

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI**

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI



**Nurmatova I. B., Hashimov F.F.,
Abbosxonova F.X.**

**HUSNBUZAR KASALLIGI ETIOLOGIYASI,
PATOGENEZI, KLINIKASI**

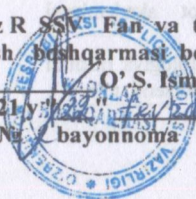
**O'QUV-USLUBIY
QO'LLANMA**

Toshkent 2021

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

“TASDIQLAYMAN”

O'z R SSVsi Fan va ta'lim
bosh boshqarmasi boshlig'i
O. S. Ismailov
2021 y. 28 fevral
№ 80 bayonoma



“KELISHILDI”

O'z R SSVning Tibbiy
ta'limni rivojlantirish
markazi direktori
N.R. Yangieva
2021 y. 15 fevral
№ 2 bayonoma



HUSNBUZAR KASALLIGI ETIOLOGIYASI, PATOGENEZI,
KLINIKASI VA TERAPIYASIGA ZAMONAVIY YONDASHUV

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari IV kurs talabalari
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI TOMONIDAN
RO'YHATGA OLINDI

№ 80
28 fevral 2021 yil

Toshkent – 2021

Tuzuvchilar: Nurmatova I. B. – TTA Dermatovenerologiya kafedrasida dotsenti, t.f.n.
Hashimov F.F. – TTA Dermatovenerologiya kafedrasida katta o'qituvchisi
Abbosxonova F.X. – TTA Dermatovenerologiya kafedrasida kichik ilmiy hodimi

Taqrizchilar: Tashkenbaeva U.A. – Toshkent tibbiyot akademiyasi Dermatovenerologiya kafedrasida mudiri, t.f.d.
Agzamxodjayeva S.S – Toshkent Davlat stomatologiya instituti 1- son terapevtik yo'nalishdagi fanlar kafedrasida dotsenti, t.f.n.

O'quv-uslubiy qo'llanma TTA dermatovenerologiya kafedrasining yig'ilishida kurib chikildi

Protokol № 3 «11» oktabr 2020 yil

O'quv-uslubiy qo'llanma TTA ning Terapevtik fanlari va UASH tayyorlash yunalishi bo'yicha SPK yig'ilishida ko'rib chiqildi.

Protokol № 5 «9» noyabr 2020 yil

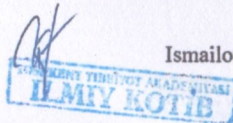
O'quv-uslubiy qo'llanma TTA ning ilmiy-uslubiy kengashi yig'ilishida ko'rib chiqildi.

Protokol № 5 «21» noyabr 2020 yil

O'quv-uslubiy qo'llanma TTA kengashida tasdiqlandi.

Protokol № 9 ot «24» fevral 2021 yil

Toshkent tibbiyot akademiyasi
Ilmiy kengashi kotibi, professor



Ismailova G.A.

**“HUSNBUZAR KASALLIGI ETIOLOGIYASI, PATOGENEZI, KLINIKASI
VA TERAPIYADA ZAMONAVIY YONDASHUV” mavzusi bo'yicha
ta'lim berish texnologiyasi (amaliy mashg'ulot)**

Vaqt: 90 dakika	O'quvchilar soni: 7-10
<i>O'quv mashg'ulotining shakli va turi</i>	Amaliy mashg'ulot
<i>O'quv mashg'ulotining tuzilishi</i>	1. Kirish qism. 2. Nazariy qism 3. Analitik qism: -organayzer -Test va vaziyatli masalalar 4. Amaliy qism
<i>O'quv mashg'uloti maqsadi:</i>	O'quvchilarga husnbuzar kasalligining kelib chiqish sabablari, rivojlanish mexanizmi, klinik belgilari, davolash va diagnostikaning zamonaviy usullarini o'rgatish.
<i>Pedagogik vazifalar:</i> -Kasallikning kelib chiqish sabablarini bilan o'quvchilarni tanishtirish. -Husnbuzar kasalligining rivojlanish mexanizmini tushuntirish. -Kasallik kelib chishidagi ba'zi bir omillari bilan o'quvchilarni tanishtirish. -Kasallikni diagnostikasi va davolashda zamonaviy usullarni o'rgatishi.	<i>O'quv faoliyati natijalari:</i> <i>O'quvchi bilishi kerak:</i> -Odam organizmida moddalar almashinuvining ahamiyatini. -Gormonlar faoliyatini. -Organizmning turli yosh davrlarida o'ziga xos xususiyatlarini (gormonlar misolida). -Husnbuzar kasalligini aniqlashning zamonaviy diagnostika va davolash prinsiplarini. <i>O'quvchi bajara olishi lozim:</i> -oq va qora kamedonlarni aniqlashni; -Unna qoshichasi yordamida kamedonlarni tozalashni;
<i>Ta'lim usullari</i>	Ma'ruza, amaliy ish usuli, kitob bilan ishlash, suhbat, ta'limiy o'yin, grafikli organayzer.
<i>Ta'lim shakli</i>	Guruhlarda ishlash («Miyaga xujum»), yakka tartibli
<i>Ta'lim vositalari</i>	Doska-stend, tarqatma material, me'yoriy hujjatlar, Unna qoshiqchasi, paxta, 70%li spirt,

	nazorat savollari, testlar, vaziyatli masalalar
<i>Ta'lim berish sharoiti</i>	Maxsus jihozlangan, guruhli shakllarda ishlashga mo'ljallangan xonalar
<i>Monitoring va baholash</i>	Og'zaki so'rov: tezkor-so'rov, yozma so'rov: test

AMALIY MASHG'ULOTNING TEXNOLOGIK XARITASI

Mashg'ulotning bosqichlari, davomiyligi	Talim beruvchining faoliyati	Ta'lim oluvchining faoliyati
1- bosqich Mashg'ulotning kirish qismi 25 daqiqa	1.1.O'qituvchining kirish so'zida mavzuning nomi, maqsadi va kutilayotgan o'quv natijalari bilan tanishtiradi. 1.2.Amaliy mashg'ulotni o'tkazish xususiyati, baholash mezonlarini e'lon qiladi. 1.3.Amaliy mashg'ulotni muhokama qiladi, o'quvchilarni boshlang'ich bilimlarini yangi pedagogik texnologiyalar yordamida baholaydi. (Miyaga xujum). 1.4. Muhokamani yakunlaydi.	Tinglaydilar, yozib oladilar, aniqlik kiritadilar, savollar beradilar, savollarga javob beradilar.
2 - bosqich Asosiy qismi 50 daqiqa	2.1. O'quvchilarga husnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, taqqoslama tashxisi bo'yicha ko'rsatmalar beradi, tushuntiradi. 2.2. Kasallika zamonaviy usullar yordamida tashxis qo'yish usullarini tushuntiradi. 2.3. Zamonaviy davolash turlarini tushuntiradi. 2.4. O'quvchilarni mustaqil amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirishini qadamma-qadam harakat algoritmi bo'yicha nazorat qiladi.	Tinglaydilar, yozib oladilar, guruhlarda laborator tekshiruvlarni bajaradi, bajarilgan ishlar bo'yicha bayonnomalar tuzadilar, taqdim etadilar.
3 bosqich Yakunlovchi-	3.1. Mavzu bo'yicha muhokamani yakunlaydi.	O'z-o'zini, o'zaro baholashadi,

xulosa qismi 15 daqiqa	<p>3.2. O'quvchilarga mavzuning asosini hamda bajarilgan amaliy ishlar kelgusi kasbiy faoliyatlarida muhim ahamiyat kasb etishini tushuntiradi.</p> <p>3.3. O'quvchilarning bayonnomalarini tekshiradi.</p> <p>3.4. O'quvchilarni faoliyatini baholaydi, o'zaro baholashni yakunlaydi.</p> <p>3.5. O'quv auditoriyasida bajarilgan ish natijalari va sifatini baholash mezonlari orqali mashg'ulotning maqsadiga qay darajada erishilganligini tahlil qiladi va baholaydi.</p> <p>3.6. Keyingi mashg'ulotga mustaqil tayyorlanishlari uchun vazifalar beradi. Mashg'ulot yakunida o'quvchilarni olgan baholarini e'lon qiladi.</p>	savollar berishadi, uy vazifasini yozib oladilar.
---------------------------	--	---



KIRISH QISMI

1.1. Mashg'ulotni o'tkazish joyi

O'quv auditoriyasi



1.2. Mavzuni asoslash

Husnbuzar kasalligi dunyo aholisi orasida keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, kasallik nafaqat bemorning tashqi ko'rinishiga ta'sir ko'rsatadi, balki o'smirlik davrida ularning psixik-emosional holatiga ham kuchli ta'sir etadi. Ular o'zlarining tashqi ko'rinishlariga ayni e'tibor qaratadigan davrda bu holat ular uchun juda noxushlik tug'diradi. Kasallikning rivojlanishida organizmning ichki muhitining o'zgarishi bilan birgalikda tashqi muhit sharoiti va ovqatlanish tartibi ham ta'sir ko'rsatadi.



1.3. Fanlararo va fan ichidagi boglanish

Teri-tanosil kasalliklari fanini o'qitish talabalarning anatomiya, gistologiya, biologiya, odam fiziologiyasi, terapiyaning asoslarini o'rganishda olgan bilimlariga asoslanadi. Olingan bilimlar talabalar tomonidan keyinchalik klinik fanlarga doir kafedralarda foydalaniladi.



2. NAZARIY QISM

Akne - keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, dunyo aholisining 90-95 foizi hayotida bir marta bo'lsada bu muammo bilan duch keladi (TlishM.M., 2013). Husnbuzarning lotincha nomi "acne" buzilgan yunon so'zi "acme" dan kelib chiqqan. Har bir kishi ko'p marotaba yuzlarida kamedonlarini tozlashga harakat qilayotgan o'smir qizlar yoki bel va yuzida chuqur chandiqlar qoldirgan husnbuzarlari bor o'smir yigitlarni ko'rgan. Husnbuzar (ugri) hayotga xavf solmaydi, lekin uni davolash va u bilan og'rigan bemorlarga psixologik yordam berish kerak. (Potekayev N. N., 2013)

Oddiy husnbuzar (acne vulgaris) – ter bezlari va periglandulyar to'qimaning surunkali polimorf multifaktor yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan o'smir yoshda uchraydi. Bu kasallikda asosan soch follikulasi yonidagi ter bezlari shikastlanib ko'pincha yuz sohasi, tashqi eshituv yo'li, orqa chiqaruv kanali, ko'krak va kurak sohasidagi teri shikastlanadi.

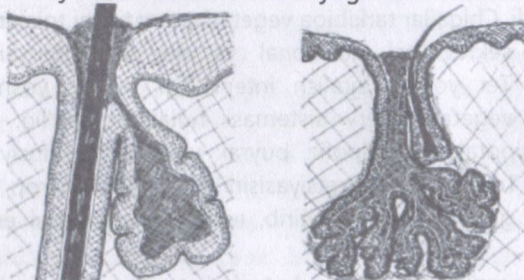
TER BEZLARI TUZILISHI VA FUNKSIYALARI

Ter be'zlari (TB) teri hosilasi bo'lib butun teri qoplami bo'yicha tarqalgan. Kaft, tovon va tovon yuzida ter be'zlari yo'q. Uch turdagi ter be'zlari farqlanadi:

- **bir bo'lakchali TB** (rasm 1.), butun teri qoplami bo'yicha tarqalgan, uzun, mo'ysimon, soch follikulalari bilan bog'langan bo'lib ular ildiziga ter bezlari yo'llari ochiladi. Butun teridagi TB lari son jihatdan teng emas. Ular asosan tananing tukli qismi, bosh va yelka, bel, ko'krak, kurak sohaslarida ko'p miqdorda bo'ladi (1 sm kv.da 400 tagacha). Shuning uchun yuqoridagi

sohalar seboreyali sohalar deyiladi.

- **ko'p bo'lakchali TB** (rasm 2), asosan yuzda joylashib mo'yli sochlar bilan bo'g'liq. Ular o'lcham jihatdan katta bo'lib, murakkab uzum shingili shakliga ega. Asosan bunday TB lari konstitutsional yog'li terili shaxslarda uchraydi.



Rasm 1. Bir bo'lakchali TB Rasm 2. Ko'p bo'lakchali TB

- **soch follikulasi bilan bo'liq bo'lmagan, erkin TB lari**, shilliq qavatda yoki unga yaqin joyda joylashadi. Bu turdagi TB lari quyidagi sohalarida uchraydi, peshona terisi, burun, lab qizil hoshiyasi, so'rg'ichlar va prealveolyar soha, sut be'zlari terisi, jinsiy soha terisi. Bu kabi TBga qovoqlardagi meybomiyev be'zi, tashqi eshituv yo'li, olat ortig'i terisi ichki yuzasidagi tisson be'zlari shular jumlasidan.

Ter be'zlari oddiy alveolyar be'zlar guruhiga kirib, tarmoqlangan chiqish yo'llariga ega. Har bir tugash qismida o'zining chiqaruv yo'liga ega bo'lib, ular oxir oqibat soch follikulasi ildiziga ochiladi.

TBda sekret bezli epiteliydagi sebotsitlarda hosil bo'ladi. Sebotsitlar ichida lipid moddalar tomchi ko'rinishida to'planadi. Bu to'qima sekrotor vazifasini bajaradi. Keyinchalik yorilgan sebotsitlar va ularning mahsulotlari teri yog'ini hosil qilib, u TB chiqaruv yo'liga tomon siljiydi. TB gollokrin sekretsyaning tipik vakili bo'lib, lipid chiqargan to'qima parchalanib sekret hosil qiladi.

Asosan seboreyali joylarda joylashgan TBlari eng faol ishlaydi. Bir hafta davomida butun tanadagi TB 100 dan 300 gacha teri yo'gi ajratadi (Koshevenko Yu. N., 2006). TB ni sekreti ajralishi sochni ko'taradigan mushagi orqali amalga oshadi.

Hayot davomida TBlari o'z hajmini o'zgartiradi. Ularning kattalashishi jinsiy voaga yetish davriga to'g'ri keladi va eng katta o'lchamni ular 18-35 yoshda egallaydi. Yosh o'tishi bilan ayollarda ter yog'i ajralishi kamayishi kuzatiladi, lekin uning davomiyligi erkaklarda nisbatan uzoq davom etadi

(Potekayev N.N., 2007). Qarilik davrida TB atrofiyasi kuzatiladi. Soch follikulasi bilan bog'liq va erkin TB yuza va chuqur dermal chigallardan qon bilan ta'minlanadi.

TB invetsiyasi soch follikulasini o'rab olgan nerv chigali orqali amalga oshadi. Chigallar tarkibiga vegetativ nerv tizimi tolalari kiradi.

Teri yog'ini sekretsiyasi gormonal va neyrogen mexanizmlar orqali boshqariladi. Teri yog'ini ajralish intensivligi, jinsga, yoshga, gormonal statusga va vegetativ nerv sistemasi holatiga bog'liq. TB gormonal boshqaruvi gipotalamus, gipofiz, buyrak usti be'zlari, jinsiy be'zlar orqali boshqariladi. Teri be'zlari sekretsiyasini adrenokortikotrop, kortikosteroid va androgen gormonlari ko'paytirib, esterogen gormoni esa sekretsiyani kamaytiradi.

