

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TA'LIM VAZIRLIGI**

**M.D. AXMEDOVA, A.R. OBLOQULOV,
S.N. BOBOXO'JAYEV**

YUQUMLI KASALLIKLARDA HAMSHIRALIK ISHI

O'zbekiston Respublikasi oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
tomonidan tibbiyot institutlarining 5720600-oliy hamshiralik ishi
bakalavriat ta'lim yo'nalishi talabalari uchun
darslik sifatida tavsiya etilgan

Toshkent
«IQTISOD-MOLIYA»
2008

Taqrizchilar: Toshkent tibbiyot akademiyasi yuqumli kasalliklar kafedrasini mudiri, t.f.d., akademik **T.A. Daminov**;
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli kasalliklar kafedrasini mudiri, t.f.d., professor **I.A. Qosimov**;
Buxoro davlat tibbiyot instituti mikrobiologiya, virusologiya, immunologiya va epidemiologiya kafedrasini mudiri, b.f.d., professor **M.B. Kamolov**

Axmedova M.D.

A90 Yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi: Tibbiyot institutlarining bakalavriyat ta'lim yo'nalishi talabalari uchun darslik / M.D. Axmedova, A.R. Obloqulov, S.N. Boboxo'jayev; – Ozbekiston Respublikasi oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. – T., «Iqtisod-Moliya», 2008. - 244 b.

Obloqulov A.R., Boboxo'jayev S.N.

Darslik tibbiyot institutlari oliy hamshiralik ishi talabalari uchun mo'ljallangan namunaviy dasturda keltirilgan barcha mavzular materiallarini o'z ichiga olgan. U tibbiyot instituti oliy hamshiralik ishi talabalari, oliy hamshiralalar uchun mo'ljallangan. Darslikda 37 ta rangli rasm keltirilgan.

BBK 55.14я73

SO‘ZBOSHI

Yuqumli kasalliklar tabobatning dolzarb muammolaridan biridir. Yer yuzida hozirgi vaqtda milliardlab odamlar u yoki bu yuqumli kasallikni boshidan kechiradi. Tibbiyot xodimlarining sayi harakatlari natijasida ba’zi kasalliklar (poliomielit) butunlay bartaraf qilingan bo‘lsada, ba’zi kasalliklar bilan kasallanish darajasi yuqoriligicha qolmoqda. Butunjahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, dunyoda har yili meningokokkli meningit bilan og‘rigan 300000 nafar holat qayd qilinsa, shundan 30000 nafari o‘lim bilan tugaydi. Vabo kasalligi 2005-yilda Rossiya va boshqa MDH mamlakatlarida ko‘plab qayd qilindi.

XXI-asr boshidan parranda grippi epidemiyasi Sharqiy Osiyo mamlakatlari (Xitoy, Laos) hududida qayd qilingan bo‘lsa, 2005-yilga kelib Rossiya va Yevropa mamlakatlarida (Ruminiya, Italiya) tarqaldi. 2006-yilda esa kasallik Turkiya va Ozarbayjonda ro‘yxatga olingan, Turkiyada odamlar orasida kasallanish kuzatilib, o‘lim holatlari qayd qilindi.

Yuqumli kasalliklar muammosi tibbiyot xodimlari (vrachlar, hamshiralar) oldida qiyinchiliklar tug‘dirmoqda. Oliy o‘quv yurti talabalariga yuqumli kasalliklarni o‘qitish muhim masalalardan biridir.

Talabalarga bilim berish va o‘qitishda zamonaviy adabiyotlar va internet ma’lumotlaridan keng foydalanilmoqda, ammo oliy malakali hamshiralar uchun mo‘ljallangan adabiyotlar juda kam.

Qo‘llanma oliy hamshiralik ishi fakulteti talabalari uchun mo‘ljallangan. Risolada yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi o‘quv dasturidagi mavzular yoritilgan bo‘lib, kasalliklarning etiologiyasi, epidemiologiyasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi oliy hamshiralik ishi fakulteti talabalariga moslab bayon etilgan.

Darslikda o‘quv dasturiga kiritilmagan, ammo hozirgi kunda dolzarb muammo bo‘lgan Qrim-Kongo gemorragik isitmasi va parranda grippi mavzulariga bag‘ishlangan qo‘shimcha ma’lumotlar ham keltirilgan.

Biz o‘ylaymizki, ushbu o‘quv adabiyoti oliy malakali hamshiralar fakulteti talabalarining bilim olishida, o‘quv dasturida keltirilgan mavzularni o‘zlashtirishida o‘z samarasini beradi.

Mualliflar.

I bob

YUQUMLI KASALLIKLAR HAQIDA MA'LUMOT

Yuqumli kasalliklar qadim zamonlardan ma'lum bo'lib, o'zining ommaviy tarqalishi, og'ir kechishlari bilan bir necha xil nomlar bilan atalgan. Bu kasalliklarni o'sha zamon donishmandlari har xil «miazma-zarali» moddalar, havoning zaharli bug'lanishi va ilohiy kuchlarga bog'laganlar.

Sharqning buyuk namoyandasi, mashhur olim va shifokor Abu Ali ibn Sino (1980-1037) birinchilardan bo'lib o'zining «Al - qonun» asarida «o'lat, chinchechak, qoraoqsoq va boshqa ommaviy tarqaluvchi kasalliklarni ko'zga ko'rinmaydigan jonivorlar qo'zg'atsa kerak» deb gumon qiladi va ular epidemiyasiga qarshi chora-tadbirlar ishlab chiqadi.

XVI asrga kelib, miazmalar nazariyasi kontagiya bilan almashinib, kontagioz kasalliklar deb yuritila boshladi, chunki bu davrga kelib, italiyalik olim Frakastro ham yuqumli kasalliklarni qo'zg'atuvchi omili tirik jonivorlar ekanligini aytib, ularni 3 xil yo'l bilan: kontakt, bemor foydalangan turli buyumlar va havo orqali o'tadi deb ta'kidlaydi.

Mashhur fransuz olimi Lui Paster (1822-1885) maxsus tadqiqotlar o'tkazib, odamlarda yuqumli kasalliklarni qo'zg'atuvchi mavjudot - mikroorganizm ekanligini to'la isbotlab berdi. Robert Kox (1843-1920) tomonidan mikroskop kashf etilishi bu nazariyani tasdiqladi.

Shunday qilib, XIX asrning birinchi yarmida ba'zi yuqumli kasalliklarning qo'zg'atuvchi mikroblari ma'lum bo'lgach, ular haqidagi ta'limot tez rivojlana boshladi. XIX asrning ikkinchi yarmida talaygina kasalliklarni qo'zg'atuvchi mikroblar ketma-ket kashf etila boshladi. Buning natijasida ichki kasalliklar ichida o'rganilayotgan yuqumli kasalliklar mustaqil fan sifatida o'rganila boshlandi. Respublika hududida yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish va o'rganishda 1920-yil Toshkentda Turkiston universiteti qoshida tashkil etilgan tibbiyot fakulteti katta o'rin egalladi.

L.M. Isayev 1922-yillarda bezgakni o'rganish va mutlaqo tugatish sohasida Buxoroda rishta kasalligini tugatishda juda katta hissa qo'shdi. N.I.Ragoza, A.L. Katsenovich va ular rahbarligidagi mutaxassislar respublika hududida qoraoqsoq, qorin tifi kasalliklarini har tomonlama o'rganib, batafsil yoritdilar.

Yuqorida sanab o‘tilgan infeksiyalar (qoraoqsoq, qorin tifi, bezgak, vabo, virusli gepatitlar, meningokokli infeksiya, gemorragik isitmalar va boshqalar)ni akademik Musaboyev I.K., professorlar Yunusova H.A., Majidov V.M., Jalilov K.J., Saipov S.S., Qodirov G‘.Q., Nazarov Sh.N. va boshqalar chuqur o‘rganib, ularning klinikasi, tashxisoti va davosi sohasida mukammal ilmiy tadqiqot ishlarini ado etdilar.

Respublikamiz hududida infektologiyaning rivojlanishida ilmiy tadqiqot institutlari (direktorlar Axmedova M.J., Musaboyev E.I., professorlar Valiyev A.G., Boboxo‘jayev S.N.), tibbiyot akademiyasi va institutlari yuqumli kasalliklar kafedralari (kafedra mudirlari Daminov T.A., Axmedova M.D., Qosimov I.A., Zokirxo‘jayev A.X., Vafoqulov S.H., Mirzayev K.M., Obloqulov A.R., Musaboyev E.I., Ibodova G.A., Komilov A.I., Qurbonov A.B., Yusupov Sh.R.) xodimlari chuqur izlanishlar olib bormoqdalar.

Respublikamizda infektologiyaning rivojlanishida tibbiyot institutlari yuqumli kasalliklar kafedralari, ilmiy tadqiqot institutlari katta rol o‘ynaydi. Yuqumli kasalliklar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogene-zi, klinikasi, davosi, tashxisoti va profilaktikasi o‘rganilgan bo‘lsada, har yili Yer sharidagi 1 mln. dan ortiq kishi shu kasalliklar bilan og‘riydi va bu faqatgina salomatlikka emas, iqtisodga ham salbiy ta‘sir ko‘rsatmoqda. Shuning uchun ham yuqumli kasalliklar muammosini o‘rganish zarurdir.

“Infeksiya” lotincha so‘z bo‘lib, “ifloslanish” ma‘nosini bildiradi. Yuqumli kasalliklar - bakteriyalar, viruslar va sodda jonivorlar chaqiruvchi katta guruh kasalliklardir. Infekcion jarayon – mikroorganizm bilan makroorganizmning aniq sharoitlarda bir-biriga ta‘sir qilib, kasallikning u yoki bu shaklini organizm darajasida namoyon qilishidir. Demak, yuqumli kasallikning rivojlanishi uchun avvalo organizmga patogen mikroob kirishi kerak.

Mikroorganizmlar asosan 3 guruhga bo‘linadi:

a) saprofitlar; b) shartli patogen mikroblar; v) patogen mikroblar. Patogen mikroob organizmga teri, shilliq qavatlar, og‘iz, yuqori nafas yo‘llari orqali kiradi.

Mikroob bilan organizm o‘rtasidagi murakkab munosabat turlicha yakunlanishi mumkin: 1.Mikroob makroorganizm himoya vositalari ta‘sirida parchalanadi; 2.Mikroorganizm o‘ziga qulay sharoit topib, qisman ko‘payib, ma‘lum bir darajada patologik jarayonni keltirib chiqaradi. 3. Patogen mikroob organizmda tez sur‘at bilan ko‘payadi va uning himoya kuchini engib, kasallikning manifest shaklini keltirib chiqaradi.

Umuman olganda, yuqumli kasallikning avj olishida quyidagi omillar:

1) patogen mikrobnining miqdori, virulentligi; 2) makroorganizm qarshiligi va chidamliligi; 3) tashqi muhit hal qiluvchi o'rin egallaydi.

Yuqumli kasalliklar boshqa kasalliklardan quyidagi xususiyatlari bilan farqlanadi:

I. Har xil turdagi yuqumli kasalliklarni alohida turga mansub mikroorganizmlar chaqiradi. Qo'zg'atuvchilarning turiga qarab, yuqumli kasalliklar quyidagi guruhlariga bo'linadi:

- bakterial, rikketsiyali, virusli, protozoyni, zamburug'li va boshqalar.

II. Bemor, o'z navbatida, kasallik manbai bo'ladi va uni boshqalarga yuqtirishi mumkin. Buning asosida epidemik jarayon yotadi.

Epidemik jarayon - bu populyatsiya darajasida mikroorganizm va makroorganizmning bir-biriga ta'sir qilib, aniq sotsial va tabiiy sharoitlarda turli darajada kasallanishlarni keltirib chiqarishi demakdir.

Epidemik jarayon 3 ta zvenodan tashkil topgan: 1) kasallik manbai, 2) kasallikning yuqish mexanizmi va tarqalish yo'llari, 3) beriluvchan odamlar.

1) Kasallik manbai - qo'zg'atuvchining tabiiy qo'nimgohi bo'lib, uning ko'payishi uchun xizmat qiluvchi obyektidir. Kasallik manbai kasal odamlar, bakteriya tashuvchilar (rekonvalestsent, o'tkir, surunkali, tranzitor, sog'lom), kasal hayvonlar hisoblanadi.

2) Kasallikning yuqish mexanizmi va tarqalish yo'llari. Antroponoz kasalliklarda yuqishning 4 xil: najas-og'iz, havo-tomchi, transmissiv, maishiy muloqot mexanizmi mavjud.

Mexanizm 3 bosqichda amalga oshiriladi: a) Bemor najasi, siydigi, so'lagi va boshqa biologik muhitlar bilan mikroorganizmlarning tashqariga chiqarilishi; b) Patogen mikrobnining tashqi muhitda saqlanib turishi; v) Sog'lom odam organizmiga kirishi. 3) Epidemik jarayonning uchunchi zvenosi bu yuqumli kasallikka odam organizmining beriluvchanligi. Bu, albatta, odam organizmining qarshiligi, chidamliligiga bog'lik. Qarshi kurash vositalari 2 guruhga bo'linadi: 1) nospetsifik; 2) spetsifik.

Yuqumli kasalliklar yuqumliligi bilan bir-biridan farqlanadi. Masalan: eng yuqumli kasalliklarga gripp, chinchechak, qizamiq, tounning o'pka shakli kabi kasalliklar kiradi.

Yuqumli kasalliklarga chalingan odamlarning ko'p yoki ozligiga qarab epidemiologik jarayonning turli xillari ajratiladi:

1) Sporadik kasalliklar. Kasallikka yo'liqqan kishilarning soni ko'p bo'lmaydi va bemorlar onda-sonda uchraydi. 2) Epidemiyayuqumli kasalliklarning birorta o'lka yoki mamlakatda keng tarqalib ketishi. Bunda bemorlar soni odatdagidan 5-10 marta ko'p bo'ladi. 3) Pandemiya - bir

vaqtda xalqaro miqiyosda, ya'ni bir necha mamlakat va qit'alarda birorta infeksiyon kasallikning keng tarqalib ketishi. 4) Endemiya - muayyan hududda birorta yuqumli kasallikning doimiy uchrab turishi. 5) Enzoziya - birorta joyda yashovchi hayvonlar (masalan, kemiruvchilar) orasida biror yuqumli kasalliklarning doimiy uchrab turishi (masalan: o'lat, leyshmanioz va enzoziyalar). Akademik E.N. Pavlovskiy ana shunday kasalliklarni «Tabiiy o'choqli kasalliklar» deb bir guruhga ajratgan. 6. Epizooziya - hayvonlar orasida birorta yuqumli kasallikning keng tarqalib ketishi. 7. Ekzotik kasalliklar - xorijdan keltirilgan yuqumli kasalliklar, masalan, sharq mamlakatlarida bo'lib qaytgan o'zbekistonlik kishining bezgak bilan kasallanishi.

III. Yuqumli kasalliklarning boshqa ichki kasalliklardan keyingi farqi - bosqichlilikidir. Kasallik yashirin, avj olish, kasallikning orqaga qaytishi, rekonvalesensiya bosqichlarida kechadi.

IV. Organizm boshidan yuqumli kasalliklarni o'tkazganidan so'ng kasallik qo'zg'atuvchisi (bakteriya, virus va h.k.) va uning zahariga qarshi immunitet hosil bo'ladi. Immunitetning ikki turi ma'lum: 1) tabiiy (tug'ma) immunitet va 2) orttirilgan immunitet. Orttirilgan immunitet bir tomondan, aktiv va passiv, ikkinchi tomondan, tabiiy va sun'iy bo'lishi mumkin.

Yuqumli kasalliklar tasnifi

Yuqumli kasalliklar infeksiya manbaiga qarab, avvalo 2 guruhga bo'linadi: 1. Antroponozlar. Bu kasalliklar faqat odamlarda uchraydi va ular bilan hayvonlar kasallanmaydi (qorin tifi, ichburug', gepatitlar, OITS va boshqalar). 2. Zoonozlar. Bu kasalliklar hayvonlarda va odamlarda uchraydi. Odamlarga infeksiya hayvonlardan yuqadi (brutsellyoz, o'lat, quturish, kuydirgi va boshqalar).

L.V. Gramoshevskiy yuqish yo'llariga qarab, yuqumli kasalliklarni 5 guruhga bo'ladi:

1. Ichak yuqumli kasalliklari. Bu kasalliklar najas-og'iz yo'l bilan yuqadi va tarqaladi. Bemor ichagidagi patogen mikroblar uning najasi orqali tashqariga chiqariladi. Bu mikroblar har xil yo'llar bilan sog'lom odamning og'zi orqali ichagiga tushadi (najas-og'iz yo'li orqali yuqishning mohiyati shundan iborat). Ichak yuqumli kasalliklari, o'z navbatida, 4 ta guruhchalarga bo'linadi:

a) Tipik ichak yuqumli kasalliklari. Bu kasalliklarni qo'zg'atuvchi mikroblar ichakdan boshqa organlarga tarqalmaydi (xolera, dizenteriya, infeksiyon enteritlar, tenidozlar, keng lentasimon gijja, oraliq xo'jayinsiz

rivojlanadigan ichak gijjalari, enterobioz, o't yo'llarida joylashib oladigan trematodozlar va boshqalar).

b) Toksiko-infeksiyalar (botulizm, salmonellyozlar, stafilokokklar qo'zg'atadigan toksikoinfeksiyalar).

v) Ba'zi ichak kasalliklarining qo'zg'atuvchilari ichakdan boshqa organlarda ham patologik o'zgarishlar yuz berishiga sabab bo'ladi. Ammo yuqish mexanizmi o'sha, najas-og'iz yo'li bo'lib qolaveradi (amyobiaz, askaridoz, trixinellyoz, exinokokkoz va boshqa gelmintozlar).

g) Ba'zi ichak kasalliklarning qo'zg'atuvchilari ichakdan qonga tushadi, bakteremiya yuz beradi va so'ngra patogen mikroblar turli chiqarish organlari orqali tashqariga chiqariladi (qorin tifi, A va B paratiflar, brutsellyoz, leptospirozlar, ornitoz, rishta).

2. Nafas yo'llari yuqumli kasalliklari. Bu kasallikni qo'zg'atuvchi mikroblar va viruslar bemorning nafas yo'llari shilliq pardalarida joylashgan bo'lib, yo'talganda, aksirganda, gapirganda tupuk zarrachalari bilan tashqariga chiqariladi va havo orqali sog'lom odamlarga yuqadi. Bu kasalliklar, o'z navbatida, 4 guruhchaga bo'linadi:

a) Bu guruhchaga kiradigan kasalliklarning qo'zg'atuvchilari kirgan va o'rtnashgan joyda ko'payadi (qizamiq, ko'kyo'tal)

b) Bu kasalliklarning qo'zg'atuvchilari birinchi kirgan va o'rtnashgan joyidan qonga tushishi va boshqa organlarni zararlashi mumkin (epidemik meningit, epidemik ensefalit, pnevmoniya, epidemik parotit).

v) Nafas yo'llari orqali kirgan patogen mikroorganizmlar qonga tushib, keyin teri va shilliq pardalarda turli spetsifik patologik o'zgarishlarga (papula, pustula, granulyoma) sabab bo'ladi (chinchechak, suvchechak, moxov).

g) Bu kasalliklar havo - tomchi yo'lidan tashqari vositali muloqot yo'li bilan ham (idish-tovoq, o'yinchoqlar, ro'molcha va boshqa buyumlar orqali) yuqishi mumkin (difteriya, skarlatina, angina, qisman parotit-tepki).

3. Qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar. Bu kasalliklarning qo'zg'atuvchilari faqat bemorlarning qonida bo'ladi. Shu sababdan bu kasalliklar faqat qon so'radigan hasharotlar chaqishi orqaligina yuqadi. Bu kasalliklar, o'z navbatida, ikki guruhchaga bo'linadi: a) tipik qon orqali yuqadigan kasalliklar (bezugak, rikketsiozlar, qaytalama tiflar, pappatachi va Denge isitmalari, leyshmanioz, epidemik ensefalitlar, gemorragikisitma, tripanosomalar, folyariozlar).

b) boshqa hamma qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar zoonozdirlar va ikkinchi guruhchani tashkil qiladi (o'lat, tulyaremiya).

4. Teri va tashqi shilliq pardalarda joylashadigan yuqumli kasalliklar. Bu kasalliklar kiyim-kechak, bosh kiyimi, choyshab, yostiq jildi, idish-

tovoq, kunlik ishlatiladigan buyumlar, suv, ifloslangan qo‘l orqali yuqadi. Kamdan-kam kasallik bemor bilan bevosita kontaktida bo‘lganda yuqadi (venerik kasalliklar, quturish).

5. Jinsiy yo‘l bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar: OITS, so‘zak, zahm, xlamidioz.

Yuqumli kasalliklar tashxisot usullari va uslublari

Yuqumli kasalliklarni tashxislash asosan 3 bosqichda amalga oshiriladi: 1-klinik (subyektiv va obyektiv); 2-laboratoriyaviy; 3-instrumental.

Yuqumli kasalliklarga chalingan bemorlarni tashxislashda birinchi bosqich muhim ahamiyat kasb etadi.

Subyektiv tekshirish bemor shikoyatlari, kasal va kasallik tarixini o‘z ichiga oladi. Yuqumli kasalliklarda bulardan tashqari epidemiologik anamnez katta ahamiyat kasb etadi. Bemor shikoyatlari batafsil va faol ravishda yig‘ilishi maqsadga muvofiqdir, chunki bemor ba‘zi bir shikoyatlarga (holsizlik, badan sarg‘ayishi, darmonsizlik va boshqalarga) e‘tibor bermaydi. Epidemiologik anamnezda vrach faraz qilayotgan kasallik turg‘unlik davri davomida kasallik manbai bilan muloqot, u yoki bu oziq - ovqat mahsulotlari, suv iste‘moli, teri va shilliq qavatlar butunligi buzilishi bilan boradigan muolajalarga e‘tibor qaratishi lozim.

Obyektiv ko‘rganda, xuddi boshqa fanlardagidek, organ va tizmalar galma-gal ko‘zdan kechiriladi. Aksariyat bemorlarda teri va ko‘rinarli shilliq qavatlarda o‘zgarish namoyon bo‘lishi e‘tiborga olinib, diqqat bilan ko‘zdan kechirilishi lozim. Terining rangi, toshgan toshmalar tavsifi (o‘rni, toshish bosqichi, soni, xarakteri), gemorragiyalar tavsifi va shilliq qavatlardagi o‘zgarishlar (Filatov-Koplik, Mursu, enantemalar) tashxis qo‘yishning asosi hisoblanadi.

Yuqumli kasalliklarni tashxislashda mahalliy limfa tugunlardagi o‘zgarishlar (o‘lchami kattalashishi, harakatchanlik, og‘riq) muhim ahamiyat kasb etadi. Infekcion jarayonga berilgan boshqa a‘zo va tizimlarda bo‘ladigan o‘zgarishlarga batafsil o‘sha kasalliklar bo‘yicha ma‘ruza va amaliyotda to‘xtalib o‘tiladi.

Yuqumli kasalliklar klinik tashxislanib, laboratoriyaviy usullar bilan tasdiqlanadi. Qon, siydik va najasning umumiy tahlili tashxisot uchun muhim ahamiyat kasb etadi. Periferik qondagi har bir element o‘zgarishi u yoki bu kasallikdan dalolat berishi mumkin. Diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklarda eritrotsit yoki gemoglobin miqdori oshishi, bakterial infeksiyalarda leykotsitoz, virusli infeksiyalarda leykopeniya, parazitlar kasalliklarda eozinofiliya, yallig‘lanish jarayonida EChT o‘zgarishi

kuzatiladi. Yuqori va davomli toksikozlarda va ba'zi yuqumli kasalliklarda siydikda oqsil, tsilindr, eritrotsitlar, bakteriyalar topilishi qayd qilinadi. Ichak infeksiyalarida najasning umumiy tavsifining o'zgarishi juda ahamiyatli. Bu kasalliklarda najasning makroskopik (hidi, shakli, patologik aralashmalar) va mikroskopik (hazm bo'lmagan ovqatlar, eritrotsit, gijja tuxumlari, sodda jonzotlar va h.k.) xususiyatlari o'zgaradi.

Yuqumli kasalliklarni tashxislashda bakteriologik tekshiruv asosiy o'rinlardan birini egallaydi. Bakteriologik tekshiruv uchun qon, siydik, najas, suyak ko'migi, rozeola, orqa miya suyuqligi kabi materiallar xizmat qiladi. Materiallar, albatta, steril sharoitlarda olinishi maqsadga muvofiqdir. Serologik tekshiruvlar ko'pchilik yuqumli kasalliklarni tashxislashda muhim ahamiyat kasb etadi. Serologik tekshiruvlar qon zardobidagi antigen yoki antitelalarni aniqlashga asoslangan. Bu usul qora oqsoq, ichterlama, toksoplazmoz, tsitomegalovirusli infeksiyalarda keng ko'lamda qo'llanilayapti. Komplementni biriktirish reaksiyasi (KBR), passiv gemagglutinatsiya reaksiyasi (PGAR), agglutinatsiya reaksiyasi (AR), Vidal, Rayt reaksiyalari asosan antitelalarni aniqlashga, O-agregat gemagglutinatsiya (O-AGA), autoeritrotsitlar bilan gemagglutinatsiya reaksiyasi (AEGR) antigenlarni aniqlashga asoslangandir. Keyingi uslublar kasallikning birinchi kundan natijasini ko'rsatadi. Immunoferment tahlil (IFT) yordamida ham antigen va antitelalarni aniqlash mumkin. XX asrning oxirlarida amaliyotga tadbiiq qilingan zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) qo'zg'atuvchining nafaqat antigen va antitelolarni, balki nuklein kislotalarni (RNK, DNK) aniqlashga asoslangan. Bu usullar VGlarning etiologik tizimini o'rganishda keng qo'llanilmoqda. Albatta, bu usullarning ham ijobiy va salbiy tomonlari mavjud. Ba'zi kasalliklarda bu usul bilan tez tashxis qo'yish mumkin. Masalan, salmonellyoz, dizenteriya, toksoplazmoz, virusli gepatitlar kabi kasalliklarda kasallikning birinchi kundan tashxis qo'yish mumkin. Ba'zi kasalliklarda esa bu reaksiyalar yillar mobaynida ijobiy natija berishi mumkin. Masalan, qora oqsokda Rayt reaksiyasi 1,5-2-yil, Xeddelson 3-5-yilgacha musbat natija beradi.

Biologik tekshiruv usuli asosan ilmiy tadqiqotlar va ba'zi yuqumli kasalliklar (botulizm) uchun qo'llaniladi. Tashxisot uchun laboratoriya hayvonlari (dengiz cho'chqachasi, oq sichqon) xizmat qiladi.

Teri allergik sinamalari asosan surunkali yuqumli kasalliklar va ba'zi o'tkir kasalliklar tashxisoti uchun qo'llaniladi. Qora oqsokda Byurne sinamasi, kuydirgida antraksin, tulyaremiyada — tulyarin, tuberkulyozda mantu va boshqalar.

Kasallik davomida patologik jarayonga jigar ham qo'shilgan bo'lsa, unda biokimyoviy tekshiruvlar amalga oshiriladi. Hozirgi paytda gepatobiliar

sistemasida bo'ladigan o'zgarishlar sindrom prinsipi asosida o'rganiladi va quyidagi sindromlar:

a) tsitolitik sindrom; b) gepatodepressiv sindrom; v) mezenximal-yallig'lanish sindromi; g) xolestatik sindromi; d) porto-kaval shunt sindromi tavofut qilinadi.

Tsitolitik sindrom indikatorlari jumlasiga alaninamino-transferaza (AlAT), aspartaminotransferaza (AsAT), laktatde-gidrogenaza (LDG), aldolaza fermentlari kiradi. O'tkir virusli hepatitlarda yuqoridagi fermentlarning faolligi oshadi.

Gepatodepressiv sindrom indikatorlari o'z ichiga jigarning yutish-ajratish funksiyasini ko'rsatuvchi (brom sulfalein, indometatsinli sinamalar) proagulyatorlar va qon ivishiga qarshi komponentlar, oqsil sinteziga bog'liq (qondagi albumin) lipidlar almashinuviga bog'liq (xolesterin) indikatorlarini oladi.

Amaliyotda ko'pincha qon ko'rsatkichlari fibrinogen, protrombin indeksi, prokonvertin, fibrinolitik faollik, oqsil sinteziga bog'lik albumin hamda lipidlar almashinuvini ko'rsatuvchi xolesterin aniqlanadi. O'tkir va surunkali virusli hepatitlarda yuqoridagi ko'rsatkichlarning sintezi kamayganligi xos bo'ladi. Kamayish darajasi kasallikning kechish og'irligini belgilaydi.

Mezenximal-yallig'lanish sindromi globulin, timol va sulema sinamalari, IgM, IgA, IgE kabi indikatorlarni o'ziga birlashtiradi. O'tkir va surunkali hepatitlarda ularning ko'rsatkichi sezilarli darajada o'zgaradi. Bu sindrom indikatorlari kasallikni tashxislashda, kasallik davri va patologik jarayonning faolligini aniqlashda, davolash taxminini baholash uchun qo'llaniladi. Timol sinamasi VG bilan og'rigan bemorlarda yuqori bo'ladi, sulema sinamasi esa kamayadi. Sulema sinamasining 1 ml va undan past ko'rsatkichi o'tkazilgan sirrozlarga xos bo'ladi.

Qon zardobidagi globulinlar jigar holatini ko'rsatuvchi asosiy ko'rsatkichlardandir. U globulinlar miqdorining oshishi gumoral immunitet faollashganini ko'rsatadi. Bu ko'rsatkich VGV bilan kasallangan bemorlar qon zardobida yuqori bo'ladi.

O't dimlanish sindromi, bilirubin (umumiy, bevosita, bilvosita), ishqoriy fosfataza, 5-nukleotidaza, GGTF fermentlari, o't kislotalari, xolesterin, b-LP va triglitserid kabi indikatorlarni o'z ichiga oladi.

Virusli hepatitlarda bilirubin almashinuvi tomonidan chuqur o'zgarishlar kuzatiladi. Qondagi giperbilirubinemiya bevosita bilirubin fraksiyasi hisobidan bo'ladi. Ishqoriy fosfataza fermenti faolligi faqatgina gepatobiliar sistema kasalliklarida emas, balki suyaklar shikastlanishi, raxit kasalligida, birlamchi giperparatireoidizm kabi kasalliklardakuzatiladi.

Jigar va o't yo'llari kasalliklarida ishqoriy fosfataza faolligi oshishi o'tning dimlanishidan darak beradi. 5-nukleotidaza fermenti faolligining oshish qonuniyati ishqoriy fosfatazaga nisbatan sezgirroq bo'ladi. Qon zardobidagi xolesterin miqdori jigar osti o't dimlanishida ham oshishi mumkin. Uning ko'payish darajasi o't dimlanishi davriyligiga bog'liq.

Portokaval shunt sindromi indikatorlari bo'lib ammiak, fenol, indol, skatol va bir necha aminokislotalar (triptofan, metionin) xizmat qiladi. Bu ko'rsatkichlar miqdori o'tkir jigar ensefalopatiyasi, jigar komasi va jigar sirrozlarida oshadi.

Yuqumli kasalliklarni tashxislashda invaziv (laparotomiya, laparoskopiya, rektoromonoskopiya tekshirish) usullar va noinvaziv (UTT, komputerli tomografiya, rengenoskopiya) usullar muhim ahamiyat kasb etadi.

Yuqumli kasalliklarni davolash tamoyillari va usullari

Yuqumli kasallik bilan og'rigan bemorni davolash usullari etiologik va patogenetik jihatdan asoslangan hamda uning o'ziga to'g'ri keladigan bo'lishi kerak. Yuqumli kasalliklarda qo'llaniladigan dori vositalari quyidagi guruhlarga bo'linadi:

A) Antibiotiklar:

1. Penitsillin guruhi:

- tabiiy: benzilpenitsillin (natriy va kaliy tuzlari), benzilpenitsillin prokain, fenoksimetilpenitsillin, benzatin benzilpenitsillin

- sun'iy: oksatsillin, ampitsillin, amoksitsillin, karbennitsillin, tikartsillin, azlotsillin, piperatsillin.

Bu vositalar gramm musbat (streptokokk, stafilokokk, pnevmokokk), gramm manfiy (gonokokk, meningokokk), kuydirgi, treponemalarga kuchli ta'sir qiladi.

2. Tsefalosporinlar:

I avlod-kefzol, tsefaleksin, tsefadrosil; II avlod-tseklor, tsefuroksim aksetil; III avlod-klaforan, rotsefin; IV avlod-tsefmetazon, tseftirom.

Bular asosan kokklarga ta'sir qiladi.

3. Beta-laktam antibiotiklari: aztreonam, imipenem.

4. Tetratsiklin guruhi: tabiiy - tetratsiklin; sun'iy - doksitsiklin gidroksid.

5. Streptomitsin guruhi: streptomitsin, degidrostreptomitsin. Bu guruhga yuqoridagilardan tashqari, oksitetratsiklin, morfotsiklin, rifampitsin kiradi. Bular ham ta'sir doirasi keng antibiotiklardir. Ular grammusbat va grammanfiy bakteriyalariga ta'sir ko'rsatadi.

6. Levomitsetin guruhi - levomitsetin, levomitsetin suksinat ta'sir doirasi ancha keng grammanfiy va grammusbat bakteriyalar, rikketsiyalarga ta'sir ko'rsatadi.

7. Aminoglikozidlar: neomitsin, gentamitsin, kanamitsin, tobromitsin, metilmitsin, amikatsin. Bu vositalar ham grammusbat ham grammanfiy bakteriyalarga ta'sir ko'rsatadi. 8. Makrolidlar va azalidlar: eritromitsin, spiramitsin, klaritromitsin, azitromitsin. Bular grammusbat bakteriyalariga ta'sir ko'rsatadi.

9. Polimiksinlar: polimiksin V, polimiksin M. Bu vositalar grammanfiy mikroblar (shigella, salmonella, esherixiya, ko'k yiring tayoqchasi) ga kuchli ta'sir ko'rsatadi.

10. Linkomitsin guruhi: linkomitsin, klindomitsin

11. Zamburug'larga qarshi antibiotiklar: nistatin, levorin, amfoteritsin V, flukonazal mikozlarda qo'llaniladi.

12. Tuberkulezga qarshi preparatlar: izoniazid, rifampitsin, streptomitsin, kanamitsin, PASK, tioatsetazon

B. Sulfanilamidlar: Sulfadimidin, sulfadiazin, sulfametoksin, sulfadimetoksin, sulfalen, sulgin, ftalozol, sulfapiridazin, madribon, salozopiridazin.

Bu vositalar og'iz orqali berilganda ichakdagi konsentratsiyalari yuqori bo'lib, patogen mikroblarga kuchli ta'sir qiladi.

8-oksixinolin hosilalari: enteroseptol, intestopan, 5-nok, miksofarm, intetriks, nitroksolin. Ular ham mikroblarga qarshi ta'sir ko'rsatadi.

Naftridin hosilalari vaftorxinollar: oksalin kislotasi, pi pemed kislotasi, nalidil kislotasi, tarivid, sifloks, lomefloksatsin, norfloksatsin, ofloksatsin, pefloksatsin, tsi profloksatsin.

Xinoksalin hosilalari: xinoksidin, dioksidin, dioksikol. Nitrofurantoin hosilalari: nitrofurantoin, furazolidon, makmiror, nifkol, furagin, furazolin.

V. Viruslarga qarshi preparatlar: interferon (IFN) lar

(reaferon, roferon, intron A, viferon, pegasis, remantadin, atsiklovir).

- Interferenogenlar (amiksin, tsikloferon, neovir).

- Nukleozidlar: ribavirin, zeffiks.

G. Parazitar kasalliklarni davolashda metronidazol, ornizol, tinidazol, fansidar, albendazol, mebendazol kabi preparatlar amaliyotda qo'llanilmokda.

D. Bakteriofagoterapiya – bakteriofag nukleoproteiddan tashkil topgan juda mayda oqsil zarralardan iborat. U tirik, biroq mustaqil yashay olmaydi. Ichburug', vabo, gazli gangerenada bakteriofag bilan davolash yaxshi natija beradi.

E. Zardob bilan davolash — seroterapiya. Zardoblar hamma vaqt Bezredko usulida ishlatiladi. Avvalo mushak orasiga 0,5-1 ml, 1-2 soat o'tgach qolgan hamma qismi yuboriladi. Oxirgi yillarda poliglobulin qo'llanilmokda. Unda Ig G dan tashqari Ig A va temir moddasini birlashtiradigan oqsil modda — transferrin bor. Transferrin bakteriotsid xususiyatga ham egadir.

Yo. Immunoterapiya: 1) spetsifik; 2) nospetsifik.

Spetsifik immunoterapiya organizmning immun tizimiga o'ziga xos, ya'ni spetsifik omil bilan ta'sir ko'rsatish prinsipi ga asoslangan. Bunda har xil vaksinalar va shifobaxsh zardoblardan foydalaniladi.

Vaksina — o'ldirilgan yoki patogenlik xususiyati yo'qotilgan va antigenlik xususiyati saqlangan bakteriyalardan tayyorlanadi. Vaksina asosan yuqumli kasalliklarning surunkali shakllarida (brutsellyoz, tulyaremiya, ichburug'da) qo'llaniladi.

Yuqumli kasalliklarni patogenetik davolash muhim tadbirlardan biridir. Patogenetik davo har bir kasallikda yuzaga keladigan patologik o'zgarishlarga moslab buyuriladi.

Umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar (5-10%li glyukoza, reopoliglyukin, gemodez) intoksikatsiya yuzaga kelganda, tuzli eritmalar ("Disol", "Trisol", "Xlosol", "Kvartasol") dehidratatsiya kuzatilganda buyurilsa, jigar yallig'lanishi bilan boradigan kasalliklarda gepatoprotektorlar (kobavit, fosfogliv, tiotriazolin, essel forte, geptral, gepabene, karsil) o't haydovchi preparatlar (ursosan, xolasas, febixol, namatak qiyomi) tavsiya qilinadi. Hazm qilish faoliyati buzilganda ferment preparatlari (kreon, mezim forte, penzital), disbakterioz yuzaga kelsa, eubiotiklar (bifidumbakterin, lineks, xilak forte) buyuriladi. Umumquvvatlash maqsadida vitaminlar va polivitaminlarni buyurish o'rinlidir.

Oxirgi yillarda yuqumli kasalliklarni davolashda kortikosteroidlar keng qo'llanilmoqda. Buyrak usti bezidan quyidagi gormonlar: gidrokortizon, kortikosteron, aldosteron, dezoksikortikosteron ajratib olingan. Steroid gormonlarning sintez yo'li bilan olinganlari: kortizon, prednizolon, triam-tsinolon, deksametazon ham keng qo'llanilmoqda.

Yuqumli kasalliklar profilaktikasi

Yuqumli kasalliklarning rivojlanishi, odamlar orasida tarqalishi, avvalo kishilik jamiyatining ijtimoiy — iqtisodiy rivojlanishiga, aholining turmush tarziga bog'liqdir. Asrlar o'tishi bilan jamiyatda yuz bergan o'zgarishlar bilan bir qatorda yuqumli kasalliklarda ham evolutsion jarayon sodir bo'lgan. Hozirgi vaqtda yuqumli kasalliklarning ham yangi xillari vujudga keldi.

Masalan, virus qo'zg'atadigan OITS kasalligi 1980-yillarning boshida birinchi marta aniqlandi. Ikkinchi tomondan, profilaktik chora-tadbirlar, o'z navbatida, yer yuzida yuqumli kasalliklar manzarasini o'zgartiradi.

Mamlakatda olib borilgan bezgakka qarshi chora-tadbirlar muvaffaqiyatli tugadi. 1964-yilda O'zbekistonda bezgak kasalligi umuman tugatildi.

Kana tarqatadigan ensefalit, qutirish, poliomielit, qizamiqqa qarshi vaksina yaxshi natija bermoqda. Masalan, 1968-yildan beri qizamiq bilan og'rish 11 marta kamaydi. Difteriya va ko'k yo'talga qarshi kurash yaxshi natija berayapti. Haligacha virusli kasalliklarga qarshi yaxshi samarali emlaydigan vaksinalar va bemorlarni davolovchi vositalar yo'q.

Shunday qilib, yuqumli kasalliklarga qarshi kurashda amalga oshiriladigan chora-tadbirlar ikkiga: umumiy va maxsus choralarga bo'linadi.

Umumiy chora tadbirlar davlat tomonidan amalga oshiriladi. Bunda aholi turmush tarzini yaxshilash, odamlarning ishlash va dam olish sharoitlarini qulaylashtirish, uy-joy sharoitini yaxshilash kabilar ko'zda tutiladi.

Maxsus profilaktik choralari sog'liqni saqlash organlari tomonidan amalga oshiriladi. Zarur bo'lganda boshqa tashkilotlar (veterinariya xodimlari, qishloq xo'jalik tashkilotlari) ishtirok etadi.

Profilaktika choralari 3 yo'nalishda olib boriladi:

1. Infeksiya manbaini zararsizlantirish; 2. Kasallikning yuqish yo'llarini to'sish; 3. Odamlarda yuqumli kasalliklarga qarshi immunitetni hosil qilish.

Infeksiya manbaini zararsizlantirish uchun bemorni tezda kasalxonaga joylashtirib, uning organizmidagi patogen mikroblarni yo'qotish choralari ko'riladi. Bakteriya tashuvchilar sanatsiya qilinadi. Bemor foydalangan buyumlar, idish-tovoqlar, kiyim-kechaklar, u yotgan xona dezinfeksiya qilinadi. Bemor butunlay sog'aygach, bakteriologik tekshiruvlarda manfiy natija olingandan so'ng kasalxonadan chiqariladi.

O'lat va vabo bilan muloqotda bo'lgan hamma odamlar maxsus izolyatorlarga yotqiziladi. Izolyatorlarda saqlash turg'unlik davri davomiylikiga bog'liq: o'latda 6 kun, vaboda 5 kundir.

Bu yuqumli kasalliklarga qarshi kurashda asosiy yo'l bo'lib, bemorning kasalliklarga qarshi kurashish qobiliyatini oshirish, ularning turmush sharoitini, moddiy imkoniyatlarini yaxshilash juda muhimdir. Odamlarda emlash yo'li bilan sun'iy immunitetni hosil qilish alohida o'rin tutadi.

Faol sun'iy immunitet hosil qilish uchun vaksinalardan, passiv sun'iy immunitet hosil qilish uchun immun zardoblardan foydalaniladi. Emlash uchun vaksina tirik yoki o'ldirilgan bakteriyadan tayyorlanadi.

Tirik mikroorganizmlardan tayyorlangan vaksinani birinchi marta E.Djenner (1798) ishlatgan. U odamga zarar qilmaydigan sigir chechagini qo'zg'atuvchi omili bilan odamlarni chechakka qarshi emladi.

“Vassa” — lotincha so'z bo'lib, “sigir” ma'nosini anglatadi. Vassa so'zidan vakcina atamasi olingan.

O'ldirilgan vaktsinalar 2 guruhga bo'linadi:

a) korpuskulyar — har xil usul bilan o'ldirilgan patogen bakteriyalardan tayyorlanadi. Ular ichak infeksiyalarida, ko'k yo'tal, toshmal tif, Ku isitmasi, ensefalitlar, leptospirozlarda qo'llaniladi.

b) molekulyar vaktsinalar — ular tarkibida mikroob zarrasi yoki tanasidan ajratilgan antigenlar bo'ladi. Bu vaktsina hosil qilgan immunitet uzoqroq saqlanadi. Ekzotoksin chiqaradigan bakteriyalar qo'zg'atadigan kasalliklarga qarshi emlash uchun anatoksin ishlatiladi. Hozirgi vaqtda difteriya, qoqshol, botulizm, stafilokokk anatoksinlari qo'llaniladi.

Gen injeneriya usulida vaktsina rekombinant bakteriya tizimida sintezlangan antigenlardan tayyorlanadi. Bu usul gepatit V vagrippga qarshi vaktsina olish sohasida katta istiqbolga ega. 1999-yil SanPin ko'rsatmasiga muvofiq VGVga qarshi emlash jadvaliga kiritildi va uzviy emlash ishlari olib borilmoqda. 2007-yilda qizamiq va qizilchaga qarshi Respublikamiz aholisi yoppasiga emlandi.

Yuqumli kasalliklarni Respublikamiz hududida kamaytirish, ba'zi kasalliklar (parranda grippi, maymun chechagi, atipik pnevmoniya, bezgak, vabo va boshqa) ni hududimizga kirib kelishining oldini olish borasida ancha ishlar qilinmoqda.

Respublikamiz Prezidenti I.A.Karimov tashabbusi bilan 2005-yilni «Sihat-salomatlik» yili deb e'lon qilinishi barcha kasalliklarning, jumladan, yuqumli kasalliklarni keskin kamayishiga olib keldi, sanitariya-epidemiologiya xizmatining samarasi natijasida ba'zi kasalliklar (parranda grippi, atipik pnevmoniya, vabo, kuydirgi va h.k.)ni qo'shni mamlakatlardan Respublikamiz hududiga kirib kelishining oldini oldi.

Yuqumli kasalliklar kasalxonasi bo'limi

Yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorlarni, ular yuqumli va kasal bo'ladigan davrning boshidan oxirigacha ajratib qo'yish va davolash uchun maxsus shunga moslashgan yuqumli kasalxonalar va bo'limlar xizmat qiladi. Bemorlarni kasalxonaga joylashtirishda tibbiyot hamshirasi sanitariya tozalashini o'tkazish, yakunlovchi dezinfeksiya ishlarni to'g'ri va puxta bajarilishini, bo'lim va palataga boshqa kasalliklar o'tib qolishiga yo'l

qo'ymaslik uchun ko'riladigan choralarni kuzatib boradi, vrachning buyurganlarini aniq bajaradi.

Yuqumli kasalliklar kasalxonasi bir tomonlama o'tib boradigan potok prinsipida tuzilgan bo'ladi; bemor kasalxonaga kelganda uning butun bir tizim xonalaridan shunday o'tib boradiki, ilgari bo'lgan joyiga endi qaytib kirmaydigan bo'ladi. Qabulxona bo'limida birlamchi sanitariya tozalashi o'tkaziladi, bemorning buyumlari dezinfeksiya va dezinseksiya qilinadi, chiqindilari yuqumsizlantiriladi; infeksiyon bo'limda bemor davolanib, yakunlvchi dezinfeksiyadan o'tkaziladi va kasalxonadan chiqarilishi oldidan bakteriya tashuvchanligi bormi-yo'qmi tekshirilib ko'riladi.

Har bir yuqumli kasalliklar kasalxonasida bemorni qabul qilib oladigan bo'lim hamda dardining xiliga qarab ularni yotqizishga mo'ljallagan bo'limlardan tashqari sanitar propusknik (katta kasalxonalarda bulardan bir nechtasi bo'ladi), dezinfeksiya kamerasi, kirxona ko'zda tutiladi. Sanitariya-texnika qurilmalari, oziq-ovqat bloki va xo'jalik imoratlari davolash korpuslaridan uzoqroqda joylashtiriladi. Infeksiyon bo'limlar alohida yoki ikki, uch va bundan ko'ra ko'proq qavatli korpuslarda bo'lishi mumkin. Kasalxonada turli infeksiyalar uchun mo'ljallangan alohida-alohida bo'lim bo'lishi kerak. Har bir bo'limda tashxisi aniqlanmagan yoki aralash infeksiyalar bilan og'rikan bemorlarni alohidalab qo'yish uchun bitta kichikroq palata bo'ladi. O'rinlarning soni 100 va undan ko'proq bo'ladigan yuqumli kasalliklar kasalxonasi uchun maxsus tashxisot bo'limi bo'lishi kerak. Kasalxonaning binolari yorug', toza, derazalargi to'r tutilgan bo'lishi shart (yoz oylarida); bitta kasalga to'g'ri keladigan maydon o'rta hisobga 7-8 m² ni tashkil etadi. Kasalxonada klinik, bakteriologik laboratoriya, o'likxona ham bo'lishi ham kerak.

Bemor birinchi galda davo binolaridan alohida joylashgan qabulxona bo'limiga keladi. Sanitar transportda olib kelingan bemorlar kasalliklarini (qorin tifi, skarlatina, difteriya, meningit va boshqalarni) aniqlab olishga mo'ljallangan bokslarda qabul qilinadi. Transport dezinfeksiyanadi. Boksning kiriladigan va chiqiladigan eshiklari alohida bo'ladi, boksdan qabulxona bo'limining karidoriga qo'shqavat qilib ishlangan oynavon eshiklar ochiladi, boksning hamma eshiklari kalit bilan bekitib yuriladi.

Boks bo'limi infeksiya tarqalish ehtimolini bartaraf qilish hamda qo'shimcha kasallik yuqish xavfini daf etish uchun bir kasallikning ikkinchisi bilan to'qnash kelishiga yo'l qo'ymaydi. Boksdan xodimlar uchun xalatlari, kushetka, yozuv stoli, stullar, shoshilinch yordam ko'rsatishga kerakli dori-darmonlar, sterilizator, difteriyaga tekshirib ko'rish uchun odamning tomog'idan surtmalar olishga ishlatiladigan tamponli steril probirkalar, ichburug' bakteriyalari bor yo'qligini aniqlash maqsadida

tekshirishga najas olish uchun probirkalarga solib qo'yilgan konservlovchi aralashma bo'lish kerak. Kasalxonada ichida paydo bo'ladigan infeksiyalarning oldini olish uchun epidemiologik anamnezni to'g'ri to'plash muhim rol o'ynaydi. Bu narsa birinchi galda kasal bolalar uchun muhim. Bemorning etarlicha mustahkam immunitet infeksiya kasalliklar bilan og'rikan-og'rimaganini (qizamiq, suvchechak, tepki, skarlatina, difteriya), xonadonda, oilada, bolalar jamoasida o'tkir kasalliklar bilan og'rikan bemorlarga yaqin yurgan-yurmaganini aniqlab olish zarur. U so'nggi 25 kun (eng katta inkubatsiya muddati) davomida shunday kasallikka yaqin yurgan bo'lsayu, o'zi ilgari shunday kasallik bilan og'rimagan bo'lsa, bu bola yashirin davrni boshidan kechiryapti deb taxmin qilish mumkin, bunday holda uni belgilangan muddatgacha maxsus boksga yoki kichikroq bir palataga alohida yotqizib qo'yish lozim.

Bemorni qabulxonada bo'limida ko'zdan kechirish vaqtida aralash infeksiya topilishi mumkin; bunday holda bemor alohida palata yoki boksga yotqiziladi.

Qabulxonada bo'limida ishlash uchun yaxshi o'rgatilgan tibbiyot xodimi ajratiladi. Har bir kasalga belgilangan tarzdagi kasallik varaqasi ochiladi. Qarindoshlari yoki qo'shnilarining uyi yoki xizmat joyidagi telefon raqamlari yozib qo'yiladi. Navbatchi tibbiyot hamshirasi bemorning kasalxonada qoldiriladigan buyumlarini birma-bir sanab o'tadi va buni bemorning o'ziga (agar es-hushi joyida bo'lsa) yoki u bilan birga kelgan kishiga ma'lum qiladi. Oshxonaga talabnoma yuborilib, bunda bemorga buyurilgan ovqat ko'rsatib qo'yiladi. Bemorning sanitariya tozalashi vannada, dush tagida yuvinishni, pedikulyoz topilganda soch va tananing junli qismlarini insektitsidlarning eritmaları bilan tozalashni ko'zda tutadi. Pedikulyozda olib tashlangan soch va junlar yoqib yuboriladi. Qo'l va oyoq tirnoqlari olinadi. Mochalka va butilkalar har bir bemordan keyin ustiga belgi qo'yib qo'yilgan maxsus kastyullarga solinib, dezinfeksiya qilinadi va yaxshilab qaynatiladi. Vannalar qaynoq suv bilan yuviladi va dezinfeksiyalovchi moddalar bilan artib tozalanadi. Zaiflashib qolgan kasallarda sanitariya tozalashi badanni ho'llab artib qo'yish bilan cheklanadi.

Bemorning ustidan echib olingan ichki kiyimlari og'zi mahkam bekiладigan qopchiqda dezinfeksiya kameralariga yuboriladi, bu qopchiqqa kasallik varaqasining nomeri bilan bir xil nomer qo'yiladi. Bit topilgan bo'lsa, ich kiyim alohida tozalanadi.

Bemorni bo'limga qanday usul bilan (zambilda, katakada, piyoda) olib borish kerakligi to'g'risida masala qabulxonada bo'limida hal qilinadi. Kasal juda og'ir ahvolda yoki psixomotor jihatdan haddan tashqari zo'rg'a

qo'zg'alib turgan holda bo'lsa, uni qabulxonada ko'rmasdan turib, kasalxonaning tegishli bo'limiga yuboriladi. Bunday paytda hujjatlarning hammasini hamshira bo'limda to'ldirib, buni qabulxonaga ma'lum qilib qo'yadi.

Qabulxona bo'limidagi navbatchi vrach yoki hamshira bemorni ko'zdan kechirib chiqqanidan keyin tezda davolash uchun birinchi buyruqlarni beradi va shoshilinch tarzda qanday tahlillar qilish zarurligini ko'rsatadi. Kasalxonaga kelgan bolalarning hammasidan difteriya tayoqchasi bor-yo'qligini tekshirib ko'rish uchun qabulxonada burun-halqumidan shilimshiq surtmalari olinsa, ichak kasalliklari bilan og'rigan bemordan ichak kasalliklari qo'zg'atuvchilari bor-yo'qligini tekshirib ko'rish uchun najas olinadi.

Qabulxona bo'limlaridan kasallar davolash bo'limiga, dardi noaniq bo'lgan hollarda esa kasalxonaning tashxislash bo'limlariga borishadi, tashxisi aniqlanganidan keyin ular bu erdan kasallikning xiliga qarab tegishli bo'limga o'tkaziladi.

Har qaysi bo'limda juda og'ir kasallar uchun bitta yoki ikkita palata ajratib qo'yiladi; zarur bo'lsa, individual tibbiyot hamshirasi posti tashkil etiladi.

Kasalxona xonalari muayyan gigiena talablarga javob beradigan bo'lishi lozim: bitta kasalga to'g'ri keladigan maydon 18-20 m² ni tashkil etadigan, o'rinlar orasidagi masofa kamida 1 m ni tashkil etadigan bo'lishi, havo harorati 18-20°C atrofida turishi kerak; palatalar yorug', havosi shamolatib turiladigan bo'lish lozim. Kasalxona palatalari va boshqa binolari dezinfeksiyalovchi eritmalardan foydalangan holda faqat ho'llab vaqt-vaqtida tozalab, artib turiladi. Har bir bemorni, agar uning salomatligiga to'g'ri keladigan bo'lsa, har kuni vannada yoki dush tagida yuvintirib, ichki kiyimlari va o'rin-boshiga tutiladigan oqliklarni albatta almashtirib beriladi. Og'ir yotgan kasallarning badanini ho'llab artilib, oqliklar tez-tez almashtirib turiladi, badan terisi va shilliq pardalarning ahvoriga qarab boriladi, yotoq yaralari paydo bo'lmasligi uchun choralar ko'riladi.

Bo'limda dezinfeksiyalovchi moddalar (xlorli ohak, xloramin) insektitsid preparatlar doimo taxt bo'lib turishi zarur.

Bemorning najasi va siydik tekkan ich kiyimlari xloramin eritmasiga bo'ktirib qo'yilib, keyin qaynatiladi va yuviladi. Bemorga tutiladigan parvarish buyumlari (tuvaklar, greklalar, dorilar) alohida-alohida bo'lishi kerak. Bolalar bo'limlarida dezinfeksiyalash, qaynatishga oson rezinka yoki plastmassa o'yinchoqlariga bo'lishi mumkin. Bo'limlarda yumshoq o'yinchoqlarni tutish qat'iy man qilinadi.

Hojatxonalarda tuvaklarni va bular turadigan tokchalarni dezinfeksiya qilib turish uchun 10% li xlorli ohak eritmasi solib qo'yilgan bachoklar

bo'lishi kerak. Palata va koridorlarning pollarini kamida kuniga ikki marta artib-tozalash zarur.

Bemorlarga ovqatni tibbiyot hamshirasi tarqatadi, bular buyurilgan ovqatlarning to'g'ri berilayotganini ham kuzatib boradi, og'ir kasallarni ovqatlantirishga yordam berib turadilar. Ayniqsa, umumiy zaharlanish belgilari, isitma, dispepsiya holatlardan madori qurib qolgan bemorlarni ovqatlantirish uning salomatligini tiklashda juda muhim ekanligini tibbiyot hamshirasi yodda tutmog'i lozim. Bemorga uyidan olib keladigan narsalarni qarab turish zarur, toki bularning orasida ushbu kasallikda mutlaqo to'g'ri kelmaydigan ovqatlar (masalan, dudlangan masalliqalar, qorin tifida sut mahsulotlari va boshqalar) bo'lmasin. Ishlatiladigan idish-tovoqning ustiga xlorli ohak yoki xloramin ertimasi quyib qo'yiladi. Keyin uni qaynatib olinadi va artmasdan balki quritib qo'yiladi. Ovqat qoldiqlari ustiga xlorli ohak sepib qo'yiladi, keyin kanlizatsiyaga yoki kir o'raga to'kiladi.

Bo'limning katta hamshirasi bo'limda etarli oqliklar hamisha taxt turishiga qarab borishi kerak. Kasalxonadan chiqarib yuborilgan bemorlarning karavotidan olingan to'shaklar dezinfeksiya qilingandan keyingina ishlatiladi.

Bo'limda bir nechta hamshira postlari ajratiladi va xizmat vazifalari aniq taqsimlab qo'yiladi. Muolajalar uchun alohida tibbiyot hamshirasi ajratish tavsiya etiladi, uning vazifasi teri ostiga, mushaklar orasiga, teri ichiga in'eksiyalar qilishdan, tomchilab va oqim holda venaga suyuqliklar yuborish uchun, qon quyish uchun tutiladigan sistemalarni, orqa miya kanalini punksiya qilishga ishlatiladigan igna va probirkalarni tayyorlab qo'yishdan iborat bo'ladi. Intensiv terapiya palatalarida sun'iy nafas berish apparatlarini, intubatsiya qilingan bemorlarga, traxeostomasi bo'lgan, talvasa tutayotgan, klinik o'lim va shunga o'xshash haddan tashqari og'ir holatlarga tushib qolgan kasallarga parvarishni yaxshi biladigan eng malakali tibbiyot hamshiralari ishlaydi.

Tashxisot va davo maqsadlarida qilinadigan har xil muolajalarni bajarish uchun maxsus xonalar ajratiladi (masalan, rektaromanoskopiya, orqa miya kanali punksiyalari va boshqalar uchun). Rektaromanoskopiya kabinetida, odatda, maxsus ajratilgan tibbiyot hamshirasi ishlaydi, u kasallarni shu muolajaga tayyorlaydi, muolajani o'tkazish vaqtida vrachga qarashib turadi va rektoskoplar, reostat, lampochkalarni bekamu ko'st holda va ozoda qilib saqlab boradi va h.k. Davolovchi vrach buyurganiga qarab, baliq moyi, kollargol eritmasidan mikroklizmalar bilan davolash ishini ham odatda shu hamshira olib boradi.

Tibbiyot hamshirasi bemorning ahvolidan ro'y bergan o'zgarishlarni vrachga tez ma'lum qilishi, vrachning buyurganlarini o'zgartirishiga

ahamiyat berib borishi, bularni paysalga solmasdan, hamshiraning kasallik varaqasiga bekami ko'st yozib qo'yishi, kasallik tarixiga olingan tahlil natijalarini yopishtirib qo'yishi kerak. Davolash va tashxisot maqsadida vrach tomonidan kasallik varaqasiga yozib qo'yilgan narsalarni hamshira tegishli daftarga yoki mazkur bo'limda rasm bo'lgan individual kartalarga ko'chiradi.

Bemorlarning majburiy izolyatsiya muddatlari o'tib bo'lib, kasallikning klinik belgilari yo'qolib ketgani va bakteriologik tekshirish natijalari manfiy bo'lib chiqqanidan keyingina kasalxonadan chiqariladi; bemorni necha marta bakteriologik tekshirishdan o'tkazish kerakligi uning mutaxassisligi va ishlaydigan joyiga bog'liq.

Bo'limning tibbiyot hamshirasi bo'limning ichki tartibi to'g'risida, sanitariya-gigiena ko'nikmalari va mazkur infeksiyon kasallik davrida to'g'ri ovqatlanish to'g'risida, yangi kelgan kasallarga doim yo'l-yo'riq ko'rsatib turadi, kasalni uyiga jo'natish oldidan esa, xuddi vrach singari, uyida o'zini qanday tutish to'g'risida unga maslahatlar beradi.

Bemor bo'limdan o'z kiyimini kiyib chiqib ketadi, uning bu kiyimlari kasalxonaning dezinfeksiya kamerasida oldin dezinfeksiya qilib qo'yilgan bo'ladi.

Yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlar parvarishining umumiy qoidalari

Ish kuni kasal to'shagi yonida navbatchilik qabul qilib olishdan boshlanadi. Og'ir yotgan kasallar va yangi kelganlarga birinchi navbatda xizmat ko'rsatiladi. Yuqumli kasallik vaqtida bemorlardan qattiq isitma chiqib turishi va organizmning umumiy zaharlanishi, ishtahasi pasayib, ko'ngil aynib turishiga, qayt qilishi, qusishi, chanqashiga olib keladi. Bemorlarni ovqatlantirish hamshiradan katta sabr — toqatni talab qiladi, ularga mo'l-ko'l suyuqlik ichirib turish ham kerak bo'ladi. Hamshira bemorga tez-tez, oz-ozdan qaynatib sovutilgan suv, limonli iliq choy, meva sharbatlari ichirib turishi lozim. Oziq-ovqatlarda vitaminlar kamayib qoladigan kezlarda ko'proq vitaminli meva suvlari, na'matak qaynatmasi, limon, apelsinlar berib turish kerak (kasal me'da- ichak yo'lining ahvoli bunga imkon beradigan bo'lsa). Bemorning tomog'idan narsa o'tishi qiyinlashib qolganida, u zond orqali yoki oziqli klizmalar yordamida ovqatlantirib turiladi.

Bemorning harorati kuniga ikki mahal: ertalab soat 7 va kechqurun soat 6 da o'lchab turiladi, lekin vrachning buyurganiga qarab, kuniga 2-3 mahal ham o'lchab turiladi (bezgak, sepsis va boshqalarda). Harorat oldin

bemorning qo'ltiq tagini quritib olib, faqat quruq termometr bilan va faqat hamshiraning ko'z oldida (ayniqsa bemor o'zini har alfosda tashlab, besaranjom bo'lib yotganda yoki o'zini bilmay yotganida) o'lchanadi. Haroratni o'lchash natijalari bemor to'shagi yonida turadigan harorat varag'iga yozib qo'yiladi. Isitma baland bo'lsa, bu darrov shifokorga ma'lum qilinadi. Uning aytganiga qarab bemor boshiga yoki yirik bo'yin venalariga muzli xaltachalar qo'yiladi, unga suv ichiriladi, venasi yoki mushak orasiga litik aralashma yuboriladi, badanning terisi mentol spirt bilan artiladi, xona shamollatiladi.

Tibbiyot hamshirasi buyurilgan rejimga amal qilinishini kuzatib borishni va buning zarurligini bemorga tushuntirishi lozim. Chunonchi qorin tifi bilan og'rigan bemor vaqtdan iigari o'rmidan turib yurib ketadigan bo'lsa, ichagining devori teshilib qolishi yoki ichagidan qon ketishi mumkin.

Yiringli jarayonlarga moyil, shuningdek og'ir yotgan kasallar badani terisiga qarab borish muhim, chunki yotoq yaralar hosil bo'lib qolishi mumkin.

Dumbalar sohasiga ukol qilib, antibiotiklarni uzoq muddatgacha hadeb mushaklar orasiga yuboraverish natijasida infiltratlar paydo bo'lib, abtssellarga aylanib ketishi mumkin, tabiiyki, bu kasallik oqibatini yomonlashtirib qo'yadi. Aseptika va antiseptikaga qattiq rioya qilishdan tashqari dumbalar, sonlar sohasiga grelka qo'yish, parafin applikatsiyalarini qilish, UVCh singari oddiy uslublarni ham unutmash kerak. Antibiotiklarni og'izdan ichirib turish ko'pincha og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida ba'zan disbakterioz paydo bo'lishiga olib keladi: aftlar, yara-chaqalar, gingivit paydo bo'lishi, bemor og'zi qattiq og'rib, achishib turganidan ovqat eya olmay qolishi mumkin. Bunday holatlarda og'iz shilliq qavvatlariga kaliy permanganat, brilliant yashili eritmasi surib turiladi; og'izni soda eritmasi bilan chayqash, shilliq pardaga asal, nistatin bilan moydan tayyorlangan maz surtib turish durust natija beradi; tilga suvli glitserin surtib turiladi. Mana shu davrda bemorning og'zini achishtirmaydigan muloyim, sal iliq ovqatlar bilan ovqatlantirib borish, unga ko'p suyuqlik ichirib turish kerak. Mana shu choratadbirlarning hammasi yiringli parotitning oldini oladigan choralar bo'lib ham hisoblanadi.

Ko'pginainfeksiyalar (gripp, meningitlar, qizamiq, ko'kyo'tal, tiflar va boshqalar) vaqtida tez-tez uchrab turadigan asorat bo'lmish zotiljam kasalligining oldini olish maqsadida bemorni yotgan o'rnida tez-tez bir yonboshidan ikkinchisiga ag'darib yotqizib qo'yish, palatani shamollatib turish, kislorod berish va nafas yo'llariga ovqat tushib qolib, keyin aspiratsion zotiljam paydo bo'lmasligi uchun bemorni edirib-

ichirayotganda juda ehtiyot bo'lish kerak; xantallarni yaxshisi yaltiroq qog'oz ustidan uzoqroq vaqtga qo'ygan ma'qul, shunda bular badanni ancha chuqurroq va yaxshiroq qizdiradi; mo'neliklar bo'lmagan mahallarda bankalar qo'yiladi.

Bemorlar o'rnida uzoq yotadigan va harorati ko'tarilib turgani uchun ko'pincha qabziyat boshlanib, qorni dam (meteorizm) bo'lib ketadi. Bunday hollarda gaz o'tkazib turuvchi naycha qo'yib qo'yiladi, ichni tozalaydigan gipertonik yoki sifonli huqna qilinadi.

Yuqumli kasalliklar bo'limida ishlaydigan tibbiyot hamshirasiga ko'pincha qovuqqa yumshoq kateter solishga to'g'ri keladi, chunki bemor og'ir ahvolda yotganida, juda besaranjomlanayotgan mahalda siydigi tutilib qolishi mumkin. Kateter solayotgan paytda infeksiya yuqtirib qo'ymaslik uchun tozalikka rioya qilish, qo'lqop kiyib ishlash lozim. Organizm suv muvozanatini hisobga olib borish uchun bemorning sutkalik diurezini sinchiklab hisoblab borish zarur, vabo, ovqat toksikoinfeksiyalari, meningokokk infeksiyasi singari kasalliklarda bu ayniqsa muhim bo'ladi. Bemorning ichgan hamda unga parenteral yo'l bilan yuborilgan suyuqlik miqdorini sutkalik siydik miqdori, ya'ni diurezga solishtirib ko'rish yo'li bilan suv balansi to'g'risida tasavvur qilish mumkin. Hamshira bemorning yonida bo'ladigan tibbiyot hamshirasi uning ahvolidagi o'zgarishlarni birinchi bo'lib shifokorga ma'lum qilib turishi, basharti yaqin orada shifokor bo'lmay qolsa, shoshilinch yordam bera bilishi kerak.

II bob

YUQUMLI ICHAK KASALLIKLARI

Qorin tifi, “A” va “B” paratiflar

Qorin tifi – najas og‘iz mexanizmi bilan yuquvchi, odamda uchraydigan o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, isitma, bakteriyemiya, umumiy zaharlanish, limfoid apparatining zararlanishi va ingichka ichakda yaralar, terida rozeolali toshmalar toshishi bilan tavsiflanadi.

“Tif” so‘zi “tutun” ma’nosini bildiradi, bu atama Gippokrat zamonidan ma’lum. Ammo qorin tifi kasalligini tiflar guruhidan alohida xastalikka ajratish faqat XIX asr o‘rtalarida ro‘y berdi. Bu voqeaga Bretonnea va Lans olib borgan izlanishlar asos bo‘ldi. Qorin tifi kasalligini o‘rganishdagi asosiy sana 1880-yil hisoblanadi, bu davrda xastalikning qo‘zg‘atuvchisi Ebert tomonidan topilgan. Ammo X asrda Ibn Sino o‘z asarlarida bu kasallik haqida ma’lumotlar berib, tavsif bergan.

O‘zbekiston sharoitida aytib o‘tilgan infeksiyalar bilan og‘ruvchi bemorlarning nisbatan ko‘pligi Respublikamiz tabiati va ba’zi boshqa sharoitlarga bog‘lik. Shunday bo‘lsada Respublikamiz hududida bu kasalliklarning keyingi 10-yilda kamayishi qayd qilingan. Qorin tifi kasallanish darajasi intensiv ko‘rsatkichda 1996-yilda 1,5 tashkil qilgan bo‘lsa, 2003-yilda 0,33ga, A va B paratiflar ko‘rsatkichi esa mos holda 0,60 va 0,09 teng bo‘ldi (B.I. Niyozmatov va mualliflar, 2005).

Respublikamizda aholining asosiy qismi qishloq xo‘jaligi rivojlangan mintaqalarida istiqomat qiladi. Har xil quvvatdagi sun‘iy suv kanallari deyarli har bir xo‘jalik va xonadonlarga kirib kelgan. Aholi zichligining yuqori ekanligi ochiq suv havzalarini ifloslantirishga olib kelsa, yilning issiq davrining uzoq ekanligi (may-sentyabr) bu manbalarda suvni ko‘p ishlatish hollariga sabab bo‘ladi.

Yuqoridagilarni hisobga olib, qorin tifi va paratif kasalliklariga qarshi keskin kurashish Respublika tibbiy xodimlari va tashkilotlari oldida turgan dolzarb vazifalardan biri ekanligini unutmash kerak.

Etiologiyasi. Qorin tifi tayoqchasi *Salmonella typhi* Erterobacteriaceae oilasiga mansub, faqat odam uchun zararli hisoblanadi. *Sal. typhi* tayoqcha shaklida bo‘lib, uzunligi 1-3 mkm, diametri esa 0,5-0,8 mkmni tashkil

etadi, xivchinlari bo'lganligi tufayli harakatchan, spora va kapsula hosil qilmaydi, gramm manfiy, hamma anilin bo'yoqlari bilan yaxshi bo'yaladi, odatdagi oziq muhitlarida pH 7,2 - 7,4 ga teng bo'lgan sharoitda o'sadi. Fakultativ aerob, optimal harorat 37 gradusga teng. Boshqa salmonella mikroblaridan farq qilib, *Sal. typhi* tayoqchasining fermentativ faolligi kuchsizroqdir. Qorin tifi mikroblari ekzotoksin hosil qilmaydi, ular parchalanganda endotoksin ajraladi.

Qorin tifi qo'zg'atuvchilari tashqi muhit ta'sirlariga nisbatan sezgirdir. Ular suv sharoitida 50 daraja ta'sirida 1 soat mobaynida tirik qolsa, 100 darajada darhol halok bo'ladi. Shu bilan birga bu bakteriyalar past harorat sharoitida yaxshi saqlanib qoladi va muzda 60 kungacha yashashi mumkin. S.M. Stadnikova (1976) keltirgan ma'lumotlarga ko'ra, qorin tifi bakteriyalarining o'rtacha yashash davri uy harorati hamda ariq suvi sharoitida 15 kunga teng. Bu bakteriyalar o'zlarida to'rt xil antigen kompleksni saqlaydi: issiqqa chidamli somatik O- antigen hamda issiqqa chidamsiz N- antigen murakkab mukopoli- saxarid kompleksidan tashkil topgan bo'lib, uning tarkibiga vi - antigen ham kiradi. K - antigen esa oqsil tabiatli birikma bo'lib, hujayra ichi ko'payishini ta'minlaydi. Kimyoviy, fizik omillar, antibiotiklar, oqsil tanachalari ta'sirida qorin tifi bakteriyalari L shakliga aylanishi mumkin.

Qorin tifi va paratif kasalliklarining epidemiologiyasi. Qorin tifi va paratif A infeksiyalarida xastalik manbai faqat odam hisoblansa (bemor yoki bakteriya tashib yuruvchi), paratif V da esa qushlar hamda hayvonlar ham ma'lum bir epidemiologik ahamiyatga ega.

Qo'zg'atuvchi odam organizmiga og'iz orqali zararlangan ovqat mahsulotlari yoki suv bilan tushadi va asosan najas orqali chiqib ketadi. Asosiy kasallik manbai bo'lib bemor odam, shu bilan birga rekon valesstent va bakteriya tashuvchilar hisoblanadilar. Qorin tifi yoki paratif bilan og'rigan bemor qo'zg'atuvchini kasallik oldi davridan boshlab najas orqali ajratib chiqaradi. Klinik belgilarning paydo bo'lishi bilan kasalning yuqumliligi ham ancha ortadi, tana haroratining tushishi va rekonvalesstensiya davrining boshlanishi bilan esa yuqumlilik kamayadi. Qo'zg'atuvchini peshob orqali ajralib chiqishi kamroqdir. Qo'zg'atuvchi so'lak, balg'am va ko'krak suti bilan ajralib chiqishi mumkin. Epidemiologik jihatdan olganda kasallikning tipik bo'lmagan ya'ni atipik kechadigan shakllari alohida xavf tug'diradi.

Bakteriya tashuvchilar doimo yoki ba'zi-ba'zida tashqi muhitga qo'zg'atuvchilarni najas va siydik orqali ajratib chiqaradi. Keyingi paytda siydik orqali tashuvchilik kam uchraydi, lekin u epidemiologik jihatdan xavflidir, negaki siydik orqali bakteriyalar najasga qaraganda kengroq

tarqaladi. Bakteriya tashuvchilar sog'lom, tranzitor va kasallikning boshidan kechirgan bakteriya tashuvchilarga bo'linadi. Davomiyligi bo'yicha quyidagi toifadagi bakteriya tashuvchilar tafovut qilinadi. O'tkir tashuvchilar - xastalikdan so'ng 3 oygacha, surunkali tashuvchilar - xastalikdan so'ng 3 oy vaqtdan keyin ham bakteriya ajratib chiqaradi.

Tashuvchanlikning tranzitor shakli qorin tifi yoki paratif bakteriyalari infeksiyaga beriluvchan bo'lmagan odam ichagiga tushganda yuzaga keladi.

Infeksiya tarqalish yo'llari va mexanizmi. Tif - paratif kasalliklari uchun asosiy mexanizm najas-og'iz mexanizmi hisoblanib, suv orqali, alimantar, maishiy muloqot orqali ro'y beradi.

Tif-paratif kasalliklariga mavsumiylik xosdir, ayniqsa yoz oylarida kasallanish eng yuqori bo'ladi. Kasallanish asosan 6 yoshdan - 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Patogenez. Qorin tifi bilan paratiflarning rivojlanishi bir xildir. Qo'zg'atuvchilar yuqorida qayd qilingan yo'llar yordamida og'iz orqali organizmga tushadi. Oshqozonning kislotali muhiti bu qo'zg'atuvchilar uchun noqulay hisoblanib, bir qism qo'zg'atuvchilar parchalanadi. So'ngra tif-paratif kasalliklarining mikroblari ingichka ichakka kirib oladi va uning limfa hosilalariga - ya'ni solitar ularning to'planib turgan joyi - peyeroz pilakchalariga singib kiradi. Mikroblar " ichki " eshiklardan iborat to'siqdan o'tgach, ichakning limfa yoriqlari va tomirlari orqali regionar limfa tugunlariga tushadi va zo'r berib ko'payadi. Natijada giperemiya paydo bo'ladi va limfa to'qimasi hujayralari reaksiyasi bilan limfa tugunlari kattalashuvi yuz beradi. Limfa to'qimasida bakteriyalarni ko'payishi qorin tifi qo'zg'atuvchisini odam organizmida parazitlik qilishning asosiy biologik ma'nosini tashkil qiladi. Mikroblar ichak tutqich limfa tugunlarining to'siq vazifasini pasaytirib, qon oqimiga kirib boradi va bakteriemiya, ya'ni bakteriyalarning qonda bo'lishi yuz beradi. Bu esa yashirin davrining tugagani va kasallikning klinik manzarasi boshlanganidan dalolat beradi. Qonga o'tayotgan mikroblar soni kundan - kunga ortib boradi-yu, shu bilan bir vaqtda immunologik himoya mexanizmlari vazifasini ado eta boshlaydi. Qonning bakteritsid xossalari ta'sirida bir qism bakteriyalar halok bo'ladi va ichidan zahar-endotoksin ajralib chiqadi hamda umumiy zaharlanish fazasini keltirib chiqaradi. Bunga javoban organizm maxsus antitelo ishlab chiqaradi.

Kasallik jarayonida rivojlanadigan himoya reaksiyalari orasida mikroblarning har xil a'zolar (jigar, taloq, suyak ko'migi, limfa tugunlari va boshqalar) to'rsimon - endotelial to'qimalarida intensiv ravishda o'rtnashib qoladi. Natijada asosiy infeksiya lokal shaklga o'tadi. Bu mikroblarning to'qimalarga parenximatov diffuziya bosqichi bo'ladi. Bosqich

har xil organlar zararlanishining klinik belgilari bilan ifodalanadi. Jigar ichakka o't suyuqligi bilan tif bakteriyalarini ajratadi. Bu mikroblar organizmda qisman najas orqali chiqariladi, ularning bir qismi esa ingichka ichak shilliq pardasi orqali kasallik yuqqanda, ya'ni birinchi marta tushganda, sensibilizatsiya qilinib, bo'lgan ichaklar limfatik apparatiga tushadi. Bu allergik reaksiyalar fazasi bo'ladi. Bunda esa oddiy yallig'lanish jarayoni giperergik Artyus fenomeni nusxasi bo'yicha o'tadigan reaksiyaga aylanadi.

So'ngra organizmdagi buzilgan muvozanatni qayta tiklashga va immunitetning shakllanishiga olib boruvchi immunobiologik jarayonlar sodir bo'ladi. Bu davr navbatdagi patogenetik zanjir zvenosining ma'nosini, ya'ni immunitet shakllanishini tashkil etadi. Mikroblarning to'qimalarda mahkamlanib qolishi natijasida, shuningdek qonda maxsus antitelalarni to'planib qolishi natijasida ikkinchi hafta oxirlarga kelib qondagi tif tayoqchalari soni kamayadi. Bu davrda ular ko'p miqdorda ichaklarda va o't pufagida topiladi. Ba'zi hollarda butunlay sog'ayib ketganidan keyin ham tif bakteriyalari o't pufagida va peshob chiqarish yo'llarida uzoq vaqt saqlanib qolishi mumkin.

Shunday qilib, tif-paratiftlarni patogenezini juda murakab. Uning shakllanishi ko'p omillar, asosan, kasal organizmning xususiyatlariga bog'liqdir.

Qorin tifi va paratiftlar bilan og'rigandan so'ng organizmda maxsus barqaror immunitet o'rnatiladi. Qorin tifida qayta kasallanish mustasno tariqasida kam uchraydi.

Qorin tifining klinik kechishi. Tif-paratiftlarda klinikaning namoyon bo'lishi va patologik jarayonlar etarli darajada aniq ifodalangan davriylik qonuniyatlarga qarab yuz beradi. Shunga asoslanib qorin tifi va paratiftlarning kechishini quyidagi davrlarga ajratish qabul qilingan:

- birinchi, boshlang'ich belgilar ortib borish davri St. incrementi.
- ikkinchi, kasallikning avj olish davri 2 - qismdan iborat: kasallikning to'liq rivojlanish davri, og'irlik jarayonlari eng yuqori kuchga ega bo'lgan davri (St. acmae).
- uchinchi - klinik manzarasining so'nish davri (st. decrementi).
- to'rtinchi - rekonvaleszensiya yoki sog'ayish davri. Har bir davrning davomiyligi taxminan bir hafta davom etadi.

Yashirin davr 14 - 21 kun davom etadi, lekin u 3-5 kungacha, hatto ikki kungacha qisqarishi va 21 kungacha uzayishi mumkin. Davrning eng oxiriga kelib prodromal belgilar paydo bo'ladi. Ular sababsiz lohaslik, holsizlanish, apatiya, ishtahaning yo'qolishi, bosh og'rig'i, serzarda bo'lib qolishlarda ifodalanadi va bir-uch kun davom etadi. Qorin tifi kechishining

ti piholatlarida, jarayon quyidagicha rivojlanadi: kasallik ko'pincha asta-sekin boshlanadi va bemorlar ko'p hollarda kasallik boshlangan kunni ko'rsatib bera olmaydilar. Birinchi kunlarni ular oyoqda turib o'tkazadilar. Lekin ahvol kundan - kunga yomonlashadi: holsizlik ortadi, charchash kuchayadi, bosh og'riydi, ishtaha yo'qoladi.

Harorat asta-sekinlik bilan ko'tariladi, pog'ona- pog'ona bo'lib 3-5 kun ichida eng yuqori raqamlarga etib, shu darajada o'rnashib qoladi. Uyqu buziladi, chanqoq paydo bo'ladi, til o'rtasi yupqa oq qarash bilan qoplanadi, qorin oz-moz shishgan, ich ketish buzilgan, ko'pincha ichi tutilib qoladi. Birinchi davr oxiriga kelib jigar va taloq kattalashishi mumkin.

Ikkinchi davrda (2-3 hafta) yuqorida ko'rsatilgan belgilar yuqori rivojiga etadi. Bemor ovqatni rad etadi, uni chanqoq bezovta qiladi, boshi og'riydi, goho qorinda og'riq kuzatiladi. Tana harorati 39-40°C etadi va yuqori raqamlarda kasallik avji davrida ushlanib turadi. Kechki va sahargi harorat o'rtasida ozgina farq bo'ladi. Keyingi kunlarda haroratlar o'rtasidagi farq yanada sezilarliroq ifodalanadi. Ayniqsa kasallik avji davri oxirida ular yaxshi ko'zga tashlanadi. Bemorning holati kundan - kunga yomonlashib boradi. Birinchi kunlari madorsizlik, apatiya kuzatilib, ayrim hollarda tifoz holat bilan almashishi mumkin.

Bunda turli darajadagi garangsirab qolishi, to'xtalib qolish (aqliy kamharakatlik), ongning o'tmaslashuvi va alahsirash kuzatiladi. Kunduzi uyqu bosish, kechasi esa uyqusizlik paydo bo'ladi. Gohida sopor yoki koma holati rivojlanishi mumkin. Bemor bunda tushunarsiz, o'ziga-o'zi gapiradi yoki qattiq alahsiraydi, goho o'rnidan turib ketadi.

Teri yuzasi oqargan, issiq, qo'l tekkizilganda quruq, yuzi shishinqiragan, ko'krak, qorin terisida 5-8-kunlar rozeolali toshma paydo bo'ladi, bu toshmalar gohida (davriy) vaqti-vaqti bilan isitmaning oxirigacha davom etishi mumkin. Lablar, og'iz bo'shlig'i, til shilliq qobig'ining quruqligi kuchayadi. Til qalin ko'kish karash bilan qoplanadi. Chetlarida va til uchida tish izi kuzatilib, qizargan bo'lishi mumkin. Qorin salgina shishgan, o'ng qovurg'a ostida og'riq bo'ladi va mayda quldirash aniqlanishi mumkin. Jigar va taloqning hajmi eng katta darajaga etadi. Ich ketish yoki qabziyat yoki ichi suyuq (2 - 5 marta sutkasiga) ketishi kuzatiladi.

Uchinchi davrda harorat pasaya boshlaydi. Ertalab remissiyalar paydo bo'la boshlaydi va hatto ertalabki harorat orasidagi farq 2- 3°Cga etadi.

Sog'ayish davrida organizmning buzilgan vazifalari asta - sekin tiklana boshlaydi va harorat pasayishining 4-5- haftasiga kelib to'liq tenglashadi, lekin ayrim organlardagi morfologik o'zgarishlar klinik o'zgarishdan

uzoqroq davom etadi. Tartib buzilgan hollarda qaytalanishlar, kechikkan asoratlar paydo bo'lishi mumkin. Hozirgi paytda qorin tifida yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik belgilar yaxshi ifodalanmagan va tif-paratiflarga xos bo'lmagan belgilar namoyon bo'lishi bilan ular bilinmay qoladi. Kasallik ko'pincha tifoz holatisiz kechadi. Qorin tifining asosiy belgilaridan biri isitmadir. U kasallikning davomiyligi va og'irligini belgilab beradi.

Isitma qorin tifida o'ziga xos xususiyatlarga ega. To'lqinsimonlik butun jarayonning kechishiga muvofiq keladi, uning tebranishlari (ko'tarilib - tushib turishi) belgilarning goh zaiflashishiga, goh kuchayishiga parallel tushadi. Ko'pincha harorat asta - sekin ko'tariladi. Unga pog'onama - pog'ona bo'lib ko'tarilish xarakterli bo'lib, kasallik avji davrida doimiy yuqori harorat ushlanib turib, kasallikning pasayish davrida asta - sekin kamayib boradi. Qorin tifiga xos harorat chizig'i uch fazaga, ba'zi og'ir hollarda 4 - fazaga bo'linadi.

Birinchi - haroratning ko'tarilishi odatda 4 - 5 kun, goho 7 kun, davom etib boshlang'ich davrga to'g'ri keladi. Harorat chizig'ining ikkinchi bosqichi kasallikning avj olgan davridir. Bu davrda isitma ko'p hollarda uzluksiz bo'ladi, ya'ni ertalabki va kechki o'rtasida kichkina remissiyalar, odatda 1-daraja atrofida bo'ladi. Ko'proq bo'ladigan ertalabki remissiyalar ijobiy belgi hisoblanadi. Bir vaqtning o'zida 0,2 - 0,3 kenglik ka ega 40°S li haroratning monotermik chizig'i kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi. Isitmaning bu bosqichi 1,5 - 2, ayrim hollarda 3 hafta davom etishi mumkin. Harorat chizig'ining so'nggi boqichi ortga rivojlanish davrini aks ettiradi. Haroratning litik tushish davomiyligi taxminan 5 - 8 kunni tashkil qiladi.

Qorin tifida harorat chizig'ining quyidagi nusxalari mavjuddir:

1. Ko'p to'lqinli: - Botkin chizig'i, ya'ni yuqori harorat bilan nisbatan past haroratning galma-gal kelishi; 2. Vunderlix nusxasi, bir to'lqinli bunda haroratning asta - sekin ko'tarilishi va tushishi kuzatiladi; 3. Kildyushevskiy bo'yicha, bunda harorat tezroq ko'tariladi, 3 kun ichida, keyin litik tushadi. Mana shu 3 ta harorat chizig'ining ko'rinishi qorin tifi uchun xos hisoblanadi. Hozirgi paytda qorin tifini o'tkir boshlanish hollari ko'payib qoldi.

So'nggi yillarda kasallikning qisqa, abortiv kechishi ko'p uchramoqda, bunda isitma davri 3-5 kunni tashkil etadi. Shubhasiz isitmaning qisqarishida profilaktik emlashlar va antibiotiklarni qo'llanishi muhim rol o'ynaydi.

Bemorning terisi kasallik boshlangandan rangpar, quruq bo'lib qoladi va shunday holda butun kasallik davomida saqlanib qoladi. Terlash qorin tifiga xos emas, lekin harorat pasaya boshlangan va belgilar yo'qola

boshlangan davrda terlash yuz berishi mumkin. Bir qator hollarda kasallik boshida kuchli terlash bilan o'tadi, terida ter pufakchalari ko'rinishidagi hosilalar paydo bo'ladi. Bu elementlar ko'krakda, qorinda, bo'yinda joylashadi.

Qorin tifining kardinal belgilaridan biri - bu terida qorin tifi rozeolalarining toshuvidir. U 5-8- kundan boshlab toshadi. Rozeola - ko'p uchraydigan, lekin doimiy belgi emas. Tipiktoshmalarda qorin tifi rozeolasi teri yuzasida biroz ko'tarilib turuvchi, oval shaklli och - pushti toshmani namoyon qiladi.

Rozeola toshmasi joylashadigan sevimli joy qorin, ko'krak qafasi pastki yonboshi, bel, elka va bilakning ichki yoziluvchi yuzasi bo'lib xizmat qiladi. Qorin tifida toshma ko'p bo'lmaydi (3- 5, 10- 20) lekin ayrim hollarda toki 100 ta gacha etadi. Rozeolalar o'rtacha 2 kundan 5 kungacha saqlanib qoladi, so'ngra qorayib, rangpar bo'lib, yo'qolib ketadi. Og'ir holatlarda rozeolalarning petexiyalarga o'tishi belgilangan. Bemorlarning aksariyatida qo'l kafti vaoyoq tovonning sariqligi (Fili povich belgisi) kuzatiladi.

Nafas olish organlari. Qorin tifi nafas olish organlarida yuz beradigan o'zgarishlar birinchi kunlaridanoq kuzatilishi mumkin. Bu o'zgarishlar o'ziga xos xususiyatga ega bo'lib, ovozning xirillab qolishiga olib keluvchi nafas olish yo'llari shilliq qavatlarining quruqlashib qolishi bilan belgilanadi. Nafas olish a'zolari ichida eng ko'p uchraydigan kasallik bu bronxitdir. Kam hollarda qorin tifi bilan og'rigan bemorlarda zotiljam uchrashi mumkin. Zotiljam kasalligini qorin tifi tayoqchalari keltirib chiqaradi. Bu hollarda kasallikning klinik namoyon bo'lishida birinchi o'rinda umumiy zaharlanish belgilari bilan bir qatorda o'pka zararlanishi belgilari ham chiqadi. Bu esa "pnevmotif" iborasini kiritish imkonini beradi. Ba'zi hollarda balg'amdan qorin tifi tayoqchalarini topish mumkin bo'ladi. Pnevmotif uzoq vaqt davom etishi bilan va tifning tugallanishi, juda tez hal bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Yurak qon tomir tizimi. Qorin tifi yurak qon - tomir tizimida yuz beradigan zararlanish hollari qorin tifi tayoqchasi zaharining bevosita yurak-tomir tizimi va uning faoliyatini boshqarib turuvchi asab apparatiga ta'siri bilan bog'liqdir. Yurak qon-tomir tizimidagi o'zgarishlar kasallikning kechish og'irligiga ham bog'liq. Qorin tifiga nisbiy bradikardiya va puls dikrotiyasi xosdir. Kasallik avji paytida puls kam (taranglikka) kuchga va to'liqlikka ega bo'lishi mumkin. Yurak tomonidan yuz beradigan o'zgarishlar miokardning diffuz oziqlanishining buzilishi va funksional buzilishlar natijasi sifatida tonlarning bo'g'iqligi, shovqin paydo bo'lishi va elektrokardiogrammadagi o'zgarishlar bilan tavsiflanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi. Qorin tifida ovqat hazm qilish tizimining vazifasi buzilishi kasallikning xarakterli va doimiy belgisidir. Toksikozning birinchi belgilaridan biri bo‘lib ishtahaning pasayishi bo‘lib, kasallik avj olgan davrda, hatto anoreksiya kuzatiladi. Kasallik engil kechadigan ayrim hollarda ishtaha saqlanib qolishi mumkin. Vegetativ asab sistemasining buzilishi, tuz - suv almashinuvining buzilishi va suyuqlik ishlab chiqarilishining (salivatsiya) kamayishi tufayli bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘i, lablar, shilliq qavatlarining quruqlashib qolishi aniqlanadi. Shilliq qavat yaltirashini yo‘qotadi, qalin, quyuuq shilliq modda bilan qoplanadi, lablarida yoriqlar paydo bo‘ladi. Qorin tifiga xos o‘zgarishlar tilda ham sodir bo‘ladi. Til quruq bo‘ladi va uning markaziy qismlari oqish yoki oq - ko‘kish karash bilan qoplanadi. Bunda tilning chetlari va uchi toza bo‘ladi, biroq qizaradi va unda tishning izi qolishi mumkin. Umumiy ahvolding yaxshilanishi bilan til ham karashdan tozalanib boradi hamda namlanadi. Tomoqda bodom bezining qizarishi va kattalashishi kuzatiladi, goho tifoz angina keskin namoyon bo‘ladi. Ayrim holatlarida kasallikning ikkinchi haftasida yarali angina (Dyugi) kuzatilishi mumkin.

Qorinning shishib ketishi va og‘riq paydo bo‘lishi ichaklar zararlanishi natijasida bo‘ladi, qorin tifining ancha erta muddatlarida aniqlanadi hamda kasallik avji davrining doimiy belgilaridan biridir. Kasallikning engil shakllarida shish faqatgina qorin markazi - kindik atrofi bilan chegaralanishi mumkin, og‘irroq holatlarida esa, butun qorin bo‘ylab yoyiladi. Paypaslab ko‘rilganda qorin xuddi rezina yostiqlikchadai elastik konsistensiyaga ega bo‘ladi. Qorin perkussiyasida ko‘pincha o‘ng biqinda perkutor tovushning bo‘g‘iqlashishi kuzatiladi. Quldirash bemorlarda og‘riqsiz va ichning buzilmasligi bilan bo‘lishi mumkin. Og‘rik qorinda, asosan, o‘ng biqin ostida joylashadi yoki kindik atrofida joylashadi. Kasallik boshlanishi paytlarida ich o‘tishiga nisbatan ichi qotib qolish hollari ko‘p bo‘ladi. Ich o‘tishi ko‘proq go‘dak bolalarda uchraydi. Ba‘zan butun kasallik davomida najas tomonidan hech qanday o‘zgarish kuzatilmaydi. Jigarining kattalashuvi qorin tifida kasallik avj olgan paytda aniqlanadi, hamda kattalashuv darajasi qorin tifi kechishining og‘irligiga bog‘lik. Rekonvalessensiya davrida jigar o‘lchamlarining astalik bilan qisqarishi yuz beradi. Asoratli, qaytalanuvchi, ko‘p cho‘ziladigan holatlarida qisqarish bir oz sekinroq bo‘lishi mumkin. Taloqning kattalashuvi kasallikning 3 - 5 kundan aniqlanadi va 1 - 2 hafta shunday turib, kasallikning boshqa belgilari kamayishi bilan parallel holda kichrayib boradi. Taloq o‘lchamining me‘yoriylashuvi yaxshi alomat hisoblanadi.

Siydik ajratish tizimi. Isitma davrida bemorlar peshobida ko‘pincha oqsil topilishi mumkin. Harorat tushishi bilan peshobdagi oqsil miqdori kamayadi va keyinchalik butunlay yo‘qoladi.

