

Тойчиев Т.Т.
Шарипова М.А.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Методикалык колдонмо



УДК 616.9

ББК 55.8

Т 51

Методикалык колдонмо ОшМУнун окумуштуулар кеңешинин № 8 жыйынынын № 1016 протоколунун негизинде басмадан жарык көрүүгө сунушталды.

(протокол № 1016. 11.07.2017.)

Рецензент: мед.илим.канд. Ажикулова В.С.

Т 51 Тойчиев Т.Т., Шарипова М.А.

Дерматовенерология: Методикалык колдонмо –
Ош «Кагаз ресурстары» 2017 – 160 бет.

ISBN 978-9967-18-366-7

Методикалык колдонмо медициналык колледжинин студенттерине окуу-куралы катары сунушталат.

Т 4108090000-17

УДК 616.9

ББК 55.8

ISBN 978-9967-18-366-7

© Тойчиев Т.Т, 2017.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. ТЕРИНИН ТҮЗҮЛҮШҮ ЖАНА АТ-КАРГАН ФУНКЦИЯЛАРЫ.

ТЕРИНИН МОРФОЛОГИЯЛЫК ЭЛЕМЕНТТЕРИ

Дерматология илими - теринин ооруларын, аларды дарылоону жана алдын алууну окутуп үйрөтүүчү илим. «Дерма» деген сөз грек (латын) тилинен алынып «тери» дегенди түшүндүрөт.

Венерология илими – жыныстык катнашта жугуучу инфекциялык ооруларды, аларды дарылоону жана алдын алууну окутуп үйрөтүүчү илим. Венерология илими байыркы гректердин сүйүү кудайы «Венера» нын атынын урматына коюлган.

Теринин түзүлүшү. Тери денени сыртынан каптап, организмди тышкы таасирлерден сактоочу орган. Теринин калыңдыгы бардык жерде бирдей эмес 0,5мм – 4 мм ге чейин болот. Салмагы 3 кг чейин болот, ал эми көлөмү 2м² га жетет. Тери негизинен микроскопиялык үч бөлүктөн турат. үстүнкү (сырткы) бөлүгү эпидермис, ортоңкусу дерма, төмөнкүсү гиподерма же тери астындагы май клетчаткасы деп аталат.

Эпидермис – теринин эң сырткы бөлүгү эпителиалдык клеткалардан туруп, өзүнчө беш катмарга бөлүнөт. Анын эң терең -төмөндөн жогору карай түйүлдүк (базалдык), тикенчелүү (шиповатый), данчалуу (зернистый), жылтырак (блестящий) жана мүйүздүү (роговой) катмарларынан турат.

Түйүлдүк (базалдык) катмар же түйүлдүк катмар дерма катмарынан базалдык мембрананын жардамында бөлүнүп турат. Бул катмар цилиндр (призма) түрүндөгү бир катар эпителиалдык клеткалардан базалдык мембранада турушат. Базалдык клеткалар көбөйүүшүгө жөндөмдүү, ошондуктан түйүлдүк катмар деп аталат. Базалдык клеткалардын араларында териге түс берүүчү меланин пигментин синтездеп чыгарган меланоцит клеткалары жайгашкан. Меланин күндүн ультрафиолет нурларынан организмди коргойт. Теринин түсү меланоциттердин санына жа-

раша аныкталат, көп болсо кара, аз болсо ак же сары түскө келет. Теринин түсү адамдын генине жараша болот, мындан тышкары тери күнгө күйгөндө жана теридеги кан айланууга жараша болот. Меланоциттер териден сыркары чачта жана көздүн түстүү челинде жайгашып күндүн ультрафиолет нурларынан коргойт. Меланоциттердин пигмент чыгаруусу азайса же токтосо анда теринин же чачтын ошол бөлүгү ак түстө болуп калат. Ал эми пигмент көп бөлүнүп чыкса анда тери карарат же ар кандай дактар пайда болот. Теринин белгилүү бир участкасында меланоциттер чогулуп калса анда кал (мең) пайда болот.

Т и к е н ч е л ү ү (шиповатый) катмар 3-8 катмарлуу эпителиалдык клеткалардан турат. Алар бири-бири менен цитоплазмадан чыккан бутакчалар (шипы же аканты) аркылуу көпүрөчө менен биригет. Алардын ортосунда эпидермисти азыктандыруучу клеткалар аралык суюктук болот.

Эпидермоциттер митоз жолу менен көбөйүшүп жетилген клеткалар жогорку катмарларга өтөт. Мындан сырткары бул катмарда иммундук клеткалар (Лангерганс клеткалары) жайгашат.

Д а н ч а л у (зернистый) катмар 1-5 катмарлуу жалпак ядросу жок эпителиалдык клеткалардан турат. Клетканын цитоплазмасында кератогиалин белоктук данчалар (зернышки) чогулуп, кератинизация процесси жүрөт.

Ж ы л т ы р а к (блестящий) катмар 2-4 катмарлуу жалпак ядросу жок (жансыз) эпителий клеткаларынан турат. Клеткалардын цитоплазмаларында элеидин белогу болуп жогорку роговой катмарга өткөндө кератин пластинкаларына айланат. Элеидин – жылтырак келген нурду сындыруучу тамчы шүдүрүм сымал белок заты. Өзгөчө бул катмар алакан жана таман теринде жакшы өрчүгөн, ошондуктан бул тери участкалары сүрүлүүгө жана басымга туруктуу болот.

М ү й ү з д ү ү (роговой) катмар – бир нече катмарлуу жалпак ядросу жок (жансыз) эпителий клеткаларынан мүйүз сымалданган кератинден жана аба ыйлаакчалардан турган кабыкча пластинкалардан турат. Мүйүздүү катмар өтө ийилчээк жана жылуулукутуну начар өткөрөт. Альбуминден турган кератин заты кислота менен щелочтордун таасирине туруктуу. Мүйүздүү катмар теринин бардык жеринде бирдей эмес, өзгөчө алакан жана таман терисинде жакшы өрчүгөн. Ал эми көздүн сурмасында – эң жука. үстүңкү катмардагы пластинка сымаал кабыкча клеткалары дайыма 78 саатта түлөп түшүп турат, ордуна жаңылары пайда болуп турат, бул процесс десквамация деп аталат (физиологиялык түлөө).

Эпидермистин жаңылануусу ар жерде бирдей эмес (мисалы, таманда - 1 ай, чыканакта – 10 күн).

Д е р м а бөлүгү- негизинен талчалуу тыгыз туташтырма ткандан жана негизги заттан, ошондой бири-бири менен тор сымал бириккен ийилчээк эластикалык, коллагендүү, аргирофильдүү жипчелерден турат. Бул катмарда лимфа жана кан тамырлары, рецепторлор, чачтын тамырлары, май жана тер бездер жайланыкан. Дерма катмарынын калыңдыгы териде бирдей болбойт 0,5-5мм ге чейин жетет, өзгөчө далы, каруу жана сандын терисинде калың болот. Дерма эки катмардан турат-жогорку катмар сосочковый, төмөнкүсү сетчатый катмар деп аталат.

Үрптүү (сосочкалуу) катмар эпидермис катмарынын астында жайланышып кан жана лимфа тамырлар жайланышат да трофикалык функцияны аткарат. Кээ бир жерде жапыз, кээ бир жерде учтуу (алакан, таман).

Торчолуу (сеткалуу) катмар коллаген жана эластикалык жипчелерден туруп териге катуулукту жана чоюлчаакты, туруктуу-бекемдикти берет. Торчо катмар акырындап тери астындагы май катмарына да өтөт.

Т е р и а с т ы н д а г ы м а й к л е т ч а т к а к а т м а р ы (гиподерма)– борпоң туташтырма ткандан, май клеткаларынан туруп, бул катмарга майлар чогулат. Гиподерма бардык тери участкаларында бирдей калыңдыкта эмес. Көздүн айланасындагы териде, эркектин сырткы жыныс органдарынын терисинде, аялдын кичине жыныс эриндеринде, эриндин терисинде, көкүрөк безинин үрптөрүндө тери астындагы май катмары болбойт. Ал эми аз көлөмдө мурун жана кулак терисинде болот мындан өзгөрбөйт. Калган тери учаскаларында адамдын семиргенине же арыкташына жараша тери астындагы май катмары калыңдап же жукарып турат. Физиологиялык жактан эркектерде тери астындагы май катмары көбүнчө баш, бет, көкүрөк, далы, моюн бөлүктөрүндө чогулса, аялдарда ич, көчүк-жамбаш жана сан бөлүктөрүндө көп чогулат.

Гиподерма үч негизги функцияны аткарат:

1) коргоочу (ички органдарды механикалык урунуулардан, травмалардан сактайт); 2) энергетикалык (майлар ажыраганда көп өлчөмдөгү энергия бөлүнүп чыгат); 3) теплоизоляциялык (ички жылуулукту сыртка чыгарбай сактайт).

Т е р и н и н к а н тамырлары фасциялдык артериалдык тамырлардан таркайт, андан терең жайланышкан (дермалдык) артериалдык кан тамырлардан тери астындагы май катмарын, дерма катмарын, тер жана май бездерин кан менен камсыздап, эпидермистин астындагы артериалдык торчолорду пайда кылып чачтардын тамырларын, май бездерин кан менен азыктандырат. Эпидермис катмарында кан тамыр болбойт, ошондуктан алар сосочковый катмарындагы капиллярлардан (осмос аркылуу) азыктанышат. Лимфа тамырлар торчолорду пайда кылып, алар бара-бара булчуң жана сөөктөрдүн лимфа тамырлары менен биригишет.

Иннервация. Тери соматикалык сездирүүчү жана вегетативдүү нерв системалары аркылуу иннервацияланат. Рецепторлор аркылуу температураны, ооруну, басымды, ысык-суукту, териге бир нерсенин тийгенин жана кычышууну сезе алабыз. Рецепторлор териде бирдей жайланышкан эмес, беттин терисинде, алаканда, манжанын учтарында жана сырткы жыныс органдар-

дын терисинде көп өлчөмдө жайланышып теринин сезгич зоналарынын түзөт. Орточо алганда 1 см² териде 200 ооруну сезүүчү, 12 муздакты, 2 жылуулукту жана 25 басымды сезүүчү рецепторлор жайланышат. Меркель клеткалары- тикенчелүү катмарда жайгашып ооруну сезет, ал эми дермада Краузе колбалары – суукту, Мейсснера тельцалары- тийүү, тактикалык сезүүнү, гиподермадагы Руффини тельцалары- жылуулукту, Фатера-Пачини тельцалары - терең басымды сезүүгө жооптуу. Вегетативдүү нерв системасынын нервдери тери үстүндө пайда болгон өсүндүлөрдү, кан жана лимфа тамырларды иннервациялап, физиологиялык процесстерди жөнгө салат. Мындан сырткары нервдер тери астындагы май катмарын, чачтын тамырларын иннервациялайт. Мына ушуга байланыштуу теринин белгилүү участкаларын дүүлүктүрүү менен (иглорефлексотерапия, массаж ж. б.) зат алмашууну жана нерв системасынын ишин жөнгө салууга болот.

Тери үстүндө кошо чыккан өсүндүлөр (придатки).

Буларга чач, тырмак, май жана тер бездери кирет.

Чач алакан, таман, эриндердин, эркектин жыныс мүчөсүнүн башынан, аялдардын кичине жыныс эриндеринен жана көкүрөк бездеринин үрптөрүнөн башка участкаларын каптап турат. Чачтын өсүшү адамдын жынысына жана рассасына жараша болот. Чачтын түсү адамдын генетикалык белгилерине пигменттердин түрүнө жараша болот. Химиялык составы боюнча татаал 50дөн ашуун элементтерден турат (марганец, ртуть, натрий, иод, бром, алтын, стронций ж, б). Кара түстөгү чачта марганец, свинец, титан, күмүштүн саны көп, ал эми чач агарганда никель жана аба түтүкчөлөрү калат. Баштагы чачтар 4 -10 жылга чейин, колтуктагы түктөр, каш жана кирпич 3-4 айга туруп андан кийин түшөт. Баштагы чач суткасына 0,5 мм ге өсөт, суткасына билинбеген 50-100 чейин чач түшөт. Чачтын түшүшүнүн күчөшү көп себептерге байланыштуу (стресс, себорея, грибоктор, авитаминоз, тукум куучулдук ж. б.).

Чачтын үч түрү бар:

1) узун чачтар (баштагы чач, сакал, мурут, колтуктагы жана чурайдагы);

2) кыл чачтары (каш, кирпич, мурунга жана кулактын кире бериши);

3) түк чачтар теринин башка участкаларын каптап турат.

Чачтын теринин үстүнө чыгып турган бөлүгү- өзөгү, ал эми тери ичинде жайгашкан бөлүгү тамыры болуп эсептелинет. Чачтын тамыры чач сумкасында же фолликуласында жайланышат. Чач фолликуласына май безинин түтүгү ачылат. Чач түздөгүч жылма булчуң жыйрылганда чач түздөлүп туруп май безинен май куюлат. Чачтын тамыры дермалдык артериалдык торчодон азыктанат. Чачтын фолликуласы көптөгөн нерв талчалары менен иннервацияланат. Чач тамырынан өсөт (1 айда 1 см).

Т ы р м а к - бул белоктук мүйүз сымал пластинка, колдун жана буттун манжаларынын учунда жайланышып манжаларды химиялык, физикалык жана механикалык факторлордон коргойт. Тырмак нормада бир аз дөмпөк, үстүңкү бөлүгү жылмакай, тунук жана ач-кызыл түстө болушу керек. Тырмактын арткы ак бөлүгү матрикс же тамыры, үстүңкү дене бөлүгү, алдыга чыгып турган бөлүгү эркин бөлүгү жана каптал бөлүктөрүнөн болуп бөлүнөт. Тырмак суткасына колдуку 0,5-1,0 мм, буттун тырмактары 0,25-1,0 мм өсүп, болжол менен 100 күндө кайрадан жаңыланып турат, ал эми тырмакты жулса орточо 3-4 айда же 170 күндө калыбына келет.

Т е р б е з д е р и - дерма катмарынын торчо бөлүгүндө жайланышкан түтүк сымал бездер. Тер бездери симпатикалык нерв булаалары менен иннервацияланат. Териде орточо 2-5 млн. тер бездери болот. Тер бездеринин эки түрү бар - мерокриндик (экриндик, кичине) жана апокриндик (чоң) бездери. Апокриндик тер бездер көкүрөк безинин үрптөрүндө, кулактын кире беришиндеги териде жайланышат. Апокриндик бездердин функциясы жыныс бездеринин иши менен тыгыз байланышкан (жыныстык жетилүү мезгилинде функциясы күчөйт). Апокриндик бездер (нейтралдуу же азщелочтуу) тер бөлүп чыгарганда цитоплазма жарым - жартылай бузулат жана индивидуалдык тердин жытын пайда кылат. Мерокриндик тер (кычкыл) бездери маңдайда, колтукта, алакан жана таманда, чурайда көп санда

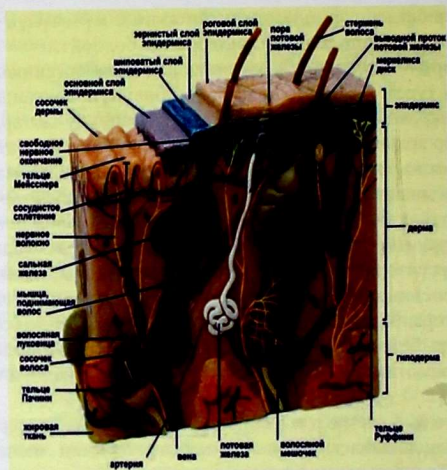
болот. Тер бездери эринде, эркектин жыныс мүчөсүнүн башында жана аялдын кичине жыныс эриндеринде болбойт.

Тер 98% суудан 2% органикалык жана органикалык эмес заттардан турат. Тер стерилдүү бирок бөлүнүп чыккандан кийин бактериялардын таасиринде ажырап жыттануучу заттарды пайда кылат. Тер аркылуу 250 химиялык заттар бөлүнүп чыгат, жагымсыз тердин жыты теринин ириндүү ооруларында, экзема жараларда, опоясывающий герпесте, пузырчатка, педикулездо ж.б. ооруларда пайда болот. Тер бездери термикалык жана психикалык дүүлүктүргүчтөрдүн негизинде тер бөлүп чыгарат. Психикалык дүүлүктүргүчтөрдүн таасиринде маңдай, колтук, алакан жана таман терисиндеги тердин бөлүнүшү күчөйт, калган бөлүктөрдө көбүнчө термикалык дүүлүктүргүчтөрдүн таасиринде болот.

Тер бездери бөлүп чыгаруу, терморегуляциялык, ткандардагы осмотикалык басымды регуляциялоо функцияларын аткарат.

М а й б е з д е р и –жөнөкөй алвеолярдык бездер, чачтын тамырынын айланасында жайланышып, теринин майын бөлүп чыгарат. Теринин майы терини жумшартат, чоюлчаак кылат жана жылтыратат, мындан сырткары чачтын өсүшүнө шарт түзөт. Териде орточо эсеп менен 20 гр май бөлүнүп чыгат. Май бездери коргоочу, бөлүп чыгаруу жана зат алмашуу функцияларын аткарат. Май бездери бир жашка чейин жакшы май бөлүп чыгарып андан кийин акырындай баштайт. Жыныстык жетилүү мезгилинде май бездеринин функциясы күчөйт. Май бездеринин ишин нерв системасы, эндокриндик бездери (жыныс, гипофиз, бөйрөк үстүндөгү бездер) гормондору менен башкарылат.

О о з к ө н д ө й ү н ү н былжыр чели теринин түзүлүшүндөй эле структуралык компоненттерден турат. Айырмасы эки катмардан турат: түйүлдүк (базалдык), тикенчелүү (шиповатый). Чач, май жана тер бездери болбойт, бирок шилекей бездери болуп ар дайым нымдап турат жана тамак сиңирүүгө катышат. Ооздун былжыр чели көптөгөн кан жана лимфа тамырлар жайланышып кээ бир дарылар былжыр чел аркылуу сиңирилет.



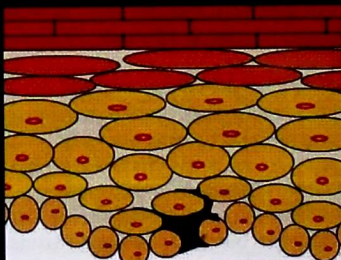
Слои эпидермиса

Роговой слой
(корнеоциты)

Зернистый
слой

Шиповатый
слой

Базальный
слой
(кератиноциты)



Процесс клеточного обновления – 26-28 дней

Теринин аткарган функциялары.

Тери жалпы организмдин бир бөлүгү, аны организмден бөлүп кароого болбойт, ошентсе да окуп үйрөнүү үчүн жасалма түрдө теринин аткарган функцияларын төрткө бөлүп кароого болот.

1) Теринин коргоочу функциясы

а) Тери биологиялык терс факторлордон коргойт. Тери бүтүн, таза болсо сырттан келген микроорганизмдерден (бактериялардан, вирустардан, козу карынчалардан) мителерден организмди коргойт.

б) Химиялык факторлордон (кислота, щелочтор, дары-дармектер ж.б.) коргойт.

в) Физикалык факторлордон (организмди жогорку жана төмөнкү температура, эл.ток ж.б.) жана

г) Механикалык факторлордон – травмалардан, урунуулардан коргойт.

2) Теринин терморегуляциялык функциясы

Тери организмдин температурасын бирдей кармоого катышат. Сырткы температура төмөндөгөндө теринин тамырлары тарыйт, ошондуктан тери суукта кубарат, тоок эт пайда болуп, титирейт, энергия пайда болот.

Ички же сырткы температура жогорулаганда теринин тамырлары кеңейип териге кан көп келе баштайт, ошондуктан тери кызарат жылуулуктун сыртка чыгаруу күчөйт, жетишпесе тер бөлүнүп чыга баштайт.

Терморегуляция процесси нерв жана эндокриндик системалары менен башкарылат.

3) Теринин рецептордук функциясы

Тери сезүү органы катары териде миллиондогон сезүүчү рецепторлор жайланышкан. Бул рецепторлор борбордук нерв

системасы жана ички органдарды байланыштырып турат. Тери аркылууооруну, басымды, териге бир нерсенин тийгенин , температураны жана кычышууну сезебиз. Териде кээ бир рецептордук зоналарга таасир этүү аркылуу ички органдардын жана нерв системасын дарылоону жүргүзүүгө болот. (физиотерапия, укалоо, иглорефлексотерапия).

4) Тери зат алмашууга катышат

Тери организмдин секретордук, экскретордук, резорбтивдик жана дем алуу функцияларына катышат. Мындан сырткары күндүн ультрафиолет нурларынын таасириндевит «Д» синтезделет, «А» витамини териге чогулат. Суунун, минералдык туздардын, углеводдордун, белоктордун алмашуусунда боор жана булчуңдардан кийинки эле орунду ээлейт. Иммундук орган катары териде Т – лимфоциттер жетилет жана иммунитет жогорулайт. Териде майлардын жана суунун чогулган депосу болот. Тери адамдын эмоциялык абалын билдирет (уялуу, кубануу ж. б.).

Адам карыган сайын теринин дагы регенеративдүү функциялары төмөндөйт, «Д» витаминин синтезделиши төмөн болот, ошондуктан сөөк морт болот, теринин чоюлчаактыгы төмөндөп териге бырыштар түшөт.

ТЕРИНИН МОРФОЛОГИЯЛЫК ЭЛЕМЕНТТЕРИ

Тери ар кандай терс ички жана сырткы себептердин негизинде сезгениши мүмкүн. Териге сырттан ар кандай термикалык, инфекциялык, радиациялык, химиялык жана механикалык таасирлердин натыйжасында, ал эми ички факторлор, ички оорулардан, зат алмашуунун бузулушу, иммунитеттин төмөндөшү, аз кандуулук ж. б. таасирлердин натыйжасында болот.

Тери ооруларын клиникалык белгилерин негизги үчкө бөлүп кароого болот.

1) Жалпы белгилер: температуранын жогорулашы, алыздык, баш оору, табиттин начарлашы ж. б.

2) Тери ооруларынын субъективдүү белгилери: теринин сезимдүүлүгүн жогорулашы же төмөндөшү, кычышуу, оору, ачыштырып оорушу, теринин тартылышып оорушу ж. б.

3) Териге чыккан объективдүү белгилер (чыгуулар)

Мындан сырткары теринин түсүнө, тургор жана тонусуна жараша организдин жалпы абалын баалого болот (тери организдин күзгүсү).

Териге чыккан чыгуулардын чыгуу иретине жараша морфологиялык элементтерди биринчилик (биринчи чыккан чыгуулар) жана экинчилик (биринчилик элементтерден кийин сакаюу учурунда калган издери же кабылдоо учурунда пайда болгон чыгуулар) морфологиялык элементтер деп аталат.

Биринчилик морфологиялык элементтер:

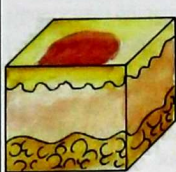
- 1) Так (дак, темгил, пятно, macula)
- 2) Бүдүр (узелок, papula)
- 3) Дөңчө (бугорок, tuberculum)
- 4) Түйүн (узел, nodus)
- 5) Ыйлаакча (исиркенек, пузырек, vesicula)
- 6) Ириңче (гнойничок, pustula)

7) Ыйлаак (парсанак, пузырь, bulla)

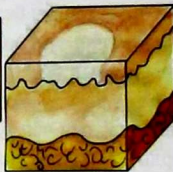
8) Бөрү жатыш (волдырь, urtica)

Экинчилик морфологиялык элементтер:

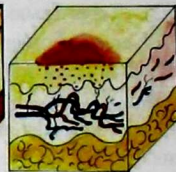
- 1) Экинчилик так (дак, вторичное пятно);
- 2) Түлөө кабырчык (чешуйки, squama);
- 3) Карт (корка, crusta);
- 4) Жарака (жарык, трещина, fissura);
- 5) Эрозия (эрозия, erosio);
- 6) Жара (язва, ulcus);
- 7) Тыртык (тырык, рубец, cicatrix);
- 8) Эксориация (сыйрык, аймак, ссадина, excoriatio);
- 9) Лихенификация (теринин калындашы, чор, lichenificatio);
- 10) Вегетация (эт өсүү, разрастания, vegetatio).



Пятно (macula)

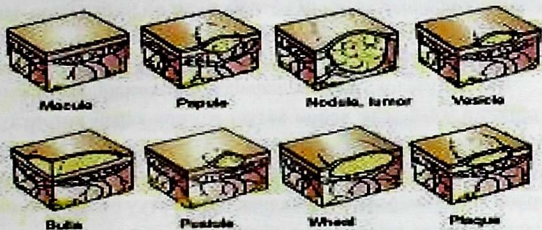


Дискромическое пятно



Сосудистое пятно

Первичные морфологические элементы сыни



Так (дак, пятно, macula) – бул теринин чектелген жерде түсүнүн өзгөрүшү, бирок теринин рельефи жана консистенциясы өзгөрбөйт. Так теринин кан тамырларынын кеңейүүсүнөн (теринин сезгенүүсү) жана дисхромиялык тактар болуп экиге бөлүнөт. Кан тамырдын кеңейүүсүнөн пайда болгон тактар тери сезгенгенде же кан тамыр сезгенгенде пайда болот. Көлөмү 2 см ге чейинки тактар розеола, ал эми 2 см ден чоң тактар эритема деп аталат. Розеола көбүнчө аллергиялык дерматитте, розовый лишай оорусунда, экинчилик сифилисте жана инфекциялык ооруларда (кызамык, кызылча, скарлатина, паратиф ж. б.) кездешет. Эритематоздук тактар көбүнчө бири-бири менен биригип чоң көлөмдөгү тактарды пайда кылат (дерматиттер, экзема, көп формалуу эксудативдүү эритема). Геморрагиялык тактар (пурпура) териде жана былжыр челдерде кан тамыр жарылышынан же сезгенишинен пайда болот. Бир см чейинки тактар петехия, андан чоң болсо экхимоздор, андан чоң болсо гематома деп аталат. Геморрагиялык тактар васкулитте, сыпной жана брюшной тифте, кызамык, дифтерия, менингитте ж. б. ооруларда пайда болот. Дисхромиялык тактар теринин белгилүү пигментинин чогу-

лушунун же жок болуп кетишинин натыйжасында пайда болот. Гиперпигментация тубаса (кал, мең), сепкил же дактардын пайда болушу, ал эми депигментация тубаса (альбинизм), витилиго, экинчилик сифилис, сыпной же брюшной тифтен кийин пайда болот.

Бүдүр (узелок, папула, *papula*)- ичи көндөйсүз элемент, бул теринин 0,1-2см ге чейин катып жогору карай көтөрүлүшү. Тери ооруларына жараша папуланын формасы, түсү, түзүлүшү, консистенциясы, көлөмү өзгөрүп турат. Формасы боюнча бүдүрлөр конус, жарым шар, жалпак жана учтуу болушу мүмкүн, түзүлүшү боюнча тегерек, көп кырдуу же ар түрдүү түзүлүштө боло бериши мүмкүн. Түсү кызыл, кызыл-күрөң, сары- көгүш түстө же тери түсүндө болушу мүмкүн. үстүнкү бети жылма, жылтырак же түлөп турат. Бүдүрлөр териде ар кандай патологиялык процесстердин негизинде гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулездо пайда болот.

Дөңчө (томукча, бугорок, *tuberculum*) – ичи көндөйсүз элемент, диаметри 3 мм - 3 см чейин көлөмдөгү элемент, терең дерма катмарында жайланышып сакаюу учурунда тыртыкты пайда кылат. Бугорок теринин туберкулез оорусунда, лепра, лейшманиоз, үчүнчүлүк сифилисте пайда болот.

