

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM
VAZIRLIGI,**

ANDIJON DAVLAT TIBBIOT INSTITUTI

**DILDORA BAHODIROVNA MIRZAKARIMOVA,
YOQUBJON MAHAMMADJONOVICH YULDASHEV,
YURIY DALIEVICH AZIZOV**

**YUQUMLI KASALLIKLAR
fanidan**

“YUQUMLI KASALLIKLAR”

O‘QUV QO‘LLANMA

Stomatologiya – 5510400 ta‘lim yo‘nalishi uchun

Andijon – 2020

Tuzuvchilar:

Mirzakarimova D.B. yuqumli kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent

Yuldashev Yo.M. yuqumli kasalliklar kafedrası katta o‘qituvchisi

Azizov Yu.D. mikrobiologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Taqrizchilar:

Axmedova M.J. Toshkent Tibbiyot Akademiyasi yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası professori

Yulchibaev M.R. Andijon davlat tibbiyot instituti yuqumli kasalliklar kafedrası dotsenti

Ushbu o‘quv qo‘llanma tibbiyot institutlarida tahsil oluvchi stomatologiya fakulteti talabalariga mo‘ljallangan bo‘lib, rasmlar, tablitsalar, amaliy ko‘nikmalarni bajarish texnikasiga oid ko‘rsatmalar bilan mustahkamlangan.

O‘quv qo‘llanma ADTI Markaziy uslubiy hay‘atida muhokama qilindi va institut Kengashiga tavsiya qilindi.

“ _____ ” _____ 2019 yil bayonnoma № _____

O‘quv qo‘llanma Andijon Davlat tibbiyot institut Kengashida tasdiqlandi.

“ _____ ” _____ 2019 yil bayonnoma № _____

OTM kengashi kotibasi, dotsent

Xusanova X.A.

MUNDARIJA:

KIRISH.....	7
1-bob. Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot.....	9
Yuqumli kasalliklarning tasnifi.....	12
2-bob. Yuqumli kasalliklar tashxisotining asoslari va usullari.....	16
3-bob. Yuqumli kasalliklarni davolash asoslari.....	20
4-bob. Yuqumli kasalliklar profilaktikasi.....	25
5-bob. O'tkir ichak infeksiyalari.....	28
Qorin tifi.....	28
A va B paratiflar.....	39
Ichburug' (dizenteriya).....	39
Amyobiaz.....	47
Salmonellyoz.....	49
OTI (Ovqat toksikoinfeksiyasi).....	55
Botulizm.....	59
Vabo.....	63
6-bob. Virusli hepatitlar.....	72
Enteral virusli hepatitlar A.....	73
Enteral virusli hepatitlar E.....	78
Parenteral virusli hepatitlar.....	79
Virusli hepatit B.....	79
Virusli hepatit D.....	90
Virusli hepatit C.....	91
Sariqlik sindromi tashxissi.....	95
7-bob. Nafas yo'llari yuqumli kasalliklari. O'tkir respirator kasalliklar.....	99
Gripp.....	100
Paragripp.....	110
Adenovirusli infeksiya.....	112
Respirator sinsitial infeksiya.....	113
Rinovirusli infeksiya.....	115
Meningokokkli infeksiya.....	115
Difteriya.....	121
Skarlatina.....	127
Qizamiq.....	136
Qizilcha.....	145
Suv chechak.....	147
8-bob. Transmissiv yo'l bilan yuquvchi kasalliklar. Arbovirus kasalliklari.....	154
Gemorragik istimalar.....	154
O'zbekiston gemorragik isitmasi.....	155
Qrim-Kongo gemorragik isitmasi.....	159
Omsk gemorragik isitmasi.....	162

Bezgak.....	163
9-bob. Zoonoz kasalliklar.....	165
Brutsellyoz.....	165
O‘lat.....	175
10-bob. Teri jarohatlari infeksiyalari.....	180
Sibir yarasi.....	180
Saramas.....	184
Qokshol.....	186
Qutirish.....	187
OIV - infeksiyasi.....	194
Amaliy ko‘nikmalar.....	213
Adabiyotlar.....	228

KIRISH

Mustaqil Respublikamizning olib borayotgan siyosati sogʻlom va barkamol avlodni tarbiyalashga qaratilgan. Bu ijtimoiy va madaniy sohalarda ulkan muvaffaqiyatlarga erishishi natijasida halqning turmush tarzi yaxshilanishi, oʻsishida aks etmokda. Jahon tibbiyotining ilmiy yutuqlari, ilgʻor texnologiyalardan foydalangan holda sogʻliqni saqlash tizimida ham keng koʻlamli islohotlar amalga oshirilmokda. Sogʻliqni saqlash vazirligi dasturiga muvofiq Respublikamizda inson salomatligini saqlash, ona va bola hayotini muxofaza qilish kabi tadbirlar qilindi, ular orasidagi oʻlim soni kamaydi, axoli turmush tarzi yaxshilandi.

Oʻrta Osiyo mintaqasida ob-xavo sharoitining oʻziga hosligi, barcha aholi joylari sifatli ichimlik suvi bilan toʻla taʼminlanmaganligi, qoʻshni davlatlar bilan aloqalarni kuchayishi baʼzi yuqumli kasalliklarni tarqalishiga sabab boʻlmokda. Mamlakatimizda tibbiyotning barcha sohalari kabi, yuqumli kasalliklar fani ham rivojlanib bormoqda, ammo tibbiyot muammolaridan biri yuqumli kasalliklar boʻlib qolmoqda.

Oʻzbekiston Respublikasi taraqqiyotiga xalqning boy maʼnaviy salohiyatini va umuminsoniy qadriyatlariga hamda hozirgi zamon madaniyati, iqtisodiyoti, ilmi, texnikasi va texnologiyasining soʻnggi yutuqlariga asoslangan mukammal taʼlim tizimini barpo etish dolzarb ahamiyatga ega.

Keyingi yillarda yuqumli kasalliklarni yengil, noaniq, bilinar-bilinmas shakllari koʻp uchrab, kasallikni oʻz vaqtida aniqlash va kerakli toʻgʻri davolash oʻtkazishda katta qiyinchilik tugʻdirmoqda. Boshqa sohalardagi kabi, yuqumli kasalliklarni mukammal oʻzlashtirgan mutaxassislar tayyorlash tibbiyot oliygoxlarining vazifasidir.

Yuqumli kasalliklar aholi kasallanishida muhim oʻrin tutadi. Poliklinikada mahalliy shifokorga murojat qilayotgan bemorlarning 35% ni, epidemiya vaqtlarida esa 80% dan ortigʻini yuqumli kasallik bilan ogʻriganlar tashkil qiladi. Aksariyat bemorlar yuqumli kasalliklar bilan birinchi marta somatik statsionarlarga tashrif buyuradilar. Bunday sharoitda stomatologlar bemorni

infeksionistga yuboribgina qolmasdan, balki to'g'ri tashxis qo'ya olish va, albatta, og'ir holatlarda to'la hajmda birinchi yordamni ko'rsata olishni, bemorni tekshirishni va davolashni amalga oshira bilishi kerak.

Talabalarni o'qitishda zamon talablariga javob beradigan, yangiliklar bilan to'ldirilgan o'quv adabiyotini tayyorlash muhim masalalardan biri bo'lib qolmokda. Shu sababli, tibbiyot oliygoxlari stomatologiya fakulteti talabalari uchun yuqumli kasalliklar fanini o'qitish uchun adabiyotlarni yetishmayotganligini inobatga olib, ushbu o'quv adabiyotini tayyorlashni maqsad qildik.

Shartli qisqartmalar

- AR – Agglyutinatsiya reaksiyasi
- RNGA (BGAR) – Bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi
- EChT – Eritrotsitlarning cho‘kish tezligi
- AFU – Antitelolarni flyuouressentlash usuli
- IFU – Immunoferment usuli
- NR – Neytrallash reaksiyasi
- UJE – O‘tkir jigar ensefalopatiyasi
- UJD – O‘tkir jigar distrofiyasi
- UJE – O‘tkir jigar yetishmovchiligi
- QBR – Komplementni biriktirish reaksiyasi
- QSBK – Komplementni sekin biriktirish reaksiyasi
- GGTP - Glutamintranspeptidaza
- GATR – Gemagglyutinatsiyani tormozlash reaksiyasi
- IFA —Immunoferment analizi
- ALR — Agglyutinatsiya lizis reaksiyasi
- MAR— Mikroagglyutinatsiya reaksiyasi
- QIM — Kislota-ishqor muvozanati
- AB — Antitoksik birlik
- TQTI sindromi — Tomirlarda qonning tarkoq ivish sindromi
- JSST— Jaxon sog‘likni saklash tashkiloti
- SFG — Surunkali faol hepatit
- SPG — Surunkali persistirlovchi hepatit
- PGAR — Passiv gemagglyutinatsiya reaksiyasi
- IGP — Immunoglobulin profilaktikasi
- UII — O‘tkir ichak infeksiyalari
- GOMK — Gamma-oksimoy kislota
- XB— Xalqaro birlik
- MAT — Markaziy asab tizimi
- VGA** – Virusli hepatit A

VGX – Virusli gepatit X

VGE - Virusli gepatit Ye

VGD - Virusli gepatit D

VGS - Virusli gepatit S

1-bob. YUQUMLI KASALLIKLAR HAQIDA UMUMIY MA'LUMOT

Yuqumli kasalliklar qadim zamonlardan buyon uchrab, vaqti-vaqti bilan keng tarqalib millionlab kishilarning yostig'ini quritgan, jamiyatga ko'p talafot yetkazgan. Yuqumli kasalliklarning mohiyati, ularning kelib chiqish, tarkalish sabablari uzoq vaqt davomida noma'lum bo'lib kelgan. Qadimda bunday kasalliklarni qo'zg'atadigan sababni «kontagium» va kasalliklarning o'zini esa «kontagioz kasalliklar» deb yuritish rasm bo'lgan.

O'rta asrning mashhur olimi va shifokori vatandoshimiz Abu Ali ibn Sino (980—1037) o'z asarlarida, xususan «Al-qonun»da, «O'lat, chinchechak, qizamiq va boshqa yuqumli kasalliklarni ko'zga ko'rinmaydigan jonivorlar qo'zg'atsa kerak» deb gumon qilgan. U kasalliklarning bemorlardan sog'lom kishilarga yuqish mumkinligini bilgan va qarshi kurash choralarini ko'rishga xarakat qilgan. Oradan 400 yil o'tib 1478—1553 yillarda yashagan italiyalik olim Frakastoro ham yuqumli kasalliklarni ko'zg'atuvchi omil tirik jonivor ekanligi haqida ishonch bilan gapirib, bu omil o'ziga hos xususiy tabiatga ega degan fikrni olg'a surgan. Frakastoro yuqumli kasallik uch xil yo'l bilan: 1) muloqot yo'li; 2) bemor foydalangan turli buyumlar (o'rin-ko'rpa, kiyim-kechak va boshka buyumlar) va 3) havo orqali yuqishini ta'kidlaydi.

Angliyalik shifokor Eduard Jenner (1749—1823 yillar) sigir chechagini odamlarga emlash yo'li bilan kuchli immunitet hosil qilib, chinchechakka qarshi yaxshi natija beradigan profilaktika usulini ishlab chiqdi. Chechakka qarshi emlash usuli qisqa muddatda, deyarli yer yuzidagi hamma mamlakatlarda qo'llanila boshladi.

Mashhur fransuz olimi Lui Paster (1822—1895 yillar) maxsus tadqiqotlar o'tkazib, odamlarda yuqumli kasalliklar paydo bo'lishida mikroorganizmlarning rolini ishonarli dalillar bilan isbotlab berdi. L.Paster mikroorganizmlarni kuchsizlantirish yo'li bilan yuqumli kasalliklarga qarshi emlash uchun qo'llaniladigan em dori, ya'ni vaksinani olish usulini amalda joriy etdi. U quturishga va kuydirgiga qarshi emlash uchun vaksina ishlab chiqdi va buni

amaliyotda keng qo'llashga tavsiya etdi. Shu vakcina tufayli hamma vaqt o'lim bilan tugaydigan qo'rqinchli quturish kasalligini oldi olindi.

Yuqumli kasalliklar haqidagi ta'limotning rivojlanish tarixida nemis olimi Robert Kox (1843—1910) alohida o'rinni egallaydi. Danilo Samoylovich (1724—1805 yillar) yuqumli kasalliklarni tirik jonivorlar quzgatishini aniq taxmin qilgan. U o'lat mikrobinu mikroskop yordamida izlagani haqida tarixiy dalillar bor. Samoylovich kasalliklarning muloqot yo'li bilan yuqishi ustida ko'proq tekshirish o'tkazgan, xususan u o'lat bilan og'rigan bemorning kiyim-kechaklarini dezinfeksiya qilish usuli bilan kasallikning boshqalarga yuqishi va tarqalishiga chek qo'yishga xarakat qildi.

I.I.Mechnikov (1845—1916 yillar) infeksiya va immunitet haqidagi ta'limotni asoslab berdi. Undan tashqari, u vabo, qaytalama terlama, zahm, ichburug', sil kasalliklarining epidemiologiyasini yangi dalillar bilan boyitdi va rivojlantirdi.

Yuqumli kasalliklar haqidagi ta'limotni rivojlantirishda S.P.Botkin (1832—1889), A.A.Ostroumovlarning roli ham katta bo'ldi. S.P.Botkin 1860 yillarda «kataral sariq kasalligi yuqumli kasallikdir», deb ta'kidladi. Shuningdek, u o'sha yillarda ich terlama klinikasining ba'zi bir xususiyatlarini xar tomonlama o'rgandi va klinik kechishini batafsil yoritdi.

A.A.Ostroumov (1844 – 1908 yillar) yuqumli kasalliklarni davolashda, bemor organizmining kuch-quvvatini oshirish hal qiluvchi rol o'ynashini alohida ta'kidlaydi.

Parazitologiya va parazitar kasalliklar epidemiologiyasining rivojlanishida Ye.N.Pavlovskiyning (1884 – 1956) roli beqiyosdir. «Tabiiy o'choqli yuqumli kasalliklar» haqidagi Pavlovskiy ta'limoti butun yer yuzidagi mutaxassis olimlar tomonidan e'tirof etilgan.

Akademik K.I.Skryabin (1878 – 1972 yillar) turli gijjalar, ya'ni gelmintlarni o'rganish sohasidagi tadqiqotlari bilan mashhur bo'ldi. Bir qancha gelmintlarni butunlay tugatish g'oyasi K.I.Skryabinga mansubdir.

1920 yilda Toshkentda tashkil topgan Turkiston universiteti tarkibidagi tabobat fakultetida ishlagan A.I.Kryukov (1878 – 1952), P.F.Borovskiy (1863 –

1932), N. I. Ragoza (1883 – 1956), I.A. Kassirskiy (1898 – 1971) va boshqalar Oʻrta Osiyoda oʻsha vaqtlarda keng tarqalgan turli infeksiyon va parazitari kasalliklarni xar tomonlama oʻrganish va ularga qarshi chora-tadbirlarni amalga oshirishda katta xizmat koʻrsatdilar.

1921 yilda Moskva universitetini tugatib, 1922 yilda Buxoroga ishga kelgan L.M.Isaevning Oʻrta Osiyo sharoitida tarqalgan bezgakni oʻrganish va mutlaqo tugatish sohasidagi ishlari alohida tahsinga sazovordir. L.M.Isaev tashabbusi bilan Buxoro viloyatida rishta kasalligi tugatildi. Uning boshchiligida tropik ilmiy-tekshirish instituti tashkil topdi. N.I.Xodukin Oʻzbekistonda vaksina va zardob ilmiy tekshirish institutini tashkil etish va bu ilmiy markaz raxbarligida Oʻrta Osiyoda uchraydigan turli parazitari va virusli kasalliklarni oʻrganish hamda ularga qarshi kurash choralarini ishlab chiqishda jonbozlik koʻrsatdi.

N.I.Ragoza (1883 – 1956) Oʻzbekistonda brutsellyozning klinikasi va tashxisotini xar tomonlama oʻrganib, uning patogenetik tasnifini ishlab chiqdi. P.F.Samsonov (1892 – 1964) Oʻrta Osiyoda brutsellyozning epidemiologiyasini xar tomonlama kuzatib uning asosiy qonuniyatlarini aniqladi.

Ikkinchi jahon urushidan oldingi yillar N.I.Ragoza, A.L.Katsenovich va bularning rahbarligidagi mutaxassislar oʻsha vaqtlarda Oʻzbekistonda keng tarqalgan ich terlama (qorin tifi) va paratiflarni xar tomonlama oʻrgandilar va bu kasalliklarning klinik xususiyatlarini batafsil yoritdilar.

Ulugʻ Vatan urushidan keyingi davrlarda I.Q.Musaboev rahbarligida bir guruh ilmiy xodimlar Oʻzbekiston sharoitida qator yuqumli kasalliklarning klinikasi, tashxisoti va davosi borasida mukammal ilmiy tadqiqot ishlarni ado etdilar. Oʻzbekistonda yuqumli kasalliklarni oʻrganishda oʻzlarini katta xissalarini qoʻshib, maktab yaratgan olimlar: X.A.Yunusova, O.S.Maxmudov, I.K.Musabaev, Sh.X.Xodjaev, T.O.Daminov va yana koʻplab olimlarni aytish mumkin.

XIX asrning birinchi yarmida baʼzi yuqumli kasalliklarning qoʻzgʻatuvchi mikroblari maʼlum boʻlgach, ular haqidagi taʼlimot tez rivojlana boshladi. XIX asrning ikkinchi yarmiga kelib koʻpgina kasalliklarni qoʻzgʻatuvchilari ketma-ket

kashf etila boshladi. Buning natijasida yuqumli kasalliklar haqidagi ta'limot ancha rivojlandi va tabobat fakultetlarida u mustaqil fan qilib o'qitiladigan bo'ldi.

Yuqumli kasalliklar odamlar hayotida muhim rol o'ynaydi. Shu vaqtgacha yer yuzida ma'lum bo'lgan va o'rganib chiqilgan yuqumli kasalliklarning soni 1060 dan ortishi va ularning ba'zilar hali ham vaqti-vaqti bilan epidemiya, hattoki pandemiya shaklida keng tarqalib turishini ozgina o'ylab ko'rilsa, ularning kishilar sog'ligi va umuman jamiyatga keltiradigan zarari qanchalik katta ekani yaqqol gavdalanadi. Yuqumli kasalliklar haqidagi ta'limot mikrobiologiya, epidemiologiya, parazitologiya, immunologiya, eksperimental ximioterapiya, patologik anatomiya va patologik fiziologiya bilan chambarchas bog'lik. Ikkinchi tomondan, infeksiyon patologiya ichki kasalliklarning ajralmas bir qismidir. Darhaqiqat, tibbiyot hodimi ichki kasalliklar haqida puxta va asosli bilimga ega bo'lmasdan turib, yuqumli kasalliklarga tashxis ko'ya olmaydi. Chunki xar bir infeksiyon kasallikda organlardagi patologik o'zgarishlarning sababi va mohiyati haqida fikr yuritish va ularni bartaraf qilish choralarini ko'rish uchun, tibbiyot xodimi, tabiiyki, ichki kasalliklar sohasida yetarli bilimga va tajribaga ega bo'lishi zarur.

Mamlakatimizda ba'zi yuqumli kasalliklar butunlay tugatildi (chinchechak, qaytalama tif, rishta, leyshmanioz), boshqalari (tepkili terlama, difteriya, qizamiq) ancha kamaydi. Vabo vaqti-vaqti bilan hali ham uchrab turadi. Qizilkum, Kaspiy bo'yi cho'llari va boshqa joylarda o'latning endemik o'choqlari mavjud. Ikkinchi tomondan, rivojlangan mamlakatlarda tugatilgan ba'zi yuqumli kasalliklar yaqin va O'rta Sxarq, shuningdek, sxarqi-janubiy Osiyo va Afrika mamlakatlarida haligacha uchrab turadi. Horijiy mamlakatlar bilan iqtisodiy, madaniy va ilmiy-texnika sohasidagi aloqalar kengayib borayotgan hozirgi sharoitda bizda hozir uchramaydigan kasallikning jahonning istalgan joyidan mamlakatimizga kirib kelishi ehtimoldan uzoq emas. Bu ham tibbiyot hodimining yuqumli kasalliklar haqidagi bilimi yetarli bo'lishini talab qiladi. Yuqumli kasalliklarni garchi patogen bakteriyalar, viruslar va bir hujayrali sodda jonivorlar quzg'atsada, ularning paydo bo'lishini faqat qo'zg'atuvchining organizmga kirishi natijasi deb

hisoblab bo'lmaydi. Infeksiya avj olishi murakkab ijtimoiy-biologik jarayon bo'lib, mikroorganizm bilan makroorganizmning o'zaro ta'siri natijasiga bog'liq. Patogen mikroorganizm bilan odam organizmi o'rtasidagi munosabat turlicha bo'lishi mumkin, bu bir tomondan mikroorganizmning virulentligi va ikkinchi tomondan odam organizmining ana shu kasallikka moyilligi va immun faolligiga bog'liq. Odam organizmi patogen mikroorganizmga duch kelganida ba'zan unda hech qanday o'zgarish bo'lmasligi mumkin.

Infeksiya so'zi – tor ma'noda olinganida mikroorganizmning makroorganizmga kirishidir. **Infeksiya** – “**infectio**”-lotincha so'zdan olingan bo'lib, “olib kirish”, “ifloslanish”, “zararlanish” degan ma'noni bildirib, bu kasallik qo'zg'atuvchi mikroorganizmni makroorganizmga kirib, tashqi muhit ta'siridagi o'zaro munosabatidir. Infeksion jarayon – kasallik qo'zg'atuvchi mikroorganizmning makroorganizmga tushgan vaqtdan boshlab, makroorganizmning sog'ayib ketguncha yoki o'lguncha bo'lgan davrdir. Infeksion jarayon davrida makroorganizm va mikroorganizmlar o'rtasida tashqi muhit ta'sirida murakkab o'zgarishlar sodir bo'ladi. Bu makroorganizm organlari tomonidan organizmga tushgan patologik agentga javob sifatida namoyon bo'ladi. Infeksion kasallik – bu infeksion jarayonning bir ko'rinishidir. Infeksion jarayon esa patogen omil kirgan organizmda yuz bergan patofiziologik o'zgarishlardir. Infeksion kasallik bu infeksion jarayonning klinik belgilar bilan namoyon bo'lishidir.

Infeksion jarayonni 3-omili – tashqi muhit omili, mikroorganizmga ham ta'sir ko'rsatadi. Bularga tashqi muhit xarorati, namligi, dezinfeksiyalovchi moddalar, mikroorganizmlarning o'zaro ta'siri kiradi.

YUQUMLI KASALLIKLAR TASNIFI

Yuqish yo'llariga qarab L.V.Gromoshevskiy yuqumli kasalliklarni 5 guruhga bo'ladi:

- 1) Ichak yuqumli kasalliklari;

- 2) Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari;
- 3) Qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar;
- 4) Teri va tashqi shilliq pardalarda joylashgan yuqumli kasalliklar;
- 5) Xar xil yo‘llar bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar

1. Ichak yuqumli kasalliklari.

A. Aniq (qorin tifi, vabo, ichburug‘, tenidiozlar, lentasimon gijja, enterobioz);

B. Toksikoinfeksiyalar (botulizm, salmonellyozlar, stafilokokkli toksikoinfeksiyalar);

V. Ba’zi ichak kasalliklari ichakdan tashqari organlarda patologik o‘zgarishlarga olib keladi (amyobiaz, askaridoz, trixenellez, exinokokkoz);

G. Ayrim ichak kasalliklarida bakteremiya sodir bo‘ladi va mikroblar turli organlarni shikastlaydi (qorin tifi, paratif A va B, brutsellyoz, ornitoz, leptospiroz, rishta).

2. Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari.

A. Qo‘zg‘atuvchilar kirgan va o‘rnashgan joyda ko‘payadi (ko‘k yo‘tal, qizamiq);

B. Bakteremiya chaqirib turli organlarni shikastlaydi (meningokokkli va parotitli infeksiya);

V. Qo‘zg‘atuvchilar bakteremiyaga sabab bo‘lib, terida va shilliq qavatlarda xususiy o‘zgarishlarga olib keladi (chin chechak, suv chechak, mohov);

G. Havotomchi yo‘lidan tashqari muloqot yo‘li bilan ham yuqadi (difteriya, skarlatina)

3. Qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar.

A. Aniq (malyariya, rikketsiozlar, leishmanioz, endemik ensefalit, qaytalama terlama);

B. Boshqa qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar zoonozdirlar (o‘lat, tulyaremiya).

4. Teri va shilliq pardalarda joylashgan yuqumli kasalliklar.

A. Patologik o'zgarishlar yuzaki joylashgan (traxoma, qo'tir, psoriaz, streptotrikozlar);

B. Jarohatdan keyingi yuqumli kasalliklar (saramas, qoqshol, piodermiya, kuydirgi);

V. Patologik o'zgarish to'qimaning chuqur qismida bo'ladi (aktinomikoz, sap, shistosomoz, ankilostomidoz);

G. Hayvon tishlagandan so'ng (quturish, sodoku).

5. Turli yo'llar bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar (kuydirgi, sil, o'lat, tulyaremiya, difteriya, skarlatina).

Yuqumli kasalliklar manbaiga qarab 3 guruhga bo'linadi:

1. Antroponozlar;
2. Zoonozlar;
3. Antropozoonozlar.

Yuqumli kasalliklar boshqa kasalliklardan quyidagilar bilan farq qiladi:

1. Yuqumli kasalliklarni patogen mikroorganizm yoki parazitlar qo'zg'atadi.
2. Bemor kasallik manbai bo'ladi va kasallikni boshqalarga yuqtiradi.
3. Bemor organizmida o'tkazgan kasallikka qarshi immunitet hosil bo'ladi.
4. Yuqumli kasalliklar davriy kechadi.

Yuqumli kasalliklarning davrlari

Kechishi bo'yicha yuqumli kasalliklar 4 davrga bo'linadi:

- inkubatsion (yashirin) davr – infeksiya yuqqan paytdan boshlab kasallikning birinchi belgilari paydo bulguncha;
- Boshlang'ich (prodromal) davr – kasallikning birinchi belgilari paydo bo'lgan paytdan kasallik avj olguncha;

- Avj olgan davri – kasallikning asosiy klinik belgilari yaqqol namoyon bo‘lganda;

- So‘nish davri (rekonvalissensiya, tuzalish) – kasallikning klinik belgilari so‘nish davri.

Yuqumli kasalliklar kechishi bo‘yicha o‘tkir, cho‘zilgan va surunkali bo‘ladi:

- o‘tkir kechish – kasallik boshlangandan 3 oygacha davom etadi,
- cho‘zilgan – kasallik 3 oydan 6 oygacha davom etadi,
- surunkali– 6 oy va undan ortiq vaqtgacha.

Kechish shakli bo‘yicha: aniq va noaniq :

aniq shakli – asosiy klinik belgilari yaqqol namoyon bo‘lgan holatda;

noaniq shakli – asosiy klinik belgilarning birortasi bo‘lmagan holatda.

Og‘irlik turi buyicha kasalliklar yengil, o‘rta og‘ir, og‘ir, nihoyat og‘ir kechishi mumkin.

Ayrim yuqumli kasalliklarga asoratlar bilan kechish hos.

Oqibatlari xar xil bo‘lishi mumkin:

- tuzalish,
- surunkali kechishi,
- asoratlar bilan kechishi,
- o‘lim bilan tugashi.

Yuqumli kasalliklarning kechishi

Yuqumli kasalliklarning kechishi boshqa somatik kasalliklardan klinik belgilarning o‘ziga hosligi bilan farq qiladi. Asosiy farqlaridan biri bu klinik belgilarning rivojlanishidagi qonuniyatdir. Yuqumli kasalliklarning kechishi quyidagi davrlarga bo‘linadi:

1.Yashirin davr kasallik chaqiruvchisining organizmga kirgan paytidan boshlanib, kasallikning birinchi belgilari paydo bo‘lishi bilan tugaydi. Bu davrda organizmda morfologik, bioximik, immunologik o‘zgarishlar bo‘ladi.

2.Prodromal davr. Klinik tashxis qo'yish qiyin bo'lgan klinik belgilar (isitma, titrab-qaqshash, uyqu va ishtahaning buzilishi, bosh og'rig'i va h.k. lar) ning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu davr bir necha soatdan 6-7 kungacha davom etib, keyin navbatdagi davr boshlanadi.

3.Kasallikning avj olgan va klinik belgilarning kuchaygan davri. Kasallikning o'ziga hos klinik belgilarining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu davrda klinik belgilar yig'indisiga asoslanib klinik tashxis qo'yish mumkin. Patologik jarayon eng yuqori darajaga ko'tarilib, agar natija o'lim bilan tugamasa, kasallik belgilarining pasayish davriga o'tadi.

4.Rekonvalessensiya davri – bu tana xarorati meyorlashgan paytdan boshlanadi. Bemorlar kasalligi, uning klinik belgilari haqida shikoyat qilmaydilar.

Hozirgi davrda o'rganilib kelinayotgan mikro- va makroorganizmning bir-biriga ta'sirlaridan biri bu asta sekin kechuvchi infeksiyalardir. Misol, OITS (orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi). Bunda yashirin davr oylab, yillab davom etishi mumkin. Virus organizmga tushgandan so'ng, joyini topib, shu sharoitga moslashib, keyin ko'payishi uchun ancha vaqt o'tishi kerak ekan.

Monoinfeksiya – yuqumli kasallik chaqiruvchisi bir xil mikroorganizmdir.

Mikstinfeksiya – kasallikka 2 yoki undan ortiq qo'zg'atuvchi sabab bo'ladi. Ko'pincha bunday infeksiyaning bir ko'rinishi - ikkilamchi infeksiyadir, bunda ikkilamchi chaqiruvchi organizmda nopatogen holatda turgan va birlamchi kasallik asosida qo'g'algan mikroorganizmdir (sxartli patogen).

Autoinfeksiya – kasallik organizmning o'zida turgan sxartli patogen bakteriya tufayli yuzaga kelgan.

Yuqumli kasalliklarning belgilari

Noxususiy belgilar:

- 1) Tana xaroratining ko'tarilishi - isitma.
- 2) Qaltirash, sovuqqotish, junjikish.
- 3) Ko'ngil aynishi va qayt qilish.
- 4) Uyquning buzilishi.

5) Ishtahaning pasayishi.

6) Quvvatsizlik, bosh og‘rig‘i va boshqalar.

Yuqorida keltirilgan belgilar ko‘pincha yuqumli kasalliklarda uchrashi mumkin. Lekin shunday belgilar borki, ular yagona kasallikda uchraydi (xususiy - patognomonik). Masalan Filatov-Koplik-Belskiy dog‘chasi – qizamiqda og‘iz shilliq qavatida uchraydigan belgi, xuruj bilan o‘tuvchi yo‘tal – ko‘kyo‘talda, trizm – qoqsholda, terida yulduzsimon gemoragik toshmalar – meningokokli infeksiyada, suvdan qo‘rqish – qutirishda uchraydi.

Yuqumli kasalliklarga tashxis qo‘yishda sindromlarni aniqlash katta ahamiyatga ega (bir necha belgilar kelib chiqish mehanizmi – bir xil) masalan sariqlik, meningial zaharlanish sindromi. Hozirgi kunda 1500 ta sindrom, 5000 ta kasallik ma‘lum. Bu bilan 1ta sindrom bir necha kasallikda uchrashi mumkin deb aytishimiz mumkin.

Yuqumli kasalliklarni tashxislashda uning belgilari bilan bir qatorda **tahliliy tekshirishlar** o‘tkaziladi. Bu tekshirishlar bir necha guruhga bo‘linadi:

1.Noxususiy:

- a) Umumiy qon, axlat va siydik tahlillari.
- b) Qonni bioximik tekshirish.
- c) boshqalar.

2.Xususiy:

- a) Bakteriologik (ichburug‘, salmonellyoz, qorin tifi);
- b) Parazitologik (amebiaz, bezgak);
- c) Virusologik (virusli gepatitlar, O‘RVI, gripp);
- d) Serologik
- e) Biologik
- f) Allergologik
- g) Immunofluoressent
- h) Immunoferment
- j) Boshqa instrumental tekshiruvlar – radioizotop, UTT, gistologik, rentgenologik, rektoromanoskopiya.

Bemorlarni davolash asoslari va usullari

Maxsus (spetsifik) davo:

1. Ximioterapiya.

1) Antibiotiklar bilan davolash qoidalari – chaqiruvchining shu antibiotikka sezuvchanligini aniqlash; eng faol va kam zaharlisini tanlash; eng qulay yuborish usulini tanlash; o‘z vaqtida boshlab, yetarli muddat davomida davolash; antibiotiklarni bir-nechtasini birgalikda qo‘llash (penitsillinlar, sefalosporinlar, streptomitsin, levomitsetin, aminoglikozidlar - kanamitsin, monomitsin, gentomitsin, makrolidlar - eritromitsin).

2) Yarimsintetik antibiotiklar.

3) Boshqa ximiopreparatlar – nitrofuran, nifuroksazidlar.

4) Sulfanilamidlar.

5) Virusga qarshi dorilar – remantadin, atsiklovir, azidotimidin.

6) Bakteriofaglar.

2. Seroterapiya.

1) Antitoksik – toksinlarga qarshi. Zardob bilan davolash natijasi uning miqdori, berilgan vaqti va boshqalarga bog‘liq.

2) Antibakterial – bakteriyalarga qarshi.

3) Immunoglobulinlar (tayyor xususiy antitelolar).

3. Immunoterapiya – organizm immun tizimiga xususiy va noxususiy ta’sir qilish.

Immunitetni yaxshilash:

a) Biologik dorilar (vaksinalar, antigenlar, pirogenlar).

b) Kimyoviy dorilar (pirimidindan hosil bo‘lgan dorilar, levomizol (dekaris), sintetik va tabiiy polimerlar).

c) Noxususiy immunitetni yaxshilashda qo‘llaniladigan dorilar (qon, vitaminlar)

4. Biologik dorilar – limfotsitlarga qarshi zardob; limfotsitlarga qarshi immunoglobulin va kimyoviy sintetik moddalar (imuran).

5. Gormonlar bilan davolash.

6. Jadal davolash.

Yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarni parvarish qilish

- 1) Xonalarni tozalab yig‘ishtirish.
- 2) Oqliklarni va bemorlarning ko‘ylagini almashtirish.
- 3) Bemorlarni sanitar tozalovdan o‘tkazish (soch, tirnoqlarini olish va gigienik vanna, pedikulyozga tekshirish).
- 4) Bemorlarni transportirovka qilish (piyoda, aravachada yoki zambilda).
- 5) Terini parvarish qilish.
- 6) Yotoq yaralarini oldini olish (badanni ko‘zdan kechirish, ozoda tutish, sutkada bir necha marta tana holatini o‘zgartirish).
- 7) Tana xaroratini o‘lchash.
- 8) Grelka va muz solingan xalta berish.

2-bob. YUQUMLI KASALLIKLAR TASHXISOTINING ASOSLARI VA USULLARI

Kasallik tashxisini to‘g‘ri aniqlash uchun shifokor avvalo odam patologiyasiga oid umumiy ma’lumotlardan tashqari, turli yuqumli kasalliklarga xarakterli belgilar va ularning mohiyati haqida yetarli tushunchaga ega bo‘lishi kerak.

Shifokor bemorni sinchiklab tekshirish usulini yaxshi bilishi kerak. Aniqlangan xar bir belgining patogenetik mohiyatini yaxshi tasavvur qilmog‘i, ularning bir-biriga bog‘liqligini aniqlashga intilishi va nihoyat tashxisni tasdiqlash uchun bemorni qanday qo‘shimcha usullar bilan tekshirish kerakligini aniq bilmog‘i lozim. Bir xil

infeksiyalar o'tkir qorin bo'shlig'i kasalliklariga hos belgilar bilan (iersinioz, psevdotuberkulyoz va ba'zan salmonellyoz), ikkinchilari murtak bezlarining zararlanishi (difteriya, infeksiyon mononukleoz), uchinchilari markaziy asab tizimining yallig'lanishiga hos alomatlar (meningokokk infeksiyasi, virusli neyroinfeksiyalar), to'rtinchilari buyraklar zararlanishi belgilari (gemorragik isitmalar, leptospirozlar) va yana boshqalari ko'zlarning zararlanishiga hos belgilar bilan (adenovirus infeksiyalari) namoyon bo'ladi va bemorlar tibbiyotning turli sohalari mutaxassislari nazoratida bo'lishlari mumkin.

Yuqumli kasalliklarning tashxisoti mohiyat e'tibori bilan odatiy an'analarga asoslangan bo'lsada, yangi tekshirish usullari bilan boyib, imkoniyatlari kengayib bormoqda. Ikkinchi tomondan, ko'pchilik yuqumli kasalliklarning klinikasi oxirgi yillarda qisman o'zgarib qoldiki, buning sabablari xar xil. Ularning yengil, bilinar-bilinmas belgilar bilan o'tadigan shakllari ko'paydi, shuning oqibatida tashxisda ba'zi qiyinchiliklar tug'ildi. Yuqumli kasalliklarga qarshi emlash, gamma-globulin, antibiotiklar va boshqa preparatlarning keng qo'llanishi, shuningdek odamlarda sensibilizatsiya holatini qayd etilishi ko'proq uchraydigan bo'lib qolgani ham tashxisda qiyinchiliklar tug'dirmoqda.

Yuqumli kasalliklarni imkoni boricha barvaqt aniqlashning muhimligi hammaga ma'lum. Bu, birinchidan, davoning samarali bo'lishini ta'minlaydi, ikkinchidan bemor barvaqt kasalxonaga yotqiziladi va binobarin undan boshqalarga infeksiya yuqmaydi. Yuqumli kasalliklarning tashxisoti anamnezga oid ma'lumotlarga, bemorning shikoyatiga va uni sinchiklab tekshirishda topilgan ob'ektiv ma'lumotlar, laboratoriya va tegishli tashxis asboblari yordamida tekshirish natijalariga asoslanadi.

Tashxisda, anamnezga ayniqsa epidemiologik anamnez ma'lumotlariga alohida e'tibor qaratiladi.

Epidemiologik anamnezga oid ma'lumot ba'zan tashxis masalasini hal qilishda juda muhim rolni o'ynaydi. Shu sababdan ularni sinchiklab, astoydil to'plash va obdon tahlil qilib ko'rish zarur. Epidemik anamnezga suyanib, bemor qachon, qaerda, qanday vaziyatda va qanday yo'l bilan kasallikni yuqtirganiga oid

ma'lumotlarni bilib olish mumkin bo'ladi. Bu anamnez ma'lumotlari to'g'ri yig'lsa va ulardan to'g'ri foydalanilsa, kasallik tashxisi ancha osonlashadi. Bemor u yoki bu yuqumli kasallik bilan og'rikan odamga yaqin yurgani haqida aniq xabar bersa, tabiiyki, shifokor avvalo ana shu kasallik haqida o'ylaydi.

Bemor terisining rangiga e'tibor beriladi, terisi oqargan, ko'kargan, qizargan (giperemiya) yoki sarg'ish bo'lishi mumkin. Terida ba'zan turli toshmalar (rozeola, dog', papula, vezikula, pustula, qo'tir) bo'ladi. Ana shu toshmalarning qachon paydo bo'lgani, terining qaerda joylashgani juda muhim tashxisiy ahamiyatga egadir.

Shilliq pardalar diqqat bilan ko'zdan kechiriladi. Shilliq pardalarning ko'rinishi, ulardagi toshmalar kasallik tashxisida ba'zan hal qiluvchi rolni o'ynaydi. Masalan, lunj shilliq pardasida Filatov-Koplik dog'lari topilishi qizamiqning patognomonik belgisidir. Difteriya, skarlatina, infeksiyon mononukleozda bemor tomog'i shilliq pardasida juda xarakterli o'zgarishlar yuz beradi va ulardan tashxislashda foydalaniladi.

Periferik limfa tugunlarini (jar osti, qo'ltiq osti, chov soxasidagi limfa tugunlarini) yaxshilab tekshirish juda muhim. Bu limfa bezlari o'lat, tulyaremiya, brutsellyoz, infeksiyon mononukleoz, zahm, OIV kasalliklarida shishib, kattalashadi. Bu bezlarni tekshirganda ularning kattaligiga, qattiq yoki yumshoqligi, og'rish-og'rimasligi, atrofdagi to'qimalarga yopishgan-yopishmaganligiga e'tibor beriladi.

Bemor ichki organlarining holati ham tartib bilan birma-bir tekshirib chiqiladi. So'ngra bemor laboratoriya usullari bilan tekshiriladi. Avvalo hamma bemorlarning (kasallikning turidan qat'iy nazar) periferik qoni va peshobi tekshiriladi. Anamnez va bemorni tekshirishda olingan ma'lumotlarni chuqur tahlil qilib, shifokor tashxis haqida bir hulosaga keladi. Ko'pincha gemogramma va urogramma dastlabki fikrni tasdiqlaydi va tashxis masalasi hal bo'ladi. Keyingi tekshirishlar tashxisni yana bir marta tasdiqlaydi. Belgi, sindrom va belgilar majmuasi haqida aniq tushunchaga ega bo'lish klinik tashxis uchun juda muhim.

Yuqumli kasalliklarning aksariyatida qayd etiladigan umumiy belgilar bor. Ularning xar biri o'z holicha olinadigan bo'lsa, alohida tashxisiy ahamiyatga ega

bo'lolmaydi. Masalan, xarorat ko'tarilishi, et uvishishi, qayt qilish, uyqu buzilishi, ishtaha buzilishi, darmon qurishi va boshqalar shular jumlasidandir. Patognomonik belgilar deb yuritiladigan kasallik belgilari faqat ma'lum bir hastalikka hos bo'ladi, boshqacha aytganda, bu belgi faqat bitta nozologik kasallikdagina ma'lumot beradi va boshqa kasalliklarda uchramaydi, binobarin tashxis masalasini xal qiluvchi belgi alomat bo'lib xisoblanadi. Masalan, qizamiqda bemor lunji shilliq pardasida paydo bo'ladigan Filatov-Koplik dog'lari, qoqsholda chaynash muskullarining qiskarishi. Bemorning qoni (bezugak kasalligida) va ko'migi (leyshmaniozda), qoni va limfa tugunlari (tripanosomozda, toksoplazmozda), ahlati (amyobiazda, balantidiazda), ahlati va 12-barmoqli ichakdagi suyuqligidan surtma tayyorlash (lyambliozda) yo'llari bilan tegishli parazitlar izlanadi. Tayyo'rlangan surtmalar maxsus bo'yoqlar bilan bo'yaladi.

Bakteriologik usul. Bemordan olingan material (qon, najas, peshob, balg'am, qusuq, orqa miya suyuqligi) maxsus ozuqa muhitlariga ekiladi va kasallik qo'zg'atgan mikroorganizm ajratib olinadi. Bu tekshirish usuli kerakli asbob-uskunalar bilan jihozlangan maxsus bakteriologik laboratoriyalarda amalga oshiriladi.

Virusologik usul. Virusologik usul ancha murakkabdir. Viruslarni ko'paytirish uchun ma'lum turdagi tirik to'qimalar yoki tovuq embrioni kerak bo'ladi. Viruslar hujayralar ichida parazitlik qilib yashashga moslashgan, shu sababdan ular oddiy ozuqa muhitarida ko'paymaydi.

Immunoflyuoretsensiya - (Kune usuli) zudlik bilan tashxisni oydinlashtirish uchun qo'llaniladigan usuldir. Bu usul antigen antitelo kompleksining o'ziga hos tarzda tovlanib, nur sochishiga asoslangan. Tekshiriladigan material, maxsus zardob bilan aralashtirib, ishlanganidan so'ng bir necha minut o'tgach reaksiya javobi ma'lum bo'ladi.

Serologik tekshirish usullari. Hozirgi zamon tushunchasiga ko'ra, bironta patogen mikroob odam organizmiga kirganda, ya'ni infeksiyon jarayon yuz berganda yoki odam yuqumli kasallikka qarshi emlanganida organizmda antitelolar paydo bo'ladi.

Serologik usul bilan tekshirilayotgan bemorning qon zardobida spetsifik antitelolar borligi aniqlanadi. Bu tekshiruv tayyor holdagi ma'lum antigen yordamida amalga oshiriladi. Zaruriyat tug'ilganda juda ishonchli dalillarni olib, ya'ni kasallik tashxisini aniq qilish uchun tekshiriladigan bemordan ikki marta (kasallik boshlanishida va ikkinchi marta xar turli muddat o'tgach) zardob olinadi. Bunday qilinganda vaqt o'tishi bilan reaksiya titri qanday o'zgarishi, ya'ni qonda antitelolar miqdorining ko'payishi yoki ko'paymasligi aniqlanadi. Virusli infeksiyalarda ikkinchi marta qo'yilgan reaksiya titri 2-4 baravar va undan ko'ra ziyodroq ko'paygan taqdirdagina reaksiya ijobiy xisoblanadi va tashxisiy ahamiyatga ega bo'ladi.

Bakteriyalar qo'zg'atadigan yuqumli kasalliklarda agglyutinatsiya, gemaggyutinatsiya, pretsipitatsiya, komplementni biriktirish reaksiyalari keng qo'llaniladi.

Viruslar qo'zg'atadigan kasalliklarda esa gemaggyutinatsiyani tormozlash, komplementni biriktirish, gemadsorbsiyani kechiktirish, neytrallash reaksiyalaridan foydalaniladi.

Oxirgi yillarda parazitlar va virusli kasalliklar tashxisida immunoferment usuli qo'llanilmoqda. Bu usul o'ta spetsifik sezuvchan bo'lib, qisqa muddatda natija beradi.

Nihoyat, yuqumli kasalliklarning serologik tashxisida yangi usul — bemor zardobidagi antitelolarning qaysi immunoglobulinlar guruhiga (IgM, IgG, IgA va boshqalarga) mansubligini aniqlash usuli qo'llanila boshladi. Bu usul yuqumli kasallikni sun'iy emlash natijasida yuz beradigan o'zgarishlardan va shuningdek birlamchi kasallikni qaytadan rivojlangan kasallikdan farqlash imkonini beradi. Nihoyat, bu usul natijalariga suyanib, infeksiyon jarayonning turlicha davrlarini aniqlash mumkin bo'ladi.

Yuqumli kasalliklar tashxisida allergik reaksiya keng qo'llaniladi. Patogen mikrobdan tayyorlangan maxsus allergen bemorning terisi orasiga 0,1 ml miqdorida yuboriladi, yoki terining shilingan joyiga surtiladi. Organizimda kasallik avj olib borar ekan, bemorning to'qima va hujayralari patogen mikrobdan va uning

toksiniga nisbatan oʻta, sezuvchan boʻlib qoladi (sensibilizatsiya), shu sababdan bemor organlarida ana shu antigen (allergen) parenteral usul bilan yuborilganda bunga aloxida allergiya reaksiyasi bilan javob boradi. Terining allergen yuborilgan yoki surtilgan joyida 24—48 soatdan keyin yalligʻlanish yuz beradi, bu reaksiyaning ijobiy boʻlishini bildiradi.

Hozirgi vaqtda allergik reaksiyalar qator yuqumli kasalliklar tashxisida keng qoʻllanilmoqda. Masalan, brutsellyozda bemor terisi orasiga brutsillin (Byurne reaksiyasi), tulyaremiyada tulyarin, silda tuberkulin, manqa kasalligida malein, dizenteriyada dizenterin, toksoplazmozda toksoplazmin yuborib koʻriladi. Oxirgi yillarda bemor organizimida sensibilizatsiya holati yuz berganini bemor terisiga allergen yubormasdan, laboratoriya sharoitida probirkalar ichida aniqlash usullari ishlab chiqildi. Bu usullarning muhim afzalligi shuki, bunda bemorga yana allergen yuborib, sensibilizatsiya holatini yanada kuchaytirish, chuqurlashtirishga hojat qolmaydi. Leykotsitlarning zararlanganini aniqlash; leykotsitlar migratsiyasini tormozlash; limfotsitlarning blast transformatsiyasini tekshirish ana shunday yangi usullardandir. Zamonaviy tekshirish usullaridan biri bu PZR (polimeraz zanjirli reaksiya) bu tekshiruv usulida qoʻzgʻatuvchini genomidagi oqsil aniqlanadi.

3-bob. YUQUMLI KASALLIKLARNI DAVOLASH ASOSLARI

Yuqumli kasallik davomida bemor organizmida juda chuqur va murakkab oʻzgarishlar yuz beradi va u baʼzan ogʻir holatga ham tushib qoladi. Masalan, vabo va salmonellyoz gastroenteritida dehidratatsiya va demineralizatsiya holati koʻpincha bemor taqdirini hal qiluvchi rolni oʻynaydi. Shuning uchun davo choralari avvalo ana shu holatni bartaraf qilishga qaratiladi.

Infeksion kasalliklarni davolashda bemorni parvarish qilish, umumiy tartib-qoidalarga, parhez, gigiena talablariga amal qilish juda muhim rolni oʻynaydi.

Bemor yotadigan xona yorugʻ, havosi toza, oʻrni yumshoq, ozoda boʻlishi kerak. Bemorning tabiati ravshan va kayfiyati yaxshi boʻlishi uchun tegishli sharoit yaratmoq zarur. Yuqumli kasallikning kechishida va undan sogʻayishda oliy asab

faoliyatining roli juda muhim. Shunday ekan, bemorni avaylash, unga yaxshi parvarish qilish, uning hohishini nazarda tutish, u yozilayotgan vaqtda qulay sharoit tugʻdirish muhim omillardandir.

Yuqumli kasalliklarni davolashda antibiotiklar, immun preparatlar qanchalik yuqori samarali boʻlmasin, baribir, bemorni xar jihatdan talabga javob beradigan tarzda ovqatlantirish juda muhim ahamiyatga egadir. Avvalo beriladigan ovqat yuqori kaloriyali, vitaminlarga boy, oson hazm boʻladigan va bemor hohlab isteʼmol qiladigan boʻlishi kerak. Modomiki, yuqumli kasallik patogen bakteriya bilan organizm oʻrtasidagi betoʻhtov kurashdan iborat ekan, organizmning kuch-quvvati yetarli boʻlishiga alohida eʼtibor berish kerak. Organizmning umuman kuch-quvvati yetarli boʻlsa, uning immunologik quvvati ham shunga yarasha boʻladi.

Isitmalayotgan katta yoshdagi bemor bir kunda 2500-3000 kaloriy energiya yoʻqotadi. Shu sababdan isitmalayotgan bemorlarga yetarli ovqat berish lozim. Ovqatda kerakli miqdorda karbon-suv, oqsil va yogʻ moddalari, hamma vitaminlar, tuzlar va suyuqlik boʻlishi kerak. Avvalo bemorga sifatli «oqsil moddalar (goʻsht, tuxum, suzma, pishloq) beriladi (bemor gavdasining 1 kg ogʻirligiga 1 gramm hisobidan). Bunchalik oqsil moddani kamaytirish 2 kundan koʻpga choʻzilmasligi kerak. Bemor yuqumli kasallikdan sogʻaya boshlaganda beriladigan oqsil modda 2 marta koʻpaytiriladi. Meteorizm rivojlanmasa bir kecha-kunduzda bemorga 2 litrgacha sut berish ham mumkin. Bemor gavdasi ogʻirligining xar bir kg ga 5 gr. hisobidan, yaʼni kuniga 300—400 g miqdorda karbon suv beriladi. Karbon suv keragidan koʻp berilgan taqdirda meteorizm va ich ketish hollari yuz berishi mumkin.

Yogʻ moddalari muhim energiya manbaidir. Yaxshisi qaymoq, sariyogʻ va oʻsimlik moylari berish kerak. Oqsil, yogʻ va karbon suvlari bilan birga hoʻl meva va sabzavot sxarbatlari berish foydalidir. Bu sxarbatlarda vitaminlar, mineral tuzlar yetarli boʻladi. Bemorga bir kecha-kunduzda 2 litrgacha suyuqlik (yaxshisi mineral suvlar, naʼmatakdan tayyorlangan choy, sxarbatlar) beriladi.

Kasalliklardan sogʻayish davrida beriladigan ovqat miqdori koʻpaytiriladi. Bir kunda bemorga kamida 2500—3000 kaloriyali ovqat beriladi. Birinchi navbatda 150-200 g miqdorda oqsil moddalar tavsiya etiladi. Bemorning ishtahasi bu davrda odatda juda yaxshi boʻladi. Shunga qaramasdan beriladigan ovqat miqdorini asta-sekin koʻpaytirish kerak.

Hushsiz holatda yoʻtgan bemor zond orqali ovqatlantiriladi. Zond burun orqali kirgiziladi. Xar 3-5 kunda zond holati oʻzgartirib turiladi. Zond orqali ovqat yuborishdan oldin, oshqozonda toʻplanib qolgan suyuqlik surib chiqariladi. Zond orqali bir soatda 200-300 gr suyuq ovqat yuboriladi. Bemor organizmida azotemiya holati rivojlanganda oqsil modda miqdori kamaytiriladi (bemor tanasining xar kilosiga 0,5 gr gacha). Buning hisobiga yogʻ va karbon suv moddalari koʻpaytiriladi. Ovqatlantirishda, bemor organizmida yuz bergan patomorfoloqik oʻzgarishlarni nazarda tutmoq lozim.

Patogen mikrobgga taʻsir qilish usuli (**etiotrop terapiya**).

Antibiotiklarning qoʻllanishi yuqumli kasalliklarni davosi tarixida yangi davrni ochib berdi. Antibiotiklar tufayli oʻlatning oʻpka shakli bilan ogʻrigan bemorlarni muvaffaqiyat bilan davolash imkoni tugʻildi (ilgari oʻlatning oʻpka shakli bilan ogʻrigan bemorlarning hammasi oʻlar edi). Shuningdek, boshqa yuqumli kasalliklardan (qorin tifi, toshmalif, meningit va boshqalardan) oʻlish hollari sezilarli darajada kamaydi.

Hozirgi vaqtda juda kup antibiotiklar turi ishlatilmoqda va ular yuqumli kasalliklarga davo qilishda shifokorlarga kuchli qurol boʻlib xizmat qilmoqda.

Ammo, baʻzan yetarli zaruriyat boʻlmagan hollarda ham antibiotiklarni huda-behuda ishlatish hollari uchrab turishini kezi kelganda aytib oʻtmoq kerak.

Antibiotiklar va umuman hamma ximioterapevtik preparatlar patogen mikroblarni oʻldirmaydi, balki faqat ularning koʻpayishi va rivojlanishini toʻxtatadi yoki sekinlashtiradi, yaʻni bakteriostatik taʻsir koʻrsatadi. Organizmni patogen mikroblardan tozalash, bemorning kasallikka qarshi tabiiy himoya kuchlariga bogʻliq. Demak, antibiotiklar va boshqa ximioterapevtik dorilar patogen mikroblar

ko'payishini to'xtatib yoki susaytirib, bemor organizmining sog'ayib olishi uchun unga qulay sharoit tug'dirib beradi.

Antibiotiklar bilan davolashda quyidagilarga e'tibor qilish kerak: a) kasallik qo'zg'atgan mikrobnı ajratib olib, uning antibiotikogrammasini o'rganish; b) o'sha patogen mikrobgaga eng kuchli ta'sir etadigan antibiotikni tanlash; v) davolashni kechiktirmay boshlash va o'z vaqtida to'xtatish; g) zarur bo'lgan paytda bemorga bir vaqtda bir necha antibiotik buyurish.

Antibiotiklar va umuman hamma ximioterapevtik dorilar ta'sirida mikrobu hujayrasidagi kimyoviy jarayonlar va moddalar almashinuvi izdan chiqib, tirik mavjudotga hos hamma jarayonlar buziladi va natijada u ko'payishdan to'xtaydi yoki faolligi susayadi. Turli dorilar turlicha ta'sir qiladi. Masalan, sulfanilamidlar bakteriya hujayrasining oziqlanish jarayonini buzadi va uning rivojlanishini to'xtatadi (bakteriostaz). Penitsillin aminokislota, oqsil va nuklein moddalar almashinuvini izdan chiqaradi. Streptomitsin mikrobu hujayraning nafas olishini, levomitsetin esa moy kislotalari sintezini buzadi.

Antibiotiklar va boshqa ximioterapevtik dorilar bakteriostatik ta'siri mikroblar toksinlari kamayishi bilan ham namoyon bo'ladi. Bu esa bemor organizmiga o'zining himoya vositalarini safarbar qilish uchun qulay sharoit tug'diradi. Masalan, o'latning o'pka shaklida mikroblar shu darajada shiddat bilan ko'payadiki, bemor organizmi o'zining himoya mexanizmlarini safarbar qilib ulgurmasdanoq, kuchli toksin ta'sirida halok bo'ladi.

Bemorga streptomitsin va sulfanilamid katta dozalarda berilganda o'lat tayoqchalarining ko'payish sur'ati kamayadi va bemorning halok bo'lish muddati orqaga suriladi (R.N.Jukov-Verejnikov). Ana shu vaqtda organizm o'z himoya vositalarini safarbar qilishga ulguradi va ko'pincha o'lat mikroblarini halok qiladi va juda og'ir va murakkab kurashda g'olib chiqadi.

Bakteriofagoterapiya. 1898 yilda rus olimi N.F.Gamaleya bakteriyalarni parchalay oladigan maxsus modda borligini topdi va uni bakteriolizin deb atadi. 1916 yilda fransuz olimi d-Erell bu hodisani bakteriofagiya deb va boyagi maxsus

moddani bakteriofag deb atashni tavsiya etdi. Bakteriofag – bakteriyani yutuvchi degan ma’noni anglatadi.

Bakteriofag nukleoproteiddan tashkil topgan juda mayda oqsil zarralaridan iboratdir. Bu moddalar muayyan sharoitda paydo bo‘ladi, ularda mustaqil moddalar almashinuv jarayoni yuz bermaydi, shu sababdan ular faqat tirik bakteriyalar ishtirokidagina ko‘paya oladi. Bakteriofag tirik, biroq mustaqil yashay olmaydigan tuzilmadir. Uning yashashi va ko‘payishi uchun albatta boshqa tirik hujayra kerak.

Bakteriofag bakteriyalarni parchalaydi, bir-biriga yopishtiradi, ularni fagotsitlar tomonidan yutilishiga tayyorlab beradi. Ichburug‘, vabo, gazli gangrenada bakteriofag bilan davolash yaxshi natija beradi. Bakteriofag qorin tifi va streptokokklar qo‘zg‘atadigan turli kasalliklarida ham ishlatiladi.

O‘tgan asrda mashhur rus klinitsisti A.A.Ostroumov «to organimiz o‘z kuch-quvvatlarini ko‘paytirib kasallikka qarshi kurash vositalarini ishlab chiqarmas ekan, nimjon organda hech qanday xinin bezgak plazmodiylariga ta’sir ko‘rsata olmaydi» deb ta’kidlab o‘tgan edi. U maxsus dorilar ta’sirini kuchaytirish uchun bemor quvvatini oshirishga e’tibor beradi.

S.P.Botkin «tabiat qonuniyatlarini diqqat bilan kuzatib, o‘rganish va ulardan bemor manfaati uchun foydalanish kerak. Odam organizmida patologik jarayonni to‘xtatishga qurbi yetadigan maxsus fiziologik vositalar mavjud» deb uqtirar edi.

Ximioterapevtik preparatlar bilan davolash jarayonida ba’zan xar turli asoratlar uchraydi. Ular uch guruhga bulinadi: 1) allergik asoratlar; 2) endotoksik reaksiya alomatlari; 3) disbakterioz.

1. Allergik asoratlar. Allergik asoratlar kapillyar toksikoz, shilliq pardalarning kataral yallig‘lanishi, dermatitlar va shish ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Allergiya munosabati bilan ba’zan miokardit, bronxit, gepatit boshlanishi mumkin. Ximioterapevtik preparatlar, masalan, penitsillin hatto kichik dozasida yuborilganida ham ba’zan allergik shok holatiga sabab bo‘lishi mumkin.

2. Endotoksin reaksiya, asosan bironta antibiotik katta dozasida yuborilganidan so‘ng yuz beradi (zahm, qorin tifi, brutsellyoz, sepsis va boshqa

kasalliklarda uchraydi). Bunday holatning oldini olish uchun antibiotik bilan bir vaqtda neokompensan, gemodez, dimedrol, suprastin, vitaminlar tayinlanadi. Bemor ahvoli og'ir bo'lganda kortikosteroidlar ishlatiladi.

3. Disbakterioz. Bemorni antibiotiklar bilan davolanganda ularga sezgir mikroblar kamayib, bularning o'rniga o'sha preparatga chidamli mikroblar, xususan, stafilokokklar ko'payadi. Masalan, penitsillin bilan davolashda grammanfiy mikroblar va zamburug'chalar ko'payadi. Levomitsetin va biomitsin bilan davolashda esa ichakning normal florasi o'rniga organizmga yo't bo'lgan boshqa mikroflora paydo bo'ladi. Organizmga yo't bo'lgan mikroflora qator salbiy hodisalarga (avitaminoz, boshqa infeksiyalar qo'shilishi, allergik holat va boshqalarga) sabab bo'ladi.

Afsuski, hozir antibiotiklarga ortiqcha ruju ko'yilgan.

Masalan, poliklinikalarda bemorlarning 70 foiziga zaruriyat bo'lmagan hollarda antibiotiklar bilan davolash buyuriladi. Bunday nojo'ya xarakterli avvalo antibiotiklar behuda ishlatilib, oxiri ba'zilarining tansiq bo'lib qolishiga olib keladi, ikkinchidan, eng muhimi, mikroblarning ana shu antibiotiklarga sezgirligi kamaya boradi va ular bu dorilarga o'rganib, chidamli bo'lib qoladilar. Oxirgi yillarda antibiotiklarning ta'siri umuman sezilarli darajada kamayganini aloxida ta'kidlab o'tish lozim. So'nggi paytlarda disbakterioz holatiga qarshi preparatlar – kolibakterin, bifidum bakterin, Enterojermin, Lakto-J, Xilak-forte, bifikol, laktobakterinlar keng qo'llanilmoqda.

Seroterapiya

Difteriya, qoqshol, botulizm, gazli gangrenaga qarshi zardoblar antitoksik zardoblardir. Bu zardoblar tegishli anatoksinlar bilan emlangan otlar qonidan olinadi. Ularning tarkibida spetsifik antitoksin bo'ladi. Antibakterial zardoblarda agglyutinlar, bakteriolizinlar, opsoninlar bor. Immun zardoblar asosan bemorning muskuli orasiga va juda zarur bo'lganda venasiga yuboriladi. Zardoblar hamma vaqt Bezredka usuli bo'yicha ishlatiladi: avvalo, bemor teri ichiga, so'ng teri ostiga 0,1 ml yuboriladi, oradan 20 min o'tgach qo'lgan hamma qismi

yuboriladi. Dializ usuli bilan oqsil moddalaridan halos qilingan zardob «diaferm» deb ataladi. Bu zardob bilan davolanganda asoratlar kam bo‘ladi.

Zardobni imkoni boricha erta yuborish zarur. Chunki toksinlar bemor organizmida 3 kunga qadar bemalol qonda aylanib yuradi, so‘ngra ular hujayralar va to‘qimalarga birikadi. Zardobdagi antitoksin faqat birikmagan va qonda aylanib yurgan toksini neytrallaydi. Kasallik boshlanganidan keyin, 4-5 kun o‘tgach ishlatiladigan immun zardobning nafi kam bo‘ladi.

Immunoglobulin emlangan donorlar (gomologik immunoglobulin) va emlangan otlar (geterologik immunoglobulin) zardobidan tayyorlanadi. Immunoglobulinlarda antitelolar konsentratsiyasi yuqori va ular keraksiz moddalardan tozalangan bo‘ladi. Oxirgi yillarda gripp, kana tarqatadigan ensefalit, stafilokokk infeksiyasi, kuydirgi, leptospiroz, ko‘kyo‘talga qarshi immunoglobulinlar ishlatilmoqda.

Immunoglobulin yuborilganda organizmga tayyor antitelolar tushgach, ular bir oygacha qonda aylanib yuradi (bu sust immunlash usulidir). Immunoglobulin ximioterapevtik preparatlar bilan bir vaqtda ishlatiladi.

Oxirgi yillarda poliglobulin qo‘llanilmoqda. Bu preparat oldingi immunoglobulinlardan farq qiladi, temir moddasini biriktiradigan oqsil modda - transferin bor. Transferin bakteritsid xususiyatga ham egadir. Zardobdan tayyorlangan poliglobulinda yuqori titrda juda ko‘p bakteriya va viruslarga qarshi ta‘sir ko‘rsatadigan antitelolar mavjuddir.

Zardob bilan davolash, ya‘ni seroterapiyada turli asoratlar uchrashi mumkin: anafilaktik shok, zardob kasalligi shular jumlasidandir.

Anafilaktik shok zardob yuborilgan zahotiyoq yuz beradi. Anafilaktik shok bo‘lmasligi uchun zardobni hamma vaqt Bezredka usulida ishlatish kerak.

Zardob kasalligi shifobaxsh zardob yuborilgach oradan 5-12 kun o‘tgandan keyin boshlanadi. Zardob kasalligi isitma, qichishadigan toshma, limfa tugunlarining kattalashuvi va shilliq pardalarning shishi bilan ta‘riflanadi. Ba‘zan zardob kasalligida nevrit, radikulit, sinovitlar ham uchraydi. Bu kasallik 6-12 kun davom etadi. Oqibati yaxshi, bemorlar hamma vaqt sog‘ayib ketadilar. Hozir

zardob kasalligi kam uchramokda. Oxirgi yillarda oqsil moddalardan tozalangan zardoblar (diaferm) ishlatilmoqda.

Immunoterapiya. Organizmning immun tizimiga ta'sir o'tkazib, uning tabiiy himoya kuchlarini kuchaytirish immunoterapiya deyiladi. Immunoterapiya – maxsus va nomaxsus bo'ladi.

Maxsus immunoterapiya organizmning immun tizimiga o'ziga hos, ya'ni maxsus omil bilan ta'sir ko'rsatishga asoslangan. Bunda ko'pincha faol va sust immunitetni kuchaytiradigan turli vositalardan – xar xil vaksinalar, shifobaxsh zardoblardan foydalaniladi.

Vaksina. Vaksina o'ldirilgan yoki patogenlik xususiyati yo'qotilgan va antigenlik xususiyati saqlangan bakteriyalardan tayyorlanadi. Vaksina bemor organizmining spetsifik himoya quvvatini kuchaytiradi (fagotsitoz kuchayadi, antitelolar tezroq ishlanib chiqariladi). Vaksina asosan yuqumli kasalliklarning surunkali shakllarida qo'llaniladi (brutsellyoz, tulyaremiya, ichburug'da). Vaksina bemor organizmini desensibilizatsiyalanishiga ham sabab bo'ladi. Zardoblar bilan davolash, ya'ni seroterapiya to'g'risida yuqorida qisqacha to'htalib o'tildi. Nomaxsus immunoterapiya esa jonlantiruvchi xar xil vositalar bilan ta'sir qilib, organizmning umumiy himoya kuchlarini oshirishga qaratilgan bo'ladi. Nomaxsus immunoterapiyada turli vitaminlar, qon va qon tarkibiy qismlari, tabiiy va sintetik polimerlar va boshqalar qo'llaniladi. Nomaxsus immunoterapiya vositalari yallig'lanish hodisalarini susaytirib regenerator va fagotsitar funksiyalarni kuchaytirish yo'li bilan organizmning himoya kuchlarini oshiradi.

Shunday qilib, immunoterapiyada qo'llaniladigan vositalar asosan immun tizimlarini jonlantiradigan vositalar – immunostimulyatsiya vositalari va bu tizimni susaytiradigan vositalar — immunodepressiv terapiya vositalaridan iboratdir.

Gormonoterapiya. Oxirgi yillarda yuqumli kasalliklarni davolashda kortikosteroidlar keng qo'llanilmoqda. Yuqumli kasalliklar og'ir o'tganda buyrak usti bezlarida qator o'zgarishlar yuz berishi va ular faoliyatining izdan chiqishi ma'lum.

Gormonlar zarur bo'lganda ishlatiladi va 14 kundan ortiq bermaslik tavsiya qilinadi. Gormonlar bilan davolashda quyidagilarga e'tibor berish kerak:

1. Miqdori me'yorida bo'lishi va uni bemorga berishni sekin-asta kamaytirib, keyin to'xtatish; 2. Maxalliy va umumiy yallig'lanish jarayoni qanchalik yaqqol ko'ringan bo'lsa, shunchalik gormonlar bilan davolashga asos ko'p bo'ladi.

Og'ir intoksikatsiya bo'lganda va bosh miya zararlanganda gormonlar tayinlash tavsiya etiladi.

Yuqumli kasalliklarning yengil shakllarida o'tayotgan vaqtlarida gormonlar berilmaydi. Gormonlar tayinlanganda albatta antibiotiklar beriladi.

Yuqumli kasalliklar og'ir o'tganda ba'zan buyrak usti bezi faoliyati buziladi: shok holati va kollaps yuz beradi. Qon bosimi pasayib boradi, bemor juda qattik bo'shashadi, qusadi, meteorizm, taxikardiya, oliguriya yo'ki anuriya aniqlanadi, bemor karaxt holda yo'tadi, tana xarorati pasayadi. Bunday hollarda gormonoterapiya bilan bir qatorda shokka qarshi choralar amalga oshiriladi. Odatda bunday usul bilan davolanganda 24—30 soat o'tgach tana xarorati pasayadi, intoksikatsiya kamayadi, bemorning ahvoli yaxshilanadi, boshqa belgilar sekin-asta yo'qoladi. Antibiotiklar ta'sir qilmagan hollarda, gormonlar tayinlash tavsiya etilmaydi.

4-bob. YUQUMLI KASALLIKLAR PROFILAKTIKASI

Yuqumli kasalliklarning rivojlanishi, odamlar orasida tarqalishi avvalo kishilik jamiyatining ijtimoiy va iqtisodiy rivojlanishiga, aholining turmush sharoitiga bog'liqdir.

Asrlar o'tishi bilan jamiyatda yuz bergan o'zgarishlar bilan bir qatorda yuqumli kasalliklarda ham evolyutsion jarayon sodir bo'lgan. Xar xil omillar ta'sirida kasallik qo'zg'atadigan bakteriyalar, viruslar va sodda jonivorlarning virulentlik xususiyatlari o'zgardi. Ularning ba'zi birlari mutlaqo yo'qoldi, o'rniga ilgari uchramagan va tashqi muhit sharoitiga moslangan yangi xillari paydo bo'ldi.

Shunday qilib, yuqumli kasallikning ham yangi xillari vujudga keldi. Masalan, virus qo'zg'atadigai OIV kasalligi 1980 yillarning boshida birinchi marta aniqlandi. U ilgari uchramagan edi. Ikkinchi tomondan yuqumli kasalliklarga qarshi olib borilgan profilaktik tadbir-choralar o'z navbatida yer yuzida yuqumli kasalliklar ro'yxati va manzarasini o'zgartirdi.

Umumiy chora-tadbirlar davlat tomonidan amalga oshiriladi. Bunda axoli turmush sharoitini yaxshilash, tibbiy xizmatini takomillashtirish odamlarning ishlash va dam olish, uy-joy sharoitini talabga javob beradigan xolda qilish va shu kabi qator boshqa tadbir-choralar ko'zda tutiladi.

Maxsus profilaktik chora-tadbirlar sog'likni saqlash tashkilotlari tomonidan amalga oshiriladi. Zaruriyat tug'ilganda boshqa tashkilotlar (veterinariya xodimlari, qishloq xo'jalik tashkilotlari) ishtirok etadi.

Alohida xatarli yuqumli kasalliklar (vabo, o'lat, gemorragik istima kabilar) ga qarshi kurash choralari xorijiy mamlakatlar bilan yaqin hamkorlikda amalga oshiriladi.

Profilaktika choralari uch yo'nalishda olib boriladi:

1. Infeksiya manbaini zararsizlantirish (kasallik manbaiga qaratilgan);
2. Kasallikni yuqish yo'llarini qirqish;
3. Odamlarda yuqumli kasalliklarga qarshi immunitet hosil qilish (moyil organizmga yo'naltirilgan).

Infeksiya manbaini zararsizlantirish uchun avvalo tashxisni barvaqt aniqlab, bemorni tezda kasalxonaga joylab uning organizmidagi patogen mikrobnini yo'qotish choralarini ko'rish katta ahamiyatga egadir. Bakteriya tashib yuruvchilar qattiq nazoratga olinadi. Bemor foydalangan buyumlarni, idish-tovoqlarni, kiyim-kechaklarni, yashayotgan xonani dezinfeksiya qilish juda muhimdir. Bemorni yaxshi davolash, imkoni boricha uni kasallik qo'zg'atgan bakteriyadan xalos qilish zarur. Odatda bemor butunlay sog'aygach, ma'lum bir muddat o'tgach va bakteriologik tekshiruvlarda manfiy natija olingandan so'nggina kasalxonadan chiqariladi.

Infeksiyalar o'choqlarida, yuqumli kasallikdan sog'aygan kishilar va ayniqsa oziq-ovqatga, ichimlik suviga aloqador, bolalar muassasalarida ishlaydigan xodimlar orasida bakteriya tashib yuruvchilarni izlab topish vaqti-vaqti bilan ma'lum bir tartibda amalga oshiriladi. Aniqlangan bakteriya tashib yuruvchilar ishdan vaqtincha chetlashtiriladi va nazorat ostida qayta-qayta tekshiriladi va davolanadi.

Bemorlar bilan muloqotda bo'lgan kishilar alohida nazoratda bo'ladilar. Bu nazorat yuqumli kasallik inkubatsion davri muddatiga qarab aniqlanadi.

Alohida xavfli kasalliklarda (o'lat, vabo) bemorlar bilan kontaktda bo'lgan hamma odamlar maxsus izolyatorlarga yotqiziladi (observatsiya qilinadi). Izolyatorda saqlash muddati kasallik inkubatsiya davriga bog'lik. Masalan, o'latda 6 kun, vaboda 5 kundir.

Mamlakat chegaralarini muhofaza qilish sanepidstansiyalarga va boshqa epidemiyaga qarshi ishlaydigan maxsus muassasalarga yuklatiladi. Bu muassasalar hamma dengiz, daryo portlarida, aeroportlarda katta temir yo'l tarmoqlarida va katta yo'llar yoqasida joylashgan bo'ladi. Hozir butun jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) quyidagi xalqaro ahamiyatga ega kasalliklarni nazorat qilib turadi. Bu kasalliklar ikki guruhga bo'linadi: 1) xalqaro tibbiy-sanitariya qoidalari doirasidagi kasalliklar (o'lat, vabo, maymun chechagi, sariq isitma); 2) Xalqaro miqyosda nazorat qilinadigan kasalliklar (toshmali tif, qaytalama tif, gripp, poliomielit, malyariya).

Hamma mamlakatlar BJSST ga yuqorida qayd qilingan yuqumli kasalliklar haqida majburiy ravishda axborot berib turadilar.

Zoonoz kasalliklariga qarshi tadbir-choralar veterinariya xizmati xodimlari bilan hamkorlikda olib boriladi. Kasallik manbai kemiruvchi hayvonlar (kalamushlar, sichqonlar) bo'lgan hollarda deratizatsiya choralari amalga oshiriladi.

Yuqumli kasalliklar profilaktikasida epidemik jarayonning ikkinchi bosqichi — kasallikning yuqish yo'llarini qirqish muhim rol o'ynaydi. 5 ta yo'nalishda

bajariladigan profilaktik choralar uch guruhga bo'linadi: 1) sanitariya va gigienaga taaluqli tadbir-choralar; 2) dezinfeksiya va 3) dezinseksiyaga oid ishlar.

Yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorlarga tibbiy yordamni ko'rsatish uch xil bosqichda amalga oshiriladi:

1. Poliklinikalarda bu ishni terapevtlar va pediatrlar bajaradilar.

2. Tuman miqyosida bunday bemorlarga yordam ko'rsatadigan xizmat mavjud. Bu xizmatni yuqumli kasalliklar shifoxonasidagi infeksiyonistlar va poliklinikalardagi yuqumli kasalliklar kabinetlarida ishlaydigan shifokorlar bajaradi.

3. Shaxar va viloyat miqyosida bu ish maxsus yuqumli kasalxonalariga yuklatiladi.

Poliklinikalardagi vrach-infeksiyonistlar muayyan bir xududda yuqumli kasalliklarga qarshi hamma tadbir-choralarni amalga oshirishga rahbarlik qiladilar. Bu kabinet xodimlari yuqumli kasalliklarni barvaqt aniqlashga alohida e'tibor beradilar. Kasalxonadan chiqarilgan rekonvalessentlarni davolash, dispanser ko'rigidan o'tkazish surunkali bemorlarni nazorat qilib turish, gijja bilan og'rikan kishilarni aniqlash va davolash ishlari ham ana shu kabinet shifokoriga yuklatilgan. Poliklinikaga biriktirilgan xududda profilaktik emlashni ham ana shu kabinet xodimlari immunolog hamkorligida amalga oshiradilar. Nihoyat bu kabinet xodimlari poliklinika xududida yashaydigan aholi orasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib boradilar.

Shaxar va viloyat yuqumli kasalxonalarida ham ularga yuklatilgan vazifalar ma'lum bir tartib doirasida amalga oshiriladi. Avvalo, bu kasalxonalarda infeksiyani bemorlardan boshqalarga yuqmasligi uchun aloxida choralarga e'tibor beriladi.

Yuqumli kasalxonada quyidagi bo'linmalar bo'lishi kerak: 1) bokslarga (alohida kichkina xonalar)ga ega bo'lgan qabulxonasi; 2) muayyan bir infeksiyaga mo'ljallangan bo'linmalar; 3) bokslardan (ajratilgan xona) iborat aloxida bo'linma. Bu bo'linma aloxida xavfli yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorlarni yotqizishga mo'ljallangan; 4) zudlik bilan bemorga yordam berishga ixtisoslashgan

jadal davolash va reanimatsiya bo‘linmasi yoki palata; 5) xirurgiya bo‘linmasi; 6) rentgenologiya va fizioterapevtik bo‘linmalar; 7) Klinik, bakteriologiya, serologiya, virusologiya, bioximik laboratoriyalar; 8) Markazlashgan sterilizatsiya xonasi; 9) Patologik anatomiya bo‘linmasi (uning yonida murda saqlanadigan xona bo‘lishi kerak).

5-bob. O‘TKIR ICHAK INFEKSIYALARI

Ushbu kasalliklarga qorin tifi (ich terlama), paratif A va V kiradi. Bu kasalliklarning qo‘zg‘atuvchilari bir-biridan farq qilsa ham, epidemiologiyasi, patogenezi, klinik kechishi o‘xshab ketadi, shu sababli qorin tifini chuqurroq o‘rganish, paratiflar to‘g‘risida ham tushuncha beradi.

QORIN TIFI (ICH TERLAMA) TYRNUUS AVDOMINALIS

Qorin tifi o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, fekal-oral yo‘l bilan yuqadigan, bakteriemiya, organizmning intoksikatsiyasi, o‘ziga hos uzoq davom etuvchi istima, jigar va taloqni kattalashuvi, terida toshmalar paydo bo‘lishi va ingichka ichak distal qismini limfa apparatining yallig‘lanishi bilan kechadi.

"Typhos-[tifos]" — grekcha so‘zdan olingan, Gippokrat tomonidan kiritilgan bo‘lib, tarjimasi "tuman" ma’nosini bildiradi; bemorning xushi o‘zida bo‘lmasligini e’tiborga olib, shunday nom berilgan. Qadimda g‘oyat og‘ir, kuchli intoksikatsiya bilan o‘tadigan istimali ko‘p kasalliklarni tif nomi bilan yuritilgan. Keyinchalik kasallikni chaqiruvchilari aniqlangandan so‘ng, qorin tifi alohida nozologik birlik bo‘lib yuritilgan.

Qorin tifi bilan kasallanish qadim zamonlardan beri ma’lum. Bu kasallik haqida Gippokrat o‘z qo‘lyozmalarida ma’lumot keltirgan. Ilgari bu kasallikni xarorat ko‘tarilishi bilan kechadigan boshqa hastaliklardan ko‘p farq qilinmagan. Faqat 1813 yilga kelib fransuz shifokorlari Bretanno va Sxarl kasallik klinikasini batafsil bayon qilganlar.

Etiologiyasi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi salmonellalar guruhiga kiruvchi qorin tifi tayoqchasi. Uni T.Borovich (1874), N.I.Sokolov (1876) va 1880 yilda nemis olimi Ebert shu kasallikdan o‘lgan bemor ichagidagi limfa tugunlaridan topgani uchun “Ebert tayoqchasi” deb ham atalgan. Lotincha nomi *Salmonella typhi* (rasm 1).

Bu mikroob asosan tayoqcha shaklida bo‘lib, uzunligi 1,5-3 mk, grammanfiy. Tanasida uzun hivchinlari borligi tufayli, u xarakatchan. Spora va kapsula hosil qilmaydi. Safro qo‘shilgan muhitda yaxshi o‘sadi. Mikroob parchalanganida kuchli endotoksin hosil bo‘ladi. Kasallikning intoksikatsiya belgilari shu toksin ta’siri bilan bog‘liq.



Rasm 1. Qorin tifi qo‘zg‘atuvchisini mikroskop ostida ko‘rinishi
(Ebert tayoqchasi). Kaf.tablitsasi

Qorin tifi mikrobining antigen tuzilishi ancha murakkab. Mikroob tanasida issiqqa chidamli, somatik O-antigen mavjud, issiqqa chidamsiz somatik Vi-antigen va xivchinli N-antigen bor. Mikroob noqulay sharoitda, organizmda shakllangan immunologik antitelo ta’sirida L- shaklga o‘tish xususiyatiga ega.

Tashqi muhitda ich terlama mikrobi nisbatan turg'un. Ular 50°C gacha qizdirilganda 60 min, 60°C esa 30 min hayot faoliyatini saqlab qoladi. 100°C da o'sha zahoti o'ladi. Bu mikroblar oqar suvda 5-10 kun, ko'lmak suvda bir oygacha, quduq suvida bir necha oygacha saqlanib turadi. Meva va sabzavotlar yuzasida 5-10 kun, idish-tovoqlarda — 2 haftagacha, go'shtda 3 oygacha saqlanadi. Sutda ich terlama mikroblari saqlanibgina qolmay, hatto ko'payadi ham. Tuproqqa tushgan mikroblar namlik yetarli bo'lsa, 2-3 oy saqlanib turadi. Ich terlama mikroblari levomitsetin, ampitsillin kabi antibiotiklarga sezuvchan.

Epidemiologiyasi. Ich terlamasi antropoz kasalliklar guruhiga kiradi. Shuning uchun infeksiya manbai faqat odam. Bemor yoki bakteriya tashuvchilarni organizmidan mikrob tashqariga najasi va peshobi orqali chiqadi. Ba'zan so'lagi bilan ham ajraladi. Qo'zg'atuvchi bemor organizmidan yashirin davrning oxirgi kunlaridan chiqa boshlaydi va kasallikning barcha davrlarida ajralib turadi. Ayniqsa, kasallikning 2-haftasidan (avj olish) davridan boshlab ich terlama bakteriyasi bemor organizmidan juda ko'p miqdorda ajralib chiqadi. Mikrob organizmdan tuzalish (rekonvalestsensiya) davrida ham chiqib turadi. Ba'zi bemorlarda tuzalgandan so'ng 3 oygacha bakteriya ajralib turadi. Uni *o'tkir bakteriya tashuvchilik* holati deb ataladi. 3 oydan ortiq muddatda bakteriyalar chiqishining davom etishi *surunkali bakteriya tashuvchilik* xisoblanadi. Surunkali bakteriya tashuvchilik uzoq muddat, hatto umrbod davom etishi ham mumkin. Ayniqsa, ular ko'pchilikka hizmat qiladigan sohalarda - oshpaz, pazanda, tarbiyachi, suv ta'minoti inshootlarining xizmatchisi bo'lsa, ular epidemiologik jixatdan g'oyat xavfli xisoblanadilar. Bakteriya tashuvchilar tabiatda kasallikni qayd etilishini ta'minlab turuvchi asosiy omil bo'lib xisoblanadi.

Odatda, kasallik bevosita muloqot yo'li bilan yoki oziq-ovqat, suv orqali tarqaladi. Ich terlamaning tarqalishiga pashshalar ham sababchi bo'ladi. Qaysi yo'l bilan tarqalishidan kat'iy nazar, bakteriya sog'lom odam organizmiga faqat og'iz orqali kiradi.

Aholi toza ichimlik suvi bilan ta'minlanmagan xududlarda ich terlama suv orqali tarqalishi bilan bog'liq avj olishlar ba'zan uchrab turadi. Quduq suvi

tarqatuvchi omil bo'lganida, kasallanish faqat ushbu manbadagi suvdan foydalanadigan odamlar orasida kuzatiladi. Kasallikning suv orqali tarqalishi faqat qaynatilmagan suv ichgandagina emas, zararlangan suvda idish-tovoqlarni yuvganda ham ro'y beradi. Ochiq suv havzalarida cho'milish tufayli ham kasallik yuqadi.

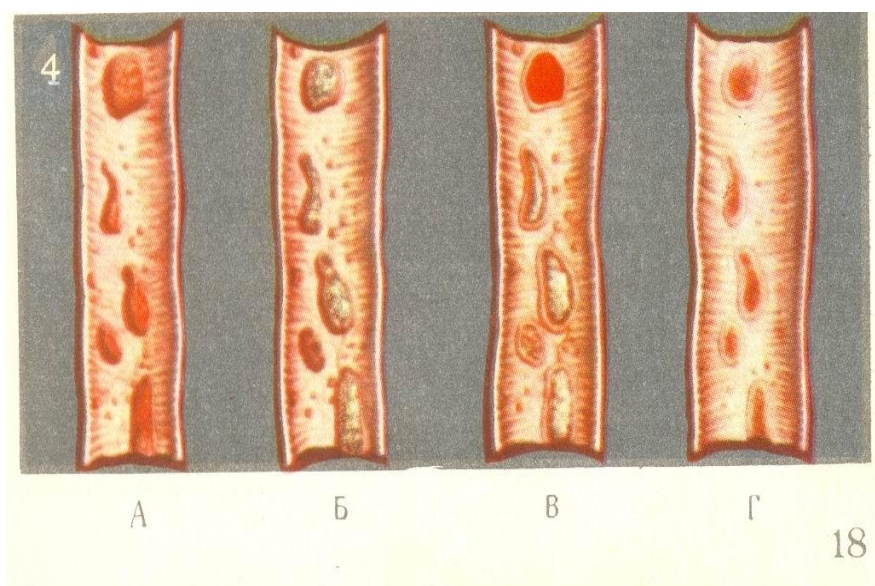
Oziq-ovqatlarga tushgan bakteriya ularda yaxshi saqlanibgina qolmay, ko'payishi ham mumkinligini inobatga olsak, yoz kunlarida respublikamiz sharoitida u g'oyat xavflidir. Kasallik ovqat vositasida tarqaganida, odatda yashirin davr qisqa bo'ladi va ko'pincha hastalik og'ir kechadi. Ich terlama respublikamiz sharoitida yoz oylari, iyun-sentabrda ko'proq qayd qilinadi. U issiq xaroratda bakteriyaning tashqi muhitda yaxshi saqlanishi, odamning suvga bo'lgan ehtiyoji ortishi va jazirama issiq ta'sirida organizmning himoya kuchlari susayishi bilan bog'liq. Keyingi yillarda ich terlama respublikamizda, asosan, onda-sonda uchraydigan, bir-biri bilan bog'liq bo'lmagan sporadik kasallanish holida uchramoqda. Aholining ichimlik suv bilan ta'minlanishi yaxshilanib borayotgani tufayli, ich terlama bilan kasallanish yildan-yilga kamayib bormoqda. Kasallikni ko'prok 15-30 yoshdagilar yuqtirishga moyil bo'ladi, shu yoshdagilarda ko'prok uchraydi.

Kasallikdan so'ng turg'un o'ziga hos immunitet hosil bo'ladi.

Patogenezi. Og'iz orqali ovqat hazm qilish yo'llariga tushgan bakteriya dastlab me'daning kislotali muhitiga duch keladi. Uni yengib o'ta olgan taqdirda ingichka ichak bo'shlig'iga tushadi. Agarda mikroob tushgan odamda to'laqonli immunitet bo'lsa, mikroobni miqdori ko'p bo'lmasa, organizmda o'zgarish kelib chiqmay, ichakdan tashqariga chiqib ketadi. Ichak shillik qavatlarini himoya vositasini yengib o'tsa, unda o'zgarish keltirib chiqaradi. Qorin tifida asosiy patologik o'zgarishlar aynan ingichka ichakda kuzatiladi. Ingichka ichak shillik qavatida dastlab yallig'lanish jarayoni boshlanadi. Ichakdagi Peyer pillakchalari orqali bakteriya shu sohaning limfatik tugunlariga o'tadi. Bu tugunlar ichak tutqichi orasida (mezenteral) joylashgan bo'ladi. Limfa tugunlarida bakteriya ko'payadi, toksinlar hosil bo'lib so'riladi, toksinemiya va bakteriyaning o'zi qonga

tushganda bakteriemiya ro'y beradi. Ana shu daqiqadan kasallikning yashirin davri tugab, klinik alomatlari paydo bo'ladi. Qon orqali aylanib yurgan bakteriyaning bir qismi o'ladi va endotoksin ajraladi. Qolgan qismi turli organlarga — jigar, o't pufagi, buyrak va boshqa organlarga o'rnashib oladi. Bakteriemiya, kasallik qanday kechishiga qarab, 2-3 hafta davom etishi mumkin. O't pufagidan bakteriyalar safro bilan ichakka qaytadan tushadilar va bir qismi tashqariga chiqa boshlaydi. Bakteriyani ichak shilliq qavatiga qaytadan ta'sir etishi natijasida kuchli allergik reaksiya rivojlanadi, Artyus fenomeni oqibatida birlamchi zararlangan limfa tugunlarida nekrotik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Reaksiyaning to'la rivojlanishi 4-5 haftagacha davom etadi. Dastlab, Peyer pillakchalari yallig'lanib bo'rtib chiqsa, 2-haftada ularning yuzasi nobud bo'lgan (nekrotik) to'qima bilan qoplanadi. 3-4 haftada bu parda yo'qolib, ostida yara paydo bo'ladi. 5-haftada yara bitadi. Yara chuqur joylashgan hollarda ichakdan qon ketishi, hatto ichak teshilishi kabi og'ir asoratlarni ro'y berishi mumkin.

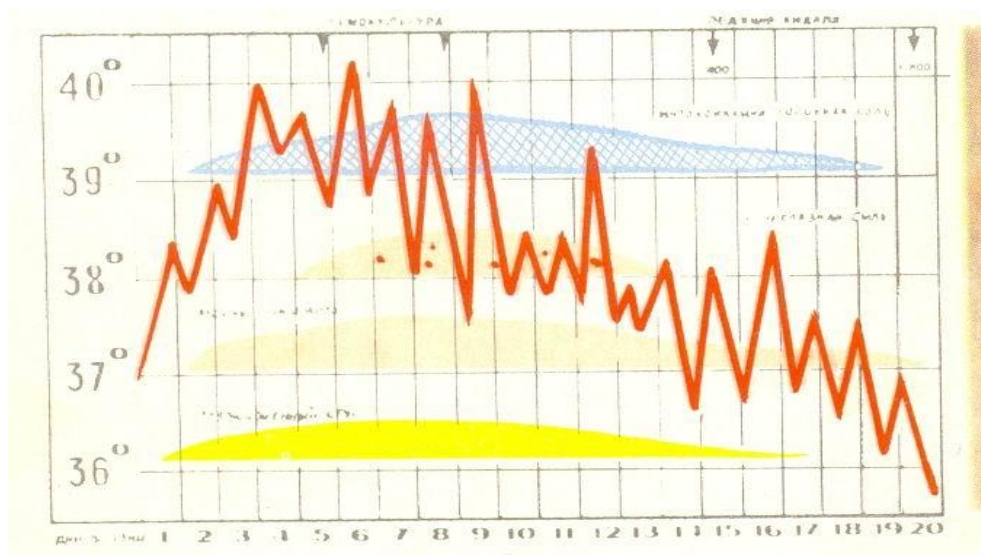
Ichakda ro'y beradigan o'zgarishlar asosan ingichka ichakning pastki, yo'g'on ichakka tutashadigan joyida rivojlanadi (u o'ng yonbosh sohasiga to'g'ri keladi).



Rasm 2. A-miyasimon bo'kishi (1 xaf), B-nekroz bosqichi (2 xaf), B-yaralanish bosqichi (3 xaf), G-toza yara bosqichi va yaraning bitish davri (4-5 xaf).

Kaf. tablitsasi.

Klinikasi. Qorin tifida yashirin davr 7 kundan 21 kungacha davom etadi. Oʻrta hisobda 14 kun. Bu davrda kasallik alomatlarini boʻlmaydi. Kasallik aniq shaklda kechganda sekin boshlanadi, belgilarning asta-sekin paydo boʻlishi, choʻzilib avjiga chiqishi va yana asta soʻnishi kuzatiladi. Bemor oʻzini nohush sezadi, quvvati kun sayin kamayib boradi, ishtahasi yoʻqola boradi. Koʻproq yotgisi keladi. Kasallikning muhim belgilaridan biri - bosh ogʻrishi. Bu ogʻrik ham kun sayin zoʻraya boradi. Tana xarorati ham asta-sekin koʻtarila boradi. Odatda, kechqurungi xarorat ertalabkisidan yuqoriroq, tungisi - kechagidan ortiqroq boʻlib, asta koʻtarila boradi. Birinchi hafta ohiriga kelib, kasallikni belgilari yaqqol namoyon boʻladi. Ushbu davrda tana xarorati 39-40°C gacha yetadi, istima doimiy koʻrinishda boʻladi. Intoksikatsiya belgilari orta borgani sari darmonsizlik avjiga chiqadi, bemor yotib qoladi. Ishtaha butunlay yoʻqoladi, ich yurishi qiyinlashib, qabziyat kuzatiladi. Bemor atrofga befarq, oʻz dardi bilan "ovora" boʻlib, uyqusi buziladi.



Rasm 3. Qorin tifidagi Vunderlix istimasini (trapetsiyasimon) koʻrinishi (shaxsiy, chizilgan).

Baʼzan kasallikning dastlabki davrida ich ketishi kuzatiladi. Kasallik oʻtkir boshlanganida qoʻl-oyoq boʻgʻimlari, bel zirqirab ogʻrishi ham mumkin. Kasallik

avjiga chiqqan davrda tana xarorati baʼzan 1-2 hafta 39-40°C da saqlanib turadi. Bunda isitmani ertalabki va kechki koʻrsatkichidagi farq 1°C dan ortmaydi (doimiy xarorat). Keyinchalik xarorat asta-sekin (baʼzan 2-3 kun ichida) pasayib, meʼyoriga yetadi. Shuning uchun kasallik aniq kechganida isitma egri chizigʻi trapetsiyani eslatadi (Vunderlix istimasi) yoki toʻlqinli (Botkin istimasi) boʻlishi mumkin. Bemorni koʻzdan kechirganda, kasallik avj olgan davrdagi holati ancha oʻziga hos boʻladi. Xarorat yuqori boʻlishiga qaramay, teri oqargan boʻladi. Bemorda bezovtalanish alomatlari boʻlmaydi aksincha, u xomush, parishonxotir boʻladi. Kasallikning 7-8 kunidan boshlab qorin terisida pushti rang toshma – rozeolalar paydo boʻladi. Ular kichkina (diametri odatda 0,5 sm dan ortmaydi), dumaloq shaklda boʻladi. Rozeolalar soni koʻp boʻlmaydi (8-10 ta), atrofidagi teridan keskin ajralib turadi, bosib koʻrilganda yoki terini tarang qilinsa yoʻqoladi. Odatda 4-5 kundan soʻng rozeolalar iz qoldirmay yoʻqoladi. Baʼzan birinchi rozeolalar yoʻqolgach, yonverida qaytadan toshma paydo boʻlishi mumkin. Ayrim hollarda rozeola koʻkrak, biqin soxalariga ham toshadi. Jigarda karotin almashinuvi buzilganligi sababli kaft va tovon terisi sargʻayadi (Fillipovich belgisi). Bemorning tomir urishi tezlashadi. Ammo, u xarorat koʻtarilishiga mos kelmaydi. Bunday holat tomir urishining xaroratdan orqada qolishi yoki nisbiy bradikardiya deyiladi. Tomir urish tarangligi ham pasayadi, baʼzan dikrotik (qoʻsh toʻlqinli) puls aniqlanadi. Qon bosimi pasayadi. Yurak, tonlari boʻgʻiqlashadi, baʼzan sistolik shovqin eshitiladi. Oʻpka, bronxlar yalligʻlanishi yoki oʻchogʻli pnevmoniya belgilari boʻlishi mumkin. Ovqat hazm qilish tizimi tekshirilganda birinchi hafta ohiridan boshlab lablar va til quruq boʻladi, kattalashadi va oq - kirlashgan karash bilan qoplanadi. Til chekkalarida tish izlari paydo boʻladi. Tomoqni koʻzdan kechirganda, bodomcha bezlari kattalashib, anginani koʻrish mumkin (Dyuge anginasi). Qorin koʻp hollarda koʻpchigan boʻladi. Paypaslaganda, qorinda, ayniqsa, oʻng yonbosh sohasida gʻuldirash va sal ogʻriq aniqlanadi. Kasallikning 2-haftasidan boshlab jigar va taloq kattalashadi. Ich kelishi kamayadi, koʻpincha qabziyat kuzatiladi.

Kasallik boshlanganidan 2-3 hafta o'tgach, asta-sekin tuzalish davri boshlanadi. Xaroratning tusha boshlashi bosh og'rig'i kamayishi, bemorda ishtaha paydo bo'lishi tuzalishning dastlabki belgilari xisoblanadi. 1-2 hafta ichida xarorat pasaya borib, me'yorigacha tushadi. Shunga monand ravishda bemorning ahvoli ham yaxshilanib boradi. Ishtaha ochiladi (bo'ri ishtahasi), uyqu yaxshilanadi, bosh og'rishi butunlay yo'qoladi. Asta-sekin quvvat paydo bo'ladi. Tildagi karash yo'qoladi, jigar va taloq kichrayib, o'z holatiga qaytadi.

Klinik shakllari:

Og'irlik darajasi bo'yicha - yengil, o'rta og'ir, og'ir kechishi mumkin.

Klinik belgilarni namoyon bo'lishiga qarab:

- Aniq,
- Abortiv,
- Bilinar bilinmas.
- Asoratli (asoratlari xususiy va noxususiyga ajratiladi).

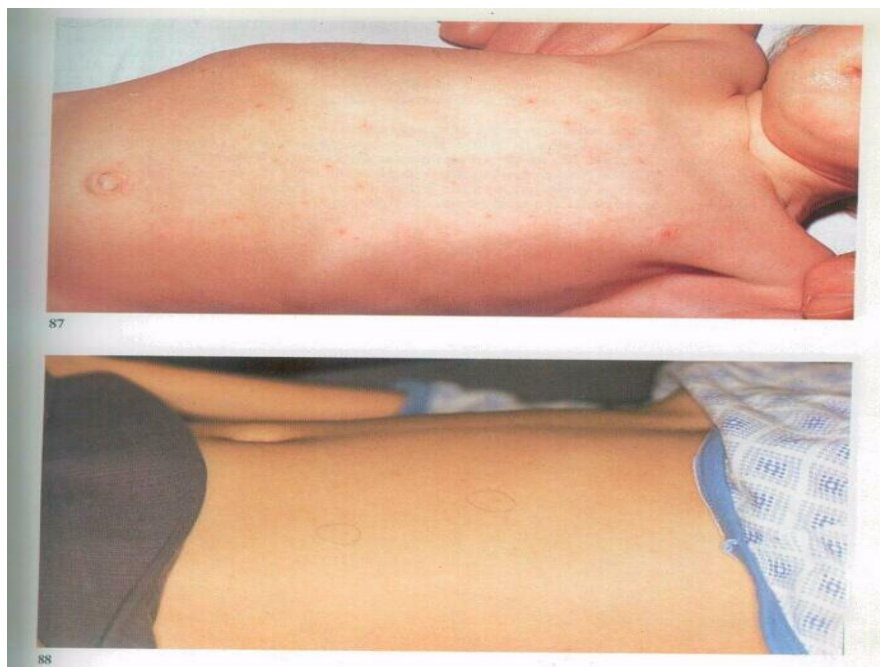
Xususiy asoratlarga:

- Ichakdan qon ketishi,
- Ichakdagi yarani teshilishi,
- Infeksion-toksik shok.

Kasallik avjiga chiqqan davrda (2-3 haftada) ichakdan qon ketishi va ichak teshilishi mumkin. Ichakdan qon ketishi kamroq, qisqa muddatli yoki aksincha, ko'p va uzoq muddatli bo'ladi. Birdaniga ko'p qon ketganida bemorning rangi to'satdan keskin oqaradi, tomir urishi tezlashadi, qon bosimi yana ham pasatlaydi. Tana xarorati qisqa muddatga me'yorlashadi. Qondagi eritrotsitlar va gemoglobinlar miqdori kamayganligi aniqlanadi. Og'ir hollarda kollaps — o'tkir yurak-tomir yetishmovchiligi kuzatiladi. Qon ketishi oz bo'lgan hollarda, najasni qora rangli bo'lib kelishi ichakdan qon ketganini bildiradi.

Ichak yarasining teshilishi kasallikning 3-4 haftalarida ro'y beradi. Aynan o'sha daqiqada bemor qorinning o'ng yonbosh qismida og'riq yuzaga keladi.

Qorinni paypaslab ko'rganda og'riq kuchayadi. Ichak tutqichi yallig'lanishiga hos bo'lgan Shchyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo'ladi. Qorin muskullari qisqa muddatga taranglashadi. Keyinchalik qorni shishadi. Tomir urishi tezlashadi, bemordan sovuq ter ajraladi. Qonni tekshirib ko'rilganida leykotsitoz kuzatiladi. Ich terlamaning bulardan boshqa asoratlari ham uchrab turadi. Pnevmoniya, xoletsistit, otit, parotit, pielonefrit, tromboflebit kabilar shular jumlasiga kiradi.



Rasm 4. Qorin tifida teridagi rozeolyoz toshmalar. Shaxsiy olingan rasm.

