ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
YUQUMLI KASALLIKLAR VA EPIDEMIOLOGIYA,
KASALLIKLARI KAFEDRASI

Tasdiqlayman”
O`quv va tarbiyaviy ishlari prorektori
dots. Jarilkasinova G.J. _____
“____» _____2019 yil

“

Davolash ishi va tibbiy pedagogika fakulteti 5- kurs talabalari uchun

YUQUMLI KASALLIKLAR FANIDAN
O`QUV-USLUBIY
MAJMUA

BUXORO- 2019

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

YUQUMLI KASALLIKLA VA EPIDEMIOLIGIYA,
KASALLIKLARI KAFEDRASI

Bilim sohasi: 700000 - Sog`liqni saqlash va ijtimoiy ta`minot
Ta`lim sohasi: 720000 - Sog`liqni saqlash
Ta`lim Yo`nalishi
5720100– Davolash ishi
5111000- Tibbiy-pedagogika

Fanning nomi: yuqumli kasalliklar

Tuzuvchi: T.f.n. Xudoydodova S.G

Taqrizchilar: **Boltayev K.J.-** Fakultet va Gospital terapiya, gematalogiya, endekrinologiya kafedrasi mudiri dotsenti

_____
(imzo)

Raxmatov O.B. - Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasi dotsenti

Annotatsiy

O’quv-uslubiy majmua (O’UM) – davlat ta'lim standarti va fan dasturida belgilangan talabalar tomonidan egallanishi lozim bo’lgan bilim, ko’nikma, malaka va kompetentsiyalarni shakllantirishni, o’quv jarayonini kompleks loyihalash asosida kafolatlangan natijalarni olishni, mustaqil bilim olish va o’rganishni hamda nazoratni amalga oshirishni ta'minlaydigan, talabaning ijodiy qobiliyatlarini rivojlantirishga yo’naltirilgan o’quv –uslubiy manbadir.

Kafedra xodimlari tomonidan ishlab chiqilgan ushbu o’quv-uslubiy majmua davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 5-kurs talabalari uchun mo’ljallangan bo’lib:

Yuqumli kasalliklar fanining davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 5-kurs talabalari uchun mo’ljallangan o’quv dasturi (fanning maqsadi, fanning vazifalari, fanning mazmuni, ma'ruza mavzulari, amaliy mashg’ulotlari va mustaqil ish mavzulari, ajratilgan vaqt, fanning boshqa fanlar bilan o’zaro boq’liqligi (integratsiya) talabalar boshqa fanlardan egalashi lozim

bo’lgan bilim va ko’nikmalar, fanni o’qitishda foydalanadigan yangi pedagogik texnologiyalar, talabalar egalashi lozim bo’lgan amaliy ko’nikma va malakalar, namunaviy dasturdagi asosiy adabiyotlar va qo’shimcha manbalar; Chet el adabiyotlari;Buxoro Davlat tibbiyot instituti va fanga oid internet saytlari hamda fanning so’nggi yutuqlari; Fan bo’yicha talabalar bilimi baxolash va nazorat qilishning reyting tizimi Nizomi; Talabalar mustaqil ishi shakllari va ularni baxolash mezonlari Nizomi; Ma'ruzalar o’qish texnologiyasi va mazmuni (asosiy yechilishi lozim muammolar, ma'ruza matni, nazorat savollari va adabiyotlar ro’yxati); Amaliy mashg’ulotlar (mavzu, maqsad va mohiyati, yechilishi lozim bo’lgan muammolar, nazariy qismi, adabiyotlar va internet saytlari); Amaliy ko’nikmalarni qadamma –qadam bajarish texnologiyasi; Mashgulotda qo’llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi; Vaziyatli masalalar;Tarqatma materiallar; Mavzu bo’yicha baholash mezonlari; Mavzu bo’yicha talabalarning mustaqil ishi (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmuni, bajarish bo’yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari); .Fan bo’yicha test savollari; Fan bo’yicha OTKI savollari; Multimediyalar, diafilmlar, elektron darsliklar ro’yxati; Glossariy (lug’atlar izohi)

Ro’yxatga olindi

№_____

201_ yil “___” ____

Oliy va o’rta maxsus ta’lim vazirligining 201_ yil “____” _____dagi “____”-sonli buyrug’i bilan tasdiqlangan

YuQUMLI KASALLIKLAR. BOLALAR YuQUMLI KASALLIKLAR FANINING

O’QUV DASTURI

Bilim sohasi:	500000	– Sog’liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot
Ta’lim sohasi:	510000	– Sogliqni saqlash
Ta’lim yo’nalishi:	5510100	– Davolash ishi
	5510300	– Tibbiy – profilaktika ishi
	5111000	– Kasbiy ta’lim (5510100 – Davolash ishi)

Toshkent – 2016

Fanning o’quv dasturi Oliy va o’rta maxsus, kasb-hunar ta’limi yo’nalishlari bo’yicha o’quv-uslubiy birlashmalar faoliyatini muvofiqlashtiruvchi Kengashning 201__ yil “___”_____ dagi “___” – sonli majlis bayoni bilan ma’qullangan.

Fanning o’quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqildi.

Tuzuvchilar:

Daminov T.A.	– «Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya» kafedrasining mudiri, O’zR Fanlar Akademiyasining akademigi, **t.f.d., professor.**
Karimova M.T.	– «Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari» kafedrasining mudiri, **t.f.n. dostent**
Axmedova M.D.	**– «Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari» kafedrasining** t.f.d., professor.
Tadjieva N.U.	**– «Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya» kafedrasining** dostenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Boboxo’jaev S.N.	– Epidemiologiya, mikrobiologiya va yuqumli kasalliklar ilmiy tekshirish institutining ilmiy ishlar buyicha direktor muovini, t.f.d., professor.
Umirov S.E.	- TTA epidemiologiya kafedrasi mudiri tibbiyot fanlari doktori.

Fanning o’quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy-uslubiy Kengashida ko’rib chiqilgan va tavsiya qilingan (201_ yil « »_____« »- sonli bayonnoma)

Kirish

Ushbu dastur Davlat ta’lim standarti, Kvalifikastion tavsif va umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy o’quv yurtlarining davolash, tibbiy-pedagogika, tibbiy-profilaktika fakultetlarining talabalariga yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari hamda yuqumli va karantin kasalliklar fanlaridan ta’lim berish uchun mo’ljallangan.

Dastur yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari hamda yuqumli va karantin kasalliklar epidemiologiyasi fanlari bo’yicha o’qitiladigan talabalarning bilishlari kerak bo’lgan nazariy bilimlar va amaliy ko’nikmalar hajmini belgilaydi.

Ushbu dastur talabalarga yuqumli kasalliklarning asosiy klinik simptomlari, ularnig tashhisot prinstiplari, qiyosiy tashhisot aspektlari, shoshilinch holatlarda tez yordam ko’rsatish choralari, shuningdek profilaktika asoslari (umumiy va maxsus) bilimlarini egallab olishga imkoniyat yaratadi. Bu o’z navbatida organizmning faoliyatini va uning atrof-muhit bilan muloqotini, chuqurroq tushunib etishga asos yaratadi.

Dastur tuzishda epidemiologiya fanini o’qitilishidagi halqaro tajri-balar, Umumjahon tibbiy ta’lim federastiyasi tavsiyalari va O’zbekiston Respublikasida, aholining kasallanishi va nogironligi darajasini kamaytirilishiga, shuningdek erta o’limini oldini olishga ta’sir etaoladigan mutaxassislar tayyorlashni ko’zda tutgan, tibbiy ta’limning profilaktik yo’nalishini kuchaytirish kabi O’zbekiston Respublikasi Oliy tibbiy ta’limining rivojlantirish konstepstiyasi holatlari e’tiborga olingan.

O’quv fanining maqsadi va vazifalari

Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari **fanini o’qitishdan maqsad -** yuqumli kasalliklar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, asosiy klinik simptomlari, tashhisoti va davolash, shuningdek, profilaktika asoslari (umumiy va maxsus)ni o’rgatishga qaratilgan. Ob’ektiv tekshiruv va laboratoriyadan olingan ma’lumotlarni identifikastiya va interpretastiya qilish ko’nikmalarini egallashdan iborat.

Fanning vazifalari:

- respublikamiz hududida va tashqaridan kirib kelayotgan kattalar va yosh bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarni anamnez va klinik laborator ma’lumotlarga asoslanib erta aniqlash, taqqoslash tashxisini o’tkazish, bemorlarni to’g’ri davolash.
- yuqumli kasalliklarni sindromlariga asoslangan holda taqqoslash tashxisotini o’rgatish.
- kechiktirib bo’lmaydigan holatlarda bemorlarga tez tibbiy yordam ko’rsatishni o’rgatish.
- yuqumli va o’ta xavfli kasalliklar o’chog’ida bemorlar bilan muloqotda bo’lganlar orasida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o’tkazish asoslarini o’qitish.
- bemorlarni uy va shifoxona sharoitida kompleks davolash asoslarini o’qitish.
- yuqumli kasalliklar fanini o’qitishdagi pedagogik mahorat asoslarini o’qitish.

Yuqumli kasalliklar va karantin infekstiyalar epidemiologiyasi fanini o’qitishdan maqsad – epidemiologiyaning umumiy tibbiyot fani sifatida va epidemik jarayonni o’rganuvchi fan sifatidagi nazariy bilimlari va uslubiy asoslarini bilgan holda yuqumli va yuqumli bo’lmagan kasalliklarning profilaktikasini amalga oshirish uchun epidemiologik tashxis qo’yish usullarini o’zlashtirgan, davolash

profilaktik muassasalarida va kasallik o'choqlarida, shuningdek ekstremal sharoitlarda kelib chiqishi mumkin bo'lgan epidemiologik oqibatlarda profilaktik uslublarni qo'llash hamda epidemiyaga qarshi chora tadbirlarni tashkil qilish va o'tkazish bo'yicha amaliy ko'nikmalarini mukammal egallagan «davolash ishi», «kasbiy ta'lim» (davolash ishi) va «stomatologiya» yo'nalishlari bo'yicha bo'lajak mutaxassis – umumiy amaliyot shifokorlari va stomatologlarini maqsadga muvofiq ravishda tayyorlashni ta'minlashdan iboratdir.

Faninng vazifalari:

- hayotning populyastiya darajasida tashkil topishi to'g'risidagi bilimning shakillanishi va uning tibbiyotda aks etishi to'g'risida zamonaviy nazariy bilimlarni egallash;
- odamlarning patologiyasini belgilovchi genotipik, fenotipik va muhi-tiy xavfli omillarning o'z aro ta'siri va bog'liqligi qonuniyatlarini o'zlashtirish;
- epidemiologiyaning umumiy tibbiyot fani sifatidagi nazariy konstepstiya-si (mohiyati) va uni epidemik jarayon haqidagi ta'limotga ilova etilishini to'g'ri talqin qila bilish;
- epidemik jarayonning kelib chiqishi, rivojlanishi va namoyon bo'lishi ob'ektiv qonuniyatlarini o'rganish;
- yuqumli kasalliklar epidemik o'choqlarida o'tkaziladigan profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar tartibi va tarkibini o'zlashtirish borasida asosiy amaliy ko'nikmalarga ega bo'lish;
- epidemiologik tekshirish usullarining asoslarini o'zlashtirish;
- bo'lajak mutaxassislarda epidemik holatni ob'ektiv baholashga asoslan-gan epidemiologik va klinik fikrlashni shakllantirishdan iboratdir.

