlaşan xoralar əmələ gəlir. Xoralaşmayan düyüncüklər (qabarcıqlar) çapıq atrofiyası ilə sağalır. Tuberkulin sınağı – müsbət olur.

Vərəm qurdeşənəyinin növləri

- yastı (lupus vulqaris planus) - düyüncüklərin (qabarcıqlar) bütöv ocaq əmələ gətirərək birləşməsi, dəri səthində azacıq qalxmış, hamar və ya azacıq qabıqlanan müxtəlif forma və ölçülü olması ilə xarakterizə olunur.

- serpinginoz (lupus vulqaris serpinginosus) - ocaqların periferiyaya doğru böyüməsi, müxtəlif inkişaf mərhələlərində düyüncüklərdən (qabarcıqlar) formalaşan mərkəzdəki elementlərin repressi ilə xarakterizə olunur.

- psoriazformalı (lupus vulqaris psoriasiformis) – çox vaxt zədə ocaqlarının səthinin lövhəvari qabıqlanması ilə xarakterizə olunur.

- impetiginoz Leluara ((lupus vulqaris impetiginosus Leloir) – qartmaq əmələ gəlməsi ilə nəticələnən papulyoz, papulyoz-pustulyoz və pustulyoz elementlərlə xarakterizə olunur.

- qartmaqlı (lupus vulqaris crustosus) – geniş qartmaq təbəqələrindən ibarət olub, dəri buynuzunu (lupus cornutus) xatırlatması ilə xarakterizə olunur.



Şək.8.4. Birincili dəri vərəmi

- ziyilli (lupus vulqaris verricosus) - zədə ocaqlarının səthində ziyilli artımlarla xarakterizə olunur.

- şişəbənzər (lupus vulqaris tumidus) – zədə ocaqlarının nəzərə çarpan infiltrasiyası və dəri səthindən yüksəkliyə qalxması ilə xarakterizə olunur.

- xoralı (lupus vulqaris ulcerans)- zədə ocaqlarında düyüncüklərin (qabarcıq) xoralaşması ilə xarakterizə olunur.



Şək.8.5.Vərəm qurdeşənəyi(yastı forma)



Şək.8.6.Vərəm qurdeşənəyi (psoriaz formalı)



Şək.8.7.Vərəm qurdeşənəyi (ziyilli forma)

• mutasiyaedici (lupus vulqaris mutilans) – nəzərə çarpan infiltrasiya ilə müşayiət olunan xoralaşmış ocaqların dərinliyə yayılması, dərialtı piy toxumasının , burun, qulaqların zədələnməsi, barmaq falanqasının qopması və üzün eybəcər hala düşməsi, “canavar gəmirməsinə” oxşar olması ilə xarakterizə olunur, qurdeşənəyi termini bununla izah edilir.

Uzun müddət davam edən vərəm qurdeşənəyinin ən ciddi ağırlaşmasında zədə ocağında yastıhüceyrəli karsinoma sin. karsinoma lüpusu - (lupus carcinoma) əmələ gəlir.

Kolikvativ vərəm sin. skrofuloderma (Tuberculosis collicvativa sin.skrofuloderma). Ən çox qadınlar və uşaqlarda təsadüf edilir. İlk ocaqlardan limfo-hematogen deseminasiya nəticəsində inkişaf edən və limfa düyünlərinin vərəmi ilə əlaqəli olmayan birincili skrofuloderma ayırd edilir. İkincili skrofuloderma - vərəmlə zədələnmiş limfa düyünlərindən inkişaf edərək M.tuberculosis per continuitatem dəriyə düşür. Qarışıq formaya da təsadüf edilir.

Lokalizasiya - limfa düyünlərinin lokalizə yerlərində, ikincili skrofulodermada - ən çox boyun nahiyəsində, birincili skrofulodermada - az hallarda ətraflarda.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – düyüncüklər (qabarcıqlar) bərk, ağrısız, əvvəlcə normal dəri rəngində olur, periferiyaya doğru böyüyərək, altdakı toxumaya bir-

ləşən, ağrısız, bərk, göyümtül-qırmızı rəngli düyünlərə çevrilir. Sağalma prosesində düyünlər yumşalır, irin və nekrotik kütlə ifraz olunmaqla dəşilir, xoralar əmələ gələrək, kənarları çox girintili-çıxıntılı, dibində sarımtıl qranulyasiya olan, qeyri-düzgün formalı, bəndlər və məməcikli artımlara bənzər olan “girintili-çıxıntılı” çapıqlar formalaşır. Tuberkulin sınağı çox vaxt müsbət olur.

Ziyilli vərəm sin. anatom ziyili (Tuberculosis verrucosa). Ən çox kişilərdə təsadüf edilir. Müəyyən dərəcədə peşə xəstəliklərinə aid edilir, belə ki, patoloqoanatomlarda, sallaqxana işçilərində, xəstə heyvanlarla təmasda olan baytarlarda ziyilli vərəm diaqnozu qoyulur. İnfeksiyanın keçmə yolu - ekzogendir.

Lokalizasiya - əl və ayaq barmaqları, əl, ayaq, diz oynaqları, bəzən bud, sağrı.

Səpgi elementləri və onların təkamülü- düyüncüklər (qabarcıqlar) ağrısız, qırmızımtıl-göy rəngli, ziyilli səthi, ensiz eritematoz haşiyə ilə əhatə olunmuşdur. Düyüncüklər (qabarcıqlar) birləşərək, dairəvi və ya polisiklik şəkildə, qəhvəyi-göy rəngdə, bərk konsistensiyalı, mərkəzində çatlar, şırımlar, buynuz təbəqələri olan, kəskin sərhədli ziyilli ocaqlar əmələ gətirir. Periferiyaya doğru - sağlam dəri ilə sərhəddə hamar, infiltratlaşmış, göyümtül-qırmızı və eritematoz göyümtül haşiyə müşahidə olunur. Sağalma prosesində ağ və ya qeyri-bərabər piqmentləşmiş atrofik çapıq yaranır. Tuberkulin sınağı müsbət olur.

Miliar-xoralı vərəm (Tuberculosis miliaris ulceroza). Ən çox kişilərdə təsadüf edilir. Yüksək yoluxuculuğuna görə fərqlənir. İnfeksiyanın keçmə yolu – autoinokulyasiyadır.

Lokalizasiya – təbii dəliklərin selikli qişası və onları əhatə edən dəri.

Səpgi elementləri və onların təkamülü- düyüncüklər (qabarcıqlar), sadəcə başı böyüklükdə, çəhrayı və ya açıq-qırmızı rənglidir, tez parçalanan səthi, kiçik ölçülü, yumşaq girintili-çıxıntılı kənarlı, seroz-irini ifrazatlı və qeyri-hamar dənəcikli dibi olan, sarımtıl nekrotik qabarcıqlarla örtülmüş, dairəvi formalı xoralar yaranır - “Trel dənələri”. Xoralar birləşərək naxışabənzər kənarları olan geniş xoralı səth əmələ gəti-



Şək.8.8.Vərəm qurdeşənəyi (şişəbənzər forma)



Şək.8.9.Vərəm qurdeşənəyi (xoralı forma)



Şək.8.10.Vərəm qurdeşənəyi (lupus carcinoma)



Şək.8.11.Vərəm qurdeşənəyi (lupus carcinoma)

yuxarı ətraflar, qarın.

Səpgi elementləri və onların təkamülü- düyünlər, çox vaxt tək-tək, simmetrik, dərin yerləşmiş, təcrid edilmiş, azacıq ağrılı, bərk elastik konsistensiyalı, dairəvi və ya oval formalı, 1-5sm ölçülü olurlar. Düyün üzərində dəri əvvəlcə dəyişilməmiş, inkişaf etdikcə

rir. Sağalma prosesində zərif atrofik çapıqlar yaranır. Regionar limfadenit qeyd olunur. Tuberkulin sınağı çox vaxt mənfi olur.

Papulonekrotik vərəm (Tuberculosis papulonecrotica). Daha çox 25-35 yaşlarında olan qadınlarda rast gəlinir.

Lokalizasiya - ətrafların açıq səthləri, ən çox oynaq və sağrı nahiyəsi

Səpgi elementləri və onların təkamülü- düyüncüklər (qabarcıqlar), izolə olunmuş, yarımkürəşəkilli formada, solğun qırmızı rəngli, 2-5 mm diametrlı, bərk konsistensiyalı, ağrısız, hamar səthli olur. Qabarcıqların mərkəzində psevdopustula – nekroz yaranır. Nekrotik kütlələr quruyaraq möhkəm birləşmiş qartmaq əmələ gətirir, qopartdıqda kraterəbənzər xora yaranır, ağımtıl daxilə basılmış və ya periferiya üzrə pigment halqası olan, hamar “möhürlənmiş” çapıqla reqres edir.

Adi klinik şəkildən fərqlənmələr də ola bilər ki, bu aşağıdakı təzahürlərlə özünü göstərir.

- sonradan çapıqsız reqres ilə nəticələnən mərkəzi nekrozun olması
- eksudativ komponentin nəzərə çarpması ilə, sızanaq səpgi tipinə görə pustulizasiya
- indurativ eritemanın keçid formasına bənzər, daha böyük və dərin yerləşən düyüncüklər (qabarcıqlar)

Tuberkulin sınağı müsbət olur.

İndurativ vərəm sin. Bazenin indurativ eriteması (Tuberculosis indurativa). Daha çox qadınlarda rast gəlinir.

Lokalizasiya – baldırlar, bud, bəzən



Şək.8.12.Kollikvativ vərəm



Şək.8.13.Ziyilli dəri vərəmi

qırmızımtıl-göy rəngli, düyünlərlə birləşmiş olur. Düyünlərin sağalma prosesində piqmentasiyası qalır və ya müxtəlif dərəcədə nəzərə çarpan atrofik çarıqlar qeyd olunur. Bir sıra hallarda düyünlər dairəvi və ya oval formalı, möhkəm, bərk, kəskin giritili-çıxıntılı kənarlı, dibində sarımtıl-yaşıl ərp olan, kənarları piqmentasiyalı hamar atrofik çarıqla nəticələnən dərin olmayan xoralar (Hetçinson tip) əmələ gəldikdən sonra sağalır. Tuberkulin sınağı çox vaxt müsbət olur.

Lixenoid vərəmi sin. skrofulyozluların dəmrovu (Tuberculosis lichenoides sin. lichen scrophulosorum). Ən çox zəif uşaqlarda və yeniyetmələrdə rast gəlinir.

Lokalizasiya – bədən, əksər hallarda yan səthlərdə, bəzən ətraflarda, üzdə.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - miliar düyüncüklər (qabarcıqlar), lixenoid, follikulyar, perifollikulyar, simmetrik, yumşaq konsistensiyalı, sarımtıl-qəhvəyi və ya normal dəri rəngində, çox vaxt mərkəzində buynuz qatı və ya zərif tüklər



Şək.8.14.Miliar-xoralı dəri vərəm

olur. Düyüncüklərin forması müxtəlif olur: konussəkilli, dairəvi, yastı, bəzən poliqonal. Qruplaşma və sıx yerləşmə nəticəsində oval və ya halqavari zədə ocaqları əmələ gəlir. Xəstəlik, adətən izsiz sağalır, bəzən isə səthi atrofik çarıqlar qalır. Tuberkulin sınağı müsbət olur.



Şək.8.15.Papulonekrotik dəri vərəmi



Şək.8.16.İndurativ dəri vərəmi (Hetçinson tipi)

peyvəndin 1 həftəsində kiçik çəhrayı infiltrat, düyüncük, pustula, 2-12 mm diametrli xora şəklində başlayır. Yerli peyvənd reaksiyalarının geriye inkişafı vaksinasıya və revaksinasıya olunmuş şəxslərdə, adətən 2-4 ay ərzində baş verir. Reaksiya yerində 2-10mm ölçüdə, səthi çapıq qalır ki, bu da immungenez prosesinin bitməsini və orqanizmin immunoloji dəyişikliklərin başlanmasını göstərir.

Üzün disseminə olunmuş miliar vərəmi (Tuberculosis miliaris disseminatus faciei). Ən çox gənc yaşlarında rast gəlinir.

Lokalizasiya – yalnız üzdə.

Səpgi elementləri və onların təkamülü- mərkəzində pustula olan düyüncüklər (qabarcıqlar), izolə olmuş, miliar, sarımtıl-qırmızı və ya qırmızımtıl-qəhvəyi rəngdə, yarımkürə şəkilli, yumşaq konsistensiyalı, ağrısızdır, diaskopiya zamanı “alma jelesi” simptomu müsbət olur. Sağalma prosesində atrofik çapıq qalır. Tuberkulin sınağı zəif müsbət, çox vaxt mənfi olur. Xəstəliyin bir növü olan Levandovskinin rozaseayabənzər tuberkuloid - dərinin rozaseayabənzər dəyişiklikləri fonunda, üzün disseminə olunmuş miliar vərəminin klinik təzahürləri ilə xarakterizə olunur (eritema, teleangiektaziya).

Yaddaş!

Vərəmin profilaktikası üçün əhəlinin vaksinasıyası atənləşmiş *M.tuberculosis* ştamdan olan canlı vərəməleyhinə vaksina (BCG- Bacille de Calmette et de Guerin) ilə aparılır. BCG ilə vaksinasıya orqanizmin aktiv immunizasiya yolu ilə vərəmə qarşı rezistentliyini artırmağa kömək edir. BCG vaksininin dozası (birpeyvəndlik doza) – 0,1 ml durulaşdırılmış vaksindir. BCG vaksini yeridildikdən təxminən 2 ay sonra immunitet başlayır.

Yerli peyvənd reaksiyaları, adətən vaksinasıya olunmuş şəxslərdə 3-4 həftədə, revaksinasıya olunanlarda isə



Dəri vərəmi diaqnozu anamnezə, xəstəliyin klinik və patomorfoloji şəklinə, Mantu sınağının nəticələrinə əsasən qoyulur. PZR zədələnmiş toxumalarda *M.tuberculosis* DNT-nin identifikasiyasını təyin etməyə imkan verir.

Şək.8.17.Lixenoid dəri vərəmi



Şək.8.18. Üzün disseminə olunmuş miliar vərəmi

IX FƏSL. CÜZAM

Cüzam sin.Hanzen xəstəliyi, lepra, Müqəddəs Lazar xəstəliyi (Leprosy sin. Hansen's disease), xəstəlik xroniki bakterial infeksiya olaraq cüzam mikobakteriyaları (*Mycobacterium leprae*) vasitəsi ilə törədilir və dərinin, selikli qişaların, periferik sinir sisteminin və daxili orqanların zədələnməsi ilə xarakterizə olunur.

Epidemiologiya. ÜST-nın (2009-cu il) statistik məlumatlarına görə dünya üzrə təqribən 4 milyona yaxın cüzamlı xəstə var, yeni xəstəlik hallarının sayı isə ildə 500 000 nəfər təşkil edir. ÜST hesablamalarına görə (1999-cu il) hər 10 000 nəfər əhaliyə düşən regionlar üzrə xəstələnmələr belədir: Cənub-Şərqi Asiyada – 4,3, Afrikada – 1,2, Amerikada – 1,1, Şərqi Aralıq dənizi ətrafında – 0,2, Sakit okeanın Qərb hövzəsində - 0,1. Avropada böyük olmayan endemik zonalara Portuqaliyada, İspaniyada, Yunanıstanda, Türkiyədə, Siciliyada mövcuddur.

- İnfeksiya mənbəyi – infeksiyaya yoluxmuş insan.
- İnfeksiyanın yoluxma yolları – hava-damcı, dəridən keçməsi də mümkündür.
- Cüzam – zəif kontagioz infeksiyadır, yoluxma ehtimalı kontaktın müddəti və xarakterindən, immunoloji reaktivlik dərəcəsindən bilavasitə asılılıqdadır. Eyni zamanda çoxlu mikobakteriya ifraz etdiklərinə görə lepromatoz tipli cüzamlı xəstələr, xüsusilə kontagiozdur.

- Cüzamın yayılmasında əhalinin sosial-iqtisadi və maddi yaşayış səviyyəsi, ümumi və sanitariya mədəniyyəti həlledici rol oynayır. Yaşlı şəxslər arasında ər-arvad cütünü də daxil etməklə, uzun müddət, illər boyunca cüzamlı xəstələrlə bir yerdə yaşadığıda, 10-12%-dən çox olmayan hallarda xəstələnilirlər. Lepromatoz cüzamlı xəstə olan ailələrlə uzun müddət təmasda olmaqla xəstəliyə yoluxmanın maksimum halları (36%-ə qədər), sanitariya mədəniyyəti və maddi təminatı son dərəcə aşağı olmasının da əhəmiyyəti çox böyükdür.

- Uşaqlar yoluxmaya daha çox həssasdır. Cüzamlı xəstə valideynlərdən sağlam uşaq doğulmasına baxmayaraq, valideynləri cüzamdan əziyyət çəkən uşaqlar arasında xəstələnmə tezliyi 60%-ə çatır.

- Cüzamın müxtəlif tipləri özünün epidemioloji əhəmiyyətinə görə fərqlidir. Lepromatoz cüzamla təmasda olmuş şəxs, tuberkuloid tipli cüzamla təmasdan 70% çox yoluxmaya risklidir.

- Cüzamın inkubasiya dövrü orta hesabla 3-7 gün təşkil edir.

Etiopatogenez. Cüzamın törədicisi – *Mycobacterium leprae*, periferik sinir sisteminə doğru unikal tropizmə malikdir. *M.leprae* orqanizmə düşərək və dəri-selikli qişa baryerini keçərək sinir uclarına, limfotik və qan dövrəni sisteminə nüfuz edir, tədricən disseminə edir, daxil olduğu yerdə, adətən gözlə görünən dəyişikliklər törətmir. *M.leprae* –nin virulentliyi xəstəliyin xarakterinə çox da təsir etmir. Bu deyilənlər, eyni ailədə, həmin yoluxma mənbəyi və eyni şərait olduqda, təmasda olan şəxslərdə cüzamın müxtəlif nəticələrlə müxtəlif tiplərinin inkişaf etməsi ilə təsdiqlənir. Cüzamlı prosesin ağırlığı və klinik təzahürlərin xarakteri fərdi immunoloji reaktivlikdən asılıdır.

Yaddaş!

Cüzama şübhəli bütün xəstələrdə basil axtarışı aparılmalıdır. Tədqiqat materialı kimi burunun (səhər) selikli qişasından qaşıntı və dərinin zədələnmiş sahələrinin haçalanmış toxumalarından (slit-smears), həmçinin qulaq seyvanının, cənənin, qaşüstü qövlərin, ətrafların distal hissələrinin skarifikatları ola bilər.

Mycobacterium leprae – qrammüsbət obliqat aerob olub, düz və ya əyilmiş çöpformalı, homogen və ya dənəli dairəvi uclu, 1-7mkm uzunluqlu, 0,2-0,5mkm diametrlidir, Sil-Nilson üsulu ilə qırmızı rəngə boyanır. Leproz zədələnmələrdə patomorfoloji tədqiqatlar zamanı seyrək nümunələrdən böyük topalara qədər olan kürəşəkilli bərk törəmələr tipində olan - globi və ya “qutuda siqaret”, “səpələnmiş siqaret” *M.leprae* aşkar edilir.

Cüzamın təsnifatı. Hazırda cüzamın müxtəlif ölkələrdə iki əsas təsnifatından – Madrid (1953) və Ridli-Copling (Ridley et Joppling, 1973) təsnifatından istifadə edilir. Madrid təsnifatına görə cüzamın 2 polyar tipi – lepromatoz və tuberkuloid tipi, 2 orta tipi –differensiasiya olunmayan (qeyri-müəyyən) və sərhəd tipi ayırd edilir.

Ridley et Joppling təsnifatı müəlliflər tərəfindən klinik, histoloji, bakterioleji, immunoloji kriterilər nəzərə alınmaqla 1966-cı ildə təqdim edilmiş, 1973-cü ildə Lepra üzrə X Beynəlxalq konqresdə (Norveç, Bergen, 1973) elmi və təcürbi məqsədlərdə tətbiq etmək üçün tövsiyə olunmuşdur. Hal-hazırda Ridley et Joppling təsnifatı aşağıda göstərilənləri ayırd edir:

TCp – cüzamın polyar tuberkuloid tipi (polyar tuberkuloid)

TCs – cüzamın subpolyar tuberkuloid tipi (subpolyar tuberkuloid)

ST – cüzamın sərhəd-tuberkuloid tipi (sərhəd tuberkuloid)

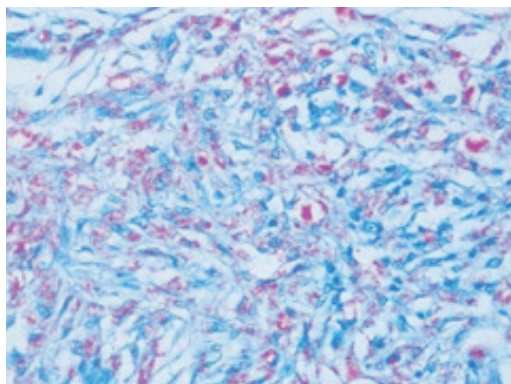
SC – sərhəd vəziyyətində olan cüzam

SL – cüzamın sərhəd-lepromatoz tipi (sərhəd lepromatoz)

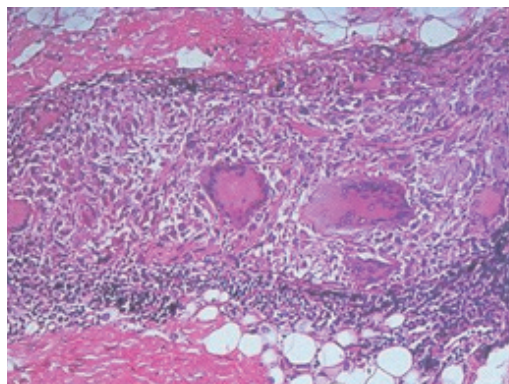
LCs – cüzamın subpolyar lepromatoz tipi (subpolyar lepromatoz)

LCp – cüzamın polyar lepromatoz tipi (polyar lepromatoz)

Xüsusi ədəbiyyatlarda TCp və TCs cüzamın tuberkuloid tipi(TC), LCs və LCp isə cüzamın lepromatoz tipi (LC) adlandırılır.



Şək.9.1. *Mycobacterium leprae* (cüzam) xəstənin dərisinin biopstatında çəhrayı rəngli çöplər)



Şək.9.2.Cüzamın patomorfoloji təzahürləri (limfositlərlə əhatə olunmuş epitelioid və nəhəng çoxnüvəli hüceyrələrdən ibarət qranulema)

Cədvəl 1. Cüzamın Ridley et Joppling-ə görə təsnifatı

	Tuberkuloid tipli cüzam (TC)	Sərhədli tuberkuloid tipli cüzam (ST)	Sərhədli cüzam (SC)	Sərhədli lepromatoz cüzam (SL)	Lepromatoz cüzam (LC)
Dəri ocaqları	Aydın sərhədli, iri, assimetrik, çox vaxt halqavari formalı 1-2 ocaq; anesteziya	Az(<10), aydın sərhədli, iri, assimetrik ocaqlar; həssaslığın azalması (hiposteziya) və ya Anesteziya	Çoxsaylı (>10), son dərəcə halqavari, qeyri-aydın sərhədli, müxtəlif ölçülü, çox vaxt simmetrik ocaqlar; hiposteziya	Çoxsaylı, halqavari və papulyoz-düyünlü, qeyri-aydın konturlu, müxtəlif ölçülü, simmetrik ocaqlar, həssaslıq normada və ya hiposteziya	Külli miqdarda (100-ə qədər və daha çox) ocaqlar; qeyri-aydın konturlu, papulyoz-düyünlü (lepromalar), kiçik ölçülü, simmetrik və ya diffuz infiltrasiya; həssaslıq normada və ya yüngül hiposteziya.
Sinirlərin zədələnməsi	Erkən, assimetrik, xəstəliyin başlanıcından ağır gediş	Erkən, assimetrik, xəstəliyin başlanıcından ağır gediş	Erkən, simmetrik, nisbətən ağır gediş	Gecikmiş, simmetrik, nisbətən ağır gediş	Gecikmiş, simmetrik, nisbətən yüngül gediş
Bakterioloji İndeks (Bİ)	0	1-2+	3-4+	4-5+	5-6+
Histoloji şəkil	Limfositlər və nəhəng Langerhans hüceyrələri ilə əhatə olunmuş epitelioid hüceyrə qranulyoması. Cüzam çöpləri ya yoxdur, ya da tək-tək təsadüf edilir. Subepidermal zona infiltrasiya olunub. Derma və hipoderma sinirlərinin pozulması.	Limfositlər və nəhəng Langerhans hüceyrələrin miqdarının «TC»-dan az olan epitelioid hüceyrə qranulyoması. Cüzam çöpləri ya yoxdur, ya da tək-tək təsadüf edilir. Subepidermal zona qismən infiltrasiya olunub. Derma və hipoderma sinirlərini pozulması. Sinirlər infiltrasiya olunub.	Seyrək limfositlər və nəhəng Langerhans hüceyrələri ilə epitelioid hüceyrə qranulyoması. Çoxlu miqdarda cüzam çöpləri. Subepidermal zona infiltrasiya olunmayıb. Sinirlər infiltrasiya olunub.	Az miqdar limfositlər və epitelioid hüceyrəsi ilə «köpüklü» vakuolizasiya olunmuş histosidlərdən qranulyoma (Virxov infiltratı). «Globi» tipinə görə çoxlu miqdarda cüzam çöpləri. Subepidermal zona infiltrasiya olunmayıb. Sinirlər cüzi infiltrasiya olunub.	Az miqdar limfositlər və epitelioid hüceyrəsi ilə «köpüklü» vakuolizasiya olunmuş histosidlərdən qranulyoma (Virxov infiltratı). «Sığaqət» tipinə görə diffuz yerləşən çoxlu miqdarda cüzam çöpləri. Subepidermal zona infiltrasiya olunmayıb. Sinirlər cüzi infiltrasiya olunub.
Leprominlə test	+++	++/+	-	-	-
Antitellə	+/-	+	++	+++	++++
1 tip reaksiya	o	+	++	+	0
2 tip reaksiya	o	0	0	+	++

Qeyd

Bakterioloji indeks (Bİ) turşuyadavamlı basillərin vahidi kimi təyin edilir və Ridley loqarifmik şkalası üzrə hesablanır:

- 0 = 100 görmə sahəsinin heç birində bir basil də tapılmayıb

- 1+=1 - 100 görmə sahəsində 10 basil
- 2+=1 - 10 görmə sahəsində 10 basil
- 3+=1 - hər görmə sahəsində 10 basil
- 4+=10 - hər görmə sahəsində 100 basil
- 5+=100 – hər görmə sahəsində 1000 basil
- 6+=1000-dən çox basil hər görmə sahəsində

Yaddaş!

Lepromin sınağı makroorqanizmlərin cüzam törədiciyinə nisbətən immunoloji reaktivliyinin vəziyyəti ilə xarakterizə olunur. Pasiyentin *M.leprae* qarşı hüceyrə-vasitəçi immunitetini qiymətləndirməyə, cüzamın tipini təyin etməyə kömək edir, müəyyən proqnostik qiymətə malikdir və cüzam zamanı orqanizmin yoluxma əşyasına diaqnostik test deyil.

- Lepromatoz cüzamlı xəstələrdə lepromin testi həmişə mənfidir, bu, göstərilən tip cüzamda çoxlu miqdar mikobakteriyaların hüceyrə immunitetinə üzücü təsiri hesabına *M.leprae* qarşı aşağı immunitetin olması ilə izah edilir.

- Tuberkuloid cüzamlı xəstələrdə lepromin testi müsbətdir, bu, göstərilən tip cüzamda az miqdar mikobakteriyalarla əlaqədar, *M.leprae* qarşı yüksək immunitetin olması ilə izah edilir.

- Müsbət lepromin testi bir çox sağlam, *M.leprae* yoluxmamış şəxslərdə qeyd olunur. Təqribən 95% insanlarda *M.leprae* qarşı genetik deterministik immun müdafiə mövcuddur.

- Sərhəd (demorf) və differensiasiya olunmayan cüzam zamanı lepromin testi müsbət olduğu kimi, həm də mənfəi ola bilər.

- Lepromin testinin qiymətləndirilməsi eritemanın olmasını təyin etmək üçün 0,1 ml leprominin əzələdəxili yeridildiyindən 48 saat sonra qiymətləndirilir – erkən reaksiya (Fernandez reaksiyası) və 3-4 həftədən sonra – papulanın olmasını təyin etmək üçün – gecikmiş reaksiya (Misud reaksiyası).

Cüzamın müxtəlif tiplərində dəridə və selikli qişalarda kliniki təzahürlər

Cüzamın tuberkuloid tipi (TC) sin. Tuberkuloid (TT-tuberculoid)

- nisbətən yüngül gediş
- zəif kontagiozluq
- müsbət lepromin sınağı
- *M.leprae*, bir qayda olaraq, tapılmır
- periferik sinir sisteminin prosesə erkən cəlb olunması
- dəri təzahürləri səpgi elementlərinin az sayı (1-10), böyük ölçüsü (diametri 5 sm-dən böyük), aydın konturu, assimetrikliyi, müalicəyə meyilli olması ilə fərqlənilir.

Lokalizasiya – bədən, sağrı, ətrafların bükücü səthi, üz, boyun.

Səpgi elementləri və onların təkamülü- hipopiqmentli və ya eritematoz ləkə, aydın konturlu, böyük, müxtəlif formalı, bəzən halqavari, səthi çox vaxt skvamoz (pullu) olur. Papulalar xırda, yastı, poliqonal formalı, qırmızımtıl-göy rəngdə, tez birləşən aydın konturlu iri lövhəciklər, yastıqşəkilli azacıq qabarmış, dairəvi və ya polisiklik kənarlı,

azacıq qabıqlanmış və ya hamar olmayan səthli (“şaqrən”), periferik böyüməyə meyilli olur. Sağalma prosesində lövhəciklərin mərkəzi hissəsi yastılaşı, qabıqlanır, hipopigmentasiyalaşır, atrofiya olur, kənarlarında isə bir neçə millimetrdən 2-3 sm və daha çox enində eritematoz haşiyə əmələ gələrək, xarici kənarı bir qədər yüksəlmiş, daxili kənarı yastılanmış olur. Halqavari, “bordiyur” elementləri müşahidə olunur – kiçik qəpik ölçülü elementlərə qədər böyüklükdə - fiqurlu tuberkuloidlərlə bədənin müəyyən hissəsini tutur. Düyün və ya düyüncük (qabarcıq) şəklində sarkoid (lyupoid) tipli törəmələr 0,5 – 1,5 sm, qırmızı-qonuru rəngdə, aydın sərhədli, hamar səthli, qruplaşmaya meyillidir. T-lepranın bütün elementlərinin reğressi nəticəsində hipopigmentasiyalı ləkələr, bəzən də dəri atrofiyası qalır. Zədə ocaqlarında hissiyyat, piy və tər ifrazatı erkən pozulur, zərif tüklər tökülür.

LC – Cüzamın lepromatoz tipi sin. Lepromatoz (LC-Lepromatous)

- nisbətən ağır gediş
- yüksək kontagiozluq
- mənfi lepromin sınağı
- M.leprae çoxlu miqdarda tapılır
- periferik sinir sisteminin prosesə gec cəlb olunması
- selikli qişaların və daxili orqanların prosesə erkən cəlb olunması
- dəri təzahürləri səpgi elementlərinin çox sayı (10-100 və daha çox), kiçik ölçüsü (diametri 2 sm-dən az), aydın konturlu, simmetrikliyi ilə fərqlənilir.

Lokalizasiya – üz, ətrafların açıcı səthi, bədən, sağrı, burunun və ağız boşluğunun selikli qişası.

Səpgi elementləri və onların təkamülü - eritematoz-piqmentli ləkələr, böyük ölçülü, qeyri-dəqiq konturlu, hamar parlaq səthli, ilk əvvəl qırmızı rəng sonradan sarımtıl-qonur (paslı-mis) çalara keçir. Ləkənin hüdudlarında hissiyyat və tər ifrazı pozulmur. Ləkələr uzun müddət (ay, il) görünməyən dəyişikliklərsiz qalır, sonradan bəzi hallarda itir, çox vaxt isə infiltrat və ya lepromalara transformasiya edir. Məhdud və ya böyük ölçülü qeyri-aydın kənarlı lövhəciklər şəklində infiltratlar, dəri səthindən qalxmış, qonur-gö-



Şək.9.3.Müsbət lepromin sınağı

yümtül rəngdə, damarların parezi və hemosiderizmə səbəb olan, parlaq səthli, piy vəzilərinin artmış funksiyası hesabına “portağal qabığı” formasında olur. Üz dərisinin diffuz infiltrasiyası zamanı təbii qırıqlar və büküşlər dərinləşir, qaşüstü qövsələr kəskin önə çıxmış olur, burun qalınlaşır, yanaqlar, dodaqlar və çənə bölgülü şəkil alır, facies leonina əmələ gəlir. İnfiltratlar başın tüklü hissəsində, qoltuqaltı çuxurlarda, dirsək və diz batıqlarında – immun zonalarda inkişaf etmir.

İnfiltratların ətrafında çox vaxt tək-tək və ya çoxlu sayda, 1-2 mm-dən 2-3 sm-ə qədər ölçüdə, yarımşarşəkili, qırmızımtıl-narıncı və ya normal dəri rəngində, ağrısız, hamar səthli, gərgin, parıltılı, çox vaxt teleangiektoziyalarla dolu, bəzən qabıqlanan, əvvəlcə bərk, sonradan yumşaq konsistensiyalı leproma düyüncükləri (qabarcıqlar) və düyünləri olurlar. Sağalma prosesində



Şək.9.4.Cüzamın tuberkuloid tipi (halqaşəkilli hipopigmentliəşmiş ocaqlar)



Şək.9.5.Cüzamın tuberkuloid tipi (fiqurlu tuberkuloid)

lepromalar ikincili piqment ləkələr əmələ gətirməklə yastılanır və ya səthi, ləng gedişli, uzun müddət sağalmayan xoralar əmələ gətirir, ya da genişlənmiş xoralı səthi, infiltrasiyalı kənarları yüksəlmiş, hipoxrom çökəkliklər və ya keloid çarıqlarla sağalır.

Prosesin erkən mərhələlərində infiltrat və lepromaların hüddunda tər ifrazı azalır, hissiyyat saxlanılır, zərif tüklərin inkişafı pozulmur; prosesin davam etmə müddəti 3-5 il və daha çox olduqda tər ifrazı tamamilə dayanır, hissiyyat azalır, qaşların lateral hissə ilə (medaroz), kiprik və zərif tüklərin tökülməsi müşahidə edilir.

Praktik olaraq həmişə burunun selikli qişası zədələnir, hiperemiyalı, ödemli, çoxlu miqdar kiçik eroziyalara keçir (lepromatoz rinit). Sonradan burundan nəfəs almağı çətinləşdirən lepromalar və infiltratlar əmələ gəlir, selikli qişanın atrofiyası yaranır. Lepromaların dağılması zamanı burunun qığırdaq arakəsməsinin perforasiyası və burunun “yastı basılmış”, “xortumabənzər”, “lornetəbənzər”, “buldoq burun” tipdə deformasiyası baş verə bilər. Ağır hallarda yumşaq və sərt damaq, qırtlaq, dilin selikli qişası, dodağın qırımızı haşiyəsi zədələnir. Səs tellərinin zədələnməsi səsin tutulması ilə (afoniya) müşayiət olunur və səs yarığının birdən daralmasına səbəb olur.

Dırnaq lövhəcikləri zədələnir – tutqun, bozuntul rəngli, uzununa və eninə kəsilmiş şırımlar, qalınlaşmış və ya kövrək, asanlıqla laylanan, ovulan olurlar.

LC –in növləri

- silinmiş – tək-tək ləkələr, infiltratlar, lepromalar, zərif tük follikullarının dövrəsində əmələ gələn çox xırda follikulyar lepromalar şəklində.
- atipik – ixtiozabənzər, sklerodermaşəkilli, pellaqroid, erizipeloid, lixenoid, herpesəbənzər, histoid cüzam, Lyuçio cüzamı.

Histoid cüzam – L-cüzamın atipik klinik və histoloji variantıdır; bərk eritematoz, bəzən xoralaşmış, morfoloji substratları çoxlu miqdarda M.leprae tərkibli mişəkilli histosidlər olan düyün və lövhəciklərlə xarakterizə olunur.

Lyuçio cüzamı sin. Lyuçio-Alvarado cüzamı – diffuz lepromatoz cüzam, Lyuçio-Latapinin diffuz cüzamı, bütün dəri örtüyünün ləkəsiz, lövhəciksiz və lepromasız diffuz parlaq infiltrasiya ilə təzahür edən L-cüzamın atipik forması. Dəri sklerodermiyadakı kimi parıltılıdır, gərgindir; miksedemanın xatırladan ayabənzər üz, xırıltılı səs, ayaqların ödemli; tük örtüyü çox vaxt olmur, qaşların, kipriklərin tökülməsi qeyd olunur; gecikmiş mərhələlərdə ixtioz yaranır. Lyuçio cüzamı üçün vaskulit xarakterikdir, dəri damarlarının trombozu ilə müşayiət olunur və dərinin geniş xoralaşmasına gətirib çıxarır (Müqəddəs Lazar xəstəliyi).

ST – Cüzamın sərhəd-tuberkuloid tipi (BT- Borderline tuberculoid) TC-nin təzahürlərini xatırladır, lakin bununla yanaşı

- elementlərin sayı çox olur.
- ölçüləri kiçik olur.
- zədə ocaqlarında hissiyyat, piy və tər ifrazı zəif nəzərə çarpır.
- lepromin sınağı müsbət (++) və ya zəif müsbət (+) olur
- M.leprae tapılmır.

SC- sərhəd cüzam (BB- Borderline borderline) TC və LC-ın əlamətlərini birləşdirir

- çoxsaylı eritematoz ləkələr, çox vaxt simmetrik, qeyri-dəqiq

konturlu, reqress prosesində cüzamın polyar tipi üçün xarakterik olmayan elementlərlə formalaşan qeyri-düzgün və nəlbəkiyəbənzər formalı lövhəciklər: möhürlənmiş formada və “deşikli pendir” tipli ləkələr, aydın konturlu reqress sahələri hesabına əmələ gəlmiş hipopiqlənməmiş və ya normal dəri rəngli lövhəciklər; TC zamanı yastılanmış daxili kənardan fərqli olaraq, bordyur elementləri bənövşəyi rəngi və aydın qırıq daxili kənarları ilə seçilir

- periferik sinir kəllələrinin nisbi erkən asimmetrik zədələnməsi
- zədə ocaqlarının hüdudlarında hissiyyatın orta pozulması
- səpgilərdə tər ifrazı, adətən pozulmur
- zərif tüklər qismən qalmış olur
- lepromin sınağı, bir qayda olaraq, mənfidir
- bakterioskopik tədqiqat zamanı M.leprae tapılması mümkündür

SL – cüzamın sərhəd-lepromatoz tipi (BL – Borderline lepromatous), LC-nin təzahürlərini xatırladır, lakin bununla yanaşı

- səpgilər o qədər də çox deyil
- çox vaxt asimmetrik yerləşir
- LCpapulalar və mərkəzi çökmüş lövhəciklər üçün qeyri-tipik möhürlənmiş və zolaqşəkilli elementlər, daxili kənarı qalxmış bordyur elementlər qeyd olunur
- LC üçün tipik olan qaş və kipriklərin tökülməsi, facies leonina, burunun selikli qişasının xoralaşması, burunun deformasiyası kimi təzahürlər meydana çıxmır



Şək.9.6. Cüzamın lepromatoz tipi (facies leonina, medaroz)



Şək.9.7.Cüzamın lepromatoz tipi

- periferik sinir kələflərinin qalınlaşması tez aşkar olunur
- zədə ocaqlarında hissiyyatın azalması (hiposteziya) nisbətən tez qeyd olunur
- tər vəzilərinin funksiyası çox vaxt pozulmur
- zərif tüklər qismən qalmış olur
- leprominə reaksiya mənfidir
- bakterioskopiya zamanı çoxlu miqdarda *M.leprae* tapılır

Cüzamın bütün tiplərində, daha çox lepromatoz tipində, daxili orqanlar zədələnir: qara ciyər, dalaq, böyrəküstü vəzi, xayalar; sümük sistemi: sümük lepromaları, qamış, dirsək və digər sümüklərin sümükləşdirici periostiti, əl və ayaq barmaqlarının distal fəlanqalarının mutilyasiyası; görmə orqanları: diffuz və ya düyüncüklü episklerit, leproz pannus (göz almasının konyuktivasından buynuz təbəqəyə doğru böyüyən damarların əmələ gəlməsi) – xarakter əlamətli keratit, damarların perikorneal inyeksiyası, işıqdanqorxma, göz yaşarması, ağrılar və qüzehli qışada fibroz ekssudatın yığılması ilə müşayiət olunan irit, göz bəbəyinin kənarlarının bitişməsinə gətirib çıxarır, ikincili qlaukoma ilə nəticələnənir. Zülal mübadiləsinin pozulması nəticəsində visseral amiloidozun inkişafı mümkündür, buna həmçinin uzun müddət sağalmayan, ikincili infeksiya ilə ağırlaşmış trofik xoralar, xroniki osteomielitlər də səbəb ola bilər.

Cüzam diaqnozu anamnez, xəstəliyin klinik, nevroloji və patomorfoloji şəkli, burunun selikli qişasından yaxmaların mikroskopik tədqiqatların nəticələri əsasında qoyulur. PZR zədələnmiş toxumalarda *M.leprae* DNT-ni identifikasiya etməyə imkan verir.

Cüzamın müxtəlif tiplərində nevroloji təzahürlər

Cüzamın bütün tiplərində periferik sinir sistemi zədələnir

TC zamanı



Şək.9.8. Cüzamın sərhəd-tuberkuloid tipi

(Şək.9.9.Sərhədli cüzam(bordyr elementi

- erkən zədələnmə (bəzən dəri təzahürlərinə qədər),
- ağır gediş,
- asimmetrik xarakter daşıyır.

LC zamanı

- gecikmiş zədələnmə,
- nisbətən yüngül gediş,
- simmetrik xarakter daşıyır.

Zədə ocaqlarında sinir ucları zədələnilir, dərinin sinir şaxələri və periferik sinir sisteminin sinir kəllələri zədələnilir. M.leprae üçün daha zəif

kondilusun orta nahiyəsi və biləkdə dirsək siniri,

bilək nahiyəsində orta sinir,

biləkdə və dirsəkdən yuxarı mil siniri,

bükücü bəndlərdə arxa qamış siniri,

incik sümüyünün boynunun büküldüyü yerdə dizaltı sinir,

yuxarı çənənin almasıq sümüyünün kəsişdiyi sahədə üz siniri,

döş-körpücük-məməyəbənzər əzələnin böyük qulaq siniri kəsişdiyi yer.

Cüzam zamanı periferik sinir sisteminin zədələnməsi təzahürləri aşağıdakılardır:

Sinirlərin qalınlaşması

TC zamanı, bəzən ST-, SC

- dəri zədələnmələrinin yaxınlığında
- sinir kəllələrinin palpasiyası zamanı ağrılı, bərk, milşəkili qalınlaşması LC, SL zamanı

• zədə ocağı ilə əlaqəsi vacib deyil, çox vaxt arxa qulaq siniri – qulaq seyvanının arxası və dirsək siniri – dirsək ətrafında qalınlaşır

• palpasiya zamanı sinir kəllələri bərk, hamar, eyni bərabərlikdə qalınlaşır

Lokal ağrı

Vazomotor pozuntular, həmçinin



Şək.9.10. Cüzamın sərhəd-lepromatoz tipi (mərkəzi çökmüş papula və lövhəciklər)



Şək.9.11. Cüzamın sərhəd-lepromatoz tipi (bordür elementləri)

- reflektor dermoqrafizmin zəifləməsi
- pilomotor reaksiyanın düşməsi

Hissiyatın pozulması (sensor pozuntular) əvvəlcə hərarət, sonra ağrı və taktil TC, ST-, SC zamanı

- zədə ocaqlarında hissiyyatın tamamilə itməsi (anesteziya) və ya hissiyyatın zəifləməsinin (hiposteziya) erkən başlanması

LC və SL zamanı

- zədə ocaqlarında hissiyyat uzun müddət qalır və ya sonradan gecikmiş anesteziya ilə yüngül hiposteziya qeyd olunur

Motor pozuntular sensor pozuntulardan xeyli sonra inkişaf edir (bir neçə ay, il sonra)

- zəiflik
- parezlər
- ifliclər

Əzələ atrofiyası, adətən motor pozuntularla asimmetrik və eyni zamanda yaranır

Vətər reflekslərinin azalması

Bütün sadalanan periferik sinir sisteminin zədələnmələri aşağıda göstərilənlərə gətirib çıxarır

- barmaqların kontrakturası
- aşağıdakı növ deformasiyalar

meymun pəncəsi (süiti pəncəsi)

caynaqlı əl

caynaqlı ayaq

sallanan əl (sallanmış)

sallanan ayaq (yığılan ayaq, “steppaj”-xoruz yeriyi)

maskayabənzər üz

laqoftalm

- toxumaların nekrozuna
- sellülitə
- osteomyelitə
- pəncələrin xoralaşmasına
- ayaq və əl barmaqlarının progressiv mutilyasiyasına və itirilməsinə

Yaddaş!

Cüzam zamanı sinir kəməflərinin palpasiyası: n. ulnaris – əlin yarıbükülmüş vəziyyətində çiyinin aşağı hissəsinin medial tərəfindən; n. medianus – saidin bükülən tərəfində, əlin mil-bilək oynaq hissəsində azacıq bükülmüş vəziyyətdə orta xəttin yaxınlığında; n. peroneus communis – xəstə ayağı uzadılmış vəziyyətdə oturduqda incik sümüyünün başının arxasında; n. tibialis – aşıq oynaqının medial tərəfindən, kondilusun yanında; n. auricularis magnus – müayinə olunanın başını əks tərəfə çevirdikdə boyunda, döş-körpücük-məməyabənzər əzələnin diaqonalı üzrə palpasiya olunur.

Həssaslığa qarşı sınaqlar apardıqda aşağıdakı prinsiplərə əməl etmək lazımdır:

- pasiyent əvvəlcədən dərinin sağlam sahəsində hərarət, ağrı və taktil hissiyyatın

ayıra bilmək qabiliyyətinin olduğunu nümayiş etdirməlidir

- əgər element eritematoz – hipoxrom xarakterlidirsə, bu zaman bütün növ hissiyat pozulmaları hipoxrom sahədə daha aydın təzahür edir
- zədə ocağında zərif tüklərin olması taktil hissiyyətin pozulma dərəcəsinin təyin edilməsini çətinləşdirir/aşağı salır.

Həssaslıq sınağının aparılma texnikası

- hərarət – dəriyə iki eyni səviyyədə soyuq ($t+18^{\circ}\text{C}$) və isti ($t+45-50^{\circ}\text{C}$) su ilə doldurulmuş sınaq şüşəsinin toxunması
- ağrı – dəriyə inyeksiya iynəsinin iti ucunun və konyulanın ardıcıl toxunması; pasiyent “iti” və ya “küt” olmasının fərqi qeyd etməlidir
- taktil – dəriyə nazik fırça, iti uclu pambıq topası və s. ilə toxunma.

Beş tipindən başqa, cüzamın çox vaxt spontan sağalan, az hallarda təsadüf edilən, differensiasiya olunmayan forması ayırd edilir. Cüzamın differensiasiya olunmayan forması – infeksiyanın birinci əlaməti hesab edilir. Adətən 1-2 eritematoz və ya hipopiqlentli, qeyri-aydın konturlu, hissiyatı normal və ya bir qədər azalmış ləkələrlə təzahür edir.

Az nəzərə çarpan leproz zədələnmə ocaqlarını və müxtəlif vazomotor, sekretor, trofik pozulmalarla həssaslığın pozulmasına qədər təzahür edən, cüzam üçün xarakterik olan periferik sinirin erkən zədələnməsinin aşkar edilməsinə funksional farmakodinamik sınaqlar kömək edir.

Vazomotor pozulmalar xardal yaxması və ya 1 damcı 0,1%-li histamin məhlulu ilə skarifikasion sınaq aparmaqla təyin edilir, o da eritema əmələ gətirmir və ya sağlam dəridə olan eyni bərabərlikdə və kəskin nəzərə çarpan eritema ilə müqayisədə hipo- və anestetik hipoxromlu zədələnmiş cüzam ocaqlarında yüngül eritema ilə təzahür edir.

Tər ifrazının sekretor pozulmaları Minor sınağı ilə təyin edilir, bu zaman dəriyə 2-3%-li yod məhlulu sürtülür, ardınca nişasta tozu vurulur, yod-nişasta birləşməsi sağlam dərinin göy rəngə boyanmasına və tər ifrazı pozulmuş leproz zədə ocaqlarının boyanmamasına səbəb olur.

Leproz prosesin adi müayinəsi zamanı şübhəli və görünməyən əlamətləri aşkar etmək üçün nikotin turşusu sınağı tətbiq edilir, o da normal şəraitdə, daxilə 50-100 mq qəbul etdikdə, 1-3 dəqiqədən sonra bütün dəri örtüyündə eritema əmələ gətirir, 10-15 dəqiqədən sonra itir. Leproz ocaq yerlərində vazomotorların adaptasiya qabiliyyətlərinin pozulması səbəbindən 5-10 dəqiqədən sonra açıq qırmızı eritema və ödem yaranır (alovlanma fenomeni). Reaksiya 30 dəqiqə davam edir, xəstəliyin aktiv mərhələsində



Şək.9.12. Caynaqlı əl



Şək.9.13. Sallanan əl



Şək.9.14. Ayaqların xoralaşması

böyük diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir və reqressiv dəyişikliklər başladığı zaman kontrol test kimi xidmət edir.

Dərinin digər bakteriyalar ilə törənən bakterial infeksiyaları

Erizipeloid (Erysipeloid) sin. Rozenbaxın erizipeloidi, donuz qızılyeli, sürünən eritema, donuz məxmərəyi – dəri və dərialtı piy toxumalarının kəskin iltihabi bakterial antropozoonoz infeksiyasıdır.

Epidemiologiya.

- Peşəsi heyvan, quş, balıq artırılması, kəsilməsi və emal edilməsi, dəri aşılması ilə əlaqəli olan şəxslərdə, eləcə də baytarlarda, fermerlərdə və s.
- Kişilər tez-tez xəstələnir.
- İnfeksiya mənbəyi – yoluxmuş heyvanlar (ev heyvanları, quşlar, balıqlar).
- İnfeksiyanın ötürülmə yolları – ekzogen (dəridən).
- İnfeksiyanın insandan insana ötürülməsi qeyd olunmayıb.
- İnfeksiyanın inkişaf etməsinə dərinin zədə və mikrozdədələri, gigiyenik normalara riayət edilməməsi səbəb olur.

Etiopatogenez. Erizipeloidin törədiciyi – Erysipelothrix insidiosa - donuz qızılyeli çöpləridir. E. insidiosa mal, quş, balıqları kəsb-hazırladıqda və ya xəstəliyə yoluxmuş heyvanlara qulluq etdikdə insan dərisinə kiçik kəsik və sıyrıntılardan düşür, keçdiyi yerdə yerli iltihabi reaksiya törədir.

Lokalizasiya – çox vaxt əl barmaqları nahiyəsində

Səpgi elementləri və onların təkamülü – dərinin zədələndiyi yerdə ödemli eritema, çəhrayı-qırmızı rəngli, qeyri-dəqiq sərhədli, əl vurduqda isti, azacıq ağrılı olur, diametri 10 sm və daha çox, tez böyüyür. Sağalma prosesində yaxşı gedişi olduqda ləkənin mərkəzi hissəsi ağarır, periferik sahə isə göyümtül-qırmızı rəng alır, 2-3 həftədən sonra, adətən çapıq vermədən tam reqress başlayır. Kəskin gedişi olduqda proses “kiçik” sellülit tipində gedir. Tez böyüyən, əl vurduqda isti olan eritematoz ləkə, bərk ödemlə müşayiət olunur, qeyri-bərabər kənarları olan lövhəciyəbənzər şəkil alır, səthində qovuqlar, fliktenalar, xoralaşmalar yarana bilər ki, onunla əlaqədar xəstəliyin gedişi ləngiyir, bəzi hallarda çapıq əmələ gəlməsi ilə nəticələnir.



Şək.9.15. Cüzamın differensiasiya olunmayan forması

Erizipeloid, adətən ümumi simptomlarsız keçir, lakin hərərət qalxması, halsızlıq, limfangiit, limfadenit, prosesə bilək sümüklərinin cəlb olunması istisna edilmir. Erizipeloidin yuxarıda göstərilmiş lokal dəri forması ilə yanaşı generalizə olunmuş forması, ürək, oynaq və digər orqanların zədələnməsi ilə gedən (törədici qana keçdikdə) sistem forması da olur. Erizipeloidin diaqnozu anamnezə, biopsiya materialının əkilməsi zamanı E.insidiosa tapılması ilə təsdiq edilən klinik və patomorfoloji şəklə əsasən qoyulur.

Sibir xorası sin. bədxassəli pustula (Anthrax sin. pus-

tula maligna)– ən çox dərinin (dəri forması) bəzən ağ ciyər və bağırsağın (ağ ciyər, bağırsaq, septik formalar) zədələnməsi ilə kəskin bakterial antropozoonoz infeksiyasıdır. Sibir xorası olan 98% xəstədə dəri forması yaranır.

Epidemiologiya.

- Sibir xorası hər yerdə rast gəlinir
- İnfeksiya mənbəyi – infeksiyaya yoluxmuş ev heyvanları və vəhşi heyvanlar (iri buynuzlu mal-qara, qoyunlar, keçilər, donuzlar, atlar, marallar, camışlar, dəvələr; ot-yeyən və yırtıcı heyvanlar – tülkülər, çaqqallar, qabanlar və s.), heyvandarlıq təsərrüfatı torpağı, otlaq, meşə

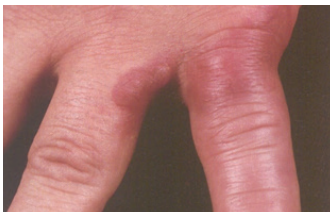
- əraziləri və s.

- İnfeksiyanın ötürülmə yolları: dəri formasında – ekzogen (dəridən), bilavasitə xəstə heyvanlara qulluq etdikdə, kəsdikdə, dərisini soyduqda, xəstə heyvan cəmdəyini doğradıqda və ya xəstə heyvan dərisi və yunundan məmulat istehsal etdikdə, həşəratlar (payız milçəkləri, böyənək) dişlədikdə – transmissiv mümkündür; septik formada – aerogen (xəstə heyvanların dərisi və yununu emal edərkən yun hissəcikləri nəfəs aldıqda havadan keçir), alimentar – yeməkdə kifayət qədər termiki emal olunmamış xəstə heyvan əti və ət məmulatlarından istifadə edərkən baş verir. İnsandan insana keçmə halları qeyd olunmayıb.

- Sibir xorası – çobanlar, mehtərlər, sallaqxana işçiləri, qəssablar, baytarlar, dabbaqlar, xəzçilər və s.-nin peşə xəstəliyidir.

- Keçirilmiş xəstəlik nəticəsində davamlı immunitet yaranır.

Etiopatogenez. Sibir xorasının törədicisi – Sibir xorası basili (*Bacillus anthracis*) iri patogen bakteriyalardan biri olub, hərəkətsiz, qrammüsbət, 4-10mkm uzunluqda spor əmələ gətirən çöplərdir, bütün anilin boyları ilə boyanırlar. Toxuma yaxmalarında bakteriyalar “mirvari boyunbağını” xatırladan zəncir şəklində yerləşir. Zədələnmiş dəridən (xırda sıyrıntılar, mikrozedələr) törədici orqanizmə düşür, daxil olduğu yerdə hipoderma ilə sərhəddə toxumaların ödemə və destruksiyası ilə müşayiət olunaraq dermanın dərin qatlarında hemorragik-nekrotik iltihab əmələ gətirir. *Bac. anthracis* daxil olduğu yerdən makrofaqalarla yaxın regional limfa düyünlərinə daşınır, iltihab əmələ gətirir, baryer funksiyası, adətən dəyişmir. Bunun nəticəsində prosesin generalizasiyası olmur və ya gecikmiş müddətdə başlayır. Sibir xorasının patogenezi əsasında – törədicinin ekzotoksinin təsiri zülal koaqulyasiyası, toxumaların ödemə, toksikoinfeksiya şoka səbəb olur.



Şək.9.16.Erizipeloid

İnkubasiya dövrü – bir neçə saatdan 10-12 günədək, orta hesabla 2-3 gün.

Sibir xorasının dəri formasının növləri: karbunkulyoz, edematoz, bullyoz, qızılyeləbənzer. Karbunkulyoz nov üstünlük təşkil edir, digər növlərə daha az hallarda 0,1-0,9% tezliyində rast gəlinir.



Şək.9.16.Erizipeloid

Lokalizasiya – dəri örtüyünün müxtəlif sahələrində, daha çox açıq hissələrdə (üz, boyun, yuxarı və aşağı ətraflar).

Səpgi elementləri və onların təkamülü. Karbunkulyoz növ zamanı – qaşınan papula, çox vaxt tək, bəzən 2-3 və daha çox, qırmızımtıl rəngli, papulo-vezikulaya, sonradan papulo-pustulaya çevrilir. 1-2 gündən sonra birincili ocaq ətrafında ödem və eritema yaranması - sibir xorasının xarakterik əlamətidir, çox vaxt yeni vezikulalar əmələ gəlir. Sağalma prosesində papulo-pustula tez dəşilir və böyüməyə meyli, alt toxumalara bərk yapışmış və ödemli eritematoz val ilə əhatə olunmuş qalın qara qartmaq-qabıq əmələ gəlməklə quruyur. Sibirxoralı karbunkul ağrısız olur, az hallarda irinləyir. 2-3 həftə ərzində qartmaq tədricən qopur və çapıqlaşan dərin xora açılır, ödem və eritema solur.

Sibir xorasının dəri formasının edematoz növü ağır gedişatla xarakterizə olunur, əvvəlcə nəzərə çarpan ödem, ardınca törədiciyin daxil olduğu yerdə nekroz əmələ gəlir və sonradan gediş karbunkulyoz növ tipindədir.

Sibir xorasının dəri formasının bullyoz növü törədiciyin daxil olduğu yerdə qovuc yaranması ilə xarakterizə olunur, sonradan toxumaların nekrozu əmələ gəlir.

Qızılyel növü çoxlu miqdarda müxtəlif ölçülü nazik örtüklü, ödemli, hiperemiyalaşmış, ağrısız dəri fonunda seroz tərkibli qovuqlarla xarakterizə olunur. Sağalma zamanı qovuqlar səthi qartmağ əmələ gəlməklə dəşilir, çoxlu seroz ifrazatlı xoralar əmələ gəlir, sağalarkən çapıq qalmır.

Sibir xorasının dəri formasının bütün növlərində regionar limfadenit qeyd olunur, ağrısızlıqla, irinləməyə meyli olmayan ləngiyən əks inkişafı xarakterizə olunur.

Diaqnoz klinik şəkil və zədə ocaqlarından yaxmaların mikroskopik tədqiqi əsasında qoyulur (Bac. anthracis tapılır).

Eritrazma (Erythrasma) – dəri büküslərinin səthi bakterial infeksiyasıdır.

Epidemiologiya

- Böyüklərdə rast gəlinir, çox az hallarda uşaqlarda.
- Kişilər qadınlardan çox xəstələnilir.



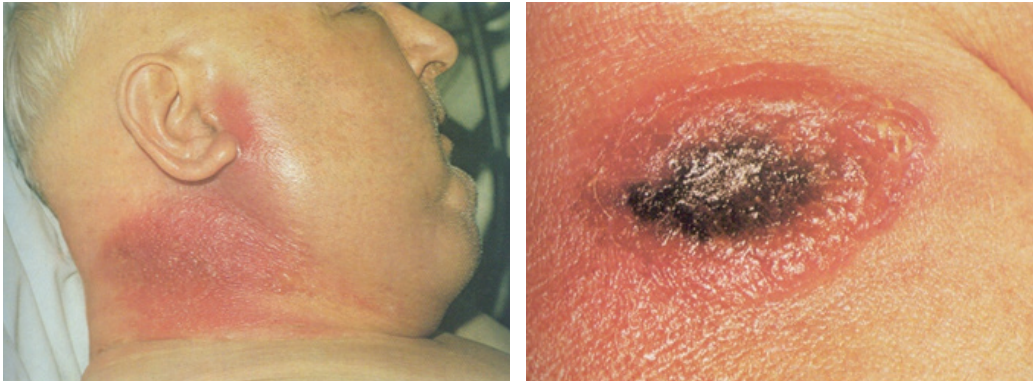
Şək.9.17. Sibir xorası - B. anthracis kultur yaxmasında (Qramm üsulu ilə boyanma)

- Xəstələnmənin kontagiozluğu azdır.
- İnfeksiya mənbəyi – xəstə insan.
- İnfeksiyanın ötürülmə yolları: ekzogen – bilavasitə təmasda olduqda və infeksiyalaşmış əşyalardan (geyim, hamam əşyaları və s.); endogen – təxribat faktorlarının təsiri altında (isti rütubətli iqlim, hiperhidroz, piylənmə, gigiyenaya riayət edilməməsi, sukeçirməz geyimdə uzun müddət qalma) mikroorqanizmlərin patogenliyi artıqda.

Etiopatogenez. Eritrazmanın törədicisi – *Corynebacterium minutissimum*, qrammüsbət mikroaerofil çöplər olub, dərinin normal mikroflorasının təmsilçisidir. Təxribat faktorlarının təsiri altında lokal müdafiə mexanizmi pozulur, *Corynebacterium minutissimum* saprofit formadan patogen formaya keçir, eritrazma əmələ gətirməklə suda həll olan porfirinlər hasil edilir. Çox nadir hallarda *Corynebacterium*-un (*C. afermentans*) digər növü həm fərdi, həm də digər mikroorqanizmlərlə assosiasiyada eritrazmanı əmələ gətirən faktor olur.

Lokalizasiya – çox vaxt qasıq-bud büküşləri, qoltuqaltı nahiyələr, qarının və süd vəzilərinin alt büküşləri, sağrılararası nahiyə, bəzən barmaqlararası məsafə və ayaq tağı, bədən, ətraflar, üz, kişilərdə - cinsiyyət üzvünün pülük və baş hissəsi, qadınlarda – vulva.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – qəhvəyi rəngin müxtəlif çalarlarından açıq-sarıdan kərpici-qırmızı rəngə qədər olan ləkələr, dəqiq sərhədli, dairəvi formalı, müxtəlif dəyərli pul ölçüsündə, dəqiq və şəbəkə konturlu iri ocaqlarda birləşmiş olur. Elementlərin səthi hamar və ya azacıq qırışmış olur, yüngül qabıqlanma da mümkündür. Barmaqlararası məsafədə, qopmuş epitelidən yaxalıq kimi əhatə olunmuş eroziyalar qeyd olunur. Çox vaxt iri ocaqlarla yanaşı xırda satellit səpgilər olur. Sağalma prosesində sərbəst və ya müalicə nəticəsində, zədə ocaqları ağarır və izsiz itir. Subyektiv hissiyyatlar, adətən olmur, bəzən qaşınma, göynəmə qeydə alınır. Zədə ocaqlarına Vud lampası altında baxdıqda mərcani-qırmızı işıqlanma müşahidə edilir, hansı ki, müayinədən əvvəl xəstə vanna qəbul etdikdə görünür. Klinik şəkllə və mikroskopik tədqiqatın nəticələrinə əsasən diaqnoz qoyulur (göbələk mitseliləri olmur).



Şək.9.18.Sibir xorasının dəri forması, qızılyel (yuxarıdakı foto) və karbunkulyoz aşağıdakı foto) növləri)

Bakterial dermatozların müalicəsi etioloji – antibakterial müalicə və orqanizmin immun müdafiə faktorlarının, metabolik və reparativ funksiyalarının gücləndirilməsinə, iltihabi reaksiyaların azaldılması, ağırlaşmaların və antibakterial preparatların əlavə təsirlərinin qarşısının alınmasına yönəldilmiş patogenetik müalicənin birləşməsinə nəzərdə tutan etiopatogenetik prinsiplər əsasında aparılır. Bununla belə, bakterial dermatozların məhdud səthi formasında və yüngül gedişində topik təsirli preparatlarla kifayətlənmək olar; bakterial dermatozların yayılmış səthi və ya dərin formalarında, ağır gedişində - topik müalicə ilə yanaşı sistem terapiya da aparılır. Dəri vərəmi və cüzamın müalicəsi xüsusi sxem üzrə aparılır.

Sistemli terapiya

Antibakterial preparatlar

- penisillin sırasından olan antibiotiklər (benzilpenisillinin natrium duzu, benzatin benzilpenisillin – bisillin 1, ampisillinin natrium duzu, ampisillin-sulbaktam, flemoksik solyutab, auqmentin, amoksiklav); tetrasiklin sırasından olan antibiotiklər (tetrasiklin,

doksisiklin, minosiklin); makrolidlər (eritromisin, roksitromisin, azitromisin, cozamisin); linkozamidlər (linkomisin, klindamisin); sefalosporinlər (seftriakson, sefotaksim, sefuroksim, seftazidim, sefepim).

- flüorxinolinlər (moksifloksasin, siprofloksasin, ofloksasin, norfloksasin).
- sulfanilamidlər (sulfadimetoksin, kontrimoksazol – biseptol, baktrim, sumetrolim).

Patogenetik assosiasiyalandırılmış preparatlar

- monokomponent və kompleks B,C,A qrupu vitaminləri.
- Kükürd, fosfor, azot tərkibli preparatlar (sulfur – Heel, Qliserofosfat, kalsium, plonia kompozitum).
 - immunmodulyatorlar (T-aktivin, stafilokokk anatoksini, levamizol-dekaris, immunal, immunvit, immunrm, imudon, immunpleks, imunofan, sikloferon, reaferon, giaferon, supran).
 - metabolik proseslərinin, regenerasiyanın stimulyatorları (solkoseril, metilurasil, aktovegin).
 - retinoidlər (izotretinoin-roakutan).
 - qlükokortikoidlər – bakterial dermatozların ağır gedişi zamanı (prednizolon, metipred, deksametazon, triamsinalon-polkortolon, betametazon-seleston, diprospan).

Topik (yerli/xarici) terapiya

Antiseptik və dezinfeksiyaedici preparatlar

- anilin boyaları (brilliant yaşılı məhlulu, metilen abısı, fukorsin, etakridin laktat-rivanol).
- nitrofuranın törəmələri (furasilin məhlulu).
- halogen tərkibli birləşmələr (yodun spirtli məhlulu, povidon-yod).
- fenol tərkibli birləşmələr (rezorsin).
- kükürd tərkibli çalxalamalar, məlhəmlər, pastalar.
- naftalan tərkibli məlhəmlər, pastalar, ixtiol.
- metal birləşmələri (gümüş nitrat məhlulu).
- oksidləşdiricilər (hidrogen peroksid, kaliun permanqanat, dimeksid məhlulları; benzoil gel peroksid-baziron AC).
 - turşu və qələvilər (bör turşusu, salisil turşusu məhlulları, azelain turşusu geli/məlhəmi - skinoren).
 - aldehyd və spirtlər (etil spirti).

Antibakterial preparatlar

- antibiotiklər (linkomisin, tetrasiklin, eritromisin, gentamisin, fusidin, polimiksin, mupirosin-batroban, levamekol, piolizin məlhəmləri, füzafünjin-bioparoks spreyi, zinerit losyonu və s.)
 - sulfanilamidlər (gümüş sulfadiazin-silverderm krem/sprey, gümüş sulfatiazol-arqosulfan məlhəmi).

Qlükokortikoidli preparatlar

(məlhəm, krem, losyon, spreylər – lorinden, flusinar, oksikort, polkortolon, prednizolon, deksametazon, hidrokortizon, elokom, advantan, latikort, dermoveyt, selestoderm, triderm, deklomid, dermozolon və s.).

Metabolik prosesləri stimullaşdıran preparatlar

(məlhəmlər, gəllər – solkoseril, metilurasil, aktovegin, konnettivin plyus).

Retinoidlər (adapalen geli - differin).

İmmunostimulyatorlar (sprey İRS-19).

Dəri və rəminin müalicəsi sistem antibakterial preparatlarla aparılır, hansı ki, terapevtik effektinə görə 3 qrupa bölünür:

- yüksək effektiv preparatlar: izoniazid (tubazid), rifampisin.
- orta effektiv preparatlar: etambutol, protionamid (etionamid), pirazinamid, streptomisin, kanamisin, sikloserin, florimisin (viomisin).
- az effektiv preparatlar: PASK, tibon (tioasetazon).

Əsas müalicə kursu orta hesabla 6-12 ay davam edir. Əgər M.tuberculosis dərman vasitələrinə həssasdırsa, onda birinci mərhələdə, adətən 2 həftə və ya 2 ay ərzində azı 3 preparat təyin edilir:

İzoniazid gündə daxilə 600-900 mq (1-2 dəfə qəbula); uşaqlara - daxilə gündə hər 1 kq bədən çəkisinə 6-12 mq (1-2 dəfə qəbula)

+ Rifampisin gündə daxilə 600 mq (2 dəfə qəbula), acqarına; uşaqlara –daxilə gündə hər 1 kq bədən çəkisinə 8-10 mq, acqarına, 450 mq-dan çox olmayaraq

+ Pirazinamid 500 mq gündə 3-4 dəfə və ya 750 mq – 1 q gündə 2 dəfə daxilə; uşaqlara –daxilə gündə hər 1 kq bədən çəkisinə 30 mq, 1,5 qramdan çox olmayaraq.

Sonrakı 4-10 ayda 2 preparat (izoniazid və rifampisin) hər gün və ya həftədə 2-3 dəfə (intermit edən terapiya) nəzarət olunan qəbul rejimində təyin edilir.

Cüzamın müalicəsi sistem antibakterial preparatlarla rifampisin (RMP), klofazimin (KLO; lampren), dapson və ya 4,4'-diaminodifenilsulfon (DDS) preparatları daxil edil-məklə kombinə olunmuş multidərman terapiyası (MDT) sxemi üzrə aparılır.

Hər gün

- Tuberkuloid (TC), sərhəd-tuberkuloidli (ST) cüzam
RMP – 600 mq ayda 1 dəfə daxilə
- + KLO – 100 mq gündə 1 dəfə daxilə (nevrit və reversiv reaksiya hallarında) və ya DDS – 100 mq gündə 1 dəfə daxilə - klinik çıxarıqlara qədər

- Sərhəd (SC), sərhəd-lepromatoz (SL), lepromatoz cüzam (LC)
RMP – 600 mq ayda 1 dəfə daxilə
- + KLO – 100 mq gündə 1 dəfə daxilə
- + DDS – 100 mq gündə 1 dəfə daxilə - mənfə bakteriooloji nəticəyə qədər (2-5 il)

ÜST tərəfindən tövsiyə edilmiş MDT

- Az miqdarda basil ilə tək ocaq
RMP – 600 mq
- + ofloksasin – 400 mq
- + Minosiklin – 100 mq – birdəfəlik qəbul.

- Az miqdarda basil ilə cüzam
RMP – 600 mq ayda 1 dəfə daxilə (həkim nəzarəti altında)
- + DDS – 100 mq gündə 1 dəfə daxilə ev şəraitində - 6 ay ərzində
- Çoxlu miqdarda basil ilə cüzam
RMP – 600 mq ayda 1 dəfə daxilə (həkim nəzarəti altında)
- + KLO – 300 mq ayda 1 dəfə daxilə (həkim nəzarəti altında) və 50 mq
gündə 1 dəfə (ev şəraitində)
- + DDS – 100 mq gündə 1 dəfə daxilə (ev şəraitində) – 12-24 ay ərzində

I və II tip leproz reaksiyaların inkişaf etməsi hallarında əlavə terapiya təyin edilir:

KLO – 100 mq gündə 1 dəfə daxilə və ya Asetilsalisil turşusu – gündə 2-3 q daxilə - zəif nəzərə çarpan reaksiyalarda və ya kortikosteroidli hormonlar – gündə 1 mq/kq daxilə və ya əzələ daxili klinik yaxşılaşana qədər, ondan sonra 4-6 ay ərzində doza tədricən azaldılır.

Əgər MDT zamanı inkişaf edirsə, onda əlavə müalicə MDT fonunda aparılır.

X FƏSİL. Dəri və dəri-selikli qışaların leşmaniozları LEŞMANİOZ

Dəri leşmaniozu (Leishmaniosis cutis), sin. Köhnə dünyanın dəri leşmaniozu – Pendi yarası, Borovcki xəstəliyi, şərq yarası, alep sızanağı, Dehli çibanı, Bağdad çibanı, Perixon qızılgülü, Biskra qönçəsi, Saxara şankrı, Sart xəstəliyi, Aşqabad yarası, qara qızdırma, kömüryarası, ilyarası; Yeni dünyanın dəri leşmaniozu – Amerika, Amazon, Kolumbiya, Venesuela, espundiya, dum-dum qızdırması, meşə frambeziyası, çiklero, ut xorası və başqaları; Leishmania cinsinin parazit ibtidailərinin törətdiyi, isti iqlimli regionlar üçün endemik, transmissiv yoluxucu xəstəliklər.

Epidemiologiya. Dəri leşmaniozunun coğrafi yayılması mığmığaların – Leishmania daşıyıcılarının yaşayış yeri ilə əlaqədardır. Bir mığmığa populyasiyasının inkişafı üçün (1 həşərat) 50 gün ərzində temperatur 20°S-dən aşağı düşməməlidir. Ona görə də xəstəliyə Avstraliyadan başqa, tropik və subtropik iqlimli bütün qitələrdə rast gəlinir. Zaqafqaziyada – Azərbaycan; Asiyada – Suriya, İraq, İran, İsrail, Türkiyə, Əfqanıstan, Hindistan, Şri-Lanka, Çin, Özbəkistan, Türkmənistan və s.; Afrikada – Əlcəzair, Tunis, Mərakeş, Misir, Liviya, Efiopiya və s.; Cənubi Avropada – Yunanıstan, İspaniya və s.; Cənubi (Kolumbiya, Venesuela, Braziliya və s.) və Mərkəzi (Texas ştatı, Qvatemala, Meksika və s.) Amerikada; Haiti adasında. Tək-tək hallarda dəri leşmaniozuna mötədil iqlimdə də rast gəlinməsi qeyd olunur. ÜST məlumatlarına görə dünyanın 88 ölkəsində leşmanioz endemikdir və dəri leşmaniozlu 12 mln. xəstə vardır. İldə 400 000-ə qədər yeniləri qeydiyyatdan keçir, 350 mln. isə yoluxma təhlükəsi altındadır.

İnfeksiya mənbəyi – yoluxmuş insan və ya heyvanlardır (xırda gəmiricilər: qum siçanı, sünbülqıran, kirpi, siçovul, eləcə də canavar və itlər). İnfeksiyanın daşıyıcıları – Phlebotomus (Köhnə dünya), Lutzomyia və Psychodopygus (Yeni dünya) cinsindən olan dişi mığmığalardır, yoluxmuş insan və heyvanların qanını sorarkən 6-8 saatdan sonra artıq yoluxurlar. Özü də dişilər gecə qidalanırlar.

Dəri leşmaniozu ilə yoluxma yoluxmuş mığmığanın sağlam adamı dişləməsindən sonra baş verir. Ağcaqanaddan fərqli olaraq mığmığalar o qədər xırdadır ki, adamlar onların dişləməsini hiss etmirlər. Mığmığalar binaların çatlarında, zibillikdə, çınqıllıqda, termitlərdə, gəmiricilərin yuvalarında, bitki qalıqlarının çürüntülərinin toplandığı yerlərdə balalayırlar. Mığmığalar yerə yaxın uçurlar, balaladığı yerdən uzağa getmirlər.

Etologiya və patogeniz. Leşmanioz törədiciyi - Leishmania, parazit ibtidailərə aiddir (Protozoa). Leishmania iki formada mövcuddur: qamçılı (promastigotli və ya leptomal) və qamçısız (amastigotli ya da leşmaniozlu). Qamçılı Leishmania – hərəkətli, iyəbənzər, hüceyrəxarici forması, 10-15 mkm uzunluğunda, mığmığanın bağırsağında olur. Qamçısız Leishmania – hərəkətsizdir, dairəvi ya da ovaldır, 2-3 mkm uzunluğundadır, hüceyrədaxili forması sahibin (insan və ya heyvan) orqanizminin retikuloendotelial sisteminin hüceyrələrində məskunlaşır.

Orqanizmə daxil olan Leishmania dermanın makrofaqları tərəfindən udulur, hüceyrənin protoplazmasında çoxalmağa başlayır, onu dağıdır və hüceyrəarası boşluğa daxil olur, digər hüceyrələrə də keçir. Patoloji proses ilkin olaraq dəridə, mığmığanın dişlədiyi yerdə başlayır və törədiciyə çevrilir, nəticədə qranulema (leşmanioma) inkişaf edir, bunun da klinik ekvivalenti papuladır (düyüncük). Leşmaniyanın çoxlu növlə-

rinin aşkarlanması leşmaniozun klinik formalarını təsnifata görə müəyyən edir.

L e y ş m a n i o z u n t ə s n i f a t ı :

Köhnə dünyanın leşmaniozu

- Antroponoz dəri leşmaniozu, yəni şəhər, quru, gec xoralaşan, ilyarası; növü – vərəm dəri leşmaniozu (törədici *Leishmania tropica minor*).
- Zoonoz dəri leşmaniozu, yəni kənd, nəm, kəskin nekrozlaşan, kömüryarası (*Leishmania tropica mayor* törədici).

Yeni dünyanın leşmaniozu

- Yeni dünyanın dəri leşmaniozu (*L. mexicana*, *L. amazonensis*, *L. venezuelensis*, *L. peruviana*, *L. colombiensis*, *L. guyanensis* törədiciləri).
- Dəri-selikli qısa leşmaniozu sin. *Espundia* (*Leishmania panamensis*, *L. brasiliensis*, *L. guyanensis* törədiciləri).
- Diffuz dəri leşmaniozu (*Leishmania pifanoi*, *L. mexicana*, *L. aethiopica*, *L. amazonensis* törədiciləri).
- Visseral leşmanioz sin. Qara-azar (*L. donovani*, *L. infantum*, *L. chagasi* törədiciləri).

Dəri leşmaniozunun bütün tiplərində klinik formaların müxtəlifliyinə baxmayaraq, bir qayda olaraq

- prosesin lokalizasiyası – açıq sahələrdə (üz, boyun, yuxarı və aşağı ətraflar)
- elementlərin sayı “vahidlərlə” hesablanır
- ilkin morfoloji element – düyüncük (qabarcıq), bu da təkamül prosesində xoralanma, çapıqlaşma mərhələlərini keçir
- çoxlu səpgilər olduqda – elementlər Langer dərisinin bitməsi xətti boyu yerləşir

Azərbaycanda – endemik zonada dəri leşmaniozu xəstəliyini *Leishmania tropica* 2 növü törədir: *L. tropica mayor* və *L. tropica minor*. Köhnə dünyanın hər iki leşmanioz törədiciyi bioloji xüsusiyyətlərinə və prosesin epidemiologiyasına görə fərqlənir. *L. tropica mayor* xəstəliyin zoonoz tipini şərtləndirir, heyvanlarda məskunlaşır və parazitlik edir. *L. tropica minor* dəri leşmaniozunun antroponoz tipini törədir, yalnız insanlarda parazitlik edir.

Zoonoz tipə miğməğaların ilin isti vaxtlarında (may-sentyabr) həyat-fəaliyyəti ilə əlaqədar olaraq fəsillik müvafiqdir. Xəstəlik yazda başlayır, yayda güclənir və qışda azalır. Ən çox aşağı ətraflar zədələnir. İnkubasiya dövrü 1-5 həftə çəkir, xəstəliyin gedişat müddəti 3-6 ay davam edir.

Antroponoz tip fəslə xarakter daşımır, uzun müddət inkişaf edir və ilin istənilən vaxtında başlaya bilər. Ən çox üz, ən az isə aşağı ətraflar zədələnir. İnkubasiya dövrü orta hesabla 3-6 ay, çox vaxt 1-2 il çəkir.

K l i n i k i ş ə k i l

Z o o n o z d ə r i l e y ş m a n i o z u zamanı dişlənmiş yerdə tək-tək və ya çoxlu (dişlənmiş yerlərin sayından asılı olaraq) qıpqırmızı rəngdə, 0,2-0,5 sm ölçüsündə papulalar (qabarcıqlar) əmələ gəlir. Papula (qabarcıq) tez, 3-5 gün ərzində 0,8-2,0 sm ölçüsünə qədər böyüyərək göyərmiş ya da qıpqırmızı rəngdə, bəzən də çibani xatırladan, lakin sonuncudan elə də bərk olmaması və az ağrıdığına görə fərqlənən xə-

mir konsistensiyasında düyünlərə çevrilir. 1-3 həftədən sonra leyşmaniomanın mərkəzi nekrozu başlayır, xoranın dibi sarımtıl-boz rəng alır. Nekroz mərhələsi 1-3 ay davam edir. Nekrotik kütlədən təmizləndikcə periferiya boyunca nəzərə çarpacaq dərəcədə mütəkkəyəbənzər infiltratlı vulkanabənzər xora əmələ gəlir, dağılması hesabına isə xoranın ölçüsü artaraq 10 sm diametrinə çata bilər. Eyni zamanda xoranın dibində təzahür edən qranulyasiya adacıqları artır və nekrotik toxumanı sıxışdırır, yaranın dibi qırmızı rəng alır və dənəvərliyi balıq kürüsünü xatırladır. 2-5 ay qalaraq, xora mərkəzdən çapıqlaşmağa başlayır və 3-6 aydan sonra d a r t ı l a n ç a p ı ğ ı n əmələ gəlməsi ilə öz-özünə sağalmağa başlayır.

Zoonoz dəri leyşmaniozu zamanı çox vaxt xoranın ətrafında s ə p ə l ə n m i ş q a b a r c ı q l a r və r e g i o n a r l i m f a d e n i t , l i m f a n q o i t formalaşır, bunlar da leyşmaniyanın limfa damarları boyunca limfa düyünlərinə qədər miqrasiyası nəticəsində inkişaf edir və sağalma prosesi 8 aya qədər uzana bilər. Mikrob florasının qoşulması da dəri leyşmaniozunun gedişatını çətinləşdirir və sağalmanı ləngidə bilər. Zoonoz dəri leyşmaniozu ilə xəstələnmiş adamlarda dəri leyşmaniozunun hər iki tipinə ömürlük immunitet formalaşır.

A n t r o p o n o z d ə r i l e y ş m a n i o z u zamanı əmələ gələn leyşmanioma - papula (qabarcıq) adətən zoonoz dəri leyşmaniozundan fərqli olaraq kiçikdir (0,1-0,2 sm), tünd qırmızı rəngdədir, qonura çalır, səthi hamarlıdır. Qabarcığın ölçüsü tədricən böyüyür, bərkləşir, dairəvi forma alır, daha intensiv qonur rəngdə olur və 3-6 aydan sonra diametri 1-2 sm-ə çata bilər. Papulanın (qabarcığın) mərkəzi hissəsində buynuzlu qabıq-pulcuqlarla dolmuş vulkanabənzər oyuq formalaşır, iltihab nəzərə çarpmır. Qabarcıq mərhələsi orta hesabla 4-8 ay davam edir. Leyşmaniomanın sonrakı inkişafı iki yolla baş verə bilər, bu zaman mərkəzi qabıq-pulcuqlar qalınlaşır, iri qabığa çevrilir ki, altında sağalma başlayır və ya yastı, ya da mütəkkəşəkilli, kənarı infiltratlı üst yara açılaraq qopur ki, bunu da çox vaxt müşahidə etmək olur. Xoralanma mərhələsinin müddəti orta hesabla 3-4 aydır. Leyşmaniomanın geriyə inkişafı xoranın nekrotik kütlədən təmizlənməsi, xoranın dibində dənəvərliyin və adacıqların kənarlarının epitelizasiyasının təzahür etməsi ilə bürüzə verir. Xoranı əhatə edən infiltrat yastılaşır və sorulur. Proses çapıq atrofiyası ilə əhatə olunan çapığın əmələ gəlməsi ilə başa çatır. Səpələnmiş, limfangitlər və limfadenitlərin qabarcıqları zoonoz tipində olduğundan xeyli gec rast gəlinir. Antroponoz tipin ilkin leyşmaniomunun bütün gedişatı - təzahür etməsindən çapıqlaşmaya qədər orta hesabla 6 aydan 1 ilə kimi çəkir, bununla əlaqədar olaraq dəri leyşmaniozunun bu tipini ilyarası adlandırırlar. Antroponoz dəri leyşmaniozu ilə xəstələnmiş adamlarda yalnız antroponoz dəri leyşmaniozuna immunitet formalaşır və onlar təkrar xəstələnmə bilərlər.

Dəri leyşmaniozunun həmçinin atipik formaları da ayırd edilir: vərəm və abortiv.

V ə r ə m d ə r i l e y ş m a n i o z u antroponoz dəri leyşmaniozunun xüsusi formasıdır ki, toxumalarda saxlanan leyşmaniyaların hesabına ilkin leyşmaniomanın repressiyasından sonra müxtəlif müddətdən sonra immunodefisit vəziyyətində ya da superinfeksiya nəticəsində inkişaf edə bilər.

Vərəm dəri leyşmaniozuna çox vaxt uşaqlarda və gənclərdə rast gəlinir. Bir qayda olaraq, proses üzdə, postleyşmanioz çapıq zonasında, nadir hallarda digər sahələrdə lokallaşır. Klinik vərəm dəri leyşmaniozu ağımtıl-qonur rəngdə, yastı, konusşəkilli,

xırda (5 mm-ə qədər diametrində) ya da hamar, bəzən də üstü qabıqlanan yarımkürə formada papulalarla (düyüncüklərlə) təzahür edir. Papulalar (qabarcılar) çapıqın üstündə qrup halında, ya da qabarcıq infiltratlara qatışaraq vərəm qurdeşənəyində olduğu kimi lüpusu xatırlada bilər. Lakin çox vaxt onlar çələng kimi halqa, ya da yarımqövs şəklində çapıqı dövrəyə alır.

Proses uzun çəkən gedişatı ilə səciyyəlidir. Papulalar (qabarcıqlar) uzun müddət, bəzən illərlə dəyişmədən qalır. Qabarcıqların bir hissəsi xoralanır, digəri xoralanmadan reqressiya edir, lakin həmişə atrofik çapıqın əmələ gəlməsi ilə başa çatır. Bəzi müəlliflər nodulyar, diffuz-infiltrativ, xora-deformasiya, eitematoz, şişəkili, vərəm dəri leyşmaniozunun qarışıq növlərini ayırd edirlər.

A b o r t i v d ə r i l e y ş m a n i o z u papulanın (qabarcıqın) xoralanması ilə müşayiət olunmur, çox vaxt onların səthi qabıqlanır, sonra səpgilər izsiz sorulur.

Köhnə və Yeni dünyanın dəri leyşmaniozunun klinik təzahürləri eynitiplidir. Lakin Yeni dünyanın dəri leyşmaniozu zamanı dərinin zədələnməsi dərinliyi (hipodermaya qədər) ilə fərqlənir və proses kifayət qədər tez burnun, ağızın, udlağın, qırtlağın, nadir hallarda cinsiyyət orqanlarının (espundia) selikli qişalarına yayılır. Ödem, xoralaşma, selikli qişalarda qansızmalar baş verir. Tənəffüs, çeynəmə, udma pozulur, xəstələr arıqlayır. Selikli qişalar 1-2 ildən sonra dəridə xora əmələ gəldikdən sonra zədələnir. Digər hallarda dərinin və selikli qişanın zədələnməsi eyni vaxtda progressivləşir. Çox vaxt qranulematoz-xoralı zədələnmə inkişaf edərək ikincili infeksiyaya, toxumalara aid olan selikli qişaların perforasiyasına təhrik edir və sifəti çox çirkinləşdirir. İmmunitet nə güclü, nə də gərgindir.

V i s s e r a l l e y ş m a n i o z (q a r a – a z a r) parazitın dəriyə inokulyasiyasından (peyvənd) və makrofaqal sistemin hüceyrələri ilə dalağa, qara ciyəərə və sümük iliynə çatdırılmasından sonra inkişaf edir. Tipik hallarda qızdırma, anoreksiya, bədən çəkisinin azalması, splenomeqaliya, hepatomeqaliya, limfadenopatiya, anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, hipoalbuminemiya və hiperqammaqlobulinemiya ilə səciyyəlidir. Çox vaxt qrammənfi törədicilərlə şərtlənən ikincili bağırsaq infeksiyası və mikobakterial infeksiya (vərəm) baş verir. Müalicəsiz visseral leyşmanioz praktiki olaraq həmişə letal nəticələnir.

H i s t o p a t o l o g i y a. Epidermis – xoralanmış, nəzərə çarpan akantoz müşahidə olur. Derma – histiositlər və plazmatik hüceyrələrlə neytrofillərin qarışıqından ibarət qranulematoza təmayüllü iltihabla infiltratlaşır. Histiositlər leyşmaniyalarla dolmuş olur.

Dəri leyşmaniozunun **d i a q n o s t i k a s ı** klinik şəklin, epidemioloji anamnezin nəticələrinin, biopstatda və Gimza boyacağı ilə rənglənmiş yaxmada xoranın üstündən götürülən izdə törədiciyi aşkarlayaraq öyrənilməsinə əsaslanmışdır. PZR leyşmaniozun diaqnozunu təsdiqləyir və Leishmanianın müxtəlif növlərindən fərqləndirməyə imkan verir.

Differensial diaqnostikamı cüzmə ilə aparırlar, bunun üçün zədələnmə ocağında hissiyyatın itməsi xarakterdir; vərəm üçün müsbət tuberkulin sınağı xarakterdir; piodermiya ilə - xüsisilə furunkula, eləcə də karbunkulla aparılır ki, bu zaman başlanğıcı kəskin, irinli özəyi və ağrılı olur.

Müalicə. Dəri leyşmaniozunun müalicəsinin əsasən iki metodu mövcuddur: kim-

yəvi-terapevtik və destruktiv. Metodlardan hər biri xəstəliyin mərhələsinə, yayılmasına, prosesin lokalizasiyasına müvafiq olaraq aparılır. Dəri leyşmaniozunun kimyəvi-terapevtik müalicəsi zamanı birinci cərgə preparatlardan beşvalentli sürmə olub (natrium-stiboqlükonat, meqlümin-antimoniat), parenteral və ocaq daxili yeridilməsi üçün tətbiq edilir. İkinci cərgə preparatları pentamidin, B amfoterisini, metronidazol, itrakonazol, ketakonazol, xloroxindir. Preparatların dozası xəstənin bədən çəkisinə, yaşına və xəstəliyin ağırlığına görə hesablanır. Kursun davamiyyəti terapiyanın effektindən asılı olaraq 10-28 gün çəkir. Qabarcıq mərhələsində destruktiv metodlar (lazero-, elektro-, kriodestruksiya) mümkündür.

Profilaktika. Xəstələrin vaxtında aşkarlanması və müalicəsi, eləcə də təbii ocaqlarda miğmığalardan müdafiənin fərdi vasitələrinin tətbiqi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, bədənə açıq hissələrinə miğmığaları hürküdən vasitələrin çəkilməsi, çarpayının miçətkənlə örtülməsi. Endemik rayonlarda miğmığaların çoxaldığı yerlərin, yaşayış evlərinin və yardımçı tikililərin insektisidlərlə dezinfeksiyası göstərişdir.

XI. DƏRİNİN VİRUS XƏSTƏLİKLƏRİ

Sadə herpes

Kəmərləyici dəmrov

Qızılca

Ziyillər

İtiuclu kandilomalar

Kontagioz mollyusk

Sağıcıların düyüncükləri

Dərinin virus xəstəlikləri dermatozların geniş qrupunu təşkil edir ki, buraya bir sıra nozoloji formalar aiddir (cədvəl 1). Böyüklər arasında onlar 3-4% hallarda qeyd olunur, uşaqlar arasında isə bu patologiya ilə xəstələnmənin səviyyəsi 10%-ə çatır. Dərinin virus xəstəlikləri dermatoneytrotrop (sadə herpes və kəmərləyici dəmrov) və dermatrop (ziyillər, kontagioz mollyusk, sağıcıların düyüncükləri) viruslar tərəfindən törədilir.

Cədvəl 1. Virus dermatozlarının təsnifatı

Dəri zədələnmələrinin qrupları	Nozoloji formalar
Herpeslər	Sadə
	Kəmərləyici
Ziyillər	Sadə
	Yastı
	Daban
	Sapvari
	İtiuclu kandilomalar
	Kontagioz mollyusklar
Pravaksiniya	Sağıcıların düyüncükləri

Əhalinin 90%-i I tip sadə herpes virusu (SHVI) ilə yoluxmuşlar. I tip SHV sensor paravertebral qanqliyalarda persistensiya edirlər. Əlverişsiz amillər (donma, stress və s.) təsiri altında virus aktivləşir və dəridə, çox zaman üz nahiyəsində qovuq reaksiyasını törədir.

Sadə herpes virusunun II tipi (SHV II) ilə yoluxma cinsiyyət yolu herpesinin klinik və ya asimptomlu formaları ilə xəstələrlə cinsi əlaqə zamanı baş verir və sonralar sakral qanqliyalarda virusun persistensiyası ilə müşayiət olunur.

Su çiçəyi virusunun reaktivləşməsi (KRVİ, orqanizmin reaktivliyinin aşağı düşməsi, yaşlı və s.) çox vaxt kəmərləyici dəmrovun – herpes infeksiyasının daha ağır dəri formasının yaranmasına gətirib çıxarır ki, bu da səpgilər boyunca ağrıların əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur, uzun müddət davam edən nevrəlgiyalarla, bəzi halarda isə MSS-nin, daxili orqanların, görmə orqanının zədələnməsi ilə müşayiət olunur.

Cinsi əlaqə zamanı yoluxan virus xəstəlikləri qrupuna həmçinin cinsiyyət orqanlarının ziyilləri də (itiuclu kandilomalar) və kontagioz mollyusklar da daxildir. Gənc yaş-

lı şəxslər arasında bu dermatozların artması meyli nəzərə çarpır. İİV ilə yoluxmuş və QİÇS-in klinik mərhələsində xəstəlik yayılmış və davamlı uzun gedişata malik olur.

Vulqar və yastı ziyilləri, məməcikli papillomaları törədən insanın papilloması viruslarının aktivləşməsi də həmçinin immundefisit vəziyyətinin inkişaf etməsi və epidermadaxili immunoloji nəzarətin zəifləməsi (Langerhans və Qrinsteyn hüceyrələri, T-limfositlər) ilə əlaqədardır. Çox vaxt yuxarı yaş qruplarında papillomatoz törəmələr, keratomalar müşahidə olunur.

SADƏ HERPES

Tez-tez rast gəlinən dermatoz olub eritematoz və azacıq ödemli əsas qatda qruplaşmış qovuqların dəridə və selikli qişalarda əmələ gələn səpgilərlə özünü biruzə verməsi ilə səciyyələnir. Davamlı residivləşən, disseminasiya edən, bəzən sistem xarakter kəsb edə bilər. Cinsiyyət yolu herpesinin rastgəlmə tezliyi cinsi əlaqə zamanı yoluxan digər infeksiyalardan xeyli çoxdur.

Etiologiyası

Sadə herpes virusunun I və II tipləri (SHV I və II) DNT-tərkibli dermatoneytrotrop virusdur, yoluxmuş hüceyrələrin nüvəsində və sitoplazmasında 14 saat ərzində çoxalır və onların ölümündən sonra qız virionlarının xaricə çıxması baş verir.

- Üzün və ağız boşluğunun herpesi SHV I (80-90%) və SHV II (10-20%) ilə törədilir;
- Genital herpes: SHV II (70-90%) və SHV I (10-30%);
- Herpes panarisiyası: SHV I 20 yaşa qədər, SHV II isə 20 yaşdan yuxarı aşkar edilir;
- Yenidogoğulmuşların herpesi: SHV II (70%), SHV I (30%) iştirak edir.

Yoluxma yolları

SHV I ilə yoluxma zədələnmiş dəri, ağız selikli qişası, herpeslə xəstə şəxsin dodaqları ilə birbaşa təmas zamanı (toxunduqda) baş verir (adətən həyatının ilk dövrlərində). Əgər herpes infeksiyası kəskin respirator xəstəlik formasında və ya digər etiologiyalı KRX fonunda inkişaf edirsə, bu zaman hava-damcı yoluxma yolu mümkündür. Məişət əşyaları vasitəsilə yoluxma az ehtimal olunur, belə ki, otaq temperaturunda SHV sürətlə məhv olurlar.

SHV-a qarşı antitellər böyüklərin 80-90%-da aşkar edilir.

Cinsiyyət yolu herpesi ilə xəstə anadan dölə SHV-nin yoluxması aşağıdakı hallarda baş verir: doğuş yollarından keçərkən (burun-udlaq, dəri, gözlər infeksiyalaşır) – yoluxma riski 40% təşkil edir; servikal kanal və sonradan dölyanı sular vasitəsilə; çift vasitəsilə -hamilə qadınlarda herpes virusemiyası inkişaf etdikdə.

Orqanizmə SHV-nin daxil olması və yayılması yolları

Kontakt yerində dəri və selikli qişalara daxil olması; epidermisin aşağı qatlarında artıb-çoxalması; yoluxmuş hüceyrələrin məhv olması; eritema, vezikula; derma; hissi və vegetativ sinirlərin ucları; qanqliyalar (üçlü, azan sinirlər, bel-oma), orada virus latent vəziyyətdə olur və sonradan reaktivasiya mərhələsinə keçir.

Risk amilləri

Soyuqdəymə, hiperinsolyasiya, respirator xəstəliklər, stress, immundefisitlər (I İV-infeksiya, hemoblastozlar, orqanların, sümük iliyinin transplantasiyası, kimyəvi terapiya, şüa terapiyası, sistem kortikosteroidləri, immundepressantlar), aybaşı sikli.

Sadə herpes virusunun residivlərinin patogenezi

Risk amillərinin təsiri nəticəsində orqanizmin virusolyehinə və qeyri-spesifik rezistentliyinin zəifləməsi. Qanlıyalarda immunoloji nəzarətin zəifləməsi. Qanlıyalarda virusun reaktivasiyası və onun periferik sinir lifləri vasitəsilə dərinin epitelisinə və selikli qişalara doğru yerdəyişməsi Virusun replikasiyası. Özünə məxsus spesifik qovuc reaksiyası.

İmundefisit zamanı: immunoloji nəzarətin zəifləməsi, virusemiya, hematogen disseminasiya; MSS-nin, qara ciyərin, ağ ciyərlərin, böyrəklərin, digər orqanların zədələnməsi; dəri və selikli qişaların yayılmış zədələnmələri.

Klinika

İnkubasiya dövrü - bir neçə gündən 2-3 həftəyə qədər davam edir.

Prodromal əlamətlər: göynmə, paresteziyalar, gələcək ocağın yerində qaşınma, yüngül titrətmə, dərinin hiperesteziyası, qeyri-intensiv əzələ və oynaq ağrıları.

Ən çox rast gəlin lokalizasiya: dodaqların qırmızı haşiyəsi və dərisi, burun qanadları, alın, yanaqlar (SHV I tip), cinsiyyət orqanları (SHV II tip).

Sadə herpesin tipik formasının klinik simptomları. Cüzi ödemli əsas 4 fonda məhdud eritemalı tək-tək ocaqlar aşkar edilir, sonradan qruplaşmış, mərkəzində basıqlıqdan diametri 2 mm-ə qədər qovucqlar əmələ gəlir, onlar əvvəlcə şəffaf, sonradan tutqun və hemorragik möhtəviyyatla dolu olur. Qovucqlar deşilir, yerində polisiklik sərhədləri olan dibi yumşaq və nəm, qırmızımtıl səthə malik ağrılı eroziyalar əmələ gələrək, üzəri qırmızımtıl-sarımtıl qartmaqla örtülür. Qartmaqlar düşdükdən sonra yerində qırmızı – qonur piqmentasiya əmələ gəlir. Səpgilərin repressiyası 7-14 gün davam edir. İkincili infeksiya və ya travma zamanı eroziyalar səthi xarakterli, azacıq bərkimiş və ödemli xoraya çevrilərək gec sağalır və regional limfadenitlə müşayiət olunur.

Sadə herpesin müxtəlif variantları (gedişinə görə)

Birincili herpes. İnsanların böyük əksəriyyətində (80-90%) SHV ilə yoluxma simptomusuz keçir. Bir qismində səciyyəvi səpgilər əmələ gəlir, regional limfadenit, ağır olmayan ümumi toksik əlamətlərin yaranması mümkündür, onlar bir neçə gün ərzində (3-4 sutka) artırlar, sonra isə həmin müddətdə də zədələnmə ocağı ilə birlikdə tədricən itirlər. Gənc qadınlarda birincili herpes bəzən herpes vulvovaginiti şəklində inkişaf edə bilər.

Uşaqlarda birincili herpes çox vaxt herpes stomatiti şəklində təzahür edir və kəskin ümumi əlamətlərlə özünü biruzə verir. Adətən 1 yaşa qədər uşaqlarda inkişaf edir, yüksək temperatur, intoksikasiya simptomları ilə müşayiət olunur. Ən çox rast gəlin lokalizasiya – ağızın, damaqların, selikli qişası, dodaqların daxili səthi, dil. Yaranmış qovucquqlar deşilir, yerində çox ağrılı girintili-çıxıntılı eroziyalar əmələ gəlir. Regional limfa düyünləri də böyümüş və ağrılıdır. Gingivit sərt damağın ağrılı şişkinliyi, bənövşəyi rəngə çalması, hipersolvasiyası ilə müşayiət olunur. Yüngül gedişdə proses 2 həftə

ərzində reqres edir. Zəif uşaqlarda infeksiyanın disseminasiyası, ağır meninqoensefalitin inkişaf etməsi və letal sonluq mümkündür.

Residivləşən herpes – nisbətən az nəzərə çarpan klinik simptomlarla müşayiət olunur, üzdə, genital orqanlarda, cinsiyyət orqanları ətrafında lokalizasiya edir, keratokonyunktivitın yaranması, ildə 1-3 dəfədən ay ərzində bir neçə dəfəyə residivlərin baş verməsi mümkündür.

Residivləşən genital herpes xəstələrdə çox vaxt kəskin fiziki və psixi dəyişikliklərin fonunda əmələ gəlir.

Uzun müddət davam edən genital herpes atipik gedişata (vezikulyar elementlərsiz) malik ola bilər ki, o da zədələnmə nəhiyəsində eritema, göynəmə və qaşınma hissiyyatı ilə müşayiət olunur.

Genital herpesin tez-tez baş verən residivləri limfostaza gətirib çıxararaq xarici cinsiyyət orqanlarının fil xəstəliyinə səbəb ola bilər.

Sadə herpesin atipik formaları

Abortiv – zəif nəzərə çarpan papula, eritema, nekroz, tipik səpgilər olmadan subyektiv hissiyyatın yaranması.

Şişkin (infiltrativ) – kirpiklərdə, dodaqlarda kəskin ödemlə müşayiət olunan səpgilər.

Zosterəbənzər – üzdə, ətraflarda, bədəndə, sağrı nəhiyəsində sinirlər boyunca ağrılı səpgilər meydana gələrək baş ağrısı, zəiflik əlamətləri ilə müşayiət edilir.

Disseminasiyalı - bədənin müxtəlif snahiyələrində qruplaşmış səpgilərin eyni vaxtda əmələ gəlməsi.

Miqrasiya edən – səpgi elementləri ardıcıl şəkildə meydana çıxır və bədənin yeni sahələrini əhatə edir.

Hemorragik və nekrotik forma – qovuquqların qanlı ekssudativ xarakterdə olması və nekrozun inkişaf etməsi ilə müşayiət olunur.

Elefantiazabənzər – herpesin reqresiyaya uğradığı yerlərdə dərinin şişkinliyinin uzun müddət qalması.

Xronik sadə dəri herpesi - immundefisitli xəstələrdə diametri meşə qozu böyüklüyündə və daha böyük ölçülərə malik çoxsaylı, itməyən xoralı ocaqlar.

Genital orqanlarda xoralı herpes – immunbioloji reaktivliyi zəifləmiş şəxslərdə səciyyəvi səpgilərdən sonra inkişaf edir (qırmızı rəngli yumşaq, ağrılı xora, limfadenit də mümkündür).

Rupioid forma - ikincili infeksiyanın qoşulması (laylı qartmaqlar, çatlar) nəticəsində üzdə inkişaf edir.

Herpes panarisiaları - herpesli xəstənin selikli qişaları ilə təmasda olan tibb işçilərinə (anestezioloqlar, stomatoloqlar) inkişaf edir. Ocaqlar tək-tək, bərk, ağrılı qovuqlardan ibarətdir, bəzən yayılmış eritematoz reaksiya ilə təzahür edir.

Herpes follikuliti. Əsasən kişilərdə çənə, çənəaltı və burun-dodaq üçbucağı nəhiyəsində rast gəlir. Tük follikullarının ağzında vezikullar əmələ gəlir, sonra qartmaqlarla örtülür. Proses yüngül qaşınma və göynəmə hissi ilə müşayiət olunur.

Herpes formalı KAPOŞI ekzeması çox vaxt ekzema və atopik dermatitli xəstə uşaqlarda (onlar aktiv herpesə xəstə valideynlərdən yoluxurlar) baş verir. Bu forma yüksək temperatur, ümumi ağır vəziyyət, dəridə, selikli qişalarda disseminasiya olunmuş səp-

gilər, göbək mərkəzində basıqlıq şəkildə çoxsaylı elementlər, geniş sahəli hemorragik qartmaqlarla müşayiət olunur. Letal sonluq mümkündür.

Az hallarda Kapoşi ekzeması, Darye xəstəliyi, qovuqlu dermatozlarında, ixtioz, göbəkvari mikozlarda rast gəlinir.

Genital herpes

Yoluxma cinsiyyət orqanlarında və ya ona yaxın sahələrdə herpes səpgiləri olan cinsi partnyorlardan birbaşa təmas, həmçinin remissiya dövründə (SHV-nin produksiya olunması davam etdikdə) və simptomuz virusgəzdirmələr zamanı baş verir.

İnsanların əksəriyyətində SHV II ilə yoluxma simptomuz və ya aydın klinik əlamətlər olmadan müşahidə olunur.

Genital herpes zamanı 70% hallarda SHV II tip, digər hallarda isə SHV I tip aşkar edilir. Homoseksual yönümlü şəxslərin təqribən yarısı SHV II ilə yoluxmuşlar, fahişə qadınlar arasında isə SHV II ilə yoluxma 80%-ə çatır.

Genital herpes gənc yaşlı şəxslərin cinsiyyət orqanlarının xorali zədələnmələrinin ən çox rast gəlinən növlərindən sayılır.

Cinsiyyət orqanlarının birincili herpesi çox vaxt ümumi simptomatika (qızdırma, baş ağrısı, mialgiyalar, zəiflik) ilə müşayiət olunaraq 6-8 gün ərzində artır. Qruplaşmış qovuqlar çox vaxt məhdud yerləşmiş kiçik lövhəcik şəkildə olurlar, bəzən cinsiyyət üzvünün böyük hissəsini, xayaları, budları, sağrıları, qadınlarda isə cinsiyyət dodaqlarını, klitoru, aralığı, budun daxili səthini, sağrıları əhatə edir. Qaşınma, göynəmə hissiyyəti, dizuriya, bəzən uşaqlıq yolundan, uretradan ifrazatın gəlməsi, sistit əlamətləri xarakterikdir. Birtərəfli ağırlıq regionar limfadenit əlamətləri ilə yanaşı, qarının aşağısında ağrıların yaranması (çanaq limfadeniti), meninqizm, işialgiya əlamətləri də mümkündür.

Homoseksualistlərin herpetik proktiti (törədici SHV I tip) ağrılar, tenezmlər, rektumdan ifrazatın gəlməsi ilə müşayiət olunur; müayinə zamanı düz bağırsaqla iltihabı və eroziv-xorali sahələr aşkar edilir.

Genital herpesin birincili yaranmasından sonra 2% xəstələrdə residivlər hər ay, 13% xəstələrdə hər 2-11 aydan sonra hər il, 24% xəstələrdə nadir hallarda müşahidə edilir. Asiklovirin qəbulu cinsiyyət orqanlarından virusun ifraz edilməsini və cinsi partnyorun yoluxma riskini azaldır.

Genital herpesin residivləri zamanı simptomatika bir o qədər də aydın nəzərə çarpmır.

Genital herpesi sifilisin birinci və ikinci dövrünün aktiv əlamətləri (eroziyalar, xoralar, papulyoz və pustulyoz sifilidlər), yumşaq şankr, süzənək, trixomonad, xlamidiya, bakterial etiologiyalı qeyri-spesifik eroziyalar, xoralarla diferensiasiya edirlər; İİV-infeksiyanı mütləq istisna etmək lazımdır.

Hamilə qadınların, yenidoğulmuşların herpesi

Birincili genital herpes zamanı hamiləliyin birinci üç aylığında dölün inkişaf ağırlaşmalarının riski 50-80%-ə çatır. Belə hallarda 12 həftəliyə qədər olan hamiləliyin pozulması məsləhət görülür.

Hamilə qadında disseminasiyalı herpes infeksiyası (MSS-nin, daxili orqanların cəlb olunması) baş verərsə, hamiləliyin sonrakı müddətində müalicə asiklovirlə standart

sxem əsasında aparılır.

Əgər doğuşdan 1 ay əvvəl hamilə qadında birincili genital herpes halı və ya doğuşa bir neçə gün qalmış infeksiyanın klinik residivi baş vermişsə, onda doğuşun Kesar kəsiyi ilə aparılmasına göstəriş vardır.

Hamilə qadında SHV-nin gəzdirənliyi təsdiq edilərsə (simptomsuz genital herpes) doğuşdan 2 həftə əvvəl asiklovir vasitəsilə profilaktik müalicə (200 mq dozada gündə 4 dəfə – 5 gün ərzində) aparılır.

Əgər doğuşlar cinsiyyət orqanlarının birncili herpesi ilə üst-üstə düşürsə, yenidoğulmuşun yoluxma riski daha yüksəkdir. Hamilə qadında genital herpesin residivləri zamanı yenidoğulmuşun yoluxma riski cüzdür və 3%-ə qədər təşkil edir.

İnfeksiyalaşmış doğuş yollarından doğulan uşaqlar ömrünün ilk 48 saati ərzində SHV-a görə virusoloji müayinəyə məruz qalmalıdırlar (konyunktivadan, burundan, ağız-udlaqdan yaxmalar). SHV və ya xəstəliyinin ilk simptomları aşkar edildikdə müalicə aparılmalıdır.

Sahə herpesin mümkün olan ağırlaşmaları

Herpes ensefaliti, meninqoensefalit (nekrotik forma zamanı letallıq 80%-ə çatır), hepatit, keratokonyunktivit, infeksiyanın residivləşən gedişi, uşaqlıq boynunun prekankrozu.

Bətdaxili herpes infeksiyası zamanı letallıq, prosesin generalizasiyası fonunda MSS-nin, daxili orqanların zədələnməsi nəticəsində 80%-ə çata bilər.

Herpes infeksiyasının diaqnostikası metodları

Tsank sınağı. Təzə qovucuğun möhtəviyyatında (Gimza üsulu ilə boyadıqda) nəhəng çoxnüvəli keratinositlər aşkar edilir (xəstələrin 75%-də müsbətdir).

Qovucuqların möhtəviyyatında monoklonal anticisimlər vasitəsilə SHV antigenlərinin təyin olunması.

Hüceyrə kulturasında patoloji materialdan (qovuqların möhtəviyyatı, zədələnmiş sahələrdən götürülmüş yaxmalar, biopsiya materialı) virusun aşkar edilməsi.

Qan zərdabında SHV-a qarşı anticisimlərin aşkar edilməsi aktiv prosesin getdiyinə dəlalət edir.

PZR vasitəsilə patoloji materialda SHV-nin DNT-si aşkar edilir.

Histopatologiya

Epidermis hüceyrələrinin ballon edici və retikulyar degenerasiyası, akantoliz, epidermadaxili qovucuqların, hüceyrədaxili virus əlavələri (Tsank hüceyrələri) ilə birgə nəhəng çoxnüvəli keratinositlərin olması. Dermada damarların divarlarının neytrofillərlə infiltrasiyası, perivaskulyar infiltratlar (limfositlər, neytrofillər).

Differensial diaqnoz

Streptokokk və qarışıq impetiqo, kəmərləyici dəmrov, birincili sifiloma, sifilitik papulalar, eroziv-xorali balanopostit, qoturluq düyüncükləri, xoralar, follikulitlər, cinsiyyət orqanları nahiyəsində furunkul, uşaq ekzeması, ağırlaşmış piodermiya (Kapoşi ekzeması ilə birgə), fiksə olunmuş eritema (cinsiyyət orqanları), çoxformalı ekssudativ eritema.

Müalicə

Birincili herpes (ümumi əlamətlərlə) asiklovir 400 mq dozada gündə 3 dəfə 5 gün ərzində və ya 800 mq dozada gündə 2 dəfə 5 gün ərzində, yaxud valasiklovir 500-1000 mq dozada gündə 2 dəfə 5 gün ərzində. Vitamin C 0,3 q dozada gündə 3 dəfə 3-5 gün ərzində.

Ümumi əlamətlər olmadıqda yerli virusəleyhinə preparatların (asiklovir, DNT-aza və s.) təyin olunması ilə kifayətlənmək olar; herpes stomatitində: 0,5% tebrofen məlhəmi, 0,25% riodoksol məlhəmi, 5%-li siklovir məlhəmi. Zədə ocaqlarına məlhəmlər 5-10 gün ərzində sutkada 5 dəfə sürtülür.

Dəri və selikli qişaların residivləşən herpesi, keratokonyunktivit: asiklovir 200 mq dozada sutkada 5 dəfə 5-10 gün ərzində və ya valasiklovir 500 mq dozada sutkada 2 dəfə 5 gün ərzində; yaxud famsiklovir 250 mq dozada sutkada 3 dəfə 5 gün ərzində. Bu preparatların ilk 2 gün ərzində təyin olunması residivlərin ağırlığını azaldır, lakin onların qarşısını almır.

Residiv zamanı 0,004%-li panavir məhlulu venadaxilinə 5,0 dozada 48 saat fasilə verməklə iki inyeksiya şəklində yeridilir (cədvəl 2). Yod preparatlarından – yodomarin 0,2x2 dəfə, yod aktiv, kalsiyodin və s. təyin olunması çox səmərəlidir.

Cədvəl 2. Virusəleyhinə «panavir» preparatının tətbiqinə dair tövsiyələr

Xəstəlik	Müalicə metodikası	Gözlənilən effekt
Residivləşən genital və nazolabial herpes (SHV I, SHV II)	Panavir preparatının 0,004%-li məhlulu 5,0 ml dozada 48 saat fasilə ilə residiv anında venadaxili 2 inyeksiyası	Residivin davam etmə müddətinin 1,5-2 dəfə azalması, remissiya dövrünün 2-2,5 dəfə uzanması
	Qoruyucu Panavir geli sutkada 3-4 dəfə xaricə. 1 aydan sonra kursun təkrar edilməsi məsləhət görülür	Ağrı hissiyyatının götürülməsi, yaranın sürətlə sağalması Effektivlik 80%-dən çox təsdiq olunmuşdur.

Cinsiyyət orqanlarının birincili herpesi: Cinsiyyət orqanlarının birincili herpesi: asiklovir 200 mq dozada sutkada 5 dəfə 10 gün ərzində və ya 400 mq dozada sutkada 3 dəfə 10 gün ərzində; yaxud qansiklovir 5 mq/kq, 14-21 gün ərzində hər 12 saatdan bir venadaxilinə.

Cinsiyyət orqanlarının residivləşən herpesi: asiklovir 200 mq dozada daxilə sutkada 5 dəfə 5-10 gün ərzində və ya 400 mq dozada sutkada 3 dəfə 5-10 gün ərzində; yaxud famsiklovir 125 mq dozada gündə 2 dəfə 5-7 gün ərzində. Sikloferon 2 ml dozada (250 mq) günəşırı əzələ daxilinə №10. Panavirin 0,004%-li məhlulu 5,0 ml dozada 48 saat fasilə ilə 2 venadaxili inyeksiyası; 1 aydan sonra kursun təkrar edilməsi tövsiyə olunur.

İmmundefisit zamanı dəri və selikli qişaların sadə herpesi: asiklovir 5 mq/kq venadaxilinə, hər 8 saatdan bir 7 sutka ərzində və ya 200 mq dozada daxilə sutkada 5 dəfə –

10 gün ərzində; və ya foskarnet 40 mq/kq venadaxilinə səpgilər itənə qədər hər 8 saatdan bir - 10-24 sutka ərzində (asiklovirə rezistentlik olduqda).

Fizioterapiya metodları: zədə ocağına və ya kubital venalar zonasına helium-neon lazeri (qanın lazerlə şüalandırılması). Zədə ocağına UBSŞ və ya qanın ultrabənövşəyi şüalandırılması. Zədə ocağına virusəleyhinə məlhəmlərlə birgə ultrafonoforez. Sakral qanqliyalar nahiyəsinə ultrasəs vasitəsilə paravertebral təsir.

Birincili herpesin profilaktikası: dəri və selikli qişalarda herpes səpgiləri olan xəstələrlə sıx kontaktdan çəkinməli.

Residivlərin profilaktikası

Residivləşən genital herpesin fasiləsiz suppressiv terapiya metodikası: asiklovir 400 mq dozada gündə 2 dəfə bir il ərzində (ildə 6 və daha çox residiv olduqda). Bir ildən sonra gələcək müalicə taktikasının aparılması məqsədilə residivlərin baş vermə tezliyini qiymətləndirirlər.

İnaktivasiya olunmuş herpes vaksini saidin bükücü səthinə 0,2-0,3 ml dozada 3-4 gündən bir 5 inyeksiya dəri altı yeridilir; 2 həftədən sonra analoji inyeksiyalar 5-7 gündən bir №5 təyin edirlər; revaksinasiya 3-6 aydan sonra 7-14 gün intervalla 5 inyeksiya olmaqla həyata keçirilir, 6-8 aydan sonra ikinci analoji revaksinasiya aparılır. Antioksidant kompleks 3-4 həftə ərzində yeridilir. İmmun statusun vəziyyəti müəyyən olunduqdan sonra immunmodulyatorlar (taktivin, timalin, sikloferon, amiksin, polioksidoniy, mielopid və s.) təyin edilir. Bitki mənşəli adaptogenlərin də yeridilməsi məsləhət görülür. Orqanizmin sanasiyası aparılır. Şəxsi gigiyenaya əməl olunması vacibdir. Cinsi əlaqəyə səpgilərin repressiyasından sonra baryer kontraseptivlərdən istifadə etməklə başlamaq olar.

KƏMƏRLƏYİCİ DƏMROV

Varicella zoster virusunun reaktivasiyası nəticəsində meydana çıxan və adətən bir dermatom daxilində sinirlər boyunca qrupşəkilli vezikulyoz səpgilərlə təzahür edən kəskin virus xəstəliyidir. 15 yaşa qədər uşaqlar böyüklərə nisbətən çox az hallarda (5%) xəstələnirlər. 60 yaşdan yuxarı şəxslərdə postherpetik nevrəlgia ağırlaşması daha çox (40% xəstələr) təsadüf edilir. Yaşadığı müddətdə kəmərləyici dəmrov ilə xəstələnmə ehtimalı 10-20% təşkil edir.

Etiologiyası

Varicella zoster dermatoneytrotrop virus (birincili yoluxma zamanı su çiçəyini törədir). Praktiki olaraq 20 yaşdan yuxarı bütün şəxslər bu virusla yoluxmuşlar.

Risk amilləri

Soyuqdəymə, infeksiyalar və intoksikasiyalar, şəkəri diabet, mədənin xora xəstəliyi və s. Hiperinsolyasiya, ionlaşdırıcı şüalanma, qan xəstəlikəri, şişlər. İmmundepressantların, rentgenoterapiyanın tətbiqi, İV-gəzdirənlər, QİÇS: İV-ilə yoluxanların 25%-i kəmərləyici dəmrovdan əziyyət çəkirlər.

Patogenezi

Virusun baş və onurğa beyni qanqliyalarında reaktivləşməsi. Virusla ilk təmas su çiçəyi keçirmiş şəxslərdə baş verir, bundan sonra virus latent vəziyyətdə bu qanqliyalarda persistensiya edir. Virusun reaktivləşməsi qeyri-əlverişli ekzogen və endogen amillə-

rin təsiri nəticəsində baş verir. Virus hissi sinirləri zədələyir və nevrit əlamətləri törədir, sonra dermatoma müvafiq olaraq xətt boyunca qovucuqlu səpgilər meydana çıxır. Sinir köklərinin ödemli olması, onların onurğaarası sahələrdə sıxılması nəzərə çarpır.

Klinik şəkli

Prodromal əlamətlər: bədən temperaturunun yüksəlməsi, halsızlıq, baş ağrısı, dispepsiya halları.

Lokalizasiya sahələri: qabırğaarası sinirlər zonasında, üçlü sinirin şaxələri boyunca, başda, üzdə, ətraflarda.

Ocaqların sayı: çoxlu miqdarda.

Subyektiv hissiyyat: zədələnmiş sinirlər boyunca ağrılar.

Gedişi: kəskin, residiv vermir. Residivlər onkoloji xəstəliklər, qan xəstəlikləri, immunodefisit (QİÇS) zamanı meydana çıxır.

Klinik formaları

Adi forma. Elementlərin unilateral yerləşməsi səciyyəvidir. Dəri əlamətləri eritemadan və uzununa düzülmüş dartılmış papulyoz elementlərlə başlayaraq vezikulalara və pustulalara, sonradan qabıqla örtülmüş eroziyaya çevrilərək və bu sahələrdə bozuntul-qonur piqmentasiyalar əmələ gətirirlər. Yüngül hallarda proses 1-3 həftə ərzində reqressiya edir. Postherpetik nevralgiya (zədələnmiş sinir boyunca ağrı hissiyyatı və parasteziyalar) 1 ilə qədər və daha çox qala bilər (xronik nevritin nəticəsi və sinirin çapıqlı dəyişikliklərinin olmasıdır).

Vezikulyar və eroziv elementlər ağzın, uşaqlıq yolunun, sidik kisəsinin selikli qişasında əmələ gələ bilər (zədələnmiş qanqlıyanın topoqrafiyasından və onun innervasiya zonasından asılı olaraq). Regionar limfadenitin inkişaf etməsi, müxtəlif hissiyyat növlərinin dəyişilmələri və mimiki əzələlərin parezi mümkündür.

Abortiv forma: ödem, eritema, sinir boyunca papulyoz səpgilər, zədələnmə yerlərində ağrılar.

Xorali-nekroz forması. Ağır hallarda səpgilər xorali və xorali-nekroz xarakterini alırlar. Onların reqressiyası 1-1,5 ay davam edir.

Generalizə olunmuş forma qan xəstəlikləri, şiş (törəmələr) olan, kimyəvi terapiya alan şəxslərin bir qisminə (2-4%) müşahidə olunur. Səpgilər çoxsaylı, bəzən birləşən papulyoz-vezikulyoz elementlər, lövhəciklər şəklində disseminasiya edərək dəri örtüyünün böyük sahələrini əhatə edir.

Qanqrenoz forma şəkərli diabet, xora xəstəliyi olan şəxslərdə, yaşlı insanlarda daxilində qanlı tərkibi olan vezikullar şəklində inkişaf edərək yerində qanrenizasiya sahələri əmələ gələrək çapıqlaşır. Bəzən kəskin simpatalgiyalar və qanqlionitlər (ürək fəaliyyətinin pozğunluqları, MBT-nun, sidik aktının pozulması və s. dəyişikliklər) inkişaf edir.

Oftalmoherpəs. Buynuz qişa, konyunktiva, qüzehli qişa, siliar cisimcik zədələnərək işıqdanqorxma, blefarospazm, göz yaşının axması, görmə siniri boyunca ağrılar, üz, boyun, başın tüklü hissəsi nahiyəsində səpgilər əmələ gəlir, meningoenfəlitin inkişaf etməsi müşahidə olur.

Oftalmoherpəsin ağırlaşmaları: uveit, keratokonyunktivit, retinit, qlaukoma, ekzofthalm, kirpiyin deformasiyası, gözün hərəkəi əzələlərinin və digərlərinin parezi (iflici).

Diaqnostika

Müsbət Tsank sınağı: Varicella zoster virus antigenlərinin düz immunflüoressensiya metodu ilə vezikulların möhtəviyyatında və onların dibindən götürülmüş qaşınıtda aşkar edilməsi; Varicella zoster-in hüceyrə kulturalarında aşkar edilməsi; daxili orqanların, ağciyərlərin, onurğa beyni və baş beynin EKQ, KT, MRT-si (onların patologiyasını istisna etmək üçün).

Histopatologiya

Epidermisin ödemli, malpigi qatının yuxarı hissələrində qovuquqlar, hüceyrələrin sitoplazmasının ballonlu degenerasiyası və distrofiyası, nəhəng çoxnüvəli hüceyrələr. Dermada neytrofilərlə cüzi infiltrasiya, eksositoza meylik. Analoji dəyişikliklər baş beyin və onurğa beyninin strukturlarında və generalizə olunmuş infeksiya zamanı daxili orqanlarda da aşkar edilir.

Ağırlaşmalar. Səpgilərin qanqrenizasiyası, dəri örtüyünün böyük sahələrinin, daxili orqanların, MSS-nin, onurğa beyninin zədələnməsi ilə birlikdə infeksiyanın generalizasiya olması. Postherpetik nevralkiyalar, simpatalgiyalar, qanqlionitlər. İmmundepressiya, şişlər zamanı residivlərin müşahidə olunması.

Differensial diaqnoz

Zoster formalı qırmızı yastı dəmrov, qızılyel iltihabı, zoster formalı sadə herpes, herpesşəkili Dürinq dermatiti, bitkilərdən baş verən kontakt dermatiti, bullyoz impetiqosu.

Müalicə

Asiklovir 800 mq dozada daxilə gündə 4 dəfə 7-10 gün ərzində təyin olunur. Digər preparatlar da tətbiq edilir: salisilatlar gündə 1-3 dəfə 0.5 q dozada, 25%-li maqnezium-sulfat 5-12 ml dozada əzələ daxilinə, sidikqovucu (furosemid, laziks). 0,004%-li panavir məhlulu 5 ml həcmdə 48 saat fasilə ilə 5 inyeksiya, yerli – panavir qoruyucu geli sutkada 3-4 dəfə (cədvəl 3).

Cədvəl 3. Virusəleyhinə «Panavir» preparatının tətbiqinə dair tövsiyələr

Xəstəlik	Müalicə metodikas	Gözlənilən effekt
Kəmərləyici dəmrov	Panavirin 0,004%-li məhlulundan 5,0 ml dozada 48 saat fasilə ilə 5 inyeksiya	Kəskin nevroloci ağrıların aradan qaldırılması, sağalma müddətinin 7- günə qədər qısalması. Səpgilərin yayıldığı sahənin kiçilməsi.
	Panavir qoruyucu geli xaricə sutkada 3-4 dəfə	Ağrı hissiyyatının aradan qaldırılması, yaraların sürətlə sağalması

Ağrı sindromunun qarşısının alınması məqsədilə: 1,5%-li qanqleron məhlulu 1-4 ml dozada gündə 3-4 dəfə əzələdaxili və ya paxikarpin 0,05 q dozada gündə 3 dəfə; novokain blokadaları, analgetiklər (analqin, baralqin), 10-14 gün ərzində indometasin. B1.

B12 vitaminlərinin kurs inyeksiyası (500-1000 mq) №10-15, askorbin turşusu sutkada 0,3-0,5 q. Ağrı nöqtələrinə novokainlə birlikdə elektroforez; paravertebral diatermiya № 6-10 və ya ultrasəs №10-12.

Oftalmoherpes və meninqoensefalit zamanı: asiklovir venadaxilinə; 40%-li urotropin məhlulu 10 ml dozada venadaxilinə, hər gün №5-8.

İmmundefisit və ağırlaşmalar zamanı: asiklovir 10-12 mq/kq hər 8 saatdan bir venadaxilinə 7-14 gün ərzində; və ya valasiklovir 1,0 q daxilə sutkada 3 dəfə 7 gün ərzində; və ya famsiklovir 50 mq sutkada 3 dəfə 7 gün; yaxud foskarnet venadaxilinə; qansiklovir – başlanğıc doza 5 mq/kq 12 saatdan bir venadaxilinə 14-21 sutka ərzində (gündəlik doza 6 mq/kq venadaxilinə sutkada 1 dəfə həftədə 5 dəfə).

İnterferon alfa - 2 əzələ daxilinə həftədə 3 dəfə 1 mln vahid təyin olunur.

Üçlü təsirə malik (ağrıkəsici, iltihab əleyhinə, hərarət salıcı) dərman preparatlarından (panagezik, tramal və s.) istifadə etmək səmərəli olar.

Yerli: asiklovir, dezoksiribonukleaza, anilin boyaları, fukorsin, Burov mayesi, ocaqlara fizioloji məhlulla isladılmış sarğının qoyulması, kapsaisin məlhəmi, lidokain geli, kombinə olunmuş kortikosteroid məlhəmi, USM, ultrasəs, lazeroterapiya.

Profilaktika

Biogen stimulyatorları, adaptogenlər, palçıqla müalicə, kükürd və radon vannaları, onkoloji xəstəliklər və İİV-ə görə müayinələr.

QIZILCA

Qızılca (morbilli) –virus etiologiyalı yüksək kontagiozlu infeksiya, kəskin xəstəlik olub, artan temperatur, yuxarı tənəffüs yollarının kataraktı, konyuktivit, generalizə olunmuş səpgi və patognomik enantema ilə xarakterizə olunur.

Epidemiologiya

- Çox vaxt 1-5 yaşlarında olan uşaqlarda təsadüf edilir, lakin bütün yaş həddlərində ola bilər
- İnfeksiya mənbəyi – xəstə insan
- İnfeksiyanın ötürülmə yolları – hava-damcı
- İnkubasiya dövrü qış və yaz vaxtlarında olur, sporadik hallar isə bütün il boyu təsadüf edilir
- İmmunitet ömürlükdür
- Virusdaşıyıcılıq qeyd olunmur
- prodromal dövr başlamazdan 1-2 gün əvvəl xəstə yoluxucu olur (həqiqi səpgilərin əmələ gəlməsindən 3-5 gün əvvəl), səpgilər əmələ gəldikdən 4 gün sonra yoluxucu dövr bitir

Etiopatogenez. Tərədicisi - Paramyxoviridae fəsiləsindən, Morbillivirus mənşəli RNT-tərkibli virusdur. Qızılca virusu tənəffüs yollarının epitelinə düşərək onu zədələyir, hematogen yolla regional limfa düyünlərinə, dəri və selikli qişalara keçir, epitelial hüceyrələrdə virusun replikasiyası baş verir.

Qızılcanın gedişini şərti olaraq üç dövrə bölürlər: prodromal (kataral) dövr, generalizə olmuş səpgilər dövrü, piqmentasiya dövrü. Prodromal dövr kəskin, yüksəktemperaturla (38,5-39,00), nəzərə çarpan kataral təzahürlərlə (öskürək, zökəm) keçir. İşıqdanqorxma,

göz qaapağının ödemi, konyuktivit qeyd olunur, ümumi zəiflik artır. Prodromal dövrün patognomonik simptomu Koplik-Filatov ləkəleridir, hansı ki, azı dişlərinin səviyyəsində yanağın hiperemiyalaşmış selikli qişasının fonunda yerləşmiş xaş-xaş dənəsi böyük-lükdə ağ və bozuntul-ağ rəngdə olur. Koplik-Filatov ləkələri xarici görünüşünə görə düz kristallarını xatırladır və selikli qişaların bazal hissələrində histoloji olaraq kiçik nekroz ocaqları qeyd olunur. Koplik-Filatov ləkələri dəridə generalizə olunmuş səpgilər əmələ gəldikdən 2-3 gün sonra yox olur. Prodromal təzahür dövründə Koplik-Filatov ləkələrindən başqa yumşaq damağın selikli qişasında çəhrayımtıl-qırmızı rəngli xırda ləkələr müşahidə oluna bilər. Bəzən prodromal dövrdə az nəzərə çarpan, həqiqi qızılca səpgiləri təzahür etdikdə dərhal yox olan, dəridə xırda nöqtəvari (skarlatinayabənzər) ləkəli və ya urtikar seyrək səpgilər əmələ gəlir. Prodromal dövr orta hesabla 3-4 gün davam edir.

Generalizə olmuş səpgilər dövrü xəstəliyin 4-5-ci günündə başlayır və dəyişilməmiş dəri fonunda al qırmızı rəngli ləkəli-skvamoz səpgilərin təzahür etməsi ilə xarakterizə olunur. Səpgilərin birinci elementi əvvəlcə qulaqların arxası və saçların inkişaf xətti boyunca əmələ gəlir, tezliklə üz, boyun nahiyəsini (I sutka), sonra aşağıdan yuxarı yayılaraq bədəni (II sutka), daha sonra yuxarı və aşağı ətrafları (III sutka) əhatə edir. Qeyri-düzgün formalı səpgilərin ölçüsü tez artır, çox vaxt bir-biri ilə birləşir. Bəzən səpgilər hemorragik xarakter daşıyır. Səpgilər fonunda bütün qrup limfa düyünləri, bəzən dalaq da böyüyür. Adətən qaşınma xəstələri narahat etmir. Qızılcalı xəstənin səpgi dövrü üçün tipik görünüş: şişkin üz; gözün üstü, burun və yuxarı dodaq ödemli, gözlər qırmızı, irinləşmiş; burundan çoxlu miqdarda ifrazatın olması. Səpgi dövrü orta hesabla 3-4 gün davam edir.

Piqmentasiya dövründə səpgi təzahür etdiyi ardıcılıqla sağalır – yuxarıdan aşağıya (əvvəlcə - üz, sonra bədəndə, ətraflarda), dəridə qonur-qəhvəyi rəngli piqmentasiya qoyur, hansı ki, izsis itir və ya kəpəkvari qabıqlanma ilə əvəzlənir. Piqmentasiya dövrü orta hesabla 7-10 gün davam edir.

Qızılca diaqnozu aşağıdakılara əsasən təyin edilir:

- klinik şəkil;
- qızılca virusuna qarşı (İFA) İgM, İgG antitellərinin aşkar edilməsi;
- qan zərdabında, ağızdan götürülən yaxmalarda (PZR) RNT virusun identifikasiyası.

Differensial diaqnoz məxmərək, infeksiyon eritema, infeksiyon mononukleoz, Kavasaki xəstəliyi, dərman toksikodermiyası ilə aparılır.

Müalicəsi - simptomatik aparılır.

ZİYİLLƏR

İnsanın papilloması virusunun (İPV) patogen təsiri nəticəsində epidermal hiperkeratotik papulaların əmələ gəlməsi və dermanın qeyri-iltihabi xarakterli papillomatoz reaksiyasının inkişaf etməsi.

Etiologiyası

İnsanın papilloma virusları (ikizəncirli DNT-dən ibarətdir): İPV -I ayaqaltı ziyilləri; İPV-II – adi ziyillər; İPV-III – yastı ziyillərdir.

Yoluxma yolları. Yoluxma xəstələrdən kontakt yolu ilə, virusla çirklənmiş məişət

əşyaları (dəsmal, paltar, ayaqqabı və s.) vasitəsilə baş verir.

İlkin şərait yaradan amillər: dərinin zədələnməsi, dərinin quru olması, ümumi reaktivliyin və immunitetin azalması, vegetativ nevrozlar, şəxsi gigiyenaya əməl olunmaması, immundepressiv terapiya, hüceyrə immunitetinin defekti, İİV ilə yoluxma.

Klinik formalar

Sadə (vulqar) ziyillər – yarım dairəvi qeyri-iltihabi dəri rəngində olan, bərk, qabıqlanan, bəzən vegetasiya edən, ağrısız, kələ-kötür, çoxsaylı düyüncüklərdir, əksərən əllərdə, bəzən isə diz nahiyəsində yerləşirlər. Onların yerində dəri cizgiləri vizuallaşmır. Müayinə zamanı lupanın altında tünd nöqtələr (məməcik kapilyarlarının trmbozu əlamətidir) – vulqar ziyillərin diaqnostik simptomu aşkar edilir. Götürülmüş ziyilin yerində qız elementləri (izomorf reaksiya) meydana gələ bilər.

Yastı (gənclik) ziyilləri – normal dəri və ya qonuru rəngdə olan yastı düyüncüklərdir, səthləri hamarlıdır, bir qayda olaraq çoxlu saydadırlar; üz nahiyəsində, əllərin arxa səthində, dizlərdə əmələ gəlir. İzomorf reaksiya xarakterikdir.

Ayaqaltı ziyilləri – əvvəlcə parlaq xırda papulalardır, sonra sarımtıl rəngdə törəmələr meydana çıxaraq, qalın buynuz qatla örtülmüşdür, bir necədir, ağrılıdır. Xırda ziyillər birləşdikdə mozaikanı xatırladan lövhə əmələ gəlir. Ayaq barmaqları arasında tez-tez «öpuşən» ziyillər əmələ gəlir və onları melanoma ilə diferensiasiya etmək lazımdır.

Sapvari (xovlu) ziyillər – çıxıntılar şəklində nazik, bəzən buynuz tipli törəmələrdir, çox vaxt kirpiklərdə, çənəaltında, boyunda, qoltuqaltı sahələrdə və bədənin digər sahələrində yerləşirlər.

Xəstəliyin gedişi- xronikidir.

Histopatologiyası

Malpigi qatının hüceyrələrində akantoz, tikanlı qatın hüceyrələrinin ballonlu degenerasiyası, danəli və buynuz qatın hüceyrələrinin kəskin qalınlaşması və vertikal parakeratoz nəzərə çarpır. Koylositoz – nüvətrafi şəffaf sahə ilə birlikdə çoxlu epitel hüceyrələrinin olması səciyyəvidir. Derma məməcikləri uzanmış, daxilində damarlar vardır.

Differensial diaqnoz

Qırmızı yastı dəmrov, döyələkləşmə, dərinin ziyilli və rəmi, papulyoz sifilid, qocalıq keratomaları, sağıcıların düyüncükləri (ovucda, biləklərdə mərkəzində basıqlıq papulovezikulyoz xarakterli elementlər, vegetasiya əlamətləri) ilə fərqləndirmək lazımdır.

Müalicə

Sadə ziyillər. Yandırıcı vasitələr – solkoderm, ferezol, 10-20%-li salisil-südlü kolloidum, 10-20%-li gümüş nitrat məhlulu, 50%-li üçlorsirkə turşusu, 40%-li salisil plastırı. Sitotoksik preparatlar – 25%-li podofillin məhlulu, «Kondilin», kolxamin məlhəmi (həftədə 1 dəfə elementlərə sürtülür). Keratolitik məlhəmlər, məhlullar, laklar. Virusəleyhinə preparatlar (5%-li tebropfen məlhəmi, 3%-li oksolin məlhəmi).

Maye azotla krioterapiya. Diatermokoagulyasiya. Karbon qazlı lazer (1-3 seans). Hipnosuqgestiv terapiya.

Yastı ziyillər. Yandırılmış maqnezium sulfat per os 0,25-0,5 q gündə 2 dəfə yemək-

dən sonra 3-4 həftə ərzində; yerli olaraq ocaqlara 30%-li üçxlorsirkə turşusu, solkoderm sürtülür.

Daban(Ayagaltı) ziyilləri. Yandırıcı və keratolitik vasitələr (bax. sadə ziyillərə); kri-odestruksiya; elektrokoagulyasiya və karbonqazlı lazer daha effektivdir. Cərrahi müalicə aparılmır. Dabanlar üçün isti vannalar (450C) 30-45 dəqiqə ərzində həftədə 2-3 dəfə, 20 proseduraya qədər.

Profilaktikası

Şəxsi gigiyena, orqanizmin ümumi reaktivliyinin və immunitetin artırılması.

İTİUCLU KANDİLOMALAR

Ocaqlı və ya çoxsaylı şişəbənzər məməcikli dəri-selikli qışa törəmələridir, çox vaxt cinsiyyət orqanları nahiyəsində, nadir hallarda – ağız boşluğunda və perianal sahədə müşahidə olunur.

Etiologiyası

İnsanın VI və XI tip papilloması virusudur. DNT-tərkibli proonkogen virusdur.

Yoluxma yolları. Cinsi əlaqə, yoluxmuş məişət əşyaları. İnsanların əksəriyyətində latent vəziyyətdə olurlar. Kontagiozluq klinik əlamətlər zamanı daha kəskin nəzərə çarpır. Yenidoğulmuşlar xəstə anadan yoluxurlar.

Risk amilləri: şəxsi gigiyenaya riayət olunmaması, dərinin nəm olması və maserasiyası, cinsiyyət orqanlarından ifrazatın gəlməsi, zədələnmə, immundefisit vəziyyətləri, İİV-yoluxma, sidik-cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri.

Klinik şəkil

İnkubasiya dövrü: 1-9 ay və daha çox.

Əsas lokalizasiyası: kişilərdə – cinsiyyət üzvünün tac şırımı, pülük kisəsinin iç vərəqəsi, cinsiyyət üzvünün gövdəsi, perianal sahə (homoseksualistlər); qadınlarda – cinsiyyət dodaqcıqları, klitor, uşaqlıq yolunun girişi, uretranın ətrafı, sidik kisəsi, uşaqlıq boynu, düz bağırsağ sahəsi, aralıq, ağız-udlaq.

Dəri əlamətləri. İtiüclu və ya konusşəkilli xırda, yumşaq konsistensiyalı, məməcikli törəmələrdir. Birləşdikdə gül kələmini xatırladan paycılıq törəmələr əmələ gətirir. Parlaq-qırmızı rəngli, maserasiyalı, eroziv səthə malikdir. İkincili infeksiya qoşulduqda xoşagəlməz qoxu əmələ gəlir.

Diaqnostika

Klinikaönü mərhələdə 5%-li sirkə turşusu ilə diaqnostik sınaq qoyulur. Sirkə turşusunda isladılmış tənzip salfet 5-10 dəqiqə ərzində müayinə olunan sahələrə sərilir. Lupa altında baxdıqda və ya kolposkopiya zamanı kandidomalar xırda ağ düyüncüklər şəklində görünürlər.

Qadınlarda biopsiya bədxassəli şiş prosesinə şübhə yarandıqda aparılır, sonra isə hər il uşaqlıq boynundan sitoloji yaxmaların müayinəsi həyata keçirilir.

Histopatologiya

Kəskin papillomatoz və akantoz, buynuz qişanın nazikləşməsi və parakeratoz əlamətləri. Epidermisin vakuollaşması. Dərmanın ödemli, kapilyarların genişlənməsi, limfoid və plazmositar hüceyrələrlə infiltrasiya. Məməciklərdə xronik iltihabi infiltrat, qan və limfa damarlarının genişlənməsi nəzərə çarpır.

Ağrılıqları

Səpgilərin xoralaşması, bədxassəli şişə çevrilməsi, generalizasiyası (QİÇS).

Differensial diaqnoz

Enli kondilomalar (mis kimi qırmızı rəngli, enli əsası, solğun treponema, RW, TIR, İFR müsbətdir), papulyoz sifilid, hemorroy, xovlu papillomalar, vegetasiyaedici pemfiq, epitelioma.

Müalicə

Yerli - ferezol, solkoderm, kondilin. Elementlərə qatı üçxlorşirkə turşusu, 20%-li lyapis məhlulu, 25%-li podofillin, 0,5%-li kolxamin məhləmi sürülür. Keratolitik məhləmlər, məhlullar, tozlar (yarıbayarı rezorsin, dermatol), laklar işlədilir. Virusəleyhinə məhləmlər (riodoksol, tebafen, bonafton, oksolin) təyin olunur. Diatermokoaqulyasiya. Maye azotla krioterapiya. Küretaj. Lazeroterapiya.

Profilaktika

Şəxsi gigiyenaya əməl olunması; prezervativlərdən istifadə; sidik-cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəliklərinin, bişməcələrin müalicəsi; dispanser müşahidə.

KONTAGİOZ MOLLYUSK

Epidermisin (nadir hallarda selikli qişaların) çəhrayı rəngli yarımdairəvi düyüncüklər formasında, mərkəzində basıqlıq noxud böyüklüyünə qədər viruslu zədələnməsidir. Əsasən uşaqlar xəstələnilər. Xəstəlik yarım il ərzində özbaşına sorulmağa meyillidir. İİV-yoluxmuş şəxslərin bədənində çoxlu sayda xırda, üzde isə iri (nəhəng) elementlər aşkar edilir; müalicə aparmadıqda progressə edir. İİV ilə yoluxanların 5-18%- kontagioz mollyusk aşkar edilir.

Səpgilərin geniş yayılması və residivləşən gedişi həmçinin immunitetin anadangəlmə pozğunluqları olan şəxslərdə, limfoproliferativ xəstəlikləri, atopik dermatiti olan xəstələrdə, sistem və yerli kortikosteroidlərlə müalicə zamanı müşahidə olunur.

Etiologiyası

Su çiçəyi qrupundan (DNT-tərkibli), poksiviruslar ailəsindən olan virusdur. Kultura-da aşkar edilməmişdir. Kontagioz mollyusk virusunun 2 tipi ayırd edilir.

Yoluxma yolları. Xəstə şəxslə birbaşa təmas zamanı baş verir. Virusla çirklənmiş məişət əşyaları vasitəsilə yoluxma az ehtimal edilir. Cinsi əlaqələr zamanı cinsiyyət orqanlarında yerləşməsi xarakterikdir.

Klinik şəkil

İnkubasiya dövrü: 2 həftədən 6 aya qədərdir.

Lokalizasiyası: üz, boyun, döş, qoltuqaltı çuxurlar, əlin arxası, bazuönü, qasıq nahiyəsi, xarici cinsiyyət orqanları, budun daxili səthi.

Dəri əlamətləri. Çoxlu sayda xırda yarımdayəvi, adətən sancaq başı böyüklüyündə, bədən və ya çəhrayı rəngli, mərkəzində basıqlıq içərisində buynuz kütlələrilə dolmuş olan səpgilər. Basıqlıq maye azotun qısamüddətli tətbiqindən sonra daha yaxşı görünür. Səpgi elementləri qruplar və ya disseminasiyalı şəkildə yerləşirlər. İmmundefisiti olan şəxslərdə diffuz xarakter ala bilər və hətta müalicənin fonunda progressə edə bilər.

Atipik formalar

Nəhəng mollyusklar (diametri 3 sm-ə qədər); buynuzlaşmış, kistoz, xoralaşmış, mili-umu xatırladan, sızanaqlar, furunkullar, ziyillər.

Diaqnostika üsulları

Pinset vasitəsilə elementi yandan basdıqda ağımtıl rəngli çörək qırıntısına bənzər kütlə xaric olur (buynuz hüceyrələri, piy, mollyusk cisimləri).

Histopatologiyası

İnfeksiyon akantoma. Epidermin hüceyrələri böyümüş, tərkibində plazma-daxili əlavələr (mollyusk cisimləri) vardır. Dərmanın yüngül iltihabi infiltrasiyası əlamətləri nəzərə çarpır.

Differensial diaqnoz

Disseminasiya olunmuş kontagioz mollyusk – ziyillər (vulqar, yastı), sızanaqlı səpgilər, milium, follikulitlər, allergik dermatit; kontagioz mollyuskun tək-tək elementləri – keratoakantoma, bazalioma, yastı hüceyrəli xərcəng. İİV-yoluxmuş şəxslərdə dərin mikozları istisna etmək lazımdır.

Müalicə

Pinset vasitəsilə elementlərin sıxılması (ocağın səthini əvvəlcədən bir neçə yerlərdə deşmək lazımdır). Küret vasitəsilə qaşınır və elementlərə yod, gümüş nitrat məhlulu, ferezol, virusəleyhinə məlhəm sürülür. Həmçinin diatermokoagulyasiya, krioterapiya, lazer terapiyasının aparılmasına göstəriş vardır.

Yerli olaraq benzoilperoksid, tretinoin, kantaridin, podofillin tətbiq olunur.

Yayılmış səpgilər zamanı daxilə simetidin (immunomodulyasiya xüsusiyyətlərinə malik H2 blokator) – 2 ay ərzində 40 mq/kq/sutka, həmçinin sistem şəkildə izotretinoin təyin edilir.

Profilaktika

Şəxsi və ictimai gigiyenanın gözlənilməsi. Kontagioz mollyuskla xəstə uşaqlar kollektivə müalicədən sonra buraxılırlar.

SAĞICILARIN DÜYÜNCÜKLƏRİ

İnək çiçəyi virusu (Lipşyuts paravaksinləri) tərəfindən törədilir. Xəstəlik infeksiyanın xəstə inəklərin süd vəzilərindən dəridəki sıyrıntılara daxil olması nəticəsində baş verir. Sağıcılar və süd fermalarının digər işçiləri xəstələnirlər.

Klinik şəkil

Əllərdə və saidlər nahiyəsində noxud böyüklüyündə düyüncüklər şəklində, yarımdairəvi periferik iltihab haşiyəsi ilə əhatə olunmuş səpgilər əmələ gəlir. Əvvəlcə düyüncüklər solğun-çəhrayı rəngdə olur, sonra isə göyümtül-tünd qırmızı rəngə çalır, mərkəzində xırda basıqlıq əmələ gəlir ki, bu da təbii su çiçəyi üçün səciyyəvidir. Düyüncüklər tək-tək və ya çoxlu sayda ola bilər. 1-2 aydan sonra səpgilər çapıqlaşma əlamətləri olmadan reqressiya edirlər.

Müalicə

Zədələnmə ocaqlarına kalium permanqanat məhlulu, etakridin laktat ilə isladılmış nəm sarğı qoyulur; autosanasiya adətən 1-2 ay ərzində spontan baş verir.

Profilaktika

Heyvanlar üzərində baytarlıq nəzarəti aparılır, xəstələr təcrid edilir. Xəstə şəxslər sağlam heyvanlara qulluğa buraxılmırlar. Sanitar-gigiyenik rejim həyata keçirilir.

XII FƏSİL. PARAZİTAR DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİ

QOTURLUQ

Qoturluq (Scabies) – dərinin yoluxucu parazitar xəstəliyidir. Xəstəlik qoturluq gənəsi ilə yoluxma nəticəsində baş verir və dəri örtüyündə gecə qaşınmaları, qoşa papulo-vezikullar, ekskoriyalar və qoturluq yolları ilə müşayiət olunur.

Etiologiya və patogeniz

Qoturluğun törədicisi (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*) kiçik buğumayaqlılar tipinin hörümçəybənzərlər sinfinin akariformalılar dəstəsinə, qoturluq yarımdəstəsinə aiddir. Gənə kiçik ölçülərə malikdir və adi gözlə çətin görünür. Qoturluq gənəsinin quruluşu və forması optik mikroskop vasitəsilə öyrənilmiş, sonar isə skanlaşdırıcı elektron mikroskop vasitəsilə dəqiqləşdirilmişdir. Gənənin bədəni (və ya idioma) 4 cüt ətrafla təchiz olunmuşdur, şar şəkillidir, kartofu xatırladır. Belinin üstündə çoxsaylı iynəciklər və köndələn yarıq yerləşir. Dişi gənənin qarında da köndələn yarıq (tokostoma) var ki, bunun vasitəsilə də yumurta qoyur. Mayalanmadan sonra yumurtalıqlar çox böyüyürlər. dişi gənənin uzunluğu 200 mk-dan 400 mk-a çatır. Yetkin gənə dəri səthinə yapışan kimi qabaq ayaqlarında olan caynaqları vasitəsilə epidermisin buynuz qatını deşməyə başlayır, əvvəl çətinliklə gözə çarəan vertical, quyuyabənzər dəliklər, sonra dəri səthinə parallel S-ə bənzər qoturluq yolları əmələ gətirir. Gənə elə bir bədən ölçüsünə malikdir ki, o hətta malpigi qatının yuxarı qatlarına çata bilir, bu zaman buynuzlaşmanın alterasiyasını əmələ gətirir, bu da parakeratozun inkişaf etməsinə səbəb olur. Dişi gənə qoturluq yolunda dəyişkən sürətlə irəliləyir, bu zaman ön ayaqların hərəkət intensivliyi və litik fermentlərin ifrazı onun irəliləməsinə köməklik göstərir. Mütəxəssislərin fikrinə görə parazitənin həyatının davam etmə müddəti 2 aya qədər ola bilər. Qoturluq yolu əmələ gəldikdən bir neçə saat sonra dişi gənə yumurta qoymağa başlayır (sutkada 2-3 yumurta), yumurtalar qarın boşluğundan köndələn yarıq vasitəsilə xaric olur və amorf maddənin köməyi ilə qoturluq yolunun divarına yapışır. Yumurta qoyulduqdan 3-4 gün sonra onlarda 3 cüt ayağı olan sürfələr xaric olur, sürfələr qoturluq yolunu tərk edir və epidermal qata qayıdirlar. 2-3 gün sonra sürfələrdə birinci gün baş verir, bunun nəticəsində octopod nimfa doğulur (4 cüt ayağı olur). Nimfa 2-3 gün sonra dəyişir və yetkin dişi və ya erkək gənə doğulur. Cinsi yetişkən gənənin inkişaf sikli yumurta qoymaqdan başlayır və yetkin fərdin doğulması ilə qurtarır, bu da 10-14 gün ərzində baş verir. Amma bu inkişaf sikli yumurtaların əhəmiyyətli məhvi ilə xarakterizə olunur. Qoyulmuş yumurtaların 10%-i böyük fərd əmələ gəlməsinə qədər yaşaya bilir. Qoturluq yolunun divarları parazit tərəfindən ifraz olunan xüsusi maddələr və onun ifrazatı ilə örtülü olur. Bu bərk kal kütləsi gənənin qidası olan epidermis hüceyrələrinin qalıqlarıdır. Bu yad maddələr parazit daşıyıcısı (“sahib”) üçün sensibilizə edici faktordur. Bir adamda 11,3 fərd parazit aşkarlamaq olar. Parazitənin sayı və onların “sahibi” arasında tarazlıq vəziyyəti yaranır. Bunu nəticəsində də bəzən parazitlərin tamamilə, spontan itməsi müşahidə olunur ki, bu da klinik sağalma ilə müşahidə olunur.

Otaq temperaturunda gənələr 5 gün sağ qalır. Yaşlı fərdlər və yetişməmiş formalar (sürfə-nimfa) 220C temperaturda və 35% rütubətdə 48 saatdan çox yaşamır. 550C temperaturda gənə 10 dəqiqəyə, qaynama zamanı isə həmin an məhv olur.

Epidemiologiya

Xəstəlik 95% hallarda xəstə şəxslərdə uzun müddətli birbaşa kontakt nəticəsində baş verir və əlverişli temperatur şəraiti, rütubət tələb edir. Qoturluqda yoluxma mənbəyi xəstə şəxsdir. Qoturluqda yoluxmanın birbaşa və dolaylı yolları qeyd olunur. İnvaziyanın baş verməsini təmin edən 3 faktoru göstərmək olar: birbaşa bədən kontaktı, onun davam etmə müddəti və yoluxma mənbəyində törədicinin çoxluğu. Yoluxma birbaşa yolla olduqda törədici xəstə şəxsdən bədən təmas zamanı birbaşa sağlam şəxsə keçir. Birbaşa yoluxmanın baş verdiyi əsas şərait cinsi kontakt zamanı yaranır, bu vaxt qoturluq zöhrəvi xəstəliyin həqiqi mənbəyinə çevrilir. Xəstəliyin dolaylı yolla keçməsi şəxsi əşyalar (xəstənin alt paltarları, yataq dəsti və s.) vasitəsilə baş verir. Qoturluğun dolaylı yolla keçməsinə tipik misal orqanizə olunmuş kollektivlərdə (məktəb, internat, uşaq bağçaları və yastilər) baş verən epidemioloji partlayışları göstərmək olar. Yoluxma üçün əlverişli şərait yarananda (pis sanitariya-gigiyenik şərait, cinsi partnyorların tez-tez dəyişməsi, əhəlinin çox sıx olduğu yerlər), xüsusən də əhəlinin müəyyən qrupları arasında qoturluq xəstələrinin sayının artması baş verir.

Son 100 illik zamanı qoturluğun 3 böyük epidemiyası qeyd olunmuşdur: 1915-1925-ci illər, 1940-1955-ci illər, 1965-ci ilin əvvəli. Qoturluğun epidemiyası təkamülün sinusoidal qanununa əsasən 30 illik ümumi amplituda ilə baş verir (15 illik dövr – epidemiya, 15 illik dövr isə - epidemiyasız). Amma belə tərəddüdlərin səbəbləri kompleks şəkildə göstərilir və lazımı şəkildə öyrənilməyib. Epidemiyanın səbəbləri müxtəlif mənşəli olur:

- Sosial (kasıblıq, sanitariya-gigiyena qaydalarına əməl etməmək, erkən cinsi həyat, əhəlinin miqrasiyası, turizm);
- Tibbi (xəstəliyin diaqnostikasında yol verilən səhvlər, inkubasiya dövrünün yoluxucu olması, qoturluğun atipik forması);
- İmmunoloji (insanlarda qoturluq gənəsi *Sarcobtes scabiei hominis*-ə qarşı immunitet reaksiyalarının azalması).

Cinsi münasibətlərin azadlığı, günəş aktivliyinin artması, tibbi xidmətin çatışmaması qoturluqla xəstələnmələrin artmasına səbəb olan faktorlara aiddir. Xəstəliyin gedişatında fəslilik də qeyd olunur. Hal-hazırda qoturluqla xəstələnmənin sifilislə xəstələnmə səviyyəsində olması barədə məlumatlar var.

Klinik şəkil

Dişi qoturluq gənəsi vasitəsilə yoluxma zamanı inkubasiya dövrü olmur (dişi qoturluq gənəsinin dəriyə keçməsi prosesi bir saatdan çox olmur), yumurta ilə yoluxma olduqda inkubasiya 8-12 gün olur.

Qoturluğun əsas klinik simptomları:

sutkanın axşam və gecə vaxtlarında güclənən qaşınma;

- qoturluq yollarının olması;

səpgilərin polimorfizmi (papula, vezikula, eroziya, hemorragik qartmaqlar, ekskoriyasiya); səpgilərin xarakterik lokalizasiyası (əl barmaqlar arası büküşləri, mil bilək oynağı nahiyələri, dirsək büküşləri, qarnın ön, yan səthləri, qadınlarda süd vəziləri).

Qaşınma xəstəliyin əsas subyektiv simptomudur və praktik olaraq bütün qoturluq xəstələrinə qeyd olunur. Qaşınma güclü və orta dərəcəli ola bilər. O, iki xarakter əlamətə

malikdir:

əsasən gecə və yuxu zamanı meydana çıxır, amma bəzən bütün sutka ərzində də ola bilər; çox vaxt güclü olur və normal yuxuya mane olur; qaşınma dərinin müəyyən nahiyələrində ola bilər və ya başın tükli hissəsi və üz dərisi istisna olmaqla bütün dəri örtüyünə yayıla bilər; qruplaşmış qaşınmadır, ailənin və ya kollektivin bir neçə nümayəndəsini zədələyə bilər.

Gecə qaşınmanın güclənməsi gənələrin həyat ritminin gecələr sürətlənməsi ilə əlaqələndirilir. Qoturluqda qaşınmanın əmələ gəlmə mexanizmi tam aydınlaşdırılmamışdır. Belə hesab edilir ki, qaşınma gənəyə və onun həyat fəaliyyəti məhsullarına orqanizmin sensibilizasiyası ilə əlaqədardır. Bəzi müəlliflər hesab edirlər ki, qaşınmanın əmələ gəlməsi gənənin ekskrementləri ilə əlaqədardır. Başqa bir nəzəriyyəyə əsasən qaşınma gənənin hərəkəti zamanı sinir uclarının qıcıqlanmasının nəticəsidir.

Qoturluq yolu qoturluq xəstəliyini qaşınan dermatozlardan fərqləndirən əsas diaqnostik əlamətdir. Dəri səviyyəsindən bir az yüksələn ağ və ya çirkli boz rəngli, düz və ya əyilmiş, imm-dən bir neçə sm-ə qədər olan qoturluq yolları daha tipik sayılır. Dişi gənə qoturluq yolunu epidermisin buynuz qatında açır. Qoturluq yolunun bir ucunda (kor uc) işıq keçirən şişkinlik - akarioz qovuqucuq qeyd olunur ki, bu qovuqucuqda adətən dişi gənə yerləşir. Qoturluq yolunun üç klinik variantı var. Bunlar bir-birindən qoturluq yollarında rast gəlinən morfoloji elementlər və onların möhtəviyyəti ilə fərqlənilirlər.

Qoturluğun klinik şəkli üçün səpgilərin polimorfizmi xarakterikdir. Qoturluqda birincili morfoloji elementlər gövdənin və ətrafların dərisində olan papulalar və əl barmaqlarında təcrid olunmuş vezikullarla xarakterizə olunur. İkincili morfoloji elementlər nöqtəvi qanlı qartmaqlar və eroziyalarla özünü büruzə verir. Papulalar qoturluğun ikinci əsas diaqnostik əlamətidir, onlar başqa səpgilərə nisbətən daha çox müşahidə olunur. Vezikulların xarakterik əlaməti onların az miqdarda, təcrid olunmuş lokalizasiyaya malik olması və daha çox əllərdə rast gəlinməsidir. Barmaqlar arasındakı büküşlərdə rast gəlinən vezikullar qoturluğun patognomik simptomudur. Qaşınma nəticəsində eroziyalar, qanlı qartmaqlar, xəttvari qaşınma izləri əmələ gəlir. Ətraflar boyunca xəttvari yerləşən iri hemorragik qanlı qartmaqları əlavə diaqnostik əlamət hesab etmək olar.

Qorçakov simptomu - dirsəklərdə və onların ətrafında nöqtəvi qanlı qartmaqların olması və həmçinin Ardi simptomu - dirsəklərin açıq səthlərində impetiqolaşmış elementlərin olması qoturluq üçün tipik hal sayılır. Sağrı büküşlərində və omaya keçən nahiyədə impetiginoz elementlər, qovuqucuq və qartmaqların olması "üçbucaq simptomu" adlanır.

Qoturluqda səpgilərin sevimli lokalizasiyası: barmaqlar arasındakı büküşlər, mil-bilək oynaq nahiyəsi, dirsəklərin açıq səthi, göbək nahiyəsi, qarın divannın ön və yan nahiyəsi, bel, sağrıqlar, kişilərdə xarici cinsiyyət orqanları, qadınlarda süd vəziləri sayılır. Kişi cinsiyyət üzvünün başında yerləşən bərk qırmızı rəngli pruriginoz papulalar kişilərdə qoturluğun dəqiq əlaməti sayılır. Sürmə uşaqlarda qoturluq yolları üzün dərisində, başın tükli hissəsində və bəzən ayaq tağının iç səthində rast gəlinir.

Atipik klinik formalar

Qoturluq yolları olmayan formaya ya xəstəlik yeni başlayan zaman, ya da gigiyena qaydalanna ciddi riayət edən insanlarda rast gəlinir. Qoturluq yollarının olmaması xəstəliyin erkən dövrələrində, qoturluqla xəstə şəxsdən yumurtalarla yoluxma zamanı müm-

kündür. Bu zaman qoturluq üçün xarakterik simptomlar qeyd olunur: gecə vaxtı güclənən qaşınma, tipik lokalizasiya yerlərində papula və vezikulalar.

Ağırlaşmalar

Qoturluğun ən geniş yayılmış ağırlaşmaları piodermiyalar və dermatitlərdir. Az hallarda ekzema və övrə xəstəliyi müşahidə olunur. Çox nadir hallarda əsasən südəmər uşaqlarda dırnaq lövhələrinin zədələnməsi qeyd olunur.

Diaqnostika

Qoturluğun klinik və epidemioloji diaqnozu laborator metodlarla təstiqlənməlidir, bu zaman məqsəd törədicinin aşkarlanmasıdır. Qoturluğun laborator diaqnostikası üçün aşağıdakı metoddan istifadə olunur: gənənin iynə ilə xaric olunması; nazik kəsiklərin aparılması metodu; qansız sıyrıntı; qan əmələ gəlməsi ilə sıyrıntı; mineral yağla sıyrıntı; dərinin qələvilərlə buxarlanması; süd turşusu istifadə etməklə ekspress diaqnostika.

Müalicə

Qoturluq xəstəliyinin müalicəsi akarisit preparatların köməyi ilə törədicinin məhvinə yönəldilmişdir. İdeal qoturluq əleyhi vasitələr aşağıdakı şərtlərə cavab verməlidir:

- gənəyə və onun yumurtalarına eyni effekti və təsir göstərməlidir;
- hətta requlyar istifadə olunması zamanı minimal sensibilizə edici və qıcıqlandırıcı əlavə təsirlərə malik olmalıdır;
- dəri örtüyündən daxilə keçən zaman orqanizmdən tez xaric olmalıdır, yəni qoturluq əleyhi preparatların ümumi toksikliyi çox az olmalıdır;
- istifadə qaydası çox sadə olmalıdır və bu qayda dəqiq göstərilməlidir;
- kosmetik nöqtəyi nəzərdən lazımı qədər xoş olmalıdır: iyi olmamalıdır, geyimləri çirkləndirməməlidir.

Qoturluğun müalicəsi üçün müxtəlif preparatlar təqdim olunur: kükürd məlhəmi, Vilkinson məlhəmi, Xelmerix məlhəmi, Fleminqs məhlulu, Mur və Elers mayeləri, Milian pastası, kreolin, lizol məhlulları, təmiz qatran, etilenqlikol, benzoy efiri və s. Son zamanlara qədər qeyri-dərman preparatları, məsələn, kerosin, benzin, mazut, avtol, çiy neft, kül istifadə olunurdu. 1938-ci ildən bir-birinin ardınca kəşf edilmiş benzil benzoat (1936), D.D.T. (1946), krotamiton (1949), lindan (1959), spreqal (1984) kimi preparatların kəşfi nəticəsində qoturluğun müalicəsində yeni era açıldı.

İndiki zamanda qoturluğun terapevtik müalicəsində ümumi tək bir fikir əldə olunmamışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, satılan dərman preparatlarında onların dozaları lazım olan terapevtik tələbatdan çoxdur. Qoturluq xəstələrinin müalicəsində ümumi qaydalara riayət etmək lazımdır:

- təkcə zədələnmiş nahiyəyə yox, bütün bədənə dərman sürtmək lazımdır: preparat nazik qatla çəkilməlidir, əllərin, ayaqların, barmaqlararası büküşlərin, qoltuqaltı çuxurları, xayaları və aralıq dərisinin dərmanlanmasına xüsusi diqqət ayırmaq lazımdır;
- preparatın gözə və selikli qişalara düşməsindən qaçmaq lazımdır;
- dozalanma həddən çox olmamalıdır: qoturluq əleyhinə preparatlarla eyni zamanda digər yerli preparatlar istifadə olunmamalıdır;

- ağırlaşmış qoturluqda əvvəlcə zədələnmiş dərinin dərmanlamaq lazımdır, ikincili infeksiyanın müalicəsində antiseptiklərdən və ümumi terapiyadan istifadə olunur, dermatit və ekzemanın müalicəsində yerli təsirli yumşaldıcı preparatlardan istifadə olunur.

- Norveç qoturluğu zamam əwəlcə keratolitik dərmanlarla dərinin qabıqla örtülmüş nahiyələrini təmizləmək və xəstəni izolyasiya etmək lazımdır.

Qoturluğun müalicəsində tərkibində kükürd olan dərmanlardan çoxdan istifadə olunur (Xelmerix məlhəmi, Milian pastası, kükürd mazı). Daha çox kükürd məlhəmindən istifadə olunur (böyüklər üçün 33%-li, uşaqlar üçün 10-15%-li). Xəstə müalicədən əvvəl isti su və sabunla yuyunur. Məlhəm 5-7 gün ərzində hər gün gündə bir dəfə bütün dəri səthinə çəkilir. 6-8 gündən sonra xəstə sabunla yuyunur, yataq dəsti və alt paltarları dəyişilir. Uşaqlar üçün 15%-li kükürd məlhəmi müalicənin I və IV günü çəkilir. Kükürd məlhəmi ilə müalicənin çatışmamazlığı müalicənin uzun müddətli olması, xoşagəlməz iy, tez-tez baş verən dermatitlər və alt paltarlarının çirklənməsidir.

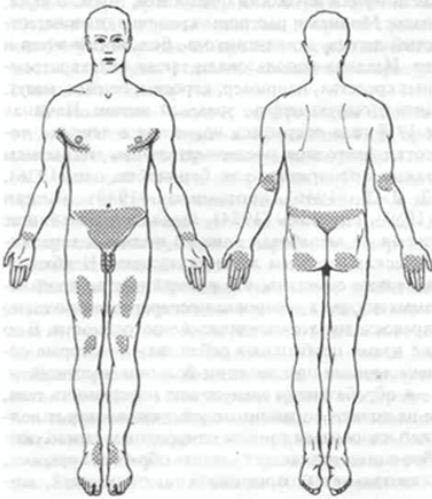
Demyanoviç üsulu - kükürdün və kükürd anhidridinin akarisid təsirinə əsaslanır, onların qarşılıqlı təsiri zamanı duz turşusu və natrium hiposulfid yaranır. Müalicə dəriyə bir-birinin ardınca 60%-li natrium hiposulfid məhlulu və 6%-li duz turşusunun sürtülməsindən ibarətdir. Uşaqların müalicəsi üçün daha az konsentrasiyalı məhlullardan - 40%-li və 4%-li məhlullardan istifadə olunur. Natrium hiposulfid məhlulu istifadədən qabaq azacıq qızdırılır və dəriyə müəyyən ardicılıqla sürtülür : əwəl hər iki əlin dərisindən başlayaraq yuxarı ətrafların dərisinə sürtülür, sonra gövdənin dərisinə (döş, qarın, bel, sağrı nahiyəsi, cinsi orqanlar) və nəhayət aşağı ətrafların dərisinə, ayaq barmaqlararası büküzlərə və ayaq altına sürtülür. Hər nahiyəyə sürtülmə 2 dəqiqə, bütün prosedura isə 10 dəqiqədən az olmamalıdır. 10 dəqiqə ərzində dərman quruyur, dəridə hiposulfid kristalları əmələ gəlir, 10 dəqiqəlik fasilədən sonra 6%-li duz turşusu eyni qayda ilə dəriyə sürtülür, hər nahiyəyə 5 dəqiqə fasilə ilə 3 dəfə sürtülür. Sürtmə bitdikdə dəri quruyur, xəstə təmiz paltar geyinir, 3 gün ərzində çimmir, əllərini hər dəfə yuduqdan sonra məhlulları yenidən sürtülür. 3 gün sonra xəstə qaynar su ilə yuyunur və paltarlarını dəyişir. Metodun çatışmamazlığı: əmək tələb edəndir, residivlər qeyd olunur, müalicəni təkrarlamaq lazım olur.

Boqdanoviç metodu polisulfid linimentinin sürtülməsinə əsaslanır (böyüklər üçün 10%-li, uşaqlar üçün 5%-li). Linimentin təsir göstərən əsası natrium polisulfiddir, onun hazırlanması üçün 600 ml suya 200 qr təmiz natrium əlavə edirlər və dərhal 200 qr toz halında kükürd qatıb şüşə çubuqla qarışdırırlar. Məhlulun inqredientlərinin nisbəti 3:1:1 (su, NaOH, kükürd), polisulfidin faizi 27%-dir. Polisulfid məhlulunun yararlılıq müddəti qapalı yerdə saxladıqda bir ildir. Linimentin əsasını sabun geli təşkil edir - 50 qr xırdalanmış sabun 1 litr suda əriyənə qədər qızdırılır, sonra açıq qabda otaq temperaturunda soyudulur. Lazımi konsentrasiyalı liniment aşağıdakı qaydada hazırlanır : 100ml 5%-li sabun gelinə 10ml və ya 5ml natrium polisulfid məhlulu və 2ml günəbaxan yağı əlavə olunur. Müalicə metodikası : 10-15 dəqiqə ərzində liniment bütün dəri örtüyünə sürtülür. Təkrar sürtmə müalicənin II və IV günü aparılır. Əllər hər yuyulmadan sonra əlavə dərmanlanır. Xəstə I və III sürtmədən sonra (I və IV gün) və son üçüncü sürtmədən iki gün sonra çimmir (VI gün). Paltarlar birinci sürtmədən və son sürtmədən iki gün sonra (VI gün) dəyişdirilir. Xəstəliyin yayılmış və ağırlaşmış formalarında preparatı hər gün, gündə bir dəfə olmaqla 4-5 gün sürtülür. Metodun çatışmamazlığı: kükürdün xoşagəlməz iy və

bəzən dermatitlərin əmələ gəlməsi.

Benzilbenzoat 20%-li sulu sabun suspenziyası və uşaqlar üçün 10%-li suspenziyası şəklində istifadə olunur. Suspenziya bütün dəri səthinə (başdan başqa), 3 yaşa qədər uşaqlarda isə üz dərisi də olmaqla bütün dəriyə sürülür. Sürtmə müəyyən ardıcılıqla aparılmalıdır. Dərman eyni zamanda hər iki əlin, sonra yuxarı və aşağı ətrafların, gövdənin və nəhayət aşağı ətrafların dərisinə sürülür. Benzilbenzoatla müalicənin yeni modifikasiyası təklif olunmuşdur: 20%-li sulu sabunlu suspenziya müalicənin yalnız I və IV günü sürülür. Alt paltarları və yataq dəsti birinci və ikinci sürülmədən sonra dəyişdirilir. Xəstə sonrakı 3 gün ərzində çimmir, yalnız hər əl yumaqdan sonra təkrar dərmanlanır, 3 gün sonra xəstə qaynar suyla çimir və paltarları, yataq dəsti dəyişdirilir. Südəmə uşaqlarda dəri səthi həmin məhlullarla isladılır (sürülmür), təkrar kurs 3-4 gün sonra aparılır. Preparatın çatışmamazlığı: dermatitin əmələ gəlməsi mərkəzi sinir sisteminə təsir, kəskin intoksikasiya qeyd olunur.

Lindan - preparat 1%-li krem, losyon, şampun, toz, məlhəm şəklində istifadə olunur.



Şək.12.1. Qoturluqda səpgilərin tipik lokalizasiyası

Lindan və ya qammabenzolheksaxloran - bu xlororqanik insektisiddir, heksaxlorosikloheksanın izomeridir. Preparat 6-24 saat müddətinə sürülür, sonra yuyulur. Ciddi şəkildə aşağıdakı qaydalara əmələ etmək lazımdır: körpə uşaqların və hamilələrin müalicəsində lindan istifadə olunmur; preparatı bir dəfəyə soyuq quru dəriyə sürmək lazımdır; preparatın konsentrasiyası 1%-dən az olmalıdır. Preparatın çatışmamazlığı: kontakt dermatiti əmələ gəlir; orqanizmin daxilinə keçdikdə sinir və qan üçün toksikdir; yeni doğulmuşun dəri səthindən sorulur; anestetiklərin olması ilə əlaqədar yerli və ümumi reaksiyaların olması.

Krotamiton - 10%-li etil-O-krotoniltolidin tərkibli kremdir. Qoturluq və qaşınma əleyhinə effektivdir, əlavə təsirləri yoxdur. Yeni doğulmuşların və uşaqların müalicəsində uşurla istifadə olunur. Krotamitonu yuyunduqdan sonra 24 saat intervalla 2 dəfə və ya 12 saatlıq intervalla 2 sutka müddətində 4 dəfə sürülür.

Tiabendazol - preparat tiabendazol əsaslıdır, 10 gün ərzində daxilə 25 mq/kg dozada qəbul olunur. Ancaq onun həzm sisteminə xoşagəlməz təsiri ilə əlaqədar olaraq istifadəsi məhdudlaşdırılmışdır. Sonrakı tədqiqatlar tiabendazolun xaricə istifadəsi ilə əlaqədardır - 5%-li krem gündə 2 dəfə olmaqla 5 gün ərzində LVə ya 10%-li suspenziya gündə 2 dəfə olmaqla 5 gün ərzində sürülür. Heç bir klinik və bioloji əlavə təsir qeyd olunmamışdır.

Esdepalletrin - bu sintetik piretrin aerosol vasitə olan "Spreqalın" təsir başlanğıcı kimi istifadə olunur. Preparat gövdə boyunca yuxarıdan aşağıya doğru, baş və üz dərisi istisna olmaqla, püskürdülərək bütün bədən səthinə, sonra əllərə və ayaqlara vurulur. 12 saat keçdikdən sonra sabunla yuyunmaq lazımdır. Adətən 1 tsikl bəs edir. Qaşınma və başqa simptomlar 7-8 gün müşahidə oluna bilər. Əgər bu müddətdən sonra qaşınma qalırsa müalicə yenidən təkrarlanır.

Aerozol vasitə olan “ Spreqal” hamilə qadınlarda, süd verən analarda , südəmər uşaqlarda istifadə olunur.

Permetrin - 5%-li məlhəm və ya krem şəklində istifadə olunur.Məlhəm başdan ayaqların altına qədər bütün bədən səthinə yedizdirilir. 8-14 saat sonra duş qəbul olunur. Adətən 1 dəfə istifadə kifayət edir.

İvermektin bir dəfəlik 20mq/kg dozada per oral istifadə olunur.İvermektin effektiv və təhlükəsiz preparatdır.Preparat həmçinin yerli olaraq gündəmr dəfə istifadə olunur, ancaq 50% hallarda 5 gün sonra təkrar müalicə tələb olunur.

Dietilkarbomazin qoturluğun müalicəsində yalnız peroral istifadə olunur.Preparat gündə 3 dəfə olmaqla 100mq 7 gün ərzində daxilə qəbul olunur.Preparatın çatışmamazlığı onun aşağı klinik effektivliyidir (50 %).

Profilaktika

Qoturluğun profilaktikası bu xəstəliyin epidemiologiyasına əsaslanır və aşağıdakı tədbirləri özündə birləşdirir:

- xəstələr mütləq stasionar və ya ambulator müalicə olunmalıdırlar;
- xəstəliyin mənbəyinin tapılması;
- xəstənin məişət və ya cinsi əlaqədə olduğu bütün şəxslərin müayinəsi;
- qoturluğun sağlmasına nəzarət 2 həftə müddətində aparılır: xəstə və onunla əlaqədə olanları 2dəfə müayinə edirlər - ilkin müraciət zamanı və 2 həftə sonra;
- xəstəlik ocağının, paltarların və yataq dəstlərinin cari və yekun dezinfeksiyasının aparılması.

Yataq dəstinin, dəsmalların, alt paltarlarının zərərsizləşdirilməsi 1-2 %-li soda məhlulu və ya hər hansı yuyucu tozla 5-10 dəqiqə qaynadılmaqla aparılır. Üst paltarlarını (don, kostyumlar, şalvarlar, yun köynəklər) hər iki tərəfdən isti ütü ilə ütüləyirlər.Paltarların bir hissəsi (kürk, palto, pləş, dəri və zamşdan olan geyimlər) 5 gün ərzində açıq havada havalandırma ilə zərərsizləşdirilə bilər.55 °C-dən yuxarı temperaturda yuyulması mümkün olmayan yataq dəsti və paltarlar qoturluq əleyhi preparat A-PAR aerosolu ilə dezinfeksiya oluna bilər.Xəstənin otağında hər gün 1-2%-li sabunlu-sodalı məhlulla nəm təmizlik işləri aparılır (bura döşəmənin yuyulması və əşyaların silinməsi də aiddir). Döşək və yorğanlar quru-qaynar kameralarda müsbət 100°C temperaturda bir saat ərzində zərərsizləşdirilir.Qış fəslində mənfı temperaturda bu əşyaları 3-4 saat ərzində açıq havada saxlayırlar.Yekun dezinfeksiya SES-nın dezinfeksiya şöbəsinin işçiləri tərəfindən müalicə qurtarandan sonra, uşaq müəssisələrində isə iki dəfə - xəstənin aşkarlanmasından sonra qrupda və xəstənin müalicəsi qurtarandan sonra izolyatorda aparılır.

Tanınmamış qoturluq

Tanınmamış qoturluq (inkoqnito) kortikosteroidlərin yerli istifadəsi fonunda inkişaf edir.Steroidlər qaşınmanı və iltihabi əlamətləri azaltmaqla gənələrin çoxalması üçün əlverişli şərait yaradır, nəticədə qoturluq yolları artır və xəstəliyin kontagiozluğu yüksəlir. Qoturluq öz spesifik simptomlarını itirir, papulo-skvamoz, papulo-vezikulyoz, bəzən də hətta keratoz xarakteri alır və kortikosteroidlərə qarşı rezistent olur.

Düyüncüklü qoturluq

Düyüncüklü qoturluq (postskabioz limfoplaziya) qoturluğun tam müalicəsindən sonra yaramır və özünü qaşınan düyüncüklər şəklində göstərir. Güman edilir ki, qranulyomatoz reaksiya gənənin dəriyə girməsi ilə dərinin qıcıqlanması və ya ekskrementlərin parçalanma məhsullarının sorulması nəticəsində yaranır. Düyüncüklü qoturluğun immunnallergik mənşəyi haqqında məlumatlar da vardır ki, bu da histoloji müayinələr tərəfindən sübut edilir.

Klinik olaraq xəstəlik göy-çəhrayı və ya qonur-qırmızı rəngli, yumru, hamar səthli, lobyə ölçüsünə qədər bərk papulaların əmələ gəlməsi ilə özünü büruzə verir. Səpgilər ən çox bədənin qapalı yerlərində yerləşirlər. Gedişatı xoş xassəli, lakin uzun müddətlidir (bir neçə aydan bir neçə ilə qədər). Düyüncüklü elementlərin spontan regresı və eyni yerlərdə təkrar əmələ gəlməsi mümkündür.

Adi yerli və qoturluq əleyhi müalicə effektivdir. Daxilə antihistamin preparatlar, xaricə okkluzion sarğı altında steroid məlhəmlər məsləhət görülür. Uzun müddət persistə edən düyüncüklərin müalicəsində maye azot, diatermokoaqulyasiya, lazer terapiyası, zəlidən istifadə olunur.

Psevdoqoturluq

Psevdoqoturluq — heyvanda olan qoturluq gənələri ilə yoluxma zamanı yaranan qaşınan dermatozdur. Daha çox itlər, az hallarda donuzlar, atlar, dovşanlar, keçilər, tülkülər insan üçün yoluxma mənbəyi ola bilər. Xəstəliyin inkubasiya dövrü çox qısadır, bir neçə saat təşkil edir, xəstələri güclü qaşınma narahat edir. Gənələr epidermisə daxil olurlar və qoturluq yollar əmələ gətirmirlər. Səpgilər asimetrikdir, xəstə heyvanlarla təmasda olan nahiyələrdə müşahidə olunur. Səpgi kəskin iltihabi komponentlə müşahidə olunan köpüşüklərlə, papulo-vezikullarla, pruriqoya bənzər papulalarla, qovularla səpgilər özünü büruzə verir. Xəstəlik insandan insana keçmir. Ona görə kontaktda olan xəstələri müalicə etmək lazım deyil. Laborator diaqnostikası çətindir: yalnız dişilər aşkar olunur, cinsi yetkin olmayan fərdlərə rast gəlinmir.

Norveç qoturluğu

Norveç qoturluğu - Norveçdə cüzamlı xəstələrin müayinəsi zamanı aşkarlanmış xəstəlikdir. Xəstəliyin törədicisi adi qoturluq gənəsidir. Norveç qoturluğu aşağıdakı xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunur:

- xəstəliyin nadir rast gəlinməsi;
- xəstələrin xüsusi kontingenti: Daun xəstəliyi, senil demensiyası, infantilizm, asteniya, immundefisit vəziyyət;
- diaqnoz qoyulmasında çətinlik: çox vaxt xəstəliyin başlanmasından diaqnoz qoyulmasına qədər bir neçə ay və ya il keçir, bu onunla izah olunur ki, xəstəliyin gedişatında çox vaxt qaşınma olmur, başm tükü hissəsi, üz, dırnaqlar qartmaqlar və hiperkeratotik dəyişikliklər şəklində prosesə cəlb olunur ki, bu da digər xəstəl ikləri - psoriazı, Dəiyə xəstəliy ini, pitiriazı, histiositozu xatırladır;
- patogenezi pis öyrənilib; əsas rolu immundefisit vəziyyət həll edir, vitamin A-nın qəbulunun azalması ilə orqanizmdə hiperkeratoz zədələnmələrin əmələ gəlməsinə genetik meyillik haqqında nəzəriyyə də var.

Xəstəliyin əsas klinik simptomları : massiv qartmaqlar qoturluq yolları, polimorf səpgilər (papula, vezikula, pustula, qabıq, qartmaq) və eritrodermiya. Qartmaqlar ən çox yuxarı və aşağı ətraflarda (dirsəklər, dizlər, ovucun içi, ayaqaltı), sağn, üz, qulaqlar, başın tüklü hissəsində yerləşirlər. Qartmaqların üstü kələ-kötürdür, çatlar və ziyiləbənzər törəmələrlə örtülüdür, bu da rupiyanı xatırladır. Dırnaqlar boz- sarı rəngdədir, səthi kələ-kötürdür, asanlıqla ovulur, kənarları yeyilmişdir. Ovuc və ayaqaltı hiperkeratoz qabanaq gözə çarpır. Limfatik düyünlərin böyüməsi müşahidə olunur. Bəzən Norveç qoturluğu bütün xəstəlik müddətində yüksək temperaturla müşayiət olunur. Xəstəlik yüksək kontagiozluğu ilə seçilir ki, bu da gənələrin çox olması ilə əlaqədardır: xəstənin lsm2 dərisinə 200 gənə düşür.

PEDİKULYOZ

Xəstəliyin törədicisi olan bitlər qan sorucu həşəratlara aiddir. Bitlər xüsusi parazitlər olaraq, bəzi heyvan növləri və insanlar üçün xarakterikdir. İnsanda pedikulyoz əmələ gətirən bitlərin 3 növü mövcuddur: baş biti (pediculus humanus capitis); paltar biti (pediculus vestimentorum); qasıq biti (pediculus pubis və ya phthirus pubis).

Bitlər Anoplura dəstəsindən olan həşəratlara aiddir. Onların 3 cüt güclü, caynaqlarla təmin olunmuş ayaqları var. Mayalanmış dişi bitlər yumurtalığın əlavə vəziləri tərəfindən ifraz olunmuş, suda həll olunmayan maddə vasitəsilə 150-300 yumurtaları- oval sirkələri (0,8 mm uzunluqlu) başın və ya qasığın tüklərinə, ya da paltarların tikişlərinə yapışdırır. İnkişaf tsikli 3 mərhələdən ibarətdir: yumurta, sürfə, cinsi yetişkin fərd (imaqo). Bitlərin sürfələri təqribən 8 gün sonra əmələ gəlir, 2-3 həftə sonra cinsi yetişkənliyə çatır. Yumurtadan yumurta qoymağa hazır olan cinsi yetişkən dişi bitin əmələ gəlməsinə qədər olan həyat tsikli 15 gün davam edir. Hər iki saatdan bir bit qan sorur (hər dəfə 0,7-1,2 ml qan sorur). Onlar bir neçə gün ac qala bilirlər.

Baş pedikulyozu

Sinonimləri: pediculosis, bitlilik

Baş pedikulyozu - başın və boyunun tüklü hissəsində parazitlik edən baş biti tərəfindən törədilir.

Etiologiya və patogenez

Baş biti (pediculus humanus capitis) 2-3,5 mm uzunluqda olan bozmtul ağ rəngli həşəratdır. Ən çox uşaqlar və uzun saçlı insanlarla zədələyir. Xəstəlik insandan insana baş örtükləri və daraqlar vasitəsilə ötürülür. Yeterincə olmayan gigiyena və sıx ictimai yerlərin yayılmasına şərait yaradır. Tez-tez məktəblərdə, uşaq bağçalarında kiçik endemiyalar baş verir. Bitlər sahibindən kənarında 55 saata qədər yaşaya bilirlər. Paltar bitindən fərqli olaraq baş biti infeksiyalara ötürücüsü deyil.

Klinik şəkil

Əsas lokalizasiya yeri başın tüklü hissəsidir. Saqqal və qasıq nadir halda zədələnir. Başın tüklü hissəsində ən çox qulaqların arxasındakı sahə zədələnir. Baş bitləri hər 2-3 saatdan bir insanı dişləyib qan sorurlar. Dəri təzahürləri bir neçə saat və ya bir neçə gün sonra nəzərə çarpır. Bu zaman al qırmızı urtikar papulalar əmələ gəlir ki bunlar da bit-

lərin tüpürcəyinin dəriyə keçməsi nəticəsində güclü qaşınırlar. Çox vaxt ənsədə bitlərin tipik ekzeması əmələ gəlir. Qaşınmalar tez- tez ikincili bakterial infeksiyalann əmələ gəlməsinə səbəb olur ki, bu da saçların güclü dolaşmasına və koltun (trixomalar) əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. İkincili infeksiya nəticəsində ənsə nahiyəsində və boyunda absesləşməyə meyilli, ağırlı limfadenid əmələ gəlir.

Diaqnoz

Diaqnoz tipik klinik şəklə, bitlərin sübut kimi tapılmasına əsaslanaraq qoyulur. Bitlər həтта çox az miqdarda olduqda belə güclü qaşınma verə bilirlər. Əgər bit tapılmazsa sirkələri axtarmaq lazımdır (bunlar böyrəyə bənzər, tüklərə yapışmış, oval, 0,8 mm uzunluqlu, xitin təbəqə ilə örtülmüş bit yumurtasıdır). Əvvəlcə onlar tükün əsasında yerləşirlər, tüklərin inkişafı ilə onlar tük uclarına tərəf yerlərini dəyişirlər. Qabıqlardan fərqli olaraq sirkələr saçlardan tökülmürlər, möhkəm yapışırlar. Ən sevimli lokalizasiya qulaqlann arxasmdakı nahiyələrdir. Müayinə zamanı yan tərəfdə qulaqlann üstündən tükləri qaldırmaq lazımdır ki, sirkələri aşkar etmək mümkün olsun. Bitlər praktik olaraq az tapılırlar. Başm qaşınması, başm və ənsənin impediqləşmiş ekzeması həkimi baş biti haqda düşündürməlidir.

Differensial diaqnoz

Differensiasiya başın tüklü hissəsinin ekzeması, kontagioz impediqlosu, psoriazi ilə aparılmalıdır.

Müalicə

Təkcə bitləri yox, onların sirkələrdə olan embrionlarını məhv etmək lazımdır.

Lindan (qamma-heksaxlorcikloheksan) - 0,3%-li gel halmda istifadə olunur. Saçlan şampunla yuyurlar, sonra yaş saçlara geli çəkirlər və çoxlu daramaqla onu saçlara yayırlar. Bunun üçün təxminən 15 qr gel lazımdır. Gel saçlarda 3 gün qalmalıdır, sonra saçları yuyurlar. Bu müalicədə təkcə bitlər yox, həm də sirkələr məhv olur. Sirkələr saçları isti sirkəli məhlulla (bir hissə 6%-li qida sirkəsinə 2 hissə su qatırlar) yaxalama zamanı qopurlar. Hamiləlik vaxtı və döşlə qidalanmada lindanın istifadəsi əks göstərişdir, amma südəmə və məktəb yaşlı uşaqların müalicəsində istifadə olunmasına icazə verilir.

Para-Plyus (permetrin+mالاتion) - spreylə şəkildə istifadə olunur və həm bitlərə, həm də sirkələrə təsir göstərir. Preparat 1-2 saniyə müddətinə sıxmaqla 1-2 sm məsafədən püskürdülmür, püskürdücü xaricdən əllə tutulur. Tüklərin əsasının gicgah və ənsə nahiyələri daxil olmaqla diqqətlə dərmanlanması mühümdür. 320 dəqiqə sonra saçlan adi şampunla yuyurlar, sonra sirkəli su ilə yaxalayıb darayırlar. Bir həftə sonra kontrol müayinə aparılır, təkrar bhrvə sirkə aşkarlanarsa müalicəni təkrarlayırlar. Baş yaylıqlan və daraqlar 20 sm məsafədən Para-Plyus püskürdülməklə dərmanlanır. Preparatın istifadəsi hamiləlik və döşlə əmizdirmə zamanı əks göstərişdir. Preparat yaxşı havalanan və böyük otaqlarda istifadə olunmalıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, o soyuqqanlılar (akvarium, terrarium) üçün xüsusi təhlükəlidir.

Malation (0,5%-li məhlul) — bu məhlulla bütün tüklər və başın dərisi dərmanlanır (10-20 ml). Havada quruyandan və 12 saat təsirdən sonra saçlar yaxşı-yaxşı şampunla yuyulur. Təkrar müayinə 8-10 gün aparılır. Malation keratin tərəfindən udulur və buna

görə bir neçə həftəlik müəyyən müdafiə effektivə malik olurlar. Südəmə uşaqlarda istifadəsi əks göstərişdir.

Permetrin (1%-li krem-yaxalama) - yuyulmuş yaş saçlara sürtülür və 30 dəqiqə sonra yuyulur. Sūdəmə və məktəbəqədər yaş uşaqların müalicəsi həkim nəzarəti altında aparılır.

Proflaktika

Xəstə ilə kontaktda olmuş bütün şəxsləri müəyinə etmək lazımdır (ailə, uşaq bağçası, məktəb, qocalar evi) və lazım olsa müalicə aparılmalıdır. Tez-tez kiçik endemiyalar baş verir.

Paltar pedikulyozu

Paltar pedikulyozu paltar biti tərəfindən törədilir. Onlar paltarların tikişlərində yerləşirlər və dəridə papula, hiperemiyalaşmış ləkələr və ya mərkəzində qanlı qartmaq olan köpüşüklər şəklində dəri zədələnmələri törədirlər.

Etiologiya və patogenez

Paltar biti (*Pediculus humanus corporis* və ya *Pediculus vestimentorum*) 3-4,5 mm uzunluqda olub, baş bitindən baş hissəsinin böyüklüyü və gövdənin arxa hissəsinin segmentlərinin elə də iti olmaması ilə fərqlənir. Paltar bitləri normal həyat şəraitində nadir halda tapılırlar. Adətən onlar müəyyən yaşayış yerləri olmayan şəxslər arasında, kasıblıq və müharibələr zamanı müşahidə olunur. Çox vaxt baş və qasıq bitləri ilə birlikdə rast gəlinirlər. Paltar biti bədəndə yox, ona toxunan geyim əşyalarında olurlar. Sirkələr paltarların tikişlərində təsbəh şəklində yerləşirlər. Paltar biti çox sürətlə çoxalırlar.