Qorin tifining boshlang‘ich davrida va kasallik avji davrida sutkalik peshob miqdori kamayadi. Umumiy zaharlanish kamayishi bilan sutkalik peshob hamda peshobdagi xloridlar miqdori ko‘payadi, bu esa kasallikda burilish yuz berganining ko‘rsatkichi va yaxshi ta‘biri belgi bo‘lib xizmat qiladi. Qorin tifida buyrak tomonidan o‘zgarishlarni inobatga olib, ba‘zi olimlar “nefrotif” iborasini amaliyotga tatbiq etmoqchi bo‘lganlar.

Asab tizimining zararlanishi. Qorin tifi klinik manzarasining etakchi kuchi bo‘lib xizmat qiladi. Ayniqsa kasallik avj olgan paytda MAT tomonidan yuz bergan o‘zgarishlar keskin ifodalanadi. Bu davrda ko‘pincha bemorlar gangish, depressiya, aqliy xarakatsizlik holatida bo‘ladilar, savollarga kechikish bilan javob beradilar. Boshqalari, aksincha, behalovat bo‘ladilar, ma’noga ega bo‘lmagan noaniq harakatlar qiladilar. Turishga, ketib qolishga, daydib yurishga harakat qiladilar. Qorin tifi avj olgan davrda meningizm simptomokompleksi rivojlanishi mumkin. Bunda orqa miya suyuqligi o‘zgarishsiz qoladi yoki uning o‘zgarishi seroz meningitni namoyon bo‘lishiga mos keladi (tsitozning biroz ko‘payishi, oqsil miqdorining ortishi). Ayrim mualliflar meningial belgilar bilan kechadigan qorin tifini “meningotif” deb ataydilar.

Periferik qon manzarasi. Qorin tifida periferik qon tomonidan bo‘ladigan o‘zgarishlar: kam (zaif) ifodalangan gipoxrom anemiya, leykopeniya, monotsitopeniya, nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya yoki eozinopeniya kuzatiladi.

Kasallanishning birinchi kunlarida periferik qonda leykotsitlar miqdori normada bo‘ladi yoki nisbiy leykotsitoz neytrofilyoz bilan birga kuzatiladi. Qorin tifi avj olgan paytda kasallik og‘irligi bilan parallel holda leykopeniya rivojlanadi. Neytrofilyoz limfotsitoz bilan almashinadi. Neytrofillarning yadro siljishi ro‘y beradi, og‘ir hollarda to‘yosh shakllarigacha. Kasallik boshlanishida eozinofillar yo‘qolib ketadi. Rekonvalesensiya davrida qondagi eozinofillar va monotsitlar miqdori ortadi. Bu davrda leykopeniya bo‘lishi suyak ko‘migining uzoq vaqt ta‘sir ostida bo‘lganligi, bemorning to‘liq sog‘aymaganligidan dalolat beradi. EChT qorin tifida ko‘pincha salgina tezlashadi va 20-30 mm/s dan oshmaydi. Og‘ir va asoratli hollarda EChT uzoq payt yuqori bo‘lib qoladi. Qorin tifi avji paytida trombotsitlar soni pasayadi. Sog‘ayib borgan sari ular soni qayta tiklanadi. Shuningdek, qondagi protrombin miqdori kamayadi, qonning ivish vaqti uzayadi.

Tif - paratif kasalliklarining hozir mavjud tasniflari asosida kasallik kechim og‘irligi (o‘ta og‘ir, og‘ir, o‘rta og‘irlikdagi, engil) yoki ayrim

a'zo va tizimlar (pnevmotif, meningotif va shunga o'xshash) ning qaysi biri ko'proq zararlanish tamoyili yotadi. Shunday qilib, biz kasallikning engil, o'rta og'irlikdagi va og'ir shakllarni ajratdik.

Paratiflarning umumiy klinik tavsifi. Paratiflar o'zining simptomokompleksi va kechishiga qarab qorin tifini eslatadi. Shunga qaramay, paratiflar va ayniqsa "B" paratifi bir qancha klinik laboratoriya xususiyatlariga ega bo'ladi. Bu xususiyatlar ularni qorin tifidan ajratib turadi.

Paratif "A"ning rivojlanishi va klinik kechishi qorin tifidan biroz farq qiladi. "A" paratif infeksiyasida kasallik o'tkir boshlanib, ko'pincha tomoq va kon'yunktiva shilliq qavatining zararlanishi kuzatiladi. Boshlang'ich davr klinik manzarasida yuz giperemiyasi, sklerain'eksiyasi, engil kon'yunktivit, tumov, yo'tal, lablar va burun qanotlarida herpes, kam hollarda burun qonashi aniqlanadi. Tana harorati yoki noto'g'ri, yoki remmitens xarakteriga ega. Ba'zi hollarda harorat ko'tarilishi qaltirash bilan kuzatiladi, pasayishi esa terlash bilan o'tadi. Tifoz holati faqatgina juda og'ir hollarda ifodalanadi. Rozeola toshmasi xuddi paratif "B" singari erta paydo bo'ladi va o'zining ko'p xilligi bilan ajralib turadi. Goho toshma toshishi mumkin. Asoratlar "B" paratifiga nisbatan ko'proq uchraydi. Paratif infeksiyasini tashxis qilishda qon, najas, peshobni bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega.

Paratif "B". Kasallik o'tkirroq va qisqa vaqt rivojlanadigan patologik jarayon hamda eng yuqori darajada namoyon bo'ladigan toksikoz va keskin ifodalangan me'da-ichak buzilishi bilan xarakterlanadi. Umuman, "B" paratifi o'zining engilroq kechishi va kamroq qaytalanishi bilan ajralib turadi. Yashirin davri 5 - 10 kunga teng bo'ladi, lekin to 16 kungacha uzayishi mumkin. Kasallik o'tkir (birdan) boshlanadi, qaltirash (xuddi sovuq qotganday), mushaklarda og'riq, terlash bo'ladi. "B" paratifining boshlang'ich davrda umumiy zaharlanish belgilari (qaltirash (oznob), bosh og'rig'i harorat ko'tarilishi) o'tkir me'da - ichak buzilishlari (ich o'tishi, qorindagi og'riq, qayt qilish) bilan birgalikda keladi. Ko'pincha kataral holatlar kuzatiladi. Bular quruq yo'tal, yuz giperemiyasi, xirildoq (bo'g'iq) ovozlardir. Bir qism bemorlarda labda herpes paydo bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilgan belgilarga kasallikning birinchi kunlaridanoq MAT zararlanish belgilari (madorsizlik, uyqu bosishi, behalovatlik, vahimali tungi uyqu, ortib boruvchi rangparlik) qo'shilishi mumkin.

"B" paratifi klinik kechishining xususiyatlaridan biri, bu qisqarok isitmadir. U ko'pincha noto'g'ri nusxada, gohida subfebril bo'ladi. Rozeola toshmasining toshishi erta yuz beradi (3 - 6 kun) va har xil, ko'p toshadi, taloqning erta va ancha katalashuvi aniqlanadi. Periferik qon tomonidan ko'pincha neytrofilli leykotsitoz kuzatiladi. Yengil kechishi

bilan bir qatorda "B" paratifi uzoq davom etadigan harorat reaksiyasi, septik belgilar va asoratlar bilan og'ir o'tishi mumkin.

Asoratlari. Qorin tifida asoratlar soni va tarkibi keng doirada bo'lishi mumkin. Maxsus, ya'ni qo'zg'atuvchi va uning zahari ta'sirida yuzaga keladigan asoratlari tafovut qilinadi. Qorin tifining maxsus asoratlari ichida og'ir kechadiganlaridan ichakdan qon ketishi hamda qorin tifi yaralarining teshilishi hisoblanadi. Bular 2-3 hafta oxirlarida va 4 - hafta boshlarida paydo bo'ladi.

Uning yuzaga kelishiga to'shakda yotish tartibining buzilishi, parhezdagi xatolar, meteorizmning kuchayishi, suyuq ich ketishi, ko'pgina anatomik o'zgarishlar, shuningdek, qon ivishining pasayishi, tromblar hosil bo'lishining sekinlashuvi sabab bo'ladi. Qon ketish boshlanishi bilan kasallik manzarasida endi zaharlanish emas, balki qon yo'qotish belgilari dominant rol o'ynaydi. Bemor hojatxonaga borganda, agar qon oqish nisbatan yaqinda bo'lgan bo'lsa, to'q qonni ko'radi, agar vaqt o'tgan bo'lsa, qatronsimon tavsifga ega najasni ko'radi.

Ichakning teshilishining klinik namoyon bo'lishi ko'pincha kasallikning asosiy belgilari ostida qolib ketadi. O'tkir qorinning belgilari zaif ifodalangan bo'lish mumkin, qorinda birdan o'tkir og'riq paydo bo'lmasligi ham mumkin, shuning uchun, hattoki qorindagi salgina og'riq vrach e'tiborini tortishi kerak. Muhim belgi bo'lib qorin devorining tarangligi va Shchetkin-Blyumberg belgisi xizmat qiladi. Ko'pincha, taxikardiya, haroratning tushib ketishi va keyin gipertermiya bilan almashinishi kuzatiladi. Lekin bu belgilarni aniqlashda, to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirilganda aniqlanadigan tos tubi devorida og'riq bo'lishi muhim ahamiyatga ega. Perforatsiyani kechroq paydo bo'ladigan belgilaridan: ortib boruvchi meteorizm, jigar ustida bo'g'iq ovoznining yo'qolishi, qorin auskultatsiyasida ichaklardagi shovqin bo'lmasligi, chappa siljish bilan giperleykotsitoz, qorinning chet qismlarida suyuqlikning to'planib qolishi, ko'p qayt qilish va hiqichoq tutishlari kiradi. Ichaklar perforatsiyasi ko'pincha kollapsga olib keladi. Yara teshilgandan so'ng 6-12 soatgacha ichida operatsiya qilinsa, sog'ayishiga umid bog'lasa bo'ladi.

Yurak qon-tomir tizimi tomonidan miokardit, sog'ayish davrida kollaps, tromboflebitlar, nafas olish tizimi tomonidan zotiljam, plevrit, o'pka infarkti kabi asoratlar qayd qilinishi mumkin.

Peshob-jinsiy tizimi tomonidan esa nefrit, pielonefrit, pielit, tsistit, prostatit, orxit, orxoepidimit, mastit, muddatidan oldingi tug'ruq kabi asoratlar kuzatiladi.

Tashxisoti. Tashxis klinik, laboratoriya va epidemiologiya ma'lumotlari yig'indisiga asoslanadi. Klinik belgilarini baholashda ularning ko'p xilligini etiborga olish kerak.

Laboratoriyaviy tashxisoti usullariga bakteriologik, serologik va gematologik tekshirishlar kiradi. Bakteriologik tekshirishlar muhim hisoblanadi. U bemor organizmidan kasallik qo'zg'atuvchisini ajratib topishga qaratiladi. Shu maqsadda qon, o't suyuqligi, suyak ko'migi, najas, peshob, rozeolalardan namuna ekiladi. Qo'zg'atuvchini gohida orqa miya suyuqligidan, balg'amdan, plevra suyuqligidan, har xil yiringli suyuqliklardan topib olinadi.

Eng ko'p ijobiy natija qon namunasi ekilganida olinadi. Ekish qancha erta amalga oshirilsa, ijobiy natija hissasi ham shuncha ko'p (olinadi) bo'ladi.

Tif-paratif kasalliklarining serologik tashxisoti (Vidal agglutinatsiya reaksiyasi) yordamchi hisoblanadi. Bu reaksiya kasallikning 8-9 kundan aniqlash imkonini beradi. Shuningdek, reaksiya emlanganlarda va qorin tifi bilan og'riqanlarda ham ijobiy bo'lishi mumkin.

Shuning uchun tekshirishni takroran o'tkazish kerak. Hamda titri ortib borishini hisobga olish kerak. Keyingi 10-yillikda qorin tifini aniqlash uchun gemagglutinatsiya reaksiyasi qo'llanilmoqda. Bu reaksiya qorin tifini kimyoviy jihatdan tozalangan Vi va O antigenlarini qo'llaganda agglutinatsiya reaksiyasidan (Vidal reaksiyasi) ustun turadi, shuningdek, sezgirliги va maxsusligi jihatidan ham qolishmaydi.

Tif - paratif kasalligini tashxislashda qiyosiy tashxisot katta ahamiyat kasb etadi. Tif - paratif kasalliklarini tashxislashda gripp, tuberkulyoz, meningit, sepsis, yuqumli mononukleoz, qora oqsoq, salmonellyozning tifsimon shakli kabi kasalliklardan farqlash maqsadga muvofiqdir.

Qorin tifi kasalliklariga chalingan bemorlarni davolash tadbirlari.

Qorin tifi va paratif xastalıkları bilan og'riqan bemorlarni davolash asosida etiotrop, patogenetik, simptomatik hamda parhez bilan davolash usullari alohida ahamiyat kasb etadi. Bemorni to'g'ri parvarishlash va davolash rejimini to'g'ri tashkil etish asosiy shakllaridan biridir. Davolash tizmasi tanlanganda, organizmning shaxsiy xususiyatlari albatta e'tiborga olinishi zarur. Bemorlarni to'g'ri parvarishlash qorin tifi va paratif kasalliklarini muvaffaqiyatli davolashning asosiy omillardan biri. Ushbu xastalıklar bilan og'riqan bemor albatta shifoxonaga yotqizilishi lozim. Bemor yotqizilgan xona keng, yorug', tabiiy ventilyatsiyaga ega bo'lishi kerak. O'rin, yostiq yumshoq, qulay, toza bo'lishi shart. Og'ir hollarda choyshab tagiga klyonka to'shaladi. Hamma bemorlar kasallik kechishining og'ir - engilligiga qaramasdan, tana harorati me'yoriga kelgandan so'ng yana 7-8 kun mobaynida o'rindan turmay yotishlari lozim. Tabiiy hojatlarni chiqarish bu davrda faqat o'rinda yotgan holda amalga oshiriladi. So'ngra bemorlarga o'tirishga va normal tana haroratida 11-12 kundan boshlab

yurishga ruxsat etiladi. Bemorlarda qabziyatga moyillik paydo bo'lsa, kun ora tozalovchi klizma (ho'qna) lari tayinlanadi.

Bemorlar albatta gigienik talablarga rioya qilishlari zarur. Og'iz bo'shlig'ini ovqatlanishdan oldin va so'ng chayish, tishlarini esa kuniga kamida 2 marta tozalash tavsiya qilinadi. Og'ir hollarda og'iz bo'shlig'i sodali eritma bilan ho'llangan tamponlar vositasida tozalanadi. Teri tozaligiga alohida e'tibor berish zarur. Uni spirt bilan qo'shilgan suv bilan tozalash, qurigan lablarga esa sariyog' yoki vazelin surtish tavsiya etiladi. Bemorlar o'rindagi holatlarini o'zgartirib turishlari lozim. Ularni aytib o'tilgan qoida bo'yicha parvarishlashni kasallik qaytalangan hollarda ham amalga oshirish zarur. Bemorlarda sog'ayib ketishlariga ishonch hosil qiluvchi psixoterapiya vositasini o'tkazishning ahamiyati katta. Reja bilan to'g'ri ovqatlanish organizmning terlama va paratif kasalliklariga chidamliligini oshiradi.

Etiotrop davo usullari. So'nggi 25-yil mobaynida qorin tifi va paratif xastaliklari davosida asosiy preparat sifatida sintetik antibiotik-levomitsetin ishlatib kelinadi. U tabiiy antibiotik - xloramfenikolning analogidir. Levomitsetinning terapevtik samarasi uning mikrobgga va zaharlanishga qarshi hamda isitma tushirish xususiyatiga asoslangan. Shuni aytish lozimki, levomitsetinning bu xususiyatlari preparatning bevosita mikrobu hujayrasiga ta'siriga bog'liq deb qaraladi. Levomitsetinning ta'siri uning hujayra ribosomasi bilan qo'shilishi peptid bog'lanishlarni buzilishidir. Levomitsetinning bakteriostatik ta'siri natijasi mikroblar tomonidan toksinlarning ishlab chiqishi va qonga so'rilishi buziladi.

Bemorlarning yoshiga qarab, levomitsetin kattalarga - 0,5 g; bolalarga: 10-14 yosh - 0,3- 0,4 g; 8-9 yosh - 0,25- 0,3g; 6-7 yosh - 0,24 g; 4-5 yosh - 0,15 g; 4 yoshgacha bo'lgan bolalarga - 0,01-0,02g (har 1 kg vazniga) dozalarda tayinlanadi. Qorin tifi kasalliklarini levomitsetin bilan davolashning ko'p yillik tajribasi uning g'oyatda samarali ekanligini isbotlaydi.

Levomitsetin bilan davolash oqibatida surunkali bakteriya tashib yuruvchilik xavfi kuchayadi. Shuning uchun ham qorin tifi va paratif xastaliklarini samarali davolash imkonini beradigan preparatlarni topish va sinab ko'rish borasidagi izlanishlar davom etmoqda.

Bunday preparatlarga ampitsillin, amoksitsillin, mitsellin, baktrim, lendatsin, amoksiklav kabilar kiradi. Ushbu dorilar zaruriyatiga qarab tanlanadigan preparatlar hisoblanib, levomitsetin 3 - 5 kun mobaynida samara bermagan yoki qo'zg'atuvchilarning levomietinga turg'unligi namoyon bo'lgan taqdirda ishlatiladi. Ta'rif etilgan preparatlarning hammasi levomitsetin kabi ba'zi bir kamchiliklardan xoli emas. Qorin tifi

qo'zg'atuvchilarining turg'unligi boshqa dori-darmonlarga nisbatan levomitsetindagidan ko'ra tezroq rivojlanadi. Bundan tashqari, bu preparatlar allergik reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin, kasallik qaytalanishi, uning og'ir asoratlari - ichak devorining teshilishi, qon ketishi va bakteriya tashib yuruvchilikning oldini ololmaydi.

Uzoq muddat ichida isitmalagan bemorga antibakterial preparatlar bilan bir qatorda tana haroratini me'yoriga keltirish jarayonini kuchaytirish uchun qisqa muddat (2-3 kun) ichida butadion 0,15 g dan 3 mahal tayinlanadi.

Patogenetik davolash tadbirlari. Yuqorida eslatib o'tganimizdek, ich terlama va paratif kasalliklari bemor organizmining kuchli zaharlanish alomatlari bilan kechadi. Shuning uchun ham davolash tadbirlari orasida dezintoksikatsiya muolaja choralari alohida o'rin tutadi. Kasallik og'ir kechayotgan hollarda gemodez tayinlash maqsadga muvofiq. Gemodez qon oqimidagi toksinlarni bevosita bog'lash, eritrotsitlar stazini yo'qotish xususiyatiga ega. Buning oqibatida, gipoksiya, kislorod etishmovchiligi holati yo'qoladi, toksinlarning buyrak to'ridan o'tishi kuchayadi, diurez oshadi, gemodinamika yaxshilanadi. Ushbu preparatni hatto 1 marta tomchilab quyish zaharlanishni yo'qotish imkonini beradi. Gemodez bo'lmagan taqirda hamda kasallikning engilroq shakllarida tomirga tomchilab polivinol yoki "Atsesol", "Trisol" kabi eritmalar yuboriladi.

Bu suyuqliklardan tashqari davolash maqsadida Ringer, 5% li glyukoza eritmalaridan ham foydalaniladi. Glyukozaning shifobaxsh samarasi simpatik asab tizimiga tropik ta'siri, energetik, dezintoksikatsion xossalari bilan tushuntiriladi.

Ushbu eritmalar ko'plab miqdorda quyilgan taqirda peshob (siydik) ajralishini ham nazorat etish kerak. Peshobni kuchaytirish uchun laziks, furosemid kabi preparatlar tayinlanadi. Qon va qon o'rnini bosuvchi preparatlar (plazma, 5-10%li albumin, protein, aminopeptid, aminokrovin, infezol, aminosol, aminatsin) kuchli dezintoksikatsion, gemostatik xususiyatlarga ega. Ular organizm immunologik qarshiligini ham kuchaytirishi mumkin. Qon va uning o'rnini bosuvchi preparatlarni og'ir, darmonsizlangan, oqsil va azot almashinuvi buzilgan bemorlarga tayinlash maqsadga muvofiq.

Oqsil gidrolizatlar — aminokrovin, aminopeptid, infezol, aminosol o'z tarkibida aminokislotalar va quyi peptidlarni saqlaydi. Ular asosan oqsil etishmovchiligida ishlatiladi. Ushbu preparatlarning o'rta terapevtik dozasi 300- 500 mlni tashkil etadi, lekin lozim bo'lgan taqirda 1-1,5 l gacha ko'paytirilishi mumkin. Qon va plazmani asoratlar kuzatilmagan hollarda qo'llash har tomonlama asoslangan bo'lishi zarur. Ularni qo'llash

faqat kasallikning og'ir hollarida va jiddiy asoratlari kelib chiqqan taqdirda maqsadga muvofiq. Qon va qon o'rmini bosuvchi preparatlarni yuborishdan avval desensibilizatsiya maqsadida dimedrol, pipolfen kabi preparatlarni qo'llash tavsiya qilinadi.

Qorin tifi va paratif kasalliklari og'ir kechgan ba'zi bir hollarda steroid gormonlardan foydalaniladi. Bu preparatlar yallig'lanish va allergiyaga qarshi xossaga ega bo'lib, tana haroratini tezda me'yorga qaytarish va dori kasalligining oldini olish imkonini ham beradi. Steroid gormonlar bilan birga kaliy tuzlarini ham yuborish zarur. Tif-paratif kasalliklari asoratlari kelib chiqqan bemorlarni reanimatsiya bo'limi yoki intensiv terapiya palatasida davolash zarur hamda hamshira parvarishi o'ta diqqat bilan amalga oshirilishi lozim.

Taxmini. TPK da o'lim holatlari keyingi vaqtlarda keskin kamaydi va 0,2-0,3% ni tashkil qiladi. Shunday bo'lsada, og'ir asoratlari (ichakdan qon ketishi, ichak teshilishi) xavfli borligi tufayli taxmini noqulayligicha qolmoqda.

Qorin tifi va paratif kasalliklarining profilaktikasi. L.V.Gromashevskiy bo'yicha epidemik zanjirning uchta xalqasini hisobga olgan holda qorin tifi, A va V paratif kasalliklaridagi profilaktik tadbirlar uch yo'nalish bo'yicha olib borilishi zarur: infeksiya manbaini zararsizlantirish, uning tarqalish yo'llarini yo'q qilish va aholining kasallikka berilmaslik qobiliyatini oshirish.

Kasallik manbaini zararsizlantirishga qaratilgan chora-tadbirlar. Bu o'rinda bemorlarni o'z vaqtida aniqlash, ularni shifoxonaga yotqizish, to'g'ri davolash, bakteriya tashib yuruvchilarni topish, hamda ular ustidan sanitariya-epidemiologik nazorat o'rnatishning ahamiyati katta. Bemorlar va bakteriya tashib yuruvchilarni erta aniqlash kasallik o'chog'ida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o'z vaqtida amalga oshirish imkonini beradi. Bemorlarni o'z vaqtida shifoxonaga yotqizish va to'g'ri muolaja tadbirlarini tashkil etish ularda surunkali bakteriya tashib yuruvchanlik kelib chiqishining oldini oladi.

Bemorlarni erta shifoxonaga yotqizish hamda qorin tifi kasalligini boshlang'ich davrida aniqlash murakkab ekanligini hisobga olib, ushbu xastalik keng tarqalgan hududlarda hamma isitmalayotgan shaxslarni diagnostik bo'limlarga provizor gospitalizatsiya usuli bilan yotqizish maqsadga muvofiq. O'zbekiston Respublikasi SSVning 292- buyrug'i asosida shubhali shaxslarni poliklinika sharoitida gemokultura usulida tekshirish tavsiya etiladi. Bu tadbirlar har xil tabiiy ofatlar kelib chiqqan taqdirda o'choqlarda epidemiyaga qarshi choralar samarasini yaxshilash imkonini beradi.

Infeksiya tarqalish yo'llarini yo'q qilishga qaratilgan chora - tadbirlar.

Qorin tifi va "A" va "B" paratiflarning epidemiologiyasini ko'p yillik o'rganish natijalari ushbu kasalliklar tarqalishida ijtimoiy-iqtisodiy

omillarning ahamiyati katta ekanligini ko'rsatadi. Sanitariya xizmati kasallik ko'rsatkichlari yuqori bo'lgan aholi punktlarining sanitariya holatini sinchiklab o'rganishi lozim. Sanitariya nazorati tadbirlarini kuchaytirish aholini toza ichimlik suv bilan ta'minlash, obodonlashtirish, chiqindilarni o'z vaqtida olib ketishga qaratilishi lozim.

Qorin tifi hamda "A" va "B" paratiflarga nisbatan emlashning samarasi ko'p yillik amaliy kuzatuvlarda tasdiqlangan. Sobiq Sovet Ittifoqida 1924-yildan beri ushbu kasallik qo'zg'atuvchilardan tayyorlangan vaksina qo'llanilib kelinmoqda. O'zbekiston sharoitida qorin tifi kasalliklarining maxsus profilaktikasi uchun bakteriofagdan ham keng foydalaniladi.

TPK rekonvalesentlari kasalxonadan chiqarilgandan so'ng 3 oy mobaynida najas, siydik, o't suyuqligini bakteriologik tekshirish nazorat bilan dispanser nazoratida bo'ladi. So'ngra 2-yil mobaynida, oziq ovqat korxonalarida ishlovchilar va ularga tenglashtirilganlar 6-yil mobaynida DSENM da nazoratida bo'lishadi.

Ichburug'

Ichburug' - shigellalar qo'zg'atadigan, umumiy zaharlanish va yo'g'on ichak distal qismining zararlanishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

Ichburug' to'g'risidagi to'liq ma'lumotni birinchi bo'lib, yunon vrachi Aretey yozgan.

Ichburug' so'zi yunoncha dys - "buzilish" va enteron - "ichak" so'zlaridan olingan bo'lib, bu termin eramizdan oldingi IV- V asrlarda yashagan Gippokrat tomonidan ich ketish va qorin og'rig'i bilan kechadigan kasalliklarni belgilash uchun kiritilgan. Ichburug'ning yuqumli kasallik ekanligi to'g'risidagi tushuncha, uning qo'zg'atuvchisi topilishidan ancha ilgari ma'lum bo'lgan. XIX asr boshlarida rus olimlari N. I. Pirogov va M. Ya. Mudrov ichburug'ni ekzogen ichak epidemik kasalligi deb hisoblaganlar va unga qarshi kurashish uchun sanitariya-gigiena va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkazishini taklif qilganlar.

Ichburug' kasalligi Yer sharining barcha nuqtalarida uchraydi. Ayrim hududlarda epidemiya shaklida kechadi. Krasnodar o'lkasida 2002-yil 6 noyabrda 1386 nafar bemor Zonne ichburug'i bilan kasalxonaga tushadi (09.11.2002. Vesti.) Bizning Respublikamiz hududida esa ichburug' kasalligining yildan yilga kamayishi diqqatga sazovordir. 1996-yilda 13598 nafar bemor qayd qilingan bo'lsa, 2004-yilga kelib, bu raqam 3885 nafarni tashkil qildi (B.I. Niyozmetov, 2005).

Etiologiyasi. Ichburug' bakteriyalari Shigella mikroblar avlodiga mansubdirlar. Hozirgi kunda shigellalarning bir - biridan biokimiyoviy va serologik xususiyatlari bilan farq qiladigan 50 dan ziyod turlari aniqlandi.

Shigellalar uzunligi 2-3-mkm, eni 0,5-0,7 mkm, harakatsiz, gram-manfiy tayoqchalar bo'lib, spora va kapsula hosil qilmaydi. Shigellalar laktozani parchalashi natijasida kislota va kamdan-kam hollarda gaz ham hosil qiladi. Mannitni esa juda yaxshi parchalaydi. Shigellalar o'zida O-hamda K-antigenlar saqlaydi. O-antigen, issiqlikka chidamli, bakteriya tanasi bilan chambarchas bog'liq. K-antigen issiqlikka chidamsiz, bakteriya tanasi bilan nisbatan sust bog'liq.

Ichburug' qo'zg'atuvchilarining zamonaviy tasnifi bo'yicha ular 4 guruhga bo'linadi: 1.Sh. dysenteriae o'z ichiga Grigoryev-Shig, Shtutser-Shmitts va Lardj-Saks shakllarini oladi; 2.Sh. boydi; 3. Sh. flexneri; 4.Sh. Sonnei.

Ichburug' qo'zg'atuvchilarining topilishi bilan bir vaqtda, kasallikning patogenezini, immunitetini, klinik ko'rinishi va davosi ham o'rganildi.

Hozirgi kunga kelib Respublikamizda ichburug' kasalligining juda ko'p qismi Fleksner va Grigoryev-Shig shigellalari tomonidan chaqirilmogda.

Shigellalar ekzotoksin, endotoksin, fermentlar va boshqa biologik faol moddalar ishlab chiqaradi. Shigellalar ekzotoksini oqsil tabiatli zahar bo'lib, termolobildir va faqat Grigoryev-Shig qo'zg'atuvchilari tomonidan ishlab chiqariladi. Endotoksin esa, termostabil-uglevod, oqsil, lipidli kompleks bo'lib, shigellalarning hammaturlari tomonidan ishlab chiqariladi.

Grigoryev-Shig shigellalari yuqori virulentligi bilan farqlanadi, virulentlik borasida keyingi o'rinlarni Fleksner va Zonne qo'zg'atuvchilari egallaydi.

Tashqi muhitda chidamlilik borasida esa yuqoridagining aksini ko'rish mumkin. Eng chidamli Zonne qo'zg'atuvchilari bo'lsa, eng chidamsiz Grigoryev-Shig qo'zg'atuvchilaridir. Fleksner qo'zg'atuvchilari esa o'rtaholatni egallaydi.

O'zgaruvchanlik shigellalarning muhim xususiyatlaridan biridir. Bu yashash muhitiga bog'liq holda shigellalarning morfologik donador shakllarda, o'stirilganda esa S-shaklidan R-shakllarga va aksincha o'zgarishidir.

Epidemiologiyasi. Ichburug' infeksiyasiining asosiy manbai bo'lib, kasal odam bo'lib hisoblanadi. O'tkir ichburug' bilan og'rikan odamlar epidemiologik jihatdan eng xavfli hisoblanadilar, chunki o'tkir ichburug'da qo'zg'atuvchilar organizmdan juda ko'p ajraladi.

O'tkir ichburug' bilan og'rikan bemorlar kasallikning yashirin davridan boshlab qo'zg'atuvchini tashqariga chiqara boshlaydilar va kolit sindromi avj olgan davrida qo'zg'atuvchi ko'plab tashqariga chiqariladi.

Ichburug'ning atipik shakllari bilan og'rikan bemorlar ham katta epidemiologik ahamiyat kasb etadi. Asosan Zonne qo'zg'atuvchilari

qo'zg'atgan ichburug' ko'pincha engil kechishi bilan farq qiladi va bu esa o'z navbatida tashxis quyishda xatoliklarga olib keladi. Ayrim shaxslar kasallikning belgisiz shakllarini oyoqda o'tkazadilar va aksariyat vrachga murojaat qilmaydilar, davolanmaydilar va infeksiyani faol ravishda tashqariga chiqarib turadilar. Surunkali ichburug' bilan og'rigan shaxslarning faqatgina 17- 35,5%i kasallik manbai bo'lishlari mumkin.

Shunday qilib, ichburug' infeksiyasining asosiy manbai bemor bo'lib, rekonvalesentlar esa qo'shimcha manbadir.

Najas — og'iz mexanizmi ichburug' yuqishida asosiy bo'lib hisoblanadi. Ichburug' qo'zg'atuvchilari organizmga oziq-ovqatlar, suv va maishiy muloqot yo'llari bilan tushadilar.

Oziq-ovqat omili ichburug' infeksiyasining yuqishida asosiy hisoblanadi. Ichburug' qo'zg'atuvchilari bilan oziq-ovqatlarning ifloslanishi ularni tayyorlashda, saqlashda va iste'molga chiqarish vaqtida yuz beradi va asosan termik qayta ishlov berilmaydigan, hamda etarli darajada qayta ishlov berilmaydigan mahsulotlar: sut mahsulotlari, non mahsulotlari, yaxna ichimliklar, sabzavot mevalar va boshqalar ifloslanadi.

Oziq-ovqat omili Zonne ichburug'ining asosiy tarqalish yo'li ekanligi, Zonne shigellalarining tashqi muhitga chidamliligi, oziq-ovqatlarda ko'payish xususiyatiga egaligi bilan tushuntiriladi.

Suv omili ham shigellalar tarqalishining asosiy yo'llaridan biridir. Chunki shigellalar suvda 3 oygacha tirik saqlana oladilar. Shigellalar bilan ifloslangan suvni iste'mol qilinganda juda ko'p kishi kasallanadi. Yu. P. Solo-dovnikovning (1975) fikricha, suv omili Fleksner ichburug'ida asosiy yuqish yo'li bo'lib hisoblanadi. Tashqi muhit shart-sharoitlari va obyektlari ham ichburug' tarqalishida muhim omillardan biri hisoblanadi; bular asosan idish tovoqlar, o'yinchoqlar, oqliklar va boshqalar. Maishiy muloqot Grigoryev-Shig qo'zg'atuvchisi uchun asosiy yuqish yo'lidir.

«Iflos qo'llar» omilining ichburug' tarqalishida roli borligi qadimdan ma'lum. Ko'pchilik olimlar ichburug'ni «iflos qo'llar kasalligi» deb e'tirof etganlar. Yuvlmagan qo'llar terisida shigellalar 2-2,5 soat saqlanadi, yuvilgandan keyin esa 20-25 minutgacha yashaydi. Bu omil asosan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarning ichburug' bilan og'rishida o'rin egallaydi.

“Pashsha omili”ning ham ichburug' tarqalishidagi epidemiologik ahamiyati kattadir. Buni ichburug'ning pashsha ko'p vaqtida ko'proq uchrashi bilan tushuntirish mumkin, boshqacha qilib aytganda, pashshalar asosan odamlar iste'mol qiladigan oziq-ovqatlar bilan oziqlanadilar. Ichburug' bilan chaqaloqlar ham, keksa yoshdagilar ham kasallanaveradilar. Ammo kasallikning asosiy qismi 2-4 yoshdagilarga to'g'ri keladi. Ular organizmi immun tizimining etarli takomillash-

magani va bolalar orasida ichburug' tarqalishining epidemiologik xususiyatlariga bog'liq. Ichburug' issiq iqlimli o'lkalarda ko'p uchraydi. Ichburug' mavsumiylikka hos kasallik bo'lib, u asosan yoz oylarida ko'proq qayd qilinadi.

Patogenezi. Ichburug' da patologik jarayon rivojlanishida bir necha bosqichlar tafovut qilinadi: epidemiologik, birlamchi-regionar infeksiya, toksinemiya, vitseral, patologiya (ichki a'zolar zararlanishi) va oqibatlar bosqichidir.

Epidemiologik bosqich – shigellalarning organizmga kirishidan yo'g'on ichak distal qismi zararlanishigacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Shuni alohida ta'kidlab o'tish kerakki, shigellalarning organizmga tushishi hamma vaqt ham kasallik rivojlanishi bilan namoyon bo'lavermaydi. Kasallik rivojlanishi mikroblarning xususiyatiga va makroorganizmning holatiga bog'liqdir. Shigellalarning virulentli, toksigenli, chidamli shtammlarigina kasallik qo'zg'atadi. Makroorganizm esa uning himoya funksiyasining susayishi tufayli quyidagi holatlarda: ovqatlanishning buzilishi, gipovitaminozlar, gipotrofiya, asab tizimining buzilishlari, organizmning allergik foni, tashqi muhit haroratining keskin o'zgarishi, ichak disbakteriozi, ichak faoliyati buzilishi kasallik rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'diradi.

Shigellalar organizmga og'iz orqali kiradi. Biz yuqorida shigellalarning organizmga tushishi hamma vaqt ham kasallik yuzaga keltiravermasligini ta'kidlab o'tgan edik. Shigellalar ichak saqlanmalari bilan ichak yo'lida harakatlanadi, yo'g'on ichak distal qismida esa o'zining enterotrop xususiyatini namoyon qilib, shilliq qavatning yuzasiga qismiga so'riladi. Uning natijasida epiteliyning o'choqli zararlanishi yuzaga keladi. Shigellalar hujayra ichi parazitligini namoyish qilib, ichak disbakteriozini yuzaga keltiradi. Bu bosqichda qo'zg'atuvchilarning ko'payishi yuzaga keladi.

Bu bosqichning klinik ko'rinishi ichburug' zaharlanishi bo'lib hisoblanadi. Bu esa toksinlarning birlamchi o'choqdan qonga so'rilish oqibatidir. Ayrim hollarda (Grigoryev – Shig ichburug'i) bakteriemiya bo'lishi mumkin, lekin bu ichburug' uchun ahamiyatga ega emas. Ichburug' toksini qon orqali aylanib, MATga, ichki organlar interoretseptorlariga ta'sir qilib, umumiy va teri sensibilizatsiyasiga sabab bo'ladi. Toksinning ichki a'zolari interoretseptorlariga ta'siri oqibatida oshqozon ichak yo'li faoliyati buzilishi, uning motor, sekretor faoliyati izdan chiqishi, hamda yurak qon tomir tizimi faoliyatining izdan chiqishi kuzatiladi.

Bemor organizmidagi o'zgarishlar nafaqat shigellalar toksini ta'siri, balki organizmning javob reaksiyasi hamdir. Kasallikning birinchi kundan boshlab himoya mexanizmlari ishga kirishib, qo'zg'atuvchining

organizmdan chiqarish yo'llarini izlaydi. Yo'g'on ichakda esa birinchi kunlardanoq yallig'lanish-degenerativ o'zgarishlar bilan bir vaqtda reparatsion (tiklanish) jarayoni rivojlanadi.

Vistseral patologiya bosqichida umumiy zaharlanish belgilari kamayib, distal kolit belgilari yaqqol namoyon bo'lishi va oshqozon, ingichka ichak, jigar, oshqozon osti bezida funksional va morfologik o'zgarishlar yuz berishi bilan ta'riflanadi.

Toksin ta'sirida yuzaga kelgan yo'g'on ichak distal qismidagi o'zgarishlar qon aylanishining buzilishi natijasida chuqurlashadi. Ichak devoridagi meysner va auerbax nerv chigallari toksinlarning ta'sirida zararlanadi va MATda o'ziga xos qo'zg'alish o'chog'i vujudga keladi. Bundan tashqari patologik jarayon rivojlanishida biologik faol moddalar – gistamin, atsetilxolinlarning ta'siri ham bor.

Toksinning mahalliy va umumiy ta'siri natijasida yo'g'on ichak silliq mushaklarining qisqarishi kuzatiladi. Ichakda morfologik o'zgarishlar (giperemiya, tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi, shilliq hosil bo'lishining ko'payishi) bilan bir qatorda harakat, sekretor, so'rilish faoliyatlari buziladi, bular esa klinik jihatdan qorinda xurujsimon og'riqlar, ichning suyuq o'tishi, tenezmlar, yolg'on chaqiruvlar va najasda qon hamda shilliq mavjudligi bilan namoyon bo'ladi. Ichak disbakteriozi chuqurlashadi, bunga antibiotikoterapiya ham o'z hissasini qo'shadi. Umumiy allergik va autoimmun reaksiyalar kuzatiladi.

Oqibatlar bosqichi – immunitet va boshqa himoya mexanizmlari oqibatida 76 – 80% hollarda kasallik klinik sog'ayish bilan tugaydi. Organizm funksiyalarining tiklanishi, desensibilizatsiya va reparatsiya jarayonlari kasallikning 3–4 haftalarida ro'y beradi.

Surunkali ichburug'ning patogenezi o'tkir ichburug' patogeneziga nisbatan bir oz murakkabroqdir, chunki asosiy patologik jarayonga qo'shimcha omillarning ta'siri qo'zg'atuvchining rolini kamaytiradi.

O'tkir ichburug'ning surunkali shaklga o'tishiga bir qancha ekzogen va endogen omillar ta'sir qiladi. Ekzogen omillarga bemorlarni kech gospitalizatsiya qilish, noto'g'ri davolash, kasalxonadan erta javob berish, bemorlarning ovqatlanish qoidalariga rioya qilmasligi, super- va reinfeksiya va boshqalar kiradi. Endogen omillarga immunologik reaktivlikning susayishi, organizmning turli allergenlarga sensibilizatsiyasining oshishi, oshqozon – ichak yo'lining premorbid holati, oshqozon – ichak yo'lining biror joyida turli zararlanishlar mavjudligi (chaynash apparatidagi defektlar, ichakning turli anomaliyalari, gastrit, yara kasalligi, appenditsit, pankreatit, gepatit, xoletsistit); surunkali infeksiyalar (sil, bezgak, qora-oqsoq) ning mavjudligi; sodda jonivorlar va gijjalilar bo'lishi; disbakterioz,

endokrin bezlari faoliyati buzilishi, yosh omili va boshqalar kiradi. Asab tizimidagi o'zgarishlar ham alohida o'rin tutadi.

Klinikasi. Bizning respublikamizda ichburug'ning quyidagi klinik tasnifi qabul qilingan:

1. O'tkir ichburug'

A) kolitik shakli – engil, o'rta og'ir, og'ir.

B) gastroenterokolitik shakli – engil, o'rta og'ir, og'ir.

2. Bakteriya chikaruvchanlik (subklinik, belgilarsiz).

3. Surunkali ichburug'

a) qaytalanuvchi b) uzluksiz v) aralash

O'tkir ichburug'. Bir necha kundan 3 oygacha cho'ziladi va tsiklik tarzda kechadi.

O'tkir ichburug' bir qancha davrlarda kechadi: 1. Yashirin davri; 2. Boshlang'ich; 3. Avj olishi; 4. Kasallik belgilarining so'nishi va sog'ayish davri

Yashirin davri 12 soatdan 7 kungacha (o'rtacha 2-3 kun) cho'ziladi. Bu davr patogenezning birlamchi – regional infeksiya fazasigi to'g'ri keladi. Bu davrda ichakda qo'zg'atuvchilar to'planadi va ko'payadi.

Boshlang'ich davri. Ba'zi hollarda ichburug'ning boshlang'ich davri qisqa muddatli umumiy zaharlanish va distal kolit belgilarining juda tez rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Boshlang'ich davrining cho'zilishi bir qancha variantlarda kechadi. Hammadan ko'p kolitik varianti uchraydi. Bu variant banal kolit shaklida bo'lib, tenezmlar, yolg'on chaqiriqlar, sigmasimon ichak qisqarishi, najasda qon borligi kuzatilmaydi, enterit varianti – qorinda og'riq, kindik atrofida qorin qapchishi va quldirash patologik aralashmasiz, suvsimon, badbo'y, suyuq ich ketish kuzatiladi.

Kasallik ayrim hollarda ovqat toksikoinfeksiyasi ko'rinishda boshlanadi. Bunda kasallik umumiy zaharlanish belgilaridan boshlanib, tezda bemordagastroenterit belgilari yuzagakeladi. Grippsimon yoki tifsimon boshlanishda haroratning keskin ko'tarilishi, qaltirash, kuchli bosh og'rig'i, asab va ruhiy buzilishlar, ba'zan meningial belgilar yoki ensefalopatiyalar kuzatiladi.

Kasallikning avj olish davri. Ichburug'ning tipik shakllarida bemorlar bosh og'rig'iga, uyqu buzilishiga, ishtahaning yo'qolishiga, qorinning chap tomondagi og'riqqa, umumiy darmonsizlik va holsizlikka, ko'ngil aynishi, tenezmlar va yolg'on chaqiriqlarga shikoyat kiladilar.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda, ularning holati diqqatni tortadi. Bemorlar yon tomoniga yoki chalqancha yotib, oyoqlarini qorniga bukkan holda, qornini qo'llari bilan isitishga harakat qiladi. Vaqti-vaqti bilan bemorlarning yuzida og'riq ifoda- sini ko'rish mumkin, bu esa qorindagi

xurujsimon og‘riqlar va tenezmlarning ifodasidir. Davomli va yuqori isitma ichburug‘ uchun xos emas. Isitmaning davomiyligi bir necha soatdan 2-5 kungacha cho‘ziladi. Isitma subfebril, ayrim hollarda 40-41°S darajaga ko‘tariladi.

Agar kasallik engil kechsa, teri, shilliq qavatlar, teri osti yog‘ qavatida o‘zgarishlar deyarli bo‘lmaydi. Sezilarli darajadagi ichak toksikozida esa terining oqimtirligi va quruqligi, turgori sustlashganligini, yuz qiyofasi o‘tkirlashganligini, yuzlari najot istayotganligini ko‘rish mumkin. Bemorlarning lablari quruq, yorilgan, ko‘zlari ichiga botgan, ular atrofida ko‘k halqalar hosil bo‘ladi, muchalari sovuq bo‘lib qoladi. Ba‘zan yuzlarda gerpetik toshmalar kuzatiladi.

Belgilarining so‘nish davri — umumiy zaharlanish va kolit sindromlarining so‘nishi bilan tavsiflanadi. Asta sekinlik bilan bemorlarning uyquasi va ishtahasi yaxshilanadi, qorindagi og‘riqlar kamayadi yoki yo‘qoladi. Najas bo‘tqasimon tusga ega bo‘ladi va unda bir oz shilliq bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha ich ketish qabziyat bilan almashinadi. Bemorlar holati faol bo‘ladi. Ichburug‘ning cho‘zilgan hollarida oshqozon-ichak yo‘lidagi o‘zgarishlar yaqqol bo‘lib, najas bilan qo‘zg‘atuvchilar chiqib turadi.

Sog‘ayish davrida juda ko‘p rekonvalesentlar amaliy sog‘lom bo‘ladilar. 2-4 hafta mobaynida kasallik oqibatida yuz bergan fiziologik mutanosiblik tiklanadi. Bu davrda ichakdagi morfologik o‘zgarishlar ham asl holiga kaytadi va organizm qo‘zg‘atuvchilardan butunlay tozalanadi.

Surunkali ichburug‘. Ichburug‘ning surunkali shakli deb kasallik 3 oydan ko‘p davom etgan turiga aytiladi. Super va reinfeksiya holatlarida surunkali ichburug‘ bir necha yil davom etadi. Surunkali ichburug‘ning uzluksiz, qaytalanuvchi va aralash shakllari mavjud. Surunkali ichburug‘ning uzluksiz shakli umumiy holatlarning 38.8%ini tashkil qiladi.

Bu shaklda u yoki bu belgilar har doim bemorda topilaveradi va tez-tez qaytalanib turadi. Kasallikning juda uzoq va uzluksiz davom etishi natijasida bemorlar behol bo‘lib qoladilar hamda tuzalishga ishonch yo‘qoladi. Bemorlar tez qo‘zg‘aluvchan, yomon uxlaydilar, vegetativ asab tizimi iztiroblanish belgilari (terlash, yurak qon — tomir tizimi sustligi) kuzatiladi. Ba‘zan oddiy ta’sirlardan bemorlar qornida og‘riq bo‘lishi kuzatiladi. Bu ta’sirlar o‘z ichiga parhezni buzish, jismoniy toliqish, charchash va boshqalarni oladi. Ba‘zan epigastral sohada og‘irlik hissini vujudga keltiradilar. Najas shakllangan yoki bo‘tqasimon bir oz shilliq aralash bo‘ladi. Ba‘zan qabziyat ichning suyuq ketishi bilan almashinadi. Ichak shilliq qavatida atrofiya jarayonini ko‘rish mumkin.

Qaytalanuvchi shakli 41.8 % hollarda uchraydi va kasallik qaytalanish va remissiyaning o‘zaro almashinib turishi bilan ta’riflanadi. Retsidivlar

o'tkir ichburug'dan 3-6 oy o'tgach yoki oldingi retsidivdan shuncha muddat o'tgach ro'y beradi. Ko'pincha zo'riqishlar yoz faslida kuzatiladi. Klinikasida o'tkir ichburug'ning belgilarini takrorlaydi. Ich o'tish kamroq kuzatiladi, bemorlarni tenezmlar va yolg'on chaqiriqlar bezovta qiladi.

Bunday shaxslarni obyektiv tekshirganda, chuqur paypaslaganda yo'g'on ichakning turli qismlarda spazm, og'riq yoki infil'tratlar aniqlanadi.

Asoratlari. Hazm qilish tizimi tomonidan orqa teshikning turli xildagi dermatitlari, yorilishi, gemorroy, to'g'ri ichak shilliq qavatining tushishi, ichak invaginatsiyasi, ichakdan qon ketishi va peritonit kabi asoratlar uchraydi.

Ichburug' xastaligida qondagi o'zgarishlar zaharlanish darajasi va kasallikning davomiyligiga bog'liqdir. Ko'pchilik bemorda 1 yoki 2 marta tekshirganda ham o'zgarishlar deyarli bo'lmaydi. Ammo xastalik kuchli zaharlanish bilan kechganda, leykotsitoz (3000-20000) yoki leykopeniya (3000-4000) rivojlanishi mumkin. Ikkala holatda ham neytrofillyoz kuzatiladi, bundan tashqari EChT tezlashgani ko'riladi. Aneozinofiliya yoki eozinopeniya xastalikning birinchi kunlaridan eozinofillar, sog'ayish hujayralari paydo bo'ladi.

Tashxisoti. 1. Klinik — epidemiologik usul - tashxis qo'yishda asosiy bo'lib hisoblanadi. 65-80 % hollarda ichburug' tashxisi aynan shu usul orqali qo'yiladi. To'g'ri yig'ilgan anamnez: kasallikning boshlanishi, harorat tavsifi, belgilar-ning ketma — ket paydo bo'lishi, tibbiy muassasaga murojaati, uy sharoitida davolanganligi va uning samarasi tashxis qo'yishda katta ahamiyatga ega. Oshqozon-ichak trakti faoliyatiga alohida e'tibor beriladi. Ishtaha tavsifi, qorin og'rig'i, tenezmlar va yolg'on chaqiriqlar, ich o'tishi, soni, najasning tarkibida patologik aralashmalar borligi va boshqalar. Epidemiologik ma'lumotlar ham ichburug' tashxisotida alohida o'rin tutadi. Bunda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, ovqatlanish rejimi, ichimlik suvi bilan ta'minlanganlik, bemor bilan muloqoti va hokazolar asos bo'ladi.

1. Bakteriologik usul. Laboratoriya xodimlarining malakasi, ekish uchun material olish muddati va to'g'riligi, muhitning sifati kabilar bakteriologik tekshirish usulining eng asosiy va zaruriy shartlaridir. Najasni idishlardan, steril tampon, shisha tayoqcha, qoshiqcha, sim bilan olingan materialni ekish, bir necha marotaba tekshirish, antibiotiklar berilguncha material olish kabi shartlar bakteriologik tekshirishning sifati va musbat natijasini oshiradi.

Egri gemaglutinatsiya reaksiyasi ham kasallikning 5—kunlaridan boshlab musbat natija bera boshlaydi. Uning diagnostik titri 1:160 va undan yuqori bo'lsa, musbat hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda ichburug' tashxisotida qonda va boshqa biologik suyuqliklarda antigenlarni aniqlaydigan bir qancha usullar AEGR – autoeritrotsitlar gemagglutinatsiya reaksiyasi, O-AGA reaksiyasi qo'llanilmoqda.

Rektoromanoskopiya juda katta ahamiyatga ega bo'lgan morfologik tekshiruv usulidir. Rektoskop yordamida yo'g'on ichakning pastki 30 smli qismi shilliq pardasida yuz bergan patomorfologik o'zgarishlarni ko'z bilan ko'rish mumkin. Ichburug' tashxisotida Tsuverkalov teri-allergik reaksiyasidan ham foydalaniladi.

Ichburug'ni salmonellyoz, vabo, amyobiaz, nospetsifik yarali kolit, yo'g'on ichak saratoni, balantidiaz va boshqa kasalliklar-dan farqlash kerak.

Davosi. Ichburuqqa chalingan bemorlarni davolash maqsadli va asoslangan bo'lishi shart.

Davolash parhezi davolashda etakchi o'rinni egallaydi. Bemorlarga ichak shilliq qavatini mexanik va kimyoviy ta'sirlaydigan mahsulotlar kirmaydigan Pevzner bo'yicha 4- stol buyuriladi. Kasallikning o'tkir davrida go'shtli va tovuq sho'rva, qaynatilgan baliq, bo'tqalar, toza tvorog, 2-3 kunlik qatiq, qattiq non, anor tavsiya etiladi. Bemor kuniga kam-kam 4-5 marta ovqatlanishi kerak.

Davolashning asosiy omillaridan biri ko'proq suyuqlik iste'moli hisoblanadi. Bemorlarga regidron, glyukosolan, uy sharoitida esa qand-tuzli eritma (1 litr qaynatib sovutilgan suv+40 g oqqand kukuni+5 g tuz+0,5 choy qoshiq ichimlik sodasi) si tavsiya qilinadi.

Dori-darmonli davolash qo'zg'atuvchi va uning zahariga qarshi, patogenetik va simptomatik buyurilishi shart. Kasallikning 1-2 kunida oshqozonni yuvish, tozalovchi ho'qna o'tkazish davolash samarasining yuqori bo'lishini ta'minlaydi. Ichak enterosorbentlari (smekta, bektit-M) bakteriyalar va ularning zaharlarini organizmdan chiqarishga samara beradi. Bektit-M tarkibida alyuminosilikat saqlagan yuqori enterosorbtsion faollikka ega me'da ichak yo'lining faoliyatini tez tiklaydigan samarali preparat. Preparat o'tkir va surunkali diareyalarda, o'tkir ichak infeksiyalari (salmonellez, o'tkir ichburug', esherixiozlar, ovqat toksikoinfeksiyalari va boshqalar)da, hamda ichak kuchaniqlarida qo'llaniladi. Bektit-M kattalarga 1 paketdan kuniga 3 mahal suspenziya holda buyuriladi. Paketdagi kukun qaynatib sovutilgan suvga (suv harorati 18-20°S) asta-sekinlik bilan suspenziya holiga kelguncha aralashtiriladi. Bolalar uchun 1-2 yoshda kuniga 1 paketcha, 2 yoshdan kattalarga 2 paketcha kuniga 3 martaga belgilanadi. Bolalarga kukunni qand, glyukoza yoki asal bilan shirinroq holda berish mumkin.

Etiotrop vosita sifatida qo'llanilayotgan antibakterial preparatlar 3 guruhga bo'linadi:

I. Boshlang'ich preparatlar. Kasallik birinchi aniqlanganda (ambulatoriyada yoki statsionarda) birinchi soatlarda beriladi. Bularga keng tarqalgan, qimmat bo'lmagan, ichak orqali kam so'riladigan, ichak bo'shlig'ida bakteriotsid va bakteriostatik ta'sirli preparatlar kiradi. Nitrofuranlardan furazolidon, nufuroksazil, sulfanilamidlar tavsiya etiladi.

I. Alternativ preparatlar:

A) I guruhi effektsiz bo'lganda:

B) Kasallik o'rta og'ir va og'ir kechganda, kasallikni kechiktirib kelganda:

Alternativ preparatlar sifatida amoksatsilin va aminoglyuko-zidlarning II guruhi aminatsin, metilmetsin, ichishga ko'rsatma bo'lganda parenteral makrolidlarning II avlodi – azitromitsin buyuriladi.

III. Zahira preparatlar reanimatsiya va intensiv terapiyada qo'llaniladi:

A) bolalarda og'ir va generalizatsiyalashgan O'II da.

B) kasallik o'rta og'ir va og'ir kechganda, II guruh foydasiz bo'lganda.

III guruhga rifampitsin, tsefalosporinlarning III va IV avlodi- tsefbuten va tseftazidim, ftorxinolinlardan- norflokstsilin 12 yoshdan katta bolalar (qolganlarida faqat ko'rsatma bo'lganda). Karbopenamlar - imipenam (tsipostin, merapenam). Rezerv preparatlar davriy ravishda anti-biotikogramma va davo effektlariga qarab o'zgartiriladi.

Ichburug'ni davolashda patogenetik vositalar muhim ahamiyat kasb etadi. Kasallikning suvsizlanish bilan kechadigan shakllarini davolashda tuzli eritmalar (disol, trisol, astsesol), umumiy zaharlanish bilan kechganda poliion eritmalar (gemodez, poliglyukin, reopoliglyukin) buyurish maqsadga muvofiqdir.

Kasallik tufayli yuzaga kelgan fermentopatiyani bartaraf qilishda pankreatin preparatlari (penzetal, kreon)ning samarasi yuqoridir. Amaliyotda qo'llaniladigan eubiotiklar (bifidumbakterin, kolibakterin, lineks, xilak forte) ichburug'ni davolashda yordamchi vosita sifatida muhim o'rin egallaydi.

Antibakterial davoni tayinlashda bemorning statsionarga tushish muddati, kasallik og'irligini, turli preparatga nisbatan chidamlilikni va iloji bo'lsa bemordan ajratib olingan shigellalarning sezgirligini e'tiborga olish kerak.

Himoyalovchi—quvvatlantiruvchi tartib: Qorindagi spastik og'riqlarni, tenezmlarni kamaytirish yoki yo'q qilish uchun belladonna preparatlari 0,015 g dan yoki 3 – 4 tomchidan kunda 2 – 3 mahal, 0,1% - 1 ml atropin eritmasi, 0,02 % - 1 ml platifilin eritmali kunda 2–3

mahal, 1-2 % - 1ml papaverin eritmasi, no-shpa tabletkalari 1-2 tabletkadan kunda 2-3 mahal tayinlanadi.

Parhez. Kasallikning boshidan tortib uning butun davomiyligi buylab vitaminlarga boy to'yimli, lekin mexanik, kimyoviy ishlov berilgan parhez tayinlanadi.

Vitaminoterapiya: 250-500 mg askorbin kislotasi; 20 mg nikotin kislotasi; 50 mg vitamin B₁; 15-20 mg B₂, 50 - 100 mg vitamin B₆; 150 - 200 mg vitamin B₁₂ buyuriladi.

Ichburug'da bulardan tashqari vitamin A, gemorragik sindrom yuz bersa, K va P vitaminlari tayinlanadi. Nospetsifik stimulyator preparatlari ichburug'da nospetsifik rezistentlik va organizmning immunologik reaktivligini oshirish maqsadida qo'llaniladi. Pirimidin asosli preparatlar: Metiluratsil 1-1,5 g, pentoksil 0,2-0,4 grdan kunda 3-4 mahal ichish tayinlanadi. Qon va plazma tomchi usulida 100-150 mldan 2 martadan 6 martagacha orasidagi tanaffus 1-4 kun bo'lishi kerak. Albumin 5 yoki 10% eritma shaklida vena ichiga tomchi usulda 100 - 150 mldan yuboriladi.

Kaltsiy xlor, kaltsiy glyukonat, dimedrol, suprastin, pipolfen kabi preparatlar ham qo'llaniladi. Toksik shakllarida steroid gormonlardan gidrokortizon, prednizolon tayinlanadi.

Mahalliy davolash sifatida antimikrob preparatlar tayinlanadi. 5 % li sarimsoqli eritma, 1: 5000 nisbatdagi furatsilin eritmasi, grimitsidin S -2 klizma sifatida, 1 - 2% li sulfanilamidlar eritmasi, 200 ml o'simlik moyi yoki baliq yog'i va 0,5 - 1gr antibakterial preparat saqlagan moyli xo'qnalar ishlatiladi. O'rab oluvchi vositalardan 0,5 %li tanin, 0,5 % li kollargol, 1:5000 nisbatdagi margansovka eritmalari qo'llaniladi. Asab tizimi faoliyatini me'yorga soluvchi preparatlardan 0,25%li navokain eritmasi, kraxmalli klizma (1 choy qoshiq kraxmal 1,5 stakan suvga aralashtirib tayyorlanadi), har qanday ho'qnaga 0,5 g anestezin qo'shib yuborilishi maqsadga muvofiq. To'qima reparatsiyasini kuchaytiruvchi preparatlar - Shostakovskiy balzami (vinilin)ni 25 - 40 gr dan yuborish mumkin.

Kasallik uzoq kechadigan bo'lsa hamda distrofiya, ichak shilliq qavatlarida uzoq bitmaydigan yaralar bilan asoratlangan bo'lsa anabolik gormonlar tayinlanadi. Metandrostenolon kabi preparatlar ovqatdan oldin kunda 10-12 mg dan, terapevtik effektini saqlab qolish uchun 5 mg/sutka berib boshlanadi. Bitta davo kursi 4 - 8 hafta. Retsidivlar va xurujlar vaqtida himoyalovchi-quvvatlovchi rejim, uzaytirilgan fiziologik uyqu, parhez va vitaminoterapiya, asab tizimini tinchlantiruvchi terapiya, vaksinoterapiya va stimullovchi vositalar fonidagi antibakterial davolash, davo klizmalari, oshqozon - ichak trakti, jigar, me'da osti bezlarning

o‘rin bosuvchi terapiyasi, o‘tkir xurujlar tugagach—fizioterapevtik davo choralari olib boriladi. Ambulator nazorat va davolash davrlarga mos keladigan remissiya vaqtida aktiv davolash talab qilinmaydi, bunda ishlash, maishiy hayot va dam olish rejimiga rioya etish, asta—sekinlik bilan parhezni kengaytirib borish, yo‘ldosh kasalliklarni davolash, o‘rin bosuvchi terapiya, fizioterapevtik muolajalar olib boriladi.

Rekonvalesentlarga uyiga javob berish odatda, klinik sog‘ayish va ichak sanatsiyasidan so‘ng amalga oshirilib, o‘tkir ichak kasalliklari bilan og‘rigan, bakteriologik diagnozi tasdiqlanmagan bemorlar klinik sog‘aygandan 3 kun o‘tgandan so‘ng, oziq — ovqat, muassasalarida faoliyat ko‘rsatuvchi bemorlar esa, davo kursi tugagach 2 kundan keyin bir marta tekshirish o‘tkazilgach javob beriladi. Surunkali ichburug‘da bemorlarni uyiga javob berishda klinik sog‘ayish yuz bergach, 10 kun davomida najas me‘yoriy bo‘lsa, hamda davolashdan 3 kundan so‘nggi bakteriologik tekshirishlar manfiy natija bergach amalga oshiriladi.

Profilaktikasi. Ichburug‘ning muvaffaqiyatli profilaktikasiga epidemik jarayonning uchala zanjiriga - infeksiya manbai, yuqish yo‘li va organizm moyilligi kabilarga qaratilgan, kompleks tarzda o‘tkazilgan sanitar — gigienik, davo — profilaktik va epidemiyaga qarshi chora — tadbirlar o‘tkazish orqali erishiladi.

Vabo

Vabo - antroponoz turkumga kiruvchi o‘tkir yuqumli ichak kasalligi bo‘lib, qo‘zg‘atuvchisi vibriondir. Bu kasallik qo‘zg‘atuvchisi zaharining va ishlab chiqargan fermentlarining hamda ayrim biologik faol moddalarning ingichka ichak epitelial hujayrasining membranasiga va ferment tizimiga ta‘sir qilishi natijasida ich ketish, qusish va kapillyarlarda qon aylanishining buzilishi natijasida, bemor tanasining suvsizlanishi bilan tavsiflanadi.

“Xolera” yunonchada “tarnov” degan so‘z bo‘lib, vabo kasalligidagi ich ketish yomg‘irdan so‘ng tarnovdan oqib tushgan suvdek oson va og‘riqsiz bo‘ladi degan ma‘noni anglatadi. Yoki “xolera “so‘zi ikkita lotincha (hole-safro), (reo-oqaman) so‘zining qo‘shilishidan kelib chiqqan bo‘lib, qadimda hakimlar vaboda juda ko‘p miqdorda safro oqib chiqadi deb o‘ylaganlar.

Hozirgi kunda vabo kasalligi dunyoning barcha qit‘alarida qayd qilingan. A.S. Atabekov, I.X. Mamatqulov (2000) tahlillariga ko‘ra, 1970-1999-yillarda qayd qilingan kasallarning (3347205 nafar) 34,94% i Amerika, 33,47% Osiyo, 31,23% i Afrika, qolganlari boshqa qit‘a mamlakatlariga to‘g‘ri keladi.

Etiologiyasi. Vabo qo'zg'atuvchisi vibrion deb ataladi. Vibrion lotincha vibrio degan so'zdan olingan bo'lib to'liqlanuvchi, bukiluvchi degan ma'noni bildiradi. Shakli vergulga o'xshaganligi uchun "Kox verguli" degan nom olgan, chunki bu vibrion 1883-84-yillarda Misrdagi epidemiya vaqtida nemis olimi Robert Kox tomonidan aniqlangan. Ikkinchi vibrion El-Tor deb ataladi. Bu vibrionni 1906-yilda Gotshlix Afrikadagi El-Tor deb atalgan karantin bekatida Makkadan haj safaridan qaytib kelayotgan va ich ketishidan qazo qilgan marhumning najasidan ajratib olingan.

Vabo vibrionlari mikroskop ostida biroz bukilgan, vergulga yoki tayoqchaga o'xshash bo'lib ko'rinadi. Tashqi muhitda va ozuq moddalarga ekilganda vibrionlar har xil, sharsimon, spiralsimon, biroz uzunchoq, drojjasimon va filtranuvchi bo'lib ko'rinadi. Spora va kapsula hosil kilmaydi. Bitta, lekin baquvvat xivchini uning harakatchanligini ta'minlaydi. Vabo qo'zg'atuvchisining bu harakatchanligi vibrionlarni bir-biridan farqlashda albatta e'tiborga olinadi. Vabo vibrioni hamma oddiy anilin bo'yoqlari bilan bo'yaladi, grammanfiy, oddiy ozuqa muhitlarda o'sadi. Vabo vibrioni endo- va ekzotoksindan iborat birikma ajratadi. Vabo vibrionlarining somatik, haroratga chidamli 0 - antigeni va hamma vibrionlarga xos bo'lgan, haroratga bo'lgan munosabati o'zgaruvchan N - antigeni bor. O - antigenini tuzilishiga qarab, vabo vibrionining 39 sero- gruppasi farqlanadi.

Vabo vibrioni 01 gruppaga kiradi va 3 ta seroti pga ajratiladi: a) Oqava, o'zida 0-antigeni va AB fraksiyani saqlaydi; b) Inoba, o'zida AS - fraksiyani saqlaydi; v) Gikoshima, o'zida AB va S fraksiyani saqlaydi.

Vabo vibrioni antibiotiklarga, jumladan tetratsiklinga, levomitsetinga, rifampitsinga, sigmomitsinga, morfotsiklinga, eritromitsinlarga sezgir. Vabo vibrioni tashqi muhit ta'siriga birmuncha chidamli, ochiq suv havzalarida bir necha haftagacha yashaydi, gidrobionlar bor suvda esa qishdan eson-omon yashab chiqishi mumkin. Qurimagan najasda 200 kundan ortiq yashashi mumkin, past haroratga chidamli, quyosh nuri ta'sirida tez o'ladi. Shuningdek quritganda, dezinfeksiya qiluvchi moddalar ta'sir ettirilganda, ayniqsa kislotaga ta'sir ettirilsa o'ladi, qaynatilganda yanada tezroq o'ladi. Klassik vibrionga qaraganda El-Tor vibrioni tashqi muhit ta'siriga chidamliroq.

Vabo vibrionining yangi 0139 tipi aniqlangan va ko'pchilik olimlarimizning fikricha, hozirgi pandemiya shu qo'zg'atuvchi tufayli kechayapti. Bu tip toksik kuchli, antibiotiklar (levomitsetin va tetratsiklin)ga chidamli, kasalligi og'ir kechadi va tez orada o'limga olib keladi.

Epidemiologiyasi. Vaboda kasallik qo'zg'atuvchisi manbasi - bemor odam, rekonvalescent hamda sog'lom vibrion tashuvchilar hisoblanadi.

Vibriion sovuqqonli suv hayvonlar organizmida uzoq vaqt saqlanishi mumkin (baliq, qurbaqa, qisqichbaqa va h.k). Vibriionlar kasal va sog'lom tashuvchilar organizmidan najas va qusuqlar orqali ajralib turadi. Kasallikni engil va klinik belgisiz kechirayotgan bemorlar epidemik xavf soladilar. Rekonvalesentsentlar kasallikni o'tkazgandan so'ng 3 haftadan to 7-yilgacha vibriion ajratib turishlari mumkin (El-Tor), bunda asosan vibriion o't pufagida saqlanadi.

Boshqa ichak kasalliklariga o'xshash vabo ham og'iz orqali, vabo ko'zg'atuvchisi bilan ifloslangan suvni (oqova, ko'l, hovuz, ariq va vodoprovod ichimlik suvlari) qaynatmay iste'mol qilganda, ovqat, asosan sut mahsulotlari iste'moli bilan yuqadi. Kasallikning go'sht va go'sht mahsulotlari, baliq va baliq mahsulotlari, dengiz mahsulotlari, salqinlashtiruvchi ichimliklar orqali yuqish ehtimoli ham yuqori. Vabo bilan og'rigan bemorlarni parvarishlaganda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilinmasa hamda iflos qo'l va pashshalar orqali yuqishi mumkin. Vabo uchun mavsumiylik xos bo'lib, yoz va kuz fasliga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Sog'lom odam vibriioni bilan ifloslangan suv yoki oziq-ovqatlar iste'mol qilganda, bemor yoki sog'lom rekon- valesent vibriion tashuvchi bilan muloqotda bo'lganda zararlanishi mumkin. Oshqozon shirasining kislotali muhitida vibriion ko'plab o'ladi va endotoksin chiqaradi, lekin alohida sharoit bo'lsa, ingichka ichakka o'tishi mumkin. Bunday sharoit inson oshqozoni shira ishlamay turgan payt, masalan, nahorgi payt hisoblanadi, yoki haddan tashqari ko'p ovqat yoki suv iste'mol qilganda hamda oshqozonning kislotali muhiti neytrallanganda yuzaga keladi. To'siqdan o'tgan qo'zg'atuvchilar ishqoriy muhitli ingichka ichakka o'tishadi. Ingichka ichakdagi oqsil-pepton vibriionlar uchun yaxshi ozuqa hisoblanadi. Endi qulay sharoitda vibriionlar intensiv ravishda ko'paya boshlaydi va ekzotoksin ishlab chiqaradi, ma'lum bir qismi o'lishi natijasida endotoksin ajralib chiqadi. Vabo vibriionining zahari (ayniqsa xolerogen fraksiyasi) ingichka ichak epitelial hujayrasining enzim sistemasiga ta'sir qilib, adenilattsiklaza fermentining faolligini oshiradi. Musabayev I.K. (1980) fikriga qaraganda, ayrim biologik aktiv moddalar: gistamin, atsetilxolin va prostoglandinlar ham adenilattsiklaza faolligini oshirish xususiyatiga ega ekan.

Vabo vibriionining zahari epitelial hujayraga ta'siri shundan iborat ekanki, bunda xolerogen mikrovorsinkalarning spetsifik retseptorlari va apikal plazmolemmalar bilan mustahkam birlashib olgan adenilattsiklazani aktivligini orqaga qaytmaydigan darajada oshirar ekan. Bu reaksiya natijasida 3-5 ts-AMFning epitelotsitlardagi miqdori oshib ketadi, metabolizmni faollashtiradi va sekin-astalik bilan epitelotsitlardan suv va

elektrolitlarning sekretiya qilinishini tezlashtiradi hamda ultrastrukturasini o'zgartiradi. Buning oqibatida ingichka ichakning epitelial hujayralari so'rish vazifasini umuman to'xtatib, sekretiya qiluvchi vazifasini bajaradi. Xolerogen ta'sirida epitelotsitlarning membranasidagi ionlar almashinuvi buziladi. Ichak bo'shlig'iga ajralib chiqayotgan har xil ionlar osmos va diffuziya qonuniga binoan passiv holda kapillyarlardan suyuqlikning ajralib, ichak bo'shlig'iga chiqishini ta'minlaydi.

Neyrominidaza fermenti ichak shilliq moddasidan hamda ichak epitelial hujayrasi membranasidan sial kislotalarini olib tashlab, vabo vibrioni uchun qo'noq maydoni hosil qilib beradi. So'ngra ichak hujayrasidagi glikolipiddan spetsifikretseptor gangliozid hosil qilib, vibrion faoliyat ko'rsatish uchun juda katta maydon ro'yobga keltiradi. Mutsinaza fermenti epitelial hujayrasining mutsin qavatini parchalab beradi.

Atsetilxolin epitelial hujayrada prostoglandinlarning hosil bo'lishini tezlashtiradi. Prostoglandin ichak membranasini orqali natriy va kaliy almashuvini idora etib, ichak membranasini orqali ichidagi ferment adenilatstsiklaza faolligini oshirib yoki pasaytirib turadi va ATF-dan 3-5 ts AMF hosil bo'lish jarayonida qatnashadi. Prostoglandinlar bir qator gormonlarning ta'sirini kamaytirish xususiyatiga ega bo'lganligi uchun qon tomirlariga depressor va vazokonstruktor ta'sir ko'rsata oladi.

Prostoglandin E ichak harakatini tezlashtirib, suyuqlikning tezlik bilan organizmdan chiqib ketishini ta'minlaydi.

Boshlanishda to'qimalardagi suyuqlik ichak tomon harakatlana boshlaydi, keyinchalik hujayra ichidagi suyuqlik ham ichak tomon harakatlanadi. To'qimalarning suvsizlanishi tomirlarda aylanayotgan qon va plazma hajmining kamayishiga olib keladi va qon quyuqlasha boshlaydi. Qonning ko'krak qafasiga, yurak bo'shliqlariga va yirik tomirlarga qayta taqsimlanishi tufayli, markaziy qon hajmining ko'payishi hisobiga vaqtinchalik bosh miya qon bilan ta'minlanib turadi. Lekin yurakning o'ng kamerasiga og'irlik tushadi.

Ichak kapillyarlari orqali suyuqlik va minerallarning yo'qotilishi davom etayotganligi va qonning quyuqlashishi tufayli vena qon tomirlaridan qaytayotgan qonning hajmi kamayadi. Natijada markaziy venoz bosim pasayib, yurak faoliyati buzila boshlaydi. Yurakning bir daqiqalik hajmi kamayadi, yurak qisqarganda tomirga kam qon chiqib, arterial qon bosim pasaya boshlaydi. Buning uchun yurak urishlar kompensator tezlashadi va qisqa vaqtga arterial qon bosimi bir oz ko'tariladi. Ichakning epitelial hujayrasidan izotonik suyuqligini yo'qotish davom etayotganligi tufayli, qon bosimi yana pasaya boshlaydi. Natijada, ikkinchi kompensator mexanizm ishga tushadi va kapillyarlar qisqaradi.

Shunday kompensator mexanizm yordamida qarshilikning oshishi, mikrotsirkulyatsiyaning kamayishi, to'qima va organlarning qon bilan ta'minlanishi yomonlanishi hisobiga arterial qon bosim yana bir oz ko'tariladi, lekin bu bilan vena qon tomirlaridan qon qaytib kelishi yaxshilanadi. To'qima va organlarning perfuziyasi buziladi, hujayralarning kislorod va oziq moddalar bilan ta'minlanishi, karbonat anhidridning olib ketilishi qiyinlashadi, qonning quyushishi va yopishqoqligi oshishi hisobiga qon tomirlarga nisbatan qarshilik oshadi. Kapillyarlarda ro'yobga kelgan noadekvat perfuziya holatidan biroz bo'lsada qutilish uchun arteriolalar va venulalar o'rtasida kompensator shunt ochiladi va bu yo'l orqali 50%gacha arterial qon venoz qon tomirlariga o'tadi. Shunday holatga tushgan o'pkani karaxtlik holatidagi o'pka deb ataladi.

Qon bilan yaxshi ta'minlanmaganligi uchun to'qimalardagi poksiya, metabolik atsidoz kuchayadi, to'la oksidlanmagan moddalar to'plana boshlaydi, shuning uchun keyingi kompensator mexanizm-nafas olishning tezlashishi kuzatiladi. Natijada, qon karbonat anhidriddan tozalanadi, to'qima va organlar esatozalanmaydi. Gipokapniya holati ro'y beradi va gemoglobin to'qimalarga kislorod berish qobiliyatini yo'qotib, metabolik atsidoz yanada ko'proq rivojlanadi. Organizmda sut kislotasi yig'ila boshlaydi, oqibatda bemor bronx bilan traxeya o'rtasida joylashgan xavo bilan nafas olaboshlaydi va tashqi nafas olish buziladi. Nafas olish 40-60 martagacha tezlashadi, bemor ko'kara boshlaydi.

Yuqorida qayd qilingan hamma sabablar natijasida koronar qon tomirlarida qon aylanish buziladi. Agar buning ustiga bemor vabo bilan og'riganga qadar koronar qon tomirlari xastaligiga duchor bo'lgan bo'lsa, ikkilamchi infarkt rivojlanadi. Shu jumladan boshqa organlar ham perfuziyadan jabr ko'radilar. Gipovolemik karaxtlik hamda metabolik atsidoz oqibatida vabo kasalligida ayrim hollarda uning boshlang'ich davridayoq o'tkir buyrak etishmovchiligi rivojlanadi va ko'pchilik hollarda vaboning o'lim bilan yakunlanishiga sababchi bo'ladi. Vabo patogenezida bemor organizmining suvsizlanishi bilan birga elektrolitlarning yo'qotilishi ham katta rol o'ynaydi, ayniqsa kaliy miqdorining kamayishi miokardning funksional holatining buzilishiga, buyrak kanallarining jarohatlanishiga va ichakning falajlanishiga olib keladi.

Klinikasi. Yashirin davri bir necha soatdan 1-6 kungacha, ko'pincha 1-2 kun bo'ladi. 82-84% hollarda o'tkir boshlanadi, qolgan 16-18% hollarda sekin astalik bilan boshlanadi. Prodrom davri 1-1,5 kun davom etadi. Bu davrda bemorlarni quvvatsizlik, darmonsizlik, bosh og'rig'i, bosh aylanish, engil et uyushishi bezovta qiladi. Ayrim hollarda prodromal davrida vegetativ o'zgarishlar ro'y beradi, terlash, yurakning tez-tez

urishi, oyoq va qo'llarning muzlashi, qisqa daqiqali hushidan ketish alomatlari bo'ladi.

I.K. Musaboyev (1980) vabo kasalligining klinik ko'rinishini o'rganib, qo'yidagi klinik shakllarni tafovut qiladi.

Tipikshakllari: gastroenteritik.

Atipik: gastritik, quruq vabo, yashinsimon kechishi, tifsimon kechishi.

Kasallik tipik ko'rinishda kechayotgan 84-88% hollarda yengil, 14-15% hollarda o'rtacha, 1% hollarda og'ir o'tadi.

Suvsizlikning 4 xil darajasi farqlanadi:

I - darajali suvsizlanishda bemor tana og'irligining 1-3%gacha teng bo'lgan izotonik suyuqlik yo'qotadi. Bemor tanasida sezilarli fizikaviy o'zgarishlar bo'lmaydi. Prodrom davri 2 kun davom etadi. Vaboni birinchi klassik belgisi ich ketishidir.

Boshlanishda najasning rangi o'zgarmagan bo'ladi, faqat hazm bo'lmagan ovqat aralash kelishi mumkin. Keyinchalik qaynatilgan gurunch suvidek suyuq, hidi xom baliq yoki xom kartoshkani archilgandagi hidiga o'xshash bo'ladi. Ich 3-10 martagacha ketadi. Ayrim hollarda bir kun davomida 3 martagacha qusish mumkin. Ishtahasi pasayadi, og'izni shilliq qavati qurib, bemor chanqaydi. Tana harorati me'yorida bo'ladi. Qon bosimi o'zgarmaydi, tomir urishi biroz tezlashgan bo'lishi mumkin. Mushaklarida madorsizlik sezadi. Tili biroz quruqlashadi, qorin ichiga tortiladi, paypaslaganda og'riq sezmaydi, suyuqlikning shildirashi seziladi.

O'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yib, adekvat muolaja olib borilmasa, kasallik rivojlanib bemorning ahvoli og'irlashadi va II-darajali suvsizlanish davom etadi. Ko'ngil aynimasdan turib, og'iz to'la ochilgan holda xuddi fontandan otilib chiqayotganday, varaqlab qusadi. Boshlanishda qusish massasi o'zida hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlarini saqlashi mumkin, keyinchalik suvdek qusadi, juda ko'p miqdorda qusib, ichi ketganligi sababli bir necha soat davomida bemor tanasi ancha suvsizlanadi va ahvoli og'irlashadi. Og'iz qurishi, chanqoqlik, mushaklar quvvatsizligi tez oshadi. To'qimalar gipoksiyasi, suv va minerallar balansining buzilishi, metabolik atsidozning rivojlanishi va to'qimalarda sut kislotasining yig'ilishi hisobiga bemorning boldir mushaklarida, qo'l va oyoq panjalarida tirishish bezovta qiladi, siydik kamayadi. Paypaslaganda teri bir oz quruq, elastikligi, turgori biroz o'zgargan, lablari biroz ko'kargan bo'ladi. Tovushi biroz pasayadi, tomir urishi tezlashib, qon bosimi pasayishga moyil bo'ladi.

To'g'ri olib borilgan muolaja natijasida ich ketish va qusish to'xtaydi. Qonning fizikaviy va kimyoviy xususiyatlari, buyrak va boshqa organlarining funksional holati o'z joyiga qaytadi, bemorning umumiy ahvoli yaxshi bo'la boshlaydi va keyinchalik sog'ayib ketadi. Aks holda izotonik suyuqlik

yo‘qotish davom etaveradi, chunki bemorda qusish va ich ketish hisobsiz darajada bo‘ladi. Suvsizlanish darajasi 7-9%ga yetadi, eksikoz yanada rivojlanadi. Bemorda 3-chi darajali suvsizlanish belgilari namoyon bo‘la boshlaydi.

III-chi darajali suvsizlanishda bemorning yuz ko‘rinishi o‘tkirlashadi, teri va shilliq qavatlarining ko‘rishi kuchayadi, panja terisi burishadi, mushaklar relefi ko‘zga tashlana boshlaydi, tovushi yo‘qoladi (afoniya) ayrim mushaklarda tonik tirishish boshlanadi, bemorning qonini quyuqlashishi gemodinamik o‘zgarishlarga olib keladi. Gipotoniya, taxikardiya va tsianoz kuzatiladi. To‘qimalarda kislorodning portsiyal bosimining pasayishi metabolik atsidozni va gipokaliemiyaning kuchaytiradi. Oliguriya, gipoksiya va elektrolitlarning yo‘qotilishi buyrak koptokchalaridan siydikning filtranishini pasayishga olib keladi, natijada oliguriya kuchayadi. Bemor tanasining harorati pasayishga moyil bo‘ladi. To‘g‘ri chora tadbirlar ko‘rilmasa, kasallik ko‘payib, IV darajali suvsizlanish kelib chiqadi, bemor tanasining og‘irligiga nisbatan 10% va undan ko‘p miqdorda izotonik suyuqlik yo‘qotadi.

IV-chi darajalik suvsizlanishni boshlanishida bemor biroz qusib ichi ketib turadi, ahvoli yanada og‘irlashib, so‘ngra qusish va ich ketish to‘xtaydi. Bemor ko‘kara boshlaydi, burun uchi, quloq uchi, lablari, ko‘z kosasining qovoqlari atrofida ko‘k binafsha rangga o‘xshash ko‘karish paydo bo‘ladi. Ko‘z atrofida “qora ko‘zoynak” belgisi paydo bo‘ladi, ko‘z kosasi ichiga tushib ketib, botayotgan quyoshga o‘xshab biroz yuqoriga ko‘tarilgan bo‘ladi. Yuz ko‘rinishidan iztirob chekayotgani va bizdan yordam so‘rab iltijo qilmoqchiligi sezilib turadi. Tanasining harorati pasaya boshlaydi (35,5-34°C). Paypaslaganda terisi muzdek bo‘ladi, chimchilaganda burishib qoladi va uzoq vaqt, ba’zida bir soatgacha o‘z holiga qaytmaydi. Tomir urishi ipsimon, notekis, ayrim hollarda paypaslaganda aniqlanmaydi. Yurak tonlari ko‘p hollarda eshitilmaydi, qon bosimini aniqlash qiyin bo‘ladi. Nafas olish yuzaki, aritmik, minutiga 40-60 taga boradi. Bemor nafas etishmovchiligi sababli og‘zini to‘la ochib, yordamchi mushaklar yordamida nafas oladi. Hamma mushaklar, shu jumladan diafragma tonusi oshib, tirisha boshlaydi, shuning uchun bemorni hiqichoq tutadi. Qorni ichiga qapishib ketadi, qorin mushaklari tirishganda og‘riq seziladi. Oliguriya, keyinroq anuriya rivojlanadi. Bunday holat bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Qo‘llanilayotgan chora va tadbirlarda xatolikka yo‘l qo‘yilsa, bemor ko‘karib, hushidan keta boshlaydi va keyinchalik asfiksiya holatidan esi butunlay yo‘qolgach, koma holatiga o‘tadi va o‘rta hisobda 60% hollarda o‘lim bilan yakunlanadi.

Vaboning yashinsimon xili nimjon, kamquvvat, kasalmand odamlarda uchraydi. Kasallik bo'ronga o'xshab juda tezlik bilan rivojlanadi va bemor bir necha soatdayoq gipovolemik karaxtlik holatiga tushib qoladi. Arterial qon bosim juda tezlikda pasayib ketadi, nafas olishi tezlashadi, tovushi yo'qoladi, bemor tirisha boshlaydi, siydik ajralishi to'xtaydi. Tezlikda reanimatsion muolaja qilinmasa, bir necha soat o'tgach o'lim bilan yakunlanadi.

Vaboning quruq shaklida suvsizlanish tezlik bilan rivojlanadi. Suyuqlik organizmdan qusuq massalari va ich ketish bilan chiqib ulgurmasdan kasallik o'lim bilan tugaydi.

Klassik vibrion chaqirgan vaboga qaraganda El-Tor vibrion chaqirgan vabo kasalligining klinik manzarasi xilma-xilligi va ko'pincha 1-2 chi darajali suvsizlanish belgilari bilan kechadi.

Asoratlari. Vabo o'z vaqtida boshlangan va to'g'ri bajarilgan muolaja natijasida faqat bemor sog'ligini saqlab qolishi emas, balki asoratlarining oldini olib, muolajalarning xarajatini keskin kamaytirishga erishish mumkin bo'lgan kasalliklarga misol bo'ladi. Vabo asoratlarining asosan 2 xil sabablari bor: 1. Bemorning vaboga duchor bo'lguniga qadar bo'lgan hamroh kasalliklar holati bo'lsa, ikkinchi kechikib boshlagan yoki noto'g'ri bajarilayotgan muolaja natijasidir. Shunisi vabo asoratlarining har xil bo'lishidan qat'iy nazar hamma vaqt asoratlar gipovolemik karaxtlik holatigatushishdan boshlanadi. Gipovolemik karaxtlik holatidan kelib chiqadigan va eng og'ir asoratlardan biri o'tkir buyrak etishmovchiligidir. Tomirlarda aylanayotgan qonning miqdori qoniqarli bo'lganidan so'ng, arterial qon bosimining me'yoriga ko'tarilgandan keyin ham siydik ajralib chiqmasa, bunday belgini o'tkir buyrak etishmovchiligining darakchisi deb qabul qilinadi. Ikkilamchi infeksiya hisobida kiruvchi asoratlarga pnevmoniya, abstsesslar, flegmonalar, sepsis va h.k. kiradi.

Shuningdek, vabo qorin tifi, amyobiaz, gijja kasalliklari, salmonellyoz, bezgak va boshqa kasalliklar bilan birgalikda kechishi mumkin.

Bolalarda kattalarga qaraganda suvsizlanish sekin astalik bilan boshlanadi. Bolalar uchun atsidoz eng xavfli hisoblanadi, mushaklarda tortish juda tez boshlanadi. Gipokalemiya holati oqibatida meningizm namoyon bo'ladi. Asoratlardan ko'pincha bronxopnevmoniya kuzatiladi.

Oqibati. O'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yib, adekvat muolaja olib borilsa, 97-99% hollarda sog'ayish, faqat 1-3% hollarda o'lim bilan yakunlanadi.

NAG-infeksiyasining kechish xususiyatlari. NAG-infeksiyasi vabodan farqli o'laroq gastroenterokolitik, enterokolitik shakllarda kechadi. Bemorlarda eksikoz va toksikoz belgilari qayd qilinadi. Bemorlarning 60-

90%ida qorinda og'riq, najasning suyuq, shilliq va qon aralash bo'lishi, 60-70% bemorlarda tana haroratining oshishi kabi belgilar qayd qilinadi. Eksikoz alomatlari bu holatlarda kamroq namoyon bo'ladi.

Tashxisi. Tashxisi asosan bemorning shikoyatlarini, epid-anamnezidan, kasallik tarixidan, umumiy ko'ruvdan olingan ma'lumotlar shuningdek, bemorning qusug'i va najasini tekshirishdan olingan ma'lumotlarni hisobga olgan holda qo'yiladi. Mukammal fikrga kelish uchun bakteriologik usullardan foydalanamiz.

Bakteriologik tekshiruvda bemordan antibiotik berishdan oldin najas, qusuq, vibriyon tashuvchilardan esa najas magneziya eritmasi ichirilgandan so'ng duodenal zond orqali safro olinadi. Bemor qazo qilgan bo'lsa, ingichka va o't pufagi ajratmalari olinadi.

Vaboga bakteriologik tashxis qo'yish uchun tekshirishni ma'lum bir chizmaga asosan to'la va bosqichma-bosqich, vibriyonni toza holda ajratib olishdan to uning qaysi tipga mansub ekanligini aniqlashgacha olib boriladi. Bunday tekshirishni klassik usulda tekshirish usuli deyiladi va 36 soat davom etadi. Ikkinchisi tezlashtirilgan (ekspres) usuli deyiladi va 1,5-1 soat davom etadi.

1. Immobilizatsiya vibriyonlarini mikroagglutinatsiya qilish usuli. Bemor najasi kontrast qurilmasi bo'lgan mikroskop ostida qorong'i fonda ko'rilsa, vabo vibriyonga xos harakatni kuzatamiz, so'ngra bir tomchi vaboga qarshi O-zardobini tomizsak, 2-3 daqiqadan so'ng vibriyon harakatdan to'xtaydi. Manfiy natija olinganda najasni 1% pepton suviga ekib 4-6 soatdan so'ng qaytadan ko'ramiz.

2. Immunoflyuoretsent usulida tashxis qo'yish. Bu usul antigen-antitela kompleksini o'ziga xos nurlanishiga asoslangan bo'lib, 5-2 soat ichida natija olinadi. Agar vabo vibriyonining miqdori 1ml najasda $4 \cdot 10^8$ dan kam bo'lsa, elektiv muhitga tekshirilayotgan namunadan ekiladi va 7-8 soat dan so'ng shu usulda qayta ko'riladi. Tekshirilayotgan bemorning qonida antitoksik va vibrotsid antitelalarni aniqlash ham tashxis qo'yishda muhim ahamiyatga ega. Aslida tezkor usulda tashxis qo'yish darak beruvchi, mo'ljal beruvchi usul bo'lib tekshirilayotgan namunadan vabo vibriyonini ajratib olish bilan tasdiqlanishi shart.

3. Bakteriologik usulda tashxis qo'yish uchun vaboning engil xilida 0,1- 0,5 g, og'ir xilida 1-2 g najas 50 mm 1% pepton suviga ekiladi va uzog'i bilan 3 soat davomida laboratoriyaga olib borilishi shart. Aks holda vabo vibriyonni, ayniqsa issiq kunlarda najasda o'lib qoladi. Ichi bosqichda namuna ekilgan muhitni 6-8 soatga 37°C li termostatga qo'yiladi. Agar namunada klassik vibriyon bo'lsa, muhit ustida nozik parda, El-Tor vibriyon bo'lgan bo'lsa, dag'alroq parda paydo bo'ladi.

Serologik usuldan retrospektiv tashxis qo'yish uchun foydalaniladi. Shu maqsadda bemorning qon zardobidagi agglutininlar aniqlanadi. Odatda 6-8 kun oralab 2 marta aniqlanadi.

Davolash. Vaboga duchor bo'lgan bemorni tibbiyot xodimiga birinchi murojaat qilgan zahotiy oq davolashni boshlash kerak. Engil holatdagilarga ichishga tuzli eritma va antibiotikning birinchi miqdori beriladi: o'rtacha yoki og'ir shakllarida regidratatsion muolajalar yordamida arterial qon bosimi me'yorigacha ko'tarilgach va tomir urishi qoniqarli bo'lganidan so'ng bir miqdor antibiotik berilib, keyin tegishli tibbiyot muassasiga evakuatsiya qilinadi. Bunda engil holatdagi bemorlar o'tirgan holda, qolganlari yotgan holda evakuatsiya qilinadi.

Vaboga mo'ljallangan tibbiyot muassasida davolash choralari asosan tezkorlik bilan olib borilishi shart. Regidratatsiya bo'limida bemor tortib ko'riladi, vabo kasali uchun mo'ljallangan alohida o'ringa yotqiziladi, besh daqiqada tomir urishi, qon bosimi, nafas olishi hisoblanadi va plazmaning nisbiy zichligi, gematokrit indeksi, kaliy, natriy xlor miqdori atsidozning qay darajadiligini aniqlash uchun qon olinadi, so'ngra muolaja boshlanadi.

Engil va o'rtacha og'irlikda kechayotgan vabo xastaligida davolash uchun glyukoza-elektrolitli eritmalaridan beriladi, natriy 3,5 gr, gidrokarbonat natriy-2,5 gr, kaliy xlorid - 1,5 gr, glyukoza 20 gr va 1 litr suv. Keyingi vaqtda gidrokarbonat o'rniga natriy tritsitrat-2,9 g qo'llanilmoqda. Bu eritmani yanada uzokrok saqlashga imkon yaratadi. Tuz va glyukoza alohida xaltachalarga joylab chiqariladi va iste'mol qilishdan oldin qaynab, 38-40°Cgacha sovutilgan suvda eritiladi. Bemorga ichish uchun regidron bersa ham bo'ladi. Bemorlarda og'iz orqali regidratatsiyani amalga oshirish qiyin bo'lsa: bemorda qusish alomatlar kuzatilsa, bemor suyuqliklarni icha olmasa, vena ichi orqali regidratatsiya amalga oshiriladi. Vena ichi orqali regidratatsion davolash tuzli eritmalar (Ringer eritmasi, "Disol", "Trisol", "Atsesol", "Kvartosol", "Xlosol")ni quyishni o'z ichiga oladi. Tuzli eritmalar kasallik kechimining og'irligi, suvsizlanish darajasi bemorlarda og'iz orqali regidratatsiyani amalga oshirish qiyin bo'lsa, bemorda qusish alomatlar kuzatilsa, bemor suyuqliklarni icha olmasa, vena ichi orqali regidratatsiya amalga oshiriladi.