Fan bo'yicha talabalarning bilimiga, ko'nikma va malakasiga qo'yiladigan talablar

Yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

- bemorning shikoyati, epidemiologik anamnezi va kasallik anamnezini to'plash;
- bemorni a'zolari va sistemalari bo'yicha klinik tekshirish;
- birlamchi tashhisni asoslash uchun zarur bo'lgan anamnestik va klinik belgilarni aniqlash va ularning etakchilarini ajratish;
- laborator va instrumental tekshiruvlar rejasini tuzish;
- laborator tekshiruvlar natijalarini tahlil qilish;
- klinik tashhisni asoslash va shakllantirish;
- davolashning reja va tartibini aniqlash;
- rekonvalesstentlarni dispanser kuzatish va ularni ishga chiqarish muddatini aniqlash uchun shifokor ekspertizasini o'tkazish;
- o'chokda birlamchi profilaktik chora-tadbirlarni tashkillashtirish (spestifik va nospestifik) usullarini *bilishi kerak.*
- yuqumli kasalliklarni etiologiyasi va epidemiologiyasi;
- yuqumli kasalliklarni patogenezi va patologik anatomiyasi;
- yuqumli kasalliklarga xos klinik belgilar;
- yuqumli kasalliklarni hozirgi davrda klinik kechish xususiyatlari;
- yuqumli kasalliklarni boshlang'ich davrida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan shoshilinch holatlar;
- yuqumli kaslliklarga barvaqt tashhis qo'yish, taqqoslash, laborator va instrumental tashhis qo'yish;
- yuqumli kasalliklarni davolash tamoyillari;
- rekonvalesstentlarni chiqarish va dispanser kuzatuv qoidalari;
- jamoada, oilada va kasalxonada infekstiya tarqalishining oldini olish chora tadbirlari;
- birlamchi infekstiya o'chog'i aniqlanganda umumiy amaliyot shifokori va vrach-epidemiologning taktikasi haqida *ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak.*

- bemornoma tizimi;
- gemokulturaga steril sharoitda qon olish (qorin tifi misolida);
- bakteriologik ekma uchun najas va siydikni steril idishga olish va ularni ozuqa muhitiga yoki to'yintirish muhitiga ekish (O'IK misolida);
- mikroskopiya va bakteriologik ekma uchun tomoq va burundan (bo'g'ma va boshqa misolida) surtma yoki chayindi olish;
- buyum oynachasida yo'g'on tomchi va surtma tayyorlab Romanovskiy bo'yicha bo'yab, gemoparazitlarni aniqlash uchun mikroskop ostida ko'rish (bezgak misolida);
- siydikda o't pigmentini aniqlash;
- oynachada agglyutinastiya reakstiyasini qo'yish (Xeddelson reakstiyasi, brustellezda);
- immunologik reakstiya darajasini aniqlash maqsadida;
- parazitlar (ameba, lyambliya va boshqalarning vegetativ yoki stista shakli)ni va gijja tuxumlarini aniqlash uchun najasni mikroskop ostida ko'rish;
- immunologik reakstiya darajasini aniqlash uchun serologik reakstiya (brustellezda Rayt reakstiyasi misolida) qo'yish;
- davolash zardoblarini yuborish – buning uchun oldindan begona oqsilga sezuvchanlikni aniqlash, zardob dozasini bosqichma-bosqich oshirib borish (botulizmga qarshi zardob misolida). Botulizm, qoqshol, kuydirgi va bo'g'ma kasalliklarida davolash zardoblarini qo'llash;
- teri orasiga 0,1 ml allergen yuborish yo'li bilan (brustellezda Byurne sinamasi misolida) teri allergik sinamasini qo'yish;
- meningial belgilarni, Kurlov bo'yicha jigar o'lchamlarini, oral regidratastiya o'tkazish uchun eritma tayyorlash *malakaga ega bo'lishi kerak.*

Yuqumli va karantin kasalliklar epidemiologiyasi o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

- kasbiy muammo va vazifalarni echish yoki hal qilish uchun epidemiolo-gik yondoshish va/yoki epidemiologik tekshirish natijalarini;
- asosiy kasalliklar epidemiologiyasi, shuningdek kasalliklarni kamay-tirish bo'yicha chora-tadbirlar tizimini va to'g'ri yondoshish uslublari-ni;
- instruktiv hujjatlarga mos ravishda va ularga rioya qilgan holda hamda epidemiologik diagnostika natijalari asosida profilaktik va epidemiyaga qarshi chora tadbirlarni tashkil qilish va o'tkazishni;
- yuqumli kasalliklar, bolalar infekstiyalarining dispanserizastiyasi va profilaktikasini o'tkazishni;
- profilaktik chora tadbirlar kompleks rejasini tuzishni;
- kasalliklarning kelib chiqishi va rivojlanishini oldini olish maqsadida, sog'lom hayot tarzini tashviqot (propaganda) qilish, aholining tarbiyasi bo'yicha sanitar oqartuv ishlarini o'tkazishni;
- uchastka terapevti va poliklinika yuqumli kasalliklar kabineti asosiy hujjatlarini;
- infekstiya manbalarini erta aniqlash va zararsizlantirish bo'yicha epidemiyaga qarshi chora tadbirlar sxemasini tuzish va o'tkazishni;
- davolash profilaktika muassasalarida (DPM) epidemiyaga qarshi tartibni (rejimni) tashkillashtirishni;
- epidemik o'choqda joriy dezinfekstiya o'tkazishni tashkillashtira olishni;
- DPM markazlashgan sterilizastiya bo'limining ish tartibini;
- emlash kartotekasi bilan ishlash, f. 063/u bo'yicha vakstinastiya va revakstinastiya o'tkazilishining to'g'riligini tahlil qilish va № 5, 6 hisobot shakillarini;
- yuqumli kasalliklar epidemiologik anamnezini to'plashni;
- yuqumli kasalliklar epidemik o'choqlarida epidemiologik tekshirish o'tkazish va yuqumli kasalliklar epidemik avj olishlarining (epidemi-cheskie vspыshki) tasnifini o'tkazishni;
- tibbiy evakuastiya bosqichlarida yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkillashtira olishni;
- sanitar-epidemiologik va bakteriologik razvedka o'tkazishni;
- ommaviy shikastlanish o'choqlari va ekstremal vaziyatlarda tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil qilish xususiyatlarini;
- tinchlik va urish davrida epidemiyaga qarshi chora tadbirlarni o'tkazish tartiblarini;

- harbiy holatdagi xududlarni ustidan nazorat olib borish, epidemik o'choqlarni epidemiologik tekshirish va sanitar-epidemiologik razvedka o'tkazishni;
- o'choqda sanitar ishlov o'tkazilishiga ko'rsatma mavjudligini aniqlashni;
- asosiy tibbiy hujjatlar, meyoriy aktlar tayyorlashni;
- birlashma sanitar-epidemiologik laboratoriyasi uchun belgilangan laborator tekshiruvlar va bakteriologik qurol indikastiyasini *bilishi kerak.*
- tibbiyot muammolarini o'rganish va hal etish bo'yicha epidemiologik yondoshishning xususiyatlari;
- kasalliklarning nomenklaturasi va klassifikastiyasi;
- epidemiologik tekshirish usullari, epidemiologik tashxis (diagnostika) asoslari;
- aholi o'rtasida yuqumli kasalliklarning kelib chiqishi va tarqalishi umumiy qonuniyatlari;
- yuqumli kasalliklarning alohida guruhlari va nozologik shakllari-da epidemik jarayonining rivojlanish mexanizmi va namoyon bo'lish sababi va sharoitlari;
- profilaktik va epidemiyaga qarshi chora tadbirlarning tizimi va tarkibi, qo'llaniladigan preparatlar va texnik vositalar, ularning qo'lla-nish usullari;
- aholining epidemiyaga qarshi ta'minlanishini tashkillashtirish;
- davolash muassasalari sharoitida yuqumli kasalliklarning kelib chiqishi va tarqalishi xususiyatlari;
- kasalxona ichi infekstiyasining epidemiologik nazorati va profilak-tikasi asoslari;
- asosiy qonunshunoslik aktlari to'g'risida *tasavvurlarga ega bo'lishi kerak*.
- turli epidemiologik tadbirlar o'tkazishda mavjud instruktiv qo'l-lanmalar, buyruqlar, spravochnik va jadvallardan foydalanish;
- yuqumli kasalliklar epidemiologik anamnezini to'g'ri to'play olish;
- yuqumli kasalliklar qo'zg'atuvchilarining infekstiya manbalari, tarqa-tish yo'llari va omillarini erta aniqlash bo'yicha;
- shoshilinch xabarnoma (karta ekstrennogo izveщeniya) kartasini to'g'ri to'ldira olish yuzasidan;
- meyoriy xujjat va dalolatnomalardan foydalana olish bo'yicha;
- davolash profilaktik muassasalarining hisobga olish va hisobot hujjatlarini to'g'ri to'ldirish va tuzish bo'yicha;
- yuqumli kasalliklar epidemik o'choqlarida epidemiologik tekshirish o'tkazish uslublarini o'zlashtirish asosida;
- ijtimoiy, ahamiyatga ega bo'lgan kasalliklarning epidemiologik diagnostikasini o'tkaza olish;
- epidemik o'choqlarida infekstiya manbalariga qaratilgan, o'tish mexanizmini uzish bo'yicha va muloqatda bo'lgan shaxslarga nisbatan olib boriladigan epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni amalga oshirish yuzasidan;
- bemorlar va ular bilan muloqotda bo'lgan shaxslarni laborator tekshirish bo'yicha;
- dezinfekstiya, dezinsekstiya, deratizastiya va sterilizastiya yuzasidan;
- profilaktik va joriy dezinfekstiya va sterilizastiya o'tkazish bo'yicha;
- dezinfekstiya va sterilizastiya o'tkazish uchun zarur bo'lgan preparatlar va texnik vositalarni qo'llay olish yuzasidan;
- yuqumli kasalliklar immunoprofilaktikasi uchun qo'llaniladigan preparatlarning yaroqligini aniqlash;
- immunoprofilaktika o'tkazish va tashkillashtirish asoslari yuzasidan;
- profilaktik emlash kalendar rejasini tuzish, emlashga ko'rsatma va moneliklar shuningdek profilaktik emlashni o'tkazish uslublari bo'yicha;
- vakstinastiya va revakstinastiya o'tkazish uchun shaxslarni saralay olish;
- yuqumli kasalliklar profilaktikasi bo'yicha sanitar oqartuv ishlarni o'tkazish;
- yuqumli kasalliklar epidemik o'choqlarida muloqotda bo'lgan shaxslar o'rtasida shoshilinch (ekstrennaya) profilaktika o'tkazish bo'yicha;
- quturish, vabo, o'lat va boshqa yuqumli kasalliklar epidemik o'choqla-rida shoshilinch (ekstrennaya) profilaktika o'tkaza olish;
- qonning yupqa surtmasini va yo'g'on tomchisini tayyorlash texnikasi va uslubini qo'llay olish bo'yicha;