Klinik şəkil

Əvvəlcə bitin dişləməsi nəzərə çarpmır, sonra bitin tüpürçək ifrazı çox güclü qaşınma verən qızartıya, köpüşüklərə və düyüncüklərə gətirib çıxarır. Dişlək yerlərində mərkəzində hemorragik qartmaqlar olan hiperemiyalaşmış ləkələr, papulalar, xırda köpüşüklər əmələ gəlir. Dəri tezliklə ştrixəbənzər effektiv qaşınma izləri ilə örtülür ki, bunlar da tez-tez impediginizasiya olurlar. Bu şəkildə əmələ gələn "vaqant dəri" (*cutis vaqantina*) bundan başqa çoxlu sayda hiper və depigmentasiyalarla əhatə olunmuş açıq rəngli çarıqlara malikdir.

Paltar bitləri rikketsiozların, səpgili və qayıdan yatalaqların daşıyıcısıdır. Volın qızdırması (səngər və ya beş günlük qızdırma) rikketsiyalar tərəfindən (*R. quintana*) törədilir ki, bunlar da bitlərin bağırsaqlarında çoxalırlar və onların həyat fəaliyyəti məhsulları vasitəsilə ifraz olurlar. *Pediculus* cinsli bitlər insanlarda epidemik səpgili yatalağın yoluxma mənbəyidir ki, bunun da əmələ gəlmə səbəbi də rikketsiyalardır (*Rickettsia prowaceki*). QdLy\<\an. yatalaq spiroxetalar tərəfindən törədilir (*Spirochaeta recurrentis*), hansı ki, qan vasitəsilə həşəratın mədəsinə düşür və tez ondan evakuasiya olunur. Xəstənin yoluxması həşəratın dəriyə düşməsinin 6-cı günündə, onun əzilməsi nəticəsində spiroxetanın tamlığı pozulmuş dəriyə, xırda yaralara, qaşınma izlərinə sürtülməsi nəticəsində baş verir.

Diaqnoz

Alt paltarlarında paltar bitlərinin, sirkələrin tapılması diaqnozu təsdiqləyir. Differensial diaqnoz Dürinqin herpesşəkili dermatozu, ekzema, qocalıq qaşınması, diabetik qaşırna, Hockin xəstəliyində dərinin qeyri-spesifik dəyişiklikləri ilə aparılır.

Müalicə

Paltarlar qaynadılır və ya dezinseksiya olunur. Lazmı olduqda sprey şəkildə kontakt insektisidlərdən istifadə etmək olar. Profilaktik olaraq "Yakutin" pudrasından istifadə etmək olar. Dəri təzahürlərinin müalicəsi ümumi terapevtik qaydalarla ekzematöz əlamətlərin ikincili infeksiyalaşmasından və aktualığından asılı olaraq aparılır.

Ftiriaz

Sinonimləri: qasıq pedikulyozu, phthiriasis.

Ftiriaz - əsasən qasıqda, bəzən sinədə, qoltuq altı çuxurlarda, yuxarı göz qapaqlarının kipiqlərində yaşayan qasıq bitləri tərəfindən törədilir.

Etiologiya

Qasıq biti (pediculus pubis və ya phthirus pubis) baş və paltar bitindən 1,5-2 mm qısa, enli qalxanabənzər formaya malikdir, ikinci və üçüncü cüt ayaqları nəzərə çarpan caynaqlarla tamamlanır ki, bunlar vasitəsilə bitlər tükün əsasından yapışır. Qasıq bitləri başqa növ bitlərdən fərqli olaraq, demək olar ki, hərəkət etmirlər, ona görə də onları tapmaq çətindir. Onlar həm də ləng çoxalırlar. Qasıq bitlərinin sirkələri daha asanlıqla tapılırlar.

Bitlər sıx bədən təması, ən çox cinsi əlaqə, həm də valideynlərdən uşaqlara keçmə nəticəsində baş verir. Yataq ağırları, dəsmallar, paltarlar vasitəsilə də yayılma ehtimalı mümkündür.

Klinik şəkil

Bu növ bitlərin sevimli lokalizasiya yerləri - apokrin tər vəziləri olan nahiyələrdir: qasıq, genito-anal nahiyə, qoltuq altı çuxurlar, həm də qalın tük örtüyü olan nahiyələr-sinə və qan nahiyələridir. Nadir hallarda, ən çox uşaqlarda, qasıq bitləri başın tüklü hissəsində, qaş və kipiqlərdə rast gəlinir. Qaşınma qasıq pedikulyozunda az olur, amma gecələr güclənir. Qaşınma izləri effektləri adətən olmur. Tipik lokalizasiya yerlərində dırnaq ölçüsünə qədər ölçülərdə qasıq bitlərinin dişləməsi nəticəsində silinmiş metal-göyümsov və ya boz çalarlı ləkələr - maculae coeruleae - əmələ gəlir. Bunların mənşəyi bitlərin tüpürcəklərinin təsiri nəticəsində hemoqlobinin yaşılmtıl parçalanma məhsullarının yığılmasıdır. Güclü qaşınma zamanı ekskoriyasiyalar, impetiqo, lixenizasiya kimi ikincili dəyişilmələr qeyd olunur. Uşaqlarda qaş və kipiqlərdə seroz qartmaqlar şəklində, bəzi hallarda göz qapaqlarının şişkinliyi şəklində zədələnmələr qeyd oluna bilər.

Diaqnoz

Tipik lokalizasiyalı, əsasən də qarının aşağısında və budlarda göyümtül-mavi rəngli ləkələr vacib diaqnostik əlamətlər sayılırlar. Sübut kimi bitlərin və sirkələrin tapılması göstərilir. Pasientlər genetal orqanlarda və ya qoltuq altı çuxurlar nahiyəsində qaşınma-

dan şikayətlənirlərsə həkim mütləq qasıq pedikulyozunun olma ehtimalını nəzərə almaldır.

Müalicə

Müalicə baş pedikulyozunda tətbiq olunan sxemə əsasən aparılır, belə ki, lindən, alletrin, piperonilbutoksid və piretrium ekstraktı preparatları istifadə oluna bilər. Bədəndə qalın tük örtüyü olduqda qasıq və qoltuq altı çuxurlarla yanaşı həmin nahiyələr də müalicə olunmalıdır. Pasientlə kontaktda olmuş şəxslər də müayinə və müalicə olunmalıdırlar.

Uşaqlarda qaş və kipriklər zədələnən zaman müalicə çətinliklər törədir, belə ki, preparatların toksik qıcıqlanması nəticəsində konyuktivit əmələ gələ bilər. İmkan daxilində pinsetlə bitləri kipriklərdən qopartmaq lazımdır. Yerli müalicə üçün sadə ağ vazelin məhlulunun 5%-li suda məhlulu məsləhət görülür. Bununla yanaşı 7-10 gün ərzində sutkada iki dəfə olmaqla 1%-li san civə məhlulunu sarıqı altında göz qapaqlarının kənarlarına çəkilməklə də müalicə aparılır.

XIII FƏSİL. Dərinin göbələk xəstəlikləri (Dermatomikozlar)

Dermatomikozlar (Dermatomycozosis) - dəri və onun törəmələrində patogen və şərti-patogen göbələklərin yaratdığı yoluxucu xəstəliklərdir. Göbələklər—ibtidai bitkilər silsiləsindən olan mikroorqanizmlərdir, amma onların tərkibində xlorofil yoxdur və karbon qazını mənimsəmək bacarığına malik deyillər. Göbələklər təbiətdə geniş yayılmışdır, lakin onların bir hissəsi heyvan və insanlar üçün patogenlik daşıyır. Onlar torpaqda, bitkilərdə yaşayır, insan və heyvanların daxilində qidalanıb törəyirlər. Göbələklər iki növə bölünür: yalnız heyvanlarda (zoofil) və ya yalnız insanlarda (antropofil) xəstəlik yaradan çoxpatogenli göbələklər; və ya hər iki növ canlı (zooantropofil və antropozofil) zədələmək bacarığına malik olan polipatogen göbələklər.

Epidemiologiya. Dermatoloji xəstəliklər strukturunda dermatomikozlar pyodermyalardan sonra ikinci yeri tutur və göbələk xəstəliyinə yoluxmuş xəstələrin əsas hissəsini əhatə edir. ÜST-nin verdiyi məlumata istinadən aydın olur ki, Yer kürəsi əhalisinin 1/5-dən 1/3 hissəsinə qədər bu xəstəlikdən əziyyət çəkir. Müxtəlif regionlara məxsus qeofiziki xüsusiyyətlər və iqlim şəraiti dermatomikozların geniş yayılmasına səbəb ola bilər. Son zamanlar dermatomikoz xəstəliklərinin dövrü yüksəlmə və azalma mərhələləri nəzərə çarpır.

- Yoluxma mənbəyi— müvafiq antropofil və zoofil göbələklərin daşıyıcıları olan yoluxmuş heyvanlar, xəstə insanlar, bəzi bitkilər və torpaq (qeofil göbələklər).
- Dermatomikoz yoluxması b i l a v a s i t ə baş verir—xəstə insanlar, torpaq və heyvanlarla birbaşa təmas zamanı; vədolayı yolla -göbələk daşıyıcıları olan əşyalar vasitəsilə (məişət əşyaları, alt paltarları və yataq camaşırıları, ayaqqabı, baş geyimləri, daşlar, fənələr, hərərətölçənlər, altlıq ləyənlər, heyvanlara qulluq vasitələri, bağ və hamam ləvazimatları, bərbərxana-salon rekvizitləri və s.).

Etiologiya və patogenez. Dermatomikoz törədici mikrobların əsas hissəsi şaxələnən cütçevrəli göbələk telləri yaradan və spore vasitəsilə törəyib artan Epidermiphyton, Trichophyton, Microsporum qəbiləsindən olan patogen lifli göbələklər— dermatofitlərdir. Onlar torpaq, bitkilər, heyvanlar və insanlarda yaşayıb qidalanırlar.

Azərbaycanda dermatofitlərlə yanaşı dermatomikoz törədicilərinin ən geniş yayılmış növlərindən biri şərti patogen *Malassezia furfur* (*Pityrosporum orbiculare*) lipofil maya göbələkləridir. *Malassezia furfur*--əsasən 15 yaşdan yuxarı insanlarda epidermin buynuzlu qışasında və saç follikullarında məskunlaşır. *Candida* (*Monilia*) qəbiləsindən şərti patogen anoloji maya göbələkləri sporelər əmələ gətirmir, tumurcuqlanma yolu ilə törəyir, onlardan formalaşmış tellər həqiqi şaxələnməyə malik deyil, bu səbəbdən onları yalançı tellər adlandırırlar.

Candida albicans - *Candida* qəbiləsindən olan göbələklərin ən geniş yayılmış növü olaraq insanda kandidoz törədici kimi tanınır. *Candida albicans*— insanlarda ağız-boğaz mikroflorası, mədə-bağırsaq sistemi, uşaqlıq yolu və uşaqlıq yolu dəhlizinin sağlamlıq göstəricisidir. *C. albicans* sağlam insanların dərisində törəyirlər. *C. albicans* ev heyvanlarının, əsasən körpə heyvanların (buzovlar, dayçalar, pişik balaları, ev quşları) orqanizmində məskunlaşırlar.

Dəriyə düşərkən belə mikroblar heç də hər zaman klinik dəyişikliklər yaratmır, çox vaxt onlar özlərini mikozdaşıyıcılar halında göstərir. Xəstəliyin inkişafına bir sıra ekzogen (mikrotravmatizm, yüksək tərləmə və ya dəri quruluğu, yastıyaqlıq, barmaqlararası büküşlərin darlığı, hərərət, yüksək nəmlik və s.) və endogen amillər -tətiklər (endokrinopatiya, immunçatışmamazlığı vəziyyəti, vegetativ damar pozğunluqları, xroniki və yoluxucu ağciyər, mədə-bağırsaq sistemi orqanlarının xəstəlikləri, ətraf əzələlərin angiiti, medikamentoz preparatlar və s.) səbəb olur.

Dermatomikozlar 4 qrupa bölünür:

I. Keratomikozlar (Keratomycosis)

1. Əlvən dəmrov sin. Kəpəklənən dəmrov (Pityriasis versicolor sin. Tinea versicolor); törədici *Malassezia furfur* (*Pityrosporum obovatum*).
2. Düyünlü trihospori sin. piyedra (*Trichosporia nodosa* sin. *Piedra*) törədiciləri *Trichosporon Beigelii*, *Piedraia hortai*.

II. Dermatofitiyalar (Dermatophytiae sin. Tinea)

1. Qasıq epidermofitiyası (*Epidermophytia inguinale* sin. *Tinea cruris*); törədici *Epidermophyton floccosum*.
2. Pəncə epidermomikozu sin. Atlet ayağı (*Epidermomyces pedis* sin. *Athlete's foot*, *Tinea pedis*); törədici *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*.
3. Rubromikoz (*Rubromycosis*); törədici *Trichophyton rubrum*.
4. Trixofitiya (*Trichophytiae* sin. *Trichophytosis*)
 - Hamar dərinin səthi trixofitiyası (*trichophytia superficialis cutis glabrae*);
 - Başın tüklü hissəsinin səthi trixofitiyası (*trichophytia capillitii superficialis*);
 - Xroniki trixofitiya, dırnaq trixofitiyası (*trichophytia chronica*, *trichophytia unguium*);

Bu növ trixofitiya törədiciləri *Trichophyton violaceum*, *T. tonsurans* var. *crateriformis*-dir;

- İnfiltrativ-irinli trixofitiya (*Trichophytia profunda*);
Törədiciləri - *Trichophyton verrucosum* var. *faviforme*,
T. mentagrophytes var. *gypseum*, *T. simii*, *T. erinacei*;
- Qaysaqlı keçəllik (*favus*); törədici *Trichophyton Shonleinii*;
- Kırəmitli mikoz sin. Tokelo (*mycosis imbricata* sin. *tokelo*); törədici *Trichophyton concentricum*;
- 5. Mikrosporiya sin. mikrosporo (*Microsporia* sin. *Microsporiasis*)
 - Antropofil göbələklər sayəsində; törədiciləri *Microsporum audouinii*, *M. ferrugineum*;
 - Zoofil göbələklər sayəsində; törədicilər *Microsporum canis*, *M. distortum*;
 - Geofil göbələklər sayəsində; törədicilər *Microsporum gypseum*, *M. nanum*;

III. Kandidozlar (*Candidosis* sin. *Candidiasis*, *Moniliasis*) -törədiciləri *Candida* qəbiləsindən olan şərti-patogen anoloji maya göbələkləri (*Candida albicans*, *C. tropicalis* və s.)

1. selikli qışa, dəri, dırnaq və dırnaq yastıqlarında səthi kandidoz;
2. xroniki ümumiləşdirilmiş (dənəvərmatoz) kandidoz;
3. viseral (daxili üzvlərin) kandidoz.

IV. Dərin mikozlar (Mycosis profunda)

1. Blastomikoz (Blastomycosis);
 - Kriptokokkoz; törədici *Cryptococcus neoformans*;
 - Şimali Amerika blastomikozu; törədici *Blastomyces dermatitidis*;
 - Cənubi Amerika blastomikozu; törədici *Paracoccidioides brasiliensis*;
2. Gistoplazmoz (Histoplasmosis) törədici *Histoplasma capsulatum*.
3. Koksidioidoz (Coccidioidosis); törədici *Coccidioides immitis*.
4. Sporotrixoz (Sporotrichosis); törədici *Sporotrichum shenkii*.
5. Mukoroz (Mucorosis); törədici müxtəlif növlü *Absidia*, *Mucor*, *Rhizopus*.
6. Aspergilez (Aspergilliosis); törədicilər-*Aspergillus fumigatus*, *A.flavus* və s.
7. Penisiliyoz (Penicilliosis); törədicilər- *Penicillium crustaceum*, *P.notatum* və s.
8. Xromomikoz (Chromomycosis); törədicilər— *Phialophora verrucosa*, *P.pedrosoi* və s.
9. Rinosporidiaz (Rhinosporidiosis); törədici— *Rhinosporidium seeberi*.
10. Sefalosporioz (Cephalosporiosis); törədicilər— müxtəlif növlü *Cephalosporium Corda*.
11. Kladosporioz (Cladosporiosis); törədici-*Cladosporium trichoides*.
12. Keloid mikoz (Mycosis keloidis); törədici- *Loboi loboi*.
13. Göbələk etioloji misetomlar (*Mycetoma mycosis*); törədicilər- *Madurella mycetomi*, *M.grisea* və s.

Yaddaş!

- Xarici dermatologiyada dermatofitlər aşağıdakı növlərə bölünür:

Tinea capitis -başın tüklü hissəsinin dermatofitiyası;

Tinea faciei - üzün dermatofitiyası;

Tinea barbae -üzün saqqal nahiyəsinin dermatofitiyası

Tinea corporis - bədən dermatofitiyası;

Tinea cruris - büküşlərin dermatofitiyası;

Tinea manus - əllərin dermatofitiyası;

Tinea pedis - ayaqların dermatofitiyası;

Onychomycosis - dırnaq dermatofitiyası.

- Bizim regionlarda düyünlü trihospori (piyedra), kirəmitli mikozlara rast gəlmək mümkün deyil, belə ki, bu cür yoluxmalar əsasən tropik iqlimli ölkələr üçün xasdır.

Keratomikozlar (Keratomycesis) - səthi göbələk dəri xəstəlikləridir, dəri və saçların buynuzlu qışasını zədələyir, zəif yoluxuculuq qüvvəsinə malikdir və güclü iltihabi təzahürlərin olmaması ilə seçilir. Əlvən (kəpəklənən) dəmrov, *Pityriasis versicolor* sin. *Tinea versicolor* -*Malassezia furfur* maya göbələklərinin əsasında xüsusilə bədən dərisini və zərif tükləri zədələyir.

- İsti iqlimli ölkələrdə və yüksək rütubət həddli ölkələrdə geniş yayılmışdır, bu səbəbdən Azərbaycan regionunda yoluxma hallarının tezliyi izah edilir.

- Yalnız insanlara yoluxur. G ənc yaşlarda olan (15-40yaş) kişi və qadınlar arasında

eyni tezlikdə belə yoluxmalara rast gəlinir. 40-60 yaş arası insanlarda bu xəstəliyə yoluxma halları kəskin azalır. 7 yaşına qədər olan uşaqlardaxəstə gəlinməmişdir.

- Yoluxuculuq qüvvəsi zəifdir.
- Meyilli amillər -yüksək tərləmə, tərin kimyəvi tərkibinin dəyişməsi, dərinin fizioloji qabıq soyulma qabiliyyətinin azalması, endogen pozğunluqlar.
- Yoluxma mənbəyi -xəstə insan.
- İnfeksiya ötürülmə yolları—xəstə insanla birbaşa təmas, həmçinin yoluxmuş məişət əşyaları, alt paltarları, yataq camaşırıları, hamam ləvazimatları, həsirlər və s.
- Törədici -Malassezia furfur (Pityrosporum orbiculare) -normal dəri florası tərkibinə daxil olan şərti-patogen lifli maya göbələyidir. Müəyyən edilmişdir ki, sağlam insanların 90%-i saprofit formalı M.furfur göbələklərinin daşıyıcısıdır. Ekzo- və endogen amillərin təsiri nəticəsində şərti-patogen maya göbələkləri Malassezia furfur qeyri-patogen şəkildən patogen şəklinə düşür.

Kliniki təzahürlər

Lokalizasiya - sinə, boyun, kürək, qarın, qoltuqaltı çökəkliklər, başın tüklü hissəsi, nadir hallarda bazu önü, budlar, qasıq nahiyəsi, sifət. Ovuclar, ayaq altlıqları və selikli qişada müşahidə olunmamışdır.

Səpmə ünsürləri — əsasən çoxlu sayda xırda (0,3-0,5sm), girdə, qeyri dəqiq çevrəli, qeyri-iltihabi, başlanğıcda çəhrayı, sonralar qızılı-çəhrayı, qonur və daha sonra isə ağ rəngli ləkələr. Ləkələr birləşib diametri 1-10sm və daha iri olan çoxsilsiləli böyük ocaqlar yarada bilərlər. Ləkələrin üzərində nəzərə çapmayacaq dərəcədə, amma yalnız qaşındıqda üzə çıxan xırda zolaqlar halında q a b ı q 1 a r ola bilər, amma piqmentsizləşmiş ləkələrin üzərində qabıqlar olmur. Əlvan dəmrova yoluxma zamanı piqmentsizləşmiş ləkələrin inkişafı M.furfur tərkibindəki lipoksiqenaza maddəsi tərəfindən doymamış yağ turşularının oksidləşməsi sayəsində əmələ gələn dikarbon turşusunun melanositlərin funksional fəalığının ləngitməsi ilə əlaqədardır. Proses çəpıq qoymadan izsiz reqres edir.

Saç follikullarının M.furfur maya göbələkləri tərəfindən zədələnməsi follikulit şəklinə keçir (pityrosporum folliculitis sin. Malassezia folliculitis). Klinik təzahürləri - məhdudlaşdırılmış, hallarda bel, sinə, çiyin nahiyələrində, bəzən isə üz nahiyəsində konusşəkilli çəhrayımtıl-qırmızı rəngdə düyünlər, papullar, pustulalar (irinciklər), papulo-pustulalar. Xəstəlik alın nahiyəsində məhdud səpmələr - “pomadkalı civzələr” şəklinə peyda olub, komedonsuz akne vulqaris-i təqlid edir. Ağırlaşma halları (düyünlər və kistaların əmələ gəlməsi) olmadıqda, proses çəpıq qoymadan izsiz nəticələnir. Əlvan dəmrov diaqnozunu təsdiqləyən diaqnostik klinik testlər:

- Balzer sınağı (yod sınağı) - sağlam dəri ilə müqayisədə zədə ocaqlarının 5% spirtli yod məhlulu ilə intensiv boyanması.
- Benye sınağı - zədə ocaqlarının qaşınması zamanı gizli qabıqların aşkari.
- Vudun lüminessensiya lampası ilə müayinə zamanı -zədələnmiş ocaqların ağımtıl-sarı və ya bozumtul parlıtısı.

Dermatofitiyalar (Dermatophytiae sin. Tinea) - dəri və onun törəmələrinin (saç, dırnaq) səthi yoluxucu göbələk xəstəlikləridir, yoluxma qüvvəsi və az-çox izhar olunan iltihabi reaksiyalarla seçilir.

Epidemiologiya.

• Hər tərəfdə geniş yayılmışdır, yalnız kirəmitli mikoz tropik ölkələrdə müşahidə olunur.

• Tez-tez müxtəlif yaş qruplarına aid olan kişi və qadınlarda eyni zamanda rast gəlinir.

• Bəzi dermatofitlər yaşla əlaqəlidir. Məsələn, məktəbəqədər və məktəb yaşlı uşaqlarda əsasən üz və başın tüklü hissəsində məhdudlaşdırılmış səthi trixofitiya və mikrosporiyaya rast gəlinir; qasıq epidermofitiyası, ayaqların epidermomikozu və ruptomikoz əksər hallarda - böyükklərdə olur.

• Bəzi dermatofit xəstəliklərinin davam etdiyi müddət ərzində y o l u x m a mövsümü (zooantropofil mikrosporiya -payız aylarında, zooantropofil trixofitiya -yay aylarında) və kəskinləşmə mövsümü (ayaq epidermomikozu - yaz və yay aylarında) qeydə alınmışdır.

• Yoluxma mənbələri -xəstə insan, heyvanlar və torpaq.

• İnfeksiya ötürülmə yolları - xəstə insan, heyvanlar və torpaqla birbaşa təmas, həmçinin infeksiya daşıyıcısı olan məişət əşyaları, heyvanlara qulluq, idman, bağ və hamam ləvazimatları.

Etiopatogenez.

Dermatofitiyaların törədiciləri - üç növlü: Epidermophyton, Trichophyton, Microsporum— sapabənzər patogen göbələklər, dermatofitlərdir. Onlar torpaqda (geofil dermatofitlər), heyvanlarda (zoofil dermatofitlər) və insan orqanizmində (antropofil dermatofitlər) parazit həyat keçirirlər. Amma insanın yoluxması zamanı antropofil mikroblarla yanaşı zoofil və geofil göbələklərdə iştirak edirlər, və antropofil göbələklərlə müqayisədə onlar daha intensiv iltihabi təsirə malikdirlər. Antropofil dermatofitlərə - E.floccosum, T.interdigitale, T.rubrum, T.violaceum, T.tonsurans, T.shonleinii, M.audouinii, M.ferrugineum aiddir. Zoofil dermatofitlərə — buzov, keçi, siçan və s. heyvanlarda məskunlaşan, bu heyvanları yoluxdurən və həmçinin insanlarda irinli-infiltrativ trixofitiya yaradan T.verrucosum, T.gypseum aiddir; pişik, itlərdə və atlarda məskunlaşan M.canis, M.distortum insanlarda və adları çəkilən heyvanlarda mikrosporiya əmələ gətirir. Geofil dermatofitlərə - M.gypseum, M.nanum aiddir. Eyni zamanda torpaq zoofil trixofiton və mikrosporular üçün ehtiyat mənbəyi sayılır.

Dermatofitlər dəri, saç və dırnaqların buynuzlu qışasına daxil olaraq keratinaz sintez edir, keratini parçalayır, buynuzlu keratinosit daxilində patogen göbələklərin çoxalması və sonrakı inkişafı üçün əlverişli şərait yaradır. Bu səbəbdən keratin təbəqəsi olmayan selikli qışada dermatofitlərin olmaması izah edilir. Dermatofitin inkişafına bir sıra ekzogen (mikrotravmatizm, yüksək tərləmə və ya dəri quruluğu, yastıyaqlıq, barmaqlararası bükürçflərin darlığı, hərərət, yüksək nəmlik və s.) və endogen amillər –(endokrinopatiya, immun çatışmazlıq vəziyyəti, vegetativ damar pozğunluqları, ağciyər, mədə-bağırsaq sistemi orqanlarının xroniki və yoluxucu xəstəlikləri, ətraf əzələlərin angiiti, medikamentoz preparatlar və s.) şərait yaradır.

Qasıq epidermofitiyası, Epidermophytia inguinale sin. Tinea cruris - böyük büküşləri və onlara yaxın nahiyələri zədələyici xassəli, dermatofit qrupuna aid olan səthi göbələk xəstəliyidir.

- Geniş yayılmış dermatofit formasıdır.
- Daha çox insanlarda olur, əsasən orta yaşlı kişilərdə rast gəlinir; uşaq və yeniyetmələr nadir hallarda yoluxur.
- Nəzərə çarpacaq yoluxuculuq qüvvəsi var.
- Törədici amillər - qızmar rütubətli iqlim, yüksək tərləmə, dar geyim, endogen pozğunluqlar şəraitində normadan artıq çəki.
- İnfeksiya mənbəyi-xəstə insan.
- İnfeksiya ötürülmə yolları - xəstə insanla və bəzən daha çox yoluxmuş əşyalar : alt paltarları və yataq camaşmaları, hamam ləvazimatları, hərərətölçənlər, altlıq ləyənlər, həsirlər və s. ilə b i r b a ş a t ə m a s.
- Törədici - Epidermophyton floccosum (E.inguinale).



Şək.13.1.Kəpəklənən dəmrovda səp-
gələrin tipik lokalizasiyası

Klinik təzahürləri.

Lokalizasiya - qasıq, qoltuqaltı büküşlər, sağ-
rıararası, süd vəzilərinin altındakı və nadir hallar-
da başqa nahiyələrdəki dəri.

Səpmə ünsürləri — 1 sm qədər ölçülü, dəqiq
çevrəli, girdə, iltihablı çəhrayımtıl-qırmızı rəng-
də ləkələr. Periferik artım və birləşərək büküşlə-
rin sərhəddindən kənara çıxan iri ocaqlar əmələ
gəlir; onlar qeyri-dəqiq konturlu, üzərində pul-
cuqlar, pustulalar, qovuqlar, qabıqlar, eroziyalar
formaləşaraq nəzərə çarpacaq periferiyaya doğru
şişkin yästıqlar halında olur. Proses çapıq qoy-
ma d a n ızsız nəticələnilir. Subyektiv olaraq -yün-
gül qaşınma, göynətmə və ağrı mümkündür.

Ayaq epidermomikozu sin. Atlet Ayağı, Epi-
dermomycos pedis sin. Athlet's foot, Tinea pe-
dis - dermatofit qrupuna aid olan səthi göbələk
xəstəliyidir, ayaq dərisini, barmaqlararası

büküşlərin dərisini, dırnaq plastinkalarını zədələyir.

- Geniş yayılmış dermatofit növüdür.
- Yalnız insanlara yoluxur, əsasən -orta yaşlı kişilərdə müşahidə olunur, uşaqlar və yeniyetmələr nadir hallarda bu cür xəstəliyə tutulurlar.
- Yüksək yoluxma xüsusiyyətinə malikdir.
- Mövsüm kəskinləşməsi «assstitr—yaz və yay aylarında.
- Risk qrupuna - idmançılar, hərbiçilər, kömür şaxtaları, hamamlar və qaynar sexlə-
rin işçiləri və s. aiddir.
- Meylli amillər - ayaq dərisinin sürtülmə, tərləmə və ya quruluğu, barmaqlararası büküşlərin bir-birinə yaxınlığı, yastıyaqlıq, dar ayaqqabı, endogen pozğunluqlar.
- İnfeksiya mənbəyi-xəstə insan.
- İnfeksiya ötürülmə yolları - xəstə insanla və daha çox yoluxmuş əşyalar : ayaqqabı, corablar, hamam və manikür ləvazimatları, həsirlər, xalçalar, ləyənlər, hamamlar, ho-
vuzlar və idman komplekslərindəki oturaçaqlar və s.

- Törədici - Trichophyton mentagrophytes var. T. Interdigitale.

Klinik təzahürlər.

Ayaq epidermomikozu aşağıdakı növlərə ayrılır: intertriginoz , disgidrotik , skvamoz və skvamoz-hiperkeratotik.

Lokalizasiya - ayağın yuxarıdan üçüncü tağ nahiyəsində ayaqaltı səthi, ayaq və barmaqların yan səthləri, III və IV barmaqlararası büküşlər, I və V barmaqların dırnaq təbəqələrinin zədələnməsi. Bəzən hər iki ayaq, nadir hallarda isə bir ayaq yoluxur.

Səpmə ünsürləri.

- İntertriginoz forması —III və IV, bəzən də bütün barmaqlararası büküşlər tünd-qırmızı rəngdə, şişkin, toxumaları dağılmış şəraitdə ağrılı çatlar, eroziya və sultanmalar. Qaşınma, göynətmə və ağrı səciyyəvidir.

- Disgidrotik (vezikulyoz) forması- dəyişməz və zəif hiperemiya qabiliyyətli dəri şəraitində ayaq tağları, ayaqaltı nahiyələrdə, barmaqlar, barmaqlararası büküşlərdə qovuşqlar və ya gərgin divarlı qovuq və qovuqucuqlar. Qovuqlar uzun müddət qala bilər və ya çəhrayımtıl-qırmızı rəngli eroziyaya çevrilərək bir-biri ilə birləşib dəqiq konturlu sultan ocaqlar yaradır. Qaşınma səciyyəvidir.

- Skvamoz forması- dəyişməz və cüzi eritematoz fonda, barmaqlararası büküşlər, ayaqaltı nahiyəsində heç bir iltihab əlaməti olmayan qabıq soyulması və dəri naxışlarının dərinləşməsi və kəskinləşməsi. Qaşınma səciyyəvidir.

- Skvamoz -hiperkeratotik forması- kəpəklənən və ya təbəqəli qabıq soyularaq ayaqaltı dəri və barmaqların səthi göyərmiş-qırmızımtıl rəngdə, hemorragik sahələr, hiperkeratoz xassəli buynuzlaşma. Qaşınma səciyyəvidir.

Ayaq epidermomikozunun - növlərinin hər biri çapıqlar yaratmadan izsiz nəticələnir.

Ayaq epidermomikozunun “xüsusi yol yoldaşı” kimi dırnaq plastinkasının zədələnməsi (onixomikoz, onychomycosis) qəbul edilmişdir.

Dirnaq plastinkalarının zədələnməsi müvafiq olaraq baş, yan və ya yaxın kənarlardan başladığı zaman distal (məkan), lateral (yönlü) və proksimal (yaxın) onixomikoz qeyd edilmişdir. Distal, lateral və proksimal sahələrdən başlayan patoloji dəyişikliklər tədricən bütün dırnaq təbəqəsinin səthini əhatə edir. Dırnaq plastinkaları solğunlaşır, kirli-boz və ya sarı-qırmızı rəngə çalır, ovulur, təbəqələşir, nazikləşir (atrofik növü) və ya qalınlaşır, dırnaqaltı hiperkeratoz inkişaf edir (hipertrofik növü). Hipertrofik kütlələr dırnaq təbəqəsinə qaldırılıb dırnaq yatağından ayırır.

Rubromikoz syn. Rubrofitiya, Rubromycosis sin. Rubrophytia - dermatofit qrupundan olan göbələk xəstəliyidir, ayaq dərisini və dırnaq plastinkalarını, bəzən dəri örtüyünün hər hansı bir hissəsindən başlayaraq saçların zədələnməsi və prosesin ümumiləşdirilməsinə qədər davam edir.

- Ən geniş yayılmış dermatofit növüdür.
- Yalnız insanlara yoluxur, əsasən yaşlı adamlar xəstəliyə düşər olurlar, uşaq və yeniyetmələr nadir hallarda xəstələnirlər.
- Yoluxuculuq xüsusiyyəti yüksəkdir.
- Risk qrupuna -idmançılar, hərbi qulluqçular, HIV-ə yoluxmuş xəstələr, hamam, kömür şaxtaları və qaynar sexlərin işçiləri və s. aiddir.
- Meylli amillər - ayaq dərisinin sürtülməsi, tərləmə və ya quruluğu, barmaqlararası

büküşlərin bir-birinə yaxınlığı, yastıyaqlıq, dar

ayaqqabı. İmmunçatışmazlıq, endogen pozğunluqlar, antibiotik, kortikosteroid harmonlar və sitostatik preparatlarının uzun müddətli qəbulu və s.

- İnfeksiya mənbəyi-xəstə insan.
- İnfeksiya ötürülmə yolları -xəstə insan və yoluxmuş əşya k <öa-Fi ayaqqabı,- corablar, hamam və manikür ləvazimatları, həsirlər, xalçalar, ləyənlər, hamam, hovuz və idman komplekslərində oturmaqlar, taxtlar vəs. iləbirbaşə təmas.
- Törədici - Trichophyton rubrum.

Klinik təzahürlər

Lokalizasiyası- dəri örtüyünün hər hansı bir hissəsi. Xəstəlik uzun illər ərzində ayaq və dırnaq təbəqələrinin məhdud zədələnməsi — ayaq rubromikozu halında davam edir. Bəzən barmaqlar, əllərin arxasından bazu önünə qədər və dırnaq plastinkalarının zədələnməsi baş verir— əl rubromikozu. Xəstəliyə əsasən peşə səriştəsi səbəbiylə rezin əlcəklərdən istifadə edən cərrahlar yoluxur. Əl və ayaq rubromikozun klinik dövrü ayaq epidermomikozu kimi keçir. Hamar dərinin başqa hissələrinin zədələnməsi zamanı (əsasən iri büküşlər, sağrı, baldırlar, üz) müxtəlif eritematoz-skvamoz , follikulyar-düyünlü, ekssudativ və eritrodermiya tipli növlərinin klinik təzahürləri mümkündür.

Eritematoz-skvamoz (səthi) forması üçün (əsasən iri büküşlər zədələnilir) dəridə çəhrayımtıl-qırmızı rəngdə, dairəvi, dəqiq konturlu, ≥ 1 sm ölçülü, qabığı soyulan iltihablı ləkələr səciyyəvidir. Periferiyaya doğru bir-biri ilə birləşən dilimli formalı, üzərində pulçuqlar, kənarlarında düyüncüklər olan iri ocaqlar yaranır. Proses çapıq qoymadan izsiz sorulur.

Follikulyar-düyünlü (dərin) forma üçün (ən çox sağrı, baldırlar, bazu önü, üz zədələnilir) təcrid olunmuş, lövhəcik və kerion Selsi tipli konqlomeratlarla birləşən tünd-qırmızı rəngdə follikulyar düyüncüklər, pustulalar səciyyəvidir. Proses bəzən saçlara sirayət edir, onlar öz parlaqlıqlarını itirir, qırılır və tökülür. Çox vaxt lokal limfadeniti (limfa vəzilərinin iltihabı) inkişaf edir. Proses çapıqların əmələ gəlməsi, çapıqların iyası ilə nəticələnir.

Ekssudativ forma əsasən uşaqlarda rast gəlinir, al qırmızı rəngdə, dəqiq konturlu, sulanan ocaqlar bu növ üçün səciyyəvidir. Proses çapıq qoymadan, izsiz nəticələnir.

Rubromikoz-eritrodermiyası zamanı - göyümtül-al qırmızı rəngdə olan eritematoz-skvamoz ocaqlar bir-biri ilə birləşərək, dəri örtüyünün böyük hissələrini əhatə edir. Əsasən saçlar və dırnaq plastinkaları zədələnilir. Proses izsiz və ya bəzən də çapıq atrofiyası ilə nəticələnir. Rubromikozun bütün formaları üçün qaşınma səciyyəvidir.

Yaddaş!

1. Ayaq rubromikozu-ayaq mikozu təzahürünün ən geniş yayılmış formasıdır (70-95%).

2. T.rubrum və T.interdigitale şəraitində eyni tipli ayaqların mikozunun davam etmə müddətinə baxmayaraq, müəyyən klinik fərqlilikləri mövcuddur:

- Quru formaları (skvamoz və skvamoz-hiperkeratotik) -T.rubrum nəticəsində ayaqların mikozu zamanı; ekssudativ formalar (intertriginoz və dishidrotik) -T.interdigitale sayəsində ayaq mikozu zamanı bu əlamətlər üstünlük təşkil edirlər. Ayaq mikozunun

verilmiş növləri zamanı məhz ekssudativ komponentlərdən dermatofit səpmələrin, göbələklərin təsirinə allergik cavab olaraq qaşman steril qovuquqlar, düyünçüklər şəklində - "id" və ya iltihabi reaksiyaların tezliyindən asılıdır.

- Çoxsaylı və daha dərin onixomikoz *T.rubrum* nəticəsində əmələ gələn mikoz, təksaylı (I və V barmaqlar) və daha səthi -*T interdigitale* sayəsində yaranan mikoz zamanı müşahidə olunur.

- *T.rubrum* nəticəsində yaranan ayaq mikozu zamanı dəri və dırnaq lövhəciklərinin zədələnməsi dəri örtüyünün hər hansı bir hissəsinin, əl dırnaq plastinkalarının, bəzən də zərif və uzun saçların zədələnməsinə qədər gətirib çıxara bilər. *Tinterdigitale* təsiri nəticəsində törənən ayaq mikozu zamanı yalnız dəri və ayaq dırnaq plastinkalarının zədələnməsi baş verir.

3. Onixomikozlar yalnız *T.rubrum* və *T.interdigitale* nəticəsində deyil, həmçinin *C.albicans*, nadir hallarda -*T.violaceum*, *T.tonsurans*, *T.shonleinii*, *M.canis*, kif göbələkləri (*Scopulariopsis brevicaulis*, *Aspergillus spp.*, *Alternaria spp.*, *Acremonium spp.*, *Fusarium spp.* və s.) tərəfindən törənə bilər, lakin klinik təzahürlər bütün yoluxmalar zamanı oxşardır. Kif göbələkləri nəticəsində yaranan onixomikoz adətən ikinci dərəcəli olur, müxtəlif səbəblərdən meydana gələn onixodistrofiya (tropik dırnaq dəyişikliyi) şəraitində inkişaf edir. Dırnaq plastinkasının rəngi yaşıl, qara, qonur olur, bəzən də paronixiya (dırnaq yastıqlarının iltihabı) əmələ gəlir.

4. Verilmiş fərqliliklər həm müalicə zamanı, həm də hər hansı anti-epidemik tədbirlərin keçirilməsi üçün təcürbi əhəmiyyətə malik deyildir. Həkimin gündəlik iş təcrübəsində --mikroskopun köməyi ilə patogen göbələklərin sapları və mayabənzər göbələklərin yalançı liflərinin aşkara çıxarılması nəticəsində ayaqların mikozu, onixomikoz kimi diaqnozların qoyulmasına şərait yaradır.

Trixfitiya, (*Trichophytiae*)—müxtəlif növ *Trichophyton spp.* patogen göbələkləri nəticəsində dəri, saç, nadir hallarda dırnaq plastinkalarını zədələyən dermatofitlər qəbiləsindən olan göbələk xəstəliyidir. Bura səthi, xroniki, irinli-infiltrativ trixfitiya; *favus* (qaysaqlı) və kirəmitli mikoz daxildir.

Trixfitiya sin., saç qıran dəmrov, *Trichophytia sin.* *Trichophytosis*, *Tinea tonsurans*.

- Geniş yayılmış dermatofit növüdür.
- İnsanlar (əsasən uşaqlar) və heyvanlar yoluxur.
- Yüksək yoluxuculuq qabiliyyətinə malikdir.
- Risk qrupu — fermerlər, mehtərlər, idmançılar, toxucular, heyvanxana və baytarlıq müəssisələrinin işçiləri və s.

- Meylli amillər - dəri mikro zədələri, xroniki somatik və infeksiya, immunitet və endokrinopatik xəstəliklər, hipovitaminoz və vegetativ pozğunluqlar.

- İnfeksiya mənbəyi -xəstə insan və xəstə heyvanlar (siçan, siçovul, sünbülqıran, dəniz donuzları, pişiklər, iri buynuzlu mal-qara və s.).

- İnfeksiyanın ötürülmə yolları - xəstə insan, xəstə heyvan və yoluxmuş əşyalarla: alt paltarları, yataq camaşrıları, baş geyimləri, daraqlar, fenlər, hamam ləvazimatları, həsirlər, taxtlar, heyvanlar üçün fırçalar, dənliklər və s. ilə

b i r b a ş a t ə m a s.

- Törədicilər - səthi və xroniki trixfitiya yaradan *Tviolaceum*, *Ttonsurans* var.

crateriforme antropofil göbələklər; saçların zədələnməsi zamanı göbələk sporları saçların tərkibində yerləşirlər, bu hal Trichophyton endothrix adlandırılır; irinli-infiltrat trixofitiyaya səbəb olan T.mentagraphytes var.gipseum, T.verrucosum var.faviforme zoantropofil göbələkləri; saçların zədələnməsi zamanı göbələk sporları saçları kənardan bürüyür, bu hal Trichophyton ectothrix adlanır.

Klinik şəkil

Lokalizasiyası - üz, boyun, bədən dərisi, ətraflar, tüklü hissəsi, nadir hallarda dirmaq plastinkaları.

Hamar dəridə səpmə ünsürləri:

- Səthi trixofitiya zamanı - bir və ya bir-neçə azacıq şişkin, dairəvi, dəqiq kənarlı, çəhrayımtıl-qırmızı rəngdə, üzərində qovuqçuq, düyüncük, qartmaq olan və periferiyaya doğru böyüməyə meyli eritematoz-skvamoz ləkələr. Mərkəzdən ocaqların sönməsi müşahidə olunur. Proses çapıq qoymadan izsiz sorulur.
- Xroniki trixofitiya zamanı - qeyri-dəqiq kənarlı, qırmızımtıl-göy rəngdə eritematoz-skvamoz ləkələr. Proses çapıq qoymadan izsiz reqres edir.
- Irinli-infiltratın trixofitiya zamanı—al qırmızı rəngdə, üzərində kəskin nəzərə çarpan pustullaşma və periferiyaya doğru böyüməyə meyli lövhəciklər. Proses ikincili piqmentasiya ilə və çapıqlarla nəticələnir.

Başın tüklü hissəsində:

- Səthi trixofitiya zamanı - 1-2sm ölçülü, qeyri-bərabər kənarlı, birləşməyə meyli, üzərində qovuqlar və irinciklər müşahidə olunan tək və ya çox saylı eritematoz-skvamatoz ocaqlardır. Zədələnmiş saçlar parlaqlığını, elastikliyi itirir, bəziləri burulur, dəri səthindən 2-3 mm səviyyədə dibdən qara nöqtələr şəklində “b l a c k - d o t type” qırılır. Proses çapıq qoymadan izsiz sorulur, saç artımı bərpa olunur.
- Xroniki trixofitiya zamanı – qabıqlanma ilə müşahidə olunan eritematoz elementdir. Saçlar qara nöqtələr şəklində qırılmışdır. Proses izsiz reqres edir, saç artımı bərpa olunur, bəzən kiçik atrofik dazlıqlar müşahidə olunur.
- Irinli-infiltrativ trixofitiya zamanı - üzərində çoxlu sayda folikulyar irinciklər olan, göyümtül-qırmızı rəngdə bir və ya bir-neçə infiltrasiyalaşmış lövhəciklər.

İltihablı təzahürlərin inkişafı nəticəsində şişkinləşmə və hiperemiya kəskinləşir. Lövhəciklərin səthi sulanan, yumşaq, eroziyalı, irincikli, qartmaqlar və təsir etdikdə içerisindən çoxlu irin - kerion Selsii (Selsinin arı şanları) çıxan tamlığı pozulmuş folikullarla örtülür. Zədələnmiş dəri elementləri nahiyəsində tüklər qırılmaz, yumşalaraq tökülür və ya asanlıqla agrısız qopur, zədələnmiş sahə artıq ilkin mərhələdə a l o p e s i y a (dazlıq) o c a ğ ı kimi görünür. Proses ç a p ı q a t r o f i y a s ı ilə nəticələnir, saç artımı bərpa olunmur. Saqqal və bıç

nahiyəsində irinli-infiltrativ trixofitiya lokalizasiyası - (sycosis parasitaria) başın tüklü hissəsində olduğu kimi o qədər də böyük olmayan, çoxlu sayda zədə ocaqları əmələ gətirir.

Trixofitiyanın bütün növləri üçün yüngül qaşınma, onun irinli-infiltrativ for-

masında isə qeyri-kəskin ağrı səciyyəvidir.

Favus syn. Parşa (keçəllik), Favus sin. Trichophytia favosa, Tinea favosa, Tinea lupinosa -trixofitiyanın formasıdır.

- Zəif yoluxuculuq qüvvəsinə malikdir.
- Yalnız insanlar, əsasən uşaqlar və qadınlar yoluxur.
- Meylli amillər - immunçatışmamazlıq, xroniki somatik və infeksiyon xəstəliklər, endokrinopatiya, avitaminoz, sanitariya-gigiyenik qaydalara riayət olunmaması və s.
- İnfeksiya mənbəyi -xəstə insan ,əsasən qadınlar (analar, nadir hallarda nənələr).
- İnfeksiyanın ötürülmə yolları -xəstə insanlarla, yoluxmuş əşyalarla : alt paltarları, yataq camaşırı, geyim, baş geyimləri, daraqlar, fənlər, hamam ləvazimatları və s. ilə b i r b a ş a t ə m a s.
- Törədici -Trichophyton Shonleinii antropofil göbələkləri,onların sporları saçların zədələnməsi zamanı tüklərin daxilində hava qovucuqları ilə birlikdə yerləşirlər (Trichophyton endothrix).

Klinik şəkil

Favusun klassik - skutulyar forması və qeyri-tipik - impetiginoz (irinli sifilirs) və skvamoz formaları müəyyən edilmişdir.

Lokalizasiyası - hamar dəri, başın tüklü hissəsindəki saçların zədələnməsi, dımaq təbəqələri.

Səpgi elementləri

Skutulyar forma zamanı - favus göbələyi (“favus”type) xassələrini özündə əks etdirən pulcuqlar və quru qabıqlar (skutula) yaranır. Skutula - sarı-narıncı rəngində, nəlbəki şəklində, birləşməyə meylli və xoşagəlməz “zirzəmi” kifi iyi gələn, tamamilə qabıqlarla örtülmüş tısbığa çanağına bənzər xorallardır. Uzun müddətli skutulalar zamanı dəridə çapıq atrofiası və başın tüklü hissəsinin sabit keçəlləşməsi meydana gəlir.

İmpetiginoz favus zamanı - e r i t e m a fonunda tez-tez hiperemik yastıqlı dairəvi ocaqlar şəklində irinciklər, tutqun-qonuru rəngli qabıqlar və pulcuqlar əmələ gəlir.

Skvamoz forması zamanı - nizamsız, qeyri-dəqiq konturlu çox saylı eritematoz-skvamoz ocaqlar yaranır. İmpetiginoz və skvamoz formaları çox vaxt atrofik dəyişikliklərlə nəticələnir.

Favus zamanı zədələnmiş saçlar qırılmaz, amma parlaqlığını, elastikliyinə itirir, quru və solğun olur, köhnə parik kimi görünür, asanlıqla qopurlar. Favus zamanı dırnaq lövhəciklərinin (əsasən, əl) zədələnməsi onixomikozun əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Mikrosporiya syn. Saç qıran dəmrov, Microsporia sin. Microsporiasis, Tinea microsporigica - dermatofitlər qrupuna aid olan göbələk xəstəliyidir, hamar dəri, saçlar və çox nadir hallarda dırnaq lövhəciklərini zədələyir, Microsporum spp.cinsindən olan müxtəlif növlü patogen göbələklər tərəfindən törədilir.

- Geniş yayılmış dermatofit növüdür.
- İnsanlar (əsasən uşaqlar) və heyvanlar yoluxur.
- Yüksək yoluxuculuq qabiliyyətinə malikdir.
- Mövsümlük səciyyəvidir: yaym sonunda xəstəliyin ilkin mərhələsi başlayır, kəskin

mərhələsi—payız, sağalma mərhələsi isə -yaz aylarına düşür.

- Meylli amillər - yaş həddi, mikrozədələr, tərin kimyəvi tərkibinin dəyişməsi, nevroz və endokrinopatiya, immunçatışmamazlığı, kəskin patologiya, intoksikasiya (zəhərlənmə) və s.

- İnfeksiyamənbəyi-xəstə insan, xəstə heyvanlar (pişiklər, pişik balaları, itlər), torpaq.

- İnfeksiya ötürülmə yolları—xəstə insanlar, heyvan və yoluxmuş əşyalarla: alt paltarları və yataq camaşırı, hamam ləvazimatları, geyim, baş geyimləri, daraqlar, saçqurudanlar, heyvanlar üçün fırçalar və s. ilə b i r b a ş a t ə m a s .

- Törədicilər - yüksək yoluxucu qabiliyyətli *Microsporum Audouinii*, *M.ferrugineum* antropofil göbələklər; nəzərə çarpacaq yoluxucu qüvvəli *M.canis*, *M.folineum*, *M.distortum* zooantropofil göbələkləri; cüzi yoluxuculuq qabiliyyətli *M.gypseum*, *M.nanum* geofil göbələkləri. Kiçik ölçülü saçların (microides) zədələnməsi zamanı göbələk sporları saçları kənardan bürüyür—e c t o t h r i x .

Klinik şəkil

Lokalizasiyası - üz, gövdə və ətrafların dərisi, saçların zədələnməsi başın tüklü hissəsi, çox nadir hallarda dırnaq lövhəcikləri.

Səpgi elementləri.

- Hamar dərinin zədələnməsi zamanı – dairəvi, çəhrayımtıl-qırmızı rəngdə, 0,5-5,0 sm ölçülü, dəqiq konturlu, qabıla örtülü, üzərində xırda düyüncüklər və periferiyaya doğru böyüməyə meyilli eritematoz-skvamoz ləkələr. Sağalma mərhələsi zamanı ilkin ocaqlar ir dairənin içərisində dairə şəklində olur. Proses izsiz reqres edir. Yüngül qaşınma səciyyəvidir.

- Başın tüklü hissəsinin zədələnməsi – dairəvi və ya nizamsız formada, qeyri-dəqiq kənarlı, xırda, periferiyaya doğru böyüməyə meyilli, bir qayda olaraq iltihab əlamətləri olmayan çox saylı eritemato-skvamatoz ocaqlar. Saçlar dəri səthində 4-6 mm səviyyədə kötükçuk şəklində qırılırlar;

onlar *Microsporum* -göbələklərinin sporlarını təmsil edən bozumtul-ağ rəngli örtüyə bürünmüş şəkildə olurlar, bu göbələklərin sporları başın tüklü hissəsindəki zədələnmiş ocaqlara bozumtul “adacıqlar” görünüşü verir (“gray patch type”). Proses çapıq qoymadan izsiz nəticələnir. Saç artımı bərpa olunur. Zəif qaşınma səciyyəvidir.

Diaqnostik klinik test - Vudun lüminissensiya lampası ilə müayinə zamanı saçların yaşıla çalan parıltısı

Yaddaş!

- Son illər mikrosporiyada nəzərə çarpacaq hiperemiya, infiltratlı irinləşmə, limfadenitli formalarının – trixofitiyanın irinli-infiltrativ və kerion Selsi i şəklində kəskin iltihablı təzahürləri ilə gedişi müşahidə olunur.

- Uşaqlar arasında trixofitiyanın humoral-hüceyrə immunitetinin çatışmazlığı fonunda qan zərdabının bakterisid təsirinin zəifliyi nəticəsində 14-15 yaşa qədər olan uşaqların dəri və saç hüceyrələrində keratin və fungistazisin aşağı səviyyədə olması ilə (bu səbəb göbələklərin daxilinə və inkişafına şərait yaradır) izah edilir.

Kandidozlar (*Candidosis* sin. *Candidasis*, *Moniliasis*) — *Candida* (*Monilia*) şərti-pa-

togen mayaya bənzər göbələklər vasitəsilə dəri, selikli qişa, dırnaq lövhələri və daxili orqanların infeksiyon zədələnməsi.

Epidemiolo giy a.

- Hər tərəfdə yayılmışdır.
- Eyni zamanda müxtəlif yaş qruplarına aid olan kişi və qadınlar, həmçinin südəmər körpələr arasında müşahidə edilir.
- İnfeksiya mənbəyi - xəstə insan və ya daşıyıcı, ev heyvanları, əsasən körpə heyvanlar (buzovlar, dayçalar, pişik balaları, ev quşları).
- İnfeksiya ötürülmə yolları - şəxsi saprofitlər hesabına: endogen və ekzogen - xəstə insan, yoluxmuş məişət əşyaları, ət və süd məhsulları, meyvə, tərəvəz və s. ilə birbaşa təmas zamanı yoluxma.
- Risk qrupu - qənnadı və konservləşdirilmə sənayesi, hamam, hovuz işçiləri, yuyucular, şəkərli diabet xəstələri, HIV-ə yoluxanlar, südəmər körpələr və s.

Etiopatogenez.

Kandidoz törədiciləri -Candida, bəzən Candida albicans qəbiləsindən olan şərti-patogen göbələklərdir; bu göbələklər saprofitlər qismində insanın sağlam burun-boğaz, mədə-bağırsağ sistemi, uşaqlıq yolu və uşaqlıq yolu dəhlizinin mikroflorasını təqdim edir.

Candida cinsindən olan göbələklər adətən insana qarındaxili, həmçinin uşağın həyatının ilk saatlarından daxil olurlar. Ana bətnində dölün yoluxması dölətrafı mayədə, cift və göbəkbağı qişada göbələklərin müəyyən edilməsi ilə təsdiqlənir. Sonradan körpənin yoluxması doğuş kanallarından keçərkən, ağızın selikli qişasından, süd əmərkən -döşün giləsindən, qulluq zamanı -əllərin dərisindən bilavasitə verilə bilər.

Kandidoz yoluxmasının patogenezinə həlledici rol törədicidən daha çox mikroorqanizmin vəziyyətindən asılıdır. Candida göbələklərinin saprofitlərdən patogen formalara çevrilməsi, həmçinin xaricdən yoluxma - orqanizmin müxtəlif endo-ekzogen amillərin təsiri sayəsində baryer mexanizmini pozaraq müqavimətin zəifləməsi nəticəsində baş verir.

Ekzogen amillərdən ən vacibləri -mikrozədələr, isti iqlim, yüksək tərləmə, kimyəvi qıcıqlandırıcılar, gigiyenik normalara riayət etməmək, antibiotiklər, sitostatiklər, kortikosteroid preparatlarının və s.əlavə təsirləri.

Endogen amillər daha çoxsaylıdır -immünçatışmamazlığı, şəkərli diabet, piylənmə, hipovitaminoz, disbakterioz, xroniki infeksiyalar, endokrinopatiya, hamiləlik, südəmər yaş, vegetodistoniya , tər maddəsinin pH-nın qələvi reaksiyalı olması, kimyəvi tərkibinin dəyişməsi və s. münbit mühit yaradır.

Yaddaş!

Südəmər körpələrdə kandidozun patogenezinə əhəmiyyətli rolu - maya göbələklərinin həyat fəaliyyətini ingibasiya edən qan zərdabının fungistatik fəallığının zəifləməsi, həmçinin fizioloji tüpürcək ifrazının çatışmamazlığı və tüpürcək qatışıqının maya əleyhinə fəallığının azalmasıdır. Candida cinsindən olan göbələklər üçün mədə daxilindəki qıcqırmış qida qalıqlarının ağız boşluğuna qaytarılması əlverişli mühit yaradır, bu da öz növbəsində südəmər körpələrdə kandidozun

inkişafma kömək edir.

Klinik təzahürləri.

- Selikli qışa, dəri və dırnaq lövhəciklərində səthi kandidoz.
- Xroniki ümumiləşdirilmiş (qranulematoz-dənəcikli) kandidoz.
- Visseral (orqanların) kandidoz.

Selikli qışa, dəri və dırnaq lövhəciklərinin səthi kandidozu

Lokalizasiyası - ağız (dil,yanaqlar, ağız və diş damaqları, badamciq vəziləri) və cinsiyyət orqanların selikli qışası (uşaqlıq yolu və uşaqıq yolu dəhlizi); barmaqlararası bükümlərin d ə r i s i (əsasən əl barmaqları, III barmaqarası nahiyəsindəki büküşlər), iri büküşlər (qasıq, sağrıarası, süd vəzilərinin altı), qoltuqaltı çuxurlar, qulaq seyvanının arxası, kişi cinsiyyət orqanının selikli qışası, göbək ətrafi, dırnaq yastıqları; d ı r n a q lövhəcikləri, əsasən III və IV əl barmaqları.

Səpgi elementləri

Ağzın selikli qışasında (Candidosis stomatitis, glossitis, tonsillitis, gingivitis, soor) -hiperemik və infiltrasiyalaşmış selikli qışalarda şəraitində bir-birindən ayrı, a ğ r ə n g l i, d a r ı və ya mərci böyüklükdə, Candidae

göbələklərinin vegetativ elementləri təmsil edir və onların üzərində ərplər əmələ gəlir. Sonralar, ərplərin sayı və ölçüsü artır, birləşərək müxtəlif həcmli,ağ, bozumtul və ya sarımtıl rəngdə qartmaqlar –“ağ lövhəciklər” əmələ gəlir (white plaques). Uşaqlarda ağ lövhəciklər selikli qışanı zədələmədən daha asanlıqla sorulur. Yaşılarda olan ağ lövhəciklər daha qalın və kobuddur, selikli qışaya sıx yapışmışdır, sağaldıqdan sonra yerində eroziv elementlər yaradır. Dilin səthi çoxsaylı uzununa və eninə dərin çatlarla örtülür, bu çatların dibində qırıntı şəklində ağ ərplər və ya ağ lövhəciklər müşahidə olunur. Ağız boşluğunun kandidozu tez-tez kandidoz xeyli (candidis cheilitis) və zayedaya (parçalanma)

(candidis angulisoris) çevrilir. Bu vaxt dodaqların qırmızı haşiyəsinin infiltrasiyalaşmış , g ö y ü m t ü l çalarlı boz rəngli, cüzi pulcuqlu qabıqlarla örtülmüş olur, dodaqların dərisi nazıqləşir və incə radial büküşlərə yığılır. Ağız kənarlarındakı dəri b o z u m t u l – a ğ r ə n g d ə , b i r qədər parlaqdır;

çəhrayımtil – qırmızı çalarlı e r o z i y a və y a ç a t l a r müşahidə olunur. Göynətmə hissiyyatı və bəzən də ağrı səciyyəvidir.

Uşaqıq yolları, uşaqıq yolları dəhlizi və uşaqıq boynu selikli qışası (candidosis vullvovaginitis, endocervicitis) nisbətən h i p e r e m i k, ş i ş k i n d i r, içərisində qovucuqlar, xırda, parlaq zolaqlı e r o z i y a l a r qeyd olunur. Uşaqıq yollarında tampon vasitəsilə asanlıqla silinən b o z u m t u l – a ğ qartmaqlar toplanır. Cinsiyyət orqanlarından axan ağımtil qatı ifrazat və qaşınma hissiyyatı səciyyəvidir.

• Barmaqarası iri büküşlərin (candidosis interdigitale, inguinale), qulaq seyvanının arxası, nadir hallarda başqa nahiyələrin (candidosis cutis superficialis) dərisində sonradan göyümtül-qırmızı rəngində lövhəciklər bir-biri ilə birləşərək e r i t e m a t o z , e r i t e m o - s k v a m o z və ya papulo – vezikulyoz, pustulyoz elementlərlə müşahidə olunur. Büküşlərdəki lokalizasiya zamanı t o x u n a n s ə t h l ə r i n maserasiyası geniş sulanan e r o z i y a l a r ı n yaranmasına səbəb olan irinciklərin və qovucuqların tamlığının pozulmasına şərait yaradır; bu eroziyalar parıltılı olur və yalnız büküşlərin

sürtünən səthlərini əhatə edir. Zədə ocaqlarının kənarları –laylanmış, maserasiya olunmuş ağ ı m t ı l epidermisin qalıqları ilə örtülür. Dəri kandidozunun səciyyəvi xassəsi – zədə ocaqlarına yaxın sağlam dəri üzərində xırda eritematoz papulalar, irinciklər və ya eritematoz-skvamoz elementlər şəkildə çoxsaylı “xırda-satellitlər”-dir. Subyektiv qaşınma və göynətmə səciyyəvidir.

Kişi cinsiyyət orqanının dərisində lokalizasiya zamanı kandidoz balanopostiti əmələ gəlir (candidosis balanopostitis). Kandidoz balanopostiti əsasən, sirkumsiziya edilməyən kişilərdə inkişaf edir. Candida göbələkləri üçün —daralmış və uzunlaşmış pülük kisəsinin speqmanın yığılması və artması, maserasiya əlverişli şərait yaradır. Ötürülmə yolları – əsasən, cinsi əlaqə və ya autoinokulyasiya (peyvənd) nəticəsindədir.

Kandidoz balanopostitin gedişi yavaşdır, sezilmədən keçir; cinsiyyət orqanı tac şırımının və pülük kisəsinin y ü n g ü l h i p e r e m i y a s ı, cinsiyyət orqanının kəlləsində xırda, göbəkvari basıqlığı olan papulo- irincikli elementlər əmələ gəlir; bu cür səpgilərin tamlığının pozulması zamanı tez epitelləşən “ağ eroziyalar” yaranır, ağ qırıntılı təbəqələrin yığıntısı müşahidə olunur. Belə formalar özünü bərpaya daha meyllidirlər.

Kandidoz balanopostitinin kəskin formasında analoji təzahürlərin nəzərə çarpacaq dərəcədə tez iltihabı komponentlərlə inkişaf edir. Cinsiyyət orqanının kəllə nahiyəsində hiperemiya, şişkinlik, infiltrasiya və ağrı artır. Yaranmış ağımtıl-bozumtul ərp təmizləndikdən sonra iri eroziyalı səthlər aşkar olunur. Tədricən iltihablı təzahürlər zəifləyir, eroziv ocaqlar epitelləşir və proses izsiz reqres edir.

Dırnaq valcıqlarının dərisinin zədələnməsinin kəskin mərhələsi zamanı, h i p e r e m i y a, yastıgabənzər şişkinlik, ağ r ı l l ı, p a s t o z l u q, elementin üzərindən basdıqda axan qaymağabənzər irin təzahürləri ilə müşahidə olunur. Zaman keçdikcə şişkinlik zəifləyir, valcıqlar yastılaşı, valcıqların konsistensiyası bərkiyir, üzərində qartmaqları və q a b ı q l a r ı ayıran p u l c u q l a r, xırda ç a t l a r əmələ gəlir.

Dırnaqlar ikincili olaraq dırnaq valcıqlarından infeksiya keçməsi ilə yoluxurlar. Əsasən III, IV əl barmaqlarının dırnaq plastinkaları zədələnir. Dırnaq lövhəciklərinin zədələnməsi əsasən, l a t e r a l k ü n c d ə n başlayır (lateral onikomikoz). Dırnaq lövhəciklərinin zədələnmiş sahəsi solğunlaşır, qalınlaşır, yumuşaqlaşır, qaramtıl-qonur rəngə çalır, üzərində zolaqlı basıqlıqlar əmələ gəlir, sonralar nazıqlaşır və bəzən də lay-lay olaraq qopur.

X r o n i k i g e n e r a l i z ə o l u n m u ş (d ə n ə c i k l i) k a n d i d o z (C a n d i d o s i s c h r o n i c a g r a n u l e m a t o s i s) -- əsasən, anadangəlmə və ya sonradan yaranmış immunçatışmamazlığı, ağır endokrin pozğunluqları olan insanlarda uzunmüddətli davam edən üzücü xəstəliklərin nəticəsində yaranır. Maya infeksiyalarının xroniki formaya keçməsinə antibiotiklərlə müalicə, kortikosteroidlərin, immunsupressantların uzun müddətli tətbiqi nəticəsində baş verir.

Lokalizasiyası – üzün dərisi, başın tüklü hissəsi, bədən və ətraf əzələrin dərisi.

Səpgi elementləri– dairəvi və qeyri-bərabər formalı, tədricən dəri üzərində vegetativ artımlı infiltrativ lövhələrə və ya irinli, təbəqələşən, sarı rəngli quruyan qartmaqlı, v e g e t a t i v a r t ı m l ı d ü y ü n l ə r ə çevrilən eritematoz-skvamoz l ə k ə l ə r.

Dərin dənəcikli kandidoz zamanı əmələ gələn qeyri-adi təzahürləri stafilokok infeksiyasının qoşulması ilə izah edilir. Xroniki generalizə olunmuş dənəcikli kandidoz - ağır gediqli, qan azlığı, halsızlıq, subfebril hərarət, residivləşən bronxit, pnevmaniya, mə-

də-bağırsaq dispepsik pozğunluqlar uzun borulu sümüklərin osteoporosu ilə müşahidə olunur. Proses hamar dəri üzərində çapıq atrofiyası, başın tüklü hissəsində -sabit dazlıq ilə nəticələnir.

Viseral kandidoz (Candidosis visceralis).

Viseral kandidoz – uzunmüddətli antibiotiklər tətbiqi şəraitində xroniki infeksiyalar və ağır xəstəliklər nəticəsində zəifləmiş, haldan düşmüş xəstələrdə inkişaf edir. Müxtəlif vitaminlərin sintezində iştirak edən bağırsaq çöpünün həyat fəaliyyətini sarsıdan antibiotiklər, orqanizmin vitamin balansını pozur. Digər tərəfdən isə, antibiotiklər Candida göbələklərinin inkişafını ləngidən çöp və kokların həyat fəaliyyətini sarsıdığı üçün, disbakterioz vəziyyəti yaradır. Vitamin çatışmazlığı və disbalans amillərinin visseral kandidoz patogenezinə həlledici rol oynaması ehtimal olunur. Kortikosteroid preparatlarına və sitostatiklərə xüsusi yer ayrılmışdır, lakin onların kandidozun inkişafına şərait yaranandan, fəaliyyət mexanizmi kifayət qədər öyrənilməmişdir.

Kliniki təzahürlər.

Visseral kandidoz zamanı –daha çox tənəffüs yolları, mədə-bağırsa sistemi, sidik-tənəsül orqanlarının selikli qişası zədələnir. Ürək-damar və sinir sistemi, böyrəklər, qaraciyər, dalaq, tənəffüs yolları və ağciyər (pnevmaniya), beyin toxuması, ürək əzələləri, qan damarları və s. orqanların maya göbələklərlə zədələnməsi təsvir edilmişdir. Visseral kandidoz, bəzi hallarda daxili orqanları öncədən zədələməyən septik vəziyyətin yaranmasında rolu ola bilər.

Visseral kandidozun spesifik klinik əlamətləri yoxdur və ya çox azdır. Daxili orqanların maya göbələklərlə zədələnməsi hallarında, xəstəlik uzunmüddətli, torpid şəkil aldığı zaman (pnevmaniya, kolit, miokardit və s.) düşünmək lazımdır ki, bu vaxt subfebril hərarət müşahidə olunur, adi müalicə metodları effektiv olmur, antibiotiklərin tətbiqi vəziyyəti daha da kəskinləşdirir. Visseral kandidoz diaqnozunun qoyulmasına görünən selikli qişaların (əsasən, ağız boşluğunun), daxili orqanların zədələnməsi ilə müşayiət olunan, dırnaq lövhəciklərinin və dırnaq yastıqlarının maya göbələklərinin zədələnməsi kömək edir. Bu cür hallarda çox az, dəri örtüyünün müxtəlif nahiyələri zədələnir. Lakin son diaqnoz laboratoriya tədqiqatlarının nəticəsində həll edilir.

Dərin mikozlar (mycosis profunda)— patogen və şərti patogen göbələklərinin törətdiyi xəstəliklərdir; xəstəlik prosesi zamanı dəri və selikli qişa ilə yanaşı, daxili orqanlar, sinir sistemi, sümük və əzələ toxumalarının da sistemli zədələnmə təzahürləri müşahidə olunur.

Şərti dərin mikozlar iki qrupa bölünür:

- dəri və dərialtı piy hüceyrələrinin ilkin zədələnmələri ilə səciyyələnən dərin mikozlar; göbələklər zədələnmiş ocağa daxil olub limfa damarları ilə yayılır, uzun müddət ərzində əzələ, sümük toxuması və bəzən daxili orqanları zədələyir (xromomikoz, misetoma, sporotrikoz, sefalosporioz, blastomikoz, keloid mikoz)
- daxili orqanların ilkin zədələnməsi ilə xarakterizə edilən dərin mikoz; orqanizmə nəfəs yolu ilə daxil olan göbəkə tozcuqları limfahematogen yolla dərini ikincili

zədələyir (koksidioidoz, histoplazmoz, kriptokokkoz, Gilkrist blastomikozu, parakoksidioidoz (Cənubi Amerika blastomikozu) aktinomikoz).

Dərin mikoqlar bir qayda olaraq yoluxucu deyillər, onların daşıyıcıları əsasən torpaqda yaranır, suya daxil olaraq ətraf mühitin üzvi maddələrində saprofit kimi yaşayır. Dərin mikoqlar tropik və subtropik iqlimli ölkələrdə geniş yayılmışdır və endemik xarakterlidir. Mülayim iqlimli ölkələrdə nadir hallarda (sporotrixoz, xromomikoz) müşahidə edilir, bəzən də ümumiyyətlə rast gəlinmir (koksidioidoz, histoplazmoz).

Koksidioidoz - dərin endemik sistemli mikoqdur, ağciyərlərin ilkin zədələnməsi ilə nəticələnərək əksər hallarda autosonasiya ilə sona çatır. Hematogen yayılma zamanı törədicilər dəri, sümük, beyin qişası və ağciyəərə daxil olaraq, çoxlu sayda xroniki dənəvərcikli iltihab ocaqlar yaradır.

Törədici -Coccidioides immitis, torpaqda göbələk telləri halında məskunlaşan dimorf tipli göbələkdir.

Əlverişli amillər –HIV infeksiya, immunsupresiv (zəiflədici) terapiya, hamiləlik.

Ötürülmə yolları – tozlu hava. Tənəffüs zamanı göbələk artrosporları ilkin ağciyər infeksiyasının inkişafına əlverişli zəmin yaradır. Çox nadir hallarda törədici zədələnməmiş dəri vasitəsi ilə orqanizmə daxil olur.

Geđişi– Yoluxmuş xəstələrin 60% -də xəstəlik əlamətsiz keçir və özünü müalicə prosesi ilə tamamlanır. Yayılmış koksidioidoz adətən HIV –ə yoluxmuş xəstədə immunitet pozğunluqları zamanı yaranır. Proqnostik baxımdan beyin qişasının zədələnməsi daha təhlükəlidir.

Lokalizasiyası – büküklər, sağrı-büzdüm nahiyəsi, sağrı, qoltuqaltı çuxurlar, boyunun arxası, üz.

Klinik şəkil

Kəskin ağciyər koksidioidozu - qripli əlamətlərlə, bronxit, pnevmaniya, fəal vərəm xəstəlikləri kimi keçir. Dəri təzahürləri –yayqın eritema, Epidermal şəkilli səpgilər, övrə, düyünlü eritema, polimorf ekssudatlı eritema.

Disseminasiya olunmuş koksidioidoz

Dəri təzahürləri –düyüncüklər, irinciklər, lövhələr, düyünlər, abseslər, fleqmonalar, çoxlu sayda fistullar, xoralar, ziyilli artımlar, qranulemalar, çapıqlar. Dərinin ilkin zədələnməsinə çox nadir hallarda rast gəlinir, proses düyünlər, xoralaşmalar, limfangit və lokal limfadenitlə müşahidə olunur.

Sümük sisteminin zədələnməsi : osteomielitlər (ilik iltihabı), abseslər.

Sinir sistemi : meningit

Differensial (fərqli) diaqnoz –ziyillər, piodermiya, düyünlü qaşınma, keratoakan-toma, Şimali Amerika blastomikozu, kriptokokkoz, dəri vərəmi, üçüncüli sifilis. HIV xəstələrində folikulit və yoluxucu mollyusk şəklində qeyd edilmişdir.

Histoplazmoz (retikuloendotelial sitomikoz) - ağ ciyərin ilkin zədələnməsi ilə davam edən dərin sistemli mikoq. Hematogen yayılma zamanı törədici selikli qişa, dəri, qaraciyər, dalaq və sümük iliyinə daxil olur.

Törədicisi –Histoplasma capsulatum, Afrikada –Histoplasma capsulatum, var dubo-

isii. Dimorf göbələkdir; üzvi maddələrlə zəngin qırmızı duzlu torpaq saprofiti quşlar və yarasaların tullantılarının tərkib hissəsidir.

Əlverişli amillər –immunitet çatışmazlığı (HIV infeksiya, orqan köçürülməsi, kimyəvi müalicə, hemoblastoz), qocalıq.

Ötürülmə yolları –tozlu hava (göbələk telləri tozcuqlarının udulması).

Gedişi – Sadə ağciyər histoplazmozunu zamanı sağalma prosesi müdaxiləsiz baş verir. Ağciyər kavernası və yayılmış histoplazmozun xroniki formaları zamanı müalicə olunmayan xəstələrin 80% -inin aqibəti ölümlə nəticələnir. Bu tipli ağır xəstəlik formaları əksər hallarda sistemli antimikotik dərmanların davamlı qəbulunu tələb edir.

Lokalizasiya –üz, ətraflar, bədən, yumşaq damağın, ağız-udlaq, qırtlaq girəcəyi və burun dəliklərinin girəcəyinin selikli qişaları.

Klinik şəkil

Kəskin ağciyər histoplazmozunu –düyünlü və ya çoxformalı ekssudativ eritema ilə müşayiət edilən qripəbənzər sindrom.

Yayılmış histoplazmoz –intoksikasiya (zəhərlənmə) əlamətləri. HIV-ə yoluxan xəstələrdə sepsis, böyrəküstü vəzi çatışmazlığı, ishal, qarın ağrıları rast gəlinir.

Dəri təzahürləri – buynuzlaşmış və nekrozlaşmış qırmızı düyüncüklər, düyünlər, eritematoz ləkələr; bəzən pustula və ya sızanaqlı elementlər, folikulit; məməcikli artımlı lövhələr; ponikulit eritrodermiyası.

Selikli qişalarda təzahürləri – düyünlər, vegetasiyalar, xoralar.

Böyrəküstü vəzilərin zədələnməsi zamanı –böyrəküstü vəzilərin çatışmamazlığı nəticəsində diffuz hiperpigmentləşmə .

Differensial diaqnozu –digər dərin mikozlar, dermatozlar, ağciyər xəstəlikləri.

Kriptokokkoz - ilkin ağciyər zədələnməsi ilə, sonradan beyin və beyin qişalarına, limfa və sümük sisteminə infeksiyanın hematogen yayılması ilə müşahidə olunur, bəzi xəstələrdə dəri və selikli qişaların zədələnməsinə də təsadüf edilir. Kriptokokkoz HIV xəstələrində tez-tez rast gəlinən (kriptokokk meningiti) dərin mikoz xəstəliyidir.

Törədici –Cryptococcus neoformans tipli maya göbələkləridir. Torpaq və quşların tullantılarında rast gəlinən saprofitdir. İnsan və ev heyvanlarına yoluxur. Törədiciyin aşkar edilməsi üçün maye, irin, bəlgəm və autopsiya materialları maddələri tədqiq edilir. Kandidoz və dermatofitlərin kultural diaqnostikası üçün tətbiq edilən mühitdə yetişir.

Əlverişli amillər –HIV infeksiya, şəkər xəstəliyi, limfosarkoma, limfaqranulematoz (Hockin xəstəliyi), sarkoidoz, orqanların köçürülməsi, immundepressiv müalicə.

Ötürülmə yolları –tozlu hava; infeksiyanın mexaniki daşıyıcıları – göyərçinlər, tu-tuquşular, bülbüllər və s.

Klinik gedişi –Müalicəsiz proses xroniki gedişə keçir və illərlə davam edə bilər; ölüm hallarına səbəb kimi daha çox meninqoensefalit (beyin iltihabı) qeydə alınmışdır.

Lokalizasiya nahiyələri – üz, başın tüklü hissəsi, ağızın selikli qişası.

Klinik şəkli

Ağ ciyər kriptokokkozu klinik və rentgenoloji tədqiqatlar zamanı vərəm, fistullar və döş qəfəsi perforasiyasının əmələ gəlməsi ilə pnevmaniyanın formalaşmasını xatırladır.

Prosesin yayılması zamanı beyin qişası, dəri, sümük iliği, sidik cinsiyyət orqanlarının selikli qişası, prostat vəzi zədələnir, hepatosplenomeqaliya aşkar edilir.

Dəri təzahürləri –düyüncüklər, düyünlər, xoralar, qartmaqlar, qartmaqlar altında məmcikli artımlar və xırda irinciklər; mərkəzində yumşaq çapıq formalaşmış seroz-irinli ifrazatlı lövhələr. Həmçinin sızanaqlı elementlər, herpesşəkilli və qovucuklu səpmələr, fleqmonalar mümkündür.

Differensial diaqnoz –piodermiya, yoluxucu mollusk (HIV xəstələrinin üzündə yaranan səpmələr), digər dərin mikozlar, bakterioloji mənşəli fleqmonalar. Vərəm meningiti, beyin absesi və şişləri, ensefalitlər. Ağciyər vərəmi, sarkoidoz, bronxoektasiya və s.

Şimali Amerika blastomikozu (Gilkrist blastomikozu) dəri, dərialtı hüceyrələr, ağciyər və digər daxili orqanlarda irinli, dənəcikli ocaqların yaranması ilə keçən xroniki dərin mikozdur.

Törədici –Blastomyces dermatitidis Gilchrist, dimorf göbələkdir, toxumalarda maya hüceyrələri şəklində özünü göstərir; tumurcuqlanma yolu ilə törəyib artır, təbii saprofitdir.

Əlverişli amillər –hüceyrə immunitetinin pozulması, HIV infeksiya (Şimali Amerika blastomikozun yayılmış forması).

Ötürülmə yolları – tozlu hava; təmasla – dəri zədələnməsi və bu sahəyə törədicinin yoluxması. Əsasən kənd təsərrüfatı sahəsində işləyən insanlar, həmçinin itlər və atlar yoluxur.

Klinik gedişi –İlkin ağciyər infeksiyası əlamətsiz keçir. Ağciyər infeksiyası ilə yanaşı dəridə səpmələr yaranır. Sümük, prostat vəzi, beyin qişaları, böyrəküstü vəzilər, qaraciyər zədələnmələri müşahidə olunur.

Lokalizasiya nahiyələri – nadir hallarda –saiddə, üz, əllər, gövdənin simmetrik zədələnməsi, çoxlu sayda ocaqların peyda olmasına rast gəlinir. Təmasla yoluxması zamanı ocaq törədicinin daxil olduğu yerdə məhdudlaşır.

Klinik şəkli

İlkin ağciyər infeksiyası əlamətsiz keçir, bəzi hallarda qripə bənzər simptomlarla müşayiət olunur və pnevmaniya, vərəm, hətta döş qəfəsi perforasiyası xəstəliklərini xatırlada bilər.

Dəri təzahürləri –düyünlü eritema, çoxformalı eksudativ eritema.

Erkən mərhələlərdə yayılmış infeksiya düüncüklü –irincikli elementlər şəklində nəzərə çarpır, sonradan coğrafi xəritəyə bənzər çapıqların yaranması ilə uzun müddətli davam edən xroniki məmcikli xora zədələnmələri müşahidə edilir. Yoluxmuş xəstələrin 25%-də ağız, burun və bəzən udlağın selikli qişası zədələnir. Sümük –oynaq sisteminin zədələnməsi zamanı fistullu ostiomielitlər, dərialtı absesslər, irinli artritlər əmələ gəlir.

Sidik-tənasül sisteminin zədələnməsi –prostatitlər, epididimitlər.

Differensial diaqnoz – yastı hüceyrəli dəri xərcəngi, qanqrenalı piodermiya, göbələkvari mikoz (şiş mərhələsi), ektima, ziyilli dəri vərəmi, aktinomikoz, nokardioz, misetoma, üçüncüli sifilis (qumma), donovanoz, cüzam.

Cənubi Amerika blastomikozu (Braziliya blastomikozu, parakoksidioidoz), BXT-10: V41 –yanaq, burun, dəri, limfa düyünləri, müxtəlif daxili orqanların (ağciyər, qaraciyər, mədə, dalaq) selikli qişasının cəlb edilməsi ilə davam edən xroniki psixogen mənşəli

dərin sistemli mikozdur.

Törədici –*Paracoccidioides brasiliensis*, torpaq və bitki saprofiti.

Əlverişli amillər –kənd sakinlərində rast gəlinir.

Ötürülmə yolları –daha çox müxtəlif bitki saplaqları ilə dişlərin təmizlənməsi zamanı ağızın selikli qişasının zədələnməsi nəticəsində meydana gəlir. İnsandan insana ötürülmür.

Klinik gedişi –müalicə olunmasa xəstəlik 3 il ərzində ölümlə nəticələnir.

Lokalizasiya nahiyələri –ağız, burun, nadir hallarda—düz bağırsağ, gözün konyuktivası və limfa düyünləri.

Klinik şəkil

Ağız selikli qişasındakı xoralar dilin və səs tellərinin dağılmasına səbəb olur. Prosesin dəriyə keçməsi zamanı düyüncüklər, irinçiklər, sürünən məməcikli xoralar əmələ gəlir. Prosesə limfa düyünləri, dalaq və ağciyər də qoşulur. Limfa düyünləri irinləyərək fistulalar əmələ gətirir və onların ifrazatında göbələklər tapılır.

Hematogen disseminasiya zamanı sümüklər, ağciyərlər zədələnir.

Differensial diaqnoz –limfoqranulematoz, koksidioidoz, Şimali Amerika blastomikozu, aktinomikoz və başqa dərin mikozlar.

Keloid blastomikoz (keloid mikoz; Lobo), BXT-10: V48 –xroniki dərin ocaqlı dəri mikozudur, zədələnmə nahiyələrində keloid çarıqların əmələ gəlməsi xarakterikdir.

Törədici – *Glenosporella lobio* göbələyi, *Blastomyces dermatitidis*ə yaxındır. Ətraf mühitdə aşkar edilməmişdir.

Əlverişli amillər –Amazon çayı vadisində kauçuk hasil edən fəhlələrdə rast gəlinir.

Ötürülmə yolları –zədələr, ilan və həşərat sancmaları zamanı.

Klinik gedişi – uzun müddətli (illər), xoş xassəli, ümumi vəziyyətin pozulmaması ilə davam edir.

Lokalizasiya nahiyələri – üz, qulaq seyvanı, said, baldırların dərisi.

Klinik şəkil

Zədə ocaqlarında qırmızı-bənövşəyi rəngdə, qabıqla örtülmüş qabarcıqlar, açıq –qəhvəyi rəngdə ağırlı, ziyilli və keloidə bənzər, birləşməyə meyilli törəmələr aşkarlanır. Limfa düyünləri prosesə cəlb edilmir.

Differensial diaqnoz – keloidli sızanaqlar, ziyilli dəri və rəmi, qabarcıqlı sifilid, ziyilli qırmızı yastı dəmrov.

Xromomikoz (*Pedrozo* xəstəliyi, qara blastomikoz), BXT-10: V43 –baldır və pəncələrdə ziyilli törəmələrlə müşayiət olunan dəri və dərialtı piy toxumasının xroniki infeksiyasıdır, əksər hallarda daxili orqanlar və sümüklərin zədələnməsi ilə rast gəlinir.

Törədici –*Dematiaceae*: *Fonsecaea pedrosoi*, *Fonsecaea compacta*, *Phialophora verrucosa*, *Cladosporium carrionii*, *Rhinochrysiella aquaspersa*, *Botryomyces caespitosus* fəsiləsindən olan göbələklər. Melanin ifraz edir, onun torları və konidiaları(hərəkətsiz göbələk telləri) tünd rəngdədir. Torpaq və bitki saprofitidir.

Əlverişli amillər – il ərzində isti, rütubətli iqlim şəraiti olan bölgələr. Yoluxma halları daha çox kənd təsərrüfatı işçiləri, saxtaçılar, tropik və subtropik zonaların ayaqqabı geyinməyən əhalisi arasında rast gəlinir.

Ötürülmə yolları –törədici zədələnmiş dəridən daxil olaraq limfa damarları vasitəsilə autoinokulyasiya təzahürləri ilə bütün orqanizmə yayılır. Xəstəlik insandan insana ötürülmür.

Klinik gedişi –Bir neçə il ərzində ocaqların tədricən çoxalması müşahidə edilir.

Lokalizasiya nahiyələri – Baldır, ayaq pəncələri, bəzən də biləklər və döş qəfəsinin birtərəfli zədələnməsi .

Klinik şəkil

Xromomikozun qabarcıqlı, məməcikli-xoralı və düyünlü formaları aşkar edilmişdir. Törədinin yoluxduğu sahədə kiçik qabığı soyulan düyün (qabarcıq) əmələ gəlir, sonradan (ay və ya illərdən sonra) onun ətrafında oxşar yeni elementlər əmələ gəlir. Zədə ocağı ziyilvari və sağlam dəri səthli, tədricən böyüyən lövhələri xatırladır. Lövhələr mərkəzdən başlayaraq sorulur və halqəşəkilli olur. Üzərində gül kələminə bənzər şişlər, pustulalar, xoralar, “qara nöqtələr”, qanayan qranulemalar yarana bilər. Ocaqlar zədələnmiş ətrafların fil xəstəliyi əlaməti ilə bütün baldır və ayaq pəncələrini əhatə edə bilər.

Differensial diaqnoz – ziyilli dəri vərəmi, digər dərin mikozlar, üçüncü aktiv sifilis, frambeziya, qeyri-yoluxucu qranulemalar, lepramatoz cüzam, dermatofitlər, leyşmani-oz, dərin piodermiyalar, yastıhüceyrəli dəri xərcəngi.

Sporotrixoz, BXT-10: V42 –dəri, dərialtı piy toxumaları, limfa sistemi və selikli qişaları zədələyən xroniki və ya yarım kəskin gedişli dərin mikozdur. Qaraciyər, böyrəklər və ağ ciyərlərin zədələnməsi mümkündür. Xəstəliyə təsadüfən rast gəlinir, amma bəzən epidemiyalara səbəb ola bilər.

Törədici – dimorf Sporothrix schenckii göbələkləri, torpaq, bitkilər və s. məskunlaşlar. Toxumalarda dairəvi və ya siqara bənzər maya hüceyrələri “mənik” və yaxud asteroid cisimlərin –onların toplanmış kütləsi halında olur.

Əlverişli amillər –tropik iqlimli regionlar. Şəkərli diabet, alkoqolizm, HİV infeksiyası, bəd xassəli törəmələr, immunsupressiv müalicə. Xəstəliyə bağbanlar, gülçülər, kənd təsərrüfatı və meşə işçiləri yoluxur.

Ötürülmə yolları --yoluxma halları dərinin dərin zədələnməsi (tikanlar, tilişkələr, şüşə qırıntıları), və ya yoluxmuş materialın (visseral –sporotrixoz) tənəffüs, sorma və ağız boşluğundan daxil edilməsi zamanı baş verir. Sporotrixozun yoluxmasında ev heyvanları infeksiya mənbəyi ola bilər.

Klinik gedişi – dərinin zədələnməsindən sonra inkubasiya dövrü orta hesabla 2-3 həftə çəkə bilər. Ağrı əlamətləri və qızdırma halları müşahidə olunmamışdır. Öz-özünə müalicə mümkün deyil. Tam müalicə kursundan sonra tez-tez residivləşmə halları qeyd olunur. HİV infeksiyalı xəstələr müalicəyə qarşı süstlük-torpidlik səciyyəvidir.

lokalizasiya nahiyələri: yaşlılarda əlin til hissəsinin və ya saidin arxası , uşaqlarda –üz, yayılmış sporotrixozun səpgiləri zamanı ovucclar və ayaq altları intaktıdır.

Klinik şəkil

Sporotrixozun bir neçə növü ayırd edilir:

- Dərinin səthi;
- “sporotrixozlu şankr”, dərialtı piy toxumasında lokalizasiya olmuş;
- Limfatik sporotrixoid;

- Disseminə olunmuş;
- Birgə (yanaşı) gedişli
- Sporotrixid;

Səthi dəri sporotrixozu –folikulitlər, sızanaqlar, düyüncüklər, lövhələr, ziyilli,məməcikli və ya psoriazabənzər səpgilər, xoralar, qartmaqlar. Bəzən ağız, burun, əsnək və udlağın selikli qişalarının eritematoz –xoralı və məməcikli zədələnmələri mümkündür.

Lokalizasiya olunmuş dərialtı sporotrixoz (“sporotrixoz şankrlı”) –zədə yerlərində bir neçə həftədən sonra ətraf toxumalarda birləşən və xoralaşan düyüncüklər, irincik və ya düyünlər meydana gəlir. Element çəhrayı eritema ilə əhatə olunmuşdur. Sporotrixoz şankrlı – enli əsas üzərində girintili-çixıntılı kənarları olan ağırlı xoralar formalaşır. Regionaz limfa düyünlərinin iltihabı və böyüməsi aşkar edilir.

Limfatik sporotrixoid sporotrixozu (60% halda)—ilkın ocaqdan infeksiyanın (sporotrixoz şankrlı) limfa damarları ilə yayılması nəticəsində yaranır. Limfa damarları boyunca möhkəm yoğun zoğun yanında çoxlu sayda düyünlər, düyüncüklər əmələ gələrək sonradan xoralaşırlar.

Disseminə olmuş sporotrixoz infeksiyanın hematogen yolla yayılması nəticəsində inkişaf edir. Dəri (çoxlu sayda düyünlər, xoralar, qartmaqlar), oynaqlar, gözlər, beyin qişası, daxili orqanlar zədələnilir.

Sporotrixidlər –bəzi sporotrixoz hallarında allergik səpgiləri şəklində müşahidə olunur.

Differensial diaqnoz –dəri vərəmi; qeyri-tipik mikobakteriyaların yaratdığı infeksiyalar; tülyaremiya; felinoz; birincili sifilis; digər dərin mikozlar; dərin piodermiyalar; sibir xorası; leyşmanioz; melioidoz; yad cisimlər; dermatofitlər.

Aspergillez , BXT-10: V 44 – aspergillərin (kif göbələkləri) səbəb olduqları dəri, selikli qişa, qulaq, göz,ağciyər, digər daxili orqanların mikotik zədələnməsi.

Törədicisi –Aspergillus fumigates, A. flavus , A.Niger və digər göbələkləri. Torpaq və bitki saprofitidir, fermentlər , bəzi üzvi turşular və s. tərkibində aspergillərin istifadə olunduğu istehsalat müəssisələrinin tozlu havasında aşkar olunur. Aspergil mənəbəyi daşıyıcıları kimi ev heyvanları və bəzi quşlar (göyərçinlər) hesab edilir.

Əlverişli amillər –orqanizmin immunbioloji reaktivliyinin aşağı düşməsi, ağır infeksiyalar (vərəm), onkoloji xəstəliklər (ağciyər xərçəngi) və s.

Ötürülmə yolları – inhalyasiya, endogen; nadir hallarda –zədələnməmiş dəri vasitəsilə.

Klinik gedişi –xronikidir, müalicə edilməzsə ağciyər, qaraciyər və böyrəklərin ağır zədələnməsinə səbəb olur.

Lokalizasiya nahiyələri –xarici eşitmə keçəcəyi, sağrıların dərisi, dırnaq plastinkaları, buynuz qişası.

Klinik şəkil

Dəri təzahürləri müxtəlifdir: dermatit, intertrigo, qovuquclu, düyüncüklü səpgilər, eritrodermiya, xroniki xoralı və abses formalı piodermalar şəklində müşahidə olunur; bəzən dırnaq lövhəciklərini zədələyir. Bronxiti, pnevmaniyanı, ağciyər vərəmini xatırladır, və ya vərəm, ağciyər xərçənginin gedişini ağırlaşdırır. Aspergilezlu qulaq iltihabı, gözün buynuz qişasının (panoftalmit –irinli göz iltihabı), ağız və burun boşluğunun zədələnmələrinə rast gəlinir.

Differensial diaqnoz –vərəm, sarkoidoz, aktinomikoz, eumisetoma, daxili orqanların parazitər mikozu, parazitər və qeyri-parazitər kistalar, ağciyər in toz fibroz u və s.

Sefalosporioz, BXT -10: V48 –dəri, selikli qışa, oynaq-hərəkət aparatı və daxili orqanların dərin mikozudur.

Törədici – mənşəcə Cephalosporium göbələyidir, daha çox Cephalosporium acremonium Corda növünə rast gəlinir; təbii saprofitlərdir.

Əlverişli amillər – müxtəlif dəri zədələnmələri. Orqanizmin müdafiə xassələrinin azalması.

Ötürülmə yolları –dəri və selikli qışanın zədələnməsi zamanı.

Gedişi–xroniki.

Lokalizasiya nahiyələri –dəri, selikli qışalar.

Klinik şəkil

Dermatit və piodermiyanı xatırladır, vezikulo-pustulyoz, eroziya-xoralı və ya qumma tipli dərin ocaqlar, xoralı-məməcikli, absessli elementlər, misetomalar (“madur pəncə”). Bir qayda olaraq, daxili orqanların zədələnməsi septikopiemiya ilə müşayiət olur.

Differensial diaqnoz –digər dərin mikozlar, xoralı-məməcikli piodermiyalar, qummoz sifilidlər və s.

Kladosporioz – Əsasən mərkəzi sinir sistemini (beyin) və dəri örtüyünü zədələyən dərin sistemli mikoz. Xəstəlik yoluxucu deyil. Bəzən sporadik hadisələr qeydə alınmışdır.

Törədici –Cladosporium trichoides, Cladosporium mansonii və s.; torpaq və bitki saprofiti. Göbələk neyrotropdir.

Əlverişli amillər və ötürülmə yolları məlum deyil.

Klinik gedişi –xroniki, törəyən.

Proqnoz –beyin zədələnməsi zamanı proqnoz qeyri-qənaətbəxşdir.

Lokalizasiya nahiyələri –mərkəzi sinir sistemi (əsasən beyin), nadir hallarda –dəri.

Klinik şəkil

Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi zamanı – çoxlu sayda beyin absessləri ilə əlaqədar baş ağrıları, süstlük, yuxuculluq, titrəmə, hipertoniya. Ağciyərlərdə kütlələşmiş absesslərə rast gəlinir.

Səthi dəri zədələnmələri (epidermis) Tinea nigra, keratomycoşis palmaris şəklində keçir.

Differensial diaqnoz – vulqar beyin absessi; baş beyini (mukoroz, kriptokokkoz) zədələyən digər dərin mikozlar.

Rinosporidioz, BXT -10: V 48-- əsasən isti iqlimli ölkələrdə rast gəlinən xroniki dərin mikoz.

Törədici –Rhinosporidium seeberi; törədici nin kulturası alınmayıb.

Əlverişli amillər və ötürülmə yolları – rinosporidioza yoluxan quşların çirkləndirdiyi düyü sahələri və nohurlarda çalışan insanlarda rast gəlinir.

Klinik gedişi–xroniki.

Lokalizasiya nahiyələri – burun, göz qapaqları, uşaq lıq yolu və ona yaxın sahələrin selikli qışası.

Klinik şəkli

Lokalizasiya nahiyələrində özlü selikli maddələrlə örtülmüş moruq və ya gül kələmi şəklində məməcikli və polipli artımların əmələ gəlməsi. Bu törəmələrin yeni qan damarları ilə zənginləşməsi, onların yüngülcə zədələnərək qanaması xarakterikdir. Poliplər inkişaf edərək böyük ölçülərə çatırlar. Dəri zədələnmələri üçün verrukoz hiperkeratotik törəmələr səciyyəvidir.

Differensial diaqnoz – polipli elementlər, rinofima, enli və itiüclu kondilomalar .

Misetoma (eumisetoma, madur pəncəsi, maduromikoz, fikomisetoma) , BXT-10: V47 –Xroniki, ocaqlı, qeyri-yoluxucu, tədricən inkişaf edən göbək xəstəliyidir, dəri, dərialtı hüceyrə, fassiya, əzələlər, ətraf nahiyələrin sümükləri (pəncə, əl), nadir hallarda-bədənin digər hissələrini zədələyir. Fil xəstəliyi, ətraflarda şiş törəməli deformasiyalar, irinli-ıfrazat fışulların fistulyoz yolların əmələ gəlməsi səciyyəvidir.

Törədici –Pseudallescheria boydii, Madurella grisea, Madurella mycetomatis. Torpaq saprofitidir.

Əlverişli amillər – tropik və subtropik iqlimli ölkələrdə yaşayan kənd təsərrüfatı işçiləri, kənd sakinləri. Xəstəliyə səbəb olan amillər kimi şəxsi gigiyenaya əməl edilməməsi, ayaqyalın gəzmək, dəri zədələri, hipotrofiyadır.

Ötürülmə yolları –zədə nahiyələrinə torpaq geofillərinin yoluxması nəticəsində ocaqların yaranması.

Klinik gedişi –həftələr, aylar, illər.

Lokalizasiya nahiyələri –baldır, pəncə və əllərin birtərəfli zədələnməsi; nadir hallarda—bədən, bazu önü, baş, budlar, sağrılar.

Klinik şəkil

Törədinin yoluxduğu sahələrdə palpasiya zamanı ağrıyan düyüncüklər və ya düyünlərin yaranması, titrəmə əlamətləri. Ətrafların ölçüləri böyüyür, şişkinləşir. Düyün xoralaşır, irin ıfrazı müşahidə olunur. Fistulyoz yolların ətrafında şiş törəmələr meydana gəlir. Proses ətraf toxumalara –fassiya, əzələ və sümüklərə yayılır. Limfa düyünlərin böyüməsi mümkündür. Uzun müddətli gedişli misetomanın üzərində çarıqlar və irinli fistulalar müşahidə edilir.

Differensial diaqnoz – xromomikoz, Şimali Amerika blastomikozu, aktinomisetoma, dərin piodermiyalar, yad cisimlər, dermatofitiyalar, leyşmanioz.

Mukoroz, BXT-10: V 48 –dəri, dərialtı hüceyrə, qulaqlar, gözlər və daxili orqanları (ağ ciyər-bronx sistemi, qara ciyər, böyrəklər, mədə-bağırsağ sistemi, mərkəzi sinir sistemi) zədələyən dərin xroniki kifli mikozdur.

Törədici –Mucoraceae fəsiləsindən olan mənşəcə Mucor göbələyi. Təbiət, qida məhsulları, havada geniş yayılmışdır.

Əlverişli amillər –şəkər xəstəliyinin ağır formaları; peşə xüsusiyyətli (portağal toplayanlar).

Ötürülmə yolları - əsasən aerogen yolla.

Klinik gedişi –xroniki.

Lokalizasiya nahiyələri –dərialtı piy qatı, dırnaq lövhəcikləri və əl dırnağı ətrafi yastıqların cəlb edilməsi ilə müxtəlif dəri örtüklərinin zədələnməsi.

Klinik şəkil

Dəri təzahürləri xroniki xorali piodermiyalar və zahiri otitlərə oxşayır. Antibiotik dərmanlarla pnevmoniyanın müalicəsi zamanı ağ ciyərlərin mikotik zədələnməsi meydana gəlir. LOR orqanların, mədə-bağırsaq sisteminin mukoz zədələnmələri, həmçinin prosesin əlavə burun boşluqlarından yayılması nəticəsində meningit-ensefalitin ağır formaları qeyd edilmişdir. Göstərilmiş təzahürlər ağır formalı diabet xəstələri üçün səciyyəvidir.

Differensial diaqnoz – digər dərin mikozlar, şiş törəmələr, meningit-ensefalit, pnevmaniya və s.

Penisilioz, BXT-10: V48—Penicillium mənşəli göbələklərin yoluxdurduğu dırnaq, selikli qişa, daxili orqanların zədələnməsi. Xəstəlik yoluxucu deyil.

Törədici – insan dərisi və selikli qişa saprofitləri. Daha çox Penicillium crustaceum Fries, Penicillium glaucum Link göbələkləri patogendir.

Əlverişli amillər – orqanizmin immunitetinin aşağı düşməsi; tərəvəz anbarları, pendir və antibiotiklərin istehsalat sahələrində çalışanlar.

Ötürülmə yolları – hava, zədələnmiş dəri və ya selikli qişa.

Klinik gedişi – xəstəliyin ümumi ağır gedişli forması və onun qeyri-səmərəli antibiotikoterapiyanın nəticəsində xronikidir.

Lokalizasiya nahiyələri – dəri və selikli qişa, nadir hallarda – ağ ciyər-bronx aparatı və baş beyin sistemi.

Klinik şəkil

Dermatitlər, ekzema, xroniki xoralar, xarici otitlər. Selikli qişalar, ağciyər-bronx sisteminin, daxili orqanlar, beyin absessinin inkişafı, misetoma kimi zədələnmələrinin ehtimalı var.

Differensial diaqnoz – digər dərin mikozlar, xroniki dərin piodermalar.

Dərin psevdomikozlar

Aktinomikoz, BXT-10: A42 – Actinomycetales bakteriyalarının səbəb olduğu müxtəlif toxuma və orqanların xroniki dənəcikli-irinli zədələnməsi, belə zədələnmələr möhkəm, infiltratların, absesslərin, uzun müddət sağalmayan irinli fistulalı yolların əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur.

Törədici – Actinomyces israeli, Actinomyces bovis, Actinomyces albus Rossi-Doria, Micromonospora pava. Əvvəllər Actinomycetales qəbiləsindən olan bakteriyaları göbələklər aləminə aid edilirdi. Dəri, ağızın selikli qişası, tənəffüs yolları və mədə-bağırsaq traktının selikli qişalarının saprofitləridir.

Əlverişli amillər – orqanizmin müdafiə qabiliyyətinin zəifləməsi, xroniki infeksiyalar, immunçatışmamazlığı vəziyyəti.

Ötürülmə yolları – aktinomisetlərin fəallığı nəticəsində əsasən endogen yoluxmalar (zədələnmələrdən sonra).

Lokalizasiya nahiyələri – üz-boyun və ferokal nahiyəsi, qarın və qarın boşluğu orqanları, dəri örtüyünün digər hissələri, selikli qişalar.

Klinik şəkil

Birincili və ikincili aktinomikozlar ayırd edilir ki, bu zaman infeksiya əsas ocaqdan müxtəlif toxumalar və orqanların zədələnməsi ilə yayılır.

Birincili dəri aktinomikozu –nadir hallarda rast gəlinir, göyümtül-qırmızı rəngdə, ağrılı möhkəm infiltratların əmələ gəlməsi ilə başlayır. Belə infiltratlar sonradan tünd qırmızı rəngə çalaraq yumşalır, absesləşir, uzun müddət sağalmayan fistulaların və möhkəm gərilmiş çarıqların əmələ gəlməsi ilə açılır. Antibiotikli dərmanların istifadəsi nəticəsində möhkəm infiltrat və fistulalı yollar yaranmır.

Birincili aktinomikoz ocağın bəzən misetoma şəklində peyda olması mümkündür. Törədiciyin daxil olduğu sahədə düyüncük və ya düyün əmələ gəlir, ətrafların şişkinliyi və ölçülərinin böyüməsi müşahidə olunur. Sonradan düyün xoralaşır, onlardan tərkibində druzalar (kristallar) olan irin ifraz olur. Fistulaların ətrafında fistulyoz yollar və şişkinliklər formalaşır. Proses ətraf toxumalara yayılır, çarıqlanma və ətrafların deformasiyası ilə müşayiət olunur. Pəncələr, baldır, əllər zədələnir; digər misetom lokalizasiyalar mümkündür.

Üz-boyun aktinomikoz forması zamanı infeksiya öncə dəri və dərialtı piy toxumasını zədələyir, sonradan fassiyal sahələrə yayılaraq əzələ toxumaları, sümüklər, əlavə boşluqlar və kəllə qapağını dağdır; döş boşluğuna daxil olub döş qəfəsinin perforasiyasının və müvafiq orqanın zədələnməsinə səbəb olur.

Qarın boşluğu aktinomikozu qarın divarlarının cəlb edilməsi ilə düz bağırsağ və ileosekal (pərdə) nahiyələrində yaranır.

Həmçinin kiçik çanaq orqanları, sidik-cinsiyyət sistemi, pararektal, oma-büzdüm və sağrı nahiyələrinin aktinomikozuna rast gəlinir.

İkincili dəri aktinomikozu daha çox qummoz düyünlü formada meydana gəlir, bu zaman üzərində çoxlu fistulalar olan göyümtül-qırmızı rəngdə, ağrısız möhkəm infiltrat meydana gəlir.

Differensial diaqnoz –şiş törəmələri, koksidioidoz, digər dərin mikozlar, abseslər, xroniki piodermiyalar, sifilitik qummalar, dəri vərəmi.

Nokardioz (qeyri-tipik aktinomikoz)—daxili orqanların (əsasən ağciyərlər) kəskin və ya xroniki xəstəliyidir, dəri, dərialtı piy toxuması, selikli qişa, limfa düyünlərin prosesə cəlb olunması hallarına tez-tez rast gəlinir. Xəstəlik qeyri-kontagiozdur.

Törədici –Nocardia asteroid, Nocardia madurae, Nocardia brasiliensis Castellani. Toxumalarda druzalar və dənəciklər, göbələk telləri və kapsullar əmələ gətirməyən aerob bakteriyaları (periferiyaya doğru druzalar bənzər törəmələrin əmələ gəlməsi). Təbii saprofitlərdir.

Əlverişli amillər –subtropik ölkələrdə yaşayan, steroid dərmanlarla müalicə qəbul edən, qan xəstəlikləri olan insanlar.

Ötürülmə yolları –respirator, mədə-bağırsağ sistemi, zədələnmiş dəri və selikli qişalar vasitəsilə.

Klinik gedişi—kəskin və ya xroniki.

Lokalizasiya nahiyələri –daxili orqanlar (əsasən ağciyərlər), nadir hallarda –dəri, dərialtı piy toxuması, selikli qişalar, limfa düyünləri.

Klinik şəkil

Ağ ciyər (plevropnevmoniya tipli) və generalizə olunmuş (septiki), birincili və ikincili nokardioz qeyd edilmişdir. Dəri, dərialtı piy toxuması və sümükləri (əsasən aşağı ətraflar) zədələyən misetomalar mümkündür.

İnfeksiyanın differensiasiyası sepsis, daxili orqanların zədələnməsi, döş və qarın boşluqlarında, dəridə fistulyoz yolları əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur. Baş beyin absessi və ya meningitlərin inkişafı mümkündür.

Differensial diaqnoz –histoplazmoz, aktinomikoz, koksidioidoz, ağciyər vərəmi.

Dermatomikozların laborator diaqnostikası

Müxtəlif formalı dermatomikozların diaqnozu xəstəliyin klinik şəkli və laborator diaqnostika göstəricilərinə əsasən qoyulur, hansılara daxildir:

- Mikroskopik tədqiqat
- Kultural tədqiqat
- Patomorfoloji tədqiqat

Mikroskopik və kultural tədqiqatlar zamanı material olaraq zədələnmiş ocaqlardan götürülən –pulcuqlar, zədələnmiş saçlar və dırnaq lövhəciklərindən qaşınmış qırıntılar istifadə edilir; patomorfoloji tədqiqatlar zamanı isə-- PAS-reaksiya üsulu ilə boyanaraq zədə ocağından alınan biopsiyalar tədqiq olunur.

M i k r o s k o p i k t ə d q i q a t l a r z a m a n ı – patoloji material 10-30%-li kalium hidroksidi (KOH) ilə təmizlənir, beləki bu məhlul preparatı duruldararaq göbələk elementlərinin daha aydın görünməsinə səbəb olur. Preparat nativ (boyanmamış) şəkildə adi işıq mikroskopu ilə tədqiq edilir.

Kandidozlar zamanı –bir-birinə ensiz özüllər (tağlar) vasitəsilə toxunan, uzunsov hüceyrələrdən ibarət zəncirlər— **y a l a n ç ı g ö b ə l ə k t e l l ər i** (pseudomiselilər) müşahidə olunur.

Əlvan və ya kəpəklənən dəmrov zamanı –çoxsaylı, qısa, geniş əyilmiş miseli telləri (torlar) və assosiativ təsvir olunan “donanma makaronu”na bənzər tumurcuqlanan salxımlar (sporlar) şəklində müəyyən edilmişdir.

Dermafitlər zamanı – səthi üzərində qeyri-bərabər aralıqlardan yayılan, bölücü xətlərlə həmcins enliyə malik, şaxlanan zolaqşəkilli **t e l l ər** (torlar) aşkar edilir.

Verilmiş üsul göbələyin növünü identifikasiya etmədən mikoz diaqnozunu təsdiqləyir. Müəyyən dərəcədə dermafitlərin klinik müxtəlifliyini aşkar etmək yalnız zədələnmiş saçın mikroskopla tədqiqi zamanı mümkündür. Belə ki, saçın tərkibindəki göbələk sporlarının lokalizasiyası – **e n d o t h r i x** səthi və xroniki trixofitiya, favus üçün səciyyəvidir. Göbələk sporlarının saçların xarici səthində - **e k t o t h r i x** irinli-infiltrativ trixofitiya və mikrosporiya üçün səciyyəvidir. Nizamsız qaydada yerləşən xırda ölçülü sporlar (**m i c r o i d e s**) –mikrosporiya üçün; iri ölçülü, zəncirvari sporlar (**m e g a s p o r o n**) – trixofitiya üçün səciyyəvidir.

Praktiki dermatologiyada dərini yoluxduran (göbələyin müəyyənləşdirilməsi) dermafitlərin növünü bilmək mütləq deyil. Beləki, tədqiqat zamanı göbələk sporları və tellərinin olmasını təsdiqləmək və ya təkzib etmək kifayətdir, çünki, dermafitlərin bütün

formaları üçün terapiya və profilaktika prinsipləri eyni tiplidir.

Göbələklərin müəyyənləşdirilməsi yalnız k u l t u r a l t ə d q i q a t l a r zamanı mümkündür. Laborator diaqnostikanın bu növü - qidalandırıcı Sabur mühitində patoloji materialın əkilməsi nəticəsində göbələyin kolonunun aşkarlanması, onun mikroskopik xassələrinin (koloniya növü, onun forması, səthi strukturu, rəngi, qatılığı) və mikroskopik quruluşu (tellərin quruluşunun xüsusiyyətləri və diametri, sporların və zərrəciklərin forma və ölçüsü,) öyrənilir.

P a t o m o r f o l o j i t ə d q i q a t l a r diaqnozun təsdiqi və həmçinin patoloji prosesin dərinliyinin qiymətləndirilməsi üçün keçirilir.

D e r m a t o m i k o z l a r ı n p r o f i l a k t i k a s ı

Son zamanlar dermatomikozların geniş yayılması bu xəstəliklərin ictimai və şəxsi profilaktik tədbirlərinin keçirilməsini tələb edir. Dermatomikozların ictimai profilaktikasını – yoluxma hallarının qeydə alınması (əhalinin müxtəlif qrupları arasında, müxtəlif istehsalatlarda və s.), onun təhlili, xəstələrin, həmçinin xəstəliyin simptomuz forması olan şəxslərin fəal aşkarı və vaxtında müalicə. Xüsusi nəzarət qrupuna – uşaq kollektivləri, hərbi qulluqçular, baytarlıq xidməti, idmançılar, hamam, duşlar, hovuzlar, restoran, bərbərxana-salonlar, çörəxana, qaynar sexlər, heyvanxanalar və s. işçiləri aiddir.

Profilaktika tədbirləri – hamam,duş, hovuzların, restoran, bərbərxana və ictimai istifadə yerlərində iş yerinin və avadanlığın müntəzəm dezinfeksiyası; daşkömür, filiz-mədən, neft sənayesində tozla, qaynar sexlər, toxuculuq sənayesində və s. –həddən artıq qızdırılma ilə mübarizə. Xalq kütlələrinin sanitar-gigiyenik maarifləndirilməsi istiqamətində tədbirlər keçirilir.

Ailə (kollektiv) üzvlərindən birinin dermatofitə yoluxması zamanı ailənin (kollektiv) digər üzvlərini, və həmçinin əgər varsa ev heyvanlarının müayinəsi keçirilir. Yaşayış və iş yerlərinin ikiqat sanitar- anti-epidemik təmizlənməsi (ilk və son) göstərilmişdir. Yataq ləvazimatlarının, geyim, məişət əşyalarının və s. dezinfeksiyası keçirilir.

Şəxsi profilaktika –ilk profilaktikanı (şəxsi gigiyena qaydalarına riayət) və ikinci profilaktikanı (alt paltarları və yataq camaşırıları, baş geyimləri, ayaqqabılar, məişət əşyalarının dezinfeksiyası) əhatə edir.

D e r m a t o m i k o z l a r ı n m ü a l i c ə s i etiopatogenetik prinsip üzrə aparılır, bu prinsip - etioloji-antimikotik və iltihablı reaksiyanın zəiflədilməsinə, orqanizmin metabolik və reparativ funksiyasına yönəldilmiş patogenetik müalicənin aparılmasını nəzərdə tutur.

Məhdud zədə ocaqları ilə müşahidə olunan əlvan dəmrov, qasıq epidermofitiyası, kandidozlar və dırnaq lövhəciklərinin zədələnməməsi özünü göstərən ayaqların mikrozu zamanı yerli (topik – xarici təsir edən) fəaliyyətli preparatlardan istifadə etmək olar. Topik preparatlarla müalicənin təsiri olmadıqda, yuxarıda təsvir edilmiş dermatomikoz formaları, və həmçinin rubrofitiya, mikrosporiya, trixofitiya, ayaqların mikozunda, dırnaq lövhəciklərinin zədələnmələrində yerli müalicə ilə yanaşı sistemli terapiya aparılır.

S i s t e m l i t e r a p i y a

Antimikotik preparatlar.

- Göbələk əleyhinə antibiotiklər.

P o l y e n –pimafusin, amfoterisin B,nistatin, levorin, mikoseptin; q e y r i – p o l y e n –grizeofulvin.

- Azollar: i m i d a z o l l a r – klotrimazol, mikonazol, bifonazol, ekonazol, keto-konazol; t r i a z o l l a r – itrakonazol, flukonazol
- Allilaminlər - terbinafin.
P a t o g e n e t i k a s s o s i a t i v p r e p a r a t l a r
- A,E,C, çoxkomponentli və kompleks B qrupu vitaminləri.
- Metabolik proseslərin stimulyatorları –aktovegin, solkoseril, metilurasil.
- Hepatoprotektorlar –essensiale, silibin, xepel, hepar kompozitum.
- Angioprotektorlar –detraleks, niserqolin, pentoksifillin.
- Antibakterial preparatlar –antibiotiklər, ftorxinolonlar, sulfanilamidlər.
- İmmunomodulyatorlar –metilqlukamina akridonasetat, imunofan, T-aktivin, en-gistol.
- Antigistamin –loratadin, dezloratadin, feksofenadin, ebastin, setirizin, astemi-zol.

Cərrahi müdaxilə --beyin absesi, ağ ciyər və digər orqanların zədələnməsi zamanı (mukoroz, aspergillez, kladosporioz, penisilioz).

T o p i k (xarici / yerli) t e r a p i y a

A n t i m i k o t i k p r e p a r a t l a r – şampunlar, məhlullar, spreylər, gellər, mazlar, kremlər və onların tərkibindəki naftizidlər, terbinafin, klotrimazol, bifonazol, ketokona-zol, natamisin,nistatin; laklar –siklopiroks, amorolfın.

A n t i s e p t i k v ə d e z i n f e k s i y a e d i c i p r e p a r a t l a r –yod məhlulları, anilin boyalar, etakridin laktat, nitrofuran, bor turşusu, kalium permanqanat.

A n t i b a k t e r i a l p r e p a r a t l a r .

Antibiotik məlhəmlər: linkomisin, tetrasiklin, eritromiçin, gentamiçin, fusidin, leva-mekol, piolizin; sulfanilamid məlhəmlər –gümüş sulfatiazol.

M e t a b o l i k p r o s s e s l ə r i s t i m u l y a s i y a e d ə n p r e p a r a t l a r –solkoseril və metilurasil məlhəmləri, aktovegin geli.

İ m m u n o m o d u l y a t o r l a r –sprey İRS-19.

K e r a t o l i k p r e p a r a t l a r –1,5-2,0 %-li salisil spirti, kükürtlü-salisil məlhəmi (10-3%).

XIV. DERMATİTLƏR

Sadə irriant kontakt (təmas) dermatiti

Allergik kontakt (təmas) dermatiti

Kəskin dermatitləri və xronik ekzemaları bəzən bir ümumi epidermal, reaksiyaları qəbul etməmək adı altında birləşdirirlər. Bu xəstəliklər çox tez-tez təsadüf olunur, bunlar dəri xəstəliklər olan pasiyentlərin 15-20%-də müşahidə edilir. Belə xəstəlikləri qeyri-yoluxucu xəstəliklərə aid etmək olar, ona görə də yoluxucu olmayan polietoloji iltihabi dermatozlara daxildirlər, bu zaman klinik şəkil epidermisdə və dermanın yuxarı qatlarında baş verən patoloji dəyişikliklərlə səciyyələnir.

Tez-tez qaşınma ilə müşahidə olunan bu dəri əlamətlərinin kəskin gedişi zamanı klinik olaraq ön plana qızartı, ödem, qovuşqlar, islanma (su vermə) və qartmaqla nəzərə çarpan ekssudativ-iltihabi proseslər, xroniki gedişi zamanı – qızartı, epiderminis kobudlaşması (akantoz), qabıqlanma və ya lixenifikasiya ilə birlikdə proliferativ-iltihabi proseslər çıxır.

Orqanizmin fərdi reaktivliyindən asılı olaraq dermatitlər həm məlum, həm də naməlum, endogen və ya ekzogen təsir göstərən provokasiya amilləri (toksik, yaxud allergik mənşəli) tərəfindən törədilə bilər.

Nomenklaturada epidermal reaksiyaların qəbul edilməməsi haqqında indiyə kimi vahid fikir yoxdur, belə ki, həm etioloji planda, həm də patoloji nöqtəyi-nəzərdən hərtərəfli qane edici təsnifat yoxdur. Klinik «dermatitlər» və «ekzema» diaqnozları çox vaxt sinonimlər şəklində istifadə olunur. Xəstəliyin gedişi nəzərə alındıqda kəskin, yarımkəskin və xronik dermatitlərdən danışirlar, lakin bununla yanaşı həmçinin kəskin, yarımkəskin və xronik ekzemadan söhbət açılır, bu zaman eyni xəstəlik nəzərdə tutulur. İngilis-amerikan tibb ədəbiyyatında bu qəbildən olan xəstəliklər üçün çox zaman «dermatitlər» termini tətbiq edilir. Avropa dermatoloqları arasında geniş yayılmış «ekzema» termininə üstünlük verilir. Dəri səpgilərinin sinxron polimorfizmi və aydın xroniki gedişatı ilə səciyyələnən bütün epidermal reaksiyaların qəbul edilməsi ekzema adlandırılır.

Avropa dermatologiyasında artıq bir neçə onilliklərdə ki, kəskin və sürətlə repressiya etmək xüsusiyyətinə malik epidermal reaksiyaların qəbul edilməsi «dermatit», xronik gedişli və spontan remissiya etməyə zəif meyilli olan reaksiyaları isə ekzema adlandırmaq qəbul olunmuşdur.

Lakin onu da nəzərə almaq lazımdır ki, xəstəliyin gedişində çox müxtəlif proseslər baş verə bilər. Məsələn, allergik kontakt dermatitinin yaranmasının səbəbi kimi iştirak edən ən mühüm təmas allergenləri ilə təkrar kontakt zamanı xroniki vəziyyətə keçərək ekzemaya çevrilə bilər. Xronik allergik kontakt ekzeması zamanı səbəbkar kontakt allergenlərinin təsiri yenidən bərpa olunarsa, kəskin ağırlaşma halları baş verə bilər. Bu prosesləri fərqləndirmək praktik həkim üçün xüsusilə vacibdir. Səbəbin müəyyən edilməsi müvafiq terapiyanın düzgün təyin olunmasına kömək edir.

Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq aşağıdakı təsnifat qəbul edilmişdir:

- kəskin kontakt dermatiti: sadə və ya allergik;
- xroniki kontakt dermatiti: kumulyativ-toksiki və ya allergik;
- seboreya ekzeması;
- mikrob (numulyar) ekzeması;
- atopik ekzema (atopik dermatit).

Obliqat toksiki, yəni birincili olaraq dərini güclü zədələyən maddələrin bir dəfə ekzogen təsiri zamanı normal hissiyyatlı dəridə kəskin toksiki kontakt dermatiti inkişaf edə bilər. Dərini zəif qıcıqlandıran çoxsaylı ekzogen təsir zamanı və dəridə onlara qarşı meylik olduqda kumulyativ-toksiki ekzema baş verə bilər. Hər iki halda dərinin iltihabi dəyişiklikləri və epidermin klinik olaraq sıx cəlb olunması ilə səciyyələnir, bu zaman birincili allergik proseslər patogenetik baxımdan əhəmiyyət kəsb etmirlər.

SADƏ İRRİTANT KONTAKT DERMATİTİ

Sadə irritant (qıcıqlandırıcı) təmas dermatiti – çox vaxt su, sabun, yüksək temperaturla təmas və sürtülmə nəticəsində baş verən təkrar kontaktlar zamanı meydana çıxan təmas dermatitidir. Güclü qıcıqlandırıcılara (irritantlara) turşular, qələvilər və nəm sement aid edilir: bu kimyəvi maddələr kimyəvi yanıqların kəskin ocaqlarını törədə bilərlər. Zəif qıcıqlandırıcıların xronik təsiri ən geniş yayılmış problemlərdən biri olan ekzematöz dəyişikliklər törədirlər. İltihabın intensivliyi adətən irritantın qatılığı və kontaktın davam etmə müddəti ilə bağlıdır. Zəif qıcıqlandırıcılar quruluq, çatlar və eritema törədirlər; güclü kimyəvi maddələr təcili inkişaf edən reaksiyalar verə bilər ki, bu da göynmə, eritema, ödem və çox güman ki, dərinin xoralaşması ilə səciyyələnilər. Təmas dermatitlərinin 80%-i sadə irritant təmas dermatiti ilə təmsil olunur. Allergik təmas dermatitindən fərqli olaraq, irriant təmas dermatiti spesifik deyildir və sensibilizasiyanın aparılmasına ehtiyac yaranmır.

Patogenezi

Atopik fon (qızdırma, astma və ya ekzema) dərinin qıcıqlandırıcılara qarşı yüksək həssaslığını şərtləndirir. İrritanta (qıcıqlandırıcıya) qarşı həssaslıq fərdidir və dəyişə bilər. İrritant kontakt dermatiti – peşə dəri xəstəliyinin ən geniş yayılmış tipidir və 80% hallarda rast gəlinir. Peşə və ev qayğıları (buraya uşağa qulluq və xobbi də daxildir) anamnezin kritik tərkib hissələridir. Əllərin daima nəm mühidə təmasda olduğu iş, məsələn, ictimai iaşə sistemində işlədikdə, xəstələrə və kiçik yaşlı uşaqlara qulluq etdikdə, həmçinin bərbərxanada çalışdıqda xəstədə sadə irritant kontakt dermatitinin inkişaf etməsinə şərait yaranır.

Ən geniş yayılmış qıcıqlandırıcılara deterqentlər, turşular, qələvi kimyəvi preparatlar, yağlar, üzvi həlledicilər, oksidantlar, kimyəvi bərpaedici maddələr və su aiddir. Kobud liflər, məsələn, şüşə liflər və ya ağac kəpəyi də irritant kontakt dermatitini törədə bilər. Qıcıqlandırıcının təsiri ya birbaşa təmas, ya da hava vasitəsilə baş verir. Hava vasitəsilə irritant kontakt dermatitinin yaranmasına misal olaraq şüşə liflər, formaldehid, epoksid qatranı, sənaye həllediciləri, qlüturaldehidini və ağac kəpəyini göstərmək olar. Daimi sürtülmə və mexaniki qıcıqlanma xronik irritant kontakt dermatitini törədə bilər. İrritant ekzematöz dermatit zəif qıcıqlandırıcılar ilə uzun müddətli kontakt zamanı da baş verə bilər. Qıcıqlanma həddini keçdikdə, davamlı dermatit zəif qıcıqlandırıcılarla cüzi kontakt nəticəsində belə inkişaf edə bilər. Ətraf mühitin rütubətinin aşağı olması qıcıqlanma həddini azaldır. Bədənin bəzi sahələrində, məsələn körpələrdə ovuclar, sağrı və qasıq-bud nahiyəsi, yaranın ətrafındakı dəriyə nəmliyin və «islanma-quruma» siklinin fasiləsiz təsiri bəzən ekzematöz dermatitə səbəb ola bilər. İrritant dermatit xaricə qəbul edilən dərman vasitələrinin getdikcə çox işlədilməsi, həmçinin zədələnmiş dəriyə

allergenlərin daxil olması nəticəsində meydana çıxan allergiya sayəsində ağırlaşma bilər. Atopiklər irritant kontakt dermatitinə meyillidirlər; onlarda dermatit uzun müddət davam edir və onu müalicə etmək çətinləşir.

Klinik şəkil

Daha çox əllər zədələnilir. Onun həm arxa, həm də ovuc səthi zədələnmə bilər. Qıcıqlandırıcıların təsirinə məruz qalan daha bir sahə kirpiklərdir. Dodaqları xronik şəkildə yalamaq vərdişi də təkrarlanan «islanma-quruma» sikli nəticəsində irritant dermatitə səbəb ola bilər. Eritema, quruluq, ağrılı çatlar və qabıqlanma çox səciyyəvidir. Vezikullar da yarana bilər, lakin onlar səciyyəvi deyillər. Ağrı və göynəmə simptomları olduqca geniş yayılmışdır. Göynəmə çox vaxt qaşınmadan güclü olur. Kəskin irritant dermatiti sulanan və şişkin eritematoz ləkəli fonda sulanan papulalar və ya vezikulalar ilə təzahür edə bilər. Davamlı xronik irritant dermatiti lixenifikasiya, eritematoz ləkələr, çatlar, ekskoriyasiya və qabıqvermə ilə səciyyələnir. Hiperkeratotik forma daima qabıqlanan, çatlar və zəif eritema ilə səciyyələnir və mexaniki travma, məsələn, kağızların daşınması nəticəsində baş verə bilər. Açıq dəri xarici preparatlarla təmas zamanı «yana» bilər, halbuki digər hallarda normal ötüşə bilər.

Laborator diaqnostika

Göbələk infeksiyasını istisna etmək üçün KON məhlulunda müayinə aparılır. Əgər anamnezdə allergik təmas dermatitinin varlığı haqqında (məsələn, allergenlərlə təmas) məlumat varsa və ya aparılan müalicə və profilaktika tədbirlərinə baxmayaraq, xəstəlik torpid xarakter daşıyır və persistensiya edirsə, allergik təmas dermatitinin rolunu qiymətləndirmək məqsədilə dəri testi qoyulur. Dəri testi adətən hazır skrining allergenlər seriyasından (24 nümunədən ibarət) istifadə etməklə aparılır. Biopsiya nadir hallarda həyata keçirilir və bu zaman spongioz, dermanın ödemli və iltihabi infiltrat (əsas etibarilə limfositar) nəzərə çarpır.

Differensial diaqnoz

Allergik kontakt dermatiti (vezikullar və qaşınma sadə irritant kontakt dermatiti ilə müqayisədə allergik kontakt dermatiti üçün daha səciyyəvidir). Atopik dermatit. Göbələk infeksiyası (cədvəl 1).

Müalicə

Diaqnozun erkən qoyulması, müalicə və profilaktika tədbirləri xronik irriant dermatitin inkişafının qarşısını ala bilər. Dərinin qıcıqlandırıcıları ilə təmasların istisna edilməsi və ya azaldılması dərinin baryer funksiyasının bərpa olunması üçün həlledici sayılır. Əlləri daima yuduqda meydana çıxan «islanma-quruma» sikllərinin sayını azaltmaq lazımdır. Vinil əlcəklərin altından geyilən pambıq parça əlcəklər rütubətli şəraitdə işlədikdə əllərin islanmasını azaltmağa imkan verir. Spesifik həlledicilər və ya kimyəvi preparatlarla işlədikdə həmin əlcəklərdən istifadə etmək lazımdır. Zədələnmiş dəridə yumşaldıcı vasitələrin, məsələn vazelinin müntəzəm şəkildə təkrar tətbiq olunması müəyyən effekt verir. Əllərin sadə irritant dermatiti zamanı eritemanı, qaşınmanı, şişkinliyi və ağrını azaltmaq üçün bir neçə həftə ərzində gündə 2 dəfə orta və ya yüksək farmakoloji effektivliyə malik topik steroidlər tətbiq olunur.

Cədvəl 1. Sadə irriant kontakt dermatitinin allergik dermatiddən və həqiqi ekzemadan diferensial diaqnostikası

Əlamətlər	Sadə irriant təmas dermatiti	Allergik təmas dermatiti	Həqiqi ekzema
Sensibilizasiya	Yoxdur	Monovalent	Polivalent
Səpgilərin inkişaf səbəbi və vaxtı	Qıcıqlandırıcının təsirindən sonra	Təmas allergeni ilə kontaktdan sonra latent dövr başa çatdıqda inkişaf edir	Psixi-emosional stresslər
Səpgilərin lokalizasiyası	Bilavasitə qıcıqlandırıcının təsir etdiyi yerdə	Allergenlə təmas yerində və qıcıqlandırıcının zonasından kənarında	Ətrafların və üzün dərisində səpgilərin simmetrik olması
Клиник şəkil	Mərhələlərin ardıcıl inkişaf etməsi (eritematoz, bullyoz, krustoz, skvamoz)	Polimorf səpgilərin eyni vaxtda əmələ gəlməsi	Təkamül nəticəsində polimorfizm (vezikullar, sultanma üstünlük təşkil edir)
Xəstəliyin proqnozu	Qıcıqlandırıcının təsiri başa çatdıqdan sonra səpgilərin sürətlə geriye inkişafı	Allergenlə təmas olmadıqda səpgilər tamamilə geriye inkişaf edir	Allergenin təsiri aradan qaldırıldıqda səpgilərin geriye inkişafı müşahidə olunmur

ALLERGIK KONTAKT DERMATİTİ

Allergik kontakt dermatiti ləng tipli reaksiya olub dərinin allergenlə təması nəticəsində meydana çıxır. Allergik təmas dermatiti ekzematöz dermatit sayılır. Xəstəliyin təzahür etməsi üçün sensibilizasiyanın olması vacibdir, allergiya müəyyən kimyəvi maddəyə qarşı spesifik reaksiya sayılır; allergenlər adətən aşağı molekulyar çəkiyə malikdirlər, lipiddə həll olunandırlar və yüksək reaksiya vermək qabiliyyətindədirlər.

Metallar, məsələn, nikel və xrom; əlcəklərin və ayaqqabıların materialına əlavə olunan rezin əlavələr (karbamatlar, tiuramlar, merkaptobenzotiazol); konservantlara və ya müxtəlif məhsullara əlavə olunan qatqılar, məsələn, dəri üçün losyonlar, günəşdən qorunma vasitələri və digər kosmetika və gigiyena əşyaları; aromatizatorlar və aromatik əlavələr; boyaqlar; formaldehid və ona yaxın maddələr; dırnaq üçün laklara əlavə olunan qatqılar, həmçinin xaricə işlədilən dərman preparatları (məsələn, baktrasin, neomisin, hidrokortizon) tipik allergenlər sayılırlar.

Patogenez

İlk təmas və birincili sensibilizasiya klinik iltihab törədir – bir qayda olaraq, ekspozisiyadan 14-21 gün sonra. Kimyəvi maddə ilə təmas allergiyanın inkişaf etməsi üçün vacibdir. Klinik təzahür edən iltihabın inkişaf etməsi üçün lazım olan müddət əvvəllər sensibilizasiya olmuş şəxslərdə 12-48 saat təşkil edir, lakin 8-120 saat həddində dəyişə bilər. Belə ki, səpgilər bir qədər (təmas vaxtından başlayaraq) gecikə bilər. Bir dəfə təmasdan sonra səpgilər 3 həftəyə qədər uzana bilər. Məhsullara (kosmetika, xaricə işlədilən dər-

manlar, xəstənin peşəsi ilə əlaqədar təsir edən allergenlər) və ya digər maddələrə qarşı allergiya həttə o zaman meydana çıxıb bilər ki, xəstə uzun müddət və heç bir maneə olmadan onlarla təmasda olsun. Əgər təmas təkrarlanırsa, onda səpgilər residivləşir. Bir çox məhsullar eyni və ya oxşar kimyəvi tərkibli inqredientlərə malik olduqları üçün xaricə işlədilən müəyyən bir preparatın digəri ilə əvəz olunması çox vaxt ekzematöz səpgilərin sağalmasına gətirib çıxarmır. Bəzi xəstələrdə eyni vaxtda bir neçə allergenə (çoxsaylı) qarşı kontakt allergiyası yaranır.

Səylə aparılan anamnezə aşağıdakılar daxildir: dermatitin başlanması vaxtı, onun xəstənin işi ilə əlaqədar meydana çıxması ehtimalı (məsələn: istirahət günləri və ya uzunmüddətli məzuniyyət zamanı xəstənin əhvalı yaxşılaşır), işdə təmasda olması ehtimal edilən allergenlərlə təmasın tipi və spesifikliyi, asudə vaxtlarda məşğul olduqda və ya ev işlərini gördükdə ehtimal edilən təmaslar, həmçinin xəstənin dəriyə qulluq məqsədilə hansı vasitələrdən istifadə etməsi haqqında məlumatlar. Allergiyanı yaradan bəzi maddələr fotoallergen maddələr sayılırlar: allergik reaksiyanın baş verməsi üçün onlara günəş işığının təsir göstərməsi vacibdir. Topik dərman vasitələrinə və ya digər allergenlərə qarşı sensibilizasiya olunmuş şəxslərdə əgər dərman və kimyəvi maddələr orqanizmə daxilə qəbul edilməklə yeridilirsə generalizə olunmuş ekzematöz iltihab (daxili-xarici reaksiya) inkişaf edə bilər. Məsələn, krem formasında buraxılan xaricə işlədilən difenhidraminə qarşı sensibilizasiya olunmuş xəstə difenhidraminin daxilə qəbulu zamanı generalizə olunmuş səpgilərlə reaksiya verir.

Klinik şəkil

Ekzemanın intensivliyi fərdi həssaslıq səviyyəsindən, allergenin qatılığından və antigenin ekspozisiyasının müddətindən asılıdır. Allergik təmas dermatitinin səciyyəvi əlaməti vezikula, ödem, qızartı və çox vaxt intensiv qaşınma sayılır. Güclü allergenlər, məsələn, zəhərli sarmaşığı qovuqların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Əvvəlcə dermatit yalnız birbaşa təmas yerinə yayılır. Əgər bu təmas xronik xarakter daşıyarsa, allergik dermatit birincili təmas nahiyəsindən kənara yayıla bilər. Qaşınma və ödem anamnezdə ən başlıca əlamətlərdən sayılır və allergiyanın olmasını göstərir. Sadə irritant dermatit üçün göynəmə daha səciyyəvi sayılır. Bitkilərlə törədilən dermatit çox vaxt xəttvari yayılma formasında inkişaf edir. Üzə tətbiq olunan xaricə işlədilmiş preparatlara qarşı allergiya eritemanın assimetrik yerləşmiş qaşınan ləkələri ilə təzahür edir. Üz zədələnmələrində vezikullara nadir rast gəlinir.

Güclü sensibilizatorlar, məsələn, zəhərli sarmaşığı intensiv iltihab törədə bilər (onların konsentrasiyasının az olmasına və ya qısamüddətli təmasa baxmayaraq); zəif sensibilizatorlar yalnız qaşınan eritemaya səbəb olur. Ovuclar, said və üz - allergik təmas dermatitiin ən səciyyəvi lokalizasiya sahələridir. Allergik təmas dermatiti dərinin çox məhdud sahələrini, məsələn, kirpikləri, ovcun arxa səthini, dodaqları, daban və ya cinsiyyət orqanlarını zədələyə bilər. Aeroallergenlər (məsələn, zəhərli sarmaşığın zəhərələrini yandırdıqda) üzün (kirpiklər və qulaqarxası dəri də daxil olmaqla), boynun və bədənin digər açıq sahələrinin dermatitini törədə bilərlər.

Fotoallergik təmas dermatiti səciyyəvi olaraq bədənin açıq sahələrini: üz, boynu, saidi və ovcun arxa səthini zədələyir. Çənəaltı, yuxarı göz qapaqları və qulaqarxası sahələr adətən zədələnmir. Peşə allergik təmas dermatiti çox vaxt ovucları zədələyir;

allergen hava mənşəli olarsa və ya o, əllərdən üzə dolayı ötürülürsə, üz və göz qapaqları da zədələnmə bilər.

Laborator diaqnostika

Dəri testini təcrübəli mütəxəssislər həyata keçirirlər. O, davamlı və ya adekvat terapiyanın aparılmasına baxmayaraq residivləşən dermatitlər qeyd olunan şəxslərdə həyata keçirilir. Dəri testi peşə fəaliyyəti və asudə vaxtlarda kontakda olduğu, həmçinin dəriyə qulluq vasitələri ilə əlaqədar təmasda olduqları kifayət qədər geniş allergen paneli ilə aparılır. Əgər dəri testinin aparılması üçün allergenlər dəsti azdırsa və ya onlara xəstənin peşəsi ilə əlaqədar təmasda olduğu allergenlər daxil deyildirsə, bəzi mühüm allergenlər çıxarıla bilər.

Dəri testinin düzgün metodikası dermatoloqun qəbuluna 3 dəfə getməyi tələb edir. Birinci – allergen kimyəvi maddənin müvafiq qatılıqda yeridilməsi üçün, ikinci – testi kənar etmək, oxumaq və nəticələri təhlil etmək üçün, üçüncü dəfə – gecikmiş reaksiyaları yekun qiymətləndirmək məqsədilə. Əgər son mərhələni istisna etsək, allergenlərin identifikasiyası baş verməyə bilər. Dəri foto-testini fotodermatit tipi üzrə zədələnmələri olan xəstələrdə aparmaq lazımdır.

Differensial diaqnoz

İrritant kontakt dermatiti (irritant təmas dermatiti zamanı dəri testi həyata keçirilmir; klinik şəkli praktik olaraq klinik əlamətlərə görə fərqlənmir – xüsusilə zədələnməmiş ovuqlarda). Atopik dermatit (diferensiasiya zamanı zədələnmələrin yayılması tipi kömək edə bilər, atopik xəstələrdə – təmas allergiyaları baş verə bilər ki, onlar çox tez-tez rast gəlinirlər). Sellulit (şişkinlik və eritema oxşar ola bilər, lakin sellulit adətən ağrıdır və qaşınma yoxdur). Birləşdirici toxumanın xəstəliyi (göz qapaqlarının davamlı eriteması; əsas fərqi – zədələnməmiş dəridə qaşınmanın olmaması və dermatomiozit zamanı kutikulanın hipertrofiyasının yaranması ehtimalı). Rozasea (eritemanın yayılması, qanın dəriyə doğru yönəlməsi və göynəmənin olması differensial diaqnozu aparmağa imkan verir).

Müalicə

Sağalmaq üçün allergenlə təmasdan çəkinmək lazımdır. Allergenləri düzgün identifikasiya etmək vacibdir. Əgər səbəbkar allergen naməlumdursa (bu, çox az hallarda baş verir), daha sonra müayinə və planlaşdırılmış dəri testini aparmaq üçün müalicəni başlamaq məsləhət görülür. Həm həkimlər, həm də xəstələr onlar üçün spesifik olan allergiyanı adətən gec anlayırlar. Xaricə təyin olunan müalicə pasiyentin dəriyə qulluq üçün istifadə etdikləri hər şeyin minimuma endirilməsi və topik kortikosteroidlərin təyin edilməsi ilə başlayırlar. Bütün nəmləndirici vasitələr, losyonlar və xaricə işlədilən vasitələrin qəbulu, adi vazelin istisna edilməklə, dayandırılır (əgər onun istifadəsi dərinin quruması zamanı vacibdirsə). Dermatitin müalicəsi məqsədilə kortikosteroid məlhəmi gündə 2 dəfə 2-3 həftə ərzində təyin olunur.

Kortikosteroidin farmakoloji effektivliyinin seçimi bədənə hansı sahəsinin zədələnməsindən asılıdır: zəif kortikosteroidlər üz üçün, orta təsirə malik kortikosteroidlər əllər, ayaqlar və bədən üçün, yüksək farmakoloji aktivliyə malik kortikosteroidlər isə ovuc və dabanlar üçün təyin olunur. Krem deyil, kortikosteroid məlhəmin təyin edilməsi daha

yaxşıdır, çünki kremə qatılan əlavələr allergen ola bilər. Allergenlə ehtimal olunan təmasdan qaçmaq üçün xəstənin dəriyə qulluq proseduru asanlaşdırmaq lazımdır. Müalicə vaxtı heç bir xaricə işlədilən vasitəni tətbiq etmək olmaz (adi vazelin və ya təyin olunmuş kortikosteroid istisna edilməklə). Hidrokortizonu təyin etməmək daha məqsəduşundur, belə ki, təmas allergiyası yarana bilər. Ağır və ya generalizə olunmuş təmas dermatiti zamanı sistem kortikosteroidlərini 3 həftə ərzində kurs dozanı tədricən azaltmaqla təyin edirlər. Lakin bu preparatlarla təkrar kursun aparılmasına arxalanmaq lazım deyildir. Bəzi allergenlər (məsələn, saçları rəngləmək üçün boyalarda və kleylərdə olan kimyəvi maddələr) rezin əlcəklərdən nüfuz edə bilər, ona görə də belə qoruma adekvat deyildir. Bəzi allergenlər, məsələn, nikel və xrom onlarla təmasdan yayınma cəhdlərinə baxmayaraq, xronik dermatitlə assosiasiya edir. Xəstələrə potensial allergen kontaktlarının mənbəyini ətraflı izah etmək üçün kifayət qədər vaxt ayırmaq lazımdır. Əgər allergen diaqnostik dəri testi nəticəsində təyin olunmuşsa, allergenlərin siyahısını və onlarla potensial bağlı maddələri diqqətlə öyrənmək lazımdır (xəstəyə hansı vasitələrdən qaçmaq və potensial allergenlərin əvəz edilməsi üçün hansı alternativ vasitələrin olmasını izah etmək üçün). Bunların hamısı müalicənin müvəffəqiyyətlə nəticələnməsi baxımından həyati vacib məsələlərdir.

XV FƏSİL . EKZEMA

Kəskin ekzema

Yarımkəskin ekzema

Xronik ekzema

Ovucların ekzeması

Quru ekzema

Sikkəyəbənzər ekzema

Dishidrotik ekzema

Seboreya ekzeması

Uşaqlarda ekzemanın yaranmasının və gedişinin xüsusiyyətləri

KƏSKİN EKZEMA

Kəskin ekzema kəskin ekzematoz iltihabi prosesdir, klinik olaraq eritema, ödem və vezikulların əmələ gəlməsi, ocaqların sulanması, bəzən güclü qaşınma ilə səciyyələnir.

Patogenez

Kəskin ekzemanın yaranmasının bir çox səbəbləri vardır. Onlara spesifik bitki allergenləri, məsələn zəhərli sarmaşıq, palıd və digər allergenlərə qarşı həddən yüksək təmas həssaslığı aiddir. Nikel, xaricə işlənən dərman vasitələri, məsələn, basitrasin, neomisin və benzokain aromatizatorları, şəxsi gigiyena vasitələrində konservantlar və əlavələrdə olan üzvi maddələr də həmçinin kəskin ekzematoz iltihabın ən geniş yayılmış səbəblərindən biridir. Qıcıqlanma dermatiti adətən su, məhlullar və ya həlledicilərlə təkrar baş verən təmaslardan sonra əmələ gəlir. «Id» reaksiya zamanı vezikulalarla birləşən kəskin ekzema aktiv göbək infeksiyasından təmizlənmiş yerdə (məsələn, ovuclarda və dabanlarda) meydana çıxır. Durgunluq dermatiti, qoturluq, qıcıqlanma reaksiyası, həmçinin dishidrotik və atopik ekzema kəskin ekzematoz iltihab şəklində təzahür edə bilər.

Klinik şəkil

Klinik əlamətlərə eritema, ödem, vezikulların yaranması və sulanma aiddir. İltihab orta ağırlıq dərəcəsindən ağır dərəcəyə qədər inkişaf edir. Dərinin səthində kiçik, şəffaf, maye ilə dolu vezikullar əmələ gəlir. Qovuqlar inkişaf edə bilər. Əgər provokasiya amillərindən yayınmaq mümkündürsə, səpgilər 7-10 gün ərzində sağalır, 3-cü həftədə dəri tamamilə təmizlənir. Ekskorsiyaya infeksiyaya yol açır və seroz mayenin toplanmasına, qartmaqların və irinin yığılmasına səbəb olur. Ekskorsiyanın nəticəsində ikincili infeksiya, həmçinin dermatitin ağırlaşması və onun davam etmə müddətinin uzanması baş verir.

Laborator diaqnostika

Əgər ekzemanın lokalizasiyası kontakla bağlıdırsa və xəstəlik residivləşərək müalicəyə tabe olmur, yaxud da işdə və ya digər adətli məşğələlər zamanı dəri allergenləri ilə təmas varsa, onda ləng tipli hiperhəssaslığı qiymətləndirmək üçün dəri testini həyata keçirmək lazımdır.

Müalicə

Soyuq yaş sarğılar və xaricə işlədilən steroid kremlər dərinin damarlarının daralmasına, iltihabın və qaşınmanın aradan qaldırılmasına səbəb olur. Təmiz parçanı soyuq suda və ya Burov məhlulunda isladır və 30 dəqiqəyə zədələnmiş sahəyə qoyurlar. Sonra müvafiq steroid kremi (II və ya III qrupa aid) səylə silirlər. Sistem kortikosteroidləri yalnız ağır və ya generalizə olunmuş ekzema zamanı tətbiq edirlər. Başlanğıc doza gündə 1 mq/kq olub 3 həftə ərzində tədricən azaldılır. Həddən qısa müalicə kursu residiv və ya rezonans effekti verə bilər. Birinci qrup sistem histamin əleyhinə preparatlar qaşınmanı yüngülləşdirə bilər, onların sedativ effekti isə yuxunun yaxşılaşmasına səbəb olur. İkincili infeksiya zamanı 10-14 gün ərzində Staphylococcus aureus qarşı antibiotik (məsələn, sefalekssin) təyin olunur.

YARIMKƏSKİN EKZEMA

Yarımkəskin ekzematöz iltihab qaşınan və qabıqlanan qırmızı ləkələr, papula və müxtəlif ölçüyə və sərhədlərə malik lövhələrdən ibarətdir.

Etiologiya

Kontakt allergiyası, təmas qıcıqlanması, atopik dermatit, durğunluq dermatiti, sikkəyəbənzər ekzema, barmaq uclarının ekzeması və göbək infeksiyası yarımkəskin ekzema şəklində təzahür edə bilər. Əgər aydın atopik anamnez yoxdursa, onda dərinin hər hansı yeni qıcıqlandırıcını və allergenin təsirini axtarmaq lazımdır. Stress mövcud vəziyyəti ağırlaşdırır və onun inkişafına təkan verə bilər, lakin onun yeganə səbəbi ola bilməz.

Patogenezi

Bu vəziyyət kəskin (vezikulyar) ekzemadan inkişaf edə bilər. Bu, atopik dermatitin daha geniş yayılmış klinik əlamətidir. Xəstələr bir həftədən çox davam edən dermatitlə əlaqədar şikayətlənirlər. Qaşınmanın intensivliyi müxtəlifdir: zəif dərəcədə orta və ağır dərəcəyə qədər. Ekzemanın yaranmasını provokasiya edən və ya ona təkan verən amillər aradan qaldırıldıqda, vəziyyət çapıqlar əmələ gəlmədən sağalır. Ekskorsiyasiya və mövcud vəziyyəti ağırlaşdıran şəraitin (suyun, yuyucu və ya təmizləyici agentlərin, irriantantların və ya digər geniş yayılmış allergik və ya qıcınlandırıcı amillərin) təkrar təsirləri xəstəliyin xronik formaya keçməsinə səbəb olur.

Klinik şəkil

Müxtəlif formalı eritema və qabıqlanma. Sərhədləri çox vaxt kəskin nəzərə çarpır. Hiperemiya zəif və ya intensiv ola bilər.

Müalicə

Steroid və qeyri-steroid xaricə işlənən preparatlar işlədilir. II-V qrupu steroid kremlər gündə 2 dəfə polietilen okklüziya ilə və ya onsuz təyin olunur. Okklüziya topik steroidin absorpsiyasını sürətləndirərək ocaqların sağalmasını tezləşdirir. Okklüziyanın davam etmə müddəti fərdi seçilir, o, məhdud olmalı və nəzarət altında aparılmalıdır. Steroid məlhəmlər gündə 2 dəfə okklüziyasız tətbiq olunurlar. Qeyri-steroid topik im-

munmodulyator pimekrolimus (1%-li “Elidel” kremi) gündə 2 dəfə dərinin zədələnmiş sahələrinə tətbiq olunur və üzün və ya periorbital sahənin yarıməkskin ekzeması zamanı xüsusilə effektivdir. Əvvəlcə göynmə hissiyyatı meydana çıxır ki, o da bir neçə gündən sonra ötüb-keçir. Terapiyanın bu növü atopiklərdə yarıməkskin ekzemanın xronik gedişi zamanı effektivdir. Qatran məlhəmləri və kremləri steroidlərə davamlı ocaqlarda alternativ vasitələr sayılırlar və bəzi xəstələrə mülayim effektiv təsir göstərilər. Yaş kompresslərdən çəkinmək lazımdır, belə ki, onlar dərinə güclü qurudurlar. Nəmləndirici vasitələrin tətbiq olunması gündəlik terapiyanın vacib elementlərindən biridir. Nəmləndiricilər o zaman daha yaxşı təsir edir ki, onları topik steroidlərdən bir neçə saat sonra tətbiq edirlər. İltihab söndükdən bir neçə gün və ya həftə sonra applikasiyanı davam etdirmək lazımdır. Nəmləndiriciləri tez-tez tətbiq etmək lazımdır. Nəmləndiricilər yuyunduqdan dərhal sonra (bu zaman əvvəlcə dərinə dəsmalın yüngül hərəkətləri ilə qurutmaq lazımdır) dəriyə səylə sürtüldükdə daha effektivdirlər.

Tərkibində daha çox allergenlərlə assosiasiya olunan inqredientlərin daxil edilmədiyi sadə tərkibli kremlər (məsələn, “Aveeno”) losyonlara nisbətən daha yaxşı təsir edirlər. Sadə vazelin jelesi ən yaxşı nəmləndirici sayılır və onun bir sıra üstünlükləri var: tərkibinin sadəliyi, allergiya verən əlavələrin və ya qıcıqlandırıcı inqredientlərin olmaması. Lakin yağlı olması səbəbindən belə xəstələr üçün vazelin məhdud tətbiq edilir. Dərinə sabunla tez-tez yumadıqda yumşaq kiçik parçalar şəklində olan “Dove” tipli sabunlardan istifadə etmək daha sərfəlidir. Antibiotiklər ikincili bakterial infeksiyalar zamanı tətbiq olunur.

XRONİK EKZEMA

Xronik ekzematöz iltihabi xəstəliyə yoluxmuş dəri hiperemiyalaşmış, iltihablaşmış, qalınlaşmış və qabıqlanmaya məruz qalmışdır.

Etiologiya

Ehtimal olunan səbəblər – atopik dermatit, xronik allergik və ya irriantant dermatit, qaşımə vərdişi, sadə xronik dəmrov, çatlayan dabanlar, sikkəyəbənöz ekzema, quru (as-teatotik) ekzema, barmaq uclarının ekzeması, hiperkeratotik ekzema. Xəstəlik xronik prosesin nəticəsində təkamül edir.

Klinik şəkil

İntensiv qaşınma ekskoriasiyalara səbəb olur. İltihablaşmış qaşınan dəri qalınlaşır, səthi dəri xəttləri daha qabarıq nəzərə çarır. Dərin paralel dəri xəttləri (lixenifikasiya) olan qalın lövhələr əmələ gəlir. Daha çox zədəyə məruz qalan (əlçatan) və büküşlər zonasının zədələnməsi səciyyəvidir. Ən səciyyəvi lokalizasiya – boynun arxa səthində, dizaltı çuxurda, baldırlarda, göz qapaqlarında və anogenital nahiyəsindədir. Zədələnmiş dəridə hipovə ya hiperpigmentasiya ola bilər.

Müalicə

Xronik ekzematöz iltihab çox vaxt müalicəyə tabe olmur; bu zaman müvəffəqiyyət qazanmaq üçün müalicənin gedişində “qaşınma-qaşınma” siklinin dayandırılması və xəstəliyin ağırlaşma səbəblərini və mənbəyinin aradan qaldırılmasıdır. Zədələnmiş

dəriyə qoyulmuş soyuq yaş kompress 20 dəqiqə ərzində qaşınmanı sakitləşdirməyə və azaltmağa imkan verir; o, gecə qaşınmaları zamanı da effektivdir. I və II qrup steroid kremləri və məlhəmləri də effektivdir, onlar gündə 2 dəfə tətbiq edilir. II-IV qrup steroidləri polietilen okklüziya ilə birgə 2-8 saat ərzində tətbiq olunurlar.

OVUCLARIN EKZEMASI

Bu, yayılmış, çox vaxt xronik davam edən xəstəlikdir, onun yaranmasında çoxlu sayda amillər iştirak edir və gedişinə təkan verir. Ovucların ekzemasını aşağıdakı kateqoriyalara aid etmək olar: irriantant ekzema; eksfoliativ ekzema; atopik ekzema; barmaqların uclarının ekzeması; allergik ekzema; hiperkeratotik ekzema; manatşəkilli ekzema; dishidrotik ekzema; sadə xronik dəmrov və “id”- reaksiyası. Bu tiplərin hər biri ayrı-ayrılıqda öyrənilir. Ovucların irriantant ekzeması – ən geniş yayılmış tiptir, onun ardınca ovucların atopik ekzeması rast gəlinir. Allergik kontakt dermatiti təqribən 10-25% hallarda ovucların ekzemasının səbəbi kimi sayıla bilər.

Etiologiya və patogenez

Qadınlar kişilərə nisbətən tez-tez xəstələnirlər. Peşə riski amillərinə kimyəvi irriantlarla kontaktlar, rütubətli mühitdə işləmək, xronik sürtülmə və sensibilizasiya edən (allergen) kimyəvi maddələrlə iş.

Ekzogen amillər. İrriantlara kimyəvi maddələr (məsələn, həlledicilər, detergenlər, qələvilər və turşular), sürtülmə, soyuq hava və aşağı rütubət aiddir. Allergenlər işlə bağlı və işə aidliyi olmayan allergen ekspozisiya mənbəyindən əmələ gələ bilərlər. I tip üzrə təcili inkişaf edən allergiya lateksə və qida proteinlərinə qarşı olan reaksiyasını özündə birləşdirir, daha geniş yayılmış IV tip ləng tipli allergiya isə rezin əlavələrə, nikel, dərman maddələrinə (baktrasin, neomisin və hidrokortizon) və geniş yayılmış şəxsi gigiyena vasitələrinin tərkibində olan kimyəvi inqredientlərə (məsələn, konservantlara, aromatizatorlara, günəşdən qoruma vasitələri və digər əlavələrə) qarşı yaranan reaksiyaları özündə birləşdirir. Qida allergenləri də müəyyən rol oynaya bilər. İnfeksiyalar zamanı “id”-reaksiya, o cümlədən ovucların ekzeması (göbələk və ya bakterial mənşəli uzaq infeksiya ocağına qarşı reaksiya kimi) da iştirak edə bilər.

Endogen amillər. Atopik diatez (ot qızdırması, astma, atopik ekzema) təkanverici amil olub xəstəliyə həssaslığın artmasına və müvafiq müalicə və profilaktika tədbirlərinin aparılmasına baxmayaraq prosesin xronikləşməsinə səbəb olur.

Klinik şəkil

Xəstəliyin inkişafına şərait yaradan amilləri müəyyən etmək, həmçinin digər dermatozları (məsələn, psoriazi) istisna etmək üçün bütün dəri örtüklərini diqqətlə müayinə etmək lazımdır. Bu vəziyyət dəyişkəndir; kəskin, yarımkəskin və xronik ekzematöz dəyişikliklər müşahidə olunur. Baxmayaraq, klinik şəkil və etiologiya arasında mövcud olan əlaqəni tam dürüstlüklə müəyyən etmək mümkün deyil, lakin bəzi əlamətlər: kseroz, eritema, ovucların arxa və iç səthində göynmə halları qıcıqlanma amillərindən şübhələnməyə əsas verir. Sikkəyəbənzər ekzema, əllərin və barmaqların arxa hissəsi allergiyanın, qıcıqlanmanın və ya atopiyanın olmasından xəbər verir; bəzən bunun səbəbi kontakt övrəsi (I tip allergiya) sayılır. Barmaqların və ovucların lateral səthində əmələ

gələn çoxlu sayda, residivləşən, intensiv qaşınan vezikullar dishidrotik ekzemanın əmələ gəlməsinə dəlalət edir. Barmaqların uclarının ekzeması (quruluq, ağrı, parçalanma, qaşınmanın olmaması) zamanı qıcıqlandırıcının, endogen amilin olmasından (qış fəslinin atopiya) və ya friksion ekzema haqda düşünmək lazımdır. Barmaqların əsasında eritema, qabıqlanma, qaşınma baş verərsə, atopiyanın olmasını güman etmək lazımdır.

Əgər pasiyentin hansı irriantlar və ya allergenlərlə təmasda olduğunu müəyyən etməklə onu xəstəliyin başlanğıcında aradan qaldırısaq, tam sağalma proqnozu mümkündür. İrriantlar və ya allergenlərlə fasiləsiz, uzunmüddətli kontakt xroniki prosesə gətirib çıxarır. Provokasiya amilləri ilə təmasdan çəkinmək və dəriyə müvafiq qulluq çox vaxt xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırır, lakin bəzi xəstələrdə xəstəlik tamamilə sağalmır.

Müalicə

Müalicə, əsasən qıcıqlandırıcı amillərin identifikasiyasını nəzərdə tutur, onlarla təmasdan yayınmaq lazımdır. Belə amillərə əllərin tez-tez yuyulması, suyun, sabunun, detergentlərin və həlledicilərin təsiri aiddir. Xronik sürtünmə nəticəsində meydana çıxan zədə qıcıqlandırıcı amil sayılır və xronik residivləşən dermatit əmələ gəlir. Təhlükəsizlik tədbirlərini həyata keçirmək (məsələn, su və ya kimyəvi maddələrlə işlədikdə vinil əlcəklər geyinmək) vacibdir. Orta təsir effektivliyinə malik topik kortikosteroidlər gündə 2 dəfə (II-IV qrup) təyin olunur. Kremlərə nisbətən məlhəmlərə üstünlük vermək lazımdır. Polietilen plyonkası altında okklüziya tətbiq edilə bilər. Əgər dermatit ağır deyildirsə, çox güclü kortikosteroidlərin (I qrup) qəbul edilməsini dayandırmaq lazımdır. Əllərin dermatiti zamanı topik kortikosteroidlər fasilələrlə deyil, daima təyin edirlərsə, daha effektiv təsir göstərirlər.

Ağır dermatit zamanı çox güclü farmakoloji effektivliyə malik topik kortikosterid Burov məhlulunda isladılmış yaş kompresslərdən sonra gündə 2 dəfə müalicənin ilk 3-5 günü ərzində tətbiq olunur, sonra orta təsirə malik kortikosteroidlər gündə 2 dəfə bir neçə həftə ərzində təyin edilir. Əllər üçün “Balneotar” yağı ilə vannalar təyin etmək olar. 2-3 qapaq həcmində yağı içərisində su olan qabda həll edir və əlləri orada 10-15 dəqiqə ərzində saxlayırlar. Prosedur gündə 2 dəfə təkrar olunur. Bundan sonra topik kortikosteroidlər tətbiq edilir.

Sistem steroidlər (prednizon gündə 0,75-1 mq/kq 3 həftə ərzində dozanı tədricən azaltmaqla) bəzən güclü və kəskin iltihab zamanı təyin edilə bilər. Əgər qıcıqlandırıcılar aradan qaldırılırsa, topik kortikosteroidlərlə müalicə aparılırsa və yumşaldıcı vasitələr müntəzəm, tez-tez tətbiq edilirsə, xəstələrin əksəriyyətinin vəziyyəti yaxşılaşır. Allergiyaya şübhə olduqda (ovucların şişkinliyi, vezikullar, qaşınma və xüsusilə ovucların arxa səthi zədələnməmişsə və ya barmaqların uclarının ekzeması varsa), xəstəliyi törədən və onun inkişafını təmin edən allergenləri müəyyən etmək məqsədilə dəri testlərini aparmaq lazımdır. Test üçün işlədilən materiala xəstənin peşə fəaliyyətinə müvafiq allergenlər daxil edilməlidir. Xroniki torpid gedişli xəstəlik zamanı pasiyent dermatoloqun nəzarəti altında olmalıdır. Digər müalicə metodikalarında psoralenin yerli olaraq A diapazonunda ultrabənövşəyi şüalanma və səthi qısafokuslu retgenoterapiya ilə birgə kombinasiyada tətbiqi nəzərdə tutulur. Əmək qabiliyyətinin itirilməsi zamanı hər həftə aşağı dozalarda metotreksat (hər həftə 5-15 mq) və ya hər gün aşağı dozalarda siklosporin daxilə qəbul edilir.

QURU EKZEMA

Quru (asteatotik) ekzema dərinin həddən artıq quruması və çatlaması ilə əlaqədar meydana çıxan ekzematöz dermatitidir. Bu quru ekzema həmçinin “eczema craquele» adlandırılır. Quru (asteatotik) ekzema yarımkəskin ekzematöz dermatitin bir forması olub ləng xronik inkişafa meyllidir, rütubətin aşağı düşdüyü qış fəslində fəslə alovlanmalarla özünü biruzə verir. Kişilər və qadınlar eyni miqdarda xəstələnirlər. Xəstəlik çox vaxt atopik diatezi olan xəstələrdə, xüsusən də onların ömrünün son illərində rast gəlinir. Xəstələrin əksəriyyətinin anamnezində əvvəllər də bu xəstəliyin residivləri barədə məlumatlar vardır. Xəstəlik qışın sonunda ən yüksək səviyyəsinə çataraq, sonradan yayda azalır, bu, xüsusilə quru soyuq iqlimə malik ölkələrdə daha kəskin nəzərə çarpır. Dərinin istənilən sahəsi zədələnmə bilər, daha çox xəstəlik aşağı ətraflarda lokalizasiya olunur. Xəstəliyin başlanğıcında xəstələr dərinin quruluğundan və getdikcə quruluq hissiyyətinin artmasından narahat olurlar. Xəstəlik şiddətləndikcə qaşınma və güclənən iltihabi proses daha çox rast gəlinən simptomlara çevrilirlər. Pasiyentlər göynəmə hissiyyatından, ağır hallarda isə çatlar və qabıqlar əmələ gəlməsindən narahat olurlar.

Klinik şəkil

Klinik şəkil yarımkəskin ekzematöz dermatit üçün səciyyəvidir. Aksent olunmuş dəri şəkli müşayiət olunan kseroz xəstəliyi lap başlanğıcından xəstəliyin xarakterik əlaməti sayılır. İltihab əvvəlcə zəifdir, lakin vaxt keçdikcə daha kəskin nəzərə çarpır. Zəif, sərhədləri pozulmuş eritema parlaq qırmızı, kəskin-ekzematöz papulalara qədər inkişaf edir ki, onlar da birləşərək geniş lövhələrə çevrilirlər. Bir qayda olaraq vezikulalar əmələ gəlmir, ekskorsiyalar isə həmişə nəzərə çarpır. Quru, zərif deskvamasiya nazik səthi çatlara qədər inkişaf edir və mənşərə “eczema craquele” adlanaraq dəri sanki çatlayan çiniyə və ya qurumuş çayın yatağına bənzəyir. Dəri çox quruyaraq, xırda və dərin çatlara malik olur. O, ağrılı ola bilər. Şiddətlənərək ekzema kəskin, nəmli xarakter alır, qabıqlar və intensiv eritema əmələ gətirir.

Qış aylarında mövsümi residivlərin əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Qaşınma və kserozla müşayiət olunan zəif mövsümi residivlər isti havada və yumşaldıcı preparatlardan daima istifadə etdikdə yaxşılaşırlar. Aktiv yarımkəskin iltihabi proses, adətən orta təsir güvvəsinə malik kortikosteroid məhləmlərə reaksiya verir, həmçinin isti mövsümdə yaxşılaşma hiss olunur. Kəskin əlamətlərlə, məsələn, islanma, nəmlənmə və qartmaqlarla müşayiət olunan ağır lokalizasiyalı residivləşmə də həmçinin fərdi xarici terapiyaya reaksiya verir. Bu haqda aşağıda danışılacaq. Ağır alovlanmalar-residivlər aqressiv yolla müalicə etmək lazımdır, çünki onlar generalizə edə bilərlər.

Laborator diaqnostika

Klinik şəkil kifayət qədər aydındır, ona görə də dərinin biopsiyası diaqnozu qoymaq üçün nadir hallarda həyata keçirilir. Dərinin biopsiyası dermanın iltihabı və çox vaxt ikincili impetiqinizasiya ilə birgə epidermal spongiyozun olmasını təsdiqləyir.

Differensial diaqnoz

Differensial diaqnoz digər yarımkəskin ekzematöz dermatozları özündə birləşdirir: durğunluq dermatiti, iritiant kontakt dermatiti, atopik dermatit, allergik kontakt derma-

titi və sellulit. Bir neçə dermatozun əlamətləri eyni vaxtda müşahidə oluna bilər. İkinci dermatoz birincili ekzematoz prosesi maskalaya və ağırlaşdırıla bilər. İrritant və allergik kontakt dermatiti xəstənin özbaşına müalicəsi nəticəsində də inkişaf edə bilər. Pasiyentlərdən zədələnmiş sahələrə hansı vasitələrdən istifadə etdiyini soruşmaq lazımdır. Dürğunluq dermatiti adətən yaşlı xəstələrdə baldırları zədələyir. Anamnezdə bu zaman venoz çatmamazlıq və şişkinlik, həmçinin dərinin qəhvəyi piqmentasiyasının (hemosideroz) olması nəzərə çarpır.

Müalicə

Müalicə quru ekzemanın (kəskin, yarımkəskin və ya xronik) mərhələsindən və iltihabın dərəcəsindən asılıdır. Kserozun müalicəsi zamanı həssas dəri üçün tədbirlər görülür, yəni: yalnız yumşaq sabunun istifadə olunması və yumşaldıcı vasitələrin çoxlu miqdarda işlədilməsi. Tərkibində konservant olmayan yumşaldıcı vasitə kimi vazelini tövsiyə etmək olar (halbuki pasiyentlər onu tətbiq etməyə heç də həmişə razılaşırlar). Tərkibində süd turşusu, sidik cövhəri və ya qlikol turşusu olan yumşaldıcı vasitələr də həmçinin faydalı ola bilər. Erkən başlamış iltihab əsasən məlhəm formasında hazırlanan orta təsir effektivliyinə malik xaricə kortikosteroidlərlə daha yaxşı müalicə olunur. Müalicəni eritema və qabıqlanmanın residiv etməsinə qədər davam etdirmək lazımdır. Emolentlərin çoxlu miqdarda tətbiq olunması residivlərin profilaktikası kimi tətbiq oluna bilər. Sakitləşdirici təsirə malik emolentlərin, xüsusilə aromatik əlavələri olmayan, tətbiq edilməsi daha məqsədə uyğundur. Kəskin ekzematoz prosenin əlamətləri (məsələn, sulanma və qartmaqların əmələ gəlməsi) ilə müşayiət olunan lokalizasiyalı residivləri əvvəlcə kəskin ekzema kimi müalicə etmək lazımdır. Bu mərhələdə pasiyentlər ciddi nəzarətə alınmalıdırlar, belə ki, lokalizasiya olunmuş kəskinləşmələr generalizə oluna bilərlər. Residivləşən kəskinləşmələr zamanı dermatoloq allergik kontakt dermatitini aşkar etmək üçün müayinə aparmalıdır. Burov məhlulunda və krem əsasında hazırlanmış orta təsir effektivliyinə malik xaricə kortikosteroidlərlə yaş kompreslər yaranın sanasiyası və iltihabın azaldılması üçün daha effektivdir. Sistem antibiotikləri ikincili impetiginizasiya zamanı (bunu yapışqan mis rəngli qartmaqların olması xəbər verir) işlədilə bilərlər. Sulanma, iltihab və qartmaqların əmələ gəlməsi repressiya etdikdə yaş kompressləri dayandırmaq lazımdır (zədələnmiş sahələri həddən artıq qurumadan qorumaq üçün). Tərkibində orta təsirli (II və ya IV qrup) kortikosteroidlər olan məlhəmləri hipereemiya və qabıqlanma qurtarana qədər, təqribən 2-3 həftə istifadə etmək lazımdır. Sonra residivləri azaltmaq üçün həssas dəriyə qulluq vasitələri (emolentlər də daxil olmaqla) tətbiq edilir. Quru ekzemanın müalicəsində işlədilən sistem kortikosteroidlərini nadir hallarda istifadə edirlər.

SİKKƏYƏBƏNZƏR EKZEMA

Sikkəyəbənzər (numulyar) ekzema - çox vaxt generalizə olunan, güclü qaşınan, daşırəvi (sikkəyəbənzər) ekzematoz iltihabi ocaqları olması ilə səciyyələnir. Böyüklər daha çox, kişilər qadınlara nisbətən tez-tez xəstələnirlər. Xəstəlik tədricən, ağırlaşma olmadan başlayır və anamnezdə ekzema haqqında məlumat verilmir. Sikkəyəbənzər ekzema çox vaxt ayaqlarda bir neçə izolyasiya olunmuş ocaqlardan başlayır; müəyyən müddətdən sonra qeyri-spesifik lokalizasiyalı çoxlu sayda ocaqlar əmələ gəlir. Ocaqlar çox vaxt

topik kortikosteroidlərin tətbiqindən sonra sağalır və ya yaxşılaşırlar, lakin onların istifadəsini dayandırıldıqdan sonra əvvəlki yerlərində əmələ gəlir.

Klinik şəkil

Dəqiq sərhədlərə malikdir, qabıq verirlər, bədəndə və ətraflarda dairəvi ekzematöz lövhələr əmələ gəlir. Ocaqların sulanması və vezikulyasiyası xəstəliyin kəskinləşməsi üçün səciyyəvidir. İkincili infeksiya xəstəliyin kəskinləşməsini provokasiya edə bilər. Qartmaqlar mis-sarı rəngdədir – onlar ikincili impetiginizasiyanın olmasını göstərir.

Bu, müalicəyə çətin tabe olan formalardan biridir. Xəstəliyin gedişi fasiləli və qeyri-müəyyəndir. Bu vəziyyət bir neçə il ərzində xronik və residivləşən xarakter ala bilər. Formalaşmış ocaqlar öz ölçülərini saxlamaq və əvvəllər zədələnmiş dəridə residiv vermək xüsusiyyətini saxlayır.

Laborator diaqnostika

Dəri testi 1/3 hallarda müsbət nəticə verir. Əkmə zamanı Staphylococcus aureus aşkar edilə bilər. Antibakterial müalicə adətən təsir göstərir, lakin çox vaxt remissiyaya gətirib çıxarmır.

Differensial diaqnoz

Psoriasis (çox vaxt gümüşü pulcuqlarla birgə daha simmetrik və “coğrafi” yayılma xarakterlidir). Göbələk infeksiyası (ocaq mərkəzdə reqressiya edir və periferiya boyunca qabıqlanır; KON ilə müayinələr differensial diaqnozun aparılması zamanı kömək edir). Aşağı ətraflarda dəri T-hüceyrəli limfoması (onu sikkəyəbənzər ekzema kimi qəbul etmək olar; biopsiya diaqnozu inkar etməyə imkan verir).

Müalicə

Xaricə təyin olunan bütün lazımsız nəmləndirici preparatların, daxilə qəbul edilən dərman preparatlarının, pəhriz əlavələrinin və bitki mənşəli preparatların istifadəsini dayandırmaq lazımdır (minimum 3-4 ay). Dabanların mikoza zamanı müayinələrin aparılması vacibdir; göbələk infeksiyası olduqda müalicəni göbələkəleyhinə preparatlarla həyata keçirirlər, belə ki, bəzən generalizə olunmuş sikkəyəbənzər ekzema göbələk infeksiyasına qarşı yaranmış “id”-reaksiya ola bilər. Orta təsir effektivliyinə malik topik steroidləri və yumşaldıcı vasitələri aqressiv şəkildə tətbiq etmək lazımdır. Topik steroidi zədələnmiş dəriyə gündə 2 dəfə 2-3 həftə ərzində sürürlər. Müalicəni 1 həftə və ya ocaqların sağalması üçün lazım olan müddətdən bir qədər çox davam etdirmək məqsəddəuyğundur. Topik steroidin effektivliyi polietilen pilyonka və ya sauna üçün olan xüsusi geyim altında aparılan okklüziya zamanı, həmçinin topik steroid yeritməzdən əvvəl dərinə nəmləndirən vanna qəbul etdikdə və ya hər iki metoddan istifadə etdikdə güclənir.

İkincili infeksiyanı sistem stafilokok əleyhinə antibiotiklərlə (məsələn, sefalekssin 250 mq dozada gündə 4 dəfə) müalicə edirlər. Qaşınma zamanı histaminəleyhinə preparatlar təyin olunur. Uzunmüddətli müalicə məqsədilə sistem steroidləri tətbiq edilmir. Əgər xarici terapiya səmərəsiz olmuşsa, fototerapiya ocaqların sağalmasına kömək edə bilər. Qısa və geniş spektrli ultrabənövşəyi B fototerapiya üçün yararlıdır; əgər ultrabənövşəyi B səmərəsiz olmuşsa, ultrabənövşəyi A ilə birgə psoralen tətbiq edilə bilər.

DİSHİDROTİK EKZEMA

Dishidrotik ekzemanı adlandırmaq üçün həmçinin “dishidroz” və «pompholux» termini işlədilir. Ovucların ekzemasının 20-25%-də dishidrotik ekzema müşahidə olunur. Ekzemanın bu forması naməlum etiologiyalı xarakterik xronik residivləşən ekzematöz dermatitlə təmsil olunur. Dishidrotik ekzema üçün adətən ovuclarda, barmaqların və ya dabanların yan səthlərində güclü qaşınan, qəfil meydana çıxan, simmetrik vezikullar şəklində səpgilər səciyyəvidir. Xəstələrin anamnezində adətən atopiya (şəxsi və ya ailə anamnezində – astma, ot qızdırması və ya atopik ekzema) vardır. Qaşınma və ya güclü qaşınma xəstəliyin kəskinləşməsindən və ya residivdən əvvəl baş verir. Hiperhidroz (həddən artıq tərləmə) çox vaxt bu vəziyyəti müşayiət edir və ya onu ağırlaşdırır. Qadınlarda xəstələnmənin ən yüksək səviyyəsi ömrünün 2-ci onilliyində, kişilərdə isə 4-cü onilliyin yarısına təsadüf edir.

Klinik şəkil

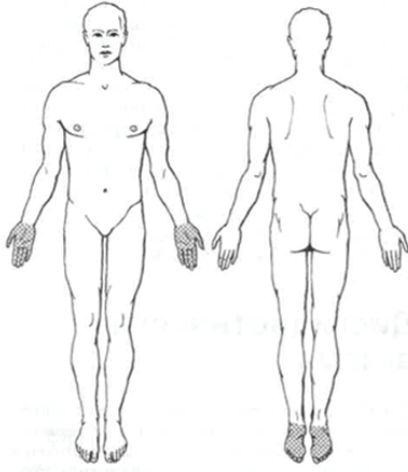
Diametri 1-5 mm olan vezikullar monoform, dərinə yerləşmiş səpgilər şəklindədir, içərisi şəffaf maye ilə dolu və yarmanı xatırladır. Vezikullar ovuclarda, barmaqların və ya dabanların yan səthində qəflətən və simmetrik əmələ gəlir. Qaşınma azaldıqca pulcuqların halqaları və qabıqlanma vezikullarla əvəz edilir. Xəstəliyin mərhələsindən asılı olaraq klinisist yalnız qəhvəyi ləkələri müşahidə edə bilər. Kəskin proses başa çatdıqda, dəri qabıqlanır və qəhvəyi ləkələri olan qırmızı rəngli çatlamış əsası görünür. Qəhvəyi ləkələr – keçmiş vezikulyasiyanın yeridir. Vezikullar 1-3 həftə ərzində tədricən sağalır. Bundan sonra eritema, qabıqlanma və lixenifikasiya ilə birləşən xronik ekzematöz dəyişikliklər baş verə bilər. Simmetrik yeləmiş vezikulların əmələ gəlməsi ilə bərabər tez-tez dalğavari residivlər baş verə bilər. Naməlum səbəblər üzündən xronik residivləşən səpgilər bəzən müddətdən sonra sağalır.

Diferensial diaqnoz

Ovucların və dabanların pustulyoz psoriazi (xəstələr daha çox ağırlardan şikayətlənirlər, nəinki qaşınmadan). “İd”-reaksiya (göbək infeksiyasının uzaqda yerləşmiş mənbəyi nəticəsində). İltihabi göbək infeksiyası (göbəkəklərin aşkarlanmasına görə aparılan müsbət KON testi). Kəskin allergik kontakt dermatiti. Bullyoz pemfiqoid (hemorragik ola bilər). Dərinin T-hüceyrəli limfoması (nadir hallarda).

Müalicə

Müalicəni ya su kəmərinin suyu, ya da Burov məhlulu ilə isladılmış soyuq yaş kompreslərin qoyulmasından başlayırlar, sonra orta və ya yüksək farmakoloji effektivliyə malik (I və ya III qrup) steroid kremlərinin applikasiyası həyata keçirilir. Prednizon gündə 0,5-1 mq/kq təyin olunur və doza tədricən 1-2 həftə ərzində azaldılır. Takrolimus məlhəminin (0,1%-li “Protopik”) tətbiq olunması bir qədər əhvalı yaxşılaşdırır, lakin sonradan bunu orta təsir effektivliyinə malik (I-III qruplar) xaricə işlənən kortikosteroidlərin hər gün 2 dəfə tətbiq olunması ilə əvəz edirlər. Kortikosteroidləri dəfələrlə və ya xəstəliyin xronik formasının müalicəsi zamanı tətbiq etmək olmaz. Sistem histaminəleyhinə preparatlar qaşınmanı yüngülləşdirə bilər. Psoralen ovucların səthinə çəkir və əlavə olaraq ultraviolet A - tez-tez baş verən torpid səpgilərin müalicəsində işlədilən uğurlu vari-



Şək. 15.1. Dishidrotik ekzemada səgilərin tipik lokalizasiyası

andıdır. Disulfiramanın («Antabuse» gündə 200 mq 8 həftə ərzində) təyin edilməsi ovucların dishidrotik ekzeması olan nikelə həssas xəstələrə kömək edə bilər. Əgər göbələk infeksiyasının kənarında yerləşən lokalizasiya mənbəyi müəyyən edilmişsə və KOH ilə müayinənin nəticəsi müsbətdirsə, göbələk infeksiyasının ocağını aqressiv xarici göbələkəleyhinə vasitə (“Ekonazol” və ya “Terbinafin” kremi 3 həftə ərzində hər gün) ilə müalicə etmək lazımdır, yaxud sistem göbələk əleyhinə preparatlar qısa kursla (“Terbinafin” və ya “İtrakonazol”) təyin olunur və infeksiya ocağına müvafiq dozalanma və müalicə müddəti seçilir. Stresslərin qarşısının alınması və ya aradan qaldırılması müalicəyə kömək edə bilər, belə ki, bəzi xəstələrin belə hallarda sağlamlığına dair məlumatlar vardır.

Əgər dəri testinin gedişində aşkar olunmuş allergenlərlə təmasın aradan qaldırılması yaxşılaşmaya gətirib çıxarmırsa və xəstənin əhvalı ağır olaraq qalırsa, digər terapiya variantlarına su kəməri suyu ilə elektroforez, botulin toksinin dəri altı yeridilməsi (100-160 MV), metotreksat, azatioprinin həftəlik aşağı dozaları (nəzarət etmək üçün gün ərzində 100-150 mq, sonra davam edici doza – gündə 50-100 mq) və xarici şüa terapiyasının aşağı dozalarının verilməsi daxil edilə bilər.

SEBOREYA EKZEMASI

Seboreya ekzeması (sinonimlər: seboreya dermatiti, disseboreya dermatiti, Unna xəstəliyi) – dərinin xronik xəstəliyidir, onun əsasında dərinin piy vəziləri ilə zəngin sahələrində aşkar olunan piy vəzlərinin sekretor funksiyasının pozulması durur.

Epidemiologiya

Populyasiya arasında xəstəliyin orta rast gəlmə tezliyi 3-5% təşkil edir, lakin immundefisit olan xəstələrdə o, daha çox rast gəlinir: 30%-dən 80%-ə qədər. Bir qayda olaraq, cinsi yetkinlik dövründə başlanır, lakin istənilən yaşda inkişaf edə bilər. Xəstələrin əksəriyyəti 30 yaşa qədər dövrdə xəstələnirlər, 50 yaşdan sonra xəstəliyin yaranması riski yenidən artır. Kişilər daha çox xəstələnirlər. Xəstələrin əsas şikayətləri – tər ifrazı zamanı güclənən qaşınmadır. Vəziyyət daha çox qış fəslində ağırlaşır.

Etiologiya və patogenez

Xəstəliyin etiologiya və patogenezini indiyə qədər lazımınca öyrənilməmişdir. Onun inkişafında irsi amillər, piy vəzlərinin ifrazının həddən çox artması, piy vəzlərinin funksiyasının patoloji dəyişiklikləri, tük follikullarının və piy vəzlərinin girişində aşkar edilən bakteriyalar, stress, allergik reaksiyalar əhəmiyyətli rol oynayırlar.

Piy vəzlərinin hiperfunksiyası mühüm təkanverici amildir. Yenidəğulmuşlarda piy

vəziləri androgenlərin endogen hasil olması nəticəsində fəaldırlar, ona görə də seboreya ekzeması 3 aylığına qədər uşaqlarda inkişaf edə bilər. Daha böyük yaşlarda piy vəzilərinin fəallığı aşağı düşür, ona görə də seboreya ekzemasının inkişafı nisbətən az təsadüf edir. Xəstəliyin kişilər arasında daha çox rast gəlməsini də androgenlərin təsiri ilə izah etmək olar. Dəri piyinin keyfiyyət dəyişiklikləri sübut olunmamışdır.

Parkinson xəstəliyi və seboreya ekzemasının bir-birilə əlaqəsi sinir sisteminin mühüm rol oynadığını göstərir. Poliomiellit və ya siringomieliya zamanı dəri dəyişiklikləri çox vaxt yalnız üçlü sinirin zədələndiyi yerdə rast gəlinir. Xəstələr həmçinin qeyd edirlər ki, stress dəri əlamətlərini ağırlaşdırır. Xəstəliyin əlamətləri qış fəslində daha qabarıq ifadə olunur. Sink çatmamazlığı və ya enteropatik akrodermatit zamanı seboreya dermatitinin inkişaf riski artır. Essensial yağ turşularının mübadiləsinin pozulması da əhəmiyyətli rol oynayır. B vitaminin çatmamazlığı da həmçinin dermatozun inkişafına səbəb olur.

Müasir dövrdə Malassezia (Pityrosporum) maya göbələklərinin seboreya dermatitinin inkişafında rol oynaması ehtimalı öyrənilir. Bu əlaqə onunla təsdiq edilir ki, seboreya ekzemasını göbələk əleyhinə preparatlarla müalicə etdikdə xəstəliyin əlamətlərinin azalması və dərinin Malassezia ilə kolonizasiyasının azalması müşahidə olunur. Xəstənin dərisinin səthində maya hüceyrələrinin sayı normal göstəricilərdən xeyli çoxdur (sağlam şəxslərdə $5105 \times 10^5 / \text{sm}^2$, seboreya ekzeması ilə xəstələrdə $9,2105 \times 10^5 / \text{sm}^2$). Seboreya ekzeması zamanı göbələklərin miseli mərhələsi xəstələrin 26%-də (sağlam şəxslərdə – 6% hallarda) rast gəlinir. Həmçinin belə güman edirlər ki, seboreya ekzeması dərinin Malasseziya qarşı spesifik reaksiyasıdır. Seboreya ekzeması ilə xəstələrdə immun sistemin müxtəlif pozğunluqları baş vermişdir (mayayabənzər göbələklərin fəaliyyətinin nəticəsi olaraq): Malasseziya qarşı anticisimlərin titrlərinin başın tüklü hissəsinin seboreya ekzemasının ağırlıq dərəcəsi arasında əlaqənin olması qeyd edilmişdir.

Təkcə Malassezia maya göbələkləri etioloji rol oynayırlar. Məsələn, seboreya ekzemasından əziyyət çəkən bəzi körpələrdə nəcisdən və dəri səthindən çoxlu sayda Candida albicans koloniyaları aşkar edilir, applikasiya testləri və limfositlərin transformasiyası reaksiyası isə sensibilizasiyanın olmasını təsdiq edir. Candida albicans və Malassezia-nın çarpaz antigenlərinin olması da məlumdur.

Lakin belə güman edilir ki, xəstələrin müxtəlif qruplarında bu xəstəliyin özünəməxsus patogenezi vardır, belə ki, kəskin immunodefisitli olan xəstələrdə Malassezia hüceyrələri xeyli az aşkar edilir, nəinki immunpatologiyası olmayan xəstələrdə. Seboreya ekzeması həmçinin İİV-infeksiyalı xəstələrin mühüm markerlərindən biri sayılır.

Klinik şəkil

Xəstəlik xronik gedişata meyilliyi və tez-tez baş verən residivlərlə səciyyələnir, müalicəyə çətin tabe olur. Kosmetik qüsurlar xəstələrdə psixoloji problemlərə gətirib çıxara, sosial adaptasiyanın pozğunluqlarını törədə bilər. Xəstələrin əsas şikayətləri tərləmə zamanı güclənən qaşınmadır.

Uşaq seboreya ekzeması körpənin ilk 6 ayında meydana çıxır və adətən bir neçə ay ərzində tamamilə sağalır. Çox vaxt piylənməyə meyilli uşaqlar xəstələnirlər. Zədələnmə başın tüklü hissəsində baş verir, lakin qaşlar, burun-dodaq büküşləri, üzün dərisi də zədələnə bilər, proses yayıldıqda ətrafların bükücü səthləri, bədənin iri büküşləri də cəlb olunur. Başın tüklü hissəsində çatlarla müşahidə olunan yağlı sarımtıl pulcuqlar –

qneys layları əmələ gəlir. İri büküzlərdə lokalizasiya olunan infeksiyanın disseminasiyalı ocaqları psoriazda olan ocaqları xatırladır, lakin onlar daha tez sağalmaya meyllidirlər.

Səpgilər çoxlu miqdarda piy vəzilərinin olması ilə səciyyələnən yerlərdə – üz, başın tüklü hissəsi, döş, kürəklərarası sahə, iri büküzlərdə əmələ gəlir. Klinik şəkil çox vaxt iltihablaşmış qırmızımtıl və yüngülcə infiltrasiyalı, qeyri-düzgün sərhədli, sarımtıl pulcuqlu və hiperemiyalı fonda qartmaqları olan ocaqların yaranması ilə səciyyələnir. Zədələnmələr ya birləşmiş iri ocaqlar şəklində olub coğrafi xəritəni xatırladır, ya da dairəvi və dəqiq sərhədlərə malik çoxlu sayda ocaqlar (kəpəkvəri dəmrovu xatırladan) şəklindədir. Güclü subyektiv hissiyyat – qaşınma, göynəmə zamanı ekskoriyasiya, çatlar əmələ gəlir, ikincili infeksiya qoşulur. Piy vəzilərinin axacaqları genişlənməmişdir.

Üzdə zədələr çox vaxt burun ətrafı, burun-dodaq büküzlərində, qaşların dərisində yerləşir. Xəstələrin bir hissəsində günəş şüalarının təsirindən və ya UBS-dan sonra əhvalın pisləşməsi nəzərə çarpır. Bədəndə adətən tərləmə zamanı pulcuqların kənar edilməsi nəticəsində infiltrasiya zəif nəzərə çarpır. İri büküzlər – qoltuqaltı, qasıq büküzləri zədələnmə bilər, bu zaman klinik şəkil kandidozu və intertriqonu xatırladır.

Başın tüklü hissəsində səpgilər dəqiq məhdud sərhədlərə malikdir və birləşməyə meyllidirlər. Bəzən başın tüklü hissəsinin zirehi xatırladan total zədələnmələri müşahidə olunur. Ocaqlar ənsəyə, boynun yan sahələrinə, retroaurikulyar sahəyə keçir. Bəzən retroaurikulyar sahədə uzun müddət sağalmayan çatlar əmələ gəlir ki, onlar da ikincili infeksiyalaşmaya meyllidirlər. Döşün mərkəzi hissəsində və ya kürəklərin arasında zədələr hiperemiyalaşmış infiltrasiyalı ocaqlar şəklini alır.

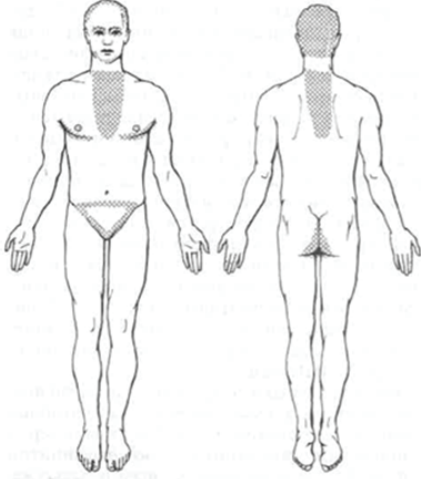
Seboreya eritrodermiyası seboreya ekzemasının ağırlaşması sayılır və xaricə təyin olunan müalicəni yaxşı keçirmədikdə və ya kontakt sensibilizasiyasının nəticəsində baş verir.

Seboreya ekzemasının diaqnostikası çətinlik törətmir və xəstəliyin xarakterik klinik şəklinə əsaslanır. Əsas çətinlik vulqar psoriazın differensial diaqnostikası zamanı, xüsusilə başın tüklü hissəsinin zədələnmələri zamanı yaranır. Psoriaz zamanı səpgilər tüklərin artma istiqamətində yerləşir, daha infiltrasiyalıdırlar, qabıqlanma daha qurudur. Seboreya ekzeması psoriaz zədələnmələrinə nisbətən terapiyaya daha sürətlə həssasdır. İri büküzlər zədələndikdə kandidozu və ya intertriqonu xatırlamaq lazımdır. Seboreya eritrodermiyası zamanı Sezari sindromunu istisna etmək məqsədə uyğundur.

Seboreya ekzemasının müalicəsi həm yerli, həm də sistem xarakterli ola bilər və xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. Residivlərə meyli olduğu üçün müalicə uzun müddətlidir və seboreyanın korreksiyasına yönəldilir. İltihabəleyhinə və göbələkəleyhinə terapiya aparılır.

Seboreya ekzemasının yüngül formalarında səpgilərin hamar dəridə lokalizasiya etdiyi zaman göbələk əleyhinə preparatların məlhəmi, kremi və ya məhlulu istifadə edilir ki, o da gündə 1-2 dəfə 2-4 həftə ərzində tətbiq olunur. Üz dərisinin yağsızlaşdırılması salisil turşusu (2-3%) və ya rezorsin (2%) əlavə edilmiş spirt məhlulu ilə aparılır. Günortta tərkibində kükürd olan kirşan çəkilir. Üz üçün eritromitsin («Zinerit» losyonu) və ya ketokonazol («Nizoral» kremi) olan vasitələr tövsiyə edilir. Axşamlar quruducu müalicə təyin olunur: klioxinol (5%) və ya ixtiol (2-5%), həmçinin kükürd (2-5%) ilə birlikdə sink losyonu. Sulanan ocaqlar brilyant abısının 1%-li sulu məhlulu ilə səylə zərərsizləşdirilir.

Yerli kortikosteroidlər seboreya ekzemasının ən effektiv müalicə metodlarından biri sayılır. Kortikosteroidlər güclü iltihabəleyhinə təsirə malikdirlər, lakin onların uzun müddətli tətbiqi əlavə effektlərlə - dərinin atrofiyası, teleangiektaziya, akne, perioral dermatitin yaranması ilə müşahidə olunur. Uşaqlarda dəri örtüyünün yüksək nüfuzetmə qabiliyyətini nəzərə alaraq kortikosteroidləri çox ehtiyatla təyin etmək lazımdır. Üzə



Şək.15.2.Seboreya ekzemasında səpgilərin tipik lokalizasiyası



Şək.15.3.Seboreya ekzemasında səpgilərin üzdə lokalizasiyası

təsiri öyrənilmişdir. Flukonazol və terbinafin Malassezia qarşı nisbətən az effektivdir, lakin seboreya ekzemasının müalicəsində ondan da istifadə olunur.

Çox ağır hallarda sebosupressiv preparatlar təyin olunur, məsələn piy vəzilərinin aktivliyini və ölçüsünü 90%-ə qədər azaldan və həmçinin iltihabəleyhinə təsirə malik

aşağı aktivliyə malik kortikosteroid kremlər – prednizolon və hiperkortizon təyin olunur.

