

ИНФИЛЬТРАТИВ-МАДДАЛОВЧИ ТРИХОФИТИЯ ВА УНИНГ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ

М.А.Ёкубова
Андижон давлат тиббиёт институти
дерматовенерология кафедраси

Ушбу мақолада 18 та бемор РИДВ ва КИАТМ Андижон худудий филиалига текширувга келган. Уларнинг 6 ёшдан 42 ёшгача бўлиб, 11 таси эркаклар ва 7 таси аёлларни ташкил этган бўлиб, 3-тери бўлимида стационар шароитида инфилтратив-маддаловчи трихофития билан даволанишди. Улардан 10 тасини жароҳати силлиқ тери ва қов соҳасида, қолган 8 та беморни жароҳат жойи бош соҳасининг сочли қисмида жойлашган. Беморларнинг барчасида бактериологик текширувлар ўтказилганида: олинган материалдан замбуруғ мицелийлари топилган. Лаборатория текширув натижалари ташхисни тўғри қуйишга асос бўлган.

Калит сўзлар: трихофития, инфилтрация, замбуруғ, мицелий, ташхис.

ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНАЯ ТРИХОФИТИЯ И ОСНОВЫ ЕЕ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ.

М. А. Ёкубова
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

В данной статье в областное отделение РИДВ и КИАТМ Андижан на обследование обратились 18 пациентов. Их возраст от 6 до 42 лет, из них 11 мужчин и 7 женщин. У 10 из них рана была на гладкой коже и лобковое, а у остальных 8 — на волосистой части головы. При проведении бактериологического исследования у всех больных: в полученном материале обнаружены грибковые мицелии. Результаты лабораторного исследования явились основанием для постановки правильного диагноза.

Ключевые слова: трихофития, инфилтрат, грибок, мицелий, диагностика.

INFILTRATIVE-PROMOTING TRICHOPHYTOSIS AND THE BASIS OF ITS MODERN TREATMENT

M.A. Yokubova
Andijan state medical institute
Department of Dermatovenereology

In this article, 18 patients came to the regional branch of RIDV and KIATM Andijan for examination. Their age ranged from 6 to 42 years, 11 of them were men and 7 were women. In 10 of them, the wound was on the smooth skin and scalp, and in the remaining 8 patients, the wound was on the hairy part of the head. When bacteriological examinations were carried out in all patients: fungal mycelia were found in the obtained material. The results of the laboratory examination were the basis for making a correct diagnosis.

Key words: trichophytia, infiltration, fungus, mycelium, diagnosis.

Замбуруғлар табиатдан кенг тарқалган бўлиб, улар ҳавода, тупроқда, ўт ва сув ҳавзаси атрофида нофаол ҳаёт кечирилади. Аммо бошқа шароитларга масалан: инсон ёки ҳайвон терисига тушганда касаллик келтириб чиқариши мумкин. Ҳозирда замбуруғларнинг 500 дан ортиқ тури маълум бўлиб, улардан 100 га яқин тури одам ва ҳайвонлар учун патоген ва шартли патоген ҳисобланади, яъни касаллик чақириши мумкин [1,3,4,5]. Паразит замбуруғлар келтириб чиқарган тери касалликларини дерматомикозлар деб аталади. Терининг замбуруғли касалликлари юқумли бўлиб, тез тарқалади ва айниқса улар болалар орасида тез-тез учрайди. Касаллик бемордан ёки касал ҳайвондан одамга юқади. Касалликнинг қуйидаги турлари таснифланади: 1) Кератомикозлар (кепакли ёки ҳар хил рангдаги темиртки, тугунли трихоспория, қўлтиқ ости трихомикози); 2) Дерматомикозлар (эпидермофития, рубромикоз, трихофития, микроспория ва фавус) - энг катта эпидемиологик аҳамиятга эга бўлган қисми, терининг замбуруғли жароҳатланиши, энг кўзга кўринган гуруҳи; 3) Кандидозлар (тери, шиллиқ қаватлари ва ички аъзоларнинг касалликлари); 4) Чуқур (системали) микозлар, лекин кам учрайдиган замбуруғ касалликлари группаси (хромомикоз, актиномикоз, споротрихоз, бластомикоз ва бошқалар) [7, 8].

Инфилтратив-йирингли ёки зоофил трихофития. Зооантропофил замбуруғлари билан чақириладиган бу шаклини чуқур йирингли тугунлар пайдо бўлиш билан характерлангани учун чуқур трихофития / *Gr.protunola*/. деб аталади. Ҳозирги пайтда аниқланишича зооантропофил замбуруғлари одамда яллиғланиш ходисалари ва ҳар хил даражада бўладиган клиник кўриниш чақира олар экан [2, 6].

