

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ  
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ  
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

# **Псориаз**

**Этиология, клиника, диагностика. Замонавий  
даволаш**

Ўқув услубий қўлланма

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**  
**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**

Ўз.Фан ва ўқув юртлари бош

бошқармаси бошлиғи

профессор Ў.С.Исмаилов

---

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2014й

Баённома № \_\_\_\_\_

**«КЕЛИШИЛГАН»**

Ўз.Р.ССВ Тиббий таълимни

ривожлантириш маркази

директори М.Ҳ.Алимова

---

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2014й

Баённома № \_\_\_\_\_

## **Псориаз клиник хусусиятлари.**

### **Этиология, клиника, диагностика. Замонавий даволаш**

Тиббиёт олий ўқув юртлари даволаш ва тиббий педагогика факультетлари IV-VI  
курс талабалари учун ўқув услубий қўлланма

**Бухоро 2014**

## **Муаллифлар:**

**И.Б.Шукуров** – Бухоро тиббиёт институти юқумли касалликлар, фтизиатрия ва тери-таносил касалликлари кафедраси ассистенти, т.ф.н.

**М.Ф.Яхшиева** - Бухоро тиббиёт институти юқумли касалликлар, фтизиатрия ва тери-таносил касалликлари кафедраси ассистенти.

## **Тақризчилар:**

**Арифов С.С.** -Тош ВМОИ тери-таносил касалликлари кафедраси мудир  
тиббиёт фанлари доктори., проф.

**Мавлянова Ш.З.** - \_Уз Рес ССВ дерматология венерология илмий амалий  
тиббиёт маркази т. ф. д, катта илмий ходими.

Услубий қўлланма кафедра йиғилишида кўриб чиқилган ва муҳокама қилинган  
(2013йил ноябрь 4-сон баённома)

Услубий қўлланма Бухоро тиббиёт институти терапевтик фанлараро муаммолар  
комиссияси томонидан кўриб чиқилган ва муҳокамага қўйилган (2013йил  
26ноябрь 4-сон баённома).

Услубий қўлланма Бухоро тиббиёт институти Илмий Кенгаши йиғилишида  
тасдиқланган ва чоп этишга тавсия этилган (2013йил -сон баённома).

Илмий котиб, т.ф.н.

Б.Б. Муаззамов.

## АННОТАЦИЯ

Тери касалликлари ичида псориаз касаллиги билан оғриган беморлар салмоқли ўринни эгаллайди. Кейинги йилларда псориаз билан шикастланган беморлар сони ошиб бормоқда, айниқса бу касалликларнинг ёшлар орасида, меҳнатга лаёқатли шахслар орасида учраши тез-тез кузатилмоқда. Псориаз билан ер шари аҳолисининг 2 % касалланади. Адабиётларга қараганда псориаз Фарбий Европа ва Скандинавияда кенг тарқалган. Масалан Данияда -2,9 %, Буюк Британияда 2,0 %, Норвегияда 4,8%, Хитой ва Гонконгда 0,57 %ни ташкил қилади. Эркаклар ва аёллар бу касаллик билан бир хил касалланадилар. Псориаз кўпинча 20-40 ёшдагиларда учрайди. Шундан келиб чиқиб, умумий амалиёт шифокори ҳозирги кунда ўз ишига яхши тайёрланган, касалликларни ташхислаш, даволаш, қайталанишларни олдини олишни билиши шарт.

Тери касалликлари ичида псориаз касаллиги кенг тарқалиб бораётганлигини, айниқса касалликнинг болалар, ёшлар орасида учрашини инобатга олган ҳолда, бакалавр даражасидаги барча врачлар ушбу хасталиклар бўйича чуқур назарий, амалий билим ва малакага эга бўлиши шарт.

**Мавзу номи:**

# **Псориаз.**

**Этиология, клиника, диагностика. Замонавий даволаш.**

**Таълим бериш технологиясининг модели.**

Машғулот вақти - 4 соат	Талабалар сони :
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Псориаз этиопатогенези, клиник кечиши, клиник шакллари, 2.Тери ва шиллиқ каватларининг шикастланиши. Қиёсий ташхис. 3.Псориазни замонавий даволаш принциплари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Псориаз ҳақида батафсил маълумот бериш, этиопатогенетик механизмларини клиник кечиш хусусиятларини, клиник шаклларини, ташхис қўйиш мезонларини билиш.Псориазнинг клиник шакллари ва клиник даврларини инобатга олган ҳолда даволаш тадбирларини ва тўғри даволаш усулларини қўллай билиш. Касалликнинг қайталанишини олдини олиш чораларини билиш. УАШ тактикасини ўрганиш.
Таълим бериш усуллари	Мультимедиа, интерфаол усуллар
Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий, гуруҳларга бўлиб.
Таълим бериш воситалари	Укув- услубий ишланма ,электрон дарсликлар, маъруза матни, проектор, компьютер.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

## Псориаз амалий машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аудитория тозалигини назорат қилади.</li> <li>2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади.</li> <li>3. Давоматни назорат қилади.</li> </ol>	
1. Ўқув машғулотиغا кириш босқичи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.</li> <li>2. Мавзу учун тақдимот слайдларини тайёрлаш.</li> <li>3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш.</li> </ol>	
2. Асосий босқич	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Талабаларни дастлабки билимини текшириш, мавзу бўйича саволларни бериш.</li> <li>2. интерфаол усуллар, тест, масала.</li> <li>3. Амалий кўникмаларни ўзлаштириш (лаборатория)</li> <li>4. Беморлар билан ишлаш, даволаш ишларини олиб бориш.</li> <li>5. Слайдлар, мультимедиалардан фойдаланиш.</li> <li>6. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди.</li> </ol>	<p>Саволларга жавоб берадилар</p> <p>Катнашадилар</p> <p>Бажарадилар</p> <p>Томоша қиладилар.</p> <p>Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар.</p>
3. Яқуний босқич	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Яқунловчи хулоса қилади.</li> <li>2. Мустақил иш беради</li> <li>3. Уйга вазифа беради.</li> </ol>	<p>Тинглайди.</p> <p>Ўзиб олади.</p> <p>Ўзиб олади.</p>

### Машғулотнинг жиҳозланиши:

Мавзуга оид кўргазмали қуроллар, компьютер, проектор, мультимедиа, лайдлар, мавзуга оид беморлар, касаллик тарихлари ва ҳ.)

### Мавзунинг асосий саволлари.

1. Псориазга таъриф беринг. Псориаз келиб чиқишидаги назариялар таърифи.
2. Псориаз этиопатогенези.
3. Псориазнинг ўзига хос клиник кечиш хусусиятлари.

4. Псориазнинг клиник кўринишлари.
5. Вульгар псориаз. “Псориатик учлик” белгисини изоҳлаб беринг.
6. Псориаз кечишига қараб даврлари.
7. Псориазнинг прогрессив даврига хос хусусиятлари.
8. Псориазнинг стационар, регрессив даврларига хос клиника.
9. Псориазда шиллиқ пардалардаги ва тирноқ пластинкасидаги ўзгаришлар.
10. Экссудатив ва себореяли псориаз.
11. Артропатик псориаз. Псориаз эритродермияси.
12. Пустулёз псориаз. Кафт-товон псориази.
13. Псориазда теридаги гистопатологик ўзгаришлар.
14. Псориазни бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислаш.
15. Псориазни замонавий даволаш усуллари.
16. Псориазни умумий даволаш усуллари.
17. Псориазни даволашда глюкокортикоидларни, иммунодепрессантларни қўллаш.
18. Псориазни даволашда ПУВА терапиянинг қўлланиши.
19. Псориазни маҳаллий даволаш усуллари.

**Мавзунини чуқур ўзлаштириш учун қуйидаги фанлар билан боғламасдан мақсадга эришиб бўлмайди.**

- гистология - терининг гистологик тизимини ўрганиш;
- биокимё - модда алмашинуви бузилишининг биокимёсини билиш;
- патологик анатомия - псориаз касалигида аъзолардаги патологоанатомик ўзгаришларни билиш;
- патофизиология – псориазда патофизиологик ўзгаришлар таъсирида аъзо ва тўқималарда ҳосил бўлувчи патологик ўзгаришлар, яллиғланиш босқичлари, иммунологик ва аллергия жавоблар механизмини, сув-электролитлар алмашинувини билиш;
- ички касалликлар пропедевтикаси – беморни кўриқдан ўтказиш йўллари, аъзо ва системаларнинг нормал ва патологик кўриниши, клиник, биокимёвий лаборатория текширув асосларини билиш;
- фармакология- псориаз. касаллигини даволашда қўлланиладиган дори воситалар фармакодинамикаси ва фармакокинетикаси билиш;
- физиотерапия: псориазни даволашда физиотерапевтик муолажалардан (УБН, соллюкс, фототерапия) фойдаланиш билиш.

## **Машғулотда қўлланиладиган интерфаол усуллар технологияси**

### **«Стол ўртасида ручка»**

**Мавзу:** Псориазга хос асосий, диагностик симптомларини кўрсатиб изоҳлаб бериш.

Гуруҳ талабалари рақамлар билан белгиланади. Ҳар бир талаба ўзи яхши билган биттадан касалликни танлаб қоғозга ёзади. Ручкани стол ўртасига қўйиб, қоғозни кейинги талабага узатади. Барча талабалар ўз касалликларини ёзгандан сўнг навбат билан фикрларини баён қиладилар.