Kasallik ko'p hollarda tuzalish bilan tugaydi. Ba'zan bemorlarda tuzalish davri boshlanganida qaytalanish (*obostreniya*) kuzatiladi. Uning asosiy belgisi — pasaya boshlagan isitmaning qayta ko'tarilishi xisoblanadi. Shuningdek, bemorning umumiy ahvoli ham og'irlasha boshlaydi. Intoksikatsiya belgilari ortadi. Bosh og'rihi kuchayadi. Uyqu buziladi. Yotish tartibiga rioya qilinmaganida, parhez buzilganida yoki turli stress omillar ta'sirida ich terlama bilan og'riq bemorda qaytalanish kuzatiladi. Bunda qaytadan ko'tarilgan isitma 2-3 kundan bir necha kungacha saqlanib turishi mumkin. Ich terlamaning zo'rayishi kasallikning og'ir oqibatlar bilan tugallanish ehtimolini oshiradi. Ba'zan

bemor ich terlamadan tuzalغانidan so'ng, oradan 1-2 hafta o'tgach, kasallik qaytalanishi – retsdiv kuzatiladi. Retsdiv ro'y berishiga, ko'pincha bemorning tartib va parhezni qo'pol buzishi, stress holatlari sabab bo'lishi mumkin. Retsdivda kasallik alomatlari qaytadan paydo bo'ladi va avvalgidek, ma'lum qonuniyat bilan kechadi. Odatda, retsdivlar asosiy kasallikka nisbatan yengilroq o'tadi, isitmalash davri qisqaroq bo'ladi. Retsdivlar 2-3 marta takrorlanishi ham mumkin.

Kasallikning bayon qilingan belgilari bilan kechishi ko'proq uchrab tursa ham, uning yengil, sezilar-sezilmas alomatlar bilan, ba'zan "oyoqda" yurib o'tkazadigan shakllari ham uchrab turadi. Ich terlamaning g'oyat yengil - xarorat biroz ko'tarilishi, intoksikatsiya deyarli ro'y bermaydigan noaniq (ambulator) shakllari yoki qisqa muddatli isitma, yengil intoksikatsiya bilan cheklanib o'tib ketadigan abortiv turlarini vaqtida aniqlash qiyin. Bunday hollarda, ham epidemiologik nuqtai nazardan (kasallikni atrofdagilarga tarqatish jihatidan), ham asoratlar kuzatilishi mumkinligidan, xavfli xisoblanadi.

Tashxisoti. Ich terlamada, yuqorida eslatib o'tilganidek, o'ziga hos alomatlar: yaqqol ifodalangan intoksikatsiya, yuqori xarorat, terida rozeoloz toshmalar, tomir urishining xaroratdan orqada qolishi (nisbiy bradikardiya) bo'lgan hollarda klinikasiga asoslanib tashxis qo'yish qiyin emas. Qo'shimcha ravishda epidemiologik ma'lumotlar bo'lsa tashxis qo'yish yana ham osonlashadi. Lekin xar doim ham kasallik aniq ko'rinishda kechmaydi. Shu sababli kasallikka yakuniy tashxis quyishda laboratoriyada tekshirish usullaridan foydalanishga to'g'ri keladi. Ich terlama tashxisini qo'yishda quyidagi laboratoriya usullardan foydalaniladi. Qonni umumiy tahlilida kasallikni birinchi kunlari ozgina namoyon bo'lgan leykotsitoz, qisqa muddatli leykoformulani chapga siljishi, kasallik avj olganda normatsitoz yoki leykopeniya kuzatiladi. Nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya, EChT bir oz tezlashadi.

1. Gemokulturaga qonni (bakteriologik) tekshirish. U erta tashxis qo'yish usullaridan xisoblanadi. Amaliyotda, kasallik noaniq kechadigan hollarni ham inobatga olib, tana xarorati biror sabab bilan bog'liq bo'lmagan holda 3 kundan

ortiq yuqori boʻlib tursa, gemokulturaga qon olib tekshiriladi. Bu maqsadda katta yoshdagilardan bilak venasidan 5-10 ml qon olib, steril sharoitda (spirt lampasi alangasi ustida) 10% safroli suyuqlikka, Rapoport muhitiga ekiladi. Olingan qon miqdori bilan ozuqa muhitga nisbati 1:10 boʻlishi zarur. Qonni gemokulturaga tekshirish uchun kech muddatlarda olinganida, uning miqdori 10-15 ml, hatto undan ortiq boʻlishi lozim.

2. Najas va siydikni bakteriologik tekshirish uchun ekish. Kasallikning 2-haftasidan boshlab (baʼzan dastlabki kunlaridan) bakteriya najas va siydik bilan ajralib chiqq boshlaydi. Odatda siydik sterillangan idishga 50 ml miqdorida olinib, laboratoriyada uning choʻkmasi Ploskirev, Myuller yoki Kaufman muhitlariga ekiladi (urinokultura). Najasni esa 2-3gr miqdorida boʻlimning oʻzida laboratoriya tayyorlab bergan 10 ml li (penitsillin idishda) yuqorida nomi koʻrsatilgan muhitlardan biriga ekiladi (koprokultura). Urino- va koprokultura koʻproq kasallikning 2-3 haftalarida ijobiy natija beradi. Bemorda kasallik alomatlari tugaganidan keyin ham koprokultura (baʼzan urinokultura ham) olinishi bakteriya tashuvchilik holati shakllanganidan darak beradi. Respublikamiz sharoitida qorin tifidan tuzalgan bemorlarning 3-5 foizida bakteriya tashuvchilik shaklanadi (utkir yoki surinkali).

3. Safroni bakteriologik tekshirish. U faqat bemor tuzalganidan soʻng, bakteriya tashuvchilik holati bor-yoʻqligini qoʻshimcha isbotlash maqsadida oʻtkaziladi. Tekshirish uchun duodenal zond vositasida 12 bormoq ichakdan safroning A, B va C qismlari sterillangan idishga olinib, laboratoriyada tekshiriladi (bilikultura).

4. Vidal reaksiyasi. Serologik reaksiya xisoblanadi, yaʼni qonda paydo boʻlgan antitelolarni aniqlashga asoslangan. Antitelolar, odatda, kasallikning 6-7 kunidan paydo boʻladi. Reaksiya koʻyishga O-, N-, Vi-antigenlaridan tayyorlangan eritrotsitar diagnostikumdan foydalaniladi. 1:200 nisbatda yoki undan yuqori titrdagi agglyutinatsiya reaksiyasi ijobiy xisoblanadi.

Passiv gemaglyutinatsiya reaksiyasi (PGAR). Vidal reaksiyasiga nisbatan sezgirroq xisoblanadi. U kasallikning 3-4 kunlaridan soʻng ijobiy natija bera

boshlaydi. Reaksiya ko‘yish uchun bemor barmog‘idan olingan qon ham yetarli bo‘lishi mumkin. PGAR Vi-antigendan tayyorlangan eritrotsitar diagnostikum bilan yuqori titrda natija berishi bakteriya tashuvchilikdan darak beradi.

Davolash. Ich terlama bilan og‘rigan bemorlarni davolash jarayoni puxta tashkil etilishi lozim. Bemorning to‘la sog‘ayib ketishida faqat dori-darmon emas, shuningdek, parhez va tartibning ahamiyati katta. Bemor yotgan xona ozoda va shinam, tez-tez havosi yangilanib turadigan, 1-2 bemorga mo‘ljallangan bo‘lishi kerak. Tana xarorati ko‘tarilgan muddat davomida va me‘yorigacha tushganidan so‘ng bir haftagacha, bemor yotoq tartibiga rioya qilishi kerak. Bemor uzoq vaqt yotishga majbur bo‘lganida, uning parvarishiga e‘tiborni kuchaytirish kerak. Vaqti-vaqti bilan bemorni yonboshiga yotqizib, orqasi asta silanadi. Tez-tez turli suyuqliklar (gazi va shirasi yo‘qlari) ichirib turiladi. Umumiy qismda bayon qilingan usullarni qo‘llab, yotoq yaralarning oldini olish tadbirlari ko‘riladi. Og‘iz, burun shilliq qavatlari yuvib turiladi. Ich qabziyati kuzatilganida vaqti-vaqti bilan tozalovchi huqna qilinadi. Qorin dam bo‘lib, yel to‘plansa orqa teshikka gazni haydovchi naycha qo‘yiladi. Xarorat baland bo‘lib, bosh qattiq og‘riganda, peshonaga dam-badam (xar 13-20 daqiqa) muz solingan rezina haltacha qo‘yib turiladi. Bemor badani xar kuni iliq suvda xo‘llangan sochiq bilan artiladi. Ich terlama bilan og‘rigan bemorlar, antibiotik bilan davolangan bo‘lsa, xarorat me‘yoriga tushganidan so‘ng 21 kun o‘tgach, o‘zini yaxshi his qilsa shifoxonadan chiqib ketishiga ruhsat etiladi. Antibiotik olmasdan davolangan bemorlar, umumiy ahvoli yaxshilanganidan so‘ng, xarorat me‘yoriga tushgandan 14-kunidan keyin uyiga ketishlari mumkin. Bemorning xarorati me‘yoriga tushganidan so‘ng, shifoxonadan chiqib ketishi oldidan, najas va peshobdan 3 marta (5 kun oralatib) ekma olib, bakteriologik tekshiriladi. Shuningdek, bir marta duodenal zond orqali olingan safro ekmasini ham tekshirib ko‘riladi.

Bemorga tayin qilinadigan taom oson hazm bo‘ladigan, vitaminlarga boy, kaloriyali, yumshoq holda bo‘lishi kerak. Bir kun davomida bemor qabul qiladigan taomning kuchi 2500-3000 kaloriyani tashkil qilishi lozim. Ovqatga shilliq qavatlarni qitqlovchi qalampir, piyoz, sarimsoq piyoz kabi mahsulotlar

qo‘shilmasligi kerak. Ovqatning o‘zi ham issiq yoki sovuq bo‘lmasligi, iliq holda iste’mol qilingani ma’qul. Kuniga 4-5 mahal ovqatlantirish maqsadga muvofiqdir. Taom tayyorlash uchun ishlatiladigan mahsulotlar maydalanib (ezib), keyin pishirilishi talab etiladi. Go’sht faqat qiyma holida, dumaloqlab (frikadelka), guruch aralashtirib (tefteli) qaynatib yoki bug‘latib pishiriladi. Eziltirib pishirilgan shirguruch, manniy bo‘tqasi, qaynatib ezilgan kartoshka, ilitilgan tuxum parhezga to‘g‘ri keladi. Qaynatib pishirilgan baliq, uning tuxumi (ikra) tayinlanishi mumkin. Sutli ovqatlardan shiringuruch, qatiq, suzma (chakka), qaymoq, sariyog‘ bersa bo‘ladi. Yaxna choy, olma, olxo‘ri, pomidor sxarbatlaridan ichib turishi mumkin. Ayniqsa, na’matak damlamasi juda foydali. Bemor kuniga, umumiy hisoblaganda, 1,5-2 litr suyuqlik ichishi lozim. Kasallik avj olgan davrda bemorga yumshoq non o‘rniga suvi qochgan yoki qotirilgan non beriladi.

Dori-darmon bilan davolash. Qorin tifini etiotrop davolash maqsadida antibiotiklardan levomitsetin hamda ampitsillin qo‘llanadi. Levomitsetin katta yoshdagilarga 0,5 g dan, ba’zan 0,75 dan kuniga 4 mahal (2-3 g) beriladi. Uni imkoni boricha kasallikning dastlabki kunlaridan qo‘llanadi. Ko‘rsatilgan dozada levomitsetin bemorning isitmasi me’yoriga tushguncha va undan so‘ng 10-12 kun davomida beriladi. Normal xaroratning 5-8 kunlari 0,5 g dan kuniga 3 mahal, 9-12 kunlari — 0,5 g dan kuniga 2 mahal beriladi va to‘xtatiladi. Dori ovqatlanishdan 30 minut oldin ichiriladi.

Og‘ir hollarda yoki og‘iz orqali qabul qilish qiyin bo‘lsa, levomitsitin suksinat-natriy in’eksiya yo‘li bilan 1 g dan kuniga 2-3 marta muskul orasiga yuboriladi.

Ampitsillin bilan davolaganda uni 1 g dan kuniga 4 marta (4 g) ichiriladi yoki in’eksiya qilinadi. Davolash kursi 14 kun.

Keyingi vaqtlarda qorin tifini antibiotikka chidamli shtammlari paydo bo‘lmoqda, shu sababli levomitsitin samarasi yaxshi bo‘lmasa azitromitsin 500 mg dan birinchi kuni, keyinchalik 250 mg/sut og‘iz orqali buyuriladi. 3-avlod sefalosporinlardan seftriakson 2 gr/sutkaga mushak ichiga, ftorxilonlardan

siprofloksatsin 500 mg 2 maxal ogiz orkali beriladi. Bu antibiotiklar bilan davolash kursi isitma tushishini 5-7 kunlarigacha davom ettiriladi.

Antibiotiklar bilan davolaganda intoksikatsiya alomatlari ertaroq yo'qoladi. Isitma 5-6 kunda tushadi, asoratlar kam uchraydi. Lekin kasallikning zo'rayishi yoki qaytalanishi (retsdiv) va bakteriya tashuvchilik shakllanishi antibiotiklar bilan davolashga xar doim ham bog'liq emas. Shuning uchun kasallik tashxisi aniq bo'lsa ham, yengilrok kechgan hollarda antibiotik qo'llash sxart emas. Organizmning antitelogenezini stimulyatsiya qilishga ko'rsatma bo'lsa xususiy davo maqsadida mono- (Vi-antigen qorin tifida), divaksina (paratif A va B) qo'llaniladi. Vaksina yelka sohasining teri ostiga 0,1 ml dozada kasallik avj olgan davrida yuborish bilan boshlanadi. Kun oralatib uning dozasi 0,1 ml dan oshirib, jami 6-8 marta yuboriladi. Ich terlamani davolashda vitamin preparatlaridan askorbin kislotasi, "B" guruhiga mansub vitaminlar va rutin keng qo'llanadi.

Intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida vena tomiriga tomchilab reopoliglyukin, glyukozaning 5% li eritmasi, reosorbilakt, Ringer eritmasi (jami kuniga 1,0 - 1,5 litr) yuboriladi. Kasallik og'ir kechib, davolashni samarasi yaxshi bo'lmasa 10% li albumin, qon plazmasidan 100 ml dan quyib turish bemor quvvatini tez tiklashga yordam beradi. Yurak va qon tomirlari faoliyatini yaxshilash uchun vena tomiriga 20-40% glyukoza eritmasidan 20 ml (5-10 ml 5% li askorbin kislotasi qo'shib) yuboriladi. Kardioprotektorlardan tiotriozalin kabi preparatlar ham shu maqsadda qo'llanadi. Uyqusizlikda uxlatuvchi dorilar tavsiya etiladi. Ichakdan qon ketganida bemor qimirlamay yotishi kerak. 12-24 soat davomida unga ovqat berilmaydi. Qorin ustiga muz solingan haltacha qo'yiladi (u og'ir bo'lmasligi kerak). Qon ketishini to'xtatish maqsadida aminokapron kislotasining 5% li eritmasidan 100 ml vena tomiriga yuboriladi. Vikasol (vitamin K) ning 1% eritmasidan 1-2 ml teri ostiga yuboriladi. Agar bu muolajalar yaxshi naf bermasa yoki qon ko'p ketayotgan bo'lsa, gemostatik dozada (50-100 ml) qon quyiladi. Imkoni boricha, donorning qon guruhi bemorniki bilan bir hil va qon yangi tayyorlangan bo'lishi kerak. Oradan 1-1,5 kun o'tgach bemorga oz-ozdan,

iliq holda ovqat beriladi. Suyuqliklar sovuq xolda ichiriladi. Ichak yarasi teshilgan hollarda faqat jarroxlilik yoʻli bilan davolanadi.

Kasallik zoʻraygan yoki qaytalagan hollarda davolash muolajalari qorin tifining oʻtkir davrida olib boriladigan davolashdan farq qilmaydi.

Profilaktikasi. Ich terlamaning oldini olishda kasallikni erta aniqlash muhim ahamiyatga ega. Shu maqsadda 3 kundan ortiq isitmalangan bemorlardan ambulatoriya sharoitida qon olib gemokulturaga tekshirib koʻriladi. Kasallik qanday ogʻirlikda kechishidan qatʻiy nazar, barcha bemorlar shifoxonaga yotqizib davolanadi. Bemorning uyida yakunlovchi dezinfeksiya oʻtkaziladi. Bemor foydalangan koʻrpa-toʻshak, kiyim-kechaklari dezinfeksiyalanadi (dezkamerada). Idish-tovoqlar qaynatiladi. Xojatxonaga xlorli ohak yoki lizol eritmasi sepiladi.

Kasallik oʻchogʻida yana quyidagi tadbirlar amalga oshiriladi:

1. Bemor bilan muloqotda boʻlganlar roʻyhati tuzilib, 21 kun davomida ertalab va kechqurun ularning isitmasi oʻlchab turiladi.
2. Isitmasi koʻtarilgan bemorlar ehtiyotdan (provizor maqsadda) shifoxonaga yuborilib shifokor kuzatuvda boʻladilar.
3. Bemor bilan muloqotda boʻlganlardan 2 marta najas bakteriologik tekshiriladi.
4. Biror joyda kasallikni qayd etilishi ortsa, tibbiyot xodimlari hovlima-hovli yurib, bemorlar aniqlanib, shifoxonaga joʻnatiladi.

Kasallikning oldini olishda shaxsiy gigienaning ahamiyati katta. Ochiq suv havzalaridan olingan suvni faqat qaynatib ichish kerak.

Maxsus profilaktika maqsadida ich terlama vaktsinasi bilan emlash oʻtkaziladi. Vaktsina kurak terisi ostiga yuboriladi, koʻp yillar davomida kasallik uchrab turgan xududda yashovchi axoli orasida aprel-may oylarida emlash oʻtkaziladi. Ana shunda kasallik keng tarqaladigan muddat (iyun-sentabr oylari) gacha emlangan odamlarda sunʻiy immunitet shakllanib boʻladi. Ich terlamaning tarqalishida surunkali bakteriya tashuvchilar muhim oʻrin tutadi. Shuning uchun ushbu toifa odamlar tuman DSENM lari roʻyxatida boʻladilar va xar 3 oyda laboratoriya tekshirishidan oʻtkazib turiladilar. Uning atrofida xar yili emlab turiladi.

Shuningdek, kasallik uchrab turadigan, epidemik jixatdan nosogʻlom mahalla, qishloqlarda yoz mavsumi davomida salmonellyoz bakteriofagi vositasida profilaktika olib borish mumkin. Bakteriofag tabletka yoki suyuq xolda boʻladi. Tabletka 1 donadan 3 kun oralatib — haftasiga 2 marta butun yoz oylar davomida berib boriladi. Roʻyxatga olingan surunkali bakteriya tashuvchilar oziq-ovqat, umumiy ovqatlanish korxonalari, doʻkonlar, bolalar muassasalari va suv yetkazib beruvchi inshootlarida ishlashiga ruhsat berilmaydi. Jamoa profilaktikasida aholining sifatli ichimlik suv bilan taʼminlash katta ahamiyatga ega. Turar joylarning sanitariya holati yaxshi boʻlishi, maishiy chiqindilar maxsus joylarda toʻplanib vaqtida olib ketilishi ham kasallik oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

A VA B PARATIFLARI

Etiologiyasi. Bu ikkala kasallik bakteriyalari hujayrasining antigen tuzilishi, baʼzi fermentativ va biokimyoviy faoliyati boʻyicha qorin tifi bakteriyasidan farq qiladi.

A paratifi qoʻzgʻatuvchisi paratif A bakteriyasi - Salmonella paratiphi A, B paratafiniki - Salmonella paratiphi B. N-hamda O-antigenlari farq qilinadi, Vi-antigeni yoʻq. Ularning turli sharoitlarda yashash xususiyatlari ich terlama bakteriyalari bilan bir xil, farqi ekilganda gaz hosil qilishi.

Epidemiologiyasi. Bakteriyani bemor organizmidan chiqishi, tashqi muhitda yashashi, tarqalishi, sogʻlom odam organizmiga tushish yoʻllari qorin tifidagiga oʻxshash. Tarqatuvchi omillar paratif B da uy hayvonlari ham kasallik manbai boʻlishi mumkin. Mavsumiyligi, profilaktikasi boʻyicha ham bu uchchala kasallik bir-biridan kam farq qiladi. B paratifi baʼzi hollarda ovqatdan zaharlanish alomatlari kabi (qusish, ich ketishi va x.k.) oʻtadi.

Klinikasi boʻyicha ham bu hastaliklarni farqlash qiyinroq. Ayniqsa kasallik yengil kechgan hollarda bu ancha mushkul ish. Odatda paratiflarda hastalikning yashirin davri 3-4 kun qisqaroq. Boshlanishi ich terlamaga nisbatan oʻtkirroq: paratif A tumov yoki oʻtkir respirator kasallikka oʻxshab boshlanadi, bemor yuzlari qizargan, tumov belgilari namoyon boʻladi. Paratif B da esa gastroenterit

ko‘rinishida boshlanadigan hollar ko‘proq uchraydi. Og‘ir kechadigan turlari ich terlamaga nisbatan kamroq qayd qilinadi. B paratifida qorindagi rozeola toshmalar ertaroq paydo bo‘ladi (5-7 kun), ko‘proq, kattaroq bo‘lishi mumkin. Og‘ir asoratlar paratiflarda kamroq uchraydi. Ba’zi olimlar fikricha A paratifida retsidivlar ko‘proq uchraydi. Paratiflardan keyin ham bakteriya tashuvchilik holati shakllanishi mumkin. Lekin u ich terlamaga nisbatan kam uchraydi.

Tashxisi xuddi ich terlamadagidek. Qon, najas yoki siydikdan topilgan mikroob kulturasining xususiyatiga qarab, kasallikning haqiqiy qo‘zg‘atuvchisi aniqlanadi. A paratifi bakteriyalari xususiyati salmonella Yava mikroblaridan kam farq qiladi. Ularni farqlash uchun D-tartrat reaksiyasi qo‘yiladi.

A va V paratiflarida qonda leykopeniyaga nisbatan leykotsitoz ko‘proq uchraydi.

Davolash, parxez, parvarish qilish tadbirlari ich terlamaga o‘xshash.

DIZENTERIYA

(ICHBURUG‘, SHIGELLEZLAR)

Dizenteriya — ko‘p hollarda o‘tkir kechadigan, organizmning qisqa muddatli umumiy intoksikatsiyasi, oshqozon ichak faoliyatini buzilishi va asosan yo‘g‘on ichakning distal qismi shilliq qavatini yallig‘lanishi bilan o‘tadigan kasallik. Dizenteriya yunoncha “dys”- buzilish, “entoros”- ichak ma’nosini beruvchi so‘z. Dizenteriya qadimdan ma’lum bo‘lib, 1 asrda yashagan Aritey yozib qoldirgan qo‘lyozmalarda qonli, kuchanuvchi ich o‘tish deb nomlangan kasallik hozirgi dizenteriya kasalligi klinikasiga mos keladi. Antibiotiklar qo‘llaniladigan davrgacha bu hastalikdan kasallanganlarni ko‘pchiligi, ayniqsa bolalar nobud bo‘lgan.

Etiologiyasi. Dizenteriyani qo‘zg‘atuvchi bakteriyalar shigellalar (*Shigella*) avlodi Enterobacteriaceae oilasiga mansub. Shuning uchun kasallik hozirgi xalqaro iborada shigellyoz deb yuritiladi. Shigellalarni juda ko‘p hilma-hil seroturlari mavjud bo‘lib, ayniqsa Fleksner, Boyde turining juda ko‘p serovarlari bor. O‘zbekiston sharoitida epidemiologik ahamiyatga ega bo‘lgan turlari Fleksner, Boyde, Zonne bakteriyalari xisoblanadi.

Dizenteriya qo'zg'atuvchisining turlari

Xalqaro tasnifda epidemiologik va klinik jihatdan

4 turga ajratiladi

1.S.dysenteria: (12 serovar)	1. Grigorev -Shiga 2. Shtutser – Shmit 3. Lardja – Saks
2. S.Flexneri: serovar)	1.Nyukasl
3.S.Boydii (18 serovar)	
4. S.Sonnei	

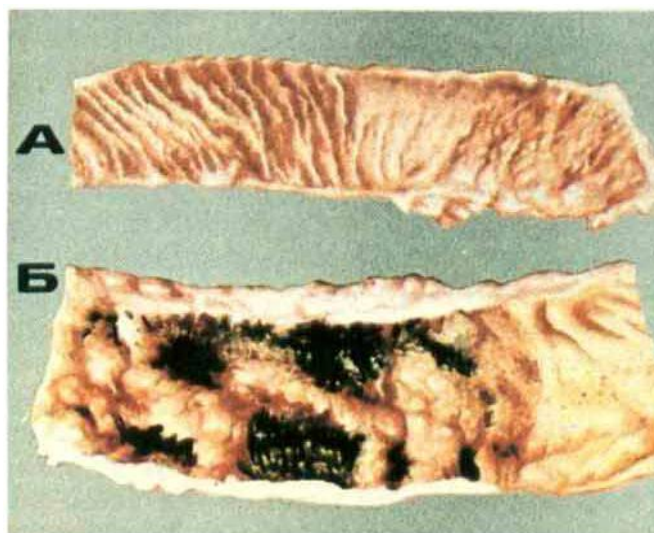
Shigellalar grammanfiy bo'yalib, uzunligi 3-4 mikrongacha boradigan, uchi yumaloq tayoqcha shaklida, xarakatsiz. Ular tuproqda bir necha oy, oqar suvda — bir necha soatdan 2 oygacha, sabzavotlar, non va saryog'da 2 haftagacha saqlanishi mumkin. Qo'l barmoqlarida, o'yinchoqlarda bir necha kungacha saqlanadi. Zonne bakteriyalari sutda yaxshi yashaydi, hatto ko'payadi. Quyosh nuri ta'sirida 30 minutda, qaynatilganida o'sha zahoti nobud bo'ladi. Ifloslangan kiyim-kechakda 18-25°C xaroratda uzoq muddat yashaydi, dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida 20-30 minutda o'ladi. Dizenteriya qo'zg'atuvchilari selenitli, Endo, Levin, Ploskirev, Tiga muhitlarida yaxshi o'sadi. Shigellalarni laboratoriya sharoitida topish uchun ana shu muhitlarga ekib o'stiriladi. Tashqi muhit ta'siriga Zonne shigellalari ancha chidamli xisoblanadi. Grigorev-Shiga tayoqchalari esa g'oyat chidamsiz. Fleksner bakteriyalari oraliq o'rinni egallaydi. Grigorev-Shiga mikroblari kuchli ekzotoksin hosil qilishi bilan boshqalardan ajralib turadi. Shu sababli ular qo'zg'atgan kasallik ko'pincha og'ir, intoksikatsiya belgilari yaqqol namoyon bo'lgan holda o'tadi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bemor odam va bakteriya tashuvchi hisoblanib, fekal-oral yo‘l bilan yuqadi. Ichburug‘ kasalligi dunyoning deyarli barcha mamlakatlarida uchraydi. Issiq iqlimli hududlarda, ayniqsa Markaziy Osiyoda ko‘p uchraydigan hastaliklardan biri xisoblanadi. O‘zbekistonda ham dizenteriya bilan kasallanish ko‘rsatkichlari yuqori. Asosan bir-biri bilan bog‘liq bo‘lmagan - sporadik kasallanish holida qayd qilinadi. Kam hollarda, ochiq suv havzalari ifloslanishi natijasida bir guruh odamlar kasallanishi kuzatilib turadi, ba‘zan bolalar muassasalarida, sanitariya-gigiena talablari qo‘pol ravishda buzilishi oqibatida, shigellalar bilan zararlanib qolgan ovqat mahsulotlari vositasida tarqalishi tufayli kichik avj olishlar kuzatilishi mumkin. Kasallika mavsumiylik hos. Yoz oylarida bemorlar soni sezilarli darajada ko‘payadi. Asosan bolalar kasallanadilar. Respublikada XX asrning 50-yillarigacha kasallanishni Grigorev-Shiga bakteriyalari keltirib chiqargan bo‘lib o‘lim ko‘rsatkichlari ham yuqori edi. 60-70 yillardan bu qo‘zg‘atuvchilar bilan bog‘liq kasallik hollari kamayib, hozirda kuzatilmaydi. O‘zbekistonda ichburug‘ning eng asosiy qo‘zg‘atuvchisi Fleksner shigellalari xisoblanadi, Zonne mikroblari 2-o‘rinni egallaydi.

Ichburug‘ kasalligida bakteriya tashuvchilarning epidemiologik ahamiyati tif-paratiflaridagidek yuqori emas. Dizenteriyani tarqatishda hastalikning yengil turi bilan og‘rigan bemorlarning o‘rni katta. Shigellalar bemor organizmidan najas bilan ajralib chiqadi. Uning atrofdagilarga tarqalishida idish-tovoq, o‘yinchoq va boshqa uy ashyolari muhim ahamiyatga ega. Shaxsiy gigienaga e‘tibor bermaslik, dizenteriyaning oilada va bolalar muassasalarida shu yo‘l bilan oson tarqalishiga sabab bo‘ladi.

Sut va sut mahsulotlarida shigellalar yoz oylarida juda tez ko‘payadi. Ayniqsa Zonne mikroblari uchun sut qulay ozuqa muhiti xisoblanadi. Bunday mahsulotni iste‘mol qilish natijasida bir guruh odamlar kasallanadi. Zararlangan sabzavotlar: bodring, pomidor, salat, ko‘k piyoz, ko‘katlarni yuvmasdan iste‘mol qilganda ham shigellalar organizmga yuqushi mumkin. Dizenteriya bakteriyalarining tarqalishida pashshalarni ham roli katta. Tarqalish yo‘llari va omillaridan qat’iy nazar, ichburug‘ mikroblari faqat og‘iz orqali yuqadi.

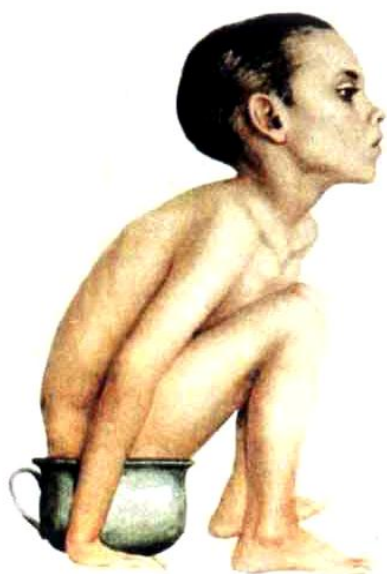
Patogenezi. Kasallikning qanday klinik shaklda kechishi bir tomondan shigellalarning xususiyatiga bog‘liq bo‘lsa, ikkinchidan bemor organizmining holati va xususiyatlari bilan bog‘lik. Dizenteriyani qaysi turi yuqishi ham kasallikni patogenetik, klinik rivojlanishida o‘ziga hos kechishi mumkin. Zonne turi ko‘p hollarda oziq-ovqatlar bilan ko‘p miqdorda organizmga tushib oshqozon-ichakda parchalanganda endotoksinlar hosil bo‘ladi va bu toksinlar ingichka ichak shilliq qavatlariga ta’sir qilib o‘tkazuvchanlikni oshiradi, fermentativ tizimga ta’sir qilib adenilsiklaza fermenti faolligini oshiradi va ichak bo‘shlig‘iga suyuqlikni ko‘p miqdorda chiqishi gipersekretor diareyani keltirib chiqaradi. Toksinning neyrotrop xususiyatli qismi - markaziy nerv tizimi, vegetativ va simpatiko-adrenal tizimga ta’sir ko‘rsatadi. Dizenteriyada asosiy patologik o‘zgarishlar yo‘g‘on ichakning oxirgi qismlari — sigmasimon va to‘g‘ri ichakda kuzatiladi. Shu bilan bir qatorda, butun me‘da-ichak yo‘llarida ro‘y beradigan o‘zgarishlar toksinning enterotrop xususiyatli qismi ichak nerv-tomir tizimiga ko‘rsatadigan ta’siri bilan bog‘liq. Qon tomiri devorlari o‘tkazuvchanligining ortishi tufayli, ichak shilliq qavati qizaradi (giperemiya), bo‘rtib chiqadi. Mahalliy qon aylanishi buzilishi oqibatida to‘qimaning ayrim joylarida nekroz yuz beradi. Uning ustidagi parda tushib ketgach, yara hosil bo‘ladi, bu yara 1-2 hafta ichida bitadi. Amalda yaralar paydo bo‘lishi kam uchraydi. Ko‘p hollarda shilliq qavat yallig‘lanishiga hos alomatlar, ba’zan, mayda qon quyilishi – gemorragiyalar bo‘lishi mumkin. Keyingi yillarda shigellalarning epiteliy hujayrasi ichiga kirish va u joyda kupayish xususiyati borligi aniqlandi. Bu davrda organizmda javob reaksiyasi hisobiga immunoglobulinlar ishlab chiqariladi va mikroblarni organizmdan chiqib ketishi kuzatiladi.



Rasm 5. Dizenteriyada ichakdagi patologianatomik o'zgarishlar:

A. Kataral-folikulyar kolit; B. Fibrinoz-yarali kolit. Kaf. tablitsasi

Klinikasi. Dizenteriyaning yashirin davri o'rta hisobda 2-3 kun (1 kundan 7 kungacha) davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanadi. Dastlab et uvishib, lohaslik paydo bo'ladi. Ko'p vaqt o'tmay isitma ko'tariladi, u odatda 38-39°C dan oshmaydi va uzoq davom etmaydi. Ishtaha yo'qoladi, oradan 1-2 soat o'tgach qorinda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq doimiy bo'lmay, vaqti-vaqti bilan burab og'riydi, keyin biroz kamayadi. Ichburug'da og'riq asosan kindikdan pastda, ko'proq chap yonboshda his etiladi. Shu bilan bir vaqtda yoki biroz kechikib hojat



qistaydi. Ko'pincha dastlab ich suyuq holda ko'p keladi va patologik aralashmalar bo'lmaydi. Vaqt o'tgan sari xojatga borish tezlashadi va najas oz miqdorda, kuchanish bilan keladi. Hojatdan so'ng bemor yengil tortmaydi. Kasallik avjiga chiqqan davrda xojat juda tez qistaydi. Bunda najas massasi g'oyat kamayib ketadi, unga shilliq va qon aralashgan, ayrim hollarda hatto yiringli bo'ladi. Ushbu holatda bemor halovatini yuqotadi.

Rasm 6. Dizenteriyada kuzatiladigan tenezm.

Kaf. tablitsasidan.

Hojatxonadan qaytib ulgurmasidan, qaytadan hojatga qistaydi. Baʼzan borganida hech narsa kelmaydi, bu soxta chakiruv deyiladi. Shuningdek, ich kelishida kuchanish, iyinish boʻlib, pastga tortib ogʻriydi, achishadi. Bemor uzoq vaqt kuchanib oʻtiradi. Bu belgi tenezm deyiladi va dizenteriyaga hos xisoblanadi.

DIZENTERIYANI KLINIK SHAKLLARI

I. Oʻtkir dizenteriya

1. Kolitik shakli ogʻirlik darajasi boʻyicha:

- A) yengil
- B) oʻrta ogʻir
- C) ogʻir
- D) Bilinar-bilinmas

2. Gastroenterokolitik shakli ogʻirlik darajasi boʻyicha:

- A) yengil
- B) oʻrta ogʻir
- C) ogʻir
- D) bilinar-bilinmas

II. Surinkali dizenteriya

- 1. Retsidivlovchi
- 2. Uzuluksiz

III. Bakteriya tashuvchilik

Ogʻir hollarda, ayniqsa goʻdaklarda kuchaniq zoʻridan orqa peshovda yorilish boʻlishi mumkin. Kasallikning qanday ogʻirlikda kechishiga qarab, yengil turlarida kuniga 5-8-10 marta ich surishi kuzatilsa, ogʻir hollarda 25-30 marta va undan ortiq boʻlishi mumkin. Baʼzan bemor "hisobdan adashib" ham ketadi. Hojatni tuta olmay qolgan hollar ham boʻladi. Umuman olganda, ichburugʻda oʻrta

og'irlikda kechadigan hollar ko'proq qayd etiladi. Bunda ich surishi kuniga 10-15 marta boradi.

Hastalik avj olgan davrda bemor ko'zdan kechirilganida uning yuzida iztirob alomatlari seziladi. Bemor ko'pincha yonboshlab, ikkala qo'lini qorniga qo'ygan holda yotadi. Qorindagi og'riq zo'raygan vaqtda yuzi tirishib ketadi, dodlab yuborgudek bo'ladi. Ko'pincha tana xarorati ko'tariladi, Tomir urishi tezlashadi. Bemorni ko'zdan kechirganda tili biroz quriqshagan, karash bilan qoplagan bo'ladi. Yurakda taxikardiya eshitiladi. Bemorning qorni taranglashgan, paypaslab ko'rilganda yo'g'on ichak yo'nalishi bo'yicha og'riq seziladi. Ko'pincha og'riq chap yonbosh sohasi va qovuq ustida kuchli bo'ladi. Chap yonbosh sohasida qorin mushaklari ostida tarang tortilgan sigmasimon ichakni paypaslab ko'rish mumkin. Tekshirish vaqtida u qattiq og'riydi. Qonda ba'zan biroz leykotsitoz, EChT ortgani kuzatiladi. Dizenteriyaning avj olish davri ko'pincha 3-4 kundan oshmaydi. Ich kelishi kamaya boshlab, dastlab suyuq holda bo'ladi. Keyinchalik, najas odatdagi tusda bo'lib, kuniga 1-2 marta keladi. Ich kelishi me'yorlashishdan 1-2 kun oldin undagi patologik qo'shimchalar (qon, shilliq) aralashmasi yo'qoladi. Qorindagi og'riq ham kamayib, ich yaxshilanishi bilan yo'qola boradi. Bolalar va keksaklarda ichburug' kasalligi ko'pincha og'ir o'tadi. Intoksikatsiya belgilari yaqqol ifodalangan bo'ladi. Ich buzilishi davri 10-12 kungacha cho'zilib ketishi mumkin. Sog'ayish ham ancha sekinlik bilan bo'ladi. Grigorev-Shiga mikroblari ekzotoksin ishlab chiqarishi tufayli, ular qo'zg'atgan dizenteriya ko'pincha og'ir kechadi. Bunda ichak faoliyati belgilaridan ko'ra, umumiy intoksikatsiya kuchli rivojlanadi. Uning ta'sirida yurak-tomir tizimi sezilarli darajada buziladi. Qon bosimi pasayadi, ba'zan kollaps ro'y beradi. Intoksikatsiya ta'sirida o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin.

Gastroenterokolit shaklida inkubatsion davri qisqa bo'lib, bir necha soatni tashkil qilishi mumkin. Kasallik ovqat toksikoinfeksiyalari klinikasi kabi kechadi. Bu klinik shaklni asosan Zonne bakteriyasi keltirib chiqaradi. Kasallik o'tkir boshlanib, qusish, qorin og'rishi bilan boshlanadi. Deyarli bir vaqtda yoki biroz keyin ich surishi boshlanadi. Najas ko'pincha suvdek suyuq, shilliq va biroz qon

aralash bo‘ladi. Bemorni ko‘zdan kechirganda organizmning suvsizlanish belgilari aniqlanadi. Qorinni paypaslab ko‘rganda og‘riq ikkala yonbosh soxasi va kindik atrofida ham seziladi. Kasallik yengil kechganida bemorning umumiy ahvoli kam o‘zgaradi. Tana xarorati deyarli ko‘tarilmaydi. Qorinda biroz og‘riq bo‘ladi, ich buzilib, kuniga 3-5 marta suvdek ketadi. Og‘irroq hollarda intoksikatsiya va diareya sindromiga hos belgilar yaqqol ifodalanadi. Umumiy holsizlik, ishtaha yo‘qolishi, ko‘ngil aynishi, tana xaroratining ko‘tarilishi intoksikatsiya belgilari xisoblanadi. Xarorat 38-39°C gacha, og‘ir hollarda kasallik boshlanishida - 40°C gacha ko‘tarilib, suvsizlanish yuqori darajaga yetganida tana xarorati pastlashi mumkin. Qorin turib-turib "mijig‘lab" og‘riydi.

Kasallik og‘ir kechgan hollarda organizmda suvsizlanish (degidratatsiya) ro‘y beradi. U ko‘proq bolalarda uchraydi. Odatda, dizenteriyada degidratatsiya II-III darajagacha boradi. Bemorni ko‘zdan kechirganda, ko‘pincha yuz va tana terisi oqargan bo‘ladi. Paypaslab ko‘rganda teri kuruqshab qolgan, elastikligi yukolgani aniqlanadi. Tomir urishi tana xaroratiga monand ravishda tezlashadi, tarangligi pasayadi. Qon bosimi tushadi. Yurak tonlari bo‘g‘iq bo‘ladi. Og‘irroq hollarda boldir mushaklarida tirishish kuzatiladi. Bemor ko‘p chanqaydi. Tili qurib qoladi, karash bilan qoplanadi.

Qorin ba‘zida biroz ko‘pchigan bo‘ladi. Paypaslab ko‘rganda qorinda og‘riq seziladi, ayniqsa, kindik atrofida og‘riq kuchli bo‘ladi.

Kasallikni surunkali shaklga o‘tishga sabab bo‘luvchi omillar:

1. Odam organizmi xususiyatlari bilan bog‘lik omillar:

Oshqozon ichak tizimidagi boshqa hamrox kasalliklar, nerv tizimining buzilishlari, organizmning immunoreaktiv xususiyatlari noto‘liqligi va x.k.

2. Mikroorganizm xususiyatlari bilan bog‘lik omillar: turli tip va shtammlar ahamiyati, dori moddaga chidamliligi, dizbakterioz.

3. Dizenteriya – mikst etiologik kompleksi omillari: (gelmintozlar, protozoy invazyalari va boshkalar).

4. Shifokor aybi bilan kuzatiladigan omillar: kech tashxislanish, noto‘g‘ri davolash, erta kasalxonadan chiqarish, tartibning buzilishi.

Tashxisoti. Ichburug' kasalligiga tashxis qo'yishda kasallikning o'ziga hos gemokolit belgilari (qon va shilliq aralash ich ketishi) mavjudligi katta ahamiyatga ega. Shuningdek, epidemiologik ma'lumot ham e'tiborga olinadi. Bemor bilan muloqotda bo'lish, ichish uchun oqar suvlardan foydalanish, turar joylarning sanitariya holati yomonligi, pashshalar ko'pligi ichburug' tashxisini qo'yishda muhim o'rin tutadi.

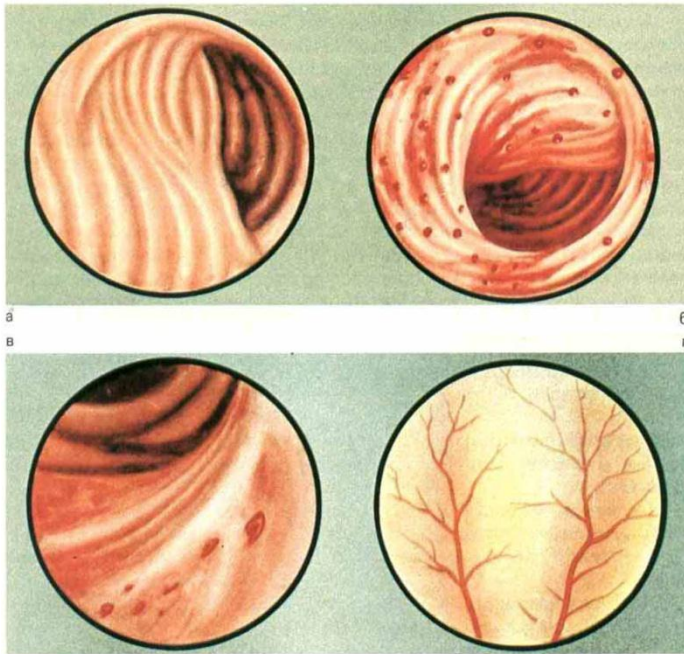
Laboratoriya tashxisi. Dizenteriya tashxisini qo'yishda laboratoriya usullaridan bakteriologik tahlil va najasni koproskopik tekshirish iatijalari hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Najasni bakteriologik tekshirish uchun dezinfeksiyadan so'ng yuvib, qaynoq suv bilan chayib tashlangan tuvakdan simli ilgakcha vositasida 2-3 gr najas olib, Tiga, Ploskirev muhitlariga ekiladi. Yaxshi natija olish uchun shilliq va yiring aralashmasi bor joydan olib ekiladi. Sterillangan tamponni orqa teshik orqali kirgizib ham tahlil olish mumkin. Tekshirish kasallikning dastlabki kunlarida va antibiotik qo'llashdan oldin tashkil etilsa, ijobiy natija (koprokultura) olish imkoni ortadi.

Dizenteriyada najasni bakteriologik tekshirish xar doim ham ijobiy natija beravermaydi. Shu sababli bakteriologik tekshirish ijobiy natija bermasligi "dizenteriya yo'q" degan ma'noni bildirmaydi. Kasallikning klinik namoyon bo'lishi o'ziga hos bo'lgan hollarda, najasdagi o'zgarishlar yaqqol aniqlanganda, ichburug' tashhisini bakteriologik tasdiqsiz ham qo'yish mumkin.

Shunga ko'ra, dizenteriya tashxisida koproskopik tahlil muhim xisoblanadi. Avvalo, najasni ko'zdan kechirganda uning konsistensiyasi, ko'zga tashlanadigan qon, shilliq, yiring aralashmalari bor-yo'qligiga e'tibor beriladi. Surtma tayyorlab mikroskop ostida tekshirilganda ko'rish maydonida 10 tadan ortiq leykotsit va eritrotsitlar bo'lishi dizenteriyada ko'p uchraydi. Ba'zi hollarda ko'rish maydoni eritrotsit, leykotsit, shilliq bilan to'lib yotgan bo'ladi.

Ilgari ichburug' tashxisini qo'yishda rektoromonoskopiya usuli keng qo'llanilar edi, keyingi yillarda rektoromonoskopiya usuli kam qo'llanilmoqda. Klinik va laboratoriya tekshirishlarni dizenteriyaga hos natija berganida



rektoskopiyaga hojat ham qolmaydi. Diaganostika uchun qiyin hollarda yoki ichakda xavfli o'smalar borligiga shubha qilinganida, hozirgi davrda kolonofibroskopiya usullaridan foydalaniladi. Bu asbob tolali optika yutuqlari asosida yasalgan bo'lib, egiluvchan plastmassa bilan qoplangan. Uning uchidagi ko'rish linzasi vositasida

ichakning hohlagan qismida shilliq qavat holatini o'rganish mumkin. Lozim bo'lgan hollarda, fotoapparat ulab, kerakli joyning rasmi yoki kompakt diska yozib olisa ham bo'ladi.

Dizenteriyaga tashxis qo'yishda passiv gemagglyu-tinatsiya reaksiyasi (PGAR) qo'yiladi. Buning uchun kasallikning 3-4 kunidan boshlab, bilakdan 1-2 ml qon olib, dizenteriya eritrotsitar diagnostikumi bilan serologik reaksiya qo'yiladi. Reaksiyaning diagnostik titri 1:100 va undan yuqori. Oradan 4-5 kun o'tkazib tekshirish takrorlansa, reaksiya titri ortib boridi.

Rasm 7. Rektoskopiya ichakdagi o'zgarishlar:

- A. Sog'lom yo'gon ichak shilliqqavati.
 - B. Kataral-folikulyar kolit.
 - V. Erroziv-yarali kolit.
 - G. Atrofik kolit.
- Kaf. tablitsasi

Bir vaqtlar dizenteriyaga tashxis qo'yishda allergik sinovdan ham foydalanilardi. Uni Suverkalov teri allergik sinamasi deyiladi. Hozirgi vaqtda amaliyotda undan foydalanilmaydi.

Davolash. Ichburug' bilan og'rikan bemorlar odatda shifoxonaga yotqizib davolanadi. Kasallik yengil ko'rinishda kechgan hollarda, katta yoshdagi bemor

xonadonida sanitariya-gigiena talablariga javob beradigan sharoit bo'lsa, uyda ham davolanishi mumkin. Bunday holatlarda bemor yotgan xona, hojatxonalar vaqtida joriy dezinfeksiyalanishi lozim. Oziq-ovqat korxonalari, do'konlarida, bolalar muassasalarida ishlaydigan bemorlar, kasallik qanday og'irlikda kechishidan qat'iy nazar, shifoxonaga yotqizib davolanadi.

Bemorni davolash xar tomonlama asoslangan bo'lishi lozim. Kasallik avj olgan davrda osonroq hazm bo'ladigan taomlar buyuriladi (Pevzner bo'yicha 4-stol). Sut qo'shilgan ovqatlar tavsiya etilmaydi. Ichak shilliq qavatini qitqlovchi xom piyoz, sarimsoq piyoz, qalampir, o'rik ham to'g'ri kelmaydi. Asal yeb turish foydali xisoblanadi.

Kasallik o'rta og'irlikda va og'ir kechgan hollarda etiotrop davolash maqsadida antibiotiklar qo'llash mumkin. Jumladan, siprofloksatsin (sifloks) (0,5 g dan kuniga 2 maxal), nifuroksazid (ersefuril, stopdiar) kabi dorilardan birortasi 200 mg dan 5 kun davomida beriladi. Antibiotiklar bo'lar-bo'lmas hollarda tayin qilinishi, davolash kursi ko'pincha ohiriga yetkazilmasligi tufayli, keyingi paytlarda shigellalar orasida antibiotik ta'sir etmaydigan mikroob shtammalri ko'payib bormoqda. Shu holatni yodda tutib, antibiotik faqat zarurat bo'lgandagina qo'llanishi lozim. Qolaversa, antibiotiklar ta'sirida ichak disbakteriozi kuchayishini ham unutmash kerak.

Keyingi paytlarda dizenteriyani davolashda pektinning 5% li (bolalar uchun 3% li) eritmasini 3-4 kun ichirish yaxshi naf bermoqda. Bu preparat shigellalarga bakteritsid ta'sir ko'rsatib, ichakning normal mikroflorasiga ziyon yetkazmasligi isbotlangan.

Ichburug' og'ir kechgan hollarda intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida 5% li glyukoza, 0,9% li osh tuzi, Ringer eritmalariga askorbin kislotasi (5% li 5 ml) qo'shib tomirga tomchilab yuboriladi. Bemorning ahvoliga qarab, kuniga yuboriladigan suyuqlik miqdori 500-1500 ml ni tashkil etadi. Yurak faoliyatini yaxshilash uchun tiotriozolin, strofantin qo'llanadi.

Qorindagi og'riqni kamaytirishga 2% li papaverin (2,0 ml), no-shpa (2,0 ml), baralgin (5,0 ml) eritmalaridan muskul orasiga yuboriladi. Bemor axvoli ko'targan

hollarda bu preparatlarni tabletka holda berish mumkin. Qoringa issiq suv solingan rezina xaltachani vaqti-vaqti bilan qo'yib turish ham og'riqni kamaytiradi.

Bemor shifoxonadan ich kelishi me'yoriga qaytgan, najasni klinik laboratoriyada tekshirganda patologik elementlar yo'qolganidan so'ng, umumiy ahvoli yaxshi bo'lgan holda ketishiga ruhsat etiladi. Bu orada antibiotik bilan davolash tugaganidan so'ng, bir marta koprokulturaga olingan (nazorat) tahlili manfiy natija bergan bo'lishi kerak. O'rta hisobda ichburug' bilan og'riqan bemor shifoxonada 9-10 kun yotadi.

Profilaktikasi. Dizenteriyaning profilaktikasida aholining suv ta'minotini yaxshilash, turar joylarni ozoda tutish muhim ahamiyatga ega. Oziq-ovqat tayyorlaydigan korxonalar, sut kombinatlari, bolalar muassasalarida ishni sanitariya-gigiena talablariga qat'iy rioya qilgan xolda tashkil etish lozim. Kasallik oldini olishda pokiza bo'lish juda ahamiyatlidir. Shuning uchun aholi orasida keng tushuntirish va targ'ibot ishlari olib borish zarur.

Bemor shifoxonaga jo'natilganidan so'ng xonadonida yakunlovchi dezinfeksiya o'tkaziladi. Bemor atrofidagi oziq-ovqat tizimi yoki unga tenglashtirilgan korxonada ishlaydigan muloqotda bo'lgan kishilar ustidan 7 kun muddatga tibbiy nazorat o'rnatiladi. Bu davr ichida najasi bir marta bakteriologik tahlil uchun olib tekshiriladi.

Dizenteriya muttasil ko'p qayd etiladigan qishloqlarda yoz fasli davomida bakteriofag vositasida fagoprofilaktika olib boriladi. Dizenteriya bakteriofagi suyuq yoki tabletka xolida bo'ladi. Tabletka kattalarga xar 3 kunda bittadan ichirib turiladi. Bolalarga esa suyuq bakteriofag shu muddatlarda 5-10 ml dan ichiriladi.

AMYOBIAZ (AMAEBIASIS)

Protozoy kasalliklaridan bo'lib, asosan yo'g'on ichakda yaralar paydo bo'lishi, ba'zida boshqa organ tizimlarning zararlanishi bilan kechadigan infeksiyon kasallikdir. Amyobiaz yoki «amyobali dizenteriya» asosan issiq iqlimli tropik mintaqalarda, shuningdek, iflos joylarda ko'proq tarqaladi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi — Entamoeba histolytica. Uch xil shakli bor: a) to'qimali - vegetativ shakli (forma magna); b) oraliq (forma minite); v) sista-

tuhumli (forma cystica) shakllari deb nomlanadi. Vegetativ shakli 10—18 mkm boʻlib, past xaroratga chidamlidir, 55°C gacha boʻlgan xaroratda qizdirilganda halok boʻladi.

Epidemiologiyasi. Amyobiazga uchragan bemor yoki dizenteriya amyobalari tashuvchisi — kasallik manbaidir. Odam ifloslangan suvni ichganda, oziq-ovqat mahsulotlarini yuvmasdan isteʼmol qilganda, shuningdek, iflos qoʻllar orqali kasallikka chalinadi. Kasallik yoz-kuzda koʻpayadi.

Patogenezi. Ichak shilliq qavatiga tushgan amyobalar bir muncha yalligʻlanish bilan kechadigan destruktiv (yarali) oʻzgarishlarni keltirib chiqaradi.

Koʻndalang-chambar va sigmasimon ichaklarda, koʻproq koʻr ichakda yara hosil boʻladi. Baʼzi hollarda amyoba qon oqimi bilan jigarga tushib, u yerda nekrotik yalligʻlanish (abscesslar)ni keltirib chiqaradi, kamdan-kam hollarda amyoba boshqa organ va tizimlarga, aksariyat oʻpkaga ham tushishi mumkin.

Klinikasi. Amyobiazni rivojlanish joyiga qarab 3 xili farqlanadi: 1) Ichak amyobiazni; 2) Ichakdan tashqi xili; 3) teri amyobiazni. Ichak amyobiazning yashirin davri 20 kundan 45 kungacha davom etadi. Kasallik sekin-asta boshlanib, bemor 3-4 marta suyuq ich oʻtishi, qorindagi ogʻriqdan shikoyat qiladi. Keyinchalik ogʻriq kuchayib ich oʻtishi shilimshiqli, qon aralashgan boʻladi. Isitma boʻlmasligi, gemorragik kolit belgilari va ahlatning “malina jelesi” holida boʻlishi kasallikka hos boʻlgan belgilardan xisoblanadi. Bemorni xoli quriydi, kamqonlik belgilari paydo boʻladi. Qorin paypaslab koʻrilganda yoʻgʻon ichakni qattiqlashganligi, ogʻriqli holati aniqlanadi. Yoʻgʻon ichakda rektoromanoskopiya yoʻli bilan aniqlash mumkin boʻlgan chuqur yaralar hosil boʻladi. Qon tahlilida, koʻpincha eozinofiliya aniqlanadi. Ahlat mikroskopda tekshirilib koʻrilganda, unda amyoba yoki uning sistalarini topsa boʻladi. Yoʻgʻon ichak shilliq qavatining koʻchib tushishi va keyinchalik peritonit rivojlanishi bilan kechadigan ichak perforatsiyasi bu kasallikning asoratlaridir. Bolalarda jigar zararlanganda uning kattalashganligi (koʻpincha uning oʻng boʻlagi paypaslanganda ogʻriq, isitma koʻtarilishi) kuzatiladi. Periferik qonda leykotsitlar soni oshib ketadi, EChT tezlashadi, oʻrtacha ifodalangan kamqonlik yuzaga keladi. Bir necha oydan sung jigarda abscess paydo

bo'lishi mumkin, bunday holatlarda yuqori isitma, qaltirash, o'ng qobirg'a ostida og'riq bezovta qiladi. Jigar ultratovush bilan tekshirilganda, ko'pchilik hollarda abscess o'lchamlari aniqlanadi. Jigarning amyoba bilan zararlanishi, infeksiyaning u yerdan boshqa organlarga tarqalishining eng jiddiy alomatlaridan biri xisoblanadi. Ko'pincha amyobali infeksiya belgisiz kechadi, parazitning ahlatda topilishi uning bittayu-bitta belgisi xisoblanadi.

Tashxisoti. Laboratoriya usulida eritrotsitlar tomonidan yutilgan amyobalar katta vegetativ shaklining aniqlanishi ichaklar amyobiazi tashxisining tasdig'i bo'lib hizmat qiladi. Bemor zardobidagi maxsus antitelolarni aniqlashga imkon beruvchi bilvosita immunoflyuoressensiya reaksiyasi yordamida (PGAR) gemagglyutinatsiya serologik reaksiyasidan (zardob titri 1:80 va undan yuqori) foydalaniladi. Rektoromanoskopiya yordamchi usul bo'lib xisoblanadi. Shigellyozlar, nospetsifik yarali kolit, balantidiaz, yo'g'on ichak o'smasi bilan differensial diagnostika o'tkaziladi.

Davosi. Maxsus kompleks davo — emetin, dehidroemetin, yatren, xingamin, metronidazol, tetratsiklin, monomitsin bilan birgalikda faqat kasalxonada sharoitlaridagina davo olib boriladi. Emetin 6 yoshga to'lmagan bolalarga buyurilmaydi. Tasdiqlangan ichak amyobiazida metronidazol (flagil, trixopol, klion) 750 mg dan 3 mahal, bolalarga 40 mg/kg sutkaga ichish uchun 10 kun davomida tinidazol tayinlanadi. Keyin esa 20 kun davomida yodoxinol yoki 10 kun diloksanid furoat 500 mg dan 3 mahal (bolalarga 20 mg/kg) buyuriladi. Bemorlarga dezintoksikatsion, quvvatga kirituvchi davo qilinadi. Jigar abscessi yuz bergan hollarda jarroxlik yo'li bilan davolanadi. Bemor butun davolanish davomida kasalxonada bo'ladi. U bilan kontaktda bo'lgan kishilar bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi, kasallik qo'zg'atuvchilari topilgudek bo'lsa, yatren bilan sanatsiya qilinadi.

SALMONELLYOZ

Salmonelyoz – o'tkir ichak kasalliklari orasida muhim o'rin tutib, u zooantroponoz kasallik bo'lib, ko'p hollarda me'da-ichak tizimini faoliyatini

buzilishi va intoksikatsiya alomatlari, baʼzida tarqalgan septik yoki tifsimon kechadigan klinik manzarasi turlicha namoyon boʻladigan kasallik boʻlib xisoblanadi.

Salmonellalar avlodiga mansub bakteriyani birinchi boʻlib 1880 yili Ebert tomonidan qorin tifi bilan kasallangan bemordan ajratib olgan boʻlsa, keyinroq (1885 y.) D.Ye.Selmon va Dj. Smitlar choʻchqalar orasida kasallik tarqalganda, shunga oʻxshash bakteriya ajratib olishgan. Shu davrdan boshlab salmonellalarning juda koʻp yangi serovarlari topilgan. Hozirgi kunda salmonellalarning 2300 dan ortiq serovari maʼlum. 1898 yili Liner taklifi bilan bu avlodga kiradigan bakteriyalarni Selmon sxarfiga salmonellalar deb yuritishni taklif qilgan, 1934 yilda xalqaro nomenklatura hayʼati salmonellalar keltirib chiqargan kasalliklarni salmonellyoz deb nomlashni kiritishgan.

Etiologiyasi. Oʻzbekistonda salmonellyozlar 1960 yillardan boshlab chuqur oʻrganib kelinmoqda. Hozirgi kungacha respublikada 100 dan ortiq serovari aniqlangan boʻlib, ular orasida eng koʻp epidemiologik ahamiyatga ega boʻlganlari: *S.tiphimurium*, *S. enteritidis*, *S.newport*, *S.anatum*, *S.heydelberg* va boshqalar xisoblanadi. Oʻzbekiston sharoitida eng koʻp kasallik keltirib chiqaradiganlari *S.tiphimurium*, *S. Enteritidis* lardur.

Salmonellalar xarakatchan tayoqcha shaklida boʻlib, uzunligi 1-3 mk, yoʻgʻonligi 0,5 mk. Tanasida gir aylana joylashgan hivchinlari bor, ular yordamida tez xarakat qiladi. Kuchsiz ishqoriy muhit (rN-7,4-7,5) da yaxshi oʻsadi. Bakteriya tanasida O-antigen, hivchinlarida N-antigen mavjud. Baʼzi serovarlarida yuzaki Vi-antigen ham bor. O-antigen qizdirishga chidamli. N-antigen qizdirishga chidamsiz, 75-100°C da qizdirilganida, xlorid kislotasi va alkogol taʼsirida tez parchalanadi. Salmonellalar tashqi muhitda boshqa ichak guruhi mikroblariga nisbatan ancha chidamli. Ular kuruq va past xaroratli muhitda yaxshi saqlanadi. Sut va sut mahsulotlarida salmonellalar 40 kungacha yashashi mumkin. Goʻshtda salmonellalar 6 oygacha, suvda 5 oygacha, sovutgichda esa 60 kungacha saqlanib turadi. Tuhum va undan tayyorlangan mahsulotlarda, non va boshqa ozik-ovqat mahsulotlarida ham salmonellalar uzoq vaqt yashashi mumkinligi isbotlangan.

Ko'k piyoz, bodring va boshqa sabzavotlarda 14-15 kungacha tirik saqlanib qoladi. Antibiotik, dezinfeksiyalovchi moddalarga chidamli bulgan "gospital" shtamlari ham mavjud.

Epidemiologiyasi. Kasallikni manbai kasal hayvonlar, parrandalar, bemor odam va bakteriya tashuvchilar bo'lib hisoblanib, og'iz orqali yuqadi. Yirik shohli hayvonlar, uy parandalarida kasallik bo'lsa, ayniqsa tarqalgan, septik shakllari rivojlangan bo'lsa, shu hayvon va parrandalar mahsulotlarini ist'emol qilganda, odamlar orasida kasallik keng tarqaladi. Chunki mahsulotlar pishirilganda ham salmonellalar tirik holda saqlanib qolishi mumkin. Cho'chqa va parrandalar orasida ham salmonellyoz ko'p uchraydi. Kasal parrandalarning go'shti ham, tuxumi ham salmonellalar bilan zararlangan bo'ladi.

Bemor odam yoki bakteriya tashuvchi ham infeksiya manbai bo'la oladi. Infeksiya manbai sifatida bemor odamning o'rni hayvonlarga nisbatan kam. Odamdan kasallik atrofdagilarga asosan kundalik bevosita muloqot yo'li bilan, ifloslangan anjomlar vositasida tarqaladi. Bemor yoki bakteriya tashuvchi ovqat tayyorlash, tashish, sotish bilan mashg'ul hollarda salmonellalar boshqa ichak infeksiyalaridagi kabi, ovqat mahsulotlari vositasida tarqalib, ovqat toksikoinfeksiyasi kabi epidemiologik holat ko'rinishida bo'ladi.

Salmonellyoz tarqalishida asosiy omil ovqat mahsulotlari xisoblanadi. Bunda mikroob sog'lom odam organizmiga zararlangan hayvon go'shti yoki tuxumi vositasida og'iz orqali tushadi. Ba'zi hollarda kasal hayvon chiqindilari suvga tushib, suv orqali odamlar orasida kasallik tarqalishi mumkin. Kasallik ushbu yo'l bilan tarqalganida odatda, shu suv manbaidan foydalanadigan aholi orasida salmonellyoz katta yo kichik epidemik avj olish holida qayd etiladi.

Oilada katta yoshdagi odam salmonelyoz bilan og'riganida muloqot orqali kasallik atrofdagi bolalarga, ayniqsa, bir yoshgacha bo'lgan go'daklarga tarqalishi mumkin. Hastalikning bunday yuqishi ayniqsa tug'ruqxonalar va chaqolaqlar bo'limida ko'proq uchrab turadi. Tibbiyot hodimlari, shifoxonaga yotqizilgan homilador ayollar, go'daklar orasida salmonellyoz kasalligi yoki bakteriya tashuvchilar bo'lganida, tibbiyot muassasalarida kasallik avj olishi kuzatiladi,

kasalxona ichi infeksiyasi kelib chiqishi xavfi yuqori bo‘ladi, ayniqsa bolalar shifoxonalarida bu kasallikni tarqalishiga katta havf soladi. Ularning kelib chiqishiga o‘sha joyda sanitariya-gigiena talablarining qo‘pol ravishda buzilishi sabab bo‘ladi.

O‘zbekiston Respublikasida salmonellyoz Yevropa davlatlariga nisbatan kamroq hollarda uchraydi. Bu holat, fikrimizcha, mahalliy aholining ovqatlanish an‘analari — ovqatni yaxshi qaynatib yoki qovurib tayyorlash odati bilan ham bog‘liq bo‘lsa kerak. U asosan sporadik kasallik sifatida qayd qilinadi. Ba‘zan cheklangan avj olishlar kuzatiladi. Kasallik yil davomida uchrab tursa ham, yoz-kuz oylarida ko‘proq qayd etiladi. Kattalarga nisbatan bolalar orasida salmonellyoz ko‘proq uchraydi. Ayniqsa, 3-yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanadilar. Salmonellyoz ko‘proq sun‘iy ovqatlanadigan bolalarda uchrashi isbotlangan. Ko‘krak suti emadigan bolalar ularga nisbatan 3 marta kam kasallanadi.

Patogenezi. Bakteriya odam organizmiga faqat og‘iz orqali tushadi. Oshqozonda nospetsifik himoya vositasi bo‘lgan kislotali muhit ta‘sirida bir qism salmonellalar nobud bo‘lib, toksinlar hosil bo‘ladi. Salmonellyozda asosiy patomorfologik o‘zgarishlar me‘da-ichak yo‘llarida rivojlanadi. Uning qay darajada ifodalanishi bemor organizmining kasallanish davridagi holatiga ko‘p jixatdan bog‘liq. Keyingi yillarda aniqlanishicha, salmonellalar halok bo‘lganida ajraladigan endotoksin ta‘siridan tashqari, mikrobnig boshqa xususiyatlari ham o‘rin tutadi. Salmonellalar og‘iz bo‘shlig‘i va ingichka ichakning epiteliy hujayralari ichiga kirish qobiliyatiga va u yerda ko‘payib, hujayrani parchalovchi (sitopatogen) ta‘siriga ega ekanligi aniqlangan. Bu esa kasallik patogenezida muhim xisoblanadi. Oshqozon, ichakda salmonellalar parchalanishidan hosil bo‘lgan lipopolisaxariddan iborat toksinlar qonga so‘rilib intoksikatsiya belgilarini keltirib chiqaradi. Ba‘zi hollarda bakteriya ichak shilliq qavatidagi limfa tizimiga kirib u yerda ko‘payishi va qayta ichakka ajralishi va tashqariga ajralib chiqishi mumkin. Salmonellalar hosil qilgan toksinlar ichak shilliq qavatiga ta‘sir qilib o‘tkazuvchanlikni oshiradi va hujayralarda joylashgan adenilsiklaza fermenti faolligini oshiradi bu o‘z navbatida 3,5 siklik adenazinmonofosfatni ishlab

chiqarishi hisobiga ichak sekretsiasini kuchaytiradi, natijada ichak bo'shlig'iga katta miqdorda suv yig'iladi va ich o'tishga sabab bo'ladi. Suv va elektrolitlar almashinuvi buzilishiga olib keladi. Gastroenterit alomatlari yuzaga keladi. Endotoksin ta'sirida va dehidratatsiya tufayli yurak-tomir tizimi faoliyati, nerv-gumoral boshqarish mexanizmi izdan chiqadi. Bu klinik jixatdan intoksikatsiya va dehidratatsiya alomatlari bilan namoyon bo'ladi. Keyingi bosqichda organizmning himoya kuchlari ishga tushib, ko'pincha kasallik tuzalish bilan yakunlanadi. Organizmda himoya vositasi past, hamroh kasalliklari bor bemorlarda ba'zida bakteriyalar ichak limfa tizimidan qonga tushib bakteremiya kuzatilib salmonellyozni tarqalgan shakli rivojlanishi mumkin.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri bir necha soatdan 2-3 kungacha. Hastalik odatda o'tkir boshlanadi. U yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir turda kechishi mumkin. Nimjon, chala tug'ilgan, sun'iy ovqatlanadigan bolalarda, keksa yoshdagilarda salmonellyoz ko'pincha og'ir kechib, tarqalgan shaklga o'tishi mumkin.

Klinik shakllari:

Gastrointestinal shakli:

1. Gastrit;
2. Gastroenterit;
3. Gastroenterokolit ko'rinishida

Tarqoq shakllari:

1. Tifga o'xshash;
2. Septik shakli;

Subklinik shakli. Bakteriya tashuvchilik.

Salmonellyoz ovqat vositasida yuqqan hollarda kasallik ovqatdan zaharlanish — toksikoinfeksiya ko'rinishida kechadi.

Gastritik shaklda kechganda inkubatsion davri qisqa bo'ladi, bemorni darmoni qurib, ko'ngli ayniydi, ishtahasi bug'iladi, boshi, qorni og'riydi. Xarorat sal ko'tarilishi mumkin. Bir necha marta qusadi, rangi oqargan, tili karash bilan

qoplangan, qorin paypaslaganda epigastriy sohasida og'rik seziladi, kasallik uzoq davom etmaydi, 2-3 kunda bemorni ahvoli yaxshilanadi.

Gastroenteritik. Bu ko'rinish ko'p uchraydi, kasallik o'tkir boshlanib, bemorda gastrit belgilari bilan birga intoksikatsiya, qaltirash, istima kirishi bilan boshlanadi, istima 2-4 kun yuqori darajada bo'lishi, qusish bilan birga ich o'tadi.

Kasallik yengil kechganida bemorning umumiy ahvoli kam o'zgaradi. Tana xarorati deyarli ko'tarilmaydi. Qorinda biroz og'riq bo'ladi, ich buzilib, kuniga 3-5 marta suvdek ketadi. Og'irroq hollarda intoksikatsiya va diareya sindromiga hos belgilar yaqqol ifodalanadi. Umumiy holsizlik, ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, tana xaroratining ko'tarilishi intoksikatsiya belgilari xisoblanadi. Tana xarorati 38-39° C gacha, og'ir hollarda — 40°C gacha ko'tariladi.

Avval ich suyuq holda tez-tez keladi, najas o'zgarmaydi. 3-4 martadan so'ng ich suvdek bo'lib, ko'p miqdorda keta boshlaydi. Ahlat ko'kimtir tusda, sassiq hidli bo'ladi. Qorin turib-turib "mijib" og'riydi. Kasallik og'ir kechgan hollarda organizmda suvsizlanish (degidratatsiya) yaqqol kuringan bo'ladi. U ko'proq bolalarda, qariyalarda uchraydi. Odatda, salmonellyozda degidratatsiya II-III darajagacha boradi. Juda og'ir kechganidagina, degidratatsiya IV darajaga borib, gipovolemik shok ro'y berishi mumkin.

Bemorni ko'zdan kechirganda, ko'pincha yuz va tana terisi oqargan bo'ladi. Paypaslab ko'rganda teri quruqshab qolgan, elastikligi yo'qolganligi aniqlanadi. Tomir urishi tana xaroratiga monand ravishda tezlashadi, tarangligi pasayadi. Qon bosimi tushadi. Yurak tonlari bo'g'iq eshitiladi. Og'irroq hollarda boldir mushaklarida tirishish bezovta qiladi. Bemor ko'p chanqaydi. Tili qurib, karash bilan qoplanadi. Tana temperaturasi pastlab, oyoq-qo'llari sovuq holda, barmoqlari ko'kargan bo'ladi. Siyish kamayadi, juda og'ir hollarda siydik ajralishi to'htaydi – anuriya.

Gastroenterokolitik shakli. Kasallik o'tkir, birdaniga boshlanib bemor qaltiraydi, isitma kiradi, intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi. Bemor qayta-qayta qusadi, qorinda og'rik bo'ladi. Kasallikni birinchi kunlari gastroenterit belgilari bo'lib, organizmdan ko'p suyuqlik yo'qotganda suvsizlanish belgilari

paydo bo'ladi.

Qorin ba'zida biroz shishgan, paypaslab ko'rilganda epigastriy va kindik atrofida og'riq seziladi. Ayniqsa, kindik atrofida og'riq kuchli bo'ladi. Ba'zan jigar kattalashgani aniqlanadi. Ich o'tish soni ko'payib, najas miqdori kamayib boradi. Unda shillik, ba'zan qon aralashganligi aniqlanadi. Ba'zan ich suyuq kelsa ham, unchalik ko'p miqdorda bo'lmaydi. Ichburug'dagiga o'hshab, tinimsiz qatnash salmonellyozda kam uchraydi.

Davolash erta boshlanib, to'g'ri olib borilsa, 2-3 kunda bemorning ahvoli yaxshilanadi. Qusish, ich surishi to'xtaydi. Najas avval bo'tqasimon bo'lib, keyin normal holga keladi. Ishtaha tiklanadi. 5-6 kunda quvvat kiradi. Salmonellyoz bilan og'riqan bemorlar shifoxonada o'rta hisobda 7-8 kun yotadi. Ba'zi bemorlarda tuzalganidan so'ng bakteriya tashuvchilik holati kuzatiladi. U qisqa muddat va surunkali bo'lishi mumkin.

Bakteriya tashuvchilik aksari salmonellyoz kasalligidan sog'aygan kishilarning ba'zilarida aniqlanadi. Juda kamdan-kam hollarda kasal bo'lmagan shahslarda ham uchraydi. Bakteriya tashuvchilik qisqa muddatli va uzoq cho'ziladigan bo'lishi mumkin. Salmonellalar odam organizmida saprofitlar kabi uzoq yashashi mumkin. Turli sabablar ta'sirida organizmning himoya kuchlari susaysa, boyagi saprofit salmonellalar faollashib, ko'paya boshlaydi va kasallikka sabab bo'ladi.

Tarqoq shakli. Kasallik tifga o'xshash va septik shaklda kechishi mumkin. Kasallik ko'p hollarda gastroenterit belgilari bilan boshlanib isitma kiradi. Kasallikning asosiy belgisi xaroratning yuqori ko'tarilishi va uzoq davom etishidir. Isitma qorin tifidagidek ko'rinishda bo'ladi. Bemorning boshi, muskullari og'riydi, uyquasi buziladi. Ko'zi va shilliq pardalari sal sarg'ish tusga kiradi. Ko'krak va qorin terisida toshma ko'rinadi. Ko'pincha uchuq toshadi, puls soni xaroratga nisbatan kamayadi (nisbiy bradikardiya), yurak toni bug'iqroq bo'lib eshitiladi, tilni karash bosadi. Qorin dam bo'lib, jigar va taloq kattalashadi. Bemor darmoni qurib, bo'shashgan, atrofga befarq holda jim yotadi. Ba'zan meningoensefalit belgilari aniqlanadi.

Salmonellyozning septik shakli — uzoq davom etadigan gektik isitma, qayta-qayta et uvishib, qaltirashi va turli septik asoratlar bilan ta'riflanadi. Qon tekshirilganida

leykopeniya, nisbiy limfotsitoz aniqlanadi. Boshqa hollarda xuddi sepsisdagiga o'xshash gipoxrom anemiya, leykotsitoz aniqlanadi, EChT tezlashgan bo'ladi.

Salmonellyozning tarqoq shaklida kasallik uzoq davom etadi, asoratlar kuzatiladi, ba'zan kasallik 4-5 haftagacha cho'ziladi.

Tashxisoti. Kasallik tashxisini qo'yishda anamnez, ayniqsa, epidemiologik anamnezini e'tiborga olish lozim. Kasallanish guruh bo'lib ro'y berganida, bir hil taom yegan odamlar kasallanib, ayrimlaridan bakteriologik tekshirish natijasida salmonellalar topilsa, boshqalariga ham salmonellyoz tashhisini qo'yish mumkin.

Qonning umumiy tahlilida leykotsitoz, neytrofilyoz, ba'zan EChT tezlashgani aniqlanadi, og'irroq hollarda siydikda oqsil bo'ladi.

Bakteriologik tekshirishlar natijasi muhim ahamiyatga ega. Bemordan sterillangan idishga olingan qusuq moddasida, me'dani chayilgan suvda yoki ovqat qoldiqlarida salmonellalarni topish mumkin. Najasdan ekma olib, Myuller muhitiga ekilganida ham kasallik qo'zg'atuvchilari aniqlanadi. Tana xarorati yuqori, uzoq davom etgan hollarda gemokulturaga qon olinib bakteriologik tekshiruvini o'tkazish kerak.

Kasallikning 4-5 kundan boshlab PGAR qo'yib, serologik reaksiya vositasida qondagi antitelolar aniqlanadi. 5-6 kundan so'ng tekshirish qaytarilsa, reaksiya titri ortganligi kasallikni tasdig'i bo'ladi.

Salmonellyoz hamda boshqa diareya kasalliklarni, ba'zan klinik jihatdan vabodan farqlash murakkab bo'lgani tufayli may-oktabr oylarida ichi buzilib, shifoxonaga yotqizilgan xar bir bemor najasi, ichak guruhi mikroblaridan tashqari, bir marta vabo vibrioniga ham tekshiriladi.

Davolash. Salmonellyoz bilan og'rikan bemorlarni davolashda dastlabki tibbiy yordamni o'z vaqtida ko'rsatish muhim ahamiyatga ega. Kasallik toksikoinfeksiya (ovqatdan zaharlanish) alomatlari bilan kechgan xar bir bemorda, avvalo qornida o'tkir jarroxlik kasalliklarni va miokard infarktini istisno qilish lozim. U kasalliklar yo'qligiga ishonch hosil qilgach, birinchi navbatda me'dani ovqat qoldig'idan tozalash kerak. Bu maqsadda yo'g'on zond vositasida me'dani 3% li ichimlik soda eritmasi, u bo'lmasa, iliq suv bilan yuviladi. Bu muolaja,

qaytib tushayotgan suv shilliqdan toza bo'lgunga qadar davom etadi. Odatda, katta yoshdagilarning me'dasini yaxshilab yuvish uchun 2,5-3 litr eritma sarflanadi. Bemor ichagini tozalash uchun iliq suv bilan huqna ham qilinadi.

Bolalar me'dasini 2% li ichimlik soda eritmasi bilan yuviladi. Eritma miqdori bolaning yoshiga qarab belgilanadi. Shuningdek, bolani ko'krak suti bilan emizish, albatta davom ettirilishi kerak. Ko'shimcha ovqatlantirilayotgan bolalarga o'rgangan ovqati berilsa bo'ladi. Ichi ketgan bolani 2-3 soatlab och qo'yish mumkin emas.

Bemor qusish va ich surish natijasida yo'qotgan suv va tuz o'rnini qoplash uchun og'izdan glyukosolan yoki regidron eritmasi ichiriladi. Eritmani choy qoshig'ida xar 3-5 minutda takroran ichirib turiladi. Eritma tayyorlash uchun haltachadagi shakar-tuz aralashmasi qaynatib sovutilgan bir litr suvda eritiladi. Ichiriladigan suyuqlik miqdori bemorning yoshi va yo'qotilgan suyuqlik miqdoriga qarab aniqlanadi.

Bemorga oson hazm bo'ladigan, qaynatib pishiriladigan taom buyuriladi (Pevzner bo'yicha 4-stol). Kasallik avj olgan davrda qotirilgan non, qatiq, suzma (chakki) tavsiya etiladi. Taomdagi go'sht qiyma holda bo'lishi lozim. Kompot, meva sxarbatlari (uzumnikidan tashqari) yaxshi naf beradi. **Yovgon** xo'rdaga biroz qiyma ko'shib tayyorlansa, parhezga mos keladigan taom bo'ladi.

Og'irroq hollarda tuzli eritmalar tomir orqali tomchilab (minutiga 40-60 tomchi) yuboriladi. Bu maqsadda Ringer eritmasi, trisol, atsesol, kvartasol kabi preparatlar qo'llaniladi. Intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida reosorbilakt, poliglyukin kabi dorilar ham tomir orqali yuboriladi.

Kasallikning dastlabki soatlaridan tibbiy yordam ko'rsatilsa va 4-6 soat davomida QOP, poliklinikalar qoshida tashkil etilgan og'izdan suyuqlik ichirib davolash (ORP - oral regidratatsiya) bo'limlarida regidron, glyukosolan, oralit soatiga 1-1,5 litr ichirilsa, ko'pchilik bemorlarni shifoxonaga yotqizishga hojat ham qolmaydi. Bemor ahvoli og'irlashib qolishining oldi olinadi. Oqibatda asorat, o'lim holatlari kamayadi.

Salmonellezni davolashda antibiotiklar qo'llash sxart emas. Ilgari keng foydanilgan tetratsiklin, levomitsetin hozirgi vaqtda salmonellalarga deyarli ta'sir ko'rsatmaydi. Ba'zan gentamitsin (40-80 mg dan kuniga 2-3 marta), ampitsillin (0,5-1,0 g dan kuniga 3-4 mahal) kabi antibiotiklar, antiseptik dorilardan nifuroksazidlar va biseptol davolashda naf beradi. Salmonellyozning gastrointestinal formasi og'ir intoksikatsiya bilan o'tayotgan hollarda antibiotiklar ishlatiladi. Bunda antibiotiklar 5-6 kun davomida berib boriladi. Tarqoq shakllarda ular 10-12 kun ishlatiladi. Bemorlarga albatta vitaminlar (C, B guruh vitaminlari, nikotin kislota, rutin) beriladi.

Bemorlar obdon sog'ayganidan so'ng uyga jo'natishdan oldin antibiotik bilan davolash tugaganidan keyin oradan 2-3 kun o'tkazib turib najasi va siydigi bakteriologik tekshiriladi. Tekshirish natijasi salbiy bo'lsa, ya'ni salmonellalar topilmasa, bemorlar kasalxonadan chiqariladi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish veterinar-sanitariya, sanitariya-gigienik va epidemiyaga qarshi tadbirlar majmuasidan iborat. Veterinariyada hayvonlarga beriladigan yem-hashak salmonellalardan holi bo'lishiga, kasal hayvonlar sog'lomlaridan alohidalanishiga e'tibor berish kerak. Uy hayvonlari, parranda so'yilganida ichagi chavoqlanmasligi, uning ichidagi moddalar go'sht yuzasiga tushmasligi lozim. Sut kombinatlarida ham gigiena talablariga qat'iy rioya qilish talab qilinadi.

Oziq-ovqat sanoati va korxonalarida mahsulot tashish, tayyorlash va saqlash jarayonida salmonellalar bilan ifloslanishdan saqlash lozim. Diareya kasalligining alomatlari bo'lgan odamlar ishdan chetlashtiriladi. Salmonellyoz suv orqali tarqalmasligi uchun ferma va molxonalar oqar suvlardan uzokroq joylashgan bo'lishi kerak.

Guruh bo'lib kasallanish ro'y berganida shubha qilingan ovqat qoldig'i, uni tayyorlash, tashish va sotishda ishtirok etganlar bakteriologik tekshiruvdan o'gkaziladi. Tug'ruqxonalarda kasallik tarqalishining oldini olish maqsadida homilador ayollarda tug'ish muddatidan bir hafta oldin ichak guruhi mikroblariga tekshiruv o'tkaziladi.

Maishiy yo‘l bilan salmonelloz tarqalishining oldini olishda shahsiy gigiyenaga e‘tibor katta ahamiyatga ega. Ayniqsa, emizikli bolasi bor onalar pokizalikni unutmasligi kerak. Go‘dak bolaga beriladigan ovqat faqat bir marta iste‘mol qilishga yetarli bo‘lishi lozim. Bolani emizish yoki ovqatlantirish oldidan qo‘lni sovunlab yuvish zarur.

Salmonelloz sporadik holda muttasil qayd qilinadigan qishloqlarda yoz fasli davomida salmonelloz bakteriofagi suyuq yoki tabletkada holida profilaktik ravishda berib boriladi.

OVQAT TOKSIKOINFEKSIYALARI (OTI)

Ovqat toksikoinfeksiyalari enteropatogen, sxartli patogen bakteriyalar tushgan ovkatni iste‘mol qilganda o‘tkir diareya alomatlari bilan namoyon bo‘ladigan kasallik bo‘lib, ovqatdan zaharlanishdan farqlash lozim. Tarkibida organizm uchun zaharli moddalar bo‘lgan ovqatni iste‘mol qilganda rivojlanadigan kasallik. Ovqatdan zaharlanish 2 guruhga bo‘linadi:

Bakteriyalar tushgan ovqatdan zaharlanish - ovqat toksikoinfeksiyasi deyiladi.

Bakteriyalar chaqirmaydigan:

- Zaharli o‘simliklar, zaharli quziqorinlar, og‘ir metal tuzlari, zaharli minerallar;

- ba‘zi turdagi hayvonlarning ichki organlari.

Bakteriyalar chaqiradigan:

- | | |
|------------------|---------------------|
| a) spetsifik | b) nospetsifik |
| - Salmonellozlar | - Stafilokokklar |
| - Botulizm | - Proteyalar |
| | -Ichak tayoqchalari |

Ovkat toksikoinfeksiyalari o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, ovqat orqali me‘da-ichak yo‘llariga kirgan patogen mikroblar yoki ularning mahsulotlari ta‘sirida rivojlanuvchi, oshqozon, ichak, nerv, yurak-tomir tizimlarini faoliyatini buzilishiga olib keluvchi kasallikdir.

Bu kasalliklarning barchasi uchun qo‘yidagi 2 holat umumiy xisoblanadi:

1. Kasallik asosan mikroob tushib qolib ko'paygan ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish oqibatida kelib chiqadi.

2. Kasallik belgilari bemor organizmiga mikroobning o'zi yoki uning zahari (toksin) ta'siridan kelib chiqadi. Shuning uchun bu kasalliklar majmuasiga *ovqat toksikoinfeksiyalari* deyiladi.

Etiologiyasi. Ularning sababchilari juda hilma-hil. Jumladan, stafilokokklar, enterokokklar, ichak tayoqchalarining ayrim serovarlari, protey, sitrobakter, klostridiyalalar va boshqa mikroblar ovqatdan zaharlanishga sabab bo'lishi mumkin. Ovqat toksikoinfeksiyalari qo'zg'atuvchilarining ba'zilarini xususiyatlari:

- St. aureus: grammanfiy xarakatsiz kokklar, 0,8-1 mmk. Termostabil enterotoksin ajratadi, qaynatilganda 1,5-2 soatda faolsiz holga keladi.

- Cl. Perfringens – tayoqchasimon bakteriyalar gram (+), 7 – 8 mmk kattalikda, anaerob, spora va kapsula hosil qilmaydi. Ekzotoksin ajratadi.

- V. Sereus kuydirgi mikrobi ga o'hshaydi, gramm (+), enterotoksin chiqaradi.

Tashqi muhitga chidamliligi: qo'zg'atuvchilar tashqi muhitga o'ta chidamli, suvda, tuproqda kam tarqalgan. Ekzotoksini fizik va ximik omillarga o'ta chidamli.

Bu kasalliklarning ko'pchilik qo'zg'atuvchilari sxartli-patogen mikroblar guruhiga mansub, ya'ni ularning ba'zilarini sog'lom odam organizmida, ichagida ma'lum miqdorda doimo mavjud. Shu sababli bu kasallik alomatlari bor bemorlarda mikroob ko'p miqdorda, ovqat qoldig'ida topilgandagina uning etiologik o'rni haqida fikrlash mumkin. Bemor qon zardobida ushbu mikroblarga qarshi antitelolar borligi aniqlansa, kasallik sababchisi ushbu mikroob ekani to'la isbotlangan bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Ovqat toksikoinfeksiyalari respublikamizda yoz oylarida ko'p uchrab turadi. Bemorlarning asosiy (50-60%) qismini 14 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil etadi. Kasallik mikroob bilan ifloslangan ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish tufayli kelib chiqadi. Hastalik qo'zg'atuvchisi organizmga og'iz orqali tushadi. Go'sht va uning mahsulotlari, sut mahsulotlari (ayniqsa, tort va pirojnoe), baliq, hatto sabzavotlar kasallik tarqatuvchi omillardandir.

Stafilokokklar sababchi bo'lgan ovqatdan zaharlanishda infeksiya manbai

odam xisoblanadi. Angina yoki turli yiringli kasalliklar: sachratqi, chipqon, xasmol va terisida boshqa yiringli yaralari bo'lgan kishilar tort, pirojnoe, muzqaymoq, smetana, suzma tayyorlashda ishtirok etganida ushbu mahsulotlar stafilokokk yoki streptokokk bilan ifloslanib qoladi. Bunday mahsulot sovutgichda saqlanmasa, mikroob juda tez ko'payadi va iste'mol qilgan odamlar kasallanadi.

Ovqat toksikoinfeksiyalari bilan baravariga bir necha odam kasallanganida ularni aniqlash qiyin emas. Amalda avj olishlarga nisbatan sporadik kasallanish hollari ko'proq uchraydi. Bunday xollar sababi ko'pincha bakteriologik jihatdan aniqlanmay qoladi. Bu kasallikni epidemiologik xususiyati o'ziga hos:

- To'satdan boshlanadi.
- Bir vaqtning o'zida bir nechta odam kasal bo'ladi.
- Kasallik kechishi qisqa muddatli.
- Mavsumiylik (asosan yoz oylarida).
- Kasal odamdan sog'lom odamga yuqmaydi.
- Kasallik organizmga ko'p miqdorda ovqat bilan mikroob tushganda rivojlanadi.
- Saprotitik qo'zg'atuvchilarning patogen shtammlari kasallik chaqiradi.
- Ovqat mahsulotlarining organoleptik xususiyatlari o'zgarmaydi.

Patogenezi. Odam organizmiga ovqat bilan tushgan katta miqdordagi bakteriyalardan hosil bo'lgan toksinlar oshqozon ichak shillik qavatlariga ta'siri oqibatida kelib chiqadi. Organizmga tushgan bakteriyalar hosil qilgan toksinlar ichak shilliq qavatiga ta'sir qilib o'tkazuvchanlikni oshiradi va hujayralarda joylashgan adenilsiklaza fermenti faolligini oshiradi, bu o'z navbatida 3,5 siklik Adenazin monofosfatni ishlab chiqarishi hisobiga ichak sekretyasini kuchaytiradi, natijada ichak bo'shlig'iga katta miqdorda suv yig'iladi va ich o'tishga sabab bo'ladi. Suv va elektrolitlar almashinuvi buzilishiga olib keladi. Gastroenterit alomatlari yuzaga keladi. Endotoksin ta'sirida va dehidratatsiya tufayli yurak-tomir tizimi faoliyati, nerv-gumoral boshqarish mexanizmi izdan chiqadi.

Umumiy toksik sindromlar – toksinni qonga so'rilishidan organizmga umum toksik ta'sir ko'rsatib intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi.

Degidratatsiya va demineralizatsiya sindromi – ko‘p miqdorda suv va elektrolitlarning yo‘qotilishi, qusish va ich ketishi natijasida.

Klinikasi.

Asosiy xususiyatlari:

- Yashirin davri qisqa muddatli (bir necha soat).
- O‘tkir boshlanadi.
- Sog‘ayish bilan tugaydi.
- O‘lim holatlari kuzatilmaydi.

Ovqat toksikoinfeksiyalarida yashirin davr odatda qisqa bo‘ladi, Ayniqsa, stafilokokklar sababchi bo‘lgan hollarda shubha qilingan ovqatni iste‘mol qilingandan so‘ng 2-3 soat o‘tishi bilanoq, kasallik alomatlari paydo bo‘ladi. Boshqa mikroblar sababchi bo‘lgan hollarda yashirin davr bir necha soatdan uch kungacha davom etishi mumkin.

Kasallik to‘satdan boshlanadi. Dastlab ko‘ngil aynib, qayt qiladi. Stafilokokk qo‘zg‘atgan kasalliklarda ba‘zi bemorlarda hastalik belgilari shu bilan cheklanishi mumkin. Qorindagi og‘riq kindikdan yuqorida, epigastriy sohasida bo‘ladi. Boshqa hollarda 2-3 marta qusish takrorlanganidan so‘ng ich surishi ham qo‘shiladi. Ich sxarillab, suvdek ketadi. Qorinda kindik atrofida og‘riq bo‘ladi. Tana xarorati ba‘zida ortmasligi ham mumkin.

Klostridiyalar keltirib chiqaradigan ovqat toksikoinfeksiyalari ko‘pincha og‘ir o‘tadi. Isitma ko‘tariladi. Qorindagi og‘riq kuchli bo‘ladi. Qusish va ich surish juda ko‘p takrorlanib, tezda degidratatsiya alomatlari yuzaga keladi. Uning oqibatida yurak-tomir tizimi faoliyati buziladi. Cl. Perfringens keltirib chiqargan OTI larida kasallik og‘ir o‘tib, septik holat rivojlanishi ham mumkin. V. Sereus keltirib chikargan OTI larda o‘tkir gemokolit rivojlanib, qonli ich o‘tishi ham mumkin. Ovqat toksikoinfeksiyasi alomatlari bor bemorlarning hammasi shifoxonaga yotqizilishi sxart emas. Odatda degidratatsiya yaqqol ifodalangan hollarda bemor yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizib davolanadi.

Tashxisoti. Bemorning qusuq moddasi, medani yuvilgan suvi sterillangan bankaga yig‘ilib, laboratoriyaga jo‘natiladi. Zaharlanishga sababchi deb gumon

qilingan ovqat mahsulotlari ham sterillangan idishda laboratoriyaga yuboriladi. Najasdan Myuller muhiti va tuzli suyuqlikka ekma olinadi. Ularning hammasidan laboratoriyada bir xil mikroob topilishi, uning kasallik sababchisi ekanini ko'rsatadi. Topilgan mikroob kulturasi laboratoriyada biroz muddat saqlab turiladi. Kasallikning 5-6 kundan boshlab, bemor qoni zardobi bilan o'sha kultura o'rtasida serologik (agglyutinatsiya) reaksiya qo'yilsa, 1:40 va undan yuqori titrda ijobiy natija olinishi tashxisini tasdiqlaydi.

Davolash. Dietoterapiya – stol № 4. Ovqat toksikoinfeksiyalarida dastlabki tibbiy yordamni o'z vaqtida ko'rsatish muhim xisoblanadi. Birinchi soatlarda me'dani yaxshilab yuvib, ichakni tozalansa, ko'p hollarda bemorni ahvoli yaxshilanadi, kasallik belgilari yo'qoladi. Boshqa hollarda esa bemorning og'irlashib qolishiga yo'l qo'yilmaydi. Me'da-ichaklarni tozalagandan so'ng regidron eritmasi ichirib turish yaxshi samara beradi. Tozalovchi klizma, adsorbentlar: faollashtirilgan ko'mir, smekta, Bektit – M beriladi. Fermentoterapiya – mezim forte, kreon, festal. Simptomatik davo – serukal, spazmolitiklar.

III-IV darajali dehidratatsiya alomatlari bo'lganida, tomir orqali Atsesol, Trisol, Regidratonik, Ringer tuzli eritmalar suvsizlanish darajasiga qarab 1000-2500 ml va undan ko'proq quyiladi.

Ovqat toksikoinfeksiyalarini davolashda antibiotiklar qo'llanilmaydi. Bemor ahvoli yaxshilanib, ich kelishi yaxshilangandan so'ng shifoxonadan chiqarish mumkin.

Kasallikni oldini olish. Ovqat toksikoinfeksiyalarining profilakgikasi salmonellyozlardagiga o'xshash. Kasallik oldini olishda shahsiy gigienaga rioya qilish katta ahamiyatga ega. Tibbiyot xodimlari bu qoidani, ayniqsa yosh bolali onalarga uqtirishi kerak. Ovqatdan zaharlanish hodisasi ma'lum jamoada qayd etilgan bo'lsa, shubha qilinayotgan ovqat mahsulotini iste'mol qilgan barcha jamoa tashkilotlarida kasallik alomati bor-yo'qligi surishtiriladi va 1-2 kun tibbiy kuzatuvga olinadi. Ovqat tayyorlash bilan bog'liq xizmatchilar ichak guruhi mikroblariga tekshiruvdan o'tkaziladi va ularda kasallik belgilari bor-yo'qligiga

e'tibor qilinadi. To'y, ma'raka va boshqa katta yig'inlarda tayyorlanadigan taom tez iste'mol qilinishi kerak. Oshpazlar esa tibbiy ko'rik va ichak guruhi mikroblariga tekshiruvdan o'tgan bo'lishi kerak.

BOTULIZM (BOTULISMUS)

Botulizm — ovqat toksikoinfeksiyalari ichida og'ir kechadigan o'tkir toksik-infeksion kasallik hisoblanib, Botulizm tayoqchasining zahari tushib qolgan konserva ovqat mahsulotlarini istemol qilish natijasida kelib chiqadigan, organizmni nerv tizimida qaytuvchi yarim parez va paralich bilan ta'riflanadigan kasallik. Botulus— lotincha so'z bo'lib, kolbasa degan ma'noni beradi. Bu kasallik haqidagi ma'lumotni 18 - asr ohirlarida (1896 y.) E.Van-Ermengem keltirgan.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi Clostridium botulinum.

U spora hosil qiluvchi mikroblar turiga kiradi. Botulizm tayoqchalarini vegetativ shakllari kuchli zahar — botulotoksin hosil qiladi. Shu ekzotoksinning antigen tuzilishiga ko'ra, botulizm chaqiruvchilari 6 turga bo'linadi: A, B, C, D, E va G serotiplari ma'lum bo'lib, bizni respublikamizda A, B, E, kam hollarda C turlari uchraydi. Mikrobnig bo'yi 4-8 mk, eni 0,6-0,8 mk. Sirtida 3 tadan 20 tagacha hivchini bor. Ular vositasida xarakat qiladi. Shu joyda mikroob tanasi biroz kengaygan bo'ladi va mikroobning umumiy ko'rinishi tennis raketkasini eslatadi.

Botulizm mikrobi haqiqiy anaerob. Tashqi muhitda spora hosil qiladi. U faqat havo yo'q joyda rivojlanadi. Shu sababdan ham konserva qilingan, dudlangan mahsulotlar va kolbasaga tushib qolgan sporalar xavosiz sharoitda o'sib, vegetativ shaklga o'tadi va toksin ishlab chiqaradi. Bakteriyalarni rivojlanishi uchun tashqi muhit temperaturasi ham muhim, havo temperaturasi 15-20°C yuqori bo'lganda yaxshi rivojlanadi. Botulizm mikrobinig toksini juda kuchli xisoblanadi. Toksin 1 grammning 100 mln. dan bir qismi dengiz cho'chqasini o'ldiradi. Ayniqsa, mikrobnig A va B turlari toksini g'oyat kuchli. Toksin neyrotoksik — nerv

hujayralarini jarohatlash xususiyatiga ega. Botulizm toksini turli ta'sirlarga chidamli, ammo qaynatilganda parchalanadi. Vegetativ shakli 58°C gacha isitilganda — 3 soatda, 80°C — 30 daqiqadan so'ng parchalanadi. Toksin kislotali muhitda turg'un, ishqoriy muhitda esa parchalanadi, 18% (namakob) tuzli suv toksinga ta'sir etmaydi.

Noqulay sharoitda botulizm mikroblari spora hosil qiladi. Sporalar tashqi muhitda juda turg'un, o'n yillab saqlanadi. Issiq va sovuq xarorat sporalarga ta'sir ko'rsatmaydi. 100°C da qaynatilganida 6-8 soatdan keyiigina nobud bo'ladi. Botulizm mikrobi tushgan konserva mahsuloti ko'rinishi, ta'mi o'zgarmaydi.

Epidemiologiyasi. Botulizm jaxondagi deyarli barcha mamlakatlarda uchrab turadi. Aholisi konservalangan mahsulotni ko'p iste'mol qiladigan mamlakatlarda kasallik hollari ko'proq qayd etiladi. O'zbekistonda aholi qishga mahsulotlarni yoppasiga konservalashga o'tgan vaqt (70 yillar) dan boshlab, botulizm kasalligi ko'paya boshladi.

Botulizm bakteriyalari uy hayvonlari organizimidan tuproqqa tushib spora hosil qiladi va uzoq vaqt saqlanadi. Mahaliy o'g'it solingan tuproqlarda sporalar doimo mavjud. Sporalar tuproqdan suv, o'simlik, sabzavotga tushadi va tarqaladi. Ovqat mahsulotlari vositasida sporalar odam va hayvon organizmiga tushadi va najasi bilan tashqariga ajralib chiqadi. Katta miqdorda bakteriya odam organizmiga tushsa ichaklarda toksin hosil qilishi mumkin. Sporalar bilan ifloslangan mahsulot anaerob (havosiz) sharoitda tayyorlanadigan yoki saqlanadigan mahsulotga tushib qolsagina, botulotoksin hosil bo'ladi. Bunday sharoit asosan konserva tayyorlaganda, baliqni tuzlab yoki dudlab saqlaganda mavjud bo'ladi. Odam botulotoksin tutgan mahsulotni iste'mol qilish natijasida kasallanadi. Katta yaralar spora tutgan tuproq bilan ifloslanganida yara botulizmi kelib chiqadi. U g'oyat og'ir o'tadi va ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Botulotoksin juda kuchli zahar bo'lgani uchun ilgari bakteriologik qurol sifatida ham tayyorlanar edi. Quritilgan toksinni sochilsa, botulotoksin odam organizmiga aerogen yo'l - nafas yo'llari orqali ham tushishi mumkin.