- karantin va o’ta xavfli infekstiyalarda profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o’tkazilish xususiyatlari o’zlashtirish;
- himoya kostyumlarini kiyish va echish qoida va tartibi bo’yicha;
- tinchlik va urish davrida epidemiyaga qarshi chora tadbirlarni o’tkaza olish xususiyatlarini o’zlashtirish yuzasidan;
- tashqi muxit ob’ektlarini hamda aholini kimyoviy va biologik omillar nojo’ya ta’siridan ximoyalash vositalari va uslublari bo’yicha;
- aholini epidemiyaga qarshi himoya hilish tadbirlarini bajara olish;
- harbiylarni bakteriologik qurolga qarshi himoya rejasini tuzish bo’yicha tadbirlarni qo’llashni bajara olish va baholashda *malaka va ko’nikmalarga ega bo’lishi kerak.*

Fanning o’quv rejadagi boshqa fanlar bilan o’zaro bog’liqligi va uslubiy jihatdan uzviyligi

Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari fani umum kasbiy fan hisoblanib, davolash va tibbiy pedagogika fakultetlarida 9-, 10-, 11- va 12-semestrlarda shuningdek stomatologiya fakultetida 7- va 8-semestrlarda o’qitiladi. Dasturni amalga oshirish o’quv rejasida rejalashtirilgan matematik va tabiiy-ilmiy (tibbiy biologiya va genetika, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya, bioorganik, bioanorganik va biologik kimyo) shuningdek klinik fanlar hamda yuqumli va karantin kasalliklar epidemiologiyasi, mikrobiologiya, virusologiya va immunologiya fanlardan etarli bilim va ko’nikmalarga ega bo’lishlik talab etiladi.

Yuqumli va karantin kasalliklar epidemiologiyasi fani umum kasbiy fan hisoblanib, davolash va tibbiy pedagogika fakultetlarida 9- va 10-semestrlarda shuningdek stomatologiya fakultetida 7- va 8-semestrlarda o’qitiladi. Dasturni amalga oshirish va ushbu kursni o’rganish o’quv rejasida rejalashtirilgan quyidagi fanlarni bilishni taqazo etadi: umum gumanitar fanlar, filosofiya, fizika, matematika va tabiiy-ilmiy fanlar (patologik anatomiya, fiziologiya, tibbiy biologiya va genetika, gistologiya, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya, bioorganik, bioanorganik va biologik kimyo), sog’liqni saqlashni tashkil qilish, harbiy disstiplina, klinik, gigienik fanlar hamda yuqumli kasalliklar, mikrobiologiya, virusologiya va immunologiya fanlaridan etarli bilim va ko’nikmalarga ega bo’lishlikni talab etiladi.

Sog’liqni saqlash tizimidagi o’rni

Yuqumli kasalliklar sog’liqni saqlash tizimida muhim o’rinni egallaydi, chunki o’zining keng tarqalaganligi, tarqalish yo’llarining, klinik belgilarining va asoratlarining rivojlanishi, davolash va profilaktika chora-tadbirlarining turli-tumanligi bilan aholi kasallanish ko’rsatkichi sezilarli ta’sir ko’rsatadi. Ayniqsa, onalar va bolalar orasida o’rtasida uchraydigan yuqumli kaslliklarning oldini olish ularning kasallanish va o’lim ko’rsatkichlariga, onalik va bolalikni muhofaza qilishda o’zining ma’lum darajadagi hissasiga ega.

Fanni o’qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, fanini o’zlashtirishlari uchun o’qitishning ilg’or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informastion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim axamiyatga egadir. Fanni o’zlashtirishda darslik, o’quv va uslubiy

ilova

Asosiy qism

Fanning nazariy mashg’ulotlari mazmuni

Fanga kirish

Talabalarning **Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari** hamda **Yuqumli va karantin kasalliklar epidemiologiyasi** fanlarini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informastion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim axamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda zamonaviy yorug'lik mikroskopi, videotizimlardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

Yuqumli kasalliklar umumiy patologiyasi to'g'risidagi bilim. Yuqumli xizmatning tuzilishi, yuqumli kasalliklar tasnifi, yuqumli jarayon davrlari, etiologiyasi, epidemiologiyasi, yuqumli kasalliklarning asosiy klinik sindromlari, yuqumli kasalliklarning diagnostikasi, davolash va profilaktikasining umumiy prinstiplari. Yuqumli bemorlarni kasalxonaga yotqizish qoidalari. Yuqumli kasalxonaning joylashishi va tartibi. Yuqumli bemor kasallik tarixining sxemasi.

Virusli gepatitlar (A, B, C, D, E)

Etiologiyasi, epidemiologiyasi, kasallik manbai, yuqish mexanizmlari, patogenezi, klinikasi, klinik tasnifi, sariqlik davrining klinik xususiyatlari, sog'ayish davri, laborator diagnostikasi, VGA ning oqibatlari, VGVning klinik kechishidagi bosqichlari, og'irlik ko'rsatkichlari. Asoratlari – o'tkir jigar enstefalopatiyasi. Laborator diagnostika usullari. Virusli gepatit S ning klinik kechimi, diagnostikasi, davolash tizimi.

Ich terlama. Paratif A va B

Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni. Kasallikning har bir davriga xos bo'lgan klinik belgilari. Kasallikning qaytalanishi, zo'riqishi va asoratlari. Hozirgi vaqtda ich terlama kasalligining o'ziga xos kechishi. IVBDV(stast) maxalliy alomatlarsiz isitmadagi differenstial diagnostika

Shigellezlar. Amebiaz

A. Shigelezlar. Klinik variantlari, kliniko-epidemiologik parallelligi. Surunkali ichburug'. Serologik, bakteriologik diagnostikasi. O'tkir va surunkali ichburug'ni davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidalari. Profilaktikasi.

B. Amebiaz. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez va patomorfologiyasi. Klinik tasnifi, asoratlari. Kasallikning yakuni va natijalari.

Vabo

Klinik variantlari, erta simptomlari. El-Tor vabosi klinikasining o'ziga xos xususiyatlari. Gipovolemik karaxtlikning klinikasi. Kasalxonaga yotqizishdan oldingi va yotqizilgandagi davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidalari. Tezkor profilaktika chora tadbirlar.

Salmonellez

Tasnifi. Klinik variantlari (lokal va tarqoq). Og'irlik ko'rsatkichlari. Kasalxona ichki yuqumli kasalliklari (gospital infekstiyalar). Asoratlari. Kasallikning yakuni va natijalari. Laborator diagnostika usullari. Davolash usuli. Profilaktikasi. IVBDV Diareya bilan kasallangan bolaga diagnostik yondoshuv, differenstial diagnostikasi ogir suvsizlanish xolatida tez tibbiy yordam kursatish. Suvsizlanish profilaktikasi. Parxez turlari

Ovqat toksiko-infekstiyasi (OTI). Botulizm

Botulizm. Klinik kechishi. Og'irlik ko'rsatkichi. Asoratlari. Yakuniy natijasi. Botulizmga qarshi Spestifik davo bo'lmish zardob bilan davolash.

Stafilokokkli OTI. Klinik variantlari. Og'irlik ko'rsatkichlari. Laborator diagnostikasi. Davolash usullariri. Profilaktikasi.

Esherixioz

Koli-infekstiyaning klinik variantlari, diagnostikasi.

Iersioniz va soxta tuberkulyoz etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolashi.

Ichak iersinozi va soxta silni davolash.

Qora oqsoq

Qo’zg’atuvchining turlari. Kliniko-patogenetik parallelligi. Laborator diagnostika usullari. Davolash usullari. Profilaktikasi.

Virusli diareyalar

Etiologiyasi. Epidemiologiyasi. Klinikasi. Davolash. Roto-, paro- va pikarnovirusli infekstiyalar, differenstial diagnostikasi. Virusologik va serologik tekshirishlar.

Meningokokkli infekstiyalar

Klinik shakllari (lokal va tarqalgan shakllari). Og’irlik ko’rsatkichlari. Infekstion-toksik karaxtlik. Miya shishining klinikasi va diagnostikasi. Tezkor tibbiy davo usullari. Laborator diagnostikasi. Etiotrop va patogenetik davolash. Profilaktikasi. IVBDV(stast) Maxalliy alomatlari bulgan isitmaning differenstial diagnostikasi

Bezgak

Bezgak plazmodiylarining turlari. Etiologiyasi, epidemiologiyasi. Klinik xarakteristikasi. Tropik bezgak. Asoratlari. Laborator diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktikasi.

Rikketsiozlar

Etiologiyasi, klinikasi, tasnifi. Toshmali tifning epidemiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. Brill kasalligi klinikasi, asoratlari, davolash.

Ku-istmasi

Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Klinik kechimi, diagnostikasi davolash, profilaktikasi.

Borreliozlar

Xarakteristikasi, etiologiyasi, epidemiologiyasi. Klinik kechimi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.

Arbovirusli infekstiyalar

O’zbekiston gemorragik isitmasi **(Qrim-Kongo)**. Buyrak sindromi bilan kechuvchi gemorragik isitma. Etiologiyasi. Epidemiologiyasi. Tabiiy o’choqlari. Tabiatdagi infekstiya rezervuarlari. O’tkazuvchilar. Zararlanish mexanizmi. Mavsumiyligi. Kasb kasalligi. Patogenezi. Klinikasi. Klinik variantlari. Yakun natijalari. Diagnostikasi. Klinik-epidemiologik ma’lumotlarning diagnostikasidagi ahamiyati. Laborator diagnostikasi: virusologik, serologik. Davosi. Patogenetik davosi. Profilaktikasi.

Kuydirgi va saramas

Etiologiyasi. Epidemiologiya, patogenezi, klinik variantlari (lokal va tarqalgan), asoratlari. Laborator diagnostikasi. Davolash usullari. Kuydirgi va saramas kasalligiga taxmin qilinganda shifokorning taktikasi qanday bo’ladi? Profilaktikasi.

O’lat

Etiologiyasi. Epidemiologiyasi, patogenezi, klinik variantlari (lokal va tarqalgan), asoratlari. Laborator diagnostikasi. Davolash usullari. O’lat kasalligiga taxmin qilinganda shifokorning taktikasi qanday bo’ladi? Muloqotda bo’lganlarni izolyastiya qilish, shoshiinch profilaktika choralari.