#### Масалан:

Талаба псориаз касаллигида “псориастик учлик” белгисини танлади. У бу симптомни қуйидагича изоҳлайди: Псориастик тошмаларга учта феномен характерли:

1. Оқ кумушранг тангачаларни тирнаш йўли билан олиб ташлаганда тагидан стеарин доғи аниқланади. Стеарин доғи феномени дейилади.
2. Тирнаш яна давом эттирилса, нозик ялтироқ юза парда чиқади – псориастик парда феномени дейилади.
3. Тирнаш яна давом эттирилса, қонли нукталарни кўриш мумкин – қонли шудринг феномени дейилади.

### **«Уч босқичли интервью»**

**Мақсад:** Беморнинг муаммоларини аниқлаш ва ҳал қилишда унга тўғри психологик ёндошишни ўргатиш.

#### **Асосий тамойиллар:**

Гуруҳ 2-3 кичик гуруҳчаларга бўлинади ва талабаларга роль бўлиб берилади: шифокор, бемор, эксперт. Бемор ролини ижро этаётган талабаларга ташхис яширин етказилади. Ҳар бир гуруҳ беморлар билан маслаҳатни 10-15 дақиқа олиб боради. Эксперт иштирокчиларнинг фаолиятини қуйидаги 3 бўлим баҳолайди:

- 1) нима тўғри бажарилди?
- 2) Нима нотўғри бажарилди?
- 3) Қандай бажарилиши керак эди?

#### **Афзалликлари:**

Дарс мавзуси бўйича беморлар бўлмаган ҳолатларда ушбу усулни кенг қўллаш мумкин. Усул ролли ўйинларни эслатади, аммо у учинчи иштирокчи – эксперт билан тўлдирилган ва бир вақтнинг ўзида 2-3 клиник вариантлар муҳокама қилинади. Бу машғулот мазмунини бойитади, ўқув жараёнини жонлантиради ва талабанинг билим даражасини чуқурроқ баҳолашга имкон яратади.

**Мисол:** Педагог ҳар бир кичик гуруҳга бемор, шифокор ва эксперт ролига 3 талабани танлаб олади. Ўқитувчи беморнинг лаборатор ва асбоб ускунавий



текширувлари натижаларини олдиндан тайёрлайди ва шифокор ролини ўйнаётган талаба талабига мувофиқ уни таъминлаб туради.

Бемор 45 ёшли эркак. Шикоятлари: қўл-оёқлар ёзувчи юзаларига, танасига ва бошнинг сочли қисмига тошмалар тошган. Тошмаларда кепакланиш кучли. Бироз қичиш безовта қилади. Тошмалар аста-секин кўпайиб бормоқда. Анамнезидан бемор 3 йилдан бери касал. Касаллик сабабини иш жараёнидаги асаб бузилишлари билан боғлайди. Касаллик ҳар баҳор ойларида 1-2 марта қайталаниб туради. Кўрик вақтидаги ҳолати: аҳволи ўртача оғирликда (нисбатан қониқарли) тана ҳарорати 37 С. Териси қуруқ, папулёзли тошмалар аниқланади. Юрак тонлари меъёрий пульс - 85 та, қон босими 120/80 мм сим.уст. нафас олиши бурундан, ўпкасида везикуляр нафас, тили бироз оқ караш билан қопланган. Жигар-талоқ катталашмаган.

Беморнинг терисидаги ҳолатни баҳолаш.

Бемор терисидаги патологик ҳолат сурункали яллиғланишга хос хусусият билан кечмоқда. Асосан бошнинг сочли қисми терисида, қўл-оёқлар ёзувчи юзалари ва бутун танада жойлашган бўлиб, элементлардан бироз қизарган тери фонида катталиги ҳар хил томчисимон тошмалар аниқланади. Тошмалар усти оқ кумушранг тангачалар билан қопланган. Тошмаларда “псориастик учлик” белгиси мусбат, Кёбнер изоморф реакцияси кузатилади. Периферик қонда Нв – 100г/л, лейкоцит – 5000, СОЭ-20.

“Врач” бемор сўзидан йиғган барча маълумотларга эътибор бериши, клиник белгиларга ёндошиб беморга аниқ ташхис қўйиши ва дерматология бўлимига йўллаши лозим.

“Эксперт” врач фаолиятини баҳолашда қуйидаги ҳолатларга эътибор бериши лозим: -беморга тўғри психологик ёндашдими?

-асаллик анамнези тўлиқ ва аниқ йиғилдими?

-беморни кўриқдан ўтказганда тошмаларга, яъни морфологик элементлар характеристикаси (тавсифи)га эътибор берилиб, псориаз касаллиги деб тўғри ташхис қўйилдими?

Касаллик қайси даврдалиги аниқландими?

-беморни кейинги текширувлар ва даволаш мақсадида шифохонага йўлладими?

-даволашда нималарга эътибор бериш ва даво схемасини тузишга ёндашилдими?

Бемор ҳаракатларини баҳолашда:

Ўз ҳолатини қанчалик даражада таърифлади?

Касаллик тарихини аниқ айта олдими?

Касаллик белгиларини аниқ таърифлаб бердими?

Машғулот сўнгида ўқитувчи эътибор берилмаган томонларга ва ҳар бир иштирокчининг ҳаракатларида аниқланган камчиликларга тўхталиб машғулотга яқун ясайди.

### «Галерея бўйлаб саёҳат»

**Мақсад:** Талабаларга маълумотларни танқидий баҳолаш ва ушбу муаммо бўйича тўлақонлигини аниқлашни ўргатиш.

#### **Асосий тамойиллари:**

Ҳар бир гуруҳга битта муаммо таклиф этилади ва улар 10 дақиқа давомида уни ёзма равишда ҳал этишади, сўнг топшириқларни алмашадилар. Аввалги гуруҳнинг хатоларини аниқлаш ҳамда жавобларга қўшимчалар киритиш мақсадида саволлар барча иштирокчилар билан муҳокама этилиб, яқуний жавоб варианты қабул қилинади.

“Галерея бўйлаб саёҳат” усули талабалардан юксак диққат эътиборни ва ушбу бўлим бўйича яхши назарий тайёргарликни талаб қилади.

**Бу усулнинг афзалликлари** – талабаларнинг аналитик қобилиятини ва клиник фикрлаш кўникмаларини намоёниш этишга имкон беради.

#### **Камчиликлари:**

Жавобларни муҳокама қилишда танбеҳларга салбий реакция туғилиши мумкин.

Талабаларни гуруҳларга тақсимлашда улар орасида лидерлар борлигини назарда тутиш лозим. Бу машғулотга яқун ясалаётганда ҳисобга олинади.

**Мисол:** Машғулот мавзуси: Псориаз этиопатогенези, клиникаси, турлари, кечиш давлари ва даволаш.

Уч кичик гуруҳга биттадан савол берилади:

1. Псориазнинг клиник турларини таърифлаб беринг.
2. Псориазнинг клиник кечиш давларини таърифлаб беринг.
3. Псориазни умумий ва маҳаллий даволаш.

### «Тезкорлик, аниқлик, тўлақонлик»

**Мақсад:** Талабаларга ушбу муаммо бўйича билимларини тез, аниқ, тўлақон аниқлашни ўргатиш.

#### **Асосий тамойиллари:**

Гуруҳ талабалари билим даражасига мос ҳолда икки кичик гуруҳга бўлинади. Ўқитувчи томонидан тайёрланган саволлар конвертларга солинган бўлиб, рақамланади. Ҳар бир гуруҳ сардори навбат билан рақам айтиб саволни танлайди. Савол ўқилгандан сўнг уч минут ичида гуруҳ талабалари жавоб тайёрласа, қўлидаги белгини кўтариб билдиради. Жавоб тўлиқ бўлмаса, иккинчи гуруҳ талабалари тўлдиради.

Машғулотнинг мавзуси: Папулёз тошмалар билан кечувчи касалликлар.

Ўқитувчи томонидан тайёрланган саволлар рўйхати:

- 1) Папулалар тавсифи ва таснифи.
- 2) Қуйидаги касалликларнинг таянч белгилари:
  - Псориаз
  - қизил ясси темиратки
  - парапсориаз
  - II – захм касаллиги
  - нейродермит

## **Мавзуга оид вазиятли масалалар**

### **1-масала.**

Бемор А. 14 ёшда. Ўзини 10 кундан бери касал ҳисоблайди. Касалхонага иккала тирсак ва тизза соҳаларида тошмалар пайдо бўлганлигига, тошмаларда кепакланиш авж олганлигига ва кўпаётганлигига, қичишга шикоят қилиб келди. Анамнездан бемор шу касаллик билан 2 йилдан бери касал ҳисоблайди. Касаллик баҳор ойларида кўзиб туради. Сабабини аниқ билмайди. Кўрик вақтида беморнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли. Юрак тонлари меъёрий эшитилади. Ps-80 ритмик А/Б 100/60 мм нд уст.тенг. Жигар, талоқ катталашмаган. Терисидаги патологик жараён яллиғланишга хос бўлиб, асосан иккала қўл-оёқларининг ёзувчи юзаларида бутун тана соҳасида жойлашган, элементлардан усти оқ кумушранг тангачалар билан қопланган лентикуляр папулалар аниқланади. Папулаларда псориастик учлик белгиси мусбат. Кёбнер феномени мусбат. Папулалар атрофида яллиғланиш гултожиси мавжуд. 1-2 та энди пайдо бўлаётган тугунчалар ҳам аниқланади.