Etiotrop davo sifatida asosan tetratsiklin qatori preparatlari (tetratsiklin, doksitsiklin) biseptol va furazolidon qo'llaniladi. Preparatlar dozasi va qo'llanish davomiyligi, bemorning yoshi va kasallikning kechishi og'irligiga moslab olib boriladi. Tetratsiklin 0,3-0.5 g dan kuniga 4 mahal, levomitsitin 0,5 g dan har 6 soatda, doksitsiklin 0.1 g dan har 12 soatda, biseptol 480 har 12 soatda, furazolidon 0,1 g dan

har 6 soatda, vibrion tashuvchilarga esa tetratsiklin 0,3 g dan 4 mahal 5 kun maboynida buyuriladi.

Profilaktikasi. Epidemiya jarayoni uzluksizligi infeksiya qo'zg'atuvchilar manbai, yuqish yo'li va aholi beriluvchanligi mexanizmining o'zaro ta'sir ko'rsatishini hisobga olib, kasallikka qarshi kurash va uning profilaktikasini uch yo'nalishda amalga oshiriladi: 1. Infeksiya qo'zg'atuvchisi manbaini bartaraf etish. 2. Infeksiyaning yuqish mexanizmini uzib qo'yish. 3. Aholida kasallikka nisbatan sun'iy immunitet yaratishdan iborat bo'ladi.

Umumiy profilaktik ishlar. Chet eldan vabo kasalligi kirib kelishining oldini olish maqsadida davlat chegarasida va mamlakatlarda karantin chora-tadbirlar tizimi joriy etilgan. Tayyoragoh, avtobus, temir yo'l shaxobchalari, suv yo'llarida, hamda davlat chegarasida sanitariya - karantin chora-tadbiri orqali amalga oshiriladi.

Epidemiologik jihatdan noqulay hisoblangan mamlakatlardan kelayotgan chet el fuqarolari albatta vaboga tekshiriladi, kasallikka gumon qilinganlar tezda izolyatsiya qilinib, alohida tayyorlangan gospitalga yotqiziladi.

Vabo kasalligiga qarshi immunizatsiya usuli samarasiz bo'lgani uchun bemor ajralmalarining oziq-ovqat, suvga tushi-shining oldini olish orqali kasallik qo'zg'atuvchilarning og'iz orqali tushishiga yo'l qo'ymaslikka qaratilgan ishlar hal qiluvchi choralar bo'lib qoladi.

Toza suvni ichish, ovqat mahsulotlarni ifloslanishdan saqlash va ularni zararsizlantirish, axlatlar va chiqindilarni yig'ish, to'plash, tashish va zararsizlantirish, aholining sanitariya saviyasini oshirish ana shunday choralar qatoriga kiradi.

Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, vaboga qarshi kurash faqat xo'jalik, ilmiy-texnik va tibbiy vazifasi bo'libgina qolmay, balki eng avvalo aholining o'ziga, uning sanitariya saviyasiga, odatlari, gigienik ko'nikmalariga bog'liq bo'ladi.

Aholining va tashqi muhitni vaboga epidemiologik nazorat qilish:

a) chet mamlakatlarda va Respublika hududlarida vabo kasalligining qayd qilinishi to'g'risida ma'lumotga ega bo'lish;

b) qo'zg'atuvchisi aniq bo'lmagan o'tkir yuqumli ichak kasalligini operativ va retrospektiv tahlil qilish, kasallikning ko'payish sabablarini, kasallikka ta'sir qiluvchi omillari o'rganib, ularga o'z ta'sirini ko'rsatish;

v) tashqi muhitdan (suv havzalaridan) vabo vibrionlarining chiqish davri, ko'rsatkichini, ularning virulentligini aniqlash, tarqalish sabablarini o'rganish va ularga ta'sir qiluvchi ijtimoiy, ekologik omillarni va geografiyasini o'rganish.

Salmonellyozlar

Salmonellyoz – najas-og‘iz mexanizmi bilan yuquvchi, klinik umumiy zaharlanish belgilari, suvsizlanish va tuzsizlanish hamda me‘d-ichak yo‘llari faoliyatining buzilishi belgilari bilan tavsiflanadigan o‘tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Salmonellalar gramm manfiy, spora va kapsulalar hosil qilmaydi, xivchinlar yordamida harakatlanadigan tayoqchalardir. Uning 8-12ta xivchinlari bo‘lib («ko‘p eshkakli kemacha») harakatchandir. Salmonellalar fermentativ xususiyatlari asosida 4 ta oilachaga bo‘linadi, ularda 3 xil asosiy antigen komplekslari: O-somatik (termostabil) - 2 soat davomida qaynatilganda parchalanmaydi, H-xivchinli antigen-qaynatilganda parchalanadi va qobiqli K-antigen bakterianing hujayra ichi ko‘payishini ta‘minlaydi.

Salmonellalar bir qator patogen xususiyatlarga ega, shulardan asosiysi uning adgezivligi-ichak epiteliylariga yopishishi; invazivligi - epiteliylar ichiga kirib, u erda ko‘payishi, enterotoksinlarning epiteliylarga toksik ta‘sir qilishidir.

Salmonellalar odatda ozuqa moddalarda, ayniqsa go‘sht sho‘rvasi va qoni bor moddalarda, ozroq kislorodi bo‘lgan erda, quyosh nuri ta‘sirida o‘saveradi, ular 37°C haroratda yaxshi o‘sadi va ko‘payadi. Biroq 50°C issiklikda va muzlatgich haroratida ham yashay oladi, tashqi muhitga chidamli. Quduq, hovuz, ko‘l, ariq suvida, ichimlik suvida 11 kundan 120 kungacha yashaydi, go‘sht, kolbasa va boshqa go‘sht mahsulotlarida 60-130 kun, muzlagan go‘shtda 13 oygacha yashab, go‘sht muzi eriganda ko‘paya boshlaydi. Muzlatgichdagi sutda 20 kungacha, sariyog‘da 52-128 kun, tuxum va pishloqda 13 oygacha, hayvon va odam najasida 80 kundan 4 yilgacha saqlanadi.

Hozirgi paytda odamlarda kasallik qo‘zg‘atuvchi salmonellalarning 2000 dan ziyod turi aniqlangan. Ko‘rinib turibdiki, salmonellalar oilasi juda katta va uning vakillari xavfli, chidamli mikroblardir. Sal. typhi va raratyphi A dan tashqari hamma ma‘lum serologik turlari odamda ham hayvonlarda ham kasallik chaqiradi.

Epidemiologiyasi. Salmonellyozlar sporadik va epidemik holatlarda uchraydi. Salmonellalar boshqa o‘tkir ichak infeksiyalari qo‘zg‘atuvchilaridan farqli ravishda odamdagina emas, balki hayvonlar (qoramol, cho‘chqa, parrandalar - o‘rdak, g‘oz, kamroq tovuqlar)da ham kasallik qo‘zg‘atadi. Belgilarsiz, yashirin kechuvchi kasal hayvonlar yuqish manbai sifatida qo‘proq xavf tug‘diradi. Salmonellalar tayyor ovqatga tushib va unda ko‘payib, uning ta‘mini, rangini va hidini o‘zgartirmaydi. Shuning uchun tashqi ko‘rinishi sifatli, biroq sanitariya

normalariga xilof tayyorlangan ovqat kasallik tarqatuvchi omilga aylanib qolishi mumkin.

Infeksiyaning ikkinchi manbasi-odam hisoblanadi. Salmonellyoz bilan kasallanganlar, bakteriya ajratuvchilar kasallik yuqtiradigan manba bo'ladi. Salmonellyoz rivojlanishining epidemologik qonuniyatlarini o'rgangan olimlar kasallik qo'zg'atuvchisi o'tishining uch asosiy yo'lini aniqlashgan.

Salmonellyoz asosan oziq-ovqat orqali yuqadi. Mol va parranda go'shti mahsulotlari kasallikning asosiy manbai sanaladi. Mol, cho'chqa, qo'y, ot, o'rdak go'shti, aynigan tuxumlardan tayyorlangan ovqatni iste'mol qilish natijasida 80% hollarda shu kasallik yuqadi. Salmonellez bilan og'rigan hayvonlar suti ham juda xavfli.

Salmonellyoz tarqalishida pashshalarning ham ahamiyati katta, salmonellyoz kasalligining ayniqsa pashsha ko'paygan davrga to'g'ri kelishi ham shuni tasdiqlaydi.

Salmonellyoz tarqalishining asosiy yo'llaridan biri suv yo'lidir. Salmonellalar suvda uzoq vaqtgacha o'z hayot faoliyatini saqlab, suv oqimi bilan olis masofalargacha tarqaladi.

Kasallik tarqalishida shaxsiy gigiena qoidalariga amal qilmaydigan bemorlar, bakteriya tashuvchilar, ayniqsa oziq-ovqat mahsulotlarni ishlab chiqarish va tayyorlashga aloqador bo'lgan odamlar alohida o'rin egallaydi.

Salmonellyoz kasalligi bilan jinsi va yoshidan qat'iy nazar, har qanday odam kasallanishi mumkin. Hozirgi paytda salmonellyozga xos xususiyat uning ko'pincha «sporadik» (ahyon-ahyonda) holatda uchrashidir, bu holat asosan salmonellalar yuqqan oziq-ovqatlar bilan savdo qilinishidan kelib chiqadi.

Hozirgi zamon tabobatining asosiy muammolaridan biri «shifoxona ichi» salmonellyozining paydo bo'lishidir. «Shifoxonalar ichi»da kelib chiquvchi salmonellyozning odatdagilardan (oziq-ovqat bilan yuquvchi) farqli ravishda o'ziga xos epidemiologik qonunlari bor: bolalar shifoxonasi va tug'ruqxonalarda ko'proq tarqalishi, asosan bir yoshgacha bo'lgan bolalarning kasallanishi, bolalarda kasallikning og'ir o'tishi va o'limning ko'p bo'lishi, ko'proq yilning sovuq oylarida uchrashidir. Bu hollarda kasallik manbai bo'lib asosan odam, ko'proq bolalar, kamroq shifoxona xodimlari, onalar xizmat qiladi.

Diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklar orasida salmonellyoz kasalligining salmog'i katta. Keyingi yillarda salmonellyoz bo'yicha kasallanish darajasi pasaygan bo'lsada, yuqoriligicha qolmoqda. Respublikamizda 1996-yilda salmonellyozning kasallanish darajasi intensiv ko'rsatkichi 16,42 ni tashkil qilgan bo'lsada, 2001-yilda bu ko'rsatkich 7,93 ni tashkil qildi (Niyozmatov B. va mualliflar, 2005y.).

Patogenezi. Salmonellyozlar patogenezi g'oyat murakkab. Patologik o'zgarishlarning rivojlanish mexanizmi to'liq o'rganilmagan. Salmonellyozning kechishi belgisiz shaklidan tor-tib, to og'ir septitsemiya turigacha bo'lishi mumkin. Bunday keng polimorfizm bo'lishining sababi shu kungacha ma'lum emas. Ammo boshqa sabablar qatorida qo'zg'atuvchining virulentligi va makroorganizmning immunoreaktiv holatini ham hisobga olish kerak.

Kasallik qo'zg'atuvchisi va ularning toksinlari og'iz orqali (enteral yo'l) organizmga tushadi. Me'da va ichaklarda o'tkir yallig'lanish holatiga olib keladi. Salmonellyoz patogenezining xususiyatlaridan biri qo'zg'atuvchining me'da-ichak tizimidan o'tib qon va limfa bilan organizmga tarqalishidir. U o'z yo'lida bir qator to'siqlar (chunonchi me'da sharbati, ingichka ichak devori, shu organlarga yaqin joylashgan (regionar) limfatik tugunlar, jigar, qon, RES to'qimalari, spetsifik antitelolalar va h.k.)dan o'tadi. Makro- va mikroorganizmlarning munosabatiga muvofiq yuqumli jarayon yuqorida ko'rsatilgan to'siqlardan birontasida to'xtashi mumkin. Kasallik belgilari sal-monellalarning ingichka ichak devoridan o'tgach paydo bo'la boshlaydi. Organizmga kasallik qo'zg'atuvchisining bevosita (septik komponent) ta'siridan tashqari, ekzo- va endotoksinlari toksik komponentlari bilan ta'sir ko'rsatadi.

Organizmning javobi alohida a'zo va tizimlar faoliyatining buzilishi (patofiziologik komponent) hamda modda almashuvlarning buzilishi (metabolik komponent) sifatida yuzaga chiqadi.

Og'iz bo'shlig'ida salmonellyoz so'lak fermentlarining litik (eritish) ta'siriga duch keladi, ammo bu erda qisqa muddatli muloqotda bo'lganligi uchun mikroblar halok bo'lmaydilar. Me'dada, yuqori kislotali sharoitda salmonellalar halok bo'lib, endotoksinlar ajraladi. Agar salmonellalar kam miqdorda kirgan bo'lsa, bu erda hammasi o'ladi, yuqumli jarayon shu er bilan chegaralanadi. Bu holatda ajralgan ekzo- va endotoksinlar qonga so'rilib zaharlanish belgilarini rivojlantiradi, lekin ular juda kam va qisqa muddatli bo'lib, tez yo'qoladi. Ko'pincha me'da shirasining kislotasi kamayishi natijasida salmonellalar ingichka ichakka o'tadi. Bu erda ular o'ziga mos muhitga tushadilar, ichak epiteliotsitlariga yopishib olib, ko'paya boshlaydilar. Shundan so'ng enterotsitlarning mikrovorsinkalarida o'zgarish paydo bo'ladi, salmonellalar epiteliyni o'zgartirmay ichak shilliq qavatiga, undan so'ng limfa va qonga o'tadi. Qon orqali organizmga tarqaladi, birinchi navbatda darvoza venasi bilan jigar, so'ngra o'pka, katta qon aylanish doirasi, boshqa ko'p a'zolar va to'qimalarga kiradi.

Salmonellalarning qonda aylanib yurishi bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi, a'zolarga kirib, yangi-yangi infeksiya o'chog'i

hosil qiladi. Vakuolalardagi va sof holdagi salmonellalar ichak va a'zolar limfa to'qimalarning makrofaglariga o'rnashadi, bu erda ularning ko'payishi natijasida to'qimalar halok bo'ladi. Bu o'zgarishlar granulemalar va ikkilamchi infeksiya o'choqlari hosil bo'lishining asosida yotadi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 3-5 soatdan 20-24 soatgacha, kamdan-kam 1-2 kun, ko'pincha 6-8 soat davom etadi.

Salmonellyoz kasalligining klinik manzarasi juda xilma-xil: eng engil turidan (bakteriya ajratuvchilar), to juda og'ir kechuvchi, butun organizmga yoki a'zoga tarqaluvchi shakligacha mavjud. Kasallikning shunday kechishiga albatta, me'da-ichak yo'llarining spetsifik va nospetsifik immun kuchi hamda biologik boshqarish sistemasining molekulyar, hujayra va a'zolar kurashi kuchiga bog'liq.

Yuqumli jarayonning kechishida, albatta qo'zg'atuvchi hususiyatlari, yuqish yo'li, mikroorganizmning genotipik ahvoli alohida o'rinda turadi.

Salmonellyoz kasalligining yosh bolalar va qariyalarda kechishining farqlari bunga yaqqol misol bo'la oladi.

Salmonellyoz kasalligining kuyidagicha tasnifi amaliy qo'llash uchun tavsiya qilingan:

1. Gastrointestinal shakli: a) o'tkir gastrit; b) o'tkir gastroenterit; v) o'tkir gastroenterokolit.
2. Tarqalgan shakli: a) tifsimon varianti (qorin tifiga o'xshash); b) septikopiemik varianti (septik).
3. Bakteriya tashuvchanlik: a) o'tkir tashuvchilar; b) surunkali tashuvchilar; v) tranzitor tashuvchilar.

Hozirgi vaqtda gastrointestinal shakli eng ko'p uchraydi va yuqorida ko'rsatilgan variantlarda bo'lishi mumkin.

Kasallik aksariyat o'tkir boshlanadi. Kasallik boshidanoq me'da-ichak yo'llari faoliyatining buzilishidan tashqari, organizmning zaharlanish belgilari ham yuzaga chiqadi. Ko'pincha birinchi navbatda kam quvvatlilik, bosh og'rishi, tana haroratining ko'tarilishi, sovuq qotish kabi belgilar ko'rinib, me'da-ichakning zararlanish belgilari keyinroq qo'shilishi mumkin. Salmonellyoz kasalligi uchun xos bo'lgan belgilar birinchi kun oxiri va 2-3 kunlarda kasallikning avj olgan davrida juda aniq ko'rinadi. Bu davrda kasallikning hamma shakllarida ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning pasayishi, ich ketish kabi belgilar kuzatiladi. Qusish birinchi kunlari juda ko'p qaytarilishi mumkin. Ich ketishi ko'p kasallarda bir kecha-kunduzda 10 martadan ortiq, najas ko'p miqdorda, suvsimon, ko'pirib, patologik qo'shimchalarsiz, ba'zi kasallarda (1/3 qismida) - yashilroq rangda, badbo'y bo'lishi mumkin.

Kasallik avj olgan davrda ko'p bemorlarda qorinda og'riq (uzluksiz yoki tutib-tutib), butun qorinda tarqalgan holda yoki kindik atrofi va me'da usti sohasida bo'ladi. Qorin paypaslab ko'rilganda og'riq va ichak quldirashlari ham yuqorida qayd etilgan joylarda seziladi.

Gastroenterit variantlarida o'zgarishlar me'da-ichak yo'llarining hamma sohalarini, xususan ingichka ichak, me'da osti bezi va jigarda ham bo'lishi mumkin.

Me'daning kataral holatda zararlanishi doimiy bo'ladi, ba'zi holatlarda faqat shu shakl kuzatiladi, bu holatda gastrit varianti xaqida fikr yuritiladi.

Kasallik davrida yo'g'on ichakning ham zararlanishi xaqida ko'p tadqiqotchilar ta'kidlab o'tganlar, bu hollarda kolit belgilari (sigmasimon ichakning qisqargan holda bo'lishi, gemokolit) paydo bo'ladi. Bular gastroenterokolit varianti bo'lib, bu shakl 5-8% hollarda uchraydi (V.I Pokrovskiy, 1986).

Tana haroratining oshishi asosan kasallik avj olgan davrda bo'ladi, ko'pincha uzluksiz doimiy, lekin subfebril, remittirlovchi holatda ko'rinishi mumkin. Haroratning oshishi 5-7 kun davom etadi, ba'zan 1-2 kundan oshmaydi. Isitma kasallik yengil kechganda 1-3 kun, o'rtacha kechganda 4-7 kun, og'ir kechganda 7 va undan ko'p kun davom etishi mumkin.

Salmonellyoz kasalligi uchun yurak-qon tomir tizimining zararlanishi ham xos xususiyatdir. Qon tomirlari faoliyatining buzilishi asosiy o'rinni egallaydi, bular o'z yo'lida yurak faoliyatining buzilishiga olib keladi. Bu holatlarning asosida suv va elektrolitlarning yo'qotilishi va qonning reologik xususiyatlarining o'zgarishi yotadi. Buyrakda qon aylanishining buzilishi suv-elektrolit balansidagi o'zgarishlar bilan bir qatorda buyrak faoliyatining o'tkir buzilishiga sabab bo'ladi.

Salmonellyozning og'ir shakllari infeksiyon - toksik vagi povolemik karaxtlik rivojlanishiga olib keladi. Infeksiyon toksik vagi povolemik karaxtlik belgilari bir-biriga o'xshaydi, lekin infeksiyon-toksik karaxtlik organizmning umumiy zaharlanishining yaqqol belgilari, yurak qon tomirlar tizimi faoliyatining buzilishi bilan tavsiflanadi.

Gipovolemik karaxtlikning asosiy patogenetik mexanizmi suvning elektrolit balansi va uning gormonal boshqaruvining anchagina buzilishi natijasida suvsizlanish va tuzsizlanishning chuqur belgilari yuzaga keladi. Salmonellyozning og'ir kechishida kasallikning dastlabki soatlaridanoq arterial bosim ancha tushib, ba'zan bemor xayotiga tahdid soladigan kollaps holatiga olib kelishi mumkin.

Karaxtlik salmonellyozning boshqa klinik shakllariga qaraganda gastroenteritda ko'proq kuzatiladi.

Infeksion karaxtlikning klinik manzarasi avvalo bemorning bezovtalanishi, behudaga xavotirlanishi, tashqi qiyofasining o'zgarishi bilan tavsiflanadi. Bemorning yuzi bo'zargan, lab shilliq pardalari, yonog'i, burun uchi ko'kimtir, ko'z atroflari ko'kargan, organizm ancha suvsizlanganda ko'z soqqasi ichiga botgan bo'ladi. Bemorlarning peshonasida ter tomchilari ko'rinadi.

Kasallikning dastlabki davrida harorat ancha oshsada, karaxtlik yuz bergandan so'ng bemorlarning tana harorati subnormalgacha tushadi. Pulsi judatez (taxikardiya), judayumshoq, qiyinlik bilan qo'lgaunaydi, ipsimon bo'lib qoladi, karaxtlik avj olgan davrda puls umuman bilinmasligi mumkin. Qon bosim keskin pasayib ketadi, maksimal bosim 30-40 mm. sim. ustuniga, minimal bosim 0 gacha tushadi. Yurak chegaralari bir muncha toraygan (uning diastolada etarlicha to'lmashligi tufayli), yurak tovushlari keskin bo'g'iqlashgan. Klonik xarakterdagi mushak tortishishi ro'y berishi mumkin.

Gemogrammada aniqlanadigan neytrofilli leykotsitoz foizining oshishi, gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining ko'payishi, salmonellyozning og'ir shakliga uchragan bemorda qonning ancha quyuklashganligi bilan izohlanadi. Ayniqsa bu holatlar toksik-infeksion karaxtlik rivojlanganda ko'proq yuzaga chiqadi, bu sharoitda aylanuvchi qon miqdori kamayishi buyraklarga ham qon kelishini kamaytiradi, mikrotsirkulyatsiya buziladi.

Buyrak faoliyatining buzilishini oliguriya, og'ir kechganda, anuriya belgilari sifatida ko'rish mumkin. Odatda siydikdagi o'zgarishlar qisqa vaqtli bo'lib, tezda o'z holiga keladi. Buyrak zararlanishi bilan kasallik kechishining og'irligi orasida uzviy bog'lanish bor, kasallik qanchalik og'ir kechsa, buyrak faoliyati shunchalik ko'p buziladi.

Asab tizimi faoliyatining buzilishi kasallik belgilarining asosida yotadi, chunonchi bosh og'irishi, uyquning buzilishi, mushaklar tirishishi, ensefalitlar va h.k. kuzatilishi mumkin.

Qon tekshirilganda neytrofil leykotsitoz ($1 \text{ mkl qonda } 2.19^3 - 3.10^3$ gacha leykotsitlar) topiladi. 2-3 - kuni kamroq, 4-kuni bu barcha belgilar kuchayishi mumkin, shuningdek suv-elektrolit va kislotasizlash muvozanatining buzilishi bilan bog'liq belgilar ham aniqlanadi.

Salmonellyozning tarqalgan shakllari kam uchraydi. Masalan, A.F. Blyuger va h.k. (1975) kuzatishlari bo'yicha, tifsimon varianti 1,8%, septikopiemik varianti esa 0,6%ni tashkil qiladi.

Tifsimon varianti gastrointestinal turining klinik belgilari bilan o'tkir boshlanadi, ich ketish belgilaridan so'ng ich terlamadagi singari belgilar bilan o'tadi. Biroq ich terlamadan farqli ravishda salmonellyozning tifsimon varianti qisqa (3-6 kun) kechadi, ich terlama uchun xos bo'lgan tildagi

o'zgarishlar, nisbiy bradikardiya, meteorizm, jigar va taloqning kattalashuvi, aneozinofiliya, leykopeniya bilan nisbiy limfotsitoz bo'lmaydi. Kasallik rivojlangan davrda kamharakatlik, behollik, kuchli bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, mushaklar va bo'g'imlarda og'riq seziladi.

Ko'pchilik kasallarda jigar va qora taloqning katta-lashuvi, qorin qapchishi mumkin. Taxminan 25% kasallarda ko'krak va qorin sohalarida oz miqdorda rozeolyoz toshmalari kasallikning 4-10 kunlarida paydo bo'ladi. Salmonellyozning tifsimon turi ba'zan gastroenterit belgilarsiz ham boshlanishi mumkin. Bu hollarda asosiy belgilar sifatida haroratning ko'tarilishi, bosh og'rig'i, kam quvvatlik, sovuq qotish kabi belgilar borligiga e'tibor berish kerak.

Septikopiemik shakli sepsis kasalligining salmonellalar qonga o'tishi, organizm qarshilik qobiliyatining pasayishi oqibatida rivojlangan holatidir. Bu shakl uchun davriylik bilan kechish xos bo'lmay, haroratning uzoq davom etishi, qaltirashning ko'p takrorlanishi va ko'p terlash, jigar va taloqning kattalashishi, ba'zan sarg'ayib ketishi, yiringli o'choqlarning a'zo va to'qimalarda paydo bo'lishi xosdir.

Odatda kasallik gastroenterit belgilari bilan boshlanadi, shundan so'ng gektik hususiyatli harorat bilan septikopiemiya belgilari yuzaga chiqadi. Kasallikning birinchi kunlaridanoq toksinlarning markaziy asab tizimiga ta'siri natijasida ta'sirchanlik, uyquning buzilishi, uyqusirash, terining sarg'ayishi, ko'pincha kichik va katta qontalash toshmalar bo'lishi mumkin.

Kasallik o'tgach, bakteriya ajratuvchanlik rivojlanadi. Bu holatlarda tranzitor, o'tkir va surunkali bakteriya tashuvchanlikni farqlash tavsiya qilinadi. Kasallik sog'aygan kundan boshlab, 15 kundan to 3 oygacha davom etuvchi bakteriya ajratish o'tkir bakteriya tashuvchanlik deb ataladi. Surunkali bakteriya tashuvchi bundan ko'ra ko'proq (3 oydan ortiq) davom etadi. Taranzitor (sog'lom) bakteriya tashuvchilar haqida gapirilganda, bir yoki ikki marta salmonellalar ajralishi va yaqin uch oy ichida kasal bo'lganliklarini inkor etuvchilar nazarda tutiladi.

Tashxisoti. Kasallik epidemiologik anamnezga: bir mahsu-lotni bir necha kishi iste'mol qilishi, tayyorlash texnologiyasiga rioya qilmay, uzoq saqlangan oziq-ovqatlarni iste'mol qilish, klinik manzarasi, laboratoriyaviy ma'lumotlari va qiyosiy tashxisot o'tkazishga asosan aniqlanadi.

Najasni bakteriologik tahlil qilish eng muhim hisoblanadi. Bemorning najasini ekma qilish bemor organizmidan salmonellalarni ajratish (30-60%) imkonini beradi. Ekma uchun sudno yoki tuvakdan faqat toza najasni olish lozim. Bu idishlarda salmonellalarga halokatli ta'sir qila oladigan dezinfeksiyalovchi moddalardan hatto juda oz miqdori ham

bo'lmashligi kerak. Najasni tampon bilan to'g'ri ichakdan ham olish va uni Petri kosachasidagi ozuqa muhitiga ekish mumkin. Bemorning qusig'i ham shunday tekshiriladi. Bemordan material olishning hamma zarur shartlari bajarilib bakteriologik tekshirish o'tkazilgan taqdirda ham hamisha ekma qilingan najaslardan musbat natija olinavermaydi.

Shunga ko'ra bakteriologik tekshiruvlarga qo'shimcha qilib agglutinatsiya reaksiyasi (RA), bevosita gemagglutinatsiya reaksiyasi (BGAR), O-antigen bilan agregatgemagglutinatsiya (O-AGA) kabi serologik usullar qo'llaniladi.

Davosi: Salmonellyozga chalingan bemorlar kasallikning kechim og'irligi, bemorlar yoshi, qo'shimcha kasalliklar va yashash joyining sanitariya-gigiena holatiga bog'liq holda kasalxonada yoki QVP sharoitida davolanadi. Salmonellyozni davolash qo'yidagi tamoyillar asosida amalga oshiriladi:

-kasallikni qo'zg'atuvchi patogen mikrofloraning hayot faoliyatini to'xtatish, disbakteriozga qarshi kurashish va ovqat hazm bo'lish jarayonlarining normallasuvi, to'plangan zaharli moddalarni neytrallash va chiqarib yuborish;

-buzilgan suv-tuz almashinuv jarayonini, gemodinamika va asab boshqarish mexanizmlarini tiklash. Organizmning immunobiologik reaktivligini oshirish, ratsional parhez taomlar buyurish va parvarish qilish.

Etiotrop davo salmonellyozning tarqalgan shakllarini, ikki yoshdan kichik bolalarni davolashda qo'llaniladi. Bunda har bir bemorga alohida yondashish lozim, bemorning yoshi, kasallikning shakli, kechim og'irligi va bosqichi, oldingi qo'llanilgan davolash uslubi hamda dori preparatlarning ijobiy va salbiy ta'sirlari inobatga olinishi shart.

Etiotrop davo vositasi sifatida antibiotiklardan (amoksatsillin, gentamitsin, amikatsin, ofloksatsin, tsiprolet, sifloks), nitrofuran hosilalari (furazolidon, nifkol, nifroks), sulfanilamidlar (ftalazol, fitozin, biseptol), 8-oksixinolin hosilalari (enteroseptol, intestopan, meksiform, intetriks) qo'llaniladi. Furazolidon 0,1 g dan kuniga 3 mahal, biseptol 480 1 tabletkadan 2 mahal, intetriks 2 kapsuladan 2 mahal og'iz orqali buyuriladi. Agar ular natijabermasa, siprofloksatsin (siprolet) 0,5 g dan 2 mahal, norfloksatsin 0,4 g dan 2 mahal, ofloksatsin (tarivid) 0,2 g dan 2 mahal ovqatdan keyin tavsiya etiladi.

Patogenetik davo salmonellyozning barcha klinik shakllarini davolashda tavsiya etiladi. Kasallikning gastrointestinal shakllarini davolashda regidratatsion terapiyaning samarasi yuqoridir. Regidratatsion davolash asosan ikki yo'l orqali amalga oshiriladi:

1. Og'iz orqali regidratatsion davolash uchun glyukosolan, regidron, VOZ eritmasi, uy va kasalxona sharoitida tayyorlangan qand-tuzli eritmalar qo'llaniladi. Og'iz orqali regidratatsiya usuli qanchalik vaqtli qo'llansa, samara shunchalik yuqori bo'ladi.

2. Bemorlarda og'iz orqali regidratatsiyani amalga oshirish qiyin bo'lsa, bemorda qusish alomatlari kuzatilsa, bemor suyuqliklarni icha olmasa, vena ichi orqali regidratatsiya amalga oshiriladi. Vena ichi orqali regidratatsion davolash tuzli eritmalar (Ringer eritmasi, «Disol», «Trisol») ni quyishni o'z ichiga oladi. Tuzli eritmalar kasallik kechiminig og'irligi, suvsizlanish darajasiga mos holda quyiladi.

Kasallikning tarqalgan shakllarida umumiy zaharlanish belgilari yaqqol namoyon bo'lganligi uchun umumiy zaharlanishga qarshi vositalar buyuriladi. Umumiy zaharlanishni bartaraf qilish uchun 5%li glyukoza, gemodez, 5% dekstroza, normofundin, reopoliglyukin, reomakrodeks, poliglyukin, reosorbilakt, plazma quyish tavsiya etiladi.

Kasallik oqibatida ichak mikroflorasining, hamda ovqat hazm qilishning buzilishi yuzaga keladi. Disbakteriozga qarshi laktobakterin, bifidumbakterin, bifikol, kolibakterin, xilak-forte; ovqat hazm qilishni me'yorlash uchun pankreatin, mezim forte, kreon, panzinorm tavsiya qilinadi.

Ichaklarni burishtiruvchi va o'rab oluvchi vositalar sifatida o'simliklar yig'masi, sariq choy, anor po'sti, eman po'stlog'i, 95% choy, yantoq guli, moychechak qaynatmalari, kraxmal ichish va ho'qna qilish uchun ishlatiladi.

Gipo- va avitaminozga qarshi V guruhigamansub bo'lgan, hamda S, P vitaminlar buyuriladi. Ichakdagi zaharlarni so'rib, organizmdan chiqarish maqsadida enterosorbentlar - smekta va bektit — M tavsiya qilinadi.

Simptomatik davo vositalari kasallikning klinik shakllarida yuzaga kelgan belgilarni bartaraf qilish maqsadida amalga oshiriladi.

Profilaktikasi. Salmonellyoz profilaktikasi murakkab va xilma-xil, bu tadbirlardan eng asosiysi so'yiladigan hayvonlarni veterinariya ko'rigi qoidalariga va go'sht hamda go'sht mahsulotlarining veterinariya-sanitariya ekspertizasi talablariga rioya qilinishi zarur: go'sht kombinati, sut zavodi, parranda fermalari mahsulotlarini qayta ishlashda gigiena va texnologik jarayonlari qoidalariga juda qattiq e'tibor berish, ularni doimiy bakteriologik tekshiruvdan o'tkazib turish, bolalar shifoxonalari, tug'ruqxonalari va hokazolarda sanitariya-epidemiologiya tartibotini to'g'ri saqlab turmoq lozim.

Go'sht mahsulotlari, ayniqsa qiymalangan go'sht, kotlet, qonli va qaynatma kolbasalar, yaxnalar, ilvira (xolodets)larning salmonellalardan zararlanishiga yo'l qo'ymaydigan choralarni ko'rish alohida diqqat

e'tiborni talab etadi. Bu mahsulotlarga salmonellalar tushishi, ayniqsa yilning issiq davrida, etarlicha sovuq joyda saqlanmaganda, kasallik yuqishi jihatidan kishilar uchun jiddiy xavf tug'diradi. Ovqat tayyorlash, tarqatish va qabul qilish xonalari sanitariya-gigiena talablariga javob berishi zarur. Oziq-ovqat blokiga ham o'ziga xos talablar qo'yiladi: oshxonada kamida ikkita, biri qaynatilgan go'sht, ikkinchisi xom go'sht uchun qiymalagich bo'lishi kerak.

Sabzavotlar, baliq, go'sht va boshqa mahsulotlarni maydalash uchun alohida-alohida yog'och stollar yoki maxsus oshtaxtalar bo'lishi kerak. Go'sht va parranda go'shtining veterinariya ko'rigidan o'tkazilganligi haqidagi hujjatlarsiz va tamg'asiz xaridorlarga sotish man qilinadi. Oziq-ovqat mahsulotlarini ishlab chiqarish va shaxsiy gigiena qoidalariga puxta rioya qilish talab etiladi, bu ayniqsa chakana savdo qilish bilan band bo'lgan kishilarga taaluqlidir. Oziq-ovqatlarni ishlab chiqarishdan iste'mol qilgunga qadar gigiena qoidalariga puxta rioya qilingandagina salmonellyozning oziq-ovqatlar orqali o'tishiga barham berish mumkin.

Ovqat toksikoinfeksiyalari

Ovqat toksikoinfeksiyalari-bakteriya va ularning zaharlari bilan ifloslangan ovqat mahsulotlari iste'moli natijasida kelib chiqadigan o'tkir ichak infeksiyasi bo'lib, klinik qisqa muddatli junjikish, harorat ko'tarilishi, gastroenterit belgilari, toksikoz va suvsizlanish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallikdir.

Etiologiyasi. Toksikoinfeksiyalarining qo'zg'atuvchilari enterokoklar, proteus vulgaris, entrotoksin ishlab chiqaradigan stafilokokk va streptokokk shtamlari, spora hosil qiladigan anaeroblar, «Bakterium cereus», galofil vibriionlar «vibrio parahaemoliticus» va boshqalar hisoblanadi.

Ovqatdan zaharlanishga sabab bo'ladigan tilla rang va oq stafilokokk dumaloq, kattaligi 0,8–1 mkm to'lda-to'lda bo'lib ko'rinadi. Ular harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Grammusbat hamma anilin bo'yoqlari bilan bo'yaladi. Yuqori haroratga chidamli termostabil, enterotoksin ishlab chiqaradi. Enterotoksin kimyoviy va fizik ta'sirlarga juda chidamli bo'lib qaynatilganda 1,5–2 soat, 120 darajagacha qizdirilgan avtoklavda esa 20 minutdan keyingina faolsiz holga keladi. CL. perfringens 7-8 x 1-2 mkm kattalikdagi tayoqchasimon mikrobo'lib, harakatsiz, tashqi muhitda spora hosil qiladi. Yuqorida qayd qilingan mikroblar toksikoinfeksiyaga sabab bo'lgan deb, xulosa chiqarishdan oldin klinik, epidemiologik, bakteriologik, serologik tekshiruvlar natijasiga suyangan holda salmonellyoz, ichburug', vabo to'g'risida o'ylab ko'rish lozim.

Epidemiologiyasi. Ovqat toksikoinfeksiyalarining o'ziga xos xususiyati kasallikning bemor kishidan sog' odamga o'tmasligidir. Ovqat toksikoinfeksiyasini manbai bemor odam va hayvonlar yoki bakteriya tashib yuruvchilardir. Yiringli kasalliklar: piodermiya, panaritsiy, furunkul, anginalar, zotiljam, paradontoz bilan og'rigan odamlar stafilokokk qo'zg'atadigan toksikoinfeksiyaga sabab bo'ladilar. Mastit bilan kasallangan sigirlar, echkilar ham infeksiyaning xavfli manbai bo'lib xisoblanadi. CL. perfringens, Bakterium cereus, proteus vulgaris mirabali tashqi muhitda (tuproqda, suv, ho'l meva va sabzavotlarda) keng tarqalgan bo'lib, odam va hayvonlar najasida juda ko'p uchraydi. Demak oziq-ovqat mahsulotlari ham bu mikroblar bilan osongina ifloslanishi mumkin. Ovqat toksikoinfeksiyalari alimantar yo'l bilan tarqaladi, ya'ni ovqatdan yuqadi. Stafilokokk qo'zg'atadigan toksikoinfeksiyalar sut, sut mahsulotlari jumladan konditer kremlar, go'sht, baliq va sabzavotlardan tayyorlangan ovqatlarni iste'mol qilgandan so'ng paydo bo'ladi. Proteus vulgaris mirabali va CL. perfringens seroqsil masalliqlar, go'sht, baliq ochiq konservalar, kolbasa, sutda yaxshi va tez ko'payadi. Bakterium cereus ham shunday sharoitda ko'payadi. Toksikoinfeksiyalar yilning iliq fasllarida ko'p uchraydi. Ovqat toksikoinfeksiyasiga moyillik o'zida stafilokokk enterotoksinini tutgan mahsulotlarni iste'mol qilganda 90% odamlar kasallanadi. Kasallik yil davomida uchraydi, lekin bahor—kuzgi mavsumda ko'proq kuzatiladi. Chunki bu davrda tayyorlangan ovqat mahsulotlarini saqlash qiyinroq bo'lib, ulardan bakteriyalarning ko'payishi va to'planishi uchun qulay sharoit bo'ladi. Ovqat toksikoinfeksiyasi epidemiyalarining o'ziga xos xususiyati — kasallik to'satdan yuzaga kelishi va bir xil ovqat mahsulotini iste'mol qilgan kishilarda ommaviy ravishda yuzaga kelishidir.

Patogenez va patologik anatomiyasi. Proteus vulgaris mirabali, CL. perfringens, Bakterium cereuslar bilan juda ko'p ifloslangan ovqatni iste'mol qilgan taqdirdagina kasallik paydo bo'ladi. Bu mikroblar oziq-ovqatlarda va odam organizmida enterotrop toksin ishlab chiqarish xususiyatiga egadir.

Ba'zi odamlarda ovqat toksikoinfeksiyasi kuchli zaharlanish va suvsizlanish belgilari bilan kechadi. Bu ko'pincha atrofik gastritlar, enteritlar, xoletsistopankreatitlar bilan kasallangan bemorlar, ichkilikbozlar, tartibsiz ovqatlanuvchi kishilarda uchraydi. Demak, kasallikning yuzaga kelishida ovqat hazm qilish traktining barer funksiyasi va mahalliy himoya omillari muhim rol o'ynaydi. Enterotrop toksin ichak shilliq pardasiga zaharli ta'sir qiladi, ichakning harakat faoliyatini buzadi. Bu toksin shimilib, qonga tushadi va umumiy zaharlanishga sabab bo'ladi. Toksin ayniqsa yurak - qon tomir tizimiga ko'proq zarar qiladi. Me'da, ingichka ichak, ba'zan

yo'g'on ichak shilliq pardasi qizarib shishadi. Natijada ichakda ko'p miqdorda suyuqlik, kaliy, natriy va xloridlar to'planadi. Bemorda qusish va ich ketish boshlanadi. Bu o'z navbatida organizmda suvsirash holatiga sabab bo'ladi. Qon zardobida natriy xloridlar va kaliy miqdori kamayadi. Parenximatoz organlarda distrofik va degenerativ o'zgarishlar ro'y beradi.

Klinikasi. Bu kasallikning yashirin davri ancha qisqa bo'lib, 30 minutdan 12 soatgacha, juda cho'zilsa 24 soatgacha boradi.

Bemor to'satdan ko'ngli aynib, qayt qiladi. Ko'pincha qusish ketma-ket qaytarilib, bemorni holdan to'ydiradi. Qusishdan keyin ich ketish boshlanadi. U bir kecha kunduzda o'rtacha 10-15 marta hojatga boradi, ichi suyuq bo'lib keladi, najasida yalqi va qon bo'lmaydi. Stafilokokk toksikoinfeksiyasida ich ketmasligi mumkin. Stafilokokklarning enterotoksin chiqaradigan shtammlari qo'zg'atadigan toksikoinfeksiyada ich ketish ya'ni diareya tezda to'xtaydi, ammo gastrit davom etadi. Bemorning qorni qattiq og'riydi, u ketma-ket qayt qiladi. Bosh aylanadi, og'riydi o'zi ancha bo'shashib qoladi, karaxt bo'lib yotadi, goho hushidan ketadi. Harorat ko'tarilmaydi ba'zan subfebril bo'lishi mumkin. Bemorning rangi ko'karib, oyoq qo'llari muzlaydi. Qorni paypaslab ko'rilganda, me'da sohasi og'riydi. Puls tez, sust uradi va qon bosimi pasaygan bo'ladi. Kamdan-kam hollarda kollaps boshlanishi mumkin. Jigar va taloq kattalashmaydi. Cl. perfringens qo'zg'atgan toksikoinfeksiyada ba'zan bu kasallikka xos belgilardan tashqari nekrotik enterit va anaerob sepsis alomatlari ko'rinadi. Bu kasallik qorin og'rig'idan boshlanadi. Qorin burab og'riydi keyin bemor ko'ngli aynib, qusadi. Bir kunda 15-20 martagacha ichi ketadi. Diareya ba'zan bo'lmaydi. Zaharlanish va gastroenterit holatlari degidrotatsiyaga sabab bo'ladi. Nekrotik enterit boshlanganda qorin qattiq og'riydi, meteorizm sepsis bilan birga davom etib borishi mumkin. Harorat yuqori ko'tariladi, zaharlanish kuchayib, ba'zan bemor badani sarg'ayadi. Jigar va taloq kattalashadi. Bemorning ahvoli og'ir bo'ladi. Ba'zan o'lishi mumkin. Cl. perfringens sabab bo'lgan toksikoinfeksiya ko'pincha engil o'tadi, 1-4 kun davom etadi va bemor sog'ayib ketadi.

Bakterium cereus qo'zg'atadigan toksikoinfeksiyada ham gastroenterit ozgina zaharlanish ba'zan suvsizlanish belgilari ko'rinadi. Harorat normal yoki subfebril bo'ladi. Ba'zi hollarda bemor najasida yalqi va qon ko'rinadi.

Bakterium vulgaris qo'zg'atgan toksikoinfeksiyada asosan o'tkir gastrit belgilari paydo bo'ladi. Ovqat toksikoinfeksiyalarida suv, tuz almashinuvi buzilishlari yuzaga kelib, yo'qotilgan suyuqlik miqdori ko'pincha bemor tana massasining 3-6 % ni tashkil qiladi.

Tashxisoti. Ovqat toksikoinfeksiyasi tashxisoti klinik belgilar majmuasi, epidemiologik va laboratoriyaviy ko'rsatkichlar asosida qo'yiladi.

Klinik belgilaridan qisqa yashirin davrdan so'ng kasallikning yuzaga chiqishi, gastrit, gastroenterit yoki gastroenterokolit belgilarining zaharlanish, suvsizlanish bilan birga qisqa kechishi bilan xarakterlanadi.

Epidemiologik ma'lumotlar ba'zan masalani hal qiluvchi rol o'ynaydi. Bir xil ovqatni iste'mol qilgan bir nechta odamning bir vaqtda kasallanishi tashxisot uchun muhimdir. Yashirin davrning qisqaligi, kasallik belgilarining tez avj olib borishi, umuman kasallikning qisqa muddat davom etishi va qon tomirlar zaharlanganiga oid belgilar bo'lishi tashxisni osonlashtiradi.

Periferik qonda leykotsitoz yoki leykopeniya, tayoqcha yadrolar hisobiga neytrofillyoz, neytrofillarning toksik donadorligi, siydikda esa leykotsituriya, eritrotsituriya, 40% hollarda proteinuriya aniqlanadi.

Davosi. Ovqat toksikoinfeksiyasida avvalo me'dani bir necha marta yaxshilab yuvish zarur. Me'da natriy gidrokarbonatning 2-4 % li eritmasi yoki kaliy permanganatning 0,1 % li eritmasi bilan yuviladi. Buning uchun katta odamlarda 18 -20°C da ilitilgan 3 litr suyuqlik ishlatiladi. Yuvish toza yuvindi chiqquncha davom ettiriladi.

Ovqat toksikoinfeksiyasining suvsizlanish belgilari kuzatilmagan engil kechishida oshqozonni yuvishdan so'ng qaynoq choy berib, oyoqlariga isitkich qo'yib isitiladi.

Oshqozonni yuvgandan so'ng ko'ngil aynishi, ich buzilishi saqlanib, suvsizlanish I-II darajasi yoki ozgina umumiy zaharlanish belgilari kuzatilsa, og'iz orqali regidratatsiya vositalari (regidron, tsitraglyukosolan, glyukosolan, qand-tuzli eritmalari) va enterosorbentlar (bektit-M, smekta) buyuriladi. Yuqoridagi davolash tadbiri juda qulay bo'lib, guruhli kasallanish yuzaga kelganda, vena ichi tuzli eritmalari tanqisligida yuqori samara beradi. Oshqozonni yuvgandan so'ng ham qayta-qayta qusish alomatlari va umum zaharlanish, hamda suvsizlanishning III-IV darajasi belgilari kuzatilganda standart tuzli eritmalar ("Trisol", "Xlosol", "Kvartasol") 38°C gacha isitilib, kasallikning og'ir kechishida 60-120 ml bemorning kg vazniga, o'rtacha og'irlikda esa 55-75ml bemorning kg vazniga, vena ichiga 60-120 ml/min tezlikda yuboriladi. Vena ichi parenteral regidratatsiyasi qusish to'xtagandan so'ng, gemodinamik ko'rsatgichlar va buyrakning ajratish faoliyati tiklanganidan so'ng to'xtatiladi.

Ovqat toksikoinfeksiyasining gastrointestinal shakllarini davolashda etiotrop davo o'tkazilishi maqsadga muvofiq emas.

Bemorlarga kasallik boshida №4, so'ngra esa №13 parhezli stol buyuriladi. Iste'moldan me'da-ichak shilliq qavatini mexanik va kimyoviy ta'sirlovchi mahsulotlar (sut, konserva, dudlangan, o'tkir, ho'l mevalar va sabzavotlar) inkor qilinadi.

Parhez sekin-asta kengaytirilib, kasallik boshlanishidan kamida 30 kun mobaynida buyuriladi.

Profilaktika: Ovqat mahsulotlarini mikroblar bilan ifloslanishining oldini olish, ularga termik ishlov berishga e'tibor beriladi. Bu maqsadda sut va go'sht mahsulotlarini qayta ishlash, nazorat qilish, oshxonalarda, umumiy ovqatlanish muassasalarida, savdoda, kasalxona, ovqatlanish blokida ovqatlarni to'g'ri saqlash, ovqatlanish obyektlariga maxsus transportlar tashkil qilish ularga sanitar ishlov berish zarur. Stafilakokk enterotoksini chaqiradigan toksikoinfeksiya profilaktikasida yiringli kasallik bilan og'rigan bemorlarni ovqatga ishlov berishdan chetlashtiriladi.

Botulizm

Botulizm – og'ir toksikoinfeksiyon kasallik bo'lib, botulotoksinning uzunchoq miya va orqa miyaning xolinergik strukturalarining zararlanishi va oftalmoplegiya va bulbar sindromlar kelib chiqishi bilan kechadi.

Etiologiyasi. Botulizmni qo'zg'atuvchisi "Clostridium botulinum" deb ataladigan, spora hosil qiladigan, anaerob mikroblar hisoblanadi. Uning 6 tipi aniq: A, B, C, D, E, F.

Botulizm qo'zg'atuvchisi tayoqchasimon bo'lib uzunligi 4–9 mkm, kengligi 0,6–0,9 mkm, tayoqcha bo'lib, oxiri halqa hosil qilib tugaydi, tayoqcha tennis raketkasiga o'xshash, gramm musbat. 4 – 5 sutkadan so'ng tayoqcha o'sishi bilan u gramm manfiy bo'yaladi. Mikroblar harakatchan, 4 tadan 35 tagacha xivchinlari mavjud bo'lib, kapsula hosil qilmaydi. Botulizm qo'zg'atuvchisi tabiatda keng tarqalgan bo'lib ular suvda, meva, sabzavotlarda va oziq-ovqat mahsulotlarida spora holida bo'ladi. Agarda yuqoridagi mahsulotlardan konservatsiyada foydalanilsa va yaxshi konservatsiya qilinmasa, unda sporalar anaerob sharoitda o'sib vegetativ shaklga aylanadi. Qo'zg'atuvchi sporalarini yo'qotish uchun ularni yuqori haroratda va ko'p vaqt 1,5 soat qaynatiladi. Vegetativ shaklini 2–5min davomida qaynatiladi. Botulizm toksinini yo'qotish uchun 70–80°C da 5–15 min. qaynatiladi. O'zimizda A, B, E tiplari ko'p uchraydi, C va F tiplari kamroq uchraydi. Cl. Botulinumning barchati plari o'zlarining morfo-logik, xususiyati va odam organizmiga toksinning ta'siriga ko'ra bir – bировiga yaqin turadi va bir xil klinik kartinasini beradi.

Epidemiologiyasi: Botulizm saproozoonlar guruhiga kiradi. Botulizm mikrobinin asosiy manbai issiq qonli hayvonlar (qoramol va qo'y-echkilar), shuningdek sovuq qonli hayvonlar (baliqlar, mollyuskalar, qisqichbaqalar) hisoblanadi. Hayvonlar najasi bilan tashqariga chiqarilgan mikroblar spora hosil qiladi, sporalar esa uzoq vaqtgacha saqlanadi.

Botulizm odamlarga ana shu sporalar bilan ifloslangan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish oqibatida yuqadi. Botulizm ko'pincha qo'ziqorin, ho'l mevalar va sabzavotlardan uy sharoitida gigienik qoidalarga rioya qilmay tayyorlangan konserva mahsulotlarini iste'mol qilish natijasida boshlanadi. Konserva bankalari ichida anaerob sharoit bo'lganligi sababli botulizm sporalari tezda vegetativ shaklga aylanib, ko'paya boshlaydi va ekzotoksin chiqaradi. Konserva bankasida botulizm toksini bo'lsa, odatda banka qopqog'i ko'pchib, ko'tarilib qoladi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi: Botulizm tayoqchasi va toksini ovqat hazm qilish traktiga tushishi va qonga so'rib, butun organizmga tarqalishi bilan bog'liq. Botulizmning toksini neyrotrop xususiyatiga ega. U avvalo markaziy asab tizimiga, xususan uzunchoq va orqa miya motoneyronlariga kuchli ta'sir qiladi. Toksin yurakning asab tugunchalarini, skelet mushaklari va diafragmani harakatlantiruvchi asablarni zararlaydi. Botulotoksin silliq mushaklarning yarim falajiga, qon tomirlarning qisqarishiga sabab bo'ladi. Toksinning orqa miya va uzunchoq miyadagi motoneyronlarga ta'siri natijasida bulbar va paralitik sindromlar paydo bo'ladi.

Parasimpatik asab tizimining tonusi pasayadi. Toksin ta'sirida asab tolalari oxirlaridan atsetilxolin ajratishi to'xtaydi va natijada periferik falajlar rivojlanadi.

Nafas mushaklarini harakatlantiruvchi motoneyronlar faoliyati susayishi oqibatida organizmda kislorod etishmovchiligi holati yuz beradi. Xiqildoq va tomoq mushaklarining yarim falaji oqibatida yutinish jarayoni buziladi. Organizmdachuqur gi poksiyaboshlanadi. Ichki organlarda qon dimlanib qoladi, bosh miya shishadi, me'da ichak shilliq qavatida mayda — mayda qontalashlar paydo bo'ladi. Bemorlarning deyarli hamma organlarida patomorfologik o'zgarishlar yuz beradi. Bosh miya, uning pardalari, o'pka, jigar, me'da va ichaklar qonga to'ladi. Bosh miyada tromboz, degenerativ — nekrotik va destruktiv o'zgarishlar paydo bo'ladi. Ayniqsa ganglioz xujayralar ko'p zararlanadi. Yurak mushaklarida nekrobioz belgilar ko'rinadi. Botulizmdan sog'aygan kishilarda immunitet paydo bo'lmaydi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 6—24 soat, kamdan-kam hollarda 6—10 kun gacha cho'zilishi mumkin. Organizmga qancha ko'p toksin kirsas kasallikning yashirin davri shunqacha qisqa bo'ladi va kasallik og'ir kechadi. Botulizm ko'pincha o'tkir boshlanadi va bir necha asosiy belgilar infeksiya—toksik, dispeptik, oftalmoplegik, bulbar, miostenik belgilar bilan kechadi.

I variant. Dispeptik buzilishlar: bunda ko'ngil aynish, qusish, epigastral sohada tortishuvchi og'riqlar, meteorizm, og'iz qurishi, kuchli chanqash,

kasallik boshida yumshaygan najas, keyinchalik ichak tutilishi bilan almashinadi. Kasallikning erta belgilaridan biri bu yutinishning buzilishidir. Bunda bemor xalqumda katta “kesak” borligiga va yutinish harakatida og‘riqqa shikoyat qiladi.

II variant. Ko‘rishning buzilishi: bunda bemorlar ko‘z oldi xiralashuviga shikoyat qiladi. Bu bir necha kun saqlanadi va kamdan – kam okulistga murojaat qilib, kasalxonaga tushadi.

III variant. Nafas buzilishlari: bunda havo etishmaslik hissi, ko‘krak qafasida og‘irlik hissi, ko‘krak qafasida og‘rik, tovush tembrining o‘zgarishi kuzatiladi. Nafas buzilishlari ko‘pincha yutinish buzilishlari va umumiy zaharlanish simptomlari bilan kechadi, harorat normal yoki subfebril darajada bo‘ladi va bemorda tezda mionevrologik belgilar rivojlanadi.

Bular quyidagilar:

1. Oftalmonevrologik belgilar: ko‘rishning og‘irlashuvi, akkomodatsiya-nings falaji, midriaz - doimiy va rivojlangan qorachiq kengayishi, anizokoriya, qorachiqning yorug‘likka reaksiyasi sekin yoki yo‘qolgan, ikki tomonlama ptoz, ko‘ruv o‘tkirligining pasayishi, ko‘z oldini tuman qoplashi, o‘qishga harakat qilinganda harflar va qatorlarning qo‘shilib ketishi.

Botulizm toksinining ko‘zni harakatlantiruvchi va uzoqlashtiruvchi asab tolasiga ta‘siridan ko‘z olmasi harakatining buzilishlari kuzatiladi. Bundadiptopiya – narsalarni ikkitalab ko‘rish, g‘ilaylik, strobizmlar, vertikal nistagmlar rivojlanadi.

2. Fagonazoglossonevrologik belgilar: so‘lak bezi faoliyati izdan chiqib, og‘iz bo‘shlig‘i, halqum quriydi va bemorlar ko‘p chanqaydilar, ammo suyuqlik ichgan bilan tashnaliklari qolmaydi, halqum qisiladi, ovqat yuta olmaydi (disfagiya). So‘ngra til mushaklari va kekirdak usti qopqog‘ining harakati buziladi. Natijada eyilgan ovqat kekirdakka tushib, bemor qalqib ketaveradi. Kasallik og‘ir kechganda halqum mushaklari falaji kuzatiladi.

3. Fonolaringonevrologik belgilar: bemorning ovozi oldin xirillab, keyin butunlay chiqmay qoladi (afoniya), til, yumshoq tanglay, va kekirdak tashqi mushaklarining faoliyati buzilib, bemor so‘zlarni aniq va tiniq talaffuz qila olmaydi, dimog‘i bilan gapiradi.

4. Nafas buzilishiga oid belgilar: kasallik engil kechganida bemor ko‘kragi qisilganini sezadi. Og‘ir o‘tganda esa, bemor tez – tez nafas oladi, nafas ritmi buziladi. Kasallik zo‘riqqanda nafas harakatlari tartibsiz bo‘lib, bemor bezovtalanadi, yarim o‘tirgan holatni oladi, hamma yordamchi nafas mushaklari va diafragmaning falaj bo‘lishi natijasida nafas jarayonini ancha buzadi.

5. Gemodinamik buzilishga aloqador belgilar: kasallik boshlanishida bradikardiya bo‘ladi. Keyinchalik bemorning yuzi ko‘karib, badanining

tusi oqaradi. Nafas buzilishi va diafragmaning falaji qorin bo'shlig'idagi bosimning kamayishiga va pastki kovak venaga qonning qiyinchilik bilan tushishiga sabab bo'ladi. Kasallik oxirlarida toksin ta'sirida miokardit rivojlanishi mumkin.

6. Umumiy mionevrologik belgilar: qo'l—oyoq va bo'yindagi asab—mushak apparati faoliyatining buzilishi natijasida paydo bo'ladi. Bemor boshini ushlay olmaydi, oyoq va qo'l mushaklari o'z funksiyasini bajara olmaydi.

Yuqoridagi belgilar ko'zga tashlanib turgan holda bemorning hushi joyida bo'ladi.

Klinik tasnifi.

I Tipik shakli: engil, o'rta og'ir, og'ir.

II Noaniq belgi

III Asoratlari: zotiljam, toksik miokardit, miozit, nevrit, zardob kasalligi.

Engil shakli: kasallik simptomlari asta—sekin rivojlanadi, organlarda falajlar uchramaydi, yarim falaj holati ko'rinadi. Nafas va gemodinamika ozgina buzilishi mumkin.

Og'ir shakli: kasallikning hamma belgilari tezda avj olib borib, nafas va gemodinamikaning izdan chiqishi, disfagiya va disfoniya xavotirli alomatlari bo'lib hisoblanadi.

Bilinar — bilinmas shakli: kasallikning ma'lum belgilari kamroq darajada namoyon bo'ladi, keyin yo'qolib ketadi. Midriaz, anizokoriya, ovozning xiralashuvi biroz davom etib, keyin yo'qolib ketadi.

Tashxisoti va qiyosiy tashxisoti. Tashxisot klinik-epidemiologik qo'yiladi va laborator tasdiqlanadi. 1. Epidemiologik: bunda bemorning bir- ikki kun oldin uy sharoitida tayyorlangan konservatsiyalangan mahsulotlar iste'mol qilganligi.

2. Klinik: bosh aylanishi, og'iz qurishi, ko'p chanqash, suyuqlik ichganda qoniqmaslik hissi, midriaz, akkomodatsiya falaji, yorug'likka reaksiyasining yo'qligi, ptoz, diptopiyalar, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda, epigastral sohada burovchi og'riqlar, qorinda meteorizm va qabziyatlarining kuzatilishi, ovozning o'zgarishiga xos belgilar bilan birga kechishi.

3. Umumiy klinik tahlillar (qon, siydik, najas).

4. Bakteriologik ekma usul. Bunda bemor qusuq massasi, oshqozon yuvindisi, qoldiq oziq — ovqat mahsulotlaridan material olib tekshiriladi va ular peptin peptonli, Xotinger buloni Kita — Tarotstsi muhiti, kazein qo'ziqorinli tripsinli muhitga ekiladi. CI.botulinum gaz hosil qilib o'sadi. Olingan kulturadan surtma tayyorlab, mikroskopiya qilindanda raketkasimon mikroorganizmlar topiladi.

5. Biologik usul. Botulotoksinni aniqlash uchun oq sichqonlarda neytralizatsiya reaksiyasi o'tkaziladi. Buning uchun 2 juft tajriba sichqonlari olinadi, ularning birinchi juftiga patologik qon 0,5–0,8 ml yoki boshqa patologik materialdan filtrat olinib, qorin parda ichiga yuboriladi. Sichqonlarning ikkinchi nazorat juftiga patologik material bilan birga botulizmga qarshi A, B, C, monovalent zardoblar har biriga 0,05 ml dan yuboriladi. 4 sutka davomida tajriba ostidagi juftlik o'lib, nazorat juftlik tirik qolsa, diagnostik monovalent zardob yordamida neytralizatsiya reaksiyasi o'tkaziladi va qo'zg'atuvchi serovari aniqlanadi.

Qo'ziqorindan zaharlanishda bemor so'lagi oqib, ichi ketadi, najasi shilimshiq va qon aralash bo'ladi. Bemor qattiq terlaydi va ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi.

Ensefalitlar har xil shakllarda bo'lib, bakterial ensefalitlarda tana harorati oshib, bemor qaltiraydi, eti uvishadi, bosh og'riq, mushaklarda og'riqlar, yuz – bo'yin sohasining mushaklarining tortishishlari, Kerning, Brudzinskiy belgilari musbat, likvor tekshirilganda oqsil oshganligi, Pandi va Nonne–Appelt reaksiyalarning musbat bo'lishi, tirishishlar, qisman yoki to'liq falajlanish belgilari kasallikka xosdir.

Davosi. Bemor, albatta, kasalxonaga yotqiziladi va tezda bemor me'dasi 3%li soda (natriy gidrokarbonat) eritmasi bilan yuviladi, adsorbentlar (aktivlangan ko'mir, kungaboqar moyi) beriladi, so'ngra sifonli ho'qna qilinadi. Bemor qonida erkin aylanib yurgan botulotoksinni neytrallash uchun sinamadan (Bezredko usuli) so'ng botulizmga qarshi zardob(BQZ) kasallikning birinchi kunlaridan boshlab yuborish maqsadga muvofiq. Zardob asosan v/i yoki m/o ga yuboriladi. Uning bir davolash dozasi 25000 XB polivalent (A,B,E) zardobga teng. Etiologik omil turi aniqlangandan so'ng monovalent (A-10000 XB, B-5000 XB, E-10000 XB) zardob yuboriladi. BQZ dozasi kasallik kechim og'irligiga mos holda buyuriladi.

Botulizmni davolashda umumiy zaharlanishga qarshi preparatlarning salmog'i kattadir. Umumiy zaharlanishga qarshi gemodez, 5%li glyukoza, tuzli eritmalar, plazma buyuriladi.

Qo'zg'atuvchi sporalarini me'da-ichak yo'lida vegetativ shakliga o'tish ehtimoli borligini inobatga olib, etiotrop davo sifatida levomitsitin yoki tetratsiklin preparatlari 7-8 kun mobaynida tavsiya qilinadi.

Asab tizimi faoliyatining tiklanish jarayonin tezlashtirish uchun ATFning 1%li eritmasi 2.0 ml.dan kuniga 3 mahaldan 7-10 kun maboyinida buyuriladi. Yurak qon-tomir tizimi faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, kamfora , kofein, yurak glikozidlari tavsiya qilinadi. Umumquvvatlovchi C va B guruhdagi vitaminlar buyurilishi samarali bo'ladi.

Kasallikning og'ir kechishini davolashda glyukokortikoid (prednizolon, urbazon, deksametazon)lar vagi perbarik oksigenatsiya qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Ko'pgina davlatlarda, jumladan bizning mamlakatda ham aksariyat hollarda kasallik uy sharoitida tayyorlangan maxsulotlar (konserva va dudlangan) iste'molidan so'ng yuzaga keladi. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun oziq-ovqat mahsulotlarini qo'zg'atuvchi sporalari bilan ifloslanishdan saqlash, qo'zg'atuvchi sporasi, vegetativ shaklini o'ldiruvchi va zaharini parchalovchi termik ishlov berish, tayyor mahsulotda spora tushishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Kolbasa, konserva tayyorlash, masalliqlari tuzlash, quritish jarayonida sanitariya-gigiena qoidalariga etibor berish kerak. Qopqog'i ko'pchigan konservalarni istemol qilmaslik va ularni yo'qotish lozim.

Konserva eb kasallangan va kasallanmagan kishilarga profilaktika maqsadida 1500- 2000 XB dan botulizmga qarshi zardob yuboriladi. Ular 10 - 12 kun vrach nazoratida bo'lishlari shart. Botulotoksin bilan aloqador laboratoriya xizmatidagi xodimlar botulizmga qarshi emlanadilar.

Lyamblioz

Lyamblioz - asosan najas-og'iz mexanizmi orqali yuquvchi antroponoz protozoy kasallikdir. Lyambliylar asosan ingichka ichakning yuqori qismlarida parazitlik qiladi va ichakda so'rilish, undagi devor oldi hazm qilish jarayonining buzilishi, duodenit, enterit, enterokolit hamda ko'pgina bemorlarda oshqozon, o't ishlab chiqarish tizimi, oshqozon osti bezi tomonidan bo'ladigan ikkilamchi asoratlarga olib keladi.

Etiologiyasi. Lyamblioz qo'zg'atuvchisi- *Lambliia intestinalis* birinchi marta 1859-yilda olim D.F. Lyambl tomonidan topilgani uchun uning nomi bilan atalgan. Lyambliylar rivojlanishida ikkita bosqich: vegetativ shakli va tsista kuzatiladi. Vegetativ shakli noksimon formada bo'lib, yon tomonidan ko'rilganda qo'shtirnoqqa o'xshaydi. Vegetativ shaklining uzunligi 9-18 mkm, eni-5-10 mkm keladi. Tanasining oldingi qismidagi ventral tomonida so'ruvchi disk bo'lib, u bo'rtib turadi. Shu bo'rtib turgan qismi bilan ingichka ichak shilliq qavatiga kirib oladi va ichak yuzasida saqlanib turadi. Har bir trofozoyda 4 juft xivchinlari bo'ladi. Ular xivchinlar yordamida harakatlanadi. Markaziy xivchinlari harakatlanganda nasos rolini bajaradi. Xivchinlar devor oldi gidrolizi mahsulotlarini saqlagan suyuqlikni so'rib soladi. Shu suyuqlik bilan lyambliylar oziqlanadi. Oziqlanish trofozoit tanasining qavatlari orqali osmotik yo'l bilan amalga oshiriladi. Lyambliylarda og'iz teshigi bo'lmaydi. Lyambliylar ko'ndalang bo'linish yo'li bilan ko'payadi. Lyambliyning sistalari oval shaklda,

rangsiz, uzunligi 10-14 mkm, eni 6-10 mkm, yuzasi 2 konturli qattiq parda bilan qoplangan. Lyugol eritmasi bilan ishlov berilgan preparatlarda etilmagan tsistalarda 2 ta, etilgan sistalarda 4 ta yadro va boshqa strukturali elementlar ko'rinadi. Lyambliyning vegetativ shakllari tashqi muhit sharoitiga chidamsiz va 5-10 minutdan keyin halok bo'ladi. Tsistalari chidamli bo'ladi. Xona haroratida 3-5 kundan 2 haftagacha saqlanadi, tuproqda-60 kun, suvda 35-80 kungacha saqlanadi. Quritilganda va yuqori haroratda halok bo'ladi. 70°Sda 30-40 sekund, quritilganda 1-2 minut, qaynatilganda o'sha zahotiy o'ladi. Xloramin va boshqa xlor saqlovchi dezinfeksiya vositalari lyambliy tsistalariga ta'sir qilmaydi.

Tarqalishi: JSST (1983-y.) ma'lumotlariga qaraganda lyambliylar 10% kattalarda va 20% bolalarda aniqlanadi. Oxirgi 30-yil katta yoshdagi odamlar orasida lyambliylar bilan zararlanish 11,7-21,8% (1956-1987y)dan 2,7-4,9%gacha, bolalar orasida 19,1-57,7%dan 7,8-23,9%gacha pasaygan. 1,5-4 yoshgacha bo'lgan bolalarda lyambliylar bilan zararlanish ko'p uchraydi. Bog'chalarda zararlanish 1,5-2 baravar yuqori 6-7 yoshli bolalarda lyambliylar invaziyasi biroz past va 12-15 yoshda katta odamlar ko'rsatkichiga tenglashadi.

Epidemiologiyasi. Lyamblioz invaziyasining manbai lyambliy tashib yuruvchilar va lyamblioz bilan kasallangan bemor hisoblanadi. Lyambliyning yuqish yo'li – alimentar, ya'ni og'iz orqali lyambliy tsistalari tushgandan so'ng kelib chiqadi. Zararlangan odam najasi bilan tashqariga 1 sutkada 900000000 ta sista chiqaradi. Sistalar 2 oygacha tuproqda, 1-3 oy suvda tirik saqlanadi.

Lyamblioz maishiy-muloqot yo'li va suv orqali tarqaladi. Ifloslangan qo'llar, uy jihozlari, bolalar o'yinchoqlari, meva va sabzavotlar tarqalish omili hisoblanadi. Maishiy-muloqot yo'li orqali tarqalgan kattalar orasida lyamblioz invaziyasining sporadik hollari kelib chiqadi, hatto oilaviy o'choqlar paydo bo'ladi. Bolalar bog'chalarida maishiy-muloqot yo'li bilan tarqalishida sanitar-gigienik rejimni hisobga olganda, 18-20%dan 60-75%gacha kasallik uchraydi. Suv orqali tarqalishida lyambliozning epidemiyalari yuzaga keladi. AQShda 1965-yilda 23 ta lyamblioz epidemiyalari bo'lgan va bunda 7009 nafar odam zararlangan (JSST, 1983-y.).

Epidemiyaning kelib chiqishiga sabab ochiq suv havzalaridan suvning etarlicha tozalanmasdan yuborilishi yoki faqat xlorlangan suvni iste'mol qilish hisoblanadi (xlorlantirish lyambliy sistalarga ta'sir qilmaydi).

Patogenezi. Hozirgi kunda JSST tomonidan lyambliylarning patogenligi ko'rib chiqilayapti. Lyambliylarning patogenligi I. Lalova (1976-y.) tajribasida isbotlangan. U 650 ta lyambliy sistalarini o'ziga

yuqtiradi. Natijada sog'lom 35 yoshli ayol qornida og'riq va quldirash, ich ketish, astenik belgilar, o't ishlab chiqaruvchi tizim tomonidan diskineziyalar kelib chiqadi. Kasallik yarim yildan ortiq davom etadi. Sog'ayish lyambliozga qarshi xususiy davolangandan keyin yuzaga keladi. Lyambliylarning ingichka ichak shilliq qavati muhitiga moslashganligi uchun shu erda devor oldi hazm bo'lgan mahsulotlarning gidrolizatleri bilan oziqlanadilar va ko'payadilar. Boshqa a'zolarida lyambliylar ko'paymaydi. Lyambliylarning membranada parazitlik qilishi devor oldi hazm jarayonini, ingichka ichakning so'rilish hamda harakat faoliyatlarini izdan chiqaradi. Natijada steatoreya, fermentativ va vitamin yetishmovchiligi kelib chiqadi. So'rilishning buzilishi lyambliyning ingichka ichakdagi glikokaliksga ta'siridan kelib chiqadi va bu og'ir sindrom bo'lib hisoblanadi (JSST 1983y.). Diareyaning mexanizmi hozirgacha noaniq.

O'n ikki barmoqli ichak va ingichka ichakning yuqori qismlaridagi morfologik o'zgarishlar lyambliozning subklinik kechishida ham yuzaga keladi. Bu o'zgarishlar o'choqli giperemiya, shishi, shilliq qavatdagi erroziyalar ko'rinishida bo'ladi. O'zgarishga uchragan shilliq qavatlardan biopatlarni gistologik tekshirganda duodenit va eyunitga xos belgilar topildi. Lmblioz bilan og'rigan bemorlarda immunitetni o'rganishda spetsifik immunitet borligi aniqlangan.

Klinikasi. Lyamblioz invazyasining quyidagi klinik-patogenetik shakllari mavjud:

- 1) Lyamblioz tashib yuruvchilar (sog'lom)
- 2) Lyambliozning ichak shakli:
 - a) subklinik lyamblioz;
 - b) 12 barmoqli ichakning lyambliozli diskineziyasi;
 - v) lyambliozli duodenit;
 - g) ingichka ichakning lyambliozli diskineziyasi;
 - d) lyambliozli enterit;
 - e) lyambliozli enterokolit.
- 3) Lyamblioz biliar shakli:
 - a) o't chiqarish yo'llari diskineziyasi;
 - b) o'tkir xoletsistit;
 - v) surunkali xoletsistit;
 - g) surunkali xolangioepatit;
- 4) Asoratlari:
 - a) oshqozon tomonidan bo'ladigan funksional buzilishlar;
 - b) gastrit;
 - v) oshqozon osti bezi funksional buzilishlari;
 - e) pankreatit.
- 5) Lyamblioz qo'shilib kelgan kasallik sifatida (mikstinfeksiya).

Lyamblioz tashib yuruvchilarga (sog'lom) - qisqa vaqt (1-2 hafta) lyambliylarning ingichka ichakning yuqori qismida turishi kiradi. Bunda hech qanday funksional buzilishlar, immunologik o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bemor o'zini yaxshi his qiladi. Bu hol parazitlikning kompensatsion shakli deyiladi va davolanishni talab qilmaydi.

Subklinik lyamblioz - funksional buzilishlar, immunologik o'zgarishlarning bo'lishi, kasallikda yaqqol simptomatikaning namoyon bo'lmashligi va bemor o'zini yaxshi his qilishi bilan xarakterlanadi. Funksional buzilishlar jumlasiga ingichka ichakda uglevodlar, yog'lar, ayrim vitamin (A, B₁₂, C)lar so'rilishining buzilishi kiradi. Immunologik o'zgarishlarga periferik qonda T-limfotsitlarning pasayishi, zardobda T-limfositlar sonining, lyamblioz antigeni bilan qon zardobini immunoflyuorestsent, immunoferment, radioimmun metodlar yordamida tekshirganda ijobiy natija berishi kiradi. Bemorning duodenal suyuqligida S-reaktiv oqsil topiladi. Endoskopiya, aspiratsion biopsiya va biopatlarni gistologik tekshirganda yuza duodenit va eyunitga xarakterli o'zgarishlar topiladi.

12 barmoqli ichak lyambliozli diskineziyasida bemorlarni simillovchi og'riqlar va epigastral sohasida noxush sezgilar bezovta qiladi. Quldirashlar qorinning yuqori qismida bo'ladi. Paypaslaganda epigastriyada doimiy bo'lmagan og'riq aniqlanadi. Rentgenologik tekshirishda ko'p bemorlarda 12 barmoqli ichak tonus va motorikasining buzilishlari qayd qilinadi. Endoskopiya duodenal reflyuks aniqlanadi.

Lyambliozli duodenit yuqoridagi simptomlar va doimiy, epigastriyadagi bir oz kuchli og'riq xos. Og'riqlar simillovchi xarakterda bo'lib, asosan kechasi, ko'proq ertalabga yaqin vaqtda bemorlarni bezovta qiladi. Bemorlarda oshqozon sekretor funksiyasining pasayganligi aniqlanadi. Rentgenologik tekshirganda 12 barmoqli ichak tonusi va motorikasining buzilishi bilan birga uning shilliq qavatining relyefi o'zgargan bo'ladi. Endoskopiya vizual, biopatlarda gistologik tekshirganda 12 barmoqli ichak shilliq qavatining chuqur diffuz o'zgarishlari va atrofiyasi aniqlanadi. Ko'pincha duodenal reflyuks qayd qilinadi.

Ingichka ichakning lyambliozli diskineziyasi - meteorizm, qorinning har xil qismlarida og'riqlarning borligi, quldirash bo'ladi. Sutkada 1-2 marta bo'tqasimon stul aniqlanadi. Rentgenda ingichka ichak tonusning buzilishi, bariy passajining tezlashishi kuzatiladi. Lyambliozning bu shaklida duodenit simptomatikasi va yuqoridagi funksional o'zgarishlar bo'ladi.

Lyambliozli enteritda quldirash, meteorizm va qorindagi og'riqlardan tashqari diareya rivojlanadi. Najas suyuq, ko'p miqdorda, suvli va ko'pikli, patologik aralashmasiz, hidi odatdagidek, sutkada 2-3 martadan 4-5 martagacha bo'ladi. Koprotsitogrammada lyambliozning vegetativ shakllari topiladi, shakllangan najasda sistalar bo'ladi. Bemorda umumiy hol-sizlik, darmonsizlik, qorin damlashi, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi kuzatiladi. Ish qobiliyati pasayadi. Kasallik uzoq kechganda bemorning uyqusi buziladi, salga jahli chiqadigan bo'ladi. Umumiy

zaharlanish belgilari, ya'ni qayt qilish, tana harorati ko'tarilishi, qaltirash bo'lmaydi. Spetsifik davo olib borilmasa, kasallik surunkaliga o'tadi, remissiya davrlari qo'zish davrlari bilan almashinib turadi. Qo'zish davri 2-3 kundan 6-7 kungacha cho'ziladi.

Lyambliozli enterokolit-yo'g'on ichakda og'riq, najas shilliq aralash bo'ladi. Koprotsitogrammada-leykotsitlarning 12-18 ta gacha oshishi kuzatiladi. Rektoromanoskopiyada har 3-bemorda yo'g'on ichak distal qismi shilliq qavatida gi peremiya kuzatiladi. Erroziya va yaralar kuzatilmaydi. Sigmasimon ichak spazmi, tenezmlar va najasda qon bo'lmaydi. Qo'zish va remissiya davrlari almashinib turadi, enteritdan farqi remissiya davrida bemorda qorindagi og'riq va meteorizm saqlanib keladi.

Lyambliozning bilial shaklida surunkali endogen intoksikatsiya belgilari (umumiy holsizlik, charchash, bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, ishtaha pastligi, subfebril harorat), dispeptik sindrom: o'ng qovurg'a sohasi va epigastriyada davriy og'riq qayd qilinishi mumkin.

Obyektiv ko'rganda tili oq karash bilan qoplangan, qorin qapchigan, ichak quldirashi, paypaslaganda epigastriyada, o'ng qovurg'a sohasida og'riq, gepatosplenomegaliya, Ortner-Grekov belgisi kabi belgilar aniqlanadi. Bemorlarning bir qismida teri va ko'rinarli shilliq qavatlari sariqligi, siydik qizarishi tafovut qilinadi.

Kasallik surunkali tus olganda me'da-ichak tizimi yallig'lanishiga xos bo'lmagan belgilar: toshmalar, allergodermatit, terida oqimtir dog'lar hosil bo'lishi, soch to'kilishi, uyquda tish qayrashi, uyquda og'izdan so'lak oqishi kabi belgilar qayd qilinishi mumkin.

Asorati. Duodenogastral reflyuks- duodenal suyuqlikning oshqozondan pilorik qismiga o'tishi. Bu gastritning sabablaridan biri hisoblanadi. O't ishlab chiqarish tizimida diskinetik buzilishlar, o't pufagi va o't yo'llarida o'tning dimlanib qolishiga sabab bo'ladi. Bu o'z navbatida ichakdagi bakterial floraning shu organlarga o'tishini va yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaradi. Lyambliozning har xil shakllarida gastritning kelib chiqishi og'riq sindromining doimiy bo'lishiga, kechgi va och og'riqlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Lyambliozga qarshi davo olib borilsa, og'riq sindromi va ko'ngil aynishi sezgisi o'tib ketadi.

Pankreatit - og'riq belgisi kuzatiladi, yaxshi sifatli kechadi, lyambliozga qarshi davo qilinganda tezda o'tib ketadi.

Tashxisoti. Lyambliozning har bir klinik shaklini lyambliyning vegetativ shakllarining topilishi (duodenal suyuqlikda, suyuq najasda) yoki shakllangan najasda tsistalaming topilishi tasdiqlashi kerak. Qayta tekshirish o'tkazib turish kerak. Bundan tashqari lyamblioz tashxisini qo'yishda lyambliy antigeni yordamida serologik reaksiya muhim ahamiyat kasb etadi. Lyambliozni

salmonellyoz, esherixioz, ichburug'ning yengil shakllari, amyobiaz, rotavirusli gastroenterit, gelmintozlardan qiyoslash kerak.

Davosi. Lyabliozni spetsifik davolashda hozirgi kunda metronidazol (trixopol, flagil), tinidazol (fasijin), entamizol, furazolidon, aminoxinol, makmiror, tiberol, ekdisten, intetriks preparatlaridan foydalaniladi. Metronidazol kattalarga 0,25 g kuniga 2-3 marta 5-7 kun davomida, bolalarga 2-4 yoshdagilarga 0,1-0,15 g dan sutkada, 5-10 yosh - 0,2-0,25 g, 11-15 yosh - 0,25-0,3 g sutkada beriladi.

Bolalarga sutkalik doza 2-3 martaga ovqatdan keyin beriladi. Nojo'ya ta'sirlari-bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, qorin sohasida og'riq kam kuzatiladi.

Tinidazol kattalarga sutkasiga 2g dan ovqatdan keyin yoki 0,5g sutkada 2 marta 7 kun mobaynida beriladi. Bolalarga 5-60mg/kg ovqatdan so'ng buyuriladi. Qarshi ko'rsatma metronidazolnikidek. Entamizol - kombiniirlangan preparat, 1 tabletkasida 0,2g metronidazol va 0,25g furamid bo'ladi. Kattalarga 1tabletkadan 3 marta kuniga, 5 kun mobaynida beriladi.

Furazolidon - kattalarga sutkaga 0,1 g x 4 marta, ovqatdan so'ng 5 kun mobaynida, bolalarga 10mg/kg kuniga 3-4 marta 5 kun beriladi. O't ishlab chiqarish tizimida asoratlar kuzatilganda preparat tavsiya etilmaydi. Aminoxinol - 0,15 g x 3 marta kuniga ovqatdan keyin 5 kun buyuriladi.

Ornizol (ornidazol) bemorlarning yoshi, vazniga e'tibor bergan holda buyuriladi. Uning bir necha davolash tizmasi mavjud bo'lib, amaliyotda uchkunlik kechki paytda buyurilishi yuqori samara bermoqda. Intetriks bo'lsa kattalarga 2 kapsuladan kuniga 2 mahal 7-10 kun mobaynida beriladi. Bolalarda uchraydigan ichak lyambliozini davolashda makmiroming salmog'i yuqoridir. Preparat 1 tabletkadan 3 mahal 7 kun mobaynida buyuriladi.

Patogenetik davo o'z ichiga parhez, ko'proq suyuqliklar iste'moli va dori-darmon bilan davolashni o'z ichiga oladi. Lyambliozda yuzaga keladigan ovqat-hazm qilishning buzilishini bartaraf qilish maqsadida tarkibida amilaza saqlagan preparatlar (pankreatin, mezim-forte, panzinorm va kreon) buyuriladi. Bu preparatlardan kreonning o'rni o'zgacha. Bu preparat kapsula ichida joylashgan mikrosferalardan iborat bo'lib, o'zgarmagan holda ovqat mahsulotlari bilan ingichka ichakka o'tib, hazm qilishning buzilishini bartaraf qilishda yuqori samara beradi. Kasallik tufayli yuzaga keladigan ichak disbiotsenozini tiklash maqsadida eubiotiklar (bifidumbakterin, kolibakterin, xilak-forte) buyuriladi.

Etiotrop davo vositalari ta'sirida lyambliylarni ommaviy parchalanishi natijasida hosil bo'ladigan metabolitlarni ichakdan qonga so'rilib, yuzaga keladigan Yakshi-Geyksgeymer reaksiyasini bartaraf qilish maqsadida dyufalak buyurilishi maqsadga muvofiqdir. Dyufalak bemorlar yoshiga

monand 15-25 ml kuniga ikki mahal ertalab va qechqurun ovqat davrida buyuriladi.

Taxmini-spetsifik davolanmasa, kasallikning cho‘ziluvchan va surunkali shakllari rivojlanadi. Gamma-globulin defitsiti bo‘lgan, oqsil etishmovchiligi, vitamin etishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda lyamblioz og‘ir kechadi.

Profilaktikasi. Lyambliozning oldini olish va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o‘tkazish boshqa ichak infeksiyalaridek olib boriladi. Shuni yodda tutish lozimki, lyambliy tsistalarini xlor saqlovchi dezinfeksiya eritmalari parchalay olmaydi. 3%li lizol eritmasi va qaynoq suv tsistalarni yo‘qotishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Virusli gepatitlar

Virusli gepatit - umumiy yuqumli kasallik bo‘lib, asosan jigarning zararlanishi hamda umumiy zaharlanishi belgilari bilan ifodalanadi.

Virusli gepatit (VG) so‘zi o‘z ichiga bir necha mustaqil kasallik turlarini oladi, bular: virusli gepatit A (infeksion gepatit), virusli gepatit V (zardob gepatiti), delta gepatiti, hamda yana bir necha gepatit A ga ham, Vga ham tegishli bo‘lmagan gepatitning boshqa turlari virusli gepatit S, virusli gepatit E larni o‘z ichiga oladi. Butunjahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (BJSST) gepatit bo‘yicha tadqiqotchilar qo‘mitasining qaroriga binoan (1996), ko‘p davlatlarda, jumladan bizda ham bu kasallikni umumlashtiruvchi atamasi virusli gepatitlar, hamda ularning turlari - gepatit A, gepatit B, gepatit C, gepatit D va gepatit E nomlari qabul qilingan va gepatit F, G, TTV, SEN haqida ma‘lumotlar berilgan.

Virusli gepatit o‘zi mustaqil kasallik turi bo‘lib, boshqa xil virusli kasalliklarga (adenoviruslar, enteroviruslar, mononukleoz, herpes va boshqalar) kuzatiladigan gepatitlarni o‘z ichiga olmaydi.

Tarixiy ma‘lumotlar va geografik tarqalishlar. Sariqlik bilan kechadigan ommaviy kasalliklarning keng tarqalishi juda qadim zamonlarda ham kuzatilgan. Eramizdan avvalgi V asrda yashab o‘tgan Gippokrat asarlarida sariq kasalliklari haqida ma‘lumotlar berilgan.

Sharqning buyuk allomasi Abu Ali ibn Sino sariq kasalligini o‘rganishda juda katta hissa qo‘shdi. U sariqlik jigarning jarohatlanishiga bog‘liq ekanini zikr etdi, hamda sariqlik bilan kechadigan turli kasalliklar tasnifini tuzdi va ularning kelib chiqish sabablarini ilmiy asoslab berdi. Bu kasallik keyinchalik “Botkin kasalligi” degan nom bilan yuritildi. Ammo uzoq vaqt kasallik qo‘zg‘atuvchisining aniqlanmaganligi turli xil noaniq fikrlarning hukm surishiga sabab bo‘ldi.

Kasallik qo'zg'atuvchi virus ekanligini isbotlovchi dalillarni bizda P.G. Sergejev, E.M. Tarejev va boshqalar (1949), AQShda G. Findley va F. Makkollum (1937-1947)larning olib borgan tadqiqotlarining natijasidan olish mumkin bo'ladi. Ular turli kasalliklarga qarshi emlashlar tufayli ommaviy tus olgan gepatit kasalligini tadqiq qilish oqibatida shunday xulosaga keldilar. Birinchi marotaba Blumberg BS (1963) tomonidan organizmdagi virus noaniq oqsili aniqlanib, unga Avstraliya antigeni deb nom berdi. Antigenning ochilishi, virusli gepatit etiologiyasini o'rganishda muhim bosqich bo'ldi. Keyinchalik bu antigen B virusning yuzaki antigeni (HBsAg) ekanligi aniqlandi. 1970-yilda Dane D.S. et all. bemor qonidan B virusning bo'lakchalarini topdilar va bu bo'lakchalar Deyn bo'lakchalari degan nom oldi. 1973-yil yuqumli gepatit bilan zararlangan-ko'ngillilar tekshirilishi natijasida gepatit A ning virusini aniqlashga muvaffaq bo'lindi.

1989-yilda M.Houghton guruhi tomonidan gepatit C virusning oqsiliga mos oqsil ajratilib olindi. JSSTning bergan ma'lumoti bo'yicha bu virus qon (uning preparatlar) quyilish oqibatida gepatit bilan kasallangan bemorlarning 85% i da aniqlanadi.

1982-yil Fransiya va AQShda VGB ga qarshi plazmali vaksina ishlab chiqarilib, amaliyotga keng qo'llanila boshlandi va yuqori darajali natija berdi. OIV qon orqali yuqishi aniqlagandan so'ng bu vaksinani qo'llash ancha chegaralandi. 1984-yilga kelib, birinchi rekombinant vaksina ishlab chiqarildi. Hozirgi kunda "Endjeriks-B" vaksinasining ijobiy natijasi yuqoriligi uchun juda ko'p mamlakatlarda qo'llanilayapti. VGAning oldini olish maqsadida vaksina ishlab chiqarish borasida ancha ishlar qilindi. 1991-yil Smit Klyayn Bichim firmasi tomonidan Xavriks vaksinasi ishlab chiqarilib, amaliyotga tatbiq qilindi.

1993-yil Mullis Keri B. zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR)ni ishlab chiqib, viruslar DNK, RNKsining minimal miqdorlarini aniqlab, amaliyotga tatbiq qildi. Yangi usublarning ishlab chiqarilishi va amaliyotda tatbiq qilinishi virusli gepatitlarni o'rganishning "oltin davri"ni boshlab berdi (Sorinson S.N., 1998).

Respublikamizda qayd qilingan yuqumli kasalliklar tahlil qilinganda, virusli gepatitlar 2003-yilda 3,3%ni tashkil qilib, O'RI va O'IIDan keyin 3-o'rinda turadi va 100 ming aholi soniga intensiv ko'rsatkichi 99.9ga teng bo'lgan (Niyozmetov B.I., 2004).

Virusli gepatit "A"

Virusli gepatit A – pikornoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan najas-og'iz mexanizmi orqali yuquvchi, klinik jigar bioximizmi buzilishi bilan tavsiflanadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Virus A (NAV)- o'zida RNK saqllovchi, juda mayda (25-28 nm) sferik bo'lakchadan iborat bo'lib, o'zining ko'p fizikaviy va kimyoviy xossalriga ko'ra enteroviruslar guruhiga yaqin turadi. A virus faqat bir xil antigen saqlaydi. Bu antigen uning tashqi qobig'i bilan bog'liq bo'lib, oqsilli xossaga ega. Zikr etilayotgan antigen o'zi alohida, virusdan ajralgan holda uchramaydi. U faqat virus bilan birga (jigar hujayra plazmasi, qon zardobi va boshqalarda) uchraydi. Bemor organizmida bu antigenga qarshi ikkita antitela (anti HAVIgM, anti HAVIgG) ishlab chiqariladi. IgM anti VGA klinik ko'rinishning boshlang'ich davrida paydo bo'ladi va 6 oy muddatda saqlanadi. Bu VGA tashxisotining asosiy markyori bo'lib hisoblanadi. IgG anti VGA kasallikning tuzalish davrida paydo bo'la boshlaydi. Bemor organizmida umrining oxirigacha saqlanadi va immunitet ko'rsatgichi hisoblanadi.

Bu virus bevosita to'qimani yemirish xususiyatiga ega. Virus - 20°C da muzlatilganda 2-yil, - 60°C da qizdirilganda 4 soat saqlanadi. 100°C da qaynatilganda (qizdirilganda) 5 min. davomida o'z faoliyatini mutlaqo yo'qotadi. Ultrabinafsha nurlar ta'sirida 1 minutda parchalanadi. Xlorli dezin- feksiyalovchi moddalarga juda sezuvchan. Virus kasallikning yashirin davrining oxirlaridan boshlaboq, bemor qoni va najasida topila boshlaydi.

Epidemiologiyasi. Bemor odam va ayniqsa kasallikning engil bilinar-bilinmas belgilar bilan yoki klinik belgilersiz o'tkazayotgan shaxslar, kasallikning asosiy yuqtirish manbai bo'lib xizmat qiladi. Virusli gepatit kasalligida sariqlik alomati bemorlarning faqat 1/3, hatto 1/4 qismidagina uchraydi. Ko'pchilik davlatlar aholisi tekshirilganda 40 yoshdan yuqori odamlarning 28-97 % ning qonida A virusiga qarshi antitelolar topilishi fikrimiz dalilidir. Demak mutloq ko'pchilikda xastalik engil, oyoq o'tkazilib, tashxis aniqlanmay qoladi va bunday bemorlar kasallik tarqatuvchi asosiy manba bo'lib qoladilar. Virus asosan bemorning najasi orqali ajraladi. Eng ko'p ajralishi yashirin davrning oxiri va kasallikning boshlang'ich (sariqlik paydo bo'lgunga qadar) davrida kuzatiladi. Shuning uchun ham bu davrda bemorlar atrofidaqilar uchun o'ta xavfli hisoblanadilar. Ko'pchilik hollarda virusning najas orqali ajralishi sariqlik davrining birinchi haftasida to'xtaydi. Qonda esa virus yuqqandan keyin, ikki haftadan keyin paydo bo'ladi va sariqlik davrining to' birinchi kunlarigacha mavjud bo'ladi. Boshqa ajralmalarda (siydik, so'lak va boshqalar) A virusi topilmaydi. Kasallik odamga asosan og'iz orqali (virus bilan ifloslangan qo'l, idish-tovoq, ovqat, suv va boshqalar) yuqadi. A virusiga nisbatan immuniteti bo'lmagan (ya'ni A gepatit bilan ilgari og'rimagan) shaxslarda bu virusga nisbatan beriluvchanlik mutlaqo yuqoridir.

Virusli gepatitni boshdan kechirgandan keyin hosil bo'ladigan immunitet uzoq muddatgacha va hatto umr bo'yi saqlanishi mumkin.

Asosan 4-15 yoshgacha bo'lgan bolalarning kasallanishi, kasallanishning kuz va qish fasllarida hamda davriy har 3-5-yilda epidemik ko'tarilishi, kasallikning virus tashuvchanlikka o'tmasligi, surunkali ko'rinishda bo'lmasligi gepatit A ni ifodalovchi asosiy belgilar hisoblanadi.