Түйүн (без, узел, *nodus*)-бугороктон айырмасы көлөмү менен айырмаланып тери астындагы май катмарында жайланышат, көлөмү 2-5 смге жетет. Узел теридеги сезгенүүдөн (туберкулез, сифилис), теринин шишик ооруларында, кальций же холестериндин топтолушунан пайда болот.

Бөрү жатыш (волдырь, уртика, *urtica*) -бул жергиликтүү дерма катмарынын шишип жогору көтөрүлүшү эсептелет. Уртикалык элементтер кызыл, ак-боз түстө болуп кату кычышуу менен коштолот, көбүнчө бөрү жатышта, аллергиялык дерматиттерде, чымын-чиркей чакканда пайда болот. Башка элементтер-

ден айырмасы бир нече минут же сааттын ичинде толук из калтырбай жоголуп кетет, тери мурунку калыбына келет.

Ыйлаакча (исиркенек, пузырек, vesicula)-эпидермис катмарында пайда болуп, көңдөйлүү элемент ичинде сероздук суюктук болот. Көлөмү 0,1-0,5см ге чейин жетет. Теринин аллергиялык дерматит, пузырный дерматоздо, теринин күйүктөрүндө ж.б. ооруларда пайда болот.

Парсанак (ыйлаак, пузырь, bulla) ыйлаакчадан айырмасы көлөмү чоң болуп 0,5-1,5смге чейин жеткен көңдөй элемент, тери жана былжыр челде болот. Бул элементтин ичинде сероздук суюктук болот. Герпетиформдук дерматоздо, теринин күйүктөрүндө пайда болот.

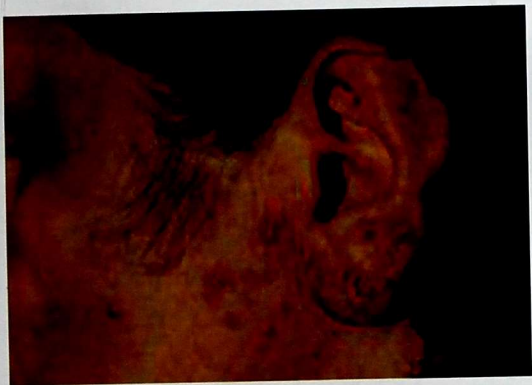
Ириңче (гнойничок, pustule) -пустула, көлөмү 0,5смге чейин көңдөй элемент, ичинде микробдордун жана эпителий клеткаларынын некрозунан пайда болгон ириңи бар элемент. Ириңче үстүртөн же терең жайланышкан болуп бөлүнөт. Терең жайланышкан пустула сакаюу учурунда ордуна жара жана тыртыкты калтырат.



Бүдүр



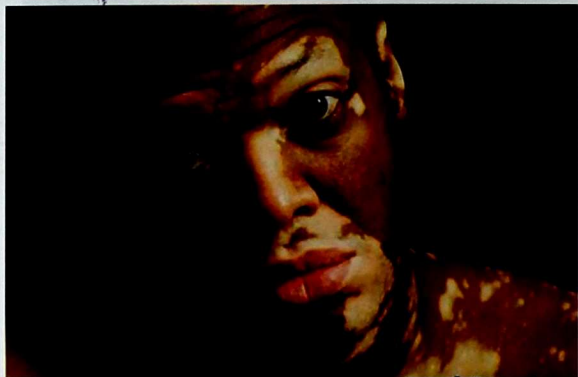
Бөрү жатыш



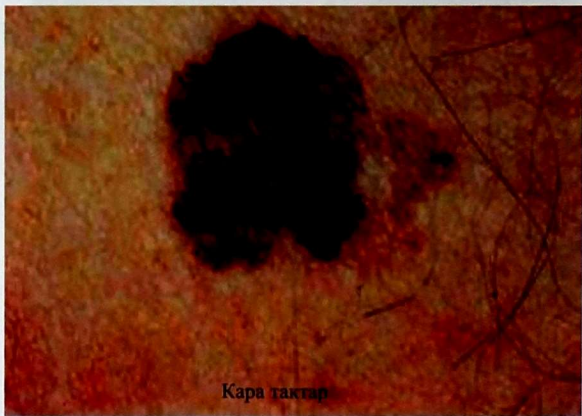
Дөңчө



Түйүн



Ак тактар



Кара тактар



Парсанак



Бйлаакча

Экинчилик морфологиялык элементтер:

1) **Экинчилик так** (вторичные пятна) – бул биринчилик элементтерден кийин теридеги пигменттин жоголушу (депигментация) же көбөйүшү (гиперпигментация). Пигмент азайса же жоголсо – ак дактар, ал эми көбөйсө кара, күрөң түстөгү дактар пайда болот.

2) **Кабырчык** (түлөө, чешуйка, squama). Тери оорулардан кийин нормадан ашыкча түлөшү эсептелет. Теринин түлөшүнө жараша майда жана чоң пластинчаттуу болуп бөлүнөт. Көбүнчө теринин түлөшү ихтиоз, экзема, псориаз ооруларында көп кездешет.

3) **Карт** (корка, crusta) – бул ыйлаакчанын, ириндин, эрозиянын жана жарадан бөлүнүп чыккан суюктуктун катып карт алышы. Карттын составы боюнча сероздук – жарым шар түрүндө, сары түстө, жука болот. Ириңдүү карт – тунук эмес, сары – көгүш түстө келип кээде өзүнчө ушаланып түшөт. Кандан пайда болгон карт кызыл – кара түстө болот.

4) **Эрозия** (erosio) – бул эпидермис чегинде гана пайда болгон оюлган кемтик (дефект), айыгуу мезгилинде артынан тыртык калтырбайт. Эрозиянын түбү жылма, кызыл түстө жана сероздук суюктук бөлүнүп чыгып турат. Кээ бир биринчилик элементтерден кийин пайда болот.

5) **Жара** (язва, ulcus) – терең оюлган, бир эле эпидермистин чегинде эле эмес, дерманын, тери астындагы май катмарына, кээде булчуң эт, сөөктөргө чейин жеткен кемтик (дефект). Сакайган мезгилде ордунда тыртык калат.

6) **Жарака** (жарык, трещина, fissura) – бул теринин чоюлчаактыгынын төмөндөшүнүн натыйжасында теринин жарака кетиши, жарылышы. Тери үстүрттөн же терең жарылышы мүмкүн. Терең жарылганда ордунда тыртык калат.

7) **Тыртык** (тырык, рубец, cicatrix) – бул дерма жана май клетчатка катмары бузулуп, кемтик оордуларынын жаңы түзүлгөн туташтыргыч ткань менен толукталышы. Тыртык коллаген жипчелеринен түзүгөн, сырткы көрүнүшү боюнча териден айырмаланып үстүңкү бети жылмакай болуп, түк болбойт, кан тамырлар жана нерв талчалары өтө аз болот. Тыртык жаралардан жана тери терең жарылып артынан сакайганда пайда болот.

8) **Лихенификация** (чор, калыңдоо, lichenificatio) - бул кээ бир өнөкөт теринин сезгенүүлөрүндө пайда болот. Мында тери калыңдап, кургап, гиперпигментация пайда болуп бырыштары күчөйт.

9) **Эксориация** (сыйрык, аймак, ссадина, excoriatio) - аймап тырмагандан пайда болгон теринин сырткы катмарынын механикалык жабыркашы, сыйрылган, айрылган жери.

10) **Вегетация** (эт өсүү, разрастания, vegetatio) – тери үстүндө эт өсүүсү (мисалы, сөөл).

Оорулууну текшергенде биринчилик жана экинчилик морфологиялык элементтерди аныктап, алардын жайгашуусун, таркалышын, симметриялуулугун, бири-бирине кошулуусун карап, терең көңүл буруш керек.



Теринин түлөшү



Веgetация



Лихенификация

ПИОДЕРМИТТЕР

Пиодермиттер (пиодермия) – териге ириңдетүүчү микробдодун түшүшүнөн улам пайда болгон жана клиникасында териде ириңчелерди (пустула) пайда болушу менен мүнөздөлүүчү тери ооруларынын группасы.

Грекче «*pion*»- ириң, «*derma*»-тери, «*it*»- сезгенүү дегенди түшүндүрөт, теринин ириңдүү жаралары.

Көбүнчө теринин ириңдүү ооруларын стафилакокктор жана стрептококктор чакырат. Теринин ириңдүү оорулары өзүнчө жугат же тери ооруларынан кийин же тери жабыркаган учурда (мисалы, травма алса) микробдордун келип түшүшүнөн пайда болот.



Карбункул

Пиодермиттердин пайда болушунун үч негизги жолу бар.

1) Оорулуудан соо адамга тийген (контакт) байланыш аркылуу жугат.

2) Тери травма алган учурда микробдордун түшүшүнөн пайда болот.

3) Гигиена сакталбаган учурда (иммунитет төмөн болсо)

Стафилакокк пайда кылган пиодермиттер (стафилодермия):

а) Үстүртгөн стафилодермия (остеофолликулит, фолликулит, сикоз, перипорит, ымыркайдын пузырчаткасы).

б) Терең стафилодермия (фурункул, карбункул, гидраденит, псевдофурункулез) дерма жана гиподерманы ириндетип жабыркатат.

Стрептококк пайда кылган пиодермиттер (стрептодермия):

а) Үстүрт стрептодермия (стрептококток импетиго).

б) Терең стрептодермия (эктима).

Жана ошондой эле өнөкөт пиодермиттер. Мындан сырткары аралаш пиодермиттер - стрептококк жана стафилакокк биргеликте чакырган пиодермиттер болушу мүмкүн (стрептостафилодермия).

Стафилококктук пиодермия

Стафилодермияларда негизги териге чыккан элемент – бул пустула (иринче). Пустулалар чачтын фолликуласынын айланасында, тер жана май бездерин жабыркатышы мүмкүн.

Остиофолликулит - чачтын чыга бериш бөлүгүнүн ириндүү сезгениши. Себептери таза жүрбөгөндүк, дайым чанда жүргөндө, көп терчил болгондо, жылытуучу компресс колдонгондон болушу мүмкүн. Түктүн айланасында көлөмү 1 мм – 0,5 см келген пустула пайда болот. 5-7 күндөн кийин пустула картка айланып түшөт, тери мурунку калыбына келет. Эгерде дарылоо туура жүргүзүлбөсө анда фолликулит жана фурункулга айланып кетиши мүмкүн.

Дарылоо: Пустулануу стерилдүү ийнё же кайчы менен жарып, иринин спирттелген вата менен сордуруп алып, андан кийин анилиндик эритмелерди сүртүп коюу керек.

Фурункул – көбүнчө остиофолликулит же фолликулиттин кабылдоосунан болот. Фурункул - чачтын тамырынын жана

анын айланасындагы кошуна ткандардын ириндүү сезгениши жана некроздук өзөгү менен мүнөздөлөт. Башталган учурда катуу ооруткан папула (бүдүрчө) пайда болуп, ал бара-бара көлөмү чоңоет. Бир нече күндөн кийин ортоңку бөлүгү жумшарып, ириң пайда болот. Пустула жарылганда кан аралаш ириң, андан соң ириндүү өзөгү чыгып, ордунда жара калат. Оорулуунун температурасы көтөрүлүп, оору пайда болот.

Жара сакайган учурда ордунда тыртык калат. Клиникасы боюнча фурункул (эгерде бир жолу чыгып сакайса), жана фурункулез (эгерде бир нече тери участкасына кайра – кайра чыга берсе), деп аталат.

Дарылоо: Эгерде бир эле фурункул чыкса анда сырткы жергиликтүү дарылоо эле жетиштүү болот. Бул үчүн таза (20%) ихтиол же Вишневский мазын коюп, суу тийгизбеши керек. Жана физиотерапиялык дарылоону көрсөтмө менен этияттап жүргүзүлөт (УВЧ, жылуу кургак компресс коюу, ультразвук ж.б.). Эгерде фурункул бетте, башта же моюнда жайгашса анда биринчиден чечкиндүү түрдө сыкканга тыйу салынат!, өзгөчө ооз айланасына чыкканда мимикалык булчуңдарга тынчтык берип, сүйлөбөшү керек. Суюк түрүндөгү тамактар берилет. Оорулууга антибиотиктер берилүүгө тийиш. Мындан сырткары өнөкөт фурункулездо оорулууга текшерүү жүргүзүлүп, витаминотерапия жана аутогемотерапия жүргүзүлүшү керек.

Карбункул – бир эле тери участкасында бир нече (2-3же андан көп) чачтын фолликулаларынын жана анын айланасындагы кошуна май бездеринин жана ткандардын ириндүү сезгениши аталат. Бул фурункулдун оор формасы, ириндүү сезгенүү дерма катмарынан тери астындагы гиподерма катмарына чейин тарайт. Себеби болуп, организмдин иммунитинин алсыздыгы жана оорунун козгочунун вируленттүүлүгүнүн жогору болушу.

Оорулунун абалы кескин начарлайт, температура жогорулап, чыйрыгат, жабыркаган тери участкасында катуу оору пайда болот.

Дарылоо: Оорулуну ооруканага жаткыруу керек. Жабыркаган тери участкасына фурункуладагыдай эле дарылоо жүргүзүлөт, кеңири спектрдеги антибиотиктер берилет, хирургиялык дарылоо жүргүлөт.

Гидраденит - апокриндик тер бездеринин ириндүү сезгениши, көбүнчө колтуктагы тер бездер сезгенет. Тер бездеринин сезгенишине терчилдик, гигиена сакталбаса, колтукта кычыштыруучу дерматоздордун болушу шарт түзөт. Оорунун башталышында колтукта ооруткан дөмпөкчө пайда болуп, ал бара-бара чоңоюп, кызарат. Оорулуда температура көтөрүлөт, ооруйт, чыйрыктырат. Узелдин ортоңку бөлүгү жумшарып, пустула пайда болуп, жарылат, ириндүү кан бөлүнүп чыгат.

Дарылоо: Колтуктагы түктөрдү кырып салып, спирттелген вата менен сүртүү. Ихтиол (20%) мазын жарылганча эки маал коюп туруу. Физиотерапиялык процедураларды жүргүзүү. Ирин пайда болуп жетилгенден кийин хирургиялык жол менен дарылоо.

Стрептококктук пиодермиттер.

Стрептодермияда негизги морфологиялык элемент болуп фликтена эсептелет. Фликтена – бул пустиланан бир түрү сырткы кабыгы жука ыйлаакча, ичинде боз ириндүү суюктук бар, ал тез кургап сары түстөгү картты пайда кылат.

Стрептококктук импетиго көлөмү 1 мм - 0,5 смге жеткен фликтенанын пайда болушу менен башталат, тез кургап сары картты пайда кылат. Фликтенанын айланасы кызарып сезгенет. Стрептодермия көбүнчө бетти жабыркатат, жеңил кычыштырып тез жугат, айрыкча балдар арасында тез таркайт.

Стрептодермияга стафилококк бириккенде сезгенүү күчөп, калың сары - көгүш түстөгү карт пайда болот.

Дарылоо: Биринчиден жабыркаган тери участкасына суу тийбеши керек. Оорулуу бала бакчасына, мектебине, окуу жайларына жана ишканасына толук сакайганча барбай турушу керек. Оорулуунун идиш-аягын, төшөнчүсүн, сүлгүсүн (чачыгын) бөлүп, колдонбош керек. Экинчиден жабыркаган тери участкасына анилиндик эритмелерди сүртүү, ириңченин былжыр суусунун акканы токтогончо анилин антисептиктерди колдонуп кургандан кийин антибактериалдык маздарды колдонуу керек (суу+суу принциби). Жабыркаган теринин айланасын (салициловый, борный спиртте) спирттелген вата менен тазалап туруш керек.

Пиодермия менен ооругандарга жергиликтүү дарылоо жана кароонун ыкмалары:

-оорулуунун өзүнчө чачыгы жана шейшеби болушу керек жана колдонуудан кийин кайнатылып же хлоркалап жуулушу керек;

-оорулуга колдонулган таңуучу материалдар өрттөлүп же дезинфекцияланышы керек;

-баш жана бет жабыркаганда чачты, сакал-мурутту алганга болбойт;

-оорулуу сакайганга чейин баянга, душка түшкөнгө, суу процедураларын алганга болбойт;

-жабыркаган теринин айланасын 2% - салицил спирти, 0,25%-левомицетин спирти, 70%-этил спирти, камфор спирти же арак менен обработка жүргүзүлүшү керек;

-врачтын көргөзмөсү менен ириңди стерилдүү ийне менен жарып, ириңин спирттелген же 3% -перекис водороду вата тазалаш керек;

- катып калган ириңди таза өсүмдүк же вазелин майы менен жумшартып, 10-30 минуттан кийин пинцет менен тазалаш керек.

-эрозияларды 1-2%спирттүү анилин эритмелери менен обработка жасалат. Анилиндик эритмелерге бриллиантовый зеле-

ный, метилен көгү, фуксин, фукурцин, генцианвиолет, краска Кастеллани кирет.

-жараларга стрептоцид мазын же сульфаниламиддик препараттарды коюга болот.

-фурункулдан калган жараны тазалоо үчүн турундунаны гипертониялык эритме менен же 20% магнезий менен колдонулушу керек;

-эгерде фурункул бете, башта же моюнда болсо медсестра врачтын көргөзмөсү жок - дарылаганга болбойт!;

-керек болгон учурда жабыркаган жердеги түктү же чачты эпиляция кылыш керек;

-антибиотик карамагында бар (гентамицин, линкомицин, эритромицин, пиолизин, олететрин, тетрациклин ж. б.) маздарды колдонуу; Салицил, ртуть, серный же дегтярная мазын, ошондой эле ихтиолду колдонуу жакшы натыйжа берет;

-5%-же 10%-синтомицин эмульсиясын колдонуу да жакшы терапиялык эффект берет;

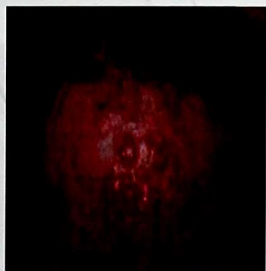
-антибиотик кошулган кортикостероиддик (оксикорт, дермазолон, лакокортен ж.б.) маздарды колдонуу;

- пиодермиялардын алдын алуу үчүн медперсоналдар тарабынан эл ичинде санитардык- агартуу иштерин жүргүзүү дагы чоң ролду аткарат;

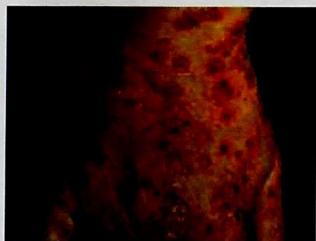
-коллективдердин ичинде (ясли, бала бакча, мектеп, окуу жайлар, ишканаларда, аскер бөлүктөрүндө) мезгил-мезгили менен профилактикалык медициналык кароолорду жүргүзүп туруу.



Фурункул



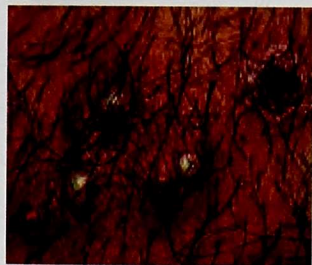
Угри



Фолликулит



Фурункул



Фолликулит



Фурункул



Гидраденит



Гидраденит



Угри



Стрептодермия

Контролдук суроолор:

- Дерматовенерология илими эмнени окутуп үйрөтөт?
- Тери жана былжыр челдердин түзүлүшү?
- Теринин аткарган функциялары кайсылар?
- Териден чыккан өсүндүлөр кайсылар жана алардын түзүлүшү, аткарган функциялары?
- Теринин морфологиялык элементтери деген эмне жана алар кантип бөлүнөт?
 - Биринчилик морфологиялык элементтер деген эмне, алар кайсылар?
 - Экинчилик морфологиялык элементтер кайсылар?
 - Пиодермия деген эмне?
 - Пиодермиттерге кайсы оорулар кирет жана алардын клиникасы?
 - Дарылоо жана алдын алуу ыкмалары?

Өз билимин текшерүү үчүн тесттер:

1) Гректин дерма деген сөзү эмнени түшүндүрөт?
а) мээ б) тери в) жүрөк г) ичеги-карын

2) Венерология илими эмнени окутат?

- а) ичеги –карын ооруларын
- б) жүрөк-кан тамыр ооруларын
- в) жыныстык катнашта жугуучу ооруларды
- г) баарын окутат.

3) Тери микроскопиялык канча бөлүктөн турат?

- а) 7 б) 1 в) 4 г) 3

4) Теринин жогорку катмары кайсы катмар?

- а) булчуң катмар б) дерма

в) гиподерма г) эпидермис

5) Теринин орточо салмагы (тери астындагы май катмарын кошпогондо) канча?

а) 7кг б) 3кг в) 1кг г) 10кг

6) Теринин калыңдыгы канча (гиподерманы кошпогондо)?

а) 0,5-5мм б) 1-2см в) 0,2-9мм г) 1-2мм

7) Эпидермис катмар канча катмарга бөлүнөт?

а) 2 б) 7 в) 5 г) 4

8) Меланоциттер кайсы катмарда жайланышкан?

а) базалдык б) роговой в) блестящий г) зернистый

9) Мүйүздүү катмар кайсы тери участкасында жакшы өрчүгөн?

а) бетте б) алакан жана таманда
в) далыда г) жыныс органдарда

10) Дерма катмары кайсы катмарлардан турат?

а) булчуң жана былжыр б) гиподерма жана эпидермис
в) сетчатый жана сосочковый г) май жана сөөк

11) Дерма катмары эмнеден турат?

а) эпителий клеткалардан б) тутумдаштыргыч ткандан
в) булчуң клеткалардан г) май клеткалардан

12) Дерма катмарда эмне болбойт?

а) чачтын тамыры б) тер бези в) кан тамыр г) меланоцит

13) Тери астындагы май клетчаткасы кайсы тери участкасында болбойт?

- а) жамбашта б) эриндерде в) ич терисинде г) далыда

14) Тери астындагы май катмары кайсы функцияны аткарайт?

- а) май бөлүп чыгаруу б) коргоочу
в) энергетикалык г) теплоизоляциялык

15) Териден өсүп чыккан элементке кирбейт?

- а) тырмак б) көз в) чач г) май беzi

16) Тырмак суткасына канча өсөт?

- а) 1мм б) 0,1мм в) 0,4мм г) 1см

17) Тырмактын аткарган функциясы кайсы?

- а) манжаларды сырткы факторлордон коргойт
б) бир нерсени кармаш үчүн
в) сулуулук үчүн
г) баарын аткарат

18) Тырмак нормада кандай болбош керек?

- а) тунук б) калың в) жылмакай г) бир аз дөмпөк

19) Чачтын кандай түрү болбойт?

- а) узун б) катуу в) түктөр г) кыска

20) чачтын тамыры кайсы катмарда жайланышат?

- а) эпидермисте б) дермада в) гиподермада г) баардык катмарда

21) Тер безинин кандай түрлөрү бар?

- а) апокриндик жана мерокриндик
- б) аз жана көп тердөөчү
- в) курч жана өнөкөт тердөөчү
- г) эндокриндик жана психикалык

22) Орточо организмде канча тер беги болот?

- а) 7-8 миң
- б) 2-5 млн
- в) 100-150 миң
- г) 500-600

23) Теринин кайсы участкасында тер беги болбойт?

- а) колтукта
- б) алаканда
- в) эриндерде
- г) баштын терисинде

24) Тер бездери кайсы функцияны аткарайт?

- а) бөлүп чыгаруу
- б) терморегуляциялык
- в) ткандардагы осмотикалык басымды жөнгө салуу
- г) сиңирүү

25) Май бездери орточо бир күндө териге канча май бөлүп чыгарат?

- а) 1гр
- б) 20гр
- в) 100-150гр
- г) 5-6мг

26) Теринин майы териге кандай таасир көрсөтпөйт?

- а) жумшартат
- б) агартат
- в) чоюлчаак кылат
- г) жылтыратат

27) Май бездеринин иши кайсы куракта күчөйт?

- а) 1-5 жашка чейин
- б) 6-10 жашта
- в) 15-25 жашта
- г) 50-60 жашта

28) Кандай теринин морфологиялык элементтери болот?

- а) биринчилик жана экинчилик б) курч жана өнөкөт
в) жугуштуужана тукум куучу г) вирустук жана аллерги-
ялык

**29) Ушулардын арасынан кайсынысы биринчилик эле-
мент?**

- а) язва б) трещина в) лихенификация г) волдырь

**30) Теринин бир участкасынын түсүнүн өзгөрүшү эмне
деп аталат?**

- а) узелок б) пятно в) волдырь г) пузырек

31) Көлөмү 0,1-0,5смге чейинки ыйлаакча эмне деп аталат?

- а) гнойничок б) пузырь в) пузырек г) бугорок

**32) Ыйлаакчанын, ириндин жана эрозиядан бөлүнүп чык-
кан суюктуктун катып калышы эмне деп аталат?**

- а) чешуйки б) лихенификация в) корка г) трещина

33) Волдырь кайсы ооруга мүнөздүү?

- а) бөрү жатыш б) сифилис в) рожа г) псориаз

**34) Тутумдаштыргыч ткандан түзүлүп жаңы пайда болгон
ткань эмне деп аталат?**

- а) лихенификация б) язва в) рубец г) корка

35) Пустуланын кыргызча аталышы кандай болот?

- а) так б) бүдүр в) ириң г) теринин жарылышы

36) Теринин ириңдүү сезгениши эмне деп аталат?

- а) аллергия б) пиодермия в) ихтиоз г) лепра

**37) Көбүнчө теринин ириңдүү сезгенишинин козгогучтары
булар?**

- а) стафилакокктор жана стрептококктор
- б) ичеги таякчалар жана вирустар
- в) кандидоздор
- г) менингококктор жана гонококктор

38) Кайсы ооруну стафилококк козгобойт?

- а) фолликулит
- б) рожа
- в) сикоз
- г) гидраденит

39) Чачтын же түктүн тамырынын жана анын айланасындагы ткандардын ириңдүү сезгениши эмне деп аталат?

- а) перипорит
- б) псевдофурункулез
- в) панариций
- г) фурункул

40) Фурункулду дарылоону катары менен койгула

- а) ириңди стерилдүү кайчы менен жаруу
- б) ихтиол мазын коюу
- в) жарага стерилдүү таңуу жасоо
- г) кургак жылытуучу компресс коюу

41) Ушулардын кайсынысы анилиндик эритмеге кирбейт?

- а) йод
- б) генцианвиолет
- в) фукорцин
- г) краска Кастеллани

42) Тер безинин ириңдүү сезгениши эмне деп аталат?

- а) сикоз
- б) гидраденит
- в) карбункул
- г) рожа

43) Стрептококктук импетигодо кайсы дарылоо жүргүзүлбөйт?

- а) суу тийгизбеши керек
- б) анилиндик эритмелерди коюу
- в) жылытуучу компресс коюу
- г) антибиотик берүү

44) Гидраденитте дарылоонун катарын атагыла:

- а) түктөрдү кырып салуу
- б) хирургиялык жол менен жаруу
- в) ихтиол мазын коюу
- г) спирттелген вата менен тазалоо

45) Ушулардын кайсынысы антибактериалдык мазга кирбейт?

- а) гентамицин мазы
- б) левамиколь мазы
- в) лоринден мазы
- г) эритромицин мазы

46) Фурункул териге кайра-кайра чыга берсе анда эмне деп аталат?

- а) карбункул
- б) псевдофурункулез
- в) угри
- г) фурункулез

47) Ушулардын кайсынысы пиодермиянын алдын алуу үчүн жүргүзүлбөйт?

- а) оорулуунун кийимин колдонбоо
- б) иштетилген материалдарын өртөө
- в) эмдөө алуу
- г) оорулууну карагандан кийин колду таза жуу

48) Ушулардын кайсынысын стрептококк чакырат?

- а) гидраденит
- б) фурункул
- в) импетиго
- г) акне

49) Аталган оорулардын кайсынысы жугуштуу?