1. Фаразий ташхис қўйинг.
2. Ташхис қўйишда қайси симптомлар аҳамиятга эга?
3. Касалликда қайси давр кузатилмоқда?

### **2-масала.**

Бемор К. 45 ёшда. У 15 йилдан бери касал. Бемор танасида, қўл-оёқларида оқ кумушранг тангачалар билан қопланган лентикуляр папулалар ва пилакчалар бор. Бемор тирноқларида нуқтасимон чуқурчали ўзгаришлар кузатилади. Кёбнер феномени мусбат.

1. Ташхис қўйинг.
2. Қандай касалликлар билан таққослаш керак?
3. Кёбнер феномени қандай намоён бўлади?

### **3-масала.**

6 ёшли қизчанинг юзида, қўл-оёқларида бир-бирига қўшилишига мойил пушти рангли кўплаб папулалар, пилакчалар бўлиб усти сарғиш кулранг тез тўкиладиган

тангачалар билан қопланган, бошида диффуз кепакланиш кузатилади. Сочлар ўзгармаган. Ауспитц “учлик” белгиси кузатилади.

1. Ташхис қўйинг.
2. Текширув режасини тузинг.
3. Ауспитц “учлик” белгисини изоҳлаб беринг.

#### **4-масала.**

Бемор М. 30 ёшда. Шифокорга қуйидаги шикоятлар билан келди: тана ҳарорати кўтарилиши, тошмалар бутун танага тарқалган эритродермия ҳолати тери сатҳининг анча қисмини эгаллаган. Бемор териси патологик ўчоқларида паластинкасимон кепакланиш кузатилади. Лимфа тугунлари катталашган. Анамнезидан бемор ўзини 10 йилдан бери касал ҳисоблайди. Касаллик ҳар йили 2-3 марта қайталаниб туради. Охириги 15 кунда касаллик яна қўзиб бемор уй шароитида олтингугурт малҳамини ишлатган. Даволанишдан кейин диффуз қизаришлар ошган.

1. Ташхис қўйинг.
2. Асосий клиник белгиларини кўрсатиб беринг.
3. Умумий ва маҳаллий даво усулини танланг.

### **Мавзуга оид тестлар**

1. Псориазнинг клиник турларини кўрсатинг.
  - А) атрофик, склеротик
  - Б) ҳалқасимон, сўгалсимон
  - В) эксфоллиатив
  - Г) себорияли, артропатик
  - Д) дифференциаллашмаган
2. Пўстлоқли темираткининг клиник кўринишларини кўрсатинг.
  - А) системали
  - Б) атопик
  - В) скперотик
  - Г) ўчоқли
  - Д) пустулёз
3. Баръбер псориазида тошмаларнинг типик жойлашиш жойи:
  - А) кафт, товонда
  - Б) бошнинг сочли қисмида
  - В) генитал соҳада
  - Г) лабнинг қизил ҳошиясида
  - Д) юз соҳасида

4. Пустулёз псориазнинг клиник турини кўрсатинг.
- А) эритродермия
  - Б) ҳалқасимон
  - В) лихеноидли
  - Г) Цумбуш
  - Д) экссудатив
5. Псориазга хос клиник симптомларни кўрсатинг.
- А) “терминал парда” феномени
  - Б) Никольский симптоми
  - В) Асбо-Ганзен симптоми
  - Г) Горчаков-Арди симптоми
  - Д) Пинкус симптоми
6. Псориазни қайси касалликлар билан қиёсий ташхис қилиш мумкин?
- А) иккиламчи захм, қизил ясси темиртки
  - Б) кепакланувчи темиртки
  - В) ўраб олувчи темиртки
  - Г) сурункали трихофития
  - Д) сурункали экзема
7. Қайси симптомлар псориазга хос?
- А) Ауспитц учлиги
  - Б) шиш, индурация, атрофия
  - В) Яриш-Лукашевич-Пейкс геймера реакцияси
  - Г) атрофия, гиперкератоз
  - Д) “кушбурун”, склеродактилия
8. Кафт-товон псориазини қайси дерматозлардан қиёсий ташхислаш керак?
- А) Эритразия
  - Б) демодекоз
  - В) рубромикоз
  - Г) Дюринг дерматити
  - Д) эризепелоид
9. Бошнинг сочли қисми псориазига хос хусусият:
- А) сочларнинг зарарланмасдан кепакланиши кузатилади.
  - Б) майда ўчоқли атрофин соч тўкилиши

- В) ўчоқли атрофик соч тўкилиши
- Г) фолликуляр гиперкератоз, атрофия
- Д) диффуз соч тўкилиши

10. Псориастик ониходистрофияни қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади:

- А) демодекоз
- Б) микроспория
- В) рубромикоз
- Г) контагиоз моллюск
- Д) турниол

11. “Стеарин доғи” симптоми асосида қандай патогистологик жараён ётади?

- А) акантоз
- Б) гракулёз
- В) акантолиз
- Г) вакуольпи дистрофия
- Д) казеозли некроз

12. “Терминал парда“ феномени асосида қандай патогистологик жараён ётади?

- А) паракератоз
- Б) акантолиз
- В) баллонли дегенерация
- Г) Гранулематоз
- Д) амилоидоз

13. “Нуктали қонталаш” феномени асосида қандай патогистологик жараён ётади?

- А) анаплазия
- Б) плеоморфизм
- В) потрис микроабцесси
- Г) гистиоцитар инфилтрат
- Д) папилломатоз

14. Кёбнер изоморф реакцияси қандай намоён бўлади?

- А) Тирноқ излари бўйича папулаларнинг пайдо бўлиши
- Б) эпидермиснинг кўчиши
- В) тангачани олиб ташлаганда оғриқли бўлиши
- Г) папулаларни босганда рангининг ўзгариши

Д) нуқтали қон талашларнинг пайдо бўлиши

15. ПУВА –терапия нимага асосланган?

- А) ультрабинафша нурлар билан фотосенсибилизаторларни бирга қўллашга
- Б) ультрабинафша нурлар билан ароматик ретиноидларни бирга қўллашга
- В) ультрабинафша нурлар фойдаланишга асосланган.
- Г) инфрақизил нурлардан фойдаланишга асосланган.
- Д) лазер нурлардан фойдаланишга асосланган.

16. ПУВА-терапияда қўлланиладиган фотосенсибилизаторлар:

- А) пувален, псоберан
- Б) нор-флорксацин
- В) циклоспорин
- Г) новокаин, лидокаин
- Д) пирацин, пупер

17. Псориазни даволашда қўлланиладиган маҳаллий иммуномодуляторлар

- А) такролимус, элидел
- Б) дермовайт, целестодерм
- В) тридерм, гентридерм
- Г) левомикол, тербизел
- Д) дипросалик, 5-фторурация

18. Псориазнинг прогрессив даврида қандай малҳамлардан фойдаланилади?

- А) 2 %ли салицилат малҳами
- Б) элидел, элоком
- В) 5-фторурацил
- Г) клотримазол, микосептин
- Д) саркутан ва дайвонекс

19. Псориазни даволашда қўлданиладиган иммуносупрессорлар:

- А) метотрексат
- Б) неорал
- В) биомицин
- Г) дипроспан
- Д) циклоспорин

20. Псориазинг оғирроқ кечувчи турларини кўрсатинг

- А) артропатик, пустулёз
- Б) кафт-товон, тирноқ псориази
- В) интертригиноз
- Г) вульгар, себореяли
- Д) атрофик, склеротик

21. Псориазни қайси касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади?

- А) бурмалар кандидози, стрептодермия
- Б) гидроденит, фурункул
- В) чов эридермо-фитияси
- Г) ҳақиқий лейкодерма
- Д) атопик дерматит

22. Патологик жараенида ши кастланмайди

- А) тирноклар
- Б) сочлар
- В) эккрин тер безлари
- Г) бўғимлар
- Д) ёғ безлари

1БВД, 2АБВ, 3ВД, 4АБГД,5АГ

23. Псориаз учун кандай патогистология ўзгаришлари хос

- А) эпидермис ичидаги полиморф хужайрали абсцесслар
- Б) акантолизис
- В) эпидермис ичидаги пуфаклар
- Г) акантоз
- Д) паракератоз

1 АГД, 2АД, 3БД, 4АБД,5БВ



## Амалий кўникма

### **Псориазда диагностик учликни аниқлаш:**

Қириш буюм ойнаси ёки скальпельнинг ўтмас томони билан амалга оширилади.