Başı yumaq üçün tərkibində keratolitik və mikroəleyhinə əlavələr olan seboreya əleyhinə vasitələr tətbiq edilir: selen sulfidi (selen sulfidi olan Vichy Dercos şampunu), salisil turşusu, qatran («T-gel», «Friderm-Tar»), sink («Friderm-Zinc»). Lipofil mayayabənzər göbəklərə aktiv təsir edən (həftədə 2 dəfə) ketokonazolun («Nizoral» şampunu) istifadəsi məsləhət görülür. Tüklər üçün işlədilən seboreya əleyhinə dəmləmələrin tərkibində kükürd, salisil turşusu, rezorsin və ya qeyri-feminizasiyalı estrogenlər vardır. Qısamüddətli effekt üçün qlükokortikoidlərin spirtli məhlullarının (bəzən qatran əlavə olunmaqla) istifadəsinə göstəriş vardır. Güclü iltihab prosesində halogenizasiyalaşmış qlükokortikoidlər təyin edilir. Əsas maddə kimi kremlər, losyonlar və ya gəllər təklif olunur.

Xəstəliyin ağır gedişi kəskin iltihabla və pulcuqları sıx yerləşmiş ocaqların olması ilə səciyyələnir, pulcuqları kənar etmək üçün keratolitiklər, məsələn salisil turşusundan və ya daş kömürün preparatlarından istifadə olunur. Qabıqlanmadan sonra yerli göbək əleyhinə və kortikosteroid preparatlar tətbiq edilir. Əlavə olaraq histaminəleyhinə vasitələr, kalsium preparatları tövsiyə edilir, bakterial infeksiya qoşulduqda isə antibiotiklər təyin olunur.

Xaricə təyin olunan terapiya səmərəsiz olduqda sistem antimikotik preparatların 1 həftə ərzində daxilə tətbiqinə göstəriş vardır: ketokonazol (200 mq/sutka), terbinafin (250 mq/sutka), flukonazol (100 mq/sutka), itrakonazol (200 mq/sutka). Daha çox ketokonazolun və itrakonazolun

izotretinoin təyin olunur. Müəyyən edilmişdir ki, preparatın gün ərzində bədən çəkisinə görə 0,1-dən 0,3 mq/kq sutkalıq dozada tətbiq edilməsi müalicənin 4-cü həftəsində sonra ağır seboreyanın yaxşılaşmasına gətirib çıxarır.

Kompleks terapiyaya histaminəleyhinə preparatlar, multivitaminlər, sedativ vasitələr, mədə-bağırsaq yolunun funksiyasını normallaşdırmaq üçün işlədilən preparatlar, ikincili infeksiya qoşulduqda isə antibakterial vasitələr və eubiotiklər daxil edilir.

UŞAQLARDA EKZEMANIN YARANMASININ VƏ GEDIŞİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

UŞAQ EKZEMASININ İNKİŞAFINDA EKSSUDATİV DİATEZİN VƏ İRSİYYƏTİN ROLU

Uşaqlarda ekzemanın inkişafında konstitusiyaya anomaliyaları – allergik (sin.: ekssudativ-kataral) və digər diatezlər mühüm rol oynayır. Məlumdur ki, diatez - orqanizmin bəzi patoloji vəziyyətlərə və xəstəliklərə qarşı irsi meyilliyyətinin xüsusi forması olub fizioloji qıcıqlandırıcılara və adi həyat şəraitlərinə qarşı orqanizmin qeyri-adi reaksiyası ilə səciyyələnir. Diatez hələ patoloji vəziyyət və ya xəstəlik demək deyildir, o, ətraf mühitin qeyri-əlverişli şəraitində onların inkişaf etməsi üçün fon yaradır. Diatez uzun müddət gizli keçə bilər və yalnız ətraf mühitin əlverişsiz şəraitlərində (uşağa düzgün qulluq etmədikdə, qidalanma, rejim, zərərli təsir edən ekzogen amillər), endokrin, mərkəzi və vegetativ sinir sisteminin funksional vəziyyətinin pozğunluqlarında konstitusiyaya anomaliyalarını aşkar etmək mümkün olur.

Beləliklə, ekssudativ diatezin mahiyyəti irsi determinə olunmuş poligen və heterogen meyilliliyi ilə səciyyələnir və genlərin kəskin ekspressivliyi ilə müşayiət olunur ki, o da həm autosom-dominant, həm də autosom-recessiv irsiyyət tipi üzrə ötürülür və ümumi qeyri-spesifik və immunoloji reaktivliklə birlikdə dərinin uzunsürən xronik gedişlə birgə residivləşən iltihabi-ekssudativ xəstəliklərinə qarşı uşaq orqanizminin hazırlığını şərtləndirir (hətta adi endo- və ekzogen təsirlərə cavab olaraq).

Müəyyən edilmişdir ki, ata xətti ilə nəsil ağacında allergik xəstəliklərin olması zamanı ekzema uşaqların 30%-də, ana xətti ilə – 50%-də, ata və ana xətti ilə – 75%-də aşkar edilir. Son halda o, uşağın birinci həftəsində və ya ayında inkişaf edir və dəri örtüyünün geniş sahəli zədələnmələri ilə birgə fasiləsiz-residivləşən gedişi ilə fərqlənir. Bundan başqa, dəqiq müəyyən edilmişdir ki, ekzema ilə xəstə uşaqlarda genetik determinə olunmuş (əsasən ana xətti ilə) və ikincili – B-limfositlərin yüksək miqdarında IgG, IgE miqdarının artması və IgM-nin səviyyəsinin azalması ilə təzahür edən qazanılmış immun pozğunluqlar müşahidə olunur. İmmunitetin humoral mərhələsinin pozğunluqları funksional aktiv T-limfositlərin sayının azalması və T-hüceyrələrin miqdarının azalması ilə müşayiət olunur. Müəyyən edilmişdir ki, uşağın sensibilizasiyası və təcili-ləng tipli hiperhəssaslıq hamilə qadınların orqanizmində dövr edən antigenlərin sayəsində bətn-daxili (transpləntar) baş verə bilər.

Postnatal dövrdə südəmər yaşlı uşaqların 95%-də qaraciyərin, mədəaltı vəzin, həzm yolunun disfunksiyası, həzm aparatının fermentativ sisteminin təkmil olmaması və ya

tam inkişaf etməməsi, mədənin, bağırsağın selikli qişasının keçiriciliyinin artması və qaraciyər baryerinin pozğunluqları nəzərə çarpır. Ananın öz pəhrizini pozmasını, uşağı erkən vaxtda əlavə qidalandırması, xronik infeksiya, KRVX, qurd invaziyasının ocaqlarının kəskinləşməsi fonunda uşağın əlavə qidalandırılması, daxili orqanların xəstəliklərinin kəskinləşməsi və s. də uşaqlarda ekzemanın yaranmasında müəyyən rol oynayır.

Uşaqlarda ekzemanın klinik xüsusiyyətləri

Erkən yaşlı uşaqların ekzemasının klinik şəklinin və gedişinin bəzi spesifik xüsusiyyətləri vardır. Uşaqların 72%-də dəridə ilk səpgilər həyatının ilk 6 ayında meydana çıxır. 1-2 yaşa qədər uşaqlarda ekzema adətən ekssudativ diatezlə bağlıdır və su vermə, nəmlənmə ilə müşayiət olunur. Çox vaxt yanaqlar və alın zədələnir (ekzemanın həqiqi forması), sonra proses başın tüklü hissəsini və üzün hamısını zədələyir. Dəri diffuz şəkildə qızarır, ödemləşir, onun üzərində əmələ gələn xırda qovucuqlar sürtətlə dəşilir, yerində eroziv yaralar qalır. Proses çox vaxt 3-6 aylığında inkişaf edir. Burun və burun-dodaq üçbucağı adətən zədələnmir. Uşaqlarda geniş, buynuz qatı olmayan sulanan səthlər aşkar edilir. Proses başın dərisindən dəri örtüyünün digər sahələrinə yayılmağa meyllidir.

Daimi xarakterli güclü (biopsiya edici) qaşınma uşağı sutkalar ərzində narahat edir (çox vaxt ekzema həzm orqanlarının xəstəlikləri ilə birgə rast gəldikdə).

Uşaqlar yuxunun pozulmasından şikayətlənirlər və müəyinə zamanı xarakterik xarici görünüşə malik olurlar: dərinin pastoz olması və solğun (solğun-çəhrayı) rəngə çalması, kövsək, lakin elastik olmayan piy toxumasının artması nəzərə çarpır. Uşaqlarda yumşaq toxumaların turqoru aşağı düşmüşdür.

Uşaqlarda çox vaxt ekzemanın seboreya (67% hallarda), impetiqinoz (56% hallarda), mikrob (49% hallarda) və pruriginoz (23% hallarda) formaları aşkar edilir. Əsasən ekzema sahələrinə piogen infeksiya qoşulduqda impetiginoz pustulalar və ya follikulitlər əmələ gəlir, qartmaqlar laylanır, sarımtıl-yaşıl rəngdə olurlar, bəzən limfadenit qoşulur, az hallarda bədən temperaturu yüksəlir.

Kiçik yaşlı uşaqlarda sağrı nahiyəsinin impetiginoz ekzeması müşahidə edilir (uşaqların natəmiz saxlanması, ishal). Böyük yaşlı uşaqlarda (5 yaşdan 14 yaşa qədər) bəzən ekzemanın disseminasiyalı əlamətləri ilə birgə zədələnmə ocaqlarının gövdənin dərisində, az hallarda üzdə və daha nadir hallarda ətraflarda lokalizasiyası müşahidə olunur. Ocaqlar, bir qayda olaraq oval, qeyri-düzgün formalı, ləkələr və ya infiltrasiyalı lövhəciklər şəklindədir. Qaşınma daima 1 sutka ərzində müşahidə olunur.

Histoloji dəyişikliklər: ekzemanın kəskin hallarında ekssudasiya əlamətləri, xronik forma üçün proliferasiya səciyyəvidir. Epidermis və dermada ödem, xüsusilə də epidermisin tikanlı qatında, nəzərə çarpır. Onun daxilində hüceyrəarası ödem hüceyrələri aralayır və müxtəlif ölçülü boşluqlar əmələ gətirir. Malpigi qatında bəzən infiltrat hüceyrələri aşkar edilir ki, bu da mikroabseslərin formalaşması təəssüratını yaradır. Xronik ekzema zamanı epidermisdə akantoz və bəzən parakeratoz müşahidə olunur.

Qan və limfa damarları genişlənmişdir, bəzi qan damarları eritrositlərlə dolmuşdur. Dermada kollagen lifləri arasında, damarlar boyunca və dəri artımlarının ətrafında diffuz şəkildə infiltrat yerləşir. Kəskin ekzema zamanı infiltrat polimorfnüvəli leykositlərdən ibarətdir, xronik ekzema zamanı isə infiltratda limfositlər və fibroblastlar üstünlük təşkil edir, bəzən polimorfnüvəli leykositlər rast gəlir. Məməcikli qatda elastik torlar parçalanma vəziyyətində olur: rast gələn sinir liflərinin dəstələri ödemlidir.

Müalicə-pəhriz tövsiyələri

Düzgün təyin olunan pəhriz qeyri-spesifik desensibilizasiya təsiri göstərə bilər və uşağın vəziyyətini yaxşılaşdırmağa kömək edir. Kəskin ekzema zamanı ilk 3 sutka ərzində ciddi süd pəhrizi lazımdır. İstiotlu yeməklər, şirniyyat, yumurta, kofe, çay və içərisində alkoqol olan içkilər qadağan edilir. Qidadan həmin uşaq üçün allergen olan məhsullar çıxarılır (eliminasiya pəhrizi). Uşağın qidalanması həzm orqanlarının aşkar edilmiş xəstəlikləri və ekzemanın forması nəzərə alınmaqla tərtib olunmalıdır. Belə ki, həqiqi ekzema zamanı uşaqlarda lipostaz güclənir və zülal çatmamazlığı kəskin nəzərə çarpır, ekzemanın seboreya formasında isə lipoliz və disproteiniya müşahidə olunur. Ona görə də I qrup uşaqlara heyvani və bitki yağları ilə zəngin və zülalın miqdarı 10-12%-ə çatan pəhriz tövsiyə olunur, II qrup uşaqlara isə bitki yağlarının istifadəsi artırılır. İşlədilən karbohidratların miqdarı hipoa allergik meyvə və tərəvəzlərin hesabına kompensasiya olunur. Uşaqların qidasına ksilit mütləq əlavə edilməlidir, onun sayəsində şəkərin işlədilməsi azalır və kəskin xolesistokinetik təsir özünü biruzə verir.

Ümumi terapiyanın prinsipləri

1. Müalicənin mərhələli və fasiləsiz olması (stasionar- poliklinika- sanatoriya).
2. Müalicə sxemlərinin tərtib olunması zamanı kompleks və fərdi yanaşma.
3. LOR-orqanlarda (tonzillit, haymorit, otit), həzm orqanlarında (xronik pankreatit, bağırsağın disbakteriozu), bronx-ağciyər sistemində, sidik yollarında xronik infeksiya ocaqlarının mütləq sanasiyası.
4. Antibiotikləri ehtiyatla və yalnız mütləq göstərişlər olduqda stasionar şəraitində təyin etməli.
5. Dezintoksikasiya terapiyası, allergenlərin eliminasiyası əsasən uşaqlarda ekzemanın disseminasiyalı yayılması qeyd olunan infeksiya ocaqlarının sanasiyası ilə paralel şəkildə aparılır.
6. Dehəlmintizasiya ekzema əlamətləri olduqda aparılmalıdır.
7. Orqanizmin qeyri-spesifik hiposensibilizasiyasına, II-IV sinif histaminəleyhinə preparatların və s. təyin olunmasına göstəriş vardır.

Yerli terapiyanın prinsipləri

1. Xarici terapiya ekzematöz prosesin mərhələsi (kəskinləşmə, remissiya) nəzərə alınmaqla təyin olunur.
2. Yerli terapiya ekzemanın klinik forması nəzərə alınmaqla aparılır.
3. Xarici qlükokortikoidlər (prednizolon və ya hidrokortizon məlhəmi, «Elokom» və ya «Apulein» kremi, məlhəmi) dəri örtüyünün məhdud zədələnmə sahələrinə 10 gündən az olmayaraq tətbiq edilir.
4. Xarici müalicə vasitəsinin (islatma, sarğılar və s.) işlədilməsi metodikasının ciddi gözlənilməsi.

Uşaq ekzemasının profilaktikası

Birincili profilaktika:

- ər-arvadın sağlam həyat tərzi;

- mənzilin gigiyenasına riayət olunması;
- uşağın sağlam həyat rejimi;
- allerqodermatozların antenatal profilaktikası (gələcək ananın qidalanma rejimi üzrə tövsiyələr; toksikozlar zamanı tibbi yardım);
- mama-pediatriya şuraları. İkincili profilaktika.
- «risk» qrupuna aid olan uşaqların erkən aşkar edilməsi;
- onların tam dispanserizasiyası;
- kompleks məsləhət və terapevtik yardım;
- səmərəli xarici terapiya.

XVI FƏSİL. DƏRİNİN PEŞƏ XƏSTƏLİKLƏRİ

Peşə dermatozları peşə patologiyasının 80%-ni təşkil edir və müxtəlif istehsalat amillərinin zərərli təsiri nəticəsində baş verir.

Peşə dermatozlarına ilk dəfə istehsalat şəraitində meydana çıxan dəri xəstəlikləri aiddir. Əgər xəstəlik istehsalatda işləyənin qədər inkişaf etmişsə, istehsalat amillərinin təsiri altında kəskinləşir və residivlər verirsə, belə xəstəlik peşə xəstəliyi sayılır.

İstehsalat amilləri

1. Kimyəvi (əsas) qıcıqlandırıcılar - turşular, qələvilər, skipidar, sintetik və epoksid qatranı, şüşə liflər, sintetik boyalar və laklar, nikel, xlor, civə birləşmələri, sement, formalin, kimyəvi maddələr, streptomitsin və novokain.

2. Fiziki amillər – radioaktiv izotoplar, rentgen şüaları, ultrabənövşəyi şüalar, mexaniki və termiki amillər.

3. Bəzi infeksiyalar – inək çiçəyi virusu, Candida cinsi göbələkləri.

Klinik formalar

1. Sadə (təmas) peşə dermatiti sadə təmas qeyri-peşə dermatitindən heç nə ilə fərqlənmir, lakin istehsalat şəraitində baş verir.

2. Peşə allergik dermatiti qeyri-peşə allergik dermatitindən heç nə ilə fərqlənmir, lakin istehsalat şəraitində baş verir.

3. Peşə fotodermatozları – istehsalat şəraitində fotodinamik maddələrin (asfalt, hudron, qatran, kreozot yağı) təsiri altında meydana çıxan fotosensibilizasiyadır.

4. Peşə ekzeması adi ekzemadan fərqlənmir, lakin allergenin təsiri istehsalat prosesi ilə bağlıdır.

5. Peşə follikulitləri hudron, qatran, yağlar, kerosinlə işləyərkən inkişaf edir. Yağlar və kerosin dərinin qıcıqlanmasına və iltihabi follikulitlərin – tükün ətrafında qırmızı papulaların yaranmasına səbəb olur. Hudron və qatran hüceyrə epitelisinin proliferasiyasına və buynuz follikulitlərin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır – bunlar tükün ətrafında yerləşən bərk epidermal papulalar olub buynuz qatdan törənmişlər və tünd-qırmızı rəngdədir. Lokalizasiyası – çox vaxt baldır, az hallarda said, bəzən gövdədir.

6. Peşə xoraları turşular, qələvilər (soda), sian birləşmələri ilə təmas zamanı qeyd olunur. Lokalizasiya – epidermisin zədələndiyi yerlərdə əllərin arxa səthi, ovuqlardır. Xoralar kiçik, xırda, qeyri-dərin, az ağrılıdır. Bəzən çoxlu sayda xoralar ola bilər ki, onlar tünd qartmaqla örtülmüşdür («quş gözü» simptomu).

7. Peşə hiperkeratozları və papillomatozları tərkibində kanserogen maddələr olan məhsullarla uzun müddətli təmas zamanı meydana çıxır. Bunlar daş kömür qatranı, sintetik qatranlar, hudron və s. Lokalizasiyası – yuxarı və aşağı ətraflardır. Xəstəlik bu maddələrlə təmasdan 10-15 il sonra təzahür edir.

Dəri əlamətləri

- Yastı ziyillər tipində səpgilər – bunlar epidermal papulalar olub hüceyrə epitelisinin proliferasiyası nəticəsində əmələ gəlir;

- Vulqar ziyillər tipi üzrə səpgilər – hüceyrə epitelisinin proliferasiyası və dermanın məməciklərinin böyüməsi sayəsində (birincili elementin – epidermal-dermal pa-

pulaların əmələ gəlməsi ilə bərabər) inkişaf edir. Klinik olaraq gilənar böyüklüyündə, özündən sonra çarıqlar qoyan iri vulqar ziyillər aşkar edilir.

Differensial diaqnoz

Verrusiformalı epidermodisplaziya – yalnız açıq sahələr zədələnilir, autosom-recessiv tip üzrə irsən ötürülür. Klinik olaraq ziyil-papulalar, sarı-qəhvəyi rəngli lövhələr aşkar edilir. Xəstələrin yaşı 25-dən yuxarıdır.

Papillomalar - sürətlə böyümə, ağırlı olması səciyyəvidir, xoralaşır və bəzən epiteliomalara çevrilirlər.

Sağıcıların düyüncükləri – sağıcılarda, zootexniklərdə, baytar həkimlərdə inək çiçəyi ilə yoluxmuş xəstə inəklərlə kontakt zamanı baş verir. Lokalizasiya – barmaqlar, əllərin arxa səthi, ovuclar, mil-bilək oynaqı, said. Klinik olaraq noxud böyüklüyündə mərkəzi batmış, ağrısız, dairəvi bərk papulalar müəyyən olunur, 1-2 aydan sonra öz-özünə itirlər.

Peşə kandidozu – qənnadı, tərəvəz anbarlarının işçilərində (yetişmiş tərəvəz və meyvələr, dəriyə alma, limon və süd turşusunun təsiri) əl barmaqlarının arasında inkişaf edir.

Düzgün diaqnozun qoyulması meyarları

1. Müəyyən istehsalat amili ilə əlaqənin təyin edilməsi.
2. Bədənin açıq sahələrində lokalizasiyası.
3. Güman edilən qıcıqlandırıcılarla müsbət dəri sınaqları.
4. Eyni şəraitdə işləyən fəhlələr arasında oxşar xəstəliyin olması.

Müalicə

Peşə dermatozlarının müalicəsi analogi dəri xəstəliklərinin müalicəsindən fərqlənir.

Profilaktika

1. Dərinin zərərli maddələrdən qorunması.
2. İstehsalatın mexanikləşdirilməsi, avtomatlaşdırılması, hermetikliyi.
3. Havalandırmanın sanitariya-texniki şərtləri, xüsusi geyim, su çanaqları, duşlar və s.
4. Sanitar-maarifləndirmə işi.
5. Qoruyucu vasitələrin (işdən əvvəl dəri sahələrinə çəkilən məlhəmlər, pasta, kremlər) tətbiq olunması:
 - sulu məhlullarla təmas zamanı silikon kremindən istifadə edilir ki, o, əlləri suyun zərərli təsirindən qoruyur;
 - üzvi maddələrlə təmas zamanı bioloji əlcəklər və ya kazein məhlulundan (spirt-də həll olunmuş kazein) istifadə edilir;
 - epoksid kleyi, qatranla təmas zamanı onları kənar etmək üçün 960 spirt işlədilir.
6. Fəhlələrin peşə seçimi dəri sınaqlarının aparılması ilə həyata keçirilməlidir.

Əgər zərərli maddəni əvəz etmək, texniki prosesi mexanikləşdirmək mümkün deyilsə və qoruyucu vasitələr kömək etmirsə, onda peşə seçimi aparılır. Bu məqsədlə işə qəbul edilən şəxsə istehsalat qıcıqlandırıcıları ilə dəri sınaqları qoyurlar. Əgər dəri sınağı mənfidirsə, fəhlə bu istehsalat sahəsinə işə qəbul edilir.

XVII FƏSİL. DƏRİ QAŞINMASI

Qaşınma (pruritus) – bu dəri (və ona yaxın yerləşən selikli qişalar) üçün spesifik hissiyyat və ya nosisepsiya hissi olub fizioloji olaraq bir çox dəri xəstəliklərində qıdıqlanan - qıdıqlanmadan tutmuş, sancıcı ağrılara qədər hiss olunan müxtəlif kəmiyyət və keyfiyyət dəyişikliyi kimi təsir edən xəbərdarlıq signalıdır.

Qaşınma dəriyə aid olan ən çox yayılmış şikayətlərdəndir. Bu zaman cavab olaraq arası kəsilmədən dərinin mexaniki qıcıqlanmasına ehtiyac duyulması ilə yanaşı gədən xoşagəlməz hissiyyat meydana gəlir. Xroniki qaşınma, ağrı kimi, xəstənin ümumi vəziyyətinə təsir edərək ekstremal hadisələrə, hətta özünə qəsdə səbəb ola bilər. Ancaq qaşınma və onun ardınca gələn dərinin cızılması sosial planda neqativ qəbul olunur və ona görə də əsasən anagenital nahiyədə çox vaxt xəstələr tərəfindən yandırma, quruluq hissi kimi təsvir olunur. Qaşınma bir tərəfdən funksional nosisepsiya olub, dəridən ona ziyan verən parazitlərin, bitki qalıqlarının kənarlaşmasına xidmət etsə də, digər tərəfdən bu xəstəlik simptomu olub, dərinin zədələnməsinə gətirib çıxara bilər.

Qaşınma ağrı hissinə yaxın, hətta subyektiv əlamətləri, ancaq ondan aşağıdakılara görə fərqlənir: hər iki hiss xoşagəlməzdir, ancaq ağrı “qaçmaq” refleksini realizə edir, qaşınma isə əksinə olaraq məcburedici “üzərində işləmək” refleksini yaradır ki, yerinə yetirilməsi zamanı yaranan qaşınmaq, cızmaq elə həmin an razısalıcı (qısa müddətliyinə olsa da) rahatlaşmağa səbəb olur. Hissiyatın belə xoşagəlməzlikdən həzzediciyə doğru dəyişməsi dəri xəstəliklərinin şəxsiyyətlə bağlı xəstəlik kimi qəbul olunmasının əsas səbəblərindəndir. Həm də qaşınmanın nəticəsində yaranan siyrıntı effekti bir sıra dermatozların morfoloji şəklinə daxildir və təkrar qüsurlu dövrə vasitəsi ilə yenidən qaşınmanın patogenezinə və dəri xəstəliyinin əməmlə gəlməsinə səbəb ola bilər.

Ağrı və qaşınmanın bazası çoxsaylı müşahidələrlə illustrasiyalaşır: bu hissələrin olmaması; həm anadangəlmə, həm də qazanılma; demək olar çox vaxt birlikdə meydana gəlir. Ancaq qaşınma zəif ağrı ilə bir tutula bilməz, çünki, hər iki hissənin özünəməxsus keyfiyyəti və intensivlik spektri var ki, bir-birinə keçmir və dissosiasiya olunur. Dərinin 410C-yə qədər isidilməsi qaşınmanı blokladır, ancaq ağrı hissini gücləndirir; epidermisin kənarlaşdırılması qaşınma hissənin itirilməsinə gətirir, ancaq ağrı hissi qalır; yüksək tezlikli cərəyanlarla qıcıqlandırma az qaşınma hissi olan ağrıya səbəb olur.

Qaşınma və ağrının ortaqlaşmasında əsas rolu A qamma və C tipli liflərinin sərbəst ucları oynayır. Əgər əvvəllər bir təkçə klinik müşahidələrlə təsdiqlənsə, indi neyrofizioloji tədqiqatlar da ağrı və qaşınma liflərinin bir bütövlük təşkil etməsi və müxtəlif aktivlik göstərmələri nəzəriyyəsini təsdiqləyir.

Qaşınmanın qəbul olunma spektri yüngül qıdıqlayıcı, isti-yandırıcı; kəsicidən küt, əzabvericiyə doğru dəyişir. Buna görə də refleksəbənzər “üzərində işləmək” reaksiyaları da müxtəlifdir: ekzemada olduğu kimi dəridən nöqtəvari qaşınma mənliliyini kənarlaşdırmağa yönəlmiş (destruktiv akt) . ehtiyatlı sürtmə, qırmızı yastı dəmrovda, pis lokalizə olunmuş və ya yayılmış qaşınma mənbəyi olduqda (məsələn: göbələyəbənzər mikoz və ya mexaniki övrə) olan ehtiyatlı sürtücü və ya soyuducu (kəskin övrə). Qaşınma yerləri ona görə də öz-özünə qaşınmanın ağlabatan nəticəsi hiss olunmasındakı fərqliliyi səbəb mediatorlarının müxtəlifliyi və dəyişməsi ilə tənzimlənir.

Dərinin fiziki, kimyəvi, biokimyəvi, antimikrob və immunoloji baryer funksiyasının

dan başqa onun ətraf mühit və bədən arasında sərhəd rolu daxilində hissiyyat bəzəsində xüsusi rolu derma və epidermisin innervasiyası oynayır. Hal-hazırda ayrı-ayrı hissiyyatlar üçün xüsusi reseptorların olması mövqeyi qəbul olunmur. Hazırkı dövrdə soyuq, isti, ağrı, qaşınma və toxunma hissini qəbulu üçün qarışıq reseptorların olması nöqtəyi-nəzərini qəbul edirlər. Bəzi nosiseptorlar kimyəvi qlclqlandırıcılara qarşı reaksiya verirlər ancaq onların müxtəlif kimyəvi maddələrə qarşı özünü aparmaları da açıq-aydın müxtəlifdir. Müasir dövrdə təkcə qaşınma və ya təkcə ağrı törədə bilən dəqiq müəyyən olunmuş kimyəvi maddə yoxdur, hətta histamin belə dozəsindən asılı olaraq ya qaşınma, ya da ağrı hissi törədir.

Nə isıq, nə də elektron mikroskopu tam və bir mənalı olaraq epidermal sensor neyronları differensasiya etmək qabiliyyətində deyil və ancaq immunhistokimyəvi üsulun immunelektron mikroskopiya ilə kombinasiyası və neuropeptidlərə antitellərin tətbiqi gələcək differensasiyaları aparmağa imkan verir. Dəri sinir lifləri daxilində P-substansiyası, gen-kalsitonin peptidi, neyrotropin və vazoaaktiv intestinal peptid (VIP) kimi maddələri lokalizə edə bilmişlər. O da məlumdur ki, bəzi liflər lə belə neuropeptidlər kombinasiyası ilə təmin olunur.

Müxtəlif dəri reseptorları qaşınma hissini polimodal C və A sinir lifləri vasitəsilə keçirir.

- Taktil reseptorlar : Merkel diskləri, A-lifləri, Meysnerin toxunma hissiyyat cisimcikləri, Vater-Paçininin lövhəli cisimcikləri və Holdji-Matsoni cisimcikləri

- Temperatur reseptorları (dermanın səthi sinir torunda soyuğu qəbul edən Krauze kolbaları və istini qəbul edən Ruffini cisimləri var)

- Ağrı reseptorları - sərbəst sinir ucları şəklində göstərilir.

Qaşınma mərkəzi sinir sisteminə mielinsiz yavaş ötürən C-lifləri vasitəsi ilə verilir. Qaşınma polimodal – sinir liflərinə mexaniki, texniki, elektrik və ya kimyəvi stimulyasiya vasitəsi ilə törədilir. Bu mielinsiz sinir liflərinin derma və epidermisin sərhəddində yerləşən ucları nosireseptor kimi xidmət edir və müxtəlif mediatorların birbaşa və ya dolay yolla xaric olmasından oyanırlar. Qaşınma törədən maddələrə aminlər (histamin, serotonin), proteazlar (ekzogen papain, kallikrein, tripsin) və müxtəlif peptidlər (bradikinin, sekretin) və neuropeptidlər (P maddəsi, vazoaaktiv intestinal polipeptid), qalxanvari vəzn hormonu – kalsitonin, həm də araxidon turşusunun metabolitləri, interleykin - 2, boy faktoru və eozinofil və trombositlərin müxtəlif bioloji aktiv maddələri aiddir. Prostoqlandinlər və endorfinlər mərkəzi və periferik sinir sisteminə moduləedici təsir göstərir. Göstərilən maddələrdən çoxu histaminin potensial liberatorlarıdır; papain və kallikrein kimi başqaları isə birbaşa qaşınma törədirlər. Histamin – qaşınmanın əsas ancaq təkcə mediatoru deyil, ona görə də antihistamin preparatlarla müalicə bəzən istənilən terapevtik effekti vermir.

Qaşınma hissini təmin edən sinir impulsları onurğa beynin arxa buynuzlarına afferent sinir lifləri vasitəsi ilə daxil olur ki, ordanda spinotalamik traktın neyronları ilə çarpazlaşaraq talamusa və sonra da baş beyin qabığının sensor zonasına daxil olur.

Polimodal C-liflərinin çarpaz qıcıqlanmasının nəticəsi olaraq qaşınma müxtəlif keyfiyyətlər əldə edir. Məsələn: Mucuna pruriens bitkisindən alınan mukanain maddəsi tə-

miz qaşınma törədir, ancaq histaminə aid olan hissiyyatın 60%-i qaşınmadan, 40%-i isə ağrıdan ibarətdir. Bundan fərqli olaraq xardal yağı təmiz yandırıcı ağrı törədir. Nosiseptorların bradikininlə stimulyasiyası və ola bilər ki, iltihabi dermatozlar zamanı yaranan turş toxuma mühiti histaminin elektroforetik təsirinin yanma kimi qəbul olunmasına gətirib çıxarır.

Müxtəlif mediatorlar və ya belə kombinasiyalar yuxarıda adıçəkilən C-liflərin xüsusi reseptorlarını aktivləşdirmək iqtidarındadır ki, onun nəticəsi olaraq qıcıqlanmanın məlum həddi aşılır və ya qorunma kaskadı fəallaşır ki, sinir stimulyasiyasının gedişatında MSS-də qaşınmanın interpretasion signalı kimi işlənir.

MSS-də qaşınmanın tipik mərkəzi hələ də müəyyənləşdirilməmişdir. Funksional pozitron – emission tomoqrafiyanın köməyi ilə sübut edən bilmişlər ki, histamin təsirindən əmələ gələn qaşınma zamanı neyronal aktivliyin göstəricisi olaraq kəmə qırışları zonasında qan axınının sürəti aktivləşir. Bəzi tədqiqatlar göstərir ki, bu region histamin mənşəli qaşınmanın sensor aspektinə cavabdehdir, eyni zamanda da premotor zona kimi qaşınmağa hazırlıq kimi cavabdeh ola bilər.

Histamin qaşınma ilə əlaqəli olması tədqiqat aparılmış nisbətən məşhur maddədir. O tosqun hüceyrələrin komponentidir, Levisə görə (1927) onların deqranulyasiyası zamanı xaric olması və H1 – reseptorlarla əlaqəsi zamanı 3 fenomen: kapilyarların genişlənməsi ilə ləkəli eritema, toxumanın kütləsinin qeyri-artma nəticəsində əmələ gələn qızartı, 60-90 saniyə ərzində əmələ gələn köpüşük və ardınca ödem hesabına kapilyarların kompressiyası nəticəsində yaranan anemik areal.

Histaminin təsirini H1- antihistamin maddələri tətbiq etməklə tam və ya qismən blokada etmək olar. Ona görə də müxtəlif dəri xəstəlikləri və daxili xəstəliklər zamanı yaranan qaşınmanın həmişə antihistamin preparatlarla qarşısını almaq istəyirlər. Beləliklə də aydın olmuşdur ki, qaşınmanın bir sıra növləri antihistamin preparatlara reaksiya vermir və ona görə də müxtəlif mediatorların axtarışını aparmaq üçün səbəb yaranmışdır.

Digər biogen amin, serotonin inyeksiyalar və ya elektroforez zamanı qaşınma və köpüşük əmələ gətirə bilər. Ancaq o histaminlə müqayisədə daha zəif pruritogen təsirlidir. Serotonin tosqun hüceyrələrdə toplanmır və ona görə də həm allergik, həm də analgetik effekt törədir. Ola bilər ki o, uremik və hepatik qaşınmada xüsusi rol oynayır. Tədqiqatlar göstərmişdir ki, kapsaisin serotonin induksiyası nəticəsində köpüşüyü azaltsa da, onu əhatə edən eritemanı aradan qaldırmır. Proteinazalarda pruritogen effekt göstərilir. Tripsin və ximotripsin qaşınma törədir, ancaq onun təsiri antihistamin preparatların tətbiqi zamanı dayanır, lakin nəzərə almaq lazımdır ki, modullaşma bir başa histaminin azad olması ilə baş verir. Papain və kallikrein əksinə olaraq xüsusi histamindən asılı olan effektlər törətmir.

Son vaxtlar diqqət qaşınma və neuropeptidlərin qarşılıqlı əlaqəsinə yönəlmişdir. P – maddəsi histaminin hissəvi iştirakı ilə güclü qaşınma törədir. Kapsaisinin terapevtik tətbiq olunması bu sualı daha çox aydınlaşdırdı. Kapsaisinin dəridə yerli P-maddəsinin neuropeptidlərdə deplesiyasına mielinləşməmiş C tipli liflərin zədələnməsinə gətirib çıxarır. Əvvəlcə güclü yanma və ağrı həm də qaşınma yaranır, sonra P maddəsinin qəbulu və ya əmələ gəlməsi blokladılır.

Qaşınmanın təbiətini aydınlaşdırmaqda opioidlərin təsiri kömək edir. Morfin ağrını kənarlaşdırır, digər tərəfdən isə qaşınma əmələ gətirir. Morfin kimi opioid, tosqun hü-

ceyrələrdən histamini azad edərək qaşınma əmələ gətirsə də, antihistamin preparatların reseptorlarını blokada etməsi zamanı təsirini aradan qaldıra bilmir.

Dəridə immunoloji allergik reaksiyalar daxilində müşahidə olunan böyük miqdarda prostoqlandinlər və eykozenoidlər də qaşınma zamanı hər hansı rola malikdirlər. Prostoqlandinlərin inyeksiyası zamanı histaminin əmələ gətirdiyi qaşınmadan asılı dərəcədə aşağı səviyyəli qaşınma əmələ gəlir ki, bu da görünür ki, ya histaminlə əlaqəlidir, ya da histaminin törətdiyi qaşınma prostoqlandin E2- ilə güclənir. Məsələn: LTB4 tipli leykotrienlər eritema əmələ gətirir, ancaq dəri inyeksiyası etdikcə köpüşük törətmir. Prostoqlandinlərin inqibitoru olan atsetil-salisil turşusu və indometasin bu qaşınmanı idarə etmək iqtidarında deyil. Digər tərəfdən də atsetil-salisil turşusu hamiləliyin 3-cü trimestri zamanı yaranan güclü qaşınmanın müalicəsində H1 – antaqonist xlorfenilaminə daha effektivdir.

Sitokirlərin və boy faktorunun qaşınma ilə əlaqəsindəki rolu aydınlaşdırılır. Bu planda da tədqiqatlarda sübut edə bilməşlər ki, neyrotrop faktoru olan neyrotropin-4 atopik dermatit zamanı yaranan qaşınmada rol oynayır.

Qaşınma dermatologiyada daha çox yayılmış simptom olub, bir çox dəri xəstəlikləri və ya klinik cəhətdən görünməyən dəri xəstəlikləri zamanı yarana bilər: kserodermiya (dərinin quruluğu), dermatozoonozlar (qoturluq, bitlilik, həşaratların dişləməsi), atopik dermatitlər, kontakt dermatitləri, medikamentoz toksidermiya, qırmızı yastı dəmrov, ekzema, övrə, pruriqo, Dürinqin herpesşəkili dermatozu, günəş dermatiti və s.

Dermatozlar zamanı yaranan qaşınma simptom olub, dəri xəstəliyinin nəticəsidir. Uyğun dermatoz tipik səpgiyə görə diaqnozlaşdırılır. Bir çox dəri xəstəlikləri qaşınma ilə müşayiət olunur. Qaşınmalar və onun effektlərinə gətirib çıxaran intensiv qaşınma ekzema, atopik dermatitdə, bəzi mukozalarda və dərinin parazitər xəstəliklərində müşahidə olunur. Bir çox dermatozlarda (qırmızı yastı dəmrov, övrə) qaşınmanın intensivliyinə baxmayaraq, qaşınmanın effekti yoxdur, çünki dərinin qaşımır, ancaq sürtülər. Belə pasientlərin xarakterik parıltılı dırnaq lövhələri olur. Atopik dermatit üçün qaşınma tutmaları xarakterikdir. Sadə və yarımkəskin pruriqoda qaşınma səpqi törədir ki, ondan sonra qaşınma kəsilir və yerində hemorragik qabıqlar qalır, ancaq qaşınmanın izləri olmur. Qaşınma həm də övrənin simptomudur və qaşınmaqla artır, ancaq ekskorsiyaya rast gəlinmir.

Tez-tez isti vannalar və ya hər gün yağsızlaşdırılmış sabunla edilən isti duşlar, vannaya edilən əlavələr dərinin qurumasına, gözlə zəif görünən qabıqlanmasına bununla da dərinin güclü qaşınmasına səbəb olur. Yaşlılarda piy vəzisi ilə kasıb olan dəri nahiyələri, əsasən said və baldır nahiyələri qaşınır, xüsusən də qışda evləri qızdırdıqda otaqda havanın rütubəti aşağı düşdükdə.

Hər bür qaşınmadan şikayəti olan pasient dermatozoonozlara yoxlanmalıdır (qoturluq, bitlilik, həşarat dişləmələri). Qoturluq dərinin daha çox rast gəlinən parazitər qaşınma xəstəliyidir. Qoturluq zamanı qaşınma əsasən gecə olur. Başın tükli hissəsinin və qulaqların qaşınması zamanı bitliliyi istisna etmək lazımdır; qasıq, aralıq, döş və qoltuqaltı nahiyənin qaşınmasına – qasıq biti; bel, kürək, boyun qaşınmasına – paltar biti səbəb olur.

Qaşınma – atopik dermatitin daimi simptomudur. Onun intensivliyi müxtəlif olur; o diffuz və lokalizə olunmuş, ayrı-ayrı səpqi zonaları ilə məhdudlaşmış olur. Axı-

rıncı hal yaşlı pruriginoz dəyişiklikləri olan atopiklərdə rast gəlinir. Qaşınma atopik dermatitin təkrar tutmasının elçisi ola bilər. Qaşınma ilə əlaqədar olaraq qaşınma effektləri qüsür dövrünü olaraq, iltihab törədir o da stafilokok infeksiyasına, bununla da yenidən iltihaba və xəstəliyin persistə olunmasına səbəb olur.

Urtikar səpgilər və atopik dermatit törədən dəri qaşınmasını klassik mediator olan histamin törədir. Bir çox digər dəri xəstəlikləri də dəri qaşınması ilə müşayiət olunur. “Pruritus sine materia” diaqnozu o vaxt qoyula bilər ki, bütün diaqnostik imkanlar tükənsin, və uzunmüddətli qaşınmanın somatik səbəbi təyin olunmasın. Məlum olmayan məcburi qaşınmalar dəridə xəstəvari cızıqlara yaradır. Bəzən dermatoloqlar baxış zamanı başqa cəhətdən sağlam dəri olduqda “Pruritus sine materia” haqda danışırlar. Qaşınma simptom olaraq histamindən az asılıdır, nəinki başqa mediatorlardan (serotonin, prostoglandin və digər vazoaaktiv maddələr). Aydın səbəbi olmayan xroniki qaşınma çox vaxt yaşlı insanları, əsasən kişiləri zədələyir. Differensial diaqnoz vaxtı pruritus senilis və ya ümumi kserozu (dərinin quruluğu) nəzərə almaq lazımdır.

Differensial diaqnoz

Qaşınmanın differensial diaqnozunda nəzərə almaq lazımdır ki, mastositoz, pemfiqoid və ya Dürinqin herpesşəkili dermatozu əvvəlcə klinik sağlam dəri üzərində qaşınma ilə təzahür edir, ancaq sebastaz isə dəri xəstələrində obyektivliyə çətin tabe olur.

Qaşınmanı hər hansı dermatoloji xəstəliklə əlaqələndirə bilmədiyimiz hallarda digər səbəbləri axtarmaq lazımdır. Generalizə olunmuş qaşınma zamanı birincili dəri xəstəliyi olmadıqda bu başqa daxili orqan xəstəliyinin əlaməti kimi ola bilər; uremiki qaşınma (böyrək xəstəliyində); xolestatik qaşınma (mexaniki sarılıq, xolestatik hepatit, birincili billiar sirroz); endokrinopatik qaşınma (şəkərli diabet, hamilələrin qaşınması), paraneoplastik qaşınma (Hockin xəstəliyi, visseral karsinoma), nevrojen qaşınma (nevroloji xəstəliklər); psixogen qaşınma (psixi xəstəliklər); medikamentoz qaşınma (bəzi dərmanların qəbulundan).

Qaşınma şikayətləri olan xəstənin bədəninə baxdıqda dəri əlamətləri olan və olmayan qaşınmanı ayırd etmək lazımdır. Ancaq dəri əlamətlərinin olmamasını dəqiqləşdirmək üçün xəstənin bədəninin hər yerinə pəncənin dərisindən tutmuş, başın tüklü hissəsinə, burunun içi, xarici qulaq keçəcəyinə, anus, xaya və vulva nahiyəsinə, həm də dırnaqlara barmaqarası nahiyələrə diqqətlə baxmaq lazımdır. Yalnız bədənin bütün bu sahələri dəyişikliksiz olduqda biz dəri əlaməti olmayan qaşınmaya aksen edə bilərik. Sonra isə limfa düyünlərindəki dəyişikliyə, dalaqdakı böyüməyə, ekzoftalma və ya şəkərli diabetin təzahürlərinə və əlbətdə kseroza diqqət yetirmək lazımdır. Qaşınmanın düzgün qiymətləndirilməsi – çətin tapşırıq olaraq, xəstənin dəqiq müayinəsinə tələb edir (cədvəl 17.1). Qaşınmanın başlanması, gedişatı və intensivliyi barəsindəki əhatəli anamnez toplamaq mütləqdir. Həmişə qaşınmanın aşağıdakı xarakteristikası haqda sual qaldırmaq lazımdır; generalizə olunmuş – lokalizə olunmuş; arasıksilməyən – paroksizmal; proqressivləşən – sakitləşən; temperaturdan, şəraitdən, sutkanın vaxtından asılı olan.

Müəyyən etmək lazımdır ki, qaşınmanı su, istilik, quruluq və ya rütubət, fiziki gərginlik, dərinin soyuması kimi faktorlar qıcıqlandırır və ya gücləndirir. Həmişə xəstələrin tropik yerdə olmalarına, heyvanlarla olan kontakta, qəbul etdikləri dərmana, qidalanma xüsusiyyətlərinə və sevimli şirniyyatlarına (rəngləyicilər, əlavələr, konservantlar) fikir

vermək lazımdır. Nisbi atopiyalar, peşə, sosial status, hətta seksual həyat haqqında da dəqiq anamnez olmalıdır.

Cədvəl 17.1

Dəri qaşınması zamanı xəstəlik anamnezi

- Başlanqıcı (kəskin.tədricən)
- Gedışı (aramsız, növbələşən)
- Xarakteri (sancıcı, kəsici)
- Davam etmə müddəti (günlər, aylar)
- Vaxtı (tsiklik, gün ərzində, gecələr)
- Zədənin dərəcəsi (gündəlik həyatına təsiri)
- Lokalizasiyası (generalizəolunmuş, sərhədlənmiş)
- Provokasiyaedici faktorlar (su, temperatur, sürtmə)
- Dərman maddələrinin qəbulu
- Ətraf mühitin faktorları (peşə, gigiyena, ev heyvanları)
- Yaxın keçmişdə olan psixikanı zədələyən vəziyyətlər
- Allergiya, atopiya
- Səfərdə olduğu yerlər (məzuniyyət, dincəlmək yerləri)
- Cinsi anamnez
- Əvvəlki müalicə

Hətta xəstəni müayinə etməzdən əvvəl (ailənin digər üzvlərinin və ya partnyorunun da qaşınmadan əziyyət çəkməsi haqqında verilən sual xəstəliyin infeksiya genezini aydınlaşdırma bilər.Səpgi ilə sakitləşən qaşınma yuxu pozğunluğuna gətirmir. Lakin oyanıqda intensivliyi artır ki, bu da ola bilər ki, psixiki cəhətdən yaranan gərginləşmə ilə əlaqədardır. Xəstələri yatmağa qoymayan və ya gecələr yuxudan oyadan qaşınmanı çox vaxt sistem xəstəlikləri törədir. Arasıkəsilməz qaşınma ilə xarakterizə olunan müxtəlif dəri xəstəlikləri əsasən də atopik dermatiddə halsızlıqdan yaranan yuxuda qaşınma tutmalarını “gizlədir”. Qaşınma ilə əlaqəli olan gecə tərləmələri və subfebril temperatur demək olar ki, Hockin xəstəliyi üçün patognomik simptom olub, axşam vaxtı alkoqol qəbulu ilə provokasiya olunur. Bu misallar - qaşınması olan və heç bir dəri əlaməti olmayan xəstənin anamnezini topladıqda həkimin suallarını düzgün qoymaqda diqqətli olmasını göstərir.

Qaşınma nadir hallarda arasıkəsilməz olur. Bəzən o temperatur dəyişməsindən asılı olur, məsələn, soyuq havadan isti yerə daxil olduqda intensivləşir. Qaşınma gündüzlər, tutma-kriz şəklində başlayaraq çox vaxt axşamlar daha da güclənir. Bəzi dermatozlar (məsələn: yarımkəskin pruriqo) zamanı dərinin məhdud iltihabi qan çıxana kimi qaşınır, ancaq sonradan qaşınma sakitləşir. Tez-tez ekzema zamanı çox vaxt qaşınma hissiyatı qaşıda güclənir, ancaq xəstə qaşınmadan sonra haldan düşdükdə dayanır. Gündüz olmayan və gecələr güclənən qaşınma qoturluq üçün tipik anamnez sayılır.

Mənşəyi məlum olmayan qaşınmanın tanınması differensial diaqnostikanın böyük probleimidir. Əsasən daha gec yaşlarda qaşınmaya səbəb ola bilən eyni zamanda bir neçə xəstəlik haqqında düşünmək lazımdır (hormonal pozğunluqlarla kombinə olunmuş yaşla əlaqəli sebastoz, qida defisiti və ya bədxassəli şişlər). Praktikada yerli olaraq piy

əsaslı indifferant məlhəmlərlə sınaq müalicənin aparılması məqsədə uyğundur. Bəzən dəridə olan birincili dermatozları, qaşınmanın ikincili effektlərindən ayırmaq çətin olur. Davamlı qaşınmanın xəstənin psixikasına uzunmüddətli yuxusuzluq və ya nevrasteniyaya kimi təsiri ümumi səhv psixiatrik xəstəlik diaqnozuna gətirib çıxarmamalıdır. Xəstədə limfadenopatiya və ya hepatosplenomeqaliyanın olub-olmamasını təyin etmək lazımdır, çünki limfomalar güclü qaşınma ilə müşayiət oluna bilərlər. Dəridə olan səpgisiz qaşınma çox vaxt ağız boşluğu kandidozu və limfadenopatiya ilə müşayiət olunan QİÇS- infeksiyasında rast gəlinir. Bəzən dəri örtüyünün müayinəsi zamanı səpgini yalnız qaşınmanın səbəbi kimi qiymətləndirirlər, əslində isə bu səpgilər onun nəticəsidir.

Aşağıdakı köməkçi vasitələr dəri qaşınması zamanı diaqnoz qoymağa kömək edir: böyüdücü şüşə (mikroskopda da ola bilər), şüşə xətkəş, 1 cüt xırda tutqac, küt uclu alət (şpatel), zond, xırda anatomik pinset, vizual müayinəyə əlavə olaraq həkimə onun qiymətləndirmək hissi (palpasiya, ümumi baxış), və bəzi hallarda dırnaqları kömək olur. Klinik baxışa qədər daha detallı anamnez toplamaq lazımdır. Baxış üçün xəstəyə tam soyunmağı xahiş edirlər. Qaşınma hallarında xəstə dəri zədələnməsini inkar etsə də, dərinin hər santimetrini müayinə etmək lazımdır. (cədvəl 17.2).

Anamnez və fiziki müayinə ilə yanaşı məqsədyönlü fərdi müayinə planı hazırlamaq lazımdır. (cədvəl 17.3), belə ki, qaşınma sistem xəstəliyinin elçisi ola bilər. Xəstələri gələcəkdə də diqqətli nəzarətdə saxlamaq lazımdır.

Qaşınmanın səbəbinin müayinəsində heç bir tipik dermatoz əlaməti olmadıqda minimal laborator müayinə özündə aşağıdakıları birləşdirməlidir: iltihab parametrlərinin müəyyənləşdirilməsi (EÇS və C-reaktiv zülal), qanın eozinofil və trombositlərin sayılması ilə olan differensial analizi, transaminazalar, qələvi fosfotaza ilə və bilirubinlə, həm də transferrin və dəmir, sidik cövhəri və kreatinin, sidik turşusu və şəkər, kalsium və fosfat. Qalxanvari və qalxanvari ətraf vəzinin hormonlarının, bağırsaq parazitlərinin olmasını göstərə bilən ümumi İgE-nin səviyyəsinin müayinəsi ilə proqram başa çatdırılır.

Paraneoplaziyalarla assosiasiyalaşmış qaşınmaya şübhə olduqda, şiş markerlərini istifadə etməklə aparılan müayinələr, minimal invaziv metod, həm də döş qəfəsinin rentgenoqramı və USM-si aparılmalıdır

Bəzən histamin, serotonin, triptazaların (diffuz mastositoz, nefropatiya, hepatopatiya) səviyyəsinin təyini diaqnostikada kömək edir. Dərinin lixenoid zədələnməsi zamanı biopsiya qranulematoz dermatozları inkar etməyə imkan verir. İnfeksiyalarla assosiasiyalaşmış müayinələr həmişə məqsədyönlü aparılmalıdır.

Cədvəl 17.2.

Dəri qaşınması olan xəstənin baxış planı.

- Ümumi baxış (hərərət, tərləmə, yorulma, çəki itkisi)
- Dəri (piqmentasiya, quruluq, ikteriklik, ekskoriyasiya izləri)
- Dırnaqlar (rənginin dəyişməsi, distrofiyalar, onixolizis)
- Gözlər (ekzoftalm, skleranın rənginin dəyişməsi)
- Endokrin sistem (tremor, istilik tənziminin pozulması, polidipsiya, poliuriya)
- Qan sistem (anemiya, qanaxma, limfadenopatiya)
- Mədə-bağırsaq traktı (ürəkbulanma, qusma, nəcis, nəcis saxlamamaq və rəngi)

- Urogenital sistem (sidiyin rəngi, sidik saxlamama, menstruasiya, hamiləlik)
- Sinir sistemi (baş ağrıları,paresteziyalar, görmə pozğunluqları)
- Psixi status (əhval ruhiyyəsi, yuxu pozğunluğu, hallüsinasiyalar, sayıqlama).

Cədvəl 17.3

Dəri qaşınması olan xəstənin müayinə planı

- Qanın ümumi analizi
- Qanın biokimyəvi analizi (qələvi fosfotaza, bilirubin,sidik cövhəri, kreatinin)
- T4 (tiroksin), TBQ (tiroksinbirləşdirici qlobulin)
- Qanda şəkərin təyin edilməsi(acqarına)
- Qanın dəmir, ferritinə müayinəsi
- Qanın ümumi zülal və zülal faktorlarına (α_1 , α_2 , β , γ) müayinəsi
- QİÇS – seroloji (İFA- QİÇS)
- Nəcisin qizli qana müayinəsi
- Nəcisin qurd yumurtalarına müayinəsi
- Sidiyin müayinəsi (5- hidrokxiindolsirkə turşusuna, 17 ketosteroidlərə)
- Dərinin biopsiyası (histoloji, immunoflüoresent, elektron mikroskopik)
- Rentgenoloji və USM (ultrasəs müayinəsi)
- Endoskopiya (fibrozofaqoqastroduodenoskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, laparoskopiya).

Müalicəsi:

Qaşınmanın patofiziologiyası haqqında az məlumat olduğu üçün müvafiq müalicə növünü seçmək çətinlik törədir. Birinci yerdə bütün terapevtik tədbirlərdə əsas xəstəliyin müalicəsi durmalıdır. Həm də dəri quruluğu, qıcıqlandırıcı maddələrlə kontakt, dərinə yağsızlaşdırıcı tədbirlər (spirtli sarğılar),müəyyən qidaların tükədilməsi (alkoqol,ələvələr), ətraf mühitin temperatur dəyişiklikləri kimi qıcıqlandırıcı faktorları kənarlaşdırmaq lazımdır. Potensial kontakt allergenlərdə (antihistaminlər, yerli keyləşdiricilər), T- hüceyrələrin aktivliyinin artırılması nəticəsində yüksək sensibilizasiya dərəcəsi törədən, ancaq atopik dermatiddə yerli olaraq istifadə olunan doksepin (potensial antihistamin) uzunmüddətli istifadəsindən qaçmaq lazımdır.

Yanaşı tədbirlər (stressdən qaçmaq, autogen məşq, psixoloqun köməyi, psixososial əhatənin təsirinin korreksiyası,lazımi geyim, duş qəbulu, nəm bələmələr, lazım olduqda birbaşa antipruritik təsiri olan sidik cövhəri ilə bələmələr) qaşınmanı yüngülləşdirə bilər.

Əsas xəstəlikdən asılı olaraq reseptə kortikosteroidlər, keyləşdirici anestezeəddici maddələr (fenol, kamfora, mentol, polidokanol), kliokvenol, rezorsin, lazımi əsaslı qətran əlavə etmək məqsədə uyğundur. Köməkçi vasitə olaraq transkutan elektrik neyrostimulyasiyanı və ya akupunkturunu tətbiq etmək olar. Qaşınmanın müalicəsində olan yenilik – kapsaisinin tətbiqidir. Kapsaisin alkaloid olub, paprik (istiot) bitkisindən alınır.

Qaşınmanın müalicəsi zamanı 3 aspektə əsaslanmaq lazımdır. İlkin olaraq - kauzal (səbəb) yanaşma zamanı xəstəliyin spesifik törədici kənarlaşdırılır. Əgər bu mümkün deyilsə və ya tez müddətə mümkün olursa, qaşınmanın aralıq mediatorlarına təsir

edərək simptomları yüngülləşdirmək lazımdır. Əgər bu da alınmırsa, onda qaşınmanı pisləşdirən faktorları modulə edərək, simptomları dözülən etmək lazımdır.

Kauzal terapiya onu törədən səbəb məlum olduqda, qaşınmanın müddətinə görə kəskin və orta simptomları müvəffəqiyyətlə aradan qaldıra bilər. Belə ki, bir çox hallarda kəskin övrə və ya allergik ekzantemaları törədən allergeni kənarlaşdırmaq mümkündür (dərmanlar; qida məhsullarındakı allergenlər; psevdoadergenlər – aspirin, qida əlavələri; fiziki qıcıqlandırıcılar – soyuq, təzyiq, UB- şualar). Bu kontakt allergenlərə də aiddir. Parazitləri lazımi vasitələri daxilə və ya xaricə tətbiq edərək kənarlaşdırmaq olar. Bədxassəli şişi olan qaşınma ilə müşahidə olan xəstələrdə müvəffəqiyyətlə aparılmış cərahi əməliyyat və ya terapevtik müalicə simptomların yox olmasına gətirib çıxarır, lakin residivlər zamanı yenidən yaranır. Limfoproliferativ xəstəliklərdə son məlumatlara əsasən qaşınma və ağrının özü də α – interferona reaksiya verir. Digər daxili xəstəliklərin (xroniki böyrək çatmamazlığı, qaraciyər xəstəliyi, şəkərli diabet) düzgün müalicəsi də qaşınmanın azalmasına və ya yox olmasına gətirib çıxarır. Nevrotik və ya psixi pozğunluqlar zamanı yaranan qaşınmanın müalicəsində psixoterapiya, stress faktorlarının aradan qaldırılması, trankvilizatorlarla müalicə, hipnoz və ya akupunktura yaxşı effekt verir.

Klinik təcrübədə mənbəyi məlum olmayan qaşınma ilə gedən bir çox xəstəliklərdə və bir sıra patoloji proseslərdə əsas xəstəliyi kənarlaşdırmaq və ya ondan qaçmaq mümkün olmur. Burada həkimlik sənəti başlayır, qaşınmanı ya həmin orqandakı qaşınma mediatorlarına sərbəst sinir uclarına təsir edəcək, ya da qaşınmanı ötürən mərkəzi periferik ötürücü yollara modulyasiya edərək aradan qaldırılır.

Histamin eksperimental və patoloji şəraitdə qaşınmanın yeganə identifikləşmiş ötürücüsüdür. Buna görə də tosqun hüceyrələrlə əlaqələndən bir çox xəstəliklərdə qaşınma və papulyoz səpgiləri antihistamin preparatlarla müalicə etmək olar, ancaq – reflektor qızartıda az effektivdir. Köhnə MSS sedativ effekti olan preparatların qaşınma və qovuqcuqlu səpgiləri olan təsiri yeni qeyri-sedativ preparatlardan az fərqlənir. Histaminlə birincili əlaqəli qaşınma kəskin və bəzi xroniki övrələrin bəzi formalarında, məsələn: mexaniki və piqment övrəsi, bir çox xolinergik övrəli xəstələrdə olur. Həşəratların dişləməsi və bitkilərlə kontakt (gicitkan) zamanı yaranan qaşınma tosqun hüceyrələr və ya histaminlə əlaqəlidir.

Qeyri-sedativ antihistamin vasitələr xroniki övrəsi olan 70% - xəstələrdə qaşınmanı yox edir, qalanlarında isə yaxşılaşma yaranır. Ekzeması olan, yaxşı müşahidə və müayinə olunan xəstələr müxtəlif antihistaminlərə reaksiya vermir. Tosqun hüceyrələrdən mediatorların xaric olunmasına, eozinofillərin miqrasiyasına təsir edən antihistamin preparatlar (setirizin, loratadin) atopik dermatiddə effektivlik göstərilir. Ümumilikdə ekzema xəstəliklərində olan qaşınmada antihistamin preparatlar az və ya qeyri-effektivdirlər. Bu xəstəliklərdə yerli antihistamin preparatlar da məhdud miqyasda təsir edir, uşaqlarda isə onlardan qaçmaq lazımdır, çünki böyük sahələrdə istifadəsi kənar təsirə (kontakt sensibilizasiyaya) səbəb ola bilər.

Bir çox iltihabi dermatozlarda antihistamin vasitələrinin qaşınmaya zəif təsiri onun qlükokortikoidlərə tez təsiri ilə növbələşir, həm də onlar həm iltihabın digər parametrlərini, həm də qaşınmanı aradan qaldırır. Kortikosteroidlərə əks göstəriş olmadıqda sistemli olaraq kəskin xəstəliklərdə tətbiq olunurlar (kəskin övrə, kəskin kontakt ekzeması). Xroniki xəstəliklərdə onların tətbiqi əksinə olaraq əks göstərişdir, ancaq kəskinləşmə

dövründə qısa müddətli istifadə oluna bilərlər.

Fotokimyəvi müalicə (PUVA) – tosqun hüceyrələrdə və iltihabla əlaqəli bəzi xəstəliklərdə qaşınmanı azalda bilər. Məsələn olaraq düyünlü prurigo, paraneoplastik qaşınma, pigmentli övrə və hipereozinofil sindrom. Işıq övrəsində UB – müalicə əsasən dərinin “gücləndirilməsi” və dözümlüyünü induksiya etməsi üçün istifadə olunur. UB – müalicənin təsiri davamlı deyil, o ancaq müalicənin müddətini yüksəldir, bundan başqa PUVA-terapiya özü bəzi xəstələrdə qaşınmanın səbəbi ola bilər.

Siklosporin A – hətta az miqdarda da (5 mq/kq çəki/gün) ekzema, övrə, atopik dermatitdə qaşınmanı yüngülləşdirərək təsir edir, ancaq o da qüsursuz deyil, çünki kəsdikdən sonra tez residiv baş verir. Bundan başqa o potensial nefrotoksiki maddədir.

Qara ciyər daxili xolestazda xolestiramin və ya ursodezoksixol turşusu ilə müalicə nəticəsində qan zərdabına endogen öd turşularının, xüsusəndə xol turşusunun səviyyəsi azalır və qələvi fosfotaza ilə birlikdə qaşınma da azalır. Son məlumatlara görə böyüklər və uşaqlarda xolestatik qaşınma rifampisinə yaxşı reaksiya verirlər, ancaq onun yüksək əks təsirini başqa dərmanlarla çarpaz təsirini və müalicənin nisbətən bahalılığını nəzərə almaq lazımdır. Göstərilir ki, xolestiramin nisbətən yaxşı effektə malikdir, həm də UB-terapiya ilə birlikdə tətbiqi onun təsirini gücləndirir. Morfinin antoqonistləri (nalakson, nalmefen) və plazmaferez nisbətən yaxşı kömək edir. Cərrahi müdaxilə (öd möhtəviyyətinin yönəldilməsi-çıxarılması – stoma, göstəriş olduqda qaraciyərin köçürülməsi) qaşınma simptomlarını kəskin yaxşılaşdırır.

Qaşınmanın müalicəsində ümumimoduləedici tədbirlərdən əlavə iltihabın azaldılması da rol oynayır. Bu zaman bunun necə baş verəcəyi əsas rol oynayır: qlükokortikoidlərin xaricə tətbiqi ilə və ya çox ağır gedişətdə siklosporinlə sistemli müalicənin köməyi ilə. Burada əsas şərt T-hüceyrələrin infiltrasiyasının və sonradan iltihab mediatorlarının epidermisə azad olmasının azaldılmasıdır. Atopiya zamanı kseroz müalicənin yeni bir aspekti olub, suyu özündə saxlayan vasitələrin tətbiqini tələb edir. Ona görə də prinsipial olaraq sidik cövhəri, həm də qətran göstərişdir ki, onlar qaşınmanı yüngülləşdirir və keratinosidlərin hiperproliferasiyasını və lixenifikasiyasını zəiflədir. Dərinin kəskin iltihabı və atopik dermatitin xroniki vəziyyətlərində qaşınmanı müxtəlif cür müalicə etmək lazımdır. Yarım-kəskin mərhələləri UB-şualanma ilə müalicə etmək olar, ancaq bəzən UBŞ – kəskin mərhələdə də iltihabın və qaşınmanın azalmasına gətirib çıxarır. Əgər antihistamin preparatlar tətbiq olunursa, ancaq axtaşmalar sedativ tiptən olanlar işlədilməlidir.

Dəri qaşınması olan xəstəyə yanaşı xəstəlikləri də müalicə etmək məsləhət görülür. Oblıqat və individual trofoallergenlərin kənarlaşdırmaqla pəhriz təyin olunur: yumurta ağı,ət bulyonu, şokolad, şirniyyat, alkoqol, xorək duzunun, hisəverilmiş və konservə olunmuş ərzaqların istifadəsini məhdudlaşdırır, süd məhsulları və bitki mənşəli ərzaqlar göstərişdir.

Simptomatik müalicə kimi sedativ (valerian, pustırnik preparatları, trankvilizatorlar); antihistamin (suprastin, fenkarol, diazolin, erdin, loratadin); desensibilizəedici (hemo-dez, kalsi preparatları, natrium tiosulfat), keyləşdirici vasitələr (0,5%-li novokain məhlulu, 1% trimekain məhlulu), enterosorbentlər (belosorb, aktivləşdirilmiş kömür, polisorb, polifepan).

Yerli müalicə: Yerli olaraq səpmələr, sulu və spirtli məhlullar, çalxalamalar, məcunlar (pastalar), məlhəmlər istifadə olunur. Aşağıdakı vasitələr yerli qaşınma əleyhinə təsirə

malikdir: 0,5- 2% nanə (mentol); 1-2%-li timol, 1-2%-li anestezin, 1-2%-li fenol (karbol turşusu), spirtlər (1-2 %-li rezorsin, 1-2%-li salisil, kamfora, 70%-li etil), 1-2%-li limon turşusu məhlulu, çobanyastığı, yatıq qanqal dəmləməsi. Qaşınma yerlərində effekt olmadıqda qısa müddət ərzində kortikosteroid məlhəmlər sürtmək olar (lokoid, elokom, advantan, flusinar, ftorokort).

Hidrogen kükürdlü, palıd qabığı dəmləməsi, yatıq qanqal (50-100q), kəpək (300-500q vannaya) ilə vannalar, dənizdə çimmək, xvoya ekstraktı, dəniz duzu, nişasta ilə vannalar qaşınma əleyhinə təsir göstərir. Suyun to-ru 38oC, prosedurların müddəti 15-20 dəqiqə olmaqla kurs olaraq 10-20 vannaadır.

Hipnoz, elektrik yuxusu, akupunktura, lazeropunktura, maqnitoterapiya, bioritmrefleksoterapiya, hidrokortizonla fonoforez də göstərişdir.

Retionidlər atopik dermatiti olan xəstələrdə qaşınmanı azaltmaq yerinə onu qıcıqlandıra bilər. Ancaq qırmızı yastı dəmrovda, sklerotik və atrofik dəmrovda hətta az dozalarda (etretinat və ya izotretinoin - 10-20mq sutkada) belə bir neçə günə qaşınma yoxa çıxır. Dəri əlamətlərinin əksinə olaraq preparata reaksiya verməsi o qədər də vacib deyil. Xaricə krem əsaslı 2%-li estrogen və ya testosteron ilə yerli müalicə də xarakterikdir.

Geniş yayılmış perianal qaşınmanın müalicə zamanı səbəbi aradan qaldırmaq və anal nahiyənin gigiyenasını təmin etmək lazımdır. Qidalanmada qıcıqlandırıcı maddələrdən (sitrus və şirniyyat) qaçmaq lazımdır. Sonra isə 5%-li fenolun badam yağında olan anusun distal nahiyəsində dərialtı toxumaya edilən inyeksiyası məsləhət görülür. Bu metod 90% hallarda sağalma ilə başa çatır.

Əgər qaşınmanın səbəbi məlum deyilsə və ya yuxarıda adı çəkilən terapevtik imkanlar məhdudlaşıbsa, onda qaşınmanı azaltmağa yönəlmiş tədbirlər həyata keçirmək lazımdır. Bura ilk növbədə dəriyə yağlı xarici vasitələrlə vaxtaşırı gulluq aiddir, xüsusən də yaşlı dövrdə. Akvagen qaşınması olan xəstələrdə bu seçim vasitəsidir.

Qaşınma tutmaları autogen məşq vasitəsi ilə xəstələrin özləri tərəfindən də nəzərə çarpacaq dərəcədə azaldıla bilər. Qaşınması olan xəstədən soruşmaq lazımdır ki, onlar necə yuyunurlar. İsti su ilə tez-tez yuyunma, sabunun həddən çox istifadəsi dərinin təbii piy qatının azalmasına və bununlada qaşınmaya səbəb olur. İsidicilərdən gələn isti, quru və isti yataq dəstləri xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinə gətirib çıxarır. Xəstələr çox vaxt gecə qaşınmalarının soyuq duşdan sonra azalmasını qeyd edirlər. Həm də dəriyə yağlı sürtgüldən istifadə etmək lazımdır.

Yuxarıdakılardan ümumi fikrə gəlmək olar ki, müasir farmakoloji vasitələrlə qaşınmanı ancaq məhdud şəkildə idarə etmək olar. Antihistamin preparatlara yaxşı reaksiya verən urtikar reaksiyaların müalicəsi və qaraciyər xəstəlikləri və böyrək çatışmamazlığı zamanı olan xroniki qaşınmanın son zamanlar aparılan müalicəsi istisnalıq təşkil edir. Xroniki ekzema zamanı qaşınmaya kortikosteroidlər yaxşı təsir edir, lakin uzunmüddətli müalicədə zərərli təsirləri qaçılmazdır. Ümumilikdə qaşınmanın səbəbinin axtarılması məqsədyönlü müalicənin əsasıdır. Həm də bir çox xəstələrdə qaşınma müasir dövrdə olan terapevtik metodlar və vasitələrin nisbi tətbiqi ilə də yaxşılaşa bilər.

XVIII FƏSİL. ATOPIK DERMATİT

Atopik dermatit - genetik olaraq meyilli T – supressorların funksiyasının defisiti, eyni zamanda β – adrenergik reseptorların natamam blokadası və B- asılı İgE – qlobulin mexanizmlı patoloji immün reaksiyalı irsi multifaktorial mənşəli xəstəlikdir.

Atopik dermatit yaş müxtəlifliyi, xroniki residivli gedişatı, lixenifikasiyalı, dərinin həqiqi polimorfizmi ilə müşahidə olunan qaşınan iltihabi xəstəlikdir. Çox vaxt sinir sisteminin funksional dəyişikliyi, immunitet pozuntuluğu, respirator orqanların atopik zədələnmələri ilə əlaqəli olur.

Terminalogiya

Etiopatogenezi tam məlum olmayan, xroniki gedişata malik olan və bununla bağlı terapevtik müalicə problemlı xəstəlik olaraq, dermatoloji nozologiyalar arasında atopik dermatit xüsusi yer tutur. Müasir ədəbiyyatda 100 dən artıq bu xəstəliyin adı göstərilmişdir. “Atopik dermatit” adı ilə qeyd olunan ingilis və fransız ədəbiyyatından fərqli olaraq alman mənbələrində daha çox “ atopik ekzema”, “endogen ekzema”, “diffuz neyrodermit”, “atopik neyrodermit” terminlərinə rast gəlmək olar. 1891 – ci ildə Brocq tərəfindən təklif olunmuş neyrodermit termini sinir sistemi ilə ehtimal olunan ptogenetik əlaqəni göstərir. Bu da onunla bağlıdır ki, güclü qaşınma xəstəliyi provokasiya edən faktor kimi qəbul edilirdi.

Biz iki eyni mahiyyəti göstərən terminlərdən istifadə etməyi məsləhət görürük: “Atopik dermatit” və “Atopik ekzema”.

Epidemiologiya

Atopik xəstəliklərin rast gəlmə tezliyi artmaqdadır. Bu xəstəliklər əhalinin 5 – 20 % - ni əhatə edir və əsasən allergik rinit, atopik dermatit (təxminən 50 %) və az miqdarda bronxial astma halında özlərini göstərir. Atopik dermatit əksər hallarda körpə yaşlarda özünü göstərir, yəni həyatın ikinci və üçüncü aylarında. Alimlərin qiymətləndirmələrinə görə atopik dermatit 25 yaşdan aşağı insanlarda bütün dermatozlar arasında 8 – ci yerdədir. Xəstəlik süd əmər, erkən uşaq, yetkinlik yaşlarında və böyüklərdə rast gəlinir. Cinsi yetkinlik dövründən sonra atopik dermatitin birinci əmələ gəlməsi çox nadir hallarda müşahidə olunur

İrsiyyət tipi

İrsiyyət bütün detallarla tam aydın deyil, ayrıca bir genlə əlaqəsi yoxdur. HLA-sistemində təsiri müəyyən edilməmişdir. Valideynlərdən birində atopiya varsa, övladın xəstələnməsi 25 – 30 % təşkil edir. Poligen irsi verilmə tipli olması ehtimal olunur. İrsən keçən konkret olaraq atopik xəstəlik yox, müxtəlif sistemlərin atopik reaksiyasıdır. Təxminən 60 – 70 % xəstələrin ailə anamnezində müsbət atopiya mövcuddur. Buna görə də dəqiq yığılmış ailə və individual anamnezlər atopik dermatitin təyini üçün mühiüm diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. İrsi meyillikdən əlavə ekzogen faktorlarında rolu var. Tənəffüs yollarının və ya bağırsağın atopik xəstəliyinə təhrik edən ətraf mühit faktorlarından nəinki inqalyasion (ev tozunda olan gənələr, bitkilərin tozcuğu, heyvan yunu) və ya qida (yumurta, balıq, konservantlar, süd zülalı və.s.) allergenləri, həm də paralel gedən

psixovegetativ və psixosomatik dəyişiklərində rolu böyükdür.

Təxminən 30% hallarda vulqar ixtioz, daha artıq tezliklə dəri quruluğu (asteatoz, sebastaz), lipidlərin tərkibinin dəyişməsi, dərinin su keçiricilik qabiliyyətinin artması (bariyer funksiyasının pozulması) qeyd olunur. Tez – tez atopik dermatitli xəstələrdə vitiliqo müşahidə olunur, ocaqlı dazlığın isə proqnozu qeyri-qənaətbəxş olur (alopetsiyanın ayopik tipi). Eyni zamanda, nisbətən nadir hallarda cavan şəxslərdə göz anomaliyalarından atopik katarakta, əsasən keratokonusa təsadüf olunur. Dishidroz (alopesiyanın atopik tipi) ovucların dishidrotik ekzeması və urtikariya ilə əlaqələr müşahidə olunur. Miqren ilə əlaqəsi diskussiya olunur, lakin bu o qədərdə dəqiq deyil.

Etiologiya

Atopik dermatitin səbəbi bu günə kimi tam aydın deyil. Xüsusən nə üçün xəstəlik körpə yaşlarda başlayır və müxtəlif insanlarda fərqli gedişata malik olur. Mahiyyətə uşaq yaşlarında atopik dermatit iltihabi – ekssudativ ekzemanın (hiperemiya, qovucuqlar, qartmaq) gedişatı ilə, daha sonralar klinik gedişində iltihabi – proliferativ və dərinin ekskoriyasiyaları ilə bağlı kobudlaşması müşahidə olunur (lixenoid papulalar, lixenifikasiya və pruriginoz papulalar). Bu makro və mikromorfoloji substratların təkcə təcili ip allergik o cümlədən qan zrdabında İgE-artması ilə əlaqələndirmək olmaz, müəyyən rolu eyni zamanda gecikmiş ekzematöz tipli hüceyrə reaksiyası da oynayır.

Atopik dermatitin dəqiq səbəbi bilinmədiyi üçün iki nəzəriyyə təklif olunur: immunoloji hipotez və beta-adrenergik reseptorların blokadası hipotezi. İmmunoloji nəzəriyyələri təsdiq edən bir neçə fakt mövcuddur: atopik dermatitin başqa allergik xəstəliklərlə assosiasiya tezliyi; qan zərdabında İgE göstəricisinin kifayət qədər artması; geniş spektrli dəri testlərinin müsbət reaksiyası; virus və göbələk infeksiyalarına meyillilik, immundefisit xəstəlikləri ilə yanaşı gediş.

Beta-adrenergik reseptorların blokada nəzəriyyəsi bununla bağlıdır ki, beta-resptorların disfunksiyası hiperaktivliyi əmələ gətirir, bunun da təkanverici mexanizmi kimi müxtəlif stimullar ola bilər: fiziki, immunoloji, infeksiyon, kimyəvi və psixi.

Patogenez

İmmunoloji nəzəriyyə daha çox diqqət cəlb edir. Həm humoral, həm də hüceyrə immunitetinin anomaliyaları mövcuddur. Ola bilsin ki, İgE spesifik antigenlər tərəfindən stimulyasiya edilir. Bu antigenlər tosqun hüceyrələrin səthində yerləşərək, axırınıcları iltihab mediatorları ifraz etməyə vadar edir. Hüceyrə-mexanizimli immunitetin xeyrini sübut edən faktorlardan- virus infeksiyalarına o cümlədən sadə herpes, yoluxucu mol-yusk və ziyillərin yaranmasına meyillik göstərməsidir. Pasiyentlərdə əksər halda dinit-roxlor benzolun sensibilizasiyasına dayanıqlıdırlar. T-limfositlərin göstəricilərinin aşağı olması, T-hüceyrələrinin vacib subpopulyasiyalarının çatışmamazlığını göstərir. Qeyd olunan T – hüceyrələr subpopulyasiyaları öz növbəsində B – hüceyrələr və plazmasitlər tərəfindən İmmunoqlobulinin ifrazını nəzarətdə saxlayaraq, İgE səviyyəsi daima yüksəkdə qalır. Eyni zamanda neytrofillərin və monositlərin xemotaksisi pozulur və faqositar aktivliyi aşağı düşür. Ummunoloji nəzəriyyəni təsdiqləyən daha bir faktor, atopik dermatitli xəstələrin həm sağlam həm də zədəli dərisində çox miqdarda stafilokokkların mövcudluğudu.

B – adrenergik nəzəriyyə bir sıra anomal dəri testləri ilə təsdiqlənir. Bunlar – ag dermoqrafizm, xolinergik stimulların qıcığına qarşı ləng solğunlaşma, nikotin turşusunun istifadəsi zamanı parodoksal cavab, dəri damarlarının artıq dərəcədə olan konstriktor cavabıdır. S-AMF səviyyəsinin aşağı düşməsi tosqun hüceyrələrdən və bazofillərdən mediatorların ifrazının artmasına səbəb olur.

Humoral immunitetin pozulması

Atopiyaya irsi meyilli olan insanlar ətraf mühitdə olan maddələrə (allergenlərə) təcili tip allergik sensibilizasiya ilə cavab verirlər. Bu tip sensibilizasiya intrakutan test zamanı urtikar reaksiya ilə təsdiqlənir. İmmunoloji olaraq söhbət təcili tipli allergik reaksiyadan gedir. (İ tip Coombs&Gell görə)sağlam insan ətraf mühitdə olan bu maddələrə reaksiya vermir. Pasientlərdə erkən uşaq ya.şlarında qida və inqaliyasion allergenlərə qarşı pozitiv təcili tip reaksiyalar qeyd olunur. Müsbət dəri reaksiyaların sayı 50 – 90 % təşkil edir. Çox inqaliyasion allergenlərə qarşı intrakutan reaksiyalar olur, xüsusən ev tozu, bitki tozcuğu və ya heyvan allergenləri (yun və heyvan kəpəyi). Onu da qeyd etmək lazımdır ki, səbəb baxımından inqaliyasion allergenlərin provakator kimi atopik dermatitin ağırlaşdırmasında rolu tam aydın deyil. Hər bir dermatoloq bilir ki, allergik rinitin mövsümü kəskinləşməi atopik dermatitin ağırlaşması ilə müşahidə olunur və ya əksinə.

Bundan başqa analar bu faktı da qeyd edirlər ki, uşaqlarda qaşınma və dəri iltihabı reaksiyaları mütləq qida məhsulları tərəfindən provekasiya olunurlar (süd və ya sitruslardan). Perspektivli təhqiqatlar göstərir ki, ilk gündən ana südü ilə (inək südü ilə yox) qidalandırmaq atopik olan uşaqlara müsbət təsir göstərir, buna görə də uşaqları ilk aylarda ana südü ilə qidalandırmaq lazımdır. Təcili tipli allergik reaksiyalar atopik dermatitin patogenezinə tam qiymətləndirilməməsinə baxmayaraq, bir çox faktorlar onun xeyrinədir. Dəridaxili və in vitro (RAST) testlər eliminasion dieta tədbirlərinin aparılmasına kömək edə bilər.

İgE təyini indiki zamanda əsasən PRİST metodu vasitəsilə aparılır. Atopik dermatiti olan xəstələrin çoxunda qanda İgE səviyyəsi yüksəkdir. Ancaq bir çox atopik dermatitli xəstələrdə İgE norma daxilində olur. İgE - nin qan zərdabında tapılmaması atopik dermatitin mövcud olmamasına hələ dəlalat etmir. Maraqlı olan bir cəhət də- remissiyalar zamanı İgE yüksək göstəricilərinin aşağı düşməsidir.

Axır illərdə müasir immunoloji metodların tətbiqi sayəsində İgE yaranmasının reqlasiyası ilə bağlı düzgün interpretasiyalar meydana çıxır. Aktivləşmiş T – limfositlər tərəfindən yaranmış müəyyən sitokinlər xüsusən interleykin-4(İL-4) və interferon γ (INF- γ), B – limfositlər vasitəsilə İgE ifrazının nəzarət siqnallarının kompleks şəbəkəsinə cəlb olunurlar.

RAST metodikası həkimin ixtiyarına pasiyentin in vitro qan zərdabına qarşı allergen-spesifik antitellərin mövcudluğunun sübutunu təsdiqi kimi verilir. Bu vasitə ilə bir sıra inqaliyasion və qida allergenlərinə qarşı İgE sinfi antitellərinin mövcudluğunu sübut etmək olar.

Hüceyrə immunitetinin pozulması

Atopik dermatitli pasiyentlərdə humoral immunitet pozuntularından başqa hüceyrə immunitetinin zəifləməsi də yer alır. Maraqlıdır ki, bu pasientlər daha çox virus, bakte-

rial və göbələk dəri xəstəliklərinə meyilli olurlar. Bu infeksiyalar bir tərəfdən atopiklərdə daha tez – tez rast gəlinir, digər tərəfdən daha ağır gedişata malik olurlar. Atopik dermatitin ağır gedişatı zamanı mitoxondrlərə qarşı T – limfositlərin reaksiyasının dəyişməsi, eritrositlərin nəlbəkiyə bənzər yaranmasının azalması, təbii killer – hüceyrələrinin miqdarının və ya aktivliyinin aşağı enməsi sübut olunmuşdur. Xəstəliyin ağırlığından asılı olaraq T – supressorların azalması korelyasiya olunur. Praktikadan bir faktı bəllidir ki, xəstələrin yerli medikamentlərin tətbiqindən sonra kontakt dermatitin yaranmasına cüzi meyillilikləri olur. Və nəhayət neytrofil qranulositlərin (xemotoksis, faqasitoz) və monositlərin (hemotaksis) diffekti sübuta yetirilib. Qanın eozinofilləri artır və stresə daha güclü reaksiyalar verilir. Eyni zamanda İgE-ni daşıyıcı limfositlərin miqdarı artır.

Atopik dermatit zamanı dəri dəyişikliyinə yaranmasında böyük rol epidermisdə İgE - daşıyan antigen-prezentasiya edən hüceyrələrə verilir – yəni Lanqerhans hüceyrələrinə. Ehtimal edilir ki, epidermal Lanqerhans hüceyrələrin səthində yüksək affın-reseptorlar vasitəsilə birləşmiş antigenspesitifik İgE molekulaları aeroallergenlərin və qida allergenləri ilə birlikdə qan vasitəsilə təsir göstərir. Sonradan başqa kontakt allergenləri kimi onlar Lanqerqans allergenspesifik limfositlər tərəfindən təqdim olunurlar və ekzematöz tip iltihabi allergik reaksiya yaradırlar. Bu atopik dermatitin yeni konsepsiyası humoral (İgE - mexanizmlə) və hüceyrə zəncirləri arasında bir körpü yaradaraq klinik təsdiqini tapır, test nahiyəsində ekzematöz dəri reaksiyasına gətirib çıxarır.

Vegetativ sinir sisteminin dəyişikləri

Ən çox tanınan ağ dermoqrafizmdir, yəni dərinin dəyişilməmiş nahiyəsinə mexaniki təzyiğin göstərilməsindən sonra yaranmış damar sıxılması . Bundan başqa nikotin turşusu efirinin dəriyə sürtülməsindən sonra reaktiv eritemanın yox, kapilyarların kontraksiyası nəticəsində anemiyanın yaranması (ağ reaksiya) müşahidə olunur. Asetilxolin kimi xolinergik farmakoloji vasitələrin inyeksiyası da yeridilmiş nahiyədə dərinin ağarmasına gətirib çıxarır. Əlbətdə ki, ağ dermoqrafizm dərinin iltihabi nahiyələri üçün xarakterik deyil. Bu xəstələrin damarlarının kontraksiyaya meyilli aşağı temperaturun təsiri nəticəsində yarana bilər. Ola bilsin ki, burada söhbət əzələ liflərinin α -adrenərik stimulyasiyasına qarşı anomal həssaslığından gedir.

Başqa funksional pozuntular

Sebostaz (asteatoz)- piy vəzlərinin ifrazının azalması atopik dermatitli posientlər üçün tipikdir. Dəri quru və həssas olur. Hər yuyunma zamanı quruluq və qaşınma artır. Quruluğun və həssaslığın əsasında ola bilsin ki, epidermal lipidlərin (keramidlərin) yaranma problemləri və ya esensial yağ turşularının maddələr mübadiləsinin (δ -6-dezanturazam) pozulması durur. γ -linolin turşuları ilə bol olan pəhrizin təklif olunması, esensial yağ turşularının maddələr mübadiləsindəki anomaliyasına əsaslanır.

Tər ifrazının pozulması

Belə bir pozuntular tam sübuta yetirilməyib. Xəstəliyin əsasında tər ifrazının pozulması durur. Çox pasiyentlər tərləyən zaman qaşınmadan şikayətlənirlər. Ola bilsin buynuz qatında yaranmış pozuntular (hiperkeratoz və parakeratoz) tər ifrazına maneə yaradır. Bu mənada ki, tər axarlar vasitəsilə ətraf dəri səthinə çıxdığı zaman iltihabi

reaksiyanı törədir. O cümlədən tərin tərkibində İgE və iltihab mediatorlar vardılar ki, bunlarda reflektor qızarma reaksiyası və övrə yarada bilər.

Klimatik allergenlər

Atopik dermatitin yaranmasında bir səbəb kimi klimatik allergenlərdə baxılmaqdadır. Dağlarda 1500m hündürlükdə və ya şimal dənizi sahillərində xəstələr özlərini çox yaxşı hiss edirlər. Allerqoloji faktorlardan başqa insolyasiya səviyyəsi və psixi relaksasiya səviyyəsinin də əhəmiyyəti ola bilər.

Sinir – psixoloji faktorlar: Bunlar çox böyük rol oynayırlar. Stresin və ya başqa psixoloji faktorların adenilsiklaza-s-AMF sistemi vasitəsi ilə təsiri mümkündür. Atopik dermatitli xəstələr əsasən astenik tipli, təhsil səviyyəsi ortadan yuxarı, eqoistliyə meyilli, özünə güvənməyən, qorxu vəziyyəti ilə sarsılmış, aqressiv individumlardan ibarət olurlar. Burada bir sual açıq qalır: hansı birinci və ya hansı ikincidir. Ancaq güclü qaşınan dəri səpgiləri şəxsiyyətin formalaşmasına, əsasən uşaqların məktəbdə fəaliyyətlərinə və dərslərin mənimsənilməsinə həssaslı dərəcədə təsir göstərə bilər.

Bakteriyalar

Atopik dermatitli xəstələr stafilokokk zədələnmələrinə meyilli olurlar və qan zərdablarında stafilokokk İgE – antitellərin yüksək miqdarına rast gəlmək olar.

Yuxarıda göstərilənlərə yekun vuraraq qeyd etmək lazımdır ki, müasir məlumatlar atopik dermatitin immunoloji əsaslı olmasından xəbər verir. Atopiya üçün spesifik olan T – xelperlər sitokinlər ifraz edərək allergik iltihabın relivantları olan (İL-4, İL-5 və başqa faktorlar) patogenik rol oynaya bilərlər. Hesab olunur ki, effektor-hüceyrə olaraq eozinofillər patogenetik əhəmiyyətli gecfazalı reaksiyanı törədir, buda ətraf toxumanın dağılması ilə assosiasiya olunur.

Atopik dermatitli xəstələrdə çoxyaşayan eozinofillərin miqdarı artır, bunlarında in vitro parçalanma müddəti uzun olur və apoptoza az məruz qalırlar. Uzun ömür sikli olan eozinofillər atopik dermatitin xarakterik əlamətlərindən ola bilər. Eozinofillərin atopik dermatit zamanı patogenetik rolu onların dənələrində proteinlərin tapılmasıdır. Bundan başqa müasir məlumatlar eozinofil dənələrində olan proteinlərin yığılımı ilə xəstəliyin aktivliyi arasında korelyasiyanı göstərir:

. Atopik dermatitli xəstələrdə zərdab eozinofil kation protenlərinin səviyyəsi xeyli yüksəkdi;

. Eozinofil kation proteinlərin səviyyəsi xəstəliyin aktivliyi ilə korelyasiyası olunur.

. Klinik yaxşılaşma həm xəstəliyin klinik aktivliyinin azalması və həm də eozinofil kation proteinlərinin səviyyəsinin enməsi ilə assosiasiya olunur.

Atopik dermatitin patogenezinin birinci və əsas aspekti allergik dermatitdir. Atopik dermatitli xəstələrin əksəriyyəti dərisinə yeridilmiş və ya səthinə yaxılmış müxtəlif allergenlə 80 % halda müsbət reaksiya vermişdir. Atopik dermatitdə əsas rol aşağıdakı allergenlərə verilir: aeroallergenlər (ev tozu gənələri, heyvan yunu, güllərin tozcuqları), canlı agentlər (stafilokokklar , dermatofitlər, ptirosporum orbiculyare və s .), kontakt allergenlər (aeroallergenlər nikel, xrom, insektisidlər), qida allergenləri. Bütün spesifik aeroallergenlərdən ev tozu dənələri allergeni əksər atopik xəstələrdə spesifik iltihabi reaksiyalar əmələ gətirə bilər, əsasən 21 yaşdan yuxarı şəxslərdə. Qida məhsulları isə erkən

yaşlı uşaqlarda atopik dermatitin əsas səbəblərindən hesab olunur.

Klinik təzahürlər

Atopik dermatit xroniki residivli gedişata malik olan, patoloji dəyişilmiş immün cavabla və çox variantlı klinikası ilə özünü biruzə verən multifaktorial xəstəlikdir. Atopik dermatit rəngarəng morfoloji aspektilə və güclü qaşınma ilə müşahidə olunan ümumi gedişli dərinin iltihabi xəstəliyidir. Xəstəlik irsi faktorla əlaqəlidir və əsasən xəstənin ailəsində başqa təcili tip olan atopik xəstəliklərlə birgə rast gəlinir, əsasən allergik konyunktivit, allergik rinit, allergik bronxial astma. Morfoloji olaraq xəstəliyin şəkli pasiyentlərin yaşından və dəri əlamətlərinin kəskinliyindən asılıdır.

Klinik olaraq atopik dermatit qaşınan iltihabi zədələnmələrlə, xroniki residivli gedişata malik olan, klinik şəklinin yaş dinamikası, fəsilə əlaqəli, tez-tez ikincili infeksiyayın ağırlaşmaları ilə, limfadenopatiya və reseptor atopiya ilə müşahidə olunan və bəzi hallarda monoirsi dermatozlarda, xüsusən autosom – dominant ixtiozla müşahidə olunan xəstəlikdir. Xəstəlik mürəkkəb klinik-morfoloji sindrom olaraq həqiqi polimorf səpgilərlə və külli miqdarda ikincili elementlərlə dərinin əsaslı patoloji dəyişiklikləri və ağırlaşmaları ilə bir çox klinik formalarla (eritematoz-skvamoz, lixenifikasiya ilə, lixenoid, pruriqoyabənzər) özünü göstərir.

Xarakterik əlaməti olan qaşınma qısa müddətli, zəif və ya əziyyət verici xüsusiyyətli olur. Qaşıntı hissində insan əllə güclü qaşınma ilə cavab verir, buna görə də xətt-cızıq yaranma əsas simptomlardan biri sayılır. Əsasən gecə yatarkən yaranan anlaşıq qaşıntılar güclü olur. Başda yaranan pruriqinoz papulalar və pruriqiform atopik dermatiddə ,ayrı-ayrı səpgi tipləri qaşıntılı olurlar. Fərqli tipli səpgilər başıntüklü hissəsində pruriginoz papulalar olaraq pruriqoyabənzər atopik dermatiddə qaşınırlar. Subyektiv olaraq qaşınma zamanı qan çıxdıqdan sonra rahatlıq yaranır. Xəstəliyin yayılmış formasında dermatopatik limfadenopatiya, ikincili bakteriyal infeksiya zamanı isə əlavə olaraq limfadenit və limfangiit yaranır. Tədricən artan dərinin lixenifikasiyası və lixenoid papulyoz səpgilər, atopik dermatitin özünəməxsus klinik göstəricilərindəndir. Qaşınma başladıqdan uzun müddət ərzində görünüşcə dəri sağlam qalır, yalnız tədricən atopik dermatitə xas olan dəyişiklər özünü göstərir. İntensiv qaşınma hissindən və qaşınmadan sonra öncə eritematoz, papulyoz və urtikar səpgilər, sonralar isə qısa zaman ərzində dəqiq sərhədləri olmayan lixenifikasiya simmetrik olaraq boyunun lateral və arxa səthi, üz, ön dirsək, sinə, gövdənin yan səthi, budların daxili səthi, aralıq nahiyəsi, cinsi orqanlarda inkişaf edir. Atopik dermatitin gedişatını üç yaş dövrünə bölürlər (Suvorova K.N. və həmmüəlliflər., 1989; 1990):

- Birinci dövr- 3 yaşa kimi (südəmə və erkən uşaq yaşı).
- İkinci dövr- kiçik məktəbəqədər, məktəbli və yetkinlik dövrü.
- Üçüncü dövr- pubertant (gənclik) və böyük.

Hər üç dövrdə atopik dermatitin klinik əlamətləri müəyyən fərqli xüsusiyyətlərə malik olurlar, bu da xəstəliyin müddəti ilə yox, xəstənin yaşı ilə əlaqəlidir.

I-li yaş dövrünün klinik əlamətləri. Ekssudativ dəyişikliyə meyilli olan zədələmələrin kəskin və yarımkəskin iltihablı xarakteri: üzdə müəyyən olunmuş lokalizasiya tipi ; disseminə olunmuş proses zamanı - lokalizasiyanın əsasən ətrafların ön səthində; ali-

mentar qıcıqlardan yüksək asıllıq və manifestasiya risk faktorları arasında allergik (qida allergiyası) komponentin daha çox nəzərə çarpması.

II-li dövrün klinik əlamətləri. Büküşlərdə lokalizasiya; zədələnmələrin daha çox nəzərə çarpan lixenoid sindromlu xroniki iltihabi xarakteri; ikincili dəyişikliklərin (disxromiyalar) əmələ gəlməsi; vegetativ distoniyanın üzə çıxması; qanuna uyğun dalğavari gedişatı; təxribat təsirlərə reaksiya ilə alimentar hiperhəssaslığın azalması.

III-li dövrün klinik əlamətləri. Qırıqlılığın itirən zədələnmələrin lokalizasiyasının dəyişkənliyi ; zədələnmələrin kəskin iltihablı əlamətlərə az meyilliyi və lixenoid sindromunun güclənməsi ilə daha çox nəzərə çarpan hiperplastik və infiltrativ xarakteri, nəzərə az çarpan allergen qıcıqlandırıcılara reaksiya; dəqiqliyi olmayan dalğavari fəsilliyi.

Xəstələrin yaşları yüksəldikcə ekssudativ ocaqlar azalır, dəri lixenifikasiya əlamətləri isə - çoxalır. Hər bir yaş dövründə çoxlu zədələnmiş dəri ocaqları əmələ gələ bilər və sonda xəstəlik generalizə formasına keçə bilər. İkincili atopik eritrodermiya əmələ gəlir. Qanda eozinofillərin göstəriciləri qat-qat çoxalır.

Klinik formalar

Atopik dermatitin klinik xarakterinin əlamətləri: yaş dövrü, xəstənin konstitusional xüsusiyyətləri, sensibilizasiya spektri; daxili orqanlar tərəfindən patoloji dəyişikliklərin inkişafı, xəstələrin immun statusunda pozğunluqlarla təyin edilir. Atopik dermatiti beş klinik formaya aid edirlər : eritematoz - skvamoz, vezikulo-krustoz, lixenifikasiyası ilə olan eritematoz – skvamoz, lixenoid, pruriqoyabənzər.

Atopik dermatitin eritematoz – skvamoz forması yanaqların qızarması, şişkinlik, qaşınan papulalar, xırda suluqcuqlar, eroziyalar, qartmaqlar və qabıqlanma kimi əlamətlərlə üzə çıxır. Proses çox vaxt bütün üzə, əsasən perioral və periorbital sahələrə yayılır. Başın tüklü hissəsi, bədən və əllər də zədələnə bilər. Tez-tez durğun eritema, nəzərə çarpan dəri şəkli, qabıqlanma və dodaq nahiyəsində seroz-hemorragik qartmaq-pulcuqlar, ağızın kənarlarında, xeylitin əlamətləri olan, çət şəklində yalamalar qeyd olunur. Atopik dermatitin eritematoz-skvamoz forması olan bəzi xəstələrdə ikincili səpgilər (irinciklər) qoşula bilər.

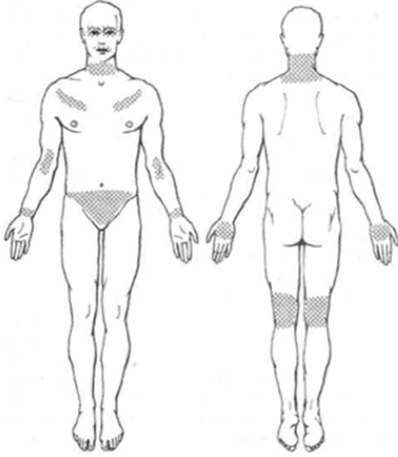
Atopik dermatitin vezikulo-krustoz forması həyatın 3-5 aylarında formalaşır, və eritema fonunda, seroz möhtəviyatlı olan mikrovezikulalarla xarakterizə olunur. Mikrovezikulalar seroz “quyular”- nöqtəvari eroziyalar əmələ gəlməsinə səbəb olur, eyni zamanda dərinin zədələnmiş hissələrində intensiv qaşınma qeyd olunur. Proses yanaqların dəri örtüyündə, bədəndə və ətraflarda daha da nəzərə çarpır.

Atopik dermatitin lixenifikasiya ilə müşahidə olunan eritematoz-skvamoz forması xırda şarabənzər follikulyar və miliar papulaları olan kəskin və yarımkəskin-iltihablı xarakterli eritematoz-skvamoz ocaqlarla xarakterizə olunur. Dəri qurudur, lixenifikasiyalaşmış, çoxlu pulcuqlarla örtülüb. Dirsəklərin qatlanan yerlərində, əllərin üst nahiyəsində, boyunun arxa və kənar sahələrində, dizlərin büküşlərində dərinin simmetrik zədələnmələri qeyd olunur.

Atopik dermatitin lixenoid formasında zədələnmiş ocaqlarda dəri eritematozdur, quruluğu, klinik şəklində daha da çox nəzərə çarpması, şişkinliyi və infiltrasiyası ilə fərqlənir. Eritemanın fonunda ocağın mərkəzində birləşən və periferiya ilə izolyasiya olunan iri papulalar yerləşir. Papulalar xırda kəpəyə bənzər pulcuqlarla örtülüb. Xəstələri əzabve-

rici qaşınma narahat edir. Dırnaq lövhəcikləri hamar sürtülmüş,parıltılı olur. Xəstəlik şiddətlənən zaman qaşınmalar olan yerlərdə sıyrıntı, çat və eroziyalar əmələ gəlir. Çox hallarda dermatozun gedişatı piogen infeksiya, sonra isə regionar limfadenit ilə ağırlaşır. Atopik dermatitin bu formasında tez-tez üzü və boyunu əhatə edən eritrodermiya qeyd olunur.

Atopik dermatitin pruriqoya bənzər forması lixenifikasiya olunmuş, uclarında sərt örtüklü xırda qovucuqlu çox sayda izolyasiya olunmuş səpgilər, sıx şişkin papulalarla xarakterizə olunur. Çox hallarda səpgi ətrafların açılan nahiyəsində, eləcədə yanda və bədəndə olur. Xəstələrin dərisində dərin ekskoriyasiya,qaşınma olan yerlərdə atrofik çapıqlara rast gəlinir.



Şək. 18.1. Atopik dermatitdə səpgilərin tipik lokalizasiyası

Eyni zamanda olan simptomlar. Allergik konjunktivit, allergik rinit, ot qızdırması, və yaxud allergik bronxial astma. Bu xəstəliklərə əksər hallarda 30-50% atopik dermatiti olan pasiyentlərdə və çox vaxt uşaqlıq dövründən sonra rast gəlinir.

Göz xəstəlikləri. Onlar neyrodermik katarakta, keratokonus, yaxud neallergik keratokonyunktivit şəklində üzə çıxıa bilər. Eləcədə izolyasiya olunmuş atopik blefarit də ola bilər. Katarakta az müşahidə olunur(<5%) tez-tez uşaqlar və yeniyetmələrdə rast gəlinir. Hərdən Ablatio retinde-təsvir edirlər.

İnfraorbital qırışların böyüməsi (Denni-Morqan xətti, Denni-Morqanın infraorbital qırışı)-atopik dermatitin vacib göstəricisidir;atopik dermatit zamanı atopik qırışlar 70% təşkil edirlər.

Ağırlaşmalar

Əsasən ikincili infeksiya, yaxud qeyri peşəkar terapiya (kəskin pəhrizlə əlaqəli ikincili çatışmamazlığı,kortikosteroidlərin əlavə təsiri) ilə əlaqədar meydana çıxır. Ağır atopik dermatiti olan uşaqlarda boy atırmanın pozğunluğu barədə xəbərlər verilir. İnfeksiyalar olan zaman leykosit və limfositlərin funksiyasının pozulması əsas rol oynayır, eləcə də o xəstələr ki, uzun aylarla xaricə qlükokortikosteroidlərlə müalicə alıb, infeksiyalara daha həssasdırlar. Belə xəstələrin dərisində tez-tez staphylococcus aureus aşkar olunur.

İkincili bakterial infeksiya. Staphylococcus aureus tərəfindən impetiqinizasiya olunmuş ocaqlardan ibarət olur. Dəridə xoşagəlməz qoxu ilə sarı impetiqoya bənzər qartmaqlar – tipik klinik şəklidir, hansılar ki limfatik düyünlərin ağırlı böyüməsi ilə di-aqnozu təyin etməyə imkan verir. Furunkul, erizipeloid və xarici otit çox nadir hallarda müşahidə olunur.

İkincili virus infeksiyaları. Dərinin baryer funksiyası pozulduqda pasientlər infeksiyalara qarşı daha da həssas olurlar, bunada səbəb viruslardı. Birinci növbədə bu herpes simpleks (eczema herpeticatum) virusu ilə yaranan infeksiyaya aiddir. Hal –hazırda pişik su çiçəyi virusunun keçirildiyindən də xəbər verilir. Bu xəstəliyin başlanqıcı kəskin

sətəlcəmlə başlayır və ümumi vəziyyətin pisləşməsinə qədər davam edir. Elə həmin mərhələdə dəridə çoxlu miqdarda qovucuqlar əmələ gəlir. Praktiki olaraq epitelial nəhəng hüceyrələrin (Tzank-test) mövcudluğunu təsdiq etmək üçün qovucuqların dibindən yaxma götürmək vacibdir. Bəzən törədicinin mövcudluğunu təsdiq etmək üçün neqativ kontrastlanma, immunfluoresensiya, PZR və yaxud virus kulturası üsuluna müraciət edilir. Molluscum contagiosum (eczema molluscatum) və insan papillomavirusu (İPV) (eczema verrucatum) virusları ilə törənən infeksiyalar çox asanlıqla diaqnozlaşdırılır. Belə ki, paronixiya sahəsində və uşaqların pəncəsinin altında olan ziyillər bizi atopiya haqqında düşünməyə vadar edir. Atopik dermatit zonasında (eczema coxsaccium) Kok-saki virus infeksiyası çox nadir hallarda rast gəlinir.

İkincili göbələk infeksiyası. Maraqlıdır ki, o çox nadir hallarda rast gəlinir, dermatomikoz şəklində olan fiqurlu eritematoz skvamoz səpgilər qlükokortikoid terapiyasına tabe olmayan zaman əsasən böyüklərdə müşahidə olunur. Hal-hazırda başın tüklü hissəsi və boyunun arxasında atopik dermatitində Malassezia spp.-ya olan kontakt allergiyanın patogenetik rolu tez-tez müzakirə olunur. Bu sahədə atopik dermatitin gedişinin pisləşməsinin səbəbi Malassezia spp sayılır. Yuxarıda qeyd olunanların xeyrinə olaraq, keto-konozol (nizoral) ilə uğurlu yerli müalicə təqdirə layiqdir.

Dəridə zədələnmənin yayılmasına görə: lokalizə olunmuş zədələnmə (dirsək və diz büküşlərinin məhdudlaşmış zədələnməsi, yaxud əl və biləkdə, perioral lixenifikasiya);- yayılmış zədələnmə; universal zədələnmə (eritrodermiya) aid edilir.

Ağırılıq dərəcəsini nəzərə alaraq (ağır, orta ağır, nisbətən zəif) atopik dermatiti dəri zədələnməsinin yayılması, xəstəliyin müddəti, residivlərin tez-tez təkrar olunması və remissiyaların davamlılığı ilə fərqləndirirlər.

Atopik dermatiddə kəskinləşməni törədən vacib provokasiya faktorları: quru dəri, isti hava, tərləmə, soyuq, fiziki çalışmalar, temperaturun enmə və yüksəlməsi, infeksiyalar, allergik kontakt dermatiti, həyacan, stress, qida allergiyası, aeroallergen, qaşınmalar, eyni zamandayanaşı gedən gedən xəstəliklər (qoturluq) sayılır.

Histopatologiya

Xəstəliyin histopatoloji şəkli onun növündən asılıdır. Allergik dermatiddə olan spongiyoz və spongiyozlu qovuqlar, hiper və parakeratozla, başlanan akantoz, eləcə də limfosit və ekzositotla olan qıstiositlərdən ibarət dermal perivaskulyar infiltratlar kimi əlamətlərə, ekssudativ ocaqlar olduqda, südəmər dövründə də rast gəlinir. Lixenifikasiyalı ocaqlarda epidermis akantotik olaraq 3-5 dəfə qalınlaşıb və buynuzlaşma pozğunluğu (hiperkeratoz) qeyd olunur; papilyar cism hipertrofikdir və iltihablı hüceyrələrlə (limfosit, histiosit) doludur. Nəzərə çarpan, psoriasisda olduğu kimi, çoxlu miqdarda tosqun hüceyrələrin olmasıdır, bu da xroniki lixenifikasiyalı ocaqlarda histaminin yüksək olduğu kimi izah olunur.

Diaqnostika

Atopik dermatitin (Hanifin J.M., Raika G., 1980) diaqnozunun qoyulmasında köməkçi olan iki qrup diaqnostik kriteriya ayrılıb (əsas, yaxud vacib, və əlavə, yaxud ikincili əlamətlər)

Əsas (əsas və vacib) kriteriyalar:

1. Dəri örtüyünün qaşınması
2. Səpgilərin tipik morfolojiyası və lokalizasiyası; uşaqlıq dövründə - üz dərisi, ətrafların açıcı hissələri, bədənin zədələnməsi; böyüklərdə - ətrafların bükücü hissələrində lixenifikasiya.
3. Anamnezdə atopiya yaxud atopiyaya irsi meyilliyyətin olması.
4. İlin yaz və payız-qış aylarında kəskinləşmə ilə müşahidə olunan xroniki residivli gedişatı.

Atopik dermatitin – (cədv.18.1) İkincili əlamətləri (əlavə yaxud köməkçi kriteriyalar).

Əsasən atopik dermatit diaqnozu kifayət qədər düzgün görüntüyə malikdir, buna baxmayaraq atopik şəxslərdə sərhədli və bəzi başqa dəri hallar olur ki, ona görə də yuxarıda göstərilən diaqnostik kriteriyalara əsaslanmaq kifayətdir. Diaqnozun qoyulması üçün ən azı 3 əsas və 3 əlavə əlamətlərin olması vacibdir.

Cədvəl 18.1 Atopik dermatitin əlavə əlamətləri.

Klinik əlamətlər

- Kseroderma yaxud ixtioz
- Follikulyar keratoz
- Xeylit
- Göz qapaqlarının tündləşməsi
- Əl və ayaqların qeyri spesifik dermatiti
- Keratokonus
- Ön subkapsulyar katarakt

İmmunoloji əlamətlər

- Qan zərdabında ümumi İgE-nin səviyyəsinin yüksəlməsi
 - Qida keçirməməzliyi
 - Dəri infeksiyalarına meyillik
- Patofizioloji əlamətlər
 - Ağ dermoqrafizm
 - Üzün rənginin solması yaxud eriteması
 - Lipid əridicilərin və yunun keçirməməzliyi
 - Tərləyənin zaman qaşınması



Şək. 18.2. Atopik dermatitdə səpgilərin üzə tipik lokalizasiyası

1993-cü ildə atopik dermatit üzrə Avropa operativ qrupu (European Task Force on Atopik Dermatitis) bu xəstəliyin ağırlığı üzrə bal üsulu hazırlayıb; indeks SKORAD (The Skorad Index).

Atopik dermatitdə diaqnostika birinci növbədə müxtəlif allergenlərə olan səbəbli əlaqəsinə yönəldilir, hansılar ki dərinin iltihabının inkişafında aparıcı rol oynayır. Allergik anamnezdə dəri zədələmələrinin tarixi, ailə allerqoloji anamnezi, atopik respirator əlamətlər, yanaşı gedən dəri

xəstəlikləri, anamnezdə risk faktorunun olduğunu (hamiləliyin və doğuşun gedişatı, südvermə xarakteri, körpə dövründə infeksiyanın olması, uşaq yaşlarında antibakterial preparatların qəbulu, yanaşı gedən xəstəliklər və fokal infeksiyalar, dərman preparatların keçirməməzliyi) vacib rol oynayır. Allerqoloji müayinə dəri sınaqlarının qoyulması (kəskinləşmə olmayan zaman və antihistamin terapiyası aparılmadıqda) və təxribat testlərini nəzərə alır. Dermatozun torpid residivli gedişatı zamanı və dəri örtüyünün yayılmış zədələnməsində ÇAST (çoxmiqdarda allerqosorbent testi) və ya RAST (radioallergosorbent test)-in köməyi ilə qeyri-infeksiyon allergenlərə qarşı spesifik İg E və İg C4 - anticisimlərin təyini, eləcə də müxtəlif paraklinik və xüsusi instrumental tədqiqatlar aparılır (cədvəl 18.2).

Differensial diaqnostika

Atopik dermatiti məhdudlaşmış neyrodermit, qırmızı yastı dәмrov, Hebranın prurigosu, göbələyə bənzər mikoz, xroniki ekzema kimi xəstəliklərlə differensasiya etmək vacibdir.

Məhdudlaşmış neyrodermit üçün (Vidalın dәмrovu) anamnezdə atopiya xarakterik deyildir, xəstəliyin başlanğıcı həyatın yaşlı dövründə qeyd olunur.

Cədvəl 18.2 Atopik dermatitli xəstələrin müayinə cəmi

Laborator və instrumental müayinə metodları

- Qanın ümumi analizi
- Qanın biokimyəvi analizi (ümumi zülal, bilirubin, ALT, AsT, sidik cөvhəri, kreatininin fibrinogen, C-aktivliyi olan zülal, qlükoza)
- Sidiyin ümumi analizi
- Immunoloji müayinə (İgE, limfositlərin subpopulyasiyası)
- Fekaliyaların bakterioloji müayinəsi (disbakterioza)
- Elektrokardiogramma
- Ezofaqogastroduadenofibroskopiya
- Burun ətrafı ciblərinin rengenoloji müayinəsi

Allerqoloji müayinə

- Allerqoloji anamnez
- Atopik allergenlərlə dəri testi
- Atopik allergenlərə (ÇAST, RAST) qarşı spesifik İgE-anticisimlərin təyini
- Provokasiya testi (nazal, konyuntikval) – vacib olanda

Əlavə müayinələr

- Vacib olanda - daxili orqanların, kiçik çanağın –USM-si
- Göstərişə uyğun – rentgenoloji müayinə
- Göstərişə uyğun – dərinin biopsiyası

Mütəxəssislərin konsultasiyası

- Allerqoloq
- Terapevt (pediatr)
- Qastroenteroloq

- Otolarinqoloq
- Psixonevroloq
- Endokrinoloq

allergenlərdən asılılığı olmayan kəskinləşmələr; lokal zədələnmələr, zədələnmiş ocaqda 3 zonanın olması; mərkəzi lifenikasiya, lixenoid-populyoz səpgilər və disxromik zonalar; yanaşı gedən xəstəliklərin dəri səpgilərindən əvvəl yaranması; qan zərdabında ümumi İqE miqdarı normadadır; dəri sınaqları mənfidir.

Qırmızı yastı dəmrovda göbələyəbənzər mərkəzi batmış, bənövşəyi rəngdə, səthi pəriltili olan tipik papulalar mövcud olur; ağımtıl-bozumtul Uikhem toru şəklində nöqtə və zolaqlar xarakterikdir; selikli qişaların zədələnməsi müşahidə olunur.

Hebranın pruriosu olan xəstələrdə papulalar ətrafların açıcı səthlərində yerləşir; elementlər bir-birindən izolyasiya olunurlar; limfatik düyünlər böyümüş olur; anamnezdə atopiya yoxdur.

Göbələyəbənzər mikoza lixenifikasiya ocaqları nəzərə az çarpır, ilin yay fəslində remissiyalar baş vermir.

Xroniki ekzema üçün səpgilərin polimorfizmi, vezikula, sulanma, qırmızı dermoqrafizm xarakterikdir.

Müalicə

Atopik dermatitin kompleks terapiyası aşağıda sadalanan tədbirləri daxil edir: hipoallergen pəhriz (xüsusən uşaqlarda); medikamentoz müalicə; fizioterapiya və kurort müalicəsi; profilaktik tədbirlər.

Hipoallergen pəhrizə daxil edilir:

- yüksək sensibilizasiya aktivliyi olan (yumurta, balıq, qoz, kürü, bal, şokolad, kofe, kakao, alkoqollu içkilər, konservlər, hissə verilmiş məhsullar, xardal, mayonez, ədvalar, turp, badımcın, göbələk, giləmeyvə, meyvə, tərəvəz, qırmızı və narıncı rəngi olan: çiyələk, moruq, böyürtkən, şaftalı, ərik, sitruslar, ananas, kök, pomidor) ərzaqların istifadəsinin məhdudlaşması və ya qidadan tam çıxarılması;

- səbəbindən asılı olan qida allergenlərin tam eliminasiyası;
- xəstəni əsas qida maddələrindən xaric olunmuş ərzaqların adekvat əvəz edilməsi ilə enerjinin təmin edilməsi;

- Hipoallergen pəhrizə daxil edilməsi məsləhət görülür: açıq rəngdə giləmeyvə, meyvə, süd məhsulları, yarmalar (düyü, qarabaşaq, çovdar, arpa yarması); ət (mal, donuz və qoyunun yağlı olmayan hissələri, dovşan, hind quşu, at əti); yağlardan bitki və əridilmiş kərə yağı; arpa çörəyi, ikinci dərəcəli buğda, qəndlərdən – fruktoza, ksillit. Qida buxarda hazırlanır və ya bişirilir. Kartof və yarmalar soyuq suda 12-18 saat müddətində isladılır, ət 2 dəfə bişirilir.

Belə pəhriz xəstəliyin kəskin və ya yarım kəskin dövründə 1,5-2 ay müddətinə təyin olunur, sonra isə onu tədricən eliminasiya edilmiş ərzaqlarının daxil olunması ilə genişləndirilir. Əgər istifadə edilən pəhrizdən 10gün müddətində müsbət dinamika yoxdursa, yeni pəhriz üsulu tərtib etmək lazımdır.

Yerli terapiya. Atopik dermatitli pasientlərin müalicəsi yerli terapiyadan ibarətdir

(cədvəl 18.3). Onun nəticəsinin müvəffəqiyyəti çox faktorlardan asılıdır – müalicənin motivləşdirilməsi, xəstə tərəfindən müalicə üsulunun və məhdudlaşdırmaların başa düşülməsi, həkimin xəstəyə uyğun proqnozunun verilməsi və onun təyin etdiyi müalicənin terapevtik effektivliyi. Belə ki, pasientlərin çoxu müalicədən tam razı qalmırlar. Çünki xəstəyə effektiv nəzarət etmək üçün uzun müddət bədənin müxtəlif nahiyələrinə çoxlu miqdarda preparatların istifadəsi tələb olunur. Son zamanlar istifadə olunan pimekrolimus və takrolimus kimi topik aktiv qeyri-steroid immunmodulyatorlar potensial olaraq belə xəstələr üçün əsl proqres sayılır.

50 il bundan əvvəl atopik dermatiddə kortikosteroidlərin istifadəsi əsl inqilab idi və çox pasientlərin müalicəsində əsas vasitə kimi qalmaqdadır. Yerli atrofiya və sistem toksik riski kimi olan kənar təsirləri, kortikosteroidlərin xəstəliyin ağır formasının müalicəsində optimal preparatlar kimi, xüsusən həssas dəridə və uşaqlarda istisna edilir. Lakin effektiv müalicənin yolunda ən böyük maneə xəstələr tərəfindən kənar təsirlərdən qorxu hissidir.

Hallogenizasiya olunmayan efirlər (məsələn, prednikarbat, metilprednizolon aseponad, mometazon fumarat) yeni nəslin kortikosteroidləridir, onlarda sistem toksikliyi nisbətən azdır və iltihaba qarşı yüksək aktivliyə malikdirlər. Remissiyaya nail olduqda pasientlərə nisbətən zəif preparata, yaxud tədricən dərmanın qəbul tezliyini azaltmağın vacibliyini məsləhət görmək lazımdır.

Atopik dermatiddə çoxlu iltihab mediatorları identifikasiya olunub, buna görə mediatorun hər hansı birini blokada edən maddə çətin ki, klinik xeyir gətirsin. Lakin, bəzi antoqonistlər atopik prosesdə (əksərən astmada) qiymətlidir, bu da müəyyən mediator mexanizmlərinin yüksək rolunu nəzərə alır.

Bu yaxınlarda atopik dermatitlə əlaqəli qaşınmaya nəzarət üçün yerli terapiyada doksepin kimi yüksək blokadaya qadir olan trisiklik antidepressant H1, H2 və muskarin reseptorlarını tənzimləməsi lisenziyalaşmış.

Makrolid immunsupressantların makrolidəbənzər strukturları var və in vivo, in vitro olaraq yüksək immunmodulyator aktivliyə malikdirlər. Bu qrupdan ən məşhuru və sistemli istifadəsində aktiv olan siklosporindir. Lakin bu sinfə aid olan bəzi yeni preparatlar topik aktivlik nümayiş etdirir və sonrakı tədqiqatların aparılmasına dair maraq yaradır. Klinik araşdırma mərhələsində ön sıralarda «Elidel» (pimekrolimus) kremi və «Protopik» (takrolimus) məlhəmləri durur.

Pimekrolimus (krem «Elidel») atopik dermatiti olan xəstələrdə iltihaba qarşı xarici müalicədə tətbiq olunub. Pimekrolimus makrolaktam antibiotik qrupuna aiddir və askomisinin törəməsidir. Preparat yüksək lipofilliyə malikdir, bununla əlaqədar əsasən dəridə paylaşır və praktiki olaraq onun vasitəsilə qan dövranına keçmir. Preparat seçici olaraq iltihab əleyhinə sitokonların sintezini və ifrazını blokladır, bunun nəticəsində «təkan» və iltihab saxlamaq üçün vacib olan T-hüceyrələrin və mastositlərin aktivasiyası əmələ gəlmir. Pimekrolimusun seçici olaraq T-limfositlərin iltihabi sitokinlərin sintezinə və tosqun hüceyrələr tərəfindən iltihab mediatorlarının azad olunmasına təsiri ilə əlaqədar, elastik və kollagen liflərin sintezinin dayandırılmaması, onun istifadəsi atrofiya, teleangiektaziya, dəri hipertrixozunun inkişafını istisna edir. Preparatın göstərilən xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq onu uzun müddət əlavə effektlər olmadan istifadə etmək olar.

Pimekrolimusun (Elidel) əsas təyinatı periodik olaraq xaricə kortikosteroidlərin is-

tifadə olunmaması şərti ilə remissiyanı uzun müddət saxlamaqdır. Preparat 1% krem şəklində istifadə olunur və uşaqlarda 3 aylıq dövrdən başlayaraq tətbiq olunmasına icazə verilir. Atopik dermatitin orta və yüngül forması elidelin təyin olunmasına bir başa göstərişidir. «Elidel» kreminin effektiv müalicəsinin əsas şərti onu nəmləndirici və yumşaldıcı vasitələrlə birləşdirilməsidir. «Elidel» kremi bütün zədələnmiş dəri sahələrinə, üz dərisi, boyun, genital, hətta zədə almamış uşaq dərisi də daxil olmaqla sürtmək məsləhət görülür.

Cədvəl 18.3. Atopik dermatitin yerli terapiyası

Növlər	Yerli terapiya preparatları (məlhəm, krem, gel)
Kortikosteroidlər	Qallogenizə edilməmiş kremlər, məlh əərml (elakom, advantan, lokoid, apulein, afloderm)
Antihistaminlər	Doksepin (krem), fenistil (dimetindena maleat) – 0,1% gel; soventol (bamipin) – 2% i gel, difengidramin (dimedrol) – 1 – 2% i maz, krem
İmmunosupressorlar	Pimekrolimus (elidel) – 1% krem, Takrolimus (protopik) - maz 0,1 – 0,3 %
Qeyri-steroid iltihab əleyhinə	İndometasin (5-10% maz, 1% i gel), Bufeksamak (5% maz), diklofenak (1% gel, maz, krem), ibuprofen (5% i gel, krem), dermaref (5% bien mazi), ketoprofen (krem,gel), fenilbutazon (maz)
Fitopreparatlar	Kapsaisin(0,025-0,075%),mentol(0,1–1,0%), kamfora (0,1- 3,0%)
Qətran preparatları	Ağac qətranları: çökə (Oleum Rusci), Şam (Pix Liquida Pini), ardıc ağacı (Oleum cadani), qovaq (Oleum fagi) Daş kömür qətranı (Pix Lithanthracis) Neft qətranları: Naftalan (pasta, maz, liniment) Bitum qətranları: ixtiol (pasta, maz)

Preparatlarla müalicənin effekti birinci həftənin axırından qeyd olunur və 1 il müddətində qalır. “Elidel” atopik dermatitin ağır formaları olan xəstələrdə və xəstəliyin ağır kəskinləşmə dövründə istifadə olunmur.

Takrolimus (“Protopik” məlhəm) birincili *Streptomyces tsukubaensis* ferment mayesindən alınmış 822-Da makrolid birləşməsidir. Sonuncunu Tsukuba (Yaponiya)-nın torpaq probasından alıblar, burdanda preparatın adı - akronim T, “makrolid” terminindən “akrol” və “imus” “immunsupressant” terminindən götürülmüşdür.

Takrolimus müxtəlif tip hüceyrələrə bir sıra təsir göstərir, bu da atopik dermatitin terapevtik effektivliyində potensial əhəmiyyət kəsb edir.

Mentolun efir yağları (nanə cövhrəri yarpaqları) və kamfora (kamfora ağacı) dərinin sensor reseptorlarını stimullaşdıraraq, qaşınma əleyhinə təsir göstərir. Çox pasientlərə xoş sərinləşdirici effekt göstərir. Mentol (0,1-1,0%) və kamfora (0,1—1,0%) yerli terapiya üçün sintetik üsulla hazırlanır. Toksik və qıcıqlandırıcı təsirə malik olduğuna görə

bu preparatlar uşaqların müalicəsində istifadə olunmur.

Kapsaisin - acı istiotdan alınır, qaşınan dermatozların (0,025-0,075%) yerli terapiyasında istifadə olunur. Əvvəldə periferik, zəif keçirici C-liflərdən neyropeptidlərin azad olması nəticəsində yanğı təsiri verir. İstifadəni davam etdirdikdə neyropeptidlərin deplesiyası baş verir, bu da qaşınma əleyhinə və analgetik effekti baş verməsinə səbəb olur.

Sistemli terapiya. Əlbətdə torpid gedişli, xüsusən də yayılmış formalarda sistem terapiya məqsədəuyğun hesab edilir. Terapiyada əsas problem – atopik dermatitin sistem terapiyasında istifadə edilən təhlükəsiz dərmanların kifayət qədər effektiv olmaması və effektiv preparatların çoxlu kənar təsirlərinin olmasıdır. Seçim xeyir və müəyyən risk arasında aparılır.

Siklosporin (sandimmun-neoral) atopik dermatitin ağır formalarının sistem müalicəsində ən çox öyrənilmiş preparatlardandır. Adi başlanğıc doza gündə 5 mq/kg təşkil edir. Birinci terapevtik nəticələr bir neçə gündən bir həftəyə qədər müddətdə görünür. İki həftədən sonra, hər iki həftədən bir, dozanı 100 mq azaltmaq olar. Preparatın günaşırı qəbuluna o halda icazə verilir ki, əgər birincili doza gündə 300 mq/kg təşkil edib: əsas məqsəd – müalicəni 3-6 aya tamamlamaqdır. Siklosporin dozasını azaldanda A və B ultrabənövşəyi şualanmanın kombinasiyasını tətbiq etməklə stabiləşdirici terapiyaya nail olmaq lazımdır. Beləliklə, yerli terapiyaya qayıdış, eləcə də dəri iltihabının mümkün olan kəskinləşməsinin profilaktikası təmin olunur. Siklosporinin birincili kənar effekti nefrotoksiklik və hipertenziyadır, buna görə də parametrlərə nəzarət müalicədən 2 həftə, bir ay əvvəl, sonra isə müalicə aparılan müddətdə hər ay aparılmalıdır. Uzun müddət aparılan tədqiqatlar göstərir ki, ağır torpid atopik dermatiddə pasientlərin seçim və nəzarətində olan siklosporin təhlükəsizdir. İlk dozanı seçdikdə effektiv dozadan başlamaq məsləhətdir ki, bu da ümumi müalicə dövrünün qısalmasını artırır. Bəzi həkimlər, xüsusən də pediatrlar, müalicədə yüksək dozaların tətbiqində kənar ürək bulanma halları qeydə alırlar, ona görə də başlanğıc dozanı aşağı, yəni gündə 2-3mq /kq olmasını təklif edirlər. Böyüklərdə isə əksinə, remissiyanı almaq üçün yüksək doza, yəni gündə 7 mq/kq vacibdir, xüsusən də ağır hallarda.

Peroral qəbul zamanı takrolimus, sistem preparat olaraq psoriazda effektiv olur, lakin atopik dermatiddə onun istifadəsi formal olaraq lazımi qədər tədqiq olunmayıb. Siklosporində olduğu kimi, gündə 1-4 mq dozada preparatın təhlükəsiz profili olaraq kənar təsirləri yoxdur və bu iki preparatı bir-birləri ilə əvəz etmək mümkündür. Bunu siklosporinə adekvat reaksiya verməyən pasientlər üçün nəzərə almaq lazımdır.

Hal-hazırda atopik dermatitin sistemli istifadəsində yeni preparat – pimekrolimus üzərində tədqiqatlar aparılır. Bu vaxta qədər preparatın yerli dərman forması öyrənilirdi, lakin son zamanlarda psoriazla aparılan tədqiqatlar göstərdi ki, siklosporin və takrolimusla müqaisə edəndə, bu preparat peroral qəbulda daha təhlükəsiz profilli təsir effektivinə malikdir. Gözlənilir ki, preparatın bu forması atopik dermatiddə effektiv olacaqdır.

İmmunsupressiv vasitə kimi, azatioprin tez-tez ağır dermatoloji xəstəliklərdə istifadə olunur. Atopik dermatiddə terapevtik doza gündə 2-2,5 mq/kg sayılır, həm də pasientlər bilməlidirlər ki, preparatın təsirinə qədər müalicədən 6 həftə keçməlidir. Azatioprin yaxşı keçirilir, bəzən ürək bulanması və qusma halları müşahidə olunur. Müntəzəm laborator nəzarət müalicənin 1-ci ayında, hər iki həftədən bir, sonralar isə hər ay, terapiya müddətində aparılır. Tədqiqatlara qanın ümumi analizi, qara ciyər və böyrək funksiya-

larının eləcə də sidiyin analizi daxil edilməlidir. Siklosporin və metotreksatla müalicədə olduğu kimi, terapiyanın müddəti, dozanın endirmə sxemi və preparatların enmə fazasında stabilləşdirici təsiri eynidir.

Sistem kortikosteroidlər, triamsinolon asetonidin daxil olmaqla əzələ daxili inyeksiyaları, atopik dermatitin simptomları üzərində nəzarət üçün çox effektivdir. Pasientlər və klinisistlər üçün cavabın tezliyi, qısa müddət qəbulunda yaxşı təsiri və nisbətən ucuz qiyməti, prednizolon ilə aparılan müalicəni eyni olaraq cəlbədicidir. Lakin steroidlərlə uzun müddətli terapiya nəticəsində əlavə təsirlər (məsələn, osteoporoz, katarakta), onların istifadəsini xroniki proseslərdə, əsasən, atopik dermatit də daxil olmaqla məhdudlaşdırır. Prednizolonu ağır tutmaların qarşısını almaq üçün müvafiq olaraq, ildə 1-2 dəfə, 6-8 gün müddətində, qəbul etmək olar, lakin steroidlərdən asılılıq və pasientlər tərəfindən prednizolon terapiyasının təkrarlanması cəhdləri qalmaqdadır. Bu, rekoşet kimi kortikosteroidlərin effektivliyinin aşağı enməsi təkrar terapiyanı cəlbədicidir.

Çox müəlliflərini təcrübəsi göstərir ki, atopik dermatiddə qaşınmadan –qaşımaya (ekskoriyasiya) qədər olan hisslərin zəncirvari siklini, sedativ antihistamin preparatlarla dayandırmaq olar. Yeni nəsil iltihab əleyhinə təsirli qeyri-sedativ antihistamin preparatları (atopik dermatiddə - loratadin, setirizin-amertil, parlazin göstərilir), H1- antihistamin effektindən başqa, atopik dermatiti olan başqa qrup pasientlərdə qaşınmanı azaldırlar.

Atopik dermatiti olan xəstələrdə çox hallarda stafilokokk infeksiyası əmələ gəlir, bu da öz növbəsində dermatitin kəskinləşməsinə gətirib çıxara bilər. Belə xəstələrin müalicəsində əsas olaraq antibiotiklərin sistem qəbulu vacibdir. Stafilokokk kulturaları pen-sillinə və adətən eritromisinə qarşı dəyişməz olaraq dayanıqlı olurlar, seçim preparatı kimi 250 mq dozada böyüklərə gündə 4 dəfə və kiçik uşaqlara 125mq gündə 2 dəfə (gündə 25-50mq/kg çəkiyə iki qəbula bölünmüş) siklosporin və dikloksasillin istifadə olunur. Bir qayda olaraq, pustulalar tez sağalır və pasientlərə 5 gündən artıq preparatı qəbul etmək nadir hallarda lazım olur. Əgər pasientlərdə infeksiya residivlərsə, onda yaxşı olar ki, xəstəliyin kəskinləşməsinə qabaqlamaq üçün, bir daha 5 günlük müddətə müalicə kursu təyin edilsin. Bəzi pasientlərdə çoxlu sayda və ya tez-tez təkrarlanan residivlərin müalicəsini təmin etməklə, siklosporinə rezistentliyin qarşısını almaq üçün 1 ay müddətinə tetrasiklinlə müalicə kursu aparmaq lazımdır (pasientlər 12 yaşdan yuxarı olmalıdırlar).

Fizioterapiya

UBŞ ilə aparılan fototerapiya atopik dermatitin müalicisini tamamlayan vasitə kimi və xəstəliyin kəskin mərhələnin sonunda başqa terapevtik tədbirlərlə yanaşı dərini stabilləşdirmək məqsədi ilə tətbiq olunur. Fototerapiya: selektiv UB-B-spektr (SUB), UB-B ilə UF-A kombinasiyası, PUVA və “yüksəkdozal” UB -A ilə ən yeni monoterapiya. (cədvəl 18.4)

Cədvəl 18.4 Atopik dermatitin fototerapiyası

Fototerapiyanın növü	Qeyd
Uzun dalğalı UB-A şüalar(320-400)	320- 400nm
Orta dalğalı UB-B	285-350nm

UB-B şüaların dar spektri	311nm
UB-A/UB-B	selektiv fototerapiya
PUVA	Autosensibilizator+UBA
UBA, yüksək doza	340-400nm
Fotodinamik terapiya	infraqırmızı şüa 600-730nm+ porfirin qruplu sensibilizatorlar

Atopiklərdə fototerapiyanın mənfi təsiri dərinin sürətli quruması və onkoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsində yüksək riskin olmasıdır. Atopik dermatitə fototerapiyanın təsir mexanizmi hələ kifayət qədər öyrənilməyib. Məlumdur ki, UB-B-şüa hüceyrə-vasitəçi ilə immun cavabların, əksər hallarda Langerhans hüceyrə aktivliyinin zəifləməsi, yaxud miqdarının azalmasına və tormozlaşmasına gətirib çıxarır. Təzə tədqiqat metodları göstərir ki, UB-B aşkar olaraq insan keratositlərinlə İCAM-I ekspressiyasını tormozlaşdırır və bununla dəridə olan iltihabi reaksiyaları üstləyir. Ola bilər ki, mikrob əleyhinə effekt də müəyyən rol oynayır. PUVA və ayrıca UB-A-şüalanmanın atopik dermatitə spesifik təsiri haqqında dəqiq göstəricilər yoxdur. Belə bir fikir var ki, Lagenqans hüceyrələrini daşıyan İgE-ya təsir edən mexanizm kimi, əsas UB-A- şüası təsir göstərir. Müalicədən əvvəl fotosensibilizasiya yaradan medikamentlərin qəbulunu istisna etmək lazımdır. İlk öncə həkimin baxışı məsləhət görülür. Məktəbə qədər olan uşaqlar terapiyaya az yararlıdır, çünki onların çox hərəkətdə olduqlarına görə, şüalanma dozasını təyin etmək çətindir. I dəri tipi olan pasientlərə UB- zəif dozalarda verdikdə, dəri uzun ağır eritema ilə reaksiya verirlər və effektiv terapiyaya dozanı təyin etmək mümkün olmur. Eyni zamanda işıqla provokasiya olunan dermatozlarda UB-in təyini əks göstərişidir.

Selektiv fototerapiya UB-B. Selektiv UB-B fototerapiyası (SUF).CUF-un başlanğıc dozaları (əksərən 290-320 nm) minimal eritema dozada (MED) UFB diapazonuna uyğun olmalıdır. İkinci seans vaxtı MED 50%, üçüncü də - 40% və növbətində 30% yüksəldilir. Həftədə 3, əksərən 5 seans keçirilir. Yüksək intensivli eritema əmələ gəldikdə, müalicəni dayandırılaraq topik kortikosteroidlərin təyin edilməsi məsləhətdir. Eritema solduqdan sonra müalicəni əvvəlki şüalanmanın 50% təşkil edən doza ilə davam etmək olar. Əgər terapiya müəyyən müddətə dayandırılıbsa, bu halda müalicəni əvvəlki təyin olunan dozanın yarısı ilə davam etdirirlər. Əlavə təsirləri – günəş dermatiti, eləcə də epitelial və melanositar neoplazianın inkişafının riskidir. Şüa qəbul edərkən üz və genital sahələri örtmək məsləhət görülür. Axır vaxtlar ağır atopik dermatitin müalicəsində qısa spektri olan UB-B (312+2nm), lampalar məsləhət görülür, lakin bu lampaların tətbiqində lazımı təcrübə hələ yoxdur.

UB-B və UB-A- şüalanma kombinasiyası (UF-AB-terapiya). Aparılan yeni tədqiqatlara əsasən UB-B (300+5nm) və UB-A (350+30nm) kombinasiyası UB-A və ya SUF-şüalanmasına nisbətən atopik dermatidə daha yaxşı effekt göstərir. Belə kombinasiyalarda, müalicə effekti daha da uzunmüddətli olur. Lakin bu metod monoterapiya kimi deyil, yalnız onu kortikosteroidlərin yerli istifadəsilə də eyni zamanda keçirilən metod kimi tətbiq edirlər. Pasiyentin şüalanması bir kabinada, eyni zamanda iki müxtəlif işıq mənbəyi ilə aparılır. UB-A başlanğıc dozası 3Dj/sm², UB-B başlanğıc dozası isə 0,02 Dj/sm² təşkil etməlidir. Şüalanmanın davamı SUF olan analogiyası ilə keçirilir. Dozanın yüksəlməsi hər iki şüalanmanın növündə başlanğıc dozaya uyğun gəlir, və maksimal

doza UB-A üçün 6 Dj/sm² və SUF üçün 0,18Dj/sm² təşkil etməlidir.

UB-AI yüksək dozaları ilə şulanma. Bu metod yeni bir variantdır, əsasən seansa 140 Dj/sm² yüksək dozalarda uzun dalğalı diapazonda 340-440nm UB-A- şulanmasıdır. Bunu aparmaq üçün xüsusi işıq mənbəyi lazımdır. Şulanmanın müddəti 30 dəq təşkil edir. Artıq 6-9 seansdan sonra tam effektə (yaşıllaşma 50% qədər) nail olmaq olar, ona görə də şulanmanın bu növü monoterapiya kimi bəzi hallarda istifadə oluna bilər. UB-A yüksək dozaların nəticəsində, yaranan əlavə uzunmüddətli təsiri hələ ki tam öyrənilməyib, belə prosedurun yalnız generalizə olunmuş dermatitin ağır formasında keçirilməsi vacib sayılır. Onların eksperimental terapiya kimi istifadəsi hal-hazırda bir neçə avropa universitet mərkəzlərində aparılır. Bu üsul qısa müddətli kəskin intervension tədbir kimi istifadə olunur. Daha uzun müddətli və dəqiq tədqiqatların işlənilməsi lazımlı ola bilər. Təsir mexanizmi aşkar olunmayıb – güman edilir ki, işığın təsiri nəticəsində, qamma-interferon da daxil olmaqla iltihabi reaksiyalar azalır. Sonrakı tədqiqatların aparılması məqsədəuyğundur.

PUVA- terapiya. Puva terapiya kortikosteroidlərin tətbiqinə əks göstəriş olduqda, atopik dermatitin kəskinləşməsində labüddür. Bu terapiyaya olan reaksiya müsbətdir, PUVA ilə ümumən stabil nəticəni almaq üçün, məsələn, psoriazdan fərqli olaraq 2 dəfədən artıq seanslar tətbiq edilməlidir. Aparılan tədqiqatlara görə UB-A şulanmasının orta kumulyativ dozası 118 Dj/sm², seansların orta rəqəmi 59-a bərabərdir. Prosedurların vaxtından əvvəl dayandırılması “rikaşet” reaksiyasına və ya həyəcədən sonra sönmə reaksiyası ilə əlaqələndirilir. Yeniyetmələrdə və gənclərdə PUVA-nın istifadəsi ciddi göstəricilərə əsasən və qabaqcadan müəyyən müayinələrdən sonra aparılmalıdır. Ona görə atopiyası olan gənc pasientlər üçün bu müalicə üsuluna başlayarkən, onun hələ məlum olmayan uzunmüddətli effektlərinə görə diqqətli yanaşmaq lazımdır. Həminə, qara ciyər və böyrək xəstəliyi olan şəxslərdə PUVA terapiya əks göstərişdir.

Akupunktura (refleksi terapiya). Atopik dermatitin müxtəlifliyini və patogenezinin mürəkkəbliyini nəzərə alaraq, ümumi təsirini və dəridə səpgilərin lokalizasiyasını daxil olmaqla xəstəliyə uyğun reseptur sxemlərinin tərtib edilməsi məsləhət görülür. Müalicəni ümumi təsirli bioloji aktiv nöqtələrdən başlayaraq, sonralar yerli və aurikulyar nöqtələr də daxil edilir. Yanaşı gedən xəstəliklər olduqda simptomatik nöqtələri də daxil edirlər. Dəri prosesinin kəskin mərhələsində tormoz üsulunun I variantı, yarım kəskin və xroniki mərhələdə isə tormoz üsulunun II variantı istifadə edilir. Prosedur aparılan vaxt hər bir xəstəyə uyğun olan individual nöqtələr resepturu dəri zədələnməsi, qaşınmanın intensivliyi yanaşı gedən xəstəlikləri nəzərə almaqla tərtib edilir. Prosedur hər gün aparılır. Bir kursa 10-12 prosedur daxildir. Bir həftədən sonra günəşirı olaraq təkrar 6-8 prosedurdan ibarət kurs təyin edilir. Kəskin və residiv dövrlərdə aurikulyar terapiya da qoşulmalıdır.

Böyrəküstü sahədə induktoterapiya. Atopik dermatiddə böyrəküstü qabığın funksional aktivliyinin aşağı düşməsində təyin olunur. UYT-30 aparatından yüksək tezliyi olan induktoterapiya rezonans induktorlu EVT-1 istifadə edirlər. İnduktorları kürək tərəfindən T10 -T12 səviyyəsində yerləşdirirlər, birinci 5 prosedur isti zəif dozalı 5-10 dəqiqəli hər gün, sonra günəşirı, kursa 8-10 prosedur təyin edilir. Böyrəküstü sahəyə təsiri QYT (diapazonu CMB və DMB)-lə “Luç-3” və “Romaşka” ilə aparılır, bir kurs günəşirı 10-15 prosedur təşkil edir.

Dəyişikli yaxud daimi maqnit sahəsi olan maqnitoterapiya. "Polus" aparatından olan dəyişkən maqnit sahə atopik dermatitin kəskin və yarımkəskin dövrlərində mərkəzi və vegetativ sinir sisteminə və toxumanın trofikasına təsir etmək üçün məsləhət görülür. Təsir seqmentar olaraq boyun (yaxalığ hissəsinə), bel nahiyəsinə və yerli olaraq dərinin zədəli ocaqlarına göstərilir. Bir başa düz ürəkciyi olan induktor istifadə olunur, rejim fasiləsiz, cərəyanın forması sinusoidaldir.

Dəyişkən maqnit sahənin intensivliyi 8,75dən 25 mT qədər, davamiyyəti 12-20 dəqiqə, gündəlik olaraq bir kursa 10-20 prosedur təyin olunur.

Mərkəzi elektroanalgeziya (M EAN) – impuls cərəyanlarla dəridən elektrostimulyasiya yolu ilə elektroterapiya və elektrotrankvilizasiya vasitəsilə aparılır. Bu üsul nevrozabənzər halları olan atopik dermatitli xəstələrdə istifadə olunur. Mərkəzi elektroanalgeziya ilə toxumanın polyarizasiyasına (qütbləşməsi) və elektrik keçiriciliyinin dəyişməsinə nail olunur ki, bu da MSS stabilləşməsinə şərait yaradır. İmpuls təsiri "Lenor" aparatı ilə elektrodların alın-boyun vəziyyətində, tezliyi 800dən 1000 hs-ə, impuls müddəti 0,1dən 0,5ms-ə və cərəyanın orta göstəricisi 0,6dan 1,6ma qədər aparılır. Prosedurların müddəti 40 dəq. ilə məhdudlaşır, müalicə kursu gündəlik olaraq 10-15 prosedur təşkil edir.

Aşağı enerjili lazer şüalanması. Aşağı intensivliyi olan lazer şüalanması "Uzor" aparatı ilə aparılır: impuls rejimi 2 Bt, impulsların tezliyi 3000 hs, dalğanın uzunluğu 0,89 mkm. Müalicə kursu gündəlik olaraq 12-15 prosedur təşkil edir.

Müalicəvi aclıq (yük azaldıcı; "yüngülləşdirici"-pəhriz terapiya). Bu üsul çəkisi artıq olan, xəstəliyin başqa növ terapiyalara rezistentliyi, eləcə də yanaşı mədə-bağırsaq patologiyası olan pasiyentlərə göstərişdir. Yük-azaldıcı pəhriz terapiya 28-30 gün müddətində davam edir (Y.S.Nikolayevin üsulu). Yük-azaldıcı müddət 14-15 gün ərzindədir, bu zaman qıdadan tam imtina edən xəstələrə gündəlik olaraq imalələr təyin edilir, sutkada 3 litr mineral suyun qəbulu, gündəlik duş qəbulundan sonra yumşaldıcı kremlərin tətbiqi nəzərdə tutulur. 14-15 günlük bərpa mərhələsi ilk günlərdə meyvə şirələri, sonralar əzilmiş meyvə-tərəvəz, bundan sonra xüsusi südlü-bitkili pəhrizə keçməkdir. Gələcəkdə alınmış effekti saxlamaq üçün ciddi hipoallergen pəhriz məsləhət görülür. Yüngülləşdirici-pəhriz aclıq prosesinin özünün təmizləyici təsiri, orqanizmdən sirkulyasiya edən immun komplekslərin, allergenlərin, toksinlərin yuyulması, mədə-bağırsaq sistemə sənasiyaedici təsirindən ibarətdir. Ürək-damar paralogiyası olan şəxslərə müalicəvi aclıq əks göstərişdir.

Hiperbarik oksigenasiya

Bu metod hipotoniya əlamətləri olan atopik dermatitli xəstələrdə, asteniklər və anemiya ilə müşayiət olunan xəstəliklər zamanı göstərişə malikdir. Seans bir yerlik barokamerada aparılır. Oksigenin təzyiqi 1,5 atm., davamlılığı 40 dəq, müalicə kursu 10 seans təşkil edir. Bu metodun terapevtik təsiri antioksidant sistemlərin ferment həlqəsinin aktivləşməsi, zədələnmiş toxumalarda xüsusən dəridə oksigenin porseal təzyiqinin artırılması və qan dövrənin sürətləndirilməsi nəticəsində mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması, qanın reoloji xassələrinin və eritrositlərin aqreqasiya dərəcəsinin azalması ilə mütənəsbidir.

Plazmaferez

Plazmaferez şəklində ekstrokorporal detoksikasiyası metodu torpid gedişatlı, xəstəliyin eritrodermik variantı və dərmanın qəbulu çətinliyi olan xəstələrə təyin olunur. Cərrahi prosedurlu şəraitdə dirsək venasından götürülmüş qan plastik konteynerlərə tökülür və dəqiqədə 3000 dövrüyə, 10 dəq ərzində, 22 0C temperaturda sentrifüqada həll edilir. Plazma atılır, formalı elementlər plazmaəvəzedicilərdə xəstələrə reinfuziya olunur.

Atılmış plazmanın həcmi 300–800 ml təşkil edir, bu da eyni miqdarda plazmaəvəzedicilərlə əvəzlənir. Prosedurlar adətən 2-3 gündən bir, 8-10 kursa kimi; xüsusi ağır formalarda – hər gün aparılır. Plazmaferez zamanı orqanizm sirkulyasiya edən immun komplekslərdən, patoloji metabolitlərdən azad olur, reseptorları təmizlənir, müxtəlif müalicəvi və medikamentoz təsirlərə həssaslığı artır.

Atopik dermatitli xəstələrin müalicəsində başqa fizioterapiya metodları da tətbiq olunur: punktur fizioterapiya (lazeropunktura, fonopunktura); millimetr dalğalı terapiya; ultrasəsterapiya; antihistamin preparatların endonazal elektroforezi, boyun simpatik düyünlərinin diadinamoterapiyası.

Beləliklə, yayılmış, ağır yerli terapiyaya cavab verməyən atopik dermatit sistemli müalicə tələb edir. İltihab və qaşınmanı çox hallarda yuxarıda qeyd olunan maddələri tətbiq etməklə stabilləşdirmək olar. Əlimizdə olan sistem metodlar kəskin qaşınmanı azalda bilər və hər zaman xəstəliyin kəskin və torpid gedişatında tətbiq olunmalıdır.

Sanator – kurort müalicə adət olunmuş iqlimdə (Evpatoriya, Anapa, Soçi, Yalta, Naftalan, Mərdəkan) istirahəti nəzərdə tutur. İqlim terapiya ilin isti fəslində hava, günəş vannalarının qəbulu və dənizdə çimməklə aparılır. Kurortlar kükürd-hidrogen, rodon, dəniz vannaları, palçıqla müalicə imkanını yaradır. Mineral sularla müalicə paralel gedişatlı mədə- bağırsaq və qara ciyər xəstələrinə təyin olunur.

Proqnoz

Uşaqlarda mümkün olan ikincili infeksiyanın əmələ gəlməsi ilə əlaqədar nəticə ehtiyatla proqnozlaşdırılmalıdır. Ümumən həyatın birinci ilindən sonra xəstəliyin intensivliyi aşağı düşür. Dəri təzahürləri azalır və 30 yaşa kimi onlar tamamilə itir. Başqa atopik zədələnmələrlə olan (bronxial astma, allergik rinit və konyunktivit) əlaqə individualdır və tam aydın deyil. Hər individual halda proqnoz vermək çətinlik törədir.

Profilaktika

Genetik konsultasiya; qidada məhdudiyətlə (uşaqlarda və böyüklərdə qeyri müəyyən müddətə dietik tədbirlər); aeroallergenlərdən qaçmaq (pişiklərlə, itlərlə, atlarla və s heyvanlarla kontaktı istisna etmək, ev heyvanları saxlamamaq, evdə siqaret çəkməyi istisna edilməsi, tozcuq yaradan bitkilərdən imtina); ev tozunda olan gənələrə qarşı – xalçaların və mənzilin nəmli təmizlənməsi; yataq otağında toz yığan xalça, pərdələrin yığışdırılması; yataq dəstlərinin təmiz yuyulması, toz mənbələrinin kənarlaşdırılması, quruluq əleyhinə - bədən yuyulduqdan sonra kremlənməsi zəruridir. Otaqların rütubətliyi 40 % ətrafında olmalıdır; ağır fiziki hərəkətlərdən, tərləmədən, istilənmədən və sintetik parçalar, kobud yun paltarlardan uzaqlaşmaq; atopik dermatitli uşaqların valideynlərinin maarifləndirilməsi; dispanser nəzarəti (atopik dermatitli pasiyentlərə informasiyaların verilməsi və belə xəstələrin qeydiyyatı).

XIX FƏSİL. PRURİQO (qaşınma xəstəliyi)

Güclü qaşınma ilə müşayiət olunan dəri xəstəliyidir. Pruriqo termini intensiv qaşınma verən dermatozları birləşdirir. Bu dermatozların ilkin səpgiləri urtikar seropapula, urtikar papula və ya persistensiya edici papulyoz düyünlü elementlərdən ibarətdir.

Sadə kəskin uşaq pruriqosu

Sinonimləri: uşaq qaşınması, strofulyus, strofulus infantum, pruriqo simplex acuta infantum, urticaria papulosa infantum, lichen urticaria, lichen simplex acutus. Proses əsasən uşaqlarda müşahidə olunan, xüsusi nəzərə çarpan residiv verən, allergik reaksiyadan ibarətdir. Xəstəliyin başlanğıcında buna epizoonoz kimi baxılır. Bu xəstəliklə əsasən 2-8 yaşında uşaqlar yay- payız fəslində xəstələnirlər. Gənc və yaşlı insanlar bu xəstəliklə nadir hallarda xəstələnirlər. Ona görə də xəstəlik strophulus infantum adlanır.

Etiologiya və patogenez.

Xəstəlik övrəyə çox oxşayır. Bəzi müəlliflərə görə, bu xəstəliklə daha çox şokolad, konfet və yaxşı yetişməmiş meyvə yeyən uşaqlar xəstələnir. Səbəb kimi qida allergiyası və dərman preparatlarına qarşı reaksiyadır. Etioloji faktor kimi kiçik uşaqlarda diş çıxarması da səbəb ola bilər, stres də bu sıradandır. Xəstəlik çox vaxt epizoonoz kimi qəbul olunur. Artropod həşəratların (birə, gənə və ağcaqanad) dişləməsi və sancması nəticəsində əmələ gəlir. Bu nəzəriyyə onunla təsdiqlənir ki, xəstəlik daha çox kənd yerlərində yaşayan uşaqlarda və periodik olaraq ağcaqanad dişləməsi ilə əlaqələndirilir. Həşəratların antigeni ilə aparılan dərialtı test kontrol qrupa nisbətən daha çox müsbət nəticə verir, xəstəxanaya göndərilən kiçik pasiyentlər tez və müalicəsiz sağalır. Bu əsasən immunoloji mexanizmlərlə əlaqədardır. Xəstəlik Gell və Coombs-a görə sancoma və dişləmə nəticəsində antigenlə kontakta qarşı 1-ci və 4-cü tip kombinə olunmuş reaksiya formasında özünü göstərir.

Klinik şəkil

Tam sağlamlıq fonunda qəflətən kəskin qaşınan açıq qırmızı rəngdə, dəridən bir qəddər haşiyə şəklində qalxmış seropapulalar əmələ gəlir. Bunlar daha çox yayılmış, bəzən isə qrup şəklində olur. Əvvəlcə sancaq başı və ya dırnaq böyüklükdə, toxunduqda bərk, mərkəzində diaskopiya nəticəsində sarı rəngdə görünən (zərdab çıxmasına görə) köpüşüklər əmələ gəlir. Bu seropapulanın başlanğıcıdır ki, sonradan kiçik mərkəzi qovuqcunun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Xəstəliyin eksudativ gedişində qovuqcular böyüyə və tam dolmuş qovuq şəklində seropapulalar əmələ gətirir (strophulus bullosus), seropapulalar bir neçə saatdan sonra öz qırmızı haşiyəsini itirir və böyüyən toxuma infiltrasiyası nəticəsində bərk papulaya keçir. Papula göynəmə, qaşına hissiyyatı ilə müşayiət olunur və qartmaqla örtülür. Sağaldıqdan sonra yerində piqmentsiz və ya hiperpiqmentləşmiş ləkə qalır. Xəstəliyin gedişi tutmaşəkilli olduğuna görə təzə və köhnə səpgilər bir-birinin yanında yerləşərək xəstəliyə varicellaya (su çiçəyi) bənzəyən forma verir, gövdə və ətraflarda, bədənin paltarla örtülü yerlərində lokalizasiya olur. Bəzən səpginin qaşınması nəticəsində impetiginizasiya əlaməti baş verir. Ağız boşluğunun selikli qişası zədələnir.

Xəstəlik təkcə birdəfəlik tutmavarı deyil, residiv və xroniki ola bilər. İntensiv qaşın-

ma nəticəsində uşaqlar çox zəifləyir və yuxusuzluqdan şikayətlənirlər. Yay vaxtı stafillokok infeksiyası nəticəsində bəzən impetiginizasiya əmələ gəlir. Döşək ağlarının dəyişdirilməsi, otağın dezinfeksiyası və mikroiqlimin dəyişdirilməsi sağalma ilə nəticələnir.

Histopatologiya

Təzə papula həm intraepidermal, subkorneal qovuqucuq, həm də papilyar cisimciklərdə ödemli cüzi iltihabi, daha çox yuxarı buynuz qatda perivaskulyar limfositar-eozinofil-yar infiltratla meydana çıxır. Səpgiləri qaşıldıqdan sonra güclü limfohistiositar reaksiyalı, reaktiv, epidermisin azacıq akantolitik, mərkəzində qartmaq olan qalınlaşmaya meyilli olurlar.

Differensial diaqnoz

Urtikar dəyişikliklər, seropapula və vezikulyar əlamətlər də daxil olan klinik şəklın rəngarəngliyinə görə su çiçəyi ilə differensiasiya etmək lazımdır. Su çiçəyində başın tük-lü hissəsində dəyişikliklər, ağızın selikli qişasının zədələnməsi, qızdırma və orqanizmin ümumi vəziyyətinin dəyişməsi baş verir. Şübhəli hallarda elektron mikroskopiyasından istifadə edilir. Belə ki, qovuqucuğun möhtəviyyatında virusu aşkar etmək üçün neqativ kontrast üsulundan və ya qovuqucuğun dibindən götürülən materialdan düzəldilən yax-mada ballonlaşdırıcı degenerasiyaya uğramış epitel hüceyrələri aşkar edilir (Tsank testi).

Qoturluqda lokalizasiya və qaşınma fərqli olur (gecə vaxtı). Burada diaqnozun qo-yulmasında əsas rolu gənənin aşkar edilməsi oynayır.

Yağışlı yay aylarında trombidiozu da istisna etmək lazımdır. Bu vaxt dəri paltarların bədənə daha çox toxunduğu yerlərdə (kəmərin və ya qayışın altında) zədələnilir.

Müalicə

Daxilə antihistamin preparatlar təyin edilir. Xaricə talk və ya sink losyonu, bəzən 5%-li polidokanolom, (tezit) yayda isə çox durulaşdırılmış sirkə turşusu ilə silmək və ya 0.5 %- li vioformla sinkin spirtde losyondan istifadə etmək lazımdır. Antihistamin jele də effektiv olur (fenistil, soventol, sistral, tavegil). Uşağın gigiyenasına fikir vermək, tez-tez paltarlarını dəyişmək və otağı dezinfeksiya etmək lazımdır.

Sadə yarımkəskin pruriqo

Sinonimi: yarımkəskin pruriqo, yarımkəskin qaşınma, pruriqo simplex subakuta, ur-ticaria papulosa chronica, pruriqo simplex acuta et subacuta adultorum, strophulus adul-torum, lichen Vidal urticatus. Bu, kəskin və ya xroniki gedişli, anamnezində tutmaşə-killi qaşınmaları olan, polietioloji genezə malik iltihabi dermatozdur. Xəstələrin 2/3 -si qadınlardır ki, onlar da 20- 30 yaşda daha sonra isə menopauza yaşında xəstələnirlər. Kişilər isə daha çox 50 yaşdan sonra xəstələnirlər.

Etiologiya

Sadə kəskin pruriqodan fərqli olaraq burada epizoonozlar səbəb kimi rol oynamır. Bəzən müxtəlif qaşınmalara qarşı psixi (nevrotik) dəyişikliklər optifiskal hiporeaktivliyə meyilli olur. Atopiyanı da nəzərdən qaçıрмаq olmaz.

Patogenez

Burada söhbət müəyyən adamlarda polietioloji allergik reaksiya üsulundan gedir. Bu mənada övrə ilə prinsipial ümumi oxşarlıqları var. Bəzi müəlliflər ilkin səpgilərin follikulyar yerləşmiş olduğunu (tük follikulu epitelisinin intra və perifollikulyar mononuklear tipli spongiozu ilə müşahidə olunan infiltrat) qeyd edirlər.

Sadə yarıməkəskin və sadə xroniki pruritonun əmələ gəlməsi və persistensiyasına müxtəlif faktorlar təsir edir. Hormonal pozğunluqlar (kontraseptivlər, gestagenlərə qarşı allergiya, kişilərdə androgen çatışmamazlığı, pasiyentlərdə ikincili hiperparatireoidizm, xroniki hemodializdə olanlar); mədə- bağırsaq traktı pozğunluqları (mədə turşuluğunun kəskin azalması, hipoxlorhidriya, axlorhidriya, xroniki qastrit, mədə və 12 barmaq bağırsağ xorası, bağırsağ kandidozu); ocaqlı infeksiyalar, qaraciyər funksiyasının pozulması (infeksion hepatit); qurd invaziyası; ginekoloji pozğunluqlar (predmenstrual mastalgiya, polimenoreya, yumurtalıqların kistası, uşaqlıqlın selikli qişasının vəzi- kistoz hiperplaziyası, hiperestrogenemiya, menstrual siklin pozulması). Patogenetik olaraq allergik əlamətlər, xüsusən kombinə olunmuş allergik reaksiyalar, hansılar ki, sürətli allergiya tipi ilə (Coombs və Gell-ə görə 1ci tip reaksiya) başlayır, əvvəlcə urtikar görünüşə, sonra isə urtikar ocağın hüceyrə infiltrasiyalı 4-cü tip reaksiyası kimi davam edir.

Xəstəliyin klinikası

Simmetrik olaraq saidin səthinin açıcı səthləri, örtük şəklində kürəyin yuxarı hissəsi, döş nahiyəsi və budların xarici səthləri zədələnir. Daimi əmələ gələn yeni səpgilər həmişə təcrid olunmuş şəkildə yerləşirlər, ancaq onların ümumi cəmi ekzantemanın xarakterik aspektinə gətirib çıxarır. Nadir hallarda belə səpgilər üzdə yerləşərək urtikar akne şəklini əmələ gətirir.

İlkin səpgilər 1-5 sm ölçülü ağcaqanad dişləməsi tipli urtikar papulalar kimi açıq qırmızı seropapulalardır. Bunların mərkəzində tarım, qəlpəyəbənzər qovuqcucq hiss olunur. Bunlar çox qaşındığı üçün əmələ gələn kimi qaşınmağa meyllidirlər, ona görə də həkim nadir halda onu ilkin variantında görə bilir.

Ekskoriyasiya olunmuş ilkin səpgilər.

Bunlar sancaq başı böyüklüyündə qaşınma izləri müşahidə olunan qanlı qartmaq şəklində və ya kəskin sərhədli qanlı qartmaqlı papulalardır. Rezidual (qalıq) səpgilər mərkəzdə hiperpiqmentləşmiş və ya çox vaxt depiqmentləşmiş şəkildə aşkar olunur, lakin kənara doğru linza böyüklüyündə hiperpiqmentləşmiş atrofik çapıqlar qeyd olunur.

Xəstələrdə əsas lokalizasiya yerlərində adətən dimorf şəkil müşahidə olunur, yəni qaşınmış hemorragik ekskoriyasiyalı səpgilər və tipik atrofik piqmentasiyası pozulmuş çapıqlar müşahidə olunur. Digər ikincili səpgilər, yəni dəri səthinin kiçik və ya böyük lixenifikasiyaları qeyd olunmur. İmpetiginizasiya da demək olar ki, olmur. Ovucların və ayaqların alt səthi, eləcə də selikli qişa zədələnmir.

Anamnezdə qaşınma xarakterikdir. Xəstələr təzə səpgilərin əzabverici qaşınmasından şikayət edirlər. Lakin səpgilər qanayana qədər qaşındıqdan sonra qaşınma hissiyatı dayanır. Adətən ancaq səpgilər qaşınır, ətraf dəri qaşınmır. Bununla da pruritodakı qaşınma hissiyatı və onun əmələ gətirdiyi qıcıqlanmalar digər dermatozlardan- qoturluq, atopik ekzema və ya ekzemanın digər formalarından fərqlənir. Xəstəliyin gedişi xronikdir, bir neçə ay və ya il davam edə bilər. Ancaq hamilə qadınlarda olan adi yarıməkəskin

pruriqo doğuşdan sonra tez sağdır. Lakin ikinci hamiləlik zamanı bu proses dəfələrlə əmələ gələ bilər.

Histopatologiya

Histoloji şəkil xəstəliyin müəyyən fazalarına uyğun gəlir. İlkin olaraq məməli qatdakı kapilyarların güclü genişlənməsi ilə seropapula əmələ gəlir, həmçinin cüzi limfositlər reaksiya müşahidə olunur. Daha sonra sub və ya intrakorneal qovucuqlar inkişaf edir. Bunların tərkibi neytrofil, bəzən isə eozinofil limfositlərdən ibarətdir. Ekskorsiyalaşmış səpgilər epidermisin defekti ilə xarakterizə olunur. Epidermis qartmaqla örtülür, epidermal regenerasiya epidermisin yan akantoloji qalınlaşması ilə gedir. Damarlar çox genişlənir, ödem və histiositar-fibroblastik reaksiya müşahidə olunur.

Diaqnoz

Xəstəliyin diaqnozu intensiv qaşınma, tipik lokalizasiyası, ekskorsiyalaşmış səpgilərdən və qalığ əlamətlərdən ibarət dimorf klinik şəklində əsasən təsdiqlənir.

Differensial diaqnoz

Pruriqonun simptomatik formalarını fərqləndirmək lazımdır, bu da bəzi çətinliklərlə şərtləndirilə bilər. Diaqnostikada diqqətli xarici baxış və daxili orqanların müayinəsi tələb olunur.

Pruriqonu atopik ekzemanın pruriginoz forması ilə differensiasiya etmək lazımdır.



Şək. 19.1. Qaşınmada tipik səpgilər

Xəstəliyin polimorf klinik şəkli, atopik ekzemanın tipik əlamətlərindən ibarət kombinə olunmuş dəyişikliklərlə müşahidə olunur. Xəstəliyin bu klinik şəkli eyni zamanda pruriqo mitis və ya xroniki multiformalı pruriqo adlanır.

Herpesşəkilli dermatitin pruriginoz forması. Pruriginoz papulalı polimorf herpesvari klinik şəkil.

Günəş pruriqosu: ancaq bədənün günəş şüalarını düşə biləcək hissələrində lokalizasiya olunan güclü qaşınan və ekskorsiyalı pruriginoz papulaların müşahidə olunması. Yay pruriqosu fəsilədən asılı olaraq meydana gəlir.

Müalicəsi

Yarımkəskin pruriqoda söhbət allergik genetik polietioloji sindromdan gətirdiyi üçün xəstəliyin səbəbinin aradan qaldırılması ilk planda durur.

Əgər xəstəliyin səbəbi tapılaraq lazımı qaydada müalicə olunarsa uzun müddətli effekt almaq mümkündür. Təəssüf ki, çox vaxt səbəbi aşkar etmək mümkün olmur. Dəri daxili testlər xroniki övrədəki kimi aparılır. İstənilən halda müalicə, aşkar olunan pozğunluqlara qarşı yönəldilir. Orta dozada qlükokortikosteroidlərin tətbiqi (gündəlik 40- 60 mq prednizolon dozasına ekvivalent) ancaq qısa müddətlidir və bu bir çox hallarda ancaq

morbostatik effekt verir. Axşam sedativ effektiv antihistamin preparatları, trankvilizatorlar (qaşınma gecələr daha çox narahat etdiyi üçün) göstərişdir. Bəzi hallarda effektiv preparat kimi xloroxin (rezorxin) məsləhət görülür. Əgər qadınlarda xəstəliyin başlanması klimaks və ya menopauza ilə eyni vaxta düşürsə, ginekoloqun məsləhəti ilə estrogen və ya luteotrop hormonlardan istifadə etmək olar. Bir çox müəlliflər mədə-bağırsaq traktının sanasiyasına böyük əhəmiyyət verirlər. Metodika xroniki övrədə olduğu kimidir: tetrasiklin (2,0 q) və ya doksisisiklin (200 mq) 5 gün müddətində hər gün, sonra 5 gün amfoterisin B (gündə 4 dəfə 100 mq), daha sonra 3 həftə ərzində bağırsaq florasının normalaşdırılması. Uremik qaşınmada eritropoetin morboostatik effektlidir. Bəzən psixoterapevtin məsləhətinə ehtiyac olur. Xarici qaşınmanı azaldan tədbirlər məsləhət görülür: xarici anesteziyaedici vasitələr (5%-li tezit), 5-10 %-li ixtiol, liquor carbonis detergens (2,0- 10,0 %). Durulaşdırılmış üzüm sirkəsi, mentolun spirtli məhlulları (0.25- 1,0%) və ya antihistamin gəllər tətbiq etmək lazımdır (fenistil, soventol, sistrol, tavegil).

Düynlü pruriqo

Sinonimləri: Haydın düynlü pruriqosu, düynlü qaşınma, pruriqo nodularis Hyde, davamlı papulyoz övrə, düynlü neyrodermit. Güclü qaşınan xəstəlikdir, persistəedici kasayabənzər düynlərlə xarakterizə olunur. Bu xəstəliyin pruriqo qrupuna daxil edilməsi bəzən inkar edilir, belə ki, bu xəstəlikdəki ilkin səpgi seropapula deyil. Bu xəstəliyi bəzən adi xronik pruriqoya aid edirlər.

Yayılməsi: nisbətən nadir xəstəlikdir. Genetik faktorlar məlum deyil. Əsasən 40- 60 yaşlı qadınlar xəstələnirlər. Çox vaxt anamnezdə (80 %) atopik diatez qeyd olunur.

Etiologiya və patogenezi

Etiologiyası məlum deyil. Əsas səbəb kimi stress halları göstərilir. Daha çox nevrotik meyilli insanlar xəstələnirlər. Psixi (depressiyalar, depressiv qorxu hissi) və ya psixososial dəyişikliklərin böyük əhəmiyyəti var. Xəstəliyin endokrin sistem pozğunluqları, hepatit və xolesistitlə də əlaqəsi təsdiqlənir. Histoloji oxşarlığa görə, sadə xroniki dəmrovla əlaqəsi güman edilir. Səpgilər isə məhdud lixenifikasiya kimi interpretasiya olunur. Bu fikrə görə fransız dermatoloqu Pautriyer xəstəliyi lichenifications circonscrites nodulaires chroniques adlandırır. Hüceyrə proliferasiyasının artması ilə gedən dəri sinirlərindəki dəyişikliklər diqqəti cəlb edir. Bu dəyişikliklər xüsusən Şvann hüceyrələri nahiyəsində (Schwannom- nevrinoma, şvannoma) aşkar görünür və şvannomayabənzər törəmələrin yaranmasına səbəb ola bilər. Məməcikli dermal sinirlərin belə tipik hipertrofiyasının səbəb faktoru kimi çıxış etməsi, yoxsa güclü qaşınma nəticəsində yaranaraq reaktiv təbiətli olması prinsipial əhəmiyyət daşıyır. Son vaxtlar eozinofillərdəki proteina saxlayan eozinofil qranulalarına patogenetik əhəmiyyət verilir. Qanda İgE- nin yüksəlməsi və bitkilərin tozuna, evdəki toza, gənəyə və s. qarşı təcili allergiya tipli olması atopiyadan xəbər verir. Ekzematöz tipli kontakt allergiyası (epikutan testi) da səbəb kimi ola bilər.

Klinik şəkil

Əsasən ətrafların açıq səthləri zədələnir; üz və bədən çox hallarda intaktdır. Bilateral təzahürlərdə kasayabənzər formalı, qabarıq, izolə olunmuş, xəstəliyin ilkin mərhələsində

bərk, 0.3- 0.5 sm diametrdə noxud və ya paxla dənəsi böyüklükdə azca hiperemiyalaşmış düyünlər olur. Onların səthi yandan işıqlandırıldıqda tutqun, rəngi bozumtul-qonur və ya çirkli boz olur. Belə ki, səpgilər güclü qaşınma səbəbindən intensiv dərinin tamlığının pozulması nəticəsində ekskorsiyalaşır və ya çirkli bozumtul rəngli keratotik, ziyiləbənzər törəmələrin əmələ gəlməsinə meyilli olurlar. Ətraf dəri normal və ya hiperpiqmentləşmiş olur. Xəstələri çox intensiv qaşınma narahat edir, bu da tutma şəkilli olaraq artır və hətta ona dözümsüzlük nəticəsində suisidə də gətirib çıxarır. Səpgilərin güclü qaşınması eroziya, bəzi hallarda isə hemorragik qartmaq əmələ gətirir və düyünlərin böyüməsinə səbəb olur. Xəstəliyin gedişi davamlı, xronikidir. Spontan reqressiya müşahidə olunmur.

Histopatologiya

Histoloji şəkli buynuz qatın qalınlaşması, qeyri-requlyar hiperakantoz, hiperpapillomatoz, histiosit və limfositlərdən ibarət bərk xroniki iltihabi infiltrat ilə müşayiət olunan sadə xroniki dəmrovu xatırladır. Tosqun hüceyrələrin sayı çox vaxt artır, bəzən eozinofillərə də rast gəlinir. Sinir uclarının zədələnməsi də müşahidə olunur. Əvvəlcə hipertrofiya, sonra çoxsaylı sinir liflərinin degenerasiyası və şvann hüceyrələrinin proliferasiyası (şvannomayabənzər formasıyanın əmələ gəlməsi- neyroma Pautrier) baş verir.

Differensial diaqnoz

Haydın düyünlü pruriqosunun diaqnozu asandır - əlavə ekzematoz və lixenifikasiyalaşmış dəyişikliklər olmur və beləliklə xəstəliyi atopik ekzemanın pruriginoz formasından (xroniki multiformalı pruriqo) fərqləndirmək olur. Çox zaman pruriqonu ilkin səpgilərin (seropapulalar) fonunda sadə, xroniki, güclü iltihabi dəyişikliklərin olmasını ayırd etmək mümkün olmadığından. Qırmızı dəmrov - hipertrofik və ya verrukoz forması əsasən baldır nahiyəsində təsadüf olunur.

Müalicə

Hətta dəri daxili və epikutan testlər aparıldıqda belə səbəbin aydınlaşdırılması çətinlik törədir. Çox zaman psixoterapevt və ya psixiatrla əməkdaşlıq tövsiyyə olunur.

Daxilə trankvilizatorlar təyin edilir. Antihistamin preparatlar yalnız sedativ komponentləri olduqda effektivdir. Talidomid 100- 200 mq gündəlik dozada yalnız ən ağır hallarda təyin edilir və teratogen, neyrotoksik təsiri baxımından diqqətli nəzarət tələb edir. Pimosid (orap) və ya benoksapofen, klofasimin (lamprenom) və ya dapsonla (dapson-fatol) müalicələr aparılıb.

Xaricə ocaq daxili triamsinolon inyeksiyaları (yerli anestetik, məsələn lidokaində durulaşdırmaqla) təyin olunur. Xüsusilə əzabverici qaşınmada - ekssiziya, maye oksigen ilə krioterapiya, lazer və ya elektrokoagulyasiya aparılır. Fototerapiya (UF- B, UF- A1), balneofototerapiya və ya PUVA- terapiya məsləhət görülür. Yerli zəif dalğalı (yumşaq-dalğalı) rentgenoterapiya nadir hallarda tətbiq olunur.

XX FƏSİL.NEYRODERMIT

Sinonimlər: məhdud neyrodermit, Lichen Vidal- Vidalın dəmrovu.

Burada daimi güclü qaşınma ilə müşayiət olunan məhdud xroniki iltihabi prosesin qaşınan, lixenoid tipli dəri kobudlaşması ilə gedən dəri xəstəliyindən bəhs olunur. Atopik dermatit ilə əlaqə izlənilir.

Xəstəlik bütün dünya üzrə yayılmışdır, lakin qaradəriliyə arasında daha az rast gəlinir. Qadınlar kişilərə nisbətən daha çox xəstələnilir. Ehtimal olunur ki qaşınma və sürtünmə nəticəsində meydana gələn lixenifikasiyanın inkişafında irsi meyllilik mövcuddur.

Patogeneza

Uyğun meyllilik nəticəsində dərinin məhdud sahələrində sürtünmə və ya qaşınma nəticəsində dərinin iltihabi reaksiyası yaranır. Bu da lixenifikasiya, yəni dəri örtüyünün iltihabi qalınlaşması ilə xarakterizə olunur. Dəri toxumasındaki dəyişikliklər epidermisin qalınlaşmasının xroniki hüceyrə iltihabı nəticəsində özünü göstərir. Atopik ekzemaadakı lixenifikasiyalı ocaqlı dəri səpgiləri ilə oxşarlığına görə sadə xroniki dəmrov həmişə müqayisə olunur. Son vaxtlar bu xəstəliyi atopik ekzemanın minimal variantı kimi hesab edirlər. Bəzi müəlliflər bu fikirləri qəbul etmirlər və daxili disfunksiyalarla etiopatogenetik əlaqə olduğunu güman edirlər. Məsələn, mədə- bağırsaq traktı pozğunluğu (həzm prosesinin pozulması, anasidlik, xroniki qastrit), qara ciyər xəstəlikləri, xolesistopatiyalar. Bəzən müalicə nəticəsində bu problemlərin aradan qaldırılması bu nöqtəyi- nəzəri təsdiq edir.

Sadə xroniki dəmrovun əmələ gəlməsində dərinin məhdud sahələrinin daim sürtünməsi və qaşınması həlledici rol oynadığı üçün, psixi faktorların araşdırılması əsasdır. Əsəbilik əlamətləri- dirnaqların yeyilməsi, dodaqları dişləmək, aravermədən siqaret çəkmək və konflikt vəziyyətlərinin olması nəzərə çarpır.

Klinik şəkil

Adətən xəstəlik bir ocaqla məhdudlaşır. Bəzən 1- 2 ocaq da ola bilər. Qadınlarda ocaqlar əsasən ənsə hissəsində lokalizasiya edir. Digər lokalizasiya sahələri said və baldırın açığı tərəfi, kürəyin yuxarı hissəsi, budun iç səthi, büzdüm, skrotum və vulvadır. Çox vaxt sebastoz müşahidə edilir. Klinik-morfoloji olaraq, söhbət tipik lixenoid xəstəlikdən gedir. İlk səpgi ölçüsü 1-3 mm olan, dəyişikliyə uğramayan papuladır. Papulalar çox vaxt kəskin sərhədli, əsasən dəyirmi, bəzən poliqonal, yastı, parıltılı səthli olur. Rəngi boz və ya qəhvəyi- qırmızımtıl, çox vaxt dəri rəngində olur. İlkin olaraq məhdud sahədə təcrid olunmuş şəkildə yerləşən papulalar ocağa yığışırlar. Bunlar daimi, lentşəkilli, zolaqşəkilli və istənilən digər konfigurasiyanı ala bilərlər, kənarları sürtünmə nəticəsində mexaniki hiperpigmentasiyaya meyli olur. Tam formalaşmış ocaq 3 tipik zonadan ibarətdir:

1. Mərkəzdə dərinin iltihabi qalınlaşması və dəri örtüyünün kobudlaşması ilə birincili yastı lixenifikasiya yerləşir.
2. Lixenoidli papula zonası. Bu papulalar bir- biri ilə yanaşı sıx yerləşirlər. Dəri rəngində və ya boz- qırmızımtıl rəngdə olur.

3. Periferiyada hiperpigmentasiya zonası yerləşir. Eni bir neçə sm olur və qeyri-dəqiq ətraf dəriyə keçir və orada itir.

Xəstəlik bəzən mərkəzi lixenifikasiyası olmayan, təcrid olunmuş şəkildə yerləşən, lixenoidli papulalarla məhdudlaşır. Digər hallarda lixenifikasiya o dərəcədə inkişaf edə bilər ki, 2- ci və 3- cü zonalar olmaya bilər. Əlamətdardır ki, bəzən sadə xroniki dəmrov hüdüdlərində pigmentin itirilməsi (axromiya) müşahidə olunur. Bu xəstəlik zamanı selikli qişalar zədələnmir. Güclü, çox zaman paroksizmal, gecələr güclənən qaşınma xarakterikdir. Qaşınma və sıyrıntılar lixenifikasiyanı əmələ gətirir və ya lixenoidli papulalar güclü qaşınma yaradır sualı hələ də açıq qalır. Eksperimental tədqiqatlar sıyrıntı kimi xroniki mexaniki yüklənmənin lixenifikasiya yarada biləcəyini təsdiqləyir.

Xəstəlik bir neçə ay və ya il davam edir. Proqnoz bugünkü yaxşı müalicə üsulları nəzərə alınmaqla xoşdur. Psixososial faktorları kənarlaşdırmaq daha çətin olur.

Histopatologiya

Epidermis çox zaman əsasda torvarı birləşmiş hüceyrələrin uzanması və yoğunlaşması nəticəsində güclü qalınlaşmışdır. Kifayət qədər hiperparakeratoz müşahidə olunur. Məməcikli qatda kapilyarlar genişlənməmiş, üst qatda əsasən damarlarla birləşmiş limfositlər infiltrat müəyyən edilir. Qırmızı yastı dəmrov və lixenifikləşmiş ekzmadan histoloji fərqləndirmə (daha güclü spongiotik dəyişikliklər və ekzositoz) adətən çətinlik törətmir.

Differensial diaqnoz

Sadə xroniki dəmrovun tipik ocaqları yuxarıda təsvir olunan “3 zonalı” quruluşa malikdir. Atopik ekzema da lixenifikasiyalaşmış səpgilər çox zaman simmetrik olur, müəyyən yerlərdə daha çox lokalizasiya olunurlar, iltihab daha güclü olur və polimorfizm daha çox olur. Atopik ekzemanın gecikmiş əlamətləri kimi ayrı-ayrı məhdud ocaqları fərqləndirmək üçün İgE- nin miqdarı təyin olunmalıdır. Lixenifikasiyalaşmış xroniki ekzemanın digər formaları daha güclü iltihabi dəyişikliklərlə və həmişə üçzonalı quruluşun olmaması ilə fərqlənir. Çətinlik qırmızı yastı dəmrovdan fərqləndirmə zamanı yarana bilər, lakin bu zaman səpgilər həmişə poliqonal olur, mərkəzdə bir az batıqlıq müşahidə olunur və bir qayda olaraq Uikhem fenomeninə malik olurlar.

Müalicə

Yanaşı gedən xəstəliyin müalicəsi. Qaşınmanın antihistamin dərmanlar vasitəsilə aradan qaldırılması.

Ən yaxşı nəticəni okklüziyon sarğı altında təyin olunan krem və məlhəm formasında olan qlükokortikoidlər verir. Lixenifikasiyanın reqresindən sonra qlükokortikoid plastrlar və ya daha zəif preparatlar (advantan, dermatop) məsləhət görülür. Daha kiçik ocaqları ocaq daxili triamsinolon asetonid inyeksiyaları ilə müalicə edirlər. Əhəmiyyətli reqresdən sonra daha aşağı konsentrasiyalı qlükokortikoidə keçirlər. Sonrakı müalicə üçün ixtiol, həmçinin qətran (yumşaq sink pastasında 2-5 %- li daşkömür qətranı və ya təmiz ixtiol) bir neçə gün müddətində təyin olunur. Müalicəyə dözümlü ocaqların müalicəsi zamanı yumşaq rentgen şüalandırmadan istifadə edilir.

Nəhəng lixenifikasiya

Sinonimi: Lichenification geante

Daha çox genital-qasıq-anal nahiyədə təsadüf olunur. Burada onlar sadə xroniki dəmrov üçün tipik olan 3 zondan məhrum olurlar və məhdud, xayalıq və böyük cinsiyyət dodaqlarını zədələyən, daha güclü iltihabi lixenifikasiyaya, papillomatoz çıxıntılara malik, sulanma ilə müşahidə olunan səpgiləri təşkil edirlər. Ola bilsin ki gıqant dəmrovun yaranmasında intertriginoz sahələrdə maserasiya ağrıyaradıcı rolunu oynayır. Bu nadir xəstəlik zamanı qaşınma artıq dərəcədə güclü olur. Bəzən residiv verən qızılyel iltihabı baş verir.

Differensial diaqnoz

Xeyli- xeylinin hipertrofik xəstəliyi və vegetasiyaedici pemfiquş.

Sadə xroniki ziyilli dəmrov

Sinonimlər: verrukoz neyrodermit, Neurodermitis verrucosa, Lichen simplex chronicus verrucosus.

Bu forma adətən xroniki venoz çatışmamazlığı olan pasiyentlərin baldırında əmələ gəlir. Mərkəzdə lixenifikasiyanın səthi verrusiform keratozlara meyilli olur. Qaşınma çox güclü olur. Böyük ehtimalla verrusiform keratoz halları da buraya aid edilir (Vaydenfeld).

Differensial diaqnoz

Differensial diaqnoz ilk növbədə verrukoz qırmızı yastı dəmrov, amiloidoz dəmrovu və çox nadir dəri və selikli qişaların hialinozu ilə aparılmalıdır.

Müalicə

Kortikosteroidlərlə kompression sarğılar vasitəsilə əlavə müalicə məqsədə uyğundur.

XXI FƏSİL. ÖVRƏ. KVINKE ÖDEMI.

Övrə və Kvinke ödemi kəskin allergik reaksiyalara və ya sürətli hiperhəssas reaksiyalar tipinə aiddir. Buraya həm də Layella sindromu, Stivens-Conson sindromu, anafilaktik şok da aiddir. Sadalanan xəstəliklər pasiyentin həyatı üçün böyük təhlükə törədir, hətta bunlardan bəziləri ölümlə də nəticələnə bilər.

Övrə - çox yayılmış xəstəlikdir, təxminən hər 3 nəfərdən biri heç olmazsa bir dəfə bu xəstəliyə tutulur. Xəstəlik dəridə sürətlə əmələ gələn, qaşınan, monomorf, köpüşük şəklində olan səpgilərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

Bu monomorf urtikar qaşınan səpgili polietioloji dermatozdur. Övrə müxtəlif etio- logiyalı bir çox xəstəliklərdə allergik və ya psevdallergik reaksiyalar nəticəsində əmələ gəlir.

Övrə və Kvinke ödemi bütün yaşlarda ola bilər. Ancaq daha çox 21-dən 60 yaşa qədər müşahidə olunur.

Patogenezi

Allergik övrə ekzogen (infeksiyon və qeyri- infeksiyon) və endogen (antologik) allergenlərə qarşı allergiya nəticəsində inkişaf edir. Allergik övrənin patogenezi allergenə sensibilizasiya və onun orqanizmə ikincili daxil olaraq hiperergik reaksiya əmələ gətirməsi mərhələlərindən ibarətdir. Reaksiya adətən atopik gedir. Burada İgE sinfinə aid olan reagin antitellər iştirak edir. Leykositlərin ifraz etdiyi mediatorlar arasında histamin əsas rol oynayır ki, bu da köpüşük və dəri ödemini artırmaq qabiliyyətinə malikdir. Müxtəlif variantlı (xüsusən xroniki) övrəli xəstələrdə təcili-ləng tipli hiperhəssaslığın realizasiyasında histaminin təsirini potensiallaşdıran digər fizioloji aktiv maddələr də (serotonin, asetilxolin, bradikinin, interleykin, prostoglandin) iştirak edir. Xroniki övrədə antiqlobulin Kumb's reaksiyasının göstəriciləri və bir sıra bakterial allergenlərə qarşı antitellərin titri yüksək olur, T- limfositlərin miqdarı aşağı düşür, disimmunqlobulinemiya, eozinofiliya, trombositopeniya müşahidə olunur. Övrə və Kvinke ödemini inkişafında qeyri-immun (psevdallergik) reaksiyalar da var. Bunlar qeyri-steroid iltihab əleyhinə vasitələr, rentgenokontrast maddələr, angiotenzini dəyişdirən fermentin (ADF) inhibitorları, kalsium kanalı antoqonistləri, histamindən azad edən dərman maddələri, mərkəzi sinir sisteminə təsir edən maddələr, miorelaksantlar, simpatomimetiklər, hipotenziv maddələr, antimikrob maddələrin təsirindən əmələ gəlir. Qeyri-steroid iltihab əleyhinə maddələr prostaqlandinlərin sintezində iştirak edən siklooksigenaza fermentinin aktivliyini qismən və ya tamamilə dayandırır. Övrə və Kvinke ödemindən başqa onlar rinosinit və bronxial astma da törədir. Rentgenokontrast maddələr anafilaktoid reaksiyalar bəzən allergik reaksiyalar əmələ gətirir.

ADF-in inhibitorları (0.1-0.2 % xəstələrdə) burnun selikli qişasının, udlağın, qırtlağın, səs tellərinin, ağızın selikli qişasının və dilin tez inkişaf edən ödemini əmələ gətirir. Ödemi kinin maddəsinin metabolizminin pozulması şərtləndirir. Ca-un antaqonistləri (nifedipin) 10-30 % xəstələrdə ayaqların və baldırların ödemini əmələ gətirir. Buna səbəb orqanizmdə mayenin ləngiməsi ilə yox, arteriol və kapilyarların dilatasiyası ilə əlaqədardır. Övrənin psevdallergik forması ekzogen və endogen faktorların təsirindən əmələ gəlir. Bu faktorlar qeyri- immunoloji, qeyri- spesifik yolla mediatorların əmələ

gəlməsində və ifrazında iştirak edir. Kimyəvi maddələr və dərman preparatları, bioloji agentlər, eləcə də fiziki faktorlar mediatorların liberatoru kimi, yəni psevdoadlergik reaksiya kimi təsir edir. Bəzən psevdoadlergik övrə disbakterioz və fermentopatiyalar nəticəsində əmələ gəlir. Psevdoadlergik övrənin aşağıdakı formaları var:

Soyuq övrəsi- irsi ailəvi və qazanılmış tipləri;

Mexaniki, isti, xolinergik, akvagen, günəş, dismetabolik övrə.

Övrənin müxtəlif növləri eozinofillərlə qarşılıqlı təsirinə görə fərqlənirlər. Urtikar səpgili zərdab xəstəliyində adətən eozinofiliya müşahidə olunmur. Eozinofiliya kəskin övrə üçün xarakterikdir ki, bu da parazitlərlə yoluxduqda, dərman və qida allergiyası zamanı müşahidə olunur. Bu vəziyyət eozinofiliyalı allergiya assosiasiyası yaradır.

Soyuq övrəli xəstələrdə sürətli tip hiperhəssaslıq mediatorları aşkar edilib- histamin, anafilaksiyanın eozinofilli hemotoksik faktoru və komplementin komponentləri.

Xolinergik övrədə zərdabda histamin və hematoksik faktorun konsentrasiyasının artması onların soyuq övrədəki dəyişikliyə uyğundur.

Övrəli xəstələrdə hematoksik faktorun müayinəsi onları molekulyar kütlələrinə görə ayırmağa imkan verir. Eozinofillərin 2 hematoksik faktoru aşkar edilib- molekulyar kütləsi 400- 600 və 1500- 3000.

Təsnifatı

Övrə və Kvinke ödeminin etioloji və patogenetik klassifikasiyası var. Ancaq övrənin bir çox növlərinin patogenetik mexanizminin müxtəlifliyi onları bu və ya digər qruplara aid etməkdə çətinlik törədir.

Etioloji əlamətlərinə görə allergik, psevdoadlergik və qarışıq övrə növləri var.

Patogenetik mexanizmə görə övrə və Kvinke ödeminin klassifikasiyası

1. İmmunoloji şərtləndirilmiş övrə:
 - İgE asılıqlı övrə (klassik kəskin və xroniki residivverici- təcili tipli;
 - Komplement- induksiyalanmış övrə (irsi və ya qazanılmış Kvinke ödemi, anafilaktoid urtikar reaksiya, vaskulitin urtikar tipi).
2. Qeyri- immunoloji şərtləndirilmiş övrə:
 - Fiziki və kimyəvi faktorların (istilik, mexaniki, işıq, akvagen, xolinergik) təsirindən;
 - Müxtəlif histaminoliberatorların (dərman maddələri) təsirindən;
 - Psevdoadlergik və ya qeyri-keçiricilik reaksiyası induktoru təsirindən.
3. Piqmentli övrə (dəridə toxuma hüceyrələrinin artması- daxili üzvlərin zədələnməsi və ya zədələnməməsi fonunda; sistemli mastositoz).

Klinik şəkil

Allergik reaksiyanın sürətli tipində adətən sensibilizasiya 7- 14 sutkadan sonra baş verir, övrə həm müalicə vaxtı, həm də preparatların dayandırılmasından sonra əmələ gələ bilər. Sensibilizə olunmuş xəstələrdə övrə bir neçə dəqiqə və ya saatdan sonra əmələ gəlir. İmmunokompleksli allergik reaksiyalar 7-10 sutkadan sonra inkişaf edir. Sensibilizə olunmuş xəstələrdə reaksiya müalicə başlayandan 12- 36 saat sonra müşahidə olunur.

Qeyri- steroid iltihabəleyhinə preparatların qəbulundan 20- 30 dəq. (4 saata qədər)

reaksiya baş verir. Xəstələr ovucda, pəncədə, qulaqlarda qaşınma və yanmadan şikayətlənir, artralgiya da ola bilər. Tənəffüs yollarının selikli qişasının ödemi nəticəsində tənəffüs və boğulma müşahidə olunur. Allergik reaksiyanın sürətli tipində ümumi zəiflik: qızartı, qəfləti zəiflik, başağrısı, başgicəllənmə, bronxospazm, döş sümüyü arxasında sıxıcı ağrı, ürəkdöyülmə, ürəkbulanma, qusma, qarında tutmavarı ağrılar, ishal olur.

Kəskin övrənin klinikasının ilkin elementi köpüşük olan (dermanın məməcikli qatının kəskin ödemi) monomorf səpgilərlə xarakterizə olunur. İri köpüşüklər bir neçə saat ərzində əmələ gəlir və öz-özünə, yaxud dərman maddələrinin təsirindən çəkilib gedir. Onlar eyni yerdə yenidən əmələ gələ bilərlər. Köpüşüyün rəngi çəhrayı olur, böyük elementlərdə mərkəzi açıq rəngli, kənarları qırmızı həlqə şəklində olur. Köpüşüyün forması- oval, qövsvari, həlqəvari, polisiklik, xətvəri, hədəfvəri olur. Elementlərə periferik böyümə və mərkəzdən yox olma və ya sorulma xasdır. Onlar bəzən öz aralarında birləşir və qəribə naxışlar əmələ gətirir (urticaria figurata). Köpüşüklərin geniş sahədə birləşməsi xəstənin ümumi vəziyyətinin pisləşməsinə: bədən temperaturunun yüksəlməsinə, zəiflik, üşütməyə- “məxmərək qızdırmasına”, uşaqlarda həzm və nevroloji pozğunluqlara səbəb ola bilər. Dodağın, dilin, yumşaq damağın, qırtlağın selikli qişasında səpgilər müşahidə olunur. Çox nadir hallarda özündən sonra hiperpiqmentasiya (urticaria cum piqmentosa) qoyan hemorragik köpüşüklər, eləcə də içərisi seroz və ya hemorragik maye ilə dolu olan (urticaria bullosa) qovuqlu köpüşüklər əmələ gəlir.

Kəskin övrənin bir növü də dermoqrafik övrədir (urtikaria faktitia- urtikar dermoqrafizm). Dermoqrafik övrə mexaniki qıcığa cavab olaraq xətvəri formada köpüşüklərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Adi övrədən fərqli olaraq urtikar dermoqrafizmdə qaşınma olmur.

Soyuq övrəsi soyuğun təsirindən sonra dəridə qaşınma, ödem, hiperemiya ilə xarakterizə olunur. Xəstəliyin simptomları ilin soyuq fəslində dərinin açıq sahələrinə rütubətli nəm havada aşağı temperaturun təsirindən meydana çıxır. Dərinin dərinə soyuması nəticəsində Kvinke ödemi, dərinin böyük səthinin sürətlə soyuması (məs. soyuq suda çimmə) nəticəsində isə yayılmış övrə və anafilaktik şok ola bilər.