- а) импетиго
- б) гидраденит
- в) фурункул
- г) сикоз

50) Стрептококктук импетигодо кайсы белги мүнөздүү эмес?

- а) фликтена пайда болот.

б) температура жогорулайт, чыйрыктырат, алсыз болот.

в) жабыркаган териде сарт карттар пайда болуп, оңой сыйрылат.

г) жеңил кычыштырат, тырмаганда эрозиядан суюктук чыгып башка тери участкасына оңой таркайт.

Глоссарий

№	Термин	Кыргызча түшүндүрмөсү
1	десквамация	Теринин түлөшүнүн күчөшү
2	депигментация	Теринин пигментинин азайшы же жоголуп кетиши
3	гиперпигментация	Теринин пигментинин көбөүшү же териге дактын түшүшү.
4	меланоцит	Базалдык катмарда жайланышкан териге түс берүүчү клеткалар
5	гиподерма	Тери астындагы май катмары.
6	фолликула	Чачтын тамырынын баштыкчасы (сумкасы)
7	гидраденит	Тер бездеринин ириндүү сезгениши
8	акне	Безеткинин латынча аталышы (орусча угри)
9	карбункул	Бир эле тери участкасында бир нече чачтын тамырынын ириндүү сезгениши.
10	кератинизация	Жогорку катмарга өткөндө эпителий клеткаларынын ядросун жоготуп пластинкаларга айлануу процеси.
11	ихтиоз	Теринин түлөшүнүн бузулушу менен мүнөздөлүүчү тубаса оору.

Колдонулган адабияттар:

1. Н.П. Стуканова., **Кожные и венерические болезни.** Ростов-на-Дону «Феникс» 2012
2. Б.И. Зудин., **Кожные и венерические болезни.** Москва «Медицина» 1996
3. В.В. Владимиров, А.В.Вязмитина «Сестринское дело в дерматовенерологии» Ростов-на Дону «Феникс» 2002г.

КОТУР

Котур оорусу (чесотка, латынча- scabies)- котур кенелери менен чакырылуучу, клиникасында катуу кычышуу менен мүнөздөлүүчү теринин жугуштуу мите оорусу.

Оорунун козгогучу адамдын котур кенелери, көлөмү 0,1-0,27мм ге чейин жетет (ургаачысы эркегине караганда эки эсе чоң). Котур кенелер адамдын гана терисинде митечилик кылат, териден сырткары бир нече күндүн ичинде өлөт. Караганда майда ак тактар катары көрүнөт.



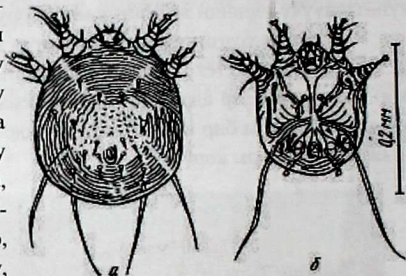
Териге түшкөн учурда котур кенеси, теринин эпидермис катмарын тешип кирип, ургачысы эркеги менен жупташкандан кийин, 2-5см узундуктагы жолчону 20-30 күндүн ичинде салып 30-50 ге чейин жумуртка таштайт. Жумурткадан бир нече күндүн ичинде личинка пайда болуп, бир-эки түлөп түшкөндөн кийин чоң котур кенесине айланат.

Котур кенеси терини тешип өтүп, башка тери участкаларын жабыркатат. Котур кенеси 6-8 жумага чейин жашап, бир эле котур кенесинен дарыланбаган учурда 3-айдын ичинде 150млн

котур кенесине чейин жетет. Личинкалар жана котур кенелери эпидермисти жеп, экскременттери менен терини дүүлүктүрүп катуу кычышууну пайда кылат. Тырманып териге инфекция түшүп, пиодермиттерге алып келет.

Оорунун булагы –

бул котур менен ооруган адам. Жугуу жолдору: 1) оорулуу менен байланышта болгондо (оорулуу менен чогуу жатса, чачыгы менен шейшебин колдонсо, перчаткиси аркылуу,



учурашканда ж.б.). 2) Эмизген учурда эгерде апасы котур оорусу менен ооруса. 3) Жыныстык катнаш мезгилинде эгерде эки партнердун бирөөсү котур менен ооруса.

Клиникасы: Инкубациялык мезгили 7 күндөн 12 күнгө чейин. Кээде 2-3 айга чейин созулушу мүмкүн. Котур оорусунун үч негизги мүнөздүү клиникалык белгиси бар, алар:

1) Катуу кычышуу негизинен түнкү мезгилде болот.

2) Теринин мүнөздүү участкалары жабыркайт (теринин жука участкалары-манжалардын салаасы, билектин чыканактын ички бети, колтук, көкүрөк безинин үрптөрү, киндиктин ички бөлүгү жана киндиктин айланасындагы тери, чурай жана сырткы жыныс органдар, сандын ички бети жамбаш териси ж,б)

3) Жабыркаган тери участкаларын караганда папулалар, тырмактын издери, жараларды жана пиодермиттерди көрүүгө болот.

Мындан сырткары ымыркай балдарда баштын чачтуу бөлүгү, бети, алакан жана таманы да жабыркашы мүмкүн. Ар дайым тырманып жүрүп терини жабыркатып, инфекциянын түшүшү

менен ар кандай ириндүү тери оорулары (импетиго, фурункул, эктима ж.б.) пайда болушуна алып келет.

Котур оорусунда бейтаптын жалпы абалы начарлабайт, бирок узак мезгилге созулганда оорулуунун уйкусун бузуп невротикалык реакцияларды пайда кылат.

Диагноз коюу: Оорунун мүнөздүү белгилерине жараша жана лабораториялык анализдердин жыйынтыгынын негизинде диагноз коюлат.

Мындан сырткары оорулуунун арыздарын, эпид анамнезин аныкташ керек.

Дарылоо. Стационарда же амбулаториялык шартта жүргүзүлөт.

Оорулууну биринчи душка түшүрүп жуунтуп, тазалап бүткөндөн кийин маздоочу (майлоочу) кабинетте төмөнкү жолдор менен дарылоо жүргүзүлөт.



1) 10-33%-серный мазды моюндан ылдый карай толук териге синдирип сүртүү керек. Андан кийин оорулуу таза кийимдерин кийет. Кийип келген кийимдерин дезинфекцияланат же үй шартында кайнатуу керек. Кийинки күндөрү бир жума бою сер-

ный мазды сүртүү улантылат. Дарылоо учурунда оорулуу жуунбашы керек жана кийимдерин алмаштырбайт.

2) 10-15% - бензилбензоат эмульсиясы жогоркудай ыкма менен дарылоо жүргүзүлөт. 10%-бензилбензоат эритмеси балдар үчүн, ал эми 15%-эритме чоң



адамдар үчүн колдонулат.

<i>Жети күндүк Соколованын методу боюнча котурду дарылоо:</i>	
Күндөрү	Иш чаралары
1 –биринчи куну	- Душ + - 50 гр Бензилбензоат эмульсиясы -20% сыпоо + - со сменой белья (нательное и постельное);
2чи-3чү күнү	Ириңчелерди, аллергияны дарылоо
4чү– төртүнчү күнү	- Душ + - 50 гр Бензилбензоат эмульсиясы -20% сыпоо;
5чи-6чы күнү	Ириңчелерди, аллергияны дарылоо
7- жетинчи күнү	- Душ + - со сменой белья (нательное и постельное);
<p>Ошол эле учурда паралельно- Жети күндүн ичинде – дарыланганча Кийген кийимдерди жана колдонгон буюмдарды Дезинфекциялоо жолдору:</p> <ul style="list-style-type: none">- хлоркалап же белизнага чылап кирлерди жууп;- кирлерди жана буюмдарды кайнатуу,- ысык үтүктөө (утюг). <p>Мех, пледь, одеялдарды жана пуховой, шерсть кийимдерди сыртка кунгө шамалдуу жерге 3-4 күнгө жайганда (котур кенеси курап күнгө куйуп жок болот).</p>	

3) Демьяновичтин методу боюнча эки эритме колдонулат.



Биринчи эритме 60%-натрий тиосульфаты, экинчи эритме 2-6%-хлористоводород кислотасы. Биринчи эритмени сүртүп, андан кийин экинчи эритмени териге сүртөбүз. Бул дарылоодон кийин үч күн жуунбайт жана кийимин алмаштырбайт, андан кийин жуунат.

Спрегаль аэрозолдук препараты менен дарылоо: Оорулуу жуунуп бүткөндөн кийин теринин жабыркаган жерлерине аэрозолду чачып, кийимин жана шейшептерин алмаштырабыз. 12-сааттан кийин оорулуу жуунат жана кийимин шейшептери менен алмаштырат. Кийими жана шейшебине дезинфекция жүргүзүү керек. Кайнатууга болбогон кийимдерди «А-ПАР» аэрозолю менен дезинфекция жүргүзүлүшү керек.

Оорулууда ириңдүү жаралар болсо, экземага айланса жана башка кабылдоолорунда атайын дарылоо жүргүзүлөт.

Котур оорусун алдын алуу:

1) Жеке гигиеналык эрежелерди сактоо. Ар бир адамдын шейшеби, чачыгы, мочалкасы, кийимдери өзүнчө болушу шарт. Коомдук жайларда, баняда, базарда ж, б жайларда өздүк тазалыкты сактоо, колду таза кармоо.

2) Коллективдерде медициналык кароолорду уюштуруу.

Эгерде котур оорусу аныкталса, аны ооруканага жөнөтүп, үй-бүлөсүнө текшерүү жүргүзүп, жашаган комнатасын кийимдерин дезинфекциялаш керек. үй шартында оорулуунун төшөнчүсүн сыртка жайып 10-15 күн пайдаланбай туруш керек.

3)Элдин арасында санитардык-түшүндүрүү иштерин жүргүзүү, санитардык баракчаларды чыгаруу ж, б.





ПЕДИКУЛЕЗ

Педикулез (орусча – вшивость, кыргызча – биттеп кетүү).

Адамдын терисинде митечилик кылуучу үч түрдүү бит болот.

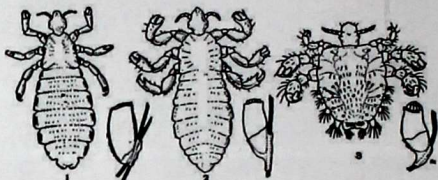
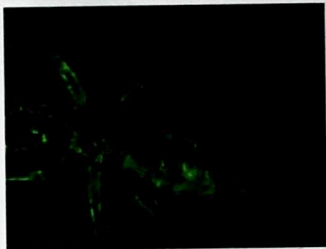


Рис. 191. Вши и их яйца (гемды):
1 — головная (*Pediculus humanus capitis*); 2 — платяная (*P. h. vestimentis*); 3 — лобковая (*Phthirus pubis*).

1) баштын бити.

2) ич кийимдердеги (дененин) биттер. 3) чурайдын бити (площица).

Биттер адамдын териси жана каны менен тамактанат, ошондой эле шилекеи жана экскременттери менен теридеги аллергияны пайда кылат.





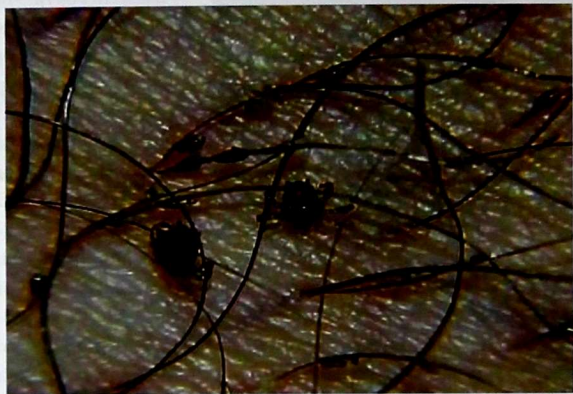
Баштын бити. Биттин узундугу 4-5ммге жетет. Баштын терисине түшкөн учурда желкенин чуңкуруна, желкеге, кулак артына чачтын түбүнө бириктирип жумурткасын гнида) таштайт. 8-10

күндүн ичинде личинкага айланып тери жана кан менен тамактана баштайт, 10-15 күндөн кийин чоң битке айланып, жумуртка таштай баштайт. Бит күнүнө 10чейин жумуртка таштап, 20-30 күн жашайт. Баштын терисинде эрозиялар, аллергиялык тактар, ириңдүү жаралар пайда болот. Чачтын өсүшү бузулуп, эрозиядан чыккан сероздук суюктуктар чачка жармашып жагымсыз жытты пайда кылат.

Мындан сырткары битер каш-кирпикке чейин тарайт. Баштын терисинде фолликулитти, фурункулду, лимфаденит жана периаденитти пайда кылат.

Ич кийимдин биттери узундугу 6-7ммге чейин жетет. Биттеген адамдан байланыш аркылуу (ичкийимдери, шейшеби) жугат. Ич кийимдин тигиштеринде жумурткаларын таштайт. Биттер кийим менен теринин жабышкан бөлүгүндө (белдин айланасы, далы, чурайда) кан жана тери менен тамактанып катуу кычышууну пайда кылат. Кычышуу негизинен кечинде башталат.

Териде фолликулиттер, пиодермиттер фурункулдар пайда болот. Узак мезгилге чейин созулган учурда тери түлөп, инфильтрация жана пигментация пайда болот.



Чурайдын биттери узундугу 1-2мм болуп, сырткы жыныс органдардын айланасындагы түктөрдү, арткы тешиктин айланасында митечилик кылат. Биттеген адамдан байланыш жана жыныстык катнашта жугат. Биттер көбөйгөн мезгилде колтуктагы түктөргө, сакал-мурат жана каш-кирпикке чейин тарайт. Жабыркаган терилерде катуу кычышуу пайда болуп, ириндүү жараларды жана аллергиялык тактарды пайда кылат.

Диагноз коюу: Баштын терисинен, ич кийимден жана чурайдан битти же жумурткасын аныктоо менен диагноз коюлат. Мындан сырткары арыздарынын , эпид анамнездин клиникалык белгилердин негизинде диагноз коюлат.



Дарылоо: Баштын битинде медициналык кызматкер экинчи халат кийип, колуна перчатки тагып, биттеген адам отурган стулдун астына же кушетканын жанына клеенка төшөп алышы керек. Андан кийин баштын терисин атайын эритмелер менен обработка жасоо керек. Буларга ПАРА-плюс аэрозолю баштын терисин 10-минута обработка кылса жетиштүү, мындан сыртка-

ры перфолон, ДДТ, самындуу-керосин эмульсиясы, «Ниттифор», 0,15% карбофос эритмеси колдонулат. Бул эритмелер менен обработка жасагандан кийин дегтяр самыны же шампун менен жууп таштоо керек. Биттеген мезгилде битке каршы шампундар колдонулат (Педилин, Хигия, Антибит ж, б).

Битке каршы эримелерди колдонгон учурда башты вощенный кагаз менен жаап анын сыртынан косынка салынып 20-40 минута андан кийинжылуу суу менен чайкап, майда тиштүү тарак менен чачты тарап таштоо керек (өлгөн биттерди жана сиркелерин тазалоо үчүн).

Эркектерде чачты кырып салып, чачты өрттөп салуу керек, баштын терисине 6-9%-уксус менен же 15-20%-бензилбензоат эритмеси менен обработка жасоо керек, бул процедураны эки күн кайталаш керек.

Аталган процедураларды биттерден толук арылганга чейин жүргүзүү керек.

Ич кийимдердин (дененин) биттеринде ич кийимдерди жана шейшептерди күн сайын алмаштырып, дезинфекциялап, колдоноордун алдында үтүктөш керек. үй шартында ич кийимдерди жана шейшептерди 2-5% -самындуу сууда кайнатып, кургагандан кийин үтүктөп колдонот. Биттеген адам самын менен жуунуп, жабыркаган тери участкаларына анилиндик краскаларды коебуз.

Чурайдын биттеринде түктөрдү кырып салып, терисин таза самындап жууп, андан кийин 20%-бензилбензоат эмульсиясын же мазын 2-5 күн сүртөбүз. Мындан сырткары 5%-серый ртутный маз же май-керосин аралашмасын койсо болот. Оорулуу колдонгон кайнатууга болбогон төшөнчүсү, кийим кечеси ж,б ПАРА-плюс аэрозолю менен обработка жасайбыз. Биттеген адамдарга педикулен таблеткасын салмагына жараша бир жолу берилет, толук сакайбаса эки жумадан кийин кайталанат.

Алдын алуу: медсестра биттеген адам менен байланышта болгондорду текшерип, алдын алуу жолдорун түшүндүрөт. Элдин арасында санитардык-агартуу иштерин жүргүзөт.

ДЕРМАТОМИКОЗДОР

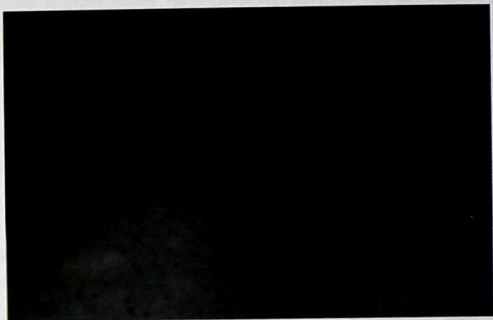
Патогендүү грибоктор менен чакырылуучу теринин жана былжыр челдердин жабыркашы менен мүнөздөлүүчү теринин жугуштуу ооруларынын группасы.

Грибоктордун жалпы 100000 ашуун түрү бар, анын ичинен 500 жакыны адамдын организмде оору чакырат.

Адамдын терисинде пайда болгон грибоктор 3 негизги группага бөлүнөт.

- 1) Кератомикоздор
- 2) Дерматофитиялар
- 3) Кандидоздор.

Кератомикоздордо теринин эпидермис катмарынын роговой катмары жабыркайт. Кератомикоздорго разноцветный же отрубевидный лишай оорусу кирет. Оорунун козгогучу болуп питироспорум овале жана питироспорум орбикуляре грибоктору эсептелет (маласезия фурфур). Оорунун булагы болуп оорулуу адам болот жана байланыш аркылуу жугат. Оорунун жугушуна иммунитеттин төмөн болушу, терчилдик жана кир жүргөндүк шарт түзөт.



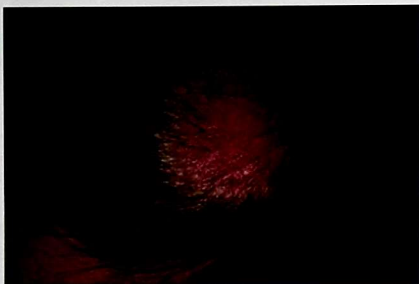
Клиникасы: Көбүнчө моюн, далы, көкүрөк жана каруу териси жабыркайт. Териде ар кандай түстөгү тегерек тактар пайда болот. Тактар акырындап чоңоюп, башка тери участкаларына тарайт. Оорулуунун жалпы өзгөрбөйт, кээде жабыркаган териде жеңил кычышуу пайда болот. Тактар күнгө күйгөн териде ак же боз түстө, ал эми ак терилүү адамда күрөң, сары, күрөң-кызгылт түстө болушу мүмкүн. Такты кырып көргөн учурда кебек түрүндө түлөп түшөт. Иод эритмесин сүрткөндө таза териге ка-

раганда жабыркаган тери иодду интенсивдүү сиңирип алып кызгылт-күрөң түскө келет.

Диагноз коюу клиникалык белгилердин жана лабораториялык жабыркаган териден мазок алуу жолу менен коюлат.

Дерматофитиялар. Бул оорулардын катарына микро-пория, трихофития буттун микозу, эпидермофития, руброфития ж,б кирет.

Микроспория оорусун эки түрдүү грибоктор чакырат, зоофилдүү (микроспориум канис) жана антропофилдүү микро-пория. Зоофилдүү формасы көбүнчө үй жаныбарларынан (мышык, ит, кой-эчки, уй) жугат.



Оорунун инкубациялык мезгили орточо 7-күн. Баш териси жабыркаганда бир-эки чач түшкөн участкалар пайда болуп, үстүнкү бөлүгү түлөп турат. Баштын терисинде сезгенүү пайда болот, чачтар 4-8мм бийиктикте кыркылып түшүп, сырткы бети грибоктордун споралары менен капталып турат. Оорулуунун жалпы абалы өзгөрбөйт, баштын териси жеңил кычыштырат, кээде лимфа бездер чоңоюп, температура көтөрүлөт.



Тери жабыркаган мезгилде кызыл так пайда болот жана ал акырындап көлөмү чоңоет. Тактын айланасында майда папулалар, карттар жана везикулалар болуп, шакек түрүндөгү теринин сезгенүүсүнө алып келет. Ортоңку бөлүгү түлөп, терисинин түсү бозоро баштайт.

Дарылоо тери-венерологиялык диспансерлерде жүргүзүлүшү керек. Теринин микроспорияларында 2-4 апта дарылоо болушу керек, күнүнө 2-жолу грибокторго каршы фунгициддик препараттар коюлат. Фунгициддик препараттарга 2-5% спиртүү иод эримеси, нитрофунгин, 10-20%-серный мазь, 1%-серный-дегтярный, 5%-салицил-гризеофульвин, микозолон, микосептин, певарил, клотримазол маздары кирет, жаңы чыгарылган препараттарга циклопрокс, орунгал, низорал, ламизил, изоконазол, бифоназол, экзодерил, микоспор, травокорт, тридерм маздары кирет.

Баштын микроспориясында оорулууга салмагына, оорунун таркалышына жана жашына жараша фунгициддик антибиотиктер

(гризеофульвин, низорал, орунгал, ламизил) схема боюнча ичирилет. Дарылоо мезгилинде күн сайын чачты кырып салып, жумасына 2-3 жолу башты жууп, жабыркаган териге фунгициддик маздарды сүртүү керек.

Трихофития.

Трихофитон грибоктору менен чакырылуучу жана теринин, чачтын, тырмактын, былжыр челдердин жабыркашы менен мүнөздөлүүчү теринин жугуштуу оорусу.

Оорунун булагы:

- а) оорулуу же грибокту алып жүрүүчү адам.
- б) ооруган жаныбарлар.
- в) грибоктор менен булганган оорулуунун кийим-кечеси же жаныбарлардын жүнү же экскременттери.

Жугуу жолдору:

- а) оорулуудан соо адамга байланыш аркылуу
- б) ооруган жаныбарларды караган учурда
- в) байланыш аркылуу; чач алган инструменттер, баш кийим, ж.б.

г) адамдар көп чогулган жерлерде эпидемия пайда болушу мүмкүн.

Трихомикоздор төмөнкү группаларга бөлүнөт:

а) баштын чачтуу бөлүгүнүн дерматофитиясы (трихофития, микроспория)

б) сакал-мурут дерматофитиясы (инфильтративдүү-ириңдетүүчү трихофития, паразитардык сикоз) үстүртөн жабыркатуучу трихофития антропофилдүү грибоктор менен чакырылат. Оорулуу адамдан түз байланышта же анын колдонгон буюмдары (тарагы, баш кийими, төшөгү ж.б.) аркылуу жугат. Оорунун булагы болуп көбүнчө трихофитиянын өнөкөт формасы менен ооруган чоң адамдар болушат. Ооруу жаш балдардын жана өспүрүмдөрдүн арасында тез таркайт.



Тери жабыркаган учурда тегерек сезгенүү пайда болуп, акырындап чоңойот, тегереги коргон сымал папулалардан, везикулалардан жана карттардан турат, ортоңку

бөлүгү түлөйт.

Баштын чачтуу бөлүгү жабыркаганда ар кандай көлөмдөгү түлөп качачтаган жана чачы түшкөн участкалар пайда болот. Чач түшкөн жерде кара чекиттер (эгерде чач түбүнөн кыркылып

түшсө) же 2-3 мм бийиктикте кыркылып түшүп, үстүңкү бөлүгүн карт менен капталат.

Үстүртөн жабыркатуучу трихофития дарыланбаган учурда бара-бара өнөкөт трихофитияга айланат. Баштын терисинде майда түлөгөн участкалар пайда болуп, териде майда атрофиялык тыртыктар, чачтын кыркылып түшкөндөн пайда болгон кара чекиттерди көрүүгө болот. Субъективдүү сезимдер (кычышуу, оору, ж. б.) болбошу мүмкүн.



Инфилтративдүү- ириндетүүчү трихофитияны зоофилдүү (жаныбарлардан жугуучу) грибоктор чакырат. Териде интенсивдүү сезгенүүнү пайда кылып, фолликулит, перифоликулит жана тери астындагы ишиктерин пайда кылат.

Оорунун булагы болуп жабыркаган үй жаныбарлары (кой-эчки, уй, жылкы, ит, мышык) эсептелет. Кээде ооруган адамдан байланыш аркылуу жугат.

Чондордо көбүнчө сакал-мурутта, кичине балдарда баштын чачтуу бөлүгү жабыркайт. Оорунун башталышы кызыл тактар, андан кийин чачтын түбүндө остиофолликулиттер пайда болуп тез эле башка чачтарга тарайт. Остиофолликулярдык ириндер көбөйүп перифолликулярдык ириндүү инфилтратка айланат. Ириндүү инфилтрат тегерек формада болуп, териден жогору карай көтөрүлүп турат, үстүнкү бөлүгү карт болуп, чачтар түшө баштайт, түшкөн чачтын тешикчелери аркылуу ирин-кан аралаш чыгат. Баштын терисинен жагымсыз жыт келет. Ириндүү инфилтраттын көлөмү 3-4 см ге чейин жетет, кээде алар бири-бири менен биригип чоң көлөмдөгү инфилтраты пайда кылышы мүмкүн. Оорулуунун жалпы абалы өзгөрбөйт, бирок кабылдоолор болсо жергиликтүү лимфа бездердин көлөмү чоңоюп, температурасы көтөрүлүп, интоксикациялык белгилер пайда болот.

Диагноз коюу ириндүү инфилтраттан чыккан ириден мазок алуу жолу менен коюлат.

Дарылоо стационарда комплекстүү түрдө жүргүзүлүшү керек. Оорулууну өзүнчө палатага жаткырып, жуунтуп, чачын кырып алуу керек. Ириндүү инфилтратты ихтиол же Вишневский мазы менен майлап, таңуу жасалат жана күнүнө эки жолу алмаштырылат. Мындай таңуулар толук тазаланга чейин жүргүзүлүшү керек. Оорулууга фунгициддик (грибокторго каршы) препараттар берилет (низорал, орунгал, ламизил, гризофульвин ж, б). Ириндүү инфилтратка фунгициддик крем,

маз, гельдер коюлат. Мындан сырткары симптоматикалык жана оорунун кабылдоолорун дарылоо жүргүзүлөт.

Буттун микоздору. Бул группадагы микоздор терини жана тырмактын сезгениши боюнча клиникалык белгилери окшош. Буттун микоздору эң таркалган тери ооруларына кирет (жаш балдардан сырткары) дүйнөнүн 5% жакыны буттун микоздору менен жабыркайт. Оору коомдук жайларда, баняларда, пляждарда, бутунда грибогу бар адамдын бут кийимин кийген учурда, спорт залдарда жугушу мүмкүн. Оорунун жугушуна буттун анатомио-физиологиялык өзгөчөлүктөрү, буттун көп тердеши, вегетодистония, гигиена сакталбаса, тердин химиялык өзгөчөлүктөрү оорунун жугушуна шарт түзөт.