1. Қирганда элементлар қитиқланиши ошади ва тангачалар тирналган стеарин томчисини эслатади ва оқ рангга киради ( стеаринли доғ феномени)
2. Эпидермисни донадор қатламигача қирганда тангачалар тушиб қолади ва пушти нам кўринишга эга бўлади (терминал парда ёки псориастик парда феномени).
3. Қиришни давом эттирганда (сўрғичсимон қатламгача ) плёнка юзида қонли нуқталар (майда томчилари) пайдо бўлади (қонли шудринг феномени).

**Талаба бажара олиши лозим:** беморларнинг шикоятларини, эпидемиологик анамнез ва касаллик анамнезини йиғишни, орган ва системалар бўйича беморларни клиник текширишни, фаразий ташхисни шакллантириш учун асосий анамнестик маълумотлар ва клиник текшириш натижаларини аниқлашни, лаборатор текшириш режасини тузишни, лаборатор текшириш натижаларини солиштириб кўришни, клиник ташхисни ифодалашни, даволаш режасини тузишни, терапевтик тактикани аниқлашни.

**Псориаз. Этиопатогенези. Клиникаси, клиник шакллари, қиёсий ташхиси, даволаш мавзуси бўйича баҳолаш мезони.**

86-100	аъло	Псориаз. Этиопатогенези, клиникаси, қиёсий ташхиси, даволаш мавзуси бўйича яхши тасаввурга эга, моҳиятини тушунтиради. Мустақил мушоҳада юрита олади. Амалда қўллаб, мавзу бўйича ижодий эркин фикр юритиб хулоса ва қарор қабул қилади.	3- даража билим ва кўникмалар даражаси
71-85	яхши	Псориаз.. Этиопатогенези, клиникаси, қиёсий ташхиси, даволаш мавзуси бўйича яхши тасаввурга эга. Мавзуларни ва унинг қисмларини ўзлаштирган, айтиб беради, моҳиятини тушунтириб бера олади. Амалда қўллаб билади, мавзунинг ҳар бир бўлимлари юзасидан мустақил мушоҳада юритади.	2- даража ўқув қобилияти даражаси
55-70	қониқарли	Псориаз. Этиопатогенези, клиникаси, қиёсий ташхиси, даволаш мавзуси бўйича яхши тасаввурга эга. Мавзуни бир қисмини тўлиқ ёки ҳамма қисмидан қисқача тушунчаларга эга, моҳиятини тушунтира олади.	1- даража тасаввур этиш даражаси
0-54	қониқарсиз	Псориаз. Этиопатогенези, клиникаси, қиёсий ташхиси, даволаш мавзуси бўйича умуман тасаввурга эга эмас. Мавзуни билмайди, тайёрланиб келмаган, саволларга жавоб беролмайди.	0- даража мутлоқ тасаввур йўқлик даражаси

## **Машғулотнинг мазмуни: Назарий қисм.**

### **Псориаз**

#### **Этиология, клиника, диагностика. Замонавий даволаш**

**Псориаз**— тери касалликлари ичида тез-тез учраб турадиган, сурункали қайталанувчи, мультифакториал табиатга эга касаллик. Псориаз эпидермис ҳужайраларининг гиперпролиферацияси, кератинизациясининг бузилиши, дермада эса яллиғланиш реакцияси ва турли аъзо-системаларда патологик жараёнларнинг юзага келиши билан кечади. Бу касаллик йиллаб давом этади ҳамда рецидив (қайталаниши) ва ремиссия билан алмашилиб туради.

Эпидемиологияси:

Статистик маълумотларга қараганда ер шари аҳолисининг 2% -3% псориаз билан касалланади. Адабиётларга қараганда псориаз Ғарбий Европа ва Скандинавияда кенг тарқалган. Масалан Данияда -2,9 % , Буюк Британияда 2,0 %, Норвегияда 4,8%, АҚШда-1,4%, Хитой ва Гонконгда 0,57%ни, Ўзбекистонда – 0,9%ни ташкил қилади.

Псориаз тери касалликлари орасида 5-10%ни ташкил қилади. Эркаклар ва аёллар бу касаллик билан бир хил касалланадилар. Псориаз кўпинча 20-40 ёшдагиларда учрайди. Касаллик кейинги йилларда болалар орасида жуда кўп учрамоқда.

Касалликнинг илк клиник белгилари R. Willan (1801) томонитан таърифлаб берилган. 1841йилга келиб Гебра псориазни мустақил касаллик сифатида ажратган.

#### **Этиология ва патогенез.**

Псориаз касаллигининг келиб чиқишида бир неча назариялар бор: ирсий, вирусологик, иммунологик, нейроген, эндокрин, моддалар алмашинувининг бузилиши(углеводлар, оқсиллар, ёғлар, циклик нуклеотидлар, кейлонлар ва б.қ ), инфекция-аллергик.

**Ирсий назария.** Псориаз касаллигининг қариндошлар орасида ирсиятда кўпроқ учраши аниқланган. Шунга қараб псориаз икки хил типга бўлинади: 1- тип псориаз касаллиги билан касалланганларнинг оилаларида, қариндошларида учраб 18-25 ёшдан бошланади. Бу тип 65 % ни ташкил қилиб, касаллик оғирроқ кечади.2-типи псориаз 50-60 ёшларда учраб нисбатан енгилроқ ўтади ва оилавий ҳолатлар аниқланмайди. Агар ота-онанинг бири псориаз билан оғриган бўлса, у ҳолда уларнинг болаларида псориаз учраш эҳтимоли 25%ни, уларнинг ҳар иккаласи ҳам касалланган бўлса, у ҳолда бу эҳтимоллик75%ни ташкил қилади. Бундай таҳлиллар шуни кўрсатадики, псориаз мультифакториал касаллик бўлиб, генетик улуши 60-70 %ни ташкил қилади. Псориазнинг ирсий табиатга эга эканлиги, унинг генетик маркёри бўлмиш-HLA системаси билан

ассоциацияси исботлайди. Псориаз ривожланишида ҳар хил генлар якка ёки биргаликда иштирок қилади. Хужайраларнинг бўлиниши ва кўпайиши протоонкогенлар томонидан назорат қилинади, турли сабаблар натижасида бундай генларнинг назорат қилиш қобилияти бузилади, натижада эпидермиснинг фаоллиги ошади. Псориаз билан касалланган беморларда ёғ, углевод алмашинувининг бузилишлари ва терисида протеогликогенлар (mys, fos, abl) миқдорининг ошганлиги аниқланган. Илмий маълумотларга қараганда псориаз кўпинча B13, Bw16, Bw17, CT7 антигенлар билан боғлиқ. Псориастик артритда B27 антигени тез-тез учрайди. Эгизаклардаги псориазнинг клиник кўринишлари бир-бирига жуда ўхшаш бўлиши ҳам ирсий назарияни исботлайди. **Вирусологик назария** тарафдорлари псориаз билан оғриган беморларнинг аъзо тўқималарида элементар заррачалар, специфик антителолар борлиги; лаборатория ҳайвонларига псориастик ўчоқдан олинган тўқима экстракти юборилганда улар терисида гранулёматоз тўқималар ҳосил бўлиши, товук эмбрионининг хорион аллантоисидида “касаллик қўзғатувчисининг” культивация қилинишини асосий далил қилиб келтирилади.

Кўпчилик олимлар бу назарияни ёқламайдилар, чунки псориаз билан оғриган бемор қонини бошқа касалликдан оғриган кишига қуйганда псориаз юқиши кузатилмаган.

Инфекцион-аллергик назарияга мувофиқ псориаз пневмония, тонзилит, грипп ёки бошқа сурункали инфекция касалликлардан сўнг вужудга келади. Бундай беморларда антистрептолин О ва антистрептокиназалараҳни, стрепто ва стафило-аллергенларнинг юқори титрда бўлиши ҳамда бундай беморларни г ва стафилоанатоксин билан сенсibiliзация ўтказганда беморлар ахволининг яхшиланиши бу дерматознинг патогенезида стрепто- стафилококклар каттаҳамиятга эга эканини кўрсатди. Бу назарияга кўра псориаз вирус, микроблар ва уларнинг ҳаёт фаолияти давомида ҳосил бўлган маҳсулотларга нисбатан аллергия реакциялар натижасидир. Сурункали инфекция касалликлар организмнинг қаршилиқ қилишини сусайтириб псориастик вируснинг организмга кириб келишига шароит яратади ва оқибатда аввал шу вирусга нисбатан ўта сезувчанлик, кейин эса аутосенсibiliзация вужудга келади. Бундай аутоиммун реакциялар организмнинг генлари томонидан назорат қилиниб туради.

Невроген назарияси. Кўпчилик олимлар фикрича псориаз бу марказий нерв системасини трофик хусусиятининг бузилиши оқибатида вужудга келади. Псориазга чалинган беморларнинг кўпчилигида марказий ва вегетатив нерв системалари томонидан турли ўзгаришларни (невроз, диэнцефалит, вегетодистония ва б.қ.) кузатилиш мумкин. Псориаз келиб чиқишида нерв системасининг муҳим аҳамиятга эга эканлигини организмда физиологик фаол моддалар (гистамин, серотонин, катихоламин, ацетилхолин ва б.қ.) миқдорининг

ошиб кетиши исботлайди. Лекин, невроген назария барча ҳолларда ҳам псориазни келиб чиқишини мутлақо исбот қила олмайди. Масалан, ёш болаларда псориаз вужудга кеишидан аввал невроз ёки эмоционал бузилишлар кузатилмайди.