İsti övrə isti hava şəraitində işləyənlərdə olur. Yerli reaksiyalar başağrısı və diareya ilə müşayiət olunur.

Mexaniki övrəyə bir neçə variantda rast gəlinir: kəməv və digər əşyaların dəriyə təzyiqindən, dermoqrafizmin patoloji forması kimi, vibrasiyadan. Xəstəlik ən çox labil sinir sistemli və vegetativ- damar distoniyalı şəxslərdə inkişaf edir.

İşıq və ya günəş övrəsi dalğa uzunluğu 290- 500 nm olan ultrabənövşəyi şüaların təsirindən baş verir. Bu övrə qaşınan polimorf səpgilər və ya tipik məxmərək və eritema şəklində özünü göstərir.

Akvagen övrə temperaturdan asılı olmayaraq su ilə təmasdan əmələ gəlir.

Xolinergik övrə yüksək tər ifrazına səbəb olan fiziki işdən, eləcə də isti çay, vanna və duş qəbulundan sonra ola bilər. Xəstəlik çoxsaylı kiçik (1- 4 mm) diametrlili hiperemiya zonası ilə əhatə olunmuş qaşınan köpüşük və papulyoz elementlərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Onlar birləşərək tipik köpüşüklər (bəzən nəhəng ölçüdə) əmələ gətirə bilərlər. Səpgilər üzdə, boyunda, döşün yuxarı hissəsində, yuxarı ətraflarda lokalizasiya olur.

Kvinke ödemi (kəskin məhdud Kvinke ödemi, nəhəng övrə) dəri və dərialtı təbəqənin

yayılmış ödemidir. Bu zaman böyük, solğun bərk infiltrat əmələ gəlir. Kvinke ödemində üz, xarici cinsiyyət orqanları və bədənin digər hissələri kövşək toxuma ilə zədələnir. Səpgilər dodağın, göz qapağının, ağız boşluğunun (dil, yumşaq damaq, badamcıqlar) selikli qişasında, xayalarda da əmələ gələ bilər. Bu zaman göstərilən zonalarda dəri bərk, elastik konsistensiyalı, ağ, bəzən çəhrayı rəngdə olur. Subyektiv hissələr adətən olmur, bəzən qaşınma və yanğı hissi olur. Çox vaxt ümumi vəziyyət pozulur: zəiflik, ürəkbulanma, başağrısı, temperaturun yüksəlməsi, qarında ağrılar, dispepsiya olur.

Kvinke ödemi qırtlaq nahiyəsində çox təhlükəlidir. Bu zaman xəstələr asfiksiyadan ölə bilər. Yüngül və orta ağırlıqlı qırtlaq ödemi 1 saatdan bir sutkayadək davam edə bilər. Ödem üzə olması zamanı prosesə meningial simptomların əmələ gəlməsi ilə beynin seroz qatları da qoşula bilər (ənsə əzələlərinin rigidliyi, kəskin baş ağrısı, qusma, bəzən qıcolmalar). Bəzi xəstələrdə residivə meyillik olur. Bu zaman xəstəlik prodromal simptomuz başlayır, çətin nəfəsalma və boğulma ilə müşaiət olunaraq ölümə nəticələnə bilər.

İrsi Kvinke ödemi. Autosom- dominant yolla ötürülən ağır irsi xəstəlikdir. Üzün, ətrafların, qırtlağın ödemi və qarında kəskin ağrı ilə təyin edilir. Laborator müayinədə C1- esterazanın inhibitorunun miqdarı və ya aktivliyi azalır, C4-ün miqdarı azalır, komplimentin C1 və C3 komponentlərinin miqdarı normal qalır. Ödem bradikininin artıq ifrazının nəticəsində əmələ gəlir.

Eozinofilialı periodik Kvinke ödemi ağır xəstəlikdir. Bu xəstəlik qızdırma ilə müşaiət olunur. Suyun orqanizmdə ləngiməsi nəticəsində bədən çəkisi artır, güclü qaşınma olur, üz, boyun, ətraflar və gövdəni əhatə edir. Laborator müayinədə eozinofiliya, yüksək leykositoz qeydə alınır.

Piqmentli övrə dəridə tosqun hüceyrələrin ocaqlı şəkildə toplanması və qırmızımtıl-qəhvəyi papula və ləkələrlə xarakterizə olunur. Səpgi ən çox gövdə və ətraflarda, bəzən üzə olur. Ovuc və ayağın altı, başın tüklü hissəsində adətən səpgi olmur. Piqmentli övrənin 3 növü var: ləkəli, papulyoz, qarışıq. Saç darandıqda və ya dəri zədələndikdə eritema və tosqun hüceyrələrin deqranulyasiyası nəticəsində köpüşüklər əmələ gəlir (Unna-Daryenin qıcıqlanma və şişmə sindromu). Bu simptom şpatellə bərk sürtdükdə əmələ gəlir. Ləkə və ya papula qızarır, sonra bərk, məhdud, göyümtül- qırmızı rəngli kələ-kötür köpüşüyəbənzər elementə çevrilir. Bu şəkildə element qaşınma və yanma ilə bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir. Piqmentli övrə ən çox uşaqlarda müşahidə olunur, yeniyetmələrdə isə itə bilər. Sistem mastositozu isə əksinə, böyüklərdə müşahidə olunur, qara ciyər, dalaq, limfa düyünləri və digər orqanların tosqun hüceyrələrlə infiltrasiyası ilə müşaiət olunur. Müxtəlif faktorların təsirindən tosqun hüceyrələr mediator ifraz edir, nəticədə qanın güclü axını, fitvarı tənəffüs, baş ağrısı, ödem və şok ola bilər.

Patomorfolojiya

Kəskin övrənin patomorfolojiyası dermanın məməcikli qatının ödemi, limfatik qan damarlarının (kapilyarların) mənfəzinin genişlənməsi, limfositlərdən ibarət cüzi perivaskulyar infiltrat, bəzən spongiöz xarakterikdir.

Xroniki övrədə perivaskulyar infiltrat, limfositlərin sayının çoxalması müşahidə olunur. Tosqun hüceyrələrin sayı 10 dəfə artır, histaminin miqdarı çoxalır. Xəstələrin əsasən yarısında toxumalarda eozinofillərin qələvi zülalı toplanır.

Diaqnoz

Övrənin diaqnozu anamnez və tipik klinik şəklə əsasən qoyulur: xarakterik monomorf səpgilər, tez klinik inkişaf və elementlərin reqresi. Ehtiyac olduqda dərinin biopsiyası götürülür. Bu vaxt dəri və dərialtı təbəqənin ödemli, venulanın dilatasiyası, tosqun hüceyrələrin deqranulyasiyası, zəif perivaskulyar infiltrasiya müşahidə olunur.

Soyuqluq övrəsinin diaqnozunda dəriyə 10 dəqiqə müddətinə bir parça buz və ya içində buzlu su olan sınaq şüşəsi qoyulur. Köpüşüklər 24 saat qalırsa, urtikar vaskulitdən şübhələnirlər və bu vaxt biopsiya lazım olur.

Günəş məxmərəyinə UB- A, UB- B və gözlə görünən şüalanma ilə fotosınaq vasitəsilə diaqnoz qoyulur. Bu vaxt 30 dəqiqə sonra köpüşük əmələ gəlir.

Urtikar dermoqrafizmə dərinin yüngül ştrixlə qıcıqlandırmaqla dərhal qaşınan köpüşüyün əmələ gəlməsilə diaqnoz qoyulur.

İstilik övrəsində isti su (500 C) ilə dolu sınaq şüşəsi said nahiyəsinin dərisinə qoyulur, 10- 20 dəq sonra həmin yerdə hiperemiya və ödem əmələ gəlir.

Xolinergik övrə fiziki iş zamanı tərlədikdə (kiçik köpüşüklər əmələ gəlir) və ya dəri içinə 0.1 ml karboxolin (15 mm-dən böyük köpüşük) yeritdikdən sonra əmələ gəlir.

Adrenergik övrə stressdən sonra qanda adrenalın, noradrenalin və İgE- nin miqdarının artması nəticəsində baş verir.

Eozinofilialı periodik Kvinke ödemli qızdırma, yüksək leykositoz (əsasən eozinofillərin hesabına) və bədəndə suyun ləngiməsi nəticəsində çəkinin artması ilə müşayiət olunur.

İrsi Kvinke ödemində ağırlaşmış ailə anamnezi, üz və ətrafların ödemli, qarında ağrıları, komplementin C4 komponentinin və C1- esterazanın inhibitorunun miqdarı azalır.

Müalicə

Kəskin övrədə ilk növbədə allergiya əmələ gətirən preparatın qəbulunu dayandırmaq lazımdır. Mədə- bağırsaq traktını təmizlədikdən sonra antihistamin preparatı təyin edilir- parenteral 1-2 ml. Diazolin 0.025-0.05; tavegil 0.001q; diprazin 0.025q; suprastin 0.025q; dimedrol 0.025-0.05q; fenkarol 0.025 gündə 1-2 dəfə , setirizin (parlazin) sutkada 10 mq; dezloratadin sutkada 5mq.

Allergik reaksiyaları tormozlayan desensibilizəedici maddələr, eləcə də ödemli azaldan dehidratasiyaedici preparatlar təyin edilir. Gündə 3- 5 dəfə 1 xörək qaşığı 25 %-li MgSO4 məhlulu (yüngül işlədici effekt alınana qədər), sidikqovucu maddələr (tiazidlər, furosemid) təyin edilir. Vena daxilinə Ca preparatları (uşaqlara daxilə), Na- tiosulfat təyin edilir. Bu preparatlar yüngül və orta dərəcəli ağırlıqlı övrə tutmalarını aradan qaldırır.

Kvinke ödemində dəri altına 0.1% adrenalın 0.3- 0.5 ml ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq hər 15- 20 dəqiqədən bir vurulur. Ağır hallarda (qırtlaq ödemində) 20 ml 40%- li qlükoza məhlulunda 60 mq prednizolon olmaqla vena daxilinə vurulur. Venoz kateter qoyulur. Ağ ciyərlərin süni terapiyası və infuzion terapiya lazım ola bilər. Eozinofilialı periodik Kvinke ödemində prednizon göstərişdir.

İrsi Kvinke ödemində zəif maskulinizə edici təsirli (danazol və stonazol) androgenlərlə uzunmüddətli müalicə lazımdır. Xəstəliyin kəskinləşməsində təzə dondurulmuş plazma və ya esteraza C1- inhibitorunun konsentrasiyası artırılır. Kəskin irsi Kvinke öde-

mində 5%- li 100- 200 ml epsilon aminokapron turşusu məhlulu vena daxilinə vurulur. Sonra hər 4 saatdan bir 100ml yeridilir. 3 saat müddətində 300 ml izotonik NaCl məhlulunda proteinaza və kallikreinin inhibitorlarını (trasilol və ya kontrikal 30- 40 min vahid) vurmaq lazımdır.

Qazanılmış soyuq övrənin müalicəsində siproheptadin çox effektivlidir.

Mexaniki övrədə (təzyiq nəticəsində) kortikosteroidlər və iltihabəleyhinə qeyri- steroid preparatlardan istifadə edilir.

Adrenergik övrənin müalicəsində betta-adrenoblokatorlardan (anaprilin, inderal, oksiprenolon) istifadə edilir.

Xolinergik övrənin müalicəsində antihistamin preparatlar effektivdir. Ona görə də digər preparatlarla birlikdə xolinolitiklərdən istifadə edilir.

Xroniki övrənin müalicəsində H1-H2 antihistamin preparatları kombinasiyasından: simetidin daxilə sutkada 800 mq, dimedrol və ya tavegil, fenkarol, peritol- dan adi doza- da preparatı 10- 12 gündən bir dəyişməklə istifadə edilir.

Profilaktika

Xəstələrə məsləhət görülür ki, onlarda allergiya əmələ gətirən preparatların siyahısını həmişə özləri ilə gəzdirsinlər. Əvvəllər kənar təsir göstərən rentgenkontrast maddələrdən istifadə etmək olmaz. Əgər bunlar mütləq lazımdırsa, onda hər kq bədən çəkisinə 1 mq olmaq şərti ilə müayinəyə 30- 60 dəq. Qalmış H1 blokator və prednizon hər kq çəkiyə 1 mq götürməklə təyin olunur.

XXII.PSORİAZ

Psoriaz (Psoriasis), sin. pullu dәмrov– xroniki, genetik determinasiyalı, proliferasiyalı, multifaktorial tәbiәtlә residivlәнән papulalı-skvamoz dermatozdur.

Epidemiologiya. Xәstәlik Yer kürәsinin bütүн qurşaqlarında, müxtәlif millәtlәр vә irqlәrdән olan әhali arasında qeyri-bәrabәр tezlikdә - 0,1 - 3 % vә daha çox yayılmışdır. Psoriaz daha çox 10-25 yaşlarında meydana çıxır, lakin birinci dәfә istәnilән yaşda özünü bürüzә verә bilәр. 1 yaşlı uşaqda vә 82 yaşlı qocada psoriaza tәsadüf olunmuşdur. Psoriaz kişilәrdә vә qadınlarda eyni cür tәzahür edir, lakin uşaqlar arasında ona çox vaxt qızlarda, böyüklәrdән isә kişilәrdә (60-65 %) rast gәlinir.

Etiologiya vә patogeneza. Psoriazın baş vermәsindә çoxsaylı hipotezlәrdән heç biri ümumilikdә qәbul olunmamışdır. Burada genetik faktorların rolu şübhәsizdir, xәstәlik ailәvi, o cümlәdән әkizlәrdә tәsadüf olunmuş vә onun HLA sistemi ilә korrelyasiyası aşkarlanmışdır. Psoriaz zamanı autosom-dominant irsilik (50 %-dәk ehtimal olunur) kimi, hәм dә xәstәliyin baş vermәsindә irsi meyillik mümkündür. Psoriaz zamanı immun pozuntuların qabarıqlığı (T-supressorların defekti zamanı T-helperlәрin yüksәk aktivliyi, dövredән immun komplekslәрin artmış miqdarı, iltihabönü sitokinlәр, şişin nekroz faktoru vә s.) psoriazın müxtәlif ekzo- vә endogen faktorların (triggerlәр) tәsiri altında inkişaf edән immunogenetik xәstәliklәrdән hesab etmәyә әsas verir. Yol verilән faktorların müxtәlifliyi (stress, zәdәlәр, metabolik pozuntular, neyroendokrin disfunksiyalar, yoluxucu xәstәliklәр, fiziki vә kimyәvi qıcıqlar, dәрman preparatları vә s. psoriazın multifaktorial tәbiәtli olmasını müәyyән edir. Psoriazın patogenezinдә keratinositlәрin artıq proliferasiyası, epiteliositlәрin differensiasiyasının pozulması, energetik balansla әlaqәdar metabolik proseslәрin yüksәk aktivliyi, keratohialinin sintezinin çatışmazlığı durur.

Klinik şәkil

Psoriaz dәri örtüyünün istәnilән sahәsini, elәcә dә dirnaqları vә dayaq-hәрәkәt aparatını zәdәlәyә bilәр, lakin әn çox әtrafların açıcı sәthindә (85 %-dәk tәsadüflәrdә), başın tükülü hissәsindә (60 %-dән çox) lokalizasiya olur.

Proses monomorfdur vә bir qayda olaraq simmetrikdir. İlkin element - asan qopan, üstündә gümüşü–ağ pulcuqları olan çәhrayı rәngdә epidermo–dermal papulalardır. Tәzә elementlәр daha parlaqdır (qırmızıya kimi), köhnәlәri isә çox solğundur. Tәzә papulada pulcuqlar mәрkәzdә yerlәşir, onların periferiyası boyunca ensiz, al-qırmızı haşiyә müşahidә olunur. Sonra qabıqlanma sürәtlәнәрәk elementin bütүн sәthini tutur. Psoriazda әvvәlcә papulalar düzgün dairәvi kontura malik olur vә diametri 1-2 mm-dir. Prosesin progressivlәşmәsinә görә psoriatik papulalar periferiyaya dođru yayılır, böyüyür, lövhәlәр әmәlә gәtirir, bunlar da iri ölçüyә çataraq möcüzәli şәkil alır. Çox vaxt eyni bir xәstәdә, müxtәlif ölçüdә papulalı elementlәр vә psoriatik lövhәlәр müşahidә olunur.

Psoriazın diaqnostikasını üçün bir sıra simptomlar әhәmiyyәt kәsb edir, bunlara

psoriatik triada vә Kebner izomorf reaksiyası aiddir. Psoriatik papulanı qaşıdaqda ardıcıl olaraq:

- gümüşü – ağ pulcuq şәkindә ovulan stearini xatırladan çoxlu qabıqlar - stea-

rin ləkəsi fenomeni

- pərdə qoparıldıqdan sonra nəm, parlaq səth - terminal və ya psoriatik pərdə
- damcılı qanaxma – nöqtəvari qanaxma fenomeni (Auspitz) və ya qanlı şəh (A.Q. Polotebnov) aşkar olunur.

Bu fenomenlərin əsasında psoriazın parakeratoz, akantoz, papillomatoz patohistoloji mahiyyəti durur.

Psoriaz zamanı izomorf reaksiya (Kebner fenomeni) dərinin mexaniki və kimyəvi agentlərlə qıcıqlanmasından (sıyrıntılar, iynələr, qaşıntılar, kəsiklər, sürtülmələr, şüalanma, yanıqlar və s.) törəyən yeni psoriatik səpgilərin inkişaf etməsi ilə nəticələnir. Dərinin zədələnməsindən sonra, izomorf reaksiya adətən 7-9-cu gündə müəyyən olunur, lakin reaksiyanın büruzə verdiyi daha qısa (3 gün) və daha davamlı (21 gün) müddətdə təsadüf etməsi də müşahidə olunmuşdur.

Psoriaz müxtəlif intensivlikdə qaşınma və adətən progressivləşən mərhələdə dərinin dartılması hissi ilə müşayiət oluna bilər.

Tipik və ya vulqar psoriaz (psoriasis vulgaris) əsasən, pasientlərin 95 %-də və atipik psoriaz pasientlərin 5%-də müşahidə olunur.

Səpgi elementlərinin ölçüsündən, lokalizasiyasından və xarakterindən asılı olaraq vulqar psoriazın aşağıdakı klinik formaları ayırd edilir:

- psoriasis punctata – 1-3 mm diametrində papulalı nöqtəvari psoriaz ;
- psoriasis guttata, seu lenticularis – 4-5 mm diametrində papulalı damcışəkilli psoriaz ;
- psoriasis nummularis – 2-3 sm diametrində papulalı qəpikşəkilli psoriaz;
- psoriasis lichenoides spinulosa – lixenoidli papulalarla;
- psoriasis papillomatosa, seu verrucosa – papillomatoz artan ocaqlar ;
- psoriasis annularis, seu orbicularis- həlqə və ya dairə şəklində elementlərlə ;
- psoriasis gyrate – qövsvari şəklində elementlərlə ;
- psoriasis figurate, seu geografica – coğrafi xəritəni xatırladan ocaqlarla ;
- psoriasis seborrhoica – seboreya nahiyələri üçün tipik olan səpgilərin lokalizasiyasında ;
- psoriasis follicularis – tük follikullarının ağzında səpgilərin lokalizasiyası zamanı;
- psoriasis inversa, seu interversa, seu plicarumu – iri büküşlər nahiyəsində lokalizasiya zamanı;
- psoriasis palmarum et plantarum – ovuc və ayaqaltı sahədə lokalizasiya zamanı.

Psoriazın atipik formasına ekssudativ psoriaz, pustulalı psoriaz, psoriatik eritrodermiya, psoriatik artropatiya aiddir.

Ekssudativ psoriaz zamanı (psoriasis exudativa) – al qırmızı rəngdə lövhəciklər, bozuntul-sarı, ekssudat hopmuş, kövsəklənmiş

pulcuq-qabıqla örtülərək, çox vaxt qaşınma və göynəmə ilə müşayiət olunur.

Pustulalı psoriaz (psoriasis pustulosa, seu suppurativa) iki klinik variantda təsadüf olur : Zumbush tipi və Barber tipi. Zumbush tipi ilk dəfə olaraq dermatozun tipik klinik şəkli olmadan baş verə bilər, lakin

çox vaxt ikinci dəfə vulqar və ya intertriginoz psoriazın transformasiyası nəticəsində baş verə bilər. Bu, ümumi, ağır xəstəlik olub hərəkətin artması, halsızlıq, leykositozla müşayiət olunur. Əvvəlcə çoxlu disseminasiyalı

eritematozlu, eritematoz – ödemli ocaqlar əmələ gəlir və bütün dəri örtüyü boyunca tez yayılır, müxtəlif fiqurlar, diffuz parlaq qırmızı ocaqlar əmələ gətirir. Bu fonda sarı-qəhvəyi qartmağa və qabaq – pulcuqla örtülmüş, disseminasiyalı pustulalı elementlər yerləşirlər. Bədxassəli gedişatı ilə fərqlənərək letal sonluqla qurtara bilər.

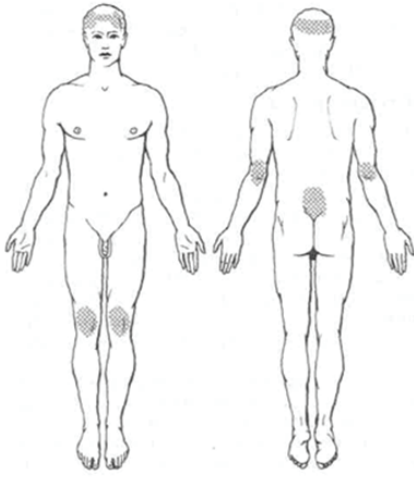
Barber tipində isə - ovuc və ayaqaltı sahədə simmetrik, eritematoz fonda səthində pustulalı elementlərlə psoriaziform ocaqlar inkişaf edir. Pustulaların möhtəviyyəti sterildir. Bəzən prosesin generalizasiyası mümkündür. Ovuc və ayaqaltının təsvir edilən elementlərlə yanaşı, dəri örtüyünün digər sahələrində tipik psoriatik səpgilər əmələ gələ bilər.

Psoriatik eritrodermiya (erythrodermia psoriatica, seupsoiasis universalis) müalicəni qıcıqlandıran qeyri-əlverişli ekzogen amillərin təsiri nəticəsində inkişaf edir və 1,5-3% psoriazlı xəstələrdə, çox vaxt yüksək allergik reaktivliklə assosiasiyada müşahidə olunur. Stress vəziyyəti eritrodermiyanın inkişafına təhrik edə bilər. Çox vaxt eritrodermiyanın səbəbini müəyyən etmək mümkün olmur. Bütün dəri alqırımı, göyümtül olur, gərginləşir. Müxtəlif sahələrdə ödem və infiltrasiya qeyri-bərabər nəzərə çarpır. İntensiv qabaqlanma müşahidə olunur (başın tükü hissəsində kəpəkşəkilli, digər sahələrdə lövhəciklərlə), saçlar tökülür, limfa düyünləri böyüyür, dırnaqların destruksiyası baş verir, irinli paronixiya baş verir. Psoriazın manifest əlamətləri olmadan belə prosesi digər eritrodermiyalardan ayırmaq çətindir.

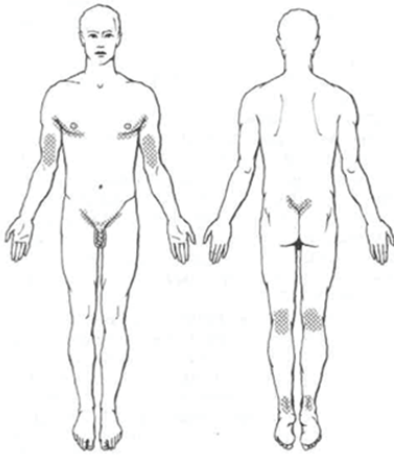
10-12% psoriazlı xəstələrdə dərinin elementlərinə ətrafların oynaqlarının və onurğanın progressivləşən dəyişiklikləri də qoşulur. Bu – psoriazın daha ağır klinik forması, psoriatik artropatiya (psoriasis arthropatica) sonluğa – əlilliyə gətirib çıxarır. Xəstələrin əksəriyyətində oynaqların zədələnməsi ilk dəfə psoriatik səpginin təzahür etməsindən 3-5 və daha çox il sonra baş verir. Bəzən psoriatik artrit eyni vaxtda dəridə səpgilərlə və ya ondan qabaq inkişaf edir, çox vaxt psoriazla uzun müddət xəstələnen kişilərdə özünü göstərir. Sümük və oynaqlarda iltihabi və distrofik dəyişikliklər müxtəlif intensivliyə və ağırlığa malikdir. Əl və ayağın simmetrik xırda periferik oynaqlarında zədələnməsinə (osteoporoz, başlıca olaraq epifizdə və oynaq yarıqlarının daralması) tədricən iri oynaqların, bəzən də onurğanın prosesə qoşulması qeydə alınır. Ağır formalarda əl və ayağın uc falanqalarının sorulması müşahidə olunur, ekzostozlar (osteofitlər) təzahür edir. Oynaqların dəyişikliyinə səbəb burxulma, çıxıqlar, kontraktura və ankilozlardır. Psoriatik artrit revmatikdən kəskin hücum və ürəyin zədələnməsinin olmaması ilə mənfi seroloji testlərlə fərqlənir.

Təxminən 25% psoriazlı xəstələrin dırnaqlarının zədələnməsi nöqtəvari onixodistrofiya (nöqtəvari basıqlıq, “üskük” simptomu), onixokrikoz (sürətlə böyüyən və kobudlaşmış dırnaq lövhəsi quş dimdiyini xatırladır) və onixolizis (atrofik onixodistrofiya) şəklində zədələnir. Psoriazın patognomik əlaməti – dırnağın altında sarımtıl – bəz ləkə (yağ ləkəsi simptomu) olmasıdır.

Selikli qışada psoriatik elementlərə çox nadir hallarda rast gəlinir. Görünür,



Şək.22.1. Vulqar psoriazda səpgilərin tipik lokalizasiyası



Şək. 22.2.İnvers psoriaz

ağız boşluğunun selikli qişasının zədələnməsi izomorf reaksiyanın nəticəsidir (dişlərin kariəsi, alkohol qəbulu, siqaret çəkmək və s.). Ağız selikli qişasında ocaqlar dairəvi, oval və ya qeyri-düzgün sərhədlili boz ləkələr, kənarları çəhrayı-qırmızı haşiyə ilə, bəzən asanca selikli qişə səviyyəsinə qalxaraq əhatə olunmuşdur.

5 yaşına qədər uşaqlarda psoriaz qatışıq ocaqlı zədələnmələrlə, xüsusən də başın tüklü hissəsində, üzdə, gövdənin və ətrafların dərisində büruzə verir. Eritematoz ləkələrdən lövhəciklər formalaşaraq, bəzən su vermə və ödemlə müşahidə olunur ki, (ekssudativ psoriaz) bu da diaqnostika üçün böyük çətinliklər yaradır. Qasıq büküşlərinin zədələnməsi zamanı proses çox vaxt cinsiyyət üzvlərinin selikli qişasına keçir. Kiçik məktəbyaşlı uşaqlarda psoriatik papulyoz elementlər parlaq, ağ rəngli, şişkin olaraq birləşməyə meyillidir. Böyüklərin dəri səpgisi ilə müqayisədə daha qabarıq ekssudativ komponentə malikdir, bununla əlaqədar çoxlu miqdarda pulcuq-qartmaq və külli miqdarda seroz qartmaq əmələ gəlir. Orta məktəbyaşlı uşaqlarda çox vaxt damcışəkilli psoriaz diaqnozu, böyük məktəb yaşlı uşaqlarda isə seboreyalı psoriaz diaqnozu qoyulur.

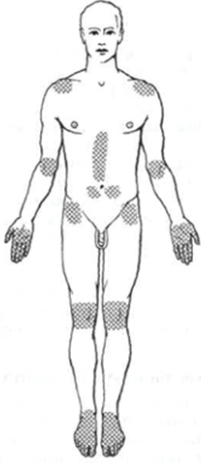
Psoriazin gedişatında prosesin üç mərhələsi ayırd edilir: progressivləşən, stasionar və reqressivləşən. Progressivləşən mərhələdə yeni papulalar və lövhəciklərin, köhnə elementlərin periferiyaya doğru böyüməsi, papula ətrafı iltihabi haşiyə (böyümə haşiyəsi), müsbət psoriatik triada, Kebner fenomeni, papulaların birləşməsi nəticəsində yeni lövhəciklərin əmələ gəlməsini

qeyd etmək olar. Stasionar mərhələdə yeni elementlər meydana gəlmir, periferik artım haşiyəsi olmur, Kebner fenomeni törəmir. Reqressivləşən mərhələdə psoriaz elementləri yastılaşır, solğunlaşır, qabıqlanma azalır və ya tam kəsilir, papulanın ətrafında depiqmentasiya edici haşiyə əmələ gəlir (Voronovun psevdofatrofik haşiyəsi). Periferik və ya mərkəzi hissədən başlayaraq elementlər geri sorulmağa başlayır və depiqmentləşmiş (daha az hiperpiqmentləşmiş) ləkələrin əmələ gəlməsi ilə başa çatır. Psoriatik elementlərin itdiyi hallarda artıq remissiyadan danışmaq olar.

H i s t o p a t o l o g i y a. Epidermisdə - malpigi qatının məməciklərarası sahəsində və onun məməciküstü sahəsinin nazikləşməsi nəticəsində **h i p e r e r a t o z**, **p a r a k e r a t o z**, **a k a n t o z**. Dənəli qat itir və ya hüceyrələrin qırılan bir cərgəsi şəklində

saxlanılır, tikanlı qatın hüceyrədaxili ödemi, parakeratoz qatda neytrofillərin toplaşmasından əmələ gələn ekzositoz qeydə alınır (Munro mikroabseslər). Dermada məməcikli qatının kapilyarları genişlənmişdir. Məməciklərdə və məməcikalıtı qatın damarlarının ətrafında neytrofil leykositlərin qarışığı ilə iltihabi limfo-histositar infiltrat müşahidə olur.

D i a q n o s t i k a. Differensial diaqnostikanı psoriazabənzər və ovuc-ayaqaıtı sifilidlə aparırlar, bunun üçün elementlərinin kəskin infiltrasiyası və müsbət seroloji reaksiyalar xarakterdir; qırmızı yastı dəmrovla – bu zaman papulalar üzərində göbəkvari basıqlıq, poliqonal sərhədlı, zəif nəzərə çarpan qabıqlanma, bənövşəyi-qırmızımtıl rəngdə çalarlıq olur; Jiber çəhrayı dəmrovuna – bunun üçün Langer xətti boyunca yerləşən ana lövhəcik, “ medalyonlar” xarakterdir; bəzi dermatomikozlarla - bu vaxt göbələyə qarşı müayinə ön plana keçir.



Şək. 22.3.Psoriatik artropatiyada tipik zədə ocaqları

M ü a l i c ə. Psoriaz zamanı sistem, xarici terapiya və fototerapiya aparılır ki, binları da kombinə etmək və ya növbələşdirmək olar. Sistem terapiyasına antihistamin, sedativ, desensibilizəedici preparatlar, immunmodulyatorlar, hepatoprotektorlar, vitamin terapiyası, retinoidlər, kortikosteroidlər, sitostatiklər,bioloji aktiv preparatlar daxildir. Xarici terapiyaya topik steroidlər, qatran preparatları, kükürd, sink, salisil turşusu, kalsipotriol, məlhəm, krem və ya losyon, şampun şəklində keratolitik preparatlar daxildir. Fototerapiya (PUVA–terapiya) 280-320 nm spektrində ultrabənövşəyi şüalanmanı verən cihazların köməklili ilə aparılır.

P r o f i l a k t i k a. Psoriazin yüksək inkişaf təhlükəsi olan psoriazlı xəstələr və onların birinci dərəcəli qohumlarının uzunmüddətli nəzarətə ehtiyacı vardır, bu prosesdə laborator müayinənin, müalicənin, mütəxəssislərin məsləhətinin, reabilitasiya tədbirlərinin işlənilib-hazırlanması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

XXIII FƏSİL.QIRMIZI YASTI DƏMROV

Qırmızı yastı dəmrov (lichen rubber planus), dəridə və görünən selikli qişalarda monomorf səpgilərlə, papulalarla müşahidə olunan xroniki xəstəlikdir.

Epidemiologiya və etiopatoqenez. Xəstəliyə əhəlinin 0,3-0,8%-də, bütün irqələr arasında, eləcə də bütün yaş qruplarında, çox vaxt 40-60 yaşlı qadınlarda rast gəlinir, uşaqlar nadir hallarda xəstələnirlər.

Xəstəliyin etiologiyası və patogenezi aydınlaşdırılmamışdır. Qırmızı yastı dəmrovun əmələ gəlməsində infeksiyon, neyroendokrin, toksiki-allergik, mübadilə nəzəriyyəsinin rolu qeyd olunur. Qırmızı yastı dəmrovun ailəvi təsadüflərinin 10 %-də autosom-dominant tipli irsiyyət müəyyən edilmişdir. Xəstəliyin inkişafının əsasında toksiko-allergik proseslər və immun sisteminin tənziminin pozulmaları durur, endo- və ekzogen amillərin təhrik etdiyi qeyri-adekvat toxuma reaksiyasının - neyroendokrin pozulmalar, infeksiyalar, ürək-damar və mədə-bağırsaq traktı xəstəlikləri, müxtəlif mexaniki, kimyəvi və dərman qıcıqları törədir.

Kliniki şəkil

Xarakterik lokalizasiyası – saidin bükücü səthi, mil – bilək oynaq sahəsi, budun daxili səthi və baldırın açıcı səthi, qasıq və qoltuqaltı sahə, ağızın selikli qişasıdır. Üzün dərisi, başın tüklü hissəsi, ovuc, ayağın altı, adətən prosesə qoşulmur. Bəzən səpgilər xətvəri olur, “zoniform” və ya “linear” çox vaxt ətraflarda yerləşir.

Xəstəlik monomorf elementlərin əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir, bu da yastı, parlaq səthi və mərkəzində basıqlıq, çəhrayımtıl–bənövşəyi və ya moruğu – qırmızımtıl rəngdə, 2-3 mm diametridə olan poliqonal papulalardan ibarətdir. Elementlər yan tərəfdən işıqlandırıldıqda papulanın səthinin özünəməxsus parlaqlığı yaxşı görünür. Səthində xırda pulcuqları olan kiçik lövhəciklər əmələ gətirməklə papulalar bir-biri ilə qarışa bilər. Papulanın səthini və ya lövhəcikləri bitki yağı ilə yağladıqda buyuz qatından işıqlanan ağımtıl nöqtələr və hörümçək xətləri kimi hörülmüş (Uikhem toru) görünür ki, bu da epidermisin dənəli qatının qeyri-bərabər qalınlaşması ilə əlaqədardır. Proses geri sorularkən yerində çox vaxt davamlı hiperpigmentasiya qalır. Subyektiv olaraq qaşınma bəzən intensiv olaraq xəstənin rahatlığını və yuxusunu pozur. Ağız boşluğunun və cinsiyyət orqanlarının selikli qişasının zədələnməsi qırmızı yastı dəmrovlu xəstələrin 65 %-də müşahidə olunur, 25 % xəstələrdə yalnız selikli qişanın zədələnməsi qeydə alınır. Yanağın selikli qişasında papulalar bozumontul-ağımtıl rəngdə, nöqtəvi, həlqəvari, tor, şəkəkə şəklində qruplaşır. Dilin selikli qişasında - leykoplakiya ocaqlarını xatırladan kəskin sərhədli, girintili-çıxıntılı kənarları olan bozumontul-ağımtıl rəngli lövhəciklərin olması nəzərə çarpır. Dodağın qırmızı haşiyəsində (çox vaxt aşağı dodaqda) – kiçik bənövşəyi rəngli lövhəciklər, asanlıqla qabıqlanan və səthində bozumontul-ağ tor müşahidə edilir.

Bəzi xəstələrdə dırnaq lövhəcikləri dəyişərək qabarıq dərəcədə uzununa xətlənir, daraq şəklində olur, dırnaq yatağının hiperemiyası, əl və ayağın dırnaq lövhəsinin bozumontul rəngli tutğunluğu qeydə alınır.

Xəstəlik üçün hər hansı bir qıcıqlanmaya qarşı izomorf reaksiyası xarakterikdir. Əsasən ekskoriyasiya yerində tipik elementlər xətvəri yerləşir (Kebner fenomeni). Pro-

ses uzun müddətli, çox vaxt aylarla davam edir. Dermatozun ikincili eritrodermiyanın inkişafı ilə generalizasiya olmuş halları da qeydə alınmışdır (lichen ruber planus generalizata).

Qırmızı yastı dәмrovun bir neçә atipik formaları ayırd edilir.

- hipertrofik, ziyilli forma (lichen planus hypertrophicus, seu verrucosus) - ziyilli hiperkeratotik tәbәqә ilә örtülmüş bәнövşәyi və ya qonuru-qırmızı rәngindә lövhәciklәр şәklindә tәzahür edir. Onların әtrafında ayrı-ayrı tipik papulalar yerlәşir. Lokalizasiyası – baldırın ön sәthi, bәzән dәri örtüyünün digәr sahәlәridir.

- atrofik və sklerotik formalar (lichen planus atrophicus, lichen planus sclerosus) - papula və lövhәciklәр geri sorulduqda atrofik və ya sklerotik dәyişikliklәrlә özünü bürüzә verir. Әtrafların açıcı sәthindә follikulyar keratoz simptomları ilә müşayiәt olunan başın tüklü hissәsindә isә psevdopelada tipli xırda ocaqlı dazlaşma inkişaf edә bilәr (Lassyuer-Littl simptomokompleksi).

- pemfiqoid və ya qovuqlu forma (lichen ruber pemphigoides, seu bullosus) – 1-2 sm diametrә qәdәр ölçüdә olan, seroz və ya seroz-qanlı möhtәviyyata malik qovuqların әmәlә gәlmәsi ilә sәciyyәlәнir, onlar zәdәlәнmiş dәridә, ya da papula və lövhәciklәrin sәthindә, çox vaxt baldırda, ayaq nahiyәsindә әmәlә gәlir. Eyni zamanda tipik qırmızı yastı dәмrovun dүйüncüklәri dә müşahidә olur.

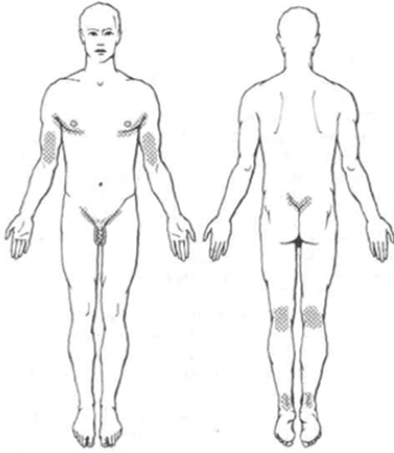
- moniliform qırmızı dәмrov (lichen ruber moniliformis) iridir, 1 sm -ә qәdәр diametrindә olub, boyunbağı (monile – boyunbağı) şәklindә sәpgilәrlә tәzahür edir. Dүйüncüklәр gümbәzşәkilli, dairәvi, mumşәkilli, keloidbәnzәр formada olub, tәsbehvari yerlәşәрәk ensiz keloid zolağı tәsәvvürünü yaradır. Elementlәр yayılmış ola bilәr, xüsusilә dә alnın dәrisini, qulaq seyvanının arxa sәthini, boynu, dirsәk бүküşünü, әlin arxasını, qarın və sağı nahiyәsindә yerlәşir, ancaq gövdәnin körpücükaltı və kürәklәrarası sahәsi, yanağın, burnun, ovucun, ayaqaltının, cinsiyyәt üzvünün başının dәrisi intakt olur. Bәzi müәlliflәр qırmızı dәмrovun bu formasını başqa bir xәstәlik hesab edir.

- itiüclü, perifollikulyar forma (lichen accuminatus, seu planopilaris) – konuslu, mәрkәzindә buynuzlu tikanı follikulyar dүйüncüklәrlә sәciyyәlәнir. Sәpgilәrin başın tüklü hissәsindә lokalizasiyası zamanı atrofik çapıqcıqlar әmәlә gәlә bilәr.

- hәlqәvi forma (lichen planus annularis) periferiya boyunca ocaqların yayılması və piqmentasiyanın olduğı mәрkәzdән elementlәrin rәqressiyası nәticәsindә inkişaf edә bilәr. Bu hәмçinin ayrı-ayrı xırda dүйüncüklәrin birlәşmәsi nәticәsindә halqaların, qöv-sün, zәncirlәrin, yarımhalqaların әmәlә gәlmәsinә gәtirib çıxara bilәr. Hәlqәvi forma çox vaxt sifilitik papulaları xatırladaraq kişilәrin cinsiyyәt orqanlarında və saidin daxili sәthindә müşahidә olunur.

- xәtvari qırmızı dәмrov (lichen ruber linea ris, seu striatus) – papulaların xәtvari, linear yerlәşmәsi ilә sәciyyәlәнir.

- qırmızı yastı dәмrovun zosteriform variantında (lichen ruber zosteriformis) – papulalar sinir boyunca yerlәşәрәk kәмәrlәyici dәмrovu xatırladır. ağızın eroziv-xoralı formasında proses ağır gedişli və çәtin müalicә olunandır. Bu forma zamanı ağızın və ya dodaqların selikli qişasında eroziya, nadir halda xora olur, әtrafında hiperemiyalaşmış və ödemli әsaslı papulalar yerlәşir ki, bu da qırmızı yastı dәмrov üçün tipikdir. Әmәlә gәlән eroziyalar az ağırlı, kiçik ölçülü, qeyri-düzgün sәrhәdlәrә malikdir, üzәri fibroz әrplә



Şək.23.1. Qırmızı yastı dәмrovda sәpgilәrin әsas lokalizasiya yerlәri

örtülmüşdür, onları qopardıqda yüngül qanaxma müşahidә olunur. Uzun müddәtli, bәzәn dә illәrlә davam edir.

Histopatologiya. Epidermisdә - hiperkeratoz, qranulyoz, qeyri-bәrabәр akantoz, itiucclu epidermal çixıntılı, bazal qatın hüceyrәlәrinin vakuol degenerasiyası. Dermada – mәмәcikli qatda zolaqlı limfositarinfiltrat üstünlük təşkil edir.

Diaqnostika. Differensial diaqnostikanı ilk növbәdә sifilitik papulalarla aparılır. Onlar üçün “vetçina” (al qırmızı) rәngi, papulaların bәrkliyi və müsbәt seroloji reaksiyalar xarakterdir; psoriazla – müsbәt psoriatik triada və Kebnerin izomorf reaksiyası xarakterdir; qırmızı qurdeşәnәyi ilә - hiperemiya, infiltrasiya,

iltihab ocağı hüdudunda hiperkeratoz və zәdәlәнмә ocağının mәрkәzində atrofiyanın olması; leykoplakiya ilә möhkәм oturmuş bozuntul-ağ rәngdә lövhәciklәр şәklindә buy-nuzlaşmanın olması, cizgili zәdәlәнмәlәrin olmaması xarakterikdir.

Müalicә sistem və topik preparatlarla aparılır. Sistem terapiyaya sedativ, antihistamin preparatları, vitamin terapiyası, desensibilizәedici, antimalyariya preparatları, kortikosteroidlәр, retinoidlәр daxildir. Xarici terapiya mәlhәм, krem, losyon, spreylәр şәklindә topik steroidlәrlә aparılır.

Profilaktika. Xroniki infeksiya ocaqlarının sanasiyası, stress vəziyyәtlәrinin aradan götürülmәsi, ifrat soyuma, dәрinin zәdәlәнмәsi, dәрman vasitәlәrinin әsaslandırılmamış tәtbiqi.

XXIV FƏSİL. ÇƏHRAYI DƏMROV

Çəhrayı dəmrov (pityriasis rosea) etiologiyası və patogenezi məlum olmayan xəstəlikdir. Çox vaxt ilin soyuq dövründə və ya soyuqlamadan sonra baş verir. Əksər hallarda böyükklər xəstələnirlər.

Xəstəliyin infeksiyon təbiətə malik olması güman edilir, ancaq çəhrayı dəmrovun özü yoluxdurucu deyildir (ailədə digər üzvlərin xəstələnməsi nadir hallarda qeyd olunmuşdur).

Klinik şəkli

Səpgilər əmələ gəlməzdən əvvəl subfebrilitet, oynaqalarda ağrılar, halsızlıq, baş ağrısı müşahidə edilə bilər. Bəzən boyun limfa düyünləri böyüyə bilər.

Səpgilər simmetrik xarakterdədir, gövdənin, ətrafların dərisi (ovuc və ayaq pəncəsinin dərisi istisna olmaqla), nadir hallarda boyun və üz zədələnir. (şək. 24.1) Səpgi elementləri dövrü şəkildə, alovlanma tipində meydana çıxır. Subyektiv olaraq qaşınma narahat edir. Ləkələr dairəvi və ya oval formadadır, diametri 2-3 sm-ə qədər, periferiyaya doğru böyüməyə meyillidirlər, Lanqer xətti boyunca yerləşirlər. Ləkələrin mərkəzi cüzi batmış, zərif büküşlərə malikdir («papiros kağızı» simptomu), qabıqvermə mərkəzi və periferik zonanın sərhəddində səciyyəvi «yaxalıq» şəklində daha aydın nəzərə çarpır. Ləkələrin kənarı qabarmış, şişkindir, daha parlaq rəngdədir və qabıq vermirlər. Belə səpgi elementləri medalyonu xatırladır. Yayılmış səpgilərdən 1-2 həftə əvvəl oval və ya dairəvi sərhədləri olan və çox kəskin nəzərə çarpan «papiros kağızı» simptomunu xatırladan və nazik periferik eritema haşiyəsi ilə əhatə olunan böyük ölçüdə (diametri

3-4 sm) bir element əmələ gəlir – «ana lövhəcik» adlanır. Elementlər mərkəzi hissədən sağalirlər və səpgiyə aydın üzükvari xarakter verir. Sonra tədricən periferik haşiyə də yox olur. Səpgi elementlərinin reqressiyasından sonra müvəqqəti olaraq hiperpiqmentasiya qalır.

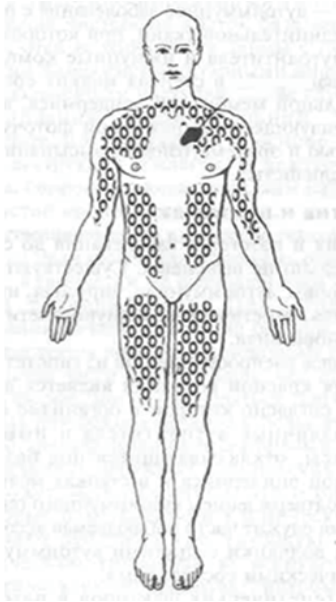
Çəhrayı dəmrovun müxtəlif formaları ayırd edilir: urtikar, papulyoz, vezikulyoz, follikulyar və digər formalar – bunlar nadir hallarda rast gəlinirlər. Su prosedurlarının (hamam, duş), kobud alt paltarının, UBS, qıcıqlandırıcı xaricə təyin edilən dərman vasitələrinin təsiri altında səpgi elementləri bir-biri ilə birləşərək eritrodermiya sahələri əmələ gətirə bilərlər ki, bu da xəstəliyin gedişinin xeyli ağırlaşdırır.

Differensial diaqnostika

Çəhrayı dəmrovu sifilis rozeolası, kəpəklənən dəmrov, toksikodermiya, parapsoriaz, seboreyalı ekzema, infeksiyon ekzantemalarla diferensiasiya edirlər.

Müalicə

Xəstəliyin əlverişli gedişi zamanı müalicə tələb olun-



Şək.24.1.Çəhrayı dəmrovda tipik səpgilər

mur və 4-6 həftədən sonra özbaşına sağalır. Kəskin qaşınma zamanı histaminəleyhinə preparatlar (tavegil, suprastin, və s.), kalsium preparatları; yerli olaraq – tərkibində anestezin və mentol olan çalxalayaraq işlədilən qarışıqlar və ya zəif qlükokortikoid məhləmlər (prednizolon, hidrokortizon) təyin edirlər. Eritrodermiya ilə xəstələr hospitalizasiya olunur və onlara qarşı aktiv sistem terapiyası aparılır.

XXV FƏSİL. Birləşdirici toxumanın diffuz zədələnməsi ilə gedən xəstəliklər QIRMIZI QURDEŞƏNƏYİ

Qırmızı qurdeşənəyi (lupus erythematoses), sin. eritematoz, çapıqlaşan eritematoz-dərinin, daxili orqanların zədələnməsinin və aydın dərəcədə fotohəssas olan mürəkkəb autoimmün sindromdur.

Epidemiologiya. Bütün qitələrdə, bütün irqlərin nümayəndələrində, qadınlarda kişilərdən daha çox qeydə alınmışdır. İnsanlar ən çox 20-40 yaşlarında xəstələnirlər. Qırmızı qurdeşənəyinin irsiyyət meyilliyi haqqında məlumatlar vardır. Bunu xəstəliyin ailəvi təsadüfləri, diziqotla müqayisədə monoziqot əkizlərin daha yüksək konkordantlığı, anası eritematozdan əziyyət çəkən yenidoğulmuşlarda qırmızı qurdeşənəyinə rast gəlməsi halları göstərir.

Qırmızı qurdeşənəyinin ümumi qəbul olunmuş təsnifatı mövcud deyildir. Adətən xəstəliyin iki forması ayırd edilir – dəri və sistem.

Qırmızı qurdeşənəyinin dəri forması:

- diskoid qırmızı qurdeşənəyi (*lupus erythematoses discoides*),
- disseminə olunmuş qırmızı qurdeşənəyi (*lupus erythematoses dissimatus*),
- Biettin mərkəzdənqaçan eriteması (*lupus erythematoses centrifugum*),
- Kapoşi-İrqaq dərin qırmızı qurdeşənəyi (*lupus erythematoses profundus*).

Qırmızı qurdeşənəyinin dəri forması bütün dermatozların 0,5-1,0 % hallarında qeyd olunmuşdur, qadın cinsində cüzi üstünlük olmuşdur, xəstəlik 30 yaşdan yuxarı dövrdə pik həddinə çatır.

Sistem qırmızı qurdeşənəyinə xeyli az - 0,1-0,25 % hallarda rast gəlinir. Sistem qırmızı qurdeşənəyində kişilər və qadınlar arasında nisbət 1:8 – 1:10-dır. 70 %-dən çoxu 14 - 40 yaşlarında xəstələnir, xəstəlik pik həddinə 14-20 yaşlarında çatır. Beləliklə, qırmızı qurdeşənəyinə adətən məktəbəqədər, kiçik və orta məktəb yaşlarında rast gəlinmir.

Etiologiya və patogenetika qırmızı qurdeşənəyində kifayət qədər öyrənilməmişdir. Aparıcı rolu dövredən antitellər, xüsusilə də bütöv nüvəyə və onun komponentlərinə qarşı antinüvə anticismi (ANA), eləcə də dövredən immun komplekslər (DİK) oynayır. Bazal membranda yığılaraq DİK iltihab reaksiyasının inkişaf etməsi ilə onları zədələyir. Qırmızı qurdeşənəyinin baş verməsində və kəskinləşməsində ümumən ekzo- (insolyasiya, stress vəziyyətləri, antibiotiklər, sulfanilamidlər, vaksın, zərdabların tətbiq olunması) və endogen faktorlarının(xroniki infeksiya ocaqları, interkurrent xəstəliklər) rolu məlumdur.

Kliniki şəkil

Lokalizasiya – ən çox açıq sahələrdə, çox vaxt üzdə, xüsusilə də burunda, yanaqda, alında, qulaq seyvanında, dodağın qırmızı haşiyəsində və başın tüklü hissəsində. Daha az sinə, kürək, əl-ayaq, ağızın selikli qişasında müşahidə olunur.

Qırmızı qurdeşənəyinin gedişatında 3 mərhələni qeyd etmək olar: eritematoz, infiltrativ-hiperkeratoz və atrofik. Diskli qırmızı qurdeşənəyinin (*lupus erythematoses discoides*) başlanğıc təzahürü adətən üzün dərisində kəskin sərhədli çəhrayımtılqabıqlanan ləkələrə özünü göstərir (eritematoz mərhələ). Tədricən böyüyərək birləşən eritematoz-skvamoz ocaqlar daha iri eritematoz-infiltrativ o

c a q l a r a çevrilir ki, onların da üzəri bərk hopmuş ağımtıl pulcuqlarla örtülmüşdür (infiltrativ-hiperkeratotik mərhələ).

Burunun və hər iki yanağın dərisini tutan zədələnmə ocaqları açılmış qanadlarla çox vaxt “kəpənək” və ya “ yarasa” formalarına bənzəyir. Pulcuqların qopardılması zamanı onların aşağı səthlərində tük follikullarının və ya piy vəzilərinin girəcəyində buynuzlu tikanlar şəklində elementlər görünür (“qadın kabluku”, “dəftərxana knopkasi” simptomu). Pulcuğun qopardılması ağrılıdır (Benye-Meşerskiy simptomu). Adətən qulaq seyvanında piy-buynuzlu tikancıqlar onun kənarı boyunca yerləşir və üskük səthini xatırladır.

Tikancıqların qulaq seyvanının kənarları boyunca sorulma prosesində ocağın mərkəzində ç a p ı q l ı atrofiya formalaşır, onun ardınca follikulyar hiperkeratoz, periferiya boyunca isə teleangiektaziya, piqmentasiya və ya depiqmentasiya elementləri nəzərə çarpır (atrofik mərhələ).

B a ş ı n t ü k l ü h i s s ə s i, xüsusilə də qadınlarda qırmızı qurdeşənəyi elementlərinin ən çox, bəzən də yeganə lokalizasiya olduğu yerdir. Əmələ gələn eritematoz-follikulyar lövhəciklər tünd-qırmızı rəngdə, üzərində tüklər qalan zərif, nazik pulcuqlarla örtülüdür. Çox tez zədələnmə ocaqları genişlənir, mərkəzdə tüklər itir, dərinin rəngi avazıyır, nazilir, parlaq və atrofik olur. Periferiya boyunca tipik nazik pulcuqlarla eritematoz zona qalır.

Əllərdə nadir hallarda ocaqlara rast gəlinir və elementlər qırmızı rəngdə dairəvi və ya oval formalı ləkələrlə, qabıqlanma və atrofiya əlamətləri olmadan müşahidə olunur. Yalnız bəzi hallarda mərkəzdə yüngül basıqlıq, atrofiya və teleangiektaziya əlamətləri qeydə alınır. Qırmızı qurdeşənəkli xəstələrdə hərdən-bir d ı r n a q l a r ı n z ə d ə l ə n m ə s i n ə rast gəlinir: onlar parlaqlığını itirir, kövrək olaraq, qalınlaşır, sarımtıl və ya bozumtul-bulanıq rəng alırlar. Dırnaqların artımı dayanır, proses xeyli deformasiya və hətta dırnaqların mutilyasiyası ilə başa çata bilər.

Kifayət qədər çox hallarda dodaqların, xüsusilə də alt dodağın qırmızı haşiyəsi və nisbətən az ağızın selikli qişası zədələnir. Əvvəlcə dodaqlarda yalnız haşiyə intensiv qızarır, sonra ona infiltrasiya əlamətləri qoşulur, səthi şişkin görsənir, parlaqlığını itirir, tutqun və bir qədər qırıqlı, çatlamış olur. Üzərində möhkəm hopmuş pulcuqlu qabıqlar olur. Onları qopardıqda ağrılı çatlar, qanayan eroziya və xora əmələ gəlir.

Xeyli az a ğ ı z ı n s e l i k l i q i ş a s ı zədələnir. Ağız boşluğunun selikli qişasında səpgilər adətən yanaqda, bərk və yumşaq damaqda, diş ətində, dildə lokalizasiya edir. Qırmızı və ya qırmızı-bənövşəyi rəngdə iltihabi lövhəciklərlə təmsil edilmişdir ki, bu da sağlam selikli qişadan aydın fərqlənir, kənarları bir qədər qalxmış və mərkəzi yüngülcə çökmüşdür.

Disseminasiya olunmuş qırmızı qurdeşənəyi (lupus erythematodes dissimatus), diskoiddən böyük miqdarda e r i t e m a t o z – s k v a m o z o c a q l a r ı n olmasına və bir neçə klinik xüsusiyyətlərinə görə fərqlənir. Belə ki, aydın sərhədli elementlərlə yanaşı, qeyri-düzgün formada, infiltrasiya və hiperkeratoz əlamətləri olmayan, bənövşəyi-qırmızımtıl və ya qonur rəngli qeyri-bərabər sərhədli ləkələr olur. Çox vaxt sinə, kürək və əllər zədələnir. Hərərətə mütədil artması, oynaqlarda ağrılar, zəiflik qeydə alınır. Disseminir qırmızı qurdeşənəyi zamanı prosesin sistem qırmızı qurdeşənəyinə transformasiya ehtimalı artır.

Biëttin mərkəz dən qan eriteması (lupus erythematodes centrifugum) az nzr arpan follikulyar hiperkeratoz v çapıqlı atrofiyası olan qırmızı qurdeşənəyinin dəri formasının səthi variantıdır. Adətən ocaqlar zn orta hissəsində yerləşir və kəpənəyi xatırladır. Aydın sərhədli, simmetriklik, çox cüzi qabıqlanma, nöqtəvari hemorragiya v mərkəzdə hipopiqmentasiya xarakterdir. Bu varianta qırmızı qurdeşənəyinin dəri formalı xəstələrinin təxminən 3 %-də və sistem qırmızı qurdeşənəyi xəstələrinin 75 %-də rast gəlinir. Xəstəlik residivlnir.

Kapoşı-İranq dərin qırmızı qurdeşənəyinə (lupus erythematodes profundus) nadir hallarda rast gəlinir. Adi lokalizasiyası – alın, yanaqlar, iyinlrdir. Bir və ya bir neçə dynlrl zn göstərir. Düyünlərin üzərindəki dəri normal və ya göyümtül-qırmızı rəngdədir. Düyünlər dərində yerləşir, ağrısız olur, bərk-elastik konsistensiyalı, dəqiq sərhədli, 1 və bir neçə santimetr diametrinddir. Ocaqların rqressiya etdikdən sonra onların yerində dərin atrofik dəyişikliklər qalır. Kalsifikasiyanın olması mümkündür.

Qırmızı qurdeşənəyinin dəri formasının digər variantlarına (papillomatoz, rozasea-yabnzr, şışbnzr, hiperkeratotik, disxromik və s.) daha da az rast gəlinir.

Sistem qırmızı qurdeşənəyi – ağır xəstəlik olub, birləşdirici toxumanı, damarları, oynaqları, ürəyi, byrklri, a iyrlri, MSS-i zədələyir. Dərinin zədələnməsi – sistem qırmızı qurdeşənəyində heç də məcburi əlaməti deyil, lakin əmələ gəldikdə zn Biëttin mərkəz dən qan eriteması və ya disseminə olunmuş qırmızı qurdeşənəyi tipli göstərir. Atrofiya olmur.

Histopatoloji dəyişikliklər qırmızı qurdeşənəyinin klinik diaqnozunun təsdiqləyici əsas əlamətdir. Epidermisdə - tk follikullarının gircklrind buynuzlu tıxaqlarla hiperkeratoz, artım qatınının atrofiyası, bazal hüceyrələrin vakuol degenerasiyasıdır. Dermada – dem v ocaqlı, derma v damar artımlarının ətrafında limfositər infiltratın stnly, bazal kollagenin degenerasiyasıdır.

Qırmızı qurdeşənəyinin diaqnostikası klinik gedişin və laboratoriya testlərinin assosiasiyasında aparılır. Qanın klinik təhlilinin diaqnostik əhəmiyyəti yoxdur, lakin xəstəliyin ağırlığı haqqında mühakimə yürütməyə imkan verir (yüksək EÇS, leykopeniya, limfopeniya v trombositopeniya).

LE-hüceyrələrinə 70-80 % sistem qırmızı qurdeşənəyi v 3-7 % diskoid qırmızı qurdeşənəyi xəstələrində rast gəlinir. LE (qurdeşənəyi hüceyrəsi) – hüceyrələri zlynd neytrofilin açıq-bənövşəyi rəngdə homogen nv kütləsini faqosit etməsidir. LE-hüceyrələri normal neytrofilin lsndn böyükdür, onun nüvəsi nala bənzər formada faqosit olmuş kütlə ilə hüceyrənin periferiyasına sıxılmışdır.

Antinuklear antitel qanda sistem xəstələrinin 95 %-də və diskoidli qırmızı qurdeşənəyinin 30-



Şək.25.1. Diskoid qırmızı qurdeşənəyində səpgilərin tipik lokalizasiyası

40 %-də, eləcə də revmatik vəziyyətlərdə, yoluxucu xəstəliklərdə, o cümlədən cüzam, vərəmdə aşkarlanmışdır. Antinuklear antitel hüceyrənin bütöv nüvəsinə və anticismın xəstələrin qan serumunda La/SS-B və Ro/SS-A nüvə komponentlərinə (DNT nativ və denaturasiyalaşmış) olan immun proseslərinin aktivasiyasını göstərir.

Düzgün və qeyri-düzgün immunflüoressensiya reaksiyası (İFR) bazal membrana fiksədən antitelləri aşkar etməyə imkan verir (q u r d e ş ə n ə y i z o l a ğ ı t e s t i). Düzgün İFR-də bioplatdan, qeyri-düzgündə xəstənin serumundan və test-sistemdən istifadə olunur (insanın dərisi və ya dovşanın, dəniz donuzunun, siçovulun qida borusu). Qurdeşənəyi zolağı dermo-epidermal birləşmə zonasında yalnız infiltrasiya və hiperkeratoz mərhələsində zədələnmə ocaqlarında, diskoidli qırmızı qurdeşənəyi xəstələrinin 70 %-də aşkarlanır, lakin dərinin klinik dəyişmədiyi nahiyələrdə tapılmir.

Qırmızı qurdeşənəyinin dəri formasının d i f f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a s ı eritematoz fonda papulalı elementlərlə müşahidə olunan rozasea ilə aparılır, bu da diaqnostik çətinlik yaradır, lakin follikulyar keratozun, atrofiyanın, dodaqların qırmızı haşiyəsində səpgilərin olmaması qırmızı qurdeşənəyinin əleyhinə dəlildir ; psoriazla –simptomların triadası, atrofiyanın olmaması xarakterdir; vərəm qurdeşənəyi – lüpomanın olması, müsbət “zond” və “alma jelesi” simptomları xarakterdir; dermatomiozidlə - falanqalararası oynaqların üzərində “ Qottron” papulaları, əzələ zəifliyinin güclənməsi xarakterdir.

M ü a l i c ə. Sistem terapiyası – xinolin preparatları, kortikosteroidlər, antidoksidantlar, vitaminlərdir. Xarici terapiya – fotoqoruyucu vasitə, topik kortikosteroidlər, krioterapiya və ya arqon lazeridir.

P r o f i l a k t i k a. Dərinin günəş şüalanmasından qorumaq, işə düzələrkən qoruyucu rejimə əməl etmək – açıq havada işləmək əks-göstəridir.

SKLERODERMİYA

Sklerodermiya (Sclerodermia) – birləşdirici toxumanın fibroz-sklerotik dəyişikliklərlə və poliorqanlı təzahürlərlə (dəri, ağ ciyərlər, mədə-bağırsaq traktı, ürək-damar sistemi, dayaq-hərəkət aparatı, böyrəklər) xroniki xəstəliyidir.

E p i d e m i o l o g i y a. Son onillikdə sklerodermiya xəstəliyinin artması qeydə alınmışdır, orta hesabla 1 mln.əhaliyə 8-12 adam düşür. Qadınlarda sklerodermiya kişilərə nisbətən 3 dəfə tez rast gəlinir, özü də 20-40 yaşlarında xəstəlik pik həddinə çatır, uşaqlar isə nadir hallarda xəstələnilər.

E t i o l o g i y a v ə p a t o g e n e z. Etiologiyası məlum deyildir. Sklerodermiyanın patogenezi mürəkkəbdir. Sklerodermiyanın patogenezinə açar rolunu fibroblastların və digər kollagen əmələ gətirən hüceyrələrin funksional pozulması oynayır. Kollagen - zülal, orqanizmdə daha geniş təmsil olunaraq, dərinin quru kütləsinin 70 %-ni təşkil edir. Son zamanlar sklerodermiyalı xəstələrin serumunda fibroblastlara münasibətində sitotoksiki aktivliyi, antinuklear antitellərin yüksək titri, humoral və hüceyrə immuniteti ehtiyatlarının dəyişməsi haqqında məlumatlar alınmışdır. Fərz etmək olar ki, müxtəlif endogen amilləri (endokrin, mübadilə, nevroloji və genetik pozulmalar, kəskin və xroniki yoluxucu xəstəliklər), ekzogen amillərin zədələyici təsiri ilə (zədələr, soyuma, vaksinlər, zərərblər, stress, insolyasiya, radiasiyanın təsiri) uyğunlaşaraq nəinki dəri və damarların, həmçinin daxili orqanların da birləşdirici toxuma sistemində dərin disproteinemik və autoimmun proseslərin formalaşmasına imkan verir.

T ə s n i f a t ı. Məhdud (morphea) və sistem sklerodermiyası (sklerodermia sistemica) ayırd edilir.

Məhdud sklerodermiya

- lövhəcikli
- xətvəri
- Tsumbuş skleroatrofik lixeni, sin. ağ ləkə xəstəliyi (white spot disease)
- Pazini-Pyerini idiopatik atrofodermiyası
- üzün Parri-Romberq progressivləşən hemiatrofiyası
- nadir formalar (dərialtı, keloidəbənzər, qovuqlu, pansklerotik, yayılmış)

Sistem sklerodermiyası :

- akrosklerotik
- diffuz

Məhdud sklerodermiyanın klinik şəkli.

Məhdud sklerodermiyanın inkişafında 3 mərhələ ayırd edilir: e r i t e m a / ö d e m , b ə r k i m ə , a t r o f i y a . Eritema/ödem mərhələsində dəri hamar, parlaq, gərgin olur və xəmir kimi konsistensiyaya malikdir; onun rəngi normal dəri rəngindən parlaq qırmızı və ya qırmızımtıl-göyümtül çalarlar arasında tərəddüd edir. Bərkimə mərhələsində dəri kip və əllə palpasiyada soyuq, aid olan toxuma üzərində möhkəmdir, tərpənmir, demək olar ki, dərinə qatlara götürmək qeyri-mümkündür. Zədələnmə ocaqları sarı-mumşəklində və ya boz-bulanıq rəngdə olur, dəri cizgiləri itir, periferiya boyunca periferik böyümənin mavi-yasəmən çələngli haşiyə qeydə alınır. Atrofiya mərhələsində dəri nazıqlaşır: ağ olur, perqamenti xatırladır. Piy toxuması və əzələlər atrofiyalaşa bilər. Belə hallarda dəri örtüyü bilavasitə sümüyə yapışa bilər.

Lövhəli formada (Morphea placata) – ödemli-eritematoz ocaqlar dairəvi ya da oval şəkildə, tədricən 1-2 sm – 20 sm-ə qədər və daha çox böyüyür.

Xətvəri forma (Morphea linearis) –ocaqlı sklerodermiya adətən bir zolaq kimi təmsil olunur, başın tüklü hissəsinin tən ortasından alınan, burnun dərisinə yayılaraq qılınca zərbəsindən qalan çapığı xatırladır (en coup de sabre). Çox vaxt unilateral sinir şaxələri boyunca gövdənin bir tərəfində Zaxarin-Ged zonasının dərisində, ya da ətraflarda lokalizasiyalaşır.

Skleroatrofik lixen (Lichen alba scleroatrophicus)- kiçik, 3-10 mm diametrində dairəvi, hamar, kəskin atrofik şəkildə, parlaq çini-ağ rəngdə ləkənin əmələ gəlməsi ilə təzahür edir, siqaret kağızı tipli yüngülcə çökərək, bir qədər bərk konsistensiyalı və periferiya boyunca qəhvəyimitil haşiyə ilə, mozaika şəkildə qruplaşır. Çox vaxt cinsiyyət orqanlarında, boyunda və sinədə lokalizasiyalaşır.

Pazini-Pyerini idiopatik atrofodermiyası (Atrophoderma Pasini-Pierini) – məhdud sklerodermiyanın abortiv variantı hesab olunur. Klinik olaraq dairəvi ya da qeyri-düzgün formada, qəhvəyi ya da bozumtul-qəhvəyi rəngdə cüzi atrofiyalaşmış ocaqlar təzahür edir, dərinin bərkiməsi əlamətləri olmur, çox vaxt gövdədə və yuxarı ətraflarda lokalizasiya olunur.

Üzün Pari-Romberq progressivləşən hemiatrofiyası (hemiatrophia facialis progressi-

va Parri-Romberga) üzün yarısının atrofiyası və çox vaxt nevroloji dəyişikliklərlə müşahidə olunur. Adətən hemiatrofiya 20 yaşa kimi başlayır, hər iki cinsdən olan insanlar çox vaxt eyni cür xəstələnilər. Proses çox zaman gözə yaxın, almacıq sahəsində və ya aşağı çənə sahəsində başlayır. Hemiatrofiyada eritematoz və bərkimə mərhələləri yoxdur. Zədə sahəsində bütün toxumalar atrofiyalaşır, ilk növbədə dərialtı piy qatı, sonra əzələlər (çeynəmə, dil əzələləri və s.), qığırdaqlar və sümüklər, pasientlər güclü ağrı hiss edirlər. Qaşlarda və kirpiklərdə, bəzən də başda tüklər tökülür, lakin zədələnmiş sahələrdə tər və piy ifrazı güclənir. Üz assimetrik olur, üzün zədələnmiş yarısı sağlam hissədən fərqlidir, dəri atrofikdir, şırımlar və büküşlər çoxdur. Bəzən proses çox nadir hallarda üzün digər tərəfinə də keçir.

Sistem (diffuz) sklerodermiyasına iki klinik şəkildə özünü göstərir: ən çox ətrafların distal şöbələrinin və üzün zədələnməsi ilə **a k r o s k l e r o t i k** və **d i f f u z** variantı. Təhrikedici amillər zədələr, stress vəziyyəti, soyuma ola bilər. Prodromal dövrdə halsızlıq, titrətmə, əzələlərdə, oynaqlarda ağrılar, yuxusuzluq, baş ağrıları, bədənin hərəkətinin artması, qəfil yorulmaq. Onlar üzün, əllərin və ayağın dərisinin solması və soyumasına uyğun gəlir. Xəstəlik proqressivləşdikcə **d ə r i n i n r ə n g i a ğ ı m t ı l – b o z d a n s a r ı y a ç e v r i l i r**, zərif tüklər tökülür, bərkimənin miqdarı artır.

Dərinin, dərialtı piy qatının üz əzələlərinin sklerotik və atrofik dəyişiklikləri nəticəsində burunun ucu itiləşir, ağız dəliyi daralır, büküşüklü olur, yanaqlar basıqlaşır, dodaqlar nazilir. Üz amimik olaraq, maskayabənzər, bürünc rəngdədir. Dodağın qırmızı haşiyəsi ağımtıl rəngdə olur, qabıqlanır, çatlar və xoralar ola bilər. Dərinin və dodaqların qırmızı haşiyəsinin rigidliyi və bərkləşməsi mikrostomun formalaşmasına gətirib çıxarır.

Çox vaxt prosesə ağızın, dilin selikli qişası da qoşulur. Ağızın selikli qişasının epitelisi bəzən atrofikdir, yumşaq damağın deformasiyası müşahidə olunur. Ödem nəticəsində əvvəlcə dil böyüyür, sonra fibrozlaşır, büzüşür, rigid olur ki, bu da nitq və udmanı çətinləşdirir.

B a ş ı n t ü k l ü h i s s ə s i n d ə atrofik proses aponevrozu tutur, ocaqda tüklər tökülür. Eyni zamanda quruluq, qabıqlanma, teleangiektaziya baş verir, xoralar da ola bilər.

B a r m a q l a r nazilir, “təbil çubuqlarına” oxşayır. Dəri aid olduğu toxumaya fiksə olur, oynaqlarda hərəkət çətinləşir. Dəri gərgin və rigiddir, onun avazıması, soyuması paresteziya, keyləşmə ilə dərinləşir, teleangiektaziyalar əmələ gəlir. Bəzi yerlərdə dəri qabıqlanır, çatlar və xoralar əmələ gəlir, mutilyasiya inkişaf edir. Dəri aid olduğu əzələ və vətərlərlə möhkəm bitişmişdir, barmaqqlar meyit barmaqqlarına bənzəyir (sklerodaktiliya). Daha sonralar əzələlər, vətərlər, sümüklər və dırnaqlar atrofiyalaşır, əllərin spastik bükücü kontrakturası inkişaf edir.

Xəstəliyin üç mərhələsi – eritema/ödem, bərkləşmə və atrofiya – sistem və ocaqlı sklerodermiyanın oxşarlığına dəlalət edir. Lakin gedişatının ağırlığı, daxili orqanlardakı dəyişikliklər, endokrin pozulmalar dəri cəlb olunmadan da və ya ondan əvvəl formalaşsa bilər, lakin prosesin generalizasiyası nəticəsində çox vaxt onlar eyni vaxtda inkişaf edirlər. Nəzərə çarpan visseral dəyişikliklər aşkarlanır: mədə-bağırsaq traktının dəyişiklikləri (stenozaqlar, peristaltikanın pozulması, xoralaşma), miokardiodistrofiya, endoperikardit, miokardioskleroz, hipertenziya, pnevmoskleroz, nefropatiya ilə nefroskleroz, əzələlərin, sümüklərin, oynaqların və s. zədələnməsi.

Histopatologiya. Bir qayda olaraq epidermis nazıqlaşmış, epidermal çıxıntılar nəzərə çarpmır. **Derma qalınlaşmış, ödemlidir, homogenizasiya və kollagen liflərin hialinozu qeydə alınır,** əksər xırda damarlar sklerozlaşmışdır, damarların ətrafında - limfohistiositar infiltrat olur. Piy vəziləri və tük follikulları ya olmur, ya da atrofiyalaşmışdır. Tər vəzilərinin miqdarı kəskin azalmışdır, onlar atrofiyalaşmışdır və hipoderma ilə sərhəddə yox, dermanın yuxarı hissəsində cəmləşmişlər.

Diagnoz tika. Sklerodermiyanın bütün təzahürlərinin inkişaf dövründə zədələnmə ocağı xəstəliyi asan diaqnozlaşdırmağa imkan verir. Bunu iltihabi ödem olduqda lövhəli formanın ilkin mərhələsində etmək olduqca çətindir. Belə hallarda diaqnozu dinamik müşahidə prosesi zamanı qoyurlar. Differensial diaqnostikanı vitiliqo ilə aparırlar ki, bu zaman depiqmentli ləkələrin kəskin sərhədlərin olması və palpasiya zamanı infiltratın olmaması ilə səciyyələndirilir; alopesiya ilə ödem, infiltrasiya və atrofiyanın müşahidə olunmaması, zədələnmə ocağında tükün tökülməsi xarakterdir.

Müalicə. Dəridə metabolik prosesləri və qanın mikrosirkulyasiyasını yaxşılaşdıran, iltihab əleyhinə, antifibroz təsir edən, xəstəliyin mərhələsi və formasından asılı olaraq kompleks müalicəni aparırlar (aktovegin, sinarizin, lidaza, vitaminlər, maqnezium, kortikosteroid preparatları, heparin). prosesin aktiv nəzərə çarpan dövründə antibiotik-terapiya aparılır. Xarici terapiya parafinlə sarğı qoyulmasından, toxumaların trofikasını yaxşılaşdıran prosedurdan (elektroforez) ibarətdir. Seçim metodları plazmaferez və hemosorbsiyadır.

Profilaktika – ifrat soyuma və qızmadan, hədsiz insolyasiyadan, soyuqdəymə xəstəliklərindən, stress vəziyyətlərindən, dərman vasitələrinin əsaslandırılmadan tətbiqindən qaçılmasıdır. Müştərək xəstəliklər zamanı fokal infeksiya ocaqlarının mütləq sanasiyası – vaxtında müalicəsidir.

Məhdud sklerodermiya zamanı diffuz zədələnmənin simptomlarını erkən aşkarlamaq məqsədi ilə xəstəliyin gedişatına dinamik nəzarət və həkim-dermatoloqun müalicəsi vacibdir. Ağır formalarda xəstələrin tibbi və sosial reabilitasiyası vacibdir (HƏEK və iş düzəldilmə).

SKLEREDEMA

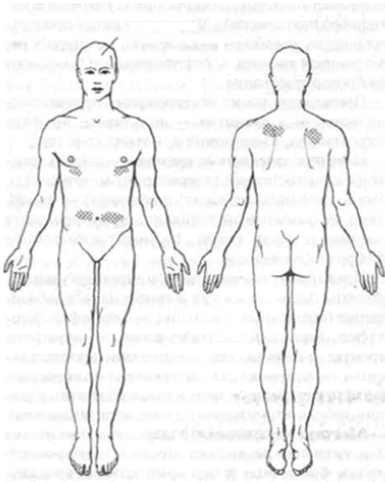
Skleredema (Scleredema) – birləşdirici toxumanın xəstəliyi olub, ödem və zədələnməmiş toxumaların nəzərə çarpacaq dərəcədə bərkləşməsi ilə səciyyələnir. Böyüklərin Buş-ke skleredeması və yenidoğulmuşların skleredeması ayırd edilir.

Epide miologiya. Adətən böyüklər 50-70 yaşlarında xəstələnirlər, çox vaxt qadınlarda əziyyət çəkir. Uşaqlarda xəstəlik adətən həyatlarının ilk günlərində baş verir, daha gec yaşlarında da təsadüf oluna bilər. Çox vaxt yarımçıqdoğulmuş və zəifləmiş uşaqlarda müşahidə olunur.

Skleredemanın etiologiya və patogenezi məlum deyildir. Böyüklərdə şəkərli diabet, kəskin virus və bakterial infeksiyaları; uşaqlarda- ifrat soyuma və hipoproteinemiya təhrikedici amillər ola bilər.

Klinik şəkil

Böyüklərdə prosesin lokalizasiyası – üz, boyun, gövdənin yuxarı hissəsi, çiyin



Şək.25.2. Məhdud sklerodermiyada səpgilərin tipik lokalizasiyası

rodermiyaya xas olan skleroz və atrofiya müşahidə olunmur.

Böyüklərdə *diffrensial diaqnostika* nı sklerodermiya ilə aparırlar ki, bunun üçün xroniki gedişata meyilli olan zədələnmiş ocaqların atrofiyası xarakterdir; uşaqlarda – yenidoğulmuşların skleremiyası üçün prosesin generalizasiya olması xarakterdir.

Müalicə. Antibiotiklər, kortikosteroid hormonları, qanın mikrosirkulyasiyasını yaxşılaşdıran vasitələr.

Profilaktika yenidoğulmuşun ifrat soyumadan qorunmasındadır.

YENİDOĞULMUŞLARIN SKLEREMASI

Yenidoğulmuşların skleremasi (Sclerema neonatorum) birləşdirici toxuma və dərialtı-piy toxumanın xəstəliyidir. Çox vaxt yarımçıq doğulmuş və zəifləmiş uşaqlarda, adətən uşağın həyatının ilk günlərində müşahidə olunur.

Etiologiya və patogeneza aydın deyildir. Prosesin inkişafında müəyyən rol orqanizmin ifrat soyuması və susuzlaşması

Klinik şəkil

Proses baldırın dərisində və üzdə lokalizasiya edir, ağır hallarda bütün dəri örtüyü, ovuc və cinsi orqanların dərisi istisna edilməklə cəlb olunur. Zədələnmə ocağında dəri ödemli, gərgin olur, göyərmiş rəngdə solğundur, toxunduqda soyuq, qatlara yığılmır, basdıqda çökəklik əmələ gəlmir. Üz maskayabənzərdir, oynaqlarda hərəkət məhduddur. Ümumi vəziyyət ağırdır, əzginlik, yuxuculuq, hipotermiya (32°-yə qədər), bradikardiya, tənəffüsün ağırlaşması; qanda – leykositoz, hipoproteinemiya, hipernatriemiya, qanın qatılığının artması müşahidə olunur. Xəstəlik çox vaxt letal sonluqla qurtarır.

Histopatologiya. Hipodermmanın piy hüceyrələrinin dezorqanlaşması, piy hüceyrələrinin daxilində adi piy boyacları ilə rənglənməyən kristallar, piy paycıqlarının

qurşağıdır, nadir hallarda aşağı ətraflar; uşaqlarda – bud, yançaq (sağrı). Xəstəlik ödem və zədələnmə ocağında dərinin bərkləşməsi ilə başlayır, bu zaman dəri gərgin, avazımiş, göyərmiş olur, qatlara yığılmır, basdıqda basıqlıq əmələ gəlmir. Adətən ümumi vəziyyət dəyişilmir, yaşlı xəstələr böyüklər hərəkət edərkən onları boyun və çiyin qurşağı nahiyəsində dartılmalar, inamsızlıq hissələri narahat edir. Proses uşaqlarda bir neçə həftədən sonra qəfil, tez və izziz soralur, 1-2 ildən sonra – böyüklərdə reqres edir. Diabetlə ağırlaşma zamanı xəstəliyin gedişinin bir neçə ilə qədər uzanması mümkündür.

Histopatologiya. Derma qalınlaşmışdır, ödemlidir, kollagenlərarası yarıqların əmələ gəlməsi ilə kollagen liflərin aralanması və hialuron turşusunun toplanması qeyd olunur. Skle-

ətrafında – limfositlərin, histiositlərin, fibroblastların və nəhəng yad cinsli hüceyrələrin qranulematoz infiltratı qeyd olunur. Piy paycıqlarıarası birləşdirici toxumanın arakəsməsi qalınlaşmışdır.

Differensial diaqnostikanı yenidoğulmuşların skleredeması ilə aparırlar ki, bunun üçün prosesin generalizasiyası, ümumi ağır vəziyyət, maskayabənzər üz xarakterik deyildir.

Müalicə. Uşağın isti mühitdə saxlanılması, qidalanmanın normallaşması, simptomatik vasitələr, kortikosteroid hormonları.

Profilaکتika - yenidoğulmuşları soyuma əlamətlərindən qorumaqdır.

DERMATOMİOZİT

Dermatomiozit (Dermatomyositis), sin. Vaqner xəstəliyi – sistem xəstəliyi olub, proksimal əzələlərin simmetrik zədələnməsi və dəridə tipik ocaqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

Epidemiologiya və etiopatogenez. Dermatomiozit 5/1000000 tezlikdə əhalinin bütün irqdən olan nümayəndələri arasında rast gəlinir. Qadınlar kişilərdən 2 dəfə çox xəstələnilər, 15-20 % dermatomiozitle xəstələr – 10 yaşından yuxarı uşaqlardır (yüvenil dermatomiozit)

Hal-hazırda dermatomiozidlərin inkişafında autoimmun mexanizm ümumən qəbul



Şək.25.3. Dermatomioziddə zədə ocaqları

olunmuşdur, bunu xəstəliyin sistem xarakteri, autoantitellərin, dövr edən immun komplekslərin olması, hüceyrə və humoral immunitetin disfunksiyası təsdiqləyir. Təhrikeci amillərə çox vaxt yoluxucu xəstəliklər, vaksinasiya, dərman allergiyası, stress, ifrat soyuma, günvurma, metabolik pozulmalar, neyroendokrin xəstəliklər xidmət edir. Böyüklərdə dermatomiozit 30 % hallarda bədxassəli xəstəliklərlə assosiasiyadadır (süd vəzisinin, ağ ciyərlərin, mədənin, yoğun bağırsağın, uşaqlığın, yumurtalıqların xərçəngi) - **paraneoplastik dermatomiozit**. Bədxassəli transformasiyanı dermatomioziddən öncə, xəstəliklərlə eyni vaxtda və ya əvvəlcədən ya da başladıqdan 2 il ərzində aşkar etmək olar. Çox vaxt dermatomiozit spontan inkişaf edir – **idiopatik dermatomiozit**.

Klinik şəkil

Xəstəlik kəskin (hərərətin qalxması, titrətmə, əzələlərdə, oynaqalarda ağrı və s.) və ya tədricən başlaya bilər, tipik dəri əlamətləri və miopatiya təzahür edir. 10 % dermatomiozitle xəstələrdə dəri təzahürləri əzələlərin zədələnməsi ilə müşayiət olunmur – **amipatik dermatomiozit**. Eyni zamanda dəri təzahürləri olmadan təcrid olunan miopatiya mümkündür.

Dəridə ocaqlar çox vaxt 3-6 ayda əzələlərin zədələnməsi ilə nəticələnir. Dermatomio-

ozitin xarakter d ə r i t ə z a h ü r l ə r i bunlardır:

- periorbital bənövşəyi-şişkinli eritema (“ dermatomiozit eynəyi”, sin.“ heliotrop səpgi”), qırmızı qurdeşənəyində olduğu kimi buruna və yanaqlara kəpənək tipində keçir.

- boynun ön hissəsində və sinədə bənövşəyi eritema – dekolte simptomu.

- boynun arxası və çiyinlərin bənövşəyi eriteması – şal simptomu.

- falanqalararası oynaqların distal və proksimal sahəsində bənövşəyi papulalar və lövhəciklər – Qottron patoqnomik simptomu.

Digər lokalizasiya yerləri – dirsək, diz oynağı, topuğun medial sahəsi.

- eritema, qabıqlanma, hər iki əlin və barmaqların dərisinin çat-çat olması – mexanik əli.

- eritema, teleangiektaziya, dırnaqtrafi valcığın proksimal hissəsinin girintili-çıxıntılı dəriciyi .

- gövdənin və yançağın (sağrı) poykilodermiyası (eritema, teleangiektaziya, hipo- və hiperpigmentasiya, atrofiya) – xroniki gedişi zamanı.

- zədələnmiş əzələlərin üzərində pannikulit tipi üzrə lipoatrofiya – xroniki gedişi zamanı.

Eritema fonunda bəzən papulalı, hemorragik, vezikulyar-qovuqlu elementlər, sklerodermayabənzər dəyişikliklər, nekrotik xoralaşma (çox vaxt oynaq sahəsində) baş verir. Proses hərdən eritrodermiya xarakteri alır –

M i l i a n m i a s t e n i k e r i t r o d e r m i y a s ı . Alopesiya, selikli qişaların zədələnməsi (stomatit, glossit, faringit, leykoplakiya, konyuktivit), kalsinozun əmələ gəlməsi mümkündür.

M i o p a t i y a n ı n xarakter təzahürləri bunlardır :

- ən çox ətrafların proksimal əzələlərinin zədələnməsi

- əzələlərin progressivlənən zəifliyi

- simmetriklilik

Xəstələr tərپənməkdə, geyinməkdə, oturmaqda, durmaqda, başlarını düz, əllərini isə horizontal vəziyyətdə saxlamaqda çətinlik çəkirlər və s. 15-45% təsadüflərdə disfagiya inkişaf edir, qıdadan boğulma, udmanın çətinləşməsi ilə müşayiət olunur. Xəstəliyin uzunmüddətli gedişatında əzələlər atrofiyalaşır, onlarda kalsium duzları toplanır, kontraktura inkişaf edir.

Dermatomiozit zamanı ürək, ağ ciyərlər, mədə, qara ciyər, mərkəzi sinir sistemi zədələnə bilər. Qanda EÇS sürətlənir, leykositoz, anemiya, transaminaz, kreatinkinazanın aktivliyi artır. Sidikdə – a l b u m i n u r i y a , k r e a t i n u r i y a dermatomiozitin diaqnostik meyarına xidmət edə bilər.

Uşaqlarda klinik əlamətlər və əzələ dəyişiklikləri böyüklərdə olduğu kimidir, lakin xəstəlik ağır gedir. Daha qabarıq iltihabi komponentlər, yüksək fotosensibilizasiya, damarların ağır dəyişiklikləri ilə səciyyələnilir. Böyüklərdən fərqli olaraq, çox vaxt kalsinoz və daxili orqanların zədələnməsinə rast gəlinir.

H i s t o p a t o l o g i y a . Epidermis nazıqlaşır. Derma şişkindir. Kollagen liflər şişmiş, homogenləşmiş, elastiki liflər dağılmışdır. Mötədil perivaskulyar limfositər infiltrasiya qeyd olunur.

D i f f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a qırmızı qurdeşənəyi ilə, bunun üçün zədələnmə

oçağında follikulyar keratozun olması, falanqalar üzərindəki dəridə, lakin falanqalararası oynaqların üstündə yox, qırmızı-bənövşəyi lövhəciklərin yerləşməsi (Qottron papulları), artan əzələ zəifliyinin olmaması; insolyasiya zamanı nəzərə çarpan ftohəssaslığın xarakterik olduğu fotodermatozlarla aparılır.

M ü a l i c ə. Sistem terapiyasının aparılması vacibdir. İlk seçim preparatları sistem kortikosteroidləridir, ikinci seçim preparatları immunsupressiv preparatlardır (metotreksat). Həmçinin antibiotiklər, aminoxinolin, antihistamin və sedativ analgetik və qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlardan istifadə olunur. Hərəkətli məşğələlər, düzgün qidalanma, fizioterapiya və əmək terapiyası da vacibdir. Xarici müalicədə - topik kortikosteroid kremləri, məlhəm, gellər.

P r o f i l a k t i k a. Dermatomiozitli xəstələrə dispanserizasiya lazımdır. Sistemli dispanser müşahidəsi, ümumi və lokal terapiyaya uyğun adekvat müalicə, LFK sanator-kurort müalicəsi ilə fəsadların qarşısı alınır.

XXVI FƏSİL. ÇOXFORMALI EKSSUDATİV ERİTEMA

Çoxformalı ekssudativ eritema (erythema exsudativum multiforme) əsasən infeksiyon-allergik mənşəli (eritemanın idiopatik forması) kəskin polimorf dermatoz olub, ətrafların dərisində, selikli qişalarda, bəzən isə cinsiyyət orqanları nahiyəsində göyümtül-qırmızı rəngli səpgilərlə (əsasən yazda və ya payızda) təzahür edir və residivlərlə müşayiət olunur. İnfeksiyon –allergik (idiopatik) eritema ilə xəstələrin böyük əksəriyyəti əziyyət çəkirlər. Ekssudativ eritemanın toksik-allergik (simptomatik) forması üçün residivlərin mövsümliliyi xarakterik deyildir.

Etiologiya və patogenezi

Eritemanın idiopatik formasının inkişafında əsas provokasiya amillərinə herpes, mikoplazma, stafilokokk, streptokokk və s. infeksiyalar aiddir. Xəstələrin 2/3-də üz-çənə nahiyəsində fokal infeksiya ocaqlarının olması nəzərə çarpır. Belə xəstələrdə müxtəlif bakterial allergenlərə qarşı həssaslıq yüksəkdir, immunitetin humoral və T-hüceyrə amillərinin, neytrofillərin funksiyasının azalması, periferik qanda B-limfositlərin artması müşahidə olunur. Eritemanın toksik-allergik formasında müxtəlif dərman vasitələrinə qarşı (sulfanilamidlər, kontraseptivlər, hərarəti salan, pirogen effektiv preparatlar, penisillinlər, allopurinol, tulyaremiya və vəbaya qarşı peyvəndlər) hiperhəssaslıq aşkar edilir. Soyuqlama, hiperinsulyasiya və digər iqlim (meteo) amilləri xəstəliyin residivlərini provokasiya edir. Xəstələrin bir qisminə bəzi qida məhsullarının işlədilməsindən sonra (alimenter amil) eritemanın yaranması və ya kəskinləşməsi baş verə bilər.

Klinik şəkil

Lokalizasiya yerləri

Ətrafların açıq səthləri, ovuc və pəncə də daxil olmaqla, dirsək və diz oynaqları, sifət və xarici cinsiyyət orqanları, ağız selikli qişası, dodaqların qırmızı haşiyəsi, burun boşluğu, konyunktiva, anal kanalında lokalizasiya edir. Səpgilər məhdud, disseminasiyalı və generalizə olunmuş xarakter daşıya bilər.

Səpgilərin xarakteri

Əvvəlcə məhdud eritema sahələri yaranır ki, onun fonunda bir neçə gündən sonra mərkəzində batıqlıq, yastı miliar və lentikulyar göyümtül-qırmızı rəngli papulalar əmələ gəlir (elementlər hədəfi və ya göy qurşağını xatırladır). Onların səthində qovucuqlar və qovuqlar, eroziyalar, qanlı qartmaqlar əmələ gəlir. Selikli qişaların zədələnməsi zamanı fibrinoz ərplə örtülmüş eroziyalar müşahidə olunur. Prosesə traxeya, bronxlar, gözlər, beyin qişaları, böyrəklər qoşula bilər. (Şəkil 26.1)

Subyektiv hissiyyatlar

Dəri səpgiləri nahiyəsində qaşınma, az hallarda göynəmə və ağrı nəzərə çarpır. Ağız selikli qişasının zədələnmələri kəskin ağrılarla müşayiət olunur.

Ümumi əlamətlər

Titrətmə, oynaqlarda ağrılar, zəiflik, halsızlıq.

Klinik formalar

Ağrılıq dərəcəsinə görə aşağıdakı formaları ayırd olunur:

1. Sadə və ya yüngül forma (papulyoz, adətən selikli qişalar zədələnmədən inkişaf edir).
2. Vezikulyoz-bullyoz forma (orta-ağır).
3. Bullyoz (ağır forma), Stivens-Conson sindromu da daxil olmaqla.
4. Xəstəliyin çox ağır forması (Layella sindromu). Başlanğıc mərhələdə xəstələrin yarısında Layella sindromunun inkişaf üçün, yəni dəridə çoxformalı eritemaya xarakterik olan səciyyəvi hədəfəbənzər səpgilər əmələ gəlir. Sonra tezliklə yayılmış eritema və epidermal nekroliz meydana çıxır.

Sadə forma

Dəridə diametri 1-2 sm olan, mərkəzində basıqlıq çoxsaylı səciyyəvi papulalar aşkar edilir, onlar 1-2 həftə ərzində geriye reqres edirlər. Ağzın selikli qişasında qovuq reaksiyanın fonunda qanlı, çirkli tünd qartmaqların yaranması nəticəsində, ödem, dodaqlarda çatların, ağır hissiyyatının əmələ gəlməsi mümkündür.

Vezikulyoz-bullyoz forma

Az sayda eritematoz lövhəciklər görünür ki, onların mərkəzi hissəsində qovuq və kənarlarında qovuquculardan ibarət halqa şəklində periferiyada əhatə olunmuşdur. Çox vaxt prosesə ağzın selikli qişası və dodaqlar da qoşulur.

Çoxformalı eritemanın residivlərini herpes virusunun reaktivasiyası ilə əlaqələndirirlər, belə ki, bir çox xəstələrin asiklovir qəbul etməsi dermatozun kəskinləşmələrinin qarşısının alınmasına kömək edir.

Bullyoz forma (Stivens-Conson sindromu)

Çoxformalı ekssudativ eritemanın ağır variantlarından biri və ya dərman preparatlarına qarşı toksik-allergik reaksiyadır. Ağzın selikli qişasında iri qovuqlar və tez qanayan eroziyalar, irikütləli hemorragik qartmaqlar əmələ gəlir. Xeylit və stomatit simptomları kəskin ağrı əmələ gətirdiyindən qidanın qəbul edilməsini çətinləşdirir. Kataral və ya irinli konyunktivitinin inkişaf etməsi, gözün buynuz qişasının xoralaşması, uveit, panoftalmit, cinsiyyət orqanlarının selikli qişasının zədələnməsi, prosesə sidik kisəsinin qoşulması və sidik buraxma aktının pozulması da mümkündür. Dəridə çoxlu sayda ləkəli-papulyoz səpgilər, müsbət Nikolski simptomu ilə qeyd olunan qovuqlar aşkar edilir, bəzən paronixiyalar əmələ gəlir. Uzunmüddətli qızdırmanın olması səciyyəvidir, pnevmonianın, nefritin, diareyanın, poliartritin, otitin inkişaf etməsi xarakterikdir. Müalicə aparılmadıqda letal sonluq 5-15 % təşkil edir. Bu əlamətləri Layella sindromu ilə diferensiasiya etmək lazımdır. Hesab edilir ki, dəri örtüyünün 30%-dən çoxunda qovuq reaksiyasının olması Layella sindromunun klinikasına uyğun gəlir.

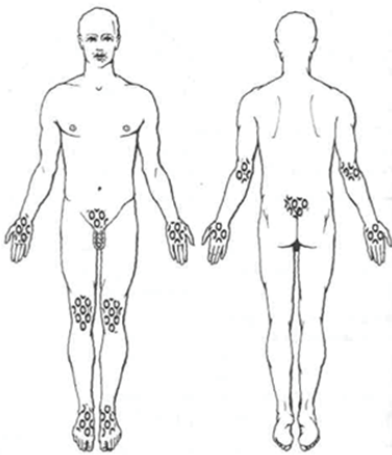
Çox ağır forma (Layella sindromu)

Layella sindromunun yaranmasının əksəriyyəti xəstələrin dərman preparatlarını qəbul etməsi ilə əlaqəlidir, az hallarda bəzi kimyəvi maddələrin, həmçinin virus və mikoplazma infeksiyası, vaksinasıya ilə əlaqədardır. Bəzi hallarda (5% xəstələrdə) bu sindrom

əvvəl dərman preparatları təyin edilmədikdə də inkişaf edir.

Toksik-allergik reaksiya üzün və ətrafların eriteması, ləkəli-papulyoz səpgilər və ya çoxformalı eritema üçün səciyyəvi olan elementlər şəklində əmələ gəlməsi ilə başlayır. Səpgi elementləri bir neçə saat və ya sutka ərzində birləşərək dəri örtüyünün bütün səthini tuturlar. Sonra zərif divarlı süst qovuqların əmələ gəlməsi baş verir, onlar tezliklə birləşərək papiros kağızına bənzəyən ağımtıl sahələri xatırladırlar. Nikolski simptomu kəskin müsbətdir. Zədələnmə ocaqlarının travması zamanı nekroza uğramış epidermis asanlıqla soyulur, bu zaman dermanın məməcikli qatının qırmızı, eroziyaya uğramış ağırlı səthi çılpqlaşır ki, bu da II dərəcəli yanığın klinikasına uyğun gəlir. Xəstələrin əksəriyyətində yanaqların selikli qişası, dodaqların, konyunktivanın, cinsiyyət orqanlarının dərisi və selikli qişası, perianal nahiyə eroziv prosesə uğrayaraq zədələnir. Eroziyanın epitelləşməsi qovuqların əmələ gəlməsi dövründən başlanır və xəstəliyin bütün gedişi boyunca davam edir ki, bu da 3-4 həftə müddətini əhatə edir. Sağalma mərhələsində çoxlu iri lövhəli qabıqvermə və nekroza uğramış epidermisin quruyaraq iri qatlar şəklində qopmayan qabıqlanması müşahidə olunur. Layella sindromunun əsas klinik əlamətlərinin inkişafı dövründə yüksək qızdırma, qripəbənzər sindrom səciyyəvidir. Bəzən böyrək çatışmamazlığı, traxeyanın, bronxların, mədə-bağırsaq traktının xorali-nekrotik dəyişiklikləri, görmə orqanları tərəfindən müxtəlif patologiyalar (korluğa qədər) inkişaf edir. Periferik qanın müayinəsində neytropeniyanın aşkar edilməsi pis proqnostik əlamət sayılır. Layella sindromunda letal sonluq 30%-ə çatır, əsasən zədələnmiş dərinin sahəsindən və xəstələrin yaşından asılı olur. (çox vaxt ahıl yaşlı şəxslər tələf olurlar). Ölümün əsas səbəbləri: sepsis, mədə-bağırsaq qanaxmaları, su-elektrolit balansının kəskin pozulması.

Yuxarıda göstərilən toksik-allergik reaksiyaların ağır formalarından başqa, dermatoloqun təcrübəsində çox vaxt dərmanların qəbulu ilə meydana gələn digər dəri reaksiyaları müşahidə edilir ki, onlar daha yüngül klinik gedişata malik olurlar: məsələn, çoxformalı ekssudativ eritemanın yayılmış və fiksə olunmuş forması.



Şək.26.1. Çoxformalı ekssudativ eritemadan səpgilərin tipik lokalizasiyası

Fiksə olunmuş formada ağzın, cinsiyyət orqanlarının selikli qişası, perianal nahiyə zədələnir. Residivlər adətən keçmiş səpgilərin yerində əmələ gəlir. Qovuqlar sahəsində iltihabi proses olmaya da bilər. Residivlər üçün mövsümlilik səciyyəvi deyildir.

Yayılmış forma üçün ümumi əlamətlər (adətən temperatur reaksiyası) və dəri örtüyünün digər sahələrində zədələnmə ocaqlarının yaranması xarakterikdir. Xəstəliyin residivlərinin qarşısının alınması məqsədilə allergeni aşkar etmək və gələcəkdə xəstənin həmin provokasiya amili ilə təmasda olmaması üçün tövsiyələr vermək lazımdır.

Histopatologiya

Epidermisin aşağı qatlarında vakuol degene-

rasiyası, epidermal hüceyrələrin nekrozu, akantoliz olmadan bazalüstü və subepidermal qovuqlar müşahidə olunur. Damarlar ətrafında və bazal membran sahəsində limfohistiositar infiltrasiya, eritrositlərin ekstrasvaziyası nəzərə çarpar.

Diaqnoz

Kəskin başlanğıc, intoksikasiya əlamətləri, polimorfizm və göyümtül-qırmızı (tünd-çəhrayı) rəngli simmetrik səpgilərlə fərqlənir. Residivlərin davam etmə müddəti adətən 3-4 həftə təşkil edir. Residivlərin mövsümliliyi xəstəliyin infeksiyon-allergik formasında müşahidə olunur. Vezikula və qovuqların olması ilə nəzərə çarpan dermatozun yüngül gedişində Nikolski simptomu mənfidir.

Differensial diaqnoz

Vulqar pemfiqus (eritemanın, papulaların olmaması, müsbət Nikolski simptomu, eroziyalardan götürülmüş yaxma-kəsiklərdə akantolitik hüceyrələrin aşkar edilməsi).

Dürinq dermatozu (elementlərin herpetiform yerləşməsi, yoda qarşı həssaslıq, xəstələrdə DDS-nin qəbulu zamanı meydana çıxan təsir).

Xronik miqrasiya edən Afselius-Lipşüts eriteması (Laym-borreliozunun dəri əlamətləri). Gənənin yapıdığı yerdə göyümtül-qırmızı ləkə əmələ gəlir ki, onun mərkəzində hemorragik qartmaq vardır, onlar böyüyərək uşaq ovucu böyüklüyündə və daha iri ölçüyə malik (1-ci mərhələ) halqaya çevrilir. Bir neçə həftədən sonra spiroxetlərin disseminasiyası nəticəsində ürək və nevroloji simptomatika (2-ci mərhələ) təzahür edir. Gənənin dişləməsindən 1 il və daha çox sonra (3-cü mərhələ) ağırlaşmalar inkişaf edir: dərinin xronik atrofik akrodermatit şəklində zədələnməsi, oynaqlarda, ürəkdə, MSS-də, periferik sinir sistemində ağır dəyişikliklər.

Diaqnozu qoyduqda həmçinin dərman toksidermiyalarını, infeksiyon ekzantemaları (skarlatina, qızılca, məxmərək), dermatomiozit, termiki yanıqları, fototoksiki reaksiyalar, pörtülmüş dəri sindromunu yanıqlarda istisna etmək lazımdır.

Müalicə

Yüngül forma

Salisilatlar, histaminəleyhinə preparatlar (tavegil, fenkarol, pipolfen, suprastin, erolin, klaritin, dimedrol) təyin edilir. Həmçinin B1, B6, B12 vitaminləri, C, P vitaminləri, kalsium preparatları (qlükonat, panqamat) inyeksiyaları əzələ daxilinə kurs müalicə kimi təyin olunur.

Orta-ağır forma

Prednizolon sutkada 30-60 mq dozada 5-7 gün ərzində və sonradan azaldılmaqla 2-4 həftə ərzində təyin olunur. Etakridin laktat 0,05 q dozada gündə 3 dəfə 10-20 gün ərzində işlədilir. Dekaris 2 gün 150 mq dozada, sonradan 5 gün fasilə verməklə təkrarlanaraq 2 ay müddətində təyin olunur. Lazım gəldikdə antibiotiklərin həssaslığı nəzərə alınmaqla və baş verən xəstəliyin bakterial infeksiya ocaqları ilə əlaqəsi müəyyən edildikdə işlədilir. Asiklovir qrupu preparatlarını herpes infeksiyası ilə bağlı olan xəstəliklərin kəskinləşmələri zamanı təyin edirlər.

Stivens-Conson sindromu

Prednizolonun başlanğıc dozası 60-80 mq götürülür. Hemodez (poliqlükün) 200-400 ml olmaqla №3-5 damcı üsulu ilə venadaxilinə, natrium tiosulfatın 30%-li məhlulu 10,0 ml dozada №6-8 venadaxilinə hər gün, histaminəleyhinə preparatlar işlədilir.

Layella sindromu

Xəstələrin müalicəsi yanıq şöbəsində və ya reanimasiya şöbəsində həyata keçirilir. Xəstəliyin başlanğıc mərhələlərində venadaxilinə damcı üsulu ilə böyük dozada kortikosteroidlər təyin olunur: suyun və elektrolit pozğunluqlarının korreksiyası məqsədilə aktiv infuzion terapiya aparılır. Aspirasion pnevmoniyanın, sepsisin və digər infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası üzrə tədbirlərin aparılması vacibdir. Dərinin nekroza uğramış sahələrini kənar edirlər.

Yerli müalicə

Zədələnmə yerlərinə fukorsin, 5%-li dermatol məlhəmi, kombinə olunmuş kortikosteroidlər (krem, aerezollar) sürtülür. Ağız boşluğu 1:8000 nisbətində kalium permanqanat, 2%-li bor turşusu məhlulu, soda, tanin, çaytikanı dəmləməsi, durulaşdırılmış kalendula, propolis cövhəri ilə yaxalanır. Eroziyalara A vitaminin yağlı məhlulu, «Solko» dental məcunu çəkilir və sonra helium-neon lazeri ilə təsir göstərilir. Zədələnməmiş dodaqlara antibiotik tərkibli, kombinə olunmuş kortikosteroid preparatları sürtülür.

Residivlərin profilaktikası

Xəstəlik infeksiyon-allergik təbiətli olduqda infeksiya ocaqlarının sanasiyası, yanaşı gedən xəstəliklərin müalicəsi həyata keçirilir. Orqanizmin qeyri-spesifik rezistentliyini artıran vasitələr təyin olunur: immunqlobulin, vitaminlər, biostimulyatorlar, autohemoterapiya, stafilokokk anatoksini, ümumi UBS, orqanizmin möhkəmləndirilməsi. Çoxformalı eritemanın toksik-allergik formasında allergeni və ya pasiyentdə reaksiya törədən dərman vasitələrinin qrupunu müəyyən etmək vacibdir (allerqoloqun məsləhəti). Xəstəyə həmin dərman vasitəsinin təkrar işlədilməsinin təhlükəli olmasını mütləq izah etmək lazımdır. Bu dərman vasitələri haqqında məlumatlar xəstənin şəxsi kartasında götürilməlidir.

XXVII FƏSİL. GƏNƏ BORRELİOZU (laym-borrelioz) Dərinin spiroxetlərlə törənən bakterial infeksiyaları

Borrelioz (Borrelios) sin. Laym, Laym-borrelioz, dəri borreliozu – xroniki, təbii-ocaqqlı, multisistemli, bakterial infeksiyadır, dərinin, sinir, ürək-damar sisteminin, daq-q-hərəkət aparatının, qara ciyərin, gözün və s.-nin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur.

Epidemiologiya

- Borrelioz – bioloji ötürücülərin iştirakı ilə törədiciyin transmissiv (vektorlu) ötürülmə mexanizmlili antropozoonozudur
- Gənələrin ilin isti vaxtında aktivliyi səbəbindən xəstəliyin yaz-yay və yay-payız dövüründə mövsümi xarakteri nəzərə çarpır
- İnfeksiya mənbəyi: siçanabənzər gəmiricilər (çöl siçanı, dağsiçanı) – gənənin inkişafının erkən fazasında preimaqo- qidalandırıcılar; cütdırnaqlı heyvanlar (sığın, maral, kənd təsərrüfatı heyvanları) imaqo qidalandırıcılar; quşların və itlərin epidemioloji zəncirdə müəyyən əhəmiyyəti var
- Xəstəliyin ötürücüləri – mülayim iqlim qurşağının meşəliklərində geniş yayılmış *Ixodes* növündən olan gənələrdir. Xəstəliyin arealı gənə ensefalitinin arealına yaxındır. Gənələr törədiciyi ömürlərinin sonuna kimi saxlayır və nəsilədən-nəslə ötürə bilər
- Yoluxma, adətən meşə və meşə-parklara gedən zaman, eləcə də bağ-bostanlı sahələrdə baş verir
- İnfeksiyanın ötürülmə yolları – transmissiv, yoluxmuş gənənin dişləyərkən tüpürcəklə, bəzən qaşınma zamanı gənələrin fekalı ilə spesifik inokulyasiy ilə infeksiyanın alimentar (termiki işlənilməmiş süd məhsullarının qidada istifadə edilməsi) və bəndaxili ötürülməsi
- Gənənin yapışması və sorması orta hesabla bir neçə saatdan bir sutkayadək davam edir, tüpürcəkdə anesteziyaedici maddə olması səbəbindən çox vaxt bilinmir
- İnfeksiyanın törədici daşıyıcısından və ya Laym xəstəlikli xəstədən sağlam adama ötürülməsi qeyd olunmamışdır
- İnsanların borreliyalara meylliliyi yüksəkdir. Davamlı immunitet formalaşmış, xəstələnmiş şəxslər təkrarən yoluxa bilər. Laym xəstəliyi zamanı xəstələnmiş şəxslərin və ya onun törədiciyinin daşıyıcılarının təkrar yoluxmasının qarşısını alan infeksiyon immunitet formalaşır
- Inkubasiya dövrü – 3 gündən 3 aya qədər, orta hesabla 3 həftə

Etiopatogenezi. Törədici – *Borrelia* növündən olan spiroxetlər –

B.burgdorferi – mikroerofil, qram mənfi bakteriyalar, anilin boyası ilə asan boyanır və bununla morfoloji oxşar olan *treponem*lərdən fərqlənir. Bütün *Borrelia burgdorferi* *sensu lato* kompleksindən insan üçün üç tip patogendir: *B.burgdorferi*, *B.afzelli*, *B.garinii*. Borreliozlu xəstələrdə xəstəliyin klinik əlamətlərinin fərqi borrelilərin üç tipinin müxtəlif antigen strukturları ilə izah edilir. Hesab edilir ki, *B.burgdorferi* artritlər, *B.afzelli* sinir sisteminin və *B.garinii* dəri örtüyünün zədələnməsi ilə daha çox assosiasiya olunur. Gənənin dişlədiyi yerdə borrelialar çoxalır və təzahürlər (miqrasiya edən eritema, bəzən limfositoma) yaratmaqla dəridə yayılır. Gənə dişlədikdən 4-5 həftə sonra



Şək.27.1. Borrelioz (Ixodes növündən olan gənə-xəstəliyin ötürücüsü)

dəri çəpəri əldə edir, borrelilər qan və limfatik damarlarla yoluxmuş orqanizmdə yayılaraq (borrelioz septisemiya) müxtəlif orqan və sistemlərini zədələyir, sinir ucları və sinir kəməfləri üzrə yayılaraq periferik sinir sistemini zədələyir, hematoensefalitik xətdən keçərək mərkəzi sinir sistemini zədələyir. Borrelioz septisemiyaları zamanı xəstənin orqanizminin borrelilərə qarşı reaktivliyi dəyişir. Toxumalar onların daxil olmasına qarşı reaktiv proliferatlarla cavab verir və spontan repress edərək sonradan residivləşmə xüsusiyyəti kəsb edir. Laym xəstəliyinin sonrakı gedişi borrelilərin persistentliyi və xəstənin orqanizminin borrelilərə qarşı reaktivliyinin yeni dəyişiklikləri ilə əlaqəlidir. Onun toxumaları persistensiya edən borrelilərin aktivliyinə qarşı destruksiya və atrofiya ilə nəticələnən (xroniki atrofik akrodermatit) Artyus fenomeni tipi üzrə reaksiya ilə cavab verir. Yoluxmadan 3-4 həftə (IgM) və 4-6 həftə (IgG) sonra antitellər əmələ gəlməklə immun cavab qeyd olunur.

Borreliozun gedişində inkubasiya dövründən sonra aşağıdakı klinik əlamətlərlə xarakterizə olunan 3 mərhələ

ayrıl edilir:

I mərhələ - orta hesabla 4-5 həftədən 1 ilə qədər davam edir.

II mərhələ - orta hesabla 6 aydan 12 aya kimi davam edir, borrelioz septisemiya ilə əsaslanır, residiv gedişlə xarakterizə olunur.

III mərhələ - qeyri-müəyyən uzun müddət davam edir, bir neçə aydan 10 ilə və daha çox davam edir, borrelinin persistensiya etməsi ilə assosiasiya olunur və geri dönməyən dəyişikliklərlə xarakterizə olunur.

Dəri təzahürləri borreliozun bütün mərhələlərində, çox vaxt

I mərhələdə - miqrasiya edən eritema, II mərhələdə - limfositoma, III mərhələdə - xroniki atrofik akrodermatit şəklində qeyd edilir.

Miqrasiya edən eritema sin. Afzelius-Lipsüştün xroniki miqrasiya edən eriteması (Erythema migrans sin. erythema chronicum migrans Afzelius - Lipschiitz).

Lokalizasiya – bədənin istənilən nahiyəsində, ən çox aşağı ətraflarda, uşaqlarda – çox vaxt baş və boyunda.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – gənə dişləyən yerdə qırmızı rəngli, 4 sm diametrlə ləkə, tədricən böyüyərək 15-20 sm və daha böyük həddə çatır. Ləkə müxtəlif formada ola bilər

- homogen, mərkəzi sağalmayan, dəqiq məhdudiyətli element;
- mərkəzi sağalmış və kənarında bir neçə mm-dən 1-2 sm-ə qədər zolaq olan halqavari elementlərdir və bəzən üzdən, bədəndən, xəstənin ətraflarından keçərək partlaya bilər;

- mərkəzi sağalmış göy qurşağı formalı, halqavari elementlər

İstənilən klinik variantda ləkənin mərkəzində nöqtəvari qırmızımtıl ləkə - gənə



Şək.27.2.Borrelioz (I mərhələ - miqrasiya edən eritema)



Şək.27.2.Borrelioz (II mərhələ – limfositoma)

dişləyən yer müşahidə olunur. Bir və ya bir neçə ay ərzində ləkə iz buraxmadan sağalır. Adətən subyektiv hissiyyatlar olmur. Regionar və generalizə olunmuş limfadenopatiya xarakterikdir. Miqrasiya edən eritemadan əvvəl və ya onunla birlikdə baş ağrısı, ürək bulanma, halsızlıq, qızdırıb-titrətmə və s. sistem simptomlar ola bilər, onlar borrelinin parçalanması nəticəsində intoksikasiya əlamətlərindən asılıdır.

Limfositoma (Lymphocytoma) sin. Şpiqler-Fendtin xoşxassəli dəri limfoplaziyası, Befversedtin xoş xassəli limfadenozu, limforetikulositoma.

Lokalizasiya – qulaq seyvanının sırğalığı, süd vəzisinin məməciyi və areolu, xayalıq.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – düyün (az hallarda papula, lövhəcik), çox vaxt tək, bənövşəyi-qırmızı rəngli, 0,5-2 sm ölçüdə, xəmirəbənzər konsistensiyalı, hamar səthli, ağrısız, kəskin sərhədli və ətrafdakı dəridən yüksəlmiş olur. Düyün xoralaşmır, çapıq əmələ gəlmədən spontan repress mümkündür. Xəstəlik, adətən dalğavari, bir neçə aydan 2-3 ilə qədər davam edir, limfatik düyünlərin böyüməsi ilə müşayiət olunmur.

Xroniki atrofik akrodermatit (Acrodermatitis atrophica chronicum) sin. Pospelovun progressiv idiopatik dəri atrofiyası, Pikin eritromeliyası. Xəstəlik gizli, ümumi vəziyyət pozulmadan inkişaf edir.

Lokalizasiya - əlin arxa səthi, ayaq, dirsək, diz, bazuönü və baldırın açıcı səthi. Proses asimmetrik başlaya bilər, lakin sonra simmetrikləşir. Barmaqların son falanqaları, ovuc, ayağın altı, adətən zədələnmir.

Səpgi elementləri və onların təkamülü – göyümtül-qırmızı rəngli ləkələr (ləkə),

qeyri-dəqiq sərhədli ödemli, hamar səthli, ölçüləri tədricən artaraq və distal sahədən proksimala doğru, bədən və üz də daxil edilməklə yayılan, arabir sancma ilə müşayiət olunaraq ləkə nahiyəsində teleangiektaziyalar qeydə alınır. Bir neçə aydan sonra sağalma prosesində iltihab azalır və tədricən, altında venoz şəkilli dəri atrofiyası yaranır. Dəri nazikləşir, ağımtıl rəng alır, asanlıqla büzüşür, azacıq qabıqlanır, papiros kağızını xatırladır – Pospelov simptomu. Atrofiya ilə yanaşı bərk dairəvi ocaqlar və ya göyümtül-qırmızı, normal dəri rəngində xətti bağlar, adətən dirsək və qamış sümüyü



Şək.27.3. Borrelioz (III mərhələ-atrofik xroniki akrodermatit)

(pseudosklerodermiya) boyunca yayılır, ləkəli və ya diffuz hiperpigmentasiya depigmentasiya sahələri ilə əvəz olunur. Çox vaxt taxta bərkliyində tək-tək miqdardan çox miqdara qədər, 0,5-3 sm ölçüdə, yastı və ya yarımşar şəkilli formada, daha çox diz və dirsək oynaq-larında lokalizə olan oynaqətrafi düyünlük tipli fibroz düyünlər əmələ gəlir. Palpasiya zamanı dəri soyuq olur, piy və tər ifrazı azalır, tüklər tökülür. Turqorluq və elastiklik kəskin azalır, dəri asanlıqla büküşləyə yığılır, sonradan çox asta hamarlanır. Subyektiv – paresteziya, azacıq qaşınma olur.



Şək.27.4. Borrelioz (III mərhələ-atrofik xroniki akrodermatit, fibroz düyünlər)

Borreliozun diaqnozu anamnezə, xəstəliyin klinik və patomorfoloji şəklinə, İFA (B.burgdorferi-yə qarşı İgM- və İgG – antitellərinin təyin edilməsi), immunblotinq nəticələrinə əsasən qoyulur. PZR biopsiya materiallarında, qanda, sinovial mayədə B.burgdorferi DNT-ni identifikasiya etməyə imkan verir.

XXVIII FƏSİL. QOVUQLU DERMATOZLAR

Vulqar pemfiqus
Vegetasiyaedici pemfiqus
Yarpaqşəkili pemfiqus
Braziliya pemfiqusu
Eritematoz pemfiqus
Paraneoplastik pemfiqus
Xronik anadangəlmə ailəvi pemfiqus
Herpesformalı Dyüinq dermatozu
Bullyoz pemfiqoid
Çapıqlaşan pemfiqoid

Qovuqlu dermatozlar qrupundan olan qazanılmış və spontan sağalmayan xəstəliklər ilk öncə qovuqların yaranmasına səbəb olan və epidermisin strukturunun tamlığını pozan akantolitik dəyişikliklərlə səciyyələnir ki, bu da artıq mövcud olan desmosomal hüceyrəarası birləşmələrin dağılması və yenilərinin əmələ gəlməsinin dəf edilməsi nəticəsində baş verir. Belə xəstəliklərdə epidermisin akantolitik hüceyrələri qovuğun əsasında sitoloji yolla aşkar edilə bilər (Tsank-testi) və diaqnostik əhəmiyyət daşıya bilərlər. Autoantitellər akantolizə cavabdehirlər, onlar epidermis hüceyrələrinin səthində adhezion proteinlərə qarşı yönəlmişlər və bununla da həmin hüceyrələrin dərinin səthinə doğru hərəkəti zamanı əlaqəyə girmək qabiliyyətinə mane olurlar. Belə antiepitelial anticisimlər (pemfiqus əksisimləri) qovuq dermatozlarında epidermisin hüceyrəarası maddəsində (qovuqlar və qovuqların kənar zonası) qeyri-düzgün immunflüoressensiya metodu ilə aşkar edilə bilərlər, həmçinin xəstənin qan zərdabında dolaylı immunflüoressensiya metodu ilə bir neçə dəfə təsdiq edilə bilər.

Qovuqlu dermatozlar qrupuna aşağıdakı xəstəliklər aiddir: vulqar pemfiqus, vegetasiyaedici pemfiqus, yarpaqşəkili pemfiqus, braziliya pemfiqusu, eritematoz pemfiqusu, paraneoplastik pemfiqus, xronik xoşxassəli ailəvi pemfiqus, Qrover xəstəliyi.

VULQAR PEMFİQUS

Vulqar pemfiqus – əsasən xronik xəstəlik olub dəridə və selikli qişalarda səpgilər qovuqların əmələ gəlməsi ilə müşahidə edilir. Əgər o, müalicə olunmazsa, xəstəlik ölümlə nəticələnə bilər. Pemfiqus anticisimcikləri əsasən adheziya proteinlərinə qarşı yönəlmişlər, xəstənin qan zərdabında və dərinin zədələnmiş sahələrində aşkar edilirlər.

Xəstəlik geniş yayılmamış və xəstənin cinsi mənsubiyyətindən asılı deyildir. Çox vaxt 30-60 yaşlarda olan şəxslər xəstələnirlər, lakin xəstəlik həmçinin uşaq və ahıl yaşlarda da baş verə bilər. Yəhudi millətindən olan şəxslərdə vulqar pemfiqus digər etnik qruplara nisbətən daha çox qeyd olunur. Seroloji HLA-əlaməti ilə DR4 və ya DR4/DRw6 arasında sıx assosiasiya vardır.

Etiopatogenez

Etiologiyası məlum deyildir. Xəstəlik spontan və ya UB, rentgen şüalanması, ya nıqlar zamanı meydana çıxır. Az hallarda digər autoimmun xəstəliklərlə, məsələn,

qravis miasteniyası, timoma və ya pernisiöz anemiya ilə kombinasiyada baş verir. Autoimmun reaksiyalara meyilli olduqda vulqar pemfiqus dərman maddələrinin qəbulu ilə törədilə bilər. Onlara tərkibində sulfhidril qrupları olan dərman vasitələri, məsələn D-penisillamin, kaptopril və piritinol, həmçinin tuberkulostatiklər, propranolol, fenilbutazon, ibuprofen və indometasin aiddir.

Vulqar pemfiqus zamanı autoimmun reaksiya epidermal qlükoprotein desmoqlein-3-ə qarşı yönəldilmişdir ki, o da kadqerinlər qrupuna aiddir. Bunlar kalsiumu birləşdirən transmembran adhezion molekullar desmosomların daxilində və keratinositlərin səthində rast gəlinir. Vulqar pemfiqusun antigeni desmoqlein-3 molekulu kütləsi 130 kD-yə bərabərdir və plakoqlobinlə molekulu kütləsi 85 kD olan daha bir desmosomal adhezion proteinlə birləşmişdir.

Desmoqlein-3-ün ekstrasellulyar adhezion domenlərində qan zərdabında pemfiqus anticisimlərinin fiksə olunması epidermisin qonşu hüceyrələri arasında əlaqənin pozulmasına və akantolitik yarıqların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Akantolizdə komplementar amillərin, plazminogenin aktivatorlarının və ya iltihab mediatorlarının iştirak etməsi məsələsi diskussiya olunur.

Müşahidələr göstərmişdir ki, pemfiqus anticisimləri patogenetik cəhətdən fəaldırlar. Bu, aşağıdakı faktlarla təsdiq edilir:

- xəstələrin əksəriyyətində xəstəliyin intensivliyi qan zərdabında pemfiqus anticisimlərinin titrinin yüksəlməsi ilə korrelyasiya edir (hətta gec müddətdə);
- vulqar pemfiqus ilə xəstə analardan doğulan körpələrin dərisində pemfiqus üçün səciyyəvi dəyişiklikləri ola bilər, onlar yalnız anadan cift vasitəsilə ötürülən IgG-əksisimlər dağıldıqdan sonra keçirlər;
- IgG sinfi pemfiqus anticisimləri epidermisin hüceyrə kulturasında hüceyrəarası əlaqələrin pozulmasına, komplementar sistem və ya iltihabı törədən hüceyrələr olmadan akantolitik yarığın əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər;

Klinik şəkil

Xəstəlik nəzərə çarpmadan və çox vaxt heç bir səbəb olmadan başlayır. Dərinin hər hansı nahiyəsində, çox vaxt göbək nahiyəsində şəffaf, kövşək, seroz möhtəviyyatla dolu qovuqlar əmələ gəlir ki, onlar da tezliklə dəşilir və yerində qızartı və eroziyalar yaranır. Onlar qartmaqla örtülür və qovuqların kənarı da yerini dəyişməkdə davam edir. Bir ocağın həddlərində yeni qovuqlar əmələ gələ bilər. Qovuqların möhtəviyyatı hemorragik xarakterli deyildir. Təqribən 50% hallarda xəstəlik ağız boşluğundan başlayır. Burada zərif qovuqlar maserasiya nəticəsində sürətlə partlayırlar, ona görə də klinik gedişində ağırlı eroziyalar üstünlük təşkil edir. Gözlər də zədələnmə bilər (xronik konyunktivit, çapıqlaşmayan xronik blefarit).

Xəstəliyin gedişində dərinin intertrinqnoz sahələri (qoltuqaltı çuxurlar, submammar sahələr, qasıq nahiyəsi), sonra isə bütün dəri zədələnmə bilər. Ən çox rast gəlinən lokalizasiyalı sahələr yoxdur. Hər yerdə klinik sağlam dəridə müxtəlif ölçülü kövşək, içərisində şəffaf-seroz və ya ağımtıl-tutqun möhtəviyyat olan qovuqlar inkişaf edir. Qovuqlar iltihabi haşiyə ilə örtülə bilər. Qovuqların nazik qatı tezliklə partlayır, yerində eroziyalı səthlər əmələ gəlir. Bu mərhələdə xəstəlik dərinin böyük sahələrini örtən geniş eroziyalarla səciyyələnir. Əgər o, ikincili infeksiyalaşmayıbsa, eroziyalar yerində iz qoymadan

sağala bilərlər, lakin köhnə nahiyələrdə və ya dərinin yeni sahələrində qovuqların inkişafı davam edir. Yeni qovuqların əmələ gəlməsi üstünlük təşkil edir, ona görə də dərinin daha geniş sahələri eroziyalarla zədələnir və qartmaqlarla örtülür.

Əgər sağlam dərinin qovuğun yanında kənara itələməklə, sürtməklə bərk sıxsaq, onda epidermisin yuxarı qatları yerdəyişə bilər (Nikolski fenomeni I). Bu əlamət onu müəyyən etməyə imkan verir ki, akantoliz nəticəsində epidermal hüceyrələrin birləşmələri zəifləmişdir. Əgər qovuğa təsir etsək görərik ki, onun möhtəviyyəti geriyyə və arxaya doğru yerini dəyişir (Nikolski fenomeni II). Remissiya anlarında hər iki fenomen müşahidə olunmur.

Xəstələrin əksəriyyətində qaşınma olur. Eroziyalar ağırlıdır, çatlaya, qanaya və qartmaqla örtülə bilərlər, həmçinin ikincili infeksiya prosesə qoşula bilər. Xüsusilə ağızda olan gec sağalan eroziyalar daha ağırlıdır ki, nəticədə qida qəbulu çətinləşir. Ən çox sevilən lokalizasiya yeri yoxdur, belə ki, söhbət elə xəstəlikdən gedir ki, onda dərinin istənilən sahəsi qovuqların yaranmasına meyllidir. Nikolski fenomenindən görüldüyü kimi, mexaniki amillər, şübhəsiz, qovuqların lokalizasiya yerini müəyyən edirlər. Məhz buna görə də, qovuqların ən çox rast gəldiyi yerlər qasıq nahiyəsi, sağrılar sahəsi, bel və döş vəzilərinin altındakı sahələr sayılır.

Xəstəliyin gedişini əvvəlcədən söyləmək mümkün deyildir. Bir neçə illər ərzində dərinin və ya selikli qişaların eyni sahələrində ayrı-ayrı qovuqlar əmələ gələ bilər. Dəri və selikli qişalarda qovuqların təkanvari meydana çıxması qəflətən baş verir və bir neçə həftədən sonra yenidən repressiya edir. Müalicə aparılmadıqda 1-3 ildən sonra xəstəlik ölümə nəticələnə bilər. Bir çox hallarda ağız boşluğunun selikli qişası zədələndiyi üçün qida qəbulu da çətinləşir və xəstənin güclü fiziki iztirablarına səbəb olur. Burnun selikli qişasının, konyunktivanın və anal dəliyin prosesə qoşulması da həmçinin ağrı hissiyyəti yaradır. Köhnə qovuqlarda və eroziyalardan götürülmüş yaxmalarda bakteriyaların sayı dəfələrlə artır, ona görə də istənilən an ikincili infeksiyanın qoşulması mümkündür.

Əgər vulqar pemfiqus uzun müddət davam edərək ağır keçirsə, onda bir qayda olaraq, xəstənin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi, iştahanın azalması və arıqlaması üzündən xeyli pozulur. Bədən temperaturu yüksək ola bilər, yekun mərhələ üçün temperaturun kəskin artması (sepsisdə olduğu kimi) səciyyəvidir. Ölüm kəskin gediş zamanı bir neçə aydan sonra, dəyişən gedişdə bir neçə ildən sonra ikincili ağırlaşmaların nəticəsində (sepsis, bronxopnevmoniya, kaxeksiya) baş verir. Çox vaxt belə təəssürat yaranır ki, xəstənin ölümünün səbəbi dəri əlamətləri deyildir. Bundan başqa autopsiya yalnız qeyri-spesifik dəyişiklikləri göstərir və bunlar da ona dəlalət edir ki, ölüm daha çox maddələr mübadiləsinin pozulması zamanı yaranan dəyişikliklər nəticəsində (nəinki xəstəliyin üzvi dəyişiklikləri nəticəsində) baş verir.

Proqnozu ehtiyatla vermək lazımdır. Əgər xəstələr müalicə məqsədilə uzun müddət yüksək dozada qlükokortikoidlər və sitostatiklər qəbul etmişlərsə, onların əlavə təsirlərinin olacağını gözləmək lazımdır.

Laborator məlumatlar

Pemfiqusun diaqnostikasında bu göstəricilər elə bir əhəmiyyət kəsb etmirlər. Xəstəlik şiddətləndikdə EÇS artır, ikincili hipoxrom anemiya, sola dəyişməklə orta dərəcəli leykositoz, bəzən eozinofiliya nəzərə çarpır. İkincili olaraq hipo- və disproteinemiya

(alfa-, beta- və xüsusilə də qamma-qlobulinlər artdıqda albuminin miqdarının azalması), həmçinin elektrolitlərin miqdarının dəyişilməsi (qan zərdabında natriumun, xloridin və kalsiumun azalması) baş verir.

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitoloji müayinəsi

1947-ci ildə Tsank tərəfindən təsvir olunmuş təzə qovuğun dibindən götürülmüş akantolitik pemfiqus hüceyrələri vulqar pemfiqus üçün səciyyəvi və hətta spesifikdir. Təzə qovuğu ehtiyatla deşdikdən sonra onun dibindən platin ilgək və skalpel vasitəsilə toxuma materialı götürülür, qanın müayinəsində olduğu kimi əşya şüşəsinin üzərinə yerləşdirilir və rənglənilir (May-Qryunvald-Gimza üzrə boyama). Bu zaman leykositlər və ya bakteriyalar, sərbəst yerləşmiş epidermal hüceyrələr kompleksi ilə yanaşı, az miqdarda və ya hüceyrəarası əlaqələri olmayan akantolitik epidermal hüceyrələr (Tsank hüceyrələri) müşahidə edilir. Bazofil struktursuz nüvənin ətrafında perinuklear şəffaf zona yerləşir ki, o da bazofil RNT (-) tərkibli sitoplazmanın qalınlaşması ilə nəzərə çarpır. Tsank testi ilk diaqnozun qoyulması zamanı əhəmiyyət daşıyır, lakin o, histoloji müayinəni əvəz etmir.

Histopatologiya

Epidermisin aşağı qatlarında cüzi hüceyrəarası ödem və tamlığı pozulmuş suprabazal akantolitik dəyişikliklər və qovuqlar səciyyəvidir. Bunun yaranmasının əsasında hüceyrəarası sahədə qonşu epidermal hüceyrələrin çıxıntıları arasında desmosomlar formasında mövcud olan əlaqələrin zəifləməsi durur bu da epidermadaxili çatlara və qovuqlara səbəb olur. Elektron mikroskopiyası müayinələri göstərmişdir ki, qovuqların yanında yerləşmiş və ilk baxışda klinik normal dəridə epidermal hüceyrələr arasında desmosomal əlaqələrin yaranması patoloji olaraq zəifləmişdir. Daha köhnə qovuqlarda çoxlu neytrofil və eozinofil leykositlər vardır, onlar da epidermisin nekrobiotik hüceyrələrini faqositoza uğrada bilir. Yuxarı buynuz təbəqədə baş verən dəyişikliklər səciyyəvi deyildir və cüzi iltihabi şəkli (çox vaxt eozinofil leykositlərin iştirakı ilə) xatırladır. Daha gec mərhələlərdə xəstəliyin klinik şəklində qeyri-spesifik iltihabi proseslər dominantlıq edir.

İmmunoloji müayinələr

Düz immunflüoressensiya metodunun köməyi ilə epidermal hüceyrələr arasında qovuq daxilində və onun kənar zonasında immunqlobulinlərin (IgG, IgA) torşəkilli törəmələri, komplementin parçalanma məhsulları (C1q, C4, C3) aşkar edilir, onlar da epidermisin bütün qatlarında çatlarda əmələ gəlmə səviyyəsindən asılı olmayaraq müəyyən edilir. Anticisimlər əsasən IgG4 sinfinə, selikli qışa nahiyəsində isə IgA sinfinə aiddir.

Yalnız selikli qışalar zədələndikdə pemfiqus–test kimi zədələnməmiş dərinin (məsələn, sağrı nahiyəsindən) düz immunflüoressensiyası artıq müsbətdir, bu isə diaqnozun erkən qoyulmasına imkan verir. Demək olar ki, bütün xəstələrdə xəstəliyin kəskin mərhələsində qan zərdabında autoantitellərin olması dolayı immunflüoressensiya metodu ilə təsdiq edilir. Dolayı immunflüoressensiya üçün antigenin ən münasib substratı meymunların qida borusunun kriostatik kəsikləri sayılır; burada pemfiqus anticisimləri səciyyəvi torşəkilli hüceyrəarası əlaqəni əmələ gətirirlər. Pemfiqus anticisimlərinin

müəyyən edilməsi çox vaxt xəstəliyin fəallaşması ilə korrelyasiya olur və xəstəliyin terapiyasına, gedişinə nəzarət məqsədilə istifadə olunur. Dərmanlarla induksiya olunan vulqar pemfiqusda autoantitellər qeyri-düzgün immunflüoressensiya zamanı xəstəliyin spontan formasında qeyd olunan eyni reaksiya ilə özünü biruzə verir.

Təqribən 1% hallarda qeyri-düzgün immunflüoressensiya zamanı pemfiqus anticisimlərinin olması qeyri-spesifikdir, əsasən vulqar pemfiqus ilə assosiasiya etmir. Pemfiqusabənzər anticisimlər geniş sahəli yanıqlar, Layella sindromu, hamilə qadınlarda miasteniyası və digər xəstəliklər zamanı ətraflı təsvir olunmuşdur. Onlar həmçinin A və B qan qruplarının antigenlərinin çarpaz aktivliyi nəticəsində də yarana bilərlər.

Differensial diaqnoz

Bullyoz pemfiqoid, herpesşəkili Dürinq dermatiti, bullyoz toksik ekzantema, çoxformalı eksudativ eritemanın bullyoz forması və gecikmiş dəri porfiriyası ilə differensial diaqnostikasını aparmaq lazımdır. Anamnez, ilkin qovuğun histoloji müayinələri, xəstəliyin gedişinə nəzarət həlledici rol oynayır. Ağız boşluğunun selikli qişasının dəyişikliklərini aftoz xəstəliklərdən, eroziv qırmızı qurdeşənəyi və eroziv qırmızı yastı dəmrovdan fərqləndirmək vacibdir.

Müalicə

Qlükokortikoidlərin və immunsupressiv preparatların tətbiqindən sonra xəstəliyin letal sonluğu xeyli azalmışdır. Həyati vacib məsələ olduğu üçün bu terapevtik vasitələrin məlum yanaşı təsirləri ilə razılaşmaq lazım gəlir. Pemfiqusun aşağıdakı müalicə taktikası özünü doğrultmuşdur – bu zaman müalicəni tez remissiya əldə etmək üçün qlükokortikoidlərin yüksək dozada təyin edilməsindən başlayırlar. Yayılmış pemfiqus zamanı başlanğıc doza prednizolon (dekortin) üçün 200-250 mq və ya digər qlükokortikoidlərin, məsələn prednizolon, metil-prednizolon (urbazan) və ya flyukortolon (ultralan) izodozaları, pemfiqusun orta-ağır formalarında 120-200 mq, yüngül formalarda 80-120mq dozada hər gün tam remissiya əldə edənə qədər təyin olunur. Bu müalicəni 4-6 həftə davam etdirir, sonra yüksək gündəlik dozalar get-gedə nisbətən tez azaldır və alınan nəticəni təmin edici dozanı seçərək remissiyanın saxlanmasını təmin edirlər. Bu, gün ərzində prednizolonun 5,0-15,0 mq ekvivalentdə qəbulu zamanı əldə olunur. Bu dozaları düzgün seçmədikdə yenidən residivlər baş verə bilər. Əgər təmin edici dozanı xəstə qeyri-müəyyən vaxtda yanaşı təsirlər olmadan qəbul edirsə, onda onun vəziyyəti xeyli yaxşılaşır. Təəssüf ki, bu, həmişə baş vermir. Əks halda yanaşı təsirlər, məsələn, şəkərli diabet, katarakta, mədə xorası, hipertoniya, tromboemboliya halları, osteoporoz, daxili orqanların vərəminin fəallaşması, kandidoz infeksiyaları və digər xəstəliklər meydana çıxa bilər.

Həmçinin immunsupressiv preparatlarla kombinasiyalar da tövsiyə olunur: azatioprin (imurek), əgər o, xəstəliyin başlanğıc mərhələsində gündəlik 100-200 mq dozada qlükokortikoidlərlə kombinasiyada təyin olunursa, morbostatik effekt göstərir. O, qlükokortikoidlərə qənaət etməyə imkan verə bilər və onların yanaşı təsirlərinin qarşısını almaqla letallığı azalda bilər. Bunu, əsasən uzunmüddətli müayinələr də təsdiq edir. Azatioprinin təsiri yalnız latent dövrdən bir neçə həftə sonra başlanır. Kortikosteroidlərin qəbulu dayandırıldıqdan sonra remissiya əldə edildikdə residivlərin profilaktikası məqsədilə azatioprinə tək də qəbul etmək olar. Siklofosfamid (endoksan gündə 50-100-150-200 mq),

metotreksat (25-30 mq venadaxilinə və ya peroral həftədə 1 dəfə), həmçinin siklosporin A (sandimmun gündə 1 kq bədən çəkisinə 2,5-5,0 mq) steroidlərin dozasını korreksiya etməyə kömək edə bilər (xüsusilə də o hallarda ki, xəstəlik steroidlərin yüksək dozalarda qəbulu sayəsində birinci remissiya mərhələsinə keçib).

Xəstəliyin çox ağır gedişində müvəffəqiyyətlə puls-terapiya tətbiq olunur: yüksək dozalarda qlükokortikoidlərin qısa müddətdə venadaxilinə yeridilməsi (100-150 mq deksametazon venadaxilinə ayda 3 gün ərzində) və siklofosfamid (500-1500 mq venadaxilinə hər 2-4 həftədən bir, sonralar daha uzun fasilə verməklə) ümumiliyyətlə 6 ay müddətində kiçik dozalarda siklofosfamidlə kombinasiyalarda fasilələrlə daxilə qəbul edilir. Bütün immunsupressiv preparatların qəbulu zamanı yanaşı təsirlərə nəzarət etmək lazımdır, onlara preparatların sümük iliynə, qaraciyərə və böyrəklərə toksiki təsiri, sterilliyi və teratogenliyi, infeksiyalara meylik; qlükokortikoidlərlə kombinasiyada və uzun müddət qəbul etdikdə – maliqnomanın inkişaf etməsi təhlükəsi mümkündür. Ona görə də, xəstənin terapevtlə birlikdə müalicə olunması tövsiyə edilir. Qlükokortikoidlərlə kombinasiyalı müalicə əzələdaxili və ya daxilə təyin olunan qızıl preparatları (aureotan, aureo-detoksin) xəstələrin təqribən 1/3 hissəsində çoxsaylı dəri və sisteml'r əlavə yanaşı təsirləri ilə ağırlaşır.

Əlavə tədbir kimi qan zərdabında autoantitellərin səviyyəsini azaltmaq məqsədilə böyük həcmdə plazmanı əvəz etməklə plazmaferez aparılır. Plazmaferez yüksək dozada qlükokortikoidlərlə və immunsupressiv vasitələrlə kombinasiya olunmalıdır. Belə bahalı və xəstəyə intensiv qulluq tələb edən müvafiq terapiya sürətlə inkişaf edən və yayılan vulqar pemfiqusla xəstə pasiyentlərə (hansı ki, ənənəvi terapiya nəticə vermir) təyin edilir.

İkincili bakterial və mikotik infeksiyalar müalicənin antibiotiklərlə və ya antimikotik preparatlarla aparılmasını, anemiya artıqda isə təkrar qan köçürülmələrinin aparılması tələb olunur. Mayenin kifayət qədər daxil olmasına, kalorili və zülalla zəngin qidanın və vitaminlərin qəbuluna (C vitamini, B vitaminlər kompleksi) fikir vermək lazımdır. Qlükokortikoidlərlə uzun müddətli terapiya zamanı orqanizmə lazımı həcmdə kaliumun daxil olmasına diqqət yetirmək lazımdır.

Yerli müalicə

Xəstənin vəziyyətinin sabitləşməsi və ya pisləşməsi dərinin və selikli qişaların xaricə təyin olunan müalicəsindən asılıdır. Xaricə təyin olunan tədbirlər yalnız vəziyyəti sabit saxlamağa xidmət edirlər, onlar ikincili infeksiyaların yaranmasına mane olmalı və elementlərin sağalmasına kömək etməlidirlər. Xarici qlükokortikoidlər o qədər də səmərəli deyildirlər. Antibiotikoqramma vasitəsilə bakterial və mikotik çirklənmənin səviyyəsi üzərində ciddi nəzarət aparılmalıdır. Eroziyaları müalicə etmək üçün Piolizin heli, Kalendula heli, Flamigel, Faqolin, Traumel hel, anilin boyaları tətbiq edilir, ağız boşluğunun selikli qişası nahiyəsində iltihabəleyhinə, antibakterial və anesteziyaedən mayelərdən- Vinsel-aerozol, Sanagel istifadə etməklə ağzın dəfələrlə qarqara edilməsi həyata keçirilir. Həmçinin marqans və detergentlər əlavə etməklə vannalar da faydalıdır.

VEGETASIYAEDİCİ PEMFİQUS

Vegetasiya edən pemfıqus – vulqar pemfıqusun xüsusi forması olub xəstələrdə məhdud papillomatoz törəmələrin yaranması və xəstəliyin nisbətən davamlı olması ilə səciyyələnir. Onun 2 tipi ayırd olunur: Noyman (Neumann) və Allopo (Hallopeau).

VEGETASIYAEDİCİ NOYMAN PEMFİQUSU

Bu xəstəlik vulqar pemfıqusu olan xəstələrdə özbaşına, yaxud da qlükokortikoidlərlə aparılan müalicə zamanı inkişaf edir. Adətən kövşək ağımtıl-tutqun qovuuqlarla başlayır onlar sürətlə partlayırlar. Lakin eroziv səthlərdə sağalma baş vermir, ancaq papillomatoz törəmələr (vegetasiyalar) inkişaf edir. Onlar xüsusilə intertriqinoz sahələrdə (dodaqların küncü, nazolabial qırışlar, vulva nahiyəsi və anal dəliyi, qoltuqaltı və perianal nahiyə) əmələ gələrək, maserasiya və mikrobların artıb çoxalması nəticəsində inkişaf edirlər. Çox vaxt ziyiləbənzər islanan və ya qartmaqla örtülmüş vegetasiyaların ətrafında kənarları boyunca qovuuqların qalıqları aşkar edilir. Səpgilər quruyaraq ağırlı çatları olan ziyiləbənzər hiperkeratotik dəyişikliklərin şəklini ala bilər. Qovuuqlar kəskin əmələ gəldikdə xəstəlik vulqar pemfıqusa keçə bilər. Xəstəliyin gedişi daha uzun müddətli və terapevtik baxımdan həddən artıq problemlidir.

Histopatologiya

Güclü akantoz və papillomatoz əlamətləri olan suprabazal akantolitik qovuuqlardır. Çox vaxt eozinofil leykositlərlə birgə intraepidermal mikroabseslər yaranır.

Diaqnoz və differensial diaqnoz

Diaqnostik meyarlar vulqar pemfıqusda olduğu kimidir.

İkincili sifilis zamanı səhv diaqnoz qoymaqdan çəkinmək lazımdır (enli kondilomalar). Sonra bullyoz pemfıqoidin vegetasiyaedici formasını, qara akantozu, həmçinin yodo- və bromodermanı yadda saxlamaq lazımdır.

VEGETASIYAEDİCİ ALLOPO TIPLİ PEMFİQUS

Proses əsasən intertriqinoz sahələrdə, xüsusilə də qoltuqaltı çuxurlarda, inqvinial və perioral nahiyələrdə, həmçinin dərinin digər sahələrində, məsələn başın tüklü hissəsində meydana çıxan xəstəlikdən gedir. İlk səpgilər kövşək qovuuq deyil, sarımtıl-irinli pustuladır. Partladıqdan sonra pustulanın dibində verrusiformalı papillomatoz proliferasiyalar əmələ gəlir və onlar islanaraq və pis iyi verirlər. Yeni pustulalar yarandıqda kənarlar səciyyəvi şəkildə böyüyür. İslanan vegetasiya güclü subyektiv hisslər (ağırlar) yaradaraq ikincili bakteriyalara, mikotik infeksiyalara (*Candida albicans*) meyli olurlar. Xəstəlik xronik gedişə malikdir, sonda vulqar pemfıqusa keçərək letal nəticələnə bilər.

Differensial diaqnoz

Differensial diaqnoz – Noyman tipli vegetasiya edən pemfıqusda olduğu kimidir. Həmçinin digər birincili pustulyoz və verrusformalı xəstəlikləri də yadda saxlamaq lazımdır.

Müalicə

Hər iki xəstəlikdə sistem müalicə vulqar pemfiqusda olduğu kimi aparılır. Hallopeau tipli vegetasiya edən pemfiqus zamanı sağalmağa güclü meyli olduğu üçün çox vaxt qlükokortikoidlərin orta dozada təyin edilməsi kifayətdir. Vegetasiyanı aradan qaldırmaq üçün cərrahi yolla kənar edilməsi, zəif rentgen şüaları və ya triamsinolonun kristallik suspenziyaları ilə aparılan inyeksiyalar tətbiq olunur. Bundan başqa, dezinfeksiya edici əlavələrlə birgə vannalar tətbiq olunur. Xaricə qlükokortikoidləri antimikotik və antibiotik əlavələrlə birgə zəif yağlılığı olan formalarda (daha yaxşısı losyonlar və ya kremlərdir) istifadə edirlər.

YARPAQŞƏKİLLİ PEMFİQUS

Söhbət prinsip etibarilə vulqar pemfiqusa çox yaxın olan xəstəlikdən gedir və bu zaman akantoliz nəticəsində intraepidermal tamlığın pozulması suprabazal deyil, Stratum spinosum-un yuxarı hissəsində və ya Stratum granulosum-da baş verir. Ona görə də, qovuşun örtüyü çox zərifdir və asanlıqla partlayır. Klinik olaraq xoşagəlməz iyli islanan, xəmirəbənzər qabıqlanma ön plana çıxır. Xəstəlik zamanı pemfiqus anticisimləri qan zərdabında, həmçinin zədələnmiş və zədələnməmiş dəridə düz və qeyri-düz immunflüorressensiya vasitəsilə aşkar edilir.

Xəstəliyə nisbətən nadir hallarda təsadüf edilir. Uşaqlar xəstələnmə bilirlər, lakin daha çox 30 yaşla 60 yaş arasında olan şəxslər xəstələnilir. Bu halda da əsas etibarilə proses yəhudi millətində daha çox təsadüf edilir.

Etiopatogenezi

Maraqlıdır ki, xəstəliyin provokasiya amillərinə günəş şüaları, maliqnomalar (timomalar) və ya dərman maddələri (D-penisillamin) aiddir. Yarpaqşəkilli pemfiqusla xəstələrin qan zərdabında autoantitellər spesifikliyə malikdirlər vulqar pemfiqusun antigenlərindən fərqli olaraq və desmosomal qlikoprotein desmoqləin-1 (molekul kütləsi 160 kD) ilə reaksiyaya girirlər, o, vulqar pemfiqusun anticisimləri kimi katedrinlər ailəsinə daxildir. Desmoqləin-1 plakoqləobinlə - molekul kütləsi 85 kD olan desmosomal proteinlə bağlıdır və vulqar pemfiqusun antigen kompleksinə aiddir. Yarpaqşəkilli pemfiqusun bu anticisimlərinin patogenetik əhəmiyyəti tədqiqatlarda sübut olunmuşdur, xüsusən yeni doğulmuş siçanlarda, onlardan tərkibində antitellər olan pasiyentlərə qan zərdabı yeridilir və epidermisdə eroziyalar, qovuşqlar inkişaf edir.

Klinik şəkil

Xəstəlik bədənin istənilən sahəsində, lakin daha çox başın tüklü hissəsində və üzdə əmələ gəlir. Burada tamamilə yastı yerləşən yumşaq qovuşqlar meydana çıxır, onlar dəşilir və sonralar xəmirəbənzər qabıqlanan qartmaqlara çevrilirlər. Belə ki, subkorneal akantoliz nəticəsində epiderminin ən yuxarı qatları müəyyən mənada öz möhtəviyyatında «üzürlər», buynuz qat əsas qatın üzərindən qabarır ki, bu da islanan yapışqanşəkilli eroziyaların yaranmasına gətirib çıxarır onlar da bakterial sekretin ifraz olunması nəticəsində pis iy verirlər. Getdikcə proses yayıldıqda ikincili eritrodermiyanın klinikası yarana bilər. Bu halda dərinin universal qızarması müşahidə olunur və o, yapışqanşəkilli müxtəlif ölçülü xəmirəbənzər qabıqlı törəmələrlə örtülür ki, onlar da intertrinqinoz

sahələrdə yumşalmış və qızarmış islanan sahələri xatırladır. Nikolski I fenomeni hər yerdə müsbətdir. İkincili infeksiya sepsisin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Ağız boşluğunun selikli qişasında kiçik səthi eroziyalar formasında baş verən dəyişikliklər kifayət qədər nadir hallarda rast gəlinir. İrinli ifrazatla birgə konyunktivitinin inkişaf etməsi mümkündür.

Xəstəlik çox vaxt xronik gedişlidir. Uşaqlarda xəstəlik birincili xronik gedişə keçməyə meyillidir, bəzən özbaşına remissiyalar da baş verir. Böyüklərdə adətən xəstəlik dalğavari xroniki gedişata malikdir. Bir neçə aydan, bəzən isə illərdən sonra müalicə olunmayan xəstələrdə tədricən artan kaxeksiya ümumi simptomlarla bərabər, məsələn, qızdırma, ikincili infeksiya, bronxopnevmoniya və ya uremiya ilə birlikdə letal nəticələrə gətirib çıxarır.

Gənc pasiyentlərdə xəstəliyin proqnozu daha qənaətbəxşdir, 50 yaşdan yuxarı xəstələrdə isə vulqar pemfiqusla müqayisədə daha ağırdır.

Laborator məlumatlar

Histopatologiya

Yuxarı epidermisdə, yəni yuxarı Stratum spinosum və ya Stratum granulosum-da akantolitik yarığın və ya qovuqların əmələ gəlməsi nəzərə çarpır. Yüngül akantoliz, papillomatoz və hiperkeratoz formasında ikincili epidermal dəyişikliklər, həmçinin epiderminin hüceyrələrində diskeratotik dəyişikliklər də əlavə oluna bilər. Buynuz qatda, bir qayda olaraq, kəskin iltihab reaksiyası bəzən böyük miqdarda eozinofilli leykositlərlə birgə aşkar edilir.

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitoloji müayinəsi

Qovuğun dibindən eroziv sahələrdən götürülmüş yaxmada pemfiqus hüceyrələrinin olması asanlıqla təsdiq edilir.

İmmunoloji müayinələr

Düz və qeyri-düz immünflüoressensiya vasitəsilə yarpaqşəkilli pemfiqusu vulqar pemfiqusdan dürüst fərqləndirmək olmaz. Hər iki xəstəlik epidermisdə torşəkilli hüceyrəarası sahədə anticisimlərin çökməsi ilə səciyyələnir. Yarpaqşəkilli pemfiqus zamanı anticisimlər, əsən IgG4 yarımfraksiyasına aiddir. Yarpaqşəkilli pemfiqusun anticisimləri qan zərbadında dəniz donuzunun yemək borusunda qeyri-düz immünflüoressensiya zamanı daha yaxşı görünürlər. Lakin onlar yarpaqşəkilli pemfiqusla xəstələrin heç də hamısında aşkar edilmirlər, ona görə də müayinəni tez-tez təkrar etmək lazımdır. Yarpaqşəkilli pemfiqusda müxtəlif antigen spesifikliyinin olmasını və ya qan zərbadında vulqar pemfiqusun anticisimlərinin olmasını yalnız xüsusi immunoloji metodikandan vasitəsilə, məsələn immunblotinq və ya epidermal hüceyrələrin ekstraktından istifadə etməklə immün presipitasiya vasitəsilə təsdiq etmək mümkündür.

Differensial diaqnoz

Xəstəliyin əlamətlərini üzün mərkəzində, başın dərisində və sinə nahiyəsində təzahür etməsi xəstəliyin əvvəlcə seboreya ekzemasının və ya dərinin yarımkəskin gedişli qırmızı qurdeşənəyinin mənzərəsini xatırladır. Lakin artıq bu zaman zədələnmiş ocaq-

larda kəskin iy əmələ gəlir, meydana gələn səthi törəmələr isə akantoliz nəticəsində asanlıqla kənar edirlər.

Müalicə

Əvvəlcə daxilə qlükokortikoidlərlə monoterapiya, sonra vulqar pemfiqusda olduğu kimi, immunsupresiv preparatlarla birlikdə qlükokortikoidlərin kombinasiyalı terapiyası aparılır. Xəstəliyin erkən mərhələsində dapsonun tətbiqi effektiv təsir göstərə bilər.

Yerli olaraq sintetik detergentlər, dezinfeksiya vasitələri və iltihabəleyhinə (kəpək, yulaf küləşinin ekstraktı) və ya büzücü maddələr (palıd qabığının dəmləməsi) qatılmış vannalar tətbiq edilir. Flüorlaşmış qlükokortikoidləri losyonlar və ya kremlər şəklində işlətmək olar (lazım gəldikdə okklüziya sarğısı altında). Məlhəmləri işlətmək tövsiyə edilmir. İkincili bakterial və ya göbək infeksiyalara qarşı daima nəzarət aparmalı (antibiotikoqrama) və müvafiq müalicə tətbiq olunmalıdır.

BRAZİLİYA PEMFİQUSU

Sinonimlər: braziliya yarpaqşəkili pemfiqusu, fogo selvagem

Fogo selvagem yarpaqşəkili pemfiqusa çox oxşayan endemik xəstəlikdir. Bu xəstəlik Braziliyanın mərkəzi və qərbi hissəsində, həmçinin şimali Argentina, Paraqvay, Boliviya, Peru və Venesuelada yayılmışdır. Xəstəlik çox vaxt ailəvi xarakter daşıyır və əsasən 30 yaşa qədər gənc qadınları zədələyir. O, əsasən kəndlərdə tropik meşə rayonlarında rast gəlinir. Meşəni təmizlədikdən və yaxşı evlər tikdikdən sonra xəstəliyin rast gəlmə tezliyi aşağı düşür. Epidemioloji müayinələr onu göstərir ki, bu rayonlarda xəstəlik infeksiyon mənşəlidir. Çox güman ki, indiyə qədər hələ məlum olmayan ətraf mühit amilləri tərəfindən törədilir. Proses qara milçəklər vasitəsilə (*simulium prunosium*) yayılır, həmçinin virus mənşəli olması ehtimalı da var.

Klinik şəkil

Üzdə və başın tüklü hissəsində, həmçinin sinə və kürək nahiyəsində yastı qovuşqlar yaranaraq onlar tezliklə partlayır və eroziyalı səthdə laylı pulcuqlu qartmaqlar əmələ gətirir. Bu dəyişikliklər bir neçə il ərzində qala bilər. Yarpaqşəkili pemfiqusda olduğu kimi, ikincili eritrodermiyaya hallarına keçməsi mümkündür. Selikli qişalar zədələnmir. Xəstəliyin tam formalaşmış gedişində xəstələr dəridə alovdan sonra baş verən göynəmə hissiyatından şikayətlənirlər, xəstəliyin adı da buradan götürülmüşdür: fogo selvagem – vəhşi alov. Zədələnmə ocaqlarında Nikolski fenomeni həmişə müsbətdir.

Xəstəlik zamanı letallıq 5%-ə çatır. 55%-dən yuxarı xəstələr qlükokortikoidləri uzun müddətli (bir neçə il ərzində) tətbiq etdikdə sağalırlar, digərləri terapiyanın daha uzun müddətli aparılmasına ehtiyac duyurlar.

Laborator məlumatlar

Histopatologiya

Yarpaqşəkili pemfiqusda olduğu kimidir.

Sitoloji müayinələr

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitoloji müayinəsi: pemfiqus hüceyrələri

(Tsank hüceyrələri) həmişə müsbətdir.

İmmunoloji müayinələr

Yarpaqşəkilli pemfiqusda olduğu kimidir. Xəstələrin qan zərdabında çox vaxt pemfiqus anticisimlərinin titrləri xeyli yüksəkdir və xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi ilə paraleldirlər.

Müalicə

Qlükokortikoidlərin istifadəsinə qədər xəstəliyin proqnozu çox ağır idi. Ümumilikdə xəstəliyin başlanğıcından remissiyanın baş verməsinə qədər hər gün 60-90 mq ekvivalent prednizolon işlədilməsi tələb olunur. Sonra doza tədricən təminedicə dozaya – hər gün 5-10 mq qədər azaldılır ki, o da hər 24 və ya 48 saatdan bir qəbul edilir. Terapiyanın orta davamətmə müddəti 2-4 il təşkil edir. Vulqar pemfiqusda olduğu kimi immunsupressiv vasitələrdən istifadə edilir. İkincili infeksiyalar müvafiq qaydada müalicə olunur. Kiçik birincili ocaqlar eritematoz pemfiqusda olduğu kimi müalicə edilir.

ERİTEMATOZ PEMFİQUS

Sinonimlər: seboreya pemfiqusu, Senear-Usher sindromu.

Xəstəlik klinik və histoloji olaraq yarpaqşəkilli pemfiqusun morfoloji variantını əks etdirir.

Etiopatogenezi

Etiopatogenezi yarpaqşəkilli pemfiqusa oxşayır. Bazal membrana doğru istiqamətlənmiş əlavə anticisimlərin və antinuklear anticisimlərin (ANA) olması sayəsində güman edilir ki, xəstəliyin yaranmasının əsasında yarpaqşəkilli pemfiqusun və xronik qırmızı qurdeşənəyinin mövcud olması durur. Xəstəlik günəş şüası, travma və ya dərmanlar (məsələn, penisillamin, kaptopril, propanolol, naproksen, tiazid) ilə provokasiya olunur.

Klinik şəkil

Nadir müşahidə olunan xəstəlikdir və üzdə, başda, sinə və kürəkyin seboreya nahiyələri ilə məhdudlaşır. Bəzən tək-tək ocaqlar nəzərə çarpır, lakin daha çox simmetrik zədələrə təsadüf edilir. Üzdə klinik şəkli seboreya ekzemasını və ya səthi xronik gedişli qurdeşənəyini xatırladır. Kürəkdə və sinədə ocaqlar qartmaqlar ilə örtülmüşlər, səthi eroziyaların əmələ gəlməsinə meyillidirlər, klinikası daha çox yarpaqşəkilli pemfiqusu xatırladırlar. Selikli qişalarda dəyişikliklər yoxdur, subyektiv simptomlar cüzdür.

Xəstəlik məhdud şəkildə yayıla bilər, lakin yarpaqşəkilli pemfiqusa da keçə bilər. Çox nadir hallarda digər autoimmun xəstəliklərlə, məsələn, hamilə qadınların miasteniyası, timoma və ya sistemli qırmızı qurdeşənəyi ilə birlikdə rast gəlinir.

Laborator məlumatlar

Histopatologiya

Yarpaqşəkilli pemfiqusda olduğu kimidir. Bazal keratinositlər sahəsində vakuol degenerasiyası nəzərə çarpır. Dermal leykositlər və perivaskulyar limfositər infiltratlar, həmçinin RAS-reaktiv bazal membranın qalınlaşması görünür.

Sitoloji müayinələr

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitoloji müayinəsində: pemfiqus hüceyrələri, diskeratik keratinositlər və çoxlu leykositlər görünür.

İmmunoloji müayinələr

Zədələnmə ocaqlarının düz immunflüoressensiyası vasitəsilə zədələnməmiş epidermisin akantolitik hüceyrələri arasında IgG tipli antiepitelial pemfiqus anticisimlərinin olması aşkar edilir. IgG və ya komplementin tərkib hissələri epidermal bazal-membran zonasında, xüsusilə də dərinin işığın təsirinə xroniki məruz qalan sahələrində (50-70% xəstədə) homogen görünürlər. 80%-dən çox xəstənin qan zərdabında antinuklear antitellər (ANA) aşkar edilir, DNS-ə, Sm və ya Ro (SSA) qarşı anticisimlər isə qırmızı qurdeşənəyində olduğu kimi, əksinə, aşkar edilmirlər. Əgər xəstələrin qan zərdabında pemfiqus anticisimləri və ANA ilə aparılan müayinələr mənfədirsə, onda müayinələri 2-3 həftədən sonra təkrar etmək lazımdır.

Differensial diaqnoz

Seboreya ekzeması, xronik qırmızı qurdeşənəyi, səthi və ya yarımkəskin dərinin qırmızı qurdeşənəyi. Diaqnostik baxımdan histoloji, immunoloji və seroimmunoloji müayinələr müəyyən rol oynayır.

Müalicə

Qlükokortikoidlər xəstəliyin yayılmış formasında daxilə təyin olunurlar və vulqar pemfiqusda olduğu kimi adətən orta dozalarda (60-90 mq ekvivalent prednizolon hər gün) xloroxinlə kombinasiyada remissiya əldə edənə qədər tətbiq olunur. İmmunsupressiv preparatlar həmçinin vulqar pemfiqusda olduğu kimi tətbiq edilir. Dapson tövsiyə olunur (DDS gündə 100-150 mq).

Xaricə təyin olunan terapiya: tərkibində qlükokortikoidlər olan kremlər (xüsusilə də okllüzion sarğı altında); tək-tək ocaqlara qlükokortikod plastırı və ya triamisinolonun ocaqdaxili kristallik suspeziyası. Günəşdən qorunmaq tövsiyə edilir.

PARANEOPLASTİK PEMFİQUS

Xəstəlik klinik olaraq selikli qişalarda eroziyaların dəridə polimorf dəyişikliklərin əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir, şişlərlə, çox vaxt limfoma və ya timoma ilə assosiasiya olunur. Histoloji olaraq o, intraepidermal suprabazal akantolitik yarığın yaranmasından başlayır. İmmunoloji olaraq epidermisdə və xəstənin qan zərdabında pemfiqus autoanticisimlərinin olması ilə təsdiq edilir.

Xəstəlik nadir hallarda rast gəlinir. Çox güman ki, o, əvvəldə dediyimiz kimi hamilə qadınların miasteniyası, limfoma və ya timoma ilə eyni vaxtda vulqar pemfiqusun rast gəlməsi ilə təzahür edir.

Etiopatogenez

Şiş antigeni və epitelial antigen arasında çarpaz reaksiyanın olması məsələsi müzakirə edilir. Yenicə doğulmuş siçanlarda autoantitellərin passiv ötürülməsi akantolitik qovuqların yaranması ilə provokasiya olunur. Protein-kimyəvi müayinələr göstərmişdir

ki, bu autoantitellər immun komplekslə reaksiyaya girirlər ki, o da desmoplakin I və molekul kütləsi 230 kD olan bullyoz pemfiqoid antigeni ilə yanaşı, molekulyar kütləsi 210 və 190 kD olan daha 2 epitelial antigenə malikdir.

Şişlərlə birgə rast gəlməsi: indiyə qədər neoplaziyaların yaranmasının əsasında xronik mielotik leykemiya, timomanın, limfa düyünlərin xoşxassəli hiperplaziyalarının (Castleman şişləri) və bədxassəli limfomalarının durduğu təsvir olunur.

Klinik şəkil

Persistensiya edən, qismən fibrinoz, ağız boşluğunda, konyunktivalarda, əllərin və ayaqların dırnaqlarında eyni zamanda, anogenital nahiyədə ağrılı eroziyaların olması. Dəridəki dəyişikliklər polimorfdur və qismən bədənə yuxarı hissəsində, əllərdə, ayaqlarda, həmçinin ovucalarda və dabanlarda əmələ gəlir. Burada birləşmiş eritemalar, eroziyalar və ya papuloskvamoz səpgilər çoxformalı ekssudativ eritemaya oxşar analoji qovuşların mərkəzdə əmələ gəlməsi nəzərə çarpır.

Gedişi və proqnozu

Dəridə və selikli qişalarda baş verən dəyişikliklər qlükokortikoidlərə, immunosuppressiv preparatlara və plazmaferezə pis reaksiya verirlər. Xəstələrin əksəriyyətində assosiasiya olunmuş şiş kənar edildikdən sonra sağalma baş verir. Ona görə də xəstəliyin proqnozu şişin yaranmasından asılıdır.

Laborator məlumatlar

Histopatologiya

Histopatoloji dəyişikliklərin müxtəlifliyi histoloji şəklin polimorfluğuna uyğun gəlir. Suprabazal akantolitik qovuşlar, keratinositlərin nekrozları və bazal keratinositlərin vakuol degenerasiyası üstünlük təşkil edir. Papuloskvamoz dəyişikliklərdə intraepidermal akantoliz olmaya bilər. Ona görə də biopsiyaların təkrar aparılması vacibdir.

İmmunoloji müayinələr

Düz immunfluoresensiya zamanı vulqar pemfiquşda olduğu kimi epidermisin hüceyrələri arasında IgG-nin çökməsi müşahidə olunur, lakin ona nisbətən daha az və qeyri-bərabər şəkildə paylanmışdır. Bununla eyni vaxtda bazal-membran zonasında qranulyar və ya komplement amillərinin xəvari presipitatları aşkar edilir. Qeyri-düz immunfluoresensiya vasitəsilə xəstələrin qan zərdabında autoantitellərin olması təsdiq edilir ki, onlar vulqar pemfiquşdan fərqli olaraq sidik kisəsində silindrik və ya keçid epitel, bronxların selikli qişası, nazik bağırsağın, hətta əzələlərin və qalxanvari vəzin toxuması ilə birləşirlər.

XRONİK ANADANGƏLMƏ AİLƏVİ PEMFİQUS

Sinonim: Heyli-Heyli xəstəliyi.

Bu, xronik ailəvi xəstəlik olub vulqar pemfiquşa, yarpaqşəkilli pemfiquşa və onların yarım növlərinə heç bənzəmir. Proses autosom-dominant irsiyyət tipi üzrə ötürülən müxtəlif gen penetrasiyaları olan dəri xəstəliyidir. Sporadik hallarla rast gələrək HLA-B8 ilə assosiasiyaları güman edilir. Nadir xəstəlikdir və sürtünmə, günəş şüaları, soyuq və ya isti ilə, mikrob infeksiyası ilə provokasiya oluna bilər. Gen lokusunun müayinələrinin

dən göründüyü kimi, Darye xəstəliyi ilə əlaqəsi yoxdur.

Etiopatogenez

Vulqar pemfiqus, yarpaqşəkilli pemfiqus və ya irsi epidermolizlərlə əlaqəsi yoxdur. Diskeratoza meyilli olduğu üçün əvvəllər bu xəstəliyin Darye xəstəliyinin vezikulyoz variantı olması güman edilirdi. Akantoliz və diskeratoz hər iki xəstəlikdə baş verir və onların hər ikisi də eyni xəstələrdə müşahidə olunur. Elektron mikroskopu altında tonofilamentlərin və desmosomal komplekslərin sintezində və inkişafında, həmçinin epidermisin daxilində hüceyrəarası maddələrin sintezində baş verən dəyişikliklər aşkar edildikdən sonra hazırda epidermal diferensiasiyada irsi qüsurların olmasını güman edirlər ki, bu da sürtünmə, günəş şüaları, soyuq, isti, ekzematöz tipli təmas allergiyası və ya mikrob infeksiyaları (bakteriyalar və ya göbələklər, çox vaxt *Candida albicans*) tərəfindən provokasiya edilir.

Klinik şəkil

Əsasən sürtünmə yerində, intertriqinoz və ya bükücü səthlərdə, məsələn, boynun yan tərəfləri, qoltuqatı çuxur, qasıq, perianal nahiyədə adətən gecikmiş gənclik və ya erkən yetkinlik dövrlərində tək-tək və ya qrupşəkilli, birləşməyə meyilli olan, çox vaxt uzunsov kövsək qovuşqlar əmələ gəlir ki, onlar da birləşərək qırmızımtıl, pulcuqlu qartmaqla örtülmüş ekzemayabənzər ocaqlar yaradırlar, lakin sonuncular epidermal çatların olması ilə fərqlənilir. Dairəvi, oval və ya üzükvari sərhədlərə malik ocaqlar çox vaxt simmetrik yerləşərək qaşınırlar. İntertriqinoz sahələrdə kəskin fərqlənənən, xoşagəlməz iyə malik və yenicə partlayan yastı tutqun qovuşqların sayəsində yastı vegetasiyalara, periferik böyüməyə meyilli olan islanan səthlər nəzərə çarpır. Müvəqqəti yaxşılaşma qeyd olunur, onların ardınca residivlər baş verir. Nikolski I və II fenomeni dəfələrlə müstəbət olur. Xəstələrin ümumi əhvalı yaxşıdır, yerli olaraq onları qaşınma narahat edir. Bəzən ovucların daxili səthində keratotitik papulalar, əl barmaqlarının dırnaqlarında isə uzununa istiqamətdə ağ və ya qırmızımtıl-qəhvəyi zolaqlar görünür. Xəstəlik müvəqqəti remissiyalarla bərabər xronik residivləşən gedişə malikdir. Ağırlaşmalar ikincili infeksiya tərəfindən törədilə bilər.

Laborator məlumatlar

Histopatologiya

Çox vaxt azacıq akantolitik genişlənmiş epidermisin daxilində geniş sahəli akantoliz nəzərə çarpır ki, o da tor qişanın kolbacıqlarını əhatə edir və məməciklərin ucları vasitəsilə bazal hüceyrələrə qədər yayılır. Bunun nəticəsində epidermal hüceyrə əlaqələrinin strukturunun pozulması («kərpic divarda çatlar») baş verir. Ayrı-ayrı hüceyrələrin akantolizindən başqa bəzi yerlərdə akantolitik hüceyrələrin diskeratoid dəyişiklikləri (piknotik hüceyrə nüvəsi, məsələn, srtatum granulosumda olan eozinofil homogen hüceyrələr) nəzərə çarpır. Qovuşqların möhtəviyyatında leykositə ekzositoz və eozinofil leykositlər olmur.

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitologiyası

Pemfiqus hüceyrələri və diskeratotik hüceyrələr aşkar edilir.

İmmunoloji müayinələr

Pemfiqus anticisimləri nə xəstənin dərisində, nə də qan zərdabında olmur.

Differensial diaqnoz

İntertriqo, intertriqinoz ekzema və mikozdan, xüsusilə də kandidozlu intertriqodan fərqləndirmək vacibdir. Ocağın serpiqinoz kənarı hamar dərinin mikozundan şübhələndirməlidir. Ağzın selikli qişasında dəyişikliklər olan vegetasiya edən pemfiqusu histoloji və immunoloji müayinələrin aparılması yolu ilə istisna etmək lazımdır. Darye xəstəliyi histoloji baxımdan çətin aşkar edilə bilər, lakin klinik cəhətdən ayırd edilə bilər, çünki o, digər lokalizasiyaya malikdir və birincili səpgilər formasında follikulyar keratotik papulalar əmələ gəlir.

Müalicə

Yalnız xəstəliyin ağır formalarında qlükokortikoidlərin orta dozalarda qəbul edilməsi özünü doğrultmuşdur. Antibiotikləri mikroorqanizmlərin bakterioloji rezistentliyini aşkar etdikdən sonra təyin etmək olar. Onlar effektiv təsir göstərə bilərlər. Alternativ variant kimi izotretinoinlə (roakkutan) və ya asetretinlə (neotiqazon) aparılan müalicəni tətbiq etmək olar.

Südlü məhlulların, kremin və ya pastanın əsasında hazırlanmış flüorlaşmış qlükokortikoidlərin və antibiotiklərin (antibiotikoqrammanın nəticələrinə əsasən) yerli olaraq kombinasiyalı şəkildə tətbiqi seçim vasitəsi sayılır. Kalium permanqanat və anilin boyaları ilə vannalar da həmçinin müəyyən təsir göstərə bilər. A vitamini turşusunun məhlulunun 0,01%-li konsentrasiyada krem şəklində tətbiqi də çox vaxt böyük effektə malik olur. Provokasiya amillərindən, məsələn isti hava, günəş şüaları, sürtünmə və ya bakterial infeksiyalardan qorunmaq lazımdır. Qlükokortikoidləri uzun müddət yerli tətbiq etdikdə kandidoz infeksiyasına nəzarət etmək vacibdir. CO₂-lazerin işlədilməsi də effektiv nəticə verə bilər. Dərinin zədələnmiş sahələrinin dermabraziyası və ya tam ekssiziyası və ayrı-ayrı xəstələrdə sonradan onların dəri parçası ilə əvəz olunması (örtülməsi) müəyyən qədər sağalmaya səbəb olur.

HERPESŞƏKİLLİ DÜRİNQ DERMATOZU

Herpesşəkilli Dürinq dermatozu (herpesşəkilli Dürinq dermatiti) - dərinin xoşxassəli xronik residivləşən polimorf xəstəliyi olaraq çox güclü yandırıcı qaşınma və herpesşəkilli qovuşqların əmələ gəlməsi ilə müşahidə olunaraq çox vaxt qlütensitivli enteropatiya ilə (seliakiya) birlikdə nəzərə çarpır; IgA-nın subepidermal qranulyar çöküntüləri səciyyəvidir.

Nadir xəstəlikdir (800 dermatoloji xəstəyə 1 hadisə), çox vaxt 30 və 45 yaş arasında baş verir, lakin uşaqlarda da rast gələ bilər. Kişilər qadınlara nisbətən çox xəstələnirlər (3:2). Herpesşəkilli Dürinq dermatozuna Şimali Avropa, xüsusilə də Skandinaviyada nisbətən çox təsadüf edilir. İrsi meylik yoxdur. Seliakiya və herpesformalı dermatit genetik cəhətdən əlaqədirlər: hər iki xəstəlik xəstələrin 90%-dən çoxunda HLA-sınıfı II DR3/DQ2 antigenləri ilə assosiasiyada olurlar, xəstələrin 70%-dən çoxunda isə HLA-A1, B8, DR3 alotipi aşkar edilir.

Etiopatogenez

Etiologiyası məlum deyildir. İmmunoloji və genetik müayinələr onu təsdiq edir ki, herpesşəkili dermatoz səciyyəvi dəri əlamətləri olan seliakianın gedişinin xüsusi formasıdır. Herpesşəkili dermatoz zamanı qlütensensitiv enteropatiya morfoloji, funksional və klinik cəhətdən seliakiya zamanı meydana çıxan enteropatiya ilə oxşardır, lakin daha çox oliqo- və ya asimptomatikdir, çünki herpesşəkili dermatoz zamanı bağırsaqda gedən dəyişikliklər nisbətən az nəzərə çarpır. Herpesşəkili dermatozla xəstələrdə qlütenin miqdarı həddən çox olduqda dərinin və nazik bağırsağın simptomatikasının ağırlaşması baş verir. Qlütən olmayan pəhrizdə isə əksinə, xəstələrin əksəriyyətində dəridə və bağırsaqda baş verən dəyişikliklər reqressiya edir, halbuki dəri əlamətlərinin reqressiyası bir neçə aydan 1 ilə qədər uzana bilər. Seliakiyada olduğu kimi, herpesformalı dermatoz zamanı qan zərdabında IgA sinfi, az hallarda IgG və ya IgM sinfi anticisimləri əmələ gəlir ki, onlar da qliadinə qarşı yönəlmişlər. Tiroid və parietal hüceyrələrin anticisimləri herpesşəkili dermatoz zamanı assosiasiyalı immun xəstəliklərin olmasını göstərir.

Herpesşəkili dermatoz zamanı seliakiya üçün IgA – retikulyar birləşdirici toxumaya (retikulin) qarşı yaranmış anticisimlər spesifik sayılırlar, onlar *in vitro* sayə əzələnin endomiziyası ilə, məsələn qida borusunda (IgA-endomiziyanın anticisimləri) və ya nazik bağırsağın submukoz birləşdirici toxuması ilə (IgA –Jejenium anticisimlər) əlaqəyə girir. Nazik bağırsağın submukoz toxumasında aşkar edilən anticisimlərin çöküntüləri, çox güman ki, qan zərdabında olan retikulin və endomiziyanın anticisimləri ilə eyni antigen spesifikliyinə malikdirlər. Onlardan fərqli olaraq, herpesşəkili dermatoz zamanı dəridəki IgA-anticisimlərin yaranması və antigen spesifikliyi məlum deyildir. Çox güman ki, burada yerli immunkompleks reaksiyası komplement sisteminin fəallaşmasına (əsasən alternativ yolla), xemotaksisə, qranulositlərin və humoral iltihab mediatorlarının fəallaşmasına gətirib çıxarır ki, onlar da subepidermal qovuqların yaranmasına təsir edir.

Xəstələrin halogenlərə, xüsusilə də kalium yodidə qarşı spesifik həssaslığı da diqqətdən qaçmamalıdır. Ona görə də, yodtərkibli dərman maddələri və xaricə işlədilən vasitələr (yodoformlu tənzip), yodlaşdırılmış xörək duzunun istifadəsi və ya tərkibində yod olan dəniz balığının və ya digər qida məhsullarının işlədilməsi dəri əlamətlərinin yaranmasına və ya ağırlaşmasına səbəb olur.

Klinik şəkil

Xəstəlik artan səviyyədə tədricən inkişaf edir və ya qəflətən meydana çıxaraq subyektiv çox güclü, ağırlı qaşınmanın yaranmasına səbəb olur. Adətən simmetrik yerləşmiş ekzantemaların ən çox rast gəlinən lokalizasiyası - yuxarı çiyin qurşağı, sağrı nahiyəsi, başın tüklü hissəsi, saidin açıcı səthləri və dirsəklər, həmçinin dizlər və baldırın açıcı səthləridir. Az hallarda yalnız dirsəklər və dizlər zədələnilir. Ağız boşluğunun selikli qişası praktik olaraq heç vaxt zədələnmir.

Dəri əlamətləri arasında tipik polimorfizm nəzərə çarpır. Əvvəlcə ən çox rast gəlinən lokalizasiyalarda dərinin eritematoz, urtikar və ya papulyoz dəyişiklikləri baş verir. Qrupşəkili herpesformalı qovuğabənzər səpgilər meydana çıxan andan diaqnozun qoyulması asanlaşır. Bəzən qovuqlar çox xırdadır və dəridə qırma dənəsi şəklində yerləşmişlər, vizual müayinəyə nisbətən onlar palpasiya zamanı daha yaxşı aşkar edilir. Qovuqlar həmişə bərkidirlər və yastı davamlı örtüyü vardır. Uşaqlarda və yaşlı şəxs-

lərdə, həmçinin müalicə dayandırıldıqdan sonra bullyoz pemfiqoiddə olduğu kimi böyük gərgin qovuşqlar əmələ gələ bilər (iriqovuşqlu və ya bullyoz herpesformalı dermatit). Lixenifikasiyaya meyilli ekzematöz dəyişikliklər də əlavə oluna bilər. Xəstələrin 50%-də dərinin zədələnmiş sahələrində ikincili hiperpigmentasiya aşkar edilir.

Simptomatik baxımdan dəri əlamətlərinin olduğu yerdə güclü və çox göynəyən qaşınma nəzərə çarpır. Güclü qaşınmaların yerində izlər qalır, onlarda impetiginizasiyaya uğraya bilərlər. Ona görə də, xəstəliyin diaqnostikası mürəkkəbdir. Residivlər, qaşınmanın yerləri və impetiginizasiya elə bir klinik şəkil yaradır ki, cutis vagantium -dan şübhələnməyə əsas verir.

Herpesşəkilli dermatit zamanı qlütensensitiv enteropatiya

Xəstələrin təqribən 70%-nin nazik bağırsağında seliakiya zamanı meydana çıxan oxşar dəyişikliklər əmələ gəlir. Buraya xoraların müxtəlif intensivlikli atrofiyası, limfositlərdən ibarət iltihabi infiltratlar və nazik bağırsağın epitel qişasında enzimatik fəallığın pozulması aiddir. Lakin xəstələrin təqribən 30%-də nazik bağırsağın selikli qişası histoloji və funksional baxımdan normadadır. Herpesformalı dermatoz zamanı mədə-bağırsaq yolu haqqında aşağıdakı məlumatlar əldə oluna bilər: qlütensensitiv enteropatiya, bağırsağın xovlarının atrofiyası (kriptaların hiperplaziyası ilə birgə), qida borusunun çapıqvari daralması, divertikul, steatoreya, atrofik qastrit, intestinal lipodistrofiya, rektokolit və limfoma.

Ümumi simptomlar adətən olmur. Qan zərdabında və qovuğun möhtəviyyatında, həmçinin onurğa beynində çox vaxt eozinofiliya aşkar edilir.

Yodidlərə qarşı həssaslıq

Yodidlərə qarşı hiperhəssaslığın səbəbi hələ aydın deyildir. Söhbət yodla provokasiya olunan qeyri-spesifik dəri əlamətlərindən gedir. Kalium yodidin daxilə qəbul edilməsi xəstəliyin ağırlaşmasına və təhlükəli gediş almasına gətirib çıxara bilər.

Herpesformalı dermatoz çox vaxt kəskin və ya yarımkəskin başlayır və tutmalarla təzahür edir, bu zaman heç bir əlamətlər olmadan və ya xəstəliyin çox cüzi əlamətləri ilə müşayiət olunan bir neçə aylıq fasilələr yarana bilər. Xəstəlik illərlə davam etdiyi üçün xəstələr fiziki və psixi cəhətdən dəri əlamətlərindən və xüsusilə də çox güclü qaşınmadan əziyyət çəkirlər, halbuki bu, xoşxassəli xəstəlikdir.

Laborator məlumatlar

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitologiyası

Akantolitik pemfiqus hüceyrələri yoxdur, subepidermal qovuşqlar əmələ gəlir. Çoxlu sayda eozinofil leykositlər görünür.

Histopatologiya

Akantoliz olmayan gərilmiş subepidermal qovuşq nəzərə çarpır. Qovuğun möhtəviyyatında çoxlu miqdarda eozinofillər, həmçinin neytrofil leykositlər aşkar edilir. PAS-reaktiv bazal membran buynuz qatda fiksə olunmuşdur. Eritematoz dəyişikliklərin məməcikli cisimlərində və qovuşqların kənar zonalarında ödem və histiositlərdən, limfositlərdən, eozinofillərdən və neytrofil leykositlərdən ibarət iltihabi infiltrat nəzərə çarpır. Məməciklərin subepidermal uclarında neytrofil və eozinofil leykositlərlə, həmçinin

nin hüceyrə nüvəsinin qalıqları ilə bərabər məməciklərarası mikroabseslərin yaranması səciyyəvidir. Subkorneal qovuqlar nadir hallarda rast gəlinir.

Elektron mikroskopiya göstərir ki, qovuq buynuz qatdan başlayır ki, burada ödem, kollagen liflərin nekrobiotik dəyişiklikləri və hüceyrə-iltihab reaksiyası yaranır. Bazal membranda və bazal hüceyrələrin sitoplazmatik membranında elektron mikroskopiya vasitəsilə qeydə alınan dəyişikliklər xəstəlik üçün səciyyəvidir. Epidermisin hüceyrələri ilə onun altında yerləşən buynuz qat arasındakı əlaqə belə pozulur.

İmmunoloji müayinələr

Herpesformalı dermatoz zamanı qeyri-düz immunflüoressensiya vasitəsilə əldə olunan ən mühüm diaqnostik meyar - dermal məməciklərin uclarında və bazal-membran zona boyunca, az hallarda həmçinin dermal qan damarlarının ətrafında IgA-nin qranulyar çöküntüləri (çox vaxt S3 ilə birlikdə) hesab edilir. Demək olar ki, qranulyar presipitasiya nümunəsi aşkar edilən xəstələrin hamısının nazik bağırsağında qlütensensitiv enteropatiyaya oxşar dəyişikliklər vardır. IgA-nin çöküntüləri xəstəliyin intensivliyindən asılı olmayaraq rast gəlinirlər, lakin müntəzəm aparılan qlütin pəhrizi zamanı onlar uzun müddət reqressiya edə bilirlər. Onlar əsasən IgA yarımşifinə aiddirlər və tək ölçümlü və iki ölçümlü formalarda mövcuddurlar. Ultrstruktur müayinədə dəridə IgA-nin qranulyar çöküntüləri herpesformalı dermatozun cisimlərinə uyğun gəlir, onları məməcikli qatda kollagen liflərin və ya elastik mikrofibrillərin ətrafında aşkar etmək olar.

Herpesşəkili dermatoz zamanı qan zərdabında epidermisin və ya bazal-membran zonasının antigenlərinə qarşı anticisimlər aşkar edilmir, halbuki digərləri- əvvəlcə IgA sinfi müəyyən olunur. Buraya aiddir: endomizianın IgA-anticisimləri, nazik bağırsağın IgA-anticisimləri və retikulinin IgA-anticisimləri. Onlar assosiasiyalı qlütensensitiv enteropatiya ilə əlaqədar meydana çıxır və herpesformalı dermatoz zamanı nazik bağırsağın prosesə cəlb olunmasının seroloji markerləri sayılırlar, onların olması xəstələrin 70-80%-də təsiq edilir. Qlütensiz pəhrizlə qidalandıqda onlar tədricən itirlər, təkrarən qlütənli qidaya keçdikdə yenidən yarana bilirlər. Qeyri-düz immunflüoressensiya müxtəlif antigen substratlarına qarşı IgA-anticisimlərin yarandığını sübut edir ki, bu da vahid fikrin formalaşmasına gətirib çıxarır: antigen spesifikliyi nəzərə alınaraq, çox güman ki, onlar da oxşardırlar. Qlialin anticisimləri ilə çarpaz reaksiyalar (hansı ki, herpesformalı dermatoz zamanı da rast gəlinirlər) nəzərə çarpmır.

Differensial diaqnoz

Xəstəlik üçün səpgilərin simmetrikliliyi, polimorfizmi, müəyyən lokalizasiyaya malik olması və intensiv güclü qaşınma səciyyəvi hal sayılır (cədvəl 1). Histoloji və immunoloji müayinə (düz immunflüoressensiya) üçün təzə qovuqdan və eritemanın kənarından götürülmüş biopsiyalar diaqnostik baxımdan faydalı ola bilər. Diaqnozu ex juvantibus təsdiq etmək olar, belə ki, herpesformalı dermatoz sulfonlara qarşı həssasdır (dapson hər gün 100-150 mq).

Cədvəl 1. Vulqar pemfiqus, Dürinq dermatozu, bullyoz pemfiqoidin differensial diaqnozu

Əlamətlər, simptomlar	Vulqar pemfiqus	Herpesformalı Dyuring dermatozu	Bullyoz pemfiqoid
Xəstələrin yaşı	40 yaşdan yuxarı	Bütün yaş qrupları	60 yaşdan yuxarı
Patogenez	Autoimmun	Autoimmun	Autoimmun
Ağız boşluğunun selikli qişasından başlayır	60-80%	10%-dən aşağı	30-50%
Birincili element	Monomorf səpgi (dəyişiklikləri olmayan dəri və selikli qişalarda seroz möhtəviyyəti olan süst qovuqlar)	Polimorf səpgilər (eritematoz fonda xırda qrupşəkilli bərk qovuqlar, vezikullar, urtikar səpgilər, papulalar, eritemalar)	Polimorf səpgilər (ödemli eritema fonunda gərilmiş qovuqlar əmələ gəlir, qruplaşma səciyyəvi deyildir)
Qovuqların sonrakı inkişafı	Periferiyaya doğru böyümə, epitelləşməyə qarşı cüzi meylik	Periferik böyümə meyli yoxdur, epitelləşməyə meyillidir	Periferik böyümə meyli yoxdur, epitelləşməyə meyillidir
Dəridə lokalizasiyası	Hər yerdə ola bilər, ağız boşluğunun selikli qişası zədələnir, qruplaşma səciyyəvi deyildir	Çox vaxt dirsəklər, dizlər, saidin açıq səthləri, başın tüklü hissəsi; səpgilərin herpesformalı qruplaşması	Ətrafların bükücü səthlərində, bədəndə qruplaşmaya meyillidir
Nikolski simptomu	Müsbətdir	Mənfidir	Mənfidir, epidermisin perifokal ayrılması
Ağız boşluğunun selikli qişasının zədələnməsi	Demək olar ki, həmişə	Nadir hallarda	Tez-tez
Xəstələrin şikayətləri	Eroziyalr yerində ağrı, ümumi zəifliyin artması	Səpgilər yerində güclü qaşınma	Qaşınma təzə səpgilər dövründə olur, bəzən temperatur yüksəlir
Gedişi	Şiddətlənən	Tutmaşəkilli, təkənlərlə	Xronik
Histologiya	Qovuqların epidermadaxili yerləşməsi, suprabazal akantoliz	Qovuqların epidermadaxili yerləşməsi, akantoliz yoxdur	Qovuqların epidermadaxili yerləşməsi, akantoliz yoxdur
Sitologiya	Akantolitik (Tsank) hüceyrələr	Çoxlu sayda eozinofillər, akantolitik hüceyrələr yoxdur	Limfositlər, histiositlər, çoxlu sayda eozinofillər

Düz İFR	Epidermisin tikanlı hüceyrələrinin desmosomlarında IgG-nin çöküntüləri	Bazal membranda IgA və C3-nün çöküntüləri	Bazal membranda IgG və C3-nin çöküntüləri
Qeyri-düz İFR	Epidermisin antigenlərinə qarşı IgG sinfi dövr edən anticisimləri	Epidermisin bazal membranına qarşı anticisimlər aşkar olunmur	Bazal membrana qarşı yaranan dövr edən anticisimlər
Sulfonlarla müalicə	Səmərəsiz	Səmərəli	Səmərəsiz
Müalicə aparılmadıqda proqnoz	Əlverişsiz, letal nəticələnən bədxassəli gediş	Nisbətən əlverişlidir (paraneplastik Dyuring dermatozundan başqa)	Nisbətən xoşxassəli

Xəstəlik kəskin başladıqda onu çoxformalı ekssudativ eritemadan və Svit sindromundan, iri qovuqları olan klinik variantda isə bullyoz pemfiqoiddən fərqləndirmək lazımdır. Differensial diaqnostikada subkorneal pustulyoz herpesformalı dermatozun sirsinar tipi də yada salınmalıdır. Əgər klinik şəklində pruriqinoz papula və düyüncüklər (herpesformalı dermatozun pruriqinoz forması) ön plana çıxırsa, digər dermatozların pruriqinoz formalarını, məsələn atopik ekzema və ya sadə yarımkəskin pruriqonu istisna etmək lazımdır.

Diaqnoz

Diaqnoz anamnezin (yod preparatlarına qarşı reaksiya, qlüten enteropatiyasının olması), klinik şəklinin (dirsəklərdə, dizlərdə, sağrınlarda, saidin açıcı səthlərində, başda papula, vezikula, qovuq şəklində simmetrik yerləşmiş qaşınan səpgilər), histoloji məlumatların (çoxlu eozinofillər olan subepidermal qovuqlar; dermanın məməciklərinin zirvəsində eozinofil və neytrofil qranulositlərin toplanması), sağlam görünən dərinin düz immünflüoressensiya reaksiyasının (dermanın məməcikli qatında IgA-nin çöküntüləri) əsasında qoyulur.

Dərinin qaşınması və göynəməsi, səpgilərin polimorfizmi, vezikuların herpesformalı yerləşməsi, xronik residivləşən gedişi xəstəlikdən şübhələnməyə əsas verir. Sitoloji, patomorfoloji, immunoloji müayinələr diaqnozu təsdiqləməyə kömək edir.

Müalicə

Herpesşəkilli Dürinq dermatozunun kompleks müalicəsi tövsiyə olunur, onun əsasını qlütensiz pəhriz və sulfon sırası preparatlarının işlədilməsi təşkil edir.