Jarohat infekstiyalari

Qoqshol, quturish

Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinik shakllari. Atipik shakllari. Erta diagnostikasi, yakun natijasi. Davolash usullari va Profilaktikasi.

Leyshmanioz

Vissteral va teri leyshmaniozlarining klinik kechimi, asoratlari, laborator diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.

ilova

Toksoplazmoz

Klinik kechimi, diagnostikasi, tasnifi, homiladorlarga ta'siri, ularni davolash taktikasi, profilaktikasi.

Gelmintozlar, tasnifi

O'zbekistonda uchraydigan gelmintlar xarakteristikasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.

OIV/OITS

Etiologiyasi, qo'zg'atuvchining xarakteristikasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Tasnifi, klinik turlari, diagnostikasi, davolash usullari. OITS + oportunistik kasalliklar, ularning kechimi. Davolash taktikasi. Profilaktikasi. IVBDV (stast) bolalarda OIV infekstiyasining kechishi, diagnostikasi va tibbiy yordam kursatish tamoyillari

Bo'g'ma (difteriya)

Klinik shakllari, og'irlik ko'rsatkichlari. Chin krup. Kasalxonaga yotqizishdan oldingi bosqichdagi diagnostikasi. Laborator diagnostika usullari. Spestifik davo. Profilaktikasi.

Qizamiq. Qizilcha

Kasallik manbai. Yuqish yo'llari. Tarqalish yo'llari. Klinik shakllari. Qizamiqqa qarshi emlanganlar va katta yoshdagilarda qizamiq kechishining o'ziga xosligi. Laborator diagnostikasi. Davolash usuli. Profilaktikasi.

Qizilcha. Qo'zg'atuvchining xarakteristikasi. Moyillik. Klinik shakllari. Kasallik qizilchaning manifest yoki amanifest shaklida kechganda homilaning zararlanishi. Patogenez va patomorfologiyasi. Klinikasi. Yashirin davri. Kasallikning asosiy klinik belgilari. Diagnostikasi. Hozirgi zamon laborator diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bugmani chin bugmadan farki. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari.

Skarlatina

Klinik shakllari, asoratlari, davolash usullari. Profilaktikasi.

Ko'kyo'tal. Parako'kyo'tal

Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Klinikasi, chaqaloqlarda va kattalarda. Kasallikning o'ziga xos kechishi. Davolash usullari. Profilaktikasi. IVBDV(stast) surunkali yutali bulgan bolaning differenstial diagnostikasi davolash usullari va kullovchi parvarish

Tepki (epidemik parotit)

Etiologiyasi. Moyillik. Immuniteti. Patogenezi, qo'zg'atuvchining limfatik to'qimalarga va MNS ga tropizmi. Patomorfologik o'zgarishlar. Klinikasi, klinik variantlari. Kattalarda klinik kechishining o'ziga xosligi. Diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar. Spestifik profilaktika choralari. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar.

Infekstion mononukleoz

Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o'ziga xos kechishi. Laborator diagnostikasi. Davolash va profilaktikasi.

Suvchechak va gerpetik infekstiyalar

Etiologiyasi. Suvchechak qo'zg'atuvchisi bilan gerpes zoster qo'zg'atuvchisining o'xshashligi. Yoshga qarab moyillik va immun sistemaning virusga qarshi javob reakstiyasi. Suvchechak va gerpes zosterda immunitetning xarakteri. Bemorlarni epidemiologik ahamiyati. Patogenezi. Virusemiya. Teri va shilliq qavatlarning zararlanishi. Generalizastiya prinstiplari. MNS zararlanishining patogenezi. Patomorfologik o'zgarishlar. Klinikasi. Suvchechak klinikasining yoshga qarab o'ziga xos kechishi.

Oddiy gerpes

Oddiy gerpes zosterlarning klinik belgilari. Diagnostikasi. Hozirgi zamon laborator diagnostikasi. Kasallik aniqlanganda shifokorning taktikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar.

Poliomielit

Etiologiyasi. Moyillik. Immuniteti. Patogenezi, klinikasi. Laborator tekshirish usullari. Davosi va profilaktikasi

Isitma sindromi bilan kechadigan infekstiyalar

Ko'p tarqalgan isitma bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning erta tashhisoti, bakterial etiologiyali (qorin tifi, paratif A va B, brustellez, Ku-isitmasi, toshmali tif, meningokokk infekstiyasi), virus etiologiyali (gripp, O'RVI, gemorragik isitma, StMV, gerpetik infekstiya), parazitar infekstiyalarda (bezgak, toksoplamoz, amebiaz, exinokokkoz).

Yuqori harorat sindromli bemor aniqlanganda UASh taktikasi. Bemorda yuqori harorat bilan kechuvchi kasallik bo'lganda tashhis qo'yish algoritmini tuzish. Yuqori harorat sindromli bemorni kompleks davolash prinstiplari va kasallik o'tkazgan rekonvalesstentlarni dispanser nazorati. O'choqdagi profilaktik chora-tadbirlar. IVBDV(stast) IVBDV(ICATT) Isitma sindromi

ilova

Sariqlik sindromi bo'lgan bemor aniqlanganda shifokor taktikasi

Sariqlik sindromi bilan kechuvchi kasalliklarda tashhisot algoritmini tuzish. Sariqlik sindromli bemor kompleks davolash prinstiplari va kasallik o'tkazgan rekonvalesstentlarni dispanser nazorati. O'choqdagi profilaktik chora-tadbirlar. Immunizastiya asoslari.

Diareya sindromi bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning erta va solishtirma tashhisoti (dizenteriya, salmonellez, PTI, botulizm, vabo)

Diareya sindromi bilan kechuvchi kasallik aniqlanganda shifokor taktikasi. Diareya sindromi va qorin og'rig'i bilan kechuvchi kasalliklarda tashhis qo'yish algoritmini tuzish. Diareya bilan kechuvchi kasalliklar bilan og'rigan bemorlarni davolash va dispanser nazoratiga olish. O'choqda profilaktik chora tadbirlar. IVBDV(stast) IVBDV(ICATT) diareya va diareyani davolash

O'ta xavfli yuqumli kasalliklarni (O'XYuK) (vabo, o'lat, maymun chechagi, virus etiologiyali gemorragik isitmalar) erta va qiyosiy tashhisoti

O'XYuK bemor aniqlanganda shifokor taktikasi. O'II tashhisot algoritmini tuzish. O'XYuK bemorni kompleks davolash prinstiplari va kasallik o'tkazgan rekonvalesstentlarni dispanser nazorati. O'choqdagi shoshilinch profilaktik chora-tadbirlar.

Yuqumli kasalliklarda ekzantemalarning erta va solishtirma tashhisoti (qizamiq, qizilcha, skarlatina, psevdotuberkulez, GVL, meningokokstemiya)

Toshmani to’g’ri ta’riflash. Ekzantemalar bilan kechuvchi kasalliklarda tashhisot algoritmini tuzish. Kompleks davo choralari va reabilitastiya qilish. O’choqda o’tkaziladigan profilaktik chora tadbirlar. Immunizastiya asoslari.

O’zbekistonda ko’p tarqalgan parazitar kasalliklar tashhisoti, davosi, oldini olish

Enterobioz, askaridoz, qilbosh, pakana gijja, qoramol va cho’chqa solityori, lyambliozlarning klinik xususiyatlari. Laborator tashhisoti. Davolash usuli. Profilaktika chora tadbirlari.

Angina va respirator sindrom bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning erta va solishtirma tashhisoti

Angina bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning (virusli va bakterial anginalar, tomoq difteriyasi) tashhisot algoritmini tuzish. Umumamaliyot shifokorining taktikasi. Davolash usuli va reabilitastiya qilish. O’choqda epidemiyaga qarshi chora tadbirlar.

Respirator sindrom bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning (O’RVI, gripp, ko’kyo’tal, meningokokkli nazofaringit, qizamiq prodromi) tashhisot algoritmini tuzish. Umumiy amaliyot shifokorining taktikasi. Davolash usuli va reabilitastiya qilish. O’choqdagi chora tadbirlar. IVBDV(stast) IVBDV(ICATT) yutal va nafas kiyinchiligi bilan boglik bulgan xolatlar

Yuqumli kasalliklar klinikasida shoshilinch holatlar

Kasalxonagacha bo’lgan bosqichda gipovolemik karaxtlik, infekstion-toksik karaxtlik, o’tkir jigar enstefalopatiyasi, miya shishi, krup, gipertermiya, tirishishlarda shoshilinch holatlarni erta tashhisoti va shoshilinch yordam.

Gemorragik sindrom bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning erta va solishtirma tashhisoti

Gemorragik isitma, gripp, meningokokkstemiya, rikketsiozlar, ich terlama, virusli gepatitlar, ichburug’, amebiazlarning solishtirma tashhisoti. Tashhisot algoritmini tuzish. Kasalxonagacha bo’lgan bosqichda UASh taktikasi. Kompleks davolash va reabilitastiya prinstiplari. O’choqda o’tkaziladigan chora-tadbirlar.

Meningit va meningoenstefalitlarning erta va solishtirma tashhisoti

A. 1) Seroz meningitlar (toksoplazmoz, sil). 2) Seroz meningitlar (tepkili, grippoz, adenovirusli, paragrippoz, qizamiq, qizilcha, enterovirusli, suvchechakli, gerpetik, brustellezli). B. 1) yiringli (meningokokkli, pnevmokokkli, amebali va boshqalar) meningitlar. 2) yiringli (septik yiringli meningitlar, streptokokkli meningitlar).

Meningeal sindrom bilan bemor aniqlanganda UASh taktikasi. Bemorda meningeal sindrom kuzatilganda tashhis qo’yish uchun algoritm tuzish. Birlamchi zveno sharoitida kompleks davo va reabilitastiya prinstiplari.

Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo’yicha ko’rsatmalar

Laboratoriya ishlari «yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari fanidan dastur bo’yicha rejalashtirilmagan.

Mustaqil ishni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talabalarda epidemiologik va klinik fikirlashni mustaqil ravishda rivojlantirish, ilmiy adabiyotlar bilan ishlash ko'nikmalarini singdirish, yuqumli kasalliklar va karantin infekstiyalar epidemiologiyasi bo'yicha turli epidemiologik va klinik vaziyatlarni mustaqil echa olishni shakillantirish maqsadida, reyting nizomi talablariga mos ravishda, amaliy mashg'ulotlar mavzuviy rejasiga asosan, talabalarning mustaqil ishlari (TMI) mavzularini kiritish muhim ahamiyat kasb etadi. TMI mavzularini tanlab olish, epidemiologik holatlar asosida, o'rganilayotgan adabiyotlarda ushbu mavzuning yoritilish darajasi, regionda mazkur muammoning dolzarbligi kabi holatlarni e'tiborga olgan holda amalga oshiriladi.