Patogenez va patologik anatomiyasi. Organizmda kasallikning rivojlanish jarayonini I.K. Musabayev (1980) quyidagi bosqichlarga ajratadi: 1. Virusni organizmga o'tishi; 2. Ichak (havo-nafas yo'li) da bo'lishi; 3. Limfa tugunchalarining yallig'lanishi va virusning limfa yo'li bilan jigarga tushishi; 4. Virusning qonga birlamchi o'tishi (virusemiya) va qon orqali jigarga tushishi; 5. Parenximatoz a'zolariga tarqalishi; 6. Viruslarni qisqa muddatli o'rnashishi va ikkilamchi virusemiya; 7. Immunitetni ortib borishi va organizmni virusdan tozalanishi.

Virusning a'zoga tushishi asosan og'iz orqali sodir bo'lib, bu bosqichda organizmda hech qanday o'zgarish sezilmaydi. Ikkinchi va uchinchi bosqichlarda oshqozon va ichak epitelial to'qimalarida distrofik, hamda nekrobiotik o'zgarishlari, ichak limfa tugunlarida yallig'lanishlar bilan birga immunomorfologik o'zgarishlar bo'lsa ham, ammo klinik belgilar namoyon bo'lmaydi. Birlamchi virusemiya davrida esa virus qon orqali jigarga va boshqa parenximatoz a'zolariga tushadi va umumiy zaharlanish sodir bo'ladi, ya'ni kasallikning boshlang'ich klinik belgilari namoyon bo'ladi. Gepatitning A virusi B virusidan farqli o'laroq jigar hujayrasini to'g'ridan to'g'ri zararlan-tirish qobiliyatiga ega. Shuning uchun ham jigar hujayrasida bo'ladigan distrofik hamda nekrobiotik o'zgarishlar tezroq sodir bo'ladi.

Patogenezning yuqorida keltirilgan 6-bosqichi A gepatitga xos bo'lmay, asosan B gepatitga taalluqlidir. Gepatitning A virusi kuchli immunogen xossaga ega bo'lmaganligi uchun kasallikning birinchi kunlaridanoq limfotsitlarni ko'zg'atib, antitelalar ishlab chiqartirib, sariqlik davrining 2-3 haftasida bemor organizmi virusdan forig' bo'ladi.

Jigarda sodir bo'ladigan patologoanatomik o'zgarishlar ancha murakkab. Bu o'zgarishlar asosan jigarning epitelial hujayrasida, hamda stromasiga taalluqli bo'ladi. Jigar parenximasida asosan, turli xil distrofik (ko'proq donador va gidropik, kamroq koagulyatsion) o'zgarishlar bo'lib, uning rivojlanishi oqibatida hujayra emiriladi. A gepatitda asosan jigar parenximasining markaziy qismi atrofi zararlanadi. Bu zararlanish jigar hujayralarida kam (chegaralangan) yoki ularning katta qismida bo'lishi mumkin. Jigar stromasida bo'ladigan o'zgarishlar asosan Kupfer hujayrasining faollashuvi hamda proliferatsiyasi, bo'lmachalararo chegaralangan proliferatlar paydo bo'lishi, portal yo'llar bo'ylab to'qimalar-ning diffuz infiltratsiyasi tufayli parenximaga yallig'langan to'qimaning kirib borishi kabi alomatlar sodir bo'ladi.

Gepatitning o'tkir kechadigan xiliga alternativ reaksiyaning pasayib, qayta tiklanish (reparatsiya) jarayoni ortib borishi juda xosdir.

Jigar to'qimasida bo'ladigan bu o'zgarishlar, jigarning xilma-xil faoliyatining turli darajada buzilishiga olib keladiki, u har xil klinik, hamda biokimyoviy o'zgarishlarda namoyon bo'ladi.

Klinikasi. Kasallik kechimini ifodalovchi bir qancha tasniflar mavjud. Bugungi kunda quyidagi tansif keng qo'llanmokda. U gepatitning barcha turlariga bir xil taaluqlidir.

Virusli gepatitlar tasnifi:

1. Etiologiyasi bo'yicha:

- a) virusli gepatit A (VGA); b) virusli gepatit B (VGB);
- v) virusli gepatit E (VGE); g) virusli gepatit S (VGC);
- d) virusli gepatit delta (VGD).

2. Klinik belgilarning rivojlanishi bo'yicha:

a) sariqli, sariqsiz, noaniq (bilinar-bilinmas belgili), sariqli xolestatik komponentli, xolestatik;

b) klinik belgilarisiz (inapparant).

3. Davomiyligi bo'yicha: a) o'tkir; b) davomli; v) surunkali.

4. Kasallikning kechishi:

a) Yengil; b) o'rtacha og'ir; v) og'ir; g) o'ta og'ir, yashinsimon.

5. Asoratlari:

a) O'tkir jigar ensefalopatiyasi: O'JE I-II (prekoma), III-IV (koma);

b) zo'riqish (klinik, fermentativ);

v) o't yo'li faoliyatining buzilishi va yallig'lanishi.

6. Oqibati bo'yicha:

a) sog'ayishi; b) qoldiq oqibatlari: gepatomegaliya, cho'zilgan sog'ayish;

b) virus tashuvchanlik; g) surunkali integrativ gepatit; d) surunkali replikativ gepatit; e) jigar tsirrozi; j) jigarning birlamchi xavfli o'smasi.

Virusli gepatit A kechishida yashirin, boshlang'ich sarg'ayish (yoki kasallikning avj olgan davri), kasallikning belgilarini orqaga qaytish va rekonvaletsent (kasallikdan tuzalishi) davrlari kuzatiladi.

Yashirin davrining davomiyligi 14-50 kunning tashkil qiladi.

Kasallikning **boshlang'ich davri.** Kasallik odatda to'satdan o'tkir yoki asta-sekin boshlanadi. Ko'pchilik bemorlardaxastalikxuddi grippgao'xshab rivojlanadi: bemorning a'zoyi badani zirqirab og'riydi, lohas bo'ladi, boshi og'riydi, tumov bo'ladi (yo'taladi, burnidan suv oqadi, ba'zan aksiradi), tomog'i qurib, achishadi. Kasallik kattalarga nisbatan bolalarda ko'prok grippsimon boshlanadi. Ko'pincha bolalar bu davrida 3-5kun isitmalaydi. Bunda tana harorati 39-40°S gacha ko'tariladi, boshi og'rib,

holsizlanadi, ammo yuqorida aytilgan tumov alomatlari kuzatilmaydi, bu holat ko'pincha vrachlarni qorin tifi to'g'risida o'ylashga undaydi.

Ko'pchilik bemorlarda kasallik shiddatli dispeptik alomatlar bilan boshlanadi. Bemorning ishtahasi pasayadi (ba'zan mutlaqo bo'lmaydi), og'zi qaqra bo'lib qoladi, ko'ngil ayniydi, ba'zan qayt qiladi, qabziyat kuzatiladi yoki aksincha ichi suradi. Bulardan tashqari, qorin qapchiydi, me'da sohasida hamda jigar sohasida og'irlik, ba'zan og'riq seziladi, jigari kattalashadi.

Ba'zida gepatitning bu davri astenovegetativ sindromi alomatlari bilan kechadi. Bunda bemor juda lohas bo'ladi, kundan kunga tinka madori quriydi. Ish qobiliyati pasayadi, atrof muhitga mutlaqo befarq bo'lib qoladi. Bemor bosh og'rishi va bosh aylanishidan shikoyat qiladi. Salga jahli chiqib, qizishadigan, bo'lar-bo'lmasga yig'laydigan bo'lib qoladi, yaxshi uxlay olmaydi, kayfiyati tushib ketadi. Bu sindrom ham kamdankam uchraydi, bunday holatlarda kasallikni aniqlash juda ham mushkul bo'ladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida ertaroq tashxis qo'yish uchun bizga laboratoriya usullari yordam beradi. Jumladan, bemor qonida oq qon tanachalari bir oz kamayadi (leykopeniya), qon zardobi tarkibida jigar to'qimasining jarohatlanganligini ko'rsatuvchi fermentlar (ayniqsa, ALAT, AsAT) faolligi ancha ortadi. Bu davrning oxiriga kelib sarg'ayishga sabab bo'luvchi pigmentlar (bilirubin) miqdori orta boshlaydi.

Gepatit A ning boshlang'ich davri bolalarda o'rta hisobda 5-7 kun, kattalarda 1-2 kun davom etadi. Bu davr oxirida bemor siydigi to'q jigar rangga aylanadi (pivo rangiga o'xshaydi). Najasi rangsizlanib, limonsimon tus oladi. Shundan keyin sarg'ayish davri boshlanadi.

Sariqlik davri. Bemor sarg'aya boshlashi bilan yuqorida aytilgan kasallikning boshlanish davridagi belgilar asta so'nadi, ko'pchilik bemorlarda yo'qoladi. Avval bemor til osti va tanglay shilliq qavati, ko'zning oqi, og'iz-burun atrofi terisi sarg'ayadi va sariqlik asta-sekin butun tanaga tarqala boshlaydi.

Sarg'ayish o'rta hisobda bir hafta davom etadi. Gepatit A da sarg'ayish umuman kuchli bo'lmaydi. Odatda sarg'ayish avjiga chiqqan davrda ayrim bemorlar bedarmon, lohas bo'ladilar, ishtahalari pasayadi yoki mutlaqo bo'lmaydi, ba'zan ko'ngillari aynib, hatto qayt qilishlari mumkin. Ayrim bemorlar o'ng qovurg'asi ostida qandaydir og'irlik va sal og'riq sezadilar. Terining qichishi bemorlarning uchdan bir qismida uchraydi. Qichish odatda kechqurun va tunda zo'rayadi, oqibatda uyqu buziladi. Bemor tekshirilganda jigari kattalashgani, qattiqlashib, bezillab turgani aniqlanadi. Jigarning qattiqlashish darajasi turlicha, yuzasi silliq bo'lib, ko'proq

chap bo'lmasi kattalashadi. Taloq ham kattalashadi, tilni karash bog'laydi, qorin biroz kepchigan bo'ladi. Kamdan-kam hollarda ukol qilingan joylar atrofida teriga qon quyilishi, burundan qon kelishi mumkin. Bu belgilar ko'pincha kasallik og'ir o'tganda kuzatilib, jigar to'qimasining ko'p zararlanganligini ko'rsatuvchi belgi hisoblanadi.

Yurak - qon tomir tizimida bo'ladigan o'zgarishlar - bemor terisining marmarsimon tus olishi, qon bosimining kamayishi hamda yurak urishining sekinlashishi (bradikardiya) bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning og'ir kechimida ko'pincha yurak urishi tezlashadi (taxikardiya) va bu holat muntazam davom etganda, og'ir asorat (jigar komasi) boshlanganligidan dalolat beradi.

Bemorlarda kuzatiladigan serzardalik, kayfiyat past va noxushligi, holsizlik, bosh og'rig'i kabi alomatlar asab tizimining zararlanganidan dalolat beradi. Bu o'zgarishlar organizmning umumiy zaharlanishi va bosh miya qon tomirlarining zararlanganligi tufayli sodir bo'ladi.

Sarg'ayish davri davomida siydik rangi to'q jigar rang bo'lib, chayqatilganda tiniq, sariq, ko'pik hosil bo'ladi. Najas rangi yana ham kulrang yoki oqish bo'ladi, ko'rinishi loyga o'xshab qoladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi (EChT) sekinlashadi, oq qon tanachalari kamayadi, limfotsit va monotsitlar miqdori ancha ortadi, ba'zan gemoglobin miqdori kamayadi.

Sariqlik davrining qaytishida bemorning ahvoli kundan-kunga yaxshilana boradi, kuch-quvvati tiklana boradi, ishtaha yaxshilanadi. Najas va siydik rangi o'z holiga qaytadi. Sariqlik asta yo'qoladi. Binobarin, biokimyoviy ko'rsatkichlar ham yaxshilana boradi. Biroq bu ko'rsatkichlar esa ancha vaqtgacha tiklanmay qolishi ham mumkin. Gepatit A da sariqlik davri 7-15 kun davom etadi. Gepatit A asosan (95-97%) yengil va o'rtacha og'irlikda o'tadi, lekin kasallik og'ir (3-5%) o'tishi ham mumkin. Gepatitning A turida bemor butunlay sog'ayadi, faqat ayrim hollardagina sog'ayish davri anchaga cho'zilishi mumkin. Bunda kasallikning barcha klinik belgilari yo'qolgan bo'lishiga qaramay, qondagi fermentlar faolligi uzoq vaqt (1-2 oy)gacha ortgan bo'lishi mumkin.

Kasallikning xolestatik belgilari bilan o'tadigan turida ham xastalikning boshlanishi hamda sariqlik davrining boshlang'ich davridagi klinik belgilari yuqorida zikr etganimizdek kechadi. Keyinchalik esa xolestatik (o'tning dimlanishi) belgilari zo'raya boradi. Birinchi - xolestatik komponent bilan kechadigan turi nisbatan ko'proq uchraydi. Bunda kasallikning tsitolitik turida kuzatiladigan hamma klinik, hamda biokimyoviy o'zgarishlar joiz bo'lgani holda, ularga xolestatik belgilar, ya'ni sariqligining ortishi, teri qichishi, qonda ishqoriy fosfataza faolligining ortishi, xolesterin va b-

lipoproteidlar miqdorining ko'payishi kabi alomatlar qo'shiladi. Bu qo'shilish kasallikning umumiy kechimiga hamda davomiyligiga deyarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Ikkinchi turi - haqiqiy xolestatik tur hisoblanadi, bunda aynan jigar to'qimasining zararlanishi, (ya'ni tsitoliz) kam uchrab, xolestaz belgilari esa kuchli namoyon bo'ladi. Binobarin, umumiy zaharlanish belgilari kuzatilmaydi. Boshqa tsitoliz bilan bog'liq bo'lgan klinik hamda biokimyoviy o'zgarishlar kuchsiz namoyon bo'ladi, sariqlik va et qichishi kuchli bo'lib, oylab davom etishi mumkin.

Kasallikning bu turi A gepatitda juda kam uchraydi. Virusli gepatitning sariqsiz kechadigan turi — asosan yengil o'tib, unda bemor butun kasallik davomida sarg'aymaydi va qonda bilirubinning umumiy miqdori ortmaydi. Bunda kasallikning boshlang'ich davriga xos belgilar uzoqroq davom etib, huddi turg'unlashib qolganidek tuyuladi. Gepatitning boshlang'ich davriga xos belgilar grippsimon, dispeptik, asteno-vegetativ belgilar bilan o'tadi. Kamroq hollarda kasallik grippsimon boshlanadi. Revmatizmsimon yoki asteno-vegetativ sindromlarga xos belgilar esa boshlang'ich davrida ayrim bemorlarda uchraydi. Gepatitning bu turida qisqa muddat (1-2 kun)da bemor siydigi hamda najasning rangi o'zgaradi. Tekshirib ko'rilganda jigar ancha kattalashgan bo'ladi, og'rib turadi. Ayrim hollarda taloq ham kattalashadi.

Qisqasi, gepatitning bu turida ham sarg'ayib o'tadigan turdagi klinik belgilar namoyon bo'ladi, faqat sariqlik ko'rinmaydi xolos. Qondagi gepatitga xos barcha ko'rsatkichlar (bilirubin miqdoridan boshqa) kasallikning sarg'ayadigan turidagi singari bo'ladi. Kasallikning bu turi virusli gepatitlar orasida (xususan bolalarda) ortiqroq.

Gepatitning subklinik (klinik belgilari bilinmaydigan) turida bemor o'zida hech qanday kasallik belgilarini sezmaydi. Shunga qaramay bemor jigarida va qonida kasallikka xos o'zgarishlar aniqlanadi. Bu o'zgarishlarning xarakteri hamda davomiyligiga qarab, subklinik, o'tkir yoki surunkali xillari farqlanadi. Gepatit A da subklinik turi fakat o'tkir, gepatit V da esa asosan surunkali kechadi.

Kasallikning sariqli, sariqsiz hamda subklinik turlarini qayd qilish mutanosibligi 1:1:1 ga to'g'ri keladi. Profilaktika maqsadida gammaglobulin olgan shaxslar orasida gepatitning sariqsiz hamda subklinik turlari ancha ko'p uchraydi.

Tashxisoti. Virusli gepatitlar tashxisi klinik-epidemiologik qo'yilib, laboratoriyaviy tasdiqlanadi. Laboratoriyaviy tashxisot usullarini ikkiga bo'lish mumkin:

a) umumklinik va biokimyoviy;

b) xususiy tashxisot usullari.

Periferik qon tahlil qilinganda leykopeniya, limfotsitoz qayd qilinadi. Eritrotsitlar cho'kish tezligi (EChT) ko'pincha pasayadi, ba'zi bemorlarda autoimmun gemolitik anemiya kuzatilishi mumkin. Virusli hepatitlar bilan kasallangan bemorlar siydigida asosan urobilinogen va o't kislotlari (o't pigmentlari) aniqlanadi. Bemor najasining rangi oqargan, najasida sterkobilin aniqlanmaydi. Boshqa ko'rsatkichlar tomonidan deyarli o'zgarishlar kuzatilmashligi mumkin.

Hozirgi paytda gepatobiliar sistemasida bo'ladigan o'zgarishlar sindrom prinsipi asosida o'rganiladi va quyidagi sindromlar tavofut qilinadi:

1. tsitolitik sindrom; 2. gepatodepressiv sindrom; 3. mezenximal yallig'lanish sindromi; 4. xolestatik sindromi; 5. portokaval shunt sindromi.

Tsitolitik sindrom indikatorlari jumlasiga alanin-aminotransferaza (AlAT), aspartaminotransferaza (AsAT), laktatdehidrogenaza (LDG), aldolaza fermentlari kiradi. O'tkir virusli hepatitlarda yuqoridagi fermentlarning faolligi oshadi.

Gepatodepressiv sindrom indikatorlari o'z ichiga jigarining yutish-ajratish funksiyasini ko'rsatuvchi (brom - sulfalein, indometatsinli sinamalar) proagulyatorlar va qon ivishiga qarshi komponentlar, oqsil sinteziga bog'liq (qondagi albumin) lipidlar almashinuviga bog'liq (xolesterin) indikatorlarini oladi.

Amaliyotda ko'pincha qon ko'rsatkichlari fibrinogen, protrombin indeksi, prokonvertin, fibrinolitik faollik, oqsil sinteziga bog'lik albumin hamdali lipidlar almashinuvini ko'rsatuvchi xolesterin aniqlanadi. O'tkir va surunkali virusli hepatitlarda yuqoridagi ko'rsatkichlarning sintezi kamayganligi xos bo'ladi. Kamayish darajasi kasallikning kechish og'irligini belgilaydi.

Mezenximal-yallig'lanish sindromi globulin, timol va sulema sinamalari, IgM, IgA, IgE kabi indikatorlarni o'ziga birlashtiradi. O'tkir va surunkali hepatitlarda ularning ko'rsatkichi sezilarli darajada o'zgaradi. Bu sindrom indikatorlari kasallikni tashxislashda, kasallik davri va patologik jarayonning faolligini aniqlashda, davolash taxminini baholash uchun qo'llaniladi. Timol sinamasi VG bilan og'rigan bemorlarda yuqori bo'ladi, sulema sinamasi esa kamayadi. Sulema sinamasining 1 ml va undan past ko'rsatkichi o'tkazilgan tsirrozlarga xos bo'ladi.

Qon zardobidagi globulinlar jigar holatini ko'rsatuvchi asosiy ko'rsatkichlardandir. U globulinlar miqdorining oshishi gumoral immunitet faollashganini ko'rsatadi. Bu ko'rsatkich VGV bilan kasallangan bemorlarning qon zardobida yuqori bo'ladi.

O't dimlanish sindromi, bilirubin (umumiy, bevosita, bilvosita), ishqoriy fosfataza, 5-nukleotidaza, GGTF fermentlari, o't kislotalari, xolesterin, b-LP va triglitserid kabi indikatorlarni o'z ichiga oladi.

Virusli hepatitlarda pigment almashinuvi tomonidan chuqur o'zgarishlar kuzatiladi. Qondagi giperbilirubinemiya bevosita bilirubin fraksiyasi hisobidan bo'ladi. Ishqoriy fosfataza fermenti faolligi faqatgina hepatobiliyar sistema kasalliklarida emas, balki suyaklar shikastlanishi, raxit kasalligida, birlamchi giperparatireoidizm kabi kasalliklarda kuzatiladi.

Jigar va o't yo'llari kasalliklarida ishqoriy fosfataza faolligi oshishi o'tning dimlanishidan darak beradi. 5-nukleotidaza fermenti faolligining oshish qonuniyati ishqoriy fosfatazaga nisbatan sezgirroq bo'ladi. Qon zardobidagi xolesterin miqdori jigar osti o't dimlanishida ham oshishi mumkin. Uning ko'payish darajasi o't dimlanishi davriyligiga bog'liq.

Portokaval shunt sindromi indikatorlari bo'lib ammiak, fenol, indol, skatol vabir nechaaminokislotalar (triptofan, metionin) xizmat qiladi. Bu ko'rsatkichlar miqdori o'tkir jigar ensefalopatiyasi, jigar komasi va jigar tsirrozlarida oshadi.

Virusli hepatitlar qo'zg'atuvchisining antigen va antitelalari chuqur o'rganilib, ularni qon zardobi va boshqa biologik muhitlarda aniqlash takomillashtirilmokda. XX asrning oxirida virusli hepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubiyordamida virusli hepatit A ning tashxisiy markeri- IgM antiHAV, ZPR uslubiyordamida bunga qo'shimcha virusning RNK si mavjudligi o'rganiladi.

Davosi. Virusli hepatitlarni davolash asosan ikki yo'nalishda olib boriladi. Birinchi etiotrop davo bo'lib, asosan bu viruslar replikatsiyasi, elimenatsiyasiga qaratilgandir. Etiotrop davo asosan B, C, D virusli hepatitlarda surunkali shakliga o'tish xavfi tug'alganda buyuriladi. Ikkinchi yo'nalish patogenetik bo'lib, bemorning yoshi, kasallik kechim og'irligi va hamroh kasalliklari hisobga olinib, amalga oshiriladi. Kasallikning boshlang'ich davrida yengil shakllarni davolashda asosan rejim, parhez va suyuqliklar (mineral suvlar, sok, sharbatlar, ko'k choy)ni iste'mol uchun buyurish bilan chegaralanadi. Kasalliklarning o'rtacha og'irlik va og'ir shakllari bilan og'rigan bemorlarni davolashda esa yuqoridagilar bilan birgalikda dori-darmonlar ham buyuriladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida buyurilgan to'shakli rejim jigarni qon bilan ta'minlanishini yaxshilab, energetik zo'riqishni kamaytirib, jigar hujayralarni tezroq tiklanishiga olib keladi. VG bilan xastalangan bemorlar uchun tayinlangan parhezga ikki talab: ya'ni yallig'langan jigarni himoya qilish, hamda organizmni zarur bo'lgan ozuqalar bilan ta'minlashga qaratilishi lozim.

Hozirgi paytda VG larda belgilanadigan parhez qayta ko'rib chiqilgan. Parhezning asosini tashkil qiladigan uglevodlar miqdori keskin kamaytirilishi tavsiya etiladi, chunki uglevodlarning ortiqcha buyurilishi lipogenez jarayonini kuchaytirib, jigardayog' to'planishigasabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari ko'p miqdorda qand iste'moli o't ajratish funksiyasini bo'g'ib, og'irlik davrining cho'zilishiga olib keladi. Uglevodlarga qarshi o'laroq parhezga oqsillar miqdorini oshirish maqsadga muvofiqdir. Qon plazmasining 60-65%ni tashkil etadigan albumin, fibrinogen asosan jigarda sintez qilinadi. Oqsil taqchil parhezni buyurilishi hamda oqsillar sintezining buzilishi, qon ivishi, antitelalarni hosil bo'lishi hamda jigar tiklanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Parhezda yog'lar miqdorini oshirishning ijobiy natijasi ilmiy asoslab berilgan. Yog'lar miqdori kaloriyali mahsulot hisoblanadi. Bundan tashqari polivalent essensial yog' kislotalari hujayra membranalarida fosfolipidlar biosinteziga ijobiy ta'sir ko'rsatadi va yog'da eruvchan vitaminlarning sintez manbai hisoblanadi. Shunday qilib, uglevodga boy oqsillar cheklangan yog'lar man qilingan parhez nafaqat foydasiz, balki zararlidir. Shuning uchun bemorlarga oqsil, uglevod yoki to'liq tarkibli parhez buyurilishi fiziologik muhtojlikning o'rnini bosadi. Kunlik iste'molning 90 –100 gr oqsil, 80-100 gr yog', 350-400 grammi uglevodlar bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Oqsilning 50% o'simlik va sut tabiatli, yog'ning 80-85% o'simlik moyi bo'lishi shart. Osh tuzini chegaralab, 1,5-2,5 litr suyuqlik iste'moli tayinlanadi. Parhez belgilashda kasallik davri e'tiborga olinadi.

Virusli gepatitlarni dori-darmon patogenetik davosi ko'pchilik uchun tanish bo'lganligi tizma asosida to'xtalib, yangi dorilar to'g'risida batafsil to'xtalamiz.

1. Umumiy zararlanishga qarshi 5% li glyukoza, dekstroza, Ringer eritmasi, gemodez, reopoliglyukin, reomakrodeks vena ichiga yuborish tavsiya etiladi.

2. Suv tuz muvozanati buzilishini bartaraf qilish hamda elektrolitik muvozanatni saqlash maqsadida "Trisol", "Atsesol", "Xlosol", "Kvartasol", "Laktasol" eritmaları vena ichiga buyuriladi.

3. Vitaminoterapiya askorbinat kislotasi, askorutin, revit "Bemiks" "Kokorbaksilaza", "Dekamevit", "Geksavit", "Gaptavit", "Oligovit", "Yunikap" va boshqalar.

4. O't xaydovchi pereparatlar, xolosas, ursosan, febixol, shifobaxsh o'tlar (na'matak mevasi, bo'znoch, bo'ymadoron, makkajo'xori popugi) damlamasi.

5. Jigar hujayralarida almashinuv jarayonini yaxshilash uchun lipovoy kislotasi, kaliy orotat, lipomid preparatlarini buyurish.

6. Jigar hujayralari membranasini mustahkamlash hamda hujayrada metabolitik o'zgarishlarni bartaraf qilish maqsadida, uning cho'zilgan shakllarida gepatoprotektorlarni (fosfogliv, kobavit, essensiale, gepabene, silimarin, geptral va boshqalar) buyurish maqsadga muvofiqdir.

7.O'tning dimlanishi bilan kechuvchi VG larni davolash xuddi tipik shakllarni davolashdek olib boriladi. Qo'shimcha ravishda yog'da eruvchi vitaminlar: A va E vitaminlari, spazmolitiklar, o't haydovchi preparatlar, o't kislotasi adsorbentlari, antigistamin preparatlar qichishga qarshi preparatlar buyuriladi. O't kislotasi adsorbentlarida xolestiramin va bilignin keng ko'lamda qo'llaniladi. Preparatlar suspenziya shaklida xolistiramin 4,0, bilignin 5,0-10,0 3 mahal ovqatdan 30-40 minut keyin buyuriladi.

O't haydovchi preparatlardan xolosas, tanatsexol, ursofalk flakumin kasallikni davolashda yuqori natija beradi. Spazmolitiklardan noshpa, dyuspatalin, platifillin preparatlari yordam qilmasa, 2,4% li eufillin buyuriladi.

Kuchli qichish yuqoridagi dori-darmonlar bilan olinmasa, unda gemabsorbtsiya, UFO-AK va plazmoferez qilinishi maqsadga muvofiqdir. Kasallikning bu turida ichakda o't pigmentlarini qayta so'rilishini kamaytirish maqsadida dyufalak buyuriladi.

Profilaktikasi. Boshqa yuqumli kasalliklar oldini olish uchun qo'llaniladigan tadbirlar, ya'ni kasallikni vaqtli aniqlash va ajratish, yuqish yo'llari va mexanizmiga ta'sir, hamda aholining kasallikka chidamligini oshirishga qaratilgan. 1) Kasallik manbaiga nisbatdan vaqtli aniqlash, kasalxonaga yotqizish va davolash; 2) Kasallikning yuqish yo'llarini bartaraf qilish (aholini toza ichimlik suvi bilan ta'minlash, yashash joyining kommunal holatini yaxshilash, shaxsiy va umumiy gigiena qoidalarini o'rgatish, kasallik o'chog'ida joriy va yakunlovchi dezinfeksiya o'tkazish). 3) Aholining kasallikka chidamligini oshirishda faol emlashning samarasi yuqoridir. Virusli gepatit A ning oldini olishda Xavriks m/o yoki t/o ga 1 ml (25B) qilinadi himoya immuniteti 1-yil mobaynida saqlanadi. Birinchi emlashdan 6-12 oydan so'ng qayta emlansa, himoya immuniteti 10-yilgacha saqlanadi. Tezkor profilaktikasi uchun 10% immunoglobulin 3,0 ml gacha m/o ga yuboriladi. Katta yoshdagilarga 6,0 ml gacha yuborish tavsiya etiladi.

Virusli gepatit "E"

Gepatitning bu turi asosan suv orqali tarqaluvchi maxsus viruslar tomonidan chaqiriladigan o'tkir yuqumli kasallikdir. Ko'proq suv orqali tarqaladigan bo'lganligi uchun keng yoyilib, epidemiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. Asosan kattalar kasallanadi, ayniqsa homilador ayollarda og'ir o'tib, ko'p o'lim yuz beradi.

Etiologiyasi. Kasallikni chaqiruvchi gepatit E virusi kaltsiviruslar oilasiga mansub. Uning genomi bir zanjirli RNKdan iborat. Kasallikning uchta markeri: virus RNK ci, anti HVE, IgM anti HVE, IgG mavjud bo'lib, antiHVE IgM tashxisot uchun qo'llaniladi.

Epidemiologiyasi. GE - rivojlanayotgan mamlakatlarda keng tarqalgan, najas - og'iz mexanizmi orqali yuqadigan virusli infeksiya. Keyingi 30-yil mobaynida Osiyo, Afrika va Markaziy Amerikaning 27 davlatlarida 50 dan ziyod GE epidemiyalari qayd qilingan. O'rta Osiyoda GE ning bir necha katta epidemiyalari: 1955-56-yil va 1984-yil Qirg'izistonda, 1984-85-yil Toshhovuz viloyatida, 1986-yil Qarshida kuzatilgan. GE epidemiyalariga 8-10-yilda qaytarilish xos. Sporadik kasallanish yil bo'yi uchraydi. Kasallanish mavsumi yoz-kuz oylari. Asosan 15-30 yoshdagilar kasallanadi. Infeksiya tarqalishida najas bilan ifloslangan ichimlik suvi katta rol o'ynaydi. Keyingi o'rinni alimantar yo'l egallaydi, maishiy muloqot yo'li xos emas.

Klinikasi. Yashirin davri 14 kundan 60 kungacha, o'rtacha 40 kun bo'ladi. Kasallikning boshlanish davri: kasallikning bu turida ham kasallik sekin-astalik bilan rivojlanadi. Bemor holsizlik, quvvatsizlik, ko'ngil aynish, qusish, ishtaha pasayishi va o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq kabi alomatlariga shikoyat qiladi. Qorindagi og'riq ba'zan kuchli bo'lib, kasallikning birlamchi belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Tana haroratining ko'tarilishi kamdan-kam bo'ladi. Ayrim hollarda siydik va najas rangining o'zgarishi kasallikning birlamchi belgisi bo'lishi mumkin. Bu davrning davomiyligi 1-9 kun, o'rtacha 4 kun bo'ladi. Bu davrning asosiy laborator belgisi - aminotransferazalarning oshishidir.

Avj olgan davri. Teri va shilliq qavatlarining sarg'ayish darajasi 2-3 kun (ba'zan 10 kungacha) davomida ortib boradi. Xuddi V gepatitdagiga o'xshab, bunda ham kasallikning boshlang'ich davridagi alomatlar sariqlik davrida ham davom etishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda holsizlik, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi kabi belgilar kuzatiladi. Qusish oldingi davridagiga nisbatan kam bo'ladi. Tana haroratining oshishi, badan qichishi juda kam uchraydi. Qorin og'rig'i (ayniqsa, o'ng qovurg'a ostida) 5-6 kun davom etadi. Bu davrning asosiy belgilaridan bo'lib qolishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda jigar anchagina (3-6 yoshgacha) kattalashgan, qattiqligi ortgan va og'riqli bo'ladi. Taloqning kattalashuvi faqat 25% kasallarda kuzatiladi. Umumiy zaharlanish belgilari ko'pchilikda kuchsiz bo'lib, 3-6 kun davom etadi. Ammo quvvatsizlik ancha vaqtgacha sezilib turadi. Ko'pchilik hollarda sariqlik 1-3 hafta, o'rtacha ikki hafta davom etadi. Ayrim bemorlarda sariqlik uzoq (4-6 kun) davom etib, gepatitning xolestatik turiga xos barcha belgilar namoyon bo'ladi.

Gepatitning bu turi asosan yengil va oʻrta ogʻirlikda kechadi. Homilador ayollarda esa, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida juda ogʻir kechib, koʻp (3-16, 4%) oʻlim bilan tugaydi. Homilador ayollarda kasallikning yengil kechishi faqat 3,9% da, ogʻir kechishi esa 28,2% da kuzatiladi. Xastalikning ogʻir kechishi homiladorlikning ikkinchi yarmi, bevosita tugʻruqdan keyingi davr hamda ayollarning emizikli davrlarida kuzatiladi. Koʻpincha sariqlik davrining 4-6 kunlarida bemor ayolning ahvoli ogʻirlashib, nihoyatda holsizlanadi, koʻngil aynib, tez-tez qusadi. Bemorning yurak urishi susayib, tomir urishi tezlashadi. Jigar yumshoqlanib, hajmi kichrayib ketadi. Bemor ogʻzidan ham jigarning hidi keskin sezilib turadi. Bemor ayollarda tugʻruq (chala tugʻish yoki bola tashlash) sodir boʻlganda ham 1-3 chi kunida kasallikning kechishi keskin ogʻirlashadi.

Kasallik ogʻir kechganda, bemorlarning deyarli yarmida buyrak faoliyatining oʻtkir buzilishi alomatlarini kuzatiladi. Kasallikning halokatli kechishida anuriya rivojlanishi mumkin. Bemor siydigida qon (gematuriya) boʻlishi bu tur hepatitning ogʻir kechishining asosiy belgilaridan hisoblanadi va u rivojlangan bemorlarning hammasida kuzatiladi.

Gepatit E ning yana bir ogʻir asorati gemorragik sindrom boʻlib, bunda bemorning burnidan, ogʻzidan, ichagidan, bachadonidan koʻp (bir necha litrgacha) qon ketib, oʻlimga sabab boʻlishi mumkin. Gepatitning bu turida oʻlim 0,4 % ni tashkil qiladi. Qondagi biokimyoviy oʻzgarishlar kasallik engil va oʻrta ogʻirlikda kechganda, yuqorida aytganimizdek, A va V gepatitlaridan farqlanmaydi. Timol koʻrsatkichi hamda b— lipoproteidlarning ortishi juda kam holatlarda qayd qilinadi. Kasallik ogʻir kechganda esa keskin giperbilirubinemiya (bilirubinning ikkala fraksiyasi ham ortadi) va giperfermentemiya kuzatiladi. b-li poproteidlarning va ayniqsa sulema koʻrsatkichi keskin (1,4-1,2 ml gacha) kamayadi. Biokimyoviy oʻzgarishlarning meʼyorlashuvi juda sekin boradi.

Tashxisoti. Biokimyoviy tekshirish usullari xuddi VGA nikidek. IFT uslubi yordamida virusli E gepatitida IgM antiNEV aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qoʻshimcha virusning RNK si topiladi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish tadbirlari xuddi VGA nikidek.

Virusli gepatit «B»

Virusli gepatit B- gepadnoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan parenteral va jinsiy yoʻl bilan yuquvchi, klinik jigar bioximizmi buzilish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallik boʻlib, ayrim hollarda OʻJE bilan asoratlanadigan, surunkali tus oladigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Virusli gepatit V qo'zg'atuvchisini birinchi bo'lib, 1965-yil B.S. Blumberg Avstraliya aborigeni qonidan ilk bor noaniq oqsil tarzida ajratib oldi va unga "Avstraliya antigeni" deb nom berdi. 1970-yilda D. Dane va hamkasbalari immunoelektron mikroskopda birinchi bo'lib virusli gepatit V vibriyonini to'liq ta'riflab berdi, u Deyn bo'lakchasi nomini oldi, 1971-yilda Alteida va boshqalar uning strukturasi ochib, ichki va tashqi qobiqlarni ko'rsatib o'tdi. HBVning boshqa virusli gepatit qo'zg'atuvchilardan farqi: o'zida RNK emas, balki DNK saqlaydi. HBV o'zining ultratizimi bilan biron bir va boshqa taksomonik DNK guruhli viruslar (poksviruslar, adenovirus, apovaviruslar) ga to'g'ri kelmaydi.

Gepatit V virusining HBsAg, HBeAg, HBsAg, HBxAg, Hbpol, PreS₁, PreS₂, antiNVs, antiNBc, antiNVe, IgM anti NVs, IgG anti NVs, antiHBx, anti HBpol, anti PreS₁, anti PreS₂ markerlari tafovut qilinadi. Bu antigen va antitelalar HBV ning spetsifik kompleksli markyori hisoblanib, bular diagnostik, epidemiologik, prognostik ahamiyatga ega. Bunda anti HBV va anti HBpol to'liq o'rganilmagan. Virus tashqi muhitga juda chidamli. 20°C da muzlatilganda ko'p yillar davomida saqlanadi. Avtoklavda 180°C gacha qizdirilganda 60 min, quruq bug'da yoki 60°C gacha qizdirilganda 4 soatgacha, 100°C issiqlikda esa 30–40 min o'z xususiyatini saqlaydi. Virus o'z faolligini 3-5% fenol eritmasi ta'sirida to'liq va 3 % xloramin eritmasi ta'sirida qisman yo'qotadi.

Epidemiologiyasi. Bemor yoki virus tashuvchi shaxs kasallik tashuvchi manba bo'lib xizmat qiladi. Bemorlar kasallikning boshlang'ich va hatto yashirin davrida, kasallik alomatlari ko'rinishidan 2-8 hafta oldindan, epidemiologik jihatidan juda xavfli hisoblanadilar. Kasallik tarqatuvchi asosiy manbai ayniqsa xastalikni subklinik, noaniq, sariqsiz hamda surunkali kechirayotgan bemorlar yoki surunkali virus tashuvchi (qonida 6 oy va undan ortiq vaqt davomida HBs antigen aniqlangan) shaxslardir. Bunday shaxslarning donor bo'lishlari mutlaqo yo'l qo'yib bo'lmaydigan holdir. Chunonchi B virus butun kasallik davomida va bemor sog'aygandan keyin ham ancha vaqtgacha (ba'zan hatto umrining oxirigacha) qonda saqlanadi, ya'ni virus qonda, qon zardobida va qondan tayyorlangan boshqa davo preparatlarida o'zining yuqumlilik xususiyatini ko'p yillar saqlab qoladi. Virus nafaqat qon, balki bemorning so'lagi, siydigi, najasi, shahvati, ko'z yosh suyuqligi, qin ajralmasi va boshqa ajralmalar orqali ajralib turadi. Ayniqsa zararlangan qon ajratmalar orqali va shahvat xavfli hisoblanadi.

Asosiy yuqish mexanizmi parenteral (tibbiy muolajalar yo'li hisoblanadi) va qon preparatlari (qon zardobi, eritrotsitar massa) quyilganda yuqtiriladi.

B gepatitning tabiiy yuqish yo'llaridan yana biri onadan bolaga tug'ruq vaqtida yuqishidir. Kasallikning asosiy yuqish yo'llaridan yana biri jinsiy yo'ldir. Epidemologik vaziyat nisbatan yaxshi bo'lgan, rivojlangan mamlakatlarda jinsiy yo'l katta ahamiyat kasb etadi. Virusli gepatit B ni boshdan kechirgandan so'ng hosil bo'ladigan immunitet uzoq muddatgacha va hatto umr bo'yi saqlanishi mumkin, qayta og'rish kamdan-kam uchraydi.

Klinikasi. B gepatitining **yashirin davri** 45 kundan 180 kungacha, o'rtacha 60-120 kun. Bu davrda kasallik alomatlari sezilmasada, davr oxiriga kelib bemor jigarida va qonida ancha o'zgarishlar bo'ladi. Qonda aminotransferaza (AlAT, ASAT) fermentlarining faolligi oshadi, hamda ko'pchilik bemorlar qonida HBs antigen aniqlanadi.

Kasallikning **boshlang'ich davri**. Virusli gepatit B da kasallik belgilari asta-sekin rivojlanib boradi, A gepatitga nisbatan B gepatitda xastalik ko'proq dispeptik va asteno-vegetativ sindromlar bilan rivojlanadi va bu belgilar kuchliroq namoyon bo'ladi. Taxminan 20-30 % bemorlarda kasallik bo'g'imlardagi og'riq (ko'proq yirik bo'g'imlarda) bilan boshlanadi. Og'riq ko'pincha tunda, tong paytida bezovta qiladi va haftalab, ba'zan esa sariqlik davrida ham davom etishi mumkin.

Bemorlarning taxminan 10% ida teri qichishadi. Kasallikning bu davrida bemorning kundan kunga holi qurib, salga charchashi, mehnat qobiliyatining pasayishi, ishtahasini pasayishi asosiy belgilar hisoblanadi. Aytib o'tilgan sindromlar sof holda kelmaydi, ko'proq aralash holda uchraydi, kuchliroq namoyon bo'ladi va ko'pchilik belgilar hatto sariqlik davrida ham davom etadi. Bemor kuzatilganda, bo'shashgan, holsiz, tili karashlagan, qorni biroz og'riqli, jigari, ba'zan esa talog'i ham kattalashgan bo'ladi.

Bemorning qonida va siydigida bo'ladigan klinik hamda biokimyoviy o'zgarishlar A gepatitda keltirganimizdek bo'ladi. Bulardan tashqari B gepatitda ko'pchilik bemorlar qonida HBs antigeni aniqlanadi.

B gepatitda boshlang'ich davri 1-2 kundan 3-4 haftagacha cho'ziladi. A gepatitga nisbatan 5-6 kun ko'proq davom etadi.

Ayrim bemorlarda gepatitning boshlang'ich davri belgilari mutlaqo bo'lmasligi mumkin. Bunday bemorlar kasal bo'lib qolganlarini ko'z oqi sarg'ayganda yoki siydik rangi o'zgariganida payqaydilar.

Sarg'ayish davri. B gepatitida nisbatan uzoq davom etadi, klinik belgilari kuchsiz va to'la namoyon bo'ladi, sariqlik 2-3 haftagacha avj olib boradi. Agar gepatit A da boshlang'ich davri belgilari sariqlik boshlanishi bilan so'nadigan bo'lsa, B gepatitda ular davom etishi mumkin. Bemorlar uzoq vaqtgacha holsiz, bequvvat bo'ladilar, ishtahalari yo'qoladi, ko'ngil

aynishi, hadeb qayt qilaverishdan shikoyat qiladilar. Ko'pchilik (20%) bemorlar terisi qichishadi.

Bemorning o'ng qovurga osti va qorinning yuqori qismi paypaslab ko'rilganda og'riq sezadilar. Jigar, ba'zan taloq ham kattalashgan biroq qattiqlashgan va og'riqli bo'ladi.

Qonda leykopeniya (ba'zan normal miqdorda) ayrim hollarda limfotsitoz va monitsitoz kuzatiladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi (EChT) kasallik avjida sekinlashib (2-4 mm/ soat), sariqlikning kamayishi davrida esa ortib ketadi (16-24 mm/ soat) va keyinchalik normallashadi.

Qonda bilirubin miqdorining ortish darajasi, hamda jigarning oqsil sintezlash faoliyatining buzilish darajasi kasallikning og'ir yoki engil kechishiga nisbatan mutanosiblik kuzatilsada, fermentlar (ALAT va ASAT) faolligining orti-shiga bunday mutanosiblik ko'rilmaydi. Kasallik og'ir kechganda sulema sinamasi ko'rsatkichining va b-LPLar miqdorining keskin kamayishi kuzatiladi. A gepatitlardan farqli o'laroq, B gepatitida timol sinamasi ko'rsatkichi odatda o'zgarmay qoladi.

Sog'ayish davri. Sog'ayish jarayoning asta-sekinlik bilan borishi zardob gepatitiga xosdir. Sariqlikning yo'qolishi, jigar hajmining asliga qaytishi, qondagi biokimyoviy o'zgarishlarning normaga kelishi va boshqalar gepatit A ga nisbatan ancha sekinlik bilan sodir bo'ladi. Jigar faoliyatini belgilovchi ko'rsatkichlardan bilirubin miqdori (boshqa ko'rsatkichlarga nisbatan) tezroq, ALAT faolligi esa sekinroq normallashadi.

B gepatiti og'irroq va davomli bo'ladi. Kasallikning og'ir turi gepatit B da gepatit A ga nisbatan 6-10 marta ko'p uchraydi. Shu bilan birga kasallikning engil kuzatilishi hamda bemor badani sarg'aymasdan kechadigan turlari ham kuzatilishi mumkin.

Kasallik og'ir kechganda ba'zan u asoratlanib, o'tkir jigar ensefalopatiyasi (O'JE) rivojlanishi, hatto o'lim bilan yakunlanishi mumkin. B gepatitining o'ta og'ir — fulminant turi kam uchraydi. Chunonchi u asosan 2 xil virus — B virusi hamda delta viruslar birgalikda uchraydigan hollarda sodir bo'ladi.

Tashxisoti. Virusli gepatitlar tashxisi klinik-epidemiologik qo'yilib, laboratoriyaviy tasdiqlanadi. Laboratoriyaviy tashxisot usullarini ikkiga bo'lish mumkin:

- a) umumklinik va biokimyoviy;
- b) xususiy tashxisot usullari.

VGB ning umumklinik va biokimyoviy tekshiruv usullari xuddi VGA nikidek. Virusli gepatitlar qo'zg'atuvchisining antigen va antitelolari chuqur o'rganilib, ularni qon zardobi va boshqa biologik muhitlarda aniqlash takomillashtirilmoqda. XX asrning oxirida virusli gepatitlarning etiologik

tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli V hepatitida HBsAg, HBeAg, antiNve, IgM anti NVs aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo'shimcha virusning DNKsi aniqlanadi.

Davosi. Virusli hepatit B ning patogenetik (dori-darmonli, dori-darmonsiz) davolash xuddi VGAnikidek. Kasallikning kechim og'irligi hamda asoratlarini inobatga olib, quyidagilar qo'shimcha qilinadi

1. Virusli hepatitlarning o'tkir shakllarda glyukokortikoidlarni qo'llash masalasida alohida to'xtalish lozim. Uzoq yillar mobaynida klinik, morfologik immunologik tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, bu preparatlar o'tkir virusli hepatitda nafaqat infeksiyon jarayonni uzib qo'yadi, balki sog'ayish jarayonini cho'zadi, zo'riqishlar yuzaga kelishiga olib keladi. Qon zardobida NVsAg, anti HBe, anti HBc, DNK aniq-lanaveradi. Mana shu uchun ham glyukokortikosteroidlar virusli hepatitlarning o'tkir jigar ensefalopatiyasi bilan asoratlangan shakllarida tavsiya etiladi.

2. Bemorlarga xastalik tufayli yuzaga kelgan immunotaqchillikni bartaraf qilish maqsadida immunomodulyatorlar (mielopid, taktivin, timolin, immunomodulin) buyuriladi.

3. VG ning gemorragik sindrom bilan asoratlangan shaklida 5 yoki 10%li aminokopron kislotasi, 12.5% ditsinon, vikalol va kaltsiy preparatlari DVS sindrom yuzaga kelganda esa antikoagulyant-geparin buyuriladi.

4. Virusli hepatitlarning og'ir shakllarida ammiak birikmalarini qondan chiqarish maqsadida Gepamerts (ornitinin) vena ichiga infuzion eritmalar bilan birga buyuriladi.

5. Kasallikning og'ir shakllarida parhezda go'sht mahsulotlarini kamaytirish, GKS preparatlarini buyurish organizmga parenteral oziqlantiruvchi preparatlar (gepasol, infezol, aminatsin) buyurilishini talab etadi.

6. Enterosorbent sifatida dyufalak(laktuloza) kasallik kechim og'irligidan qat'iy nazar buyurilishi tavsiya etiladi.

Etiotrop davo. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, B,C,D virusli hepatitlarda o'tkir jarayonning surunkaliga o'tish xavfi tug'ilganda buyurilishi maqsadga muvofiqdir. Hozirgacha bir necha xil preparatlar (ribavirin, atsiklovir, pansiklovir, azidotimedon, interferonlar va hokazolar) etiotrop davolash sinovidan o'tkazildi. Etiotrop davoda nukleozidlarning o'z o'rinlari mavjud. Nukleozidlardan hepatit B virusi replikasiyasiga ta'sir qiluvchi zeffiks (lamivudin), hepatit C ga ta'sir qiluvchi ribavirin keng qo'llanmoqda.

Interferon preparatlari o'z natijalari bo'yicha keng ko'lamda qo'llanila boshlandi. Interferon himoya qobiliyatiga ega bo'lgan tabiiy hujayra oqsilidir. Endogen interferonning hosil bo'lishi hujayraning himoya mexanizmi deb hisoblanadi. U antigenlik va antitelolik xususiyatiga ega bo'lmagan holda hujayrani virusdan himoya qiladi. Interferonning davo preparatlari zararlangan hujayra membranasi retseptorlari bilan birikib, virusning keyingi harakatini to'sadi, uning ta'sirida ishlab chiqarilgan virusning proteinlari esa virusning replikatsiyasini to'xtatadi. Interferon preparatlarida reaferon, roferon – alfa 2a, realderon va intron—A- alfa 2a, pegasis, viferon amaliyotda keng qo'llanilyapti. Yuqoridagi preparatlardan roferon-alfa-2a ijobiy natijalar bermoqda. Preparatning ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan tana harorati ko'tarilishi, holsizlik, qaltirash bo'lib hisoblanadi. Yuqorida nojo'ya ta'sirlar kuzatilganda paratsetamol, indometatsin kabi preparatlar buyuriladi. Shuni unutmaslik kerakki, bu preparatning uzoq belgilanishi natijasida bemor oriqlashi, sochlari to'kilishi mumkin.

Interferon preparatlari bilan bir qatorda interfero nogenlarni amaliyotga qo'llash muhim ahamiyat kasb etadi. Interferonogenlardan neovir, tsikloferon va amiksin preparatlari VG larni davolashda ijobiy natijalar bermoqda. Neovir 12,5%li eritma holda teri ostida 3 kun 250 mg dan keyinchalik 3-4 hafta mobaynida shu dozada davom ettiriladi. NV – infeksiyaning cho'zilgan shaklida preparat dozasi 500 mg gacha ko'paytiriladi va 2-3 oy mobaynida davolash davom ettiriladi. Amiksin esa 250 mg dan og'iz orqali 3 kun, so'ngra shu dozada kunaro buyuriladi. Davolash davomiyligi 3-4 haftani tashkil qiladi. Interferonogenlar yaxshi o'zlashtirilib nojo'ya ta'sirlar kuzatilmaydi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish va epidimiyaga qarshi tadbirlar kasallik manbai yuqish yo'llarini bartaraf qilish va aholining moyilligiga qaratilgandir.

Kasallik manbaini vaqtli aniqlash, ajratish, kasalxonaga yotqizib, davolash muhim ahamiyat kasb etadi.

Kasallikning yuqish yo'llarini bartaraf qilish tadbirlari 5 guruhga: parentral (shprints orqali), posttransfuzion yo'lga, kasallanish xavfi yuqori bo'lgan bo'limlarda yuqtirishining oldini olish va tabiiy yo'llarni bartaraf qilishga bo'linadi.

Aholining moyilligiga qaratilgan tadbirlar faol va passiv emlash natijasida amalga oshiriladi. Faol emlash uchun plazma vaksinalari (Htpatjvax B" (AQSh) "Hevas B" (Fransiya) va rekombinant vaksinalar "Enqerix B" (Belgiya), Recombivax B "HB-vax" (AQSh) "Kornbitex LTD" (Rossiya) dan foydalaniladi. Faol emlash Respublika SSV tomonidan emlash rejasiga kiritilgan bo'lib, bola tug'ilganda, 2 oyligida, hamda 9

oyligidao'tkaziladi. Passiv emlash uchun giperimmunoglobulin V (IqHB) qo'llaniladi. IqHB katta yoshlarda 3-5 ml, chaqaloqlarga 0,5 mldan buyuriladi.

Virusli gepatit «D»

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisining surunkali B gepatiti bilan og'rigan bemorlar jigarlari biopstatlaridan immunoflyuoretsensiya uslubi yordamida 1977-yilda M. Rizzetto tomonidan aniqlangan. Avval uni GV virusining 1 ta antigeni, ya'ni delta antigen - HDAg deb nomlangan. Bundan tashqari quyidagi markerlari tafovut qilinadi: HDV-RNA-D gepatiti virusining RNKsi, virus borligi va uning replikatsiyasini ko'rsatadi. IgM anti-HDV-D gepatiti virusining IgM sinfiga mansub antitelosi, virusining replikatsiyasidan dalolat beradi, tashxisiy marker hisoblanadi. IgG anti-HDV-D gepatiti virusining IgG sinfiga mansub antitelosi, virusi bilan zararlanish ehtimoli yoki kasallikni boshidan o'tkazganligidan dalolat beradi.

Keyinchalik buni mustaqil va noma'lum gepatitini chaqiruvchi virus ekanligi e'tirof etilgan va BJSST uni D gepatit deb nomlanishini tavsiya etgan. Yuqish yo'li xuddi B va S gepatitdek parenteral, kam hollarda jinsiy hisoblanadi.

Klinikasi. Xuddi GB o'xshash, ammo o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Kasallik yuqori harorat bilan o'tkir boshlanadi. Sariqlik paydo bo'lishi bilan umumiy zaharlanish belgilari kuchayadi, subfebrilitet saqlanadi. Kasallikning asosiy xususiyatlaridan biri uning 2-3 haftasida zo'riqish (klinik yoki fermentativ) kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda kasallik tsiklik kechib sog'ayish bilan tugaydi. O'tkir D gepatiti superinfeksiyada o'tkir D gepatiti surunka-lidek qayd kilinadi. Agar vaqtlilik aniqlanganda, o'tkir D gepatitining quyidagi xususiyatlarini: qisqa turg'unlik davri, isitma, qusish, o'ng qovurg'a ostida og'riq belgilari bilan kechadigan qisqa sariqlik oldi davri, sariqlik kuchli namoyon bo'lishi va kuchli umumiy zaharlanish belgilarini kuzatish mumkin.

Kasallikning bu kechishida askariyat hollarda og'ir fulminant shakllari qayd qilinib, o'lim holatlari kuzatiladi va ba'zi holatlarda surunkali shakllariga aylanadi.

Fulminat gepatit. Bu shakl askariyat hollarda super-infeksiyada, kam holatlarda koinfeksiyada yuzaga keladi. O'zining klinik kechishiga ko'ra VGB ning fulminat shakliga o'xshab ketadi.

Tashxisoti. XX asrning oxirida virusli gepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi

yordamida virusli D hepatitida HBsAg, IgM antiHVB aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo‘shimcha viruslar DNK, RNK lari mavjudligi o‘rganiladi.

Davosi va oldini olish VGV nikidek.

Virusli hepatit “C”

Etiologiyasi. Hepatit C virusi bir zanjirli RNK saqlagan flaviviruslar oilasigamansub dir. Virion diametri 30-60 nm gateng bo‘lib, oqsil li pidli tashqi membrana bilan qoplangan. Infeksiya markyorlari bo‘lib virus RNKsi va anti NSV hisoblanadi. Uning ikki turi: Anti-HSVIgG - C hepatiti virusining IgG sinfiga mansub antiteleri, virus bilan zaralanish ehtimoli yoki kasallikni boshidan o‘tkazganligidan dalolat beradi. Anti-HCVcoreIgM - C virusi yadro oqsili IgM sinfiga mansub antiteleri, kasallikdan (o‘tkir davri yoki surunkali davrining faollashishidan) dalolat beradi.

Virusning o‘ziga xos xususiyatlaridan biri uning genetik xilma-xilligidir. Hozirgi kundavirusning 6 tagenotipi va 11 sub tiplari mavjud.

Epidemiologiyasi. C hepatitida infeksiya manbai kasallikning turli klinik shakllarini boshidan o‘tkazayotgan bemorlar hisoblanadi. Kasallikning epidemiologik xususiyatlari hepatit V nikiga mos keladi. GC virusining yuqishi turli parenteral yo‘llar orqali amalga oshadi. GC virusi ko‘proq qon va qon mahsulotlarini quyish, hamda tibbiy muolajalar o‘tkazishda yuqib qoladi. Kasallikning yuqishida jinsiy yo‘l ham katta ahamiyat kasb etadi.

Klinikasi. Infeksiyaning kechish davrlari, kasallik shakllari. VGCning asosiy xususiyatlaridan biri kasallikning latent-subklinik kechishi, uzoq muddatda aniqlan-masligidir. Shu bilan birga asta-sekin rivojlanib, keyinchalik jadallashib, jigar tsirrozi va jigarning birlamchi o‘smasi bilan tugallanishi mumkin. VGC kasalligi uzoq yillar cho‘ziladigan kasallikdir, kasallikning manifest shakllarini aniqlash uchun bir necha yillar (ba’zida 10-yil ham kamlik qiladi) kerak bo‘ladi.

O‘tkir davri. Subklinik yoki klinik kechishi mumkin. Kasallikning subklinik shakllari nisbatan ko‘p uchrab kasallarning 2/3 kismida kasallik aniqlanmay qoladi. Mana shu uchun ham GSning surunkali shakllari bilan og‘rigan bemorlar anamnezida kasallikning o‘tkir shaklini boshidan o‘tkazganligi haqida ma’lumot bo‘lmaydi. Kasallikning subklinik shaklini tashxislash uchun kasallikka moyil shaxslarni qon zardobida ZPR yordamida NCV – RNK aniqlashdan iborat. HCV – PHK qon zardobida antitelolar paydo bo‘lmasdan, ALAT faolligi me’yordaligida aniqlanadi.

Antitelalardan oldin anti NSV shaklida gipertransaminazaemiya xos bo'lib, me'yorida 5–10 marta oshadi. AIAT faolligining oshishi ko'zg'atuvchi tushgandan 8-10 hafta (10-150 kun bo'lishi mumkin) dan so'ng qayd qilinadi. Gipertransaminameziya ko'pincha to'lqinsimon, ba'zan doimiy tavsifli bo'ladi.

O'tkir gepatit. Kasallikning manifest shaklida lohaslik, kamquvratlilik, ishtaha pasayishi, o'ng qovurg'a sohasida og'irlik hissi kabi belgilar qayd qilinadi. Bemorni ko'rikdan o'tkazganda, jigar o'lchamlarining biroz kattalashgani, uning konsistensiyasi yumshoqligi aniqlanadi. Kasallik past darajali umumiy zaharlanish belgilari bilan yengil kechadi. Bemorlarda sariqlik paydo bo'lishi tashxisni osonlashtiradi. Sariqlik past darajada namoyon bo'ladi. Tashxis asosan virus markerlari HCV-PHK aniqlanishi va AIAT faolligi oshishi asosida qo'yiladi. Kasallikning o'tkir davri ba'zi holatlarda sog'ayishi bilan tugaydi. Qolgan holatlarda jarayon surunkali tus oladi.

Latent davri. Bu davrda klinik belgilersiz virusemiya saqlanib qoladi. VGBdan farqli bu davr surunkali jarayonga o'tish bosqichi hisoblanadi. Latent davri 15-20-yilgacha davom etadi. Bu davrda ko'pchilik bemorlar o'zlarini sog'lom sezadilar, ba'zilarini tez charchash, lohaslik bezovta qiladi. Ko'rik paytida jigar o'lchamlari bir oz kattalashgani aniqlanadi. Kamchilik bemorlarda AIAT faolligining 1,5-2 barobar oshganligi, to'lqinsimon xarakterligi qayd kilinadi. Ko'pchilik bemorlarda esa AIAT faolligi me'yorida bo'ladi. Bu davr surunkali virus tashuvchi davr hisoblanadi. Qayta faollashish davri o'z ichiga surunkali gepatit, jigar tsirrozi va gepatokartsinomani oladi.

Surunkali gepatit. HCV-infeksiyasining asosiy klinik shakli hisoblanadi. Bu shakl ko'pincha katta yoshdagilarda qayd qilinadi. SGC klinik tavsifi jixatidan SAG ning engil kechishiga o'xshab ketadi. Bemorlarda subyektiv va obyektiv belgilar namoyon bo'lmasada, giperfermentemiya doimiy yoki davriy kuzatiladi, asteniya belgilari: tez charchash, lohaslik, uyqu buzilishi, mexnat qobiliyatining susayishi kuzatiladi. Ishtaha pasayishi, vazn yo'qotishi, obyektiv ko'rganda jigar kattalashgan va qattiqlashgan bo'ladi.

Davosi. Xuddi VGB nikidek. Etiotrop davo vositasi sifatida roferon ribavirin bilan birgalikda terapevtik dozada 3-6 oy mobaynida buyuriladi. Keyingi yillarda roferonning uzoq ta'sir etuvchi shakli Pegasis 180 mkg hafta-siga 1 marta ribavirin bilan birgalikda qo'llanilmoqda.

Profilaktikasi. Umumiy epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar parenteral yo'li bilan yuquvchi virusli gepatitlarnikidek amalga oshiriladi. Xususiy profilaktika ishlab chiqilmagan.

III bob

GIJJA KASALLIKLARI (GELMINTOZLAR)

Hozir odam organizmida parazit bo'lib yashaydigan gijjalarning 250 xili ma'lum. Gijjalar Skryabin klassifikatsiyasi bo'yicha 4 guruhga bo'linadi:

1. Nematodlar (uzun yumaloq shaklidagi gijjalar)
2. Tsestodlar (uzun lenta shaklidagi gijjalar)
3. Trematodlar (so'ruvchi gijjalar)
4. Onkotserklar (boshi tikanga o'xshash gijjalar)

Respublikamiz hududida birinchi 3 guruhga kiradigan gijjalar: nematodlar, tsestodlar va trematodlar ko'p uchray-di. Gijja lichinkasining qanday sharoitda rivojlanishiga qarab, ular qo'zg'atadigan kasalliklarning 3 xili tafavut qilinadi:

1. Geogelmintozlar
2. Biogelmintozlar
3. Kontagioz gelmentozlar

Geogelmintozlarda kasal odamlar kasallik manbai bo'lib hisoblanadi. Gijja tuxumlari manba najasi orqali tuproqqa tushadi va odam organizmiga termik ishlov berilmagan sabzavotlar orqali tushadi. Geogelmintozlarni qo'zg'atadigan gijjalarning lichinkalari tuproqda rivojlanadi (askarida, qilibosh gijja) va so'ngra odam organizmida balog'atga etadi va ko'payadi.

Biogelmintozlarda kasallik manbai tirik organizmlar (qoramol, cho'chqa, it, mushuklar) bo'lib, gijjalar odam organizmiga go'sht va go'sht mahsulotlari orqali, ba'zan siydigi va najasi bilan ifloslangan oziq-ovqatlar orqali yuqadi. Parazitning rivojlanishi va ko'payishi bir necha organizmda ro'y beradi. Bunda oraliq xo'jayin va oxirgi, asosiy xo'jayin ajratiladi. Oraliq xo'jayin organizmida rivojlanishning dastlabki davri o'tadi. Asosiy xo'jayin organizmida gijjalar o'sib balog'atga yetadi.

Kontagioz gelmentozlarda kasal odamlar kasallik manbai bo'lib hisoblanib, gijja tuxumlari najas orqali tashqariga chiqadi. Gijja tuxumlari iflos qo'llar hamda ifloslangan u yoki bu predmetlar orqali sog'lom odam organizmiga tushadi.

Nihoyat gelmintozlar invaziya manbaiga qarab ikki xilga bo'linadi:

1. Gelmintoz antroponozlar;
2. Gelmintozoonozlar.

Gelmintoantropozlarda baiog'atga etgan gijjalar odam organizmida parazit bo'lib yashaydi. Bunday odam gijja tuxumi va lichinkasi najas orqali chiqaradi (askaridoz, trixotsefalez, tenioz, teniarinxoz).

Gelmintozoonozlarda balog'atga yetgan gijjalar faqat turli hayvonlar organizmida (exinokokkoz, alveokokkoz) yoki odam va hayvon organizmida parazit bo'lib yashaydi (difillobotrioz, fastsiolez, opistorxoz).

Gijjalar lichinkalari qaysi yo'l bilan odam organizmiga kirishiga qarab ikkiga bo'linadi: lichinkasi odam og'zi orqali kiradigan gijjalar peroral gijjalar, teri orqali kiradiganlari perkutan gijjalar deyiladi.

Gijjalar asosiy xo'jayining qaysi a'zosida istiqomat qilishiga qarab ikki turga bo'linadi:

1. Ichak gelmintozlari.
2. Ichakdan tashqari gelmintozlar.

Gelmintozlar tashxisotida parazitologik, serologik va immunologik usullardan foydalaniladi.

1. Parazitologik usul. Bu usulda gijjalar, ularning lichinka va tuxumlari izlanadi.

2. Serologik usullarda KBR, GAR qo'llaniladi.

3. Immunologik usullar -- allergik reaksiyalar immunoferment usullari ham qo'llaniladi.

4. Ayrim holatlarda o'pka rentgenografiyasi, jigar, o't pufagi UTD qo'llaniladi.

Gijjalarning odam organizmiga ta'sir qilish mexanizmi

1. Avvalo gijjalarning odam organizmiga ta'siri natijasida to'qima va hujayralar o'ta sezuvchan (sensibilizatsiya) bo'lib qoladilar. Gijjalarning hayot faoliyati natijasida va ularning parchalanishi oqibatida hosil bo'ladigan turli moddalar odam organizmi o'ta sezuvchan bo'lib qolishiga va har turli allergik kasalliklar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi (harorat ko'tariladi, eshakemi toshadi, teri qichiydi, astmoid bronxit bezovta qiladi). Bunday holat askaridoz, ankilostomidoz va exinokokkozda uchraydi.

2. Gijjalarning mexanik ta'sirini quyidagicha tasavvur qilsa bo'ladi: tsestodlar va trematodlar so'rg'ichlari bilan, ankilostomida tishlari bilan va boshqalari shunga o'xshash moslamalari bilan odam organizmida shilliq pardalarga yopishib oladilar va ularning butunligiga putur etkazadilar. Shilliq pardaning shilingan joyidan qon oqishi mumkin. Gijjalar odam ichi organlarida juda ko'p asab tolalarining oxirlarini (interoretseptorni) iztiroblaydi. Impulslar markaziy asab tizimi va keyin reflektor yo'l bilan butun organizmga ta'sir ko'rsatadi. Shunday qilib, gijja birorta

a'zoda joylashgan bo'lsa ham odamning boshqa a'zo va tizimlarining faoliyati buziladi.

3. Gijjalar odam organizmida parazit bo'lib tayyor ozuqa moddalari hisobiga yashaydi va xo'jayinni salomatligiga zarar keltiradi. Lentasimon gijjalar odamning ichagida yashaydi, juda tez rivojlanadi, (bir kunda 7–10 sm bo'yi cho'ziladi) va organizmda oziq-ovqat etishmasligiga sabab bo'ladi. Natijada kamqonlik va avitaminoz paydo bo'ladi. Gijjalar yuqorida qayd qilganimizdek, har xil infeksiyalarning rivojlanishiga, turli kasalliklarning og'ir o'tishiga sabab bo'ladi.

Askaridoz

Askaridoz – peroral geogelmentoz bo'lib, antroponozdir. Oxirgi xo'jayini va yagona ivaziya manbai – odam. Askaridoz –er sharining hamma joylarida tarqalgan bo'lib, ba'zida quruq iqlimli mamlakatlarda uchraydi.

Etiologiyasi. Askaridoz qo'zg'atuvchisi yumaloq gelmint – odam askaridasi (*Ascaris lumbricoides*). Voyaga etgan askaridaning o'zi xos tomoni shakllanib, sferasimon bo'lishidir. Tirik yoki ichakdan toza ajralgan askarida qizg'ish – sariq, o'lgandan keyin esa oqimtir rangda bo'ladi. Erkagi urg'ochisiga qaraganda kaltaroq bo'lib, uzunligi 15-25 sm, qalinligi 2-4 mm, tanasining dum qismi ilmoqsimon bukilgan. Urg'ochisining tanasi to'g'ri bo'lib, uning uzunligi 25-40 sm, qalinligi 3-6 mm, tuxumlarining o'lchami 0.050-0.106x0.40-0.050 mm ga teng.

Epidemiologiyasi. Odam ichagida erkak va urg'ochi askaridalar parazitlik qilib, ular uchun yagona invaziya manbai hisoblanadi. Voyaga etgan urg'ochi sutkasida 245000 tagacha tuxum qo'yadi va ular urug'langan hamda urug'lanmagan holda ajralishi mumkin. Urug'lanmagan tuxum invaziya chaqira olmaydi. Tashqi muhitga najas bilan birga gelmentning etilmagan tuxumlari chiqarilib, ular etarli harorat va namlik bo'lgandagina etilishi mumkin. Lichinka tuxum ichida 13-30°C haroratda 9-42 kunda (optimal harorat 24-30°C, voyaga etishi 16-12 kunni tashkil qiladi) rivojlanadi, tuxum ichida shakllangan harakatchan lichinka, faqatgina po'st tashlagandan keyingina invaziya qobiliyatiga ega bo'ladi. 12°C dan past haroratda rivojlana olmaydi, lekin tuxumlar yashovchan bo'lib, lichinka rivojlanish xususiyati saqlanib qoladi. Shuning uchun etilish jarayoni ayrim tumanlarda bir mavsumda davom etadi. Lichinkalar rivojlanguncha 37-38°C da o'lib ketadi. Voyaga yetgan tuxumni iste'mol qilish natijasida yuqadi. Sabzavotlarning epidemiologik jihatdan ahamiyati yuqori, chunki ularning yuzasida tuproq bo'laklari bo'lib, unda gijja tuxumlari saqlanishi mumkin. Hozirgi vaqtda

askaridozning tarqalishida eng katta xavfli maydonlar-bog‘ va sabzavotlardir, chunki ba‘zida tuproqni o‘g‘itlash maqsadida inson najasini zararsizlantirmay foydalanish natijasida kelib chiqadi.

Patogenezi va patanatomiyasi. Yetilgan tuxumlarni odam iste‘mol qilganidan so‘ng ingichka ichakda ulardan lichinka chiqadi, ular ichak devorini shikastlab, kapillyarlarga o‘tadi, keyin gematogen yo‘l orqali jigar va o‘pkada migratsiya bo‘ladi. Ichak, jigar va o‘pkadan tashqari askarida lichinkalari miya, ko‘z va boshqa organlarda ham topilgan. Ular jadal sur‘atda qon zardobi va eritrotsitlar bilan oziqlanadi. O‘pkada lichinkalar faol ravishda alveola va bronxlarga chiqadi, kichik va katta bronxlardagi tukli epiteliy yordamida harakatlanib, og‘iz halqumga boradi va u erdan balg‘am bilan yutilib ichakka tushadi. Ichakka tushgan lichinka 70-75 sutka davomida jinsiy jihatdan etiladi. Voyaga etgan askarida bir yil yashaydi, undan so‘ng o‘lib, najas bilan birga tashqariga chiqadi. Shuning uchun bitta odamda askaridaning bir necha yil davomida bo‘lishini uning qayta yuqishi bilan tushuntiradilar. Lichinkaning migratsiya davrida kasallik simptomatikasi allergik ko‘rinishda bo‘lib, qaysiki lichinkaning almashinuv va parchalanish mahsulotlariga orga-nizmning sensibilizatsiyaga javob reaksiyasi ko‘rinishida namo-yon bo‘ladi. Ichak devori va o‘pkada eozinofil infiltratlari hosil bo‘ladi. Toksikoallergik reaksiya voyaga etgan askaridaning ichakka lokalizatsiyasi vaqtida ham kuzatilishi mumkin. Lichinkalarning faol harakatlanishi ikkinchi guruh mexanik ta‘sir natijasida yuzaga keladi. O‘pkada qon quyilishi va qon tupurish lichinkalarning perforatsiya qilgan eridan qon chiqishi bilan bog‘liqdir. Askaridalar ichakka yopishmaydi, balki o‘zining dum uchi yordamida ichak devoriga tirilib turadi. Shuning uchun ham ular o‘ta harakatchan ichak yo‘nalishi bo‘yicha yuqoriga va pastga va hatto oshqozonga, qizilo‘ngachga va nafas yo‘llariga ham o‘tishi mumkin. Askaridaning jigar va boshqa organlarga o‘tishi og‘ir ko‘rinishlarda namoyon bo‘ladi. Voyaga etgan gelmint o‘zining o‘tkir dumi bilan ichak devorini shikastlashi yoki ba‘zida askaridalar yig‘ilib mexanik ichak tutilishiga sabab bo‘lishi mumkin. Gelmintlar hayot davomida ishlab chiqaradigan mahsulotlarning asab tolalari oxirlariga toksik ta‘siri natijasida ba‘zan spastik ichak tutilishiga ham sabab bo‘lishi mumkin. Askaridaning boshqa organlarga migratsiyasi o‘zi bilan birga bakterial infeksiyani eltib, u erda asorat sifatida yiringli jarayon rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkin (abstesslar, xolangitlar). Patalogoanotomik o‘zgarishlar ikkilamchi yuqishda kamroq bo‘lishi askaridozda o‘ziga xos immunitet paydo bo‘lishidan dalolat beradi. Rekonvalesentlarga nisbatan immunitet bir necha oy saqlanadi, xolos. Askarida yuqqanidan so‘ng uning oqsillariga nisbatan antitela 5-10 kundan keyin hosil bo‘lib, 3 oydan so‘ng ular odatda aniqlanmaydi. Katta urg‘ochi

askaridalar bilan ogʻrigan bemorlarda superinvaziya va reinvaziyaga nisbatan immunitet hosil boʻladi, bu 25% bemorlarda rivojlanishning erta bosqichlarida yuqishning tugaganligi bilan tushuntiriladi.

Klinikasi. Askaridozning klinik koʻrinishi parazitning lokalizatsiyasi va invaziya intensivligiga bogʻliq. Askaridozning klinik kechishi ikkita: erta (migratsion) va kechki (ichak) bosqichga ajratiladi.

Birinchi bosqich lichinkaning migratsiya davriga toʻgʻri kelib, ikkinchi bosqich gelmentning ichakda parazitlik qilishi va asoratlar bosqichidir. Askaridozning erta fazasida klinik belgilar baʼzan kam boʻlib, kasallik yashirin kechadi. Baʼzida kasallik yaqqol holsizlik, quruq yoʻtal yoki kam miqdordagi shilliqli, goho shilliq-yiringli balgʻam ajralishi bilan boshlanadi. Balgʻam baʼzida toʻq sariq rangda biroz miqdorda qon aralashgan boʻlishi mumkin. Tana harorati odatda normal yoki subferil, baʼzida 38°S gacha koʻtarilishi mumkin. Oʻpkada quruq va hoʻl xirillashlar aniqlanadi, bir qator bemorlarda perkutor tovushning qisqarishi kuzatiladi. Ayrim hollarda quruq yoki fasodli plevrit rivojlanadi. Fizikal tekshirishlarda doim ham oʻpkada oʻzgarishlar aniqlanmaydi. Koʻpincha bu bosqichda xarakterli boʻlgan oʻzgarishlar qoʻl va oyoq panjasi terisi tiniq suyuqlik saqlagan eshakemi va kichik pufakchalar koʻrinishidagi toshmalardir.

Rentgenogrammada oʻpkada sharsimon, ovalsimon, yulduz-simon, koʻp burchakli infiltratlar aniqlanadi. Infiltratlar bitta yoki bir nechta boʻlib, oʻpkaning bir boʻlagida yoki butun oʻpka boʻylab tarqalganligi aniqlanadi. Ularning konturlari ochiq va suzuvchan boʻladi. Atelektaz bilan birga kechsa infiltratlar aniq boʻladi. Eozinofilli infiltratlar 2-3 hafta atrofida saqlanadi: ayrim bemorlarda yoʻqoladi, ular yangidan bir qancha vaqtdan keyin paydo boʻlib, oylar davomida saqlanadi.

Leykotsitlar miqdori meʼyorda baʼzan leykotsitoz kuzatiladi. Eozinofiliya xarakterli boʻlib, koʻpgina bemorlarda 60-80%gacha etadi. EChT odatda normal, baʼzida oshishi mumkin.

Askaridozning kechki (ichak) bosqichi gelmintning ichakda boʻlishi bilan bogʻliq. Baʼzida bu faza subklinik kechadi. Koʻpgina bemorlarda oʻsib boruvchi holsizlik, ishtahasining pasayishi, koʻngil aynishi, baʼzan qusish, qorinda ogʻriqlar kuzatiladi. Qorindagi ogʻriqlar epigastriyada, kindik atrofida yoki oʻng yonbosh sohasida boʻlib, soat boʻyicha tutib turuvchi xarakterda boʻladi. Ayrim bemorlarda ich ketishi, ayrimlarida, qotishi kuzatiladi.

Asab tizimi tomonidan askaridozlar odatda bosh ogʻriqlari, bosh aylanishi, aqliy toliqishning ortishi boʻladi. Uyquning buzilishi, tungi qoʻrquvlar, isterik tutqanoqlar, epileptik shakldagi tutqanoqlar, meningizm kuzatiladi. Ayrim hollarda koʻz qorachiqslarning kengayishi, anizokariya,

yorug'likdan qo'rqish kabi o'zgarishlar aniqlanadi. Ba'zida askaridozning ichakda bo'lishi bronxit va bronxial astmaga sabab bo'lishi mumkin. Qon tahlilida ko'pincha o'rtacha gi poxrom yoki normoxrom anemiya, eozinofiliya doim ham aniqlanmaydi.

Asorati Askaridozning ko'pincha uchraydigan asorati- mexanik yoki spastik ichak tutilishidir. Qorinni paypaslaganda sharsimon, xamirsimon konsistensiyali shish aniqlanadi. Ayrim hollarda yupqa qorin devoridan ichak bo'shlig'idagi gelmentlarning tanasini paypaslash mumkin.

Askaridozning og'ir asoratlariga gelmentning o't yo'llari va qonga o'tishidir. Bunday holatda juda kuchli og'riqlar paydo bo'lib, hatto narkotik analgetiklar bilan ham qolmaydi. Og'riq xurujlari fonida ko'pincha qusish paydo bo'lib, qusuq massalari bilan gelmentlar chiqishi mumkin. Xolangioepatit rivojlangan va o't yo'llarining askarida bilan to'silib qolgan hollarida sariqlik rivojlanadi. Harorat asoratlar rivojlanganda septik xarakterli bo'lib, iztirobli qaltirash bilan kechadi. Bakterial infeksiyaning qo'shilishi natijasida yiringli xolangit va jigarning ikkilamchi abtsessi rivojlanishi, qaysiki bu o'z navbatida asoratlanib yiringli peretonit, yiringli plevrit, sepsis va qorin bo'shlig'i abtsessi rivojlanishi mumkin. Askridaning oshqozon osti bezi yo'llarigi o'tishi o'tkir pankreatit chaqiradi. Askaridaning chuvalchangsimon o'simtaga tushishi natijasida appenditsit yoki yallig'lanishsiz apendikulyar kolikaga olib keladi. Ba'zan askaridalar to'g'ri ichakda to'planib, mexanik ich tutilishiga sabab bo'ladi. Ayrim hollarda gelment yuqoriga ko'tarilib oshqozon, qizilo'ngach va og'iz halqumga o'tib, u erdan nafas yo'liga o'tadi, hamda asfiksiya – bemor o'limining sababi bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda askarida tanosil a'zolarida, ko'z yosh, burun kanalida, Evstaxiev nayida, o'рта quloqda, tashqi eshituv yo'lida, buyrak atrofi klechatkasida aniqlanadi. Askarida invazyasi infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar kechishini og'irlashtiradi. Infeksiyon kasalliklarda immunogenezni buzadi.

Tashxisoti va qiyosiy tashxisoti. Askaridozni migratsion bosqich tashxisotida eozinofilli infiltrat bilan birga kliniko-rentgenologik, gematologik va immunologik ma'lumotlarni aniqlash mumkin. Bu infiltratlarning rentgenologik ko'rinishi sil, pnevmoniya o'pka rakiga o'xshab ko'rinishi mumkin. Askaridozli infiltratlarning o'ziga xos xususiyati tezda o'zidan o'zgarish qoldirmasdan yo'qolib ketishidir.

Askaridozning birinchi bosqichida ishonchli aniqlash usuli- bemor balg'amida askarida lichinkasini topish hamda qonda spetsifik antiteloni aniqlashdir. Ichak bosqichida kasallikni aniqlashning asosiy uslubi najasni askarida tuxumlariga tekshirishdir. Agar askarida tuxumlari duodenal shirada aniqlansa, bu parazitning o't yullari va oshqozon osti bezi yo'llarida

ekanligidan dalolat beradi. Ammo ba'zida ichakda bitta jinsdagi askarida bo'lsa, uni rentgenologik aniqlash mumkin. Buning uchun bemorga kontrast modda ichiriladi va rentgenda qalinligi 0,4-0,6 smli yo'lakcha ko'rinishidagi yorug'lanish aniqlanadi.

Davosi. Har bir askarida bilan invaziyalanganlar davolanishi lozim. Degelmentizatsiya uchun levamizol, meben-dazol, pipirazin adipinat, pirantent pamoat, zintel (alben-dazol), dekaris (levamizol) qo'llaniladi.

Mebendazol (vermoks, antioks) 100 mldan 2 mahal, sutkasida ichishga, 3 sutka davomida tavsiya qilinadi (bolalarga 10 yoshgacha 50 ml ichishga). Homiladorlik qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Piperazin adipinat (adepilit, antepar, verenkoliprin, gelmirazin) katta yoshdagilarga 70 mg/kg tana og'irligiga sutkasiga 1 mahal, 2 sutka davomida buyuriladi. Sutkalik maksimal dozasi 3,5 gr. Ichaklar yoki o't yo'llarining gelmentlar bilan obstruksiyasi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Nojo'ya ta'sirlari: ko'ngil aynishlari, qusish, ichaklar kolikasi, ich ketish, allergik reaksiyalar, uyquchanlik. Epilepsiya, jigar kasalliklari, o'tkir bo'yрак yetishmovchiligi qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Pirantent pamoat (antimin, kombantrin, strongid va boshqalar), kattalar va 6 yoshdan katta bolalarga bir xil dozada 11 mg/kg tana og'irligiga sutkada 1 mahal, nonushtadan keyin 3 kun davomida beriladi. Qarshi ko'rsatma: homiladorlik hamda jigar kasalligi bo'lgan shaxslar.

Profilaktikasi va o'choqdagi chora tadbirlar. Askaridoz profilaktikasida aholi yashaydigan joylarda sanitar-oqartiruv ishlari amalga oshirish muhim ahamiyatga ega, tuproqni o'g'itlashda kompostirlangan najasdan foydalanish zarur.

Enterobioz

Enterobioz asosan peroral yuquvchi, qichishish va ichaklar buzilishi bilan xarakterlanuvchi gelmentozdir. O'tmishdan ma'lum bo'lib, hamma erda tarqalgan.

Etiologiyasi. Enterobioz qo'zg'atuvchisi gijja *Enterobius vermicularis* seu *Oxyuris vermicularis*. Gijja kulrang, oq rangdagi yumaloq gelment bo'lib, tanasining oxiri nisbatan ingichka, erkagi (samets) 2-5mm urg'ochisi (samka) 9-12 mm uzunlikda. Gijja tuxumi 2 konturli qobiqli asimmetrik bo'lib, o'lchami 0,050 – 0,060x0,02-0,03 mm.ga teng. Gijja ingichka ichak keng pastki qismida, ko'richakda va chamberichakning boshlang'ich qismida parazitlik qiladi. Urg'ochi gijja to'g'ri ichakka tushib, faol ravishda orqa chiqaruv yo'lga chiqadi va uning atrofiga urug' qo'yib,

o'zi halok bo'ladi. Gijjalarning odam organizmidagi umumiy hayot davri 3-4 haftadan oshmaydi.

Epidemiologiyasi. Invaziya manbai faqatgina gijja bilan kasallangan odam. Urg'ochi gijja bemor terisiga qo'ygan tuxumlar 4-6 soatdan keyin etilib, invaziya xususiyatiga ega bo'ladi. Ular bemorning choyshabi va ich kiyimlariga, uy va xizmat ko'rsatish do'konlari bo'limlariga tushadi, pashshalar tarqatadi. Yuqishi: oziq-ovqat mahsulotlari bilan gijja tuxumlarini iste'mol qilganda, chang yordamida og'iz burunga kelib kiradi. Enterobioz bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha avtoinvaziya kuzatiladi.

Patogenezi. Gijjalar shilliq qavatni shikastlab ayrim hollarda ichak devoriga kirib, to mushak qavatigacha borishi mumkin. Oqibatda nuqtali qon quyilishlar va eroziyalar paydo bo'ladi. Gelmentlar ajratgan mahsulotlari organizmda sensibilizatsiya chaqirib, allergiya rivojlanishiga sabab bo'ladi. Urg'ochi gijjalar ayol jinsiy a'zolariga ichakdan bakteriyalarni olib o'tishi mumkin.

Klinikasi. Bir oz miqdordagi gijja bilan invazyialangan bemorlarda kasallik belgilari aniqlanmasligi mumkin. Ko'p hollarda kasallik belgilari u yoki bu darajada rivojlangan bo'ladi. Enterobiozning engil shaklida yotish oldidan anal atrofi sohasida yengil qichish paydo bo'ladi. U 1-3 kun davom etib, keyin o'z-o'zidan yo'qoladi. Lekin 2-3 haftadan keyin qaytadan paydo bo'ladi. Bunday qichishning davriy paydo bo'lishi reinvaziya natijasida gijjalar keyingi avlodining almashinuvi bilan bog'liq. Bemor ichagida gijjalarning bo'lishi va massiv qayta reinvaziya beruvchi xarakterda bo'ladi. Orqa chiqaruv yo'li atrofni qichitish natijasida u erda tirnashlar, terining ikkilamchi bakterial infeksiyasi, dermatitlar kasallik kechishini og'irlashtiradi. Ko'pincha bemorlarda buzilgan ichak tizimida bo'tqasimon ich ketishlar, ba'zan shilliq tenezmlar kuzatiladi. Gijjalar invazyiyasi ikkilamchi bakterial infeksiya bilan qo'shilganda, enterobiozli appenditsit rivojlanishi, enterobiozning og'ir kechishida bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, astenovegetativ belgilarining yaqqolliigi kuzatiladi. Ayollarda gijjalarning jinsiy a'zolariga o'tishi natijasida vulvovaginit belgilari yuzaga keladi. Enterobioz kasalligining erta davrida qonda eozinofiliya kuzatiladi.

Tashxisoti va taqqoslash tashxisoti. Xarakterli belgisi – teri-anal qichishidir. Ammo bu belgi quyidagi kasalliklarda – turli etiologiyali proktit va sfinkteritlarda, bavirus kasalligida, to'g'ri ichak rakida, limfogramatozda, jigar va buyrak jarohatlanishida, kandidomikozda, neyrodermatitlarda uchrashini unutmaslik kerak. Shuning uchun tashxis bemorda gijja tuxumlari yoki gijjalarning o'zi topilgandagina qo'yilishi kerak. Gijjalar ko'pincha anus atrofida tuxum qo'yadi. Ba'zan ichakda ham tuxum qo'yishi mumkin. Shuning uchun gijja tuxumlarini najasda topib

bo'lmaydi. Anus atrofidan 1% li natriy yoki 50% li glitserinda ho'llangan shpatel yordamida olingan surtmada gijja tuxumlarini aniqlash oson. Ba'zan gijja tuxumlari tirnoq ostidan olingan qirmalarda aniqlanadi. Voyaga yetgan erkak gijjalarni toza ajralgan najas ustida ko'rish mumkin.

Davosi. Yengil shakllarida reinvaziyaning oldini olishga qaratilgan chora tadbirlar o'tkaziladi. Buning uchun katta yoshdagi bemorlar yotish oldidan 4-5 stakan suvga yarim choy qoshiq soda qo'shib, ho'qna qilishlari, bolalarda esa 1-3 stakan suvga yarim choy qoshiq soda qo'shib, ho'qna qilishlari kerak. Bu to'g'ri ichakdagi urg'ochi gijjalarning yuvilib ketishini ta'minlaydi va o'z navbatida tungi anus atrofidagi kichishlarni kamaytiradi. Bemorlar tanaga yopishadigan ich kiyimda yotishlari kerak. Ertalab uyg'ongandan so'ng bemor oqliklari dazmollanishi kerak. Og'ir shikllarda medikamentoz davolash o'tkaziladi.

Mebendazol - kattalarga va o'smirlarga bir marta 0,1 grammdan, bolalarga 2-10 yoshda 25-50 mm/kg dan beriladi. Qayta invaziyada davolash xuddi shu dozada 2-4 haftadan keyin o'tkaziladi. Qarshi ko'rsatma — homiladorlik.

Pirantel- 1 martalik dozasi 10 ml/kg tana og'irligiga. Preparat ichishga beriladi. Og'ir holatlarda degelmentizatsiya simptomatik va patogenetik davo bilan birga olib boriladi.

Profilaktikasi. Sanitar gigienik chora tadbirlarni olib borish. Asosan xizmat ko'rsatish uylari, bolalar muassasalarida badan tozaligiga e'tibor berish kerak.

Teniarinxoz

Ta'rif. Bu gijja kasalligi peroral, antroponoz biogelmintozdir. Rivojlanib yetilgan bu gijjaning uzunligi 7-10 metrgacha boradi, eni 1,5-2 sm, tumshug'ida 4 ta so'rg'ichi bor. Qurollanmagan, bir necha bo'laklardan iborat bo'lib, lentasimon (2000 tagacha). Distal qismidagi bo'lakchalarning o'lchami 20 x 30 x 12 mm. Har bir bo'lakcha ichida onkosferasi bor. Odam bu gijjaning asosiy xo'jayini hisoblanadi.

Etiologiyasi. Rivojlanib etilgan gijjadan uzilib chiqqan bo'lakchalar najas orqali tashqariga chiqariladi. Bu gijja bo'laklari har xil yo'llar bilan asosan odam najasi bilan ifloslangan xashak va suv orqali shoxli qoramollar organizmiga kiradi. Qoramol ichagida gijjaning lichinkalari parda ichidan chiqib, qonga tushadi va mushaklar orasidagi biriktiruvchi to'qimalarga o'mashadi va yumaloq pufakka o'xshash shaklga kiradi (finka). Ana shunday qoramol go'shtini iste'mol qilish natijasida bu finkalar odam ichagiga tushadi va rivojlanib balog'atga etadi. Erkaklarga nisbatan ayollar ko'p kasallanadilar.

Patogenezi. Gijjaning so‘rg‘ichlari ichak shilliq pardasini shilib jarohatlaydi, iztiroblaydi. Gijjadagi modda almashinuv chiqindilari zaharli ta‘sir qiladi. Ichakdagi tayyor ozuqa moddalarga sherik bo‘lib, bemor oganizmiga ozuqa etmasligiga sabab bo‘ladi. Asosan so‘rg‘ichlari bilan ichakni zararlaydi.

Klinikasi. Bemor tinkasi quriydi, tajang bo‘lib qoladi, oldin ko‘p ovqat iste‘mol qiladi, keyinchalik ishtahasi bo‘g‘ila–di. Qorni og‘riydi, bemor uxlab yotgan vaqtida ko‘pincha kechasi anusdan gijja bo‘lakchalari tashqariga chiqadi, bemor ko‘ngli ayniydi. Qorni qapchiydi, ba‘zan ichi ketadi, og‘riq o‘ng yonbosh sohasida bo‘ladi. Tili kattalashadi. Nevrologik belgilar bosh og‘rishi, bosh aylanishi, holsizlik, uyqusizlik, tutqanoq holati kuzatiladi. Gemogrammada – leykopeniya, eozinofillar oshishi, 4/1 qism bemorlarda anemiya kuzatiladi.

Tashxisoti. Bemor najasida gijja bo‘lakchalari ko‘rinadi. Anus atrofidan olingan surtmada gijja tuxumi topiladi.

Davosi. Davolashda fenasal keng qo‘llaniladi. Katta yoshdagi bemorlarga yotishdan oldin yoki ertalab nahorda 2 g fenasal beriladi. Fenasaldan oldin chorak stakan suvda 1–2 g sodani eritib ichiriladi. Bundan tashqari dixlosal va trixlosal ham ishlatiladi. Bu dorilar ovqatlanishdan 1–1,5 soat oldin shirin choy bilan ichiladi. Qirquqloqning efirdagi ekstrakti ham ishlatiladi. Katta yoshdagilarga 4,5–5,5 g dan, 2 yoshli bolalarga – 1 g, 3 yoshdagilarga– 1,5 g, 7–10 yoshdagilarga 3 gramm, 11–16 yoshdagilarga 3,5–4 gramm ichiriladi. Qirquqloqning ildizdan tayyorlangan filixsan katta yoshdagilarga 7–8 g beriladi. Buni ichirishdan oldin bemorga 2 kun oldin yog‘siz ovqatlar beriladi hamda spirtli ichimliklar ichish ta‘qiqlanadi. Dorini ichadigan kun ertalab klizma qilinadi. Dori ichgandan so‘ng ichi kelmasa, ho‘qna 3 soatdan so‘ng qilinadi.

Profilaktikasi. Teniarinxozga qarshi kurashda ham qator meditsina va veterenariya choralari amalga oshiriladi. Gijja manbalarini zararsizlantirish, degelmintizatsiya muhim ahamiyatga ega. Go‘sht mahsulotlarini tayyorlashni nazorat qilish muhim ahamiyatga ega.

Tenioz

Etiologiyasi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi, cho‘chqa solityori bo‘lib, u lentasimon gijja – 1000 ga yaqin bo‘lakchalardan tashkil topgan bo‘ladi, bo‘yi 1–2 metrgacha etadi. Tumshug‘ida 4 ta so‘rg‘ichi va 20–30 ta ilmoqli xartumi bor.

Epidemiologiyasi. Tenioz peroral biogelmintoz antropozdir. Invaziya manbai va gijjaning oxirgi xo‘jayini odam hisoblanadi. Balo–g‘atga yetgan gijja odam ichagida yashaydi va undan vaqti–vaqti bilan

yetilgan bo'lakchalar ajralib, najas orqali tashqariga chiqariladi. Bu bo'lakchalarda gijja tuxumlari bo'ladi, gijjaning oraliq xo'jayini asosan uy cho'chqalari, hayvonlarning muskullari orasidagi birlashtiruvchi to'qimada tuxumlardan lichinkalar –tsistitserklar (*custocercus cellulosis*) paydo bo'ladi. Ularning diametri 7-10 mm. Qachonki ichakdan oshqozonga o'tgan vaqtida, masalan, qusganda odam oraliq xo'jayin bo'lishi mumkin. Tsistitserklar ko'pchilik organlarda: bosh miyada, ko'zda, mushaklarda, teri osti yog klechatkasi, jigarda, buyrakda rivojlanishi mumkin. Invaziya davomiyligi bir necha yilgacha davom etadi. Kasalikka beriluvchanlik hamma yoshda uchraydi. Gijja odamga asosan yaxshi pishirilmagan cho'chqa go'shti iste'mol qilganda yuqadi. Hindiston, Shimoliy Xitoy, Afrika va Janubiy Afrikada ko'proq tarqalgan.