Sulfon sırası preparatları

Dürinq dermatozunun terapiyasında bazis preparatları sayılırlar. Bəzi sulfonlar, məsələn dapson yaxşı təsir edir. Adətən böyüklərə hər gün 50-150 mq dozada təyin olunması xəstəliyin əlamətlərini azaltmağa imkan verir. Lakin sonrakı morboostatik dozaların diapazonu kifayət qədər böyükdür: bəzi xəstələr üçün günəşarı 50 mq dapson kifayət

edir, digərlərinə isə hər gün 150 mq qəbul etməsi lazımdır. Sulfonlarla müalicə zamanı səpgilərin remissiyasından sonra minimal təminədiçi dozanı hesablamaq vacibdir. Diaminodifenilsulfon (DDS, dapson, avlosulfon) daxilə sutkada 100-200 mq təyin edirlər. Əsasən onun törəmələri müalicədə tətbiq olunur: diusifon sutkada 2 dəfə 100 mq dozada və ya dimosifon sutkada 2 dəfə 200 mq. DDS (dapson, avlosulfon) 5-günlük kurslarla bir və ya ikigünlük fasilələrlə təyin edilir. Klinik effekt qazandıqda preparatın dozasını sutkada 25-50 mq-a qədər azaldırlar. 2-4 terapiya kursunun aparılması tövsiyə olunur. DDS preparatı (az hallarda onun birləşmələri) aşağıdakı yanaşı təsirlərə malikdir: ümumi zəiflik, başgicəllənmə, baş ağrıları, dispepsiyalar, taxikardiya. Methemoqlobinin yaranması və anemiyanın inkişaf etməsi nəticəsində dodaqların və barmaq falanqalarının sianozu ola bilər. Fotosensibilizasiya, toksidermiya, aqranulositoz, leykopeniya, periferik neyropatiyalar inkişaf edə bilər. DDS-terapiyanın yanaşı təsirlərini aradan qaldırmaq üçün S vitaminin hər gün 500-1500 mq dozada qəbul edilməsi tövsiyə edilir.

Hematoloji yanaşı təsirlərin (metqammaqlobulinin əmələ gəlməsi, sitomeqaliki anemiya, Qeyns cisimləri ilə bərabər anemiya, hemoliz) səviyyəsi üzərində nəzarət aparılmalıdır. Sulfoterapiyanın təsir mexanizmi məlum deyildir: ehtimal olunan yanaşı təsirlər üzündən nəzarət daima aparılmalıdır. Söhbət morboostatik effektəndən getdiyi üçün müalicə illərlə uzanır.

Enteropatiyanın klinik əlamətləri olmayan xəstələrdə qlütensiz pəhrizə ciddi əməl etməlidirlər (hətta bu, böyük say tələb etsə belə), terapiyanın effekti isə yalnız bir neçə aydan sonra görünə bilər, bunun sayəsində dozanı azaltmaq olar. Pəhrizlə əlaqədar bir mühüm tövsiyə də var: yodlaşdırılmış duz, dəniz balığı, yodtərkibli dərmanları istifadə etməməli.

Pəhriz

Qlüten və ya yodtərkibli maddələrlə zəngin məhsulların rasiondan çıxarılması səpgilərin yox olmasına, həmçinin sulfon sırası preparatlarının dozasını azaltmağa imkan verir. Xəstənin rasionundan qlütən tərkibli məhsulları çıxarmaq lazımdır: bütün çörək növlərini və digər buğda, arpa, çovdar, yulaf unundan bişirilmiş məmulatlar; buğda, arpa, çovdar, yulaf məmulatları, xəmir məmulatları (makaron, vermişel, əriştə), manni yarması, arpa yarması, yulaf ləpələri; ət, balıq və quşlardan hazırlanmış unlu məmulatlar; ət, balıq, quş və çörəklə hazırlanmış məmulatlar (düşbərə, raviola, vareniklər); çörək aşqarları olan kolbasa məmulatları (sosiska, qan kolbasası və liver kolbasa; tərkibində qadağan edilmiş un və kraxmal, noxud, maş, mərcimək olan bütün şorbalar; kələm, noxud, maş, mərcimək və dənli bitkilər; içərisində arpa, çovdar, yulaf olan kofeli içkilər; çörək kvası, pivi; dondurma, pudinqlər, kremlər, içlikli şokolad, marsipan (badam qurabiyəsi); buğda cücərtisindən hazırlanmış yağ; unla hazırlanmış hazır şorbalar, souslar, unlu siroplar. Xörək duzunun (tərkibində yod vardır) və yodla zəngin məhsulların (dəniz balığı, yengəc, krevet, yosunlar, müxtəlif mollusklar) istifadəsini və yodtərkibli dərmanların işlədilməsini azaltmaq və çıxartmaq lazımdır.

Herpesşəkili Dürinq dermatozu ilə xəstələrə qlütensiz aşağıdakı məhsulları işlətmək tövsiyə olunur: çörək və kraxmal, qarğıdalı, soya və düyü unundan bişirilmiş məmulatlar; düyü, qarğıdalı, soya və qarabaşaq yarmasından hazırlanan məmulatlar (sıyıq, plov, blinçik, oladye); bütün ət növləri və çay balığı, ev quşları, yumurta, təmiz süd (gündə

0,5 litrə qədər), turş süd məhsulları (yoqurtdan başqa), kəsmik, təbii pendir, brınza; həlim və bulyonlar, tərəvəz şorbaları və icazə verilən qida məhsullarından hazırlanmış şorba-kremlər (yalnız kartof və qarğıdalı kraxmalılı ilə); bütün tərəvəzlər (kələm., qınlı və dənli bitkilərdən başqa); bütün meyvələr; çay, kakao, təbii kofe (kofeli içkilər yox), yod və brom duzları olmayan mineral sular; qlükoza, saxaroza, bal, kisel, kompot, muss, mürəbbə, povidlo, cem, marmelad, jele, icazə verilən un və kraxmaldan hazırlanmış pudinq və kremlər; kərə və bitki yağı, marqarin, təmiz mayonez; göyərtili, qoz, zeytun, ədviyyat, sirkə, yod duzları olmayan xörək duzu, araxis yağı.

Kortikosteroidlər

Terapiyanın ilk 3-4 günü ərzində sulfon sırası preparatları (DDS və ya onun törəmələri) ilə yanaşı kortikosteroidlərin orta dozalarda işlədilməsi tövsiyə olunur: prednizolon sutkada 20-40 mq.

Sulfapiridin

Diaminodifenilsulfon (DDS, dapson, avlosulfon) reaksiya verdikdə sulfapiridini sutkada 1,0-1,5 q təyin olunur.

Kolxisin

Herpesformalı Dürinq dermatozunun müalicəsində alternativ preparat kimi kolxisin sutkada 3 dəfə 0,5 mq dozada sistem kortikosteroidləri ilə birlikdə təyin edilir.

Siklosporin

Xəstəliyin torpid hallarında siklosporin A (sandimmun) 1 kq bədən çəkisinə 5 mq (sutkalıq doza) tövsiyə olunur.

Yerli terapiya

Anilin boyalarının sulu məhlulları, aeroxollar, kalum permanqanatla birgə isti vannalar təyin olunur. Krem əsaslı 3-5%-li polidokanol, həmçinin 1%-li hidrokortizon kremi tövsiyə olunur.

BULLYOZ PEMFIQOİD

Bullyoz pemfiqoid xronik gedişli, nisbətən xoşxassəli, qovuş əmələ gətirən xəstəlikdir. O çox vaxt müəyyən müddətdə davam edir, normal və ya iltihablaşmış qızartılı dəridə gərgin divarlı dolu qovuqların yaranması ilə səciyyələnir.

Etnik və cinslər üzrə xəstələnmənin yayılmasında fərq yoxdur. HLA-antigenlərlə asosiasiyalar aşkar edilməmişdir. Xəstəlik çox vaxt pasiyentlərdə 70 yaşdan sonra rast gəlinir. Nadir hallarda uşaq yaşlarında əmələ gələ bilər: yuvenil pemfiqoid.

Etiopatogenez

Etiologiyası məlum deyildir. Xəstəliyin inkişafında molekul kütləsi 230 kD olan proteinə (o, çoxqatlı lövhəli epitelinin bazal membranının normal tərkib hissəsidir və bazal keratinositlər tərəfindən sintez olunur) qarşı autoantitellərin yaranması ilə bərabər autoimmun reaksiya rol oynayır. Bullyoz pemfiqoid antigeni (BPA) əsasən bazal hüceyrələrin yarım desmosomlarının sitoplazmatik lövhələrində yerləşmişdir və desmosomal adheziya protein – desmoplakin I-nin yaxın qohumu hesab edilir. Xəstələrin 80-90%-nin qan zərdabında pemfiqoid anticisimlərinə qarşı molekul kütləsi 230 kD olan IgG sinfi anticisimləri (BPA-I) vardır. Xəstələrin 30-50%-də isə molekul kütləsi 160-180

kD (BPA2) olan daha bir anticisim vardır, o, çox güman ki, əsasən ekstrasellülyar bazal-membran zonanın lamina lucida sahəsində yerləşmişdir. Güman olunur ki, komplementin amillərinin fəallaşması yolu ilə pemfiqoid-antigen kompleksində anticisimlərin birləşməsi, həmçinin iltihab hüceyrələrinin (eozinofil və neytrofil qranulositlərin) və onların sekresiyası məhsullarının təsiri epidermislə derma arasındakı əlaqələrin tamlığını pozur və bununla da subepidermal qovuşqların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Bullyoz pemfiqoid paraneoplastik sindrom kimi də rast gəlinir. Təqribən yaşlı xəstələrin 16-30%-də xəstəliyin kəskinləşməsi ilə əlaqədar və ya daha sonralar bədxassəli şişlər (prostatın, döş vəzisinin karsinoması və ya bronxial karsinoma) aşkar edilir. Şişlərin və bullyoz pemfiqoidin yaranması arasında mövcud olan əlaqə müvəqqətidir.

Xəstəliyin dərman vasitələri, məsələn, sulfadimezin, penisillin, furosemid və ya diazepamla provokasiyası da mümkündür. Bullyoz pemfiqoidin 5-ftorurasil, UB- və ya rentgen şüalanmasının lokal tətbiqindən sonra inkişaf etməsi təsvir edilmişdir.

Bullyoz pemfiqoidin digər xəstəliklərlə birgə rast gəlməsi də mümkündür, xüsusən autoimmunpatogenezi olan xəstəlikdir: poliomiyozi, vulqar pemfiqos, yarpaqşəkilli pemfiqos, herpesformalı dermatoz, sistem qırmızı qurdeşənəyi, xoralı kolit, nefrit, xronik poliartrit, qırmızı yastı dəmrov və psoriasis. İnfeksiyon səbəbdən xəstəliyin inkişaf etməsinə dair məlumatlar hələ yoxdur.

Klinik şəkil

Simmetrik səpgilərin ən çox yerləşdiyi nahiyələr boynun yan tərəfləri, qoltuqaltı çuxurlar, inqvinallıq büküşlər, budun içəri səthi və qarnın yuxarı hissəsi sayılır. Sağlam görünən dəridə, lakin çox vaxt elevasiya olunmuş eritemalarda səbəbsiz, qəflətən çox vaxt qəribə formalı şəffaf möhtəviyyəti olan bərk qovuşqlar əmələ gəlir. Onların diametri bir neçə millimetrdən bir neçə santimetrə qədər çatır. Əvvəlcə səpgilər çoxformalı eritemanı xatırladır. Sonralar qovuşqların bir hissəsində hemorragik ifrazat əmələ gəlir, tamlığın subepidermal pozulması nəticəsində məməcikli qatın səthi kapilyarları dağılır. Ona görə də, yaranan eroziyalar hemorragik qartmaqla örtülür. Bərk qovuşqlar vulqar pemfiqusa nisbətən daha çox davamlıdır, çünki onların divarlarını bütün epidermis təşkil edir. Onlar dəşildikdə kənarları boyunca qovuşğun qalıqları olan eroziyalar əmələ gəlir və onlar kənardan başlayaraq sağalır. İntertrinqinoz sahələrdə qovuşqlar maserasiya nəticəsində sürətlə dəşilir, yastı, bəzən hemorragik qartmaqla örtülmüş eroziyalar yaranır. Əgər qəribə formalı qovuşqlar qrup şəklində əmələ gəlsə, onda xəstəlik herpesformalı dermatiti xatırlada bilər.

Ağız boşluğunun selikli qişasında kiçik qovuşqlar və ya çox vaxt ikincili, fibrin çöküntüləri əmələ gətirmədən dəqiq sərhədlərlərə malik eroziyalar şəklində baş verən dəyişikliklər 20-30% halda meydana çıxır və ağrı hissiyyəti ilə müşayiət olunur. Sağalmağa az meyllidirlər. Bullyoz pemfiqoid zamanı ağız boşluğunun selikli qişasının birincili və nadir rast gəlinən əlamətləri formasında eroziv dəyişikliklərin olması az hallarda baş verir.

Digər selikli qişalarda, məsələn, qırtlaq, udlaq, konyunktiva və genital-anal nahiyədə dəyişikliklər çox az hallarda təsadüf edir.

Əmələ gələn səpgilər qaşınmağa başlayır, eroziyalar ağrılı olur. Bəzən qaşınma qovuşğun əmələ gəlməsindən bir neçə ay əvvəl meydana çıxan yeganə əlamət sayılır. Başlanğıcda xəstənin ümumi əhvalı yaxşıdır. Xəstəliyin gedişində residivləşən səpgilərin

yanması, iştahanın olmaması, çəkinin azalması nəticəsində ümumi zəiflik və temperaturun artması halları baş verir.

Xəstəlik bir neçə ay və illər boyunca residivlər və remissiyalarla bərabər xronik formada keçir. Müalicə aparılmadıqda letal göstəricisi vulqar pemfiqus ilə müqayisədə aşağıdır. O, 40%-ə bərabərdir və ikincili ağırlaşmaların, məsələn, bakterial infeksiyaların – bronxopnevmoniya, sepsis nəticəsində baş verir. Zəif konstitusiyalı yaşlı şəxslərdə proqnozu vermək çətinidir.

Laborator məlumatlar

İkincili anemiyalar, yüngül eozinofiliya ilə birgə leykositoz və EÇS-nin artması səciyyəvidir. Qanda albuminin miqdarı aşağı düşə bilər. Qan zərdabında IgE-nin göstəriciləri xəstələrin 60%-də artmışdır. Spesifik daxili dəyişikliklər laborator metodlarla təyin edilə bilmir.

Histopatologiya

Qovuqların kənarları boyunca epidermislə buynuz qat arasında xırda mikroqovucuqlar müşahidə olunur. Qovuqlar nahiyəsində onun əmələ gəlməsi subepidermal çatların yaranması nəticəsində baş verir. Qovuğun divarı bütövlükdə epidermisdən ibarətdir, əvvəldə degenerativ dəyişikliklər olmur. Qovuğun möhtəviyyatında fibrin sapları ilə olan zərdab, eozinofil leykositlər aşkar edilir. Qeyri-iltihabi tip bullyoz pemfiqoid zamanı dəri dəyişiklikləri yalnız limfositlərdən və bir neçə eozinofil qranulositlərdən ibarətdir və çox az hallarda meydana çıxan iltihabi infiltratlar şəklində özünü büruzə verir. İltihab tipli bullyoz pemfiqoid zamanı, əksinə, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq, buynuz qatda vaskulit əlamətləri nəzərə çarpır ki, o da endotelinin ödemli, kapilyarların divarlarının qalınlaşması və limfositlərdən, cüzi leykoplaziya ilə birgə neytrofil leykositlərdən və müxtəlif sayda eozinofil leykositlərdən ibarət perivaskulyar infiltratla xarakterizə olunur. Bəzən məməciklərdə neytrofillərin və eozinofillərin məhdud toplanması nəzərə çarpır ki, bu da herpesformalı dermatit zamanı məməciklərarası mikroabsesi xatırlamağa əsas verir. Qovuğun yaranmasına səbəb olan çatlar elektron mikroskopiyası zamanı bazal hüceyrələrin sitoplazmatik membranı və Lamina lucida daxilində bazal membranın Lamina densa hissəsində - autoimmun reaksiyanın yerində yerləşir.

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitologiyası

Qovuq akantolitik olmadığı üçün pemfiqus hüceyrələri də aşkar edilmir. Tsank testi mənfidir.

İmmunoloji müayinələr

Düz immunflüoresensiya qovuq nahiyəsində, onun kənar hissəsində və sağlam dəridə immunqlobulinlərin çöküntülərinin və komplementin amillərinin bazal membran zonası nahiyəsində (Lamina lucida daxilində) olduğunu təsdiq edir - onlar səciyyəvi xətti şəkllə malikdirlər. C3 çox vaxt IgG, əsasən də IgG2 və IgG4 sinifləri, az hallarda IgA və ya IgM ilə birlikdə aşkar edilir. Çox nadir hallarda - ilk öncə xəstəliyin erkən mərhələlərində - yalnız C3 olması təsdiq edilir. Qeyri-düz immunflüoresensiya xəstələrin 70-80%-nin qan zərdabında bazal-membran zonasının anticisimləri qismində dövr

edən anticisimlərin (pemfiqoid əksicisimlərin) olmasını təsdiq edir ki, onlar da in vivo birləşmiş pemfiqoid anticisimləri kimi çoxqatlı epitelinin bazal-membran zonası ilə birləşir və immunflüoressensiyanın xətti şəklini yaradır. Qeyri-düz immunflüoressensiya üçün uyğun gələn substratlar - meymunların yemək borusu və ya xörək duzunda preparat halına salınmış normal insan dərisi götürülür ki, orada xörək duzunun birmolyarlı məhlulunda erkən inkubasiya vasitəsilə çatın yaranması (Lamina lucida-da) induksiya olunmuşdur; burada IgG yerləşir presipitatlar – çox vaxt dərinin epidermal tərəfində lokalizasiya edir. Qan zərdabında dövr edən pemfiqoid anticisimləri əsas etibarilə IgG sinfinə, təqribən 25%-i IgA sinfinə aiddir. Anticisimlərin titri və xəstəliyin fəalaşması arasında ciddi korrelyasiya əlaqəsi yoxdur.

Differensial diaqnoz

İlk növbədə vulqar pemfiqus, herpesşəkili dermatit və qazanılmış bullyoz epidermolizlə aparılır. Çoxformalı eksudativ eritema kəskin başlayır və yaşlı şəxslərdə nadir hallarda rast gəlinir. Xəstəliyin multiformalı dərman ekzantemalarından fərqləndirilməsi vacibdir. Əgər divarları gərgin qovuqlar ayaqlarda məhdud şəkildə yerləşirsə, onda şəkərli diabet zamanı meydana çıxan bullyoz dermatozdan, dishidroz formalı bullyoz pemfiqoid zamanı – dishidroz formalı ekzema və ya mikozdan şübhələnmək lazımdır.

Müalicə

Sistem qlükokortikoidləri seçim preparatı kimi tövsiyə etmək olar. Belə ki, xəstəlik çox vaxt yaşlı şəxsləri zədələdiyi üçün və nisbətən xoşxassəli gedişə malik olduna görə vulqar pemfiqusla müqayisədə aşağı dozalar seçilir. Remissiyaya nail olmaq üçün adətən prednizolonun hər gün 40-80 mq dozada və ya digər qlükokortikoidlərin (metilprednizolon, urbazon, ftorkortolon, ultralan) izodozalarının işlədilməsi kifayət edir. Xəstələrin yaşı ilə əlaqədar təminedicilərin terapiyanın yanaşı təsirləri, məsələn, şəkərli diabet, osteoporoz və ya infesiyaya meyilli erkən vaxtda əmələ gələn bilər və daha kəskin özünü göstərir. Remissiya əldə edildikdə təminedicilərin terapiya zamanı qlükokortikoidlərin dozası lazımi dozaya qədər azaldılmalıdır.

Bullyoz pemfiqoid zamanı remissiyaya nail olmaq üçün qlükokortikoidlərin azatioprin (imurek əvvəlcə hər gün 100-150 mq, sonra isə 50-100 mq) və ya xlorambusil (natanan hər gün 4-6 mq) ilə kombinasiyaları az hallarda təyin olunur. Metotreksat (15-50 mq venadaxilinə həftədə 1 dəfə və ya 5-10 q peroral həftədə 3 dəfə 12-saatlıq fasilələrlə) monovasiyə kimi və ya qlükokortikoidlərlə kombinasiyada tövsiyə olunur. Lakin yaşlı şəxslərin əksəriyyətində dərman immunsupressiyasının və ikincili bakterial və ya mikoz infeksiyalarının yaranmasını nəzərə almaq lazımdır.

Sulfonlar, məsələn, diaminodifenilsulfon (dapsone hər gün 50-100 mq) yüngül gedişli bullyoz pemfiqoid ilə xəstələrin əksəriyyətində yeganə preparat kimi və ya qlükokortikoidlərlə kombinasiyada nisbətən aşağı dozalarda (hər gün 20-30 mq ekvivalent prednizolon) işlədilir. Əlavə-yanaşı təsirləri də yaddan çıxarmaq olmaz.

Ayrı-ayrı hallarda bullyoz pemfiqoid zamanı tetrasiklinlər və ya eritromitsinlə aparılan antibiotikoterapiyanın effektiv olması göstərilir. Bullyoz pemfiqoid zamanı plazmaferez əsasən steroid qoruyucu təsirə malikdir, onun üçün xəstələrin yaşlı olmaları və anticisimlərin titrləri ilə xəstəliyin aktivliyi arasında korrelyasiya əlaqəsinin olmamasını

nəzərə alaraq, belə metodikaların az hallarda istifadə edilməsi məsləhət görülür.

Yerli müalicə üçün qovuqların deşilməsindən sonra tərkibində müxtəlif rəngləyicilər olan dezinfeksiyaedici maddələr (brilyant abısının 0,1-0,5%-li sulu məhlulu), polividon-yod, içərisində antibiotiklər olan məlhəmlər və antiseptik əlavələr olan vannalar; böyük sahəli eroziyalar zamanı – yaralara tənzip sarğının qoyulması tövsiyə edilir. Müasir cərrahi sarğı materialı da kömək edə bilər. Lokalizasiyalı xəstəlik zamanı yerli olaraq qlükokortikoidlərdən istifadə etmək məsləhət görülür.

ÇAPIQLAŞAN PEMFİQOİD

Sinonimlər: selikli qişaların xoşxassəli pemfiqoidi, selikli qişaların bullyoz dermatiti.

Qovuqların əmələ gəlməsi ilə təzahür edən xronik xəstəlik olub çapıqların yaranmasına gətirib çıxarır və əsasən konyunktivani və selikli qişaları zədələyir. Nadir xəstəlikdir, çox vaxt qadınlarda müşahidə olunur (2:1), etnik fərqləri yoxdur və adətən 60 yaşdan yuxarı şəxslərdə təzahür edir.

Etiopatogenezi

Müasir dövrdə əldə edilən morfoloji və immunoloji məlumatlar bullyoz pemfiqoidlə sıx əlaqənin olduğunu göstərir. Bunu xəstələrdə bullyoz pemfiqoidə oxşayan generalizə olunmuş bullyoz səpgilərin aşkar edilməsi də təsdiqləyir. Lakin çapıqlaşan pemfiqoid zamanı immun cavabın bazal-membran zonanın bir antigeninə və ya antigen kompleksinə yönəldildiyi məlum deyildir, belə ki, bu antigenlərin lokalizasiyası, yayılması və funksiyası bullyoz pemfiqoidin antigenindən fərqlənir. Çapıqlaşan atrofiyanın niyə selikli qişalarda yaranması da məlum deyildir. Çox güman ki, bu antigenlər epidermal yaraların sağlması baxımından Lamina lucida –da xüsusi funksional əhəmiyyət daşıyırlar.

Klinik şəkil

90%- hallarda əsasən konyunktiva və ağız boşluğunun selikli qişası zədələnir, halbuki xəstəlik burnun, udlağın, cinsiyyət orqanlarının və anal nahiyənin selikli qişasını da əhatə edir. Dəri əlamətləri xəstələrin 25%-də aşkar edilir.

Gözlər ayrılıqda zədələyə bilər. Çox vaxt xəstəlik bir tərəfli başlayır. 1-2 ildən sonra digər göz də zədələnir, ondan əvvəl kataral konyunktivit üçün spesifik klinik şəkil meydana çıxır. Dəqiq müayinə zamanı şəffaf qovuqcuların olmasını təyin etmək mümkündür, onlar tezliklə deşilirlər. Bundan sonra çapıqvari büzüşmə baş verir, bu isə xəstəliyin əvvəlki adının yaranmasına səbəb olmuşdur: konyunktivanın essensial büzüşməsi. Bulbar və palpebral konyunktivitalar arasında çapıqvari sinexiyalar əmələ gəlir: göz qapaqlarını bağlamaq mümkün olmur. Gözlərin hərəkəti məhdudlaşır. Entropiya buyuz qişanın ikincili dəyişikliklərinə pannusun yaranmasına və ya çapıqlaşan və korluğa səbəb olan buyuz qişanın xoralaşmasına gətirib çıxarır. Göz qapaqlarının çapıqvari büzüşməsi, göz yaşı axacaqlarının yerdəyişməsi və qədhəşəkilli hüceyrələrin atrofiyası nəticəsində konyunktiva quruyur kseroftalmiya və panofthalmiya inkişaf edir ki, o da sonda görmənin itməsinə səbəb olur.

Ağız boşluğunun selikli qişası: burada residivləşən qovuqlar əmələ gəlir ki, onlar da tezliklə deşilir və sağaldıqda yerində ağırlı çapıqlar əmələ gətirən eroziyaların yaranması ilə nəticələnir. Dil yüyənində yerləşdikdə çapıqvari büzüşmə dilin hərəkətlərinin

məhdudlaşmasına gətirib çıxarır, zədə yumşaq damaqda, badamcıqların qövlərində və yanaqların selikli qişasında yerləşdikdə isə qida qəbulunun məhdudlaşması ilə bərabər mukozogen trizmi əmələ gələ bilər.

Digər selikli qişalarda, məsələn, vulvada həmçinin oxşar çapıqvari adheziyalar, sinexiyalar və ya stenozlar yaranır.

Gözlərdən və selikli qişadan fərqli olaraq, dəridəki dəyişikliklər xəstələrin yalnız 25%-də rast gəlinir və yüngül keçir. Bir və ya bir neçə yerdə eritematoz əsaslı residivləşən və çox vaxt möhkəm divarlı hemorragik qovuşqlar əmələ gələrək atrofik, əsasən hiperpigmentasiyalı çapıqların yaranması ilə sağalır. Başın tüklü hissəsində yerləşdikdə Brokun psevdopeladası tipi üzrə çapıqlaşan alopesiya inkişaf edir. Çox nadir hallarda bullyoz pemfiqoidə olduğu kimi, qovuşqların disseminasiyalı təkənvari səpgiləri yaranır.

Xəstəlik çox vaxt dalğavari gedişə malik olub bir neçə il ərzində ümumi vəziyyətə təsir etmədən davam edir. Xəstəlik nə qədər sürətlə inkişaf edərsə, proqnoz o qədər pisdır. Qida qəbulunda çətinliyin yaranması ilə əlaqədar distrofiya və kaxeksiya inkişaf edə bilər. Xəstələrin 30-60%-də korluq baş verir. Çox nadir hallarda selikli qişada əmələ gələn çapıqvari dəyişikliklərdə karsinoma inkişaf edir.

Laborator məlumatlar

Qovuğun dibindən götürülmüş yaxmanın sitologiyası

Akantolitik pemfiqus hüceyrələri aşkar edilmir.

Histopatologiya

Akantoliz əlamətləri olmadan subepidermal qovuşqların yaranması səciyyəvidir. Bunun qatın yuxarı hissəsində limfositlərdən, plazma hüceyrələrindən, həmçinin eozinofil leykositlərdən ibarət iltihabi infiltrat görünür. Sonralar fibroz, anqioplaziya və çapıqvari büzüşmə ilə birləşən bazal-membran zonasının daxilində güclü fibroblastik fəallaşma aşkar edilir.

İmmunoloji müayinələr

Selikli qişanın biopsiyalarında xəstələrin 60-80%-də düz immunflüoressensiya vasitəsilə bazal-membran zonasında yalnız IgG-nin, yaxud da IgA ilə kombinasiyalarda xətti çöküntülərin olması təsdiq edilir. Konyunktivanın bazal membranında çox vaxt S3 çöküntüləri və fibrinogen aşkar edilir. Əgər düz immunflüoressensiya mənfəi nəticə verirsə, ocağın ətrafındakı eritemadan yenidən biopsiya götürmək lazımdır. Qeyri-düzgün immunflüoressensiyanın vasitəsilə yalnız 10-20% xəstənin qan zərdabında dövr edən IgG və ya IgA sinfi pemfiqoid anticisimlərin (antibazal-membran zonasının anticisimləri) olması təsdiq edilir; lakin onların titri hətta prosesə eyni vaxtda dəri qoşulduqda belə, çox aşağıdır. Selikli qişanın çapıqlaşan pemfiqoidi zamanı yaranan autoanticisimlərin bazal-membran zonasının daxilində pemfiqoid anticisimləri və ya qohum antigen kompleksi ilə əlaqəyə girməsi hələ tam müəyyən olunmamışdır. Düz immunflüoressensiya metodu ilə antigen xəritələnməsi metodu ilə qovuğun dibində IV tip kollagen anticisimləri birləşirlər: yunktional qovuşq.

Elektron mikroskopiya

Elektron mikroskopiyaşında çapıqlaşan pemfiqoid zamanı anticisimlərin daha çox pemfiqoid antigenin ekstrasellülar sahəsində birləşməsi aşkar edilir. Selikli qışaların çapıqlaşan pemfiqoidi ilə bəzi xəstələrdə klinik şəkildə epiliqrinə qarşı anticisimlər nəzərə çarpır; epiliqrin (yaxud BM 600) lamina lucida-da yerləşir və adheziya proteinini təmsil edir ki, bu da bazal keratinositlərin bazal-membran zonası ilə birləşməsinə imkan verir.

Differensial diaqnoz

Xəstəliyin başlanğıcında onu vulqar pemfiquşdan, qırmızı eroziv dəmrovdan, Bexçet xəstəliyindən və xronik qırmızı qurdeşənəyindən fərqləndirmək lazımdır. Sitoloji, histoloji və immunoloji müayinələr həlledici rol oynayır. Çapıqlaşan sinexiyalarla birgə göz simptomatikası əmələ gəldikdə diaqnozu qoymaq asandır. Prosesə dəri qoşulduqda xəstəliyi bullyoz epidermolizlə diferensiasiya etmək çətinlik törədir ki, bunu da yalnız elektron mikroskopiyaşılı ilə həyata keçirmək mümkündür.

Müalicə

Qlükokortikoidlərlə və immunsupressiv preparatlarla kombinə olunmuş terapiya (azatioprin və ya siklofosfamid) konyunktivaların və selikli qışaların xronik dəyişikliklərində deyil, yalnız generalizə olunmuş bullyoz səpgilər zamanı effektivdir. Müalicənin dapson ilə hər gün 50-200 mq dozada, izotretinoin (roakkutan), asitretin (neotiqazon) və ya siklofosfamid (endoksan) ilə aparılması tövsiyə edilir. Həmçinin siklosporin A (sandimmun) peroral (1 kq bədən çəkisinə hər gün 2,5-5,0 mq) və ya cərrahi müdaxilələrə (o, çox vaxt çapıqlaşmanın gecikmiş mərhələlərində həyata keçirilir) əlavə olaraq yerli tətbiq edilə bilər.

Gözlərin zədələnməsini oftalmoloq müalicə etməlidir. Qlükokortikoid suspenziyalarının ocaqdaxili inyeksiyalarının yeridilməsinə, həmçinin kontakt linzaların işlədilməsinə icazə verilir. Ağız boşluğunun selikli qışasında dəyişikliklər olduqda simptomatik terapiyanın aparılmasına (subkutin, dineksan, xerviros, kamillosan, kavosan), həmçinin yerli olaraq qlükokortikoidlərin (Volon A məlhəmi, dontizolon, bəzən triamisinolonun kristallik suspenziyasının püskürdülməsi – Volon A 1:4 nisbətində mepivakain məhlulunda) işlədilməsinə göstəriş vardır. Trizm inkişaf etdikdə – ağız boşluğunun selikli qışasının çapıqlaşan ekssiziyaları və normal dərinin transplantasiyası həyata keçirilir, bu zaman xəstəlik müvafiq sahədə sönür. Bu, dəridəki məhdud ocaqlara da aiddir.

XXIX FƏSİL. DƏRİ TÖRƏMƏLƏRİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Seboreya

Akne (vulqar civzələr)

Rozasea

Ocaqlı alopesiya

Dərinin törəmələrinin (tüklərin, dırnaqların, piy və tər vəzilərinin) bu qrupunda akne (vulqar sızanaqlar), rozasea (çəhrayı sızanaqlar) və alopesiya (çarıqlaşmayan – ocaqlı, androgenetik, diffuz) nəzərdən keçirilir.

SEBOREYA

Seboreya dedikdə piy vəzilərinin dəyişilmiş kimyəvi tərkibə malik dəri piyinin həddən artıq ifraz edilməsi ilə əlaqədar dərinin xəstəlik vəziyyəti başa düşülür. Beləliklə, seboreya zamanı baş verən patoloji dəyişikliklər dəri piyinin kəmiyyət və keyfiyyət tərkibinin dəyişilməsi ilə bağlıdır.

Piy vəziləri bol olan sahələrdə piy həddən artıq ifraz olunduqda dəri çox parıldayır. Əgər barmaqla burun-dodaq qırıqları, alın, qulaq seyvanları və ya döş sümüyü boyunca toxunsaq yağlı piy qatı hiss olunur. Bu piy-tər qatının parıltısı çox vaxt üzün görünüşünü kosmetik baxımdan dəyişdirir. Güclü seboreya zamanı tüklər hər yumadan sonra yağlı qalır, bir-birinə yapışır və öz formasını itirirlər. Başın dərisinin yağlılığının həddən artıq olması ilə eyni zamanda yağlı qabıqlanma da müşahidə olunur. Seboreya zamanı gigiyena qaydalarına əməl etmədikdə bədənin xoşagəlməz iyi meydana gəlir. Yayda isti iqlim şəraitində seboreya xüsusilə kəskin inkişaf edir, lakin yalnız güclü tərləmə olduqda nəzərə çarpır. Soyuq qış aylarında o, bir o qədər də narahatlıq gətirmir.

Seboreya zamanı piy toxumasının tərkibi xeyli dəyişir. Sağlam şəxslərlə müqayisədə seboreya ilə xəstələrdə dəri piyində androgenlərin miqdarı xeyli yüksəlmiş və estrogenlərin miqdarı azalmışdır. Lakin seboreya zamanı dəri piyinin keyfiyyət dəyişiklikləri hər şeydən əvvəl doymamış yağ turşularının – linol turşusunun miqdarının artması ilə əlaqədardır. Dəri piyinin tərkibində yüksək və aşağı çəkili yağ turşuları arasında nisbət ali sərbəst yağ turşularının miqdarının artması ilə əlaqədar dəyişilir. Seboreya zamanı dəri piyində linol turşusunun miqdarı azalır ki, bu da dərinin pH-nın yüksəlməsinə, epitelinin keçiriciliyinin dəyişilməsinə, dəri səthində mikroorqanizmlərin böyüməsinə gətirib çıxarır.

Seboreyanın yaranmasının səbəbi məlum deyildir. Belə ki, irsiyyət amilləri, həmçinin müxtəlif hormonların təsiri mühüm rol oynayır. Seboreyanın inkişafında emosional amillər, sinir sisteminin müxtəlif pozğunluqları əhəmiyyətli rol oynayır.

Qadınlarda seboreyanın yaranması orqanizmdə androgenlər və progesteron arasındakı normal nisbətində dəyişilməsi ilə əlaqədardır. Pasiyentlərdə çox vaxt hiposterogeniya və ya hiperprogesteronemiya ilə bircə hiperandrogenemiya aşkar edilir. Qadınlarda seboreyanın patogenezinə hormonların mühüm rol oynamasını aşağıdakı faktlar sübut edir: cinsi yetkinlik dövründə xəstəliyin başlanması, aybaşı siklindən 1 həftə əvvəl prosesin kəskinləşməsi (aybaşı siklinin lyütein mərhələsi), xəstəliyin çox vaxt aybaşı siklinin pozğunluqları ilə əlaqədar olması, gec menarxiyanın baş verməsi; hamiləlikdən

sonra, hamiləliyin pozulması, kiçik çanaq orqanlarının iltihabi prosesləri zamanı seboreyanın inkişaf etməsi.

Kişilərdə seboreyanın əsas səbəbi orqanizmdə androgenlər arasında nisbətənin dəyişilməsi hesab edilir. Kişilərdə hiperandrogeniya endokrin tarazlığın pozulması (disbalans), həmçinin androgen hasil edən şişlərlə (seminoma) əlaqədar ola bilər.

Güclü seboreya Parkinson xəstəliyi, İsenko-Kuşenq xəstəliyi və letargik ensefalit zamanı müşahidə olunur. Dəri piyinin hiperhasilatı hormonların (qlükokortikoidlərin, anaboliklərin, testosteronun, progesteronun) uzun müddətli qəbulu zamanı baş verir. Seboreya bir sıra dermatozlarla (xüsusilə də o zaman ki, piyin həddən çox ifraz olunması onların yaranmasında səbəbkar amil və ya təkanverici amil rolunda iştirak edir) sıx əlaqədə olduğu üçün mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Vulqar sızanaqlar, qramneqativ follikulit, seboreya ekzeması və rozasea zamanı seboreya səbəbkar amil kimi iştirak edir. Halbuki rozasea heç də həmişə seboreya ilə əlaqədar deyildir. Seboreya statusu çoxlu sayda patogen bakteriyalar və göbələklər üçün əlverişli şərait yaradır, ona görə də seboreyalı dəri piodermiyalara və göbələk xəstəliklərinə meyillidir. Seboreya zamanı qeyd olunan proqnostik qiymətlər son dərəcə təmkinli olmalıdır, belə ki, söhbət kifayət qədər uzun müddət davam edən konstitusional vəziyyətdən gedir. Güclü seboreya yalnız yaşlı şəxslərdə azalır və bu da çox cüzi müşahidə olunur.

AKNE (VULQAR SIZANAQLAR)

Dərinin çox geniş yayılmış xəstəliyi olub 12 yaşdan 25 yaşa qədər şəxslərin 85%-ni və 25 yaşdan yuxarı şəxslərin 11%-ni zədələyir. Bu xəstəlik dünyanın bütün millətləri (irqləri) arasında geniş yayılmışdır. Klinik olaraq akne ən çox 16 yaşla 18 yaş arasında rast gəlinir və ayrı-ayrı hallarda 40 və daha yuxarı yaşlara qədər təsadüf edir (gecikmiş tipli akne). Qızlarda akne gənc oğlanlara nisbətən erkən vaxtlarda başlayır. Komedon akneləri çox vaxt təqribən 12 yaşlarında rast gəlinir; papulyoz və pustulyoz akne - 16 yaşlarında; dərin iltihablaşmış formalar daha gec vaxtlarda – 16 yaşla 20 yaş arasında müşahidə olunur. Akne zamanı yaş fərqləri və dəyişkən klinik şəkli xəstəliyin patogenezi haqqında daha dəqiq məlumatların əldə olunmasını, həmçinin onun müalicəsi zamanı klinik təcrübənin olmasını tələb edir. Akne eybəcərliklərin yaranmasına və davamlı kobud çarıqların meydana gəlməsinə gətirib çıxara bilər. Lakin hətta yüngül formalar böyük emosional distressə səbəb olur və ciddi psixososial fəsadlarla nəticələnir.

Akne tük follikullarının və piy vəzilərinin xəstəliyidir. Aknenin patogenezinə bir-biri ilə əlaqədar 4 amil rol oynayır: patoloji follikulyar hiperkeratoz, piy vəzilərinin ifrazatının həddən artıq əmələ gəlməsi, Propionibacterium acnes (P.acnes) artması və iltihab. Bundan başqa, piy vəzilərinin xarakterinə və həcminə androgenlər də təsir edirlər ki, bu da aknenin patogenezinə mühüm rol oynayır, halbuki onun təsir mexanizmi hələ tam məlum deyildir.

Aknenin iltihabi və qeyri-iltihabi elementləri ayırd olunur. Qeyri-iltihabi elementlər komedon və miliumlarla təmsil olunmuşlar.

Komedonlar (acne comedonica) – civzəli səpgilərin qeyri-iltihabi elementləri olub 2 növlə təzahür edir: açıq (qara) və qapalı (ağ). Açıq komedonlar qara-qəhvəyi nöqtələr şəklindədir, qapalı komedonlar isə ətraf dərinin rəngində və ya daha açıq rəngli kiçik düyüncüklər formasındadırlar. Komedonların yaranması çıxarıcı axacağın epitelisinin

hüceyrələrinin hiperproliferasiyası nəticəsində piy vəzilərinə buynuz-piy kütlələrinin durğunluğu ilə əlaqədardır. Açıq komedonların qara-qəhvəyi rəngi oksigenin təsiri altında dəri piyindəki yağların oksidləşməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Miliumlar (mikrokomedonlar) – sancaq başı və ya darı dənəsi böyüklüyündə tək-tək, az hallarda çoxsaylı, xırda, ağımtıl, süd-ağımtıl və ya ağımtıl-sarı rəngli yarımşarşəkilli düyüncüklərdir. Onlar follikulların girişində və ya piy vəzilərinin axacaqlarında piyin toplanması nəticəsində əmələ gəlir. Birincili və ikincili miliumlar (ağ civzələr) ayırd olunur. Birincili milium südəmər körpələrdə hormonal kriz dövründə üzün dərisində (alın, yanaqlar, burun, burun-dodaq büküşləri) və pubertat dövrə də müşahidə olunur. İkincili miliumlar distrofik, hiperplastik və polidisplastik irsi bullyoz epidermoliz zamanı çarıqlarda əmələ gəlir.

Klinik formalar

İltihabi aknelərin klinik formaları bunlardır: papulyoz, pustulyoz, indurativ, fleqmonoz, konqlobat, düyünlü-kistoz, tropik, ildırımvari, invers, akne-tetrada.

Papulyoz akne (acne papulosa) komedonların əsasında əmələ gələn iltihabi infiltratdır, bunun nəticəsində tünd-qırmızı rəngli azacıq dərinin üzərindən qabarmış kiçik düyüncüklər əmələ gəlir.

Pustulyoz akne (acne pustulosa) papulyoz aknelərin yerində əmələ gəlir. İltihabi infiltrat böyüyür, düyüncüklərin mərkəzində irinli möhtəviyyəti olan boşluq yaranır. Pustulalar ağrısızdır, bəzən azacıq qaşınmaya səbəb olur.

İndurativ akne (acne indurata) iltihabi piy-tük follikullarının ətrafında qabarıq səthə malik böyük sahəli infiltratın nəticəsində əmələ gəlir. Onlar noxud ölçüsündə və daha böyük olurlar. Çox ləng sağalır. Bəzən onların yerində kiçik keloidlər əmələ gəlir.

Fleqmonoz aknelər (acne phlegmonosa) - dərin, ləng inkişaf edən, follikulyar və ya perifollikulyar dermo-hipodermal abseslərdir. Fleqmonoz aknelər dərinə yerləşmiş, tez yetişən, abses əmələ gətirməyə meyilli olan iri pustulaların birləşməsi nəticəsində yaranırlar. Onlar tünd qırmızı, göyümtül rəngdədir, gavalı ölçüsünə qədər çatırlar.

Konqlobat (şarşəkilli) akne (acne conglobata) aknenin ağır formasıdır, komedonların əmələ gəlməsi ilə yanaşı həm də ateromların – iri yarımşarşəkilli düyünlərin yaranması ilə səciyyələnir ki, onlar noxud böyüklüyündən albalı ölçüsünə qədər olub dermanın dərinliyində yerləşir və dərialtı piy toxumasının yuxarı hissəsinə çatırlar. Əvvəlcə infiltrat bərk, qırmızı-göyümtül rəngdədir, ağrıdır. Düyünlər konqlomeratlar şəklində birləşir, sonra abseslərə çevrilir ki, onların deşilməsindən sonra yerində uzun müddət sağalmayan, qranulyasiyalarla örtülən xoralar qalır. Xoraların sağalmasından sonra tağlar və fistullarla birlikdə kələ-kötür çarıqlar qalır. Konqlobat civzələr bəldə, az hallarda döşdə və üzdə yerləşirlər. Civzələrin bu forması uzunmüddətli gedişata malikdir (40 yaşına qədər və hətta bütün ömrü boyu) və eybəcərləşdirən atrofik, hipertrofik, keloid çarıqların formalaşması ilə başa çatır. Bəzi tədqiqatçılar civzəli səpgilərin bu ağır formasının əlavə Y-xromosomları (XYY) olan kişilərdə daha çox əmələ gəldiyini qeyd edirlər.

Düyünlü-kistoz aknelər (acne nodulocystica) kəskin nəzərə çarpan düyüncüklərlə fərqlənir ki, onlar həmişə 1 sm-ən böyük olurlar və dermanın dərinliyində yerləşirlər. Bir qayda olaraq, onlar ağrıdırlar. Çox vaxt bir neçə düyüncüklər birləşir və fistullu yolları olan absesləşən ocaqlar əmələ gətirirlər, bu zaman sağalan düyünlərin yerində

kistayabənzər dəyişikliklər əmələ gələ bilər. Kistoz aknenin klinik şəkli yaranır. Aknenin bu formasında yalnız üz, bəzən isə döş və bel də zədələnmə bilər.

Tropik akne (acne tropicalis) - qızmar rütubətli iqlim şəraitində yaşlı şəxslərdə absesləşən konqlobat aknedir. Xəstəlik dəridə rütubətin səviyyəsinin yüksək olması nəticəsində inkişaf edir ki, bu da follikulun divarının kövrəkləşməsinə və hemoatraktiv maddələrin xaric edilməsinə, dərinin iltihabının artmasına səbəb olur. Səpgilər əsasən bel və sağrılar nahiyəsində yeləşir, tək-tək elementlər üzdə, döşün ön hissəsində əmələ gələ bilər. Bir qayda olaraq, gənc yaşlarında vulqar civzələri olan şəxslər bu xəstəliklə xəstələnirlər.

İldırımvari akne (acne fulminans) – ildırımvari civzəli səpgi, konqlobat akne və septicemiya – qəflətən başlanan (latın dilində fulmen - ildırım deməkdir), çoxlu sayda ağrılı düyüncüklü və kistoz elementlər kəskin iltihab reaksiyalarla, sürətli gedişli vədeşildikdən sonra dərin girintili-çıxıntılı xoraların əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunan ağır xəstəlikdir. Ən sevimli lokalizasiyası – sinənin və kürəyin yuxarı hissəsi, boynun və çiyinlərin yan səthləridir. Üz nahiyəsində səpgilər olmur. Xəstəlik yüksək temperatur reaksiyası, artralgiya (diz və çiyin oynaqlarında ağrılar), mialgiya və leykositoz ilə müşayiət olunur. Bəzən dərin yumşaq toxumaların parçalanması sümüklərə qədər sirayət edir ki, bu da osteolizislə başa çata bilər. Xəstəlik əsas etibarilə gənc yaşlı şəxslərdə rast gəlinir.

İnvers akne (acne inversa) – əks klinik şəklə malik konqlobat akne – piy vəzilərinin və tük follikullarının xronik iltihabi xəstəliyi olub üzdən, sinədən və kürəkdən başqa bütün zonalarda meydana çıxır. Səpgilər qoltuqaltı, qasıq və cinsiyyət orqanları nahiyəsində, ənsədə, həmçinin qadınlarda süd vəzilərinin altında düyüncüklü-iltihabi və fistul komedonları və fistul yolları şəklində təzahür edir. Piylənməsi qeyd edilən şəxslərdə xəstəlik qarındakı büküşlərdə də müşahidə olunur. İnvers akne xəstəliyin ağır forması sayılır.

Akne-tetrada (acne tetra) – aknenin ən ağır forması olub konqlobat, invers akneləri, folliculitis nuchae abscedens et suffodiens (Hoffmanın absesləşən vədeşilən folliculiti), həmçinin tam və natamam Pilonidalsinus (büzüm nahiyəsində tük dəstəsi ilə birgə irinli boşluqdur, bədənin digər sahələrində də ola bilər) özündə birləşdirir.

Müalicə

Akneləri müalicə etmək üçün yerli və sistem terapiya tətbiq olunur.

Yerli müalicə

Tək yerli müalicə yüngül və ya orta ağırlıq dərəcəsinə malik qeyri-iltihabi akne, çapıqlar əmələ gəlməyən yüngül iltihabi aknelər zamanı aparılmalıdır, həmçinin orta və ya ağır dərəcəli aknelərin peroral terapiyasına əlavə vasitə kimi tətbiq edilir. Yerli sızanaq əleyhinə terapiya vulqar aknelərin müxtəlif patogenetik amillərə təsirinə əsaslanmışdır. Buraya aiddir: yerli retinoidlər (izotretinoin, tretinoin, adapalen, tazaroten), azelain turşusu, benzoilperoksid, yerli antibiotiklər və bəzi digər maddələr (salisil turşusu, sink və yerli esterogenlər).

Yerli retinoidlər arasında standart preparatlardan olan tretinoin (trans-retinoy turşusu, A vitaminin turşusu) və izotretinoin (13-sis-retinoy turşusu) aiddir. Kremlər, gellər və məhlullar istifadə olunur. Retinoidlər lipogenezin və dəri piyinin sekresiyasının

universal inhibitorları sayılırlar və piy vəzisinin girişində korneositlərin adheziyasını tormozlayır, epidermositlərin proliferasiyasını gücləndirir, keratinləşmə proseslərini normallaşdırır, iltihab reaksiyasını azaldırlar. Ən çox məlum olan preparatlar: tretinoin (0,01%; 0,1%); ayrol (krem, məhlul, islatmalar); izotretinoin (0,05% izotreks-gel); atrederm (0,05%; 0,1%); lokasid (0,05%, 0,1%); retin-A (0,1%); klinsfar – 0,025 %-li tretinoin və 4%-li eritromitsinin kombinasiyası. Tretinoinin tətbiqindən ilk 8-14 gün sonra, xüsusilə gel və ya məhlul şəklində, komedonların və pustulaların əmələ gəlməsinin güclənməsi ilə birgə kəskinləşməsi baş verir. Retinoidlər yerli şəkildə sutkada 1 dəfə və ya 2-3 ay ərzində günəşırı tətbiq olunurlar. Rusiyada 1%-li retinoy məlhəmi buraxılır – preparat 13-sis-retinoy turşusundan ibarət olub yüksək biodəyərə malikdir.

0,1%-li gel formasında yeni 4-cü nəsil topik retinoid - adapalen (naftalin turşusunun derivatı) hazırlanmışdır ki, iltihabəleyhinə retinoidəoxşar təsirə malikdir. Adapalen epidermisin hüceyrə nüvələrinin spesifik reseptorlarını (retin turşusunun α və γ –reseptorları) seçici birləşdirməklə təsir edirlər və follikulun buynuzlaşmasının normallaşmasına səbəb olurlar. Retinoy turşusunun γ -reseptorlarının aktivləşməsi hüceyrə proliferasiyasına nisbətən keratinositlərin diferensiasiyasına daha çox təsir edir ki, bu da α -reseptorlarla tənzimlənir. Birinci nəsil retinoidlərdən fərqli olaraq adapalen plazmada retinoid reseptorları ilə birləşmir və dəriyə daha az qıcıqlandırıcı təsir göstərir. Adapalen in vitro şəraitində müxtəlif iltihab modellərini tormozlayır, həmçinin öz strukturu sayəsində havanın oksigeninə davamlıdır və çox güman ki, UB-şüalanmaya qarşı da rezistentdir.

Retinoidləri iltihabi aknenin papulo-pustulyoz formasında benzoilperoksidlə aparılan yerli terapiya ilə bir kombinasiyada sistem antibakterial müalicədən və ya izotretinoinin daxilə qəbulundan əvvəl işlətmək olar.

Azelain turşusu (20%-li krem; skinoren) - bu, antikomedogen xüsusiyyətlərə malik yerli istifadə üçün tətbiq olunan preparatdır, keratinfilament-aqqreqasiya edən proteinlərin əmələ gəlməsi zamanı keratinləşməyə qoşulur. Preparatın müalicəvi effekti sızanaq xəstəliyinin əsas patogenetik həlqələrinə təsir etməsi ilə bağlıdır: tük follikulunun divarının hiperkeratinaziyası, piy vəzilərində mikroorqanizmlərin güclü çoxalması və orada iltihab prosesinin inkişaf etməsi. Hüceyrə zülallarının biosintezini tormozlamaq qabiliyyətinə malik olmaqla azelain turşusu mülayim sitostatik effekt göstərir, bu da tük follikulunun divarında keratinləşmə proseslərinin normallaşması ilə təzahür edir, həmçinin həm dərinin səthində, həm də piy vəzilərində antimikrob (ilk növbədə *Propionbacterium acne*) təsir göstərir. Toksikoloji baxımdan azelain turşusu zərərsizdir. Bu preparatı həm gənc şəxslər, həm də qadınlar hamiləlik dövründə istifadə edə bilərlər. Yerli olaraq ilk növbədə preparatın tətbiqindən sonrakı ilk dəqiqələrdə yüngül giziltilər, göynəmə və qaşınma müşahidə oluna bilər. Kontakt allergiyaları və ya fotodinamik reaksiyaları az müşahidə oluna bilər.

Keratolitiklər, məsələn salisil turşusu follikulyar hiperkeratoza cüzi təsir edir. Akne zamanı onlar müxtəlif formalarda, əsasən məhlullar şəklində (0,5%-dən 5%-ə qədər) tətbiq olunur. Akne zamanı işlədilən benzoilperoksid antimikroblu təsirə malikdir, o, aknenin papulyoz-pustulyoz formasında yerli istifadə üçün gel, losyon, kremlər və məhlullar şəklində buraxılır. Onların konsentrasiyası 2%-dən 10%-ə qədər, bəzi hallarda 20%-ə çatır. Azelain turşusu, həmçinin benzoilperoksid antimikrob effektə malikdir və xüsusilə *P.acnes* və *Staphylococcus aureus*-a təsir göstərir. Hər iki preparat rezistentliyə səbəb

olmur, yəni nə in vivo, nə də in vitro şəraitində törədicinin fenotipik dəyişiklikləri baş vermir. Ona görə də, onlar uzunmüddətli antimikrob terapiya zamanı xüsusilə faydalıdırlar.

Sistem terapiya

Aknenin sistem terapiyası (çox vaxt yerli terapiya ilə birlikdə) orta və ağır dərəcəli aknoz xəstələrin müalicəsi zamanı, xüsusilə çarıqların əmələ gəlməsi, disxromiya və ya güclü psixososioji pozğunluq hallarında göstərişdir. Sistem terapiya xəstələr tərəfindən yerli müalicə yaxşı qarşılanmadıqda və səmərəsiz olduqda həyata keçirilə bilər.

Orta və ağır dərəcəli akne zamanı peroral tetrasiklinlər sistem antibiotik terapiyasının seçim preparatı sayılırlar. Bir qayda olaraq, tetrasiklin hidroxlorid gündə 1,0 q olmaqla bir neçə ay ərzində təyin edilir. Doza yalnız nəzərə çarpan klinik yaxşılaşmadan sonra azaldılır. Optimal rezorbsiyaya nail olmaq üçün preparat yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl qəbul edilir. Alternativ olaraq doksisisiklin gündə 50-200 mq təyin edilə bilər. Minosiklinin gündə 100 mq dozada təyin edilməsi daha əlverişli (əlavə təsirləri az olduğu üçün) sayılır. Eritromitsin gündə 1,0 q dozada tətbiq edilə bilər, bu zaman nazik bağırsaqlarda həll oluna bilən dərman formalarına üstünlük verilməlidir. Klindamitsin çox səmərəlidir, lakin uzunmüddətli terapiya zamanı bəzi qüsurları əmələ gəlib – enterokolitə səbəb ola bilər. Sistem antibiotikləri yerli preparatlarla, xüsusilə tretinoin, azelain turşusu və benzoilperoksidlə birlikdə yaxşı təsir edir.

Qadınlarda akne zamanı antibiotik terapiyasına alternativ vasitə antiandrogen təsirə malik preparatlardan istifadə etməklə aparılır. Antiandrogen preparatların əsas təsir mexanizmi qanda dövr edən aktiv androgenlərin azalması və androgen-reseptor kompleksinin yaranmasının qarşısının alınması ilə izah edilir. Həqiqi androgenlərə hədəf-orqanlarda androgenlərin reseptorlarının əvəz olunması yolu ilə androgen reseptorları blokada edən preparatlar aiddir. Bu qeyri-steroid antiandrogenlərin əsas nümayəndələrinə spironolakton (veroşpiron) və flutamid daxildir.

Androgen reseptorların blokatorlarına siproteron asetat (SPA) aiddir. SPA güclü təsir edən oral hestagenidir. O, ovulyasiyanı tormozlayır və androgenlərin reseptorlarını blokada edir, qonadotrop hormonların sekresiyasını dəf edir. SPA monopreparat şəklində «Androkur-10» və «Androkur-50» adı altında buraxılır. Çox vaxt SPA hiperandrogeniyanın yumurtalıq formasında peroral kontraseptivlər şəklində etinilestradiolun (EE) kombinasiyası ilə birgə tətbiq olunur. «Diane-35» preparatı daha çox məlum kombinə olunmuş hormonal kontraseptiv sayılır, onun tərkibində 35 mq EE və 250 mq SPA vardır. Lakin bu preparatın daxilində kifayət qədər yüksək dozalarda esterogenlər və hestagen komponentləri vardır ki, bu da əlavə təsirlərin baş verməsi riskini artırır. Bundan başqa, bu dozaların tətbiqi androgenizasiyanın kəskin laborator göstəricilərində və klinik əlamətlərində işlədilir.

«Janin» antiandrogen təsirə malik və tərkibində hestagen qismində dienoqest olan daha bir yeni oral kontraseptiv preparatdır. Dienogest progesteronun və norsteroidlərin xüsusiyyətlərinə malikdir, kəskin hestagen effekti və antiandrogen təsiri vardır (SPA-nın 40%-i qədər).

Kombinə olunmuş oral kontraseptivlər arasında tərkibində yeni nəsil hestagenlərin və aşağı miqdarda estrogen komponentləri olan preparatların istifadə edilməsi optimal

variant sayılır. Belə preparatlara «Novinet» və «Requilon» aiddir. Onların tərkibində hes-tagen qismində 150 mkq dozalanmada dezoqestrel, estrogen qismində - müvafiq olaraq 20 mkq və 30 mkq dozalanmada estrogen- etinilestradiol vardır.

Orta və ağır formalı aknenin müalicəsində ən effektiv preparat izotretinoin (roak-kutan) sayılır, onu sistem şəkildə sutkada 1 kq bədən çəkisinə 0,5 mq dozada tətbiq et-dikdə xəstələrin əksəriyyətində uzunmüddətli remissiyalar və ya sağalmaya səbəb olur. Lakin preparatın bir sıra əlavə təsirləri vardır ki, təyin edildikdə nəzərə almaq lazımdır. İzotretinoin (roakkutan) birbaşa sebositlərin proliferasiyasına və diferensiasiyasına təsir göstərir ki, nəticədə kəskin sebosupressiya inkişaf edir. Sebosupressiya dozadan asılıdır, sutkada 1 kq bədən çəkisinə 0,1 mq dozada 10-12 həftədən sonra, 1 kq bədən çəkisinə 1 mq dozada isə 4 həftədən sonra başlanır. Kifayət qədər yüksək ümumi dozada orta müalicə müddəti ərzində (6 aydan 1 ilə qədər) remissiyalar sabit qalır. Əlavə təsirlər aknenin ağır dərəcələrinin müalicəsi zamanı sistem retinoidlərin ehtiyatla işlədilməsini tələb edir. Belə ki, gənc qadınlarda retinoidlərin teratogenliyini həmişə yadda saxlamaq və izotretinoinlə müalicə zamanı peroral kontraseptiv preparatları tətbiq etmək lazımdır.

ROZASEA

Rozasea (çəhrayı sızanaqlar) – uzun dərisinin naməlum etiologiyalı xronik xəstəli-yi olub proqredient gedişli, tez-tez qızartının olması, persistensiya edən eritema, tele-anqiektaziyalarla, iltihabi hallarla, papula, pustula və bəzən düyünlərin yaranması ilə səciyyələnir. Daha ağır hallarda bir neçə il keçdikdən sonra insanı eybəcərləşdirən hi-pertrofiya, xüsusilə də burun nahiyəsində – rinofima inkişaf edə bilər. Xəstəlik 30-40 yaşlar arasında başlanır və ən yüksək zirvəsinə 40-50 yaş arasında çatır. Çox vaxt qadınl-ar xəstələnirlər, lakin birləşdirici toxumanın və piy vəzilərinin hiperplaziyası (əsasən, rinofimanın yaranmasına səbəb olur) yalnız kişilərdə müşahidə edilir.

Patogenez

Rozaseanın yaranmasının səbəbi məlum deyildir, halbuki xəstəliyin mənşəyi haqqında çoxlu nəzəriyyələr vardır. Rozaseanın patogenezində damar pozğunluqları, mədə-bağırsaq yolunun patologiyası, endokrin sistemin disfunksiyası, psixosomatik və immun pozğunluqlar, həmçinin bir sıra endokrin amillər aparıcı rol oynayır. Rozaseanın irsi meyilliyyə malik olması aşkar edilməmişdir.

Ekzogen təkanverici amillər

Bir sıra alimentar amillər (alkoqol, isti içkilər və ədvalar) mədənin selikli qişasını stimulyasiya edir və reflektor təsir sayəsində üzün qan damarlarının genişlənməsinə səbəb olur. Güman edilir ki, qidada həddən artıq ət məhsullarından istifadə olunması rinofimanın yaranmasına gətirib çıxarır. Lakin rozasea vegetarianlar arasında da inki-şaf edir ki, bu da həmin fikri şübhə altına alır. Üzə qanın axması ilə tərkibində böyük miqdarda natrium qlütamat (bu ət məhsullarının dadını yaxşılaşdırmaq üçün əlavə kimi qatılır) olan qidanın qəbulu («çin restoranlarının sindromu») arasında dürüst əlaqə yox-dur. Kofe, çay və ya kolanın həddən artıq işlədilməsi, bəzi alimlərin fikrincə, rozasea ilə patogenetik cəhətdən əlaqədardır, lakin aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, üz dərisinə qanın axmasına temperaturu 600C-dən yuxarı su (kofe deyil) səbəb olur. Bununla belə

rozasea ilə əlaqədar təklif olunan pəhrizlərdə qıdadan eritemanı provokasiya edən məhsulları, məsələn, alkoqol, isti içkilər, istiotlu yeməklər və sitrus meyvələrini çıxarmaq lazımdır.

Rozaseanın ən çox rast gəlinən səbəblərindən biri – Demodex folliculorum cinsli gənələrinin olmasıdır. Histoloji müayinə zamanı müxtəlif infiltratlarda gənələrin aşkar edilməsi, həmçinin rozasea zamanı akarid preparatların (heksaxlorosikloheksan, krotamiton, benzil-benzoat), metronidazol və kükürdün effektivliyi bu fikri təsdiq edir. Bununla belə, rozaseanın səpgi elementlərinin lokalizasiyası əsasən follikulyar aparatla bağlı deyildir, Demodex folliculorum heç də bütün xəstələrin hamısında aşkar edilmir. Demodex folliculorum dərinin mikroflorasının fizioloji nümayəndəsidir, follikulların onunla məskunlaşması yaş artdıqca xeyli yüksəlir. Rozasea zamanı kükürdün xaricə işlədilməsi heç də gənənin sürfələrinin histopatoloji reduksiyasına deyil, yalnız klinik yaxşılaşmasına səbəb olur. Müəlliflərin əksəriyyəti rozaseanın ekstrasial formasının yaranmasında Demodex folliculorum gənələrinin rolunu qeyd edirlər. Bəzi xəstələrdə hətta demodeksə qarşı spesifik anticisimlər aşkar edilir.

İrsi amillər

Hələlik rozaseanın irsi meylliyini sübut edən heç bir fakt yoxdur, halbuki bəzən ailədə bir neçə üzvün xəstələnməsi halları qeyd olunur. Dərinin rəngindən və ailə anamnezindən başqa, bəzi insanların milli mənsubiyyəti rozaseanın yaranmasında risk amili kimi qəbul oluna bilər.

Mədə-bağırsağ yolunun xəstəlikləri

Əksər alimlərin fikrincə, mədə-bağırsağ yolunun fəaliyyətinin pozğunluqları rozaseanın patogenezinə əhəmiyyətli rol oynamır. Rozasea ilə xəstələrin 50-90%-də qastritin klinik və histoloji əlamətləri, 33%-də isə nazik bağırsağın selikli qişasının patoloji dəyişiklikləri aşkar edilmişdir. Mədə şirəsinin müayinəsinin nəticələrinin əsasında çox vaxt hipovə ya anasid, az hallarda – hiperasid vəziyyətə daha çox fikir verilir. Ədəbiyyatda bağırsağın xronik iltihabi xəstəlikləri ilə rozaseanın assosiasiyaları haqqında məlumatlar verilmişdir. Rozasea ilə xəstələrdə qastrointestinal yolun spiral formalı Helicobacter pylori bakteriyaları (onlar B tip xronik aktiv qastritin etioloji amili sayılırlar) ilə yüksək dərəcədə məskunlaşması da diqqəti cəlb edir. Aparılan müayinələrin əsasında rozasea və H.pylori tərəfindən törədilən MBY-nun xəstəlikləri arasında əlaqənin olmasını tamamilə istisna etmək olmaz (baxmayaraq ki, əldə olunan məlumatlara görə xronik urtikari ilə müqayisədə çox ziddiyyətlidir).

Endokrin sistemin patologiyası

Bəzi tədqiqatçılar şəkərli diabetin olmasını və lipazanın ifrazının 15%-ə qədər azalmasını rozasea ilə xəstələrdə maddələr mübadiləsinin pozulmasının patogenetik əhəmiyyət daşıdığını sübut edirlər. Ovarial və hipofizar çatmamazlıq, qalxanabənzər vəzin xəstəlikləri və digər hormonal pozğunluqlar rozaseanın yeganə səbəbi deyildir, belə ki, bu xəstəliyə müxtəlif yaşlarda həm kişilər, həm də qadınlar düşər olurlar. Böyrəküstü vəzilərin hormonlarının yeridilməsi zamanı meydana çıxan müsbət effektivliyinə görə rozaseanın formalaşmasına böyrəküstü vəzilərin çatmamazlığının təsir göstərməsi müəyyən edilmişdir.

Psixovegetativ pozuntular

Psixi amillər uzun müddət rozaseanın yaranmasının ən mühüm səbəblərindən hesab edilirdi, lakin məqsədyönlü psixoloji müayinələr rozasea və psixi amillər arasında ehtimal olunan əlaqəni statistik cəhətdən təsdiq etməmişdir. Onlar daha çox xəstələrin üzünü eybəcərləşdirən kosmetoloji qüsurların onların psixikasına göstərdiyi mənfi təsiri təsdiqləmişlər.

Damar patologiyası

Klinik və eksperimental müayinələr göstərir ki, üz nahiyəsində olan dərinin qan damarlarının tonusunun mərkəzi tənzimlənməsinin pozulması rozaseanın patogenezinə xüsusi rol oynayır. Bunun nəticəsində qanın axma sürətinin ləngiməsi və venae facialis sive angularis –in axdığı nahiyədə (əsasən, rozaseanın ən çox rast gəlinən topoqrafiyasına uyğun gəlir) venoz durğunluq inkişaf edir. Üz venasının axdığı nahiyəyə eyni zamanda konyunktiva da qoşulur və bu da xəstəlik zamanı gözlərin cəlb edilməsini izah edir.

Morfoloji və laborator müayinələrlə müəyyən edilmişdir ki, xəstəliyin patogenezinin əsasında vegetativ damar distoniyasının əlamətlərindən birinin - daha çox üz damarlarının zədələnmələri ilə müşayiət olunan angionevrozun yaranması durur.

Vazoaktiv peptidlərin rolu

Mədə-bağırsaq yolunun vazoaktiv peptidləri (VIP, pentaqastrin) üzə qanın axmasını (yığılmasını) sürətləndirmək qabiliyyətinə malikdir. Alkoqolun təsiri sayəsində qanın üzə doğru axması onun fermentativ parçalanmasının axıra qədər başa çatmaması (xüsusilə də şərq ölkələrindən olan şəxəslərdə) ilə əlaqədardır. Rozasea ilə xəstələrdə qanın axmasının (yığılmasının) səbəbləri qismində həmçinin bir sıra mediator maddələrin, məsələn, endorfinlər, bradikinin və P substansiyasının miqdarının artması rol oynayır. Kallikrein-kinin sisteminin fəallaşması və kininogenezin güclənməsi rozasea ilə xəstələrin əksəriyyətində müəyyən olunmuşdur. Kininlərin vazoaktiv yönümlü təsiri, onların çox kiçik konsentrasiyalarda damarların tonusunu dəyişdirmək və kapilyarların keçiriciliyini artırmaq qabiliyyəti rozasea üçün səciyyəvi olan damar dəyişikliklərini törədir. Dəyişikliklərin əsasən üzdə lokalizasiyası, çox güman ki, burada yerləşmiş bradikinin reseptorlarının yüksək həssaslığı ilə izah edilir. Bu, vazoaktiv bradikininin rozaseanın «effektoru» olması nəzəriyyəsini təsdiq edir.

İmmun sistemin pozğunluqları

Rozasea ilə xəstələrdə hər 3 sinif immunqlobulinlərin: A, M, G səviyyəsinin artması aşkar edilmişdir. Lakin bu zaman immunqlobulinlərin səviyyəsi və xəstəliyin davam etmə müddəti və mərhələsi arasında korrelyasiya əlaqəsi nəzərə çarpmamışdır. Bazal membranlarda immunflüoressensiya reaksiyası vasitəsilə bəzən immunqlobulinlərin, az hallarda S3 fraksiyalı komplementin izləri aşkar edilir. Bir çox müəlliflər hüceyrə immunitetini öyrəndikdə «total» və «aktiv» rozetka əmələ gətirən hüceyrələrin mütləq sayının dürtüst artmasını və T-supressorların sayının azalmasını aşkar etmişlər.

Beləliklə, rozasea polietoloji provokasiya amillərinə və müxtəlif klinik şəkllə malik xəstəlikdir. Rozaseanın patogenezinə damarların patoloji reaksiyası mühüm əhəmiyyət kəsb edir ki, bu da vazoaktiv peptidlərin, anticisimlərin, dövr edən immun komplekslərin və digər endogen qıcıqlandırıcıların (irritantların) təsiri altında inkişaf edir.

Klinik şəkil

Müasir dövrdə rozaseanın gedişində 3 ardıcıl mərhələ ayırd olunur: eritematoz-teleangiektatik, papulo-pustulyoz, pustulyoz-düyünlü. Xəstəliyin başlanğıcı livid qan axını ilə müşahidə olunan eritema ilə səciyyələnir, onun yaranmasında çoxlu sayda qeyri-spesifik stimulyasiya amilləri: dərinin mexaniki qıcıqlanması, insolyasiya, temperatur dəyişiklikləri; isti içkilərin, istiotlu yeməklərin, alkoqolun işlədilməsi səbəb ola bilər. Əvvəlcə eritemanın davam etmə müddəti bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər çəkir, bədən temperaturunun artması və ya istilik hissiyatı ilə müşayiət olunur, sonra nəzərə çarpmadan itir, lakin tezliklə provokasiya amillərinin təsiri altında yenidən meydana çıxır. Çox vaxt burun-dodaq nahiyəsində lokalizasiyası ilə məhdudlaşır. Residivlərin və remissiyaların bir-birini belə əvəzləməsi sayəsində proses bir çox illər və aylar boyunca davam edə bilər. Sonralar hiperemiyanın yerində zəif infiltrasiya, teleangiektaziyalar əmələ gəlir. Eritema daha qabarıq, göyümtül çalarlı olur, çox vaxt yanaqların burunu əhatə edən hissəsinə, alına və çənəaltına keçir. Histoloji müayinə zamanı bu mərhələdə yalnız genişlənməmiş qan damarları və limfa damarları üstünlük təşkil edir. Sonralar zədələnmiş dərinin diffuz qalınlaşması fonunda məhdud və ya qrupşəkilli iltihabi çəhrayı-qırmızı papulalar əmələ gəlir ki, onlar da çox vaxt zərif pulcuqlarla örtülmüş olur, papulalar bir neçə gün və ya həftələr boyunca persistensiyaya etməyə qadirdirlər. Daha iri elementlər burnun əsası nahiyəsində infiltrasiya etmişdir. Sonra düyünlərin əksəriyyəti irinləşir, steril möhtəviyyəti olan papulo-pustulalar və pustulalar əmələ gəlir. Pustullaşma hüceyrə immuniteti sayəsində Demodex folliculorum-a cavab olaraq böyük miqdarda neytrofil qranulositlərin diffuziyası ilə bərabər formalaşır. Zədələnmə mərkəzi-fasial nahiyədən alın dərisinə, qulaq ətrafı nahiyələrə, boynun ön səthinə və hətta döş sümüyünün ön sahəsinə yayılır. Histoloji olaraq epidermisdə, əsasən piy vəzilərinin follikulları nahiyəsində perivaskulyar limfositositar infiltratlar aşkar edilir. Histoloji şəkildə pustulalar akşar edildikdə follikulyar nahiyənin spongiozu, follikulyar aparatın atrofik dəyişiklikləri, həmçinin kollagen liflərin destruksiyası müşahidə olunur. Sonralar xroniki progressivləşən gedişi sayəsində patoloji proses birləşdirici toxumanın və piy vəzilərinin sürətlənən hiperplaziyası sayəsində iltihabi düyünlərin, infiltratların və şişəbənzer törəmələrin əmələ gəlməsinə və damarların davamlı şəkildə genişlənməsinə gətirib çıxarır. Bu dəyişikliklər ilk növbədə burnu və yanaqları, az hallarda çənəaltı nahiyəni, alını və qulaq seyvanlarını əhatə edir və kəskin eybəcər şəkil yaradır. Bəzi müəlliflər xəstəliyin bu mərhələsini sərbəst forma - rinofima kimi nəzərdən keçirirlər. Rinofima praktik olaraq yalnız kişilərdə rast gəlir. Burnun forması assimetrik olur, durğun-göyümtül eritemanın fonunda çoxlu sayda iri teleangiektaziyalar meydana gəlir. Piy vəzilərinin funksional aktivliyi kəskin surətdə artır. Follikulların girəcəyinə təsir etdikdə ağımtıl pastayabənzer ifrazat xaric olur. Analoji dəyişikliklər digər lokalizasiyalarda da rast gəlir: çənəaltı nahiyədə dərinin qalınlaşması – qnatofima, qaşarası nahiyədə və alında yastıqşəkilli qalınlaşmalar – metafima, qulaq sığalığında törəmələr – otofima, həmçinin piy vəzilərinin hiperplaziyası nəticəsində göz qapaqlarının qalınlaşması – blefarofima əmələ gəlir. Rinofima rozaseanın ən ağır forması sayılır və xəstələrin heç də hamısında inkişaf etmir. Bu, aparılan patomorfoloji müayinələrdə təsdiq edilir. (E.İ. Rıjkova, 1976)

Bəzi tədqiqatçılar rozaseanın 3 ağırlıq dərəcəsinə ayırd edirlər ki, bunlar adətən xəstəliyin inkişaf mərhələlərinə uyğun gəlir.

Rozasea I. Persistensiya edən eritemalar və teleangiektaziya. Xəstəlik inkişaf etdikdə eritema bir neçə saatdan bir neçə günə qədər qalır (durğunluq eriteması). Bu zaman əlavə olaraq teleangiektaziya əmələ gəlir ki, onlar da əsasən burun-dodaq və yanaq nahiyələrində yerləşir və kosmetik baxımdan xəstəyə narahatlıq yarada bilərlər.

Rozasea II. Papulalar, papulopustulalar və pustulalar. Üzün mərkəzi hissəsində çox vaxt məhdud və ya qrupşəkilli yarım dairəvi, iltihabi, hiperemiyalı papulalar (xırda lövhəcikli qabıqlanma ilə birgə) rast gəlir və onlar da bir neçə gün və ya həftə ərzində müşahidə olunurlar. Həmçinin papulopustulalar, pustulalar və yüngül ödem ola bilər. Pustulaların normal bakterial florası vardır və ya sterilizirlər. Komedonlar inkişaf etmir. İltihabi səpgilərin sağalmasından sonra çarıqlar qalmır. Sonralar rozasea təkcə üzün mərkəzi hissəsini deyil, həm də başın tüklü hissəsinin sərhəddində alın nahiyəsini, boynun yan sahələrini, retroaurikulyar regionu və döş sümüyünün ön sahəsini əhatə edə bilər. Bu zonalarda dəriyə qan axının güclənməsi müşahidə olunur və o, qalınlaşır.

Rozasea III. İltihabi düyünlər və lövhəciklər. Proses inkişaf etdikcə get-gedə rozasea böyük əraziləri əhatə edən iltihabi düyünlərlə, həmçinin iltihablaşma və diffuz toxuma hiperplaziyasına meyilliliyi, yəni qabarıqların və ya fiqlərin əmələ gəlməsi ilə müşayiət edilə bilər. Bu, xüsusilə yanaqlar və buruna (rinofima), az hallarda çənəaltı nahiyəyə (qnatofima), alına (metafima) və ya qulaqlara (otofima) aiddir. İri məsəmələri olan dəri iltihablaşaraq qalınlaşmış, şişkindir («portağal dərisi»), bu zaman iltihabi infiltratların artması, birləşdirici toxumanın böyüməsi, piy vəzilərinin hiperplaziyası, dərinin qalınlığının və iltihab sahələrinin artması nəzərə çarpır. Çeçələ barmaq böyüklüyündə qalınlaşmalar əmələ gəlir. Bunun sayəsində rinofima inkişaf edə bilər.

Klinik formalar

Rozaseanın bir neçə xüsusi klinik formaları ayırd olunur. Steroidprovokasiya olunan (steroid) rozasea bu və ya digər dermatozla əlaqədar uzun müddət kortikosteroid məhləmlər (xüsusilə flüorlaşmış) qəbul edən xəstələrdə inkişaf edir. Nəticədə yüngül subatrofiya və geniş tünd-qırmızı eritemalı «steroid dəri» fenomeni inkişaf edərək səthində teleangiektaziya və papulopustulyoz elementlər yerləşmişdir. Yerli kortikosteroidlərin qəbulunu dayandırdıqdan sonra, bir qayda olaraq, proses müvəqqəti kəskinləşir.

Lyupoid və ya qranulematoz rozasea zamanı əsasən periorbital və perioral lokalizasiyalı eritema fonunda disseminasiyalı qonuru-qırmızı rəngli papulalar və ya kiçik düyünlər sıx yerləşmişdir, diaskopiya zamanı bəzən sarı-qonuru rəngli ləkələr aşkar edilir. Papulalar bir-birinə sıxlaşaraq nahamar, qabarıqlı səthlər yaradır.

Konqlobat rozasea (rozasea conglobata) artıq mövcud olan rozaseanın yerində inkişaf edir və iri şarşəkilli absəsləşən düyünlərin və induksiya fistulların yaranması ilə səciyyələnir. Belə aqqravasiya çox vaxt tərkibinə halogenlər (yod, brom) daxil olan preparatların qəbulundan sonra baş verir.

Sürətli və ya ildırımvari rozasea (rozasea fulminans) praktik olaraq yalnız gənc qadınlarda müşahidə olunur və konqlobat rozaseanın ən ağır variantıdır. Xəstəlik kəskin başlayır, səpgilər yalnız üz nahiyəsində yerləşir, seboreya əlamətləri qeyd olunmur. Rozaseanın ildırımvari formasının yaranması səbəbləri məlum deyildir. Psixososial amillərin, hormonal pozğunluqların, hamiləliyin təsir etməsi güman edilir. İldırımvari rozasea qəflətən başlayır. Xəstənin ümumi vəziyyəti o qədər də dəyişmir. Səpgilərin ən

çox yerləşdiyi yer – alın, yanaqlar, çənəaltıdır nahiyələrdir. Göyümtül-qırmızı rəngli kəskin nəzərə çarpan şişkinlik və eritema, papulalar və pustulalar, yarımşarşəkilli və şarşəkilli düyünlər əmələ gəlir. İltihabi düyünlər tezliklə birləşir və böyük konqlomeratlara çevrilirlər, flyuktuasiya əmələ gəlir, sinuslar və fistullar meydana çıxır.

Qramneqativ rozasea çoxlu sayda follikulitlərin yaranması ilə xarakterikdir. Pustulaların möhtəviyyəti müayinə olunduqda qrammənfi bakteriyalar aşkar edilir. Qramneqativ follikulitlər rozaseanın uzun müddət antibiotiklərlə, əsas etibarlı ilə tetrasiklin qrupu preparatları ilə səmərəsiz aparılan terapiyanın fonunda əmələ gəlir.

Rozasea-limfoedema (üzün ağır persistensiya edən ödemi, üzün xronik persistensiya edən eriteması və şişkinliyi, Morbinan xəstəliyi) – rozaseanın nadir rast gəlmə formasıdır. Xəstəlik üzün orta 1/3 hissəsinin zədələnməsi ilə bərabər mərkəzi-fasial istiqamətdə təzahür edir. Xəstəlik zamanı rozasea üçün səciyyəvi olan morfoloji elementlərin fonunda alında, çənəaltında, göz qapaqlarında, burunda və yanaqlarda barmaq ilə təsir etdikdə çökəklik qalmayan davamlı şişkinlik müşahidə olunur. Söhbət yalnız ödemdən deyil, birləşdirici toxumanın artmasından və onu müşayiət edən fibrozdan gedir ki, onlar xroniki iltihabın və limfostazın fonunda meydana çıxırlar. Bənövşəyi çalarlı tünd-qırmızı rəngli kəskin ödem əmələ gəlməsi və onun indurasiyaya keçməsi səciyyəvi hal sayılır. Xəstəlik əvvəldə xronik residivləşən, sonra persistensiya edən gedişə malikdir. Xəstəliyin subyektiv simptomları aşkar edilməmişdir, lakin kosmetik olaraq üzün cizgilərinin kobudlaşması aydın nəzərə çarpır. Histopatoloji müayinədə fibroz, limfa damarlarının genişlənməsi ilə bərabər şişkinlik, həmçinin perivaskulyar və perifollikulyar histiositar infiltrat aşkar edilir. Tosqun hüceyrələrin sayının artması xarakterikdir. Çox güman ki, limfa damarlarının obstruksiyası ilə birgə meydana çıxan xroniki iltihabi reaksiyalar, mikrosirkulyasiyanın pozğunluqları və tosqun hüceyrələr tərəfindən induksiya olunan fibroz dəyişikliklər patogenetik əhəmiyyət kəsb edir.

Müalicə

Rozaseanın müalicəsində müxtəlif preparatlardan istifadə olunur ki, bunlar da dermatozun etiologiyasının və patogenetik amillərinin müxtəlifliyi, onun mərhələsi və klinik formaları ilə izah edilir.

Yerli terapiya

Yerli terapiya xəstəliyin mərhələsi və forması ilə müəyyən olunur. Eritematoz mərhələdə bor turşusunun 1-2%-li məhlullarının, 1-2%-li rezorsin məhlulunun islatmaları, bitki mənşəli (çay, çobanyastığı, pişikdili, adaçayı, dazıotu, gülxətmi kökünün dəmləməsi) islatmalar tətbiq olunur. Soyuq islatmalar damardaraldıcı təsir göstərir, göynəmə və istilik hissiyatını aradan qaldırır.

Yerli tətbiq olunan kükürd preparatları, həmçinin 10%-li benzil-benzoat suspensiyası, Vilkinson məlhəmi, «Yam» məlhəmi, spreyal, trixopol məlhəmi və kremlər antide-modikoz təsirə malikdirlər.

Metronidazol 0,75%-li və 1%-li gel və krem şəklində yerli tətbiq olunduqda nəinki peroral qəbuldan geri qalmır, həmçinin effektivliyinə görə tetrasiklinlə rəqabətə girir. Klion məhlulunun islatmasının istifadəsi zamanı müsbət nəticələr əldə olunmuşdur, onun 100 ml-də 500 mq metronidazol vardır.

Papulopustulyoz rozasea ilə xəstələri müalicə etdikdə tərkibində azelain turşusu olan 20%-li krem işlədilir. Azelain turşusu dərinin lipidlərində sərbəst yağ turşularını azaldır və piy vəzilərinin axacaqlarında keratinləşmə proseslərini normallaşdırır.

Rozasea zamanı 0,025%-li krem şəklində tretinoin və 0,2%-li izotretinoin kreminin effektiv tətbiq olunması haqqında məlumatlar vardır. Tretinoinin uzun müddət (32 həftə) yerli tətbiq olunması effektivliyinə görə izotretinoinin 16 həftə ərzində peroral qəbulundan heç də geri qalmır. Rozaseanın yerli terapiyasında kortikosteroidlərin (xüsusilə də flüorlaşmış) yerli tətbiq edilməsi məsləhət görülmür.

Ümumi terapiya

Ümumi terapiya rozaseanın ağırlaşmış formalarında tətbiq olunur. Ən çox işlədilən preparatlar – antibiotiklər, metronidazol, sintetik retinoidlərdir. Tetrasiklin sırası antibiotikləri aknenin terapiyasında ən effektiv antibakterial preparatlar olaraq qalırlar. Tetrasiklinlərin müsbət təsiri onların piy vəzilərində toplanması, iltihabi toxumaların sahəsinə seçici nüfuz etməsi, korinebakteriyaların lipazasının təsirini dəf etməsi xüsusiyyəti ilə izah olunur ki, bu da dəri piyində perifollikulyar iltihabın yaranmasına səbəb olan sərbəst yağ turşularının miqdarını azaldır. Tetrasiklinin və oksitetrasiklinin başlanğıc dozası bədən çəkisindən asılı olaraq sutkada 1000-1500 mq təşkil edir və 3-4 dəfəyə qəbul edilir. Klinik yaxşılaşma zamanı doza tədricən saxlayıcı, təminedicə dozaya – sutkada 250-500 mq-ə qədər azaldılır. Doksisisiklinin başlanğıc dozası sutkada 200 mq, saxlayıcı, təminedicə dozası – 100 mq, minosiklinin – müvafiq olaraq 100 və 50 mq təşkil edir. Tetrasiklinlərlə müalicə müddəti 12 həftə davam edir ki, bu da əlavə təsirlərin yaranması riskini artırır. Mədə-bağırsağ yolunun fəaliyyətinin pozulması, allergik reaksiyalar, fotosensibilizasiyasının yaranması və s. mümkündür. Rozaseanın müalicəsində həmçinin makrolidlər qrupundan olan antibiotiklər də tətbiq edilir – eritromitsin (sutkada 500-1500 mq), roksitromitsin (sutkada 150 mq 2 dəfə), klaritromitsin (sutkada 150 mq 2 dəfə).

Metronidazol nitroimidazolun törəməsi sayılır, mədənin və bağırsağın müdafiə və regenerasiya funksiyalarını gücləndirir, kəskin ödeməleyhinə təsir göstərir. Metronidazol qrammənfi anaerob çöplərə münasibətdə bakteriostatik effekt, həmçinin Demodex folliculorum-a qarşı parazitəleyhinə təsir göstərir. Metronidazol insanın dərisində olan palmitolien turşusu ilə sinergizmdə neytrofilərin funksional aktivliyini ləngidir və bununla iltihab melderatorlarının ifrazını azaldır. Preparatın sutkalıq dozası 1,0-1,5 q təşkil edir; müalicənin davam etmə müddəti – 4-6 həftədən 8 həftəyə qədər uzanır. Bəzi müəlliflər hesab edirlər ki, kəskin demodikoz zamanı metronidazolun peroral təyin olunmasına göstəriş vardır, bu zaman müalicənin davam etmə müddəti 10 gün təşkil etməlidir.

Ornidazol – yeni imidazol preparatı olub (tiberallı adı ilə qeydə alınmışdır) yüksək terapevtik effektivliyə malikdir və bakterial-parazitar floranın tiberalla qarşı həssaslığının olmaması ilə səciyyəlidir. Tiberallı preparatı rozaseanın papulyoz və papulo-pustulyoz formaları ilə xəstələrə 0,5 q sutkalıq dozada (gündə 2 dəfə 1/2 həb) 10 gün ərzində tövsiyə olunur.

Retinoidlər – rozaseanın ağır formalarının - rozacea conglobata və rozacea fulminans müalicəsində işlədilir. İzotretinoin (13-sis-retinoy turşusu, roakkutan) – sintetik retinoid olub həmçinin aknenin ağır formalarının müalicəsində geniş işlədilir. Preparatın

terapevtik effektivliyi epidermisin və piy vəzilərinin hüceyrələrinin diferensiasiya və keratinləşmə proseslərinə təsiri ilə əlaqədardır, bu isə kəskin sebostatik təsirin yaranması ilə şərtlənir. İzotretinoin iltihab mediatorlarının – B leykotrienlərin ingibisiyası sayəsində iltihabəleyhinə və immunmodulyasiya edici təsir göstərir. İzotretinoinin sutkalıq dozası 1 kq bədən çəkisinə 0,2-1,0 mq təşkil edir. Xüsusilə ağır hallarda sutkada 1 kq bədən çəkisinə 2 mq təyin olunması məsləhət görülür. Rozaseanın orta gedişində gündə yalnız 2,5-5 mq (bədən çəkisindən asılı olmayaraq) təyin edilməsi klinik remissiyaya gətirib çıxarır. İzotretinoinlə müalicənin müddəti 4-6 ay təşkil edir. Yaxşılaşma adətən terapiyanın başlanmasından 1 ay sonra baş verir və preparatın qəbulu dayandırıldıqdan sonra da davam edir. Lazım gəldikdə izotretinoinin təkrar kursu əvvəlki kurs qurtardıqdan minimum 8 həftə sonra aparılır. Qadınları müalicə etdikdə izotretinoinin anti-androgen preparatlarla - siproteronasetat (androkur) və etinilestradiolla kombinasiyası mümkündür.

Qlükokortikoidlər ildırımvari rozasea (pyoderma faciale) zamanı izotretinoinlə birgə kombinasiyada tətbiq olunur. Rozaseanın ildırımvari formasının səmərəli müalicə sxemi işlənib hazırlanmışdır: prednizolon - 1 kq bədən çəkisinə 1 mq dozada 5-7 gün ərzində, sonradan dozanı azaltmaqla və 10-14-cü günü qəbulu dayandırmaqla; izotretinoin - prednizolonun qəbul edilməsinin 7-ci günündən başlayaraq 1 kq bədən çəkisinə 0,2-0,5-1,0 mq dozada 2-4 ay ərzində təyin olunur. Müalicənin 1-ci həftəsində 4-cü qrup kortikosteroidlərin kremlərinin gündə 1-2 dəfə qəbul edilməsi, sonralar isə infiltratların sorulması məqsədilə isti kompresslərin qoyulması məqsədəuyğundur.

Rozaseanın eritematoz və papulyoz formasının eq-lonil preparatı ilə (0,05-0,1 q dozada 1-2 ay ərzində, ildə 2-3 sikl) patogenetik müalicəsi aparılaraq əsasən astenik və astenodepressiv vəziyyətlərdə, həmçinin neyrogen mənşəli somatik pozğunluqlar zamanı tətbiq olunur.



Şək.29.1.Rozasea zamanı səp-gilərin lokalizasiyası

Fizioterapevtik metodlar. Krioterapiya (maye azotun applikasiyası) günəşirı və ya hər gün dərin qabıqverməyə qədər aparılır. Metod xəstəliyin mərhələsindən asılı olmayaraq tətbiq edilir. Krioterapiya iltihabəleyhinə, damardaraldıcı, antidemodikoz təsir göstərir. Elektrokoagulyasiya teleangiektaziyaların, papulyoz və papulopustulyoz elementlərin dağıdılması məqsədilə aparılır. Prosedurların sayı – prosesin mərhələsindən və yayılması intensivliyindən asılı olaraq 20-100 dəfə yerinə yetirilir. Rozaseanın eritematoz və məhdud papulyoz mərhələləri ilə xəstələrdə bir qayda olaraq klinik sağalma baş verir. Lazeroterapiya – teleangiektaziyaların destruksiyası məqsədilə uzun dalğalı (577 və 585 nm) şüalar tətbiq olunur. Işıq dəstəsi səthi qan damarının daxilində istilik effektini yaradaraq yaxınlıqdakı toxumalara zərər vurmada qan damarının dağılmasına səbəb olur.

OCAQLI ALOPESİYA

Alopesiya (keçəllik) - tüklərin patoloji tökülməsidir. Çapıqlı və çapıqsız alopesiya ayırd olunur. Çapıqlı alopesiya dərinin iltihablaşması, atrofiyası və ya çapıqlaşması nəticəsində tük follikullarının dağılması ilə nəticələnir. Çapıqsız alopesiya əvvəllər dərinin zədələnmələri olmadan da inkişaf edir. Çapıqsız alopesiyaya ocaqlı alopesiyanı (alopecia areata), androgenetik alopesiyanı (alopecia androgenetica), diffuz alopesiyanı (alopecia diffusa) aid edirlər.

Ocaqlı alopesiya (ocaqqlı dazlıq, alopecia areata, dairəşəkili keçəllik) xronik dermatoz olub tük follikullarına müxtəlif təsirlər nəticəsində tüklərin patoloji tökülməsi ilə səciyyələnir və klinik olaraq başın tüklü hissəsində, saqqal nahiyəsində, qaşlarda, kirpiklərdə və bədəndə tüklərin tamamilə olmaması ilə nəzərə çarpan ocaqların yaranması ilə təzahür edir.

Etiologiya və patogenez

Ocaqlı alopesiyanın etiologiyası dəqiq öyrənilməmişdir. Endogen və ya ekzogen təsirlərə qarşı irsi determinasiya şəraitində tük follikullarının keratinositlərinin anomal reaksiyasının yaranması güman edilir. Ocaqlı alopesiya zamanı dırnaqların böyüməsinin pozulması və histoloji müayinələrdə sağlam görünən dəridə aşkar edilən dəyişikliklər alopesiyanın yalnız tük follikullarının məhdud xəstəliyi olmadığını təsdiq edir.

Son illər əksər müəlliflər hesab edirlər ki, immun sistem alopesiyanın inkişafında mühüm rol oynayır. Ocaqlı alopesiya ilə xəstələrdə neytrofil leykositlərdə bəzi lizosomal fermentlərin fəallığının azalması, IgG səviyyəsinin artması və IgE-nin azalması müşahidə olunur. Hüceyrə immunitetinin göstəricilərində T-l, T-x, T-s subpopulyasiyalarının azalması və immuntənzimləyici əmsalın artması şəklində dəyişikliklər aşkar edilmişdir.

Psixi stress faktoru ocaqlı alopesiyanın inkişafında və gedişində mühüm rol oynayır və xəstələrin 87%-də tüklərin tökülməsinə səbəb ola bilər. Ocaqlı alopesiyanın etiologiyasında sink çatışmamazlığı, sinir sisteminin fəaliyyətinin pozulması, mədə-bağırsaq yolunun pozğunluqları, bakterial agentlərə qarşı yüksək həssaslıq, mikrosirkulyator axındakı pozğunluqların rolu ola bilər.

Ocaqlı alopesiyanın 6 tipi ayırd olunur: adi, prehipertenziv, atopik, autoimmun, yeniyetməlik və qarışıq.

Adi tip 20 yaşdan 40 yaş arasında başlaması ilə səciyyələnir.

Prehipertenziv tip - gənc şəxslərdə meydana çıxır ki, onlarda sonralar hipertoniya inkişaf edir. Bəzən pasiyentlərin valideynlərin sözüünə görə, onlar erkən təzahür edən ağır formalı hipertoniyadan əziyyət çəkirlər.

Atopik tip - ocaqlı alopesiyanın atopik dermatitlə, bronxial astma və digər atopik vəziyyətlərlə birgə gedişi zamanı rast gəlir. Alopesiyanın belə formaları müalicəyə çətin təbə olurlar (xüsusilə də əgər alopesiya cinsi yetkinlik dövrünə qədər baş vermişdirsə), çox vaxt belə xəstələrdə total və universal alopesiya inkişaf edir.

Autoimmun tip – ocaqlı alopesiyanın autoimmun xəstəliklərlə birgə gedişi ilə səciyyələnir (Xaşimoto tireoditi, vitiliqo, I tip autoimmun poliqlandulyar sindromu, hipoparatiroz, birincili böyrəküstü çatmamazlıq, xronik generalizə olunmuş qranulematoz kandidoz, miasteniyə).

Qarışıq tip – çox vaxt yaşlı şəxslərdə (40 yaşdan yuxarı) müşahidə olunur, torpid ge-

dişi ilə subtotal və total formaların inkişaf tezliyinin aşağı olması ilə səciyyələnin.

Klinik şəkil

Ocaqlı alopesiyanın klinik əlamətləri olduqca spesifikdir: tam sağlam fonda, subyektiv əlamətlər olmadan (nadir hallarda ocağın yarandığı yerdə arabit sancmalar ola bilər) tüklərdən azad dairəvi və ya oval ocaqlar əmələ gəlir. Tüksüz sahələrdə tüklər töküldüyü və tük soğanaqları azaldığı üçün dəri bir qədər gərilmişdir («batmışdır»). O, fil sümüyü rəngində və ya bir qədər iltihablaşmışdır. Atrofiya əlamətləri yoxdur, tük follikullarının dəlikləri qalmışdır. Çox vaxt proses ənsə nahiyəsindən başlayır ki, bu da xəstəliyin inkişaf etməsində ənsə sinirinin iştirak etdiyi göstərir.

Klinik formalar

Ocaqlı alopesiyanın əlamətləri əsasında 6 klinik forma ayırd edilir: lokal (ocaqlı), lentşəkili (ofiazis), subtotal, total, universal, dırnaqların zədələnməsi ilə.

1. Lokal (ocaqlı) forma tökülmüş tüklərin məhdud, zədələnmə yerində dərinin praktik olaraq dəyişməməsi ilə birgə dairəvi formalı ocaqların yaranması ilə səciyyələnin.

2. Lentşəkili forma (Selsin ofiazisi) ilkin olaraq ənsə nahiyəsində yerləşən və sonra tədricən qulaq seyvanlarına və ya gicgaha qədər lent şəkildə yayılan zədələnmə ocaqlarının olması ilə təzahür edir. Alopesiyanın bu forması üçün zədələnmə ocağının hamar dəriyə keçməsi və gedişinin proqnostik baxımdan əlverişsiz olması səciyyəvidir. Bəzən bir dəfə yaranmış ocaq aparılan müalicəyə baxmayaraq, sonralar olduğu kimi qalır - nə böyümür, nə də repressiya etmir.

3. Subtotal forma daha kiçik ocaqların birləşməsi nəticəsində yaranan geniş zədələnmə ocaqlarının olması ilə səciyyələnin.

4. Total formada başın bütün səthində, kirpiklərdə, qaşlarda, kişilərdə saqqal da daxil olmaqla, tüklər olmur. Klinik formalar bir-birinə transformasiya edə bilirlər və bu da xəstəliyin bədxassəli gedişində xüsusilə kəskin nəzərə çarpır.

5. Universal ocaqlı alopesiya zamanı insanın bütün bədən səthində tüklər olmur.

6. Dırnaqların zədələnməsi ilə gedən ocaqlı alopesiya. Ocaqlı alopesiya zamanı dırnaqların zədələnməsi prosesin ağırlıq dərəcəsi ilə korrelyasiya edir və nöqtəvari çökəklər, çarpaz cızıqlar, onixoreksis, dalğavari dırnaqlar – «qum dalğaları», qırmızı oyuqlar şəkildə müşahidə olunur.

Gedişi

Ocaqlı alopesiyanın gedişində 3 mərhələ ayırd olunur: proqres edən, stasionar və repressiya edən. Proqres edən mərhələdə ocağın kənarında tükləri yüngülcə dartıldıqda keçəlləşmə ocağından 1,5-2 sm məsafədə – «tərpənən tüklər» zonasında onların ağrısız epilyasiyası baş verir. Sərhəd zonasından epilyasiya olunmuş tüklər distrofiyaya uğrayaraq haçalanmışlar və kökləri yoxdur. Saçın ucunun uzunluğu matrisanın distrofiyasının intensivliyindən asılıdır. Matrisa nə qədər intensiv zədələnməmişsə, tükün ucu (əsas) bir o qədər qısa olur.

Stasionar mərhələdə «tərpənənən tüklər» zonası dəqiq ayırd olunmur və ya ümumiyyətlə aşkar edilmir.

Xəstəliyin reğressiya edən mərhələsində keçəlləşmə ocağında zərif tüklər (vellyus) inkişaf etməyə başlayır, onlar da tədricən qalınlaşır və pigmentasiyaya uğrayırlar. Bəzən keçəlləşmə ocağında artıq böyümüş tüklər normal tüklərdən rənginə görə fərqlənirlər və fərqli çalarlar alırlar (poliozis). Çox vaxt aşağıdakı klinik şəkli müşahidə olunur: zərif tüklərin böyüməsi nəzərə çarpır və eyni vaxtda «tərpənən tüklər» zonası təyin olunur. Belə hallarda xəstəliyin proqress edici mərhələsi ayırd edilir (baxmayaraq ki, tüklərin böyüməsi tökülməni qabaqlayır və nəticədə zədələnmə ocağı tüklərlə örtülmüş olur). Müalicə (xüsusilə də yerli) proqres edən mərhələyə müvafiq olaraq təyin edilir.

Ocaqlı alopesiya ilə xəstələrdə xəstəliyin proqnozunu vermək üçün tüklərin köklərinin mikroskopik müayinəsi həyata keçirilir.

Mikroskopiya üçün tüklərin götürülmə qaydası:

- mikroskopiyanın aparılmasından 2 həftə əvvəl tüklərə kosmetik prosedurlar aparılmamalıdır;
- tüklər başı yuduqdan sonra 5-ci günü götürülür;
- ocaqlı keçəllik zamanı tüklər ocağın kənarı boyunca və keçəlləşmə ocağının qarşısında yerləşmiş sahədən götürülür; diffuz keçəlləşmə zamanı tüklər alın xəttindən 2 sm arxadan və gicgah xəttindən 2 sm yana doğru götürülür;
- saçlar uzun olduqda epilyasiyadan əvvəl onları 2 sm uzunluğa qədər kəsmək olar;
- tüklərin mikroskopiyası onların götürüldüyü gün həyata keçirilməlidir.

Tük köklərinin mikroskopiya zamanı aşkar edilə biləcək aşağıdakı formaları ayırd olunur: anagen tüklər, distrofik anagen tüklər, katagen və telogen tüklər.

Normal trixoqramma zamanı tüklərin 89%-i anagen fazada; 1%-i katagen fazada; 20%-i – telogen fazada olurlar. Tüklərin sutka ərzində fizioloji tökülməsi (100-ə qədər) bununla izah edilir.

Ocaqlı alopesiya zamanı distrofik anogen tüklər aşkar edilə bilər. Ocağın periferiyası boyunca telogen tüklərin sayı artır. Telogen köklərinin aşkar olunması ləng inkişaf edən vəziyyətdən xəbər verir: distrofik tüklər prosesin sürətlə proqres etməsi üçün xarakterikdir. Analoji dəyişikliklər dərinin qarşısındakı - klinik sağlam sahəsində də aşkar edilir.

Ocaqlı alopesiyanın səbəbi və ya təkanverici amili ola biləcək xəstəliklərin diaqnostikası zamanı və differensial diaqnostikanın aparılması məqsədilə xəstələrə aşağıdakı müayinələrin həyata keçirilməsi tövsiyə olunur: ümumi klinik müayinələr (qanın, sidinin ümumi, biokimyəvi müayinələri), qanın sifilisə görə seroloji müayinəsi (xəstələrin hamısında göstərişdir), İİV-ə görə qanın İFA ilə müayinəsi (xəstəliyin davamlı hallarında), hormonların səviyyəsini təyin etmək üçün qanın radioizotop müayinəsi (T3, T4, est-radiol, kortizol, testesteron, prolaktin, AKTH); mikroelementlərin (sink, mis, kalium, natrium, dəmir, maqnezium) miqdarının təyin edilməsi; kalsiumun metabolizmi, immunoloji müayinələr (interferonlar, interleykinlər, nekroz və şişlərin böyüməsi faktoru); ocaqlı alopesiyanın ağır formalarında baş beyinin nüvə-mağnit-rezonans müayinəsinə, yumurtalıqların, böyrəküstü vəzilərin USM; baş beyin damarlarının, yuxarı ətrafların damarlarının reovazografiyası; qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsinə aparmaq lazımdır.

Differensial diaqnostika

Ocaqlı alopesiyanın differensial diaqnostikası göbələk infeksiyaları (başın tüklü hissəsinin mikrosporiyası, səthi antropoz trixofitiya, başın tüklü hissəsinin xronik trixofitiyası, favus), sifilis zamanı xırdaocaqlı alopesiya, trixotillomaniya, travmatik və androgenetik alopesiya ilə aparılır.

Müalicə

Ənənəvi terapiya

Ocaqlı alopesiyanın müalicəsində mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdıran preparatlar tətbiq olunur: standart dozalarda ksantinol nikotinat, midokalm, pentoksifillin (trental), dipiridamol (kurantil); mis, sink preparatları (sinkteral 0,124 q və 0,2 q həblərdə), dəmir (sink oksidi, mis sulfat, dəmir laktat); biogen stimulyatorlar; inyeksiya üçün duru aloy ekstraktı 1 ml dozada dərialtı hər gün 30-50 gün ərzində, humizol 1 ml dozada ilk 2-3 gün ərzində hər gün, sonra 2 ml dozada gündə 1 dəfə əzələdaxilinə 20-30 gün ərzində, splenin 1-3 ml olmaqla əzələdaxilinə 10-15 gün ərzində yeridilir.

Nootrop preparatlardan – nootropil kapsulalarda 400 mq dozada gündə 3 dəfə 1-1,5 ay ərzində qəbul olunur. Nootropil mübadilə və enerji proseslərinə müsbət təsir göstərir, beyin hüceyrələrinin davamlılığını artırır.

Hormonal terapiya

Qlükokortikoidlərin daxilə qəbul edilməsinə göstəriş yaxın zamanlarda əmələ gələn və başın tüklü hissəsinin 50%-ə qədərini zədələnməsi ilə nəzərə çarpan alopesiya ilə əlaqədar ola bilər. Universal alopesiya zamanı qlükokortikoidlər bir qayda olaraq səmərəsizdirlər.

Prednizolon sutkada 6-8 həftə 40 mq dozada təyin olunur ki, getdikcə onun dozası xəstənin vəziyyətindən və xəstəliyin dinamikasından asılı olaraq tədricən azaldılır. Bəzi müəlliflər prednizolonla müalicəni 6 aya qədər aparmağı məsləhət görürlər, lakin belə hallarda preparatın dozası sutkada 20-30 mq təşkil edir.

Son illər uzun təsirə malik qlükokortikoid – diprospan geniş istifadə olunur. O, 1 ml olmaqla əzələdaxilinə 1-2 həftə fasilə verməklə yeridilir. Kurs müalicəsində 3-5 inyeksiya edilir.

Yerli müalicə

Yerli olaraq müxtəlif hormonal məlhəmlər dəriyə sürtməklə və ya applikasiyalar şəklində tətbiq olunur. Zədələnmə ocaqlarına preparatı sürtdükdə sağlam görünən dəri 1 sm-ə qədər əhatə etmək lazımdır. Hormonal məlhəmlər xəstəliyin proqres edici mərhələsində təyin olunur. Qlükokortikoidləri okklüziya sarğısı (polietilen plenka və ya duş qəbul etmək üçün işlədilən birdəfəlik papaq) altında bir neçə həftə ərzində axşamlar tətbiq etmək olar. Bu metoddan əsasən total alopesiya zamanı istifadə olunur.

Ocaqların daxilinə qlükokortikoidlərin yeridilməsi geniş tətbiq edilir. İynəsiz inyektor vasitəsilə hidrokortizon həftədə 1 dəfə yüksələn dozada: 0,2-0,4-0,6-0,8-1,0 ml, sonra isə 1 ml dozada ocaqlara yeridilir. Hər püskürtmə zamanı dəriyə 0,1 ml hidrokortizon emulsiyası düşür. Müalicə kursu 10 prosedurdan ibarət olub 2,5 ay davam edir.

Diprospan insulin şprisi vasitəsilə zədə ocağının 2 sm²-nə 0,1 ml olmaqla 1 həftə

fasilə ilə yeridilir. Kurs müalicə üçün 10 inyeksiya təyin olunur. Tüklərin böyüməsi 4-6 həftədən sonra bərpa olunur. Bəzən zədələnmə ocağının özündə tüklərin adacıqlar şəklində böyüməsi nəzərə çarpır.

Yerli immunsupressiv terapiya

Yerli immunsupressiv terapiya xəstəliyin stasionar mərhələsində skvar turşusunun dibutil efirinin və difenilsiklopropenon tətbiq etməklə aparılır. Topik immun terapiyanın prinsipi başın tüklü hissəsinin dərisində təmas ekzemasının intermittasiyalı qıcıqlandırılmasından ibarətdir. Sensibilizasiya aparıldıqdan sonra onun iltihab reaksiyasını 1-2 sutka saxlayan konsentrasiyası seçilir. Effekt əldə olunduqdan sonra preparatın işlədilməsi ararsındakı fasilə artırılır və ya terapiya tamamilə dayandırılır.

Qıcıqlandırıcı terapiya

Qıcıqlandırıcı terapiya da həmçinin stasionar mərhələdə aparılır. 0,5-1%-li antralin, 2%-li minoksidil məhlulu, silokast, melaqinin tətbiq olunur.

Fiziki müalicə

Ocaqlı alopesiya zamanı xəstəliyin mərhələsindən asılı olmayaraq fizioterapiyanın praktik olaraq bütün növləri həyata keçirilir: qalvanizasiya, elektroforez, darsonvalizasiya, amplipulsterapiya, fotokimyəvi terapiya, masaj, kriomasaj.

Ocaqlı alopesiyanın profilaktikası tam hazırlanmamışdır.

XXX FƏSİL. DƏRİ VASKULİTLƏRİ

Dəri vaskulitləri (angiitlər) dedikdə, özünün klinik və patomorfoloji simptomatikasında ilk və aparıcı həlqəsi olan müxtəlif kalibrli dermal və hipodermal qan damarlarının divarlarının qeyri-spesifik iltihablaşması üstünlük təşkil edən dermatozlar başa düşülür.

Etiologiya və patogenezi

Vaskulitlərin etiologiya və patogenezi bir çox hallarda hələlik naməlum olaraq qalır. Son illər vaskulitlərin immun kompleks mənşəli olması haqqında olan nəzəriyyə getdikcə geniş yayılmaqdadır. Bu nəzəriyyəyə görə vaskulitlərin yaranması damar divarına qandan çökən immun komplekslərin zədələyici təsiri ilə əlaqələndirilir. Antigen rolunda vaskulitin səbəbindən asılı olaraq, çox güman ki, bu və ya digər mikrob agentləri, dərman vasitəsi, dəyişilmiş zülallar yerinə yetirilir, müvafiq immunqlobulinlər isə anticisim sayılır. Qanda dövr edən immun komplekslər əlverişli şəraitdə (onların təbii eliminasiyasını istisna edən və ya tormozlayan) damar divarlarında subendotelial çökərək və onların iltihabını törədirlər. İmmun komplekslərin çökməsinə əlverişli təsir göstərən cəhətlərə onların sürətlə yaranmasını, qan cərəyanında uzun müddət dövr etməsini, damar daxili təzyiqin yüksəlməsini, qan cərəyanının ləngiməsini, immun homeostaz sistemindəki pozğunluqları aid edirlər. Damar divarının iltihablaşmasına səbəb olan etioloji amillər arasında çox vaxt fokal (az hallarda ümumi) infeksiyanı aid edirlər ki, o da stafilokoklar və ya streptokoklar, vərəm mikobakteriyaları, enterokoklar, maya və digər göbələklər, qrip virusu tərəfindən törədilir. Damar divarına infeksiyanın sensibilizasiyaedici təsirini müvafiq antigenlərlə birlikdə qoyulan dəri daxili sınaqların nəticələrinin müsbət olması təsdiq edir. Angiitlər zamanı ekzogen sensibilizasiya edən amillər arasında müasir dövrdə dərman vasitələrinə, ilk növbədə antibiotiklərə və sulfanilamidlərə xüsusi yer ayrılır. Vaskulitlərin patogenezinə xronik intoksikasiyalar, endokrinopatiyalar mübadilə pozğunluqlarının müxtəlif növləri, həmçinin təkrar donmalar, psixi və fiziki gərginlik, fotosensibilizasiya, arterial hipertenziya, venoz durğunluq rol oynaya bilər. Dərinin vaskulitləri müxtəlif kəskin və xronik infeksiyaların (qrip, vərəm, sifilis, cüzam, iersinioz və s.), birləşdirici toxumanın diffuz xəstəliklərinin (revmatizm, sistem qırmızı qurdeşənəyi, revmatoid artrit və s.), krioglobulinemiya, qan xəstəliklərinin, müxtəlif şiş proseslərinin dəri sindromu ola bilər.

Müasir dövrdə dərinin vaskulitləri (angiitlər) qrupuna 50-yə qədər nozoloji forma daxildir. Bu nozologiyaların böyük əksəriyyəti klinik və patomorfoloji oxşarlıqlara malikdir, bəzən bunlar bir-birindən az fərqlənir ki, bu da diaqnozun qoyulmasında nəzərə alınmalıdır. İndiyə qədər dərinin vaskulitlərinin hamı tərəfindən qəbul olunmuş vahid bir təsnifatı yoxdur, bu da dərinin vaskulitlərinin etiologiyasının, patogenezinin, klinik gedişinin və dermatozların bu mürəkkəb qrupu ilə əlaqədar bir sıra məsələlərinin natamam öyrənilməsi ilə izah edilir. Klinik həkimlərin əksəriyyəti daha çox dərinin vaskulitlərinin morfoloji təsnifatından istifadə edirlər ki, onların əsasında adətən dərinin klinik dəyişiklikləri, həmçinin zədələnmiş damarların yerləşmə dərinliyi (və müvafiq olaraq kalibri) durur. Praktiki məqsədlə dərinin vaskulitlərinin (angiitlərinin) işçi təsnifatı işlənib hazırlanmışdır.

Klinik şəkil

Dəri vaskulitlərinin klinik əlamətləri olduqca müxtəlifdir. lakin dermatozların bu qrupunu klinik olaraq birləşdirən bir sıra ümumi əlamətlər mövcuddur:

- dərinin dəyişikliklərinin iltihabi xarakteri;
- səpgilərin ödemləşməyə, qanamaya, nekroza meyilliyi;
- zədələnmələrin simmetrik olması;
- səpgi elementlərinin polimorfizmi;
- birincili və ya əsasən aşağı ətraflarda (çox vaxt baldırlarda) yerləşməsi;
- yanaşı gedən damar, allergik, revmatik, autoimmün və digər sistem xəstəliklərin olması;
- çox vaxt ilkin keçirilən infeksiyalar və ya dərman uyuşmamazlığı ilə əlaqənin olması;
- gedişinin kəskin və ya dövrü kəskinləşmələrlə olması.

Polimorf dermal anjiit

Polimorf dermal anjiit, bir qayda olaraq, xronik residivləşən gedişə malikdir və olduqca müxtəlif morfoloji simptomatikanın olması ilə fərqlənərək, onun müxtəlif təsnifatlarının verilməsinə səbəb olmuşdur. Səpgilər əvvəlcə baldırlarda əmələ gəlir, lakin dəri örtüyünün digər sahələrində də, az hallarda – selikli qişalarda meydana çıxıb bilər. (Şək.)Suluqlar, müxtəlif ölçülü hemorragik ləkələr, iltihabi düyüncüklər və lövhəciklər, səthi düyünlər, papulo-nekrotik səpgilər, qovuquqlar, qovuqlar, pustulalar, eroziyalar, səthi nekrozlar, xoralar, çarıqlar müşahidə olunur. Səpgilərdən əvvəl qızdırma, ümumi zəiflik, artralgiya, baş ağrısı meydana çıxır. Əmələ gələn səpgilər adətən uzun müddət qalır (bir neçə həftədən bir neçə aya qədər), residivləşməyə meyillidir. Xəstəliyin başlanğıcı və onun residivləri çox vaxt kəskin yoluxucu xəstəliklərlə provokasiya olunur (angina, qrip, KRX), donma, fiziki və ya psixi gərginlik, az hallarda – hər hansı dərman vasitələrinin qəbul edilməsi və ya qida maddələrinə qarşı reaksiyalarla əlaqədardır. Səpginin bu və ya digər morfoloji elementlərinin olmasından asılı olaraq səthi dermal anjiitin müxtəlif tipləri ayırd olunur (cədvəl 1). Lakin bəzən müxtəlif elementlər kombinəsiya olunaraq və polimorf tipli anjiitin klinik şəklini yaradır.

Cədvəl 1. Dəri vaskulitlərinin (anqiitlərinin) təsnifatı və əsas klinik simptomları

Klinik formalar	Sinonimlər, oxşar xəstəliklər və sindromlar	Əsas əlamətləri
I. Dermal anqiitlər		
1.Polimorf dermal anqiit	Qujero-Ryuiter xəstəliyi. Ryuiter arterioliti. Qujero-Dyupper sindromu. Dermal nekrotik vaskulit. Allergik dəri vaskuliti. Hiper-sensitiv anqiit.	
urtikar tip: köpüşüklər	Urtikar vaskulit. Ryuiter arteriolitinin təsnif olunmayan tipi	İltihabi ləkələr, davamlı
hemorragik tip	Hemorragik vaskulit. Şenleyn-Qenox anafilaktoid purpurası. Kapilyarotoksikoz. Ryuiter hemorragik arterioliti. Mişer-Ştork hemorragik leykositoklastik mikrobidi. Allergik purpura. Krioqlobulinemik purpura.	Petexiyalar, ödemli purpura («hemorragik köpüşüklər», «palpasiya olunan purpura»), ekximozlar, hemorragik qovuşqlar
Papulonekrotik tip	Qujero nodulyar dermal allerqidləri	İltihabi düyüncüklər və lövhəciklər, xırda ödemli səthi düyünlər
papulonodulyar tip	Verter-Dyumlinq nekrotik nodulyar dermatiti. Muxa-Xaberman parapsoriazi. Deqosun atrofiya edən papulyozu.	Mərkəzində pustula və ya nekroz olan iltihabi düyüncüklər, «ştapmlanmış» çapıqcıqlar.
pustulyoz-xoralı tip	Xoralı dermatit. Qanqrenoz piodermiya.	Vezikulo-pustulalar, eroziyalar, xoralar, çapıqlar.
nekrotik-xoralı tip	Nekrotik purpura. Qanqrenoz purpura. İldırımsürətli purpura.	Hemorragik nekroz, hemorragik qovuşqlar, xoralar.
polimorf tip	3 simptomlu Qujero-Dyupper sindromu. Polimorf-nodulyar tipli Ryuiter arterioliti	Çox vaxt köpüşüklər, purpura və səthi xırda düyünlərlə birgə rast gəilir. Müxtəlif tipli elementlərin birgə təsadüf edilməsi.
2.Xronik piqment purpurası	Hemorragik-piqment dermatozları. Piqment-purpura dermatozu. Şamberq-Mayokki xəstəliyi.	

petexial tip	Davamlı inkişaf edən Şamberq piqment purpurası. Şamberq xəstəliyi.	Petexiyalar, hemosideroz ləkələri.
teleanqiektatik tip	Mayokki teleanqiektatik purpurası. Qövsvari Turen purpurası	Petexiyalar, hemosideroz ləkələri, teleanqiektaziyalar
lixenoid tip	Piqment purpuroz Qujero-Blyum lixenoid anqiodermatiti	Petexiyalar, hemosideroz ləkələri, teleanqiektaziyalar, lixenoid papulaları
ekzematoid tip	Dukas-Kalenatakisin ekzematoid purpurası. Qaşınan Levental purpurası	Petexiyalar, hemosideroz ləkələri, lixenifikasiya, pulcuq-qartmaqlar, durğunluq eriteması
II. Dermo-hipodermal anqitləri		
1. Nodozlu artrit	Xoşxassəli düyüncüklü periartrit	Damarlar boyunca dərin düyüncüklər, düyünlər
2. Livedo-anqit	Livedo-vaskulit. Düyüncüklü periartritin dəri forması. Nekrozlaşan vaskulit. Düyünlərlə livedo.	Torlu şaxəli livedo, livedo ləkələri sahəsində düyünlər, nekrozlar, xoralar, çapıqlar
III. Hipodermal anqitlər		
1. Düyünlü eritema	Düyünlü vaskulit. Düyünlü anqit.	Düyünlər (çox vaxt baldırlarda)
kəskin	Kəskin düyünlü anqit	Ödemli parlaq-qırmızı artralgiyalı düyünlər, qızdırma
yarım-kəskin (miqrasiya edici)	Beverştedtin miqrasiya edici düyünlü eriteması. Variabelli Villanov-Pinola hipodermi. Yarım-kəskin miqrasiya edici nodulyar pannikulit. Vilanov xəstəliyi.	Periferiya boyunca böyüyən və mərkəzdən sorulan yastı düyün. Yarım-kəskin gedişli orta dərəcəli ümumi əlamətlərlə təzahür edən düyünlər
xronik	Düyünlü vaskulit	Kəskin əlamətlər olmadan residivləşən xoralar
2. Xronik düyünlü-xoralı anqit	Qeyri-vərəm mənşəli indurativ eritema. Mantqomeri-OLiri-Barker nodulyar vaskuliti.	Xoralaşmış bərk düyünlər, dartılmış çapıqlar.
IV. Qarışıq və keçidli formalar.		

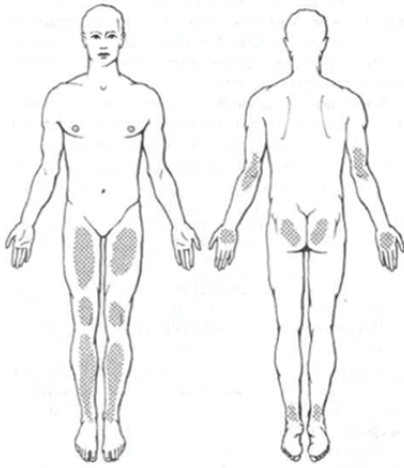
Urtikar tip, əsasən, xronik residivləşən övrənin klinik şəklini simulyasiya edir, dəri örtüyünün bir çox sahələrində meydana çıxan müxtəlif ölçülü köpüşüklərlə təzahür edir. Lakin övrədən fərqli olaraq urtikar angiiit zamanı köpüşüklər xüsusilə davamlı olması, 1-3 sutka ərzində qalması (bəzən daha çox) ilə fərqlənir. Kəskin qaşınma əvəzinə xəstələr dərinin göynəməsi və ya qıcıqlanması hissiyyatından şikayətlənirlər. Çox vaxt səpgiləri artralgiyalar, bəzən qarında ağrılar, yəni sistemlərin zədələnmələri əlamətləri ilə müşayiət olunur. Müayinə zamanı qlomerulonefrit aşkar edilə bilər. Xəstələrdə həmçinin EÇS-nin yüksəlməsi, hipokomplementemiya, laktatdehidrogenozun aktivliyinin yüksəlməsi, müsbət iltihabi sınaqların, immunoqlobulinlərin nisbətinin dəyişilməsi nəzərə çarpır. Histaminəleyhinə preparatlarla müalicə adətən səmərə vermir. Urtikar angiiit ilə çox vaxt orta yaşlı qadınlar xəstələnilər. Diaqnoz yekun olaraq dərinin patohistoloji müayinəsi ilə təsdiqlənir, bu zaman leykositoklastik angiiitin klinikasını aşkar edirlər.

Hemorragik tip daha çox səthi angiiit üçün səciyyəvidir. Bu variantda ən səciyyəvi simptom «palpasiya olunan purpura» – müxtəlif ölçülü hemorragik ödemli ləkələrin yaranmasıdır ki, onlar əsasən baldırlarda və ayaqların alt nahiyəsində yerləşərək yalnız vizual baxışla deyil, həm də palpasiya zamanı asanlıqla müəyyən edilirlər, bu da onları digər purpuraların simptomlarından, xüsusilə də Şamberq-Mayokki xəstəliyindən fərqləndirirlər. Lakin hemorragik tipdə ilk səpgilər adətən xırda ödemli iltihabi ləkələr şəklində olaraq, köpüşükləri xatırladır və tezliklə hemorragik səpgilərə transformasiya edirlər. İltihab əlamətləri artdıqca qarışıq purpura və ekzimozların fonunda hemorragik qovuşqlar formalaşır və onlar deşilərək dərin eroziyalar və xoralar əmələ gətirir. Bir qayda olaraq, səpgiləri aşağı ətrafların orta dərəcəli ödemi ilə təzahür edir. Hemorragik ləkələr ağız boşluğunun və əsnəyin selikli qişasında meydana çıxma bilər. Yuxarıda təsvir olunan, keçirilmiş iltihabi xəstəlikdən sonra (adətən anginadan) əmələ gələn qızdırma, kəskin artralgiyalar, qarında ağrılar və qanlı nəcislə müşayiət olunan hemorragik səpgilər Şenleyn-Qenox anafilaktoid purpurasının klinik şəklini təşkil edərək çox vaxt uşaqlar arasında müşahidə olunur.

Papulonodulyar tip xeyli az rast gəlinir. O, hamar yastılanmış dairəvi formalı, mərci və ya 1 qəpiklik böyüklüyündə, bəzən isə böyük iltihabi düyünlərin, həmçinin kiçik, səthi, kəskin sərhədləri olmayan, meşə qozu böyüklüyündə ödemli solğun-çəhrayı, palpasiya zamanı ağırlı düyünlərin əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir. Səpgilər ətraflarda (əsasən aşağı), nadir hallarda gövdədə yerləşir və kəskin subyektiv hissiyyatla müşayiət olunmur.

Papulonekrotik tip kiçik yastı və ya yarımşarşəkilli iltihabi qabıqlanan düyüncüklərlə təzahür edir, onların mərkəzi hissəsində tezliklə quru nekrotik kobud qartmaq - strupa (adətən qara qartmaq şəklində) formalaşır. Strupa qoparıldıqda kiçik dairəvi səthli xoralar görünür, papulalar isə sorularaq yerində xırda «ştamlanmış» çapıqlar qalır. Səpgilər ətrafların açıq səthlərində yerləşir və klinik olaraq tamamilə papulonekrotik vərəmi simulyasiya edir, bunu differensial diaqnostikada nəzərə almaq lazımdır.

Pustulyoz-xoralı tip kiçik vezikulo-pustulalarla başlayaraq akne və ya follikuliti xatırladır, tezliklə xoralı ocaqlara transformasiya edərək, ödemli göyümtül-qırmızımtıl periferik valcığın dağılması nəticəsində eksentrik böyüməyə meyilli olurlar. Zədələnmə ocaqları dərinin istənilən sahəsində, əsasən baldırlarda və qarının aşağı hissəsində lokalizasiya edir. Xoraların sağalmasından sonra yastı və ya hipertrofik çapıqlar qalır ki, onlar da uzun müddət iltihab xarakterli rəngini saxlayır.



Şək.30.1. Allergik vaskulitlərdə səpgilərin tipik lokalizasiyası

Polimorf tip dermal angiitin digər tipləri üçün səciyyəvi olan müxtəlif səpgi elementlərinin birgə təsadüf etməsi ilə səciyyələnir. Çox vaxt ödemli iltihabi ləkələrin, purpuroz xarakterli hemorragik səpgilərin və səthi ödemli xırda düyünlərin birgə rast gəlməsi nəzərə çarpır ki, bu da 3 simptomlu Qucero-Dyuperra sindromunun və ona oxşar polimorf-nodulyar Ryuiter arteriolitinin klassik klinikasını təşkil edir.

Xronik piqment purpurası

Xronik piqment purpurası (Şamberq-Mayokki xəstəliyi) xronik dermal kapilyarit olaraq məməciklərin kapilyarlarını zədələyir. Klinik xüsusiyyətlərindən asılı olaraq, hemorragik-piqment dermatozlarının aşağıdakı növlərini (tiplərini) ayırd etmək olar.

Petexial tip (davamlı inkişaf edən Şamberqin piqment purpurası, Şamberqin inkişaf edici piqment dermatozu) – bu qrupun əsas xəstəliyi olaraq onun digər formalarının əsasını təşkil edir, çoxlu sayda xırda nöqtəvari, ödemli hemorragik ləkələrlə (petexiyalarla) səciyyələnərək davamlı qonurvari-sarı, müxtəlif ölçülərə və sərhədlərə malik hemosideroz ləkələrinə çevrilirlər. Səpgilər çox vaxt aşağı ətraflarda yerləşirlər, subyektiv hissiyyətlə müşayiət olunmur, əsasən kişilərdə rast gəlinir.

Teleanqiektatik tip (teleanqiektatik Mayokki purpurası, Mayokki xəstəliyi) çox vaxt özünəməxsus ləkələrlə - medalyonlarla təzahür edərək mərkəzi hissəsi cüzi atrofiyalaşmış xırda teleanqiektaziyalardan, periferik zona isə – hemosideroz fonunda xırda petexiyalardan (burada Şamberq xəstəliyinin elementləri teleanqiektaziyalarla assosiasiya edir) təşkil olmuşdur.

Lixenoid tip (piqmentli purpuroz Qucero-Blyum lixenoid anqiodermatiti) disseminasiya olunmuş xırda lixenoidli parlaq, bədən rənginə uyğun düyüncüklərlə səciyyələnir ki, onlar da petexial səpgilər, hemosideroz ləkələri və bəzən xırda teleanqiektaziyalarla müşayiət olunurlar ki, bu da lixenoid səpgili Şamberq-Mayokki xəstəliyindən şübhələnməyə əsas verir.

Ekzematoid tip (Dukas-Kapenatakisin ekzematoid purpurası) ocaqlarda petexiyalar-

dan və hemosiderozdan başqa, ekzematizasiya əlamətlərinin (ödem, yayılmış qızartı, papulo-vezikulların, qartmaqların) olması ilə fərqlənir və kəskin qaşınma ilə müşayiət olunur.

Livedo-angiit

Livedo-angiit, yalnız qadınlarda, adətən cinsi yetkinlik dövründə müşahidə olunur. Onun ilk simptomlarına müxtəlif ölçülərə və sərhədlərə malik davamlı livedo-göyümtül ləkələr aid olaraq aşağı ətraflarda, bəzən saiddə, əllərdə, üzdə və bədəndə müxtəlif ilgilitorlu şəbəkə əmələ gətirir. Ləkələrin rəngi soyuqda kəskin artır. Vaxt keçdikcə livedonun rəngi daha qabarıq görünür, onun fonunda (əsasən topuqlar nahiyəsində və ayaqların alt hissəsində) xırda qansızmalar və nekrozlar meydana çıxaraq xoralar əmələ gətirir. Ağır hallarda iri göyümtül-tünd qırmızı ləkələrin fonunda ağırlı düyünlü bərkimələr əmələ gəlir ki, onlar da geniş ölçülü nekrozlara çevrilərək sonradan dərin yavaş-yavaş sağalan xoraları əmələ gətirirlər. Xəstələr soyuqdan qorxurlar, ətraflarında uzun sürən, düyünlərdə və xoralarda isə güclü pulsasiya edən ağrılar hiss edirlər. Xoralar sağaldıqdan sonra ətrafında hiperpiqmentasiya zonaları olan ağımtıl çapıqlar qalır.

Düyünlü angiit

Düyünlü angiit (düyünlü vaskulit) düyünlü eritemanın müxtəlif variantlarını özündə birləşdirərək bir-birindən düyünlərin xarakteri və prosesin gedişatı ilə fərqlənir.

Kəskin düyünlü eritema - klassikdir, lakin heç də xəstəliyin tez-tez rast gəlmə forması deyildir. O, baldırlarda (nadir hallarda ətrafların digər sahələrində) sürətlə aşağı ətrafların ümumi şişkinliyi fonunda parlaq-qırmızı uşaq ovucu böyüklüyündə ödemli ağırlı düyünlərin əmələ gəlməsi ilə təzahür edir. Bədənin temperaturunun 38-39°C-yə qədər yüksəlməsi, ümumi zəiflik, baş ağrısı, artralgiyalar nəzərə çarpır. Xəstəlikdən əvvəl soyuqdəymə, angina əlamətləri meydana çıxır. Düyünlər 2-3 həftə ərzində iz qoymadan itirlər, tədricən öz rəngini göyümtül, yaşıl, sarı («qançırın işıq saçması») rəngə qədər dəyişir. Düyünlərin xoraya çevrilməsi baş vermir. Residivlər müşahidə olunmur.

Xronik düyünlü eritema – dəri angiitinin ən çox rast gəlmə formasıdır, davamlı residivləşən gedişatı ilə fərqlənir, adətən orta və ahi yaşlı qadınlarda, bəzən damar və allergik xəstəliklər fonunda, fokal infeksiyalar və kiçik çanaq orqanlarında iltihabi və ya şişəbən-zər proseslər fonunda (xronik adneksit, uşaqlığın mioması) meydana çıxır. Kəskinləşmələr çox vaxt yazda və payızda baş verir, az miqdarda göyümtül-çəhrayı, qoz böyüklüyündə bərk ağırlı düyünlərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. İnkişafının əvvəlində düyünlər dərinin rəngini dəyişdirmir, onun üzərindən qabarmırlar, tək-cə palpasiya zamanı təyin edilirlər. Düyünlərin əsas lokalizasiyası – baldırlardır (adətən onların ön və yan səthləri). Baldırların və ayaqların alt hissəsinin orta dərəcəli ödemi müşahidə olunur. Ümumi əlamətlər daimi deyildir və zəif nəzərə çarpır. Residivlər bir neçə ay davam edir, bu müddətdə bəzi düyünlər sorulur, onların yerində isə digərləri əmələ gəlir.

Miqrasiya edici düyünlü eritema adətən yarımkəskin, bəzən xroniki gedişlə sürür və əsas zədələnmənin özünəməxsus dinamikasına malik olur. Bir qayda olaraq, proses as-simmetrik xarakter daşıyır və baldırların ön-yan səthində yastı düyünün əmələ gəlməsi ilə başlayır. Düyün çəhrayı-göyümtül rəngdə, xəmirvari konsistensiyalı olur və periferik artım hesabına çox tezliklə böyüyür, mərkəzi batmış solğun rəngli iri, valşəkili daha

geniş periferik zonası olan dərin lövhəyə çevrilir. Digər baldırda tək-tək xırda düyünlər də müşahidə edilə bilər. Zədələnmələr bir neçə həftədən bir neçə aya qədər davam edə bilər. Ümumi əlamətlərin (subfebrilitet, halsızlıq, artralgiyalar) yaranması mümkündür.

Düyünlü-xoralı angiit

Düyünlü-xoralı angiit geniş mənada xronik düyünlü eritemanın xoralı forması kimi nəzərdən keçirilir, lakin onun indurativ eritema ilə birləşdirən olduqca səciyyəvi klinik xüsusiyyətləri sayəsində ona diqqəti artırır. Proses əvvəldən torpid gedişə malik olur və bərk, kifayət qədər iri, az ağrılı, göyümtül-qırmızı düyünlərlə təzahür edərək, dağılmağa və xoralaşmağa meyilli olan ləng çapıqlaşan xoralara çevrilirlər. Təzə düyünlərin üzərindəki dəri normal rənglidir, lakin bəzən proses göyümtül ləkədən başlayaraq, bir müddətdən sonra düyünlü bərkiməyə və xoraya transformasiya edir. Xoralar sağaldıqdan sonra yerində yastı və ya dartılmış çapıqlar qalır ki, onlar kəskinləşmələr zamanı yenidən bərkiyə və xoraləşə bilərlər. Tipik lokalizasiya baldırların arxa səthi sayılır, lakin düyünlərin digər sahələrdə də yerləşməsi mümkündür. Baldırların xarakterik pastozluğu səciyyəvidir. Proses xronik residivləşən gedişə malikdir, orta yaşlı qadınlarda, bəzən kişilərdə müşahidə olunur. Düyünlü-xoralı angiitin klinik şəklində çox vaxt tamamilə Bazenin indurativ eritemasını simulyasiya edir ki, xəstəliyin differensial diaqnostikasında bunu ciddi nəzərə almaq lazımdır.

Xəstəliyin gedişi və aktivlik dərəcəsi

Dəri vaskulitləri zamanı progressiv, stasionar və regressiv mərhələlər ayırd olunur, onları aşkar etmək üçün əlavə xüsusiyyətlərin axtarılmasına ehtiyac yoxdur və asanlıqla identifikasiya olunurlar.

Aktivlik dərəcəsi dəri zədələnməsinin yayılma intensivliyinin, ümumi vəziyyətlərin və digər orqan, sistemlərin zədələnmə əlamətlərinin olması, həmçinin laborator göstəricilərdəki dəyişikliklərlə müəyyən olunur.

Praktik məqsədlə aktivliyin 2 dərəcəsi ayırd olunur:

I. Aşağı;

II. Yüksək.

Birinci dərəcəli aktivlik zamanı zədələnmə lokalizasiyalı xarakter daşıyır, kiçik və ya orta sayda səpgilərin yaranması ilə nəzərə çarpır, ümumi əlamətlər olmur (qızdırma, halsızlıq, baş ağrısı), digər orqanların prosesə qoşulması əlamətləri yoxdur, laborator göstəricilər normadan o qədər də fərqlənmir.

İkinci dərəcəli aktivlik zamanı proses disseminasiyalı xarakter daşıyır, səpgilər çoxdur, ümumi əlamətlər vardır (arabir üşütmə, subfebril qızdırmadan hektik qızdırmaya qədər, ümumi zəiflik, baş ağrısı), sistemlilik aşkar edilir (artralgiyalar, mialgiyalar, limfadenopatiyalar, mədə-bağırsaq pozğunluqları), müxtəlif laborator göstəricilərin dəyişilməsi (EÇS-nin saatda 20 mm-ə qədər və daha çox yüksəlməsi, leykositoz və ya leykopeniya, eozinofiliya, hemoqlobinin miqdarının azalması, trombositopeniya, ümumi zülalın, α_2 -və ya \square -qlobulinlərin miqdarının yüksəlməsi, ayırı-ayrı immunqlobulinlərin miqdarının dəyişilməsi, komplementin səviyyəsinin azalması, C-reaktiv zülalın əmələ gəlməsi, revmatoidli amilə qarşı müsbət sınaqlar, DNT-yə qarşı anticisimlərin yaranması, antistreptolizin-O və antihialuronidazanın yüksək titrləri, fibrinolizinin səviyyəsinin azalması) müşahidə olunur.

Dəri vaskulitlərinin əsas formalarının müalicəsi

Dəri vaskulitinin müalicəsi xəstəliyin formasından, prosesin mərhələsindən və onun aktivlik dərəcəsiindən asılıdır. I aktivlik dərəcəsi qeyd olunan xəstələr xəstəliyin proqressiv mərhələsində (xüsusilə də əlverişsiz istehsalat şəraiti olduqda) hospitalizasiya olunur və ya evdə təcrid edirlər. II aktivlik dərəcəsi ilə xəstələri stasionar şəraitdə müalicə etmək lazımdır. Əsas ocaqları aşağı ətraflarda olan dəri angiitinin kəskinləşmələrinin bütün hallarında ilk növbədə yataq rejimi gözlənilməlidir, çünki belə xəstələrdə adətən ortostatizm kəskin nəzərə çarpır. Eyni zamanda qan dövranını yaxşılaşdırmaq üçün yataqda gimnastika hərəkətlərinin edilməsi faydalıdır. Yataq rejimini proqres edici mərhələ sönənə qədər gözləmək lazımdır. Xəstələr (xüsusilə kəskinləşmə dövründə) selikli qışanı qıcıqlandıran qıdanı (alkoqollu içkilər; istiotlu, hisə verilmiş, duzlu və qızardılmış yeməklər; konservalar, şokolad, tünd çay və kofe; sitrus meyvələri) istisna edən pəhrizə əməl etməlidirlər. Xəstələrə, əsasən xəstəliyin səbəbinin ləğv edilməsinə yönəldilən terapiya (fokal infeksiya ocağının sanasiyası, ayaqların mikozunun və ya ümumi xəstəliyin müalicəsi) aparılmalıdır. Xəstəliyin kəskinləşməsini provokasiya edən amillərin təsirini (soyuqlama, siqaret çəkmə, uzun müddətli gəzinti və ayaqüstə durma, zədələnmələr, ağır əşyaların qaldırılması) mütləq kənar etmək lazımdır. Kəskin hallarda patogenetik baxımdan plazmoferezin aparılmasına göstəriş vardır.

Dəri vaskulitləri ilə xəstələrin kompleks müalicəsində qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar (indometasin 0,025 q dozada gündə 3 dəfə; naprosin 0,25 q dozada gündə 3 dəfə), antibiotiklər (oletetrin 0,25 q dozada gündə 4 dəfə, metasiklin 0,3 q dozada gündə 2 dəfə, vibramisin gündə 0,1 q dozada), xinolinlər (plakvenil 0,2 q dozada gündə 2 dəfə; delaqil gündə 0,25 q dozada) histaminəleyhinə preparatlar, vitaminlər (askorutin) daxil edilir. Yerli terapiya: troksevazin - gel, butadion məlhəmi, aminokapron məlhəmi. II aktivlik dərəcəsi olan xəstələrdə kortikosteroidlərin (prednizolon 1-2 həb olmaqla gündə 4 dəfə), sitostatiklərin (azatioprin 0,05 q olmaqla gündə 3 dəfə), heparinin 5000 Vah olmaqla dərialtına gündə 4 dəfə, hemodezin 400 ml olmaqla həftədə 2 dəfə tətbiq olunmasına göstəriş vardır. Nekrotik-xoralı tiptə I mərhələdə – proteolitik fermentlərlə islatmalar və ya məlhəmlər (ximopsin, «iruksol»); II mərhələdə – dezinfeksiyaedən, anesteziyaedən məlhəmlər və süngərlər (qubka), zəif güclü lazer şüalanması tətbiq olunur.

XXXI FƏSİL. DƏRİNİN YENİ TÖRƏMƏLƏRİ

Dəri xərçəngi insanın şiş xəstəlikləri arasında tez-tez rast gəlinən xəstəliklərindən- dir. ABŞ- da hər il 600000- dən çox yeni dəri xərçəngi hallarına rast gəlinir və xəstəli- yin artması, cavanlaşması tendensiyası müşahidə edilir. Vaxtında başladılmış müalicə bazahüceyrəli və yastıhüceyrəli dəri xərçəngi formalarında 95%, bədxassəli melano- mada 90%, melanomanın gecikmiş formalarında isə 39%- ə qədər sağalma və yaxşılaş- ma əldə etməyə imkan verir.

Dəri xərçənginin müalicəsində uğur erkən aşkar edilmədən, müxtəlif ixtisaslı həkimlərin ilkin simptomlar haqqında məlumatlı olmağından, xərçəngönü xəstəlikləri olan xəstələrin (piqment kseroderması, aktinik keratoz, piqment nevusları, leykopla- kiyalar) müşahidəsindən və profilaktikasından (hiperinsolyasiyadan, anadangəlmə xalların travmaya məruz qalmasından qorunma) çox asılıdır.

Xərçəngin meydana çıxması çoxmərhələli, bəzi hallarda isə kifayət qədər uzun sürən prosesdir və xərçəngönü vəziyyətlərlə (keratozlar, şüa dermatiti, Bouen xəstəli- yi) başlayır. Bu vəziyyətlər xərçəngdən bir və ya bir neçə xarakter əlamətin olmaması ilə fərqlənir və dəridəki şiş prosesinin tədricən proqressivləşməsi nəticəsində yaranır. Xərçəngönü dəyişikliklərin nəticəsi olaraq:

- Proses proqressivləşə bilər (radial və şaquli inkişaf) ;
- Metastazlar və yanaşı toxumalara invaziya olmadan inkişaf gedə bilər (radial böyümə) ;
- Görünən dəyişikliklərsiz uzun müddət qala bilər (radial və şaquli böyümənin olmaması);
- Spontan reqres müşahidə oluna bilər.

Prosesin ilk inkişaf yolu təhlükəli olaraq xərçəngönü vəziyyətin xərçəngə transfor- masiyasını göstərir. Xərçəngönü prosesin proqressivləşməsi bir qayda olaraq kanse- rogen faktorların uzunmüddətli və ya periodik təsiri ilə müşayiət olunur. Bu faktorların təsirinin kəsilməsi prosesin bədxassəliləşməsinin qarşısını istənilən mərhələdə ala bilər.

Dəridəki şiş prosesinin morfoloji əlamətləri onun proqressivləşməsinə uyğun ola- raq aşağıdakı kimi xarakterizə olunur: hiperplaziya- metaplaziya- atipik metaplaziya- displaziya- intraepitelial xərçəng (canser in situ)- invaziv xərçəng- anaplastik xərçəng.

Əgər displaziya əlamətləri zamanı hüceyrələrin normal proliferasiyaya qayıtmaq ehtimalı kifayət qədər böyükdürsə, anaplaziya zamanı bu ehtimal çox aşağıdır.

Təsnifat

Dəri şişləri birincili, ikincili və hemodermiyalara bölünürlər.

- Dərinin birincili şişləri - onun müxtəlif strukturlarının anadangəlmə xarakterli patoloji proliferasiya ocaqlarıdır (embrional inkişaf qüsurları- nevuslar) və ya aktivləş- dirici faktorların təsiri nəticəsində yaranmışlardır (qazanılmış, evolusyon).
- Dərinin ikincili şişləri daxili orqanların xərçəngində bədxassəli hüceyrələrin metastaz verməsi nəticəsində əmələ gəlir.
- Hemodermiyalar (leykemiyalar) qan yaradıcı sistemin bədxassəli xəstəliklə- rində dəridə mieloid hüceyrələrin proliferasiyası nəticəsində yaranır.

Proqnostik planda dəri şişləri xoşxassəli, xərçəngönü (prekanserozlar) və bədxassəli şişlərə bölünürlər.

Cədvəl 31.1 Dərinin bədxassəli törəmələrinin patogenezi sxemi.

DƏRİNİN XOŞXASSƏLİ ŞİŞLƏRİ

- Qocalıq keratozu
- Keratoakantoma (buynuz molyusk)
- Dermatofibromalar, yumşaq fibromalar, hipertrofik və keloid çapıqlar (fibroz toxuma şişləri)
 - Ateromalar (piy vəzilərinin şişləri), piy vəzilərinin hiperplaziyası
 - Siringomalar (tər vəzilərinin şişləri)
 - Lipomalar (piy toxumasının şişləri)
 - Hemangiomalar (damar şişləri)
 - Kistalar (epidermis və ya dəri artımlarının epiteli ile döşənmiş boşluqlar)
 - Dəridə yığıntılar (ksantomalar, kalsinoz)
 - Neyrofibromatoz (sinir toxumasının şişləri)
 - Epitelial nevuslar (epitelial hüceyrələrin inkişaf qüsurları)
 - Piqment nevusları (anadangəlmə və qazanılmış)

QOCALIQ KERATOMASI

Qocalıq keratoması (qocalıq keratozu) – irsi xarakterli daha çox rastlaşan xoşxassəli epitelial şişdir. Daha çox bazal hüceyrələrdən, bəzən epidermisin tikanlı qat hüceyrələrindən də əmələ gələ bilər. Ahıl şəxslərdə keratomaların sayı bir neçə yüzə (minə) çata bilər. İlkin olaraq dəridən azacıq yüksələn adətən hiperpiqmentasiyalaşmış miliar papulalar yaranır. Böyüdücü şüşə altında onların üzərində çoxsaylı kiçik oyuqlar (üskük şəkli) görünür. Zaman ötdükcə lövhəciklər dəri üzərindən nəzərə çarpacaq dərəcədə qabarmağa başlayır, ölçüləri bir neçə sm-ə qədər böyüyür və səthləri kələ-kötür xarakter alır. Böyüdücü şüşə altında onların üzərində buynuz kistalar aşkar etmək olar. Papulalar adətən yumru və ya oval formada, tünd və ya açıq piqmentasiyaya malik olurlar. Üzdə, gövdədə, əllərdə yerləşirlər.

Differensiasiyanı adi və yastı ziyillərlə, bazalioma ilə, melanoma və piqment nevusları ilə aparmaq lazımdır.

Müalicə. Elektrokoagulyasiya, maye azotla kriodestruksiya, solkoderm, 30 %- li prospidin və 5 %- li ftorurasil məlhəmləri; çoxsaylı keratomalarda daxilə aromatik retinoidlər təyin olunur.

DERMATOFİBROMA

Dermatofibroma (düyünlü subepidermal fibroz) tez- tez rast gəlinir; ətraflarda və gövdədə yaranır, mahiyyətcə bərk konsistensiyalı, 1 sm-ə qədər diametrlı, bəzən ağrılı dəri daxili düyündür. Törəmə ətraf toxumalarla birləşir, lakin aydın əllənir. Dəri səthindən gunbəzşəkilli qalxa və ya çökəklik formasında mövcud ola bilər. Düyün üzərindəki dəri çox zaman dəyişikliyə uğramamış, piqmentli və ya qırmızımtıl- qonur ola bilər.

Patoqnomonik “ çökəklik simtomu” xarakterikdir: baş və şəhadət barmağı ilə törəməni yüngülcə sıxdıqda düyün dərinə gedir və yerində çökəklik qoyur. Dermatofibromalar

Genetik meyllilik İmmunoloji nəzarət və endokrin tənzimin pozulması

Risk faktorları (bir dəfə və ya daim təsir göstərən):

- ultrabənövşəyi şüalanma
- ionlaşdırıcı radiasiya
- kimyəvi maddələr
- onkogen viruslar
- travmalar (yanıq, çapıq, peyvənd, tatuaj, xroniki iltihab, xoralar)

Dəri prosesi (ilkin mərhələ);

- DNT dəyişiklikləri nəticəsində spontan və ya aktivləşdirilmiş hüceyrə proliferasiyası
- Differensiasiya proseslərinin hüceyrələrin apoptoz prosesinə nisbətən üstünlük təşkil etməsi



Xərçəngönü vəziyyət (uzunmüddətli radial böyümə mərhələsi):

- Məhdud sahədə avtonom böyümə
- Sağlam toxumalara invaziya əlamətləri olmadan hüceyrələrin bədxassəli transformasiyası

Genomun geriyə dönə bilən dəyişiklikləri



**Müalicədən sonrakı
reqresin situ xərçəng
mərhələdən asılıdır**

← xərçəngönü vəziyyət →

spontan reqres



Xərçəng (progressivləşən vertikal böyümə mərhələsi):

- şişin avtonom və idarəolunmayan böyüməsi
- genomun geriyə dönməz dəyişiklikləri
- yanaşı toxumaların bədxassəli invaziyası
- digər orqan və toxumalara metastazlar

adətən tək- tək yerləşir, bəzi şəxslərdə onların sayı onlarla ola bilər. Bu şişlər bədxassəliyə çevrilmir. Differensiasiya melanoma, çapıqlar, kistalar, dermatofibrosarkoma ilə

aparılır.

Müalicə. Aydın olmayan diaqnoz və daimi travmatizasiya zamanı elementlər götürülür. Həmçinin maye azotla kriodestruksiya da effektivdir.

YUMŞAQ FİBROMA

Yumşaq fibroma- giləs dənəsi böyüklüyündə normal dəri rəngli və ya qəhvəyi çalarlı yumru və ya oval formalı ayaqcıq üzərində yerləşən yumşaq polipdir. Kövşək birləşdirici toxumalı stroması və nazılmış epidermisi var. Travmaya məruz qaldıqda ağrı, qanama, qartmaqlar meydana çıxır. Yumşaq fibromalar orta və ahıl yaşlarda daha çox qadınlarda və tosqun insanlarda yaranır. Qoltuqaltı çökəklikdə, qasıq nahiyəsində, süd vəzilərinin altındaki büküşlərdə, həmçinin boyun və göz qapaqlarında lokallaşa bilər. Yaş ötdükcə onların sayı arta bilər.

Differensial diaqnoz: qocalıq keratoması, piqment nevusları, neyrofibromatoz, kontagioz molyusk.

Müalicə. Elektrokoagulyasiya.

HİPERTROFİK VƏ KELOİD ÇAPIQLAR

Hipertrofik və keloid çapıqlar dəri zədələnmələri (yara, sıyrıq, absesləşən sızanaqlar, peyvəndlər, qulaq deşmə, əməliyyat şovları, diatermokoagulyasiya və s.) yerində və ya spontan olaraq birləşdirici toxumanın izafi olaraq əmələ gəlməsi nəticəsində yaranır. Keloid çapıq hipertrofikdən fərqli olaraq travmaya məruz qalmış sahədən də əhəmiyyətli dərəcədə kənara çıxır. Hipertrofik çapıqların forması günbəzəbənzər, keloidlərdə xətti; rəngi- normal və ya çəhrayımtıl qırmızı; səthi- hamar və parlaq; konsistensiyası- sərt və möhkəm olur. Keloid çapıqlarda toxumada kollagen liflər üstünlük təşkil edir, fibroblastlar isə olmur.

Dərinin keloid reaksiyasına konstitusional meyillilik daha çox avstraloid-neqroid irqinə aid şəxslərdə təsadüf olunur.

A.I- polipeptid zəncir; II - tropokollagen molekulaları; III – protofibrillər; IV –kəndələn cızıqlarla görünən fibrillər; V – kollagen liflər.

B. Kollagen molekulunun spiral strukturu. Xırda açıq rəngli dairəciklər- qlisin; iri açıq rəngli dairəciklər – prolin, ştrixlənmiş – hidroksiprolin.

C. Kollagen fibrillərin elektron mikrofotografiyası x 130000. II – dövr.

Müalicə. Çapığın ilkin olaraq maye azotla dondurulması çapıq toxumasında əvvəlcə ödem yaradır, sonra isə toxumanın yumşalmasına və oraya triamsinolon asetonidin (10-40 mq) rahat yeridilməsinə imkan yaradır. Belə prosedurlar ayda bir dəfə aparılır. Bəzi hallarda çapıq toxumasının dərin krioterapiyası aparılır. Çapıqların cərrahi müalicəsi tövsiyyə edilmir, belə ki əməliyyatdan sonrakı defekt daha artıq çapıq toxuması ilə dolur.

ATEROMA

Ateroma (piy vəzisi kistası) adətən başın tüklü hissəsində,boyunda, alında, büzdüm nahiyəsində, xayalıq dərində yerləşir. Bu törəmə noxuddan toyuq yumurtası böyüklüyünə qədər, yumru formalı, bədən və ya sarımtıl rəngdə hərəkətli ola bilərlər. Ateromalar adətən orta və yaşlı şəxslərdə əmələ gəlir. Bir qayda olaraq tək ətraf toxumalardan

qalxan bərk və ya elastik konsistensiyalı tədricən böyüyən törəmə şəklində olaraq üzərindəki dəri dəyişiksiz olur. Törəməni yandan basdıqda içərisindən pendirəbənzər kütlə və ya qatı südəbənzər maye xaric olunur. Bəzən ateromalar iltihablaşır, irinləyir, ağırlı olur və öz-özünə flüktasiya edir.

Differensiasıyanı furunkulla, lipoma ilə, yad cisim qranuleması, pannikulitlərlə aparmaq lazımdır.

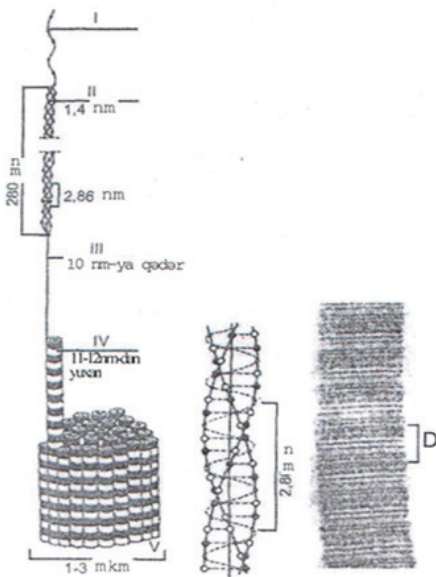
Müalicə. Ateromanın müalicəsini cərrahi yolla piy vəzisinin kapsulasını xaric etməklə aparılır.

“PIY VƏZİLƏRİNİN HİPERPLAZİYASI”

Piy vəzilərinin hiperplaziyası əsasən yaşlı nəsilin nümayəndələri arasında, alın, gicgah və boyun nahiyələrdə çoxlu miqdarda mərkəzində göbəyəbənzər çökəkliyi olan miliar papulalar şəklində müşahidə olunur. Elementlər yumşaq konsistensiyalı olur, kənarlarından sıxdıqda papulanın mərkəzindən yığılıb qalmış yağ damcısı ifraz olunur.

Müalicə. Elementlərin elektrokoagulyasiyası

“Sirinqioma”



Şək.31.1. Kollagen liflərin əmələ gəlmə səviyyəsi (A və B sxemi) kollagen fibrillərin elektron mikrofotografı (C)

Sirinqioma-apokrin tər vəzlərinin xoşxassəli şişidir. Səpgilər əsasən uşaq yaşlarında yaranır və özlərini çoxlu miqdarda iynə başı ölçüsündə, dəridən azacıq yüksələn, sarımtıl və ya qırmızımtıl rəngdə, sərt konsistensiyalı şişəbənzər törəmə kimi göstərir. Döş qəfəsi, göz qapaqları, boyun, qarın, yuxarı ətraflar, xarici cinsi orqanlar və körpücük nahiyəsində lokallaşır.

Histoloji olaraq bazal hüceyrələrdən ibarət olan çox miqdarda epitelial hüceyrələr aşkarlanır.

Müalicə. Kosmetik məqsəd ilə elementlərin elektrokoagulyasiyası aparılır.

“Lipoma”

Lipoma-yumşaq konsistensiyalı, yumru və ya hissə-hissə formada, ətraf toxumalarla birləşməmiş dəri altı piy qatının xoşxassəli törəməsidir. Lipomalar böyük ölçülərdə ola bilərlər (12 sm qədər). Adətən boyun, gövdə, bəzi hallarda ətraflarda yaranırlar. Düynünün üzərindəki dəri dəyişməz olur. Lipomalar tək və ya çox miqdarda rast gəlinir. Özləri birləşdirici toxuma ilə əhatə olunan lipositlərdən ibarətdirlər.

Müalicə. Cərrahi taktika.

Damar törəmələri (Hemangioma)

Hemangiomalar doğulan zamanı (30 % hal-

larda) və ya doğulduqdan 1 ay sonra (əksər hallarda) aşkara çıxan damar şişləridir. Hemangiomaların əsasında endotelial hüceyrələrin proliferasiyası dayanır. Hemangiomalara anadan gəlmə damar qüsurlarından (məsələn alovlanan nevus “çaxır ləkəsi”) ayırmaq lazımdır. Alovlanan nevus olduqda endotelial hüceyrələrin proliferasiyası qeyd olunmur. Bütün hemangiomalar kapilyar və damarlardan ibarətdir, bunların diametri yaşlandıqca böyüyürlər.

Kapilyar hemangioma

Kapilyar hemangioma dəridən qabaran səthi damar şişidir. Doğulduqdan müəyyən müddət sonra üzə çıxır, 5-12 yaşda uşaqlarda müşahidə olunur. Yumşaq konsistensiyalı al-qırmızı və ya tünd-albalı rəngdə düyün və ya lövhəcik şəklində -baş, gövdə, boyun nahiyəsində yerləşən elementdən ibarətdir. Maksimal artım uşağın ilk birinci ilinə təsadüf edilir. Şiş adətən mərkəzdən sovrulur, ancaq onun xoralaşması və ikincili infeksiyalaşması da mümkündür. Reqressiyaya uğramış kapilyar hemangiomun yerində səthi çapıq dəyişiklikləri, hipopiqmentasiya, atrofiya və ya dərinin kobudlaşması, teleanqiektaziyalar qala bilər.

Müalicə. Adətən spontan reqress qeyd olunur. Bəzi hallarda lazer terapiyası və kriodestruksiya aparılır.

Alovlanan nevus (Port Wine) – qeyri-düzgün formalı qırmızı və ya bənövşəyi rəngli ləkə şəklində derma damarlarının inkişaf qüsurudur. Anadan olarkən aşkarlanır, öz-özünə itmir. Bəzi hallarda göz damarlarının, baş beyinin yumşaq və hörümçək qışası damarlarının, aşağı ətrafın varikoz genəlmələri, onurğa beyin damarlarının qüsurları ilə əlaqəli ola bilər. Bədənin hər bir yerində rast gələ bilər, ancaq əsasən üzdə müşahidə olunur. Əksər hallarda birtərəfli, bir dermatom hüduqlarında, üzdə üçlü sinirin innervasiya zonasında, çox vaxt konyuktiva və selikli qişalar da prosesə cəlb oluna bilər.

Adətən alovlanan nevus dəqiq sərhədlərə malik olur və dərinin xeyli sahəsini əhatə edir. Yaşa dolduqca onların səthində düyüncüklər, düyünlər yaranır. Bunlar da insanın dərisinin zahirən görünüşünə xələl gətirir.

Unna Nevusu (ənsə nahiyəsinin anadan gəlmə teleanqiektariyası). Təxminən yeni doğulmuşların üçdə birində ənsə nahiyəsində aşkarlanır. Bəzən nevus göz qapaqlarında, qaş arasına nahiyədə yaranır.

Müalicə. Ləkə mərhələsində maskalayıcı kosmetika, düyüncük, düyünlərin yaranması mərhələsində lazer müalicəsi.

Kavernoz (dərini hemangioma)

Dəri (vena, kapilyar, limfatik damarlar), dəri altı, piy toxuması və ya yaxın toxumaların damarlarının inkişaf qüsurudur. Yarım kürə formasında, yumşaq konsistensiyalı, göyümtül-qırmızı rəngdə, qeyri-dəqiq sərhədli, hissəvi quruluşa malik olan damar törəməsidir. Törəməyə barmaqla təzyiq etdikdə çökəklik yaranır və tez bir zamanda itir. Müxtəlif yaş qruplarında olan uşaqların gövdə və ətraflarında yaranır.

Bəzi hallarda kavernoz hemangioma venaların varikoz genəlməsi, arteriovenoz fistullarla və alovlanan nevusla birgə rast gəlinir.

Müalicə. Təzyiq edən sarğılar, elastik corablar, kompressiya metodları. Böyük hemangiomalarda cərrahi taktika seçilir. Çox miqdarda hemonqioma olduqda yüksək do-

zalı kortikosteroidlər tətbiq olunur.

Qocalıq hemangiomaları yarım kürə şəklində, əsasən gövdədə yaranan al-qırmızı (bənövşəyi) rəngdə düyüncüklər və ya çox miqdarda nöqtəvari petexiyaya bənzər qırmızı ləkələrdir. Angiokeratomalarla, venoz hemangiomalara, düyünlü melanoma və daxili orqanların (böyrək) metastazları ilə differensiyaya aparılır.

Müalicə. Böyük hemangiomalara müalicəsi cərrahiyyə, kiçiklər isə elektrokoagulyasiya və ya lazer vasitəsi ilə aparılır.

“Venoz hemangioma”

Venoz hemangioma 50 yaşdan yuxarı insanlarda üzdə, dodaqlarda və ya qulaq seyvanında yaranan yumşaq tünd-göy və ya bənövşəyi rəngli düyüncüklərdir. Venoz hemangiomalara adətən tək-tək rast gəlinirlər, zahiri və subyektiv narahatçılıq törətmirlər. Şiş birləşdirici toxumadan ibarət divar ilə əhatə olunan, daxili qat endotelial hüceyrəsi olan, eritrositlərlə dolu boşluqdan ibarətdir. Düyünlü melanoma ilə differensiasiya edilir.

Müalicə. Ehtiyac varsa (kosmetik məqsəd ilə) hemangioma elektrokoagulyasiya və ya lazerlə rədd edilir.

Hörümçəybənzər hemangioma.

(Damar ulduzları, ulduzlu hemangioma)-teleangiektaziyadır-mərkəzində radial damarlar qansızlaşır, mərkəzi arteriola isə qabarıq və pulsasiya qeyd olunur. Əksər lokallaşma yeri:üz (yanaqlar, burun), boyun önü və pəncə. Qadınlarda hörümçəybənzər hemangiomanın yaranmasını estroqenlərin artıqlığı ilə izah edirlər (hamiləlik, kontraseptivlərin qəbulu), ulduzcuqlar virus mənşəli – hepatitlərdə, qara ciyəri sağlam insanlarda da rast gəlinir.

Uşaq vaxtı və hamiləlikdən sonra yaranan teleangiektaziyalar tədricən itirlər.

Müalicə. Lazer və elektrokoagulyasiya ilə kənarlaşdırmaq.

Angiokeratoma (buynuzlaşan hemangioma) - əsasən Fordays angiokeratoması şəklində rast gəlinir. Vulvada, xaya kisəciyində çoxlu miqdarda tünd-qırmızı rəngli hiperkeratotik miliar və lentikulyar düyüncüklərin yaranması ilə müşahidə olunur.

Nadir formalar

Angiokeratoma Mibelli

Qızlarda (autosom-dominant tip) dirsək, diz və əlin üstündə buynuzlaşan çəhrayı, qırmızı və ya tünd- qırmızı rəngli papulalarla müşahidə olunur.

Fabri xəstəliyi (diffuz angiokeratoma)

Tünd-qırmızı rəngli nöqtəvari damar şişləridir. Kişilərdə qarının aşağı hissəsində cinsiyət orqanlarında, sağrı nahiyəsində bəzən dodaqlarda (resessiv irsilik) rast gəlinir. Prosesə ürək, dəri, vegetativ sinir sistemi qoşulur.

Teleangiektatik granulyoma

Teleangiektatik granulyoma (pioqen qranulema) tez inkişaf edən ayaqcığı olan və ya düyün kimi qabaran hemangiomadır. Bəzən kiçik travma olunan yerlərdə yaranır. Adətən tək konusabənzər al-qırmızıdan qara rəngə kimi, albalı çəyirdəyi ölçüsündə,

xoralaşan, eroziyaya uğrayan sonra qartmaqla örtülən, travmatirasiya zaman qanayan düyüdüən ibarətdir. Üzdə, əl barmaqlarında, diş ətində, kapilyarların törəyib artması nəticəsində yaranır. Əsasən uşaqlarda və hamilələrdə rast gəlinir. Differensiasiya düyünlü melanoma, anqiosarkoma ilə aparılır.

Müalicə. Şişin kəsilib götürülməsi, elektrokoagulyasiya, implus lazerterapiya.

Qlomangioma (Qlomus şişi)

Arteriovenoz yumaqçıq anastomozunun xoşxassəlli şişidir. Əsasən tez-tez rast gəlinir (travmadan sonra) və özünü qırmızımtıl-göy rəngdə, fərqli konsistensiyalı və kəskin ağrılı lenktikulyar döyüncük (papula) kimi göstərir. Lokallaşma ətraflar, əsasən dırnaq yatağı, nadir hallarda boyun,üz, cinsiyyət üzvü və s.

Qlomangioma kapsulalanmış, çoxlu miqdarda kiçik damarlardan ibarət olan, daxili səthi endotelial və glomus hüceyrələri ilə və demielinizə olunmuş sinir lifləri ilə örtülmüş ocaqdan ibarətdir.

Çoxlu miqdarda glomangioma əsasən uşaqlarda rast gəlinir və autosom-dominant tip ilə ötürülür.

Differensial diaqnoz. Melanoma, Neyrofibromatoz.

Müalicə. Cərrahi kəsilmə, elektrokoagulyasiya, bəzi hallarda impuls lazerlər effektiv olur.

KİSTALAR

Dermada qapalı boşluqdur, epidermis və ya tük follikullarının epiteli tərəfindən yaranmış buynuz kütləsi və dəri piyi ilə dolmuş törəmədir. Epidermal kistalar erkən və orta yaşlarda daha tez-tez rast gəlinirlər. Adətən tək dəri içi və ya dəri altı, nazik divarlı və diametri 5 sm-dək olan düyüdüən ibarətdir. Düyünün səthində buynuz kütləsi ilə dolmuş dəri məsamələri görünür. Əsas lokallaşma zonası-üz, boyun, sinə, kürəyin yuxarı hissəsi və xaya kisəciyidir. Kistanın tədricən böyüməsi onun partlamasına səbəb olur və bunun nəticəsində içindəki kütlə dermaya çıxır, iltihabi reaksiya yaradır, bu da ağrı ilə müşahidə olunur. Kistanın dağılması irinli abscessli prosesə imitasiya edir.

Tük kistası

Tük kistası əsasən orta yaşlı xanımlarda rast gəlinir, ailəvi hallar da təsadüf olunur. Hamar, sərt, günbəzəbənzər böyük ölçüyə çatan (5 sm) düyün görüntüsünə malikdir. Epidermal kistadan fərqi mərkəzi dəliyin olmamasıdır. Tük kistaları adətən çox miqdarda olur və başın tüklü hissəsində lokallaşır.

Çox sıralı yastı follikulyar epitelidən (dənəcikli qatsız) yaranmış qalın divara malik olur. Kista içində sərt kütlə (xolesterin əlavələri ilə keratin) olur. Kistanın deşilməsi iltihabla və kəskin ağrılarla müşahidə olunur.

“İmplantasion kista” Epidermisin travmatizasiyası, onun dermaya yeriməsi və törəyib artaraq içində buynuz kütləsi olan boşluğun yaranması nəticəsində baş verir. Kistanın divarı çoxqatlı yastı epitel və dənəcikli qatdan ibarətdir.

Müalicə. İmplantasion kista ovuc və ayaq altı nahiyədə böyük olmayan dəri içi düyün kimi görünür, ona görə yarılmaya məruz qalmalıdır.

Sinovial kista- yalançı kista, içində şəffaf maye olur, yaşlı insanlarda əlin üstündə, az

hallarda isə ayaq altında rast gəlinir. Kista dırnağın əsasında olduqda onun distrofiyası və uzununa şırımın yaranmasına səbəb olur.

Müalicə. Cərrahi; sklerozlaşdırıcı maddələrin Trizansionolonun yeridilməsi (kenaloq və s.), bir neçə həftəlik təzyiqli göstərən sarğının qoyulması.

Milium- kiçik epidermal kistalar olaraq daxilində keratin maddəsi olur. Göz qapaqlarında, alın və yanaqlarda çox miqdarda miliaz sarımtıl-ağ papullardan ibarətdir. Miliumlar epidermis və ya dəri artımlarının epitel hüceyrələrindən yaranır. Hər yaşda yarana bilər.

Müalicə. Kapsulların açılması və içindəki kütlənin çıxırılması.

Dəri yığıntıları

Dəri kalsinozu-neyroendokrin tənzimlənməsinin, qalxana bənzər vəzin, cinsi vəzlərinin fəaliyyətinin pozulması, əlavə olaraq bəzi sistem xəstəlikləri (sklerodermiya, dermatomioz, fibroz osteodistrofiyası) və başqa xəstəliklərlə (osteomielit, vərəm, şişlər və s.) birlikdə yaranır. Dəri kalsirozunun 4 forması var:

1. Metastatik; 2. Distrofik; 3. Metabolik; 4. idiopatik. Xəstəliyi fosfor-kalsium mübadiləsi pozulması ilə əlaqələndirirlər.

Klinika. Kalsium yığıntılarının əsasən dəridə və dərialtı piy qatında, az hallarda isə əzələlərdə və vətərlərdə aşkarlanırlar. Dəridə həm məhdud (əsasən oynaq və ətraflar); həm də diffuz kalsium yığıntıları yaranır, bunlar da bəzi hallarda sistem sklerodermiya və dermatomiozla yanaşı gedişatə malik olurlar. Zədələnmiş nahiyələrdə dəri sianotik olur, soyuq havalarda isə akrosianoz halları qeyd olunur. Xəstəliyin ilk vaxtlarında kiçik məhdud halda dəri sərtləşmələri müşahidə olunur, bunların da ölçüləri tədricən artır. Böyük düyünlərin spontan deşilməsi və ya operativ müdaxilə zamanı ağ rəngdə sarımtıl çalarlı qatı kütlə ilə dolu kistabənzər məhdud boşluq aşkarlanır. Bir qayda olaraq ocaqlar assimetrik olur, palpasiya zamanı zəif ağrı hissi olur və rentgenoqrafiya zamanı vizualizasiya olunurlar.

Histoloji olaraq dermada və hipodermada kalsium yığıntısı (göy dənəciklər, hemotoksilin-corin) aşkarlanır.

Müalicə. Böyük düyünlər cərrahi üsulla, kiçiklər elektrokoagulyasiya vasitəsi ilə götürülür. Irinləşmiş və xoralaşmış düyünləri kyuretaj edirlər. Tərkibində kalsium olan ərzaqların istifadəsindən imtina olunmalıdır.

Ksantomalar- lipidlərin dəridə və başqa toxumalarda toplanması nəticəsində yaranır.

Ksantomalar sarı-qəhvəyi, çəhrayı və ya narıncı rəngdə törəmələrdir. Bunlar ləkə (yastı ksantomalar), düyüncüklər (eruptiv ksantomalar), lövhəciklər (ksantelazma), düyünlər (qabaran ksantomalar) və ya infiltratlar (vətər ksantomaları) şəklində rast gəlinirlər. Ksantomalar ksantom hüceyrələrin (lipidlərlə yüklənmiş makrofoqlar) yığılması nəticəsində yaranır. Əksər hallarda Lipid mübadiləsi pozulduqda (birincili və ikincili hiperlipoproteidemiya), histiositozlar zamanı yaranırlar. Bəzi hallarda isə lipidlərin səviyyəsi normada olduqda belə ksantomalar rast gəlinirlər.

Ksantelazma-göz qapağının dərisində lokallaşan yastı ksantomadır. Xəstələrin yarısında ksantelazmanın yaranmasına hiperlipoproteidemiya səbəb olur (ailəvi hiperxolesterinemiya) 50 yaşdan yuxarı insanlarda qeyd olunur. Göz çapaqlarında qeyri düzgün şəkilə malik sarımtıl-narıncı rəngdə yumşaq papulalar və lövhəciklər yaranır.

Müalicə. Cərrahi, elektrokoagulyasiya, lazer terapiyası və üç xlor sirkə turşusu ilə yandırmaq.

“Vətər ksantomaları”-dəri altından qabaran sarı və ya normal dəri rəngində törəmədir. Oynaqları açan zaman onlar vətərlərlə birgə hərəkət edir. Müalicəsi: Doymuş yağ turşuları və xolesterin çox olan ərzaqlardan istifadə etməmək. Xolestiramin, simvastatik, pravastatin təyin olunur.

“Qabaran ksantomalar” sarımtıl düyünlər olaraq əsasən dirsək və dizlərdə eruptiv ksantomaların birləşməsi nəticəsində yaranır. İrsi dislipoproteidemiya, hipertriqliseridemiya və ailəvi lipoproteidlipazanın çatışmamazlığı nəticəsində yaranır.

Müalicə. Əsas xəstəliyin müalicəsi.

“Eruptiv ksantomalar” qəfil olaraq çox miqdarda iltihabi reaksiya ilə müşahidə olunan düyüncüklü elementlər şəklində yaranır. Adətən sağrı, az hallarda dirsək, diz, kürək nahiyəsində lokallaşır. Ailəvi hipertriqliseridemiya, disbetalipoproteidemiya, şəkərli diabetin dekompensə olunan formasında müşahidə olunur. Səpgilər dəqiq yarımkürə şəklində qırmızı haşiyəli sarı düyüncüklərdən təşkil olunurlar.

Müalicə. Minimal dərəcədə yağ olan aşağı kaloriyalı pəhriz.

“Əl içi yastı ksantomalar”- ovuc və barmaqların şırımlarında sarı- narıncı rəngdə yastı və ya yüngül qabıqlanan xətlərlə müşahidə olunur. Ailəvi-disbetalipoproteidemiya zamanı müşahidə olunur.

Müalicə. Tərkibində yağlar və karbohidratlar az olan pəhriz.

“Lipidlərin normal səviyyəsi zamanı yaranan yastı ksantomalar”- aydın omayan səbək və ya qan xəstəlikləri - (mielom xəstəliyi, leykozlar, limfomalar) zamanı yaranır. Məhdud sarımtıl- qırmızı ocaqlarla müşahidə olunur.

“Neyrofibromatoz (Reklinxauzen xəstəliyi)”

Dəri, sinir sistemi, sümük və endokrin vəzlərin zədələnməsi ilə müşahidə (anadan gəlmə qüsurlar, şişlər və qamartomalar-orqanların inkişaf defektləri) olunan genetik mənşəli autosom-dominant tipli irsi dermatozdur. Mutant genlər 17 və 22-ci xromosomda yerləşirlər. Neyrofibromatoz 1882-ci ildə Reklinxauzen tərəfindən təsvir edilib. I tibb xəstəlikləərə aiddir; 1:4000 nisbətində rast gəlinir. Dəri təzahürlərin həyatın ilk ilində süd-qəhvəyi rəngdə ləkələrlə, neyrofibromalar-pubertant dövrün axırlarında təsadüf edilir. Neyrofibromatos embrional sinir darağı (melanositlər, Şvann hüceyrələri, fibroblastlar) hüceyrələrinin proliferasiyası və differensiasiyası nəticəsində yaranır.

Xəstəliyin əsas klinik-diaqnostik əlamətləri:

- Bütün dəri səthində, xüsusilə qoltuq altı nahiyədə lokallaşan çox miqdarda çilə bənzer ləkələr;
- Böyük ölçüdə kofe rəngli ləkələr-böyüklərdə 6-dan az, uşaqlarda 5-dən az olma-yaraq;
- Neyrofibromalara-cəhrayi, qəhvəyi və ya normal dəri rəngində, yumşaq və ya bərk konsistensiyalı bəzən ayaqçığı olan düyünlər xarakterikdir. Düyünə təzyiq göstərdikdə ortasında çökəklik və ağrı hissi yaranır;
- Pleksiform neyrofibromatozların aşkarlanması- ətraflarda, başda gövdənin müxtəlif nahiyələrində sallanan yumşaq fibromalar;
- I tibb neyrofibromatozunda qüzehli qişanın qamartomaları aşkarlandığı üçün

oftalmoloqun konsultasiyasına ehtiyac var;

- Dayağ- hərəkət aparatının müayinəsi aparılır: kifoskoliozun , oynaq patalogiyasının, sümük kistalarının, böyrək üstü vəzin (feoxromositoma); periferik və mərkəzi sinir sisteminin patalogiyaları aşkarlanır göz sinirinin qliomaları;
- Üfüqi histoloji xəstəliklərdə makromelanosomalar aşkarlanır;
- Birinci dərəcəli qohumlarda neyrofibromatoz təzahürelərinin mövcudluğu;
- İllər keçdikcə xəstəlik progressivləşir və neyrofibromaların bədxassəlli meyliyi olduğu üçün tibbi-genetik konsultasiya və dispanser nəzarəti lazımdır.

Müalicə. Nevropotoloq və psixatrin konsultasiyası, sümük-oynaq sisteminin korreksiyası, plastik əməliyyatların aparılmasına ehtiyac duyulur.

“Epidermal nevuslar”-epitelial rüşeymin inkişaf qüsuru kimi yaranır (epitelial nevuslar); kəskin çevrəli,müxtəlif formalı, qəhvəyi rəngin çalarları, səthi hamar, yumşaq və ya sərt hiperkeratotik və uzun tüklü ola bilər.

“Bir tərəfli və ya unilateral epidermal nevus”-anadan olan zaman və ya südəməz yaşında aşkarlanan epidermisin inkişaf qüsurudur.

Məhdud ziyilli törəmə, xətti verrukor papula, epidermolitik ixtioz, komedonlu nevus mərkəzində buynuz tıxaclı follikulyar papulalar), İLVEN nevus (qırmızı psoriaziform səpgilər) kimi biruzə verir.

Differensial diaqnoz. Psoriarın xətvəri yerləşməsi, porokeratoz, qırmızı yastı dәмərov, Darye xəstəliyi, ekzema, acantosis nigricans.

Müalicə. Yerli istifadə üçün kortikosteroidlər, ocaqlı inyeksion şəklində kortokosteroidlərin yeridilməsi, maye azotla krioterapiya. Yerli olaraq 5-ftorurasil tretinoinlə birgə, kaspiotriol.

“Porokeratoz Mibelli”- tər vəzləri axarları zonasında olan keratinositlərin buynuzlaşma prosesinin pozulması nəticəsində yaranır. Buynuzə bənzər lövhəcik porokeratozun histoloji təzahürüdür. Buynuzə bənzər lövhəcik parakeratotik sütun qeyri düzgün yerləşən perinuklear ödemi olan buynuz heceyrələrindən ibarətdir. Aurosom-dominant tipli irsiyyətə malikdir.

Səthi-disseminasiyalı porokeratoz- tez-tez rast gəlinərək xəstəlik formasıdır. Əsasən uşaq yaşlarında yaranır. ətraflar az hallarda üz, gövdə və cinsi orqanlar zədələnilir.

Əl və ayaq altı porokeratoz 9 nöqtəli) ovuc və ayaq altı kiçik papulaların yaranması və tədricən bədənin başqa nahiyələrinə yayılması ilə müşahidə olunur.

Linear porokeratoz - epidermal nevusun, psoriazin, qırmızı yastı dәмərovun xətvəri formalarını xatırladır.

Porokeratoz ocaqlarında bazalioma, yastı hüceyrəli xərçəng, Bouen xəstəliyi yarana bilər. Bunların yaranma riski 25 % təşkil eləyir.

Differensial diaqnoz- Həlqəvəri qranulema (granulema annulare) II sifilis zamanı anulyar sifilid, qırmızı qurdeşənəyi.

Müalicə: 5-ftorurasil, iritinoin qel, kriodestraksiya, dermabraziya, lazer müalicə (karbondioksid lazer)

“Piqment nevuslar”

Ləkəli nevus - tək, böyük ölçüdə, üzdə, gövdədə, ətrafların proksimal hissələrində

yerləşən xoşxassəli piqment ləkəsidir. Ləkəli nevusun yerləşdiyi nahiyədə melanomanın yaranması nadir hallarda olur. Piqment nevuslar dərinin müxtəlif qatlarında nevoid hüceyrələrin yığılması nəticəsində yaranır. Nevoid hüceyrələr melanositlərindən çıxıntıların olmaması ilə nevusların miqdarı və onların lokallaşması ilə fərqlənir. Piqment nevuslar-nəhəng formalı, adətən anadan gəlmə, bəzi hallarda tüklü ola bilərlər. Nevoid hüceyrələrin lokallaşmasından asılı olaraq nevuslar bölünür:

- Sərhəd nevoid hüceyrəli nevus hüceyrələri əsasən epidermisin alt qatlarında yerləşir);
- Intradermal nevoid hüceyrəli nevus və ya "istirahət edən" nevus və ya anadangəlmə ləkə (nevus hüceyrələr orta və alt dermada yerləşirlər);
- Qarışıq və ya çətin nevoid hüceyrəli nevus (özündə sərhəd və intradermal nevusun əlamətlərini daşıyan)

Piqment nevuslarının bəzi formaları, travmatizasiya nəticəsində melanozaya transformasiya oluna bilərlər. Əsasən bu tünd-qəhvəyi və ya qara rəngdə olan, səthi quru üstündə tüklərin inkişaf əlaməti olmayan yastı düyüncük formasında olan piqmentli sərhəd nevusuna aiddir. Bu nevuslar adətən anadangəlmə olur, ancaq müxtəlif yaş qruplu insanlarda yarana bilər.

İlkin yaranış ləkənin histoloji müayinəsi zamanı akantoz, bazal qatda melanositlərin sayının artması, melanosit və keratinositlərdə melaninin miqdarının çox olması aşkarlanır. Sonradan yaranan kiçik ləkələrin histoloji müayinəsi zamanı əsasən sərhəd nevoid hüceyrəli nevusun, az hallarda qarışıq və ya desplastik nevoid hüceyrəli nevusun əlamətləri aşkarlanır.

Qazanılmış piqment nevuslar

Lentiqa- tez və ya çox miqdarda, sarı-qəhvəyi və ya qəhvəyi qara rəngdə, yastı və ya az qabaran, qarabaşaq dənəsi ölçüsündə ləkədir. Lentiqalar iki formada rast gəlinir - gənclik lentiqosu dərinin müxtəlif nahiyələrində uşaq yaşlarında özünü göstərir.

Qocalıq lentiqosu - yaşlı insanlarda dərinin gündən qorunmayan, açıq hissələrində rast gəlinir. Ləkələrin üzərində papula və düyünlərin yaranması şiş hüceyrələrinin dermaya invaziyasını və qocalıq lentiqosunun lentiqo-melanomaya transformasiyasını göstərir.

Anadangəlmə piqment nevuslar

Anadangəlmə nevoid hüceyrəli nevus.

Bu nevus doğulduqda və ya südəmər yaşda aşkarlanır, müxtəlif ölçülərdə xoşxassəli piqment yeni törəməsidir, nevus hüceyrələrdən ibarətdir. Nevoid hüceyrəli nevusun melanomaya çevrilmə ehtimalı var.

Ölçülərindən asılı olaraq nevoid hüceyrələrin nevusunu üç ölçüdə rast gəlinir:

- Nəhəng nevoid hüceyrəli nevus (diametr 20 sm, 20 min yeni doğulmuşdan 1-də)
- Orta ölçüdə anadangəlmə nevoid hüceyrəli nevus (diametr - 2-20 sm, 0,6% yeni doğulmuşlarda rast gəlinir)
- Kiçik anadangəlmə nevoid hüceyrəli nevus (diametr 2 sm-dən kiçik, 1% yenidoğulmuşlarda aşkarlanır)

Başın və boyunun anadangəlmə nəhəng nevoid hüceyrəli nevusunu əsasən yumşaq və hö-

rümçək beyin qişaları ilə birgə müşahidə olunur: simptomsur, epilepsiya klinikası ilə, nevroloji simptomatika ilə gedişata malik olur.

Böyük anatomik sahəni əhatə edən lövhəciyin səthində çox vaxt düyünlər, papulalar və qara tüklər müşahidə olunur.

Böyük nevhüceyrəli nevusun həyat boyu melanomaya çevrilmə riski 6,3 %-dən çoxdur edir.

Kiçik hüceyrəli nevus zamanı melanomanın yaranma riski 1-5%

Differensial diaqnoz.

Anadangəlmə nevhüceyrəli nevusunu differensial diqnozunu neyrofibromatoz, monqol ləkəsi, Ota və To nevus epidermal nevus, yeni yaranan lentiqo və nost iltihabı hiperpiqmentasiya ilə.

Nəhəng hüceyrəli anadangəlmə nevhüceyrəli nevus zamanı melanomonun yaranma riski 5-15%-dir, kiçik anadangəlmə nevhüceyrəli nevus zamanı 5%-ə qədər. Anadangəlmə nevhüceyrəli nevusun gövdədə yerləşən zaman melanomanın yaranma riski çox yüksəkdir.

Nevhüceyrəli nevusun müalicəsi

Ləkəli qaralmış nevus zamanı müşahidə və insolyasiyanın məhdudlaşdırılması əsas göstəricidir (bədxassəli prosesə keçmə riski). Biopsiya və nevusun xoşxassəli olması təsdiqləndikdən sonra, çətin və intradermal qazanılmış nevusların elektrokoagulyasiyası mümkündür.

Kiçik anadangəlmə nevhüceyrəli nevuslar 12 yaşa qədər götürülə bilər.

Nəhəng anadangəlmə nevusun melanomaya dönmə riski yüksək olduğu üçün erkən vaxtlarda götürülür. Göstəriş olduqda (başın tüklü hissəsi, alt çənə nahiyəsi, aralıq, selikli qişa, ağrı olduqda, qanaxma) və histoloji olaraq təsdiqləndikdə transplantasiya metodikasını tətbiq etməklə kəsilib götürülür (anadangəlmə nevhüceyrəli, displastik və mavi nevus istisna etdikdən sonra).

Displastik nevus

Polimort atipik melanositlərin pərakəndə proliferasiyası nətiəsində yaranan qaralmış piqment törəmədir.

Dəyişilməmiş dəridə melanomanın sələfi hesab olunur. Melanomanın yaranma riski ömür boyu populyasiyada 18%-dir, displastik nevus sindromunun mövcudluğu zamanı kulanoma ilə birlikdə-100%, displastik nevus zamanı-18%. Displastik nevus diaqnozu təsdiqləndikdə sağlam dəri əhatə olunmaqla cərrahi götürülmə məsləhət görülür. Fiziki götürülmə metodları tətbiq olunmur.

Dəridə olan prosesin natural ölçüdə şəkili çəkilir. Pasiyentlər ildə 1-4 dəfə yoxlanılır.

XEYLİTLƏR VƏ AĞIZIN SELİKLİ QIŞASININ, DODAQLARIN QIRMIZI HAŞİYƏSİNİN XƏRÇƏNGÖNÜ XƏSTƏLİKLƏRİ

Xeylitlər (Cheilitis) dodaqların xoşxassəli diffuz xəstəliklər qrupudur. Xeylitləri iki qrupa ayırırlar: xüsusi və simptomatik xeylitlər.

Xüsusi xeylitlər qrupuna eksfoliativ xeylit (quru və ekssudativ forması), qlyandulyar xeylit (birincili və ikincili), meteoroloji və aktinik xeylitlər aiddir. Simptomatik xeylitlər qrupuna isə atopik xeylit, ekzematöz xeylit (dodaqların ekzeması), kontakt və ya təmaslı (sadə və ya allergik) və makroxeylit – melkerson-Rozental sindromu daxildir.

Eksfoliativ xeylit (Cheilitis exfoliativa).

Eksfoliativ xeylit ancaq dodaqların qırmızı haşiyəsinin xroniki xəstəliyidir. Onun iki klinik forması ayırd edilir: quru və ekssudativ. Bunlar bir-birinə keçmək qabiliyyətinə malikdir. Eksfoliativ xeylitlə əsasən 20 yaşdan 40 yaşa qədər qadınlar xəstələnirlər.

Klinikası. Eksfoliativ xeylitin xarakterik fərqi onun lokalizasiyasındadır. Proses ancaq hər iki dodağın qırmızı haşiyəsində və ya birində lokalizasiya olur. Zədələnmə ocağı zolaq şəklində olaraq ağız bucağının bir tərəfindən o biri tərəfinə, selikli qişanın keçid hissəsinə qədər (Kleyn zonası) dodaqların qırmızı haşiyəsinin orta hissəsini əhatə edir. Dəriyə yaxın yerləşən dodaqların qırmızı haşiyəsinin bir hissəsi və ağız bucaqlarının özləri dəyişikliklərə uğramır. Proses dəriyə və ağızın selikli qişasına keçmir.

Eksfoliativ xeylitin ekssudativ formasında Kleyn sahəsində böyük ölçülərə çatan sarımtıl-bozumontul və ya sarımtıl-çəhrayı rəngdə qartmaqlar əmələ gəlir. Qartmaqlar zədələnmə ocağını örtərək, lay şəklində daha böyük ölçülərə çatır və dodaqlarda yaxalığ şəklində sallanaraq sanki bütün qırmızı haşiyənin prosesə cəlb olunması kimi gözə çarpır. Ancaq dəriyə yaxın yerləşən dodaqlarda qırmızı haşiyənin zolağı və ağızın komisuraları zədələnməyə məruz qalmır. Qartmaqlar qopardıldıqda dodaqların səthi hamar, rəngi al-qırmızı və eyni zamanda eksfoliativ xeylitə məxsus dodaqların qırmızı haşiyəsində eroziyaların olmaması ilə fərqlənir. Dodaqların selikli qişası kleyn sahəsində nisbətən hiperemiyalaşmış və bir qədər ödemləşmişdir. Dodaqların qırmızı haşiyəsində fasiləsiz yaranan qartmaqlar maksimal inkişafına hər 3-6 gündən sonra çatır. Qartmaqlar qopardıldıqdan -2 gün sonra dodaqların qırmızı haşiyəsində Kleyn sahəsində qırmızı yapışqanvari ekssudatın əmələ gələrək, quruyub qartmağa çevrilməsi müşahidə olunur. Eksfoliativ xeylitin ekssudativ formasında xəstələri dodaqlarda yandırma və ağrı hissi narahat edir. Bu hissələr dodaqlar bir-birinə yapışdıqda artaraq nitqi və qida qəbulunu çətinləşdirir, ona görə də ağız boşluğu belə xəstələrdə yarım açıq vəziyyətdə saxlanılır.

Eksfoliativ xeylitin quru formasında zədələnmə ocağında açıq çəhrayı və ya sarımtıl-çəhrayı rəngdə parlaq və ya şəffaf qabıqların əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Qabıqlar mərkəzdən qırmızı haşiyəyə möhkəm birləşərək dodaqların kənarını tam örtməməsi ilə xarakterizə olunur. Qabıqlar yarandıqdan 5-7 gün sonra asanlıqla qoparaq, eroziyalaşmadan, dodaqların qırmızı haşiyəsində al-qırmızı rəngdə səth əmələ gətirirlər. Dodaqların selikli qişası və Kleyn sahəsi bəzi hallarda nisbətən hiperemiyalaşır. Xəstələri dodaqların quruluğu və bəzi hallarda göynətmə hissi narahat edir. Bəzi şəxslərdə dodaqların qırmızı haşiyəsinin zədələnməsi ağız bucaqlarının birindən o birinə qədər yox, ancaq onun orta 1/3 hissəsinə qədər açıq çəhrayı rəngdə qabıqların mərkəzi hissəsi ilə qırmızı haşiyəyə bərk birləşib, kənarları tam örtməyərək, əsasən yuxarı dodağın qırmızı

haşiyəsinin mərkəzi hissəsinin – Kleyn sahəsinə yaxın (atipik forma) zədələnməsi ilə müşahidə olunur. Üst dodağın qalan hissələri və alt dodaq intakt qalır. Eksfoliativ xeylit birdən başlayır. Onun gedişi davamlı və monotondur. Spontan sağalma halları qeyd olunur. Eksfoliativ xeylit heç bir halda bəd gedişə çevrilmir.

Patohistologiyasına gəldikdə akantoz, tikanlı qatda külli miqdarda açıq rəngli hüceyrələrin olması, tikanlı və buynuzlaşmış qatlarda hüceyrələr arasında əlaqələrin pozulması, para- və hiperkeratoz halları müşahidə olunur. Dermanın epitelaltı hissəsi kollagenləşib, cüzi limfositlər və plazmositlərlə infiltrasiyalaşmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, tikanlı qatda müşahidə olunan açıq rəngli hüceyrələr distrofik proseslərin nəticəsi kimi yox, metabolizmin aktivliyinin ardıcıl əvəz olunmasının nəticəsində, yəni onların xüsusi funksional vəziyyəti ilə əlaqədardır. Başqa hüceyrələrdən fərqli olaraq, bu hüceyrələr (açıq rəngli hüceyrələr) intensiv inkişaf etmək üçün sakit vəziyyətdə enerji toplayırlar.

Etiologiya və patogenezi. Xəstəliyin tam etiologiyası və patogenezi öyrənilməmişdir. Eksfoliativ xeylitin patogenezinə əsas rol psixo-emosional faktorlara ayrılır ki, onlar dodaqların qırmızı haşiyəsinin vegetativ innervasiya mexanizmləri vasitəsilə somatik patologiyaya çevrilirlər. Eksfoliativ xeylitin iki forması da psixo-emosional dəyişikliklərin variantı kimi xarakterizə olunur. Ekssudativ formada, əsasən narahatçılıq reaksiyaları, quru formada isə depressiv reaksiyalar üstünlük təşkil edir. Ekssudativ formalı xəstələrdə vegetativ disfunksiya əsasən simpatiko – adrenalinin təsiri, quru formada isə vegetativ sinir sisteminin kəskin təsiri müşahidə olunmur. Eksfoliativ xeylitli xəstələrin elektroensefaloqrafik müayinəsində, baş beynin bioelektrik aktivliyinin diffuz dəyişiklikləri müşahidə olunur ki, bu da onun dərin artımlarında irriativ dəyişikliklərlə əlaqədardır.