Talabaning mustaqil ishi o'quv rejasida ushbu fanni o'zlashtirish uchun belgilangan o'quv ishlarini ajralmas qismi bo'lib, u uslubiy va axborat resurslari jihatidan ta'minlanadi hamda bajarilishi reyting tizimi talablari asosida nazorat qilinadi.

Yuqumli kasalliklar fani shifokorni yuqumli kasalliklarning asosiy masalalari bo'yicha tayyorlash, Respublikamizda tarqalgan va kirib kelishi mumkin bo'lgan yuqumli va parazitar kasalliklarga birlamchi epidemiologik tashxis qo'yish ko'nikmalarini shakllantirishni o'rgatadi.

Yuqumli kasalliklar fani Sog'liqni saqlashning birlamchi bo'g'imida instrumental va laborator tekshiruvlardan samarali foydalanishni o'rganish, bemorlarni uy sharoitida davolashning samarali usullari, kasalxonagacha bo'ladigan birlamchi shoshilinch yordam choralarini ko'rsatish, profilaktik tadbirlarini o'rgatadi.

Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari fani bo'yicha talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish tavsiya etiladi:

- darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fan boblari va mavzularini o'rganish;
- tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha fanlar bo'limlari yoki mavzulari ustida ishlash;
- yangi texnik vositalarni, apparaturalarni, ilm talab jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish;
- talabaning o'quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularni chuqur o'rganish;
- faol va muammoli o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari;
- masofaviy (distanstion) ta'lim.

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari:

Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari fani bo'yicha:

4-5 kurs talabalari uchun:

1. Stitomegalovirus infekstiyasi.
2. Toksoplazmoz.
3. Virusli diareyalar, ovqatdan zaharlanish, botulizm.
4. Amebiaz.
5. Parakoklyush. Gerpetik infekstiya.
6. Teri shikastlanish infekstiyalari (kutirish, saramas, kokshol).
7. Poliomielit.
8. Gelmintozlar (enterobioz, gemenolipedoz, exinokokkoz, askaridoz, tenioz, lyamblioz).
9. Gemorragik isitmalar (BSGI, O'zbekiston, Omsk, Sariq).
10. O'ta xavfli infekstiyalar (o'lat, sibir yarasi, chin chechak).

6 kurs talabalari uchun:

1. Infekstiya bilan bog'liq bo'lgan istmali kasalliklar (tuberkulez, septik xolatlar va h.k.) i infekstiya bilan bog'liq bo'lmagan istmali kasalliklar (revmatizm, onkologik kasalliklar, gematologik kasalliklar va h.k.).
2. Infekstiyaga bog'liq bo'lmagan sariqlik sindromi bilan kechuvchi kasalliklar (yangi tug'ilgan chaqaloqlar gemolitik kasalligi, Vilson-Konovalov kasalligi, Badda-Kiari kasalligi, stirrozlar, onkologik kasalliklar va h.k.).

3. Teri va shilliq qavatlar buzilishi bilan kechuvchi kasalliklar: allergodermatitlar, medikamentoz allergiyalar (Stivens-Djonson sindromi), ovqatdan allergiya, sifilis, OIV/OITS. Stafilo- va streptodermiyalarda teri shikastlanishi.
4. Gelmintozlar: exinokokkoz, alveokokkoz, ankilostomoz, gimenolepidoz, askaridoz.
5. Xar xil etiologiyali anginalar: Mikozli anginalar. Infekstiya bilan bog'liq bo'lmagan tomoq shikastlanishi bilan kechuvchi kasalliklar (leykozlar). Infekstion genezli ikkilamchi anginalar (Dyuge anginasi). Atipik pnevmoniya, «qushlar» grippi.
6. Yuqumli kasalliklarda shoshilinch holatlar (Uoterxauz-Frederiksen sindromi, DVS-sindrom).
7. O'ta havfli infekstiyalar (o'lat, tulyaremiya, yaщur, chin chechak, Denge, Ebol, Marburg gemorragik istmalari).
8. Infekstiyaga bog'liq bo'lmagan nerv sistemasi shikastlanishi bilan kechuvchi kasalliklar.
9. TORCH-infekstiya.
10. Infekstiyaga bog'liq bo'lmagan diareyalar (enteritlar, ichak disbakteriozi, ichakni zamburugli shikastlanishi, fermentopatiyalar).

Dasturning informastion-uslubiy ta'minoti

Mazkur fanni o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy interfaol usullari, yangi pedagogik va axborot-kommunikastiyalari prezentastion, multimedia, elektron-dedaktik texnologiyalarining qo'llanilishi nazarda tutilgan.

- barcha mavzular bo'yicha ma'ruza mashg'ulotlarida zamonaviy kompyuter texnologiyalari yordamida prezentastion va elektron didaktik texnologiyalar-ni;

- fanning umumiy va xususiy bo'limlariga tegishli mavzularida o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlarda aqliy hujum, qora quti, o'rgimchak ini, guruhli fikrlash pedagogik texnologiyalarini qo'llash nazarda tutiladi.

Foydalaniladigan asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar ro'yxati

10.Darsliklar, qo'llanmalarning ro'yxati

Asosiy:

Asosiy adabiyotlar

.

1. Шувалова Е.Н. Инфекционные болезни. Москва -1999-560с.
2. Маджидов В.М. Юкумли касалликлар. Ташкент- 1995--471с.
3. Нисеевич Н.И. Учайкин В.Р. Инфекционным болезни у детей. Москва-1985-230с.
4. Даминов Т.А. ТуйчиевЛ.Н.Таджиева Н.У. «Инфекционные болезни в деятельности ВОП»-Ташкент-2007
5. Dennis Kasper, Anthony Fauci " Harrison's Infectious Diseases 2 ed" USA, 2013, Mc.Graw-Hill Education, english

Qo'shimcha adabiyotlar

5. 1. Infectious Diseases/ Paul D. Hoeprich, 1998, New York, USA
6. 2.Покровский В.И.«Инфекционные болезни и эпидемиология». Учебная литература для студентов медицинских институтов.- Москва-2003. – 650 с
7. 2. Никифоров В.М. Никифоров В.В. Ботулизм. М. 1989.
8. 3. «Ботулизм». Монография. Под. Редакции Шубы Г.М. Саратов, 1991. 284 с.
9. 4. Пак С.Г. Турьянов М.Ю. Сальмонеллез. М. 1989– М. – 1989. 132 s.
10. 5. Соринсон С.И. Неотложные состояния у инфекционных больных. Л. 1990.. 251 s.
11. 6. Приказ МЗ РУз № 401 от 29.12. 93 г. «О мерах по совершенствованию санитарной охраны территории г Ташкента от заноса и распространения карантинных и особо-

опасных для человека инфекции».7. «Infekstionnыe bolezni v poliklinicheskoy praktike». Sorinson S.N. - S-Ptb. - 1993.
12. 7. Соринсон С.И. Инфекционные болезни в поликлинической практике СПтб. 1993.
13. 8. Казанцев У.И. Руководство по инфекционным болезням. С-Птб. 1996.
14. 9. Иванова В.В. Справочник ВОП по инфекционным болезням у детей.С-Птб. 1997.
15. 10. «Infekstionnыe bolezni». Atlas. R.Emond. – M. - 1998.
16. 11. «Хронические гепатиты». Ф.И. Иноятова. – Т. – 1998.
17. 12.«Infekstionnыe bolezni». Uchebnaya literatura dlya studentov medistinskix institutov. Atlas. R. Emond – M. – 1998. 439 s.
18. 13. Покровский В.И. Руководства по инфекционным болезням. М. 1999.
19. 14. «Детские инфекционные болезни» Учайкин В.Ф. – М. - 1999.
20. 15. «Руководство по инфекционным болезням». Моногрвфия.Лобзин Ю.В. – С-ПТР. – 2000. 931 С.
21. 16. «Основы активной иммунизации детей». И.Р.Аширова, Д.А.Аскарова.- Т. - 2001.
22. 17. «Вирусные гепатит С».И.К.Мусабаев Э.И.Мусабаев – Т. – 2002.
23. 18. «Корь». Т.А.Даминов, Н.У. Таджиев. - 2005.
24. 19. «Инфекционнве болезни и эпидемиологии». Покровский В.И.- М. - 2008.
25. 20. Материалы лекции.
26. 21. Учебно-методические рекомендации.
27. 22. CECIL Textbook Of Medicine/ Paul B. Beeson, Walsh McDermott, James B. Wyngaarden, 1997, Philadelphia, USA
28. 23. Textbook Of Pediatrics/ Victor C. Vaughan, III, R. James McKay, Waldo E. Nelson, 1995, Philadelphia, USA. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: **www.infectology.ru/.immunologiya, www.rmj.ru, www.rmj/infectology/2005/.ru; www.medlinks.ru; www.apteka.uz; www.med-site.narod.ru//htm; www.speclit.med-lib.ru/inf/index; www.infectious disease news.com; www.medicina.org.ua/dek; www.speclit.spb.ru.**

Сайты интернета: www.buxdti.uz, www.idbuxmi.narod.ru, www.infectology.ru/.immunologiya, www.rmj.ru, www.rmj/infectology/2005/.ru; www.medlinks.ru; www.apteka.uz; www.med-site.narod.ru//htm; www.speclit.med-lib.ru/inf/index; www.infectious disease news.com; www.medicina.org.ua/dek; www.speclit.spb.ru.

O’ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOLIQNI SAQLASh VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

YUQUMLI KASALLIKLAR, EPIDEMIOLOGIYA, TERI-TANOSIL KASALLIKLARI KAFEDRASI

Tasdiqlayman”

O`quv va tarbiyaviy ishlari prorektori

dots. Jarilkasinova G.J. _____
“____» _____2019 yil

YUQUMLI KASALLIKLAR FANI BO'YICHA ISHCHI DASTURI

Ta'lim shifri	510000 «Sog'liqni saqlash»
Ta'lim yo'nalishi	5510100 – Davolash ishi
Kurs	5
Soat hajmi	162
Shu jumladan:	
Ma'ruza	16
Amaliy mashg'ulot	78
Mustaqil ish	68

Buxoro-2019

Tuzuvchi:
Xudoydodova S.G. - Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasi katta o'qituvchisi, t.f.n. _____

Taqrizchilar:
Boltayev K.J.- Fakultet va Gospital terapiya, gematalogiya, endekrinologiya kafedrasi mudiri dotsenti

_____

Raxmatov O.B. - Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasi dotsenti

_____

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5720100– Davolash ishi yo'nalish bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.
Bayonnoma № _____ «____»_____2016 y.

Kafedra mudiri: Obloqulov A.R. _____
(imzo)

FMUK rahbari : Navro'zova Sh.I. –Pediatriya va neonatalogiya kafedrasi mudiri t.f.d. _____
(imzo)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 – Davolash ishi yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.
Bayonnoma № _____ «____»_____2016 y.