Patogenezi. Botulizm kasalligi kelib chiqishida 3ta omil ahamiyatga ega:

toksin, mikroob va organizmning toksin ta'siriga sezgirligi. Eng asosiy ta'sir ko'rsatuvchi omil toksin xisoblanadi. Toksin odam organizmiga og'iz va nafas yo'llari orqali tushadi. Toksin asosan me'da ichakning boshlang'ich qismlarida so'riladi. Zahar dastlab ovqat hazm qilish yo'llarining nerv-tomir tizimiga ta'sir etadi va me'da-ichaklarda parez ro'y beradi (peristaltika yo'qoladi). So'ngra zahar qonga so'riladi va unda 72 soatgacha saqlanib, butun organizmga tarqaladi. Ayniqsa, bosh miyaning asos qismi va miya X11 juft nervlarini kuchli zararlaydi. Yurakda toksik miokardit rivojlanishi mumkin. Botulotoksin nerv tizimida uglevod almashuvini buzish bilan birga xolinatsetiltransferaz ishlab chiqarishni buzilishi sinapslarda atsetilxolin mediatorini hosil bo'lishini to'xtatadi va natijada impuls o'tishi kamayadi yoki to'xtaydi. Parasimpatik nerv tizimiga ta'sir ko'rsatib faoliyatini susaytiradi, natijada midriaz, og'iz qurushi, qabziyat belgilari paydo bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 2-3 soatdan 8-10 kungacha. Bu davrning uzun-qisqaligi iste'mol qilingan mahsulotdagi toksin miqdoriga va odam organizmining reaktiv holatiga bog'liq. Toksin qancha ko'p organizmga tushgan bo'lsa, yashirin davr shuncha qisqa bo'ladi va kasallik g'oyat og'ir o'tadi. Bir xil mahsulot iste'mol qilib bir necha kishi kasallansa, ularning xar birida yashirin davr muddati xar xil va kasallik turli og'irlikda kechishi mumkin.

Botulizmدا hastalik alomatlari toksinning me'da-ichak yo'llari va nerv tizimiga ta'siri bilan bog'liq. Kasallik to'satdan boshlanadi. Yengilroq kechganida ovqat hazm qilish yo'llarining zararlanishi bilan ifodalansa, og'ir hollarda nerv tizimining zaharlanishi alomatlari birinchi o'rinda turadi. Dastlab qorinda og'riq yoki to'sh ostida og'irlik paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan qorin og'rib qayt qilish kuzatiladi. Qusish 1-2 martadan so'ng to'xtab qoladi. Ayrim bemorlarda qusish umuman bo'lmasligi ham mumkin. Botulizmدا ich surishi deyarli kuzatilmaydi (ba'zan 1-2 marta ich suyuq kelishi mumkin). Najas odatda o'zgarmaydi. Ko'p hollarda qabziyat kuzatiladi. Ayrim hollarda subfebril (38°C) isitma kirishi mumkin, ammo u qisqa muddatli bo'ladi. Og'iz qurishi va chanqash kasallika hosil bo'lishi belgi xisoblanadi.

Kasallik boshlanganidan bir necha soat yoki biror kun o'tgach, nerv tizimining jarohatlanish belgilari kuzatiladi. Bemor ko'rishi hiralashganidan, turli narsalar yaqqol ko'rinmasligidan, ko'ziga parda tushib qolgandek tuyuladi, o'qishga qiynalayotganidan shikoyat qiladi. Ba'zan g'ilyalik paydo bo'lishi, bitta narsa ikkita (diplopiya) bo'lib ko'rinishi aniqlaniladi. Ko'z qorachig'lari xar xil kattalikda (anizokoriya) bo'lishi mumkin. Qovoqlar ko'pincha osilgan (ptoz) bo'ladi.

Bemor yutish qiyinlashganidan (disfagiya) ham shikoyat qiladi. Tomog'iga narsa tiqilib turganidek tuyuladi. Ovqat yutayotganida qalqib ketadi. Tili og'ziga sig'mayotgandek bo'ladi. Ba'zan yumshoq tanglay parezi kuzatiladi. Bunda bemor ichgan suyuq ovqati burnidan chiqadi, pichirlab (disfoniya) gapiradi. Ba'zan dimog'ida gapiradi. Ayrim hollarda esa ovozi butunlay chiqmay qolishi mumkin (afoniya).

Muskullar bo'shshishi — miasteniya botulizmning o'ziga hos belgilaridan xisoblanadi. Yaqqol ifodalangan horg'inlik, tez cxarchash kuzatiladi. Qo'l-oyoqlarni qimirlatish qiyinlashadi. Darmonsizlikdan bemor oyog'ida tik tura olmaydi. Boshini ko'tarib turish ham malol kelib qolishi mumkin.

Nafas olish qiyinlashadi. Bemor tez-tez va yuzaki nafas oladi. Og'ir hollarda nafas olish falaji oqibatida o'lim sodir bo'ladi.

Toksin yurak-tomir tizimiga ham kuchli ta'sir ko'rsatadi. Tomir urishi kasallikni boshida ko'pincha sekinlashadi. Yurak tonlari bo'g'iqlashadi, chegarasi kengayadi. Toksik ta'sir natijasida yurakda miokardit yuzaga keladi. U EKG da aniq ma'lum bo'ladi.

Botulizmda tuzalish sekinlik bilan ro'y beradi. O'rta hisobda 20-30 kunda bemor tuzaladi. Og'ir hollarda tuzalish 3-4 oygacha cho'ziladi. Yurakdagi o'zgarishlar va quvvat tiklanishi ham uzoq vaqt talab etadi.

Tashxisoti. Bakteriologik usul bilan najas va qusuq modda tekshiriladi. Toksinni aniqlash uchun neytralizatsiya usulidan foydalaniladi - bemor bilagidan qon olib sichqonlar qorniga yuboriladi, avval bir guruh sichqonlarga botulizmga qarshi zardob junatiladi, bir guruhi nazorat uchun zardob junatilmaydi. Qonda

toksin bo'lsa, uning ta'sirida zardob olmagan sichqonlar o'ladi. Sichqon organizmlarida toksinni topib, uning turi ham aniqlanadi.

Kasallik alomatlari yaqqol ifodalangan hollarda laboratoriya tekshirishlari natijasini kutmasdan botulizm tashxisini aniq qo'yish mumkin.

Davolash. Bemor shifoxonada davolanishi lozim. Toksin miokardit qo'zg'atishini yodda tutib, hamda miasteniya mavjudligini e'tiborga olib, bemorga yurishga ruhsat berilmaydi. Kasallik qachon boshlanganidan qat'iy nazar, botulizmga shubha bo'lganida me'da yaxshilab yuviladi va huqna qilib ichak tozalanadi

Botulizmni davolashda asosiy qo'llanadigan vosita - botulizmga qarshi zardob yuborish bilan davolash xisoblanadi. Bu zardob 2 hil bo'ladi: polivalent (A, B, E turlari) aralashmasi va monovalent (aloxida A yoki B, yoki E turlari). Dastlabki kunlarda polivalent zardob qo'llaniladi. Laboratoriya tekshirishlari natijasida toksining turi aniqlanganidan so'ng, ana shu turdagi monovalent zardob ishlatilgani ma'qul. Polivalent zardob tarkibida 10000 XB (xalqaro birlik) da A va E turlari hamda 5000 XB B turidan iborat bo'ladi. Zardob muskul orasiga, og'ir hollarda vena tomiriga fiziologik eritma bilan tomchilab yuboriladi. Bu holda zardob 36-37°C gacha ilitilgan bo'lishi kerak. Zardob Bezredka usulida (bo'lib-bo'lib) yuboriladi.

Kasallik og'ir kechgan hollarda birinchi kuni zardobning 2 davolash dozasi vena tomiriga yuboriladi. U tugashi bilan bir doza muskul orasiga, 12 soatdan so'ng yana bir doza muskul orasiga yuboriladi. Ikkinchi kuni 12 soat oralatib 2 doza, zarurat bo'lganida 3-4 kunlari bir dozadan muskul orasiga yuboriladi.

O'rta og'irlikda kechgan botulizmga 2 doza zardobni bir dozadan 12 soat oralatib muskul orasiga yuboriladi. Yengil kechgan kasallikda bir doza zardob yuborish yetarli xisoblanadi.

Faol immunitet qo'zg'atish maqsadida zardob bilan bir vaqtda anatoksin ham qo'llanadi. Bu maqsadda A, B va E turdagi anatoksinning xar biridan 0,5 ml dan olib, teri ostiga yuboriladi. Oradan 5-7 kun o'tgach, anatoksin shu dozada qayta yuboriladi. Anatoksin uchun alohida shprints ishlatilishi va uni zardob qo'llanmagan

joyga yuborish lozim.

Intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida reosorbilakt, reopoliglyukin, 5% li glyukoza, Ringer eritmalari vena tomiriga tomchilab quyiladi. B, C guruhi vitaminlari tutgan preparatlar tayinlanadi. Yurak faoliyatiga ko'maklashuvchi dorilar qo'llaniladi (tiotriazolin 2,5%-4 ml dan v/i). Kasallik og'ir kechgan hollarda glyukokortikoidlar (prednizalon 90-120 mg) qisqa muddatli kursda buyuriladi.

Tuzalish davrida prozerin, ATF buyurish mumkin. Bemor nafas olishi mushkul bo'lgan yoki mustaqil nafas olish to'xtab qolgan hollarda sun'iy nafas olish apparati ulanadi.

Og'ir holdagi bemor zond orqali ovqatlantiriladi.

Tuzalish davrida bemor keskin xarakterli harakatlarni qilmashi kerak. EKG ni takroran olib, undagi natijalarga qarab asta-sekin o'tirishga, keyinroq yurishga ruhsat etiladi.

Profilaktikasi. Go'sht va sabzavot konservalari tayyorlashda sanitariya talablariga qat'iy rioya qilish lozim. Uy sharoitida qishda iste'mol qilish uchun tayyorlanadigan mahsulotlar yaxshilab yuvilishi shart. Bankalar yopilganida havo qolmasligi kerak. Sterilizatsiya puxta o'tkazilishi zarur. Tayyor mahsulotni salqin joyda saqlash lozim. Suyuqlik tiniq bo'lmagan bankalardagi mahsulotni to'kib yuborish kerak. Konservalar qopqog'i qavarib chiqishi (bombaj) uning buzilganidan darak beradi. Bunday konserva yo'k qilinadi.

Aholi orasida tushuntirish ishlari olib borish muhim ahamiyatga ega. Konserva mahsulotlarini uy sharoitida tayyorlamaslikni tavsiya etish kerak.

Zaharlangan mahsulotni iste'mol qilganlar orasida kasallanmay qolganlar bo'lsa, ularga profilaktika maqsadida me'da va ichagini tozalab, bir doza polivalent zardob yuboriladi.

VABO (XOLERA)

Vabo — o'ta xavfli yuqumli kasallaklardan hisoblanib, o'tkir gastroenterit, organizmning suvsizlanish va tuzsizlanish belgilari bilan kechadigan va keng

tarqalishga moyil hastalik xisoblanadi.

Vabo odamzodga qadim zamonlardan ma'lum. Hindiston va Bangladesh vaboning endemik o'chog'i xisoblanadi. Vaqti-vaqti bilan kasallik qo'shni davlatlarga, hatto qit'alar aro tarqalib, katta epidemiya va pandemiyalar keltirib chiqargan vaqtlari bo'lgan. 1817 yildan 1925 yilgacha bo'lgan davrda Yer yuzida vaboning 6 ta pandemiyasi qayd etilgan.

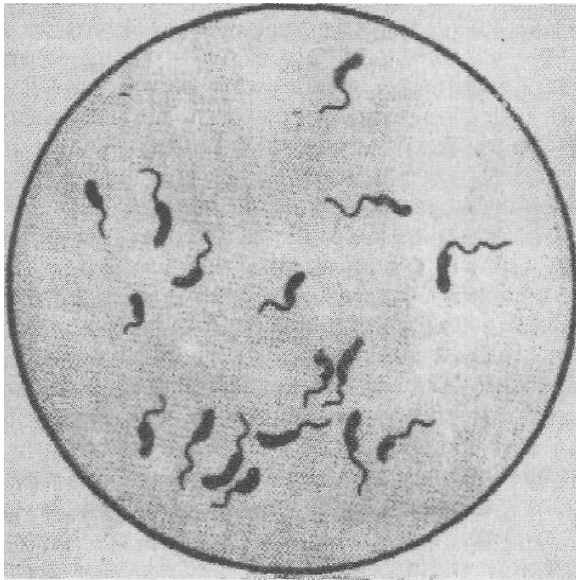
1961 yildan boshlab vaboning yangi — VII-pandemiyasi boshlandi. Hozirgi tezyurar transport vositalari orqali vabo (engil turda kasallangan bemorlar va vibrion tashuvchilardan) qisqa muddatda juda uzoq mamlakatlarga tarqalishi mumkin. Jumladan, 1965 yilda Qoraqalpog'iston va Xorazmda ham vabo epidemiyasi Afg'onistondan kirib kelgan va kuzatilgan.

90 yillardan buyon vabo Amerika, Yevropa, Osiyo, Afrika qit'asidagi 100 dan ortiq mamlakatlarga tarqalganligi qayd etilgan. O'zbekistonga ham sayyoh-tijoratchilar tomonidan vaboning Hindiston va Pokistondan kirib kelish hollari uchrab turadi.

Etiologiyasi. Vaboning qo'zg'atuvchisi vabo vibrioni xisoblanadi. Ilgari uni faqat klassik vibrion qo'zg'atadi, deb hisoblanar edi. 1906 yilda Sinay yarim orolida Gotshlix vabo vibrionining ikkinchi biotipini aniqladi. Uni topilgan joy nomi bilan El'-Tor vibrioni deb ataladi. Vaboning VII – pandemiyasi Vabo kuzgatuvchisi El-Tor bilan bog'liq. Hozirda vabo vibrionini quyidagi serotiplari farqlaniladi:

- *Vibrio cholerae* 01 classica
- *Vibrio cholerae* 01 Eltor
- *Vibrio cholerae* Bengal - 0139
- *Vibrio cholerae* non 01

Keyingi 4-5 yil ichida vibrionning 0139 biotipi ham vabo kasalligi qo'zg'atuvchisi deb hisoblanmoqda. U juda tez tarqalish va ko'pincha og'ir kasallik qo'zg'atishi bilan ajralib turadi. Vabo vibrionlari O-antigenining xususiyatlariga qarab 3 xil seroguruhi mavjud. Ular aniqlagan olimlar sxarafiga Ogava, Inaba va Gikoshima deb yuritiladi. Birinchi 2 varianti ko'proq uchraydi.



Vabo vibrioni mikroskop ostida biroz egilgan grammanfiy mayda tayoqchalar — vergul shaklida ko‘rinadi. Spora va kapsulalar hosil qilmaydi. Bir uchida hivchini bor. Uning yordamida tez xarakat qiladi. Ishqoriy muhitli ozuqalarda tez o‘sadi. rN - 7,6-9,0 bo‘lgan muhit vabo vibrionlari uchun qulay xisoblanadi, kislotali muhitda tez nobud bo‘ladi. Shu tufayli xlorid kislotaning 3% li eritmasini vaboda

dezinfeksiyalovchi vosita sifatida qo‘llash mumkin. Vabo vibrionlari ekzo- va endotoksin hosil qiladi.

Rasm 8. Vabo vibrionini mikroskop ostida ko‘rinishi. Kaf.tablitsasi.

Tashqi muhitda vabo vibrionlarining turg‘unligi atrofidagi muhitga bog‘liq. Quyosh nurlari ta‘sirida va quritilganida tez nobud bo‘ladi. Qaynatilganida o‘sha zahoti o‘ladi. Xlorli oxak, xloramin, lizol kabi dezinfeksiya vositalariga sezgir. Nam sharoitda, ayniqsa, suvda vabo vibrionlari juda uzoq saqlanadi. Past xaroratga chidamli, hatto muzlagan suvda saqlanib qolishi mumkin. Tashqi muhitda El’-Tor vibrionlari klassik vibrionga nisbatan turg‘un xisoblanadi.

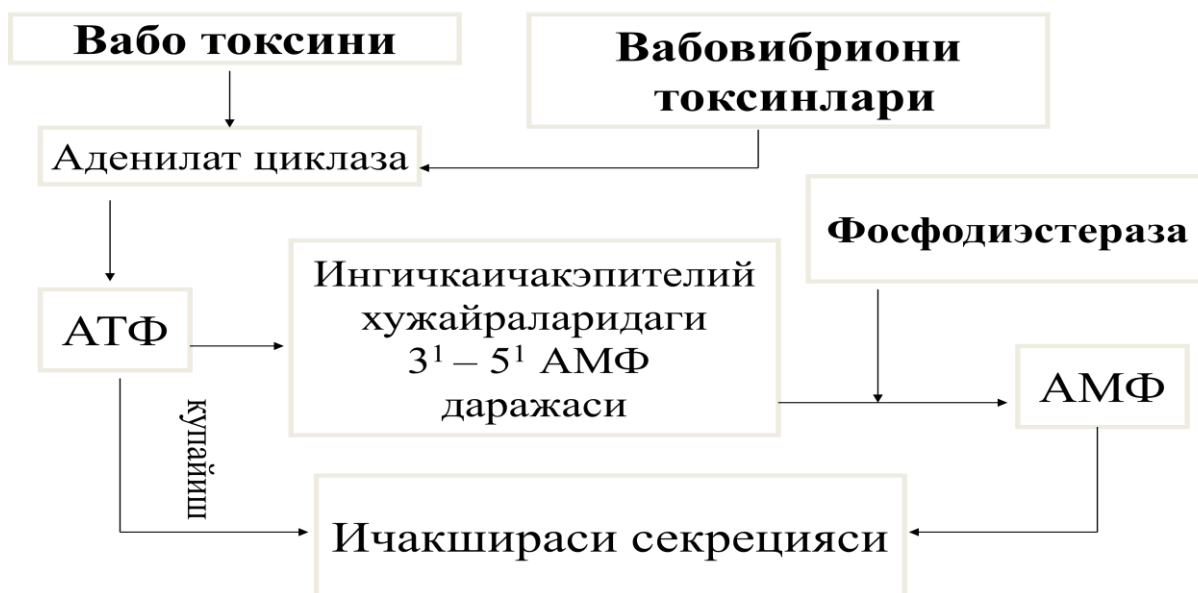
Epidemiologiyasi. Vabo antroponoz hastalik hisoblanib, infeksiya manbai bemor va vibrion tashuvchilardir. Vibrion og‘iz orqali tushib, najas bilan ajraladi. Vibrioning tarqalishida suv juda katta ahamiyatga ega. Ayniqsa, ochiq suv havzalari vabo vibrionlari bilan ifloslangan bo‘lsa, aholi undan kundalik maqsadlarda foydalanganida epidemiyalar kelib chiqishi mumkin. Vabo endemik o‘chog‘idan boshqa mamlakatlarga olib kirilgan holda, uning yangi joyda tarqalish darajasi ijtimoiy sharoit: aholining ichimlik suvi va kanalizatsiya bilan ta‘minlanish darajasi, turar joy va oziq-ovqat ob‘ektlarining sanitariya holati, aholining sanitariya madaniyati va boshqalarga bog‘liq. Shu sababli Amerika,

Yaponiya, ko'pgina Yevropa davlatlariga kirib qolgan vabo kasalligining tarqalishi uchun sharoit bo'lmaydi va kasallik 1-2 odam bilan cheklanadi. Aksincha, rivojlanayotgan mamlakatlarda chetdan kirib kelgan vabo tez tarqalib, epidemiyalar ro'y beradi.

O'zbekistonlik olimlarning ilmiy izlanishlari natijasida gidrobiontlar: baqa, qisqichbaqa, baliq, chig'anoqlar organizmida vabo vibrioni o'zoq vaqt saqlanishi aniqlandi. Suv hasxarotlarini xomligicha iste'mol qiladigan elatlar orasida vabo keng tarqalishi ko'pincha shu omil bilan bog'liq.

Kasallik asosan yoz oylarida tez tarqaladi. Vibrionlarni tarqalishida pashshalar ham muhim o'rin tutadi. Hastalikdan so'ng unchalik turg'un bo'lmagan immunitet yuzaga keladi.

Patogenezi. Vabo vibrioni odam organizmiga og'iz orqali tushgach, me'daning kislotali muhiti unga asosiy to'siq xisoblanadi. Shu sababli, vabo oshqozonida surunkali yallig'lanishi bo'lgan, spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qiladigan, yaxshi ovqatlanmaydigan odamlarda oson rivojlanadi. Me'dadan o'tib olgan vibrionlar uchun ingichka ichak qulay sharoit bo'lganligi sababli tez ko'payadi. Vibrionlar hosil qilgan toksinlar ichak shilliq qavatiga ta'sir qilib o'tkazuvchanlikni oshiradi va hujayralarda joylashgan adenilsiklaza fermenti faolligini oshiradi bu o'z navbatida 3,5 siklik Adenazin monofosfatni ishlab chiqarishi hisobiga ichak sekretsiyasini kuchaytiradi, natijada ichak bo'shlig'iga katta miqdorda suv yig'iladi va ich o'tishga sabab bo'ladi. Suv va elektrolitlar almashinuvi buzilishiga olib keladi. Gastroenterit alomatlari yuzaga keladi. Endotoksin ta'sirida va dehidratatsiya tufayli yurak-tomir tizimi faoliyati, nerv-gumoral boshqarish mexanizmi izdan chiqadi.



Sxema 1. Vabo toksini ta'siri ostida ichak shirasi sekretsiyasining kuchayishi

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri besh kungacha davom etadi. U turli og'irlikda namoyon bo'lishi mumkin.

Vabo kasalligini ko'pincha ichak guruhi mikroblari qo'zg'atgan ich ketar kasalligidan farqlash qiyin. Hastalik ko'p hollarda yengil va o'rtacha og'irlikda kechadi. Ba'zan og'ir kechadigan, zudlik bilan tez yordam ko'rsatilmagan hollarda birinchi kunning o'zidayoq gipovolemik shok oqibatida o'lim bilan tugaydigan hollari ham uchrab turadi.

Odatda kasallik to'satdan, darak beruvchi alomatlarsiz boshlanadi. Lekin El'-Tor vabosida 20-30% bemorlarda kasallikka hos belgilar namoyon bo'lishidan oldin, bir necha soatdan bir kecha-kunduzgacha hastalikning prodromal davri belgilari: tana goh sovib (uvishib), goh qizishi ro'y berib, tana xarorati 37-38°C ga ko'tariladi. Bunday xollarni bemorlar oyoqda o'tkazadilar.

Hastalikning bu turda boshlanishi e'tiborni jalb qilmaydi, lekin epidemiologik jihatdan o'ta xavflidir, ayniqsa kasallikning bu turda boshlanishi savdo va oziq-ovqat muassasalarida hizmat qiluvchi shaxslar o'rtasida kuzatilganida ahvol yanada jiddiy tus olishi mumkin.

Odatda, vabo kasalligi bemor hojatga borib, "sababsiz" ichi surib, oyoq-



qo'llarida darmon kamayishi bilan boshlanadi. Qisqa vaqt o'tar-o'tmas (2-4 soatda) hojatga qatnash 4-5 marta va undan ham ko'p bo'lib, ichakdan chiqariladigan ahlat ipir-ipir, oq loyqa suv kabi bo'ladi.

Ko'proq hollarda kasallik boshlanganidan biroz keyin (4-6 soat, ayrim hollarda 1-2 kundan so'ng), ba'zan esa ich buzilish bilan bir vaqtda qusish boshlanadi. Qayd qilish ham tez-tez takrorlanib turadi.

Rasm. 9. Vabo , 4 darajali dehidratatsiya. (I.K.Musabaevdan)

Afg'oniston, Qaroqalpog'istonda ro'y bergan epidemiyalarda 6% gacha bo'lgan bemorlarda vabo belgilari ich ketmasdan, dastavval faqat qusish bilan namoyon bo'lgan. Bunday atipik, qusish bilan boshlangan vabo 2-4% bemorlarda bir necha soatlardan so'ng ich surish belgilari qo'shilib, tanada darmonsizlik, oyoq mushaklarining tirishib qolishi bilan rivojlanadi, bemor ahvoli og'irlasha boradi. Qusish va ich buzilishi oqibatida qisqa muddat ichida bemor organizmida dehidratatsiya ro'y beradi. Hastalikning og'ir yoki yengilligi dehidratatsiya darajasiga bog'liq. Shu sababli davolashda bu ahvol inobatga olinadi.

Degidratatsiya 4 darajaga bo'linadi:

I-darajali dehidratatsiya qusish va ich surishi 4-5 martadan oshmaydi. Bemorning umumiy ahvoli 1-2 kun yomonlashadi. Bemor organizmi yo'qotgan suyuqlik tana vaznining 3 foizidan oshmaydi. Bunday bemorlar ba'zan hattoki tibbiy yordam so'rab murojaat qilmaydilar. Ular epidemiologik jihatdan g'oyat xavfli xisoblanadilar.

II-darajali dehidratatsiyada ich surishi va qusish tez-tez takrorlanib, kuniga 15-20 martagacha borishi mumkin. Organizm suvsizlanishi sezilarli darajaga borib, bemor og'iz qurishi, tashnalik, holsizlik, bosh aylanishidan shikoyat qiladi. Teri

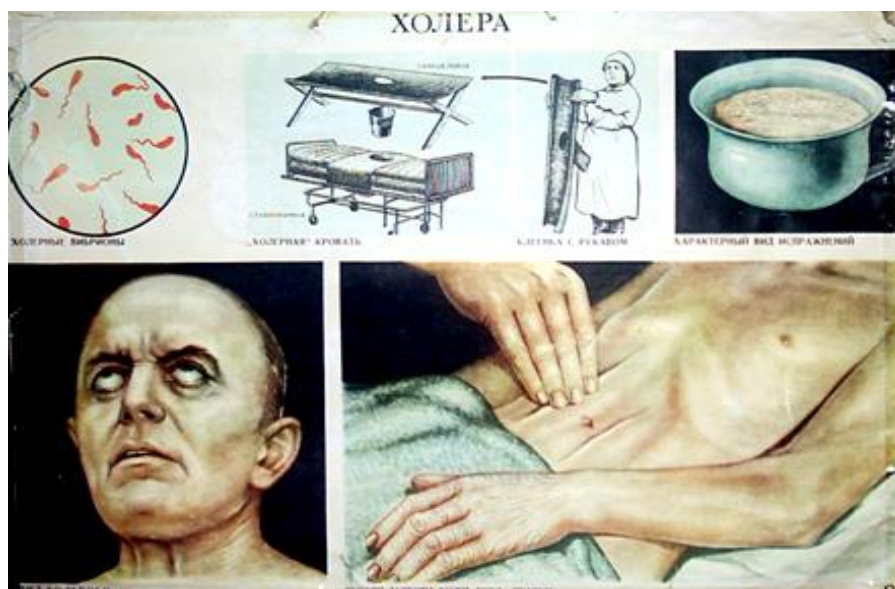
qurisha boshlaydi, qon bosimi pasayadi, siydik ajralishi kamayib, quyuqlashib ketadi. Baʼzan boldir muskullarida tirishish paydo boʻladi. Organizm yoʻqotgan suyuqlik tana vaznining 4-6 foiziga yetadi. Vaqtida davolanmasa, bemor ogʻirlashib qolishi mumkin.

III-darajali dehidratatsiya roʻy berishi dastlabki soatlardan oq ich surishi va qusish juda tez qaytalanib turganida kuzatiladi. Bunda qisqa muddat ichida bemor organizmi juda koʻp elektrolitlar (Na, K, Cl) va suyuqlik yoʻqotadi. Shu davrda organizmdan chiqib ketgan suyuqlik hajmi tana vaznining 7-9 % tashkil qiladi. Bemorni tashnalik qiynaydi, teri burmalari uzoq vaqt yozilmaydi, ovozi zoʻrgʻa eshitiladi. Qon bosimi sezilarli darajada 80-70 mm sm.ust. pasayadi. Yuz, qoʻl va oyoq muskullarida kuchli ogʻriq beradigan tirishish kuzatiladi. Siydik gʻoyat kam ajraladi. Qon quyuqlasha boshlaydi, undagi kaliy va xlor miqdori kamayib ketadi, natriy miqdori esa ortadi.

IV-darajali dehidratatsiya organizm suv yoʻqotishining eng yuqori darajasi hisoblanib, yoʻqotilgan suv tana vaznining 10 foizdan va undan ortigʻini tashkil etganida kuzatiladi. Baʼzan kasallik dastlabki soatlardan oq shiddatli boshlanadi. Toʻhtovsiz ich ketishi va qusish natijasida 8-10 soat davomidayoq bemor gʻoyat suvsizlanib qoladi. IV-darajali dehidratatsiya holatidagi bemorlar oʻz vaqtida suyuqlik yuborib davolanmagan hollarda gipovolemik shok holati yuzaga kelishi mumkin. Bu davrda suvsizlanish oqibatida qon quyuqlashadi, yurak-qon tomirlari faoliyati keskin buziladi, qusish va ich surishi esa toʻhtab ham qoladi. Bemorning qoʻl-oyoqlari, soʻngra tanasi soviy boshlaydi, tana xarorati 35°C gacha tushishi mumkin, teri koʻkintir-tuproq rangida boʻladi, burishib qoladi. Tomir urishi va qon bosimini aniqlab boʻlmaydi. Yuz, koʻz, lab atrofi koʻkarib ketadi. Tananing deyarli barcha muskullarida uzoq davom etadigan tirishish va kuchli ogʻriq kuzatiladi. Nafas olish susayib chuqurlashadi (Cheyn-Stoks). Siydik ajralishi toʻxtab qoladi. Qondagi eritrotsit va leykotsitlar soni koʻpayadi.

Tashxisi. Qanday koʻrinishda oʻtishidan qatʻiy nazar, vabo deb qoʻyiladigan dastlabki tashxis bakteriologik tasdiqlangan boʻlishi kerak. Tashxis qoʻyish maqsadida bemor qusuq massasi, najasidan olib 1% li peptonli suvga ekiladi. Ich

ketishi va qusish tez takrorlanib turganda ketma-ket 3 ta ekma olinadi. Ekma olinganidan keyin bemorga antibiotik berish mumkin. Olingan ekma 6 soat ichida laboratoriyaga yetkazilishi shart. Vabo vibrioni topilgan hollarda laboratoriya tahlili 24 soat ichida dastlabki natijani beradi, yakuniy xulosa 48 soatdan soʻng aniqlanadi.

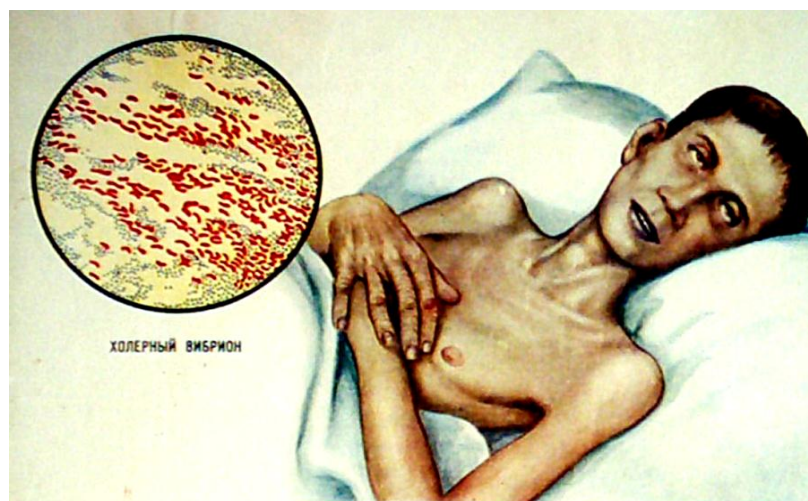


Rasm 10. Vaboda bemorni holati. (kaf.tablitsasi)

Vabo kasalligiga tashxis qoʻyilayotganida epidanamnezning ahamiyati katta. Ayniqsa meʼda-ichak kasalliklari bilan ogʻrigan boshqa bemorlar bilan, vabo tarqalgan joydan kelib qolgan odamlar bilan muloqotda boʻlgani yoki bemorning oʻzi keyingi 5 kun ichida shunday epidemik xavfli joylarga borib kelganini aniqlash zarur.

Tashxis maqsadida bemordan qon olib, vibriotsid antitelolar titri ham tekshiriladi. U 2 marta oʻtkaziladi. Kasallikning 5-6 kunida va oradan 10 kun oralatib qon olinadi.

Imkon boʻlsa, qondagi elektrolitlar hamda gematokrit koʻrsatkichini aniqlab, davolanishi unga muqobil ravishda tashkil etiladi.



Rasm 11. Vaboda bemorni holati (I.K.Musabaevdan).

Shuni ham aytib o'tish kerakki, ayniqsa yoz faslida vabo kasalligi bilan og'riqan bemorda bir vaqtning o'zida ichburug', salmonellyoz va boshqa me'da-ichak yuqumli kasalliklari avj olishi mumkin. Bunday bemorlarda vabo belgilari tana xaroratining $38-39^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilishi, qorin bo'shlig'ida vaqti-vaqti bilan og'rik bo'lishi, najasda shilliq, qon borligi bilan davom etadi. Shunday bemorlarning najasi vabo vibrionlariga hamda ichak guruhi (dizenteriya, salmonellyoz va boshqa) bakteriyalariga tekshirish zarur.

Davolash. Vabo kasalligi bilan og'riqan bemorni davolash usullari quyidagilardan iborat:

1. Davolashni imkon boricha erta boshlash kerak. Buning uchun xar bir shifokor yoz faslida me'da-ichak kasalligi tufayli murojaat qilgan bemorni qabul qilayotganida vabo kasalligi bo'lishi mumkinligini yodda tutish, uning asosiy alomatlarini bilishi kerak. Kasallikka biroz bo'lsa ham shubha tug'ilganida, bemorni shifoxonada alohida yotqizish zarur. Vabodan tashqari, yengil kechayotgan ich ketar kasalligida bemorga 4-6 soat davomida oral regidratatsiya punktlarida og'izdan regidron, sitroglyukosalan va boshqa eritmalardan ichirib, ahvoli yengillashsa, uyiga yuborish mumkin. Bunday bemordan bir marta vaboga tekshirish uchun ekma olish kerak. Mahalliy shifokori uyga qaytarilgan bemor holidan habardor bo'lib turishi lozim.

2. Davolashning asosi — organizm yo‘qotgan tuz va suv o‘rnini qoplash. Kasallik yengil kechganida, ba‘zan o‘rtacha og‘irlikda kechayotgan hollarida ham og‘izdan regidron eritmasi ichirib turish zarur. Uni xar 3-5 minutda osh qoshig‘ida (bolalarga choy qoshig‘ida) ichiriladi. Ichiriladigan suyuqlikning umumiy hajmi bemor yo‘qotgan suyuqlik miqdoriga qarab belgilanadi. Uni aniqlashning iloji bo‘lmasa, quyida keltirilgan jadvaldan foydalaniladi (2, 4 -jadval).

Boshqa hollarda bemorning kg hisobida tahminiy vazni 75 ga ko‘paytirilsa, ml hisobida ichirilishi lozim bo‘lgan suyuqlik miqdori topiladi.

3. Bemor organizmning suvsizlanishi yaqqol ifodalangan (ayniqsa III-IV darajali dehidratatsiyada) hollarda tomir orqali suyuqlik yuborish yo‘li bilan boshlanadi. Buning uchun Ringer-laktat, trisol, atsesol, kvartasol, xlosol, reomakrodeks kabi zavod sharoitida tayyorlangan eritmalar zahirasi oldindan tayyorlanib qo‘yilishi kerak. Bu eritmalar ilitilgan holda tomir orqali tezlik bilan (1-2 soat ichida) 100-200 ml/min. oqizib quyilishi zarur. Bunda dastlabki soatlarda yuboriladigan suyuqlik miqdori 5-6 litrgacha boradi. Shuning uchun og‘ir holdagi bemorni davolashda infeksiyalar bilan yonma-yon reanimatolog ham ishtirok etib, o‘mrov osti sohasiga kateter qo‘yib, ular orqali ham suyuqlik yuboriladi.

2-jadval.

Suvsizlanish belgilari bo‘lmagan xolda:

Yoshi	Xar bir suyuq najasdan keyingi beriladigan miqdor	Kerak bo‘ladigan ORV paketlari
24 oydan kam	50 — 100 ml.	Kuniga 500 ml. eritmaga
2 — 9 yosh	100 — 200 ml.	Kuniga 1000 ml. eritmaga
10 yosh va undan katta	Bemor xohishiga ko‘ra	Kuniga 2000 ml. eritmaga

Oral regidratatsiya terapiyasi:

1. «Glyukosalan» (yoki «oralit») – 1 l. qaynagan suvga: NaCl – 3.5 g., KCl – 1.5 g., NaHCO₃ – 2.5 g., glyukoza – 20 g. eritma osmolyarligi – 333

mosm/l.

2. «Regidron» va uning analoglari – 1 l. qaynagan suvga: NaCl – 3.5 g., KCl – 2.5 g., natriy sitrat – 2.9 g., glyukoza – 10 g.
3. «Sitroglyukosalan» 1 l. qaynagan suvga: NaCl – 3.5 g., KCl – 2.5 g., natriy sitrat – 4.0 g., glyukoza – 17 g.

Vaboda bemorlarni davolash uchun ishlatiladigan tuzli eritmalar:

- Trisol – 5 g. -NaCl, 4 g.- NaHCO₃,1 g.- KCl, MgCl, CaCl
- Disol 5 g.- NaCl, 4 g.- NaHCO₃
- Kvartasol 4.75 g.- NaCl, 1.0 g.- NaHCO₃, 2.6 g.- natriy atsetat va 1.5- KCl
- Atsesol 5 g.- NaCl, 2 g. - natriy atsetat, 1 g.- KCl
- Xlosol 4.75 g.- NaCl, 3.6 g.- natriy atsetat, 1.5 g.- KCl
- Laktasol 6 g.- NaCl, 3.4 g.- natriy laktat, 0.3 g.- NaHCO₃,0.3 g.- KCl, 1 g.- MGCl, 0.16 g.- CaCl

3-jadval.

Vaboni davolashda ko'llanadigan antibiotiklar

Antibiotik	Bolalar	Kattalar
Doksitsiklin yagona doza		300 mg.
Tetratsiklin kuniga 4 mahal 3 kun davomida	12.5 mg/kg	500 mg.
Trimetoprim sulfametoksazol kuniga 2 mahaldan 3 kun	5 mg/kg 25 mg/kg	160 mg. 800 mg.
Tarevid siprofloksatsin		500 mg.

Bemorning tomir urishi paydo bo'lishi, qon bosimi aniqlana boshlashi, nafas olishi ravonlashishi ahvoli yaxshilana boshlaganidan darak beradi. Shu vaqtdan boshlab qo'shimcha ravishda og'iz orqali ham suyuqlik bera boshlanadi. Davolashning ikkinchi bosqichida tomir orqali yuboriladigan suyuqliklar miqdori

kamaytirilib, 50-70 ml/min. bemor yo'qotayotgan suyuqlik hajmiga monand ravishda olib boriladi.

4. Antibiotiklar bilan davolash bemordan topilgan vabo vibrionlarining qaysi antibiotikka sezgir ekanligini e'tiborga olib belgilanadi. Avvaldan respublikamizda ahyonda uchrab turadigan vibrionlar tetratsiklinga sezgirligini saqlab qolgan, shu sababli tetratsiklin 300000 TB dan kuniga 4 mahal 5 kun davomida beriladi. Keyingi yillarda tarqala boshlagan vabo vibrionlari tetratsiklin va levomitsetinga sezgir emas. Bunday shtammlar qo'zg'atgan kasalliklarni davolashda ularga ta'sir etadigan, ftorxinolin guruhiga mansub antibiotiklar yaxshi samara beradi. Ular floksatsinlar: siprofloksatsin-sifloks, ofloksatsin-tarivid, pefloksatsin-abaktal preparatlari.

5. Bemor tuzala boshlagan davrda to'yimli, oson hazm bo'ladigan ovqatlar beriladi. Bu davrda qondagi kaliy miqdorini bir maromda ushlab turish maqsadida kaliy orotat yoki panangin tabletkalaridan 4-5 kun berib turish lozim.

Davolash to'g'ri tashkil etilsa, 2-3 kundayoq bemor ahvoli yaxshilanadi. Unga shifoxonadan to'la sog'ayganidan so'ng ruhsat beriladi. Bu orada antibiotik ichishni tugatganidan keyin bir kun oralatib, ikki kun ketma-ket olingan ekmada vabo vibrionlari bo'lmasligi kerak.

Vabo tarkalganda tashkil etiladigan gospital tiplari:

1. Vabo gospitali–bakteriologik tasdiqlangan vabo tashxisli bemorlar .
2. Provizor gospitali – bakteriologik tekshiruv hali o'tkazilmagan diareya sindromli bemorlarda bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi. Agar vabo vibrioni topilsa vabo gospitaliga, agar boshqa bakteriya topilsa oddiy yuqumli kasalliklar bo'limiga o'tkaziladi.
3. Observatsion gospital – barcha kontaktda bo'lgan shahslar 5-6 kunga yotqizilib, bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi, kuzatish olib boriladi.

Vabo bilan kasallangan bemor aniqlanganda vrach taktikasi.

1. Bemor turgan binodan chiqish va kirish taqiqlanadi.
2. Tahminiy vabo tashxisi qo'yilganligi haqida muassasaning bosh shifokoriga

shoshilinch habar berish.

3. Najas va ahlat massalarini kanalizatsiyaga tashlash man etiladi.
4. Kontaktda bo'lgan shaxslarni yozib olish (kog'ozga qalam bilan, zararsizlantirilganda sezilmasligi uchun).
5. Bemorga shoshilinch yordam ko'rsatish (shokdan chiqarish).
6. Bakteriologik tekshirish uchun najas, qusuq moddalarini olish.
7. Bemorga epidemiolog, o'ta xavfli infeksiya bo'yicha konsultant, barcha xarakatlarni koordinatsiya qiladigan davo muassasasi vakili kelishi lozim.
8. So'ngra bemorni aniqlagan shifokor statsionarga kontaktda bo'lgan shahs sifatida yotqiziladi. Shoshilinch ximioprofilaktika o'tkazilishi lozim (konsultant va epidemiologlar kelgunigacha).

Profilaktikasi. Vabo o'ta xavfli infeksiyalar guruhiga mansub bo'lgani uchun xalqaro ahdnoma (konvensiya) ga asosan, xar bir davlat o'z sarhadlarini vaboning chetdan kirib kelishidan asrash choralarini ko'radi. Xalqoro aeroport, temir yo'l, daryo va avtoyo'llaridagi chegara bekatlarida sanitariya-nazorat punktlari (SNP) tashkil etiladi. Unda tibbiyot hodimlari tunu-kun navbatchilik qiladilar. Vabo doimo qayd etiladigan mamlakatlardan kelayotgan yo'lovchilardan shu kasallikning alomatlari bor-yo'qligi surishtiriladi. Bemor yoki kasallikka shubxa qilinganlar topilsa, SNP qoshidagi alohidalash xonasiga yotqizib (lozim bo'lsa, tibbiy yordam ko'rsatib) turiladi. Keyin bemor maxsus sanitariya (epidperevozka) transporti bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasidagi alohida ajratilgan bo'limga yotqizilib, 5 kun tibbiy kuzatuvda bo'ladi. Bu davrda bemordan 3 marta vabo vibrioniga va ichak guruhi mikroblariga najas ekmasi olinadi. Shundan so'ng 5 kun tetratsiklin buyuriladi. Kasallik alomatlariga qarab boshqa dori-darmonlar ham qo'llanadi.

Kasallik alomatlari bo'lmagan, lekin chet elda safar vaqtida vabo kasalligi yuqish ehtimoli yuqori bo'lgan (ayniqsa, tijoratchi-sayyoh) lar SNP da ro'yhatga olinadi va ular haqida DSENM ga telefon orqali habar qilinadi. Bunday fuqaro turar joyidagi poliklinika xizmatchilari tomonidan 5 kungacha uyida tibbiy kuzatuv ostida bo'ladi.

SNP larda o'rnatilgan shunday nazorat vositasida chetdan kirib kelgan vaboning mamlakat ichida tarqalishiga yo'l ko'yilmaydi.

Respublikada xar bir viloyat, tuman (shaxar) vaboning oldini olish va u qayd qilingan taqdirda o'tkaziladigan tadbirlar majmuasini oldindan belgilab qo'yadi. U epidemiyaga qarshi Favqulodda komissiya (EQFK) yig'ilishida muhokama qilinib, hokimiyatlar tomonidan tasdiqlanadi. Bu tadbirlarda aholini ichimlik suv bilan ta'minlash, turar joylarning sanitariya holatini yaxshilash masalalariga katta e'tibor beriladi. Ularni amalga oshirish uchun mahalliy ma'muriyat mas'ul xisoblanadi. Shuningdek, tibbiy tadbirlar, aniqlangan bemor qaerga yotqizilishi, u bilan muloqotda bo'lganlar qaysi bo'limda tibbiy kuzatuvga olinishi oldindan belgilanadi. Bu bo'limlarda qaysi tibbiyot xodimlari ishlashi ham aniqlangan bo'ladi. Dori-darmon, laboratoriya anjomlari, ozuqa muhitlari zahirasi tayyorlab qo'yiladi.

Kasallik yoki vaboga shubxa qilingan bemor aniqlanganida, u darhol alohidalanadi. SENM epidemiologi bemor bilan suhbatlashib, kasallik qaysi yo'sinda yuqqanligini aniqlashga xarakat qiladi. Chet ellarga borib kelganlari ham surishtiriladi. Bemor bilan xonadonda va ish joyida bevosita muloqotda bo'lganlar ro'yhati tuziladi. Zarurat bo'lsa, ular ham alohidalanadi. Boshqa hollarda 5 kun uyida tibbiy nazorat o'rnatish mumkin. Bunda xar kuni bemorda kasallik alomatlari bor-yo'qligi aniqlab boriladi. Bir marta najasi vaboga tekshiriladi. Ularga 5 kun tetratsiklin beriladi.

Biror joyda vabo aniqlansa, darhol EQFK yig'ilishi chaqiriladi. U vabo chiqqan joyni kasallik o'chog'i deb e'lon qiladi. Ichi buzilgan bemorlarni erta aniqlab, tekshirish va davolash maqsadida hovlima hovli yurib, bemor bor-yo'qligi surishtiriladi. Aniqlangan bemor darhol shifoxonaga yuboriladi.

Yoz oylarida ich ketar kasalligi bilan shifoxonaga yotqizilgan barcha bemorlar bir marta vaboga ham tekshiriladi.

Hozirgi vaqtda vabo kasalligi o'chog'ida karantin e'lon qilinmaydi.

6-bob. VIRUSLI GEPATITLAR

Virusli gepatitlar insoniyatga qadimdan ma'lum bo'lgan kasalliklardan biri bo'lib, avallari boshqa nomlar bilan atalgan. 1888 yilga kelib S.P.Botkin bu kasallikni jigar zararlanishi bilan kechib, odamdan-odamga yuqadigan kasallik deb ta'rif bergan, shu sababli uzoq yillar davomida bu kasallik Botkin kasalligi deb ham atalgan. Bu kasallikni chaqiruvchilari viruslar (A,B,C,D,E, F, TTV,G) aniqlana boshlagandan keyin, virusli gepatit deb nomlangan. Hozirgi vaqtga kelib virusli gepatitlar yuqish yo'llariga qarab, 2 ta katta guruhga bo'lingan: fekal-oral yo'l bilan yuqadigan virusli gepatit A va E, parenteral yo'l bilan yuqadigan virusli gepatit B,C,D lar v.x.

Virusli gepatitlar – gepatotrop, etiologik bir xil bo'lmagan viruslar tomonidan chaqiriladigan, zararlanish mexanizmlari turlicha bo'lgan va gepatobiliar tizim zararlanishi bilan organizmda modda almashinuvini buzilishi, umumtoksik, dispeptik va gepatolienal sindromlar rivojlanishi va ba'zan sariqlik bilan xarakterlanadigan antroponoz kasalliklar guruhi. JSS ma'lumotlariga asosan, xar yili deyarli 50 mln. gepatit B, 100 dan 200 mln.gacha gepatit C bilan kasallanganlar qayd etiladi. Bugungi kunda dunyoda 350 mln. bemor gepatit C virusi bilan zararlangan. O'zbekistonda virusli gepatit C bilan kasallanish 2002 yildan boshlab – 6,0 dan 11,6 gacha (100 ming aholiga) 2005 yilda sezilarli ravishda oshdi. Milliy emlashlar kalendariga gepatit B ga qarshi vaksinatsiyaning kiritilishi gepatit B bilan kasallanishning – 2000 yili 29,4 dan 2005 yili 9,1 gacha sezilarli pasayishiga olib keldi. Solishtirish uchun: 1996 yili respublika bo'yicha intensiv ko'rsatkich 100 ming holatga 61,1ga teng bo'lgan.

O'zbekistonda O'zRSSHning 542-sonli buyrug'iga asosan (2018 y.) klinik amaliyot maqsadlari va vazifalariga javob beradigan virusli gepatitlarning klassifikatsiyasi qabul qilindi. Unda gepatitning etiologiyasi va infeksiyon jarayonning manifestligi hisobga olinadi, ustun turuvchi patologik mexanizmlar ajratiladi, kasallikning og'irligi, kechishi va oqibati baholanadi. Baholashning bunday ko'rsatkichlarini hisobga olish, zarur tashxisni to'liq shakllantirish imkonini beradi. Mazkur klinik klassifikatsiyani turli etiologiyadagi o'tkir virusli gepatitlarning barcha guruhlari uchun qo'llash mumkin.

Virusli gepatitlarni tasnifi.

A. Siklik kechishi bo'yicha:

- I. Siklik shakli:** 1. O'tkir GB - belgisiz (inapparant va subklinik), sariqsiz, (sitoliz yoki xolestazning ustun kelishi);
2. O'tkir GB xolestatik sindrom bilan.

II. Persistirlanuvchi shakli:

1. VGB tashuvchilik – surunkali belgisiz shakli(HBsAg va virusning boshqa antigenlarini tashuvchilik);
2. Surunkali virusli gepatit B, integrativ fazasi.

III. Kuchayib boruvchi (Progressivlanuvchi) shakli:

1. Yashinsimon (fulminant) gepatit;
2. O'tkir osti gepatit;
3. Surunkali virusli gepatit B, replikativ fazasi (jigar sirrozi bilan).

IV. Virusli gepatit B, o'tkir yoki surunkali mikst, A, C, D, E, G virusli gepatitlar bilan hamkorlikda.

B. Og'irligi bo'yicha: yengil, o'rtacha og'ir, og'ir kechishi.

V. Asoratlari: qo'zg'alish, retsivlar, gemorragik va shish-assitik sindromlar, o'tkir jigar yetishmovchiligi (O'JE) - jigar ensefalopatiyasi (prekoma I, II, koma), assotsiatsiyalashgan infeksiya (o't yo'llari yallig'lanishi, pnevmoniya, ichak flegmonasi, sepsis va b.).

G. Oqibatlari: to'liq sog'ayish va qoldiq belgilar bilan (postgepatit sindrom, o't yo'llari diskineziyasi, gepatofibrozi), o'lim.

ENTERAL VIRUSLI GEPATITLAR

Virusli gepatit A

Virusli gepatit A - fekal-oral yoʻl orqali yuqadigan, organizmni intoksikatsiyasi, modda almashinuvini buzilishi, jigarni zararlanishi bilan kechadigan va baʼzan sariqlik bilan namoyon boʻladigan kasallik. Gepatit A qoʻzgʻatuvchisini birinchi boʻlib S.Feynston va hammual. tomonidan 1973 y. eksperimental zararlantirilgan xohlovchilarning ekskretlarida aniqlagan. Zamonaviy klassifikatsiya boʻyicha ularni Hepatovirus turkumiga, Picornaviridae oilasiga kiritilgan. Morfologik Virus A 27-30 nm. diametrdagi sferik tanacha, qobiqsiz tuzilgan. Virus genomi chiziqsimon, bir zanjirli RNKdan iborat, 7500 nukleotidli asoslardan iborat, umumiy molekulyar vazni 2,2 Md. Virus A tashqi muhit omillariga eng chidamli odam viruslaridan biri xisoblanadi. 60°C da bir soat davomida toʻliq saqlanadi, faqat 10-12 soat ichida qisman zararsizlanadi, biroq, qaynatilganda bir necha daqiqalarda virusning parchalanishi kuzatiladi. Virus A oddiy xona sharoitidagi (25°C va 42% namlik) qattiq yuzalarda quritilganda bir oygacha yuqumliligini saqlaydi. Dezinfeksiyalanuvchi vositalarga sezgir: xloramin 2,0-2,5 mg/l. konsentratsiyasida VGA yuqumliligini 15 daqiqada, 3% formalin - 5 min. (25°C) toʻliq yoʻqotadi.

Epidemiologiyasi: Kasallik manbai bemor odam, gepatit A virusi bilan zararlanish bemor orqali yuz beradi, inkubatsion davrning oxirgi kunlaridan virus tarqalishining manbai xisoblanadi. Gepatit A ning yashirin va sariqsiz shaklidagi bemorlar yuqori epidemiologik ahamiyatga ega. Bunday bemorlarning soni sariqlik shaklidagi bemorlar sonidan 2-10 marta koʻproq boʻlishi mumkin. Uni aniqlanilishi murakkab virusologik va immunologik usullarni qoʻllashni talab qiladi. Keng amaliyotda kam qoʻllaniladi. Gepatit A zararlanishining yetakchi mexanizmi - fekal-oral yoʻl bilan amalga oshadi. Suv, oziq-ovqatlar, oʻyinchoqlar, uy roʻzgʻor buyumlari, maishiy-muloqot oʻtkazuvchi omil boʻlib xisoblanadi. Gepatit A ga moyillik hamma. Koʻpincha kasallik 1 yoshdan katta (ayniqsa 3-12 yoshdagi tashkillashtirilgan jamoatlardagi) bolalarda qayd etiladi. 1 yoshgacha boʻlgan bolalar zararlanishga sust sezgir. Bu ulardagi onasidan oʻtgan passiv immunitet koʻrinishida saqlanadi. 30-35 yoshdan katta shaxslarda aktiv immunitet ishlab chiqariladi, 60-97% donorlar qon zardobida virusga (IgG-anti-HAV) qarshi

antitanachalarning mavjudligi bilan tasdiqlanadi. GA ga kasallikning mavsumiyliги, yoz-kuzgi davrda ko'tarilishi hos. Mavsumiylik bilan bir qatorda, GA bilan kasallanishning siklik ko'tarilishi va 3-5 yilda kasallanish oshishi kuzatiladi, bu virus xo'jayinlari populyatsiyalarida aholining immun katlamining kamayishi bilan bog'liq.

Patogenez. Gepatit A - o'tkir siklik infeksiya, davrlarning aniq almashinuvi bilan xarakterlanadi. Organizmga virus tushgandan keyin ichakdan qonga va jigarga o'tadi, gepatotsitlarning retseptorlariga birikadi, so'ng hujayra ichiga kiradi. Replikatsiyaning birinchi bosqichida gepatotsitlarning shikastlanishi bilan birga virusning yangi avlodlari o't kapilyariga ajraladi, keyinchalik ichakka tushadi va najas bilan tashqi muhitga ajraladi. Virusli tanachalarning bir qismi qonga o'tadi, hamda prodromal davrdagi intoksikatsion belgilarning rivojlanishiga olib keladi. GA kechishining keyingi rivojlanishida paydo bo'ladigan gepatotsitlarning shikastlanishi virusning replikatsiyasi bilan bog'liq emas, balki immun bog'liqlikdagi sitoliz bilan bog'liq. GA ning avj olish davridagi morfologik tekshiruvlar qisman jigar bo'lakchalarining periportal zonasida va portal traktlarda sodir bo'ladigan yallig'lanish va nekrobiotik jarayonlarni aniqlash imkonini beradi. Bu jarayonlar uchta asosiy klinik-biokimyoviy: sitolitik, mezenximal-yallig'lanish va xolestatik sindromlarning rivojlanishi asosida yotadi. Sitolitik sindromning laborator belgilariga: qon zardobida AlAT va AsAT (alaninamin- va aspartataminotransferaza) fermentlari faolligining, temir miqdorining oshishi, albumin sintezining, protrombin va qon ivishining boshqa omillarini, xolesterin efilrlari miqdorlarining pasayishi kiradi. Sitolitik sindromning boshlang'ich bosqichi bo'lib gepatotsitlar membranalari o'tkazuvchanligining oshishi xisoblanadi. Bu qonga hammadan oldin jigar hujayrasining sitoplazmasida joylashgan AlAT – fermentining chiqishi bilan asoslanadi. AlAT faolligining oshishi – gepatotsitlar shikastlanishining erta va ishonchli indikatoridir. Biroq shuni ta'kidlab o'tish kerakki, sitolitik sindrom boshqa shikastlovchi ta'sirlarga (viruslarning, mikroblarning toksinlari, gipoksiya, medikamentlar, zaharlar va b.) javoban rivojlanishi mumkin, shuning uchun AlAT faolligining oshishi jigar

hujayralarini zararlanishini ko'rsatuvchi belgi bo'lib xisoblanadi. Mezenximal-yallig'lanish sindromi beta- va gammaglobulinlar miqdorlarining oshishi, kolloid sinamalarning o'zgarishi (sulema titrining pasayishi va timol sinamasining oshishi) bilan xarakterlanadi. Xolestatik sindrom qonda bog'langan bilirubin, o't kislotalari, xolesterinning, mis miqdorining, ishqoriy fosfataza faolligining oshishi, shuningdek bilirubinuriya, siydikda urobilin tanachalarining kamayishi (yo'qolishi) bilan namoyon bo'ladi. Kompleks immun mexanizmlar (interferon ishlab chiqarilishining kuchayishi, tabiiy killerlarning, antitanachalar ishlab chiqarilishi va antitanachalarga bog'liq killerlarning faollashuvi) natijasida virusning replikatsiyasi to'htaydi, hamda odam organizmidan uning eliminatsiyasi sodir bo'ladi. Gepatit A uchun virusning organizmda uzoq muddat bo'lishi, kasallikning surunkali shakllarining rivojlanishi hos emas. Biroq, ba'zan kasallikning kechishi boshqa gepatotrop viruslarning ko-infeksiyasi yoki superinfeksiyasi bilan birga kelishi mumkin.

Klinikasi. I. Inkubatsion davr minimal 7 kundan va maksimal 45 kunni tashkil etadi. O'rtacha inkubatsion davr virusli hepatit bilan kasallangan bemor bilan muloqotdan keyin 2-3 haftani tashkil etadi. Bu davrda hech qanday klinik belgilar bo'lmaydi, lekin bu davrning ohirida bemor tashqi muhit uchun juda yuqumli bo'la boshlaydi, chunki virus tashqi muhitga najas va siydik orqali ajraladi, shuning uchun kasallik chiqqan o'choqlarda karantin 35 kunga qo'yiladi, va xar 10 kunda muloqatda bo'lganlar qoni transaminazalarga tekshiriladi.

II. Prodromal (sariqlik oldi) davri bir necha kundan 1-1,5 haftagacha (o'rtacha 3-4-5 kun) davom etadi. Kasallik o'tkir boshlanib, turli klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi, bu belgilarni quydagi sindromlarga umumlashtirish mumkin:

Dispeptik – ko'ngil aynish, ovqatga, ayniqsa go'shtga nisbatan ko'ngil aynishi, turli xarakterdagi qorinda, xususan o'ng qovurg'a ostidagi og'riqlar, diareya, meteorizm hissi kabilar bilan xarakterlanadigan ichak disfunksiyalari bo'lishi mumkin, og'ir shakllarida qayt qilish to'xtovsiz bo'lishi mumkin, jarayon qancha og'ir bo'lsa, qayt qilish davomiyligi shuncha uzoq bo'ladi. Bu variant eng ko'p va populyatsiyada kasallangan bolalarning 60-70% da kuzatiladi.

Astenovegetativ - holsizlik, uyquchanlik, adinamiya, bolalarda injiqlik, bosh og'rihi, xaroratning ko'tarilishi va umumiy intoksikatsiya belgilari bilan ta'riflanadi.

Grippsimon – gripp, O'RVI kabi boshlanadi: xaroratning 38°C va undan yuqori ko'tarilishi, kataral belgilar, yo'tal, tumov, tomoq giperemiyasi bo'lishi mumkin.

Aralash – yuqorida keltirilgan sindromlar turli hamkorlikda keladi. Bu davrni oxirgi kunlariga kelib siydik rangi to'qlashadi, bu to'qlashish qonda urobilinogenni ortishi bilan bog'liq, jigar hajmi kattalashadi, yosh bolalarda najas rangi oqaradi. Shu belgilarga e'tibor berilsa, virusli gepatitga shubha qilinadi.

III. Sariqlik davri (avj olish davri), dastlab sklerani, yuqori tanglay shilliq qavatining sust, keyinchalik butun terining sarg'ayishi kuzatiladi. Sariqlikning intensivligi qondagi bilirubinning miqdoriga bog'liq: sariqlik bilirubin miqdorining 35 mkmol/l dan oshganda paydo bo'ladi. Sariqlik bilan parallel ravishda pigment almashinuvining buzilishi munosabati bilan peshobning to'qlashishi, ba'zan sariqlikdan oldin najasining oqarishi yuzaga keladi. Sariqlik qancha tez va intensiv kuchli namoyon bo'lsa, shunchalik ahvoli yengillashadi. Sariqlikning paydo bo'lishi va rivojlanishi bilan VGA intoksikatsiya belgilari kamayadi, xarorat me'yorlashadi, qayt qilish to'htaydi, ishtahasi va umumiy ahvoli yaxshilanadi. Ob'ektiv sariqlik davrida shifokor jigarning kattalashganligini, jigar chetlarini o'tkirlashganligini, fibroz kapsulaning taranglashganligi hisobiga biroz og'riqligini aniqlaydi, jigar o'lchamlari turlicha bo'lishi mumkin, bu yoshga va gepatitning og'irligiga bog'liq. Sariqlik davri 2-3 hafta davom etadi.

IV. Rekonvalestsensiya davri: ahvoli yaxshilanadi, bola faol, tetik, ishtaha paydo bo'ladi, sariqlik yo'qoladi, jigar o'lchamlari qisqaradi, tuzalishning asosiy mezonlari bo'lib biokimyoviy ko'rsatkichlarning me'yorlashishi hisoblandi. 5-10% bemorlarda, bir necha oygacha davom etadigan, klinik-laborator ko'rsatkichlarning monoton o'zgarmasligi bilan ta'riflanadigan kasallikning cho'zilgan kechishi kuzatiladi. Cho'zilgan kechishi bo'lgan ko'pchilik bemorlarda kasallik ko'pincha tuzalish bilan yakunlanadi.

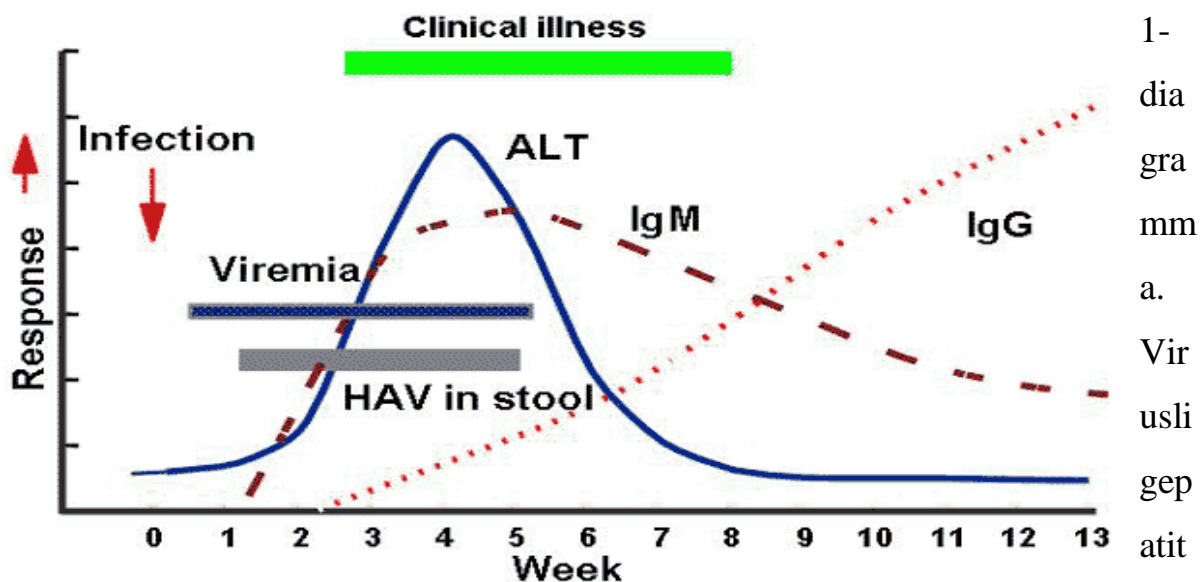
Belgilarning kamayishi davrida ayrim bemorlarda, klinik va laborator ko'rsatkichlarning yomonlashishi bilan namoyon bo'ladigan kasallikning qo'zishi yuzaga kelishi mumkin. Ko'rsatilgan asoratlar bilan birga, qator bemorlarda o't yo'llarining shikastlanishi belgilari aniqlanishi mumkin. GA oqibati odatda ijobiy. To'liq tuzalish 90% bemorlarda kuzatiladi, qolganlarda o'zgarmagan funksional jigar testlari fonida gepatofibrozi, astenovegetativ (gepatitdan keyingi) sindrom, biliar tizimning shikastlanishi ko'rinishidagi qoldiq belgilar kuzatiladi. GA o'tkazgandan keyin, ba'zan qon zardobida fermentlar (ALT, AST) ko'rsatkichlarining o'zgarmagan holda erkin bilirubinning oshishi bilan ta'riflanadigan Jilber sindromi kuzatiladi.

Tashxis. Tashhis epidemiologik ma'lumotlar (GA bo'lgan bemorlar bilan muloqotdan yoki GA inkubatsiyasiga mos keladigan davrda noqulay xududda bo'lgandan keyin kasallikning rivojlanishi) majmuasi, klinik ko'rsatkichlar (xarakterli klinik-biokimyoviy sindromlarning paydo bo'lishi bilan kasallikning siklik rivojlanishi) va laborator tekshiruvlar natijalarini hisobga olgan holda qo'yiladi. Ular orasida: AlAT faolligining normaga nisbatan 5-10 martaga va undan ortiq oshishi, sulema titrining pasayishi, timol sinamasining ortishi, qon zardobi proteinogrammasida gammaglobulin fraksiyalari miqdorlarining sezilarli oshishi, gemogramma (normotsitoz yoki leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, EChTning sekinlashi) o'zgarishlari hos. GA tashhisini ishonarli tasdig'i immunokimyoviy (RIA, IFA va b.) usullar yordamida qo'yiladi – prodromal davr va avj olish davrining boshlang'ich fazalarida IgM-anti-HAV titrining oshishi aniqlanadi. Rekonvalenssenssiya davrida aniqlanadigan IgG anti-HAV anamnestic ahamiyatga ega. Gepatit A ning qiyosiy tashhisoti prodromal davrda gripp va boshqa O'RVI, enterovirusli infeksiyalar bilan taqqosiy tashxis o'tkaziladi. GAdan farqli ravishda, gripp uchun kataral va toksik sindromlarni ustun turishi, bunda funksional jigar testlarining o'zgarishi va gepatomegaliya hos emas. Jigar kattalashishi bilan kechadigan adenovirusli va enterovirusli infeksiyalarda, ko'pincha yuqori nafas yo'llari kataral jarayonlari, mialgiyalar yaqqol namoyon bo'ladi.

Davolash. Davolash choralari kasallik yengil, intoksikatsiyani belgilarisiz kechganda parhez (stol №5) va tartibni saqlash tavsiya etilishi bo'lgan, kasallikning avj olish davrida yotoq tartibi, ishqoriy eritmalarni ichish bilan chegaralanadi. Intoksikatsiya yaqqol namoyon bo'lib, kasallik o'rta yoki og'ir kechgan hollarda parhez va tartibdan tashqari dezintoksikatsion davo maqsadida 5% glyukoza, reosorbilakt eritmalaridan foydalaniladi. Sariqlikni avj olish davrida va najasni rangi paydo bo'lishi bilan o't haydovchi vositalarni, ko'rsatma bo'yicha - spazmolitik dorilar tavsiya etiladi. Kasalxonadan chiqarilgandan keyin bemorlar 14 kun davomida mehnatga layoqatsiz xisoblanadilar. Mehnatga layoqatsizlikning keyingi muddatlari klinik-biokimyoviy ko'rsatkichlar asosida belgilanadi. AlAT faolligining 2-3 va undan ko'p marta oshishining saqlanishida ishga chiqish haqidagi masala bemorning kasbi va ijtimoiy holatini hisobga olgan holda individual hal qilinadi. GA rekonvalesentlari dispanser kuzatuvda: yengil shaklini o'tkazganlar – 1 oy davomida, keyinchalik qoldiq belgilar bo'lmaganligini hisobga olgan holda hisobdan o'chiriladi, o'rtacha og'ir va og'ir shakllari – 3 oy davomida, zaruriyat bo'lganda – ko'proq, to'liq tuzalguncha bo'lishadi.

Profilaktika. Sanitar-gigienik va epidemiyaga qarshi tadbirlar majmuasi boshqa ichak infeksiyalari kabi o'tkaziladi. Sifatli ichimlik suvi va ozuqa mahsulotlari – kasallanishning kamayishining garovidir. Aholining sanitar madaniyatini oshirish katta ahamiyatga ega. Gepatit A bilan muloqotda bo'lgan shaxslarni 35 kun davomida kuzatuvda bo'ladilar, bu davr davomida kasallikning birinchi belgilarining erta aniqlash maqsadida tizimli (haftasiga 1 marta) klinik kuzatuvlar va biokimyoviy tekshiruvlar - AlAT faolligini aniqlash o'tkaziladi.

Gepatit A ning faol profilaktikasi uchun monovaksinalar **GEP-A-in-VAK** mavjud, hammadan oldin Gepatit A ning yuqori darajadagi kasallanishi bo'lgan hududlarida A/V divaksinalari qo'llaniladi.



A da markerlarni dinamikasi.

VIRUSLI GEPATIT E

Virusli gepatit E virusi tasniflanmagan viruslar guruhiga mansub (dastlab uni kalitsiviruslarga mansub deb bilishgan). Gepatit E virusini 1982 yil M.S.Balayan bemor najasidan ajratib olgan. Virus genomi bir zanjirli RNKdan iborat. Virus o'lchamlari 27-34 nm ni tashkil etadi. Tashqi muhitga virusli gepatit A virusiga nisbatan chidamsizrok. Sovuqda, -20° S va undan past xaroratda ham saqlanadi, ammo eritilganda parchalanadi. Dezinfeksiyalovchi moddalarga sezgir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib GE o'tkir shaklidagi bemor hisobalanadi. Yuqish yo'li – fekal-oral. Yuqish yo'llarida yetakchi omil suv, Virusli gepatit E bilan zararlangan ichimlik suvi, ko'pincha ochiq suv havzalari xisoblanadi. Ovqat va maishiy-muloqot yuqish yo'li ham istisno qilinmaydi. Gepatit E ko'pincha epidemiya ko'rinishida, ba'zida sporadik kasallanish ham kuzatiladi. Infeksiya ko'pincha Osiyo (Turkmaniston, Afg'oniston, Hindiston) mamlakatlarida qayd etiladi, u yerda, Afrika, Janubiy Amerika, sezilarli kam Shimoliy Amerikada va Yevropada yuqori endemik joylar mavjud. VGE moyillik yuqori, biroq kasallik ko'pincha 15-29 yoshdagilarda ko'proq uchraydi.

Patogenezi. Gepatit E yetarli o'rganilmagan. Ko'pchilik tadqiqotchilar ehtimol qilishadiki, patogenezning markaziy halqasi bo'lib virusning sitopatik

ta'siri xisoblanadi. Jigar to'qimalaridagi nekrobiotik o'zgarishlarda immun mexanizmlar o'zgarishlarining ishtiroki ham tahmin qilinadi.

Klinikasi. Inkubatsion davr 15-40 kuni tashkil etadi. Kasallik manifest (sariqlik va sariqsiz), hamda belgisiz shakllarda kechishi mumkin. Sariqlik oldi (prodromal) davrining davomiyligi Gepatit E ning manifest kechishida 1-10 kuni tashkil etadi. U astenovegetativ va dispeptik belgilarning asta-sekin rivojlanishi, o'ng qovurg'a ostidagi va epigastriy sohasidagi simillovchi og'riq, ba'zan – qisqa muddatli isitma bilan boshlanadi. Sariqlik davri, boshqa etiologiyali gepatit bilan taqqoslanganda, yetarli darajada qisqa - 15 kungacha, hamda ko'pincha sariqlikning birinchi haftasida o'ng qovurg'a ostidagi simillovchi og'riqlarni va ba'zi hollarda xolestaz belgilarining saqlanishi bilan ifodalanadi. Bu davrda biokimyoviy ko'rsatkichlarning o'zgarishi Gepatit A dan farq qilmaydi. 2-4 haftadan keyin belgilarning kamayishi va tuzalish kuzatiladi. Surunkali kechish gepatit E uchun hos emas. Gepatit E da o'lim ko'rsatkichi 0,4% dan oshmaydi. Shifokorlar virusli gepatit E bilan kasallangan homiladorlarga katta e'tiborni jalb etishlari kerak, chunki ularda kasallik og'ir va hatto fulminant shakllarda, og'ir asoratlar – o'tkir jigar ensefalopatiyasi, gemorragik sindrom, gemoglobinuriya, keyinchalik buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi, jigar-buyrak yetishmovchiligi va b. rivojlanishi bilan kechishi mumkin. Homila tashlash va tug'ruqlar gepatit E bo'lgan bemorlarda kuchli qon ketishlar va chaqaloq o'limininng yuqori darajasi bilan kechadi. Ayniqsa, yuqori o'lim (20-40%) homiladorlikning 3-choragida kuzatiladi. Shuningdek, gepatit E og'ir, asoratli kechishi surunkali gepatit B va C bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

Tashxissi. Epidemologik ma'lumotlar, klinik belgilar va bemorni yoshi tashxisni aniqlashda muhim xisoblanadi. Tashhisni tasdiqlashda bemor qon zardobida IFA usulida anti-HEV IgM yoki PZR usulida HEV-RNA aniqlashga asoslanadi.

Davolash. Gepatit A davolashiga mos keladi. Gepatit E ning homiladorlardagi nohush oqibati, homila tashlash, muddatidan ilgarigi tug'ruqning

oldini olishga yo'naltirilgan akusherlik taktikasi va tug'ruqni optimal o'tkazish muhim o'rinni egallaydi.

Profilaktikasi. Epidemiyaga qarshi va sanitar-gigienik tadbirlar gepatit A o'tkaziladigan tadbirlar bilan bir xil. Spetsifik vaksinasi yo'q, lekin uni ishlab chiqarilishi bo'yicha ilmiy ishlar olib borilmokda.

PARENTERAL VIRUSLI GEPATITLAR

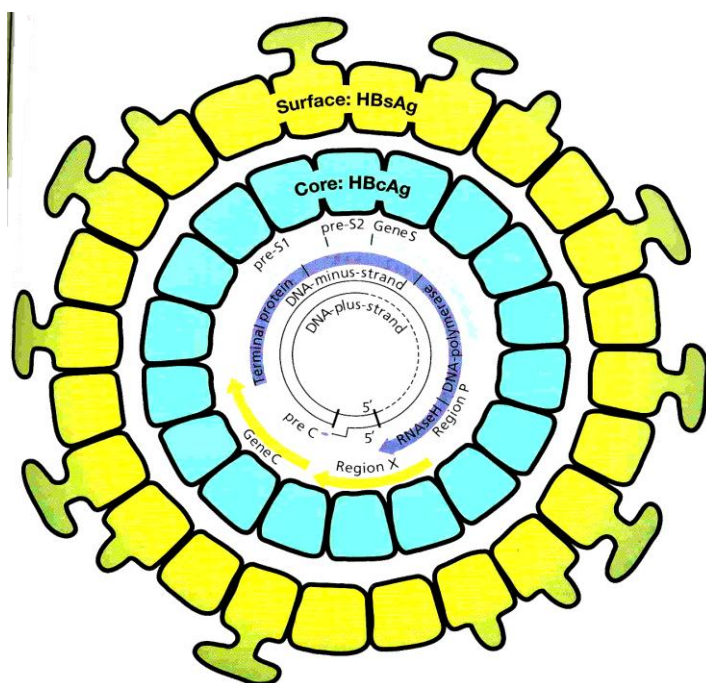
VIRUSLI GEPATIT B

Parenteral virusli gepatitlar ichida dunyoda keng tarqalganlaridan biri bu virusli gepatit B. O'tkir virusli gepatit B eng xavfli turi hisoblanib, o'lim ko'rsatkichi 1-4% ni tashkil qiladi. Tahminan 5-10-15% holatlarda infeksiyon jarayon cho'zilib, surunkali gepatit B rivojlanadi, undan so'ng o'limning asosiy sababchisi bo'ladigan jigar sirrozi va birlamchi jigar raki shakllanadi. O'zbekistonda 2000 yildan emlash kalendariga bu kasallikka qarshi emlash joriy qilingandan keyin, hozirda emlanganlarda virusli gepatit aytarli kuzatilmay qoldi, ammo virusli gepatitni oldin o'tkazganlar ichida surunkali shakllari uchrab turibdi.

Etiologiyasi. Gepatit B gepadnaviruslar oilasiga mansub bo'lib tarkibida DNK saqlaydi. U tashqi muhit, turli xil ximik va fizik omillar ta'siriga o'ta chidamliligi bilan ajralib turadi. Uy xaroratida 3 oy, muzlatgichda – 6 oy, quritilgan plazmada yoki muz holatida – yillab saqlanadi. GB qo'zg'atuvchisi 1-2 % xloramin eritmasida faqat 2 soatdan so'ng, 1,5%- formalinda – 7 sutkada faoliyatini yo'qotadi. Avtoklav qilinganida 45 minutda, quruq issiqda (180⁰ C) sterilizatsiyasida – 45 minutda halok bo'ladi. Gepatit B qo'zg'atuvchisi – Deyn bo'lakchasi 42-45 nm diametrga ega va tashqi qobiq va markaziy yurak qismi (nukleokapsid) dan iborat. Virusni tashqi qobig'idagi oqsili, antigenini 1963 yili B.Blyumberg Avstraliya mahalliy aholisi qonidan «Avstraliya antigeni» aniqlagan va shu nom bilan atagan, hozirda bu antigen yuzaki antigen (HBsAg) deb yuritiladi. Nukleokapsid tarkibida yurak (cor) antigeni (HBcAg), va unga yaqin HBcAg ning sekretsiyalanadigan, eruvchi qismi xisoblanadigan yuqumchillik

antigeni (HBeAg); yaxshi o'rganilmagan HB_xAg lar bor; DNK va DNK – polimeraza va proteinkinaza fermentlari bor. VGB ning xar bir antigeni tegishli antitelolar (anti- HBs, anti- HBc, anti- HBe) ishlab chiqilishi bilan namoyon bo'luvchi gumoral immun javob chaqiradi. Virusni hamma antigenlari va tegishli antitelolari infeksiyon jarayonni turli bosqichlari indikatorlari bo'lib hizmat qiladi. HBsAg – odamni virusli gepatit B ni yuqtirganligini markyori bo'lib xisoblanadi. U kasallik yuqqanidan 4-6 haftadan so'ng, ya'ni yashirin davrda (klinik belgilar yuzaga kelishidan 25-30 kun avval), shuningdek sariqlik oldi davri va gepatitni o'tkir davri mobaynida aniqlanadi, ko'pchilik bemorlarda HBsAg rekonvalessensiya davrida yo'qoladi, ammo ayrim bemorlarda u kasallik boshlanganidan keyin oylab, hatto yillab saqlanishi mumkin. Yuzaki antigeniga qarshi antitelolar (anti-HBs) ko'p hollarda HBsAg yo'qolgandan so'ng uzoq muddatlarda, ya'ni kasallikning tuzalish davrida aniqlana boshlanadi.

Rasm 12. Deyn tanachasini sxematik ko'rinishi.



Kaf. tablitsasi.

Antigen yo'qolib, antitelo aniqlanguncha «manfiylik» davr 3-4 oyni tashkil qiladi. Anti - HBs ni aniqlanishi infeksiyadan keyingi protektiv immunitet rivojlanishi va o'tkir VG dan sog'ayishni mezonlaridan biri bo'lib xisoblanadi. HBsAg faqat jigar biopatlarda aniqlanadi,

shuning uchun bu diagnostik testni amaliyotda tadbiiq qilish imkonini cheklab qo'yadi. Yurak antigeniga qarshi antitelolar (anti- HBc IgM) o'tkir gepatit B da sariqlik yuzaga chiqquncha yoki kasallik avjining dastlabki kunlari paydo bo'ladi. Ular 3-5 oy mobaynida qonda aylanib yuradilar. Anti-HBs IgM ni aniqlashni klinitsistlar uchun o'tkir GB ni tasdiqlovchi juda muhim belgi xisoblanadi. Anti –

HBc IgG shu muddatlarda yoki bir oz kechikib paydo bo'ladi, ammo uzoq muddat saqlanadi. HBeAg gepatit B bemorlarida HBsAg bilan bir paytda paydo bo'lib, yuqori DNK – polimeraz faollikdan darak beradi. Qon zardobida HBeAg, HBV – DNK-ni aniqlanishi virusni faol reproduksiyasini (replikatsiyasi) ko'rsatadi. Yuqumlilik antigenga qarshi antitelalar HBeAg yo'qolgandan so'ng paydo bo'la boshlaydi. HBeAg, HBV DNKni ancha pasayishi va anti- HBe ni paydo bo'lishi patologik jarayonni yaxshilanishidan, virus elminatsiyasini ko'rsatadi. HBeAg va HBsAg ni qonda uzoq aylanib yurishi, HBV DNK ni yuqori miqdorda aniqlanishi infeksiyon jarayonni cho'zilib kechishi va surunkalika aylanishi havfi borligini bildiradi.

Epidemiologiyasi. Gepatit B insonlarda eng ko'p tarqalgan yuqumli kasalliklardan biri xisoblanadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisini $\frac{1}{3}$ qismi gepatit B virusi bilan zararlangan bo'lib, xar yili bu infeksiyani turli klinik turlaridan 1 milliondan ko'prog'i halok bo'ladi. Shimoliy, G'arbiy va Markaziy Yevropa, Shimoliy Amerika HBV – infeksiyasi kam tarqalgan mintaqalarga, Janubiy va Sxarkiy Yevropa, Janubiy va Markaziy Amerikada – o'rtacha tarqalgan, Osiyo va Afrika mamalakatlari ko'p tarqalgan mintaqalar jumlasiga kiradi. Infeksiya manbai bo'lib o'tkir va surunkali gepatit B ni manifest va belgisiz turlari bilan kasallanganlar xisoblanadi. Manifest turdagi o'tkir gepatit B bilan kasallanganlar kasallik belgilari yuzaga chiqishidan 2-8 hafta avval kasallikni yuqtiruvchan bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarni ko'pchiligida klinik tuzalish kelib chiqishi bilan virusemiya to'htaydi. Ammo, kasallikni yuqtirganlarni bir qismida qo'zg'atuvchi qonda bir necha yil aniqlanishi mumkin. Gepatitni belgisiz turi bilan og'rigan bemorlar, ayniqsa virusni faol replikatsiyasi bo'lgan davrda katta epidemiologik havf tug'diradilar. Xar yili aniqlanadigan bunday bemorlarni soni gepatit B ni manifest turiga qaraganda bir necha barobar ko'p bo'ladi. Bir vaqtning o'zida surunkali gepatit B bilan kasallanganlar butun umri davomida epidemiologik xavfli xisoblanadi. Kasallik yuqtirganlarni organizmida ko'zg'atuvchilarni uzoq muddat saqlanishi virusni biologik tur sifatida saqlanishini ta'minlaydi. Gepatit B ni yuqish mexanizmi parenteral yo'l bilan bo'ladi. Virusli

gepatit B ni tabiiy (onasidan bolaga – vertikal va perinatal; kasallik yuqtirgan inson bilan jinsiy aloqada – jinsiy; virus yuqtirgan inson bilan boshqa muloqotlar - gorizontal;) va sun'iy (teri va shilliq qavatlarni butunligi buzilganda) yuqish yo'llari farqlanadi. HBsAg musbat onalardan tug'ilgan bolalarni 10%-i virus yuqtirgan xisoblanadilar. Ularni 15% ga yaqinida surunkali gepatit rivojlanadi. Onada HBsAg, HBeAg ni aniqlanishi bolani perinatal kasallik yuqtirishi imkonini 70% gacha oshiradi. Perinatal yuqtirganlarni qariyb 90% da pirovardida surunkali gepatit kelib chiqadi. 95% perinatal yo'l tug'ish mahalida, 5% chaqaloqlar esa ona qornida kasallik yuqtirishini alohida ta'kidlamoq kerak. Gepatit B ni tarqalishida jinsiy aloqa tan olingan. Virusni yuqtirish shilliq qavatlarni VGB bilan zararlanganlarni urug' suyuqligi, vaginal sekret, menstrual qoni bilan muloqoti natijasida bo'ladi. O'tkir gepatit B bemorlarini 18% i doimiy jinsiy sheriklar orqali yuqadi. Gorizontal yo'l bilan kasallik yuqishi surunkali gepatit B bemorlar bor oilalarda, uyushgan jamoalarda uchraydi va umumiy qiruvchi asboblari, tish cho'tkalari, taroqlar, yuvg'ichlar ishlatilganida bo'ladi. Viruslar tashqi muhitda yuqori chidamliligi uchun ularni tarqalishida umumiy ishlatilgan sochiqlar, dastro'mollar, choyshablar ham ishtirok etishi mumkin. Gepatit B tibbiyot muassasalari xodimlari va xizmat doirasida qon bilan yoki virus bilan zararlangan boshqa biologik suyuqliklar bilan muloqot qiluvchilar uchun eng xavfli kasbiy yuqumli kasallik xisoblanadi. Tibbiy xodimlarni gepatit B bilan kasallanishi, katta yoshli aholini kasallanishi ko'rsatkichlaridan 3-5 barobar ustun turadi. Sun'iy yuqish yo'llari asosan turli xil davolash-tashxis muolajalarini o'tkazish hollarida, qondan yaxshi tozalanmagan va yetarli sterilizatsiya qilinmagan tibbiy va laboratoriya asbob – uskunalari ishlatilganda amalga oshadi. Endoskopik uskunalarini sterilizatsiya qilish eng qiyini xisoblanadi. Shuningdek, vena ichiga narkotiklarni qabul qilish natijasida virus yuqtirganlarni soni ortib bormoqda. Gepatit B yil mavsumlaridan qat'iy nazar, asosan sporadik holda uchrab turadi.

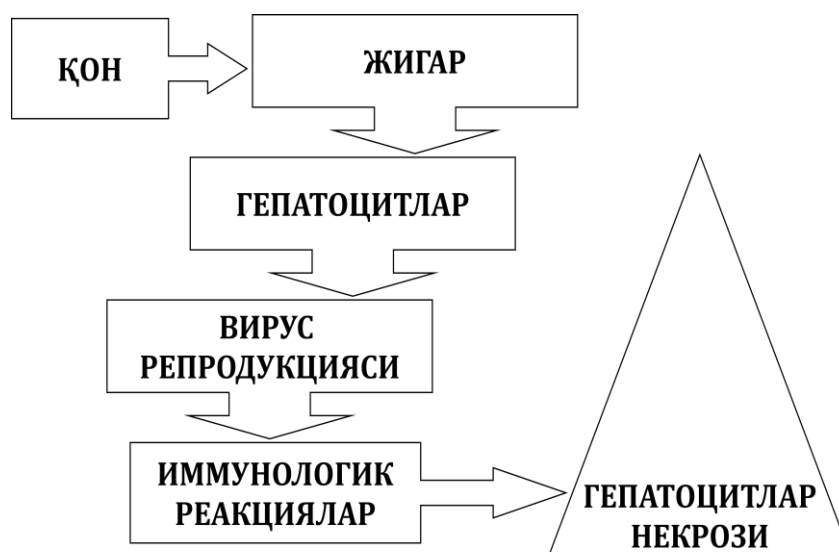
Patogenezi. Gepatit B ni patogenezida bir qator o'ziga hosliklar bor. Qo'zg'atuvchini parenteral yo'l bilan yuqishi uni jigarga gematogen tarzda tushuvini ta'minlaydi. Virus gepatotsitlarni to'g'ri shikastlantirishi hos emas. Jigar

hujayralarini holati immun tizim orqali, asosan hujayra immunitetini sitotoksik T-limfotsitlari ishtirokida amalga oshiriladi. Gepatit B da HLA tizimini faollashtiruvchi gamma-interferon ishlab chiqishini kuchayishi aniqlangan. Natijada nativ sitotoksik T – limfotsitlarga sezgir 1-sinfga mansub to‘qimalarga mos molekulalar bilan gepatotsitlar membranasidagi peptid antigenlar ekspressiyasi yuzaga chiqadi. Sitotoksik T-limfotsitlar proliferatsiyasi kuchayib, viruslar zararlangan gepatotsitlarni shikastlovchi, antigen maxsus killerlar klonlarini hosil qiladi. Ozroq miqdorda 2-sinfga mansub to‘qimalarga mos molekulalar ekspressiyasi kuzatilib, keyinchalik makrofaglarni bakteriotsidligi va sitotoksigenligini faollashtiruvchi 1- turga hos T-xelperlar proliferatsiyasi kuzatiladi. Oqibatda nekrozga uchragan interlobulyar va periportal gepatotsitlarni qoldiqlari yemiriladi.

Gepatit B ni patogenezida immun javob ustivor ahamiyatga ega bo‘lsada, infeksiyon jarayonni yakuniy oqibati xar doim ham makroorganizmning immun javobiga bog‘lik bo‘lavermaydi. Ba’zida qo‘zg‘atuvchini biologik rivojlanishi siklini, shu jumladan virusni faol replikatsiyasini ham inobatga olish zarur. Masalan, virusni yuqori faol replikatsiyasi va unga munosib immun javobda tipik, manifest o‘tuvchi o‘tkir hepatit B rivojlanadi. Bir paytning o‘zida virus replikatsiyasining sust faolligi organizmni past himoya reaksiyasini chaqirib, hepatit B ni yengil yoki belgisiz o‘tishi, infeksiyon jarayonni tezda bosilishi va sog‘ayish bilan yakunlanadi. Bu holatda T-hujayra sitogenligini sustligi munosib holat deb baholanmoqligi kerak. VG ni avjida jigarni shikastlanishi sitoliz (gepatotsitlarning shikastlanishi, membranalarni butunligini, hujayra organellarini buzilishi), xolestaz va mezenximal yallig‘lanish reaksiyasi bilan izohlanadi. Sitoliz asosida hujayra ichidagi metabolik jarayonlarni buzilishi, peroksid tizim faolligini oshuvi, hujayra antioksidant tizimini susayishi yotadi, membranani o‘tkazuvchanligini oshirib yuborib, gepatotsitlardan hujayra ichi fermentlarini (aminotransferazalar va boshqalar), kaliy ionlarini chiqib ketishiga sabab bo‘ladi. Kaliy ionlari natriy va kalsiy bilan almashgani sababli, suyuqlik ushlanib, hujayrani shishuviga olib keladi, ularda RN o‘zgaradi, oksidlanish – fosforlanish

buzilib, gepatotsitlarni bioenergetik potentsiali pasayadi va jigar hujayralarini faoliyati buziladi. Qon zardobida alanin-, aspartat- aminotransferaza (AlAT, AsAT) singari hujayra ichi fermentlarini faolligini oshuvi sitolitik sindromni dastlabki belgisi bo'lib xisoblanadi. Erkin bilirubinni gepatotsitlar tomonidan ushlanishi, ularni glyukuron kislotasi bilan bog'lanishi va o't yo'llariga ekskretsiyalash jarayonlarini buzilishi oqibatida giperbilirubinemiya kuzatiladi. Xolestaz jigar hujayralari sekretor vazifasini pasayishi (gepatotsellyular xolestaz) ni sitoliz bilan hamkorlikda o't haydalishini buzilishini aks ettiradi. Bu holda qonda bilirubinni turli xil fraksiyalaridan tashqari o't kislotalari, xolesterin, ekskretor fermentlar (ishqoriy fosfataza, gamma-glutamiltanspeptidaza – GGTP va boshqalar) va ayrim mikroelementlar, shu jumladan mis miqdori ham ko'payadi. Ko'p klinitsistlar fulminant gepatit rivojlanishini jigarni massiv nekroziga olib keladigan o'ta kuchli gumoral giperimmun javobga bog'laydilar. Bu holda jigar to'qimasi regeneratsiyasi to'htab qoladi yoki juda sekinlashadi. O'ta kuchli immun javob immunogenetik tarzda rivojlanishi mumkin. Ayrim izlanuvchilar fulminant gepatit rivojini VGB mutant shtammlariga (qisman HBe-shtamm), shuningdek HBV ta'sirida gepatotsitlarni apoptozini tezlashuviga bog'laydilar. Og'ir sitolitik sindrom holatida gipokaliemik alkaloz rivojlanadi va membranalaridagi dezintegratsiya jarayoni hujayra ichidagi organellalarga tarqaladi. Lizosomal membranalar butunligini buzilishi natijasida proteolitik gidrolaz fermentlarini katta miqdorda ajralishi kuzatiladi, hujayralar yemirilib, jigarni massiv nekrozi va o'tkir jigar yetishmovchiligi rivojlanadigan zanjirli halqa hosil bo'ladi. Bu davrda hayot uchun zarur a'zolar va tizimlarda (markaziy nerv tizimi, yurak, buyraklar, buyrak usti bezlari, oshqozon osti bezi) to'laqonlilik, qon quyilishlar va hujayra nekrozlari singari o'zgarishlar kuzatiladi. O'tkir jigar yetishmovchiligi rivojlanishida infeksiya-toksik yoki jigar ensefalopatiyasi shaklidagi markaziy nerv tizimini zaharlanishiga bog'liq maxsus shikastlanishi kelib chiqadi. O'tkir jigar yetishmovchiligida asab tizimining shikastlanishi patogenez asosida bir tomondan jigarni antitoksik himoya vazifasini yo'qolgani hisobiga kelib chiqadigan chuqur modda almashinuvi buzilishlari yotadi. Buzilgan

modda almashinuvi natijasida hosil bo'lgan moddalar, serebro-toksik ta'sir ko'rsatadi. Qonda ammiak, fenol, ayrim aminokislotalar miqdorini oshuvi ham ahamiyatga molik xisoblanadi. Qonda yana pirovinograd, sut kislotalari, past molekulyar yog' kislotalari miqdori ham ortadi. Boshqa tomondan, jigar to'qimasini o'zini yemirilishida hosil bo'lgan moddalar ham zaharli ta'sir qilish xususiyatiga ega bo'ladi. Serebrotoksik moddalar ta'sirida birinchi navbatda bosh miya po'stlog'idagi nerv hujayralarini o'zgarishlari kuzatiladi. Markaziy nerv tizimining faoliyati bu hollarda komatoz holat rivojlanishi darajasigacha buziladi. Gepatitni nisbatan tekis kechgan hollarida organizmni viruslardan ozod bo'lib, immunitet shakllanishi patogenezing oxirgi bosqichi xisoblanadi.



Schema 2. VGB patogenezi.

Klinikasi. Yashirin davr 42 kundan 180 kungacha, o'rtacha 60-120 kunni tashkil qiladi.

Boshlang'ich (sariqlik oldi) davri. Prodromal (sariqlik oldi) davri bir necha kundan 4 haftagacha (o'rtacha 1-2 hafta) davom etadi. Kasallik asta-sekin boshlanib, turli klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi, bu belgilarni quydagi sindromlarga umumlashtirish mumkin: dispeptik, artralgiik, astenovegetativ, aralash va latent shaklda boshlanishi mumkin.

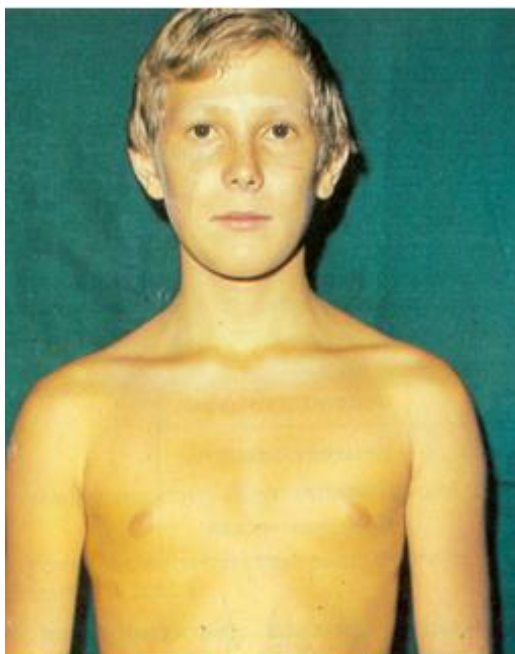
30-35% bemorlarda boshlang'ich davrining artralgiik varianti kuzatilib, bemorlar kechalari va ertalab yirik bo'g'implarda, mushaklardagi og'riqlardan shikoyat qiladilar, yuqori bo'lmagan isitma kiradi. Kasallik 50-55% hollarda sariq oldi davrining aralash varianti belgilari bilan, xaroratning bir oz ko'tarilishi bilan boshlanadi. Intoksikatsiya va dispeptik belgilar o'rtacha namoyon bo'ladi. 10-12% bemorlarda periferik qonda eozinofiliya bilan o'tuvchi, 1-2 kun saqlanadigan terida urtikar toshmalar kuzatiladi. 5-7 % hollarda prodromal davri kuzatilmadan, kasallik latent shaklda bo'lib, zaharlanish belgilari kuzatiladi, teri va skleralarda sariqlik, siydik rangini to'qlashuvi kasallikning dastlabki belgilari sifatida namoyon bo'ladi.

Gepatit B ni sariqlik davri kasallik belgilarini yaqqol va davomiyligi bilan ifodalanadi. Sariqlikni kuchayishi asta-sekin kuzatilib 1-2 hafta davom etishi mumkin. Sariqlik davri odatda 3-4 hafta davom etib, klinik belgilarni yaqqolliigi va davomiyligi bilan boshqa virusli hepatitlardan ajralib turadi. Arterial qon bosimi pastlaydi, tomir urishida bradikardiya aniqlaniladi, yurak tonlari bo'g'iqlashadi. Til karash bilan qoplangan bo'lib, intoksikatsiya kuchli bo'lgan holatlarda qalin, kirlashgan karash bilan qoplangan bo'ladi. Jigar sohasida sust va ancha muddat davom etuvchi og'riqdan shikoyat qiladilar. Holsizlik bu davrda saqlanib, ishtaha buzilishi to'la anoreksiyagacha bo'lishi mumkin. Bemorlarni ko'ngil aynishi, ba'zida qayt qilishi kuzatiladi. Sariqlik kuchli bo'lganda terini qichishishi bezovta qiladi. Jigar paypaslanganda, kattalashib, zichlanishi, aniqlanadi. Odatda qora taloq ham kattalashadi. O't pufagiga aloqador belgilar ham musbat bo'lishi mumkin.

Xolestatik sindromli hepatit B da sariqlik davrining avjida, gepatotsitlarni jadal sitolizi fonida (aminotransferazalarni yuqori faolliigi, disproteinemiya, timol sinamasini ortishi, PTI ni past ko'rsatkichlari) xolestaz belgilari (terida qichishish, giperbilirubinemiyaning kuchayishi, ishqoriy fosfataza faolliigini ortishi, qonda o't kislotalari, fosfolipidlar, betalipoproteidlar, xolesterin miqdorini ortishi) paydo bo'ladi. Kam hollarda (asosan keksa yoshli bemorlarda) hepatit B ni sitolitik sindromsiz kuchli xolestaz rivojlangan hepatit B ni xolestatik turi rivojlanadi.

Periferik qonda limfomonotsitoz bilan leykopeniya, baʼzida plazmatik reaksiyalar kuzatiladi. EChT - 2-5 mm/s gacha pasayadi, rekonvalessensiya davri 18-24 mm/s gacha tezlashadi, soʻngra asoratlar boʻlmasa, meʼyorlashadi. Giperbilirubinemiya gepatit A ga nisbatan koʻproq va davomiyroq boʻlib, ayniqsa sariqlik davrining 2-3 haftasida kuchayadi. Qon zardobida aminotransferazalar (ayniqsa AlAT) faolligi yaqqol ortadi, sulema sinamasi va protrombin indeksi pasayadi. Qonni serologik tekshiruvda (IFA) HBsAg, anti- HBs IgM aniqlanadi.

Oʻtkir jigar yetishmovchiligi. Kasallikning ogʻir turlarida jigar yetishmovchiligini kuchayishi va jigarda nekrotik jarayonlarni ortishi belgilarini barvaqt aniqlash va kompleks baholash juda muhim. Bular – muskullarda umumiy holsizlikni kuchayishi, bosh aylanishi, apatiya, anoreksiya, koʻngil aynishi, qayt qilishni tezlashuvi, bemorlarda asossiz hayajon va qoʻzgʻalish, xotirani buzilishi, terida sariqlikni ortib ketishi; jigar oʻlchamlarini kichrayishi, uning qirrasida ogʻriqni kuchayishi; gemorragik sindromni paydo boʻlishi (terida petexial toshma, burundan qon oqishi, inʼeksiya joylarida qon quyilishi, bemor ahlatini qora rangda kelishi, qon quyqasi bilan qayt qilish); shish – assit sindromini paydo boʻlishi (tovonda va boldirni pastki uchdan bir qismida shishlar, assit); xaroratning koʻtarilishi, taxikardiya, neytrofil leykotsitoz; umumiy bilirubinni, shu jumladan



bogʻlanmagan fraksiyaning ortishi; xolesterin miqdorini 2,6 mmol/l. dan pasayishi, sulema titrini 1,2 ml.dan pasayishi; ayniqsa koagulogrammadagi chuqur oʻzgarishlar - rekalsifikatsiya va qonni ivishi vaqtini choʻzilishi, plazmani gepariga tolerantligini pasayishi, protrombin indeksini 50% dan pasayishi, trombositlar sonini 100 mingdan kamayishi - juda muhim xisoblanadi.

Rasm 13. Teri va sklerani sariqligi.

(shaxsiy kuzatuv)

Jigarda distrofik va yallig'lanish jarayonlarini kuchayishi klinik jihatdan o'tkir jigar ensefalopatiyasi (O'JE) sindromi bilan ifodalanuvchi o'tkir yoki nim o'tkir nekrozli o'tkir jigar yetishmovchiligiga olib keladi. O'tkir jigar yetishmovchiligini 4 ta bosqichi aniqlanadi: I-II – bosqich – prekoma, III-IV bosqich - koma. I – bosqich (O'JE- 1) bemorni xushi va psixikasini o'rtacha buzilishlari bilan izohlanadi. Asteniya va adinamiya kuchayib boradi. Bemorni kayfiyati o'zgaruvchan bo'lib, apatiya eyforiya bilan almashadi. Bemorlar o'zlarini tutishlari g'ayri - tabiiy bo'lib, ko'pincha agressivlik kuzatiladi.