Sebogenezni asosiy stimulyatorlari androgenlar bo'lib, eng faoli testosteron hisoblanadi. Sebositlar membranasida maxsus retseptor mavjud bo'lib, u testosteronni aktiv metaboliti – digidrottestosteronga sezgir va shu ta'sirida teri yog'ini ishlab chiqarish faollashadi.

Biologik aktiv androgen miqdori, sebositlarning unga nisbatan sezgirligi va 5-alfa reduktaza (testosteronni digidrottestosteronga aylantiradigan ferment) faolligi genetik determinirlangan hisoblanadi (Darvey E., Chu T., 2005, Potekayev N. N., 2007).

KASALLANISH ASPEKTLARI

Oddiy husnbuzarlar keng tarqalgan teri xastaligi bo'lib, o'smir yoshda ko'p uchraydi. Dermatolog va kosmetologlar ma'lumotlariga ko'ra oxirgi yillarda 30 yoshdan katta bemorlarni akne bilan murojaati ko'paygan. (Goulden V., Clark S.M., 1997; Shaw J.C., 2001).

Klinik jihatdan akne 16 – 18 yoshda o'z pikiga yetadi, ba'zi bir xolatlarda u 40 va undan katta yoshgacha saqlanib qolishi mumkin (kechki tipdagi akne). Aknening papullez va pustullez turi asosan 16 yoshlilarda uchraydi. " Fiziologik akne " 78 % aholida uchraydi (davriy ravishda chiquvchi va mustaqil regreslanuvchi toshmalar). Aholini 2 % da kasallikni og'ri shakllari (*acneconglobata*, *fulminans*) uchraydi, va chuqur deformatsiyalovchi chandiqlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Yoshi katta bemorlarda kasallikni og'ir shakllari uchraydi, masalan abscesslanuvchi, sharsimon, flegmanoz, asosan qizlarda (32 % gacha) va kam uchrovchi kamedonli shakli (11 – 14 %). Yosh ortishi bilan pustuluz turdagi husnbuzar ko'p uchrab, o'smir bolalarda 43 % gacha bo'ladi.

Asosan yuzda joylashgani, surunkali kechishi, davolash qiyinligi va shu

oqibatida kelib chiquvchi psixik travma kasallikni praktik dermatologiyaning jiddiy muammolaridan biriga aylantiradi.

PSIXO – EMOTSIONAL FAKTOR

Akne – yosh aholi kasalligi bo'lib, u qiz va bolalar o'z tashqi ko'rinishiga e'tibor berishni boshlagan davrda yuzaga keladi. Birinchi marta paydo bo'lgan yiringchlar, husnbuzarlar, terining poralari kengayishi teriga apelsin po'sti ko'rinishini beradi. Yoshlarda bu kabi teri o'zgarishlari kuchli pisixik ta'sir ko'rsatadi. (Rozentul L.M., 1958). Shunday qilib xavfli xalqa paydo bo'ladi: husnbuzarli toshmalar, yuzning xunuklashishiga olib keladi, bu kuchli psixo – emotsional ta'sir bo'lib, bemor ruhiy xolati kasallik kechishini qiyinlashtiradi.

Birlamchi ko'rikda nevrozsimon simptomatika kuzatiladi, isterik reaksiyalar, nevrotik reaksiyalar, eritrofobiya, nevrasteniya. Bemor o'z holatini har tomonloma yomonlashuvini yuzdagi kosmetik defekt bilan tushuntirishga harakat qiladi. Bosse K 1986 yildagi "yuzdagi husnbuzarlar – dildagi chandiqlar " degan gapi bu holatni to'liq ifodalaydi. Bemorni davolashda ularning ruhiy holatini hisobga olmaslik, davolashdan qoniqmaslik yoki davodan norozilikka olib keladi (Adaskeyvich V. P., 2003).

Bemorni davolashda uning psixosomatik xoltini hisobga olib, bemor va shifokor murosaga kelishi kerak.

Ko'pincha bemorlar akneni davolash samarasiz deb o'ylashadi (Arifov S. S., 2009). Bemorga kasallik, uni davolash va tuzalish prinsiplari haqida to'g'ri tushintirish olib borilgan holatdagina kasallikni davolash samarasi yaxshi bo'ladi. Ruxiyati kasallik ta'sirida o'zgargan bemorlarni davolashda psixoterapevt va psixolog yordamida davo olib borish kerak.

AKNE PATOGENEZI

Patogenezida to'rtta bir biriga bog'liq faktor ahamiyatli (rasm 3):

- Patologik follikulyar giperkeratoz
- TB ni androgenli giperstimulyatsiyasi
- Mikroflora ta'siri (*Propionbacterium acnes*)
- Yallig'lanish

Follikulyar giperkeratoz

Akneda eng erta o'zgarishga follikulyar epiteliy uchrab uning patologik giperkeratinizatsiyasi ro'y beradi, bu o'z navbatida follikulyar

chiqaruv nayini shox to'qima bilan bekilishi va mikrokamedonlar hosil bo'lishiga olib keladi. *P.acne* proliferatsiyasi va yallig'lanish mediatorlarini hosil bo'lishi, bloklangan TBda husnbuzarsimon shikastlanishlar paydo bo'ladi (papula, pustule, kista).

Normada follikulyar kanal bo'shlig'ida korneotsitlardan iborat yupqa qavat bo'lib, u oson ko'chadi. Kamedon hosil bo'lishida bu qavatning ko'chishi sekinlashadi. Karneotsitlar lipid tarkibini o'zgarishi uning kanal devoriga qattiqroq yopishishiga olib keladi. Shunday qilib, korneotsitlar ko'chishining buzilishi giperkeratozga olib keladi.

Korneotsitlar to'planishi va giperkeratoz TB chiqaruv naylarini bekilishi va mikrokamedonlar hosil bo'lishiga olib keladi. Agar soch follikulasi chiqaruv nayi bekilgan yoki toraygan bo'lsa oq kamedon (yopiq kamedon), to'liq ochiq bo'lganda qora kamedon (ochiq kamedon) hosil bo'ladi. Qora kamedonga rangni melanin, tirozinni oksidlanish mahsuloti berib turadi. Follikulning taranglashgan devorlari yirtilishi mumkin, shuningdek TB naylarini to'liq yopilishi ichkariga havo kirmaslikka, ter be'zlari mahsulotlari dermaga o'tib ketishiga va yallig'lanish jarayoni boshlanishiga olib keladi. Kislorodsiz muhitning paydo bo'lishi *P. acnes* rivojlanishi uchun optimal hisonlanadi.

TBni yuqori aktivligi

Acne bilan og'riqan bemorlarda, ter yog'ining hosil bo'lishi yanada kuchayadi va bu kasallikni og'irlik darajasini belgilaydi. Seboreyaga olib keluvchi, TBni fiziologik holatini o'zgarishi asosida nevr va endokrin tizimning buzilishi yotadi. TB giperplaziyasi va giperseketsiyasi, ter yog'ining fizik va kimyoviy xususiyatini o'zgartirib uning bakteriotsid xususiyatini pasaytiradi.

Ter yog'ining geperproduksiyasi uzoq muddat glyukokortikoid, testosteron, anabolik gormonlar, progesteron vositalar qabul qilishida ham rivojlanadi.

Yuqorida aytib o'tilgan jarayonlar vegetativ nerv sistemasi disbalansi, TB ni vagus innervatsiyasi oshishi natijasida kelib chiqadi. Buning oqibati bo'lib ter yog'ining ko'p miqdorda ishlab chiqarishidir. Seboriya ter yog'ining miqdoriy o'zgarishi bo'lib qolmay uning sifat o'zgarishi hamdir. Bu o'zgarishlar ter yog'i tarkibiga kiruvchi to'yinmagan yog' kislotasi linolen konsratsiyasiga bo'g'liqdir. Linolen kislotasi asosiy manbai osimlik moylari, baliq hisoblanadi. Akneda TB gipertrofiyasi va giperseketsiyasi bo'lganligi uchun linolen kislotasi ter yog'idagi konsratsiyasi kamayadi. Bu ter yog'l Ph qiymati oshishiga va fallikullar otkazuvchaligi oshishiga olib

keladi. Shuning oqibatda epiteliy baryer funksiyasi buzilib, mikroorganizm osishu uchun sharoit yaratiladi. Ter yog'l mahsuloti mikroorganizmlar ko'payishi uchun subtract hisoblanadi (Araviyskiy Ye. P., Krasnoselskix T. V., Sokolovskiy Ye. V., 1998)

Mikroblar kolonizatsiyasi

Oddiy husunbuzar etiologiyasida asosiy urg'u mikroblar florasiga qaratilgan. Ximoya mexanizmlarining kuchsizlanishi ter – soch follikullariga mikroblar kirishi yallig'lanish va pustulalar paydo bo'lishiga olib keladi.

Akne shikastlashi mumkin terida 3 xildagi mikroorganizm rivojlanishi mumkin – *Staphylococcus epidermidis*, *Malassesia furfur*, *Propionbacterium acnes*. *Propionbacterium acnes* asosan terining namli sohalari, qo'ltiq osti chuqurchasi, anal sohada, *Staphylococcus epidermidis*, *Malassesia furfur* lar esa ter yog'iga boy sohalarda uchraydi. Shunga ahamyat berish kerakki, p. acnes normal mikroflora bir turi bo'lib, pubertat davrgacha terida aniqlanmaydi.

P. acnes (yoki korinobakteriya acne) gramm musbat hakaratsiz, lipofil tayoqcha bo'lib, fakultativ anaerobdir. Soch follikul nayini bekilishi ular o'sishi uchun qulay sharoit yaratadi. Mikrokamedonlar bosqichida follikul ichida p. acne koloniyalarini ko'rish mumkin. Qattiy anaerob bo'lganligidan ochiq va ayniqsa yopiq kamedonlarda ularning soni bir necha barobar ko'payib ketadi.

P.acnes ning doimiy ko'payishi metabolic jarayonlar aktivligi ortishiga olib keladi, buning oqibati bo'lib turli yallig'lanish mediatorlarining chiqishi hisoblanadi. Bunday moddalarga P. acnes lipazasini kiritish mumkin, u teri yog'idagi triglitseridlarni parchalab follikul epiteliysini shikastlaydi (Araviyskaya Ye. P., Krasnoselskix T. V., Sokolskix., 2001)

Shuningdek bu bakteriyalar xemotaksis faktorlarini ishlab chiqaradi, va ular polimorfyadroli leykotsitlarni o'ziga jalb qiladi. sebotsitlar substansiya P degan modda ajratishi aniqlangan. Bu peptid TB o'lchamiga, sebovakuol miqdoriga, anomalialar rivojlanishi va differensiatsiya buzilishiga, lipid almashinuvi buzilishiga javob beradi (Adaskevich V. P., 2003)

Odam terisidagi boshqa mikroorganizmlarga – stafilokokklar, kimrokokklar, pitirosporumlar kirib, ular akne rivojlanishida ahamyatsiz, chunki anaerob sharoitda ular to'liq o'lib bo'ladi.

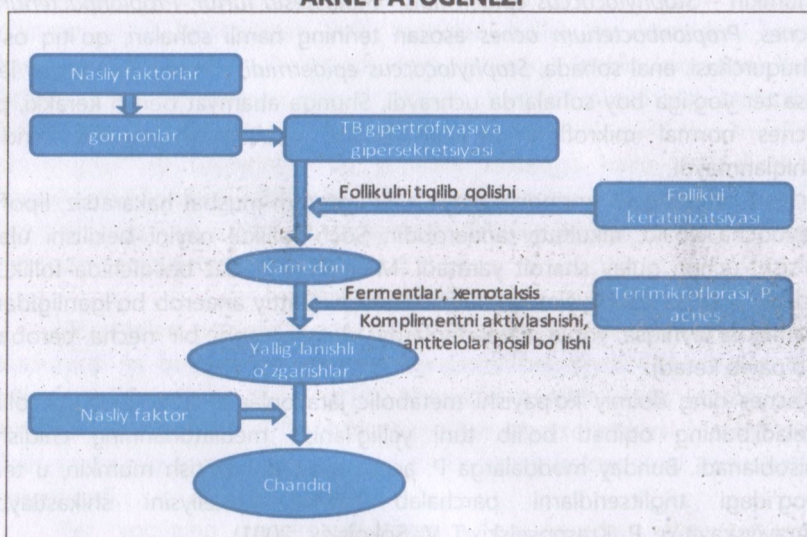
Yallig'lanish reaksiyasi va immun javob

Dermada yallig'lanishni P. Acnes chaqiradi, epiteliyni shikasti esa

ajralayotgan lipaza, proteolitik fermentlar, enzimlar ta'sirida ro'y beradi. Yallig'lanish boshlanishida o'choq sohasiga limfotsitlar migratsiyasi yuz beradi, shunday qilib epidermisda limfotsitar yallig'lanish rivojlanadi.

Yallig'lanish keyingi bosqichi – compliment tizimi faollashuvi, bu jarayon mediatori P. acnes devori to'qimasi hisoblanadi. Neytrofillar litik enzimlar ajratib follikulning yanada ko'proq shikastiga olib keladi. Yallig'lanish reaksiyasini qo'zg'atuvchi faktor bo'lib ma'lum bir tsitokinlar rol o'ynaydi. Interleykin 1 a (1L – 1 a) ni ajralishi morfologik jihatdan kamedon hosil bo'lishidagi morfologik o'zgarishlarga olib keladi.

AKNE PATOGENEZI



Rasm 3.

Yuqorida takidlangan patogenetik mexanizmlardan boshqa, Acne rivojlanishida endogen va ekzogen faktorlardan iborat kompleks ham farqlanadi.

Ekzogen faktorlar

Aleментар faktorlarning ko'pchiligi bu guruhga kiradi (alkogol, shirinliklar, shokolad, achhiq, sho'r ta'mli ovqatlar), shuningdek kaspiy faoliyat (mashina moylari bilan uzoq vaqt ishlash, smolalar ta'siri)

Past koloriyali diyetaga 50 % ga androgenga bog'liq teri yog'l sekretsiyasini kamaytiradi.

Husnbuzarni paydo bo'lishining qisman sababi qilib gigiyenik

madaniyatni pastligini keltirish mumkin. Gigiyenaga rioya qilmaslik oqibatida tr yog'lari to'planib yuqorida takidlangan terini shikastlanishi va kamedonlar hosil bo'lishiga olib keladi. Ba'zi hollarda kosmetik vositalarni haddan tashqari qo'llash natijasida ham rivojlanadi. Mahalliy kortikosteroidlarni uzoq qo'llash ham mahalliy immune javobni susaytirib kamedon paydo bo'lishini kuchaytiradi.

Akne kechishida mavsumiylik holati yo'q. Yoz mavsumida kasallik kechishida yaxshilanish pigmentatsiya jarayonini kuchayishi bilan bog'liq. Ba'zi bir ma'lumotlarga ko'ra UBN ta'sirida kasallik kechimi og'irlashgani va kamedonlar paydo bo'lganligi aniqlangan.

Endogen faktorlar

Hamroh somatik kasalliklar

Oddiy husnbuzar patogenezida endokrin tizim funksional buzulishlari muhim o'rin egallaydi. Bu fikrni pubertat yoshda akne bo'lishi, ayollarda menstrual sikl buzilganda husunbuzar paydo bolishi tasdiqlaydi.

Husnbuzarlar silga qarshi yoki epilepsiyaga qarshi vositalar ichganda ham paydo bo'ladi. Shuningdek yod, brom, xlor preparatlari, B guruh vitaminlari qabul qilganda ham paydo bo'lishi mumkin.