### **Моддалар алмашинувининг бузилиш назарияси.**

Моддалар алмашинувининг(асосан углевод, оксил,ёғ)бузилиши туфайли эпидермис мугуз қаватининг ҳосил бўлиш жараёни ва эпидермопозэнинг нормал ритм билан ишлашида функционал ўзгаришлар содир бўлади. Псориаз билан оғриган беморлар организмида простогландин ва полиаминларнинг миқдори юқорилиги, ДЗ витаминнинг камайганлиги аниқланган.

**Эндокрин назария.** Псориаз эндокрин безлари фаолиятининг ўзгариши туфайли келиб чиқиши кўп йиллардан бери маълум, ҳомиладор аёлларда псориазнинг клиник кечиши бунга мисолдир. Ҳомиладорликнинг биринчи ярми, аборт, туғиш ва лактациянинг тугаш даври псориазни қўзғатиб, оғир кечишига олиб келади. Псориазнинг клиник кечиши ҳомиладорликнинг иккинчи даврида бирмунча енгиллашади. Бошқа эндокрин безларда ҳам қатор ўзгаришлар кузатилади. Псориазнинг артропатик ёки эритродермик турларида буйрак усти беи пўстлоқ қавати ишлаб чиқарадиган глюкокортикоидлар миқдори камаяди.

**Иммунологик назария.** Иммуно системасининг бузилиши псориаз патогенезида асосий роль ўйнайди. Бунда Т- лимфоцитларнинг ошиши, пролиферация ва эпидермис ҳужайралари дифференцировкаси иккиламчи жараён ҳисобланади. Биринчи ўзгаришлар дерма ва эпидермисда бўлиб ўтади. Дермадаги яллиғланиш жараёни эпидермис ҳужайралар бўлиниши бузилишига олиб келади, бу ҳолат пролиферацияни кучайиши билан намоён бўлади. Гиперпролиферация кератиноцитларнинг цитокинлар ва эйкозаноидларнинг секрециясига олиб келади. Бу эса псориастик ўчоқда яллиғланишни қўзғатади. Жароҳатланган ўчоқларда ҳужайралар интерлейкин -1 (ИЛ-1) ишлаб чиқаради натижада Т-лимфоцитларни (хелперларни) активлаштиради. Бу фактор (Ил-1) кератиноцитлар томонидан ишлаб чиқарилади ва тимус лимфоцитларини фаоллаштиради.

Ил-1 эпидермисда Т-лимфоцитлар инфильтрациясига олиб келади.Т-лимфоцитлар интерлейкин ва интерферон ишлаб чиқаради. Булар эса эпидермис кератиноцитлари гиперпролиферацияси кучайишига олиб келади. Кератиноцитлар пролиферацияси бузилади ва нормадан 28 марта кўп кератиноцитлар ҳосил бўлиш жараёни ортади. Т-лимфоцитларни касал одамдан олиб, сичқонлар терисига юборилганда экспериментал псориаз пайдо қилинган.

Триггер факторларга стресслар, физик травмалар, дорилар, инфекциян касалликлар, гипокальцимия, алкоголь, климат ва бошқалар киради.

## **Клиникаси.**

Псориаз беморларда ҳар хил клиник кўринишларда бошланади. Бирламчи тошмаси кескин чегараланган, айлана шаклли катталиги тўғноғич боши катталикдаги пушти ранг доғ кўринишида намоён бўлади.

М.С. Пильков псориастик тошманинг пушти (қизғиш) рангда бўлишига эътибор берган. (Пильков симптоми) тошмалар ранги ёрқин- пушти (қизғиш) рангдан токи ёрқин-қизил рангача бўлиши мумкин. Юзаки қизғиш доғ пайдо бўлишидан бошлаб устида оқ кумушранг тангачалар билан қопланган бўлади. Баъзи ҳолатларда бирламчи элемент бошланишидан оқ пайпаслаб кўрилганда тугунча кўринишида намоён бўлади. Бундай ҳолларда тангачаларни олиб ташланса, бу кўриниш йўқолади. Тошмалар ўлчами аста-секин катталашиб боради, инфильтрация кучаяди. Тангачалар катталашиб кўпайиб тугунча кўринишидаги мономорф тошмалар пайдо бўлади. Тошмаларнинг периферик ўсиши ёки бирига қўшилишидан катта ўлчамли ҳар хил шаклли пилакчалар пайдо бўлади. Асосий дастлабки жойлашиш жойи қўл-оёқларнинг ёзувчи юзалари. Асосан, тирсак, тизза, бошнинг сочли қисми, тери бурмалари ва тана соҳаларида жойлашади. Баъзи беморларда псориастик тошмалар ёзувчи ва букувчи соҳаларда ҳам жойлашиши мумкин. Бунга қайтувчи псориаз (*psoriasis inversa*) деб аталади. Псориаз диагностикасида ўзига хос учта симптом (псориастик триада) ва Кёбнер феномени ёки изоморф реакцияси характерли. Псориастик триада папулани тирнаш йўли билан юзага келади, у учта феномендан иборат.

1. Оқ-кумуш тангачали кепакланиш (стеарин ёки шам ёғи феномени) Касалликнинг ҳар хил даврида кепакланиш псориастик тошманинг ривожланиш ҳолатига қараб турли хил интенсивликда бўлади. Узоқ вақт давом этаётган касаллик ўчоқларида оқ-кумуш тангачали кепакланиш зич жойлашиб, худди оппоқ қорни эслатади. Янги, тез ривожланаётган тошмаларда кам кепакланиш кузатилади. Бундай осон кўчадиган бўлиб, асосан тошмалар марказида жойлашади, атрофида эритематоз халқа бўлади. Тошмалар йирик бурмаларда, кафт-товонда жойлашганда кепакланиш кам ёки умуман бўлмайди.

2. Тангачалар олиб ташлангандан сўнг нам, қизил рангли, ялтираган нозик юза ҳосил бўлиши (терминал ёки псориастик парда феномени).

3. Тирнаш давом эттирилса, дерманинг узайган сўрғичсимон қавати юқори қисмларининг жароҳатланиши натижасида қонли нуқталар юзага келиши (Ауспитц ёки қонли шудринг феномени) кузатилади. Бу феноменлар патогистологик ўзгаришлар (паракератоз, акантоз, папилломатоз ) натижасида келиб чиқади. Феноменлар ичида терминал парда феномени ва Кёбнер изоморф реакцияси диагностик аҳамиятга эга.

**Кёбнер изоморф реакцияси(травматик псориаз).** Турли хил травмалар (тирнашлар, куйишлар, инъекциялар, шилинишлар, токсик агентлар, контакт аллергик дерматитлар, тери синамаларини кўйиш) ўрнида одатда, 10-14 кун давомида ёки кейин псориадик тошмалар пайдо бўлади. Кёбнер феноминининг келиб чиқишига ва ривожланишига профилактик эмлашлар, пиодермитлар, ўраб олувчи темиртки каби дерматозлар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Кёбнер изоморф реакцияси тез-тез кузатиладиган беморларда псориаз ёшаришга, даволангандан кейин ҳам кўзғалишга мойилроқ бўлади.

Псориазнинг клиник кечишида 3 та давр тафовут қилинади.

1.Прогрессив даври: бунда янги тошмалар пайдо бўлиб баданнинг қичишиб туриши, эски элементларнинг кенгайиши ва папулалар атрофида қизил гардиш, яъни яллиғланиш гултожиси, Кёбнер феномени ва псориадик триада пайдо бўлиши билан белгиланади.

2.Стационар даври: янги тошмалар тошиши, гултожли яллиғланишнинг периферияга қараб ўсиши тўхтади.

3.Регрессив даври: тошмаларнинг сўниш даври. Папулалар атрофида депигментли гултожи пайдо бўлади (Вороновнинг псевдоатрофия гултожиси). Папулалар марказидан ёки периферик қисмидан сўрила бошлади. Элементлар сўрилгандан сўнг кўпинча депигментли, баъзан гиперпигментли доғлар қолади. Псориаз тошмаларига симметрик жойлашиш, периферик ўсишга мойиллик, папулалари кўшилиб пиллакчаларни ҳосил қилиш хусусиятлари хос. Псориадик тошмаларнинг катталигига қараб псориаз турлари:

- 1) нуқтали тошмалар катталиги тўғноғич боши катталигича бўлади.
- 2) томчисимон тошмалар тўғноғич бошидан каттароқ бўлади.
- 3) фигурали тошмалар. Бунда ўчоқлар ҳар хил кўринишдаги(ёйсимон, ўроқсимон, ҳалқасимон) фигураларни ҳосил қилади.
- 4) тангасимон пиллакчалар катта ва йирик бўлади.
- 5) географик бунда жароҳат ўчоқлари бир-бири билан кўшилиб географик картани эслатади.
- 6) ҳалқасимон тошмалар марказдан регрессга учрай бошлаганда ҳалқасимон шаклни эслатади.
- 7) папилламатоз-сўгалсимон псориаз.