Ular og'riqli ta'sirotlarga (shu jumladan in'eksiyalarga) kuchli javob beradilar, keyin esa uyquchan bo'lib qoladilar. Bemorlarda hatto gorizental



holatda ham loqaydlik, qo'rquv, bosh aylanishi kuzatiladi.

Og'izlaridan «jigar hidi» keladi. Esnash, qayta-qayta qayd qilish kuzatiladi.

Kunduzgi uyquchanlikni bo'lishi prekoma I – ning muhim belgilaridan biri xisoblanadi. Bu belgilar terida sariqlikni ortishi, jigar o'lchamlarini kichrayishi, gemorragik sindrom, laborator

ko'rsatkichlarni yomonlashuvi zaminida aniqlanadi.

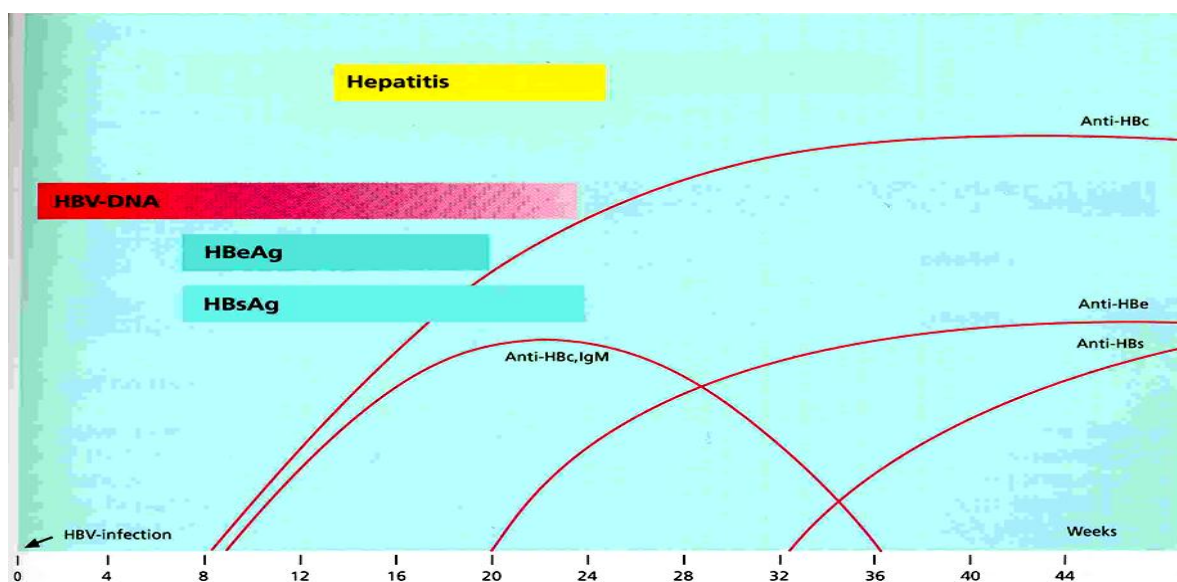
Gepatit B ni og'ir turlarida ensefalopatiya rivojlanishini birinchi belgilari hisoblanmish PTI ni pasayishi va psixik faoliyatni hali kuchli bo'lmagan buzilishlarini o'z vaqtida aniqlash katta ahamiyatga ega.

Rasm 14. Kasallik o‘tkir jigar ensefalopatiyasi bilan asoratlenganda bemorning ko‘rinishi (kaf. tablitsasi).

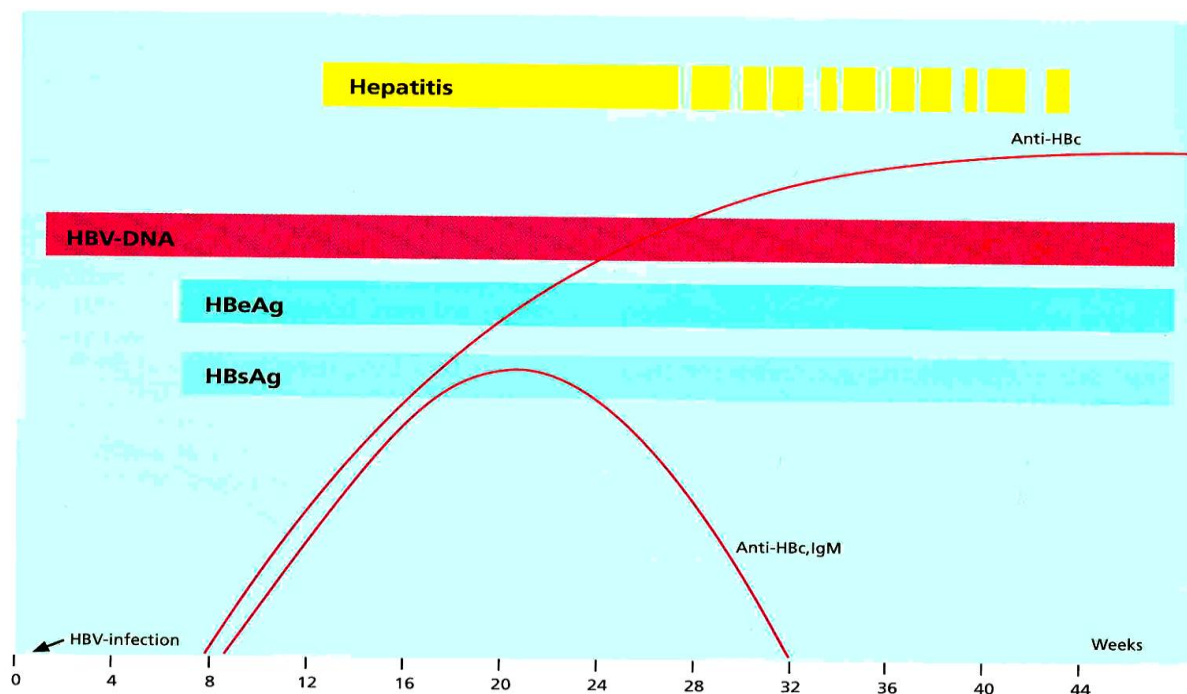
Bu maqsadlarda «yozuv sinamasi» va «sanash sinamasi» singari oddiy testlar ishlatiladi. «Yozuv sinamasi» bemorni yozuvini yoki oddiy geometrik figuralarni chizishini buzilganligi e‘tiborga olinadi. «Sanash sinamasi» da sonlarni sanalishidagi hatoliklar aniqlanadi. II – bosqich (O‘JE - II) da qo‘zg‘alish davrida bemorlar bezovta, baqirishi, muloqatni bo‘lmasligi, joyidan turib ketishga xarakat qilish kabi holatlar kuzatiladi va soporoz holatga almashadi. Bu holatdan bemorni qattiq gapirib yoki og‘riqli qitiqlovchilar bilan biroz o‘ziga keltirish mumkin. Bemorni hushi buzilgan, yutish va ko‘z qorachig‘i refleksi saqlangan bo‘ladi. Muskullarda titrash va qo‘llarda ritmik xarakatlar kuzatiladi. Bradikardiya taxikardiya bilan almashadi. Tana xarorati ko‘tariladi. Qon oqishi kuchayib, ayrim bemorlar «kofe quyqasi» kabi qayt qiladilar va ahlati qora rangda keladi. Soporoz holat borgan sari chuqurlashib, komaga o‘tadi elektroensefalogrammada (EEG) alfa- ritm sekinlashib, teta- to‘lqinlar aniqlanadi. III – bosqich (O‘JE -III) avvalgisidan bemor bilan og‘zaki muloqotning bo‘lmasligi, og‘riqli ta’sirlarga sezgini yo‘qolishi bilan farqlanadi. Patologik reflekslar (Babinskiy belgisi, tovon klonusi va boshqalar) oral avtomatizm belgilari (tumshuq, Marinesku – Radovich va boshqa) aniqlanadi. Defekatsiya va siydik ajralishi behtiyor bo‘lib qoladi. IV – bosqich (O‘JE - IV) barcha turdagi qitiqlovchilar, shu jumladan og‘riqli qitiqlovchilarga sezgi to‘la yo‘qoladi. Arefleksiya, «suzuvchi ko‘z soqqasi» belgisi rivojlanadi, qo‘ldagi titrashlar yo‘qoladi. Terminal bosqichda ko‘z qorachilari kengayadi va yorug‘likka ta’siroti bo‘lmaydi. Bioximik ko‘rsatkichlar, koagulogramma keskin buziladi. Sxartli ravishda erta va kechki jigar komasi farqlanadi. Erta koma kasallikni 10-14 kuni, kechkisi- 14 kundan keyin rivojlanadi. GB da o‘lim soni 0,5 -2,0 % ni tashkil qiladi.

VGB ning choʻzilgan turlarida kasallik avjining va ayniqsa tuzalish davrini klinik bioximik koʻrsatkichlari uzoqroq – 3 oydan 6 oygacha boʻladi. Choʻzilgan turlari surunkali gepatitning oldingi bosqichi boʻlib ham xisoblanadi.

Tashxis va differensial tashxis. Agar bemorga kasallanishdan 45-180 kun avval qon, plazma, eritrotsitar, leykotsitar, trombotsitar massa quyilgan boʻlsa, jarrohlik muolajasi, endoskopiya oʻtkazilgan boʻlsa, koʻplab inʼeksiyalar (shu jumladan narkotiklar) olgan boʻlsa, gepatit B bemori bilan jinsiy yoki yaqin muloqotda boʻlgan boʻlsa, gepatit B ga shubhalanadi. Klinik manifest gepatit B uchun kasallikni asta-sekin boshlanishi, poliartralgiya va terida allergik toshmalar bilan kechgan sariqlikdan oldingi davr aniqlanishi, sariqlik davrida umumiy ahvolini yaxshilanmaganligi yoki yomonlashganligi, uzoq davom etuvchi sariqlik davri, rekonvalessensiya davrida belgilarni sekin yoʻqolishi hos boʻladi. Qonda HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM va DNK HBV aniqlanishi tashxisni erta qoʻyish uchun mezon boʻlib xisoblanadi.



2-diagramma. Virus markyorlarining virusli gepatit B ning viruslar eliminatsiyasi va rekonvalessensiya bilan tugashidagi ahamiyati.



3-diagramma. Virusli gepatit B markyorlarining surunkali tus olishidagi ahamiyati ko'rsatilgan.

Davolash. Terapevtik muolajalar gepatit A ni davolash singari bo'ladi. Gepatit B siklik o'tgan hollarda virusga qarshi davolashga ko'rsatma bo'lmaydi. Ularni kasallikni cho'zilgan (atsiklik) turlarida ishlatish maqsadga muvofiq bo'ladi. Hozirgi kunda dunyoda VG ni davolashda virusga qarshi asosiy dori alfa-interferon bo'lib, shu jumladan uning rekombinant turlari (intron A, roferon A, realdiron) va tabiiy (vellferon, odam leykotsitar interferoni), Entokavir, tenofovir preparatlari qo'llaniladi. Ko'p izlanuvchilar alfa interferonni haftada 3 marta 3-5 mln ME- da (kun- ora berish ham mumkin) teri ostiga yoki muskul orasiga 1-3 oy davomida qo'llashni taklif qiladilar. Davolash shunday o'tkazilganda surunkali gepatit rivojlanishi havfi 5 marta kamayadi. Shuningdek, etiotrop davo sifatida 1-2 yil davomida xar kuni qabul qilinadigan ximiopreparatlar ham qo'llaniladi. Bularga – tenofovir, telbivudin(sebivo), Baraklyud (entekavir) 0,5 hamda 1,0 mg, famsiklovir (famvir) – 750 mg/sut, lamivudin (epivir – 150-300 mg/sut, zidovudin (retrovir, azidotimidin, timozid)- 500- 600 mg/sut, didanozin (videks) – 300 mg/sut, zalsitabin (xivid) – 2,25 mg/sut, ribavirin – 1000-1200 mg/sut singari sintetik nukleozidlar; sakvinavir (inviraza) – 600 mg/sutkasida 3 marta, indinavir

(kriksivan) 800 mg.dan sutkasiga 3 marta – singari proteaza ingibitorlari kiradi. Bundan tashqari – neovir (sikloferon – 250-500 mg dan muskul orasiga kun aro, amiksin – (125 mg.dan dastlabki ikki kun 2 mahal, so‘ngra kun ora) singari interferon induktorlari; leykinferon (1 ampuladan muskul orasiga kun ora), interleykin – (15 kg/kg, vena ichiga tomizib xar kuni 5 sutkagacha), interleykin -2 (0,5 – 2 mg. vena ichiga tomizib, xar 2-3 kunda 1 marta) singari immunomodulyatorlar, timalin, timogen, T- aktivin singari timus preparatlari 1 ml. dan muskul orasiga xar kuni 5-10 kun davomida qo‘llaniladi. Kasallik kechishini og‘irlashtiruvchi omillar bilan o‘tadigan gepatit B ni og‘ir turlari, o‘tkir jigar yetishmovchiligi belgilari paydo bo‘lsa, jadal yordam ko‘rsatishga muhtoj bo‘ladilar. Bemorlardagi psixomotor qo‘zg‘alishlarni davolash natriy oksibutirat (20%-li eritmasi 10-15 ml vena ichiga, sekin) va unga qo‘shimcha muskul orasiga seduksen (0,5% li eritma- 2 ml) yuborilishi bilan amalga oshiriladi. Natriy oksibutiratni gipokaliemiya hollarida ehtiyotkorlik bilan, kaliy preparatlari qo‘llash orqali (enteral yo‘l bilan ovqat orqali kaliy tushmaganida, kaliy preparatlari 6 g/sutgacha vena ichiga) yuboriladi. Autointoksikatsiyani kamaytirish uchun oshqozonni yuvish (nazogastral zond yordamida), yuqori yoki sifonli klizmalar (huqnalar) tavsiya etiladi. Shu maqsadlarda ichakdan so‘rilmaydigan antibiotiklar (kanamitsin 0,5 g dan sutkada 4 marta), enterosorbentlar buyuriladi. Kichik hajmda enteral ovqatlantirish parenteral energetik moddalar yuborish bilan birga olib boriladi. Hushi buzilgan (sopor, koma) bemorlarni ovqatlantirish nazogastral zond orqali amalga oshiriladi. Bunday hollarda yog‘sizlantirilgan oqsilsiz ovqatlar, kisel, sxarbatlar va bolalar ozuqalari ishlatiladi. Glyukokortikosteroid preparatlari prednizolon hisobidan 180-240 mg. dan kam bo‘lmagan, boshqa gormonal preparatlar ekvivalent dozalarda parenteral yuboriladi. Infuziyalar suyuqlikni balansini qat’iy hisobga olgan xolda insulin qo‘shilgan glyukoza - kaliyli eritmalar, albumin, aminokislotali aralashmalar, proteinlarni qo‘llash orqali amalga oshiriladi. Protrombin indeksi 50% dan past bo‘lgan hollarda yangi muzlatilgan plazmani qo‘llash infuzion davolashni muhim qismi bo‘lib xisoblanadi. Oshqozon – ichaklardan qon ketganida, yoki gemorragik sindromning boshqa belgilarida

proteaza va fibrinoliz ingibitorlari (epsilon aminokapron kislotasini 5% - li eritmasi 200 ml. dan sutkasiga 2 marta, kontrikal 100- 200 ming birlikda yoki gordoks 800-1200 birlikda xar 3-4 soatda buyuriladi). Gipoksiyani va miya ishuvini yo‘qotish uchun burun kateterlari orqali 5 l/s tezlikda namlangan kislorod doimiy ingalyatsiya qilib turiladi. Oksigenobaroterapiya qo‘llanilishi (sutkasiga 2-3 soat) koma rivojlanishini oldini oladi. Kislota – ishkoriy holat va elektrolit balansi ham nazorat qilib, tegishli muolajalar o‘tkazish lozim. Maxsus davo usullaridan koagulopatiyani inobatga olgan holda ekstrakorporal detoksikatsiyani turli variantlari, qonni almashtirish operatsiyasi o‘tkazilishi mumkin.

Oqibatlari. GB o‘tkazgan rekonvalessentlar, GA singari klinik ko‘rsatmalar bilan shifoxonadan chiqariladilar. Dispanser kuzatuvi 12 oy mobaynida amalga oshiriladi. Rekonvalessentlar xar 3 oyda tibbiy ko‘rikdan o‘tadilar, ularga klinik ko‘ruv va bilirubin va uni fraksiyalarini miqdorini aniqlash, qon zardobida ALTning faolligini, timol sinamasini ko‘rsatkichini, B gepatit qo‘zg‘atuvchilarining tegishli markerlarini aniqlash singari laboratoriya tahlillari o‘tkaziladi. GB o‘tkazganlar surunkali gepatit belgilari bo‘lmasa, HBsAg - ga tekshiruvni manfiy natijasi bo‘lganida dispanser hisobidan chiqariladi. Ayollar 2 yil mobaynida o‘zlarini homiladorlikdan saqlashlari lozim. Infeksion jarayon surunkali tus olishi ehtimoli borligida GB dan tuzalish masalasini hal qilinishini klinik-bioximik va serologik (virusologik) tekshiruvlarni to‘laqonli va sifatli o‘tkazilishiga bog‘liq bo‘ladi. Gepatit keyingi sindromlari tarkibida o‘t yo‘llari diskineziyasi, ularni yallig‘lanishi ko‘p uchraydi. O‘tkir gepatit B siklik kechganda antigenemiyani davomiyligi 3-6 oydan oshmaydi. Uzoq muddat (3 oydan ko‘p) qonda yuqori miqdorda HBsAg ni aniqlanishi klinik belgilar, sitoliz, virusni faol replikatsiyasi markerlari bo‘lmasa ham, kasallikni cho‘zilgan kechishidan darak beradi. O‘tkir gepatit B boshlanishidan boshlab 6 oy mobaynida HBsAg ni katta titrda aniqlanishi, klinik - laborator belgilersiz ham surunkali jarayon shakllanganligini bildiradi.

VIRUSLI GEPATIT DELTA D

Etiologiyasi. GD I, II, III- genotipli, tarkibida RNK saqllovchi viruslar tomonidan chaqiriladi. O'zbekistonda ham, boshqa mamlakatlarga o'xshab I-genotipi ustun turadi. Qo'zg'atuvchi (GDV, HDV) faqat Gepatit V virusi ishtirokida uni tashqi qobig'iga birikkanda replikatsiya yuz beradi. Shunday qilib, to'laqonli gepatit D virusi RNK va ichki antigen (HDAg) dan va HBsAg dan tashkil topgan tashqi qobiqdan iborat bo'ladi. Shuning uchun gepatit D faqat gepatit V yuqtirgan bemorlarda uchraydi. HDV tarkibida o'zini polimerazasi yo'q va uni vazifasini hujayra polimerazasi bajaradi. Gepatit D virusi issiqqa va ultra - binafsha nurlar ta'siriga chidamli bo'lib, uni yuquvchi xususiyati ular ta'sirida kamaymaydi. Kasallikni yuqishi bir paytning o'zida ikkala qo'zg'atuvchi bilan amalga oshishi va bu xolda HBV/ HDV – koinfeksiyasi rivojlanishi bilan (mikst gepatit B+D), yoki HBV infeksiya bilan kasallanganlarni gepatit D virusini yuqtirishi oqibatida HDV/HBV superinfeksiyasi (gepatit D) shaklida bo'lishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Gepatit D ni turli mintaqalarda tarqalishi notekis bo'lib, asosan HBsAg aniqlash darajasi bilan bog'liq bo'ladi. HDV infeksiya turli mintaqalarda HBV infeksiyani umumiy soniga nisbatan 0,1% dan 20-30% gacha miqdorda aniqlanadi. VGD da kasallik manbai VGB niki bilan bir xil, ammo uni yuqtirish miqdori oz bo'ladi. VGD ni yuqish yo'llari ham VGB ga o'hshash, ammo VGD da onadan bolaga perinatal yuqish hollari oz bo'ladi.

Patogenezi. HDV infeksiyani patogenezidagi asosiy xususiyat gepatit D virusi ni ta'sirini gepatit B virusga nisbatan kuchliligidir. Bir paytda HDV ni faol replikatsiyasi HBV reproduksiyasini pasaytirish aniqlangan. Ularni shikastlovchi ta'siri ham turlicha. Gepatit D da gepatit B dan farqli ravishda, virusni to'g'ri sitopatik ta'siri bor. Bu sitolitik sindromni erta yuzaga kelishi, yashirin davrni gepatit A dagi davomiylikka o'xshab, nisbatan qisqaroq bo'lishi bilan tasdiqlanadi. Ammo immun javobning ahamiyati ham muhim, chunki HDV infeksiya keng diapazonda– latent turlaridan klinik manifest turlargacha, shu jumladan o'ta og'ir o'tuvchi turlardan iborat bo'ladi. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, gepat B va gepatit D ni bir biriga yaqin klinik turlarida patomorfologik farqlar kuzatilmaydi.

Belgilari va kechishi. O‘tkir gepatit asosan HBV/HDV – koinfeksiyada rivojlanadi. Yashirin davr bu xolda 20-40 kunning tashkil qiladi. O‘tkir gepatit B dan farqli ravishda o‘tkir gepatit D yuqoriroq va davomiyroq xaroratning ko‘tarilishi, polimorf toshmalarni ko‘proq uchrashi, bug‘imlarda og‘riq, qora taloqning kattalashuvi, kasallikning ikki to‘lqinli kechishi bilan izohlanadi. Fulminant turlar ham bir oz ko‘p uchraydi. Qonda kasallikning o‘tkir fazasi markerlari: anti – HBc IgM va anti-HDV IgM aniqlanadi. HBV/HDV superinfeksiyasida klinik yaqqol o‘tkir gepatit, koinfeksiyaga nisbatan ancha kam uchraydi. Ammo bu turida zaharlanish, gemorragik va ko‘p hollarda shishli - assitli sindromlar, o‘ng biqinda og‘riq, og‘irligi bo‘yicha birinchisidan kuchliroq qayta zo‘riqish to‘lqinlari bilan namoyon bo‘luvchi kasallikning og‘ir va fulminant turlari ko‘p uchraydi. Ayrim hollarda klinik belgilersiz, faqat aminotransferazalar faolligini oshuvi kuzatiladi. Tashxis tegishli markerlarni qon zardobida aniqlanishiga asoslanadi (HBsAg – anti – HDV IgM va yoki RNK HDV bilan birga).

Tashxis. HDV infeksiyasida o‘tkir gepatit qonda anti - HDV IgM, RNK HDV ni HBsAg bilan birga aniqlanishi asosida tashhislanadi. Bu holda anti – HBs IgM, HBeAg yo‘qligi (yoki aksincha anti-HBs IgG, anti- HBe ni aniqlanishi) HBV/HDV superinfeksiyadan dalolat beradi. Aksincha, anti HBc IgM va HBeAg ni aniqlanishi HDV/HDV – koinfeksiyadan dalolat beradi. HDV qonda kam aniqlanadi, anti HDV IgG esa kech paydo bo‘ladi. Differensial tashxis gepatit A va gepatit B lar kabi.

Davolash. Gepatit D da gepatit B ga o‘xshash davolash majmuasi o‘tkaziladi.

Oqibatlari. Shifoxonadan chiqarish, dispanser kuzatuv xuddi gepatit B singari bo‘ladi. O‘tkir ko-infeksiyani oqibatlari o‘tkir gepatit B nikiga o‘xshash bo‘ladi. O‘tkir superinfeksiyada surunkali shaklga o‘tishi ehtimoli juda yuqori bo‘ladi (chunki surunkali gepatit B ga qo‘shilgani uchun), o‘lim soni 20% ga yetishi mumkin. Kasallikning oldini olish va o‘chog‘dagi chora-tadbirlar gepatit B dagiday bo‘ladi. Gepatit B ga qarshi vaksinatsiya, delta gepatitni ham oldini oladi.

VIRUSLI GEPATIT C

Gepatit C – epidemiologik belgilari ko‘pincha gepatit B ga o‘xshash kasallik bo‘lib, undan farqli ravishda ko‘p hollarda yengil, sariqsiz, latent shaklda o‘tadi, sariqli turlarida kasallik belgilari tezda qaytadi. Gepatit C ko‘proq sariqsiz, subklinik va innaparant turlarda odatda statsionar davosiz kechadi, ammo 80-90% holatlarda surunkali gepatit, ularni 20-30% da jigar sirrozi kelib chiqishi bu gepatitga hos.

Etiologiyasi. Gepatit C virusi (HCV) flaviviruslar (Flaviviridae) oilasiga mansub bo‘lib, tarkibida RNK saqlaydi, yog‘da eruvchi qobig‘i bor, 50 nm diametrli hajmga ega. Genetik bir xil emaslik, gepatit C qo‘zg‘atuvchisini muhim xususiyati xisoblanadi. Hozirda virusni 6 ta (1-6) genotipi aniqlanib, ular o‘z navbatida subtiplarga bo‘linadi. Hozirgi paytda HCV ni 50 ta subtipi aniqlangan bo‘lib, ular alfavit xarflari bilan belgilanadi. HCV ni tashqi fizik-ximik ta’sirotlarga sezgirliги haqida ma’lumotlar oz. Ma’lumki, virus 50 C⁰ qizdirishga chidamli, ammo lipidlarni erituvchilar (xloroform) va ultrabinafsha nurlanish ta’sirida tezda halok bo‘ladi. Virus tashqi muhitga boshqa gepatit viruslariga qaraganda chidamsiz.

Epidemiologiyasi. Gepatit C ni tarqalish darajasi umumiy epidemiologik sifatleri o‘xshashligi tufayli gepatit B yaqin turadi. Gepatit C tarqalishidagi o‘ziga hoslik rivojlangan va yuqori rivojlangan mamlakatlar o‘rtasida farqning ozligida. Gepatit C bo‘yicha giperendemik zonalar, gepatit B dan farqli ravishda narkomaniya rivojlangan va rivojlanayotgan mamlakatlarda qariyb bir xilligi uchun juda aniq chegaralangan deb bo‘lmaydi. Gepatit C ni asosiy manbalari infeksiyani o‘tkir va surunkali o‘tkazayotgan bemorlar xisoblanadi. Gepatit C ni belgisiz turlari ko‘p uchrashi munosabati bilan, ularni ayniqsa qonida RNK HCV si borlari katta epidemiologik havf tug‘diradilar. Kasallik parenteral mexanizm bilan yuqadi. HCV yuqtiradigan miqdori, gepatit B dan bir necha marta yuqori, shu sababli tabiiy yo‘llar bilan (maishiy muloqot, jinsiy muloqot, yuqtirgan onadan homilaga yuqishi va xokazo) kasallikni yuqtirilishi havfi pastroq. Kasallik shuningdek gemotransfuziyalar, parenteral muloqotlar orqali ham yuqadi. Infeksion jarayonni o‘tkazganlarda HCV-genomini o‘zgaruvchanligi tufayli

kasallikni qayta yuqishiga qarshi maxsus immunitet shakllanmaydi. Shuning uchun qoʻzgʻatuvchini turli genotiplari va subtiplari bilan koʻplab miqdorda kasallikni yuqtirishi mumkin.

Patogenezi. Immun javobga nisbatan HCV biologik xususiyatlarni ustivorligi gepatit C patogenezini gepatit B dan asosiy farqi xisoblanadi. Virusni gepatotsitlarga kirishi va u yerdagi replikatsiyasi infeksiya rivojlanishini asosiy sxarti xisoblanadi. Gepatit C da kasallikni integrativ turlari rivojlanmaydi, chunki uning hayot jarayonida oraliq DNK yoʻq, shuning uchun virus genomi, jigar hujayrasi genomi bilan integratsiyaga uchramaydi. Odatda HCV, HBV dan farqli ravishda jigar hujayralariga toʻgʻri sitopatik taʼsirga ega deb xisoblanadi. Ammo, qoʻzgʻatuvchini sust immunogenligi hisobiga, gepatotsitlardan tez eliminatsiyasi roʻy bermaydi. Antigen tizimini doimiy yangilanishi va bu holatga immun tizimni javobini ulgurmasligi immun nazoratdan virusni «sirpanib» chiqib ketishini asosiy mexanizmi xisoblanadi. Shu xolda bir bemorda HCV ni doimiy ravishda oʻzgarib turuvchi antigen variantlarini boʻlishi «duasispecies» nomini olgan. Natijada gipervariabel shtammlar ustivorligidan faol replikatsiya davom etaveradi. Yuzaga kelgan «T-hujayra anergiyasi» xelper va sitotoksik faollikni ancha susaytirib, infeksiya jarayonini surunkali tus olishiga sabab boʻladi. Hujayra immun javobini susayishida virusga moslashgan T-hujayralar apoptozini roli ham boʻlishi ehtimoli bor. Antitelolar hosil boʻlishini sustligi sababli gepatit C da, gepatit B dan farqli ravishda, gumoral immun javob ham sustlashgan boʻladi. Bundan tashqari, anti-HCV lar virusni neytrallaydigan xususiyatlarga qariyb ega emaslar. Keyingi yillarda gepatit C rekonvalessentlarida hujayra immunitetini faollashtiruvchi 1-tipdagi T-xelperlar sitokinlari (interleykin 2, gamma interferon) koʻp ishlab chiqilishi aniqlandi. Oʻz navbatida gepatit C surunkali tus olganida gumoral immunitetni faollashtiruvchi 2-tip T-xelperlari sitokinlarini (interleykin- 4,-5,-10) ustivorligi aniqlandi.

Klinikasi va kechishi. Yashirin davr 20 kundan 150 kungacha, oʻrtacha 40-50 kun davom etadi. Patologik jarayon odatda latent (subklinik, inapparant turlari) oʻtganligi uchun, odatda oʻtkir gepatit C aniqlanmay qoladi. Oʻtkir gepatit C

asosan ALAT faolligini oshuvi, RNK HCV ni musbat natijasi, kamroq hollarda anti-HCV IgM, IgG ni aniqlash va qonda NS 4 oqsilga qarshi antitelolarning yoʻqligi (ular kechroq, patologik jarayon surunkali turga oʻtganida paydo boʻladi), asosida tashxislanadi. Gepatit C ni sariqsiz va sariqli turlarini boshlanishida astenovegetativ va dispeptik belgilar kuzatiladi. Odatda klinik belgilar juda oz boʻladi. Bemorlar umumiy xolsizlik, boʻshashish, tez exarchash, ishtahaning buzilishi, oʻng biqinda ogʻirlik sezadilar. Shikoyatlar koʻp hollarda yaqqol emas. Sariqlik davrida zaharlanish belgilari sust rivojlanadi. Sariqlik ham yuqori darajada boʻlmaydi (skleralar va yumshoq tanglayda subikteriklik, terida yengil sariqlik, tranzitor xoluriya va axoliya), jigar bir oz kattalashadi. Klinik yaqqol oʻtkir hepatit C 75-85% hollarda yengil, kamroq hollarda oʻrta ogʻir turda kechadi. Oʻtkir jigar yetishmovchiligi (ensefalopatiya) kamdan-kam hollarda rivojlanadi.

HCV- asorat belgilari

**Компенсацияланган
Жигар циррози**



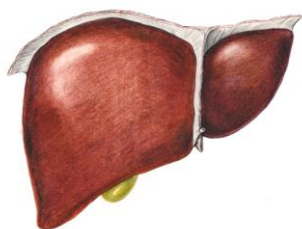
**Декомпенсацияланган
Жигар циррози**



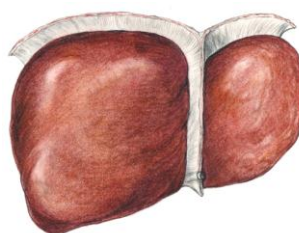
**Жигар
ишининг**

Rasm 15. Jigar sirrozi.

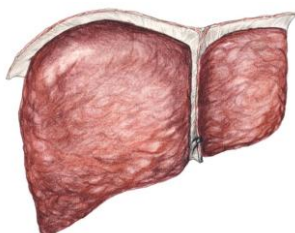
Соғлом жигар



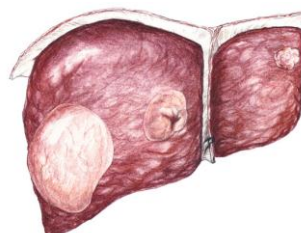
Фиброзли жигар



Жигар циррози



Жигар раки



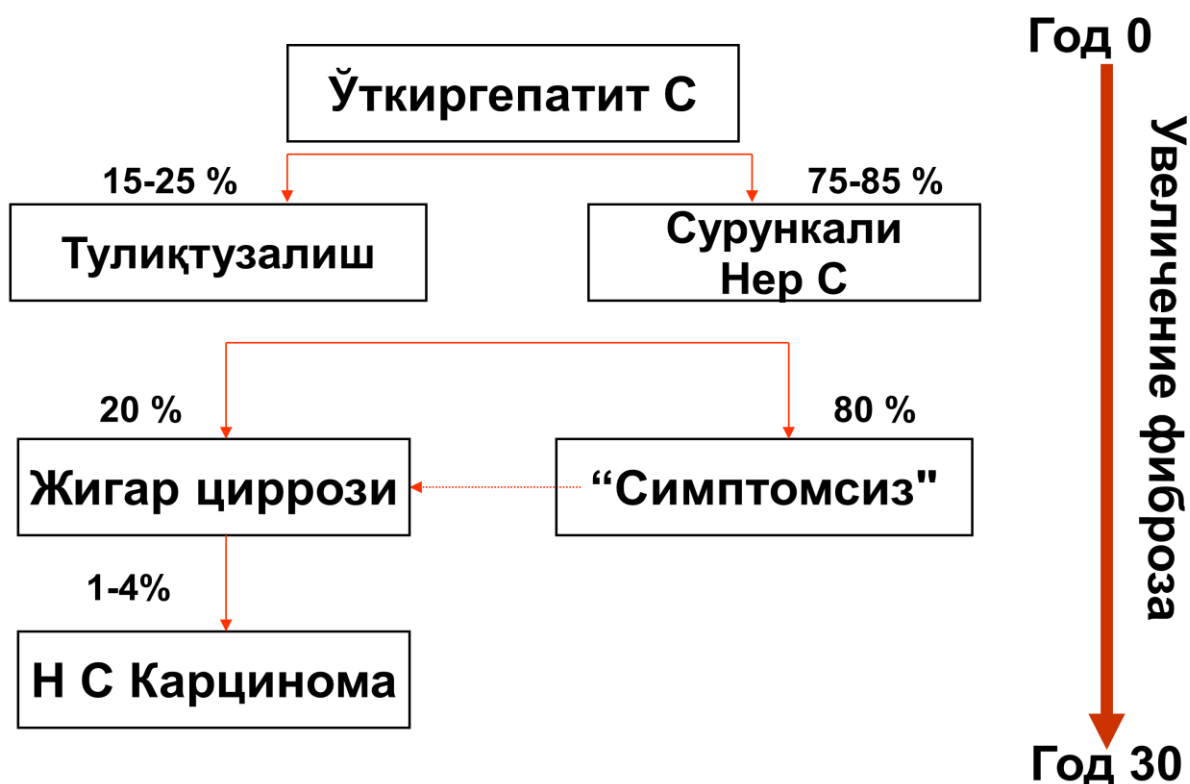
Rasm 16. Jigar ko‘rinishi (kaf. tablitsasidan).

Tashxis va differensial tashxis. Gepatit C uchun gepatit B ga o‘xshash epidemiologik xususiyatlar hos, faqat ko‘proq parenteral yo‘l bilan yuqishiga e‘tibor beriladi. O‘tkir gepatit ko‘p hollarda belgisiz kechadi, surunkali turga o‘tishi ehtimoli yuqori bo‘ladi. Tashxis asosan qonda RNK HCV ni aniqlanishi (PZR usuli bilan), kamroq hollarda – anti HCV IgM va IgG larni aniqlanishi bilan asoslanadi.

Davolash. Davolash tamoyillari gepatit A va gepatit B ga o‘xshash bo‘ladi, faqat surunkali turga o‘tish ehtimoli yuqoriligi uchun barcha hollarda o‘tkir gepatit C da virusga qarshi davo o‘tkazish tavsiya etiladi. Hozirda virusga qarshi dori asosida Sofosbuvir saqlagan dori preparati keng qo‘llanilmoqda (Gepsinat, virpas, virso, lisof). VGC genotipi aniqlanib, jigardagi o‘zgarishlarni hisobga olib 12 yoki 24 hafta davomida bu preparatlardan biri berilsa samara yaxshi bo‘lmoqda. Bu hollarda surunkali turga o‘tish ehtimoli yo‘qolib, virus eliminatsiyasi kuzatilmoqda.

Oqibatlari. Bemorlarni shifoxonadan chiqarish va dispanserizatsiyasi gepatit B kabi boʻladi. Umuman oʻtkir HCV infeksiya 85-90% hollarda surunkali tus oladi, 10-15% hollarda tuzalish bilan yakunlanadi.

HBV va HDV infeksiyalarini oldini olishni asosini HBV ga qarshi vaksinatsiya belgilaydi. HCV ga qarshi vakcina xanuz yaratilgani yoʻq. Oʻzbekiston Respublikasi xududida 2002 yildan boshlab 0-2-6 oy sxemasi boʻyicha HBV infeksiyaga qarshi vaksinatsiya oʻtkazilmoqda. Dastavval Belgiyani «Endjeriks B» vaksinasi ishlatilgan boʻlsa, keyingi yillarda Janubiy Koreyani «Euvaks B» geppo-injener vaksinasi ishlatilmoqda. Tajriba bu vaksinalarni xavfsizligi va samaradorligini koʻrsatdi. Oʻzbekiston xududida 5 yoshgacha boʻlgan bolalarda gepatit B keskin kamaydi. HCV ga qarshi vakcina yoʻqligi, uni oldini olish uchun umumiy profilaktik choralar koʻrilishini taqozo etadi.



Sxema 3. Gepatit C klinik natijalari

SARIQLIK SINDROMI TASHXISI

Sariqlik (icterus) belgisi bu terini, koʻzning oqini va shilliq pardalarni sariq rangga boʻyalishidir. Buning sababi boʻlib, qondagi bilirubin moddasining koʻpayishi natijasida inson organlarida, toʻqimalarida bilirubin moddasining singib qolishi xisoblanadi. Sariqlik belgisi, asosan jigar va oʻt yoʻli kasalliklarida, qizil qon tanachalarining ishlab chiqish va ularning qonda yashash jarayonida sodir boʻladigan holatlarda paydo boʻladi. Olimlarning taklifi bilan kasallik jarayonining sababi va kechishiga qarab sariqlik sindromi uchga boʻlinadi.

1. Jigar faoliyatiga bogʻliq boʻlmagan yoki jigar ustki sariqligi. Bunda birlamchi boʻlib, qizil qon tanachalarining oʻta tezlikda parchalanishi sababli paydo boʻladi.

2. «Jigar faoliyati bilan bogʻlik» boʻlgan sariqlik. Bunda jigar toʻqimalarining faoliyatini buzilishi (zararlanishi) oʻt yoʻli mayda tomirlarining ishi buzilganligi natijasida sariqlik belgisi paydo boʻladi. Bu holatda bilirubin moddasini qonda koʻpayishiga sabab, uni metabolizmi yoʻlidagi ayrim toʻsiqlari va jigar hujayralarida bilirubin almashinuvi buziladi.

3. Jigar osti sariqligi. Bunda kasallik jigardan tashqaridagi oʻt yoʻllarida boʻladi. Qondagi bilirubinning koʻpayishiga sabab jigardan tashqari oʻt yoʻllarida oʻt xarakatini qiyinlashuvi yoki uning butunlay toʻsib qoʻyishi sabab boʻladi.

Teridagi sariqlik belgisi, teri toʻq sariq rangda boʻlsa (icterusflanis), koʻkimtir sariq (verdenicterus), teridagi sariqlik qizgʻish turlansa (rubinicterus) deb ataladi. Eng avvalo sariqlik belgisi koʻzning oqida, til ostida va tanglay shilliq pardalarida paydo boʻladi. Bilirubinning qondagi miqdori maʼlum bir meʼyorda boʻlganda ham, sariqlik belgisi aniq yoki noaniqroq koʻrinishda boʻlishi mumkin. Masalan, ozgʻin, yaʼni teri osti yogʻ toʻqimasi kam odamlarda terisini sariqligi toʻqroq koʻrinadi, aksincha semiz odamlarda teri ostidagi yogʻ qatlami koʻp boʻlgani uchun bilirubinni yogʻ oʻziga koʻproq bogʻlash xususiyatiga ega boʻlganligi sababli, bunday odamlarda teridagi sariqlik belgisi kamroq yuzaga chiqadi. Kamqonlikda ham teridagi sariqlik bilinar-bilinmas koʻrinadi. Shuningdek yangi

tugʻilgan chaqaloklarda ham qonda bilirubin kamayganligiga qaramay, teridagi sariqlik kam boʻladi, chunki chaqaloqlarning toʻqimalarida bilirubin bilan bogʻlanish xususiyati yaxshi rivojlanmagan boʻladi. Teridagi sariqlik belgisi faqat qondagi bilirubinni koʻpayishi bilangina bogʻliq boʻlmasdan, balki baʼzi bir xil moddalar odam organizmida koʻpaysa ham terida sargʻayish alomati paydo boʻladi. Chunonchi, karotin moddasi koʻpayganda, akrixin dori sifatida qoʻllanganda, tripoflavin moddasi qonda koʻpayishi natijasida va boshqa holatlarda ham sariqlik belgisi boʻlishi mumkin. Lekin bunday holatlarda koʻzning oq pardasi kamdan - kam sargʻayadi va qondagi bilirubin moddasining miqdori koʻpaymaydi. Demak, sariqlik belgisining sababini aniqlashda, bilirubin moddasini organizmda paydo boʻlishi va uning almashuvi yoʻllarini yaxshi bilish zarur, chunki sariqlik belgisi koʻpincha bilirubin moddasining almashinuvidagi oʻzgarishlar natijasi sifatida klinikada namoyon boʻladi. Shuning uchun sogʻlom odamlarda bilirubin moddasining almashinuvi jarayonini bilish maqsadga muvofiqdir.

Jigar odam tana massasini 2-3 % ni tashkil qiladi. Mohiyat jihatidan organizmning bioximik laboratoriyasidir. Jigar hujayralari - gepatotsitlar barcha jigar hujayra elementlarining 60% ni tashkil qiladi. Xar bir jigar hujayralarida 400 gacha mitoxondriyalar boʻlib, uning baʼzi segmentlarida modda almashinuvining maxsus reaksiyalari oʻtadi. Jigar toʻqimasida juda koʻp oqsil -fermentlar bordir. Bu oqsil fermentlar jigar mikrosomalarida sintez boʻladi, ular 50% yaqin RNK dan tuzilgan. Jigar hujayralaridagi mitoxondriyalar oksidlovchi va gidroksidlovchi fermentlarga boydir. Ularga Krebs siklidagi yogʻ kislotalarini parchalashga qatnashadigan fermentlar, hamda fosforlik oksidlanishda ishtirok etadigan fermentlar kiradi. Jigardagi fermentlar quyidagilardir: lipaza, amilaza, fosforilaza, izofosforilaza, proteaza, xolesteraza, letsitinaza, fosfataza, erginaza, katalaza, sitoxromoksidaza, yogʻ kislotalari degidrogenazalari, aminokislotalar degidrogenazalari, dekarbaksilaza, aminotransferaza, glyutaminaza, gistidaza, disulfuraza. Jigarda faqatgina albuminlar sintez boʻlmasdan, qondagi baʼzi globulinlar, fibrinogen, protrombin ham sintez boʻladi, oxirgilari qon ivishida ishtirok etadigan oqsillardir. Jigar funksiyasi koʻp qirralik boʻlib, oqsil, mochevina,

glikogen, lipid, pigment hosil qilish va antitoksik funksiyalari kiradi. Jigar organizmda vitaminlarning asosiy deposi xisoblanadi, xolesterolni sintez qiladi, undan esa lipidlarni hazm qilish va soʻrilish uchun zarur oʻt kislotalari hosil boʻladi.

Sogʻlom odamlardagi bilirubin almashinuvi. Shuni taʼkidlash kerakki, gemoglobin, porfirin va oʻtdagi pigmentlarning almashinuvida oʻzaro va chambarchas bogʻliqlik bor. Oʻtdagi pigmentlar gemoglobin moddasining oksidlanishi natijasida hosil boʻladi, oʻt bilan ajraluvchi bu pigmentlar unga oʻziga hos toʻq sariq rang beradi. Bu pigment moddalarga biliverdin (koʻkimsir rangli), bilirubin (toʻk sariq, qizgʻish rangli), urobilinogen (rangsiz), sterkobilin va urobilinlar kiradi. Insonlarda bilirubin asosan gemoglobin moddasidan hosil boʻladi. Bir kecha-kunduzda retikulo-endotelial toʻqimalarda (qorataloq, jigar va ilikda), qon tomirlarida aylanuvchi qizil qon tanachalarining 1% gachasi parchalanadi va shulardan 7,5 g ga yaqin gemoglobin ajraladi. 1 g gemoglobinni parchalanishidan 34 mg bilirubin hosil boʻladi. Keyinchalik gemoglobindan globin va «gem» dan bilirubin hosil boʻladi. Undan tashqari, 15-25% bilirubin «gem» moddasini oʻzida saqlovchi moddalardan (mioglobin, sitoxromlar va boshqalar) paydo boʻladi. «Gem» dan to bilirubin hosil boʻlgunchalik boʻladigan jarayon sitoplazmaning membranalarida juda murakkab va oʻzaro bogʻliq reaksiya sifatida oʻtadi. R.Tcnhunnen (1969 y.) ning ilmiy ishi shuni koʻrsatdiki, gemoksigenaza fermentining taʼsiri natijasida «gem»dagi tetratsirrool oʻzagidagi alfametin koʻprikchasida uzilish roʻy beradi va natijada verdoglobin degan modda kelib chiqadi. Verdoglobindan temir moddasining ajralish toʻrtta bir-biri bilan bogʻlangan pirrol halqasidan iborat biliverdin hosil boʻladi. Sitoplazmadagi biliverdinreduktaza fermenti taʼsirida biliverdindan bilirubin moddasi paydo boʻladi. Bir kecha - kunduzda katta kishilar badanida 100-300 mg xar xil izomerdagi (IXcc Sha, XPa) bilirubin ishlab chiqiladi. Bunday bilirubin erkin bilirubin deb ataladi. Makrofaglardan ajralgan bunday bilirubin qon tomirlarida albumin bilan bogʻlanadi, odatda 1 gr albumin 8,4 mg (14,4 mkmol) bilirubin bogʻlaydi. Albumin bilan bogʻlagan bilirubin, konʻyugatsiya qilinmagan yoki

to'g'ri bo'lmagan bilirubin nomi bilan yuritiladi. Bunday bilirubin odam badani uchun zararli emas, u miya to'qimalariga singmaydi, shuning uchun bilirubinga hos ensefalopatiyani kelib chiqishiga sabab bo'la olmaydi va buyrak ko'ptokchalarining membranalaridan ham o'ta olmaydi. To'g'ri bilirubin emas deb atalishiga sabab, Van-den-Berg reaksiyasidan diazobenzosulfoxlorid (Erlixning diazoreaktivi) bilan to'g'ridan-to'g'ri reaksiyaga kirishmaganligi uchun to'g'ri bo'lmagan bilirubin (nepryamoy) deb nom berilgan. Albumin bilan bog'lanmagan bilirubin gematoensefalik to'siqdan yengil o'ta oladi, chunki u miya to'qimalari pardasidagi fosfolipidlar bilan umumiy birlashma hosil qiladi, markaziy nerv tizimidagi yadrolarga ta'sir qilib ularni zararlaydi. Albuminning bilirubin bilan maksimal bog'lanish xususiyati juda katta bo'lib, u qondagi albumin miqdori va u bilan raqobatlashuvchi moddalarga bog'liq. Odatda erkin bilirubinning miqdori 1% dan oshmaydi va albumin miqdori 100 ml plazmada 3 g dan kam bo'lsa, erkin bilirubinning miqdori ko'payib ketadi. Bilirubinning o't tarkibiga o'tish jarayoni bir necha bosqichlardan iborat. Jigar to'qimalari tomonidan kon'yugatsiya qilinmagan bilirubinni qamrab olishi, bilirubinni qo'shilishi (konyugatsiyada ishtiroki) va uni o't yo'liga o'tishi. Avvalo gepatotsitning sirtiga (vaskulyar qutbida) bilirubin eltuvchi albumindan ajratadi, so'ngra erkin bilirubin to'qima ichidagi oqsil bilan bog'lanadi, bu oqsil bilirubinga nisbatan juda kuchli «qardoshlik» aloqasiga ega va bu birikma sitoplazmatik retikulum membranasidan tashib o'tishga qulaylikka ega. Bilirubinning kon'yugatsiyasining biologik ahamiyati shundaki, bu birikma suvda erish xususiyatiga ega bo'ladi. Bu esa keyinchalik bilirubinni jigar va buyrak orqali ekskretsiya qilinishiga qulaylik tug'diradi. Bilirubinni glyukuron kislota bilan esterefikatsiyasi jigar to'qimasining mikrosomalarida glyukonat 1-fosfaturidiltransferaza fermenti ta'sirida o'tadi, kofaktor sifatida bu reaksiyada UDF - glyukuron kislota qatnashadi. Avvalo gepatotsitlarda bilirubin monoglyukuronid hosil bo'ladi, keyinchalik o't kanalchalarida bilirubin-diglyukuronid hosil bo'ladi (bilirubinmonoglyukuronidni 2 molekulasidan 1 molekula diglyukuronid hosil bo'ladi va shu bilan birga 1 molekula kon'yugatsiyalanmagan bilirubin ham hosil bo'ladi).

Konyugatsiyalanmagan bilirubin (bog'langan, to'g'ri) Van-der-Berg reaksiyasida to'g'ri reaksiyaga kiradi. Bu bilirubin zaharlik hossasidan xoli bo'lib, suvda eruvchi va qonda uning miqdori oshsa (buyrak porogi - 27,36 - 34,2 mkmol/l) buyrak orqali siydik bilan chiqadi. Kon'yugatsiyalangan bilirubin jigar hujayralarining biliar qutbidan ajralib o't kapillyariga o'tadi. Bu jarayon ma'lum miqdorda energiya sarflash hisobiga bajariladi va bu energiyani manbai sifatida ATF qatnashadi. Bilirubinning ekskretsiya qilish faoliyati jigar hujayralarining tezda xar xil holatlarning ta'siriga beriluvchan funksiyalaridan biri xisoblanadi. Bilirubin o'tning tarkibida kon'yugatsiyalangan bo'lsa, ichakka o'tadi va u yerda bakteriyalarning fermentlari - degidrogenazalar ta'sirida rangsiz urobilin tanachalariga a-urobilinogen, u-urobilinogen, sterkobilinogenga tiklanadilar. Bularning bir qismi darvoza venasi orqali jigarga qaytadi va qayta o'tga o'tib ichakka tushadi. Sog'lom odamlarning siydigidan bir kecha-kunduzda 0,5-2 mg urobilinogen tanachalari, asosan urobilinogen sifatida ajraladi, siydik biroz idishda turib qolsa oksidlanib, urobilinga aylanadi. Urobinogenning asosiy qismi ichakning quyi qismlariga tushib, u yerda oksidlanib sterkobilinga aylanadi. Bir kecha kunduzda najas orqali 150- 300 mg gacha sterkobilinogen va sterkobilin ajraladi. Chaqaloqlar va bolalar hayotining birinchi 10 oyligi davomida ona suti bilan ta'minlangan bolalarda, ichaklarida ichak tayoqchalari bo'lmagani uchun bilirubindan sterkobilin hosil bo'lmaydi. Sog'lom odamning qonida 1,7-18,8 mkmol/l umumiy bilirubin, shundan 1,7-14,5 mkmol/l to'g'ri bo'lmagan yoki erkin bilirubin, 0,8 — 4,3 mkmol/l bog'langan, kon'yugatsiyalangan bilirubin bor. Siydikda bilirubin bo'lmaydi, urobilin moddasini juda oz qismi chiqishi mumkin, najasda sterkobilin bo'lib, unga qo'ng'ir rang beradi. Giperbilinuremiya - bu bilirubin hosil bo'lish tezligi bilan uning ajralish jarayonidagi dinamik muvozanatni buzilishidir. Jigar usti sariqligi bu yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalligi, xar xil nasldan naslga o'tuvchi gemolitik anemiyalar, gemoglobinopatiyalar, katta qon quyilishlar (qontalash), politsitemiya, dorilar ta'sirida bo'ladigan gemoliz natijasida bo'lishi mumkin. Bundagi asosiy patogenetik xalqa — bu eritrotsitlarning ko'p parchalanishi natijasida yoki

patologik eritropoez oqibatida o't pigmentlarining ko'p hosil bo'lishidir. Shuningdek, gemolitik sariqlikni ko'p hosil bo'lishida jigar to'qimalarida o'tning sekretiya qilinishi ham ma'lum ahamiyatga ega. Jigarning quvvati shunchalikki, u fiziologik jarayonda hosil bo'ladigan bilirubindan 3-4 marta ko'proq bilirubinni o't yo'liga o'tkazishi mumkin. Ana shu jigarning ishlash quvvatidan ko'p bilirubin hosil bo'lsa, jigardan yuqori bo'lgan sariqlik paydo bo'ladi. Jigarga ta'sir qiluvchi faktorlarga kamqonlik natijasida hosil bo'ladigan intoksikatsiya, me'yorida ko'p bo'lsa, bakteremiya va immunologik jarayon kiradi. Qizil qon tanachalarini (eritrotsitlar) ko'p parchalanishi erkin bilirubinni ko'proq parchalanishiga sabab bo'ladi. Bu esa jigar to'qimalarining butun imkoniyatini sarflab ishlashiga qaramay, erkin kon'yugatsiyalanmagan bilirubinni ko'payishiga olib keladi. Bir xil holatlarda gepatotsitlarni o't yo'liga o'tkazish qobiliyati susaygani uchun qonda konyugatsiyalangan bilirubin ham oz miqdorda paydo bo'ladi. Bunday sariqliklarda o'tda juda ko'p miqdorda bilirubin moddasi bo'ladi va bu modda qisman erkin xolda yoki bilirubin monoglyukuronid holatida uchraydi. Bu esa o't yo'llarida o't tosh hosil bo'lishiga olib keladi, chunki bilirubin monoglyukuronid suvda kamroq eriydi va shuning natijasida o'tda toshlar paydo bo'lishiga moyillik vujudga keladi. Ichakda o't bilan juda ko'p konyugatsiyalangan bilirubin tushishi natijasida, ko'p miqdorda urobilinogen tanachalari va sterkobilin hosil bo'ladi, urobilinogen tanachalarining ko'pchilik qismi darvoza venasi orqali jigarga o'tadi va jigar hujayralari qamrab olmagan uchun qonga o'tadi. Bu esa qonda urobilinogen ko'payishiga olib keladi, buning oqibatida qondan buyrak orqali siydikka o'tib, siydikda urobilin sifatida aniqlanadi. Shunday qilib, jigar usti sariqligi deb ataluvchi sariqlikka bilirubinning umumiy miqdori 68-85 mkmol/l, uning asosiy qismini (80-90%) konyugatsiyalanmagan bilirubin tashkil qiladi va gemoliz ko'payganda bundan bilirubin yanada ko'proq bo'ladi. Bunday holatda urobilin tanachalari, sterkobilin najasda, siydikda urobilin ko'payadi va bilirubinuriya uchramaydi. Jigar usti sariqligida terini sariqlik belgisi kam rivojlangan bo'lib, to'q sariq darajaga bormaydi va terida qichish belgisi va bradikardiya uchramaydi. Bu turdagi sariqlikda jigar katalashmaydi, taloq

kattalashadi va unda ko‘pincha pigmentli toshlar paydo bo‘ladi. Shu bilan birga, bu sariqlikda eritrotsitlarning rezistentligi kamayadi, Kumbs sinamasi musbat bo‘ladi, regeneratsiyaga moyil anemiya ham uchraydi, lekin jigar funksiyasi o‘zgarmaydi. Jigar ichi sariqligi xar xil kasalliklarda faqat jigar to‘qimalari shikastlanganda, ya’ni gepatotsitlarning sitolizi natijasida yoki jigardagi xolestaz natijasida paydo bo‘ladi (VGA, VGB, VGC, VGE, VGD- infeksiya, boshqa viruslar va mikroblar ta’sirida bo‘ladigan gepatitlar).

7-bob. NAFAS YO‘LLARI INFEKSIYALARI

O‘TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIYALAR

O‘tkir respirator kasalliklar dunyoda eng ko‘p tarqalgan yuqumli kasalliklardan biri bo‘lib, bu kasalliklar yuqori xarorat, organizmning intoksikatsiyasi va yuqori nafas yo‘llarining kataral yallig‘lanishi belgilari bilan ta’riflanadi. Ilgari bu kasalliklar «Nafas yo‘llarining o‘tkir katari», «mavsumli katar» deb atalgan va ularni xar turli bakteriyalar qo‘zg‘atadi degan fikrlar bo‘lgan.

Tabobat fani, jumladan virusologiyaning oxirgi yillarda erishgan yutuqlari tufayli bu kasalliklarning sababchisi asosan viruslar ekanligi ma’lum bo‘ldi. Bu kasalliklar qatoriga gripp, paragripp, adenovirus infeksiyasi, respirator-sintitsial infeksiya, rinovirus, reovirus va respirator mikoplazma infeksiyalari kiradi.

Bu kasallikning hammasida infeksiya manbai bemor yoki virus tashib yuruvchi kishilar xisoblanadi. Kasallik havo-tomchi yo‘li bilan tarqaladi. Kasallik tarqalgan ba’zi kishilarda uzoq vaqt davomida ahlat bilan virus chiqib turishi mumkin. Demak, ba’zi hollarda infeksiya fekal-og‘iz yo‘li bilan ham yuqishi mumkin. Adenoviruslarning tarqalishida pashsha ham ma’lum rolni o‘ynaydi degan ma’lumot bor. Adenoviruslar suv havzalarida cho‘milayotganda boshqalarga ko‘z kon’yunktivasi orqali yuqishi mumkin.

Bu kasalliklar yosh bolalar orasida keng tarqalgan. Yuqorida qayd qilingan viruslarga qarshi paydo bo‘ladigan immunitet virusning faqat ma’lum bir turiga hos (tipospetsifik) bo‘lganligi tufayli bir mavsum davomida bir odamda (ayniksa

bolalarda) viruslar qoʻzgʻatadigan bir necha xil oʻtkir respirator kasalliklar uchrashi mumkin.

Rasmiy maʼlumotlarga koʻra, respublikamizda oʻtkir virusli respirator infeksiyalar bilan xar yili bir necha millionga yaqin odam kasallanadi. Epidemiyalar vaqtida gripp bilan ogʻrigan kishilar aholining tahminan yarmisini tashkil etadi, demak gripp epidemiyalaridan xalq hoʻjaligi talaygina zarar koʻradi.

GRIPP

Gripp – organizmning umumiy intoksikatsiyasi, qisqa muddatli istima, yuqori nafas yoʻllarining kataral belgilari bilan namoyon boʻladigan oʻtkir yuqumli virusli kasallikdir. Ogʻir hollarda gipertermik va meningoensefalitik sindrom yaqqol namoyon boʻladigan neyrotoksikoz, fibrinoz-nekrotik laringotraxeit, gemorragik diatezdan oʻlimga sabab boʻluvchi oʻpkaning gemorragik shishi ham rivojlanishi mumkin. Gripp oʻzining ijtimoiy ahamiyati boʻyicha insoniyatning barcha kasalliklari ichida birinchi oʻrinda turadi. Gripp va boshqa OʻRVI bilan kasallanish hamma boshqa yuqumli kasalliklar bilan kasallanishlardan yuqoridir. Epidemiya vaqtida aholining vaqtinchalik ish qobiliyatining yoʻqolishining 10-15%i grippga toʻgʻri keladi, yilning boshqa davrlarida gripp va boshqa OʻRVI kattalarni hamma boshqa kasalliklarining 40% ini, yuqumli kasalliklarining 80% ini va bolalar kasalliklarining 60% ini tashkil qiladi. Epidemiya vaqtida gripp bilan kasallanish aholining 5% dan 15% gacha qismini tashkil etadi.

Tarixi. Grippni oʻrganish tarixi koʻplab epidemiyalar bilan bevosita bogʻliqdir. Ushbu kasallik Gippokrat davridan maʼlum, 14-asrga kelib "inflyuensa" (italyancha «inflyuensiya del Freddo» - «sovuqning taʼsiri») nomini oldi. Kasallikning zamonaviy nomi fransuzcha "gripper" - «ushlab olish», hujum qilmoq feʼlidan olingan. Grippni birinchi boʻlib, 1729 yilda fransuz olimi Jyuse taʼriflagan.

1933 yilgacha gripp qoʻzgʻatuvchisi Afanasev-Pfeyffer tayoqchasi deb hisoblashgan. 1933 yili Angliyalik olimlar Smit, Endryus va Leydlou tomonidan grippning virus etiologiyali ekanligini gripp bilan ogʻrigan bemorlar burun-halqum yuvindisi bilan yuqtirilgan boʻrsiqlarning oʻpkasidan maxsus pnevmotrop virusni

ajratib olishganidan so'ng aniqlandi. Ular bu virusni A gripp virusi deb nomlashdi. 1940 yilda Frensis va Medjil B gripp virusini topdilar, 1947 yilda esa Teylor grippning yana bir yangi - C turini aniqladi.

Etiologiyasi. Gripp virusi RNK tutuvchi viruslar guruhiga kirib, RNK polimeraza tutadi, tashqi qobiq tarkibiga gemagglyutinatsiya va neyroaminidaza faollikka ega bo'lgan glikoproteidlarni saqlab, ularning o'zgarishi A gripp virusining yangi podtiplari hosil bo'lishiga olib keladi.

Virus tarkibida quyidagi antigenlar farqlanadi: S- o'zida RNK saqlovchi ichki nukleokapsid va virus oqsili – virion massasining 40%ni tashkil qiladi. Tashqi qobiqda V-antigen bo'lib, uning tarkibida N va H bor. Gripp A virusi 2 ta yuza antigenlar – gemagglyutinini va neyraminidaza xususiyatlariga qarab subtiplarga bo'linadi. Odamlarda kasallik gemagglyutinini (H1, H2, H3 va boshq.) va neyraminidaza podtiplarning turli xil kombinatsiyalari natijasida kelib chiqadi. N1H1viruslari 1957 yilgacha. 1957-68 yillarda - H2N2, 1968 yildan - H3N2 shtamlari kasallik keltirib chiqargan.

Gripp 3 ta mustaqil antigenga ega viruslar A, B, C bilan chaqiriladi. Epidemiyalar A va B gripplari tomonidan chaqiriladi. C grippi uchun kasallikning sporadik hollari hos bo'lib antigen tuzilishini o'zgartirmaydi.

A va B gripp viruslari uchun antigenlarning doimiy o'zgaruvchanligi hos bo'lib, bunda bitta antigenning (antigen dreyfi) va ikkita antigenning (antigen shifti) kuzatilishi mumkin.

Immunitet virus antigen turlariga alohida paydo bo'ladi, kasallikka moyillik gripp virusining antigenlari o'zgaruvchanlik darajasi bilan aniqlanadi.

Yangi antigen variantning paydo bo'lishi butun dunyo aholisini noimmun holatiga va kasallikning og'ir, o'limga sabab bo'luvchi klinik shakllari paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Virusning qisman o'zgarishida esa odamlar og'rib o'tgan virus tipiga moyillik oshadi, kasallikka moyil bo'lganlar, shuningdek, kasallanib ulgurmagan, erta yoshdagi bolalar orasida kasallikning o'sishi (epidemiya) kuzatildi. Gripp viruslari fizik va kimyoviy omillar ta'siriga chidamsiz va xona xaroratida bir necha

soatlarda halok bo‘ladi, past xaroratlarda esa (-25°S dan -70°C gacha) bir necha yilgacha saqlanadi. C virusi antigen tuzilishini o‘zgartirmaydi, fizik va kimyoviy omillarga chidamsiz, qizdirilganda, quritilganda, xlorning kam konsenratsiyalarida, ozonda, ultrabinafsha nurlar ta’sirida tez halok bo‘ladi.

Epidemiologiya. Kasallik manbai bemor odam xisoblanadi. Gripp virusi havo-tomchi antropoz kasalligiga kiradi. XX asrda insoniyat grippning to‘rt marta pandemiyasini boshidan o‘tkazgan (1-1900, 2-1918, 3-1957, 4-1968 yy.).

Pandemiyalar xar 20-30 yilda qaytarilishi kuzatilgani uchun oxirgi pandemiya 1968 yilda bo‘lganini hisobga olib navbatdagi global hujumni yaqin vaqtlar ichida kutish mumkin.

JSST yaqin yillardagi gripp bilan kasallanish bashoratini, dunyo mamlakatlarida epidemiyalarni tezkorlik bilan bartaraf etish va oldini olish bo‘yicha tavsiyalarni o‘z ichiga olgan pandemiyalar rejasini tarqatdi.

Gripp bilan kasallangan bemorlar kasallikning birinchi kunlaridan to 5-6 chi kunlarigacha, asoratlangan holatlarda esa 2-3 haftagacha yuqumli xisoblanadilar. Epidemiyalar xar 2-3 yilda takrorlanadi va portlovchi xususiyatga ega. 1-1,5 oy ichida aholining 20-30% qismi kasallanib bo‘ladi. B gripp epidemiyasi sekinroq rivojlanadi, 2-3 oy davom etadi, 25 % aholini kasallantiradi va xar 2 yilda takrorlanadi. C gripp virusi epidemik ko‘tarilishlar bermaydi.

Patogenez. Virus organizmga yuqori nafas yo‘llari orqali kirib, respirator trakt (traxeya) epiteliysini zararlaydi.

Virus silindrik epiteliy hujayralarida ko‘payadi, ularda yangi viruslar tuzish uchun epitelial bo‘laklardan foydalanib, degenerativ o‘zgarishlar chaqiradi. Yetuk virus qismlarining ko‘plab chiqishi epitelial hujayralarning nobud bo‘lishiga, bu esa tabiiy to‘siqning buzilishi va virusemiyaga olib keladi. Virus toksinlari epiteliya hujayralari halok bo‘lish mahsulotlari bilan birgalikda yuqori nafas yo‘llari shilliq qavatlari, MNS va organizmning boshqa tizimlariga toksik ta’sir ko‘rsatadi, immunitetni pasaytiradi, ikkilamchi infeksiya qo‘shilganda esa turli xil asoratlar rivojlanishiga olib keladi.

Patogenezning 5 ta asosiy bosqichlari farqlanadi:

- Nafas yo‘llarida virusning reproduksiyasi,
- virusemiya, toksinemiya va toksiko - allergik reaksiyalar,
- nafas yo‘llarining biror qismining ko‘proq zararlanishi,
- bo‘lishi mumkin bo‘lgan bakterial asoratlar,
- patologik jarayonning qayta rivojlanishi.

Turli xil organlar va tizimlarning zaralanishida kapillyarlar o‘tkazuvchanligining buzilishi va gemorragik sindrom (burundan qon ketish, qon tuflash) rivojlanishi bilan bog‘liq bo‘lgan sirkulyator o‘zgarishlar, kasallikning og‘ir kechuvda esa infeksiyon-toksik ensefalopatiya, o‘pkaning gemorragik shishi ko‘rinishidagi miya qobiqlari va moddasiga, alveolalarga qon quyilishi kuzatiladi.

Gripp organizmning immunologik reaktivligini pasaytiradi va turli xil surunkali kasalliklarning qo‘zg‘alishiga hamda ikkilamchi bakterial asoratlarga sabab bo‘ladi.

Klinika. Kasallik havo-tomchi yo‘li bilan bemor odamdan yuqadi. Inkubatsion davri bir necha soatdan 2 sutkagacha davom etadi. Prodromal davr 10-15% bemorlarda kuzatilib, holsizlik, biroz qaltirash, mushaklarda og‘riq, tana xaroratining 37,1-37,5°C gacha ko‘tarilishi bilan namoyon bo‘ladi. Bu belgilarga odatda e‘tibor berilmaydi.

Gripp uchun kasallikning o‘tkir boshlanishi hos bo‘lib, bu asosan organizmda virusning tez reproduksiyasi hisobiga kelib chiqadi va ko‘pchilik bemorlarda kuzatiladi.

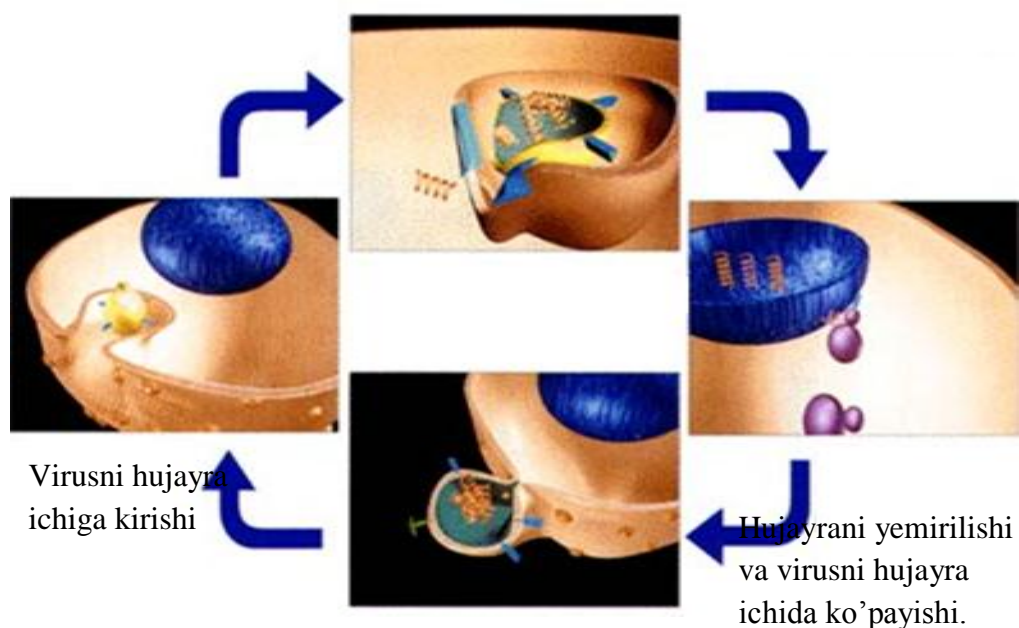
Gripp va O‘RVIning klinik tasnifi.

Quyidagi belgilar kompleksi gripp uchun xarakterli:

1- isitma-grippning asosiy belgilaridan biri. Tana xaroratining maksimal ko‘tarilishi kasallik birinchi kunida kuzatilib, og‘ir hollarda 40°C, o‘rta og‘ir hollarda 39°C, yengil hollarda 38°C. Grippda isitmaning tushishi kritik yoki tezlashgan lizis ko‘rinishida yuz beradi.

Ikki urkachli xarorat egriligi kamdan-kam uchrab, qayta tana xarorati ko‘tarilishi ko‘pincha surunkali infeksiya avjlanishi bilan, yoki asorat qo‘shilishi

bilan bog'lik. Zotiljam qo'shilganini uzoq davom etuvchi isitma ham bildiradi (9 kundan ortiq).



Sxema 4. Gripp virusini ko'payish sikli (ma'ruza material).

2- umumiy intoksikatsiya belgilari ko'rinishi

Kasallik umumiy intoksikatsiya belgilarining kuzatilishi bilan boshlanadi:

-bosh og'rig'i, bu og'riq boshning peshona, tepa, chakka va qosh usti yoyi qismida kuzatilishi hos.

-qaltirash,

-xushdan ketish hollari va bosh aylanishlar – asosan yosh bemorlarda va surunkali kasalligi (Gipertoniya kasalligi, ateroskleroz) bor qariyalarda, yoki juda ozg'in kishilarda kuzatiladi.

-bel sohasi, boldir mushaklari, bo'g'imlar, orqa mushaklarida og'riq yoki butun tana bo'ylab tarqalgan og'riq kuzatilishi.

5-jadval

Etiologiy a	Tashxislash mezonlari	Og'irlik darajalari	Og'irlik darajasini baxolash	Kechuvi
----------------	-----------------------	------------------------	------------------------------------	---------

			mezonlari	
Virusli: gripp A gripp B gripp C	1.Kasallikning epidemik ko'tarilishi 2.Intoksikatsiya belgilarining yaqqol namoyon bo'lishi: o'tkir boshlanishi, qaltirash, bosh og'rishi, mushakdagi og'riqlar, kataral belgilar kam rivojlangan, neyrotoksikoz, talvasa sindromi, ensefalitik reaksiyalar. 3.Bronx-o'pka tizimidagi hos o'zgarishlar (bronxit, o'pkaning segmentar shishi, krup sindromi, o'pkaning gemorragik shishi). 4.immunoflyuoressensiya (IF) va immunoferment analiz (IFA) usullarining musbat natijalari	Engil, subklinik va bilinar-bilinmas.	Tana xarorati me'yorida yoki 38,5°C; infeksiyon toksikoz belgilari kam yoki yo'q	1. asoratsiz 2.virus assotsiyalangan asoratlar bilan (ensefalit, seroz meningit, nevritlear, poliradikulonevritlear va b.) 3. bakterial asoratlar bilan (pnevmoniya, yiringli-nekrotik laringotraxeo bronxitlear, otit va b.)
		O'rtacha og'ir	Tana xarorati 38,5-39,5°C; infeksiyon toksikoz yaqqol namoyon bo'ladi: adinamiya, bosh og'rishi, mushaklarda og'riq, bosh aylanishi; bo'lishi mumkin: krup, o'pkaning segmentar shishi, abdominal sindrom va b.	
		Og'ir	Tana xarorati 40-40,5°C. Qisqa vaqtga: xushning xiralashishi,alaxlas h, talvasalar, gallyutsinatsiyalar, qusish.	
		Gipertoksik	Gipertermik sindrom; Meningoensefalitik sindrom; Gemorragik sindrom	

3-respirator traktning turli qismlaridagi zararlanish sindromlari.

Eng ko‘p uchraydigan kataral belgilar bu - rinit, faringit, laringit, nazofaringit, laringotraxeit, traxeobronxit.

Eng hos bo‘lgani **traxeit**, quruq va produktiv yo‘tal bilan kuzatiladi. Turli darajadagi tomoq giperemiyasi barcha bemorlarda kuzatiladi va halqum orqa devori granulyoz faringiti bilan, shuningdek yumshoq tanglay va tilchening mayda donadorligi kuzatiladi.

Faringit – quruq yo‘tal, ko‘krakdagi og‘irlik hissi, yutinganda og‘riq, regional limfa tugunlarni kattalashuvi.

Laringit- tomoqda achishish, ko‘krakdagi og‘irlik hissi, ovoz bo‘g‘ilishi, qo‘pol akillovchi yo‘tal. Kichik yoshdagi bolalarda yolg‘on krup kartinasi kuzatiladi – nafas olishning qiyinlashuvi (inspirator hansirash), bezovtalik, ovozning o‘zgarishi va bo‘g‘ilishi, akrotsianoz, sovuq ter chiqishi.

Bronxiolit (kichik yoshdagi bolalarda) – ekspirator hansirash bilan kuzatiladi, qiyin ajraladigan balg‘amli azoblovchi yo‘tal, ko‘krak qafasidagi og‘rik, nafas olish yuzaki, teri qoplamlarini oqishligi, o‘pkada mayda pufakli nam xirillashlar eshitiladi.

Toksikoz ta’sirida neyrotsirkulyator buzilishlar rivojlanadi. Grippning og‘ir shakllarida bu buzilishlar tomir o‘tkazuvchanligi oshishi bilan kuzatilib gemorragik diatez belgilari bilan namoyon bo‘ladi (burundan qon ketish, teri va shilliq qavatlardagi gemorragiyalar, gemorragik o‘pka shishi, gematuriya).

Grippnig gipertoksik shakllari eng og‘ir hisoblanib, toksikoz belgilarining yuqori darajadagi ko‘rinishi sifatida namoyon bo‘ladi. Giperemiya, shilliq qavatlar sianotikligi va teri oqishligi (teri kulrang rangini beradi), akrotsianoz, yuz qiyofasining o‘tkirlashuvi, sklerit, azoblangan yuz ifodasi, havotir va qo‘rquv, quruq yo‘tal, hansirash, taxikardiya grippni gipertoksik kechishida kuzatiladigan belgilar bo‘lib xisoblanadi. Tipik fizikal ko‘rinishli erta zotiljam, o‘pka gemorragik shishi, miya shishi, toksikoz oqibatidagi neyrotsirkulyator buzilishli – toksik miokardit rivojlanadi.

Yurak-tomir tizimidagi o'zgarishlar keyinchalik bradikardiya bilan almashinuvchi taxikardiya, yurak tonlari bo'g'iqligi, gipotoniya, miokard toksik va distrofik o'zgarishlari bilan namoyon bo'ladi.

Og'irlik darajasiga qarab farqlanadi:

Yengil shakli – tana xarorati 38°C gacha, o'rta namoyon bo'lgan umumiy intoksikatsiya va kataral sindrom belgilari.

O'rta og'ir shakli – tana xarorati 40°C gacha, umumiy intoksikatsiya belgilari yaqqol namoyon bo'lgan, kataral sindrom, quruq azoblovchi yo'tal.

Og'ir shakli – tana xarorati 40°C dan yuqori, davomiy, umumiy intoksikatsiya belgilari keskin namoyon bo'lgan, og'irqli va quruq azoblovchi yo'tal.

Periferik qonda birinchi kunlarida o'rtacha leykotsitoz, uning o'z navbatida 2-3 kunda leykopeniya bilan almashinuvi, EChT – me'yorida, ayrim hollardagina biroz oshgan bo'ladi. Bakterial asoratlari qo'shilgach, yuqori leykotsitoz, chapga neytrofilli siljish, EChT oshishi kuzatiladi.

6-jadval

Gripp asoratlari

Spetsifik:	Nospetsifik:
O'pka shishi, Meningism, seroz meningit, ensefalit, meningoensefalit, eshituv nervining nevriti, soxta krup, infeksiya-allergik	O'tkir virus-bakterial zotiljam, Sinusitlar, Yevstaxeitlar, Otitlar, mastoiditlar, Anginlar va surunkali infeksiyaning faollashuvi (TVS, revmatizm, surunkali tonzillit, pielonefrit)

miokardit, Reya sindromi	
-----------------------------	--

Tashxis. Gripp tashxisi xarakterli klinik-epidemiologik ma'lumotlar asosida qo'yiladi. № 198, 101 O'zRes.SSV buyruqlariga asosan laborator tasdiq majburiydir.

Laborator tekshiruv o'z ichiga oladi:

1-qon va peshobning umumiy tahlili,

2-immunoflyuoressensiya yoki IFA usulida burun silindrik epiteliysida grippez antigenlarni aniqlash.

3-RPGA, RSK va boshqalarda spetsifik antitanalar titrining oshib borishini aniqlanishi.

4-kerak bo'lganda, qon bioximiyasi, koagulogramma, ko'krak qafasi organlarini rentgenologik tekshiruvi, qorin bo'shlig'i organlarini UTTsi, qon, peshob va likvorni, og'iz-burun shilliq qavatining bakteriologik tekshiruvi.

Davolash. Davolashni kasallikning birinchi kunidanoq boshlash kerak.

Bazis terapiya:

1- tana xarorati me'yorlashgunga qadar yotoq tartibi.

2-o'simlik–sutli vitaminlarga boy parhez taomlar, issiq choy, ishqorli mineral suvlar ko'rinishida ko'p suyuqlik ichish, (borjom sut bilan va boshqalar).

3-istimani tushiruvchi preparatlar: paratsetamol (*Panadol, Koldreks*); nosteroid yallig'lanishga qarshi moddalar (*brufen* yoshiga qarab), atsetilsalitsil kislota (*Aspirin*) Reyya sindromi rivojlanishi havfi bo'lgani uchun 16 yoshgacha bo'lgan bemorlarga mumkin emas. Isitma tushiruvchi preparatlar tana temperaturasi 39 gradusdan yuqori bo'lganda, xar bir bemorni holatidan kelib chiqib tavsiya etilgani ma'qul.

4 - Mukaltin, qizilmiya ildizi yoki altey damlamasi va boshqalar balg'am ko'chishi va suyulishi uchun;

5 - yo'talga qarshi moddalar: pertussin (yo'tal refleksi kuchayganda), tusupreks, bronxolitin yoki kodelak (quruq yo'talda), libeksin (kuchli og'riqli

yoʻalda), bromgeksin (xoʻl va qiyin koʻchuvchi balgʻamda), altey ildizi, moychechak barglari, kiyik oʻti, qizilmiya ildizi, shalfey, qaragʻay murtaqlari, anis mevalarini oʻz ichiga olgan koʻkatlar yigʻmasi (uzoq saqlangan yoʻalda).

6- 2 yoshdan katta bolalarga moychechak, tirnoq gul, yalpiz, shalfey, kiyikoʻti, bagulnik, sosna murtaqlari nastoykalari, 1-2 % li natriy bikarbonat eritmasi bilan ingalyatsiya qilinadi.

7- askorbin kislota yoki polivitaminlar.

8-antigistamin preparatlar (Tavegil, Suprastin yoki Diazolin, Ketotifen va bosh.)

Etiotrop terapiya: Oʻrta ogʻir va ogʻir shakllarida remantadin 50 mg dan 2 mahal kuniga (10 yoshgacha) va 50 mg dan 3mah/kun (10 yoshdan va kattalarga) ichishga yoki arbidol 100 mg dan 2 mah/kun va 100 mg dan 3 mah/kun (yuqoridagidek). Juda ogʻir hollarda remantadinni 3-7 yoshli bolalarga 4,5 mg/kg 2 qabulga tayinlash mumkin. Grippga qarshi koʻp antitanalar saqlovchi donor immunoglobulinni 2 yoshgacha -1,5 ml, 2 yoshdan 7 yoshgacha -3 ml, 7 yoshdan va kattalarga -4,5-6 ml m/o gipertoksik turlarida yoshiga mos dozani 12 soatdan keyin qaytarish mumkin.

Etiotrop terapiyani intensivatsiya (kuchaytirish) qilish:

1-ogʻirlik darajasidan qatʻiy nazar hamma bemorlarga odam leykotsitar interferoni intranazal parokislorodli palatka yoki IP-2u tipidagi ingalyator orqali 3-5 tomchidan 4mah/kun changlatish yoki aerosol koʻrinishida intratraxeal tayinlanadi.

2-gripp va boshqa OʻRVI larni mujassamlashtirilgan davolashda 7 yoshgacha Viferon-1, 7-yoshdan katta bolalarga Viferon -2 qoʻllanadi (xar kuni 1 shamchadan 5 kun davomida). Ogʻir bemorlarga va tez-tez kasallanadigan bolalarga 1 yoshdan 7-yoshgacha Viferon-2, 7 yoshdan 14 yoshgacha Viferon-3 tayinlanadi. Shamchalarni xar kuni 5 kun davomida 1 ta shamchadan sutkasiga 2 mahal 12 soat interval bilan qoʻyiladi.

3- amiksin yoshiga mos dozada ichishga tayinlanadi.

Sindromal terapiya:

1- infeksiyon toksikoz yaqqol namoyon bo'lganida (gipertermiya, talvasalar, hushni yo'qotish) tayinlanadi: litik aralashma (50%li analgin, 1%li dimedrol, 0,5%li novokain eritmalari) 0,1 ml dan xar bir bola yoshiga m/o, fizik sovutish o'tkaziladi (bolani usti ochiladi, 50 gradusli spirt bilan artiladi, katta qon tomirlarga sovuq qo'yish yoki +8... +10 gradusli suv bilan klizma qilish). «Oq gipertermiyada» (tomirlar spazmi) badanni isitish (grelkalar, oyoqqa vannalar) va spazmolitik preparatlar (no-shpa, papaverin) qilish kerak.

2-kuchli talvasalarni yo'qotish uchun 0,5% li seduksen: 1yoshgacha-0,3-0,5 ml, 1-7yoshda -0,5-1 ml, 8-14yoshda -1-2 ml 1 mah/kun m/o yuboriladi.

3- yurak qon tomir yetishmovchiligi belgilari kuzatilganida v/i ga 20% li glyukozani 0,06% li korgliyukon yoki 0,05% li strofantin, yoki 1% li mezaton bilan yoshiga mos dozalarda v/i ga yuboriladi.

4-miya shishi belgilari paydo bo'lganida (talvasalar, turg'un gipertermiya, hushni yo'qotish) gidrokortizon 5-10 mg/kg/sut v/i ga yoki m/oga, laziks- 20-40 mg/kg, mannitol- 1,5 g/kg v/i tayinlanadi.

5-qonning reologik xususiyatlarini yaxshilash maqsadida 2% li trental 0,25 mg/kg dan qilinadi.

6- obstruktiv sindromda eufillin, alupent va boshqalar tayinlanadi.

7-dezintoksikatsiya maqsadida 10% li glyukoza, insulin (1 yed 5,0 shakarga, kokarboksilaza, reopoliglyukin (50-100 ml/kg), albumin (5 ml/kg) diurezni, elektrolitlar miqdorini, EKG nazorati ostida. Oliguriya yoki anuriya kuzatilganda diurez tiklangunga qadar suyuqliklar kiritish man etiladi. Buyrakda qon aylanishini yaxshilanishiga eufillin eritmalari, kalsiy preparatlari, glyukozo – insulinli aralashma yordam beradi.

8-antibakterial preparatlar faqat asoratlar kuzatilganida tayinlanadi (krup, pnevmoniya, otit, sinusit, siydik chiqaruv yo'llari infeksiyasi va boshqalarda) yoki bakterial asoratlar bo'lish ehtimoli bo'lganida, ayniqsa erta yoshdagi bolalarda, hamda surunkali infeksiya o'choqlari (surunkali pielonefrit, surunkali gaymorit va bosh.). Odatda penitsillin, ampitsillin, oksatsillin, eritromitsin va boshqalardan foydalaniladi (per os yoki m/o), hamda sulfanilamid preparatlari (baktrim, lidaprim

va bosh.). Og'ir bakterial asoratlarda sefalosporinlar va aminoglikozidlar guruhidagi preparatlarni alohida yoki turli xil kombinatsiyalarida tayinlanadi. Krupli bemorlarni maxsus boksli bo'limlarda yoki maxsus ta'mirlangan palatalarda davolash maqsadga muvofiqdir.

Gripp profilaktikasi. Gripp bilan kurashda vaksino-profilaktika muhim ahamiyatga ega.

Hozirgi kunda quyidagi preparatlar ro'yxatga olingan va qo'llanadi:

1. grippez uch valentli vaksina polimer-birlik "Grippol" kattalar uchun (Ufa-24).

2. Vaksigripp — Paster-Mere (Fransiya) firmasining tozalangan susaytirilgan grippez vaksinasi, bitta emlash dozasida (0,5 ml) grippez A (H3N2) virusi gemagglyutinidan 15 mkg, grippez A (H1N1) virusi gemagglyutinidan 15 mkg va grippez B virusi gemagglyutinidan 15 mkg, hamda minimal miqdorda mertiolat, formaldegid, bufer eritma va aniqlanmaydigan miqdorda neomitsin tutadi.

3. Inflyuvak— Solvaypxarma firmasi yuqori darajada tozalangan birlikdagi vaksinasi, faqatgina yuza antigen tutadi: gemagglyutin va neyraminidazani, juda past reaktogenlik foiziga ega, kattalarga va bolalarga 6 oylikdan qo'llanadi.

4. IRS-19 - Solvaypxarma firmasining intranazal qo'llash uchun mo'ljallangan suyuq vaksina, 20 ml aerezolli idishda chiqariladi. Ko'pincha O'RVIGA (19 shtammlar) sabab bo'luvchi mikroorganizmlar antigenlari determinantlarini saqlovchi eritma, bu antigenlar mutloq nopatogendir, shilliq qavatlarda mahalliy immun himoya reaksiyalarini faollashtiradi, intranazal aerezollar ko'rinishida qo'llanadi.



Rasm 17. Maxsus profilaktika. Gripp profilaktikasida ishlatiladigan grippga qarshi vaksinalar avlodi (ma'ruza materiali).

Grippga qarshi emlashlarni iloji boricha hamma guruh bolalari 6 oylikdan boshlab olishlari lozim, quyidagi guruhdagi bolalar birinchi navbatda emlanishlari sxart:

- surunkali o'pka kasalliklari bo'lgan bolalar, og'ir va o'rta og'irlikdagi astma hamda surunkali bronxit bilan og'rigan bolalar;
- yurak kasalliklari bilan og'rigan bolalar, shuningdek yaqqol gemodinamik o'zgarishlari bo'lganlar ham;
- immunodepressiv terapiya olgan bolalar;
- anemiya va boshqa gemaglobinopatiyalar bilan og'rigan bolalar;
- qandli diabet, surunkali buyrak kasalliklari va metabolik kasalliklar bilan og'rigan bemorlar;
- OIV-infeksiya va boshqa immunopatologiyali bolalar;
- aspirin uzoq vaqt qabul qilgan bolalar va o'smirlar (grippdan so'ng Reya sindromi rivojlanish havfi bor).

Bundan tashqari, bolalar uylarida, maktab-internatlarda, maktabgacha bolalar muassasalarida albatta grippga qarshi emlash kerak. Boshqa bolalar guruhlarida ota – ona roziligi bilan vaksinatsiya o'tkazish kerak.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlar va 6 oygacha boʻlgan bolalarni gripp bilan kasallanishini oldini olish uchun bu bolalar bilan muloqotda boʻladigan kattalarni ham emlash muhim ahamiyatga ega. Bu maqsadda kasalxonalarda, bolalar jamoalarida, uyda bolalarni parvarishlaydigan xodimlarni emlash kerak.

Grippga qarshi emlashni yilning hamma vaqtida oʻtkazish mumkin, biroq kuzda - gripp mavsumining boshida qilgan samaraliroqdir. Vaksina qizamiq, tepki, qizilcha va oral poliovirusli vaksina bilan bir vaqtda turli shpritslarda va turli joylarga qilish mumkin.

Reaksiyalar va nojuya taʼsiri. Grippga qarshi vaksinaga reaksiyalar kuchsiz va kam boʻladi. Koʻpgina markazlar kuzatuviga asosan inaktivlangan parchalangan vaksinalar qilinganlarda 6-48 soat ichida isitmali reaksiyalar va qizarish, shish, ogʻriq kabi mahalliy oʻzgarishlar kuzatiladi. Burun yoʻllariga tirik grippoz vaksinani sepish orqali emlanganlarda kuchsiz kataral belgilar va tana xaroratining biroz koʻtarilishi koʻrinishidagi tabiiy grippoz infeksiya kuzatilishi mumkin. Baʼzi hollarda ham mahalliy, ham umumiy reaksiyalar boʻlishi mumkin. Grippga qarshi vaksinatsiya tovuq oqsili va aminoglikozidlarga sezgir odamlarga qilish mumkin emas. Homilada infeksiya rivojlanishini oldini olish maqsadida homiladorlarni emlash masalasi individual hal qilinadi. Bunday hollarda susaytirilgan yuqori darajada tozalangan parchalangan vaksinani homiladorlikning birinchi choragi oʻtgandan keyin va gripp bilan zararlanish ehtimoli katta boʻlganlarga qilish tavsiya etiladi.

Grippning nospetsifik profilaktiksi. Gripp profilaktikasining boshqa usullaridan biri erta tashxislash va bemorni 7 kunga alohidalash muhim ahamiyatga ega. Uy sharoitida alohida xonaga izolyatsiya qilinadi. Xonani doimiy shamollatish, pollarni dezinfeksiyalovchi moddalar bilan yuvish kerak. Bemorlar bilan muloqot iloji boricha cheklanishi lozim. Bolani faqat 4-6 qavatli dokali niqoblarda parvarishlash mumkin.

Kasallikning epidemik koʻtarilishi davrida maktabgacha tarbiyalash muassasalariga yangi bolalar olinmaydi. Bolalarni bir guruhdan boshqa guruhga oʻtkazish mumkin emas. Maktabgacha muassasalarda bolalarni xar kungi ertalabki

ko'ruvlarida e'tiborni kuchaytirish muhim ahamiyatga ega. Kasallikning ozgina belgilari (tumor, yo'tal, holsizlik) paydo bo'lishi bilan tashkiliy jamolariga bolalar qabul qilinmaydi. Havoni zararsizlantirish uchun bakteritsid ultrabinafsha chiroqlar bilan nurlantiriladi.

Gripp profilaktikasi uchun alfa-interferonni (leykotsitar yoki rekombinant) qo'llash mumkin. Preparatni 3-5 tomchidan sutkasiga 2 martadan kam bo'lmagan holda burun yo'llariga tomiziladi yoki sepiladi. Interferonlarni profilaktik samarasi epitelial hujayralarning retseptorlarini bloklashga asoslanib, bu bilan ularni gripp bilan butun epidemiya vaqtida (2-3 haftaga) yuqishini oldi olinadi. Bundan tashqari interferonlar nospetsifik himoya faktorlarini kuchaytiradi, gumoral va hujayraviy immunitetning faolligini boshqaradi, fagotsitozni kuchaytiradi va hokazo.

Katta yoshdagi bolalarda bemor bilan muloqot bo'lganda remantadinni 25 mg.dan kuniga 1 marta yoki arbidol 100 mg.dan kuniga 1 marta 10-14 kun davomida tayinlash mumkin. Kuchsizlangan va turli xil somatik kasalliklari bor bolalarda kasallikning profilaktikasi uchun grippga qarshi immunoglobulinni 0,1-0,2 ml/kg.dan m/o ga qo'llash mumkin.

PARAGRIPP

Paragripp organizmning o'rtacha darajadagi intoksikatsiyasi, kataral belgilarni kuchli namoyon bo'lishi, asosan shilliq pardasini yallig'lanishi bilan ta'riflanadi. Kasallikni chaqiruvchi virusni 1954 yilda R.Genox tomonidan paragripp bilan og'rigan bemorlar burun - halqumi yuvindisidan ajratib olgan.

Etiologiyasi. Paragripp infeksiyasini qo'zg'atadigan viruslarning 4 xili ma'lum, ular asosan gripp virusiga o'xshaydi. Ularning kattaligi 150-250 nm atrofida. Bu viruslarda spiralsimon RNK polisaxaridlar, lipidlar va yuza joylashgan gemagglyutin bor. Turg'un antigen strukturaga ega, respirator trakt hujayralarida

yashashga moslashgan bo'lib, gemabsorbsiya va gemagglyutinatsiya xususiyati bor.

Bu virus odam va maymunlar embrionining buyrak to'qimasida, tovuq embrionining amniotik suyuqligida yaxshi ko'payadi. Ular tashqi muhitda chidamli emas, 50 daraja issiqda 30-60 minutda halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Paragripp infeksiyasining manbai bemor odamdir. Infeksiya havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Paragripp yil bo'yi sporadik tarzda uchrab turadi va kuz-qish mavsumlarida ko'payadi. U ayniqsa bog'cha yoshidagi bolalarda ko'p uchraydi. Ba'zan bog'chada bolalar orasida keng tarqaladi. Paragripp shuningdek chaqaloq bolalarda ham tez-tez uchrab turadi. Virusning antigen tuzilmalari kam o'zgaradigan bo'lgani uchun bu infeksiya epidemiya ko'rinishida tarqalmaydi. Ba'zan paragripp aholi zich yashaydigan kichikroq joylarda keng tarqalishi mumkin.

Patogenezi – burun, respirator trakt, hiqildoqning shilliq qavatlari kirish darvozasi xisoblanadi. Viruslar nafas yo'llari epiteliy hujayralarida ko'payadi, bunda hujayralar jarohatlanadi, qisman qonga o'tib isitma va boshqa intoksikatsion belgilar rivojlanishiga olib keladi. Hiqildoq shishishi bo'lganligi sababli «soxta krup» kuzatilishi mumkin.

Klinikasi. Paragripp - umumiy intoksikatsiyaning kam namoyon bo'lishi, yuqori nafas yo'llarini, ko'proq hiqildoqning zararlanishi bilan xarakterlanadi. Inkubatsion davr 2-7 kun, o'rtacha 3-4 kun. Ko'pincha qisqa umumiy intoksikatsiyani yuqori darajada bo'lmasligi bilan kechadi. Xarorat subfebril, umumiy xolsizlik, bosh og'rishi kuzatiladi. Ko'pincha tomoqda og'riq va qichishish, burunning bitishi, quruq yo'tal bezovta qiladi. Ko'p kuzatiladigan belgilardan – tomoqda og'riq va qichishish, burun bitishi, quruq yo'tal, nazofaringit va laringit belgilari. Periferik limfa tugunlarni kattalashishi va biroz og'riqlik bo'lishi mumkin. Qonda - biroz leykopeniya. Asorati - zotiljam.

Asosiy tayanch diagnostik belgilar:

- guruhlik kasallanish;
- mavsumiylik - qishning ohiri, bahorning boshi;

- asta-sekinlik bilan boshlanishi;
- erta kataral sindrom;



- laringitning xarakterli belgilari;
- tana xaroratini oshishi (38°C);
- intoksikatsiya belgilari kam rivojlangan;
- kasallikning sust kechishi.

Tashxis.

Immunoflyuressent usuli, serologik usul.

Davosi. Maxsus davolash usuli yo‘q.

Davolash simptomatik vositalarini

tayinlashdan iborat. Asoratlari rivojlanib borgan hollarda antibiotiklar qo‘llanadi. Odatda qisqa davolash kursi davomida ampitsillin va boshqa sintetik antibiotiklar, shuningdek, yallig‘lanishga qarshi vositalar, desensibilizatsiyalovchi preparatlar, vitaminlar, ingalyatsiyalar tayinlanadi.

Profilaktikasi. Gripp yoki boshqa O‘RVI kasalliklari kabi.

ADENOVIRUS INFEKSIYASI

Adenovirus kasalliklari isitma, yuqori nafas yo‘llari, kon’yunktiva, ichak shilliq qavati, regionar limfa bezlarini zararlanishi bilan kechadigan o‘tkir yuqumli respirator kasalliklar qatoriga kiradi.

Rasm 18. Adenovirus bemorini ko‘rinishi (shaxsiy kuzatuv).

Etiologiyasi. Adenoviruslar o‘tkir respirator kasallanganlarni 10-15 foizida kuzatiladi. Adenovirus DNK saqlaydigan, Mastadenvirus viruslar avlodi, Adenoviriade oilasiga kirib, umumiy maxsus antigenlar guruhiga ega. 100 ga yaqin serovarlari ma’lum, ulardan 40 tadan ortig‘i odamdan ajratilgan. 8 tipi epidemik keratokonyuktivit chaqiradi. 3 ta antigen aniqlangan - A-guruhli antigen, B-toksik antigen, C-spetsifik antigen.

Bolalarda ko‘pincha 1, 2, 5 serovarlari, kattalarda 4,7,14 va 21 turdagilar yuqori nafas yo‘llarini kasalligini keltirib chiqaradi. 3,4,7,14 va 21 serovarlari epidemik tarqalishga moyil.

Adenovirus tashqi muhitga chidamli, uy xaroratida 2 haftagacha saqlanadi, muzlatilgani uzoq saqlanadi, ammo ultra binafsha nurlar, dezinfeksiyalovchi moddalar ta’sirida halok bo‘ladi. Adenovirus infeksiyasi o‘tkazgandan so‘ng paydo bo‘lgan immunitet o‘ziga hos bo‘lib, organizmda uzoq saqlanmaydi.

Epidemiologiyasi. Kasal odam infeksiya manbai xisoblanadi. Kasallik asosan havo-tomchi yo‘li bilan, ba’zan og‘iz orqali ham yuqishi mumkin. Bolalar muassasalarida ba’zan kasallikning avj olish hollari kuzatiladi. Bolalarning bu kasallikka moyilligi hamma yoshda, ayniqsa 6 oylikdan 3 yoshgacha bo‘lgan davrda ko‘proq kuzatiladi.

Virus kasallikning o‘tkir davrida burun va burun-halqum shillig‘i bilan, kechroq davrlarda najas bilan ajraladi. Yilning sovuq oylarida uchraydi. 95% katta yoshdagi aholida bu kasallikka immunitet bor.

Patogenezi. Virusni kirish darvozasi nafas yo‘llari, ba’zan kon’yuktivalar. Virus ichakda, limfa tugunlarda ko‘payadi. Isitma, umumiy intoksikatsiya ko‘rinishidagi umumiy toksik ta’sir ko‘rsatadi. Adenoviruslar gematogen disseminatsiya bilan nafas yo‘llari, kon’yuktiva, ichak epiteliylarida ko‘paya olishi va uni turli xil darajada zararlashi natijasida klinik belgilar namoyon bo‘lishiga, tarqalgan limfadenopatiya rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

Klinikasi. Inkubatsion davri 1 kundan 2 haftagacha, o‘rtacha 5-8 kun, kasallik o‘tkir boshlanadi, klinikasi xilma-xildir, kasallik nafas yo‘llarining turli qismlarini, shuningdek, ko‘z kon’yunktivasini ham qamrab oladi. Hastalik asosan nafas yo‘llarining o‘tkir yallig‘lanishi, faringit, pardali kon’yunktivit, faringokon’yunktivitli isitma, atipik pnevmoniya belgilarini namoyon bo‘lishi bilan kechadi.

Kasallik isitmaning yuqori bo‘lishi, goho ikki to‘lqinli o‘tishi, ba’zan esa intoksikatsiya, yuqori nafas yo‘llarining yallig‘lanishi, ichning suyuq kelishi, ko‘pincha ko‘z kon’yunktivasi (bir yoki ikki tomoni) ning zararlanishi bilan

kechadi. Ko'pincha dard cho'zilib ketishi mumkin. Go'dak bolalarda bu kasallik o'pkadagi fizikal o'zgarishlar bilan kechadigan og'ir atipik pnevmoniya ko'rinishida o'tishi mumkin.

Tashxisoti. Adenovirus kasalliklariga erta tashxis qo'yish usullaridan biri immunoflyuoressensiyadir. Shuningdek, viruslarni neytrallaydigan va komplement bog'lovchi antitelolar titrini aniqlashdan foydalaniladi, bunda antitelolarning 4 marta va bundan ko'proq oshishi tashxisni tasdiq titri xisoblanadi.

Davolash boshqa respirator virusli kasalliklar kabi olib boriladi, patogenetik va simptomatik davo buyuriladi. Kasallik asoratlari rivojlangan taqdirda yoshga muvofiq miqdorda antibiotiklar tayinlanadi.

RESPIRATOR SINTISIAL INFEKSIYA (RSI)

Nafas a'zolarining pastki qismlarini zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, u emizikli ayollar va yosh bolalarda ko'pincha bronxopnevmoniya va pnevmoniya rivojlanishi bilan kechadigan kasallik.