Oddiy husnbuzar patogenezida ruxning roli

Ruxning oddiy husnbuzar patogenezidagi o'rni haqida fikr birinchi bo'lib 1976 yilda ilgari surilgan. Bu masal oxirigacha hal qilinmaganligiga qaramasdan ba'zi bir olimlar ruxni akne patogenezida asosiy rol egallaydi desa, qolgnlari bu fikrni inkor qiladi. Akne kechishi 80,6 % hollda rux defitsiti bilan kechadi, va kasallik qancha og'ir kechsa rux defetsiti shuncha yuqori bo'lishi kasallardan olingan tahlillar natijasida isbotlangan. Bu ma'lumotlar ruxni akne patogenezida ahamyatli ekanini bildiradi.

Lipidlarning peroksidli oksidlanishi holati

Lipidlar oksidlanishi natijasida hosil bo'lgan erkin radikallar juda ham shikastlovchi ta'sir etib, butun organizm doirasida zararli ta'sir ko'rsatib, ko'p organlar va immunkompetent to'qimalar shikastiga olib keladi. (Najmutdinova D. K., 1996)

Genetik faktorlar

Asosiy faktorlardan biri bo'lib, N. K. Suvorova va boshq.(2005) ma'lumotiga ko'ra TB ni rivojlanishini belgilovchi genlarni eksressiyasi va turli variatlari kasallikni kechimini va og'irlik darajasini belgilab beradi.

AKNE TASNIFI

Turli xil tasniflar mavjud bo'lib, ular yoki klinik kechimga yoki kasallik

og'riligiga bog'liq. G. Piewig, Kligman A. M. (2000) to'liqroq tasnifni taklif etadi:

1. Yoshlikdagi ugri (akne) (*childhood acne*) yangi tug'ilgan chaqaloqlar aknesi (*acne neonatorum*) go'daklik aknesi (*acne infantum*)

2. O'smir (yuvencil) yoshdagi akne (*acne juvenili*)

Kamedonli akne (*acne comedonica*); papula – pustullez akne (*acne papulopustulosa*); konglobat akne (*acne conglobata*); tugunlikistoz akne (*acne nodulocystica*); chaqmoqsimon akne (*acne fulminans*); mexanik (ekskoriirangan) akne ; inversiv akne (*acne inversa*);

3. Kattalar aknesi (*acne adultorum*) kechki akne (*acne tarda*); tropic akne (*acne tropicalis*); bodibilding oqibatidagi akne (*bodybuilding acne*;) ayollar kechki aknesi. Predmenstrual akne. Postmenopauza aknesi ayollar giperandrogen aknesi. Homiladorlar androlyuteomasidagi akne. Erkaklar aknesi. XYY xromosomal erkaklar konglobat aknesi. Bo'yi uzun o'smirlar testosteron bilan indutsirlangan chaqmoqsimon aknesi

4. Ekstragen sababga ko'ra rivojlangan akne

Farva – Rakusho kasalligi

Quyoshli kamedonlar

Mayyorka oroli aknesi

Ionlovchi radiatsiya ta'siridagi akne

5. Kontakt akne

Kosmetik akne

Xloranke

Yog'lar, smolalar ta'sirida yuzaga kelgan akne

6. Akne sifat toshmalar

Rozatsea (pushti husnbuzar, akne)

Perioral dermatit

Demodekoz

AKNENING KLINIK – MORFOLOGIK TUZILISHI

Akneda toshmalar birlamchi, ikkilamchi va yallig'lanishdan keying elementlarga bo'linadi. Har bir elementga bitta jarayon bosqichlari sifatida qarash kerak.

Birlamchi shakllar (yallig'lanishsiz)

Mikrokamedon (millium) – " aknening embrional bosqichi ", klinik aniqlanishi mumkin emas. Yog'li sekretne follikul nayi yoki TB yo'llarida tiqilishidan kelib chiqadi. Gistologik follikulyar epiteliy giperplaziyasi va follikul shishi bilan ifodalanadi.

Yopiq, "oq boshli" **kamedonlar** – birinchi klinik ko'rinadigan shakli bo'lib, oq boshchali tuganchalar ko'rinishida bo'ladi. Siqqanda tor tirqishdan oq, ipsimon massa chiqadi.

Ochiq, "qora boshchali" **kamedonlar** – qorasifat boshchali tuganchalar, qora rangi melanin to'planishi bilan bog'liq, TB bu bosqichda normal follikuldagida nisbatan kichik hisoblanadi.

Ikkilamchi shakllar (yallig'lanishli)

Birlamchi shakllar destrukriyasi va ikkilamchi infeksiya qo'shilishi bilan bog'liq. Ikkilamchi ravishda kamedon hosil bo'lishining har qanday bosqichida yallig'lanish paydo bo'lishi mumkin.

Papulalar (tuguncha)kamedon asosida yuzaga keluvchi yallig'lanish infiltrate bo'lib, teri sathidan ko'tarilib turuvchi uncha katta bo'lmagan, yorqin – qizil rangli tuguncha ko'rinishida bo'ladi.

Pustula (yiringcha) papula o'rnida yuzaga keladi. Yallig'lanish infiltrati kattalashadi, tuguncha o'rtasida yiringli bo'shliq paydo bo'ladi. Pustulalar qichishish bilan kechadi.

Yallig'lanishli tugunlar – bu 2 – 4 hafta davomida mavjud bo'luvchi tugunlar bo'lib, ichida mo'guz qavatga kirgan yod tanalar va soch fragmentlari bo'ladi.

Abtsedirlanuvchi tugunlar bir nechta papulalarni bitta yallig'lanishli tugunga aylanishidan yuzaga keladi. Ichida gemorragik va yiringli sekret bo'lib, u tashqariga ochiladi, ichilganda namlanish va keyin qaloq hosil bo'ladi. Bitishi natijasida tortilgan chandiqlar paydo bo'ladi.

Abtsesslanuvchi oqmalar konglobat akne uchun xos hisoblanadi. Bu chuvalchangsimon, uzunligi 10 sm gacha bo'lgan flyuktuatsiyalanuvchi ipplar ko'rinishiga ega hosila bo'lib, o'zida bir nechta teri yuzasiga ochiluvchi fistulalarga ega. Siqqanda qo'lansa hidli sekret ajraadi. Uning bitishi uchun bir necha oylar, hatto yillar davom etadi. Ular doimo qo'zib turish xususiyatiga ega.

Uchlamchi yallig'lanishdan keyingi shakllar

Ularning borligi oldin aknening og'ir turlari bilan xastalanganlikni bildiradi.

Kistalar konglobat akne uchun xos. Asosan belda, ba'zan yuz, bo'yin,ensa sohasida joylashadi. Sferik shaklli tugunlar ko'rinishida bo'lib, teri sathidan ko'tarilib turadi, diametri 1 – 5 sm, elastic konsistensiyalidir. Markazida pora bo'lib, siqqanda ichidan oq quyuq sekret ajraladi (bakteriya va moguz to'qima qoldiqlari). Ular doimiy ochilib abtsessga olib keladi,shu boisdan ularni olib tashlash lozim.

Oqmalı kamedonlar konglobat akne belgisi boʻlib, deyarli faqat belda va ensada joylashadi. Ularning hosil boʻlishi yaqin joylashgan chandiqlashgan kamedonlar va yalligʻlangan kamedonlar qoʻshilishi bilan bogʻliq.

Abtsedirolovchi oqma yoʻli. Chuqur joylashgan oqma yoʻllari teri osti yogʻ toʻqimasi, hatto mushaklargacha yetib boradi. Yalligʻlanish belgisi kuchliroq ifodalangan. Oʻzlaridan keyin gipertrofik yoki kelloid chandiqlar qoldiradi.

Chandiqlar. Akneda koʻp xildagi chandiqlar uchraydi. Ularning shakli, va morfologik tuzilishi har xilda boʻlishi mumkin.

Disxromiyalar. Giper – yoki depigmentatsiya bilan ifodalanadi.

Aknening klinik – morfologik variantlari

1. Bolalik davri aknesi

Chaqaloqlar aknesi (*acne neonatorum*).

Chaqaloqlarda ona gormonlari taʼsirida yuzaga keladi, (chaqaloqlar esterogenli husunbuzari). Gormonal kriz chaqaloqlar qonida estriolning hafta davomida keskin kamayishi bilan bogʻliq. Chaqaloqda 3 va 8 kunliklar oraligʻida jinsiy yetilishga oʻxshash belgilar kuzatilishi mumkin. Bular koʻkrak beʼzlari boʻrtishi, deskvamatsiyalovchi vulvovaginit, gidrotselle, husunbuzarlar. Toshma nuqtasimon papulalar koʻrinishida boʻlib, oqish – sargʻish rangli. Asosan peshona, burun ogʻiz uchburchagi sohasida joylashadi. Oʻz oʻzidan bir necha kun yoki 2 haftagacha mustaqil ketadi, davo talab etmaydi.

Goʻdaklar aknesi (*acne infantum*).

Ular kechroq, 3 – 6 oylik davrda paydo boʻladi, oʻz oʻzidan ketishi yoki jiddiy jarohatlar olib kelib uzoq vaqt mavjud boʻlishi mumkin (5 yoshgacha). Toshmalar buyrak usti beʼzi ttugʻma giperplaziyasi yoki androgenlar sintezlovchi oʻsma borligi uchun boʻlishi mumkin.

2. Oʻsmirlik aknesi

Mualliflar fikricha, 14 – 24 yoshdagi tekshirilgan bemorlarni 40 -80 % holatida uchraydi. (Najmutdinova D. K., 1996, Darvey E., Chu T., 2005). M. N. Buxarovich, V. D. Gridasova, (2002) fikrlariga koʻra oʻsmirlarning 90 % da akne uchaydi. Bularning baʼzilarida kasallik rivojlanib, baʼzilarida kasallik regressga uchraydi.

Birinchi toshmalar qizlarni 12 – 13 yoshiga va ogʻil bolalar 13 – 14 yoshiga toʻgʻri keladi. Akneninh jins va yoshga bogʻliq klinik shakllari 1 jadvalda

keltirilgan.

Jadval – 1

yosh	Jins	Klinik shakl
12-13 yosh	Asosan qizlarda	Komedonli akne
16-17yosh	Jinslar nisbati o'zaro teng lekin og'il bolalarda ko'proq	Papulo – pustulez akne
17-20 yosh va kattalar	Jinslar nisbati taxminan teng	Infiltrative – yallig'lanishli akne

Klinik o'smirlarda yuqoridagi turlari uchrab, kamdan – kam indurativ, flegmanoz, tugunkistozli va konglobotli akne uchraydi. Akne ning o'smirlikdagi eng og'ri turi chqmoqsimon aknedir

Indurativ akne (*acne indurata*).

Soch – yog' follikuli atrofida yallig'lanish natijasida yuzaga kelib, shu soha notekisligi va katta infiltrate borligi bilan ifodanaladi. Ular no'xat kattaligicha ba'zan undan ham katta shaklda bo'ladi. Sekin tuzaladi, ular o'rnida kelloid chandiqlik hosil bo'ladi.

Flegmanoz akne (*acne phlegmonosa*).

Chuqur, sekin rivojlanuvchi follikulyar yoki perifollikulyar dermogipodermal abstsesslardir. Ular katta hajmdagi pustulalar qo'shilishidan hosil bo'lib, rangi to'q – qizg'ish, ko'kimtir va kattaligi olxo'riday keladi.

Tugunli kistasimon akne (*acnenodulocystica*).

Chuqur infiltratlar va kistoz bo'shliqlar bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kistalar va infiltratlar bir nechta bo'lib o'zaro qo'shilishi ham mumkin va ichida yiring saqlaydi. Bu kabi akne natijasi chandiqlik hosil bo'ladi. Asosan yuz, ba'zan ko'krak va bel shikastlanadi.

Sharsimon yoki konglobotli akne (*acne conglobata*).

Akne ning og'ir shakli bo'lib, chuqur joylashgan yarim sharsimon tugunlar (kamedon va ateromalardan tashqari) bo'lishi bilan xarakterlanib,ular teri osti yog'qavatigacha yetishi mumkin, kattaligi no'xot

kattaligidan olcha kattaligicha keladi.

Klinik jihatdan bu turdagi akne uchun aste –sekin paydo bo'luvchi tugunlikistasimon hosilalar borligi, ularning bir biri bilan bog'langanligi va guruhlashgan kamedonlar mavjudligi xos. Ko'pkina elementlarning yakuni bo'lib atrofik, gipertrofik va kelloid chandiqlar hisoblanadi. Bu kasallik o'smirlik davri tugaganida ham tuzalmasligi va 40 yoshgacha retsidivlanuvchi surunkali kechimga ega bo'lishi mumkin.

Chaqmoqsimon akne (*acne fulminans*).

O'ta kam tarqalgan, og'ir kechadigan turi bo'lib, ilgari R.Burns va J.Colville lar uni "septitsimiya bilan kechuvchi konglobat aknesi" deb nomlaganlar. 1975 yilda G. Plewig va A.M. Kligman "akne fulminans" deb nomlashni taklif etishadi. Kasallik yosh erkaklarda, to'satdan boshlanadi, og'riqli pustulalar va chuqur yaralanuvchi tugunlar borligi, ulardan quyuq sekret chiqishi bilan xarakterlanadi. Asosan yuz terisi, yelkalar, bel, ko'kraklar, bo'yinning yon yuzasida joylashishi bilan xarakterlanadi. Bu bemorlarda kamedonlar uchramaydi, teridagi toshmalar og'riqli bo'lib, tizza, tovon va tirsak bo'g'inlari sohasida, son mushaklari ham og'riq kuzatiladi. Klinik kechishida umumiy intoksikatsiya belgilari, tana haroratini 38 °S gacha oshishi kuzatiladi. Acne fulminanasni etiologiyasi no'malum. Patogenezida infeksiyon, allergik yoki toksiko allergik mexanizmlar bor degan nazariyalar bor.

O'smirlarda uchrovchi aknening bir turi – ekskoriatsiyalangan akne, asosan qizlarda uchrab, qizlarning husunbuzarlarini tirnashu natijasida kelib chiqadi. Bu klinik forma nevroz bilan bog'liq yoki boshqa og'ir psixologik patologiya borligini bildiradi (Potekayev N. N., 2007). Shuning uchun ekskoriatsiyalangan aknesi bor bemorlarni psixonevrolog konsultatsiyasiga yuborish zarur.

3. Kattalar aknesi

Klinik jihatdan kattalar aknesi, kechki, inversion va konglobat aknelar bilan xarakterlanadi.

Kechki akne (*acne tarda*).

Bu akne katta yoshdagilarda birlamchi paydo bo'ladi yoki yoshlik paytidan mavjud bo'ladi. Asosan yoshlikdagi toshmalar 20 yoshlarda o'z – o'zidan tuzalib ketadi, ba'zi hollarda kasallik uzoq davom etadi. (taxminan 5 % ayollarda va 3 % erkaklarda 40 -49 yoshlarda akne klinikasi kuzatiladi)

Aknening kechki turlariga **predmenstrual** va **postmenapauzal aknelar** kiradi. Bu shakllar ayollarda uchraydi. Taxminan 20 % ayollar

menstruatsiyadan oldin 2 – 7 kunlarida iyak sohasida akne paydo bo'lishini kuzatishadi. Bu ayollarda ko'pincha polikistoz tug'umdonlar aniqlanadi.

Inversion akne (*acne inversa*).