Patogenezi. Odam organizmida gijja tuxumlari (finnalar) kirgandan 2-2,5 oy o'tgach turli organlarda lichinkalar rivojlanadi. Lichinkalar to'qimalarning siqilishiga, yallig'la-nishiga sabab bo'ladi va toksik allergik ta'sir qiladi. Cho'chqa oshqozoniga tushgan cho'chqa solityori tuxumi yoriladi va atmosferada ajralib chiqib, ichak hamda oshqozon tizimiga, qon oqimiga tushib, butun organizmga tarqaladi. 24-72 soatdan keyin mushaklararo qo'shuvchi to'qimaga cho'kadi, bu erda 2 oydan so'ng finnaga aylanadi. Finnalar odam ichagida etuk parazitga aylanadi.

Tashxisoti. Tenioz tashxisoti xuddi teniarinxozdagiga o'xshash immunologik reaksiya RNG va RFA asosida qo'yiladi.

Davosi. Tsistitserkoz rivojlanish xavfi bo'lganligi sababdan teniozni davolashda fenasol dixlorofen, trixlorofen ishlatilmaydi. Chunki ular bemor ichagida gijjaning parchalanishiga sabab bo'ladi. Teniozda degelmintizatsiya qilish uchun qirququloq preparatlari ishlatiladi. Tsistitserkozda prazik-vantel qo'llaniladi. Bu dori kuniga 50 mg/kg hisobidan 10 kun bosim beriladi. Allergik reaksiyasining profilaktikasi uchun bu dori bilan birga glyukokortikoidlar tayinlanadi.

Profilaktikasi. Veterenariya xizmati bilan hamkorlikda qator profilaktik choralar amalga oshiriladi.

Geminolipidoz

Ta'rif. Geminolipidoz peroral antropozoz kontagioz gelmintozdir. Uning kichkina (bo'yi 15-30 mm, eni 0,55-0,77 mm) gijja qo'zg'atadi. Uning 4 ta so'rg'ichi bor. Odam bu gijjaga ham oraliq, ham asosiy xo'jayin hisoblanadi. U odam ingichka ichagida yashaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai – odam. Gijja tanasidan ajralgan bo'lakchalar ichida rivojlangan etuk tuxumlar bo'ladi. Bu tuxumlar bemor

najasi bilan tashqariga chiqariladi va atrofdagi har xil buyumlar ifloslanadi. Geminolipidoz ko'pinchahojatxonaeshigining bandlari vaunitazlar orqali yuqadi. Geminolipidozda bemor ichagida avtoinvaziya hodisasi yuz beradi. Ichakda tuxumdan balog'atga etgan gijjalar paydo bo'lishi mumkin.

Geminolipidoz qo'zg'atuvchisining tuxumi og'iz orqali odam ichagiga tushadi va bir necha davrlarni o'tib, balog'atga etgan gijjaga aylanadi. Avvalo tuxumdan onkosfera paydo bo'ladi, 5-7 kun o'tgach onkosferadan lichinka (tsistinkoid) chiqadi. Yana 14-15 kun o'tgach balog'atga etgan gijja paydo bo'ladi.

Klinikasi. Geminolipidoz ba'zan belgisiz o'tishi mumkin. Boshqa hollarda bemorlarning boshi og'riydi, ko'ngli ayniydi, ba'zan qusadi, so'lagi oqadi, jig'ildoni qaynaydi, kekiradi, ishtahasi o'zgaradi va kindik atrofida og'riq sezadi. Qorin og'rishi har kuni kechqurun xuruj qilib bezovta qiladi, ba'zan bir necha kun og'riq bo'lmasligi mumkin. Bemorning ichi dam suyuq, dam quyuq kelib o'zgarib turadi, najas yalqi aralash bo'ladi. Bemor tajang bo'lib qoladi, ish qobiliyati pasayadi.

Patogenezi. Kasallikning kechishi ko'pincha davriy rivojlanish bilan kechadi. Pakana gijjaning rivojlanish tsikli odam organizmida ketma-ket rivojlanadigan lichinka va etuklik bosqichlari bilan xarakterlanadi. Shuning uchun odam bu gelment uchun oraliq va asosiy xo'jayin hisoblanadi.

Gijja odamning ingichka ichagida yashaydi, bo'g'imlarda ajraladigan tuxumda shakllangan embrion bo'lib, invazivlik xususiyatiga ega va tashqi muhitda etilishni talab qilmaydi. Odam og'zi va ichagiga tushgan tuxumdan onkosfera ajralib, kichkina ichak vorsinkalari ichiga kiradi. 5-7 kundan keyin onkosferadan lichinka tsistitsirkoid rivojlanadi, u vorsinkalarni buzib, ichak bo'shlig'iga chiqadi va shilliq qavatiga yopishadi. 14-15 kundan keyin etuk gijja shakllanadi.

Tashxisoti. Najasda gijja urug'larni topilishi asosida qo'yiladi. Pakana gijja tuxumlari davriy ravishda ajraladi. Shuning uchun manfiy natija olingan paytda nativ surtmada flotatsiyatlash bilan qayta tahlil o'tkazish kerak.

Davosi. Geminolipidozda fenasal sxema bo'yicha ishlatiladi. № 1 tizma asosida ikki kunlik tsikl 5 kun oralab 6-7 marta qaytariladi. 1-2 yoshli bemorlarga 0,3 g; 3-4 yoshli bolalarga 0,5 g, 5-6 yoshli bolalarga 1 g; 7-10 yoshli bolalarga 1,5 g va katta odamlarga 2 g dan beriladi.

№ 2 tizma. 5 kunlik sikl. 5 kun oralab 4 marta qaytariladi.

№ 3 tizma. 7 kunlik sikl. 5 kun oralab 3 marta qaytariladi.

Hozirgi kunlardagemioli pidozni davolashda 4 kunlik tsikl 4 kun oralab, kuniga ertalab 4 mahal har 2 soatda fenasalning buyurilishi yuqori samara bermoqda. Bir oy o'tgach, yana davolashning bir kursi qaytariladi.

Profilaktikasi. Shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, hojatxonalarni tez-tez dezinfeksiya qilib turish, bemorlarni davolash, geminolipidoz profilaktikasi negizini tashkil qiladi.

Gelmintozlar dispanser nazorati

Gelmin- tozlar	Dispanser kuzatuv	Nazorat tahlillar soni	Tahlillar muddati	Tashxisot uslublari
Askaridoz	1 oy	2	Davodan 10 va 20 kundan so'ng	Kaprologiya
Enterobioz	2 oy	3	Davodan 15-20 kundan keyin, so'ngra har 2 haftada	Yopishqoq lenta
Gimenole- pidoz	6 oy	4	Davodan 2 oydan so'ng, keyin har oyda	Kaprologiya
Tenioz va teniarinxoz	5 oy	5	Davodan 2 oydan so'ng, keyin har oyda	Anus burmalaridan surtma olish

IV bob

O'TKIR RESPIRATOR INFEKTSIYALAR

O'tkir respirator kasalliklar (O'RK) – etiologiyasi jihatidan turli, klinik belgilari jihatidan esa umumiyligi ko'p bo'lgan kasalliklar guruhidir. Bu kasalliklarning ko'pchiligini viruslar qo'zg'atadi. Gripp, paragripp, adenovirus, rinovirus kasalliklari, respirator - sinsitial infeksiya, mikoplazma infeksiyalari va boshqalar O'RK guruhiga kiradi.

Statistik ma'lumotlarga qaraganda, yer yuzida har yili 40 mln. ga yaqin odam O'RK bilan kasallanadi. Har yili kasallik tufayli yo'qotiladigan ish kunining 15-20% i shu kasalliklarga to'g'ri keladi. Epidemiy vaqtlarida korxonalar xizmatchilarning 30-80%i ishdan qoladi. Buni iqtisodiy jihatdan qaralganda, bitta epidemiyaning o'zi bizning davlatimizning o'zida 2-3 mlrd. so'mga teng bo'ladi. AQShda esa 2-5 mlrd. dollar zarar keltiradi. O'RK da epidemiologik hamda klinik o'xshashliklar bo'lishi bilan birga har bir kasallikda o'ziga xoslik ham bor.

4.1. Nafas yo'llarining virusli infeksiyalari. Gripp

Gripp – o'tkir virusli kasallik bo'lib, u umumiy zaharlanish belgilari, tana haroratining ko'tarilishi, yuqori nafas yo'li, yurak qon-tomir va asab sistemasining zararlanishi kabi alomatlar bilan tavsiflanadi.

Tarixiy ma'lumotlar: “Gripp” fransuz so'zi bo'lib – “changallash” yoki “egallash” degan ma'noni bildiradi. Gripp haqida birinchi asoslangan ma'lumotni 1403-yili Yevropadagi epidemiy vaqtida fransuz olimi Etyen Paske keltirgan. 1580-yilda birinchi pandemiy kuzatilgan. Bunda kasallik juda keng tarqalib, ayniqsa Parij, Rim, Madridda juda ko'p odam halok bo'lgan. XIX asr oxiridan boshlab insoniyat o'z boshidan 4 ta gripp pandemiyasini o'tkazdi: 1918-1920-yillardagi pandemiy (spanka) da 20 - 50 mln. dan ortiq, 1957-59-yillardagi pandemiy («Osiyo grippi») da 1 mln. dan ko'p odam halok bo'lgan. AQShning o'zida bu raqam 70000ni tashkil qiladi. 1968 – 1969 Gonkong grippi pandemiyasida AQShda 34000dan ortiq bemorlar hayotdan ko'z yumishdi.

Pandemiy oralig'ida, har 2-3-yildagripp epidemiyasi kuzatilib turadi. Grippni chaqiruvchi viruslar - «A» virusi 1933-yilda (U.Smit,

K.Endryus va P.Leydlou), «B» virusi 1940-yilda (T.Frenis va T.Medjill) «C» virusi 1947-yilda (Teylor) aniqlagan.

Etiologiyasi. Grippni chaqiruvchi viruslar miksoviruslar oilasiga mansub bo'lib, o'zida RNK tutadi. Virionlar dumaloq yoki oval shaklida bo'lib, diametri 80-100 nm ni tashkil etadi.

Kasallik qo'zg'atuvchisi A, B, C tipli viruslar morfologik jihatdan o'xshash bo'lsalarda, o'zida turgan antigenlari bilan bir-birlaridan farq qiladilar.

A tipi juda o'zgaruvchan, u antigenlarini tez-tez, ba'zan juda keskin o'zgartirib turadi. O'zgarish yuzaki, antigen-gemogglutinin va neyroaminidaza almashinuvi tufayli sodir bo'ladi. Bu antigenlarning ikkalasi bir vaqtda almashingan taqdirda, virusning yangi podtipi hosil bo'ladi. U pandemiyaga sabab bo'ladi. Antigenlar bunday o'zgartirish B va C viruslarida bo'lmaydi yoki bo'lsa ham, kuchsiz namoyon bo'ladi.

B va C viruslari faqat odamda uchrasa, A virusi odamlardan tashqari ot, cho'chqa va turli xil parrandalardan ham ajraladi. Gripp virusi tashqi muhitga chidamsiz, qizdirilganda va qaynatilganda tez nobud bo'ladi. Sovuq muhitda ko'proq saqlanadi. Ultrabinafshaga nurlari, turli xil dezinfeksiya-lovchi moddalar ta'siri ham juda chidamsiz.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai kasal odam hisoblanadi. Ayniqsa, kasallikning engil, noaniq va klinik belgilarisiz turlarini o'tkazayotgan shaxslar xavfli hisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdegilar uchun xavflidirlar.

Gripp virusi odamlar orasida doimiy aylanib yurib, har 2-3-yilda epidemiya berib turadi. Bu epidemiyalar virusning turli xil serologik variantlari tomonidan chaqiriladi. A virusining yangi serotiplari paydo bo'lganda esa (xar 10-30-yilda), pandemiya sodir bo'ladi. A virusini turli har xil uzoqqa uchuvchi qushlar va hayvonlarga o'tishi va ulardan odamlarga o'tishi kuzatilgan. Bu holat virusning yangi serotiplarini paydo bo'lishida asosiy omil bo'lsa, ajab emas.

Gripp epidemiyasi shimoliy yarim shardajoylashgan vi-loyatlarda ko'proq noyabr, mart oylarida, janubiy yarimshar viloyatlarida esa aprel, oktyabr oylarida tarqaladi.

A grippning epidemiyasi alangadek tez tarqaladi - bir oying o'zida aholining 20-50% igacha kasallanadi.

B virusining epidemiyasi esa 3-4-yilda bir takrorlanadi, sekin tarqaladi, 2-3-5 oy davom etib, aholining 4 /1 qismini zararlaydi.

Biroq kasallik rivojlanishi uchun organizmda virusning o'zi tushishi ham har doim etarli bo'lmaydi. Bunda shamollash omilining ham ahamiyati kattadir. Shamollash omili epiteliy hujayralarning tebranuvchi

kiprikchalari harakatini keskin kamaytiradi va oqibatdan nafas yo'lidagi shilliq tezda quyuqlashib, ajralishi, binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yuqorigacha siljishiga imkon yaratadi.

Patogenez va patologik anatomiyasi. Virusning patogen ta'siri uning qo'yidagi biologik xususiyatlariga bog'liq: epiteliy hujayralariga ta'sirchanlik, zaharlilik hamda bir qadar antigenlik ta'siri.

Grippning patogenezida asosan 8 taboqchich tafovut qilinadi:

1. Virusning epiteliy hujayralariga kirishi;
2. Epiteliy distrofiyasi, nekrozi va deskvamatsiyasi;
3. Zararlangan hujayraning yorilishi va virus chiqishi;
4. Virus va toksinlarning qonga o'tishi, umumiy toksikoz,

virusemiya;

5. Toksinning qon tomirlarini kengaytirishi, parez, qon-tomirlarda qon oqimining sekinlashishi;

6. MAT va parenximatov organlar degeneratsiyasi;

7. Interferon va oksifil tanachalarining hosil bo'lishi;

8. Spetsifik postinfektsion immunitet hosil bo'lishi.

Virus nafas yo'liga tushgandan so'ng epiteliyal hujayralarida qayta ko'payadi. Zararlangan epiteliylar degeneratsiyaga uchrab, ko'chib tushadi. Silindrik epiteliylarning metaplaziyasi sodir bo'ladi. Jarayon qo'shni to'qimalarga va qon-tomirlarga ham tarqaladi. Klinik ko'rinishi ko'proq yuqori nafas yo'lining yallig'lanishi sifatida namoyon bo'ladi, bronxiolalarga tarqalmaydi.

Grippda virusemiya bo'lishi ham isbotlangan. Virusning alveolalarga to'g'ridan to'g'ri ta'sir qilish oqibatida deskvamativ zotiljam rivojlanib, bunda o'pkaning interstitsial to'qimalari zararlanadi.

Virusemiya va toksinemiya tufayli tana harorati va zaharlanish alomatlari tez rivojlanadi. Toksinlar ta'siri bilan qon-tomirlarning zararlanishi tufayli qon aylanishi buziladi, bu esa o'z navbatida o'pkaning zararlanishi hamda markaziy va vegetativ asab tizimi (ko'proq bosh miyaning diensefal bo'limi) faoliyatining buzilishiga olib keladi. Simpatik va parasimpatik asab tizimining zararlanishi davriy xarakterga ega. Shuning uchun ham gipertoniya gipotoniya bilan, taxikardiya bradikardiya bilan, oq dermografizm qizil dermografizm bilan almashinib turadi. Qon-tomir distoniyasi kasallikdan keyin ham ma'lum vaqtgacha saqlanadi.

Qon-tomir o'tkazuvchanligi va qon aylanishining buzilishi oqibatida miya qon tomirlarida qon dimlanishi, mayda qon quyilishlar sodir bo'ladi va u miya shishiga hamda meningo-ensefalit sindromi rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'pkada qon aylanishining buzilishi natijasida o'pka bo'lakchalarida shish rivojlanadi. Toksin ta'sirida gipofiz va buyrak usti bezlarining

boshqaruvchi faoliyatlari ham buziladi. Nafas yo'lida epitelial to'siq butunligining buzilishi, leykotsitlarning fagotsitar faoliyatining pasayishi, virusning organizm mudofaa qobiliyatlarini pasaytiruvchi ta'siri, nafas yo'lidagi shartli patogen mikroblarning qo'zg'alishiga, bakterial asoratlar rivojlanishiga hamda surunkali kasalliklarni qo'zg'alishiga olib keladi. Grippda allergik reaksiyani virusning o'zi, qo'shilgan mikroorganizmlar hamda zararlangan to'qima parchalari yuzaga keltiradi.

Klinika. Ko'pchilik kasallik belgilarida umumiylik bo'lish bilan birga, bir qancha ta'sir qiluvchi omillar (bemorning yoshi, uning kasallikka beriluvchanligi, kasalliklardan oldingi holati, virusning serotipi, uning virulentligi) tufayli grippning kechimi turlicha bo'lishi mumkin. Ilgarilari u yoki bu sindromlarning ortiqqligiga qarab grippning nevrologik, bronx - o'pka, tifsimon, gemorragik, ichak va boshqa turlari farqlangan. Kasallikning bunday turlanishi bizning hozirgi davrda gripp haqidagi tushunchamizga mutlaqo mos kelmaydi. Amaliy jihatdan grippni asoratsiz va asoratli (asoratlarini ko'rsatib) hamda yengil, o'rta-og'ir, gi pertoksik turlarga ajratish maqsadga muvofiqdir. Tashxisni ifodalashda, albatta, hamroh kasalliklarni ham ko'rsatish zarur.

Kasallikning yashirin davri bir necha soatdan 1-2 kungacha, ba'zan 3 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik to'satdan boshlanadi. Boshqa O'RK lardan farqi — gripp-tumov belgilari kam bo'lgan holda zaharlanishning kuchliligi bilan ifodalanadi.

Odatda kasallik sovqotib, titrash, bosh og'rig'i bilan boshlanib, tana harorati tezda (bir necha soat davomida) 38-40°C gacha ko'tariladi. Quvvatsizlik, et qaqshashi, mushaklarda, suyaklarda, yirik bo'g'imlarda og'riq kuzatiladi. Bosh og'rig'i zo'rayib boradi.

Ko'proq peshona, chakka, qosh usti ravog'i, ko'z olmasi og'riydi. Ba'zan bemor nurga qaray olmaydi. Kuchli zaharlanish, odatda, bosh aylanishi, ba'zan hatto hushini yo'qotish, qusish va gemorragik alomatlar (ko'proq burundan qon ketishi) bilan kuzatiladi.

Bemorlar avvalo burun bitishi, tomoqning qurishi va qirilishidan shikoyat qiladilar. Kasallikning 2-3 kunlarida ko'pchilikka quruq yo'tal, yo'talganda to'sh ortida og'riq hamda tumov paydo bo'ladi. 3-4 kundan keyin yo'talganda balg'am keladi, tana haroratining eng yuqori ko'tarilishi va kuchli zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi.

Kasalliklarning 1-2 kunida isitma kuzatiladi. Kasallikning asoratlanmagan turida isitma A grippda 1-6 kun, V grippda esa uzoqroq davom etadi. Haroratning tushishi keskin yoki tezlashgan lizis yo'li bilan sodir bo'lib, terlash bilan kuzatiladi. Isitmaning takrorlanishi kam bo'lsada u asoratlanish bilan bog'liq bo'ladi. Yuzning qizarib bo'rtishi,

yuz qon tomirlarining kengayishi, ko'zning yaltirab turishi, kon'yunktivit, ko'zdan yosh oqishi kabilar kasallikning boshlang'ich belgilari hisoblanadi. Kasallikning og'ir kechimida teri oqaradi va hatto biroz ko'karadi. Lablar va burun qanotlarida gerpetik toshmalar, og'iz, tomoq shilliq qavatining qizarishi, bodom bezlarining biroz kattalashuvi, qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatida mayda qon quyulishlar ko'riladi. Aksariyat bemorlarda yumshoq tanglay, ayrim hollarda tilcha shilliq qavatida mayda donador enantemalar bo'ladi (Morozkin belgisi). Tomoqning orqa devorida shilliq qavat qurigan, undagi limfatik follikulalar kattalashganligi kuzatiladi.

Kasallikning 3-4 kunlarida tomoqdagi qizarish hamda shish sezilarli kamaysada, boshqa belgilari hali saqlanadi. Burun shilliq qavati ko'kimtir, qizargan, shishgan bo'ladi. Kasallikning 2-3 kunida burundan biroz sel, keyinchalik shilimshiq ajralma ajraladi. Bakterial flora qo'shilganidan keyin esa ajralma yiringli-shilimshiq tus oladi. Puls tana haroratiga mos, ayrim hollarda nisbiy bradikardiya yoki taxikardiya kuzatiladi, ko'pchilik bemorlarda, ayniqsa, kasallikning og'ir kechimida yurak tonlar sustlashgan bo'ladi. Qon bosimi aksariyat pasaygan, juda og'ir kechimida (ayniqsa bolalarda) hatto kollaps bo'lishi mumkin.

Grippda ovqat hazm a'zolarining zararlanishi kam bo'ladi. Ishtahaning pasayishi (ba'zan mutlaqo yo'qolishi), til karashlanishi ba'zan tilda og'riq, qabziyatga moyillik kabi alomatlar kasallikning faqat og'ir turlarida kuzatiladi.

Isitma davrida siydik kamayadi, harorat pasayganda esa ko'payadi. Kasallik og'ir kechganda, siydikda qon, hamda tsilindrlar bo'ladi.

Gripp virusi toksinning vegetativ asab tizimigata'siri bemor yuzining qizarishi, terlash, pulsining labilligi, bosh aylanishi, hid bilishning yo'qolishi kabi alomatlar bilan erkin namoyon bo'ladi.

Markaziy asab tizimi zararlanishi subyektiv zaharlanish belgilari bilan og'ir kechimida esa meningial belgilar bilan tirishish, qon aylanish buzilishi tufayli sodir bo'ladi ensefalopatiya, o'choqli belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Periferik asab tizimi zararlanganda esa terida gipersteziya, pares-teziya, pleksitlar qovurg'a oralg'i nervi va boshqa nervlarning nevralgia belgilari kuzatiladi. Qonda leykopeniya, eozinopeniya, nisbiy limfotsitoz bo'lib, EChT o'zgaraydi.

Rekonvalesentslik davri bir ikki hafta davom etib, bunda asteno-vegetativ belgilar (tez charchash, jahldorlik, uyquning buzilishi, terlash, pulsning labilligi), asoratlarga moyillik va surunkali kasalliklarning zo'rayishi kuzatiladi.

Grippning yengil kechishi biroz umumiy zaharlanish belgilari hamda subfebril harorat (2-3 kun davomida), ayrim bemorlarda yuqori nafas yo'lining zararlanishi bilan namoyon bo'ladi.

O'rta og'ir turida zaharlanish hamda yuqori nafas yo'lining zararlanish belgilari aniq namoyon bo'ladi. Isitma davri o'rtacha 4-5 kun davom etadi.

Og'ir turi keskin boshlanadi. Isitma kuchli va uzoqroq davom etib, zaharlanish kuchli bo'ladi. Bemorda keskin holsizlanish, bosh aylanish, uyqusizlik yoki uyquchanlik, ishtahaning butunlay yo'qolishi, qusish, tirishish, qisqa karaxtlik, hushning yo'qolishi, meningial va ensefalitik sindromlar, yurak-qon tomir faoliyatining buzilishi kabi alomatlar kuzatiladi. Nafas a'zolarida muqarrar asoratlar sodir bo'ladi (virusli-, bakterial zotiljam). Aksariyat, gemorragik alomatlar (burun qonashi) kuzatiladi.

Gipertoksik-(chaqmoqsimon) turidajudaog'ir neyrotoksikoz belgilari (miya shishi va qapchishi), yurak-tomir hamda nafas yetishmovchiligi (o'pkaning o'tkir gemorragik shishi) bronxiolit, hiqildoqning qisilishi, kabi alomatlar birinchi o'rinda namoyon bo'ladi. Aksariyat, bu sindromlarning birgalikda sodir bo'lishi tufayli kasallik og'ir kechib, o'lim bilan yakunlanishi mumkin.

Grippning kam uchraydigan atipik turida kasallikning asosiy belgilaridan biri (ya'ni isitma, zaharlanish belgilari yoki nafas a'zolarining zararlanishi) kuzatilmaydi.

Viruslarning har xil bo'lishiga qaramay, grippning klinik kechimida deyarli farq bo'lmaydi. Biroq A grippning pandemiyasi davrida kasallikning og'ir zaharlanishi kechimi kuzatiladi.

Epidemiya davrida kasallikning hamma turlari, epidemiya oralig'ida esa ko'proq engil va o'rta og'irlikdagi turlari uchraydi.

Grippning asoratlari kasallikning turli davrida rivojlanishi mumkin. Ular viruslar va ko'pincha turli xil bakteriyalar tomonidan chaqiriladi. Grippning eng ko'p va og'ir asoratlaridan biri zotiljamdir. U turli bakteriyalar, aksariyat stafilokokklarning qo'shilishidan rivojlanadi. Grippda birlamchi zotiljamning bo'lishi oxirgi yillarda tan olinmayapti. Ko'pchilik shifokorlarning fikricha, zotiljam barcha O'RK shu jumladan grippdahan kuzatilishi mumkin bo'lgan virus vabakteriyalar birgalikda ta'sir qilganda sodir bo'ladigan kasallikdir. Zotiljam mayda, yirik o'chog'li va bo'lmachali bo'lib, ko'proq o'ng o'pkada kuzatiladi. Stafilokokkli zotiljamda ko'proq o'pkada yiringli abstsess hosil bo'ladi. Zotiljam ko'proq bolalarda, qariyalarda va nafas yo'lida surunkali kasalliklari bo'lgan shaxslarda rivojlanadi.

Grippning zotiljam bilan asoratlangan turida isitma davomli yoki ikki to'qinli bo'ladi va kuchli holsizlik, terlash, nafas tezlashib hansirash, balg'amli yo'tal kabi alomatlar bilan kuzatiladi. Urrib ko'rilganda, o'pkaning yallig'langan qismi ustida tovush bo'g'iqqligini, atrofiga esa quticha tovushini eshitamiz. Eshitib ko'rilganda, quruq va turli kattalikdagi nam xirillashlar eshitiladi. Ko'pchilik bemorlar qonida leykotsitlar ko'rsatkichi normal hollarda leykotsitoz yoki leykopeniya bo'lgan holda leykoformula chapga surilgan, neytrofilyoz va EChT ning ortishi kuzatiladi.

Grippda zotiljamdan tashqari otit, burun qo'shimcha bo'shliqlari va peshona sinuslarining yallig'lanishi (gaymorit, etmoidit, frontitlar) va ko'proq rinit, faringit, laringit, traxeobronxit, angina va boshqa asoratlar bo'lishi mumkin.

Asab tizimi tomonidan sodir bo'ladigan asoratlar (meningoensefalit, araxnoidit, polinevrit, radikulit) ba'zan uzoq vaqt asab tizimi faoliyatining buzilishi va ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi.

Grippning oqibati ko'pincha yaxshi, biroq og'ir asoratli kechimida yomon bo'lishi mumkin.

Tashxisoti. Har bir hakim kasallikni aniqlashda avvalo uning klinik belgilariga asoslanishi kerak, chunonchi klinik tashxis eng barvaqt aniqlanadigan va hech qanday qo'shimcha mablag' sarfini talab qilmaydigan tashxisdir. Shuning bilan birga u keyingi tekshiruvchilar yo'nalishini ham aniqlab beradi.

Gripp virusini kasallikning birinchi kunidan boshlab burun, tomoq shilliq qavati va qonda topish kam holatlarda qayd qilinishi mumkin. Uni tovuq embrionida o'stirish mumkin. Grippda va boshqa O'RKlarda tezkor ekspress tashxis qo'yish maqsadida flyuorestsentlanuvchi antitelalar usulidan foydalaniladi. Buning uchun burun va tomoq shillig'idan tayyorlangan surtmaga grippning flyuorestsentlanuvchi zardobi bilan ishlov beriladi. Hosil bo'lgan antigen-antitela birikmasi epiteliylarning yadrosi va protoplazmasidan erkin nurlanadi.

KBR va neytralizatsiyalash kabi zardob tahlillaridan kechikkan (ya'ni kasallik o'tib bo'lgandan keyingi) tashxisot maqsadida foydalanish mumkin. Zardob reaksiyasi uchun qon ikki marotaba («juft zardob») kasallik boshida, yana 8-14 kun o'tkazib, rekonvalesentlik davrida olinadi. Antitelalar titrini 4 marotaba va ortiq oshishini tashxisiy hisoblash mumkin.

Davosi. Bemorlarni kasalxonaga joylashtirish epidemiologik va klinik nuqtai nazardan amalga oshiriladi. Odatda grippning og'ir yoki asoratlangan turlarini o'tkazayotgan, hamda og'ir qo'shimcha xastaligi bo'lgan bemorlarga kasalxonaga yotqiziladi.

Rejimi. Bemor butun isitma davomida va yana 2 kun o'zida yotishi kerak.

Parhezi. Sutli, sabzavotli, vitaminlarga boy bo'lishi va ko'proq suyuqliklar limonli choy, meva sharbatlari, sutli asal, romashka gullari, malinali ichimliklar iste'mol qilinadi. Bu moddalar ter ajralishini tezlashtirib, virus (va toksin)ning organizmdan chiqib ketishini ta'minlaydi va organizmni qizib ketishdan saqlaydi.

Grippda bir qator etiotrop, patogenetik va simptomatik doridarmonlar ishlatiladi. Etiotrop dorilardan eng ta'sirli grippga qarshi gammaglobulin hisoblanadi. Uni 3-6 ml.dan, bolalarga 1-3 ml.dan m/o ga yuboriladi, gammaglobulin yoki zardobli poliglobulin ishlatiladi.

Bularning hammasi ham faqat kasallikning 1-3 kunida ishlatilganda natijaberadi. Laktoglobulin-(grippga qarshi immunlangan sigir sutidan tayyorlangan), ayniqsa bolalarni davolashda yaxshi natija beradi. Kasallikning dastlabki 2-3 kunida 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,05 dan, 6 yoshdan katta bolalarga 0,1 g dan (burniga kunga 3 mahal poroshok holda) beriladi. Biroq gripp virusiga qarshi, ayniqsa virusiga eng ta'sirchan remantadin hisoblanadi. U birinchi kunga 100 mg 2 tabletkaga, keyin 50 mg (1+2+2) va 3-kuni 200mg (1+2+2) beriladi. Keyingi kunlarda bu dorini berishning hojati ham, foydasi ham yo'q.

Leykotsitar interferon har bir burun yo'liga 0,25ml dan 4 mahal tomiziladi. Bu dori ham kasallikning birinchi kunlarida (ayniqsa 1-kunida) foydali. Oksalin mazi (0,25%) tumovni ancha yumshatadi va muddatni qisqartiradi: u bir kunda 3-4 mahal burunga surtiladi.

Yuqorida keltirilgan virusga qarshi dorilarning hammasi O'RKlarida ham qo'llaniladi. Gripping yengil va o'rta-og'ir turlarida ko'proq patogenetik va simptomatik dorilar ishlatiladi. Desensibilizatsiyalovchi dorilar va vitaminlar qo'llanishi shart. Isitmani pasaytiruvchi dorilar (atsetilsalitsilat kislotalar, rinza, analgin va boshqalar) juda ehtiyotlik bilan, faqat tana harorati juda baland bo'lgan taqdirdagina ishlatilmog'i kerak. Borjom suvi yoki choy sodasi solingan issiq sut, anjir, asal kabi tomoq qurishi va qirilishini kamaytiradi. Yo'talga qarshi kodein, pektusin, libeksin, keyinchalik balg'am ko'chiruvchi dorilar va xantal qog'oz ishlatiladi.

Hozirda ko'proq quyidagi dorilar yig'indisi qo'llanilmoqda: remantadin - 3 kun va antigrippin - 5 kun davomida. Antigrippin tarkibida atsetilsalitsilat kislotasi - 0,5 g, askorbinat kislotasi 0,3 g, dimedrol - 0,2, kaltsiy laktati 0,1 g bo'ladi. Uni kunda 3 mahal beriladi. Bolalarda va katta yoshli shaxslarda etiotrop vosita sifatida viferon (1,2,3,4) shamcha holda 5 kun mobaynida buyuriladi.

Asoratlanmagan grippda, odatda, antibakterial dorilar berilmaydi, bundan faqat qariyalar va qo'shimcha surunkali kasalliklari bo'lgan shaxslar

mustasnodirlar. Grippni og'ir o'tkazayotgan bemorlarga, zotiljamning oldini olish maqsadida, og'iz orqali antibiotiklar: eritromitsin, tetratsiklin, vitatsiklin, oletetrin, ampioks, metatsiklin va boshqalar beriladi. Zotiljam rivojlangan takdirda antibiotiklar, tseporin, oksatsillin, metatsillin, morfotsiklin, linkomitsin va boshqalar mushak orasiga yoki tomirga yuboriladi.

Yurak-tomir faoliyati buzilgan taqdirda, kordiamin, kamfora, efedrin va boshqalar qo'llaniladi. Yurak-tomir yetishmovchiligi sodir bo'lganda, korglyukon yoki strofantin K yuboriladi va kislorod beriladi.

Profilaktikasi. Hozirda grippga qarshi yangi preparatlar (faolsizlantirilgan vaksina, remantadin) qatorida, ilgaridan ishlatib kelingan, tirik vaksinalar ham qo'llanilmoqda.

Grippning asosiy profilaktik shartlari qo'yidagicha: epidemiyadan oldingi davrda ommaviy vaksinatsiyalash, shoshilinch profilaktikasi va epidemiya vaqtida grippni barvaqt davolash, grippga qarshi preparatlarni to'g'ri qo'llash, o'tkaziladigan profilaktik va epidemiyaga qarshi choralarni kengaytirish, tibbiy – sanitariya tashviqotini kuchaytirish.

Aktiv immunizatsiya qilish maqsadida ikki xil aktivsizlantirilgan vaksina ishlatiladi: a) Virionli vaksina – nayzasiz in'ektor yordamida teri ostiga yuboriladi, b) Keyingi paytlarda gripp kasalligining oldini olish maqsadida tarkibida yuzaki antigenlar: gemagglutinin va neyraminidaza saqlagan yuqori sifatli Inflyuvak (Solvey-Farma) keng ko'lamda qo'llanilayapti. Preparat bilan asosan 6 oylikdan katta bolalar hamda katta yoshdagilar mavsum boshidan oldin oktyabr-noyabr oylarida emlanadilar.

Grippga qarshi vaksinani shoshilinch profilaktika choralari, viferon mazi, oksalin mazi, remantadin, leykotsitlar interferon yoki, shuningdek, donor va platsentar gammaglobulin bilan to'ldirish kerak.

Bemorni atrof-dagilardan barvaqt ajratish asosiy profilaktik choralardan hisoblanadi. Bulardan tashqari, umumiy sanitariya-profilaktik choralarni ko'pchilik bo'ladigan xonalarni, ayniqsa, bolalar xonalarini ozoda tutish, to'g'ri rejim, xonani kvarts lampalari bilan nurlantirib turish kerak. Gripp kasalligida ko'pchilik bemorlar uyda davolanadilar.

Paragripp

Paragripp-bu havo-tomchi mexanizmi orqali yuqadigan, asosan hiqildoq va bronxlarning zararlanish belgilari va isitma bilan kechadigan o'tkir antroponoz virusli infeksiyadir.

Etiologiyasi. Paragrippning virusi 1952-yil Yaponiyada ajratilgan bo'lib, uni D gripp virusi deb atashgan (Sidney, 1956 y.). Bu virus Ameri-

kada topilgan. Hozirda virusning 4 ta serovari ajratilgan. Birinchi va ikkinchisi ko'proq bolalarda laringotraxeobronxit (krup), uchinchisi bolalarda ko'proq zotiljam va bronxiolit, to'rtinchi xil serovari esa aksariat yengil nafas yo'lining o'tkir katari kabi zararlanishlar sodir qiladi, kam uchraydi.

Paragripp virusi mikroviruslar guruhiga kirib, o'zida RNK tutadi. Gripp virusiga o'xshaydi, undan antigenlarning turg'unligi bilan farqlanadi. Ular odam embrionining buyrak to'qimasi hamda tovuq embrionining amniotik suyuqligida yaxshi o'sadilar. Tashqi muhitga chidamsiz.

Kasallik manbai bemor odam, tarqalishi havo- tomchi yo'li orqali sodir bo'ladi. Kasallik yilning sovuq faslida ko'payadi. Ko'proq 2-3 yoshli bolalar kasallanadi. Bolaning yoshi qancha yosh bo'lsa (hatto yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham kasallanishi mumkin), kasallik shuncha og'ir kechadi. Gripp epidemiyalari oralig'idagi davrda paragripp boshqa O'RKlari orasida etakchi hisoblanadi. Bolalar muassasalari, ayniqsa yashilarda virusning birinchi va ikkinchi serovarlari tarqalgan taqdirda kasallik epidemiya tusini oladi.

Kasallikdan keyingi immunitet tipiga xos va turg'un bo'ladi.

Patogenez va patologik anatomiyasi. Virus nafas yo'li, ayniqsa, burun va hiqildoq shilliq qavati epitelial hujayralarida ko'payishi oqibatida to'qima degeneratsiyaga uchraydi, o'ladi va ko'chib tushadi. Replikatsiya sohasida yallig'lanish jarayoni yuzaga kelib, traxeya va pastki nafas yo'llariga tarqalishi mumkin. Shilliq qavatda qizarish va shish paydo bo'ladi. Yig'ilgan seroz va seroz-yiringli eksudat nafas yo'llarini qoplaydi. Traxeya, bronx, o'pka to'qimasi zararlanishi bola hayotining 1-yillarida kuzatiladi. Hiqildoq shilliq qavati shishi hisobiga, sekret uning bo'shlig'iga to'planishi hisobiga va laringospazm tufayli hiqildoq stenozi (krup) yuzaga keladi. Viruslar va hujayralar parchalanish mahsulotlarning qonga o'tib organizm zaharlanishi va isitmaga olib keladi. Bakterial superinfeksiya tufayli pnevmoniya va boshqa asoratlar yuzaga chiqadi. Yallig'lanish alomati ko'proq bo'g'izda bo'ladi. Paragrippda umumiy zaharlanish alomatlari grippdagiga nisbatan kamroq, qisqa muddatli virusemiya ham kuzatiladi.

Klinikasi. Yashirin davri 1-7 kun (o'rtacha 3-4 kun). Ko'pincha kasallik asta-sekin boshlanadi. Bemor o'zida noxushlik, biroz quvvatsizlik, bosh og'rig'i (ko'proq peshona qismida), biroz burun bitishi, subfebrilitet, engil quruq yo'tal, tomoq qurishi va qirilishi, ayrimlar biroz tomoqda og'riq sezadilar. Bolalarda esa kasallik quruq, dag'al va muttasil yo'tal bilan namoyon bo'ladi. Ayrim bemorlarda biroz titrash, mushaklarda og'riq va et qaqshashi kuzatiladi. Tana harorati odatda, kasallikning birinchi kunida subfebril, ba'zan normal yoki bolalarda (og'ir kechimida kattalarda ham), yuqori bo'lishi mumkin. Hatto isitma baland bo'lganda ham zaharlanish

belgilari kuchsiz bo'ladi. Ko'ngil aynishi, qusish, ich ketish kuzatilishi mumkin.

Burundan suv kelishi grippdagiga nisbatan kuchliroq, ammo ayrim bemorlarda faqat burundan nafas olish qiyinlashadi xolos.

Yo'tal keyinchalik dag'al bo'lib qoladi. Ko'pincha tovush bo'g'ilib yoki xirillab qoladi. Kuchli yo'tal 6-10 kun davom etib, keyin yumshab, kasallikning 21-22 kunlarida to'xtaydi. Faqat ayrim bemorlarda yuzi oqargan yoki qizargan bo'ladi.

Kasallikning 2-3 kunlarida uchuq toshishi mumkin. Burun shilliq qavati qizargan, shishgan. Burundan dastlab suyuq, seroz, so'ng quyuy yoki shilliq yiringli ajralmalar ajraladi. Yumshoq, tanglay va tomoqning orqa devorida biroz qizarish (ayrim bemorlarda mayda toshmachalar) ko'riladi. Puls isitmaga mos keladi. Ko'p bemorlar tomoqda, to'sh ortida og'riqdan shikoyat qiladilar. Tovush bo'g'iq, dag'al, "akkilovchi " yo'tal bo'lib, laringit yoki laringotraxeitdan dalolat beradi. Infekcion jarayonga pastki nafas yo'llari ham qo'shilib, bronxit, bronxiolit yoki pnevmoniya rivojlanishi mumkin.

Kattalar paragrippni yengil o'tkazadilar. 1 yoshgacha bolalarda og'ir kechadi. Kasallik 1-3 kun davom etadigan hiqildoq stenozi ("akkillovchi yo'tal", shovqinli stenotik nafas, tarqoq tsianoz) bilan asoratlanishi mumkin. Kechishi yaxshi sifatli bo'lib, es-hush buzilmaydi va asfiksiya kuzatilmaydi.

Pnevmoniyalar kasallikning 2-3 haftasida kelib chiqadi. Ular virusli-bakterial yoki bakterial tabiatli bo'ladi. Organizm zaharlanishi kuchayadi, to'sh ortida og'riq, hansirash, nam yo'tal, balg'am qon aralashgan bo'lishi mumkin.

Rentgenologik tekshiruvda o'pkaning 1-2 segmenti yoki butun bo'lagini egallagan infiltratlar aniqlanadi.

Yurak tonlarining pasayishi kasallikning faqat og'ir kechimida kuzatiladi. Asoratsiz kechimida o'pkada vezikulyar yoki biroz dag'alroq tovush eshitiladi. Qonda leykotsitlar normada yoki biroz kamaygan, EChT ham normal bo'ladi.

Shunday qilib, paragrippda ko'proq laringit yoki laringo-traxeit, kamroq - rinit va faringit alomatlari kuzatiladi.

Nafas yo'lining surunkali kasalliklari bo'lgan shaxslarda paragrippning birinchi kunlaridanoq bronxit alomati rivojlanadi. Bronxit birlamchi bo'lishi ham mumkin, bunda u ancha kech rivojlanadi.

Asorati ko'proq zotiljam, otit, angina, sinusit, gaymorit va boshqalar bo'lib, ular ikkilamchi mikroblar, ya'ni virus va bakteriyalar birgalikda ta'sir qilishdan rivojlanadilar. Zotiljam ko'pincha go'dak bolalarda hamda surunkali nafas yo'li kasalliklari bo'lgan shaxslarda uchraydi.

Davosi. Virusli rinitda oksolin yoki tebrofen mazi qo'llaniladi. Tumovda tomir toraytiruvchi moddalar qo'llaniladi. Og'ir hollarda donor gammaglobulinlari yoki poliglobulini yuboriladi. T-limfotsitlar defitsitida levamizol, V-limfotsitlar defitsitida dibazol, natriy nukleinat qo'llaniladi. Pnevmoniyada antibiotiklar (benzpenitsillin, oksatsillin, eritromitsin), balg'am ko'chiruvchilar, xantal ishlatiladi. Krup rivojlansa, oyoqqa issiq vanna, bug'li ingalyatsiyalar, aerozollar ishlatiladi.

Profilaktisi. Sanitariya-gigiena va epidemiyaga qarshi tadbirlar: bemorlarni ajratish, namli tozalash, havosini almashtirish, idishlarni, bemor kiyimlarini qaynatish, doka niqob taqish. Maxsus profilaktika uchun interferon, oksalin mazidan foydalaniladi.

Adenovirus infeksiyasi

Adenovirus infeksiyasi o'tkir respirator kasallik bo'lib, limfatik bezlar, ko'z hamda nafas yo'li shilliq qavatlarining zararlanishi va kuchsiz zaharlanish alomatlari bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi. Virus o'zida qo'sh iplik DNK tutib, uch xil antigenega ega. Virus odam va maymun embrioni hujayrasida ko'payadi. Tashqi muhitga ancha chidamli. Ayniqsa, past haroratga uzoq chidaydi. Yuqori harorat va dezinfeksiyalovchi moddalar ta'siriga chidamsiz. Kasallikdan keyingi immunitet tipga xos.

Epidemiologiyasi. Xastalik manbai kasal odam, virus tashuvchi ham bo'lishi mumkin. Tarqalishi havo-tomchi yo'li orqali. Bu kasallikka go'dak bolalar va hatto endi tug'ilgan chaqaloqlar ham juda beriluvchan bo'ladilar. Maktabgacha yoshdagi bolalar orasida bolalar jamoasida epidemik tarqalishlar bo'lishi mumkin. Kattalarda kasallik odatda sporadik va yengil o'tadi. Kasallikdan keyingi immunitet turg'un bo'lmaganligi uchun qayta kasallanish mumkin. Bu kasallik yilning hamma fasllarida, ko'proq sovuq oylarida uchraydi.

Ko'pchilik yangi tug'ilgan chaqaloqlarning qonida virusiga qarshi antitelalar (onadan olingan) topiladi. Biroq bu antitelalar birinchi hafta oxirida yo'qolib, qayta kasallanishlar oqibatida 4-6 yoshida yana paydo bo'ladi.

Klinikasi. Yashirin davri 1 kundan 2 haftagacha, o'rtacha 4-8 kun davom etadi. Ko'pincha kasallik qaltirash, bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Bemorlar et qaqshashi, suyak, bo'g'im va mushaklarda og'riq sezadilar. Ba'zan ko'ngil aynab, qusishlari mumkin. Ayrim bemorlarda to'sh pastida og'riq bo'lib, ichi surishi mumkin. Zaharlanish belgilarining isitma darajasiga mos kelmasligi hamda mahalliy

kataral o'zgarishlarning umumiy o'zgarishlardan ustun turishi bu kasallikka xosdir. Uyqusizlik, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi kabi alomatlar kamdan-kam kuzatiladi. Bemorning umumiy ko'rinishi o'ziga xosdir: yuzi kepchigan, qizargan, burnidan ko'p shilliq suyuqlik keladi, bitta yoki ikkala ko'zida kon'yunktivit, ko'z sklerasining tomirlari bo'rtib qizargan bo'ladi. Follikulyar va qoplama kon'yunktivitlar asosan bolalarda uchraydi, kattalarda kataral yallig'lanish bo'ladi. Bodomcha bezlar shishgan, parda bilan qoplangan bo'ladi. Jag' osti, orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi.

Asosiy patologik jarayon lokalizatsiyasiga bog'liq holda kasallikning bir necha klinik shakllari mavjud: adenovirusli rinofaringit yoki rinitni asosan 1, 2, 3 va 5 serovardagi viruslar chaqirib, boshqa o'tkir respirator kasalliklardan deyarli farq qilmaydi. Isitma 1 haftagacha, kataral belgilar 1-3 haftadavom etadi. Og'iz-halqum limfoid to'qimasi giperplaziyasi, kataral yoki pardali tonzillit, granulyoz faringit kuzatiladi. Faringo-kon'yunktival isitma, tumov, faringitdan boshlanadi, tezda follikulyar kon'yunktivit, ko'zdan yosh oqishi, qovoqlar shishi va ko'z yoriqlarning torayishi qo'shiladi. Kon'yunktivaning yallig'lanishi dastlab bir tomonlama, so'ng 2 tomonlama bo'lib, pardalar hosil bo'ladi. Tana harorati 38-39°C gacha ko'tariladi. Bu klinik shakl 2-3 hafta davom etadi.

Epidemik keratokon'yunktivitda kon'yunktivit bilan birgalikda, shox pardaning o'choqli zararlanishi, ko'zda og'riq, fotofobiya kuzatiladi. Isitma reaksiyasi kuchsiz. Shox parda infiltratlari uzoq vaqt (2 oygacha) so'riladi.

Bolalarda ko'pincha astmatik sindromli o'tkir laringo-traxeobronxit uchraydi. Belgilari ovoz bo'g'ilishi, dag'al og'riqli yo'tal, ekspirator hansirash, quruq va nam xirillashlardan iborat.

Adenovirusli pnevmoniyalar virusning H-serovari tomonidan chaqirilib, jarayonga keyin bakteriyalar ham qo'shiladi. Ular mayda o'choqli yoki qo'shilgan bo'lib, 1 yoshgacha bolalarda retsidivlanishga moyil.

Adenovirusli mezadenitga og'riq xurujlari, ko'ngil aynish, qusishlar xos. Qorinning chuqur palpatsiyasida tutqich ildizida maksimal og'riq paydo bo'lib, mezenterial limfa tugunlari paypaslanadi. Periferik qonda leykotsitoz, leykopeniya, EChT oshishi yoki normal bo'lishi mumkin.

O'pka nafasi dag'allashgan, quruq xirillashlar eshitiladi. Ayrimlarda mayda o'choqli zotiljam alomatlari kuzatiladi. Ichak zararlanishi singari zotiljam ham asosan go'dak bolalarda boshlanadi.

Puls tana haroratiga mos keladi. Yurak tovushlari xiralashgan, ayrim hollarda kuchsiz sistolik shovqin eshitiladi. Yurak-tomir tizimining zararlanishi faqat kasallikning og'ir kechishiga xos.

Adenovirus infeksiyasi boshqa O'RKdan yana oshqozon-ichak yo'lining zararlanishi bilan farqlanadi. Bemorning ichi buzilib, qorni og'riydi,

kuniga 4-6 martagacha ich ketishi mumkin, ko'pchilikda jigar, ayrimlarda taloq ham kattalashadi. Qonda deyarli o'zgarish bo'lmaydi, ba'zan biroz leykopeniya, eozinopeniya bo'ladi. EChT normada yoki biroz ortishi mumkin.

Tashxisoti. Mahalliy belgilarning umumiy belgilardan ustunligi, alohida organ va sistemalarning ketma-ket zararlanishi, dastlab kataral o'zgarishlar, so'ng sust toksikozning rivojlanishi, ikki to'liqli isitma reaksiyasi, yuqori nafas yo'llari katari, kuchli ekssudatsiyali kon'yunktivit, rinit, faringit, bo'yin limfa tugunlarining kattalashuvi, generalizatsiyalangan limfadenopatiya.

Adenoviruslarni burun ajralmasi, burun-halqum orqa devori va kon'yunktiva surtmalari, yuvindilarini najasdan ajratib olish mumkin. Ekspress diagnostikada immunoflyuorestsensiya, KBRdan foydalanish mumkin.

Davolash. Mahalliy 0,25%li oksalin, tebrofen qo'llaniladi. Odam interferonini ingalyatsiya qilish yoki burunga tomizish mumkin. Og'ir hollarda zardob poliglobulini bolalarga 0,15-0,2 ml/kg, kattalarga 3-6 ml m/oga yuboriladi. Tumovda tomir toraytiruvchi preparatlar (naftizin, pinosol, galazolin, efedrin gidroxlorid) burunga tomiziladi. Faringitda faringosept yoki falimint beriladi. Vitaminoterapiya, antibiotiklar berilishi mumkin.

Respirator – sintsital infeksiya

RS infeksiya havo – tomchi mexanizm orqali yuqadigan, asosan pastki nafas yo'llarining zararlanishi va kuchsiz zaharlanish bilan kechadigan o'tkir antroponoz virusli infeksiyadir.

Patogenez va immunitet. Virus nafas yo'li epiteliysiga burun yo'llari shilliq qavatida pastki nafas yo'llariga tarqaladi. Bronx daraxti drenaj funksiyasining buzilishi, atelektaz, emfizema, virusli – bakterial mayda o'choqli pnevmoniyalarga sabab bo'ladi. Bolalarda 6 oygacha platsentar immunitet bo'ladi. Lekin analogik antitelalar burun sekretida bo'lmasligi tufayli ularda tez – tez RS - infeksiya rivojlanadi.

Klinikasi. Yashirin davr 3-7 kun, katta yoshlarda kasallik asosan respirator traktning yuqori bo'limlari zararlanishi bilan engil kechadi.

Burun bitishi, tomoq qichishi, aksa urish, yo'tal kuzatiladi. Burun – xalqum giperemiyalangan, undan ko'p miqdorda shilliq sekret ajraladi. Tana harorati normal yoki subfebril, qonda o'rtacha limfomonotsitoz, kasallik 2-10 kun davom etadi. Erta bolalik davrida kasallik rinit yoki nazofaringitdan boshlanadi, 2-3 kundan so'ng astmatik komponentli

bronxit yoki bronxiolit qo'shiladi. Yo'tal davomli, xurujsimon, og'riqli bo'lib, hansirash, tsianoz kuzatiladi. O'pkalarda ko'plab tarqoq mayda va o'rta pufakchali xirillashlar, perkussiyada timpanik tovush bo'ladi. Bronxiolit rivojlanganda nafas olish 60-80 ta bo'ladi. Pnevmoniya bilan kechganda, hansirash akrotsianoz, isitma, leykotsitoz kuzatiladi.

Tashxisoti. 1 yoshgacha bolalarda respirator kasallikning tarqalishi, patologik jarayonga pastki nafas yo'llarining jalb etilishi, bronxiolit, pnevmoniyalarning rivojlanishibilan aniqlanadi. Bundan tashqari virusologik, serologik, immunoflyuorestsensiya muhim ahamiyatga ega.

Davolash. Umumiy quvvatlovchi, stimullovchi preparatlar, dastlab odam leykotsitar interferonini burunga tomizish yoki ingalyatsiyasi qo'llaniladi. Pnevmoniyada antibiotiklar beri ladi. Bronxiolitda va astmatik komponentda antibiotiklar, bronxospazmolitiklar, yo'talga qarshi, so'ng balg'am ko'chiruvchilar (terpingidrat, pertussin), desensibillovchi, xantallar, bankalar, oksigenoterapiya qo'llaniladi.

Rinovirusli infeksiya

Rinovirusli infeksiya havo –tomchi yo'l orqali yuqadigan, asosan burun – halqum shilliq qavatining zararlanishi va tumov belgilari bilan kechadigan o'tkir antroponoz infeksiyadir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai – kasal odam, sog'lom virus tashuvchi. Ko'pincha maktabgacha bo'lgan bolalar va kattalar kasallanadi. Virus serovarlari ko'p bo'lganligi tufayli yil davomida bir necha marta kasallanish mumkin. Ko'pincha sovuq mavsumda uchraydi.

Patogenezi. Virus burun shilliq qavatida ko'payadi va yallig'lanish jarayoniga sabab bo'ladi. Ko'krak yoshdagi bolalarda jarayon hiqildoq, traxeya – bronxlarga tarqalishi mumkin.

Immunitet ti pospetsifik, 2-3-yil atrofida.

Klinikasi. Yashirin davr 1-6 kun. Kasallik titrash, boshda og'irlik hissi bilan boshlanadi. 1-2 soatdan so'ng burun bitishi, aksa urish kuzatiladi burundan shilliq va suvsimon ajralmalar keladi. Burun ajralmalari keyinchalik sariq rangga kirishi mumkin (yiringsimon). Yo'tal, tomoq qichishi, kon'yunktivit, ko'zdan yosh oqish, hid bilish, ta'm bilishning buzilishi, umumiy zaharlanish belgilari kuchsiz namoyon bo'ladi. Tana harorati normal yoki subfebril, yuzi rangpar, burni kengaygan, og'zi yarim ochiq, labida herpes, burun shilliq qavati giperemiyalangan, jag' osti vabo'yin limfatugunlari kattalashgan. Kasallik 2 hafta davom etadi.

Asoratlari: bronxit, pnevmoniya, sinusit, otit.

Davosi. Uy sharoitida tovon, kambalasimon mushakka xantal qo'yish, oyoqqa issiq vannalar, burun sohasiga UVI, UFO foydali. Intranasal efedrin, naftizin, pinosol, galazolin. burun yo'llariga leykotsitar interferon qabul qilinadi. Asoratlansa, antibiotiklar yaxshi samara beradi.

Parranda grippi

Parranda grippi – bu odamlar grippi virusining A tipdagi shtammlaridan biri chaqiradigan parrandalar yuqumli kasalligidir. Bu kasallik birinchi marta bundan 100-yillar oldin Italiyada aniqlangan.

Migratsiyalanuvchi suvda suzuvchi qushlar – ko'pincha yovvoyi o'rdaklar parranda grippi virusining tabiiy rezervuari hisoblanadi va qushlarning infeksiyaga moyilligi kam. Uy parrandalari, jumladan tovuqlar, kurkalarning bu kasallik epidemiyalariga moyilligi bor.

Parranda grippi virusi H5N1. Birincha marta 1961-yilda Janubiy Afrikada topilgan. Yovvoyi qushlar tashuvchisi bo'lib, ko'chib yuruvchi qushlar esa bu qit'alarga tarqatadi va mahalliy qushlar, jumladan uy parrandalari g'oz, o'rdak, tovuq, kurkalarga yuqtiradi. 1997-yilga qadar H5N1 odam uchun xavfsiz deb hisoblangan. Lekin Gonkongda kasallikni yuqtirgan 18ta bemordan 6tasi halok bo'lishi bu fikrni inkor etdi. 2003-2004-yillarda parranda grippi epidemiyasi Osiyoning 8 ta mamlakatida: Kambodja, Xitoy, Indoneziya, Yaponiya, Laos, Janubiy Koreya, Tayland, V'etnamda qayd etildi.

Jabr ko'rgan mamlakatlar rahbariyati qat'iy karantin chora-tadbirlarini olib borib, kasallikning keng tarqalishiga yo'l qo'ymaslik uchun 100 mln.dan ortiq uy parrandalarini qirib yuborishdi.

2004-yil mart oyida kasallik biroz kamaydi. 2005-yilga kelib yana parrandagrippingning yangi o'choqlari Kambodja, Qozog'iston, Malayziya, Mongoliya, V'etnam, Rossiya, Turkiya, Ruminiyada paydo bo'ldi. Kambodja, Indoneziya, Tayland, V'etnamda esa odamlar ham bu kasallik bilan og'riganligi qayd etildi. JSST ma'lumotlariga qaraganda, 2006-yil 10 mart oyigacha parrandagrippi bilan 175 takasallanish qayd etildi. Shundan 2ta holatda yuqish parrandadan odamga emas, balki odamdan odamga yuqqanligi aniqlandi.

Etiologiyasi. Parrandalarda kasallik chaqiradigan 15ta parranda grippining subtiplari ma'lum.Ular bir-biridan antigen strukturasi bilan farq qiladi: gemagglutinin (N) vaneyroaminidaza(N).Parrandagrippingning H5N1 subtipi yuqori patogenlikkaega.Birinchi martabu subtip bilan zararianish 1997-yil Gonkongda kuzatilgan. Bunda H5N1 shtammi 18 kishiga yuqqan, ulardan 6tasi nobud bo'lgan. Tekshiruvlar natijasi shuni

ko'rsatdiki, bunda kasallik manbai – uy parrandalari bo'lib, kasallangan bemorlar shu parrandalar bilan muloqotda bo'lishgan va kasallik ulardan odamga yuqgan.

H5N1 virusi tekshirilganda, uning juda tez mutatsiyalana olishi va grippning boshqaturlarini qo'zg'atuvchi viruslar geni bilan qo'shilib, yangi shtammlar hosil qilishi aniqlandi. Olimlarning ta'kidlashicha, 1918-1919-yildagi "ispanka" ni aynan parrandagrippining mutatsiyaga uchragan subtip keltirib chiqarib, o'n millionlab odamlar yostig'ini quritgan. Endi kutilayotgan epidemiya "ispanka" virusi mutatsiyasini takrorlaydi degan fikrlar mavjud.

Odamdagi parranda grippi xarakteristikasi. 1997-yil Gonkongda parranda grippi virusi (H5N1) kurkalarni va odamlarni zararladi. Bunda birinchi marta kasallikning qushlardan odamga yuqishi aniqlandi.

Bu vaqtda 18 nafar kishi gospitalizatsiya qilindi va ulardan 6 nafari haloq bo'ldi. Epidemiyani likvidatsiyalash maqsadida 1,5 mln tovuq virus manbaini yo'qotish uchun qirib yuborildi.

1999-yili Gonkongda H9N2 parranda grippi 2 nafar bolagayuqdi. Bolalarning ikkalasi ham sog'ayib ketdi. Bunda kasallik manbai uy parrandasi bo'lib, bevosita undan odamga o'tganligi aniqlandi. Lekin odamdan odamga o'tishi ham ehtimoldan xoli emas edi. 1998 – 1999-yillarda Xitoyning materik qismida ham H9N2 virusi odamlarda aniqlandi.

2003-yili Xitoydan Gonkongga ko'chib kelgan oilaning 2 nafar a'zosi H5N1 parranda grippi virusi bilan zararlendi. Biri halok bo'ldi, ikkinchisi sog'ayib ketdi. Kasallik qanday yuqqanligi aniqlanmadi. Shu oilaning boshqa a'zosi Xitoyda respirator kasallikdan o'lganligi ma'lum bo'ldi.

2003-yilda Niderlandiyadagi parranda fermasi ishchilarida H7N7 gripp virusi aniqlandi. Kasallik ishchilarning 86 nafarida aniqlandi.

Epidemiologiyasi. Kasallikni yuqtirgan har 2ta bemorning bittasi nobud bo'lmoqda. Bunday yuqori letallikning sababi odamda bu virusga qarshi immunitetning yo'qligidir.

Yovvoyi qushlar ajratmalari bilan ifloslangan joylarda bo'lgan xonaki qushlar kasallikni o'ziga yuqtirib oladi. Odamga kasallik virus bilan ifloslangan parranda ajratmalari bilan kontaktida bo'lgandan so'ng meva, sabzavot va ovqat mahsulotlarini ifloslangan qo'llar bilan eganda yuqadi. Bundan tashqari zararlangan qo'llar bilan ko'zni ishqalaganda, go'sht mahsulotlari, tuxum iste'moli orqali yuqadi. Gonkongda 1997-yil may oyida 3 yoshli bolada isitma, tomoqda og'riq va yaralar, yo'tal kuzatilgan. Kasallik 2 hafta davom etib, bola pnevmoniyadan halok bo'lgan. Uning traxéal suyuqligidan gripp A virusi ajratib olingan, lekin hech bir standart reagent bilan uning tipi identifikatsiya qilinmagan. Olimlar

uni yangi shtamm deb baholab, uni odam uchun yangi gripp shtammi (H5N1) deb qayd qilishdi. Shunga qadar kasallik bilan faqat qushlar og'rishi ma'lum edi. Anamnez to'liq yig'ilganda, bola kasallikka qadar virus bilan zararlangan tovuq bilan kontaktda bo'lganligi ma'lum bo'lgan. Bu hodisa 2 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 17 ta bemorda ham qayd etilgan. 1998-yil yanvar oyida kasallikdan 6 nafar bemor vafot etgan. BJSST ma'lumotlariga ko'ra 2007-yilda parranda grippi qator Yevropa va Osiyo mamlakatlarida (Fransiya, Germaniya, Chexiya, V'etnam, Bangladesh, Indoneziya) qayd qilindi. Indoneziyada epidemiya boshlangandan so'ng yuzlab odamlar kasallanib, 81 nafarida o'lim holati qayd etildi.

Tashuvchilar. Tashuvchisi ko'chib yuruvchi qushlardir. Ular tabiatdagi virusning tabiiy rezervuari bo'lib, uni juda uzoq masofalarga tashib yurishi mumkin. Bu qushning o'zi kasallanmaydi va halok bo'lmaydi (epizootiyalardan tashqari), lekin 2-3 hafta davomida uni atrof muhitga ajratib turadi. Parranda grippi bilan asosan uy parrandalari, ayniqsa, tovuqlar kasallanadilar. Bunda o'lim holati 100% ni tashkil etadi.

Inson uchun xavfi. Odam (virus bilan) zararlangan tirik parrandalar bilan muloqotda bo'lganida virusni yuqtirib oladi. Parrandalar ajratmalarida ko'plab viruslar bo'ladi, ular qurigach, havoga tushadi va odamga nafas yo'llari orqali yuqadi.

Osiyoda yuqishning yana bir yo'li – shu vohada an'anaviy ravishda qush qonini ovqatga qo'shib iste'mol qilish hisobiga kasallik yuqishi aniqlangan. Tovuq go'shti, agar u yaxshi termik ishlovdan o'tkazilsa, odam uchun xavf tug'dirmaydi, chunki H5N1 70°C haroratda qizdirilganda nobud bo'ladi.

Odamdan odamga yuqishi. JSST ekspertlarining V'etnamdagi tekshiruvlarida diqqatga sazovor bir holat aniqlandi. Bunda 2 ta aka-uka 9 kun farq bilan parranda grippi bilan kasallandi. Ulardan biri ikkinchisini kasalxonada parvarish qilishi natijasida kasallikka chalindi. Lekin ularning bir vaqtda kasalliklarni yuqtirganliklari, faqat yashirin davr ikkalasida har xil davom etgan bo'lishi mumkinligi ham ehtimoldan xoli emas. Mutaxassislar fikricha, yaqin kunlarda H5N1 mutatsiyasi natijasida kasallikning havo-tomchi yo'li bilan odamlar orasida tarqalishi mumkinligi e'tirof etilmoqda.

2006-yil 10-mart ma'lumotlariga qaraganda dunyoda parranda grippi bilan kasallanish 175 kishini tashkil qildi. O'lim holati-50%ga yaqin. 1997-yildan buyon bu infeksiyadan 60 kishi halok bo'ldi. Mutaxassislar ta'kidlashicha, agar odam odatiy gripp va parranda grippi bilan bir vaqtda kasallansa, o'zaro almashinib, yangi shtamm hosil qiladi va bu yangi virus endi bevosita odamdan odamga yuqishi mumkin bo'ladi.

Parranda grippi virusining o'ziga xos xususiyatlari

- virus mutatsiyalanib, yanada virulentligi oshadi;

- virus turga oid to'siqni engib o'tib, qushlardan odamlarga yuqmoqda.

Biroq bevosita odamdan odamga o'tishi isbotlanmagan (barcha bemorlar kasallangan qushlar bilan muloqotda bo'lgan);

- virus asosan bemorlarga yuqib, ularning o'limiga sabab bo'ladi;

- kasallik manbai va yuqish yo'llari to'liq aniqlanmagan. Shuning uchun ham virusni nazorat qilishning imkoniyati bo'lmayapti;

- kasallik tarqalishini to'xtatish chorasi barcha kasallangan qushlarni butunlay yo'qotishdir.

Patogenezi to'liq o'rganilmagan.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri odamda 2-8 kun (ba'zan 17 kungacha) davom etadi. Kasallik grippsimon belgilar bilan boshlanadi: isitma, yo'tal, tomoqda og'riq, tumov, aksirish, burundan suyuqlik oqishi, tomoq qurishi va achishishi, umumiy holsizlik, darmonsizlik, mushaklardagi og'riqlar bezovta qiladi. Kasallik ko'z infeksiyasi, o'tkir respirator kasalliklar, pnevmoniyalar ko'rinishida ham namoyon bo'lishi mumkin. Keyinchalik qusish, qorinda og'riq, ko'krak qafasida og'riq, burun va milkdan qon ketishi kabi belgilar qo'shiladi.

Zotiljam barcha bemorlarda vaqtli, o'rtacha 5-kunida qo'shilib, yuqoridagi belgilar bilan qonli balg'am, nafas olish qiyinlashuvi, nafas olganda krepitatsiya, ovoz xirillashuvi kabi belgilar aniqlanishi mumkin. Bemorlarning aksariyatida suvli najas va multiorgan (buyraklar, yurak) zararlanish belgilari namoyon bo'ladi.

Tashxisoti. 1997-yilda odamda gripp infeksiyasini aniqlash uslublaridan gemagglutinatsiyani ingibirlash reaksiyasi parranda grippi virusiga qarshi antitelalarni aniqlashda sezgirligi past ekanligi aniqlandi. Shundan so'ng bu virusga nisbatan antitelolarni aniqlashda yanada sezgirroq usullar taklif qilindi. Ulardan biri mikroneutralizatsiya va maxsus N5ga sezgir bevosita ELISA (immunoferment tahlil)dir. Bu usullarning spetsifikligi va sezgirligi Vestern blot qo'llanilganda yanada oshishi aniqlandi. 18-59 yoshli bemorlarda anti N5 antitelalarni Vestern blot bilan birgalikda mikroneutralizatsiya usulida aniqlash 80% sezgirlik va 96% spetsifiklikka ega. 15dan kichik yoshli bolalarda esa zardobdagi anti N5 antitelalarni aniqlash Vestern blot bilan birgalikda ELISA usuli qo'llanilganda 100% sezgirlik va 100% spetsifiklikka ega ekanligi aniqlandi.

Parranda grippi virusining virulentligini aniqlashda polimeraz zanjir reaksiyalari effektiv qo'llanib kelinmoqda. Bundan tashqari, parranda grippining tsirkulyatsiyadagi viruslarini monitoringi uchun genotiplashning oddiy molekulyar usuli qo'llanilyapti.

Keyinchalik real time reverse transcriptase (RRT-PCR) analizi virusni tezda aniqlash imkonini berdi. Bu usulda bir bosqichli aniqlash usullari va flyuoretsent zondlardan foydalaniladi. Bu usulni virus aniqlashning standart usublari bilan qiyoslash mumkin: tovuq embrionidan gripp virusini ajratib olish va gemagglutinini gemagglutinatsiyani ingibirlash reaksiyasi yordamida subtiplarga ajratish.

Davosi. Parrandagrippi virusi amantadin varemantadin kabi gripp A virusi reproduksiyasini ingibirlaydigan preparatlarga sezgir. Bundan tashqari neyrominidaza ingibi-torlaridan zanzivir kalamushlar buyragi hujayralarida virus replikatsiyasini ingibirlagan va virus neyrominidazasi aktivligini ingibirlagan. Kuniga 2 mahal (50 va 100mg/kg) zanzivirni intranasal yuborish sichqonlarni o'limdan saqlab qolgan. Bundan tashqari zanzivir virusning o'pkadagi miqdorini kamaytirgan va uning miyaga tarqalishining oldini olgan. Oral yuboriladigan neyrominidaza ingibitori RWJ-270201 zanamivir (Zanamivir) va ozeltamivir (Oseltamivir) bilan bir vaqtda tekshirilganda ularning sichqonlarni letal infeksiyalar H5N1 va H9N2dan himoya qilishi aniqlandi. BJSST 2007-yilda parranda grippini davolashda va uning oldini olishda "Tamiflyu" (Oseltamivir) tavsiya qiladi. RWJ 270201 neyrominidazani ingibirlash bo'yicha zanamivir va ozeltamivirdan ancha ustun ekanligi aniqlandi. H5N1 virusi ekspozitsiyadan 48 soatdan so'ng davo boshlaganda, RWJ – 270201 ning 10mg/kg doza-si 50% sichqonlarni o'limdan saqlab qoldi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olishda sanitar-veterenariya xizmati bilan birgalikda amalga oshiriladi. Kasallik manbalarining asosiy-laridan biri kasal parrandalarni qirib tashlash lozim. Parranda go'shti va tuxumga to'liq termik ishlov berish kasallikning oldini olishning asosiy omillaridandir.

Kasallik manbai hisoblangan kasal odamni aniqlash, ajratib, uni davolash maqsadga muvofiqdir.

Parrandagrippidan insoniyatni himoyaqilish uchun qator davlatlarda vaksina ishlab chiqarish uchun ilmiy izlanishlar olib borilmoqda.

4.2. Nafas yo'llarining bakterial infeksiyalari

Meningokokkli infeksiya

Meningokokkli infeksiya Neisseria meningitidis chaqiruvchi, havo tomchi mexanizmi orqali yuquvchi, o'tkir antroponoz kasallik bo'lib, quloq-burun halqum shilliq qavati, miyaning cho'zilmaydigan yumshoq pardasi yallig'lanishi va spetsifik septitsemiya belgilari bilan tavsiflanadi.

Tarixiy ma'lumot. Meningokokk infeksiyasi qadim zamonlardan beri ma'lum. 1805-yili Jenevada meningokokk infeksiyasining katta epidemiyasi bo'lib o'tdi. O'sha yili uning klinikasi batafsil o'rganildi va matbuotda e'lon qilindi. XIX asr davomida Evropada bir necha marta meningit epidemiyasi kuzatildi. 1863-yili Qrim, Kavkaz va Rossiyaning boshqa guberniyalarida ham meningit epidemiyasi qayd qilindi.

Sobiq Sovet Ittifoqida 1930-40-yillar mobaynida bir necha marta meningit epidemiyasi kuzatildi. Undan keyingi 25 yil davomida meningit sporadik tarzda uchrab turdi. 1967-yildan boshlab meningit bilan kasallanish hollari yana ko'paya boshladi, bolalar jamoalarida epidemiyalar ham qayd qilindi. Respublikamizda oxirgi epidemik to'liq 1971-yildan 1977-yilgacha davom etgan (Xodjaev Sh.X, 1986).

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra, hozirgi vaqtda bu kasallik er yuzining deyarli hamma mamlakatlarida uchrab turadi va ba'zan katta-kichik epidemiyalar tarzida ham qayd qilinadi.

Etiologiyasi. Bu infeksiyani qo'zg'atuvchi mikroob-meningokokkni 1887-yilda Vekselbaum kashf etgan. Meningokokklar ko'pincha leykotsitlar ichida qo'shalok-qo'shalok bo'lib ko'rinadi. Ularning tashqi ko'rinishi kofe doniga o'xshaydi. Bu mikroorganizmlar grammanfiy bo'lib, anilin bo'yoqlari bilan yaxshi bo'yaladi. Meningokokk parchalanganda endotoksin ajratib chiqaradi. Meningokokkning A, B, C, D, E, X, U, Z, 29E, 35W degan xillari ma'lum. Ular tashqi muhitda uzoq tirik saqlana olmaydi, quyosh nurlari va sovuqlik tez halok qiladi. Oddiy dezinfeksiya moddalarini (fenol, xloramin, ohak eritmasi) meningokokklarni bir necha daqiqada ichida o'ldiradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bemor va bakteriya tashib yuruvchilardir. Atrofdagilarga meningokokk infeksiyasini ko'p yuqtiradigan xavfli manbai kasallikning engil va bilinar-bilinmas xili bilan og'rikan bemorlar hisoblanadi. Ba'zi hollarda meningokokk infeksiyasi nazofaringit ko'rinishida o'tadi. Nazofaringitni meningokokk qo'zg'atganini faqat bakteriologik tekshirish yo'li bilan aniqlash mumkin, xolos. Bunday bemorlar ko'pincha kasalxonaga yotqizilmaydi, shunga ko'ra ular infeksiyani tarqatib yuraveradi. Burun, halqum, tomoq shilliq pardasining surunkali yallig'lanishi bakteriya tashib yuruvchilik hodisasi paydo bo'lishiga qulaylik tug'diradi. Meningokokk infeksiyasining epidemiyasi vaqtida bakteriya tashuvchilik infeksiya o'choqlarida 20-30 foizgacha ko'payadi, ya'ni o'sha erdagi sog'lom kishilarning 20-30 foizi infeksiya manbai bo'ladi. Epidemiyadan boshqa vaqtlarda, kasallik sporadik tarzda uchrab turadigan mahallarda bakteriya tashuvchilar infeksiya o'chog'ida 1-3 foizgacha kamayadi. Meningokokk infeksiyasi 14 yoshgacha

bo'lgan bolalarda va yosh odamlarda ko'proq uchraydi. Meningokokk infeksiyasi bilan kasallanish o'rta hisobda har 10,15,25-yil oralab ko'payib turadi. Bu infeksiya epidemiyasi ko'pincha maktab va bog'cha bolalari orasida boshlanadi. Bunday sharoitlarda avvalo nazofaringit va bakteriya tashib yuruvchilik ko'payadi, keyin meningokokk meningiti va infeksiyaning umumiy lashgan, tarqoq xillari uchray boshlaydi.

Infeksiya havo-tomchi yo'l bilan yuqadi. Bemor yo'talganida, aksirganida va gapirganida tupuk zarrachalari bilan meningokokklarni tashqariga chiqaradi. Bu meningokokklar idish-tovoq, sochiq va boshqa buyumlarni tutgan odamga infeksiya osongina yuqadi. Meningokokk infeksiyasi qish va ko'klam faslida (fevral-may oylarida) ko'payadi.

Patogenezi. Meningokokk burun, halqum shilliq pardasi orqali organizmga kiradi. Meningokokk yuqqanlarning 20-30 foizida rinofaringit boshlanib, u belgisiz o'tadi. Ba'zan meningokokklar shilliq pardadagi mahalliy to'siqlardan osongina o'tib, limfa va qon orqali butun organizmga tarqaladi va shunday qilib, umumiy lashgach, tarqoq infeksiyon jarayon, ya'ni meningokokk bakteriemiyasi (septitsemiya) boshlanishiga sabab bo'ladi. Meningokokk septitsemiyasida bemorning ahvoli og'ir bo'ladi, teri, qo'l-oyoq bo'g'imlari va ko'zning qon-tomir pardasiga qon quyiladi. P.S. Gurevich (1983) fikricha, meningokokksemyada buyrak usti bezida qon quyilishi bez faoliyatining buzilgan paytida yuzaga keladi. Kasallikning bunday xilini meningokokksemya (meningokokk infeksiyasining meningitsiz o'tadigan xili) deb yuritiladi. Ko'pincha meningokokklar gematolitik to'siqni yengib o'tib, bosh miyaning yumshoq pardasini zararlaydi, bunda meningit boshlanadi. Demak, meningokokk meningiti bu kasallikning bir ko'rinishidir. Yallig'lanish jarayoni boshqa qo'shni to'qimalarga (bosh miya, orqa miya, ependimaga) ham o'tadigan bo'lsa, kasallikning boshqa klinik formalari (meningoensefalit, mielit, ependimatit belgilari) paydo bo'ladi.

Patomorfologiyasi. Meningokokk meningitida asosiy patologik o'zgarishlar bosh miyaning yumshoq pardasida yuz beradi. Yallig'lanish jarayoni natijasida bosh miyaning asosiy qismi yiring bilan qoplanadi. Keyinchalik bu yiring infiltrati bosh miyaga va orqa miyaga tarqaladi. Yallig'lanish miya qon tomirlariga o'tishi natijasida endoartrit va panflebit boshlanadi. Bu esa o'z navbatida qon harakatini qiyinlashtiradi.

Bosh miyaga qon to'lib, shishadi va ko'p joyiga qon quyiladi. Miya qorinchalarida yiring to'planadi. Bosh va orqa miya zararlanishi natijasida ensefalit, mielit simptomom-komplekslari paydo bo'ladi (falajlar, tutqanoq tutishi, ruhiyati buzilishi). Yallig'lanish jarayoni so'na boshlagach (kasallikning 2-3 haftalarida), fibrin va yiringli ekssudat kamayib borib,

keyin yo'qoladi. Kasallik uzoq cho'zilgach, ba'zi hollarda yiringli ekssudat o'rnida biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi. Bu to'qima orqa miya suyuqligining normal harakatiga to'sqinlik qiladi, natijada miya qorinchasida suyuqlik ko'p yig'ilib qolishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Meningokokk infeksiyasining yashirin davri 1 kundan 10 kungacha cho'ziladi.

Meningokokk infeksiyasining klinik tasnifi:

1. Birlamchi lokal xillari: a) meningokokk tashib yuruvchilik; b) o'tkir nazofaringit; v) pnevmoniya. 2. Gematogen-tarqoq xillari: a) meningokokksemiya; b) meningit; v) meningoensefalit; g) aralash (meningokokksemiya+meningit); d) kam uchraydigan xillari (endokardit, artrit, iridotsiklit).

Meningokokk tashib yuruvchilik-kasallikning subklinik xili bo'lib, hech qanday belgilari ko'rinmaydi.

O'tkir nazofaringit. Meningokokk infeksiyasining bu xili juda ko'p uchraydi. Harorat qisqa muddatga subfebril darajaga ko'tarilib, ozgina zaharlanish bo'ladi. Bemorning boshi og'riydi. Tomog'i qichishib, quruq yo'taladi, burni bitib qoladi. Keyin burnidan shilimshiq oqadi. Ba'zi hollarda zaharlanish kuchliroq bo'ladi, harorat 5-7 kungacha cho'ziladi. Bemor boshi aylanib, qusadi, mushaklari og'riydi. Nazofaringitda halqum, tomoq shilliq pardasi shishib qizaradi, ayniqsa halqumning orqa tomoni ko'proq qizarib shishadi va shu yerdagi limfoid follikulalar kattalashib, qip-qizil bo'lib ko'zgatashlanib turadi. Tomoq, halqumdagi bu o'zgarishlar 1-2 hafta davom etadi. O'pkada bronxit aniqlanadi.

Nazofaringit meningit epidemiyasi vaqtlarida infeksiya o'chog'ida klinik tekshirishlar natijasida aniqlanadi. Meningokokk nazofaringitga davo qilishda bemorga antibiotiklar ichirish bilan kifoyalanadi. Odatdagi dozalarda oksatsillin, ampioks, levomitsetin, tetratsiklin, eritromitsinlar tayinlanadi. Bu dorilar 3-5 kun beriladi. Bundan tashqari uzoq ta'sir qiladigan sulfanilamid preparatlar ham buyuriladi. Bemorlar tomog'ini tez-tez chayqab turish tavsiya etiladi.

Pnevmoniya. Ba'zan meningokokk birlamchi pnevmoniyaga sabab bo'ladi. Bunda meningokokk infeksiyasining boshqa alomatlari ko'rinmaydi. Meningokokk pnevmoniyasi ko'pincha uzoq davom etadi va bemorning ahvoli ancha og'ir bo'ladi.

Meningokokksemiya. Meningokokk bakteriemiya ba'zan meningeal belgilsiz o'tadi, boshqa hollarda esa meningit ham boshlanadi. Oxirgi yillarda 1-2 foiz bemorlarda meningitsiz o'tadigan meningokokksemiya uchramoqda. Meningitsiz o'tadigan meningokokksemiyaning klinikasi turlicha bo'ladi. Ba'zan meningokokksemiya engil o'tadi, bunda bemorning

ahvoli og'irlashmaydi. Meningokokksemiyaning bunday xilida tashxisni aniq belgilash qiyin.

Meningokokksemiya aksari birdan boshlanadi, 6-8 soat davomida harorat 38-40 darajagacha ko'tariladi. Umumiy zaharlanish bilan bir vaqtda meningizm belgilari paydo bo'ladi: bosh qattiq og'rib, bemor talvasaga ham tushadi, ko'pincha qayt qiladi va behush bo'lib yotadi. Shunisi borki, miya pardalarining yallig'lanishiga xos ushbu belgilar bo'lgani holda orqa miya suyuqligida yallig'lanishga aloqador o'zgarishlar topilmaydi. Kasallik boshlanganidan keyin 8-12 soat o'tgach bemor badanida gemorragiya alomatlari ko'rinadi, mayda petexial toshmalar bilan bir qatorda 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar paydo bo'ladi. Badandagi toshmaning shaklan yulduzchalarga o'xshash bo'lishi juda xarakterlidir. Bu toshmalar ko'pincha dumba, son, boldir, ko'z qovog'i, ko'z sklerasi va ba'zan yuzda paydo bo'ladi.

Isitma 1-2 kun yuqori bo'lib turadi (30-40°C), so'ngra u turlicha ko'rinishda davom etadi, keyinroq subfebril darajaga tushadi. Kuchli zaharlanish vaqtida taxikardiya, gipotoniya, hansirash aniqlanadi. Bemor tili karash bilan qoplanadi, u ko'p chanqaydi, chaqaloq bolalarda dispepsiya belgilari (qusish, ich ketish) ko'riladi.

Meningokokksemiya ba'zan bo'g'imlarning sinovial pardasi zararlanib, poliartrit belgilari paydo bo'ladi, ko'zning tomirli pardasi yallig'lanadi (uveit, iridotsiklit, xoreoidit yuz beradi). Bunda shox pardaning rangi o'zgarib, to'q qizil tusga kiradi. Endokardit va pnevmoniya kamroq uchraydi. Qon tekshirilganda, anchagina leykotsitoz (20000-40000), neytrofilyoz borligi, leykotsitar formula chapga surilgani aniqlanadi, aneozinofiliya ham bo'ladi. Meningokokksemiya o'z vaqtida to'g'ri davo qilinsa, kasallik ko'pincha bemorning sog'ayishi bilan yakunlanadi.

Yashin tezligida o'tadigan meningokokksemiya juda kuchli zaharlanish bo'lishi bilan ta'riflanadi. Kasallik boshlanishidayoq bemor hushini yo'qotadi va har xil tartibsiz harakatlar qilaveradi, uni ketma-ket tutqanoq tutib turadi. Bemorning yuzi qizargan va bo'rtgan bo'ladi. Shilliq pardalar va teri rangi o'zgarib, ko'karib turadi. Kasallik boshlanishida taxikardiya o'rniga bradikardiya aniqlanadi, qon bosimi ko'tariladi. Nafas aritmiyasi va bosh miya shishuviga xos belgilar paydo bo'lishi xatarli alomat hisoblanadi. Mana shunday holda yotgan bemorning birdaniga nafasi to'xtab, o'lib qolishi mumkin. Bosh miya shishganda uzunchoq miya katta ensa teshigiga kirib qolib ezilishi mumkin.

Ba'zan o'ta o'tkir meningokokk sepsisida buyrak usti bezlariga qon quyiladi va Uotexauz-Frideriksen sindromi ko'rinadi. Bu sindrom juda kuchli zaharlanish, qaytalanib turadigan kompleks belgilari va bosh miya

zararlanganiga xos bo'lgan boshqa belgilar bilan ta'riflanadi. Bu o'zgarishlar to'satdan boshlanadi, bemor eti uvishib qaltiraydi. Harorat juda yuqoriga ko'tarilib, bemor hushidan ketadi, qusadi. Kasallik boshlanishidanoq badan terisiga qon quyiladi, petexiya toshmasi ko'rinadi. Puls juda tez va sust uradi, keyinchalik mutlaqo qo'lga ilinmaydi. Qon bosimi borgan sari pasayaveradi. Bemor hansirab nafas oladi. Meningeal sindrom aniqlanadi. Qonda yuqori leykotsitoz va neytrofillar formulasining chapga surilib qolgani ko'zga tashlanadi. 15-30 soat ichida bemor koma holatiga tushib, o'lim holati yuz berishi mumkin. Bemorning bunchalik erta o'lishining sababi buyrak usti bezlari qon quyulishidir.

Surunkali meningokokksemiya. Meningokokk infeksiyasining bu xili kam uchraydi, bir necha haftadan bir necha yilgacha davom etadi. Harorat doimiy isitma yoki intermittens ko'rinishida bo'ladi. Apireksiya davrida bemor ahvoli ancha yaxshilanadi, badanidagi toshmalar rangi o'chadi. Surunkali meningokokksemiya ba'zan artrit, poliartritlar boshlanadi, ko'pincha gepatolienal sindrom aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, neytrofilliyoz EChTning tezlashgani ko'rinadi. Surunkali meningoensefalitda glomerulonefrit, endokarditlar boshlanishi mumkin.

Meningokokksemiyaning meningit bilan o'tadigan xili. U 25-50 foiz hollarda uchraydi. Bunda meningokokksemiya belgilaridan tashqari bosh miya yumshoq pardasining zararlanganiga xos belgilar aniqlanadi. Meningokokk infeksiyasining kam uchraydigan xillari aksari poliartrit, endokardit, iridotsiklit ko'rinishidagi kasalliklardan iborat bo'ladi.

Meningit. Yashirin davr 4-6 kun davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanadi, bemor eti uvishib, qaltiraydi, harorati 39-40°C darajagacha ko'tariladi, boshi qattiq og'riydi, ketma-ket qayt qiladi. Zaharlanish tez kuchayib borib, bemor hadeb bezovtalanaveradi. Ba'zi hollarda, ayniqsa bolalarni tutqanoq tutadi. Isitma turlicha shaklda bo'lib, 2-3 kundan 7-14 kungacha, goh 20-25 kungacha cho'ziladi. Ishtaha bo'g'iladi, birinchi kundanoq badanda gemorragik toshma paydo bo'ladi. Ba'zan badan terisida (kasallikning og'ir shaklida) mayda toshmalardan tashqari 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar ko'zga tashlanadi. Bunday gemorragiya belgilari sklera, kon'yunktiva, tanglay, burun shilliq pardasida ham uchraydi. Ba'zan me'da, bachadon, buyrak-dan qon ketadi. Bemor bezovtalanib, alahlaydi, uni uyqu tortaveradi, lekin uxlay olmaydi.

Bemorning yuzi, ko'zi qizargan va bo'rtgan bo'ladi, u quyosh yoki elektr nuriga qaray olmaydi. Kasallikning 2-3 kuni uchuq toshadi. Jigar va taloq ozgina kattalashadi. Meningeal belgilar paydo bo'ladi: ensa mushaklari tortishib-qisqarib turadi, Kerning va Brudzinskiy belgilari yaqqol aniqlanadi. Bolalar boshini orqasiga tashlagan holda yotadi, katta

yoshdagi bemorlar esa boshi orqaga tashlangan, oyoqlari qorniga tortilgan holda bo'ladi. Kernig belgisi va ensa mushaklarining tortishib, qisqarib turishi ba'zan 4 yoshgacha bo'lgan sog'lom bolalarda ham uchraydi. Bu kasallik alomati bo'lmasdan, balki normal fiziologik holatdir. Chaqaloq bolalarda meningitning eng xarakterli belgisi liqildoqning tarang tortib, bo'rtib turishidir.

Talvasa kattalardagiga qaraganda bolalarda ko'proq bo'ladi. Agar bemor bolani qo'ltiq ostidan ushlab ko'tarilsa, uning oyoqlari qorniga tortilgan holatda bo'ladi. Bosh miya nervlarining zararlanishiga oid belgilar paydo bo'ladi: anizokariya, konvergensiya va akkomodatsiyaning buzilishi, ko'zning g'ilay tortishi, strobizm shular jumlasidandir. Ko'pincha gorizontal nistagm borligi namoyon bo'ladi.

Bulardan tashqari, oyoq-qo'llarning falaji, yarimfalaj alomatlari uchraydi. Rossalimo, Babinskiy belgilari aniqlanadi. O'z vaqtida to'g'ri davo choralar amalga oshirilsa, ko'pchilik bemorlar kasallikning 12-14 kunlariga borib sog'aya boshlaydi.

Ependimatit sindromi bilan o'tadigan meningit. Meningit diagnozi kech aniqlangan va unga noto'g'ri davo qilingan hollarda ependimatit belgilari paydo bo'ladi. Bemorni uyqu tortaveradi, mushaklar qisqarishi kuchliroq bo'ladi, bemor betartib harakat qiladi, kundan-kunga ozib ketadi (kaxeksiya).

Serozli meningit. Meningit ba'zan serozli meningit ko'rinishida o'tadi. Bunda meningeal sindrom yaqqol ko'rinmaydi. Orqa miya suyuqligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz (1mm da 200-800 hujayra) aniqlanadi. Pleotsitoz asosan limfotsitlar hisobiga bo'ladi.

Meningoensefalit. Kasallikning bu xili kam uchraydi. Meningeal sindrom sust ifodalangan bo'ladi, asosan ensefalit belgilari aniqlanadi. Kasallik birdaniga boshlanadi, bemor ruhiyati buzilib, uni talvasa tutadi, oyoq-qo'llari falaj yoki yarim falaj bo'lib qoladi. Meningokokk ensefaliti ko'pincha bemorning o'limi bilan tugaydi.

Asoratlari. Davo kech boshlanganida, turli asoratlari va qoldiq alomatlar aniqlanadi. Meningitdan sog'aygan kishilarda asteniya sindromi (tajanglik, tez charchashlik, bosh og'rigi) uchraydi. Yosh bolalar meningitdan so'ng yig'loqi bo'lib qoladi. Davolash vaqtida antibiotiklar dozasi kam bo'lsa, meningit qaytalanib, zo'riqishi mumkin. Ensefalit bilan o'tgan meningitdan so'ng kamdan-kam hollarda oyoq-qo'llar falaj yoki yarim falaj bo'lib qoladi. Rekonvalesentlarning 3 foizida quloq og'ir tortib, ko'zi xiralashadi. Gidrotsefaliya kam uchraydi.

Tashxisoti va qiyosiy tashxisoti. Meningokokkli infeksiya kasallik tarixi, epidemiologik anamnez va klinik belgilar asosida qo'yilib, laborator

tasdiqlanadi. Klinik shaklidan qat'iy nazar barcha bemorlar halqumidan surtma olinadi. Kasallik bemor terisida rozeolyoz toshmalar toshishi, ya'ni meningokokksemiya bilan kechadigan bo'lsa, albatta, qon qandli bul'onga ekilishi shart. Tashxis qo'yishda ba'zan qalin qon tomchisi, toshmalar surtmasi, ekmasi uzviy yordam ko'rsatadi. Meningit tashxisini aniqlashda orqa miya suyuqligini tekshirish juda muhim ahamiyatga ega. Meningokokk meningitida likvor yiringli va loyqa bo'ladi, pleotsitoz ko'payadi (1 mm da 1000-10000 hujayra topiladi), neytrofilyoz (60-100 %) aniqlanadi. Oqsil miqdori 1-3,3 foizni tashqil qiladi. Pandi va Nonne-Apelt reaksiyalari musbat natija beradi. 2-3 sm/kub. likvorni tsentrifugadan o'tkazib, cho'kmasidan surtma tayyorlanadi. Probirkada qolgan likvorga 5 ml suyuq agar qo'shiladi va termostatga qo'yiladi (mikroblarni to'plash uchun). Agarli muhitda o'sib ko'paygan kultura agglutinatsiya reaksiyasi yordamida o'rganiladi. Umuman meningokokk kulturesi 4-7 kun tekshiriladi.

Yiringli meningitlarni asosan meningokokk va stafilokokk pnevmokokklar qo'zg'atadi. Ularni qiyoslash muhim ahamiyat kasb etadi.

Davosi. Kasal holati chuqur o'rganilib, davo asoslangan bo'lishi lozim. Bemorga to'shakli rejim, yuqori sifatli parhez hamda etiotrop va patogenetik davo buyuriladi. Meningokokkli nazofaringitda etiotrop davo vositasi sifatida levomitsitin buyurilib, 5-7 kunlik davo kursi tayinlanadi. Meningit bilan og'rikan bemorni davolash deyarli hamma vaqt shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladi.