Буттун эпидермофитиясы бир канча клиникалык формаларда өтсө дагы тырмактын жабыркашы менен коштолот. Сезгенүү процессии буттун манжаларынын салааларынан башталат. Көбүнчө 4-5- манжалардын салааларынан башталып, башында

жеңил кычыштырат салаалардын бүгүлгөн жерлеринде мацерация, жеңил ишиген, түлөгөн тилке пайда болот. 2-3 күн өткөндөн кийин түлөгөн тилкенин ортоңку бөлүгүнүн териси жарылып аз көлөмдөгү сероздук суюктук чыга баштайт. Кээде жарылган тери сакайып, кайрадан жарыла баштайт, теринин эпидермиси мацерация болуп



түлөп, сыйрыла баштайт. Башка учурда мацерация болгон тери сыйрылып түшүп, эрозияны пайда кылып, сероздук чыга баштайт. Бул процесс күчөп олтуруп жанындагы салааларга жана таман терисине тарайт. Бөлүнүп чыккан сероздук суюктук гри-

боктордун кийинки өсүшүнө жакшы шарт түзөт дагы теринин төмөнкү катмарларынын сезгенишине алып келет. Мындай учурда катуу кычыштыруучу ыйлаакчалар пайда болуп, эрозиялардын пайда болушуна алып келет. Дарыланбаган учурда сезгенүү процесси үстүнкү бөлүгүнө чейин тарайт, эгерде экинчилик инфекция пайда болгон учурда бут териси ириндеп ишийт, бут баскан учурда ооруйт, лимфангиит, лимфаденит, рожа ооруларын пайда кылышы мүмкүн. Дарыланбаган учурда оору процесси көп жылдарга созулат дагы тырмактардын грибогуна (онихомикоздорго) алып келет.



Рубромикоз негизинен буттун териси жана тырмактар жабыркайт. Буттун таман терисинде туруктуу эритемиянын фонунда роговой катмар калыңдап, кургап түлөйт. Акырындап буттун үстүнкү бөлүгүнө өтөт жана тырмактар жабыркайт.

Рубромикоз негизинен буттун териси жана тырмактар жабыркайт. Буттун таман терисинде туруктуу эритемия-

нын фонунда роговой катмар калыңдап, кургап түлөйт. Акы-

рындап буттун үстүнкү бөлүгүнө өтөт жана тырмактар жабыркайт.



Тырмактада көгүш-сары тактар, сызыктардын пайда болушу менен башталып, акырындап тырмакты толук бузат.



Онихомикоздор.

Колдун жана буттун тырмактарынын грибоктордун таасиринде бузулушу онихомикоздор деп аталат. Тырмакты бузуучу грибоктордун 50дөй

түрү белгилүү. Онихомикоздордун пайда болушуна тырмактын травмалары, иммунитеттин төмөн болушу, гигиенаны сактабагандык шарт түзөт.



Кандидоз. Оорунун козгогучу болуп кандида грибоктору эсептелет. Бул грибоктор адамдын терисинде жана былжыр челдеринде нормада болуп сапрофит түрүндө жашайт. Оорунун пайда болушуна организмдин иммунитетти түшүрүүчү оорулары, узак мезгилге чейин алган антибиотиктер, кортикостероид-

дик препараттар менен дарылануу кандидоздордун пайда болушуна шарт түзөт.

Мындан сырткары теринин травмалары, мацерациялар, былжыр челдердин эрозиялары кандидоздорго алып келиши мүмкүн. Ушуга байланыштуу үстүртөн жабыркатуучу (тери жана былжыр челдерди) жана терең жабыркатуучу висцералдык (ички органдарды) кандидоздор болуп бөлүнөт.

Иммунитети начар көкүрөк мезгилиндеги балдарда (тамак сиңирүүсү бузулган диспепсия болгон, итий болгондор, жасалма тамактануудагы балдар ж.б.) көбүнчө кандидоздук стоматит пайда болот. Ооз көңдөйүнүн былжыр челдеринде ак тактар (налет) пайда болуп, ал бара-бара чоңойуп, биригип эрозияларды пайда кылат. Мындан сырткары ооздун чекесине, эриндерге, тамактын былжыр челдерине, тамак бездерине чейин тарашы мүмкүн. Балдардын тамактануусу бузулат, шилекейи агат, уйкусу бузулат, температурасы жогорулап кабылдоолорго алып келиши мүмкүн.

ВИЧ-инфекция менен ооруган адамдар көбүнчө кандидоздор менен көп жабыркайт.

Кандидоздор өзгөчө семиз адамдарда жана иимунитети төмөн (кант диабети, туберкулез, анемия, ж.б.) адамдарда теринин бүгүлгөн жерлерин (моюн, колтук, чурай, сан, ж.б.) сезгентет. Тери кызыл түстө болуп, сезгенип ишип, эрозиялар пайда болот. Оорулуу терисинин кычышкандыгына арызданат.

Мындан сырткары кандидоздор менен кондитердик ишканаларда иштегендер, нан чыгаруучу жайда иштегендердин колдору жабыркашы мүмкүн.



ндидоздук вульвовагинит, баланит жана баланопостит.

Вульвовагинитте жыныс органдарында катуу кычышуу пайда болуп, кээде ак быштак түрүндөгү выделение пайда болот. Баланит жана баланопоститте эркектин жыныс мүчөсүнүн башы кызарып ишип, эрозия жана ак налет пайда болот, кычыштырат, ачыштырып ооруйт. Жыныс органдарынын кандидозу болсо, жыныстык катнашта жугат.

Висцералдык кандидоздор (системалык) бул ички органдардын кандида грибокторунун таасиринде сезгениши. Оорунун пайда болушуна узак мезгилге чейин антибиотиктерди, гормоналдык препараттар, цитостатиктер кабыл алуу, имунитеттин төмөн болушу (ВИЧ- инфекция, анемия, кант диабети , ишик оорулар ж, б шарт түзөт. Ооз көңдөйүнүн кандидозу акырындап тамак сиңирүү органдарынын (кызыл өңгөч, ашказан, ичегилердин) сезгенишине , жаралардын пайда болушуна, перитонитке алып келиши мүмкүн.

Диагноз коюу оорулуунун арыздарынын, эпидемиологиялык анамнездин, жашоо анамнезинин, клиникалык белгилеринин жана лабораториялык анализ алуу жолу менен коюлат.

Дарылоо: жалпы организмдин имунитетин жогорулатууга багыталыш керек, туура тамактануу, поливитаминдерди ичүү, санитардык-гигиеналык эрежелерди сактоо, ички органдардын ооруларын дарылоо. Оорулууга фунгициддик (грибокторго каршы) препараттар берилет (миконазол, натамицин, флуконазол, клотримазол, нистатин, полижинакс, изоканазол, микосист, фентиконазол, циклопирокс ж.б.) Чоң адамдар үчүн териге жана былжыр челдерге крем, гель, маз жана эритмелер түрүндө колдонууга болот. Кандидоздук баланопоститте фентиконазол (ломексин 2%) кремдин бир күндө 1-2 жолу сүртүлөт дарылоо курсу 8-10 күн. Кандидоздук вульвовагинитте ломексин капсула 1000мг вагинанын ичине, флуконазол 150мг капсуласын берүү керек.

Мындан сырткары иммунотерапия, физиотерапия, бактериалдык препараттар (лактобактерин, колибактерин, дюфалак, кандинорм, нормазе, пребиотикунулин, лактусан, Бон-Санте ж, б) ичирилет. Чоң адамдарга ооз көңдөйүнө 20%- тетроборат натрий глицериндеги эритмесин сүртүүгө болот.

Профилактика: Атайын алдын алуунун жолдору жок. Алдын алуу үчүн жалпы организмдин имунитетин жогорулатуу, ден-

соолукту чындоо, спорт менен машыгуу, туура тамактануу, санитардык гигиеналык эрежелерди сактоо, (жер жемиштерди жууп жеш керек, башка адамдын кийим кечесин, бут кийимин кийбеши керек). Антибиотиктер менен дарылангандан кийин эубиотикалык препараттарды ичиши керек. Организмдеги өнөкөт ооруларды, ириндүү сезгенүүлөрдү өз убагында дарылоо.

Текшерүү үчүн суроолор.

1. Котур оорусу жана анын козгогучу.
2. Котур кенесинин түзүлүшү жана оруну пайда кылуу механизми.
3. Котур оорусунун булагы жана жугуу жолдору.
4. Оорунун клиникасы жана кабылдоолору.
5. Диагноз коюунун жолдору.
6. Дарылоонун жолдору кароонун ыкмалары
7. Алдын алуу.
8. Педикулез жана биттердин түрлөрү.
9. Педикулездун клиникасы жана кабылдоолору.
10. Диагноз коюу.
11. Дарылоонун жолдору жана биттеген адамды кароонун ыкмалары.
12. Алдын алуунун жолдору.
13. Дерматомикоздор, аныктамасы, классификациясы.
14. Кератомикоздор, клиникасы дарылоо.
15. Дерматофитиялар, түрлөрү.
16. Микроспория, клиникасы, дарылоо жана алдын алуу.
17. Трихофития, клиникасы жана дарылоо, алдын алуу.
18. Руброфития, клиникасы, дарылоо жана алдын алуу.
19. Онихомикоздор, клиникасы, дарылоо жана алдын алуу.
20. Кандидоздор, клиникасы, дарылоо жана алдын алуу.

Текшерүү үчүн тестер

1. Котур оорусунун козгогучу – бул:

А) бактериялар б) биттер в) кенелер г) грибоктор.

2. Котур кенесинин узундугу канча болот?

А) 1-2см б) 0,1-0,27мм в) 0,015-0,045мм г) 3-4см

3. Котур оорусунун булагы- бул оорулуу:

А) канаттуулар б) чымын-чиркейлер в) кемирүүчүлөр
г) адамдар.

4. Котур оорусунун инкубациялык мезгили канча?

А) 1-2ай б) 4-6күн в) 7-12 күн г) 20-28 күн.

5. Котур оорусуна кайсы белги мүнөздүү эмес.

А) катуу кычышуу б) температура жогорулайт
в) кычышуу түнү күчөйт г) теринин мүнөздүү учаскалары
жабыркайт.

6. Котур оорусунда кайсы препарат колдонулбайт

А) бензилбензоат б) синафлан в) спрегаль г) серный
мазь.

7. Котур кенесинин ургаачысы бир айда канча жумурка таштайт?

А) 1-2 б) 100-200 в) 30-50 г) 5-7

8. Котур кенеси эмне менен тамактанат?

А) адамдын каны б) теринин эпителиалдык клеткалары
в) теринин май бездери г) чач менен

9) Котур оорусунда чоң адамдын терисинин кайсы участкалары жабыркабайт?

А) ичи жана жамбашы б) бети жана алаканы
В) колтугу жана билеги г) көкүрөк беши жана чурайы

10. Котур менен ооруган адамдын кийимин эмне кылуу керек?

а) дезинфекция жасаш керек б) өрттөө керек
в) мусорго ташташ керек г) дарылоо керек

11. Котур оорусун алдын алуу үчүн кайсы иш чара жүргүзүлбөйт?

А) ооруканага жөнөтүп, комнатасына дезинфекция жүргүзүлөт

Б) эмдөө жасалып, маска тагыш керек

В) оорунун төшөнчүсүн сыртка 10-15 күнгө жайыш керек

Г) санитардык эрежелерди сакташ керек.

12. Адамда кайсы биттин түрү болбойт?

а) баштын бити

б) колтуктун бити

в) чурай бити

г) ич кийим бити

13. Адамда бит кантип пайда болот?

А) биттегенден жугат

б) катуу ойлонгондо

В) таза жүрбөсө

г) травма алып гипстелсе

14. Баш биттесе кайсы белги болбойт?

А) башы көбүнчө түнү кычышат

б) башы ооруп, ысытмалайт

В) баштан жагымсыз жыт пайда болот

г) башта сирке, бит болот

15. Баш битинин инкубациялык мезгили канча?

А) 1айдан ашык

б) башка бит түшкөндөн баштап

В) 3-5 күн

г) 19-21 күн

16. Баштын битин кайсы жол менен дарылоого болбойт?

А) Чачты кырып салып, 20% бензилбензоат эритмеси менен тазалоо.

Б) аллергияга каршы дарыларды жана антибиотиктерди берүү.

В) битке каршы шампундарды колдонуу

Г) майлуу-керосин эритмесинин жардамында

17. Кайсы шампун педикулезго каршы колдонулбайт?

А) педилин б) хигия в) ниттифор г) низорал

18.ич кийимдердин биттеринде кайсы иш чара аткарылбайт?

А) биттгенге антибиотик берип, кийимин өрттөп салыш керек

Б)ич кийимдерин жууп кайнатып, үтүктөш керек

В) териге бензилбензоат эритмесин сүртүү керек

Г) төшөнчүсүн сыртка 7-10 күнгө жаюу керек

19. Грибоктор менен чакырылуучу теринин жана былжыр челдердин сезгениши кандай оорулар деп аталат?

а) пиодермиттер б) дерматоздор

в) дерматомикоздор г) дерматиттер

20.Кератомикоздорго кайсы оору кирет?

А) разноцветный лишай б) трихофития

В) кандидоз г) руброфития

21. Разноцветный лишай оорусунда териде кандай морфологиялык элемент пайда болот?

А) папула б) пустула в) ак тактар г) везикула

22. Разноцветный лишай оорусунда териге кайсы эритмени сүйкөө менен диагноз коюлат?

А) иод б) зеленка в) фукорцин г) спирт

23.Микроспория кайсы жол менен жукпайт?

А) алиментардык б) оорулуу үй жаныбарларынан

В) оорулуу адамдан г) байланыш аркылуу

24. Баштын териси жабыркаса кайсы белги болбойт?

А) чачтар 4-8мм бийиктикте кыркылып түшөт

Б) баштын терисинде папулалар пайда болот

В) баштын териси ириндеп, температура көтөрүлөт

Г) баштын териси жеңил кычыштырып, жалпы абалы

өзгөрбөйт

25. Тери жабыркаганда кайсы белги болбойт?

А) териде ыйлаакчалар жана эрозиялар пайда болот

Б) териде шакек түрүндөгү папулалар пайда болот

В) жеңил кычыштыруу пайда болот

Г) сезгенген теринин ортоңку бөлүгү түлөйт

26. Трихофития кайсы жол менен жукпайт?

А) оорулуу адамдан байланыш аркылуу

Б) оорулуу үй жаныбарларынан байланыш аркылуу

Г) аба чаңдары жана суу аркылуу

27. Инфилтративдүү - иридетүүчү трихофитияны кайсы грибоктор чакырат?

А) антропофилдүү б) зоофилдүү в) аралаш г) чаңдардан жууучу

28. Инфильтративдүү - иридетүүчү трихофитияда кайсы препарат колдонулбайт?

а) вишневский мазы б) синаflan мазы

в) гризеофульвин г) клотримазол

29. Эмненин сезгенишин онихомироз деп атайбыз?

а) баштын терисин

б) тырмактын

в) былжыр челдердин

г) жыныс органдардын

30. Жаш балдардын ооз көңдөйүндө ак налеттордун пайда болуп, шилекейинин агышы менен мүнөздөлүүчү оору эмне деп аталат?

А) ихтиоз б) трихофития в) кандидоздук стоматит г) герпес

31. Кандидоздордун пайда болушуна кайсы шарттар шарт түзөт?

А) Узак мезгилге чейин антибиотиктерди алуу

Б) иммунитеттин начар болушу

В) Фунгициддик препараттарды алуу

Г) узак мезгилге чейин кортикостероиддик дарыларды алуу

32. Теринин кандидозу бүгүлгөн жерлеринин кандидозу кайсы адамда көбүрөөк болот?

А) семиз, иммунитетти начар адамдар

Б) арык, ичи өткөн адамдарда

В) кан басымы жогору адамдарда

Г) Көп төрөгөн аялдарда

33. Кандидоздук вульвовагинитте кайсы белги болбойт?

А) Влагалищанын былжыр челдери кызарып кычыштырат

Б) Влагалища ачыштырып оорутуп, кан кетет

В) Быштак сымал ак түстөгү выделение келет

Г) Былжыр челдерде ак налет жана эрозия пайда болот

34. Кайсы препарат грибокторго каршы колдонулбайт?

А) флуконазол, клотримазол б) нистатин, полижинакс

В) изоконазол, фентиконазол г) цефазолин, орципол

35. Кайсы жол менен кандидоздордун алдын алуу жүргүзүлбөйт?

а) эмдөө жүргүзүлүшү керек б) ден -соолукту чындоо жүргүзүү

в) спорт менен машыгуу г) туура тамактануу.

АЛЛЕРГИЯЛЫК ДЕРМАТОЗДОР

Аллергия- бул организмдин иммундук реакциясы, ушул реакциянын натыйжасында организмдин өзүнүн ткандары жабыркайт.

Иммундук реакциянын натыйжасында ткандардын жабыркашы менен коштолуучу оорулар аллергиялык деп аталат.

Аллергияны аллергендер пайда кылат. Аллергендер- булл организм үчүн бөтөн заттар, ал сенсбилизацияланган организмге кайра-кайра түшкөн учурда аллергияны пайда кылат. Аллергендер экзогендик (сырттан келип түшкөн) жана эндогендик (организмдин өзүнөн пайда болгон) факторлордон турат. Экзогендик аллергендерге;

1. Биологиялык факторлор (мөмө- жемиштер, өсүмдүктөрдүн жыты, чаңы, жаныбарлардын жүнү, териси, тамак-азык заттар ж,б.)

2. Химиялык факторлор (дары-дармектер, парфюмерия, косметика каражаттары, кислота щелочтор, синтетика, краскалар, металдар, консерванттар ж,б.)

3. Физикалык факторлор (климаттык факторлор, күндүн ультрафиолет нурлары, электр тогу, рентген, радиация, ж,б.)

4. Механикалык факторлор. Механикалык факторлордо иммундук реакция жүрбөйт бирок теринин сүрүлүү жана басымдын натыйжасында териде сезгенүү пайда болот.

Эндогендик факторлорго аллергияга тубаса жакындык, ички органдардын өнөкөт оорулары, эндокриндик бездердин функциясынын бузулушу, тамак сиңирүү органдарынын оорулары, мите курттар (гельминтоздор) болушу мүмкүн. Патогенинде аутоаллергендерге каршы аллергиялык реакциялар пайда болот.

Организмдин аллергендерге кайтарган реакциясы 15-20 минутанын ичинде болсо, анда тезинен (заматта) пайда болуучу

гиперсезимдүүлүк деп, ал эми 1-2 сутканын ичинде болсо акырын пайда болуучу гиперсезимдүүлүк деп аталат.

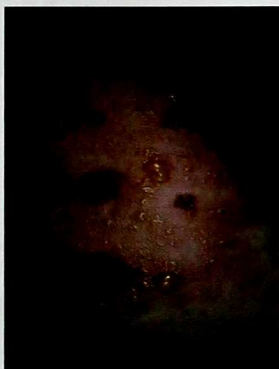
Тезинен пайда болуучу (мисалы анафилактикалык шокто) реакцияда негизги ролдо аллерген жана аллергиялык антителолордун реакциясы пайда болсо, ал эми акырын пайда болуучу реакцияда аллергендер менен сенсбилизацияланган лимфоциттердин реакциясынын натыйжасында пайда болот. Аллергиялык реакциянын тиби аллергендердин касиетине (көлөмү, химиялык составы) жана организмдин реактивдүүлүгүнө (тубаса жана кийин пайда болгон организмдин касиеттерине) көз каранды. Кээ бир инфекциялык оорулардын козгогучтары организмде аллергиялык процесстерди пайда кылат, териде аллергиялык дерматоздор пайда болот (туберкулез, сифилис , лепра, микоз оорулары). Медициналык кызматкерлер оорулууну дарылоо учурунда аллергиялык ооруларды билиши керек жана жардам берүүгө даяр болушу керек.

Фотодерматиттер. Мында аллергендер менен байланыш болуу менен бирге ультрафиолет нурлар таасир этиши керек. Сенсбилизатор болуп кээ бирки дары-дармектер таасир этет.(сулфаниламиддер,гризеофулвин, ихтиол, антигистаминдер, кортикостероиддик мазь жана кремдер)косметикалык каражаттар, порфюмерия, кир жуучу каражаттар, соктор болушу мүмкүн. Көбүнчө теринин ачык участкалары жабыркайт. Териде эритема, микровезикулалар, волдырь жана ыйлаакчалар пайда болуп бара-бара лихенификацияга айланат.

Жөнөкөй же контакту дерматиттер аллергиялык механизмдердин катышуусу жок пайда болот. Себептери кислоталар, щелочтор, жогорку жана төмөнкү температура, радиация,электр тогу, теринин сүрүлүү же басымдын, травмалардын натыйжасында тери сезгенет

Клиникасында тери кызарып (эритема) ишип, папула, везикула, ыйлаакчалар, эрозиялар пайда болуп, сакаюу учурунда те-

ри түлөп кээде туруктуу пигментация болуп сакаят. Тери чон көлөмдө жабыркаса оорулуунун абалы начарлап, алсыз болот, температурасы көтөрүлөт, нерв системасынын функциясы бузулат. Жабыркаган тери ачыштырып ооруйт, тартылат.Кайрадан теринин жабыркашы контакт болгондо кайталанат.



БӨРҮ ЖАТЫШ

(орусча аталышы крапивница, латынча аталышы *urtica*).

Териде жана былжыр челдерде волдырлардын чыгышы жана катуу кычышуу менен мүнөздөлүүчү теринин аллергиялык оорусу.

Себептери:

1. Үйдүн чаңы жана үй жаныбарларына (жүнү, териси, экскременттери) болгон аллергия.
2. Климаттык факторлор (сууктан жана ысыктан).
3. Дары –дармектерден.
4. Тамак –азык заттардан.
5. Тиричиликте колдонулуучу химиялык каражаттар.
6. Экологиялык факторлор (атмосферанын бузулушу, химиялык заттар)



Бөрү жатыш аллергиялык оорулардын арасында көп таралган, дүйнө жүзүндө ар бир үчүнчү адам бөрү жатышка чалдыккан. Бөрү жатыштагы чыгуулар капиллярлардын өткөрүмдүүлүгүнүн жана периваскулярдык ишиктердин негизирде пайда болот. Капиллярдын өткөрүмдүүлүгүнүн жогорулашы кан тамырларга биологиялык активдүү заттардын (гистамин, серотонин, простагландин ж,б) таасиринен пайда болот. Биоло-

гиялык активдүү заттар булут сымал (тучный) жана базофилдик клеткалардан пайда болот. Бөрү жатышта аллергиялык иммунологиялык механизмдин негизинде пайда болот жана псевдраллергиялык реакцияда ушул эле медиаторлор, бирок иммунологиялык механизм болбойт (курт-кумурска чакса, чалкан чакса ж,б).

Клиникасы: Бөрү жатышта теринин ар кайсы участкасында катуу кычышуу менен волдырлардын пайда болушу менен башталат. Волдырлардын көлөмү жана түзүлүшү ар кандай болуп, катуу консистенцияда болот. Чыгуу 1-2 саатка чейин созулуп андан кийин жоголот тери мурунку калыбына келет. Чыгуу болгон учурда оорулууда температурасы жогорулап, чыйрыгат, башы ооруйт, алсыз болот.

Квинке ишиги. Бул оорунун оор формасында оору процесси тери астындагы май катмарынан башталат, Ишик экссудат чогулуп жергиликтүү ишиктерди пайда кылат Көбүнчө Квинке ишиги эриндерде, көздүн кабагында, ооздун былжыр челинде, сырткы жыныс органдарда пайда болот. Пайда болгон ишиктер катуу консистенцияда болуп, териден жогору көтөрүлүп турат. Ишик 2-3 суткага чейин сакталат. Оорулуу теринин ишигине, кээде теринин кычышканына арызданат. Өзгөчө тамактын ишиги (коконун) коркунучтуу себеби дем алуунун жетишсиздигин, кургак жөтөлгө жана үндүн чыкпай калышын пайда кылып, асфикцияга алып келет. Дем алуу кыйындап баштайт, цианоз пайда болот, андан кийин кубарат, оорулуу тынчсыз болот. Оор формаларында бейтап курч дем алуунун жетишсиздигинен өлүп калышы мүмкүн.

Дарылоо; Биринчи кезекте аллергенди аныктап, байланышты токтотуу керек. Кайсы тамак аштан болсо, анда аны жебеши керек, эгерде билбесе анда гипоаллергендүү диетада болушу керек. Гипоаллергендүү диетада жумуртка, балык, икра, деңизден алынган продукталар, козу карындар, жаңгак, бал, шоколад, сабиз, малина, клубника, карагат, цитрус, помидор, щпинат, колба-

са, сыр, майонез, уксус, спирт ичимдиктери, туздуу жана ачуу тамактарды жебеши керек. Оорулуу сүт тамактарды, гречка, суда бышырылган күрүч, картофель, капуста, жаңы бышкан бадыран, көк түстөгү алма, кайналы, алмурут, уйдун эти (кайнатылган же бууга бышырылса), коендун, жылкынын жана индейка этин жесе болот. Эгерде сууктан болсо оорулуу жылуу жүрүп, суукка чыкпашы керек. Оорулуга аллергияга каршы же антигистаминдик препараттар (димедрол, тавегил, диазолин, лоратадин, кетотифен, зиртек, цетиризин, ломилан, ж,б) берилет. Десенсибилизациялык дарылоо жүргүзүлөт, Кальций препараттары берилет. Эгерде тамактан болсо же дары каражаттарын ичкенден болсо анда слабительный (ич өткөрүүчү) препараттар берилет. Заара айдоочу препараттар берилет. Эгерде оорулуунун абалы начар болсо же отек Квинке болсо анда тезинен оорулууга жардам берүү керек. (ЛОР же жандандыруу бөлүмүндө).

ЭКЗЕМА

Теринин үстүңкү катмарынын жабыркашы менен мүнөздөлүүчү теринин нерв-аллергиялык оорусу.

Экземанын себептери ички (тубаса жакындык) же сырткы аллергиялардан болушу мүмкүн. Ички факторлорго тубаса жакындыктан башка ички органдардын оорулары жана эндокриндик системанын оорулары себеп болушу мүмкүн.

Сырткы факторлорго химиялык, физикалык, механикалык жана биологиялык аллергиялар болот.

Экземанын клиникалык көрүнүшү патологиялык процесстин стадиясына, жайгашуусуна жана организмдин индивидуалдык касиеттерине жараша болот. Клиникасы оорунун жүрүшүнө жараша курч жана өнөкөт болуп бөлүнөт.

Курч экзема. Оору жабыркаган теринин ишип, кызарганынан башталат дагы, чек арасы таза териге билинбей өтөт. Сезгенген териде майда папулалар пайда болуп алар микровезикулага айланат. Андан кийин кээ бир учурда везикуланын ичиндеги суюктук (сероздук же ириндүү) катып сары же ак түстөгү картты пайда кылса, кээ бир учурда везикулалар жарылып ордуна эрозияны пайда кылат дагы көп өлчөмдөгү илешкек сероздук суюктук бөлүп чыгара баштайт. Эгерде везикулалар көп жана жыш жайланыпса бири-бири менен биригишип кетсе анда чоң эрозияны пайда кылып нымдуу эрозия пайда болот (мокнушая экзема). Сезгенүү токтогон сайын везикулардан чыккан сероздук суюктуктун бөлүнүшү азайып токтойт, сероздук карттар пайда болот. Карттар түшкөндөр кийин орду түлөп түшөт дагы тери мурунку калыбына келет. Бирок баардык эле учурда жогоруда айтылгандай клиникасы боло бербейт, жабыркаган териде сезгенүү кайрадан пайда болуп, кээде башка тери участкаларына дагы тарайт. Бир участкада кызарып ишисе, башка участкада ве-

зикулалар жана эрозия, үчүнчү участкада нымдалган эрозияны көрүүгө болот.



Өнөкөт экзема. Көпчүлүк учурда экзема көп айларга же жылдарга созулат. Жабыркаган тери калындап катып, түлөйт, кээбир жерде терең жарылып оорутат. Оору күчөгөн учурда териде курч экземанын клиникасын пайда кылат.

Курч жана өнөкөт экземада теринин катуу кычышуусу менен коштолот. Экзема теринин бир эле участкасында болушу мүмкүн, кээде ал таралып бүт дененин капташы мүмкүн, бирок

көп учурда теринин ачык участкалары (бет, кол, бут териси) жабыркайт. Оорунун жайлануусуна жараша дагы клиникалык өзгөчөлүктөрү болот.