Etiologiyasi. 1956 yil D.Moris tomonidan shimpanzalar orasida rinit epidemiyasi vaqtida ajratib olingan virus, keyinroq 1957 yil R.Chenok pnevmoniya bilan kasallangan bolalardan shunga o'xshash virus ajratib oldi. RS-infeksiya virusi Pneumovirus avlodi, Paramyxoviridae oilasiga, tarkibida RNK saqlaydigan viruslarga kiradi. Viruslar tashqi muhitga chidamsiz bo'lib, efirning 30% li eritmasi bilan ishlanganda parchalanib ketadi. Qizdirilganda, dezinfeksiyalovchi vositalar ta'sirida tezda halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. RS-infeksiya virusi havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallik juda yuqumli bo'lib, kasal odam, virus tashuvchilar infeksiya manbai xisoblanadi. Bu kasallikka moyillik go'dak bolalarda yuqori bo'lib, ularning kasallanishi asosan qish-bahor oylarida kuzatiladi. Ona organizmidan bolaga platsenta orqali o'tgan antitelolar himoya ahamiyatiga ega emasligi aniqlangan. Himoya mexanizmida asosan nafas yo'lidagi shilliq qavatning mahalliy mexanizmlari muhimdir. Bemor organizmida o'ziga hos maxsus antitelolar ishlab

chiqariladi, immunitet mustahkam emas.

Patogenezi. Virus nafas yo'llari bilan shilliq qavat epiteliya hujayralariga o'rnatilgan ko'payadi va zararlaydi.

Shilliq qavatning shishishi va bronxiolaning spazm bo'lishidan nafas olish qiyinlashadi, natijada emfizema rivojlanadi. Shu bilan birga ikkalamchi infeksiya ham yuzaga kelishi mumkin.

Klinikasi. Inkubatsion davri 2 kundan 7 kungacha. Kasallikni kechishida yoshga qarab nazofaringit, bronxit yoki pnevmoniya ko'rinishida kechishi mumkin. Katta yoshdagilarda tumov, faringit, aksirish bilan boshlanib, bunda intoksikatsiya belgilari sust rivojlangan bo'ladi. Isitma subfebril kechadi. Bemorning burnidan seroz suyuqlik keladi, Bolalarda ayniqsa chaqolaqlarda bronxit yoki pnevmoniya shaklida kechib og'ir holatda bo'ladi. Bolalar og'izdan nafas oladi, chaqaloqlar juda besaranjom bo'lib, emmay qo'yadilar va yaxshi uxlay olmaydilar. O'pka eshitib ko'rilganda (nafas olinganda) qisqa nam xirillashlar eshitiladi. Burun-lab oralig'ida sianoz paydo bo'lib, lablarga uchuqlar toshadi. Ko'krak qafasi rentgen orqali tekshirilganda o'pka rasmni kuchayganligi, ba'zan emfizema bo'lganligi aniqlanadi. Bu kasallik katta yoshdagi bolalarda kichik yoshdagi bolalarga qaraganda yengilroq kechadi. Periferik qonda leykotsitlar miqdori o'zgarmaydi. EChT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) me'yorida bo'ladi.

Tashxisi. Tashxis klinik va epidemiologik ko'rsatkichlarga asoslanib qo'yiladi. Yangi qon zardobidagi virusni neytrallaydigan titrning oshib borishini aniqlash ham muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, halqumdan olingan surtmani antitelolarning flyuressirlanish usuli orqali ham maxsus antitelolar aniqlanadi.

Taqqosiy tashxis turli etiologiyali O'RK bilan o'tkaziladi.

Davosi. Kasallikning yengil turida kislorod bilan ingalyatsiya qilish, ovqatlanishni to'g'ri tashkil etish, bronhospastik holatlarda va asoratlar rivojlanganda odatdagi terapevtik miqdorlarda antibiotiklar va spazmolitik vositalar tayinlash zarur. Maxsus davolash usuli yo'q. Rinovirus infeksiya - o'tkir yuqumli tumov kasalligi bo'lib, rinit bilan xarakterlanadigan rinoviruslar guruhi orqali yuzaga keladi, umumiy intoksikatsiya hollari kuchsiz namoyon bo'ladi.

Umumiy klinik belgilar:

- rinofaringit;
- rinofaringotonzillit;
- faringokon'yunktiva isitma;
- kon'yunktivlar;
- keratokon'yunktivlar;
- adenovirusli pnevmoniya.

Respirator traktning zararlanishi va boshqa belgilar xarakterli (kon'yunktivit, diareya, mezadenit va boshqalar). Keratokon'yunktivit alohida kechadi. Kasallik o'tkir tana xaroratining ko'tarilishi, intoksikatsiya belgilar bilan boshlanadi, biroq yuqori isitmada ham bemorning umumiy ahvoli qoniqarliligicha qoladi. Isitma 6-14 kungacha davom etadi. Ko'pincha yutqin zararlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda – laringotraxeobronxit (ovozning bo'g'ilishi, dag'al quruq yo'tal, stenotik nafas). 1/3 bemorlarda ikki tarflama kon'yunktivit kuzatiladi. Maktabgacha yoshdagi bolalarda plenkali kon'yunktivit, isitma 39-40°C gacha, periferik limfa tugunlari kattalashadi. Adenovirusli infeksiya uchun kuchsiz intoksikatsiya va past isitmada kataral belgilar yaqqol rivojlanishi xarakterli. Asoratlari - pnevmoniya, tonzillit, frontit, gaymorit.

RINOVIRUSLI INFEKSIYA

Rinoviruslar RNK saqlab, 110 dan ortiq seroturlari ma'lum bo'lib H va M 2 guruhga bo'lingan. Kasallik manbai bemor va virus tashuvchilar.

Havo – tomchi yo'li bilan, ba'zan virus bilan zararlangan predmetlar orqali ham yuqadi. Kasallikka beriluvchanlik yuqori. Immunitet kat'iy spetsifik. Ko'pincha sovuq iqlimli mamlakatlarda uchraydi.

Virus burun – halqumga, ko'proq burun shilliq qavatiga kiradi, keskin shish, to'qimalarning shishishi, limfomonotsitar infiltratsiya va ko'p miqdorda sekretsia ajralishi bilan mahalliy yallig'lanish chaqiradi.

Umumiy intoksikatsiya kam namoyon bo‘ladi. Yetakchi belgi - avval suvli, so‘ng shilliqli, ko‘p miqdorda seroz suyuqlik ajralishi kuzatiladi, quruq yo‘tal, qovoqlar giperemiyasi, ko‘z yoshini oqishi bezovta qiladi.

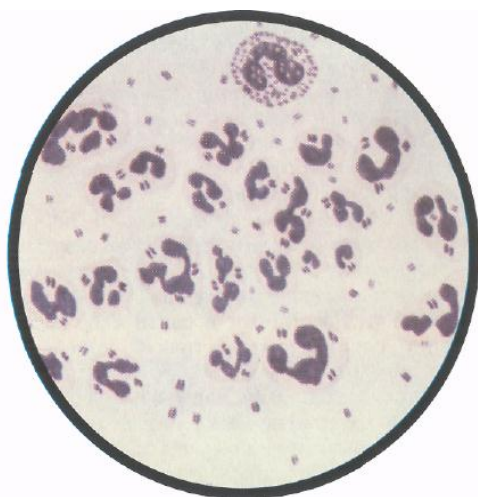
Tumov 6-7 kun, ba’zida 14 kungacha davom etadi. Kichik yoshdagi bolalarda og‘irroq kechadi. Tashxislashda serologik tahliliy usul qo‘llaniladi. Davolash simptomatik o‘tkaziladi.

MENINGOKOKKLI INFEKSIYALAR

O‘tkir antropoz kasallik bo‘lib, turli klinik ko‘rinishda - mahalliy nazofaringit, tarqalgan yiringli meningit, meningokokkli sepsis (meningokokkemiya) bilan, ba’zida boshqa organlarni zararlanishi bilan kechuvchi og‘ir kasallik bo‘lib xisoblanadi.

Rasm 19. Meningokokklarni mikroskop ostida ko‘rinishi.

Kasallik qadimdan, eramizdan avval V asrlarda ham ma’lum bo‘lgan, lekin bu kasallikni XVII asrda klinik kechishini to‘la yoritgan olimlar T.Uillisom va T.Sidnemomlar, 1805 yilda epidemik serebrospinal meningit nomi bilan alohida nozologik shakl qilib ajratilgan. 1887 yilda A.Vekselbaum bu kasallikni ko‘zg‘atuvchisini topgan.



Meningokokkli infeksiyalar — turli ko‘rinishda namoyon bo‘ladigan bakteriya tashuvchilikdan tortib, g‘oyat shiddatli kechadigan, ko‘pincha o‘lim bilan tugaydigan, meningokokk sepsisigacha bo‘lgan ko‘rinishlarda namoyon bo‘ladigan kasallik. Xar 10-15 yilda meningokokkli infeksiyalar epidemiyasi ro‘y berib turadi va juda ko‘p mamlakatlarga tarqaladi.

Etiologiyasi. Kasallik ko‘zg‘atuvchisi meningokokk xisoblanadi. Mikroskop ostida meningokokk juft holdagi loviya yoki kofe doni ko‘rinishini eslatadi. Shu boisdan u gonokokk singari diplokokklardan xisoblanadi. Kattaligi 6-8 mk.

Meningokokk uchun 37°C juda qulay xarorat xisoblanadi, PH esa 7,4-7,6. Odam organizimida meningokokkni asosiy agressiv ta'sir qiluvchi faktori lipopolisaxarid kompleksidan iborat endotoksini.

Meningokokklarning 7 ta serologik guruhi mavjud. Ular A, B, C, D, X, Y, Z xarflari bilan belgilanadi. Davriy ravishda ro'y beradigan epidemiyalar asosan A turi bilan bog'liq. Quritilganda tez nobud bo'ladi. Tashqi muhitda meningokokklar tez halok bo'ladi. 55⁰C da 5 minutda nobud bo'ladi, dezinfeksiyalovchi moddalarga juda sezgir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor va bakteriya tashuvchilar xisoblanadi. Xavo-tomchi yo'llari bilan tarqaladi. Mikrobnii tarqatuvchi asosiy manbai bakteriya tashuvchilardir. Ularda kasallik alomatlari bo'lmagani tufayli juda ko'pchilik odam bilan muloqotda bo'ladilar va mikrobnii yuqtiradilar. Meningokokkli nazofaringit bilan og'rigan bemorlar ham kasallik tarqalishida muhim o'rin tutadilar. Ularga nisbatan meningokokkli meningit bilan og'rigan bemorlardan atrofga meningokokklar juda ko'plab tarqaladi. Lekin bu toifa bemorlarda kasallik og'ir o'tgani sababli shifoxonaga erta yotqiziladi va epidemiologik ahamiyati keskin kamayadi.

Kasallik qish va bahor fasllarida ko'proq uchraydi- aholi zich yashaydigan va havo namligi yuqori bo'lgan sharoit meningokokkli infeksiyalar tarqalishi uchun qulay xisoblanadi. Shu sababli shaxarlarda kasallik tarqalishi ko'proq kuzatiladi. Kasallikka hamma yoshdagilar beriluvchan, ammo yosh jixatidan ko'proq bolalar orasida ko'p qayd etiladi. Epidemiya davrida o'smirlar va yoshlar orasida ko'p uchraydi. Kasallikdan so'ng mustahkam uzoq saqlanuvchi immunitet hosil bo'ladi.

Patogenezi. Meningokokk burun, halqum shilliq pardasi orqali organizmga kiradi. Meningokokk yuqqanlarning 20-30 foizida rinofaringit boshlanib, u qisqa muddatli 2-3 kun davom etuvchi yengil intoksikatsiya bilan namoyon bo'ladi. Ba'zan meningokokklar shilliq pardadagi mahalliy to'siqlardan osongina o'tib, limfa va qon orqali butun organizmga tarqaladi va shunday qilib umumiy lashgan, tarqoq infeksiyon jarayon, ya'ni meningokokk bakteriemiyasi (septitsemiya)

boshlanishiga sabab bo‘ladi. Qonda meningokokklar parchalanishidan hosil bo‘lgan endotoksinlar organizmda kuchli intoksikatsiyani keltirib chiqaradi.

Meningokokk septitsemiyasida bemorning ahvoli og‘ir bo‘ladi, teri, qo‘l-oyoq bo‘g‘imlari va ko‘zning qon tomir pardasiga qon quyiladi. Kasallikning bunday xilini meningokokksemiya (meningokokk infeksiyaning meningitsiz o‘tadigan xili) deb yuritiladi.

Ko‘pincha meningokokklar gematoensefalitik to‘siqni yengib o‘tib, bosh miyaning yumshoq pardasini zararlaydi, bunda meningit rivojlanadi.

Demak, meningokokkli meningit bu kasallikning bir ko‘rinishidir.

Yallig‘lanish jarayoni boshqa qo‘shni to‘qimalarga (bosh miya, orqa miya, endimaga) ham o‘tadigan bo‘lsa, kasallikning boshqa klinik formalari (meningoensefalit, mielit, endimatit belgilari) paydo bo‘ladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri ko‘pincha 2-3 kun. Meningokokkli meningitning mahalliy va tarqoq turlari mavjud.

Klinik tasnifi:

1. Mahalliy shakli:

- a) meningokokk tashuvchilik;
- b) o‘tkir nazofaringit;
- c) meningokokkli pnevmoniya.

2. Tarqalgan shakli:

- a) Meningokokksemiya - tipik, chaqmoqsimon, surunkali;
- b) Meningit;
- c) Meningoensefalit;
- d) Aralash shakli (meningit+meningokokksemiya).

3. Kam uchraydigan shakllari:

- a) Endokardit;
- b) Artrit;
- c) Iridotsiklit;
- d) Poliartrit.

Mahalliy turlariga meningokokk tashuvchilik holati va meningokokkli nazofaringit kiradi. Birinchisida hech qanday klinik belgilar bo'lmaydi. Bunday kishilar bemor atrofidagi muloqotda bo'lgan kishilarni bakteriologik tekshirishda aniqlanadi.

Meningokokkli nazofaringit asosan yengil kechadi va ko'proq epidimiya davrida uchraydi. Bemor bosh og'rihi, quruq yo'tal, burun bitib qolishidan va tomoq qirilishidan shikoyat qiladi. Ba'zi hollarda burundan yiring yoki qon aralash shilimshiq ajraladi. Odatda, isitma kuzatiladi. Og'irroq hollarda tana xarorati 38-39⁰C gacha ko'tarilishi mumkin. Tomoqni ko'zdan kechirganda shilliq qavatlar qizargani va yallig'langani, bodomcha bezlari kattalashgani kuzatiladi.

Bemorlardan qon olib tekshirganda leykotsitlar soni biroz ko'paygani aniqlanadi.

Meningokokkli nazofaringit asosan tuzalish bilan yakunlanadi. Ayrim hollarda infeksiya avj olib, tarqalgan shaklga, ya'ni meningokokksemiya yoki meningit shakliga o'tib ketishi mumkin.

Meningokokksemiya - g'oyat og'ir kechadigan kasallik bo'lib, unda organizmda meningokokk sepsisi ro'y beradi. Kasallik to'satdan va shiddatli boshlanadi. Qisqa vaqt ichida et uvishib, isitma 40-41⁰C gacha ko'tariladi. Intoksikatsiya kuchli, yaqqol namoyon bo'ladi, teri quruqlashadi, ko'kimtir tus oladi. Nafas olish va tomir urishi tezlashadi. Qon bosimi pasayadi. Meningokokksemiyaning o'ziga hos belgilaridan biri terida toshma paydo bo'lishidir. Toshmalar kasallik boshlanganidan so'ng birinchi kun davomida toshadi. Toshmalar o'z tabiatiga ko'ra gemorragik xisoblanadi, shakli xar xil. Ko'pincha noto'g'ri shaklli yulduzchani, ba'zan rozeola, papulani eslatadi. Kattaligi — mayda, nuqtasimondan tortib, 10-15 sm² gacha boradi. Toshma teri qavatidan bo'rtib turadi, paypaslab ko'rganda qattiq bo'ladi. Dumba, son, tizza, qo'l va qovoq soxalarida toshmalar ko'p uchraydi (20-rasm).

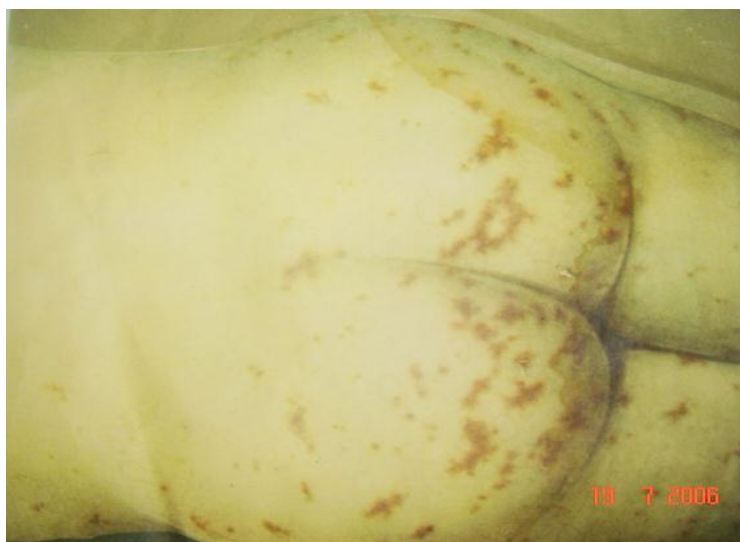
Meningokokksemiyada gemorragik toshmalar ko'z sklerasi, kon'yunktivasi, burun, og'iz va halqum shilliq qavatlari va ichki a'zolariga ham toshishi mumkin. Shuning uchun burun qonashi, qon qusish, siydik qon aralash (gematuriya) bo'lishi

mumkin. Koʻzning muguz pardasi jarohatlanishi ham baʼzan uchrab turadi.

Meningokokksemyada qonda leykotsitlar va neytrofililar soni keskin ortib ketadi. Bir mm^3 qondagi leykotsitlar 16-18-20 mingtaga borishi mumkin.

Kasallik erta aniqlanib, davolash toʻla tashkil etilgan hollarda bemorning ahvoli 8-10 kundan soʻng yaxshilana boshlaydi. Rozeolyoz- petixial toshmalar izsiz yoʻqolib ketadi. Yirik gemorragiyalar boʻlgan joyda toʻqima nekrozga uchraydi. Ularning oʻrni chandiq boʻlib qoladi.

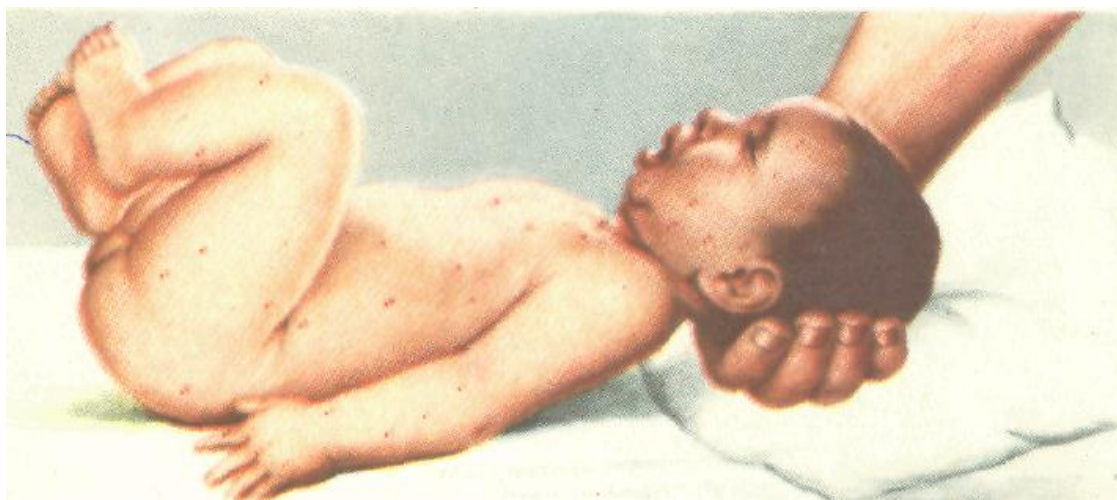
Ayrim hollarda meningokokksemya yashin tezligida boshlanib, bir necha soat ichida bemorning ahvoli ogʻirlashib, qon bosimi butunlay tushib ketadi, infeksiyon-toksik shok rivojlanadi. Davolash kechiksa, 1-2 kun davomida oʻlim bilan tugaydi.



Rasm 20. Meningokokksemyadagi toshmalar (kaf.tablitsadan).

Meningokokkli meningit oʻtkir boshlanadi. Qisqa vaqt ichida isitma yuqori koʻrsatkichlarga yetadi, bemor sovuqotadi. Qusish xarakterli xisoblanadi. U ovqat isteʼmol qilish bilan bogʻliq boʻlmaydi. Bir necha soat ichida meningit (miya pardasining shamollashi) belgilari paydo boʻladi. Bemor betoqat, jonsarak boʻladi, alaxlaydi. Boshi qattiq ogʻiriyotganidan shikoyat qiladi. Ogʻirroq hollarda u hushidan ketadi, tirishishlar kuzatiladi. Bemor shu kasallikka hos majburiy holatni

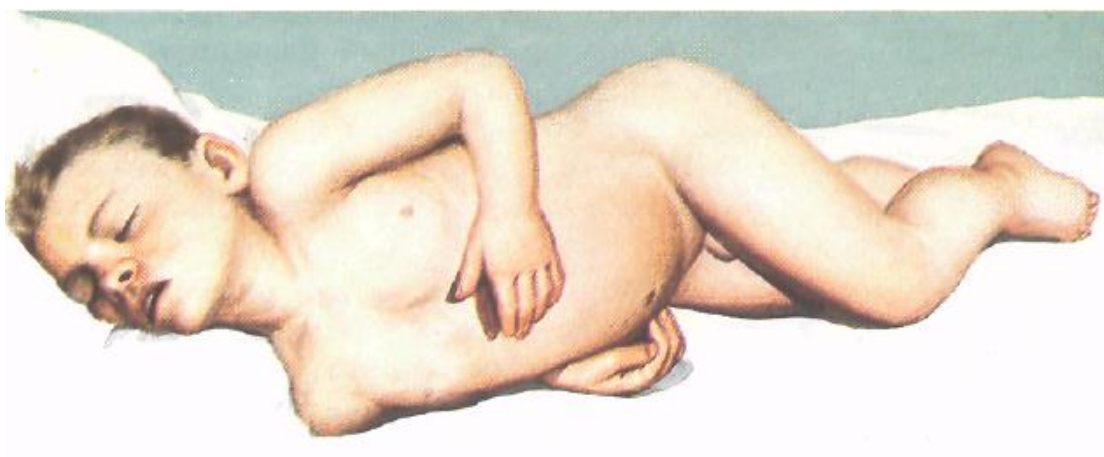
egallaydi. Uning boshi orqasiga tortib ketgan, oyoqlari buklanib, tizzasi qorniga tortilgan, ko'pincha ko'zlari yumuq bo'ladi. Meningitga hos bo'lgan ensa mushaklarining tarangligi, Kernig va Brudzinskiy simptomlari musbat bo'ladi. Teri sezuvchanligi keskin ortadi. Hatto terini paypaslash ham og'riq qo'zg'atadi.



Rasm 21. Brudzinskiy belgisi va ensa mushaklari qotishi.



Rasm 22. Kernig belgisi ijobiy.



Rasm 23. Meningitda bemor holati – (o'qlangan miltik holati) (kaf. tablitsasidan).

Og'irroq hollarda kalla-miya nervlari jaroxatlanishi tufayli ko'zda g'ilyalik, yuz nervi falajiga hos alomatlar (og'iz qiyshayishi, bir tomonlama pastki qovoq

osilib turishi va h.k.) kuzatiladi.

Laboratoriya tashxisi maqsadida bakteriya tashuvchilik va nazofaringitni aniqlash uchun burun va tomoqdan sterillangan pilik bilan surtma olinadi. Uni qurib qolmasidan tezda laboratoriyaga yetkaziladi.

Meningitda tahliliy tekshirish maqsadida orqa miyadan suyuqlik olib tekshiriladi. Bu kasallikda orqa miya suyuqligi ignadan bosim orqali otilib yoki tez tomchilab chiqadi. Chiqayotgan suyuqlik tiniq bo'lmaydi, ba'zan yiringli bo'ladi. Shu suyuqlikdan sterillangan probirkaga olib, laboratoriyaga jo'natiladi. Laboratoriyada undan surtma tayyorlab ko'rilsa, mikroskop ostida meningokokklarni topish mumkin.

Meningitda orqa miya suyuqligi tarkibida globulinlar miqdori ortib ketadi. Uni Pandi va Nonne-Apelt reaksiyalari yordamida aniqlanadi. Reaksiya natijasi, tekshirilayotgan suyuqlik qo'shilgan eritma rangi qanchalik loyqalanishiga qarab 4 darajaga bo'linadi. Ular "+" belgisi bilan aniqlanadi. "++++" belgisi orqa miya suyuqligida globulinlar g'oyat ko'pligidan darak beradi. Orqa miya suyuqligida oqsillar ko'payib ketadi, me'yorida 0,0033 promil bo'lsa, shu ko'rsatkich 0,33% ortadi, xloridlar va qand miqdori pastlaydi. Eng asosiy ko'rsatkichlardan biri bu likvorda sitozni ortishi, neytrofilli xarakterda bo'lishi xisoblanadi.

Davolash. Meningokokkli infeksiyaga shubha qilingan bemor shifoxonaga yotqizib davolanadi. Davolash serqirra bo'lishi va imkoni boricha erta boshlanishi kerak.

Bakteriya tashuvchilik va meningokokkli nazofaringitni davolashda 5 kun davomida levomitsetin yoki ampitsillin kabi preparatlar ichishga buyuriladi. Nazofaringitni davolashda, shuningdek, tomoqni borat kislotasining 2% li yoki furatsillinning 0,02% li eritmasi bilan chayish zarur. Fizioterapevtik vositalardan ham foydalaniladi.

Meningitni davolashda asosiy etiotrop vosita penitsillin xisoblanadi. U katta miqdorlarda va kuniga 6 marta (bolalarga 8 marta) yuboriladi. Bemorning xar bir kilogramm vazniga kuniga 200.000-400.000 TB gacha yuboriladi. Shu hisob bilan olinganda, katta yoshdagilar kuniga 16-24 mln TB gacha penitsillin oladi. Dorini

dastlab vena tomiri orqali ham yuborish mumkin. Davolash 5-8 kun davom etadi.

Menigokokksemiyada levomitsetin-suksinat tayinlanadi. U xar bir kg vaznga sutkada 50-100 mg dan xar 6-8 soatda muskul orasiga yuboriladi. Davolash kursi 6-8 kun. Hozirda penitsillinga chidamli meningokokk shtamlari paydo bo'lganligi sababli ampitsillin 200-400 mg/kg sutkada, seftriakson 2 g. maksimal miqdorda tayinlanadi.

Antibiotiklar bilan bir qatorda, patogenetik davolash ham olib boriladi. Intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida Ringer eritmasi, reosorbilakt, glyukoza, askorbin kislotasi eritmalari tomir orqali yuboriladi. Lekin organizmda ortiqcha suyuqlik yig'ilmasligi uchun o'z vaqtida siydikni xaydovchi preparatlar qo'llab turiladi - mannit, mochevina, furosemid, torsid va h.k. Infekcion-toksik shok rivojlanganda reanimatsiya bo'limida davolaniladi, antibiotik levomitsitin suksinatdan foydalaniladi, gormonal preparatlar 5-10 mg/kg.dan qo'shiladi, bikarbonat natriy 2%-200 ml v/i, albumin, qon plazmasi quyiladi.

Bemorni tinchlantirish maqsadida promedol, aminazin, dimedrol (yoki pipolfen) aralashmasidan kuniga 2-3 mahal muskul orasiga yuboriladi. Boshqa dori-darmonlar zaruratga qarab tayinlanadi. Bemorni yaxshi parvarish qilish lozim. Ovqat yuta olmaganda zond orqali sun'iy ovqatlantiriladi.

Shifoxonadan chiqib ketish oldidan bemorning burni va tomog'idan surtma olib, bakteriya tashuvchilik bor-yo'qligi aniqlanadi.

Profilaktikasi. Tor va nam xonalarda odamlar g'uj bo'lib yashamasliklari kerak. Xonani tez-tez shamollatib turish lozim. Tomog'ida surunkali kasalligi bor odamlar vaqtida davolanib olishi maqsadga muvofiq. Maxsus profilaktika maqsadida meningokokk vaksinasini qo'llash mumkin. Vaksina mono- va divaksina bo'lib, qilingandan so'ng 5-kundan organizmda antitelolar paydo bo'ladi, u ikki yilgacha saqlanadi. Shoshilinch hollarda profilaktika uchun bitsillin-5 dan 1,5 mln. TB bir marta qilinadi. Uning epidemiologik samarasi yetarli emas.

DIFTERIYA (DIPHTERIA)

Difteriya – bo'g'ma, havo-tomchi orqali yuqadigan, o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, infeksiya inson organizmiga tushgan joyda (teri, ko'z, burun shillik qavati,

halqumda, traxeyada, jinsiy organlarda) krupoz yoki difteritik yallig'lanish hosil qilishi va umumiy intoksikatsiya belgilarni namoyon bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchi — difteriya tayoqchasi. Uning asosiy xususiyati o'sish davrida o'zidan kasallik patogenezida muhim ahamiyatga ega bo'lgan toksin ajratib chiqarishidadir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai — difteriya bilan og'rikan bemor yoki bakteriya tashuvchidir. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Qo'zg'atuvchi bir muncha chidamliligi tufayli xar xil buyumlar, shuningdek, kamdan-kam hollarda oziq-ovqat mahsulotlari orqali ham yuqishi mumkin. Bemor kasallikni yashirin davrining oxirgi kunlaridan yuqumli xisoblanadi va kasallikning keyingi davrlarida va ba'zan undan keyin ham o'zining yuqumlilik xususiyatini saqlaydi. Kasallik epidemiologiyasida uning noaniq turi, ya'ni kasallikning aniqlanmay qoladigan shakllari epidemiologik ancha xavfli xisoblanadi. Difteriya bakteriyasini tashuvchilari kasallik tarqalishiga sabab bo'lishi mumkin. Difteriyaga 1 yoshdan to 5—7 yoshgacha bo'lgan bolalar bir muncha beriluvchan bo'lsalarda, bu kasallik bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham og'rishi mumkin. Difteriyaga beriluvchanlik organizmda difteriya antitoksinining yetarli miqdorda bo'lmasligi bilan izohlanadi. Bu Shik reaksiyasi orqali aniqlanadi: 1/40 bo'lgan difteriya toksinidan teri ostiga 0,1 ml yuboriladi, terining 1 sm diametrda qizarishi va infiltratsiya paydo bo'lishi (musbat reaksiya) organizmning bu kasallikka beriluvchanligidan darak beradi. Kasallik o'tgandan so'ng organizmda boshqa bolalarda uchraydigan infeksiyalarga qaraganda beqaror maxsus immunitet paydo bo'ladi.

Patogenezi. Infeksiyaga tomoq, burun, yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalari kirish darvozalari bo'lib xizmat qiladi. Ba'zan kasallik qo'zg'atuvchisi ko'z kon'yunktivasi, tashqi jinsiy organlarning shilliq pardasi va shikastlangan teri orqali organizmga tushadi. Difteriya mikrobi tushgan joyda fibrinoz yallig'lanish kuzatiladi va u yerdan organizmga qon, limfa va boshqa yo'llar orqali toksinlar tarqay boshlaydi.



Rasm 24. Toksik difteriyada bo‘yin sohasidagi shish (kaf. tab.).

Fibrinoz yallig‘lanish yuzaroq, krupoz yallig‘lanish esa birmuncha chuqurroq joylashgan bo‘ladi. Bunda difterik xarakter kasb etib, to‘qimalardan ajraladigan fibrinoz parda hosil bo‘ladi. Shu jarayonda qon to‘lib oqishi natijasida regional limfatik tugunlar kattalashadi, hujayra elementlarida ba‘zan to‘satdan: teri osti kletchatkasini qoplab oladigan shish paydo bo‘ladi. Organizmga yana toksinlar tushishi nerv tizimini, yurak-tomir va endokrin tizimini zaharlab ishdan chiqaradi, qon aylanishini buzadi, yurak mushaklarini va buyrakni shikastlaydi, falajlik rivojlanadi.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Patologik jarayonning qaerda rivojlanishiga qarab, kasallikning klinik turi xilma-xil bo‘ladi.

Difteriyaning klinik tasnifi:

1. Tomoq difteriyasi;

- Lokal shakli:
 - a. kataral,
 - b. orolchali (lakunar),
 - c. pardali
- Tarqalgan shakli.
- Toksik shakli:
 - a. 1-daraja,
 - b. 2-daraja,
 - c. 3-daraja.
- Gemorragik sindrom bilan.
- Gipertoksik.

2. Nafas yo‘llari difteriyasi:

- a. Lokal shakli (hiqildoq difteriyasi);

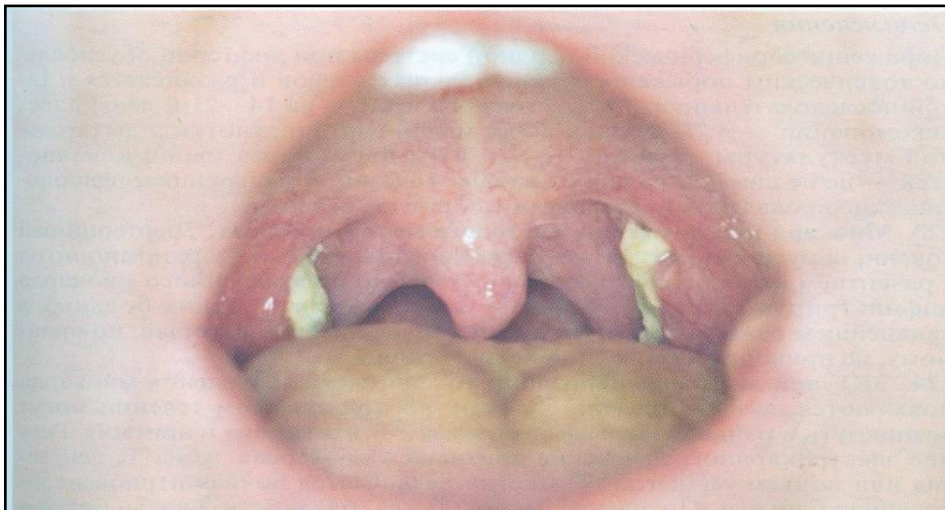
- b. Tarqalgan shakli;
- c. Difteriya laringotraxeiti.

3. Burun difteriyasi;

4. Ko‘z difteriyasi;

5. Teri va jinsiy a‘zolar difteriyasi;

Halqum difteriyasi birmuncha ko‘p uchraydigan shakliga kiradi va bu ham o‘z navbatida mahalliy (orolsimon va pardasimon), shuningdek, I-, II-, III-darajali toksik turlarga bo‘linadi. Emlangan bolalarda difteriyaning ko‘pincha orolsimon (engil) turi uchraydi, bunda bodomcha bezlarining yuzasida oq karashlar paydo bo‘ladi.



Rasm 25. Tomoq difteriyasi.

Difteriyaning mahalliy (lokalizatsiyalangan) turida pardasimon oq karashlar bodomcha bezlaridan tashqariga tarqamaydi. Avval ular quyuq o‘rgimchak to‘ri ko‘rinishida bo‘ladi (bodomcha bezlari kattalashgan va ozgina qizargan bo‘ladi), tez orada oqimtir-kulrang tus oladi, to‘qimalarga yopishib, ko‘chirib olinganda o‘sha joy qonab turadi. Bemorlarda ozgina zaharlanish belgilari paydo bo‘ladi,

xarorat 38°C

Difteriyaning

xarorat yuqori

tashqari, halqum

tilchani, yutqin

Difteriya

bilan namoyish



moq bir oz og'riydi.

yaqqol yuzaga chiqadi,

in bodomcha bezlaridan

ni, yumshoq tanglayni,

ning giperergik reaksiyasi

va umumiy ahvolidning

yomonlashuvi bilan kechadi. Xaroratning ko'tarilishi, bosh og'rishi, et uvishishi, qayt qilish, bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi, yaqqol bodomcha bezlarida chegaralanmagan va uncha katta bo'lmagan karashlarning paydo bo'lishi uning eng birinchi belgilari hisoblanadi.

Rasm 26. Tomoq (og'iz-halqum) difteriyasi, chegaralangan shakli, chap murtakda plyonkasimon parda.

Keyinchalik karash tez tarqalib ketadi, halqum shilliq qavatida va limfatik tugunlar sohasidagi bo'yin teri osti kletchatkasida shish paydo bo'ladi. Bo'yindagi shishning katta-kichikligiga qarab difteriyaning I-darajadagi toksik turi (shishning bo'yin yarmigacha tarqalishi), II- darajasi (o'mrovigacha) va III-darajasi (o'mrovdan pastgacha) farq qilinadi. Difteriyaning toksik turida og'izdan chuchmal-qo'lansa hid kelib turadi, nafas xarakatlari qiyinlashib, shovqinli nafas kuzatiladi, xirillaydigan bo'lib qoladi. Difteriyaning turli ko'rinishdagi subtoksik,

gipertoksik (jadal), gemorragik (shikastlangan shillik qavatlardan qon oqishi, qon quyilishi) va gangrenoz (og‘iz va yutqin to‘qimalarining distrofik parchalanishi bilan kechadigan) turlari mavjud bo‘lib, bulardan oxirgisi kamdan-kam uchraydi.

Hiqildoq difteriyasi yoki chin difteriya krupi ko‘pincha 1 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi. Kasallikning bu turida tovush bo‘g‘iq bo‘lib, yo‘tal zo‘rayadi, nafas olish stenotik bo‘ladi. Bu belgilar ikkilamchi krupdan farq kilib, to‘satdan paydo bo‘lmasdan asta-sekin 1-3 kun davomida paydo bo‘ladi. Stenoz nafas olish ancha shovqinli, xirillash bilan kechadi, bunga sabab, havo tomoqdagi tovush boylamlaridan chiqib, ko‘krakning oson bosiladigan sohasining nafas olish vaqtida botishidir. Difteriya krupining turli ko‘rinishlaridan biriga o‘zining og‘ir kechishi bilan ajralib turadigan tarqoq krup ham kiradi.

Burun difteriyasi. Bu kasallikning pardali (burun shilliq qavatida, burun to‘sig‘ida, burun chanog‘ida, burun bo‘shlig‘i devorlarida fibrinoz pardalar hosil bo‘ladi) va kataral-yarali (bunda burundan oldin seroz, keyin esa seroz-qonli suyuqlik ajraladi va burun teshiklari atrofidagi teriga ta‘sir qiladi, natijada teri yoriladi) turlari mavjud. Difteriyaning lokal (ko‘z, teri, jarohat yuzalarida, jinsiy organlarda uchraydigan) turi birmuncha kamroq uchraydi.

Ko‘z difteriyasi. Qovoqning shishishi, qon aralash yiring ajralishi bilan kechadi. Kon’yunktivada kulrang-oqimtir pardalar ko‘rinib turadi.

Teri difteriyasi. Terining shikastlangan joylarida, bo‘yinda, burun ostida kuzatiladi. Terida giperemiya, shish va kulrang fibrinoz pardalar paydo bo‘ladi.

Jarohat difteriyasi. Jarohat yuzasi kulrang-qo‘ng‘ir karashlar bilan qoplanadi, seroz-yiringli, ba‘zan qonli ajralmalar paydo bo‘ladi.

Kindik yarasi difteriyasi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda tipik fibrinoz yiringli karashlar va tez bitib ketmaydigan yaralar paydo bo‘ladi.

Difteriyaning asoratlari. Organizm a‘zolariga toksinni ta‘sir etishi bilan rivojlanishi mumkin va ko‘proq kasallikning toksik turida uchraydi. Asoratlarga qon aylanishining buzilishi, miokardit, chegaralangan falajlar, polinevrit va nefroz kiradi. Bularning ichida birmuncha xavflirog‘i kasallik 1-haftasining oxirida va 2-haftasining boshida rivojlanishi mumkin bo‘lgan miokarditdir. Umumiy ahvolning

yomonlashuvi, rang oqarishi, taxikardiya, yurak chegarasining kengayishi, yurak tonlarining bo'g'iq eshitilishi, aritmiya, sistolik shovqin, jigarning kattalashuvi, miokardit belgilari xisoblanadi.

Falajliklar. Kasallikning 1-haftasida yumshoq tanglay yoki ko'z akkomodatsiyasining falajlanishi kabi chegaralangan, shuningdek, umurtqaning sust falajlanishi turida namoyon bo'ladigan polinevrit (birmuncha kechroq — kasallikning 3-haftasida yuzaga chiqadigan) ko'rinishida bo'ladi. Uning ilk belgilari bo'lib, ayniqsa barmoqlarda ko'proq bilinadigan paylar refleksining pasayib, keyinroq esa umuman yo'qolib ketishi xisoblanadi. Ba'zan bularga nafas mushaklarining (hiqildok, kovurg'alararo mushaklar, diafragma) falajlanishi qo'shilib kelishi mumkin, bu hol bemorlarning hayotiga katta xavf tug'dirishi mumkin. Buyrak tomonidan bo'ladigan asoratlar - toksik nefroz ko'rinishidagi (albumnuriya, silindruriya, ozgina gematuriya) yetishmovchilikka sabab bo'ladi. Krup hollarida eng ko'p uchraydigan asoratlarga ikkilamchi (kokkli) flora yuzaga chiqadigan pnevmoniya kiradi.

Tashxisoti. Difteriyaning tashxisi klinik ko'rsatmalariga asoslanib aniqlanadi. Difteriyaga shubha qilingan xar qanday bemorni aniq tashxis qo'yish uchun kasalxonaning tashxis bo'limiga yotqizish zarur. Tashxisda bakteriologik usul muhim usul bo'lib xisoblanadi. Bunda kasallikning mahalliy o'chog'ida (ko'pincha og'iz shilliq qavatidan) olingan ekmani Leffler muhitiga, shuningdek, qon qo'shilgan telluritli agarga ekib tekshiriladi. Bu usulda uzul-kesil javob 24—28 soat, ba'zan bundan ko'proq muddatda olingani uchun tashxis qo'yish cho'zilib ketadi.

Manfiy natija difteriya yo'q ekanligiga dalolat bermaydi. Retrospektiv tashxis qo'yish uchun agglyutinatsiya reaksiyasidan foydalaniladi (yangi zardobda-antitelo titrining oshib borishi). Difteriyani differensial tashxis qilishda skarlatina, turli etiologiyali angina va laringitlar (ko'pincha virusli), eng avvalo Simanovski-Vinsent anginasi, infeksiyon mononukleoz, epidemik parotit, soxta krup, yutqin absessi, turli etiologiyali pardali kon'yunktivalar (ko'pincha adenovirusli)ni nazarda tutish lozim.

Bashorati. Emlash ishlarini keng miqyosda olib borish kasallikning ancha kamayishiga olib keladi. Halqum difteriyasi ko‘pincha kataral yoki lakunar angina ko‘rinishida kechadi, asoratlari yengil o‘tadi, kamdan-kam hollarda o‘lim bilan tugaydi.

Davosi. Difteriya, ayniqsa uning toksik turi bilan og‘rigan bemorlar o‘rin-ko‘rpa qilib yotishlari lozim. Bu kasallikning qancha davom etishiga, uning og‘ir-engilligiga, asoratlari bor-yo‘qligiga qarab belgilanadi. Difteriyani davolashda bemorga iloji boricha ertaroq antitoksik zardob yuborishning ahamiyati katta. Zardob Bezredko usulida yuboriladi. Zardobning bir martalik yuboriladigan miqdori kasallikning og‘ir-engilligiga, joylashuviga, kasallangan muddatiga qarab 5000 dan 50000 XB gacha bo‘ladi. Halqum difteriyasining mahaliy turida 10000 dan 20000 XB gacha, tarqoq turida 20 000-30000 XB gacha, II darajali toksik turida 60000 dan 80000 XB gacha, III darajali va gemorragik difteriyada 100000 dan 120000 gacha, I darajali toksik turida 20000 dan 50000 XB gacha, krupda 40000 dan 50000 XB gacha yuboriladi. Kasallikning klinik kechishiga qarab, zardob kasallikning keyingi kunlari qayta yuborilishi mumkin. Toksik difteriyada dezintoksikasiya maqsadida plazma, albumining 10-20% li eritmasini 50 ml dan 100 ml gacha, glyukoza esa 5% -500 - 750 ml dan yuboriladi. Shuningdek, bir guruhli qonning (40-50 ml) gemotransfuziyasini o‘tkazish ham mumkin. Katta miqdordagi quyidagi vitaminlar yuboriladi: askorbin kislotasi kuniga 300 dan 600 mg gacha (nikotin kislotasi kuniga 2-3 marotaba 15-30 mg dan va bundan ko‘proq).

Ikkilamchi streptokokkli infeksiyalari bo‘lgan hollarda odatdagi miqdorda antibiotiklar (penitsillin, sefozolin, seftriakson va boshq.) tayinlanadi. Toksik difteriyada 4-6 hafta mobaynida odatdagi miqdorda venaga yoki teri ostiga strixin yuboriladi. Og‘ir intoksikasiya hollarida esa antibiotiklar bilan birga steroid gormonlar (prednizolon, prednizon) tayinlanadi. Yurak dorilari ko‘rsatmaga qarab beriladi. Krupni davolashda nafas yo‘li stenoziqqa qarshi kurashish asosiy o‘rinni egallaydi, bunda bemorga tinch sharoit yaratiladi. Issiq muolajalar (issiq vanna, bug‘li ingalyatsiya), toza salqin havo, kislorod terapiyasi qo‘llanadi. Terining

oqarib borishi, sianoz, besaranjomlik yoki sustlik - ko‘p terlash, nafas olinganda pulsning pasayishi intubatsiya yoki traxeotomiya uchun ko‘rsatma bo‘la oladi. Intubatsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Bemor kasalxonadan tuzalishiga qarab, ikki marotaba manfiy natijali bakteriologik tekshirishdan so‘ng chiqarib yuboriladi va poliklinika kuzatuv ostida turadi. Bakteriya tashuvchanlik bilan jadal kurash organizm umumiy rezistentligini oshirish va og‘iz bo‘shlig‘ini antibiotiklar yordamida sanatsiya qilish orqali olib boriladi. Surunkali tonsillit va adenoid bilan og‘rigan bolalar ko‘plab bakteriya tashuvchilikka sabab bo‘lishlari mumkin. Bunday bolalarni jarrohlik yo‘li bilan davolash (tonzillectomiya va adenotomiya) samarali bo‘lmoqda. Emlash ishlarini keng miqyosda va sifatli olib borish ham bakteriya tashuvchilikning epidemilogik havfini birmuncha kamaytiradi.

Profilaktikasi. Barcha bolalarga difteriyaga qarshi vaksina yuborish shartdir. Emlash qo‘shma preparat — ko‘koyo‘tal-difteriya-koqshol zardobi bilan olib boriladi. Birlamchi emlash 3 oyli bolalarga yuboriladi. Vaksina 45 kundan oralatib uch marotaba yuboriladi. Revaksinatsiya ikki marotaba: vaksinatsiya tamomlangandan so‘ng, 1,5—2 yil o‘tkazib va bola 3 yoshdaligida o‘tkaziladi. Monovaksina (difteriya anatoksini) bilan ko‘koyo‘tal bilan og‘rib o‘tgan bolalar va ko‘koyo‘tal zardobi bilan emlangan bolalarga qilinadi. O‘tkazilgan emlashning natijasi qandayligini PGAR orqali tekshiriladi.

7-jadval

**Kasallikni oldini olish
(emlashning kalendar rejasi)**

Yoshi	Vaksina nomlanishi
2 oy	AKDS-1
3 oy	AKDS-2
4 oy	AKDS-3
16 oy	AKDS-4
7 yosh	ADSM-5
16-17 yosh	ADSM-6

26 yosh	ADSM-7
46 yosh	ADSM- 8

Tashkiliy profilaktika chora-tadbirlari bo‘lib, difteriyaga gumon qilingan bemorlarni darhol kasalxonaga yotqizish, doimiy va yakunlovchi dezinfeksiya qilish, bemor bilan bevosita kontaktda bo‘lganlarni bakteriologik tekshirish xisoblanadi.

SKARLATINA – QIZIL KO‘YLAK

Skarlatina – o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, β -gemolitik streptokokkning A guruhi tomonidan chaqiriladi, havo-tomchi yo‘li bilan yuqadi. Klinikasi umumiy intoksikatsiya belgilari, angina va terida mayda nuqtasimon toshmalarning toshuvi bilan namoyon bo‘ladi. Kasallik yaxshi davolanmasa yiringli – septik asoratlar berishi mumkin.

Skarlatina – italyancha “skarlatto” so‘zidan olingan bo‘lib, “qip-qizil” yoki “to‘q qizil” mazmunini bildiradi.

XX asrda skarlatinani o‘rganishdagi asosiy yutuq bu kasallikning og‘ir turlarini keskin kamayib, o‘lim sonining yo‘qolishidir. Asr boshida bu kasallikdagi o‘lim soni, eng yosh bolalar o‘rtasida 40% ni tashkil qilgan edi. Bundan tashqari antibiotiklarni qo‘llash natijasida kasallikni og‘ir septik asoratlari – flegmona, nefrit, osteomielit, zotiljam hozirda uchramayapti. Ammo skarlatina bilan kasallinishning ko‘rsatkichlari hozir ham yuqori hisoblanib, Rossiyada 100000 aholiga 200- 250 ga to‘g‘ri keladi. O‘zbekistonda skarlatina bundan oz uchraydi.

Skarlatina qadimdan aniq bo‘lsada, uni boshqa toshмали kasalliklar bilan o‘rganilgan. 1554 yili vrach Ingrasias skarlatinani qizamiq kasalligidan farqlab, uni klinik belgilarini rozaniya nomi bilan yozib qoldirdi. Kasallikni mufassalrok yoritgan ingliz vrachi Tomas Saydengem unga «qizil isitma» (krasnaya lixoradka) deb nom berdi. 1789 – 1824 yillari Bretanno skarlatinani klinikasini, uning differensial tashxisini batafsil yoritib berdi.

Shunday qilib, qadimda og‘ir o‘tib, ko‘plab o‘limga va og‘ir asoratlarga sababchi bo‘lgan skarlatina bugungi kunda o‘ta yengil, asoratsiz kasallikka aylandi.

Etiologiyasi. Skarlatinani qo‘zg‘atuvchisi A guruhiga kiruvchi β – gemolitik streptokokk xisoblanadi. Skarlatinaning etiologiyasidagi virusli, dualistik va anafilaktik nazariyalar streptokokkli nazariya tasdiqlanganligi uchun o‘z ahamiyatini yo‘qotdilar.

Skarlatinani qo‘zg‘ovchi gemolitik streptokokkning asosiy xususiyatlaridan biri uni toksin hosil qilish qobiliyatidir. Ko‘plab izlanishlar natijasiad A guruhiga

kiruvchi streptokoklarning ekzotoksin ajratishi aniqlangan, ammo skarlatinani kelib chiqishida asosiy rolni bola organizmining antitoksik immunitetini ko'lamini o'ynaydi. Agar kasallik yuqish paytida antitoksik immunitet bo'lmasa, streptokokkli infeksiya skarlatina shaklida o'tadi. Antitoksin immuniteti bo'lganlarda esa skarlatina emas, balki angina, faringit, belgisiz infeksiya rivojlanadi.

Ayrim streptokoklarning toksigenligini genomida eritrogen toksin genini mikroorganizm tanasiga olib kiruvchi bakteriofag (virus) larning faolligi bilan bog'lasa bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Skarlatina antropoz yuqumli kasallik hisoblanib, kasallik manbai aniq va yashirin turda skarlatina o'tkazayotgan bemor va boshqa streptokokkli kasallikni o'tkazayotgan bemorlar hisoblanadi. Skarlatina yer yuzida notekis tarqalgan. Sovuq va o'rtacha xaroratli mintaqalarda kasallik ko'p uchraydi, issiq iqlimlarda esa skarlatina kam uchraydi. Rossiyada o'rta hisobda 100 000 aholiga 200 – 250 ta kasallik to'g'ri kelib, uning shimoliy rayonlarida ko'proq uchraydi. O'zbekistonda kasallik ko'rsatkichlari uncha yuqori emas. Skarlatinada epidemik jarayon har 2–3 yil maboynida kasallikning davriy ko'tarilishi va kamayishi bilan izohlanib, 20 – 30 yil davomida ko'p yillik o'zgarishlarga duchor bo'ladi. Kasallik juda aniq mavsumiylikka ega: kuz-qish oylari kasallikni ko'payishi kuzatiladi. Asosan maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadilar. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar transplatsent immunitet va streptokokk toksiniga fiziologik areaktivligi hisobiga skarlatina bilan kam og'riydilar.

Kasallik asosan havo-tomchi yo'li bilan tarqaladi. Kasallikning tarqalishida xona ichida bolalarning zichligi katta rol o'ynaydi. Bundan tashqari har xil darajadagi antitoksin immuniteti bor insonlarning hisobiga qo'zg'atuvchi shtammlarining almashinuvi ham katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Kasallikning yuqumlilik darajasi (indeks kontagioznosti) 40% deb hisoblanadi. Skarlatinaga chalingan bemor kasallik boshlanishi bilan atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi. Ayniqsa kasallikning o'ta yengil

oʻtkazayotganlar va boshqa streptokokkli kasalliklar (ayniqsa, nazofaringit) kasallikni keng tarqalishida katta rol uynaydi.

Oxirgi oʻn yillarda skarlatina bilan kasallikning koʻrsatkichlarini pasayishi kuzatilmokda, davriy koʻtarilishlarning koʻlami susayib, klinik belgilarining ham yengillashuvi qayd qilinyapti. 80 % hollarda skarlatina yengil turda oʻtayapti.

Patomorfologiyasi, morfologik oʻzgarishlar streptokokkning va uning toksinining taʼsiri bilan belgilanadi. Streptokokk uchun kirish darvozasi boʻlib bodomcha bezlarining, halqumning shilliqqavatlari, kamdan–kam hollarda jaroxat va kuygan yuza xisoblanadi. Maxalliy oʻzgarishlar shish, giperemiya, toʻqimalarda leykotsitar infiltratsiya bilan namoyon boʻladi. Kataral, fibrinoz va nekrotik yalligʻlanish kuzatiladi.

Qoʻzgʻatuvchini toʻqimaga boshlangʻich yopishuvi va bunda yalligʻlanishi va limfadenit rivojlanishi birlamchi skarlatinoz kompleksi nomini olgan.

Birlamchi effektdan toksinning soʻrilishi intoksikatsiya belgilari va mayda nuqtasimon toshmalarning toshuvi bilan namoyon boʻladi.

Toshmalar mayda nuqtasimon xarakterda boʻlib, terining aniq giperemiya fonida boʻladi. Mikroskopiyada perivaskulyar infiltratsiya va dermaning oʻrtacha shish tipidagi mayda oʻchoqlar singari shikastlanishlar uchraydi. Epidermis suyuqlik bilan toʻlishib, parakeratoz holati yuzaga keladi, keyincha shoxsimon qavat yirik plastinka shaklida toʻladi (bu kaft, tovon sohalarida yaqqol namoyon boʻladi).

Ichki organlarda skarlatinaga hos eozinofil mielotsitlar ishtirokida interstitsial limfogiotsitar infiltratsiya shaklidagi nekrotik oʻzgarishlar kuzatiladi. Mikrotsirkulyator buzilishlar, bosh miya va vegetativ qon aylanishining buzilishi, neyronlarda distrofik oʻzgarishlar kuzatiladi. Morfologik oʻzgarishlarning koʻlami kasallikning ogʻirligi va asoratlarning turiga muvofiq boʻladi.

Eng jiddiy asorat bu streptokokkli glomerulonefrit boʻlib, u nefrosklerozga olib kelishi mumkin.

Septik asoratlar rivojida nekrotik jarayon yiringli jarayondan ustun turadi. Bunda nekrotik oʻrta otit, boʻyining qattiq flegmonasi va boshqalar kelib chiqadi.

Patogenez. Skarlatinaga hos klinik manzara bilan kasallikning rivojlanishi streptokokkning organizmga toksik, septik va allergik ta'siri bilan bog'liq (A.A.Koltipin).

Streptokokklar shilliq qavatlari yoki jarohatlangan teriga tushgach kirish dorvozasida yallig'lanish jarayonini chaqiradi. Limfa tomirlari va yuzaki qon tomirlari orqali qo'zg'atuvchi limfa tugunlariga kirib boradi, qonda esa streptokokkning toksik substansiyalari paydo bo'lib, ular yurak qon tomir, asab va endokrin tizimlariga ta'sir qiladi.

Toksik sindrom xaroratning ko'tarilishi, toshma toshishi, bosh og'rishi, qayt qilish, tomirlarga simpatik ta'sirning ortishi singari umumiy intoksikatsiya belgilari bilan namoyon bo'ladi. Og'ir holatlarda og'ir gemodinamik buzilishlar kelib chiqadi va u buyrak usti bezlarini qobig'iga qon quyilishi, bosh miya shishuvi, miokarda distrofik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi.

Patogenezning septik ta'siri organizmga β -gemolitik streptokokk mikrobining ta'siri bilan izohlanadi. U kirish dorvozasida yiringli nekrotik o'zgarishlar va asoratlar bilan namoyon bo'ladi. Septik o'zgarishlar kasallikning turli davrlarida namoyon bo'lmog'i mumkin. Ayrim hollarda septik komponent kasallikning dastlabki kunlaridanoq yaqqol namoyon bo'ladi. Bu burun atrofi suyak bo'shliqlarini shikastlanishi, yiringli otit, limfadenit va adenoflegmona shaklida rivojlanadi. Septik yo'qolish klinikada limfadenit, otit, artrit kabi yiringli asoratlar bilan namoyon bo'lishi mumkin. Nekrotik otitda infeksiya suyak to'qimasini ham qamrab, miyaning qattiq pardasi va venoz sindromlarga ham o'tishi mumkin.

Patogenezning allergik yo'nalishi β -gemolitik streptokokk va jarohatlangan to'qimalar antigenlariga sensibilizatsiya hisobiga kelib chiqadi. Allergik holat kasallikning birinchi kunlarida namoyon bo'lishi mumkin, ammo 2–3 haftada yaqqolroq namoyon bo'ladi. Allergik sindrom klinikada turli toshmalar, o'tkir limfadenit, glomerulonefrit, miokardit, sinovit kabi ko'rinishda bo'ladi. Besabab xarorat ko'tarilishi, turli toshmalar bilan namoyon bo'luvchi «allergik to'qimalar» ham allergiya natijasida kelib chiqadi.



Skarlatina patogenezidagi bu 3 yoʻnalish belgilari bir biri bilan uzviy bogʻliqlikda rivojlanadi.

Immunitet. Skarlatina oʻtkazganlarda β -gemolitik streptokokkning A gruppasi uchun umumiy boʻlgan, kuchli antitoksin immuniteti rivojlanadi. U bir umrga saqlanib qoladi. Antimikrob

immunitet kuchsiz boʻlib, kasallikni chaqirgan serotipgagina qarshi boʻladi, yaʼni tipospetsifik boʻladi.

Dastlabki 6 oylikgacha boʻlgan bolalar skarlatina bilan ogʻrib oʻtgan onalaridan oʻtgan transplatsentar immunitet hisobiga skarlatina bilan ogʻrimaydilar. β -gemolitik streptokokka qarshi antitoksik immunitet streptokokkli boshqa kasalliklarni oʻtkazish oqibatida ham boʻlishi mumkin («passiv immunizatsiya»). Bola qonida antitoksik immunitetning yoʻqligi streptokokkning hohlagan tipi skarlatinani chaqirish imkonini beradi.

Rasm. 27. Skarlatinada toshmalar, toshmalarni quyiklashishi (shaxsiy kuzatuv).

Bir paytning oʻzida antitoksik immunitet borligi bolani skarlatinadan saqlaydi, ammo streptokokkli infeksiyaning boshqa turlari kelib chiqishi mumkin. (angina, yolin va boshqalar).

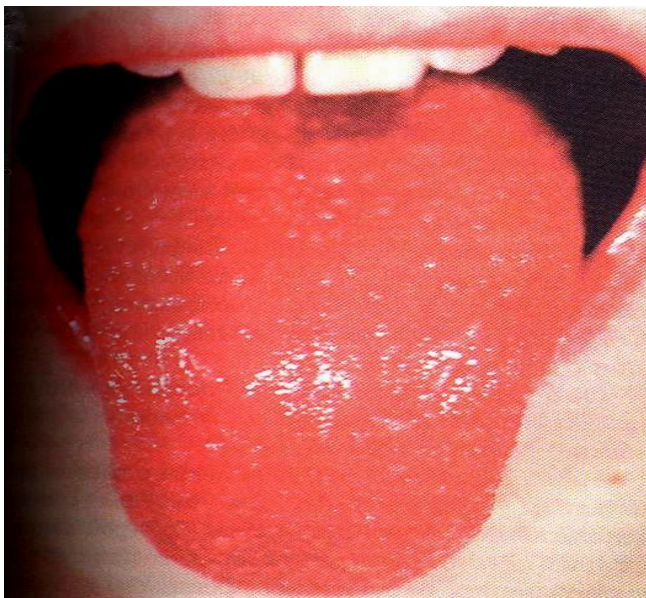
Antibiotiklar, shu jumladan pensillinni erta qoʻllanishi streptokokkning organizmda tezda yoʻqolishiga va buning natijasida antitoksik immunitet shakllanishi susayishiga olib keladi, oqibatda kasallikning takrorlanish hollari uchrab turadi.

Klinik manzarasi. Skarlatinada yashirin davr o'rtacha 2-7 kuni tashkil qiladi. Bu davr bir necha soatgacha qisqarishi yoki 12 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik xaroratning ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Bola tomoq og'rig'i, bosh og'rig'idan shikoyat qiladi, odatda bir marta qayt qiladi. Kasallik boshlanganidan bir necha soat o'tgach bemorning yuzi, tanasi, oyoq-qo'llarida mayda qizil nuqtasimon toshmalar toshadi. Bolani yuzida toshmalar yonoq sohalariga toshib, og'iz-burun uchburchagi bundan mustasno bo'ladi. Bemorning tashqi ko'rinishi o'ziga hos: ko'zlari yaltiragan, ozgina shishgan, yonoqlari qip-qizil, bir paytda og'iz-burun uchburchagi oqargan va toshmasiz (N.F.Filatov belgii). Terining tabiiy burmalarida, tananing 2 yonboshidan, ayniqsa qorinning pastki qismlarida, qo'l va oyoqlarining bukiluvchan satxlarida, qo'ltiq ostida, chap sohasida toshmalar ko'proq toshadi. Bu sohalarda toshmalarning zichligi va gemorragik to'lishishi hisobiga to'qqizil (qora) chiziqchalar hosil bo'ladi (Pastia belgii). Mayda nuqtasimon toshmalardan seroz yoki xira suyuqlik saqllovchi pufakchalarni ham kuzatish mumkin. Og'ir holatlarda toshmalar sianotik tus olib, dermografizm sust bo'ladi. Skarlatina uchun kapillyarlarning o'tkazuvchanligi ortishi hos bo'lib, buni jgut qo'yib aniqlasa bo'ladi. Toshmalar 3 – 7 kun turgach, hech qanday dog'siz yo'qolib ketadi. Toshmalar yo'qolgach, 1-hafta oxiri, 2-hafta boshlarida teri tulay boshlaydi. Tanada, quloq suprasida, bo'ynida tulash kepaksimon bo'ladi. Miliar toshmalardan so'ng tulash ko'proq bo'ladi. Skarlatina uchun tovon va kaftda plastinkasimon tulash juda hos bo'lib xisoblanadi. Hozirgi zamonda tulash uncha aniq rivojlanmayapti.

Skarlatina uchun og'iz bo'shlig'i, tomoqdagi o'zgarishlar juda xarakterlidir. Bodomcha bezlari, uning ravoqlari va kichik tilda qattiq tanglaygacha o'tmaydigan, chegaralangan yorquin giperemiya juda hos. Kasallikning birinchi kunlari, ayrim bemorlarda tomoqda nuqtasimon enantemani ko'rish mumkin. U gemorragik tus olishi mumkin. Halqumdagi o'zgarishlar shu qadar o'ziga hoski, ular hozirgi kunda ham N.F.Filatov iboralari bilan «tomoqdagi yong'in», «olovli angina» deb yuritiladi.

Rasm 28. Skarlatinada «malinasimon til»

Angina skarlatinada kataral, lakunar, follikulyar bo'lishi mumkin, ammo eng



xarakterlisi nekrotik angina bo'lishi mumkin. Og'irlik darajasiga qarab yuzaki orolchasimon, yoki chuqur ketib bodomcha bezlarini to'la qoplagan bo'lishi mumkin. Nekrozlar bodomcha bezlaridan tashqari oldingi ravoqlarga, tilchaga, burun va halqum shilliq qavatlariga tarqalishi mumkin. Nekrozlar xira kulrang yoki zangorisimon ranglarda bo'lishi

mumkin. Ular sekinlik bilan 7-10 kun mobaynida yo'qoladi. Kataral yoki follikulyar angina 4-5 kun mobaynida o'tib ketadi.

Halqumni shikastlanishiga mutanosib ravishda, bo'yin limfa tugunlari jarayoniga qo'shiladilar. Ular qattiqlashib, og'riqchan bo'lib qoladilar. Dastavval bo'yin oldi tonzillyar limfa tugunlari shikastlanadi. Nekrozlar bilan o'tadigan hollarda limfa tugunlari atrofidagi butun kletchatkasi ham qo'shib periadenit va hattoki adenoflegmona belgilari kelib chiqadi.

Tilda xarakterli o'zgarishlar yuzaga keladi. Kasallik boshlanishda quruq, kulrang karash bilan to'la qoplagan bo'ladi, 2-3 kundan boshlab til tozalana boshlaydi va so'rg'ichlar shishgan qip-qizil holatga keladi va yaxshi yetilgan malina mevasini eslatadi («malinasimon», «so'rg'ichli», «skarlatinoz» til). Bu belgi 3-5 kunlari yaqqol namoyon bo'lib turadi. 2-3 hafta mobaynida qizilligi kamaysada, so'rg'ichlari bo'rtib turadi. Skarlatinada umumiy intoksikatsiya belgilarining ko'lami kasallikning og'irligiga mos bo'ladi. Asosan u xaroratning ko'tarilishi, holsizlik, bosh og'rig'i, qayt qilishning takrorlanishi bilan namoyon bo'ladi. Og'ir hollarda xarorat 40⁰ C ga yetadi, kuchli bosh og'rig'i, ko'p marta qayt qilish, bo'shashish, boshqa hollarda qo'zg'alish, aljirash, tutqanoq tutish

meningial belgilar bilan o'tadi. Zamonaviy skarlatina ko'p hollarda intoksikatsiya



belgilarisiz, normal xarorat bilan o'tadi.

Kasallikni boshlanishida qon tomirlar tizimidagi o'zgarishlar simpatik innervatsiya tonusining oshuvi bilan izohlanadi. U taxikardiya, qon bosimining oshuvi bilan o'tib, simpatikus faza deb baholanadi. 4-5 kun o'tgach parasimpatik asab tizimini tonusi osha boradi va bradikardiya, qon bosimining pasayishi, yurak

tonlarining bo'g'iqligi bilan namoyon bo'ladi (parasimpatikus faza). Bu davrda yurak nisbiy chegaralarining bir oz kattalashuvi, 1-ton bo'g'ilishi, sistolik shovqin kuzatilishi mumkin. EKGda sinus aritmiyasi va bradikardiyasi kuzatiladi. Ushbu o'zgarishlar «infekcion yurak» deb iboralanadi, ularning negizida asosan ekstrakardial ta'sirlar yotadi (A.A.Koltipin, D. Lebedev).

Rasm.29 Skarlatinada teri dermografizimini kuchayishi (shaxsiy kuzatuv).

Yurak qon tomiri tomonidan o'zgarishlar 2-4 hafta saqlanib, asoratsiz yo'qolib ketadi.

Skarlatina uchun oq dermografizm hos bo'lib, kasallik boshida cho'zilgan-yashirin (10 – 12) va qisqa (1 – 1,5) aniq davri ko'riladi. Keyinchalik yashirin davr qisqarib, aniq davr yaqqollanadi. Periferik qonda neytrofil leykotsitoz va EChT ni ortishi kuzatiladi.

Klassifikatsiyasi. Skarlatina A.A.Koltipin bo'yicha klassifikatsiya qilinadi. Kasallikni tipi, og'irligi va kechishi bo'yicha ajratiladi. Tipi bo'yicha tipik va atipik skarlatina qayd qilinadi.

Tipik turlariga skarlatinaga hos xarakterli belgilari: intoksikatsiya, angina va oʻziga hos toshmalar bilan oʻtadigan turi kiradi.

Atipik turlariga oʻta yengil (klinik belgilar juda sust rivojlangan) va ekstrafaringeal (eski nomi ekstrabukkal) turlari kiradi. Ekstrafaringeal skarlatinada toshmalar kirish darvozasi atrofida zichlangan, intoksikatsiya belgilari - xarorat koʻtarilishi, qayt qilish mavjud. Odatda angina boʻlmaydi, lekin tomoq shilliq qavatlarida yengil giperemiya boʻlishi mumkin. Regionar limfadenit ham asosan kirish darvozasi atrofida boʻladi, ammo uning koʻlami tipik turiga nisbatan yengilroq boʻladi.

Atipik turlariga kasallikning eng ogʻir turlari – gemorragik va gipertoksik turlari kiritiladi. Bu hollarda asosiy belgilar rivojlanguncha bemor halok boʻladi. Yiring uchun bu turlarini aggravirlangan (niqoblangan, aldovchi) turlari deb ham yuritiladi. Bu bemorlar odatda shifoxonaga meningoensefalit tashxisi bilan tushadilar. Asab, yurak qon tomir, endokrin tizimlarida kuchli oʻzgarishlar hisobiga oʻlim kelib chiqadi. Hozirda ushbu turlar uchramaydi.

Kasallikning tipik turlari ogʻirlik boʻyicha: yengil, oʻrta ogʻir va ogʻir turlarga boʻlinadi. Kasallikning ogʻirlik mezonlari intoksikatsiya va halqumdagi yalligʻlanish jarayonlarini koʻlami bilan oʻlchanadi.

Yengil turlari ham skarlatinaga hos barcha belgilar bilan namoyon boʻladi. Ushbu tur hozirda 80 – 90% hollarda uchraydi. Kasallik tana xaroratini 38 – 38,5⁰C gacha koʻtarilishi bilan oʻtkir boshlanadi, ammo ayrim hollarda xarorat subfebril yoki normal boʻlishi ham mumkin. Intoksikatsiya belgilari xolsizlik, bosh ogʻrigʻi, bir marotaba qayt qilish bilan namoyon boʻladi. Odatda kataral angina rivojlanib, boʻyin limfa tugunlarda oʻzgarish kam boʻladi. Toshmalar tipik boʻlib, koʻp miqdorda boʻlishi mumkin. Yengil turda belgilar tezda yoʻqolib, birinchi hafta ohirida bemorlar tuzaladilar.

Kasallikning oʻrta ogʻirlikdagi turi 10 – 20 % hollarda uchrab, tana xaroratining 39-40⁰C ga koʻtarilishi, takroriy qayt qilish, bezovtalik, uyquning buzilishi va ayrim hollarda alahsirash bilan, follikulyar yoki yiringli-nekrotik angina, regionar limfa bezlarining shishi bilan namoyon boʻladi. Kasallikning

o'tkir davri belgilari 5-7 kundan so'ng yo'qola boradi, tuzalish 2-3 hafta mobaynida bo'ladi.

Kasallikning og'ir turlari toksik, septik, toksiko-septik turlarda o'tishi mumkin. Bu tur hozirda 0,5% dan ko'p uchramaydi.

Og'ir toksik turlarida tana xaroratining doimiy 40⁰C dan yuqori bo'lishi, takroriy va ko'p marotaba qayt qilish, qattiq bosh og'rig'i, xushini yo'qolishi, tirishishi, aljirash, meningeal belgilar ko'zga tashlanadi. Simpatikoparez belgilari bo'lmish qon bosimining pastlashishi, sianoz, terlash kuzatilib, kollaps holati kelib chikadi. Toshmalar bu xolda sianotik tusda va hatto gemorragik bo'lishi ham mumkin, angina esa kataral yoki bir oz nekrotik yuza bo'lishi mumkin.

Og'ir septik turlarida kasallikning og'irligi asosan mahalliy o'zgarishlarga bog'liq bo'ladi. Bodomcha bezlarida, oldingi ravoqlar va tilchada tarqalgan, chuqur nekrozlar kuzatiladi. Regionar limfa tugunlari juda kattalashgan, qattiqlashgan va ularda kuchli og'riq kuzatiladi. Peradenit va adenoflegmona (bo'yin limfa tugunlarini atrofida to'qimalar nekrozi) kelib chiqishi mumkin.

Og'ir toksiko-septik turlarida kasallik og'irligi ham umumiy, ham mahalliy belgilar hisobiga bo'ladi.

Oxirgi yillari skarlatina ko'p hollarda yengil, kamroq hollarda o'rtacha og'irlikda o'tayapti. Og'ir turlari esa deyarli uchramayapti.

Kasallikning kechishi. Skarlatina tekis asoratsiz yoki allergik, septik asoratlar bilan o'tishi mumkin. Kasallik tekis kechganida patologik jarayon 2 – 3 hafta davom etadi.

Skarlatina 2-3 haftalarda qaytalanishi (retsdiv) mumkin va bu asosan reinfeksiya va superinfeksiya bilan bog'liq bo'ladi.

Asoratlari. Skarlatina asosan limfaadenit, otit, sinusit, nefrit, sinovit, yiringli artrit, mastoidit singari asoratlar beradi. Ular kasallikning boshlanishi yoki keyinroq paydo bo'lishi mumkin. Ularning negizida allergiya, reinfeksiya va superinfeksiya omillari yotadi.

Infeksion-allergik asoratlar (nefrit, sinovit, oddiy limfadenit) kasallikning ikkinchi davri, ya'ni 2-3 haftada kuzatiladi. Yiringli asoratlar esa kasallik boshi va

keyingi davrda uchrashi mumkin. Bu asoratlar asosan nimjon va eng yosh bolalarda uchrashi mumkin.

Hozirgi paytda pensilinning qo'llanishi va reinfeksiyani oldini oluvchi shifoxonaga yotqizish qoidalari organizmning tezroq sanatsiyalanib, yuqoridagi asoratlarni keskin qisqarishiga sababchi bo'lyapti.

Yosh bolalarda skarlatinaning o'tishi xususiyatlari. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar skarlatina bilan kamdan-kam og'riydilar. Ular o'ziga hos kechadi. Transplatsentari immunitet bor bolalarda skarlatina rudimentar, o'ta yengil o'tishi mumkin. Bunda boshlang'ich belgilar o'ta yengil bo'lib, intoksikatsiya kuzatilmaydi. Toshmalar juda yengil, tezda yo'qolib ketadi. Terining tulashi sust yoki butunlay bo'lmasligi ham mumkin. Tashxis qo'yishda qiyinchiliklar bo'lishi mumkin.

Immuniteti o'ta past yosh bolalarda skarlatina septik turda o'tib, og'ir nekrotik angina, faringit va ko'plab yiringli septik asoratlar bilan namoyon bo'ladi.

Eng yosh bolalarda infeksiyon-allergik asoratlar (nefrit, sinovit) kamdan – kam uchraydi.

Tashxis. Tipik hollarda kasallikka tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Faqat kasallikning o'ta yengil turlarida yoki bemor shifoxonaga kech tushganida diagnostik qiyinchiliklar bo'lishi mumkin.

Laboratoriya tashxisi uchun halqumdan surtma olib, β -gemolitik streptokokkni topish, antistreptolizin O ning titrini aniqlash mumkin. Shuningdek, boshqa fermentlarni, streptokokk antitoksinini aniqlash ham ishlatilishi mumkin.

Skarlatinaga beriluvchanlikni aniqlash uchun DIK sinamasidan foydalaniladi. Bunda bilak terisi orasiga (t/o) standartlashgan eritrogen toksindan 0,1 ml yuboriladi. 24 soat mobayinda in'eksiya o'rnida infiltrat yoki diametri 10 mm dan ortiq giperemiya yuzaga kelsa sinama musbat hisoblanib, bolada antitoksin immunitet yo'qligi va u skarlatina bilan kasallanishi mumkinidan dalolat beradi. Hozirda tashxisda bu sinama qo'llanilmaydi, chunki uning natijasi sekinlashgan yuqori sezgirlik tipidagi fenomenga ham bog'liq bo'ladi.

Differensial tashxis. Skarlatina psevdotuberkulyoz, iersinioz, stafilokokkli infeksiya, toksik-allergik holat, qizamiq, meningokokksemiya, enterovirusli ekzantema kasalliklari bilan differensial tashxis qilinadi.

Skarlatinani davolash. Skarlatinaga chalingan bemorlar klinik-epidemiologik ko'rsatmalariga binoan shifoxonaga yotqiziladi. Yengil va o'rtacha og'irlikda skarlatina o'tkazyotganlarni uy sharoitida davolasa bo'ladi. Og'ir bemorlar yoki uy sharoitida alohidalab davolash imkoni bo'lmagan bemorlar shifoxonaga yotqizilib davolanadi. Skarlatinaga chalingan bemorlar bokslarga 1 yoki 2 – 4 kishilik palatalarga qo'yiladilar. Palatalarga bemorlar bir paytning o'zida joylanadilar, og'rib tuzalayotgan bemorlar bilan yangi tushayotgan bemorlar bir-birlari bilan muloqotda bo'lmasliklari lozim. Bemorlar shifoxonadan penitsillin bilan davolash tugagach, kasallikning 7-10 kuni chiqariladilar.

Uyda davolashni tashkil qilishda oiladagi boshqa bolalarga kasallik yuqmasligini oldini olish maqsadida bemorni alohida xonaga joylab, sanitariya – gigiena qoidalariga amal qilishi ta'minlash zarur (doimiy dezinfeksiya, bemor uchun alohida idish, parvarish anjomlari).

Kasallikning o'tkir davrida bemor yotoq rejimida bo'lmog'i kerak. Kasallik jarayonida parhez to'laqonli, vitaminlarga boy va tomoqni mexanik himoyalovchi bo'lishi shart.

Skarlatina antibiotiklar bilan davolanadi. Qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa penitsillin buyurish maqsadga muvofiqdir. Antibiotiklar bilan davolash 5-7 kun bo'ladi. Uy sharoitida davolanganda fenoksimetil – penitsillin berilgani ma'qul. U sutkada bolaning xar kg vazinga 50 000 TB dan 4 ga bo'lib beriladi. Shifoxonada sutkasiga 2 marta penitsillin muskul orasiga yuborilgani yaxshi. Odatda xar kg vaznga qarab sutkasiga 50 000 TB, og'ir hollarda 100 000 TB penitsillin buyuriladi.

Penitsillinga allergiya bo'lgan hollarda boshqa antibiotiklar – seftriakson, amoksiklav, rulid, sulfopreparatlar terapevtik dozalarda taklif qilinadi. Intoksikatsiya belgilari yaqqol bo'lgan hollarda infeksiyon eritmalar – reopoliglyukin eritmasi, 10% li glyukoza 2 – 3 kun mobaynida buyuriladi.

Bemorga yana askorbin kislotasi, sensibilizatsiyani kamaytiruvchi – suprastin, tavegil, tomoqni chayqash uchun romashka (moychechak), furatsilin eritmalari tavsiya qilinadi.

Asoratlari o‘ziga hos xususiyatlariga qarab davolanadi. Yiringli asoratlar antibiotiklar bilan davolanadilar. Bundan tashqari, simptomatik davolov, fizioterapiya (UVCh, UFO, quruq issiq) buyuriladi.

Profilaktika. Skarlatinada maxsus profilaktika ishlab chiqilmagan. Profilaktik chora-tadbirlar skarlatina va boshqa streptokokkli kasalliklarni erta aniqlash va alohidalashdan iborat. Maxsus ko‘rsatmalar bo‘yicha skarlatinaga chalingan bemorlar 7-10 kunga alohidalanib, bolalar muassasalariga xar xil asoratlarni oldini olish uchun kasallik boshlaganidan 22-kuni qo‘yilishiga ruhsat beriladi. Bu holat boshqa streptokokkli kasalliklar (angina, faringit, streptodermiya) o‘tkazganlarga ham taaluqlidir.

Ammo V.F.Uchaykinning fikricha (1995), hozirda skarlatina yengil o‘tishi, antibiotiklar bilan davolab bo‘linishi, asoratlar yo‘qligini inobatga olib, yuqoridagi muddatlarni qayta ko‘rib chiqish lozim, ya’ni bemorlar kasallik boshlanganidan boshlab, 10 – 12 kunlari bolalar muassasalariga qo‘yilishi mumkin.

QIZAMIQ

Qizamiq – asosan bolalarning o‘tkir yuqumli kasalligi bo‘lib, viruslar tomonidan chaqiriladi, havo-tomchi yo‘li bilan yuqadi, nafas yo‘li, og‘iz, tomoq, ko‘z shilliq qavatlarining yallig‘lanishi, terida dog‘li–tugunchali toshmalar toshishi, umumiy intoksikatsiya va asosan nafas organlari, asab tizimi va ovqat hazm qilish organlari tomonidan ikkilamchi asoratlar berishi bilan izohlanadi.

Tarixi. Qizamiq insoniyat tarixidagi eng qadimgi kasalliklardan biri bo‘lib, eramizdan bir necha asrlar avval ham uni bilishgan, ammo alohida kasallik sifatida faqat XVII asrning 2-yarmida tan olindi. Kasallik birinchi bo‘lib, IX-asrda sharqning mashhur tabibi Abu Bakr Al-Roziy (Al-Razes) tomonidan **haskbech** nomi bilan yoritiladi. U chinchechak va qizamiq kasalliklari o‘rtasida solishtirma

tashxis o'tkazdi. Hozirda ushbu buyuk olimning «kasalliklar tarixi» risolasi e'lon qilindi. XVII asrda qizamiq va skarlatina kichik kasallik – morbilli nomi bilan ma'lum edi. XVII asrning 2-yarmida (1754 y.) Saydengem va Morton qizamiqning klinik manzarasini mufassal yoritib berdilar.

1911 yili Andersen va Goldberger qizamiqning qo'zg'atuvchisi – virusni aniqladilar va filtrlanish xususiyati borligini topdilar.

O'sha 1911 yili Nikol va Konseyl muloqotda bo'lganlarga og'rib o'tganlarni qon zardobini yuborib, seroprofilaktika usulini ishlab chiqdilar. Keyincha bu maqsadlar uchun immunoglobulin ishlatiladigan bo'ldi.

Qizamiq qadimda juda keng tarqalgan, o'ta og'ir kasallik bo'lib, uni «bolalarning o'lati» («detskaya chuma») deb atashgan.

O'sha paytlarda xar yili butun dunyoda 60 mln bola qizamiqqa duchor bo'lib, ulardan 3 mln halok bo'lar edi. Rivojlanayotgan mamlakatlarda hozir ham o'lim soni 10 – 32% ga yetadi.

Sobiq SSSRda emlash joriy qilingunicha xar yili 1,5–2,0 mln bolalar qizamiq bilan og'rib o'tardi.

1954 yili D.Enders (AQSh) birinchi bo'lib qizamiq virusini hujayrali muhitda rivojlantirish usulini ishlab chiqdi. Bu kashfiyot asosida tirik qizamiq vaksinasini yaratish imkoni tug'ildi. 1959 yili D.Enders o'zi ishlab chiqqan usul asosida viruslarni atenuatsiyasiga eritib, vaksina shtammlarini yaratdi, ular negizida yuqori immunogen qizamiq vaksinasi yaratildi.

Akademik A.A.Smorodinsev rahbarligida Leningraddagi Paster nomli ilmiy tadqiqot ilmgohida vaksina shtammining yuqori sifatli Leningrad – 16 (L-16) ishlab chiqildi.

L-16 yordamida aholi o'rtasida ommaviy emlashni joriy qilinishi va o'tkazilishi qizamiq bilan kasallanishni va undagi o'lim soni 1967 yildan boshlab keskin kamaydi. 1974 yilga kelib, sobiq SSSR da kasallik 6-7 marta, O'zbekistonda esa 30 marta kamaydi.

Hozirda O'zbekiston Respublikasi Butun Jahon Sog'likni Saqlash Jamiyati (JSST) va uning bolalar uchun bo'limi YuNISEF taklifi bilan ayrim regionlarda bir

qator yuqumli kasalliklarni tugatish xarakteriga qo‘shilib, qizamiq kasalligini ham tugatish borasida katta ishlarni olib bormoqda.

Etiologiyasi. Qizamiqni filtrlanuvchi virus chaqiradi. U kasallik yuqqan organizmda rivojlanib uzoq muddat saqlanmaydi. Virusni qondan, yuqori nafas yo‘llarining shilliq suyuqligidan, ko‘z yoshidan yashirin davr, prodromal davr va toshmali davrning dastlabki kunlari ajratishi mumkin. Bu qo‘zg‘atuvchi tarkibida RNK bo‘lib, paramiksoviruslar turkumiga kiradi. Qizamiq virusi organizmda patogen xususiyati pasayib attenuatsiyalanish hossasiga ega. Xuddi shu xususiyati, tirik qizamiqni tirik vaksinani yaratish uchun asos bo‘lib hizmat qildi. Bu borada P.G.Sergeev, E.V.Smirnov, V.I.Ioffe, V.M.Jdanov, M.P.Chumakov, D.Enders va S.S.Maxsumovlarning ilmiy izlanishlarini eslash mumkin. Virusli leykotsitlarda, achitqida, urug‘langan tuxum, tovuq homilasi singari faqat tirik to‘qimalarda o‘stirish mumkin.

Virus tashqi muhitga o‘ta chidamsiz bo‘lib, tezda halok bo‘ladi.

Virusning bir qancha xususiyatlari bor:

1. Virus uchuvchanlik xususiyatiga ega bo‘lib, kasallikni keng tarqalishiga olib keladi.
2. Virus doimiy antigenlik xususiyatiga ega bo‘lib, universal vaksina uning hohlagan shtammidan, dunyoning xar nuqtasida vaksina tayyorlash imkonini beradi.
3. Virus kontrol xususiyatiga ega, lekin limfoid to‘qima, RES hujayralari, nafas yo‘llari va asab tizimi hujayralarini ko‘proq shikastlaydi.
4. Shikastlangan to‘qimalarda 5-7 kun mobaynida virusni sitopatogen ta’siri kuzatilib proliferativ jarayonlar ketadi va ko‘p yadroli gigant (Uortin – Finkeldey hujayralari) paydo bo‘ladi. Bu hujayralar qizamiqqa hos maxsus patomorfologik belgi bo‘lib xisoblanadi.
5. Qizamiq virusi o‘zgaruvchanlik xususiyatiga ega. Uning termosezgir mutanti (ts) va interferensilanuvchi defektli bo‘lakchalari (IFB -DICH) hosil bo‘lib, ular persistirlanuvchi infeksiya rivojlanishiga sababchi bo‘ladilar. Hozirda **VICH** virus ta’sirida sust o‘tkir sklerozga olib

keluvchi **ponsefalit** yoki chalg'ituvchi sklerozning ayrim turlariga o'xshash sust o'tkir yoki surunkali jarayonlarini keltirib chiqishi aniqlangan. Qizamiqning viruslarini boshqa tizimli kasallarga aloqasi borligi hozir ham o'rganilyapti.

Epidemiologiyasi. Qizamiq epidemiologik tarqaluvchi o'tkir infeksiyon kasallik edi. Shuning uchun ham u dunyo bo'yicha keng tarqalgan edi. Qizamik bilan faqat insonlar og'riydi.

Infeksiya manbai bo'lib inson xisoblanadi. Qizamiqda virus tashuvchilik bo'lmaydi. Bemor boshlang'ich kataral davrda va toshmali davrning dastlabki kunlari atrofdagilar uchun juda xavfli bo'ladi: toshmali davrning uchinchi kundan boshlab yuquvchanlikning darajasi pasayib, to'rtinchi kundan yuqtirishi xavfi tugaydi. Kasallik asoratli o'tganida (M: zotiljam) yuqtiruvchanlik uzoqroq, o'n kungacha davom etadi.

Qizamiqda umumiy yuqtiruvchanlik davri 8–10 kunga to'g'ri keladi. Mitigirlangan qizamiq bilan og'riganlarning yuqtiruvchanligi nisbatan past bo'ladi.

Infeksiyaning yuqish yo'li qizamiqda havo-tomchi yo'li bilan bo'ladi. Virus bemor organizmidan yuqori nafas yo'llarining sekretlari bilan ajraladi. Yo'tal va aksa urish kasallikni yanada ko'proq tarqalishiga olib keladi. Yuqori nafas yo'llarining yengil sekretlari bilan virus yopiq xonalarda uchib yuradi va katta masofalarga: koridorlar, etajlar, tirqishlar orqali tarqaladi.

Qizamiqqa beriluvchanlik yoki moyillik juda yuqori. Yuquvchanlik indeksi 96-100% teng. Qizamiq bilan ilgari og'rimaganlar va emlanmaganlar bemorlar bilan muloqotda bo'lsalar, qariyb hammalari yoshlaridan qat'iy nazar kasallikka chalinadilar (masalan, Panum 1846 yili yozib qoldirgan Farer orollaridagi epidemiya). O'ta yuquvchanligi va yuqori moyillik hisobiga, qizamiq bilan asosan insonlar yosh bolaligida og'rib o'tganlar. Bolaligida og'rimaganlar, katta yoshda kasallikka chalinganlar.

Qizamiq bilan asosan bir yoshdan besh yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadilar. 5-9 yoshgacha kasallanish ancha kamayadi, 10 yoshdan kattalar kamdan-kam hollarda og'riydilar. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar qizamiq bilan

kamdan-kam hollarda ogʻriydilar. Uch oylikkacha boʻlgan bolalar qizamiq bilan mutloq ogʻrimaydilar (onasidan oʻtgan tugʻma transplansentlar immunitet hisobiga). 3-6 oygacha boʻlgan bolalar qizamiq bilan nisbatan ogʻrimaydilar. Olti oydan katta yoshdagi bolalar ayrim hollarda kasallikka chalinishi mumkin.

Qizamiqqa epidemiyalarning davriyligi ham kasallikning xar 2-4 yilda koʻpayishiga olib keladi.

Mavsumiylik. Qizamiq bilan yilning hamma faslida kasallanish mumkin. Ammo eng koʻp kasallanish qish-bahor oylariga toʻgʻri keladi, yoz-kuz fasllarida kasallanish past darajada boʻladi.

Immunitet. Qizamiq oʻtkazganlarda bir umrga yetadigan kuchli immunitet hosil boʻladi. Kasallikning mitogirlangan turini oʻtkazganlarda ham xuddi shunday boʻladi. Faqat 0,5-1% hollarda qizamiq takrorlanishi mumkin.

Ommaviy vaktsinatsiya qilinishi munosabati bilan, qizamiqning epidemiologiyasida quyidagi oʻzgarishlar roʻy berdi:

a) vaktsinatsiya toʻgʻri tashkil qilinganda 95-100% bolalarda immunitet hosil boʻladi;

b) kasallik koʻrsatkichlari keskin kamayadi, kasallanish yoshi oʻzgaradi, koʻproq kasallanish kattalarda uchraydi;

c) uyushgan jamoalarda qizamiq keskin kamayadi, davriylilik oʻzgaradi, emlanganlar oʻrta hisobda 5-8% kasallanishi mumkin, bu vaktsinaning sifatiga, vaktsinatsiya muddatlariga bogʻliq boʻladi, emlanganlarning 10% da immun javob kelib chiqmaslikni ham inobatga olinmogʻi kerak.

Qizamiqdagi oʻlim koʻrsatkichlari. Asrimizning boshida qizamiqda oʻlim soni 20% ni tashkil qilgan. 1947 yildan passiv immunizatsiya oʻtkazilishi bilan oʻlim soni 5% ga teng boʻldi, 1967 yildan aktiv immunizatsiya oʻtkazilishi bilan oʻlim soni 0% ga teng boʻldi. Qizamiqdagi oʻlim asosan eng yosh bolalarda uchraydi, asosan uning asoratlari bilan bogʻliq edi.

Patogenezi. Patogenezda 3 ta komponent ishtirok etadi: virusemik, immunologik va allergik. Ushbu komponentlarning oʻzaro munosabatiga qarab

kasallik xar xil og'irlikda va davomiylikda o'tishi mumkin. Patogenezning negizini limforetikulyar tizimining viruslar tomonidan shikastlanishi tashkil qiladi.

Qizamiqning patogenezi 5 ta bosqichda rivojlanadi:

1. Virusning yuqishi va limfoid to'qimalariga moslanishi fazasi. Virus birinchi navbatda epitelial, limfoid, retikulyar va gistiotsitar hujayralarga kirib, so'ngra regional limfatik tugunlarni shikastlaydi.
2. Regionar infeksiya fazasi. Regionar limfa tugunlarida virus shiddat bilan ko'payib, hujayra elementlarining giperplaziyasini va proliferatsiyasini keltirib chiqaradi, natijada limfa tugunlarining shishuvi kuzatiladi. Maxsus immunitet yo'q hollarda viruslar juda erta (yashirin davrning uchunchi kuni) limfa tugunlaridan qonga o'tadilar va birlamchi virusemiya kelib chiqadi.
3. Birlamchi virusemiya va limfogistotsitar tizimning tarqalgan shikastlanish fazasi. Virus qon bilan organizmga tarqalib, limfoid va retikulogistotsitar to'qimalarni shikastlaydi. Hujayra immunitetiga javobgar T-limfotsitlar turlari va antitelagenezga javobgar B-limfotsitlar va plazmatik hujayralar turlari paydo bo'ladi. Jg M, G, A sinfiga mansub antitelolar hosil bo'ladi. Bu faza kasallikning yashirin davriga to'g'ri keladi. Shu fursat mobaynida organizm virusga qarshi kurashga tayyorgarlik ko'radi va immunologik jarayonlar boshlanadi.
4. Ikkilamchi o'sib boruvchi virusemiya va allergik reaksiyalar fazasi. Immunotsitlar va maxsus antitelolar ta'sirida tarkibida virus saqlovchi hujayralar sitolizga duchor bo'ladilar. Hujayradan chiqqan viruslar shilliqqavatlar epiteliasini shikastlaydi va yana qonga o'tadi. Bir paytning o'zida allergik jarayonlar rivojlanadi: 1) virusning oqsil komponentlari; 2) endoallergenlar; 3) biologik aktiv moddalar allergiyaga sabab bo'ladilar. To'qimalar sensibilizatsiyasi kuchayib boradi, natijada mayda qon tomirlarining devorlari shikastlanib, ularning o'tkazuvchanligi ortib boradi. Pirovardida ichki organlar va to'qimalarda shish va kuchli eksudatsiya yuzaga keladi. Bu holat yuqori nafas yo'llari va oshqozon ichak trakti shilliq qavatlarida juda kuchli rivojlanadi. Bu faza rivojida viruslar qon orqali sensibilizatsiyalangan

to'qimalarga takroran kirib, ularda giperergik jarayonlarni keltirib chiqaradi. Bu holat klinikada intoksikatsiya va kataral belgilarning kuchayishiga va toshmalarning toshuviga olib keladi. Toshmalarning xar bir elementi tomir atrofidagi yallig'lanish o'chog'i xisoblanadi.

Toshmalarning bosqichma-bosqich toshuvi, viruslarning kirish darvozasida maksimal konsentratsiyada bo'lishiga bog'liq bo'ladi. Toshma elementlarida doimo viruslar bo'ladi. Retikulyar farmatsiyaning shikastlanishi regenerativ o'zgarishlarga olib keladi. Vagotrop ta'siri kuchayadi. Asab tizimining shikastlanishi hisobiga buyrak usti bezlari faoliyati kuchayadi, ko'p miqdorda glyukokortikoidlar ishlab chiqariladi, ular esa immunodepressiv xususiyatga ega. Qizamiq allergiyasining mexanizmini shu bilan tushuntirsa bo'ladi. Qizamiq virusi immun hujayraga ta'sir qiladi: toshmali davrning 1-3 kunlari T-limfotsitlar keskin kamayadi va eng yosh bolalarda bu holat chuqurroq bo'ladi va 25 – 30 kungacha davom etadi.

5. Mustahkam immunitetni rivojlanishi va patologik jarayonlarini tugatilishi fazasi. Qizamiqdan keyingi immunitet antitelolar bilan emas, balki immun limfotsitlarga bog'liq bo'lib qoladi. Ularda xotira bir umr saqlanib qolib, qizamiq virusi bilan takror uchrashganda sensibilizatsiyalashgan T-limfotsitlarning proliferatsiyasi yuzaga kelib, ular shikastlangan hujayralarga xujum qiladi. T-tizimda defitsit bo'lsa, quyidagi asoratlar kelib chiqadi:

- 1) Gextning gigant hujayrali zotiljami, o'lim bilan tugaydi;
- 2) Meningial ensefalitlar;
- 3) Sust o'tkir sklerozlovchi panensefalit;
- 4) Tarqoq skleroz.

Ular sekin-asta yillar mobaynida rivojlanib o'limga olib keladi.

Klinikasi. Qizamiq klinikasi siklik, ya'ni davriy o'tish bilan ajralib turadi.

Kasallikning quyidagi 5 ta davri bor:

1. Yashirin davr.
2. Boshlang'ich – kataral davr.
3. Toshma toshish davri.

4. Toshmalarning qaytish yoki pigmentatsiya davri.

5. Rekonvalessensiya – tuzalish davri.

1. Qizamiqning yashirin-inkubatsion davri 7-17 kun davom etib, o'rtacha 9-11 kunni tashkil qiladi. Qizamiq boshqa biror kasallik bilan birga o'tsa yashirin davr 17 kunga cho'ziladi. Muloqotda bo'lganlar gammaglobulin olsalar yoki tezroq vaksina bilan emlansa, yashirin davr 21 kunni tashkil qiladi.
2. Prodromal yoki kataral davr – kasallik belgilari boshlanib, to toshma toshgungacha bo'lgan davr 3-4 kun davom etadi. Ayrim hollarda bu davr 7 kunga cho'zilishi mumkin. Kataral davrning cho'zilishi ko'proq nimjon, kasalvand 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Bu davrda tana xarorati $38-39^{\circ}\text{C}$ o'tkir ko'tarilishi kuzatiladi, ammo subfebril bo'lishi ham mumkin. Xarorat bu davrning ohirida 37°C ga tushadi va toshma toshuvi yana ko'tariladi. Bemor bolalar injiq, bezovta bo'ladi. Ko'z, burun shilliq qavatlarining yallig'lanishi hisobiga bemorning yuzi dimiqqan bo'ladi. Yuqori nafas yo'llarida, oshqozon-ichak trakti shilliq qavatlarida kataral yallig'lanish kuzatiladi. Bu belgilar borgan sari kuchayib, kataral davr ohirida maromiga yetadi. Konyunktivit kuchli bo'ladi: qovoqlar shishgan, qizargan, ko'zdan yosh oqishi, yorug'likdan qo'rqish, yiringli ajratmalar kuzatiladi. Burundan shilliq-yiringli suyuqlik oqadi, yo'tal, aksa urish kuzatiladi, yo'tal – dag'al akkilovchi (laringit, traxeit) bo'lishi, yoki big'illagan bo'ladi. Ko'pincha



burun qonaydi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarini qizargan, tomoqda diffuz giperemiya bo'ladi. Bodomcha bezlar kattalashgan, qizargan, ayrim hollarda karash qoplaydi.

Kizamiqning bu davrdagi erta va maxsus belgisi – Belskiy-Filatov-Koplik

belgisidir. Bu qizil rangli, oʻrtasida oq nuqtasi bor dogʻlar boʻlib, kepakni eslatadi. Ular bir-birlari bilan qoʻshilib ketmaydilar va artganda koʻchmaydilar. Shu xususiyatlari bilan goʻdak bolalardagi molochnitsa dan farq qiladilar. Bu dogʻlar epiteliy deskvamatsiyasi natijasida kelib chiqadi.

Rasm 30. Qizamiqda Belskiy-Filatov-Koplika belgisi

B.F.K. dogʻlari kataral davrning 2–3 kuni paydo boʻlib, toshmali davrning 2 chi kunigacha saqlanadi. Bu belgi patognomonik belgi hisoblanib, diagnostik ahamiyati juda katta. Yumshoq va qattiq tanglayda yana bir belgi – dogʻli enantemani koʻrish mumkin. Bu belgi tayanch belgi boʻlib, B.F.K. belgisi bilan bir payta paydo boʻladi va yoʻqoladi. Bu davrda prodromal toshmalar ham kuzatilishi mumkin. Ular mayda, papulyoz xarakterda boʻlib, och qizil rangda boʻladi. Bu davrda oshqozon ichak trakti tomonidan ishtahaning keskin pasayishi (hatto anoreksiya), qayt qilish, qorinda ogʻriq singari belgilar ham kuzatiladi. Pereferik qonda leykopeniyani koʻrish mumkin.

Toshma toshish davri. Bu davr 3–4 kun davom etadi. Qizamiqda toshmalar bosqichma-bosqich toshadi. Toshmalar dastavval yuz sohasida, quloq suprasi ortida, boʻynida; ikkinchi sutkada tanaga va qoʻllarga toshib, 3 sutkada ostga ham toshadi.

Toshmalar toshuvidagi bu qonuniyat kamdan-kam buziladi, yaʼni ular tezroq yoki sekinroq toshadi, toshmalar qorindan boshlab toshishi mumkin.

Toshmalar dastavval mayda dogʻchalardan iborat boʻlib, asta-sekin kattalashib teri sohasida boʻrtib chiqa boshlaydi, va dogʻli tugunchali toshma boʻlib qoladi. Toshmalar turli hilda boʻlishi mumkin:

1. Toshmalar koʻp-ozligi boʻyicha siyrak, yakka dukka elementlardan to bir-biri bilan qoʻshilgan, zich, katta miqdordagi toshmalardan iborat boʻlishi mumkin.

2. Ranglari boʻyicha och pushtidan to qip-qizil sianotik ranggacha boʻlishi mumkin. Toshmalar gemorragik ham boʻlishi mumkin.

3. Papulalarning hajmiga qarab, juda sathidan ko'tarilishidan boshlab, to bilinuvchi papulalargacha.

Qizamiq toshmasi terining oddiy toshadi. Bir-biriga yaqin turgan papulalar bir-birlariga qo'shilib, xar xil katta-katta dog'larni hosil qiladi.