Meningitni davolash bemorga antibiotiklar, xususan penitsillin buyurishdan boshlanadi. Bir kunda 2000000 bir/kg hisobidan buyuriladi. Bemorning ahvoli juda og'ir bo'lsa, penitsillin dozasi oshirilib, 1000000 Ed/kggacha etkaziladi. Penitsillin gematoensefalitik to'siqdan juda qiyinlik bilan o'tadi, ya'ni qondan bosh miyaga kam o'tadi. Shu sababdan meningitda penitsillin katta dozalarda buyuriladi. Benzilpenitsillinning natriyli tuzini venaga yuborish ham mumkin. Bir kecha-kunduzda 2000000-12000000 birlik dozada tomchilash yo'li bilan venaga quyiladi). Penitsillin katta dozada mushak orasiga yuborilganda, uni orqa miya kanaliga yuborish zaruriyati yo'qoladi. Davolash jarayonida penitsillin dozasini kamaytirish mumkin emas, aks holda meningit alomatlari darrov zo'rayadi. Penitsillin bilan davolash harorat tushib, meningial belgilar yo'qolguncha davom ettiriladi. Davo boshlanganidan 5-6 kun o'tgach bemor endolyumbal punksiya qilib ko'riladi. Agar likvorda pleotsitoz kamayib, 1 mm dagi hujayralar soni 100 dan kam va ular asosan limfotsitlardan iborat bo'lsa, davolash natija bergan bo'ladi. Demak, penitsillin yuborishni to'xtatish mumkin. Agar bemor organizmi penitsillinga nisbatan sezuvchan bo'lsa, u holda tetratsiklin yoki levomitsetin ishlatiladi. Tetratsiklin mushaklar

orasiga kuniga 25 mg/kg hisobidan, levomitsetin esa kuniga 80-100 mg/kg hisobidan tayinlanadi. Levomitsetin suksinat parenteral yo'l bilan yuborilganida yaxshi natija olinadi.

Patogenetik davo usullari. Bular asosan zaharlanish (infeksion toksik karaxtlik yuz bermasligiga) va bosh miya shishi paydo bo'lmisligiga qaratilgan usullardir. Shu maqsadda organizmga yetarli miqdorda glyukoza eritmasi, fiziologik eritma, plazma yuborib turiladi, qon quyiladi. Bu xildagi dezintoksikatsion davo 1-2 kun davom etadi. Shu bilan bir qatorda degitratatsion davo usullari ham qo'llaniladi. Mushaklar orasiga 20% li magniy sulfat eritmasi, natriy xlorid, kaltsiy xloridlarining gi pertonikeritmalari, siydik haydaydigan dorilar (gi potiozid, novurit) tayinlanadi. 15 %li mannitol eritmasini (1 kg tana og'irligiga 3 g hisobidan) 30 foizli mochevina eritmasi (1kg 1g hisobidan) bilan birga ishlatilsa, yaxshi natija olinadi. Ammo buyrak kasallanganida va gemorragik alomatlari ko'ringanda, mochevina ishlatish mumkin emas. Uoterxauz-Fridrixsen sindromi yuz berganda (ya'ni meningokokk sepsisining o'ta o'tkir xilida) venaga fiziologik eritma, 5% glyukoza eritmasi, tegishli dozada noradrenalin, mezoton, adrenalin, kordiamin, gidrokortizon (100-200 mg), 5%li askorbinat eritmasi yuboriladi. Bu dorilarni qanchadan va qancha vaqt yuborish kerakligi davolash jarayonida qon bosimi va peshob qay darajada asliga kelayotganiga qarab aniqlanadi. Bemor kollaps holatidan chiqarilgach, mushaklari orasiga har 4-6 soatda kortikosteroidlar yuborib turiladi. Katta dozalarda askorbinat kislota, 200-800 ml miqdorida 4 % li natriy bikarbonat yuborish tavsiya etiladi. Talvasa tutishi qaytarilsa, bemorga xloralgidratdan klizma qilinadi va lyuminal ichiriladi. Mushaklar orasiga seduksen yuborilsa (bir kunda 50-100 mg), yaxshi natija olinadi.

Profilaktikasi. Meningokokk infeksiyasining xilidan qat'iy nazar, hamma bemorlar kasalxonaga yotqiziladi. Bolalar jamoalarida bemor bilan kontaktda bo'lganlar nazorat ostiga olinadi va tekshiriladi. Tekshirilganlar orasida bakteriya tashib yuruvchilar topilsa, ularni sanatsiya maqsadida uch kun bosim bilan sulfanilamid preparatlar beriladi. Bunday jamoada tekshirish va sanatsiya ishlari tugamagunga qadar yangi bolalar qabul qilinmaydi. Bunday jamoaga qarashli bino, bemor yotgan xona dezinfeksiya qilinadi.

Difteriya

Difteriya o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchi kirgan joyda fibrinli parda hosil bo'lishi va kuchli zaharlanish belgilari bilan tavsiflanadi.

Difteriya yuqumli kasallik sifatida qadimdan ma'lum bo'lib, o'zining kechish xususiyatlari bilan boshqalardan ajralib turadi. U «o'lat yarasi»,

«yomon sifat angina» kabi nomlar bilan atalgan. Birinchi bo‘lib 1826-yilda Bretonio bu kasallikning klassik shaklini tavsiflab, «difterit» (di phtherae-parda), keyinchalik esauning shogirdi Trusso “difteriya” deb atashni taklif qiladi.

1884-yil Loffler birinchi qo‘zg‘atuvchini ajratib oladi, so‘ngra 1888 Rous, Lersin qo‘zg‘atuvchining ekzotoksin chiqarishini aniqlashdi. Behring (1890) tomonidan ekzotoksining antigenlik xususiyati va uning antitoksin hosil bo‘lishini kuchaytirish xususiyati difteriyaga qarshi zardobni kashf qilishga turtki bo‘ldi. 1912-yilga kelib Shik teri ichi allergik sinamasini tashxisot uchun taklif qilgan bo‘lsa, 1923-yilda G. Ramon bolalarni faol emlash uchun difteriya anatoksinni qo‘llab, yuqori natijalarga erishdi. Tibbiyotda erishilgan yutuqlar hozirgi kunda difteriyaning epidemik kechimlariga, hamda o‘lim holatlariga nuqta qo‘ydi.

Bizning Respublikamizda difteriya bo‘yicha kasallanish ko‘rsatgichlari 70-yillarda yuqori bo‘lgan. 1965-yilda kasallanish darajasi 100 ming aholi soniga 3,5ni tashkil qilgan bo‘lsa, 1990-yilga kelib 58,3 martaga kamaydi. Keyingi yillardagi tahlil shuni ko‘rsatadiki, 1995-yilda bu raqam 2,9 ga teng bo‘lgan bo‘lsa, 1998-yildan boshlab 0,01 ga teng bo‘ldi. (Niyazmetov B.I., 2000). 2001-yildan boshlab Respublikamiz hududida difteriya kasalligi qayd qilinmayapti (Niyazmetov B.I. va mualliflar, 2005).

Etiologiyasi. Difteriya qo‘zg‘atuvchisi-Corinobakterium di phtheriae, to‘g‘ri tayoqcha, uzunligi 2-3 mkm oxirgi qismi bir oz qalinlashgan, spora hosil qilmaydigan, harakatsiz, grammusbat, biri-biri bilan burchak ostida joylashadi. Neyser bo‘yicha bo‘yaladi va oxirgi qismida donachalari (Bashen-Ernest tanachalari) ko‘rinadi. Difteriya tayoqchasi aerob bo‘lib, har xil oziq muhitlarda o‘sadi. Ekish uchun ilgari faqat Leffler muhiti qo‘llanilar edi, ammo unda ko‘pchilik mikroblar o‘sadi. Shuning uchun hozirgi paytda telluritli (Klauberq II, Germon-Tinsal-Sadikov) muhitlar, 5%li qonli agar qo‘llanilmoqda. O‘shish xususiyati, ba’zi biokimyoviy xossalari jihatidan 3 xil difteriya tayoqchalari (gravis, mitis, intermedius) tavofut qilinadi. Kasallikning klinik kechishida qo‘zg‘atuvchilarning tiplari o‘rtasida bog‘liqlik yo‘q. Difteriya tayoqchasi ekzotoksin ishlab chiqaradi va u kasallikning asosiy belgilarini keltirib chiqarishga sabab bo‘ladi.

Epidemiologiyasi. Difteriyada kasallik manbai bo‘lib kasal odam va rekonvalescentlar, sog‘lom bakteriya tashuvchilar xizmat qiladi. Kasal odam turg‘unlik davrining oxirgi kunidan boshlab to klinik belgilarining yo‘qolib ketishigacha epidemiologik jihatdan difteriya manbasi sifatida katta ahamiyatga ega.

Epidemiologik jihatdan kasallikning yengil va atipik shakllari xavflidir. Qo‘zg‘atuvchi ko‘pincha halqum va nafas yo‘llarining yuqori

qismida joylashadi. Shuning uchun ham kasallik havo-tomchi yo‘li orqali tarqaladi. Qo‘zg‘atuvchilar organizmdan halqum va burun shilimshiqdari orqali tashqariga chiqadi. Zararlanish bevosita (o‘pishish) va bilvosita muloqot bilan o‘tishi mumkin. Difteriya tayoqchalari tashqi muhitda uzoq saqlanishi sababli, bemorning idish-tovoqlari, kiyim boshlari va o‘yinchoqlari orqali ham o‘tishi mumkin. Teri, jinsiy a‘zolari difteriyasida kasallik qo‘l, suv va boshqa yo‘llar orqali yuqadi.

Difteriya bilan antitoksik immuniteti bo‘lmagan yosh bolalar va kattalar og‘riydi. Avvalgi yillar bu kasallik bilan ko‘proq bolalar og‘rigan bo‘lsa, hozirgi paytda bolalar keng ko‘lamda emlanganliklari sababli, kattalarda ko‘proq qayd qilinmoqda. Kasallikka mavsumiylik xos bo‘lib, kuz va qish oylariga to‘g‘ri keladi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi. Qo‘zg‘atuvchi organizmga halqum va burun shilliq qavatlarida orqali kiradi. Ba‘zi hollarda difteriya tayoqchasi boshqa yo‘llar bilan kirib, kasallikning turli klinik shakllarini (teri, ko‘z va boshqa) keltirib chiqaradi.

Qo‘zg‘atuvchi qaysi yo‘l bilan kirishidan qat‘iy nazar, u kirish joyida ko‘payadi va o‘zidan ekzotoksin ajratadi, bu esa organizmda patologik o‘zgarishlarga olib keladi. Ekzotoksin kirgan joydan epiteliy nekrozini, tomirlarning shikastlanishini (tomirlarning o‘tkazuvchanligi oshadi), dimlanish keltirib chiqaradi, natijada qonning oqsilga boy suyuq qismi chiqadi. Uning tarkibidagi fibrinogen nekrozga uchragan to‘qima tarkibidan ajralib chiqqan trombokinaza fermenti bilan reaksiyaga kirishib, uni fibringa aylantiradi va fibrinli pardani hosil qiladi. Ko‘p qavatli epiteliy bilan qoplangan tomoq va halqumda difteritik yallig‘lanish hosil bo‘lib, bunda fibrinli parda pastdagi qavat bilan mustahkam bog‘liq bo‘ladi. Shuning uchun ham ularni ajratish juda qiyin shilliq qavatlarining bir qavatli epiteliy bilan qoplangan qismlarida esa nekrozli yallig‘lanish yuzaga keladi va fibrinli pardani oson ajratish mumkin. Ekzotoksin ta‘sirida atrofdagi to‘qima va mahalliy limfa tugunlarining shishishi kuzatiladi, shishning darajasi bilan zaharlanish darajasi baholanadi. Ekzotoksin qon orqali tarqalib buyrak usti bezi, miokard, asab tizimi, buyrak kanalchalari va jigarga rezorbtiv ta‘sir ko‘rsatadi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Difteriya klinik jihatidan har xil kechadi. Bu kasallikning bir nechta klinik tasnifi bo‘lib, shulardan V.I. Molchanov tasnifi klinikada ko‘p qo‘llanilyapti.

1. Halqum difteriyasi:

a) chegaralangan shakllari (kataral, orolchali, pardali);

b) tarqalgan shakllari (halqum va burun, halqum va tomoq, halqum va og'iz bo'shlig'i);

v) toksikshakllari (subtoksik, toksik I, II, III darajali gipertoksik va gemorragik).

2. Hiqildoq difteriyasi (chegaralangan bo'g'ma).

3. Burun difteriyasi (kataral, yarali, pardali).

4. Kam uchraydigan difteriyalar (ko'z, quloq, jinsiy a'zolar, teri, kindik).

Hozirgi paytda halqum difteriyasi ko'p uchraydi, hamma kasalliklarning 98%ni tashkil qiladi.

Halqum difteriyasi tipik (pardali, tarqalgan, toksik) va atipik (kataral, orolchali) shakllarda kechishi mumkin. Hozirgi paytda faol immunizatsiya keng qo'llanilayotgan davrida kataral shakli nisbatan ko'p uchrab, kam tashxis qilinayapti. Kasallikning bu shaklida bemorning ahvoli deyarli o'zgarmaydi. Ba'zida umumiy holsizlik, yutinganda bir oz og'riq, tana haroratining subfebril ko'tarilishi kuzatiladi. Bemor halqumini tekshirib ko'rganda, bezlarning qizargani va shishgani, mahalliy limfa tugunchalarining kattalashganini ko'ramiz. Keyinchalik bu kechish sog'ayish bilan tugallanishi yoki tipik kechishga o'tishi mumkin.

Halqum difteriyasining orolchali kechishi ham engil o'tishi bilan tavsiflanadi, tana haroratining ko'tarilishi, zararlanish belgilari kuzatiladi. Bemor bosh og'rishiga, holsizlikka yutinganda tomog'ida og'riqning borligidan shikoyat qiladi, tekshiruvda tana haroratining ko'tarilganligi (37-37,5°C) bodomcha bezlarning kattalashgani va shishgani ko'rinadi.

Bezning ba'zi qismlarida (orolchalarda) fibrinli pardani ko'rish mumkin. Bu parda osonlik bilan ajraladi, ajratilganda pastki to'qima qonamaydi. Mahalliy (jag' osti) limfa tugunlari biroz kattalashgan, og'riqsiz bo'ladi.

Halqum difteriyasining pardali shakli o'tkir boshlanishi, tana haroratining ko'tarilishi, umumiy zaharlanish belgilari yuqoriligi, ya'ni holsizlik, bosh og'rish, ishtahaning pastligi, lohaslik bilan tavsiflanadi. Bodomcha bezlar kattalashgan, shishgan, qizargan, yaltiroq fibrinli parda bilan qoplangan bo'lib, juda qiyinchilik bilan ajratiladi. Parda bez to'qimasidan ajratilganda qonash kuzatiladi. Parda bezning hamma qismini yoki ko'prok qismini egallagan bo'lib, yuza qismida burmachalar hosil bo'ladi. Ba'zida jarayon bir tomonlama bo'lishi mumkin. Parda juda mustaxkam, shpatellar orasida titilmaydi, suvga cho'ktirilganda irimaydi va o'z ko'rinishini o'zgartirmaydi. Pardaga 2% tellurit kaliy yoki natriy eritmasi surtganda, u 15-20 minutdan so'ng qorayadi. Maxalliy limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli bo'ladi. Difteriyaga qarshi zardobni

yuborgandan so'ng pardalar asta-sekin kamayib boradi. Bezlar 2-3 kun mobaynida butun pardadan xalos bo'ladi. Xususi davosiz bu hol yanada zo'rayib, kasallikni og'ir shaklda (tarqalgan, toksik) kechishiga sabab bo'ladi.

Halqum difteriyasining tarqalgan shakli. Kasallikning bu shakli asosan emlanmagan bolalarda uchrab, hamma yosh guruhlarida ro'yxatga olinib, bolalikning birinchi oylarida ham qayd qilinadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'pincha burun yoki hiqildoq difteriyasi bilan birgalikda uchraydi.

O'zining o'tkir boshlanishi, umumiy zaharlanish belgilari, isitma, og'riqli reaksiyalarning yaqqol ifodalanganligi bilan chegaralangan pardali halqum difteriyasiga o'xshab ketadi: ikki kun mobaynida tana haroratining yuqoriligi 38-39°C, bosh og'rig'i, lohaslik, terining ko'kimtir rangga kirishi, ishtahaning pastligi kabi belgilar namoyon bo'ladi. Chegaralangan shaklida kam uchraydigan qusish va qorin sohasidagi og'riq bunda ham kuzatilishi mumkin. Bunda fibrinli parda bodomcha bezlaridan tashqari tanglay, tilcha, halqumning yon va orqa devorlariga tarqaladi. Bu shaklda birinchi bo'lib, parda bodomcha bezlarida, so'ngra esa tarqalib, bodomcha bezlari atrofidagi to'qimalarda kuchli namoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda fibrinli parda bodomcha bezlar yuzasini butunlay qoplamasdan ham tarqalishi mumkin. Bunda zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi.

Difteriyaning tarqalgan shakli bilan og'rikan ba'zi bir bemorlarda chegaralangan shaklga nisbatan bodomcha bezlar va yumshoq tanglay shishi, qizarishi, mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi va og'riq alomatlari ko'proq kuzatiladi, ba'zida patologik jarayon bir tomonlama bo'lishi mumkin. Kasallikning tarqalgan shaklida fibrinli parda chegarasiga nisbatan keng tarqaladi. Xususi davolanmagan kasallarda 10-14 kungacha, zardob yuborilganda 5-8 kungacha saqlanadi. Difteriyaning tarqalgan shaklining og'ir kechishlari va asoratlari juda kam kuzatiladi. O'z vaqtida xususi davolanmasa subtoksik va toksik shakllarga o'tishi mumkin.

Halqum difteriyasining toksik shakli. Halqum difteriyasining og'ir kechish shakli, toksik shakllarining hammasi va subtoksik shaklni o'z ichiga oladi. Bu chegaralangan va tarqalgan difteriyadan o'zining difteriya tayoqchasi bilan yallig'langan o'chokda ko'p miqdorda toksinlarni ishlab chiqarishi, toksinlarni juda ham ko'p miqdorga qonga so'rilishi va to'qimalar bilan tez orada birikishi bilan farqlanadi. Difteriyaning toksik shaklining og'irlik darajasini tez va aniq baholash, tashhishlash kerak. Halqum difteriyasining toksik shakli to'satdan o'tkir boshlanib, hamma belgilarning kuchli rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Ba'zida emlanmagan bolalar difteriyaning engil shakli bilan kasallanib o'z vaqtida maxsus davo

olmaganliklari natijasida kasallikning og‘ir toksik shakli rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

Emlangan bolalarda har xil og‘ir kasalliklarni boshidan kechirishi, ortirilgan immunitetning sust bo‘lishi yoki yo‘qolishi natijasida difteriyaning subtoksik yoki toksik difteriyaning I darajasi uchraydi. Toksik difteriyaning II, III darajasi va gipertoksik shakli bilan faqatgina emlanmagan bolalar kasallanadi.

Hozirga vaqtda bizning mamlakatda toksik difteriyaning qo‘yidagi tasnifi qo‘llaniladi:

1. Subtoksik; 2. Toksik I, II, III darajasi; 3. Gipertoksik.

Yuqoridagi bo‘linish aniq klinik belgilarga asoslangan bo‘lib, to‘g‘ri davolashga yordam beradi. Kasallikning oqibati va asoratiga qarab ikki guruhga bo‘linadi. Birinchi guruhga subtoksik va toksik difteriyaning I darajasi kirib, og‘ir asoratlar va o‘lim oqibatlari kuzatilmaydi.

Ikkinchi guruhiga toksik difteriyaning II, III darajasi va gipertoksik shakli kiradi. O‘z vaktida va to‘liq davolanmaslik natijasida og‘ir asoratlarga va o‘lim oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Toksik difteriya ikki variantga bo‘linadi:

1. Gemorragik belgilarisiz; 2. Gemorragik belgili (II, III darajasi va gipertoksik difteriya); bu ham ikki variantga: a) yashinsimon, gemorragik belgisiz; b) gemorragik belgili.

Toksik difteriya uchun o‘tkir boshlanish xos bo‘lib, uning og‘ir shakli uchun esa bir vaqtning o‘zida haroratning keskin oshib borishi, umumiy zaharlanish, mahalliy limfadenit va og‘riq kuchliligi xarakterlidir.

Harorat tezda 39-40°C ko‘tarilib, ba‘zi bemorlarda 41°C teng bo‘ladi. U o‘zining uzoq davomiyligi, mustaqil tushib borishi (karash saqlanganligiga qaramasdan) bilan tarqalgan va chegaralangan difteriyadan farqlanadi. Difteryada zaharlanishning erta ko‘rinishlaridan bosh og‘rigi, qaltirash, sezilarli darajadagi darmonsizlik, anoreksiya, teri qoplamalari rangi oqimtir tus olgan, og‘ir shakllarida qayta qayta qusishlar, qorindagi og‘riq, davriy qo‘zg‘alish xurujlari (deliriy), adinamiya kuzatiladi. Toksik difteriyaning uchinchi darajasida kasallarda boshlanish davridayoq ITK (infekcion toksik karaxtlik) I darajasi belgilarini ko‘rish mumkin.

Og‘iz halqum shishi asosan bodomcha bezlardan boshlanib, keyin tilchasi, qattiq va yumshoq tanglayga tarqaladi. Uning o‘sib borishi, o‘lchami toksik difteriya darajasiga bog‘lik bo‘ladi. Bodomcha bezlari va tilchani bilinar bilinmas shishi subtoksik difteriyada kuzatilsa, ularning tarqalgan shishi toksik difteriyaning II va III darajasida kuzatiladi. Difteryadagi shish tavsifi shuki, u chegarasiz mahalliy burmalarsiz tarqoq bo‘lib, peritonozillitdan farqli ravishda tez o‘svuchan bo‘ladi.

Toksikdifteriyadagi shish ustidagi shilliq qavat gi peremiyasi yaqqol va ko'kimtir ko'rinishda bo'ladi. Bodomcha bezlarining kattalashib, ko'kimtir rangi kirib shishganligi, ular yuzasida qirmizi yarim tiniq parda yoki kulrang karash borligi e'tiborga loyiq.

Pardasimon karash toksik difteriyada tezda paydo bo'lib, bodomcha bezlar va ulardan o'tib atrofga ham tarqaladi. Fibrinoz karash to'liq shakllanmas ekan, u tezda olinadi va konsistensiyasi bir xil bo'lmaydi. Bu tashxisni qiyinlashtiradi, shuning uchun uni qattiq qismlardan olish kerak, bu to'g'ri tashxisga yordam beradi. Subtoksik va toksik difteriyaning I darajasi bilan og'rikan ba'zi kasallarda karash faqatgina tilcha, tanglayda tarqalishi bilan chegaralanadi. Toksik difteriyaning II, III darajasi uchun karashning bodomcha bezlardan tashqari tarqalishi doimiy belgidir. Ular qattiq va yumshoq tanglay, halqumning yon va orqa devorida va shilliq pardasida bo'ladi. Ba'zan bodomcha bezlarning pastki qismidagi karashlar til ildizi, iyak shilliq qavatiga borib, iyak sohasidagi shishga olib keladi.

Toksik difteriyada og'riq kuchli bo'lib, bir qancha komponentlardan: yutinganda tomoqdagi og'riq, mahalliy limfa tugunlaridagi va chaynov mushaklaridagi og'riqdan iborat.

Mahalliy limfa tugunlarining kattalashuvi, og'riqli bo'lishi va atrofidagi to'qimalarning shishishi toksik difteriyaning asosiy belgisidir. Uni to'g'ri baholamaslik, chuqur tashxisiy xatolarga olib keladi. Qanchalik difteriya og'ir bo'lsa, bu belgi shuncha erta paydo bo'ladi. Limfa tugunlarining tovuq tuxumi kattaligida va undan ortiq bo'lishi gi pertoksik difteriyaning III darajasiga xosdir.

Bo'yin sohasi teri osti kletchatkasining shishi, og'riqsiz va xamirsimon shaklda bo'lishi difteriyaning og'irlik darajasini aniqlashga yordam beradi. Gi pertoksik va III darajali og'ir difteriyada u erta paydo bo'lib, tezda oldingi bo'yin yuzasi, yuzga, ensaga, orqaga tarqaladi, bemor og'zidan o'ziga xos shirin hid kelishi tavsiflidir. Avj olish davrida difteriya klinik belgilari to'liq hajmda tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'dirmaydi. Adinamiya kuchayadi. Og'riq kuchi kamayishi mumkin. Fibrinli karash qalinlashadi, ular yuzasida burmalar paydo bo'ladi, ba'zan ular osilib turadi.

Toksik difteriyada fibrinli karash davonlanmasa, 2-3 hafta davom etadi. Zardob bilan davolash, ularning devoridan ajralishi, bo'kishiga olib keladi. Karashlarning qayta rivoji uning hajmiga, zardobning o'z vaqtida yuborilganiga bog'liq bo'ladi. Zardobni etarli dozada yuborish natijasi 3chi kundan boshlanadi. Uchinchi kundan keyin karashlar tezda kamaya boshlaydi. Bu holat toksik difteriyada 5-7 kunda to'g'ri keladi.

Bu kasallik avj olish davrida og'iz, halqum va teri osti qavatining shishi yuqori rivojlanish darajasida bo'ladi. Shishning bo'yin old yuzasi

bo'ylab, tepadan pastga tamon chegarasini aniqlash, toksik difteriya og'irlik darajasini aniqlashga imkon beradi: shish mahalliy limfa tugunchalarning ustida bo'lsa subtoksik, bo'yinning yarmigacha bo'lsa I daraja, o'mrov suyagigacha bo'lsa II daraja, undan pastga ko'krak qafasiga tarqalsa III daraja deb baholanadi. Davoni o'z vaqtida boshlan-ganda shish o'lchami shu darajagacha tarqalmasligi mumkin.

Hiqildoq difteriyasi birlamchi shaklda yoki bo'lmasa halqum difteriyasi asosida hosil bo'lishi mumkin. Kasallik asta sekinlik bilan boshlanib, zaharlanishning umumiy belgilari kuchsiz rivojlangan bo'ladi. Tarqalgan va toksik difteriyada ikkilamchi bo'g'ma, umumiy zararlanish belgilarining kuchliligi bilan kechadi. Hiqildoq difteriyasining asosiy belgilaridan biri hiqildoqning torayishidir. Difteriya bo'g'masining kechishida uchta bosqich kuzatiladi. Birinchi bosqich (disfonik) – bunda ovozning xirillashi (keyinchalik esa tovushning chiqmay qolishi), o'ziga xos qo'pol-dag'al yo'talishi, paypaslab ko'rganda hiqildoqning og'riqligi kuzatiladi.

Ikkinchi bosqich (stenotik)- bunda shovqinli nafas olish, tovushning bo'lmasligi, nafas olish jarayonida qo'shimcha yordamchi mushaklarning ishtirok etishi kuzatiladi. Bu bosqich bir necha soatdan 2-3 kun davom etishi mumkin.

Stenotik bosqich oxiri asfiksiyadan oldingi bosqich bo'lib, bunda bemorlarni faqatgina jarrohlik yo'li bilan olib qolish mumkin. Mana shu davrda bemorlarda tez-tez bezovtalanib, ko'karish, terlashning kuchliligi, nafas olishning kuchsizligi, nafas olishda yurakning tez urishi va tomir urishining sekinlashishi kuzatilishi mumkin.

Uchinchi bosqichda (asfiktik) havo yetishmovchiligining kuchayishi, bezovtalik, keyinchalik uyquchanlik, ko'karish hollari kuzatiladi. Agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bemor asfiksiyadan nobud bo'lishi mumkin.

Bundan tashqari, burun difteriyasi uchraydi. U umumiy zaharlanish belgilarining kuchsiz rivojlanishi, burunning shilliq pardasida fibrinli pardalarning hosil bo'lishi bilan kuzatiladi. Bulardan tashqari ko'z, tashqi eshitish yo'llarning, tashqi jinsiy a'zolarining, ovqat hazm qilish yo'llarining va og'iz shilliq pardalarining difteriyasi uchraydi.

Asoratlari. Kattalarda asorat difteriyaning hamma shaklida bo'lishi mumkin. Ularning tavsifi, paydo bo'lishi, og'irligi, ko'pligi mahalliy o'zgarishga bog'liq. Tarqalgan va chegarallangan difteriyada asoratlar kam, faqat davonlanmagan paytda engil miokardit, yumshoq tanglayning qisqa muddatli falaji sifatida uchraydi.

Ko'p asoratlar toksik difteriyada kelib chiqadi. I darajasida 70% gacha, II-III darajada deyarli hamma bemorlarda asoratlar kuzatiladi. Asorat og'irliги difteriyaga qarshi zardob yuborilishiga bog'liq bo'ladi. Ya'ni bu zardob erta

yuborilsa, asorat yengil kechib, qisqa muddatli bo'ladi. Agar DKZning birinchi dozasi kam bo'lsa, asoratlar ko'p bo'lib, og'ir kechadi. Bunda asosan: polinefrit, chuqur mushaklar falaji, nafas mushaklar falaji, yurak jarohatlanishi: asosan miokard qisqaruvchanligi faoliyati buzilishi, koronar qon aylanishi buzilishi kuzatiladi. Eng ko'p uchraydigan asorat bu miokarditdir. Bu ayniqsa toksik shaklda yaqqol ko'rinadi. Lekin, shu bilan birga, o'z vaqtida zardob yuborilsa, hatto III darajali difteriyada bu asorat kuzatilmagligi mumkin. Yengil miokardit 2-3 kasallik haftasida, kamdan-kam holda undan erta boshlanadi.

Ko'pincha unga asab tizimi va buyrak kasallanishi ham qo'shiladi. Yengil shaklda farqi bu erda kasal darmonsiz bo'lib, yuragida har xil og'riqlar, nafas etishmovchili sezadi. Obyektiv ko'rganda: yurak chegaralari kengaygan, ko'prok chapga, tonlari bo'g'iq sistolik shovqin arterial bosimning pasayganligi kuzatiladi.

Miokarditning og'ir shakli faqat toksik difteriyada, uning kechikib davolash jarayonida kuzatilib, bunda buyrakda va asab tizimida o'zgarish yuzaga keladi. Bu 1-2 haftalarda yuzaga keladi. Uning uchun teri oqarishi, tsianoz, tonlar bo'g'iqqligi, yurak qisqarish ritmining buzilishi taxikardiya, ekstrasistoliya xarakterlidir.

Jigar kattalashib, arterial bosim pasayadi. EKGda voltajning pastga tushishi, miokard qisqaruvchanlik faoliyati buzilganligi, o'tkazuvchanlikning buzilishiga xos belgi bo'ladi.

Asab tizimida ham asorat tariqasidagi o'zgarishlar yuzaga keladi. Engil difteriyaning mahalliy va tarqalgan shakllarida kattalarda mononevrit-yumshoq tanglay falaji kuzatilib, 100-143 kun davom etadi, ovozning o'zgarishiga olib boradi. Toksik difteriya 1/3 hollarda polinevrit bilan asoratlanadi. Bosh miya nevrularidan III, VII, IX, X, XII juft nervlari ko'prok zararlanadi, oqibatda esa yumshoq tanglay, til, akkomadatsiya, halqum falajlari yuzaga keladi.

Kechki asoratlarga poliradikulonevrit kirib, u toksik difteriyada 18%gacha uchraydi. Asorat engil o'tganda mushaklarda darmonsizlik, pay reflekslari pasayib, qo'l barmoqlarida noxush sezgilar bo'lib, ikki haftagacha davom etadi. Og'ir radikulonevrit boshlanganda, mushaklarda chuqur o'zgarishlar yuzaga keladi, ular falajlanadi, bunga bosh miya nervlari shikastlanishi, nafas mushaklari falaji qo'shilib, kasal uzoq vaqtgacha ishga layoqatsiz bo'ladi, hatto o'lishi mumkin.

Buyrak zararlanishi toksik nefroz ko'rinishida kattalarda uchraydi. III darajali toksik difteriyada nefroz 100% uchraydi. Bu albuminuriya, leykotsituriya, yuqori proteinuriya, oligoanuriya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi (O'BE)ga olib boradi.

O'BE natijasida qonda kreatinin, mochevina miqdori oshadi. Toksik nefroz II-III darajali toksik difteriyada og'ir kechadi. Uning hosil bo'lishida toksin-antitoksin immunokompleksi asosiy rol o'ynaydi. Buyrak funksiyasi pasayishi qisqa, 7-10 kun davom etadi, dezintoksikatsion terapiya ta'sirida davolanadi.

Toksik difteriyada bir yoki ikki taraflama o'choqli zotiljam ham uchraydi. Fizikal belgilar aniq ko'rinadi. Rentgenologik o'zgarish ham bo'ladi. Mushaklar falaji bilan davom etuvchi zotiljam og'ir kechadi, chunki bunda o'pka ventilyatsiyasi ham pasayadi. Bunday paytda og'ir zotiljam kasallikning o'limiga sababchi bo'ladi.

Tashxisoti. Difteriya klinik ma'lumotlar asosida tashxislanadi, laborator tekshirish uslublari esa faqatgina yordamchi vosita sifatida qo'llaniladi. Difteriya tashxisotni ko'yishdagi kiyinchiliklardan biri shundaki, bunda patologik jarayoning joylashishi (tomoq, burun, hiqildoq), shuningdek, klinik shakllar (chegaralangan, tarqalgan, toksik)ning har xilligidir.

Laborator tekshirish uslublaridan bakteriologik tekshirish katta ahamiyat kasb etadi. Buning uchun burundan va tomoqdan patologik jarayon hosil bo'lgan joydan surtmalar olinadi. Tomoqdan surtmalar alohida, nahorda va ovqatdan so'ng ikki soat o'tgach olinadi. Agar parda hosil bo'lsa, bunda uning zararlangan to'qimasining atrofidan va zararlanmagan, ya'ni sog'lom to'qimaning atrofidan olinadi. Tekshirish uchun olingan namunalari laboratoriyaga 3 soatdan kechikirmasdan etkazib berilishi shart. Dastlabki natijani 1 kundan so'ng olish mumkin.

Oxirgi paytlarda bakteriologik tekshirish laboratoriyalarida boshqa bir qancha uslublar qo'llanilmoqda, shulardan biri toksinlarni indikatsiyalash uslubidir. RIA uslubi orqali difteriya qo'zg'atuvchisining toksinining dastlabki javobi olinadi va vrach o'z vaqtida DQZni yuborsa, u o'z vaqtida yuqumli kasalliklar o'chog'ida epidemiyaga va og'ir asoratlarga qarshi kurashgan bo'ladi. Agarda difteriyaning tipik klinik kechishida bakteriologik tekshirishlar manfiy (-) natija bersa, bu difteriyaning klinik tashxisotining o'zgartirishga asos bo'la olmaydi.

Difteriyaning tipik klinik kechishi bilan kasallangan bemorda zaharli korinobakteriyalarni ajratib olish, bemor difteriyaning zaharli bakteriyasini tashuvchi ekanligidan darak beradi. Serologik tashxisotida GATR qo'llaniladi. Uni bemor zardobi va difteriya korinobakteriyasining antigeni bilan birgalikda qo'yiladi. Agarda kasallik davomida antitelalar oshishi kuzatilsa, bu reaksiya musbat hisoblanadi.

Davosi. Difteriyaning hamma shakllarida davolashning asosiy maqsadi difteriyaga qarshi antitoksik zardob yordamida zaharini neytrallashtirishdir. Difteriyani davolash qat'iy kasallik shakllarida moslab olish zarur. Halqum

difteriyasining chegaralangan va tarqalgan shakllarini hamda kam uchraydigan shakllarini davolashda difteriyaga qarshi antitoksik zardob yuborish bilan chegaralanadi. Toksik difteriya va bo'g'mani davolashda belgilangan antitoksik zardob dozalari ko'rsatma asosida olib boriladi.

Halqum toksik difteriyasini zardob bilan davolash zudlik bilan amalga oshirilishi kerak. Zardobni har 12 soat oralab yuboriladi, davomiyligi toksik darajaga bog'liq bo'lib, uning II-III darajasida 2-3 kun, so'ngra ko'rsatma asosida yuboriladi. Birinchi yuboriladigan zardob miqdori umumiy dozani $1/3-1/2$ ni tashkil qilishi, birinchi 2 kunda $3/4$ qismini olishi kerak. Difteriyaning tarqalgan va toksik shakllarini davolash muddati kechikganda birinchi dozani $1/3-1/2$ martagacha oshirib, antigistamin yoki glikokortikoid preparatlari bilan birga yuborish tavsiya etiladi. Og'ir shakllarda zardob vena ichiga va mushak orasiga bir vaqtning o'zida yuboriladi. Zardob bilan davolash zaharlanish belgilarining yo'qolishi, limfadenit, parda, halqum va bo'yin teri osti qavatini shishi kamayganidan so'ng to'xtatiladi.

To'qimalarni kislorod qabul qilishini kuchaytirib, MAT, miokard tonusini oshirish, buyrak usti bezi funksional holati va qon aylanishini yaxshilash uchun 0,5% li strikxin eritmasi teri ostiga 0,3-0,5-1,0 ml yoki damlama ko'rinishida 3-10 tomchi 2-3 mahal ichishga beriladi. Toksik difteriyaning I va II darajasida ko'pincha gidrokortizon 5-8 mg va prednizolon 1-1,5 mg/kg belgilanadi. Toksik difteriyaning uchinchi darajali vagi pertoksik shakllarida kuniga gidrokortizon 20-75 mg/kg, prednizolon 5-20mg/kg 2-3 kun mobaynida vena ichiga keyin doza kamaytirilib, mushak orasiga yuboriladi. Davolash davomiyligi 7-10 kun, ba'zan 14-15 kun davom ettiriladi. Organizmni zahardan tozalash uchun zaharlanishga qarshi eritmaları: plazma 10 mg/kg haftasiga 2 marta, gemodez, reopoliglyukin, 5%li glyukoza vena ichiga yuboriladi. Eritmalar siydik haydovchi preparatlar bilan birgalikda yuborilishi kerak.

Difteriya zahari ta'sirini kamaytirish va organizmni mustahkamlash uchun vitaminlar: C vitamini 0,1-0,2 g kuniga 3-5 mahal 3-4 hafta mobaynida, nikotin kislotasi 0,1 g 3-5 mahal 10 kun mobaynida, B guruhga kiruvchi B₁, B₆, B₁₂, 1-3 hafta mobaynida buyuriladi. Toksik difteriyaning gemorragik shakllarida qon tomirlarida qon ivib qolishining oldini olish maqsadida toza muzlatilgan plazma bilan geparin yuboriladi. Difteriyaning og'ir shaklda va ikkilamchi flora qo'shilganda antibiotiklar: penitsillin, ampitsillin, eritromitsin, levometitsin, tetratsiklin, ampioks davolash dozalarida beriladi.

Keyingi paytlarda yangi antimikrob preparatlari qo'llanilyapti. Tsibutin korinobakteriyalarga antibakterial ta'sir ko'rsatib, organizmning ba'zi immunologik ko'rsatgichlarini oshiradi.

Kasal toza havoli xonada joylashtirib, xonada tinchlik, osoyishtalik bo'lib, bola o'yinchoqlar bilan ta'minlangan bo'lmog'i darkor. Periferik qon tomirlarini kengaytirish, tomoq shilliq qavati shishlarini kamaytirish maqsadida chalg'ituvchi davolash vositalari qo'llaniladi. Bunday umumiy vannalar asta-sekin suv haroratini 39°S ko'tarib, 5 minut davomida turish va bir vaqtda issiq bug'ga og'iz tutib turiladi. Oyoqlariga issiq xantal, vanna, ko'krak qafasiga xantallar qo'yiladi. Kun mobaynida qaynoq choy, sut tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Profilaktika umumiy hamda maxsus yo'nalishdan iborat. Maxsus bo'lmagan profilaktika sanitar gigiena ishlari bilan bog'liq. Kasallik tarqalishning oldini olishda kasallik manbai (kasal odam va bakteriya tashuvchi) ni vaktli aniqlash, tashxislash va ajratish muhim omillardan hisoblanadi.

Mutaxassisligidan qat'iy nazar, barcha vrachlar difteriyaning yengil va atipik kechishlaridan ehtiyot bo'lishlari shart. Angina bilan kechuvchi kasalliklar, albatta, difteriyaga tekshirishlari lozim. Bemor yoki bakteriya tashuvchi aniqlanib, kasalxonaga yotqizilgandan so'ng o'choqda yakunlovchi dezinfeksiya o'tkaziladi.

Yuqoridagi tadbirlarni amalga oshirish difteriyaning oldini olishga samara bersada, difteriyaga qarshi kurashishda aholining kasallikka beruvchanligiga qarshi kurashish-maxsus profilaktika muhim o'rin egallaydi.

Maxsus profilaktika ikki yo'nalishli bo'lib, birinchi organizmda antimikrob immunitet hosil qilish bilan bog'liq, uning uchun bolalar 2, 3, 4 oyligida va 16 oyligida AKDS (vaksina) bilan emlanadilar. Ikkinchisi organizmda antitoksik immunitet hosil qilish uchun 7, 16, 26, 46 yoshlarida ADS-M (antigenlik xususiyati kuchsizlantirilgan vaksina) qilinadi. Kasallik epidemik tarqalish xavfi tug'ilganda emlash ishlari organizmda faqat antitoksik immunitetni hosil qilish uchun ADS-M yoki AD-M qilinadi. O'zbekistonda oxirgi marta bunday emlash 1995-yilda amalga oshirilib, difteriya epidemiyasining oldi olingan.

V bob

ZOONOZ KASALLIKLAR

Qoraoqsoq (Brutsellyoz)

Qoraoqsoq-brutsellalar chaqiradigan, asosan maishiy-muloqot va alimantar yo'l bilan yuqadigan limfogemopoez, harakat-tayanch, asab va jinsiy a'zolar zararlanishi bilan kechadigan infeksiyon-allergik kasallikdir.

Etiologiyasi. Qoraoqsoq kasalligini qo'zg'atuvchi mikroblar brutsellalar guruhini tashkil qiladi. 1886 - 87-yillarda David Bryus birinchi bo'lib «Malta isitmasi»ni keltirib chiqaruvchi mikrobnani aniqladi. Ilmiy tadqiqotlar natijasigako'ra, 1970-yilgake lib brutsellalar quyidagi tiplarga ajratildi. Brutsella melitenzis -mayda shoxli hayvonlarda uchraydigan brutsellalar. Brutsella abortus – yirik shoxli hayvonlarda uchraydigan brutsellalar. Brutsella suis -cho'chqalarda uchraydigan brutsellalar. Brutsella ovis - qo'chqorlarda epididemit vujudga keltiradigan brutsellalar (1970). Brutsella neatoma - kalamushlarda uchraydigan brutsellalar (1957-yil). Brutsella - kanis itlarda uchraydigan brutsellalar. Brutsellalar mayda, ko'pincha shar (yoki oval) shaklida yoki tayoqchasimon bo'ladi, harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Kulturasi va biokimyoviy xususiyatlari jihatidan olib qaraganda brutsellalar odatdagi ozuqa muhitlarida aerob sharoitida o'sa oladi. Buning uchun optimal harorat 37° S, 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.

Qoraoqsoq yuqishida kasal qo'y va echkilarning go'shtlari, sut va sut mahsulotlari (pishloq, brinza, xom qaymoq, yog' va boshqalar) asosiy infeksiya omili hisoblanadi. Ya'ni go'sht va sut mahsulotlarini odam iste'mol qilishi natijasida brutsellalar ovqat hazm qilish tizimi orqali organizmga tushadi, uni alimantar yo'l bilan yuqish deyiladi.

Shuningdek, kasal hayvonlarning chiqindilari bilan ifloslangan sabzavotlarda brutsellalar uzoq vaqt yashaydi. Qoraoqsoq faqat qishloq aholisi o'rtasida tarqalib qolmay, balki, shahar sharoitida ham uchrab turadi, ya'ni kasal hayvon xom-ashyolari va mahsulotlarini sanoatda qayta

ishlashda, sut mahsulotlarni iste'mol qilishda, epidemiologik xavf 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 tushadi.

Brutsellalar organizmga muloqot, alimantar va aspiratsion yo'l bilan yuqadi. Brutsellyoz hayvonlar va ularning mahsulotlari bilan muloqotda bo'lgan kishilar veterinariya xodimlari, qushxona va sut kombinati xizmatchilari, chorva-dorlar, qassoblar, teri va jun bilan ishlovchilar orasida ko'proq shu kasal bilan og'rish hollari uchrab turadi. Shuning uchun ham kasbga aloqador kasallik deb yuritiladi.

Qoraoqsoqning kelib chiqishida faslning ham ahamiyati bor, ya'ni qo'ychilik fermalarida qo'ylari urchitish va qo'zilatish aksariyat ko'klam fasliga to'g'ri keladi. Shu davrda kishilar ko'proq qo'ylar bilan bevosita aloqada bo'lganligi sababli, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmagan holda kasallik yuqadi.

Qoraoqsoq etiopatogenezida uch 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 kolsa, 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.

Yashirin davridan so'ng 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 ikkinchi faza yoki birlamchi generalizatsiya deyiladi. Shundan so'ng brutsellalar butun odam organizmdagi retikuloendoteliyga boy bo'lgan organlarga (jigar, taloq, ko'mik, limfa tugunlari, tomirlar, tanosil organlar va h.k) o'rnashib oladi.

Ma'lumki, qonda, to'qimalarda, organlarda 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 organlarda, mahalliy o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Mahalliy o'zgarishlar asosan asab tizimi, tayanch-harakat, tanosil va boshqa organlarda ko'proq uchraydi, ularni metastazlar deb atashadi. Retikuloendoteliya boy bo'lgan organlarga o'rnashib olgan brutsellalar «septik o'choq» hosil qiladi va yana ko'payishda davom etib, vaqti-vaqti bilan o'zlariga qulay sharoitda qonga ta'sir etib turadi (ikkilamchi generilizatsiya).

Brutsellalar va toksinlarnig qonga takror o'tishi reaktiv xususiyati o'zgargan bemor organizmida allergik holatni vujudga keltiradi va bu (turtinchi faza) surunkali sepsis shakliga o'tishiga sababchi bo'ladi. Bu fazada brutsellalar vaqti-vaqti bilan qonga tez-tez o'tib turishi (takroriy generilizatsiya) kasallikning surunkali shaklida organizmning allergiyasiga sabab bo'ladi.

Kasallik goh susayib, goh zo'rayib turishi va bu holat bir yoki necha soat takrorlanib borishi mumkin. Kasallikning odatda klinik belgilari yo'qolib, bemorlarning aksari sog'ayib ketishi mumkin. Ba'zan esa bemorlarda kasallik davom etib, organlarda turg'un asoratlarga sabab bo'ladi. Bu brutsellyozning beshinchi patogenetik fazasi hisoblanadi.

Ma'lumki, qoraoqsoq bilan og'rigan bemorning organizmi ma'lum vaqtdan so'ng kasallikdan (va brutsellalardan ham) batamom sog'ayib ketishi har tomonlama isbot etilgan.

Koraoqsoqda bemor organizmi brutsellalardan xalos bo'lgandan so'ng postinfeksion immunitet vujudga kela boshlaydi. Ammo bu immunitet aydarli barqaror bo'lmaydi va 6-9 oy ichida yo'qolib ketadi.

Klinikasi. Qoraoqsoq odamlarga turli xil shakllarda kechadigan kasallik bo'lib, uning yuqqandan so'ng to birinchi belgilari paydo bo'lishgacha davri turg'unlik davri deb ataladi. Bu davr ko'pincha 2-4 hafta cho'ziladi. Ba'zan shunday ham bo'ladi: brutsellalar odam organizmiga yuqqanda limfa tugunlarida bir necha oylar davomida saqlanib turadi, kasallikni vujudga keltirmaydi. Bu birlamchi latent davr hisoblanadi. Bu davr organizmning reaktiv holatiga qarab o'zgarishi mumkin. Qoraoqsoq kasalligining klinik belgilari bemorlarda ba'zan ro'y-rost namoyon bo'lsa, ba'zan bilinar-bilinmas yuzaga chiqadi. Isitma brutsellyoz kasalligida ko'p uchraydigan, uzoq davom etadigan asosiy kardinal belgi hisoblanadi. Uning olimlarning kuzatishlariga qaraganda bir necha xil turlari bo'lishi mumkin: to'liqsimon isitma, noto'g'ri intermittens isitma, doimiy isitma, tartibsiz va h.k.

Qoraoqsoq isitmasi asosan bemor organizmining reaktiv holatga bog'liq bo'lib, ma'lum patogenetik qonuniyatga asoslangan. Ba'zan harorat yuqori bo'lib, uzoq davom etsa ham bemorlarda zaharlanish kam seziladi.

Umumiy ahvoli ham aytarli og'irlashmaydi, ishtahadan qolmaydi. Ba'zan hatto ish qobiliyati ham birmuncha saqlanib qoladi.

Qoraoqsoqda harorat ko'tarilganda ko'pincha bezgakdagidek xurujlar bo'lib turadi. Xuruj bir sutkada bir necha marta, aksariyat kunning ikkinchi yarmida va tunda qaytariladi.

Bemorning eti uvishishi, qaltirishi, oyoq-qo'llari, bo'g'imlari va mushaklari qaqshab og'rishi 1-2 soat davom etadi. Harorat tushishi bilan bemor juda qattiq terlaydi va tun buyi 3-4 marta ichki kiyim va choyshablarini almashtirishga majbur bo'ladi.

Qoraoqsoqda qattiq terlash umuman kasallikning harorati me'yorida bo'lsa ham kuzatiladi. Shuning uchun brutsellyozda ham bemor o'z terlarida o'zlari «cho'miladilar» deyishadi. Qoraoqsoqda darmonsizlik boshqa infeksiyon kasalliklarga nisbatan kamroq bilinadi. Harorat baland bo'lib, qattiq 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 har xil toshmalar uchratish mumkin: petexiya, rozeola, papula, vezikula, ba'zan gemorragik toshmalar kasallikning o'tkir va ba'zan surunkali shakllarida 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 a'zoldan qon ketishi ham mumkin, fibrozit va tsellyulitlar asosan biriktiruvchi to'qimalarning yallig'lanishi natijasida vujudga keladi. Fibrozit va tsellyulitlar paydo bo'lishi, ularning kattalashishi yoki kichrayishi kasallik fazalarining o'ziga ham bog'liq. Brutsellalar muloqot orqali yuqqan taqdirda infeksiya kirgan joyga qarab regional limfa tugunchalari masalan, qo'ltiq osti, chov, son tugunlari va hokazolar zararlanadi (bu asosan professional guruhda, ya'ni hayvonlar yoki hayvon mahsulotlari bilan muloqotda bo'luvchi kishilarda uchraydi).

Bezlarining 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 birmuncha qiyinroq. Shunday bo'lsa ham qorin bo'shlig'idagi limfa tugunlarini chuqur paypaslab bilsa bo'ladi, ko'krak qafasidagi tugunchalarini esa rentgen nurlari yordamida aniqlash mumkin. Brutsellyozda limfa tugunlari tulyaremiyadagidek juda kattalashib ketmaydi. Ular o'zgarganda no'xatdan tovuq tuxumigacha kattalashishi va har xil konsistensiyali 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 qoraoqsoqda yurak - tomir tizimi zararlanmagan birtorta bemor yo'q degan qarorga keldi. Uning fikricha, asosan qon-tomir tizimi, so'ngra yurak zararlanadi. Binobarin, qoraoqsoqda 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 a'zolaridagi o'zgarishlar. Qoraoqsoqda nafas organlarinig zararlanishi boshqa organlarga nisbatan kam uchraydi, masalan bronxitlar ko'pincha kasallikning harorat bilan o'tadigan davrida uchrashi mumkin. Yuqorida aytganimizdek, brutsellalar aspiratsion yo'l bilan, ya'ni nafas yo'llari orqali yuqishi mumkin. Bunday hollarda kasallik boshlanganda dastlabki belgilari o'pkada paydo bo'ladi, ya'ni birlamchi brutsellyoz zotiljami vujudga keladi

Ovqat hazm qilish tizimidagi 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 tomirlari kengayib, birmuncha bo'rtadi. Bemorlarda ro'y beradigan dispeptik holatlar ya'ni enterit, kolit, enterkolit va boshqalar bu holatning kelib chiqish sabablarini aniqlashni talab etadi. Chunki bunday alomatlar brutsellyozga doimo xos emas. Brutsellyozda ba'zan mezenterial limfa tugunlari shishgani va qorin og'rishi kuzatiladi. Shuningdek, jigar tsirrozi, astsit ham vujudga kelishi mumkin. Brutsellyozda gepatolienal sindrom ko'p uchraydigan muhim belgilardan hisoblanadi. Kasallik og'ir o'tsa, jigarning shikastlanishi shunchalik ko'proq bo'ladi.

Siydik ajratish a'zolaridagi 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. Qoraoqsoqda ko'proq albuminuriya, tsilindruriya, o'choqli nefrit, diffuz glomerulonefrit, pielit, tsistit belgilari uchraydi.

Tanosil a'zolaridagi o'zgarishlar. Qoraoqsoq kasalligida erkak va ayol jinsiy a'zolarining zararlanishi ko'proq uchraydi. Bu mazkur kasallikka xos bo'lib, hatto tashxisot ahamiyatga ham ega bo'ladi. Masalan, erkaklarda uchraydigan orxit, moyakning shishishi va orxoepididimitlar (5-26 %), ayollar jinsiy organlarida bo'ladigan turli o'zgarishlar, yallig'lanish

jarayoni, hayz tsiklining buzilishi va hokazolar shular jumlasidandir. Erkaklardagi orxoepididimitlar ko'pincha bir tomonlama, kamdan- kam ikki tomonlama bo'ladi. Bunda moyaklar va moyak ortiqlari yallig'lanib shishadi, qizaradi, qattiq og'riq beradi, hatto yurishga ham imkon bermay qo'yadi. Harorat ko'tariladi, regional 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 achchiqlanuvchan 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. Qoraoqsoqda asab tizimining zararlanishi ham asosiy o'rin tutadi, chunki bunda markaziy va periferik asab tizimining turli - tuman uchastkalari va tarmoqlari, endokrin tizimining faoliyati ancha buziladi. Shuning uchun ham sovet olimi (E.I.Tarakanov) asab tizimi ko'proq shikastlangan bemorlar kasalini «neyro-brutsellyoz» deb atadilar.

Ma'lumki, qoraoqsoqda bosh og'rishi, uyqusizlik, tajanglik, kayfichog'lik yoki ayniqsa sertashvishlik va boshqalar bo'lib turadi. Bundan tashqari, vegetativ asab tizimi faoliyatining buzilish alomatlari ham kuzatiladi. Qoraoqsoqda periferik asab tizimi markaziy asab tizimiga nisbatan ko'proq shikastlanadi. Bular organizmlarning umumiy kasallik belgilari hisoblanib, quyidagi kasalliklar: nevralgiyalar, 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, meningo- ensefalomielitlar 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. Qoraoqsoq bilan og'rigan bemorlarning ruhiy holatida ham o'zgarishlar bo'lishi, ya'ni belgilarning yuzaga chiqishi, xayol surish, depressiya, umidsizlik va boshqa ruhiy o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Qoraoqsoqda fibrozitlar va tsellyulitlar bemor organizmi-ning turli joylarda har xil kattaliklardagi tugunchalar shaklida uchraydi. Tsellyulit va fibrozitlar teri osti kletchatkasida vujudga kelsa, bemorlarni unchalik bezovta qilmaydi. Ammo ular bo'g'imlar atrofida yoki asab tolalari oxiri 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 (tendo-vaginitlar) ham qattiq og'riq beradi. Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, brutsellyozda tayanch-harakat apparati, 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 chikar ekan. Bo'g'imlarning zararlanishi qoraoq-soqqa ayniqsa xarakteridir.

Qoraoqsoqda bo'g'imlar zararlanishi quyidagi 3 holatda 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 a'zolaridagi o'zgarishlar. Qoraoqsoqda bemorning sezgi organlarida ham xususiy o'zgarishlar ko'rinadi. Jumladan, bemorning ko'rish organlarida irit, iridotsiklit, keratit, nevrit va ko'zning tomir, to'r pardasining zararlanishi uchraydi. Bemorning eshitish organlarida yallig'lanish jarayoni, ya'ni otit, mastoiditlar, eshitish nervining zararlanishi, vestibulyar apparatdagi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorda har xil tonlarni eshitish qobiliyati buziladi.

Endokrin tizimidagi o'zgarishlar. Endokrin (ichki sekretiya) bezlarida qoraoqsoqning, 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 uchraydi.

Periferik qon ko'rsatkichlardagi o'zgarishlar. Qoraoqsoq da qonda gemoglobin foizining 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, qoraoqsoq ilgari og'ir o'tib, uzoq davom etar edi, shuning uchun ham qoraoqsoq o'ta xavfli infeksiyalar guruhiga kiritilgan. Qoraoqsoq boshqa kasalliklarga nisbatan uzoqroq - bir necha oydan bir necha yillargacha (2-3-5) davom etib, bemorlarga azob beradigan va xalq xo'jaligiga talaygina zarar etkazadigan kasallikdir.

So'nggi yillarda qoraoqsoq borasida talaygina ilmiy ishlar amalga oshirilib, davolash uslublari takomillashtirildi. Bemor o'z vaqtida vrachga murojaat qilib, samarali davolansa, kasallikdan butunlay tuzalib ketadi.

Qora oqsoqning bir necha klinik tasniflari bo'lib, amaliyotda K.J. Jalilov tomonidan tuzilgan tasnif keng qo'llanilmoqda. Bu tasnif bo'yicha, qoraoqsoq o'tkir, yarim o'tkir, surunkali (birlamchi, ikkilamchi), latent, rezidual (tayanch harakat a'zolarining shikastlanishi, asab tizimining zararlanishi: markaziy va periferik), reinfeksiya tegishli klinik shakllarida qisqa vaqt kechadi.

Tashxisoti. Qoraoqsoqning 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 obyektiv natijalarga asoslanib, tashxis qo'yiladi va laboratoriyaviy tasdiqlanadi.

Laboratoriya tashxisot usullari asosan 4 guruhga bo'linadi: 1. Bakteriologik tashxisot usullari. 2. Serologik tashxisot usullari. 3. Allergik tashxisot usullari. 4. Biologik tashxisot usullari.

Bakteriologik tashxisot usuli. Bu usul bemor organizmidan kasallik ko'zg'atuvchi mikroblarni, ya'ni brutsellalarni ajratib olish nuqtai nazaridan qoraoqsoq tashxisotida birinchi o'rinda turadi. Lekin bemor organizmida brutsellalar bo'lishiga qaramay, har doim ulardan bakteriologik ijobiy natija olish mumkin bo'lmaydi, chunki brutsellalar asosan retikulo-endotelial tizimda bo'ladi va qonga vaqti-vaqti bilangina o'tib turadi va shu davrlardagina bakteriologik usullar musbat natija beradi. 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 antitelalarga asoslangan. Serologik tashxisot usullari amaliy vrachlar doirasida bakteriologik usullarga nisbatan keng tarqalgan bo'lib, har bir kasalxonaning laboratoriya sharoitida qo'llanilishi mumkin. Bu usullarga asosan Rayt va Xedelson serologik reaksiyasi kiradi. Rayt reaksiyasi quyidagicha baholanadi: agglutinatsiya titri 1:50 bo'lsa, natija gumon hisoblanadi, agglutinatsiya titri 1:100 bo'lsa - kuchsiz musbat, 1:200 - 1:400 bo'lsa - musbat reaksiya, 1:800 - 1:1600 va undan yuqori bo'lsa reaksiya o'ta musbat deb hisoblanadi. Xedelson-Kaytmazov reaksiyasining Rayt reaksiyasidan ustunligi shundaki, uslubi jihatidan juda oddiy va oson, natijasi esa tez vaqt ichida aniqlanadi. Shuningdek, u juda sezuvchan va xos reaksiyadir. Xedelson 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 gemagglutinatsiya reaksiyasi brutsellyozga xos va sezuvchan reaksiya bo'lib, qoraoqsoq kasalligining o'tkir, yarim o'tkir shakllarida tashxisiy ahamiyatga ega. Bu reaksiya qoraoqsoqning 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 hisoblanadi.

Hozirda serologik tashxislashda zamonaviy ZPR, IFA va immunnobloting reaksiyalari qo'llanilmoqda.

Byurne reaksiyasi. Bu reaksiya brutsellyoz bilan kasallangan bemor organizmining teri orasiga yuboriladigan brutsellinga bo'ladigan mahalliy allergik reaksiyasiga asoslanadi. Uning metodikasi quyidagicha: tekshirilmoqchi bo'lgan bemor bilagining ichki sathiga, terining epidermis qavatiga ingichka igna bilan aseptika qoidalariga rioya qilingan holda 0,1 ml miqdorda brutsellin (brutsellalari bo'lgan o'stirilgan uch haftalik kulturaning filtrati) yuboriladi. Bemor organizmi brutsellalarga nisbatan sezuvchan bo'lsa, 8-10 soatdan so'ng terining brutsellin yuborilgan joyida yallig'lanish alomatlari paydo bo'ladi va 24-28 soat davomida zo'rayib, eng rivojlangan nuqtaga, so'ng bu alomatlar asta-sekin susayib yo'qola boshlaydi. Binobarin, Byurne reaksiyasining natijasi mana shu mahalliy yallig'lanish jarayoni diametriga qarab baholanadi. Agar yallig'lanish diametri 1 sm bo'lsa, reaksiya natijasi salgina musbat deb hisoblanadi. 4-5 sm bo'lsa, musbat, 6-8 bo'lsa, reaksiya o'ta musbat deb hisoblanadi.

Davosi. Ko'p vaqtlar mobaynida qoraoqsoqni davolash masalasi muammo bo'lib keldi. "Qoraoqsoq" tuzalmaydi, "Qoraoqsoq davolab bo'lmaydigan kasallik" degan gaplar shuning uchun tarqalgan bo'lsa kerak. Hatto fransuz olimi Sharl Nikol «Brutsellyoz bemor uchun baxtsizlik, vrach uchun isnoddir» degan edi. Endilikda esa qoraoqsoqni davolash uchun bir qancha muvaffaqiyatlar qo'lga kiritildi.

Antibiotiklar bilan davolash. Antibiotiklar kasallikning brutsellalarga 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 etarli 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 tsiprofloksatsin, tetramitsin, tetratsiklin, biomitsin, gentamitsin, streptomitsin (analoglari bilan), rifampitsin, rondonitsin, levomitsetin va boshqa antibiotiklar qo'llanilmokda. Bemorda qo'llanilishida asosan streptomitsin (degidrostreptomitsin, streptodimetsin)

boshqa antibiotiklar bilan birgalikda buyuriladi (gentamitsindan tashqari), Masalan, streptomitsin terramitsin bilan birgalikda ishlatiladi. Bunda streptomitsin 250000 XB dozada har 12 soatda bemorning mushak orasiga yuboriladi. Tetratsiklin, teramitsin, biomitsinlar 0,2-0,3 g (yoki 200000-300000 XB) dan har olti soatda ichiriladi. Gentamitsin bir sutkada 120 mgdan, 40 mg dan har 8 soatda mushak orasiga yuboriladi, rifampitsin - 0,6g dan 0,15 g dan har 6 soatda, rondonitsin 1,2 dan (0,3 g dan har 6 soatda), levomitsetin 0,5 g dan har 6 soatda ichiriladi. Antibiotiklar bemorni avvaliga kasallikning shakliga qarab asosan 10 kunlik kurs shaklida ishlatiladi. Agar davolash nafi etarli bo'lmasa, ikki yoki uch kursgacha (7-10) kun oraliq tanaffusi bilan davolash mumkin. Davolashni boshlashdan oldin bemor ilgari antibiotiklar bilan davolanaganmi yo'qmi, organizm reaksiyasini aniqlash muhim rol o'ynaydi.

Vaksina bilan davolash. Vaksina brutsellyozda spetsefik davolashga kiradi. Uni ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida tavsiya etiladi.

Qoraoqsoqda 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 po'stlog'ining ishini jonlantiradi. Bundan tashqari, bu preparatlar brutsellyoz natijasida markaziy asab tizimi zararlanganda, ensefalitlarda, meningitlar, revmatoit poliartritlarda tavsiya etiladi. Gormonal preparatlar brutsellyozning yarim o'tkir va xurujlangan surunkali shakllarida juda samarali natijalar beradi. Ammo ularni gi pertoniyada, me'davaichakayaralarida, 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. Qoraoqsoq bilan og'rigan bemor organizmining quvvatini oshirish uchun unga qon preparatlari quyiladi. 40%li glyukozadan 20 ml dan venaga yuboriladi, bundan tashqari qon o'rnini bosadigan aminopeptid, poliglyukin, aminosol, infezol quyiladi. Bular ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida yaxshi natija beradi. Qoraoqsoqda vitaminoterapiyaning ham ahamiyati katta, chunki bu kasallikda vitamin C va B guruhiga kiruvchi B₁, B₆, B₁₂ kabilar almashinuvu izdan chiqadi. Qoraoqsoq ning hamma shakllarida va asoratlarida bemorlar ko'p bezovta bo'ladi, shuning uchun og'riq qoldiradigan preparatlar (analgin, butadion, reopirin, dikloberl, fenatsetin, salitsilat) preparatlar buyuriladi. Ayniqsa bular ichida 0,25-0,5%li novokain eritmasi og'riqni yaxshi qoldiradi. Uni bemorning og'riqli nuqtalariga, asab chigallari va tarmoqlari atrofiga yoki venaga (har 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. Qoraoqsoqning surunkali shakllarida, asoratlar berganda keng qoʻllaniladi. Bunga elektr bilan davolash, elektroperessiya, issiqlik bilan davolash, diatermiya, UVCh, iono galvanoterapiya, parafin bilan davolash, ionoforez, ultratovush, balchiq bilan davolash, massaj, davolash fizkulturalari bilan davolash mumkin. Ammo bularni mutaxassis vrach buyuradi.

Profilaktikasi. Qoraoqsoq odamga hayvonlardan (asosan chorva mollaridan) yuqishi mumkinligini yuqorida aytib oʻtdik. Shunday ekan, profilaktikani avvalo chorva mollari orasida amalga oshirish samarali natija beradi. Shu maqsadda barcha chorva mollarini muntazam ravishda brutsellyozga tekshirib borish va qoraoqsoqqa gumon qilingan va kasallangan mollarni ajratib tegishli choralar koʻrish zarur.

Oʻlat

Oʻlat – karantin infeksiyalar guruhiga mansub, tabiiy oʻchoqli antrapoazonoz kasallik boʻlib, klinik – umumiy zaharlanish belgilari, teri, limfa tugunlari, oʻpka yalligʻlanishi va sepsis belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Oʻlat qoʻzgʻatuvchilari (*Yersinia pestis*) iersiniy turkumiga mansub boʻlib, harakatsiz, spora hosil qilmaydigan, tarkibida endotoksin saqlagan gramm - manfiy tayoqchadir. Boʻyalganda ikkala uchi quyuqroq boʻyaladi (bipolyar boʻyalish). Oziq muhitlarda ular yaxshi oʻsadi, yuqori harorat, quritish va dezinfeksiya vositalari (spirt, lizol, xloramin, xlorli ohak) taʼsirida tezda oʻladi. Past harorat iersiniyalar uchun qulay hisoblanib, bir necha oygacha faolligini saqlaydi, bemor balgʻamida uzoq saqlanadi.

Epidemiologiyasi. Oʻlatda asosan kasallik manbai boʻlib kasal kemiruvchilar, 60 dan ortiq sut emizuvchilar hisoblanadi. Kemiruvchilar va sut emizuvchilar orasida oʻlat doimo kuzatilib, baʼzan kasallikning oʻsishi- epizootiyasi kuzatiladi. Kasal kemiruvchilardan kasallik boshqalarga burga orqali yuqadi. Kemiruvchilarda kasallik oʻtkir va surunkali koʻrinishda kechishi mumkin.

Kalamushlar oʻlatining ikki turdagi oʻchoqlari tafovut qilinadi. Birinchisi - shahar, port kalamushlari oʻlati boʻlib, kasallikni qora, kulrang, egipt kalamushlari tarqatadi. Ikkinchisi - yovvoyi yashovchi kemiruvchilar (yumronqoziq, kalamush, tarbagan) bilan bogʻliq tabiiy oʻchogʻidir. Hozirgi kunda 50 ga yaqin Yevropa, Osiyo, Afrika va Amerika mamlakatlarida tabiiy oʻchoqlar qayd qilingan.

Kasallik qo'zg'atuvchilari odam organizmiga teri va shilliq qavatlar orqali tushadi. Kasallik aksariyat hollarda transmissiv, ya'ni kasal kemiruvchilarning burgalari chaqishi natijasida teri ichiga tushadi. Bundan tashqari, kasallik kemiruvchilarning terisini shilganda, o'lat bilan kasallangan hayvonni so'yganda va ifloslangan mahsulotlar iste'moli natijasida yuqadi. Kasallik odamlardan esa asosan havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Uning o'pka va septik shakli nisbatan ko'proq epidemiologik ahamiyat kasb etadi. Kasallikka moyillik yuqori, kasallikdan so'ng umrbod immunitet hosil bo'ladi.

Patogenezi va patologik anatomsiyasi. O'lat qo'zg'atuvchisi organizmga asosan teri va shilliq qavatlar orqali kiradi. O'latning turli xil klinik shakllarida patologik jarayon turlicha tugaydi. Teri orqali kirganda kamdankam hollarda terida taqchillik hosil bo'ladi: terining o'sha joyida dog', tuguncha, vezikula-pustula – uzoq tuzalmaydigan yara paydo bo'ladi. Ko'pincha terining burga chaqqan joyida hech qanday o'zgarish kuzatilmaydi. Organizmga tushgan mikroblar limfa tomirlari buylab limfa tugunlariga borib, limfa tugunlarini va atrofdagi to'qimalarni yallig'lantirib bubonlarni hosil qiladi. Limfa tuguni to'sig'ini engib o'tgan mikroblar qonga tushib, bakterimiyani yuzaga keltiradi. Qon oqimi bilan bakteriyalar a'zolarida qo'nib, u erda distrofik holatlarni yuzaga keltiradi. Bunda sepsis rivojlanadi. Ba'zi holatlarda bakteriyalar havo - tomchi yo'li bilan o'pkaga tushib, birlamchi o'pka shaklini yuzaga keltiradi.

Patologoanatomik tekshiruvda gemorragik septitsemiya alomatlari, konglomerat shaklida bir-biri va atrof to'qima bilan qo'shilgan limfa tugunlari aniqlanadi. Jigar va taloq kattalashadi. O'pka shaklida esa o'pka to'qimasining fibrinoz-destruktiv o'zgarishlari aniqlanadi.

Klinikasi. Yashirin davr (3-6 kun)dan so'ng kasallik kuchli qaltirash, yuqori harorat ko'tarilishi (39-40°Cgacha) bilan o'tkir boshlanadi. Kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, holsizlik, mushaklarda og'riq, ko'ngil aynishi va qusish harakterli. Ba'zi bemorlar es - hushi qorong'ilashgan, tormozlashgan holatda, ba'zilarida esa es-hushi to'liq saqlangan bo'ladi. Vasvasa va gallutsinatsiyalar bilan psixomotor qo'zg'alishlar ham bo'lishi mumkin. Bemorlar yotog'idan o'zlarini u yoq, bu yoqqa tashlaydilar, oqsoqlanib yuradilar, yuzlari va kon'yunktivalari qizargan, so'zlarga tushinib, bo'lmaydi. Yuz tuzilishi o'tkirlashgan, tsianotik va qoramtir, keyin esa yuzlari so'lgan, ko'z osti qoramtir bo'ladi. Qarashlari harakatsiz, xuddi ko'rmayotgandek, yuzda azob, qo'rquv, umidsizlik aks etgan. Terisi quruq va issiq, katta o'lchamlardagi gemmoragiya va petexiyalar bo'ladi. Tilida yoriqlar, po'stloqlar bo'lib, kattalashgan, oppoq qalin karash bilan qoplangan (xuddi surtgandek). Ba'zan tilda tremor kuzatiladi, og'iz

shilliq qavati quruq. Bodomcha bezlari kattalashgan, u yerda va yumshoq tang'ayda qon quyulishlar va yaralar paydo bo'ladi. Jigar va taloq kattalashgan. Kasallikning terminal bosqichida qon qusish hamda qon shilliq aralash tez-tez suyuq ich ketishi paydo bo'ladi. Bunday bemorlarda yurak chegaralari kattalashgan, tonlari bo'g'iq, taxikardiya I daqiqada 120-160 gacha bo'ladi. Arterial bosim tushgan, aritmiya paydo bo'ladi, hansirash va tsianoz o'sib boradi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan EChT oshgan. Siydikda qon va oqsil, oligoanuriya aniqlanadi.

Kasallikning umumiy ko'rinishlariga qarab o'latning turli shakllari xarakterlanadi. Kasallikning klinik kartinasiga qarab, teri, bubon, septik, o'pka va faringial shakllari ajratiladi. O'lat o'chog'ida bakteriya tashuvchanlik aniqlanishi mumkin.

Teri shakli kam uchraydi va ko'pincha teri-bubon shakliga o'tadi. Teridagi ko'rinishlar almashinuvi quyidagi tartibda o'tadi: dog', papula, vezikula, pustula, yara. Mikroob tushgan joyda (oyoq-qo'l, yuz, bo'yin va boshqalar) avval qizil dog', keyin tugun paydo bo'ladi. Keyin pufakcha hosil bo'ladi, ichidagi suyuqlik boshida tiniq, keyin loyqa bo'ladi. Pufakchalarda qon quyulishlar bo'lishi mumkin, bunda ularning rangi qoramtir-qizil bo'ladi. Pufakcha yorilgandan so'ng yara paydo bo'ladi, yaraning sarg'ish, tubi qattiq. Yara chetlari notekis, sog'lom to'qimadan jigarrang halqa bilan ajralgan. Yara og'riqli, sekin bitadi va chandiq qoladi. O'latning boshqa shakllarida ham terida turli o'zgarishlar bo'lishi mumkin, toshmalar, qon quyulishlar va pufakchalar ko'rinadi.

Bubon shakli uchun (eng ko'p uchraydi, 80-90%gacha) kardinal belgi-bubon-limfa tugunlarining og'riqli kattalashuvidir. Bubonlar yakka (birlamchi), kamdan-kam ko'plab (ikkilamchi), o'lchamlari o'rmon yong'og'idan to tovuq tuxumigacha va undan katta bo'lishi mumkin. Ko'pincha son va chov tugunlari, keyin qo'ltiq osti va bo'yin tugunlari zararlanadi. Kasallik boshlanishida yoki boshlang'ich 2 kunda bubon rivojlanayotgan joyda kuchli og'riq paydo bo'ladi, og'riq harakat qilganda emas, balki tinch holatda ham kuzatiladi. Bu bemorni g'ayri tabiiy holatda turishga majbur etadi: oyoqlar bukilgan, qo'llar uzatilgan, bo'yin egilgan va hokazolar.

Kichik bubonlar kattalariga nisbatan og'riqli. Avval bubon paypaslaganda, uncha katta bo'lmagan qattiqlashuv seziladi, keyin u shishinqiraydi, atrof to'qima va terida (periadenit) shish paydo bo'ladi. Bubon atrof to'qima bilan qo'shilib ketadi va chegarasini yo'qotadi. Bu yoyma shish, ko'pincha tog'aysimon qattiqlik og'riqli. Bubon ustida teri issiq, sirpanadi, silliq, yaltiroq, qizil yoki qoramtir-qizg'ish

rangda bo'ladi. Limfa-adenit o'latda kuzatilmaydi. Asta-sekin flyuktuatsiya sohasi paydo bo'ladi va bubon yoriladi, bunda yashil-sarg'ish qalin yiring ajraladi.

Zamonaviy davolash natijasida bubon yorilmaydi, asta-sekin, to'liq so'riladi, yoki sklerozlanadi (qattiqlashadi). Ikkilamchi bubonlar kam og'riqli, teri bilan qo'shilmagan, periadinit ko'pincha bo'lmaydi, bubonlar kamdan-kam holda yiringlaydi va ularning tuzalishi ro'y beradi.

Kasallik belgilari 4-5 sutkalarda oshadi, keyin asta-sekin pasayadi. Shunisi borki, yomon natija yoki asoratlar kasallikning hohlagan bosqichida ro'y berishi mumkin.

Shunday qilib, ikkilamchi o'lat zotiljami kasallikni og'irlashtiradi va infeksiya tarqalishi xavfini soladi. Uning og'ir, lekin kam uchraydigan asorati meningit hisoblanadi.

O'latning birlamchi septik shakli ham uchraydi (1-3%). Bunda teri regionar limfa tugunlari va o'pka zararlanishi bo'lmaydi. Terida burga chaqqanidan qolgan izlarni topish mumkin.

Kasallik birdan boshlanadi, qisqa yashirin davr (bir necha soatdan to 1-2 sutkagacha)dan so'ng qaltirash, kuchli bosh og'rish, mushaklarda og'riq va yuqori harorat xarakterli. Bemor ahvoli tez yomonlashadi. Qo'zg'alish, vasvasa hatto meningoensefalit belgilari paydo bo'ladi. Umumiy zaharlanishdan tashqari, gemorragik sindrom yaqqol ko'rinadi. Qon qo'yilishlar terida, shilliq qavatlarda, ichki organlarda bo'ladi. Gematuriya paydo bo'ladi, qon qusish va ich ketish, burun va o'pkadan qon ketish kuzatiladi. Jigar va taloq kattalashgan. Bir necha soatdan so'ng infeksiyon toksik karaxtlik va koma rivojlanadi. Kasallik 1-3 kundan ko'p davom etmaydi, sog'ayish kam hollarda uchraydi.

O'latning ikkilamchi septik shakli boshqa shakllarning asorati hisoblanadi, uncha og'ir kechmaydi, klinik jihatdan ikkilamchi infeksiya o'chog'lari paydo bo'lib, bubonlar va gemorragik septitsemiya belgilari bilan kechadi.

Birlamchi o'pka shakli yashirin davr (bir necha soatdan to 1-3 kungacha)dan so'ng, o'tkir boshlanadi, tana harorati tez ko'tariladi, bosh og'rish, ko'p marta qusish bo'ladi. Kasallik boshlanishi asta-sekin rivojlanishi, o'pka zararlanishi belgilari aniq bo'lmasligi ham mumkin. So'ng ko'krak sohasida siquvchi og'riq, yurak tez urishi, puls tezlashuvi, hansirash va vasvasa paydo bo'ladi. Agar yon tomonlarda og'riq kuchli bo'lmasa, bemorlar qo'rqib chuqur nafas oladilar. Yo'tal kasallik boshida ham, birinchi sutkaning oxirida va kechroq paydo bo'lishi mumkin. Boshida yo'tal quruq, keyinchalik balg'amli bo'ladi. Boshida balg'am yopishqoq, tiniq, shishasimon, keyin ko'pikli, suyuq, ko'pincha zangli bo'ladi; toza

qon qo‘shilmasi ba‘zan ko‘p miqdorda paydo bo‘ladi. Balg‘amda ko‘p miqdorda o‘lat mikroblari aniqlanadi.

Auskultativ ma‘lumotlar kam va og‘ir holatga mos kelmaydi. Qiyinchilik bilan nafas susayganligi, kam uchraydigan quruq va ho‘l xirillashlar, krepitatsiyani aniqlash mumkin. Kasallik davom etgan sari ko‘krak sohasidagi og‘riq soat sayin oshib boradi, jarayonga plevra ham qo‘shiladi, hansirash va tsianoz o‘shib boradi, nafas olish yuzaki va tez-tez bo‘ladi. Gemodinamik buzilishlar va o‘pka shishi rivojlanishi kasallikning 3-5 kunlarida o‘limga olib keladi.

Ikkilamchi o‘pka shakli klinik jihatdan birlamchiga o‘xshash. U o‘latning boshqa shakllari asorati sifatida rivojlanadi. Qo‘zg‘atuvchilar o‘pkaga qon orqali o‘tadi. Bu shakl uchun kasallikning juda og‘ir kechishi harakterli; ikkilamchi o‘choqlarning ko‘pligi, bubonlar, gemorragik sindrom, zotiljam va sepsis xarakterli.

Adabiyotlarda o‘latning tonzillyar (faringeal) shakli haqida ma‘lumot berilgan. Kasallik 2-3 kun davom etadi. Bemorlar tomoq og‘rishi, holsizlik, bosh og‘rishiga shikoyat qiladilar. Harorat birinchi kunlarda 38°S gacha ko‘tariladi, so‘ng bir necha kun davomida subfebril bo‘ladi. Jag‘ osti va bo‘yin limfa tugunlari kattalashadi. Umumiy zaharlanish uncha kuchli bo‘lmaydi, kasallik antibakterial terapiyadan so‘ng tez sog‘ayadi.

Hozirgi vaqtda o‘latning o‘pka shakli bilan og‘rigan bemorlar atrofidagi kishilarda yutqin(faringeal) bakteriya tashuvchanlik aniqlangan. Infeksiya ko‘p tarqalgan vaqtda bakteriya tashuvchilar soni 13% ga yetgan.

Tashxisoti va qiyosiy tashxisoti. O‘latning tashxisotida kasallikning klinik — epidemiologik xususiyatlari asosiy rol o‘ynaydi. O‘latga shubha qilganda, to‘liq epidemiologik anamnez yig‘iladi. Qiyosiy tashxisot ko‘pincha yuqumli kasalliklar bilan o‘tkaziladi. Ular teri shakli kuydirgining teri shakli, bubon shakli yiringli limfadenit, limfogradulematoz, yaxshi sifatli limfaretikulyoz, tulyaremiya va boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Tashxisni aniqlashtirishda kompleks laboratoriyaviy tekshirishlar o‘tkaziladi. Bubon, yara, balg‘am tomoqdan material, qon, siydik, qusuq massasi va boshqa olingan ajralmalarda o‘lat qo‘zg‘atuvchisi aniqlanadi. RPGA yordamida serologik tekshirishlar o‘tkaziladi.

Davosi. Davolash kompleks: antibakterial, patogenetik va simptomatik preparatlar qabul qilish bilan olib boriladi. Antibiotiklardan keng qo‘llaniladigani streptomitsin, digid-rostreptomitsin va pasomitsin. Aminoglikozidlar (gentamitsin, sezomitsin, amikatsin va boshqalar) ham asosiy preparat hisoblanadi. Aminoglikozidlar va tetratsiklinlarni (oksitet-ratsiklin, morfotsiklin, metatsiklin, doksitsiklin va boshqalar)

kombinatsiyalashgan holda tavsiya etish, davolash samarasini oshiradi. Antibiotiklar bilan davolash 7-10 kun davom etadi. Patogenetik terapiya maqsadida dezintoksikatsion suyuqliklar (poliglyukin, reopoliglyukin, gemodez, neokompensan, albumin, glyukoza, natriy xlor, tuzli eritmalar) qo'yiladi. Yurak-qon tomir ishini yaxshilovchi preparatlar, vitaminlar keng qo'llaniladi. Bemorlarga doimiy nazorat va parvarish zarur.

Taxmin. Zamonaviy va adekvat terapiyadan so'ng o'latning bubon shaklida o'lim kam uchraydi. O'pka shaklidan ham o'lim kamaygan. Septik shakllarida prognoz deyarli doimo yomon bo'ladi.

Profilaktikasi. O'lat tarqalgan hududda bemorlarni tez gospitalizatsiya qilish, muloqotlilarni ajratish va kuzatish, ular bilan profilaktika maqsadida darhol streptomitsin yoki tetratsiklin berish kerak. Harorati ko'tarilgan bemorlarning barchasi kasalxonaga yotqiziladi, bir vaqtning o'zida aholi punktida immunizatsiya o'tkaziladi.

O'choqda tibbiyot xodimlari maxsus kiyimda epidemiyaga qarshi va tashxislash tadbirlarini amalga oshirishadi.

VI bob

TRANSMISSIV YO'L BILAN YUQUVCHI KASALLIKLAR. KU ISITMASI

Ku isitmasi - polimorf klinikali o'tkir infeksiyon kasallik, ba'zan o'tkir osti va surunkali kechishi ham mumkin.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi *Coxiella burnetii*, Bernet rikketsiyalari mayda, shakli o'zgarib turadigan mikroorganizmlar bo'lib, hujayralarning ichida va tashqarisida yashaydi. Ularni ko'paytirish uchun tovuq embrionidan foydalaniladi. Ular quritilganda va quyosh nuri, har turli dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida hadeganda halok bo'lavermaydi, formaldegidning 2%li eritmasi, vodorod peroksidning 5% li eritmasi, o'yuvchi kaliyning 10 % li eritmasi ularni bir qadar tez halok qiladi.

Epidemiologiya. Kasallik manbai bo'lib uy hayvonlaridan qoramol va qo'y-echkilar, tuyalar, otlar, eshaklar, cho'chqalar, itlar, tovuqlar xizmat qiladi. Odamlar orasida Ku isitmasining tarqalishida uy hayvonlari asosiy rol o'ynaydi. Masalan, sigirlarda Ku isitmasi sezilar-sezilmas belgilar bilan ifodalanadi, ammo bu hayvonlar 2 oydan 2-yilgacha suti orqali, tuqqanda platsentasi va homila oldi suyuqligi orqali juda ko'p Bernet rikketsiyasini tashqariga chiqaradi. Qo'y – echkilarda bu infeksiya juda keng tarqalgan. Bernet rikketsiyalari go'sht va go'sht mahsulotlari, sut va sut mahsulotlarida uzoq muddatgacha tirik saqlanadi. Ku isitmasi qishloq aholisi orasida ko'proq uchraydi. Shahar sharoitida asosan kushxona, teri zavodi, sut zavodi kabi korxonalarida kishilar kasallanadilar.

Ku isitmasi har xil yo'llar: hayvonlarni parvarish qilayotganda, ayniqsa ular tug'ayotgan, kushxonalarda, teri zavodlarida hayvonlarning qoni, go'shti va najasidan terining shilingan joyi orqali osongina yuqadi.

Kasallik rikketsiyalar bilan ifloslangan go'sht, sut mahsulotlarini iste'mol qilish, ifloslangan suvni ichish (alimentar yo'l) yoki unda cho'milish natijasida yuqishi mumkin.

Kasallikning nafas yo'llari orqali yuqishi eng ko'p uchraydi. Hayvonlar terisiga ishlov berishda, molxonalar va yaylovlarda rikketsiyalar bilan ifloslangan chang havo va shuningdek, paxta, somon, jun kukunlari bilan nafas olish natijasida yuqishi mumkin. Rikketsiyalar bilan ifloslangan

va uzoq joydan keltirilgan paxta va jun bilan ishlayotgan kishilarga ham kasallik chang — havo yo‘li bilan osongina yuqadi. Ku isitmasi bemordan sog‘ odamga yuqmaydi.

Transmissiv yo‘l, masalan, kana orqali yuqishi kam uchraydi. Tayga o‘rmonlarida, cho‘l zonalarida ishlaydigan kishilarni kana chaqishidan yuqishi mumkin.

Patogenezi va immunitet. Qo‘zg‘atuvchi teri, havo yo‘llari va me‘da-ichak yo‘llari shilliq qavati orqali organizmga kiradi. Rikketsiyalar retikuloenedoteliy organlarida ko‘payadi va qonga tushib, bakteremiyaga sabab bo‘ladi. Bakteremiya ma‘lum vaqt davom etgach, rikketsiyalar ichki organlarga o‘rnashib oladi. Qo‘zg‘atuvchi havo yo‘llari orqali yuqqanda, kasallik zotiljamdan boshlanadi.

Immunitet mustahkam va uzoq bo‘ladi. Ku isitmasi bilan kasallanganlar qayta kasallanishga moyil emas (kamdan — kam uchrashi mumkin).

Klinikasi. Ku isitmasining boshqa yuqumli kasalliklardek o‘ziga xos belgilar majmuasi yo‘q, shuning uchun ham bu kasallik to‘g‘risida o‘ylash imkoni yo‘q. Kasallik turli xil ko‘rinishlarda kechishi mumkin. Yashirin davri davomiyligi 3 — 32 kunni tashkil qiladi. Kasallik aksariyat hollarda o‘tkir boshlanib, bemorlar nafaqat kasallanish kuni, balki soatini aytishi mumkin. Tana haroratining oshishi, kuchli bosh og‘rig‘i, umumiy holsizlik, terlash, ishtaha yo‘qolishi, uyquning buzilishi, uyqusizlik, mialgiya, artralgiya, ko‘z soqqasidagi og‘riq kabi belgilar bemorni bezovta qiladi. Kasallik rivojlanib, bemorning yuzi va konyunktiva shilliq qavati qizarishi, tili nam, sarg‘ish kulrang karashli, bradikardiyavagipotoniya, jigar va taloq kattalashishi, terida rozeolyoz toshmalar qayd qilinadi. Birinchi kunlardan tana harorati 39—40° C va undan yuqori bo‘lishi mumkin.

Kasallik aksariyat (75—80%) hollarda 2 — 3 hafta davom etadigan toksikoz va isitma bilan (o‘tkir shaklida) kechadi. 15—20% holatda esa klinik belgilari bir oygacha davom etadigan yarim o‘tkir shakli, 2-5% holatda esa bir yil va ko‘proq davom etadigan surunkali shakli qayd qilinadi. Kechim og‘irligi bo‘yicha engil, o‘rtacha og‘irlikda va og‘ir shakllari tafovut qilinadi. Kasallikda tromboflebit, epidedimit, plevrit kabi asoratlar uchraydi.

Tashxisoti. Tashxis qo‘yishda asosiy rolni epidemiologik anamnez va serologik testlar natijasi egallaydi, ko‘pincha agglutinatsiya reaksiyasi (RA), komplementni bog‘lash reaksiyasi (KBR), va immunoflyuorestsensiya reaksiyasi (RNIF) laridan foydalaniladi. Asosan bu reaksiyalarni tashxisot uchun birgalikda qo‘llash yaxshi natijalarga olib keladi. Teri allergik sinamasi asosiy rol o‘ynamaydi.

Asorati. Kasallik tromboflebit, epididimit, plevrit bilan, surunkali kechishida esa endokardit, gepatit, ensefalit bilan asoratlanishi mumkin.

Antibakterial terapiya o'tkazilmasa, cho'ziluvchan yoki retsidivli kechishi mumkin. Retsidivlar davomiyligi 9–10 kun bo'lib, retsidivlar soni uchtdan ortiq emas. Kasalxonadan chiqarish doim qat'iy induvidual hal qilinadi.

Davosi. Ku isitmasini davolashda etiotrop, patogenetik va simptomatik davo birgalikda olib boriladi. Etiotrop davoda levomitsetin, tetratsiklin preparatlari, eritromitsin va baktrim yaxshi samara beradi. Levomitsetin (0,5 g dan har 6 soatda), tetratsiklin (0,3 g dan har 6 soatda) buyuriladi. Preparatlar samarasi 2-3 kunda kuzatilmasa, levomitsetin suksinat 2-3 g dan kuniga tavsiya etiladi. Ba'zan antibiotiklar baktrim bilan birgalikda buyuriladi. Antibakterial preparatlar kasallik kechim og'irligiga mos, asoratlarga asoslab, 6-7 kundan 12-14 kungacha buyuriladi. Antibiotiklar samarasi yallig'lanishga qarshi preparatlar bilan birgalikda buyurilganda yaxshi natija beradi. Glyukokortikoidlar: prednizolon kattalarga 30-60 mg, deksametazon 4-5 mg dan 5-8 kun mobaynida, pirazonon hosilalar: butadion, reopirin davolash dozalarida buyuriladi.

Patogenetik davoning asosi bo'lgan umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar (5% glyukoza, fiziologik eritma, reopoliglyukin, gemodez) vena ichiga tayinlanadi. Asoratlangan shakllarda bir guruhli plazma, albumin, aminokislotalar aralashmalari (alvezin, infezol, aminasol, refortan) vena ichiga tavsiya qilinadi. Simptomatik davo vositasi sifatida og'riqsizlantiruvchi, tinchlantiruvchi preparatlar va boshqalar buyuriladi.

Taxmini. O'lim holati endokardit rivojlanganda uchraishi mumkin.

Profilaktikasi. Ku isitmasi profilaktikasini veterinariya va tibbiyot xizmatlari birgalikda ikki yo'nalishda:

1) qishloq xo'jalik hayvonlari orasida 2) odamlar orasida olib boriladi.

Sanitar-gigiyena qoidalariga rioya qilish, kasal hayvonlarni parvarishlaganda maxsus kiyim kiyish va uni dezinfeksiyalovchi preparatlar bilan qayta ishlash hamda xavfli guruhga mansublar tirik M-44 vaksina bilan emlanadi. Sanitar-oqartuv ishlarini olib borish kasallanish darajasini kamaytiradi.

Gemorragik isitmalar

Gemorragik isitma kasalliklarini arboviruslar, arenoviruslar va filoviruslar qo'zg'atadi. Bugungi kunda dunyo bo'yicha besh yuzdan ortiq arbovirus turlari aniqlangan, shularning 100 tasidan ko'prog'i odamlarda kasallik chaqiradi. Respublikamizda odamlarda kasallik chaqiradigan 20 turga yaqin arboviruslar aniqlangan.

Gemorragik isitma kasalliklari qo'zg'atuvchilarining rezervuarlari qishloq xo'jalik hayvonlari, kemiruvchilar, qushlar, kaltakesaklar hisoblanadi va

ularning organizmlarida bu kasallik subklinik yoki latent shaklida namoyon bo'ladi.

Arboviruslar qo'zg'atadigan gemorragik isitmalar asosan transmissiv yo'l bilan, ya'ni qon so'radigan bo'g'im oyoqlilarning chaqish jarayonida yuqadi. Arenoviruslar, filoviruslar qo'zg'atadigan gemorragik isitmalar esa maishiy muloqot, havo va parenteral muolajalar orqali o'tadi.

Er yuzida uchraydigan gemorragik isitma kasalliklarining epidemiologik va geografik belgilariga asoslangan holda M.P. Chumakov birinchi bo'lib o'z tasnifini taklif etgan. Bu tasnif bo'yicha gemorragik isitmalar uch guruhga bo'lingan:

1. Kanalar orqali yuqadigan gemorragik isitmalar (Qrim-Kongo gemorragik isitmasi, Omsk gemorragik isitmasi, Kyasanur gemorragik isitmasi).

2. Chivinlar orqali yuqadigan gemorragik isitmalar (Sariq isitma, Denge gemorragik isitmasi, Chikungunya gemorragik isitmasi).

3. Kontagioz zoonoz gemorragik isitmalar (Buyrak sindromi bilan o'tadigan gemorragik isitma, Argentina gemorragik isitmasi, Boliviya gemorragik isitmasi, Marburg gemorragik isitmasi va h.k).

Gemorragik isitma kasalliklari ko'p jihatlari bilan o'xshash bo'lsada, kasallikning kechishi, rivojlanishi, epidemiologik jarayonning namoyon bo'lishi, qo'zg'atuvchilarining o'ziga xosligi, kasallik qo'zg'atuvchilarining manbalari va yuqish mexanizmlari bilan bir-biridan farq qiladi.