Uslubchi: Qo'zieva

1.Kirish

Ushbu dastur Davlat ta'lim standarti, Kvalifikatsion tavsif va umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy O'quv yurtlarining davolash, tibbiy-pedagogika, tibbiy-profilaktika va stomatologiya fakulьtetlarining talabalariga yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari fanidan ta'lim berish uchun mO'ljallangan.

Dastur yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari fani bo'yicha O'qitiladigan talabalarning bilishlari kerak bo'lgan nazariy bilimlar va amaliy kO'nikmalar hajmini belgilaydi.

Ushbu dastur talabalarga yuqumli kasalliklarning asosiy klinik simptomlari, ularnig tashhisot printsiplari, qiyosiy tashhisot aspektlari, shoshilinch holatlarda tez yordam kO'rsatish choralari, shuningdek profilaktika asoslari (umumiy va maxsus) bilimlarini egallab olishga imkoniyat yaratadi. Bu O'z navbatida organizmning faoliyatini va uning atrof-muhit bilan muloqotini, chuqurroq tushunib etishga asos yaratadi.

Dastur tuzishda yuqumli kasalliklar fanini O'qitilishidagi halqaro tajribalar, Umumjahon tibbiy ta'lim federatsiyasi tavsiyalari va O'zbekiston Respublikasida, aholining kasallanishi va nogironligi darajasini kamay-tirilishiga, shuningdek erta O'limini oldini olishga ta'sir etaoladigan mutaxassislar tayyorlashni ko'zda tutgan, tibbiy ta'limning profilaktik yO'nalishini kuchaytirish kabi O'zbekiston Respublikasi Oliy tibbiy ta'limining rivojlantirish kontseptsiyasi holatlari e'tiborga olingan.

1.1 Fanining maqsadi va vazifalari

YUqumli va bolalar yuqumli kasalliklari **fanini o'qitishdan maqsad** - yuqumli kasalliklar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, asosiy klinik simptomlari, tashhisoti va davolash, shuningdek, profilaktika asoslari (umumiy va maxsus)ni o'rgatishga qaratilgan. Ob'ektiv tekshiruv va laboratoriyadan olingan ma'lumotlarni identifikatsiya va interpretatsiya qilish ko'nikmalarini egallashdan iborat.

YUqumli va bolalar yuqumli kasalliklari **fanning vazifalari:**

- respublikamiz hududida va tashqaridan kirib kelayotgan kattalar va yosh bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarni anamnez va klinik laborator ma'lumotlarga asoslanib erta aniqlash, taqqoslash tashxisini o'tkazish, bemorlarni to'g'ri davolash.
- yuqumli kasalliklarni sindromlariga asoslangan holda taqqoslash tashxisotini o'rgatish.
- kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda bemorlarga tez tibbiy yordam ko'rsatishni o'rgatish.
- yuqumli va o'ta xavfli kasalliklar o'chog'ida bemorlar bilan muloqotda bo'lganlar orasida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkazish asoslarini o'qitish.
- bemorlarni uy va shifoxona sharoitida kompleks davolash asoslarini o'qitish.
- yuqumli kasalliklar fanini o'qitishdagi pedagogik mahorat asoslarini o'qitish.

1.2 Fan bo'yicha talabalarning bilimi, ko'nikma va malakalariga qo'yiladigan talablar

Ko'rsatilgan maqsad va vazifalar asosida yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari fani o'tilgandan keyin talaba quyidagilarni ***bilishi shart*****:**

- yuqumli kasalliklarni etiologiyasi va epidemiologiyasi;
- yuqumli kasalliklarni patogenezi va patologik anatomiyasi;
- yuqumli kasalliklarga xos klinik belgilar;
- yuqumli kasalliklarni hozirgi davrda klinik kechish xususiyatlari;
- yuqumli kasalliklarni boshlang'ich davrida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan shoshilinch holatlar;
- yuqumli kaslliklarga barvaqt tashhis qo'yish, taqqoslash, laborator va instrumental tashhis qo'yish;
- yuqumli kasalliklarni davolash tamoyillari;
- rekonvalestsentlarni chiqarish va dispanser kuzatuv qoidalari;
- jamoada, oilada va kasalxonada infektsiya tarqalishining oldini olish chora tadbirlari;
- birlamchi infektsiya o'chog'i aniqlanganda umumiy amaliyot shifokori va vrach-epidemiologning taktikasi haqida

Talaba bajara olishi kerak**:**

- bemorning shikoyati, epidemiologik anamnezi va kasallik anamnezini to'plash;
- bemorni a'zolari va sistemalari bo'yicha klinik tekshirish**;**
- birlamchi tashhisni asoslash uchun zarur bo'lgan anamnestik va klinik belgilarni aniqlash va ularning etakchilarini ajratish;
- laborator va instrumental tekshiruvlar rejasini tuzish;
- laborator tekshiruvlar natijalarini tahlil qilish;
- klinik tashhisni asoslash va shakllantirish;
- davolashning reja va tartibini aniqlash;
- rekonvalestsentlarni dispanser kuzatish va ularni ishga chiqarish muddatini aniqlash uchun shifokor ekspertizasini o'tkazish;
- O'choqda birlamchi profilaktik chora-tadbirlarni tashkillashtirish (spetsifik va ospetsifik).

Talaba quyidagi ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak.

- bemornoma tizimi;
- gemokulturaga steril sharoitda qon olish (qorin tifi misolida);
- bakteriologik ekma uchun najas va siydikni steril idishga olish va ularni ozuqa muhitiga yoki to'yintirish muhitiga ekish (O'IK misolida);
- mikroskopiya va bakteriologik ekma uchun tomoq va burundan (bO'g'ma va boshqa misolida) surtma yoki chayindi olish;
- buyum oynachasida yo'g'on tomchi va surtma tayyorlab Romanovskiy bo'yicha bO'yab, gemoparazitlarni aniqlash uchun mikroskop ostida ko'rish (bezgak misolida);
- siydikda o't pigmentini aniqlash;
- oynachada agglyutinatsiya reaktsiyasini qo'yish (Xeddelson reaktsiyasi, brutsellezda);

- immunologik reaktsiya darajasini aniqlash maqsadida;
- parazitlar (ameba, lyambliya va boshqalarning vegetativ yoki tsista shakli)ni va gijja tuxumlarini aniqlash uchun najasni mikroskop ostida ko'rish;
- immunologik reaktsiya darajasini aniqlash uchun serologik reaktsiya (brutsellezda Rayt reaktsiyasi misolida) qo'yish;
- davolash zardoblarini yuborish – buning uchun oldindan begona oqsilga sezuvchanlikni aniqlash, zardob dozasini bosqichma-bosqich oshirib borish (botulizmga qarshi zardob misolida). Botulizm, qoqshol, kuydirgi va bo'g'ma kasalliklarida davolash zardoblarini qo'llash;
- teri orasiga 0,1 ml allergen yuborish yO'li bilan (brutsellezda Byurne sinamasi misolida) teri allergik sinamasini qo'yish;
- meningial belgilarni, Kurlov bo'yicha jigar O'lchamlarini, oral regidratatsiya O'tkazish uchun eritma tayyorlash *malakaga ega bO'lishi kerak.*

1.3 Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va sog'liqni saqlash tizimidagi o'rni

- bioximiya – modda almashinuvi buzilishi bioximiyasi;
- mikrobiologiya – Yuqumli kasalliklar kuzgatuvchilari mikrobiologiyasi;
- immunologiya – utki rva surunkali Yuqumli jarayonlarda immunitet tizimi, tuzalish immunologiyasi;
- biologiya – oddiylar va parazitlar biologiyasi;
- patanatomiya – Yuqumli kasalliklarda a'zolardagi patologoanatomik uzgarishlar;
- patofiziologiya – patologik jarayon rivojlanish mexanizmlari;
- ichki kasalliklar va bolalar kasalliklari propedevtikasi;
- umumiy xirurgiya;
- asab kasalliklari.

1.4. Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

O'quv jarayoni bilan bog'liq ta'lim sifatini belgilovchi holatlar quyidagilar: yuqori ilmiy-pedagogik darajada dars berish, muammoli ma'ruzalar o'qish, darslarni savol-javob tarzida qiziqarli tashkil qilish, ilg'or pedagogik texnologiyalardan va mulьtimediya vositalaridan foydalanish, tinglovchilarni undaydigan, o'ylantiradigan muammolarni ular oldiga qo'yish, talabchanlik, tinglovchilar bilan individual ishlash, erkin muloqot yuritishga, ilmiy izlanishga jalb qilish.

"YUqumli kasalliklar" fanini loyihalashtirishda quyidagi asosiy konseptual yondoshuvlardan foydalaniladi:

SHaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'lim o'z mohiyatiga ko'ra ta'lim jarayonining barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo, kelgusidagi mutaxassislik faoliyati bilan bog'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondshilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondoshuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'i lozim: jarayonning mantiqiyligi, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bog'langanligi, yaxlitligi.

Faoliyatga yo'naltirilgan yondoshuv. SHaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta'lim oluvchining faoliyatni aktivlashtirish va intensivlashtirish, o'quv

jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo'naltirilgan ta'limni ifodalaydi.

Dialogik yondoshuv. Bu yondoshuv o'quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o'z-o'zini faollashtirishi va o'z-o'zini ko'rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta'limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta'lim beruvchi va ta'lim oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e'tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda qo'llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini qo'llash – yangi kompьyuter va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish.

O'qitishning usullari va texnikasi. Ma'ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallash), muammoli ta'lim, keys-stadi, pinbord, paradoks va loyihalash usullari, amaliy ishlar.

O'qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o'zaro o'rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O'qitish vositalari o'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruza matni) bilan bir qatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikasiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqaga asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blis-so'rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o'qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko'rinishidagi o'quv mashg'ulotlarini rejalashtirish, qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o'quv mashg'ulotida ham butun dars davomida ham o'qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. Sikl oxirisida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash.

MEN SHUNGA LOYIQMAN

Ma'ruza mashg'ulotida talabalarda darsdan tashqari paytda egallagan amaliy bilimlarini bevosita sinab ko'rish imkoniyatlari paydo bo'ladi. Ular berilgan vazifani bajarish davomida ortirgan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalda sinab ko'rilgan quyidagi uslubini, "Men shunga loyiqman." texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlarga ajraladilar. Kim o'zini qaysi bahoga loyiq deb topsa, shu guruhga qo'shiladi. "A'lo", "Yaxshi", "Qoniqarli". Agar talaba bugungi darsda baholash mezoniga ko'ra 3 ballik joriy bahoga ega bo'lishi kerak bo'lsa, a'lo-2.6-3 ball, yaxshi-2.2-2.5 ball, qoniqarli-1.7-2.1 ball sifatida baholanadi;
- har bir guruh uchun avvaldan tayyorlangan savollar tizimi mavjud bo'lib, dastlab "A'lo" baholar guruhi bilan shug'ullaniladi;
- shu guruhga mos savolga javob topgan talaba o'yindan, albatta, "a'lo" bahosi bilan chiqadi;

- guruhdagi barcha savollar berib bo'lingach, bironta ham savolga javob berolmagan, lekin a'lo bahoga da'vogar talaba quyiroq guruhga qo'shilishga majbur bo'ladi;
- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarning savollariga javob topolmagan talaba vazifani topshirolmagan hisoblanadi.