Мисалы баш терисинде болсо көп сероздук суюктук чыгат, сары карты пайда кылат, чачтар биригип жагымсыз жытты пайда кылат. Бет терисинде болсо ишип рожа оорусуна окшош болуп калат. Көкүрөк бездеринде болсо везикулалар пайда болуп эрозияларды пайда кылат. Экинчилик инфекция түшкөн учурда фолликулит, фурункул, рожа жана башка ооруларын пайда кылат.



Дарылоо: Биринчи кезекте оорунун себебин аныктоо керек, бул үчүн оорулууга текшерүү жүргүзүлөт. Ар бир оорулууну индивидуалдуу дарылоо керек.



Режим: Аллерген менен болгон байланышты токтотуу, эмгек жана эс алуу режимин сактоо, стресстин алдын алуу.



Диета: Экземаны пайда кылган тамак азык заттарды жебеши керек же гипоаллергендүү диетаны сакташы керек. Дарылоо жергиликтүү жана жалпы организмдеги ооруларды дарылоого багыталышы керек.

Жергиликтүү дарылоо. Эгерде тери кызарып ишип, жарыла элек везикулалар болсо, анда териге болтушка, тальк, крахмал, цинк колдонулат. Териде сезгенген, нымдалган тери участкалары болсо, у анда муздатуучу примочкалар, компресс колдонулат. Өнөкөт экземада жылытуучу ванналар, компрессстер, глюкокортикоиддик маздар (синафлан, фторокорт, лоринден, селестодерм, преднизолон мазы ж, б.) жана физиотерапиялык дарылоо жүргүзүлөт.

Жабыркаган терини самындап жууп же сууланганга болбойт, анын ордуна терини атайын май, кремдер менен тазаласа болот. Жабыркаган терини сырткы шамалдан, сууктан, кардан, механи-



калык, факторлордон коргоо керек. Жүндөн, териден жасалган кийимдерди кийбеши керек.

Жалпы дарылоо. Ички органдардын ооруларын нерв жана эндокриндик системанын ооруларын дарылоо жүргүзүлөт. Санатордук-курорттук дарылоо, климатотерапия жүргүзүү керек.

Балдардын экземасы: Негизинен эксудативдүү-катаралдык диатездин фонунда пайда болот. Көбүнчө тамак-аштан пайда болгон аллергия себеп болот. Кош бойлуулук мезгилдеги тамак-аштан пайда болгон сенсбилизация дагы чоң ролду аткарат. Тамак-ашта көбүнчө уйдун сүтү, жумуртка, балык, жашылча-жемиш (помидор, цитрус, жүзүм, клубника, малина ж.б) жаңгак ошондой эле натуралдык сок, пюре, аралашмалар болушу мүмкүн. Мындан сырткары эрте кошумча тамактандырууну киргизүү же жасалма тамактандыруу да себеби болушу керек. Өспүрүм балдарда комнатанын чаңы, өсүмдүктөрдүн чаңы, жыты, жүндөн, краскалар, порфюмерия болушу мүмкүн. Оору бет терисинен башталып кызарат, ишийт майда везикулалар пайда болот тез жарылып эрозияларды пайда кылат. Чыгуу катуу кычышуу менен коштолот көбүнчө түнкү мезгилде күчөйт. Кээ бир учурда эрозиялар кургап карт менен капталат, кээде эрозиялардан сероздук суюктук чыгып экземаны пайда кылат. Процесс бара-бара тарап баштын терисине, кулака, мойнуна жана бүт денесине тарап кетиши мүмкүн. Оору узак мезгилге чейин жүрөт, 3-5 жашта көпчүлүк учурда толук сакаят, кээде экзема нейродермитке айланат. Тери кургап түлөйт, чачтын өсүшү начар болот лихенизация жүрөт.

Контролдук суроолор:

1. Аллергиялык оорулар деп кандай ооруларды атайбыз?
2. Аллергендер деген эмне жана алардын кандай түрлөрү бар?
3. Аллергияда организмде кандай өзгөрүүлөр пайда болот?
4. Бөрү жатыш оорусу жана анын себептери кайсылар ?
5. Бөрү жатыш оорусунун клиникасы.
6. Бөрү жатыш оорусунун кабылдоолору кайсылар?
7. Бөрү жатыш оорусуна диагноз коюу жана дермаграфизм кантип аныкталат?
8. Бөрү жатыш оорусун дарылоо жана режим, диетаны сактоонун мааниси.
9. Экзема оорусу жана анын себептери.
10. Курч жана өнөкөт экзема, алардын клиникасы.
11. Экзема оорусун дарылоо жана кароонун ыкмалары.
12. Аллергияга каршы дарыларга кайсы дарылар кирет?

Контролдук тестер:

1. Кайсы ооруларды аллергиялык оорулар деп айтабыз?

- А. жугуштуу ооруларды Б. травмаларды
В. Иммундук реакциялардан пайда болгон ооруларды
Г. Баарын.

2. Аллергендер деген эмне?

- А. организм үчүн бөтөн заттар Б. бактериялар
В. кислоталар жана щелочтор Г. тамак –аштар

3. Кандай адамда аллергия пайда болот?

- А. аллергиядан корксо Б. каны аз болсо
В. инфаркт болсо Г. сенсбилизация болсо

4, Ушулардын кайсынысы экзогендик аллергияларга кирбейт?

- А. тубаса жакындык Б. биологиялык факторлор
В. химиялык факторлор Г. физикалык факторлор.

5. Ушулардын кайсынысы экзогендик факторлорго кирет.

- А. тубаса жакындык Б. биологиялык факторлор

В. өнөкөт ички органдардын оорулары Г. гельминтоздор

6. Бөрү жатыш оорусунда кайсы элемент пайда болот?

А. папула Б. эрозия В. вольдыр Г, лихенификация

7. Бөрү жатыш оорусунда кайсы симптом болбойт?

А. тери кызарып, жара пайда болот. Б. тери кычышып, вольдыр пайда болот. В. жергиликтүү жана жалпы температура көтөрүлөт. Г. 1-2 сааттан кийин жоголот.

8. Бөрү жатыш оорусунун кабылдоосу кайсы?

А. анафилактикалык шок. Б гипертониялык криз

В. гипогликемиялык кома Г. отек Квинке

9. Бөрү жатышты дарылоодо кайсы режимди сакташы керек?

А. аллерген менен байланышты токтотуу. Б. постелдик режимде болушу керек. В. эмдөөлөрдү алышы керек. Г. маска тагынышы керек.

10. Эгерде оорулуу кайсы тамак- аштан аллергиясы бар экендигин билбесе, анда оорулуу эмне кылышы керек.

А. баарын жей бериши керек. Б. алкогольдук ичимдиктерди ичпеши керек. В. гипоаллергендүү диета сакташы керек. Г. цитрус жемиштерин жебеши керек.

11. Теринин үстүңкү катмарынын сезгениши менен мүнөздөлүүчү тери оорусу кайсы оору деп аталат?

А. бөрү жатыш Б. экзема В. пиодермит. Г. рожа.

12. Экземанын кандай түрлөрү болот?

А. курч жана өнөкөт Б. жергиликтүү жана таркалган

В. жеңил жана оор Г. кычышуучу жана оорутуучу

13. Экземанын клиникасы эмне менен башталат?

А. теринин кычышуусу жана волдырдын пайда болушу менен

Б. тери кызарып, ишип микровезикулалар пайда болот.

В. ысытмалап, башы ооруп териси ачыштырып ооруйт

Г. териде ириңдүү жаралар пайда болуп, тез жайылат.

14. Экземаны туура дарылоонун кайсы жолу туура?

- А. постелдик режимде болуп, антибиотик берүү керек.
- Б. режим жана диетаны туура сактап, аллергияга каршы дарылоо
- В. терисине таңуу жасап, суюк тамактарды берүү
- Г. терисине антибиотиктик кармаган маздарды сүртүү

15. Экземаны дарылоодо кайсы маздар колдонулат?

- А. левомецетин, стрептоцид
- Б. синафлан, флуцинар
- В. тербизил, фторокорт
- Г. оксолин, ацикловир

НЕЙРОДЕРМИТ

Нейродермит оорусунун пайда болушуна негизги ролду тубаса жакындык менен бирге нерв системасынын функционалдык абалынын бузулушу эсептелет. Мындан сырткары аллергендер, ички органдардын өнөкөт оорулары болушу мүмкүн. Клиникасында очоктук (жергиликтүү) жана диффуздуу (таркалган) нейродермит болуп эки формада жүрөт.

Жергиликтүү формасында негизгинен моюндун арткы бөлүгүндө, такымында, чыканактын ички бөлүгүндө, сандын ички бетинде болот. Жабыркаган теринин ортоңку бөлүгү кызарып калындайт, бырыштары күчөйт, папулалар пайда болот, перифериясында гиперпигментация пайда болот.

Таркалган формасында тери ар кайсы участкалары жабыркайт. Териде гиперпигментация пайда болуп, тери кургайт калындайт, бырыштары күчөй баштайт. Жабыркаган тери майда түлөп жарылат. Эки формасында тең катуу кычышуу пайда болуп тери



калындап кургап, бырыштары күчөйт, папулалар пайда болот. Дерматиттерде теринин кан тамырларынын реактивдүүлүгү өзгөчө болот аны дермографизмди аныктоо жолу менен билсе болот. Ден соолугу чың адамдын териси механикалык дүүлүктүрүүгө үч фазалык реакция менен жооп берет. Механикалык дүүлүктүрүүдөн кийин 10-15 секунд өткөндө дүүлүктүрүү линиясы менен эритема пайда болот, 40-60 секунддан кийин эритема линиясынан сырткары жанына таралат, 90секунддан

кийин борбордук эритеманын линиясында (начар байкалган) ишик пайда болот (кызыл дермографизм). Нейродермит менен ооруган адамдарда башында эритема пайда болуп ал тез эле бозоруп периферияга тарай баштайт (ак дермографизм).



Дарылоо: Режим сакталышы керек. Бул үчүн аллергендер менен болгон байланышты токтотуу. Ден соолукту чыңдоо жана иммунитетти көтөрүү керек. Өз убагында эс алуу жана иштөөсү керек. Стрессердин алдын алуу. Диетаны сактоо керек, кайсы тамактан болгонун билсе анда ал тамакты жебеши керек же билбесе гипоаллергендүү диетаны сакташы керек. Теридеги ириндүү ооруларды дарылоо жүргүзүлөт. Ички органдардын өнөкөт ооруларын дарылоо. Оорулууга аллергияга каршы дарыларды берүү керек. Мындан сырткары десенсибилизациялык дарылоо, витаминотерапия, иммунитетти жогорулатуучу препараттар барилиши керек. Териге глюкокортикостероиддик маздар колдонулат. Физиотерапия жүргүзүлүшү керек. Атопиялык дерматиттердин алдын алуу үчүн кош бойлуулук мезгилинен башталышы керек. Эгерде ата-энесинде аллергиялык оорулар болсо анда диета сактап дары – дармектерди ичпегенге аракет

жасашы керек. Төрөлгөндөн кийин диета сактап, баланы тура гигиеналык кароо жүргүзүү керек. Балдардын самыны менен жуунтуу, кийимдерин синтетикалык порошоктор менен жууганга болбойт. Эмдөө жүргүзгөндө, кан куюда, дарыларды бергенде дайыма аллергиясын эске алуу менен алдын алууну жүргүзүү керек.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Териге мономорфтук папулездук элементтердин чыгышы менен мүнөздөлүүчү, себеби так аныкталбаган терини узак мезгилге чейин жабыркатуучу тери оорусу.



Адамдарда ар кайсы курактарында кездешет, кээде териден сырткары былжыр челдер кошо жабыркайт. Оорунун себеби так аныкталган эмес, ошондой болсо да себептери болушу мүмкүн тубаса жакындык, дары-дармек-терге аллергиясы болсо,



нерв системасынын функционалдык бузулушу (стресс, травмалардан кийин, психотравмалар ж,б).

Клиникасында теринин мүнөздүү учаскаларында (балтырларда, билектин ички бетинде, чурайда, ооздун былжыр челдеринде) майда папулалар пайда болот. Папула жалпак, кызыл, көгүш же күрөң түстө болушу мүмкүн. Кээ бир папулалардын ортонку бөлүгү чукураят, папулалар барган сайын чоңоюп, бири-бири менен биригишип бляшкаларды пайда кылат, үстүнкү бетиндеги тырыштары күчөйт (Уикхем торчосу). Кээ бир бейтаптардын терисинде пигментациялар, везикулалар жана атрофиялар болушу мүмкүн. Жабыркаган тери учаскасы кычыштырат. Ооздун былжыр челинде папулалар топ-тобу менен чыгышып бир сызыкта же тиштердин бириккен бөлүгүнүн тушунда жайгашып агыш-боз түстө болот.

Дарылоо: Ооруну пайда кылган жана күчөткөн дары-дармектерди, химиялык заттарды аныктап байланышты токтоо. Ички органдарды текшерүү жана ооруларын дарылоо, тамак сиңирүү органдарын изилдөө, кандагы глюкозаны аныктоо, ооз көңдөйүнө санация жасоо. Оорулууга антигистаминдик (аллергияга каршы), седативдүү препараттарды берүү, антибиотиктер, витаминдер жана кальций препараттары берилет. Териге глюкокортикостероиддик маздар коюлат.

ПСОРИАЗ

Териге мономорфттук папулалардын чыгышы менен мүнөздөлүүчү өнөкөт тери оорусу.

Оорунун этиологиясы жана патогенези толук аныктала элек. Себептери болушу мүмкүн: 1. Тубаса жакындык.

2. Иммундук системанын бузулушу.

3. Ар кандай инфекциялык оорулар (бактериалдык, вирустук жана грибоктук)

4. Нерв системасынын функциясынын бузулушу (стресстер, психотравмалар).

Кээ бир учурда себеби так аныкталбайт.

Клиникасы: Кээ бир бейтаптарда оору курч мүнөздө башталат, кээде көп жылдарга чейин аз көлөмдөгү бляшкалар сакталып жүрө берет (чыканагында жана тизесинде). Оору үч стадияда жүрөт.

1. Прогрессивдүү стадиясы.

2. Стационардык стадиясы.

3. Регрессивдүү стадиясы.

Прогрессивдүү стадиясында теринин мүнөздүү участкаларында папулалар пайда болуп, бара-бара көлөмдөрү чоңоюп биригишип, бляшкаларды пайда кылат. Бляшкалар кызыл түстө болуп, таза териден дана айырмаланып турат. Бул стадияда теринин кычышуусу пайда болот.

Стационардык стадияда жаңы элементтердин чыгышы токтойт, кычышуусу азаят, бляшкалардын үстүңкү бети түлөй баштайт. Теринин кычышуусу күчөйт.

Регрессивдүү стадияда бляшкалар жалпаят, теринин түлөшү азаят жана бляшканын ортоңку бөлүгүнөн баштап папулалар жоголуп тери мурунку калыбына келет. Бирок тизе же чыканакта бир дежур бляшка калат. Мындан сырткары тырмактар жабыркайт, саргайып калындап, тырмактын үстүңкү бетинде туурасы-

нан жайгашкан дөмпөкчө жана чуңкурчалар пайда болот. Чачтын өсүшү начарлайт, өңү бозоруп сына баштайт. Көпчүлүк учурда балдарда жана аялдарда папулалар кызыл түстө болуп, теринин түлөшү картка айланат, кээде курч формада болот (эксудативдүү псориаз). Жогорудагы аталган формалар тоталдык теринин жабыркашына алып келет, элементтер көрүнбөйт, бирок тери жалпы жабыркайт. Мындай псориаздын жүрүшү псориастикалык эритродермия деп аталат. Бул формасы оор өтүп, узака созулат, теринин тартылышы, температуранын жогорулашы интоксикациялар белгилер пайда болот.

Псориаз оорусунун түрлөрү :

1. Кадимки (вульгардык) .
2. Жергиликтүү.
3. Эксудативдүү.
4. Артропатиялык.
5. Пустулездук.
6. Эритродермия.

Псориаз оорусуна диагноз коюу: Мүнөздүү клиникалык белгилеринин негизинде жана үч мүнөздүү белгисин аныктоо жолу менен коюлат. Элементтерди кырууда.

1. Стеарин тагы

2. Терминалдык пленка чыгат

3. Кан чекиттери пайда болот.

Дарылоо жана кароонун ыкмалары: Оорунун стадиясына, формасына, сезонун жараша жалпы жана сырткы дарылоо жүргүзүлөт. Жалпы дарылоодо оорулууга седативдүү, антигистаминдик препараттар жана витаминдер берилет. Мындан сырткары дезинтоксикациялык методдор колдонулушу мүмкүн (гемодиализ, гемосорбция, ультрафильтрация, плазмофорез). Кээде цитостатиктер жана кортикостероиддер колдонулат. Жабыркаган териге глюкокортикостероиддик маздар, салицил маздары коюлат. Физиотерапиялык процедуралар (ванна, парафин аппликациялары, УФО ж,б). Санатордук – курорттук дарылоо дагы жакшы натыйжа берет.

Оорулуу сакайгандан кийин оорунун кайталануусунун алдын алуу керек. Бул үчүн дайыма режим жана диетаны сактоо,

стресстердин алдын алуу, ден-соолукту чыңдоо, ички органдардын ооруларын дарылоо, эмгек жана жумуш режимин сактоо жүргүзүү керек. Оорулуу диспансердик көзөмөлдө болушу керек.



Контролдук суроолор:

1. Красный плоский лишай оорусунун этиологиясы жана клиникасы.
2. Красный плоский лишай оорусуна диагноз коюу жана дарылоо.
3. Нейродермит оорусу себептери
4. Нейродермит оорусунун клиникасы жана дарылоо
5. Псориаз оорусу себептери, классификациясы
6. Псориаз оорусунун клиникасы
7. Псориаз оорусуна диагноз коюу, дарылоо жана диспансеризациялоо.

ВИРУСТУК ДЕРМАТОЗДОР

Вирустук дерматоздор

Теринин жана былжыр челдердин вирустардын таасиринде жабыркашы вирустук дерматоздор деп аталат.

Вирустук дерматоздорго:

1. жөнөкөй герпес же учук оорусу.
2. Опоясывающий лишай.
3. Сөөлдөр (бородавки)
4. Контагиоздук моллюск.

Вирустук дерматоздор жалпы тери ооруларынын чон адамдарда 3-4%, ал эми балдарда 10% түзөт. Вирустуу дерматоздордун инкубациялык мезгили бир нече күндөн 2-3 айга чейин, ал эми сөөлдөрдө 9-10 айга чейин созулушу мүмкүн. Оору вирустук дерматоздор менен ооруган адамдардан же вирусту алып жүрүүчүлөрдөн аба тамчылары жана байланыш аркылуу жугат. Герпес, сөөлдөр жана контагиозный моллюск жыныстык катнаш аркылуу дагы жугушу мүмкүн, ошондуктан буларды венерикалык оорулардын катарына кошсо болот.



Герпес же учук оорусу. Герпес оорусунун вирусунун эки түрү бар. Биринчи тиби ооз жана мурун айланасынын жана былжыр челдерин сезгентет. Ал эми экинчи тиби жыныс органдарынын былжыр челдерин сезгентет. Вирустар сырткы чөйрөнүн шарттарына туруксуз болот. Оору оорулуудан соо адамга абатамчылары жана байланыш аркылуу жугат. Оорунун жугушуна

жана пайда болушуна иммунитеттин кескин төмөндөшү шарт түзөт (катуу коркуу, чочуу, ОРВИден кийин, суук өткөн учурда, травмалардан кийин ж.б). ВИЧ, онкологиялык жана туберкулез менен ооругандарда көп кездешет. Вирус организмде сакталып иммунитетти төмөндөгөндө оору пайда болот.

Клиникасында оору курч мүнөздө башталат, жабыркаган териде кычышуу, сайгылашуу жана оору менен коштолот. Андан кийин топ-топ болуп майда везикулалар чыгат. Везикуланын ичинде тунук сөзүктүк суюктук болот, ал суюктук бара-бара бозоруп 3-4 күндөн кийин сары картка айланат. Карт түшкөн учурда ордунда эрозия калат. Оору 1-2 жумага созулуп, эрозиялар эпителизация болуп убактылуу тактын пайда болушу менен сакаят. Вирустар былжыр



челдерде сакталат, иммунитет төмөндөгөндө оору кайталанат. Иммуитети начар адамдарда температурасы жогорулап, чыйрыгат, лимфа түйүндөрү чоңоет, вирустук кабылдоолор болушу мүмкүн. Герпес оорусунун жүрүшүнүн түрлөрү:

1. Жөнөкөй 2. Эриндердин. 3. Жыныс органдардын герпеси. 4. Лихорадкалуу. 5. герпестик стоматит. 6. герпетиформдук экзема. 7. Кайталануучу (рецидивдүү). Ооз көңдөйү сезгенгенде, сүйлөгөндө жана тамактанганда ооруп, шилекейи агат, былжыр челде эрозиялар пайда болот. Мурун көңдөйүндө болсо, мурун аркылуу дем алуу начарлап, ооруйт кээде канайт.

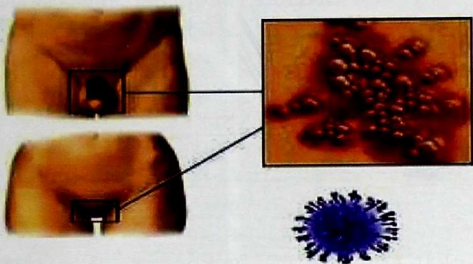
Жыныс органдарында герпетикалык эрозиялар пайда болот. Жыныс органдары ооруйт жана интоксикациялык белгилер пайда болот.

Герпетиформдук эритемада аллергияга жакын жаш балдарда кезигет. Эритеманын фонунда көп сандагы везикулопапулездук элементтер пайда болуп, лимфаденит, стоматит, конъюнктивит, кератит пайда болот. Менингеалдык белгилер, тамак сиңирүүнүн бузулушу, пневмония, септикалык абалдар болушу мүмкүн.

Герпестин кайталануучу формасы бир эле участкасында пайда болот. Жөнөкөй формасынан айырмасы болбойт, аялдарда менструалдык цикл менен байланыштуу болушу мүмкүн. ВИЧ-инфекцияда жөнөкөй, рецидивдүү жана ооз көңдөйүнүн герпеси бир эле мезгилде пайда болушу мүмкүн.

Дарылоо. Жабыркаган териге анилин краскаларын сүртүп, вируска каршы крем жана маздар колдонулат. Ацикловир, оксолин мазы, бонафтан, интерферон, госсипол, пантенол, улкарил, рибазол колдонулат.

Ооз көңдөйү сезгенсе ромашка, шалфей кайнатмасы, перекись водороду, калий перманганат эритмеси менен чайкоо керек.



Жыныс органдарында болсо күмүш нитраты, танин колдонулат. Оорулууга витаминотерапия, антигистаминдик препараттар берилет. Экинчилик инфекция болсо антибиотиктер берилет. Вируска каршы препараттар берилет (ацикловир, рибазол) Имунитетти жогорулатуучу препараттар берилет.

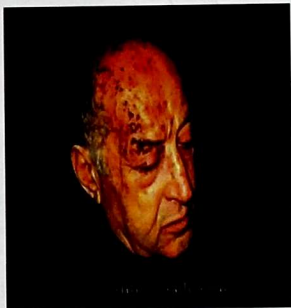
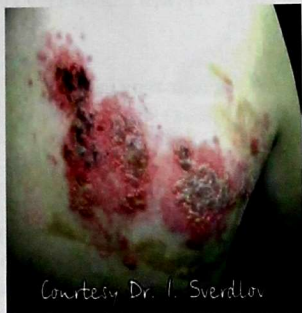
Алдын алуу. Жалпы имунитетти жогорулатуу, ден соолукту чыңдоо, туура тамактануу, гигиеналык эрежелерди сактоо, ОРВИнин алдын алууну жүргүзүү керек. Мындан сырткары организмдин өнөкөт инфекциялык ооруларын дарылоо. Суук өтүүнүн, травмалардын стрестин алдын алуу керек.

Опоясывающий лишай

Оорунун козгогучу герпес зостер (varicella zoster) вирусу. Оорунун булагы оорулуу адам. Жугуу жолдору аба тамчылары жана байланыш аркылуу соо адамга жугат. Организмге түшкөндөн кийин көбөйүп, кан аркылуу бүт организмге тарайт, өзгөчө сезүүчү нерв талчаларына, организмде имунитет начарлаганда оору пайда болот. Оорунун пайда болушуна имунитеттин начар болушу себеп болот. (суук өткөндө, кары жана жаш

балдарда, өнөкөт оорукчан адамдарда, ОРВИден кийин, травма-ларда ж,б). Оорунун инкубациялык мезгили 10-20 күн. Вирустар тамак бездеринде сакталып иммунитет төмөндөгөндө канга өтүпнервдерди жана терини жабыркатат. Негизинен бет, моюн жана дененин бир жак бөлүгү сезгенет, кээде көздүн, мурундун жана ооздун былжыр челдери сезгенет.

Оорунун клиникасы. Оору курч мүнөздө башталат, тем-пературасы көтөрүлүп, жабыркаган бөлүктө невралгиялык оору пайда болуп, интоксикациялык белгилер пайда болот. Оорунун 2-5 суткасынан баштап, жабыркаган териде ишиктүү эритема пайда болуп, бир сааттан кийин топ-топ болуп ооруткан везику-лалар чыгат. Сезгенген тери таза териден даана айырмаланып турат. Бир нече күндөн кийин везикуланын ичиндеги суюктук бозоруп коюуланып сары картка айланат, эритема түсүн жоготуп бозоро баштайт. Карттар түшкөндөн кийин ордунда эрозия ка-лат. Везикулалар чыккандан кийин оорулуунун абалы жакшы-рат, температурасы төмөндөп, табити жана уйкусу калыбына ке-ле баштайт. Жаш балдарда чоң адамдардан айырмаланып. Чыгуу оору башталган учурдан баштап пайда боло баштайт. Иммуни-те ти начар бейтаптарда 3-4 суткадан баштап кийин кайрадан тем-пературасы жогорулап. Жабыркаган теринин карама-каршы бөлүгү сезгенет. Ошентип жабыркаган терини айлантып сезген-тет, ошондуктан айлантуучу (курчоочу, орусча опоясываю-ший) лишай деп аталат. Оору 4-5 жумага чейин созулат, кээде ар кандай кабылдоолор болушу мүмкүн (менингит, пневмония, артрит. Парездер, булчуңдардын тиктери, ж.б). Оорунун жүрүшү боюнча таркалган,геморрагиялык, буллездук, гангре-ноздук жана аборттивдүү формалары болушу мүмкүн.



Дарылоо жана кароонун ыкмалары:

Оорулууну стационарда дарылоо керек. Бейтап өзүнчө палатага жаткырып 21 күнгө изоляциялоо керек. Оорунун курч мезгилинде постелдик режимде болушу керек. Палата жылуу, таза жана жарык болушу шарт. Диетасында көп өлчөмдөгү суюктуктарды берүү, компот, чай, суюк түрүндөгү тамактар. Спирт ичимдиктерин. Ачуу жана майлуу тамактарды жебеши керек. Оорулууга оруну басаңдатуучу дарылар берилет (аналгин, баралгин, кетонал, ж,б). Вирустарга каршы дарылардан ацикловир 800мг 5 жолу 7-10 күн, рибазол 1 капсуладан 3 жолу 7 күн берилет. Антибиотиктер жана антигистаминдик препараттар берилет. Витамин В группасындагы витаминдер жасалат (В1-В12). Физиотерапия, рефлексотерапия (диадинамикалык ток, ультразвук ж,б) жүргүзүлөт. Оору басаңдагандан кийин УФО, аутогемотерапия жүргүзүлөт. Жабыркаган териге анилиндик эритмелерди сүртүү, вируска каршы крем маздарды коюу керек (ацикловир, улкарил, рибазол ж,б). Оорулуу толук сакайганга чейин жуунганга болбойт. Ооруп сакайгандан кийин оорунун кайталануусун алдын алуу үчүн ден соолукту чыңдап, туура тамактануу, ОР-

ВИнин алдын алуу, стресстин жана суук өтүүнүн алдын алуу керек.

Сөөлдөр

Териде пайда болгон сөөлдөрдүн төрт түрү бар.

1. Жөнөкөй (кадимки же вульгардык)
2. Жалпак (өспүрүм балдардын сөөлү)
3. Таман сөөлү
4. Учтуу сөөлдөр (кандилома).

Сөөл сөөлү бар адамдан соо адамга байланыш аркылуу

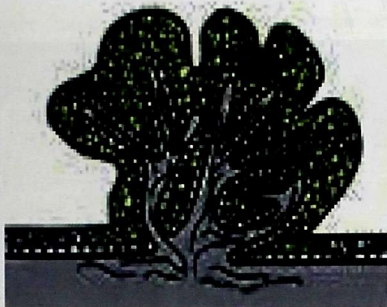
(учурашканда, перчаткилеринен, кийим кече, чачык,мочалка) жугат. Оорунун жугушуна теринин бүтүндүүлүгүнүн бузулушу шарт түзөт, тери сыйрылган, микрожарылган болсо, жаралар жана сезгенген болсо.

Сөөлдүн инкубациялык мезгили узак 8-9 айдан бир жылга

чейин. Сөөлдөр эпидермалдык ишиктердин түрүнө кирет көлөмү 2см чейин жана оорутпайт.

Жөнөкөй сөөлдөр негизинен колдун үстүнкү бетинде пайда болот. Башталган учурда бир сөөл пайда болуп, чоңоюп, андан кийин майда сөөлдөр чыга баштайт. Сөөл оорутпайт, териден көтөрүлүп турат.үстүнкү бети быдыр болуп, түсү боз түстөн күрөң түскө чейин болот. Кээде сөөлдөр биригип чоң сөөлдөрдү пайда кылат.

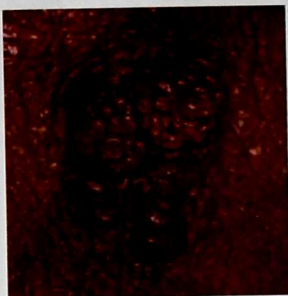




Жалпак же өспүрүм балдардын сөөлдөрү көп санда чыгат, көбүнчө колдо бет терисинде болот. Сөөлдөр жалпак, үстүңкү бети жылмакай тегерек формада болуп, көп мезгилге чейин жүрөт, кээде кайталанат.

Тамандын сөөлдөрү таманга кээде алаканга чыгат. Сөөлү бар адамдан соо адамга байланыш аркылуу жугат (бут кийими, байпагы, коомдук мончолордо, пляжда, бассейинде ж.б) . Оорунун жугушуна тамандын микротравмалары, буттун терчил болушу, грибоктор, кыскан бут кийим кийген учурлары шарт түзөт. Көпчүлүк учурда бир сөөл чыгып ал барган сайын чоңоет, териден бир көтөрүлүп турат, кээде мозольго окшош болот. Узак мезгилге чейин жүрүп, баскан учурда оорутат.

Учтуу сөөлдөр. Көбүнчө тери менен былжыр челдердин чектешкен жеринде пайда болот. Сөөлдүн пайда болушуна теринин мацерациясы жана гигиеналык эрежелердин сакталбай калышы себеп болот. Башталышында майда папулалар болуп, алар бара-бара чоңоюп, бөлүнүп короздун таажысындай боло баштайт, териге бириккен бөлүгү кууш болот. үстүңкү бети эрозияга учурап, жагымсыз жытты пайда кылат.



Контагиозный моллюск .

Көбүнчө 1-5 жаштагы балдарда пайда болот, оору байланыш аркылуу оорулуунун чачыгы, шейшеби аркылуу жугат. Мындан сырткары чоң адамдарда болсо жыныстык катнашда дагы жугушу мүмкүн. Териде майда жылтыраган ач кызыл түстөгү папулалар чыгат, көлөмү майдадан баштап горохко чейин болот. Пинцет менен сыккан учурда каша түрүндөгү масса бөлүнүп чыгат, анын составында микроскоптон караганда түлөгөн тери жана моллюска түрүндөгү денечелерди көрүүгө болот. Папулалар бирден же жыш жайланышат. Беттин, моюндун, колдун, денинин, чурайдын жана жыныс органдарынын териси жабыркайт.

Дарылоо. Сөөлдөрдү дарылоо үчүн криотерапия (тондуруу) же диатермокоагуляция (күйгүзүү) жүргүзүлөт. Криотерапия суюк азоттун же көмүр кислотасынын жардамында тондурулат. Жыгач стержендин башына оролгон ватаны суюк азотко салып, анны дароо сөөлгө басат экспозициясы 15 секунддан-1,5 минутага чейин. Процедура оорутпайт, кээде 1-2 сааттан кийин эриген учурда ачыштырышы мүмкүн. Сөөлдүн үстүн анилин краскалары менен сүртүү керек. Сөөлдүн ордуна ыйлаакча пайда болуп андан кийин карт болуп сакаят. Көмүр кислотасы-

нын кары менен тондуруу ушундай жол менен жүргүзүлөт. Мындан сырткары сөөлгө вирустарга каршы препараттар берилет, териге вируска каршы маздар ацикловир, рибазол, подофиллин, солибдерм, салицил кислоталары колдонулат.

Контагиоздук моллюскту дарылоо үчүн папуланы пинцет менен сыгып 2-3% иоддун спиртүү эритмеси менен обработка-лаш керек. Процедуранын алдында терини комфор спирти менен обработка жүргүзүү керек. Оорулууну караганда толук гигиеналык эрежелерди сакташ керек. Контагиоздук моллюск менен ооруган бала толук сакайганга чейин мектепке барбай турушу керек.



Контролдук суроолор:

1. Теринин вирустук ооруларына кайсы оорулар кирет?
2. Учук оорусунун козгогучу кайсы жана жугуу жолдору кандай?
3. Учук оорусунун клиникасы жана кабылдоолору.
4. Учук оорусун дарылоо жана алдын алуу.
5. Опоясываящий лишай оорусу козгогучу жана ооруга алып келүүчү факторлор.

6. Жугуу жолдору жана клиникасы.
7. Оорунун кабылдоолору.
8. Опоясывающий лишай оорусун дарылоо жана алдын алуу.
9. Сөөлдөр жана анын козгогучтары, жугуу жолдору.
10. Сөөлдүн жугушуна алып келүүчү шарттар.
11. Сөөлдүн түрлөрү жана клиникасы.
12. Сөөлдү дарылоо жана алдын алуу.
13. Контагиозный моллюск, жугуу жолдору.
14. Клиникасы жана диагноз коюу.
15. Дарылоо жана алдын алуу.

Тесттик суроолор:

1. Ушулардын кайсынысы вирустук ооруларга кирбейт?

- | | |
|------------|-----------------------|
| А. псориаз | Б. учук |
| В. сөөлдөр | Г. опоясывающий лишай |

2. Учук оорусунун вирусунун канча түрү бар?

- А. 1 Б. 2 В. 3 Г. 4.

3. Вирустун биринчи түрү кайсы тери участкаларын жабыркатат?

- А. сырткы жыныс органдарын Б. көкүрөк бездерин
 В. ооз жана мурун айланасын Г. колтукту жана чурайды

4. Учук оорусунда териде кайсы элемент пайда болот?

- А. папула Б. везикула В. пустула Г. уртика.

5. Учук оорусунун пайда болушуна эмне шарт түзөт?

- А. таза жүрбөсө Б. иммунитетти кескин төмөндөсө
 В. антибиотик ичсе Г. цитрус жемиштерин жесе

6. Учук оорусунда кайсы элемент пайда болбойт?

- А. везикула Б. волдырь В. эрозия Г. карттар.

7. Учук оорусунда кайсы мазь колдонулбайт?

- А. ацикловир Б. флуцинар В. оксолин Г. улкарил.

8. Учуктун алдын алууда ушулардын кайсынысы колдонулбайт?

- А. эмдөө алуу Б. жалпы иммунитетти жогорулатуу

В. ОРВИнин алдын алуу Г. туура тамактануу.

9. Опоясывающий лишай оорусунда кайсы тери участкасы жабыркабайт?

А. бет териси Б. алакан териси

В. баш жана моюн териси Г. көкүрөк жана ичтин териси.

10. Оорунун клиникасында кайсы белги болбойт?

А. кычыштырат. Б. дүүлүктүрүп ооруйт

В. интоксикация пайда болот. Г. парестезия пайда болот.

11. Жабыркаган териде кайсы элемент болбойт?

А. язва Б. эрозия. В. везикула. Г. карттар.

12. Жабыркаган териге эмне сүртүүгө болбойт?

А. кортикостероиддик маздарды Б. вируска каршы маздарды

В. анилиндик эритмелерди Г. антибиотик кармаган маздарды.

13. Сөөлдүн кайсы түрү болбойт?

А. жалпак Б. жөнөкөй В. таман Г. көкүрөк

14. Сөөл кайсы учурда жугат?

А. инъекция учурунда Б. тамак-аш менен

В. байланыш аркылуу Г. чүчкүрүп жөтөлгөндө

15. Дарылоодо кайсы жол колдонулбайт?

А. антибиотикотерапия Б. хирургиялык дарылоо

В. диатермокоагуляция Г. криотерапия.

ЫЙЛААКЧАЛУУ ДЕРМАТОЗДОР

Териге жана былжыр челдерге ыйлаакчалардын чыгышы менен мүнөздөлүүчү өнөкөт тери ооруларын ыйлаакчалуу дерматоздор деп аталат.

Ыйлаакчалуу дерматоздорго пузырчатка жана герпетиформдук дерматоз (Дюринг оорусу) оорулары кирет. Бул оорулар аутоиммундук (аутоагрессивдүү) ооруларга кирет, канда жана теринин базалдык жана циповатый катмарында JgG менен JgA саны өсөт.

Пузырчатка.

Пузырчатка оорусу аялдарда жана эркектерде бирдей эле кезигет, көбүнчө 40 жаштан кийин. Балдарда сейрек кездешет. Оору оор формада өтөт. Оорунун себептери тубаса жакындык, инфекциялар, ички органдардын оорулары болушу мүмкүн. Сезгенбеген тери жана былжыр челдерде ыйлаакчалар пайда болуп, тез эле бүт денеге тарайт.



Ыйлаакчалардын пайда болушуна эпителий клетка аралык цементөөчү субстанциянын ажырап жоголушунун (акантолиз) натыйжасында пайда болот. Бул клеткалардын бири-биринен алыстап, байланышын жоготот. Натыйжада ыйлаакчалар пайда болот. Клиникасында жабыркаган теринин жанына же таза терини сүргүлөө жүргүзгөндө жаңы ыйлаакчалар пайда болот (Никольский симптому). Мында эпидермис жогорку катмарынан ажырап эрозия пайда болот. Лабораториялык жол менен теринин клеткаларына текшерүү

жүргүзүлөт (Тцанка клеткаларын аныктоо үчүн). Адекваттуу дарылоо жүргүзүлбөсө бейтаптын өлүмүнө алып келет.

Оору төрт формада жүрөт, вульгардык, вегетациялык, листовидный (жалбырак сымал), себориялык.

Вульгардык формасында сезгенбеген териге жана былжыр челдерге 1-2 см жана андан чоң ыйлаакчалар пайда болот. Бейтаптын температурасы көтөрүлүп, интоксикациялык белгилер, уйкусуздук пайда болот. Ооздогу ыйлаакчалар жарылганда оорулуунун тамактануусу бузулуп, ооздо эрозиялар, ириндүү жаралар пайда болуп, шилекейи агат ооздон жагымсыз жыт пайда болот. Ыйлаакчалар бош, жука болгондуктан тез эле жарылып, ачык кызыл түстөгү эрозияларды пайда кылат. Эрозиялар картка айланат, карт сакайганда ордунда туруктуу пигментация пайда болот. Эгерде экинчилик инфекция түшсө анда пиодермиттерге айланып, септикалык абалга алып келиши мүмкүн. Оору өнөкөт болгондуктан дарылоо болбосо узак мезгилге чейин кайталана берет.

Вегетациялык формасы

Ооз көңдөйүндө, эриндерде, колтукта, чурайда, жыныс органдарында тез жарылуучу ыйлаакчалар чыгат. Эрозиянын түбүндө 1-2 см жеңил катуучу вегетациялар пайда болот, механикалык дүүлүктүрүүлөрдө оорутат. Вегетациялардан жагымсыз жыт пайда болот. Сакаюу учурунда экссудат кургап катуу картты пайда кылат жана оорутат.

Листовидный формасы

Листовидный формасында былжыр челдер жабыркабайт, бетте жана денеде топ-топ болуп бошошкон ыйлаакчалар пайда болуп оңой жарылат. Экссудат жука пластикалык карттарга айланып, процесс бат эле бүт денеге таркайт.

Себорреялык же эритематоздук формасы

Бетте, баштын чачтуу бөлүгүндө, денеде майда тез кургай турган ыйлаакчалар пайда болот жана боз карттарга айланат.

Картты алган учурда эрозиялар пайда болот. Оору узак мезгилге созулуп көпчүлүк учурда толук сакаят.



Дарылоо жана кароонун ыкмалары:

Оорулууну өзүнчө палатага жаткырып, толук гигиеналык эрежелер сакталышы керек. Тамагы суюк, жылуу жана калориялуу болушу керек. Ооздун гигиенасын сактоо керек, тамактанып бүткөндөн кийин оозун антисептикалык эритмелер менен чайкатуу же обработалоо. Оорулууга негизинен кортикостероиддик жана цитостатикалык препараттар берилет. Гормоналдык препараттар башталган учурдан баштап чоң дозада берилиши керек. Элементте сакайган учурда дагы кортикостероиддик препараттарды берүү токтотулбайт. Экинчилик инфекциянын алдын алуу антибиотиктер жана сульфаниламиддик препараттар берилет. Эрозияларды анилиндик эритмелер менен обработалоо, антибиотик кармаган маздарды сүртүү, оорулууну калий перманганат эритмеси, дубдун кайнатмасы менен ванна жүргүзүү. Ооз көңдөйүн 0,25- 0, 5 % новокаин, эритмеси, ромашка кайнатмасы менен чайкоо керек. Оорулууга физиотерапиялык дарылоо жүргүзүү керек. Оорулуу сакайгандан кийин кортикостероиддик препараттарды кабыл алууну токтотпойт, режим жана диетаны сакташы керек, стресстердин алдын алуусу керек. Климат өзгөртүүгө жана минералдык суусу бар курортторго барууга болбойт.

Герпетиформдук дерматоз же Дюринг оорусу.

Оору организмдин иммунологиялык аномалиясы менен байланышкан, клейковинынын (дандын белогу) синирүүлүсүнүн бузулушу менен байланышкан оору. Канда эозинифилдердин саны көбөйүп жана иод, бромго сезимдүүлүгү жогору болот. Оору көбүнчө тубаса кээде кийин пайда болот.

Клиникасы. Башталышында оору курч мүнөздө башталып, андан кийин жай жүрүп, кээде оору күчөп, кээде сакайып жүрөт. Оорулуу алсыз болуп, температурасы көтөрүлүп интоксикациялык белгилер пайда болот. Жабыркаган тери катуу кычыштырып жана ачыштырып ооруйт. Ыйлаакчалар теринин

бардык бөлүгүндө (алакан жана тамандан башка) жана былжыр челдерде пайда болушу мүмкүн. Балдарда оору жеңил өтүп жыныстык жетилүү мезгилинде жоголуп кетет. Теридеги элементтер полиморфтуу кээде симметриялуу ыйлаакчалар болот. Жабыркаган териде эритематоздук, папулездук. Уртикардык, везикулездук жана буллездук элементтерди көрүүгө болот. Экинчилик элементтерден эрозия, карттарды, эксфолиация, теринин түлөшүн көрүүгө болот. Жабыркаган териде гиперпигментация пайда болот.

Клиникалык диагностикада иод пробасын жүргүзүү зарыл. Териге 50 % иод мазын коюу же 3 % калий иод эритмесин бир чай кашык ичирилет. Оң пробада 1-2 сутканын ичинде жаңы элементтер пайда болуусу менен теринин кычышуусу күчөйт. Кандын анализинде эозинofilдердин саны көбөйөт.

Дарылоо. Оорулуу диетаны сактоосу керек. Клейковина кармаган дан азыктарынан даярдалган тамактарды жебеши керек (буудай, арпа, жүгөрү). Оорулууга ДДС диаминодифенилсульфон препараты (сульфон препараттары) узак мезгилге чейин берилиши керек. Теридеги ыйлаакчаларды жарып анилиндик эритмелерди, антибактериалдык маздарды коюш керек. Ооруну алдын алуу үчүн диетаны катуу сактоо, иод жана бром кармаган препараттарды колдонбошу керек.

Контролдук суроолор:

1. Ыйлаакчалуу дерматоздор аныктамасы, классификациясы.
2. Ыйлаакчалуу дерматоздордун патогенези.
3. Пузырчатка аныктамасы, себептери.
4. Пузырчатканын классификациясы.
5. Клиникалык формаларынын клиникасы.
6. Диагностикасы, дарылоо жана кароонун ыкмалары.
7. Герпетиформдук дерматоз, аныктамасы жана себептери.
8. Клиникасы жана диагностикасы.
9. Дарылоо жана кароонун ыкмалары.

Тесттик суроолор:

1. Ыйлаакчалуу дерматоздорго кайсы оорулар кирет?

- А. псориаз жана меланома Б. пузырчатка жана Дюринг оорусу
В. крапивница жана экзема Г. гонорея жана сифилис.

2. Ыйлаакчалуу дерматоздордун себеби эмнеде?

- А. бактериялар Б. мите курттар
В. иммундук өзгөрүүлөр Г. витамин жетишсиздик

3. Пузырчатка оорусунун кайсынысы себеби болушу мүмкүн эмес?

- А. котур кенелери Б. инфекциялар
В. тубаса жакындык Г. ички органдардын оорулары.

4. Пузырчатка оорусунун кайсы формасы жок?

- А. вегетациялык Б. вульгардык.
В. себореялык Г. висцералдык.

5. Пузырчатка оорусунда интоксикациялык белгилерден сырткары териде кайсы элемент пайда болот?

- А. вольдыр Б. везикула В. лихенификация Г. бугорок.

6. Бейтаптар көбүнчө эмнеден жабыркашат?

- А. арыктоодон Б. уйкусуздуктан В. ич өтүүдөн Г. кычышуудан.

7. Диагноз коюу үчүн кайсы симптомду аныктоо керек?

- А. Никольский Б. Филатов В. Кончиловский Г. Рейтер.

8. Оорулууну дарылоо үчүн негизинен кайсы препараттар колдонулат?

- А. антибиотиктер Б. кортикостероиддер В. витаминдер Г. иод.

9. Оорулууну дарылоодо кайсы препарат колдонулбайт?

- А. анилиндик эритмелер Б. антимикотикалык кремдер
В. антибиотикалык кремдер Г. витаминдер

10. Герпетиформдук дерматоздордо кайсы антигенге аллергия болбойт?

- А. иодго Б. бромго В. клейковинага Г. витаминге

11. Оору башталган учурда кайсы белги болбойт?

А. интоксикациялык Б. ириндүү жаралардын
В. теринин дүүлүгүп кычышуусу Г. ыйлаакчалардын болушу.

12. Териден кайсы элементтерди көрүүгө болот?

А. везикула Б. булла В. эрозия Г. баарын.

13. Ооруга диагноз коюу үчүн эмне жасалат?

А. териге 50% иод мазын коюу Б. 1% тербизил крем коюу

В. Вишневский мазын коюу Г. спирт сүртүү.

14. Кандын составында эмненин саны жогорулайт?

А. эритроцит Б. лимфоцит В. эозинофил Г. тромбоцит

15. Оорулууга кайсы препаратты берүүгө болот?

А. ДДС Б. витамин В. антибиотик Г. гормон.

ГОНОРЕЯ

Гонорея-гонококктор менен чакырылуучу негизинен жыныс жана заара чыгаруучу органдардын былжыр челдерин сезгентүүчү венерикалык оору.

Оорунун козгогучу гонококктор (диспкокктор). Сырткы чөйрөнүн шарттарына туруксуз, караңгы нымдуу жана жылуу шартта бир нече күнгө сакталат. Дезинфекциялык эритмелерде, кайнаткан учурда, кургатканда, ультрафиолет нурларда тез өлөт.

Гонококктор былжыр челдерди ириндүү сезгентип, функцияларын бузат, стриктура, спайкаларды пайда кылат. Кан аркылуу бүт организмге тарап сезгенүүлөрдү пайда кылат.

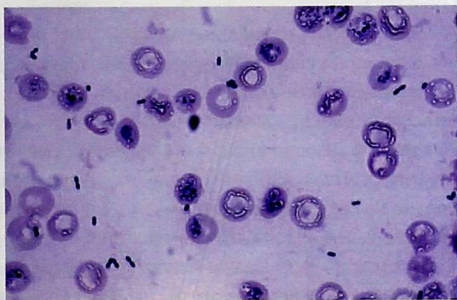
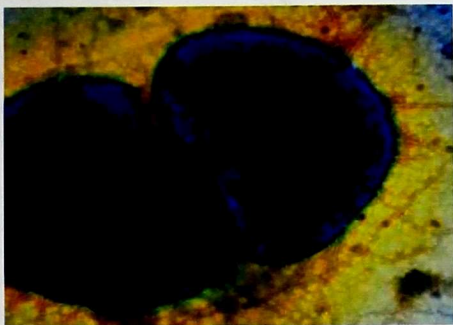
Гонорея антропоноздук инфекция. Оорунун булагы оорулуу адам. Жугуу жолдору:

1. Оорулуу адам менен жыныстык катнашта болгон учурда

2. Байланыш аркылуу (оорулуунун ич кийимдери, шейшеби, чачыгы, ванна , унитаз аркылуу ж,б)

3. Төрөт мезгилинде эгерде гонорея менен ооруса.

Оорунун инкубациялык мезгили орточо 3-5 күн. Оорунун жүрүшүнүн узактыгына жараша 2-айга чейин болсо анда курч же жаңы гонорея, ал эми 2-айдан көп болсо анда өнөкөт гонорея деп аталат.



Клиникасы. Эркектердеги гонорея.

Эркектерде оору курч мүнөздө башталат, заара чыгаруучу канал кычыштырып, ысып, ачыштырат өзгөчө заара кылган учурда. Заара чыгаруучу каналдын сырткы тешиги кызарып, ишип эрте менен жабышып калат, аз тунук илешкек суюктук бөлүнөт. Заарада аз ириндүү жипчелер пайда болот. 1-2

суткадан кийин заара чыгарууда оору күчөйт, выделение көбөйөт жана ириндүү болот. Заарасын кармамай албай, тез-тез заара кылат, заарасы боз түстө болот, кээде кан аралаш чыгышы мүмкүн. Сезгенүү болгондугу үчүн кан айлануу көбөйүп, жыныс мүчөсү жарым кубатуу болуп, түнкү эрекцияда ооруйт. Оорулунун жалпы абалы өзгөрбөйт. Иммуноцитети начар болсо, температура көтөрүлүп, интоксикациялык белгилер пайда болот. 3-4 жумадан кийин ириндүү выделение азайып, оорусу басаңдайт. Алдыңкы уретрит жогорулап арткы уретритке өтөт. Заарасы боз түстө болуп, субъективдүү сезимдери болбойт. Кээде оору күчөп, оорулуу тез-тез заара кыла баштайт, ооруйт өзгөчө зааранын аягында. Кээ бир учурларда заарадан кийин бир нече тамчы кан чыгат. Арткы уретрит простата бези, жыныс бездерин сезгентип узак дарылоону талап кылат. Курч уретрите температура жогорулап, уйкусуздук, табиттин начарлашы, жалпы алсыздык белгилери пайда болушу мүмкүн.

Өнөкөт гонорея. Дарыланбаган учурда, толук эмес дарыланса, режим жана диета сакталбаса же иммуноцитети начар болсо, анда өнөкөт гонореяга айланат. Өнөкөт гонорея спирттик ичимдиктерди, ичкенден кийин, жыныстык катнашта, иммунитет начарласа, ысык шартта (мончодо ж,б) оору күчөйт. Өнөкөт гонорея эркектерди простатит, эпидидимит, орхит, цистит, пиелонефрит, артрит, эндокардит, ангина, стоматит, конъюнктивит ж,б ооруларды пайда кылат. Простатит же простата безинин сезгениши, курч жана өнөкөт формалары болот. Курч формасы катаралдык, фолликулярдык жана паренхиматоздук формалары болот. Катаралдык формасынын симптомдору дана байкалбайт, негизги белгиси түнкү мезгилде тез-тез заара кыла баштайт, түз ичеги аркылуу текшерген учурда, бездин бөлүктөрү же без ишиген болот жана оорутат.

Фолликулярдык формасында өзгөчө түнкү заара кылуу тедейт, заарасы боз түстө же экинчи порцияларында ириндүү

жипчелер болот. Изилдөөдө бездин кээ бир бөлүктөрү (фолликулалар) калындап чоңойгон болот.

Паренхиматоздук формасында оорулуунун температурасы жогорулап, чыйрыгат, чурайы, заара же дефекацияда ооруйт. Пальпацияда бездин көлөмү чоңойот жана оорутат. Заара аз-аздан бөлүнүп чыгат же токтоп калат. Безде бир канча абцесс пайда болот, уретраны же түз ичегини тешип чыгат.

Өнөкөт простатите гонококтор безди бир канча жылдарга чейин жүрүп сезгентет, бул мезгилде оору жакшы сезилбейт, кээ бир учурда уретрадан аз көлөмдө выделение чыгып кычыштырат, белге же чурайга тартып ооруйт. Заара боз түстө же экинчи порциясында ириндүү жипчелер же таза болушу мүмкүн. Бара-бара өзгөчө түнкүсүн заара кылуу тездеп, жыныстык жактан өзгөрүүлөр, жыныстык алсыздык (импотенция), эрекциянын эрте келиши, тез чарчоо, баштын оорушу жана тамак синирүүнүн бузулушу мүмкүн.

Эпидидимит жыныс бездердин үстүндө жайланышкан кошумча бездердин сезгениши. Оорунун 3-4 жумасынан башталат курч гонорейянын кабылдоосу катары же өнөкөт гонорейянын аркайсы мезгилинде болушу мүмкүн. Көбүнчө бир жактуу сезгенет, көлөмү чоңоюп ооруйт, өзгөчө пальпация жасаган учурда, чыйрыгат, температурасы 39-40 С чейин көтөрүлүп, басышы кыйындайт. 6-7 күндөн кийин оорусу азайып, жеңилдейт. Эпидидимиттен кийин сперматозоиддердин чыгышы кыйындап, эгерде эки жактуу сезгенсе эркектердин 75-80 % тукумсуз болуп калат.



Аялдардагы гонорея. Аялдардын жыныс органдарынын антомиялык өзгөчөлүк түрүнө байланыштуу, бир эле мезгилде заара чыгаруу органдары эле эмес жыныс орган дары кошо сезгенет. Уретрит

болгон учурда заара кылуу тездейт, уретраны влагалищанын ичинен сыдырып сыкканда коюу ириң тамчы бөлүнүп чыгат. Аялдардын уретрасынын көлөмү эркектердикине салыштырмалуу чоң болгондуктан оорусу аз билинет, оңой дарыланат, кээде өзүнчө сакаят, бирок инфекция жогорулап ички заара чыгаруу органдарын сезгентет. Өнөкөт гонорееда тез-тез заара кыла баштайт, аягында ачыштырып ооруйт. Мындан сырткары жыныс органдары сезгенет. Цервицитте каналдан көп өлчөмдө сары-жашыл түстөгү ириңдүү выделение көп чыгат. Влагалищадан бөлүнүп чыгып вульвовагинитти пайда кылат, влагалищанын былжыр челдери кызарып, ишийт, жыныс эриндери жана сандын ички бети кызарып сезгенет. Оорулуу сырткы жыныс органдарынын кычышып ачышканына жана ооруганына арызданат. Дарыланбаса 4-5 жумадан кийин өнөкөт гонореега өтүп былжырлуу ириңдүү выделение чыгып менструалдык цикл учурунда күчөйт.

Өнөкөт гонорея дарылоо болбосо көп жылдарга созулуп, ички жыныс органдарды сезгентет (эндометрит, салпингит, оофарит). Эндометрит аялдардын тукумсуздугун же жатындан

сырткаркы бойго бүтүүнү пайда кылат. Мындан сырткары бартолинит жана проктит ооруларын пайда кылат.

Гонореялык конъюнктивит (гонобленорея). Бейтап орууну колу аркылуу жугузуп алат. Көздүн былжыр чели кызарып ишип, көздүн айнек челине өтөт. Сакайган учурда көздүн айнек чели бозоруп же тешилип калып, көздүн көрүүсү начарлап же көрбөй калышы мүмкүн.



Гонореялык артрит бир мезгилде бир нече муун сезгенет. Эркектердин тизе, аялдардын чыканак жана билек муундары көбүнчө сезгенет. Муун ишип кыймылдатканда ооруйт, Дарылоо болбосо муундун кыймылы бузулуп, бара-бара кыймылсыз болуп калат (анкилоз).

Балдардын гонореясы.

Көбүнчө кыздардын жыныс органдары сезгенет, оору байланыш аркылуу жугат. Влагалищанын былжыр чели кызарып ишип, эрозиялар, ириндүү налет менен капталат, влагалишадан

ириндүү выделение көп бөлүнүп чыгат, чурай териси кызарып сезгенет. Заара кылганда жана дефекацияда ачыштырып ооруйт. Өнөкөт формасында клиникалык белгилери даана байкалбайт же аз көлөмдө былжырлуу-ириндүү выделение чыгат. Кыздарда узак мезгилге чейин жүрүп тез-тез кайталанат, балдарда болсо жеңил формада жүрүп, көбүнчө алдыңкы уретрит болуп, ички жыныс органдарга өтпөйт.

Диагноз коюу. Оорулуунун арыздарынын, эпид анамнезинин, клиникалык белгилеринин негизинде жана лабораториялык анализдердин негизинде диагноз коюлат. Выделениеден микроскопиялык жана бактериологиялык анализдер үчүн мазок алынат.

Дарылоо стационарда жүргүзүлөт. Эки партнерду бирдей дарылоо керек, анткени оорусунда иммунитет пайда болбойт. Оорулуу жеке гигиеналык эрежелерди так сакташы керек. Оорулуунун тамактануусу калориялуу, витаминдүү жана ар түрдүү болушу керек. Спирт ичимдиктерди ичкенге болбойт. Оорулууга гонококктун сезимдүүлүгүнө жараша антибиотиктер берилет. Мындан сырткары витаминотерапия, физиотерапия жүргүзүлөт. Оорунун кабылдоолорун дарылоо. Жергиликтүү дарылоо уретраны антисептикалык эритмелер менен жууш керек, влагалишага ванна жүргүзүлөт. Оорулууда клиникалык белгилер жоголгондо жана үч жолку бактериалдык анализдер терс болгон учурда бейтапт ооруканадан чыгат. Оорулууну диспансердик учетко алабыз.

Алдын алуу: Гонорея оорусунун атайын алдын алуу жолдору жок. Ошондуктан жалпы гигиеналык эрежелерди сактоо жүргүзүү керек. Жыныстык катнаштарда презерватив колдонуу керек. Бөтөн бирөөнүн ич кийимдерин колдонбош керек. Кош бойлуу аялдарды текшерүү, эгерде ооруса дарылоо жүргүзүү керек. Калкка санитардык түшүндүрүү иштерин жүргүзүү. Медициналык кароолорду уюштуруу.

Контролдук суроолор:

- Гонорея оорусу, аныктамасы жана козгогучу.
- Гонорея оорусунун жугуу жолдору.
- Эркектердеги гонорея, клиникасы.
- Аялдардагы гонорея, клиникасы
- Жаш балдардагы гонорея, клиникасы.
- Ымыркай балдардагы гонорея
- Гонорея оорусунун кабылдоолору
- Гонорея оорусуна диагноз коюу
- Гонорея оорусун дарылоо жана кароонун ыкмалары
- Гонорея оорусун алдын алуу

Контролдук тесттер:

1. Гонорея оорусу кандай оору?

А. иммундук Б. венерикалык В. тубаса Г. паразиттик

2. Гонорея оорусунда негизинен кайсы система жабыркайт?

А. жүрөк-кан тамыр Б. дем алуу органдары
В. нерв системасы Г. жыныс жана заара чыгаруу органдары

3. Гонорея оорусунун козгогучу бул

А. стафилококк Б. менингококк
В. гонококк В. трепонема

4. Гонорея оорусу кимден жугат?

А. жаныбарлардан Б. инструменттерден
В. мөмө-жемиштерден Г. оорулуу адамдан

5. Гонорея оорусу кайсы жол менен жукпайт?

- А. жыныстык катнашта Б. жуулбаган мөмө жемиштерден
В. байланыш аркылуу Г. төрөт мезгилинде

6. Гонорея оорусунун инкубациялык мезгили канча?

- А. 3-5 күн Б. 10-15 күн В. 1-2 ай Г. 20-28 күн

7. Эркектерде оору кандай башталат?

А. курч башталып, уретранын айланасы кычышып, тунук илешкек суюктук чыга баштайт

Б. акырын башталып, сырткы жыныс органдарында жара пайда болот

В. курч башталып, температурасы жогорулайт

Г. билинбей башталып, терисине розеолдук бүдүрлөр чыгат.

8. Оорунун 2-3 суткасынан баштап кандай өзгөрүүлөр болот?

А. уретранын айланасы кызарып ишип, жашыл түстөгү сероздук суюктук чыга баштайт

Б. уретранын айланасы кызарып ишип, ак-саргыч түстөгү ириндүү выделение келет

В. сырткы жыныс органдары ишип, температурасы жогорулайт

Г. арыктайт, уретрадан кан аралаш суюктук чыгып, кээде ичи өтөт

9. Курч гонорея качан өнөкөт гонореега айланат?

А. 1-жылдан кийин Б. 10-күндөн кийин

В. 2-айдан кийин Г. 6-8 айдан кийин

10. Өнөкөт гонорееда простатиттин кандай формалары бар?

А. гангреноздук Б. катаралдык

В. фолликулярдык Г. паренхиматоздук

11. Өнөкөт гонорея эркектерди эмнеге алып келбейт?

А. жыныс органдарынын функциясынын күчөшүнө

Б. жыныстык алсыздыкка (импотенция)

В. тукумсуздукка

Г. ички органдардын сезгенишине

12. Гонорея оорусуна диагноз коюу үчүн кайсы анализ алынат?

- А. кандын жалпы анализи Б. жыныс органынан мазок алуу
В. зааранын жалпы анализи Г. тамактан мазок алуу

13. Дарылоодо эки партнерду тең

- А. түрмөгө камаш керек Б. дез-растворго чылаш керек
В. дарылоо керек Г. курортко жөнөтүш керек.

14. Оорулуу толук сакайганга чейин:

- А. жыныстык катнашта болбошу керек
Б. коомдук транспортко түшпөшү керек
В. коомдук ашканалардан тамактанбашы керек
Г. ич кийимдерин алмаштырбашы керек

15. Гонореянын кандай алдын алуусу жок?

- А. жынысык катнашта презерватив колдонуу
Б. элдерге түшүндүрүү иштерин жүргүзүү
В. жалпы гигиеналык эрежелерди сактоо
Г. гонореяга каршы эмдөө алуу.

ГАРДНЕРЕЛЛЕЗ (бактериалдык вагиноз).

Влагалищанын микрофлорасынын дисбалансынын натыйжасында пайда болот.

Кыздар төрөлгөн мезгилде влагалищанын микрофлорасы стерилдүү болот, бара –бара нормадагы микрофлоралар отурукташып, микрофлораны түзөт. Негизинен булар лактобацилалар, алар сүт кислотасын, лизоцим, лактоцикам жана суутектин перекисин пайда кылып, гликогенди түзөт, анан ал башка зыяндуу бактериялардан влагалищаны сактап турат.

Лактобацилалар влагалищанын капталдарында колония, сыяктуу чогулушуп, ар түрдүү микробдорго каршы турушат. Нормадагы микрофлорага аз көлөмдө гарднерелла вагинис, микоплазма хоминис жана анаэробдук бактериялар мобилинкус, пептококк, пептострептококк жана бактериоддер болот. Жыны-

стык жетилүү мезгилинде микрофлора өзгөрө баштайт. Оорунун пайда болушуна анаэробдук микроорганизмдердин көбөйүп, концентрациялануусунун натыйжасында, метаболизм өзгөрүп, аминокислоталарды пайда кылат. Мындай аминдер влагалищасынын РН-чөйрөсүн өзгөртүп, гарднереллаларды көбөйтөт. Бактериалдык аминдер башка органикалык кислоталар менен биригип (уксус жана сүт кислотасы) влагалищанын эпителиалдык клеткаларын уулантып, влагалищаны сезгентет.



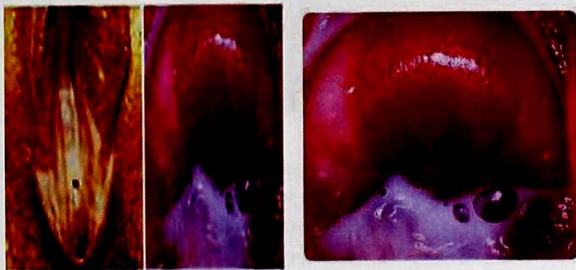
ГАРДНЕРЕЛЛЕЗ

Гарнерелалар активдүү РН-чөйрөнү өзгөртүп вагиналдык бактерияларды көбүрөөк жаратып, лактобацилалардын санын азайтат. Гарднерелалар көбүнчө гонорея, микоплазмоз, хламидиоз ж,б оорулар менен биригип, ички жыныс органдарын сезгетет.

Оорунун (себептери) алып келүүчү факторлор.

- көп жыныстык партнерлору бар аялдар.
- жакынкы арада жыныстык партнерун алмаштырган аялдарда
- влагалищага спиртнцевания жасалганда
- бойго бүтүрбөөчү каражаттарды колдонгон (9-ноноксинол составында болсо) аялдарда.
- кеңири спектрдеги антибиотиктерди колдонгон учурда.
- вагиналдык свеча колдонгон учурда (тержинан, полижинакс, бетадин).

Клиникасы. Клиникасында микроорганизмдер концентрациялашканга муктаж болот. Ошол себептен оору жеңил өтүп, оорулууда дискомфорттук сезимдери жок, анны качан гана изилдөө мезгилинде аныкталат.



Симптомсуз оорунун өтүшү 50% түзөт. Оорунун биринчи белгиси влагалищадан чыккан сасык жыттар (чириген балыктын жытындай) жана влагалищадан чыккан суюктук. Суюктуктун өңү агыш түстөн баштап, боз жана сары түскө чейин өзгөрөт. Суюктук влагалищанын капталына тегиз жабышып, арткы жагына чогулат (топтолот). Жаңыдан жугузуп алгандардын владалищасы эч өзгөрүүсүз болуп турат, бирок узакка созулса былжыр чели кызарып ишигенсип, жатындын моюнчасы сезгенип, кийин эндоцервитти пайда кылат. Көпчүлүк аялдар гарднереллезду жыттын чыкканынан байкашат. Ал жыт көбүнчө эркек кишилер менен жыныстык катнаштан кийин көбөйөт, себеби вагиналдык секрет менен сперманын аралашып, натыйжасында щелочтой



таасир этип, уча турган аминдерди пайда кылып көбөйөт. Эң негизги сиптомдордун бири вульва жана владалищанын кычышканына жана ачышканына арызданат. Заара кылганда ачыштырып

ооруйт, ич көптүрөт, тез-тез заара кылышат. Уретранын былжыр чел кабыгы кызарган, сезгенген, массаждан кийин уретрадан тунук эмес суюктук тамчылай баштайт. Гарднереллезду жыныс органдардан башка ички органдар да сезгениши мүмкүн, кээде септицемия пайда болгон убактар кездешет.



Эркектерде заара кылганда ачыштырып ооруйт, кээ бир учурда кабылдоолор болуп простатитти пайда кылат, тукумсуздукка алып келиши мүмкүн. Кээ бир эркектерде оору билинбей башка аялдарга жугузуп жүрө бериши мүмкүн.

Диагноз коюу. Жыныс органдарынан микроскопиялык жана бактериологиялык изилдөөлөр үчүн мазок алынат. Влагалищадан алынган суюктукка 10% КОН (калий щелочу) тамчылатканда сасык жыттын чыгышы көбөйөт.

Дарылоо. Антибиотиктер берилет. Метронидазол (клион, метрогил, медазол, трихопол, флагил, эфлоран) 500 мг 2маал 7 күн ичүүсү керек. Клиндамицин (далацин, климицин) 300 мг 2 маал 7 күн.

Влагалищанын ичине метронидазол 0,75% гель (метрогил, флагил, клион Д-100) күнүнө 2-жолу 5 күн. Клиндамицин 2% крем (далацин) влагалищанын ичине жатаар алдында 1 жолу 7күн коюлат. Мындан сырткары иммунотерапия, физиотерапия жана ден соолукту чындоо жүргүзүлүшү керек. Кош бойлуу аялдарды дарылоо. Кош бойлуулуктун 1-триместринде метронидазол, клиндамицин берүүгө болбойт, оору күчөсө ампицилин бе-

рилет. Кош бойлуулуктун 2-3 триместринде метронидазол берилет.

Алдын алуу. Спринцевание жана бойго бүтүрбөөчү каражаттарды колдонуудан сак болуу. Жыныстык катнаштарда презерватив колдонуу жана узак мезгилге чейин антибиотиктерди (тержинан, полижинакс, бетадин) колдонуунун алдын алуу.

ТРИХОМОНИЯЗ

Трихомонадалар менен чакырылуучу заара жана жыныс органдардын былжыр челдерин жабыркатуучу венерикалык оору.

Оорунун козгогучу влагалишалык трихомонада бир клеткалуу микроорганизмдер. Трихомонадалардын башка, ооздогу жана ичегидеги түрлөрү жыныс жана заара чыгаруучу органдарды сезгентпейт.

Оорунун булагы оорулуу адам. Жугуу жолдору оорулуу менен жыныстык катнашта, байланыш аркылуу жугат.

Оорунун инкубациялык мезгили 3 күндөн-4 жумага чейин, орточо 14 күн. Оорунун курч, өнөкөт (2 айдан апса) жана асимптомдук формалары болот.

Эркектерде көбүнчө уретрит менен башталат. Оору курч, жеңил же билинбей (торпидный формада) өтүшү мүмкүн. Курч формасында уретрадан агыш, саргыч же жашыл сымал түстөгү ириндүү выделение келе баштайт. Уретра кычышып же ачыштырып ооруйт. 1-2 жума көп выделение келгенден кийин оору басаңдап, уретранын сырткы тешигиндеги сезгенүү жоголуп, билинбеген (торпидный) процесске өтөт. Бул формасы өнөкөт формага өтөт. Өнөкөт формада уретрадан аз көлөмдө ириндүү, былжырлуу-ириндүү выделение келип парестезия пайда болот. Эркектерди простатит, эпидидимит жана жыныстык функциясынын бузулушуна алып келет.



Аялдарда көбүнчө трихомониаздык кольпит, уретрит пайда болот. Оорулуу сырткы жыныс органдарынын ачышып ооруганына, выделениянин көп келишине жана кычыштырышына арызданат. Заара кылган учурда уретра ачыштырып ооруйт, Влагалишанын чоң жана кичине эриндери, уретранын айланасы жана влагалишанын былжыр челдери кызарып ишип, көбүктөнгөн ириңдүү выделение менен капталат. Инфекциянын таралышынын натыйжасында жатын моюнчасы (эндоцервицит) жана бартолинитке алып келет.

Өспүрүм кыздарда оору курч формада болуп, влагалишадан көбүк сымал ириңдүү выделение келип сырткы жыныс органдарын дүүлүктүрүп кызартып ишитет. Оорулуу сырткы жыныс органдарынын ачыштырып кычыштыргандыгына, заара кылганда ачыштырып оорушуна арызданат. Жыныс эриндери, чурайы жана арткы тешиктин айланасы нымдалып мацерация пайда болот. Чоң жана кичине жыныс эриндеринин бүгүлгөн жерлеринде сары-жашыл түстөгү ириңдүү выделение чогулат. Өнөкөт формасында симптомдору даана билинбейт, субъективдүү даттануулары аз болот.

Диагноз коюу. Арыздарынын, эпид анамнезинин жана клиникалык белгилеринин негизинде коюлат жыныс органдарынан

микроскопиялык жана бактериологиялык анализдер үчүн мазок алынат.

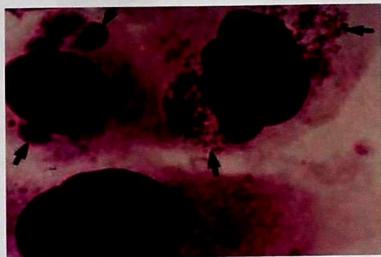
Дарылоо. Эки партнерду бирдей дарылоо керек. Курч формада трихомонадалардын сезимдүүлүгүнө жараша имидазол группасындагы антибиотиктер (метронидазол, трихопол, флагил, тинидазол ж,б) берилет. Өнөкөт формасында комплекстүү дарылоо керек. Иммунотерапия жана жергиликтүү дарылоо жүргүзүлөт. Ооруп сакайгандан кийин оорулууну диспансердик алуу керек. Эркектерди 2 айга кыздарды 3 айга, аялдарды 3 менструалдык цикл өткөнчө. Биринчи контроль дарыланып бүткөндөн кийин 7-10 күндөн кийин, андан кийин 1айда бир жолу. Оорунун клиникалык толук айыккандан кийин, лабораториялык анализдери терс болгон учурда учеттон чыгарылат. Кыздар толук сакайганга чейин бакчага, мектепке барбашы керек. Аялдарда систематикалык дарылоо болсо жумушуна чыкса болот.

Алдын алуу. Атайын алдын алуунун жолдору жок. Жеке гигиеналык эрежелерди сактоо. Жыныстык катнаштарда презерватив колдонуу. Медициналык кароолорду уюштуруу, түшүндүрүү иштерин жүргүзүү.

ХЛАМИДИОЗ

Хламидия микробдору менен чакырылуучу венерикалык оору.

Хламидия микробдорун 1907-жылы Хальберштедтер жана Провачек окумуштуулары тарабынан трахома оорусунун



козгогучу катары табылган. Азыркы мезгилде хламидиялардын 15 серотиби аныкталып, анын 4 тиби трахома оорусун, 8 тиби заара жана жыныс органдарынын оорусун, конъюнктивиттин козгогучу катары, 3 тиби венерикалык лимфогранулема оорусунун козгогучу экендиги аныкталган.

Хламидиялар заара жана жыныс органдарынын эпителиалдык клеткаларында көбөйүшүп, заара жана жыныс органдарынын былжыр челдерин сезгентет. Оор формасы Рейтер оорусу деп аталып, мында бир эле мезгилде уретрит, конъюнктивит, артрит жана тукумсуздук пайда болот.

Оорунун булагы оорулуу адам. Жугуу жолдору жыныстык катнашта, байланыш аркылуу жугат.

Оорунун инкубациялык мезгили 3 күндөн- 3 жумага чейин. Клиникалык белгилери гонорея оорусуна окшош болот. Көпчүлүк учурда белгилери жакшы билинбейт же симптомсуз өтүп, ар кандай кабылдоолорго алып келиши ыктымал.



Эркектерде хламидиоздук уретриттин белгилери жакшы билинбейт, уретрадан чыккан суюктук аз көлөмдө болуп, тунук былжырлуу же былжырлуу-ириңдүү болот. Выделение көбүнчө эрте менен келет. Көпчүлүк бейтаптарда алдыңкы уретрит болсо, өнөкөт хламидиоздо жыныс органдарына тарап, простатитке алып келет.

Аялдарда дагы оору акырындык менен башталат, симптомдору аз болот. Бейтап влагалишадан аз көлөмдөгү выделениенин келиши, сырткы жыныс органдарынын кычышуусуна арызданат. Заара кылган учурда жагымсыз сезимдер пайда болот. Ичтин төмөнкү бөлүгүндө, чурайда же белде оору пайда болот. Уретра жана жатындын моюнчасы сезгенет. Кээде ички органдар сезгенет.

Кыздарда инфекция көбүнчө сырткы жыныс органдарында жана влагалишада болот. Кээде уретра жана түз ичеги сезгенет. Влагалиша көп эмес кызарып ишийт, былжырлуу выделение пайда болот. Көпчүлүк учурда хламидиоз башка венерикалык оорулар менен чогуу болот.

Диагностика. Лабораториялык жол аркылуу жыныс органдарынан мазок жана сезгенген участкалардан соскоб алынат.

Дарылоо. Эки партнерду бирдей дарылоо жүргүзүү керек. Оорулуу санитардык-гигиеналык режимди жана диетаны сакташы керек. Оорулууга тетрациклин катарындагы же кеңири спектрдеги антибиотиктер берилет. Кош бойлуу аялдарга жана 5 жашка чейинки балдарга эритромицин жана сульфаниламиддик препараттар менен дарылоо жүргүзүлөт. Жергиликтүү дарылоо влагалишалык ванночкаларды (ромашканын кайнатмасы, фурациллин, калий перманганат эритмелери менен) жүргүзүлөт. Контролдук текшерүү дарылоо бүткөндөн кийин 3 жумадан кийин жүргүзүлөт. 3 айга диспансердик учетко алынат, ай сайын анализ алынат.

Алдын алуу. Атайын алдын алуунун жолдору жок. Жалпы гигиеналык эрежелерди сактоо, жыныстык катнаштарда презерватив колдонуу. Жалпы элге венерикалык оорулар боюнча түшүрдүрүү жүргүзүү жана медициналык кароолорду уюштуруу.

СИФИЛИС

(кыргызча аталышы көтөн жара оорусу, латынча аталышы люэс)



Боз трепонема микробдору менен чакырылуучу, адамдын орган жана системаларын сезгентүүчү өнөкөт венерикалык оору.

Оорунун козгогучу боз трепонема микробдору. Боз трепонема микробдору 1905-жылы Шаудин жана Гоффман тарабынан ачылган. Микробдор спираль түрүндөгү ичке жип сымал болот, узундугу 0,03-0,18x6-20мкм. Боз трепонемалар өтө кыймылдуу, толкун сымал, спираль түрүндө кыймылдайт. Бир нече формада болушу мүмкүн, циста,кокк, L-формада жана башка формаларда болушу мүмкүн. трепонемалар бөлүнүү жолу менен көбөйүшөт. Организмден сырткары трепонема туруксуз, кургатканда, дезинфекциялык эритмелерде, 48 градуста 30 минутанын ичинде өлөт, төмөнкү температурада 2-4 күнгө чейин сакталат. Трепонема ткандарда митечилик кылат, кан аркылуу (канда жашабайт, транспорт катары пайдаланат) организмге тарап, ткандарга түшкөндөн кийин тез көбөйүшүп, органдарды сезгентет.

Оорулуунун булагы сифилис менен ооруган адам. Оорулуунун канында, шилекейинде, влагалипалык секрете, спермада,

заарасында, көкүрөк сүттө, көз жашында трепонемалар болот. Ошондуктан жугуу жолдору:

1. Жыныстык жол аркылуу.
2. Байланыш аркылуу (оорулуунун кийим кечеси, чогуу жатканда, ванна, унитаз ж,б)
3. Оорулуунун канын башка адамга куйган учурда.
4. Энеден балага (кош бойлуулук мезгилде, эмизгенде, төрөт учурунда).

Негизги жугуу жолу бул- жыныстык жол, байланыш аркылуу бүтүн тери аркылуу трепонема өтө албайт, бирок териде жара же жарылган болсо, микротравмаларда трепонема өтөт. Ошондуктан медициналык кызматкерлер оорулууну караганда дайыма перчаткиде болушу керек.

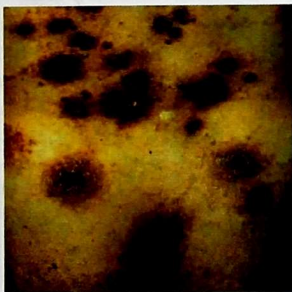
Клиникасы. Оорунун жашыруун мезгили 20-40 күнгө чейин. Оорунун жүрүшүнө карап биринчилик, экинчилик жана үчүнчүлүк сифилис, тубаса сифилис жана кайсы орган жана системаларынын сезгенине жараша диагноз коюлат (нейросифилис, дем алуу органдарынын сифилиси, сөөк системасынын сифилиси ж,б).

Биринчилик сифилис көтөн жаранын пайда болушунан баштап, биринчи жалпы сифилистик чыгууларга чейинки мезгилди түзөт. Биринчилик сифилис орто эсеп менен 6-7 жумага созулат. Байланыш болгон жерде (инфекция кирген участкада) жыныс органдарында, териде же былжыр челдерде эрозия же жара (твердый шанкр) пайда болот.



Эрозия же жара үстүнкү бети жылма, башка териден кескин айырмаланган, оорутпаган тегерек көгүш-кызыл түстө болуп, аз көлөмдө кан аралаш суюктук бөлүп чыгарат. Пальпацияда астыңкы бөлүгү инфильтрат болот, жаранын көлөмү ар кандай 2-3 мм баштап 1-1,5см ге чейин болот, кээде өтө кичине болот. Жара пайда болгондон кийин бир жуманын ичинде жарага жакынкы лимфа бездер сезгенет, кээде лимфа тамырлар кошо сезгенет (лимфангит). Оорулуунун жалпы абалы өзгөрбөйт. Кээде биринчилик сифилистин аягында оорулууда интоксикаци-

ялык белгилер, шалдыроо, температуранын көтөрүлүшү, сөөктөрдүн, муундардын оорушу мүмкүн. түндө башынын оорушу күчөйт, анемия болуп, лимфа бездери чоңоюшу мүмкүн.



Экинчилик сифилис. Териде жана былжыр челдерде ар түрдүү мезгил-мезгили менен сифилистик чыгуулар пайда болуп турат. Бир мезгилинде өтө жыш чыгуулар болсо, башка мезгилинде өтө аз көлөмдө чыгуулар болушу мүмкүн. чыгуу мезгилинде температурасы жогорулап, грипп болгондой интоксикациялык белгилерди пайда кылат. Тери жана былжыр челдерден сырткары сөөктөр, ички органдар, сезүү органдары жана нерв системасы жабыркайт. Лимфа бездеринин көлөмү чоңоет. Серологиялык анализдер (RW, РИБТ.) оң болот. Экинчилик сифилистин орточо узактыгы 3 жыл.



Үчүнчүлүк сифилис. Ондогон жылдарга созулат. Бул мезгилде орган жана системалары жабыркап, калыбына келбеген анатомиялык функционалдык өзгөрүүлөргө алып келет. үчүнчүлүк сифилис дагы экинчилик сифилистей эле толкун сымал жүрүп, оору бирде күчөп (рецидив) бирде басаңдап (ремиссия) турат. Териде ишик сымал (бугорковый) сифилид же гуммоздук сифилид пайда болот. Ишиктердин көлөмү барган сайын чоңоюп, териге биригип көгүш кызыл түскө келет, андан кийин ал жарылып клей сымал суюктук бөлүп чыгара баштайт (гумма-рабика). Кээ бир учурда тыртыктын пайда болуусу менен сакаят. Кээ бир учурда ишиктин көлөмү чоңоюп, тереңдеп булчундарды, кан тамырларды, сөөктөрдү жабыркатат. Мурундун гуммасы, мурундун сөөк жана кемирчек бөлүгүндө болот, кээде башка участкада болушу мүмкүн. мурун былжырлары ишип, бара-бара ириңдей баштайт, андан картка айланат. Мурун аркылуу дем алуу бузулат, кийин мурун сөөгү чөгүп, ээр сымал мурун пайда болот. Жумшак жана катуу таңдайдын гуммасы, бара-бара таңдайды тешет. Тилдин гуммасы тилдин кыймылын бузат, биринчи мезгилде тил чоңоюп сезгенет, кыймылы начарлайт, кийинки учурда тил кичирейип катып калат. Тамактануусу жана сүйлөшү бузулат. үчүнчүлүк мезгилдин кечки белгилерине нейросифилис кирет, жүлүндүн кургап (спинная сухотка) жа-



на прогрессивдүү паралич пайда болот. Ички органдардын сифилиси. жүрөк кан тамыр системасы, (аортит) баш мээсинин кан

тамырлары сезгенет. Көпчүлүк учурда боор жабыркап, гуммалар пайда болот. Сөөк системасы жабыркап остеопериостит жана остеомиелит пайда болот. Муундар ооруйт, деформацияланат.сейрек учурда ашказан, ичегилер, өпкө жана бөйрөк сезгенет.

Тубаса сифилис. Эгерде кош бойлуу аял сифилис менен ооруса, анда плацента аркылуу түйүлдүккө өтөт, бала тубаса сифилис менен төрөлөт. Түйүлдүктүн пайда болушуна жакын аял сифилисти жуктуруп алса, анда кош бойлуулуктун өтүшү жана баланын төрөлүшүнө мүмкүндүк өтө аз, ал эми төрөөргө жакын жуктуруп алса, анда бала таза төрөлүшү мүмкүн. Ушуга байланыштуу тубаса сифилис, түйүлдүктүн сифилиси, эрте жана кеч билинген тубаса сифилис болуп бөлүнөт.

Түйүлдүктүн сифилиси. Түйүлдүк кош бойлуулуктун 5-8 айларында өлөт. Плацента ишип, массасы чоң болуп, сезгенип, киндиктен трепонема микробдору табылат. Түйүлдүктөрдүн бир бөлүгү эрте өлөт (кош бойлуулуктун 3-4 айларында) эне тарабындагы плацента жабыркап, ушунун натыйжасында түйүлдүктүн тамактануусу бузулат. Мындай түйүлдүктөр бойдон түшөт, түйүлдүктө мацерация пайда болот. Сифилиске мүнөздүү өзгөрүүлөр түйүлдүктүн 5-айынан баштап билинет, ички органдарында көптөгөн сандагы трепонемаларды көрүүгө болот (борунда, өпкөсүндө,сөөктөрүндө ж,б).

Эрте билинген тубаса сифилис. Эгерде баланын 2 жашына чейин сифилистин белгилери билинсе, анда эрте билинген тубаса сифилис деп аталат. Жаңы төрөлгөн ымыркай баланын сырткы тубаса сифилиске өтө мүнөздүү болот. Бала өтө арык, алсыз, үнү начар жана ичке чыгат. Бет териси тырышкан, бошоң, боз түстө, колу- бутары акроцианоз, баш сөөгү деформацияланган, көпчүлүк учурда башы чоң болуп (водянка) баштын веналары кеңейет. Кээде бала тазадай болушу мүмкүн, бирок кийинчерээк оорунун белгилери билинет. Көпчүлүк учурда (80%) биринчи белгилер эки айга чейин билинет. Катуу шанкр болбойт.

Чыгуулар чоң адамдын экинчилик сифилисиндеги чыгууларга окшош (тактуу, пустулездук жана папулездук). Мындай балдар башка адамдарга сифилис жуктурушу мүмкүн. Мындан сырткары ички органдар (сөөк системасы, боор жана көк боор) сезгенет, Мурундун сифилиси менен тырмактын бузулушу пайда болот. Нерв системасы жабыркайт, менингит, менингоэнцефалит пайда болот. Балдардын физикалык өсүшү артта калат.

Кеч билинген тубаса сифилис. Эгерде сифилистин белгилери 6-15 жашка чейин билинсе , анда кеч билинген тубаса сифилис деп аталат. Клиникасында тери жана былжыр челдерди жабыркап, чоң адамдардын үчүнчүлүк сифилисинин клиникасына окшош. Териге жана былжыр челдерге гумма жана бугороктор пайда болуп, сөөк системасы, ички органдар жана нерв системасы жабыркайт. Мындан сырткары дагы сифилиске мүнөздүү белгилер пайда болот. Анык билинген белгилерине:

- Гетчинсон триадасы а) тиштердин чыгуусунун аномалиясы (кашка тиштердин ортосунун чукурайышы, тиштердин бирибиринен алыс жайланышы жана деформацияланышы).

Б) паренхиматоздук кератит (көздүн жарыкта оорушу, конъюнктивит, айнек челдин бозорушу)

В) лабиринттин жабыркашы (баш айлануу, кулака шуулдаган үндөрдүн угулушу, угуусу начарлап, укпай калат). Мындан сырткары бут сөөктөрүнүн кыйшайуусу (кылыч сымал бут сөөктөрүнүн кыйшайуусу). Робинсон – Фурнье тыртыктарынын пайда болушу.

Сифилис оорусуна диагноз коюу. Клиникалык мүнөздүү белгилеринин жана лабораториялык анализдердин негизинде диагноз коюлат. Серологиялык анализдер алынат. КСР (серологиялык анализдердин комплекси), РИБТ, РИФ, РПГА, ИФА, РВ, ПЦР анализдери алынат.

Сифилис оорусун дарылоо:

Дарылоодо эки партнерду бирдей дарылоо жүргүзүү керек. Анткени сифилис оорусунан кийин иммунитет пайда болбойт. Оорулууну тери-венерологиялык диспансерлерде же тери – венерологиялык бөлүмдөрдө дарылоо жүргүзүлөт. Оорунун мезгилине, башка өнөкөт ооруларына, аллергиялык анамнезине жараша дарылоо жүргүзүлөт. Оорулуу толук сакайганга чейин жыныстык катнашта болбошу керек. Оорулууга медициналык персонал санитардык гигиеналык эрежелерди сактоо боюнча түшүндүрүү иштерин жүргүзүү керек. Медициналык персонал медициналык сырды, этика жана деонтологияны сакташы керек. Мед персоналдар толук антисептикалык жана асептикалык эрежелерди сактоо менен иштеши керек (дайыма перчаткиде жана колдун терисинин бүтүндүгүнө көз салуу керек.

-оорулууга колдонулган инструменттер дайыма стерилдүү болушу керек.

- оорулуунун карагандан кийин колду дайыма калий кармаган самын менен жууп, гибитан, 0,05% хлоргексидин ж,б эритмелер менен арчуу керек.

-оорулууга колдонулган таңуу материалдары дезинфекцияланышы керек же жок кылынышы керек.

- оорулуунун өзүнүн гигиеналык каражаттары, идиш аяктары болушу керек.

-стационарда оорулуунун кийимдерин, төшөнчүсүн парформалин камераларда жугушсуздандырылат.

- палатаны 2-3 жолу күнүнө 0,2% хлорамин, 0,2% меди-фокс эритмелери менен тазаланат.

үчүнчүлүк сифилисте оорулуунун нерв системасы жабыркап, дегенеративдүү процесстер болот, ошондуктан оорулуунун тамактанганына, гигиеналык режимди сактоого жардам берүү. Тынчтыкты сактоо, кабылдоолор болсо убагында врачка билдирүү.

Диета. Оорулуунун тамактануусу калориялуу, витаминдүү жана ар түрдүү болушу керек. Туура тамактануу менен оорулуунун жалпы иммунитетин көтөрүүгө болот. Оорулуу спирт ичимдиктерин ичпеши керек, ачуу майлуу тамактарды жебеши керек.

Оорулууга пенициллин катарындагы антибиотиктер (экстенциллин, экстенбензатин, ретарпен, прокаин пенициллин ж,б) же кенири спектрдеги антибиотиктер берилет. Мындан сырткары специкалык эмес стимулдаштыруучу дарылоо, пиролтерапия, витаминотерапия, биоендик стимулятор инъекциялары, дезинтокциялык дарылоо, оорунун кабылдоолорун дарылоо, симптоматикалык дарылоо жүргүзүлөт.

Сифилис оорусун алдын алуу.

Атайын алдын алуунун жолдору жок (эмдөөсү жок). Жалпы алдын алууда жеке гигиеналык эрежелерди сактоо. Жыныстык катнаштарда презерватив колдонуу. Медициналык түшүндүрүү иштерин жүргүзүү. Медициналык кароолорду уюштуруу. Теривенерологиялык диспансерде оорулууларды аныктоо жана дарылоо, оорулуу менен байланышта болгондорду текшерүү (үй бүлөсү менен), оорулуу сакайгандан кийин диспансердик каттоодон серологиялык изилдөөдөн кийин чыгаруу.

Контролдук суроолор:

- Сифилис оорусу аныктамасы жана этиологиясы
- Сифилис оорусунун жугуу жолдору
- Сифилис оорусунун классификациясы
- Биринчилик сифилистин клиникасы
- Экинчилик сифилистин клиникасы
- үчүнчүлүк сифилистин клиникасы
- Тубаса сифилис класификациясы жана клиникасы
- Сифилис оорусуна диагноз коюу
- Сифлис оорусун дарылоо
- Сифилис оорусун алдын алуу жана диспансеризациялоо.

Контролдук тесттер:

- 1. Сифилис оорусунун козгогучу кайсы?**
А. трепонема Б. трахома
В. гонококк Г. грибоктор
- 2. Сифилис оорусунун кыргызча аталышы кандай болот?**
А. сүзөөк Б. көтөн жара В. тилме Г. куян
- 3. Сифилис оорусунун булагы бул:**
А. үй жаныбарлары Б. жер жемиштер
В. оорулуу адам Г. келемиштер
- 4. Сифилис оорусу кайсы жол менен жукпайт?**
А. жыныстык катнашта Б. кош бойлуулук мезгилде
В. байланыш аркылуу Г. тамак аш аркылуу
- 5. Сифилис оорусунун инкубациялык мезгили канча?**
А. 20-40 күн Б. 7-14 күн В. 4-6 ай Г. 3-5 күн
- 6. Оорунун классификациясында кайсы сифилис жок?**
А. биринчилик Б. төртүнчүлүк
В. тубаса Г. экинчилик
- 7. Ушул белгилердин кайсынысы биринчилик сифилиске тиешелүү?**
А. ириңдүү выделение Б. катуу шанкр
В. таңдайынын тешилип калышы
Г. гуммоздук жаралар
- 8. Биринчилик сифилис канча убакытка созулат?**
А. 1-2 жума Б. 1-2 жыл В. 6-7 жума Г. 5-8 ай

9. Экинчилик сифилис эмненин чыгышы менен башталат?

- А. катуу жаранын Б. гумоздук жаранын
В. мурундун чөгүшү менен Г. чыгуулардын чыгышы менен

10. Экинчилик сифилистин орточо узактыгы канча?

- А. 1 жыл Б. 15 жыл В. 3 жыл Г. 11 жыл

11. Үчүнчүлүк сифилисте териге эмне чыгат?

- А. фурункул Б. гумоздук жаралар
В. волдырлар Г. пиодермиттер

12. Ушулардын кайсынысы үчүнчүлүк сифилиске мүнөздүү эмес?

- А. мурундун чөгүшү Б. катуу жаранын чыгышы
В. параличтин пайда болушу Г. таңдайдын тешилип калышы (перфорациясы)

13. Тубаса сифилистин кайсы түрү болбойт?

- А. түйүлдүктүн сифилиси
Б. эрте билинген тубаса сифилис
В. кеч билинген тубаса сифилис
Г. өтө кеч билинген тубаса сифилис

14. Түйүлдүктүн сифилисинде бала эмнеден өлөт?

- А. плацентанын жабыркашынан
Б. сифилистик уулануудан
В. жүрөгүнүн сокпой калышынын натыйжасында
Г. апасынынын аборт кылгандыгынан

15. Эрте билинген тубаса сифилис төрөлгөндөн кийин канча убакыттын аралыгында билинет?

- А. 3 айдын ичинде Б. 5 жылда
В. 2 жыл ичинде Г. 4-10 жылда

16. Кайсы белги эрте билинген тубаса сифилиске мүнөздүү эмес?

- А. бет териси тырышкан болот Б. бала арык
В. шартсыз рефлекстери начар Г. катуу шанкры бар

17. Гетчинсон триадасында кайсы белги мүнөздүү эмес?

- А. таңдайынын тешилип калуусу
Б. тиштердин чыгуусунун аномалиясы
В. паренхиматоздук кератит
Г. лабиринттин жабыркашы

18. Сифилиске диагноз коюу үчүн кайсы анализ алынбайт?

- А. канды ревмотестке алуу Б. канды RW га алуу
В. КСР анализин алуу Г. ПЦР анализин алуу

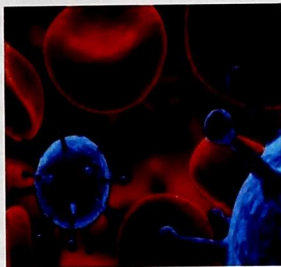
19. Дарылоо үчүн кайсы антибиотиктер колдонулат?

- А. пениллин катарындагы
Б. тетрациклин катарындагы
В. эритромицин катарындагы
Г. вируска каршы препараттар

20. Сифилистин алдын алуу үчүн кайсы жол колдонулбайт?

- А. жеке гигиеналык эрежелерди сактоо
Б. сифилиске каршы эмдөө жасоо
В. медициналык кароолорду уюштуруу
Г. элге санитардык түшүндүрүү иштерин жүргүзүү.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ



ВИЧ-инфекция ретровирустар менен чакырылуучу адамдын иммундук системасын жабыркатып, орган жана системаларынын функциясын бузуучу жугуштуу оору.

Оорунун козгогучу ретро вирустар (РНК кармоочу лента вирустар тобундагы вирустарга кирет). ВИЧ инфекциянын вирустарынын үч тиби болот. Орууну көбүнчө ВИЧ-1 тиби чакырат. Организмде вирустар организмдин суюк ткандарында болот, эң көп канда, влагалищалык секретте, спермада көп болот. Вирус сырткы чөйрөнүн шарттарына туруксуз (физикалык жана химиялык факторлорго). 56 градуста 10-минутада өлөт, хлор кармаган дезинфекциялык эритмелерде, спирте, суутектин перексинде тез өлөт. Тамак сиңирүү органдарында, ферменттердин жана туз кислотасынын таасиринде ажырайт. Ультрафиолет жана гамма нурларга туруктуу.

Патогенез . организмде ВИЧ иммундук клеткаларды, Т-лимфоциттерди (хелперлерди) жабыркатат. Ушунун натыйжасында лимфоциттер өлөт. Вирустар лимфоциттердин ичинде жайгашкандыктан, антителолор организмди коргой албайт. Жабыркаган лимфоциттер өлүп, саны кыскарат, иммундук система

начарлап, ооруган адамга бардык инфекциялар тез жугуп алсыз болуп калат.

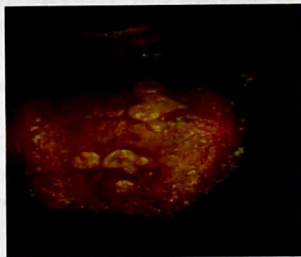
Эпидемиология. Оорунун булагы ВИЧ жугузуп алгандар жана ВИЧ менен ооруган адамдар. Жугуу жолдору:

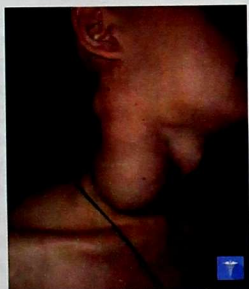
1. Жыныстык катнаш учурунда.
2. Парентералдык жол аркылуу (кан, кан менен булганган медициналык жана башка инструменттер)
3. Трансплацентардык жол аркылуу, төрөт мезгилинде жана эмизген учурда.

Тамак-аш, суу, үйдөгү предметтер, дааратканы чогуу колдонгондо, чымын-чиркейлер чаккан учурда жукпайт.

Клиникасы. Оорунун инкубациялык мезгили орточо 6 жумадан баштап, 5-8 жылга чейин. ВИЧ инфекцияда антителолор 6 жуманын ичинде иштелип чыгат.

Биринчи стадиясы оорунун башталган мезгили (продромалдык мезгили). Оорулуунун температурасы ар дайым көтөрүлөт же мезгил-мезгили менен 39-40 градуска чейин көтөрүлөт, көп тердейт, алсыз болот. Ичи өтөт (диарея), арыктай баштайт, кургак жөтөл пайда боло баштайт, себореялык дерматит, чачы түшө баштайт. Кээде лимфа бездердин көлөмү чоңоет. Бул мезгил бир айдан бир нече жылдарга созулат.







Экинчи стадиясы оорунун күчөгөн мезгили (экинчилик инфекциялардын мезгили). Бул мезгилде оорулууга ар кандай инфекциялык оорулар пайда болот (вирусдук, грибокдук, бактериалык, паразитардык). Инфекциялык оорулар оңой жугуп, оор формада өтөт, анткени

иммундук системанын жооп кайтаруу реакциясы начар болот. Инфекциялар тез эле бүт организмге таркайт. Оорулуунун салмагы азаят (мурунку салмагынан 10% жогору азаят), диарея күчөйт (суткасына 15 литрге чейин), температурасы бир айдан ашык көтөрүлөт, тери жана былжыр челдери терең жабыркайт. Ооруну патогендүү, шарттуу, жөнөкөй учурда оору чакырбаган микробдор да козгой баштайт (мисалы пневмонияны пневмоцисталар пайда кылат). Оорулар септикалык вариант менен жүрөт, бир инфекциялык оору экинчисине алмашат же бир эле мезгилде бир нече инфекциялар пайда болот дагы оорулуунун абалы начарлайт. Бул мезгилде инфекциялык оорулар жана башка залалдуу ишик оорулар пайда болот, көбүнчө саркома Капоши (кан тамырлардан пайда болот). Нерв системасы жабыркап оорулуунун акыл-эси начарлайт.

СПИД



Үчүнчү стадиясы терминалдык мезгил же СПИД стадиясы бүт организмдин лимфа бездери чоңоюп, температурасы жогорулайт, ангина пайда болуп, боор жана көк боордун көлөмү чоңоет, канда лимфоциттердин саны азаят (лимфопения). Диарея күчөйт, лимфа бездери чоңоюп, оорутпайт, оорулуунун салмагы кескин азаят кахексия пайда болот. Тери жана былжыр челдерди жабыркайт. Инфекциялык оорулар күч алат.



Дарылоо жакшы натыйжа бербейт. Оорулуу инфекциялык оорулардан (сепсистен) же кан агуудан жана рак ооруларынан өлөт.

Диагноз коюу. Оорулуунун арыздарынын, эпид анамнездин, клиникалык белгилердин жана лабораториялык анализдердин негизинде диагноз коюлат. Негизги белгилерине көңүл буруу керек.

- салмагынын 10% көп азайышы
- өнөкөт диарея бир айдан ашса
- температуранын көтөрүлүшү бир айдан ашса экинчилик белгилерине.
- кургак жөтөл бир айдан ашса
- диффуздуу кычышкан дерматит пайда болсо.
- рецидивдүү опоясывающий герпестин пайда болушу
- тамак кандидоздорунун пайда болушу
- өнөкөт герпестин пайда болушу
- таркалган лимфоаденопатиянын пайда болушу.

Диагноз коюуда саркома Капоши же криптококктук менингиттин пайда болушу жетиштүү.

Лабораториялык канды иммуноблотинг жолу менен текшерүү. Мындан сырткары ИФА (иммуноферменттик анализ) жүргүзүлөт.

Дарылоо. Кароонун ыкмалары жана максаттары:

- клиникалык симптомдорун жеңилдетүү
- организмдин мүмкүнчүлүктөрүн болушунча функцияларын жогорулатуу.
- оорулуунун өзүнүн жана айланадагы адамдардын инфекциялык коопсуздугун көзөмөлдөө.

Ооруган учурда оорулууну өзүнчө палатага же бокска жаткырылат, өзүнчө кароонун инструменттери берилет. Палатаны желдетүү, кварцтоо, дезинфекциялык эритмелерди колдонуу менен палатаны тазалоо жүргүзүү, себеби ушул иш-чаралары жүргүзүү менен оорулуунун инфекциялык коопсуздугун сактоо. Ооруганына жараша (диарея, пневмония, пиодермит ж,б) дарылоо жүргүзүлөт.

Медсестра:

- оорулуунун убагында дарыларын берип, ичкенин көзөмөлдөйт.

-врачтын татаал манипуляцияларын аткарууда (пункция, интубация ж,б) жардам берүү

-оорулуунун керектүү анализдерин алып лабораторияга тапшыруу.

Медсестра оорулууну кароодо перчаткиде жана маскачан болушу керек. Дарылоо оорунун стадиясына, СД-4 лимфоциттердин көлөмүнө, ВИЧ санына жараша жүргүзүлөт.

Оорулууга вируска каршы препараттар берилет (антиретровирустук терапия).

-тимидин кармаган препараттар, азидотимидин, тимозид, никавир.

-аденин кармаган препараттар, диданозин, вилдискс.

-цитозин кармаган препараттар, хивид, эпивир.

-гуанин кармаган препараттар, абакавир, зиаген.

-комбинацияланган препараттар зидовудин, ламивудин.

Иммунитетти стимулдаштыруучу препараттар, Т-лейкин, Т-тимозин, левомизол берилет. Оорулууга антибиотиктер (нитрофуран, оксихинолин жана сульфаниламиддик препараттар) берилет.

Кош бойлуулук мезгилде химиофилактика жүргүзүү.

- азидотимидин 0,2гр 3маал (кош бойлуулук учурунда)

- төрөт мезгилинде химиофилактика төрөт башталганда вена ичине 0,002гр кг салмакка биринчи саатта , 0,001гр кг салмакка төрөлүп бүткөнгө чейин.

-төрөлгөн ымыркайга 8 сааттан кийин башталат, буларга суюк түрүндөгү азидотимидин жана невирамин колдонулат. Азидотимидин сироп 0,002гр кг салмакка ар бир 6 саатта 6 жума берилет.

ВИЧ оорусунун алдын алуу.

-жыныстык катнаштарда презерватив колдонуу.

-донордук канды текшерип куюу.

-медициналык инструменттерди стерилдүү колдонуу жана бир жолу колдонулуучу инструменттерди колдонуу.

болсо химиофилактика жүргүзүү.

түшүндүрүү иштерин жүргүзүү.

Контролдук суроолор:

- ВИЧ инфекция аныктамасы жана эпидемиологиясы
- Оорунун козгогучу жана анын касиеттери
- Оорунун жугуу жолдору
- Оорунун клиникасы, оорунун стадияларына жараша клиникалары.

- ВИЧ инфекциясына диагноз коюу
- Дарылоо жана кароонун ыкмалары
- ВИЧ инфекциясынын алдын алуусунун жолдору

Контролдук тесттер:

1. ВИЧ инфекциясынын козгогучу кайсы?
 - А. аллергендер Б. ретровирустар
 - В. стафилакокктор Г. хеликобактериялар
2. ВИЧ инфекцияда адамдын кайсы системасы жабыркайт?
 - А. жүрөк кан-тамыр Б. тамак синирүү
 - В. иммундук системасы Г. сөөк системасы
3. Оорунун булагы кайсы?
 - А. оорулуу адам Б. оорулуу жаныбар
 - В. кемирүүчүлөр Г. чымын чиркейлер
4. Оорунун инкубациялык мезгили канча?
 - А. 1-3 ай Б 6 айдан- 5-8 жылга чейин
 - В. 20-28 күн Г, 3-4 ай
5. Оорунун биринчи мезгили эмне деп аталат?
 - А. СПИД Б. продромалдык
 - В. оорунун күчөгөн мезгили Г. инкубациялык
6. Кайсы белги продромалдык мезгилге мүнөздүү эмес?
 - А. териге катуу шанкр пайда болот
 - Б. температурасы көтөрүлөт
 - В. себорея пайда болот
 - Г. ичи өтөт
7. Оорунун экинчи мезгилинде бейтаптын абалы начарлап, инфекциялык оорулар күчөйт, себеби:
 - А. тамактануусу начар Б. гигиенаны сактабайт
 - В. иммунитетти начарлайт Г. депрессия болот.
8. Эгерде бейтаптын ооз көңдөйүндө кандидоздор, салмагы азайса, терисинде пиодермиттер болсо, лимфа бездери чоңойсо,

терисинде залалдуу ишиктер болсо, анда булл кайсы оорунун белгиси?

- А. туберкулез Б. сифилис
В. кант диабети Г. ВИЧ инфекция

9. Оорунун үчүнчү стадиясы эмне деп аталат?

- А. ВИЧ Б. СПИД В. залалдуу Г. тубаса

10. ВИЧти аныктоо үчүн оорулуудан кайсы анализ алынат?

- А. канды боор тестине алуу
Б. кандын жалпы анализи
В. канды иммуноблотинг жолу менен текшерүү
Г. оорулууну томографиядан өткөрүү

11. Оорулуунун ичи өтүп, арыктап, кандидоздор пайда болсо жана температурасы жогору болсо, анда аны кайсы ооруканага жаткырабыз?

- А. санаторияга Б. ЛОР бөлүмгө
В. жугуштуу оорулар бөлүмүнө Г. СПИД ооруканага

12. Вирустардын өсүшүн токтотуу үчүн оорулууга кайсы препараттарды берүү керек?

- А. антибиотиктерди Б. витаминдерди
В. антиретровирустук препараттарды
Г. грибокторго каршы препараттарды

13. Кайсы препарат антиретровирустук дарылоодо колдонулбайт?

- А. абакавир Б. супрастин
В. ламивудин Г. зидавудин

14. Дарылоодо кароонун ыкмаларына жана максаттарына кирбейт?

- А. клиникалык симптомдорун жеңилдетүү
- Б. организмдин мүмкүнчүлүктөрүн болушунча функцияларын жогорулатуу.
- В. оорулуунун өзүнүн жана айланадагы адамдардын инфекциялык коопсуздугун көзөмөлдөө.
- Г. оорулууну жалпы палатага жаткырып, көбүрөөк сейилдетүү

15. ВИЧ оорусунун алдын алууда кайсы жол колдонулбайт?

- А. жыныстык катнаштарда презерватив колдонуу.
- Б. донордук канды текшерип куюу.
- В. медициналык инструменттерди стерилдүү колдонуу жана бир жолу колдонулуучу инструменттерди колдонуу.
- Г. вакцинация жүргүзүү

МАЗМУНУ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. ТЕРИНИН ТУЗУЛУШУ ЖАНА АТКАРГАН ФУНКЦИЯЛАРЫ ТЕРИНИН МОРФОЛОГИЯЛЫК ЭЛЕМЕНТТЕРИ	3
ТЕРИНИН МОРФОЛОГИЯЛЫК ЭЛЕМЕНТТЕРИ	13
ПИОДЕРМИТТЕР	25
КОТУР	43
ПЕДИКУЛЕЗ	50
ДЕРМАТОМИКОЗДОР	55
АЛЛЕРГИЯЛЫК ДЕРМАТОЗДОР	75
БӨРҮ ЖАТЫШ	78
ЭКЗЕМА	81
НЕЙРОДЕРМИТ	90
КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ	93
ПСОРИАЗ	95
ВИРУСТУК ДЕРМАТОЗДОР	98
ЫЙЛААКЧАЛУУ ДЕРМАТОЗДОР	110
ГОНОРЕЯ	116
ГАРДНЕРЕЛЛЕЗ	125
ТРИХОМОНИАЗ	130
ХЛАМИДИОЗ	133
СИФИЛИС	136
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ	149