Bu kasallik apokrin be'zlarning ikkilamchi shikastlanishi bilan bog'liq. Birlamchi soch follikuli okklyuziyasi va yorilishi yuz berib, yallig'lanish infiltrate qoldiq soch follikuli sohasida rivojlanadi, appokrin ter be'zlari esa jarayonga ikkilamchi qo'shilib ketishadi. Bu kasallik balog'at yoshidan keyin og'ir akne kasalligi bilan hamroh keladi. Kasallik og'riqli g'adir – budir infiltratlar hosil bo'lishi bilan boshlanadi, ular teri yuzasiga ochiladi va fistulali teshiklar hosil qiladi. Oxir oqibat oqmalar hosil bo'lib, tortilgan chandiqlar paydo bo'ladi. Kasallik surunkali kechib, retsidivlar beradi. Inversion akne aknening og'ir turi bo'lib, hayot uchun xavf solishi ham mumkin. Bu kasallikda bacterial meningit va ikkilamchi amiloidoz kabi asoratlardan ehtiyot bo'lish lozim

Bodidilingli akne (*bodybuilding acne*.)

Bu kasallik anabolik steroidlar qabul qilish bilan bog'liq bo'lib, bodibilding bilan shug'ullanuvchilarda ko'p uchraydi. Akne androgenlar qabul qilish fonida ham rivojlanadi. Klinik tugunli kistoz akne ko'rinishida kechadi.

Kattalarda uchrovchi noyob aknelar, nekrotik, tropik akne, keloid akne va eng og'ir turi akne – tetrad.

Akne kasalligi differensial tashxisoti

Akne shaklli dermatozlar morfologik jihatdan aknega o'xshash toshmalar bilan kechadi, lekin ularning patogenezi boshqa xil. "Akne shaklli dermatozlar" termini aknega o'xshash holatlarni jamlaydi, lekin seboriya bilan umuman bog'liq emas. Differensial tashxisni asosan akne va rozatsea, perioral dermatit, demodekoz, seboreyali dermatit va kamdan kam hollarda kichik tugunli sarkoidoz, milliar sil yugurigi, Favra – Rokusho kasalliklari o'rtasida qilinadi. Akne toshmasini ikkilamchi sifilis ham eslatishi mumkin. Akne shaklli toshmalar ham aknega o'xshab follikulyar bo'lib, birlamchi yallig'lanish o'chog'i papula va pustule ko'rinishida bo'ladi. Kamedonlar birlamchi jarayonni inkapsulatsiya natijasi hisoblanadi. (Adaskeyevich V. P., 2003). Akne va akne shaklli dermatozlar differensial tashxisoti G. PlewigA. Kligman (1993) bo'yicha 2 jadvalda.

Jadval. 2

Belgilari	Akne	Akne shaklli dermatozlar
Lokalizatsiyasi	TB follikuli	TB follikuli
Sabab	Multifactor	Medikamentlar, ozuqa mahsulotlari
Lokalizatsiyasi	" seboreyali sohalar "	Bilak, dumba
Birlamchi toshmalar	Kamedonlar (yallig'lanishsiz)	Papula, pustule (yallig'lanishli)
Chandiqlar	Kichkina, yuzadan chuqur chandiqqacha	Asosan yo'q ba'zan bir – ikkita
Kasallik boshlanishi	Sekin asta (oylar yoki yillar)	To'satdan bir necha kun ba'zan oy mobaynida
Kasallikdagi yoshi	Pubertat	Katta yoshda
Kechishi	Uzoq davomli (yillar)	Qisqa (sababi ketishi bilan)
Terapiya	Og'irlik darajasiga bog'liq : mahalliy, tizimli	Sababini yo'qotganda terapiyaga muhtojlik qolmaydi

Akne toshmasiga ba'zi klinik xolatlar xarakterli bo'lib, ular rozatsea bilan akneni farqlashga yordam beradi (jadval 3)

Jadval. 3

Klinik xarakteristika	Acne rosacea	Acne vulgaris
Morfologik elementlar	Papula, pustule, tugun, teleangioektaziyalar	Kamedonlar, papula, pustula, tugunlar, chandiqlar, keloidlar
Eritema	Dimlanishli – ko'kimtir	Mahalliy ta'sirlanish oqibati
Papula	3-4 mm, silliq	Konussimon tuguncha
Lokalizatsiyasi	Yuz sohasi terisi	Belning yuqorisi, ko'krak va yuz terisi
Debyut	Asosan 40 – 50 yosh	Pubertat davr
Rinofima	+	-
Soch – yog' xaltachasi bilan bog'liqligi	Yo'q	Ha

Jins bo'yicha taqsimlanishi ayollar/erkaklar	3\1	2\1
Asosan uchrovchi yosh	40-50 yosh	13-16 yosh

Uzoq vaqt yodli yoki bromli vositalar ichish natijasida yuz, ko'krak, bel sohasida papullopustulez elementlar paydo bo'lishi mumkin, ular oddiy husunbuzarlarni eslatadi. Ular kamedonlar paydo bo'lmasdan rijovlanadi. Bu elementlar infiltrati ifodalanganroq, zichlashgan va rangi oddiy husunbuzarga nisbatan to'qroq qizg'ish hisoblanadi.

Oq husunbuzarlar (milia) soch-fallikullari retension kistasi bo'lib, ularda sekretni to'planishi hisobiga paydo bo'ladi. Oq rangli zich tugunchalar igna boshiga o'xshash boshga ega, zich konsistensiyali, yarimsharsimon shaklli bo'lib yuzda va ba'zan qovoqda joylashadi.

Acne inversaning turilar: abtsedirlanuvchi, yoriluvchi follikulitlar va Goffman perifollikuliti hisoblanadi. Kasallikni trixofitiyaning infiltratsiyalovchi – yiringli turidan farqlash kerak bo'lib, u uchun kam sondagi katta, aniq chegaraga ega follikulyar abtsesslarning bo'lishi xarakterli. Tashxisni bakterioskopik tekshiruv tasdiqlashi mumkin.

AKNE DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH

Odiy husunbuzar patogenezi haqidagi zamonaviy qarashga asosan, davolash kompleks bo'lishi va quidagi maqsadga qaratilgan bo'lishi kerak: seboreyani kamaytirish, ikkilamchi infeksiyani davolash, yalliglanishga qarshi davo, ter be'zlari yo'llari otkazuvchanligini ta'minlash.

Kasallikni raatsional davolash unga to'g'ri klinik baho berishdan boshlanadi. Quidagi jadvalda (jadval 4), akne li be'morlar ni tekshirish tartibi ko'rsatilgan

Jadval. 4

Anamnez	Kasallikni davomiyligi; Kasallikni ilk boshlanishi;
Kliniko-morfologik	Teri elementlari-yallig'langan, yallig'lanmagan; jarohat lokalizatsiyasi; elementlarni tarqalganligi; asoratlangan
Umumiy somatic fon	Fokal infeksiyalar, immunitetni tushishi; jigar, MIT, ekskretor sistema funksiyasini buzilishi.

Psixosotsial statusni baholash	Bezovtalik, depressiya, sotsial dezadaptatsiya, aknefobiya. nevroitik ekskoriatsiya, ishxona va
Mutahassis maslahati	Endokrinolog; Ginekolog;
Laborotor-diagnostik	Pustula maxsulotini mikroskopik tekshiruvi;antibiotikka sezgirligini aniqlash uchun posev olish;gormonal

Dieta

Berilgan adabiyotlardan ma'lumki iste'mol qilinadigan oziq-ovqat mahsulotlarining bemorlarning ugrisiga ta'siri isbotlanmagan. Lekin ko'p bemorlar shokolad, yog'li mahsulot, sir, qizil vino, sitruslar, kofe iste'mol qilish bilan ugre kasalligini og'irlashishini bog'lashadi. Har xil xarakterda ovqatlanadigan bemorlarni yog' bezlarini lipid tarkibi aniqlanganda tarkibi bir xil edi. Ugre kasalligini og'irligi iste'mol qilinadigan mahsulotlarning umumiy kaloriyasi, uglevod, yog', oqsil, mineral moddalar, aminokislota, vitamin tarkibi va oziqlanish xarakteriga bog'liqligi isbotlanmagan, shuning uchun bunday bemorlarga dietaterapiya buyurishga hech qanday sabab yo'q. Umumiy tavsuyalarga ko'ra kam kaloriyalı ovqatlanish ortiqcha vazn saqlamaslik uchun va gazni ichimliklarni cheklash, yog' bezlarini sekretsiyasini kuchaytirmaslik uchun.

Psixoterapiya

Vrach-dermatolog yoki kosmetolog ugrı bilan aziyat chekayotgan bemorlar bilan ishlayotganda ularning psixosotsial statusiga diqqat bilan e'tabor berishi kerak. Teri va nerv sistema uzaro bog'liq chunki ham teri ham nerv sistema umumiy endodermadan paydo bo'lgan. Shuning uchun ko'p dermatitli bemorlarning ko'p qismida har xil psixosomatik buzilishlar kuzatiladi. Kuzatuvchilarni uch asosiy tipga ajratishadi: **ipoxondrik buzilish, dismorfofobiya va dismorfomaniya**. Ipoxondrik buzilishli bemorlar uchun yuqori qo'zg'aluvchanlik, o'ziga past baho berish, sotsial izolyatsiya xarakterli. Dismorfofobiyali bemorlarda esa tashqi xunuklikdan qurqish hissi bo'ladi, bu odatda yoshlarda kuzatiladi. Bu holatdagilar uchun xarakterli belgi ko'plab ekskoriatsiyali aknelar. Dismorfomaniyada psixozni namoyon bo'lishini ularni o'zlarini fizik noto'liq yoki badbashara deb his qilishlari bilan bog'liq. Bu holat uchun xarakterli kayfiyatni tushkunligi, urushqoqlik, mutahassis bilan muloqatda qizishqonlik va badjahllik.

Psixoemotsional nevrogen buzilish bo'lgan bemorlarda to'g'ri

diagnostika va taktika olib borishga dermatologga psixoterapevtni konsultatsiya va davosi kerak bo'ladi.

Terini tozalash

Akne odatda seboreya bilan birga uchraydi. Terini yuza ko'rinadigan qismidagi yog` bezlarida yaqqol kosmetik defekt yuzaga keladi. Yog`li yuzlarni tozalash va maxsus yog`li yuz uchun gel, molochko, emulsiyalar bilan yog`sizlantirish tavsiya etiladi. Yaqqol namoyon bo`lgan seboreyada maxsus akne-sovunlardan foydalaniladi, lekin yuzni tez-tez yuvishdan saqlanish talab etiladi, terida "delipidizatsiya" va yallig`lanish chaqirishi mumkin. Terini tozalash jarayonida esa teri dezinfeksiya, yallig`lanishga qarshi va keratolitik parvarish qilinadi.

Akneli terini parvarishi va tozalash uchun quyidagi markali davolovchi aptechniy kosmetikadan ("Bioderm", "Vishi", "Dyukre", "Lya Rosh-Poze", "Aven" va bsh.) foydalaniladi. Terini har kunlik parvarishi uchun ishlatiladigan zamonaviy preparatlar muammoli terida seboreregulirushiy ta`sir ko'rsatib P.acneni proliferatsiyasi va yallig`lanishiga qarshi ta`gilar kiradi: Keraknil, Eksfoliak, Efaklar K, Gifak va bosh.

Seboreyali va ugrelı yuzlı bemorlar uchun har kunlik makiyaj chegaralanadi, chunki dekorativ kosmetika mahsulotlari tarkibida komedogen ta`sirli moddalar mavjud. Bunday bemorlarga yog`li yuz uchun adaptirlangan quyidagi dekorativ kosmetika "noncomedogenic" tavsiya etiladi. "Tibbiy makiyaj" nomi bilan ataladigan gipoallergen, nokomedogen suv-yog` tarkibiga ta`sir qilmaydi.

Akneni davolash algoritmi

Akneni medikamentoz davosi kasallikni og`irlik darajasiga bog`liq.

Akneni og`irlik darajasini baholash

Dermatologlar praktikasida quyidagi klassifikatsiya keng qullaniladi: yengil, o`rta og`ir, og`ir kechishi. Bu klassifikatsiya yallig`langan elementlarning soni, ularning yaqqol ifodalanganligi va toshmaning chuqurligiga asoslangan.

Yengil shakli ugrelı toshmalar yallig`lanmagan elementlar-ochiq va yopiq komedonlardan iborat. Yuz terisida 10tadan ko`p bo`lmagan tuguncha-yiringcha elementlari aniqlanadi.

O`rta og`ir shakli yuz va/yoki tanada tuguncha-yiringcha elementlari 10 tadan 40 tagacha aniqlanadi.

Og`ir shakli tuguncha-yiringcha elementlarining 40 tadan ko`pligi, konglobatli va kistozli akneni mavjudligi bilan ifodalanadi.

Akneni og`irlik darajasini baholash-shifokor uchun to`g`ri va samarali davolash uchun muhim ahamiyatga ega. Amerikalik dermatologlar akademiyasi (2002) akneni baholashda quyidagi usulini taklif qildi. (jadval 5).

Jadval 5.

Akne turlari	Yengil daraja	O`rta og`ir daraja	Og`ir daraja	O`ta og`ir daraja
Kamedonlar	Kam	Ko`p	Ko`p	Fistulalar
Papula va pustulalar	Yo`q yoki kam	Kam miqdordan ko`plab sonligacha	Juda ko`p	Juda ko`p
Tugunchalar, kistalar	Yo`q	Yo`q yoki kam	Ko`p	Ko`p
Tugunlar	Yo`q	Yo`q	Yo`q yoki kam	Kam miqdordan ko`plab
Yallig`lanish	Yo`q	Ifodalangan	Juda kuchli	Juda kuchli
Chandiqlar	Yo`q	Yo`q	Bor	Bor

Ugrida medikamentoz terapiya

Davolash davomida kamida 2 ta patogenetik faktorga ta`sir qiishi kerak. (Adaskevich V.P., 2003). Aknening yengil formasida (komedonli va og`ir bo`lmagan yallig`lanishli akne) mahalliy terapiya samaralidir. Og`irroq shakllarida esa ham mahalliy ham sistemali davo qullaniladi. Ugreni davolash algoritmi, xalqaro akneni davolash Soveti (Parij,2002) tavsiyasiga asoslangan,6-jadvalda ko`rsatilgan

Akneni mahalliy davosi

Quyidagilar uchun :

- Yengil va o`rta og`irlikdagi yallig`lanmagan akne,
- Yengil yallig`langan asoratlanmagan akne,
- og`ir va o`rta og`ir shakllarida yordamchi davo sifatida.

Jadval . 6

	Yengil daraja		O'rta og'ir daraja		Og'ir daraja
	Kamedonlar	Papularlar	Papullar	Tugunlar	tugunlar
1 – qator dorilari	Topik retinoidlar	Topik retinoidlar +tenoidlar+BP O, yoki AB	Topik retinoidlar+tizimli AB+BPO yoki PO+AB		Tizimli retinoidlar
Alternativ terapiya	Saliotsil kislotasi Azelain kislotasi		Tizimli retinoidlar		Topic retinoidlar+tizimli AB+BPO yoki BPO+AB
Ushlab turuvchi davo	Topik retinoidlar+BPO yoki BPO+AB				

BPO – benzilperoksid, AB – antibiotik.

Akneni davolash muammosi bo'yicha xalqaro kengash tavsiyasi, Parij 2002. ZaengleinAL, ThiboutotDM, Pediatrics. 2006.118, 1188-1199.