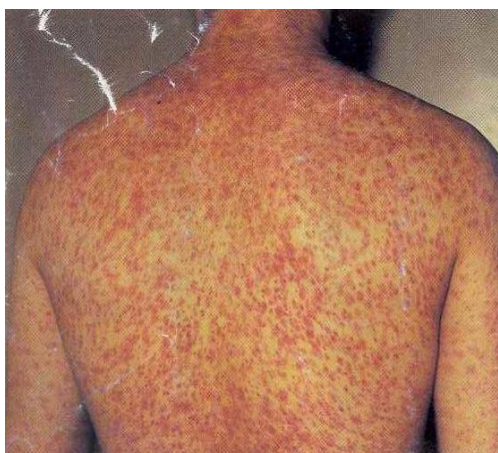
yengil teri
aniq

oq fonida
makula-
shakldagi
Ayrim

hollarda terining normal yuzasi ko'rinmaydigan yirik eritemalar yuzaga keladi.

Qizamiq toshmalari ko'proq qo'l va oyoqlarning yoziluvchan sathilarida bo'ladi. Toshmali davrning 2-4 kunlari toshmalar qanday tartibda toshgan bo'lsalar, shu tartibda qayta boshlaydilar. Toshmalar asta-sekin oqarib, papulyoz xususiyati yo'qola boradi va qora dog'li holatga aylanadi. Pigmentatsiya 1-2 hafta, ayrim hollarda 3 haftagacha turishi mumkin. Pigmentatsiya bilan bir qatorda tangasimon tulash ham bo'ladi.

Toshmali davrda tana xarorati prodromal davrga nisbatan yuqori bo'ladi va 39-40°C ga yetadi va toshma tosha boshlaydi, 3 kun mabaynida yuqori darajada bo'ladi va faqat 6-7 kunga borib, tusha boshlaydi va normallashadi. Og'ir hollarda xarorat uzoqroq davom etadi va faqatgina 8-9 kunlari me'yorlashadi. Agar xarorat tushmasa, asorat kelib chiqqanligini bildiradi. Bu davrda bemorning umumiy ahvoli nihoyatda og'ir, uyquchan, bo'shshagan bo'lib ishtahasi mutlaqo yo'q bo'ladi. Yuzi shishib, kataral belgi kuchayadi.



Rasm 31. Qizamiqdagi teridagi toshmalar (shaxsiy kuzatuv)

Periferik qonda bu davrda leykopeniya kuzatiladi. Bu davrda o'pka tizimida kataral belgilar kuchayib, quruq va ho'l xirillashlarni eshitish mumkin. Yurak-qon tomir, ovqat hazm qilish va asab tizimida xar xil o'zgarish kelib chiqadi.

Rekonvalessensiya davrida klinik tuzalish kelib chiqsada, tiklanish jarayoni uzoq davom etadi. Bolalarda holsizlik, injiqlik va xotira pasayishi singari belgilar uchrab turadi. Bu davr qizamiq allergiyasi holati bilan o'tadi.

Qizamikning klinik turlari. Qizamiqni A.A.Koltipinning klinik patogenetik prinsiplari bo'yicha klassifikatsiya qilish mumkin. Tipik turlaridan tashqari atipik turlari kuzatiladi. Ularga yomon sifatli o'tuvchi, abortiv yoki o'ta yengil turini va mitigirlangan turini kiritish mumkin. Yomon sifatli turi toksik, gemorragik, bronxial yoki dispnoe variantlarida o'tish mumkin. Tipik turlari yengil, o'rta og'ir va og'ir turda o'tishi mumkin.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda qizamiqning tashqi belgilari uncha, bilinmasada, umuman og'ir o'tadi. Asorat beradi va o'limga olib borishi mumkin.

Asoratlari. Qizamiqning og'irligi uning o'zidan ko'ra asoratlariga ko'proq bog'liq bo'ladi. Ular ko'proq ikkilamchi mikroblar tomonidan chaqiriladi. Ammo, birlamchi virusli asoratlar ham uchrab, ularni kasallikning belgilari desak ham bo'ladi.

Nafas yo'llari tomonidan asoratlar: ertangi qizamiq krupi, kechki qizamiq krupi, ertangi zotiljam, kechki zotiljam.

Asab tizimi tomonidan asoratlar: birlamchi seroz ensefalitlar va meningit, ikkilamchi yiringli meningitlar va ensefalitlar.

Oshqozon ichak tizimi tomonidan asoratlar: stomatitlar, gingivit, kataral kolitlar.

Boshqa asoratlar: kataral va yiringli otit, limfadenitlar va terining yiringli kasalliklari.

Davolash: Qizamiqni davolash uchun maxsus dorilar yo‘q, qizamiq bilan kasallangan bemorlarni uyda davolash mumkin. Quyidagi bemorlarni shifoxonaga yotqizishlari zarur:

1. Og‘ir asoratlari bo‘lsa.
2. Uyda parvarishni iloji bo‘lmasa.
3. Epid ko‘rsatmalariga binoan.

Qizamiqni davolashda parvarishni, tartibni va parhezning ahamiyati katta. Ikkilamchi asoratlarni davolashda antibiotiklar qo‘llaniladi.

Qizamiqning profilaktikasi. Qizamiq kasalligi ustidan to‘la g‘alaba qilishning birdan-bir chorasi unga qarshi faol immunizatsiya o‘tkazishdir. Kasallik manbasiga qarshi chora-tadbirlar unga yaxshi natija bermaydi, passiv immunizatsiya esa o‘lim sonini kamaytirsada, kasallik ko‘rsatkichlariga ta‘sir qilmaydi.

O‘zbekiston Respublikasida qabul qilingan emlash jadvaliga ko‘ra, qizamiq bilan og‘rimagan bolalar 12 oyda tirik qizamiq vaksinasi bilan emlanadi, 6 yoshda esa revaksinatsiya kilinadi. Vaksina bolaning yoshidan qat‘iy nazar 0,5 ml miqdorda yelka yoki ko‘krak terisi ostiga yuboriladi.

Tirik qizamiq vaksinasi bolalar jamoasida qizamiq tarqalsa tezkor profilaktika uchun ishlatilishi mumkin. Bu holda vaksinatsiya ilgari qizamiq bilan og‘rimagan va emlanmagan, hamda qarshi ko‘rsatmalari yo‘q 2 yoshdan katta bolalarga o‘tkaziladi. Muloqotdan boshlab 5 kun mobaynida emlash yaxshi natija beradi. 95-98% emlanganlarda turg‘un immunitet hosil bo‘ladi. Rossiyada vaksinatsiya 6 yoshda o‘tkaziladi.

Qizamiq o‘chog‘ida emlanganlarga 21 kun, emlanmaganlarga 17 kun karantin e‘lon qilindi.

Vaksinatsiya tarixi. Birinchi bo‘lib, amerikalik olimlar Enders va Pibll qizamiq virusini to‘qimalarda o‘stirib, virulentligini susaytirdilar (attenuatsiya). Ushbu shtammlardan tayyorlangan vaksina yuqori reaktogen bo‘lib, 40-60% emlanganlarda turli hil reaksiyalar berar edi. Lekin baribir dastlabki vaksinaning yaratilishi tarixiy kashfiyot edi.

Rossiyalik olim, akademik A.A. Smorodinsev Enders va Pibll vaksinasini attenuatsiyasini kuchaytirib, yangi reaktogenligi oz L-4, keyincha undan ham sifatli L-16 vaksinasini yaratdi. Bu vaksinaning ishlatishi katta yutuqlarga olib keldi.

Amerikalik olim Shvars Endres vaksinasining maymunlar buyrak to'qimalarida o'stirib yaxshi attentuatsiyaga erishdi. Yirik sovet olimi A.P.Chumakov Enders va Shvars vaksinalari asosida, ulardan ham susaytirilgan E.Sh.Ch deb nomlangan vaksinani yaratdi. Ushbu yuqori effektli vaksina o'z paytida Andijon viloyatida ham katta muvaffaqiyat bilan ishlatildi. Ammo bu vaksina o'ta qimmat edi.

Boshqa vaksinalar ham yaratildi, masalan Rukovs (Firma Paster, Mere, Fransiya).

Qizamiq, tepki, qizilchaga qarshi qo'shma vaksina (MMK – 2) va boshqalar. Ular O'zbekistonda ham muvaffaqiyat bilan ishlatildi.

QIZILCHA

Qizilcha – o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, yuqori nafas yo'llarining bir oz kataral yallig'lanishi, qizamiqqa o'xshash toshmalar toshishi, periferik limfa tugunlarining (ayniqsa ensa tugunlarini) kattalashuvi bilan izohlanadi.

Ayrim tadqiqotchilarning (B.A.Libod, 1902; X.S. Martinson; S.L.Shapiro, 1963) fikricha, qizilcha o'rta asrlarda arab shifokori Ali Abbosga ma'lum bo'lgan.

XIX asrning I-yarmida Vagner o'sha paytdagi qizilcha qizamiqning bir turi degan fikrga qarshi bo'lgan, uning mustaqil kasalligini e'tirof etdi.

Qizilcha ko'plab yillar o'ta yengil kasallik deb qarab kelindi va qizamiqdan differensial tashxis qilish uchungina unga to'nkash bilan qaralar edi. Ammo 1941

yili Gregg (Uchedd) e'lon qilgan. Bu kasallik natijasida tug'ma nuqsonlar kelib chiqishi haqidagi xabardan so'ng kasallikka qiziqish ancha kuchaydi.

1981 yili Londonda bo'lib o'tgan xalkaro kongressda qizilchani mustaqil nozologik birlik deb e'lon qilindi.

Etiologiya. Qizilchanning qo'zg'atuvchisi virus bo'lib, uni 1938 yili Hiro va Tasaka ochganlar. 1961 yili u alohida o'stirib olindi (Valler, Veva tomonidan Bostonda, Parpman, Busher tomonidan Vashingtonda bir paytning o'zida). Bu virus 100-300 nm razmga ega holatda bo'lib, miksoviruslarga o'xshash, tarkibida RNK bor. Virus tashqi taa'surotlarga sezgir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor odam. Kasallikni serologik aniqlanadigan innaparant turini o'tkazayotganlar ham kasallik manbai xisoblanadilar. Bolalarda innaparant turi ko'p uchraydi, kattalarda esa asosan shu tur qayd qilinadi.

Kasallikni aniq va innaparant turlarini o'tkazayotgan homilador ayollar embrion va homilaga yuqtirishlari mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda (kasallik tug'ilgan) virus siydikda, to'qimalarda, orqa miya suyuqligida bo'ladi, u organizmda tug'ilgandan so'ng 12-19 oylikkacha, ayrim ma'lumotlarga ko'ra 30 oygacha ham saqlanishi mumkin. Demak, chaqaloqlarda surunkali persistent infeksiya rivojlanishi mumkin.

Virus yashirin davrning oxirgi kunlaridan toshma toshgandan 7 kungacha siydik va ahlatdan ajratib olish mumkin.

Qizilcha asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallik qizamiq va suv-chechakka nisbatan sekinroq tarqaladi. Moyil insonlar nisbatan uzoqroq va yaqinroq muloqotda bo'lganga yuqadi.

Ko-infeksiyaga beriluvchanlik yuqori. Asosan 1 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar og'riydilar.

Uyushgan bolalar jamoalarida (bog'cha), kasallikni uyushmaganiga nisbatan 2-5 marta yuqori. O'zbekistonda qizilcha kasalligi ancha keng tarqalgan, olti guruhli kasallik ham kelib chiqadi.

Kasallik o'tkazganlarda turg'un immunitet hosil bo'ladi. Hosil bo'lgan antitelalar **Jg** va **Jg M** sinfiga mansub bo'ladi. Qizilchaga qarshi immunitetni aniqlash uchun serologik rejim ishlatiladi.

AQSh va Kanadada 15 – 20 % tug'ish yoshidagi ayollarda qizilchaga immunitet aniqlanadi. Qizilcha kichik guruhli kasallik yoki epidemiya shaklida uchrashi mumkin. AQShda 1964 yili epidemiya paytida 1 800 000 ta bemor qayd qilindi, o'shanda 20 000 bola tug'ma nuqsonlar bilan tug'ilganligi aniqlandi.

Kasallik qish va bahorda ko'payadi. Xar 3–5–7 yilda kasallik ko'rsatkichlari ko'tarilib turadi.

Patogenezi. Qizilcha viruslari organizmga yuqori nafas yo'llarini shilliq qavatlari orqali kiradi. Viruslar qonga o'tadilar, bunga javoban gematologik o'zgarishlar va limfoid to'qimalarni shikastlanishi kuzatiladi. Virusni embrional to'qimalariga moyilligi borligi ehtimoli bor. Bu tug'ma nuqsonlar bilan tasdiqlanadi (katarakta, mikrotsefaliya, yurak tug'ma nuqsonlari va boshq.).

Klinikasi. Yashirin davr 15-24 kun davom etadi. U o'rtacha 18-30 kunni tashkil qiladi. Toshmalardan 1 hafta burun virusemiya kelib chiqadi.

Qizilchani juda ertangi tipik, patognomonik belgisi bu bo'yinning orqa, ensa, quloq orti va boshqa limfa tugunlarining kattalashishi xisoblanadi. Bu belgi toshmalardan 1-3 kun avval paydo bo'ladi va toshma yo'qolgach bir necha kundan so'ng yo'qoladi. Shishgan limfa tugunlari yirik no'hot yoki loviyadek bo'lib qattiqlashadi va og'riqchan bo'ladi. Ayrim hollarda limfa tugunlari ko'zga tashlanarli darajasida shishgan bo'ladi.

Ayrim hollarda toshmadan 1-2 sutka avval tumov, bir oz yo'tal, ko'z konyuktivasi giperemiyasi, bosh og'rig'i, holsizlik kuzatiladi.

Toshmalar yuz, bo'yin sohasidan boshlanib, bir necha soat ichida butun tanaga tarqaladi. Toshmalar ko'proq qo'l-oyoqlarning yoziluvchan satxlarda, yelka, bel, dumba sohasida bo'ladi; qorin, ko'krak va ayniqsa yuz sohalarida toshmalar kam bo'ladi. Toshmalar och qizil yumaloq yoki oval shakldagi dog'lar bo'lib, ayrim hollarda teri sathidan bir oz ko'tarilishi mumkin. Ularning hajmi to'g'nog'ich boshiday yoki undan katta bo'lishi mumkin. Ayrim bemorlarda

mayda, ayrimlarida katta dog'lar ko'p bo'ladi. Toshmalar bir-biriga qo'shilish xususiyatiga ega. Toshmalar 2-3 kun ko'zga tashlanib, pigmentatsiyasiz yoki to'la yo'qolib ketadi.

Ayrim bemorlarda ekzantemalardan tashqari tanglay shilliq qavatlarida dog'li enantemalar bo'lishi mumkin. Belskiy-Filatov-Koplik dog'lari hech qachon bo'lmaydi.

Toshmalar xaroratning 38⁰C ga ko'tarilishi bilan o'tadi. Ammo ko'pincha xarorat ko'tarilmaydi. Prodromal davrda paydo bo'lgan kataral belgilar, toshma paytda kuchaymaydi. Umumiy holat odatda buzilmaydi.

Kattalarda qizilcha og'irroq o'tib, umumiy reaksiya, nafas yo'llari katari, konyunktivit va mushak og'rig'i kuchli bo'ladi. Toshmalar mo'lroq bo'lib, bir-biri bilan qo'shilib ketishi mumkin.

Inkubatsion davrda periferik qonda leykotsitoz va neytrofillyoz, toshma paytida yengil leykopeniya, limfotsitoz, plazmatik hujayralarning 10 – 30% ga ko'payishi kuzatiladi. Inneparant turida serologik reaksiya antitelolarni 4 baravar ortishi kuzatiladi.

Asoratlari. Ensefalitlar, meningoensefalitlar, ensefaliomielitlar 5000-6000 bemorning bittasida uchraydi. Ular ko'proq kattalarda uchrab 15 – 20% o'lim bilan yakunlanadi. 3 – 5 kun uchrovchi ensefalopatiya qizilcha virusi bilan bog'liq. Boshqa asoratlar qizilchada kamdan-kam uchraydi.

Tug'ma qizilcha. Homilador ayollar qizilcha bilan og'rib qolsalar (ayniqsa homiladorlikning 1–3 oylari), homila halok bo'lishi va bola tashlash bo'ladi va 10-50% hollarda embrionda surunkali qizilcha infeksiyasi rivojlanib ichki organlar jiddiy shikastlanadi. Tug'ma nuqsonlar – mikrotsefaliya, gidrotsefaliya, qarquloqlik, katarakta, retinopatiya, glaukoma, yurak poroki, skelet buzilishlari bo'ladi. Tug'ma qizilcha natijasida bolalarda qandli diabet ham rivojlanishi mumkin.

Qizilcha bilan kasallangan homilador ayollarda homila muddatiga qarab turli embriopatiyalar rivojlanishi mumkin. 5 haftada karlik, 5–10 haftada

kardiopatiyalar, organogenez tugagach xar xil fermentopatiyalar, anemiya, trombositopenik purpura, gepatit, o'pka, suyaklar shikastlanishi mumkin.

Bu bolalarda virus uzoq muddat saqlanishi mumkin. Ularda maxsus antitelolarni yuqori titri kuzatiladi. Tug'ma qizilcha sindromi bilan tug'ilgan bolalarning bir qismi tug'ilishi bilan halok bo'ladi.

Tashxisi:

1. Klinik – epidimiologik usul.
2. Serologik usul RPGA, neytralizatsiya hammasi juft zardob bilan RSK.

Differensial tashxis:

1. Qizamik bilan
2. Yuqumli mononukleoz.
3. Skarlatina.
4. Zardob kasalligi.
5. Enterovirus ekzantemasi.
6. Dori – darmon toshmalari.

Davolash – simptomatik davo.

Profilaktika. Bemorlar toshmaning 5 kunigacha izolyatsiya qilinadilar. Homiladorlar qizilcha bilan og'risalar yoki shunday xavf tug'ilsa, 10–30 ml gammaglobulin tavsiya qilinadi. Ammo uning foydasi oz, homiladorlikning dastlabki oylari, homiladorlikning abort yo'li bilan to'xtatish tavsiya qilinadi.

Aktiv immunizatsiya bor. Tirik qizilcha vaksinasi ham ishlatiladi.

SUVCHECHAK (Varicella)

Suvchechak - o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, herpes viridae oilasiga kiruvchi viruslar tomonidan chaqiriladi, havo-tomchi yo'li bilan yuqadi, klinikasi o'rtacha zaharlanish belgilari, teri va shilliq qavatlarda ichida tiniq suyuqlik bo'lgan pufakchali toshmalarning toshuvi bilan izohlanadi.

Etiologiyasi. Pufakchali (vezikula) toshmalar ichidan virusni elementar tanachalarini N.Aragao (1911) aniqladi. Suvchechakli virusni birinchi bo'lib

T.N.Weller 1953 yili to'qimalarda o'stirib, ajratib oldi. Virus sferik bo'lakcha bo'lib, diametri 150 - 200 nmga teng, tarkibida DNK bor, xususiyatlariga ko'ra oddiy herpes virusiga yaqin va belbog'simon temiratki virusidan farq qilmaydi, shuning uchun zamonaviy toksonomiya va sinflanishiga qarab, uni suvchechak – zoster virusi, qisqartib (V-Z) virusi deb atashadi.

Bitta virusning o'zi klinik belgilari turlicha bo'lgan 2 ta kasallikni chaqirishi bu kasalliklardagi maxsus immunitet xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Temiratki esa immun organizmda patogen infeksiyani reaktivatsiyasi (katta faollashuvi) xisoblanadi.

Virus tashqi muhitga chidamsiz va hayvonlar uchun patogen emas. Inson va maymunlarni to'qimalari hujayralarida yaxshi o'sadi. Virus hujayra yadrosini shikastlaydi. Bu holda yadro ichida eozinofilli birikmalar shakllanadi. Ko'p yadroli gigant hujayralar ham hosil bo'lishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Suvchechak bolalarda eng ko'p tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Dunyo aholisini qariyb hammasi 10-14 yoshgacha suvchechak bilan og'rib o'tadi, kasallikni yagona manbasi – bemor odam. Bemor toshmalar toshuvidan so'ng 3-4 kun mobaynida atrofdagilar uchun xavfli xisoblanadi. Bemor, ayniqsa toshmalar toshishi bilan og'riyotganlar ham kasallik manbasi bo'lishi mumkin. Qo'zg'atuvchi pufakcha ichidagi suyuqlikdan topiladi, ammo po'stloqchada bo'lmaydi.

Infeksiyani yuqish yo'li – havo-tomchi yo'li bilan, kamroq hollarda muloqot yo'li bilan amalga oshiriladi. Kasallik katta masofalarga ham tarqalib yuqishi mumkin. Virus havo oqimi bilan ventilyatsiya tizimi, pillapoyalar orqali etapma-etap tarqalishi mumkin. Onadan homilaga infeksiyani yo'ldosh orqali o'tishi mumkinligi ham isbotlangan.

Suvchechakka moyillik – juda yuqori. Asosan maktab yoshigacha bolalar kasallanadilar. 2-3 oylikkacha bo'lgan bolalar suvchechak bilan kam og'riydilar. Ammo onasida immunitet bo'lmasa, yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham kasallanishi mumkin. Kasallik yilning sovuq paytida – kuz va qishda ko'p uchraydi. Yozda kasallik keskin kamayadi. Katta shaxarlarda suvchechakni epidemik ko'tarilishi

kuzatilsa ham, bu holat uyushgan bolalar jamoalarida epidemik to'liqin bo'lib o'tib ketadi.

Infeksiya o'tkazilgach mustahkam immunitet shakllanadi. Qayta kasallanish juda kam – 3% hollarda kuzatiladi.

Patogenez. Infeksiyani kirish darvozasi – yuqori nafas yo'llarini shilliq qavatlari xisoblanadi. Bu yerda virusni birlamchi ko'payishi kuzatiladi. Virus so'ngra limfa yo'llari bilan qonga tushadi. Qon oqimi bilan virus teri va shilliq qavatlarni epiteliy hujayralariga yoyilib seroz suyuqlik tarkibida yuqori miqdorda viruslar chaqirgan pufakchalar hosil qiladi. Bundan tashqari, suvchechak virusi asab tizimiga ham tropizmi bor bo'lgani uchun, umurtqaaro gangliyalari, bosh miya po'stlog'i, po'stloq osti qismlari, va ayniqsa miyacha po'stlog'ini shikastlaydi. Kamdan kam hollarda ichki organlar, ayniqsa jigar, o'pka, oshqozon-ichak tizimi shikastlanishi mumkin.

Patomorfologiyasi. Asosiy morfologik o'zgarishlar, teri va shilliq qavatlarda kuzatiladi. Suvchechak pufakchasini shakllanishi epidermisni bigizsimon qavati hujayralarini shikastlanishiga bog'liq bo'ladi. Zararlangan hujayralar giperplaziyasiga uchrab, ular ichida yadro ichi va sitoplazma ichi oksifil donachalari hosil bo'lib, so'ngra hujayra ballon distrofiyasiga uchrab, to'la nekrozga uchraydi. Eng ko'p shikastlangan o'chog'larda to'qimaaro suyuqlik to'planib, tipik pufakchalar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Bu hollarda derma shishgan, unda limfa – monotsitar infiltratsiya kuzatiladi. Pufakchalar ichidagi suyuqlik asta – sekin so'rilib, ularni usti cho'kib, jigar rang po'stloqcha hosil bo'ladi.

Kasallikning keng tarqalgan turlarida vezikulyoz toshmalar shilimshiq va yaralar shaklida oshqozon-ichak tizimi, kekirdak, siydik pufagi, buyrak kanalchalari uretra shilliq qavatlarida aniqlanadi. Kasallikni keng tarqalgan shakli kamdan kam hollarda, immun yetishmovchiligi bor bolalarda uchrashi mumkin.

Klinik manzarasi. Yashirin davr – 11-21 kun, o'rtacha 14 kun. Kasallik xaroratni subfebril ko'tarilishi va umumiy holatni bir oz buzilishidan iborat qisqa muddatli prodromal belgilar bilan boshlanishi mumkin. Ayrim bemorlarda bu davr

qizamiqsimon yoki skarlatinasimon toshmalar toshadi. Ammo bu toshmalar ko‘pincha suvchechak toshmalarining avjida toshadi. Kasallik odatda o‘tkir boshlanib, xarorat $37,5 - 38,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko‘tariladi, suvchechak toshmalari toshadi. Teridagi dastlabki element, bu mayda dog‘-papula bo‘lib, u tezda bir necha soatda diametri 0,2-0,5 sm li vezikulaga aylanadi. Suvchechak vezikulalari yumaloq yoki oval shaklda bo‘lib, terini yumshoq asosida shakllanadi, atrofi giperemiya chizig‘i bilan o‘raladi, devori tarang, ichida tiniq suyuqlik bo‘ladi. Suvchechakni ayrim elementlari markazida kindiksimon o‘yig‘i bo‘ladi. Pufakchalar bir kamerali bo‘lib, igna bilan teshilsa, bo‘shab, cho‘kib qoladi. Birinchi sutka oxiri, ikkinchi sutkada pufakchalar qurib, cho‘kib qoladi va 1-3 hafta saqlanuvchi po‘stloqchaga aylanadi. Ularni ko‘chgan o‘rinlarida 2-3 oy davomida asta-sekin so‘rilib ketuvchi pigmentli dog‘larni ko‘rish mumkin, ammo chandiq hosil bo‘lmaydi. Toshmalar yuzda, boshni sochli qismida, tana va oyoq-qo‘llarda joylashgan bo‘ladi. Kaftda va tovonda toshma bo‘lmaydi.

Ba’zida vezikulyoz toshmalarni og‘iz shilliq qavatlarida, ko‘z konyuktivasida, kam hollarda hiqildoq va jinsiy organlarda uchratish mumkin. Toshma elementlari shilliq qavatlarda nozik bo‘lib, tezda yuzaki eroziyalarga aylanadi, ular bir oz og‘riqli bo‘lishi mumkin. Eroziyalar toshmalar toshuvini 3-5 kunlari tuzaladi.

Suvchechakda toshmalar bir vaqtda emas, balki 1-2 kun farq bilan turtkilab toshadi. Shu sababli terida turli bosqichlarda rivojlangan elementlarni – dog‘-papulalarni, pufakchalarni, po‘stloqchalarni ko‘rish mumkin. Buni toshmalarni “yolg‘on polimorfizmi” deyilib, suvchechakka juda hos bo‘ladi. Xar yangi toshmalar xaroratni ko‘tarilishi bilan namoyon bo‘ladi, shuning uchun xarorat chizig‘i noto‘g‘ri shakl oladi. Kasallik avjida (odatda bu toshmalarni maksimal toshuviga to‘g‘ri keladi) bolalarda umumiy xolsizlik, ishtaha yo‘qligi, uyqu ritmini buzilishi kuzatiladi. Eng yosh bolalarda injiqlik, terida qichishishlik kuzatiladi. Yosh bolalarda ham zaharlanish toshmalarni mo‘lliciga mutanosib tarzda kuzatiladi.

Suvchechakda periferik qon manzarasi odatda o'zgarmaydi. Ba'zida yengil leykopeniya va nisbiy limfotsitoz kuzatiladi.

Sinflanishi. Tipik va atipik suvchechak farqlanadi. O'z navbatida tipik suvchechak og'irligi bo'yicha yengil, o'rta og'ir va og'ir turlarga bo'linadi. Suvchechakni kechishi tekis, asoratsiz va asoratli bo'ladi.

Tarkibida tiniq suyuqlik bo'lgan pufakchali toshmalar bor holatlar tipik tur xisoblanadi. Tipik turlar og'irligi bo'yicha yengil, o'rta og'ir, og'ir turlarga bo'linadi.

Suvchechakni sinflanishi

Tipi	Og'irligi	Kechishi
Tipik	Engil O'rta og'ir Og'ir	Tekis, asoratsiz Asoratli
Atipik: Rudimentar Gemorragik Gangrenoz Tarqalgan (visseral)		

Yengil turi xaroratni $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ ga oshuvi bilan izohlanadi. Zaharlanish belgilari bo'lmaydi. Toshmalar ko'p emas.

O'rta og'ir turida xarorat 39°C ga ko'tariladi, zaharlanish belgilari o'rtacha, terida, shu jumladan shilliq qavatlarda ham toshmalar mo'l bo'ladi.

Og'ir turida xarorat yuqori $39,5-40,0^{\circ}\text{C}$ bo'ladi, toshmalar juda ko'p, yirik va ko'proq bo'ladi. Kasallik avjida talvasa sindromli yoki meningoensefalitik reaksiyali neyrotoksikoz bo'lishi mumkin.

Atipik turlariga rudimentar, gemorragik, gangrenoz, tarqalgan (visseral) turlari kiradi.

Rudimentar turi – odatda qoldiq maxsus immuniteti bor bolalarda yoki inkubatsion davrda immnoglobulin, plazma olganlarda bo‘ladi. Asosan rozeolyoz-papulyoz va arang seziladigan, rivojlanmagan pufakchalar toshuvi bilan izohlanadi. Kasallik toshmasiz o‘tadi. Bolani umumiy holati o‘zgarmaydi.

Tarqalgan (visseral) turi – asosan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Ba’zida og‘ir hastaliklar hisobiga nimjonlangan va immunodepressiv davro olgan katta yoshli bolalarda ham uchraydi. Kasallik gipertermiya, og‘ir zaharlanish belgilari va jigar, o‘pka, buyrak va boshqa ichki organlarni shikastlanishi bilan namoyon bo‘ladi. Kasallik o‘ta og‘ir kechib, ko‘p hollarda o‘lim bilan yakunlanadi. Yorib ko‘rilganida jigar, o‘pka, oshqozon osti bezi, buyrak usti bezlari, timus, qora taloq, iliklarda mayda o‘chog‘li nekrozlar kuzatiladi.

Gemorragik turi - kasalvand, nimjon, gemablastoz, gemorragik diatez bilan og‘ruvchi, uzoq vaqt kortikosteroidlar, sitostatiklar olayotgan bolalarda uchraydi. Bu xolda toshmalarning 2-3 kuni pufakchalar ichidagi suyuqlik gemorragik tus oladi. Teri va shilliq qavatlarga qon quyilishi, qon qayd qilish kuzatiladi. Odatda bu bemorlarda oqibat yaxshi bo‘lmaydi.

Gangrenoz turi – bu turda gemorragik pufakchalar atrofida yallig‘lanish reaksiyasi bo‘lib, so‘ngra nekrozlar paydo bo‘ladi, ular ustida qonli qatqaloq paydo bo‘ladi, qatqaloq ko‘chgach chuqur, ichi loyqalangan yaralar paydo bo‘ladi. Yaralar kattalashib, bir-biri bilan qo‘shilib ketadi. Bu holat o‘ta nimjon, kasalvand bolalarda bo‘lib, ikkilamchi mikrofloraga qo‘shilishi tez bo‘ladi. Gangrenoz tur uzoq davom etadi, ko‘pincha septik tus oladi.

Suvchechakni sinflanishi (V.F.Uchaykin, 1999)

Og‘irlik turi	Og‘irligini baxolash mezonlari	Kechishi
Engil turi	Terida ko‘p bo‘lmagan pufakchali toshmalar: tana t^0 – si 37,5 -38,0 ⁰ C	1. Tekis, asoratsiz.
O‘rta og‘ir turi	Terida ko‘p pufakchali toshmalar: shilliq qavatlarda bir – ikkita pufakchalar, tana t^0 – si 39,0 ⁰ C	

Og'ir turi	Juda ko'p pufakchali toshmalar. Ular vezikula bosqichida to'xtab qoladi; tana xarorati $-40,0^{\circ}\text{C}$ va undan yuqori	2. Ensefalit, nevrit, poliradikulonevrit bilan asoratlangan.
Tarqalgan (visseral) turi	Talvasa sindromi, meningoensefalitik reaksiyali neyrotoksikoz, gipertermiya. Vezikula bosqichidagi yoppa toshmalar, ularni ko'pi gemorragik xarakterda. Ichki organlar shikastlanishi.	3. Piodermiya, limfaadenit, sepsis shaklida
Rudimentar turi	Teridagi toshmalar vezikula bosqichida (makula-papulyoz tipda), tana t° – si me'yorida.	ikkilamchi bakterial infeksiya bilan asoratlangan.

Kechishi. Tipik hollarda kasallik yengil kechadi. Tana xarorati 3-5 kuni me'yorlashadi. Og'ir turlarida toshmalar va xarorat kasallikni 7-10 kunigacha davom etadi. Po'stloqchalar kasallikni 7-14 kuni ko'chadi. Kamdan-kam hollarda po'stloqchalar kasallikni 3-haftasida tushadi. Ularni o'rnida yengil dog'li pigmentatsiya, ba'zida yengil chandiqlik qoladi.

Asoratlari. Suvchechakda asoratlar suvchechak virusi yoki ikkilamchi mikroflora hisobiga bo'ladi.

Maxsus asoratlar qatoriga suvchechak ensefaliti va meningoensefaliti, kamroq hollarda mielit, nevrit, miokarditlar kiradi.

MNS kasallikni birinchi kunlari, toshmalarni avjida kelib chiqishi mumkin. Bunda og'ir umumiy holat, gipertermiya, shiddat bilan rivojlanuvchi umumiy miya belgilariga hos talvasa va xushning yo'qolishi kasallikni 1-2 kunlari rivojlanadi, so'ng ahvol bir oz yaxshilanib, o'chog'li belgilar va gemiparez kelib chiqadi. Kasallik odatda tekis kechadi. Bu asoratlar juda kam uchraydi, suvchechakni og'irligidan darak beradi.

Bundan tashqari, po'stloqcha davrida ham ensefalit rivojlanishi mumkin, u ham og'ir klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi, ammo kechishi tekis bo'ladi.

MNS tomonidan yana yuz va koʻz nervi paralichi, koʻndalang mielit, gipotalamik sindrom rivojlanishi mumkin. Suvchechakda Rey sindromi, chaqmoqsimon purpura, mio-, peri-, endokarditlar, gepatit, glomerulonevrit, keratit singari asoratlar ham uchrashi mumkin.

Bakterial asoratlardan: flegmona, abscess, impetigo, bullyoz streptodermiya, yolin, limfadenit koʻp uchrab turadi. Odatda bu asoratlar nimjon bolalarda, teri va shilliq qavatlarini gigienik saqlash buzilganida rivojlanadi. Ogʻiz shilliq qavatlaridagi toshmalar stomatit, koʻz shilliq qavatlaridagi konyuktivit va keratit bilan asoratlanishi mumkin. Kamroq hollarda zotiljam va krup sindromi rivojlanadi.

Suvchechakni chaqaloqlar va erta yoshli bolalarda kechishi xususiyatlari. Suvchechak bilan umumiy kasallanishning 25% ni 1 yoshgacha boʻlgan bolalarga toʻgʻri keladi. Yangi tugʻilgan bolalarda kasallik postnatal yuqqanida kechishi oʻziga hos boʻladi. Masalan, yangi tugʻilgan chaqaloqlarda kasallik umum infeksiyon belgilardan boshlanadi. Birinchi kunlaridanoq xolsizlik, bezovtalik, ishtaha yoʻqligi, qayt qilish, ich surilishi kuzatiladi, ammo xarorat bir oz koʻtarilgan yoki meʼyorida boʻladi. Toshmalar kechikib, 2-5 kunlari toshadi, moʻl boʻladi, polimorfizm, yaʼni terida papula, vezikula, pustulalarni koʻrish mumkin, baʼzida toshmalar bitta element bosqichida toʻxtab qolganday boʻladi. Toshmalar avjida xarorat juda baland, gipertermiya, talvasa sindromi, xushning yoʻqolishi, toshmalarni gemorragik tus oladi. Kasallik ogʻir kechib neyrotoksikoz, meningoensefalitik reaksiyalar, ichki organlarni shikastlanishi kuzatiladi. Yangi tugʻilgan chaqaloqlar, erta yoshli bolalarda ikkilamchi bakterial infeksiya tez qoʻshilib birinchi oʻchogʻlar – piodermiya, flegmona, abscesslar, zotiljam paydo boʻladi.

Bir vaqtning oʻzida bu yoshdagi bolalarda onasini qoldiq immuniteti boʻlsa, yoki bola yashirin davrda immunoglobulin, plazma olgan boʻlsa suvchechak rudimentar yoki juda yengil oʻtishi ham mumkin.

Tugʻma suvchechak. Homiladorlikni dastlabki oylarida ayol infitsirlansa, suvchechak virusi terotogen taʼsir qilishi mumkin. Ammo amaliyotda suvchechak

virusi ta'sirida embrio- va fetopatiya bilan tug'ilgan bolalar kam bo'ladi. Homilador ayol suvchechak bilan og'rishi homilani davomiyligiga ta'sir qilmaydi. Homiladorlikni oxirgi kunlari suvchechak bilan kasallanishda tug'ma suvchechak kelib chiqishi mumkin. Suvchechakni yashirin davri 11 kundan 23 kungacha bo'lgani sababli, 11 kungacha bo'lgan yangi chaqaloqlardagi kasallik tug'ma xisoblanadi.

Tug'ma qizilchada yashirin davr qisqa – 6 kundan 16 kungacha bo'ladi. Kasallik o'rta og'ir va og'ir turlarda o'tadi. Ichki organlarni shikastlanishi bilan o'tuvchi tarqalgan (visseral) tur tez-tez uchrab turadi. Ammo o'ta yengil, rudimentar turlar kam uchraydi. Tug'ma suvchechakni og'irligi yuqish muddatlariga bog'liq bo'ladi. Homilador ayol tug'ish arafasida suvchechak bilan og'risa, chaqaloqda kasallik 5-10 kuni rivojlanib, og'ir o'tadi, ko'p hollarda o'lim bilan yakunlanadi. Homilador ayol tug'ruqdan 5-10 kun avval kasallansa, chaqaloqda kasallik belgilari tug'ilishi bilanoq ko'rinib, kasallik yengil o'tadi, o'lim bo'lmaydi. Bunga sabab, 2-holatda onada maxsus antitelalar hosil bo'lib, bolaga yo'ldosh orqali o'tadi, 1-holatda esa maxsus antitelalar hosil bo'lib ulgurmaydi.

Tug'ma suvchechakni oldini olish uchun homilador ayol homiladorlikni oxirgi muddatlari suvchechak bemori bilan muloqotda bo'lsa va ilgari suvchechak bilan og'rimagan bo'lsa 20 ml immunoglobulin yuborilishi tavsiya qilinadi.

Tashxis. Tashxis tipik pufakchali (vezikulyoz) toshmalarni aniqlanishi, ularni butun tanaga toshishi, shu jumladan boshni sochli qismida bo'lishi asosida qo'yiladi. Toshmalarni o'ziga hos evolyutsiyasi, toshmalar polimorfizmiga ham e'tibor beriladi.

Laboratoriya– umuman oddiy va elektron mikroskopda pufakcha suyuqlikdan tayyorlangan surtmani Morozov bo'yicha mis eritmasida bo'yab, aralash tanachalari (viruslar to'plami) ni aniqlash ishlatiladi.

Serologik reaksiya uchun komplementni bog'lash reaksiyasi va IFA ishlatiladi.

Immunoferment usulda vezikula suyuqligidan tayyorlangan surtma nusxalarida suvchechak antigenini aniqlash ham ahamiyatli bo‘ladi. Virusni insonni embrional hujayralari kulturasida aniqlash mumkin.

Differensial tashxisi. Suvchechakni o‘tmishda chinchechak bilan qiyoslash ancha mushkul edi. Hozir chinchechak yer yuzida tugatilgan. Suvchechakni impetigo, strofulyus, gerpetik infeksiyani tarqalgan turlaridan, juda kam hollarda skarlatina va boshqa toshmali kasalliklardan ajratish kerak bo‘ladi.

Impetigoda toshmalar asosan yuzda va qo‘llarda bo‘lib, pufakchalar sariq-yiringli suyuqlik ushlaydi, pufakchalar tezda yorilib, qalin po‘stloqlar hosil bo‘ladi.

Strifulyusda xarorat ko‘tarilmaydi. Toshmalar kuchli qichishuvchi, qattiq elementlardan iborat bo‘lib, asosan dumba, yelka, qo‘l va oyoqlarning yoziluvchan qismlarida ko‘p uchraydi. Gerpetik infeksiyani tarqalgan turlari eng yosh bolalarda uchrab, og‘ir o‘tadi, guruhlashgan pufakchali toshmalardan tashkil topib (tanani ochiq qismlarida), bir-biri bilan qo‘shilishga moyil bo‘lib, ko‘pgina po‘stloqlar hosil bo‘ladi. Jigar, qora taloq, limfa tugunlar kattalashadi.

Ba‘zan suvchechakda bo‘ladigan skarlatinasimon toshmalar o‘zini joylashishi bilan, angina, malinasimon til, og‘iz-burun uchburchagida oqlik yo‘qligi bilan skarlatinadan ajratiladi.

Oqibatlari. Tipik hollarda sog‘ayish bilan yakunlanadi. Kasallikning yomon sifatli turlari (keng tarqalgan, gangrenoz, gemorragik) turlarida, og‘ir bakterial asoratlar rivojlansa, asosan eng yosh bolalarda, ayniqsa yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda yoki tug‘ma suvchechakda kasallik o‘lim bilan yakunlanishi mumkin.

Davolash. Bolani gigienik holatiga, ko‘rpa-choyshablarni, kiyimlarni, bolani qo‘lini pokizaligiga e‘tibor berib turiladi. Vezikulalarga 1%-li brilliant ko‘ki, ovqatlangandan so‘ng og‘iz bo‘shlig‘ini dezinfeksiyalovchi moddalar bilan chayqash tavsiya etiladi. Yiringli asoratlar rivojlansa antibiotiklar buyuriladi. Suvchechakda kortikosteroidlarni berib bo‘lmaydi, ammo suvchechak ensefaliti yoki meningoensefalitda gormonlar samara beradi. Og‘ir holatlarda bolani og‘irligi hisobiga 0,2-0,5 ml/kg immunoglobulin buyuriladi.

Ammo eng yaxshi samara adenin arabinozid, atsiklovir, viroleks, gansiklovir singari virusga qarshi preparatlar buyurilganda bo‘ladi. Bu preparatlar sutkasiga 5 mg/ kg dan 100 ml. fiziologik eritmaga vena ichiga yuborilsa suvchechakni kechishi to‘xtaydi. Suvchechak asoratlari (ensefalit, maxsus pnevmoniya va boshqalar) rivojlanganda ham bu preparatlar kerakli samara beradi.

8-bob. TRANSMISSIV YO‘L BILAN YUQUVCHI KASALLIKLAR

ARBOVIRUSLI KASALLIKLAR

Arbovirus kasalliklari – umurtqali xayvonlar organizmida yashovchi qonso‘rar hashoratlar orqali tarqaladigan viruslar qo‘zg‘atadigan kasalliklar guruhidir. Ular yer yuzida keng tarqalgan bo‘lib, ko‘proq tabiiy o‘choqli infeksiya sifatida uchraydi. Arboviruslar dezinfeksiyalovchi moddalar ta‘sirida tezda halok bo‘ladi. Shu vaqtgacha 300 ga yaqin arboviruslar borligi ma‘lum. Ularning 80 xili odamlarda kasallik qo‘zg‘atadi. Ko‘pchilik arbovirus kasalliklari tabiiy o‘choqli infeksiyalar guruhiga kiradi. Arbovirusli kasalliklar orasida gemorragik isitmalar, virusli ensefalitlar, sariqli isitma, Pappatachi va Denge isitmaları muhim o‘rin tutadi.

GEMORRAGIK ISITMALAR (GI)

Gemorragik isitmaları aksariyati o‘ta xavfli, karantin infeksiyalar hisoblanib, organizmni kuchli intoksikatsiyasi, isitma va gemorragik belgilar bilan ta‘riflanuvchi, arboviruslar qo‘zg‘atadigan yuqumli kasalliklar guruhidir.

Gemorragik isitmalar juda qadim zamonlardan (masalan Jurjoniy — 1110 y.) ma‘lum bo‘lsada, ularni aniqlash va o‘rganish asosan XX-asrning 40-yillaridan boshlandi. Qadimdan o‘zbeklar bu kasallikni "qora xalak" deb atab kelishgan.

Gemorragik isitmalar epidemiologik xususiyatlariga qarab uch guruhga

bo‘linadi:

1. Kanalar orqali yuqadigan Gemorragik istimalar (Qrim-Kongo GI va unga o‘xshash kechadigan Uzbekiston GI, Omsk GI va b.).

2. Chivin orqali yuqadigan Gemorragik istimalar (sariqlik isitma, Denge-Chikungunya va Rift-Valli GI lari).

3. Kontagioz zoonoz gemorragik istimalar (buyrak sindromi bilan o‘tadigan GI, Argentina GI si, Marburg isitmasi va b.).

Bizni respublikamizda uchrashi mumkin bo‘lgan O‘zbekiston gemorragik istimasi Qrim-Kongo gemorragik istimasi guruhiga mansub, biroq undan o‘zining og‘ir kechishi, klinik belgilari hamda epidemiologik ayrim xususiyatlari bilan farqlanadi.

O‘ZBEKISTON GEMORRAGIK ISITMASI

O‘zbekiston gemorragik istimasi – kuchli intoksikatsiya, isitma, gemorragik belgilar va ichki organlarning zararlanishi bilan namoyon bo‘ladigan, ko‘pincha og‘ir kechadigan o‘ta xavfli, karantin infeksiyasi bo‘lib xisoblanadi.

O‘zbekistonda gemorragik isitmalarni o‘rganish T.I.Mihaylov, N.I.Xodukin, A.L.Katsenovich, I.D.Itskovach, I.K.Musaboev va boshqalarning (1946-1955 y.) nomlari bilan bog‘liq. So‘nggi yillarda A.M.Meliev boshchiligida bir guruh olimlar tomonidan chuqur o‘rganilgan.

Etiologiyasi. Bu gemorragik isitmani arboviruslar avlodiga kiradigan vazotrop virus qo‘zg‘atadi. Qoramollar va otlarda parazit bo‘lib yashovchi kanalar virusning rezervuari bo‘lib xisoblanadi. Bu kanalar molxona va omborlarning devoridagi kavaklarda yashaydi. Ular asosan tog‘ yaqinidagi adirlarda, tepalik va pastlik joylarda uchraydi, cho‘llarda uchramaydi. Shu sababdan gemorragik isitma faqat shu kanalar yashaydigan xududlardagina, ya’ni ma’lum bir tabiiy uchoqlarda uchraydi.

Epidemiologiyasi. O‘zbekiston gemorragik isitmasi sporadik xolda uchraydi (epidemiyasi bo‘lmaydi). Bu isitma bilan omborlar, fermalarda ishlaydigan va o‘sha yerlarda yotib qoladigan kishilar kasallanadi.

Kasallik hollari mart oyidan boshlanib, yozda (iyun-iyulda) ko‘payadi va oktabr-noyabr oylarida kamayadi. Qish vaqtlarda juda kam uchraydi.

Kana chaqqanda odam ko‘pincha hech narsa sezmaydi. Bemor qoni sog‘lom odamning terisi va shilliq pardasining shilingan joyiga tushganda ham kasallik yuqishi mumkin.

O‘zbekiston gemorragik isitmasi odamga asosan zararlangan kanalar chaqqanda, shuningdek teri yoki shilliq qavatlarga bemor qoni tekkanda yuqadi. Shuning uchun bunday bemorlarni parvarish qilayotgan va davolash muolajalari o‘tkazayotgan, yoki bemor qoni bilan ishlayotgan shaxslar, ayniqsa tibbiyot xodimlari, barcha ehtiyot choralariga qat’iy rioya qilishlari kerak.

O‘zbekiston gemorragik isitmasi boshqa ko‘pchilik gemorragik isitmalardan o‘zining kontagiozligi, nisbatan og‘ir kechishi va ko‘p o‘lim berishi bilan farqlanadi.

Patogenezi. O‘zbekiston gemorragik isitmasi asosan transmissiv yo‘l bilan yuqadi. Virus markaziy va vegetativ nerv tizimiga va mayda qon tomirlariga ta’sir qiladi, natijada markaziy va vegetativ nerv tizimlarining faoliyati buziladi, qon tomir devorlarining o‘tkazuvchanligi kuchayib, umumiy intoksikatsiya belgilari paydo bo‘ladi.

Viruslarning vazotrop xususiyatlari shunda namoyon bo‘ladiki, ya’ni bunda qon tomiri devorlarining o‘tkazuvchanligi oshib ketadi, bu kasallik uchun patologik hisoblangan to‘qimadagi plazmorreyaning kelib chiqishiga sabab bo‘ladi. Natijada perivaskulyar shish, ko‘plab qon quyilishi va nekrobioz o‘choqlarining paydo bo‘lishi kuzatiladi.

Kasallikning patogenezi kapillyarotoksikoz, gemorragik toshmalar, ko‘plab qon quyilishi, ichki organ to‘qimalari va markaziy nerv tizimining zararlanishi, shish ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Kasallik avj olganda ko‘pincha gipotalamogipofizar, buyrak usti bezi yetishmovchiligi va infeksiyon toksik shok

holat yuzaga keladi.

Oliguriya, og'ir hollarda esa anuriyaning kelib chiqishi buyrak yetishmovchiligining belgilari bo'lib, bu elektrolit va azot almashinuvining buzilishiga ham olib keladi.

Gemorragik isitmadan o'lgan odam murdasi yorilganda hamma organ va tizimlarda gemorragiya belgilari borligi, ya'ni ularga qon qo'yilib qolganini ko'rish mumkin.

Klinikasi. Kasallikning klinik kechishida 4 davr ajratiladi: inkubatsion davri, boshlang'ich davri, gemorragik alomatlari paydo bo'ladigan davri va sog'ayish davri. Inkubatsion, kasallikning yashirin davri 3-6 kun. Boshlang'ich davri bir necha soatdan 3 kungacha davom etib, asosan isitma va umumiy intoksikatsiya belgilari bilan namoyon bo'ladi. Kasallik, odatda to'satdan et uvishishi, qaltirash va tana xaroratining 38-39°C gacha ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Ba'zan bemorni boshi, oyoq-qo'llari, beli qaqshab og'riydi, darmonsizlanadi, yuzi, tomog'i va ko'z konyuktivalari qizaradi. Ishahasi yo'qoladi, ba'zan ko'ngli aynib qusadi va ichi suyuq keladi. Davom etayotgan isitma va intoksikatsiya belgilarini kuchayishi bilan gemorragik belgilar paydo bo'la boshlaydi, kasallikning navbatdagi — gemorragik davri boshlanadi. Bu davrda terida petexial toshmalar toshadi, burun va milklar qonaydi, og'ir hollarda buyrak, oshqozon, ichak, bachadon va o'pkadan qon ketadi. Kasallikning og'ir, yoki yengilligi qon ketishining ko'p-ozligiga qarab belgilanadi.

Bemor qon aralash safro bilan qayt qilishi va ichidan ham qon kelishi kasallikning og'irligidan darak beradi. Ichki a'zolariga qon quyilishi kasallikning 5-7 kunlarida o'limga olib kelishi mumkin.

Bu kasallikda isitma o'rtacha 7-8 kun davom etadi, ko'pincha qo'sh to'liqlik bo'ladi. Bemorda taxikardiya, gipotoniya, jigar, ba'zan, taloqning ham kattalashganligi kuzatiladi.

Siydikda — albuminuriya, mikrogematuriya aniqlanadi. Kasallik og'ir kechganda bemorda meningeal belgilar kuzatiladi. Xomilador ayollarda bola tashlash hollari uchraydi.



Kasallik yengil, yoki gemorragik belgilersiz o'tishi ham mumkin.

Rasm 32. Melena (ichakdan kon ketish)(CDC dan).

Kasallik yengil o'tganda intoksikatsiya va gemorragiya

belgilari asta-sekin pasayib borib, 2-3 hafta davomida yo'qoladi. Kasallikdan sog'ayishi bir necha haftaga cho'ziladi.

O'zbekiston gemorragik isitmasida o'lim 30-35% ni tashkil etadi. O'lim asosan intoksikatsiya sababli yurak-qon tomirlar faoliyatining yetishmovchiligi hamda qon ketishi va ichki organlarga ko'p qon quyilishlar oqibatida sodir bo'ladi. Qonda leykopeniya, neytrofil yadrolarining chapga surilishi, aneozinofiliya, trombositopeniya kuzatilib, EChT tezlashadi. Isitma avjida, ko'p qon yo'qotish natijasida gipoxrom kamqonlik kelib chiqadi. Xarorat 7—10 kun davomida baland bo'lib, so'ng pastlaydi, 2—4 hafta davom etadigan rekonvalessensiya davrida a'zoldagi barcha o'zgarishlar o'z o'rniga qaytadi.

O'zbekiston gemorragik istimada o'lim, xususan uning buyrak sindromlari bilan o'tadigan turida Qrim-Kongo gemorragik isitmasiga nisbatan yuqoriroqdir.

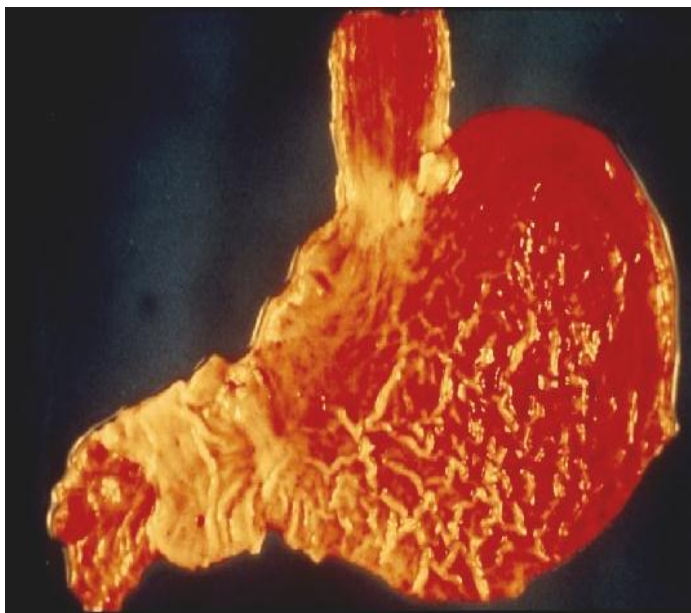
Tashxisoti. Kasallikni o'z vaqtida aniqlash epidemiologik anamnezni to'g'ri baholash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshiruvlardan: qonda gipoxrom anemiya, leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, neytropeniya, aneozifiliya va trombositopeniya bo'lishi gemorragik isitmalarga hosdir. Leykopeniya va trombositopeniya darajasi kasallikning og'ir-engilligini ifodolaydi. Qonda umumiy oqsil va globulinlar kamayib ketadi.

Rasm 33. Oshqozondan qon ketishi (CDC dan).



Kasallik tashxisi, albatta virusni aniqlash va spetsifik antitelolar titri ortishini aniqlashga asoslangan. Bemorlardan olingan moddalardan (qon yoki orka miya suyuqligi) virusni aniqlash uchun flyuoressensiyalanuvchi antitelolar usuli va bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyasidan foydalaniladi.

Serologik reaksiyalar: komplementni biriktirish reaksiyasi, neytralizatsiya reaksiyasi va boshqalar bemor qonida spetsifik antitelolarni aniqlashga asoslangan bo‘lib, ularni juft zardob usulida (birinchi marta qon kasallik boshlanishida — o‘tkir davrida, ikkinchi marta — 2-3 hafta o‘tgach, rekonvalesensiya davrida olinadi) tekshiriladi.



Rasm 34. Gemorragik toshmalar ko‘rinishi.

Davolash. Davolashning spetsifik usullari bo‘lmaganligi tufayli, o‘tkaziladigan tadbirlar

asosan infeksiyon-toksik shok va gemorragiyani bartaraf etish hamda yurak-qon tomir tizimi faoliyatini yaxshilashga, shuningdek yiringli septik asoratlar oldini olishga qaratilmog‘i kerak.

Bemor tezlikda kasalxonaga yotqizilib, kasallikning boshlang‘ich va avj olish davrida hamda rekonvalessentlik davrining birinchi 2 haftasida qat‘iy yotish rejimida ushlanadi. Parhezi — yengil hazm bo‘ladigan, yuqori kaloriyali va vitaminlarga boy ovqatlardan iborat bo‘ladi. Suyuqlik (meva va sabzavot sharbatlari, ma‘danli suvlar) ko‘p beriladi.

Etiotrop davolash sifatida kasallikning birinchi 10 kunida (virusemiya davrida) ilgari kasallanib tuzalgan kishilar qonining zardobi, yoki plazmasi 150-200 ml. miqdorida, og‘ir kechganda 400-600 ml. vena tomiriga yuboriladi.

Davolashning dastlabki kunlaridan boshlab, gemorragiyani oldini olish va to‘xtatish maqsadida, askorbin kislotasi (sutkada 500-600 mg.), rutin 0,01 g. 3 marta, vitamin K va B guruh vitaminlar, shuningdek qon va plazmani bo‘lib-bo‘lib quyish, jelatina, kalsiy xlorid va boshqalar keng qo‘llanadi.

Intoksikatsiyaga qarshi reopoligyukin, reosorbilakt, poliglyukin, albumin, plazma va boshqa suyuqliklar venaga, yoki klizma yo‘li bilan yuboriladi. Sutka davomida yuboriladigan suyuqlik miqdori 500 ml. dan 2 litrgacha bo‘ladi. Intoksikatsiya kuchli bo‘lganda qon quyish va kortikosteroidlar yaxshi samara beradi.

Bemorni qunt bilan parvarish qilish va to‘g‘ri ovqatlantirishning ahamiyati katta. Kasallik avj olgan davrda hayvon oqsillari va yog‘lar chegaralanadi, kefir, qatiq, tvorog, kisel, sharbatlar, sho‘rva, suyuq bo‘tqalar beriladi. Mushak og‘riqlarida iliq vannalar, uyqusizlikda osoyishta tartib, takroriy qusish va hiqichoq tutganda me‘dani 2% li natriy bikorbanat eritmasi bilan yuvish, anestezin, novokain va yalpiz preparatlaridan ichirish, venaga 10% li natriy xlorid eritmasi va teri ostiga 1 ml 2.5% li aminazin yuborish yaxshi natija beradi. Og‘iz-tomoq sohasida bo‘ladigan ikkilamchi asoratlarni oldini olish maqsadida og‘iz bo‘shlig‘ini parvarishlash, uni dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayish, so‘lak ajralishini kuchaytirish uchun qotgan non chaynash tavsiya etiladi. Bemorda

ikkilamchi bakterial asoratlar paydo bo'lgan taqdirda antibiotiklar tayinlanadi.

Profilaktikasi. Kasallik uchraydigan tabiiy o'choqlarda kanalarni yo'qotish, buning uchun uy hayvonlari terisi bahor va yoz oylarida haftada bir marta xlorofos bilan tozalab turilishi, ko'ringan kanalarni esa yig'ib, yoqib yuborish o'sha hududda yashovchi aholi o'rtasida tushuntirish ishlari olib borish gemorragik isitma oldini olishda asosiy tadbir hisoblanadi.

Kasallik gumon qalingani zahoti bemor kasalxonada alohidalanadi va uning axlati, qusig'i va boshqa chiqindilari bir soat davomida 1% li xloramin yoki 3% lizol eritmasida saqlanadi, ichki kiyimi, idish-tovoqlari va boshqa buyumlari 30 daqiqa davomida qaynatiladi.

Bemordan ajralayotgan qon atrofdagilar uchun o'ta xavfli ekanligini



unutmaslik kerak. Binobarin, bemorni parvarishlovchi va davolovchi barcha tibbiyot xodimlari ehtiyot choralariga qat'iy amal qilishlari: o'ta xavfli yuqumli kasalliklarga qarshi himoya kiyimi - rezina qo'lqop, og'iz-burunga doka niqob tutib va himoyalovchi ko'zoynak taqib ishlashlari zarur.

Rasm 35. Gemorragik istimada teridagi toshma (ma'ruza materialidan).

Gemorragik isitmani boshidan kechirgan xar bir bemor, lozim bo'lib qolganida boshqalarni davolashga qon olish maqsadida, mahalliy DSENM da alohida ro'yxatga olib qo'yiladi.

QRIM-KONGO GEMORRAGIK ISITMASI

Qrim-Kongo gemorragik istimasi tabiiy o'choqli zoonoz virusli kasallik bo'lib, organizmning intoksikatsiyasi, kuchli gemorragik sindrom va 2 to'liqli isitma bilan ta'riflanadi. 1945-1947 yillari Qrimda bu kasallikni epidemik xolda tarqalganda M.P.Chumakov tomonidan o'rganilgan. Keyinchalik 1967-1969 yy. Kongoda shunga o'xshash kasallikdan virus ajratib olingan, shu sababli kasallikni Qrim-Kongo gemorragik istimasi bilan nomlanadi.

Etiologiyasi. Qrim-Kongo gemorragik isitmasining qo'zg'atuvchisi RNK-genomli, arboviruslarga mansub, tajriba hayvonlariga bu virus patogen va yuqumli xisoblanadi. 45 C⁰ da 2 soatda o'ladi, sovuqda, muzlatilganda yaxshi saqlanadi. Dezinfeksiyalovchi moddalarga sezgir.

Epidemiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisining disseminatsiyasida qon so'ruvchi kanallarni oziqlantiruvchi xayvonlar (quyonlar, afrika tipratikonlari, qo'ylar, sigirlar, echkilar) katta ahamiyat kasb etadi. Viruslar kishi organizmiga transmissiv yo'l, kana so'lagi, kontakt, o'zida viruslarni tutgan bemor ajratmalari orqali tushadi.

Atrofdagi kishilar uchun bemorlar kasallikning birinchi kunlari, ayniqsa qon ketishi boshlangandan so'ng juda xavfli xisoblanadi. Qrim gemorragik isitmasi kontakt yo'l bilan yuqqanda, kasallikning kechishi bir muncha og'irroq bo'lib, bu narsa virusning tirik to'qimalar orqali yuqqanda patogenlik xususiyatini ortib ketishi bilan bog'lab tushuntiriladi. Kasallik – bahor va bahor-yoz faslida ko'proq uchraydi, ya'ni mavsumiylikka ega. Ko'proq qishloq aholisi kasallanadi. Kasallanish yoshga bog'liq bo'lmasada, lekin ko'krak yoshidagi bolalarning kasallangan holatlari kuzatilgan.

Patogenezi. Teri orqali organizmga tushgan virus retikuloendotelial hujayralarda yig'ilib, so'ng qonga o'tadi va virusemiyaga sabab bo'ladi. Viruslar qon tomirlar endoteliysiga vazotrop ta'sir etish orqali va gipotalamus markazlarni hamda bo'yрак usti bezi poststlog'ini zararlab, tomirlar parezi rivojlanishiga va o'tkazuvchanlikning oshib ketishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 7 - 10 kunni tashkil etadi. Kasallik bemorning eti uvishib, qaltirash bilan boshlanadi. Tana xarorati birinchi sutkada yuqori darajagacha ko'tariladi.

Gemorragik toshma toshish oldi davri bir necha soatdan 6 - 8 kungacha davom etadi va bu davrda umumiy zaharlanish belgilari paydo bo'ladi: qattiq bosh og'riydi, bo'g'imlar va mushaklarda, butun tanada og'riq paydo bo'ladi. Behollik va tez charchab qolish hollari kuzatiladi. Ba'zan bosh aylanishi, og'izning qurib qolishi, chanqash, yengil kataral belgilar paydo bo'lib, bemor alahlaydi, ba'zan hushidan ketadi, boldir, mushaklarda qattiq og'riq bezovta qiladi. Isitma turg'unlikka ega bo'lib, 7—8 kun davom etishi mumkin. Ko'pgina hollarda «ikki to'lqinli» isitma chizig'i kuzatilib, 3—5 kun xarorat bir oz pastga tushadi. Gemorragik belgilar turli darajada bo'lib, xarorat tushishi bilan bu belgilar o'tib ketishi mumkin.

Qrim gemorragik isitmasida toshmalar petexial xarakterda bo'ladi. Ko'pincha bemorlarda buyrakning zararlanishi kuzatiladi, lekin buyrak sindromi bilan kechadigan gemorragik isitmadagi kabi buyrak faoliyatini ko'rsatuvchi funksional yetishmovchiligi aniqlanmaydi.

Periferik qonda leykopeniya, neytropeniya, trombositopeniya kabi o'zgarishlar bo'lib, EChT ortib ketadi. Bolalarda leykopeniya va trombositopeniya ertaroq paydo bo'ladi.

Uzoq davom etish bilan xarakterlanadigan rekonvalessensiya davrida qon va siydikdagi o'zgarishlar asta-sekin me'yoriga kela boshlaydi.

Asoratlar. Zaharlanish va ko'plab qon ketishi natijasida o'tkir yurak va qon tomirlar yetishmovchiligi, zotiljam rivojlanishi mumkin.

Tashxisoti. Kasallikning o'tkir boshlanishiga, epidemiologik anamnezni puxta yig'ishga e'tibor berish lozim. Hozirgi vaqtda kasallikning virusologik va serologik (KBR, PGAR) aniqlash usullaridan foydalaniladi, lekin bular asosan retrospektiv diagnostik ahamiyatga ega.

Differensial tashxis qilishda xirurgik va ginekologik kasalliklarni nazarda tutish kerak, lekin bu hastaliklarda isitmaga hos bo'lgan siklik kechish

kuzatilmaydi. Noto'g'ri tashxis qo'yish, ko'pincha ehtiyot bo'lish chora-tadbirlarini ko'rmasdan turib, tezda operatsiya o'tkazishga olib keladi. Kasallikning turli davrlarini leptospiroz, o'latning septik turi, kuydirgining ichak shakli, boshqa gemorragik isitmalar va sepsisdan ajrata bilish zarur.



Rasm 36. Gemorragik belgilar (SDS dan).



Rasm 37. Gemorragik istimalarda toshmalar (CDCdan).

Davolash. Gemorragik isitma bilan og'rigan bemorlarni umumiy qoidalar bo'yicha davolash asosida olib boriladi. Isitmani tushirish uchun 60—180 ml.

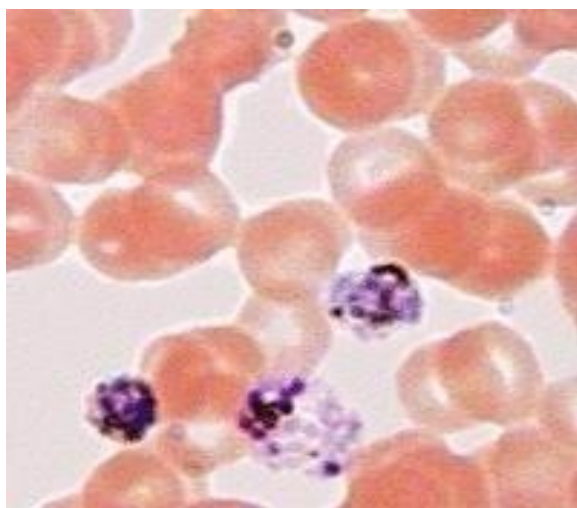
miqdorda giperimmun immunoglobulin va immun zardobi tavsiya etiladi. Bemorlarni kasalxonaga qabul qilishda kasalxona ichi infeksiyasi, hatto parenteral yo‘l bilan yuqishi mumkinligini esda tutish zarur. Kasallik o‘chog‘ida deratizatsion va dezinseksion chora-tadbirlar o‘tkaziladi.

OMSK GEMORRAGIK ISITMASI (OGI)

Kasallik tabiiy o‘choqli, uncha ko‘p tarqalmagan, kam uchraydigan yuqumli kasalliklar qatoriga kiradi.

Etiologiyasi. Omsk gemorragik istimasi virusi immunologik jihatdan kana ensefaliti virusiga juda o‘xshab ketadi.

Epidemiologiyasi. Ondatralar, suv kalamushlari va boshqa kemiruvchilar, qushlar infeksiya manbalaridir. Kasallik odamga iksoda kanalari va boshqa turdagi



kanalar chaqqanida, odam kasal hayvonlarni parvarish qilganda, laboratoriya sharoitlarida respirator yo‘l bilan yuqadi.

Patogenezi. Kasallik kapillyarlar endoteliysi, vegetativ nerv tizimi, buyrak usti bezlari va qon yaratuvchi organlarga virus ta‘sir etishi natijasida kelib chiqadi.

Rasm 38. Parazitlarni eritrotsitlarga kirishi.

Klinikasi. Yashirin davri 2—4 kun davom etadi. Omsk gemorragik istimasining klinikasi Qrim-Kongo gemorragik istimasining klinikasiga o‘xshab ketadi. Lekin Omsk gemorragik istimasida gemorragik toshma doimo bo‘lmaydi, me‘da-ichak yo‘llari va boshqa a‘zoldadan qon ketishi kam uchraydi. Nerv tizimi

tomonidan boʻladigan oʻzgarishlar kuchli namoyon boʻladi. Bemorlarning maʼlum guruhida atipik pnevmoniya yoki bronxit kuzatiladi. Isitma 4-5 kundan 12 kungacha davom etishi mumkin. Periferik qonda leykopeniya, neytrofilyoz, trombositopeniya va aneozinofiliya kuzatiladi.

Tashxis qoʻyish, davolash va profilaktikasi Qrim-Kongo gemorragik istimasi kabi olib boriladi.

\

BEZGAK (MALARIA)

Odam organizmiga sodda jonivor turkumiga oid qoʻzgʻatuvchining tushishi natijasida yuzaga keladigan kasallik boʻlib, u tana xaroratining siklik xuruj bilan koʻtarilishi, jigar va taloqning zararlanishi, kamqonlikning rivojlanishi bilan taʼriflanadi. Bu kasallik issiq iqlimli mamlakatlarda uchraydi.

Etiologiyasi. Qoʻzgʻatuvchisi plazmodiyalar boʻlib ularning uch kunlik, toʻrt kunlik va tropik turlari farqlanadi. Bezgak parazitlari ikki yoʻl: jinsiz, yaʼni odam organizmida (shizogoniya) va chivin organizmida jinsiy yoʻl bilan koʻpayadi (sporogoniya).

Epidemiologiyasi. Bezgakka uchragan bemor parazit tashuvchi infeksiya manbaidir. Odam va uy hayvonlari qoni bilan oziqlanadigan va oʻz tuxumini iliq suv havzalariga qoʻyadigan urgʻochi chivin kasallik tarqalishiga sabab boʻladi.

Kasallik oʻtgandan soʻng odam organizmida uzoq davom etmaydigan nosteril, plazmodiy turiga, beqaror immunitet hosil boʻladi. Kasallikka tabiiy beriluvchanlik boshqa kasalliklar kabidir.

Patogenezi. Odamni chivin chaqqanda qoʻzgʻatuvchi qonga sporozoitlar koʻrinishida tushadi. Sporozoitlar eritrotsitlarga oʻtib, jinsiz rivojlanish bosqichiga

o'tadi va bezgak hurujlariga sabab bo'ladi. Jinsiy rivojlanish bosqichida Anopheles chivini me'dasida hosil bo'lgan sporozoitlar chivinning so'lak bezlariga o'tadi, chivin odamni chaqqandan keyin, u odamning qoniga tushib, kasallikni yuqtiradi.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri tropik bezgakda 9-16 kun, to'rt kunlikda 3-6 hafta, uch kunlikda 7-21 kun. Qisqa prodromal davrdan so'ng, titroq, et junjikishi bilan boshlanadigan tipik bezgak huruji paydo bo'ladi; xarorat 40-41°C gacha ko'tariladi, dumg'azada og'riq paydo bo'lib, bemor qayt qiladi. Isitma 6-8 soat o'tgandan so'ng, tezda pasayadi, bemor terlaydi.

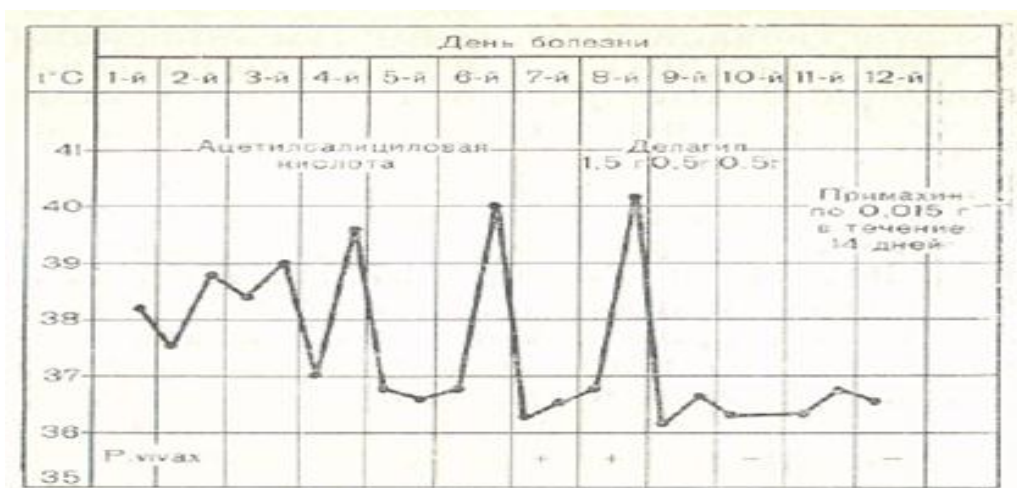
Keyingi huruj birinchi huruj boshlanishiga nisbatan 48 soatdan (uch kunlik bezgakda) so'ng yoki 72 soatdan so'ng (to'rt kunlik bezgakda) boshlanadi. Jigar, ayniqsa taloqning kattalashishi bezgak uchun hos belgilardir. Tropik bezgak kasallikning birmuncha og'irroq turi xisoblanadi. Kasallikda isitma xuruji qisqa yoki davomli (2-12 soat) bo'lishi mumkin. Lab terisida gerpetik toshmalar paydo bo'lishi mumkin.

Periferik qonda, ayniqsa yosh bolalarda eritrotsitlar soni kamayib, gemoglobin miqdori tushib ketadi, turli ko'rinishdagi leykopeniya yuzaga keladi, monotsitoz paydo bo'ladi.

Tropik bezgakda tana xarorati bezgakning boshqa xillaridagi kabi ba'zan uzoqroq davom etishi, me'da-ichak va buyrak faoliyatining buzilishi, talvasa, komatoz holatlari kelib chiqishi mumkin. Qayta-qayta xurujlardan keyin jigar va taloqning, terining yengil subikterikligi ko'rinishi mumkin. Kasallik og'ir kechgan hollarda nefrotik sindrom yuzaga keladi.

Bezgak komasi kasallikning eng og'ir asoratlaridan xisoblanadi.

Tashxisoti. Epidemiologik ma'lumotlar, kasallikning klinik manzarasi va qonda parazitlar qon tomchisi va yupqa surtma tayyorlab ko'rilganda aniqlanadi.



Rasm 39. 3 kunlik bezgakning temperatura chizigi (chizilgan).



Rasm 40. 4 kunlik bezgakning temperatura, ko'shilgan xurujlar (chizilgan).

Tropik bezgakda, dastlab parazitning faqat xalqasimon turi aniqlanadi. Gomeotsitlar 10 kun o'tgandan so'ng yuzaga chiqadi. Bezgak plazmodiyalari kasallikning turli bosqichlarda 20 foiz eritrotsitlarda uchraydi. Bu kasallikning gripp, tif-paratifoz kasalliklar, sil, sepsis, brutsellyoz va boshqa hastaliklardan ajrata bilish kerak.

Davosi. Bezgakka qarshi gametoshizotrop - primetanin, xingamin (delagil), gistoshizotrop – primaxin, xinotsid, gamontlarga ta'sir qiladigan preparatlar - primaxin, xinotsit sulfat, sporontotsid dorilar - pirimetamin, proguanil (miqdori

yoshga qarab) kabi maxsus preparatlar qoʻllanadi. Xinotsit uch kunlik va toʻrt kunlik bezgakdan batamom tuzalishga yordam beradi.

Profilaktikasi. Infeksiya manbalarini zararsizlantirish, yaʼni shu kasallik bilan ogʻrigan bemorlarni muntazam va uzoq (kasalxonada) davolashdan, kasallikni tashuvchi chivinlar va tuxumlarini yoʻqotishdan iborat.

9-bob. ZOONOZ KASALLIKLAR

QORA OQSOQ (BRUTSELLYOZ)



Qora oqsoq – brutsellalar chaqiradigan, asosan maishiy-muloqot va alimantar yoʻli bilan yuqadigan limfogemopoez, xarakat-tayanch, asab va jinsiy organlar zararlanishi bilan kechadigan infeksiyon-allergik kasallikdir. Brutsellyoz kasalligi qadimdan maʼlum boʻlib, Gippokrat oʻz asarlarida toʻlqinsimon istima bilan kechuvchi kasallik deb

asosiy belgilarini yozib qoldirgan. Qashqadaryo choʻponlari orasida ham qora oqsoq nomi bilan bu kasallik maʼlum boʻlgan.

Brutsellyoz haqida yozilgan maʼlumotlarni qadimiy tarixlardan ham topish mumkin. Brutsellyoz mustaqil nozologik birlik sifatida 1861 yilda ingliz vrachi Merston tomonidan «oʻrta yer dengizi, Malta remittirlovchi isitmasi» nomi bilan taʼriflangan.

Rasm 41. Brutsellyoz qoʻzgʻatuvchisi.

1886-1887 yillarda ingliz xarbiy vrachi Devid Bryus kasallik qo‘zg‘atuvchisini topdi, ya’ni uni malta isitmasidan o‘lgan askar talog‘idan topadi va “Micrococcus melitensis” – malta mikrokokki deb ataydi.

1897 yilda Rayt va Sempl bemor qon zardobining mikrokokk kulturasi agglyutinatsiya qilish xususiyatini aniqladilar. Bu reaksiya keyinchalik tashxisda Rayt reaksiyasi nomi bilan keng qo‘llanila boshladi.

Etiologiyasi. Brutsellyoz kasalligini qo‘zg‘atuvchi mikroblar brutsellalar guruhini tashkil qiladi.

Ilmiy tadqiqotlar natijasiga ko‘ra, 1970 yilga kelib brutsellalar quyidagi turlarga ajratildi:

- Br. Melitensis - mayda shoxli qoramollarda brutsellyoz qo‘zg‘atuvchisi;
- Br. abortus bovis - yirik shoxli qoramollardagi brutsellezni qo‘zg‘atadi;
- Br. abortus suis - cho‘chqalardagi brutsellyoz ko‘zg‘atuvchisi;
- Br. Neotomae - kalamushlardagi brutsellyoz qo‘zg‘atuvchisi;
- Br. Ovis - qo‘ylardagi brutsellyoz qo‘zg‘atuvchisi, odam uchun patogen emas, lekin ularda bu turga nisbatan antitanachalar saqlanadi;
- Br. Canis - itlardagi brutsellyoz qo‘zg‘atuvchisi. Odamda ham kasallik chaqirishi mumkin.

Brutsellalar mayda, ko‘pincha shar (yoki oval) shaklida yoki tayoqchasimon shaklda bo‘ladi, xarakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Kulturasini va biokimyoviy xususiyatlari jihatidan olib qaraganda brutsellalar odatdagi ozuqa muhitlarida aerob sharoitida juda sekin o‘sa oladi. Buning uchun optimal xarorat 37°C, muhit esa RN 6,7 - 7,2 bo‘lishi lozim.

Epidemiologiyasi. Brutsellyoz kasalligining tarqalishida mayda va yirik shoxli hayvonlar, hamda cho‘chqalar infeksiya manbai sifatida muhim epidemiologik ahamiyatga ega.

Brutsellyoz yuqishida kasal qo‘y va echkilarning go‘shlari, sut va sut mahsulotlari (pishloq, brinza, xom qaymoq, yog‘ va boshqalar) asosiy infeksiya tarqatadigan omil xisoblanadi. Ya’ni go‘sh va sut mahsulotlarini

odam iste'mol qilishi natijasida brutsellalar ovqat hazm qilish tizimi orqali organizmga tushadi, uni alimentar yo'l bilan yuqish deyiladi.

Shuningdek, kasal hayvonlarning chiqindilari bilan ifloslangan sabzavotlarda brutsellalar uzoq vaqt yashaydi. Brutsellyoz faqat qishloq aholisi o'rtasida tarqalib qolmay, balki, shaxar sharoitida ham uchrab turadi, ya'ni kasal hayvon xom-ashyolari va mahsulotlarini sanoatda qayta ishlashda, sut mahsulotlarini iste'mol qilishda, epidemiologik havf tug'diradi. Kasallangan hayvon chiqindilari (siydik, najasi, ifloslangan go'ng, tuproq, jun va boshqalar) quriganda brutsellalar chang bilan havoga ko'tarilib, nafas orqali ham odam organizmiga tushishi mumkin.

Brutsellalar organizmga muloqot, alimentar va aspiratsion yo'l bilan yuqadi. Brutsellyoz hayvonlar va ularning mahsulotlari bilan muloqotda bo'lgan kishilar veterinariya hodimlari, qushxona va sut kombinati xizmatchilari, chorvadorlar, qassoblar, teri va junni qayta ishlovchilar orasida ko'proq shu kasal bilan og'rish hollari uchrab turadi. Shuning uchun ham kasbga aloqador kasallik deb yuritiladi.

Brutsellyozning kelib chiqishida faslning ham ahamiyati bor, ya'ni qo'ychilik fermalarda qo'ylarni urchitish va qo'zilatish aksariyat ko'klam fasliga to'g'ri keladi. Shu davrda insonlar ko'proq qo'ylar bilan bevosita aloqada bo'lganligi sababli, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmagan holda kasallik yuqadi.

Patogenezi. Brutsellyoz patogenezida 3 muhim asosiy omil, ya'ni kasallik qo'zg'atuvchi mikroob (brutsella), toksik allergik holat hamda makroorganizmning dinamik reaktiv holati muhim rol o'ynaydi.

Brutsellalar limfa tugunlarida birinchi to'siqqa, ya'ni bar'erga uchraydi. Bundan mikroorganizmning himoya kuchlari ustun kelib qolsa, brutsellalar shu regionar limfa tugunlarida ushlanib qolib va shu bilan odam organizmida hech qanday kasallik belgilari vujudga keltirmay, uzoq muddat saqlanib qolishi mumkin. Demak, makro va mikroorganizmlar o'rtasidagi kurash natijasida ma'lum muvozanat holati vujudga keladi. Shu bilan birga

retikuloendotelial tizimda ma'lum miqdorda brutsellalarga qarshi spetsifik antitelolalar hosil bo'ladi, hujayra va to'qimalarda esa brutsellyoz antigeniga nisbatan o'ta sezuvchan holat, ya'ni sensibilizatsiya holati vujudga keladi.

Ba'zilarida brutsellalar limfa va qon oqimi bilan organizmga tarqaladi. Brutsellalar qonga o'tishi (gematogen yo'l bilan tarqalishi) organizm himoya kuchlarining juda zaifligini ko'rsatadi. Bunda brutsellalar qon oqimi bilan butun organizmga tarqalib, barcha qon tomirlar retseptorlariga ta'sir ko'rsatadi. Buni 2-faza yoki birlamchi generalizatsiya deyiladi. Shundan so'ng brutsellalar butun odam organizmidagi retikuloendoteliyga boy bo'lgan a'zolariga (jigar, taloq, ko'mik, limfa tugunlari, tomirlar, tanosil organlar va h.k) o'rnashib oladi.

Ma'lumki, qonda, to'qimalarda, a'zolarida fagotsitlar va organizmning boshqa himoya omillari ta'sirida brutsellalar halok bo'ladi. Ularning parchalanishi natijasida ajralgan endotoksinlar organizmga ta'sir etib, bu ham kasallik holatlarini yuzaga chiqaradi.

Brutsellalar qon oqimi bilan tarqalib, o'rnashib olgan a'zolarida mahalliy o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Mahalliy o'zgarishlar asosan asab tizimi, tayanch-xarakat, tanosil va boshqa a'zolarida ko'proq uchraydi, bularni metastazlar deb atashadi. Retikuloendoteliyga boy bo'lgan a'zolariga o'rnashib olgan brutsellalar «septik o'choq» hosil qiladi va yana ko'payishda davom etib, vaqti-vaqti bilan o'zlariga qulay sharoitda qonga tushib turadi (ikkilamchi generalizatsiya).

Brutsellalar va ularni toksinlarini qonga takror o'tishi reaktiv xususiyati o'zgargan bemor organizmida allergik holatni vujudga keltiradi va bu (to'rtinchi faza) surunkali sepsis tipiga o'tishiga sababchi bo'ladi. Bu fazada brutsellalar vaqti-vaqti bilan qonga tez-tez tushib turishi (takroriy generilizatsiya) kasallikning xronik shaklida organizmning allergiyasiga sabab bo'ladi.

Kasallik goh susayib, goh zo'rayib turishi va bu holat bir yoki bir necha bor takrorlanib turishi mumkin. Kasallikning odatda klinik belgilari

yoʻqolib, bemorlarning aksari sogʻayib ketishi mumkin. Baʼzan esa bemorlarda kasallik davom etib, aʼzolarida turgʻun asoratlarga sabab boʻladi. Bu brutsellyozning beshinchi patogenetik fazasi xisoblanadi.

Maʼlumki, brutsellyoz bilan ogʻrigan bemorning organizmi maʼlum vaqtdan soʻng kasallikdan (va brutsellalardan ham) batamom sogʻayib, musaffo boʻlib ketishi xar tomonlama isbot etilgan. Brutsellyozda bemor organizmi brutsellalardan xalos boʻlgandan soʻng, infeksiyadan soʻngi immunitet vujudga kela boshlaydi. Ammo bu immunitet deyarli barqaror boʻlmaydi, nosteril boʻlib 6-9 oy ichida yoʻqolib ketadi.

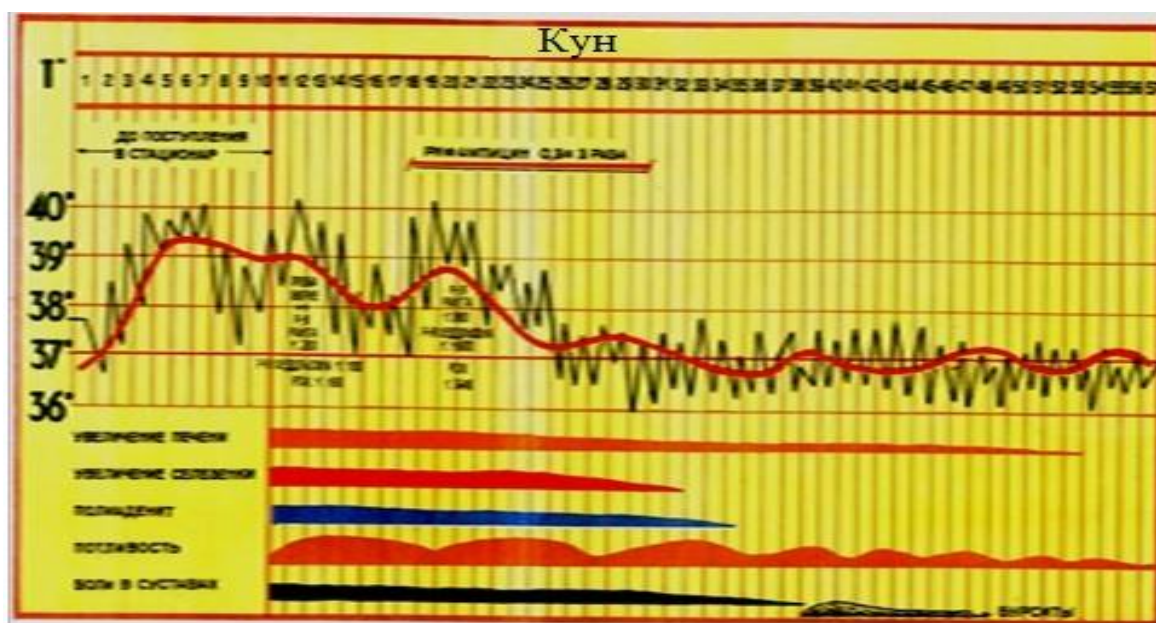
Klinikasi. Inkubatsion davri oʻrta hisobda 1 haftadan 2-3 haftagacha choʻziladi. Brutsellyoz odamlarga turli xil shakllarda kechadigan kasallik boʻlib, uning yuqqandan soʻng to birinchi belgilari paydo boʻlish davri turgʻunlik davri deb ataladi. Bu davr koʻpincha 2-4 hafta choʻziladi. Baʼzan shunday ham boʻladi: brutsellalar odam organizmiga yuqqanda limfa tugunlarida bir necha oylar davomida saqlanib turadi, kasallikni vujudga keltirmaydi. Bu birlamchi latent davr xisoblanadi. Bu davr organizmning reaktiv holatiga qarab oʻzgarishi mumkin. Brutsellyoz kasalligining klinik belgilari bemorlarda baʼzan roʻy-rost namoyon boʻlsa, baʼzan bilinar-bilinmas yuzaga chiqadi. Isitma brutsellyoz kasalligida koʻp uchraydigan, uzoq davom etadigan asosiy kardinal belgi xisoblanadi. Uni olimlarning kuzatishlariga qaraganda bir necha xil turlari boʻlishi mumkin: toʻlqinsimon isitma, notoʻgʻri intermittirlovchi isitma, doimiy isitma, tartibsiz, subfebril isitma va h.k.

Brutsellyoz isitmasi asosan bemor organizmining reaktiv holatiga bogʻliq boʻlib, maʼlum patogenetik qonuniyatga asoslangan. Baʼzan xarorat yuqori boʻlib, uzoq davom etsa ham bemorlarda zaharlanish kam seziladi. Umumiy ahvoli ham deyarli ogʻirlashmaydi, ishtahadan qolmaydi. Baʼzan hatto ish qobiliyati ham birmuncha saqlanib qoladi.

8-jadval.

Н.И. Рагозе буйича бруцеллёз клиник шакллари таснифи.				
Компенсирланган инфекция фазаси	Маҳаллий зарарланиш сиз уткир сепсис фазаси, декомпенсация	Маҳаллий зарарланишли уткир ости ёки сурункали касалланиш фазаси, декомпенсация, субкомпенсация	Компенсация тикланиш фазаси	метабруцеллез касалликлар ва парааллергик постбруцеллез ҳолатлар фазаси
Бирламчи-латентная шакли	Уткир септик шакли (уткир)	Септикометастатик шакли (нимуткир)	Иккиламчи-латентная	Утказилган бруцеллёздан кейин қолдик ҳолатлар
		Иккиламчи сурункали шакли		
		Бирламчи сурункали шакли: А) яширин; Б) ифодаланган. Бруцеллёз		
				21

Brutsellyozda xarorat ko'tarilganda ko'pincha bezgakdagidek xurujlar bo'lib turadi. Xuruj bir sutkada bir necha marta, aksariyat kunning ikkinchi yarmida va tunda qaytariladi.



Rasm 42. Xarorat chizig'i (kafedrada tayyorlangan).

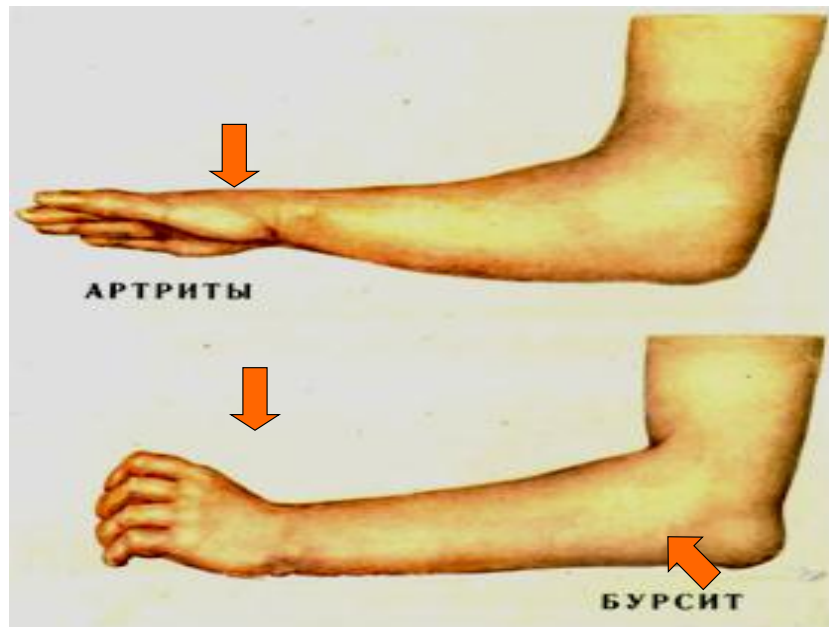
Bemorning eti uvishishi, qaltarishi, oyoq qo'llari, bo'g'imlari va mushaklari qaqshab og'rishi 1-2 soat davom etadi. Xarorat tushishi bilan

bemor juda ko‘p terlaydi va tun bo‘yi 3-4 marta ichki kiyim va choyshablarini almashtirishga majbur bo‘ladi.

Brutsellyozda ko‘p terlash umuman kasallikning xarorati me‘yorida bo‘lsa ham kuzatiladi. Shuning uchun ham brutsellyozda ham bemor o‘z terlarida o‘zlari «cho‘miladilar» deyishadi. Brutsellyozda darmonsizlik boshqa infeksiyon kasalliklarga nisbatan kamroq bilinadi. Xarorat baland bo‘lib, ko‘p terlash bilan davom etganda ham bemorlarda sillasi qurib, ozib ketishlik ko‘rilmaydi.

Terida turli xil dermatitlar va pigmentatsiyalarni ko‘rish mumkin. Bemor ko‘p terlagani sababli terisi nam, hatto ho‘l bo‘ladi. Unda xar xil toshmalarni ko‘rish mumkin: petexiya, rozeola, papula, vezikula, ba‘zan gemorragik toshmalar kasallikning o‘tkir va ba‘zan surunkali shakllarda uchraydi, ammo keyingi vaqtlarda toshmalar kamdan-kam uchraydigan bo‘lib qoldi. Shilliq pardalarga kelganda, ular ba‘zan odatdagidan ko‘ra rangsizroq bo‘lib qoladi. Burundan, milklardan va boshqa yerlardan qon ketishi ham mumkin, fibrozit va sellyulitlar asosan biriktiruvchi to‘qimalarning yallig‘lanishi natijasida vujudga keladi.

Fibrozit va sellyulitlar paydo bo‘lishi, ularni kattalashishi yoki kichrayishi kasallik bosqichlariga bog‘liq. Brutsellalar muloqot orqali yuqqan taqdirda infeksiya kirgan joyga qarab regionar limfa tugunchalari: masalan, qo‘ltiq osti, chov, son tugunlari va h.k.lar zararlanadi, kattalashadi (bu asosan professional guruhda, ya‘ni hayvonlar yoki hayvonot mahsulotlari bilan muloqotda bo‘luvchi kishilarda uchraydi).



Rasm 43. Brutsellyozda klinik belgi (kaf. tablitsasidan).

Limfa bezlarini kattalashganligini paypaslab aniqlash mumkin. Bundan tashqari, brutsellyozda qorin bo'shlig'ida mezenterial, ko'krak qafasidagi bronxopulmonal va boshqa limfa tugunlari ham o'zgaradi. Ularni aniqlash bir muncha qiyinroq. Shunday bo'lsa ham, qorin bo'shlig'idagi limfa tugunlarini chuqur paypaslab aniqlansa bo'ladi, ko'krak qafasidagi tugunchalarini esa rentgen nurlari yordamida aniqlash mumkin. Brutsellyozda limfa tugunlari tulyaremiyadagidek, juda kattalashib ketmaydi. Ular o'zgarganda no'xotdan tovuq tuxumigacha kattalashishi va xar xil konsistensiyali holatda bo'lishi mumkin. Ular terisida hech qanday o'zgarishlar bo'lmasada bosib ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Limfadenitlar kamdan-kam yiringlashi, yaraga aylanishi mumkin. Ko'p hollarda ular so'rilib tuzalib ketadi.

Yurak tomir tizimidagi o'zgarishlar. Ko'p yillik kuzatishlar natijasida G.P.Rudnev surunkali yoki yarim o'tkir shaklli brutsellyozda yurak tomir tizimi zararlanmagan birorta bemor yo'q degan qarorga keldi. Uning fikricha asosan qon-tomir tizimi, so'ngra yurak zararlanadi. Binobarin, brutsellyozda yurak-tomir tizimi bir qator funksional va organik

o'zgarishlarga uchraydi. Undan tashqari, yurak mushaklarida toksik distrofik o'choqli miokardit belgilari, ko'proq miokardiodistrofiya kuzatiladi.

Nafas organlarida bo'ladigan o'zgarishlar. Brutsellyozda nafas organlarinig zararlanishi boshqa a'zolariga nisbatan kam uchraydi, masalan, bronxitlar ko'pincha kasallikning xarorat bilan o'tadigai davrida uchrashi mumkin. Yuqorida aytganimizdek, brutsellalar aspiratsion yo'l bilan, ya'ni nafas yo'llari bilan yuqishi mumkin. Bunday hollarda kasallik boshlanganda dastlabki belgilar o'pkada paydo bo'ladi, ya'ni birlamchi brutsellyoz zotiljami vujudga keladi.

Ovqat hazm qilish tizimida o'zgarishlar. Bemorlarning ishtahasi bo'g'iladi, me'dasida funksional o'zgarishlar bo'ladi, me'da shirasi kamayadi, yoki butunlay ishlanib chiqmaydi, bemorning tili karash bog'laydi, tomog'i, tilchasi qizaradi, qon tomirlar kengayib birmuncha bo'rtadi. Bemorlarda ro'y beradigan dispeptik holatlar ya'ni enterit, kolit, enterokolit va boshqalar bu holatni kelib chiqish sabablarini aniqlashni talab etadi. Chunki bunday alomatlar brutsellyozga doimo hos emas. Brutsellyozda ba'zan mezenterial limfa tugunlari shishgani va qorin og'rishi kuzatiladi. Shuningdek jigar sirrozi, assit ham vujudga kelishi mumkin. Brutsellyozda gepatolienal sindrom ko'p uchraydigan muhim belgilardan xisoblanadi. Kasallik og'ir o'tsa, jigarning shikastlanishi shunchalik ko'proq bo'ladi.

Siydik ajratish organlaridagi o'zgarishlar. Buyrak va siydik ajratish organlari patologiyasi brutsellyozda kam o'rganiladi. Mavjud adabiyotlardagi ma'lumotlarga qaraganda, siydik chiqarish tizimida patologik o'zgarishlar kam uchraydi. Buyraklarda patologik o'zgarishlar ro'y bergan taqdirda ham klinik belgilari aniq ko'rinmaydi. Brutsellyozda ko'proq albuminuriya, silindruriya, o'choqli nefrit, diffuz glomerulonefrit, pielit, sistit va h.k. uchraydi.

Tanosil organlarida bo'ladigan o'zgarishlar. Brutsellyoz kasalligida jinsiy a'zolarining zararlanishi ko'proq uchraydi. Bu mazkur kasallikka hos bo'lib, hatto tashxisot ahamiyatga ham ega bo'ladi. Masalan,

erkaklarda uchraydigan orxit, moyakning shishishi va orxoepididimitlar (5-26 %), ayollarda bo'ladigan turli yallig'lanish jarayonlari, hayz siklining buzilishi va h.k. shular jumlasidandir. Erkaklardagi ko'pincha orxoepididimitlar bir tomonlama, kamdan-kam ikki tomonlama bo'ladi. Bunda moyaklar va moyak ortig'lari yallig'lanib shishadi, qizaradi, qattiq og'riq beradi, hatto yurishga ham imkon bermay qo'yadi. Xarorat ko'tariladi, regionar limfa tugunchalari shishadi. Orxit va orxoepididimit asosan 1,5-2 oydan 5-6 oygacha, ba'zan undan ham ko'pga cho'ziladi. Bu ba'zan jinsiy zaiflikka - impotensiyaga olib keladi. Moyaklarda fibroz hosil bo'lishi natijasida ular atrofiyaga uchraydi. Bemor ruhan o'zgarib, serzarda, tajang, tez kayfiyati uzgaradigan bo'lib qoladi. Ayollarda mastit, ko'krak bezining yallig'lanishi, tuxumdon, tuxum yo'llarinig yallig'lanishi, endometrit – bachadon yallig'lanishi, dismenoreya, naslsizlik, abort va boshqalar ko'proq uchraydi. Dismenoreya, amenoreya ayniqsa ko'p (90%) kuzatiladi.

Asab tizimidagi o'zgarishlar. Brutsellyozda asab tizimining zararlanishi ham asosiy o'rin tutadi, chunki bunda markaziy va periferik asab tizimining turli joylariga hos o'zgarishlarni kuzatish mumkin. Shuning uchun ham ko'p mualliflar asab tizimi ko'proq shikastlangan bemorlar kasalini «neyrobrutsellyoz» klinik shakli deb ajratadilar.

Ma'lumki, brutsellyozda bosh og'rishi, uyqusizlik, tajanglik, kayfichog'lik yoki ayniqsa sertashvishlik va boshqalar bo'lib turadi. Bundan tashqari, vegetativ asab tizimining faoliyatining buzilish alomatlari ham kuzatiladi. Brutsellyozda periferik asab tizimi markaziy asab tizimiga nisbatan ko'proq shikastlanadi. Bular organizmlarning umumiy kasallik belgilari hisoblanib, quyidagi kasalliklar: nevrалgiyalar, nevritlar, asab chigallari yallig'lanishi (pleksitlar), radikulitlar (ko'proq bel radikuliti), radikulo-nevritlar, ishias va ishialgik polinevrit va boshqalar ko'rinishida yuzaga chiqadi.

Markaziy asab tizimining kasalliklari meningit, ensefalit, mielit, meningoensefalomielitlar kamroq uchraydi. Orqa miyaning zararlanishi

uzoq vaqt davom etib, og‘ir kechadi va natijada ko‘pincha nogironlikka yoki o‘limga olib keladi. Leptomeningitlar, araxnoiditlar kam uchrasada, og‘ir o‘tadi. Brutsellyoz bilan og‘rigan bemorlarning ruhiy holatida ham o‘zgarishlar bo‘lishi, ya’ni xayol surish, depressiya, umidsizlik va boshqa ruhiy o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin.