Клиникаси ва кечиши. Инфилтратив - йирингли трихофитиянинг бир нечта клиник шакллари фарқ қилинади. Бошнинг сочли қисми инфилтратив йирингли трихофитияси. Характерли кечганда кўп миқдорида йирингли, ширали пўстлоқлар билан қопланган анчагина қалин қизарган, аниқ чегаралари, онда-сонда учрайдиган йирик жароҳатланган жойлар, пайдо бўлади. Шу пўстлоқлари олиб ташлагандан сўнг йирингнинг ҳар бир фолликулдан чиқаётганини кўриш мумкин бўлсада биринчи қаралганда беморда битта катта ва чуқур абсцесс борга ўхшайди. Шу сабабли касалликнинг бошқа номи бор - "фолликуляр абсцесс". Ҳар фолликулдан алоҳида чиқаётган йиринг асалари инидан чиқаётган асални жуда эслатади. Бунда касалликнинг учинчи тез-тез учраб турадиган номи – *Kerion Celci* (Цельзийнинг асалари инлари) кузатилади. Соқол ва мўйлов инфилтратив йирингли трихофитиясида (*Sycosis parasitaria*) бошдагидек йирик бўлмаган, бошқа клиник

кўринишлари бошнинг сочли қисмидаги жароҳатига ўхшаш жароҳатлар пайдо бўлади. Чуқур шаклда ўтадиган зоофил трихофитияда каттиқлашган жой пальпация қилинганда аллақанча оғриқ сезилади. Тез-тез умумий ходисалар (маза кочиш, ҳароратнинг кўтарилиши, бош оғриғи) регионар лимфа безларининг шишиши ва оғриши мумкин бўлади. Касаллик даволанилмаса бир неча ойдан сўнг ўзидан кейин чандиқлар ёки кўпроқ чандиқли атрофия қолдиради.

Силлик тери инфилтратив-йирингли трихофитиясида қизарган, атрофда соғ тери билан аниқ чегараланган, юмалоқ, қалин, кепакли ёки пластинкали тангачали бляшкалар пайдо бўлади: унинг сатҳида жуда кўп миқдорда фолликуляр пустулалар ва йирингли пўстлоқчалар бўлади. Атрофга кенгайиб, қалинлашган бляшка катта размер (диаметри 5 см ва ундан катта) ларга айланган бўлиб, гиперпигментация, гоҳо чандиқли атрофия қолдириб бир неча ҳафтадан кейин ўз-ўзидан яхши бўлиб кетади.

Текширув ва кузатувларимиз натижасида биз қуйидаги ҳолатни баён қиламиз: 18 та бемор РИДВ ва КИАТМ Андижон ҳудудий филиалига текширувга келган. Уларнинг 6 ёшдан 42 ёшгача бўлиб, 11 таси эркаклар ва 7 таси аёлларни ташкил этган бўлиб, 3-тери бўлимида стационар шароитида инфилтратив-маддаловчи трихофития билан даволанишди. Улардан 10 тасини жароҳати силлиқ тери ва қов соҳасида, қолган 8 та беморни жароҳат жойи бош соҳасининг сочли қисмида жойлашган. Беморларнинг барчасида бактериологик текширувлар ўтказилганида: олинган материалдан замбуруғ мицелийлари топилган. Лаборатория текширув натижалари ташхисни тўғри қуйишга асос бўлган.

Даволаш усуллари норматив асосларига асосланиб берилди: «Терфалин» таблеткаси 250 мгдан 2 маҳал суткасига ичиш учун 7кун, диазолин таблеткаси 0,1дан 1 маҳал суткасига ичиш учун буюрилди. Силлик терининг фақат ўзи жароҳатлаганда фақат маҳаллий даволаш билан касалликни бутунлай даволаш мумкин: эрталаб йоднинг 2-5% спиртли эритмаси, кечкурун эса 10% олтингугурт ва 3% салицил кислотали малҳам ёки 10-15% олтингугурт-корамой малҳами ишлатилди. Бундай даволашни 2-3 ҳафта давомида олиб борилди. Шундай сунг 3-4 ҳафта давомида 2% йоднинг спиртли эритмасини суртиш буюрилди.

Ташқи муолажа учун 10% ли ихтиол мазъ+ 33% олтингугурт мазлар қўйилади.

Натижа: даволаш давомида беморларимизда қуйидаги ҳолатлар кузатилди: маддаланган-инфилтратив трихофития юқорида кўрсатилган турларида жароҳат ўчоғида силлиқ терида тезроқ қизаришлар камайиши, элементларни сўрилиши кузатилди. Бошнинг сочи қисмида жароҳат ўчоғи жойлашган беморларимизда эса 7-кундан бошлаб маддалар ва инфилтратлар сўрила бошлади, тангачалар эса 10 - кунга борганда йўқола бошлади, 14 - кунга келганда эса беморларни умумий аҳволи қониқарли бўлди, тошмалар ўрнида тўқ қизғич рангли гиперпигментацияли доғ қолди. 16 -кунга келиб беморлардан қайта лаборатор текширувга материал олинди ва натижаси: замбуруғ мицелийлари топилмади, яна 5 кун давомида терфалин таблеткаси ичиш учун буюрилди ва 2 маротаба қайта бактериологик текширув ўтказилди. Микологик натижа манфий чиқишига эришилди.

Даволаш тамом бўлганидан сўнг жароҳатланган жойлардан олинган сочларни 3 марта қайтариб микроскопик текшириш ўтказилади. Текшириш ҳар 7-10 кунда олиб борилади. Кейинчалик 2 ва 3 ойларда микологик текшириш ўтказилинади.