Zamonaviy mahalliy preparatlar ugri kasalligini barcha patogenetik mexanizmlarga ta'sir ko'rsatadi (jadval 7): teri yog' bezlarining giperproduksiyasi, follikulyar giperkeratoz, P.acne sonini ko'payishi va yallig'lanishi. Zamonaviy mahalliy preparatlar yuzni hamma qismiga surtiladi (qovoqdan tashqari). Ularni kombinirlash mumkin lekin bur vaqtda qullash mumkin emas. Bu dorilarni davomiyligi bir necha oy davom etishi yoki akneni o'z-o'zidan yuqolishigacha. Lekin samarali davoga erishish uchun davoni davom ettirish kerak, biroq mahalliy preparatlarni kamroq ishlatish kerak.

Odatda mahalliy davo uchun benzilperoksid, sintetik retinoidlar (izotretinoin, adapalen, retinol kislotasi) azelain kislotasi, mahalliy antibiotiklar, sink ishlatiladi.

Jadval . 7

Preparatlar	Keratolitiklik	Yog' ajralishi	Mikrobgga qarshi	Yallig'lanish ga qarshi
Adapalen	+++		+	+++
Azelain kislotasi	++	+	++	+
Benzoil peroksid	+	-	+++	++
Klindamitsin	-	-	+++	+

+++ ifodalangan ta'sir, ++ o'rtacha ta'sir, + kuchsiz ta'sir, - ta'sir etmaydi

Benzoilperoksid

Benzoilperoksid dermatologiyada 20 yildan ko'p ishlatiladi. Uning keratolitik xususiyati juda ham ifodalanganligidan ixtiyozlarni davoshda, oqartiruvchi xususiyati esa uni teri pigmentatsiyasi buzilishida qo'llanilishiga olib keldi. Keyinchalik bu vositani akneni davolashda ham effektiv ekanini ko'rsatdi. Bu vosita 2,5 %, 5 % va 10 % li gel, kram, liniment va sof yoki oltingugurt, imidazol, eritromitsin, gidroksoxinolinlar bilan aralashgan holdagi losyonlar ko'rinishida chiqariladi.

Vosita, aknening yengil darajalarida monoterapiya ko'rinishida og'ir va o'rta og'ir kechimida kompleks davoning bir vositasi sifatida qo'llaniladi.

Ta'sir mexanizmi. Uning asosiy ta'sir effekti P.acnega antibakterial ta'sir qilishi bo'lib, bu effect uning oksidlovchilik xususiyati bilan bog'liq. BPO rezistent shtamlar paydo bo'lishiga olib kelmaydi. Preparat kamedonogenezga ta'sir etadi. Benzoilperoksidning yallig'lanishga qarshi effekti ham bo'lib, uni qo'llash paytida papullopustelez elementlar soni kamaygan va yangilari hosil bo'lmagan. Asosan bu vositani 5 % li ko'rinishi ishlatiladi. Yog' hosil bo'lishiga ta'sir etmaydi.

Nojo'ya ta'siri. Oddiy dermatit rivojlanishi mumkin, bu asoratning paydo bo'lish xavfi preparat yuqori konsentratsiyalarini va spirtli eritmalarini ishlatganda oshadi. Allergic dermatit juda kam hollarda uchraydi. BPO kuchli oksidlovchilik xususiyati hisobiga oqartiruvchi xususiyati bor. Vositani qo'llash natijasida terining UFO nurlariga sezgirligi oshadi, bu BPO ning keratolitik xususiyati bilan bog'liq bo'lib, epidermisning yupqalashishi natijasida yuz beradi. Teri orqali so'rilmaydi, homiladorlik paytida ham qo'llash uchun xavfsiz.

Chiqarilish shakli: Baziron AC gel 5 %, Benzakne 5 % va 10 % gel, suspenziya.

Azelain kislotasi

Azelain kislotasi – bu tabiiy organik kislota bo'lib, tarkibida 9 ta atom uglerod va 2 ta karboksil guruhi bor, teratogen va mutagen xususiyatlarga ega emas. Preparat 20 % li krem ko'rinishida chiqariladi. Kamedonli yoki papullopustulez akneni oddiy va o'rta og'ir shakllarida, pillingdan oldin tayyorgarlik uchun ishlatiladi. Ikkilamchi pigmentatsiya rivojlanishi mumkin bo'lgan akneda azolain kislota tanlov vositasi hisoblanadi.

Ta'sir mexanizmi. Keratinlanishning oxirgi bosqichiga ta'sir qilib, kamedonlar hosil bo'lishini oldini oladi. Keyingi muhim effekti antibacterial effect: 3 oy qo'llanilgandan keyin, follikul naychasida P.acne deyarli topilmaydi. Rezistent flora shakllanmaydi. Yallig'lanishga qarshi effekti ham mavjud.

Nojo'ya ta'siri. Juda ham kam holatda oddiy dermatit uchraydi. Qo'llanish 1 – 2 kunlarida yengil qichishish, achishish kabi hislar bo'ladi/

Chiqarilish shakli: Skinoren gel (15 %) yoki krem (20 %)

Sintetik retinoidlar

Retinoidlar 1909 yilda Stepp tomonidan ochilgan, u tuxum oqsilidan yog'da eruvchi, kalamushlar o'sishiga kerak bo'lgan ekstrakt ajratib oladi. Anologik modda hayvon yog'ida vatreskaning jigarida aniqlanadi va vitamin A deb nomlanadi. Ajratib olingan moddalar nojo'ya ta'siri shu vositalar sintetik analoglarini paydo bo'lishiga olib keldi. 1946 – yilda tretinoin – retin kislotasi, 1971 – yilda roakkutan, atsetretin, retin – A, retinol palminatlar sintezlanadi.

Retinoidlar teri lipogenezi universal ingibitorlari bo'lib, tizimli va tashqi qo'llanganda ham bir xilda ta'sir ko'rsatadi. Ular korneotsitlar adgeziyUlar korneotsitlar adgeziyasini sekinlashtiradi, epidermal lipedar tarkibi va tartibini o'zgartiradi, epidermotsotlar proliferatsiyasini kuchaytiradi.

Mahalliy retinoidlar bular tretinoin (transretin kislotasi, vitamin A kislotasi) va izotretinoin (13 – tsis retin kislotasi)

Tahsqi qo'llanadigan vositalar

Retinli mazi (retinoli)

Maz 0,1% yoki 0,05 % 13-sisretin kislotasi va suv-emulsion tarkibli. Mazni kuniga 2 marta jarohatni hamma yuzasiga surtiladi. Boshida yuqori konsentratsiyalisi (0,1%), klinik natijaga erisha boshlagandan keyin past konsentratsiyalisi (0,05%) foydalaniladi. Retinoidlarni benzil peroksid bilan tashqi kombinatsiyalangan holda, antibiotiklar bilan birga qo'llaniladi.

Ta'sir mexanizmi. Preparat komedolitik ta'sir ko'rsatadi va soch follikulasi epiteliyasini keratinizatsiyasini normallashtiradi.

Nojo'ya ta'siri. Retin mazi shuningdek oddiy dermatit chaqirishi mumkin, lekin benzoil-peroksidga nisbatan yengil darajada. Tashqi qo'llangan sohada odatda giperimiya va qichishish, shuningdek achishish va dermatozanning qo'zishi kuzatiladi. Sintetik retinoidalr terotogen effektga egaligi ma'lum. Vositani qabul qilayotgan bemorlar quyoshda yurishi mumkin emas, chunki retinoidlar fotosensibilizatsiya chaqiradi.

Chiqarilish shakli: Rretinli maz 0,1% va 0,05%.

Adapalen

Adepalen – topik retinoidlar 4 – avlodi bo'lib, ifodalangan yallig'lanishga qarshi va retinoid sifat ta'sirlarga ega. Adapalen 0,1 % gel va 0,1 % krem ko'rinishi chiqariladi. Adapalen follikulyar giperkeratozga ta'sir etib, mo'guzlanish va deskvamatsiya jarayonlarini meyyorlashtiradi. Uning yallig'lanishga qarshi effekti neytrofillarni yallig'lanish joyiga migratsiyasini sekinlashtirish va yallig'lanish tsitokinlarini ingibirlash bilan bog'liq. Undan tashqari adepalen turg'un birikma bo'lib quyoshda parchalanmaydi va kislorod bilan ta'sirlashmaydi (boshqa retinoidlardan farqli ravishda)

Adapalenni kuniga 1 mahal kechga buyuriladi, jarohat joyiga yupqa qilib surish uchun. U qo'llab turuvchi davo sifatida qo'llaniladi va boshqa turdagi vositalar bilan yaxshi kombinatsiyalanadi.

Nojo'ya ta'sirlari, surilgan soha quruqlashishi va ta'sirlashishi retinli mazlarga nizbatan kam ifodalangan.

Chiqarilish shakli: differin 0,1 % gel yoki krem.

Tashqi qo'llaniladigan antibacterial vositalar

AB vositalar benzoil peroksid, adapalen va azelain kislotalarni ko'tara olmaganida yoki bu vositalar samarasizligida qo'llaniladi. Bu vositalarni kombitansiyalanganda 3 ta vositaning biri va tashqi qo'llash uchun antibiotik kombinatsiyasidan foydalaniladi. Ko'p hollarda antibiotiklar 2 qator vositalari hisoblanadi.

Akneni davolashda quidagi sabablarga ko'ra mahalliy antibiotiklardan foydalanish cheklanadi (Araviyskaya Ye. A., Krasnoselskix T. V., Sokoovskiy Ye. B., 2002):

- 1) Antibacterial vositalar komedonolitik xususiyatga ega emas
- 2) Eritromitsin, tetratsekin va klindomitsinni antimikrob ta'siri BPO niki bilan teng bo'lib, levotitsetin va neomitsinlar BPO ga nisbatan past hisoblanadi/

3) Antibiotiklarni mahalliy qo'llash normal florani rezistentligini oshiradi va P.acne rezistent turlari yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Rezistent shtamplar paydo bo'lishi davo samarasizligiga va multirezistent shtamplar rivojlanishiga olib keladi. Yuqorida qayd qilingan dori vositalar yordam bermaganda (4-6 hafta davomida qo'llaganda), ularga klindomitsin, eritromitsin, fuzidiv kislotasi qo'shiladi.

Klindomitsin

Bu antibiotik o'rta og'ir akneli be'morlarda, boshqa vositalar yordam bermaganda qo'llaniladi. 1 % li liniment va lasyon ko'rinishida chiqariladi.

Ta'sir mexanizmi. Bakterial proteinlar hosil bo'lishini ingibirlash bilan bog'liq. Preparat ta'sirida P.acne miqdori kamayadi va yallig'lanishga qarshi effekti namoyon bo'ladi. Papullopustulez elementlar miqdori ham umumiy be'morlarning 2/3 da 50 % gacha kamayadi.

Davo davomiyligi: 2 oydan oshmasligi kerak, lozim bo'lganda davoni tanafusdan so'ng davom ettirish mumkin.

Kombinirlangan terapiya: BPO va adapalen bilan qo'shib qo'llash mumkin, lekin ularga qo'shib boshqa antibiotic qo'llanilmaydi.

Nojo'ya ta'siri. Te'ridan so'rilishi qiyinligi sababli diareya va enterokolitga olib kelmaydi, peroral qo'llanilganda ko'p be'morlarda bu asoratlar kelib chiqishi mumkin. Preparatni tizimli qo'llash psevd – membranoz kolit rivojlanishiga olib kelganligi sababli bu haqda ma'lum bir ma'lumotlar yo'q (Araviyskaya Ye. A., krasnoselskix T. V., Sokolovskiy Ye., 2002).

Klindomitsinning tashqi qo'llanilgandagi asosiy muammo P.acneining rezistent shtamlari paydo bo'lishi bo'lib, bu o'z navbatida davo smarasini pasaytiradi. 5 % li BPO bilan birga qo'llash esa rezistent flora shakllanish xavfini kamaytiradi. Klindomitsinni tashqi qo'llash teri sezuvchanligiga ta'sir etmaydi.

Osnovnoy problemoy pri narujnom primenenii klindamisinav yavlyaetsya povыshennyy risk razvitiya rezistentnosti *R.aspe*, kotoraya uje v blijayshem buduchem mojet suщestvenno otrazit'sya na effektivnosti lecheniya. Kombinasiya s 5% benzoil peroksidom snijaet risk razvitiya rezistentnosti flory. Narujnaya terapiya klindamisinom ne vызыvaet razvitiya giperchuvstvitel'nosti koji.

Chiqarilish shakli: dalatsin T 1 % gel yoki lasyon, Klenzit (adapalen 0,1 % + klindomitsin 0,01 %)

Eritromitsin

Makrolidlar guruhiga kirib, bakteriostatik ta'sirga ega. Bakteriyani to'qima membranasi o'tib, ribosomani 50S – subbirligi bilan qaytar bog'lanadi. Eritromitsin faqat bo'linuvchi mikroorganizmlarga nisbatan faoldir. Mahalliy boshqa vositalar qo'llanilganda eritromitsin qo'llanilgandan keyin 1 soat o'tishi kerak.

Nojo'ya ta'siri: makrolidlar va klindomitsinga nisbatan chatishgan rezistentlik rivojlanadi

Chiqarilish shakli: Eritromitsin mazi, Izotretksin geli (2 % li eritromitsin + izotretinoin 0,05 %)

Fuzidiv kislotalari

Boshqa mikrobgga qarshi dori vositalarga nisbatan rezistent bo'lgan shtamlarga ta'sir qilish xususiyatiga ega.

Ta'sir mexanizmi: Fuzidiv kislotalari bakterial to'qima oqsilini sintezini cheklaydi va u nobud bo'ladi. Vosita strepto – va stafilokokk floraga nisbatan faoldir. Fuzidiv kislotalarning muhim xususiyati bo'lib, uning uzoq vaqt qo'llanilganda sensibilizatsiya chaqirmasligi bo'lib hisoblanadi.

Preparat yallig'lanishli akne va o'rta og'ir akneda kuniga 2 mahal ishlatiladi.

Chiqarilish shakli: futsidin kren 2 % va maz 2 %.

Kopbinirlangan vositalar

Zinerit

Zinerit – eritromitsin – ruxli kompleks. Suyuq seboreya fonidagi yengil va o'rtacha og'irlikdagi akneda ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Ta'sir mexanizmi. Eritromitsin P. Acnega bakteriostatik ta'sir etib, rux esa yog' be'zlari sekretsiasini kamaytiradi.

Nojo'ra effektlari. Ba'zan teri quruqligi rivojlanishi mumkin. Oddiy dermati juda kam holatda bo'ladi. Makrolidlar yoki rux vositalariga individual sezuvchanligi bor kishilarda allergik dermatit rivojlanadi.

Chiqarilish shakli: Eritromitsin – rux kompleksi (eritromitsin 40 mg/ml + rux atsetat digidrat 12 mg/ml)

Kuriozin – gel

Tabiiy komponentlar – gialuron kislotalari va rux metalidan iborat.

Ta'sir mexanizmi bakterial lipazani va 5 – a reduktazani bloklash bilan bog'liq bo'lib, akne klinikasi yugagandan keyin ham profilaktik vosita sifatida qo'llash mumkin. Vositalarning yallig'lanishga qarshi effekti yallig'lanish mediatorlarini kamaytirish bilan bog'liq. Gialuron kislotalari

kosmetik chandiqlar hosil bo'lishiga olib bu xususiyati uni boshqa aknega qarshi dori vositalardan ustun qiladi.