Eksfoliativ xeylitin patogenezinə endokrin dəyişikliklərin rolu böyükdür, lakin xəstələrin çoxunda yüngül formalı tireotoksikoz aşkar edilir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində irsiyyətin rolu vardır. Bunu deməyə eksfoliativ xeylitin ailə üzvlərində tez-tez təsadüf olunması və onun yumşaq leykoplakiya ilə müşayiət olunması əsas verir.

Diaqnostikası. Eksfoliativ xeylitin diaqnostikasında onun tipik klinikası və standart, ancaq bu xəstəyə məxsus prosesin lokalizasiyası xarakterikdir.

Eksfoliativ xeylitin ekssudativ formasını, aktinik xeylitin ekssudativ forması ilə, abraziv xərcəngönü xeylitlə (Manqanotti xeyliti), həqiqi pemfiqus, qırmızı qurdeşənəyinin eroziv-xoralı formasından fərqləndirmək lazımdır.

Aktinik xeylitin ekssudativ formasında, eksfoliativ xeylitin ekssudativ formasından fərqli olaraq ilin fəslə əlaqəsi, dodaqların bütün qırmızı haşiyəsinin zədələnməsi, ödem və vezikulların yerində eroziyaların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur.

Həqiqi pemfiqus eksfoliativ xeylitin ekssudativ formasından dodaqların qırmızı haşiyəsində qartmaqlar qopardıldıqda yerində eroziyalar olması Nikolski simptomunu müsbətliyi və hazırlanan yaxmalarda akantolitik hüceyrələrin tapılması ilə fərqlənir.

Abraziv xərcəngönü xeylit (Manqanotti xeyliti) eksfoliativ xeylitin ekssudativ formasından prosesin məhdudluğu ilə, eroziyaların olması və gedişi ilə differensiasiya olunur.

Qırmızı qurdeşənəyinin eroziv-xoralı forması prosesin ocaq xarakterli kəskin eritema, hiperkeratoz, çapıqlaşan atrofiyanın, eroziya və xoraların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Qabıqlar qırmızı qurdeşənəyində Vud lampası ilə işıqlandırıldıqda ağımtıl-göy rəngdə görünürlər.

Eksfoliativ xeylitin quru formasını atopik xeyliddən fərqləndirmək lazımdır. Atopik xeyliddə qırmızı haşiyənin dəriyə yaxın müəyyən hissəsi və ağız bucaqlarının dəriyə keçən sahəsində, dodaqların qırmızı haşiyəsinin selikli qişaya yaxın zonası zədələnmiş. Xəstəliyin əsas klinik əlaməti lixenizasiyadır. Atopik xeylitə ilin fəslindən asılı olaraq kəskin dövrün remissiyalarla əvəzi və güclü qaşınmaların olması xarakterikdir.

Meteoroloji xeylit, eksfoliativ xeylitin quru formasında bilavasitə öz gedişinin müxtəlif meteoroloji faktorlardan asılılığı və dodaqların qırmızı haşiyəsinin bütün səthinin zədələnməsi və kəskin iltihabi dəyişikliklərin olması ilə fərqlənir.

Kontakt allergik xeyliddə, eksfoliativ xeylitin quru formasından müqayisədə eritemanın, yəni məhdud nahiyədə sensibilizatorla kontaktda olduqda, qaşınma və səpgilərin dodaqların müəyyən allergenlə kontaktnı kəsdikdə tez sorulması ilə fərqlənir. Proqnozu xoşxassəlidir.

Müalicə. Eksfoliativ xeylitin müalicəsi çox mürəkkəbdir. Xəstəliyin terapiyası kompleks və hər növə uyğun müxtəlif olmalıdır. Ekssudativ formada trankvilizatorlar təyin edirlər: fenazepam 0,0005 q – gündə 3 dəfə, sibazon (seduksen, relanium) 0,005 q – gündə 3 dəfə, qrandaksin 0,05 q – gündə 3 dəfə, neyroleptiklər: tioridazin (sonapaks) 0,01 q – gündə 3 dəfə, adrenoblokatorlardan: anaprilin (obzidan) 0,01 q – gündə 3 dəfə, periferik xolinoreaktiv sistemi blokada edici preparatlardan: bellaspon 1 q – gündə 3 dəfə. İynə ilə refleksoterapiya metodları məqsədəuyğundur və kortikosteroid məhləmləri ultrafəzəzlə birlikdə təyin oluna bilər.

Eksfoliativ xeylitin quru formasında isə antidepressantlar (amitriptillin 0,025 q – gündə 2 dəfə) və trankvilizatorlar (triksazin 0,03 q – gündə 3 dəfə), xlozepid (elenium 0,01q – gündə 3 dəfə), refleksoterapiya metodları (iynə, elektro-lazeroakupunktura), xaricə yağlı krem və məhləmlər təyin olunur.

Eksfoliativ xeylitin ekssudativ növündə Bukki şüaları çox yaxşı təsir göstərir: 200 rad – həftədə 2 dəfə, ümumi 1600-dən 3000 rad-a qədər. Hər seans əvvəl qırmızı haşiyədən qartmaqlar qopardılır, onları 2 %-li Bor turşusu ilə islatmaq yaxşı olar. Xəstəliyin ekssudativ növündə tireotoksikoz əlamətləri olduqda, qalxanabənzər vəzinin funksiyasını tormozlayan preparatlar təyin olunur.

Eksfoliativ xeylitin xəstələrə psixoprofilaktik seanslar aparmaqla yaxşı nəticələr əldə etmək olar.

QLANDULAR XEYLIT

Qlandulyar xeylit (Cheilitis glandularis) ağız suyu vəzilərinin hiperplaziyası, hiperfunksiyasıdır. Bəzi hallarda heterotopiyası nəticəsində dodaqların qırmızı haşiyəsində və keçid sahəsində lokalizasiya olur. Xəstəliyin birincili və ikincili növləri ayırd olunur.

Birincili qlandulyar xeylit tez-tez əhalinin 3-6 faizində, əsasən 40 yaşdan yuxarı şəxslərdə müşahidə olunur. Kişilərdə qlandulyar xeylit qadınlara nisbətən 2 dəfə artıq təsadüf edilir.

Klinikası. Birincili qlandulyar xeylit tipik klinik şəkllə malikdir. Selikli qişanın dodaqların qırmızı haşiyəsinə keçid sahəsində, bəzən qırmızı haşiyədə qırmızı nöqtə şəklində ağız suyu vəzilərinin girəcəyinin genişlənməsi və içərisindən ağız suyunun ifrazı müşahidə olunur. Dodaqları qurutduqdan 20-30 saniyə sonra ağız suyu vəzilərinin girəcəyində ağız suyu ifraz olaraq dodaqları şəh damcıları şəklində örtür. Bəzən ağız suyu

vəzilərinin axacaqlarının genişlənməmiş girəcəyi iynənin deşiyi böyüklükdə xırda düyüncüklər üzərində yerləşir. Bunlar vəzi toxumasının hipertrofiyası hesabına əmələ gəlir. Nadir hallarda ağız suyu vəzilərinin girəcəyinin ətrafında üzük şəklində leykoplakiya əmələ gəlir., bəzən böyük miqyasda selikli qışa və ya dodaqların qırmızı haşiyəsi qabıqlanır. Qlandulyar xeylitli xəstələrin dodaqları ağız suyu ilə periodik isladılır, sonra quruyur və qırmızı haşiyə qabıqlanmağa başlayır. Bu dəyişikliklərin fonunda cürbəcür çatlar, eroziyalar və eyni zamanda xərçəngönünün müxtəlif nozologiyaları inkişaf edir.

İkincili qlandulyar xeylit xroniki iltihabi xəstəliklərin nəticəsi kimi dodaqların qırmızı haşiyəsinin və selikli qışaların zədələnmələri ilə özünü göstərir (qırmızı yastı dəmrov, qırmızı qurdeşənəyi və s.). Bu xəstəliklərdə əmələ gələn iltihabi infiltrat vəzi toxumasını qıcıqlandıraraq onun hiperplaziyasını və hiperfunksiyasını induksiya edir. Belə hallarda əsas xəstəliyin klinik şəklinin fonunda dodaqlarda ağız suyu vəzilərinin girəcəyinin genişlənməsi və onlarda tüpürcək damcılarının ifrazatı müşahidə olunur.

Patohistologiyasında birləşdirici toxuma qatının dərinliklərində hipertrofiyalaşmış ağız suyu vəzilərinin iltihabi infiltrasiyalaşması, əsasən çıxarıcı ətrafında aşkar olunur.

Diaqnostikası. Qlandulyar xeylitin diaqnostikası çətinlik törətmir.

Proqnoz. Xoş gedişlidir. Bəzi hallarda qlandulyar xeylitin fonunda xərçəngönü xəstəliklər inkişaf edə bilər.

Müalicəsi. Əsasən diatermokoagulyasiya vasitəsilə ağız suyu vəzilərinin çıxacaqlarının səthi koagulyasiya edilir. Qlandulyar xeylitli xəstələrdə vəzilərin çoxunda patoloji dəyişikliklər müşahidə olunduqda cərrahi müalicə məsləhət görülür. Əsas çərtmələr Kleyn sahəsində edilir və hipertrofiya olunmuş ağız suyu vəziləri açılır.

İkincili qlandulyar xeylit diaqnozu qoyulduqdan sonra əsas xəstəlik müalicə olunur.

METEOROLOJİ XEYLİT

Meteoroloji xeylit (Cheilitis meteorologica) dodaqların iltihabi xəstəliyidir. Bu xəstəliyin əsas səbəbi müxtəlif meteoroloji faktorların (rütubətin artması və ya azalması, havanın tozlanması, külək, soyuq, günəş radiasiyası) təsiridir. İlin bütün fəsilərində müşahidə olunur. Çox vaxt proses açıq havada yüksək temperaturla, yüksək quruluq şəraitində və tozlu mühitdə işləyən şəxslərdə qeyd alınır. Xəstəlik kişilərdə qadınlara nisbətən daha tez-tez müşahidə olunur, çünki qadınlar dodaq pomadasından istifadə edərək dodaqlarını meteoroloji faktorlardan qoruyurlar.

Klinikası. Meteoroloji xeylitdə əsasən alt dodağın qırmızı haşiyəsi zədələnir. Bütün qırmızı haşiyəhiperemiyalaşır, nisbətən infiltrasiyalaşır, quruyaraq tez-tez xırda qabıqlarla örtülür. Xəstələri dodaqların quruması və dartılması hissi narahat edir.

Meteoroloji xeylitin gedişi xronikidir, nadir hallarda bədxassəli ola bilər. Lakin onun fonunda xərçəngönü xəstəliklər əmələ gələ bilər.

Patohistoloji müayinəsində qeyri-bərabər diffuz epitelinin hiperplaziyası və bir qədər az qabıqlanması müşahidə olunur. Derma infiltrasiyalaşır, elastik liflər sıxlaşaraq hemoginizasiyaya uğrayır.

Etiologiyası və patogenezi. Xəstəliyin əsas səbəbi yüksək və aşağı temperatur, havanın rütubətinin qalxması və enməsi, intensiv insolyasiya, külək, otaqların tozlanması və sairidir.

Diaqnostikası. Meteoroloji xeylitin klinikası olaraq allergik kontakt xeylit və aktinik

xeyliti quru forması ilə oxşarlığı çoxdur.

Allergik kontakt xeyliddə proses hər iki dodağın qırmızı haşiyəsini zədələyərək dodaqların dərisinə də az miqdarda keçir. Differensial diaqnostikanın aparılmasında anamnestik məlumatların əhəmiyyəti böyükdür. Meteoroloji xeylidlə aktinik xeyliti quru formasının differensial diaqnostikasının əhəmiyyəti böyükdür, çünki bu xəstəliklərin ikisinin də səbəbi insolyasiyadır. Aktinik xeylit çox vaxt günəş şüalarının dodaqların qırmızı haşiyəsinə qısa müddətli təsiri ilə əlaqədar və hökmən sensibilizasiyasının nəticəsi kimi əmələ gəlir.

Proqnoz xoşgedişlidir, ancaq uzunmüddətli hallarda onun fonunda xərçəngönünün obliqat növləri inkişaf edə bilər.

Müalicəsi. Birinci növbədə xəstəliyin səbəblərini aşkarlayıb aradan qaldırmaq lazımdır. Vitaminlərdən – B2, B6, B12, PP təyin olunur. Dodaqların qırmızı haşiyəsinə gigitmə pomadası və fotoqoruyucu yağlı kremlər və məlhəmlər sürtmək lazımdır. Kəskin iltihabi hallarda 7-10 gün müddətində 0,5%-li prednizolon və elakom məlhəmlərindən istifadə etmək olar.

Meteoroloji xeyliti profilaktikası məqsədilə xəstələri qıcıqlandırıcı meteoroloji faktorlarla əlaqəsi olmayan işlərə keçirmək lazımdır. Belə tədbirləri keçirmək mümkün olmadıqda, xəstələrə dodaqların qırmızı haşiyəsinə yağlı məlhəmlər, kremlər və dodaq pomadası sürtmək məsləhətdir.

AKTİNİK XEYLİT

Aktinik xeylit (Cheilitis actinica) xroniki xəstəlik olaraq, dodaqların qırmızı haşiyəsinin günəş şüalarına qarşı həssaslığının artması nəticəsində meydana gəlir. Xəstəlik çox vaxt 20-60 yaşlı kişilərdə müşahidə olunur. Aktinik xeyliti 2 növü ayırılır: ekssudativ və quru.

Meteoroloji xeyliddən fərqli olaraq aktinik xeyliddə ultrabənövşəyi (UB) şüalara həssaslıq üstünlük təşkil edir.

Klinikası. İlin fasilində aktinik xeyliti quru növündə alt dodağın qırmızı haşiyəsi al-qırmızırəngdə olaraq xırda, quru, gümüşü-ağ qabıqlarla örtülür. Zədələnmə bütün qırmızı haşiyəni tutur, ancaq üst dodaq və üzün dərisi az zədələnir. Tək-tək xəstələrdə qırmızı haşiyədə qabıqlanma və bəzən verrukoz artımlar əmələ gəlir. Aktinik xeyliti ekssudativ növünün klinik şəkli kəskin allergik kontakt dermatitinin klinikasına oxşayır. Eyni zamanda alt dodağın qırmızı haşiyəsinin azca ödemlənmiş fonunda al-qırmızı eritem sahələrin əmələ gəlməsi, bəzən ödemlənmiş və hiperemiyalaşmış qırmızı haşiyədə xırda qovucuqların yaranaraq tez partlaması, eroziyaya çevrilməsi və üzərində qartmaqların əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Xəstələrin dodaqlarında ağrı hissi, qaşınma və göynəmə narahat edir.

Xəstəliyin gedişi fəsilərlə əlaqədardır. Kəskinləşmə yaz-yay aylarında öz-özünə, repressiyası isə payız-qış aylarına təsadüf edir. Üzün müddət aktinik xeylit davam etdikdə qırmızı haşiyə qabıqlanmağa meyilli olaraq, üzərində çatlar və bəzi hallarda eroziya və xoralar əmələ gəlir. Xeyli müddət epitelləşməyən eroziyalar, çatlar və xoralar bərkəlməyə meyilli olaraq bəzən kəskin qabıqlanma və ya ziyilli artımların əmələ gəlməsi ilə müşahidə olunur. Həmin sahədən götürülən materiallarda sitoloji və histoloji müayinələr aparmaqla bədxassəli gedişi inkar etmək lazımdır. Aktinik xeylit obliqat xərçəngönü

üçün fon yarada bilər.

Patohistoloji müayinədə epitelini kəskin hiperplaziyası nisbət və zəif parakeratozu müşahidə olunur. Derma ödemləşir, genişlənmiş damarların ətrafında diffuz iltihabi infiltrat və toplanmış homogenizasiya olunmuş elastik liflər ayırd olunur.

Etiologiya və patogenez. Aktinik xeylitin əmələ gəlməsinin əsas səbəbi – UB şüalara yavaşımış allergik reaksiyanın inkişafıdır. Patogenezində mədə-bağırsaq traktının və hepatobiliar sistemin vəziyyətinin rolu böyükdür.

Diaqnostikası. Aktinik xeylitin diaqnostikası onun klinik şəklinə və tipik anamnezinə əsaslanır.

Aktinik xeylitin ekssudativ növünü atopik xeylilə differensiasiya etdikdə, axırıncıda zədələnmə nəinki qırmızı haşiyədə, dodaqların dərisində və ağız bucaqları nahiyəsində lokalizasiya olur, hətta xəstəliyin insolyasiya ilə əlaqəsi olur. Aktinik xeyliti allergik kontakt xeylildən ayırmaq çətindir, çünki o, allergik dermatozun bir variantıdır. Belə hallarda düzgün diaqnoza tam toplanmış anamnez kömək edir. Aktinik xeylitin quru növünü, eksfoliativ xeylitin quru növü ilə differensiasiya etmək lazımdır.

Eksfoliativ xeylitin quru forması xarakterik lokalizasiyaya malikdir, tez-tez üst dodağın qırmızı haşiyəsi də zədələnilir. İnsolyasiyanın aktinik xeylitin və dodaqların qırmızı qurdeşənəyi xəstəliyinin inkişafına təsir etdiyinə görə onların diaqnostikasını çətinləşdirir. Əsasən aktinik xeyliti qırmızı qurdeşənəyinin hiperkeratozsuz və atrofiyasız növü ilə differensiasiya etmək mürəkkəbdir. Diaqnostikaya lüminessensiya vasitəsilə Vud şüaları və ya histoloji müayinə kömək edə bilər.

Proqnoz. Aktinik xeylitin proqnozu xoşxassəlidir, ancaq onun uzun müddət davam edən quru növü xərçəngönü xəstəliklərin inkişafı üçün fon yarada bilər.

Müalicəsi. İnsolyasiyadan qorunmaq, lazım gəldikdə uzun müddət açıq hava ilə əlaqədar peşəni dəyişmək lazımdır. Terapiyada nikotin turşusu, vitamin qrupu B (B12, B2, B6), bəzən sintetik malyariya əleyhinə preparatlardan (delaqil 0,25 q – gündə 2 dəfə) 2-3 həftə müddətində və xırda dozalarda kortikosteroidlər (prednizalon – gündə 10 mq) təyin olunur. Xaricə müalicədə kortikosteroid malhəmləri (0,5% prednizalon və s.) yaxşı nəticə verir.

Profilaktikasında fotoqoruyucu məlhəmlər və kremlər (“Şit”, “Luç”, “Antilüks”, 10%-li salol məlhəmi) tətbiq oluna bilər.

MELKERSSON-ROZENTAL SİNDROMU

Xəstəlik üç simptomla xarakterizə olur: makroxeyliyyə, qırıqlı dillə və üz sinirinin paralicilə. Bu sindrom tez-tez qadınlarda müşahidə olunur. Xəstəlik bütün yaş hədlərində başlaya bilər.

Klinikası. Əvvəlcə xəstəlik dodaqların birində və ya hər ikisində ödemə əmələ gəlməsilə xarakterizə olur. Nadir hallarda xəstəliyin ilk simptomu üz sinirinin paralici ola bilər. Üzdə ağrılar nevrəliya tipli olur, ardınca üz sinirinin paralici xəstəliyinin ilk əlaməti ola bilər.

Xəstəlik adətən birdən başlayır. Bir neçə saat ərzində əvvəlcə bir, sonra hər iki dodaq ödemləşir. Dodaq qeyri-formalı şişkinləşir və kənarı içəri dönərək xortuma bənzər formada dişlərdən kənara durur (tapir sifətli). Bəzən ödem çoxalaraq dodaqlar normal qalınlığına nisbətən 3-4 dəfə artıq şişkinləşir. Dodaqların qalınlaşması qeyri-bərabərdir,

onların bir tərəfi o birinə nisbətən daha şişkindir.

Dodaqların ödemi çatların əmələ gəlməsi ilə müşahidə oluna bilər. Əsasən ödem dodaqları buruna qədər və ya dodaqaltı şırımına qədər əhatə edə bilər. Ödem miqdarı artdıqda nitq, mimika və qida qəbulu çətinləşir. Şişkin dodaqlar açıq-qırmızı rəngdə olaraq durğunluq əlamətlərilə müşahidə olunur. Palpasiyadan sonra basıqlıq qalmır. Qalınlaşmış dodaqlar nisbətən bərkiyir, ancaq sklerozlaşmırlar. Belə ödemlər müəyyən xəstələrdə bəzən artır və bir qədər sonra azalır. Müəyyən xəstələrdə ödem tam sorularaq, sonralar müəyyən tezliklə residivləşir və həmişəlik qalır. Ödem intensiviyyəti gün ərzində dəyişir. Bəzən ödem yanaqların, sifətin bu və ya digər hissəsinə, damağa, sətə damağa, dilə və buruna yayıla bilər.

Xəstəliyin ikinci simptomu – üz sinirinin paralicidir. Ondən əvvəlki dövr müxtəlif prodromal əlamətlərlə müşahidə olunur. Bu əlamətlər ağızda cürbəcür patoloji hissiyyətlərlə, birtərəfli vazomotor rinopatiya və tüpürcək ifrazatının dəyişməsilə özünü göstərir. Bəzən prodromal əlamətlər birtərəfli nevrəlgia çəkildə miqrən tipli baş ağrıları ilə müşahidə edilir, sonradan üz sinirinin paralicinin inkişafına səbəb olur. Üzün zədələnmiş hissəsində tonusun itməsi, ağız buaqlarının sallanması halları meydana gəlir. Bir qədər tez qeyri-tam paralic yarımqıç vegetative fraqmentlərin, hissiyyatın və motor funksiyasının saxlanması ilə müşahidə olunur.

Əksər xəstələrdə üz sinirinin paralic yavaş-yavaş gedir. Ancaq müəyyən müddətdən sonra prosesin residiv verməsi gözlənilir. Xəstəliyin uzunmüddətli gedişində üz sinirinin paralicinin bir neçə dəfə təkrarlanması sonradan onun davamlı xarakter almasına səbəb olur.

Xəstəliyin üçüncü simptomu qırışlıq dildir. Müəyinə əsas diqqəti dilin ödemlənməsi, qeyri-bərabər böyüməsi və dərin qırışların olması əlbəddir. Nisbətən tez-tez dilin mərkəzində uzununa uyğun dərinin orta qırış nəzərə çarpır. Dilin arxa uşda bir və kökü əsasən prosesə əlbəddir. Xəstəliyin gedişi xroniki və residivvericidir. Xəstələrin müəyyən hissəsində Melkerson-Rozental sindromunun 3 simptomuna təsadüf etmək olmur, ancaq xəstəlik özünü klinik makroxeyliya ilə göstərə bilər.

Patohistoloji müayinədə dermada qranulematoz iltihabın toxumaların ödemi ilə birlikdə müşahidəsinə təsadüf olunur. Prosesə tez-tez mimik əzələlər də qoşulur. Qranulemalar əsasən tuberkuloid, sarkoid, limfonodulyar-plazmatik quruluşa malik ola bilərlər. bəzi xəstələrdə qranulema olmur, ancaq qeyri-spesifik limfohistiotsitar infiltrasiya müşahidə olunur. Dermanın vena damarları genişlənilir, ətrafında infiltrasiya yerləşir və endoteliyanın proliferasiyası müşahidə olunur.

Etiologiyası və patogenezi. Bu xəstəliyin etiologiyası və patogenezi hələ tam aydınlaşmamışdır. Həmin xəstəliyin əmələ gəlməsində iris və infeksiyon-allergik nəzəriyyələrin rolu mümkündür. İnfeksiyon amil kimi, qrip-herpes virusları, fokal infeksiya ocaqları və s. ola bilər. Xəstələrdə qanın limfositlərinin stafilokokklara qarşı həssaslığının artması qeyd olunur. Dodaqların toxumasında qanın və limfanın mikrosirkulyasiyasının pozulması xüsusi patogenetik əhəmiyyətə malikdir.

Diaqnostikası. Xəstələrdə simptomların üçü də olduqda sindrom Melkersson-Rozentalin diaqnostikası çətinlik törəmir. Xəstəlik özünü makroxeylilə göstərdikdə onun diaqnostikası çətinləşir. Belə hallarda xəstəliyi birinci növbədə elefantiazislə, xroniki qızılyel iltihabında sonra əmələ gəldikdə isə Kvinke ödemi ilə differensiasiya etmək

lazımdır.

Elefantiazis makroxeyltdən kəskin iltihabi əlamətlərin olması, proses kəskinləşdikdə bədən hərəkətinin yüksəlməsi, birləşdirici toxumanın fibrozu dodaqların toxumasının bərk elastic konsistensiyaya malik olmasına səbəb olur ki, bu hallar Melkersson-Rozental sindromunda müşahidə olunmur.

Antihistamin preparatlarının qəbulundan, həmçinin prosesin tez-tez kəskinləşməsi və xəstəliyin tutması qurtarıldıqdan sonra Kvinke ödeminin birdən tam itməsi xarakterikdir.

Makroxeyliya müəyyən qrup xəstələrdə dodaqların xroniki çatlarına təkrar infeksiyanın qoşulmasının ağırlaşması kimi əmələ gələ bilər. Belə makroxeyliya əsasən rasional müalicədən sonra tez keçir.

Proqnoz. Proqnoz çox hallarda xoşgedişlidir. Ancaq bəzi xəstələrdə (müaliyə baxmayaraq) proses uzun müddət onları narahat edir.

Müalicəsi. Cərrahi və konservativ yollarla aparılır. Hər bir xəstə diqqətlə yoxlanılaraq prosesin əmələ gəlmə səbəbləri aydınlaşdırılmalıdır. Belə ki, əsas diqqət fokal infeksiya ocaqlarına onunla yanaşı çənə-üz nahiyəsinə yönəldilməlidir.

Kombinasiyalı müalicə kortikosteroidlər (20-30 mq prednizalon) geniş spektrli təsirə malik antibiotiklər (oletetrin 750000-100000 vah. – gündə 2 dəfə) və sintetik mal-yariya əleyhinə preparatlarla (delaqil- 0,25 - gündə 2 dəfə və s.) yaxşı nəticə əldə etmək olar. Makroxeyltdə xarici müalicə yerli heparin məhləmilə elektrofərz və ödemli zədələnmə nahiyələrinə heparinin dimiksidlə qarışığı sürüldükdə yaxşı effekt verir. Xəstəliyin ilk anlarında aparılan kompleks müalicə yaxşı nətiə verir. Təkrari kurs müalicələr 2-3 aydan bir aparılmalıdır.

AĞIZ BOŞLUĞUNUN SELİKLİ QIŞASININ VƏ DODAQLARIN XƏR- ÇƏNGÖNÜ XƏSTƏLİKLƏRİ

Xərçəng xəstəliyi öz inkişafında çoxpilləli olaraq uzunmüddətli gedişə malikdir. Ağız boşluğunun selikli qişasının və dodaqların qırmızı haşiyəsinin xərçəngönü xəstəliklərinin təsnifatını A.L.Maşkilleyson təklif etmişdir. Sonralar bu təsnifat Z.H.Fərəcov tərəfindən daha da təkmilləşdirilmişdir.

Dodaqların qırmızı haşiyəsinin xərçəngönü xəstəliklərinin təsnifatı:

A. Obliqat növlər: 1) ziyilli xərçəngönü; 2) məhdud hiperkratoz;

3) Manqanottinin abraziv prekankroz xeyliti.

B. Fakultativ növlər: 1) leykoplakiya; 2) keratoakantoma; 3) dərinin buynuzu; 4) qabıqlaşan papiloma; 5) qırmızı qurdeşənəyinin və qırmızı yastı dәмrovun eroziv-xoralı və hiperkeratotik növləri və 6) şüalanmadan sonrakı xeylit.

Ağzın selikli qişasının xərçəngönü xəstəliklərinin təsnifatı:

A. Obliqat növlər: Bouen xəstəliyi.

B. Fakultativ növlər: 1) leykoplakiya (verrukoz və eroziv); 2) papilomatoz;

3) qırmızı qurdeşənəyinin və qırmızı yastı dәмrovun eroziv-xoralı və hiperkeratotik növləri və 4) şüalanmadan sonrakı stomatit.

Fon vəziyyəti yaranan və çox nadir hallarda bədxassəli gedişə transformasiya verən xəstəliklərin təsnifatı:

A. Fon vəziyyəti yarananlar: 1) aktinik xeylitlər; 2) meteoroloji xeylitlər;

3) çapıqlar və çapıqlaşan atrofiya.

B. Çox nadir hallarda bədxassəli gedişə malik olan xəstəliklər: 1) yastı leykoplakiya və 2) dodaqların xroniki çatları.

BOUEN XƏSTƏLİYİ

Bouen xəstəliyi (Morbus Bowen) bədxassəli transformasiya verməyə daha çox potensiala malikdir. Çox vaxt kişilərdə 40 yaşdan 70 yaşa qədər, əsasən yumşaq damaqda, dilçəkdə və dildə yerləşir.

Klinikası. Bouen xəstəliyinin ağızın selikli qişasında klinik şəkli çox rəngarəngdir. Tez-tez zədələnmə ocağı müşahidə olunur. Proses məhdud, tədricən böyüyür və göyümtül-qırmızımtıl rəngli, ləkəli-düyüncüklü, 1 sm diametrlı, bəzən leykoplakiya və qırmızı yastı dəmrova oxşar zədələnmə ocağı aşkar olunur. Zədələnmə ocağının əmələ gələrək, nadir hallarda xırda məməcikli artımlarla örtülmüş olur. Bouen xəstəliyinin diaqnozu histoloji təsdiqlənməlidir.

Patohistoloji müayinədə tikanlı qatda cancer in Situ şəklində dəyişiklik, yəni infiltrativ inkişafı olmamaq şərti ilə intraepitelial xərçəng tapılır.

Müalicəsi. Əgər mümkünsə, zədələnmə nahiyəsini sağlam toxumalar daxilində götürmək və ya şüa terapiyası aparmaq lazımdır.

Proqnozu müalicəsiz ağırdır.

ZIYILLI XƏRÇƏNGÖNÜ

Ziyilli xərçəngönü yüksək bədxassəli potensiala malikdir. Çox vaxt 40-50 yaşlı kişilərdə alt dodaq nahiyəsində əmələ gəlir.

Klinikası. Ziyilli xərçəngönü əsas qırmızı haşiyədə 4 mm-dən 1 cm-ə qədər diametrlı kəskin sərhədli element kimi yerləşir, yarım dairəvi formada 3-5 mm yüksəlir, bərk konsistensiyaya malikdir. Rəngi normal qırmızıya qədər variasiya edir. Tez-tez düyüncüyün üzəri möhkəmlənmiş nazik qabıqlarla örtülür, ziyilli və ya qabıqlanmış papillomaya bənzəyir. Ziyilli xərçəngönü xaricən dəyişməmiş qırmızı nahiyədə yerləşir.

Gedişi. Ziyilli xərçəngönünün gedişi çox sürətlidir: xəstəlik başlayandan 1-2 ay sonra proses bədxassəli gedişin başlanğıcını təyin etmək çox çətindir. Əsas diqqəti zədələnmə ocağının ölçülərinin birdən böyüməsinə, qabıqlanmanın sürətlənməsinə, elementin eroziyalaşma və ya xoralaşma əsasında bərkliyin əmələ gəlməsinə yetirmək lazımdır. Histoloji müayinədə yastı epitelinin məhdud proliferasiyasının olması, tikanlı qatın yuxarı genişlənməsi hesabına bəzən enli məməcikli artımlar şəklində aşağı dərinliklərə diskompleksasiya əlamətləri və tikanları hüceyrələrin polimorfizmi müəhidə olunur. Birləşdirici toxuma qatında oval hüceyrəli infiltrasiya, külli miqdarda limfositlər, plazmositlər və toxuma bazofilləri qeyd olunur.

Patogenezi. Ziyilli xərçəngönünün əmələ gəlməsində xarici faktorlardan aparıcı rol oynayan günəş insolyasiyası və termik travmadır.

Diaqnostikası. Adı ziyillər ziyilli xərçəngönündən sapvari məməcikli artımların və periferiyada hipertrofik buynuz qatın olması ilə fərqlənir. Papillomada isə bərk konsistensiyalı ayaqcıqlar müşahidə olunur. Histoloji müayinənin nəticələri həlledici rol oynayır. Keratoakantomaya bərk periferik qırmızı valcığın olması, mərkəzi krateri əhatə edən buynuz kütləsi doldurulmuş, qopduqdan sonra yirində qıfvari basıqlıq əmələ gəlməsi xarakterikdir. Piogen qranulemada isə al-qırmızı rəngdə ayaqcığın olması və elementin

səthində suvermə əlamətləri qeyd olunur.

Müalicəsi. Cərrahi müdaxilə yolu ilə zədələnmə ocağı sağlam toxuma həddində, sonrakı histomorfoloji müayinə etməklə aparılır.

MƏHDUD XƏRÇƏNGÖNÜ HİPERKERATOZ

Çox vaxt xəstəlik 30 yaşdan yuxarı kişilərdə müşahidə olunur. Proses adi hallarda alt dodağın qırmızı haşiyəsində çox vaxt mərkəzdən yan tərəfdə lokalizasiya olur.

Klinikası. Zədələnmə ocağı kəskin məhdud şəkildə, çox vaxt poliqonal görünüşdə 0,2 x 0,5 sm-ə qədər ölçüdə olur. Elementin səthi bozumontlu-ağ rəngdə nazik bərk oturmş qabıqlarla örtülmüşdür. Zədələnmə ocağında nisbətən bəzi qabıqlar müşahidə olunur. Ancaq zədələnmə ocağının üzərində bərk oturmş qabıqların miqdarı artdıqda, əhatə olunduqları qırmızı haşiyənin səviyyəsindən azca yüksəkliyə qalxa bilərlər.

Histoloji müayinədə epitelin məhdud proliferasiyası toxumaların dərinliyində tapılır, tez-tez tikanlı hüceyrələrin diskompleksasiyası ilə müşahidə olunur. Onların üzərində güclü hiperkeratoz ayırd edilir.

Gedişi. Prosesin irəliləməsi ziyilli xərçəngönünə nisbətən daha yavaşdır, ancaq hiperkeratozun bədxassəli transformasiyası xəstəliyin başlanğıcından 6 ay sonra mümkündür.

Patogenezi. Məhdud xərçəngönü hiperkeratozun patogenezinə xarici faktorlardan insolyasiya və travmanın, əsasən, onların birlikdə təsirini qeyd etmək lazımdır. Xəstəlik əvvəllər olmuş sadə qovucuqlu dəmrovun yerində də əmələ gələ bilər.

Diagnostikası. Məhdud hiperkeratozdan fərqli olaraq, leykoplakiyada ocağın üzərində qabıqlar olmur. Qırmızı qurdeşənəyində iltihabi dəyişiklik və tez-tez atrofiya tapılır.

Klinik olaraq məhdud hiperkeratozun bədxassəli qabıqlanmanın güclənməsi və elementin əsasında bərkimənin meydana gəlməsi ilə özünü göstərir.

Müalicəsi. Cərrahi müdaxilə yolu ilə zədələnmə ocağı sağlam toxuma həddində götürülür və sonra histomorfoloji müayinə etməklə aparılır.

MANQANOTTİNİN ABRAZİV PREKANKROZ XEYLİTİ

Manqanotti xeyliti (Cheilitis abrasiva praecancerose Manganotti) əsasən 60 yaşdan yuxarı kişilərdə alt dodaqda eroziv prosesin əmələ gəlməsi ilə özünü göstərir.

Klinikası. Oval və ya qeyri-düzgün konturlu eroziya əmələ gəlir. Onun üzəri dolğun qırmızı rəngdə hamar, sanki polirə olunmuş olur. Eroziyanın səthində qartmaq əmələ gəlir, qopardılıqda qanaxma verə bilər. Eroziyanın ətrafında və əsasında toxumaların bərkiməsi müşahidə olunmur. Bir sıra xəstələrdə eroziya yüngülvari iltihabi əsasda yerləşir. Belə fonlu iltihabın fərqi onun qısamüddətli olması ilə xarakterizə olunur. Əksər hallarda bir, bəzən iki, nadirən üç eroziya ola bilər. Bir qrup xəstələrdə eroziya əmələ gələrək, bəzən bir qədər böyüyür və uzun müddət qalır. Tez-tez eroziya spontan epiteləşir və sonra həmin və yaxud başqa yerdə tezliklə residivlər verir.

Manqanotti xeyliti gedişi xronikidir, xəstəliyin başlanğıcından 3 aydan 30 ilə qədər bədxassəli transformasiya verə bilər.

Histoloji epitelinin defekti ayırd olur və toxuma bazofilləri, plazmositlər, histiositlər və limfositlərdən ibarət sıx diffuz infiltratla dolur. Eroziyanın kənarlarında epitel proliferasiya vəziyyətində olur və tikanlı hüceyrələrin tez-tez diskompleksasiyası, həmçinin atopiyası ilə müşahidə olunur.

Patologiyası. Manqanotti xeylitinin əmələ gəlməsində əsas rolu yaşla əlaqədar toxumaların trofik dəyişiklikləri, əsasən alt dodaqda olur, ikincili adentiya və ya ön aşağı dişləri dağılmış şəxslərdə müşahidə olunur. Bununla əlaqədar bəzi şəxslərdə alt dodaq nahiyəsində trofikanın pozulması ilə əlaqədar bəzi qıcıqlara – insolyasiyaya, kəskin və xroniki travmaya və s. asanlıqla destruktiv cavab reaksiyaları meydana gəlir. Hipovitaminoz A xəstəliyin patogenezinə böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Diaqnostikası. Manqanotti xeylitindən qırmızı qurdeşənəyinin eroziv-xoralı növü onunla fərqlənir ki, axırıncıda eroziyadan savayı, kəskin durğunlaşmış eritema, hiperkeratoz qabıqlaşan atrofiya müşahidə olunur. Eroziv-xoralı qırmızı yastı dəmrovda xırda, ağımtıl-bozumtul rəngdə incə rəsmlər əmələ gətirən papulalar, pemfqusda Nikolski simptomunun müsbətliyi, yaxmalarda akantolitik hüceyrələrin tapılması, nəinki qırmızı haşiyənin, eyni zamanda ağızın selikli qişasının da zədələnməsinin mümkünüyü qeyd olunur. Herpetik eroziyada kənarlarının polisiklik olması və ətrafında şişkinliyin, eyni zamanda səpgilərin qısamüddətli mövcudluğu xarakterikdir.

Müalicəsi. Manqanotti xeyliti xəstəliyinin müalicəsi üçün hökmən qıcıqlandırıcı faktorların təsirinin zəifləndirilməsi və ya aradan götürülməsi, mədə-bağırsaq traktının xəstəliklərinin, meteoroloji və qlandulyar xeylitlərin müalicəsi, ağız boşluğunun sanasiyası və protezləşdirilməsi vacibdir. Əgər sitoloji müayinədə Manqanotti xeylitinin bədxassəliyi müəyyən olunmayıbsa, onda radikal cərrahi müdaxilədən əvvəl 2-3 ay müddətində ümumi və yerli konservativ müalicə aparmaq lazımdır. A vitamini konsentratı (10 damcıdan – gündə 3 dəfə), nikotinat ksantinol və ya nikotin turşusu, nerobol və s. preparatlar, orqanizmin qocalmasının qarşısını alan və sifətin yumşaq toxumalarında qan dövranını yaxşılaşdıran müalicə metodları tətbiq olunur. Xaricə A vitamini konsentratının applikasiyası, kortikosteroid məlhəmləri (əsasən fonlu iltihabi əlamətlər olduqda), dibiomisin məlhəmi, metilurasil tərkibli məlhəmlər, solkoseril və s. tətbiq olunur. Prosesin gedişində bədxassəlilik qeyd olunduqda, zədələnmə ocağını cərrahi müdaxilə yolu ilə sağlam toxuma daxilində, sonrakı histoloji müayinə aparmaqla, götürmək lazımdır.

LEYKOPLAKİYA

Leykoplakiya (Leucoplakia) dodaqların qırmızı haşiyəsinin və ya selikli qişaların qabıqlanması kimi iltihabi əlamətlərlə müşahidə olunur. Çox vaxt uzunmüddətli ekzogen qıcığın cavab olaraq əmələ gəlir. Xəstəlik əsasən 40 yaşdan yuxarı kişilərdə müşahidə olunur. Ağızın selikli qişasının və alt dodağın qırmızı haşiyəsinin bütün nahiyələrində meydana gələ bilər.

Leykoplakiyanın aşağıdakı növləri ayırd olunur: yastı, verrukoz, Tappeynerin damağın eroziv nikotin leykoplakiyası (papiros çəxənlərdə).

Klinikası. Leykoplakiyanın yastı növündə zədələnmə ocağı bozumtul – ağ örtük kimi selikli qişaya yapışır. Qasıdıqda onu qopartmaq şətin olur. Yastı leykoplakiyanın rəngi qabıqlanmanın dərəcəsindən asılıdır. Əgər leykoplakiya ağız bucaqlarında lokalizasiya olursa, onda zədələnmə üçbucaq şəklində zirvəsi ağızın dərinliyinə tərəf çevrilmiş olur. Yanaqların selikli qişalarının zədələnmələrində dişlərin örtüldüyü xətt boyunca leykoplakiyanın səthi bəzən qırıqlı şəkil alaraq bir növ çınqıllı yola bənzəyir.

Verrukoz leykoplakiya yastı növdən qabıqlanmanın kəskin artmasına görə fərqlənir. Buna görə zədələnmə nahiyəsi onu əhatə edən selikli qişanın səthindən yüksələrək

fərqlənir və intensiv bozuntul-ağ rəngdə olur. Palpasiyada azacıq sərtlik ayırd edilir. Verrukoz leykoplakiyanın iki klinik növü ayırd olunur: lövhəcikli və ziyilli.

Lövhəcikli leykoplakiya üçün ocaqların qeyri-düzgün formalı səthinin nahamar olması ilə xarakterikdir. Onlar ağ rəngli məhdud lövhəcik şəklində əhatə olunmuş selikli qişa səviyyəsindən yüksəkliyə qalxır. Lövhəcikli növ nadir hallarda bədxassəli transformasiya verə bilər. Ziyilli növ isə lövhəciyə nisbətən daha tez-tez təsadüf edilir. Bu növdə yastı leykoplakiyanın fonunda bərkimiş qabarcıqlı artımlar və ya iri bərk ziyilli törəmələr müəyyən olunur. Onlar da əhatə olunduğu selikli qişadan hündürlükdə dururlar. Belə ocaqlar ağımtıl-südvəri və ağ rəngdə, əsasən ağız bucaqlarına yaxın yanaqların selikli qişasında yaranırlar. Verrukoz leykoplakiyanın ziyilli növü böyük bədxassəli transformasiya potensialına malikdir.

Eroziv növ yastı və ya verrukoz leykoplakiyanın fonunda ağırlaşma kimi əmələ gəlir, ağrı hissiyyatı ilə müşahidə olunur. Eroziyalar həm tək, həm də çoxlu ola bilərlər. Çox vaxt onlar termik və mexaniki qıcıqların təsirinə məruz qalan nahiyələrdə əmələ gəlirlər. Leykoplakiyanın bu növü daha çox bədxassəli xarakteri ilə fərqlənir.

Tappeynerin damağın nikotin leykoplakiyası siqaret çəkənlərdə damağın selikli qişasında əmələ gəlir. Xəstə siqaret çəkməyi dayandırdıqda tez bir zamanda sorulmaq qabiliyyətinə malikdir. Sərt damağın selikli qişası, bəzən ona birləşən yumşaq damaq hissəsi bozuntul-ağ rəngdə olur və çox vaxt qırıqlaşır. Bu fonda qırmızı nöqtələr yaxşı görsənir. Qırmızı nöqtələr qırmızı tüpürcək vəzilərinin axarcaqlarının genişlənməmiş girəcəyi olaraq, yarımdairəvi xırda düyüncüklərin zirvəsində yerləşir. Bu növ heç vaxt bədxassəli xarakter daşmır.

Gedişi. Leykoplakiya – xroniki xəstəlikdir. Əgər qıcıqlandırıcı faktorun təsiri kəskin zəiflədilibsə və ya aradan götürülübsə, onda leykoplakiyanın inkişafı dayanır və düzgün konservativ terapiyanın nəticəsində zəifləyir. Başqa hallarda xəstəlik artaraq, əsasən, verrukoz eroziv növlərdə xərçəngə çevrilə bilər. Leykoplakiyanın gedişinin uzunmüddətliyi və onun mümkün bədxassəliyi fərdidir.

Leykoplakiyanın bədxassəli gedişə malik olmasının klinik əlamətləri zədələnmə ocağının əsasında sərtliyin əmələ gəlməsi, qabıqlanma prosesinin sürətlənməsi, ziyilli elementlərin ölçülərinin böyüməsi və onların sərtləşməsi, eroziyanın qanaxma ilə müşahidə olunmasıdır. Ona görə leykoplakiyalı xəstəni müayinə etdikdə hökmən zədələnmə ocağını palpasiya edərək onun əsasında sərtliyin olub-olmamasını ayırd etmək lazımdır.

Patohistoloji müayinədə hiper və parakeratoz, akantoz, birləşdirici toxumada – damarların genişlənməsi, diffuz, əsasən, limfoid hüceyrəli infiltrat, epitelinin aşağı şöbələrinə daxil olması müşahidə olunur.

Verrukoz və eroziv formalarda tikanlı qat hüceyrələrinin diskompleksiyası və hüceyrələrin atipiyası mümkün ola bilər.

Tappeyneranın leykoplakiyasında parakeratoz əlamətləri akantozsuz, piy vəzilərinin axacaqlarının genişlənməsi və epitelinin səthinə yaxın birdən daralması qeyd olunur. Bu daralmadan nisbətən aşağıda olan axacaq birdən genişlənir və tüpürcək vəzilərinin retensiyon kistasına keçir. O da klinik özünü düyüncük kimi göstərir.

Etiologiya və patogenezi. Leykoplakiya xəstəliyinin etiologiyası və patogenezi tam öyrənilməmişdir. Leykoplakiya, selikli qişanın cürbəcür xarici qıcıqlara reaksiyanın müxtəlif endogen faktorların fonunda əmələ gəlməsidir. Vacib patogenetik faktorlardan

leykoplakiyanın yaranmasında 90% xəstələrdə mədə-bağırsaq patologiyasının aşkarlanması fonlu xarakter daşıyaraq, xarici qıcıqlara qarşı ağızın selikli qişalarının rezistentliyini aşağı salır. Xəstəliyin patogenezinə A vitamini çatmamazlığı və ya mübadiləsinin pozulması qabıqlanma prosesində böyük rol oynayır. Leykoplakiyada ağızın selikli qişasının epitelisinin keratinləşmə proseslərinin güclənməsi mexanizmlərindən, hüceyrə membranının keçiriciliyinin və transepitelial nəqliyyatın pozulması amilidir. Xəstəliyin patogenezinə irsi amillərin rolu da böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Xarici amillərdən bilavasitə leykoplakiyanın meydana gəlməsində əsas, mexaniki, termiki, kimyəvi və başqa faktorların birlikdə təsirinin əhəmiyyəti böyükdür. Bununla yanaşı, ağızın selikli qişasında leykoplakiyanın əmələ gəlməsində birinci dərəcəli əhəmiyyətli isti təmbəki tüstüsünün təsiri ilə yanaşı, xroniki travma nəticəsində dişlərin sırasının pozulması və ağız boşluğunda müxtəlif cinsli metallardan ibarət protezlərin olması nəticəsində qalvanik cərəyanın meydana çıxması rol oynayır.

Dodaqların qırmızı haşiyəsində leykoplakiyanın yaranmasında siqaretin xroniki travmasının birinci dərəcəli təsiri ilə yanaşı, dodaqların, siqareti axıradək çəkəndə sistemik yandırılması, qeyri-kafi meteoroloji amillərin, əsasən insolyasiyanın və bu kimi faktorların təsirinin qlandulyar xeylit olduqda daha da güclənməsi böyük təsir göstərir.

Leykoplakiyalı xəstələr dispanser müşahidəsində olaraq ildə 2-3 dəfə stomatoloqun qəbulunda olmalıdırlar.

Leykoplakiyanın və onun residivlərinin profilaktikası, vaxtında ağız boşluğunun sənəsiyası, papiros çəkmənin dayandırılması, rəasional protezləşdirmə, mədə-bağırsaq patologiyasının korreksiyasından ibarətdir.

KERATOAKANTOMA VƏ DƏRİ BUYNUZU

Keratoakantoma (Keratoacanthoma) tez inkişaf edən və spontan repressiyalaşan epidermal xoşxassəli şişdir. Nadir hallarda bədxassəli gedişə malik ola bilər. Dəridən başqa keratoakantoma dodaqlarda və dildə lokalizasiya ola bilər.

Keratoakantomanın diaqnostikası onun tipik şəklinə və tez inkişafına əsaslanır. Ziyilli xərcəngönündən, dərinin buynuzundan, papilomadan, adi ziyillərdən fərqli keratoakantomada noxud və daha böyük ölçüdə düyüncük əmələ gələrək, mərkəzində xarakterik qıfvari basıqlıq yaranır və üzəri asanlıqla qopan buynuz kütlə ilə dolur.

Keratoakantomanı xərcəngin ekzofit növü ilə differensiasiya etmək xeyli çətindir. Nəzərə almaq lazımdır ki, xərcəng şişi nisbətən dərin yerləşərək, daha bərk konsistensiyaya malikdir. Xərcəngdə buynuz əlavələri qopardıldıqda qanaxma müşahidə olunur.

Dərinin buynuzu (cornu cutaneum) xüsusən alt dodağın qırmızı haşiyəsində yaranaraq, buynuz kütlələrinin bir-birilə möhkəm yapışması nəticəsində özünü göstərir. Xərcəngönünün başqa növləri kimi çox vaxt əsasən 60 yaşdan yuxarı kişilərdə müşahidə olunur. Dərinin buynuzunun əsasında epitel qeyri-bərabər akantoz müxtəlif dərəcəli atipiyə vəziyyətindədir. Əksər hallarda bir dəri buynuzu əmələ gəlir. Xəstəlik əsasən leykoplakiyanın, qırmızı və vərəm qurdeşənəyinin fonunda əmələ gəlir.

Dərinin buynuzunun bədxassələşməsi hər an mümkündür. Əgər dəri buynuzunun əsasında sərtləşmə əmələ gəlsə və qabıqlanmanın birdən sürətlə intensivləşməsi müşahidə olunarsa, onda bədxassəli transformasiyadan şübhələnmək lazımdır. Tam bədxassələşmə məsələsini ancaq histoloji müayinə vasitəsilə həll etmək olar.

Keratoakantomanın və dəri buynuzunun müalicəsi ancaq cərrahi müdaxilə vasitəsilə sağlam toxuma daxilində onların götürülməsindən ibarətdir.

DODAĞIN XRONİKİ ÇATI

Dodağın xroniki çatı bütün yaş qruplarında və hər iki cinsin nümayəndələrində təsadüf olunur.

Klinikası. Dodağın xroniki çatı qırmızı haşiyədə köndələninə tək çox və ya az dərin ağırlı linear (xətvari) çat əmələ gələrək yerləşir. Bir çox xəstələrdə çat aşağı dodağın qırmızı haşiyəsinin mərkəzi hissəsində bəzən mərkəzdən yanda əmələ gəlir. Çat qırmızı haşiyədən dodağın selikli qişasına qədər davam edərək heç vaxt dəriyə yayılmır. Hərdən çat çəhrayı qartmaqla örtülərək ətrafında azca reaksiya müşahidə olunur.

Gecə ərzində ağ dərin çat epitelləşir, səhər isə dodağın hərəkəti nəticəsində səthi açılır və azca qanaxma ilə müşahidə olunur. Qeyri-rasional müalicədə çat uzun müddət, illərlə qalaraq bəzi xəstələrdə müvəqqəti sağalma ilə müşahidə oluna bilər. Qismən uzunmüddətli çatın kənarları sərtləşərək bozuntul-ağ rəngdə qabıqlanma verir. Patohistologiyasında xroniki iltihab müəyyən edilir ki, o da epitelinin regenerativ, hiperplastik və bəzən metaplastik artımları ilə müşahidə olunur.

Etiologiya və patogenezi. Əsaslı surətdə öyrənilməmişdir. Dodaqların quruluşunun individual anatomik xüsusiyyətləri və xroniki travmatik faktorun rolu xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Müxtəlif meteoroloji faktorlar dodaqların qırmızı haşiyəsinin quruluşunu əmələ gətirərək, toxumaların elastikliyinə itməsinə və çatın inkişafına səbəb ola bilər. Dodaqların xroniki çatının patogenezi A və B qrupu hipovitaminozunun əhəmiyyəti böyükdür. Külli miqdarda mikrob florası çatın davamlılığını artıraraq, sağalmasına maneçilik törədir.

Dodağın xroniki çatının diaqnostikası çətinlik törətmir.

Proqnozu. Dodağın xroniki çatı xöşxassəlidir, ancaq uzun müddət davam etdikdə, elementin kənarlarının bədxassəli transformasiya verməsi mümkündür.

Müalicəsi. Dodağın xroniki çatında ilk olaraq xəstəliyin səbəbini aydınlaşdırmaq lazımdır. Tərkibində antibiotik olan məlhəmlərdən (dibiometin məlhəmi), kortikosteroidlərdən (dermazolon, lorinden C), epitelləşdirici maddələrdən (itburnu yağı, çaytikanı otu yağı və s.) istifadə olunur. Uzun müddət (1-1,5 ay) ərzində A vitamini konsentrasiyası və B qrupu, əsasən B2, B6 və PP qəbulu yaxşı effekt verir. Konservativ müalicədə nəticə əldə edilmədikdə, çata sağlam toxuma daxilində cərrahi müdaxilə etmək lazımdır.

XƏRÇƏNGÖNÜ XƏSTƏLİKLƏRİN PROFİLAKTİKASI

Ağız boşluğunun selikli qişasının və dodaqların qırmızı haşiyəsinin xərcəngönü xəstəliklərinin profilaktikasında ilk növbədə aparılan tədbirlərdən –orqanizmin qocalması ilə mübarizə, mənfi meteoroloji faktorlardan, əsasən

insolyasiyadan qorunma, dental patoloji travmanın qabıqlanması, ağız boşluğunda müxtəlif metal əlavələri nəticəsində qalvanik tokun təsirinin azaldılması, qlandulyar xeylitin radikal müalicəsi, sadə qovucuqlu dəmrovun müalicəsi və onun residivlərinin qarşısının alınması, dodaqların xroniki çatının və başqa xroniki iltihabi proseslərin müalicəsi, ağız boşluğunun sistematik sanasiyası, profilaktik baxışlar və individual sanitar – işqandırıcı işlərin aparılması lazımdır.

Dodaqları xərçəngönü xəstələr, ilk növbədə onun obliqat növləri dermatoloqun, stomatoloqun və onkoloqun dispanser müşahidəsində olmalıdırlar.

Azca xərçəngönü prosesin bədxassələşməyə meyilliliyinə şübhə yarandıqda təcili cərrahi yolla zədələnmə ocağı sağlam toxuma nahiyəsinə qədər götürülür və histoloji müayinə aparılır. Ancaq bundan sonra müalicənin taktikası planı tutulur.

EPİDERMİSİN BƏDXASSƏLİ ŞİŞLƏRİ

Epidermisin bədxassəli şişləri yayılma dərəcəsinə görə insanın bütün şiş xəstəlikləri arasında aparıcı yerlərdən birini tutur. Onlardan çoxu bazalhüceyrəli və yastıhüceyrəli xərçəngin, az bir qismi bədxassəli melanomanın payına düşür.

BAZALHÜCEYRƏLİ XƏRÇƏNG (BAZALIOMA, BAZALHÜCEYRƏLİ EPİTELIOMA) istənilən yaşda əmələ gələ bilər, lakin daha çox 60 yaşdan yuxarı pasiyentlərdə rast gəlinir.

Epidemiologiyası. Günəşin aktivliyi yüksək olan regionlarda ağdərili əhali arasında bazalioma dərinin bədxassəli proseslərinin 75%-ə qədərini təşkil edir. Təkcə ABŞ- da hər il 500000- dən çox insanda bazalioma aşkar edilir.

Etiologiya. Bazaliomanın yaranmasına dair müxtəlif hipotezalar məlumdur. Genetik nəzəriyyə. Son illər molekulyar biologiya və embriologiyanın metodlarının köməyi sayəsində 9q22.3. xromosomunda nevoid bazal hüceyrəli sindromun geni tapılmışdır. Bazaliomalı xəstələrin bir qisminə bu gəndə mutasiyalar aşkar edilmişdir. Digər genetik faktorlardan dərinin rəngi mühüm əhəmiyyət daşıyır. Bazalioma ilk növbədə açıq rəngli dərisi olan şəxslərdə əmələ gəlir.

Ultrabənövşəvi şüalanma, Müəyyən edilmişdir ki, yüksək insolyasiya bazal hüceyrəli xərçəngin inkişafına təkan verə bilər. Təsadüfi deyildir ki, şiş elementlərinin çoxu bədənin açıq sahələrində əmələ gəlir. Ionlaşdırıcı radiasiya. Dozası 10 Qr-ə çatan şüalanmanın bazal hüceyrəli xərçəngin inkişaf riskini artırması sübuta yetirilmişdir. Kanseroqen maddələr. Tərkibində arsenin qeyri-üzvi duzları olan qida maddələri və dərmanların uzunmüddətli qəbulu bazalioma və digər şişlərin inkişafına səbəb ola bilər. Dərinin xroniki xəstəlikləri. Bazalioma dərinin xroniki xəstəlikləri, uzun müddət sağalmayan yaralar fonunda inkişaf edə bilər. Eyni zamanda sadalanan faktorlar daha çox yastı hüceyrəli xərçəngin əmələ gəlməsinə də səbəb ola bilərlər.

Müəlliflərin bir qismi hesab edirlər ki, bazaliomanın inkişafını epidermisin bazal qatının hüceyrələrinin maliqnezasiyası şərtləndirir. Doğrudan da mikroskopik müayinə zamanı şiş hüceyrələri kiçik ölçülü, dairəvi formalı, bazofil, bazal hüceyrələrə oxşar görünür. Onlar adacıqlar, paycıqlar və atmalar şəklində epidermisdən dermaya nüfuz edirlər.

Klinik əlamətləri. Bazaliomalann əksəriyyəti üzde yerləşir. Pasiyentlərin təxminən 80%-də şiş ağız bucaqlarını qulaq seyvanı ilə birləşdirən xətdən yuxarıda yerləşir. Üzün aşağı hissəsində, başın tükü hissəsində və gövdənin yuxarı nahiyəsində bazaliomalara nisbətən az rast gəlinir. Adətən bazalioma vizual olaraq sağlam dəridə əmələ gəlir və hər hansı subyektiv hissiyatla müşahidə olunmur. Bazaliomanın ilkin simptomları- “mirvari dənəsi”nə bənzərən üzərində teleangiektaziyalar olan kiçik bərk papulyoz elementlərin əmələ gəlməsi ilə başlayır. Düyüncük üzde, burunda yerləşərsə kiçik bir travma səthi eroziyaların əmələ gəlməsinə səbəb olur, onlar da azacıq qanaxma verir və qartmaqla örtülür. Bazaliomanın aşağıdakı növləri var:

Bazaliomanın şiş forması- bazalhüceyrəli xərçəngin ən çox yayılmış formasıdır. İlk olaraq kiçik düyüncük əmələ gəlir, o bir neçə ilə böyüyərək 2-3 sm ölçüyə çatır. Belə şiş gümüşü və ya mum rəngində olur, səthində teleangiektaziyalar, mərkəzində çökəklik və ya eroziya olur ki, bu eroziyalar da qartmaqla örtülmüş olur.

Bazaliomanın xoralı forması- birincili olaraq və ya bazalhüceyrəli xərçəngin digər formalarının xoralaşması nəticəsində əmələ gələ bilər. Bu zaman xoranın kənarı o dərəcədə cırılmış olur ki, gəmirici dişlərindən yaranmış yaraya bənzəyir. Buna görə belə yaraya ulcus rodens- gəmirici xora deyilir. Belə xoralara burun-dodaq büküşündə, qırmızı dodaq haşiyəsinin orta hissəsində və qulaq seyvamında təsadüf olunur.

Xora dərinliyə və periferiyaya doğru inkişaf edərsə yanaşı strukturları- yumşaq toxumaları, burun keçəcəyini, kəllə sümüklərini, sinirləri, iri damarları, hətta baş beyni zədələyə bilər. Bu zaman digər termin- ulcus terebrans- deşici xora işlənir. Şişin ölçüsünün böyük olmasına və toxumaların xeyli dağılmasına baxmayaraq metastazlara çox nadir hallarda rast gəlinir.

Bazaliomanın pigment forması tünd rəngli dəriyə malik şəxslərə xarakterikdir. Ümumilikdə isə bazalhüceyrəli xərçəng bu tip dəriyə malik şəxslərdə nadir hallarda rast gəlinir. Əvvəlcə şiş ləkə, tünd- boz, qara rəngli papula və ya düyün şəklində əmələ gəlir. Müayinə zamanı xarakter mirvari sərhədlər və teleangiektaziyalar aşkar edilir.

Bazaliomanın sklerodermayabənzər (fibroz) forması ən bədxassəli forma hesab olunur, buna görə onun vaxtında diaqnostikasi və intensiv müalicəsi zəruridir.

Klinik olaraq bazaliomanın bu forması atrofik çapıq və ya bərk konsistensiyalı, ağrıntılı, üzərində teleangiektaziyalar olan lövhəcik şəklində təzahür edir. Çox zaman belə törəmələr burun, alın və yanaq nahiyələrində əmələ gəlir. Dəri səthindən qalxan formasında şiş keloid çapığı xatırlada bilər. Buna görə travma nəticəsi olmayan istənilən atrofik və ya keloid çapıq qeyd edildiyi zaman bazaliomanın sklerodermayabənzər forması istisna olunmalıdır.

Bazaliomanın kistoz forması yumşaq elastik konsistensiyalı yarı şəffaf divarlı papula formasında olur. Çox zaman göz qapaqları üzərində, bəzən burnun üstündə olur. Klinik olaraq onu hidrokistomadan ayırmaq çox çətin olur, belə ki sonuncu da enli əsas, teleangiektaziyalara və göyümtül rəngə malik olur. Buna görə də göz qapaqlarında olan istənilən kista və digər iltihabi elementlər aşkarlanarkən dinamik müşahidə və zərurət olarsa histoloji müayinə aparılmalıdır.

Bazaliomanın səthi (multisentrik, ekzematoid) forması digər formalardan bəzən o qədər fərqlənir ki, ona vaxtında diaqnoz qoyulmur. Tipik element kimi tədricən inkişaf edən qonur, qabıqlanan, sapvari kənarlı, diametri 3-5mm-dən 3-5 sm-ə qədər dəyişən ləkə hesab olunur. Onu bəzən ekzema və ya psoriazin təzahürləri ilə səhv salırlar. Oxşar klinik şəkil həmçinin Bouen xəstəliyində və Pedjet xəstəliyinin ekstramammar təzahürlərində müşahidə olunur. Bu forma ən çox üzdə, ətraflarda və gövdədə təsadüf olunur. Əksər hallarda elementlərin sayı çox olur. Daha çox səthi bazaliomaya əvvəllər PUVA-terapiya almış psoriaz xəstələrdə diaqnoz qoymaq çətinlik törədir. Bu zaman lupa vasitəsilə periferiya boyunca mirvari papulalar və nazik hipopigmentasiya zolağı diaqnozu qoymağa kömək edir.

Bazaliomanın metatipik forması bazalhüceyrəli və yastı hüceyrəli xərçəng arasında aralıq mövqeyi tutur. Klinik olaraq əvvəlcə solitar düyün əmələ gəlir. Sonradan bu dü-

yün sürətlə xoralaşır. Şiş ətrafında çox zaman hiperemiya zonası əmələ gəlir. Bazaliomanın digər formalanndan fərqli olaraq metatipik forma 8 % hallarda regional limfatik düyünlərə, dəriyə, ağciyərilərə, qaraciyərə metastaz verə bilər.

Müalicə

Şişlərin operativ götürülməsi. Əməliyyatdan sonrakı böyük qüsurlar zamanı dərinin transplantasiyası tələb olunur.

Şişin təhlükəli lokalizasiyası zamanı (burun-dodaq üçbucağı, gözün daxili və xarici bütcaqları, qulaq seyvanı və eşitmə yolları, başın tüklü hissəsi, sklerodermayabənzər forma) kəsim intraoperasion mikroskopiya vasitəsilə aparılır (əməliyyatın həcmi təyin etmək üçün). Bəzi hallarda şüa terapiyası tətbiq edilir.

Bazaliomanın digər lokalizasiyası zamanı kriodestruksiya və elektrokoagulyasiyaların tətbiqi mümkündür.

YASTIHÜCEYRƏLİ XƏRÇƏNG

Müxtəlif konserogenlərin (insolyasiya, üç valentli arsenin duzları, ionlaşdırıcı radiasiya, şüa terapiyası, elektron şüalanma, Bukk şüaları, orqanların transplantasiyasında immunosupressiv terapiya, xlormetin yerli terapiyası, sənaye konserogenləri, fotokimyəvi terapiya və s.) təsirindən atipiklik xassəsini əldə etmiş keratinositlərdən əmələ gəlmiş dərinin və selikli qişaların bədxassəli invaziv şişləri.

Ağız-udlaq, qırtlaq, vulva, uşaqlıq boynu, cinsiyyət üzvü, anal kanal, aralıq və dırnaq yastıqlarının yastihüceyrəli xərcənginin əmələ gəlməsi insanın papiloma virusu ilə əlaqələndirilir.

Yastihüceyrəli xərcəng in situ

- Bouen xəstəliyi
- Keyr eritroplaziyası
- İnsanın papiloma virusu tərəfindən törənən yastihüceyrəli xərcəng in situ

Bouen xəstəliyi yavaş-yavaş böyüyən, qırmızı rəngli, azaçıq infiltrasiyalı, aydın sərhədli lövhəciklərlə təzahür edir. Onun səthində yüngül qabıqlanma və qartmaqlar tapılır. Ocağın periferiyası boyunca, bazaliomanın səthi forması üçün xarakterik olan nazik yastıq olmur.

Cinsiyyət üzvünün və ya pülüyün daxili layının xərcəngi - in situ "Keyr eritroplaziyası" kimi məlumdur. Bouen xəstəliyinə nisbətən daha çox metastaz verir. İnvaziv böyümə əlamətləri zamanı yumşaq, sulanmış, asanlıqla qanayan qranulyasiyalı qartmaqlarla təzahür edir.

Bouen xəstəliyinin ağızın selikli qişasında lokalizasiyası zamanı yumşaq damaq, dilçək, retromolyar nahiyə, dil zədələnir. Zədə ocaqları çox vaxt leykoplakiya və qırmızı yastı dəmrov ilə oxşar olur. Onların səthi eroziv, məməcikli, bəzən hamar, bəzən də atrofik artımlı olur. Ocaqlar birləşdikdə qeyri-düzgün kənarlı lövhəciklər əmələ gəlir. Subyektiv hissiyyatlar xarakterik deyil.

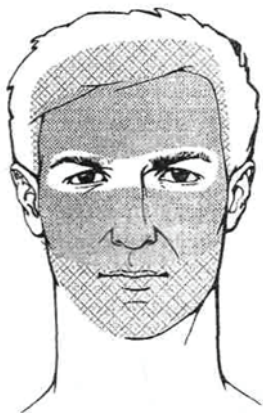
Diaqnozu təsdiq etmək üçün histoloji tədqiqat zəruridir.

Müalicə

Ocaqın sağlam dəri sərhəddində kəsilməsi və ya yaxınfokuslu rentgenoterapiya.

Proqnoz

Xərçəng in situ müalicə edilmədikdə yastıhüceyrəli dəri xərçənginin invaziv formasına transformasiya edir.



Şək.31.2.Bazaliomanın üzdə tipik lokalizasiyası

manı böyümüş regional limfotik düyünlər aşkar edilir.

Aşağı dodağın yastıhüceyrəli xərçəngi leykoplakiya və ya aktinik xeylit fonunda inkişaf edir.

Patomorfoloji – keratinocitlərin anaplaziya əlamətləri, törəmənin dərinliyində və ya səthində buynuzlaşma sahələrin olmasıdır.

Aşağı differensiallı yastı hüceyrəli xərçəngin buynuzlaşmamış (şişəbənzər) tipi, adətən, qırmızı rəngli, qeyri-düzgün formalı, asan zədələnən, ətli tez qanayan qranulyasiyalı (vegetasiyalarla) papula və ya düyün şəklində olub, nekrotik dibli, yumşaq, qanayan kənarları ətli və qartmaqlı eroziya və ya xoraya çevrilir (gül kələmini xatırladır).

Xarici cinsiyyət orqanları nahiyəsində şiş Keyr eritroplaziyasından inkişaf edir, bəzəndə və üzdə isə Bouen xəstəliyindən transformasiya edir. Regional limfa düyünlərdə metastazlaşma, yüksək differensiallı yastı hüceyrəli xərçəngə nisbətən daha çox təsadüf edilir.

Patomorfoloji - çoxlu mitozlarla anoplastik yastı hüceyrəli xərçəng ,aşağı dərəcəli hüceyrə differensiasiyası, buynuzlaşmanın olmamasıdır.

Müalicə

Cərrahi yolla; əməliyyatın həcmi intraoperasion mikroskopiya vasitəsilə müəyyən edilir.

Şüa terapiyası yaşlılarda və selikli qişaların zədələnməsi zamanı tətbiq edilir.

Xərçəng in situ zamanı kriodestruksiya, 5%-li ftorurasil məlhəmindən istifadə edilməsi mümkündür.

MELANOMA

Son illər melanoma ilə xəstələnmə nəzərə çarpacaq dərəcədə artmışdır. ABŞ-da ağ irqə mənsub şəxslərin həyatında melanomanın əmələ gəlmə riski 1:80 (1,25%) təşkil edir. İrsi meyllilik, xarici konserogen faktorlar böyük rol oynayır.

Risk faktorları

Melanomanın inkişafının əsas risk faktoru aşağıda göstərilmiş beş əlamətdən üçünün olduğu displastik nevusun olmasıdır:

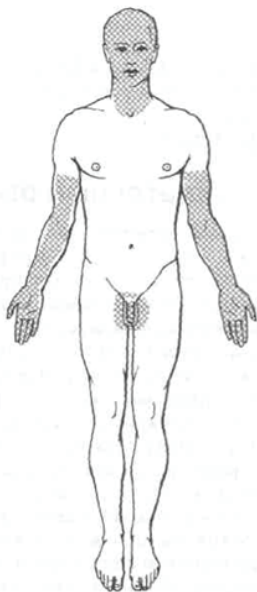
1. Diametri 5 mm-dən çox , qeyri-düzgün sərhədli, asimmetrik, qeyri-bərabər rəng, eritema.
2. Xüsusən ailə anamnezi ilə yüklənmiş şəxslərdə displastik nevus sindromu. Bu sindrom zamanı melanoma riski 100%-ə çatır.
3. Nəhəng anadangəlmə nevhüceyrəli nevus.
4. Anamnezdə həddən artıq insolyasiya.
5. açıq rəngli dəri, sarışın saçlar, çillər, çoxlu miqdarda piqment nevusları.

Diaqnoz

Melanomada 4 əsas əlamət ayırd edilir: 1) qeyri-düzgün sərhədlər, 2) əsas rənglərdən (qara və qəhvəyi) başqa digər çalarların (qırmızı, mavi, ağ) meydana gəlməsi, 3) asimmetriya, 4) 6mm-dən çox diametrin olması. Əlavə məlumatı epilüminessent mikroskopiya verir. Onun köməyi ilə melanoma nahiyəsində “pseudopodilər”, “şüalar” və “qara ləkələr” aşkar edilir. Melanoma əvvəlcə epidermis və dermanın üst təbəqəsi arasında böyüyür, sonra dermanın dərin qatına (şaqli böyümə fazası) invaziya edir.

Klinik formalar

Melanomanın 4 əsas forması ayırd edilir. Ən çox təsadüf edilən səthi yayılan melanomadır (bütün halların 70%-ə qədəri). Melanomanın bu forması in situ melanomadan inkişaf edir və radial böyümənin uzunmüddətli fazasına malikdir.



Şək. 31.3. Yastı hüceyrəli xərçəng zamanı səpgilərin tipik lokalizasiyası

Lentiqo-melanoma, adətən, yaşlı şəxslərdə bədənin açıq qalan nahiyələrində olur və bədxassəli lentiqo ona səbəb olur.

Akral lentiginoz melanoma ovuc və ayaq altını zədələyir (bütün halların 8%-i ağ ırqdən olan şəxslərdir).

Düyünlü melanoma zamanı radial böyümə fazası minimaldır, şiş dermaya doğru böyüyür və metastaz verir. Bu formada proqnoz çox arzu edilməzdir.

Differensial diaqnoz

Displastik nevus, qocalıq keratoması, hemangioma və digər dərinin yeni törəmələri.

Müalicə

Yerli residivlərin azaldılması riski üçün geniş kəsmələr göstərilmişdir. İnterferon üçün yüksək doza – alfa 2β.

PECET XƏSTƏLİYİ

Pecet xəstəliyi (məməciyin diskeratozu) –süd vəzisinin bir və ya bir neçə yolunda inkişaf edən, döş giləsi nahiyəsində epidermisi zədələyən və gilə ətrafı sahədə vəzi toxumasının invaziyası ilə nəticələnən və regionar limfotik düyünlərdə metastazlaşan adenokarsinomadır. Xəstəlik bədxassəli yeni əmələ gəlmələrə aiddir və süd vəzilərinin yollarının atipik hüceyrəsindən inkişaf edir (Pecet hüceyrələri). Daha çox 40 yaşından yuxarı qadınlar xəstələnilir, bir qayda olaraq bir vəzi zədələnilir.

İlkin mərhələdə klinik şəkil gilənin ekzemasını xatırladır, hansı ki, azacıq bərkimiş ocağı olur və uzun müddət sulanma ilə gedir. Getdikcə gilə və ona bitişik nahiyə kəskin sərhədli tünd qırmızı rəngli, nəm səthli, hissə-hissə qartmaqla örtülü olan, müalicə tədbirlərinə rezistent vəziyyətə keçir. Davam etdiyi müddətdə (ay, il) periferiya boyunca artan, süd vəzisinin çox hissəsini əhatə edən eroziya formalaşır . Bu zaman gilə tədricən dartılır və fibroz bərkimə əmələ gəlməklə itir. Vəzinin toxumasında bərk dəri düyünü yaranır, regionar limfatik düyünlər böyüyür, palpasiya zamanı bərk, ağrısız olur. Dəri zədələnməsi qaşınma və göynəmə ilə müşayiət olunur. Pecet xəstəliyinin ocaqları anogenital, qoltuqaltı, az hallarda göbək nahiyəsində əmələ gəlməsi mümkündür. Bu nahiyələrdə apokrin tər vəziləri şiş prosesi ilə zədələnilir (ekstramammar Pecet xəstəliyi).

Differensial diaqnostika

Differensial diaqnoz ekzema, piodermiya, psoriaz, Bouen xəstəliyi ilə aparılır.

Müalicə

Cərrahi müdaxilənin həcmi və digər müalicə tədbirləri (kimya-rentgenoterapiya) həkim-onkoloq müəyyən edir.

XXXII FƏSİL. QIÇS-DA OLAN DƏRİ ƏLAMƏTLƏRİNİN XÜSUSIYYƏTLƏRİ

Ümumi xarakteristika

Müxtəlif yaş qruplarında yaranır. Atipik keçir, ağır gedişata malikdir, müalicəyə çətin təbə olur, hərərət, zəiflik, diareya, çəki itkisi və pis proqnozlaşdırılan simptomlar kimi GIÇS-in klinik əlamətlərinin əmələ gəlməsinə və immun cavabın kəskin aşağı enməsinə dəlalət edir.

Xəstəliklərin şərti klassifikasiyası:

1. Neoplastik (Kapoşi sarkoması)
2. İnfeksiyon (virus, göbələk, bakterial, parazitər)
3. Patogenezi aydın olmayan dermatozlar (seboreyalı dermatit, teleangiektaziya-lar, kseroderma, psoriaz, atopik dermatit və başqaları)

NEOPLASTİK

Kapoşi sarkoması

Kapoşi sarkoması əksər hallarda homoseksuallarda qeyd olunur. Bədəndə periferiyaya doğru böyüyən açıq çəhrayı sonralar bənövşəyi və ya qəhvəyi rəngə çevrilən ləkə və papulalar əmələ gəlir. Dəri əlamətləri gemanqioma, piogen qranulyoma, dermatofibroma, damarların anomaliyalarının əmələ gəlməsi, ekhimozu xatırladır. Səpgilər əksər hallarda üz, qarın, ətraflar, gövdədə – qabırğalar boyunca yerləşir. Prosesə periferik limfatik düyünlər, daxili orqanlardan - əksər hallarda bağırsaqlar (xoralı kolit, qanaxma), cəlb olunur.

İNFEKSİON-PARAZİTAR

Dərinin və selikli qişanın kandidozu

Əksər hallarda yemək borusunun cəlb edilməsi ilə birlikdə ağız selikli qişasının durğun kandidozu inkişaf edir, antibiotiklər, kortikosteroidlər, sitostatiklərlə müalicə alınmayan cavan insanlarda meydana gəlir. Belə əlamətlər İÇV infeksiyasının erkən simptomlarıdır. Yanaqların, dilin selikli qişasını tam örtən çətinliklə qoparılan bozuntul-ağ rəngdə örtük, ağız büküşlərində - kandidoz yalama əmələ gəlir. Nadir hallarda perianal və qasıq büküşlərində birləşməyə xoralışmağa meyilli olan kandidoz ocaqlar əmələ gəlir.

Sadə herpes

Əksər hallarda dodaqlarda, cinsi orqanlarda, baldırlarda, barmaqlarda, aksilyar və perianal sahələrdə (homoseksuallarda) çox ağrılı eroziyalar və ya xoraların, qovucuqların əmələ gəlməsi xarakterikdir. Su çiçəyi və ya impetiqonu xatırladır.

Kəmərləyici herpes

Herpesdən sonrakı nevrəliji olmayan yüngül lokalizasiya formalı və durğun limfadenopatiyası olan residivli səpgilərə meyilli ağır disseminə olunmuş şəkildə ola bilər. Tez-tez Kapoşi sarkoması ilə rast gəlinir.

“Tüklü” leykoplakiya

Guman edilən törədici – Epşteyna-Barr və ya insan papilloması virusudur. Əsas lokalizasiya – dilin kənarları zonasıdır. Yanaqların selikli qişasına yayıla bilər. Zədələnən ocaqların səthi qafrelı, qeyri-düzgün olan, üzəri epitelin sapvari artımları ilə örtülmüş tükcükləri xatırladır. Spontan olaraq yox olmur.

Kontagioz mollyuck

Zədələnmə əsasən yanaq hissəsində lokalizasiya olunur, sonradan isə bütöv üz və başın tüklü hissəsinə keçir. Proses başqa sahələrə tez yayılmağa və elementlərin bir-biri ilə birləşməsi kimi tendensiyaya malikdir.

Ziyillər.

Xəstələrdə adi ziyillərin tez-tez üzə və ağızda əmələ gəlməsinin yüksək meyilliyi müşahidə olunur. Homoseksuallarda anus və genital nahiyələrdə adi ziyil və itiuclu kandidomalar çoxlu miqdarda əmələ gəlir.

Dərinin bakterial infeksiyaları

Boyun, kürək, sinə, yuxarı ətraf, qoltuqaltı çuxurlar və perianal sahədə geniş yayılmış stafilokokk follikulitləridir. Ektima, furunkul, absess, sellyulit, impetiqo, dərinin papulo-nekrotik vərəminə xatırladan elementlər, aknenin əmələ gəlməsi də mümkündür.

Dermatomikozlar

Ayaqaltı, əl, baldır və sair sahələrin dermatomikozla zədələnməsi tipik şəkildə ola bilər. Atipik formalar əsasən, üzə, boyunda olur və çoxformalı ekssudativ eritema, seboreyalı dermatit, rozaseyanı xatırlada bilər. Ovuc və ayaqaltı rubromikozu keratodermiya xarakterli olur, onixomikozlar paronixiya ilə birgə müşahidə olur. Kəpəklənən dəmrov üçün, papulyoz-lövhəli elementin və dərinin infiltrasiya, lixenifikasiyasının inkişafına doğru tendensiyası olan, disseminə olunmuş zədələnmə xarakterikdir.

Qoturluq

Atipik keçir, generalizə olunmuş bərk qaşınan papulo-skvamoz zədələnmiş ocaqlar şəklində olur. Çox hallarda üz və başın tüklü hissəsi zədələnir. Ocaqlarda gənələrin külli miqdarda olması ilə əlaqədardır, xəstəlik kontagiozdur. Skabiozdan sonrakı dermatit müalicəyə çətin tabe olur və müqavimətli xarakter daşıyır.

Peyter xəstəliyi

Ağır artritin, uretrit (servisit), konyunktivit (uveit) inkişafı kimi ağır gedişatı ilə xarakterizə olunur. Sirsinar balanit, ağızın selikli qişasının xoralaşması, ovucların və ayaqaltının keratodermiyası inkişaf edə bilər, enteropatiya müəyyən olunur.

Kriptokokkoz, histoplazmoz, dərinin amyob, mikrobakterial infeksiyası

İÇV infeksiyasının ağırlaşmalarının nadir hallarına aid edirlər. Follikulit, papulo-nekrotik ocaq, pannikulit, vaskulit, dərialtı absess, perianal xora, hiperkeratoz, herpesi xatırladan, kontagioz mollyusk şəklində ola bilər. Göstərilən infeksiyalar tez-tez Kaposi sarkoması ilə birlikdə müşahidə olurlar.

PATOGENEZİ AYDIN OLMAYAN DERMATOZLAR

Seboreyalı dermatit

Əvvəl proses ən çox üzdə (qaşda, ağız ətrafı, burun- yanaq büküsləri) başın tüklü hissəsi və yuxarı ətrafların açıq səthində lokalizə olunur. Bəzən üzdə kəpənək fornasını alır və diskoid qırmızı qurdeşənəyi xatırladır. Başın tüklü hissəsində çoxlu qabıqlanma xarakterikdir. Ətraflarda numulyar seboreidi xatırladır. İri büküşlərin zədələnməsi ilə müşahidə olunan yayılmış, güclü qaşınan, birləşmiş eritematoz follikulyar lövhəciklərin xarakterini ala bilər.

Teleangiektaziyalar

Adətən sinədə (əksər hallarda körpücük sümüyün üstündə) nadir hallarda – qulaq seyvanında, ovuc və ayaq altında lokalizasiya olur. Solğun diffuz eritema fonunda inkişaf edir. Əksər hallarda narkomanlarda (amil və butilnitritlərə reaksiya) rast gəlinir.

Kseroderma (quru dəri)

Xroniki diareya və malabsorbsiya sindromundan əziyyət çəkən QİÇS-li xəstələrdə əmələ gəlir. Ən çox üzü və baldırları zədələyən ixtiozu xatırladır.

Allerqodermatozlar

Allergik reaksiyalara meyillik xarakterikdir. Əksər hallarda atopik dermatitin əmələ gəlməsi prodromal dövrə təsadüf edir. Tez-tez medikamentoz toksikodermiya əmələ gəlir.

Psoriaz

Ağır formaları İÇV infeksiyasının birinci simptomları ola bilər. Ovuc və ayaqaltının generalizə olunmuş pustulyoz və eritrodermik formalar xarakterikdir.

Pseudotromboflebitik sindrom

Yüksək hərarət ilə müşahidə olunur. Aşağı ətrafların şişkinliyi və ağrılı olması, gərgin iltihablı ağrılı zoğlu şişləri, dərinin indurasiyası müəyyən olur. Dərin damarların tromboflebiti xarakterik deyil. Proses 1-4 həftə davam edir.

Qidanın pozulması

Əksər hallarda uşaqlarda qeyd olunur. Pellaqra, enteropatik akrodermatit, tsinqanı xatırladır. Bəzi xəstələrdə dırnaq lövhəciklərinin azad kənarları sarı rəngə boyanır və barmaqların distal falanqaları “təbil çubuqları”nı xatırladır.

XXXIII. DƏRİ LİMFOMASI

Limfoproliferativ xəstəliklər

Dəri limfomaları – bu, neoplastik xəstəliklərin klinik və morfoloji müxtəlif cinsli qrupudur, əmələ gələn patoloji prosesin səbəbi dəridə birincili meydana çıxan limfositlərin bədxassəli proliferasiyasıdır. Proliferasiya olunan limfositlərin növündən, onların hansı populyasiya və subpopulyasiyaya aid olmasından asılı olaraq bədxassəli limfomaların heterogenliyi təyin olunub. Qeyri Hoçkin limfomalarının bədxassəli proliferasiya dərəcəsi ilə T və B-hüceyrə qruplarına bölünməsi üçün immunfenotipləşdirmədən istifadəsinə əsaslanmışdır..

Limfomalı xəstələrdə dəridə fenotipə görə limfositlərin yayılması sağlam insanlardakı kimidir: T-limfositlər daha çox epidermisdə və dermanın yuxarı qatlarında, B-limfositlər isə dermanın orta və dərin qatlarında lokalizasiya olunur. Uyğun olaraq T-hüceyrələri əsasən dermanın yuxarı qatlarında olur, B-limfoproliferativ proseslər isə dermanın dərin qatlarında baş verir və epidermotrop xarakter daşımır. Dərinin T-hüceyrəli limfomalarının sayı B-limfomalarının sayını üstələyir. T-limfomalar dərinin bədxassəli limfomalarının bütün variantlarının 65%-ni, B-limfomalar 25%-ni və təsnif olunmayan limfomalar 10%-ni təşkil edir.

Epidemiologiya

Dərinin T-hüceyrəli limfomalarının (DTHL) nisbətən azlığı və ilk mərhələlərdə klinik əlamətlərin digər geniş yayılmış dermatozlarla (ekzema, qırmızı yastı dəmrov, atopik dermatit, psoriaz və s.) oxşarlığı diaqnostikanı, xəstəliyin qeydə alınmasını çətinləşdirir, DTHL-in epidemiologiyasında müəyyən çətinliklər törədir. Hazırda ABŞ-da limfomaların bütün növlərindən əziyyət çəkən xəstələrin 2%-i DTHL-na aiddirlər, bunlar da ildə 100 000 əhalinin 0,3-də rast gəlinir. DTHL daha çox yaşlı insanlarda qeydə alınır, amma uşaqların da xəstələndiyi nadir hallar qeyd edilir. Kişilər qadınlardan 2 dəfə çox xəstələndir.

Etiologiya

Xəstəliyin etiologiyası müəyyən olunmayıb. Hazırda DTHL-in inkişafında etioloji faktor kimi insanın I tip limfotrop virusuna uyğun retroviruslara nəzər yetirilir, bunlar da böyüklərin T-hüceyrələrin limfomasını – leykemiyanı əmələ gətirir. İrsi faktorların rolu qəbul edilir. HLA- I sinfi və DTHL-in başqa nozoloji formaları arasında əlaqə mövcuddur. Məsələn, B-5 və B-35 histouyğunluq antigenləri tez-tez yüksək səviyyəli maliqnezasiyalı dəri limfomaları olan xəstələrdə rast gəlinir, A-10 – nisbətən aqressiv gedişi limfomalarda B-8 isə əsasən göbələyəbənzər mikozun eritrodermik forması olan xəstələrdə rast gəlinir. Neyrodermit, atopik dermatit, psoriaz və s. kimi uzun sürən xroniki dermatozlar dərinin baryer və immunoloji funksiyalarının pozğunluqlarına gətirib çıxara bilər. Bu, müxtəlif infeksiya agentlərinin, o cümlədən virusların daxil olmasına səbəb olaraq, dərinin immun sistemindəki dəyişiklikləri gücləndirə bilər, bu da bəzi hallarda şiş proseslərinin inkişafına təsir edir.

Limfomaların genezində müəyyən rola malik olan ionlaşdırıcı radiasiya, UB-şüalar, tərkibində konsergen maddələr olan müxtəlif kimyəvi birləşmələr və bəzi allergenlər

hesab olunur. Sadalanan faktorlar protoonkogenlərin, aktivasiyası və ya şişi supresiya edən genin inaktivasiyası hesabına “genotravmatik” limfositlərin klonunun əmələ gəlməsinə gətirib çıxara bilər ki, bu da limfositlərin maliqnezasiya prosesini başladır.

DTHL zamanı sağlam T-helper limfositlərinə uyğun funksional və membran xüsusiyyətlərinə malik T-helper limfositlərin çoxlu proliferasiyası qeyd edilir. DTHL-in formalaşması prosesi müxtəlif konserogen faktorların təsiri ilə limfositlərin aktivləşməsi və dominant T-hüceyrə klonunun əmələ gəlməsi ilə başlayır. Onun dəridə əmələ gəlməsi zamanı DTHL-lı xəstələrdə prosesin dinamikasını müəyyən edərək (ləkəli-düyünlü ocaqlardan iri şiş elementlərinin və letal nəticəyə qədər) şiş prosesinə qarşı nəzarəti əhəmiyyətli dərəcədə dəyişir.

Təsnifat

Klinikası və proqnozuna görə fərqlənən T-hüceyrə və B-hüceyrə limfomaları ayırılır. T-hüceyrə limfomaları dəri örtüyünün yayılmış zədələnmələri və daha ağır gedişi ilə xarakterizə olunur, B-hüceyrə limfomalar isə tək sikl elementləri ilə manifestasiya edir.

Cədvəl 33.1. Dəri limfomaları (ÜST-nin təsnifatı -1996)

1. Dərinin T-hüceyrə limfomaları
 - Göbələkvari mikoz
 - Sezari sindromu
 - Pecetli retikulyoz
 - Yaşa uyğun T-hüceyrə limfoması/leykemiya
2. Dərinin B-hüceyrə limfomaları
3. Dəri plazmositoması
4. Dəri limfomalarının pleomorf variantları
 - İmmunoblast T-hüceyrə limfoması
 - İrihüceyrəvi anoplastik limfoma
5. Leykemiyalar zamanı dəri zədələnmələri

Dəri limfomalarının mərhələlərə bölünməsində müəyyən proqnostik əhəmiyyəti olan TNM təsnifatından (T – dəri, N - limfa düyünləri, M - daxili orqanlar) istifadə olunur. T-hüceyrə limfomaları zamanı ilk mərhələlərdə (Ia - IIA) qoyulan proqnoz qənaətbəxşdir və ömrü 10-20 il uzatmaq olur. Gecikmiş mərhələlərdəki (III Sezar sindromu) proqnoz qənaətbəxş deyil, yaşama müddəti 3 ildir.

Cədvəl 33.3 Dərinin T-hüceyrə limfomalarının TNM təsnifatı (1987)

T:	Dəri	T ₀	Göbələyəbənzer mikoz	klirik/histoloji şübhə
		T ₁	Ekzematoz ocaqlar, düyünlər: bədən səthinin 10%-ə qədəri	
		T ₂	Ekzematoz ocaqlar, düyünlər: bədən səthinin 10%-dən çoxu	
		T ₃	Şişəbənzer törəmə (1-dən çox)	
		T ₄	Eritrodermiya	
N:	Limfa düyünləri	N ₀	Limfa düyünləri palpasiya olunmur	
		N ₁	Limfa düyünləri palpasiya olunur, DTHL-ə histoloji məlumat	

yoxdur

	N_2	Limfa düyünləri palpasiya olunmur: DTHL-ə histoloji infiltrat
	N_3	Limfa düyünləri palpasiya olunur: DTHL-ə histoloji infiltrat
B: Qan	B_0	Qanda atipik limfositlər çatışmır (<5%)
	B_1	Qanda atipik limfositlər artıqdır (>5%)
M: Daxili orqanlar	M_0	Daxili orqanlar zədələnməyib
	M_1	Daxili orqanların zədələnməsi histoloji olaraq təsdiq olunur

Klinik şəkli

DTHL üçün ləkə, lövhəcik, şiş elementləri şəklində səpgilərin polimorfizmi xarakterdir. DTHL-in ən geniş yayılmış forması göbələkvari mikozdur, gedişində 3 forma ayırd edilir: klassik eritrodermik və başsız. Bu formaların hər biri müxtəlif dərəcəli bədxassəliyi ilə xarakterizə olunur.

Göbələkvari mikozun klassik forması

Göbələkvari mikozun klassik forması gedişində 3 mərhələyə bölünür: eritematoz-skvamoz, infiltrativ-lövhəli və şiş elementlərilə. Klinikasına görə I mərhələ ekzemanı, seboreya dermatitini lövhəli parapsoriazi, qırmızı yastı dəmrovu xatırladır. Səpgilər illərlə mövcud ola bilər və spontan reqres edə bilər. I mərhələnin diaqnostik kriteriləri: davamlı müalicəyə baxmayaraq keçməyən qaşınma, xoşxassəli dermatozlar üçün xarakter olmayan qeyri-adi səpgilər və xəstələrin yaşı – adətən 50 yaşdan çox olur. II infiltrativ - lövhəli mərhələdə zədələnmə ocaqları əvvəl mövcud olmuş ləkəli səpgilərin yerində və görünən sağlam dəridə formalaşır. Lövhələr kəskin sərhədlərilə və qonuru tünd qırmızı rənglərilə fərqlənir. Onların konsistensiyası “qalın karton”u xatırladır. Xəstələrin yarısından çoxunda ovuc-ayaqahtı hiperkeratoz, limfadenopatiya qeyd olunur. III terminal mərhələdə xəstəliyin inkişafında sarı-qırmızı rəngli bərk elastik konsistensiyalı ağrısız şişlər əmələ gəlir. Belə şiş elementlərin görünüşü çox vaxt göbələklərin papaqlarını xatırladır. Şişlər hər yerdə əmələ gələ bilər. Şişlərin əmələ gəlməsi maliqnezasiya olmuş limfositlərin limfa düyünlərinə və visseral orqanlara metastaz verməsinin başlanmasını göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, ekstrakutan zədələnmələr dəri B-hüceyrə limfomaları ilə müqayisədə göbələkvari mikoza və DTHL-in bütün növləri üçün az xarakterdir. Onlar 15%-dən 100%-ə qədər dəyişə bilər, orta hesabla 72% təşkil edir. Daha çox limfa düyünləri, dalaq, qara ciyər və ağ ciyərlər zədələnilir. Göbələkvari mikozun klassik forması olan xəstələrin orta yaşama müddəti diaqnoz qoyulma vaxtından başlayaraq 7,2-8 il təşkil edir.

Göbələkvari mikozun eritrodermik forması

Göbələkvari mikozun eritrodermik forması eritrodermiyanın sürətli inkişafı, adətən səpgisiz şiddətli qaşınma, ödem, universal hiperemiya, yüksək qabıqlanma ilə xarakterizə olunur. Praktiki olaraq həmişə ovuc-ayaqahtı hiperkeratoz və diffuz alopesiya ilə müşayiət olunur. Limfa düyünlərinin bütün qrupları kəskin böyüyür. 1mm²-də 100 000 hüceyrəyə çatan, kəskin nəzərə çarpan leykositozla, limfoqrammalarda – 10%-dən az

olmayan Sezar hüceyrələri ilə xarakterizə olunur. Bu hüceyrələr nüvəsi büküştü, serebral səthə malik, nüvə membranının dərin invaginasiyalı olan maliqnezə olunmuş T-helperləri əks etdirir. 2-4 il sonra letal nəticə müşahidə edilir.

Göbələkvəri mikozun başsız forması

Göbələkvəri mikozun başsız forması birdən səpgisiz əmələ gələn şişlərin meydana çıxması ilə başlayır. DTHL-in bu forması maliqnezasiyanın yüksək səviyyəsi ilə xarakterizə olunur və limfosarkomalar kimi qiymətləndirilir. Letal nəticə 1 il ərzində baş verir.

Dərinin çoxhüceyrəli CD 30+ T-hüceyrə limfoması

Dərinin çoxhüceyrəli CD 30+ (pleomorf və ya anaplastik) T-hüceyrə limfomasının histoloji şəkli anaplastik limfomaların nodal CD 30+ şəklinə uyğundur. Bu fenotipli nodal limfomalar qənaətbəxş olmayan proqnoza malikdirlər və əksinə, dərinin CD 30+ T-hüceyrə limfomaları üçün proqnoz kifayət qədər müsbətdir. Buna əsaslanaraq, bioloji xüsusiyyətlərinin tamamilə fərqli olmasına baxmayaraq, dərinin ilkin CD 30+ limfomalarının çoxu nodal limfomalar kimi intensiv müalicə olunur. Bu həmçinin t (2,5) – translokasiyanın çatışmazlığında da müşahidə olunur.

Cədvəl 33.2 EORRC işçi qrupunun hazırladığı “ilkin dəri limfomaları” təsnifatı

Dərinin ilkin T-hüceyrə limfoması	
Kəskin olmayan, ləng gedən (yaşama müddəti >10 ildən)	Göbələyabənzər mikoz. Göbələyabənzər mikoz + follikulyar musinoz. Pecet retikulyozu. Dərinin çoxhüceyrəli CD30+ T-hüceyrə limfoması (anaplastik, immunoblastik, pleomorf). Limfomatoid papulyoz.
Kəskin, tez progressivləşən. (yaşama müddəti <5 il) Keçid	Sezari limfoması. Dərinin çoxhüceyrəli CD 30+ T-hüceyrə limfoması (anaplastik, immunoblast, pleomorf) Qranulomatoz “süst dəri” (dərinin qranulomatoz. Pleomorf, kiçik – beta hüceyrəli DTHL. Dərialtı pannikulitəbənzər DTHL)
Dərinin ilkin B-hüceyrə limfoması (DBHL)	
Kəskin olmayan, ləng gedən (yaşama müddəti >10 ildən)	Mərkəzi limfoma. DBHL-in kənar zonaları da daxil olmaqla immunositoma
Kəskin, tez progressivləşən. (yaşama müddəti <5 il) Keçid	Ayağın çoxhüceyrəli B-hüceyrə limfoması İntravaskulyar DBHL. Plazmositoma.

Dərinin B-hüceyrə limfoması

Bütün limfomaların 25%-ni təşkil edir. B-hüceyrəli limfoma T-hüceyrəli limfomadan fərqli olaraq, nisbətən homogen klinik formaya malikdir. Klinik nöqtəyi-nəzərdən sürətlə böyüyən, seyrək yerləşən şiş elementləri əmələ gəlir. Çoxsaylı şiş elementləri nadir hallarda rast gəlinir. Ekstra nodulyar dəyişikliklərin əmələ gəlmə ehtimalı az olduğuna görə ölüm halları aşağıdır.

Histopatologiyası

Göbələkvari mikozun ilkin mərhələlərində əsas diaqnostika kriteriləri bunlardır: enli şaxəli akantoz; bazal keratinlərin hiperplaziyası; epidermisin müxtəlif qatlarında atipik mikozlar; limfositlərin epidermisə keçməsi ilə birlikdə infiltratın epidermotropizmi; dermada damar ətrafında balaca infiltratların təyin olunması; infiltrat hüceyrələrin arasında hiperxrom nüvəli mononuklear hüceyrələrin – mikoz hüceyrələrinin müşahidə olunması.

İkinci mərhələdə histoloji görüntülər daha aydın olur. İnfiltrat hüceyrələrinin epidermotropizmi güclənir və bunun nəticəsində epidermisə maliqnarizasiya olunmuş limfositlər daxil olur; Potrie mikroabsesi formasında koloniyalar əmələ gəlir.

Üçüncü mərhələdə akantoz ya massiv ola bilər və ya da epidermisin atrofiyası hesabına nəzərə çarpmaya bilər. Epidermisdə şiş limfositləri çox olur və bu Potrie mikroabseslərinin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Proliferasiya dərialtı piy təbəqəsinə keçərək bütün dəriyə əhatə edir və daha monomorf olur. Limfositlərin blast formaları üstünlük təşkil edir.

Diaqnostikası.

DTHL-in diaqnostikası üçün səpgilərin tipini (ləkə, lövhəcik, şiş), onların əmələgəlmə sürətini, histoloji, sitoloji, rentgenoloji, tomoqrafik analizlərini, qanın klinik və biokimyəvi parametrlərini limfatik düyünlərin, vəziyyətini qiymətləndirmək lazımdır. Sümük iliyinin analizi yalnız şiş hüceyrələrinin limfa düyünlərində və ya qanda aşkarlandığı halda məqsədə uyğundur. Dəri limfomaların əksəriyyətini klinik yollarla da təyin etmək olar, lakin histoloji və immunoloji araşdırmaları da aparmaq məqsədəuyğundur. Son zamanlar molekulyar, bioloji metodla bədxassəli dəri limfomasının diaqnostikası və təsnifatına, onların reaktiv limfositə infiltratlardan fərqləndirilməsinə daha çox kömək edir.

Biopsiya / Histologiya. Diaqnostika üçün müalicə olunmamış şübhəli dəri sahəsindən sınaq ekstizisiyası məsləhət görülür (bəzən bir neçə biopsiya sınaqla). Bədxassəli limfomadan şübhələndikdə rutin-parafin histologiyası üçün mikrotomda dondurmaqla fiksə edilməmiş preparat lazımdır.

Molekulyar-bioloji analiz. Monoklonallıq – DNT, m RNT, protein səviyyəsində tədqiq edilə bilər. Bununla yanaşı T-hüceyrə reseptorlarının, immunqlobulinlərin gen və gen məhsulları analiz olunur. Çox möhkəm və ya limfasitar infiltrat ocağında Southern blot üsulundan istifadə olunur. Lakin bu üsulun dəqiqliyi az olduğuna görə PZR üsulundan istifadə etmək məcburiyyəti yaranır.

Müalicə.

DTHL - ilkin mərhələlərdə ləkə, lövhəcik, səpgi ilə müşahidə olunur, xoşagəlməz proqnoza malikdir. 5 ilə qədər xəstələrin 67-90%-ində sağ qalma ehtimalı var. Şiş elementləri mərhələsində Sezari sindromu qoyulduqda proqnoz əhəmiyyətli dərəcədə pisləşir. 5 il ərzində xəstələrin olanların sağ qalma ehtimalı 30-35 %-ə qədər enir. Orta yaşam müddəti 3 ilə qədərdir.

DTHL-in patogenetik inkişaf faktorlarını nəzərə alaraq, tədqiqatçıların böyük hissəsi xəstəliyin ilkin mərhələsində terapiya üçün immundepressiv xassələri olmayan, yumşaq

şiş hüceyrələri əleyhinə metod və preparatlardan istifadə edilməsini üstün tuturlar. 1989-cu ildə ABŞ milli xərcəng universitetində aparılan 2 böyük araşdırma nəticəsində məlum oldu ki, DTHL-in ilkin mərhələlərində xəstələrin kimya və elektron şüa terapiyası çox yüksək nəticələr verir, lakin öz toksiki təsirinin kimya ilə müqayisəsində remissiyaların dövrünü uzatmışdır. Bu nəticələrə əsasən müəyyən olundu ki, kimyəvi terapiya yalnız müvəqqəti rol oynayır və onun qəbulu DTHL-in gecikmiş mərhələlərində məqsədə uyğundur. DTHL-in ilkin mərhələlərində IA və IB müalicə azot ipritlərindən hazırlanmış preparatlarla - kortikosteroidlərlə, fotokimyəvi terapiya ilə, elektron – şüa terapiyası ilə, interleykinlərlə, aromatik retinoidlərlə aparılır. Avropada aparılan tədqiqatlarla azotlu ipritin birləşmələrinin tətbiqi: erazol və mexloretram – bunlar ləkəli və lövhəli səpgilərdə 70% hallarda müsbət nəticə verir. Bu preparatların təsir mexanizmi T-helper limfositlərinin proliferativ aktivliyinin qarşısının alınmasına əsaslanır, preparat aplikasiya formasında zədələnmə ocaqlarına həftədə 3-4 dəfə istifadə olunur. Hər kurs – 20 aplikasiyadan ibarət olur.

PUVA-terapiya - ultrabənövşəyi şüalarla və fotosensibilizator – psorenlə aparılır, terapiya xəstəliyin ilkin mərhələlərində effektiv nəticə verir. Klinik remisiya xəstələrin 76-90%-də əldə edilir.

Metodu. Xəstələr şüalanmaya 2 saat qalmış peroral yolla 8-metoksipsoralen qəbul edir (0,6 mq/kq dozada). Bu vaxt ərzində preparat maksimal dərəcədə dəriyə hopur. Şüalanma dərini tipindən asılı olaraq 0,25-1 Dj/sm dozada aparılır və hər 2-3 prosedurdan bir 0,5 Dj artırılır. PUVA terapiyasının effekti xəstəliyin şiş mərhələsində dərin proliferasiyaya görə aşağı enir. Bu halda aşağıda verilmiş üsullardan istifadə olunur: PUVA+sitostatiklər (prospidin), PUVA+interferon, PUVA+retinoid (Re-PUVA-terapiya).

1980-ci ildən DTHL-in terapiyasında interferondan istifadə olunur. α , β , γ interferondan çox uğurlu istifadə olunur. Bu sitokinlər hüceyrənin differensiasiyasında əsas rol oynayır. Yüksək (50 MU/m²), həm də kiçik dozalı (3MU/m²) sitokidlərdən həftədə 3 dəfə istifadə olunur. İnterferonlarla monoterapiya zamanı remissiya müddəti 5-10 həftə təşkil edir. Hazırda α -interferonlardan – roferon, reaferon (alfa 2- α interferon) və intron A (alfa 2 β interferon); γ -feron istifadə olunur. İnterferonların digər metodlarla birlikdə aparılması daha güclü müalicəvi effekt verir (interferon+PUVA, interferon+sitostatiklər, interferon+aromatik retinoidlər).

Elektron-şüa terapiyası 2 üsulla aparılır: lokal və total. Bu metodlar 6-10 MeV gücdə olan betatron ilə aparılır. Xəstələrin şüalanması həftədə 1-4 dəfə, 1-6 Qrey dozada aparılır. Kurs dozası 30-40 Qrey dozada təşkil edir. Şüa terapiyasının əlavə təsirləri dermatiti, dərini atrofiasını və quruluğunu törədir. DTHL-in yeni terapiya metodlarından biri olan fotoferez (ekstrakorporal fotokimyəvi terapiya) peroral yolla aparılaraq, psoralen ilə birlikdə (8-metoksipsoralen, ekstrakorporal) ultrabənövşəyi şüaların köməkliliyi ilə xəstələrin periferik qanının şüalanmasına əsaslanır. Fotoferezin mexanizmi xəstənin orqanizmində zədələnmiş T-limfositlərə qarşı güclü immun cavabın yaranmasına əsaslanır, bir növ şiş limfositlərinə qarşı vaksinasiya kimi aparılır. Psoralen maliqnezirə edilmiş hüceyrələrə qarşı daha tropdur. Fotokimyəvi reaksiyalar nəticəsində onların yaşama qabiliyyəti itir, tələf olurlar, lakin buna baxmayaraq şiş hüceyrələrinin markerləri saxlanılır. Fotoferezi tətbiq etmək üçün göstəricilər belə olmalıdır: CD4 və CD8 ümumi limfositlərin ən azı 15%-ni təşkil etməlidir, leykositlərin sayı 15 000-dən az olmamalıdır, zəif

dərəcəli limfadenopatiya, visseral zədələnmələrin olmaması, CD16-nın normal miqdarı. Xəstəliyin davametmə müddəti ən azı 2 ildir. Fotoferez 4-6 ay ərzində, ayda 2 dəfə aparılır. 8-metoksipsoralenin qandakı optimal dərəcəsi 100-200 mq/ml-dir. Xəstələrin 15-25%-ində bu müalicə klinik effekt verir. Remissiya dövrü 6 aydan 2 ilə qədər uzanır.

Retinoidlər A vitaminini və onun törəmələri (retinal, retinol, retinol turşusu), həmçinin aromatik analogları (arotinoid, 13 sis-retinol turşusu – izotretinoin, etretinat), əsasən də aromatik retinoidlər hüceyrələrin differensiasiyasını zəiflətməklə proliferatı ingibasiya edirlər. Izotretinoin və etretini DTHL-li xəstələr 0,5-1mq/kq çəkiyə qəbul edirlər. Remissiyanın orta davametmə müddəti 3 aydan 13 aya qədərdir. Aromatik retinoidlər xəstəliyin ilkin mərhələlərində, əsasən əl-ayaq hiperkeratozu olan xəstələrdə daha effektivdir. Daha məqsədə uyğun terapevtik effekt verən üsullardan biri də aromatik retinoidin PUVA-terapiya ilə birlikdə işlədilməsidir. Monokimyəvi terapiya müxtəlif sitostatiklərin istifadəsini məsləhət görür: alkil preparatlar (tsiklofosfan, embixin, prospidin, spirobromin və s.); vinkaalkaloidlər (vinkristin, vinblastin, etoposid); antimetabolitlər (metotreksat); şişəleyhinə antibiotiklər (adriamisin, bruneomisin və s.); platin törəmələri (sisplatin); kortikosteroid preparatlar (prednizolon və s.). DTHL-in gecikmiş mərhələlərində polikimyəvi terapiya aparılır. Şişəleyhinə preparatların eyni zamanda müxtəlif mexanizmlə işlədilməsi onunla əlaqədardır ki, hər bir sitostatik hüceyrə şiş hüceyrəsində G, M, S fazalarında DNT-nin sintezini inhibə edə bilər və bunun nəticəsində də şiş proliferasiyasının sürətinin azalmasına səbəb olur. Bu məqsədlə müxtəlif polikimyəvi terapevtik sxemlər təklif edilib, lakin bunlardan yalnız bir neçəsi istifadə olunur: əzələ daxilinə 100 mq prospidin, kurs üçün 3-4 q; 4 həftə ərzində, həftədə bir dəfə venadaxili 1 mq vinkristin və 3 həftə müddətində gün ərzində 20-30 mq dozada, dozanın gündə 2,5 mq azaldılması şərti ilə prednizolon. İkinci metodikada 600 mq siklofosfan əzələ daxilinə həftədə 1 dəfə, vinkristin 1 mq vena daxilinə həftədə 1 dəfə və prednizolon həftəyə 20-30 mq 2-3 həftə və sonradan dozanı azaltmaq şərtilə. İki kurs effektiv olarsa, bu kurs müalicə 3-4 dəfə, 4-5 dəfə fasilələrlə yenidən aparılır. Bu kurslar effektiv olmadıqda isə digər müalicə üsullarından istifadə olunur, məsələn: siklofosfan, adriablastin, vinkristin və prednizolon və ya bleomisin, adriamisin və metotreksat, və ya siklofosfan, adriamisin, vinkristin və etoposid və başqaları.

Cədvəl 33.4. Dəri limfomasının diaqnostika metodları

Klinik tədqiqatlar. Səpginin bütün elementlərinin diqqətlə öyrənilməsi. Bütün limfatik düyünlərin tədqiqatı. Qara ciyərin və dalağın palpasiyası. Sənədləşdirilmiş şəkillər.
Instrumental diaqnostika. Qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi. Döş qəfəsi orqanlarının 2 proyeksiyada rentgenoqrafiyası. Qarın boşluğu və döş qəfəsi orqanlarının kompyuter tomoqrafiyası.
Laborator müayinə. Laborator tədqiqat (qanın biokimyəvi analizi, qanın ümumi analizi, qara ciyərin fermentləri, böyrək sınağı, elektrolitlər, zülalların elektroforezi).
B-hüceyrəli limfoma zamanı - İmmunoelektroforez – zərdab və sidik üçün.
T-hüceyrəli limfoma zamanı – Sezari hüceyrələrində qanın tədqiqatı. Dərinin zədələnmiş qatının biopsiyası. Böyümüş limfatik düyünlərin və orqanların biopsiyası.

XXXIV. KAPOŞI SARKOMASI

1981-ci ilə qədər KAPOŞI sarkoması çox nadir damar şişlərindən sayılaraq, əsasən tipik olaraq yaşlı kişilərdə aşağı ətrafların dərisində inkişaf etməyə başlayır. Belə sporadik, bəzi yerlərdə isə endemik olaraq meydana, çıxan şişlər klassik KAPOŞI sarkoması adı altında birləşdirilir. Xəstəlik yaşlı dövrdə başladığından və şiş tədricən progressivləşdiyindən pasiyentin həyat fəaliyyətinə və davam etmə müddətinə çox cüzi təsir edir. Bundan başqa, KAPOŞI sarkoması massiv, bir çox hallarda isə yatrogen immunsupressiya zamanı da ayırd olunur (məs. transplantasiya ilə assosiasiya olunmuş KAPOŞI sarkoması), onun dəri və ya limfatik forması həmçinin Mərkəzi Afrikada endemik olaraq rast gəlinir (Afrika endemik KAPOŞI sarkoması).

KAPOŞI sarkomasının dərinə, selikli qişaları, limfa düyünlərini və daxili orqanları dissiminə olunmuş formada zədələyən ağır, sürətli progressivləşən variantı, 80-ci illərin əvvəllərindən başlayaraq İİV infeksiyası ilə infeksiyalaşmış gənc kişilərdə -homoseksualistlərdə rast gəlinir. Bu epidemik İİV assosiasiyalı KAPOŞI sarkoması birbaşa hüceyrə immunitetindən asılıdır və bədxassəli hesab olunur. Güman olunur ki, angiogenetik faktorların təsirindən damar sisteminin istənilən yerində yeni şişlər yarana bilər. Sözüün həqiqi mənasında metastaz vermə baş verir.

Hüceyrə immundefisiti ilə yanaşı şişin meydana çıxmasında böyük ehtimalla infeksiyon ötürücü agent rol oynayır. Törədicisi rolunda 1994-cü ildə kəşf olunmuş herpes virusu (insanın herpes virusu 8 və ya KAPOŞI sarkomasının herpes virusu - KSHV), həmçinin İİV - 1 virusunun tat-proteini çıxış edir.

Klinik şəkli

Hazırda KAPOŞI sarkomasının bir-birindən klinik şəklin xüsusiyyətlərinə, gedişinə, epidemiologiyasına, proqnozuna görə fərqlənən 4 forması ayırd olunur (klassik idiopatik, endemik afrikan, İİV assosiasiyalı epidemik, yatrogen immunsupressiv)

Klassik KAPOŞI sarkoması

Klassik idiopatik KAPOŞI sarkoması çox vaxt aşağı ətraflardan başlayır və tipik hallarda yavaş artan progressivləşməyə malikdir, daxili orqanların prosesə gətirilməsi gec cəlb olunur. KAPOŞI sarkomasının 3 digər forması (endemik afrikan, İİV assosiasiyalı epidemik və yatrogen immunsupressiya ilə assosiasiya olunmuş KAPOŞI sarkoması) birmənalı olaraq müəyyən olunmuş gedişə malik deyil və kifayət qədər erkən limfa düyünlərini, selikli qişaları və daxil orqanları zədələyə bilər (xüsusilə ağ ciyərləri və mədə-bağırsaq traktını).

Klassik idiopatik KAPOŞI sarkoması zamanı əvvəlcə dəri xətləri istiqamətində yerləşmiş asimptomatik göyümtül-qırmızı ləkə və ya düyünlər inkişaf edir. Tək-tək və ya az saylı şişlər uzun illər dəyişilməmiş formada qala bilər və ya tez bir zamanda bir neçə həftə ərzində yayılıb, sayı və ölçüsü arta bilər. Bunun nəticəsində çox massiv ödemlərlə müşayiət olunan birləşən lövhəciklər və infiltrativ böyüyən düyünlərdir. Bütün ətrafların və üzün güclü ödemli meydana çıxır. Şiş nahiyəsində sarı-yaşıl çalarlı kontuzioform qansızmalar tipikdir. Sonradan progressivləşən ayrı-ayrı şişlər mərkəzdə nekrozlaşmış, xoralanmış və qanaya bilər. Həmçinin hiperkeratik forma da nəzərə çarpır,

bu da şişin damarı xarakterini tamamilə gizlədir və aşağı ətraflarda meydana çıxır. Oral olaraq xüsusilə sərt damağın selikli qişası zədələnir. Burada xoralaşmaya meyilli göyümtül eritemalar, lövhəciklər və düyünlər inkişaf edir. Tipik angiomatoz Kapoşi sarkomasının klinik differensial diaqnozu çoxhüceyrəli və ya trombozlaşmış angioma kimi damar şişləri ilə, teleangiektatik qranulema, angiokeratoma və angiosarkoma ilə aparılır. Xüsusən iyvari hüceyrələrdən yaranan infiltrata malik olan şişlər az göyümtül olur, ona görə də onları histiositomalar, dermal nevuslar və ya limfomalar, az hallarda isə melanomalar və ya piqmentləşmiş bazaliomalar kimi qəbul etmək olur, dizlərdə isə akroangiodermatidi xatırladır.

Afrika endemik Kapoşi sarkoması

Ekvatorial Afrika və Haiti sakinləri arasında inkişaf edir. Qeyd olunur ki, Kapoşi sarkomasının tezliyi Epşteyn-Barr virusunun, sitomeqaliyanın endemik ocaqları olan, cüzam və vərəmin yüksək tezliyi olan tropik yağışlı zonanın əhalisi arasında kəskin artır. Endemik Kapoşi sarkomasının 3 əsas variantı ayırd edilir. Birinci - klassik formaya uyğun gəlir. İkinci variant - aqressiv - adətən gənc zəncilərdən inkişaf edir və lokallaşmış və ya disseminə olunmuş limfadenopatik formada keçə bilər. Lokallaşmış aqressiv Kapoşi sarkoması dəridə infiltratlaşmış, ekzofit və ya vegetasiya edən şişlərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olaraq tez bir zamanda dərialtı piy toxumasına və ətraf toxumalara, həmçinin sümüklərə yayılma tendensiyasına malikdir. Üçüncü ağır variant (disseminə olunmuş limfadenopatik Kapoşi sarkoması) uşaqlar və yeniyetmələr arasında yüksək xəstələnmə ilə, visseral zədələnmələrin yüksək tezliyi ilə, çox vaxt dəri əlamətləri olmadan limfa düyünlərinin diffüz zədələnməsi ilə və dəridə əmələ gələn ocaqlarının tez-tez xoralaşması ilə tez bir zamanda letal nəticə verən bədxassəli gedişlə xarakterizə olunur. Ölüm praktik olaraq bütün xəstələrdə 1 il ərzində baş verir.

İİV assosiasiyalı epidemik Kapoşi sarkoması

İİV assosiasiyalı epidemik Kapoşi sarkoması 20-26% hallarda İİV infeksiyası zamanı əsas klinik marker kimi 7-15% hallarda pnevmosist ilə müştərək rast gəlinir. İİV/QİÇS infeksiyalarının törədicisi CD 4 antigenli hüceyrələrə qarşı tropluğa malikdir, bu da təkcə T-limfositlər / helperlərdə deyil, həmçinin damar epitel hüceyrələrində də yerləşir və xəstəliyin patogenezinə mühüm rol oynaya bilər. İİV infeksiyalı xəstələrdə morfoloji strukturuna görə heterogen şiş aqressiv gedişə malikdir, generalizasiyaya və daxili orqanların zədələnməsinə meyillidir. İİV assosiasiyalı Kapoşi sarkoması dəridə və ağız boşluğunun selikli qişasında çoxlu miqdarda yayılmış səpgilərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Ocaqlar dəri örtüyünün istənilən sahəsində, həmçinin başın (xüsusilə üz, qulaq seyvanı), boyunun, gövdənin, ovucun, ayaq altının dərisində meydana çıxma bilər. Onlar tək və lokallaşmış, bir neçə müddət eyni sahədə (üz, qarın, ətraflar) konsentrasiya oluna bilər, lakin sonradan tez bir zamanda disseminasiya tendensiyasına malikdir.

Yatrogen immunosupressiv Kapoşi sarkoması

Yatrogen immunosupressiv Kapoşi sarkoması böyrək transplantasiya səbəbilə immunosupressiv terapiya fonunda, anadangəlmə immundefisit vəziyyətlərdə və timus

patologiyalarında, qırmızı qurdeşənəyi, gicgah arteriit, bulyoz pemfiqoid, dermatomiozit, polimiozit səbəbindən aparılan qlükokkortikoid terapiya fonunda rast gəlinir. İmmunosuppressiv terapiyanın kəsilməsi və ya azaldılması bir sıra xəstələrdə Kapoşi sarkomasının spontan remissiyasına və ya yeni səpgilərin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Yatrogen Kapoşi sarkoması çox vaxt dəridə lokalizasiya olunur, lakin selikli qişaların və daxili orqanların zədələnməsi də baş verə bilər.

Diaqnoz

Kapoşi sarkoması dəri şəkli xətti boyunca yerləşmiş göyümtül çalar, ocaq ətrafının sarımtıl-yaşılı-bənövşəyi rəngli olması (qansızma, ödemlər, disseminasiya çox vaxt selikli qişaların cəlb olunması ilə) kimi bir sıra klinik əlamətlərə malikdir ki, bu da artıq klinik diaqnozun qoyulmasına imkan verir. Bu, xüsusilə o pasiyentlərə aiddir ki, onlar da artıq İİV infeksiyasının və ya immundefisitinin digər formasının olması məlumdur və ya Mundsoor, ulserasiya edən genital-anal herpes və s. kimi xəstəliklərin klinik əlamətləri vardır. Tək 1 şişin olması və ya digər şübhəli hallarda, həmçinin şişin ölçüsündən asılı olaraq xəstəliyin mərhələsinin müalicəyə tədqiqi çərçivəsində diaqnozun histoloji təsdiqlənməsi üçün eksizion və insizion biopsiya həyata keçirilir.

Yayılma dərəcəsinin diaqnostikası üçün pasiyentə ətraflı baxış (eyni zamanda selikli qişalara), limfa düyünlərinin sonografiya statusu, gastrodudeno və rektoskopiya, həmçinin döş qəfəsinin rentgenoloji müayinəsi və abdominal sonografiya vacibdir. Lazım gələrsə, döş qəfəsinin və qarın boşluğunun kompyuter tomoqrafiyası aparılır.

Şişin seroloji markeri olmur, lakin İİV ilə infeksiyalaşmış şəxslərdə şiş törəməsində qanda PZR-Kapoşi sarkomasının herpesvirusunun təsdiqi (insanın herpes virusu 8-ə uyğun gəlir) Kapoşi sarkomasına təkan verir və ya onunla paralel meydana çıxır.

Kapoşi sarkomasının diaqnozu rutin histoloji metodun köməyi ilə qoyulur. Bununla ləkəli, lövhəcikli, nodulyar formalar və iyhüceyrəli və ya angiomatoz variantlar müəyyən olunur. Şiş əvvəlcə orta qatda epidermisdə dəyişiklik olmadan inkişaf edir. Burada normal damarlarda və artımlarda yeni eritrositlərin ocaqlı ekstravazatı, hemosiderin toplanması və limfositərlə iltihablı infiltratlı yarıqvari nazik divarlı damarlar əmələ gəlir.

Digər damar şişləri ilə differensial diaqnozun aparılması tələb olunur: teleangiektatik qranulema, qranulyasion toxumanın iltihabı. Mali akroangiodermatiti, Stevart-Blufarb sindromu və basilyar angiomatozla.

Proqnoz və mərhələnin klassifikasiyası

Proqnozda klassik, afrikan, yatrogen immunsuppressiya ilə assosiasiya olunmuş və İİV assosiasiyalı Kapoşi sarkoması arasında fərq nəzərə alınmalıdır.

Klassik Kapoşi sarkoması daha az bədxassəli, yavaş progressivləşən şiş sayılır. Xəstələrin yaşı çox olduğundan onlar digər xəstəliklərdən tələf olur, nəinki Kapoşi sarkomasının təhlükəli həddə çatana qədər.

Yatrogen immunsuppressiya zamanı yaranan Kapoşi sarkoması haqqında o məlumdur ki, immunsuppressiyanın kəsilməsi onun spontan regressiyasına səbəb ola bilər. Bu qrup pasiyentlərdə aqressiv formalı gediş nadir hallarda rast gəlinir. Şişin spontan regressiyasının mümkünlüyü belə bir sual yaradır ki, həqiqətənmi belə hallarda söhbət bədxassəli şişdən gedir, yoxsa damarların xoşxassəli proliferasiyasının sitokinləri

tərəfindən törədilir.

Afrikan endemik Kapoşi sarkoması həm klassik Kapoşi zamanı sarkoması kimi az bədxassəlidir, həm də tez bir zamanda ölümə gətirib çıxaran aqressiv xarakterli gedişilə (xüsusilə, uşaqlarda limfadenopatik forma).

İİV assosiasiyalı Kapoşi sarkoması olduqca dəyişkəndir. Uzun illər xroniki stasionar vəziyyətdə qala bilən ayrı-ayrı düyünlər və ləkələrlə yanaşı, disseminasiyalı, limfa düyünlərinin və daxili orqanların prosesə cəlb olunması ilə gedən çox tez proqressivləşən variantları ilə vardır. Aqressiv və infiltrativ böyüyən şiş bir neçə həftə ərzində pasiyentin ölümünə gətirib çıxara bilər. Ağciyərlərdə Kapoşi sarkoması zamanı şişin bədxassəli klonal böyüməsi sübut olunmuşdur. İİV xəstəliklər zamanı opportunistik infeksiyalar kontrola yaxşı tabe olduğundan (erkən müalicə, uzunmüddətli profilaktika) disseminə olunmuş epidemik Kapoşi sarkoması limfoma ilə birlikdə QİÇS zamanı ölümün əsas səbəblərindən sayılır.

İİV— assosiasiyalı epidemik Kapoşi sarkomasının mərhələli klassifikasiya

Erkən mərhələ (yaxşı proqnoz)	Gecikmiş mərhələ (pis proqnoz)
Aşağıda sadalanan bütün şərtlərə əməl olunması zamanı	Növbəti şərtlərdən yalnız birinin yerinə yetirilməsi zamanı
1. Şiş	
Kapoşi sarkoması dəri və / və ya limfa düyünləri ilə məhdudlaşır, bütün hallarda oral cəlb olunma minimaldır (sərt damaqda ocaqyoxdur) 2. İmmun status	
CD 4 hüceyrələri > 200/ml	CD 4 hüceyrələri < 200 / ml
Opportunistik infeksiyaların yoxluğu “Mundsoor və İİV infeksiyasının B2-simptomatikasının olması”	Anamnezdə opportunistik infeksiyalar, Mundosoor, bədxassəli limfoma və ya İİV assosiasiyalı nevroloji xəstəliklər, İİV infeksiyasının B-simptomatikası
Qeyd: B2 simptomatika - məlum olmayan qızdırma, gecə tərləmələri və ya 2 həftədən çox davam edən diareya, 10%-dən çox çəki itkisi.	

Müalicə

Kapoşi sarkomasının terapiyasının ümumi qəbul olunmuş standart sxemi hələ ki, yoxdur. İİV infeksiyalı pasiyentlər, assosiativ Kapoşi sarkomasının diaqnozu zamanı hələ ki, heç bir virus əleyhinə müalicə almayıblar, onlar onu istənilən halda almalıdır. Frankfurt universitetinin klinikasının müşahidələrinə əsasən kifayət qədər antivirus terapiyası pasiyentlərin bəzilərində Kapoşi sarkomasının stabilizasiyasına və hətta onun rəqessiyasına gətirib çıxarır. Müasir bilik səviyyəsinə əsaslanaraq, virus əleyhinə revers transkriptazanın bir və ya iki inhibitorunun proteinazanın inhibitoru ilə kombinasiyası məsləhət görülür.

Operativ müalicə

Kapoşi sarkoması multimolekulyar sistem xəstəlik olduğundan, operativ müalicə diaqnozun qoyulması üçün ilkin ekssizion biopsiyaya və kosmetik cəhətdən narahatlıq yaranan kiçik şişlərin palliativ götürülməsi ilə məhdudlaşır. Metastazın olmaması və sürətli disseminasiya yuxarıda adı çəkilən istənilən digər operativ müdaxiləni qeyri məqsədə uyğun edir. Şiş klinik olaraq görünməsə də, ətraf toxumaları geniş zəbt etdiyindən, in loco residivləri ola bilər. Lokal travmatizasiyadan sonra (əməliyyat, zədələnmə) yeni şişlərin yaranma ehtimalı olduğundan Kebner fenomeninin özü də operativ tədbirlərə münasibətdə ehtiyatlı olmağı tələb edir.

Şüa terapiyası

Kapoşi sarkoması şüa terapiyasına qarşı çox həssas şişlərdəndir. Klassik Kapoşi sarkoması və yatrogen immunsupressiyalı Kapoşi sarkoması üçün reqressiyya dərəcəsi 80-90% -dir. İİV assosiasiyalı Kapoşi sarkoması da kiçik dozada şüalanma ilə müvəfəqiyyətlə müalicə olunur. Şəthi ləkəli və lövhəcik şəkilli Kapoşi sarkomasını Orthvolt-terapiya (yumşaq şüalanma metodu) və ya yüksək enerjili elektronlarla müalicə etmək lazımdır. Ümumi doza fraksiyalara bölünməklə 20-30 Gy təşkil etməlidir (həftədə 3 dəfə).

Kimyəvi terapiya

Sistem kimyəvi terapiya klassik Kapoşi sarkoması hallarında onun az aqressivli gedişi və ahıl yaşlı pasiyentlərdə orqanların gec manifestasiyası ilə əlaqədar olaraq yalnız tək-tək hallarda, visseral zədələnmələr olduqda istifadə olunur. İlk planda lokal tədbirlər irəli sürülür. Endemik Kapoşi sarkomasının (İİV assosiasiyalı) müalicəsində vinkaalkaloidlərlə mono- və ya kombinasiyalı terapevtik sxem işlədilir. Yatrogen immunsupressiyalı pasiyentlərdə Kapoşi sarkoması immunsupressiv terapiyanın kəsilməsindən sonra reqressiyya oluna bilər. Orqanlar prosesə cəlb olunmadan zəif proqressivləşən şişlər klassik Kapoşi sarkomalı pasiyentlərdə müalicə olunur.

Epidemik İİV assosiasiyalı Kapoşi sarkomasının ömür uzadan müalicəsi hələ ki, yoxdur. Belə pasiyentlərdə kimyəvi terapiya ilə əlaqədar sümük iliyinin supressiyası və bunun nəticəsi kimi əlavə immun supressiya risk faktoru sayılır: kimyəvi terapiya zamanı həyatı təhlükəyə atan oportunistik infeksiyalar müalicə olunmayan Kapoşi sarkomasındaki nisbətdə 2 dəfə çox rast gəlinir. Pasiyentin həyat keyfiyyətini mümkün olduğu qədər uzatmaq üçün İİV assosiasiyalı Kapoşi sarkoması zamanı kimyəvi terapiya yalnız sürətlə proqressivləşən şişlər və ya daxili orqanlar prosesə cəlb olunduqda aparılır.

İmmunoterapiya

Kapoşi sarkomasının müalicəsində I sinifə aid olan müxtəlif interferonlar (İFN-alfa 2a, 2b; İFN-beta) çox müxtəlif dozalarda və fərqli intervallarla istifadə olunur. Klassik poradik Kapoşi sarkoması I sinif interferonlara qarşı 60-70 % remissiya dərəcəsinə malikdir. Hazırkı dövrdə standartlaşmış müalicə sxemi yoxdur. İnterferon-qamma şişin proqressiyasına gətirib çıxarır və əks göstərişdir.

İİV assosiasiyalı Kapoşi sarkoması zamanı hələ hüceyrə immun sistemi (CD 4 > 400 ml) funksiyasını yerinə yetirərsə interferon-alfa və betta ilə monoterapiya ilə yüksək dərəcəli remissiya əldə olunur. Artıq başlanmış immundefisit zamanı (CD 4 200-400/ml)

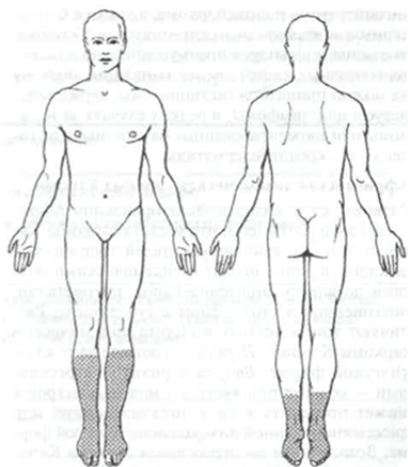
əlavə antiretrovirus terapiya (AZT, DDS, DDC) reaksiya vermə dərəcəsini yaxşılaşdırır. Proqressivləşən immundefisit zamanı (CD 4<200/ml, infeksiyasının B-simptomları, opportunistik infeksiyalar) interferonlar az effektiv və ya tamamilə effektivsizdir. Əsasən bunun səbəbi xəstəliyin bu fazasında zərərli interferon -alfanın endogen səviyyəsinin güclü yüksəlməsi ilə əlaqədardır.

İnterferonun yüksək terapevtik dozası bir sıra əlamətlərlə - aydın nəzərə çarpan qripə-bənzer simptomlar, orqanizmin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi müşayiət olunur ki, bu da parasetamolla müalicənin vacibliyini qaçılmaz edir. Həmçinin sümük iliynin anemiyə, neytropeniya və tez bir zamanda başlanan trombositopeniya ilə toksiki zədələnməsi müşahidə olunur. Potensial hepato və kardiotsiklik də nəzərə alınmalıdır.

Yerli kimyəvi və immunterapiyanın sistemli terapiyadan üstünlüyü ondan ibarətdir ki, əlavə təsirlər ya çox cüzi, ya da ümumiyyətlə olmur. Şişdə düz antiproliferativ təsir edən interferonların və kimyəvi terapevtik maddələrin yüksək konsentrasiyasını əldə etmək mümkündür. Yerli müalicə ambulator aparılır və çox ucuz başa gəlir. Kapoşi sindromunun yerli şiş əleyhinə müalicəsinin variantları cədvəldə göstərilmişdir.

Kapoşi sarkomasının yerli müalicəsi şişin ölçüsündən asılı olaraq standart metodlar	
1 sm ² -dən kiçik olanlar (ləkəli, nodulyar)	Kriocərrahiyyə. Ocaqdaxili vinkristin. Ocaqdaxili vinblastin. Ocaqdaxili interferon (ekssiziya)
Orta, diametri 1-4 sm olanlar (ləkəli, modulyar)	Ocaqdaxili vinkaalkoloidlər. Dermopanla şüalanma (fraksiyalı)
Diametri 4 sm-dən böyük olanlar (düyünlü, infiltrasiya edən, oral)	Sürətli elektronlar, kobaltla dizə şüalanma (fraksiya): əlavə kompresslərlə müalicə
Bütün əsasən ləkəli Kapoşi sarkomaları	Kamulflyaj (maskalanma)

Dispanser müşahidəsi



Şək.34.1. Kapoşi sarkomasında səp-gilərin tipik lokalizasiyası

Ahıl yaşlı şəxslərin klassik Kapoşi sarkoması nadir hallarda rast gəlindiyindən, rəqulyar dispanser nəzarətin xeyri haqqında etibarlı məlumatlar hələ ki, yoxdur. Şişin yavaş proqressiyası 6 aylıq intervalla klinik kontrolun aparılmasını məqsəduyğun hesab etməyə imkan verir.

İİV - assosiasiyalı epidemik Kapoşi sarkoması zamanı dispanser kontrolun intervalı əsas İİV xəstəliyinin gedişinə və onu müşayiət edən opportunistik infeksiyalara görə təyin olunur. Ayrı-ayrı hallarda, hətta hüceyrə immun sisteminin (CD 4 > 400 ml) qalığı funksiyalarının hələlik yaxşı saxlanılması zamanı da şişin sürətli proqressiyasını və digər orqanların prosesə cəlb olunmasını nəzərə almaq lazımdır. Klinik yayılma dərəcəsinin hər 3 aydan bir (dəri, selikli qişalar, limfatik düyünlər) kontrolu, həmçinin hər 6-12

aydan bir ađ ciyərlərin (d ş qəfəsinin rentgenoskopiyası) v  mədə-bađırsaq, traktının (ehtiyac olduqda sonoqrafıya, endoskopiya) kontrolu məsləhət görülür.

Yatrogen immundefisitli Kapoşı sarkoması, həmçinin afrikan v  İİV - assosiasiyalı Kapoşı sarkoması  c n çox ciddi dispanser kontrolun aparılmasının onların sađalma dərəcəsinin yüksəlməsinə kömək etməsi haqqında etibarlı məlumatlar hələ ki, yoxdur.

XXXV. GENODERMATOZLAR

İxtiozlar

Bullyoz epidermoliz

Keratodermiyalar

İXTİOZLAR

İxtiozlar irsi xəstəliklərin heterogen qrupunu təmsil edərək dərinin həddən artıq qabıqverməsi ilə səciyyələnir. «İxtioz» termini yunanca «ixti» sözündən götürülmüş və «balıq» mənasını verir. Daha çox ixtiozların irsi formaları rast gəlinir, lakin digər xəstəliklərlə yanaşı bu vəziyyətin ikincili baş verməsi də istisna edilmir. İxtiozların çoxlu formaları və bir sıra nadir sindromları vardır ki, ixtioz da buraya daxil olan simptomlardan biridir. Biz yalnız daha çox rast gəlinən 4 əsas formanı nəzərdən keçirəcəyik: adi ixtioz, X-birləşmiş ixtioz, lamellyar ixtioz, epidermolitik ixtioz (cədvəl 1).

ADI İXTİOZ

Sinonimləri: vulqar ixtioz, adi ixtioz, ichthyosis vulgaris.

Adi ixtioz üçün daha çox ayaqlarda nəzərə çarpan dərinin diffuz zədələnməsi səciyyəvidir. Dərinin qabıqlanması və quru olması, follikulyar keratoz qeyd olunur. Xəstələrin əksəriyyəti allergik xəstəliklərə meyillidirlər.

Patogenezi

Adi ixtioz üçün retension hiperkeratoz xarakterikdir: hüceyrələr arasındakı əlaqələrin möhkəmlənməsi və buynuz pulcuqların kənar edilməsinin ləngiməsi epidermisin buynuz qatının qalınlaşmasına gətirib çıxarır. Keratinositlərin proliferasiyası pozulmuşdur. Xəstəlik 3-12 aylığında başlayır. Kişilər və qadınlar eyni dərəcədə xəstələnirlər. İrsiyyət tipi – autosom-dominantdır.

Cədvəl 35.1. İrsi ixtiozların klinik və genetik əlamətləri.

İxtiozun forması	İrsiyyət tipi və tezliyi	Manifestasiyanın yaşı	Pulcuqların tipi	Lokalizasiya	Yanaşı əlamətlər	Histoloji mənzərə
Vulqar ixtioz	Autosom-dominant 1:300	Uşaqlıqda	Zərif	Adətən bel və açıq səthlər: ovuclar, dabanlar	Atopiya, follikulyar keratoz	Diagnostik əhəmiyyətli ola bilər
X-İlgili ixtioz	X-İlgili 1:6000	Doğulduğu andan və ya uşaqlıqda	Böyük, tünd	Boyun və gövdədə	Buynuz qatın tutqunlaşması	Diagnostik əhəmiyyətli ola bilər

Lamellyar ixtioz	Autosom-resektiv 1:300 000	Doğulduğu andan	Böyük, kobud	Bütün bədən səthi; ovuclarda və dabanlarda dəri qalınlaşmışdır	Göz qapağının çevrilməsi	Diaqnostik əhəmiyyətli
Epidermolitik ixtioz	Autosom-dominant 1:300 000	Doğulduğu andan	Qalın, ziyilli	Bədənin böyük hissəsi; dəri büküşlərində, ziyilli	Qovuqlar	Diaqnostik əhəmiyyətli

Klinik şəkil

Səpgi elementləri nəzərə çarpır. Dərinin quru olması, unabənzər, kəpəkvari və ya xırdalaylı qabıqlanma. Follikulyar keratoz – tük follikullarının girəcəklərinin buynuzlaşması. Ovuclarda və dabanlarda dəri cizgiləri intensivdir; az hallarda – keratodermiya nəzərə çarpır. Xəstələrin yarısından çoxu həmçinin diffuz neyrodermitdən əziyyət çəkirlər. Dərinin rəngi dəyişilməmişdir. Baldırların dərisində pulcuqlar balıq pulcuqlarını xatırladır. Zədələr generalizə olunmuş, daha çox baldırlarda, said nahiyəsi və bəldə aşkar edilir. Adətən qoltuqaltı çuxurlar; dirsək və dizaltı çuxurlar; üz (yanaqlar və alın nahiyəsi istisna olunmaqla); sağrılar, budların içəri tərəfi zədələnməmişdir. Uşaqlarda follikulyar keratoz bəzən yanaqlarda daha qabarıq ifadə olunur. Nadir hallarda gözlərin keratopatiyası baş verir. Gedişi və proqnoz: yaş artdıqca vəziyyət adətən yaxşılaşır, bundan başqa yaxşılaşma yayda daha isti və rütubətli iqlimlə əvəz olunduqda baş verir. Yanaqlarda follikulyar keratoz adətən uşaq böyüdükcə keçib gedir.

Diaqnoz

Adətən klinik şəkli kifayət edir. Elektron mikroskopiyasında xırda yetişməmiş keratogialin qranulaların aşkar edilməsi yekun diaqnoz qoymağa əsas verir.

Dərinin patomorfologiyası

Yüngül hiperkeratoz, epidermisin dənəli qatının nazılməsi və ya tamamilə olmaması, bazal qatda dəyişikliklər yoxdur. Elektron mikroskopiyası zamanı xırda yetkin olmayan keratogialin qranulları vardır.

Differensial diaqnoz

Quru dəri və qabıqvermə. Dərinin quru olması, qazanılmış ixtioz (paraneoplastik ola bilər), dərman toksidermiyası (triparanol ilə müalicə zamanı – hazırda o, istehsalatdan çıxarılmışdır), X-İlgili ixtioz, lamellyar ixtioz, epidermomikozlar.

Müalicə

Dərinin nəmləndirilməsi üçün vanna qəbul olunur, sonra dəriyə vazelin sürülür. Keratolitik vasitələr: tərkibində propilenqlikol, qliserin, süd turşusu olan preparatlar effektivdir. Müalicə axşam yatmadan əvvəl aparılır. 44-60%-li propilenqlikolun sulu məhlulu vanna qəbulundan sonra dəriyə sürülür və polietilen plenkasından ibarət «pi-

jama» geyinirlər. Vəziyyət yaxılaşdıqdan sonra bu müalicə metodu həftədə 1 dəfə və ya daha az hallarda tətbiq olunur. Salisil turşusu, sidik cövhəri (10-20%), qlikol və süd turşusu müxtəlif dərman formaları şəklində («Solkokerasal» məlhəmi) tətbiq olunur. Süd və qlikol turşusu qabıqverməni azaldır.

Sistem şəkildə istifadə edilən retinoidlər (izotretinoin, asitretin, etretinat) ixtiozun bütün 4 formasında səmərəlidir. Ağır hallarda retinoidlər uzun müddət müvəqqəti fasilələrlə tətbiq olunur.

X- İLGİLİ İXTIOZ

Sinonimlər: cinslə ilgili olan ixtioz; X-xromosomla ilgili ixtioz; resessiv X- ilgili ixtioz.

İxtiozun bu forması ilə yalnız kişilər xəstələnirlər. Doğulduqdan sonra tezliklə yanaqda, ətraflarda, bədəndə və sağrılarda iri tünd-qəhvəyi rəngli, palçığa oxşar pulcuqlar əmələ gəlir. Xəstəlik anadangəlmə ola bilər və ya həyatının ilk aylarında başlayır. Yalnız kişilər xəstələnirlər. İrsiyyət tipi – resessiv, X-xromosomla ilgili, lokus Xr22.32. İrsi şərtlənmiş qüsür – sterolsulfatazanın çatmamazlığı. Rast gəlmə tezliyi 1:2 000 ilə 1:6 000 arasında dəyişir.

Patogenezi

Sterolsulfatazanın çatmamazlığı nəticəsində retension hiperkeratoz inkişaf edir: hüceyrələr arasında əlaqələrin möhkəmlənməsi və buynuz pulcuqların kənar edilməsinin zəifləməsi. Keratinositlərin proliferasiyası pozulmamışdır.

Klinik şəkil

Səpgi elementləri: dəriyə sıx yapışmış iri pulcuqlar; unabənzər qabıqlanma səciyyəvi deyildir. Tünd-qəhvəyi rəngli, palçığa bənzəyir. Lokalizasiyası: boynun arxa səthi, saidin xarici səthi, dirsək oynaqları və dizaltı çuxurlar, gövdə. Dəri büküşlərində səpgilər azdır. Ovuclar, dabanlar və üz zədələnməmişdir. Follikulyar keratoz da yoxdur. Gözlərdə: xəstələrin yarısında buynuz qişanın tutqunlaşması (ocaq stromada yerləşmişdir, vergül formasına bənzəyir) aşkar edilir. Bəzən defekt gen üzrə heteroziqot olan qadınlarda buynuz qişanın tutqunlaşması müşahidə olunur. Cinsiyyət orqanları: xəstələrin 20%-də kriptorxizm rast gəlir. Adi ixtiozdan fərqli olaraq, yaş artdıqca vəziyyət yaxşılaşmır. Xəstəlik qışda və ya daha soyuq iqlimlə əvəz olunduqda kəskinləşir. Cift sterolsulfatazanın çatmamazlığı üzündən xəstə uşağın doğulması adətən zəif doğuş fəaliyyəti ilə müşayiət olunur.

Diaqnoz

Klinik şəkil və ailə anamnezi. Prenatal diaqnostika: amniosentez və xlorion xovlarının müayinəsi sterolsulfatazanın çatmamazlığını aşkar etməyə imkan verir.

Differensial diaqnoz

Kammelyar ixtioz; adi ixtioz; epidermolitik ixtioz; ixtiozun bir simptom kimi daxil olduğu irsi sindromlar.

Dərinin patomorfologiyası

Hiperkeratoz; epidermisin dənəli qatı dəyişməmişdir.

Müalicə

Yerli olaraq yumşaldıcı vasitələr təyin olunur, onların arasında ən adi vasitə vazelin-dir. Keratolitik vasitələrdən propilenqlikol istifadə olunur. Müalicə yuxuya getməzdən əvvəl aparılır. 44-60% propilenqlikolun sulu məhlulu vanna qəbulundan sonra dəriyə sürtülür və polietilen plenkasından ibarət «pijama» geyinirlər. Vəziyyət yaxşılaşdıqdan sonra bu müalicə metodunu həftədə 1 dəfə və ya daha az hallarda tətbiq edirlər. Salisil turşusu, sidik cövhəri (10-20%-li), qlikol və süd turşusu müxtəlif dərman formalarında («Solkokerasal» məlhəmi) işlədilir. Ümumi müalicə: daxilə etretinat və ya asitretin təyin edirlər. Sutkalıq doza 0,5-1,0 mq/kq. Vəziyyət yaxşılaşdıqdan sonra doza minimal həddə çatana qədər tədricən azaldılır. Müntəzəm olaraq qanın ümumi və biokimyəvi müayinəsi (lipid profili də daxil olmaqla), uzunmüddətli müalicə zamanı – həmçinin rentgenoqrafiya (yumşaq toxumaların əhəngləşməsi, diffuz hiperkeratoz) aparılır.

LAMELLYAR İXTİOZ

Sinonimlər: laylı ixtioz, ichthyosis lamellaris, ixtiozformalı quru eritrodermiya, yenidoğulmuşların qatlı eksfoliasiyası, yenidoğulmuşların kolloid dərisi.

Lamellyar ixtioz – anadangəlmə xəstəlik olub eritrodermiya, qatlı hiperkeratoz, ektopion, fotofobiya səciyyəvidir. Bu xəstəlik zamanı yenidoğulmuşun dərisi adətən kolloidi xatırladan lövhə ilə örtülmüşdür (bu vəziyyət “kolloid döl” kimi məlumdur). Vaxt keçdikcə nazik təbəqə iri kobud pulcuqlara çevrilir ki, onlar bədənin hamısını, dəri büküşlərini (ovuclar və dabanlar da daxil olmaqla) örtür. Bədən ömrünün sonuna qədər bu zirehin içərisində qalır. Kişilər və qadınlar eyni dərəcədə xəstələnirlər.

Etiologiya

İrsi patologiyadır, irsiyyət tipi – autosom-resessiv; lokuslardan biri – 14 q11. Xəstəlik adətən yaxın qohum nigahlarında rast gəlinir. Populyasiya tezliyi 1: 300 000.

Patogenezi

Xəstəliyin patogenezinə proliferativ hiperkeratoz üstünlük təşkil edir – epidermisin lokal qatının hiperplaziyası, keartinositlərin bazal qatdan dərinin səthinə doğru sürətlə yerdəyişməsi.

Klinik şəkil

Yenidoğulmuşun dərisi adətən hamar nazik təbəqə ilə örtülmüşdür (“kolloid döl”), zaman keçdikcə bu təbəqə iri kobud pulcuqlara transformasiya edir ki, onlar da bədənin bütün səthinə, dəri büküşlərini (ovuclar və dabanlar da daxil olmaqla) örtür. Eritrodermiya inkişaf edir. Bir neçə həftədən sonra uşaqlarda və böyüklərdə bədənin hamısı perqamenti xatırladan qalın pulcuqlarla örtülür. Pulcuqlar çatlayaraq mozaikaya və ya kirəmitə bənzəyən şəkil yaranır. Ovuclarda və dabanlarda – keratodermiya və çatlar əmələ gəlir. Oynaqların üzərində ziyillərə bənzər törəmələr görünə bilər. Bəzən ikincili bakterial infeksiyalar qoşula bilər. Başın tüklü hissəsi çoxlu sayda pulcuqlarla örtülmüşdür.

Tez-tez baş verən infeksiyalar çapıqlaşan alopesiyaya səbəb olur. Göz qapaqlarının və dodaqların çevrilməsi müşahidə olunur. Dırnaq yastıqları iltihablaşmış, dırnaqların distrofiyası nəzərə çarpır. Selikli qişa adətən zədələnməmişdir. Göz qapaqlarının çevrilməsi infeksiyanın inkişaf etməsinə şərait yaradır.

Xəstəlik bütün ömrü boyu davam edir. Vəziyyət yaş artdıqca heç də yaxşılaşmır. Hiperkeratoz merokrin vəzilərin axacaqlarının tutulmasına səbəb olur ki, nəticədə tər ifrazı pozulur. Xəstələrdə tər ifrazının pozulması nəticəsində fiziki işlər və isti hava hiperreksiyaya (bədənin temperaturunun 410C-yə qədər və daha çox artması). gətirib çıxarır. Epidermisin buynuz təbəqəsində yaranan çatlar üzündən mayenin həddən artıq itirilməsi susuzlaşmaya səbəb olur. Uşaqlarda epidermisin hüceyrələrinin yeniləşməsinin sürətlənməsi sayəsində qida maddələrinə tələbat artır.

Diaqnoz

Diaqnostika səciyyəvi klinik əlamətlərə əsaslanmışdır: eritrodermiya, laylı hiperkeratoz, ektropion, fotofobiya. İxtiozformalı anadangəlmə quru qeyri-bullyoz eritrodermiyanın diaqnostik meyarları (K.A.Suvorova və həmmüəlliflər, 1990):

- uşağın “kolloid” plenkada, çatlarla doğulması;
- nazik təbəqənin (plenkanın) soyulmasından sonra – kəskin eritrodermiya və dərinin şişkinliyi, ödemi;
- illər boyunca bədənin bütün səthlərində (daha çox baldırlarda) qabıqvermə;
- insolyasiya zamanı, bəzi yerli preparatlardan və ya ümumi müalicədən sonra eritemanın güclənməsi;
- dövrü olaraq – dərinin müvəqqəti təmizlənməsi ilə bərabər intensiv qabıqlanma;
- ovucların, dabanların, barmaqların dərisində çatlar, artan büküşlərlə bərabər parlaq kolloidəbənzər hiperkeratoz; barmaqların uclarında epidermal daraqların hipoplaziyası və onların laklanmış görünüşü;
- zəif dismorfia sindromu - keçici ektropion, xarici blefarofimoz, əzginlik və qulaq seyvanlarının büküşlərinin bitişməsi, çeçələ barmaqların qısalması və radial deviasiyası.

Dərinin patomorfologiyası

Hiperkeratoz, epidermisin dənəli qatı dəyişilməmişdir və ya azacıq qalınlaşmışdır, akantoz.

Laborator müayinələr

Bakteroloji əkmə ikincili bakterial infeksiyaları və sepsisi istisna etməyə imkan verir (xüsusilə də yenidoğulmuşlarda).

Differensial diiaqnoz

X- ilgili ixtioz, epidermolitik ixtioz, Neterton sindromu, trixotiodistrofiya.

Müalicə

Yenidoğulmuşları müxtəlif reanimasiya otaqlarına yerləşdirirlər. Küveytlərdə havanın yüksək rütubətdə olması təmin edilir. Yumşaldıcı vasitələr tətbiq olunur. Su-elektro-

lit tarazlığı və infeksiyanın əlamətləri üzərində müşahidə aparırlar.

Validəynlərə xəbərdarlıq etmək lazımdır ki, fiziki iş, qızdırma və isti hava bədənin qızmasına və günvurmaya səbəb olur. Dərinin su ilə yuyulması, isladılması, nəm mələfəyə bürünməsi müsbət təsir göstərir.

Yerli terapiya. Yumşaldıcı vasitələr (vazelin), həmçinin keratolitik vasitələr (propilenqlolik) təyin olunur. Propilenqlolik 44-60%-li sulu məhlul şəklində tətbiq olunur, onu duş qəbul etdikdən sonra dəriyə sürtür və polietilen plenkadan ibarət “pijama” geyirlər. Vəziyyət yaxşılaşdıqdan sonra bu müalicə metodu həftədə 1 dəfə tətbiq olunur. Həmçinin digər vasitələrdən də istifadə edilir: salisil turşusu, sidik cövhəri (10-20%-li), müxtəlif konsentrasiyalarda süd turşusu (“Solkokerasal” məlhəmi).

Ümumi terapiya. Tretinoin, asitretin və az hallarda izotretinoin səmərəlidir. Sutkalıq doza 1 kq bədən çəkisinə 0,5-1,0 mq təşkil edir. Retinoidlərin teratogen təsiri nəticəsində müalicə dövründə kontraseptivlərin işlədilməsi vacibdir.

EPİDERMOLİTİK İXTİOZ

Sinonimlər: anadangəlmə bullyoz ixtiozformalı Brok eritrodermiyası, epidermolitik hiperkeratoz, bullyoz ixtioz, ichthyosis epidermolytica, ixtiozformalı eritrodermiyanın bullyoz tipi, epidermolitik generalizə olunmuş hiperkeratoz, bullyoz ixtiozformalı hiperkeratoz, anadangəlmə universal akantokeratoliz.

Epidermolitik ixtioz – çox nadir anadangəlmə xəstəlikdir, onun üçün eritrodermiya, bullyoz səpgilər, hiperkeratotik xətvəri dəyişikliklər səciyyəvidir. Xəstəlik anadangəlmə ola bilər və ya anadan olduqdan sonra tezliklə başlanır. Xarakterik əlamət – qovuqlardır. Vaxt keçdikcə qovuqlar itir, ön plana dərinin qeyri-bərabər buynuzlaşması çıxır. Dəri büküşlərində, dirsək, dizaltı çuxurlarda ziyilli törəmələr əmələ gələ bilər.

Etiologiya

İrsi patologiyadır, irsiyyət tipi – autosom-dominant. Kişilər və qadınlar eyni səviyədə xəstələnirlər.

Klinik şəkil

Xəstəlik yenidoğulmuşlarda başlanır, döl “köynəkdə” və ya “pörtülmüş” kimi doğulur. Doğulduğu andan uşaqda nəm eritrodermiya vəziyyəti meydana çıxır. Dəri hipereyemiyalı, nəm, yumşaq, elastikidir. Xəstəliyin səciyyəvi əlaməti - doğulduqda əmələ gələn və ya doğulduqdan dərhal sonra yaranan qovuqlardır. Epidermisin ayrılmasının müsbət simptomu (Nikolski simptomu) nəzərə çarpır. Qovuqlar eroziyalar əmələ gəlməklə bərabər dəşilir ki, onlar da iz buraxmadan sağalırlar. Vaxt keçdikcə dərinin buynuzlaşması – dəri büküşlərində, dirsək və dizaltı büküşlərdə ziyilli törəmələrin əmələ gəlməsinə qədər - baş verir. Pulcuqlar tünd rəngdədir, dəriyə sıx yapışmışlar və velveti xatırladan cizgilər alırlar. Səpgilər xoşagəlməz üfunətli iy (fetor) verirlər ki, bu da dəriyə bakteriyaların daxil olması və infeksiyanın inkişaf etməsi ilə əlaqədardır. Buynuzlaşmış dəridə qovuqların təkrar əmələ gəlməsi, həmçinin buynuz törəmələrin qabıqlanması ona gətirib çıxarır ki, dəri nisbətən normal şəkil ala bilər. Buynuzlaşma ocaqları arasında normal dərinin belə adacıqlarının olması mühüm diaqnostik əlamətdir. Tüklər dəyişməmişdir. Dırnaqların deformasiyası mümkündür. Selikli qışa zədələnməmişdir. Piy ifrazı və tər

ifrazı pozulmamışdır.

Epidermolitik ixtioz ölümlə nəticələnə bilən ağır formada keçə bilər. İxtiozun bu formasında yenidoğulmuş bəzən normal görünür: dəri örtükləri qırmızı rəngdədir, yumşaqdır, lakin ayrı-ayrı sahələrdə bərkəlmə nəzərə çarpır; ovucclar və dabanlar qalınlaşmış, ağımtıl rəngdədir. Dodaqlar yumşaqdır, ağız boşluğunun selikli qişası normaldır. Barmaqda dərinin sürtdükdə çox asanlıqla epidermisin soyulması baş verir (Nikolski simptomu). Dərinin rəngi qırmızı olduğu üçün o, “qaynar su ilə pörtülmüş” kimi şəkil alır. Bu halda əsl qovuqlar olmur, lakin epidermisin soyulması baş verir. Bir neçə gündən sonra proses ölümlə nəticələnə bilər.

Epidermolitik ixtiozun orta-ağır və nisbətən yüngül forması daha əlverişli gedişə malikdir, bu zaman uşaqlar sağ qalırlar. Klinik şəkil tədricən inkişaf edir və qovuqlar daha gec mərhələdə əmələ gəlir, üzdə cüzi zədələr meydana çıxır, lakin burun-dodaq büküşlərində zəif nəzərə çarpan hiperkeratoz qeyd olunur. Tüklər, qaşlar, kirpiklər, dırnaqlar normal qala bilər. Bədənin dərisində generalizə olunmuş hiperkeratoz qalır, o, daha çox büküşlərdə aydın görünür (xoşagəlməz iyə malik olmaqla). Ovuc-daban hiperkeratozu xüsusilə kəskin ifadə olunur. Epizodik olaraq dərinin müxtəlif sahələrində qovuqlar əmələ gəlir. Epidermolitik ixtiozun nisbətən yüngül və orta-ağır formalarında həyatının ilk dövrlərində qovuqların inkişaf etdiyi klinik şəkil üstünlük təşkil edir, daha gec müddətdə eritrodermiyanın xeyli azalması və hiperkeratozun artması baş verir.

Diaqnostika

Epidermolitik ixtiozun diaqnostik meyarları:

- doğulduqda qırmızı, şişkin, yumşaq dəri, nəm sahələr olan yerlər – burada buy-nuz qatı soyulmuşdur, “kolloid “ plenka yoxdur;
- doğulduğu andan və ya ilk günlərdə və həftələrdə qovuqların əmələ gəlməsi;
- qovuqlar sağaldıqda qabıqvermə, hiperemiya, 2-4 ildən sonra – məməcikli zilyilvari hiperkeratoz;
- əsasən bükücü səthlərin və büküşlərin zədələnməsi;
- fetor (xoşagəlməz iy, kəskin pis qoxu).

Dərinin patomorfologiyası

Epidermisin dənəli qatında nəhəng keratogialin qranulaları və vakuollaşma nəzərə çarpır. Hüceyrələrin lizisi və çoxkəməralı subkorneal qovuqların əmələ gəlməsi baş verir. Papillomatoz, akantoz, hiperkeratoz inkişaf edir.

Elektron mikroskopiyası zamanı perinuklear sitoplazmatik retikulumun böyük sahələri, dənəli və tikanlı qatın yuxarı hissəsində ribosomlar yığıntısı və mitoxondrilər, tonofilamentlərin qalınlaşması, buynuz qatda epidermositlərin vertikal yerləşməsi, keratinləşmənin qüsurları aşkar edilir.

Müalicə

Yerli müalicə – süd və qlikol turşusu. Antimikrob terapiya. Retinoidlər (etretinat və ya asitretin daxilə) müvəqqəti ağırlaşmaya səbəb olur (qovuqların yaranmasını provokasiya edir), lakin sonradan keratinositlərin diferensiasiyasının normallaşması nəticəsində vəziyyət kəskin yaxşılaşır.

BULLYOZ EPİDERMOLİZ

Bullyoz epidermoliz – xəstəliklər qrupu olaraq xüsusən qovuqların spontan inkişaf etməsi və ya irsi qüsurlar nəticəsində törənən cüzi zədə yerində onların meydana çıxması səciyyəvidir. Xəstəliyin 3 əsas qrupu ayırd olunur: sadə, sərhədvari, distrofik (cədvəl 2).

Cədvəl 35.2. Bullyoz epidermolizin təsnifatı

Sadə bullyoz epidermoliz qrupu (irsiyyət tipi – autosom-dominant)	
1	Sadə generalizə olunmuş
2	Gec lokalizə olunmuş
3	Sadə herpesformalı
Sərhədvari (hüdu) bullyoz epidermoliz qrupu (irsiyyət tipi – autosom-resessiv)	
1	Letal generalizə olunmuş
2	Xoşxassəli generalizə olunmuş atrofik
3	Atrofik sərhədvari (hüdu) bullyoz epidermolizin invers variantı
4	Atrofik sərhədvari (hüdu) bullyoz epidermolizin şiddətlənən variantı
5	Lokalizə olunmuş atrofik sərhədvari (hüdu) bullyoz epidermoliz
6	Çapıqlaşan sərhədvari (hüdu) bullyoz epidermolizi
Distrofik bullyoz epidermoliz qrupu (irsiyyət tipi- autosom –dominant)	
1	Atrofik variant
2	Hiperplastik variant
3	Albopapulyoz variant
Distrofik bullyoz epidermoliz qrupu (irsiyyət tipi- autosom –resessiv)	
1	Distrofik generalizə olunmuş mutilyasiya edən
2	Distrofik generalizə olunmuş mutilyasiya etməyən
3	Distrofik lokalizasiyalı invers

Sadə bullyoz epidermoliz – autosom-dominant irsiyyət tipli olub uşaq doğulduqda və ya erkən yaşlarında əmələ gəlir. Qovuqlar cüzi zədələr nəticəsində inkişaf edir, çapıq əmələ gəlmədən sağalır. 5 və 14 keratinlərin qüsuru nəzərə çarpır.

Sərhədvari (hüdu) bullyoz epidermolizi - anadangəlmə olub çoxlu sayda qovuqların yaranması ilə təzahür edir. Boşluqlar dermo-epidermal qatların birləşmələri nahiyəsində inkişaf edir və çox güman ki, kalinin – epidermisin dermaya birləşməsində iştirak edən molekulun qüsuru ilə bağlıdır. Epidermolizin bu tipi autosom-resessiv yolla ötürülür.

Distrofik bullyoz epidermoliz – autosom-dominant və ya resessiv irsiyyət tipi ilə ötürülür. Dərinin zədələnməsinin ağırlıq dərəcəsi yüngül dərəcədə insanı eybəcərləşdirən ağır dərəcəyə qədər dəyişir. Xəstəliyin səbəbi – dermal lövbər fibrillərin qüsurudur.

Müasir təsəvvürlərə görə, irsi qovuqlu dəri xəstəlikləri qrupuna 20-dən çox dermatoz daxildir.

Etiologiya

Bullyoz epidermolizin bütün formalarının etiologiyası müxtəlif xromosomlarda baş verən çoxsaylı gen mutasiyaları ilə müəyyən olunur. Özü də bu xəstəliklər qrupu genetik cəhətdən eynicinsli deyildir: onların bir hissəsi autosom-dominant, digər hissəsi isə autosom-recessiv tiplə ötürülür.

Patogenezi

Bullyoz epidermolizin patogenezi kifayət qədər öyrənilməmişdir. Xəstəliyin bütün formalarında bazal membran səviyyəsində müəyyən struktur pozğunluqları meydana çıxır. Bullyoz epidermolizin bir sıra formalarında epidermisdə bəzi ferment pozğunluqları baş verir.

Klinik şəkil

Bullyoz epidermolizin bütün formaları üçün klinik olaraq ümumi cəhət - xəstəliyin erkən aşkar edilməsi (çox vaxt doğulduqda və ya həyatının ilk günlərindən), dəridə və selikli qişalarda cüzi mexaniki zədələrin və ya hipertermiyanın nəticəsində qovuqların və eroziyaların əmələ gəlməsi hesab edilir. Sağaldıqdan sonra çarıqların olub-olmaması bullyoz epidermolizin bütün klinik növlərini distrofik və ya sadə formalara bölməyə əsas verir.

Dərinin patomorfologiyası

Elektron mikroskopiyası vasitəsilə əldə olunan müasir məlumatlara əsasən bullyoz epidermolizin bütün formalarını 3 qrupa bölmək olar: sadə, sərhədvari (hüdudi), distrofik bullyoz epidermoliz.

Bullyoz epidermolizin sadə formalarında örtük epitelisində qovuqların əmələ gəlməsi bazal epiteliositlərin sitolizi nəticəsində baş verir ki, bu da elektronnoqrammalarda onların sitoplazmasının kəskin nəzərə çarpan ödəmi və hüceyrə qişasının dağılması şəklində aşkar olunur. Qovuğun xarici örtüyü bütün soyulmuş epidermis, dibi – zədələnməmiş bazal membran sayılır.

Bullyoz epidermolizin Sərhədvari (hüdudi) formalarında qovuğun yaranması bazal membranın şəffaf lövhəsi səviyyəsində baş verir və bazal epiteliositlərin yarım-desmosomlarının və bərkidən tonofilamentlərin anadangəlmə qüsurları ilə şərtlənmişdir. Qovuğun dibini bazal membranın sıx lövhəsi təşkil edir.

Bullyoz epidermolizin distrofik formasında qovuğun əmələ gəlməsi bazal membran və dermanın sərhəddində baş verir, bərkidici “lövbər” fibrillərin – bazal membranı derma ilə birləşdirən strukturların natamamlığı ilə bağlıdır. Beləliklə, qovuğun dibini derma (dermatik qovuq) təşkil edir ki, bu da sonra çarıqların yaranmasına səbəb olur.

Müalicə

Xəstəliyin irsi xarakterini, ömrünün sonuna qədər xəstənin həyatında xəstəliyin mövcud olmasını nəzərə alaraq, kəskinləşmələr zamanı və ağırlaşmalar baş verdikdə qısa kurslar şəklində aktiv terapiya həyata keçirilir, sonra ümumi möhkəmləndirən və simptomatik vasitələrin uzun müddət təyin olunması ilə davam etdirilir.

Müalicənin başlıca vəzifəsi aşağıdakılardır:

- dərinin (səmərali qulluq, dərinin gigiyenası, düzgün peşə yönümü) və selikli qişaların (tamdəyərli qidalanma, bitki sellülozası ilə zəngin, yaxşı xırdalanmış və yumşaq qida) zədələnməsinin qarşısının alınması;
- travmatik təsirlərə qarşı dərinin rezistentliyinin artırılması;
- mövcud olan səpgilərin sağalmasının sürətləndirilməsi;
- ikincili infeksiyanın profilaktikası və müalicəsi;
- çapıqlaşma ilə əlaqədar baş verən ağırlaşmaların qarşısının alınması və müalicəsi

Patogenetik terapiya

Məlumdur ki, autosom-resessiv irsiyyət tipli distrofik bullyoz epidermolizlə xəstələrin dərisində strukturu dəyişilmiş kollagenazalar böyük miqdarda hasil olur. Bununla əlaqədar, kollagenazaların aktivliyini və ya hasil edilməsini ingibisiya edən preparatların – difenin (fenitoin), eritromitsin, böyük dozalarda E vitamini və retinoidlərin tətbiq olunması patogenetik baxımdan özünü doğrultmuşdur.

Difenin daxilə gündə 2 dəfə böyüklərə 1 kq bədən çəkisinə 3,5 mq olmaqla və uşaqlarda 8 mkq/kq dozada qəbul edirlər. Müsbət effekt qovuqların sayının azalması, eroziyaların epitelləşməsinin sürətlənməsi ilə özünü biruzə verir.

Retinoidlər qrupundan neotiqazon və retinol palmitat (və ya retinol asetat) tətbiq olunur. Antikollagenaza effekti ilə yanaşı, onlar epitelləşməni sürətləndirməyə qadirdirlər. Neotiqazon sutkalıq dozası 1 kq bədən çəkisinə 1 mq olmaqla (bərabər hissələrlə gündə 3 dəfə yemək vaxtı) təyin olunur. Neotiqazon teratogen və embriotoksik təsir göstərir, ona görə də hamilə qadınlara və hamiləliyi planlaşdıran qadınlara əks göstərişdir. Retinol palmitat (və ya retinol asetat) 1 kq bədən çəkisinə 5000 mV sutkalıq dozada (bərabər hissələrlə yeməkdən sonra səhər və axşam) tətbiq olunur. Müalicə kursu 1,5-2 ay təşkil edir.

KERATODERMİYALAR

Keratodermiya (Sinonim: ovuc-daban keratozu) – irsi və qazanılmış mənşəli buynuzlaşma xəstəlikləri qrupudur. Əsasən ovuclarda və dabanlarda həddən artıq buynuz təbəqənin əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir. Klinik mənzərənin xarakterinə görə keratodermiyanın diffuz – ovucların və dabanların bütün səthinin tam zədələnməsi (Unna-Tosta, Meleda, Papiyon-Lefevr və s. keratodermiyaları) və lokalizasiyalı – bu zaman həddən artıq buynuzlaşmış sahələr ocaqlar formasında yerləşir (Simmens keratodermiyası, xətvəri Fuks keratodermiyası, Buşke-Fişer-Brauer keratodermiyası və s.) ola bilər.

Unna-Tosta keratodermiyası

Unna-Tosta keratodermiyası (anadangəlmə ovuc-daban keratoması) – irsi diffuz keratodermiyanın /-/ yayılmış formasıdır, xəstəlik üçün ovucların və dabanların keratozu (dərinin digər sahələrinə keçməməklə) səciyyəvidir. İrsiyyət tipi autosom-dominantdır. Xəstəlik körpənin həyatının ilk illərində ovucların və dabanların dərisinin azacıq qalınlaşması şəklində təzahür edir. 4-5 yaşlarda (nadir hallarda – daha gec) diffuz keratoz tədricən artır. Bu yaşda artıq xəstəliyin klinik şəkli tamamilə formalaşır. Ovuclarda və dabanlarda (bəzən yalnız dabanlarda) buynuz qatlar hamar, qalın, sarı rəngli, dəqiq sər-

hədlərə malik olub 1-3 mm enində eritematoz haşiyə ilə əhatə olunmuşdur. Proses lokal hiperhidrozla müşayiət olunur.

Histoloji olaraq ortohiperkeratoz, qranulyoz, akantoz, dermada – kiçik perivaskulyar infiltrat aşkar edilir. Tüklər, dişlər dəyişilməmişdir. Dırnaqlar qalınlaşa bilər, lakin distrofiyaya uğramırlar. Falanqların osteoporozu və osteolizi, falanqlararası oynaqların deformasiyalı artrozu, göbələk infeksiyasının ağırlaşmaları mümkündür.

Meleda keratodermiyası

Meleda keratodermiyası (irsi transqradient keratoz) irsi diffuz keratodermiyanın bir forması olub ovuc-daban səthlərindən keratozun əllərin, ayaqların üzərinə, dirsək və diz oynaqları nahiyəsinə (transqradient keratoz) keçməsi ilə səciyyələnir. İlk dəfə Meleda adasında qan qohumluğu olan əhali arasında təsvir edilmişdir. İrsiyyət tipli – adətən autosom-recessivdir. Xəstəliyin ilk əlamətləri uşaq yaşlarında ovucların və dabanların dərisinin qabıqlanması ilə bərabər davamlı eritema şəklində meydana çıxır. Sonralar dərinin buynuzlaşması sürətlənir və 15-20 yaşlarda ovuclarda və dabanlarda sarı-qəhvəyi rəngli, genişsahəli, kompakt lövhələr şəklində yerləşmiş buynuz qatlar əmələ gəlir, eritema ocağın periferiyası boyunca bir neçə millimetr enində bənövşəyi rəngli haşiyə formasında qalır.

Histoloji olaraq ortohiperkeratoz, bəzən akantoz, dermada – kiçik iltihabi limfositər infiltrat aşkar edilir. Lokal hiperhidroz səciyyəvidir, keratoz ocaqlarının səthi adətən nəmdir, tər vəzilərinin çıxarıcı axacaqlarında qara nöqtələr görünür. Buynuz səhifələr əllərin, ayaqların arxa səthinə, dirsək və diz oynaqları nahiyəsinə keçir. Onların səthində ağırlı dərin çatlar (xüsusilə də daban nahiyəsində) əmələ gəlir. Atopik ekzema ilə birləşən rast gəlməsi, prosesin piokok infeksiya ilə ağırlaşması, dırnaqların hədən artıq qalınlaşması və ya keylonixiya ilə müşayiət olunan distrofiya səciyyəvidir. EEQ-da dəyişikliklər, əqli zəiflik, sindaktiliya, qatlı dil, qotik damaq aşkar olunur.

Papiyon-Lefevr keratodermiyası

Papiyon-Lefevr keratodermiyası (Papiyon-Lefevr sindromu) irsi diffuz keratodermiyadır, parodontozla dərinin və damağın piogen infeksiyaları ilə birlikdə rast gəlir. İrsiyyət tipli – autosom-recessivdir. Xəstələrdə qalxanabənzər ətraf vəzi və mədəaltı vəzin funksiyasının azalması, leykositlərin funksional aktivliyinin pozulması, neytrofillərin faqositar aktivliyinin və mitogenlərə qarşı T- və B-limfositlərin həssaslığının azalması nəzərə çarpır. Klinik şəkli adətən 1 yaşdan 5 yaşa qədər (çox vaxt 2-3 yaşlarda) ovucların və dabanların buynuz təbəqələrlə örtülmüş eriteması şəklində təzahür edir ki, bu zaman onların intensivliyi tədricən artır. Keratoz ocaqları bəzən ovuc-daban səthlərindən kənara çıxaraq əllərin və ayaqların arxa səthinə, daban (axillis) vətəri nahiyəsinə, diz və dirsək oynaqlarına yayılır. Xəstəlik üçün lokallaşmış hiperhidroz səciyyəvidir.

Histoloji olaraq hiperkeratoz, qeyri-müntəzəm parakeratoz, dermada – kiçik iltihabi infiltrat aşkar edilir. Buynuz və dənəli qatın hüceyrələrində lipidbənzər vakuollar, tonofibrillərin və keratogialin qranulaların strukturunun dəyişilməsi nəzərə çarpır. Dırnaqlar bəzən distrofiyaya uğrayır (solğun, kövrək), tüklər dəyişilməmişdir. 4-5 yaşlarda persistensiya edən gingivitin nəticəsində şiddətlənən parodontoz inkişaf edir ki, o da vaxtından əvvəl karies, dişlərin düşməsi, onların inkişaf anomaliyaları və alveolyar

çixıntıların distrofiyası ilə müşayiət olunur. Bərk beyin qişasının kalsifikasiyası, araxno-daktiliya, akroosteoliz də mümkündür.

Müalicə

Retinoidlər (neotiqazon, etretinat) – sutkada 0,5 mq dozada bir neçə həftə ərzində, aevit, angioprotektorlar (teonikol, trental) təyin olunur. Xaricə: keratolitik məlhəmlər (20%-li salisil turşusu, Ariyeviç, Uaytfeld məlhəmi), “Solkokerasal” məlhəmi, duz van-naları, A vitamini ilə fonoforez, 20%-li dimeksid, lazeroterapiya tətbiq olunur. Papiyon-Lefevr keratodermiyası zamanı müalicə antibiotikoterapiyadan və ağız boşluğunun sanasiyasından başlanır.

XXXVI. İSTİ ÖLKƏLƏRDƏ DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİ

Tropik piodermiyalar və qarışıq bakterial infeksiyalar

Tropik mikoqlar

Spesifik dermatozların gedişinin xüsusiyyətləri

Protozo y xəstəliklər zamanı dəri zədələnməsi

Helmintlərin törətdiyi dəri xəstəlikləri

Buğumayaqlıların törətdiyi dəri zədələnmələri

Zəhərli ilanlar, mollyusklar, zəli və aktiniyalarla zədələnmə

Qeyri-infeksiyon dermatozların klinika və gedişinin xüsusiyyətləri

Zöhrəvi xəstəliklər və endemik treponematozlar

Tropik iqlimli regionlar təbii və sosial-iqtisadi şəraitinə görə yumşaq iqlimli regionlardan fərqlənir: havanın yüksək hərarəti, gün ərzində öz dəyişikliyi, yüksək rütubət, yüksək günəş radiasiyası, ilin iki fəslinin olması / quru yay və rütubətli qış, hava təbəqəsinin qanunauyğun hərəkəti xarakterikdir. Tropik bölgələrdə, gün vurməsi, günəşdən yanma və s. müşahidə olunur.

Tropik və subtropik iqlimli ölkələrdə dəri və zöhrəvi xəstəliklərinin xüsusiyyətləri bunlarla əlaqəlidir:

- iqlim şəraiti və təbii landşafta meylliliyi;
 - sosial-iqtisadi faktorlar (natamam və kolorisiz qidalanma);
 - əhalinin aşağı sanitar mədəniyyəti;
 - çoxsaylı bitki və heyvanlar aləmi;
 - Avropalılardan fərqli olaraq melanogenez funksiyasının artıq olması;
 - özünəməxsus termorequlyasiya, su-duz mübadiləsi, ifrazat, müdafiə və başqa dəri funksiyaları;
 - keloid reaksiyasına meyllik;
 - dermatoloji xəstələrin 1/3-də helmintoz və başqa infeksiyon xəstəliklərin olması.
- Tropik piodermiyalar və qarışıq bakterial infeksiyalar

Yumşaq iqlimdə yaşayanlardan fərqli olaraq, isti ölkələr əhalisi üçün xarakterikdir:

- “Klassik” piodermiyaların tez-tez rast gəlməməsi və follikulitlərin, sikozun, hidradenitlərin yaranması zamanı kəskin iltihabi komponentlərin zəif olması;
- Dağıdıcı follikulitin, akne-keloidin, uşaqlarda çox saylı miliar abscesslərin, yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusunun, ektimanın, xoranın, dəri-sümük qanqrenasının tez-tez müşahidə olunması;
- Həşəratların, gəmiricilərin dışləməsindən sonra irinli prosesin inkişaf tezliyi;
- Uşaqlarda və yaşlılarda ağır gedişat;
- Yanaşı gedən xəstəliklər (helmintozlar, xroniki infeksiyalar);
- Çoxformalı tropik xoralar.

Tropik piodermiyalar

Manson piozu-rütubətli tropik iqlimli ölkələr üçün xarakterikdir (törədicilər - qızılı, hemolitik və ağ stafilokokklardır). Əsasən yuxarı yaşlı uşaqlar, qadınlar və gəlmə avropalılar xəstələnilər. Adətən iri büküşlər zədələnilir (qasıq, qoltuqaltı, sağrı arası), bunların

səthində periferik iltihabi haşiyəyə malik çoxsaylı düyüncüklər yaranır. Sonralar seroz irinli möhtəviyatlı qeyri-iri həcmli fliktenalar meydana gəlir, bunlarda deşildikdə eroziya və qartmaq yaranır. Qartmaqlar qopduqdan sonra tez sorulan hiperpiqmentasiya qalır. Xəstənin ümumi vəziyyəti adətən dəyişmir. Hipotrofik uşaqlarda proses universal xarakter daşıya bilər, bu da özünü ümumi toksiki əlamətlərlə və hərərətin yüksəlməsi ilə göstərir.

Akne-keloid (keloid sızanaqları)

Afrikalı kişilərdə ənsə nahiyəsində stafilokokk pustulalarının yerində akne keloidin tez-tez yaranması, avstraloid-neqroid irqi insanların keloidal diatezə konstitusional meylliyi ilə əlaqələndirilir. Boyunun səthində olan follikulların və piy vəzilərinin stafilokokk iltihabı nəticəsində, hamar dəri və başın tüklü hissəsinin sərhədində elementlərin abscessləşməsi nəticəsində onların birləşməsi və sviş yollarının yaranması müşahidə olunur. Bu zaman eni 5 sm olan horizontal xətvəri infiltrat yaranır. İnfiltrat dəri səthindən yüksəlir və sonralar dərinin keloid sərtləşməsinə və piqmentasiyaya məruz qalır. Ocağın yuxarı sərhədi sviş məsamələrindən çıxan saç dəstələrindən təşkil olunur.

Differensial diaqnoz

Differensial diaqnozu keloid blastomikozla aparılır, bu zaman polimorf elementlər (düyüncüklər, qabarcıqlar, ziyiləbənzər törəmələr) əsasən üz, baldır nahiyəsində lokalizasiya olur. Bu səpgi elementlərindən *Glenosporella Lobo-Fonseca et Leao* kulturası aşkarlanır.

Tropik sızanaqlar

Sızanağa bənzər torpid gedişata malik dermatozdur. Əsasən yumşaq (soyuq) iqlimdə (avropalılar, şimali amerikalılar) yaşayan insanların tropik ölkələrə gəldikləri zaman müşahidə olunur. Artıq tərləmə, maserasiya, epitelinin deskvamasiyası nəticəsində piy vəzlərinin txacı yaranır, buda tropik sızanaqlarının yaranmasına səbəb olur. Xəstəlik 20 yaşdan yuxarı insanlarda əsasən kəskin formada və bir neçə ay ərzində tropik bölgələrdə qaldıqdan sonra yaranır. Kürək, sinə, qarın, budlar və az hallarda üzdə yaranmış düyüncüklü elementlər (komedonlar) tədricən irinləşirlər, palpasiya zamanı və sabit halda ağrılı olurlar. Ayrı-ayrı pustulalar birləşərək fistula yolları ilə birləşən sızanaqlar konqlomeratı yarada bilərlər. Dəri prosesi xroniki xarakter daşıyır, reqressiyaya uğramış elementlərin yerində çapıqlaşma, keloidləşmə və dəri disxromiyası yarana bilər.

Müalicə.

Müalicə az effektivdir; sağalma- əvvəlki iqlim şəraitinə döndükdən sonra baş verir.

Kastellani- Çelmerin tropik vezikulyoz akrodermatiti.

Çox nadir tropik piodermittir, rütubətli tropik iqlimi olan ölkələrdə rast gəlinir (törədici - stafilokokk, streptokokk və bəzi piokokkların virulent ştammları). Əlin üstündə (az halda pəncədə) ağrılı ödem və infiltrasiya yaranır. 2-3 həftə ərzində zədələnmiş nahiyənin dərisi göyümtül, gərgin və parıltılı olur. Zədələnmiş dəri şəffaf və ya sarımtıl möhtəviyatı olan çox saylı kiçik sudurcuqlarla örtülür, bunlar eyni zamanda deşilərək da-

irəvi formada eroziyalar yaradırlar. Sonralar eroziyalarda epitelizasiya baş verir və yerində piqmentləşmə gedir. Səpgilərin sabitləşməsi ilə birlikdə, dərinin şişkinliyi və sərtliyi azalır, subyektiv əlamətlər itir. Müvafiq (rasional) müalicə aparılmadıqda sudurcuqların residivləşməsi, əl və bəzən ayaqda fillilik əlaməti yarana bilər. Bir çox hallarda xəstəliyin gedişatı uzana bilər. Bu zaman bir neçə dalğa sudurcuqların yaranması müşahidə olunur. Təkrarlanan residivlərdən sonra və rasional müalicə aparılmadıqda əllərin (və ya pəncənin) filliliyə meyilli yaranır.

Differensial diaqnozu loaoz zamanı ödemlə, erizipeloidlə aparmaq lazımdır.

Tropik piomiozit (tropik dermatomozit)

Dərin tropik piodermiyanın formasıdır. Tropik piodermiyada dəri, dərialtı piy toxuma və yaxın yerləşən toxumalar zədələnir (törədici-əsasən stafilokokk). Xəstəlik qəfil titrətmə, qızdırma (39 C0 və yuxarı), baş ağrıları, aşağı ətrafın əzələ ağrıları ilə başlayır. Zədələnmiş əzələ nahiyəsinin dərisi ödemli, hiperemiyalı, gərgin və palpasiya zamanı ağrılı olur. Əsasən bərkləşmiş əzələ nahiyəsində bir həftədən sonra yumşalma və fluktuasiya yaranır (bəzi hallarda bir neçə ocaq qeyd olunur). Sonralar abscesslər spontan açılaraq böyük xoralar yaranır. Zəifləmiş insanlarda güclü antibakterial terapiya və cərrahi müdaxiləsiz, xəstəlik çox ağır gedişata malik olur və ölümlə nəticələnə bilər.

Differensial diaqnoz karbunkul, qummoz xora, leyşmanioz, dərin mikozlar, dermatomiozit və dərin flebitlərlə aparılır.

Dəri qanqrenaları

Tropik və subtropik iqlim şəraitində dəri qanqrenaları dəri miazların, filyariatozların, dərin mikozların, frambeziomların, travmatik və başqa dəri zədələnmələrinin gedişatını ağırlaşdırır.

Uşaq yaşlarının çoxsaylı qanqrenası

Uşaq yaşlarının çoxsaylı qanqrenası-ciddi yanaşı gedən əlavə patologiyası olan zəifləmiş uşaqlarda müşahidə olunur. Xəstəlik gövdənin, ətrafların, az hallarda üz dərisində polimorf (ləkə, sudurcuq, köpüşük, pustula, papula) səpgilərin yaranması ilə başlayır. 2-3 gün sonra elementlərin mərkəzində bozuntulu, sonralar isə qonuru-qara nekrotik ləkə yaranır. Proses tez inkişaf edərək dərin qartmaqlar formalaşır, bunlarda qoparıldıqda kənarları nahamar irinli-qanlı dibi olan xora aşkarlanır. Bir-birlərinə yaxın olan xoralar birləşib geniş nekroz ocaqları yaradaraq, nəticədə dərin, dərialtı toxumaları dağıdaraq burunun, qulaq seyvanının, barmaqların, cinsi orqanların mutiliyasına səbəb ola bilərlər. Xəstəlik kəskin ümumi toksiki sindromlu gedişata malik olur (hərərət, adinamiya, mədə-bağırsaq pozuntuları, huşun itməsi və.s.). Septisemiyanın inkişafı ölümlə nəticələnə bilər.

Böyüklərin çoxsaylı qanqrenası

Böyüklərin çoxsaylı qanqrenası birincili və ikincili olur. Xəstəlik zamanı zədələnmə ocaqlarının çoxluğu, ağır ümumi toksiki əlamətlər, sepsisin yaranması xarakterikidir. Böyüklərin çoxsaylı qanqrenası əsasən tropik treponematozlar, donovanozlar, filyariotozlar, amerika və braziliya leyşmaniozu, miazlar, tropik qaşınan dermatozlar və s. fonunda yaranırlar.

Xarici cinsi orqanların sürətli qanqrenası

Xarici cinsi orqanların sürətli qanqrenası (nekrotik fassiit,Furnye qanqrenası) ola bilsin ki,qızılı stafilokokkların, streptokokkların, bəzi hallarda proteyinin allergik təsiri ilə bağlıdır. Xəstəlik hərərət qəfil 38-39 C0 qədər artması, cinsiyyət üzvünün, xayanın ödemi ilə başlayır.1-2 həftədən sonra xaya toxumasının və cinsiyyət üzvünün nekrozu, sonrakı 2-3 həftə ərzində destruksiyası meydana gəlir. Yumurtalar prosesə qoşulmur. Furnye qanqrenası zamanı ölüm halı 25% təşkil edir.Vaxtında başlamış müalicəyə baxmayaraq,dağılmış toxuma deffektleri bərpa olmur.Qadınlarda kiçik cinsiyyət dodaqların, klitorun, aralıq, qasıq və bud nahiyələrinin zədələnməsi mümkündür.

Differensial diaqnozu nekrotik və faqedenik şankrla aparılır.

Noma

(sulu xərcəng, ağız boşluğunun qanqrenası)

Əsasən infeksiyon və parazitər xəstəliklər keçirmiş 2-4 yaşlı zəifləmiş uşaqlarda qeyd olunur. Tropik ölkələrdə uşaq xəstəxanalarında nomanın epidemik kəskinləşmələri mümkündür.Xora ifrazatında Bac.perfringens, həmçinin Plaut-Vensan simbiozu tapılır; xəstəliyin virus mənşəli olması da istisna edilmir. Xəstəlik irinli-nekrotik ağız boşluğunun (sərt və yumşaq damaq, dil) yumşaq toxumalarının tez bir zamanda irinli nekrotik dağılması,yanaqların perforasiyası,dişlərin tökülməsi ilə və bəzi hallarda qıgırdaqların və üzdə sümüklərin ağır destruksiyası ilə yekunlaşır. Tez-tez zədələnmənin ilkin ocağı boyun,aralıq,cinsi orqanlarda lokallaşa bilər. Prosesə ağızdan üfunət iyinin gəlməsi, çox ağır ümumi vəziyyətlə (hərərət, kəskin halsızlıq, adinamiya, mədə-bağırsaq pozuntuları, pnevmoniya), erkən septisemiya ilə müşahidə olunur.Müalicə vaxtında aparılmasa ölümlə nəticələnir.

Müalicə: Massiv antibiotik terapiyası, zədələnmə ocaqlarına qanqrena əleyhinə zər-dabın vurulması (birinci gün 20000 vahidə qədər), sonra hər gün 10000 AV-lə 5-7 gün ərzində;qamma qlobulin 2 ml əzələ daxilinə №4; sistemli kortikosteroid preparatları;de-sensibilizə edici maddələr, qanın plazmasının infuziyası, polivitaminlər. Yerli-antiseptiklər, dezinfeksiya edici, epitelləşdirici maddələr. Tam yüksək kolorili qidalanma tələb olunur.

Madaqaskar noması

Madaqaskar noması əsasən Madaqaskar adası, ona yaxın adalarda və bəzi ərəb ölkələrində uşaqlar arasında (1-7 yaş) müşahidə olunur. Xəstəlik əsasən sağlam uşaqlarda qeyd olunur,epidemioloji olaraq təhlükəli deyil. “Klassik” nomadan fərqli olaraq bu xəstəlik daha uzun (1,5 aya qədər) müddətli və xoş xassəli gedişata malik olması xarakterikdir. Yumşaq damağın selikli qişasının xorali-nekrotk dağılması və irinli-qanlı ifrazatın olması,dişlərin boşalması (bəzi hallarda tökülməsi),üst və alt çənələrin zədələnməsi,- yanaqların selikli qişasının perforasiyası baş verir. Dil,qırtlaq və badamcıqlar prosesə qoşulmur.Reqionar limfatik sistemin reaksiyası kəskin olmur.Hərərət qalxması (38,5-39C0), zəiflik,mədə-bağırsaq pozuntuları, ocaqlarda ağrı hissləri müşahidə olunur. Ağır gedişat zamanı sepsis yarana bilər.Xəstəlik nəticəsində üzün dərisini eybəcərləşdirən çapıqlar yaranır.

Müalicə: "Noma"-ya bax.

Tropik xoralar

Tropik xoralar müxtəlif etiologiyalı klinik olaraq oxşar xoralı proseslərdən ibarətdir. Xoranın ifrazatında mikrob assosiasiyaları aşkarlanır: hemolitik streptokokklar, stafilokokklar, Plaut-Vensan simbiozu və s.

Həqiqi tropik xora (Faqedenik tropik xora, cəngəllik xorası və s.)

Bu xəstəlik üçün dörd "F" xarakterikdir: Foot (pəncə), Filth (palçıq), Fusospirillosis (fusospirilloz), Friction (sürtmək, sıyrıntı). Bunu kasıb əhalinin xəstəliklərinə aid edirlər. Tropik xoraların əsas lokaizasiyası-baldırların aşağı 1/3-ri, yəni daha çox travmatizasiyaya, çirklənməyə, həşəratların dişləməsinə məruz qalan yerlər. Xoralar əsasən tək yaranırlar və bir ətrafı zədələyirlər. Xəstəlik tez inkişaf edən sudurcuğun və ya hipere-miyalı haşiyəsi və azacıq sərtləşmiş əsası olan fliktenanın yaranması ilə başlayır. Bir gün ərzində elementlərin yerində eroziyalar yaranır bu da sonralar periferiyaya və dərinliyə doğru böyüyən xoraya çevrilir. Xoranın səthində çirкли-boz xoşa gəlməz qoxusu olan strupa formalaşır, altında isə çəhrayı boz qranulyasiyalar görünür. Fassiyalar, vətərlər bəzi hallarda əzələlər və sümüklər də xoralı prosesə qoşula bilər. Pasientin əksər hallarda statik vəziyyətindən asılı olaraq xoranın eksentrik ("ağırlıq fenomeni") inkişafı xarakterikdir: şaquli halda-pəncəyə, üfüqi halda baldır-ayaq əzələsinə doğru. Xəstənin ümumi vəziyyəti pozulmur. Müalicə tədbirləri olmadan xəstəlik illərlə davam edir sonda hamar və çökək çarıqların formalaşması ilə nəticələnir. Avstralo-neqroid irqli insanlarda –ke-loid çarıqları yaranır. Nadir hallarda pəncə-baldır oynağının ankiлоzu, ətrafların amputasiyası ilə nəticələnən qanqrenası, sürətli formada isə ölümlə nəticələnən septisemiyası müşahidə olunur.

Müalicə: Xoralara antibiotiklərin yeridilməsi; ümumi qüvvətləndirici maddələr; yerli-dezinfeksiya və epitelizasiya edici maddələri; xoraların cərrahi işlənməsi.

Tropikaloid xorası (Kastellani xorası, oazis xorası, qumluq xorası)

Şimali və mərkəzi Afrika, müxtəlif subtropik iqlimli bölgələrdə rast gəlinir.

Klinik şəkil. Baldırın 1/3 hissəsində sudurcuqlar və qovuqlar yaranır, sonralar ixcoroz iyi üfunətli olmayan az ağırlı xoralara çevrilirlər. Sudurcuqların möhtəviyyatında *Micrococcus mycetoides* Castellani tapılır; xoralarda piokokklar (stafilokokklar) üstünlük təşkil edirlər. Az miqdarda, kiçik, qeyri-parlaq iltihabi haşiyə ilə əhatə olunmuş, dibi irinli qartmaqla və ya psevdqartmaqla örtülü xoralar qeyd olunur. Gedişəti-xroniki (1 ildən artıq), çarıqlaşmağa meyilli olurlar. Xora sağaldıqdan sonra səthi, incə, hiperpiqmentli çarıq formalaşır.

Müalicə: "Tropik xoralar"-ra bax.