Qrim – Kongo gemorragik isitmasi

Sinonimlari: Qrim gemorragik isitmasi, O'rta Osiyo gemorragik isitmasi, O'zbekiston gemorragik isitmasi va hokazo.

Kasallikning tarixi va geografik tarqalishi. Virusli gemorragik isitma kasalliklari qadimdan ma'lum bo'lgan 1110-yili buyuk alloma, tibbiyot asoschilaridan bo'lmish Abu Ali ibn Sinoning shogirdlaridan biri Jurjoniy o'zining «Xorazm boyliklari» nomli asari oltinchi kitobining «Kichik kasalliklar» bo'limida gemorragik isitma kasalligini eslatuvchi xastalik to'g'risida yozib, uni aksariyat hollarda og'ir kechib, o'lim holatlariga olib kelishi mumkinligi to'g'risida yozgan. O'sha zamonlarda ushbu kasallik xalq tilida, o'zbeklarda «Qora halak» (qora o'lim) va tojiklarda «xun gribta» (qon oqish), «xuni-muni» (burundan qon ketish) deb atalganligi ham O'rta Osiyoda bu kasallikning azaldan ma'lumligidan dalolat beradi.

QKGI kasalligi to'g'risidagi birinchi ilmiy ma'lumotlar manbalarda 1944– yildan berilaboshlagan. Olimlardan P.V.Si povskiy va Yu.V.Ioffelar Tojikiston (Dushanbe shahri)dagi o'tkir kapillyarotoksikoz, ichak va

burundan qon ketishi, qon qusish va gemorragik toshma bilan kechadigan kasalliklar to'g'risida xabar berishgan.

1944-yili Qrimda bir guruh odamlarda virus tabiatli o'tkir isitma kasalliklari qayd etilgan va ularni o'rgangan mashhur rus virusologi M.P. Chumakov bu kasallikning hali tibbiyotda ma'lum bo'lmagan yangi bir kasallik ekanligini e'tirof etib, Qrim gemorragik isitmasi deb nom bergan.

1956-1969-yillarda shunga o'xshash kasallik o'choqlari Bolgariya, Yugoslaviya, Vengriya, Sharqiy va G'arbiy Afrikada, Pokiston va Hindiston davlatlarida aniqlangan. Bu kasallik sobiq Ittifoqning Qrim, Krasnodar, Stavropol o'lkalarida, Astraxan, Rostov, Donetsk va Xerson viloyatlarida, Qozog'iston, O'zbekiston, Tojikiston, Turkmaniston, Ozarbayjon va boshqa davlatlar hududlarida ro'yxatga oлина boshlagan.

Kasallik qo'zg'atuvchisi (virusi) birinchi bo'lib 1945-yilda isitma qilgan bemor bola qonidan shu virusga o'xshash virus aniqlangan va unga Kongo virusi deb nom berilgan, virus keyinchalik Pokistonda (Xazar) ham ajratilgan.

Tibbiyot adabiyotlarida «Kongo isitmasi» ni ko'p uchratish hisobga olinib, kasallikning geografik toponimi, ya'ni birinchi bo'lib kasallik va uning qo'zg'atuvchisi aniqlangan yarim orol va davlatning nomini inobatga olib, yuqumli kasalliklar tasnifida «Qrim-Kongo» gemorragik isitmasi (QKGI) degan kasallik nomi paydo bo'ldi.

Etiologiyasi. QKGI qo'zg'atuvchisi o'zida RNK saqlovchi arbovirus bo'lib, Bunyaviridae oilasiga, Navirovirus turiga kiradi, kasallik qo'zg'atuvchi virus yuqorida ta'kidlangandek, birinchi bo'lib 1945-yilda M.P. Chumakov tomonidan topilgan.

Keyinchalik Yevropa va O'rta Osiyo davlatlarida aniqlangan bu viruslar bir xil viruslar bo'lib, bitta serologik turga mansub ekanligi ma'lum bo'lgan.

Virus sferik shaklida bo'lib, diametri 92-96 nm keladi. Virus tashqi muhitda uncha chidamli emas, lekin yuqori haroratga juda sezgirdir. Virus ayniqsa cho'chqa, Suriya olmaxoni va maymun embrioni buyraklari hujayralariga yaxshi o'sadi. Virus asosan hujayralar tsitoplazmasida joylashadi.

QKGI epidemiologiyasi. QKGI virusining areali juda keng: Yevropadan Osiyo va Afrikagacha, hamdo'stlik davlatlaridan Rossiya Federatsiyasining janubiy regionlarigacha, Ukraina, Moldova, Ozarbayjon, Armaniston, Qozog'istonning janubiy viloyatlari va boshqa Markaziy Osiyo davlatlari, jumladan O'zbekiston Respublikasining bir qator viloyatlari hududlari ham (Buxoro, Navoyi, Qashqadaryo, Sirdaryo, Jizzax) QKGI bo'yicha endemik hududlardan hisoblanadi (I.K Musabayev, 1980). QKGI virusi

ma'lum tur kanalarida saqlanadi. Bugungi kunda 8 avlodga mansub bo'lgan 27 xil kanadan QKGI virusi ajratilgan. QKGI virusi har xil endemik hududlardan turli xil kanalarda saqlanadi, ko'pincha bu virus Hyalomma avlodiga kirgan iksod kanalari organizmida saqlanadi.

QKGI qo'zg'atuvchisining tabiiy rezervuari va manbalari qishloq xo'jaligi hayvonlari hamda yovvoyi sut emizuvchilar (quyon, kemiruvchilar, ti pratikan va boshqalar) hisoblanadi, virusning tabiatdagi saqlovchisi va tashuvchisi turli xil iksod kanalaridir. QKGI virusining yuqish mexanizmi transmissiv, ya'ni virus kanalarning chaqishi natijasida odamga yuqadi. Odamga kasallik muloqot orqali ham yuqadi, ya'ni bemor qonini so'rgan kanani ezib o'ldirganda hamda QKGI sig'a chalingan bemorning qoni sog'lom odam terisi va shilliq qavatiga tushganda yoki bo'lmasa parenteral muolajalar amalga oshirilganda, kasallik yuqishi mumkin. Bunday holatlarda QKGI sig'a chalingan bemor kasallik qo'zg'atuvchi manbaga aylanadi va atrofdagi sog'lom odamlar uchun xavf tug'diradi.

Adabiyotlarda QKGI kasalligining QKGI virusi (kulturas) bilan ishlaydigan laboratoriyalarda aspiratsion, ya'ni nafas olish organlari orqali yuqish holatlari qayd etilganligi to'g'risida ham ayrim ma'lumotlar berilgan.

QKGI o'ziga xos epidemiologik mavsumiylikka ega bo'lib, kasallik asosan aprel-sentyabr oylarida qayd etiladi (90-95 % aprel - iyun oylarida). Kasallikning bunday epidemiologik mavsumiylikka ega bo'lishi bevosita iksod kanasi faolligining oshishi bilan bog'liqdir. QKGI kattalar, ayniqsa mehnat faoliyati cho'l hududlari bilan bog'liq bo'lganlar o'rtasida (cho'ponlar va ularning oila a'zolari, qirqimga vaqtinchalik jalb etilganlar, molga qarovchilar, boquvchilar, endemik hududlarida ishlovchilar) ko'proq qayd etiladi. Kasallikning asosiy salmog'i (80% dan ko'proq) 20-60 yoshdagi odamlarga to'g'ri keladi, kasallikning 85-90 % erkaklarda uchraydi.

Yuqumli kasalliklar o'rtasida QKGI sig'ining salmog'i uncha katta bo'lmasada, kasallikning keng tarqalganligi, yuqori yuquvchanligi (kontagiozligi), kasallikda o'lim darajasining yuqori bo'lganligi, borgan sari kasallikning faollashuvi kuzatilayotganligi bu kasallikka ko'proq e'tibor qaratilishini taqozo etadi.

Patogenezi. QKGI virusi odam organizmiga kana chaqishi natijasida terining kana chaqqan joyidan kiradi. Bundan tashqari, virus organizmga virus bilan zararlangan bemor qonining sog'lom odamning jarohatlangan terisi va shilliq qavatiga tushganida va kamdan-kam hollarda QKGI kasalligiga chalingan bemorning qonini sog'lom odamga quyganda hamda nafas yo'llari orqali (aspiratsion) tushishi mumkin.

Organizmning virus kirgan joyida hech qanday o'zgarish kuzatilmaydi. Virus qonga tushgach, retikuloendotelial sistema hujayralarida to'planadi. Retikuloendotelial sistema hujayralarida to'plangan viruslarning qonga ikkinchi bor ko'p miqdorda tushishi (virusemiya) natijasida bemorda umumiy zaharlanish hamda qon tomirlari endoteliysi shikastlanishi natijasida turli xil darajadagi trombogemorragik sindrom namoyon bo'ladi.

QKGI kasalligining patogenezi bo'yicha ko'pgina masalalar hanuzgacha to'lik o'rganilmagan.

Klinikasi. QKGI kasalligining klinik kechishida 4 davr farqlanadi:

a) yashirin davri, b) boshlang'ich yoki umumtoksik davri, v) avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri, g) rekonvalesensiya davri.

QKGI gemorragik belgilar bilan va gemorragik belgilersiz o'tadi. Kasallik kechishiga qarab esa, engil, o'rta og'ir, og'ir shakllariga bo'linadi.

A. Kasallikning yashirin davri kasallik kana chaqib yuqqanida, o'rta 3-6 kun, qon va qon ajratmalari bilan muloqotda bo'lib yuqqanida esa, 2-4 kunni tashkil etib, bu davrda bemorda hech qanday shikoyat ham, kasallik alomatlari ham bo'lmaydi.

B. Boshlang'ich yoki umumtoksik davri bir necha soatdan 3 kungacha davom etadi. Kasallik o'tkir boshlanib, prodromal belgilar kuzatilmaydi. Kishi to'la sog'lom paytida tanasi qaltirab, harorati 38,5 – 40,5 °C ga ko'tarilib ketadi. Bemorda ich ketish, boshning peshona sohasida kuchli og'riq, belda, bo'g'im va mushaklarda og'riq, umumiy holsizlik, juda ham tez charchash belgilari sodir bo'ladi. Bundan tashqari, 30-35% bemorlarda ko'ngil aynishi, qusish qayd etilib, bu holat ovqat iste'moli bilan bog'liq bo'lmaydi. Bemorning ichi suyuq o'tishi va qornining turli sohalarida og'riqlar bo'lishi mumkin. Obyektiv ko'rganda, kasallikning birinchi kundan bemorning yuzi qizarib, bu qizarish bo'yin va ko'krak qismiga tez tarqaladi. Ko'zlari qizarib, bu qizillik asosan ko'zning lateral qismida uchburchaksimon shaklda aniqlanadi. Teri quruq, issiq, periferik limfa tugunlari biroz kattalashadi. Isitmalash 1-5 kun, ayrim bemorlarda 5-10 kun va 10-15 kungacha davom etadi. Isitma xarakteri noto'g'ri yoki doimiy bo'lishi mumkin.

V. Avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri – kasallikning 3-6 kundan boshlab, avj olish davri boshlanadi. Gemorragik sindrom qon ketish va qontalash bilan namoyon bo'ladi. Eng ko'p uchraydigan gemorragik belgi– gemorragik toshmalardir. Teri, shilliq qavatlar, in'eksiya joylarida qon talash, burundan qon ketishi, milk, og'iz shilliq qavatidan qon ketishi, qonli qusish, ichakdan qon ketishi kuzatiladi.

Toshma xarakteri bo'yicha petexial bo'lib, yassi, teridan ko'tarilmaydi, bosib ko'rganda yo'qolmaydi. Rangi dastlab to'q-qizg'ish, keyinchalik qora rang tus oladi. Toshmalar soni bir nechta bo'lishi mumkin. Toshmalar ko'krak qafasi, qorinning yonbosh sohasi terisida, efka sohasi, bilak sohasi ichki yuzasi, son terisida, kam hollarda bemor bo'yin terisida uchrashi mumkin. O'lchami bo'yicha nuqtasimon toshmadan diametri 2,0-3,0 sm gacha etadi. Shakli bo'yicha yumaloq yoki oval bo'lib, chegarasi aniq, uning atrofidagi terida o'zgarish bo'lmaydi. Gemorragik elementlar 5-8 kun saqlanib, so'ngra oqara boshlaydi va kasallikning 9-14 kunida yo'qoladi. Barcha hollarda in'eksiya o'rinlarida turli o'lchamlardagi qon - talashlar hosil bo'ladi. Toshma hosil bo'lishi bilan bir vaqtda, ayrim paytda undan bir-ikki kun oldin yumshoq va qattiq tanglayda nuqtasimon qontalash aniqlanadi. Shuni ta'kidlash lozimki, kasallik qon orqali odamdan — odamga yuqqanida gemorragik sindrom kuchli va tez rivojlanadi. Bu virusning odam organizmida virulentligining oshishiga bog'liq. Bu davr 3-7 kundan 10-15 kungacha, o'rtacha 7-9 kun davom etadi. Ayrim bemorlarda kasallikning ikkinchi isitma to'lqini qayd etiladi. Bunda birinchi isitma to'lqini so'ngandan keyin, 2-3 kun o'tgach yana isitma ko'tariladi, lekin u dastlabki isitma darajasiga yetmaydi.

Obyektiv ko'rganda bemorning yuzlari, bo'yin sohasi terisi qizargan, terisi quruq, in'eksiya joylari ko'kargan. Periferik limfa tugunlari kattalashgan.

Nafas olish majmuasida: burundan tomchilab yoki oqim bilan qon kelishi, bu qisqa yoki uzoq, o'rtacha 3-4 kun davom etishi mumkin. O'pkada tarqalgan quruq xirillashlar (10-13%) kuzatiladi. Kasallik og'ir o'tayotganda o'pkada mayda o'chog'li bronxopnevmoniya belgilari yuzaga keladi.

Yurak, qon-tomir majmuasida: tomir urishi tezlashgan, sust to'lalilik va taranglikda, A/B— 90-70/50-30 mm simob ustunida kollaps holati ham bo'lishi mumkin.

Ovqat hazm qilish majmuasida: ishtahasizlik, qon yo'qotilayotganda esa og'iz qurishi, chanqash, qorinning turli joylarida og'riqlar, ko'ngil aynishi, qonli qusish kuzatiladi. Bu belgilar kasallik engil o'tsa 1-2 kun davom etadi. Ayrim payt bemorlarda to'xtovsiz qonli qusish kuzatiladi. Ularda milklarning qizarishi va bo'rtganligi aniqlanib, bu belgi asosan pastki jag' milking kesuvchi tishlari atrofida yaqqol ko'rinadi. Milklar yumshaydi va qon keta boshlaydi, qon ketishi bir necha soatdan 4-8 kungacha davom etishi mumkin.

Kasallikning avj olish davrida bemorning lablari quruq, yorilgan, qonashga moyil, tili quruq, oqish-sarg'imtir karashli, ko'pincha «zangsimon» bo'lib, bu og'iz shilliq qavatidan, milklardan qon ketishga bog'liq bo'ladi. Og'izdan qo'lansa hid keladi, bu davrda tanglay murtaklari

qizargan bo'lib, tilcha, tanglay murtaqlari ravog'i biroz shishadi va bemor yutinganda, og'riq sezishiga sabab bo'ladi. Yumshoq tanglayda (asosan til ildizi sohasida), qattiq tanglay shilliq qavatida enantema paydo bo'lib, kasallikning 3-5 kunida yaqqol rivojlanadi. Enantema gemorragik, mayda nuqtasimon chegarasi aniq bo'lib, 5-7 kungacha saqlanadi. Qorni yumshoq, epigastral soha va kindik atrofida og'riq sezadi. Jigar va taloq aksariyat bemorlarda 1-2 sm ga kattalashadi.

Siydik ajratish majmuasida: bel sohasida og'riq, Pasternatskiy belgisi musbat bo'lishi, oligouriya, makro- va mikro-gematuriya, albuminuriya, anuriya, azotemiya bilan namoyon bo'ladi. Siydikda 0,99 promilligacha oqsil aniqlanadi.

Ayollarda bachadondan qon ketish kuzatiladi. Homilador ayollarda homila tushishi yoki vaqtdan oldin tug'ruq sodir bo'lishi mumkin.

Kasallikning hamma hollarida bemorlarda birdan yuzaga keluvchi kuchli bosh og'rig'i, qaltirash va yuqori isitmalash qayd etiladi. Ayrim paytda bosh aylanishi kuzatiladi. Bemorning uyquchanligini, adinamik holatini e'tiborga olish lozim. Og'ir holatlarda bemorlarda, aksincha, qo'zg'alish, alahsirash, gallutsinatsiya, meningeal belgilar paydo bo'lib, keyinchalik to'lahushini yo'qotadi, bradikardiya, gipotoniya, qorinda og'riq, ich qotishi yoki ketishi, ko'z qorachilarining nisbatan torayishi, yorug'likka sust reaksiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Kasallikning avj olish davrida periferik qon tahlilida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: 90 % hollardagi poxrom anemiya, 75-80% hollarda 1 mm^3 qonda eritrotsitlar 2,0-3,0 mln ta aniqlanadi. Kasallik og'ir o'tayotganda, uzoq vaqt qayta qon ketishi bilan davom etsa, eritrotsitlar soni 1,0 mln gacha, gemoglobin 20-25 g/l gacha kamayadi. Rang ko'rsatkichi ko'pincha 1,0 dan past bo'ladi. Bu davrda qon tahlilidagi xarakterli belgilardan biri trombositlar miqdorining kamayishi bo'lib, bu 25-33% tekshirilgan bemorlarda 50 minggacha kamaygani kuzatiladi. Kasallik qancha og'ir o'tsa, trombositopeniya shunchalik kuchli bo'ladi. Kasallikning avj olish davrida oq qon tanachalaridagi o'zgarish leykopeniya (1 mm^3 qonda 1100-4000 gacha) bilan namoyon bo'ladi. Leykotsitar formulada nisbiy limfotsitoz, neytropeniya, aneozinofiliya yoki eozinopeniya, monotsitopeniya, EChT 30-60 mm/soatgacha tezlashadi. Gemorragik isitma kasalligi 80-95% hollarda o'rta og'ir yoki og'ir shaklda o'tadi.

G. Rekonvalesstensiya davri bemorda klinik belgilarning so'nishi, hosil bo'lgan gemorragik toshmalarning rangi kundan-kunga yo'qola boshlashi, ishtahasining ochilishi bilan xarakterlanadi.

Gemorragik isitma kasalligi asoratlari: ko'p miqdorda qon yo'qotish natijasida gemorragik karaxtlik, ikkilamchi infeksiya qo'shilishi tufayli

o'choqli yoki bo'lakli pnevmoniya, sepsis, o'pka shishi, o'tkir buyrak etishmovchiligi, otit, tromboflebit bo'lishi mumkin.

Tashxisoti. Bemorni erta aniqlash, uni samarali davolash hamda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o'z vaqtida tashkil etish uchun ahamiyatlidir. Ammo gemorragik isitmaning boshlang'ich davrida, ya'ni umumtoksik belgilar paydo bo'lganda, bemorga tashxis qo'yish juda qiyin. Shuning uchun ham bu kasallikda tashxis ko'pincha gemorragik davrda qo'yiladi. QKGI kasalligi tarqoq (sporadik) qayd etilganda, 90-95% holatlarda "o'tkir respirator infeksiya" va "noma'lum etiologiyali isitma" tashxislari bilan yotqiziladi. Shu bilan birgalikda bu kasallikning boshlang'ich davrida dastlabki tashxis qo'yishda ayrim klinik va epidemiologik mezonlar mavjud.

Epidemiologik anamnezda bemorning tabiiy o'choqdan ekanligi, kana chaqqanligi, kanani qo'li bilan ezib o'ldirganligi, qo'llari mayda shoxli hayvonlarning junini qirqayotganda kana qoni bilan ifloslanishi va hokozolar surishtiriladi.

Laboratoriyaviy tashxisoti. Gemorragik isitmalarda bemor qonida virus yoki unga qarshi paydo bo'lgan spetsifik antitela serologik usulda aniqlanadi.

Virusni ajratish faqat virusologiya ilmiy tekshirish institutlarining ruxsatnomasi bo'lgan tahlilxonalarda o'tkaziladi. Buning uchun kasallikning o'tkir davrida, yuqori isitma paytida, bilak venasidan qon olinadi. Olingan qon ikkiga bo'linib, biri virusni ajratish uchun, ikkinchisi esa serologik reaksiya uchun foydalaniladi. Serologik tekshiruviga olingan qon steril penitsillin yoki insulin flakoniga solinib, yorliqlanib, maxsus muz solingan konteynerga yoki keng og'izli termosga solinadi. Serologik tahlil uchun kasallikning boshlang'ich davrida va 2-3 haftadan keyin juft zardob olinadi. Tahlilga qon olinayotganda, uning sachrashidan, teri va shilliq qavatlarning ifloslanishidan ehtiyot bo'lish kerak. O'lim holati qayd etilganda, laboratoriya tekshiruviga murda organlari bo'laklari (miya, jigar, taloq, buyrak, o'pka) steril flakonlarga solinib, maxsus laboratoriyaga yuboriladi. Kasallikning birinchi haftasida o'lim yuz bersa, murdadan olingan seksion materiallardan hamma hollarda virus ajratiladi.

Davosi. O'zbekiston gemorragik isitmasida maxsus davo maqsadida rekonvalesentlarning qoni va qon zardoblari kasallik kechim og'irligiga mos holda vena ichiga tomchilab yuboriladi. Hozirgi kunda viruslarga qarshi preparatlar (amiksin, tsikloferon)ning bu kasalliklarda samaradorligi o'rganilayapti (Obloqulov A.R., Narziev I.I. 2001). Davo choralari asosan zaharlanish, gemorragiyani bartaraf etish va yurak-qon tomir tizimi faoliyatini yaxshilashga qaratilgan bo'ladi. Bemor 2-4 hafta davomida o'rmda yotadi. Oson hazm bo'ladigan kaloriyali, vitaminlarga boy ovqat beriladi.

Mineral suvlar, ho'l meva va sabzavot sharbatlari ko'p beriladi. Vitamin C, B va P preparatlari tayinlanadi. Qusishga qarshi yalpiz preparatlari, anestezin va novakainning 0,5 % eritmasi osh qoshiqda uch mahal ichiriladi. Me'da 2-3 % li soda eritmasi bilan qayta-qayta yuviladi. Venaga 10%li osh tuzi eritmasi va teri ostiga 1,0 ml, 2,5 %li aminazin yuboriladi. Zaharlanish kuchli bo'lganda, qon quyiladi, kortikosteroidlar tavsiya etiladi.

Gemorragiyaga qarshi kaltsiy xloridning 10%li eritmasidan 10 ml, natriy xloridning 10%li eritmasidan 10-50 ml, jelatinaning 10%li eritmasidan 10 ml, kaltsiy glyukonatning 10%li eritmasidan 5-10 mldan venaga yuboriladi. Gemostatik dozada qayta-qayta qon quyiladi. Giperimmun immunoglobulin foydali ta'sir ko'rsatadi. Bemorning ahvoli bir qadar yaxshilanib qolganidan keyin kamqonlikka qarshi 100 mgdan vitamin B₁₂ mushak orasiga, 2,0 mldan kampilon yoki antianemin mushaklar orasiga in'eksiya qilinadi, 0,5 gdan 3 mahal kaltsiy glitserofosfat ichiriladi. Mabodo qandaydir asoratlari paydo bo'lsa, antibiotiklar tayinlanadi.

Profilaktikasi. Profilaktik chora tadbirlar tabiiy o'choqlarda kemiruvchilarni yo'qotishga qaratilgan. Shuning bilan birga turar joylarda va ular atroflarida sanitariya-gigiena qoidalariga qat'iy rioya qilishdan iborat. Gemorragik isitma kasalligining kasalxonada ichi infeksiyasi sifatida qayd etilishining oldini olish maqsadida quyidagilarga e'tibor qaratilishi qat'iy talab etiladi:

1. Gemorragik isitma kasalligiga chalingan yoki shu kasallikka gumon qilinganlar hamda kana chaqqanlar yuqumli kasalliklar kasalxonasining (bo'limining) maxsus jihozlangan xonasiga (boksiga) «Epid tashuv» yoki «Tez yordam» avtotransportlarida olib kelinib yotqiziladi.

2. Bemorga tibbiy yordam faqat maxsus tayyorgarlikdan o'tgan vrach va o'rta tibbiyot xodimlari tomonidan beriladi. Kichik tibbiyot xodimlarining bemorga xizmat ko'rsatishi ta'qiqlanadi.

3. Bemor parvarishiga, unga yordam ko'rsatishga oila a'zolari, qarindoshlari va yaqinlarining ishtiroki qat'iy man etiladi.

4. Qo'llari jarohatlangan, yiringli jarayonlari bo'lgan tibbiyot xodimlariga bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish, parvarish qilish ruxsat etilmaydi.

5. Bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda va parvarish qilishda tibbiyot xodimlari birinchi tur o'latga qarshi kostyumdan foydalanadi. Qo'llariga ikki juft rezinali qo'lqop ustma-ust kiyilishi, og'iz burunga 4 qavatli doka niqob va ko'zga ko'zoynak taqilishi shart.

6. Bemorga tibbiy yordam ko'rsatish va parvarish etishda bemorlar qoni bilan ifloslanishdan juda ehtiyot bo'lishi kerak. Tibbiyot xodimlari

bemorlarning qoni orqali o'ziga bu kasallikni yuqtirib olishi mumkinligini har soniyada yodlarida tutishlari shart.

7. Bemorlarga parenteral muolajalarni tayinlash masalasiga juda jiddiy qarash kerak, va imkon qadar bu muolajalarni kamaytirish lozim.

8. Vrach bemorlarni ko'rgandan so'ng, o'rta tibbiyot xodimi muolaja va bemorlar parvarishi bilan shug'ullangandan keyin qo'llarini 3%li xloramin eritmasida ho'llangan sochiq bilan artishi kerak.

9. Bemorlarga faqat bir marta foydalaniladigan shpritslar, igna va boshqa ayrim tibbiy uskunalar ishlatiladi, ular ishlatilgach, 3%li xloramin eritmasiga solinib, bir soat davomida saqlanadi, so'ngra yo'qotiladi (mufel o'chog'ida yoqiladi).

10. Foydalanilgan rezinali qo'lqop, niqob echilib, 3%li xloramin eritmasiga cho'ktirilib, 1 soat davomida saqlanadi, so'ngra yuviladi. Ko'zoynak 70 % li etil spirtida ho'llangan bint bilan artiladi. Bemor qoni va boshqa chiqindilari bilan ifloslangan kiyimlari ham 3%li xloramin eritmasida ivitiladi va so'ngra yuviladi.

11. Bemor chiqindilariga (qon, siydik, najas, qusuq massalari, so'lagi) xlorli ohak yoki gipoxlorit kaltsiy kukuni (1:2 nisbatda) sepilib aralashtiriladi, 2 soat davomida ekspozitsiya qilinadi va kanalizatsiyaga oqiziladi, kanalizatsiya bo'lmagan taqdirda maxsus xandakka tashlanadi.

12. Bemor chiqindilari bilan ifloslangan yumshoq jihozlar, tibbiy asbob-uskunalar 3%li xloramin eritmasida yuqumsizlantiriladi, idish-tovoqlar esa 2%li sodali eritmaga solinib, 20 min qaynatiladi. Bemor chiqindilari bilan ifloslangan salfetkalar, paxtali shariklar, bintlar, qog'oz va hokazolar maxsus idishga solinib, mufel o'chog'ida yoqib yuboriladi.

Bemorni davolashda va parvarishida ishtirok etgan tibbiyot xodimlari olti kun davomida tibbiy kuzatuvga olinadi.

Uzoq Sharq gemorragik isitmasi yoki gemorragik nefrozonefrit

Etiologiyasi. Bu isitmani ham arbovirus avlodiga kiradigan virus qo'zg'atadi. Virusning rezervuari mayda kemiruvchi hayvonlardir (sichqonlar va kalamushlar). Kasallik odamlarga kemiruvchilarning ektoparazitlari orqali transmissiv yo'l bilan yuqadi. Kemiruvchilar najasi bilan ifloslangan har xil buyumlar orqali ham yuqishi mumkin (kontakt yo'li), lekin odamga yuqmaydi. Bu kasallik Uzoq Sharq, Koreya, Rossiyaning Yaroslavl, Kalinin va Tula viloyatlarida uchraydi.

Patogenezi. Odam organizmiga kirgan viruslar retikulo-endotelial to'qimalarga o'rtnashib, shu erda ko'payadi, so'ngra qonga tushadi va butun

organizmga tarqaladi. Virusemiya 5-6 kun davom etadi. Organizm virus toksini bilan zaharlanadi. Virus toksini bevosita mayda qon tomirlari va asab tizimiga ta'sir qiladi. Vegetativ asab tizimi parasimpatik qismining funksiyasi kuchayib ketadi. Buyrak qon tomirlari va kapillyarlari zararlanadi, bu, o'z navbatida, buyrak kanalchalarini toraytirib, oliguriya boshlanadi. Siydikda tsilindrlar, eritrotsitlar, oqsil, epiteliy hujayralari paydo bo'ladi. Qonda qoldiq azot miqdori ko'payadi, ba'zi bemorlarda qon bosimi ko'tariladi (buyrakka aloqador gipertoniya).

Bemorning hamma organlaridagi mayda qon tomirlari devorida destruktiv o'zgarishlar yuz beradi. Biriktiruvchi to'qimalar, asab tizimida tsitolizga xos o'zgarishlar ko'riladi. Buyrakda intersitsial-gemorragik nefrit alomatlari yuz beradi.

Klinikasi. Yashirin davri 11-26 kun davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanadi. Bemor eti uvishib, harorati 39-40 darajaga ko'tariladi va 3-5 kun davomida shu holda turadi. Bemorning boshi, mushaklari, beli og'riydi, darmoni quriydi. Ishtahasi yo'qoladi, ko'ngli aynib, qusadi, ko'zi xiralashadi. Keyin harorat sekin-asta pasayib, kasallikning 4-9 kunlariga borganda, normal darajagacha tushadi. Kasallik yengil o'tganida, harorat ko'tarilmasligi mumkin.

Bemorlar atrofga e'tibor bermay xayol surganday bo'lib yotadi. Bemor tanasining yuqori qismi va yuzi qizargan bo'ladi. Ko'zlari ham qip-qizarib, shilliq pardalari shishib turadi. Kasallikning 2-3 kuni ko'krak kafasining yon tomonlari, yelkaning ichki tomonida va qo'ltiqda petexial toshma ko'rinadi. Tanglayda enantema paydo bo'ladi. Toshmalar 1-2 haftadan so'ng yo'qoladi. Ukol qilgan joylarga qon quyilib qoladi. Ba'zan uchuq toshadi. Bemor me'da sohasida og'riq sezadi, ba'zan ketma-ket qusaveradi. Qusuq qon aralash bo'ladi. Bemorni hiqichoq tutishi juda holdan ketkazadi. Bemor tili karash bilan qoplanadi, tomoq shilliq pardasi qizaradi, ba'zan enantema va gemorragiya ko'rinadi. Ichak shilliq pardasi va qorin pardasi orasidagi to'qimalariga qon quyilishi, qorin og'rigiga sabab bo'ladi. Jigar shishadi, og'riydi.

Bu isitmada buyrakning zararlanishi xarakterlidir. Siydikda oqsil va eritrotsitlar topiladi. Kasallikning 5-7 kunlaridan boshlab Pasternatskiy belgisi yaqqol aniqlanadi, siydik kamayib, anuriyagacha boradi. Oliguriya 9-12 kungacha davom etadi, so'ngra poliuriya bilan almashinadi, bemorlar bir kecha-kunduzda 3-5 l gacha siyadi. Shu vaqtda bemorni tashnalik bezovta qiladi. Poliuriya yaxshi alomat hisoblanadi. Tekshirishlar buyrakning konsentrlash funksiyasi buzilganini ko'rsatadi. Qonda qoldiq azot ko'payadi. Ba'zi hollarda bemorning es hushi kirdi-chiqdi bo'lib turadi, gallutsinatsiya, infeksiyon psixoz va meningizm alomatlari ko'rinadi.

Bemorning ko'zi xiralashadi, buyumlar qizg'ish bo'lib ko'rinadi. Bunday holat 2-3 kun davom etadi. Bu darddan sog'ayish davri 2-3 oyga cho'ziladi.

Asoratlari. Eng og'ir asorati azotemik uremiyadir. Kamdan-kam hollarda buyrak po'stloq qavati yorilishi mumkin. Zaharlanish kuchli bo'lganda, o'tkir tomirlar yetishmovchiligiga xos alomatlar uchraydi. Ba'zan ikkilamchi infeksiya qo'shilish natijasida otit, parotit, tromboflebit, pnevmoniya boshlanadi.

Laboratoriyaviy tashxisoti. Kasallik virusini jo'ja embrionida urchitish yo'li bilan ajratib olish mumkin. Kasallikning ikkinchi haftasidan boshlab KBR musbat natija bera boshlaydi.

Tashxis uchun siydikni tekshirish muhim ahamiyatga ega. Hamma vaqt albuminuriya aniqlanadi. Siydik cho'kmasida eritrotsitlar, gialin va mumsimon tsilindrlar, buyrak epiteliyasi hujayralari topiladi. Kasallikning birinchi kunlarida gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ko'payadi va leykotsitlar soni kamayadi. Kasallik avjiga chiqqanida, leykotsitoz (30-50 ming) boshlanib, qonda mielotsitlar, promielotsitlar va megaloblastlar paydo bo'ladi. Ba'zan ulkan neytrofillar ko'rinadi. Sog'ayish davrida yanada qaytadan leykopeniya bo'ladi, limfotsitlar kamayib, monotsitlar ko'payadi, ba'zan gisteotsitlar paydo bo'ladi, eozinofillar yo'qoladi, Tyurk hujayralari topiladi. EChT boshlanishda sekinlashadi, keyin tezlashadi.

Davosi. Buyrak sindromi bilan o'tadigan gemorragik isitmaning davosi boshqa xil gemorragik isitmalar davosi bilan bir xil, agar azotemiya holati yuz bersa, gemodializ yoki peritonial dializ tavsiya qilinadi. Poliuriya davrida suv – elektrolitlar muvozanatini saqlashga qaratilgan davo choralari ko'riladi.

Profilaktikasi. Bemor albatta kasalxonaga joylanadi va kasallikning tibbiy xodimlarga yuqmaslik choralariga alohida e'tibor qilinadi. Endemik o'choqlarda kemiruvchilarni yo'q qilishga qaratilgan choralar ko'riladi.

Bezgak

Bezgak (sin.febris intermittens-lot, intermittent fever-angl, Wechseltieber, Sumptieber-nem, Paludisme, Fieve palustre-frans, Paludisino-isp.)

Bezgak – odam protozoy transmissiv kasalliklar guruhiga kirib, Anopheles turkumiga mansub chivin orqali tarqaladi. Retikulogistotsitar tizim va eritrotsitlarning zararlanishi, isitma paroksizmlari, anemiya va gepatolienal sindrom bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Bezgak qo'zg'atuvchilari bir hujayrali mikroorganizm bo'lib, protozo atipi, sporozoa sinfiga, haemosporidea otryadi, plasmodi

oilasi, plasmodium avlodiga mansub. Plazmodiylarning 60 dan ortiq turi mavjud bo'lib, bezgakning 4 xil turi:

Plasmodium vivax — 3 kunlik bezgak qo'zg'atuvchisi;

Plasmodium malyaria - 4 kunlik bezgak qo'zg'atuvchisi

Plasmodium ovale — 3 kunlik bezgakka o'xshash;

Plasmodium falciparum — tropik bezgak qo'zg'atuvchisi farqlanadi.

Bezgak plazmodiylari biologik va immunologik xususiyatlari bilan, dori preparatlariga sezuvchanligiga qarab farqlanadi.

Bezgak qo'zg'atuvchisining hayot tsikli 2 ta faza — jinsiy va jinssiz tsikldan iborat bo'lib — xo'jayinlarning almashishi bilan bog'liq. Jinsiy faza (sporogoniya) chivin organizmida (asosiy xo'jayin), jinssiz faza (shizogoniya) — odam organizmida (oraliq xo'jayin) rivojlanadi. Qo'zg'atuvchisi bo'lgan chivin odamni chaqqanda, so'lagidagi sporozoitlar qonga tushib, jigarga borib gepatotsitlar ichiga kiradi va shizontlarga aylanadi, shizontlar bo'linishi natijasida merozoitlar hosil bo'ladi (10000-40000 gacha). To'qima (ekzoeritrotsitlar) shizogoniyadavomiyliги Pl.falciparum — 6 kun, pl.malaria — 15 kun, pl.ovale — 9 kun, pl.vivax — 8 kun. Ekzoeritrotsitlar rivojli genetik determinatsiyalangan. A.Ya. Lyasenko (1976) taklifiga ko'ra, jigarga kirgandan so'ng tez rivojlansa taxisporozoitlar, uzoq pauzadan keyin rivojlansa bradisporozoitlar deyiladi. Ekzoeritrotsitlar shizogoniya natijada hosil bo'lgan merozoitlar eritrotsitlar ichiga kirib, eritrotsitar shizogoniya boshlanib, klinik belgilar boshlanadi.

Eritrotsitar shizogoniyadavomiyliги Pl.falciparum, pl.vivax, pl.ovale — 48 soat, pl. malaria — 72 soat. Eritrotsitlar parchalanishi natijada merozoitlar plazmaga chiqadi, bir qismi o'lib, qolgani yana eritrotsitlar ichiga kirib, tsikl takrorlanadi. Eritrotsitar shizogoniya natijada merozoitlarning bir qismi erkak va urg'ochi jinsiy hujayralariga aylanadi (gametotsitlar). Bir necha soatdan so'ng ba'zi gematotsitlar o'ladi, ba'zilar tirik qoladi. Chivin chaqqandan keyin jinssiz formalar parchalanib, jinsiy formalar murakkab tsiklga o'tadi. Erkak (mikrogametalar) urg'ochi (makrogometalar) bilan qo'shilib, zigota hosil bo'ladi, zigota uzunchoq, chugalchangsimon bo'lib, oshqozon devoriga kirib, ootsistaga aylanadi, ootsista yadro va tsitoplazmasi bo'linib, sporozoitlar hosil bo'ladi. Sporozoitlar chivin tana bo'shlig'iga tushib, gemolimfa oqimi bilan butun organizmiga tarqaladi va so'lak bezlarida to'planadi. Shu vaqtdan boshlab chivin yuqumli bo'ladi, 40-50 kundan keyin esa kasallik chaqirish qobiliyati yo'qoladi.

Epidemiologiyasi. Tabiiy sharoitlarda bezgak — transmissiv antropoz protozoydir. Kasallik manbai qonida gametotsitlar bo'lgan odam, bezgakning birlamchi yoki retsidivlovchi shakllari bilan kasallangan

bemorlar, jumladan gameta tashuvchilar. Yuqish yo'li transmissiv Anopheles chivinining urg'ochisi chaqishidir. Chunki uning organizmida sporogoniya — sporozoitli infeksiya tugagan bo'ladi. Bundan tashqari parenteral yo'l parazit tashuvchilar qonini gemotransfuziya maqsadida ishlatilganda, parenteral muolajalarni startiga ishlov berilmagan instrumentlar bilan amalga oshirganda, pirogen terapiya jarayonida, shuningdek transplatsentar (tropik bezgak yoki tug'ruqda— infeksiya) yo'li orqali ham yuqadi.

Havo harorati 15°C dan yuqoriligi 30 kundan kam davom etsa, bezgak tarqalmaydi, 30— 90 kun bo'lsa yuqish xavfi kam, 150 kun davom etsa, informatsiya manbai va chivinlar bo'lgandagina yuqish va tarqalish xavfi ko'payadi. Odamning kasallanishi chivin chaqqanda yoki bezgak bilan kasallangan bemor qonini qo'yganda kelib chiqadi. Chivinning zararlanishi odam qonida etuk gamontlar paydo bo'lgandan keyin yuz beradi, bo'ladi. 3 va 4 kunlik bezgakda 2-3 chi xurujdan keyin, tropik bezgakda 7— 10 chi kunda bo'ladi.

Patogenezi. To'qima shizogoniyasi klinik belgilersiz kechadi. Klinik belgilar eritrotsitar shizogoniya natijasida kelib chiqadi.

Isitma xuruji — qonga eritrotsitning patologik o'zgargan oqsili chiqishiga, hayot mahsulotlari va merozoitlar chiqishiga javoban termoregulyatsiya markazining reaksiyasidir. Isitma xurujining kelib chiqishida nafaqat plazmodiy bo'lishi, balki organizm allergik reaksiyasi ham ahamiyatga ega. Isitma xuruji vaqtida periferik tomirlar spazmi natijasida qaltirash, isitma vaqtida tomirlar kengayadi, tomirlar o'tkazuvchanligi oshadi, qon suyuq qismi tashqariga chiqib, qon yopishqoqligi oshadi va qon harakati susayadi. Isitma huruji ma'lum vaqt o'tgach takrorlanadi. Bu vaqt eritrotsitar shizogoniyaning davomiyligiga bog'liq. Pl. ovale, pl. vivax. Rl. falciparumlarning eritrotsitar shizogoniyasi 48 soat davom etganligi uchun isitma xuruji kun oralab, pl. malariaeda 72 soat davom etganligi uchun xuruj ikki kun oralab takrorlanadi. Gemoliz natijasida hosil bo'lgan tromboplastik moddalar giperkoagulyatsiyani kuchaytiradi, natijada disseminatsiyalashgan tomirichi qon ivishi rivojlanadi, qon aylanishning o'tkir etishmovchiligi va miya oziqlanishi buziladi.

Buyrak usti bezi yetishmovchiligi, mikrotsirkulyatsiya buzilishi, hujayra nafasi buzilishi hisobiga o'tkir buyrak yetishmovchiligi — “shokli buyrak” kelib chiqadi.

To'qima nafasi buzilishi, adenilattsiklaza aktivligi o'zgarganda, enterit rivojlanadi. Birinchi xurujlarda jigar va taloq qonga to'lishi va eritrotsitlar parchalanish mahsulotlariga javoban jigar va taloqda gemomelanin miqdori

oshib, endoteliy gi perplaziyasi, kasallikuzoq kechganda, birlamchi to'qima o'sadi, organlar induratsiyasi kuzatiladi.

Anemiya og'irlik darajasi parazitemiya darajasi va kasallik davomiyligiga bog'liq. Taloq kattalashishi gi persplenizm sindromining rivojlanishiga sabab bo'lib, anemiya, leykopeniya va trombotsitopeniyaga olib keladi. O'pkada mikrotsirkulyatsiyalar buzilishlar bronxit, og'ir kechganda zotiljamga sabab bo'ladi. Jigarda qon aylanish buzilishi distrofik va nekrotik o'zgaradi, AlAT, AsAT faolligi oshadi, pigment almashinuvi buziladi. Nefrotik sindrom bezgak immunkomplekslarining bazal membranada cho'kishi bilan bog'liq.

Ayniqsa, bezgak suvsizlanish, qizib ketish, anemiya, qorin tifi, virusli gepatit, amyobiaz va boshqa infeksiyalar qo'shilganda, og'ir kechadi.

Klinikasi. Uch kunlik bezgak sporozoit tipiga qarab yashirin davri qisqa (10-21 kun), uzoq (6-13 oy) kechadi. Takroriy xurujlar latent davrdan 3-6-14 oy va 3-4-yildan keyin rivojlanadi. Birinchi marta kasallanganda, holsizlik, bosh og'rig'i belda qo'l-oyoqda og'riq yuzaga chiqadi. Xurujdan oldin 2-3 kun tanaharorati 38-39°C noto'g'ri tipda bo'ladi. Keyinlik xurujlar aniq ifodalangan, bir xil intervaldan keyin va kunning bir xil vaqtida (11-15 s) rivojlanadi. O'rta og'ir va og'ir kechganda, qaltirash paytida holsizlik, bosh og'rig'i, belda og'riq, tez nafas olish, takroriy qusish kuzatiladi. Bemorlar sovqotadi, yuzi rangpar bo'ladi, qaltirashdan keyin isib ketadi, yuzi qizaradi, teri issiq, bosh og'rig'i, chanqash, ko'ngil aynishi, taxikardiya, Q/B – 105/50-90/40 mm.sim.ust.gacha pasayadi, o'pkada quruq xirillash bronxit belgisi hisoblanadi. Qorin dam, suyuq ich ketish paydo bo'ladi. Qaltirash davomiyligi 20-60 min, isib ketish 2-4 soat davom etadi. Keyin harorat pasayadi va 3-4 soatdan keyin normallashadi. Bu davrda terlash kuchli bo'ldi. Isitma xurujlari 5-8 soat davom etadi. Xurujlar orasidagi davr 40-42 soatga teng bo'ladi. Jigar va taloq kasallikning birinchi haftasida kattalashadi. Anemiya asta-sekin rivojlanadi. Davolanmaganda isitma xurujlari 4-5 hafta davom etadi. Erta retsivlar 6-8 haftadan keyin paydo bo'lib, takroriy paroksizm bilan, prodromal belgilersiz kechadi. Asoratlar kamdan-kam bo'lib, qizib ketganda yoki suvsizlanishda, uchkunlik bezgak endotoksik shok shaklida yuz berishi mumkin.

To'rt kunlik bezgak. Inkubatsion davri 21-40 kun, v/i orqali zararlanganda bir necha oygacha. Asosiy farqlovchi belgisi qo'zg'atuvchining organizmda kasallangandan keyin uzoq saqla-nishidir. Prodromal belgilar kamdan-kam bo'lib, 3 kunlik bezgakka o'xshaydi. Tipik isitma paroksizmlari 13 soat davom etib, har 4 chi kunda takrorlanadi. Taloq asta-sekin kattalashadi va kasallangandan 2 haftadan keyin

paypaslanadi. Anemiya asta-sekin rivojlanadi, parazitemiya ham kam ifodalangan. Davolanmaganda, kasallik bir necha oy davom etadi.

Tropik bezgak. Yashirin davri 8-16 kun. Og'ir kechadi. Bezgakka qarshi dorilar bilan davolanmaganda, kasallikning birinchi kunlari letallik bilan tugaydi. Birinchi kasal bo'lganda, prodormal davrda umumiy holsizlik, terlash, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, 2-3 kunlik harorat 38°C kuzatiladi. Kasallik to'satdan, qaltiroq, tana haroratining ko'tarilishi, qo'zg'alish, bosh og'rig'i, mushak va bo'g'imlarda og'riq bilan boshlanadi. Birinchi 3-8 kun isitma doimiy ti pda, keyin o'zgarib turuvchi tavsifda bo'ladi. Xuruj kunning xohlagan vaqtida, ko'pincha birinchi yarmida bo'ladi, harorat pasayishi terlash bilan kechmaydi, isitma xurujlari 1 sutkadan ortiq (30 soat), apireksiya davri qisqa bo'ladi.

Qaltirash va isitma vaqtida teri quruq bo'lib, taxikardiya va A/B – 90/50-80/40 mm.sim.ust.gacha kamayadi, nafas olish tezlashadi, quruq yo'tal, quruq va ho'l xirillashlar, dispeptik o'zgarishlar: anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusish, epigastral sohada og'riq kuzatiladi. Taloq birinchi kundan kattalashadi, og'riqli toksik gepatit rivojlanadi, jigar faoliyati buziladi. Qon zardobida bog'liq va erkin bilirubin, aminotransferazalar aktivligi oshgan. Normotsitar anemiya, 10-14 kunda Nv 70-90 g/l.ga, eritrotsitlar 2,5-3,5·10¹²/l.ga pasayadi. Leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfotsitoz, retikulotsitoz, EChT oshishi qayd qilinadi.

Pl.ovale – inkubatsion davri 10-16 kun davom etadi. Yengil kechadi, to'satdan sog'ayish bo'lishi mumkin. Klinik ko'rinishga qarab 3 kunlik bezgakka o'xshaydi. Farqi – xurujlar boshlanishi kechki soatlarda kuzatiladi. Kasallik davomiyligi ikki yil. Retsidivlar yuz berishi mumkin.

Asoratlari: tserebral (bezgak komasi), infeksiyon-toksik karaxtlik (algid forma), gemoglobinuriyali isitma.

Infeksiyon-toksik karaxtlik - kuchli holsizlik, teri ranglar, sovuq, ter bilan qoplangan. Yuz chiziqli o'tkirlashgan, ko'zlar chuqurlashgan, harorat pasaygan. Barmoqlar rangpar. Puls tezlashgan, A/B pasaygan, nafas yuzaki bo'lib, minutiga 30 martagacha, diurez kamaygan, ba'zan diareya kuzatiladi

Gemoglobinuriyali isitma – xinin yoki primaxin qabul qilgandan keyin to'satdan kuchli qaltirash, gi pertermiya, bo'g'im vamushaklarda og'riq, o'tli qusish, bosh og'rig'i, siydik qora rangda bo'ladi. Anemiya rivojlanadi, gematokrit pasayadi retikulotsitoz rivojlanadi. Eng og'ir belgi o'tkir buyrak etishmovchiligi bo'lib, qonda tezda kreatinin va mochevina oshadi. Teri va shilliq qavatlar sarg'ayadi, gemorragik sindrom kelib chiqishi mumkin. Gemoglobinuriya 3-7 kun davom etadi.

Ko'krak yoshli bolalarda bezgak xurujlarning atipikligi bilan farqlanadi. Qaltirash kam ifodalangan, teri rangpar, keyin ko'karadi, ko'p terlamaydi. Xurujlar orasidagi davr aniq ifodalangan, tana harorati baland bo'ladi. Jigar, taloq kattalashadi, anemiya rivojlanadi. Og'ir holda meningoensefalit belgilari: qusish, tutqanoq, toksikoz, ichaklar disfunktsiyasi, infeksiyon xarakterlik belgilari rivojlanadi.

Homiladorlikdagi bezgak xomilaga yomon ta'sir qiladi. Homiladorlik bola tashlash, o'lik tug'ilish yoki chala tug'ilish bilan tugaydi. Chala tug'ilgan bolalarda anemiya, jigar va taloq kattalashgan bo'ladi. Homilador ayolda kasallik og'ir anemiya, toksik gepatit, shish-istisqo sindromi bilan kechadi.

Tashxis va qiyosiy tashxis. Bezgak tashxisini xarakterli klinik belgilar tipikisiz, aniq ifodalangan hepatolienal sindrom va anemiya belgilari tasdiqlaydi. Qonda gemoglobin miqdori va eritrotsitlar soni kamaygan, retikulotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz, EChT oshishi kuzatiladi. Shuningdek, epidemiologik anamnez-endemik zonada 2-yil yashagani ahamiyatga ega.

Tashxis qalin qon tomchisida yoki qon surtmasida plazmodiyalar aniqlanishi bilan tasdiqlanadi. 3 kunlik yoki 4 kunlik bezgakka shubha qilinganda, isitma xuruji yoki apireksiya vaqtida plazmodiyalar topiladi. Bezgakning tropik formalarida xurujning har oltinchi soatida surtma olinadi.

Bezgakning boshlang'ich davrini (isitma, umumiy holsizlik, qaltirash, organlar zararlanish belgilarisiz kechishi) boshqa kasalliklar – qorin tifi, o'tkir respirator kasalliklar, pnevmoniya, Ku isitmasi, leptospirozdan farqlash kerak.

Davosi. Etiotrop va patogenetik. Bezgakni davolash quyidagi yo'nalishlarga: bezgak xurujini bartaraf qilish, dastlabki va kechki retsidivlarning oldini olish, gameta tashib yuruvchilarni tugatishga qaratiladi. Bezgak epidemiyasiga klinik shubha qilinganda, parazitga qarshi davolanadi. Bu infeksiyon–toksik xarakterlikning oldini olishga yordam beradi. Bezgakka qarshi etiotrop preparatlar quyidagi 4 guruhga bo'linadi:

1) gametoshizotrop – eritrotsitlar shizontlarga ta'sir etuvchi – 4-aminoxinolin unumlari – xloroxin (xloroxin difosfat, xingamin, delagil, nivaxil), xinin, xloridin, sulfanilamid va sulfonlar, ayniqsa xloridin, meflokin, tetratsiklin;

2) gistoshizotrop- to'qima plazmodiyalariga ta'sir qiluvchi 8-aminoxinolin unumlari – primaxin, xinotsid;

3) Gametotsid: piremetamin, primaxin, xinotsid, proguanil

4) Sporontotsid: pirimetamin, proguanil

Bezgak xurujini bartaraf qilish uchun gematoshizotrop vositalari buyuriladi. Tropik va 4-kunlik bezgakni radikal davolashda bu preparatlar

samara bersa, 3-kunlik va ovali bezgakda esa, 8-aminoxinolin hosilalari (primaxin, xinotsid) buyuriladi.

O'tkir ichak xurujlariga qarshi xloroxin (delagil), xingamin ovqatdan keyin, har dozani suv bilan ichishga buyuriladi. Tropik bezgakka qarshi xloroxin birinchi kun 1,0 va 0,5 gr 6-8 soat oralab 2 marta, 2-5 kun 0,5 grdan, 3-kunlik, 4-kunlik ovale bezgakka esa 1,0gr, 2-5 kun esa 0,5 grdan buyuriladi.

3-kunlik va ovale bezgakni radikal davolashda primaxin yoki xinotsid xloraxin (delagil) bilan birgalikda yoki keyingisining davo kursidan so'ng buyuriladi. Primaxin 0,0027 gr (3 tabletkadan 1-3 marta ovqatdan keyin 14 kun mobaynida; xinotsid 0,03gr kuniga 1 mahal 10 kun mobaynida belgilanadi.

Kasalxonadan chiqarish anti-parazitar davo tugagandan so'ng, klinik sog'ayish, surtma (-), umumiy qon va siydikda o'zgarish bo'lmasa chiqariladi. 1 oy dam olish kerak, 2-yil davomida kuzatuvda bo'ladi.

Profilaktikasi. Epidemik jarayonning asosiy bo'g'imlariga qaratilgan. Kasal va parazit tashuvchilarni barvaqt aniqlash va davolash. Anofeles chivinlari tarqalgan vohalarni larvitsid preparatlar (GXTsG, malation, proposkur, abat, fenitropin) yoki imagotsid preparatlar (piritrum, fenitrotion, xemosterilizatsiya usuli), biologik usul (suv havzalarining gombuziyalash), antagonist hasharotlardan foydalanish. Shuningdek aholining bezgak infeksiyasiga moyilligini kamaytirish (ximioprofilaktika, vaksinatsiya).

Profilaktika maqsadida mefloksin 0.5 g x haftada 1 marta, fansimer (mefloksin+fansidar) 1 tabletkadan haftada 1 marta, artemizin (xitoy preparati) preparatlarni qabul qilish o'choqqa kelishdan bir necha kun oldin, o'choqdan chiqqandan so'ng 1 oy qabul qilinadi.

VII bob

JAROHAT ORQALI YUQADIGAN INFEKTSIYA

Kuydirgi kasalligi

Kuydirgi-zoonoz guruhiga mansub o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, isitma, umumiy zaharlanish belgilarini hamda teri va limfa tugunlarining seroz gemorragik yallig'lanish belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Bu kasallikning qo'zg'atuvchisi batsillalar oilasiga kiruvchi, tuzilishi tayoqchasimon, uzunligi 6-10 mkm, eni 1-1,5 mkm dan iborat *B. anthracis*. Tayoqchalar juft-juft holda yoki kalta zanjirsimon shaklda uchraydi. Bu mikroblar ikki xil shaklda uchraydi.

1. Vegetativ - ya'ni ko'payish shakli ichki muhitda.

2. Sporali - ya'ni himoyalash shakli. Vegetativ shaklida hayvonlarning yoki odamlarning organizmiga kirib olib, ko'payishni boshlaydi. Tashqi muhitga tushib qolgan batsilla mikroblari o'zini himoyalash uchun o'ziga spora, ya'ni himoya qobig'i hosil qiladi. Himoya qobig'i hosil qilgan batsilla tashqi muhitga, issiqqa, sovuqqa, namlikka, har xil zaharli ximikatlarga chidamli bo'ladi. Tashqi muhitda, tuproqda tushib qolgan mikroblar sporali 10-yilgacha yashaydi.

Qulay sharoitga tushgan batsilla mikroblari hayvon yoki odam organizmiga tushsa, o'zidan sporani tashlab, kapsula shakliga o'tadi. Ichki organizmga kirib olgan batsilla ayniqsa to'yimli ozuqa bor joyda (PH 7,2 – 7,6) normal haroratda (30–37°C) da tez o'sib ko'payadi. Sovuq havoda +12° dan past, issiqlik +43° dan baland bo'lgan havoda o'sishdan to'xtaydi. Mikroblarda yashash uchun yaxshi sharoit bo'lganda juda ham tez ko'payadi. Masalan, bitta mikroblar to'xtovsiz ikkiga bo'linish yo'li bilan bir sutkada 16 millionga etishi mumkin.

Yuqumli kasallikni qo'zg'atuvchi mikroblar faqat organik moddalar bilan oziqlanadi. Ular hayvon va odam organizmidagi shiralar bilan oziqlanadi va ular hisobiga yashaydi. Mikroblar odam organizmida yashash davrida o'zidan zaharli modda ajratadi. Bu moddalar toksin deyiladi. Toksinlar organizmning turli qismlariga ta'sir qilib, ularning normal ishlashini buzadi. Natijada odamlar kasallikka duchor bo'ladilar. *Bac anthracis* vegetativ shaklida 55°C haroratda 40 minutda, 60°C haroratda

15 minutda, qaynatilganda, o'sha zahoti o'ladi. Past haroratda ular — 10°C da 24 kun, -24°C da 12 kun, -180°C da batsilla 3-15 minut yashaydi.

Epidemiologiyasi. Kuydirgiga ko'plab uy va yovvoyi hayvonlar beriluvchan bo'ladi. Hozirgi vaqtda bu kasallik otlarda kam uchrayapti, cho'chqalar esa ko'proq kasallanayapti. Bu kasallikka odamlar ham beriluvchan bo'ladi, lekin hayvonlardan farqi shundaki, atrof- muhitga tarqatmaydi. Batsilla qoramollar organizmiga ko'pincha og'iz orqali kiradi. Ya'ni o'lgan hayvonlar ko'milgan joylardan oziqlanganda, suv ichganda kasallanadi, chaquvchi chivinlar, pashshalar kamroq hollarda kasallikka uchraydi. Hayvonlarda ko'proq bu kasallik ichaklarning o'tkir yallig'lanishi formasida uchraydi.

Kasal hayvonlarda qo'zg'atuvchilar biologik suyuqliklar (siydik, najas, balg'am, so'lak, sut) orqali tashqariga chiqariladi. Kasallikdan o'lgan hayvonning barcha a'zo va to'qimalari, ayniqsa terisi, juni, go'shti, qoni, ichak saqlanmasi, suyagi havfli hisoblanadi. Kasallik odamga turli hayvonlarni parvarishlaganda, terisini shilganda, go'shtini maydalaganda, termik ishlov berilmagan go'sht va go'sht mahsulotlari, sutni iste'mol qilishda ham yuqishi mumkin. Teri va juniga ishlov berilganda, kasallik aerogen yul bilan yuqadi. Qo'zg'atuvchi sporasi saqlangan tuproq va hayvonlar o'g'iti kasallanish uchun xavf tug'diradi.

Kuydirgi kasallik epidemiologiyasi uchta turga bo'linadi:

- 1) Kasbiy kasallik, qishloq xo'jaligi sohasi.
- 2) Kasbiy sanoat sohasi.
- 3) Tasodifiy maishiy.

Aynan kuydirgi kasalligi bilan ko'pincha chorvachilik bilan shug'ullanuvchi ishchilar, molboqarlar, cho'ponlar, zooveterinariya ishchilari, go'sht kombinatida ishlovchilar kasallanadi. Tasodifiy maishiy kasalligi bilan kasal molning egalari oilasi bilan, muloqotlilar, qassoblar, kasal molning go'shtini, terisini, yungini sotuvchilar kasallanadi.

Patogenezi. Qo'zg'atuvchining organizmga kirish yo'llari asosan og'iz-burun, terining yaralangan joyi, shilliq pardalar orqali o'tadi. Organizmga kirib olgan kasallik qo'zg'atuvchisi batsilla mikroblari o'zi uchun kapsula hosil qiladi. Kapsulada tez ko'payadi va o'zidan toksin ishlab chiqarib, to'qimalarning o'lishiga olib keladi. Kuydirgi zahari uch xil omildan iborat.

- 1) O'lim omili.
- 2) Ichki shish omili.
- 3) Himoyalaniş .

Teriga tushgan mikroblar teri ostiga kirib olib karbunkul hosil qiladi. Karbunkul ichida yiringlash va chirish jarayoni boshlanadi. Teri osti to'qimalarida shishlar paydo bo'lib, to'qimalarni nekrozga uchratadi va ular qo'ng'ir-qizil tusga kiradi. Kuydirgi karbunkuli faqat odamlarda

paydo bo'ladi. Shunga qaramasdan, batsillalar limfa bezlariga yaqin joylashgan bo'lib, olimlarning aytishiga qaraganda, shish va nekrozdan limfa tugunlari va tomirlarga o'tgan mikroblar ta'sir qilolmaydi. Mikroblar limfa tugunarida bir qancha vaqt saqlanib, bir qanchasi o'lib ketadi, qolgan tiriklari qonga o'tib oladi. Qonga o'tgan batsilla mikroblari qondagi fagotsitlar bilan o'rab olinadi. Shuning uchun kasal hayvonlar qonida batsilla kam holda topiladi. Kasallikning og'ir yoki engil kechishi organizmning baquvvatligi yoki kuchsizligiga qarab o'tadi. Agar organizm semiz, baquvvat, kuchli bo'lsa, mikroblar o'z ta'sirini o'tkazolmaydi. Agar organizm oriq va kuchsiz holda bo'lsa, mikroblar organizmni engib, o'limga olib boradi.

Immunitet. Kuydirgi bilan kasallangan odamlar mikroblar tarqatuvchi bo'ladi. Odam organizmida immunitet hosil bo'lgandan keyin bir xil hollarda 1-3-yilda, 8-20-yillarda kasallik takrorlanishi mumkin. Kuydirgiga qarshi globulin immuniteti sekin davomsiz holda organizmida o'tadi. Immunizatsiya o'tkazilgandan keyin kuydirgi kasalligi aniqlangach, immunitetning samarasiga qarab, kuydirgi kasalligiga qarshi tayyorlangan tirik vaktsina (STI) qo'llaniladi.

Klinikasi. Kuydirgi kasalligining yashirin davri 2-14 kunga cho'ziladi. O'tkir shaklda 2-3 kunga cho'ziladi. Kuydirgi odamlarda 2 xil shaklda o'tadi:

- 1) mahalliy, 2) tarqalgan.

Teri kuydirgi mikrobining yashirin davri o'tgandan keyin terining ochiq joyida 2-4 mm li kattiq tugun hosil qiladi. 12-24 soatdan keyin yaradagi tugunning yuz tomonida suvli pufaklar paydo bo'ladi. Bir necha vaqtdan keyin suvli pufaklar yorilib, joyida qoramtir, qizil rangdagi yara hosil qiladi. Bu yaralar 5-6 kun davom etib, keyin yara quriydi. Yara joyida qo'ng'ir rangli dog'lar hosil qiladi. Bu yaralar ko'payib, 2-3 ta halqachalar hosil qiladi. Bu yaralar shishchalar hosil qilib, yoriladi va ichidan qora-jigarrang suyuqlik oqadi. Ular 8-10 sm kuydirgi karbunkulini hosil qiladi. Bu yaralar kasal bo'lmagan chegaralarda ukol qilinganda ham uchrashi, hosil bo'lishi mumkin. Kuydirgining asosiy belgisi shish bo'lib, bu shishlar ko'pincha yuzda va bo'yinda uchrab, yuzni va bo'yinni butunlay egallab oladi. Bu shishlar ko'pincha yuz to'qimalarini egallab oladi. Kuydirgi bilan zararlangan labdagi shish yuqori nafas yo'llarini egallab oladi, natijada kasalni bo'g'ib, o'limga olib boradi. To'qimadagi shishlarda oq quyuq suyuqlik bo'lib, shishni perkussion bolg'acha bilan urib ko'rganda g'ijirlagan ovoz chiqaradi (Stefanskiy belgisi).

Kuydirgi kasalligining teri shakli ko'p davom etishi limfadenitlarga bog'liq bo'ladi. Kasallikning qaytadan sekinlik bilan qo'zg'alishi uning

og'riq bermasligidan kelib chiqadi. Limfa bezlari kasallik tuzalgandan 2-4 haftadan keyin normaga tushadi.

Kuydirgining og'iz-halqum shaklida kasallik o'tkir boshlanib, og'ir kechadi. Kuchli intoksikatsiya kuzatilib, harorat yuqori bo'ladi. Mahalliy o'zgarishlardan tomoqda, ko'pincha bir taraf lama og'ir yarali-nekrotik yallig'lanish, tomoq sohasida yaqqol ko'ringan bir yoki ikki taraf lama bo'yindagi shish va bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi.

Tarqalgan shakli kam uchraydi. Klinika septik shaklida kuydirgi mikroblari nafas yo'llari orqali organizmga kirib borib, o'pka va ichaklarni zaharlaydi va og'ir holda kechadi.

O'pka shaklida kuydirgi kasal ishchilarning kasbiga qarab, ko'pincha junlarni sortlarga ajratishda, terilarga qayta ishlov berganda, kuydirgi bilan kasallangan hayvonlar terisi va junlaridan yuqadi. Hozir bu kasallik kam holda uchraydi. Kuydirgi kasalligi kasal mollarni yuqumsizlantirilmagan go'sht va go'sht mahsulotlarini iste'mol qilganda, og'iz orqali ham yuqadi.

Tashxisoti. Kuydirgining birlamchi septik shakli og'ir shaklda uchraydi. Klinik tashxis qo'yishda kasal hayvonlar bilan shug'ullanuvchilar, kasal hayvonlarning go'shtini tashuvchilar kasal hayvonlarning go'shtini iste'mol qilganda, laboratoriyada tekshiriladi. Unda teri ostiga allergik sinama antraksin bilan qilinadi.

Bakterologik tekshirishda kasallikni qonidan, karbunkul suyuqligidan yupqa surtma tayyorlab bakteroskopiya qilinadi. O'pka, ichak, miya ensefaliti taxmin qilinganda esa, qondan, balg'amdan va zararlangan orqa miya suyuqligidan olib tekshiriladi. Kasal hayvonlarning mahsulotlari juni, terisidan kamida 20-30 gr olib tekshirishga yuboriladi.

Hozirgi vaqtda kuydirgi kasalligini aniqlashda lyuminesent serologik uslub qo'llanilmoqda. Buning uchun material kasallangan organizmdan olib tekshiriladi. Tekshirish natijasida aniqlangan kuydirgi sporalari (tayoqchalari) lyuminesent mikroskopda ko'rilganda, kuydirgi batsillalari ochiq jigarrangda ko'rinadi.

Terini allergik sinama yo'li bilan tekshirilganda, 0,1 ml antroksin olinib, teri ostiga yuboriladi. Agar bemor kuydirgi bilan kasallangan bo'lsa, 24-28 soat orasida teri 8 mm kattalikda qizarib shishadi. Allergik reaksiya kasallikning birinchi kunidan ko'rinadi, haftaning oxiriga kelib hamma kasallarda yaqqol namoyon bo'ladi. Bu sinama 10-yil o'tganda ham o'z ta'sirini ko'rsatadi. Shuning uchun kuydirgi kasalligida bu tashxis usuli retrospektiv ahamiyatga ham ega.

Davosi. Kuydirgi bilan kasallangan hamma kasallar qaysi shaklda bo'lmasin, shu kasallikka gumon qilinganlar hammasi tezlik bilan yuqumli kasalliklar kasalxonalariga yotqiziladi. Ular alohida xonalarda yotqiziladi

va davolanadi. Bular uchun alohida davolovchi vrach va hamshiralar ajratiladi. Vrachlar kasallarni qattiq nazorat qilib, shu kasallikni davolash bilan shug'ullanadi. Kasalga qaraydigan hamshira og'ziga dokadan niqob, ko'ziga atrofi yopiq ko'zoynak taqishi kerak.

Kuydirgi kasalligining qo'zg'atuvchisiga qarshi spetsifik dorilardan foydalaniladi. Bu dorilardan antibiotiklar va kuydirgiga qarshi immunoglobulindan keng foydalanilmoqda. Antibiotiklardan eng yaxshi foyda beradigani penitsillin hisoblanadi. Penitsillinning bir martalik dozada 5000000 – 1000000 TB dan mushak orasiga bir kunda har 4 soatda 6 marotaba o'tkaziladi. Kasallik septik shaklda bo'lsa og'ir kechadi. Penitsillinning dozasi 4-5 baravargacha ko'tarilib, bir sutkada 12-24 mln TB dozada o'tkaziladi. Kasallikning septik shaklida tsefalosporinlar, levometsitin, gentamitsin buyuriladi.

Kasalni davolashni davom ettirish uchun uning og'ir yoki engil shakliga e'tibor berish kerak. Antibiotiklar bilan 7-9 kun davolanadi. Spetsifik kuydirgiga qarshi immunoglobulin yengil shaklida 20 ml, kasallik o'ta og'ir shaklida 40- 50 ml o'rta og'ir shaklida 75-100 ml.dan mushak orasiga yuboriladi. Kasallikning engil va o'rta og'ir holatiga karab 1 kurs davomida 300-400 ml doza yuborish mumkin.

Umumiy zaharlanishga qarshi turli eritmalaridan toza qon, plazma, past molekulyar (gemodez, polidez) yoki baland molekulyar (poliglyukin) dekstran tavsiya etiladi. Yuboriladigan suyuqliklar normasi bir kunda 50-70 ml 1 kg tana og'irligiga qarab foydalaniladi. Parentral oziqlantirish maqsadida aminokislotalar aralashmalari (infazol, aminasol, aminatsin) buyuriladi.

Kuydirgi kasalligining og'ir generalizatsiyalashgan shaklida oksigenoterapiya o'tkaziladi. Yurak normal ishlamaganda, kordiamin, kamfora, kofein, strofantin yoki korglikonlar tavsiya etiladi. Teridagi kuydirgi kasalligi tuzalganda, teridagi yaralar tushgandan keyin statsionardan chiqariladi.

Septik shaklida kasallar sog'lom bo'lgandagina chiqariladi. Teridagi kuydirgi kasalligini davolash yaxshi natija bermoqda va kasallik o'z vaqtida davolanganda, 100 foiz tuzalib ketadi.

Tarqalgan shaklida kasal juda past darajada o'z vaqtida davolanganda ham yaxshi natija bermaydi. Birlamchi va ikkilamchi septik shaklida o'pka va ichaklar zararlanganda, minengoensefalit rivojlanganda, toksiko-infektsion karaxtlikka tushganda 2-3 kun orasida o'lim holati yuz beradi. Lekin tarqalgan shakli juda kam uchraydi. Kasallikka qarshi kurashish va uning oldini olish choralari veterinar-sanitar xodimlari va meditsina-sanitar xodimlari oldiga qo'yilgan maqsadlardan iborat. Veterinar-sanitar

xodimlar kasal hayvonlarni o'z vaqtida karantinda saqlab davolash kerak. Sog'lom xo'jaliklarda o'z vaqtida rejali immunizatsiya o'tkazish zarur. Epidemiologik sog'lom bo'lmagan tumanlarda hamma vaqt nazorat olib borilib, kuzatuv ishlarini tashkil etish kerak. Suv havzalari va mollar sug'oriladigan joylar qattiq nazorat qilinishi kerak. Mollar ko'miladigan joylar uzviy nazorat qilinadi.

Veterinar-sanitar xodimlari tomonidan o'lik mollarni tashishni to'g'ri yo'lga qo'yishi, hayvon mahsulotlarini kayta ishlashda ehtiyot bo'lish, import-eksportni qattiq nazorat qilish kerak. O'lgan hayvonlarni kuydirish, kasal hayvonlarning go'shtini hech qachon iste'mol qilmaslik va sotishga ruxsat bermaslik, ularning terisini shilish va yorib ko'rish ta'qiqlanadi.

Veterinar-sanitar xodimlari tomonidan doimiy dezinfeksiyalar o'tkazib turilishi kerak. Davomli va oxirgi dezinfeksiya o'tkazilishi shart.

Meditsina-sanitar xodimlari tomonidan epidemiologik kuzatishlar olib borilib, kuydirgi kasalligi asosan qanday kelib chiqqanligi o'rganiladi va kasal odam qanday qilib zararlanganligi aniqlanadi.

Odamlarni vaksinatсия qilishda quruq tirik sporalı kapsulasiz vaksina STI qo'llaniladi. Birinchi davolanish muddati 2 marta 21 kundan keyin o'tkaziladi.

Emlash vaqtida vaksina terini tashqi tomoni skarifitsirlangan bo'lishi kerak.

Qoqshol (Tetanus)

Qoqshol qo'zg'atuvchining zahari ta'sirida MATning aniq qismlariga ta'siri natijasida, mushaklarning tonik tortishi, tarqoq tirishishlar bilan tavsiflanadigan og'ir o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi *Slostridium tetani* spora hosil qiluvchi bakteriyalarga taaluqli. Tashqi muhitda spora shaklida uchrab, fizik - kimyoviy faktorlar, antiseptiklar, dezinfeksiyalovchi preparatlarga o'ta chidamli. Qulay sharoitlarda, anaerob sharoitda vegetativ shaklga aylanadi va o'zidan ikki fraksiyadan iborat: ekzotoksin (tetanospazmin) va gemolizin ishlab chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Epidemiologik nuqtai nazardan qoqshol tashqi qoplamlar infeksiyalari guruhiga mansub. Kasallik manbai bo'lib, kasal odamlar va hayvonlar xizmat qiladi. Qo'zg'atuvchilar asosan spora va vegetativ shaklda uy va yovvoyi hayvonlar (otlar, sigir, qo'y va qo'zilar, cho'chqalar, quyonlar va boshqalar) va odamlar (5-40%) ichaklarida bo'lishadi. Qo'zg'atuvchi zahari ichakdan so'rilmaydi. Qo'zg'atuvchi sporalari ajratmalari bilan tuproqqa tushib, uzoq saqlanadi.

Patogenezi. Qoqshol tayoqchasi sporalari teri jarohatlari orqali qulay anaerob sharoitga tushgandan so'ng vegetativ shaklga aylanadi va ekzotoksin ajratadi. Ekzotoksin uchta fraksiyadan tashkil topgan (tetanospazmin, tetanogemolizin, protein) bo'lib, atsetilxolin sintezini kuchaytiradi. Asosiy kuchli ta'sir qiluvchi fraksiyasi bu tetanospazmin gemotogen, limfogen va perinevral yo'l bilan butun organizmga tarqalib, asab to'qima parda kuchli fiksatsiyalanadi. Zahar tormozlovchi motoneyronlarni bloklay, efferent reflektor yoylarining koordinatsiyasi buzilishiga olib keladi. Motoneyronlarda spontal hosil bo'lgan impulslar ko'ndalang targ'il mushaklarga beriladi va ularning tonik taranglashishiga olib keladi. Mushaklarning uzoq vaqt bunday qisqarishi gipertemiya va metabolik atsidoz rivojlanishiga olib keladi. Atsidoz diafragma va qovur-g'alararo mushaklarning tonik qisqarishi natijasida yuzaga kelgan o'pka minutlik hajmi pasayishini chuqurlashtiradi. Miya stvolidagi retikulyar formatsiya neyronlarining bloklanishi, parasimpatik asab tizimi tormozlanishiga, bu esa nafas va yurak faoliyatining to'xtashiga olib kelishi mumkin.

Klinikasi. Yashirin davr kasallikda o'rtacha 5-14 kun (qisqa va 1 oygacha bo'lishi mumkin) davom yetadi. Yashirin davr qancha qisqa bo'lsa, kasallik shuncha og'ir kechadi. Kasallik ko'pincha o'tkir, ba'zan umumiy holsizlik, yarada tortishib og'riqlar, yara tegib turgan mushaklar pիրpirashi, tashqi ta'sirotlarga (boshlang'ich) sezgirlik oshishi kabi belgilardan iborat boshlang'ich davri bilan boshlanadi. Qoqsholda yuzaga keladigan ilk va xos belgilardan biri trizm, ya'ni chaynov mushaklarining tonik taranglashishi natijasida og'iz ochishning qiyinlashishidir. Shu belgi bilan birga "sardonik tirjayish" –mimika mushaklarining spazmi natijasida va "disfagiya" halqum mushaklarining qisqarishi natijasida kuzatiladi. Bu uchala belgi klassik uchlik deyiladi.

Ko'ndalang targ'il mushaklarda ekstenzor o'zgarishlar: ensa mushaklar taranglashishi, boshni orqaga tashlash, opustotonus- umurtqa pog'onasining haddan tashqari yozilishi, muchalarning to'g'rilanib qolishi kuzatiladi. Qovurg'alararo mushaklar va diafragmaning tonik qisqarishi natijasida o'pkaning minutlik hajmi kamayadi vagi poksiyagaolib keladi.

Kasallik avj olgan paytda tetanik tutqanoqlar davom etadi. U gipertemiya, ko'p terlash, taxikardiya, gipoksiyaning chuqurlashishi bilan kechadi. Siydik ajralishi va defekatsiya oraliq soha mushaklari spazmi hisobiga qiyinlashadi.

Ichki organlarda spetsifik o'zgarishlar bo'lmaydi, o'choqli va meningial belgilar kuzatilmaydi. Xotira butun kasallik davomida aniq saqlangan bo'ladi. Qoqsholda infeksiyon jarayonining tarqalishi bo'yicha tarqalgan

va mahalliy shakllari tafovut qilinadi. Odamlarda aksariyat tarqalgan shakllari uchraydi.

Mahalliy qoqsholda faqat jarohatga yaqin bo'lgan mushaklargina zararlanadi. Kasallangan odamning boshi yoki yuzi jarohatlanganda, mahalliy qoqshol boshlanishi mumkin. Bemorda trizm va ensa mushaklarining tortishib qolishi yaqqol ko'rinadi. Bundan tashqari bosh miya asablariga xos belgilar ham ko'zga tashlanadi. Ba'zan quturish kasalligiga o'xshash yutish mushaklari tortishib, qisqarib qoladi. Bosh va yuz jarohatlangan hollarda ba'zan yuz falaji qoqsholi rivojlanadi. Bemorda trizm, mimika hamda ensa mushaklarining tortishib qisqarishidan tashqari, bosh miya asablari yarim falaji boshlanadi. Odatda juft asablar yarim falaji ikki tomonlama bo'ladi. Qoqshol kasalligi 2-4 hafta davom etadi. Ayniqsa qoqsholning o'tkir davri (10-14 kun) xavflidir. 15 kundan keyin bemor asta-sekin sog'aya boshlaydi. Og'irlik darajasiga ko'ra, 3 ta shaklga, ya'ni yengil, o'rta og'ir va og'irga bo'linadi:

Yengil shakli kam va asosan qisman immuniteti bor odamlarda kuzatiladi. Klassik triada belgilari sust rivojlangan. Tutqanoq xurujlari bo'lmaydi. Isitma subfebril, ba'zida taxikardiya kuzatiladi. Kasallik ikki hafta davom etadi. O'rta og'ir shakli – mushaklar jarohatlanishining tipik simptomatikasi, taxikardiya, tanaharoratining yuqori darajagacha ko'tarilishi bilan xarakterlanadi. Tutqanoqlar xuruji bir kunda 1-2 martadan oshmaydi va davomiyligi 15-30 sekundni tashkil etadi. Asoratlar kuzatilmaydi, davomiyligi bir hafta.

Og'ir shaklida simptomatika yaqqol rivojlangan. Isitma doimiy va yuqori tutqanoq xurujlari har 5-30 minutda va 1-3 minut davom etadi. Gipoksiya yaqqol rivojlangan taxikardiya, A/B noturg'unligi, pnevmonianing qo'shilishi tavsiflanadi. Davomiyligi uch haftadan ortiq. Letallik ko'pincha miya stvolining jarohatlanib, nafas va yurak faoliyatining to'xtashi sababli yuzaga keladi. Asoratlar bo'lmaganda, to'liq tuzalish kuzatiladi.

Qoqshol asoratlari. Qoqsholning boshlang'ich davrida atelektaz, aspiratsion vagi postatik pnevmoniyaboshlanishi mumkin. Kuchli talvasa natijasida ba'zan pay va mushaklar uzilishi, suyaklar sinishi yuz beradi. Uzoq vaqt davom etadigan taxikardiya, gipertoniya umurtqalarning qiyshayib qolishi, mushaklar va bo'g'inlarning tortishib turishi 3, 4, 7 juft bosh miya asablarining falaj bo'lib qolishi kabi asoratlar uchraydi. Hiqildoqdagi ovoz mushaklari, diafragma va boshqa nafas mushaklarining qisqarishi natijasida asfiksiya boshlanishi harorat ko'tarilib, taxikardiyaning bradikardiya bilan almashinuvi yomon taxmin hisoblanadi.

Qiyosiy tashxisoti. Isteriya kasalligida ham mushaklar tortishib qisqarib qoladi. Isteriya tutqanoq'i tutganda, mushaklar tonusi o'zgarmasdan faqat

ayrim mushaklar tortishishi kuzatiladi. Bemor yig'lab, qichqiradi. Kasallik xuruji vaqtida bemorlar o'z kiyimlarini yirtib, lablarini tishlaydilar, boshlarini devorlarga uradilar, kasallik xuruji o'tgach, bemorda gallutsinatsiya alomatlari ko'rinadi, so'ngra u uyquga ketadi.

Quturishda bemorning so'lagi oqadi, gidrofobiya, aerofobiya belgilari qayd qilinadi. Trizm va mushaklar tortishib qisqarishi kuzatilmaydi.

Strixnin bilan zaharlanganda, kasallik oyoq muskullarining tortishib qisqarishdan boshlanadi. Tortishib - bo'shashgandan keyin ko'z qorachiqqlari kengayib ketadi.

Meningitda trizm va rises sardoricus kuzatilmaydi, bemor tezda hushidan ketadi, orqa miya suyuqligi tarkibi o'zgaradi.

Davosi. Qoqsholni davolash quyidagi yo'nalishlarda olib boriladi. 1. Jarohatga jarrohlik ishlov berish. 2. Bemor uchun osudalikni joriy qilish. 3. Qon oqimidagi zaharni neytrallash. 4. Talvasa sindromini kamaytirish yoki bartaraf qilish. 5. Sepsis va zotiljam kabi asoratlarning oldini olish va davolash. 6. Qon tarkibidagi gaz, kislota — ishqor va suv-elektrolit muvozanatini saqlash. 7. Gipertemiyani bartaraf qilish. 8. Mutanosib yurak-qon tomir faoliyatini tiklash. 9. Mutanosib o'pka ventilyatsiyasini yuzaga keltirish. 10. Ovqatlanish bilan ta'minlash. 11. Uzviy vrach va hamshira nazorati bilan ta'minlash.

Jarohatni, ya'ni infeksiya o'chog'ini yaxshilab tekshirish, tozalash muhim. Jarohat ezilgan, yirilgan, nekrozga uchragan to'qimalardan tozalanadi. Bemor qonidagi toksinni zararsizlantirish uchun qoqsholga qarshi zardob ishlatiladi. Qoqsholga qarshi zardob Bezredko usuli bo'yicha katta yoshdagi odamlarga 100000-150000 TB, maktab yoshdagi bolalarga 80000-100000 TB, chaqaloqlarga 20000-40000 TB miqdorda yuboriladi. Oxirgi yillarda donor zardobidan tayyorlangan gammaglobulin 5000 TB dan 5-kun mobaynida yuborish ijobiy natijalar bermoqda. Bemor organizmiga faol immunitet hosil bo'lishi uchun qoqshol anatoksini ishlatiladi. Uni 0,5-1 mldan teri ostiga 5-kun oralab 3-4 marta yuboriladi. Mushaklar tortishib qisqarishni kamaytirish uchun uxlatuvchi, kuraresimon moddalar, xloralgidrat, barbituratlar keng qo'llaniladi. Xloralgidrat xo'qna hoida (2,0 gr 1 marta xo'qna uchun) barbituratlardan lyuminal, barbamil 0,1-0,15 gr dan ichishga, barbamilning 5% eritmasi t/o ga, neyroleptiklardan amminazin keng qo'llaniladi. Jigar, buyrak, yurak-qon tomir kasalliklari, allergik holatlar, homiladorlikda aminazin berilmaydi.

Kuraresimon moddalarga diplotsin, memintin, natriy oksibutirat kiradi. Bu preparatlar ta'sirida mionevral sinapslardan mushaklarni harakatga keltiruvchi impulslar o'tmay qoladi. Atsetilxolin sekretsiyasi kuzatilmaydi.

Kattayoshdagi bemorlarga diplotsinning 2% eritmasi 2,5-3ml v/igal-kunda 3-4 marta, bolalarga 0,6-1,0 ml beriladi. Diplotsin asosan nafas, yutish mushaklarining qisqarib, tortishib qolishi natijasida asfiksiya boshlanishi xavfi tug'ilagan mahalda ishlatiladi. Yurak faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, kamfora, korglyukon, 40% li glyukoza eritmasi ishlatiladi, kislorod beriladi. Nafas analeptiklari tsititon, lobelin beriladi.

Profilaktikasi. Jarohat olganda tozalab, yuqumsizlantirish maqsadida ko'riladigan chora-tadbirlar:

1. Organizmda qoqsholga qarshi immunitet hosil qilish maqsadida sog'lom odamlarni emlash. Odamga hoh katta, hoh kichik shikast etib badani chaqalaganda, kechiktirmay 3000 TB miqdorda qoqsholga qarshi zardob yuborish kerak. Agar jarohat katta bo'lsa, to u bitib ketguncha har haftada 3000 TB dan zardob yuborilib turiladi. 2. Qoqshol toksini – anatoksin bilan emlanadi. Bunda faol immunitet hosil bo'ladi. Anatoksin 2 marta, 1-marta 1 ml, 20 kundan keyin 2 ml teri orasiga yuboriladi.

Maxsus profilaktikasi 5-6 oylik bolalardan tortib to 17 yoshgacha bo'lgan o'smirlarni, shuningdek qoqshol tez-tez uchrab turadigan qishloq joylarida yashovchi aholi anatoksin bilan ikki marta emlanadi. Katta yoshdagi odamlarga 0,5 ml anatoksin teri ostiga yuboriladi. 30-40 kun o'tgach yana shuncha anatoksin in'eksiya qilinadi. 9-12 oydan keyin revaksinatsiya qilinadi va u 5-10-yilda qaytarilib turiladi. Vaksinatsiya bolalarda 2 oylik, 3 oylik, 4 oylik, 16 oyligida va revaksinatsiya 7, 16, 28, 46 yoshlarida o'tkaziladi.

Qutirish

Qutirish — o'ta xavfli kasalliklar jumlasiga kiruvchi o'tkir yuqumli zoonoz kasallik bo'lib, MAT zararlanishi va o'lim bilan tugallanishi bilan tavsiflanadi.

Qutirish Yer sharining Avstraliya va Antarktida qit'alaridan tashqari barcha qit'alarda uchraydi.

Etiologiyasi. Qutirishning qo'zg'atuvchisi neyrotrop virus bo'lib, u qutirgan hayvon so'lagida bo'ladi, tashqi muhitda uzoq saqlana olmaydi. 1887-yil Babesh, 1903-yilda Negri qutirib o'lgan hayvonlar bosh miyasining ammon shoxi deb ataluvchi qismida dog'ga o'xshash yumaloq tuzilmalar borligini aniqlaganlar. Keyinchalik boshqa olimlar ham ana o'sha dog'lar qutirish virusi ta'sirida paydo bo'lishini isbotladilar. Qutirish virusi faqat tirik organizmdagina yashashi va ko'payishi mumkin. Sovuq sharoitda virus uzoq saqlanadi. 50 gradus issiqda virus bir soat davomida qaynatilganda esa 1-2 minutdan keyin nobud bo'ladi. Tik tushadigan quyosh nurlari virusni 12-14 soat davomida yo'q qilib yuboradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai quturgan itlar, mushuk, bo‘rilar, tulki, bo‘rsiqlar, itning so‘lagida virus qutirish belgilari ma‘lum bo‘lishidan 7-10 kun ilgari paydo bo‘ladi. Qutirish kasalligi yuqishi uchun itning odamni tishlashi shart emas, uning so‘lagi odam terisidagi kichkina shilingan joyiga tushsa ham kasallik yuqadi. Kasallikning yuzaga kelishi qutirgan hayvon tishlagan joyiga bog‘liq. Jarohat odamning yuz sohasida bo‘lsa 90%ida, qo‘l barmoqlarida bo‘lsa 63%ida, oyoqda bo‘lsa esa 23% hollarda kasallik yuz beradi. Qutirish yoz-kuz oylarida ko‘proq uchraydi. Odam boshi va yuzining tishlanishi oyoq-qo‘llar tishlanishiga qaraganda ancha xavfli, itning kiyim –kechak ustidan odamni tishlashi ham xatarli.

Odamlarga infeksiya tarqatuvchi asosiy manba bo‘lgan itlarda kasallikning ikki turi: notinch va tinch turlari kuzatilishi mumkin. Kasallikning notinch turi asta - sekin boshlanadi. Atrofdagi kishilar itning notinch, badjahl bo‘layotganini darhol payqab oladilar. Bu it irillaydi, o‘zini u yoq--bu yoqqa tashlaydi. Yeb bo‘lmaydigan buyumlar (payraxa, latta-putta, qog‘ozni) yeya boshlaydi va odatdagi ovqatni yemaydi. Bir-ikki kundan keyin it qayt qila boshlaydi. Itning uzuq –uzuq, bo‘g‘iq vovullashi kasallikka xos alomatdir. U hech sababsiz huradi, havoda nimanidir tishlab olgandek bo‘ladi. Uning juda qiynalib yutinayotganligi sezilib turadi, itlar yurishga intiladi, uydan qochib ketadi. Qutirgan itlar ot, mollar, cho‘chqa, parranda hayvonlarni qopadi, odamlarga tashlanadi. Ularni indamay tishlab, so‘ng yana qochib ketadi. Pastki jag‘, til, ko‘z mushaklari falaj bo‘lib qoladi. Hayvon ko‘zlari qiyshaygan, qorachiqlari kengaygan, dumi osilgan bo‘ladi. So‘lak oqishi kuchayadi, oldingi oyoqlari shol bo‘ladi, nihoyat hayvon tomirlari tortishgan holda o‘ladi.

Qutirishning tinch turida qo‘zg‘alish davri sust ifodalanadi, barvaqt paydo bo‘ladigan falajlik yaqqol ko‘zga tashlanadi. Itning chaynash mushaklari falaj bo‘lishi sababli pastgi jag‘i osilib tushadi.

Patogenezi. Yaralangan odam terisiga tushgan it so‘lagidagi virus asab tolalari bo‘ylab bosh va orqa miyaga etib boradi va ularda ko‘payib, chuqur o‘zgarishlar yuz berishiga sabab bo‘ladi. Ayniqsa n. vagus, n. glossopharungeus va n. hypoglossus yadrolari ko‘proq zararlanadi. Yutish va nafasda qatnashadigan mushaklarning tortishib - qisqarishi, talvasaga tushib tirishishi, qattiq terlash va so‘lak oqishi ana shu asablar zararlanishiga bog‘liq. Miyada ko‘paygan viruslar asab tolalari orqali ichki organlarga, so‘lak bezlariga etib boradi. Shu sababdan qutirgan hayvonning so‘lagida virus ko‘p bo‘ladi.

Patologik anatomiyasi. Qutirishdan o‘lgan odamlar murdasi yorib tekshirilganda, uzunchoq miya, miyacha ammon shoxi, orqa miya simpatik gangliyalarda shish paydo bo‘ladi. Ularda qon quyilgani ko‘rinadi, o‘pka

qonga to'lib ketadi. Yurak mushagida degenerativ o'zgarishlar, shilliq pardalarida qon quyilish alomatlari aniqlanadi.

Klinikasi. Yashirin davri 1-2 oy davom etadi. Yashirin davrining uzoq - qisqa bo'lishi qutirgan hayvon tishlaganda yuzaga kelgan jarohatning qaerda joylashgani, katta kichikligi, chuqur, yuzakiligiga bog'liq. Klinikasida uch davr farqlanadi:

1. Prodromal davr. 2-3 kun uyquasi buzilib, ishtahasi bo'g'iladi. Qo'rquv hissi, kayfiyati o'zgaruvchan bo'ladi. Bemor atrofga loqayd bo'lib yotadi. Subfebrilitet, tishlangan jarohat tortilib og'riydi. Gidro-, aerofobiya paydo bo'ladi. Bemorlar chanoq, suyuqlik ichishga urinsa, darhol yutish va nafas mushaklari tortishib, qisqarib qattiq og'riydi. Shu sababli suvni ko'rishi bilanoq, undan qo'rqadi. Ovozi bo'g'iladi, badani terlab, so'lagi oqadi, hiqichoq tutadi, qorachig'i kengayadi. Oyoq qo'llari og'riydi, ko'zlarda qo'rqinch ko'rinadi. Taxikardiya, aritmiya, nafas tartibsiz, yuzaki. Talvasalanish nafas va yutish mushaklaridan boshlanib, keyin hamma mushaklarga tarqaladi. Arzimagan tovush, lampa yorug'i, bemor badaniga biror narsaning sal tegishi hamma mushaklarning tortishishiga sabab bo'ladi. Bu davrda bemor uxlamaydi, o'z-o'zini tishlaydi, es-hushi kirdi — chiqdi bo'ladi. Keyinchalik gallutsinatsiya paydo bo'ladi, bemor alahlaydi. Bu davr 2-6 kun davom etadi.

2. Falajlanish davri. Gidrofobiya kamayadi, bemor tinchlanadi, suyuqlik icha boshlaydi, harorat yuqoriligicha qoladi, so'zlarni aniq, tiniq ayta olmaydi, shu holatda oyoqlar falaji boshlanadi. Oradan 15-20 soat o'tgach, tananing boshqa mushaklari ham falaj bo'la boshlaydi. Shu holat davom etib bemor yurak etishmovchiligi, nafas markazi falaji oqibatida o'ladi.

Tashxisoti va qiyosiy tashxisoti. Tashxis asosan epidemiologik anamnez ma'lumotlari va klinik belgilari asosida qo'yiladi. Anamnez yig'ayotganda bemorni it qachon tishlagani yoki jarohatlangan teriga it so'lagi tushgan vaqti, tishlagan itning taqdiri (o'ldi, veterenar nazorati, yo'qoldi) jarohatdan keyingi chandiq o'rnida og'riq bo'lishi, bemorning ruhiyati o'zgarishiga ahamiyat beriladi. Bemorni ko'rikdan o'tkazayotganda jarohatdan keyingi chandiqqa, qorachiqlar holatiga, terlash, so'lak oqishi kabi belgilariga ahamiyat beriladi. Tashxis qo'yishda aksariyat hollarda gidro-, aero-, akustikofobiya, agressiv harakatlar, keyinchalik yuzaga kela-digan parez va falajlanishlar muhim ahamiyat kasb etadi.