Usulni qo'llashdan kutiladigan samaralar:

- talabada o'zining imkoniyatlarini "chamalash", ya'ni o'z-o'zini baholash imkoniyati paydo bo'ladi;
- "shu bahoga" loyiq bo'lish uchun talaba astoydil harakat qiladi, birmuncha qiyinroq savollarga ham javob berishi kerak bo'ladi, bu uni ko'proq malumot yig'ishga va fikrlarini asoslashga majbur qiladi;
- talaba iloji boricha "yuqoriroq" guruh tarkibiga kirishga intiladi, bu uni muttasil o'z ustida ishlashga olib keladi;
- har bir talaba "o'zi" uchun harakat qilishi lozim, bu unda mas'uliyati hissini paydo qiladi;
- baholash uchun unchalik ko'p vaqt sarflanmaydi.

Umuman olganda, usulni qo'llash natijasida har bir talabada "o'sish" imkoniyati mavjud bo'lib, bu baholashning ob'ektiv amalga oshishini ta'minlaydi, ya'ni o'qituvchida "bu 3 baho oluvchi talaba" degan fikrni almashishiga olib keladi.

"IJODIY FIKR VA KLINIK MUShOHADA"

Maqsad: Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko'ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o'rganish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig'i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o'rganib, klinik belgilar va laboratoriyaviy ma'lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo'yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

MUSHOHADALI FIKR

Mavzu mazmunini mustahkamlash maqsadida tinglovchilar o'zlashtirish darjasini bilish uchun ushbu pedagogik texnologiya qo'llaniladi. Tinglovchilar fikrlari tahlil qiliniladi. Mushohadali fikr bildirgan tinglovchi rag'batlantiriladi.

KEYS-METOD (CASE STUDY)

Keys-stadining asosiy maqsadi: Mavzu mazmunnini chuqur o'rganish, tashxisot va davolash standartlarni to'liq bilishga, mustaqil fikrlash salohiyatiga ega bo'lishi, berilgan muammoni chuqur o'rganishi, vrach tomonidan qo'yilgan kamchiliklar borligini ko'rsatib berish hamda tahlil qilish, ularning oldini olish bo'yicha chora–tadbirlarni ishlab chiqish. Ushbu keys-stadini muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun oldindan o'quvchilar quyidagi bilim va ko'nikmalarga ega bo'lmoqlari zarur:

Talaba bilishi kerak: virusli gepatitlar etiologiyasi, klinikasi, qabul qilingan tashxisot va davolash standarti asosida bemorni olib borish va profilaktikasi.

Talaba amalga oshirishi kerak: mavzuni mustaqil o'rganadi; muammoning mohiyatini aniqlashtiradi; ma'lumotlarni tanqidiy nuqtai nazardan ko'rib chiqib, mustaqil qaror qabul qilishni o'rganadi; o'z nuqtai nazariga ega bo'lib, mantiqiy xulosa chiqaradi; o'quv ma'lumotlar bilan mustaqil ishlaydi; ma'lumotlarni taqqoslaydi, tahlil qiladi va umumlashtiradi;

Talaba ega bo'lmog'i kerak: kommunikativ ko'nikmalarga; taqdimot ko'nikmalariga; hamkorlikdagi ishlar ko'nikmalariga; muammoli holatlar tahlil qilish ko'nikmalariga.

Keys-stadiga asoslangan o'quv mashg'ulotining texnologik chizmasi:

1.Keys-stadiga kirish
2.Keys-stadi bilan tanishtirish
3.Keys-stadi bilan yakka tartibda ishlashni tashkil qilish (o'quv topshirig'ini tarqatish, yo'riqnoma berish).
4.Keys-stadini jamoaviy (guruh kichik guruhchalarga bo'linadi) tarzda echish (munozara–uning tuzilishi keys ohirida keltirilgan savollar bilan belgilanadi, - muammoli vaziyatni tahlil qilish va hal etish, bunday amaliy vaziyatdagi faoliyat bo'yicha tavsiyalarni ishlab chiqishga qaratilgan).
5.O'qituvchi rezyumesi.
6.Talabalarning o'quv yutuqlarini baholash

“UCH BOSQICHLI INTERVYU” USLUBI

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to’g’ri psixologik yondashishni o’rgatish.

Asosiy tamoyillari: Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo’linadi va talabalarga rol bo’lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin etkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo’lgan o’zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo’lim bo’yicha baholaydi:

1.Nima to’g’ri qilindi?
2.Nima noto’g’ri qilindi?
3.Qanday bajarilishi kerak edi?

Talabalarning yuqumli kasalliklar, epidymiologiya, fanini o’zlashtirishlari uchun o’qitishning ilg’or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pydagogik tyxnologiyalarni tatbiq qilish muhim axamiyatga egadir. Fanni o’zlashtirishda darslik, o’quv va uslubiy qo’llanmalar, maruza matnlari, tarqatma matyriallar, kompyutyr dasturlari, elyktron matyriallar hamda zamonaviy yorug’lik mikroskopi, vidyotizimlardan foydalaniladi. Maruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg’or pydagogik tyxnologiyalar qo’llaniladi.

3. O’quv soatlari miqdori

Soat hajmi	**O’quv yuklama miqdorining auditoriya mashg’ulotlari bo’yicha taqsimlanishi (soat)**			Mustaqil ish
	Jami	Ma’ruza	Amaliy mashg’ulot	
162	94	16	78	68

4. Ma’ruzalar
4.1. Ma’ruza mashg’ulotlarining tematik rejasi
Ma’ruza mashg’ulotlar mavzusi

№	Nomi	Soat
1	Kirish kismi. Yuqumli kasalliklar umumiy patologiyasi hakida tushuncha berish. Virusli gepatitlar (A,E,B,C,D).	2
2	Ichterlama va paratif A, B.	2
3	Vabo. Ichburug’	2
4	Salmonellez. OTI. Botulizm	2
5	Gripp. O’RVI. Meningokkokli infektsiya	2
6	Qora oqsoq	2
7	Difteriya (bo’g’ma). Ko’k yo’tal (koklyush).	2
8	Skarlatina. Qizamiq	2
	Jami :	16

4.2. MA’RUZA MATNLARINIIG MAZMUNI.

Ma’ruza №1 Kirish qismi. Yuqumli kasalliklar umumiy patologiyasi hakida tushuncha berish. Virusli gepatitlar (A,E,B,C,D). Yuqumli kasaliklar tarkalishi xaqidagi tarixiy ma’lumotlar. Abu Ali ibn Sinoning Yuqumli kasalliklar xakidagi ilmiy merosi. Yuqumli kasalliklarni urganishning asosiy boskichlari. YUqumli kasalliklarni L.V. Gromashevskiy taklifi bo’yicha tasnifi. Virusli gepatitlar (A,E,V,C,D).Etiologiyasi, epidemiologiyasi, kasallik manbai, yuqish mexanizmlari, patogenezi, klinikasi, klinik tasnifi, sariqlik davrining klinik xususiyatlari, sog’ayish davri, laborator diagnostikasi, VGA ning oqibati, VGBning klinik kechishidagi bosqichlari, og’irlik ko’rsatkichlari. Asoratlari – o’tkir

jigar entsefalopatiyasi. Laborator diagnostika usullari. Virusli gepatit c ning klinik kechimi, diagnostikasi, davolash tizimi.

Etiologiyasi, epidemiologiyasi, kasallik manbai, yuqish mexanizmlari, patogenezi, klinikasi, klinik tasnifi, sariqlik davrining klinik xususiyatlari, sog'ayish davri, laborator diagnostikasi, VGB ning oqibatlari, VGBning klinik kechishidagi bosqichlari, og'irlik ko'rsatkichlari. Asoratlari – o'tkir jigar entsefalopatiyasi. Laborator diagnostika usullari. A (asosiy)-1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 1.2.6.16.20.25.26.27.33.35.36.37

Ma'ruza №2. Ichterlama va paratif A, B. Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni. Kasallikning har bir davriga xos bo'lgan klinik belgilari. Kasallikning qaytalanishi, zo'riqishi va asoratlari. Hozirgi vaqtda ich terlama kasalligining o'ziga xos kechishi. IVBDV(stast) maxalliy alomatlarsiz isitmadagi differenstial diagnostika.

A (asosiy)- 1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 1.2.18.24.35.36.37

Ma'ruza №3. Vabo. Ichburug'.

Vaboning klinik variantlari, erta simptomlari. Elь-Tor vabosi klinikasining O'ziga xos xususiyatlari. Gipovolemik karaxtlikning klinikasi. Kasalxonaga yotqizishdan oldingi va yotqizilgandagi davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidalari. Tezkor profilaktika chora tadbirlar. SHigelezlar. Klinik variantlari, kliniko-epidemiologik parallelligi. Surunkali ichburug'. Serologik, bakteriologik diagnostikasi. O'tkir va surunkali ichburug'ni davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidalari. Profilaktikasi. A (asosiy)-1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 1.2.6.20.23.17.19.21.22.26.28..36

Ma'ruza №4. Salmonellez. OTI. Botulizm.

Tasnifi. Klinik variantlari (lokal va tarqoq). Og'irlik ko'rsatkichlari. Kasalxona ichki yuqumli kasalliklari (gospital infekstiyalar). Asoratlari. Kasallikning yakuni va natijalari. Laborator diagnostika usullari. Davolash usuli. Profilaktikasi. IVBDV Diareya bilan kasallangan bolaga diagnostik yondoshuv, differenstial diagnostikasi ogir suvsizlanish xolatida tez tibbiy yordam kursatish. Suvsizlanish profilaktikasi. Parxez turlari

Stafilokokklar, protey, enterakokklar, galofil vibrionlar, shartli patogen mikrofloralarning ovqat toksikoinfektsiyasi chaqirishdagi ahamiyati.

Botulizm. Klinik kechishi. Og'irlik ko'rsatkichi. Asoratlari. YAkuniy natijasi. Botulizmga qarshi Spetsifik davo bO'lmish zardob bilan davolash.

Stafilokokkli OTI. Klinik variantlari. Og'irlik ko'rsatkichlari. Laborator diagnostikasi. Davolash usullariri. Profilaktikasi. A (asosiy)-1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 1.2.6.9.14.15.22.35.36.

Ma'ruza №5 Gripp. O'RVI. Meningokkokli infektsiya.