Kuriozin gelini yakka – yakka toshma bo'lgan holatda davolash va ular hosil bo'lishini oldini olish maqsadida ishlatiladi.

Chiqarilish shakli: Kuriazin geli 15 gr/

Benzoilperoksid + eritromitsin (Benzamicin)

Benzamitsin – kombinirlangan vosita bo'lib, eritromitsin va benzoilperoksidan iborat. Gel ko'rinishida chiqariladi.

Ta'sir mexanizmi. Preparat ta'siri komponentlar xususiyatlari bilan bog'liq. BPO keratolitik, antibakterial va yallig'lanishga qarshi eritromitsin esa bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi. Vosita kuniga 2 – 4 marta buyuriladi. Bu vositani boshqa mahalliy preparatlar bilan qo'llash tavsiya etilmaydi.

Nojo'ya ta'siri. BPO ning barcha nojo'ya ta'sirlari : oddiy dermatit, teri quruqligi, yorug'likka sezgirlik va boshqalar. Eritromitsinning nojo'ya ta'sirlaridan esa allergik dermatit uchraydi.

Akneni tizimli terapiyasi

Tizimli davoni kasallikni o'rta og'ir va og'ir shakllarida, mahalliy terapiya samarasizligida, yallig'lanishdan keying erta pigmentatsiya, chandiqli o'zgarish, ekskoriatsiyalangan akne, dismorfobiyalarda buyuriladi.

Sintetik retinoidlarni tizimli davoda qo'llanilishi

Vitamin A biologik shaklli mahsulotlari differensirovka jarayoniga va terining epidermis hujayralarini keratinizatsiyasiga ta'sir ko'rsatadi, bundan tashqari yog` bezlariga ham, ya'ni sebastatik effiktga ega bo'lgan. (Salamova I.V., Samsonov V.A., 1994).

Izotretinoin (Roakkutan)

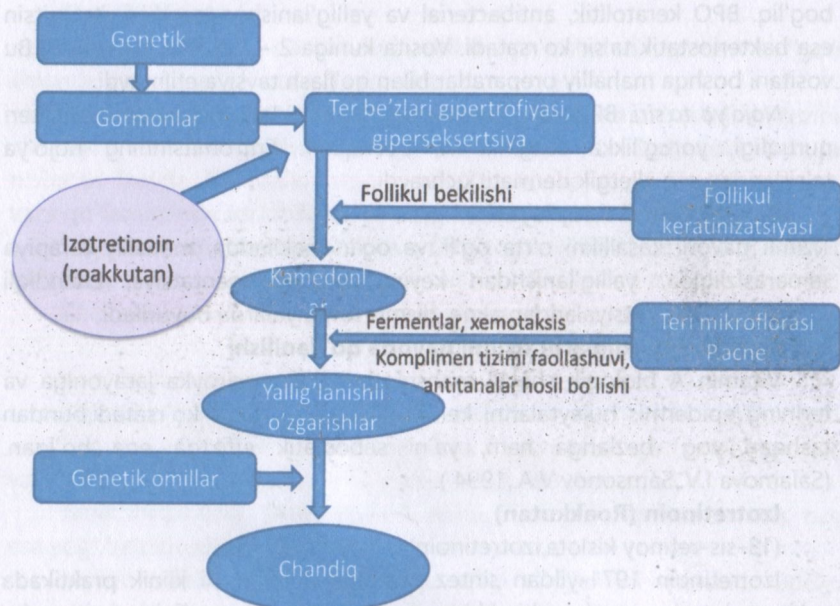
(13-sis-retinoy kislota, izotretinoin).

Izotretinoin 1971-yildan sintez qilina boshladi, ya'ni klinik praktikada xalqaro shunday nomlana boshlagandan keyin. Uning tasdiqlangan nomi – Roakkutan (F.Hoffmann-LaRocheLtd., Sheysariya). U usha davrning akneni barcha patogenezi-teri yog`ining ajralishini kamayishi, giperkeratoz paydo bo'lishini oshirish, yallig'lanishni oldini olib teridagi propionbakteriyalarni miqdorini kamaytirishga ta'sir qiladigan yagona preparat edi. Bu butun dunyo uchun katta yutuq edi.

Roakkutan avval ugreni og'ir shaklli formali bemorlarga ishlatilgan (kistozli, konglobatli, flegmonozli, abstesli) hozirgi davrga kelib esa barcha klinistislar boshqa holatlarda ham qullamoqdalar, lekin akne butun yuz va tanani egallagan, ekskoriirlangan aknesi bo'lgan hamda psixologik muammosi bo'lgan bemorlarga yaxshi natija bermayapti. (Darvey E., Chu

T.,2005). Roakkutan og'ir shaklli dermatozli bemorlarga aktiv hayot shakliga qaytishga yordam bermoqda va og'ir bemorlarni yangi reabilitatsiya etaplariga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalari aniq ko'rsatilgan (Rokistkaya V.N. 1997)

Ta'sir mexanizmi. (rasm 4.): izotretinoin yadro retseptorlari bilan ta'sirlashadi, TB lari differensatsiyasiga ta'sir etib, ularning (ter be'zlari) o'lchamini kichrayishiga, ularning aktivligini pasayishi va ter yog'ining kam ishlab chiqarilishiga olib keladi.



Rasm.4

Bundan tashqari bu vosita o'rtacha immunstimullovchi va yengil yallig'lanishga qarshi effektga ega. (Geiger J.M. et al., 1993, Samgin M.A. i soavt., 2002).

Farmakodinamika: Preparat absorbsiyasi asosan ingichka ichakda bo'ladi va asosiy aktiv miqdori qon oqimiga tushib zardob oqsillari bilan bog'lanadi. Ajralishi asosan o't va siydik orqali. Preparatning 90 % organizmdan chiqarilish uchun 14,58 sutka kerak (kurdina M. I., 2007)

Roakkutan bilan davolash dozasi va davomiyligi individual. Davoni 0,5 – 1,0 mg/kg dozadan boshlanadi. Davoning boshida terini qisqa muddat yomonlashuvi kuzatiladi. Taxminan 4 haftadan dozani individual tanlash kerak, 0,1 – 1,0 mg/kg oraliqda. Vositaning maksimal dozasi (1,0 mg/kg) uzoq bo'lmagan muddatga buyurilishi kerak. J. Goldstein (2004) ma'lumotlariga ko'ra, shu dozada TB sekretsiyasi 12 haftada 90 % ga kamayadi.

Davo kursi 16 hafta davom etadi, shu muddat davomida barcha teri toshmalari orqaga qaytadi, yuz va boshno sochli qismi seboriya belgilari kamayadi.

Oxirgi yillarda adabiyotlarda Roakkutan bilan davolashni o'rtacha og'irlikdagi akne, ekskoriatsiyalangan akne, ifodalangan seboreyalik akne va dekalviatsiyalanuvchi follikulitni davoshda ishlatish mumkinligi va effektivligi haqida maqolalar uchrayapti (G.Plewig., 2004, Lvov A. I., 2007).

Roakkutan bilan davolanayotganlarda mahalliy davo, kosmetik tadbirlar muvofiqi 8 jadvalda keltirilgan

Jadval 8.

Roakkutanning kosmetik vositalar bilan muvofiqi

Mumkin	Tavsiya etilmaydi
Vitamin E	Suyuq azot
Gomeopatiya	Kosmetik tozalash
Azelain kislotasi	Dermabraziya va mikrosilliqlash
Oksigenoterapiya	Ximik va kislotali pilling
Mezoterapiya	
Abstesslar diatermokoagulyatsiyasi	
Davolovchi massaj	

Izotretinoin bilan davolashda bemorlarda ALT, AST, ishqoriy fosfataza, triglitseridlar, umumiy xolesterin miqdorlari control qilinishi kerak. Homiladorlik absolyut qarshi ko'rsatmaga kiradi va ayollarda menstrual siklining 2- va 3- kunlarida qo'llagan maqul

Nojo'ya effektlari: teri tomonidan yuz va tana ochiq joylari dermatiti,

lablar shilliq qavati, burun shilliq qavati quruqligi, millklar qonashi, xeylit, konyunktiva quruqligi. Bu o'zgarishlar yumshatuvchi vositalardan keyin kamaygan.

Chiqarilish shakli: kukun sifat preparat, kapsulalarda 10, 20 mg dan chiqariladi.

Sintetik retinoidlar qator qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lib, ularni buyurganda bularni hisobga olish kerak.

1. Sintetik retinoidlar homiladorlikda qarshi ko'rsatma hisoblanadi. (teratogen effekt). Fertil yoshidagi ayollar davolash kursi davomida kontraseptiv vositalar qo'llashi kerak. Homiladorlikni rejalash roakkutan bilan davoshdan 15 kun keyin bo'lishi kerak. Erkaklarning reproductiv xususiyatiga ta'sir etmaydi!

2. Sintetik retinoidlarni laktatsiya davrida berish mumkin emas.

3. Bu vosital buyrak, jigar yetishmovchiliklarida va o'ta sezuvchanlik holatida qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Davolanuvchilarda jigar funksiyasini tekshirish, davoning 1 oyligida, davodan keyin har 3 – oyda. Tekshirishda o'zgarishlar chiqsa har hafta qayta tekshirish va ko'rsatgichlar oshib borganda vositani qabul qilishni to'xtatish kerak va nazoratni 3 oy davomida olib boorish kerak

4. A gipovitaminozida.

5. Qondagi lipidlar miqdori ko'pligida. Xolesterin va triglitseridlar miqdorini yuqori xavf guruhiga kiruvchi bemorlarda aniqlash (diabet, ortiqcha tana vazni, alkogolizm, lipid almashinuvi buzilishi).

6. Tetratsiklin va metatriksat bilan birga qo'llanilmaydi.

Shuni takidlash kerakki, nojo'ya ta'sirlar qaytar va dozaga bog'liqdir!

Antibiotiklar bilan tizimli davo

Tizimli antibiotikoterapiyaga ko'rsatmalar:

- Kasallikni o'rta og'ir va og'ir shakllari;
- Yengil shaklda agar 3 oygacha effect bo'lmasa va mahalliy vositalarni ko'tara olmaslik yoki chandiqlashishga moyillik bo'lsa

- Ifodalangan depressiya, dismorfobobiyalarda, yengil darajada ham.

Klinik amaliyotda peroral antibiotiklarni mahalliy retinoid va benzoil peroksid vositalari qo'llash maqsadga muvofiq.

Tetratsiklin qatori antibiotiklari

Tetratsiklin gidroklorid va oksitetratsiklin va yarim sintetik tetratsiklinlar – doksitsiklin va minotsiklin ko'p ishlatiladi

Tetratsiklin tanlov vositasi bo'lib hisoblanadi. Boshlang'ich dozasi 1000-1500mg sutkasiga, 3-4 ga bo'lib och qoringa ichiladi. Effektiv ta'sir

etganda dozasi 250-500 mg gacha kamaytiriladi.

Doksitsiklin va minotsiklin

Doksitsiklin ichga qabul qilinganda 95 % gacha so'riladi, yog'da eruvchanligiva to'qima baryerlaridan o'tish qobiliyati bo'yicha boshqalardan ustun hisoblanadi.

Boshlang'ich dozasi 200mg/ sutkasiga, ushlab turuvchi dozasi 100 mg.

Chiqarilish shakli: Tetratsiklin tabletkada 0,05, 0,1 va 0,25 gr. 0,3-0,5 gr dan har 6 soatda ichiladi.

Doksitsiklin tabletka yoki kapsula 0,1 gr dan 2 mahal

Vibramitsin kapsula, 0,05 va 0,1 gr – sutkasiga 2 mahal

Yunidoks solyutab – tabletka, 01 gr dan 2 mahal

Minotsiklin 0,05 va 0,1 tabletka ko'rinishida. Boshlang'ich doza 0,2 gr, keyinchalik 0,1 dan 2 mahal

Makrolidlar guruhi

Makrolidlar yaxshi qabul qilinadi. Nojo'ya ta'sirlari kam. Preparat tarkibidagi uglerod atomlari soniga ko'ra 14 atomli (eritromitsin, roksitromitsin, kloritromitsin), 15 ta (azitromitsin), 16 (spiromitsin, djozamitsin) ga bo'linadi. Makrolidlar bakterioostatik, o'rtaacha yallig'lanishga qarshi va immunstimullovchi ta'sirga ega.

Farmakokinetika: to'qima ichiga yaxshi kiradi va yuqori to'qima ichi konsentratsiya hosil qiladi. To'qima makrflaglari tomonidan infeksiya o'chog'iga boradi. Homiladorlar ko'rsatmaga ko'ra ishlatish mumkin. Buyrak eliminatsiyasi va o't orqali ajraladi.

Nojo'ya ta'siri: oshqozon- ichak tizimi tomonidan nojo'ya ta'siri kuzatiladi.

Chiqarilish shakli: eritromitsin tabletkalari, 500-1500 bg/sutkasiga

Kloritromitsin (klatsid) 0,5 ng 2 mahal

Roksitromitsin (rulid) 150 mg 2 mahal

Djozamitsin (vilprafen) 500 mg sutkasiga 2 mahal

Sulfanilamidlar bemorlarga tetratsiklin va eritromitsin effektiv bo'lmagan holda qo'llaniladi. 480 – 600 mg/sutkasiga 2 marta

Gormonal terapiya

Yuqorida takidlanganidek akne rivojlanishida androgenlar ahamiyati katta. Ayollarda androgenga nishon a'zolari bu teri va uning hosilalari. Antiandrogenlar androgenga antagonist ta'sirga egaligidan ularni davo sifatida ishlatish mumkin.

Antiandrogenlar ginekolog va endokrinolog shuningdek gormonal fon

tekshirilgandan so'ng buyuriladi. Bu vositalar effekti 5-6 oy davolanganda namoyon bo'ladi.

Diane – 35

«Diane 35» esterogen-gestagen vosita bo'lib, kontraseptiv ta'sirga ega. Shuningdek ter bezlari sekretsiasini kamaytirish xususiyati bor. Faqat ayollarda qo'llaniladi/

Bu vositani engil kechim va yallig'lanishsiz elementlar bo'lgandagina qo'llaniladi.

Spirolokton

Spirolokton 100-200mg/sutkasiga qo'llanilgan antiandrogen ta'sirga ega, ter be'zlari sekretsiasini kamaytiradi, akne hosil bo'lishini kamaytiradi. Vosita effektivligi, uning epidermal tsitoxromlar P-450 ni tormozlash xususiyati bilan tushintiriladi. (N.N. Potekayev., 2001). Ayollarga 30 yoshdan so'ng 6 oy davomida buyuriladi. Preparat hayz tsiklini buzadi. Shuningdek sut bezi o'smalari rivojlantiradi degan ma'lumotlar ham bor (RhettDrugge, M.D, 2002).

Nomedikamentoz davolash

Oxirgi yillarda oddiy akne davolashda nomedikamentoz usullarga ko'p e'tibor berilyapti.

Krioterapiya

Oddiy akneni davolashda kriomassajdan foydalaniladi. Krioterapiya yallig'lanishga qarshi, tomir toraytiruvchi ta'sirga ega va kasallik bosqichiga bog'liq bo'lmagan holda buyuriladi. Kriomassajda yog'och aplikatordan foydalaniladi, uning uchiga paxta tomponi o'ralib ishlatiladi. Aplikatsiyani kun ora yoki har kuni qilinadi, davo kursi 10-15 ta.