Qutirishni qoqsholdan, haqiqatdan atopindan zaharlanishdan farqlash kerak. Qoqsholda mushaklarning tetanus holda tortilib qisqarishi, sardonik tirjayishi trizm alahlash gallutsinatsiyasi bo'lmasligi, qorachiqlarining odatdagidek ko'rinishi, bemorning es-hushi buzilmasligi,

anamnezda biror hayvonning tishlamaganliga asos bo‘ladi. Qoqsholda mushaklar doimiy qisqargan holda bo‘ladi, qutirishda – mushaklar tutqanoq tutmagan vaqtda tortishib–qisqarib turmaydi Atropindan zaharlanishda – qorachiqlar kengaygan, afti–basharasi qizargan, gidro-, aerofobiya kuzatilmaydi. Qutirganlarning 80-85% ining miyasida Babesh-Negri dog‘lari ko‘rinadi.

Biologik usul –qutirgan hayvon miyasidan tayyorlangan emulsiya quyon miyasiga yuboriladi, keyin tekshiriladi.

Davosi. Hayvon tishlab olganda nima qilish kerak. Biror hayvon odamga hujum qilgan bo‘lsa, yarani darhol sovunlab, iliq suvda yuvish, yaraga yod nastoykasi qo‘yish, vaqtni o‘tkazmay emlash uchun Paster punktiga borish kerak. Chunki yarani o‘sha joyda davolash antirabik emlash o‘rnini bosa olmaydi. Qutirish kasaliga yo‘liqqan hayvonning qonida, siydigida, o‘t suyuqligida va sutida virus bo‘lmaydi, shu sababli sut yoki echkining sutini tasodifan iste‘mol qilgan kishilar emlanishi shart emas. Agar biror odam kasal hayvonning ham sutini qayta ishlagan yoki terisini shilib olgan bo‘lsa, bunday hollarda u kishi qutirishga qarshi albatta emlanishi kerak.

Bu kasallikning xususiy davosi yo‘q. Qutirishga davo qilishda simptomatik va patogenetik davo usullari qo‘llaniladi. Bu usullar bemorni biroz tinchlantiradi. Bemor shovqin-surondan holi, tinch alohida xonada yotishi kerak. Xona ozgina qorong‘ilatilgan va eshigi berk turadigan bo‘lishi lozim, unga uxlatadigan, yurak tinchlantiruvchi, og‘riq qoldiruvchi dorilar beriladi.

Emlash to‘g‘risida. Har bir emlashda ishlatiladigan vakcina miqdori qat‘iy belgilanadi. Emlash qorin terisi ostiga qilinadi. U ko‘p og‘ritmaydi, tez o‘tib ketadi. Emlash sonini vrach belgilaydi. Vrach zararlangan kishining kasal hayvon bilan aloqada bo‘lish tavsifiga, shuningdek tishlab olingan joy, tishlash soni, og‘irligiga qarab emlash sonini belgilaydi.

Moskvadagi Mechnikov nomli vakcina va zardob ilmiy –tadqiqot institutida antirabik gammaglobulin tayyorlanadi. Bu preparat immunli qutirish kasalligi yuqmaydigan hayvon qoni zardobi tarkibiy qismlardan biridir. Qonning bu qismi da ko‘p miqdorda antitelalar, ya‘ni qutirish kasalligi virusining zararli ta‘sirini bartaraf qiladigan moddalar bor. Gammaglobulin hayvon tishlagandan so‘ng mumkin qadar tezroq organizmga kiritiladi. Antirabik gammaglobulin yuborilgandan keyin 24 soat o‘tgandan so‘ng antirabik vakcina bilan emlash kursi tayinlanadi. Vakcina yuborilgan paytda, organizm antitelalar deb atalgan alohida himoya moddalarini hosil qila boshlaydi. Vakcina organizmga barvaqt yuborilsa, antitelalar erta hosil bo‘ladi va shu bilan birga ular virus bilan shu qadar

tezroq uchrashadi. Basharti virus asab yo'llari orqali miyaga o'tib, zararlanish kasallikka aylanganidan keyin bemor albatta o'ladi.

Hozirgi vaqtda Respublikamizning barcha tumanlarida aholi yashaydigan punktlarda antirabik vaksina va antirabik gammaglobulin yetarli miqdorda mavjud.

Profilaktikasi. O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 1996-yil 18 yanvardagi 32-sonli qaroriga binoan qishloq joylarida, qishloq va suv xo'jaligi vazirligining maxsus xizmati xodimlari daydi itlarni yo'q qilishi lozim. Xonaki it va mushuklar doimiy veterenariya xizmati nazoratida bo'lishi kerak. Ular vaqti bilan emlab turiladi. Tishlangan it o'z xo'jayining uyiga yoki vetenariya muassasida 14 kun davomida nazorat ostida saqlanadi. Shu muddat ichida hayvonda qutirish alomatlarini paydo bo'lsa, uni o'ldirib, tekshirib ko'riladi. It tishlagandan keyin 14 kun ichida o'sha it o'lsa, yoki yo'qolib ketgan bo'lsa, odamning emlanishi zarur. Kasal hayvonni ajratib qo'yish kerak. Bunday hayvonni ajratib qo'yish mumkin bo'lmagan taqdirda ular o'ldiriladi, jasadini esa veterinariya xodimlari etib kelguncha saqlanadi. Qutirgan hayvon yotgan joy o'rnini NaOHning 1-2 %li eritmasi bilan yoki formalinning 2%li eritmasi bilan albatta dezinfeksiya qilinadi. Hayvon so'lagi bilan ifloslangan kiyim-kechakni qaynatish, so'ngra yuvish kerak. Yuqib bo'lmaydigan kiyimlar qizigan dazmol bilan dazmollanadi.

It, mushuklarni to'g'ri asrash qutirishning oldini olishda katta ahamiyatga ega. Shaharda, tuman markazida, ishchilar qo'rg'onida yoki qishloqda yashovchi it bor har bir kishi har yili uni ro'yxatdan o'tkazib, guvohnoma va nomerli belgi olishi kerak. Chorva mollarini qo'riqlaydigan itlardan tashqari barcha itlarni bog'lab asrash kerak. Xonaki va xizmatdagi itlarni hovlidan burindiq kiygizib, tasma bilangina olib chiqish lozim. It, mushuklarni bolalar bo'lgan joylarda saqlash yaramaydi.

Saramas

Saramas - o'tkir infeksiyon kasallik bo'lib, gemolitik streptokokk chaqiradi, isitma, zaharlanish, terida yaqqol chegaralangan yallig'lanish jarayonlari bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi — qo'zg'atuvchisi betta gemolitik streptokokk A guruhi mansub. Streptokokklarning barcha serologik turlari tarkibida eritrogen zahar (DNK zanjirining termolabil fraksiyasi) va allergen (DNK zanjirining termostabil fraksiyasi) saqlanadi. Bu zaharlar ta'siri streptokokkli infeksiyaning u yoki bu shakli yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Saramas tashqi qoplamlar infeksiyasi jumlasiga kiradi. Kasallik manbai bo'lib streptokokkli infeksiyalar(angina, skarlatina va

boshqalar) bilan ogʻrigan bemorlar va bakteriya tashuvchilari xizmat qiladi. Saramasda infeksiya endogen va ekzogen yoʻllar orqali yuzaga keladi. Ekzogen infeksiya asosan maishiy muloqot yoʻli bilan terida yuzaga kelgan jarohatlarga birlamchi streptokokklar bilan ifloslanishdan yuzaga keladi. Endogen infeksiya esa terida yuzaga kelgan surunkali oʻchoqda, baʼzi hollarda bakteriyalarning baʼzi aʼzoldan (asosan LOR aʼzoldan) limfa yoki qon orqali teriga borishi natijasida yuzaga keladi. Saramasning kontagioz koʻrsatkichi juda past, baʼzi holatlarda streptokokkli infeksiya uchun manba boʻladi. Bu kasallik bilan koʻpincha ayollar kasallanadi. Saramas uchun yoz-kuz mavsumiylik xos.

Patogenezi. Qoida boʻyicha streptokokk bilan infitsirlanishga jarohatlangan teri sabab boʻladi, baʼzi hollarda teri butunligida ham kasallik yuzaga kelishi mumkin. 1. Mikroblar teriga chirituvchi mikroblar manbai boʻlgan odamlardan yuqadi, bu – ekzogen infeksiya deyiladi. 2. Xususiy organizmdagi oʻchoqlardan gemotogen va kontakt yoʻli bilan yuqadi – endogen infeksiya deyiladi. Streptokoklarning patogenetik taʼsiri organizmda mahalliy va umumiy oʻzgarishlarga olib keladi.

Mahalliy jarayon seroz yoki seroz gemorralik yalligʻlanish, giperemiya, jarohatlangan soha teri, teri osti yogʻ qavatining shishi va infiltratsiyasi bilan tavsiflanadi. Kasallik ogʻir kechganda biriktiruvchi toʻqima yiringli infiltrat bilan asoratlanishidan toʻabstesslar hosil boʻlishi va toʻqimalar nekrozigacha olib boradi. Patologik jarayonga shu bilan birga limfa tomirlari (limfongit), arterial (arteriit), venoz (flebit) qon tomirlari duch keladi.

Umumiy oʻzgarishlar. Isitma, zaharlanish ichki aʼzolarning toksik zararlanishi belgilari bilan tavsiflanadi. Limfatik va qon tomirlar boʻylab tarqalayotgan streptokokklar maʼlum sharoitlarda ikkilamchi yiringli asoratlarga olib kelishi mumkin.

Klinikasi.

Klassifikatsiyasi.

1. Mahalliy oʻzgarishlar xarakteriga koʻra:

a) eritematoz, b) eritematoz – bullyoz, s) eritematoz – gemorragik, d) bullyoz – gemorragik.

2. Ogʻirlik - darajasiga koʻra: a) yengil, b) oʻrta ogʻir, s) ogʻir.

Z. Kasallik boshlanishiga koʻra: a) birlamchi, b) retsidivlanuvchi, s)qaytar.

4. Mahalliy oʻzgarishlarning organizmda tarqalganligiga koʻra: a) mahalliy, b) tarqalgan, s) metastatik.

Yashirin davr bir necha soatdan 5 kungacha davom etadi. Kasallik oʻtkir, qaltirash, umumiy holsizlik, bosh ogʻrigʻi, mushaklar ogʻrigʻi, baʼzan koʻngil aynishi va qusish, taxikardiya va haroratning 39–40°C gacha

ko'tarilishi bilan boradi. Ba'zi kasallarda delirioz holat, tutqanoqlar, meningizmlar kuzatiladi.

Kasallik boshlangandan 12-24 soat o'tgach, mahalliy o'zgarishlar yuzaga keladi: jarohatlangan teri sohasida og'riq, giperemiya, shish qayd qilinadi. Mahalliy jarayon yuz, tana, mucha terisi va ba'zi holda shilliq qavatlarda kuzatilishi mumkin.

Eritematoz shakli uchun jarohatlangan terida shish, og'riq xarakterli, eritema to'q rangda, chegaralari aniq, periferik tarqalgan. Keyinchalik eritema sohasida terining qiqlanishi kuzatiladi.

Eritematoz - bullyoz shakli kasallik eritematoz shaklidek boshlanadi, lekin 1-3 kun o'tgach eritema sohasidagi epidermisning ko'chishi va har xil hajmdagi seroz suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar hosil bo'ladi. Keyinchalik pufakchalar yorilib, ularning o'rnida jigar rangdagi po'stloqchalar hosil bo'ladi. Bular ko'chib tushgandan so'ng yosh va nozik teri ko'rinadi. Ba'zi hollarda pufaklar o'rnida trofik yaralarga aylanuvchi eroziyalar yuzaga kelishi mumkin.

Eritematoz-gemorragik shakli - xuddi eritematoz shaklidek kechadi, lekin eritema sohasida qon quyilishlar bo'ladi.

Bullyoz-gemorragik shakli xuddi eritematoz-bullyoz shaklidek boshlanib, undan farqi seroz suyuqlik bilan to'lgan pufaklar o'rnida gemorragik ekssudat bilan to'lgan pufaklar hosil bo'ladi.

Kasallikda bu o'zgarishlardan tashqari limfatik tugunlar da yallig'lanish jarayonlari kuzatiladi. Periferik qondagi o'zga rishlar: leykotsitoz, neytrofillyoz, EChTning oshishi kuzatiladi. Kasallikning umumiy belgilari 3-10 kungacha saqlanadi.

Engil shakli qisqa vaqtli (1-3) kungacha baland bo'lmagan tana haroratining ko'tarilishi (39°C)ga, kam rivojlangan zaharlanish va terining bitta anatomik sohasidagi eritematoz jarohatlanishi bilan tavsiflanadi.

O'rta og'ir shakli nisbatan uzoqroq (4-5 kun) va yuqori harorat (40°C gacha), yaqqol zaharlanish (birdaniga umumiy holsizlik, kuchli bosh og'rig'i, anoreksiya, ko'ngil aynish, qusish), tarqoq eritematoz, eritematoz-bullyoz, eritematoz-gemorragik jarohatlar bilan tavsiflanadi.

Og'ir shakli uzoq davom etuvchi (5 sutkadan ortiq) va o'ta yuqori harorat (40°C va undan yuqori) isitma, zaharlanish, ruhiy buzilishlar bilan, terida eritematoz-bullyoz, bullyoz-gemorragik jarohatlar, ko'pincha flegmanoz, gangrenoz, sepsisli, pnevmoniyali, infeksiyon-toksik shakli, infeksiyon toksik ensefalitli asoratlar bilan tavsiflanadi.

Retsidivlanuvchi saramas - bu birlamchi kasallangan teri sohasida 2-yildan so'ng kasallikning qayta rivojlanishidir. Retsidivlanuvchi saramas 15-45% hollarda uchrab, asosan yoshlarda, kam hollarda qarilarda kuzatiladi.

Qaytar saramas yuqoridagi o'zgarishning 2-yildan ortiq vaqt ichida yuzaga kelishidir.

Asorati. Jarohatlangan teri sohasida flegmona, abstsess, nekroz tromboflebit, limfostaz, infeksiyon-toksik karaxtlik, infeksiyon toksik ensefalit, qari kishilarda ikkilamchi pnevmoniya, sepsis rivojlanishi mumkin.

Tashxisoti. Asosan klinik ma'lumotlarga, kasalikning o'tkir boshlanishi, isitma, zaharlanish, o'ziga xos mahalliy o'zgarishlarga asoslanib tashxis qo'yiladi. Taqqoslash tashxisoti asosan terining mahalliy gi peremiyabilan kechuvchi kasalliklari: erizipeloid, dermatit, ekzema, tugunchali eritema, flegmona, abstsess va boshqalar bilan o'tkaziladi.

Davosi: Aksariyat bemorlar uyda va qishloq va shahar tibbiy punkt sharoitida davolanadilar. Kasalxonaga davolanishga kasallikning og'ir shakllari, bullyoz-gemorragik va qaytalanuvchi shakllari bilan og'rigan bemorlar yotqiziladi. Tibbiy punkt va uy sharoitida antibiotiklar va kimyoviy preparatlar og'iz orqali buyuriladi. Olitetrin 1,0-1,25g, rondonitsin 0,9 g, eritromitsin 1,2-1,5 l kunlik dozada tavsiya qilinadi. Antibiotiklarga qarshi ko'rsatma bo'lsa, biseptol 2 tabletkadan 2 mahal, furazolidon 0,2 g 3 mahal 7 kun mobaynida ovqatdan keyin buyuriladi. Og'ir holatlarda benzilpenitsillin 1mln.dan 4 mahal, qaytalanuvchi shaklida esa tsefalosporinlar (kefzol, kloforan) kuniga 2-4 g dan, linkomitsin kuniga 1,8-2,0 g 8-10 kun mobaynida buyuriladi.

Vitaminoterapiya — polivitamin 2 drajedan 2 mahal tavsiya qilinadi. Isitma o'tgandan so'ng eritema sohasiga ultrabinafsha nurlar, cho'ziluvchan va retsidivlanuvchi shakllarida glyukokortikoidlar— prednizolon 30-40 mg (sutka5-10 kun davomida) tavsiya qilinadi. Bemorlar tuzalgandan so'ng, tana harorati normallashtirishdan 7 kundan so'ng statsionardan chiqariladi. 3 oygacha dispanser nazoratiga olinadi (1 marta saramas bilan kasallangan bo'lsa). Retsidivlanuvchi shakli bilan kasallanganlarda dispanser nazorati 2-yildan kam bo'lmasligi kerak.

Profilaktikasi. Mikrotravmalarning, sovuq qotishlarning oldini olish, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, terining zamburug'li va yiringli kasalliklarini o'z vaqtida davolash kasallikning oldini olish negizidir.

Retsidivlanuvchi shaklini profilaktika qilishda birlamchi kasallanishni o'z vaqtida davolash va bitsilinoprofilaktikadan foydalaniladi. Bu kasallikka mavsumiylik xos bo'lib, mavsum boshlanishidan 1 oy oldin har oyda 1 marta 1.5 mln. TB bitsilin-5 mushak orasiga 3-4 oy davomida qilinadi. Tez-tez retsidiv berib, mavsum bilan bog'liq bo'lmaganda, har oyda bitsilin-5 yuqoridagi dozada 2-3-yil davomida buyuriladi.

VIII bob

BOSHQA INFEKTSIYALAR

Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi

1980-yilning oktyabr oyidan 1981-yilning martigacha Amerikaning Los-Anjeles shahridagi 3 ta shifoxonada pnevmotsistli zotiljam tashxisi bilan 5 nafar bemorlar davolanganlar. Ma'lumki, ushbu kasallik shartli patogen sodda jonivor «pnevmotsista Karini» tomonidan chaqiriladi. Bu kasallik juda kam uchraydi, asosan chala tug'ilgan chaqaloqlarda, immunodepresantlar qabul qilgan yoki radionurlar ta'siriga uchragan odamlarda va saraton bilan kasallangan shaxslarda aniqlanadi. Ya'ni, pnevmotsistli zotiljam kasalligini paydo bo'lishi immun tizimning jiddiy shikastlanganligini ko'rsatadi.

Aniqlanishicha, ushbu bemorlarda immun tizimning susayishiga olib keladigan sabab bo'lmagan. Ular yosh besoqolbozlar (gomoseksualistlar) bo'lgan. Bemorlarning immun tizimi tekshirilib ko'rilganda T-limfotsitlarning (xelperlar) sonini keskin kamayib ketganligi aniqlangan. Kasallikning patogenezini va belgilari asosida bu xastalik «Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi» - OITS, ruschasiga «Sindrom priobretnnogo immunodefetsita» - SPID deb nomlangan.

1981-yilning may oyida Nyu-York shahrida 26 nafar gomo-seksualistlarda (besoqolbozlar) immunitet tanqisligiga moyil kasalliklardan «pnevmotsistli zotiljam» va «Kaposhi sarkomasi» aniqlangan.

Lekin OITSda uchraydigan dahshatli o'zgarishlarni faqat yuqorida keltirilgan sabablar bilan bog'lash qiyin edi. Chunki kasallikni o'rganish jarayonida OITS besoqolbozlardan tashqari fohishalarda, ko'p marta qon qabul qiluvchilarda, bemor homilador ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarda topilganligi kasallik sababini boshqa yo'nalishda ham izlashga to'g'ri keldi.

Retrovirus bu qanday virus? Virusning nomidagi «retro» so'zi «teskari» ma'nosini bildiradi. Ko'p mikro- va makroorganizmlar tarkibida DNK (dezoksinukleinovaya kislota- nasl tashuvchi) mavjud. Genetik ma'lumot quyidagi yo'nalishda tarqaladi: DNK-RNK-oqsil. Lekin ayrim viruslar tarkibida faqat RNK bor. Bunday viruslarda genetik ma'lumot teskari holda

o'tadi: RNK-DNK, RNKdan DNKgama'lumot teskari transkriptaza yordamida o'tadi. Shunday yo'l bilan ma'lumotning o'tishi «teskari yozish» deb nomlanadi, shu tariqada ko'payadigan viruslar retrovirus deb nomlanadi.

Odam virus bilan zararlengandan keyin kasallik belgilari paydo bo'lguncha ancha vaqt o'tishini hisobga olgan holda virus lentiviruslar kichik oilasiga kiritilgan. "Lenti" degan so'z sekin, uzoq davr ma'nosini bildiradi.

Epidemiologiyasi. OIV kasalligi epidemiologik nuqtai nazardan o'ta xavfli yuqumli kasalliklar toifasiga kiradi. Kasallikning manbai bemor va odam immuniteti tanqisligi virusini tashib yuruvchi shaxslar hisoblanadi. Shuning uchun ham kasallik antropoz kasallikdir. Epidemiologik jihatdan virus tashib yuruvchilar bemorlarga nisbatan xavfliroqdirlar. Chunki ular kasallikning bu davrida hech qanday kasallik alomatlarini sezmaydilar, hatto o'zini OITS virusi bilan zararlanganligini ham bilmaydilar. Ko'rinishdan sog'lom ko'rinadilar. Ular kasallikning yashirin davrida (3-6 oydan 10 va undan ko'prok yillar) boshqa shaxslarga kasallik virusini turli yo'llar bilan yuqtirishi mumkin. Chunki ushbu davrning dastlabki haftalaridek virus qonda, erkak manisida (urug' suyuqligida), qin ajratmalarida juda ko'p konsentratsiyada, ozroq konsentratsiyada so'lakda, ona sutida, ko'z yoshida, orqa miya suyuqligida bo'lishi kuzatiladi va tashqi muhitga ajralib turadi. Virus qonda va urug' suyuqligida bemorning butun hayoti davomida saqlanadi. Demak, xastalikka chalinganlar umrining oxirigacha kasallik manbai bo'lib qoladilar. OIVning tashqi muhitga chidamliligi boshqa retroviruslarga o'xshash bo'lib, uncha yuqori emas. Yuqumlilik xususiyatlari uy sharoitidagi issiqlikda retroviruslarga nisbatan uzoqroq saqlanadi.

Quyosh nuri, sun'iy ultrabinafsha nurlari, ionlangan nurlar ta'sirida OIV qisqa muddatda o'zining yuqumlilik xususiyatini yo'qotadi. Og'iz so'lagidagi va teridagi mavjud muhofaza fermentlar ta'sirida ham OIV o'zining faolligini yo'qotadi. Dezinfeksiya xususiyatiga ega bo'lgan barcha dezinfekcion (zararsizlantiruvchi) moddalarning ko'pchiligi (1%li xloramin, 0,5%li lizol, 0,3%li vodorod perikisi, 0,2%li natriy gipoxloridi eritmaları) OIVni faolligini yo'qotadi

Kasallikning yuqish yo'llari. OITS virusining 3 xil yo'l bilan yuqishi aniqlangan. Jinsiy aloqa yo'li orqali: bu yuqish yo'lga— geteroseksual, biseksual, gomoseksual yuqish yo'llari kiradi.

Parenteral yo'l orqali, ya'ni virus bilan zararlangan qon va qon mahsulotlari qo'yilganda, nosteril shpritslar va tibbiy asbob-uskunalardan foydalanilganda, teri butunligi buzilishi bilan kechadigan barcha muolajalarda yuqishi mumkin.

Vertikal yo‘l orqali, ya’ni OITS virusini tashuvchi bo‘lgan onadan homilaga yoki chaqaloqqa tug‘ruq jarayonida va tug‘ilgandan so‘ng ona suti orqali yuqishi mumkin.

OIV kasalligining jinsiy aloqa yo‘li bilan tarqalishi ko‘plab besoqolbozlarda, fohishalarda, pala-partish, tartibsiz jinsiy hayot kechiruvchi shaxslarda ko‘proq uchraydi. Kasallik virusini tarqalishida fohishalar, pala-partish, tartibsiz jinsiy hayot kechiruvchilar o‘ta xavfli hisoblanadi. Bu guruhdagilar notanish (begona) kishilar bilan tez-tez jinsiy aloqada bo‘ladilar. Ayolning organizmiga viruslar erkakning manisi (spermasi) orqali tushadi va ayolning jinsiy organidagi shilliq qavatlar jarohatlangan bo‘lsa, virus jinsiy a‘zolardan qonga o‘tishi mumkin. Ayollar o‘rtasidagi jinsiy aloqalarda (lesbiyanlik) OITS virusi bilan zararlanish kamdan-kam uchraydi. Oral-genital jinsiy aloqada esa virusning yuqishi ham isbot talab qiladi.

OIV kasalligi virusining ikkinchi yuqish yo‘li - qon orqali o‘tishidir. Virus bilan zararlangan shaxslar qonida uni juda yuqori konsentratsiyada bo‘lishi aniqlangan. Qon orqali yuqishida giyohvandlar o‘ta xavfli guruhga kiradi. Bunday shaxslar ifloslangan shprits va ignalardan umumiy foydalanib, narkotik moddani qon tomiriga yuborish jarayonida qon qoldiqlari orqali virus o‘tishi mumkin. Qon orqali yuqishida gemofiliya kasalligiga chalinganlar ham qisman xavfli guruhga kiradilar. Chunki bunday bemorlar qon va qon mahsulotlarini ko‘proq oladilar. Bu guruh bemorlarga OITS virusiga tekshirilmagan qon va qon mahsulotlari quyilsa, ular zararlanib qolishlari mumkin. Bundan tashqari davolash-profilaktika muassasalarida tibbiy muolajalar qilinayotgan vaqtda bir marta ishlatiladigan shprits, igna, sistema va boshqa asbob-uskunalaridan qayta foydalanilsa, tibbiy va laboratoriya asbob-uskunalarini zararsizlantirish, sterillash tartib qoidalariga qat’iy rioya qilinmasa ham OIV kasalligining virusi yuqib qolishi mumkin. Davolash profilaktika muassasalarida virus bemor yoki virus tashuvchidan boshqa bemorlarga, bemordan tibbiyot xodimlariga shpritslar, tibbiy va laboratoriya asbob-anjomlardan sterillanmasdan qayta ishlatilganda yuqishi mumkin.

Vertikal yuqish yo‘lida – virus ona qornidan homilaga jarohatlangan yo‘ldosh orqali o‘tadi yoki tug‘ruq jarayonida jarohatlangan teri va shilliq qavatlar orqali bemor onadan bolaga yuqadi. Shuningdek, bemor ona ko‘krak suti bilan emizsa, chaqaloqqa kasallik yuqishi mumkin. Bolaning og‘zidagi yara-chaqalari orqali virus ona sutidan bolaga o‘tishi mumkin.

Bu kasallik jarohatlanmagan teri va shilliq qavatlar orqali yuqmaydi. Shuningdek kasallik virusi havo-tomchi va maishiy muloqot yo‘llari orqali yuqmaydi. Shu sababli bemor bilan bitta idishda ovqat yeyish, u bilan

qo'l berib ko'rishish, birga yotib-turish (jinsiy aloqasiz), gaplashish, o'pishish xavfli emas.

OIV kasalligining virusi qon so'ruvchilarning (bit, burga, kana va h.k) chaqishi orqali yuqishi isbotlanmagan. Insonlarning yoshidan, jinsidan, millatidan, yashash joyidan qat'iy nazar barchasi kasallikka moyil. Kasallikning tarqalishi fasl bilan bog'liq emas va dunyoning barcha mamlakatlarida uchramokda. OIV virusini yuqtirib olish xavfi bo'yicha aholining ayrim guruhi «xavfli guruh»ga kiritiladi. Ushbu «xavfli guruh»ga giyohvandlar, notanish shaxslar bilan pala-partish jinsiy aloqa qiluvchilar, ularni «engil oyoq» shaxslar, «engil tabiatli» shaxslar yoki oxirgi vaqtda jinsiy aloqa yo'li bilan savdo qiluvchi shaxslar deb ham ataladi, gomoseksualistlar (erkak erkak bilan jinsiy aloqa qiluvchilar), jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarga chalingan shaxslar kiradi. Aholining bu guruhi jamiyatda o'z xulq-atvorining buzuqligi tufayli OIV kasalligiga ko'proq duchor bo'ladilar va kasallikni tarqatish xavfi ham juda yuqori. Shu sababli har bir xududda o'tkaziladigan epidemiologik nazorat ushbu guruhlarga qaratilishi zarur.

OIV kasalligi hozirda yer yuzidagi barcha qit'alarga (Antarktikadan tashqari) tarqalishga ulgurdi. Shu bilan bir qatorda kasallanish darajasining keskin ko'tarilishi kutilmoqda.

Patogenezi. Boshqa viruslar qatorida OIV tirik hujayralarni ichida ko'paydigan parazit hisoblanadi.

Infeksiya patogenezida 2 ta omilni ajratish mumkin:

- Virusning organizmga bevosita ta'siri;
- Virusning zararlangan hujayralar faoliyatini ishdan chiqarish oqibati.

Virusning organizmga bevosita ta'siri limfa bezlarning kattalashishi, odam vaznining ozishi, tana haroratining yuqori bo'lishi, ich ketishi, asab tizimi faoliyatining buzilishi belgilarini paydo bo'lishiga olib keladi. Lekin virus bevosita odamni o'limga olib bormaydi.

OITS kasalligini rivojlanishga olib keladigan omil- bu virusning zararlangan hujayralarga ta'siridir. Yuqorida aytilganday virus organizmning ko'p tur hujayralarida ko'payadi, lekin ko'p hujayralarda virus ko'paysa ham ularni o'ldirmaydi yoki juda kam qismini o'ldiradi, o'lgan hujayralar o'rniga yangilari hosil bo'ladi. OIV- infeksiyani OITS bosqichiga o'tishida asosiy omil – bu limfotsitlarning T-xelper turining jarohatlanishi va kamayib ketishidir.

Virus ushbu hujayralarda ko'p miqdorda hosil bo'ladi va ularni o'limga olib keladi. T-xelperlar soni asta-sekin kamayib boradi, chunki o'lgan limfotsitlar o'rniga yangilari paydo bo'ladi. Ko'p yillar muvozanat saqlanadi. Lekin borib-borib o'lgan limfotsitlarni soni ko'payib boradi va

bu jarayon tezlashadi. Limfotsitlar soni kamayishi ayrim darajaga etgandan so'ng OITS kasalligi boshlanadi.

T-xelperlar butun immun tizimini ishini boshqarib turadi. Normal holatda immun tizimi rak hujayralarga, mikroblarga, viruslarga, zamburug'larga, parazitlarga qarshi kurashadi va organizmda ularning kupayishiga yo'l qo'ymaydi. Immun tizimining faoliyati buzilishi natijasida OITS kasalligida turli o'smalar, opportunistik infeksiyalar paydo bo'ladi va organizm ularga qarshi kurashish xususiyatini yo'qotganligi sababli oddiy infeksiyalar ham organizmda to'xtovsiz ko'payadi, kasallik surunkali shaklga o'tadi va pirovardida o'lim bilan tugaydi.

Klinikasi. OIV kasalligidagi infeksiyon jarayon ham barcha yuqumli kasalliklarda bo'ladigan infeksiyon jarayon qonuniyatlarini asosida kechadi.

Infeksiyon jarayon quyidagicha rivojlanadi:

- Kasallikning yuqishi.
- Infeksiyaning yashirin davri.
- OIV kasalligining birlamchi o'tkir klinik ko'rinish davri.
- OITSGa mujassamlashgan belgilar davri (assotsirlangan simptomokompleks yoki OITSGa qarindosh simptomokompleksi).
- OITS - ortirilgan immunitet tanqisligi sindromi davri.

1. Kasallikning yuqishi.

Virus ko'pincha bemor bilan jinsiy aloqa qilganda, bemor qoni bilan ifloslangan asbob-anjomlarni qo'llaganda, bemor qonini, qon zardobini quyganda, bemor onadan bolaga homiladorlik yoki tug'ish vaqtida va ko'krak suti bilan emizganda (agar chaqaloqning og'iz bo'shligidagi shilliq qavatlar yoki tilida jarohatlar, yarachalar bo'lsa) yuqishi mumkin. Tarkibida ma'lum miqdorda virus bilan zararlangan biologik suyuqlik (qon, qon zardobi) jarohatlangan teri va shilliq qavatlariga (ko'z, og'iz bo'shlig'i) tushganda yuqish ehtimoli bor.

2. Infeksiyaning yashirin davri.

Bu davr OIVni yuqtirib olgandan keyin, tahliliy o'zgarishsiz va tahliliy o'zgarishlar davrlariga bo'linib, bir necha oydan 5-10-yil va undan ko'proq davom etishi mumkin.

Kasallikning boshlang'ich ko'rsatkichlari antigenemiya va viruemiya bo'lib, sal kechikibroq 2-6 haftadan keyin virusga qarshi spetsifik antitelolar paydo bo'ladi va uzluksiz bir necha oydan kasallikning so'nggi davrigacha davom etadi. OITS davriga kelib esa spetsifik antitelolar titri qonda kamayadi. Bunday holga serokonversiya deyiladi. Serokonversiya – qondagi antigenemiya bilan almashib turishi mumkin, bunday holni esa seronegativatsiya deyiladi. Shu davridan boshlab, organizmda immunodisfunksiya va immunotaqchillik kuchaya boradi.

3. OIV infeksiyasining birlamchi o'tkir klinik ko'rinish davri.

Bu davrda 17-25% OIVni yuqtirib olganlarda nospetsifik o'tkir klinikasi – grippga yoki yuqumli mononukleozga xos belgilar kuzatiladi. Bunda tana harorati ko'tarilib, bir necha guruh limfa bezlari, jigar va taloq kattalashadi, bo'g'imlarda og'riq bo'lishi mumkin. Terida toshmalar paydo bo'ladi. Bunday hol 10-12 kun davom etib, bemorlar tuzalib ketadilar. Qonni OIV kasalligiga tekshirilganda musbat natija kuzatiladi, qondagi T-limfotsitlar miqdori biroz kamaygan bo'ladi.

OIVni yuqtirib olgan boshqa guruh shaxslarda esa hech qanday klinik o'zgarishlar bo'lmagan holda, o'zlari tibbiy tekshiruvdan o'tib, maxsus VICH laboratoriyasida qon topshirib, OIVga spetsifik tahlillar (IFA) musbat natija bo'lgandagina, o'zlarini OIV tashuvchi ekanliklarini biladilar.

OIVni yuqtirib olganlarning boshqa bir qismida immun va asab tizimlarini shu virus ta'sirida zararlanganligi sababli hech qanday klinik belgilar bo'lmasdan turib, qaytalanuvchi tarqoq limfoadenopatiya holati kuzatiladi. Bunda odam organizmi periferik limfa tugunlarini ikki va undan ko'proq qismida limfa tugunlari kattalashganligi seziladi (chov sohasidan tashqari), paypaslaganda esa og'riqsiz, qo'zg'aluvchan bo'lib, bunday hol 3 oy va undan ko'proq vaqtgacha davom etadi. Bunday holni tarqalgan limfoadenopatiya deyiladi. Bu davrda OIV bilan kasallangan shaxslarda – patogenetik belgi hisoblangan - «tukli leykoplakiya» kuzatiladi. Bunda tilning yon tomonlarida oqish rangli enantemalar bo'lib, boshqa etiologiyali enantemalardan farqliroq, u tilning ostki qismida bo'lmaydi va shpatel bilan ko'chirilganda ko'chmaydi. Asta - sekin bu davr OIV kasalligining OITSGa mujassamlashgan belgilar davriga o'tadi.

4. OITSGa mujassamlashgan belgilar davri (SPID assotsirlangan simptomokompleks- SAS).

OITS davrining boshlanishidan oldingi davr – preSPID bo'lib, bunda klinik ko'rinishlar nospetsifik holda kechadi. OITS davrining oldingi davrida noma'lum sabablarga ko'ra tana harorati 38 - 40°S gacha ko'tarilib, kechga yaqin va tunda kuchayadi. Bemor ko'p terlaydi, umumquvatsizlik, tana vaznining kamayishi, sababsiz ichining surishi kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha bir-biri bilan bog'langan yoki bog'lanmagan noaniq simptomlar kuzatiladi. Bunday simptomlar faqat OITSGa xos simptomlar bo'lmay, ularning ba'zilar o'ziga mustaqil sindrom hisoblanadi va «OITSGa bog'langan uyg'unlik» - «SPID assotsirovanniy simptomokompleks (SAS)» deyiladi. Bunday uyg'unlik bir necha yil davom etgandan keyin bemorlarda OITSning aynan klinik ko'rinishlari namoyon bo'ladi.

SAS - OITSGa bog'langan uyg'unlik davrining keyingi bosqichlarida yuqoridagi klinik ko'rinishlarga : og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida

zamburug'li kasalliklar, doimiy yo'tal, o'rab oluvchi temiratki (Herpes simplex), teri kasalliklari, Kaposhi sarkomasi singari o'ta xavfli kasalliklar qo'shiladi. Bunday kasalliklarning qo'shilishi bemorlarda OITS kasalining klassik manzarasi namoyon bo'lishiga olib keladi. Bu hodisa immun tarmoqning T-limfotsitli hujayra tanqisligi bilan bog'liqligidadir.

Ushbu bosqichda OIV kasalligiga gumon qilish uchun mujassamlashgan belgilardan (SPID assotsirlangan simptomokompleksdan) ikki va undan ko'proq klinik va tahliliy ko'rsatkichlar bo'lishi kerak.

5 OITS- orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi davri.

OIV kasalligiga chalinganlarning bir qismidagina (25%) kasallikning OITS davri namoyon bo'ladi, lekin ko'pchilik OIV bilan zararlanganlar limfadenopatiya davridan to'g'ridan -to'g'ri OITS davriga o'tadi.

Tashxisoti. OIV kasalligini tashxislash o'ta javobgarlikni talab qiladi va murakkab vazifa hisoblanadi. Tashxislash uchun kasallikning batafsil anamnezini, epidemiologik anamnezini, jinsiy hayoti haqidagi anamnezini (gomoseksualizmga moyilligi, tartibsiz jinsiy aloqaga moyilligi), kasalni obyektiv ko'rik va laboratoriyaviy tekshiruv natijalari zarur bo'ladi.

Kasallikning klinik belgilarining turlicha bo'lishini inobatga olgan holda olingan barcha natijalarni dinamikada tahlil qilish kerak. Har bir mutaxassis OIV kasalligida uchraydigan murossachi (opportunistik yoki OITS-indikator) kasalliklarni inobatga olishi kerak. OITS kasalligini erta paydo bo'ladigan klinik belgilarini bilish lozim. Vrachning noto'g'ri qo'yg'an tashxisi bemorga juda kuchli ruhiy ta'sir ko'rsatadi.

Laboratoriya tahlilida (immunoblot usulida) musbat natija olinganda, epidemiologik ma'lumotlar va kasallik belgilari mavjud bo'lsagina, ularga asoslanib, OIV kasalligining klinik tashxisi qo'yiladi. Tashxisni laboratoriya usulida tasdiqlash uchun turli tekshiruvlar qo'llaniladi. Immun tizimining buzilish xususiyatlari o'rganiladi.

OIV kasalligida qondagi limfotsitlar soni 1mln/ml gacha tushib ketadi (normada 2mln/ml). Limfotsitlar ichida T-xelperlarni T-supresorlarga nisbati kamayishi asosiy ahamiyat kasb etadi (+CD4: +CD8 normada 3:1). OITS kasalligida esa bu nisbat birdan past bo'ladi. OITS bilan kasallangan bemorlarda limfopeniya, trombositopeniya, eozinofiliya, qon aylanishida immunkomplekslarning ko'payishiga bog'liq gipergammaglobulinemiya kuzatiladi.

OIV kasalligini tashxislashda virusni va uning komponentlarini (antigenlarini, nuklein kislotasini, teskari transkriptazani), hamda antitelolarni aniqlash hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Odam immunitet tanqisligi virusiga qarshi hosil bo'lgan antitelolar kasallik yuqqandan bir oy o'tgach aniqlanadi va uzoq yillar davomida

qonda saqlanadi. Kasallikning oxirgi davrida antitelalar yo‘q bo‘lishi mumkin.

Qondagi antitelolarni aniqlash uchun qattiq fazali radioimmunologik tahlil, radioimmunoprezipitatsiya va immunoferment usullari qo‘llaniladi. Bu tahlillarni aniqligini tasdiqlash uchun sezgirroq usul immunoblot usulidan foydalaniladi. Immunoblot tahlilining musbat natijasi organizmda odamning orttirilgan immunitet tanqisligi virusi borligini tasdiqlaydi.

OITS kasalligini davolash. Hozirgi davrda OIV kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolab yuborish imkoniyati bo‘lmaganligi sababli davolashning maqsadi bemorlarni umrini uzaytirishga va uni hayot kechirishini yaxshilashga qaratilgan bo‘lishi lozim.

Ular quyidagilardan iborat:

Birlamchi belgilar davrida (II A, II B va II B) va ikkilamchi belgilar davrining remissiya fazasida (III A, III B, III B) klinik belgilarni namoyon bo‘lgan (manifestatsiya) fazasida - to‘g‘ri (maqsadli) davolash va ikkilamchi kasalliklarni oldini olish bilan birga antiretrovirus terapiyasini olib borib, klinik belgilarini avj olishini kamaytirish (remissiya) va hayotini yaxshilashga erishish.

OIV kasalligi bilan og‘rikan bemorlarni davolashda quyidagi asosiy prinsiplarga (qoidalariga) rioya qilish taklif qilinadi:

- Bemorning ruhiy rejimini himoyalash;
- Retroviruslarga qarshi etiotrop davo choralarini o‘z vaqtida boshlash va ikkilamchi kasalliklarning oldini olish;
- Bemorlarga dori-darmonlarni lozim bo‘lgan eng kamini puxtalik (sinchkovlik) bilan tanlash;
- Ikkilamchi kasalliklarni erta aniqlash va ularni vaqtida davolash.

OITS kasalligini oldini olish va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlari. Odam immuniteti tanqisligi virusini yuqishining oldini olish va epidemiyaga qarshi kurash chora-tadbirlarini, sog‘lom turmush tarzini aholi o‘rtasida, ayniqsa yoshlar orasida targ‘ib qilishdan boshlash zarur. Shuningdek, kasallikni jinsiy aloqa yo‘li orqali, undan tashqari, virusni zararlangan qon va qon mahsulotlari orqali hamda teri butunligi buzilishi bilan olib boriladigan barcha muolajalardan yuqishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar o‘tkazilishi lozim. Kasallik virusining yuqishining oldini olishda muhim tadbirlardan biri kasallikni insonlarda o‘z vaqtida aniqlashdir. Shuning uchun aholining ayrim guruhlarida epidemiologik nazorat o‘rnatiladi, belgilangan guruhlar orasida testgacha konsultatsiya o‘tkaziladi. Ularning roziligi bilan OIV kasalligiga laboratoriya tekshiruvi uchun qon olinadi. Tekshirilishi lozim bo‘lgan guruhlar O‘zbekiston Respublikasi Bosh Davlat sanitariya vrachi tomonidan tasdiqlagan: «Aholini OITSga

tekshirish qoida va me'yorlari»da belgilab beriladi. OIV kasalligiga laboratoriya tekshiruvi ishlarida ayniqsa, aholining bu kasallikni yuqish xavfi yuqori bo'lgan tabaqalariga alohida e'tibor qaratilmog'i lozim. Bu ishga lozim bo'lgan taqdirda aholining barcha qatlami yordamida giyohvandlar, betartib jinsiy aloqa qiluvchi «engil oyoq» shaxslar aniqlanib, ular to'liq laboratoriya tekshiruvidan o'tishiga erishmoq lozim. OIV kasalligining oldini olishda yana muhim ahamiyat kasb etadigan masala – aholi o'rtasida o'tkaziladigan tibbiy targ'ibotdir. Unda ommaviy axborot vositalaridan keng foydalanish maqsadga muvofiqdir. Tibbiyot xodimlari aholining barcha qatlamlari bilan uchrashuvlarda yosh yigit-qizlar bilan maktab, litsey, kollej, institut va boshqa joylarda suhbat o'tkazilayotganda, OIV kasalligining yuqish yo'llari bilan batafsil tanishtirish va undan saqlanish yo'l-yo'riqlarini ko'rsatishi va himoya vositalaridan foydalanishni o'rgatish kabi ishlarni olib borishlari lozim. Yuqish xavfi tug'ilgan hollarda murojaat qilgan shaxslarga, qolaversa, OIV kasalligi va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarga chalingan shaxslarga, giyohvandlarga tibbiy yordam ko'rsatayotgan vaqtda mehr-oqibat ko'rsatish muhim ahamiyat kasb etadi. Ularga bog'liq o'tkaziladigan barcha chora-tadbirlarni konfidensial holatda o'tkazilishi lozim. Ushbu shaxslarning kasallikni tarqatish xavfini kamaytirish maqsadida kerakli vositalar bilan (prezervativ, bir marta ishlatiladigan shprits va igna, zararsizlantiruvchi moddalar) ta'minoti masalasi bilan shug'ullanish zarur. Shu bilan birga muammosi va yuqtirishi mumkin bo'lgan xavflarni tahlil va muhokama qilish jarayonida ular bilan muntazam targ'ibot ishini olib borish, xulq-atvorini, yurish-turishini va boshqa nojo'ya hatti-harakatlarini o'zgartirishga chaqirish kerak. Ayollar masalasida turmushga chiqish, oila qurish, bola ko'rishda boshqalar bilan teng huquqqa ega ekanligini cheklamaslikka intilish zarur.

Sitomegalovirusli infeksiya

Tsitomegalovirusli infeksiya (sinonimlari: tsitomegaliya, so'lak bezlarining virusli kasalligi, inklyuzion tsitomegaliya) – keng tarqalgan virusli infeksiya bo'lib, har xil ko'rinishda, ya'ni simptomsiz kechishdan og'ir tarqalgan shakllargacha ifodalanib, ichki a'zolar va markaziy nerv tizimining zararlanishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi: Kasallik qo'zg'atuvchi herpes (herpes viridae) oilasiga mansub virusdir. Virion diametri 180 nm atrofida bo'lib, tarkibida DNK saqlaydi. Infitsirlangan hujayra yadrosida virus rivojlanib, kiritmalar hosil bo'ladi. U odam fibroblastlaridan iborat kulturada rivojlanishi mumkin. Virus ta'sirida normal hujayralar diametri 25-

40 mkmgga teng tsitomegalik hujayralarga aylanadi. Bunda to'qima kulturasi xromosoma apparatining yaqqol buzilishlari aniqlanmagan. Virusning onkogen ta'siri oxirigacha o'rganilmagan. Virusning alohida shtamlari orasida antigenlik tafovut bo'lib, herpes guruhiga mansub barcha viruslarga xos umumiy xususiyatlarga ega.

Epidemiologiyasi: Infeksiya manbai va rezervuari faqat odam hisoblanadi. Virus so'lak, ona suti, siydik, najas, shahvat suyuqligi, bachadon bo'yning sekretida bo'lishi mumkin.

Yuqish yo'llari havo-tomchi, muloqot, jinsiy yo'l, transplantsentlar hisoblanadi. Shuningdek, infeksiya, buyrak transplantatsiyasi va donorning zararlangan qonini quyishda ham o'tishi mumkin. Katta yoshdagi odamlarning 50-80%ida spetsifik antitelalarning topilishi sitomegalovirusli infeksiyaning keng tarqalganligini ko'rsatadi. Zararlangan odam butun umri davomida virus tashuvchi bo'lib qoladi, bu virusning latent persistensiyalanishi bilan bog'liq. AQShda yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 1%ga yaqin atrofida tsitomegalovirus aniqlanib, bu ko'rsatkich rivojlanayotgan mamlakatlarda yuqori foizni tashkil etadi.

M.A. Sokolova va muallifdoshlari fikricha, 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning 73,6% da tsitomegalovirus infeksiyasi antitelolari aniqlangan.

Umumiy tekshirilganlardan yangi tug'ilgan chaqaloqlar va erta yoshdagi bolalar o'limini tahlil qilganda, 5-15%da tarqoq turdagi va 10-30%ida mahalliy (lokal) tsitomegaloviya aniqlandi. Homila ona qorni ichida zararlanishida virus transplantsentlar yo'l bilan o'tishi mumkin.

Patogenezi. Infeksiyaning yuqishi mexanizmi, asosan uning kirish yo'llari: yuqori nafas yo'llari, ovqat hazm qilish va jinsiy a'zolarining shilliq pardasi holati patologik jarayonni belgilab beradi.

Infeksiyaning kirish darvozalarida biror o'zgarish aniqlanmaydi. Virus so'lak bezlari to'qimasiga nisbatan tropizm xususiyatiga ega va kasallikning lokal shakllarida shu bezlarda joylashadi. Virus organizmning butun hayoti davomida persistensiyalanadi. Infeksiyaning birlamchi kirishiga javoban organizm immun jihatdan qayta quriladi. Tsitomegalovirusli infeksiyaning latent shakldan yaqqol klinik belgilar ifodalanadigan shaklga o'tishida turtki omil bo'lib, interkurrent kasalliklar, tsitostatiklar, immunodepressantlarning boshqa turlarini qo'llash hisoblanadi. Oxirgi yillarda OIV yuqtirilgan odamlarda tsitomegalovirusli infeksiyaning qo'zishi dolzarb muammolardan biri bo'lib qolayapti. Latent tsitomegalovirusli infeksiyasi bor homilador ayollarda homila hamma vaqt ham zararlanmaydi. Homila zararlanishi uchun ayolda latent infeksiya qo'zib, virusemiya rivojlanishi talab etiladi. Homiladorlik davrida ayolning infitsirlanishi yuzaga kelganda homilaning zararlanish xavfi oshadi, lekin

bunday infitsirlanib, immunitet hosil qilgan ayolga nisbatan virusemiya fazasida infeksiyaning homilaga o'tishi osonroq kechadi. Infeksiyaning jinsiy aloqa paytida ham yuqishi mumkin.

Kasallikning avj olib borish mexanizm va turmushda orttirilgan xillari tafovut qilinadi. Tug'ma xili tsitomegalovirusli sindrom degan narsani ham o'z ichiga oladi (bola tashlash, bolaning o'lik chala tug'ilishi, jigar zararlanib, sariqlik boshlanishi, markaziy nerv tizimi zararlanishi, trombositopenik purpura, tarqoq sepsis). Kasallikning turmushda orttirilgan xili isitma chiqish, zaharlanish, mushaklarda og'riq bo'lishi (mialgiya), limfadenopatiya bilan o'tadi.

Klinikasi: turg'unlik davr aniqlanmagan, chunki tsitomegalovirusli infeksiya latent ko'rinishda kechadi, kasallikning yaqqol ifodalangan klinik belgilari esa ma'lum bir turtki omil ta'sirida rivojlanadi. Tsitomegaliya klinik ko'rinishlarning umumiy tasdiqlangan klassifikatsiyasi mavjud emas. Tsitomegalovirusli infeksiyalarning quyidagi klinik shakllarga ajratish maqsadga muvofiq bo'ladi:

A. Orttilgan tsitomegaliya:

1. Latent (mahalliy) shakli.
2. O'tkir mononukleoz shakli.
3. Tarqoq shakli.

B. Tug'ma tsitomegaliya:

1. O'tkir shakli.
2. Surunkali shakli.

V. OIV-infitsirlangan va immuniteti susaygan shaxslardagi tsitomegaliya.

Sog'lom odamlarda qon zardobida antitelalar borligi tsitomegalovirusli infeksiyaning keng tarqalganligini ko'rsatadi. Masalan, donordalarda umumiy tekshirilganlardan antitelalarning topilishi 63-68% hollarda aniqlandi.

Latent tsitomegalovirusli infeksiya bemorning butun umri mobaynida davom etib, klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi. Biroq ma'lum sabablar ta'sirida kasallikning manifest shakliga aylanadi. Ko'pincha tsitomegalovirusli infeksiyaning birlamchi latent shakli ko'proq kelib chiqadi, lekin infitsirlanganlarning bir qismida kasallik o'tkir fazada kechib, keyinchalik unda klinik belgilarning susayishi va ikkilamchi latent tsitomegaliya kelib chiqishi xarakterli.

Orttirilgan tsitomegaliyaning o'tkir shakli o'zini klinik belgilari bilan infeksiyon mononukleozni eslatadi. Lekin geterogemagglutinatsiya reaksiyalari (Paul Bunnell, XD/PBD, Lovriks, Goffa, Bauer, Li-Devidson) manfiy bo'ladi. Kasallikning bu shakli qon quyilganda va jinsiy hayoti aktiv bo'lgan yoshlarda rivojlanishi mumkin. Turg'unlik

davri 20-60 kun, kasallikning davomiyligi 2-6 hafta, kasallikda quyidagi klinik belgilar kuzatiladi: tana haroratining ko'tarilishi (bunda harorat egri chizig'i noto'g'ri), intoksikatsiya alomatlari, ya'ni qaltirash, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, mushaklarda og'riqlar, taloq kattalashishi mumkin. Periferikqondanisbiy limfotsitoz, atipik mononuklear hujayralar 10% dan ortiq oshgan bo'ladi, bunda leykotsitlar me'yorida, pasaygan, kam hollardagina biroz oshadi. Infekcion mononukleozdan farq qilib, kasallikda tonzillit va tarqoq limfadenopatiya bo'lmaydi.

Asoratlari: interstitsial yoki segmentar pnevmoniya, plevrit, miokardit, artrit, ensefalit, Giyena- Barre sindromi, o'tkir fazadan keyin bir necha hafta davomida astenizatsiya va vegetativ tomir buzilishlar saqlanib qoladi.

Tug'ma tsitomegalovirusli infeksiya. Homilaning zararlanishi xarakteri boshqa kasalliklardagi singari infitsirlanish muddatiga bog'liq. Homiladorlikning erta davrida homilaning infitsirlanishi uning o'limi yoki spontan abortlarga olib keladi. Agar infitsirlanish homiladorlikning 1-3 oyligida yuz bersa, tsitomegalovirus terotegen ta'sir etishi mumkin. Homiladorlikning kechki muddatlarida infeksiya yuqqanda, bola rivojlanishi nuqsonlarsiz, lekin tug'ma tsitomegaliya bilan dunyoga keladi. Albatta, kasallik simptomlari bola hayotining birinchi kunlaridayok rivojlansa, buni tug'ma tsitomegaliya deyishga asos bo'ladi. Ko'p hollarda chaqaloqlar tug'ruq vaqtida zararlanadi; 40-60% hollarda esa kasallik seropozitiv onalarning suti orqali yuqadi. Shuningdek, kasallik yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qon quyilganda ham rivojlanib, bunda simptomlar asta-sekin paydo bo'ladi. Bolalarda anemiya, limfotsitoz, jigar kattalashishi, tana og'irligining yetarli darajada oshmasligi, interstitsial pnevmoniyalarga moyillik aniqlanadi. Tug'ma tsitomegaliya uchun xarakterli belgilar: hayotining birinchi kunlaridan boshlab teri qoplamalarining sarg'ayishi, gemorragik toshmalar toshishi, trombogemorragik sindrom, trombositlar miqdorining kamayishi, progressiyalanuvchi anemiya, retikulotsitlar miqdorining oshishi, shilliq pardalarga qon quyilishi, kindikdan qon ketish, kamdan-kam hollarda bosh miyaga va boshqa organlarga qon quyilishi, trombositlar miqdori ma'lum darajada ($50 \times 10^9 / l$ gacha) kamayadi. Jigar va taloqning kattalashishi 1-yilgacha, gemorragik sindrom va trombositopeniya 2-3 haftagacha saqlanadi. 1-2 hafta davomida sariqlik darajasi (intensivligi) oshib, so'ngra asta-sekin, ba'zan to'lqinsimon 2-6 oy mobaynida pasayadi. Bundan tashqari, qon zardobida fermentlar (aminotransferaza, ishqoriy fosfataza) faolligi oshib, jigar biopstatida xarakterli tsitomegalik hujayralar topiladi. Tug'ma tsitomegaliyada ko'pincha ensefalit rivojlanadi (katta yoshli bolalardagi tsitomegalovirusli infeksiyada

ensefalit deyarli uchramaydi). Ensefalit o'choqlari katta(bosh miya) yarim sharlarining perivaskulyar zonalarida joylashib, bu yerda keyinchalik nekrotik o'zgarishlar va kaltsinatlar paydo bo'ladi. Ona qorni ichidagi ensefalitlar mikrotsefaliya, gidrotsefaliya va boshqalar bilan asoratlanadi. Markaziy nerv tizimidagi o'zgarishlar ko'z patologiyalari (xoreoretinitlar, katarakta, ko'ruv nervining atrofiyalanishi) bilan qo'shilib keladi. Tug'ma tsitomegaliyada asosan pnevmoniya, buyraklarning zararlanishi, kamdankam hollarda yurak qon- tomir sistemasida o'zgarishlar kuzatiladi. Tug'ma tsitomegalo-virusli infeksiya doimo tarqalgan xarakterga ega bo'lsa ham, lekin unda so'lak bezlari zararlanadi. O'ttirilgan tsitomegaliya so'lak bezlarining izolyatsiyalangan zararlanishi mahalliy xarakterda kechadi.

Sitomegalovirusli infeksiya OIV – infitsirlangan odamlarda OITS kasalligining rivojlanishi uchun asosiy patogenetik omil hisoblanadi. Ayni paytda o'ttirilgan immunodefitsit tsitomegaliyaning tarqalishini ta'minlaydi. Bu turdagi bemorlarda uzoq muddatli isitma, darmonsizlik, anoreksiya, qechqurungi terlash, mialgiya, artralgiya kuzatilib, periferik qonda trombositopeniya, leykopeniya, atipik mononuklearlar, boshqa elementlar topilib, jigar faoliyati buziladi. Nafas organlarining doimiy zararlanishi natijasida hansirash, gi poksiya, quruq yo'tal kelib chiqadi. Rentgenologik jihatdan o'pkaning asosan pastki bo'laklarida va ikki tomonlama joylashuvchi interstitsial va infiltrativ o'zgarishlar aniqlanadi. Shu tarzda o'zgarishlar boshqa viruslar, pnevmotsistalar hamda zamburug'lar (aspergillez va b.) ta'sirida ham rivojlanadi. Tsitomegaloviruslarning asosiy etiologik omili faqatgina o'pka biopatlari tekshirganda ko'riladi.

Immuniteti past odamlarda tsitomegalovirus oshqozon – ichak traktini jarohatlab, qizilo'ngach, oshqozon, yo'g'on va ingichka ichak yaralarini keltirib chiqaradi. Bunda yaralardan qon ketib, peritonit, ba'zan esa tsitomegalovirusli gepatit rivojlanadi. OITS bilan kasallangan bemorlarda surunkali ensefalit, o'tkir osti ensefalopatiya, apatiya oshib borib, bir necha hafta yoki oydan so'ng demensiya yuzaga keladi. OITS kasalligi bor, shuningdek, organlar transplantatsiyasi operatsiyasini boshidan kechirgan bemorlarda tsitomegaliya virusi retinit, ko'z to'rt pardasida nekroz o'choqlari va ko'rlik kelib chiqadi. Ko'zdagi bu o'zgarishlar toksoplazmoz, kandidoz, gerpetik infeksiyalarda ham kuzatiladi. Tsitomegalovirusli infeksiya organlar transplantatsiyasi (buyrak, jigar, yurak)ni og'irlashtirib, isitma, leykopeniya, gepatit, pnevmoniya, kolit, retinit operatsiyadan keyin 1-4 oy mobaynida kuzatiladi. Bu asoratlar asosan birlamchi infitsirlanishda latent tsitomegalovirusli infeksiyaning faollashishida og'iroq kechadi. Klinik belgilarning og'irlilikda kechishi immunodepressiyaning darajasi va qaysi turdagi immunodepressantlarning ishlatilishiga bog'liq.

Suyak ko'migi transplantatsiyasi qilingan bemorlarda 20%ida sitomegalovirusli pnevmoniya rivojlanib, unda o'lim ko'rsatkichi 88% ni tashkil etib, bunda kasallikning maksimal rivojlanish xavfi transplantatsiyadan keyin 5–13 haftalarida kuzatiladi. Ayniqsa qari-yoshdagi odamlarda transplantatsiya organining disfunktsiyasi bilan tugallanadi.

Tashxisoti. Tsitomegaliyaning tashxisoti asosan qon zardobida antitelalar titrining 4 marotaba oshishi va klinik materialdan virusning ajratilishi bilan tasdiqlanadi. Virusni ajratish uchun odam diploid hujayralarining kulturasi va embrion fibroblastlarining kulturasi ishlatiladi. Virusologik metod qiyinchiliklar tug'dirgani uchun amaliyotga polimeraz zanjirli reaksiya yordamida antitelalarni topish uchun RSK, RNGA, immunoflyuorestsensiya reaksiyalari va qattiq fazali immunoferment tahlili qo'llaniladi. Antitela yuqori titrining bir marta aniqlanishi ham tashxisni to'la tasdiqlamaydi, chunki latent infeksiya keng tarqalgan bo'ladi. Tsitomegaliyaning erta tashxisoti (chaqaloqlarda)da IgM sinfiga mansub antitelalar topiladi.

Davolash. Etiotrop davo maqsadida boshqa kasalliklarda ishlatiladigan herpesga qarshi preparatlar (atsiklovir, ribavirin)ning effekti bo'lmadi. Tsitomegalovirusli infeksiyada Cymeven (Ganciclovir sodium) ning effekti kamroq, qolaversa granulotsitopeniya singari nojo'ya ta'sirlari kuzatilgan. Tsimeven v/i 5 mg/kg 1 soat mobaynida kuniga 2 mahal 14–21 kun, keyin esa 1 hafta mobaynida 1 marta buyuriladi. Tsitotekt 2 ml/kg kunora v/i klinik belgilari yo'qolguncha tavsiya etiladi.

Tsikloferon 12,5% li yoki neovir tizim asosida buyuriladi. Homilador ayollardagi orttirilgan tsitomegalovirusli infeksiya bo'lganda infeksiyaning generalizatsiyasi va homilaning ona qorni ichidagi zararlanishi mumkinligini ogohlantirish kerak. Shu maqsadda umumiy quvvatlantiruvchi va desensibilizatsiyalovchi terapiya o'tkaziladi, shuningdek, normal odam immunoglobulinini homiladorning 1–3 oyligida 2–3 haftalik intervallar bilan 6–12 mldan m/o yuboriladi. Bu immunoglobulin tarkibida maxsus antitelalarni saqlaydi. Buyrak transplantatsiyasida alfa-interferon yoki tsitotekt kiritilishi profilaktik ta'sir etadi.

Yuqorida zikr etilganidek, tsitomegalovirus infeksiya turli xil klinik ko'rinishlarida kechganligi sababli patogenetik davo asoslangan bo'lishi shart.

Taxmini. Mahalliy shaklida ijobiy. Infeksiyaning tarqalgan shakli va tug'ma tsitomegaliyada yomon. O'choqdagi maxsus profilaktikasi sifatida tsitotekt asosan, buyrak va ko'mik transplantatsiyasidan oldin 1ml/kgdan har 3 haftada 1 marta 6 kurs o'tkaziladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, immuniteti past odamlarda tsitomegalovirusga nisbatan antitelalari yo'q donorning qoni quyiladi. O'choqda chora-tadbirlar o'tkazilmaydi.

IX bob

OLIV MALAKALI HAMSHIRALAR BILISHI SHART BO'LGAN AMALIY KO'NIKMALAR

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 organiz-mida brutsellyoz infeksiyasi bo'lsa, brutsillin yuborilganidan 8–10 soat keyin terining o'sha (brutsillin yuborilgan) joyida yallig'lanish alomatlari (shish, qizarish, og'riq) paydo bo'ladi va 24–28 soatgacha ko'payib boradi, 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 hisoblanadi, 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 hisoblanadi, 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 hisoblanadi.

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 terisiga 100 baravar suyultirilgan zardob 0,1 ml yuboriladi. 20 minut o'tgach, ukol qilingan joyning qizargani kichkina bo'lsa, ya'ni sathi 0,9 sm dan oshmasa, natija manfiy hisoblanadi. Natija manfiy bo'lganda suyulti— rilmagan zardobdan 0,1 ml teri ostiga yuboriladi.

Bunga hech qanday reaksiya bo'lmasa, 30 minut o'tkazib turib, kerakli dozadagi zardobning hammasi mushak orasiga yoki vena ichiga

yuboriladi. Sinov natijasi ijobiy bo'lsa (ya'ni, suyultirilgan zardob yuborilgan joy ko'prok qizarib chiqsa), teri ostiga suyultirilgan zardob yuboriladi. Keyin 30 minut o'tgach, kerakli dozani mushak orasiga yuboriladi. Sinov natijalari ijobiy bo'lsa (ya'ni, suyultirilgan zardob yuborilgan joy ko'proq qizarib chiqsa), teri ostiga suyultirilgan zardob yuborish davom ettiriladi. (20 minut oralab 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'yeksiya qilinadi.

O'latga qarshi kiyim kiyish tartibi

O'ta xavfli infeksiyalar (o'lat, vabo, gemorragik isitmalar, chinchechak, kuydirgining tarqalgan shakllari) qayd qilinganda, o'latga qarshi maxsus kiyim kiyiladi.

1. Kiyim kiyishdan oldin tabobat xodimi o'zini himoya qilish uchun shaxsiy aptechkadagi dori-darmonlardan foydalanadi.

Masalan, o'latga qarshi tabobat 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. Tabobat xodimi kiyimi ustidan oldin kombinzon 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 bantik 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 tabobat xodimi 2 soat ishlashi mumkin.

Tabobat xodimi qat'iy epidemiyaga qarshi ko'rsatmalarga amal qilib, quyidagi tartibda echinadi: sochiq, ko'zoynak, niqob, xalat, ro'mol, etik, rezina qo'lqop, paypoq yoki chulki, kombinezon yoki pijama.

Eslatma: 1. Agar tabobat xodimi davolovchi vrach bo'lsa, ro'moldan oldin fonendoskop taqadi.

2. Agar bemorda qusish alomatlari qayd qilinsa, sochiqdan oldin rezinali fartuk taqadi.

3. Bemorda gemorragik isitma qayd qilinsa, 2 tadan rezina qo'lqop kiyadi.

Rektoromonoskopiya qilish usuli

Rektoromonoskopiya rektoskop asbobi bilan bemorlarga diagnoz 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 lampochkalarini vaziyatida o'tkazilishi kerak. So'ng bemorning dumbalari va sonlari o'rtasidan, orqa chiqaruv yo'li orqasiga to'g'ri keladigan teshigi bo'lgan maxsus klenka bilan berkitiladi. Berkitishdan avval rektoskopga vazelin moyi surtiladi. Bemorga kuchanish taklif qilinadi va shu vaqtda rektoskop tubusi aylanma harakat bilan to'g'ri ichakka kiritiladi. So'ngra mandren tubusdan chiqariladi, yoritgich sistemasi ishga solinadi va ko'z nazorati ostida rektoskop 25-35 sm ichkariga kiritiladi. Rektoromonoskopiya vaktida yallig'lanish o'zgarishlari, yarachalar, eroziyalar, patologik jarayonning tarqalishning patologik darajasi aniqlanadi, yarachalar kuydiriladi, tekshirish uchun morfologik material olinadi va tegishli laboratoriyaga tekshirish maqsadida yuboriladi.

Gaz o'tkazuvchi nayni ishlatish

Meteorizm- ichakda gazlar o'zicha chiqib ketmasdan ichakni dam qilib yuborishi va qorin bo'shligida qolishi. Ichakni tozalaydigan klizma gaz hosil bo'lishini kamaytiradi va gazlarni chiqarib yuboradi, lekin u qisqa muddatda naf beradi va bundan tashqari hamisha undan foydalanib bo'lmaydi. Mana shunday hollarda gaz o'tkazuvchi nay ishlatiladi. Gaz o'tkazuvchi 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 ko'ndalangiga kesilgan. Nayni qaynatib olib, vazelin yoki boshqa yog' surtilib orqa teshikka 10-30 sm ichkariga kiritib qo'yish zarur, lekin tashqi uchi orqa teshikdan 5-6 sm chiqib tursin. Naydan ichak ichidagi suyuqlik oqib chiqishi mumkin bo'lganligi uchun o'rin bosh iflos bo'lmasin deb, nayning tashqi uchi bemor tagiga qo'yilgan rezina to'shakka yoki buklangan choyshabga to'g'rilab qo'yiladi. Nayni qo'yganda og'ritmaslik uchun shoshmasdan, aylana harakatlar bilan kiritib qo'yish kerak. Gaz chiqib ketish qorin damligi kamayguncha gaz o'tkazuvchi nayni ko'pi bilan 2 soat qo'yib qo'yish kerak. Sutka davomida uni ma'lum vaqt oralatib turib, bir necha marta qo'ysa bo'ladi. Ichakda kattiq najas massalari to'planib qolsa, gaz o'tkazuvchi nayni kiritish qiyinlashadi. Bunday hollarda uni qo'yishdan avval glitserin bilan mikroklizma qilinadi. Nay chiqarib olgandan keyin orqa teshik atrofini paxta bilan artib

olish, ta'sirlangan bo'lsa, qanday bo'lmasin biror maz surtib qo'yish, dori sepish va dumba orasiga bir bo'lak toza paxta qo'yish kerak. Nayni issiq suvda sovunlab yuvish va qaynatib olish lozim. Chunki ichak kasalliklarida, ayniqsa, infeksiyon kasalliklarda klizma uchun tutiladigan asboblarning orqali hamisha kasal kishidan sog'lom odamga infeksiya yuqtirish mumkin.

Orqa miya suyuqligini olish

Lyumbal punksiya uchun bemor oyoqlari tizzalarida buklangan va tizza qorniga tortilgan holda o'ng yonboshini bosib yostiqsiz yotishi kerak. Lyumbal punksiyani vrach bajaradi. Tibbiyot hamshirasi orqa vaziyatni 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 soha 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 kismilariga surtishga o'tiladi. Buning uchun tibbiyot hamshirasi bemorning yonbosh suyaklari qirralarini paypaslaydi va yod nastoykasi bilan ularni tutashtiradigan chiziqdan o'tkazadi. Bu chiziq umurtqa pog'onasining 3–4 bel umurtqalari qirralari, o'siqlari sathida 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 mmli har qanday yupqa shisha naychadan ham monomer sifatida foydalansa bo'ladi. 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 normada 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 dezinfektsion eritma solingan tog'oraga tushadi. Suyuqlikning keyingi portsiyasi bir necha steril probirkalarga yig'iladi va tekshirish maqsadida laboratoriyalarga yuboriladi. Igna chiqarilgandan so'ng punksiya kilingan joyga keleolga xo'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 eyish man etiladi.

Qalin qon tomchisini tayyorlash

1. Bir oz oldin yuvilgan buyum oynachasi stol ustiga qo'yiladi.
2. 70% li spirt shimdirilgan paxta bilan patsient 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 holda 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 tomchi diametr 1,0–1,5 sm ga o'tkaziladi.
7. Oynadagi qon tomchilari orasida shu barmoq bilan qon tasmasi tushiriladi. Unga qon qurigandan so'ng oddiy qalam bilan patsient familiyasi yozib qo'yiladi.
8. Oynani stol yoki shkafda tik tushadigan quyosh nuri, chang va pashshalardan ehtiyot qilgan holda quritish uchun gorizontol holda qo'yib qo'yiladi.
9. Qalin tomchi asosan qonda bezgak plazmoyidlarini, shuningdek, qaytalama tif spiroxetalarini topish uchun qo'llaniladi.

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 eritmasi 1,0 ml + 0,25 % novakain eritmasi) qilinadi.
2. 25% magniy sulfat eritmasi 1 kg vaznga 0,2 ml da mushak orasiga yuboriladi.
3. Yuqoridagilar natija bermasa, 20% li glyukoza eritmasi bilan 1kg vaznga 50-100 mg GOMK eritmasi vena ichiga sekin yuboriladi.
4. Ko'rsatmaga muvofiq 10% li kaltsiy glyukonat yoki kaltsiy 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 massa 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.
- v) yuqori konsentratsiyali 30-50 ml plazma vena ichiga yuboriladi.
- 6. Lozim topilsa, orqa miya punksiyasi qilinadi.
- 7. MNS tomonidan chuqur o'zgarishlar kuzatilsa, prednizalon ichishga 1-2 mg/kg yoki parenteral 2,0-5,0 mg/kg yuboriladi.

Gipertermik sindromini bartaraf qilish

1. Bemorni havosi almashinib turadigan, salqin havoli xonada joylashtirib, suyuqlik ichirib turish

2. Tana harorati 38°S dan yuqori bo'lsa, paratsetamol, aspirin, tsitramon bemorning yoshi va og'irligiga qarab buyuriladi. Agar tana harorati 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 oqimtirligi vaqaltirash bilan kechadigan gipertermiyada bemor badani 50% li spirt yoki uksusli eritma bilan ishqalanadi, ichishga papaverin, noshpa, eufillin buyuriladi, mushak orasiga noshpa, dibazol eritmaları yuboriladi.

2. Mushak orasiga 25% li magniy sulfat eritmasi, 1 kg og'irlikda 0,2 ml dan yuboriladi.

3. Siydik haydovchi preparatlar furosemid (laziks), gipotiazia va boshqalar buyuriladi.

4. Gipertermiya natijasida suyuqlik yo'qotgani uchun 20% li glyu-koza insulin bilan vena ichiga yuboriladi, og'iz orqali regidron, oralit, qand-tuzli eritmalar buyuriladi.

Qonni ekmaga olish tartibi

Ko'pgina yuqumli kasalliklarni tashxislashda qonni ekmaga olish muhim ahamiyatga ega. Amaliyot xodimlari salmonellezlar (salmonellyozlarning tarqalgan shakli, ich terlama va A va V paratiflar)da qon ekmasini gemokultura, kokklar chaqiradigan kasalliklar (sepsis, meningokokkemiya)da qon sterillikka, bru- tsellyozda esa GGB deb atashadi. Qon ekmasi qaysi kasallikda olinishidan qat'iy nazar olish tartibi bir xil. Antiseptika qoidalariga amal qilgan holda bilak venasidan vrach ko'rsat-

masiga ko'ra ma'lum miqdorda qon olinadi. Qon olishdan oldin xona kvartslanadi. Ozuqa muhit saqlangan idish qo'l yordamida 36-37°S 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 ustida qon flakon devori orqali muhitga quyiladi. So'ngra flakon og'iz devorlari va paxtali tampon termik zararsizlantirib, flakon yopilib, termostatga qo'yiladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi. Idishni laboratoriyaga yuborishdan oldin uning qog'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 TPK gumon qilinganda kasallik davomiyligi va tana harorati oshishi davridan kat'iy nazar, maxsus davo o'tqazishdan oldin 3 kun ketma-ket qon gemokulturaga olinishi kerak.

Tomoqdan surtma olish usullari

Tomoqdan surtma difteriya va gripp, meningokokkli infeksiya kasalliklarini aniqlash maqsadida olinadi.

Olish usuli quyidagicha:

1. Shtapel, probirkalar va steril tamponlar tayyorlanadi.
2. Bemorning yuzi iloji boricha yorug'likka qaratiladi.
3. Chap qo'lga shpatel va probirkalar olinadi
4. Shtapel bilan til ildizi ohista bosiladi va o'ng qo'l bilan probirkadan steril tampon olinadi.
5. Steril tampon og'iz bo'shligining shilliq qavatlariga tegizmasdan bodomcha bezlariga (chap va o'ng) ohista tutilib olinadi.
6. Ehtiyotlik bilan steril tampon probirkaga uning devorlariga tegmagan holda 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 laboratoriyaga yo'llanma bilan tekshirishga yuboriladi.

Anafilaktik shokning davosi

1. Avvalo shokka sabab bo'lgan dorini ishlatish darhol to'xtatiladi.
2. Dastlabki choralar gipotoniyani bartaraf etishga qaratilgan bo'ladi.

Qon tomirlar devorlaridan tashqariga chiqqan suyuqlik o'rnini to'lgazish uchun tuz eritmalari venaga yuboriladi. Bir kecha-kunduzda 5-6 l gacha tuz eritmalari (atesol, 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 holda mannitol va laziks tayinlanadi.

3. Prednizolonning 3% li eritmasidan 2-3ml yoki deksometazonning 0,4% eritmasidan 2-3 ml (prednizalon 60-90 mg, deksometazon 8-12mg) glyukozaning 10 mlga 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 ukol qilinadi. Anafilaktik shokka penitsillin yoki uning guruhiga kiradigan boshqa antibiotiklar sabab bo'lgan hollarda ana shu dorilar yuborilgan joyga 1000000 birlik miqdorida penitsillinaza ukol 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. Bronxospazmni kamaytirish uchun eufillinning 2,4%li eritmasidan 10ml olib, uni 10-20 ml 40% li glyukoza eritmasida venasiga yuboriladi. Hiqildoq 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.

Me'dani yuvish texnikasi

Buning uchun kichik meditsina hamshirasi me'dani yuvishga ishlatiladigan asbobni tayyorlaydi. Bu asbob uzunligi 1,5 m keladigan, tegishli qalin devorli rezina nay hamda sig'imi 0,65-1 l li voronkadan iborat. Voronka va rezina nay qaynatilish yo'li bilan sterilizatsiya bo'lishi kerak, ular maxsus sterilizatorlarda saqlanadi, agar bunday sterilizatorlar bo'lmasa asbobni bevosita me'dani yuvish oldidan kostryulkada qaynatib, sterilizatsiya olinadi. Kichik tibbiyot hamshirasi natriy gidrokarbonat kristalchasi, qo'shilgan 8-10 l qaynatib sovutilgan iliq suvni tayyorlaydi, so'ng bemor boshini bir muncha oldinga engashtirib, choyshab yoki klyonka qo'yiladi, hamshira zondni me'daga tushurib, erkin uchiga voronka kiygazadi, tibbiyot hamshirasi unga qarashib turadi, voronkaga havo kirib

qolmaslik uchun uni sal engashtirilgan holda suv qo'yib beradi. Voronkani avval bemorning og'zidan pastrok qilib tutiladi, keyin unga suv to'ldirib voronkani 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 me'daning butunlay toza bo'lganidan dalolat beradi. Me'daga qancha suyuqlik yuborilgan bo'lsa, undan shuncha suv qaytib chiqishi kerak, bordiyu chiqqan suv kamrok bo'lsa, u holda 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. Me'dadan tushgan yuvundi suvni ba'zi hollarda tekshirish uchun yuboriladi Buning uchun bir oz qismi steril bankaga qo'yib olinib, og'zi qopqoq bilan berkitiladi va yorlik yopishtirib bakteriologik tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi.

Tahlil uchun najas olish tartibi

Yuqumli kasalliklar kasalxonasi qabul bo'limida o'tkir diareya tashxisi bilan qabul qilingan bemordan, kaprologik, bakteriologik va №30 formaga tekshirish maqsadida najas olinadi. Tekshirishdan oldin bemordan najas olish uchun bemorga 5 % xloraminda zararsizlantirilgan oqar suvda yuvib tashlangan tuvak beriladi. So'ng maxsus qoshiqcha yoki shpatel bilan shilliq, yiring va qon aralashmalari saqlangan najasning bir bo'lagidan olinadi. Olingan materiallar maxsus shisha idishga solinadi. Idishga albatta yorliq yopishtiriladi. Tegishli ma'lumotlar yozib laboratoriyaga yuboriladi. Agar bemor najasidan patologik o'zgarishlar bo'lib, najasda qon, yiring, yalqi aralash shilliqdan iborat bo'lsa, bu holda yiring va yalqi aralash shilliq qismidan olinadi.

Sifon klizma

Sifon klizma ichni yuvadigan klizmalarning eng tarqalgan turidir. Sifon klizma: 1. Tozalaydigan klizma va surgu dorilardan foyda bo'lmaganda, ichaklarni najas va gazlardan tozalash zaruriyati tug'ilganda;
2. Achish va chirish mahsulotlarni zaharli moddalarini ichaklardan tez chiqarib tashlash hollarida;
3. Ichakning tutilib qolganiga shubha bo'lganda qilinadi.

Sifon klizma uchun 10-12 l toza suv tayyorlab qo'yiladi. Sifon klizma ishlatiladigan asbob 1-2 l voronka bo'lib, unga uzunligi 1,5 bo'shlig'ining diametri kamida 1 sm keladigan rezina nay va so'ngra birkiruvchi ichak naylari kiygiziladi. Asbob va suvdan tashqari, ko'zacha, tog'ora va klyonkani tayyorlab qo'yish kerak. Ichak naychasi uchiga vazelin surtib, uni orqa chiqaruv yo'lidan 20-30 sm ichkariga kiritiladi. Keyin xuddi me'dani yuvishdagidek qilinadi. Voronkani bemor tanasidan biroz balandroqda qiyshaytirib ushlab turib, suvga to'ldiriladi va ko'tariladi. Kamayib borayotgan suv sathi 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 qaytariladi.

Burundan surtma olish usullari

Burundan surtma adenovirus infeksiyalarni tekshirish maqsadida olinadi.

-Olish usuli quyidagicha:

Steril tampon hamda probirka tayyorlash kerak. Bemor stulga boshini orqasiga egilgan holda o'tqaziladi. Probirka chap qo'lga olinib, o'ng qo'l bilan asta-sekin tampon chiqariladi. Chap qo'l bilan bemor burnining uchi sal ko'tarilib, o'ng qo'l bilan tampon aylanma harakat qilgan holda ichki burun yo'ligacha 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

Surtmalar yog'sizlantirilgan toza buyum oynalaridan tayyorlanadi, 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 tarqalganidan keyin bu oynani chaqqon va bir tekis harakat 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.

Peshobda o't pigmentlarini aniqlash

- Kerakli anjomlar: Probirka, yodning 1% spirtli eritmasi, siydik.
- Probirkaga 2ml peshob olinadi.
- Yodning 1%spirtidagi eritmasi probirkaning devori bo'ylab 0,5ml miqdorda solinadi.
- Probirkadagi aralashma sekin chayqatilib, yorug'likka tutib ko'riladi.
- Agar peshobda o't pigmentlari bo'lsa, ikki suyuqlik orasida yashil halqa hosil bo'ladi.
- Sinama KVP, ShVP, poliklinika, kasalxona sharoitlarida amalga oshiriladi.
- Peshobda o't pigmentlarini aniqlash parenximatov va mexanik sariqliklarda o'tkaziladi.

O'ta xavfli infektsiyaga chalingan bemorlar bilan ishlaganda qo'l yuvish tartibi

- Oqar suvda qo'llaringizni ho'llang.
- Qo'llaringizga suyuq sovundan biroz oling.
- Sovunni qo'llaringiz orasida ishqab ko'pirtiring.
- Chap kaftingizning tashqi yuzasini sovunlab ishqang.
- O'ng kaftingizning tashqi yuzasini sovunlab ishqang.
- Barmoqlar orasiga ishlov bering.
- Barmoqlar uchlariga ishlov bering.
- Chap qo'l bosh barmog'ini ishqang.
- O'ng qo'l bosh barmog'ini ishqang.
- Aylanma harakatlar bilan chap kaft ichki yuzasini ishqang.

- Aylanma harakatlar bilan o'ng kaft ichki yuzasini ishqang.
 - 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 kranni 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 qayerdan 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. Otabekov N.S., Mamatqulov I.X. //O'zbekiston tibbiyot jurnali. 2000 , 1-2:16-17.
2. Ahmedova M.D., Boboxo'jayev S.N. //O'zbekiston tibbiyot jurnali 2005 № 1: 67-68.
3. Ахмедова М.Д., Нарзиев И.А. //Инфекция, иммунитет и фармакология. Ташкент, 2004.-№2.71-75.
4. Ахмедова М.Д., Муминов У.А. //Инфекция, иммунитет и фармакология. Ташкент, 2004.-№2.31-33.
5. Ahmedova M.J. va boshqalar. Yuqumli kasalliklar va bemorlar parvarishi. Toshkent, 2002.
6. Boboxo'jaev S.N., Do'stjonov B.O. Qorin tifi—paratif kasalliklari va bu xastaliklarda parhez masalalari. Toshkent, 1997.
- 7.Valiev A.G. va boshqalar. Polirezistent shtammlar chaqirgan salmonellyoz xastaligida erta yoshdagi bolalarda jadal davolash usullari . Toshkent, 2003.
8. Daminov T.A., Azimov Sh.T., Rahmatullayev M.A. //O'zbekiston tibbiyot jurnali. 2005, № 1: 34-36.
9. Даминов Т.А., Мавлянов И.Р., Шукуров Б.З. //Инфекция, иммунитет и фармакология. Ташкент, 2004, -№2.10-15.
10. Iskandarov T.I., Jalilov K.J., Boboxo'jaev S.N., Shovahobov Sh.Sh. O'ta xavfli bakterial va virus kasalliklari. Toshkent, «Fan» nashriyoti, 1996.
11. Majidov V.M. Yuqumli kasalliklar. Toshkent, 1993.
12. Mirzayev K. M., Yulchiboyev M. R. //O'zbekiston tibbiyot jurnali. 2000, 1-2: 26-28.
13. Mirtazayev O.M., Xodjaev N.I., Norov G.X. //O'zbekiston tibbiyot jurnali. 2000, № 3: 14-15.
14. Mirtazayev O.M., Norov G.X. O'zbekiston Respublikasi gigienistlar, sanitariya vrachlari, epidemiologlar va infeksionistlarning VIII- s'yezd materiallari to'plami. Toshkent, 2005, 56.
15. Ниязматов Б.И. //Инфекция, иммунитет и фармакология. Ташкент, 2004. №2.7-9.
16. Niyazmatov B.I. Matkarimov B.D. Bahronova R.A. va boshqalar. O'zbekiston Respublikasi gigienistlar, sanitariya vrachlari, epidemiologlar va infeksionistlarning VIII-s'yezd materiallari to'plami. 2005. №2: 7-8.
17. Niyazmatov B.I., Bahronova E.A. va boshqalar. //O'zbekiston tibbiyot jurnali. 2005, № 1: 2-4.
18. Obloqulov A.R. Virusli hepatitlarni davolash. Uslubiy qo'llanma. Buxoro, 1994.
19. Obloqulov A.R., To'xtaev A.A., Narziev I.I. Karantin va o'ta xavfli yuqumli kasalliklar muammolari. Toshkent, 2002. 163-164.
20. Obloqulov A.R. //O'zbekiston vrachlar assotsiatsiyasi byulleteni. Toshkent 2004, №4.72-74.

21. Qodirov A.M, Umurzoqov Sh.D., O‘zbekiston Respublikasi gigienistlar, sanitariya vrachlari, epidemiologlar va infeksiyonistlarining VIII-s‘ezd materiallari to‘plami. Toshkent. 2005: 42.

22. Борисов М.А., Зарицкий А.М., Целоков С.П. Брюшной тиф. Паратифы А и В Киев, “Здоровье”, 1990г, с 190.

23. Вафакулов С.Х. Ивашкина.О.Ю Актуальные вопросы инфекционных заболеваний. Вторичные иммунодефициты и их коррекция. Ташкент, 2000, 130-135.

24. Гуревич П.С, Попов Н.П. Патоморфология и патогенез молниеносного форма менингококкового сепсиса. В кн: Материалы I Всесоюзной научно-практической конференции по менингококковой инфекции. М., 1985, с107-113.

25. Лобзин Б.А. Руководство по инфекционным болезням С., 2001.

26. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита ГЭОТАР. Москва, 1999.

27. Маждидов В.М., Шаинский И.И. Брюшной тиф и паратифы А и В. М., 1991.

28. Мусабаев И.К. Руководство по кишечным инфекциям. Ташкент, 1980.

29. Мусабаев И.К., Мусабаев.Э.И. Вирусные гепатиты В, D., Т, 2002.

30. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. Москва, 1989.

31. Постовит В.А. Брюшной тиф и паратифы А и В. М., “Медицина”. 1988.

32. Приказ № 292 О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в стране”. Ташкент, 1998.

33. Покровский В.И. Руководство по инфекционным болезням Москва, 1996.

34. Пак С.Г.Сальмонеллёз. М., 1988.

35. Пиа Грошейде и Пьер Ван Домм. Борьба с гепатитом В и его профилактика. Бельгия,1996.

36. Сомов Г.П., Беседнова Н.Н. Геморрагическая лихорадка. Л., «Медицина», 1981.

37. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. С - П., 1998.

38. Соринсон С.Н., Мирзаев К.М. Комплексная фармакотерапия при инфекционных заболеваниях. Т., 1987.

39. Самарина В.Н. Сорокина О.А. Детские инфекционные болезни для врачей всех специальностей. С - П., 2001.

40. Тимченко В.Н. Леванович В.В, Михайлов И.Б. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. С - П., 2004.

41. Ходжаев Ш.Х., Соколова И.А. Менингококковая инфекция. Т., 1986.

42. Ходжаев Ш.Х., Писарькова Н.И., Мустафакулова Ш.А. Дифтерия. Ташкент, 1993.

43. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни, С - П., 1996 .

44. Шувалова Е.П. Тропические болезни. С - П., 2004.

Qisqartmalar izohi

1. AIAT- alaninaminotransferaza
2. AR- agglutinatsiya reaksiyasi
3. AsAT- aspartataminotransferaza
4. ATF- adenzin trifosfat kislotasi
5. AEGR- autoeritrotsitlar gemagglutinatsiya reaksiyasi
6. BGAR- bilvosita gemagglutinatsiya reaksiyasi
7. VG- virusli hepatitlar
8. GVK- gi povolemik karaxtlik
9. GGTF- gammaglutamin transferaza
10. GKS- glyukokortikosteroidlar
11. DNK- dezoksiribonuklein kislotasi
12. DQZ- difteriyaga qarshi zardob
13. ZPR- zanjirli polimeraza reaksiyasi
14. JTK- infeksiyon toksik karaxtlik
15. IFT- immunoferment tahlil
16. KBR- komplementni biriktirish reaksiyasi
17. MAT- markaziy asab tizimi
18. RNK- ribonuklein kislotasi
19. EChT- eritrotsitlar cho'kish tezligi
20. O'BE- o'tkir buyrak yetishmovchiligi
21. O'JE- o'tkir jigar yetishmovchiligi
22. O'II- o'tkir ichak infeksiyalari
23. O'RK- o'tkir respirator kasalliklar
24. QKGI- Qrim-Kongo gemorragik isitmasi
25. b-LP- b-li poproteidlar
26. IgA, IgM, IgG- immunoglobulinlar A, M, G
27. ts-AMF- tsiklik adenzinmonofosfat
28. QVP- qishloq vrachlik punkti
29. OIV- orttirilgan immun tanqislik virusi
30. OITS- orttirilgan immun tanqislik sindromi

MUNDARIJA

So‘zboshi	3
-----------------	---

I bob

Yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot

Yuqumli kasalliklar tasnifi	7
Yuqumli kasalliklar tashxisot usullari va uslublari	9
Yuqumli kasalliklarni davolash tamoyillari va usullari	12
Yuqumli kasalliklar profilaktikasi	14
Yuqumli kasalliklar kasalxonasi bo‘limi	16
Yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlar parvarishining umumiy qoidalari	21

II bob

Yuqumli ichak kasalliklari

Qorin tifi, “A” va “B” paratiflar	24
Ichburug‘	39
Vabo	50
Salmonellyozlar	61
Ovqat toksikoinfektsiyalari	70
Botulizm	74
Lyamblioz	79
Virusli hepatitlar	85
Virusli hepatit “A”	86
Virusli hepatit “E”	96
Virusli hepatit “B”	98
Virusli hepatit “D”	104
Virusli hepatit “C”	105

III bob

Gijja kasalliklari (gelmintozlar)

Gijjalarning odam organizmiga ta’sir qilish mexanizmi	108
Askaridoz	109

Enterobioz	113
Teniarinoxoz	115
Tenioz	116
Geminolipidoz	117

IV bob
O'tkir respirator infeksiyalar

4.1. Nafas yo'llarining virusli infeksiyalari. Gripp	120
Paragripp	128
Adenovirus infeksiyasi	131
Respirator – sintsital infeksiya	133
Rinovirusli infeksiya	134
Parranda grippi	135
4.2. Nafas yo'llarining bakterial infeksiyalari	139
Meningokokkli infeksiya	139
Difteriya	147

V bob
Zoonoz kasalliklar

Qoraoqsoq (brutsellyoz)	159
O'lat	169

VI bob
Transmissiv yo'l bilan yuquvchi kasalliklar.
Ku isitmasi

Gemorragik isitnalar	177
Qrim – Kongo gemorragik isitmasi	178
Uzoq sharq gemorragik isitmasi yoki gemorragik nefrozo – nefrit	186
Bezgak	188

VII bob
Jarohat orqali yuqadigan infeksiya

Kuydirgi kasalligi	195
Qoqshol (tetanus)	200
Qutirish	204
Saramas	208

VIII bob
Boshqa infeksiyalar

Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi	212
Tsitomegalovirusli infeksiya	220

IX bob
Oliy malakali hamshiralar bilishi shart bo'lgan amaliy ko'nikmalar

Byurne - teri allergik sinamasi	226
Bezredko usulida zardob yuborish	226
O'latga qarshi kiyim kiyish tartibi	227
Rektoromonoskopiya qilish usuli	228
Gaz o'tkazuvchi nayni ishlatish	228
Orqa miya suyuqligini olish	229
Qalin qon tomchisini tayyorlash	230
Neyrotoksikozda talvasa sindromini bartaraf qilish	230
Gipertermik sindromini bartaraf qilish	231
Qonni ekmaga olish tartibi	231
Tomoqdan surtma olish usullari	232
Anafilaktik shokning davosi	232
Me'dani yuvish texnikasi	233
Tahlil uchun najas olish tartibi	234
Sifon klizma	234
Burundan surtma olish usullari	235
Qon surtmasini tayyorlash	235
Peshobda o't pigmentlarini aniqlash	236
O'ta xavfli infeksiyaga chalingan bemorlar bilan ishlaganda qo'l yuvish tartibi	236
Tekshiruv uchun bemordan olingan namunalarni belgilash va laboratoriyaga yo'llanma yozish tartibi	237
Foydalanilgan adabiyotlar	238
Qisqartmalar izohi	240

M.D. AXMEDOVA, A.R. OBLOQULOV,
S.N. BOBOXO'JAYEV

YUQUMLI KASALLIKLARDA HAMSHIRALIK ISHI

Darslik

Muharrir *Hayitov B.*
Kompyuterda sahifalovchi *A. Ro'ziyev*

Bosishga ruxsat etildi 07.08.2008. Qog'oz bichimi 60x84¹/₁₆.
Hisob-nashr tabog'i 15,25. Adadi 1000.
Buyurtma № 90.

«IQTISOD-MOLIYA» nashriyotida tayyorlandi.
100084, Toshkent, Kichik halqa yo'li ko'chasi, 7-uy.
Hisob-shartnoma 37-2008.

«Toshkent tezkor bosmaxonasi» MCHJ da chop etildi
100200. Toshkent, Radial tor ko'chasi 10 uy.