Brutsellyozda fibrozitlar va sellyulitlar bemor organizmining turli joylarda xar xil kattaliklardagi tugunchalar shaklida uchraydi. Sellyulit va fibrozitlar teri osti kletchatkasida vujudga kelsa, bemorlarni unchalik bezovta qilmaydi. Ammo ular bo‘g‘imlar atrofida yoki asab tolalari yaqinida joylashgan bo‘lsa, qattiq og‘riq bo‘lishi mumkin. Shuningdek, miozitlar ham qattiq og‘riq bilan davom etadi. Brutsellyozda paylar ham zararlanib, ayniqsa pay qinlarining yallig‘lanishi (tendovaginitlar) ham qattiq og‘riq beradi. Yuqorida keltirilgan ma’lumotlardan ko‘rinib turibdiki, brutsellyozda tayanch-xarakat a’zosi, ya’ni qattiq va yumshoq to‘qimalarning hammasida o‘zgarishlar bo‘lishi va bu o‘zgarishlar turli kombinatsiyalarda butun kasallik davomida asosiy belgi sifatida yuzaga chiqadi. Bo‘g‘imlarning zararlanishi brutsellyozga ayniqsa xarakterlidir.

Brutsellyozda bo‘g‘imlar zararlanishi quyidagi 3 shaklda bo‘ladi:

- 1) sinovitlar – bo‘g‘imning faqat sinovial pardasi zararlanadi;
- 2) peri- va paraartritlar – yallig‘lanish sinovial pardadan bo‘g‘im atrofidagi to‘qimalarga o‘tadi;
- 3) artrit va osteoartritlar – bo‘g‘imning hamma to‘qimasi, qisman suyak to‘qimasi ham yallig‘lanadi;
- 4) sakroileit – dumg‘aza yonbosh bo‘g‘imi yallig‘lanishi;
- 5) bursit – bo‘g‘im xaltasi yallig‘lanishi;
- 6) spondilit va spondiloartrit – umurtqa ustunining yallig‘lanishi.

Sezgi organlaridagi o‘zgarishlar. Brutsellyozda bemorning sezgi a’zolarida ham xususiy o‘zgarishlar ko‘riladi. Jumladan, bemorning ko‘rish a’zolarida iridotsiklit, keratit va ko‘zning tomir to‘r pardasining zararlanishi uchraydi. Bemorning eshitish a’zolarida yallig‘lanish jarayoni, ya’ni otit,

mastoiditlar, eshitish nervining zararlanishi, vestibulyar apparatdagi o'zgarishlar ko'riladi. Bemorda xar xil tovushlarni eshitishi buziladi.

Endokrin tizimdagi o'zgarishlar. Endokrin (ichki sekretiya) bezlarida brutsellyozning, ayniqsa surunkali shakllarida qalqonsimon bez, qalqonsimon oldi bezi, me'da osti bezi va buyrak usti bezlarida stroma sklerozi va parenximasining atrofiyalari uchraydi. Mutaxassislar fikriga ko'ra, bu bezlardagi patalogoanatomik o'zgarishlarga qaramay, klinik belgilar kamdan-kam namoyon bo'ladi.

Periferik qon ko'rsatkichlardagi o'zgarishlar. Brutsellyozda qonda gemoglobinni pasayishi, eritrotsitopeniya, rang ko'rsatkichi 1 dan past bo'lib, EChTning oshishi, ya'ni 11-60 mm/soat bo'lishi mumkin. Oq qon tanachalarida - leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya va trombositopeniya holatlari ro'y beradi.

Kasallik oqibati. Ma'lumki, brutsellyoz ilgari og'ir o'tib, uzoq davom etar edi, shuning uchun ham brutsellyoz o'ta xavfli infeksiyalar guruhiga kiritilgan. Brutsellyoz boshqa kasalliklarga nisbatan uzoqroq - bir necha oydan bir necha yillargacha (2-3-5 yil) davom etib, bemorlarga azob beradigan va xalq xo'jaligiga talaygina zarar yetkazadigan kasallikdir.

Tashxisoti. Brutsellyozning klinikasi ko'p qirrali (polimorfizm) bo'lib, turg'un belgilarga ega bo'lmasligi va politsiklik davom etishi kasallikni o'z vaqtida aniqlash davolash uchun katta amaliy ahamiyatga egadir. Ma'lumki, odatda kasallikni batafsil yig'ilgan anamneziga, bemorning shikoyatiga, epidemiologik dalillarga va tekshirishdan olingan ob'ektiv natijalarga asoslanib, tashxis qo'yiladi va tahliliy tasdiqlanadi.

Laboratoriya tashxisot usullari asosan 4 guruhga bo'linadi:

1. Bakterologik usullar;
2. Serologik usullar;
3. Allergik usullar;
4. Biologik usullar.

Bakteriologik tashxisot usuli. Bu usul bemor organizmidan kasallik ko'zg'atuvchi mikroblarni, ya'ni brutsellalarni ajratib olish nuqtai nazaridan, brutsellyoz tashxisotida birinchi o'rinda turadi. Lekin bemor organizmida brutsellalar bo'lishiga qaramay, xar doim ulardan bakteriologik ijobiy natija olish mumkin bo'lmaydi, chunki brutsellalar asosan retikuloendotelial tizimda bo'ladi va qonga vaqti-vaqti bilangina o'tib turadi va shu davrlardagina bakteriologik usullar musbat natija beradi, ammo brutsellalar ozuqa muhitlarida juda sekin o'sadi. Bundan tashqari, qonda brutsellalarning bo'lmasligi kasallik davrida o'tkazilgan davolashlarga ham bog'liq bo'ladi.

Serologik tashxisot usullari ham bemor organizmida paydo bo'ladigan maxsus antitelolarga asoslangan. Serologik tashxisot usullari amaliy vrachlar doirasida bakteriologik usullarga nisbatan keng qo'llaniladi. Bu usullarga asosan Rayt va Xeddelson serologik reaksiyasi kiradi. Rayt reaksiyasi agglyutinatsiya titri 1:100 va undan yuqori bo'lsa musbat xisoblaniladi. Xeddelson – Qaytmazov reaksiyasining Rayt reaksiyasidan ustunligi shundaki, uslubi jihatidan juda oddiy va oson, natijasi esa qisqa vaqt ichida aniqlanadi, shuningdek, juda sezuvchan va spetsifik reaksiyadir. Xeddelson reaksiyasining sezuvchanligi tekshirilayotgan qon zardobi va antigenning yuqori konsentratsiyasida ishlatilishiga bog'liq. Bu reaksiya kasallikning boshlang'ich davrida musbat natija bera boshlaydi va ko'p vaqtgacha, hatto bemor tuzalib ketgandan so'ng ham bir necha yillar mobaynida musbat natija beradi.

Passiv gemagglyutinatsiya reaksiyasi brutsellyozga hos va sezuvchan reaksiya bo'lib, brutsellyoz kasalligining o'tkir, yarim o'tkir shakllarida tashxisiy ahamiyatga ega. Bu reaksiya brutsellyozning, ayniqsa, surunkali shakllarida Rayt reaksiyasi manfiy natija berganda, diagnostik titrlarda musbat natija beradi, ya'ni reaksiya titri 1:100 va undan yuqori nisbatda bo'lsa, reaksiya musbat xisoblanadi.

Hozirda kasallikni tashxislashda zamonaviy PSR, IFA va immunnobloting usullari qo'llanilmoqda.

Byurne reaksiyasi. Bu reaksiya brutsellyoz bilan kasallangan bemor organizmining teri orasiga yuboriladigan brutsellinga bo'ladigan mahalliy allergik reaksiyasiga asoslanadi. Agar yallig'lanish diametri 1 sm bo'lsa reaksiya natijasi salgina musbat, 4-5 sm bo'lsa – musbat, 6-8 bo'lsa reaksiya o'ta musbat deb xisoblanadi.

Davosi. Ko'p yillar davomida brutsellyozni davolash masalasi muammo bo'lib keldi. Endilikda esa brutsellyozni davolash uchun bir qancha muvaffaqiyatlar qo'lga kiritildi.

Antibiotiklar bilan davolash. Antibiotiklar kasallikning brutsellalariga bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi, ya'ni brutsellalarning rivojlanishi va ko'payishini to'xtatib qo'yadi. Ularni odatda kasallikning shakliga qarab, asosan, 10 kunlik kurs bo'yicha buyuriladi. Agar yetarli naf bermasa, 2 yoki 3 kursgacha 5-7 kun tanaffus bilan davolanish davom ettiriladi. Brutsellyozda asosan keng ta'sir spektriga ega bo'lgan antibiotiklar ishlatiladi. Antibiotiklarni kombinatsiya shaklida, ya'ni ikki xil antibiotikni bir paytda ishlatish maqsadga muvofiq, chunki shunday qilinganda, ularning ta'sir kuchi oshadi. Hozir amalda streptomitsin, doksatsiklin, gentamitsin (analoglari bilan), rifampitsin, rondonitsin, levomitsetin va boshqa antibiotiklar qo'llanilmokda. Bemorda qo'llanilishida asosan streptomitsin (degidrostreptomitsin, streptodimetsin) boshqa antibiotiklar buyuriladi (gentamitsindan tashqari). M: streptomitsin doksatsiklin bilan birgalikda ishlatiladi. Bunda streptomitsin 500000 – 1 gr. XB dozada xar 12 soatda bemorning mushak orasiga yuboriladi. Gentamitsin bir sutkada 240 mg, 80 mg dan xar 8 soatda mushak orasiga yuboriladi, rifampitsin - 0,6 g dan 0,15 g dan xar 6 soatda, rondonitsin 1,2 g dan (0,3 g dan xar 6 soatda), levomitsetin 0,5 g dan xar 6 soatda ichiriladi. Antibiotiklar bemorni avvaliga kasallikning shakliga qarab asosan 10 kunlik kurs shaklida ishlatiladi. Agar davolash nafi yetarli bo'lmasa, ikki yoki uch kursgacha (7-10) kun oraliq tanaffusi bilan davolash mumkin. Davolashni boshlashdan

oldin bemor ilgari antibiotiklar bilan davolanganmi-yo'qmi, organizm reaksiyasini aniqlash muhim rol o'ynaydi.

Vaksina bilan davolash. Vaksina brutsellyozda spetsifik davolashga kiradi. Uni ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida tavsiya etiladi.

Brutsellyozda buyrak usti bezi po'stlog'ida birmuncha o'zgarishlar ro'y beradi. Kortikosteroid esa yallig'lanishga, umumiy zaharlanishga, sensibilizatsiyaga qarshi ta'sir ko'rsatib, buyrak usti bezi pustlog'ining ishini jonlantiradi. Bundan tashqari, bu preparatlar brutsellyoz natijasida markaziy asab tizimi zararlanganda, ensefalitlarda, meningitlarda, revmatoit poliartritlarda tavsiya etiladi. Gormonal preparatlar brutsellyozning yarim o'tkir va qaytarilgan surunkali shakllarida juda samarali natijalar beradi. Ammo ularni gipertoniyada, me'da va ichak yaralarida, osteoporoz, qandli diabet, ruhiy kasalliklar va klimaks davrida qo'llash man qilinadi. Gormonal preparatlar odatda bemorlarga berilganda kichik dozadan boshlab asta-sekin oshirib boriladi va qayta kamaytiriladi. Davo kursi bir oyga yaqin. Gormonal preparatni boshqa preparatlar bilan, masalan: antibiotiklar bilan kompleks ravishda davolash samarali natija beradi. Qon o'rnini bosadigan aminopeptit, poliglyukin, aminasol, infuzol quyiladi. Bular ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida yaxshi natija beradi. Brutsellyozda vitaminoterapiyaning ham ahamiyati katta, chunki bu kasallikda vitamin C va B guruhiga kiruvchi B₁, B₆, B₁₂ kabilar almashinuvi izdan chiqadi. Brutsellyozning hamma shakllarida va asoratlarida bemorlar ko'p bezovta bo'ladi, shuning uchun og'riq qoldiradigan preparatlar (analgin, butadion, fenatsetin, salitsilat) preparatlar buyuriladi. Ayniqsa, bular ichida 0,25-0,5% li navokain eritmasi og'riqni yaxshi qoldiradi. Uni bemorning og'riqli nuqtalariga, asab chigallari va tolalari atrofiga yoki venaga (xar kuni yoki kun oralab 2 ml dan boshlab 10 ml gacha) yuboriladi. Buyrak oldi kletchatkasida 40-60 ml dan 2-3 marta yuborish samarali natija beradi.

Fizioterapiya – brutsellyozning surunkali shakllarida, asoratlar berganda keng qo'llaniladi. Bunga elektr bilan davolash, issiqlik bilan davolash,

diatermiya, UVCh, ionogalvanoterapiya, parafin bilan davolash, ionoforez, ultratovush, balchiq bilan davolash, massaj, davolash fizkulturalarini qo'llash mumkin.

Profilaktikasi. Brutsellyoz odamga hayvonlardan (asosan chorva mollaridan) yuqishligini yuqorida aytib o'tdik. Shunday ekan, profilaktikani avvalo chorva mollari orasida amalga oshirish samarali natija beradi. Shu maqsadda barcha chorva mollarini muntazam ravishda brutsellyozga tekshirib borish va brutsellyozga gumon qilingan va kasallangan mollarni ajratib, tegishli choralar ko'rish zarur.

O'LAT (TOUN, CHUMA)

Toun – o'ta xavfli, karantin yuqumli kasalliklardan hisoblanib, kuchli intoksikatsiya, limfa tugunlarini seroz-gemorragik yallig'lanishi, o'pka va boshqa a'zolarining zararlanishi bilan kechadigan kasallik xisoblanadi.

Toun odamzodga qadim zamonlardan ma'lum. Ilgari vaqti-vaqti bilan toun epidemiyalari uchrab turgan. Hatto pandemiya holatida ham kuzatilgan. Tarixda 3 ta pandemiya bo'lgani ma'lum. Epidemiyalar davrida qishloqlar aholisi yoppasiga qirilib ketganligi haqida ma'lumotlar bor. Odamlar vahimada uy-joylarini tark etib, yangi joylarga ko'chib ketishgan. Shu tariqa toun epidemiyasi o'lkama-o'lka tarqalib ketgan. Toun qo'zg'atuvchisini (1878) G.N.Minx topgan, bundan habarsiz A.Yersen va Sh.Kitazatolar (1894) ham aniqlagan.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi toun mikroblari – iersiniya pestis. Ularning uzunligi 1-1,5 mikron, eni 0,5 mikron bo'lib, gramm manfiy, tuxumga o'xshash tuzilishga ega. Mikroblar tanasi nozik parda — kapsula bilan o'ralgan. Bo'yalganda mikroblar qutblari to'q rangda bo'yaladi.

Toun mikroblari oddiy ozuqa muhitlarida o'sadi. 25-30°C xarorat va pH 6.9-7.2 bo'lgan muhit qulay sharoit xisoblanadi. Tashqi muhitda toun mikroblari turg'un. Past xaroratda oylab saqlanadi. 25-30°C da hatto ko'payishi mumkin. Mikroblar bilan ifloslangan kiyim-kechak va ashyolarda, bemor balg'ami yoki undan

ajralgan yiringda bir necha oygacha saqlanib turadi. Lizol, karbol kislotasi, formalin, xloramin kabi dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida tez nobud bo'ladi. 80⁰C gacha qizdirilganda 5 daqiqada, 100⁰C da bir necha soniyada o'ladi.

Epidemiologiyasi. Toun tibbiy o'chog'li infeksiyalardan xisoblanadi. Kasallik qo'zg'atuvchilarining tabiatda saqlanib kelishi - kemiruvchilar orasida doimo uchrab turishi bilan bog'liq. Sichqon, kalamush, yumronqoziqlar orasida vaqti-vaqti bilan toun epizootiyasi kuzatilib, juda ko'plab kemiruvchilar qirilib ketadi. O'zbekiston sharoitida Buxoro, Navoiy viloyatlari va Qoraqalpog'istonning katta qismini egallagan Qizilqum cho'llari tounning tabiiy o'chog'i xisoblanadi.

Kasallikning bir hayvondan boshqasiga o'tishida va hayvonlardan odamga yuqishida burgalar katta rol o'ynaydi.

Uy xayvonlaridan tuya toun bilan kasallanishi mumkin. Odamga kasallik turli yo'llar bilan yuqadi. Kasal hayvondan va bemorni parvarish qilganda teri orqali yuqadi. Toun mikrobi tutgan burga chaqqanida ham kasallik teri orqali yuqadi. Tounning o'pka turi bilan og'rikan bemor atrofdagilar uchun g'oyat xavfli xisoblanadi. Uning balg'ami bilan millionlab toun mikroblari ajralib, atrofga tarqaladi. Bunda mikroblar sog'lom odam tanasiga nafas yo'llari orqali yuqadi. Toun bilan kasalangan tuyani so'yganda, yoki go'shtini iste'mol qilganda mikroblar teri yoki og'iz orqali odam organizmiga tushadi.

Patogenezi. O'lat mikrobi organizmga teri va shilliq parda orqali kiradi. Teri orqali kirganida kamdan-kam (3-4 foiz) hollarda terida birlamchi affekt paydo bo'ladi: terining o'sha joyida avval dog', keyin tugunchaga, so'ngra vezikula va pustulaga aylanadi. Pustula yorilgach, uzoq vaqt tuzalmaydigan yara paydo bo'ladi. Ko'pincha o'lat mikrobi terida hech qanday o'zgarish hosil qilmaydi va limfa tomirlari orqali regionar limfa tugunlariga boradi. Limfa tugunlari, ularning atrofidagi to'qimalar yallig'lanadi va o'lat buboni paydo bo'ladi. Ko'pincha chov va qo'ltiq osti limfa tugunlari zararlanadi. Bubonlar birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Birlamchi bubonlar o'lat mikrobi kirgan joyning yaqinida yuzaga keladi. Masalan, burga oyoqni chaqqan bo'lsa, chov limfa tugunlarining zararlanishi birlamchi bubon xisoblanadi, ularni yallig'lantiradi, boshqa limfa tuguniga o'tsa,

ikkilamchi bubonlar deb yuritiladi. Birlamchi bubonlar erta paydo bo‘ladi va limfa tugunlari atrofida to‘qimalar ham yallig‘lanadi (peradenit). Ikkilamchi bubonlar keyinroq paydo bo‘ladi va bunda atrofdagi to‘qimalar zararlanmaydi (adenit). Qonda aylanib yurgan o‘lat mikrobi ba‘zan o‘pka to‘qimasiga o‘rnashib, uning yallig‘lanishiga sabab bo‘ladi (ikkilamchi pnevmoniya).

Limfa tugunlaridan o‘lat mikroblari qonga tushadi va bakteriemiya boshlanadi. Qon orqali butun organizmga tarqalgan o‘lat mikroblarining bir qismi boshqa limfa tugunlariga o‘tib, ikkilamchi bubon rivojlanishiga olib keladi, intoksikatsiyani kuchayishi mononuklear-fagotsitar tizimni izdan chikarib, himoya faoliyati yo‘qoladi va qon orqali butun organizmga bakteriya tarqaladi va bu septik shakli rivojlanishiga olib keladi.

Klinikasi. Toun kasalligida yashirin davr 6 kungacha bo‘ladi, o‘rtacha 2-3 kun, o‘latga qarshi emlanganlarda 8-10 kungacha cho‘ziladi. Hastalik to‘satdan, shiddat bilan boshlanadi. Qaltirash bilan isitma ko‘tarilib, qisqa soatlarda tana xarorati 40-41°C gacha ko‘tariladi. Kuchli intoksikatsiya belgilari yuzaga keladi. Bemor jonsarak, halovati yo‘qoladi, betinch bo‘ladi, vahima bosadi. Alaxlash hollari ham kuzatiladi. G.P.Rudnev bo‘yicha quyidagi klinik shakllari farqlaniladi:

- A. 1) teri shakli,
 - 2) bubonli shakl,
 - 3) teri-bubonli shakl,
- B. 1) birlamchi septik shakli,
 - 2) ikkilamchi septik shakli.
- C. 1) birlamchi o‘pka shakli,
 - 2) ikkilamchi o‘pka shakli,
 - 3) ichak shakli farqlanadi.

Eng ko‘p uchraydigan — teri-bubonli hamda bubonli turlaridir. Ular infeksiya teri orqali yuqqanida yoki zararlangan burga chaqishi natijasida kelib chiqadi. Teri-bubonli turida infeksiya kirgan joyda teri bo‘rtadi, ichida gemorragik suyuqlik tutgan pustula paydo bo‘ladi. Uning atrofida teri qizaradi, qattiq og‘riydi. Pustula

keyinchalik soʻrilib ketishi mumkin. Koʻp hollarda esa, jarohatlangan joydagi toʻqima nekrozga uchraydi.

Regionar limfa bezlari kattalashib, ogʻriq beradi. Ular bubon deb ataladi. Bubon koʻpincha chov limfa bezlarida uchraydi. Uning kattaligi tuxumday, baʼzan undan ham katta boʻlishi mumkin. Paypaslab koʻrilganda qattiq, qimirlamaydi, atrofdagi toʻqimalar bilan yopishgan boʻladi, ogʻriydi. Bubon uzoq vaqtgacha soʻrilmaydi, vaqt oʻtishi bilan, kasallikni 7-8 kunlarida koʻpincha yumshab, yiring bilan toʻladi va teri teshilib, yiring oqib chiqadi. Tounning bubonli turida infeksiya kirgan joy terisida oʻzgarishlar boʻlmaydi. Kasallik shu bosqichda toʻxtab, asta-sekin tuzalish roʻy berishi mumkin. Boshqa hollarda esa hastalik avj olib, ikkilamchi oʻpka turi yoki ikkilamchi sepsis rivojlanadi. Kasallik nafas yoʻllari orqali yuqqanida tounning birlamchi oʻpka turi rivojlanadi. Oʻpka turi tounning ogʻir keladigan hollaridan xisoblanadi. Unda oʻpkada gemorragik pnevmoniya rivojlanadi. Isitma yuqori boʻlib, qusish, qattiq bosh ogʻrishi va mushaklarda ogʻriq bezovta qiladi. Koʻkrakda ham kuchli ogʻriq paydo boʻladi. Nafas qisadi. Yoʻtal qattiq bezovta qiladi. Balgʻam qon aralash boʻladi, baʼzan juda koʻp ajraladi. Ogʻir hollarda bemor qon tuflaydi. Yurak-tomirlar faoliyati keskin izdan chiqadi. Bemor koʻp alaxlaydi, ogʻir ahvolda boʻlsa ham, turib qochib ketmoqchi boʻladi. Oʻlim hollari koʻp uchraydi. Tounning oʻpka turi epidemiologik jihatdan juda xavfli. Balgʻam bilan ajralayotgan millionlab toun mikroblari atrofdagilarga nafas yoʻllari orqali osongina yuqishi mumkin.

Birlamchi yoki ikkilamchi sepsis tounning eng ogʻir turi boʻlib, mikroob qon orqali hamma aʼzolarga tarqaladi.

Intoksikatsiya haddan tashqari kuchli boʻladi. Bemor doimo alaxlaydi, nafas qisishi kuchli boʻladi. Terida turli gemorragik toshmalar va sianoz aniqlaniladi. Odatda kasallikning bu turi 2-3 kunda oʻlim bilan yakunlanadi.

Infeksiya ogʻiz orqali tushganda tounning ichak turi rivojlanadi. U kuchli intoksikatsiya, qorinda qattiq ogʻriq paydo boʻlishi bilan kechadi. Ishtaha yoʻqoladi. Bemor toʻxtovsiz qusadi. Qusuq massasi dastlab qon aralash boʻlsa,

keyinchalik faqat qon qusadi. Ichidan ham qon ketadi. U ham ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Tounning barcha turlarida ham til yaxlit, "bo'rsimon" oq karash bilan qoplanishi o'ziga hos xisoblanadi.

Tashxisi. Tahliliy tashxislash maqsadida, bakteriologik, bakterioskopik, serologik va biologik usullar qo'llaniladi.

Bakteriologik usul. Bu usulda bubon, vezikula, pustula, karbunkuldan olingan yiring, shilimshiq va suyuqlik ozuqa muhitlarga ekiladi. O'lat pnevmoniyasida balg'am va tomoqdan surtma, septik shaklida qon ekiladi. O'latdan o'lgan odam murdasining jigari, talog'i, o'pkasi, limfa tugunlari, qoni va suyak ko'migidan olingan moddalar ekiladi.

Bakteriologik usul bilan bir vaqtda biologik usul ham qo'llaniladi. Tekshiriladigan material dengiz chuchqasi yoki oq sichqonlarning qorin bo'shlig'iga yuboriladi. 2-3 kun o'tgach hayvonlar o'ldiriladi va ularning a'zolaridan bo'lakchalar olib, oziqa muhitlariga ekiladi.

Serologii usullar. GATR usuli yordamida bemor-qonida spetsifik antitelolar bor yo'qligi aniqlanadi.

Ekspress tashxis — antitelolarni flyuoressensiyalash usuli kasallik qo'zg'atuvchi mikroob bor-yo'qligini 2 soat ichida aniqlash imkonini beradi. Tahlil olayotganda albatta maxsus himoya kiyimi bo'lishi shart.

Davolash. Toun bilan og'rikan, hatto unga shubxa qilingan xar bir bemor albatta alohida shifoxona (gospital) ga yotqiziladi. Bunday binoda boshqa kasallik bilan og'rikan bemorlarning bo'lishi mumkin emas.

Tounni davolashda antibiotiklardan streptomitsin yaxshi natija beradi. Uni bemorning ahvoriga va kasallik turiga qarab kuniga 3-4 ming TB gacha muskul orasiga yuboriladi. Uni teng dozalarga bo'lib, xar 6 soatda yuborib turiladi. Levomitsitin suksinat, ko-trimoksazol sutkada 4 tabletka tayinlanadi. Davolash kursi 7-10 kun davom etadi. Antibiotiklardan ampitsillin, sefazolin, ampioks, seftriakson preparatlari katta dozalarda qo'llanilishi mumkin. Davolash tugagach, 3 marta qayta tahlil olib tekshiriladi. O'lat bubonlari tezroq yo'qolib ketishi uchun

bevosita bubon ichiga xar kuni bir martadan streptomitsin (500000 TB) yoki ampitsillin (0,5 g) yuborib turiladi. Bu dorilarni 3—5 marta yuborish kifoya qiladi. Bubon yorilgan hollarda uning ichidagi yiring tezroq chiqib ketishi uchun o'sha joyga gipertonik eritma yoki furatsillinga ho'llangan doka turund qilib qo'yiladi. Intoksikatsiyani kamaytirish uchun Ringer eritmasi, reosorbilakt, reopoliglyukin, izotonik glyukoza eritmasi qo'llaniladi. Kuchli intoksikatsiyaga qarshi glukokortikoidlar (kuniga 100-150 mg dan prednizolon) beriladi.

Bemorlarga askorbin kislota 5% - 10 ml gacha beriladi. B, K vitaminlarini berish zarur.

Bemorni davolovchi shifokorlar gospital yopilgunicha o'sha shifoxonaning o'zida alohida binoda yashaydilar. Ular avvalo o'zlariga kasallik yuqmaslik chorasini ko'rishlari kerak. Bu maqsadda bemor oldiga kiradigan xar bir shifokor maxsus tounga qarshi kiyim kiyib olishi lozim.

Bemor yotgan xonada dezinfeksiyalovchi eritmalar oldindan ko'p miqdorda tayyorlab qo'yilishi kerak. Bemordan ajralayotgan barcha chiqindilar darxol zararsizlantiriladi. Qilingan xar bir muolaja, olingan tahlildan so'ng qo'l dezinfeksiyalab turiladi. Ishlatilgan tibbiy ashyolar ham zararsizlantiriladi. Bog'lam materiallari, qimmatbaxo bo'lmagan anjomlar dezinfeksiyadan so'ng yoqib yuboriladi. Barcha xarakat infeksiyani chetga chiqarib yubormaslikka qaratilgan bo'lishi kerak.

O'latning bubonli formasidan sog'aygan bemor isitmasi tushganidan boshlab hisoblaganda 2 haftadan keyin kasalxonadan chiqariladi. Bunda bubon butunlay so'rilib ketgan va undan olingan moddadan undirib ko'rilganda o'lat mikroblari yo'q bo'lishi shart. O'pka formasida esa, bemor xarorati me'yoriga kelganidan boshlab hisoblanganda 16—18 kun o'tganidan keyin uyiga jo'natiladi, shunda ham balg'amida o'lat mikroblari yo'qligi aniq bo'lishi kerak.

Profilaktikasi. Kemiruvchi hayvonlar o'lat mikroblarining asosiy rezervuari ekanligini yuqorida aytib o'tgan edik. Shuning uchun kemiruvchi hayvonlar ko'payib ketishiga qarshi tegishli choralar amalga oshiriladi. Shu bilan bir qatorda, o'latning ma'lum endemik o'choqlarida o'lat epizootiyasi paydo bo'lishiga yo'l

qo'ymaslik choralari ko'riladi. O'latning tabiiy o'choqlarini yo'qotish uchun kemiruvchilarning inlariga zaharli moddalar sepiladi. O'lat tashxisi aniqlangach, bemor darhol kasalxonaga yotqiziladi, bemor yashagan joyda dezinfeksiya, dezinseksiya, deratizatsiya o'tkazilib, bu joyda 6 kun muddatga karantin e'lon qilinadi. Bemorga yaqin yurgan odamlar 6 kun davomida vrach nazoratida bo'ladi, xar kuni 3 marta ularning xarorati o'lchanib turiladi. Ehtiyot shart yuzasidan ularga streptomitsin tayinlanadi. O'lat o'chog'ida ishlaydigan tibbiy xodimlar shaxsiy profilaktika qoidalariga rioya qilishlari kerak, ular albatta o'latga qarshi maxsus kiyim-bosh kiyib ishlashlari zarur. Biror kishi o'lat bilan kasallansa, yoki o'lat epizootiyasi boshlanib qolgudek bo'lsa, o'sha joyda yashaydigan aholining hammasi (2 yoshli bolalardan boshlab) o'latga qarshi emlanadi. O'lat vaksinasi teri ostiga, teri orasiga in'eksiya qilinadi. Vaksina qilingach, bir haftadan so'ng immunitet paydo bo'ladi. Immunitet bir yilgacha saqlanadi.

Dengiz portlarida, aeroportlarda va temir yo'l stansiyalarida o'latga qarshi ko'riladigan profilaktik choralar xalqaro meditsina sanitariya qoidalari haqidagi maxsus hujjatlarda ko'rsatilgan. Bunda o'lat gumon qilinganda bemorni kasalxonaga yotqizish va o'latga qarshi emlash, dezinfeksiya, dezinseksiya va deratizatsiya choralari ko'rish ko'zda tutilgan.

10-bob. TERI JAROHATLARI INFEKSIYALARI.

KUYDIRGI (SIBIR YARASI)

Kuydirgi – terida o'ziga hos yara paydo bo'lishi, ba'zida sepsis yoki o'pka va ichaklarning zararlanishi, hamda kuchli intoksikatsiya bilan kechadigan zoonoz yuqumli kasallik.

Kuydirgi qadim zamonlardan qishloq xo'jaligi hayvonlari va insoniyatga katta talofat yetkazib kelgan. 1778-1789 yillarda Sibirda tez-tez uchrab turadigan kasallik bo'lib, epizootiya davrida rus olimi S.S.Andreevskiy kasallikni xayvonlardan o'ziga yuqtirib o'rgandi va uni "Sibir yarasi" deb atashini tavsiya etdi.

Etiologiyasi. Kuydirgini qo'zg'atuvchi mikroba Bac. Anthracis ni 1849-1850 yilda Brauellomlar aniqlagan. U yirik xarakatsiz, grammusbat aerob bakteriyadir. O'zidan kuchli ekzotoksin ajratib chiqaradi. Toksin 3 ta faktordan iborat bo'lib, yallig'lanish, shishni hosil bo'lishi va fagotsitozni pasaytiradi. Anilin bo'yoqlari bilan yaxshi bo'yaladi, oddiy ozuqa-go'shtli pepton moddalarda ko'payadi. Tashqi muhitda spora hosil qiladi, sporalar bir necha yillargacha saqlanib qolishi mumkin. Kuydirgi sporalari quritishga, dezinfeksiyalovchi moddalar ta'siriga chidamli, qaynatilganda 5 minutda o'z xususiyatini saqlab qoladi, 70°C daraja qizdirilganda bir necha soatda nobud bo'ladi. Tayoqchanning vegetativ turi esa yuqori xarorat va dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida bir necha daqiqa ichida halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai asosan yirik va mayda shoxli hayvonlar, shuningdek, otlar, eshaklar, bug'ular va cho'chqalar xisoblanadi. Kasallangan hayvon najasi, siydigi, so'lagi bilan kuydirgi mikrobinini ajratib atrof muhitni (tuproq, suv, jun va b.) ifloslantiradi. O'lgan hayvonning qoni, terisi, juni va ichki organlari ham ancha vaqtgacha xavfli bo'ladi. Odamga kuydirgi asosan teri va shilliq parda orqali: kasallangan xayvonlarni parvarish qilishda, ularning chiqindilari, xom ashyosi (terisi, juni, mo'ynasi, go'shti), o'lgan mollarni jasadlari bilan ishlaganda, shuningdek qushxona, teri, jun va mo'yna bilan ishlovchi xodimlarga yuqadi. Kuydirgi kasal xayvon so'yilganda, nimtalanganda, go'shti iste'mol qilinganda, shuningdek infeksiyali chang havodan nafas olinganda ham yuqishi mumkin. Ayrim hollarda kuydirgini qon so'ruvchi pashshalar (so'na, chivin) ham yuqtirishi mumkin. So'nggi yillarda, keng olib borilayotgan sanitariya-gigienik va veterinariya tadbirlari hayvonlar go'shti, terisi, juni ustidan doimiy sanitariya nazorati olib borilayotganligi tufayli yurtimizda kuydirgi kasalligi juda kam kuzatilmoqda.

Patogenezi. Kuydirgi qo'zg'atuvchisi organizmga jarohatlangan teri, shilliq qavat, nafas yo'llari orqali tushadi. Teri jarohati orqali kirganda bakterial toksin ta'sirida serozli-gemorragik yallig'lanish, mikrotsirkulyatsiyani bo'zilishi, shishni hosil bo'lishi va atrofdagi to'qimalarda gemorragik o'zgarishlar, koagulyatsion nekrozni yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Xarakatdagi makrofaqlar mikroblarni

yaqinda joylashgan limfa tugunlariga olib kirib limfadenit rivojlantiradi. Agarda bakteriyalar tusiqlardan o'tib qonga tushsa bakterimiya kuzatilib kasallikni tarqalgan shakli rivojlanadi.

Klinikasi. Yashirin davri 2-3 kun, ba'zan 6-8 kunga cho'zilishi, yoki bir necha soatgacha qisqarishi mumkin. Infeksiyaning organizmga kirish yo'liga qarab, kasallik turlicha: teri va septik xillarda kechadi.

Kuydirgi ko'pincha teri karbunkuli ko'rinishida kechadi. Kasallikning birinchi kuni bemor darmonsizlik xis etib, biroz badani qaqshaydi va boshi og'riydi, keyingi kuni eti uvishib, qaltiraydi va tana xarorati tezlik bilan 39-40°C gacha ko'tariladi, bosh va tana og'rig'i kuchayadi, uyquasi buziladi. Terida, kuydirgi tayoqchasi kirgan joyda qichishadigan qizil tuguncha (papula) paydo bo'ladi. Bir necha soatdan so'ng tuguncha ichida seroz suyuqlik yig'ilib, diametri 2-3 mm li pufakcha (vezikula) hosil bo'ladi. Keyinchalik pufakcha ichidagi suyuqlikka qon aralashadi. Pufakcha yorilgach, o'rnida yara (karbunkul) paydo bo'ladi, bu yara tezda qotib, quriydi va qo'ng'ir rangli qora qo'tir bilan qoplanadi. Kuydirgini lotincha "Antrax" (ko'mir) deb atalishining boisi ham shundadir. Qora qo'tir doirasi asta-sekin kattalashib boradi, gardishida qizil hoshiyali bo'rtma va mayda pufakchalar paydo bo'ladi. Yara atrofida bunday mayda pufakchalarning paydo bo'lishi, ancha keng joyda shishning bo'lishi va bu karbunkul hamda shishning og'riqsizligi kuydirgiga juda hos bo'lib, boshqa o'xshash yaralardan farqlashimizda ahamiyatlidir.



Rasm 44. Sibir yarasida yarani rivojlanishi (kaf. tablitsasidan).

Isitma va yuqori intoksikatsiya alomatlari 5-6 kungacha saqlanib turadi. Soʻngra tana xarorati meʼyoriga kelib, bemorning ahvoli yaxshilanadi, yara ham qayta boshlaydi: avval shish kamayadi, 2-3-hafta ohirida qora qoʻtir koʻchib, oʻrnida chuqur chandiqlik paydo boʻladi. Kuydirgining teri shakli ogʻir kechganda kasallikning *ikkilamchi septik* shakli rivojlanishi mumkin.

Kuydirgining birlamchi septik shakli asosan infeksiya ogʻiz orqali, yoki havochang yoʻli bilan yuqqan hollarda rivojlanadi. Septik shakli juda kam uchraydi. Kasallik alomatlari shiddat bilan rivojlanadi. Bemor eti uvishib, qaltiraydi, xarorati tezda 39-40 °C darajagacha koʻtariladi, yurak urishi va nafas olishi tezlashadi. Intoksikatsiya belgilari tez kuchayib borib, ayrim bemorlarda infeksiyon-toksik shok holati yuz beradi. Shuningdek, bemorlarda koʻkragida sanchiq, kuchli yoʻtal va qon aralash balgʻam ajralishi kuzatiladi. Rentgenologik tekshiruvda pnevmoniya va ekssudativli plevrit aniqlanadi. Baʼzi bemorlarni qornida keskin qattiq ogʻriqlik paydo boʻladi, koʻngli aynib, qon aralash qusadi va qon aralash ichi ketadi. Koʻpchilik bemorlarda gemorragik alomatlar va ayrimlarda meningoensefalit alomatlari ham kuzatiladi.

Kuydirgining septik shaklida, o'pka yoki ichak tizimining ko'p yoki oz jarohatlanishiga qarab, kasallikning o'pka yoki ichak turlari ham farqlanadi.

Kuydirgining ichak turi infeksiya og'iz orqali yuqqanida yuzaga keladi. Kasallik qorinda, ba'zan belda o'tkir, ayrimlarida juda kuchli og'riq bilan boshlanib, tezlikda safro va qon aralash qusish, hamda qon aralash ich ketishi qo'shiladi. Bemorning ahvoli tez og'irlashib, tana xarorati 40-41°C darajagacha ko'tariladi, intoksikatsiya alomatlarini kuchayib boradi va nihoyat infeksiya-toksik shok rivojlanishi va yurak-tomirlar faoliyatini buzilishi natijasida o'lim ro'y beradi. Kasallikning o'pka turi infeksiya nafas yo'li orqali yuqqanida yuzaga keladi. Bunda bemor eti junjikib, tana xarorati ko'tariladi, tumov, ko'krak va nafas qisilishi, yo'tal va hansirash singari alomatlar avj oladi. Yo'tal kuchli bo'lib, ko'p miqdorda qon aralash, ko'pikli balg'am ajraladi. Tekshirib ko'rilganda pnevmoniya va eksudativ plevrit aniqlanadi. Kuydirgining bu turi ham juda og'ir intoksikatsiya, infeksiya-toksik shok va yurak-tomir faoliyatining keskin buzilishi bilan kechadi va ko'pincha 2-3 kun ichida bemorning o'limi bilan yakunlanadi. Kasallikning septik turini o'tkazayotgan bemorlar atrofdagilar uchun juda katta havf tug'diradilar. Chunki ularning chiqindilarida (balg'am, nafas, qusuqlari) va qonida kuydirgi mikrobi juda ko'p miqdorda bo'ladi.

Tashxisi. Kuydirgining teri shaklini tipik kechganida tashxis qo'yish ortiqcha qiyinchalik tug'dirmaydi. Bunda kuydirgi yarasining o'ziga hos ko'rinishi hamda uni markazini og'rimsizligini e'tiborga olish kerak. Xalqimizdagi "og'rimagan yaradan qo'rq" deyilgan ibora aynan shu kasallikka ta'luqlidir. Kuydirgining o'pka va ichak turlarini tashhisoti ancha murakkab bo'lib, ularni o'lat kasalligining o'pka va ichak turlaridan farqlash zarur bo'ladi. Kuydirgining tashhisoti albatta laboratoriya ma'lumotlari bilan tasdiqlanishi kerak. Bu maqsadda bakteriologik, bakterioskopik, biologik va allergik usullardan foydalaniladi. Bakteriologik usulda — teridagi pufakchalar yoki yaradan olingan suyuqlik, septik turida bemor qoni, balg'ami, nafasi va siydigi steril idishlarga olinadi, og'izini mahkam bekitilib, tamg'alangan tunuka idishda laboratoriyaga jo'natiladi va u yerda maxsus

ozuqalarga ekiladi. Bakterioskopik usulda esa, shu materiallardan surtma tayyorlanib, bo‘yaladi va mikroskop ostida ko‘riladi.

Biologik usulda — oq sichqon yoki dengiz cho‘chqasining terisi ostiga 0,1-0,2 ml miqdorda bemordan olingan moddani (fiziologik eritma bilan 1:10 suyultirib) yuboriladi. Agar materialda kuydirgi mikrobi bo‘lsa, zararlantirilgan hayvonda sepsis rivojlanib, u 1-3 kunda o‘ladi. Kuzatuv 10 kun davom etadi.

Teri-allergik reaksiya usulida bemor bilagining ichki tomoni terisi orasiga 0,1 ml miqdorida antroksin yuborilib, 24-48 soat davomida kuzatiladi. In‘eksiya qilingan joyda yallig‘lanish alomatlari paydo bo‘lsa, reaksiya musbat xisoblanadi. Qizargan va shishgan joyning diametri 15 mm gacha bo‘lsa, reaksiya sal musbat (+), 15-25 mm bo‘lsa musbat (++) va 25-40 mm va undan ortiq bo‘lsa o‘ta musbat (+++) deb baholanadi.

Kuydirgi mikrobi bilan ifloslangan deb shubha qilingan material (teri, jun, mo‘yna va b.) larni tekshirish uchun Askoli pretsipitatsiya reaksiyasidan foydalaniladi.

Davolash. Bemor albatta kasalxonaga yotqizilib, alohidalanishi kerak. Kuydirgini davolashda antibiotiklar (penitsillin, sefalosporin preparatlari, gentamitsin, levomitsetin) yaxshi samara beradi. Penitsillinni kuniga 6-24 mln. TB dan 7-8 kun davomida beriladi.

Kasallikning septik turlarida sefalosporin (bir kunda 4-6 g), levomitsetin natriy suksinat (3-4 g), yoki gentamitsin (240-320 mg dan) beriladi.

Antibiotiklar bilan bir vaqtda kuydirgiga qarshi immunoglobulin qo‘llanadi. Gammaglobulin kasallikning yengil xilida 20 ml dan, o‘rtacha og‘ir va og‘ir kechganida 40-80 ml dan yuboriladi.

Bulardan tashqari, bemorning holatiga qarab antitoksik davolash va shokning oldini olish choralari ko‘riladi. Kuydirgining teri shaklida jarrohlik usullarini qo‘llash sepsis rivojlanishiga olib keladi, shuning uchun bunday muolajalar qat‘iy taqiqlangan. Bemor yolg‘iz kishilik palatada yoki boksa alohidalangan xolda yotishi va o‘rinda yotish tartibiga qat‘iy amal qilishi kerak. Uning parvarish buyumlari alohida bo‘lishi va ular bug‘li va bug‘-farmalinli kameralarda

dezinfeksiya qilinishi lozim. Chiqindilar quruq xlorli ohak, yoki kalsiy gipoxloridning 2/3 asosli tuzi bilan 1:2 nisbatda (siydik uchun 1:10 yoki 1:20) qoʻshiladi va obdon aralashtirib, yopiq idishda 2 soatga qoldiriladi, soʻngra kanalizatsiyaga yoki hovli xojatxonasiga toʻkiladi. Yaraga ishlatilgan bogʻlov materiallari, qon, balgʻam va boshqa chiqindilar tekkan materiallar yoqib tashlanadi. Bemorlarni koʻrish va parvarishda qatnashgan barcha tibbiyot xodimlari ehtiyot choralariga rioya qiladilar: rezina qoʻlqop taqishlari, kasallikning oʻpka turida dokali burun bogʻichi va himoyalovchi koʻzoynak taqishlari kerak. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish - teri shaklida - yara chandiq hosil qilib, bitganidan keyin; septik shakllarida - ikki marta (5 kun oralatib) oʻtkazilgan bakteriologik tekshiruvlar manfiy natija bergandan keyingina amalga oshiriladi. Kuydirigidan oʻlgan hayvon va odam jasadi kuydiriladi, yoki 20% li xlorli oxak eritmasiga hoʻllangan choyshabga oʻralib, maxsus tobutga solinadi va 2 m chuqurlikda ustiga quruq xlorli ohak sepib koʻmiladi.

Profilaktikasi. Kuydirigiga qarshi chora-tadbirlarni veterinariya va tibbiyot xodimlari birgalikda olib boradilar. Kasallik manbalarini yoʻqotish veterinariya xodimlari oʻtkazadigan tadbirlarning asosi xisoblanadi. Uy hayvonlari va ularning mahsulotlari bilan ishlovchi shaxslar (zootexnik va veterinariya xodimlari, ferma, qushxona, teri, jun zavodlari, moʻyna fabrikalari ishchilari) maxsus kuydirigiga qarshi vaksina bilan emlanadi. Infeksiya uchogʻida boʻlgan shaxslar, shuningdek kasal hayvon, yoki ularning xom ashyosi bilan bevosita muloqotda boʻlgan kishilarga nisbatan koʻriladigan shoshilinch profilaktika choralari sifatida ularga kuydirgi gammaglobulini (20-25 ml) bilan penitsillin yuboriladi. Bu muolajalar 7-10 kun davomida oʻtkazilganidan keyin vaksina bilan emlanadi. Gammaglobulinni infeksiya ogʻiz yoki nafas yoʻli orqali yuqqanida -5 kundan ortiq, teri orqali yuqqanida — 10 kundan ortiq vaqt oʻtgandan keyin yuborish maqsadga muvofiq emas. Bemor kasalxonaga yotqizilgandan keyin, uning uyida dezinfeksiya qilinadi. Bemor bilan muloqotda boʻlgan kishilar 8 kun davomida nazorat ostida boʻladilar va ularga shoshilinch profilaktika choralari oʻtkaziladi.

Keng omma, ayniqsa qishloq aholisi va tegishli korxonalarining ishchilari orasida sanitariya oqartuv ishlarini keng yo'lga qo'yish, kuydirgi kasalligi tarqalishini oldini olishda katta ahamiyatga ega.

SARAMAS (ERYSIPELAS)

Saramas – terida aniq chegaralangan o'tkir serozli yoki serozli-gemorragik yallig'lanish, organizmni umumiy intoksikatsiyasi bilan kechadigan, infeksiyon-allergik yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Saramasni A guruhiga mansub beta-gemolitik streptokokklar-*S.pyogenes* keltirib chiqaradi. Streptokokklar tashqi muhitga ancha chidamli bo'lib 60 °C issiqlikda 30 minutda ham o'lmaydi. Eritrogen toksin hosil qiladi.

Epidemiologiyasi. Ko'pchilik hollarda kasallik saramasga uchragan bemorlar bilan aloqada bo'lmasdan turib, mustaqil ravishda kelib chiqadi. Bolalar kattalarga qaraganda kamroq kasal bo'ladilar, ammo 1 yoshgacha bo'lgan bolalar, ayniqsa chaqaloqlar hammadan ko'ra ko'proq kasallanadilar. Kasallik ekzogen va endogen (limfogen) yo'l bilan yuqadi. Kasallik tashqaridan streptokokkni shilingan teri orqali tushishi orqali yuqishi, ba'zi hollada limfogen yo'l bilan kasallik qo'zg'atuvchining limfa yo'llari orqali, yallig'lanishning boshqa o'choqlaridan (osteomielit, flegmona, angina, tishlar kariesi va boshq.) teri qoplamlarini zararlashi mumkin.

Patogenezi. Teriga tushgan streptokokklar limfa tugunlarida joylashadi, keyin limfa tomirlari orqali turli organlarga tarqala boshlaydi. Intoksikatsiyani endo- va ekzotoksinlar, streptokokklarning boshqa toksik substansiyalari keltirib chiqaradi. Streptokokklarning mahsulotlari infeksiyaning tarqalishini yengillashtiradi. Saramas tez-tez qaytalanib turishga moyilligi bilan ta'riflanadi.

Saramas va retsidiylarning kelib chiqish mexanizmida oliy nerv faoliyatining ahvoli va organizm qarshiligini susaytiruvchi hamda latent infeksiyani faollashtiruvchi endogen va ekzogen omillarning noxush ta'siri va organizmni infeksiyon-allergik sezuvchanlikni ahamiyati katta. Surunkali yallig'lanish

jarayonlari, surunkali teri kasalliklari, o'tkir yallig'lanish kasalliklari, mayda jarohatlar, sovuqni nohush ta'sirlari shular jumlasiga kiradi.

Bordiyu, saramas qo'zg'atuvchisi limfatik to'siq orqali terining chuqur qavatlariga kirib qolsa, teri osti abscesslari, bakteriemiya va metastatik yallig'lanish o'choqlari rivojlanadi. Bu asosan nimjon, kuchsiz, tez-tez kasal bo'ladiganlarda kuzatiladi.

Klinikasi. Saramasning inkubatsion davri bir necha soatdan 3—7 kungacha davom etadi. Kasallik odatda birdan et uvishishi, tana xaroratining tezda 39—40°C ga ko'tarilishi, umumiy holsizlik, bosh og'rishi, ba'zan qayt qilish bilan boshlanadi. Bir necha soat yoki 1 — 2 kundan keyin terining u yoki bu yeri qizarib, shish paydo bo'ladi, shu joyni ushlab ko'rganda teri qizishi, og'riq paydo bo'lishi, atroflari aniq ko'rinib turuvchi yallig'lanish kuzatiladi. Qizarish periferiya bo'ylab tarqala boshlaydi, chetlari notekis bo'lib, sog'lom teridan yaqqol ajralib turadi. Saramas ko'pincha yuzda, bo'yinda, oyoq-qo'llarda joylashgan bo'ladi. Yallig'lanish darajasi, xarakteri va kasallikning kelib chiqishiga qarab, saramasning bir necha turlari: eritematoz, vezikuloz, bullyoz, gemorragik, flegmonoz va gangrenoz turlari ajratiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda ko'pincha kasallikning eritematoz turi kuzatiladi.

Kasallikning tarqalishiga qarab, mahalliy yoki chegaralangan, tarqalgan va adashgan turlari farqlanadi. Hastalik odatda 6—14 kun davom etadi, ba'zan bor-yo'g'i 2 kunda o'tib ketishi mumkin. Ba'zi hollarda esa, ayniqsa, adashgan turida bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Saramasning erta qaytalanishi ham kuzatilgan, bunda kasallik sog'aygandan bir necha kundan keyin retsdiv kelib chiqadi. Kech retsdivlarda esa kasallik bir necha oydan keyin qaytalanishi mumkin. Kasallik retsdivlar bilan kechganda uzoq vaqt davom etib, bir necha yillar davom etishi mumkin. Teridan tashqari saramas shilliq pardalarda, burun, og'iz, yutqin, traxeya va bronxlarning shilliq qavatlarida ham aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, chap tomonga siljigan neytrofilyoz kuzatiladi. Ko'pincha limfotsitoz va monotsitoz kuzatilishi mumkin. EChT odatda tezlashgan, ko'krak yoshidagi bolalarda u uzoq vaqtgacha yuqori darajada (20 mm/s) saqlanib qoladi.

Tashxisi klinik ma'lumotlarga asoslanadi. Streptokokk infeksiyasida immunologik reaksiyalar (antistreptolizin titrini aniqlash) diagnostik ahamiyatga ega. Saramasni infeksiyon eritema, piodermiyadan ajrata bilish kerak.

Asoratlari flegmona, teri abscesslari, flebitlar, tromboflebitlar, zotiljam, sepsis va boshqalar kuzatilishi mumkin.

Davosi. Saramasda mujassamlashtirilgan davolash o'tkazilishi kerak: etiotrop vositalardan (penitsillin qatoriga oid antibiotiklar bilan birga, eritromitsin, tetratsiklin), dezintaksikatsion terapiya (Ringer, 5% glyukoza, reosorbilakt eritmalarini tomir ichiga quyish), stimullovchi terapiyani qo'llash (plazma va immunoglobulin qo'llash), desensibilizatsiyalovchi terapiya (antigistamin preparatlari), vitamin va gormonal preparatlar, ultrabinafsha nurlar va simptomatik terapiya kabilar shular jumlasidandir. Saramasning surunkali qaytalovchi turini umumiy davolash usullari qatori gormonoterapiyani qo'llash birmuncha samaraliroqdir.

Profilaktikasi. Saramas profilaktikasida terini ozoda tutish katta ahamiyatga ega, shuningdek, infeksiya o'choqlarini faol ravishda tugatish, markaziy nerv tizimi faolligining me'yorida bo'lishini ta'minlash, organizmning immunobiologik quvvatini oshirishni ahamiyati katta.

QOQSHOL (TETANUS)

Qoqshol – o'tkir yuqumli infeksiyon kasallik bo'lib, qoqshol toksini keltirib chiqargan, chaynov mushaklarining tonik qisqarishlari, vaqti-vaqti bilan talvasa to'tishi, organizmning umumiy zaharlanishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi—xarakatchan spora hosil qiladigan tayoqcha bo'lib, anaerob sharoitlarda rivojlanadi, kuchli ekzotoksin hosil qiladi, toksin tetanaspazmin va tetolizin fraksiyalaridan iborat. Tuproqqa najas bilan birga tushib, o'z hayot faoliyatini uzoq saqlab turadigan sporalar hosil qiladi. Kasallik aksariyat teri orqali yuqadi. Chaqaloqlar kindik yarachasi ifloslanganda zararlanishi mumkin. Kasallik patogenezida neyrotrop ta'sir ko'rsata oladigan

toksin asosiy rol o'ynaydi. Qoqshol to'qimalar nekrozi bilan davom etadigan chuqur sanchilgan yaralar va shikastlanishlarda ayniqsa xatarli xisoblanadi.

Qoqshol tayoqchasi toksini xarakatlantiruvchi nerv tolalari ohirlari bo'ylab va qon bilan orqa va uzunchoq miyaga boradi va nerv to'qimasi bilan birikadi. Toksin motoneyronlarda hosil bo'ladigan impulslarni tartibga solib turish faoliyatini buzadi. Impulslarni to'xtatish izdan chiqadi. Toksik-simpatik nerv tizimi tonusining oshishi taxikardiya, gipertoniya, aritmiya, periferik tomirlar spazmi, ko'p terlashni keltirib chiqaradi. Qoqshol patogenezida metabolik buzilishlarni ahamiyati katta.

Klinikasi. Inkubatsion davr o'rta hisobda 6-14 kundir, ba'zida 30 kungacha cho'ziladi. Kasallik birdan umumiy holsizlik, bezovtalanish va chaynov mushaklarining og'riqli tortishishi, keyin yuz mushaklarining talvasali qisqarishi va tez orada og'riq gavda mushaklariga o'tishidan boshlanadi. Buning natijasida gavdaning yoyga o'xshab egilishi, qorinning keskin taranglashishi, nafas buzilishlari rivojlanadi. Xarorat o'rtacha ko'tarilgan bo'ladi. Ko'p terlash va so'lak oqishi kuzatiladi. Hastalik odatda og'ir o'tadi va o'lim hollari ko'p bo'ladi.

Kasallik klinik belgilarining og'ir-engilligiga qarab, kasallikning yengil, o'rtacha og'ir, og'ir va juda og'ir turlari farq qilinadi.

Qoqsholning yengil turida kasallikning asosiy klinik belgilari asta-sekin rivojlanadi, tonik talvasalar sust ifodalanadi, bunda o'qtin-o'qtin talvasa tutishi, infeksiya tushgan joyda mushaklar gipertonusi (mahalliy qoqshol) qayd qilinishi mumkin. Bunday holat bir necha hafta mabaynida saqlanib turishi va nom-nishonsiz yo'qolib ketadi.

Og'ir kechadigan qoqsholda qisqa inkubatsion davr (3—5 kun) bilan boshlanadi. Kasallik o'tkir, shiddatli boshlanadi. Trizm barvaqt paydo bo'ladi, chaynov mushaklari spazmi boshqa mushaklar spazmi bilan almashadi, yutinish qiyinlashadi. Bezovtalanish, asabiylik, bosh og'rishi kasallikning ilk belgilaridandir. Qoqshol tutqanog'i kech paydo bo'lib, uzoq vaqt davom etadi. Asfiksiya, qon aylanishining buzilishi, dizuriya kuzatiladi, shu bilan bir qatorda bemorlarda ko'pincha beixtiyor siyish va axlat ajralishi mumkin.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda qoqshol tarqoq (generalizatsiyalashgan) turda kechadi, soʻrish akti buziladi, bezovtalik, yigʻloqilik paydo boʻlib, bunga talvasalar qoʻshilib ketadi. Ilk bor tremor, blefarospazm qayd qilinishi mumkin.

Tashxisi. Shikastlanish anamnezida jarohatning ifloslanish ehtimoli borligiga koʻrsatmalarni qoʻshgan holda, kasallikning tipik-klinik alomatlariga asoslanib qoʻyiladi. Qoqsholni strixnindan zaharlanish, isteriya, alveolyar yoki ensa absessi (trizm), spazmofiliyadan ajrata bilish lozim. Chaqaloqlarda qoqsholni tugʻruq natijasida kelib chiqadigan shikastlanishdan farq qilish zarur.

Davosi. Qoqsholga maxsus toksinni neytrallaydigan zardob joʻnatish bilan davo boshlanadi, bir marta 50 ming XB dozada muskul ichiga sinama oʻtkazilgandan soʻng joʻnatiladi yoki immunoglobulin (mushak orasiga 6 ml), 0,5 ml dan anatoksin bir kunda uch marta 3—5 kun oralatib yuboriladi. Bemorni tinchlantirish maqsadida sedativ va neyroleptik dorilar qoʻllaniladi (diazepam, seduksen, aminazin, GOMK, dimedrol va x.k.). Shu bilan bir qatorda yurak-tomir vositalari va antibiotiklar ham tayinlanadi. Kasallik ogʻir kechganda maxsus apparatlar yordamida boshqariladigan sunʼiy nafas oldirishni qoʻllagan holda reanimatsion davo koʻrsatiladi. Bemorlarni respublika, viloyat va shaxar shifoxonalarining ixtisoslashtirilgan boʻlimlarida davolash kerak.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktika boʻgʻma, koʻk-yoʻtal va qoqsholga qarshi assotsirlangan vaksina (AQDS) tarkibiga kiradigan qoqshol anatoksini bilan faol immunlash, shuningdek, shikast yetganda emlanmaganlarni faol sust immunlash (0,5 ml anatoksin, maxsus immunoglobulinni 3 ml miqdorda 5 kun oralatib yuborish) yoʻli bilan amalga oshiriladi.

QUTURISH (Hydrophobia)

Quturish kasalligi – neyrotrop virus qoʻzgʻatadigan, nerv tizimining kuchli zararlanishi (ensefalit belgilari) bilan kechadigan, bugungi kunda 100 foiz oʻlim bilan tugaydigan oʻta xavfli zoonoz yuqumli kasallikdir.

Qutirish kasalligi qadim zamonlardan beri ma'lum bo'lib, itlarni tishlashi oqibatida kelib chiqishini birinchi marta Aristotel (miloddan avvalgi 4 asrda) yozib qoldirgan. Klinikasini 1-asrda yashagan Sels suvdan qo'rqish (gidrofobiya) deb atagan.

Mashhur fransuz olimi Lui Paster (1881-1888) qutirishga qarshi vaktsina yaratgan. Rossiyada quturishga qarshi birinchi emlash I.I.Mechnikov va Gamaleyalar tomonidan amalga oshiriladi va 1886 yilning 23 iyunida Rossiyaning Odessa shahrida quturishga qarshi stansiya tashkil etilib, unga I.I.Mechnikov rahbar etib tayinlanadi (bu dunyodagi ikkinchi "Paster stansiyasi" edi). O'zbekistonda birinchi "Paster stansiyasi" 1906 yilda Toshkent shahrida tashkil etilgan.

Shunday qilib, dunyoning qator davlatlarida quturish kasalligiga qarshi maxsus tibbiy yordam ko'rsatish tizimi tashkil etiladi.

Etiologiyasi. Quturish kasalligini o'zida RNK saqlaydigan, Rabdoviridae oilasiga, Lussavirus avlodiga mansub bo'lgan neyrotrop virus qo'zg'atadi.

Bu viruslarning 2 xili (varianti) tafovut etiladi: "ko'cha-yovvoyi" va fiksirlangan laboratoriya virusi. Ikkinchi xil virus L.Paster, Jamberlin va Rular tomonidan virusni quyon miyasining qattiq pardasiga yuborish (passaj) yo'li bilan olingan.

Bu attenuirlangan virusning patogenligi kam, so'lak bilan ajralmaydi va o'zida Babesh-Negri tanachasini saqlamaydi (ishlab chiqmaydi), lekin bu xil virus antigenlik, immunogenlik va gemmagglyutinatsiya qilish xususiyatlariga ega. Virusning aynan shu xususiyatlari Lui Paster tomonidan quturish kasalligiga qarshi vaktsinani ishlab chiqarishiga asos bo'lgan. Fiksirlangan virusning vaktsina shtammlari "ko'cha" (yovvoyi) virusiga nisbatan to'laqonli immunitet ishlab chiqaradi, bu esa "ko'cha" va fiksirlangan viruslarning antigenlaridagi umumiylikdan darak beradi.

Virusning "ko'cha" xili hayvonlar o'rtasida sirkulyatsiya qiladi. Bu virus sutemizuvchi hayvonlar va odam uchun o'ta patogen xisoblanadi, virus ularning so'laklari bilan tashqi muhitga chiqadi. 1887 yilda Ruminiyalik olim V.Babesh va

1903 yilda italiyalik olim A.Negri quturishdan o'lgan hayvonlar bosh miyasining ammon shoxi deb ataluvchi qismidagi hujayralarda dog'ga o'xshash oval shaklidagi tuzilmalar borligini aniqlagan ("Babesh-Negri tanachasi"). Keyinchalik esa boshqa olimlar ana o'sha "dog'"lar quturish virusi ta'sirida paydo bo'lishini isbotlaganlar. 1903 yilning o'zida P.Remlenje kuturishni virus keltirib chiqarishini isbotlagan.

Quturish kasalligining virusi o'qsimon shaklga ega bo'lib, o'lchami 80-160 nm ni tashkil etadi. Virus o'zida 2 xil antigen saqlaydi (S va V antigenlari). Virusning S-antigeni, komplement biriktiruvchi va pretsipitatsiya qiluvchi antitelolarni, V-antigen esa (yuzaki) neytralizatsiya qiluvchi antitelo ishlab chiqishiga va immunitet shakllanishiga yordam beradi. Viruslar tashqi muhitga va dezinfeksiyalovchi moddalarga chidamli emas, qaynatilganda, xloraminning 2-3 foiz, lizolning 1-2 foiz, formalinning 1-5 foizli eritmalari ta'sirida virus bir zumda halok bo'ladi.

Glitseringa solingan miya to'qimasidagi viruslar bir necha hafta, sovutgichda esa bir necha yilgacha tirik saqlanganligi isbotlangan.

Epizootologiyasi va epidemiologiyasi. Quturish kasalligi zoonoz yuqumli kasallikdir. Issiq qonli hayvonlarning barchasi quturish kasalligi bilan kasallanadi. Quturish 2 xil turda (tipda) uchraydi, birinchisida, ya'ni quturishning tabiiy turida kasallikning rezervuar va manbalari yovvoyi hayvonlar hisoblansa (bo'ri, chiyabo'ri, tulki, yenotsimon itlar, barsuk, mangust, ko'rshapalak va h.), quturishning ikkinchi antropurgik ("shaxar") turida esa kasallik manbalari uy hayvonlaridan it va mushuklar hamda ayrim qishloq xo'jalik hayvonlari xisoblanadi, ular sun'iy, ikkilamchi, shaxar, urbanik o'choklarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Quturishning epizootik jarayonida ma'lum davriylik mavjud (xar 2-3 yilda) bu davriylik bevosita yovvoyi hayvonlarning biologik sikliga bog'liq bo'ladi (hayvonlar o'rtasidagi muloqotning kuz va qish fasllarida oshishi, yosh hayvonlarning oilasidan ajralib chiqishi va ovqatlanadigan joyining o'zgartirishi,

qish va bahorda hayvonlarning qo‘shilish davrida). Quturishning tabiiy o‘choqlari yer yuzining turli hududlarida turli xil hayvonlar organizimida saqlanadi.

Masalan, Yevropa qit‘asida quturish virusining asosiy rezervuari (manbai) qizil tulki, O‘rta Sharqda bo‘ri, Shimoliy Afrikada chiyabo‘ri, Janubiy Afrikada mangust, Shimoliy Amerikada koyot, yenot, Janubiy va Markaziy Amerikada xashoratxo‘rlar va ko‘rshapalaklar xisoblanadi. Quturish kasalligi Osiyo davlatlarida yuqori ko‘rsatkichlarda, Afrika va Shimoliy Amerikada esa eng past ko‘rsatkichlarda qayd etiladi. Virus quturishga chalingan hayvonlarning so‘lagi bilan ajraladi. Virus kasallikning inkubatsion davrining oxirgi 10 kunida va butun kasallik davri mobaynida ajraladi hamda tishlash, so‘lak tushishi natijasida kasallik sog‘lom hayvonlarga teri va shilliq qavatlar orqali yuqadi. Amerika davlatlaridagi ko‘rshapalaklarda bir necha oy davomida quturish virusining tashuvchiligi aniqlangan, ularda kasallik belgilari namoyon bo‘lmaydi. Quturish kasalligining odamdan-odamga yuqishi isbotlanmagan. Hayvonlarda quturish kasalligi tarqoq (sporadik) holatda uchraydi, kasallikning guruhli holatlari kamdan-kam qayd etiladi, epidemiyasi esa kuzatilmaydi.

Odamlardagi quturish kasalligining ko‘rsatkichi quturish kasalligining epizootologik holatiga bevosita bog‘liq. Odamlar uchun quturish kasalligining manbai bo‘lib yovvoyi hayvonlardan bo‘ri, chiyabo‘ri, tulki, yenotsimon itlar, barsuk, mangust, ko‘rshapalak va boshqalar hamda uy hayvonlaridan asosan, it, mushuklar xisoblanadi.

Respublikamiz sharoitida odamlar uchun quturish kasalligining manbai 90 foizdan ortig‘i itlar xisoblanadi. Odamga kasallik quturish kasalligiga chalingan hayvonlarning (it, mushuk va h.) tishlashi (90 foizga yaqin) va so‘lagini tushishi (10 foiz) natijasida, kamdan kam hollarda esa tirnashi natijasida yuqadi. Kasallik odamga kamdan-kam hollarda virus bilan zararlangan hayvon terisi va aspiratsion yo‘l bilan (ko‘rshapalak joylashgan g‘orlarda) yuqishi mumkin. Virus bilan zararlangan so‘lak kasallikning asosiy va yetakchi omili xisoblanadi. Odamlar o‘rtasida kasallikka beriluvchanlik yuqori. Kasallikning asosiy salmog‘i 20-29 yoshliklarga to‘g‘ri keladi (50 foiz), 4-14 yoshliklar kasallikning 25 foizini tashkil

etadi, yovvoyi va daydi hayvonlar bilan muloqot cheklanganligi sababli 4 yoshgacha bo'lgan bolalarda juda kam uchraydi. Kasallikning 75 foiziga yaqini qishlokdardagi erkak jinsiga to'g'ri keladi, chunki qishlokdagi faol yoshdagi erkaklar uy hayvonlari (it, mushuk), shuningdek, yovvoyi hayvonlar bilan (it parvarishi bilan shug'ullanish, yovvoyi hayvonlarni ovlash va hokazo) ko'proq muloqotda bo'ladilar. Quturish kasalligida sezilarli mavsumiylik kuzatilmaydi. Odamlar o'rtasidagi quturish kasalligining ko'rsatkichi hayvonlar o'rtasidagi qayd etilayotgan kasallikka va odamlarda sodir bo'layotgan tishlanishlar soniga bevosita bog'liq bo'ladi.

Patogenezi. Quturish neyroinfeksion kasallik bo'lib, so'lak-nevral yo'l bilan o'tadi. Virus odam organizmiga quturish kasalligiga chalingan hayvonning tishlashi va ajragan so'lakni jaroxatga tushishi natijasida, jarohatlangan joydan (teri va shilliq qavatlar) kiradi. Hayvon so'lagidagi viruslar nerv tolalari bo'ylab bosh va orqa miyaga yetib boradi va u yerda ko'payib, nerv hujayralarini shikastlaydi hamda nerv to'qimalaridagi chuqur o'zgarishlar yuz berishiga sabab bo'ladi. Bemorda dastlab reflektor qo'zg'alish sodir bo'ladi, so'ngra esa paralich jarayoni rivojlanadi. Virus markaziy nerv tizimi to'qimalarida ko'payib, so'ngra nerv tolalari bo'ylab xarakat qiladi va ichki organlarga, jumladan so'lak bezlariga o'tadi. Shu sababli bemordan so'lak juda ko'p miqdorda ajraladi.

Klinikasi. Odamlarda qayd etiladigan quturish kasalligining inkubatsion davri 7 kundan 1 yilgacha, hatto undan ham ko'prok davom etishi mumkin. Ayrim olimlar quturish kasalligidagi o'rtacha inkubatsion davrni 10-14 kun deb hisoblasa, boshqalari bu davrni 30-90 kun deb e'tirof etishadi. Bu davrning qisqa yoki uzoq davom etishi virusning patogenligiga, makroorganizmning reaktivligiga, tishlagan quturgan hayvonning turiga, jarohatning qaerda joylashganligiga, katta-kichikligiga va chuqur-yuzakiligiga bog'liq bo'ladi. Bolalarda inkubatsion davr qisqaroq bo'ladi. Jarohat bosh va yuzda bo'lsa, kasallikning inkubatsion davri qisqaradi.

Quturish klinikasining kechishiga qarab, uch davrga bo'linadi: boshlang'ich, qo'zg'alish va falaj davrlari. Kasallikning boshlang'ich davri 1-3 kun davom etadi.

Tishlangan joy qichiydi, tortishib og'riydi, bitgan jarohat va chandiq takroran yallig'lanadi. Bemor tushkunlikka tushadi, odamlar bilan muloqotdan qochadi, uyquasi buzilib, ishtahasi bo'g'iladi, unda qo'rquv xissi paydo bo'ladi, kayfiyati o'zgarib turadi, atrofga loqayd bo'ladi. Bemorning tana xarorati subfebril darajaga ko'tarilishi kuzatiladi, eshitish va ko'rish qo'zg'atuvchilariga nisbatan sezgirlik oshadi. Kasallik boshlangandan 2-3 kun o'tgach, bemorda qo'zg'alish, ya'ni kasallikning avj olish davri boshlanadi. Bemorning tana xarorati ko'tariladi, qon tomirlarining urishi tezlashadi, suvni ko'rganda, hattoki suv to'g'risida eshitganda yutish muskullari tortishib, qisqarib, qattiq og'riydi, ya'ni bemorda gidrofobiya alomati paydo bo'ladi. Shundan keyin bemorda havodan qo'rqish (aerofobiya) alomati qo'shiladi. Havoni xarakati yoki bemorni biror bir narsa bilan yelpiganda (sochiq, qog'oz va h.), bemor bo'g'iladi, talvasaga tushadi. Xuruj yorug'likdan (fotofobiya), baland ovoz va shovqindan ham (akustofobiya) vujudga keladi. Bemorning xarorati $+38^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi, ovozi bo'g'iladi, badani terlab, so'lagi oqadi, hiqichoq tutadi, ko'z qorachig'i kengayadi, oyoq-qo'llari og'riydi. Ko'zlari bir narsadan qo'rqqandek ko'rinadi. Tomirning tez-tez urishi davom etadi (taxikardiya), nafas olish yuzaki va tartibsiz bo'ladi, vaqti-vaqti bilan bemor chuqur nafas oladi. Muskullari tortishib talvasalanish nafas va yutish muskullaridan boshlanib, keyin barcha muskullarga tarqaladi.

Bemorning uyquasi buziladi, o'z-o'zini tishlaydi. Es-hushi kiridi-chiqdi bo'lib qoladi, keyinchalik bemorning ko'ziga yo'q narsalar ko'rinadi (gallyutsinatsiya), u alaxsiraydi.

Bu davr 2-3 kundan 5-6 kungacha davom etishi mumkin. Kasallikdagi yorqin gidrofobiya, aerofobiya, fotofobiya, akustikofobiya belgilari boshqa kasalliklarda uchramaydi va bu alomatlar muhim tashxisiy ahamiyatga ega. Kasallikning uchinchi, ya'ni falaj davrida suvdan, havodan, shovqindan va yorug'likdan qo'rqish belgilari ancha kamayib, bemor tinchlanadi, yutish tiklanadi, ovqatlangisi keladi. Lekin tana xarorati yuqori darajaga ko'tarilib, so'zlarni aniq va tiniq ayta olmaydi. Shundan keyin oyoqlar falaji boshlanadi (paraplegiya). Oradan 15-20 soat vaqt o'tgach, tananing boshqa muskullari ham falaj bo'la boshlaydi.

Bemordan ko'p so'lak oqishi davom etadi, tana xarorati yana ko'tariladi. Shu holatlar davom etib, bemor yurak-tomir faoliyati yetishmasligi yoki nafas markazining falaji oqibatida o'ladi.

Bugungi kunda quturish kasalligi 100 foiz o'lim bilan tugaydi, bu kasallikda o'lim muqarrar. Quturish kasalligida qiynoqli o'lim kuzatiladi. Bu to'g'rida mashhur rus olimi D.Samoylovich quyidagicha fikr bildirgan: "Insoniyat Dunyoga kelibdiki, qanchadan-qancha kasalliklarni boshidan kechirgan, ammo quturish kasalligiga chalingan bemor ahvolini ko'rishdek qo'rqinchli va dahshatliroq holat bo'lmasa kerak."

Haqiqatdan ham, quturish kasalligi bilan hayvon kasallanadimi, odam kasallanadimi, yakuni aniq - dahshatli o'lim. Shu bois ham biz kasalni davolashni emas, bu kasallikda o'lim haq, biz bu dahshatli va o'ta xavfli yuqumli kasallikning oldini olishni o'ylashimiz va barchamiz kasallikdan saklanishni, ya'ni o'zimizni va boshqalarni hayvonlar tishlashiga yo'l qo'ymaslik choralarini ko'rish bilan shug'ullanishimiz kerak.

Quturish kasalligi turli hayvonlarda turlicha kechadi va kasallik kechishining o'ziga hos xususiyatlari bor. Itlarda kasallikning inkubatsion davri 2-8 hafta davom etadi, ba'zida bu davr 8 oygacha, hatto 1-2 yilga cho'zilishi ham mumkin. Kasallikning birinchi kunlari it egasiga itoat qilmaydi, uni chaqirganiga kelmaydi, yashirinishga xarakat qiladi, keyinroq yeb bo'lmaydigan, duch kelgan narsalarni (tosh, daraxt, latta va h.) g'ajiydi va yutadi. Itning nafas olishi tezlashadi, ko'z qorachiq-lari kengayadi, og'zidan juda ko'p so'lak oqadi, xurishi o'zgaradi, bo'g'i-q bo'ladi. Kasallikning ikkinchi, ya'ni qo'zg'alish davri 2-3 kundan so'ng boshlanadi va bu davr 2-4 kun davom etadi. It egasini tanimaydi, unga umuman bo'ysunmaydi, xurmay qo'yadi, tovushi bo'g'ilib, chiqmay qoladi, qusadi. To'g'ri yo'nalishda chopib ketadi va duch kelgan narsaga o'zini tashlaydi, tishlaydi. It shunday holatda bir kunda 50 km gacha masofa bosishi mumkin. Shundan keyin oyoqlarida paralich boshlanadi. It xarakat qilganida, faqat oldingi oyoqlariga tayanadi. 5-6 kundan keyin it o'ladi.

Quturishga chalingan it soʻlagi bilan virusni yashirin davrning oxirgi 10 kunida va butun kasallik davrida koʻp miqdorda tashqi muhitga chiqaradi. Mushuklarda quturish kasalligi toʻsatdan qoʻzgʻalish bilan boshlanadi, mushuk juda tajovuzkor va hujumkor boʻlib qoladi, odamlarga, boshqa hayvonlarga tashlanib tishlaydi va tirnaydi, keyin unda paralich boshlanib, kasalligining 2-4 kunlari oʻladi. Yovvoyi hayvonlarda ham (boʻri, chiya boʻri, tulki va h.) quturish kasalligi juda shiddatli kechadi, kasallik ularda qoʻzgʻalish bilan boshlanadi. Ular odamdan umuman qoʻrqmaydi, toʻgʻri kelgan hayvonlarga, odamga hujum qiladi. Tishlab, gʻajib ketaveradi. Masalan, quturgan boʻri soatiga 80 km masofani bosishi mumkin, yoʻl-yoʻlakay ular duch kelgan odamlarni, hayvonlarni tishlaydi, koʻp jarohat yetkazadi. Ularda ham falaj boshlanib, kasalligining 5-6 kunlari oʻladi. Hayvonlarda quturish kasalligi boshlanganda, ularni erta izolyatsiya qilish, hayvonlar va odamlar oʻrtasida kasallikning tarqalib ketmasligini taʼminlaydigan eng muhim tadbirdir.

Tashxisi. Kasallikka bemordan olingan epidemiologik anamnez natijalariga (hayvon tishlagani, tirnagani yoki jarohatlangan joyiga soʻlagi tekkani, tishlagan hayvonning oʻlgani) hamda kasallikning oʻziga hos klinik belgilari (gidrofobiya, aerofobiya, fotofobiya, akustofobiya, soʻlak oqishi, bezovta boʻlish)ga qarab, tashxis qoʻyiladi. Bemordan epidemiologik anamnez yigʻilganda, oxirgi bir yil davomida sodir boʻlgan tishlanishlar surishtirilishi lozim, bemorga epidemiologik anamnezni nechogʻlik ahamiyatligini tushintirib, undan qayta-qayta "tishlanganligi" boʻyicha maʼlumotlarni olishga xarakat qilish kerak, aks holda koʻzlangan maqsadga erishish qiyin boʻladi. Kasallikning boshqa yuqumli kasalliklarda uchramaydigan oʻziga hos belgilarini (suvdan, havodan, tovushdan va yorugʻlikdan qoʻrqish) bemorda sunʼiy qoʻzgʻatish (imitatsiya) natijasida ham roʻyobga chiqarish mumkin. Quturishdan oʻlgan odam miyasining ammon shoxi deb ataluvchi qismi va uzunchoq miyasi laboratoriya usulida tekshirilganda, ularda Babesh-Negri tanachalari (dogʻlari) aniqlanadi (80-85 foizida). Tishlagan hayvon oʻlganidan keyin, uning boshi olinib, miya toʻqimasi veterinariya laboratoriyasida virusologik tekshiruvdan oʻtkaziladi va olingan musbat natijadan kasallikka

retrospektiv yakuniy tashxis qo'yishda foydalaniladi. Kasallik tashxisotida biologik usul ham qo'llaniladi, bunda quturish kasalligidan o'lgan odam yoki hayvon miyasidan tayyorlangan emulsiya quyoning miyasiga yuboriladi va keyin tekshiriladi. O'lgan odam yoki hayvonning miya to'qimasi gistologik usulda tekshirilganda, ulardan Babesh-Negri tanachasini aniqlanishi, kasallikning laboratoriya tashxisotida hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Qiyosiy tashxisoti. Quturish kasalligida, ayniqsa kasallikning qo'zg'alish davrida o'ziga hos klinik alomatlarining mavjudligi (gidrofobiya, aerofobiya, fotofobiya, akustofobiya, so'lak oqishi, bezovta bo'lish) hamda bemorning epidemiologik anamnezida hayvonlar tishlaganligi (so'laki tekkani, tirnaganligi) to'g'risidagi ma'lumotlarni borligi, kasallikka klinik-epidemiologik tashxis qo'yishda uncha qiyinchilik tug'dirmaydi. Kasallikning boshlang'ich davrida, uni qoqshol, atropindan zaharlanish, poliomielit va nerv tizimiga hos boshqa ayrim kasalliklardan farqlash kerak bo'ladi. Qoqsholda kasallik belgilari asta-sekin rivojlanadi, mushaklarning tetanus holda tortilishi va qisqarishi, sardonik kulish, trizm qayd etiladi.

Bemorning es-xushi saqlanadi, gallyutsinatsiyalar kuzatilmaydi. Bemorning epidanamnezida hayvonlar tomonidan tishlanmaganligi, badaniga mix yoki boshqa o'tkir jism kirganligi (suqilganligi), kesilganligi va boshqa teri va shilliq qavatning butunligini buzilishi bilan kechadigan holatlar bo'ladi. Atropin bilan zaharlanishda, bemorning og'zi-tomog'i quriydi, yutinishi qiyinlashadi, gapirishlari o'zgaradi, diplopiya, yorug'likdan qo'rqish paydo bo'ladi, yaqindan ko'rish yomonlashadi, ko'z qorachig'i kengayadi va unga yorug'likni ta'siri pastlaydi. Bemor bezovta bo'ladi, ko'ziga xar xil narsalar ko'rinadi (gallyutsinatsiya), tutqanoq tutadi, keyinchalik hushini yo'qotib, koma holatiga tushadi. Quturishdan farqli o'larok atropindan zaharlanishda, bemorga ko'rsatilgan tibbiy yordam (oshqozonni yuvish, dori-darmonlar qabul qilish) o'z samarasini beradi. Quturishga gumon qilingan bemorni ko'rishda tayinlangan vrachlar konsiliumi tarkibida nevropatolog, rabiolog, epidemiolog bo'lishi shart. Bemordan olingan epidanamnez, kasallikda o'ziga hos klinik belgilarlarning mavjudligi va uning kechishi, shuningdek

oʻtkazilgan laboratoriya tekshirish natijalari hamda hududdagi epizootologik holat quturish kasalligining qiyosiy tashxisotida muhim oʻrin tutadi.

Davolash usullari. Hidrofobiyani maxsus dori-darmonlar bilan davolash usullari tajriba bosqichida turibdi. Bugungacha bu kasallikka chalingan birorta ham odam yoki hayvon davolanib, tuzalib ketganligi boʻyicha asosli maʼlumotlar yoʻq.

Gidrofobiyada davolash simptomatik olib boriladi va quyidagi tartibda amalga oshirilishi tavsiya etiladi:

-bemorni tashqi taʼsir qiluvchi omillardan, ayniqsa shovqindan, shamoldan, yorugʻlikdan asrash lozim. Bemor tinch, issiq va qorongʻilashtirilgan xonaga yotqizilishi kerak. Xonada, ortiqcha buyumlar boʻlmasligi kerak, chunki "qoʻzgʻalish xuruji" roʻy berganda, u qoʻliga tushgan buyumni u tomondan bu tomonga otib, tartibsizlik qilishi mumkin;

-bezovtalik, qoʻrquvni, gidrofobiya xurujlarini va shu bilan paydo boʻlgan ogʻriqlarga qarshi bemorga antispazmolitik, narkotik va uxlatadigan dorilar tavsiya etiladi;

-yurak-tomir tizimini qoʻllab-quvvatlash va oziqlantirish maqsadida kamfora, glyukoza kabi dori vositalari vena ichiga yuboriladi, qon, plazma, qon oʻrnini bosadiganlar, shuningdek, izotonik eritmalar, diuretik va boshqa dori-darmonlar tayinlanadi;

-oʻpka faoliyatini yaxshilash va gipoksiyaning oldini olish maqsadida traxeostomiya qilinadi va sunʼiy nafas berish apparatiga ulanadi.

Profilaktikasi. Quturish kasalligi zoonoz yuqumli kasallik hisoblanganligi sababli, bu kasallikka qarshi asosiy chora-tadbirlar veterinariya-kommunal yoʻnalishida olib borilib, kasallik manbalarining yoʻqotilishiga qaratilishi kerak.

Respublikamizda quturish kasalligining asosiy va yetakchi manbai quturish kasalligiga chalingan itlar xisoblanadi (90%). Shu bois odamlarda quturish kasalligining oldini olish chora-tadbirlari avvalo itlar oʻrtasida quturish kasalligining oldini olishga, kasallik manbalarining yoʻqotilishiga qaratilmogʻi kerak.

Daydi it va mushuklarni paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik, mavjudlarini yo'qotish, xonaki it va mushuklarni o'z vaqtida hisobga olish, ularni doimiy veterinariya ko'rigidan o'tkazib turish va quturish kasalligiga qarshi emlash, bu kasallikning odamlar o'rtasida oldini olishda asosiy va samarali profilaktik chora-tadbirlardan xisoblanadi. Hayvonlar tishlashidan jabrlangan odamlarning o'z vaqtida tibbiy yordamga murojaat etishi va tegishli antirabik emlashga jalb etilishi kasallikning profilaktikasida muhim ahamiyatga ega. Ko'p yillik epizootologik va epidemiologik tahlillarga qaraganda, odamlar o'rtacha 80-85 foiz holatda xonaki hayvonlarni (it, mushuk) saqlash qoidalarini buzishi natijasida, ularning tishlashlaridan jabrlanadilar. Ming afsus bilan ta'kidlash joizki, Respublikamiz miqyosida aksariyat fuqarolar uy sharoitida it saqlash qoidalariga rioya qilishmaydi. Ularda hayvonlarni parvarish qilish madaniyati past. Respublikamizda xar yili o'rtacha 45-50 ming kishi hayvon tishlashidan jabrlanayotganligi ham aynan shundan dalolat beradi. Bundan tashqari Respublikamiz bo'yicha xar yili ming-minglab hayvon tishlashidan jabrlangan kishilar antirabik yordamga murojaat qilmasdan (ayniqsa qishloq axolisi) qolib ketadi. Respublikamizda quturish kasalligiga chalinganlarning salkam 50 foizi antirabik yordamga murojaat etmaganligi ham aynan shu holatdan darak beradi. Xar yili Respublikamiz bo'yicha hayvon tishlashidan jabrlanganlarni quturishga qarshi emlash uchun (antirabik vaksina, antirabik immunoglobulin) juda katta mablag' sarflanadi.

Shuningdek, fuqarolar hayvon (it) tishlashi natijasida ham jismoniy, ham moddiy, ham ma'naviy zarar ko'radi, eng dahshatlisi, ularda buning natijasida 100 foiz o'lim muqarrar bo'lgan quturish kasalligining yuqish xavfi tug'iladi. Shularga qaramasdan, Respublikamizda it egalariga nisbatan ta'sirchan va samarali chora ko'rish tadbirlari ishlab chiqilmagan.

Bugungi kunda Respublikamizda kuturish kasalligining oldini olish bo'yicha maxsus Sanitariya-veterinariya qonunini ishlab chiqib, joriy etmasdan turib, bu kasallikning hayvonlar va odamlar o'rtasida oldini olishga, ya'ni epizootologo-epidemiologik barqarorlikka erishib bo'lmaydi.

OIV – INFEKSIYASI

(ODAM IMMUN TANQISLIGI VIRUSI)

OIV - infeksiyasi (Orttirilgan immun tanqisligi sindromi – OITS, human immuno deficiency virus infection – HIV-infection, acquired immuno deficiency syndrome – AIDS) – asta rivojlanuvchi yuqumli kasallik bo‘lib, odam immun tizimini zararlanishi oqibatida organizmni opportunistik infeksiyalarga yuqori beriluvchan bo‘lishi va o‘smalarni kelib chiqishiga, ohir-oqibat bemorni o‘limga olib keluvchi kasallik. OITS – Orttirilgan Immun Tanqisligi Sindromi – OIV-infeksiyasini oxirgi bosqichi xisoblanadi.

Tarixiy ma’lumotlar.

1981 yil - Amerika Qo‘shma Shtatlarini kasalliklarini kontrol qilish va profilaktika markazini (Centersfor Disease Control and Prevention, CDC) axborotiga ko‘ra, gomoseksulistlar orasida noma’lum sabablarga ko‘ra, immun tanqisligi fonida pnevmotsistli pnevmoniya va 28 ta sarkoma Kaposhi haqida axborot berildi. 1983 yil - Fransuz olimlari Paster institutida Lyuka Montane rahbarligida bemor erkaklar limfa tugunidan virus ajratib olinib, «Limfadenopatiya bilan assotsiatsiyalangan virusi» deb nomladi (Lymphadenopathy – associatedvirus LAV).

1984 yilda - Amerikalik olim Robert K. Gallo rahbarligida bemor qonidan kasallikni qo‘zg‘atuvchisi ajratib olindi va «T-limfotrop virus, III tip» deb nomladi. 1985 yilda – OIVni asosiy yuqish yo‘li o‘rganildi.

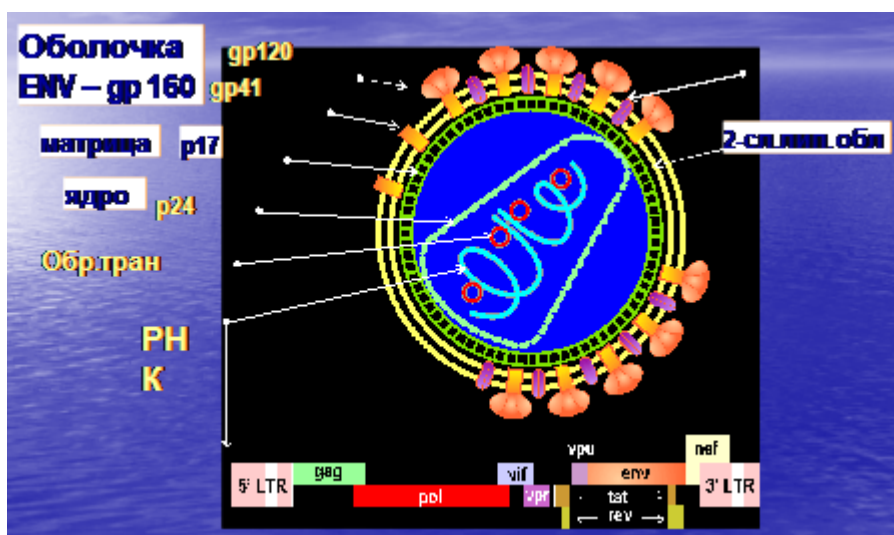
1986 yilda - LAV va HTLV –III lar bitta guruhga mansub viruslar ekanligi tan olingandan so‘ng, OIV (odam immuno tanqisligi virusi) deb nomlandi (*Human immuno deficiency virus.*). 1987 yilda – OITSni davolash uchun birinchi preparat paydo bo‘ldi.

1988 yil – BMTda 1 dekabr OITSGa qarshi kurash kuni deb e‘lon qilindi.

1995 yil – OIV\OITS davolashda yuqori samarali antiretrovirus terapiyasi o‘tkazilishini boshlanishi, ko‘p bemorlarni hayotini uzaytirilishiga erishildi.

Etiologiyasi. Odam immun tanqisligi virusi RNK saqlovchi retroviruslar oilasiga mansub bo‘lib, bugungi kunda lenteviruslar avlodiga kiritilgan, ya’ni sekin rivojlanuvchi virus. OIV genetik va antigen xususiyati bo‘yicha bir xil bo‘lmagan OIV-1 va OIV-2 farqlanadi. OIV ni yetilgan virioni sferik shakldagi 100 nm diametrlilik yurak va qobiqdan iborat bo‘lgan ko‘rinishda bo‘lib, tez o‘zgaruvchi antigennlik xususiyatiga ega.

OIV tashqi muhitga chidamsiz. U 56⁰C xaroratda 30 minutda faolligini yo‘qotadi, qaynatilganda – 1 min, dezinfeksiya uchun ruhsat berilgan kimyoviy vositalar ta’sirida tezda halok bo‘ladi. Virus radiatsiya ionizatsiyasiga, ultrabinafsha nurlari va -70⁰C muzlatilishiga nisbatan chidamli.



Rasm 45. OIV genomini tuzilishi (SSV ni № 81 buyrug‘idan).

Epidemiologiyasi. Hozirgi davrda OIV-infeksiyasi bilan kasallanish pandemiya ko‘rinishini olmoqda. BMT mutahassislarini bergan ma’lumotlariga ko‘ra, XX asrda planetamizda OIV-infeksiyasi yuqtirganlar soni 34 milliondan ortgan bo‘lsa, bulardan 16,3 millionga yaqini o‘lgan deb baholanmoqda. G‘arbiy Yevropada kasallanish nisbatan past, lekin ba’zi bir davlatlarida kasallikni

yuqtirish 100 000 axoliga 20-30 ta, Rossiyada bu ko'rsatkich 41,2 ni tashkil qilib, hisobga olinganlar soni 60 000 tadan ortganligi ma'lum. Afrikada kasallanish va kasallikni yuqtirishni baholash qiyin. Dastlabki ma'lumotlarga qaraganda, AQSh ga nisbatan Afrika qit'asida kasallikni tarqalishi tezroq, bunga sanitariya madaniyatini pastligi, venerik kasalliklar, milliy udumlar ta'sir qiladi. Ba'zi bir Afrika davlatlarida (Zair, Keniya) katta yoshdagi aholi orasida virus tashuvchilik 10-20%, ba'zi shaxarlarida kasallanish 1000 ta aholiga 1 tani tashkil qilmoqda. Ba'zi pessemistik bashoratlar bo'yicha, yaqin yillarda Afrikani ba'zi davlatlarida kasallikni yuqtirish 50% dan ortishi mumkinligi aytilmoqda. Tug'ish yoshidagi ayollar 50% gacha OITS bilan kasallanishi va 5% bolalarni tug'ilgandan keyin 2 yil davomida kasallikni belgilari paydo bo'lishi kutilmoqda. Yomon bashorat bo'yicha keyingi 10 yillikda kasallikni yuqtirish 70% ga, xar 4 tadan 1 ta tug'ilgan bolani OITS bilan kasallanishi kutilmoqda.

OIV epidemiyasi Afrikada bolalar va onalar o'limini ortishiga sabab bo'ladi degan fikrlar bor, katta yoshdagi bolalar orasida sog'lomlik ko'rsatkichi yomonlashadi, bular aholi ko'payishini kamaytiradi. OIV tarqalishi bo'yicha eng past ko'rsatkich (0,3% dan past) Markaziy Osiyo va Kavkaz Respublikalarida, lekin kasallikni yuqtirish ortib bormoqda.

2000 yil o'rtalarida Qozog'istonda OIV 3600 dan ortganligi ro'yxatga olingan, OIV ni Kozog'istonda yashovchilarga nisbatan ko'rsatkichi 2001 yilda 19% bo'lsa, 2003 yilda 24% gacha ortgan. Qirg'izistonda epidemiya nisbatan past bo'lib, asosan Osh oblastida va Chuy oblastining 2 (Jayil, Issiqkata) tumani va Bishkek shahrida kuzatilgan. Kavkazdagi yangi tekshiruvlar OIVni Ozarbayjonda ko'pligini ko'rsatdi.

Keyingi yillarda butun dunyoda bo'lgani kabi, Respublikamizda ham OIV-infeksiyasini aholi o'rtasida keng tarqalishi havfi ortmoqda.

O'zbekiston OIV infeksiyasi tarqalishi darajasi past bo'lgan mamlakatlar sirasiga kiradi. 2003-2005 yillarda Respublika aholisining turli guruhlarini tekshiruv natijalariga ko'ra, OIV infeksiyasini homilador ayollar, qon donorlari va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan infeksiyalar bilan kasallangan kishilar orasida

tarqalganligi darajasi nisbatan barqaror edi, bu hol epidemiya generallashgan (keng tarqalgan) bosqichga yetmaganligidan dalolat berar edi. 19 yoshgacha bo'lgan yoshlar orasida OIV/OITS bilan kasallanish hollari ham qayd etilgan. Yoshlar tomonidan xavfli xulq-atvorlar sodir etilishi darajasining yuqoriligi, va buning natijasida giyohvand moddalar iste'mol qilish va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan infeksiyalar sonining ko'pligi OIV-infeksiyasi epidemiyasining rivojlanishi uchun shart-sharoitlar borligidan dalolat beradi.

OIV – epidemiologik nuqtai nazardan, o'ta xavfli guruhdagi antroponoz kasalliklardan xisoblanadi. Kasallik manbai bo'lib virus yuqtirgan kasallikni hamma klinik shakllari va virus tashuvchilar bo'lib xisoblanadi. Virus nafaqat qonda, birinchi navbatda spermada, hamda menstrual ajralmasida, vaginal sekretda katta konsentratsiyada bo'ladi. Bundan tashqari, OIV ko'krak sutida, so'lakda, yosh va serebral suyuqliklarda, xar-xil to'qimalar bioptatida, terda, siydikda, bronxial suyuqlikda va najasda bo'ladi. Eng yuqori epidemiologik havf qon, sperma va vaginal sekret hisoblanib, bir qismi yuqtirish uchun yetarli bo'ladi.

Yuqish mexanizmi. OIV – infeksiya yuqish mexanizmi muloqot yo'li. OIV – infeksiyasi tabiiy va sun'iy yo'llar bilan yuqadi. Hozirgi vaqtda odam immun tanqisligi virusini 3 ta yuqish yo'li isbotlangan:

1. Jinsiy aloqada – tabiiy yo'l.
2. Vertikal – onadan homilaga yoki bolaga – tabiiy yo'l.
3. Parenteral – OIV yuqtirgan odamni qoni quyilganda, qon preparatlari ishlatilganda, to'qimalar yoki a'zolari transplantatsiyasida, hamda bitta shprits yoki ignani sterilizatsiya qilmasdan foydalanganda – sun'iy yo'l.

Jinsiy yo'l - getoro (erkak va ayol) va gomo (erkak va erkak) jinsiy yo'l bilan aloqada infeksiya yuqadi.

Vertikal yo'l - OIV yuqtirgan onani homiladorlik vaqtida homilaga, tug'ish vaqtida va ko'krak suti bilan boqishda bolaga yuqadi.

Transplatsentar yo'l (homiladorlik vaqtida) va intranatal mexanizm (tug'ish vaqtida), hamda postnatal – ko'krak suti bilan emizishda.

Parenteral yo‘l – qon va qon preparatlarini quyishda, to‘qima va a‘zolari ko‘chirib o‘tkazishda, zararlangan ignalardan foydalanishda, shpritslar, sterillanmagan tibbiy uskunalardan yordamida yuqadi.

Parenteral yo‘l bilan narkotik moddalarni tomir ichiga oluvchilardan yuqishi mumkin. Bunda o‘tkazuvchi omil bo‘lib zararsizlantirilmagan shprits va ignalarni umumiy ishlatish hamda qon qo‘shilgan narkotik moddani o‘zi bo‘lishi mumkin.

Maishiy yo‘l, ya‘ni soqol oladigan asboblarni yoki boshqa sanchuvchi narsalar orqali yuqishi ham mumkinligi e‘tirof etilgan.

Oilada virus shahsiy gigiena uchun ishlatiladigan narsalar (tish cho‘tkasi, lezviya, o‘tkir va sanchuvchi asboblardan va terini butunligini buzadigan asboblardan) orqali yuqishi mumkin. Ammo umumiy ishlatiladigan idishlar, xovuzda birga cho‘milish, umumiy xojatxonadan foydalanish orqali yuqmaydi.

OIV virusi qon so‘ruvchilar (bit, kana va boshqalar chaqishi) orqali yuqishi isbotlanmagan. OIV-infeksiyasi bilan zararlangan qon quyilganda 90% hollarda retsipient yuqtiradi. Jinsiy aloqa orqali yuqishi ancha past. Davolash muassasalarida kasallikni yuqishi qon quyishda, uni preparatlarini ishlatishda, tibbiy instrumentlarni yaxshi ishlov bermasdan qayta ishlatishda yuqadi. OIV infeksiyasini kasalxonada ichki infeksiyasini tarqalishini oldini olishda, xar bir tibbiy yordam uchun murojaat qilganni potensial immun tanqis virusi tashuvchisi deb qarash kerak.

Bir marta ishlatiladigan shpritslar, ignalar va instrumentlardan foydalanish kerak. Dezinfeksiya, sterilizatsiyadan oldingi tozalov va tibbiy laborator instrumentlarni sterilizatsiyasida qoidaga qattiq rioya qilish kerak. Tibbiy yordam ko‘rsatishni hamma turida ehtiyot choralarini ko‘rish zarur. Davolash profilaktika muassasasini xar bir xodimi bemorlarga yordam ko‘rsatishda OIV yuqish havfini eslashi lozim. Kasalxonalarini xar bir bo‘limida tibbiy instrumentlarni zararsizlantirish va sterilizatsiyadan oldingi tozalovni o‘tkazish zarur. Tibbiy xodimlar virus yuqtirmasligi uchun dezinfeksiya va sterilizatsiya koidalariga amal qilishi kerak.

Tibbiy xodim ish o'rnida O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash Vazirligi hujjatlari, ko'rsatmalaridan ko'chirmalar bo'lishi kerak. Tibbiy muolajalar vaqtida OIV infeksiyasini yuqishini oldini olish uchun ehtiyot chorasini ko'rishi, butun muolajalar rezina qo'lqoplarda, maxsus himoya kiyimida (xalat, niqob, zarur bo'lsa ko'zoynak) bo'lishi kerak. Iloji boricha o'tkir sanchuvchi instrumentlar kamroq ishlatilgani ma'qul. Bemor qonini teriga, shilliq qavatlariga, zararlangan a'zolarga tushishini oldini olishda:

- zararlangan teri (yorilgan, kesilgan, shilingan) qismini leykoplaster bilan berkitish;
- agarda bemor qoni ajratmalari sachrashi ehtimoli bo'lsa yoki bemorni qon va zardobi bilan manipulyatsiya qilinsa, himoya ko'zoynagini, niqob taqish;
- bemor qoni va suyuq ajratmalari tahlilxonaga jo'natishdan avval maxsus konteyner yoki qopqog'i berkiladigan bikslarga joylash kerak.

Patogenezi. OIV odamga virus saqlovchi materialni qonga yoki shilliq qavatga to'g'ridan to'g'ri tushishida kuzatiladi. Yuqqan organizm qonida virusemiya 10-20 sutkada eng yuqori darajaga chiqadi va maxsus antitela ishlab chiqarilguncha davom etadi (serokonversiya davri). Odam organizmiga kirib, qo'zg'atuvchi to'g'ridan to'g'ri juda ko'p, xar xil tipdagi differensiallangan hujayralarni: eng avvalo SD4 – limfotsitlarni (xelperlar), hamda monotsit/makrofaglarni, o'pka alveolalari makrofaglarini, Langergans hujayralarini, limfatik tugunni follikulyar dendrit hujayralari, miyani oligodendrogliya va astrotsit hujayralari, ichakni epitelial hujayralari, bachadon bo'yni hujayralarini zararlaydi.