Pilling

Akneli toshma, seboreya, postakne pilling uchun eng ko'p uchrovchi ko'rsatmalardir. Bu hollarda pilling patogenetik asoslangan. Akne va seboreyada mo'guz qavatni qalinlashishi va uni to'kilishi qiyinlashishi kuzatiladi. Postakne holatida poralarni kengayishi, teri konturi o'zgarishi, yallig'lanishli dog'lar va chandiqlar paydo bo'lishi kuzatiladi. Bu holatlar pillingni davriy qilishga ko'rsatma bo'ladi.

Bu uchun yuz terisiga nozik mexanik pilling, hech qanday vositalarsiz qilinadi. Bu kabi pilling 7-14 kunda bir marta qilinadi. Yallig'lanishli holat amaliyot uchun qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

Oxirgi yillarda kimyoviy pilling qo'llanilyapti, ular tarkibiga har xil meva kislotalari, retinoidlar, askorbin kislotasi, yallig'lanishga qarshi ekstraktlar kiradi.

Mezoterapiya

Teri ichiga dori vositalarni kiritishga qaratilgan usul bo'lib, dori vositalarni kichik dozalarda kiritish, biologic aktiv nuqtalarni va teri refleksogen nuqtalarini stimulyatsiyasi qilish bilan amalga oshiriladi. (Ozerskaya O.S., 2007).

Bu davo kompleks davoning bir ko'rinishi sifatida qo'llanilishi kerak. Quidagi vositalar ko'p qo'llaniladi: metranidozol, ribomunil, aloe, retin kislotasi, organic kremniy, gialuron kislotasi, vitamin C va boshqalar

UBN (ultrabinafsha nurlanish)

Quruqlashtiruvchi ta'sirga ega bo'lib, olingan zagar natijasida yallig'lanish o'choqlarini yashiradi. Bu davoni faqatgina klinik manzara yaxshilangandan keyin qo'llaniladi va ushlab turuvchi vosita sifatida.

Adabiyotlarda UBN haqidagi fikrlar 2 ga bo'lingan bazilar uni yaxshi effektiv usul desa (Rozentel M.A., 1952, Mashkilleyson A.L, 1990), hozirda uni qo'zg'atuvchi ta'sirga ega degan fikr ham mavjud (Rokiskaya V.N., Frizin V.V., Kuklin V.T., 1997 god). Bu fikrlar o'z navbatida bu usulni ehtiyotkorona qo'llashga majbur qiladi.

Bazi avtorlar terini fotosensibilizator mazlar bilan ishlab PUVA terapiya o'tkazishni tavsiya beradi

Elektrokoagulyatsiya

Papullez va papulo-pustulez elementlarni yuqori chastotali elektr toki ta'sirida kuydurish uchun qo'llaniladi. Elektrodni teri sathi bilan tegishi natijasida elektrokoagulyatsiya ro'y beradi. Elektrokoagulyatsiyadan keyin reaktiv holat va nozik chandiqlar qoladi.

Operativ dermatologiya usullariga **dermobraziya** kiradi. Bu usul yordamida emidermis va dermaning so'rg'ichsimon qavati yuqorioborotli apparat yordamida (40000 ob/min) olib tashlanadi. Eski toshma sohasida silliq yarali jarohat sohasi paydo bo'ladi va uning ustidan xuddi shunday epiteliy qoplanadi. Og'ir akne holatlari dermabraziyaga ko'rsatma bo'ladi. Ajratilgan teri sathini 5-7 kun interval bilan silliq lanadi, hosil bo'lgan jarohatga 5 % li kaliy permanganati yoki salkoseril geli suriladi. Amaliyotdan keying asoratlarga ikkilamchi infeksiya, leykoderma va epidermal kistalar hosil bo'lishini kiritish mumkinm (Potekayev N.N., 2007)

Xulosa qilganda, akne multifactor va polietilogik kasallik ekan. Har yili akneni davolashni yangi usullari va yangi dori vositalari chiqarilayapti. Dermatologlar oldida har bir bemorga individual yondoshish kabi muammo bor, chunki bu kasallik uzoq vaqt davolanadi va bemordan kuchli iroda

talab etadi.

Oddiy husnbuzarni davolaganda, bemorning psixologik xolati, uning kayfiyati, yangi toshmalarga javob reaksiyasi va davoni samarasi haqidagi fikriga e'tibor berish kerak. G. Pleving va A. Kligman (1978) takidlashadi, "shifokor bemorni optimistik ruhda tayyorlashi kerak – bu terapiyaning eng yaxshisidir"

Bizning kuzatuvimiz ostida 15 – 25 yoshli, 58 ta akne bo'lgan bemor va 78 ta amaliy sog'lom kishilar bor edi. Kasallikni og'irligini baholashda teridagi elementlar soniga e'tibor berildi: kamedonlar, papulalar, pustulalar, tugunlar, kistalar va chandiqlar. Shunday qilib, yengil darajaga kamedonli akne, o'rta og'ir darajaga – papulo-pustulez akne, og'ir va juda og'ir darajaga konglobat aknesiga mos keladi.

Eng ko'p o'rta og'irlikfagi papulo-pustulez akne (44,8 %), nisbatan kamroq og'ir darajadagi konglobat akne (24,1 %) va yengil darajadagi kamedonli akne (17,2 %) tashxislandi.

Keyinchalik sog'lomlar va bemorlarni teri florasini bakteriologik tekshirildi va qiyoslandi.

Kasallikni yengil darajasida ham sog' terida mikroblar va zamburug'lar soni ko'payganligi kuzatildi. Bular asosan oltin rang va saprofit stafillokock, enterobakteriyalar. Sog' terida bu holat kasallikni og'irlashishiga olib keladi.

Yengil va o'rta og'ir darajadagi bemorlar terisida mikrofloraning umumiy soni sog'lomlar terisiga nisbatan 1,5 marta ko'pligi aniqlandi. Mikroblarning yarmidan ko'pini oltinrang stafillokock, kamroq miqdorda epidermal stafillokock tashkil etadi. Jarohatlangan terida 2 – 3 koloniya oralig'ida piogen treptokokklar va propionobakteriyalar aniqlandi.

Inson tansining turli joyidagi auyoflorasi sinxron ravishda o'zgarishi mumkin degan fikr mavjud [22,23]. Bu fikr faqat jarohatlangan teri uchun emas, balki ichak va butun sog'lom teri mikroflorasini uchun ham ta'luqli. Teridagi ko'pgina kasalliklar ichak disbakteriozi bilan kechadi [1,20,37] va bu ichak mikroflorasini kasallik patogeneza muhim rolga ega ekanini bildiradi, shuning uchun biz akne kasalligidatekshiruv o'tkazdik.

Umiy olganda akne kasalligida ichakda disbiotik o'zgarishlar yuz berib, bu xolat aerob mikroflorani kamayishi bilan tushuntiriladi. Mikroflorani kamayishi kasallik og'irlik darajasiga bog'liq bo'lib o'rta va og'ir darajali bemorlarda anaeroblar umumiy miqdori, bifidobakteriyalar va laktobakteriyalar sezilarli darajada kamaygan. Eng ko'p miqdorda kamayganlar bifidobakteriyalar bo'lib, yengil darajada 3 birlikka, o'rta og'irda 5-5,5 va og'ir darajada 6,7 birlikka kamaygan.

Shuningdek autoflorani kamayishi o'z navbatida fakultativ turdagi florabi ham o'sishiga olib keldi.

Olingan natijalarni umumlashtirish natijasida biz, akneli bemor ichak florasi disbakterioz darajasini aniqladik.

Natijalar quidagicha bo'ldi, engil darajadagi akne holati 17,6 % bemorda III darajali disbakterioz borligini, qolganlari I va II darajaga mos kelishini ko'ratdi. O'rta og'ir darajadagi akneda III darajali disbakterioz 48,2 % holatda, IV darajalisi 6,4 % holda uchrashi aniqlandi. Og'ir formasida IV darajadagi disbakterioz 13,6 % gacha ko'tarilib, II darajali disbakterioz miqdori 36,4 % gacha kamayishi va I darajali disbakterioz uchramasligi aniqlandi. Bu holat og'ir darajadagi disbakterioz uchun ham ta'luqli ekanligi aniqlandi.

Shunday qilib aknening og'irlik darajasi oshishi bilan ichakdagi disbiotik o'zgarishlar oshib boradi.

Akneli bemorlar davo choralari effektivligini bilish uchun bemorlar 2 guruhga bo'lindi:

Birinchi guruh – 20 ta bemor, traditsion davo oluvchilar

Ikkinchi guruh – 22 ta bemor, traditsion davo bilan birgalikda "xilak forte", entetosorbent AU-K (dak "Uzfarmsanoat") kabi probiotiklar korreksiyasi uchun vositalar va Erol, TB sekretiysasini kamaytirish maqsadida. Erolni oldindan tozalangan teriga yupqa qilib uxlash oldidan bir marta surtish tavsiya etildi. Davolash paytida to'liq yumshagan kamedonlar va pustulalrni olib tashlashga ruxsat etildi. Dinamikada jarohatlangan sohada teri qichishi va achishish kabi belgilar paydo bo'lishi kuzatildi. 5 – haftada klinik holatni yaxshilanishi, yallig'lanish belgilari kamayishi kuzatildi. 6 haftada yengil darajani to'liq tuzalishi, o'rtacha og'irni 7 haftada tuzalishi, og'ir uchun 8 va o'ta og'ir uchun 10 hafta muddatga cho'zildi.

Traditsion davo qilganda yengil darajadagi bemorlar toshmalari regresslanishi uchun 7 hafta kerak bo'ldi. O'z navbatida o'rta og'ir uchun 8, og'ir uchun 9 va o'ta og'ir uchun 12-14 hafta kerak boldi.

Umuman olganda shu narsa ma'lum bo'ldiki, traditsion davo teridagi florani qandaydir o'zgarishiga olib kelsa ham, umumiy autoflora holatini to'liq tiklamadi.

Xilak forte va enterosorbentlar bilan korregirolovchi davo olib borish ko'proq ifodalangan natijalarga olib keldi. Yengil darajada ham ular teri sathidan oltin rang stafilokokkni butunlay ketishi va boshqa turdagi mikroflorani ham kamayishiga olib keldi (epidermal, saprofit stafilokokklar, enterobakteriyalar, piogen streptokokk va zamburug'lar). Erolni uzoq vaqt

(6-14 hafta davomida) qo'llash propionobakteriyalar umumiy miqdori kamayishiga olib keldi.

O'rta og'ir dajada Xilat forte va enterosorbent ta'sirida ko'pkina mikroblarni kamyishi kuzatiladi, lekin difteriya tayoqchasi va mikrokokklar miqdori oshadi. Og'ir holatlarda korektsiyalovchi davo ta'sirida oltinrang stafilokokkni butunlay yo'qotib bo'lmaydi, faqatgina uning miqdorini kamaytirish mumkin, jarohatlangan terida 2 marta, sog'lom terida 4 martagacha.

Qilingan davoni ichak mikroflorasiga ta'sirini baholaganda quidagi ma'kum bo'ldi: traditsion davoda antibiotiklarni ishlatish gemolitik eshirixiyalar, A guruhdagi va oltin rang stafilokokklarni to'liq likvidatsiyasiga olib keldi va boshqa bakteriyalarga ta'sir etmasdan saprofit florani tiklanishiga olib keldi. Shuningdek Xilak forte va enterosorbent UA umiy floraga ijobiy ta'sir etib ichak autoflorasi tiklanishiga olib keldi.

Xulosa qilib qaytganda, traditsion davo yengil va o'rtacha og'irlikdagi aknedagi disbakterioz holatini kamaytirs, Xilak forte va enterosorbent UA ni qo'shilishi ichak florasini yengil daraja bo'lganda 78 % og'ir darajada 50 % holatgachaha tiklab, I darajali disbakterioz holatiga olib keladi.

Shunday qilib, akne asosan papulo – pustulez holatda uchraydi. Akneli bemorlarda teri mikrobiotsenozi buzilishi rivojlanib, epidermal stafilokokklar, entero- va propionobiotiklar miqdorini ko'payishi va ichak florasini disbiotik o'zgarishi bilan xarakterlanadigan holat kuzatiladi. Yuqorida keltirilganlar kasallik darajasi bilan bevosti bog'liqlikda bo'lib og'ir darajaga chuqur buzulishlar mos keladi.



"MIYAGA XUJUM" USULIDAN FOYDALANISH.

Usuldan talabalarning dastlabki bilim darajalarini baholash uchun kullanishi mumkin.

Gurux talabalarini kichik guruxlarga (KG) 2-3 tadan qilib bulinadi. Kichik guruxlarga o'tiladigan mavzu buyicha qo'yilgan muammoli masalaga o'zlarining javob variantlarini berishlari talab etiladi (savol variantlari quyida keltiriladi). Berilgan savolga xar bir KG talabalari o'zlari tayyorlagan javob variantlarini taklif kiladilar. Buning uchun o'qituvchi bir varaq qog'ozga yoki doskaga savolni oldindan yozib qo'yishi kerak. Sungra kichik gurux

talabalari tomonidan tayyorlangan javoblarni muhokama qilishga kirishiladi. Mashg'ulotni olib borishda o'qituvchining tutgan o'rni juda yuqori, ammo muxokamada hamma talabalar faol ishtirok etishlari talab etiladi. KG tomonidan tayyorlangan eng optimal javob varianti tanlanib olinadi va ularga eng yuqori ball kuyiladi, qolgan KG-lar esa javoblariga ko'ra pastrok ballga ega buladilar.

Taklif etiladigan muammoli savol variantlari:

1. Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi
2. Xusnbuzar kasalligining patologiyasi
3. Xusnbuzar kasalligi kelib chiqishiga ta'sir etuvchi omillar.
4. Xusnbuzar kasalligida yosh xususiyatlari
5. Xusnbuzar kasalligida oq va qora komedonlar deganda nima tushuniladi?
6. Xusnbuzar kasalligida oq va qora komedonlarni farqlay olish.

3. Analitik qismi

3.1. Konseptual jadval

O'rganilayotgan hodisa, tushuncha, fikrlarni ikki va undan ortiq jihatlar bo'yicha taqqoslashni ta'minlaydi.

Tizimli fikrlash, ma'lumotlarni tuzilmaga keltirish, tizimlashtirish ko'nikmalarini rivojlantiradi.

Qadamlar:

1. Konseptual jadvalni tuzish qoidasi bilan tanishadilar.
2. Taqqoslanadiganlarni aniqlaydilar, olib boriladigan taqqoslanishlar bo'yicha, xususiyatlarni ajratadilar;
3. Alohida yoki kichik guruhlarda konseptual jadvalni to'ldiradilar.
 - *Uzunlik bo'yicha* taqqoslanadigan (fikir, nazariyalar) joylashtiriladi;
 - *YOtiq'i bo'yicha* taqqoslanish bo'yicha olib boriladigan turli tavsiflar yoziladi;
4. Ish natijalarining taqdimoti

3.2. Mavzuga oid vaziyatli masalalar

1. 16 yoshli yigitda yuz terisi, belning va ko'krakning tepa qismida ko'p komedonlar uchraydi, vaqti-vaqti bilan follikulyar tugunchalar va pustulalar uchraydi. Ular bezovta qilmaydi.

1. Sizning dastlabki tashxisingiz?

A. Acne

2. 30 yoshli bemorning iyak va yanoqlari terisida bir nechta follikulitlar, ostiofollikulitlar va kir-sariq yiringli qaloqlar mavjud. Jarayon qaytalanib turadi.