Болалар коллективига қатнаш 3 марта манфий натижа берган анализдан сўнг қалпоқчада юриш шарти билан ва уйда яқунловчи дезинфекция қилингандан сўнг руҳсат этилади. Даволашдан сўнг (контрол микросковик текширишлар бошланганидан) 3 ой мобайнида кузатув беморни бутунлай тузалган деб айтишга асос бера олади.

Бошнинг сочли қисмида инфилтратив-йирингли формаси бўлганида бошқа асослар бўйича даволанилади. Ўткир кечганда (чуқур шаклида) аввал хўллаб-қурийдиган бойлагичлар қўйилади (ихтиолнинг 10% эритмаси, борат кислотасининг 2% эритмаси, этакридин лактатнинг 0,1% эритмаси, фурацилиннинг 1:5000 эритмаси, Ag. Cronlurdi) ва киприк пинцети билан сочларни қўлда юлиб ташланади. Ўткир ходисалар тинчиганидан кейин 10-15% олтингугурт малҳами ёки Вилькинсон малҳами буюрилади. Зооантропофилли трихофитиянинг инфилтратив ва юзаки кўринишларида бир йула (хўлланиб-қурийдиган бойлагични аввал хўлламай туриб малхамлар билан даволашни бошланади. Бу холларда аввал процессни қўзғаб олиб кейин йод ва малхамларнинг даволаш фойдасини орттиришга эга бўлиш мумкин. Зооантропофилли трихофития жароҳат жойларидаги процессни қўзғаш учун уларга 24 – 48 - 72 соат ёпишкок пластирни “черепица” ўхшаб ёпиштириб қўйиш ёки бўлинган рентген эпиляцияни буюриб ва уни касаллик қўзғаганда тўхтатиб (бу холда йиринг сочдаги замбуругларни эритади, бундан ташқари, йирингли гилофга билан ўралган сочни осонгина қўл билан эпиляция қилиб олиб ташлаш мумкин) қўйилади.

Хулоса: Шундай қилиб, касалликни ўз вақтида аниқланиши эрта ташхис қўйишга ва тўғри, самарали даволашга сабаб бўлади, натижада микотик препаратларни айна вақтида берилиши эса замбуруғ касалликларини тезроқ тузалишига олиб келди. Шунингдек инфилтратив-маддаловчи трихофития ва унинг асоратларини олдини олишга эришилди.

Мақолани ёзишдан хулоса шуки, касалликни даволашдан кўра уни олдини олган маъқулдир, шу сабабли касалликни олдини олиш чора – тадбирлари (профилактикаси) қуйидагича: касаллиги аниқланган бемор бошқалордан ажратиб қўйилади, унинг уст кийимлари, чойшаб-кўрпалари зарарсизлантирилади. Сочик, ички кийим ва ёстиқ жилдлари олдин қайнатилиб, сўнг ювилади. Бемор турган уйнинг поли, эшиклар дастлаб 5% ли хлорамин ёки лизол эритмаси билан, сунг қайноқ сув билан ювилиши керак. Трихофития тузалган болада 3 ҳафтагача касаллик белгилари топилмай ва микологик текшириш натижалари 3 мартагача манфий бўлгандагина боғча, мактабларга қатнашишга руҳсат берилади. Шунингдек мусассасадагиларнинг барча ходимлари мунтазам равишда тиббий кўрикдан режали равишда ўтказилиб турилиши лозим. Бемор оила аъзолари, ҳамда унинг атрофидаги барча болалар текширувдан ўтказилади. Чуқур инфилтратив-маддаловчи трихофития аниқланса касаллик манбаи бўлган жойдаги хайвонларни ҳам текширувдан ўтказилади.

Адабиётлар:

1. Арифов С.С. “Тери ва таносил касалликлари”. Ўқув қўлланма. Т.2010.
2. Дерматология. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. и соавт. // М. McGraw-Hill-Практика. - 1999; - с. 1044.
3. Козарез Е.С. Кожно-венерические заболевания. Учебное пособие. Москва 2005.
4. Потекаев. Н. Н. К клинике и терапии микроспории / Н. Н. Потекаев // Вестн. дерматол. и венерол. - 2000. - №5. - С.69-72.
5. Родионов. А. Н. Грибковые заболевания кожи: руководство для врачей / А. Н. Родионов. - 2-е изд. - СПб: Издательство «Питер». 2000. - 288 с.
6. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Москва. 1999 г.
7. Шеклаков. Н. Д. Некоторые экологические особенности *Microsporum canis* и заболеваемость зооантропонозной микроспорией / Н. Д. Шеклаков. С. Г. Андриясян // Вестн дерматол. и венерол. - 1979. - №2. - С. 18-23.
8. Itraconazole in the treatment of tinea capitis caused by *Microsporum canis*: experience in a large cohort / G. Ginter-Hanselmayer [et al.] // *Pediatr. Dermatol.* - 2005. - Vol. 22. N4. - P. 372.