PERUAN ZİYİLİ

Sinonimlər: bartonelyoz, Oroya qızdırması, Karrison xəstəliyi – ağır infeksiya xəstəlik olub dəridə çoxlu sayda qanayan ziyilvari törəmələr və kəskin nəzərə çarpan ümumi pozğunluqlar (intoksikasiya, qızdırma, revmatoid ağrıları, hemolitik anemiya) ilə təzahür edir.

Törədici – *Bartonella bacilliformis* Barton qram-mənfi çöplərdir, Romanovski-Gim-

za üsulu ilə boyanırlar, eritrositlərdə və daxili orqanların retikul-endotelial hüceyrələrində aşkar edirlər.

İnfeksiyanın keçiriciləri: hünülərdir (*Phlebotomus verrucarum*, *Phlebotomus nogushi*), bəzən *Dermacentor andersoni* gənələri ola bilər.

Klinik şəkil. İnkubasiya dövrü 2-4 həftədir.

Xəstəlik simptomuz infeksiya şəklində; nisbətən xoşxassəli zədələnmələr (peruan ziyili); yüksək temperatur, anemiya ilə bərabər bədxassəli ağır gediqli xəstəlik şəklində keçə bilər və ölümlə nəticələnə bilər (Oroya qızdırması).

Klinik əlamətlər mərhələsində daxili orqanlarda kəskin dəyişikliklər: qara ciyərdə, dalaqda, bağırsaqlarda və limfa düyünlərində nekrozlar və birləşdirici toxumanın itihabı nəzərə çarpır. Ümumi intoksikasiya simptomları xəstənin ümumi əhvalının kəskin ağırlaşmasına və komaya düşməsinə (1/3-dən çox hallarda 2-4 həftə ərzində xəstəlik ölümlə nəticələnir) səbəb olur. Xəstələrin 2/3-də 3-4 aydan sonra xəstəliyin simptomları sönür, onların vəziyyəti yaxşılaşır, yəni xəstəlik yalnız kəskin faza ilə məhdudlaşır (Oroya qızdırması). 1-2 aydan sonra xəstəlik adətən növbəti – peruan ziyili mərhələsinə keçir. Boynun, üzün dərisində, ətrafların açıq səthlərində, bədənin üzərində çoxlu sayda xırda tünd qırmızı rəngdə papulyoz səpgilər əmələ gəlir ki, onlar da qaşınma ilə müşayiət olunurlar. Analoji elementlər həmçinin gözün konyunktivasında, ağızın, mədə-bağırsaq yolunun, sidik-cinsiyyət orqanlarının selikli qişasında əmələ gəlir. Sonralar səpgilər ziyilvari törəmələrə çevrilir və ölçüləri noxud dənəsi böyüklüyünə çatır, qan və limfa damarları ilə zəngin olurlar (tut meyvəsini, quruluşuna görə isə piogen qranulemanı xatırladır). Bu törəmələr asanlıqla qanayır, xoralaşır və piokoklarla infeksiyalaşa bilər. Qida borusunda və mədədə şişəbənzər damar törəmələrinin əmələ gəlməsi disfagiyanın, qanlı qusmanın, urogenital yolda isə hematuriyanın və uşaqlıq yolunda qanamaların baş verməsinin səbəbkarı ola bilər.

Proses 2-4 ay ərzində tədricən geriye inkişaf edir. Ziyilvari törəmələrin xoralaşması yerində çapıqlar qalır. Xəstəliyin bu mərhələsi, bir qayda olaraq, qənaətbəxş gedir, lakin dəridə səpgilərin residivləri və daxili orqanlarda zədələnmələr baş verə bilər.

Müalicəsi. Ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə antibiotik terapiyası təyin olunur, ziyilvari törəmələrin elektrokoagulyasiyası həyata keçirilir. Spesifik müalicə işlənilməmişdir.

Profilaktika. Hünülərin sancmasından müdafiə və onların məhv edilməsi.

CƏNUBİ AMERİKA YALANÇI ZİYİLİ

Çoxlu sayda ziyilvari törəmələrin yaranması ilə səciyyələnir ki, onlar da adi pastoz-bərk əsası olan ziyillərdən fərqlənirlər. Cənubi Amerika ölkələrində rast gəlinir. Xəstəliyin virus mənşəli olması güman edilir.

Klinik şəkil. Bədənin müxtəlif yerlərində çoxlu sayda (noxud dənəsi böyüklüyündə) ziyilvari törəmələr əmələ gəlir. Bəzi törəmələrin əsası dermanın dərinliyində və dərialtı piy toxumasında da yerləşir. İri düyünlərin ətrafında xırda qız ziyillər aşkar edilir. Ziyilvari törəmələrin əmələ gəlməsindən əvvəl dəri sahəsinin pastoz dəyişilməsi baş verir ki, sonralar onun yerində psevdoziyil meydana çıxır. Xəstəlik subyektiv hissiyyət olmadan və periferik qanın tərkibində dəyişikliklər nəzərə çarpmadan keçir. Bir müddətdən sonra

ziyillər özbaşına spontan itirlər.

Müalicə. Elektrokoagulyasiya, krioterapiya, yandırıcı məhlullarla aparılır.

Profilatika. Xəstə ilə təmas zamanı şəxsi gigiyenin gözlənilməsi.

Ainqum

Sinonimlər: amputasiya edici sklerodermiya

Ayaqların çeçələ barmaqlarının spontan quru amputasiyası olub avstraloid-neqroid irqinin əhalisi arasında rast gəlinir. Etiologiyası məlum deyildir. Proses çox vaxt ayaqların çeçələ barmaqlarını, nadir hallarda – digər barmaqları zədələyir. Çeçələ barmağın əsasında bərk sklerotik bağ əmələ gəlir ki, o da tədricən (bir neçə il ərzində) barmağın qan təchizatının tamamilə kəsilməsinə, sümük toxumasının mutilyasiyasına və spontan amputasiyaya səbəb olur. Xəstəlik orta və ahıl yaşlı şəxslər arasında rast gəlinir.

Müalicə. Başlanğıc mərhələlərdə – sklerozlaşmış bağı kəsilməsi; gecikmiş mərhələlərdə – çeçələ barmağın cərrahi yolla amputasiyasıdır.

DİGƏR BAKTERIAL İNFEKSİYALARIN DƏRİ ƏLAMƏTLƏRİ

Dərinin difteriyası

Tropik iqlimə malik ölkələrdə kifayət qədər tez-tez rast gəlinir. Törədici – *Corynebacterium diphtheriae* (Klebs-Leffler basilləri) sayılır. Dərinin difteriyası birincili və ikincili ola bilər.

Dərinin birincili (yara) difteriyası cırmaq yerlərinin, sıyrıntıların difteriya çöpləri ilə infeksiyalaşması nəticəsində inkişaf edir.

Dərinin ikincili difteriyası – infeksiyanın burun-udlaqdan inokulyasiyasının və ya yanaşı əmələ gələn dəri səpgilərinin infeksiyalaşmasının (piodermiya, ekzema və s.) nəticəsidir.

Zədələnmələrin dərinliyinə görə dərinin səthi və dərin difteriyası ayırd olunur. Dərinin səthi difteriyası zamanı ekzema və ya piodermiya ocaqlarında məhdud yerləşmiş yaşıl-boz ərplər əmələ gəlir; regionar limfa düyünləri böyüyərək bərkiyir, ağrılı olurlar. Dərinin difteriyasının bu növü nisbətən xoşxassəli gedişə malikdir. Dərinin dərin difteriyası zamanı (ətraflar, perianal sahə, xarici cinsiyyət orqanları, uşaqlığın boynu, uşaqlıq yolu, uretra zədələnir) ağrılı pustula əmələ gələrək hamar kənarları və iltihab haşiyəsi olan ağrılı xoralara çevrilir və müxtəlif rənglərə (sarı, boz, qəhvəyi) çalan bərk yapışmış nəm ərplə örtülmüşdür. Ərpi qoparmağa cəhd göstərdikdə ağrı əmələ gəlir və çox vaxt qanayır. Belə vəziyyətdə xora bir neçə aya qədər qala bilər. Bəzi hallarda fleqmonoz və ya qanqrenoz dəri difteriyası inkişaf edir ki, bu da dərinin və yaxın toxumaların geniş destruksiyasına gətirib çıxarır, ağır ümumi vəziyyətlə, sepsislə (letal nəticəyə qədər) müşayiət olunur.

Diaqnostika: ərpdə və zədələnmiş toxumalarda difteriya çöplərinin aşkar edilməsinin; kultural müayinələrin; biopsiya materialının patoloji-histoloji müayinəsinin əsasında qoyulur.

Müalicə: difteriya əleyhinə zərdab, 1 kq bədən çəkisinə 2-5 min vah. ə/d yeridilir; penisillin sutkada 4 dəfə 1-2 mln vah ə/d 5-6 gün ərzində, yaxud rifampisin 0,25 mq

dozada sutkada 2 dəfə 5-6 gün ərzində təyin edilir.

Qara yara (Sibir xorası)

Ağır toksik-infeksion xəstəlik olub *Bacillus anthracis* tərəfindən törədilir. Yoluxma xəstə heyvanlar (qoyunlar, iribuynuzlu qaramal, atlar, keçilər) ilə təmasda olduqda, yaxud onların dərisini, gönlərini, yununu emal etdikdə, çox nadir hallarda – xəstə şəxsədən keçir. Qara yara ilə əsasən heyvandarlıq fermalarının, sallaqxanaların, dəri-gön sənayesinin işçiləri xəstələnirlər. Yoluxma zədələnmiş dəridən (dəri forması), az hallarda – törədicinin sporlarını udduqda (ağ ciyər forması) və ya infeksiyalaşmış və yaxşı bişirilməmiş ətdən istifadə etdikdə mədə-bağırsaq yolu ilə (bağırsaq forması) keçir. Qara yaranın dəri formasının inkubasiya müddəti adətən 2-3 gün təşkil edir. Dəri prosesinin ən çox rast gəlmə lokalizasiyası – üz, boyun, əllərdir.

Klinik şəkil: törədicinin daxil olduğu yerdə qaşınan qırmızı ləkə əmələ gəlir ki, o da zirvəsində qovucuq olan papulaya çevrilir. Qovucuq içərisində qırmızı möhtəviyyatla dolu pustulaya çevrilir; pustula dəşilir və yerində qara rəngli nekrotik qartmaq əmələ gələrək periferiyaya doğru böyüyür. Qartmağın ətrafında qız qovucuqlar əmələ gəlir ki, onlar da eyni dəyişikliklərə məruz qalırlar. Nekroz ocağının periferiyası boyunca yumşaq toxumaların kəskin ödəmi inkişaf edir. Zədələnmə ocağında ağrı hissiyatı xarakterik deyil. Regionar limfa düyünləri böyüyür, bəzi hallarda isə irinləşir.

Xəstəliyin gedişi: qara yara ödəmi kəskin intoksikasiya, ağciyərlərin, bağırsağın, beyin qişalarının, endokardın zədələnməsi, az hallarda – septisemiya ilə təzahür edir.

Diaqnostikası xəstəliyin klinik əlamətlərinə, eroziyalardan götürülmüş yaxmalarda, qovucuqların möhtəviyyatında qara yara çöplərinin aşkar edilməsinə əsaslanmışdır; periferik qanda neytrofil leykositoz aşkar edilir.

Qara yararı karbunkul, qanqrenoz bərk şankr, qızılyel xəstəliyi, fleqmona ilə diferensiasiya edirlər.

Müalicə: benzatinbenzilpenisillin 2,4 mln vah. ə/d №3 ədəd 7 gündə 1 dəfə, və ya siprofloksasin 0,5 q dozada sutkada 2 dəfə daxilə 7-10 gün ərzində, yaxud penisillin 1 mln vah. sutkada 4 dəfə ə/d xora nahiyəsində ödəm itənə qədər, sonra ampisillin daxilə 0,5 q dozada sutkada 4 dəfə və ya oksasillin 0,5 q dozada sutkada 4 dəfə 7-10 gün ərzində təyin olunur. Həmçinin qara yara əleyhinə zərdab yeridilir, yerli olaraq antibiotiklərlə birgə məlhəm işlədilir.

Erizipeloid

Donuz qızılyel xəstəliyinin törədicisi (*Erysipelothrix rhusipathiae*) ilə törədilir. Erizipeloid əsasən heyvanların cəmdəyini, onların ətini və ət məhsullarını emal edən və əllərin dərisinin, bəzən isə digər sahələri zədələyən (kəsiklər, iti uclu sümüklə dəşmələr və s.) işçilər arasında inkişaf edir. Erizipeloidin dəri, dəri-oynaq və generalizə olunmuş formaları ayırd olunur.

Dəri formasının klinik şəkli: əllərdə, nadir hallarda – biləkdə, üzdə, aşağı ətraflarda eritematoz lövhəcik əmələ gəlir ki, o, sianotik rəngə çalır və periferiyaya doğru qabar-

mış valcılıq (nəlbəki şəklində) və infiltrasiyalıdır. Şəffaf və ya hemorragik möhtəviyyəti olan qovuqlar əmələ gəlir. Pustulizasiya, yüksək temperatur, titrəmə əlamətləri nəzərə çarpmır. Regonar limfadenit, limfangit mümkündür. Xəstəliyin davametmə müddəti 2-3 həftəyə qədər uzanır. Oynaq simptomatikası (artrit əlamətləri, ağrılı, xronik gediş zamanı – oynaqların deformasiyası) mümkündür.

Diaqnoz anamnez məlumatlarına, klinik şəklinə əsaslanaraq və törədicinin kulturasını əldə etdikdə qoyulur.

Qızılıyel xəstəliyi («alov dilləri», qovuqlar, intoksikasiya), dolama (panarisium, irinləmə əlamətləri), haqqı ekzema (sulanma əlamətləri) ilə diferensiasiya edirlər.

Müalicə: penisillin 1 mln vah. ə/d sutkada 4 dəfə 5-7 gün ərzində, yaxud eritromitsin 0,25 q daxilə sutkada 4 dəfə 5-7 gün ərzində təyin olunur.

Manqo (Sap)

Ağır infeksiyon xəstəlikdir. Manqo ilə xəstə heyvanlarla (atlar, uzunqulaqlar, qatır, zebra) təmasda olan şəxslər xəstələnirlər. Asiyada, Afrikada, Cənubi Amerikada rast gəlir. Törədicisi *Pseudomonas mallei* – qram-mənfi çöplərdir, Kox mikobakteriyalarına bənzəyir. İnsanın yoluxması xəstə heyvanlara qulluq etdikdə dəri örtüklərinin və selikli qişaların tamlığı pozulduqda baş verir.

Manqonun kəskin forması. Törədicinin daxil olduğu yerdə (üz, burun nahiyəsi, yuxarı ətraflar) 3-5 günlük inkubasiya dövründən sonra ağrılı kəskin iltihablı düyün əmələ gələrək tezliklə xoraya çevrilir və limfangit və regional limfadenitlərlə müşayiət olunur. Qızdırma, kəskin zəiflik, əzələ və oynaq ağrıları, mədə-bağırsaq pozğunluqları müşahidə edilir. Çoxlu sayda pustula, qovuqucuq, xoralaşan düyünlər meydana çıxır ki, onlar da təkcə dərinə deyil, həm də əzələləri zədələyir. Burunda əmələ gələn oxşar səpgilər tənəffüsü çətinləşdirir və tənəffüs yollarının selikli qişasına yayılır. Bronxopnevmoniya inkişaf etdikdə letal nəticə ilə başa çatır. Xronik formada düyünlər dəridə və daxili orqanlarda əmələ gəlir; prosesə ağciyərlər, oynaqlar, sümüklər də cəlb olunur. Düyünlər uzun müddət sağalmır, serpinqləşən xoraya çevrilir, fistullu yollar əmələ gəlir. Bu forma illərlə uzana bilər və dövrü şəkildə kəskinləşir. Prosesin növbəti aktivləşməsi nəticəsində ölüm baş verə bilər. Septik forma: çoxlu sayda nekrotik dəri absesləri, çoxlu polimorf səpgilər nəzərə çarpar; sinir sisteminin (meningitlər), oynaqların (artritlər) zədələnməsi daha çox qeyd olunur, hepatosplenomeqaliya baş verir, sinusitlər, faringitlər, pnevmoniya inkişaf edir. Letal nəticə 90% hallarda baş verir.

Diaqnostika: klinik-epidemioloji məlumatların; dəridəki səpgi elementlərindən hazırlanmış preparatlarda və qanda törədicinin aşkar edilməsinin; törədicinin kulturasının əldə olunmasının əsasında aparılır.

Furunkullarla, səpginin yayılması mərhələsində – təbii çiçək, pustulyoz və vezikul-yoz sifilidlərlə diferensiasiya edirlər.

Müalicə: xəstələrin izolyasiyası; sulfatiazol 1 q dozada daxilə sutkada 6 dəfə 25-30 gün ərzində; tetrasiklinlər, streptomitsin təyin olunur.

Profilaktika: baytarlıq nəzarəti, xəstə heyvanların aşkar edilməsi və məhv edilməsi;

xəstə şəxslərin izolyasiyası; sanitar mədəniyyətin yüksəldilməsi, şəxsi və ictimai profilaktika tədbirlərinin həyata keçirilməsi.

Tulyaremiya

Xronik yoluxucu xəstəlikdir. İsti ölkələrdə rast gəlinir. Törədicisi *Pasteurella tularensis* - qram-mənfi spor əmələ gətirməyən kokkobasillərdir, endotoksin ifraz edirlər. İnfeksiyanın yayılmasında gəmiricilər iştirak edirlər; bitlərin, birələrin, gənələrin dişləməsi zamanı ötürülür; yoluxma tənəffüs yollarından və həzm yolundan baş verə bilər. Periodik epidemik kəskinləşmələr qeyd olunur.

Klinik şəkil: törədicinin daxil olduğu yerdə adətən 1 həftə ərzində üzdə, boyunda, əllərdə nekrozlaşan və xoralaşan düyün əmələ gələrək kənarları yumşaq olan xoraya çevrilir. Xoranın əmələ gəlməsi limfangit və regionar limfadenit ilə müşayiət olunur. Limfa düyünləri irinləşərək deşilir (yaxud bərkiyir və böyüyürlər) və fistullar əmələ gətirir. İrinləyən düyünlər limfangit boyunca əmələ gələ bilər. Xəstəliyin əvvəlində titrəmə, qızdırma, baş ağrısı nəzərə çarpar. Xarakterik tulyaremidlərin - çoxformalı eksudativ eritemanı xatırladan simmetrik polimorf səpgilərin yaranması səciyyəvidir. Tulyaremiyanın xoralı-vəz formasından başqa, göz-bubon, angioz-bubon, vəz, ağciyər və generalizə olunmuş (törədicinin daxil olduğu yerdə birincili xora yaranmır) formaları da rast gəlinir. Tulyaremiyanın bu müxtəlif formalarında ümumi toksik əlamətlər və yayılmış toksik-allergik səpgilər daha çox nəzərə çarpar.

Gedişi: xroniki, əsas etibarilə xoşxassəlidir; letal nəticələr isə vəz formasının ağır gedişində mümkündür.

Diaqnostika: klinik-epidemioloji məlumatlara, patoloji materialda *Pasteurella tularensis* –in identifikasiyasına; tulyarin ilə qoyulan müsbət dəri daxili sınağa əsaslanır.

Differensial diaqnoz bərk şankr, qara yara, sporotrixoz, dərinin kollikvativ vərəmi ilə aparılır.

Müalicə: diri bakterial vaksin; streptomitsin 1 kq bədən çəkisinə 7,5-10 mq dozada hər 12 saatdan bir 7-10 gün ərzində təyin olunur; həmçinin tetrasiklin, makrolidlər, levomisetin (2 həftə ərzində orta terapevtik dozada) tətbiq olunur; yerli olaraq – tərkibində antibiotiklər olan kombinə olunmuş steroid məlhəmlər, isti təsirli fizioterapevtik prosedurlar; irinli limfadenitlər zamanı cərrahi müdaxilə həyata keçirilir.

Profilaktika: xəstələrin vaxtında aşkar edilməsi, izolyasiyası və müalicəsi; su və qida məhsullarının zərərsizləşdirilməsi; endemik ərazilərdə əhəlinin quru tulyaremiya vaksini ilə peyvəndlənməsi. Epizootiyalar zamanı gəmiricilərin məhv edilməsi; profilaktik baytarlıq nəzarətinin aparılması həyata keçirilir.

TROPİK MİKOZLAR

İsti ölkələrdə olduqca geniş yayılmışlar, çünki orada:

- yüksək temperatur və rütubətli hava vardır ki, bu da termostat şəraiti yaradır;
- çoxlu sayda bitkilərin olması və onların saprofit göbələklərlə yoluxmaları;
- əhalinin müxtəlif baş geyimlərindən istifadə etmələri;
- ənənəvi olaraq saçlara müxtəlif yağlar, turş tərkibli məhsullar sürtülməsi;
- əhalinin sanitar mədəniyyətinin aşağı səviyyədə olması.

Tropik ölkələrdə göbələk xəstəlikləri üçün aşağıdakı cəhətlər səciyyəvidir: yerli əhalinin və gəlmə şəxslərin yoluxma tezliyinin yüksək olması, yüksək kontagiozluq (yoluxduruculuq), zədələnmələrin geniş sahəni əhatə etməsi, xəstəliyin uzun müddət davam etməsi.

Keratomikozlar

Kəpəklənən dəmrov

Mülayim iqlimli ölkələrdə yaşayanlarla müqayisədə tropik ölkələrdə daha çox təsadüf edilir. Ayrı-ayrı ölkələrdə (Venesuela, Qviana və s.) əhalinin 50%-ə qədəri bu prosesə yoluxmuşdur. Tipik lokalizasiya yerlərindən başqa, aşağı və yuxarı ətraflar, üz də zədələnilir. Ağımtıl, çoxlu qabıq verən ləkələrin yaranması və sonralar bu sahələrdə axromiyanın inkişaf etməsi səciyyəvidir.

Kirəmitşəkilli mikoza (xronik fiqurlu dermatomikoz, tropik ixtioz, Tokelo və s.) Yüksək rütubətli tropik ölkələrdə yayılmışdır. Törədici *Trichophyton concentricum* hesab edilir. Yoluxma xəstə və onun məişət əşyaları ilə təmasda olduqda baş verir. Əsas etibarilə böyüklər xəstələnilirlər. Adətən üz, ovuclar, ayaqların alt tərəfi, iri büküşlər, dırnaqlar, tüklər istisna edilməklə, gövdə, ətrafların açıq səthləri, sağrı və bədənin digər sahələri zədələnilirlər.

Klinika: bədəndə çoxlu sayda açıq-qəhvəyi (qəhvəyi) və ya ağımtıl ləkələr əmələ gəlir ki, onlar da eksentrik böyüyən, qabıqverən, sonra isə mərkəzdə rəngsizləşən, sallanan pulcuqlar halqasını (qabıqlanma halqası) yaradırlar ki, bu da balığın pulcuqlarını və ya kirəmitli damı xatırladır. Klinik əlamətlər kəskin nəzərə çarpdıqda dəri sanki naxışlarla bəzənmiş kimi görünür ki, bu da səhra barxanlarını xatırladır.

Müxtəlif intensivliyə malik qaşınma, impetiginizasiya, ekzematizasiya, müvəqqəti limfangitlər və limfadenitlər səciyyəvidir. Mikoza uzun müddət, illərlə davam edir.

Diaqnostika: tipik klinik şəkil, pulcuqlarda sporlu şaxələnən miselinin tapılması; əkdikdə *Trichophyton faviforme* xatırladan koloniyalar inkişaf edir.

Müalicə: sistem və yerli antimikotiklər, keratolitik məhlul və məlhəmlərdən istifadə edilir. Residivlərin qarşısını almaq məqsədilə həddən artıq tərlənməmək üçün tədbirlər, həmçinin şəxsi gigiyena qaydalarına əməl edilməsi lazımdır.

Şimberi

Klinik əlamətlərinə görə kirəmitşəkilli mikrozu xatırladır, lakin əsasən dəri prosesi üz, boyun, yuxarı ətraflarda lokalizasiya edir, az hallarda gövdədə və aşağı ətraflarda

yerləşir. Törədiciyin Endodermophyton Roquettei Fonseca olması güman edilir. Adətən bədənin gigiyenasını gözləməyən, həddən artıq tərləyən və yanaşı gedən infeksiya-parazitar xəstəlikləri olan böyüklər xəstələnirlər.

Klinik şəkil: qeyd olunan sahələrdə xırda qeyri-iltihabi, bozumtul-qonur rəngli, azacıq qabıqlanan ləkələr əmələ gəlir ki, onlar da periferiyaya doğru sürətlə böyüyürlər və oval və ya dairəvi ləkələr (mərkəzində cüzi hipopiqmentasiyalı, kirəmitşəkli mikoz üçün xas olan konsentrik kokarda əmələ gətirmədən) şəklini alırlar. Dırnaq plastinkalarının zədələnməsi (tutqunlaşması, deformasiyası, asanlıqla ovulması) də mümkündür. Diaqnozu qoymaq üçün favusun törədiciyini xatırladan koloniyaların böyüməsinin kultural təsdiqi lazımdır.

Müalicə: «Kirəmitşəkli mikoz» da olduğu kimidir.

Qara dəmrov

Dərinin səthi göbələkşəkilli zədələnməsi olub, adətən ovuclarda və ayaqların altında qabıqlanmayan tünd-qəhvəyi və ya qara rəngli ləkələrin yaranması ilə təzahür edərək subyektiv hissiyyat yaratmır. Xəstəlik kontagiozdur. Törədiciyi kif göbələyi Exophiala werneckii-dir. Xəstəliyin inkişafına əlverişli şərait yaradan amillər: tropik iqlimdir. İnkubasiya dövrü bir neçə həftədən bir neçə illər davam edir. Ovucların və əl barmaqlarının yan səthlərinin dərisi, həmçinin ayaqların altı prosesə cəlb olunur.

Klinik şəkil: göstərilən sahələrdə xırda qonur və ya qara ləkələr əmələ gəlir, onlar tədricən periferiyaya doğru böyüyərək və daha iri ocaqlar şəklində birləşirlər, polisiklik sərhədlər əmələ gətirirlər. Ləkələr sahəsində dərinin qabıq verməsi adətən lupa vasitəsilə müayinə zamanı aşkar edilir.

Diaqnostika: klinik şəklin, mikroskopik və kultural müayinənin əsasında aparılır. Differensial diaqnoz melanoma, piqment nevusları, lentiqo ilə aparılır.

Müalicə: yerli antimikotiklərdən istifadə olunur.

Profilaktika: dispanser müşahidəsi həyata keçirilir.

Tropik ağ dəmrov

Tropik ağ dəmrov əsasən ətraflarda simmetrik polimorf səpgilərin yaranması ilə səciyyələnir, reqressiyadan sonra qeyri-hamar və ya qəribə formalarda kifayət qədər davamlı piqmentasiya sahələri qalır. Törədiciyin Trichophyton albicans Niewenhuis olması güman edilir.

Xəstəliyin inkişafına əlverişli şərait yaradan amillər: bədən gigiyenasına əməl olunmaması, yüksək tərləmə, dərinin maserasiyası, iqlimin yüksək rütubətli olması. Çox vaxt Cənub-Şərqi Asiya ölkələrinin əhalisi xəstələnir.

Klinik şəkil: ovuclarda, dabanlarda, baldırlarda, az hallarda said nahiyəsində qa-

şınan eritematoz-papulyoz səpgilər əmələ gəlir, onlar sürətlə seroz-irinli mövhtəviyyəti olan qovucuqlara çevrilirlər. Pustulyoz elementlərin böyük qismi dəşilir, soyulan epidermisin ağımtıl periferik kənarları olan eroziyalar əmələ gətirirlər. Elementlər bu şəkildə uzun müddət (aylar, illər) qala bilər. Səpgilərin ləng reqressiya prosesi xırda depiqmentasiya sahələrinin yaranması ilə müşayiət olunaraq birləşir və polisiklik sərhədlərə malik ocaqlar əmələ gətirirlər – onlar da dərinin qara fonunda ala-bəzək şəkli alırlar. Kseroz halları, hiperkeratoz ayaqların altında uzun müddət sağalmayan çatların yaranmasına səbəb olurlar. Dırnaq lövhəciklərinin zədələnməsi də mümkündür.

Müalicə: sistem antimikotikləri; kəskin pustullaşma zamanı antibiotikoterapiya, yerli olaraq – rəngləyici maddələrin (anilin boyları) applikasiyası təyin edilir.

Proqnoz: qənaətbəxşdir; axromiya ocaqları davamlı xarakter daşıyır.

Tropik sarı dəmrov

Əsasən üz, boyun dərisini ala-bəzək sarımtıl-qəhvəyi qaşınan elementlər şəklində zədələyən səthi mikozdur. Törədici - Hormodendron Fontoyonti. Hind-Çində, Seylon adalarında, Braziliyada, Kubada, bəzi hallarda – Afrika qitəsində rast gəlir. Darısqal mənzil şəraitində yaşayan böyüklər və uşaqlar xəstələnilir. Uşaqlar üçün kontagiozdu.

Klinik şəkil: üzdə, boyunda, bəzən isə döşdə xırda qaşınan narıncı-sarı rəngli ləkələr meydana çıxaraq polisiklik sərhədlərə malik daha iri, ləkəli elementlər şəklində birləşirlər. İri ləkələrin ətrafında qız elementləri yaranaraq əsas elementlərlə birləşir və disk şəklində düzgün sərhədlərə malik daha iri ocaqlar əmələ gətirirlər. Ləkə elementlərinin təkamülü nəticəsində sarımtıl-narıncı çalarlı depiqmentasiya sahələri qalır.

Müalicə və profilaktika: «Kirəmitşəkilli mikoz»da olduğu kimidir.

Proqnoz: qənaətbəxşdir.

Pyedra (düyünlü trixosporiya)

Göbələk xəstəliyi olub, tükün üzərində xırda çox bərk düyüncüklərin yaranması ilə səciyyələnir. Törədici: Trichosporon piedraia hortai (qara pyedra), Trichosporon giganteum, Trichosporon cerebriforme və s. (ağ pyedra) kif göbələkləridir. Xəstəliyin inkişafına əlverişli şərait yaranan amillər: tropik iqlim, saçların gigiyenasına əməl olunmaması, onların un və şəkər tozu ilə çirklənməsi, saçlara bitki yağlarının sürülməsi, başın turş tərkibli maddələrlə yuyulması, saçları sıxan kip baş geiymlərinin, sarğıların geyinilməsi, sancaqların, broşkaların və s. istifadə olunması.

Yoluxma yolları: xəstəlik yuxarıda qeyd olunan şəraitdə inkişaf edir.

Gedişi: müalicə aparılmadıqda aylar və illərlə uzana bilər.

Ən çox rast gələn lokalizasiya: əsasən başın tüklü hissəsinin dərisi.

Klinik şəkil: başın tüklü hissəsi nahiyəsində tüklərdə, az hallarda saqqal və bığ nahiyəsində çoxlu sayda (30-50 və daha çox) xırda (0,1-0,2 mm) daş kimi bərk iyvari, oval və ya nahamar formada, saçları mufta şəklində (3-5 mm) əhatə edən və onun səthinə bərk yapışmış düyüncüklər əmələ gəlir. Düyüncüklər lupa altında daha yaxşı görünür. Düyüncüklərin rəngi açıq-qəhvəyi, qırmızımtıl-qəhvəyi və ya qara rəngdədir. Subyektiv hissiyyat adətən olmur.

Diagnozika: düyüncüklərin lokalizasiyası və xarakterik bərk olmasına əsasən qoyulur. Mikroskopiya zamanı miseli sapları şəklində göbələk elementləri və mozaik yerləşmiş sporlar aşkar edilir. Saburo mühitində Achorion (trichophyton) Schonleinii kultura-sını xatırladan koloniyalar bitir.

Differensial diaqnoz: yalançı pyedra və baş bitlərinin sirkələri ilə aparılır. Yalançı pyedra bakteriyalar tərəfindən törədilir, onun differensial diaqnostikasında kultural müayinə aparmaq lazımdır. Baş bitlərinin yumurtaları (sirkələri) bozumtul-ağ rəngdə olub tüklərə kip yapışırlar. Xəstəlik güclü qaşınma, sıyrıntıların yaranması ilə müşayiət olunaraq vulqar impetiqo, follikulitlər, bəzən furunkullarla ağırlaşır.

Müalicə: saçların qırılması, yerli antimikotiklərin məhlulları, kremlər, məlhəmlər, aerezollar, şampunlar şəklində tətbiq olunur.

Profilaktika: dermatoloqun məsləhəti, saçlara düzgün quluq göstərilməsi üzrə kosmetoloqun məsləhəti.

Qoltuqaltı trixomikoz

Psevdomicozlara aiddir. Qoltuqaltı nahiyənin və qasıq nahiyəsinin tüklərinin kutikulasının bakterial zədələnməsidir, dəri zədələnmələrinin əlamətləri olmadan düyüncüklərin yaranması ilə müşayiət olunur. Törədici Nocardia (corynebacterium) tenuis Castellani çox vaxt piqment əmələ gətirən kokklarla birgə rast gəlir.

Xəstəliyin inkişafına əlverişli şərait yaradan amillər: həddən artıq tərləmə, gigiyena qaydalarının gözlənilməməsi.

Yoluxma yolları: xəstə şəxsdən, onun alt paltarları və məişət əşyaları ilə.

Gedişi: müalicə tədbirləri aparılmadıqda xronik sürür.

Ən çox rast gəlin lokalizasiya: qasıq və qoltuqaltı nahiyənin tüklərinin kutikulası.

Klinik şəkil: tüklərin üzərində sarı, bəzən qırmızı və ya qara rəngli, yumşaq konsistensiyalı düyüncüklər aşkar edilir. Düyüncüklər birləşir və tükləri örtük kimi bürüyür; toxunduqda onların selikli (kokkivari basillyar mikroorqanizmlərdən ibarətdir) olduğu görünür. Tüklər tədricən kövrəkləşir, qırılır, bir-biri ilə yapışır, tərlə və xəstənin paltarı ilə qarışır.

Histopatologiya: Epidermis və dermada dəyişiklik yoxdur.

Diaqnostika: pyedra, trixoreksis, moniletriks, qasıq və paltar bitləri ilə aparılır.

Müalicə: tüklərin qırılması, zədələnmə ocaqlarının 0,1%-li süleymani məhlulu, 2%-li formalin və 700–li spirt, 2%-li salisil spirti, 1%-li yod məhlulu ilə işlənməsi.

Profilaktika: şəxsi gigiyena qaydalarının gözlənilməsi, həddən artıq tərləmə ilə mübarizə.

Epidermomikozlar

Rubrofitiya tropiklər və subtropiklər şəraitində tüklər də cəlb olunmaqla dəri örtüyünün yayılmış, bəzən universal zədələnməsi ilə səciyyələnir.

Trixofitiya isti ölkələrdə olduqca geniş yayılmışdır. Təkcə uşaqlar deyil, həm də böyüklər də xəstələnilirlər, onlarda tək hamar dəri deyil, həm də başın tüklü hissəsi zədələnilir. Xəstəlik bir sıra hallarda torpid gedişi ilə fərqlənir və müalicəyə çətin tabe olur.

Dərin generalizə olunmuş trixofitiya – xronik trixofitiyanın bir forması olub patogenezinə və klinik əlamələrinə görə dərin tropik mikozlara oxşardır. Cinsi yetkinlik dövrünə qədər dəridə yayılmış mikotik prosesin eritrodermiyaya keçməsi, ovucların və ayaqların altının kəskin hiperkeratozu, başın tüklü hissəsinin zədələnməsi, onixomikozların olması ilə fərqlənir. Cinsi yetkinlik dövründə dərinde yerləşmiş toxumaların və daxili orqanların qranulematoz zədələnmələri, septisemiya müşahidə olunur, ensefalitlər və meninqoensefalitlər, dabanların misetoması, limfa düyünlərinin, qaraciyər və dalağın zədələnməsi nəzərə çarpır. Zədələnmiş toxumalardan əsasən *Tr.violaceum*, *Tr. Schonleinii* aşkar edilir.

Favus çox vaxt yayılmış xarakter kəsb edir. Xəstələnmə halları çox yüksəkdir, trixofitiya səviyyəsində olur.

Mikrosporiya adları çəkilən epidermomikozlarla müqayisədə az rast gəlir, xoşxassəli gedişi ilə fərqlənir.

Kandidozlar. Ən çox rast gələn törədici – *Candida tropicalis* dəridə, selikli qişalarda, daxili orqanlarda aşkar edilir. Mülayim iqlim qurşaqlarının sakinləri ilə müqayisədə tropik ölkələrdə kandidozların yayılmasına iqlim şəraiti əlverişli təsir göstərir.

Kif göbələkləri isti ölkələrdə kifayət qədər tez-tez rast gəlir və kif göbələkləri - *Aspergillus*, *Penicillium*, *Acremonium*, *Nocardia*, *Cladosporium* və s. tərəfindən törədilir.

Dərin mikozlar – xronik və davamlı sürən mikozlardır, dərini, selikli qişaları, dərialtı toxumanı və dəridə yerləşmiş toxumaları, daxili orqanları, bəzən MSS-ni zədələyirlər. Çox vaxt Cənubi Amerika blastomikozu, misetoma, sporotrixoz, koksidioidoz, histoplazmoz rast gəlir.

SPESİFİK DERMATOZLARIN GEDİŞİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Dəri leşmaniozu

İsti orta illik temperaturu iqlimə malik müxtəlif regionlarda özünəməxsus klinik-epidemioloji xüsusiyyətləri vardır.

Amerika leşmaniozu (braziliya, dəri-selikli, uta, espundiya, meşə frambeziyası, çikler). Törədicisi *L.cutis Americana*. Dərinin zədələnməsi ilə yanaşı, prosesə çox vaxt

dodaqların, burunun, ağzın, udlağın, qırtlağın, uşaqlıq yolunun selikli qişası da cəlb olunaraq zədələnir və özünəməxsus simptomatika ilə inkişaf edir. Qıgırdaq və sümük multilyasiyası aşkar edilir ki, onlar da şikəstliyə səbəb olur.

Sudan (Misir) dəri leşmaniozu (törədici – *L. nilotica*). Adətən bədənin açıq sahələrində hünülərin sancmasından sonra əmələ gələn elementlər lentikulyar papula xarakterində olurlar, onlar çox tezliklə (1-2 aydan sonra) göyümtül-qırmızı iltihabi haşiyəsi olan ağırlı düyünlərə (nadir hallarda xoraya) çevrilirlər. Sonra düyünlərin ətrafındakı perifokal iltihab tədricən itir, elementlər qabıqlanma ilə bərabər geriye sorulmağa başlayırlar. Düyünlərin residivləşən bərkiməsi xarakterdir və onların yerində adətən keloid şəkilli şişəbənzər törəmələr əmələ gəlir. Keloidşəkilli düyünlər heç bir subyektiv hisslər yaratmadan uzun müddət qala bilər. Xəstələrin ümumi əhvalı adətən pis deyildir, limfa sistemi prosesə cəlb olunmur; selikli qişaların nadir hallarda zədələnməsi toxumaların dağılmasına və onların deformasiyasına səbəb olur.

Dəri leşmaniozunun digər formaları: efiop (həbəş, 2-3 il ərzində); cüzamabənzər (Boliviya, Venesuela) cüzam zamanı əmələ gələn diffuz dəri infiltratlarını xatırladır.

Cüzam

Xəstələrin əksəriyyəti Hind-Çin, Asiya, Latın Amerikasına ölkələrində, Afrika qitəsində qeyd alınır. Klinik şəkil və gedişi xəstəliyin təsvir olunmuş «klassik» əlamətlərinə müvafiqdir. Endemik zonalarda spesifik diaqnostik metodlardan və testlərdən istifadə etməklə cüzamlı xəstələrin erkən aşkar edilməsi mühüm rol oynayır.

Dəri vərəmi

Vərəm qurdeşənəyi daha xoşxassəli gedişə malikdir; çox vaxt dəri vərəminin ziyilvari forması rast gəlinir.

PROTOZOY XƏSTƏLİKLƏRİ ZAMANI DƏRİNİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Tripanosomozlar

Bu protozoy xəstəlik zamanı limfa və sinir sistemi zədələnir, başlanğıc dövrdə müəyyən dəri simptomları və əlamətləri təzahür edir. Afrika və Amerika tripanosomozu ayırd olunur. Afrika tripanosomozunun (yuxu xəstəliyi) törədicisi *Trypanosoma gambiense* və *T. brucei rhodesiense* sayılır. Sahibləri – onurğalı heyvanlar, insandır; keçiricisi - *Glossina* cinsli (Tse-tse milçəyi) milçəklərdir. Amerika tripanosomozunun törədicisi (Şaqas xəstəliyi) *T. Cruzi* –dir. Sahibləri – onurğalı heyvanlar, insandır; keçiricisi – triatom taxtabitiləridir.

Afrika tripanosomozu

Tse-tse milçəyi sancağından sonra tripanosoma şankrı– qırmızı rəngli yastı ağırlı düyün əmələ gəlir ki, o diametri 1-3 sm olan mumabənzər zona ilə əhatə olunaraq limfangit və limfadenit ilə müşayiət olunur və bir neçə gün ərzində sağalır. Sonralar gövdədə üzükvari və ya polimorf eritema şəklində efemer səpgilər, düyünlü qaşınan səpgilər əmələ gəlir. Xəstəliyin son mərhələsində boynun arxa ucbucağı nahiyəsində böyümüş limfa düyünləri (Winterbottom simptomu) asanlıqla əllənir ki, bu da yuxu xəstəliyinin (letargiyanın) və xəstənin tələf olmasının ilkin əlaməti sayılır.

Diaqnoz: qanda, limfa düyünlərinin punktətında və bioptatlarda törədiciyin aşkar edilməsinin; xəstənin qanı ilə dəniz donuzlarının yoluxdurulmasının əsasında qoyulur.

Müalicə: böyüklərə – suramin v/d 1 q dozada xəstəliyin 1, 3, 7, 14, 21-ci günü (0,1-0,2 q ilə sınaq qoyduqdan sonra); uşaqlara – 20 mq/kq və ya pentamidin – ə/d 10 ineksiya (1 ineksiyaya 4 mq/kq olmaqla) 10-20 gün ərzində təyin olunur.

Amerika tripanosomozu

Tripanosomaların dəriyə daxil olduğu yerdə (adətən 1 həftədən sonra) «şaqqoma» əmələ gəlir – tünd qırmızı rəngli limfangit və regionar limfadenit ilə müşayiət olunur. Törədici gözün selikli qişasından daxil olduqda konyunktivit və göz qapaqlarının, üzün, alnın, gicgah nahiyəsinin ödemi (Romanyi simptomu) inkişaf edir, parazitar zobun yaranması da mümkündür. Dəridə xırda ləkəli səpgilər əmələ gələ bilər ki, onlar da 3 həftəyə qədər qalırlar. Ürək çatmamazlığı, hepatosplenomeqaliya meydana çıxır; meninqoensefalitlərin inkişaf etməsi xəstənin ölümünə səbəb olur.

Müalicə: kəskin mərhələdə - nifurtimoks sutkada 8-10 mq/kq gündə 4 dəfə 4 ay ərzində daxilə, yaxud benznidazol – sutkada 5 mq/kq daxilə gündə 2 dəfə 2 ay ərzində təyin olunur.

Malyariya

Törədiciyə - 4 növ plazmodilərdir (P. Vivax, P. Malariae, P. Falciparum, P. Ovale). Xəstəliyin mənbəyi- xəstə insandır (parazitgəzdirci). Xəstəliyi yoluxdurən isə- Anopheles cinsindən olan ağcaqanadlardır.

Çox zaman universal qaşınma və dəri quruluğu (kseroz), ağır gediş zamanı uzun və ətrafların, bəzən bütün bədənin ödemi müşahidə olunur. Bu xəstəlik üçün “malyariya ləkələri” xarakterdir, belə ki, törədiciyin toksinlərinin damar divarına təsiri nəticəsində hemorragik sindrom əlamətləri- dəri və selikli qişalarda hemorragik ləkələr, burundan, ağızdan, udlaqdan qan gəlməsi müşahidə oluna bilər. Reyno xəstəliyi, akroasfiksiyanı xatırladan əlamətlər, düyünlü eritema tipində gedən herpesşəkilli səpgilər, tük və dırnaqların distrofik dəyişiklikləri, dəri və selikli qişaların disxromiyası, açıq sahələrdə pel-laqroid dermatiti (“malyarikin maskası”), mümkün piodermiyalar, abseslər, aşağı ətrafın qanqrenası da qeyd olunmuşdur.

Diaqnoz: qanda törədiciyin tapılmasına əsasən qoyulur.

Müalicə. Malyariya əleyhinə və ümumi möhkəmləndirici preparatlar.

Toksoplazmoz

Törədiciyi- Toxoplasma gondii-dir. İnsan ev heyvanlarından qida yolu ilə (inək, donuz, dovşan, pişik) və qida məhsulları vasitəsilə yoluxur. Dəri örtüyü tərəfindən aşağıdakılar qeyd olunur: damar və hemorragik ləkələr, düyünlər, vezikulalar, köpüşüklər, skarlatinayabənzər qabıqlanma, torlu livedo, keçəllik, generalizə olunmuş limfadenopatiya, əzələ bərkimələri (kalsifikatlar).

Diaqnoz: klinik əlamətlərin olması, biopstatın histoloji müayinəsinin , qanın yaxmalarının mikroskopiyasının, limfa düyünlərinin punksiyasının nəticələrinə, seroloji müayinələrin (PZR, KBR, boyayıcı ilə reaksiya) cavablarına əsasən qoyulur, həmçinin toksoplazminlə dəri daxili sınaq da aparılır.

Müalicə: daha çox pirimetamin(tindurin, xloridin) sulfanilamid preparatları ilə birgə işlənir: pirimetamin 0.1-0.2 q gündə iki dəfə 2 gün ərzində, sonra 0.025 q. daxilə gündə bir dəfə 4-5 həftə ərzində; sulfadiazin sutkalıq 4-6 qram gündə 4 dəfə 4-5 həftə. Son illər qanyaranmanın zəifləməsinin profilaktikası kimi pirimetamini (birinci sutka 0.2 q, sonra 0.1 q gündə bir dəfə) klindamisin (0.45q daxilə gündə 3 dəfə və ya 0.6q venadaxili gündə 4 dəfə) və kalsium folinatla(0.01 q daxilə gündə bir dəfə) birgə təyin etməyi məsləhət görürlər.

Dəri amöbiozu

Törədiciyi- Entamoeba histolytica-dır. Adətən ikincili proses kimi qaraciyər absesi, bağırsaqdan törədiciyin autoinokulyasiyası və ya infeksiya materialı ilə birbaşa kontakt nəticəsində inkişaf edir. Perianal və aralıq nahiyələrində, sağrıda, nadir hallarda ayaq və gövdədə, üzdə serpiqinoz eroziya və xoralar əmələ gəlir. Xoralar dərin, az ağrılı, kənarları qaralmış, nekrotik dibli və xoşa gəlməz qoxulu olur. Elementlər iki il və daha artıq qala bilirlər.

Diaqnoz: klinik şəkil, törədiciyin nəcisdə, biopstatlarda və aspirasyon mayedə tapılmasına əsasən qoyulur.

Müalicə: metronidazol (tinidazol), yodoxinol, diloksanid furoat, paromomisin (monomisin, aminoizidin), tetrasiklinlər, dihidroemetin.

Helmitlər tərəfindən törənən dəri zədələnmələri

Şistosomozlar (bilqarsioz)

Bağırsaq, dəri və urogenital traktı zədələyən Schistomatidae ailəsindən olan sorucu qurdların bir neçə növü tərəfindən törədilir. Şistosomatoid (serkarial) dermatit hərəkətli sürfələrin (serkariyələrin) insanın dəri və selikli qişalarına çirklənmiş su hövzələrindən keçir. Allerqodermatozlar tipində gedir (ödemli eritema sahələri, köpüşüklər, qovuquqlar, qaşınma, lixenoid papullar), bəzən impetiginizasiya, ektima ilə ağırlaşır. Güclü ümumtoksik reaksiya ilə şistosomatidli eritrodermiyanın inkişafı da mümkündür. Serkariyələr ilə təkrar kontakt zamanı sensibilizasyon dermatit əlamətləri təşəkkül tapır.

Sidik-cinsiyyət şistosomozu tropik ölkələrdə geniş yayılmışdır. İnsan orqanizminin helmint metabolitləri ilə, proteolitik fermentləri ilə, helmitlərin özlərinin, onların yumurtalarının, konkretlərinin mexaniki təsiri ilə şərtləndirilir. Cinsi yetişkən formaların qapı və sidik kisəsi venalarında yetişməsi ümumtoksik reaksiyalarla, sonradan isə qaraciyər və dalağın böyüməsi ilə müşayiət olunur. Ağrılı və tezləşmiş sidiyəgetmə aktları, terminal, sonra total hematuriya əlamətləri meydana çıxır. Sonrakı simptomatika sidik-cinsiyyət orqanlarının divarının iltihabı, eroziyaların, xoraların (şistosomatozlu qabarcıqlar- törədiciyin yumurtalarının yığılması), sidik kisəsində papillomatoz törəmələrinin

waranması, sidik kisəsi, sidik axarları divarlarının kalsifikasiyası ilə əlaqədardır.

Ağrılarları: qadınlarda - xarici cinsiyyət orqanları, uşaqlıq boynu və uşaqlıq yolunda papillomatoz törəmələr, menstrual siklin əhəmiyyətli pozğunluqları, sonsuzluq. Kişilərdə - epididimit, prostatit, vezikulit, oliqozospermiya. Hər iki cinsdə - cinsi orqanların psevdoelefantiazi, yumurtaların görmə orqanına, MSS-nə salınması, ağ ciyər arteriyasının emboliyası, cinsi orqanların xərçəngi müşahidə olunur. Uşaqlarda əqli və fiziki inkişafın ləngiməsinə təsadüf olunur.

Diaqnostika: klinik şəkil, sistoskopiya, uroqrafiya, şistosom yumurtalarının sidikdə tapılması, endovezikal biopsiya, KBR, allerqosinaqların qoyulması.

Müalicə: prazikvantel 20mq/kq 4 saatdan bir (2 qəbul) və ya oksamnikvin- 15mq/kq birdəfəlik; ümumi möhkəmləndirici və simptomatik vasitələr. Kontrol müalicədən sonrakı 5-6 ay ərzində aparılmalıdır; immunoloji reaksiyalar spesifik terapiyadan ən azı 3 ay sonra mənfilsir.

Profilaktika: endemik zonalarda xəstələrin kütləvi müayinə və müalicəsi; düyü plantasiyaları və su hövzələrində sanitar texniki tədbirlər; quyu və ayaqyoluların tikilməsi, insan ekskrementlərinin zərərsizləşdirilməsi; məişət sanitar-gigiyenik şəraitin yaxşılaşdırılması; serkarilərin sidik-cinsiyyət orqanlarına və ətraflara düşməsinin qarşısını alan xüsusi paltar və geyimin geyilməsi.

Dəri sistiserkozu

İsti ölkələrdən əlavə, xəstəliyə mülayim iqlimli ölkələrdə də rast gəlmək olur. Pis emal olunmuş ev heyvanlarının əti vasitəsilə orqanizmə daxil ola bilər. İt və pişiklərdən, yuyulmamış, helmint yumurtaları ilə yoluxmuş meyvə və tərəvəzlərdən də yoluxmaq olar. İnsan orqanizminə daxil olub (aralıq sahib) öz inkişaf tsikllərini edərəkən sistiserklər əzələ, dəri və dərialtı toxuma, baş beyin, görmə orqanında rast gəlinə bilər. Gövdənin dərisində, bəzən başqa yerlərdə də parazit ətrafında tək- tək və ya çoxlu miqdarda yumru və ya oval formalı, hərəkətli, bərk konsistensiyalı, ağrısız, uzun illər qala bilən şişəbənzər törəmələr formalaşır. Tədricən düyünlər sorula bilər və ya onların yerində fibroz və kalsifikasiya inkişaf edə bilər.

Diaqnostika: biopsiya və ya düyünün punktətında skoleks və tipik sistiserk qarmaqları tapılır; dəri testləri və KBR aparılır.

Müalicə: teniarinxoz- prazikvantel 20 mq/kq daxilə birdəfəlik və ya niklozamid, fenasal, dixlosal, trixlosal, balqabaq tumu, ayıdöşəyi ekstraktı; tenioz- prazikvantel 5 mq/kq daxilə birdəfəlik və ya niklozamid.

Tək- tək elementlərin açılması, içərisindəkinin səliphə ilə xaric edilməsi (əks təqdirdə dərinin qonşu sahələrinə disseminasiya baş verə bilər).

Exinokokkoz

Törədiciləri qaraciyər və ağciyərləri zədələyən Echinococcus granulosus-dur. Sistlər

dəridə müxtəlif ölçülü qeyri-iltihabi, yumşaq, hərəkətli və ağrısız düyünlər əmələ gətirir. Düyünlər bir neçə il qaldıqdan sonra petrifikasiyaya məruz qalırlar.

Müalicə. Albendazol 0.4 mq daxilə qida ilə, 28 gün. PAİR metodikası: Punksiya, kistanın daxilinin aspirasiyası, skolisid agentin (hipertonik məhlulun) inyeksiyası, reaspirasiya.

Profilaktika prazikvantel preparatı ilə.

SPARQANOZ (DİFİLLOBOTRİOZ)

İnsanın dərisi, dərialtı toxuması və əzələlərində enli lent qurdunun yumurtaları (pleoserkoidləri) tərəfindən törənən helmintozdur. Yoluxma tərkibində proserkoidlər olan qaynanmamış suların istifadəsi və müalicəvi məqsədlə dəriyə yoluxmuş quş və donuz ətinin qoyulması zamanı baş verir. Zədələnmə ocaqlarında şişkin, mərkəzində hərəkət edən lentvari qurdun sürfələri olan ağırlı düyünlər olur ; çoxlu abseslər və septisemiyalar da mümkündür. Sürfələr məhv olandan sonra aydın nəzərə çarpan iltihab və toxumanın destruksiyası saxlanılır, eozinofiliya xarakterikdir. Ətrafların limfa damarlarının zədələnməsi zamanı məhdud fillik əlamətinin meydana gəlməsi mümkündür.

Müalicə. Prazikvantel 10mq/kq daxilə birdəfəlik, niklozamid (vomesan) 2 q birdəfəlik, müalicə ərafəsində və müalicə günü yüngül həzm olunan qidalanma təklif edilir.

ASKARİDOZ

Əsasən uşaqlarda rast gəlinir. Orqanizmdə insan askaridinin (*Ascaris lumbricoides*) parazit həyat sürməsi nəticəsində baş verir; helmintoz hər yerdə rast gəlinir. Klinik təzahürləri orqanizmin allergizasiyasının dərəcəsiindən asılıdır. Yoluxmanın başlanğıc mərhələsində dəri təzahürləri çoxlu köpüşüklərlə, bəzən vezikullarla və güclü qaşınma, sonrakı dövrdə isə residivləşən övrə, dərinin quruması, onun yüngül kəpəklənməsi, mərkəzəqaçan eritema elementləri ilə xarakterizə olunur.

Müalicəsi. Albendazol, 0.4 q daxilə birdəfəyə və ya mebendazol (vermoks) daxilə 0.1 q- dan 3 gün və ya pirantel- pamoat 11mq/kq birdəfəyə (maksimal doza 1 q); yayılmış invazyada levamizol (dekaris) 0.15 q daxilə birdəfəlik (uşaqlarda 2.5 mq/kq).

ENTEROBİOZ

Tropik ölkələrdə insanların ən geniş yayılmış helmintozlarından (törədici- *Enterobius vermicularis*). İnsanın nazik bağırsağının aşağı şöbəsində və yoğun bağırsaqda parazitlik edir. Adətən yoluxmadan bir-iki həftə sonra güclü gecə qaşınması, yanğı hissiyatı, perianal sahədə və aralıqda tərpaniş (dişilərin bağırsaqdan miqrasiyası nəticəsində) qeyd edilir. Ekskoriyasiyalar impetiyo, ektima, follikulitlər, furunkullar və ekzematizasiyaların meydana gəlməsinə səbəb olur. Qadınlarda bizquyuq qurdların xarici cinsi orqanlara inokulyasiyası nəticəsində vulvovaginitlərin inkişafı mümkündür.

Müalicəsi. Albendazol 0.4 q daxilə birdəfəyə. Preparatın qəbulunu 2 həftədən sonra təkrarlamaq və ya mebendazol 0.1 q- dan daxilə birdəfəyə, 2 həftədən sonra təkrarlamaq.

Göstərilən dəri ağırlaşmalarında antibiotiklərlə, rəngləyicilərlə, tərkibində antibiotiklər olan kombinə olunmuş kortikosteroidlərlə aparmaq lazımdır.

DƏRİ ANKILOSTOMİDOZLARI

Ankilostomidozların törədiciləri *Ankylostoma duodenale* və *Necator americanus*-bağirsaq parazitləridir. İnsan nəcisi ilə xaric olan parazitın yumurtaları xarici mühitdə invaziv sürfələrə çevrilir. Sürfələr “torpaq qoturluğu”, “su qoturluğu”, “filiz çıxardanların səpgisi” adı ilə məlum olan dəri zədələnmələri törədir. Sürfələrin daxil olduğu yerdəndaha çox əldə ayaqlarda və barmaqarası büküşlərdə, oynaqlarda ayaq altında qaşınma və yangı hissi, məhdud ləkəli, papulyoz, papulo- vezikulyoz və ya vezikulo- bullyoz səpgi, ovucun içində isə ödem və qeyri- düzgün formalı urtikar elementlər əmələ gəlir. Səpgilər çox vaxt piodermiya ilə ağırlaşır və iki-üç həftədən sonra sağalır. Xəstəliyin sonrakı mərhələsində dəri və selikli qişaların sarıya çalan avazıması (sorucuların törətdiyi anemizasiyanın nəticəsi), tək-tək polimorf elementlər, hipopigmentasiyalar, ümumi intoksikasiyanın əlamətləri müşahidə edilir.

Müalicəsi. Albendazol 0.4 q-dan birdəfəlik, pirantel- pamoat 11mq/kq/sut 3 gün; levamizol 0.1 q sutkada 2 dəfə 3 gün, mebendazol 0.1 q / sut 3 gün; yerli: qaşınma və iltihabəleyhinə vasitələr.

STRONGİLOİDOZ

Sinonimləri: torpaq qaşınması, *Larva currens* (“qaçan sürfələr”).

Törədicisi- bağirsaq uqrıtsası (*Strongyloides stercoralis* Bavayi) sayılır. İnvaziyanın erkən mərhələsində allergik reaksiyalar baş verir; sürfələrin daxil olduğu yerdə polimorf qaşınan səpgilər, dermatit əlamətləri; qanda- eozinofiliya (“torpaq qaşınması” ilə differensiasiya vacibdir) müşahidə edilir. Gecikmiş mərhələlərdə izomorf reaksiya ilə sürünən səpgi- *Larva currens* müşahidə edilir. Proses perianal nahiyədən başlayır və budun, sağrının, qarnın və gövdənin yan səthlərinə yayılır. Baldır, ayaqaltı. əllər, cinsi orqanlar zədələnmir. Orta dərəcəli qaşınma, damarlar boyu xəttvari, sürünən, valcığa oxşar köpüşük qeyd edilir. Bunlar saatda 10 sm sürətlə yayıla bilər (sürfələrin dəridə aktiv yerdəyişməsi).

Müalicə. Albendazol 0.4 q sutkada 3 gün, tiabendazol 25mq/kq daxilə iki gün, ivermektin gündə 200 mkq/kq iki gün.

TRIXİNELLOZ

Törədicisi- *Trichinella spiralis*. Yoluxma helmintlərlə invaziyalaşmış heyvan ətinin çiy və ya tam bişməmiş şəkildə yeyilməsi zamanı baş verir. Xəstəlik qızdırma və yayılmış əzələ ağrıları ilə başlayır. Bir qədər sonra tənəffüsün çətinləşməsi, dil və çənənin ıflici, göz qapaqları və sifətin, udlaq ətrafı toxumanın şişməsi, dərinin dermatomioziti xatırladan diffuz şişməsi və gərginləşməsi müşahidə edilir. Ətrafların dərisində keçici ləkəli-papulyoz və hemorragik səpgilər, dırnaqların altında hemorragiyalar meydana gəlir. Dəri biopstatının tədqiqi zamanı adətən parazitlər aşkar olunur. Səpgilərin reqresi 2-3 həftədən sonra baş verir.

Müalicəsi. Mebendazol 0.3q-dan 3 gün daxilə, sonra 0.5 q- dan 10 gün və 40-60 mq prednizolon daxilə 3-5 gün müddətində; tiabendazol 25mq/kq/sut 3 dəfəyə 7- 10 gün müddətində daxilə.

LARVA MİGRANS SİNDROMU (MİQRASIYAEDƏN SÜRFƏ)

İnsan orqanizmində dəri və daxili orqanları zədələyən bir neçə nematodların miqrasiya edən sürfələrinin törətdiyi xəstəlik hallarını birləşdirir.

Törədiciləri. *Ancylostoma braziliense*; *Ancylostoma caninum*, *Uncinaria stenocephala* (it paraziti); *Bunostomum phlebotomum* (iribuynuzlu mal-qaranın paraziti); *Ancylostoma duodenale* və *Necator americanus* (insan paraziti). Helmin yumurtaları qumlu torpaqlarda isti yerlərdə sürfələrə çevrilir. Dəridən insan orqanizminə daxil olur. Təhlükə altında olan kontingentlər: kənd təsərrüfatı işçiləri, uşaqlar, çimərlikdə dincələnər.

Larva *currens* zamanı *Strongiloides stercoralis* (bağırsağ uqrıtsası) sürfələrinin dəridən daxil olduğu yer və onların dərialtı hərəkət yolu qaşınan papula, papula-vezikul, köpüşük və qırmızımtıl dalğavari (“artan”) zolaqlarla müşayiət olunur.

Səpgi elementlərinin dalğavari olması və onların yayılması dərinin miqrasiyaedici sürfələrlə yoluxmasına şübhə yaradır. Xəstəlik müstəqil olaraq bir-iki ay davam edir. Ən çox zədələnir: perianal nahiyə, sağrılar, budlar, qarın, kürək, çiyinlər. Dermatitlərin, ekzematizasiyaların, ikincili piodermiyaların inkişafı mümkündür. İtlərin və pişiklərin toksokarlarının miqrasiyaedən sürfələri və insan askaridləri daxili orqanları zədələyir. Allergik səpgilər mümkündür, eozinofiliya xarakterikdir, qaraciyər böyüyür, pnevmonit xarakterikdir.

Müalicə. Tiabendazol daxilə 50 mq/kq/sut hər 12 saatdan bir 5 sut. Albendazol daxilə 400 mq/sut, 3 sut. Yerli kortikosteroidlər. Sürfələrin dəridə hərəkət etdiyi nahiyəyə maye azot.

FİLYARIATOZLAR

Filaridae ailəsindən olan nematodlar tərəfindən törədilən xəstəlikdir. Əsasən tropik ölkələrdə rast gəlinir. Əhalinin çox hissəsini xəstələndirir (məsələn, Hindistanın okean sahillərində 70%-ə qədər).

İnfeksiyanın mənbəyi- filyariatozla xəstə insan. Aralıq sahib və parazitın sürfələrinin (mikrofilyariyalar) daşıyıcısı- ağcaqanadlar, bəzi moskitlər, cücülər. İnsanı dişlədikdən sonra mikrofilyariyalar qan axını ilə yayılır və qapalı boşluqlarda (döş qəfəsi, qarın boşluğu), dərialtı toxumada, limfa damarlarında, ürəkdə, konyuktivada, nadir hallarda digər toxumalarda cinsi yetişkənliyə çatmış formaya çevrilirlər. Dəri təzahürləri aşağıdakı filyariatozlar üçün xarakterikdir: vuxererioz, brugioz, onixoserkoz, loaoza.

Vuxererioz

Bu filyariatozda əsasən aşağı ətrafların və cinsi orqanların limfa sistemi zədələnir. Ən çox isti ölkələrdə rast gəlinir. Törədici (*Wuchereria bancrofti*) adətən gecə vaxtı periferik qana çıxır. İnkubasiya dövründən (bir neçə aydan 2 ilə qədər) qızdırma və çoxformalı eksudativ eritemada olan səpgini xatırladan urtikar elementlər, sonra isə regional dəri və dərialtı toxuma ödemləri, limfangitlər, limfadenitlər, orxit, epididimit, funnikulit əmələ gəlir. Dəri qalınlaşır, kobudlaşır, piokokklarla infeksiyalaşır, yaralar və çatlaqlar əmələ

gəlir. Dərialtı toxumada və əzələlərdə olan parazitlərin ətrafında abseslər formalaşır. Gecikmiş mərhələlərdə aşağı ətrafların, cinsi orqanların (xaya hidropsu- limfoskrotum) elefantiazi, dərinin digər nahiyələrində ekzematizasiya, verrukoz törəmələr, xroniki pi-odermiya, abseslər, dəri, sidik kisəsi, bağırsaqlar, xayalığ üçün xiluriya, limfuriya, hematoxiluriya əlamətləri ilə müşayiət olunan limfa damarlarının partlaması xarakterikdir. Gedışı uzun, xronikdir.

Diaqnostika: xəstəliyin klinik şəklinin qiymətləndirilməsi epidemioloji məlumatlar nəzərə alınmaqla aparılır, periferik qanda, sidikdə və boşluq mayesində filyariyanın aşkar edilməsi. Qan yaxmaları qalın qan damlasının Romanovski-Himza və ya hematoksinin üsulu ilə rənglənərək aparılır. Qanın götürülməsi periodik ştammin izolyasiyası üçün gecə, subperiodik ştamın üçün isə gündüz və gecə götürülür.

Müalicəsi: dietilkarbamazin (ditrazin, getrazin, notezin, banosid):1-ci gün 0.05 q daxilə yeməkdən sonra, 2-ci gün 0.05 q, 3-cü gün 0.1 q , 4-21ci günlər gündə 2mq/kq, müalicə kursu 21 gün.

Brugioz

Tezliyinə görə ikinci filyariatozdu; törədicisi (Brugia malayi) iri limfa damarlarında və daxili orqanlarda çökür. Onun mikrofilariyaları qana adətən axşama yaxın keçir. Klinik şəkli vuxererioza yaxındır. Fillilik əlamətləri əsasən aşağı ətraflarda inkişaf edir.

Diaqnostika və müalicəsi: "Vuxererioz"a bax.

ONXOSERKOZ

Onxoserkozda helmintin sürfələrinin təsiri nəticəsində dəri, dərialtı toxuma, limfa sistemi və görmə üzvü zədələnir (korluğa qədər). Erkən simptomları- dəridə qaşınma və müxtəlif lokalizasiyada polimorf səpgilər: yayılmış, kiçik, ləkəli və düyüncüklü elementlər, qruplaşmış köpüşüklər, güclü qaşınma ("filyarioz qoturluq"), xroniki dermatit əlamətləri, indurasiyalı, xoracılıq, qabıqlı erizipeloidli iltihab. Getdikcə dəri nazıqləşir, quru, qırıqlıdır, kəpəklənir (" qocalıq dermatit" ini xatırladır), disxromiya, limfadenopatiya əmələ gəlir. Yetişmiş helmintin təsirindən əmələ gələn onxoserkozun klinikası dərialtı toxumada parazitlərin ətrafında toyuq yumurtası böyüklüyündə, bərk, ağrısız, hərəkətli, afrikalılarda ətraflarda və bədəndə, amerikalılarda isə başda lokalizasiya edən düyünün (onxoserkomanın) formalaşması ilə xarakterizə olunur.

Diaqnostika: epidemioloji, anamnestik və klinik məlumatların qiymətləndirilməsi. Zədə ocağından götürülmüş səthi bioplatda dəri və onxoserkomanın möhtəviyyatında mikrofilariya aşkar edilir.

Müalicə: Daxilə 150mq/kq ivermektin (mektizan) 10- 15 il müddətinə hər 6 aydan bir qəbul etmək lazımdır. Suramin (antripol, moranil, germanin) suda və ya fizioloji məhlulda 10 % li vena daxilinə 10 gün müddətinə vurulur.

LOAOZ

Törədiciyi- çox da böyük olmayan nematoda loa loa- dır. Son sahib insandır. Yetişmiş filyariyalar dərialtı toxumada seroz təbəqənin altında və konyuktivada parazitlik edirlər. Onun sürfələri (mikrofilyariyalar) gecə daxili üzvlərin damarlarında, gündüz isə dərinin periferik damarlarında olur. Aralıq sahib və ötürücülər slepnidir. Loaozda əsasən dəri, görmə üzvü, bəzən də cinsiyyət üzvləri yoluxur. Xəstəlik ətrafların və üzün dəri və dərialtı toxumalarında efemer miqrasiya edən bərk şişlərlə xarakterizə olunur. Bu şişlər bir neçə saat və ya bir neçə gün qalır və spontan sağalır. Güclü dəri qaşınması, urtikar səpgilər, dizurik pozğunluqlar (helmintin uretraya keçməsi ilə əlaqədar olaraq ağrılı sidik ifrazı), yanğı hissi, ağrı, dərinin altı ilə nəyinsə sürünməsi hissi olur.

Diaqnoz klinik əlamətlər, loaozun endemik zonası üçün xarakter anamnez, qanda mikrofilyariyələrin tapılmasına (ən çox gündüz saatlarında) əsasən qoyulur.

Müalicə: dietilkarbamazin (ditrazin, getrazan, notezin, banosid). 1-ci gün 0.05 q daxilə yeməkdən sonra, 2- ci gün 0.05 q, 3- cü gün 0.1 q, 4-21 ci gün 2 mq/kq. Müalicə kursu 21 gündür.

Profilaktika məqsədlə dietilkarbamazin həftədə 0.3 q qəbul olunur.

Böyük helmintləri cərrahi yolla çıxarırlar.

DRANKULYOZ (RİŞTA)

Törədiciyi. *Dracunculus medinensis*- dir. Bu girdə nematodanın dişisi çoxlu sürfələr ifraz edir. Bu sürfələri sikloplar (şirin suda yaşayan park xərçəncikləridir) udur. İnsanlar bu hövzələrdən götürülən suyu qaynatmamış içdikdə yoluxurlar. 7- 14 aydan sonra baldır və ayaq nahiyəsinin dərialtı toxumasında sürfələrin düşdüyü yerdə eritema, papulla, köpüşük əmələ gəlir, qızdırma, baş ağrısı, zəiflik, qaşınma və s. əlamətlər müşahidə olunur. Sonra dişinin baş nahiyəsinin lokalizasiya sahəsində ardıcıl olaraq iltihablaşmış düyün, bir neçə sutka ərzində isə əsasən möhkəm elastik qalınlaşma şəklində helmint olan qovuq əllənir. Bir neçə gündən sonra qovuq partlayır. Dibində helmintin başı olan quyuyabənzər ağrılı xora formalaşır. Bu stadiya üçün "süd fontanı" simptomu xarakterikdir. Xoranı isti su ilə yuduqda oradan süd rəngli çoxlu miqdarda sürfələr çıxmağa başlayır. Helmintin yerləşdiyi dərialtı kanal infeksiyalaşarsa, abses, fleqmona, ətrafların qanqrenası, septisemiya əmələ gələ bilər.

Diaqnoz klinik şəkil, anamnestik və epidemioloji məlumatlar, helmintoloji və zəruri laborator müayinələr əsasında qoyulur.

Müalicə: Dərinin dezinfeksiyası və xəstə ətraflara sakitlik, helmintin ehtiyatla (2-4 gün ərzində) çıxarılması; xora üzərinə yarasagəldici vasitələr; metronidazol gündə 0.4 q 10-20 gün; göstərişlə antibiotiklərlə müalicə.

Profilaktika: yaşayış məntəqələrində sanitar- texniki tədbirlər, hidrotexniki obyektlərə sanitar nəzarəti, əhəlinin sanitar maarifləndirilməsi.

BUĞUMAYAQLILARIN TÖRƏTDİYİ DƏRİ XƏSTƏLİKLƏRİ

Xərçəngkimilər (dəniz xərçəngləri *Cymothoidea*) insanın əl və ayağına yapışaraq onu ağrılı dişləyir. Onların yapışdığı yerdə nöqtəvarı qanaxma, daha sonra bir həftə

müddətində repressiya edən dermatitin klinikası inkişaf edir. Əqrəblərin dişləməsi nəticəsində kəskin ağrı, dərinin şişkinlik və hiperemiyası, hemorragiya və nekroz da inkişaf edə bilər. Əqrəbin zəhərinin təsirindən kəskin toksiki reaksiya əmələ gəlir ki, bu da xüsusən uşaqlarda kollaps, hətta ölümə də nəticələnə bilər.

Hörümçəklər. Qaraqurdun dişləməsindən dərhal sonra kəskin ağrı və yanğı hissi, eritema, şişkinlik, sonra isə papulo-vezikulyar elementlər və dərinin bərkiməsi baş verir. 10-30 dəq.-dən sonra ümumi toksiki reaksiya, qıcolmalar, yayılmış ləkəli-papulyoz və vezikulo-pustulyoz səpgi əmələ gəlir. 3-5% hallarda ölümə nəticələnir.

Tarantulanın dişləməsi qorxulu deyil. Onun dişlədiyi yerdə ancaq yerli reaksiya (eritema, şişkinlik) müşahidə olunur.

Qarıncıqlı gənə dənəvari qoturluq əmələ gətirir. Bu gənə samanda, buğdada, köhnə skirdə, döşəkdə olur. Gənə insanı dişlədikdən sonra güclü qaşınma, qırmızımtıl, pustulizasiyaya meyilli kiçik papula və ya papulo-vezikulalar əmələ gəlir. Adətən 2 həftə ərzində autosanasiya baş verir. Epidemik ocaqların alovlanması mümkündür.

Qırmızı bədənlı gənənin sürfələri (lobyada, qırmızı qarağat kollarında, krejovnikdə, dənli bitkilərdə yaşayır) insana tarlada, bostanda, meşədə, olarkən tük follikullarının ağzına düşür. Bir neçə saatdan sonra gənənin yapışdığı yerdə kiçik şişkin eritema, papula və ya qovuqucuq, bəzən kiçik nöqtəvari petexiya və limfadenitin inkişafı mümkündür. Adətən bədənin açıq hissələri zədələnir. Gənəni çıxardıqdan sonra səpgi elementləri qısa müddətdə repressiya edir. Paraziti lupa vasitəsilə asanlıqla aşkar etmək olur: tük follikulunun ağzında qırmızı dənəcik şəklində görünür.

Arças gənələri (uzunluğu 2 sm-ə qədər) vəhşi və ev heyvanlarında, quşlarda parazitlik edir. Gənənin (*Ornithodoros*) dişləməsindən 2 gün sonra, ağrı və radial şəkildə yayılan eritema, şiş əmələ gəlir. Elementin mərkəzində nöqtəvari hemorragiya və ya papula (vezikulopustula) görünür. Sonrakı 2-3 gün ərzində iltihab genişlənir, ümumi vəziyyət pozulur, yayılmış urtikar və bulyoz səpgi əmələ gəlir. Səpginin reqresi yavaş gedir (4-5 həftə).

Qamaz gənələri quş və gəmiricilərdə parazitlik edir. Gənənin dişləmə yerində (bədən və ətraflar) kəskin ağrı, yanğı hissi, qaşınma və ətrafında eritematoz ləkələr, papulo-vezikulalar və urtikarilər yaranan hemorragik ləkə əmələ gəlir. Yüksək həssaslıq olduqda səpgi yayılmış xarakter alır, qaşınma və piodermik elementlərlə müşayiət olunur. Adətən ağırlaşma olmadıqda 3-4 günə reqres edir.

İksod gənələri (adətən "it gənəsi", ağackəsən böcək adlanır) insan və heyvanların qansoran parazitləridir. Gənə dişlədikdən bir neçə saat sonra, dişləmə yerində ağrısız eritematoz ləkələr əmələ gəlir. Bu ləkənin ölçüləri tədricən böyüyür, sonra eksentrik böyüyən (15-20 sm diametrdə) eritema şəklini alır. Bu eritema al-qırmızı rəngdə, şişkin, qaşınandır. 2-3 həftədən sonra sağalma baş verir. Dişləmə aparatı vasitəsilə gənələr xarici cinsiyyət üzvlərinin, oynaqların, qarın, sağrının dəri qırışlarına daxil olur.

Vəzi gənələri tük follikullarında, uzun piy vəzilərdə, eşitmə keçəcəyində, kipriklərdə, döş vəzilərdə və cinsiyyət orqanlarında parazitlik edir. İnsanda 2 növü aşkar edilib: *Demodex folliculorum* və *Demodex brevis* (0.2-0.3 mm uzunluqda). Onlar iyəbənzer formada olub, qısa ətraflara və deşici ağız üzvünə malikdirlər. Bu gənələr heyvanlarda demodekoz, insanlarda isə rozaseyaya bənzer və perioral dermatitlər (ən çox qadınlarda), blefarit, xarici otit törədirlər. Bir çox insanlar demodeksin simptomuz daşıyıcılarıdır.

Yataq taxtabitiləri insanın dərisini zədələyir. Onların dişlədiyi yerdə (əllər, boyun, sinə, xarici genitali, sağrı) qırmızı qaşınan ləkə, perifokal eritemalı papula və ya köpüşük əmələ gəlir. 2-3 elementdən ibarət 1 xətt üzrə yerləşmiş səpgi qrupunun əmələ gəlməsi xarakterikdir. Sensibilizə olunmuş insanlarda papulyoz övrə tipli yayılmış dəri reaksiyası, qovucuq və qovuğun əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Ağırlaşmamış hallarda elementlər bir neçə günə çəkilir.

“Öpüşən” taxtabitilər insanın dərisinin selikli qişaya keçən yerini (dodaq və burun) dişləyir. Dişləmə yerində mərkəzdə nöqtə olan papulyoz səpgi, herpesvarı yerləşmiş vezikulalar, qəhvəyi rəngli yayılmış urtikarilər, eleca də hemorragik və bulloz elementlər qeyd olunur.

Bitlər (baş, paltar, qasıq) insanın qansoran parazitləridir. Bitlilik insanın sanitar- gigiyenik rifahının qeyri- qənaətbəxş olmasının göstəricisidir. ABŞ- da hər il 6-10 mln uşaq pedikulyozla xəstələnir. Bu xəstəlik Afrika və digər isti ölkələrdə geniş yayılıb.

Kəpənək qurdları insanın dərisinə düşdükdə dermatit əlamətləri yaradır. Tırtılın düşdüyü yerdə 10- 20 dəqiqədən sonra yanğı və qaşınma hissi, şişkinlik- eritematoz zolaq yaranır. İnsan həmin yeri qaşınmaqla tırtılın tükcüklərini başqa yerə də keçirir və orada yeni ləkəli və urtikar elementlər əmələ gəlir. Dermatit adətən 1-2 həftəyə reqressiyaya uğrayır. Tırtılla təkrar təmas zamanı və həssaslıq olduqda ləkəli bulloz səpgi əmələ gəlir, xəstəliyin gedişi uzanır. Müalicə simptomatikdir.

Dərinin bəzi bəcəklərlə zədələnməsi bəcəyin bədəndəki toksiki mayenin əzilməsi nəticəsində dəriyə sürtülməsindən baş verir. Gün ərzində dəridə eritema şəklində cavab təmas dəri reaksiyası baş verir. Şiş, müxtəlif forma və böyüklükdə qovuqlar (periferik böyüməyə meyilli) əmələ gəlir. Cüzi qaşınma olur. 2 həftə ərzində səpgilər keçib gedir.

Birənin (məməlilərdə, quşlarda parazitlik edir) dişlədiyi yerdə qaşınma, daha sonra ləkə, papula, mərkəzində hemorragik nöqtə olan köpüşük və ya qovuucuq əmələ gəlir. Orqanizmin güclü allergizasiyası şəraitində papula, urtikarilər, güclü qaşınma ilə müşayiət olunan çoxformalı eritema şəklində elementlər meydana çıxır. Səpgi daha çox baldır, sağrı və əllərdə olur. Amerika, Afrika və Asiyada bəzən tunqiaz (sarkopsilyoz) xəstəliyinə rast gəlinir. Bu xəstəliyi qum (torpaq) birələri törədir. Bu zaman cinsiyyət üzvlərində, perianal sahədə, baldır və əllərdə əvvəl ləkələr, sonra mərkəzində pustula olan qaşınan düyüncüklər, düyünlər, nekrotik xoralar, abseslər, limfangitlər, limfadenitlər əmələ gəlir. Septisemiya, bəzən tetanus, qazlı qanqrena, barmaqların öz- özünə amputasiyası da baş verə bilər.

Çoxayaqlılar arasında insan üçün təhlükəlisi otyeyən cütayaqlılar və yırtıcı dodaqayaqlılardır. Birincilər pis qoxulu maye ifraz edir. Bu maye gözü, dərinini (yanğı hissi, ağrı, qızartı, şişkinlik, köpüşük) zədələyir. Dodaqayaqlıların ifraz etdiyi zəhər ən çox aşağı ətraflarda ağrı, şişkinlik, purpura əmələ gətirir.

Müalicə: paraziti çıxarmaq lazımdır ki, ikincili infeksiyanın qarşısı alınsın. Geniş invaziyada tiabendazol 25mq/kq- sutkada və ya albendazol 400mq/sutka 3 gün müddətinə.

Arı, eşşək arısı, qarışqa dişləməsinə tez-tez rast gəlinir. Adətən yandırıcı ağrı, eritema və dərinin yerli şişkinliyi ilə müşayiət olunur. Əgər arının iynəsi çıxarılmasa, dişlədiyi yerdə uzun müddət qoz böyüklüyündə qranulematoz düyün qala bilər. Dişləməyə qarşı yüksək həssaslıq olarsa, yarım saat ərzində angionevrotik ödem, övrə, hətta sistem pozğunluğuna belə səbəb ola bilər. Təkrar dişləmə nəticəsində hemorragik səpgi ilə mü-

şaiyət olunan ağır reaksiya baş verə bilər.

Qoşa qanadlıların (ağcaqanad, moskit, cücü, qansoran milçək) dişləməsi nəticəsində yüngül ağrı, eritema, köpüşük və gün ərzində qaşınan papula formalaşır. Sensibilizə olunmuş xəstələrdə urtikar reaksiyalar, papulyoz və vezikulo- bulyoz səpgilər əmələ gəlir. Phlebotomus dermia cinsindən olan moskitlərin dişləməsindən sonra flebotodermiya və yara əmələ gəlir.

Miazlar qan sormayan ikiqanadlıların qurdvari sürfələri tərəfindən törədilir. Səthi və dərin, obliqat və fakultativ miazlar ayırd edilir.

Səthi miazları açıq irinləyən zədə və yaralara yumurta qoyan milçəklər törədir. İnkişaf edən sürfələr yaranın eksudatı ilə qidalanır. Dərin miazları volfram milçəklərinin sürfələri törədir. Bunlar dərin, dərialtı toxumanı və selikli qişaları zədələyir. Sürfələr nekrozlaşmış və sağlam toxumalarda qidalanaraq, xora və dərin yollar əmələ gətirir.

Kordilobiazda (Afrika miazında) ən çox uşaqlarda düyünlər, xora və abses əmələ gəlir.

Dermatobiaz (Cənubi Amerika miazı) şişvari iltihab və səthində fistulyoz dəliklər olan dərialtı abseslərlə xarakterizə olunur.

Mozalanın sürfələri “xətvari miqrasiya edən miaz” əmələ gətirərək, dəriyə nüfuz edir və orada dolaylı yollar əmələ gətirir.

Müalicəsi: sürfələri çıxarmaq. Furunkulabənzər törəmələrə vazelin sürtdükdə sürfələr öz ekoloji yuvasını tərk edir. Qoşa qanadlılar dişlədikdə, müalicə simptomatikdir.

Profilaktika: ictimai və şəxsi gigiyena tədbirləri, repellentlərdən istifadə.

ZƏHƏRLİ İLANLAR, MOLYUSKLAR, ZƏLİ VƏ AKTİVİYALARLA ZƏDƏLƏNMƏ

Zəhərli ilanlar. Ən təhlükəli ilanlar kobra, eynəkli ilan, gürzə, bəzi dəniz ilanlarıdır. Onların dişləməsi (əl- ayaq) yerli ağrı, ətrafların bəzən bədənə keçməklə artan şişməsi ilə müşayiət olunur. Dişləmə yerində 2 qırmızımtıl nöqtəvarı yara aşkar olunur. Tezliklə onun ətrafında və selikli qişada rast gəlinən petexiya və ya hemorragiyalar əmələ gəlir. Ətraflar sianozlaşır və kəskin şişir, ümumi toksiki reaksiya baş verir. Bəzi hallarda kollaptoid vəziyyət olur.

Tropik ilan dişləyənlərin 15 %-ə qədəri ürək çatmamazlığı və tənəffüs mərkəzinin iflici səbəbindən 3-4 gündən sonra ölür.

Müalicə: Yarım saat müddətində ilan zəhərini yarıdan sorma; ətrafları immobilizasiya etmək; kürəkarası nahiyəyə (20-100 ml) ilan zəhəri əleyhinə zərdab; adrenalın, kofein, kordiamin, efedrin; dişlənən yerin ətrafına novokain blokadası, orta dozada sistemlə kortikosteroidlər vurmaq lazımdır.

MOLYUSKLAR

Bəzi dəniz molyusklarının zəhər aparatı var, onlar dənizdə çimənlərdə yanıq, eroziya, lokal işemiya, sianoz, bədənin çox hissəsinə tez yayıla bilən keyləşmə əmələ gətirə bilər. Bəzi molyuskalarla təmas ölümlə nəticələnə bilər. Kalmara və midiyalarla təmasdan peşə allergik dermatitinin əmələ gəlməsi haqda məlumat var.

GİRUDİNOZ

Bu, durgun su hövzələrində, cəngəlliklərdə, yaş otun üzərində və bataqlıqda ayaq-yağın gəzdikdə zəlinin dəriyə yapışması nəticəsində baş verir. Tibbi zəlinin dişləməsi az ağrılıdır. Çünki onun tüpürcək vəzisinin sekretində anesteziyaedici maddə var. Tropik zəlinin dişləməsi yanğı və kəskin ağrı verir. Gec sağalan və qanayan yara əmələ gəlir. İkincili infeksiyanın qoşulması nəticəsində abses və fleqmonalaşa bilər. Sensibilizasiyalı insanlarda urtikar, bulloz, nekrotik səpgilər və anfilaktik reaksiya ola bilər.

SÜNGƏR TUTANLARIN XƏSTƏLİYİ (KORAL XORALARI)

Bu Edwardsiella lineata adlı üzən aktiniyaların sürfələrinin törətdiyi kontakt dermatitidir. Bədənin çimərlik paltarları ilə örtülü hissəsində yüngül eritema, xırda qırmızımtıl papulalar (papulo-vezikulalar), bəzən qovuqlar, pustulalar əmələ gəlir. Səpgi 1-2 həftə qalır. Aktiniya ilə təkrar təmasdan sonra dəri əlamətləri daha ağır xarakter daşıyır (nekrotik xoraya qədər).

Müalicə: Yerli və ya sistemlə kortikosteroidlər.

QEYRİ-İNFEKSİON DERMATOZLARIN KLİNİKASI VƏ GEDİŞİ

Allerqodermatozlara çox tez-tez rast gəlinir. Əhalinin bitki və onların məhsulları ilə kontaktı nəticəsində baş verir. Bunlar bitki dermatitləri (meşə, cəngəllik) adlanır. Daha çox mango, ananas, primula, fıstıq, tütün, zəhərli sarmaşığı və s. tərəfindən törənən fitodermatitlərə rast gəlinir.

Tropik yastı dəmrov

Xəstəlik dərinin açıq nahiyələrində klinik və morfoloji cəhətdən klassik qırmızı yastı dəmrova oxşayan səpgilərlə xarakterizə olunur. Xəstəliyin yaranmasını atebriin adlı malyariya əleyhinə dərmanın qəbulu, havanın yüksək hərərəti, uzun günəşli gün, yüksək günəş radiasiyası, alimentar distrofiya (uşaqlarda), avitaminozlar, qurd invaziyaları, tənirdə bişirilmiş çörək qəbulu ilə əlaqələndirirlər. Xəstəlik adətən yay aylarında yaranır. Üz nahiyəsi (alın, yanaqlar, dodaqlar), boynun açıq nahiyələri, əllərin bayır hissəsi və saidin aşağı 1/3 hissəsi, ayaqların kənarları zədələnir. Leykoplakiya tipli ağızın selikli qişasının zədələnməsi, qovuqlu-eroziv zədələnmə, stomatitin əmələ gəlməsi mümkündür. Dəri zədələnmələri qırmızı yastı dəmrovdakı səpgilərdən demək olar ki fərqlənmir (Uikhem toru ilə birlikdə). Qış dövrünə yaxın iltihab əlamətləri, qaşınma repressə uğrayır; səpgilərin yerində dayanıqlı hiperpigmentasiya formalaşır.

Müalicə: Atebrin qəbulunu istisna edir və ya onu digər malyariya əleyhinə preparatla əvəzləyirlər. Dərinin havanın yüksək hərərəti, günəş radiasiyasından qorunması vacibdir. Hiposensibilizəedici və digər simptomatik preparatlar təyin edilir.

Proqnoz: çox zaman xoşdur, lakin residivlər istisna edilmir.

Ekzema

Daha çox neyrodermit, yəni ekzematoz prosesin “quru” gedişi ilə xarakterizə olunan zəif eksudativ reaksiya (mikrovezikulyasiya, sulanma) ilə xarakterizə olunur.

Neyrodermit

Səpgilərin disseminasiyasına meyillilik və zəif lixenifikasiya ilə xarakterizə olunur.

Psoriaz

Tropik şəraitdə az-az rast gəlinir. Çox zaman “sevimli” lokalizasiya yerlərində infiltrativ “növbətçi” lövhəciklərin əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur. İzomorf reaksiya xarakterik deyil. Diaqnozun təsdiqlənməsi üçün bəzən histoloji müayinə lazım gəlir.

Eritematoz

Xəstəliyin xroniki dəri formaları mülayim və soyuq iqlimli ölkələrlə müqayisədə nadir hallarda rast gəlinir. Avropa ölkələri ilə müqayisədə sistem qırmızı qurdeşənəyinə daha çox rast gəlinir.

Tropik qaşınan dermatozlar

Müvəqqəti qaşınma- ətrafların açıcı səthində qaşınan kiçik seroz papulalar əmələ gəlir, sonradan isə onların üzəri seroz- hemorragik qartmaqla örtülür. Proses qripəbənzər əlamətlərlə bir neçə aya qədər davam edə bilər. Xəstəliyi qurd invaziyaları və digər yanaşı xəstəliklər ağırlaşdırır.

Tropik tər xəstəliyi- tər vəzilərinin buynuz pulcuqlar, dəri piyi, toz və s. ilə tıxanması nəticəsində isti mühitlərdə işləyən zaman əmələ gələn müvəqqəti dermatozdur. Proses çox zaman diz və dirsək oynaqlarında, döş qəfəsində, qarında və digər yerlərdə, nadir hallarda üzdə lokallaşır. İqlim dəyişdikdə müstəqil olaraq itib gedir.

Tropik pomfoliks- mövsümi xarakter daşıyır. Tər xəstəliyi əlamətləri yalnız ovuc və ayaqaltı nahiyələrdə barmaqların yan kənarında olur. İnterapidermal qovucuqlar açılır, eroziyalaşır, sonra sürətlə epitelləşir və subyektiv əlamətlər olmur. Ağırlaşmaları- ekzematizasiya, pustulizasiya və absesləşmədir.

Flebotodermiya- moskitlərin insanı təkrar dişləməsindən sonra yaranan və flebotomusların selik vəzilərinin sekretinə qarşı orqanizmin sensibilizasiyası nəticəsində meydana gələn yayılmış dermatozdur. Bədənin açıq nahiyələrində moskitlərin hücumundan sonra mərkəzində nöqtəvari hemorragiya olan rozeola əmələ gəlir, o isə sonradan üzəri qovucuqlarla örtülü qaşınan papulaya çevrilir. Köpüşük və papulo- bullyoz reaksiya qeyd oluna bilər. Elementlərin meydana çıxması ekskorsiyalarla müşayiət olunur. Flebotomusların hücumundan sonra proses adətən sakitləşir. Sensibilizasiyanın dərəcəsindən, yanaşı xəstəliklərin olmasından asılı olaraq moskitlərin təkrar hücumu zamanı dermatoz yayılmış residiv verən xarakter ala bilər, bu zaman noxud böyüklüyünə qədər ölçüdə pruriginoz düyünlü elementlər, piokok səpgilər meydana gələ bilər. Xəstəlik bir neçə ay və daha çox çəkir. Bir sıra hallarda sistem kortikosteroidlərin təyini ilə aktiv terapiya aparmaq lazımdır.

Xarara (endemik çoxformalı övrə)-ayrı-ayrı ağcaqanad növləri tərəfindən törədilən təkrar dişləmələr nəticəsində yaranan mövsümi (yay) qaşınan dermatozdur. Daha çox ərəb ölkələrində həm yerli əhali, həm də gəlmələr arasında rast gəlinir. Bədənin açıq nahiyələrində, daha çox baldırın aşağı 1/3 hissəsində və ayaqaltının kənarında rast gəlinir. Səpgilərə polimorfizm xarakterikdir: papulo- köpüşüklər, seroz papulalar, eroziyalar, seroz- hemorragik qartmaqlar, piokok elementlər. Ümumi toksiki əlamətlər müşahidə oluna bilər. Zaman keçdikcə (1-3 ay) proses “quru” xarakter alır, tədricən sönür, səpgilər olan nahiyələrdə müvəqqəti hiperpiqmentasiya müşahidə olunur. Bəzi hallarda xəstəlik 1-2 ilədək uzanır (xroniki xarara) bu zaman lixenifikasiya əlamətləri ilə quru qaşınan düyünlü səpgilər qeyd olunur.

Tropik bulloz dermatozlar

Həqiqi pemfiqus tropik ölkələrdə mülayim və soyuq iqlimli ölkələrə nisbətən az rast gəlinir.

Tropik bulloz dermatozlara braziliya eksfoliativ pemfiqusunu (BEP) və onyalai-ni aid edirlər.

BEP- prodromal əlamətlər olmadan üz, sinə və digər nahiyələrdə rast gəlinən, sonradan piokok prosesi, ekzematizasiya, bəzən verrukoz böyümə, ocaqlı disxromiya ilə ağırlaşan qovuşqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Nikolski simptomu müsbətdir. Ağızın selikli qişası zədələnmişdir. Ağır gedişli ildırımsürətli (çox zaman letal nəticələnir) və kəskin formalarda (kəskin intoksikasiya əlamətləri, geniş eroziyalar, impetiginizasiya əlamətləri) rast gəlinə bilər. Yarımkəskin formada simptomatika daha az rast gəlinir. Xroniki BEP uzun gedişlidir və klinik polimorfizm, sümük-oynaq sistemi, dişlərin prosesə cəlb olunması, əzələ atrofiyası və digər əlamətlərlə müşayiət olunur.

Onyalai – isti iqlimli ölkələrin dəri və selikli qişalarda bulloz və hemorragik səpgilərin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunan ağır xəstəlikdir. Sistem hemorragik sindrom, trombositopeniya, ağır ümumi vəziyyət və aftaya oxşayan üzəri irinli ərplə örtülü iri qovuşqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Əgər tərkibində kortikosteroidlər, qan-köçürmə, qandəyişdiricilər olan intensiv terapiya aparılmazsa proqnoz yaxşı olmaz.

Dəri yenitörəmələri

İsti iqlim şəraitində dərinin xoşxassəli və bədxassəli şişlərinin böyük rastgəlmə tezliyi barədə tədqiqatçıların yekdil rəyi yoxdur. Çin, Yaponiya, ərəb ölkələrində dəri xərçənginin nadir halda rast gəldiyi bildirilir. Pülük kisəsinin ekskesiziya olduğu xalqlarda cinsiyyət orqanının xərçənginə rast gəlinir. Afrika əhalisində dəri xərçəngi daha çox xroniki iltihabi proses, xora, yaralanma yerlərində əmələ gəlir. Tünd dəri irqlərdə damar nevusları çətin görünür, tüklü nevuslar isə avropalılara nisbətən daha az rast gəlinir. Xoşxassəli törəmələrin (ziyillər, itiüclü kondilomalar, fibromalar) profili cəhətdən ayrıca xüsusiyyətlər qeyd olunmur.

Vitamin çatmamazlığı

A hipovitaminozu kifayət qədər tez- tez rast gəlinir. Dəri örtüyünün zədələnməsi yayılmış və ya universal xarakter daşıyır. A vitamini ilə korreksiyaya yaxşı təbə olur.

Eksfoliativ xeylitlər (ariboflavinozla bağlı) müalicəyə torpidliklə seçilir.

Zöhrəvi xəstəliklər və endemik treponematozlar

Zöhrəvi xəstəliklər

İsti iqlim şəraitində yaşayan şəxslərdə sifilis infeksiyasının klinik əlamətləri və diaqnostikası bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir:

- tünd dəridə rozeola pis görünür;
- xoralı şankrda limfadenit zəif görünür;
- gecikmiş mərhələlərdə oynaq ətrafı düyünlər meydana gəlir (dirsək, diz oynaq-ları);
- sifilisin diaqnozunun qoyulması zamanı digər yoluxucu xəstəliklərlə (cüzam, malyariya, helmintozlar və s.) və narkotiklərin qəbulu ilə əlaqədar yalançı müsbət reaktivlər

siyaların olmasını nəzərə almaq lazımdır.

Digər klassik zöhrəvi xəstəliklər (şankroid, zöhrəvi limfaqranulematoz, donovanoz) əsasən isti iqlimi olan ölkələrin əhalisi arasında və bu regionlarda olmuş şəxslərdə aşkar edilir. Bu xəstəliklər daha ətraflı “Venerologiya” bölməsində təsvir olunur.

Endemik treponematozlar

Mahiyyətə adi sifilisin növ müxtəlifliyindən ibarət olan qeyri zöhrəvi tropik treponematozlar (frambeziya, becel, pinta) üçün yüksək yoluxuculuq xarakterikdir. İnfeksiyanın ötürülməsi əsasən ev əşyaları (dəsmal, yatacaq, qab-qacaq və b.) vasitəsilə və cinsi kontakt yolu ilə baş verir. Bu xəstəliklər adətən xronik gedişli olur. Frambeziya, becel və pinta xəstəliklərinin törədiciləri müvafiq olaraq T. pertenuae, T. Bejel, T. Carateum sayılır.

Onların yeganə təbii sahibi – insandır.

FRAMBEZIYA

Tropik yoluxucu xəstəlik olub, yüksək kontagiozluğu, dərinə, selikli qişaları, sümükləri və oynaqları zədələməsilə xarakterizə olunur. Tipik dəri papilomatoz elementləri moruğa oxşardır (fransızca Framboise).

Etiologiyası

Frambeziyanın törədicisi Triponema pertenuae morfoloji və bioloji xüsusiyyətlərinə görə zöhrəvi sifilis törədicilərinə (T.pallidum) yaxındır. Lakin plasental baryerdən keçmədiyinə görə anadangəlmə pozğunluqlar törətmir. T. pertenuae oksigenin, qurutmanın və yüksək temperaturun təsirindən tez məhv olur; qidalı mühitlərdə inkişaf etmir, mikroskopun qaranlıq tünd sahəsində görünür.

İnfeksiyanın rezervuarı - 2-15 yaşlı uşaqlardır.

Epidemiologiyası

Frambeziya birbaşa qeyri cinsi əlaqə vasitəsilə insandan insana keçir (yoluxmuş zədə yerinin eksudatı və ya zərdabı vasitəsilə). Xəstələr latent və üçüncülü mərhələdə praktik olaraq yoluxucu deyil (Cədvəl 36.1). Adamların sıxlığı və sanitariya-gigiyenik şəraitin pis olması frambeziyanın yayılmasına təsir edir .

Xəstəliyin gedişi

İnkubasiya dövrü - 3 – 4 həftədir.

Birincili dövr – yarım ilə qədər

İkincili dövr – 1,5-2 ilə qədər.

İkincili dövr xəstəliyin aktiv meydana gəlməsi və latent dövrünə keçməsinin bir-birini siklik əvəz etməsilə xarakterizə olunur. Bütün ikincili dövr ərzində (1,5-2 ilə qədər) latent dövründən sonra xəstəliyin 2-3 klinik residivi müşahidə oluna bilər. Bir çox xəstələrdə xəstəlik bununla da başa çatır.

Üçüncülü dövr – müalicə olunmayan xəstələrin 10-15%-də xəstəliyin ikincili dövrünün başa çatmasından 7-25 il sonra uzun latent dövrü fonunda meydana gəlir.

Cədvəl 36.1. Frambeziyada müalicə taktikasının xüsusiyyətləri (ÜST)

Epidemioloji xarakteristikası	Sifilis	Frambeziya	Becel	Pinta
Yayılməsi	Sporadik; əsasən şəhərlərdə	Endemik; kənd rayonları	Endemik; kənd rayonları	Endemik; kənd rayonları
Coğrafi paylanması	Dünyanın müxtəlif regionlarında	Afrika, Cənub-Şərqi Asiya, Cənubi Amerika	Cənub-Qərbi Asiya, Saxara	Mərkəzi və Cənubi Amerika
Iqlim şəraiti	İstənilən	İsti rütubətli iqlim	İsti quru iqlim	İsti yarımquru iqlim
Xəstələrin yaşı	18-30 yaş	2-10 yaş	2-10 yaş	15-30 yaş
Ötürülmə mexanizmi: -cinsi -qeyri cinsi -anadangəlmə	adi nadir halda bəzən	yox bəli yox	yox bəli yox	yox bəli yox
İnfeksiyanın rezervuarı	Yaşlılar	2-15 yaşlı uşaqlar	2-15 yaşlı uşaqlar və latent dövründə olan xəstələr	dərinin davamlı zədələnməsi olan 15-30 yaşlı xəstələr

Klinik şəkli

İlkin dövr – tək-tək yumşaq, qaşınan, solğun çəhrayı rəngli, papulomatoz artımlı (moruğa bənzər) papulalar olur. Papulanın səthində adətən çox dərin olmayan yaralar əmələ gəlir (frambezioma). Xoralar qartmaqla örtülü olur, və çapıqlaşır. Frambezioma adətən uşaqlarda bədənənin açıq yerlərində, xüsusən üzdə (dodaqlarda, qulaq seyvanında, ağızda, burun nahiyəsində), əllərdə olur. Uşaq əmizdirən qadınlarda frambezioma tez-tez süd vəzisi ətrafında, kişilərdə isə baldırda, ayaq pəncəsində, az hallarda isə cinsiyyət orqanlarında yerləşir.

İkincili frambeziomalar - şankr-satellitlər də əmələ gələ bilər.

İkincili dövr gövdədə və ətraflarda çoxlu qaşınan papulalar – moruğa oxşar frambezidlərin, habelə skvamoz və eritromatoz-skvamoz ləkələrin, nadir hallarda isə papulo-qabarcıqlar və xorali vezikulo-pustulaların meydana gəlməsilə xarakterizə olunur. Bu dövrdə tez-tez əl içi və ayaq altının məhdud və ya yayılmış hiperkeratozu aşkar edilir.

Üçüncü dövr üçün qummaların, xoraların, çapıqların, qanqozların (mutulyasiya edici olunan rinofaringit), osteoperiostitlərin əmələ gəlməsi, habelə xəncərəbənzər baldır, ön burun sümüyünün hiperostozu (qundu, qondu), düyünlü oynaqətrafi nahiyələr xarakterikdir (Cədvəl 36.2).

Cədvəl 36.2. Sifilis və frambeziyanın differensial diaqnostikası

Sifilis	Frambeziya
Erkən dövr	
Bərk şankr cinsiyyət orqanları nahiyəsində yerləşir	Frambezioma ekstragenital yerləşir
Rozeolalar, papulalar, tək-tək pustulalar	Papulez-vegetasiyaedici frambeziidlər
Selikli qişalar tez-tez zədələnir	Selikli qişalar nadir hallarda zədələnir
Qaşınma xarakterik deyil	Qaşınma tipikdir
Alopesiya mümkündür	Alopesiya olmur
Gözün zədələnməsi – irit, xorioidit, retinit	Gözün zədələnməsi olmur
Qundu tipli zədələnmə olmur	Qundu tipli zədələnmə tez-tez olur
Gecikmiş dövr	
Visseral zədələnmələr mümkündür	Visseral zədələnmələr olmur
Sinir sisteminin zədələnmələri olur	Sinir sisteminin zədələnmələri olmur
Sinir sisteminin zədələnmələri zamanı likvorda Vasserman reaksiyası müsbətdir	Likvorda Vasserman reaksiyası mənfidir
Damarlar zədələnir (obliterasiyaedici endarteriit, beyin damarlarının trombozu)	Damarlar zədələnmir
Qanqoz tipli zədələnmələr olmur	
Oynaq ətrafı düyünlər tipik deyil	Bəzən qanqoz olur
Anadangəlmə sifilis mümkündür	Tez-tez oynaq ətrafı düyünlər inkişaf edir
	Anadangəlmə frambeziya olmur

Diaqnozu

Aşağıdakılar əsasında diaqnoz qoyulur:

- xəstəliyin klinik əlamətləri;
- ocağın epidemioloji müayinələrinin nəticələri;
- xəstəliyin tipik klinik əlamətləri;
- mikroskopun qaranlıq tünd sahəsində ilkin frambeziomalardan xaric olan materialda, ilkin zədələnmə ocağından alınan eksudatda, ikincili effloressensiyada törədicilərin aşkar edilməsi;
- səpgi elementlərinin histoloji müayinəsi;
- müsbət seroloji reaksiyalar (RV, RİT, RİF).

Müalicəsi

ÜST-nin təlimatına əsasən frambeziyanın müalicəsində uzun müddətli (prolonqasiya edici) təsirə malik penisillin preparatlarına – benzatinbenzilpensillin (BBP) üstünlük verilir. Ambulator şəraitdə xəstələrə sağrının yuxarı xarici kvadratına əzələ içinə

2400000 vah. dozada 1 inyeksiya edilir ki, bu da 3 həftə müddətində preparatın treponemosid səviyyəsinin saxlanması təmin edir. Xəstəyə BBP-nin 1 dəfə vurulması treponema xəstəliklərinin həmin müddətdə sağlamlığını və reinfeksiyaya qarşı müdafiəni təmin edir.

Endemik treponematozlu xəstələrlə təmasda olanlar üçün BBP-nin təklif edilən profilaktik dozaları:

- 10 yaşa qədər – 600 000 vah. benzatinbenzilpensillin;
- 10 yaşdan yuxarı olan xəstələr üçün – 1 200 000 ED benzatinbenzilpensillin.

Frambeziyanın endemik zonalarda yayılmasından asılı olaraq müvafiq müalicə taktikası seçilir (Cədvəl 36.3).

Cədvəl 36.3. Frambeziyada müalicə taktikasının xüsusiyyətləri (ÜST)

Frambeziyanın populyasiyada yayılması	Təklif olunan müalicə
Yüksək - əhalinin 10%-dən çoxu (hiperendemik)	Bütün əhaliyə benzatinbenzilpensillin təyin edilir (başdan –başa kütləvi müalicə)
Orta – 5-10% (mezoendemik)	Bütün aktiv xəstələrə, 15 yaşdan aşağı bütün uşaqlara və yoluxucu xəstələrlə sıx təmasda olan şəxslərə benzatinbenzilpensillin təyin edilir (yeniyetmələrin kütləvi müalicəsi)
Aşağı - 5%-dən az (hipoendemik)	Bütün aktiv xəstələrə, yoluxucu xəstələrin ailə üzvlərinə və onlarla sıx təmasda olan şəxslərə benzatinbenzilpensillin təyin edilir (seçici kütləvi müalicə)

Frambeziyalı, endemik sifilisli və pıntalı xəstələrdə penisillinə allergiya olduqda başqa antibiotiklər təyin edilir:

- tetrasiklin və ya eritromitsin daxilə 500 mq yeməkdən qabaq gündə 4 dəfə, müalicə kursu 15 gündən az olmayaraq;
- 8-15 yaşlı uşaqlara tetrasiklin və ya eritromitsinin yarı dozası təyin edilir;
- 8 yaşa qədər uşaqlara yalnız eritromitsin bədən çəkisinə uyğun dozada təyin edilir.

Preparat az dozalarla hər 4-6 saatdan bir 15 gündən az olmayaraq təyin edilir.

Hamilə qadınlara tetrasiklin təyin edilməsi məsləhət deyil, çünki onlarda böyrək ağırlaşmaları yaranır və dölün skelet sümüklərinin formalaşmasına təsir edir.

Profilaktikası

- Endemik ərazilərdə əhalinin həyatının iqtisadi, sosial və məişət şəraitinin yaxşılaşdırılması.
- Frambeziyanın aktiv forması olan xəstələrin və onlarla təmasda olanların

vaxtında aşkar edilməsi

- Kontagioz frambezid residivi ehtimalı olan latent formalı xəstələrin aşkar edilməsi
- Treponematoz xəstəliyinin azaldılması və aradan qaldırılması məqsədilə bu kontingentlə müvafiq müalicə işi aparılması
- Əvvəllər frambeziya xəstəliyi qeydə alınan kənd yerlərində əhalinin periodik olaraq müayinədən keçirilməsi.

BECCEL

Becel (endemik sifilis, ərəb sifilisi) xronik yoluxucu xəstəlik olub, əsasən uşaqlar arasında past gəlir və dəridə eritematoz- papulez səpgilərlə meydana çıxaraq, selikli qişaları, sumukləri, oynaqları və qığırdağı zədələyir.

Etiologiyası

Becel *Treponema pallidum* (bejel) tərəfindən törədilir, epidemik və venerik sifilisin törədiciləri arasındakı bəzi antigenlik və patogenlik fərqləri bu mikroorqanizmlərin yalnız ştamm xüsusiyyətlərində əks olunur.

İnfeksiyanın rezervuarı. 2 yaşdan 15 yaşa qədər olan uşaqlar, habelə latent dövründə olan xəstələrdir.

Epidemiologiyası

Xəstəlik əsasən uşaqlarda məişət-təmas yolu ilə keçir. Bu da sanitariya mədəniyyətinin aşağı olması, yaşayış yerinin darısqallığı, bir qabdan su içmək, mərasim yuyunması və s. ilə əlaqədardır. Yoluxmanın qeyri düz yoluna - su içmək üçün qabların infeksiyalaşması; düz yoluna isə - tərkibində *treponema* olan ağız suyu ilə islanmış barmaqlar hesab olunur. Yaşlı şəxslər ən çox öz xəstə uşaqlarından yoluxurlar. Milçəklər də xəstəlik törədicilərinin daşıyıcısı ola bilər.

Xəstəliyin gedişi

İnkubasiya dövrü 3 həftədir.

Yüngül təzahür edəni (nəzərə çarpmadan keçir) – 1 aydır.

Erkən dövrü – 1 aydan 1 ilə qədərdir.

Bəzən latent dövrü 1 ildən 5 ilə qədər ola bilər.

Gecikmiş dövrü – 1 ildən sonradır.

Klinik şəkli

Yüngül təzahür edən formasında – ağız boşluğunun selikli qişasında ləkələr, səthi, az ağırlı xoralar, bəzən stomatit və ağızın küncələrində çatlar meydana çıxır. Bir neçə həftədən sonra bu əlamətlər çox vaxt nəzərə çarpmadan itir.

Erkən dövrü - ətraflarda və gövdədə yayılmış, qaşınmayan papulalar, büküşlərdə -kondilomalar (vegetasiyaedici papulalar) meydana gəlir. Aşağı ətrafların uzun sümükləri zədələnir, gecələr sümük ağrıları xəstəni narahat edir (osteoperiostit əlamətləri).

Gecikmiş dövrü – dəri qummaları, xoralar və çarıqlar meydana gəlir. Burun-udlağın qanqoz tipli qummaları (mutilasiyaedici rinofaringit), sümük qummaları (osteoperiostit),

disxromiyalar (vitiliqo tipli) xarakterikdir.

Diaqnozu

Aşağıdakılar əsasında diaqnoz qoyulur:

- xəstəliyin klinik əlamətləri;
- epidemioloji məlumatlar;
- xəstənin yaşı (uşaqlar);
- təzə erkən səpgilərdən xaric olan materialın nativ preparatlarında triponemanın aşkar edilməsi (mikroskopun qaranlıq tünd sahəsində);
- müsbət seroloji reaksiyalar (RV, RİT, RİF).

Müalicəsi

Endemik sifilislə xəstələrin və onlarla təmasda olanların müalicəsi uzun müddətli təsirə malik penisillin preparatları (benzatinbenzilpensillin, bisillin-1 və s.) ilə frambeziyanın müalicəsində işlədilən dozalarla aparılır. Penisillinə əks göstəriş olan hallarda müalicə eritromitsin və ya tetrasiklinlə aparılır.

Profilaktikası

- Xəstə uşaqların vaxtında aşkar edilməsi, onların sağlam şəxslərdən təcrid edilməsi və müvafiq müalicənin aparılması;
- Xəstəliyin aktiv və latent formalarının aşkar edilməsi üçün bütün ailə üzvlərinin və xəstələrlə sıx təmasda olan şəxslərin klinik-seroloji müayinəsi;
- Becel xəstələrilə təmasda olan bütün şəxslərin preventiv müalicəsi;
- Əhəlinin yaşayış-məişət şəraitinin yaxşılaşdırılması, sanitariya mədəniyyətinin yüksəldilməsi.

PINTA

Xronik qeyri – zöhrəvi treponematoz (endemik rəngsizləşdirici treponematoz), eritematoz-skvamoz ləkələrlə xarakterizə olunur, hiperpigmentasiyaya, sonradan isə depigmentasiya və poliadenitə meyillidir.

Etiologiyası

Pintanın törədiciləri *Triponema carateum*-dur. Morfoloji və bioloji xüsusiyyətlərinə görə frambeziya və sifilis törədicilərinə yaxındır.

İnfeksiyanın rezervuarı. Dərisinin davamlı spesifik zədələnməsi olan 15-30 yaşlı xəstələrdir.

Epidemiologiyası

Bilavasitə birbaşa təmas “dərinin zədələnməsi”, habelə ümumi yatacaq, dəsmal və qab-qacaqla təmasıdır.

Xəstəliyin gedişi

İnkubasiya dövrü – 2-3 həftə.

Birincili dövr – yarım ilə qədər

İkincili dövr – 3 ilə qədər.

Üçüncülü dövr – 3 ildən sonra başlayır, bir neçə on il davam edə bilər.

Klinik şəkli

Birincili dövrdə - bədənin açıq yerlərində tək-tək papulalar və ya eritematoz–skvamoz lövhəciklər əmələ gəlir, orta dərəcəli qaşınma olur.

İkincili dövr – yayılmış qaşınan papulalar və lövhəciklər (başlanğıc dövrdəkilərlə eyni), eritematoz–skvamoz ləkələr (pintidlər) əmələ gəlir. Onlar trixofitiyanı, psoriazi, ekzematidləri imitasiya edir. Vaxt keçdikcə onların rəngi dəyişir və qırmızı-mis, göy, maviyə çalan, bənövşəyi, boz, ağ-boz rəng alır.

Üçüncülü dövr - hiperpiqmentasiya meydana gəlir, xoralar olmur. Ardınca axromiya (hiperxrom ləkələrin və b. elementlərin progressiv depiqmentasiyası) gəlir; ləkələrin, papula və lövhəciklərin qabıq verməsi azalır və itir.

Bəzən əl içi və ayaq altının hiperkeratozu, limfa vəzilərinin böyüməsi meydana gəlir, dərinin atrofiya ocaqlarının (“psevdoatrofiya”) inkişafı mümkündür. Pasiyentlərin ümumi vəziyyəti zərər çəkmir.

Diaqnozu

- Diaqnoz qoyularkən nəzərə alınır:
- Xəstənin endemik ocaqda olması nəzərə alınmaqla epidemioloji anamnez;
- Dəridə disxromiyanın olması;
- Səpgilərdə və ya limfa vəzilərinin punktatlarda T. Carateum tapılması;
- Müsbət seroloji reaksiyalar (RV, RİT, RİF).

Müalicəsi

Pintanın müalicəsi endemik triponematozların müalicəsində tətbiq edilən ÜST-nin təlimatına əsasən aparılır (bax: frambeziyanın müalicəsi). Benzatinbenzilpensillin, eritromitsin və başqa antibiotiklərdən istifadə edilir.

Profilaktika tədbirləri xəstələrin və onlarla sıx təmasda olan şəxslərin aşkar edilməsindən və müalicədən ibarətdir.

Bu xəstəlikdə proqnoz xoşdur, depiqmentasiya ocaqları, dərinin atrofiyası və ağ çapıqlar şəklində kosmetik defektlər ola bilər.

DƏRİ VƏ ZÖHRƏVİ XƏSTƏLİKLƏR ÜZRƏ TƏCRÜBİ VƏRDIŞLƏRİN SİYAHISI VƏ TƏSVİRİ

1. Dermatoloji xəstənin bədəninin müayinə metodikası

Müayinəni gündüz işığında və ya kifayət qədər parlaq elektrik işığında aparmaq daha yaxşıdır. Otaqda (kabinetdə) temperatur 22-23°C olmalıdır, belə ki, aşağı temperatur damarların spazmına səbəb olur (dəri avazıyır), çox yüksək temperaturda isə onların genişlənməsi baş verir (hiperemiya meydana çıxır ki, bu da dərinin həqiqi rəngini itirir.

Dərinin bütün səthinə baxmaq məqsədəuyğundur, bu zaman xəstənin sifətinə diqqət vermək lazımdır, bununla bəzi dermatozları olan xəstələr üçün səciyyəvi müxtəlif emosiyaları və vəziyyətləri (əsəbilik, əzab, yorğunluq, laqeydlik) görmək olar. Burnun forması və deformasiyası sifilisin (yəhərşəkili), vərəm qurdeşənəyi (yumşaq toxumaların dağılması – «qoyun burnu»), rinofimanın diaqnozunun qoyuluşunda mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Dərinin rənginə fikir verirlər, normada o, solğun, çəhrayı, qarabuğdayı ola bilər. Sağlam şəxslərdə donuqvari, yağlı parıltılı deyildir, piy vəzilərinin görünən axacaqları yoxdur. Bəzi xəstəliklərdə dəri öz rəngini dəyişir. O, durğunluq vəziyyətlərində göyümtül, akrodermatit zamanı - göy-qonuru, göbələkvari mikozun başlanğıc mərhələsində - qəhvəyi, sarılıq zamanı - sarı, ixtioz, melanodermiya zamanı – bozuntul-qara, addison xəstəliyi zamanı – tunc rəngində olur.

Vegetativ sinir sisteminin fəaliyyətinin pozulması ilə müşayiət olunan dermatozlar zamanı dəri nəm; Benye pruriqosu, disseminasiyalı neyrodermit, ixtioz zamanı – quru olur.

Müayinə zamanı saçlar, dırnaqlar, xarici cinsiyyət orqanları, arxa keçəcək (düz bağırsağ) nahiyəsi baxışdan keçirilir.

Baxış zamanı dodaqların qırmızı haşiyəsinin rənginə, onun quru, qabıqlanmasına, çatların, eroziyaların, qartmaqların olmasına fikir verilir. Ağız boşluğunun selikli qişası da baxışdan keçirilməlidir, belə ki, orada səpgilər (kandidoz, qırmızı yastı dәмrov, pemfiqu zamanı) aşkar edilə bilər.

2. Dəri xəstəliyi olan şəxslərin xüsusi müayinə metodları

1. Palpasiya (əlləmə). Palpator olaraq dərinin elastikliyi və tonusu müəyyən edilir. Normada dərinin elastikliyi və tonusu bir şəxsə dəri səthinin müxtəlif sahələrində eyni deyildir. Həmçinin dərinin yaş dəyişiklikləri: qoca və ahıl şəxslərdə turqorun və elastikliyin azalması da nəzərə alınmalıdır. Palpator olaraq dərinin temperaturunun yüksəlməsini və ya azalmasını (qızılyel zamanı, dərin stafilodermiya, eritrodermiya, Reyno xəstəliyi, sklerodermiya); elementin yerləşməsini (epidermis, derma, dərialtı təbəqədə), onun ölçülərini, formasını, konsistensiyasını, ətraf toxumalarla birləşməsini, ağırlı olmasını təyin etmək olar. Ödem zamanı onun intensivliyi, flyuktasiyanın (abses, hidradenit) olması, ağrı hissiyyatının olmaması (birincili sifiloma) öyrənilir.

2. Qasımaq (qrattaj). Əşya şüşəsi və ya küt skalpel vasitəsilə aparılır. Qasıma metodu dərinin qabıqlanmasını aşkar etməyə, onun xarakterini (unvari, kəpəkvari, xırda lövhəli, iri lövhəli), pulcuqların dərinin səthinə birləşmə dərəcəsini (sıx yerləşməsini) müəyyən etməyə imkan verir. Bu metod psoriasis (fenomenlər triadası), rəngbərəng (kəpəkvari)

dəmərov, parapsoriasis zamanı tətbiq olunur. Dırnaqla qaşımaq tövsiyə olunmur, belə ki, bu zaman yoluxmaq mümkündür (dermatomikoz, papulyoz sifilid).

3. Diaskopiya (vitropressiya) – dərinin zədələnmiş sahəsinə əşya şüşəsi vasitəsilə, yaxud xüsusi alət – diaskopla (şəffaf plastmass lövhə) təsir göstərilməsi (sıxılması) deməkdir. Bu metod vasitəsilə elementin xarakteri (damar mənşəli, piqmentli) təyin olunur. Damar mənşəli ləkə sıxıldıqda avazıyır və ya yox olur, hemorragik (və ya piqmentli) ləkə isə yox olmur. Bu metod vərəm qurdeşənəyinin diaqnostikasında da kömək edir («alma jelesi» fenomeni),

3. Zöhrəvi xəstəliyi olan şəxsin bədəninin müayinəsi

Qadınlarda cinsiyyət orqanlarına baxış xəstənin ginekoloji kresloda arxası üstə uzanarkən aparılır. Əvvəlcə böyük cinsiyyət dodaqları, aralığın dərisi, arxa keçəcəyə nahiyəsi nəzərdən keçirilir, onun rənginə, səpgilərin olub-olmamasına, ifrazatın gəlməsinə fikir verilir. İki çöp, pinset və ya sol əlin barmaqları vasitəsilə əlcəklə kiçik cinsiyyət dodaqlarını aralayır və uşaqlıq yolunun dəhlizinə baxırlar, qızlarda qızlıq pərdəsinin vəziyyətinə və ya cinsi həyat keçirənlərdə onun qalıqlarına fikir verirlər. Sonra dəhlizin böyük vəzlərinin axacaqlarının girişini müayinə edir, onların rənginə, ifrazatlara diqqət verilir. Vəzləri baş və şahadət barmağı ilə palpasiya edirlər (sol vəzi – sol əllə, sağ vəzi – sağ əllə). Vəzi masaj etdikdə sekret əldə etmək olar ki, onu lazım gəldikdə mikroskopik müayinə aparmaq üçün götürürlər.

Sidik kanalının xarici dəliyi və lakunaları baxışdan keçirilir, onların hiperemiyasına, ödemli olmasına, ifrazatların gəlməsinə fikir verilir. Sidik kanalını palpasiya edir, onun divarlarının vəziyyətini, bərk törəmələrin olmasını təyin edirlər. Sidik kanalını şahadət barmağı ilə palpasiya edərək eyni vaxtda onu arxadan qabağa doğru masaj edirlər. Alınmış ifrazat mikroskop altında müayinə olunur. Sonra xəstədən sidik kisəsini ardıcıl olaraq iki stəkana boşaltmağı xahiş edirlər. Sidiyin ilk porsiyası sidik kanalının vəziyyətini, ikincisi – yuxarıda yerləşmiş sidik yollarındakı dəyişiklikləri göstərir. Cinsi həyat keçirən qadınlarda uşaqlıq yoluna ikilaylı Kusko güzgüsünün köməyi ilə baxırlar. Bu zaman uşaqlıq boynunun həcmi və forması, uşaqlıq dəliyinin vəziyyəti, hipermiyanın, ödemin, eroziyanın, ifrazatların olması (onların xarakteri və miqdarı) təyin olunur. Açıq güzgünü çevirərək uşaqlıq yolunun divarlarını nəzərdən keçirir, novşəkili zond və ya folkman qaşığı vasitəsilə mikroskopik müayinə üçün uşaqlıq yolunun kanalından ifrazatlar yığılır. Eroziya olduqda şübhəli hallarda onun səthindən ilgək vasitəsilə solğun treponemanın aşkarlanmasına görə müayinə üçün ifrazat götürülür. Uşaqlıq yolundan güzgünü çıxardıqdan sonra müayinə əllə aparılır, bu zaman uşaqlıq boynunun bərkiməsinə xüsusi fikir verirlər, çünki bu, birincili sifilisin diaqnostikasında çox böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Kişilərdə cinsiyyət orqanlarının müayinəsi. Kişilərdə cinsiyyət orqanları parlaq işıqda həyata keçirilir. Xəstə 3-4 saat ərzində siyiməməlidir. Əvvəlcə qarnın aşağı hissəsinin dərisinə, budun daxili səthinə baxır, səpgilərin olub-olmaması, qasıq və bud limfa düyünlərinin vəziyyətinə, sonra cinsiyyət üzvünə, pülük kisəsinin daxili və xarici qatlarına, başına, sidik kanalının xarici dəliyinin kənarlarına fikir verirlər. Pararetral axacaqların, eroziyaların, xoraların olmasını müəyyən edirlər. Sonuncular aşkar olduqda onların üzərindəki ərpi kənar edir və onun dibini palpasiya edirlər. Solğun

terponemanın aşkar edilməsinə görə müayinələr üçün ifrazatlardan nümunə götürürlər. Sidik kanalının xarici dəliyinə baxdıqda onun diametrinə, iltihab prosesinin olmasına (hipermiya, şişkinlik), ifrazatlara, onların xarakterinə (seroz, selikli, selikli-irinli, irinli, qanlı-irinli) fikir verirlər. İfrazatlar çox olduqda steril pambıq vasitəsilə birinci damlanı kənar edir, sonrakı damlalardan bir neçə yaxma hazırlayırlar. Sonra cinsiyyət üzvünü sidik kanalının boyunca palpasiya edirlər. İfrazatlar olmadıqda sidik kanalının boyunca yüngül massajla onları əldə etməyə çalışırlar. Zöhrəvi xəstəliyə şübhə yarandıqda və ifrazat olmadıqda ilgək və ya xüsusi küret vasitəsilə sidik kanalının selikli qişasından qaşıntı götürülür. Yaxmalar qonokokların və ya digər bakterial floranın aşkarlanmasına görə müayinə üçün laboratoriyaya göndərilir. Sonra xayanı, yumurtalıqları, onların törəmələrini, toxum ciyərlərini müayinədən keçirirlər; onların ölçüləri, konsistensiyası, ağırlı olması təyin edilir. Müayinədən sonra 2 və ya 3 stəkan sınağı qoyulur, ləng və xronik proses zamanı sidik kanalına mil salınır, uretroskopiya üçün müayinə aparılır.

4. Dərinin birincili və ikincili morfoloji elementləri

Dəriyə baxış zamanı orada olan morfoloji elementlər – birincili (ləkə, papula, qabarcıqlar, düyünlər, qovuqcular, qovuqlar, pustulalar) və ikincili (piqmentasiya, pulcuqlar, qabıqlar, eroziyalar, xoralar, çatlar, lixenifikasiya, çapıqlar) təyin olunur. Baxış zamanı elementin lokalizasiyası və rəngi haqqında məlumat almaq olar, lakin onun tam səciyələndirilməsi üçün palpasiya və qaşıma metodunu tətbiq etmək lazımdır.

Baxış zamanı səpgilərin monomorfizmi (psoriaz, qırmızı yastı dəmrov, qovuqculu dəmrov, vulqar pemfiqus, övrə) və ya polimorfizm (ekzema, Dürinqin herpesşəkili dermatiti, dermatitlər) müəyyən olunur. Həqiqi polimorfizmi - bu zaman eyni vaxtda bir neçə birincili elementlər (ekzema) müşahidə olunur - və yalançı polimorfizm ilə diferensiasiya etmək lazımdır – bu zaman bir birincili element, qalanları isə ikincili elementlər olaraq onun təkamülü nəticəsində yaranır (furunkulyoz).

Səpgilərin yerləşməsinə fikir verilir, çünki bir sıra hallarda bu və ya digər dermatoz üçün spesifik lokalizasiya xarakterikdir: qırmızı qurdeşənəyində – sifət, psoriazda – dirsək oynaqlarının açıcı və diz oynaqlarının ön səthləri, başın tüklü hissəsi, sadə herpesdə – dodaqlar və cinsiyyət orqanları və s.

Səpgilərin yerləşməsinin xüsusiyyətləri diqqəti cəlb edir: fokuslu (elementlər birləşmir, onları normal dəri əhatə edir), diffuz (elementlər iri ocaqlar şəklində bir-biri ilə birləşir); yayılması – məhdud (ocaqlı neyrodermit, ocaqlı sklerodermiya, nevus, sadə herpes, düyünlü eritema, ziyilli vərəm və s.), yayılmış (çəhrayı dəmrov, psoriaz), total (eritrodermiya); digər xüsusiyyətləri – simmetrik (həqiqi ekzema, psoriaz), asimmetrik (dermatomikoz, dərinin ziyilli vərəmi, üzükvari qranulema, kontakt dermatiti, kəmərləyici dəmrov və s.), sistemli – damar və sinir şaxələri boyunca (kəmərləyici dəmrov, xətvəri qırmızı yastı dəmrov, xətvəri nevus), fiqurlu (psoriaz, miqrasiyaedici eritema), serpingedici və ya sürünən (vərəm qurdeşənəyi, cüzam, qabarcıqlı sifilid və s.).

5. Dərinin nəmliyinin, yağlı, quru olmasının, turqorunun təyin edilməsi

Dərinin turqorunun və elastikliyinə təyin olunması əllə yoxlamaqla (dərini barmaq-la büküş şəklində tuturlar), həmçinin dərini hamarlamaqla və ona təsir etməklə (basmaqla) aparılır. Dərinin turqoru və elastikliyi haqqında əlin arxa tərəfindəki büküşlərin

yenidən hamarlanması vaxtına əsasən fikir söyləmək olar. Turqor yüksək olduqda o, ani müddətdə hamarlanır, aşağı olduqda və qocalarda – bir neçə dəqiqə ərzində qalır.

Dərinin turqorunun və elastikliyinə aşağı düşməsi müxtəlif atrofik proseslər zamanı, elastikliyin artması isə – dərinin hiperelastikliyi zamanı müşahidə olunur.

Tər ifrazının elektrometrik metodla müayinəsi ondan ibarətdir ki, dərinin nəmliyi elektrik cərəyanının müqavimətinə tərs mütənəsbdir.

İki elektrodla birlikdə xüsusi ucluq dərinin müayinə olunan sahəsinə sıx toxundurulur. Tamamilə quru dəridə elektrodlara qoşulmuş zəif daimi cərəyan quru buyunuz qat tərəfindən göstərilən müqaviməti sındıra bilmir. Nəm dəri zamanı müqavimət azalır və müvafiq cihaz vasitəsilə qeydə alınır.

Tər ifrazının pozulması cüsam, allergik qaşınan dermatozlar, dərinin atrofiyası, sklerodermiya zamanı nəzərə çarpır.

6. Dermoqrafizmin təyin olunması

Bu metod vegetativ sinir sisteminin vəziyyətini, o cümlədən dərinin qıcıqlanmasına cavab olaraq damar divarının reflektor reaksiyalarını təyin etməyə imkan verən metoddur.

Çöpün küt ucu və ya şpatelin kənarı vasitəsilə dəri boyunca zolaq çəkirlər. 10-20 san. sonra şpatelin hərəkətini dəqiq təkrar edərək ağ və ya qırmızı zolaq meydana çıxır. Ağ dermoqrafizm zamanı, məsələn atopik dermatit, qoturluq zamanı zolaq 2-8 dəqiqədən sonra itir. Qırmızı dermoqrafizm (ekzema) bir qədər tez meydana çıxır və xeyli vaxt, bəzən 1 saata qədər və daha çox qalır. Az hallarda qabarıq, yaxud urtikar dermoqrafizm (bu, xüsusilə övrə üçün xarakterikdir), həmçinin reflektor dermoqrafizm müşahidə olunur ki, bu zaman hiperemiya 3 sm enində zolaq şəklində meydana çıxır.

7. Damcı və ya kompress allerqoloji dəri sınaqlarının qoyulması metodikası və onların interpretasiyası

Damcı allergik testləri

Dermatozlar (çox vaxt peşə xarakterli) zamanı allergenin aşkar olunması məqsədilə tətbiq edilir. Müayinə olunan maddənin sulu və ya spirtli məhlulu zəif qatılıqda saidin ön səthinə və ya qarınüstü sahənin sağlam dərisinə pipet vasitəsilə damızdırılır, üzərindən dəyircəkli qələmin mürəkkəbi və ya pastası ilə sürtürlər. Kontrol qismində dərinin simmetrik sahələrinə həlledicinin bir damlası qoyulur və ona fikir verirlər ki, maye tamamilə buxarlansın. Reaksiya 24, 48 və 72 saatdan sonra qiymətləndirilir. Müsbət reaksiyada onun intensivliyindən asılı olaraq məhlulun yeridildiyi yerdə eritema, papula, qovucuqlar, qovuc əmələ gəlir.

Kompress allergik testləri (toxuma, applikasion)

Dördqat qatlanmış tənzip salfeti (1x1 sm ölçüdə) öyrənilən maddənin zəif məhlulunda isladılır, bazuönü sahənin ön səthinə və ya qarınüstü sahəyə sərilir. Salfeti 4x4 sm ölçüdə tibbi müşəmbə ilə örtürlər, bint və ya leykoplastır vasitəsilə fiksə edirlər. Testoplastdan istifadə etmək daha rahatdır, o, kauçuk plastır vərəqindən ibarət olub mərkəzində diametri 0,9 sm olan dairəvi pəncərə vardır, orada tənzip olur ki, onu da pipet və ya şüşə çubuq vasitəsilə müayinə olunan maddə ilə isladirlər. Diaqnostik pəncərənin

mərkəzi bir-birindən 4,5 sm aralı yerləşməlidir. Reaksiya 24, 48 və 72 saatdan sonra qeyd alınır. Dəri sınaqları üçün kimyəvi cəhətdən təmiz maddələrdən istifadə olunması tösiyə edilir. Qeyd etmək lazımdır ki, bəzi şəxslərdə plastırın özü allergik reaksiya və ya kontakt dermatiti törədə bilər.

Test o zaman müsbət sayılır ki, güman olunan allergenin təsir etdiyi yerdə aşağıdakı dəyişikliklər əmələ gəlir: eritema (+); eritema, ödem, papula (++); kəskin nəzərə çarpan iltihab reaksiyası, onun fonunda papula və qovucuq meydana çıxır (+++); iri qovucular və toxumaların nekrozu (++++).

8. Dəri xəstəliklərinin müalicəsi zamanı xaricə işlədilən dərman formaları və onların təyin edilməsinə dair göstərişlər

Dermatologiyada tətbiq olunan dərman formalarının qısa səciyyəsi:

Sulu məhlulların (və ya spirt əlavə edilməklə) tərkibində antiseptiklər (bor turşusu, rezorsin, tanin, ixtiol, gümüş nitrat, rivanol və s.) vardır və islatmalar, nəm-quru sarğılar şəklində tətbiq olunurlar.

Aerozollar (köpüklər): propellent mühitində asılı vəziyyətdə olan dərman hissəcikləridir. Tətbiqi çox rahatdır, xüsusilə də eroziyalı səthlərdə.

Pudralar: toz dərmanı (prisipka) şəklində çox xırda tozşəkilli dərman vasitələridir (sink oksidi, talk, kraxmal və s.).

Sulu «horralar»: tozların və mayələrin bərabər hissələrindən ibarətdir. Qliserin əlavə etdikdə dəridə yaxşı fiksə olunurlar.

Yağlı «horralar» (linimentlər): tərkibində 30% tozşəkilli dərman vasitələri və 70% yağ vardır. İltihabəleyhinə, qaşınmaya qarşı və yumşaldıcı effektdə malikdir.

Pastalar: tozların (40-50%) və piylərin kombinasiyasıdır. Dəridə yaxşı qalır. Pudra və horralara nisbətən daha dərin təsir edir.

Plastırlar: əsasını - aktiv maddələr əlavə edilməklə mum (kanifol) təşkil edir. Dəridə yaxşı fiksə olunaraq aktiv maddələrin uzun müddət və dərin «keratolitik» təsir göstərməsini təmin edir.

Laklar: əsasını – dərman preparatları əlavə edilmiş elastik kollodiy (və ya xloroformun tərkibində kauçuk) təşkil edir. Dəridə nazik təbəqə (plyonka) şəklində fiksə olunaraq dərin və uzun müddətli «keratolitik» təsir göstərir.

Losyonlar: həll olan və ya suspenziyalı dərman komponentləridir. Su ilə (alkoqolla), digər fizioloji həlledicilərlə kombinasiya edirlər. Maye hissəsi buxarlanaraq sürətlə soyutma və qurutma effekti verir, dərman vasitələri iltihabəleyhinə təsiri gücləndirir.

Emulsiyalar: tərkibində 30% yağlar olan mayedir. Qatı-elastik konsistensiyada yarı-duru-yarıbərk sistemlərdir. Səthi iltihabi dermatozların müalicəsində geniş istifadə olunurlar. Dəriyə çəkildikdə emulsiyanın maye hissəsi buxarlanır, dərinə soyudur, yağ və dərman vasitələri isə absorbsiya olunaraq iltihabəleyhinə effekti gücləndirir.

Krelo: liposomal emulsiyadır. Liposomlar – lamelyar yağlı kristallik strukturlardır, sulu köpükcüklərlə əvəzlənir. Krelo yeridilən dərman preparatları ilə (kortikosteroidlərlə) birlikdə iltihabəleyhinə effekti, dərinin hidratasiyasını və suyun fizioloji buxarlanmasını təmin edir.

Hidrofil kremlər: tərkibində sulu əsasda yağ (30%) vardır. Hidratasiyanı, dərinin yumşalmasını, iltihabəleyhinə effekti təmin edir. Qısa müddətdə (bir neçə saat) təsir

göstərir.

Tərkibində lipobaza olan kremlər: daimi fazası su olan kremlərdir, lakin «sulu yağ»-lı kremlərə nisbətən daha çox yağ (70%) vardır. Kremlərin tərkibində neonlaşdırılmış emulqator vardır ki, onlar lamelyar yağlı kristallik strukturlar əmələ gətirirlər ki, bu strukturlar da sulu köpükcüklərlə əvəzlənir və liposomlar əmələ gətirməklə fizioloji yerli iltihabəleyhinə vasitələr sayılırlar. Liposomların əsasında kortikosteroid preparat «Lokoid-Lipokrem» yaradılmışdır.

Hidrofob kremlər: yağın içərisində su (30%) vardır. Dəridə yağlı təbəqə əmələ gətirirlər ki, bu da suyun buxarlanmasına mane olur, dərinə rehidratasiya edir, dərman preparatlarının daxil olmasına şərait yaradır və bununla iltihabəleyhinə təsir edirlər.

Hidrofob məlhəmlər: yağlı maddələrdən (vazelin, lanolin, naftalan, donuz piyi və s.) ibarətdir, dərinin isinməsinə səbəb olur və yeridilən dərman vasitələrinin infiltrativ iltihab prosesinin dərinliyinə nüfuz etməsini təmin edir.

Hidrofil məlhəmlər: tərkibində sintetik silikon birləşmələri vardır ki, onlar da dərinin tənəffüs etməsini təmin edirlər.

9. Vud lampasının altında xəstənin müayinə edilməsi

Vitiliqonun lüminesent diaqnostikasını qaranlıq otaqda Vuda lampasının köməyi ilə, tədqiqatçı qaranlığa adaptasiya olduqdan sonra həyata keçirirlər. Bu metod depiqmentasiyanın ən başlanğıcında zədələnmiş dəri sahələrini aşkar etməyə imkan verir. Tünd dərinin fonunda müxtəlif ölçüdə və formada açıq, parlaq-ağ, adi işıqda görünməyən sahələr aydın görünürlər. Ləkələrin kənarları kəskin piqmentasiyalıdır.

Mikrosporiyanın lüminesent diaqnostikası: metod *Microsporum* cinsi göbələkləri ilə zədələnmiş saçların qısaldaqalı ulğtrabənövşəyi şüalarla şüalandırıldıqda parlaq-yaşıl rəngdə işıqlanmasına əsaslanmışdır. Ultrabənövşəyi şüaların mənbəyi yaxın xaricdə istehsal olunan xüsusi quruluşda portativ civə-kvars lampası sayılır. Uzun dalğalı şüaları tutub saxlamaq üçün Vuda filtrindən–nikel duzları ilə hopdurulmuş şüşədən istifadə edirlər. Bu metodla xarakterik işıqlanmaya əsasən başın göbələklə zədələnmiş saçlarını, həmçinin hamar dəridəki zərif tükləri aşkar etmək olar.

Zədələnmə ocaqlarını məlhəmlərlə, yodun 5%-li spirtli məhlulu ilə sildikdə onların rəngi və ya işıqlanması təhrif oluna bilər, zəifləyə və ya tamamilə itə bilər. Bu hallarda başı sabunla səylə yumaq və müayinəni 3-4 gündən sonra təkrar etmək lazımdır. Yuxarıda adı çəkilən metodun dürüslüyünü zədələnmə ocağından götürülmüş saçların mikroskopiyası ilə təsdiq etmək lazımdır.

Malaxiti xatırladan daha tünd işıqlanma favus (keçəllik) zamanı müşahidə olunur, blastomikoz sahələri isə cəhrayı-narıncı rəngli lüminessensiya verir.

Dərinin gecikmiş porfiriyanın lüminesent diaqnostikası: xəstədə sutkalıq sidiyi tünd şüşədən olan qaba yığırlar. Sidikdə çürümə proseslərinin qabağını almaq üçün (onlar sidiyin rəngini və şəffaflığını dəyişə bilər) qaba 10-15 ml toluol əlavə edirlər. Toplanmış sutkalıq sidikdən (səhər ayıldıqdan sonra siyimə zamanı yığılan sidiyin birdəfəlik həcmi də istifadə etmək olar) 5 ml sınaq şüşəsinə süzür və onu lüminesent Vuda lampasının altına, daha yaxşısı vitaminlərin lüminesent müayinəsi üçün işlədilən aparata yerləşdirirlər. Reaksiya o zaman müsbət sayılır ki, müayinə olunan sidik qırmızı rəngdə flüoressensiya edir, sağlam şəxslərdə o, mavi-ağ işıqlanma verir.

Kəpəklənən və ya rəngbərəng dəmrovun lüminessent diaqnostikası: metod başın tüklü hissəsində zədələnmə ocaqlarının aşkar edilməsi məqsədilə tətbiq olunur. Qaranlıq otaqda başın tüklü hissəsini Vud lampası ilə işıqlandırirlər. Zədələnmə ocaqları qızılı-sarı, sarı-qəhvəyi və ya bozuntul rəngdə görünürlər.

Başın tüklü hissəsində zədələnmə ocaqlarının aşkar edilməsi kəpəklənən dəmrovun müalicəsində mühüm əhəmiyyət daşıyır, lakin praktik həkimlər çox vaxt bu lokalizasiyanı yaddan çıxarırlar, bu isə gələcəkdə xəstəliyin residivlərinə gətirib çıxarır.

Eritrazmanın lüminessent diaqnostikası: metod eritrazmanın qasıq epidermofitiyasından, rubromikozdan fərqləndirilməsi məqsədilə tətbiq olunur. Zədələnmə ocaqları Vud lampasının altında müayinə edilir. Eritrazma zamanı (zədələnmə ocaqları əvvəlcədən yerli terapiyaya məruz qalmamalıdır) bir neçə gün ərzində səciyyəvi mərcanı-qırmızı işıqlanma müşahidə olunur ki, o da periferik zonada daha qabarıq nəzərə çarpır.

10. Yodun spirtli məhlulu ilə Balzer sınağının aparılması

Bu metod kəpəklənən və ya rəngbərəng dəmrovun diaqnostikasında tətbiq olunur. Ləkələrə 5%-li spirtli yod məhlulu çəkirlər. Səpgilər nahiyəsində buynuz qatın yumşalması sayəsində yod məhlulu çox sürətlə bu sahələrə hopur və ləkələr ətrafdakı sağlam dəriyə nisbətən daha intensiv boyanır. Yod məhlulu olmadıqda anilin boyalarından istifadə etmək olar. Qeyd etmək lazımdır ki, kəpəklənən dəmrovdan sonra qalıq leykodermasında (xüsusilə də ultrabənövşəyi şüalanmaya məruz qalan şəxslərdə) Balzer sınağı mənfi olur.

11. Dermatomikozlar zamanı mikroskopik müayinə

Müayinə üçün pulcuqları, zədələnmiş tükləri, dırnaq lövhələrini götürmək olar. Dermatomikozlar zamanı mikroskopik müayinənin nəticəsi çox vaxt materialın düzgün götürülməsindən asılıdır. Göbələk elementləri adətən təzə, müalicə olunmamış, lakin artıq formalaşmış zədələnmə sahələrində olur.

Hamar dərinin mikozları zamanı (trioxofitiya, mikrosporiya, ayaqların mikozu, keratomikoz, kandidoz) müayinə üçün ocağın periferik sahələrindən pulcuqlar skalpel vasitəsilə qaşımaqla götürülür. Ayaqların, əllərin dishidrozu olan xəstələrdə qayçı və ya təhlükəsiz ülgüc (lezva) vasitəsilə qovuqların yastıqları və qopub düşən epitelinin qalıqları kəsilib götürülür.

Dermatomikozlar zamanı uzun və zərif tüklər ocaqlardan epilyasiya pinsetləri vasitəsilə, bəzən tüklər dəri səviyyəsində qırılırsa («qara nöqtələr») skalpelin ucu ilə götürülür. İnfiltrativ-irinli proseslər zamanı ocağın periferiyasından irinin içində üzən tükləri yığırlar: onları folkman qaşığı ilə götürür və Petri kasacağına və ya saat şüşəsinə yerləşdirirlər. Preparoval iynəsi vasitəsilə zədələnmiş tükü tutur və əşya şüşəsinə yerləşdirirlər. İrini zədələnmə açıq sahələrindən, fistullardan da bu qayda ilə, lakin qapalı sahələrdən (abses, irinlənmiş limfa düyünləri və s.) – şprislə punksiya etməklə yığırlar.

Zədələnmiş selikli qişadan götürülmüş qaşıntını steril şpatel, ilgək, pinset, folkman qaşığı vasitəsilə götürürlər.

Zədələnmiş dırnaqlardan materialı götürmək üçün skalpel, qayçı, manikür maqqaşlarından, daha dərin qatlardan isə – bor maşınından istifadə edirlər.

Dərin mikozlar zamanı müayinə üçün bəlgəm, öd, sidik, toxuma mayesi götürülür və

kip probka ilə bağlanan steril şüşə bankalara yığılır.

Mikroskopiya üçün nativ və rənglənmiş preparatlardan istifadə edirlər. Müayinə olunan materialın xarakterindən və dermatomikozun növündən asılı olaraq preparatların hazırlanmasının bir neçə metodu vardır. Göbələk xəstəliklərinin laborator diaqnostikası üçün daha münasib olan metodu nəzərinizə çatdırırıq.

Zədələnmiş tüklər, dırnaq lövhələri, bərk buynuz kütlələri, pulcuqları əşya şüşəsində qızdırılmış skalpel vasitəsilə xırdalayır və üzərinə 2-3 damcı 10-30%-li qələvi məhlulu (KOH və ya NaOH) əlavə edirlər. Şəffaflaşdırmaq üçün preparatı spirt lampasının əlovunda, periferiyada ağ haşiyə əmələ gələnə qədər qızdırırlar (qaynamamalıdır), sonra üstündən basaraq örtük şüşəsi ilə örtürlər.

Pulcuqları, buynuz kütlələrini, dırnaqları müayinə etdikdə həkim-laborant yalnız miselinin tapılıb-tapılmadığını göstərə bilər («göbələyin miselisi tapılıb», «tumurcuqlanan hüceyrələr qrupu tapılıb»), həkim-mikoloq isə klinik şəklinə görə xəstəliyin diaqnozunu qoyur və ya əlavə olaraq kultural müayinə təyin edir.

12. Ayaqların göbələk xəstəlikləri zamanı ayaqqabının dezinfeksiyası metodikası

Ayaqqabını dezinfeksiya etmək üçün V.M.Leşenkonun sadələşdirilmiş metodikasından istifadə edirlər: ayaqqabının iç səthini 25%-li formalin məhlulu və ya 40%-li sirkə turşusu ilə silirlər və 2-4 saat ərzində polietilen kisədə saxlayırlar. Sonra ayaqqabını qurudur və dezinfektantın iyi itənə qədər havaya verirlər.

13. Dürinqin herpesşəkili dermatiti zamanı Yadasson sınağının qoyulması

Kalium yodla birlikdə aparılan Yadasson sınağı Dürinqin herpesşəkili dermatiti həqiqi pemfiqusdan fərqləndirmək üçün mühüm diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Herpesşəkili dermatit üçün xəstələrin halogenlərə, o cümlədən yoda qarşı yüksək həssas olması səciyyəvidir. Sınaq iki variantda aparılır.

1. Xəstə daxilə 1 xörək qaşığı 5%-li kalium yod məhlulu qəbul edir. Sınaq dəri prosesi kəskinləşdikdə müsbət sayılır.

2. Saidin səpgi olmayan dəri səthinə lanolində hazırlanmış kalium yodun 50%-li məlhəmi qoyulur. 24 saatdan (az hallarda 48 saatdan) sonra məlhəmlə təmasda olan yerdə eritema, bəzən qovucuqlar, papula meydana çıxır və onlar Dürinqin herpesşəkili dermatiti zamanı əmələ gələn səpgilərə oxşayır, bəzən də məlhəm qoyulmayan yerlərdə əsas prosesin kəskinləşməsi müşahidə olunur.

14. Pemfiqus zamanı P.V.Nikolski simptomu

Bu simptom əsas etibarilə həqiqi pemfiqus zamanı diaqnostik əhəmiyyət daşıyır. Qovuğun yastığının kənarından pinset vasitəsilə dartdıqda sağlam görünən dəriyə yaxın yerləşmiş epidermisin yuxarı qatlarının soyulması müşahidə edilir. Bu, akantolizlə bağlıdır. Xronik xoşxassəli ailəvi pemfiqus, bulyoz pemfiqoid, kəskin qızdırmalı pemfiqus, toksik epidermal Layella nekrolizi, vegetasiya edən pemfiqus və s. zamanı da nəzərə çarpa bilər. İki qovucq arasında barmaqla yüngülcə sürtdükdə də həmçinin epidermisin soyulması baş verir. Nadir hallarda bu simptom qovucqlar olmayan sahələrdə də müsbət ola bilər.

Zədələnməyən qovuğa barmaqla basdıqda onun sahəsi böyüyür, belə ki, mayenin təzyiqi periferiya boyunca qovuğun yastığının aralanmasına gətirib çıxarır. Bu əlamət (Asbo-Xansen simptomu) demək olar ki, bütün qovuqlu dermatozlarda müşahidə olunur və mahiyyətə Nikolski simptomunun bir variantı sayılır.

Nikolski simptomu adları çəkilən dermatozları qeyri-akantolitik pemfiquşdan, çoxformalı eksudativ eritemanın bulyoz növündən, vegetasiya edən Qallopo piodermiyasından, Darye xəstəliyindən, Dürinq xəstəliyindən, subkorneal pustulyoz dermatozundan, Vilson-Brok eritrodermiyasından, yalnız ağız boşluğunun selikli qişasının xoşxassəli qeyri-akantolitik pemfiquşundan fərqləndirməyə imkan verir.

15. Yaxma-izlərin götürülməsi və akantolitik (Tsank) hüceyrələrin aşkarlanması görə onların Romanovski-Gimza üsulu ilə rənglənməsi

Bu metod pemfiquşun və herpesşəkili Dürinq dermatitinin differensial diaqnostikasında əvəzəilməzdir. Təzə qovuğun dibindən skalpel və ya qaynatmaqla sterilizə olunmuş şagird pozanının kəsiyi ilə yüngülcə basıb-çıxartmaqla (izlərin götürülməsi metodu) materialı götürür və steril yağsızlaşdırılmış əşya şüşəsinin üzərinə köçürürlər, 1 dəqiqə ərzində metil spirti ilə fiksə edirlər, otaq temperaturunda qurudur və Romanovski-Gimza üsulu ilə rəngləyirlər; 20-25 dəqiqə ərzində təzə hazırlanmış azur-eozin məhlulunu əlavə edirlər, sonra boyanı distillə olunmuş su ilə yuyur və yaxmaları otaq temperaturunda qurudurlar. Preparatı hazırladıqdan və rənglədikdən sonra mikroskop altında 10x40 böyüdülməsində müayinə edirlər. Akantolitik hüceyrələr normal epitel hüceyrələrindən xırdadır, dairəvi formadadır, iri nüvələri vardır, intensiv-bənövşəyi rəngə və ya bənövşəyi-mavi rəngə boyanırlar, demək olar ki, bütün hüceyrəni tuturlar. Nüvədə daha parlaq rəngdə 2 və ya bir neçə iri nüvəcik görünür. Sitoplazma sanki periferiyaya sıxışdırılmışdır (konsentrasiya haşiyəsi), kəskin bazofildir, nüvəyə yaxın yerdə açıq-mavidir. Hüceyrələrin sayı müxtəlifdir: tək-tək saydan böyük miqdara qədər (yığıntılar şəklində).

16. Benye-Meşerski və «qadın ayaqqabısı dabanı» simptomu, qırmızı qurdeşənəyi zamanı «kəpənək» simptomu

Qadın ayaqqabısının qırılmış dabanı simptomu qırmızı qurdeşənəyinin diskvari variantının diaqnostikasında istifadə olunur. Bu dermatoz üçün səciyyəvi olan hiperkeratoz tük follikulunun boynuna daxil olur, pulcuğun tərs tərəfində konusvari çıxıntılar əmələ gətirir ki, onlar adi gözlə yaxşı görünürlər. Zədələnmə ocaqlarını səylə qaşdıqda xəstə bir qədər ağrı hiss edir, çünki yuxarıda göstərilən hiperkeratotik çıxıntılar (tikanlar) sinir uclarına təsir edərək onları qıcıqlandırır (Benye-Meşerski simptomu).

«Kəpənək» simptomu – burun çəpərində və yanaqlarda (adətən almacıq sümüyü nahiyəsində) görünüşcə kəpənəyi xatırladan eritemanın olmasıdır. Bu simptom qırmızı qurdeşənəyi zamanı rast gəlinir.

17. Vərəm qurdeşənəyi zamanı «alma jelesi» və «düyməcikli zond» simptomu

Zondun (düyməcikli zondun) batması simptomu

Vərəm qurdeşənəyi zamanı qabarcıqlar onlarda elastik və kollagen liflərin dağılması nəticəsində xəmirəbənzər, yumşaq konsistensiyalı olur. Bu xüsusiyyətini nəzərə alaraq A.İ.Pospelov (1886) zondun batması simptomunu təklif etmişdir: düyməcikli zond və

sitəsilə qabarcığa yüngülcə basdıqda qabarcığın səthində çöküklər əmələ gələrək çox ləng itir. Bu hadisəni barmaqla mayalı xəmirə basdıqda müşahidə edilən mənzərə ilə müqayisə etmək olar.

Əgər qabarcığa zond vasitəsilə bir qədər güclü təsir edilsə, o, sanki lyupomanın dərinliyinə batıraraq azacıq qanaxma baş verir və cüzi ağrı hissi ilə olunur. Bu simptom təzə lyupoma zamanı daha aydın nəzərə çarpır.

«Alma jelesi» simptomu

Vərəm qurdeşənəyi zamanı diaqnostik üsuldur. Lyupomaya şpatel və ya əşya şüşəsi vasitəsilə güclü basdıqda qabarcığın genişlənmiş damarlarından qan çıxır və alma jelesinin rəngini xatırladan qonuru-sarı rəng meydana çıxır. Bəzən bu halda qabarcığın yarışəffaf olmasını görmək mümkündür.

Bu simptom dəri leyşmaniozunun tuberkuloid formasında da müsbət ola bilər, lakin nisbətən az nəzərə çarpır.

18. Psoriaz fenomenlərinin (stearin ləkəsi, psoriatik pərdə, qanlı şəh və ya nöqtəvari qansızma) təyin olunması

Psoriaz zamanı diaqnostik triada

Psoriazın proqres edən və stasionar (az hallarda) mərhələsində demək olar ki, daim rast gəlinən simptomdur. Psoriaz elementlərini (papula, lövhəciklər) qaşıda qabıqlanma artır və pulcuqlar ağ rəngə çalaraq sürtülmüş stearin damlasını xatırladır («stearin ləkəsi» fenomeni). Epidermisi dənəli qata qədər qaşımağa davam etdikdə pulcuqlar qoparaq ovulur və çəhrayı nəm pylonka görünür («terminal» və ya «psoriatik» pərdə fenomeni). Qaşımamı davam etdirdikdə (dermanın məməcikli qatına qədər) pylonkanın üzərində xırda qan damlaları əmələ gəlir. Onların sayı məməciyə daxil olan qaşiyarkən zədələnən kapilyarların sayından asılıdır – «nöqtəvari qansızma» və ya «qanlı şəh» fenomeni.

Qaşımamı ya əşya şüşəsi, ya da skalpelin küt tərəfi ilə həyata keçirirlər. Dırnaqla qaşıldıqdan sonra yoluxmadan (psoriazabənzər papulyoz sifilid) qorunmaq üçün əllərin dərisini səylə dezinfeksiya etmək lazımdır.

19. Qırmızı yastı dəmrov zamanı Uikhem torunun alınması

Papulaların səthində xırda torlu şəbəkədir; qırmızı yastı dəmrovun, xüsusilə onun adi variantının simptomudur. Papulanı və ya lövhəciyi hər hansı duru yağla (vazelin, günəbaxan və s.) ilə sürtürlər. Bu zaman elementin səthində ağımtıl-kül rəngli nöqtələr və tor şəklində kəşişən xətlər görünür. Bu fenomen həmin xəstəlik üçün səciyyəvi olan epidermisi dənəli qatının nahamar qalınlaşması (qranulyoz) ilə izah edilir.

Qırmızı yastı dəmrovun itiüclü, ziyilli, piqmentli, atrofik və digər formalarında bu sınaq nisbətən az görülməlidir.

20. Qaranlıq görmə sahəsində solğun treponemanın mikroskopik müayinəsi

Müayinə üçün material birincili və ya ikincili sifilomaya şübhəli elementdən (eroziya, xora, xoralı papula), yaxud da limfa düyünlərinin punksiyası yolu ilə götürülür.

Elementi steril pambıq tampon vasitəsilə təmizləyir, sonra odda közərdilmiş və soyudulmuş ilgək vasitəsilə yüngülcə onun səthini toxuma mayesi çıxana qədər qaşıyırlar.

Toxuma mayesini təmiz, yağsızlaşdırılmış və üzərində natrium xloridin izotonik məhlulundan 1 damla qoyulmuş əşya şüşəsinə köçürür, sonra nazik örtük şüşəsi ilə örtürlər.

Əgər toxuma mayesini göstərilən üsulla almaq mümkün deyildirsə, rezin əlcəklə əl vasitəsilə sifilomanın kənarlarından səthində toxuma mayesi görünənə qədər basırlar.

Toxuma mayesinin və natrium xloridin izotonik məhlulunun miqdarı çox olmamalıdır, belə ki, böyük damlada treponema mayədə üzəcəklər, bu isə onların aşkarlamasını çətinləşdirir.

Qaranlıq görmə sahəsində müayinə aparmaq üçün adi mikroskopa uyğunlaşdırılmış xüsusi qurğudan istifadə edirlər. Bu qurğudan (kondensordan) keçdikdə işıq şüaları çəp istiqamət alırlar və obyektivə düşməyərək müayinə olunan zərdab damlasının yerində iti bucaq altında toplanırlar ki, bu da qaranlıq sahədə müayinənin aparılmasına kömək edir. Bu metodika üçün diametri 1,5 sm olan bərk qara kağız dairəsindən (fotokağız konverti) istifadə etmək olar ki, onu vinti açılmış kondensordan aşağı linzasına elə yerləşdirirlər ki, linzalarla kağızın kənarları arasında 1,5-2 mm enində sərbəst haşiyə (yarıq) qalsın.

Qaranlıq görmə sahəsində müayinə zamanı işıqlanma kifayət qədər parlaq olmalıdır (100-150 Vt elektrik lampası).

Preparata №40 obyektivində və №10-15 okulyarında baxırlar. Bu zaman qaranlıq sahədə çoxlu sayda hərəkət edən işıqlı nöqtələri (zülal və kolloid hissəcikləri), həmçinin çətin diferensiasiya edilən hüceyrə elementlərini görmək olur ki, bu da çox vaxt müayinənin məqsədinə daxil deyildir. Solğun treponema parlaq burğuyabənzər saplar şəklində olub rəvan və ya saat kəfikiri şəklində üzürlər. Onu çox vaxt cinsiyyət orqanlarında rast gələn crassus treponeması ilə səhv salırlar, lakin sonuncu solğun treponemadan qalındır, daha geniş qıvrımları vardır və sürətlə hərəkət edir.

Qaranlıq sahə üsulu sadə və bəlkə də daha etibarlı üsul sayılır. Solğun treponemaya in vivo baxırlar ki, bu da onu digər spiroxetlərdən diferensiasiya etməyə imkan verir.

21. Trixomonadlara və qonokoklara görə aparılan mikroskopik müayinə metodikası

Trixomonadlara görə mikroskopik müayinə

Trixomoniaz zədələnmə ocaqlarının çox olması ilə səciyyələnir. Deməli, müayinə üçün materialı bir neçə invaziya ocaqlarından götürmək lazımdır.

Kişilərdə ifrazatlar, qaşıntı sidik kanalından, qadınlarda – uşaqlıq yolu dəhlizinin yan və arxa hissəsindən, sidik kanalından; qızlarda – qızlıq pərdəsindən novşəkili zond vasitəsilə və ya vaginal pinsetin kənarı ilə götürürlər. Materialı götürməzdən əvvəl xarici cinsiyyət orqanlarını yumaq məsləhət görülür, xəstədən bir müddət siyiməməsi (3-4 saat ərzində) xahiş olunur.

Alınmış materialı əşya şüşəsinə yerləşdirirlər. Əgər o, qatdırsa, əvvəlcə natrium xloridin isti izotonik məhlulundan bir neçə damla damızdırırlar. Sidik-cinsiyyət trixomonadlarına təzə və rənglənmiş vəziyyətdə mikroskop altında baxırlar.

Nativ yaxmaların təcili istifadə olunması məsləhətdir. Preparatı 10x40 böyüdülmədə adi mikroskopda və ya fazakontrast qaranlıq görmə sahəsində müayinə edirlər. Təzə hazırlanmış rənglənmiş preparatlarda sidik-cinsiyyət trixomonadları armudvari formaya malikdirlər, onların ölçüsü leykositdən bir qədər böyükdür, irəliyə doğru təkənavari hərəkətlər edirlər. Preparatı fazakontrast mikroskopla tədqiq etdikdə trixomonadın ge-

nişlənmiş hissəsində qamçıları görmək olar.

Uşaqlıq yolunun trixomonadlarını nativ yaxmada aşkar etdikdə onları insan orqanizmində məskunlaşan (bağırsaq, ağız boşluğu) trixomonadlarının digər növlərindən diferensiasiya etmək lazımdır. Ona görə də materialı nativ vəziyyətdə müayinə etməklə yanaşı, həmşə rənglənmiş yaxmaların mikroskopiyasını aparmaq vacibdir. Yaxmaları havada qurudur və fiksə edirlər. Fiksə üsulu rənglənmə metodundan asılıdır. Trixomonadların quruluşunu daha dəqiq öyrənmək üçün (nüvənin, dalğavari membranın və digər orqanoidlərin aşkar edilməsi) yaxmanı Romanovski-Gimza üsulu ilə boyayırlar. Bu hallarda preparatı spirt-efir qarışığında (1:1) fiksə edirlər.

Çox vaxt yaxmaları 1%-li metil abısı məhlulu və ya Qram üzrə rəngləyirlər. Preparat adətən alovun üzərində fiksə olunur. Metil abısı və ya Qram üzrə rənglənmə digər metodlara nisbətən üstünlüklərə malikdir. Bu, ondan ibarətdir ki, yaxmalarda eyni vaxtda qonokokları və trixomonadları tədqiq etmək olar.

Qram üzrə rənglənmiş trixomonadlar qırmızı, metil abısı ilə boyadıqda isə mavi rəngdə görünür. Onlar müxtəlif ölçüdədirlər. Nüvə oval formada, eksentrik yerləşmişdir və protoplazmaya nisbətən daha tünd rəngə boyanır. Qamçılar müəyyən edimirlər. Çox vaxt trixomonadın geniş hissəsində kiçik yarıq – sistomanı, sitoplazmada isə vakuolları, mikroorqanizmləri, leykositləri, eritrositləri, spermatozoonları və s. görmək olar. Diaqnostikada qrammənfi diplokokların (qonokokların) aşkar edilməsi mühümdür. Metil abısı ilə rənglənmiş preparatları öyrəndikdə trixomonadları və epitel hüceyrələrini diferensiasiya etmək vacibdir - onların ölçüləri böyükdür, nüvə mərkəzdə yerləşmişdir.

Metil abısı ilə qonokokların rənglənməsi

Rəngləmədən əvvəl yaxmaları 3 dəqiqə ərzində 96%-li etil spirti ilə və ya spirt lampasının alovu üzərində fiksə edirlər. Qurumuş yaxmanın üzərinə 1%-li metil abısı damızdırır və 1 dəqiqə ərzində belə saxalayırlar. Boyanın qalıqlarını soyuq su şırnağı ilə yuyur və ştativdə qurudular. Mikroskop altında baxdıqda hüceyrələrin nüvələri göy, sitoplazma müxtəlif intensivlikdə mavi rəngə boyanır. Selik göy rəngdədir. Bakterial flora müxtəlif çalarlara malik mavi rəngə boyanır. Qonokoklar tünd-göy rəngdə, kəskin sərhədləri var, paxlaşəkili formadadır, polimorf leykositlərin daxilində, selikdə və epitel hüceyrələrdə cüt-cüt yerləşirlər.

Qonokokların Qram üzrə rənglənməsi

Yaxmanı alovun üzərində 1-2 dəqiqə ərzində fiksə edir və trifenilmetan qrupundan olan hər hansı boya (genisianviolet, metilviolet, kristalviolet) vasitəsilə rəngləyirlər, 1-2 dəqiqə ərzində su ilə yuyur və üzəinə Lüqol məhlulu (kalium yod – 2 q, kristallik yod – 1 q, distillə olunmuş su – 300 ml) tökür, sonra isə 96%-li etil spirti ilə 1 dəqiqə ərzində boz-bənövşəyi şırnaq əmələ gələnə qədər fiksə edirlər. Sonra preparat su ilə yuyulur və əlavə olaraq hər hansı kontrast boya vasitəsilə (neyralrot) rəngləyirlər. Qonokoklar qrammənfidirlər, yəni qırmızı və ya çəhrayı rəngə boyanırlar. Qrammüsbət bakteriyalar bənövşəyi rəngə boyanırlar.

22. Zöhrəvi xəstələrdə epidanamnezin toplanması bacarığı

Əvvəlcə xəstənin şikayətlərini dəqiqləşdirmək lazımdır. keçmişdə zöhrəvi xəstəlik-

lərlə yoluxması haqqında məlumat toplamaq., zərərli vərdişlərini aşkar etmək vacibdir. Sonra xəstəliyin köhnəliyi, onun inkubasiya müddəti, cinsi həyatın xarakteri (nigahda, nigahdankənar, bir və ya müxtəlif partnyorlarla) haqqında anamnez məlumatlarını toplamaq lazımdır. Bundan başqa, tibbi kartda xəstəliyin özbaşına müalicə olunması, dərman preparatlarına dözümlülüyün səviyyəsi haqqında məlumatlar yazılır.

Anamnez topladıqda əvvəllər keçirilmiş xəstəliklər, abortdan və ya doğuşlardan sonra inkişaf edən, cinsi əlaqədən tezliklə sonra iltihab prosesinin inkişaf etməsi, dizuriya əlamətlərinin olması, ifrazatların gəlməsi, aybaşı siklinin pozğunluqları və sonsuzluq haqqında məlumatlara fikir vermək lazımdır.

23. Uretrit ilə xəstələrin müayinəsi zamanı 2 stəkan sınağı

2 stəkan sınağı (Tompson sınağı)

Venerologiyada və urologiyada sidik kanalının zədələnmə yerini: onun ön və ya arxa hissəsinin zədələndiyini təyin etmək üçün işlədilir. Sınaqdan əvvəl xəstə 4-6 saat ərzində sidiyə getməməlidir, sonra ona sidiyini 2 stəkana yığmağı təklif olunur: birinci stəkana – 50-60 ml, ikinciyə – qalan porsiyanı. Əgər birinci porsiya tutqun, ikinci isə şəffaf olarsa, onda proses sidik kanalının ön hissəsində yerləşir. Hər iki stəkanda tutqunluğun olması sidik kanalının total zədələndiyini göstərir, belə ki, arxa hissəsinin zədələnməsi zamanı irin sidik kisəsinə düşə bilər və orada sidiyin rəngi tutqun olacaqdır.

25. Sifilis, qonoreya və digər cinsi yolla yayılan infeksiyalarla işlədikdə əllərin və alətlərin dezinfeksiyası

Əllərin dezinfeksiyası

Dəri və zöhrəvi xəstəliklərlə xəstəni müayinə etdikdən sonra həkim əllərini bakterisid preparatların məhlulları ilə zərərsizləşdirir. Əlləri dezinfeksiya etmək üçün 70-80%-li etil spirti, 70%-li etil spirtində 0,5%-li xlorheksidin məhlulu, septosid P (əllərin antiseptiki) işlədilir.

Alətlərin dezinfeksiyası

Müayinədən sonra alətləri 3%-li xloramin məhlulun içərisində 1 saat saxlayırlar.

25. Zöhrəvi və yoluxucu dəri xəstəlikləri olan xəstə üçün təcili bildiriş vərəqəsinin və lazımı sənədlərin doldurulması

Zöhrəvi xəstəliklərlə xəstəni aşkar etdikdə diaqnozu qoyan həkim xəstənin aşkar edildiyi yerdən asılı olmayaraq «.....Təcili bildiriş vərəqəsini» (forma №089/u) doldurmalı və 3 gün ərzində onu xəstənin yaşadığı ərazi üzrə dəri-zöhrəvi dispanserinə, surətini isə gigiyena və epidemiologiya mərkəzinə göndərməlidir.

Qoturluq olan xəstələri aşkar etdikdə ambulator xəstənin tibb kartı (forma 25/u) doldurulur ki, orada infeksiya mənbəyi və təmasda olan şəxslər haqqında məlumatlar yazılır. Xəstə haqqında məlumatlar qeydə alındıqdan 12 saatdan gec olmayaraq onu aşkar edən müəssisə tərəfindən telefon vasitəsilə yaşadığı yerin və ya işdə müalicə-profilaktika müəssisəsinə (MPM) və ya ərazi gigiyena-epidemiologiya mərkəzinə xəbər verilir, sonra isə 3 gün ərzində forma №89/u bildiriş vərəqəsi ilə təkrar olunur; bütün uşaq müəssisələrinin tibb işçiləri müəssisədə qoturluq xəstəsinin aşkar edilməsi ilə əlaqədar

dəri-zöhrəvi dispanseri və ya uşaq poliknikası vasitəsilə birbaşa məlumat verirlər.

Xəstədə mikrosporiya, trixofotiya aşkar edildikdə №89/u forması üzrə bildiriş doldurulur; telefon vasitəsilə ərazi MPM-a məlumat verilir ki, bu zaman təhlükəli dəri xəstəlikləri ilə xəstənin qeydiyyatı aparılır (onun iş yeri, təhsil aldığı müəssisə və s. göstərilməklə), zoonoz mikrosporiya və trixofotiya aşkar edildikdə əlavə olaraq №89/u formasının surəti ərazi üzrə baytarlıq müəssisələrinə göndərilir. Təmasların aşkar edilməsi və onların müayinəsi aparılır. Təcili bildiriş vərəqəsində xəstənin adı, soyadı, atasının adı, yaşı, müraciət tarixi, ünvanı, ətraflı diaqnoz, iş yeri, xəstəliyin necə aşkar edilməsi (müraciət etdikdə, profilaktik müayinələr zamanı, stasionarda baxış zamanı) göstərilir.

DERMATOLOGIYA ÜZRƏ SİTUASIYA MƏSƏLƏLƏRİ

Məsələ №1

Xəstə Y. dermatoloqa boyun, döş, bel dərisinin zədələnməsi və zədələnmə ocaqlarında bir neçə sutka ərzində orta dərəcədə qaşınmadan şikayətlənmişdir. Xəstə özünü 4 ay ərzində xəstə sayır, göstərilən simptomlar ilk dəfə o vaxt meydana çıxıb. Müalicə üçün istifadə etdiyi «Sinalar» məlhəmi qısamüddətli müsbət effekt vermişdir. 5 ay əvvəl xəstə yeni xarici dezodorantdan istifadə etməyə başlamışdır. Ondan hər gün və indiyə qədər istifadə edir.

Dermatoloji status: boyun, döş, bel dərisində çəhrayı müxtəlif ölçülü, dairəvi formada ləkələr vardır; ocaqların səthində papula, qabıqlanma, qaşımaya izləri və qanlı qartmaqlar görünür.

1. Hansı xəstəlik haqqında fikirləşmək lazımdır və nə üçün?
2. Xəstəliyin ümumi müalicə planını təklif edin.

Məsələ №2

Səhər «Təcili yardım» stansiyasına vətəndaş V. tərəfindən çağırış daxil olmuşdur. Qadın öz bədəninə qırmızı rəngli səpgi aşkar etmişdir ki, o, gicitkandan sonra yaranan səpgini xatırladır və güclü qaşınma ilə müşayiət olunurdu. Evə gəldikdə həkim xəstənin bədəninə qaşınma izləri və budun iç səthində, beldə, döşdə, dirsək və qasıq бүкüşlərində təzə qanlı qartmaqlar aşkar etmişdir. Xəstənin dərisində digər səpgi elementləri aşkar etməmişdir. Sorğu zamanı aydın oldu ki, dərinin güclü qaşınması həmin nahiyələrdə xəstəni gecənin ikinci yarısında və səhərlər narahat edir. «Təcili yardım»ın evə gəlişindən əvvəl səpgi və qaşınma yox olmuşdur. Axşam xəstə qidada portağal və quru çaxır istifadə etmişdir.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək lazımdır?
2. Xəstəyə müayinə planını təyin edin.

Məsələ №3

Xəstə P. dəri şöbəsinə qaşınma və əllərin, saidin dərisinin zədələnməsi şikayəti ilə daxil olmuşdur. Obyektiv olaraq: əllərin, bazu önünün dərisində ödem, hiperemiya, mikrovəzikulyasiya, sulanma aşkar edilir. Zədələnmə ocaqlarının sərhədləri dəqiq deyildir.

«Həqiqi ekzema» diaqnozu qoyulub.

1. Həqiqi ekzemanın ümumi müalicə planını müəyyən edin.
2. Yuxarıda təsvir olunmuş klinik mənzərəyə görə həqiqi ekzemanın xarici müalicə taktikasını müəyyən edin.

Məsələ №4

Xəstə M. dəri şöbəsinə döş, əllərin, budların, üz dərisində qaşınma, göynmə hissiyyatı və bu sahələrdə dərinin qızarması şikayətləri ilə daxil olmuşdur. Qeyd olunan şikayətlər 2 gün əvvəl göstərilən nahiyələrin dərisinə andızın spirtli dəmləməsini sürtdükdən sonra meydana çıxmışdır. İki gün ərzində qaşınma və göynmə güclənmiş, istilik hissiyyatı, dərinin qızarması, qovuşqlar və qovuşcuqlar əmələ gəlmişdir.

Dermatoloji status: döşün, əllərin, budun, üzün dərisi çox hiperemiyalıdır, şişkindir,

toxunduqda istidir. Papulalar, qovuqlar, qovuqcuqlar, eroziyalar vardır.

1. Hansı diaqnozdan şübhələnmək olar?
2. Sizin fikirlərinizi təsdiq edən əlamətlərin adlarını çəkin.

Məsələ №5

Dəri şöbəsinə 16 yaşlı xəstə D, qəbul edilmişdir, qasıq nahiyəsinin dərisinin həssaslığı, ağırlı olması, belin, əllərin dərisində qaşınma hissiyyatları müşahidə olunur. 5 gün əvvəl qasıq nahiyəsinin dərisində qaşınma meydana çıxmışdır (onu hamama getməsi ilə əlaqələndirir). Qasıq dərisinə 3 gün ərzində kükürlü-civə məlhəmi sürmüşdür, bundan sonra 4-cü günü saidin dərisində, qasıq nahiyəsində, budun daxili səthində, cinsiyyət orqanlarında səpgilər və qaşınma meydana çıxmışdır. Daha 1 sutkadan sonra səpgi bazı çiyin nahiyəsinə də yayılmışdır. Anamnezdə – KRVİ, tonzillit, revmatoid poliartriti vardır. Dövrü şəkildə kurs üzrə indometasin (ildə 2 dəfə) qəbul edir. Sonuncu dəfə 4 ay əvvəl indometasin qəbul etmişdir. Obyektiv olaraq: əsas patoloji proses qasıq nahiyəsində, qasıq-bud büküşlərində və cinsiyyət orqanlarında yerləşir; şişkinlik, dərinin hiperemiyası, kəskin iltihabi papulalar müəyyən olunur. Kürək və yuxarı ətrafların dərisində də həmçinin eritema və kəskin iltihabi papulyoz iltihabi elementlər aşkar edilir. Birincili elementlərdən – iltihabi ləkələr və kəskin iltihabi papulalar vardır, birləşməyə meyllidirlər.

1. Anamnezi (kükürd-civə məlhəminin qasıq dərisinə sürülməsi, klinikası – kəskin iltihabi eritema və kəskin iltihabi papulalar), zədələnmənin lokalizasiyasını nəzərə alaraq diaqnoz haqqında fikirlərinizi söyləyin.
2. Xəstənin müalicə planını təklif edin.

Məsələ №6

Klinikaya 19 yaşlı xəstə dirsək və dizaltı büküşlər nahiyəsində qaşınma şikayətləri ilə qəbul olmuşdur. 6 ayından (anasının sözlərinə görə) xəstədir. Xəstəliyin residivləri şokolad, portağal, şirniyyat istifadə etdikdən sonra baş verir. Obyektiv olaraq: dirsək, dizaltı büküşlərin üzərindəki dəri qurudur, lixenifikasiyalıdır, hemorragik qartmaqlar, ekskoriyasiyalar müşahidə olunur.

1. Diaqnozu, klinik formanı və xəstəliyin mərhələsini təyin edin.
2. Müalicə planını təklif edin.

Məsələ №7

15 yaşlı xəstə bədənin dərisində səpgilərdən və qaşınmadan şikayətlənir. Obyektiv olaraq: dirsək və dizaltı büküşlər nahiyəsində, sifətdə skvamoz ləkələr, papulalar, qabıqlanma; ekskoriyasiyalar, qartmaqlar nəzərə çarpır.

1. Diaqnozun qoyulması zamanı sizin taktikanız?
2. Müalicə planını təklif edin.

Məsələ №8

Sizə 23 yaşlı kişi tüklərin tökülməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. O özünü 4 ildir ki, xəstə hesab edir. Anamnezdən aydın olmuşdur ki, xəstə alkoqoldan həddən artıq istifadə edir, istiotlu, ədviyyəli qidaya üstünlük verir. Baxış zamanı başın tüklü hissəsinin dərisi çox yağlıdır, yağlı sarı-qonur pulcuqlarla örtülmüşdür. Tüklər diffuz seyrəlmişdir, yağlı-

dırlar, parlayırlar. Subyektiv olaraq xəstəni dövri qaşınma narahat edir. Daxili orqanların patologiyası aşkar edilməmişdir.

1. Güman edilən diaqnoz?
2. Xəstəni müayinə etmək üçün sizin taktikanız.
3. Ümumi və yerli müalicə ilə əlaqədar sizin təklifləriniz.

Məsələ №9

Qəbulda 17 yaşlı gənc şəxs sifətində, belində və sinəsində səpgilərin olması şikayətləri ilə müraciət etmişdir, onları ilk dəfə 2 il əvvəl aşkar etmişdir. Müalicə olunmamışdır, dediyinə görə atasında da gənc yaşlarında oxşar səpgilər olmuş və özbaşına keçib getmişdir. Ailə anmnenezindən məlumdur ki, atası hazırkı dövrdə şəkərli diabetdən əziyyət çəkir. Baxış zamanı: dərinin, döşün yuxarı hissəsi və kürək nahiyəsi həddən artıq yağlıdır, piy vəzilərinin axacaqlarının ağzı açıqdır, bəziləri komedonlarla tutulmuşdur. Çoxlu sayda follikulyar papula və pustulalar vardır, həmçinin parlaq çəhrayı, ağrılı, iri noxud dənəsi böyüklüyündə, zirvəsində pustula olan infiltrasiyalı düyünlər, qanlı-irinli qartmaqlar, dairəvi çarıqlar, hiperpigmentasiyalı ləkələr görünür.

1. Sizin güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Müalicə taktikası.
3. Xəstənin ambulator müayinəsinin taktikası.

Məsələ №10

Qəbulda 53 yaşlı qadın üz nahiyəsində səpgilərin yaranması şikayəti ilə müraciət etmişdir. O, ilk dəfə tək-tək səpgiləri 3 il əvvəl aşkar etmişdir. Müalicə olunmamışdır, elementlər özbaşına reqres etmişlər. Lakin axır 3-4 ay onların sayı (xüsusilə də ultrabənövşəyi şüalanmadan sonra) xeyli artmışdır. Son ildə onun sifətində periodik qızartılar, menstrual siklin qeyri-müntəzəm olması narahat edir. 1 ildir ki, mədənin xora xəstəliyindən əziyyət çəkir. Baxış zamanı: sifətin dərisi (əsasən yanaqlar, burun və çənəaltının) durğun göyümtül rəngdədir, çoxlu sayda teleanqiektaziyalar, xırda çəhrayımtıl-qırmızı papulalar, tək-tək irinciklər vardır. Səpgilər qaşınma hissi ilə müşayiət olunur.

1. Sizin güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Xəstəliyin inkişaf etməsinə, son illər onun gedişinin ağırlaşmasına səbəb olan amilləri göstərin.
3. Xəstəliyin müalicə və profilaktika planını təyin edin.

Məsələ №11

Xəstə dermatoloqa ovuc dərisinin qalınlaşması, ağrılı çatların yaranması şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Bəzən cüzi qaşınma nəzərə çarpır. O, 2 ildir ki, xəstədir. Baxış zamanı: ovucların kəskin hiperkeratozu, dərin çatlar görünür.

1. Differensial diaqnoz?
2. Müayinə metodlarını göstərin.

Məsələ №12

Dermatoloqa gənc qadın bədən dərisinin zədələnməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. 1 aydır ki, xəstədir. Dermatoloji status: gövdənin yuxarı hissəsinin, boynun dəri-

sində dairəvi formalı, dəqiq sərhədləri olan, qəhvəyi rəngli ləkələr görünür.

1. Differensial diaqnoz?
2. Müayinə metodlarını göstərin.

Məsələ №13

Stasionarda dishidrotik ekzema ilə əlaqədar müalicədə olan xəstəyə qohumu yarı hissə verilmiş kolbasa, xiyar, alma, şokoladlı konfet gətirmişdir.

1. Xəstəyə və görüşə gələnlərə pəhrizin gözlənilməsi ilə əlaqədar hansı tövsiyələri vermək olar?

Məsələ №14

Uşaq dermatoloquna 6 yaşlı uşaq başın tüklü hissəsində tək-tək ocaqlar şəklində tüklərin tökülməsi ilə əlaqədar göndərilmişdir. Ana ilk dəfə bu ocağı 1 həftə əvvəl görmüşdür. Özbaşına uşağı sarımsaq dəmləməsi ilə müalicə etmişdir. Terapiyanın effekti olmamışdır. Dermatoloji status: başın tüklü hissəsində tüklərin töküldüyü ocaq müəyyən edilir, o, dairəvi formadadır, qabıq verir. Zədələnmə ocağında 3-5 mm səviyyədə qırılmış tüklər aşkar edilir.

Tüklərin tərpənməsi zonası müəyyən edilmir.

1. Güman edilən diaqnoz.
2. Onu dəqiqləşdirmək üçün lazım olan müayinələr.
3. Həkimin taktikası.

Məsələ №15

Həkim-dermatoloqa 33 yaşlı qadın son ay ərzində tüklərin tökülməsi şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Səbəbini göstərə bilmir. Dermatoloji status: başın tüklü hissəsində 2x2 ilə 5x5 sm ölçüsündə tüklərin töküldüyü ocaq görünür. Patoloji ocağın kənarındakı tükləri dartıqda onların ağrısız epilyasiyası baş verir. Zədələnmə ocaqlarında dəri dəyişməmişdir.

1. Sizin diaqnoz.
2. Differensial diaqnoz hansı xəstəliklərlə aparılmalıdır?

Məsələ №16

Həkimin qəbuluna əllərin ekzeması diaqnozu ilə dispanser xəstəsi daxil olmuşdur. Baxış zamanı: əllərin dərisində tək-tək ikincili hiperpiqmentasiya ocaqları, durğunluq hiperemiyası, cüzi qabıqvermə görünür. Xəstənin şikayətləri yoxdur. 2 ay əvvəl Dəri-zöhrəvi dispanserin stasionar şöbəsində müalicə almışdır. Həkim ona aşağıdakıları təyin etmişdir: prednizolon 0,005 dozada gündə 4 dəfə; diazolin 0,1 dozada gündə 3 dəfə; natrium tiosulfat 0,5 dozada gündə 3 dəfə; «Hioksizon» məlhəmi.

1. Müalicə edən həkim hansı səhvlərə yol vermişdir?
2. Xəstəyə hansı preparatları və fizioloji prosedurları təyin etmək vacibdir?

Məsələ №17

Xəstə N. 24 yaşındadır, ərdə deyildir. Həkim-ginekoloqa bədən temperaturunun 380C-yə qədər qalxması, siyimə zamanı sancılar, qarnın aşağısında ağrılar, cinsiyyət orqan-

larından irinli ifrazatın gəlməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Baxış zamanı: uşaqlıq boynundan çoxlu irinli ifrazat gəlir, uretranın dodaqları hiperemiyalıdır. Bakterioskopik müayinə zamanı qonokoklar aşkar edilməmişdir.

1. Həkimin növbəti müalicə taktikası necədir?

Məsələ №18

Tələbə imtahanda kəskin ekzemanın müalicəsi üçün antihistamin preparatların reseptini yazmışdır. Onların dozalarını düzgün göstərmişdirmi: suprastin – 0,025 ; ketotifen – 0,001; taveqil – 0,005; dimedrol – 0,05.

Məsələ №19

Xəstə S. 24 yaşındadır, sağıqıdır, həkimə üz dərisində səpgilər şikayəti ilə müraciət etmişdir ki, onlar ilk dəfə 2 il əvvəl yayda günəşin altında uzun müddət qaldıqdan sonra əmələ gəlmişdir. Baxış zamanı: burun divarının və yanaqların dərisində çəhrayı-qırmızı rəngli, dəqiq sərhədləri olan, «kəpənəyi» xatırladan ləkələr vardır, onların səthində boz-ağ rəngli sıx yerləşmiş pulcuqlar görünür. Ocaqların mərkəzində – çapıqvari atrofiya, ocaqların periferiyası boyunca teleanqiektaziyalar, hiperpiqmentasiya nəzərə çarır.

1. Klinik diaqnozu qoyun.
2. Hansı laborator müayinələri aparmaq lazımdır?
3. Differensial diaqnozun aparıldığı xəstəliklərin adını çəkin.
4. Müalicə planını tərtib edin.

Məsələ №20

Xəstə K. 28 yaşındadır, traktorçudur, həkimə üz dərisində, döşdə səpgilərin, azacıq qaşınmanın olması ilə müraciət etmişdir. İlk dəfə 3 ay əvvəl xəstələnmişdir. Yanaqların, başın tüklü hissəsini, döşün açıq sahəsini, boyun dərsini müayinə etdikdə çoxlu sayda çəhrayı-qırmızı rəngli mərci dənəsindən 5 qəpiklik böyüklüyündə ləkələr, lövhəciklər görünür, onların sərhədləri kəskindir. Zədələnmə ocaqlarının əksəriyyətinin səthində boz rəngdə sıx yerləşmiş pulcuqlar vardır, onları qaşdıqda çətin qopur və ağrıya səbəb olurlar.

1. Diaqnozu təsdiq etmək üçün hansı xüsusi dermatoloji müayinələr aparmaq lazımdır?
2. Klinik diaqnozu qoyun.
3. Bu xəstəliyi müalicə etmək üçün istifadə olunan əsas dərman qruplarını sadalayın.
4. Xəstənin səmərəli işlə təmin olunmasına ehtiyac varmı və niyə?

Məsələ №21

Xəstə A. 20 yaşında, həkimə subyektiv hissiyyatlar olmadan üzün dərisində səpgilərin əmələ gəlməsi şikayəti ilə daxil olmuşdur. İlk dəfə 2 il əvvəl iyul ayında çimərlikdə uzun müddət günəş altında qaldıqdan sonra xəstələnmişdir. Baxış zamanı: burun divarının, yanaqların dərisində ödemli, göyümtül çalarlı, «kəpənək» şəklində eritema vardır, ocaqların sərhədləri kəskindir.

1. Klinik diaqnozu qoyun.
2. Hansı xəstəliklərlə differensial diaqnoz aparılmalıdır.
3. Müalicəni təyin edin.

Məsələ №22

Xəstə M. 25 yaşındadır, həkimə ümumi halsızlıq, əsəbilik, bədən temperaturunun yüksəlməsi, oynaqlarda ağrılar və dəridə səpgilərin əmələ gəlməsi ilə müraciət etmişdir. Bu vəziyyət doğuşdan 1 ay sonra baş vermişdir. Anamnezdə diskoid qırmızı qurdeşənəyinin olması göstərilir. Baxış zamanı: temperatur 37,80C, burnun, yanaqların, döşün dərisində çəhrayı-qırmızı rəngli lövhəciklər vardır, bozuntul rəngli sıx yerləşmiş pulcuqlarla örtülmüşdür, ocaqların mərkəzində çapıqvari atrofiya görünür. Dırnaq falanqalarının ovuc səthində çəhrayı-göyümtül rəngli ləkələr vardır. Əl, ayaq, mil-bilək, dirsək oynaqları, şişkindir, onların üzərindəki dəri hiperemiyalıdır, fəaliyyəti pozulmuşdur.

1. Klinik diaqnozu qoyun.
2. Diaqnozu təsdiq etmək üçün hansı laborator müayinələri aparmaq lazımdır?
3. Hansı orqanların vəziyyətinə diqqət vermək lazımdır?
4. Differensial diaqnoz hansı xəstəliklərlə aparılmalıdır?
5. Müalicəni təyin edin.

Məsələ №23

Xəstə N. 28 yaşındadır, bənnadır, 3 il ərzində diskoid formalı qırmızı qurdeşənəyindən əziyyət çəkir. Dermatoloji status: sol yanağın dərisində çəhrayımtıl-qırmızı rəngli lövhəcik vardır, dəqiq sərhədlərə malikdir, mərkəzində çapıqvari atrofiya, periferiyaya doğru ocaq sıx yerləşmiş boz rəngli pulcuqlarla örtülmüşdür.

1. Aşağıda göstərilən hansı preparatlardan xəstəyə təyin edərsiniz? Niyə? Hansı dozada?
a) penisilin; b) sulfadimezin; c) stafilokok vaksini; d) delaqil; e) prednizolon; f) dimedrol.
2. Yuxarıda göstərilən hansı preparatlar təyin olunmur və niyə?
3. Xəstənin dispanser müayinəyə ehtiyacı varmı?
4. Dispanser müayinəsinin əsas mərhələlərini sadalayın.

Məsələ №24

Həkimin qəbuluna 35 yaşlı qadın əllərin dərisində səpgilər və qaşınma şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Anamnezdən aydın oldu ki, səpgilər 1 il ərzində dəfələrlə «Lotos» tozu ilə yuduqdan sonra meydana çıxmışdır. Baxış zamanı: əllərin dərisində kəskin eritema, ödem, çoxlu sayda düyüncüklər və qovuquqlar, eroziyalar, islanma nəzərə çarpır.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək olar?
2. Xəstəyə hansı müalicə aparılmalıdır?
3. Dərinin analoji zədələnməsinin qarşısını necə almaq olar?

Məsələ №25

Sahə həkiminin qəbuluna 40 yaşlı xəstə halsızlıq, dəri örtüyündə qaşınma ilə müşayiət olunan səpgilərlə müraciət etmişdir. Dəridəki səpgilər 2 gün əvvəl amidopirin qəbulundan sonra meydana çıxmış, tədricən həm ölçüləri, həm də sayı artmışdır.

1. Diaqnoz qoymaq olarmı?
2. Sizin sonrakı taktikanız necədir?

Məsələ №26

Xəstə K. 27 yaşındadır, həkimin qəbuluna üzün dərisində səpgilərlə əlaqədar gəlmişdir. Subyektiv hissiyyat yoxdur. 1,5 il ərzində xəstədir. İlk dəfə çimərlikdə uzun müddət qaldıqdan sonra yanaqların dərisinin davamlı qızarmasını hiss etmişdir. Son kəskinləşmə bu ilin may ayında baş vermişdir. Baxış zamanı burun çəpərinin, yanaqların dərisində «kəpənəyabənzər element» vardır, ocağın sərhədləri kəskindir, aydın gözə çarpır.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Bu prosesi hansı xəstəliklərlə diferensiasiya etmək lazımdır?
3. Müalicə planını tərtib edin.

Məsələ №27

40 yaşlı qadın həkimin qəbuluna qarının dərisinin bərkiməsi şikayəti ilə daxil olmuşdur ki, bu da 1 ay əvvəl baş verən zədənin yerində yaranmışdır. Özü massaj etmiş, şaftalı kremi çəkmişdir, lakin nəticə almamışdır. Hipertireozdan, xronik tonzillidən, vegetativ-damar distoniyasından əziyyət çəkir. Baxış zamanı: qarının dərisində sağda diametri 6 sm-ə yaxın zədələnmə ocağı nəzərə çarpır, onun sarımtıl-mumabənzər parlaq səthi vardır, bənövşəyi valciqlə haşiyələnmişdir, toxunduqda bərkdir (zədə ocağında dərinin bükmək mümkün deyildir). Subyektiv hissiyyat yoxdur.

1. Diaqnoz və onun əsaslandırılması.
2. Sizin müalicə taktikanız və xəstəliyin residivlərinin profilaktikası.

Məsələ №28

36 yaşlı xəstə həkim-dermatoloqa 6 ay ərzində qarının dərisinin zədələnməsi, dartılma hissi, bu sahədə dərinin keyləşməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Baxış zamanı: qarının yuxarı 1/3 hissəsində sağda 7x8 sm ölçüdə, sərhədləri dəqiq, hamar, parıltılı, səthi sarımtıl rəngdə, səpgi elementləri olmayan zədələnmə ocağı görünür. Ocağın periferiyası boyunca yasəmən rəngli haşiyə vardır. Zədələnmə ocağını palpasiya etdikdə onun bərkiməsi hiss edilir, dərinin kobud bükük şəklində bükmək olur.

1. Sizin diaqnoz.
2. Bu xəstəliyin yaranmasında hansı səbəblər iştirak edə bilər?
3. Differensial diaqnozu aparın.
4. Müalicəni təyin edin.
5. Xəstəliyin proqnozunu göstərin.

Məsələ №29

17 yaşlı xəstə dermatoloqa sol bazunun aşağı 1/3 hissəsində xoşagəlməz hisslərdən, bu sahədə dərinin rənginin dəyişməsindən şikayətlənərək müraciət etmişdir ki, onlar 3 ay əvvəl əlinin zədələnməsindən sonra meydana çıxmışdır. Baxış zamanı: sol bazunun xarici 1/3 hissəsində 2x7 sm ölçüdə, zolaqvari formalı, dəqiq sərhədləri olan zədələnmə sahəsi vardır, onun dərisi bərk, hərəkətsiz, əllədikdə soyuq, fil sümüyü rəngindədir, parıldayır, ağrısızdır.

1. Bu halda hansı xəstəlik haqqında fikirləşmək lazımdır?
2. Ətraflı diaqnoz qoyun.
3. Hansı xəstəliklərlə diferensiasiya etmək lazımdır?

4. Müalicəni təyin edin.

Məsələ №30

8 yaşlı oğlanda yuxarı və aşağı ətrafların uzun müddət donmasından sonra bu sahələrdə dərinin bərkiməsi baş vermişdir. Bir neçə vaxtdan sonra ətraflarda dərinin atrofiyası inkişaf etmiş, bədənində eritematoz bərkimiş ocaqlar əmələ gəlmişdir ki, onlar yasəmən rəngli valcıqla əhatə olunmuşlar.

1. Güman edilən diaqnoz?
2. Differensial diaqnozu qoyun.
3. Müayinə planını tərtib edin.
4. Lazım olan terapevtik tədbirləri göstərin.

Məsələ №31

46 yaşlı xəstə, üzünün kəskin maskaşəkilli olması, hərəkətlərin məhdudlaşması əlamətləri ilə dermatoloji klinikaya göndərilmişdir. Sifəti mimikasız, qida qəbulu çətinləşmiş, ağız dəliyi daralmışdır. Əl barmaqları bükülmür, nazikdir, onların dərisi nazılmış, fil sümüyü rəngindədir.

1. Diaqnozu qoyun.
2. Xəstədə hansı klinik və laborator müayinələr aparmaq lazımdır?
3. Müalicə planını tərtib edin.
4. Xəstəliyin ehtimal edilən proqnozunu göstərin.

Məsələ №32

27 yaşlı qadında boyun nahiyəsinin dərisində solda bərkimiş ocaq meydana gəlmişdir. Səpgi elementləri, qaşınma, ağrı hissiyyəti yoxdur, bu sahədə dərinin bir qədər dartılması nəzərə çarpır.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Hansı səbəblər bu xəstəliyin yaranmasında iştirak edə bilər?
3. Xəstəyə hansı müalicəni təyin etmək olar?

Məsələ №33

Sizə 25 yaşlı xəstə bədəninin yuxarı yarısında müxtəlif quruluşda və ölçüdə çoxlu sayda piqment ləkələrin yaranması ilə əlaqədar müraciət etmişdir. Dediyyə görə onlar günəş vannalarından sonra əmələ gəlmişdir. Ayrı-ayrı sahələrdə tək-tək sarımtıl-boz rəngli ləkələr (səthində kəpəkvəri qabıqvermə nəzərə çarpır) müşahidə olunur.

1. Hansı xəstəlik haqqında fikirləşmək olar və diaqnozu təsdiq etmək üçün hansı müayinə metodlarını tətbiq etmək lazımdır?
2. Xəstəliyin müalicə metodlarının adını çəkin.

Məsələ №34

Sizə 21 yaşlı qadın son 1 ay ərzində tüklərin tökülməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Baxış zamanı başın tüklü hissəsində tükləri kəskin seyrəlmiş, diametri 1 sm ölçüdə çoxlu sayda ocaqlar görünür. Zədələnmə ocaqlarında tüklərin tökülməsi tam deyildir, follikulyar aparat zədələnməmişdir. İltihab əlamətləri və qabıqvermə müşahidə olunmur. Boy-

nunun dərisində məhdud şəkildə yerləşmiş hipopiqmentasiyalı 1,5 sm ölçüdə, iltihab əlamətləri olmayan ləkələr görünür. Subyektiv hissiyyat yoxdur. Dəridə və selikli qişalarda digər əlamətlər nəzərə çarpmır. Anamnezdən aydın olmuşdur ki, 3 ay əvvəl xəstənin bədənində səpgi əmələ gəlmişdir ki, o da bir müddətdən sonra müalicəsiz keçmişdir.

1. Bu klinik mənzərənin hansı xəstəlik üçün daha səciyyəvi olduğunu göstərin.
2. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi yolları.

Məsələ №35

Sizə 43 yaşlı xəstə müraciət etmişdir, onun dabanlarında dəri şırımlarının boyunca unvari qabıqvermə vardır. Ayaqların və əllərin bütün dırnaq lövhələri bozuntul-sarımtıl rəngdədir, qalınlaşmışdır və qismən dağılmışlar.

1. Müayinə planını tərtib edin, diaqnozu qoyun.
2. Hansı preparatları təyin etmək olar?

Məsələ №36

70 yaşlı xəstə bədənində və qismən ətrafların dərisində 1 il ərzində dövri şəkildə əmələ gələn, bəzən üzücü davam edən qaşınmadan əziyyət çəkir. Obyektiv olaraq: dəri qurudur, subatrofik, bəzi yerlərdə lixenifikasiya əlamətləri, cüzi qabıqvermə və çoxlu sayda qaşım izləri vardır.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz və xəstəyə münasibətdə müalicə taktikası necədir?
2. Xəstəyə hansı müayinələr təyin etmək vacibdir?

Məsələ №37

45 yaşlı xəstə dermatoloqa üzünün dərisinin zədələnməsi şikayətləri ilə müraciət etmişdir. 3 ay ərzində xəstədir. Tibbi yardım üçün müraciət etməmişdir. Alkoqoldan həddən artıq istifadə edir. Dermatoloji status: yanaqların dərisində sağda noxud dənəsi böyüklüyündə, qəhvəyi-qırmızı rəngli, xəmirəbənzər konsistensiyalı, hamar parıltılı səthə malik, azacıq qabıqverən, izlə olunmuş şəkildə yerləşmiş qabarcıqlar təyin olunur.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz.
2. Spesifik dermatoloji müayinə və gələcək müalicə taktikası.

Məsələ №38

Avtomobil sənayesinin fəhlələrini müayinə etdikdə aşkar edilmişdir ki, korroziya əleyhinə asiklik amin birləşmələri bəzən dermatozun yaranmasının səbəbi ola bilər. Bu dermatozlar üçün aşağıdakı klinik mənzərə səciyyəvidir: səpgilər əsas etibarilə dəridə əllərin barmaqarası büküşlərində, əllərin bükücü səthlərində, saiddə, bəzən – üz nahiyəsində yerləşir. Bu zaman eritematoz, qruplaşmış papulo-vezikulyoz elementlər, tək-tək eroziyalar, seroz qartmaqlar nəzərə çarpmır. Dərinin həddən çox quru olması, xırda lövhəcikli qabıqvermə, səthi çatların yaranması, güclü qaşınma diqqəti cəlb edir.

1. Bu klinik mənzərə zamanı xəstəyə hansı diaqnozu qoymaq olar?
2. Bu xəstəlik zamanı hansı müalicə məqsədə uyğundur?
3. Dermatozun peşə xarakterini nə təsdiq və ya inkar edir?
4. Residivlərin profilaktikasında nə mühüm tədbir sayılır?

Məsələ №39

41 yaşlı xəstə dəri xəstəliyindən əziyyət çəkir. Səpgilər daimi, dirsəklərin dizlərin dərisində və başın tüklü hissəsində lokalizasiya edir. Qış vaxtı səpgilər bədənin və aşağı ətrafların dərisinə yayılır. Son kəskinləşmə – 2 həftə əvvəl olmuşdur. Obyektiv olaraq: başın tüklü hissəsində, bədəndə və ətraflarda çoxlu sayda papula və lövhəciklər vardır, onlar parlaq-çəhrayı rəngli, kənarları dəqiq dairəvi və ya girintili-çıxıntılı, gümüşü-ağ pulcuqlarla örtülmüşdür. Subyektiv olaraq qaşınma nəzərə çarpır.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Son diaqnozu qoymaq üçün hansı əlavə müayinələri aparmaq lazımdır?

Məsələ №40

Həkimin qəbuluna 18 yaşlı xəstə gəlmişdir. Gövdənin və ətrafların dərisində çoxlu parlaq, yüngül qaşınma ilə müşayiət olunan səpgilərdən şikayətlənir. 3 gündür xəstədir, başını yuduqda döşündəki böyük ləkəni görmüşdür. Səhəri günü bədəndə və ətraflarda çoxlu xırda səpgilər əmələ gəlmişdir. Baxış zamanı: disseminasiyalı ödemli ləkələr görünür ki, onlar sarımtıl-çəhrayı rəngdə, oval quruluşda, mərkəzi azacıq batmış və «medalyon» formasını xatırladır dərinin dartılma xətləri boyunca yerləşmişlər.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək lazımdır?
2. Bu halda əlavə müayinə metodlarını aparmaq tələb olunurmu?
3. Ağırlaşmalar mümkündürmü?

Məsələ №41

18 yaşlı xəstə dəri-zöhrəvi həkiminə cinsiyyət üzvünün baş nahiyəsində xoranın əmələ gəlməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Müxtəlif məlhəmlər və məhlullarla 4 həftə ərzində aparılan özbaşına müalicə effekt verməmişdir. Xoranın əmələ gəlməsindən 1 ay əvvəl təsadüfi cinsi əlaqədə olmuşdur.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək olar?
2. Diaqnozu qoymaq üçün hansı müayinələri aparmaq lazımdır?

Məsələ №42

50 yaşlı xəstə həkimə üzün, ətrafların dərisində səpgilər, zədələnmə ocaqlarında dərinin güclü qaşınması şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Baxış zamanı: yanaqların, alnın, saidin, qasıq və qoltuqaltı büküşlərin dərisində kəskin hiperemiyalı fonda darı dənəsindən noxud dənəsi ölçüsünə qədər çoxlu sayda qovuquqlar görünür, papula-vezikullar qrupşəkilli yerləşmişlər.

1. Güman edilən klinik diaqnoz.
2. Diaqnozu təsdiq etmək üçün hansı xüsusi dermatoloji müayinələr aparmaq lazımdır?
3. Hansı laborator müayinələr aparmaq lazımdır?
4. Hansı xəstəliklərlə diferensiasiya etmək lazımdır?
5. Müalicəni təyin edin.

Məsələ №43

60 yaşlı xəstə stasionar şəraitində Dürinq dermatozunun iriqovuqlu forması (müalicəyə çətin tabe olan) ilə əlaqədar müalicə kursu almışdır. Stasionarın həkimi xəstəyə amub-

lator şəraitdə DDS-nin optimal bərpaedici dozasını (sutkada 0,05 q) qəbul etməyi və daxili orqanların patologiyasını istisna etmək üçün müayinə olunmasına tövsiyə edilmişdi.

1. DDS-nin müalicəsi zamanı hansı laborator müayinələri müntəzəm aparmaq azımdır?
2. Daxili orqanların patologiyasını istisna etmək üçün xəstəni hansı mütəxəssislərə göndərəcəksiniz?

Məsələ №44

55 yaşlı xəstə herpesformalı Dürinq dermatozunun kəskinləşməsi ilə əlaqədar təkrar stasionara daxil olmuşdur. Baxış zamanı: saidin açıcı səthinin, baldırın, qarnın dərisində ödemli, eritematoz fonda qrupşəkilli, albalı ölçüsündən gavalı böyüklüyünə qədər qovuşqlar, eroziyalar, qartmaqlar yerləşmişdir. Subyektiv olaraq: güclü qaşınma, göynəmə nəzərə çarpır.

1. Aşağıda sadalanan hansı dərmanları xəstəyə təyin etmək olar? Hansı dozada?
a) avlosulfon; b) polkortolon; c) kalium yod; d) vitaminlər (A, B, C qrupu).
2. Yuxarıda sadalanan hansı dərmanları təyin etmək olmaz? Niyə?
3. Xəstəyə hansı pəhriz göstərilir?

Məsələ №45

Sizə 21 yaşlı qadın üzünün və sinənin dərisində səpgilərin olması şikayətləri ilə müraciət etmişdir, onları ilk dəfə 15 yaşında görmüşdür. Baxış zamanı: bədən temperaturu 36,40C, üzün dərisi yağlıdır, piy vəzilərinin axacaqlarının ağzı genişlənmişdir, çoxlu sayda komedonlar, depiqmentasiyalı nöqtəvari çapıqlar vardır. Yanaqlarda və çənəaltında bir neçə tünd qırmızı, palpasiya zamanı ağırlı düyünlər görünür ki, onların içi qanlı-irinli, qatı ekssudatla doludur. O qədər də nəzərə çarpmayan oxşar səpgilər döşün yuxarı hissəsində də vardır. Daxili orqanlarda patologiya aşkar edilməmişdir. Qanda şəkər 5,5 mmol/l.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Müalicə tədbirlərinin kompleksini göstərin.

Məsələ № 46

Həkim-terapevtin qəbuluna 65 yaşlı xəstə döş qəfəsinin sol hissəsində 5 gün ərzində davam edən kəskin ağrı şikayətləri ilə müraciət etmişdir; ağrılar tədricən güclənir. Baxış zamanı döş qəfəsinin sağ yarısında qabırğarası sinirlər boyunca xəstəvari zədələnmə ocağı yerləşir. Onun üzərindəki dəri ödemli, hiperemiyalıdır. Bu fonda çoxlu sayda qrupşəkilli, içərisində şəffaf möhtəviyyatı olan vezikullar yerləşir, təzə səpgilərin yaranması müşahidə olunur.

1. Hansı xəstəlik haqqında fikirləşmək olar?
2. Hansı müalicəni təyin etmək lazımdır?

Məsələ №47

Qəbul şəbəsində 32 yaşlı xəstə cinsiyyət üzvünün dərisində səpgi və göynəmə şikayəti ilə müraciət etmişdir. Bu müddət ərzində oxşar səpgilər 6 dəfə əmələ gəlmişdir ki, onun yaranmasına bədənin soyuqlaması səbəb olmuşdur. Səpgi 7-10 gün qalaraq yox olmuş-

dur. Baxış zamanı cinsiyyət üzvünün dərisində 1 qəpik ölçüsündə ocaq görünür. Onun dərisi ödemli və hiperemiyalıdır, xırda qovucuqlar və polisiklik eroziyalar vardır. Eroziyanın dibində infiltrat yoxdur. Qasıq limfa düyünləri azacıq böyümüşdür, cüzi ağrılıdır, xəmirəbənzər konsistensiyalıdır.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək olar?
2. Hansı xəstəliklərlə differensial diaqnozu aparmaq lazımdır?
3. Hansı müalicəni aparmaq lazımdır?

Məsələ №48

30 yaşlı xəstə həkimə qarının dərisində səpgilərlə əlaqədar müraciət etmişdir. Subyektiv hissiyyat yoxdur. Baxış zamanı: qarının aşağı hissəsinin, qasığın dərisində çoxlu sayda yarışarşəkilli formada noxud dənəsi böyüklüyündə düyünlər vardır, onlar hamar, parıltılı, normal dəri rəngindədir, elementlərin mərkəzində batıqlıq nəzərə çarpır.

1. Sizin ilkin diaqnoz?
2. Diaqnozu qoyduqdan sonra hansı müalicə vasitələrini və metodları tətbiq etmək olar?

Məsələ №49

16 yaşlı xəstə həkimə əlləri nahiyəsində səpgilərlə əlaqədar müraciət etmişdir. 2 ildir xəstədir, müalicə olunmamışdır. Baxış zamanı: əllərin arxa səthinin dərisində çoxlu sayda düyüncüklər vardır, onlar normal dəri rəngində, yastı, dairəvi, darı dənəsindən mərci dənəsi böyüklüyündədir.

1. Sizin ilkin diaqnoz?
2. Differensial diaqnozu hansı xəstəliklərlə aparmaq lazımdır?
3. Bu xəstəlik zamanı hansı müalicə metodlarını tətbiq etmək lazımdır?

Məsələ №50

35 yaşlı xəstə poliklinikaya dabanlarında ağrılı və gəzməyi çətinləşdirən törəmələrin olması ilə bağlı müraciət etmişdir. Baxış zamanı: dabanların dərisində (ayaqqabının daim təsir etdiyi yerdə) sarımtıl rəngli törəmələr vardır, onlar qalın buynuz səhfələrlə örtülmüşdür, basdıqda ağrılıdır.

1. Klinik diaqnoz qoyun.
2. Müalicə planını tərtib edin.

Məsələ №51

Hospitalın həkim-cərrahı 46 yaşlı yanıq xəstəsini (keçmişdə hərbi təyyarəçini) müalicə etdikdə sarğı zamanı xəstədə ağrı hissiyyatının olmamasına fikir vermişdir. Anamnezdən məlumdur ki: xəstə 7 il ərzində Özbəkistanda xidmət etmişdir, sonra tərxis olunmuş və mülki aviasiyada yerüstü xidmətə keçirilmişdir, boşanmışdır. Xəstəni müayinə etdikdə bütün dəri səthində ağrı, temperatur və toxunma (taktil) hissiyyatın kəskin zəifləməsi, said sinirlərinin qalınlaşması və ağrılı olması, said və baldır əzələlərin yüngül atrofiyası, qaşüstü nahiyədə və qulaqların sığalığında infiltratlar, amimik sifəti nəzərə çarpır. Son 4 ildə impotensiyadan əziyyət çəkir.

1. Sizin güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Xəstənin müayinə planını tərtib edin.

3. Diaqnozu qoyduqdan sonra sizin fəaliyyətiniz.

Məsələ №52

Məsləhət üçün dermatologiya kafedrasına 68 yaşlı xadimə qadın əllərin dərisində və sümük toxumasında dəyişikliklərin yaranması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Uşaqlıqda infeksiyon xəstəlik keçirmiş, bununla əlaqədar uzun müddət müalicə almış, sonrakı müddətdə profilaktik terapiya kursları almışdır.

Obyektiv olaraq: boyun nahiyəsində dəri örtüyünü müayinə etdikdə məməcikli çıxıntıları olan yumşaq çapıqlar, əl barmaqlarının hissəvi mutilyasiyası, əllərin dərisinin çapıqvari dəyişiklikləri, barmaqarası kontrakturalar aşkar edilir.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək olar?
2. Hansı spesifik xəstəliklər dərinin və sümük toxumasının zədələnməsini törədə bilər?
3. Sizin növbəti müalicə taktikanız necədir?

Məsələ №53

Dəri xəstəlikləri klinikasına hərbi qulluqçu daxil olmuşdur, 22 yaşdadır, Gəncədə yaşayır, diaqnozu: baldırın aşağı 1/3 hissəsinin, ayaqların xronik piodermiyası. Klinikaya daxil olmazdan əvvəl tibb məntəqəsində xaricə işlədilən mikrob əleyhinə vasitələrlə müalicə olunmuş, ocaq nahiyəsinə UVT aparılmış, B1 və B6 vitaminləri, aloy inyeksiya edilmişdir. Dəridə patoloji dəyişikliklər müşahidə olunmamışdır. Anamnezdən məlum olur ki, əsgərliyə çağırılmazdan 1 ay əvvəl yayda Kürdəmirdə qohumlarıgildə olmuşdur. Obyektiv olaraq: baldırın aşağı 1/3 hissəsinin bükücü səthlərində və ayaqların arxasında qeyri-düzgün formada infiltrasiyalı xoralar və eroziyalar vardır, onların üzəri çətin qopan qartmaqlı-pulcuqlarla örtülmüşdür, qonuru-qırmızı rəngli, azacıq ağrılı valcıqla əhatə olunmuşdur. Xəstənin ümumi əhvalı qənaətbəxşdir, bir qədər ağrılı qasıq limfadeniti müəyyən olunur.

1. Epidanamnezi nəzərə almaqla hansı xəstəliklərdən şübhələnmək olar?
2. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün hansı müayinələri aparmaq lazımdır?
3. Xəstəyə hansı sistem və xarici işlədilən vasitələr təyin etmək lazımdır?

Məsələ №54

Xəstənin bədənində çoxlu sayda hipopigmentasiyalı ləkələr vardır, onlar yay mösümündən sonra əmələ gəlmişlər, müxtəlif quruluşda və ölçüdədir, qaralmış dəridə ayrı-ayrı yerləşmişlər, bəzi yerlərdə kəpəkvəri qabıqvermə ilə bərabər sarımtıl-qonur ləkələr görünür.

1. Hansı dermatoz haqqında fikirləşmək lazımdır?
2. Xəstəyə xaricə işlədilən hansı vasitələri təyin etmək olar?
3. Dermatozun profilaktikası üzrə sizin tövsiyələriniz.

Məsələ №55

Sizə sement zavodunun fəhləsi sağ baldırında qaşınma, qızartı, şişkinlik, irinciklər, osteomielitdən əmələ gələn fistulun ətrafında dərinin sulanması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Zədələnmə ocağının kənarları dəqiqdir, dərinin digər sahələrində səpgilər yoxdur.

1. Sizin güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Bu xəstədə xaricə işlədilən hansı vasitələri işlətmək olar?

Məsələ №56

35 yaşlı xəstədə güclü əsəb gərginliyindən sonra əllərin arxasında qızartı sahələri və ödem əmələ gəlmişdi, sonradan bu fonda xırda iltihabi düyüncüklər, qovuşqlar, içərisində seroz maye olan eroziyalar meydana gəldi. Proses güclü qaşınma ilə müşayiət olunur.

1. Sizin güman etdiyiniz klinik diaqnoz?
2. Xəstəliyin bu mərhələsində hansı xaricə işlədilən vasitələri təyin etmək olar?

Məsələ №57

Dermatoloqun qəbuluna dəridə axşamlar artan qaşınma şikayəti ilə bir kişi müraciət etmişdir, o, məzuniyyətdən qayıtdıqdan bir neçə gün sonra meydana çıxmışdır. Son 2 günü qaşınma xəstənin həyat yoldaşını da narahait etməyə başladı. Dermatoloji status: qarnın dərisində yayılmış cüt papulo-vezikulyar səpgi, qaşınma izləri görünür. Əllərin dərisində barmaqarası sahələrdə, bilək nahiyəsində nöqtəvari düyüncüklər müəyyən olunur.

1. Sizin güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Onu təsdiq etmək üçün müayinə metodlarının adını çəkin.
3. Müalicə üçün preparatları göstərin.

Məsələ №58

17 yaşlı xəstə dermatoloqa əllərin zədələnməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. 1 həftəyə yaxındır ki, xəstədir, müalicə olunmamışdır. «İrinciklərdən» yaxa qurtara biləcəyini zənn edərək əllərini səylə yumuşdur. Dermatoloji status: əllərin dərisində tək-tək qovuşqlar var, onlar süstdürlər, irinli möhtəviyyatları vardır, bir-birindən ayrı yerləşmişdir, bəziləri irinli qartmaq əmələ gətirərək quruyurlar.

1. Sizin diaqnoz?
2. Xəstəyə hansı müalicəni təyin edərsiniz və tövsiyələri verərsiniz?

Məsələ №59

Dəri-zöhrəvi dispanserə 22 yaşlı kişi cinsiyyət üzvü nahiyəsində «sıyrıntının»ın əmələ gəlməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Anamnezə görə 2 ay əvvəl naməlum qadınla bir dəfə cinsi əlaqədə olmuşdur. Digər cinsi əlaqələri qəti inkar edir. 1 ay əvvəl pülük kisəsinin xarici səhfəsində xoranın əmələ gəlməsinə fikir vermişdir. Baxış zamanı: pülük kisəsinin xarici lövhəsi nahiyəsində eroziya vardır, dırnaq plastinkası ölçüsündədir, ağrısızdır. Eroziyanın əsasında qıgırdağabənzər törəmə təyin olunur. Qasıq limfa düyünləri böyümüşdür. Eroziyanın möhtəviyyatını müayinə etdikdə solğun treponema aşkar edilmişdir.

1. Sizin diaqnoz?
2. Hansı xəstəliklərlə diferensiasiya etmək lazımdır?
3. Hansı təşkilati tədbirləri aparmaq lazımdır?

Məsələ №60

Angina ilə əlaqədar xəstəyə tetrasiklin təyin olunmuşdur ki, onu əvəllər də qəbul etmişdir. Müalicənin ikinci günü angina əlamətləri sönməyə başladı, ümumi əhvalı normallaşdı, temperatur aşağı düşdü, lakin dəridə çoxlu, çəhrayı ləkələr şəklində qaşınan səpgilər əmələ gəlməyə başladı.

1. Sizin klinik diaqnoz?
2. Hansı müalicəni təyin edərsiniz?
3. Xəstəyə hansı tövsiyələri verərsiniz?

Məsələ №61

Qəbul şöbəsinə səpgilərin yaranması şikayəti ilə xəstə müraciət etmişdir, səpgilər qaşınma və iynə batırma hissiyyatı ilə müşayiət olunurdu.. Baxış zamanı: ağız bucağı nahiyəsində sağ tərəfdə eritematoz ödemli fonda qruplaşmış, xırda qovuqcular (onların içərisi şəffaf seroz möhtəviyyatla doludur) və xırda eroziyalar görünür.

1. Yuxarıda göstərilən klinik şəkil hansı xəstəlik üçün səciyyəvidir?
2. Müalicəni təyin edin.

Məsələ №62

Həkimin qəbuluna qaşınma ilə müşayiət olunan səpgidən şikayətlənən 20 yaşlı xəstə daxil olmuşdur. 1 həftədir xəstədir. Birinci səpgilər gövdədə iri ləkə şəklində meydana çıxmışdır. Hamamda çimdikdən sonra səpgilərin sayı sürətlə artaraq daha parıltılı oldu. Baxış zamanı: gövdənin dərisində və ətraflarda çoxlu sayda, ödemli, çəhrayı-sarı rəngli, mərkəzində azacıq qabıqverən, oval quruluşda, dərinin dartılma xətləri boyunca yerləşən ləkələr vardır.

1. Sizin güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Hansı yerli müalicəni təyin edərsiniz?

Məsələ №63

Həkimin qəbuluna xəstə daxil olmuşdur, 2 gün əvvəl döş qəfəsinin sol hissəsində tutmaşəkili ağrılar ümumi zəiflik, qızdırma və baş ağrısı, döş qəfəsinin dərisində səpgilər meydana çıxmışdır. Xəstəni müayinə etdikdə: solda 4-5-ci qabırğarası boyunca eritematoz-infiltrativ fonda çoxlu sayda qrupşəkili qovuqcular nəzərə çarpır ki, onların da divarı gərgindir, içi şəffaf maye ilə doludur, diametrləri 2-4 mm ölçüsündədir.

1. Yuxarıda göstərilən simptomatika hansı xəstəlik üçün səciyyəvidir?
2. Hansı mütəxəssislərin məsləhətini almaq vacibdir?

Məsələ №64

Qəbula cinsiyyət üzvündə ağrılı eroziyalar olan xəstə daxil olmuşdur. Anamnezdən il ərzində belə dəyişikliklərin tez-tez baş verməsi aydın oldu. Baxış zamanı cinsiyyət üzvünün başında qrupşəkili qovuqcular və polisiklik quruluşda, dəqiq kənarları, palpasiya zamanı yumşaq olan eroziyalar görünür.

1. Təsvir olunan klinik şəkil hansı xəstəlik üçün daha səciyyəvidir?
2. Xəstəyə hansı yerli işlədilən preparatları təyin etmək olar?
3. Xəstəliyin profilaktikasında tətbiq olunan vasitələri göstərin.

Məsələ №65

Klinikaya 19 yaşlı xəstə dirsək və dizaltı büküşlər nahiyəsində səpgilər və dərinin qaşınması şikayəti ilə daxil olmuşdur. 6 aylıqından xəstədir (anasının sözlərinə görə). Xəstəliyin residivləri şokolad, portağal, şirniyyat qəbulundan sonra baş verir. Obyektiv olaraq: dirsək, dizaltı büküşlərin üzərindəki dəri qurudur, lixenifisiyalıdır, hemorragik qartmaqlar, ekskorsiasiyalar görünür.

1. Xəstəliyin diaqnozunu, klinik formasını və mərhələsini təyin edin.
2. Müayinə və ümumi müalicə planını təklif edin.

Məsələ №66

55 yaşında xəstə K. stasionara sanitar aviasiyası vasitəsilə gətirilmişdir. Baxış zamanı: xəstənin ümumi vəziyyəti ağırdır, ağrılar olduğu üçün aktiv hərəkətlər çətinləşmişdir, bədən temperaturu 38,30C. Ağrılar olduğu üçün ağız pis açılır, dodaqların qırmızı haşiyəsində çoxlu hemorragik qartmaqlar vardır. Qarnın dərisində, döş vəzilərinin altındakı büküşlərdə, qoltuqaltı çüxurlarda, qasıq-bud nahiyəsində üzəri çirkli ərplə örtülmüş çoxlu geniş eroziyalar vardır; onların üstündə papilomatoz artımlar görünür. Zədələnmə ocaqlarının periferiyası boyunca – sağlam dərinin fonunda qovuqlar, qovuquqlar vardır. Nikolski simptomu müsbətdir.

1. Klinik diaqnozu qoyun.
2. Diaqnozu təsdiq etmək üçün hansı laborator müayinələri aparmaq lazımdır?
3. Differensial diaqnoz hansı xəstəliklərlə aparılmalıdır?
4. Müalicəni təyin edin.

Məsələ №67

Dermatoloqun qəbuluna üz dərisinin zədələnməsi şikayəti ilə 35 yaşlı kişi müraciət etmişdir, peşəsi heyvandır. Bir neçə gündür ki, xəstədir. Dermatoloji status: saqqal nahiyəsində üz dərisində dairəvi formada zədələnmə ocağı vardır, o, çoxlu sayda irinli qartmaqlarla birlikdə kəskin hiperemiyalıdır. Basdıqda follikullardan irin çıxır.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Diaqnozu təsdiq etmək üçün lazım olan müayinə metodlarını təyin edin.
3. Həkimin taktikası.

Məsələ №68

48 yaşlı xəstə şəkərli diabetdən əziyyət çəkir, hamama getdikdən bir neçə həftə sonra qasıq nahiyəsində ləkələr şəklində səpgilər aşkar etmişdi ki, onların ölçüsü böyüməyə başlamışdır və güclü tər ifrazından sonra qaşınmaya səbəb olurlar. Obyektiv olaraq: qasıq, bud-xaya büküşlərində, budların daxili səthində iri, parlaq qırmızı rəngli ocaqlar vardır, səthi hiperemiyalı, maserasiya olunmuşdur, azacıq qabarmış kənarları vardır, qartmaqlar, qovuquqlar görünür. Zədələnmə ocaqlarından götürülmüş pulcuqarın laborator müayinəsi zamanı göbələk miselisinin sapları aşkar edilmişdir.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Hansı laborator müayinələri aparmaq lazımdır?
3. Müalicə planı.

Məsələ №69

62 yaşlı xəstə özündə birdən ağız boşluğunun selikli qişasında eroziyalar aşkar etmişdir ki, onlar əvvəlcə epitelləşmiş və yox olmuşlar və bir müddətdən yenidən əmələ gəlmişlər. Sonra qarnın, belin zahirən dəyişilməyən dərisində qovuşqlar meydana çıxmışdır. Qovuşqlar iridirlər, içərisində seroz maye vardır, gərgin, öz aralarında birləşməyə meyillidirlər. Yüngül zədə zamanı qovuşqlar tezliklə partlayır və şirəli qırmızı dibi olan eroziyalar əmələ gətirirlər. Ocaqların periferiyası boyunca qovuşqların yastıqcıqlarının qalıqları müşahidə olunur. Eroziyalar tədricən epitelləşir.

1. Hansı xəstəlik haqqında fikrləşmək lazımdır?
2. Diaqnostikaya hansı simptomlar kömək edə bilər?
3. Hansı laborator müayinələri aparmaq lazımdır?

Məsələ №70

57 yaşlı xəstə gövdənin, kürəyin, döş qəfəsinin dərisi üzərində çoxlu sayda qovuşqların əmələ gəlməsindən şikayətlənir. Qovuşqlar iridirlər, içərisində seroz möhtəviyyət vardır, süstdürlər.

Onlar partladıqdan sonra eroziyalar əmələ gələrək yavaş-yavaş tədricən epitelləşirlər. Ağız boşluğunun selikli qişasında da eroziyalar vardır, qidanın qəbulu zamanı ağrı hiss olunur. Nikolski simptomu müsbətdir. Qovuşqların dibindən götürülmüş yaxma-izlərdə akantolitik hüceyrələr aşkar edilmişdir.

1. Sizin diaqnoz?
2. Müalicə planı.

Məsələ №71

22 yaşlı cavan kişi sətəlcəm xəstəliyi ilə əlaqədar özbaşına amidopirin və sulfamonometoksin qəbul etmişdir. Xəstəliyin ilkin əlamətlərinə (baş ağrısı, ümumi zəiflik, boğazda, əzələlərdə, oynaqalarda ağrılar) əlavə olaraq dərman qəbulundan bir neçə gün sonra gövdənin dərisində, ağız boşluğunun selikli qişasında, dodaqların qırmızı haşiyəsində səpgilər əmələ gəlmişdir. Əllərin və ayaqların til hissəsində, saidin və baldırın açıq səthlərindəki səpgilər çəhrayı-qırmızı rəngli ləkələr və ya yastı papula şəklindədir, 2-3 sm ölçüdədirlər. Elementlərin mərkəzi hissəsi azacıq batmış və göyümtül rəngdədir, periferik hissə isə çəhrayımtıl-qırmızı rəngini saxlayır. Həmçinin içərisində seroz maye olan, az hallarda hemorragik möhtəviyyətli dolu qovuşqlar vardır. Subyektiv olaraq: göynəmə, orta dərəcəli qaşınma. Nikolski simptomu mənfidir. Laborator göstəricilərdə əhəmiyyətli dəyişikliklər yoxdur (EÇS-nin cüzi artmışdır).

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Müalicə planı.

Məsələ №72

48 yaşlı qadın baldırın aşağı 1/3 hissəsində şiddətli qaşınma və dərinin zədələnməsindən şikayət edir. 7 ildir ki, xəstədir, remissiyalar dövrü şəkildə qeyd olunur, lakin səpgilər axıra qədər reqressiya etmir. Yanaşı gedən xəstəlik – xolesistit. Dermatoloji status: sol baldırın aşağı 1/3 hissəsində, ayaqların arxasına yayılan 8x8 sm ölçüdə lövhəcik vardır, o, bütöv papulyoz infiltrasiya şəklindədir, qonuru-qırmızı rəngdədir, oval kənarlara

malikdir, lixenifikasiya nəzərə çarpır. Zədələnmə ocağının dərisi şaqren şəkliyədir, 3 zona ayırd olunur: mərkəzi - lixenifikasiyalı, orta – parıltılı hamar səthə malik və solğun-çəhrayı rəngli papulalarla, periferik zona – hiperpiqmentasiyalıdır. Kebner və Auspits simptomu mənfidir. Uikhem toru müəyyən olunmur.

1. Sizin güman etdiyiniz diaqnoz?

2. Müalicə metodları.

Məsələ №73

17 yaşlı xəstə başın tüklü hissəsində, dirsək və diz oynaqları nahiyəsində ətrafların dərisinin zədələnməsindən, zədələnmə ocaqlarında cüzi qaşınma və qabıqvermədən şikayətlənir. Anamnezdən: dərinin zədələnməsi simptomları 6 ay əvvəl idman yarışlarından sonra meydana çıxmışdır. Ana və ata dermatoloji nöqtəyi-cəhətdən sağlamdır. Əmisi oğlunda gövdənin və ətrafların dərisində ilin qış fəslində dövrü səpgilər yaranır.

Xəstə özbaşına «Kəpəyə qarşı» olan şampunla müalicə olunmuşdur, həmçinin ətrafların zədələnmə sahələrinə 10%-li ixtiol məlhəmi sürmüşdür – lakin effekt əldə etməmişdir (yeni səpgi elementləri əmələ gəlmişdir). Dermatoloji status: başın tüklü hissəsində, xüsusilə də hamar dəri ilə tüklərin sərhədində, qulaq seyvanlarının arxasında, dirsək və diz oynaqlarının açıq səthlərində epidermal-dermal papulalar təyin olunur, onlar parlaq-qırmızı rəngdədir, bərk konsistensiyalıdır, kəskin sərhədləri vardır, lövhəciklər gümüşü-ağmtıl iri pulcuqlarla örtülmüşlər. «Stearin ləkəsi», Auspits və Pilnov simptomları müsbətdir. Zədələnmə ocaqlarından götürülmüş yaxmaların göbələyə görə müayinəsi – mənfidir (göbələk aşkar edilməmişdir!).

1. Sizin diaqnoz?

2. Bu diaqnozu hansı diaqnostik əlamətlərin əsasında qoymaq olar?

Məsələ №74

44 yaşlı xəstə dəri şöbəsinə aşağıdakı diaqnozla daxil olmuşdur: «Qırmızı yastı dəmrov». Daxil olarkən şikayətləri: başın tüklü hissəsinin, bədənin zədələnməsi, zədələnmə ocaqlarında gərilmə və göynəmə hissiyyəti, zədələnmə ocaqlarının qabıqverməsi. Anamnez: 9 ilə yaxındır ki, xəstəlikdən əziyyət çəkir. Hər il Krımın cənub sahillərində istirahət edir. Cənubda 6-8 ay ərzində olduqda əhvalının xeyli yaxşılaşdığını və davamlı effektin yarandığını göstərir. Son kəskinləşmə atasının qəflətən ölməsindən sonra baş vermişdir. Dermatoloji status: proses yayılmış xarakterdədir, əsasən başın tüklü hissəsində, diz və dirsək oynaqlarının açıq səthlərində, lyumbo-sakral nahiyədə, kürəyin, döşün dərisində, gövdənin yan səthlərində lokalizasiya edir. Epidermal-dermal papulalar təyin olunur ki, onlar sağlam dəridən dəqiq ayrılmışdır, parlaq-qırmızı rəngdədir, yumşaq irisəhfəli gümüşü-ağ rəngli, diametri 1-2 mm olan, düzgün formalı, eritema şəkliyədə dəqiq periferik yastıqığı olan pulcuqlarla örtülmüşdür. Auspits və Kebner simptomu müsbətdir.

1. Sizin ətraflı diaqnozunuz?

2. Xəstəliyin mərhələlərinin diaqnostik əlamətlərini sadalayın.

Məsələ №75

43 yaşlı qadın ağız boşluğunun selikli qişasının və yuxarı ətrafların dərisinin zədələnməsi və sutka ərzində daimi xarakterli qaşınma ilə müşayiət olunması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Bu simptomlar 3 həftə əvvəl 2-tərəfli pnevmoniya keçirdikdən sonra (stasionar şərətdə müalicə olunmuşdur) meydana çıxmışdır. MBT-nun xəstəlikləri və 2 tip şəkərli diabetlə əlaqədar terapevtin qeydiyyatındadır. Dermatoloji status: hər iki yuxarı ətrafların dərisində (bükücü səthlərində) monomorf səpgilər təyin olunur. Birinci-li element yastı papuladan ibarət olub onun mərkəzində basıqlıq, poliqonal formalı, diametri 0,5 sm-dən 1 sm-ə qədər ölçüdə, bənövşəyi-qırmızı rəngli, mumabənzər parıltılı, bərk konsistensiyalıdır. Papulaya (lövhəciklərə) vazelin yağı sürdükdə onların səthində ağımtıl-tutqun süd rəngli nazik və tor şəklində kəşişən xətlər aşkar edilir. Baldırların ön səthində müsbət izomorf Kebner reaksiyası aşkar edilir. Ağız boşluğunun selikli qişasında (dilin, dodaqların) diametri 1 sm-ə qədər olan və boz-ağımtıl «ərpələ» örtülmüş 2 lövhəcik müəyyən olunur.

1. Sizin diaqnoz?
2. Diaqnozunuzu təsdiq edən diaqnostik əlamətləri sadalayın.

Məsələ №76

57 yaşlı xəstə qadın dəri şöbəsinə aşağıdakı diaqnozla daxil olmuşdur: «Məhdud psoraz, stasionar mərhələ». Sağ baldırın dərisinin zədələnməsi, daimi xarakterli güclü qaşınma, bu sahələrdə qabıqvermədən şikayət edir. 13 ilə yaxındır ki, xəstədir. Tibbi yardım üçün MRX-na müraciət etmişdir. Müalicə aparılmışdır: lokal UBŞ, zədələnmə ocağına qısa müddətli effekt göstərən 0,5%-li prednizolon məlhəmi.

Dermatoloji status: dərinin zədələnməsi məhdud xarakter daşıyır, əsasən sağ baldırın ön səthində 3x5 sm diametrində, kəskin sərhədləri olan lövhəcik şəklində yerləşir. Zədələnmə ocağında ağımtıl-yasəmən rəngli buynuzlaşan qabıqlanma müəyyən edilir. Uikhem simptomları müsbətdir. Sol saidin dərisində (bükücü səthi) mərkəzində batıqlıqdan papulyoz elementlər görünür; səpgilər bənövşəyi rəngdə zolaq şəklindədir. Papulalar poliqonal formada, mərkəzi göbək şəklində batmış, kənarları dəqiq, bərk konsistensiyalıdır, stearin ləkəsi fenomeni, lak pərdəsi və nöqtəvari qanaxmalar yoxdur. Sifilisə görə RW bütün antigenlərlə mənfidir.

1. Sizin diaqnoz?
2. Əsas müalicə metodları.

Məsələ №77

10 yaşlı uşaq dəri şöbəsinə pediatriya aşağıdakı diaqnozu əsasında göndərilmişdir: «streptokokk impetiqosu». Daxil olduqda aşağı ətraflar nahiyəsində səpginin olması ilə əlaqədar şikayətləri vardır. Kortikosteroid məlhəmlərlə, sintomitsin emulsiyası ilə aparılan özbaşına müalicə effekt verməmişdir. Tək-tək səpgi elementləri partlamış və qurumuşlar, lakin eyni vaxtda yeni elementlər əmələ gəlmişdir.

Dermatoloji status: budların daxili səthinin, sağrıların dərisində bərk konsistensiyalı, yarımşarşəkilli, normal dəri rəngində, sancaq başından mərci böyüklüyünə qədər düyüncüklər müəyyən olunur. Düyüncüklərin mərkəzində – göbəkşəkilli batıqlıq müşahidə olunur. Pinset vasitəsilə sıxdıqda düyüncüklərdən ağ sıyıqabənzər kəsmikli kütlə

çıxır.

1. Sizin diaqnoz?
2. Xəstənin müalicə taktikası.

Məsələ №78

28 yaşlı xəstə cinsiyyət üzvünün başının və pülük kisəsinin zədələnməsi şikayəti ilə daxil olmuşdur. Anamnezdən aydındır ki: o, evli deyildir, nizamsız cinsi əlaqədə olur.

Dermatoloji status: cinsiyyət üzvünün başında və pülük kisəsinin daxili səhfəsi nahiyəsində nazik ayaqcığın üzərində xırda ziyilvari törəmələr görünür ki, onlar formasına görə gül kələmi (xoruz pipiyini) xatırladır. Solğun-çəhrayı rəngdən intensiv qırmızı rəngə qədər dəyişir. Törəmələr yumşaqdır, ətraf toxumalarla birləşməmişdir. Yoluxmuş toxumalardan ayırd edilmiş DNT-nin endonuklear müayinəsi zamanı insanın papilomasi virusu – 6-cı tip, 11 aşkar edilmişdir.

1. Sizin diaqnoz?
2. Əsas müalicə metodlarını sadalayın.

Məsələ №79

47 yaşlı xəstə dəri şöbəsinə infeksiyaya məsləhəti əsasında hospitalizasiya olunmuşdur. Anamnezdən: dərinin qaşınması, yuxusuzluq iş qabiliyyətinin azalması, əsəbi olması ilə əlaqədar şikayətlənir. Xəstə dəniz balıqlarının növlərindən hazırlanmış yeməkləri istifadə etdikdən sonra bu simptomların əmələ gəlməsini qeyd edir. Bir neçə gün ərzində dəriyə 5%-li yod tinkurası sürtdükdən sonra xəstənin vəziyyəti kəskin ağılaşmış və səpgilər bütün gövdənin və ətrafların dərisinə yayılmışdır.

Dermatoloji status: gövdənin, ətrafların dərisində (budun, saidin) qruplaşmaya meyilli olan, gərgin xırda qovuqlar, qovuquqlar, ləkələr və papulalar təyin olunur. Zədələnmə nahiyəsində ödemli fonda eroziyalar aşkar edilir, onların periferiyasında qovuqların yastıqlarının qalıqları görünür. Nikolski simptomu mənfidir.

Laborator olaraq: eroziyanın dibindən götürülmüş yaxma-izlərdə 100 leykositə 21% eozinofil düşür. İF-analiz apardıqda dermo-epidermal zonada və qismən dermanın məməcikli qatında IgA çöküntüləri aşkar edilir.

1. Sizin diaqnoz?
2. Xəstənin müalicə taktikası.

Məsələ №80

19 yaşlı xəstə dəri-zöhrəvi dispanserə müraciət etmişdir. 1 həftə əvvəl aşağı dodağın qırmızı haşiyəsinin zədələnməsi ilə əlaqədar şikayətlənir. Baxış zamanı: göstərilən nahiyədə ağrısız, 1 qəpik ölçüsündə, təzə kəsilmiş ət rəngində, dəqiq kənarları olan xora görünür. Palpasiya zamanı xoranın dibində bərk infiltrat əllənir. Çənəaltı limfa düyünləri böyümüşdür, bərk elastik konsistensiyalıdır, ağrısızdır, hərəkətlidir. Dəri səpgidən azaddır. Qan zərdabının Vasserman reaksiyasına görə müayinəsi mənfidir.

1. Xəstəyə münasibətdə müalicə taktikası necə olmalıdır?

Məsələ №81

35 yaşlı xəstə qəbul şöbəsinə ona görə müraciət etmişdir ki, 16 gün əvvəl ikincili təzə sifilis ilə xəstə qadınla cinsi əlaqədə olmuşdur. Ciddi müayinə zamanı dəridə və selikli qişalarda spesifik səpgilər aşkar edilməmişdir. Qanın Vasserman reaksiyasına görə müayinəsi və STİR mənfidir.

1. Hansı tədbirləri həyata keçirmək lazımdır?

Məsələ №82

26 yaşlı xəstə həkim-ginekoloqun qəbuluna cinsiyyət orqanları nahiyəsində zədələnmə şikayətləri ilə gəlmişdir. Baxış zamanı: sağ böyük cinsiyyət dodağında 0,5 sm diametridə xora yerləşmişdir, dairəvi formadadır, qırmızı-ət rəngindədir, kəskin kənarları vardır: palpasiya zamanı bərk ağırlı dibi təyin olunur. Xora çapıqlaşma mərhələsindədir. Gövdənin dərisində, əsasən qarnın yan tərəflərində çoxlu rozeolyoz-papulyoz səpgilər nəzərə çarpır. Çənəaltı, qoltuqaltı, dirsək və qasıq limfa düyünləri böyümüşdür, bərk elastik konsistensiyada, hərəkətli, palpasiya zamanı ağrısızdır.

1. Göstərilən klinik mənzərə hansı xəstəliyin diaqnozu üçün səciyyəvidir?
2. Həkim-ginekoloqun müalicə taktikası necə olmalıdır?
3. Həkim-ginekoloq hansı profilaktika tədbirlərini aparmalıdır?

Məsələ №83

Yeməxana işçisi olan 40 yaşlı xəstə qadın ginekoloqda profilaktik müayinədən keçir. Xarici cinsiyyət orqanlarına baxış zamanı papulyoz səpgilər aşkar edilir ki, onlar sağlam dəridən kəskin ayrılmışdır, səthi nahamardır, elementlərin bir hissəsi eroziyaya uğramışdır.

1. Hansı diaqnozdan şübhələnmək olar?
2. Diaqnozu təsdiq etmək üçün hansı müayinələr aparmaq lazımdır?

Məsələ №84

35 yaşlı xəstə «Erkən gizli sifilis» diaqnozu ilə dermatoveneroloqun məsləhətinə göndərilmişdir.

1. Xəstənin dərisində, selikli qişalarında, limfa düyünlərində hansı dəyişikliklər ola bilər?

Məsələ №85

«Erkən gizli sifilis» diaqnozu qoyulmuş 25 yaşlı xəstə qadın hospitalizasiyadan və müalicədən imtina edir.

1. Ona qarşı hansı tədbirlər görülməlidir?

Məsələ №86

24 yaşlı xəstə dermatoveneroloqa sidik kanalından ifrazatın gəlməsi, siyimə zamanı və onun sonunda sancılıqların olması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Bu əlamətlər təsadüfi cinsi əlaqədən 7 gün sonra əmələ gəlmişdir. Baxış zamanı: uretranın xarici dəliyi nahiyəsində – hiperemiya, şişkinlik, sərbəst, orta dərəcəli sarı-yaşıl irinli ifrazatlar nəzərə çarpır. Uretranın palpasiyası – ağırlıdır. Tompson 2 stəkan sınağı zamanı sidik hər iki

porsiyada tutqundur. Uretradan götürülmüş və Qram üzrə rənglənmiş irin yaxmalarının müayinəsi zamanı qonokoklar aşkar edilmişdir.

1. Diaqnozu qoyun.
2. Müalicə planını və əks epidemik tədbirləri göstərin.

Məsələ №87

19 yaşlı xəstə dermatoveneroloqa sidik kanalından irinli ifrazatların gəlməsi, həmçinin siyimə aktının əvvəlində sancıların olması şikayəti ilə müraciət etmişdir. O, təsadüfi cinsi əlaqədən sonra xəstələnmişdir. 2 stəkan Tompson sınağını qiymətləndirdikdə sidik birinci porsiyada tutqun olmuşdur. İfrazatların bakterioloji müayinəsi zamanı hüceyrə-daxili və hüceyrəxarici yerləşmiş qonokoklar aşkar edilmişdir.

1. Diaqnozu qoyun və müalicə planını tərtib edin.

Məsələ №88

27 yaşlı xəstə dermatoveneroloqa siyimə aktının sonunda kəsici ağrılarla, həmçinin siyimə çağırışlarının tezləşməsi ilə əlaqədar şikayətlərlə müraciət etmişdir. Xəstəlik təsadüfi cinsi əlaqədən 5 gün sonra kəskin başlamışdır, xəstə müalicə olunmamışdır. Baxış zamanı: uretranın xarici dəliyinin dodaqlarının ödemli, uretradan irinli-selikli sarımtıl ifrazatın gəlməsi nəzərə çarpır. 2 stəkan Tompson sınağı zamanı sidik hər iki porsiyada tutqundur. Yaxmaların təkrari müayinələri zamanı bütün görmə sahəsini örtən leykositlər daima aşkar edilmişdir; hər görmə sahəsində tumurcuqlanan hüceyrələrin böyük yığıntıları görünür. Bakteriyalar və trixomonadlar müəyyən olunmur. Saburo mühitinə əkdikdə – *C.albicans*, həmçinin apatogen stafilokokkun sürətlə böyüməsi müşahidə olunur.

1. Diaqnozu qoyun və müalicəni təyin edin.

Məsələ №89

Cinsiyyət üzvü və xaya nahiyəsində xoralar olan xəstə daxil olmuşdur, onlar 3-4 gün əvvəl əmələ gəlmişdir. Xəstə xoraların yaranmasını nığahdankənar cinsi əlaqə ilə bağlayır. Obyektiv olaraq: dairəvi formalı, 1 qəpik ölçüsündə eroziyalar görünür, dibində – yarpaqşəkilli infiltrat, eroziyanın səthində – «yağlı ərp». Regionar limfa düyünləri böyüməmişdir, seroreaksiya mənfidir.

1. Müayinə planını tərtib edin.
2. İlk növbədə hansı xəstəliklərdən şübhələnmək lazımdır?

Məsələ №90

36 yaşlı qadın ginekoloqa sağ böyük cinsiyyət dodağının ağrısız şişkinliyi ilə (yeriməyi bir qədər çətinləşdirən) əlaqədar müraciət etmişdir. 3 həftəyə qədər xəstədir. Həkim-ginekoloqun təyinatına əsasən daxilə streptosid və yerli olaraq UBŞ tətbiq olunmuşdur. Müalicənin fonunda effekt alınmamışdır. Təkrar müayinə zamanı şiş tərəfdə qasıq limfa düyünlərinin böyüməsi nəzərə çarpmış və qanın seroloji müayinəsi təyin olunmuşdur.

1. Hansı xəstəliklərdən şübhələnmək lazımdır?
2. Hansı klinik simptomlar bartolinitə oxşayır?
3. Bartolinit üçün hansı simptomlar səciyyəvi deyildir?
4. Ginekoloq hansı taktiki səhvə yol vermişdir?

5. Necə hərəkət etməli idi?

6. Belə vəziyyətdə qanın seroloji müayinəsinin hansı nəticələrini gözləmək olar?

Məsələ №91

Dəri-zöhrəvi dispanserində həkimin qəbuluna fimoz əlamətləri ilə cavan şəxs müraciət etmişdir. Bu əlamətlər 1 həftə əvvəl inkişaf etmişdir. Qasıq limfa düyünləri kiçik gavalı ölçüsünə qədər böyümüşdür, bərk elastik konsistensiyalıdır, hərəkətlidir, onların üzərindəki dərinin rəngi dəyişməmişdir. Xəstə evli deyildir, 1 ay əvvəl təsadüfi cinsi əlaqədə olmuşdur.

1. Güman edilən ən doğru diaqnozu göstərin.
2. Xəstəyə hansı müayinələri təyin etmək lazımdır?

Məsələ №92

32 yaşlı xəstə qadın bədənin dərisində yaranan səpgilərlə əlaqədar dermatoloqa müraciət etmişdir. Anamnezdən məlumdur ki, 3 ay əvvəl o, naməlum kişi ilə cinsi əlaqədə olmuşdur. Baxış zamanı bədənin dərisində rozeolyoz səpgi vardır, poliadenit müəyyən olunur.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək olar?
2. Diaqnozu qoymaq üçün hansı müayinələr lazımdır?
3. Həkimin növbəti taktikası necədir?

Məsələ №93

26 yaşlı xəstə tüklərin sürətlə tökülməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Baxış zamanı – diffuz alopesiya aşkar edilir. Boynun aşağı lateral hissəsinin dərisində sağda və solda oval formalı hipopiqmentasiyalı toru xatırladan ləkələr vardır. Yod sınağı apardıqda mənfi nəticə alınır.

1. Sizin diaqnoz?
2. Diaqnoz qoymaq üçün nə etmək lazımdır?

Məsələ №94

25 yaşlı hamilə qadın (hamiləliyin müddəti 7 həftə) müraciət etmişdir, onda birinci vasserman reaksiyası zamanı KSR kəskin müsbət olmuşdur. Baxış zamanı: dəri və görünən selikli qişalar spesifik səpgilərdən azaddır. Lakin anamnezdən aydın olur ki, onun bədəninə nəşə kiçik və kifayət qədər çoxlu səpgilər olmuşdur, o, qadına heç bir subyektiv narahatlıq verməmiş və sonra özbaşına sağalmışdır.

1. Güman etdiyiniz diaqnoz?
2. Bu xəstəyə münasibətdə müalicə taktikası.

Məsələ №95

Dəri-zöhrəvi həkiminin qəbuluna qadın aşağıdakı şikayətlərlə müraciət etmişdir: onun partnyorunda sifilis aşkar olunmuşdur və o, səhhəti ilə əlaqədar veneroloji stasionarda müalicə alır. Cinsi əlaqə bir dəfə 10 gün əvvəl olmuşdur. Müayinə zamanı seroloji reaksiyalar kompleksi (VR, İFR, STİR) mənfidir. Xəstəni diqqətlə müayinə etdikdə selikli qişalarda səpgilər aşkar edilməmişdir. Bədənin yuxarı hissəsinin dərisində lentikulyar

ölçüdən numulyar ölçüyə qədər, tünd-qəhvəyi rəngli ləkələr vardır. Yod sınağı müsbətdir.

1. Diaqnoz qoyun.
2. Xəstəyə preventiv müalicənin aparılmasına göstəriş varmı?

Məsələ №96

Cərrahın qəbuluna 37 yaşlı xəstə arxa keçəcək nahiyəsində xoşagəlməyən hissələrlə əlaqədar müraciət etmişdir. Hesab edir ki, 2 həftə əvvəl xəstələnmişdir, belə ki, bu əlamətləri ilk dəfə həmin vaxt aşkar etmişdir. İslatmalar vasitəsilə aparılan yerli müalicə effekt verməmişdir. Perianal nahiyəyə baxış zamanı hipertrofik, nəmli, bəzi yerlərdə maserasiyalı səthə malik papulalar nəzərə çarpır. Bundan başqa, xəstənin ovucularında və dabanlarında papulalar və başında tüklərin diffuz seyrəlməsi aşkar edilmişdir. Zəif nəzərə çarpan poliadenit müşahidə olunur.

1. Hansı xəstəlikdən şübhələnmək lazımdır?
2. Diaqnozun təsdiqlənməsi yolları?
3. Bu vəziyyətdə cərrahın müalicə taktikası necə olmalıdır?

Məsələ №97

Klinikaya sağ baldırın dərisində xoranın əmələ gəlməsi şikayəti ilə 55 yaşlı kişi hospitalizasiya olunmuşdur. Seroloji reaksiyalar: VR 3+, İFR 4+, STİR – 100%. Anamnezin məlumatlarına əsasən 4 il əvvəl birincili sifilis diaqnozu qoyulmuş, bununla əlaqədar nə-tamam müalicə kursu almışdır. Müalicə vaxtı içki içmiş, müalicə kursunun sonunda öz-başına onu dayandırmış və şəhərdən digər ölkəyə köçüb getmiş və bu haqda dəri-zöhrəvi dispanserin həkimlərinə heç bir xəbərdarlıq etməmişdir. Son 3 il ərzində meşə emalında işləmişdir. Baldırında cüzi zədədən sonra 3x4 sm ölçüdə, kənarları bərk və içərisində irinli-nekrotik möhtəviyyətli xora əmələ gəlmişdir.

1. Sizin ilkin diaqnoz?
2. Differensial diaqnozu hansı xəstəliklərlə aparmaq lazımdır?
3. Xəstə hansı mütəxəssislərdə məsləhət almalıdır?

Məsələ №98

52 yaşlı xəstədə kürəyin dərisində səpgilər əmələ gəlmişdir. Obyektiv olaraq: kürəkaltı nahiyədə solda sidr qozası ölçüsündə, mis-qırmızı rəngli, bərk konsistensiyalı qabarcıqlar qrupu nəzərə çarpır. Elementlərin bir qismi xoraya çevrilmişdir. Seroloji reaksiyalar: (VR, İFR, STİR) müsbətdir.

1. Xəstəyə hansı diaqnozu qoymaq lazımdır?
2. Differensial diaqnozu hansı xəstəliklərlə aparmaq lazımdır?
3. Xəstə hansı mütəxəssislərdə məsləhət almalıdır?

Məsələ №99

26 yaşlı xəstə 7 aydır özünü xəstə sayır. Ağız boşluğunun selikli qişasının vərəm qurdeşənəyi diaqnozu ilə müalicə olunur. Effekt alınmadığı üçün otolarinqoloqda məsləhət almışdır. Baxış zamanı: kiçik dilçəyin kökündə, damaq qövsünü əhatə edən və yumşaq damağın sahələrinə yaxın yerləşmiş yerdə 2x1,5 sm ölçüdə dərin xora görünür, kənar-

ları hamardır, bərk konsistensiyalıdır, göyümtül-qırmızı rəngdədir. Dibi yumşaqdır, nahamardır, boz-irinli ərplə örtülmüşdür, o, qopduqda qanama müşahidə olunmur. Anamnezdə zöhrəvi xəstəlikləri inkar edir.

1. Mümkün klinik diaqnoz?
2. Lazım olan laborator müayinələr?
3. Məişət əlaqələrinə qarşı fəaliyyət taktikası?

Məsələ №100

Klinikada «birincili seroneqativ sifilis» diaqnozu qoyulmuş xəstə yerləşdirilmişdir. Anamnezdən müəyyən edilmişdir ki, xəstənin penisillinə və onun törəmələrinə qarşı həssaslığı var.

1. Sizin taktikanız?

Müalicə fakültəsinin tələbələri üçün dermatovenerologiya üzrə situasiya məsələlərinin etalon cavabları

Məsələ №1

1. Kontakt allergik dermatiti.
2. Desensibilizasiyaedici preparatları (kalsium qlükonat, natrium tiosulfat), histaminəleyhinə preparatlar (dimedrol, taveqil, suprastin); yerli – aşağı və orta fəallığa malik qlükokortikoid məlhəmləri.

Məsələ №2

- 1 Övrə.
2. Övrənin səbəblərini müəyyən etmək və deməli xəstəliyin residivlərinin profilaktikası məqsədilə allerqoloqla məsləhətləşmək.

Məsələ №3

1. Histaminəleyhinə preparatlar (suprastin, taveqil, dimedrol); desensibilizasiyaedici terapiya (kalsium qlükonat, natrium tiosulfat).
2. Bor turşusunun (1%), rivanolun (1:1000) sulu məhlulları ilə islatmalar.

Məsələ №4

1. Kontakt dermatiti.
2. Anamnezdə qıcıqlandırıcı maddə ilə təmas, prosesin mərhələli gedişi (eritema, qovuc) göstərilir.

Məsələ №5

1. Allergik dermatit.
2. Kükürd məlhəmi ilə təması aradan qaldırmalı: daxilə desensibilizasiyaedici və histaminəleyhinə preparatlar; yerli – tərkibində qlükokortikoidlər olan krem və məlhəmlər.

Məsələ №6

1. Atopik dermatit, eritematoz-skvamoz, lixenifikasiya formalı, kəskinləşmə mərhələsi.
2. Histaminəleyhinə preparatlar (pipolfen, suprastin); desensibilizasiyaedici preparatlar (kalsium qlükonat, natrium tiosulfat); daxilə enterosorbentlər (belosorb, polifepan). Yerli: tərkibində qlükokortikoidlər olmayan iltihabəleyhinə məlhəmlər (indometasin, dermaref).

Məsələ №7

1. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün ətraflı anamnez toplamaq: Atopik dermatit, eritematoz-skvamoz forma, kəskinləşmə mərhələsi.
2. Desensibilizasiyaedici, histaminəleyhinə preparatlar, ümumi möhkəmləndirici müalicə; daxilə enterosorbentlər, bağırsağın fəaliyyətinin normallaşması. Yerli- qeyri-steroid iltihabəleyhinə məlhəmlər.

Məsələ №8

1. Başın tüklü hissəsinin seboreyası. Seboreya alopesiyası.
2. Daxili orqanların və daxili sekresiya vəzlərinin patologiyasını istisna etmək üçün endokrinoloqun, terapevtin müayinəsi.
3. Tərkibində az yağ olan hipoallergen pəhriz; bağırsağın fəaliyyətinin normallaşması; vitamin terapiyası (B, A, C, E qrupu vitaminləri). Yerli - tərkibində qatran («Friderm»), sink olan şampunlar.

Məsələ №9

1. Vulqar sızanaqlar: papulo-pastulyoz indurativ forma.
2. Pustulanın florasının antibiotiklərə qarşı həssaslığa görə əkilməsi, daxilə antibiotiklər 1-1,5 ay, yerli – «Skinoren», «Riodoksol» məlhəmi.
3. Daxili orqanların patologiyasını istisna etmək üçün endokrinoloqun, terapevtin müayinəsi.

Məsələ №10

1. Çəhrayı sızanaqlar (rozasea).
2. UBŞ, mədənin xəstəlikləri, yaş, menstrual siklin pozulması.
3. Müalicəni endokrinoloq-ginekoloq ilə birlikdə aparmaq lazımdır (hormonal fonun pozğunluqlarının aradan qaldırılması, trixopol – daxilə; yerli – metronidazol kremi).

Məsələ №11

1. Buynuzlu ekzema, əl-ayaq psoriazi, rubromikoz.
2. Göbələklərə görə bakteriooloji və bakterioskopik müayinə; diferensiasiya olunan dermatozların əlamətlərini aşkar etmək üçün bədən digər sahələrinin ciddi müayinəsi.

Məsələ №12

1. Kəpəkvəri dəmrov, sifilidlər, ikincili leykoderma.
2. Ətraflı toplanmış anamnez (keçirilmiş dermatoloji xəstəlikləri, kəpəkvəri dəmrovun yaranmasına şərait yaradan risk amillərini göstərir); göbələklərə görə bakterioskopik müayinə; Balzer sınağı; qanın KSR görə müayinəsi.

Məsələ №13

1. Qidadan hisə verilmiş məmulatlar, şokolad, qəhvə, qırmızı rəngli meyvə və tərəvəzlər, şorabalar və şirniyyat çıxarılır. Qidada yaşıl və sarı rəngli meyvə və tərəvəzlərin istifadəsinə yol verilir.

Məsələ №14

1. Başın tüklü hissəsinin mikrosporiyası.
2. Tüklərin göbələklərə görə bakterioskopik müayinəsi.
3. Uşağın göbələk infeksiyaları şöbəsinə hospitalizasiyası, sonra daxilə qrizeofulvin təyin edilməsi və yerli olaraq göbələk əleyhinə məlhəmlərin tətbiq olunması.

Məsələ №15

1. Ocaqlı alopesiya, məhdud forma, adi tip, proqresedici mərhələsi.
2. Sifilitik alopesiya, başın tüklü hissəsinin göbələk infeksiyası.

Məsələ №16

1. Daxilə prednizolon qəbul etməklə bərabər ümumi müalicə əsaslandırılmadan təyin olunmuşdur.
2. Yerli müalicəni mütləq keratolitik təsirə malik məlhəmlər təyin etməklə aparmaq; keratolitik məlhəmlərlə (ixtiol, naftalan, qatran) UBŞ tətbiq olunması.

Məsələ №17

1. Xəstəni ginekoloji (zöhrəvi şöbəyə) hospitalizasiya etmək lazımdır, belə ki, endometritin inkişaf etməsi mümkündür; cinsi yolla yoluxan digər infeksiyalara görə ətraflı müayinə; qonokokk infeksiyasına görə bakterioloji müayinə.

Məsələ №18

1. Taveqilin dozası düzgün göstərilməmişdir (düzgün – 0,001).

Məsələ №19

1. Diskoid qırmızı qurdeşənəyi.
2. LE-hüceyrələrə görə müayinə, qanın, sidiyin ümumi müayinəsi, immunqramma.
3. Fotodermatit, rubromikoz, vərəm qurdeşənəyi.
4. Delaqil, B6, B15, qrupu vitaminləri, aevit, fotoqoruyucu kremlər, yerli təsirli yüksək aktivlikli kortikosteroidlər (klobetazol).

Məsələ №20

1. «Qadın ayaqqabısının dabanı», Benye-Meşerski simptomlarını təyin etmək. Vud lampası ilə müayinə etdikdə – atrofiya ocaqlarının ağımtıl-bəyaz rəngdə işıqlanması.
2. Qırmızı qurdeşənəyinin disseminasiyalı forması.
3. Delaqil, B6, B15 vitaminləri, aevit, fotoqoruyucu kremlər, yerli təsirli yüksək aktiv kortikosteroidlər.
4. Qapalı yerlərdə işləmək.

Məsələ №21

1. Sifətin eritematozu, başlanğıc mərhələ.
2. Fotodermatit, rubromikoz, təmas dermatiti.
3. Yerli: yüksək aktiv kortikosteroidlər, fotoqoruyucu kremlər, günəşin altında qalmasıdır; dispanser müşahidə.

Məsələ №22

1. Disseminasiyalı qırmızı qurdeşənəyi.
2. LE-hüceyrələrə görə müayinə, immunqramma, qanın, sidiyin ümumi müayinəsi.
3. Ürək-damar sisteminin, ağciyərlərin, böyrəklərin, qaraciyərin, sümük-əzələ sisteminin vəziyyətini müayinə etmək lazımdır.

4. Presosil, vitamin terapiya, yerli yüksək aktivlikli kortikosteroidlər.

Məsələ №23

1. Delaqil 0,25 gündə 2 dəfə, 5 günlük sikllə, arada 5 gün fasilə verməklə (kurs ərzində 20-25 q-a qədər). İltihabəleyhinə və immunsupressiv təsirə malikdir.
2. Vaksinlər, sulfanilamidlər təyin olunmur, belə ki, qurdeşənəyi prosesini provokasiya edə bilərlər.
3. Mütləq kinik-laborator müayinə aparmaqla dispanserizasiya və ildə 3-4 dəfə profilaktik müalicə.

Məsələ №24

1. Təmas ekzeması.
2. Desensibilizasiyaedici, histamiəleyhinə, qeyri-steroid iltihabəleyhinə preparatlar. Yerli: bor turşusunun (1%), rivanolun (1:1000), taninin (1%) sulu məhlulları ilə islatmalar.
3. Yuyucu tozlarla təmas aradan qaldırılmalıdır.

Məsələ №25

1. Dərman toksikodermiyası.
2. Dərman maddələrinin qəbulunu dayandırmaq; bol içki; daxilə histaminəleyhinə, desensibilizasiyaedici preparatlar, enterosorbentlər təyin etmək. Yerli – sulu horralar. Hər gün həkimə getmək.

Məsələ №26

1. Diskoid qırmızı qurdeşənəyi.
2. Fotodermatit, rubromikoz, seboreya dermatiti.
3. Diaqnozu dəqiqləşdirdikdən sonra: daxilə delaqil; yerli – fotoqoruyucu kremlər, yerli təsirli yüksək aktiv kortikosteroidlər.

Məsələ №27

1. Piləkli sklerodermiya, bərkimə mərhələsi.
2. Lidaza, penisillin. Yerli: ronidaza ilə elektroforez. İldə 2-3 dəfə profilaktik müalicə kursları, dermatoloqun, terapevtin, endokrinoloqun nəzarəti.

Məsələ №28

1. Piləkli sklerodermiya, bərkimə mərhələsi.
2. İltihabi xəstəliklər, zədə, endokrinopatiya.
3. Dermatomiozit, dərin vaskulit, dermatofibroma, fiksə olunmuş toksidermiya.
4. Lidaza, penisillin. Yerli: ronidaza ilə elektroforez.
5. İldə 2-3 dəfə profilaktik müalicə kursları, dermatoloqun, terapevtin, endokrinoloqun nəzarəti.

Məsələ №29

1. Piləkli sklerodermiya, bərkimə mərhələsi.
2. Dermatomiozit, dərin vaskulit, dermatofibroma,

3. Lidaza, penisillin. Yerli: ronidaza ilə elektroforez.
4. İldə 2-3 dəfə profilaktik müalicə kursları, dermatoloqun, terapevtin, endokrinoloqun nəzarəti.

Məsələ №30

1. Ocaqlı sklerodermiya, bərkimə və atrofiya mərhələsi.
2. Reyno xəstəliyi, disseminasiyalı qırmızı qurdeşənəyi.
3. MBT-nın, sümük-əzələ sisteminin, ağciyərlərin, böyrəklərin gözün müayinəsi; revmatoloqda müayinədən keçmək.
4. Lidaza, aevit, nikotin turşusu kursu; yerli – hidrokortizon məlhəmi.

Məsələ №31

1. Sistem sklerodermiyası, akrosklerotik forma.
2. MBT-nın, sümük-əzələ sisteminin, ağciyərlərin, böyrəklərin gözün müayinəsi; revmatoloqda müayinədən keçmək.
3. Daxilə D-penisillamin, prednizolon.
4. Proqnoz qeyri-qənaətbəxşdir.

Məsələ №32

1. Lövhəcikli sklerodermiyası, bərkimə mərhələsi.
2. İltihabi xəstəliklər, travma, endokrinopatiyalar.
3. Lidaza, penisillin. Yerli: lidaza ilə elektroforez.

Məsələ №33

1. Kəpəkvari dəmrov; törədicinin aşkarlanmasına görə bakterioskopik müayinə; Vud lampası ilə müayinə; Balzer yod sınağı, VR görə qanın müayinəsi.
2. Göbələkəleyhinə məlhəmlər, keratolitik vasitələr.

Məsələ №34

1. İkincili residivləşən sifilis (sifilitik alopesiya).
2. Sifilis infeksiyasını təsdiq etmək üçün qanın seroloji müayinəsi.

Məsələ №35

1. Dərinin pulcuqlarının və dırnaqların göbələklərə görə laborator müayinəsi (mikroskopiyası və Saburo mühitinə əkilməsi).
2. Daxilə 3-4 ay ərzində lamizil və ya orunqal, yerli - göbələk əleyhinə vasitələr.

Məsələ №36

1. Dəri qaşınması.
2. Ciddi terapevtik müayinə, onkoloqun məsləhəti.

Məsələ №37

1. Vərəm qurdeşənəyi.
2. Pospelov simptomunun və «alma jelesi» fenomeninin təyin olunması; digər orqanla-

rın vərəmi ilə əlaqədar ftiziatrın müayinəsi.

Məsələ №38

1. Peşə ekzeması.
2. Kontaktı aradan qaldırmaq; desensibilizasiyaedici, histaminəleyhinə preparatlar; yerli müalicə.
3. Allergik sınaq. İş yerinin sanitar-gigiyenik xarakteristikası.
4. Peşə patologiyası üzrə həkimin rəyinə əsasən digər işə keçirilməsi.

Məsələ №39

1. Adi psoriaz, qış tipi, proqresedici mərhələ.
2. Psoriaz triadasının, Kebner simptomunun aşkar edilməsi üçün qrattaj.

Məsələ №40

1. Çəhrayı dəmrov.
2. Qanın VR görə müayinəsi.
3. Səmərəsiz yerli müalicə zamanı eritrodermiya əmələ gələ bilər.

Məsələ №41

1. Birincili sifilis.
2. Solğun treponemarı aşkar etmək üçün möhtəviyyatın qaranlıq sahədə müayinəsi; seroloji reaksiyalar (MPR, İFR, VR).

Məsələ №42

1. Dürinq dermatozu.
2. Yadasson sınağı.
3. Qanın eozinofillərinin və qovuş mayesinin müayinəsi.
4. Toksikodermiya, pemfigus, herpes.
5. DDS, aflosulfon.

Məsələ №43

1. Qaraciyərin, böyrəyin fəaliyyətini təyin etmək, anemiyayı aşkar etmək üçün qanın və sidiyin müayinəsi.
2. Terapevt (MBT-nin xəstəlikləri), nefroloq.

Məsələ №44

1. Aflosulfon 0,05-0,1 q, gündə 2 dəfə 5-6 sikkə, aralarında 1 gün fasilə verməklə; cəmi 3-5 sikkə.
2. Kalium yod, ona görə ki, prosesin kəskinləşməsinə səbəb olur.
3. Balıq məhsullarını, tərkibində qllyuten olan məmulatları (un məmulatları) çıxarmaq lazımdır.

Məsələ №45

1. Vulqar konqlobat cıvzələr.

2. Antibiotiklərə həssaslığa görə əkilməsi; daxilə antibiotiklər; daxilə retinoidlər; yerli dezinfeksiyaedici vasitələr.

Məsələ №46

1. Kəmərləyici dəmrov.
2. İnfeksiyoz, nevropatoloqun məsləhəti; daxilə asiklovir; yerli – anilin boyaları, quruducu pastalar.

Məsələ №47

1. Residivləşən genital herpes.
2. Birincili sifiloma ilə.
3. Residivləşən gedişini nəzərə alaraq, asiklovir, kəskinləşmələrin qarşısını almaq üçün. Simptomlar itdikdən 10-14 gün sonra – herpes vaksini kursu.

Məsələ №48

1. Kontagioz molyusk.
2. Pinset vasitəsilə elementin basıb çıxarılması və anilin boyaları ilə yandırılması; diatermokoagulyasiya, lazerdestruksiya.

Məsələ №49

1. Yastı ziyillər.
2. Qırmızı yastı dəmrov, follikulitlər, kontagioz molyusk.
3. Kriodestruksiya, lazeroterapiya, «Solkoderm»; özbaşına keçə bilər.

Məsələ №50

1. Ayaqaltı ziyilləri.
2. Kriodestruksiya, lazeroterapiya, «Solkoderm», salisil plastırı, 1,5 ay ərzində ayaq üçün isti vannalar.

Məsələ №51

1. Dəri vərəmi, cüzam, nevroloji patologiya.
2. Burnun selikli qişasından götürülmüş qaşının, infiltratların M.leprae görə müayinəsi, cüzam sınağının qoyulması, vərəmə görə müayinə, nevropatoloqun məsləhəti.
3. Diaqnozu qoyduqda leprozoriyada spesifik müalicə aparılır.

Məsələ №52

1. Dərinin kollikvativ vərəmi (uşaqlıqda keçirilmiş).
2. Sifilis, cüzam, leyşmanioz, dərin mikozlar.
3. Vərəm əleyhinə preparatların profilaktik kursunun təyin edilməsi.

Məsələ №53

1. Dəri leyşmaniozu.
2. Törədici aşkar etmək üçün qabarcıqların müayinəsi.
3. Monomisin inyeksiyası; yerli – 5%-li monomisin məlhəmi.

Məsələ №54

1. Kəpəklənən dəmrov.
2. Göbələk əleyhinə məlhəmlər, qabığın soyulmasına səbəb olan məhlullar.
3. Şəxsi paltarların, yataq ağlarının dezinfeksiyası; terapevtin, nevropatoloqun, endokrinoloqun, immunloqun müayinəsi.

Məsələ №55

1. Paratravmatik ekzema, kəskinləşmə mərhələsi.
2. İslatmalar, sonra tərkibində antibiotiklər olan məlhəmlər.

Məsələ №56

1. Həqiqi ekzema, kəskin forma.
2. İslatmalar.

Məsələ №57

1. Qoturluq.
2. Qoturluq gənəsinin laborator yolla aşkar edilməsi.
3. Kükürd məlhəmi, benzilbenzoat, Boqdanoviç metodu, permetrin.

Məsələ №58

1. Streptokokk impetiqosu.
2. Yerli - anilin boyaları, tərkibində antibiotiklər olan məlhəmlər (gentamitsin, streptosid). Su ilə kontakt aradan qaldırılmalıdır.

Məsələ №59

1. Birincili sifilis.
2. Travmatik mənşəli eroziyalar, trixomonad və qonokokk xoraları, genital herpeslər.
3. Xəstənin müalicəsi; qadının şəxsiyyətinin müəyyən olunması və onun müayinəyə və müalicəyə cəlb edilməsi.

Məsələ №60

1. Dərman toksikodermiyası.
2. Tetrasiklin qəbulunu dayandırmaq.
3. Sonralar tetrasiklin qrupu preparatlarını qəbul etməmək.

Məsələ №61

1. Sadə herpes.
2. Anilin boyaları; ilkin simptomlarda – virus əleyhinə məlhəmlər.

Məsələ №62

1. Çəhrayı dəmrov.
2. Ümumi və yerli müalicə adətən təyin olunmur.

Məsələ №63

1. Kəmərləyici herpes.
2. İnfeksiyaların, nevropatoloqun məsləhəti.

Məsələ №64

1. Residivləşən genital herpes.
2. Başlanğıc əlamətlərində virusəleyhinə məhləmlər (asiklovir, riodoksol).
3. Herpes vaksini 0,2 ml, dəriiçi, 2 gündən bir 5 inyeksiya, ildə 2 dəfədən az olmamaqla.

Məsələ №65

1. Atopik dermatit, eritematoz-skvamoz, lixenifikasiya forması.
2. Allerqoloq, terapevtin müayinəsi; histaminəleyhinə (taveqil, suprastin), desensibilizasiyaedici (natrium tiosulfat), membran stabilizatorları (sinnarizin, ketotifen); enterosorbentlər (belosorb), ümumi UBŞ.

Məsələ №66

1. Həqiqi pemfiqus, vegetasiya edən.
2. Akantolitik hüceyrələri aşkar etmək üçün yaxmalar-izlər, hüceyrəarası sahələrdə fiksə olunmuş IgG təyin etmək üçün düz immunflüoresensiya.
3. Stivens-Conson sindromu, Layella sindromu, xronik xoşxassəli Heyli-Heyli pemfiqusu, pemfiqoid.
4. Prednizolon sutkada 80 mq-a qədər; yerli – simptomatik müalicə.

Məsələ №67

1. İnfiltrativ-irinləyən trixofitiya.
2. Göbələklərə görə laborator müayinə (tükün içərisində göbələyin aşkar edilməsi), lazımlı gələrsə bakterioloji müayinə.
3. Xəstənin hospitalizasiyası, infiltrativ-irinləyən trixofitiya halı aşkar edildikdə baytarlıq xidmətlərinə məlumat verilməsi.

Məsələ №68

1. Qasıq epidermofitiyası, kəskinləşmə mərhələsi.
2. Bakterioloji müayinə (qidalı mühitlərə əkilməsi); Vud lampasının altında müayinə.
3. Daxilə histaminəleyhinə preparatlar (pipolfen, fenkorol və ya suprastin və s.), yerli – anilin boyalarının məhlulları (iltihab əlamətlərini azaltmaq üçün); sonra göbələk əleyhinə kremlər, məhlullar, məhləmlər (klotrimazol, kanesten, travokort, ekzoderil) 2-3 həftə ərzində, gündə 1-2 dəfə.

Məsələ №69

1. Vulqar pemfiqus (həqiqi, akantolitik).
2. Nikolski, Asbo-Xansen simptomu.
3. Akantolitik hüceyrələri aşkar etmək üçün eroziyanın dibindən yaxma-izlərin götürülməsi; histoloji müayinə; dolaylı immunflüoresensiya metodu.

Məsələ №70

1. Vulqar pemfiqus.
2. Prednizolon 60 mq əzələdaxilinə, sonra 60 mq peroral – başlanğıc dozada. Ağız boşluğunun eroziyalarının epitelləşməsi üçün – çaytikanı və ya itburnu yağı; zərif qida.

Məsələ №71

1. Çoxformalı ekssudativ eritema.
2. Prednizolon sutkada 30-40 mq; dezintoksikasiya terapiyası (hemodez, reopoliqlükün) 400 ml olmaqla venadaxilinə damcı ilə; ağız boşluğunun selikli qişasının KMnO₄ 1:8000, 2%-li bor turşusunun məhlulu, çobanyastığı dəmləməsi ilə qarqara edilməsi; dodaqların qırmızı haşiyəsinə – kortikosteroid əlavə edilmiş eritromitsin və ya tetrasiklin məhləmi.

Məsələ №72

1. Məhdud xronik Vidal neyrodermiti, torpid, residivləşən gediş.
2. Hepatoprotetorlar (karsil, eykonol); essensiale; flüorlaşmış steroid məhləmlərlə fonoforez; naftalan linimenti.

Məsələ №73

1. Məhdud vulqar psoriaz, şiddətlənən forma, qış tipi, ilk dəfə aşkar edilmiş. Başın tüklü hissəsinin psoriazı.
2. Diaqnoz aşağıdakıların əsasında qoyulmuşdur: prosesin yayılması dərəcəsinə, səciyyəvi klinik əlamətlərin, spesifik simptomlara, prosesin mərhələsinin və xəstəliyin gedişinin tipinə əsasən.

Məsələ №74

1. Yayılmış vulqar psoriaz, şiddətlənmə mərhələsi, qış tipi, fasiləsiz residivləşən gediş.
2. Gümüşü-ağ pulcuqlarla örtülmüş papulyoz səpgilərin parlaq-qırmızı rəngi, eritema şəklində perferik böyümə yastığı təyin olunur və Kebner simptomu müsbətdir.

Məsələ №75

1. Yayılmış qırmızı yastı dəmrov, şiddətlənmə mərhələsi.
2. Poliqonal formalı papula, mərkəzi batmış və mumabənzər parıltılı; Uikhem, Kebner simptomları müsbətdir.

Məsələ №76

1. Məhdud qırmızı yastı dəmrov, şiddətlənmə mərhələsi.
2. Histaminəlyehinə və malyariyaəleyhinə preparatlar, hiposensibilizasiyaedici terapiya; yerli – yüksək dərəcəli aktivliyə malik kortikosteriodlər.

Məsələ №77

1. Kontagioz molyusk.
2. Uşağı kollektivdən təcrid etmək, müalicə prosedurlarını aparmaq (elementlərin pinset vasitəsilə sıxılması, sonra yodun 5%-li spirti məhlulu ilə işlənməsi); vitamin terapiyası.

Məsələ №78

1. İtiuclu kondilomalar.
2. Kriodestruksiya, lazeroterapiya, diatermokoagulyasiya, solkoderm.

Məsələ №79

1. Herpesformalı Dürinq dermatozu.
2. Dəri şöbəsinə hospitalizasiya, sulfon sırası preparatlarının, sulfanilamidlərin, qlüko-kortikoidlərin təyin edilməsi. Pareneoplastik xarakterli xəstəlikləri istisna etmək üçün terapevtin, onkoloqun müayinəsi.

Məsələ №80

1. Solğun treponemani aşkar etmək üçün xoranın möhtəviyyatını qaranlıq sahədə müayinə etmək.

Məsələ №81

1. Birincili seroneqativ sifilisdə olduğu kimi preventiv müalicə təyin etmək.

Məsələ №82

1. İkincili təzə sifilis üçün.
2. Solğun treponemani aşkar etmək üçün xoranın möhtəviyyatını qaranlıq sahədə müayinə etmək, qanın VR görə müayinəsini aparmaq.
3. Xəstəni dəri-zöhrəvi dispanserə göndərmək.

Məsələ №83

1. İkincili aktiv sifilis.
2. Solğun treponemani aşkar etmək üçün papulanın möhtəviyyatını qaranlıq sahədə müayinə etmək; sifilisə görə seroloji reaksiyalar.

Məsələ №84

1. Dəri xəstəliyinin bu formasında görünən selikli qişalarda spesifik səpgilər yoxdur; bəzən limfadenit aşkar edilir; Vasserman reaksiyası kəskin müsbətdir, STİR – 100%.

Məsələ №85

1. Cinsi partnyorlar üçün təhlükəni nəzərə alaraq, hüquq-mühafizə orqanlarının köməyi ilə onu məcburi qaydada dəri-zöhrəvi şöbəyə hospitalizasiya etmək.

Məsələ №86

1. Təzə kəskin total süzənək uretriti.
2. Antibiotiklər (sefalosporinlər, ftorxinolonlar); süzənək müalicə olunduqdan sonra 6 ay ərzində klinik-seroloji müayinə (belə ki, infeksiya mənbəyi təyin olunmamışdır və *T.pallidum* ilə yenidən yoluxma baş verə bilər).

Məsələ №87

1. Təzə kəskin ön süzənək uretriti; antibiotiklər (sefalosporinlər, ftorxinolonlar, spektri-

nomisin); süzənək müalicə olunduqdan sonra 6 ay ərzində klinik-seroloji müayinə (infeksiya mənbəyi müayinə olunmamışdır, yəni sifilis ilə yoluxma istisna edilmir).

Məsələ №88

1. Təzə kəskin total kandidoz uretriti.
2. Daxilə göbələkəleyhinə antibiotiklər (itrakonazol, ketokonazol, flukonazol); uretraya – flukonazol məhlulunun püskürdülməsi.

Məsələ №89

1. Xoraların möhtəviyyatını qaranlıq sahədə solğun treponemaya görə müayinəsi, sifilisə görə seroloji reaksiyalar (MPR, İFR, VR).
2. Aktiv sifilis, genital herpes, qonokokk eroziyaları, travmatik eroziyalar.

Məsələ №90

1. Sifilisin birinci dövründə atipik bərk şankr, bartolinit.
2. Böyük cinsiyyət dodaqlarının şişkinliyi.
3. Ağrının olmaması və ümumi əhvalın pozulması.
4. Tam müayinə aparmadan müalicə təyin olunmuşdur.
5. Sifilisə görə seroloji reaksiyalar üçün qan götürmək.
6. Müsbət.

Məsələ №91

1. Birincili sifilis (bərk şankr, fimozla ağırlaşmış).
2. Aşkar edilmiş bərk şankrın və ya böyümüş qasıq limfa düyünlərinin punktatinın solğun treponemaya görə müayinəsi; qanın sifilisə görə seroloji reaksiyalarının müayinəsi (MPR, İFR, VR).

Məsələ №92

1. İkincili təzə sifilis. Qanın sifilisə görə seroloji reaksiyaları.
2. Diaqnoz qoyulduqdan sonra xəstəni müalicə etmək.

Məsələ №93

1. İkincili residivləşən sifilis (sifilitik diffuz alopesiya, piqmentli sifilid).
2. Anamnezi aydınlaşdırmaq, qanın sifilisə görə seroloji müayinəsinə aparmaq (VR, STİR, İFR).

Məsələ №94

1. Erkən gizli sifilis.
2. Diaqnozu təsdiq etmək üçün növsəpesifik seroloji müayinələr aparmaq və müalicəni təyin etmək.

Məsələ №95

1. Kəpəkvari dəmrov.
2. Göstəriş vardır.

Məsələ №96

1. İkincili residivləşən sifilis (geniş kondilomalar, ovuc-daban sifilidləri, sifilis alope-siyası).
2. Qanın sifilisə görə müsbət seroloji reaksiyaları, geniş kondilomanın möhtəviyyatında törədicinin aşkar edilməsi.
3. Xəstəni dəri-zöhrəvi dispanserə göndərmək.

Məsələ №97

1. Üçüncülü aktiv sifilis (baldırın qummoz sifilidi).
2. Vərəm, cüzam, leyşmanioz, osteomielit.
3. Terapevt, nevropatoloq, okulist, otolarinqoloq.

Məsələ №98

1. Üçüncülü aktiv sifilis (qabarcıqlı sifilid).
2. Vərəm, cüzam, leyşmanioz, kəmərləyici herpes.
3. Terapevt, nevropatoloq, okulist, otolarinqoloq.

Məsələ №99

1. Üçüncülü aktiv sifilis (kiçik dilçəyin qummoz sifilidi).
2. Treponemaya görə növspeşifik seroloji reaksiyalar.
3. Məişətdə xəstə təhlükəli deyildir.

Məsələ №100

1. Tetrasiklin, azitromitsin, makrolidlər qrupu preparatları (eritromitsin, klaritromitsin).

DERMATOLOGIYA ÜZRƏ TESTLƏR

1. Histoloji olaraq dəridə aşağıdakı qatlar ayrılır:

- A) epidermis
- B) derma
- C) hipoderma
- D) A,B,C düzgündür
- E) periost

2. Epidermis aşağıdakı qatlardan ibarətdir:

- A) tikanlı
- B) dənəli
- C) bütün sadalananlar
- D) bazal
- E) buynuz

3. Bazal qat ibarətdir:

- A) bir sıra silindrik hüceyrələrdən
- B) 3-8 sıra silindrik hüceyrələrdən
- C) bir sıra kubşəkilli hüceyrələrdən
- D) elastik liflərdən
- E) Langerhans hüceyrələrindən

4. Epidermisin tərkibinə bütün hüceyrələr daxildir, birindən başqa:

- A) Merkel hüceyrələri
- B) melanositlər
- C) eritrositlər
- D) keratinositlər
- E) Langerhans hüceyrələri

5. Melanositlər hansı qatın tərkibinə daxildir:

- A) bazal qat
- B) tikanlı qat
- C) dənəli qat
- D) parlaq qat
- E) buynuz qatı

6. Dermanın tərkibinə daxil deyil:

- A) hüceyrə elementləri
- B) liflər
- C) birləşdirici toxuma arası maddələr
- D) bazal membran
- E) damarlar

7. Derma aşağıdakı qatlardan ibarətdir:

- A) məməcikli
- B) torlu
- C) A,B düzgündür
- D) damarlı
- E) buynuz

8. Hipodermmanın tərkibinə daxil deyil:

- A) birləşdirici toxuma
- B) qan damarları
- C) piy hüceyrələri
- D) korneositlər
- E) sinir kələfi

9. Dəri artımlarına aid edilir, bundan başqa:

- A) tüklər
- B) nevuslar
- C) dırnaqlar
- D) tər vəziləri
- E) piy vəziləri

10. Piy vəziləri təsəvvür yaradır:

- A) sadə boruşəkilli törəmələr
- B) apokrin vəziləri
- C) endokrin vəziləri
- D) ekkrin vəziləri
- E) holokrin vəziləri

11. Hiperkeratoz nədir:

- A) melanogenez prosesinin pozulması
- B) hüceyrələrarası əlaqələrin itməsi
- C) buynuz qatın qalınlaşması
- D) məməcikli dermanın böyüməsi
- E) dənəli qatın qalınlaşması

12. Hiperqranulez nədir:

- A) buynuz qatın qalınlaşması
- B) dənəli qatın qalınlaşması
- C) hüceyrələrarası əlaqələrin itməsi
- D) epidermisin qeyri-bərabər qalınlaşması
- E) məməcikli dermanın böyüməsi

13. Spongioz nədir:

- A) bazal epidermositlərin sitoplazmasında vakuolların əmələ gəlməsi

- B) tikanlı qatın hüceyrələrarası ödemi
- C) dəri örtüyünün rənginin dəyiməsi
- D) hüceyrə nüvəsinin dəyişməsi
- E) hüceyrələrarası əlaqələrin itməsi

14. Akantoliz nədir:

- A) buynuz qatın qalınlaşması
- B) dənəli qatın qalınlaşması
- C) epidermal hüceyrələrarası əlaqələrin itməsi
- D) hüceyrələrarası ödem
- E) tikanlı qatın qalınlaşması

15. Akantoz nədir:

- A) epidermal hüceyrələrarası əlaqələrin itməsi
- B) buynuz qatın qalınlaşması
- C) dənəli qatın qalınlaşması
- D) hüceyrələrin natamam buynuzlaşması
- E) tikanlı qatın qalınlaşması

16. Birincili morfoloji elementlərə aid edilmir:

- A) ləkə
- B) qabarcıq
- C) düyün
- D) köpüşük
- E) eroziya

17. Dəri səpgilərinin boşluqlu birincili morfoloji elementlərinə aiddir:

- A) irincik / pustula
- B) qovuş
- C) A, B, E düzgündür
- D) köpüşük
- E) vezikula

18. Ləkənin növünü göstərin:

- A) rozeola
- B) purpura
- C) petexiyalar
- D) eritema
- E) bütün sadalananlar

19. Pustulanın növünə aiddir:

- A) lövhəcik
- B) mikrovezikula
- C) fliktena

- D) ekskoriyasiya
- E) qartmaq

20. Dəri səpgilərinin boşluqsuz birincili morfoloji elementlərinə aid deyil:

- A) ləkə
- B) qabarcıq
- C) köpüşük
- D) irincik
- E) düyün

21. Dəri səpgilərinin ikincili morfoloji elementlərinə aid deyil:

- A) qovuq
- B) qartmaq
- C) eroziya
- D) vegetasiya
- E) ekskoriyasiya

22. Qovuqcuq partladıqdan sonra yerində qalır:

- A) xora
- B) eroziya
- C) qartmaq
- D) lixenifikasiya
- E) pulcuq

23. Köpüşükdə histoloji müəyyən edilir:

- A) məməcikli qatın məhdud ödemi
- B) spongioz
- C) hiperkeratoz
- D) hiperqranulyoz
- E) akantoliz

24. Xora nədir:

- A) epidermis hüdudunda dəri qüsuru
- B) dərin dəri qüsuru
- C) xətti dəri qüsuru
- D) cizgilərin artması ilə dəri qalınlaşması
- E) dərinin rənginin dəyişməsi

25. Dəri bütün funksiyaları yerinə yetirir, aşağıda göstəriləndən başqa:

- A) immün
- B) mübadilə
- C) reseptor
- D) sekretor
- E) həzm

26. Dəri xəstəsinin xüsusi müayinə metoduna aiddir:

- A) dermoqrafizmin təyini
- B) qrattaj
- C) bütün sadalananlar
- D) diaskopiya
- E) palpasiya

27. Kəskin sulanan iltihabi prosesdə təyin etmək zəruridir:

- A) islatmalar
- B) məlhəmlər
- C) kremlər
- D) pastalar
- E) plastırlar

28. Qlükokortikoid terapiyasının ağırlaşmalarını göstərin:

- A) arterial hipertenziya
- B) kuşinqoid
- C) qastrit
- D) osteolizis
- E) bütün sadalananlar

29. PUVA terapiya nədir:

- A) orta dalğalı UBŞ
- B) uzun dalğalı UBŞ və fotosensibilizatorun birləşmiş təsiri
- C) qanın UBŞ
- D) lokal UBŞ
- E) fotosensibilizasiya edici məlhəmlərin fonoforezi

30. Müalicəsində antibiotiklər istifadə olunur:

- A) piodermiyanın
- B) ziyillərin
- C) epidermofitiyaların
- D) qoturluğun
- E) vitiliqo

31. Müalicəsində antibiotiklər istifadə olunur:

- A) sifilisin
- B) ziyillərin
- C) epidermofitiyaların
- D) qoturluğun
- E) vitiliqo

32. Virus əleyhinə preparatlara aiddir:

- A) penisillin
- B) asiklovir
- C) lamizil
- D) metronidazol
- E) ftorokort

33. Göbələk əleyhinə preparatlara aiddir:

- A) asiklovir
- B) tetrasiklin
- C) metronidazol
- D) lamizil
- E) prednizolon

34. Aromatik retinoidlər nədir:

- A) A vitamininin törəmələri
- B) antibiotiklər
- C) antioksidantlar
- D) qlükokortikoidlər
- E) adaptogenlər

35. Qlükokortikoidlər yerli tətbiqi edildikdə necə təsir göstərir:

- A) iltihab əleyhinə
- B) A, C, E düzgündür
- C) antioksidativ
- D) virus əleyhinə
- E) allergiya əleyhinə

36. Hansı formalar keratolitik təsirə malikdir:

- A) 2%-li salisil turşusu məlhəmi
- B) 5%-li kükürd-qətran məlhəmi
- C) 5%-li kükürd-salisil məlhəmi
- D) A, B, C düzgündür
- E) islatmalar

37. Penisillin sırası antibiotiklərə aid deyil:

- A) ampisillin
- B) ekstensillin
- C) bisillin
- D) oksasillin
- E) eritromisin

38. Bütün preparatlar qlükokortikoidlərə aiddir, birindən başqa:

- A) betametazon
- B) hidrokortizon

- C) metiltestosteron
- D) triamsinolon
- E) metilprednizolon

39. Sadalanan məlhəmlərdən hansının tərkibində qlükokortikoid var:

- A) diprosalik
- B) triderm
- C) elokom
- D) ftorokort
- E) bütün sadalananlar

40. Stafilodermiyalara aid edilmir:

- A) follikulit
- B) uzun sadə dəmrovu
- C) hidradenit
- D) furunkul
- E) sikoz

41. Streptodermiyalara aid edilir:

- A) sikoz
- B) impetiqo
- C) furunkul
- D) hidradenit
- E) karbunkul

42. Stafilodermiya üçün xarakterdir:

- A) follikulyar pustula
- B) prosesə piy vəzilərinin cəlb olunması
- C) A, B düzgündür
- D) prosesə piy vəzilərinin cəlb olunmaması
- E) fliktenanın olması

43. Ostiofollikulit zamanı birincili morfoloji elementlərdən hansı xarakterikdir:

- A) düyün
- B) qabarcıq
- C) qartmaq
- D) follikulyar pustula
- E) fliktena

44. Vulqar sikoz lokalizə olur:

- A) ovuc nahiyəsində
- B) bığ və saqqal nahiyəsində
- C) ayağın altında
- D) baldırlarda

E) selikli qışalarda

45. Hidradenit çox vaxt əmələ gətirir:

- A) qızılı stafilokokk
- B) göy irin çöpləri
- C) streptokokk
- D) solğun treponema
- E) bağırsağ çöpləri

46. Streptokokk impetiyoşunun növlərini göstərin:

- A) yalama
- B) streptokokk tər bişməcəyi
- C) bullyoz impetiyo
- D) səthi dolama (panarisi)
- E) bütün sadalananlar

47. Streptokokk impetiyoşunda birincili morfoloji elementlərdir:

- A) follikulyar pustula
- B) fliktena
- C) qartmaq
- D) düyün
- E) köpüşük

48. Piodermiyanın dərin formasına aid edilir, bundan başqa:

- A) ektima
- B) furunkul
- C) hidradenit
- D) ostiofollikulit
- E) karbunkul

49. Piodermiyanın sistem antibiotiklərin qəbulu təyin olunan formasını göstərin:

- A) karbunkul
- B) hidradenit
- C) üz nahiyəsində furunkul
- D) ektima
- E) bütün sadalananlar

50. Hidradenitin ən çox lokalizasiya olan yerini göstərin:

- A) üz
- B) əllər
- C) başın tüklü hissəsi
- D) qoltuqaltı çuxurlar
- E) baldırlar

51. Eksfoliativ Ritter dermatitinin üçüncü mərhələsini göstərin:

- A) eritematoz
- B) A, C, E düzgündür
- C) eksfoliativ
- D) poykilodermik
- E) regenerativ

52. Bütün sadalananlar sadə dəmrov üçün xarakterdir, birindən başqa:

- A) uşaqlarda baş verir
- B) streptokokk tərəfindən törədilir
- C) müalicə üçün tipik təsirli antibiotiklər tətbiq edilir
- D) piodermiyaların dərin formasına aid edilir
- E) xroniki gediş

53. Hidradenitdə zədələnilir:

- A) apokrin tər vəziləri
- B) holokrin tər vəziləri
- C) piy vəziləri
- D) tüklər
- E) dırnaqətrafi yastıqlar

54. Piodermiyalarda antibiotiklərin təyini üçün göstəriş deyil:

- A) xəstəliyin uzun müddətli xroniki gedişi
- B) ümumi toksiki təzahürlərin olması
- C) regional limfadenitin olması
- D) anamnezdə anafilaktik şok
- E) üzdə dərin piodermiyaların lokalizasiyası

55. Antibiotik terapiyasının fəsadlarını göstərin:

- A) kandidoz
- B) anafilaktik şok
- C) bağırsağ disbakterioz
- D) dərman toksikodermiyası
- E) bütün sadalananlar

56. Sadalanan preparatlardan hansı immunostimulyatorlara aiddir:

- A) levamizol
- B) deksametazon
- C) metotreksat
- D) timalin
- E) A, D düzgündür

57. Yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusu üçün xarakter deyil:

- A) irsi autosom-dominant tipi

- B) həyatının 7-10-cu günündə əmələ gəlir
- C) qızılı stafilokokk törədicidir
- D) hiperemiya fonunda qovuşqların təzahür etməsi ilə xəstəlik başlayır
- E) qızdırıb-titrətmə

58. Piodermiyanın müalicəsi üçün istifadə edilən preparatlar qrupunu göstərin:

- A) antibiotiklər
- B) sulfanilamid preparatlar
- C) vitaminlər
- D) immunostimulyatorlar
- E) bütün sadalananlar

59. Vərəm mikobakteriyalarının dəriyə keçmə yollarını göstərin:

- A) ekzogen
- B) limfogen
- C) hematogen
- D) davamlı
- E) hamısı düzgündür

60. Dəri vərəminin lokallaşmış formasını göstərin:

- A) vərəm qurdeşənəyi
- B) ziyilli vərəm
- C) skrofuloderma
- D) dərinin və selikli qişanın xoralı vərəmi
- E) bütün sadalananlar

61. Dəri vərəminin disseminə olunan formalarını göstərin:

- A) miliar dəri vərəmi
- B) bütün sadalananlar
- C) indurativ dəri vərəmi
- D) lixenoid vərəm
- E) papulonekrotik vərəm

62. Vərəm qurdeşənəyi üçün xarakter simptomlar:

- A) Auspits və Kebner
- B) “alma jelesi” və “zond”
- C) stearin ləkə və terminal pərdə
- D) “qadın kabluku” və Benye-Meşerski
- E) Nikolski və Asbo-Hanzen

63. Ziyilli vərəm zamanı mikobakteriyalar hansı yolla dəriyə keçir:

- A) limfogen
- B) hematogen
- C) davamlı

- D) ekzogen yolla
- E) autoinokulyasiya yolu ilə

64. Skrofuloderma üçün xarakterdir:

- A) üz nahiyəsində birləşməyə və xoralaşmaya meyli yumşaq qabarcıqlar
- B) birləşməyə və yumşalmağa meyli sonradan absesləşən, fistul və xora əmələ gətirən dərin düyünlər
- C) ətraflarda üç zonadan ibarət olan ocaq: mərkəzi atrofiya olmuş, ziyilli artım və periferiya boyunca bənövşəyi-qırmızı haşiyə
- D) təbii dəliklər ətrafında Trell dənəcikləri ilə ağırlı xirda xoralar
- E) simmetrik yerləşmiş, ən çox baldırlarda olan bütöv dərin düyünlər

65. Ziyilli vərəm üçün xarakterdir:

- A) üz nahiyəsində birləşməyə və xoralaşmağa meyli yumşaq qabarcıqlar
- B) birləşməyə və yumşalmağa meyli sonradan absesləşən, fistul və xora əmələ gətirən dərin düyünlər
- C) ətraflarda üç zonadan ibarət olan ocaq: mərkəzi atrofiya olmuş, ziyilli artım və periferiya boyunca bənövşəyi-qırmızı haşiyə
- D) təbii dəliklər ətrafında Trell dənəcikləri ilə ağırlı xirda xoralar
- E) simmetrik yerləşmiş, ən çox baldırlarda olan bütöv dərin düyünlər

66. Xoralı dəri vərəmi üçün xarakterdir:

- A) üz nahiyəsində birləşməyə və xoralaşmağa meyli yumşaq qabarcıqlar
- B) birləşməyə və yumşalmağa meyli sonradan absesləşən, fistul və xora əmələ gətirən dərin düyünlər
- C) ətraflarda üç zonadan ibarət olan ocaq: mərkəzi atrofiya olmuş, ziyilli artım və periferiya boyunca bənövşəyi-qırmızı haşiyə
- D) təbii dəliklər ətrafında Trell dənəcikləri ilə ağırlı xirda xoralar
- E) simmetrik yerləşmiş, ən çox baldırlarda olan bütöv dərin düyünlər

67. Bazenin indurativ eriteması üçün xarakterdir:

- A) üz nahiyəsində birləşməyə və xoralaşmağa meyli yumşaq qabarcıqlar
- B) birləşməyə və yumşalmağa meyli sonradan absesləşən, fistul və xora əmələ gətirən dərin düyünlər
- C) ətraflarda üç zonadan ibarət olan ocaq: mərkəzi atrofiya olmuş, ziyilli artım və periferiya boyunca bənövşəyi-qırmızı haşiyə
- D) təbii dəliklər ətrafında Trell dənəcikləri ilə ağırlı xirda xoralar
- E) simmetrik yerləşmiş, ən çox baldırlarda olan bütöv dərin düyünlər

68. Papulonekrotik dəri vərəmi üçün xarakter deyil:

- A) ekzogen yolla infeksiyaya yoluxma
- B) ətrafların açığı səthində, bədəndə, üzdə səpgilər lokalizə olunur
- C) çoxsaylı bərk bozuntul-bənövşəyi düyüncüklər
- D) təkamül polimorfizmi

E) müsbət Mantu sınağı

69. Dəri vərəminin müalicəsi üçün tətbiq edilir:

- A) etionamid
- B) izoniazid
- C) rifampisin
- D) vitamin D2
- E) bütün sadalananlar

70. Vərəmin müalicəsi üçün daha effektivdir:

- A) izoniazid
- B) penisillin
- C) A, E düzgündür
- D) eritromisin
- E) rifampisin

71. Cüzam üçün xarakterdir:

- A) uzun müddətli inkubasiya dövrü
- B) torpid, uzun sürən gedişat
- C) hissiyyatın pozulması
- D) dərinin, selikli qişaların, sinir sisteminin, daxili orqanların zədələnməsi
- E) bütün sadalananlar

72. Cüzam mikobakteriyaları üçün xarakter deyil:

- A) Tsil-Nilson üzrə boyanırlar
- B) qidalı mühitdə inkişaf etmirlər
- C) qram-mənfi
- D) turşuya davamlı
- E) çox vaxt qruplar şəklində yerləşirlər

73. Cüzam zamanı inkubasiya dövrünün müddəti:

- A) 12 saat
- B) 5 günə qədər
- C) 3-10 il
- D) 4-6 həftə
- E) 3-4 ay

74. Cüzamın aşağıdakı növləri aşkar edilir:

- A) qeyri-müəyyən
- B) lepromatoz
- C) sərhəd yönümlü
- D) tuberkuloid
- E) bütün sadalananlar

75. Cüzamın gedişində aşağıdakı mərhələlər aşkar edilir:

- A) proqresedici
- B) stasionar
- C) reqressiv
- D) qalıq təzahürlər
- E) bütün sadalananlar

76. Lepromin sınağı müsbətdir:

- A) lepromatoz tipdə
- B) tuberkuloid tipində
- C) qeyri-müəyyən tipdə
- D) cüzamın bütün tiplərində
- E) B, C düzgündür

77. Cüzamın müalicəsi üçün aşağıdakı preparatlardan istifadə edilir:

- A) DDS (dapson)
- B) penisillin
- C) retionidlər
- D) qlükokortikoidlər
- E) sitostatiklər

78. Cüzam üçün aşağıdakı simptomlar xarakterdir:

- A) “şir sifəti”
- B) “meymun pəncəsi”
- C) sallanan ayaq
- D) bütün sadalananlar
- E) “müqəddəs Antoniya maskası”

79. Cüzamın lepromatoz tipi üçün xarakterdir:

- A) tüklərin tökülməsi
- B) bütün sadalananlar
- C) mənfəi lepromin sınağı
- D) ağrı, temperatur, taktil hissiyyatın itməsi
- E) əzələlərin atrofiyası, əllərin, pəncələrin mutilyasiyası

80. Cüzamın tuberkuloid tipi üçün xarakterdir:

- A) müsbət lepromin sınağı
- B) tər ifrazının dayanması
- C) kötük nevriti
- D) ağrı, temperatur, taktil hissiyyatın itməsi
- E) bütün sadalananlar

81. Cüzamın profilaktikasına daxildir:

- A) xəstələrin tez aşkar edilməsi və müalicəsi

- B) BCG vaksinasiyası
- C) ailə üzvlərinin preventiv müalicəsi
- D) sanitar-epidemik rejim qaydalarına riayət etmək
- E) bütün sadalananlar

82. Cüzam diaqnozunu təsdiq etmək üçün növbəti funksional sınaqlar aparılır, bundan başqa:

- A) lepromin
- B) nikotin turşusu ilə
- C) Minor
- D) histamin
- E) Yadasson

83. Dəri leyşmaniozu zamanı infeksiya mənbəyidir:

- A) leyşmaniomadan sağalmayan insan
- B) gəmiricilər
- C) mığmığalar
- D) ev heyvanları
- E) A, B düzgündür

84. Birincili leyşmaniomanın mərhələlərini göstərin:

- A) qabarcıq
- B) A, C, D düzgündür
- C) xora
- D) çapıq
- E) köpüşük

85. Tuberkuloid tipli leyşmaniozuna təyinat verin:

- A) vərəm qurdeşənəyi olan xəstədə leyşmanioz
- B) dəri vərəminin istənilən forması olan xəstələrdə dəri leyşmaniozu
- C) gecikmiş xoralaşan dəri leyşmaniozunun xüsusi növü
- D) vərəmə yoluxmuş xəstədə gecikmiş xoralaşan dəri leyşmaniozunun xüsusi növü
- E) sadalananlardan heç biri

86. Gecikmiş-xoralaşan leyşmanioz zamanı qabarcıqlar:

- A) çəhrayı-qırmızı
- B) sarımtıl-qonur
- C) qırmızı
- D) bənövşəyi oxşar
- E) sağlam dəri rəngində

87. Zoonoz (kənd tipli) leyşmanioz bütün sadalananlarla xarakterizə olunur, bundan başqa:

- A) xoranın yerində yeni qabarcıqların əmələ gəlməsi

- B) sarımtıl-qonur rəngli qabarcıqlar
- C) “alma jelesi” fenomeni
- D) az ağırlı qabarcıqlar
- E) davamlı immunitetin inkişafı

88. Dəri leyşmaniozu diaqnozu nəyə nəzərən müəyyən edilir:

- A) rentgenoloji tədqiqatlara
- B) C, D, E düzgündür
- C) bakterioskopik və bakterioloji tədqiqata
- D) Monteneqro testinə
- E) endemik zonada olduğu dövrə

89. Sadalanan səpgi elementlərindən hansı sadə herpes üçün daha çox xarakterdir:

- A) irinciklər, xoralar, qartmaqlar
- B) düyüncüklər, pulcuqlar, lövhəciklər
- C) papulalar, köpüşüklər, qovuquqlar
- D) qabarcıqlar, eroziyalar, qartmaqlar
- E) qovuquqlar, eroziyalar, qartmaqlar

90. Sadə herpesə daha çox xarakter olan əlaməti göstərin:

- A) remissiya dövrü olmadan gedişin xroniki müddəti
- B) residivləşməyə meyllik
- C) əsəb gərginliyindən sonra residiv baş verməsi
- D) xəstəlik ən çox yaşlılarda baş verir
- E) pəhrizin pozulmasının təxribat təsiri

91. Sadə herpesin müalicəsi üçün tətbiq olunan preparatı göstərin:

- A) prednizolon məlhəmi
- B) qaramisinlə selestoderm
- C) salisil məlhəmi
- D) sintomisin emulsiyası
- E) “Asiklovir” kremi

92. SHV-un aktivləşməsi səbəbini göstərin:

- A) həddindən artıq soyuma
- B) zədələnmələr
- C) hamiləlik
- D) immunçatışmamazlıq halı
- E) bütün sadalananlar

93. Xroniki residivləşən herpetik infeksiyanın müalicəsi üçün sadalananlar tətbiq edilir, bundan başqa:

- A) antibiotik terapiyası

- B) asiklovirlə uzun müddətli kimyəvi terapiya
- C) vitaminoterapiya
- D) interferonoterapiya
- E) spesifik vaksinasiya

94. Sadalananlar kəmərləyici herpesin tipik forması üçün xarakterdir, birindən başqa:

- A) eritema
- B) ödem
- C) qovucuqlar/qovucuqlar
- D) eroziyalar
- E) düyünlər

95. Sadalananlar virus əleyhinə preparatlara aiddir, bundan başqa:

- A) qətran
- B) asiklovir
- C) valtreks
- D) larifan
- E) famvir

96. Kəmərləyici herpesin yaranmasına əsas səbəb olur:

- A) həddindən artıq soyuma
- B) şəkərli diabet
- C) su çiçəyi olan xəstə ilə kontakt
- D) qlükokortikoid terapiya
- E) bütün sadalananlar

97. Kəmərləyici herpes üçün xarakterdir:

- A) qruplaşmış səpgilər
- B) bütün sadalananlar
- C) nevroloji ağrılar
- D) prosesin bir tərəfli olması
- E) ümumi halsızlıq

98. Kəmərləyici herpesin ümumi terapiyasına daxil edilməsi məqsədə uyğun olan preparatı göstərin:

- A) immunokorrektə edici preparatlar
- B) analgetiklər
- C) bütün sadalananlar
- D) herpes əleyhinə preparatlar
- E) B1, B6, B12 vitaminləri

99. Ziyillərin növlərini göstərin:

- A) yastı

- B) adi
- C) ayaqaltı
- D) iti uclu
- E) bütün sadalananlar

100. Ziyillərin müalicəsi üçün istifadə edilir, birindən başqa:

- A) keratolitik vəsaitlər
- B) antiseptik məhlullar
- C) virus əleyhinə məlhəmlər
- D) cərrahi müalicə
- E) kriodestruksiya

101. İti üclü kondilomaya yoluxma hansı yolla baş verir:

- A) transfuzion
- B) transmissiv
- C) hava-damcı
- D) bilavasitə cinsi
- E) sıx məişət kontaktı zamanı

102. İti uclu kondiloma üçün xarakterdir:

- A) konusşəkilli formada papulalar
- B) yumşaq konsistensiya
- C) bütün sadalananlar
- D) genital nahiyədə lokalizasiya
- E) vegetasiyaya meylik

103. Uşaqlarda kontagioz mollyusk olduqda zəruri tədbirləri göstərin:

- A) sağlam uşaqlardan izolyasiya
- B) qlükokortikoidli terapiya
- C) penisillinoterapiya
- D) hemosorbsiya
- E) PUVA-terapiya

104. Bütün sadalananlar kontagioz mollyusk üçün xarakterdir, birindən başqa:

- A) mikrovezikulalar
- B) ət rəngli düyüncüklər
- C) düyüncüklərin səthinin mərkəzi çökməsi
- D) düyüncükləri pinsetlə sıxdıqda kəsmikşəkilli kütlənin ayrılması
- E) xoralaşma

105. Eritrazma zamanı zədələnmə baş verir:

- A) bədənin hamar dərisində
- B) iri büküşlərin dərisində
- C) dəri artımlarında

- D) ağız boşluğunun selikli qişasında
- E) basın tükli hissəsinin dərisində

106. Qoturluğun yoluxma yollarını göstərin:

- A) transfuzion
- B) transmissiv
- C) sıx məişət kontaktı
- D) C, E düzgündür
- E) cinsi kontakt

107. Qoturluğun törədicisinin hansı etioloji faktorlar qrupuna aid olduğunu göstərin:

- A) bakteriyalar
- B) viruslar
- C) ibtidailər
- D) parazitlər
- E) bütün sadalananlar

108. Dərinin hansı qatında dişi gənənin qoturluq yolu açmasını göstərin:

- A) buynuz
- B) parlaq
- C) dənəli
- D) tikanlı
- E) bazal

109. Qoturluq üçün xarakterdir:

- A) qaşınan, cüt qovucuq və düyüncüklər
- B) hemorragiyalar
- C) qaşınan düyünlər
- D) köpüşüklər
- E) bütün sadalananlar

110. Qoturluq zamanı səpgilərin yayılması bütün sadalanan faktorlardan asılıdır, birindən başqa:

- A) immun vəziyyətdən
- B) yoluxma zamanı dəriyə düşən gənələrin miqdarından
- C) dərinin cinsi və yaş xüsusiyyətlərindən
- D) individual qaşınma hissiyyatından
- E) gigiyenik adətlərdən

111. Ağırlaşmamış qoturluğun daha çox xarakterik əlamətini göstərin:

- A) zədə ocaqlarında ekzematizasiya
- B) zədə ocaqlarında infiltrasiya
- C) poliadenit

- D) axşam və gecə qaşınmaları
- E) zədə ocaqlarında impetiginizasiya

112. Dəridə, ağırlaşmamış qoturluq üçün patoqnomik olan klinik təzahürləri göstərin:

- A) ektima
- B) qoturluq yolu
- C) düyün
- D) rozeola
- E) köpüşük

113. Yaşılarda bədənin hansı nahiyəsi qoturluqla zədələnmir:

- A) əlin barmaqlararası büküşləri
- B) süd vəziləri
- C) genital nahiyə
- D) üz
- E) bud əti

114. Qoturluğun tez-tez təsadüf edilən ağırlaşmasını göstərin:

- A) ikincili piodermiya
- B) dərinin çapıq atrofiyası
- C) sepsis
- D) allergik dermatit
- E) dəri quruluğu

115. Qoturlu xəstənin müalicəsi nəzərə alır:

- A) bütün sadalananları
- B) 20%-li benzilbenzoat tətbiq edilməsini
- C) Spreqal tətbiq edilməsini
- D) permetrin məlhəminin tətbiq edilməsini
- E) 33%-li kükürd məlhəminin tətbiq edilməsini

116. Ağırlaşmış qoturluq üçün xarakterdir:

- A) ekzematizasiya
- B) impetigionizasiya
- C) Ardi-Qorçakov simptomu
- D) bütün sadalananlar
- E) gecə qaşınması

117. Bitin hansı növü insanın dərisini zədələyir:

- A) baş
- B) paltar
- C) qasıq
- D) məişət

E) A, B, C düzgündür

118. Pedikulyozun diaqnostikasında hansı metodlar tətbiq edilir:

- A) qidalı mühidə əkilməsi
- B) mikroskopiya
- C) ad oculus baxış
- D) yod tinkurası ilə sınaq
- E) qrattaj

119. Qasıq pedikulyozunun müalicəsi üçün xaricə işlədilən preparatı göstərin:

- A) flusinar
- B) “Diprosalik” losyonu
- C) metilurasil məlhəmi
- D) sink məlhəmi
- E) “Nittifor” losyonu

120. Dərinin göbələk xəstəliklərinə sadalanan bütün törədicilər səbəb olur, birindən başqa:

- A) epidermofiton
- B) trixofiton
- C) Hanzen çöpləri
- D) mikrosporum
- E) maya göbələkləri

121. Dermatofitiya zamanı patoloji prosesin lokalizasiyasına təyinat verin:

- A) daxili orqanlarda iltihab təzahürü ilə, xüsusi dəri və altındakı toxumalarda lokalizasiya olur
- B) dəridə, selikli qişalarda, dəri artımlarında – dırnaqlarda, həmçinin daxili orqanlarda lokalizasiya olur
- C) epidermisin üst qatlarında, buynuz qatında və ya tükün kutikulunda lokalizasiya edir, iltihabi təzahürlər olmur
- D) iltihabi reaksiyaların inkişaf etməsi ilə dərinin daha dərin qatlarında lokalizasiya edir, eləcə də dəri artımları zədələnmə bilər
- E) iltihabi reaksiyaların inkişaf etməsi ilə dərinin daha dərin qatlarında lokalizasiya edir, eləcə də dəri artımları zədələnmir

122. Dərinin göbələk xəstəliklərinin profilaktikasına daxil edilir:

- A) yoluxma mənbəyinin aşkar edilməsi, onların izolyasiyası və otağın dezinfeksiya edilməsi
- B) heyvanlara baytar nəzarəti
- C) kontaktların müayinəsi
- D) göbələk xəstəliklərinə meyilli olan personalın periodik tibbi baxışı (uşaq və məişət müəssisələrində)
- E) bütün sadalananlar

123. Mikozların müalicəsində hansı preparat tətbiq edilmir:

- A) ketokonazol (nizoral)
- B) itrakonazol (orunqal)
- C) terbinafin (lamizil)
- D) azitromisin (sumamed)
- E) natamisin (pimafusin)

124. Əlvan dəmrov üçün zədə ocaqlarındakı hansı dəyişikliklər xarakter deyil:

- A) kəpəklənən qabıqlanma
- B) lixenifikasiya
- C) çəhrayı, qəhvəyi və ya ağımtıl ləkələr
- D) iltihabi təzahürlərin olmaması
- E) yüngül qaşınma

125. Kəpəklənən dəmrovun diaqnostik metodlarını göstərin:

- A) Vud lampası altında baxış
- B) zədə ocaqlarının qrattajı
- C) Balserin yod sınağı
- D) pulcuqların mikroskopik tədqiqi
- E) bütün sadalananlar

126. Kəpəklənən dəmrovun differensiasiya edilməsi zəruridir:

- A) sifilitik (həqiqi) leykodermadan
- B) Jiber dəmrovundan
- C) vitiliqodan
- D) sifilitik rozeoladan
- E) bütün sadalananlardan

127. Hansı xəstəliyə trixofiton mənşəli göbələklər şərt deyil:

- A) favus
- B) xroniki trixofitiya
- C) rubromikoz
- D) parazitər sikoz
- E) mikrosporiya

128. Hansı göbələklərə iri buynuzlu mal-qaradan yoluxma daha çox ehtimal olunur:

- A) Trichophyton rubrum
- B) Trichophyton schoenleinii
- C) Trichophyton verrucosum
- D) Trichophyton violaceum
- E) Trichophyton tonsurans

129. Səthi trixofitiyaya səbəb olur:

- A) Trichophyton violaceum
- B) Trichophyton verrucosum
- C) Trichophyton mentagrophytes
- D) Trichophyton gypseum
- E) B, C, D düzgündür

130. Səthi trixofitiyaya səbəb olur:

- A) Trichophyton tonsurans
- B) Trichophyton verrucosum
- C) Trichophyton mentagrophytes
- D) Trichophyton gypseum
- E) B, C, D düzgündür

131. İnfiltrativ-irinli trixofitiyanın kliniki xüsusiyyətləridir:

- A) zədənin eritematoz - durğun rəngi
- B) follikulyar abseslər
- C) infiltrativ lövhəciklər
- D) bütün sadalananlar
- E) Tselsin arı şanı

132. Başın tüklü hissəsinin xroniki trixofitiyası üçün xarakterdir:

- A) tükün əsasında nəlbəkiyəbənzər formada sarımtıl qartmaqlar
- B) "qara nöqtə" simptomu ilə xirda ocaqlar
- C) tükün əsasında ağ mufta
- D) ocağın dəqiq şəkli
- E) ocaqlarda iltihabi təzahürlərin nəzərə çarpması

133. Bütün sadalananlar hamar dərinin mikrosporiyası üçün xarakterdir, birindən başqa:

- A) ləkələr
- B) ocaqların dəqiq sərhədləri
- C) ocaqların kənarı boyunca qovucuqlar
- D) kəpəklənən qabıqlanma
- E) pustulalar

134. Bütün sadalananlar mikrosporiya zamanı tüklərin zədələnməsi üçün xarakterdir, birindən başqa:

- A) dəri səthindən 1-2 mm hündürlükdə zədə ocaqlarında tüklərin qırılması
- B) dəri səthindən 5-8 mm hündürlükdə zədə ocaqlarında tüklərin qırılması
- C) tüklərin üzərində muftayabənzər "örtük"
- D) Vud lampası altında şüalandırıldıqda tükün yaşılımtıl işıqlanması
- E) zədə ocaqlarının dəqiq sərhədi

135. Dəri səthindən 5-8 mm hündürlükdə zədə ocaqlarında tüklər qırılır:

- A) mikrosporiya zamanı
- B) favus zamanı
- C) səthi trixofitiya zamanı
- D) infiltrativ-irinli trixofitiya zamanı
- E) alopesiya zamanı

136. Başın tüklü hissəsinin favusunun klinik formasına aiddir:

- A) skutulyar
- B) impetiginoz
- C) skvamoz
- D) eritematoz
- E) A, B, C düzgündür

137. Bütün sadalanan əlamətlər favusun skutulyar forması üçün xarakterdir, birindən başqa:

- A) çapıq atrofiyası
- B) tükün kökündə skutula-qartmaqlar
- C) tükdən gələn ambar qoxusu
- D) tutqun, cansız tüklər
- E) qırılmış tüklər

138. Qasıq epidermofitiyası üçün bütün sadalananlar xarakterdir, birindən başqa:

- A) lixenifikasiya
- B) qaşınma
- C) al qırmızı eritema
- D) zədə ocaqlarının sərhəddinin dəqiqliyi
- E) xoşladığı lokalizasiya

139. Bütün sadalananlar qasıq epidermofitiyasının inkişafı üçün əlverişlidir, birindən başqa:

- A) ayaq altının yastı olması
- B) həddən artıq tərləmə
- C) dərinin tərdən bişməsi
- D) bədən çəkisinin çox olması
- E) maddələr mübadiləsinin pozulması

140. Onixomikozun klinik növlərini göstərin:

- A) B, D, E düzgündür
- B) atrofik
- C) intertriginoz
- D) hipertrofik
- E) normotrofik

141. Onixomikozun patogenezində rolu var:

- A) həddən artıq tərləmənin
- B) ayaqların çatışmayan gigiyenasının
- C) ayaqqabının ayaq altını zədələməsinin
- D) endokrinopatiyanın
- E) bütün sadalananların

142. Onixomikozun klinik simptomlarını göstərin:

- A) onixolizis
- B) dırnaq lövhəciklərinin qalınlaşması
- C) dırnaq lövhəciklərinin rənginin dəyişməsi
- D) dırnaq altının hiperkeratozu
- E) bütün sadalananlar

143. T. rubrum tərəfindən əmələ gələn onixomikozun müalicəsi üçün aşağıdakı preparatlar tətbiq edilir, birindən başqa:

- A) qrizeofulvin
- B) nistatin
- C) ketokonazol (nizoral)
- D) itrakonazol (orunqal)
- E) terbinafin (lamizil)

144. Aşağıdakı xəstəliklər dərin mikozlara aiddir, birindən başqa:

- A) blastomikoz
- B) aktinomikoz
- C) histoplazmoz
- D) sporotrixoz
- E) xromomikoz

145. Dəri kandidozunun inkişafına səbəb olan faktorlara bütün sadalananlar aiddir, birindən başqa:

- A) hipovitaminoz
- B) hiperinsulyasiya
- C) disbakterioz
- D) immunçatışmazlıq vəziyyəti
- E) endokrin və mübadilə pozuntuları

146. Kandidozun klinik formalarını göstərin:

- A) dəri бүkülşlərinin kandidozu
- B) selikli qişaların kandidozu
- C) visseral kandidoz
- D) xroniki generalizə olmuş kandidoz
- E) bütün sadalananlar

147. Kandidozun yerli müalicəsi üçün tətbiq edilir:

- A) Kastelyani məhlulu (fukorsin)
- B) nistatin məhlulu
- C) bütün sadalananlar
- D) klotrimazol məlhəmi
- E) pimafusin məlhəmi

148. Generalizə olmuş xroniki kandidoz zamanı aşağıda göstərilmiş preparatın tətbiq olunması daha məqsəduyğundur:

- A) qrizeofulvin
- B) ketokonazol (nizoral)
- C) nistatin
- D) amfoterisin B
- E) pimafusin

149. Dermatitin klinik formasını göstərin:

- A) günəş dermatiti
- B) bütün sadalananlar
- C) sadə kontakt dermatiti
- D) allergik kontakt dermatiti
- E) şüa dermatiti

150. Sadalananlar sadə kontakt dermatiti üçün xarakterdir, birindən başqa:

- A) dəqiq sərhədlər
- B) qıcıqlandırıcının təsir yerində lokalizasiya
- C) qabarcıqlar
- D) qaşınma
- E) göynəmə

151. Allergik dermatit aşağıdakı faktorların təsiri nəticəsində inkişaf edir:

- A) sintetik toxumalar
- B) bütün sadalananlar
- C) kosmetik vasitələr
- D) yuyucu vasitələr
- E) nikel duzları

152. Yuyucu tozlardan baş vermiş allergik dermatitin inkişafı zamanı aşağıdakı tövsiyələr münasibdir:

- A) yuyucu tozdan istifadə etməyi dayandırmalı
- B) 30%-li natrium tiosulfat məhlulu vena daxili
- C) yerli: islatmalar, steroidli məlhəmlər
- D) antihistamin preparatlar
- E) bütün sadalananlar

153. Aşağıda sadalanan preparatlardan hansı allergik kontakt dermatitinin yarımkəskin mərhələsində effektivdir:

- A) 2%-li bor-naftalan məlhəmi
- B) 1%-li salisil məlhəmi
- C) 10%-li kükürd-salisil məlhəmi
- D) "Flusinar" məlhəmi
- E) ixtiol məlhəmi

154. Allergik kontakt dermatitinin ümumi terapiyasına aşağıdakı preparatlar daxildir, birindən başqa:

- A) antibiotiklər
- B) enterosorbentlər
- C) kalsium preparatları
- D) antihistamin preparatlar
- E) natrium tiosulfat

155. Sadə dermatitin klinik xüsusiyyətlərini göstərin:

- A) bütün sadalananlar
- B) qıcıqlandırıcının təsiri kənar edildikdən sonra prosesin tez sönməsi
- C) yalnız xarici faktorların təsiri altında əmələ gəlir
- D) qıcıqlandırıcının təsir etdiyi yerdə lokalizə olur
- E) kəskin sərhədlər

156. Toksikodermiyanın inkişafına səbəb olan faktorları göstərin:

- A) tərkibində metal (mis, gümüş) olan kontraseptivlər
- B) irsi meylik
- C) allergik xəstəliklər
- D) antibiotiklərin tətbiqi
- E) bütün sadalananlar

157. Toksikodermiyanın etiologiyasına görə növlərini göstərin:

- A) peşə
- B) A, D, E düzgündür
- C) mexaniki
- D) dərman
- E) qida

158. Toksikodermiya xarakterizə edilir:

- A) dərinin şiddətli iltihabi reaksiyası ilə
- B) eritrodermiyaya qədər geniş yayılması ilə
- C) ümumi vəziyyətin pözulması ilə
- D) qaşınma və göynəmə ilə
- E) bütün sadalananlarla

159. Fiksə olunmuş eritemanı müəyyən etmək üçün bütün sadalananlar xarakterdir, birindən başqa:

- A) göynəmə
- B) sərhədlərin dəqiqliyi
- C) qummalar
- D) eritema
- E) qovuqlar

160. Layell sindromu aşağıdakı klinik simptomlarla xarakterizə olunur:

- A) prosesin yayılması
- B) qızdırıb-titrətmə
- C) bütün sadalananlar
- D) müsbət Nikolski simptomu
- E) qaşınma, göynəmə

161. Antibiotiklərin peroral qəbulu nəticəsində baş vermiş dərman toksikodermiyasının inkişafı zamanı sadalanan tədbirlərdən hansı aparılır:

- A) dərman preparatının təxirə salınması
- B) rasiona pəhriz, maye qəbulu
- C) desensibilizasiya edən ümumi terapiya
- D) iltihab əleyhinə yerli terapiya
- E) bütün sadalananlar

162. Ekzema üçün xarakter olmayan əlaməti göstərin:

- A) səpgilərin simmetrikliliyi
- B) ağ dermoqrafizm
- C) qırmızı dermoqrafizm
- D) qaşınma
- E) təkamül polimorfizmi

163. Ekzema üçün xarakter olmayan patomorfoloji dəyişiklikləri göstərin:

- A) papillomatoz
- B) parakeratoz
- C) perivaskulyar infiltrasiya
- D) spongioz
- E) akantoz

164. Ekzema üçün xarakter olmayan mərhələni göstərin:

- A) eritematoz
- B) sulanma
- C) çapıqlaşma
- D) vezikulyoz
- E) eritematoz-skvamoz

165. Ekzemada hansı birincili morfoloji element müşahidə olunur:

- A) ləkə
- B) düyüncük
- C) qovuqcuq
- D) A, B, C düzgündür
- E) qabarcıq

166. Ekzema üçün hansı əlamətlər xarakterdir:

- A) prosesin sinir-allergik xarakteri
- B) residivləşən gedişat
- C) səpginin polimorfizmi
- D) naməlum səbəbdən çox vaxt gərginləşmə
- E) bütün sadalananlar

167. Ekzema diaqnozunun təsdiq edilməsi üçün ekzematoz prosesin sadalanan hansı mərhələsi daha əhəmiyyətlidir:

- A) qartmaqlı
- B) skvamoz
- C) sulanma
- D) eritematoz
- E) vezikulyoz

168. Ekzema üçün patoqnomik olan morfoloji elementdir:

- A) qabarcıqlar və çapıqlar
- B) eritema və pustulalar
- C) eroziya və xoralar
- D) mikrovezikulalar və sulanan eroziyalar
- E) papula və köpüşüklər

169. Həqiqi ekzema üçün xarakter olmayan əlaməti göstərin:

- A) qeyri-dəqiq sərhədlər
- B) naməlum səbəbdən gərginləşmə
- C) “ekzematoz quyular”
- D) ocaqların simmetrik yerləşməsi
- E) dəqiq sərhədlər

170. Ekzemalı xəstə kəskinləşmə mərhələsində hansı qidadan istifadə edə bilər:

- A) kəsmik, süd
- B) hissə verilmiş kolbasa
- C) A, E düzgündür
- D) şokolad və kofe
- E) tərəvəz

171. Ekzemanın sulanma mərhələsində xarici terapiya üçün yalnız tətbiq edilir:

- A) səpmə dərmanı
- B) kremlər
- C) pastalar
- D) soyuq islatmalar
- E) çalxalama qarışıqları

172. Ekzema zamanı ümumi kortikosteroid terapiyası hansı hallarda təyin edilir:

- A) prosesin disseminasiyasında
- B) A, D, E düzgündür
- C) ocaqlarda pustulizasiya
- D) ümumi terapiyaya rezistentlik
- E) ekzemanın torpid yayılmış formalarında

173. Sulanan kəskin ekzema zamanı hansı preparatlar təyin edilir:

- A) bütün sadalananlar
- B) antihistamin preparatlar
- C) islatmalar
- D) enterosorbentlər
- E) desensibilizasiya edici preparatlar

174. Peşə toksikodermiyası üçün xarakterdir:

- A) kimyəvi maddələrin qəbulunu fərdi olaraq götürməyən şəxslərdə inkişaf edir, hansı ki, çox vaxt inqolyasion və ya peroral yol ilə zədələyici təsir göstərir
- B) monomorf qabarcıqlı elementlərlə təzahür edir
- C) turşuların, qələvilərin dəri ilə bilavasitə kontaktı zamanı təzahür edir
- D) qıcıqlandırıcı təsir etdiyi yerdə zədənin lokalizasiyası
- E) yalnız başın tüklü hissəsi zədələnir

175. Peşə stiqmalarına aiddir:

- A) sağıcıların düyüncükləri
- B) döyənəkləşmə
- C) gecikmiş rentgen şüası xoraları
- D) erizipeloid
- E) sibir xorası

176. Dərinin peşə xəstəliklərinin diaqnozunun təsdiq edilməsi üçün sınaqlardan istifadə olunur:

- A) B, D, E düzgündür
- B) kompress
- C) Baltser
- D) damcı
- E) skarifikasiya

177. Peşə dermatozları sadalanan faktorlarla əmələ gələ bilər, birindən başqa:

- A) mexaniki
- B) infeksiyon
- C) fiziki
- D) kimyəvi
- E) irsi

178. Peşə dermatozları diaqnozu sadalanan kriterilərlə təsdiq edilir, birindən başqa:

- A) istehsalatda tətbiq olunan maddələrlə dəri sınağının müsbət nəticəsi
- B) əmək şəraitinin sanitar-gigiyenik ekspertizasının göstəriciləri
- C) açıq sahələrdə adi lokalizasiya
- D) müəssisənin digər işçilərində analogi xəstəliklərin olması
- E) müsbət Nikolski simptomu

179. Dəri qaşınması bütün sadalanan xəstəliklərlə təzahür edə bilər, bundan başqa:

- A) şəkərli diabet
- B) limfoqranulematoz
- C) xroniki böyrək çatışmamazlığı
- D) qara ciyərin sirrozu
- E) hipertoniya xəstəliyi

180. Dəri qaşınmasında diaqnozu təsdiq etmək üçün aşağıdakı laborator tədqiqatlardan hansı təyin olunmur:

- A) qanda şəkərin təyini
- B) qanın biokimyəvi analizi
- C) T3, T4, TSH təyini
- D) nəcisdə bağırsaq qurdu yumurtalarının tədqiqi
- E) onurğa-beyni mayesinin tədqiqi

181. Dəri qaşınması zamanı xarakter deyil:

- A) cilalanmış dırnaq
- B) eritemalar
- C) ekskoriyasiyalar
- D) lixenifikasiya
- E) sulanma

182. Atopik dermatitin müalicəsi zamanı təyin olunmur:

- A) hipoallergen pəhriz
- B) sitostatiklər
- C) enterosorbentlər
- D) antihistamin preparatlar

E) kalsium preparatlar

183. Atopik dermatitin əmələ gəlməsi üçün ehtimal olunan yaş həddi:

- A) 2 yaşa qədər
- B) 15 yaş
- C) 25 yaş
- D) 50 yaş
- E) bətdaxili

184. Atopik dermatitli xəstələrə təyin edilir:

- A) sanitar-kurort müalicəsi
- B) turş-südlü ərzaqlar
- C) sedativ preparatlar
- D) kalsium preparatlarının qəbulu
- E) meyvələr, giləmeyvələr, tərəvəzlərlə zəngin pəhriz

185. Atopik dermatitin patogenezdə rol oynamır:

- A) B-adrenergetik reseptorların blokadası
- B) mikrob antigenlərinə allergiya
- C) qida allergenlərinə allergiya
- D) komplement faktoru C-3 ingibitorunun anadangəlmə çatışmazlığı
- E) T-limfositlərin miqdarının azalması

186. Atopik dermatit diaqnozu təsdiq edilir:

- A) dərinin zədələnmiş sahələrinin histoloji tədqiqi ilə
- B) qanda İgE tərkibinin miqdarının təyin edilməsi ilə
- C) T-limfositlərinin miqdarının təyin edilməsi ilə
- D) allergik sınaqların qoyulması ilə
- E) klinik göstəricilərin kifayət qədər olması ilə

187. Atopik dermatitin əsas diaqnostik kriteriləri:

- A) qaşınma
- B) uşaq yaşlarında başlanması
- C) ağ dermoqrafizm
- D) bütün sadalananlar
- E) anamnezdə ailəvi və ya fərdi atopiya (bronxial astma, övrə)

188. Atopik dermatitin inkişafında rol oynayan allergenlər:

- A) kontakt
- B) aeroallergenlər
- C) canlı agentlər
- D) qida allergenləri
- E) bütün sadalananlar

189. Atopik dermatit zamanı səpgilərin tipik lokalizasiyası:

- A) ətrafların açıcı səthi (uşaqlarda)
- B) ətrafların bükücü səthi (böyüklərdə)
- C) bədən (uşaqlarda)
- D) üz (uşaqlarda)
- E) bütün sadalananlar

190. Ağ dermoqrafizm daha çox aşağıdakı xəstəliklərdə xarakterdir:

- A) övrə
- B) allergik dermatit
- C) atopik dermatit
- D) həqiqi ekzema
- E) dəri qaşınması

191. Atopik üzün əlamətləri:

- A) Hertof simptomu
- B) Denni-Morqan büküşləri
- C) xeylit
- D) anadangəlmə displaziyalar
- E) A, B, C düzgündür

192. Məhdud neyrodermitdə birincili element:

- A) düyün
- B) papula
- C) qabarcıq
- D) köpüşük
- E) qovuc

193. Neyrodermit zamanı zədə ocağı üçün xarakterdir:

- A) mərkəzi lixenifikasiya zonası
- B) lixenoid papulyoz səpgilər zonası
- C) bütün sadalananlar
- D) qaşınma
- E) disxromik zona

194. Məhdud neyrodermitin yerli müalicəsi üçün aşağıdakı tərkibdə məlhəmlər tətbiq edilir:

- A) qlükokortikoidlər
- B) qətran
- C) naftalan
- D) ASD
- E) bütün sadalananlar

195. Uşaq qaşınması zamanı Siz məsləhət edərsiniz:

- A) xəstə uşağın durulaşdırılmış ana südü ilə yedirdilməsi
- B) rasiona turş-südlü ərzaqların erkən daxil edilməsi
- C) bütün sadalananlar
- D) Fenistil helinin xaricə tətbiq edilməsi
- E) antihistamin preparatların qəbulu

196. Uşaq qaşınma xəstəliyi üçün xarakter deyil:

- A) nevroitik pozuntularla güclü qaşınma
- B) seroz qartmaqlar, ekskoriesiyalar
- C) ovuc və ayaq altının zədələnməsi
- D) ətrafların açıcı səthinin zədələnməsi
- E) periferik limfatik düyünlərin böyüməsi

197. Düyünlü qaşınma xəstəliyi üçün bütün sadalananlar xarakterdir, birindən başqa:

- A) üzün zədələnməsi
- B) böyümüş limfatik düyünlər
- C) qaşınma
- D) hamar və ya ziyilli səthə malik düyüncük və düyünlər
- E) aşağı ətrafların zədələnməsi

198. Kəskin övrə zamanı birincili element:

- A) ləkə
- B) köpüşük
- C) qovuq
- D) düyüncük
- E) qabarcıq

199. Kvinke ödemində daha çox effekt göstərən preparat:

- A) pipolfen
- B) adrenalin
- C) natrium tiosulfat
- D) ketatifen
- E) parenteral prednizolon

200. Kəskin övrə üçün xarakterdir:

- A) güclü qaşınma
- B) ağ dermoqrafizm
- C) dirsəyin bükülən nahiyələrində lixenifikasiya
- D) köpüşüklər
- E) A, D düzgündür

201. Kvinke ödemi üçün xarakterdir:

- A) kəskin başlanğıc, qaşınma, göynəmə

- B) uzun zədələnməsi
- C) asfiksiyanın inkişafı
- D) cinsiyyət orqanlarının zədələnməsi
- E) bütün sadalananlar

202. Kvinke ödemi üçün xarakter deyil:

- A) B, E düzgündür
- B) temperaturun yüksəlməsi, titrətmə
- C) kəskin başlanğıc
- D) qaşınma, göynəmə
- E) üz sinirinin parezi ilə birləşmə

203. Psoriaz üçün xarakterdir:

- A) səpgilərin monomorfluğu
- B) bütün sadalananlar
- C) papulalar
- D) Kebnerin izomorf reaksiyası
- E) elementlərin səthində gümüşü-ağ pulcuqlar

204. Vulqar psoriaz zamanı səpgilər daha çox lokalizasiya edir:

- A) ətrafların açıq səthi
- B) cinsiyyət orqanları
- C) üz
- D) kürəklərərası nahiyə
- E) selikli qişalar

205. Psoriaz zamanı birincili elementlər:

- A) düyünlər
- B) köpüşüklər
- C) papulalar
- D) qabarcıqlar
- E) ləkələr

206. Psoriaz üçün simptomlar patoqnomikdir:

- A) şəhvari qansızma
- B) terminal pərdə
- C) stearin ləkəsi
- D) Kebner
- E) bütün sadalananlar

207. Psoriazin progressiv mərhələsi üçün hamısı xarakterdir, bundan başqa:

- A) təzə açıq-qırmızı papulun təzahürü
- B) izomorf Kebner reaksiyası
- C) müsbət psoriatik triada

- D) ocaqların periferik böyüməsi
- E) ocaqların ətrafında psevdofitrik Voronov yaxalığının olması

208. Psoriazın stasionar mərhələsi üçün hamısı xarakterdir, birindən başqa:

- A) papulanın səthi boyunca qabıqlanma
- B) ocaqların ətrafında psevdofitrik Voronov haşiyəsi
- C) ocaqların periferik böyüməsinin dayanması
- D) müsbət izomorf Kebner reaksiyası
- E) təzə səpgilərin olmaması

209. Yalnız psoriazın regressiv mərhələsi üçün xarakterdir:

- A) elementin mərkəzdən sağalması
- B) müsbət izomorf Kebner reaksiyası
- C) biopsiya edici qaşınma
- D) Pilnov əlaməti
- E) müsbət psoriatik triada

210. Başın tüklü hissəsinin psoriazi üçün xarakter deyil:

- A) qaşınma
- B) tüklərin tökülməsi
- C) qalın, çətin ayrılan pulcuqlarla örtülü lövhəciklər
- D) qulaq seyvanının arxasında sulanma
- E) gümüşü-ağ pulcuqlarla qabıqlanma

211. Vulqar psoriazın progressiv mərhələsinin xarici terapiyası üçün təyin edilir:

- A) 1-2%-li salisil məlhəmi
- B) 5%-li kükürd-qətran məlhəmi
- C) 5%-li salisil məlhəmi
- D) 10%-li ixtiol məlhəmi
- E) xaricə müalicə göstərilir

212. Psoriazın progressiv mərhələsinin müalicəsi üçün bütün sadalananlar tətbiq olunur, bundan başqa:

- A) qlükokortikosteroidli kremlər
- B) sedativ preparatlar
- C) B qrupu vitaminləri
- D) ümumi UBŞ
- E) hepatoprotektorlar

213. Auspits triadası aşağıdakı fenomenləri özündə birləşdirir:

- A) stearin ləkə
- B) terminal pərdə
- C) nöqtəvari qansızma

- D) A, B, C düzgündür
- E) yağ ləkəsi

214. Psoriaz zamanı zədələnir:

- A) tər vəziləri
- B) dırnaqlar
- C) tüklər
- D) piy vəziləri
- E) bütün sadalananlar

215. Kebner fenomeni psoriazın aşağıdakı mərhələlərində aşkar edilir:

- A) progressiv
- B) stasionar
- C) regressiv
- D) remissiyalar
- E) bütün mərhələlərdə

216. Psoriazın atipik ağır formasına aiddir:

- A) artropatik psoriaz
- B) psoriatik eritrodermiya
- C) Tsumbuşun pustulyoz psoriazi
- D) Barberin pustulyoz psoriazi
- E) bütün sadalananlar

217. Pustulyoz psoriazın növləri:

- A) ekssudativ
- B) Tsumbuş
- C) B, D düzgündür
- D) Barber
- E) artropatik

218. Psoriazın müalicəsində istifadə edilmir:

- A) sedativ preparatlar
- B) retinoidlər
- C) PUVA-terapiya
- D) iynə-refleksoterapiya
- E) antibiotiklər

219. Layma xəstəliyinin törədicisinin ötürülmə yolları:

- A) hava-damcı
- B) transmissiv
- C) cinsi
- D) məişət-kontakt
- E) alimentar

220. Layma xəstəliyinin müalicəsi üçün mütləq təyin edilir:

- A) sistem qlükokortikoidlər
- B) geniş təsir spektrli antibiotiklər
- C) delagil
- D) retinoidlər
- E) sitostatiklər

221. Layma xəstəliyi zamanı aşkar edilir:

- A) qırmızı-qonur rəngli düyünlər
- B) miqrasiya edən eritema
- C) hemorragik ləkələr
- D) qruplaşmış qabarcıqlar
- E) göbəkvari basıqlıqla bənövşəyi rəngli papulyoz elementlər

222. Qırmızı yastı dəmrov zamanı səpgilərin tipik lokalizasiyası:

- A) said və baldırın dərisində
- B) bədəndə
- C) hamısı düzgündür
- D) cinsiyyət orqanlarında
- E) selikli qişalarda

223. Qırmızı yastı dəmrov zamanı zədələnilir:

- A) oynaqlar
- B) selikli qişalar
- C) tüklər
- D) tər vəziləri
- E) piy vəziləri

224. Qırmızı yastı dəmrov zamanı birincili element üçün xarakterdir:

- A) mumşəkilli parlaqlıq
- B) elementin mərkəzində göbəkvari basıqlıq
- C) poliqonallıq
- D) göyümtül rəng
- E) bütün sadalananlar

225. Qırmızı yastı dəmrov zamanı birincili element:

- A) ləkə
- B) düyün
- C) papula
- D) köpüşük
- E) qabarcıq

226. Çəhrayı dəmrov üçün təzahür etməsi xarakterdir:

- A) qovuqların
- B) pustulaların
- C) köpüşüklərin
- D) medalyon tipli ana lövhəciklər
- E) bənövşəyi rəngli ləkələr

227. Çəhrayı dəmrovun yerli müalicəsi üçün tətbiq edilir:

- A) dəniz duzu ilə vannalar
- B) anestetikli məlhəmlər
- C) kortikosteroidli məlhəmlər
- D) qətranlı məlhəmlər
- E) kükürlü məlhəmlər

228. Qırmızı qurdeşənəyinin müalicəsi üçün tətbiq edilir:

- A) günəşdən qoruyan kremlər
- B) sistem qlükokortikoidlər
- C) vitaminlər
- D) molyariya əleyhinə preparatlar
- E) bütün sadalananlar

229. Qırmızı qurdeşənəyi zamanı zədə ocaqlarının xoşladığı lokalizasiya:

- A) ovuclar
- B) ayaqaltı
- C) üz
- D) baldırlar
- E) omba

230. Diskoid qırmızı qurdeşənəyi bütün sadalananlarla təzahür edir, bundan başqa:

- A) dərinin çapıq atrofiyası
- B) eritema
- C) follikulyar hiperkeratoz
- D) A, B, C düzgündür
- E) qabarcıq elementləri

231. Qırmızı qurdeşənəyi olan xəstəyə təyin edilmir:

- A) prednizolon ilə saxlanan terapiya
- B) günəş vannası ilə sanitar-kurort müalicəsi
- C) dispanser müşahidəsi
- D) günəşdən qoruyan kremlər
- E) yanları enli şlyapa gəzdirmək

232. Sklerodermiyanın proqres edən mərhələsi üçün xarakterdir:

- A) müsbət Nikolski simptomu

- B) ödemli çəhrayı-bənövşəyi ləkənin olması
- C) ocaqların periferiyası boyunca laylanmış epidermisdən bordyur
- D) müsbət Benye simptomu
- E) müsbət alma jelesi simptomu

233. Sklerodermiyanın sadalanan formalarından hansı ocaqlı formaya aid deyil:

- A) xətti
- B) Tsumbuşun ağ lixeni
- C) akrosklerotik
- D) Pazini-Pyerini atrofodermiyası
- E) lövhəcikli

234. Məhdud sklerodermiyanın klinik formasını göstərin:

- A) lövhəcikli
- B) xətti
- C) ağ ləkələr xəstəliyi
- D) A, B, C düzgündür
- E) CREST-sindrom

235. Məhdud sklerodermiyanın başlanğıc mərhələsində preparatların kombinasiyası səmərəli hesab olunur:

- A) penisillin+tiqazon+peritol
- B) angioprotektorlar+ kuprenil+peritol
- C) penisillin+lidaza+angioprotektorlar
- D) kuprenil+tiqazon
- E) tiqazon+lidaza

236. Dermatomiozit üçün xarakterik deyil:

- A) üzdə eynək eriteması
- B) miozit, mialgiya
- C) kreatinuriya
- D) follikulyar hiperkeratoz
- E) Hotttron papulaları

237. Çoxformalı ekssudativ eritema zamanı səpgilərin xoşladığı lokalizasiya:

- A) ətrafların açıq səthləri
- B) gövdə
- C) dırnaq lövhəcikləri
- D) başın tüklü hissəsi
- E) cinsiyyət orqanları

238. Çoxformalı ekssudativ eritema üçün xarakterik deyil:

- A) kəskin başlanğıc
- B) zədə ocaqlarında qaşınma və göynəmə

- C) mərkəzi çökmüş göyümtül-qırmızı rəngli yastılanmış papulalar
- D) ümumi vəziyyətin pozulması (qızdırıb-titrətmə, oynaqlarda ağrılar)
- E) kövşək pulcuqlu elementlərin qabıqlanması

239. Çoxformalı ekssudativ eritemanın müalicəsi üçün tətbiq edilmir:

- A) salisilatlar
- B) antihistaminlər
- C) kalsium preparatları
- D) prednizolon
- E) metotreksat

240. Vulqar pemfiqus zamanı səpgilərin tipik lokalizasiyası:

- A) gövdə, ağız boşluğunun selikli qişası
- B) başın tüklü hissəsi və gövdə
- C) ovuc və ayaqaltı
- D) cinsiyyət orqanları və üz
- E) cinsiyyət orqanları və ağız boşluğunun selikli qişası

241. Pemfiqusun aşağıdakı formalarını ayırd edirlər:

- A) bütün sadalananlar
- B) vegetasiya edici
- C) yarpaqşəkilli
- D) vulqar
- E) seboreyalı

242. Pemfiqus üçün aşağıdakı simptomlar xarakterdir:

- A) Nikolski və Asboe-Hansen
- B) Auspits-Voronov
- C) Ardi-Horçakov- və Kebner
- D) Pospelov və Pilnov
- E) “alma jelesi” və “zond”

243. Pemfiqus zamanı birincili elementlər:

- A) ləkə
- B) mikrovezikula
- C) papula
- D) pustula
- E) qovuq

244. Pemfiqus diaqnozunu təsdiq edir:

- A) yaxma-izlərdə akantolitik hüceyrələrin tapılması
- B) qovuq mayesində eozinofiliya
- C) periferik qanda nəzərə çarpan leykositlər
- D) LE-hüceyrələrin tapılması

E) nəzərə çarpan trombositopeniya

245. Pemfiqusun müalicəsində ən çox effektiv olan preparatlar:

- A) antibiotiklər
- B) sulfanilamidlər
- C) qlükokortikoidlər
- D) delagil
- E) ftivazid

246. Qlükokortikosteroid terapiyasının ağırlaşmasına aid deyil:

- A) osteoporoz
- B) hipertenziya
- C) peptik xora
- D) trombositopeniya
- E) şəkərli diabet

247. Seboreyalı pemfiqusun ən çox lokalizasiyası:

- A) baş, sinə, kürək
- B) ovuc və ayaqaltı
- C) cinsiyyət orqanları
- D) ətrafların açıcı səthi
- E) təbii dəliklər ətrafında dəri büküşləri

248. Dürinq dermatozunun müalicəsi zamanı əks göstərişdir:

- A) vitaminlər
- B) yod tərkibli preparatlar
- C) dapson
- D) prednizolon
- E) unitiol

249. Dürinq dermatozu üçün xarakterdir:

- A) səpgilərin polimorfizmi
- B) qovuq ekssudatında eozinofiliya
- C) qaşınma
- D) elementlərin qruplaşması
- E) bütün sadalananlar

250. Dürinq dermatozu diaqnozunu təsdiq etmək üçün dərman sınağının aparılması:

- A) sulfanilamidlər
- B) antibiotiklər
- C) qlükokortikoidlər
- D) yodidlər
- E) novokain

251. Dürinq dermatozunun müalicəsi üçün daha effektivdir:

- A) sulfon sırası preparatlar
- B) antibiotiklər
- C) asiklovir
- D) ketokonazol
- E) yod preparatları

252. Vulqar sızanaqlar əmələ gəlir:

- A) uşaq yaşlarında
- B) cinsi yetkinlik dövründə
- C) laktasiya dövründə
- D) qoca yaşlarında
- E) yenidoğulma dövründə

253. Dərman aknesini əmələ gətirən preparatları göstərin:

- A) yodidlər
- B) qlükokortikoidlər
- C) anabolik steroidlər
- D) bromidlər
- E) bütün sadalananlar

254. Vulqar sızanaqların müalicəsi üçün aşağıdakı preparatlar tətbiq edilir, birindən başqa:

- A) qlükokortikoidli məlhəmlər
- B) 5-10%-li Baziron AC heli
- C) yerli retinoidlər
- D) klindamisin heli
- E) sistem antibiotiklər

255. Vulqar sızanaqlar zamanı səpgilərin xoşladığı lokalizasiya:

- A) üz, sinə, kürək
- B) baldırlar, sağrılar
- C) ovuclar, ayaqaftılar
- D) cinsiyyət orqanları
- E) başın tüklü hissəsi

256. Rozaseanın etiologiyasında əhəmiyyəti var:

- A) heliobakteri infeksiyanın olması
- B) vegetonevroz
- C) Demodex folliculorum –un olması
- D) menopauza
- E) bütün sadalananlar

257. Rozasea zamanı səpgilərin xoşladığı lokalizasiya:

- A) üz
- B) selikli qişalar
- C) sinə, kürək
- D) ətrafların açıcı səthi
- E) təbii dəliklər ətrafındakı dəri

258. Rozaseanın müalicəsi üçün preparatlar tətbiq edilir:

- A) "Metrogil" hel
- B) bütün sadalananlar
- C) daxilə antibiotik
- D) benzilbenzoat suspenziya
- E) daxilə metronidzol

259. Seboreyalı dermatit üçün xarakterikdir:

- A) yağlı pulcuqlarla örtülmüş lövhəciklər
- B) burun- yanaq, burun-dodaq büküşlərinin zədələnməsi
- C) yüngül qaşınma
- D) gövdənin yuxarı hissəsinin zədələnməsi
- E) bütün sadalananlar

260. Dərinin səthi vaskulitlərinə hamısı aiddir, birindən başqa:

- A) Şamberq xəstəliyi
- B) ildırım sürətli purpura
- C) kəskin düyünlü eritema
- D) Şenleyn-Genoxun hemorragik vaskulit
- E) Qujero-Düpperin düyüncüklü-nekrotik vaskuliti

261. Dərinin dərin vaskulitinə aiddir:

- A) Şamberq xəstəliyi
- B) ildırım sürətli purpura
- C) kəskin düyünlü eritema
- D) Şenleyn-Genoxun hemorragik vaskulit
- E) Qujero-Düpperin düyüncüklü-nekrotik vaskuliti

262. Dəri vaskulitləri üçün xarakterik olan ümumi əlamətləri göstərin:

- A) dərinin iltihabi dəyişilmə xarakteri
- B) səpgilərin aşağı ətraflarda daha çox lokalizasiyası
- C) bütün sadalananlar
- D) xəstəliyin başlamasının keçirilmiş infeksiya ilə çox vaxt əlaqəsi
- E) uzun sürən gedişat

263. Hemorragik vaskulitin aşağıdakı formaları ayırd edilir, bundan başqa:

- A) dəri-oynaq

- B) abdominal
- C) böyrək
- D) bəd xassəli
- E) dement

264. Kəskin düyünlü eritema üçün bütün sadalananlar xarakterdir, birindən başqa:

- A) bədən temperaturunun 38-390- yə qalxması
- B) səpgilərin baldırlarda lokalizasiyası
- C) düyünlərin 2-3 həftə ərzində izsiz itməsi
- D) dərinin yalnız səthi damarlarının zədələnməsi
- E) açıq-qırmızı ağırlı düyünlərin əmələ gəlməsi ilə təzahür etməsi

265. Xroniki düyünlü eritema üçün xarakterik deyil:

- A) gərgin residivləşən gedişat
- B) səpgilərin çox vaxt ovuclarda lokalizasiyası
- C) payız-qış aylarında xəstəliyin gərginləşməsi
- D) göyümtül-cəhrayı bərk ağrısız düyünlərin əmələ gəlməsi
- E) uzun sürən gedişat

266. Pemfiqoid üçün hamısı xarakterdir, birindən başqa:

- A) dəyişməz fonda və ya eritema fonunda iri, gərgin qovuşqlar
- B) qoca yaşlarında xəstələnmənin tezliyi
- C) qovuğun seroz və ya seroz-hemorragik tərkibi
- D) qovuqların subepidermal yerləşməsi
- E) müsbət Nikolski simptomu

267. Pemfiqoidin morfoloji əlaməti:

- A) qovuqların subepidermal yerləşməsi
- B) qovuqların intraepidermal yerləşməsi
- C) nəzərə çarpan hiperkeratoz
- D) papillomatoz
- E) akantoliz

268. Pemfiqoidin müalicəsi üçün bütün sadalanan preparatlar tətbiq edilir, bundan başqa:

- A) sitostatiklər
- B) qlükokortikoidlər
- C) sulfon preparatları
- D) regenerativ prosesləri gücləndirən preparatlar
- E) virus əleyhinə preparatlar

269. Dəri və selikli qişaların fakultativ xərcəngönü xəstəliklərinə aid deyil:

- A) dəri buynuzu

- B) senil keratoma
- C) dilin papillomatozu
- D) dəri ksantoması
- E) vulvanın leykoplakiyası

270. Obliqat xərçəngönü xəstəlik deyil:

- A) Keyr eritroplaziyası
- B) Bouen xəstəliyi
- C) vulvanın kraurozu
- D) dermatofibroma
- E) dilin leykokeratozu

271. Xərçəngönü xəstəliyin maliqnezasiya əlaməti deyil:

- A) eroziyalaşma və ya xoralaşma
- B) vegetasiyanın təzahürü
- C) əsasının bərkiməsi
- D) ağırlığın olmaması
- E) dərinin yarımkəskin iltihabı

272. Keyra xəstəliyi üçün xarakterik deyil:

- A) kəskin sərhədlənmiş eritematoz lövhəcik
- B) nəzərə çarpan qabıqlanma
- C) cinsiyyət orqanları nahiyəsində lokalizasiya
- D) məxmərəbənzər səth
- E) polisiklik formalı eroziya və ya səthi xora

273. Keyra xəstəliyi çox vaxt lokalizasiya edir:

- A) ağız boşluğunda
- B) ovuclarda
- C) xarici cinsiyyət orqanlarında
- D) gövdədə
- E) başın tüklü hissəsində

274. Düzgün olmayan cavabı göstərin. Bouen xəstəliyi üçün xarakterikdir:

- A) yastı hüceyrəli epiteldən əmələ gəlir
- B) məhdud eritematoz, davamsız qabıqlanan lövhəcik
- C) dəri örtüyünün istənilən yerində yerləşə bilər
- D) dərin olmayan, travmadan azacıq qanayan xora
- E) bir neçə klinik forması var

275. Obliqat xərçəngönü xəstəlik diaqnozunun təyini zamanı həkimin taktikası necədir:

- A) dispanserizasiya
- B) xaricə müalicə təyin edilməsi

- C) sitostatik preparatlarla sistem terapiyanın təyin edilməsi
- D) onkologiyaya göndərilmə
- E) vitaminlər və biogen stimulyatorların təyin edilməsi və müşahidə

276. Dərinin xoş xassəli şişlərinə aid deyil:

- A) fibroma
- B) lipoma
- C) bazalioma
- D) hemangioma
- E) limfangioma

277. Düzgün olmayan cavabı göstərin. Dəri melanoması üçün xarakterdir:

- A) melanositlərdən və nevus hüceyrələrindən əmələ gəlir
- B) yalnız dərinin açıq qalan sahələrində inkişaf edir
- C) müxtəlif qəhvəyi çalar rəngi ola bilər
- D) bəzən dırnaq lövhəciklərinin altında inkişaf edir
- E) çox vaxt bəd xassəli şiş

278. Dəri bazalioması üçün xarakter olmayan əlaməti göstərin:

- A) daha çox təsadüf edilən bədxassəli dəri şişləri
- B) ləng inkişaf xarakterdir
- C) az hallarda metastaz verir
- D) piqment nevusundan əmələ gəlir
- E) çox vaxt üz, gicgah nahiyəsi, qulaqların dərisi zədələnir

279. Bəd xassəli şiş deyil:

- A) bazalioma
- B) piqment nevus
- C) yastı hüceyrəli xərçəng
- D) melanoma
- E) sarkoma

280. Düzgün olmayan cavabı göstərin. Nevuslar arasında ayırd edirlər:

- A) damar
- B) piqment
- C) birləşdirici toxuma
- D) piy vəzilərinin nevus
- E) keloid

281. Nevusun aktivizasiyası əlamətidir:

- A) tez böyümə
- B) piqmentasiyanın güclənməsi
- C) piqmentasiyanın zəifləməsi
- D) subyektiv hisslərin əmələ gəlməsi

E) hamısı düzgündür

282. Kaposi sarkoması – bəd xassəli şiş, əmələ gəlir:

- A) yastı epitel hüceyrələrindən
- B) vəzi epitelindən
- C) fibroblastlardan
- D) monositlərdən
- E) melanositlərdən

283. Fibrosarkoma üçün xarakter deyil:

- A) gedişin mərhələliyi
- B) metastazların əmələ gəlməsi
- C) dərinin qalnlığında yerləşməsi
- D) xırda ocaqların təzahür etməsi
- E) birincili element dəridən kənardə yerləşə bilər

284. Kaposi sarkoması ən çox təsadüf edilir:

- A) kişilər arasında
- B) qadınlar arasında
- C) uşaqlar arasında
- D) cinsindən asılı olmayaraq
- E) yaş həddindən asılı olmayaraq

285. Düzgün olmayan cavabı göstərin. Dəri limfoması – dərinin şiş xəstəliyidir, hansı ki:

- A) bəd xassəli gedişi ilə xarakterizə olur
- B) limfositlərin klonundan əmələ gəlir
- C) tez operativ müalicə tələb edir
- D) bəzən xroniki ekzema ilə nəticələnir
- E) daxili orqanların zədələnməsi ilə müşayiət oluna bilər

286. Dəri limfomaları arasında ayırd edilmir:

- A) bəd xassəliyin aşağı dərəcəsi
- B) bəd xassəliyin yüksək dərəcəsi
- C) B - tip
- D) T - tip
- E) eozinofil

287. Limfomaların diaqnostikası daxil etmir:

- A) klinik formaların ayrılması
- B) morfoloji təsdiq edilmə
- C) klinik-laborator müayinə
- D) genetik məsləhət
- E) daxili orqanların instrumental müayinəsi

288. Göbələkvəri mikoz üçün xarakter mərhələlər:

- A) eritematoz - skvamoz
- B) infiltrativ – lövhəcikli
- C) şiş
- D) A, B, C düzgündür
- E) stasionar

289. Göbələkvəri mikozun gedişinin ağırlığının proqnozu üçün əhəmiyyəti yoxdur:

- A) limfa düyünlərinin zədələnməsi
- B) daxili orqanların zədələnməsi
- C) göbələk infeksiyası ilə dərinin zədələnməsi
- D) immun sistemin vəziyyəti
- E) zədələnmənin yayılması

290. Göbələkvəri mikozun müalicəsi üçün hamısı tətbiq edilir, bundan başqa:

- A) sitostatik preparatlar
- B) qlükokortikosteroidlər
- C) sistem antimikotiklər
- D) PUVA-terapiya
- E) ümumi möhkəmləndirici vasitələr

291. Dəri limfomasının düzgün təyin edilməsini göstərin:

- A) yalnız dəridə lokalizasiya edən zədə
- B) dəridə birincili şiş hüceyrələrinin klonu əmələ gəlməklə limfatik sistemin zədələnməsi
- C) dərinin xoş xassəli şişi
- D) xroniki iltihabi xəstəliklər zamanı dərinin limfositar infiltrasiyası
- E) xroniki limfoleykoz zamanı dəri zədələnməsi

292. Xəstəni müalicədən sonra eyni səviyyədə saxlayan qlükokortikosteroidli terapiya zamanı daim qəbul edilməsi zəruridir:

- A) B qrupu vitaminləri
- B) kalsium preparatları
- C) kalium preparatları
- D) sidik qovucu vasitələr
- E) biogen stimulyatorlar

293. Ocaqlı alopesiya patologiyasıdır:

- A) çapıqlı
- B) çapıqsız
- C) travmatik
- D) distrofik

E) infeksiyon-asılı

294. Alopesiya zamanı zəruri olan laborator tədqiqatdır:

- A) qanda qlükozanın tədqiqi
- B) qanda sifilisin tədqiqi
- C) qanda lipid spektrin tədqiqi
- D) qanda eozinofiliyanın tədqiqi
- E) qanda dövr edən immun kompleksin tədqiqi

295. Ocaqlı alopesiyanın müalicəsi üçün tətbiq edilmir:

- A) qlükokortikosteroidlər
- B) yerli-qıcıqlandırıcı maddələr
- C) sistem antimikotiklər
- D) biogen stimulyatorlar
- E) sedativ preparatlar

296. Anadangəlmə keratodermiya adlanır:

- A) A avitaminozu zamanı dərinin zədələnməsi
- B) irsi buynuzlaşma pozulması
- C) mikotik infeksiya nəticəsində hiperkeratoz
- D) daimi zədələnmələr nəticəsində hiperkeratoz
- E) nəzərə çarpan ixtioz

297. Papiyon-Lefevr keratodermiyası adlanır:

- A) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın diz oynaqlarının zədələnməsi ilə birləşməsi
- B) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın dırnaqların zədələnməsi ilə birləşməsi
- C) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın parodontoz və irinli dəri xəstəlikləri ilə birləşməsi
- D) ixtiozun ağıl zəifliyi, osteoporoz və karliklik ilə birləşməsi
- E) ixtiozun atopiya ilə birləşməsi

298. Meled keratodermiyası adlanır:

- A) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın diz oynaqlarının zədələnməsi ilə birləşməsi
- B) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın dırnaqların zədələnməsi ilə birləşməsi
- C) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın parodontoz və irinli dəri xəstəlikləri ilə birləşməsi
- D) ixtiozun ağıl zəifliyi, osteoporoz və karliklik ilə birləşməsi
- E) ixtiozun atopiya ilə birləşməsi

299. Unna-Tost keratodermiyası adlanır:

- A) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın diz oynaqlarının zədələnməsi ilə birləşməsi

- B) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın dırnaqların zədələnməsi ilə birləşməsi
- C) diffuz ovuc-ayaqaltı keratodermiyanın parodontoz və irinli dəri xəstəlikləri ilə birləşməsi
- D) ixtiozun ağıl zəifliyi, osteoporoz və karliklik ilə birləşməsi
- E) ixtiozun atopiya ilə birləşməsi

300. İxtiozun irsi formasına aid deyil:

- A) lyamelyar ixtioz
- B) X - ilişikli
- C) sadə
- D) senil
- E) anadangəlmə epidermolitik

301. Düzgün olmayan cavabı göstərin. Adi ixtioz üçün xarakterdir:

- A) yaş həddi artdıqca vəziyyət pisləşir
- B) retension hiperkeratoz
- C) ovuc və ayaqaltının dəri cizgiləri güclənir
- D) kolloid döl
- E) dırnaq lövhəciklərinin zədələnməsi

302. Düzgün olmayan cavabı göstərin. X-ilişikli ixtioz üçün xarakterdir:

- A) yalnız kişilər xəstələnir
- B) resessiv genlə şərtlənir
- C) dominant genlə şərtlənir
- D) kobud, tünd rəngli pulcuqlar
- E) uşaq yaşlarından xəstəliyin təzahür etməsi

303. Düzgün olmayan cavabı göstərin. Anadangəlmə bullyoz epidermoliz üçün xarakterdir:

- A) mexaniki zədələr zamanı qovuş əmələ gəlməsi
- B) qovuş əmələ gəldiyi yerdə hiperkeratoz
- C) müalicə üçün retinoidlər tətbiq edilir
- D) yenidoğulma dövründə qovuş əmələ gəlməsi
- E) irsi autosom-resissiv tip

TESTLƏRİN CAVABLARI

1-D	38-C	75-E	112-B	149-B
2-C	39-E	76-E	113-D	150-C
3-A	40-B	77-A	114-A	151-B
4-C	41-B	78-D	115-A	152-E
5-A	42-C	79-B	116-D	153-D
6-E	43-D	80-E	117-E	154-A
7-C	44-B	81-E	118-C	155-A
8-D	45-A	82-E	119-E	156-E
9-B	46-E	83-E	120-C	157-B
10- E	47-B	84-B	121-D	158-E
11-C	48-D	85-C	122-E	159-C
12-B	49-E	86-B	123-D	160-C
13-B	50-D	87-C	124-B	161-E
14-C	51-B	88-B	125-E	162-B
15-E	52-D	89-E	126-E	163-A
16-E	53-A	90-B	127-E	164-C
17-C	54-D	91-E	128-C	165-D
18-E	55-E	92-E	129-E	166-E
19-C	56-E	93-A	130-A	167-C
20-D	57-A	94-E	131-D	168-D
21-A	58-E	95-A	132-B	169-E
22-B	59-E	96-E	133-E	170-C
23-A	60-E	97-B	134-A	171-D
24-B	61-B	98-C	135-A	172-B
25-E	62-B	99-E	136-E	173-A
26-C	63-D	100-B	137-E	174-A
27-A	64-B	101-D	138-A	175-B
28-E	65-C	102-C	139-A	176-A
29-B	66-D	103-A	140-A	177-E
30-A	67-E	104-A	141-E	178-E
31-A	68-A	105-B	142-E	179-E
32-B	69-E	106-D	143-B	180-E
33-D	70-C	107-D	144-B	181-E
34-A	71-E	108-A	145-B	182-B
35-B	72-C	109-A	146-E	183-A
36-D	73-C	110-D	147-C	184-E
37-E	74-E	111-D	148-D	185-D

186-E	225-C	264-D
187-D	226-D	265-B
188-D	227-C	266-E
189-E	228-E	267-A
190-C	229-C	268-E
191-E	230-E	269-D
192-B	231-B	270-D
193-C	232-B	271-E
194-E	233-C	272-B
195-C	234-D	273-C
196-C	235-C	274-D
197-A	236-D	275-D
198-B	237-A	276-C
199-E	238-E	277-B
200-E	239-E	278-D
201-E	240-A	279-B
202-A	241-A	280-E
203-B	242-A	281-E
204-A	243-E	282-C
205-C	244-A	283-D
206-E	245-C	284-A
207-E	246-D	285-C
208-D	247-A	286-E
209-A	248-B	287-D
210-B	249-E	288-D
211-A	250-D	289-C
212-D	251-A	290-C
213-D	252-B	291-B
214-B	253-E	292-C
215-A	254-A	293-B
216-E	255-A	294-B
217-C	256-E	295-C
218-E	257-A	296-B
219-B	258-B	297-C
220-B	259-E	298-A
221-B	260-C	299-B
222-C	261-C	300-D
223-B	262-C	301-D
224-E	263-E	302-C
303-B		

Əlifba göstəricisi

A

- Aerozollar 90
Afrika endemik Kaposi sarkoması 416
Ağ ləkə xəstəliyi 299
Ainqum 440
Akantoliz 35
Akne (vulqar sızanaqlar) 344,345
 akne –tetradada 342
 invers akne 106
 komedonlar 345
 konqlobat (şarşəkilli) akne 346
 miliumlar 346
 ildırımsürətli akne 114
 papulyoz akne 346
 pustilyoz akne 346
 tropik akne 346
 düyünlü-kistoz akne 346
 fleqmonoz akne 346
Allerqodermatozlar 407
Alopesiya 60, 106
 çapıqlaşan 342
 ocaqlı 358
 dirnaqların zədələnməsi ilə ocaqlı alopesiya 360
 lentşəkilli forma 359
 total forma 359
 subtotal forma 359
 universal 359
Angiokeratoma - Mibelli 378
Ankilostomidoz 454
Antibiotik terapiyası 82, 349
Apoptoz 30, 32
Askaridoz 453
Ateroma 376
Atopik dermatit 251
 vezikulo-krustoz forma 257
 lixenoid forma 257
 pruriqoya bənzər forması 257
Uikhem toru 261
eritematoz-skvamoz forma 195

B

- Bazal qat 9,11, 47
- Becel 468
- Bouen xəstəliyi 393
- Borrelioz 311
- Braziliya pemfiqusu 324
- Braziliya yarpaqşəkilli pemfiqusu 324
- Brugioz 456
- Bullyoz
 - pemfiqoid 337
 - epidermoliz 429

C

- Cisimciklər
 - Meysner 240
 - Fater-Paçini 240
 - Ruffini 240
- Cüzam 134
 - lepromatoz 134

Ç

- Çapıq 70
 - keloid 106
 - hipertrofik 375
- Çat 70
- Çoxformalı ekssudativ eritema 307

D

- Darye xəstəliyi 73
- Derma 7
- Dermatofibroma 374
- Dermatitlər 214
 - allergik kontakt 217
 - sadə iritativ kontakt 215
- Dermatoloji
 - laklar 92
 - pastalar 93
 - plastırlar 93
- Dermatomikozlar 187
 - aktinomikoz 205
 - dərin mikozlar 186, 199
 - kandidoz 199
 - keloid blastomikoz 203
 - kladosporioz 206

koksidioidoz 189, 203
kriptokokkoz 406
ayaqların mikozu 117
misetoma 207
mukoroz 207
nokardioz 209
penisillioz 193
səthi trixofitiya 188, 193
əlvan dəmrov 185
Şimali Amerika blastomikozu 186
sporotrixoz 186
trioxofitiya 192
favus 194
xromomikoz 203
sefalosporioz 206
Cənubi Amerika blastomikozu 202

Dermatomiozit 303
Dermo-epidermal birləşmə 37
Dəmrov
 kəpəklənən 444
 qara 445
 tropik ağ 445
 tropik sarı 446
 tropik yastı 461

Dənəli qat 9
Dəri amöbiozu 451
Dəri buynuzu 397
Dəri difteriyası 440
Dəri leyşmaniozu 448
 diffuz 151
 antroponoz 151
 zoonoz 151
Dəri limfoması 408
 B-hüceyrəli 411
Dəri qanqrenaları 436
Dəri qaşınması 239
Dəri sistiserkozu 452
Dəri şişləri 372
Dəri törəmələrinin xəstəlikləri 344
Dəri vaskuliti 371
Dəri vərəmi 121
 disseminə olmuş forma 130
 indurativ 128
 miliar 129

papulonekrotik 127
ziyilli forma 127
kollikvativ 126
Dərinin bədxassəli yenitörəmələri 372
Dərinin funksiyaları 29
Dərinin ekskretor funksiyaları 25
Dərinin hemorragik iltihabı 50
Dərinin xoşxassəli yenitörəmələri 474
Dərinin iltihabı 48
Dərinin immun iltihabı 51
Dərinin innervasiyası 16
Dərinin irinli iltihabı 49
Dərinin quruluşu 8
Dərinin mühafizəedici funksiyası 21
Dırnaq 15
- lövhəciyi 138
- yatağı 190
Disxromiya 71
Diskeratoz 35
Displastik nevus 384
Distrofik bullyoz epidermoliz 429
Donovanoz 202
Drankulyoz 457
Dürinqin herpesşəkili dermatiti 478
Düyün
sağıcıların 170
Düyünlü-xoralı angiit 370
Düyünlü nekrotik vaskulit 49, 53

E

Exinokokkoz 452
Ekskorsiasiya 72
Ekssudasiya 45
Ektima 101
vulqar 112
Ekzema 220
quru 224
dishidrotik 227
ovuc 222
kəskin 220
yarım-kəskin 221
seboreya 229
xroniki 222
uşaqlarda 233

Emulsiya 90
Enterobioz 453
Epidermis 9
Epidermomikoz 448
Epidermoliz
 sadə bullyoz 429
 distrofik bullyoz 429
Eritroplaziya
 Keyr 401
Eroziya 70

F

Favus 194
 impetiginoz forma 195
 skutulyar forma 195
 skvamoz forması 195
Fenomen
 Nikolski 317
Fibroblastlar 14
Fibroma
 yumşaq 375
Filyariatozlar 455
Follikulit 100
Fototerapiya 265
Frambeziya 464
Furunkul 104

G

Genital herpes 158
Genodermatozlar 422
Gigiyena
 dəri, dırnaq və tükün 95
Göbələk xəstəlikləri 184

H

Hemangioma 377
 kapilyar 377
 kavernoz 378
 venoz 376
Herpes
 kəmərləyici 154
 sadə 155
 abortiv forma 160
 atipik forma 160

genital 160
 hamilələrin, yenidoğulmuşların 161
Heyli-Heyli xəstəliyi 328
Hiperhəssaslıq 54
 ləng tipli 54
Hiperplaziya 376
Hormonal vasitələr 82
Hüceyrələr
 Qrinsteyn 51
 Langerhans 51, 54
 Merkel 11, 26
 nəhəng 48
 Tsank 159

X

Xərçəng 372
 bazalhüceyrəli 399
 intraepitelial 393
 invaziv yastıhüceyrəli 402
 yastıhüceyrəli 401
 yüksək differensiallı yastıhüceyrəli 402
Xeylitlər 385
 aktinik 389
 qlandulyar 389
 meteoroloji 389
Xərçəngönü xəstəliklər 392
Xora 70
 tropik 438

İ

İxtioz 422
 adi 422
 epidermolitik 427
 lamellyar 425
İkincili morfoloji elementlər 70
İmmunkorrektedici preparatlar 82
İmpetiqo 69
İrincik 65, 69
İsti ölkələrdə dəri xəstəlikləri 434

K

Kapoşi sarkoması 405, 415
 klassik 415
Karbunkul 104

Keratin 14, 32
Keratoakantoma 374
Keratodermiya 431
 meleda 432
 Unna-Tosta 431
Keratoma
 qocalıq 374
Keratomikozlar 444
Kistalar 379
 tük 379
 milium 380
 sinoval 380
 epidermal 379
Köpüşük 65

Q

Qabarcıq 65, 66
Qara yara 441
Qartmaq 71
Qırmızı dәмrov 275
 hipertrofik 275
 verrukoz 275
Qırmızı qurdeşənəyi 295
Qlikozaminqlikan 41, 42
Qlikoprotein 42, 322
Qlomangioma 379
Qoturluq gәнəsi 171
Qovuqcuq 65
Qovuqlu dermatozlar 315
Qoturluq 171
 Norveç 178
 düyünlü 177
Qoturluq yolu 172
Qranulema 121, 122
Qranulematoz iltihab 56

L

Lentiqo 383
Leykoplakiya 395
Lixenifikasiya 70
Limfositlər 26
Loaoz 457

M

- Malyariya 450
- Melanoma 403
- Melanositlər 11, 13
- Mikoz
 - ayaqların 117, 191
 - klassik göbələkvari 411
- Mikrosporiya 185
- Molyusklar 460

N

- Neyrodermit 276, 461
 - məhdud 276
 - düyünlü 274
- Neyrofibromatoz 381
- Nevus 372
 - alovlanan 377
 - anadangəlmə 384
 - epidermal 382
 - qazanılmış piqmentli 372
 - nevo hüceyrəli 383
 - piqment 383
- Noma 437

O

- Onxoserkoz 456

Ö

- Övrə 279

P

- Parakeratoz 30, 33
- Pecet 404
- Pedikulyoz 179
 - baş 179
 - paltar 181
 - ftiriaz 182
- Pemfiqoid
 - bullyoz 337
 - çapıqlaşan 339
- Pemfiqus 315
 - Braziliya 324
 - eritematoz 326
 - epidemik 114

xronik anadangəlmə ailəvi 328
paraneoplastik 327
vegetasiyaedici 321
vulqar 315
yarpaqşəkilli 322
Peşə dermatozları 237
Piqment kseroderması 34, 372
Pinta 469
Piodermiyalar 98
 stafilokokk 99, 100
 streptokokk 99, 100
 streptostafilodermiyalar 99, 100
Piy vəziləri 18
Porokeratoz
 Mibelli 382
Proliferasiya 48
Pruriqo 270
Psoriaz 285
 sadə kəskin 270
 sadə yarımkəskin 272
 düyünlü 274
Pulcuq 70
Pyedra 446

R

Rozasea 350
 granulematoz 350
 konqlobat 350
 lüpoid 351
 rinofima 353

S

Seboreya 339
dermatiti 407
Seboreya ekzeması 229
Seroz iltihablı dəri 47
Sibir xorası 143
Sikoz 103
Sindrom - Larva migrans 455
Sirinqoma 374
Sklerodermiya 298
 lövhəcikli 299
 ocaqlı 299
Pazini-Pyerininin idiopatik atrofodermiyası 299

sistem 299
Tsumbuşun skleroatrofik lixeni 299
Sparqanoz 453
Strongiloidoz 454

Ş

Şistosomozlar 451
Şüa terapiyası 419

T

Tibbi deontologiya 94
Tikanlı qat 9
Toksoplazmoz 450
Trixinelloz 454
Tripanosomoz 449
 Afrika 449
 Amerika 450
Tropik bullyoz dermatozlar 463
Tük 8
Tük məməciyi 14
Tulyaremiya 443

V

Vegetasiya 70
Vegetasiyaedici pemfiquş 321
 Noymanın 321
 Allopo tipli 321
Venoz hemangioma 378
Viteliqo 7, 85, 251
Vulqar pemfiquş 315
Vuxererioz 455
Vulvovaginit 156, 453
Virus
 sadə herpes virus 155

Z

Ziyillər 165
 sadə 166
 sapvari 166
 yastı 166
 Peruan 438
 Cənubi Amerika 439



Vulqar impetiqo



Dırnaqətrafının impetiqinoz panarisiyası
(dolama)



Bullyoz impetiqo



Üzün piodermiyası



Alloponun vegetasiyaedici piodermiyası



Xoralı-vegetasiyaedici piodermiya



Piodermiya



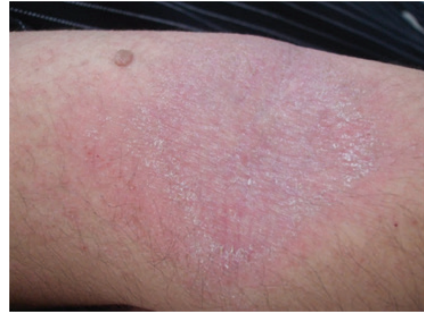
Xroniki xoralı piodermiya



Piodermiya



Şankrabənzər piodermiya



Atopik dermatit



Allergik dermatit



Həqiqi ekzema



Mikrob ekzeması



Xroniki ekzema



Dermatomiozıt



Sadə kontakt dermatiti



Dyüriq dermatiti



İtiüclü kondiloma



Buşkenin nəhəng kondiloması



Ayaqaltı ziyillər



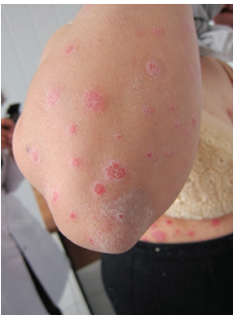
Yastı ziyillər



Vulqar ziyillər



Ziyiləbənzer vərəm



Psoriaz



Psoriaz



Psoriaz



Psoriaz



Damcıvari psoriaz



Psoriatik eritrodermiya



Dırnaqların psoriazi



Barberin pustulyoz psoriazi



Barberin pustulyoz psoriazi



Psoriatik eritrodermiya



Qırmızı yastı dәмrov



Qırmızı yastı dәмrov



Qırmızı yastı dәмrov



Qırmızı yastı dәмrov



Qırmızı yastı dәмrov



Övrә



Qırmızı qurdeşәnәyinin diskoid forması



Qırmızı qurdeşәnәyinin diskoid forması



Vәрәм qurdeşәnәyi



Vәрәм qurdeşәnәyi



Bazenin indurativ eriteması



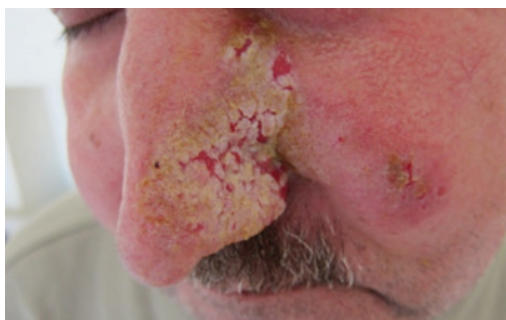
Borrelioz III mərhələAtrofik xroniki akrodermatit



Bazenin indurativ eriteması



Fiksə olunmuş eritema



Seboreya pemfiqusu



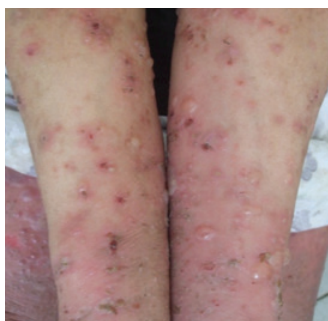
Pemfiqus



İrsi pemfiqus



Yenidoğulmuşların epidemik pemfiqusu



Dürinq dermatiti



Düyünlü eritema



Sızanaq xəstəliyi



Vulqar sızanaqlar



Rozasea



Rozasea



Əlvan dəmrov



Əlvan dəmrov



Əlvan dəmrov



Baldırların atrofik follikuliti



Çəhrayı dəmrov



Əlvən dəmrov



Sadə dəmrov



Keratodermiya



Keratodermiya



Xroniki diffuz streptodermiya



Skrofuloderma



Follikulit



Hofman follikuliti



İxtioz



Föllikulit



Furunkul



İxtioz



Hamar dərinin mikozu



Başın tüklü hissəsinin mikozu



Lamelyar ixtioz



Lamelyar ixtioz



Darve xəstəliyi



Büküşlərin mikozu



Hamar dərinin mikozu



Hamar dərinin mikozu



Başın tüklü hissəsinin mikozu



Hamar dərinin mikozu



(Hamar dərinin mikozu (büküşlərin



Hamar dərinin mikozu



Hamar dərinin mikozu



Ayaqların mikozu
onixomikoz



Qoturluq



Hamar dərinin mikozu



Ayaqların mikozu onixomikoz



Qoturluq



Böyüklərin qaşınma xəstəlikləri



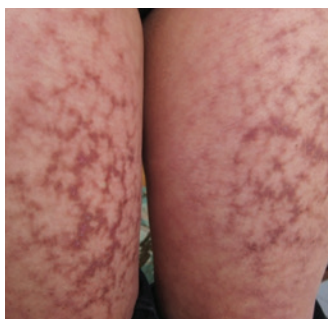
Böyüklərin qaşınma xəstəlikləri



Neyrofibromatoz



Neyrofibromatoz



Livedo



Su çiçəyi



Skleroatrofik lixen



Hidradenit



Aktinik retikuloid



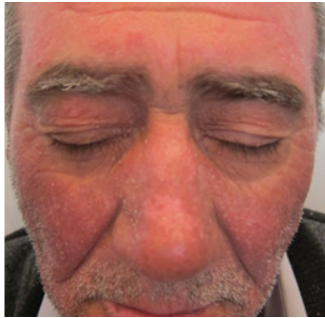
Hemorragik angiit



Kapoři sarkoması



Kapoři sarkoması



Aktinik retikuloid



Alopesiya



Kapoři sarkoması



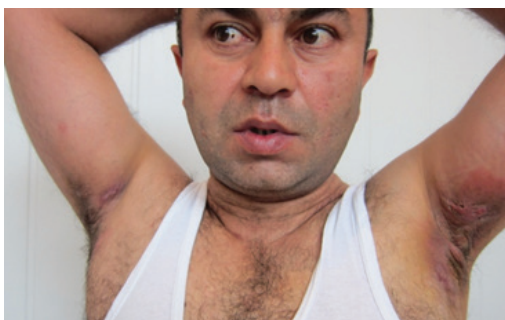
Kapoşi sarkoması



Qızılyel xəstəliyi



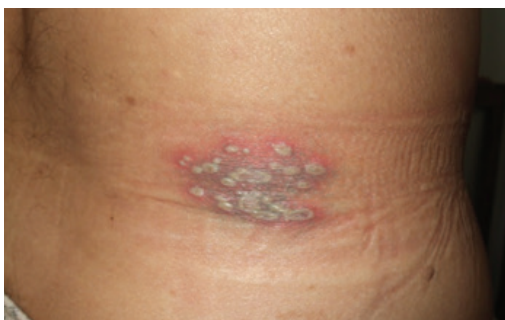
Limfoma



Hidradenit



Sadə herpes



Kəmərleyici herpes



Kəmərleyici herpes



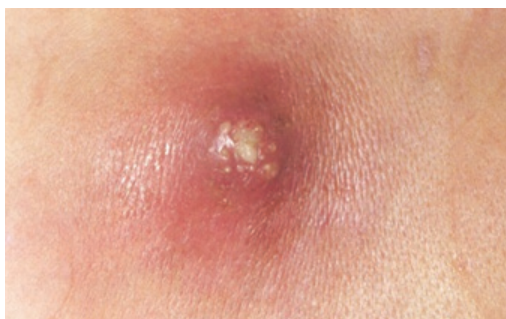
Vitiliqo



Dermatomiozıt



Kandidoz



Karbunkul



Layella sindromu



Vulqar sikoz



Vulqar sikoz



Limfoma (histoloji təsdiq
(edilib



Leyşmanioz



Pruriqo