1. Sizning dastlabki tashxisingiz?

A. vulgar siko

3. 30 yoshli bemorning iyak, yanoq terisida bir necha follikulitlar, ostiofollikulitlar va sariq-iflos yiringliy po'choq yig'imalari bor. Bu jarayon qaytarilib turadi.

1. Sizning dastlabki tashxisingiz?

A. Demodekoz

4. 14 yoshli o'smir shifokor xuzuriga keldi. Ikki oy mobaynida toshmalar bezovta qiladi. Onasi uyda ixtiol mazi surgan. Bazi elementlar yorilib yiring ajralgan. Korikda lunj, bo'yin, ko'krak ko'pgina follikuliyar yiringchalar, atrofida infiltratsiya bor.

1. Diagnostika?

A. Oddiy ugri

3.2. Vaziyatga oid testlar

1. Husnbuzar toshmalar asosiy elementi nima?

A. pustula*

B. Pemfigus

C. zona

D. erythrasma

E. To'g'ri javob yo'q

2. Qaysi faktorlar husnbuzar kasalligini rivojlanishiga olib keladi?

A. Yog' bezlari giperfunksiyasi*

B. Tez – tez shamollashlar

C. Termoregulyatsiyaning buzilishi

D. Jismoniy zo'riqish

E. Qad – qomatning buzilishi

3. Husnbuzar kasalligini qaysi turida temir kanalar rivojlantiruvchi omil vazifasini bajaradi?

A. Pushti husnbuzar*

B. O'smirlik davridagi husnbuzar

C. Abtssellanuvchi husnbuzar

D. Sharsimon husnbuzar

E. Nekrotik husnbuzar

4. Demodekozning erirematoz bosqichiga dog'ning qaysi turi hos?

A. Teleangioektaziya*

B. Petehiya

C. Ekhimoz

D. Vibitsess

E. Rozeola

5. Rosaceada nima uchramaydi?

A. Teleangioektaziya

B. Komedon*

C. Follikulyar papula

D. Pusyula

E. Rinofima

6. Seboreyaning rivojlanishida qaysi omillar ahamiyatli:

A. Yog' bezlari disfunktsiyasi*

B. Epikrin ter bezlari disfunktsiyasi

C. Apokrin ter bezlari disfunktsiyasi

D. Qalqonsimon bez disfunktsiyasi

E. Ko'z yoshi bezlari disfunktsiyasi

7. Yog'li seboreyaning turini ko'rsating:

A. Suyuq*

B. Yopishqoq

C. Unsimon

D. Yiringli

E. Bargsimon

8. Husnbuzar dermatozlar toshmalar asosiy elementi nima, tashqari:

A. Pemfigus

B. planus *

C. Pushti Gibert - Versicolor

D. zona

E.To'g'ri javob yo'q

4. Talabalar bilimini baholash mezonlari:

№	O'zli, %	Baho	Talabaning bilim darajasi
1	96-100	A'lo	Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, rivojlanish mexanizmi, diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davolash va profilaktik bo'yicha o'z fikrini to'liq bayon etadi, barcha berilgan savollarga to'liq to'g'ri javob beradi, vaziyatni to'g'ri tahlil qiladi va xulosa chiqaradi, ijodiy fikrlaydi, amaliy mashg'ulotlarga tayyorlanishda qo'shimcha adabiyotlardan foydalanadi (ona tilida ham, ingliz tilida ham). Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi va o'z javoblarini asoslab bera oladi, test savollariga to'liq va to'g'ri javob beradi. Interfaol o'yinlarda ijodiy yondoshgan holda faol ishtirok etadi va to'g'ri qaror qabul qiladi. Erkin tasavvurga ega bo'lib, kerak bo'lganda o'qituvchi bilan o'z fikrini almasha oladi. Amaliy ko'nikmalarni ishonch bilan dadil bajaradi, uning mohiyatini tushunadi.
2	91-95	A'lo	Amaliy mashg'ulotlarga tayyorlanishda qo'shimcha adabiyotlardan foydalanadi (ona tilida ham, ingliz tilida ham), Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, rivojlanish mexanizmi, diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davolash va profilaktik bo'yicha o'z fikrini to'liq bayon etadi, barcha berilgan savollarga to'liq to'g'ri javob beradi, tahlil qiladi va xulosa chiqaradi, ijodiy fikrlaydi. Interfaol o'yinlarda ijodiy yondoshgan holda faol ishtirok etadi va to'g'ri qaror qabul qiladi. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi va o'z javoblarini asoslab bera oladi, test savollariga to'liq va to'g'ri javob beradi
3.	86-90	A'lo	Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, rivojlanish mexanizmi, diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi bo'yicha o'z fikrini etarli darajada o'z fikrini bayon etadi, mavzu bo'yicha berilgan barcha savollarga to'g'ri javob beradi, tahlil qiladi va xulosa chiqaradi, ijodiy fikrlaydi, mavzuni muhokama qilishda qatnashadi. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalarni to'g'ri

			echadi va o'z javoblarini asoslab bera oladi, test savollariga to'liq va to'g'ri javob beradi, lekin 1-2 ko'pol bo'lmagan xatoga yo'l qo'yadi. Amaliy ko'nikmalarni ishonch bilan dadil bajaradi, uning mohiyatini tushunadi. Mavzu bo'yicha amaliy ish natijalari bo'yicha mustaqil tekshirish bayonnomasini to'ldiradi, interfaol o'yinlarda ijodiy yondoshgan xolda faol ishtirok etadi.
4.	81-85	Yaxsh i	Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, rivojlanish mexanizmi, diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi bo'yicha o'z fikrini etarli darajada bayon etadi, barcha berilgan savollarga to'g'ri javob beradi, lekin 2-3 ko'pol bo'lmagan xatoga yo'l qo'yadi, tahlil qiladi va xulosa chiqaradi, ijodiy fikrlaydi, auditoriyada mavzuni muhokama qilishda qatnashadi. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi, lekin javoblar to'liq yoritmaydi. Amaliy ko'nikmani qadamma-qadam ishonch bilan bajaradi. Interfaol o'yinlarda faol ishtirok etadi va to'g'ri qaror qabul qiladi,
5	76-80	Yaxsh i	Interfaol o'yinlarda faol ishtirok etadi va to'g'ri qaror qabul qiladi. Xusnbuzar kasalligining mohiyatini tushunadi, biladi, aytib beradi, tasavvurga ega. Javoblar to'g'ri, ammo ularni to'liq asoslab bermaydi. O'qituvchining qo'shimcha savollari bo'yicha kamchilikni to'ldiradi. Auditoriyadagi topshiriqlarni bajarishda qatnashadi, vaziyatli masalalarni to'g'ri ishlaydi, lekin uni to'liq asoslab berolmaydi. Amaliy ko'nikmani qadamma-qadam bajaradi.
6.	71-75	Yaxsh i	Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, rivojlanish mexanizmi, diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi bo'yicha savollarga javob beradi, lekin uni to'liq yoritmaydi. Xusnbuzar kasalligini muhokama qilishda etarlicha faol, ammo xatoliklarga yo'l qo'yadi, auditoriya ishlarini bajarishda qatnashadi, kerakli yozishlarni amalga oshiradi, vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi, lekin uni to'liq xulosa va tavsiya berolmaydi, unchalik ahamiyatga ega bo'lmagan tabiatdagi kamchiliklari bilan olib boriladigan tajribalarda ishtirok etadi. Interfaol o'yinlarda ishtirok etadi.
7.	66-70	Qoni-	Vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi, lekin uning javobini

		qarli	asoslab berolmaydi, to'liq xulosa va tavsiya berolmaydi. Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, rivojlanish mexanizmi, diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davolash va profilaktiksi bo'yicha aniq boshlang'ich bilimlarga ega, ammo berilgan savolning mohiyatini tushunadi, topshiriqlarni bajaraoladi, biroq unda 2-3 xatoliklarga yo'l qo'yadi. Muhokamada faol qatnashadi.
8	61-65	Qon- li	Vaziyatli masalalarni echishda xatoliklarga yo'l qo'yadi, mavzu bo'yicha savollarga javoblar 40% ga to'g'ri, savol mohiyatini hamma vaqt ham to'g'ri tushunmaydi, topshiriqlarni o'qituvchi yordamida bajaradi va shunda ham 2-3 ta xatoga yo'l qo'yadi.
9.	55-60	Qon- li	Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, rivojlanish mexanizmi, diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davolash va profilaktikasi bo'yicha umumiy tushunchaga ega, berilgan savollarga javoblar 30% ga to'g'ri, javob berishda yanglishib ketadi, savol mohiyatini hamma vaqt to'g'ri tushunmaydi, topshiriqlarni boshqa talaba yoki o'qituvchi yordamida bajaradi. Muhokamada qatnashmaydi.
1 0.	54-30	Qon- siz	Kasallik haqida aniq tushunchaga ega emas, javoblar aniq emas, topshiriqlarni bajara olmaydi. Berilgan uy vazifasi mavzusi buyicha aniq tasavvurga ega emas, vazifa bajarilmagan.
1 1.	20-29	Qon- siz	Talaba mashg'ulotda katnashadi, tegishli kiyim bosh (xalat, qalpoq) formaga ega, daftar va kitobi bor.

7. Nazorat savollari

1. Xusnbuzar kasalligining etiologiyasi
2. Xusnbuzar kasalligining patologiyasi
3. Xusnbuzar kasalligi kelib chiqishiga ta'sir etuvchi omillar. \
4. Xusnbuzar kasalligida yosh xususiyatlari
5. Xusnbuzar kasalligida oq va qora komedonlar deganda nima tushuniladi?
6. Xusnbuzar kasalligini tekshirish algoritmi.
7. Xusnbuzar kasalligini zamonaviy davolash usullari.

TAVSIYA ETILADIGAN ADABIYOTLAR

1. Abdullaev M.I., SHodiev X.K., Mukarramov M.V. Eubioticheskoe sostoyanie tolstogo kishechnika u detey, bol'nykh vitiligo, v zavisimosti ot davnosti zabolevaniya //J. infektsiya, immunitet i farmakologiya. –2002. –№ 1-2. –S.97-99.
2. Adaskevich V.P. Akne vul'garnye i rozovye. - Moskva: Meditsinskaya kniga. - N.Novgorod: Izdatel'stvo NGMA, 2003. -158 s.
3. Araviyskaya E.R., Krasnosel'skix T.V., Sokolovskiy E.V. Akne. Kojnyy zud./pod red. E.V. Sokolovskogo. - Sankt-Peterburg: Sotis, 1998. - S. 68-110.
4. Arifov S.S., SHodiev D.B. Dalasin-T v narujnoy terapii vul'garnyx ugrey //Novosti dermatol. i venerol. –2002. –№2. –S.22.
5. 10.Arifov S.S., SHodiev D.B. Mestnaya patogeneticheskaya terapiya akne //Novosti dermatol. i venerol. –2002. –№2. –S.22.
6. 11.Artykov A.F., Raximova M.A. Primenenie stafilokokkovoy vaksiny v kompleksnom lechenii ugrevoy bolezni //Novosti dermatol. i venerol. –2002. –№1. –S.40-41.
7. Darvey E, CHu T. Akne: Karmannyi spravochnik. - M.: MED-press-infom, 2005. - 48 s.
8. Koshevenko Ю.N. Koja cheloveka. Tom 1. - M.: Medisina, 2006. - 360 s.
9. Kur dina M.I. Ugrevaya bolezni' i Roakkutan: svobodny li my ot predrassudkov? / /Russkiy meditsinskiy jurnal. 2007. -Tom 2, №1.-S. 1-4.
- 10.L'vov A.N. Roakkutan v terapii ugrevoy bolezni: opyt i perspektivy primeneniya // Rossiyskiy jurnal kojnykh i venericheskikh bolezney. - 2007. - № 1. - S. 1-4.
- 11.Mayorova A.V., SHapovalov V.S, Axtyamov S.N. Ugrevaya bolezni' v praktike vracha-dermatokosmetologa. - M.: Firma Klavel', 2005.-192 s.
- 12.Muxamedov I.M. Narushenie mikrobiosenoza morfostruktury kishechnika i sistema immuniteta pri razdel'nom i sochetannom vozdeystvii pestitsidami i sal'monellami. Dis. ...d-ra med. nauk. –Tashkent, –1991. – 380 s.
- 13.Ozerskaya O.S. Texnologicheskie osnovy mezoterapii. - SPb.: Iskusstvo Rossii, 2007. - 96 s.
- 14.Ozerskaya O.S. Kosmetologiya. - SPb.: Izdatel'sko-poligraficheskoe predpriyatie «Iskusstvo Rossii», 2006. -528 s.
- 15.Potekaev N.N., Araviyskaya E.R., Krasnosel'skix T.V., Sokolovskiy E.V., Mixeev G.N., Tkachenko OB. Akne i rozasea /pod red. N.N. Potekaeva. - M.: Izdatel'stvo BINO

16.Safarova G.G.Axtyamov S.N. Kulagin V.I.Effektivnost' krema RetinA i gelya Oksi 5 u bol'nykh vul'garnymi ugryami. Dvoynoy slepoy metod issledovaniya //Ros.jurn. koj. i ven. bolezney. -1998. -№6. -S.67-70.M, 2007. -216s.

17.Ioldashev M.A. Patogeneticheskoe obosnovanie lecheniya atopicheskogo dermatita u detey rannego vozrasta eubiotikami. Avtoref. ... dis. kand. med. nauk. -Tashkent, -2001. -18 s.

18.A multicentre, single-blind, randomized comparison of a fixed clindamycin phosphate/tretinoin gel formulation ("Velac") applied daily and clindamycin lotion formulation ("Dalacin T") applied twice daily in the topical treatment of acne vulgaris /Zouboulis C.C., Derumeaux L., Decroix J. et all. //Brit. J. Dermatol. -2000. -V.143. -P.498-505.

19.A randomized, double-blind comparison of a clindamycin phosphate/ benzoyl peroxide gel formulation and a matching clindamycin gel with respect to microbiologic activity and clinical efficacy in the topical treatment of acne vulgaris /Cunliffe W.J., Holland K.T., Bojar R. et all. //Clin. Ther. -2002. -V.24. -P.1117-1133.

20.The efficacy and safety of a combination benzoyl peroxide/clindamycin topical gel compared with benzoyl peroxide alone and a benzoyl peroxide/erythromycin combination product /Leyden J.J., Hickmann J.G., Jarratt M.T.et all. //J. Cutan. Med. Surg. -2001. -V.5. -P.37-42.

21.The efficacy of new enterosorbent use in the dermatological practice / Ismailova G.A., Asisov B.S., Ismoilova M.G.//Abstracts of the 14 th Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology, 13-16 october 2005. -London,- 2005.- P.

22.The human sebocyte culture model provides into development and management of seborrhea and acne /Zouboulis C.C., Derumeaux L., Decroix J. et all. //Dermatology. -1998. -V.196. -№1. -P.21-31.

23.Thiboutov D.M. Safety and efficacy comparison of adapalene gel 0,1% and tretinoin gel microsphere 0.1% in the treatment of acne vulgaris //J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. -2009. -V.15. -Suppl.3. -P.57-61.



NASHRIYOT VA MUXARRIRIYAT BOLIMI

Объем – 2,1 уч. изд. л. Тираж – 20. Формат 60x84. 1/16.

Гарнитура «Times New Roman»

Заказ № 0968 -2021. Отпечатано РИО ТМА

100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru