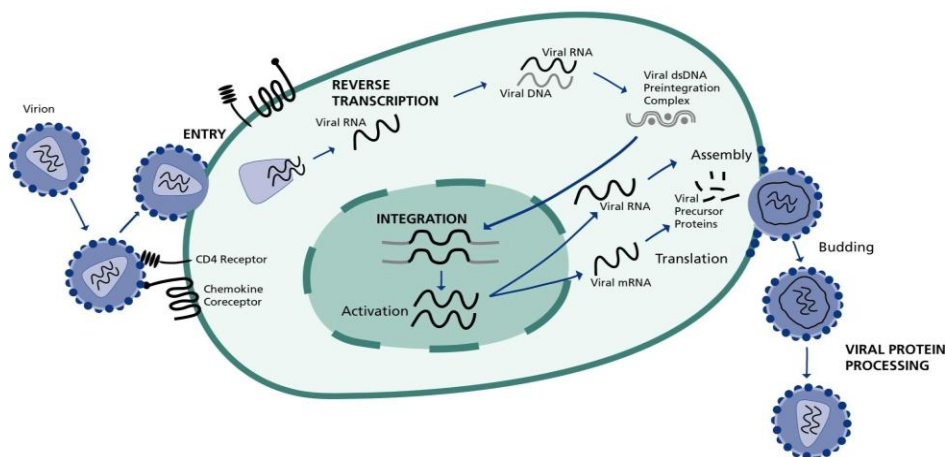
OIV infeksiyasini patogenezini asosiy jarayonlaridan biri provirusni faollashishi xisoblanadi. Hozirgi vaqtda, immunosupressiya asosida virusni sitopatik ta'siridan tashqari, qator ta'sir qiluvchi jarayonlar aniqlangan. Kasallikni boshlang'ich davrini kechishida virusga qarshi antitelolarni ishlab chiqarish ketadi. Bunday antitelolar virusni ma'lum bir qismini zararsizlantiradi, ammo infeksiyon jarayonni to'xtatib qola olmaydi. Virus immun tizimiga oldingi zarbaga javob bermasdan turib, qayta zarba beradi. Sirkulyatsiyadagi immun komplekslari virusni

antigeni va unga hosil boʻlgan antitelolari infeksiyani tarqalishiga yordam beradi. Ularni tarkibida viruslar hech qanday toʻsiqsiz qon va toʻqimalarga kirib sezuvchi hujayralarni zararlaydi. Bundan tashqari, qandaydir nomaʼlum sabab bilan inson komplementi virusni zararsizlantira olmaydi. Jiddiy autoimmun jarayon yuzaga keladi. Antitelo zararlangan hujayrani parchalashi mumkin.

OIV kasalligi virusi asosan, T-xelper/induktorga nisbatan moyilligi borligi tufayli, ushbu limfotsitlarda koʻpayib, ohiri ularning parchalanishiga olib keladi. Kasallikning rivojlanishi natijasida, T-xelper/induktorlar soni kamayib, immun tanqisligi rivojlanadi.

Birinchi vaqtlarda organizm immun sistemasi meʼyorda ishlayotganida OIVning rivojlanishini biroz ushlab turadi, lekin infeksiyon jarayon faollashishini bosib tura olmaydi.

Immun sistemaning jarohatlanishi borgan sari chuqurlashib borishi tufayli virusning agressivligini ushlab turish qiyinlashib boradi. Keyinchalik immun tizim butunlay ishdan chiqqandan soʻng, virus hech bir toʻsiqsiz oʻta tez koʻpaya boshlaydi.



Rasm 46. OIV -1 virusi rivojlanish sikli (SSV ni № 81 buyrugʻidan).

Kasallikning rivojlanishida 2 ta omilni ajratish mumkin:

- 1) virusning toʻgʻridan – toʻgʻri taʼsiri;
- 2) hujayralarning jarohatlanganligi tufayli.

To'g'ridan – to'g'ri ta'sir tufayli limfotugunchalar kattalashadi, tana xarorati oshadi, bemor ozib ketadi, ichi o'tadi, nevrovegetativ buzilishlar ro'yobga chiqadi.

Virus T-xelperlarda yaxshi ko'payadi va uni halokatga olib keladi, natijada ularning soni ozaya boshlaydi. Bu jarayon o'ta sekin boradi - yillarga cho'zilib ketishi mumkin. Borgan sari immun sistema ishdan chiqa boshlaydi.

T-xelperlar soni me'yorda 1 ml³ da 500 dan 1500 gacha bo'ladi. Agar ularning soni 200 tadan oz bo'lsa, OIV- kasalligi OITS bosqichiga o'tadi. T-xelper immun tizimning ishlashida katta ahamiyatga ega va muvofiqlashtiruvchi xisoblanadi. Ma'lumki, immun tizimi rak hujayralarining rivojlanishiga yo'l qo'ymaydi, mikroob, virus, zamburug', parazitlardan saqlaydi, ularning ko'payishiga to'siq bo'ladi.

Ushbu tizimning ish faoliyati buzilishi tufayli OITS rivojlanib rak, xar xil opportunistik – OITS – indikator kasalliklar paydo bo'ladi.

Sog' organizm bemalol kurashadigan infeksiyalarni surunkali va faol kechishi kuzatiladi. Ushbu infeksiyalar faollashishi, ikkilamchi infeksiyalar qo'shilishi, rak kasalliklarini rivojlanishi bemorni o'limga olib keladi. OIV nafaqat immunotrop, neyrotrop ham xisoblanadi.

Bu kasallikni yuqtirishni o'zi bemor uchun kuchli patologik stress bo'lishini unutmaslik kerak. Infeksion patologik jarayonga teri, shilliq qavatlar, oshqozon-ichak epitelial hujayralari, Langergans hujayralari qo'shiladi.

Klinik sinflanishi va klinikasi

O'zbekistonda OIV infeksiyasini Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Tashkiloti, SDS va V.I.Pokrovskiy (1989 y.) tomonidan taklif qilingan sinflanish qo'llaniladi.

9-jadval

OIV infeksiyasini sinflanishi (SDS)

CD4 +abs.	A	belgisiz	B	C
-----------	---	----------	---	---

1 mkl (%)	(birlamchi OIV infeksiyasi)	Manifest (A ham emas, C ham emas)	OITS – (indikator kasalliklari)
500 (>28)	A1	B1	C1
200 – 499 (14-28)	A2	B2	C2
< 200 (<14)	A3	B3	C3

A kategoriyasiga quyidagi klinik holatlar kiritiladi:

- OIV infeksiyasi belgisiz;
- Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiya;
- O‘tkir birlamchi OIV – boshqa kasalliklar bilan birga kechishi yoki o‘tkir OIV infeksiya anamnezida.

B kategoriya quyidagi patologik holatlarni o‘z ichiga oladi:

- OIV infeksiyasi bilan bog‘langan yoki hujayra immunitetini buzilganligiga xarakterli bo‘lgan holatlar;
- Batsillyar angiomatoz;
- Og‘iz bo‘shlig‘i va tomoq kandidozi;
- Kandidozli vulvovaginit;
- Servikal displaziya yoki karsinoma;
- Bir oydan ortiq davom etuvchi istima yoki diareya;
- Og‘izni zararlash bilan kechadigan sochli leykoplakiya;
- Oddiy herpes virusi bilan zararlantirish;
- Ideopatik trombositopeniya;
- Listerioz;
- Kichik chanoq a‘zolarini yallig‘lanish kasalligi;
- Periferik neyropatiya;

Kategoriya C ga OITS- indikator kasalliklari kiradi.

Kattalarda va o'smirlarda VOZ-(BST) ekspretlari tomonidan ishlab chiqarilgan OIV infeksiyasini bosqichi bo'yicha klinik sinflanishi

I klinik bosqich

1. Belgisiz kechishi
2. Tarqalgan limfadenopatiya

1 darajali funksional imkoniyat: belgisiz kechishi, kunlik faoliyatdagi me'yoriy faollik.

II klinik bosqich

1. Tana vaznini 10% dan kam yo'qotish
2. Teri va shilliq qavatlarni yengil zararlanishi (seboreyalik dermatit, kichishuvchi dermatoz, tirnoqlarni zamburug'li zararlanishi, qaytalanuvchi aftozli stomatit, angulyar xeylit)
3. Keyingi 5 yilda belbog'simon temiratki
4. Yuqori nafas yo'llarini qaytalanuvchi infeksiyasi (misol: bakterial sinusit) va ikkinchi darajali funksional imkoniyat: klinik namoyon bo'lishi, kunlik faoliyatdagi me'yoriy faollik.

III klinik bosqich

1. Tana vazinni 10% dan ortiq yo'qotish
2. Bir oydan ortiq davom etuvchi noma'lum sababli diareya
3. Bir oydan ortiq davom etuvchi istima (doimiy yoki qaytalanuvchi)
4. Og'iz bo'shlig'i kandidozi
5. Og'izni sochli leykoplakiyasi
6. O'pka sili
7. Og'ir bakterial infeksiya (misol: zotiljam, yiringli miozit) va uchinchi darajali funksional imkoniyat: keyingi bir oy davomida kunduzgi vaqtni 50% ni o'rinda yotish bilan o'tkazadi.

IV klinik bosqich

1. OIV – kaxeziya
2. Pnevmonsistli zotiljam

3. Serebral toksoplazmoz;
4. Bir oydan ortiq davom etuvchi kriptosporidozli diareya;
5. O'pkadan tashqari kriptokokkoz;
6. Barcha organlarni (jigar, taloq va limfa tugunlaridan tashqari) barcha organlarni zararlovchi sitomegalovirus infeksiyasi (misol: retinit);
7. Ichki a'zolarini zararlanishi va surunkali (bir oydan ortiq) teri va shilliq qavatlarni zararlovchi oddiy herpes virusi bilan chaqiruvchi infeksiya;
8. Kuchayib boruvchi multifokal leykoensefalopatiya;
9. Xar qanday dissiminatsiyalik endemik mikoz;
10. Qizilo'ngach, traxeya, bronx va o'pka kandidozi;
11. Atipik mikobakteriyalar bilan keltirib chiqarilgan tarqalgan infeksiya;
12. Salmonellyozli septitsemiya (Salmonella tyfi dan tashqari);
13. O'pkadan tashqari tuberkulyoz;
14. Limfoma;
15. Sarkoma Kaposhi;
16. OIV – ensefalopatiya;

IV terminal bosqich

- inkubatsion davri (infeksiya yuqqandan birinchi klinik belgilar paydo bo'lgungacha yoki serokonversiya) 2-3 haftadan 1-2 oygacha davom etadi, ba'zi bir ma'lumotlarga qaraganda 3-5 yilgacha.

Kasallikni birlamchi namoyon bo'lish bosqichi serokonversiya davridan kuzatiladi, eng avvalo o'tkir istima kirishi mumkin. O'tkir davrni klinik belgilari ko'p hollarda nospetsifik xususiyatga ega bo'lib, kuchli intoksikatsiya, bo'shashish, istima, mushaklarda va bo'g'imdagi og'riq, yuqori nafas yo'llarini kataral yallig'lanish belgilari, tonzillit, poliadenit, ba'zida bu belgilarga teridagi toshmalarni paydo bo'lishi qo'shiladi. Bundan tashqari, markaziy nerv tizimi faoliyatini o'tib ketuvchi buzilishi – bosh og'rig'idan o'tkir qaytalanuvchi ensefalopatiyagacha, muhitga moslanishni, eslab qolishni va hushni yo'qotish bilan birga kuzatiladi. Qon zardobida OIV ga maxsus antitelolar (turg'un bo'lmagan) paydo bo'lishi aniqlanadi. Ko'p hollarda kasallikni boshida emas, o'tkir davrini

tugallanishida aniqlanadi. Istim davrini davomiyligi 1-2 haftadan 1 oygacha davom etishi mumkin.

Shuni ta'kidlash lozimki, o'tkir bosqich hamma OIV bilan zararlanganlarda kuzatilmaydi va buni aniqlashni qiyinligi sababli hech kim foiz xisobida baholay olmaydi. Ba'zi bir amaliyot vrachlari OIV infeksiyasini o'tkir serokonversiyasida kasallikni namoyon bo'lishi OITSni tez rivojlanishini belgisi deb hisoblaydi.

Belgisiz faza ba'zida o'tkir istimali, ba'zida birlamchi namoyon bo'lish bosqichidan keyin bo'ladi. Bu bosqich klinik belgilersiz immunoferment tahlili (IFA) va immunobloting (IB) serologik tahlili OIV infeksiyasiga musbat bo'lishi. Bu fazani davomiyligi 1-3 oydan bir necha yilgacha, ko'p hollarda 1,5-2 yil. Belgisiz virus tashuvchilik fazasi tarqalgan persistirlovchi limfadenopatiyaga o'tadi (PGL, IV), bunda infeksiyon jarayonni davomiyligi 6 oydan 5 yilgacha davom etadi. Bu davrda kasallikni yagona 100% li klinik namoyon bo'lishi tarqalgan limfadenopatiyadir.

Bu sindromni aniqlash quyidagicha:

- 2 va undan ortiq bir-biriga tegmaydigan chov limfatik tugunlarni diametrini 1 sm dan kattaligi,
- 3 oy davomida saqlanishi, bunga bog'liq bo'lgan kasalliklarni davolashda samarasini bo'lmasligi xisoblanadi.

Bu fazani ohirida tarqalgan limfadenopatiyadan tashqari, jigar va taloqni kattalashishi, astenik sindrom kuzatiladi.

10-jadval

OIV-1-infeksiyasini o'tkir davridagi asosiy belgilar

Belgilar	Kuzati lishi	OSh (95%-li DI)	Belgilar	Kuzati lishi	OSh (95%-li DI)
Istima	80 %	5,2 (2,3-11,7)	Ishtahani yo'qolishi	54 %	2,5 (1,2-4,8)
Toshma	51 %	4,8 (2,4-9,8)	Tana vaznini	32 %	2,8 (1,3-6,0)

			yo'qolishi>2,5 kg		
Og'iz bo'shlig'idagi yaralar	37 %	3,1 (1,5-6,6)	Kamquvvatlik	68 %	2,2 (1,1-4,5)
Artralgiya	54 %	2,6 (1,3-5,1)	Mialgiya	49 %	2,1 (1,1-4,2)
Faringit	44 %	2,6 (1,3-5,1)	Istima va toshma	46 %	8,3 (3,6- 19,3)

(*) OSh – imkoniyatlar nisbati;

DI – Ishonchlili oralig'i.

11-jadval

**O'tkir OIV-infeksiyani klinik belgilari (AQSh Sog'liqni saqlash va ijtimoiy
hizmat qo'llanmasidan)**

Belgi		Belgi		Belgi	
Istima	96 %	Mialgiya	54 %	Gepatospleno megaliya	14 %
Limfadenopatiya	74 %	Diareya	32 %	Tana vaznini yo'qotish	13 %
Faringit	70 %	Bosh og'rishi	32 %	Molotsnitsa	12 %
Toshma(*)	70 %	Ko'ngil aynish va qusish	27 %	Nevrologik belgilar (**)	12 %

Ikkinchi bosqich «A» davrida 30-50% zararlanganlarda kasallik o'tkir boshlanib, tana xarorati ko'tariladi, angina yoki faringit belgilari ko'rinadi. Bosh, bo'g'imlar, mushaklar og'rishi mumkin. Jigar, taloq va limfotugunchalar kattalashishi kuzatiladi. Qonda OIV ga qarshi antitelolar aniqlanadi. Lekin limfotsitlar, shular qatorida –T-limfotsitlar soni o'zgarmaydi.

Ikkinchi bosqichning «B» davrida klinik belgilar yo'q. Bemorlarga shu davrda faqat serologik tekshirishlar natijasiga (musbat) asoslanib tashhis qo'yiladi. Bu davrda bemor davolanishga muhtoj emas.

Ikkinchi bosqichning «V» davrida klinik belgilar yo‘k. Bemorga shu davrda faqat vaqti-vaqti bilan bir necha guruh limfotugunchalarning kattaligi aniqlanadi. Bemorning umumiy holati qoniqarli, kattalashgan limfotugunchalar sohasida og‘riqqa shikoyat qilishi mumkin. Jinsiy va ish faoliyati saqlangan, qonda limfotsitlar soni me‘yorning 50% dan ko‘proq. Zarur bo‘lganda, bemor ambulator davolanish bilan chegaralanadi. Bu davrning kechishi xar xil bo‘lib, bir necha yilgacha cho‘zilishi mumkin.

Uchinchi bosqich – immunitet buzilishi tufayli, bakterial, virusli va protozoyli kasalliklar yoki o‘sma jarayon rivojlanishlari bilan kechadi (limfoma, sarkoma Kaposhi va boshqalar).

Ikkilamchi kasalliklarni chaqiruvchilar xar xil bo‘lib, bemorning turar joyiga moyil mikroob va viruslardan iboratdir. Ko‘pincha bizning sharoitimizda, bular qatoriga kokklar, salmonellalar, gelmintlar, shigellalar, Kox tayoqchasi, viruslar kirishi mumkin.

Qo‘shilgan kasalliklarning belgilari kuzatilishi bilan bir qatorda, kasallikning qaytalanishi va kasalliklar bir-birini almashtirishi bilan kechishi kuzatiladi.

Bu bosqichning kechishi qo‘shilgan kasallikni davolash natijasiga, OIV infeksiyasini spetsifik davolash va immunologik dorilar ta’siriga bog‘liqdir. Bemorning ahvoli og‘ir. Davolash, asosan, maxsus shifoxonalarda olib boriladi.

To‘rtinchi bosqich - **terminal bosqich** oddiy so‘z bilan aytganda, bemor o‘lim to‘shagida yotadi. Ahvoli o‘ta og‘ir, ozib ketgan, vaqti-vaqti bilan tana xarorati ko‘tarilib turadi, ongi buzilgan. Qonda gemoglobin miqdori normaning 50% dan oz. OIVga qarshi antitelolar kamaygan, aksincha, viruslar soni oshgan, limfotsitlar soni o‘ta past, qo‘llanilayotgan davo natija bermaydi. Bemor ahvoli kun sayin og‘irlashib, o‘lim bilan tugaydi.

OIV infeksiyasi klinik kechishining yoritilishini yakunlab, quyidagilarni eslatib o‘tish kerak: hastalikning birinchi bosqichida o‘ziga hos, aniq, ishonarli belgilar yo‘q. Shuning uchun kasallikni o‘z vaqtida (erta) tashxislash uchun xar bir shifokor, mutaxassisligidan qat’iy nazar, shu hastalikka nisbatan xushyor bo‘lishi zarur.

Chunonchi, hastalik besoqolbozlar, fohishalar, giyohvandlardan tashqari, boshqalarda ham uchrashi va klinik belgilari o'ta xilma-xil bo'lishini esdan chiqarmasliklari zarur. Gumon tug'ilishi bilan darhol tahliliy tekshirish o'tkazish kerak.

V.F.Uchaykin (2007 y.) chaqaloklarda OIV-infeksiyasini quyidagi bosqichlarini ajratdi:

- **subklinik**
- **limfadenopatik**
- **chegaralangan** opportunistik infeksiyalar bosqichi
- **tarqalgan** opportunistik infeksiyalar bosqichi

Subklinik bosqichda OIV infeksiyasi klinik belgilari bo'lmaydi. Limfadenopatik bosqichda ko'prok ensa, jag' osti, qo'ltiq osti, kam hollarda chov sohasi limfa tuganlarini doimiy kattalashishi bilan namoyon bo'ladi. Bu guruh limfa tugunlari 1,5-2 sm, ba'zida 2,5 sm gacha kattalashib, yumshoq konsistensiyalik, og'riqsiz, xarakterli bo'ladi. Limfa tuganlari tomonidan yaqqol namoyon bo'lgan o'zgarish bolalarda OIV infeksiyasini eng asosiy belgilaridan biri deyish mumkin. Kam hollarda jigar va taloq kattalashadi, ba'zida zaharlanish (intoksikatsiya) belgilari, bo'shashish, ishtahani pasayishi, yuqori bo'lmagan istima kuzatiladi. Kamdan-kam holatlarda o'tib ketuvchi piodermiya, gerpetik toshma, terlashni kuchayishi, ichni buzilishi, tana vaznini kamayishi kuzatiladi.

Chegaralangan opportunistik infeksiya davrida uncha kuchli bo'lmagan intoksikatsiya belgilari, psixomotor va fizik o'sishdan orqada qolish kuzatilishi mumkin. Bolalar kam xarakatchan bo'ladi. Teri qoplamlari quruqshagan kulrang, yuzida va tanada katta yallig'langan piodermik o'chog'lar paydo bo'ladi. Hamma bolalarda og'izda sut oqarishi belgisi namoyon bo'ladi, ba'zida gerpetik toshmalar, ichni buzilishi, tana massasini 10-20% ga kamligi aniqlanadi. Bolalar kuzatilganda xansirash, doimiy yo'tal, lab – burun uchburchagini ko'karishi, qorin oldi devori vena tomirlarini kengayishi aniqlanishi mumkin. O'pka perkussiyasida timpanit, auskultatsiyada ko'p miqdorda xar xil kattalikdagi nam xirillashlar. Hamma

bolalarda jigar va taloq kattalashadi, lekin funksional holati buzilmaydi. Limfa tugunlari hammada kattalashadi. Ammo opportunistik infeksiyalarga qarshi davo o'tkazilganda kasallik belgilari yo'qoladi va bolalarni ahvoli yaxshilanadi.

Tarqalgan opportunistik infeksiya bosqichiga o'tganda tarqalgan kandidoz va sitomegaliyani belgilari namoyon bo'ladi, shu bilan birga tana vazni kamayadi, davoga samara bermaydigan davomiy ich o'tish, o'pkadagi o'zgarishlarni kuchayishi, turg'un gerpetik toshmalar, ko'plab yiringli o'chog'lar va ensefalopatiyani kuchayishi kuzatiladi. Bu davrda simptomatik davo samarasiz, faqat OIV infeksiyasiga qarshi maxsus davo vaqtinchalik holatni yaxshilaydi.

OIV infeksiyasi yuqtirgan onalardan tug'ilgan bolalarda kasallikni o'ziga hosligi

OIV ni onalardan bolaga vertikal o'tishi homiladorlik, tug'ish va ko'krak suti bilan emizish vaqtida yuqishi mumkin. Homiladorlikda OIV yuqtirgan bolalar ko'p hollarda yetilmagan, gipotrofiya va xar xil nevrologik o'zgarishlar bilan tug'iladi. Tug'ilgandan keyingi davrda bunday chaqaloqlar sekin rivojlanadi, qaytalanuvchi yuqumli kasalliklar bilan tez-tez og'riydi, ularda persistirlangan tarqalgan limfadenopatiya, gepato- va splenomegaliya aniqlanadi.

Kasallikni birinchi belgisi og'iz bo'shlig'i kandidozi, o'sishdan orqada qolish, vazn qo'shishni kamligi, psixomotor o'sishni orqada qolishi belgilari xisoblanadi. Tahliliy tekshiruvlar leykopeniya, anemiya, trombositopeniya, transaminazani ortishi, gipergammoglobulinemiyani bo'lishini ko'rsatadi. Onadan OIV yuqtirgan chaqaloqlarni 30% gachasida kasallik tez avj oladi. Chaqaloqlarda OIV infeksiyasini kuchayishi xar xil yuqumli kasalliklarni O'RVI, o'tkir ichak infeksiyalari, zotiljamni tez-tez qaytarilishi, ko'p hollarda limfoidlik interstitsial zotiljam, qaytalanuvchi bakterial infeksiyalar, kandidozli ezofagit, o'pka kandidozi, OIV ensefalopatiyasi, sitomegalovirus kasalligi, atipik mononukleoz, og'ir gerpetik infeksiya, kriptosporidoz kuzatiladi. Ximioprofilaktika o'tkazilmagan bir yoshgacha bo'lgan bolalarda (7-20% hollarda) pnevmotsistli

zotiljam opportunistik infeksiyasi kuzatiladi. Yomon bashoratli belgilardan, gapirish qobiliyatini pastligi xisoblanadi.

OIV infeksiyasini tashxislash:

- epidemiologik ma'lumotlar;
- klinik tekshiruv natijalari;
- tahliliy tekshiruvlar natijalari yordamida amalga oshiriladi.

Tashxislash ikki bosqichda amalga oshiriladi:

- OIV infeksiyasi tashxisi aniqlanadi;
- kengaytirilgan klinik tashxis qo'yiladi, ya'ni OIV infeksiyasini kechishi, bosqichi va kasallikni bashorati aniqlanadi;

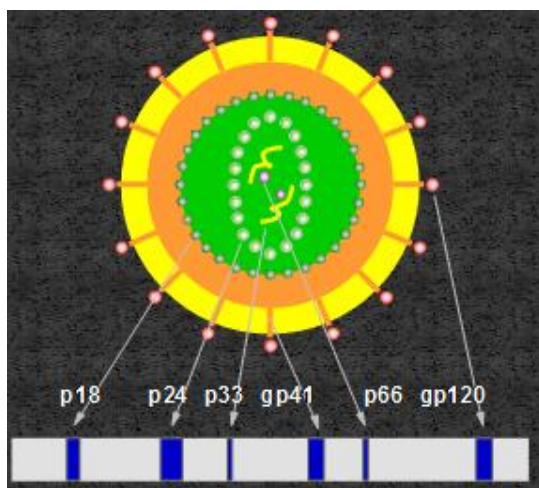
Tashxislash usullari:

1. Serologik usul;
 - Immunoferment tahlil (IFA)
 - Immunobloting (IB)
2. Genodiagnostika:
 - PSR da sifat ko'rsatkichi
 - PSRda son ko'rsatkichi (virus yuklamasi soni)
 - Geno turini aniqlash
3. Immunologik
 - CDC 4, CDC 8 hujayralari sonini aniqlash

Kasallikni boshlang'ich davrida OITS rivojlanguncha tahliliy tekshiruvlar asosida o'tkaziladi (maxsus antigen yoki antiteloni aniqlash bilan). Hozirgi vaqtda tekshiruv ashyolari ko'p bo'lishiga qaramasdan, OIV infeksiyasiga hosil bo'lgan antiteloni aniqlash qon zardobi yoki plazma bo'lib hisoblanib qolmoqda.

Immunoferment analiz (IFA) asosiy tekshiruv usuli bo'lib, virusga qarshi umumiy antiteloni aniqlaydigan keng tekshiruv usullaridan biri hisoblanadi. IFA da musbat javob olingan taqdirda tahlil ikki marotaba (aynan shu zardobni o'zidan) qaytariladi. Agar yana bir marta musbat javob olinsa, maxsus immunobloting usuli bilan tekshiruvni davom ettiriladi. Bu usulda retrovirusni ayrim oqsillariga qarshi antitanacha hosil bo'lganligi aniqlanadi. IB javobi musbat bo'lganda bemorda OIV yuqtirganligi haqida hulosasi qilinadi. Tahliliy tekshiruvlarda kamroq qo'llaniladigan – agglyutinatsiya reaksiyasi, radioimmun pretsipitatsiya, immunoflyuoressensiya, polimeraz zanjirli reaksiyalari yordamida hujayra kulturasidan virusni ajratiladi. (PSR) – polimeraz zanjirli reaksiyada chaqiruvchini tekshirilayotgan ashyoda RNK si aniqlanadi. Bu usul kasallikni boshlang'ich davrida antitelo paydo bo'lgungacha bo'lgan davrda diagnostik ahamiyati yuqori, qachonki virus yuqtirilib, hamda kasallikni keyingi davrlarida antitelolar miqdorini kamayib, hatto yo'qolgan vaqtda aniqlash muhim diagnostik ahamiyatga ega.

OIVda RNK ni son miqdorini aniqlash virus yuklamasini darajasini aniqlashga yordam beradi, hamda virusga qarshi davo samarasini baholashda yordam beradi.



Rasm 47. Immunobloting (SSV № 81 buyrug'idan).

Kasallik yuqtirgan onalardan tug'ilgan bolalarda OIV diagnostikasi ancha murakkab, chunki bola qonida onadan o'tgan OIVga qarshi antitelo bo'ladi. Ikkinchi tomondan tug'ilgandan keyingi davrda virusni yuqtirish gipogammaglobulinemiya keltirib chiqaradi. Bunda antiteloni yo'qolishi diagnozni inkor qilishga to'la asos bo'la olmaydi. Shu sababli, bunday bolalarni 3 yil davomida kuzatish zarur. Yana shuni unutmaslik kerakki, OITS namoyon bo'lgan davrda OIVga qarshi G antitelolar pasayadi.

OIV infeksiyasini klinik diagnostikasi. V.I.Pokrovskiy klassifikatsiyasida keltirilgan belgi va sindromlarga asosan amalga oshiriladi. BJSST (VOZ) taklifiga ko'ra, OITS diagnostikasi tahliliy tekshiruvlarsiz agarda OITS-indikator kasalliklari to'la aniqlangan taqdirda hamda keyingi 3 oyda immunodefitsit holatini (uzoq vaqt kortikosteroidalar bilan davolanish, sitotoksik davo, blastamoz kasalliklar va x.z) keltirib chiqaradigan sabablar bo'lmagan bo'lsa, qo'yish mumkin. Bularga: qizilo'ngach, traxeya, bronxlar va o'pka kandidozi, o'pkadan tashqari streptokokkoz; bir oydan ortiq davom etuvchi kriptosporodiozli diareya; xar xil a'zolari sitomegalovirus bilan zararlanganligi; teri va shilliq qavatlarni oddiy herpes virusi zarurlab hosil qilgan yaralari bir oydan ortiq davom etsa, hamda bir oydan katta bo'lgan bolalarda xar qanday davomiylikdagi zotiljam, bronxit yoki ezofagitlar; 60 yoshdan yosh bo'lgan bemorlarda tarqalgan Kaposhi sarkomasi; 60 yoshdan yosh bo'lgan bemorlarda bosh miyani birlamchi limfomasi; 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda limfotsitar intersistial zotiljam yoki o'pka limfoid giperplaziyasi; o'pkadan tashqari joylashgan yoki teri, bo'yin yoki o'pka ildizi limfotugunlarini disseminatsiyalangan atipik mikobakteriyalar chaqirgan yallig'lanishi; pnevmotsistlik zotiljam; ko'p o'chog'li kuchayuvchi leykoensefalopatiya; bir oydan katta bo'lgan bolalarda bosh miya toksoplazmozi.

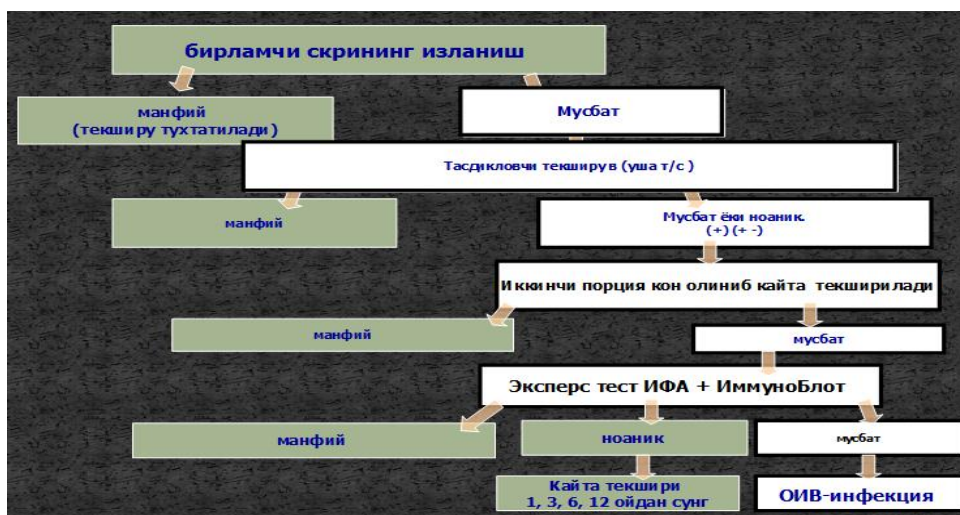
Tahliliy tasdiqlanishi zarur bo'lgan OITS bo'lishini ko'rsatuvchi kasalliklar quydagilar:

- 2 yil davomida 13 yoshgacha bo'lgan bolalarda 2 marotaba qo'shib kechgan, qaytalangan bakterial infeksiyalar (septitsemiya, zotiljam, meningit, suyak va bo'g'imlarni zararlanishi, gemofil tayoqchalar, streptokokklar keltirib chiqargan absesslar);

- tarqalgan o'pkadan tashqarigi koksidiomikoz;
- OIV ensefalopatiyasi;
- o'pkadan tashqarigi tarqalgan gistoplazmoz;
- bir oydan ortiq davom etuvchi izosporodioz diareyasi;
- hamma yoshdagi bemorlardagi Kaposhi sarkomasi;
- hamma yoshdagilarda bosh miya limfomasi;

- B-hujayralik Xodjkinnikidan boshqa limfomasi yoki no'malum immunofenotip limfomasi;
- o'pkadan, teridan, bo'yin yoki o'pka tomiri limfatik tugunlaridan boshqa limfa tugunlarini zararlovchi disseminilangan mikobakterioz (tuberkulyoz emas);
- o'pkadan tashqarida tuberkulyoz;
- qaytalanuvchi tif bo'lmagan salmonellyozli tif;
- OIV - kaxeziyasi.

Immunitet ko'rsatkichini aniqlash OIV uchun maxsus tekshiruv emas, lekin tasdiqlangan OIV infeksiyasi uchun muhim ma'lumot hisoblanadi. Avvalo, bu T-xelperlarni sonini aniqlashdir. SD4 ni 500/mkl dan past bo'lishi antiretrovirus davosini boshlash uchun klinik standart hisoblanadi, sonini 200/mkl gacha va undan past kamayishi opportunistik infeksiyalarni profilaktikasi uchun davo boshlashga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.



Sxema-5. Tekshiruv algoritmi.

OIV va OITSni davolash. Hozirgi davrda OIV ni davolash muammosi jadallik bilan izlanmoqda. OITS ni davolashni hamma usullari bemorni tuzalishini ta'minlamaydi, faqat klinik belgilarni namoyon bo'lishini kamaytiradi hamda bemor umrini uzaytiradi.

OITS ni davolash uchun qo‘llaniladigan dori preparatlari quyidagilarga bo‘linadi:

- etiotrop;
- patogenetik;
- simptomatik

OITS ni davolashni ko‘p usullari qo‘llanilishiga qaramasdan, OIV terapiyasi natijalari hozirgi vaqtda bemorni to‘la tuzalishga olib kelmaydi. Shu sababli, OITS muammosini kelgusida o‘rganishni taqozo qiladi.

OIV infeksiyasini davolashni umumiy asoslari kasallikni kuchayishini oldini olish, sust surunkali kechuvchi infeksiyalardan saqlab qolish, ikkilamchi opportunistik kasalliklarni aniqlash va davolashdan iborat. OIV infeksiyasini etiotrop davolashga virusga qarshi retrovirus terapiyasi (virus replikatsiyasini to‘xtatishga qaratilgan) va ikkilamchi kasalliklarni ximioprofilaktikasi.

Katta yoshdagilarga va o‘smirlarga ARVTni o‘tkazish

Bugungi kunda OIV infeksiyasiga chalinganlarni davolashni asosiy qismi bu virusga qarshi davoni qo‘llashdir. ARVT ni to‘g‘ri tanlanganda bemorlarni umri uzayadi va hayotini sifati yaxshilanadi. Bu bilan bir qatorda OIVni boshqalarga yuqishi kamaytiriladi, undan tashqari immunitet biroz tiklanadi va opportunistik kasalliklarni yuzaga chiqishini oldi olinadi. Virusni ko‘payishini suslashtiradi.

ARVTni boshlashga kasallikni 3-4 klinik bosqichlari rivojlanishi va qonda SD4 hujayralarni soni keskin kamayishi asos xisoblanadi. Ko‘pincha SD4 hujayralarni soni 200-350 mikrolitrdan oz bo‘lgan hollarda (me‘yorda 500 dan 1500 gacha).

ARVTni o‘tkazish qoidalari.

Birinchi usulda 2 ta qaytalama transkriptazani nukleozidli yoki nukleotidli ingibitorini (NIOT Zidovudin, Lamivudin, Efavirenza yoki nevirapin) 1 ta

nukleozidli emas (NNIOT Genofovir, Emtritsitabin, Abakavir) ingibitor bilan qo‘shib beriladi.

Qaytalama transkriptazani nukleozidli yoki nonukleozidli ingibitorlarini tanlash va umuman ARVT olib borish bo‘yicha tavsiyalar maxsus qo‘llanmalarda va 81-sonli buyruqni ilovasida keltirilgan.

Bolalarda ARVT ni o‘tkazish

ARVTni maqsadi – katta yoshdagilarga o‘xshash, lekin o‘ziga hosligi bor va ular quyidagilar:

1. Preparatlarga nisbatan virusni sezuvchanligi susayishi. Bu holatni sababi – virusni soni o‘ta ko‘pligi va zidovudin va nevirapinni profilaktika maqsadida xomiladorlik vaqtida qo‘llash.

1. Yoshga qarab immunologik markerlarni o‘ziga hosligi (5 yoshgacha bolalarda SD 4 ni umumiy sonidan ko‘ra uni foizini aniqlash ma‘qulroqdir).
2. Farmokokinetikani o‘ziga hosligi.
3. Bolalarga moslashgan preparatlarni shakli bo‘lish shartligi.
4. Dori qabul qilish vaqti ba‘zi vaqtlarda bolani uxlagan yoki maktabda bo‘lgan paytiga to‘g‘ri kelib qolishi.
5. Bola dori qabul qilishdan bosh tortishi.

Bolalarda ARVTni OIV infeksiyasini belgilari paydo bo‘lganda yoki immuno tanqislik rivojlanganda boshlash kerak.

12-jadval

SD4 ga asoslangan xolda ARVT boshlash qoidalari

Immunologik marker	ARVTni boshlashga tavsiya etiladigan SD4 soni.			
	≤11 oylik	12-35 oylik	36-39 oylik	≥5 yosh

SD-4 ni foizi yoki umumiy soni	≤25% ≤1500/mkl)	≤20% ≤750/mkl)	≤15% ≤350/mkl)	≤200/mkl ≤15%)
--------------------------------	--------------------	-------------------	-------------------	-------------------

ARVTni o'tkazish, sxemalar tanlash va boshqa masalalar katta yoshdagilarnikiga o'xshash lekin, tajribalar shuni ko'rsatdiki abakavir bilan lamivudinni birga qo'llash yaxshi natijalar berdi.

ARVT o'tkazish jarayonida (bemorni yoshidan qat'iy nazar) 24 hafta davomida natija yaxshi bo'lmasa dorilarni tubdan almashtirish (2-sxemaga o'tish) zarur. Bolalarda ARVT ni o'tkazish bo'yicha keng ma'lumot O'zbekiston respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligining 81-sonli buyrug'ini ilovasida keltirilgan.

Agar virusni sonini aniqlashni iloji bo'lsa va xomiladorlikni 35-37 haftaligida uni soni 1000 ml/nusxadan ko'p bo'lsa rejali kesar usuli bilan tug'dirish kerak.

Antiretrovirus davo samarasi quyidagi ko'rsatkichlar bilan aniq baholanadi: klinik remissiyaga erishish, viremiyani kamayishi va yo'qolishi, T- xelperlarini ko'payishi xisoblanadi. Shu maqsadda OIV RNK sini va CD4 limfotsitlarini aniqlash 1 oydan keyin o'tkazish tavsiya etiladi va keyingi xar 3 -6 oyda qaytarilishi zarur. Shunday kilib, mujassamlashtirilgan davoni o'tkazish, ayniqsa OIV infeksiyasini erta bosqichlarida nafaqat bemorni umrini uzaytiradi, uni holatini yaxshilab, ish qobiliyatini tiklaydi, atrofdagilarga havfini kamaytiradi.

Mehnat va xarbiy xizmatga layoqatlik ekspertiza masalalari hozirgacha to'la tartibga solinmagan. Chaqiruv bo'yicha xarbiy xizmatda bo'lganlar orasida OIV infeksiyasi aniqlansa, qurolli kuchlar safidan bo'shatiladi, boshqa xarbiy xizmatchilar kasallikni namoyon bo'lishi va bosqichlariga qarab xar biri holatni ekspertiza masalasi alohida xal qilinadi.

Kasallik o'chog'idagi tadbirlar va profilaktika. Hozirgi vaqtda samarali va zararsiz vaksina yaratish ustida jadal izlanishlar olib borilmoqda. Vaksina tayyorlash uchun o'ldirilgan virus, sintetik peptid, rekobinatsiya yo'li bilan olingan

virus ishlatilmoqda. Lekin OIV oqsillarni tez o'zgaruvchanligi maxsus profilaktik vaksina yaratishda qiyinchilik tug'dirmoqda.

Shu sababli, profilaktik choralar infeksiyani yuqishni oldini olishga qaratilgan bo'lib, asosiy usullardan biri aholini barcha qatlamlari bilan uchrashuvlarda yosh yigit-qizlar bilan suhbatlar o'tkazayotganda OIV kasalligini yuqish yo'llari bilan batafsil tanishtirish va undan saqlanish yo'l-yo'riqlarini ko'rsatish, himoya vositalardan foydalanishni o'rgatish kabi ishlarni olib borishlari lozim.

Epidemiyani oldini olish chora-tadbirlariga donorlar qoni, spermasi, a'zolari tekshirish; kasallik manbaini aniqlash (3 oydan ortiq vaqtga kelgan chet el fuqoralarini, bir oydan ortiq chet elda bo'lganlarni, gomoseksualistlarni, norkomanlarni va fohishalarni tekshirish), klinik ko'rsatma bo'yicha va homiladorlarni tekshirish. Muloqotda bo'lganlar va anonim yo'l bilan ham tekshiruvlar o'tkaziladi. Kasalxonada epidemiyaga qarshi tartib va asboblarni zararsizlantirish virusli gepatit B kabi o'tkaziladi. Virus tashuvchilar izolyatsiya qilinmaydi, lekin OITS bemorlari yuqumli kasalliklar shifoxonasini maxsus bokslariga boshqa yuqumli kasallikni yuqtirmasligi uchun yotqiziladi.

OIV/OITS profilaktikasi

OITS profilaktikasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- OIV yuqishini oldini olishni targ'iboti;
- Odamlarni hulq - atvorini yaxshilash;
- OIV yuqtirish havfi yuqori bo'lgan guruhlarda yuqtiruvchi omillarni iloji boricha kamaytirish;
- OITS kasalligini tarqalishiga yordam beruvchi ijtimoiy sharoitlarni o'rganish.

Infeksiya profilaktikasi:

- Jinsiy aloqa gigienasi qoidalariga qat'iy rioya qilish va jinsiy sherigidan ham talab qilish.
- O'zgalar sochig'i va boshqa shaxsiy gigiena vositalaridan foydalanmaslik.
- Xavfli guruhda bo'lganlar (fohishalar, narkomanlar) bilan jinsiy aloqa qilishdan saqlanish.

-Himoya vositalaridan foydalanish (antiseptiklar, prezervativlar), yuqish havfini kamaytiradi, lekin yuqish havfi to'la bartaraf etilmaydi.

Shuni unutmaslik kerakki, jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan infeksiyalar boshqa venerik kasalliklarni yuqishini osonlashtiradi.

-Tez-tez tekshiruvdan o'tib turish!

Jinsiy aloqa yo'li bilan o'tadigan infeksiyalar va kasalliklar profilaktikasi OIV yuqishini kamaytiradi, chunki ko'p venerik kasalliklarda genitalliy, perianal va og'iz atrofidagi terida yaralar, eroziyalar hosil qilib, OIV yuqishi uchun yo'l ochadi.

Bir marta OIV yuqtirgan odam, boshqa yuqtirmayman deb ayta olmaydi, chunki virusni boshqa tipi yuqib, tashuvchini holatini og'irlashtirish mumkin.

-Agarda immun tizimi OITS virusi yuzasidagi oqsilni seza olsa, unda bu virus ustidan nazoratni amalga oshiradi. Agarda organizmga kirgan virus yuzasidagi oqsil antigenlik xususiyati boshqa xususiyatga ega bo'lsa, bu holatda immun tizimi havf oldida himoyasiz bo'ladi.

- Infeksiya profilaktikasida miramistin va xlorgeksidin qo'llaniladi. Bu preparatlar tashqaridan qo'llaniladigan antiseptiklar bo'lib, sifilis, OIV va gepatit B, C lardan saqlamaydi, agarda prezervativdan foydalanmagan bo'lsa, faqat jinsiy aloqa bilan yuqadigan kasalliklarni yuqish havfini kamaytiradi.

OIV-infeksiyani maxsus immunopro-filaktikasi ishlab chiqilmagan.

Profilaktik oqartuv tadbirlari quyidagilardan iborat:

- 1.Maktabni yuqori sinf darslariga shu kasallik haqida kurslarni kiritish.
- 2.Yoshlar o'z hayot tarziga jiddiy munosabatda bo'lishini shakllantirish.

Tibbiy profilaktik tadbirlar quyidagilar:

- 1.Donorlar qonini va xavfli guruhda bo'lganlarni tekshirish.
- 2.Hamma homiladorlarni OIV antitelosiga tekshirish.
- 3.Kasallik yuqtirganlardan tug'ilgan chaqaloqlarni bemor ona emizishidan ma'n etish.

4. Havfsiz jinsiy aloqani targ'iboti.

OIV-infeksiyasi antitelosiga tekshirilganda manfiy natija olinsa, kasallikni yo'q deb bo'lmaydi, chunki yuqtirgandan so'ng bir necha haftagacha antitelo topilmasligi mumkin.

Shifoxona ichida OIV kasalligi yuqishini oldini olish

OIV tarqatishda qon eng katta havf tug'diradi. Ish vaqtida behosdan terini jarohat olishidan ehtiyot bo'lish kerak. Xar qanday tibbiy muolaja va biologik ashyolar bilan ishlash maxsus rezina qo'lqop va niqob taqib bajarilishi zarur. Virusli gepatit B bemorlari bilan ishlashda ham hamma ehtiyot choralari ko'rish kerak. Agarda shilliq qavat yoki jarohatlangan teri qoplamiga OIV virusi bor deb gumon qilingan biologik mahsulot tushgan taqdirda, zudlik bilan (birinchi 3 soatda) kontaktdan so'ngi antiretrovirus profilaktik davoni boshlash kerak, chunki bu tadbir infeksiya yuqishini bir necha marta kamaytiradi.

Virus bor deb gumon qilingan biologik ashyo bilan ishlagandan so'ng, qo'lqopni va maxsus kiyimni yechishdan oldin, qo'lni yaxshilab yuvish, so'ngra xonadan chiqish kerak.

OIV yuqtirgan va OITS bemorlarini shifoxonaga yotqizishda kasallikni tarqamasligini oldini olish va bemorga markaziy nerv tizimi zararlanib, hulqi o'zgarganlarga bo'ladigan talablar asosida bo'lishi kerak.

OIV – infeksiyasi bemorlarni davolashda faqat bir martalik ishlatiladigan asboblardan foydalanish kerak.

Atrof muhit, choyshablar, foydalaniladigan buyumlar va bemor ajratmalari albatta dezinfeksiyalanishi (0,2% li gipoxlorid natriy, etil spirti) kerak.

Agarda ehtiyot choralari to'la bajarilsa, bemor bilan muloqotda bo'lish to'la havfsiz xisoblanadi.

OIV-infeksiyasini oldini olishda OIV-infeksiyasi bemorlari qon va boshqa biologik suyuqliklari sachragan taqdirda, quyidagi tartibda xarakat qilish kerak:

- Jarohatlanmagan teriga sachrasa, zudlik bilan ushbu joyni yuvish, oqar suv boʻlmagan xolda, zararsizlantiruvchi gel yoki qoʻl yuvishga moʻljallangan eritma bilan ishlov berish.

Mumkin emas:

-Taʼsiri kuchli moddalarni qoʻllash;

-Kuchsiz zararsizlantiruvchi eritmalarni qoʻllash (masalan, xlorgeksidinni 2-4% eritmasi).

-Ushbu joyni ishqalash;

-Biror narsa bilan bogʻlash;

Koʻzga sachrasa:

-Zudlik bilan suv yoki fiziologik eritma bilan yuvish. Bu xarakat quyidagicha bajariladi – oʻtirib olib, boshni orqaga egib hamkasbidan koʻzga suv yoki fiziologik eritmani quyishni iltimos qilinadi. Vaqti-vaqti bilan koʻzni ochib-yumib turiladi. Linzani olmasdan yuvish kerak. Yuvib boʻlgandan keyin, linzani olib oddiy ishlov berib, yana joyiga qoʻyiladi.

Mumkin emas:

-Koʻzni sovun yoki zararsizlantiruvchi eritma bilan yuvish;

Ogʻizga sachrasa:

-Zudlik bilan tupirib tashlash.

-Ogʻizni suv yoki fiziologik eritma bilan yuvish (chayqash). Ushbu xarakatni bir necha marta takrorlash.

- Ogʻizni sovun yoki zararsizlantiruvchi eritma bilan yuvish.

**«YUQUMLI KASALLIKLAR» FANI BOʻYICHA STOMATOLOGIYA
FAKULTETI 4-KURS TALABALARI UCHUN AMALIY KOʻNIKMALAR**

Qonni ekmaga olish tartibi

Koʻpgina yuqumli kasalliklarni, ayniqsa isitmalayotgan bemorlarni tashxislashda qonni ekmaga olish muhim ahamiyatga ega. Amaliyot xodimlari salmonellyozlar (salmonellyozlarning tarqalgan shakli, ich terlama va A va B paratiflar)da qon

ekmasini gemokulturaga, kokklar chaqiradigan kasalliklar (sepsis, meningokokksemya)da qonni sterillikka tekshirish deb ataladi. Qon ekmasi qaysi kasallikda olinishidan kat'iy nazar, olish tartibi bir hil. Antiseptika qoidalariga amal qilgan holda, bilak venasidan vrach ko'rsatmasiga ko'ra, ma'lum miqdorda qon olinadi. Qon olishdan oldin, xona kvarslanadi. Ozuqa muhit saqlangan idish qo'l yordamida 36-37°C ga isitiladi va spirtovka yoqib qo'yiladi, qon olingan shprits o'ng qo'lda tutilib, chap qo'ldagi muhit saqlangan flakon og'zi (paxtali tampon) o'ng qo'lning uchi va beshinchi barmoqlari yordamida ochilib, alanga ustidan qon olingan shprits flakon devori orqali muhitga quyiladi. So'ngra flakon og'iz devorlari va paxtali tampon termik zararsizlantirib, flakon yopilib, termostatga qo'yiladi yoki bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi. Idishni laboratoriyaga yuborishdan oldin, uning kog'oziga ismi, familiyasi, yoshi, olingan vaqti, tashxisi yozilishi shart.

Eslatma: O'zbekiston Respublikasi SSV №292-buyrug'iga asosan, ambulatoriya sharoitida 3 kundan ortiq isitma qilgan bemorlardan qon gemokulturaga olinishi shart. Kasalxonada esa tif-paratif kasalligiga gumon qilinganda, kasallik davomiyligi va tana xarorati oshishi davridan qat'iy nazar, maxsus davo o'tkazishdan oldin, 3 kun ketma-ket qon gemokulturaga olinishi kerak.

Ichak tayoqchalariga najasni ekish va uni natijasini baholash

Bakterial ichburug'ning mikrobiologik tashxisi uchun quyidagi asoslarda tekshiruv olib boriladi:

- 1) toza kulturaning ajralishi;
- 2) ichburug' mikroblarining antigen komplekslarini topish;
- 3) antitelolarni topish;
- 4) koprologik tekshiruv;

Ichburug'ning qo'zg'atuvchisini ekmada aniqlanishi quyidagilarga bog'lik:

- a) kasallikni boshida najasni ekmaga olingan muddati;
- b) najasni olish usuli;

- c) najasni ekish usuli;
- d) tekshiruv soni;
- e) ekilayotgan oziq muhitning sifatlilikligi.

Tekshiruv uchun material olish texnikasi:

Ichburug'ning mikrobi yo'g'on ichakning shilliq pardasida joylashadi. Qo'zg'atuvchi ichakning ajralmasi bilan chiqadi. Yallig'lanish natijasida mikroob shilimshiq va yiringda bo'ladi, shuning uchun shilimshiq va yiringli ajratma najasning xar xil bo'laklaridan olinadi.

Ichburug' qo'zg'atuvchisi qon tomchilarida va qonli ajratmalarda bo'lmaydi, shuning uchun faqat yiringli va shillikli ajratmalardan tekshiruvga olinadi, agar bunday ajratmalar bo'lmasa, najas massasidan olinadi.

Bemorning najasi kelmasa, tekshiruvni kechiktirmaslik uchun qaynagan suv bilan tozalovchi klizma qilinadi. Yuvindi suvlari dezinfeksiyalovchi moddalar qoldiqlaridan holi, termik sterillangan probirkaga olinadi. Ich kelgan vaqtda tuvak yoki idish termik sterillangan bo'lmasa, najasni steril salftkaga olinadi. Ekma uchun modda axlat massasining yoki ajralmalarning 3-5 joyidan olinadi. Laboratoriyaga olingan material 2 soat davomida tekshiruv uchun yetkazilishi kerak.

Agar ichi kelmasa, rektal nay orqali 2 xil yo'l bilan olish mumkin. Nayning ochiq tarafini yoki ikkinchi nayning ochiq joyini paxta bilan berkitib probirkada sterilizatsiya qilinadi. Ichi nay to'g'ri ichakka ichkariroq kirgiziladi, chiqarilayotganda to'g'ri ichakning yuqori bo'limidan tekshiruv uchun modda olinadi. Ikkinchi nay orqali tuvakdan modda olish osonroq, bolalarning to'g'ri ichagidan va pampersidan olish ham mumkin. 2-chi yo'li rektal tampon orqali rektoskop bilan to'g'ri va sigmasimon ichakning zararlangan joylaridan olish mumkin. Buning uchun steril paxtali tampon va tayoqchalardan kerakli uzunlikda foydalanish mumkin. Bular maxsus silindrda qog'ozga o'ralgan xolda sterillanadi. Material olib bo'lingandan so'ng, tampon qurib qolmaslik uchun 1 ml steril fiziologik eritmali probirkaga solib qo'yiladi. Yuqoridagi barcha

modda olish turlari kasallikni 1 chi kunida ekmaning olinishi uchun muhim ahamiyatga ega.

Oshqozonga va 12 barmoqli ichakka zond yuborish usuli

Zond diagnostik, davolash, ovqatlantirish, oshqozonni yuvish maqsadida qilinadi. Zondlar uzunligi xar xil bo'ladi, bemorni yoshiga qarab tanlanadi. Bolalarga 20-25 sm, maktabgacha yoshdagi bolalarga 30-35 sm, o'smirlarga 40-50 sm, kattalarga 50 sm uzunlikda bo'lgan zond yuboriladi.

Zondni burun yoki og'iz orqali yuborish mumkin. Diagnostik va davo zondlari bolalarda № 10-15 diametri 3-5 mm, uzunligi 1-1,5 metr. Ohiri yopiq, ikki tomondan 2 ta teshigi bo'ladi.

Bemorga zond yuborish uchun bemorni stulga o'tqazib, old tarafiga kleyonka to'sib qo'yiladi. Yosh bolalarga va og'ir bemorlarga yotgan holda yuborsa ham bo'ladi. Toza sterillangan zondni bemorning til o'zagiga olib borib chuqur nafas olib yutinish kerakligi aytiladi. Xar yutinganda zondni asta-sekinlik bilan ichkariga xarakatlantiriladi. Zondning birinchi belgisi (40 sm)ga yetganda zond oshqozonda bo'ladi.

Zond yuborish vaqtida quyidagi fraksiyalar: birinchi porsiya – oshqozon shirasi ochlikda (oshqozon bezining kechqurungi va ertalabki sekretsiyasi); ikkinchisi va uchinchisi xar 15 minutdan so'ng 1 soat davomida ajraladi – bu bazal sekret xisoblanadi. So'ng zond orqali nonushta berilib, 10 minutdan so'ng sekret olinib, kislotali muhit tekshiriladi. 15 minutdan so'ng qolgan sekretni shprints bilan tortib olinadi, qolgan ovqatni ham. Ovqat massasiga qarab oshqozonni evakuator funksiyasi aniqlanadi.

12 barmoqli ichakka zond yuborish, 12 barmoqli ichakdagi sekretni, o't suyuqligini olish sitologik, bakteriologik va ximik tekshiruvlar uchundir. O't pufagidagi o'tning tiqilishida va 12 barmoqli ichakka dori darmonlarni yuborishda zond usuli yordam beradi. 12 barmoqli ichak zondi maxsus rezinali nay bo'lib,

diametri 3-5 mm, uzunligi 1,5 metr. Bemorga tekshirishdan 2-3 kun avval qiyin hazm bo'ladigan va meteorizm qo'zg'ovchi ovqatlar: qora non, sut, karam, kartoshka, dukkaklilar berilmaydi.

Zondni yuborish uchun bemor kushetkaga o'tqaziladi. Unga gilosni danagini so'lagi bilan yutish tavsiya qilinadi. Bu vaqtda chuqur nafas olib, yutish refleksi bajariladi, bunda tilning o'zagiga zond uchi qo'yiladi. 1chi belgilangan joygacha yutilganda, zond oshqozonga tushadi. Bemorni asta-sekin o'ng tarafga yonboshlatiladi. Bemorning chanoq sohasiga valik yoki yostiq qo'yiladi. Bu holat zond uchini 12 barmoqli ichakka o'tishiga imkon beradi. Piyoqchani ochilishi uchun o'ng qobirg'a ostiga issiq xaltacha qo'yiladi. Zondni shoshmasdan siljitish kerak, aks holda oshqozonga qaytib chiqishi mumkin bo'ladi. Zond orqali chiqqan suyuqlik lakmus kog'ozini qizartiradi, ichakdagi suyuqlik esa kog'ozni havorangga bo'yaydi, 12 barmoqli ichak shirasi esa kog'ozni och-sariq rangga bo'yaydi. 12 barmoqli ichakka tushgandan so'ng zondning tashqari uchi probirkaga tushiriladi va suyuqlik yig'ib olinadi. Olingan o't suyuqligi mikroskopik tekshiruv uchun laboratoriyaga yuboriladi. Bunda leykotsitlar, eritrotsitlar va epitelial hujayralar tekshiriladi, yana lyambliyalalar va ankilostomalarga ham tekshiriladi. Me'yorda o'tda hujayralar aniqlanmaydi. Xolesterin kristallari va kalsiy bilirubinatlarning borligi o't toshlarining paydo bo'lishidan darak beradi. Patologik holatlarda o't yo'llarida ichak tayoqchalari, kokklar va bakteriyalar topilishi mumkin.

Muolaja ohirida antibiotik yoki nitrofuranolar yuboriladi.

Oshqozonni yuvish usuli

Buning uchun meditsina hamshirasi oshqozonni yuvishga ishlatiladigan asbobni tayyorlaydi. Bu asbob uzunligi 1,5 m keladigan, tegishli qalin devorli rezina nay hamda sig'imi 0,65-1 l. voronkadan iborat. Voronka va rezina nay qaynatilgan yoki steriliangan bo'lishi kerak, ular maxsus sterilizatorlarda saqlanadi, agar bunday sterilizatorlar bo'lmasa, asbobni bevosita oshqozonni

yuvish oldidan kostryulkada qaynatib, sterillab olinadi. Kichik tibbiyot hamshirasi natriy gidrokarbonat kristalchasi, qo'shilgan 8-10 min qaynatib sovutilgan iliq suvni tayyorlaydi, so'ng bemor boshini bir muncha oldinga engashtirib, choyshab yoki kleyonka qo'yiladi, hamshira zondni me'daga tushurib, rezina nay uchiga voronka kirgizadi, tibbiyot hamshirasi unga qarashib turadi, voronkaga havo kirib qolmasligi uchun uni sal engashtirilgan holda suv quyib beradi. Voronkani avval bemorning og'zidan pastroq qilib tutiladi, keyin unga suv to'ldirib, voronkaning bo'g'zigacha tushmaguncha, voronkani yuqoriroq ko'tarib boriladi. Suv voronka pastigacha tushiriladi va ichidagisi tog'oraga bo'shatiladi. Voronkadan suv top-toza bo'lib qolmaguncha, uni shu tariqa to'ldirib, bo'shatib turishi kerak, top-toza suv kelishi oshqozonning butunlay toza bo'lganidan dalolat beradi. Oshqozonga qancha suyuqlik yuborilgan bo'lsa, undan shuncha suv qaytib chiqishi kerak, bordiyu chiqqan suv kamroq bo'lsa, u xolda bemordan kuchanib turish iltimos qilinadi. Me'dani yuvayotgan paytda voronkadagi suvning hammasi tushib kelishiga yo'l qo'yib bo'lmaydi. Chunki shu suv ketadigan me'daga havo tushib qoldiki, bu muolajani qiyinlashtirib qo'yadi. Me'dani yuvib bo'lib, zond chiqarib olingandan so'ng, og'zini chayqab, labi va iyagi sochiq bilan artib qo'yiladi. Oshqozondan tushgan yuvundi suvni ba'zi hollarda tekshirish uchun yuboriladi. Buning uchun bir oz qismi steril bankaga quyib olinib, og'zi qopqoq bilan berkitiladi va yorliq yopishtirib bakteriologik tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi.

Sifon klizma

Sifon klizma ichni yuvadigan klizmalarning eng tarqalgan turidir. Sifon klizma:

1. Tozalaydigan klizma va surgi dorilardan foyda bo'lmaganda, ichaklarni najas va gazlardan tozalash zaruriyati tug'ilganda;
2. Achish va chirish mahsulotlarni zaharli moddalarini ichaklardan tez chiqarib tashlash maqsadida;

3. Ichakning tutilib qolganiga shubha bo'lganda qilinadi.

Sifon klizma uchun 10-12 litr toza suv tayyorlab qo'yiladi. Sifon klizma ishlatiladigan asbob 1-2 litrli voronka bo'lib, unga uzunligi 1,5 m bo'shlig'ining diametri kamida 1 sm keladigan rezina nay va so'ngra biriktiruvchi ichak naylari kiygiziladi. Asbob va suvdan tashqari, ko'zacha, tog'ora va kleyonkani tayyorlab qo'yish kerak. Ichak naychasi uchiga vazelin surtib, uni orqa chiqaruv yo'lidan 20-30 sm ichkariga kiritiladi. Keyin xuddi oshqozonni yuvishdagidek qilinadi. Voronkani bemor tanasidan biroz balandroqda qiyshaytirib ushlab turib, suvga to'ldiriladi va ko'tariladi. Kamayib borayotgan suv satxi voronka konusi ichiga yetishi bilan voronkani qiyshaytirmasdan, tog'oradan pastga tushiriladi va suv bilan chiqayotganda gaz pufakchalari yaqqol ko'rinib turadi, so'ngra voronkadan suyuqlik tog'oraga ag'dariladi, unga yana suv to'ldirib va suv top-toza bo'lgunicha yuvish takrorlanadi. Spazm sababli voronkadagi suv kamaysa yoki naychani chetlab ichaklardan qaytib tushsa, voronkani pastga tushirish va bir oz kutib turgandan so'ng yuvishni davom ettirish lozim. Klizmadan so'ng voronka va naychalar yuviladi va qaynatiladi.

Tozalovchi va davolovchi huqnalar (klizmalar)

qilish usuli

Bemorning qorni dam bo'lganida, ichi kelmaganida tozalovchi va ko'p ichi ketganida davolovchi huqnalar qilinadi.

Avvalo qaynatilgan suv yoki damlama (romashkali, eman pustlog'i eritmasi) bilan maxsus rezinali qopcha yordamida qilinadi, suv tayyorlanadi, suv xarorati 37⁰C bo'lishi kerak. Rezina nayning uchini bemorni yoshiga qarab tanlanadi va vazelin surib qo'yiladi, bu to'g'ri ichakni jarohatlamasdan kirishga yordam beradi.

Bemorni o'ng tarafiga yonbosh yotqiziladi va o'ng oyog'i yig'ilgan va chap oyog'i yozilgan xolda holi yotadi. Sekin asta rezina nay uchi orqa peshovdan kirgiziladi. Anusni berkitgan xolda, suv yuboriladi. Suv ketgandan 5-10 minutdan so'ng, bemorni tuvakka o'tkaziladi. Yuborgan suv miqdori to'la chiqqanini

koʻrganimizdan soʻng, ozroq suv bilan klizma nokchasida antibiotik yoki nitrofuranlar yuboriladi.

Gijjalarga najasni tekshirish usuli

Najasda ichak parazitlaridan yumaloq gelmintlarni: ostritsalar, askarida va lentasimon gijjalarni aniqlash mumkin. Sodda ichak parazitlaridan: trixomonadalar, lyambliyalar, balantidiyalar va amyobalar 2 xil shaklda uchraydi:

- 1) vegetativ, faol, xarakatchan, tirik xolda;
- 2) tashqi muhitga chidamli tuxumlar shaklida.

Gijjalarning yetilgan shakllari faqat issiq najasda topiladi, agar najasni kelishi bilan tekshirilsa, ular topiladi, boʻlmasa ular xarakati toʻxtaydi va proteolitik fermentlar taʼsirida halok boʻladilar.

Gijja tuxumlari nativ preparatda tekshiriladi, bu maxsus mikrogelmintoskopik tekshiruvdir. Teleman usuli – bu choʻkma hosil qilishga asoslangandir. Najasning bir qismi uksus va xlorid kislotasining yoki efirning kuchli eritmasida eritiladi, soʻng sentrifuga qilinadi. Suyuqlik 3 qavatga ajraladi. Gijja tuxumlari eng pastki qavatida joylashadi. Bundan preparat tayyorlab mikroskopda koʻriladi.

Ostritsaning tuxumlari najasda kam aniklanadi, chunki u tuxumlarini orqa peshobning burmalariga qoʻyadi. Shuning uchun orqa peshob burmalaridan surtma olish maqsadga muvofiqdir. 0,5 sm kenglikdagi yogʻoch shpatel bilan shisha choʻpak yoki paxta tamponini 50% li glitserin eritmasida namlab olinadi. Surtmani ertalab bola uygʻonganda orqa peshob burmasidan aylana xarakat bilan surtma olinadi. Soʻng shpateldan buyum oynasi chetlari bilan olinib, 1% ishqor eritma yoki glitserin tomizilib, buyum oynasi ustidan yopqich oynani yopib mikroskop ostida koʻriladi.

Sodda ichak parazitlari odamning ichak parazitlarining eng koʻp uchraydiganlariga kiradi. Ular: amyobalar, lyambliyalar, trixomonadlar, balantidiyalar, nematodlar – ostritsa, vlasoglav, askaridalar, sestodlar –keng

lentasimonlar, pakana gijja, lansetovid mo'ylablilar va shistozomalar-so'rg'ichlilardir.

Najasda ularni aniqlash uchun bemorga surgu dori beriladi va najasi kelgan zahoti issiq xolda tekshiriladi. Isitilgan buyum oynasiga olinadi va yopqich oyna bilan yopilib, mikroskopda ko'riladi.

Forma - 30 ga najasni olish usuli

Forma-30 ga najasni maxsus og'zi keng steril bankalarga 1% li pepton suvli eritmaga olinadi. Najasni shpatel yoki shisha tayoqchalarda olinadi. Maxsus blankaga yo'llanma yoziladi. Bunda bemorni ismi sharifi, tug'ilgan kuni, oyi, manzili, kasal bo'lgan kuni, murojaat qilgan kuni, tashhisi, laborantka yoki hamshira ismi sharifi va imzosi, olingan sana yozib qo'yilishi shart.

Barcha muolajalar perchatkada bajariladi.

Rektoromanoskopiya o'tkazish va uning natijasini baholash

Rektoromanoskopiya usuli bilan yo'g'on ichakning distal qismi shilliq pardasidagi morfologik o'zgarishlar darajasi aniqlanadi. Rektoromonoskopiya usuli bemorlar o'rtasida dizenteriyaning atipik shakllarini aniqlaganda, surunkali ichburug'ga shubxa qilinganda, nospetsifik yarali kolitda, yo'g'on ichakni distal qismidagi polipda o'tkaziladi. Ichburug'ni o'tkir davrida, ko'krak yoshidagi bolalarda, homilador ayollarda va aqliy nosog'lom bolalarda o'tkazilmaydi.

Rektoromonoskopiya qilish usuli

Rektoromonoskopiya rektoskop asbobi bilan bemorlar diagnozni tasdiqlash va to'g'ri qo'yish maqsadida amalga oshiriladi. Tibbiyot hamshirasi vrachga ko'maklashib, quyidagilarni, shu jumladan bemorni tekshirish uchun material olish, instrumentni sterillash (tekshirish uchun material olish), yoritkich

lampochkalari vaziyatida o'tkazilishi kerak. So'ng bemorning dumbalari va sonlari o'rtasidan, orqa chiqaruv teshigi orqasiga to'g'ri keladigan teshigi bo'lgan maxsus kleyonka bilan berkitiladi. Berkitishdan avval, rektoskopga vazelin moyi surtiladi. Bemorga kuchanish taklif qilinadi va shu vaqtda rektoskop tubusi aylanma xarakter bilan to'g'ri ichakka kiritiladi. So'ngra mandren tubusdan chiqariladi, yoritgich tizimi ishga solinadi va ko'z nazorati ostida rektoskop 25-35 sm ichkariga kiritiladi. Rektoromonoskopiya vaqtida yallig'lanish o'zgarishlari, yarachalar, eroziyalar, patologik jarayonning tarqalishning patologik darajasi aniqlanadi, yarachalar kuydiriladi, tekshirish uchun morfologik modda olinadi va tegishli laboratoriyaga tekshirish maqsadida yuboriladi. Iburug'dagi yo'g'on ichakning zararlangan shilliq pardasining P.S.Chulkov (1952) bo'yicha quyidagi turlari farqlaniladi.

Kataral proktosigmoidit (proktit, sigmoidit). Shilliq qavat qizil rangda, qo'pol burmalar shishgan, tez jarohatlanuvchan. Rektoskopning tubusi ichak spazmi va shilliq shishi natijasida to'g'ri ichakka kirishi qiyin bo'ladi. Ba'zi bo'limlarda qon kapillyarlari kengayishi natijasida qon oqishi sekinlashadi, buning natijasida shilliq qavat donador notekis bo'ladi.

Kataral-shilliq proktosigmoidit tiniq yoki o'zgargan shilliq ajralishini kuchayishi bilan xarakterlanib, shilliq pardada kataral o'zgarishlar bo'lgan soxalarda to'planadi. Ba'zida rektoskop tubusiga juda ko'p ichak shirasi oqib tushadi, bu shilliq qavatni ko'rishga xalaqit beradi.

Kataral-yiringli proktosigmoidit. Shamollashning bu formasida shilliq qavatga mahkam yopishgan yiringli ajratmalar bo'ladi. Leykotsitlarning yuqori oqimi va epiteliy deskvamatsiyasi natijasida shilliq va yiringli ajratmalar paydo bo'ladi.

Gemorragik proktosigmoidit kapilyarlarning yerilishi va shilliq qavatlarga qon quyulishlar bo'ladi. Oson jarohatlanishi shilliq qavatdan qon ketishi, shilliq qavatda qon tomchilari xolida ko'rinadi.

Eroziv proktosigmoidit shilliq qavatlarda yuzaki eroziyalar kataralshamollash tufayli hosil boʻladi, mayda qon quyulishlar uzoq davom etgan ivishlar kapilyarlardagi qon aylanishning buzilishi natijasidir.

Yarali proktosigmoidit shilliq qavatning yarasi shilliq osti gematomasidan paydo boʻladi. Guruhli va yakka yaralar ichburugʻda yuzaki, oval yoki xar xil kattalikda chegarasi notekis boʻladi.

Fibrinoz yoki krupoz-difteritik proktosigmoidit fibrinogenning krupoz-difteritik zararlanishi natijasida fibringa aylanishi toʻqima epiteliysiga yopishib qoladi. Bu plyonkani ajratib olinganda, yaralar qonab ketadi. Fibrinoz yaralar boʻkmalarning yuqori qismida oq-sariq orolchalar tarzida boʻladi. Joylashgan hujayraga deyarli zich yopishmay oson ajratish mumkin. Agar shamollash oʻta yuqori boʻlsa, ichak shilliq qavatini toʻla fibrinoz toʻr pardasi oʻrab oladi.

Yarali-follikulyar proktosigmoidit ichakning zararlangan qismi solitar follikulalar, shishgan, yiringlagan va yara holatida koʻrinadi.

Polipoz proktosigmoidit bu surunkali kasallik tufayli shilliq qavatning proliferativ oʻzgarishlarida rivojlanadi. Polipning formasi va kattaligi turlicha boʻladi. Ular yakka yoki qoʻshilgan boʻlishi mumkin.

Atrofik proktosigmoidit. Bu ham surunkali kasallik tufayli boʻladi. Yupqalashgan va oqish shilliq qavat fonida tomirlar yaxshi koʻrinadi.

Gaz oʻtkazuvchi nayni ishlatish

Meteorizm – ichakda gazlar oʻzicha chiqib ketmasdan, ichakni dam qilib yuborishi va qorin boʻshligʻida qolishi. Ichakni tozalaydigan klizma gaz hosil boʻlishini kamaytiradi va gazlarni chiqarib yuboradi, lekin u qisqa muddatda naf beradi va bundan tashqari hamisha undan foydalanib boʻlmaydi.

Mana shunday hollarda gaz oʻtkazuvchi nay ishlatiladi. Gaz oʻtkazuvchi nayning uzunligi 30-50 sm, diametri 3-5 mm keladigan qalin devorli silliq yumshoq rezina nay ichakka kiritiladigan uchi bosh qismi uzra dumaloqlanib kelgan, ikkinchi uchi koʻndalangiga kesilgan. Nayni qaynatib olib, vazelin yoki

boshqa yogʻ surtilib, orqa teshikka 10-30 sm ichkariga kiritib qoʻyish zarur, lekin tashqi uchi orqa teshikdan 5-6 sm chiqib tursishi kerak. Naydan ichak ichidagi suyuqlik oqib chiqishi mumkin boʻlganligi uchun oʻrin bosh iflos boʻlmasin deb, nayning tashqi uchi bemor tagiga qoʻyilgan rezina toʻshakka yoki buklangan choyshabga toʻgʻrilab qoʻyiladi. Nayni qoʻyganda ogʻrilmaslik uchun shoshmasdan, aylana xarakatlar bilan kiritib qoʻyish kerak. Gaz chiqib ketishi uchun qorin damligi kamayguncha gaz oʻtkazuvchi nayni koʻpi bilan 2 soat qoʻyib qoʻyish kerak. Sutka davomida uni maʼlum vaqt oralatib turib, bir necha marta qoʻysa boʻladi. Ichakda qattiq najas moddalari toʻplanib qolsa, gaz oʻtkazuvchi nayni kiritish qiyinlashadi. Bunday hollarda uni qoʻyishdan avval glitserin bilan mikroklizma qilinadi. Nay chiqarib olgandan keyin, orqa teshik atrofini paxta bilan artib olish, taʼsirlangan boʻlsa, qanday boʻlmasin biror malham surtib qoʻyish, dori sepish va dumba orasiga bir boʻlak toza paxta qoʻyish kerak. Nayni issiq suvda sovunlab yuvish va qaynatib olish lozim. Chunki ichak kasalliklarida, ayniqsa, infeksiyon kasalliklarda klizma uchun tutiladigan asboblardan orqali hamisha kasal kishidan sogʻlom odamga infeksiya yuqtirish mumkin.

Tomoqdan surtma olish usullari

Tomoqdan surtma olish difteriya, gripp va boshqa OʻRVilar, meningokokkli infeksiya kasalliklarini aniqlash maqsadida olinadi.

Olish usuli quyidagicha:

1. Shpatel, probirkalar va steril tamponlar tayyorlanadi.
2. Bemorning yuzi iloji boricha yorugʻlikka qaratiladi.
3. Chap qoʻlga shpatel va probirka olinadi.
4. Shpatel bilan til ildizi oxista bosiladi va oʻng qoʻl bilan probirkadan steril tampon olinadi.
5. Steril tampon ogʻiz boʻshligʻining shilliq qavatlariga tekkizmasdan bodomcha bezlariga (chap va oʻng) oxista surtilib olinadi.

6. Ehtiyotlik bilan steril tampon probirkaga uning devorlariga tegmagan xolda solib qo'yiladi.

7. So'ng tomog'idan olingan surtma nima maqsadida ekanligi, bemor ismi va familiyasi yoziladi, olingan kun, davolash muassasasi nomi ko'rsatiladi.

8. Tomoqdan olingan surtma bakteriologik yoki virusologik laboratoriyaga yo'llanma bilan tekshirishga yuboriladi.

Burundan surtma olish usullari

Burundan surtma adeno va mikst infeksiyalarni tekshirish maqsadida olinadi.

Olish usuli quyidagicha:

Steril tampon hamda probirka tayyorlash kerak. Bemor stulga boshini orqasiga egilgan xolda o'tkaziladi. Probirka chap qo'lga olinib, o'ng qo'l bilan asta-sekin tampon chiqariladi. Chap qo'l bilan bemor boshining uchi sal ko'tarilib, o'ng qo'l bilan tampon aylanma xarakterda qilgan xolda ichki burun yonigacha avval bir tomonlama, so'ng 2 chi tomonlama kiritiladi. Burun ichki yo'lidan olingan tampon asta sekinlik bilan probirkaga kiritiladi, tampon probirka devoriga tegmasligi kerak.

Burundan olingan surtmaga yo'llanma yozilib, bemor ismi va familiyasi, olingan kuni va olishdan maqsad yoziladi. Davolash muassasasi nomi yozilib, laboratoriyaga tekshirish maqsadida yuboriladi.

Qon surtmasini tayyorlash

Surtma uchun yog'sizlantirilgan, toza buyum oynalaridan foydalaniladi. Bu oynalar spirtli shisha ichiga solib saqlanadi. Oyna toza latta bilan quruq qilib artiladi, lekin uning yuziga barmoqlar tekkizilmaydi. Xuddi shunday ehtiyotlik bilan oynaning cheti barmoqdagi qon tomchisiga tarqaladi, bunda oyna yuzasi barmoq terisiga tegmasligiga qarab turish lozim. Shundan keyin oyna chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan shunday ushlanadiki, toki qon tomchisi ko'rsatkich barmoq yonida turadigan bo'lsin. So'ngra jilolangan qoplagich oyna tor

cheti bilan qon tomchisining chap tomonidan buyum oynasiga 45°C burchak ostida qo'yiladi va asta sekin tomchiga yaqinlashtiriladi. Qon tomchisi qoplagich oyna qirradi bo'ylab tarqalgandan keyin bu oynani chaqqon va bir tekis xarakat bilan bosh barmoq tomonga suriladi. Yaxshi surtma yupqa, tekis va yuzasi mayin bo'lishi kerak. Surtmani 2 ta tayyorlash tavsiya etiladi. Surtma qurib bo'lgandan keyin, unga maxsus qalam bilan bemorning familiyasi yozib qo'yiladi. Trombotsitlarni sanab ko'rish uchun surtma olinayotgan bo'lsa, bu holda unga bir tomchi magniy sulfat eritmasi tushirilgandan keyin igna sanchib teshiladi. Surtmalar shu eritma bilan aralashgan qondan tayyorlanadi.

Siydikda o't pigmentini aniqlash

Bemor siydigi probirkaga 2-3 ml olinadi, unga 1% yod eritmasi tomiziladi. Agar yod siydik bilan aralashib ketsa, reaksiya manfiy bo'ladi. Agar yod tomizilgandan so'ng probirka devorida zangori xalqa hosil bo'lsa, bu reaksiya musbat bo'ladi. Bunda siydik tarkibida bilirubin borligi aniqlanadi.

Virusli gepatitlarda bioximik tahlillar uchun qon olish texnikasi

Bemorni ertalab nahorda tahlil uchun qon topshirish kerakligi aytiladi. Qon tirsak venasidan olinadi. Jgut bilan tirsak venasi bog'lanib, shprints orqali 3-5 ml qon olinadi va probirkaga quyiladi. Olingan qon bioximik laboratoriyaga bemor haqidagi ma'lumotlarni yozib jo'natiladi.

Byurne - teri allergik sinamasi

Brutsellyoz kasalligini tashxislashda Byurne teri - allergik sinamasi qo'yiladi.

Uslubiyati: tekshirish lozim bo'lgan bemor bilagining ichki sathiga, terining epidermis qavatiga ingichka igna bilan 0,1 ml miqdordagi brutsellyoz antigeni yuboriladi. Bemorning organizmida brutsellyoz infeksiyasi bo'lsa, brutsillin

yuborilganidan 8—10 soat o'tgandan so'ng terining o'sha (brutsillin yuborilgan) joyida yallig'lanish belgilari (shish, qizarish, og'riq) paydo bo'lib, 24—28 soatgacha kattalashib borishi mumkin, bu alomatlar 38—48 soatdan so'ng asta-sekin yo'qola boshlaydi. Byurne reaksiyasining natijasi quyidagicha baholanadi: terining brutsellin yuborilgan joyida hech qanday o'zgarish bo'lmasa, reaksiya natijasi manfiy deb xisoblanadi, ammo brutsellin yuborilgan joy 1 sm diametrda qizarsa, bemorda brutsellyoz bor deb gumon qilinadi; 2—3 sm diametrda qizarish va shish paydo bo'lsa, reaksiya natijasi salgina musbat deb xisoblanadi, 4—5 sm diametrda qizarish va shishi paydo bo'lsa, reaksiya natijasi musbat bo'ladi, nihoyat 6-8 sm diametrda qizarish va shish paydo bo'lsa, reaksiya natijasi o'ta musbat xisoblanadi.

Bezredko usulida zardob yuborish

Davo zardobi bemorning venasiga va mushaklari orasiga Bezredko usuli bilan yuboriladi. Kerakli dozadagi zardobni yuborishdan oldin bemor organizmining ot zardobi oqsil moddalariga sezuvchanligi sinab ko'riladi. Buning uchun avval bemor bilagining ichki tomon terisi ichiga 100 baravar suyultirilgan zardob 0,1 ml yuboriladi. 20 minut o'tgach, zardob yuborilgan joyning qizargani kichkina bo'lsa, ya'ni sathi 0,9 sm dan oshmasa, natija manfiy xisoblanadi. Natija manfiy bo'lganda, suyultirilmagan zardobdan 0,1 ml teri ostiga yuboriladi. Bunga ham hech qanday reaksiya bo'lmasa, 30 minut o'tkazib turib, kerakli dozadagi zardobning hammasi mushak orasiga yoki vena ichiga yuboriladi. Tomir ichiga yuborishda zardob eng kamida 300 ml fizologik eritmada suyultirib, ilitib olinadi va juda sekinlik bilan tomchilab junatiladi. Sinov natijasi ijobiy bo'lsa (ya'ni, suyultirilgan zardob yuborilgan joy ko'proq qizarib chiqsa), teri ostiga suyultirilgan zardob yuborish davom ettiriladi. (20 minut oralatib 0,5 ml, 2,0 ml va 5,0 ml dan yuboriladi). Reaksiya bo'lmasa, teri ostiga 0,1 ml suyultirilmagan zardob yuboriladi. Keyin 30 minut o'tgach, kerakli dozaning hammasi mushak orasiga in'eksiya qilinadi.

O'latga qarshi kiyim kiyish tartibi

O'ta xavfli infeksiyalar (o'lat, vabo, gemorragik isitmalar, chin-chechak, kuydirgining tarqalgan shakllari) qayd qilinganda, o'latga qarshi maxsus kiyim kiyiladi.

1. Kiyim kiyishdan oldin tibbiyot xodimi o'zini himoya qilish uchun shaxsiy aptechkadagi dori-darmonlardan foydalanadi.

Masalan, o'latga qarshi tibbiyot xodimi o'ziga 500 ming birlikda streptomitsin eritmasini mushak orasiga yuboradi. Aptechkadagi 70% li spirt eritmasi yoki kaliy permanganat eritmasi bilan og'zini chayadi, ko'ziga albutsid eritmasini tomizadi.

2. Tibbiyot xodimi kiyimi ustidan oldin kombinezon yoki pijama, so'ngra paypoq yoki chulki va razmeridan kattaroq rezina etik kiyadi.

3. Peshona qismi umuman ko'rinmaydigan qilib, ro'mol o'ralib, chap tomonida tugun qilib bog'lanadi.

4. O'latga qarshi xalat, ro'mol bog'langandan so'ng, shunday kiyiladiki, xalat uzviy tegib turishi kerak.

5. Keyin xodim doka-paxtali niqobni shunday taqib bog'laydiki, yuqori bog'lagichlari ensa suyagi ustida, pastki bog'lagichlari yuqoridan bog'lanadi va ko'zoynak taqiladi.

6. Butunligiga ishonch hosil qilingan rezina qo'lqop kiyiladi. So'ngra 3% li xloramin eritmasi bilan namlangan sochiq xalat boylamiga tiqib qo'yiladi. Ushbu kiyim bilan tibbiyot xodimi 2 soat ishlashi mumkin.

Tibbiyot xodimi epidemiyaga qarshi ko'rsatmalarga amal qilib, quyidagi tartibda yechinadi: sochiq, ko'zoynak, niqob, xalat, ro'mol, etik, rezina qo'lqop, paypoq yoki chulki, kombinezon yoki pijama.

Eslatma:

1. Agar tibbiyot xodimi davolovchi vrach bo'lsa, ro'moldan oldin fonendoskop taqadi.

2. Agar bemorda qusish alomatlari bo'lsa, sochiqdan oldin rezinali fartuk taqadi.

3. Bemor gemorragik isitmga shubha qilinganda, 2 tadan rezina qo‘lqop kiyadi.

Orqa miya suyuqligini olish

Lyumbal punksiya uchun bemor oyoqlari tizzalarida bukilgan va tizza qorniga tortilgan holda o‘ng yonboshini bosib yostiqsiz yotishi kerak. Lyumbal punksiyani vrach bajaradi. Tibbiyot hamshirasi bemor holatini saqlash uchun chap qo‘lini bemor yonboshi ostiga, kaftini pastga qaratib kiritadi va bemor yotgan stol yoki karovot chetini chap qo‘li bilan bemorning oyoqlari ushlanadi. Ikkinchi yordamchi esa bemorning boshini ushlab turishi kerak. Punksiya bel umurtqasining 3-4 bel umurtqalari sohasida amalga oshiriladi.

Punksiya qilinadigan soxa terisiga yod nastoykasi surtilib, so‘ngra o‘sha zahoti spirt bilan artiladi. Teriga yod va spirt surtishni umurtqalar bo‘ylab o‘tadigan chiziqdan boshlanadi, so‘ngra shu chiziqning chap va o‘ng tomonidan hali ishlov berilmagan teri qismlariga surtishga o‘tiladi. Buning uchun tibbiyot xodimi bemorning yonbosh suyaklari qirralarini paypaslaydi va yod nastoykasi bilan ularni tutashtiradigan chiziq o‘tkazadi. Bu chiziq umurtka pog‘onasining 3-4 bel umurtkalari qirralari, o‘siqlari satxida kesib o‘tadi, Mandrenli maxsus uzun ignani katta yoshdagi bemorga 4-6 sm chuqurlikda kiritiladi. Orqa miya pardalari teshilganidan keyin mandren chiqariladi va igna kalla suyagi ichidagi bosimni o‘lchash uchun monomerga ulanadi. Uzunligi 300-600 mm li xar qanday yupqa shisha naychadan ham monomer sifatida foydalansa bo‘ladi. Likvor rezina naycha bo‘ylab yuqoriga asta-sekin ko‘tariladi. Suyuqlikning punksiya ignadan ko‘tariladigan mm dagi maksimal darajasi kalla suyagi ichidagi bosimni ko‘rsatadi. Suyuqlik me‘yorda tiniq va rangsiz bo‘ladi. Yiringli meningitlarda suyuqlik loyqa, yiringli, serrozli meningitlarda esa tiniq yoki tovlanuvchandir. Suyuqlikning birinchi tomchilari odatda yig‘ilmaydi: ular igna ostiga qo‘yilgan dezinfeksion eritma solingan tog‘oraga tushadi. Suyuqlikning keyingi qismi bir necha steril probirkalarga yig‘iladi va tekshirish maqsadida laboratoriyalarga yuboriladi. Igna chiqarilgandan so‘ng punksiya qilingan joyga

spirtga ho‘llangan steril paxta yopishtirilib qo‘yiladi. Punksiyadan so‘ng bemor qorni bilan yotqiziladi va katalkada palataga jo‘natiladi. Palatada bemor 2 soat davomida yostiqsiz yotishi kerak, bu davr ichida ovqat berish man etiladi.

Qalin tomchiga qon olish

1. Bir oz oldin yuvilgan buyum oynachasi stol ustiga ko‘yiladi.
2. 70% li spirt shimdirilgan paxta bilan bemor chap qo‘lining to‘rtinchi barmog‘i oxirgi bo‘limi artiladi.
3. Spirt qurigandan so‘ng, barmoq terisining kaft tomonidan steril nishtar bilan teshiladi, bunda nishtarining yassi tomonini teri tasvir chiziqlariga ko‘ndalang xolda tutiladi.
4. Otilib chiqqan qon tomchisi quruq paxta bilan artiladi.
5. Barmoqning ikkala yonida sanchilgan tomonga egib, yirik qon tomchisi chiqariladi.
6. Buyum oynasini yon qirralaridan ushlab turib, uning ensiz tomonidan 2,0-2,5 sm qoldirilib, ikkala chekkasida barmoqni uzviy tekkizgan holda barmoq aylanma holati orqali 1,0—1,5 sm diametrli qon tomchisi olinadi.
7. Oynadagi qon tomchilari orasida shu barmoq bilan qon tasmasi tushiriladi. Unga qon qurigandan so‘ng oddiy qalam bilan bemor familiyasi yozib qo‘yiladi.
8. Oynani stol yoki shkafda tik tushadigan quyosh nuri, chang va pashshalardan ehtiyot qilgan xolda quritish uchun gorizontol xolda qo‘yib qo‘yiladi.
9. Qalin tomchi asosan qonda bezgak plazmoyidlarini, shuningdek, qaytalama tif spiroxetalarini topish uchun qo‘llaniladi.

Quturish kasalligiga gumon qilinib, o‘lgan odamdan patologik material olish va laboratoriyaga yuborish tartibi quyidagicha:

Quturish kasalligiga gumon qilingan bemordan laboratoriya tekshiruvi uchun hech qanday namunalar olinmaydi. Quturish kasalligiga gumon qilinib, o‘lganlardan bosh miya bo‘lakchalari: miya yarimshari po‘stlog‘i, miyacha, uzunchoq miya va ammonov shoxchasi aseptika qoidalariga rioya qilgan holda

olinadi. Quturish kasalligi virusining miya to'qimasida bir tekis tarqalmasligini inobatga olib, laboratoriya tekshiruvi uchun bosh miyaning xar bir qismidan 1,1 x 1,5 x 2,0 sm o'lchamdagi 0,3 grammdan kam bo'lmagan bo'lakchalar olinib, 200 sm³ hajmdagi steril 1 ta shisha idishga solinadi. Glitserinning 0,9% fiziologik eritmadagi 50%li steril eritmasi konservant sifatida ishlatiladi (material konservantga 1:10 nisbatda olinadi). Konservant sifatida formalin ishlatish man etiladi. Material solingan idish og'zi rezinka yoki shisha qopqoqda mahkam berkitiladi, penalga solinib muhrlanadi va metall biksga joylashtirilib yana muhrlanadi. Ashyo faqat konservant solingan idishga olinishi kerak. O'lganlarni patanatomik yorib ko'rilayotganda o'ta xavfli yuqumli kasalliklar bo'limi mutaxassisining ishtirok etishi shart. Patologik ashyo olingan kuni Respublika DSENM O'XYuK laboratoriyasiga yuborilishi kerak. Patologik ashyni olingan kuni yuborishning iloji bo'lmaganda, 2-kuni yuborish mumkin. Bunday hollarda material qaerda, qanday sharoitda va kim javobgarligida saqlanganligi to'g'risida ma'lumot yo'llanmada ko'rsatilishi lozim. Material 14-20°C gacha muzlatiladi, keyin termosumkaga muzli elementlar o'rtasiga solinadi va yo'llanma to'ldirilib, tibbiyot xodimi hamroxligida yuboriladi. Patologik ashyo biotajriba usulida oq sichqonlarda tekshiriladi. Tajriba jarayonida 10-kundan boshlab 1 oy muddat davomida nobud bo'lgan sichqonlarni bosh miyalaridan tayyorlangan preparatlar lyuminessent mikroskopda tekshiriladi va natijasi ma'lum qilinadi.

Neyrotoksikozda talvasa sindromini bartaraf qilish

1. Talvasa sindromi kuzatilganda, tezda vena ichi yoki mushak orasiga aminazin yoki relanium yuboriladi. Ba'zan mushak orasiga litik aralashma (2,5% li aminazin - 1,0 ml 2,5% li pipolfen eritmasidan 1,0 ml va 2 ml 0,25 % novakain eritmasi) qilinadi.

2. 25% magniy sulfat eritmasi 1 kg vaznga 0,2 ml dan mushak orasiga yuboriladi.

3. Yuqoridagilar natija bermasa, 20% li glyukoza eritmasi bilan 1 kg vaznga 50-100 mg GOMK eritmasi vena ichiga sekin yuboriladi.

4. Ko'rsatmaga muvofiq, 10% li kalsiy glyukonat yoki kalsiy xlor eritmasi yoshiga monand 1 ml dan vena ichiga sekin yuboriladi.

5. Degidratatsion terapiya:

a) 1 kg vaznga 15-20% li mannitol 1-1,5 g quruq modda hisobida, laziks 1-3 mg/kg mushak orasiga kuniga 2-3 mahal, keyinchalik diakarbga (0,125-0,25) o'tiladi.

b) 20% li glyukoza eritmasi insulin va vitaminlar bilan birga buyuriladi.

c) yuqori konsentratsiyali 30-50 ml plazma vena ichiga yuboriladi.

6. Lozim topilsa, orqa miya punksiyasi qilinadi.

7. MNS tomonidan chuqur o'zgarishlar kuzatilsa, prednizalon 2,0-5,0 mg/kg parenteral yuboriladi.

Gipertermik sindromini bartaraf qilish

1. Bemorni havosi almashinib turadigan, salqin havoli xonaga yotqiziladi, suyuqlik ichirib turish kerak.

2. Tana xarorati 38°C dan yuqori bo'lsa, paratsetamol, aspirin, sitramon bemorning yoshi va og'irligiga qarab buyuriladi. Agar tana xarorati yuqoriligicha qolsa, 50 yoki 25 % li analgin eritmasi antigistamin preparatlari (dimedrol, pipolfen, suprastin) bilan yoshiga qarab belgilanadi.

1. Fizik usullar:

A) teri rangi qizarishi bilan keladigan gipertermiyada bemor boshi, bo'yni, qo'ltiq osti va chov sohalarida muz xaltachalari qo'yiladi yoki parrak bilan havo uzatiladi.

B) teri rangi oqimtiriligi va qaltirash bilan kechadigan gipertermiyada bemor badani 50% li spirt yoki uksusli eritma bilan ishkalanadi, ichishga papaverin, noshpa, eufillin buyuriladi, mushak orasiga no-shpa, dibazol eritmalari yuboriladi.

2. Mushak orasiga 25% li magniy sulfat eritmasi, 1 kg og'irlikda 0,2 ml dan yuboriladi.

3. Siydik haydovchi preparatlar furosemid (laziks), gipotiazid va boshqalar buyuriladi.

4. Gipertermiya natijasida suyuqlik yo‘qotgani uchun 20% li glyukoza insulin bilan vena ichiga yuboriladi, og‘iz orqali regidron, smekta, qand-tuzli eritmalar buyuriladi.

Anafilaktik shokning davosi

1. Avvalo shokka sabab bo‘lgan dorini ishlatish darhol to‘xtatiladi.

2. Dastlabki choralar gipotoniyaning bartaraf etishga qaratilgan bo‘ladi. Qon tomirlar devorlaridan tashqariga chiqqan suyuqlik o‘rnini to‘ldirish uchun tuz eritmaları venaga yuboriladi. Bir kecha-kunduzda 5-6 gacha tuz eritmaları (atsesol, kvartasol) yuborish mumkin. Qon tomirini qisqartiradigan dorilar tavsiya etilmaydi. Yurak faoliyatini yaxshilash uchun kardiotonik dorilar tayinlash maqsadga muvofiqdir. Tuzli eritmalar yuborilgandan so‘ng ham ahvoli yaxshilanmasa, buyrak hujayralari zararlangan bo‘ladi. Bunday xolda mannitol va laziks tayinlanadi.

3. Prednizolonning 3% li eritmasidan 2-3 ml yoki deksametazonning 0,4% eritmasidan 2-3 ml (prednizolon 60-90 mg, deksametazon 8-12 mg) glyukoza bilan 10 ml ga qo‘shib bemorning venasiga yuboriladi. Agar 15-20 daqiqada sezilarli natija bo‘lmasa, kortikosteroid preparatlar yana in‘eksiya qilinadi.

4. Anafilaktik shokka sabab bo‘lgan zardob yuborilgan joyga 0,1 % li adrenalin eritmasidan 0,5 ml teri ostiga qilinadi. Anafilaktik shokka penitsillin yoki uning guruhiga kiradigan boshqa antibiotiklar sabab bo‘lgan hollarda ana shu dorilar yuborilgan joyga 1000000 birlik miqdorida penitsillinaza in‘eksiya qilinadi.

5. Antigistamin preparatlar (2-3 ml miqdoridagi 1% li dimedrol eritmasi venaga yoki 2,5% li eritmasi mushaklar orasiga yuboriladi) tayinlanadi. Anafilaktik shok fenotiazin preparatlari tufayli boshlangan hollarda pipolfen tayinlash mumkin.

6. Bronhospazmni kamaytirish uchun eufillinning 2,4% li eritmasidan olib, uni 10-20 ml 40% li glyukoza eritmasidan venasiga yuboriladi. Shishi natijasida yaqqol asfiksiya boshlanganida darhol intubatsiya yoki traxeostomiya qilinadi.

7. Bemorda talvasa boshlanganida venasiga seduksenning 0,5% li eritmasidan 2-4 ml (10-20 ml 40% li glyukoza eritmasida) yuboriladi.

O'ta xavfli infeksiyaga chalingan bemorlar bilan ishlaganda qo'l yuvish tartibi:

- Oqar suvda qo'llaringizni yuving.
- qo'llaringizga suyuq sovundan biroz oling.
- Sovunni qo'llaringiz orasida ishqab ko'pirtiring.
- Chap kaftingizning tashqi yuzasini sovunlab ishqalang.
- o'ng kaftingizning tashqi yuzasini sovunlab ishqalang.
- Barmoqlar orasiga ishlov bering.
- Barmoqlar uchlariga ishlov bering.
- Chap qo'l bosh barmog'ini ishqalang.
- o'ng qo'l bosh barmog'ini ishqalang.
- Aylanma xarakatlar bilan chap kaft ichki yuzasini ishqalang.
- Aylanma xarakatlar bilan o'ng kaft ichki yuzasini ishqalang.
- qo'llarni oqar suv ostida yuving.
- Bir marotaba ishlatiladigan qog'oz sochiq (salfetka) dan uzib olib, qo'llaringizni quritib arting.
- Ushbu sochiq (salfetka) yordamida suv kranini berkiting.
- qo'llaringiz toza bo'ldi.

Qo'l yuvishga kamida 50-60 soniya vaqt ketishi lozim.

Tekshiruv uchun bemordan olingan namunalarni belgilash va laboratoriyaga yo'llanma yozish tartibi

O'ta xavfli yuqumli kasallik bilan og'rigan bemordan tekshiruvga olingan namuna uchun laboratoriyaga yo'llanma yozishda quyidagi ma'lumotlar albatta ko'rsatilishi kerak:

- Bemorning ismi-sharifi.

- Tug'ilgan sanasi.

- Turar manzili.

- Tekshiruv turi va maqsadi.

- Tekshiruv uchun namuna qaerdan olingan (masalan, surtma ko'zdan, tomoqdan yoki yaradan olinganmi?).

- Namuna olingan sana va vaqti.

- Tekshiruvga yo'llanma bergan shifokor ismi-sharifi.

- Tekshiruvga namuna olgan hamshira ismi - sharifi.

Yo'llanmada tekshiruv natijalarini qayd etish uchun bo'sh joy qoldirilishi kerak.

Ayrim hollarda quyidagi qo'shimcha ma'lumotlar ham ko'rsatilishi kerak bo'ladi:

1. Bemorning jinsi.

2. Klinik ma'lumotlar:

- kasallik belgilarini paydo bo'lgan vaqti,

- bemorning emlangan-emlanmaganligi.

-yuqumli bemorlar bilan muloqotda bo'lgan-bo'lmaganligi.

-namuna olingunga qadar antibakterial vositalarni qabul qilganligi.

-fiziologik holati (homiladorligi, hayz ko'rganligi).

-zararli odatlari (chekishi, narkotiklar qabul qilishi, alkogolizm).

-qo'shimcha kasalliklari (surunkali bronxit, qandli diabet, gipertonik kasallik).

-namuna sifati haqidagi qaydlar (qonning ivib qolganligi yoki gemolizga uchraganligi, siydik tarkibidagi cho'kmalar).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Abduqodirov X.A., Magʻzumov X.B. Prinsipi ranney i dif. diagnostiki zabolevaniy protekayushih s sindromom diarei // Tashkent. 1993 g.
2. Belousova A.K., Dunayseva V.N. Infektsionnie bolezni // Rostov-na-Donu, 2006 g.
3. Vasilev V.S., Komar V.I., Sirkunov V.I. Praktika infektsionista// Mn. Vissh. ShK., 1992 g. – 495 s.
4. Daminov T.A., Tadjieva N.U. Kor // Tashkent. 2005 g.
5. Madjidov V.M. Yuqumli kasalliklar // Toshkent, 1992.
6. Musabaev I.K., MusabaevE.I. Iskusstvo, metodi vrachevaniya i differentsialnaya diagnostika infektsionnix zabolevaniy// Tashkent, 1999 g.
7. Pokrovskiy V.I., Pak S.G. i dr. Infektsionnie bolezni i epidemiologiya // M, 2008 g.
8. SorinsonS.N. Infektsionnie bolezni v poliklinicheskoy praktike // Rukovodstvo dlya vrachey, SPb; Gippokrat, 1993 g. – 320 s.
9. Uchaykin V.F. Rukovodstvo po infektsionnim boleznyam // M., GEOTAR MEDITSINA, 1998 g. 96 s.
10. Yushuk N.D., Vengerov Yu.Ya. Leksii po infektsionnim boleznyam // M, 1999 g.
11. Internet-saytlar – www.infectology.ru, www.cdc.com