Касалликда тошмалар тери юзасининг деярли,барча соҳаларида жойлашади, аммо асосан тизза, тирсак, бошнинг сочли қисми, люмбосакраль соҳалар, яъни кўпроқ травматизацияланадиган соҳаларда кўп учрайди. Бу соҳалардаги псориадик тошмалар узоқ вақтгача сақланиб туради. Псориазда шиллик пардалар кам жароҳатланади. Асосан пустулёз ва оғир артропатик турида учрайди. Псориазда шиллик пардалардан оғиз шиллик пардаси, камроқ ҳолларда томоқ, танглай, қизилўнгач, бурун, сийдик пуфаги, тўғри ичак, уретра, қин шиллик

пардалари ҳам шикастланиши мумкинлиги адабиётларда айтиб ўтилган. Юқорида айтиб ўтилган соҳалар шиллик пардаларида учрашини тошмаларнинг бир вақтнинг ўзида ҳам терида, ҳам шу соҳаларда пайдо бўлиб, даволаниш процесслари давомида типик псориадик тошмалар билан биргаликда йўқола бориши билан тушунтирилади. Тирноқларнинг (кўпроқ кўл, баъзан оёқ) зарарланиши псориаз симптомларидан бири ҳисобланади. Бунга “ангишвона” симптоми дейилади. Бундан ташқари чизикли ва кўндаланг чизикли зарарланиш ҳам кузатилиши мумкин. Тирноқлар ранги хиралашиши, тирноқ пластинкалари деформацияси, эркин қисми синишлари, онихолизис ёки онихогрифоз кузатилиши мумкин. Тирноқлар зарарланиши кўпроқ артропатик, пустулёз ва псориаз эритродермияларида учрайди. Тирноқлар зарарланиши ҳамма вақт ҳам касаллик оғирлик даражасини ифодаламайди. Яъни ониходистрофия чегараланган псориаз турларида ҳам учраши мумкин. Псориазда тирноқлар зарарланишини бошқа дерматозлар билан қиёсий ташхислаш керак.

Псориазда субъектив белгиларидан беморлар жароҳат соҳасидаги қичишга айниса бошнинг сочли қисмида жойлашган бўлса, артропатик турида эса бўғимлардаги оғриққа шикоят қилади.

Псориазнинг қуйидаги клиник кўринишлари тафовут қилинади:

1. вульгар (оддий) псориаз
2. экссудатив псориаз
3. себореяли псориаз
4. артропатик псориаз
5. псориаз эритродермияси
6. пустулёз псориаз
7. кўл кафти ва товон псориази.
8. интритригиноз псориаз

**Экссудатив псориаз.** Оддий псориаздан экссудатив жараёнлар устунлиги билан ажралиб туради, натижада псориадик тошмалар юзасида тангача ва пўстчалар сарғиш рангда бўлади. Пўстчаларни олиб ташланганда қон аралаш сувчираган юза чиқади.

**Себореяли псориаз.** Асосан бошнинг сочли қисми ва себореяли соҳаларда жойлашиб ўзига хос клиник кўринишга эга. Жараён узок вақт чегараланган кўринишда кечади ва яллиғланиш кучсиз бўлган кепакланиш кўринишида бўлади. Бундай ҳолатларда агар псориазга хос тошмалар терининг бошқа соҳаларида бўлмаса ҳамда ирсиятида бўлмаса ташхис қўйиш қийин бўлади. Бундан ташқари юзда, кўкрак соҳасида чегараси аниқ устида қат-қат тангача билан қопланган папула ёки пиллакчалар аниқланади. Псориадик учлик белгиси вульгарга нисбатан кучсиз ифодаланган.



**Артропатик псориаз.** Касалликнинг оғир формаларидан бўлиб, кўпинча беморни ногиронликка баъзан кахексиядан ўлимга олиб келиши мумкин. Псориазда бўғимларнинг шикастланиши жараённинг системали кечаётганлигидан далолат беради. Бу тури кўпроқ эркакларда учрайди. Касалликнинг бошланиши ҳар хил. Бўғимларнинг зарарланиши баъзида чегараланган учраса, баъзан тери кўринишлари билан бирга учрайди. Суяк бўғимлардаги рентгенологик ўзгаришлар: бўғим атрофи остеопорози, бўғим ёриқлари торайиши, остеофитлар, суяк тўқимаси кистози, суяклар эрозияси, олигоартритлар, псориадик спондилит, псориадик сакроилитлар кузатилади. Беморлар бўғимлардаги кучли оғриқларга шикоят қилади. Зарарланган бўғим касалликнинг 1- даврида қизариб шишган бўлади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати кўтарилиб иштаҳа пасаяди, ошқозон-ичак тракти фаолияти бузилади. Бу белгилар аста-секин йўқолиб, жараён ўткир ости ва кейин сурункалига ўтади. Вақт ўтиши билан бўғимлар деформациясига ва анкилозга олиб келади.

**Псориадик эритродермия.** Псориаз асорати сифатида, ҳамда чала даволаниш, малҳамларни, УБН, инсоляцияни нотўғри қўллаш оқибатида ривожланади. Эритродермия аста-секин бутун тери қопламларини эгаллаб боради. Бунда тери оч-қизил рангга кириб усти йиринглайди, куруқ, оқ тангачалар билан қопланади. Бемор ечинган маҳалида ундан оқ кумушранг тангачалар кўп миқдорда тушади. Юз териси, кулоқ супралари, бошнинг сочли қисми худди ун сепиб қўйгандай кўринади. Териси инфильтрацияланган, шишган, пайпаслаганда ҳарорат ва бироз дағаллашган бўлади. Беморлар тери қичишидан, тери тортилиши, ачишидан шикоят қилади. Баъзи тери соҳаларида типик псориадик папула ва пилакчалар учрайди. Эритродермия псориаз кечишини ёмонлаштиради. Беморнинг умумий аҳволи бузилган, тана ҳарорати 38-39С° гача кўтарилади, лимфа тугунлари айниқса сон ва чов лимфа тугунлари катталашади.

Пустулёз псориазнинг 2 та кўриниши бор: генерализациялашган пустулёз псориаз (Jumbush) ва чегараланган кафт-товон пустулёзи (Barber). Генерализациялашган формаси оғир кечади. Ҳарорат кўтарилиши, ҳолсизлик, лейкоцитоз ЭЧТ ошиши билан кечади. Эритема фонида пилакчалар зонаси ва ўзгармаган тери соҳаларида майда папулалар пайдо бўлади, бу ҳолат оғриқ ва ачишиш билан кечади. Пустулёз кафт-товон псориази кўп учрайди, тошмалар симметрик жойлашади. Пустулалар эпидермис ичида пайдо бўлиб, гипермияланган тери фонида инфильтрация ва лихенификация кузатилади.

**Кўл кафти ва товон псориази.** Псориазнинг бу тури физик меҳнат билан шуғулланувчи 30-50 ёшдаги шахсларда учрайди. Клиник қуйидаги турлари тафовут қилинади: лентикуляр, айлана, шохсимон, қадоқли. Терининг бошқа

соҳаларида типик псориадик тошмалар учрайди. Терминал парда ва нуқтали қонли шудринг феноменлари қийинчилик билан аниқланади.

**Интертригиноз псориаз.** Бурмалар псориази кўпинча болалар ва кекса ёшларда, айниқса қандли диабет касали борларда учрайди. Жараён кўпинча қўлтиқ остида, сут безлари остида, киндик атрофи, оралик соҳада учрайди. Кепакланиш билинар билинмас ёки йўқ, зарарланган ўчоқлар аниқ чегараланган, юзаси силлиқ, қизғиш рангда, баъзан бироз хўл бўлади. Бурмаларда баъзан ёриқлар пайдо бўлади.

### **Қиёсий ташхиси**

Псориазни қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташхислаш мумкин.

1. парапсориаз.
2. захм папулалари билан
3. қизил ясси темиратки
4. псориадик эритродермия
5. замбуруғли микознинг эритродермик тури билан
6. қизил сочли темиратки
7. ревматоидли артрит
8. Рейтер касаллиги билан

### **Псориазни томчисимон парапсориаз билан қиёсий ташхислаш.**

Псориазда эпидермал папулалар ҳар хил катталиқда бўлиб усти оқ кумушсимон тангачалар билан қопланади. Псориаз учун “псориадик учлик ” белгиси хос. Тошмалар кўпинча қўл- оёқларнинг ёзувчи юзаларидан бошланиб бошнинг сочли қисми юз ва танада жойлашади.

Парапсориазда тошмалар кўпинча тананинг иккала ёнбош соҳаларида жойлашади, юз ва бошда учрамайди. Кепакланиш кўзга ташланмайди, яъни папулалар билинар-билинмас нозик тангача билан қопланган бўлиб, ўртаси зич ёпишган четлари бироз кўтарилган ҳолатда бўлади. Кепакланиш тирналгандагина кўзга ташланади(яширин кепакланиш симптоми). Тангачалар псориазга ўхшаб осон ажралмайди, ранги ҳам сарғиш- оқиш бўлади. Стеарин доғи ва терминал парда феноменлари кузатилмайди, нуқтали қонли шудринг феномени бироз кузатилади. Тошмалар бир бири билан қўшилмайди ва беморларда тери қичиши кузатилмайди. Парапсориазда полиморфизм кузатилади ва узоқ рецидивланувчи касаллик ҳисобланади.

**Иккиламчи папулёз захмдан фарқли томонлари.** Псориазда тошмалар ранги ёрқинроқ бўлиб, эпидерма-дермал папулалар кузатилади. Иккиламчи захм папулалари эса кучсиз пушти рангда ва дермал папулалар пайдо бўлади. Псориаз

папулаларида кўплаб кепакланиш кузатилади, периферияга ўсиб бориб бир-бири билан қўшилади ва пилакчаларни ҳосил қилади. “Псориатик учлик” феномени кузатилади. Захмдаги серологик реакциялар манфий бўлади.

**Қизил ясси темираткидан** фарқли томонлари псориазда тошмалар ёзувчи юзаларда жойлашади ранги пушти қизил рангда бўлади. Кепакланиш кўп, шиллик пардалар камдан-кам ҳолатда зарарланади. Қизил ясси темираткида тошмалар букувчи юзаларда жойлашади, ранги бинафшаранг бўлади. Папулалар ўртасида киндиксимон ботиклик бор, Уикхем белгиси мусбат бўлади, кўпинча шиллик пардалар яъни оғиз шиллик пардалари зарарланиши билан кечади, кучли интенсив тери қичиши кузатилади.

**Замбуруғсимон микознинг эритродермик туридан фарқли томонлари.** Бу касаллик анча кеч бошланиб турғун кечади, инфилтратция кучли ифодаланган бўлади, сочлар тўкилиб, генерализациялашган лимфоаденопатия, интенсив доимий тери қичиши, кафт-товон гиперкератози кузатилади.

**Псориаз бармоқлар орасида товон соҳаларида жойлашганда кандидозлардан рубромикоз ва чов эпидермафитиясидан қийин ташхислаш керак.** Йирик бурмалар соҳаси кандидози ўткир кечади. Терининг юза қисмлари кўпроқ жароҳатланиб чегарасини аниқлаш қийин, сувчираш кучли ифодаланган, эпидермис қолдиқлари жароҳат четларидан осилиб туради. Шу жароҳатга яқин тери соҳаларидан доғсимон-везикулёз кўринишдаги кўплаб майда ўчоқларни аниқлаш мумкин. Рубромикоздан фарқи: псориаз оёқ панчаларида учраганда оёқ тирноқлари кам зарарланади, тирноқларда “ангишвона” белгиси кузатилади. “Псориатик учлик” феномени мусбат ва жароҳат соҳасидан рубромикозга ўхшаш замбуруғлар топилмайди. Оёқ панжалари соҳаси рубромикозда кепакланиш жудаям майда унсимон кўринишида бўлиб, тирноқлар сарғиш, хира рангга кирган, қалинлашган, кўпинча тирноқ пластинкалари увалашиб атрофия ҳолати кузатилади ва ўчоқдан замбуруғ аниқланади.

**Артропатик псориаз** ревматоид артритга нисбатан оғирроқ кечади, кўпинча эркакларда кузатилади. Артропатик псориазда жараён бармоқларнинг охириги фалангалари соҳаларида тирноқ пластинкалари зарарланиши билан кечади. Бундан ташқари умуртқалараро ва думғаз-ёнбош бирлашмаси ҳам тезда қўшилиши мумкин, жараён кўпинча асимметрик бўлиб, бўғимлар деформациясига олиб келади, ревматоидли синамалар манфий бўлади.

### **Гистопатологияси:**

Псориазда патогномик белгиларнинг юзага келишида кератинизация жараёнининг бузилиши ётади, яъни нормал мугузланишга нисбатан кератинизация жараёни 27 марта ошиб кетади. Эпидермисда паракератоз, акантоз, хужайралар ичида шиш, хужайралар орасида дермадан келган нейтрофилларнинг йиғилиши (Мунро микроабсцесси) кузатилади. Тугунча устидаги мугуз қават қалинлашади, у асосан таёқчасимон ядрога эга бўлган паракератотик хужайралардан иборат бўлади. Мугуз қавати хужайралари орасида жуда кўп тиркишлар бўлиб, улар ҳаво билан тўлганлиги сабабли тангачалар кумушсимоон кўринишга эга бўлади. Эски тошмаларда паракератозга нисбатан гиперкератоз кўпроқ шаклланади. Донадор қават йўқолиши ёки бир қаватли хужайралардан иборат бўлиши мумкин. Дермада папилломатоз кузатилади. Сўрғичсимоон қаватнинг капиллярлари кенгайиб қон билан тўлганлиги яққол кўзга ташланади. Сўрғичсимоон қаватда ва унинг остида лимфоцит, гистиоцитлардан иборат яллиғланиш инфилтрати бўлади.

### **Стандарт текшириш ва даволаш режаси:**

Псориаз касаллигини даволаш асосан, яллиғланишга қарши, эпителиоцитлар гиперпролиферациясига қарши ва улар нормализацияси дифференцировкасига қаратилган бўлиши керак. Псориазни дволашда ҳозирги пайтда кўпгина усуллар бор, ҳар қайси даволаш усулни тавсия қилишдан олдин беморга индивидуал ёндошмоқ лозим. Бунда беморнинг жинси, ёши, касби, касалликнинг клиник шакллари, даврлари, мавсумийлиги, жараённинг тарқалганлиги, қўшилиб келган ёки бошидан ўтказган касалликлари, олдинги олган даво курслари ҳисобга олиниши керак. Беморнинг психологик ҳолати ҳам катта аҳамиятга эга. Беморлар билан суҳбатда унга бу касалик ҳақида тушунтириш, даволашда эришилган ютуқлар ҳақида айтиш керак.

Беморга ўз вақтида даволаниш ва врач кўрсатмаларига амал қилиш кераклиги ҳақида айтиш, шу билан касалликни узоқ вақт ремиссияга эришиш мумкинлиги ҳақида тушунтириш керак.

Касалликнинг клиник формаси ва даврларига қарамай псориаз билан оғриган беморлар парҳезга ва тери парваришига риоя қилиши керак. Бундай беморлар алкоғол ичимликлари ичмаслиги ўткир ва ёғли овқат маҳсулотларини истеъмол қилмаслиги керак. Бундан ташқари тез ҳазм бўладиган углеводларни (қанд, асал, мураббо) чеклаш керак. Булар ўрнига оқсилга бой сут маҳсулотлари, балиқ, гўштли, сабзаводли маҳсулотлардан, мевалардан истеъмол қилишни тавсия қилиш керак.

### **Псориазни стандарт текшириш режаси:**

1. Умумий қон, сийдик, нажас таҳлили.

Қонни биохимик текшириш.

ВИЧ-инфекциясига текшириш(ИФА)

Заҳмга текшириш(РМП, РСК, ИФА, ИХА)

Микологик, гистологик текширишлар (кўрсатмаларга асосланиб)

2. Функционал текширишлар(УЗИ, ЭКГ).

3. Мутахасислар маслаҳати (терапевт, ревматолог ва б.к.

)

### **Стандарт даволаш режаси. Умумий даволаш:**

- 1) гипосенсибилизацияловчи дори препаратлари: 30%ли натри тиосульфат, 10%ли кальций хлор ёки кальций глюконат.
- 2) антигистамин дори препаратлари: диозалин, супрастин, димедрол, аналлергин, лораталь, тавегил, кетотифен ва хоказо.
- 3) седатив дори воситалари
- 4) витаминлар (А, С, В, никотинка)
- 5) иммуномодуляторлар
- 6) ПУВА – терапия
- 7) селектив фототерапия
- 8) ароматик ретиноидлар
- 9) Ре ПУВА- терапия
- 10) метотрексат
- 11) Циклоспорин А (сандимун-Неорал)
- 12) Глюкокортикостероидлар.

**ПУВА терапия.** Псориазни даволашда ультрабинафша нурлар билан даволаганда терининг шу нурга нисбатан таъсирчанлигини оширадиган дориларни (фотосенсибилизаторлар) бирга қўллаш тавсия этилади. Бу даволаш усули ПУВА терапия деб аталади. Фотосенсибилизаторлар сифатида пувален, ламадин, псоберан, аммифуруинни қўллаш мумкин. Ҳозирги пайтда ПУВА-22, ПУВА- 22А, ВАЛЬ ДМАНН-УФ-1000 каби умумий нур таъсир қилувчилар қўлоқлар учун ПУВА -12, ПСОРИЛЮКС- 3050 ва бош учун ПУВА -4 аппаратларидан фойдаланилмоқда. Яъни гомоген интенсив ультрабинафша нурланиш 320-400 нм диапазонни ташкил қилади.

ПУВА – терапияни псориазнинг тери сатҳида тарқалган ҳолатларида, бошқа даво усуллари самарасиз бўлганда тавсия қилинади. ПУВА-терапияга қарши кўрсатмалар:

юрак-қон томир касалликлари, иккинчи-учинчи даражали гипертония касаллиги, жигар, буйрак, қалқонсимон без касалликлари, ўсма

касалликларида ҳомиладорликда, аёллар ҳайз цикли маҳалида ўткир респиратор касалликларда, болалар ва кексаларда ,шунингдек УБН ёки фотосенсибилизаторларга нисбатан сезувчанлиги юқори бўлган кишиларда ПУВА–терапия билан даволаш қатъиян ман этилади.

Қарши кўрсатмалар бўлмаса бемор терисини УБНга нисбатан сезгирлигини аниқлаш керак. Бунинг учун МЭД (яъни минимал эритем доза ) “биодоза” ишлатилади, бу дегани терининг аниқ чегараланган дастлабки қизариш дозаси. Бу ҳолат ПУВА терапиянинг бошланғич дозаларига тўғри келади, яъни 0,25-0,5 ДЖ \см 2. Даво курси 20-30 муолажадан иборат.

ПУВА- терапия билан даволанаётган бемор ўзини бошқа нурлар, хусусан, кўёш нуридан ҳимоя қилиши лозим.

**Селектив фототерапия (СФТ).** СФТ нинг тарихи ПУВА – терапияга яқинроқ биринчи марта 1987 йил А. Wiskemann кашф қилган. СФТда ўрта тўлқинли ультрабинафша нурлар (УФ-Б) қўлланилади. Тўлқинлар узунлиги 315-320 нм. Даво курсида 25-30 та процедура қилинади.

**Ароматик ретиноидлар яъни витамин А ни қўллаш.** Бу усулни таъсир қилиш механизми эпителий хужайралари пролиферациясини пасайтиришга, мугузланиш жараёнини яхшилашга қаратилган. Ҳозирги вақтда ароаматик ретиноид- ацетритин (неотигазон) ишлатилмоқда. Қўллаш усули: беморнинг ҳар 1 кг тана вазнига 0,5мг- 1мг дан тавсия қилинади. Даво курси- 6-8 ҳафта. Неотигазон псориастик артритда , қўл кафти, товон псориазида, тирноқлар псориазида яхши даво эффектини беради.

**Ре-ПУВА –терапия.** Бу усул ПУВА терапия билан АР ларни бирга қўллашга асосланган. Бунда УБН ва АР лар дозаси тавсия қилинган дозанинг ярмисигача камайтирилади. Ре-ПУВА-терапия псориастик эритродермияда (ўткир яллиғланиш белгилари ўтгандан кейин) оғирроқ кечаётган вульгар псориазда, псориастик артритда яхши терапевтик эффект беради.

**Циклоспорин А** Циклик полипептид бўлиб, 11 та аминокислоталардан тузилган ва иммуносупрессив эффектга эга. Биринчи марта препарат трансплантатни чиқариб ташламаслик мақсадида қўлланилган. Циклоспоринит таъсир механизми Т-лимфоцитлар томонидан активлаштирилган интерлейкин ва бошқа лимфоцитларни босиб қўйишга асосланган. Чунки интерлейкин Т- лимфоцитлар активлигини эпидермис ва дермада пасайтиради, шу орқали қон-томирлар ҳолатига, эпидермис гиперпролиферациясига ҳамда хужайраларда яллиғланиш жараёнларни авж олишига олиб келади.

Циклоспорин кератиноцитлар ўсишига қарши таъсир қилади. 3-4 мг/кг кунига ичишга тавсия қилинади. Агар беморнинг аҳволи яхшиланиб борса препарат миқдори аста-секин минимал миқдорга пасайтириб борилади. Циклоспорин нефротоксик таъсир қилади, шунинг учун қон босимини ва қон зардобдаги креатининни кузатиб бориш керак. Циклоспорин оғир турларида даво эффекти самарасиз бўлганда ёки бошқа даволаш усулларига қарши кўрсатмалар бўлганда қўлланилади.

### **Глюкокортикоидлар билан даволаш.**

Пустулёз псориазда, артропатик, псориаз эритродермиясида ҳамда бошқа систем даволаш усуллари кам эффективли бўлганда ёки бошқа даволаш усулларига қарши кўрсатмалар бўлганда тавсия қилинади. Гормонал дори воситаларидан триамциналон, дексаметазон, преднизолонни қўллаш мумкин. Гормон миқдори касалликнинг клиник кўриниши ва оғирлик даражасига қараб индивидуал аниқланади. Одамда кичик (25-30 мг/кунига) ёки ўртача (40-50 мг/ кунига) миқдорда тавсия қилинади.

**Метотрексат** фолат кислотасининг антагонисти ҳисобланади. Цитостатик бўлиб ДНК синтезини, ҳужайралар кўпайишини ва кам даражада РНК синтезига таъсир қилади. Метотрексатни қўллаш усули ҳар куни 2,5 мгдан кунига 2 маҳал ичишга ёки 5 мгдан мушак орасига кунига 1 маҳал 5 кун давомида 3 кун танафус берилади. Яна бир усули 25-30 мг мушак орасига ёки вена ичига 1 маҳал ҳафтасига бериш.

Псориазда клиник ремиссияга эришиш учун 4-5 та цикл ўтказилади.

3 кунлик танафусдан кейин миқдори 5 мг/ кунига -5 кун давомида олиб борилади. Бу миқдор кейинги циклларда сақланади.

Метотрексатни бериш давомида кальцийум фолинат билан қўшиб олиб борилади.

### **Маҳаллий даволаш усуллари:**

Маҳаллий даволашда дори препаратларини танлашда псориаз касаллиги стадияси, клиник формалари ҳисобга олинади. Маҳаллий ишлатиладиган препаратлар яллиғланиш жараёнларини, кепакланишни, инфильтрацияни камайтиради. Бундай препаратларга малҳамлар, кремлар киради. Улар таркибида 2%ли салицилат кислотаси, 2-10%ли олтингугурт, 10%ли мочевина, 0,25-3 % дитранол сақлайди. Бундан ташқари глюкокортикоидли кремлар, малҳамлар лосьонлар ишлатилади. Лосьонни одатда бошнинг сочли қисми соҳаларида қўлланилади.

Касалликнинг прогрессив даврида одатда 2%ли салицилат малҳами ҳамда яллиғланишга қарши гормонал малҳамлар ишлатилади. Фтор сақловчи гормонал малҳамлар- целестодерм, синалар, дипросалик.

дитранол сақловчи псориазга қарши воситалар –псоракс, цигнолин, цигнодерм кальципотриол (соркутан ва дайвонекс ) витамин Д3 нинг синтетик аналоги маҳаллий иммуномодуляторлар: такролимус (протопик) ва пимекролимус (элидел)

зараланган ўчоқларга кортикостероидларни юбориш – кенолог ва дипроспан цитостиклар билан аппликация ўтказиш

(5- фторурацил малҳами) лекин ножўя таъсири юқори (эрозия, некроз, токсик гиперпигментация ва таъсирлантириш).

Ҳозирги пайтда кўпгина дерматологлар бир неча усулларни биргаликда ишлатмоқдалар (ПУВА-терапия ва ароматик ретиноид), (маҳаллий глюкокортикоидлар , маҳаллий иммуномодуляторлар ва кальципатриол), (метотрексат ва маҳаллий глюкокортикоидлар, ПУВА- терапия ва кальципатриол , метотрексат ва кальципатриол ва бошқалар).



## Фойдаланилган адабиётлар.

- 1) Арифов С.С. Тери ва таносил касалликлари. Тошкент 2010.
- 2) Бодокин В.В Псориатический артрит: клиника, диагностика, лечение. // Автореф. Дисс. Д-ра мед . наук, М., 2003.
- 3) Владимиров В.В., Меньшикова Л.В.Современные представления о псориазе и методы его лечения. // Русский медицинский журнал, 1998, том 6 б, № 20,
- 4) В.Н. Мордовцев, Г.В. Мушет, В.И. Альбанова Псориаз. 1991.
- 5) Довжанский С.И. Псориаз. Саратов, 1992г, 132с.
- 6) Машкиллейсон. А.А. Частная дерматология. М: Медицина, 1965, 522с.
- 7) Наследственное заболевание кожи. // Под. ред В.Н. Мордовцева, К. Н. Суворовой. Алма-Аты, Казахстан, 1995, 544с.
- 8) Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.В. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей.М.,1999.
- 9) Фицпатрик Т. И соавт. Дермотология. Атлас- справочник,1998, 1088с.
- 10) Volfa M.J Methotrexate for psoriasis// Clin. Exp. Dermatol., 1996, vol. 21, p. 399-405.
- 11) Roenigk H.H. Methotrexate in psoriasis consensus conference. Amer. Acad. Dermatol. Vol 38. p.478-482.
- 12) Rook/ Wilkinson/ Ebling. Textbook of Dermatology- 6 th/ edited R.H. Champion et all.
- 13) Smith S, Barker, Monber A. Fast- Facts- Prorasis 2002, -60
- 14) Wolf K , Fitzpatriek T.B, Paris J A et All et all. Photochemiotherapy for psoriasis with oral administered mathoxalens// Arch. Dermatol. 1976. 112. 943-50.
- 15) Henseler T, Wolf K, Honigsman H et all. Oral 8- methoxypsorolen Photochemiotherapy for psoriasis// Lancet 1981 i 853-7
- 16) Стандарты диагностики и лечения по дерматологии и медицинской косметологии. Тошкент 2012.