Kasallik tarifi. Kasallik tarixini urganish. Etiologiyasi. qo'zgatuvchi tugrisida ma'lumotlar, ularning xususiyatlari, antigen tuzulishi va uzgaruvchanligi. Gripp virusining turlari. A turdagi gripp viruslarining serotiplari. Antigen xillari. Virusning pandemik va epidemik shtammlari.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai. Kasallikning tarkalish yullari va omillari. Kasallikka moyillik. Immunitet. Kasallanish kursatgichi. Mavsumiylik. Epidemiya va pandemiyalar. Gripp epidemiyalarini oldindan taxmin kilish. Patogenez va patologik anatomiyasi. Klinikasi. Klinik tasnifi. Davolash. Uy sharoitida yoki kasalxonada davolashga kursatma. Tartib. Kasallikning oldini olish. Bemorlarni aloxida saklash, xususiy choralar. Gripp o'choqlarida kuriladigan tezkor tadbirlar. Epidemiyalarning oldini olish choralari. Grippga karshi maxsus tadbirlar.

Meningokkokli infektsiya. Klinik shakllari (lokal va tarqalgan shakllari). Og'irlik ko'rsatkichlari. Infekstion-toksik karaxtlik. Miya shishining klinikasi va diagnostikasi. Tezkor tibbiy davo usullari. Laborator diagnostikasi. Etiotrop va patogenetik davolash. Profilaktikasi. IVBDV(stast) Maxalliy alomatlari bo'lgan isitmaning differenstial diagnostikasi. A (asosiy)- 1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 1.2.7.22.30.8.35.36.30.

Ma'ruza №6 Qora oqsoq.

Qo'zg'atuvchining turlari. Kliniko-patogenetik parallelligi. Laborator diagnostika usullari. Etiologiya, epidemiologiya, klinik kechish davrlari, tashxisoti, davolash va tarqalish oldini olish. klinik variantlari, erta simptomlari. O'ziga xos xususiyatlari. Kasalxonaga yotqizishdan oldingi va yotqizilgandagi davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidalari. Tezkor profilaktika chora tadbirlar. A (asosiy)- 1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 9.1.2.35.36.21.26.

Ma'ruza №7. Difteriya (bo'g'ma). Ko'k yo'tal (koklyush).

Klinik shakllari, og'irlik ko'rsatkichlari. CHin krup. Kasalxonaga yotqizishdan oldingi bosqichdagi diagnostikasi. Laborator diagnostika usullari. Spetsifik davo. Profilaktikasi. IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bo'g'mani chin bugmadan farki. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari.

Ko'kyo'tal. Parako'kyo'tal Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Klinikasi, chaqaloqlarda va kattalarda. Kasallikning o'ziga xos kechishi. Davolash usullari. Profilaktikasi. IVBDV(stast) surunkali yutali bulgan bolaning differenstial diagnostikasi davolash usullari va kullovchi parvarish

A (asosiy)-1.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 30.26.21.5.1.2.35.36.

Ma'ruza №8 Skarlatina. Qizamiq

Klinik shakllari, asoratlari, davolash usullari. Profilaktikasi. Kasallik manbai. YUqish yo'llari. Tarqalish yo'llari. Klinik shakllari. Qizamiqqa qarshi emlanganlar va katta yoshdagilarda qizamiq kechishining O'ziga xosligi. Laborator diagnostikasi. Davolash usuli. Profilaktikasi. Qizilcha. Qo'zg'atuvchining xarakteristikasi. Moyillik. Klinik shakllari. Kasallik qizilchaning manifest yoki amanifest shaklida kechganda homilaning zararlanishi. Patogenez va patomorfologiyasi. Klinikasi. YAshirin davri. Kasallikning asosiy klinik belgilari. Diagnostikasi. Hozirgi zamon laborator diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. A (asosiy)-1.3.4.5 Q (qo'shimcha)- 30.26.21.5.1.2.35.36

5. Amaliy mashgulotlar

5.1.Amaliy mashgulotlarining mavzuiy rejasi

T|r	Amaliyot mashgulot mavzusi	Amaliy soatlar
1.	Kirish. YUqumli kasalliklarga xizmat ko'rsatishning tarkibi. YUqumli kasallik bilan og'rigan bemorlarni kasalxonaga yotqazish qonun-qoidalari. YUqumli kasalliklar kasal- xonasining tuzilishi va ishlash rejimi. YUqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi. Virusli gepatitlar. Fekal-oral mexanizmi bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGA, VGE).	**5**
2.	Parenteral mexanizm bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGB, VGC, VGD). Klinik kechishidagi bosqichlar, og'irlik k'rsatkichlari.	**5**
3.	VGB,C,D Asoratlari- O'tkir jigar entsefalopatiyasi. Oqibatlar. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari. Profilaktikasi	**5**
4.	Ich terlama. Paratif. A va B.	**4**
5.	Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik variantlari, diagnostikasi	**6**
6.	Shigelezlar. Amyobiaz. Salmonellez.	**6**
7.	Gelmintozlar, tasnifi O'zbekistonda uchraydigan gelmintlar xarakteristikasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. Ovqat toksikoinfektsiyalari (OTI). Botulizm.	**6**
8.	Gripp. O'RVI. Meningokokkli infektsiya.	**6**
9.	Qora oqsoq OIV/OITS. Boreliozlar. Ichak iersinozi va soxta sil	**6**
10.	Arbovirusli infektsiyalar. Bezgak. Rikketsiozlar. Ku-isitmasi	**6**
11.	O'lat, Kuydirgi. Jarohat infektsiyalari. Qutirish, qoqshol, saramas. Lyeshmanioz. Toksoplazmoz	**6**
12.	Difteriya Epidemik parotit. Poliomielit	**6**
13.	Qizamiq Qizilcha. Ko'k yo'tal.	**5**
14.	Skarlatina. Infektsion mononukleoz**.** Suvchechak va gerpetik infektsiyalar. Oddiy	**6**

	gerpes.	
Jami		**78**

5.2. Amaliy mashgulotlar mavzulari mazmuni.

T/r	Amaliy mashulotlari mavzusining nomi va uning mazmuni	Adabiyot t/r
1.	**Kirish.** YUqumli kasalliklarga xizmat kO'rsatishning tarkibi. YUqumli kasallik bilan og'rigan bemorlarni kasalxonaga yotqazish qonun-qoidalari. YUqumli kasalliklar kasal- xonasining tuzilishi va ishlash rejimi. YUqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi. **Virusli gepatitlar.** Etiologiyasi, epidemiologiyasi, kasallik manbai, yuqish mexanizmlari, patogenezi, klinikasi, klinik tasnifi, sariqlik davrining klinik xususiyatlari, sog'ayish davri, laborator diagnostikasi, VGA ning oqibati.	A (asosiy)-1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)-1.2.6.16.20. 25.26.27.33. 35.36.37
2.	**Parenteral mexanizm bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGB, VGC, VGD).** VGBning klinik kechishidagi bosqichlari, og'irlik ko'rsatkichlari. Asoratlari – o'tkir jigar entsefalopatiyasi. Laborator diagnostika usullari. Virusli gepatit c ning klinik kechimi, diagnostikasi, davolash tizimi. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, kasallik manbai, yuqish mexanizmlari, patogenezi, klinikasi, klinik tasnifi, sariqlik davrining klinik xususiyatlari, sog'ayish davri, laborator diagnostikasi,	A (asosiy)-1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)-1.2.6.16.20. 25.26.27.33. 35.36.37
3.	**VGB,C,D Asoratlari. Oqibatlar**. O'tkir jigar entsefalopatiyasi.. VGB,C,D ning oqibatlari, VGB,C,Dning klinik kechishidagi bosqichlari, og'irlik ko'rsatkichlari. Asoratlari – o'tkir jigar entsefalopatiyasi. Laborator diagnostika usullari. solishtirma kliniko-laborator tashxisoti UAV taktikasi, tashxisot va davolash algoritmini tuzish.	A (asosiy)-1.2.3.4 .5 Q (qo'shimcha)-1.2.6.16.20. 25.26.27.33. 35.36.37
4.	**Ichterlama va paratif A, B.** Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni. Kasallikning har bir davriga xos bo'lgan klinik belgilari. Kasallikning qaytalanishi, zo'riqishi va asoratlari. Hozirgi vaqtda ich terlama kasalligining o'ziga xos kechishi. IVBDV(stast) maxalliy alomatlarsiz isitmadagi differenstial diagnostika	A (asosiy)-1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha)-1.2.18.24.35 .36.37
5	**Vabo. Virusli diareyalar. Esherixioz** Vaboning klinik variantlari, erta simptomlari. Ель-Tor vabosi klinikasining O'ziga xos xususiyatlari. Gipovolemik karaxtlikning klinikasi. Kasalxonaga yotqizishdan oldingi va yotqizilgandagi davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidalari. Tezkor profilaktika chora tadbirlar. Klinik variantlari, kliniko-epidemiologik parallelligi. Serologik, bakteriologik diagnostikasi, davolash usullari. **Virusli diareyalar** Etiologiyasi. Epidemiologiyasi. Klinikasi. Davolash. Roto-, paro- va pikarnovirusli infekstiyalar, differenstial diagnostikasi. Virusologik va serologik tekshirishlar. Koli-infekstiyaning klinik variantlari, diagnostikasi.	A (asosiy)-1.2.3.4. 5 Q (qo'shimcha)-1.2.6.20.23. 17.19.21.22. 26.28..36
6	**SHigelezlar. Amyobiaz. Salmonellez** A. SHigelezlar. Klinik variantlari, klinik-epidemiologik paraleligi. Surunkali ichburug'. Serologik va bakteriologik tashxisoti. O'tkir va surunkali ichburug'ni davolash usullari. tamoyil lari. Kasalxonadan chiqarish qoidalari. Oldini olish.	A (asosiy)-1.2.3.4.5 Q (qo'shimcha

	Amyobiaz Etiologiya, epidemiologiya patogenez, patomorfologiyasi. Klinik tasnifi, ichak amyobiazi asoratlari, kasallikning yakuni va natijalari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi. Tasnifi. Klinik variantlari (lokal va tarqoq). Og'irlik ko'rsatkichlari. Kasalxona ichki yuqumli kasalliklari (gospital infekstiyalar). Asoratlari. Kasallikning yakuni va natijalari. Laborator diagnostika usullari. Davolash usuli. Profilaktikasi. IVBDV Diareya bilan kasallangan bolaga diagnostik yondoshuv, differenstial diagnostikasi ogir suvsizlanish xolatida tez tibbiy yordam kursatish. Suvsizlanish profilaktikasi. Parxez turlari	)-1.2.6.9.14.15.22.35.36.
7	**Gelmintozlar. Lyamblioz. Ovqat toksikoinfektsiyalari (OTI). Botulizm Esherixioz Koli-infektsiy** Gelmintozlarda patologik jarayonning umumiy qonuniyatlari O'zbekiston hududida tarqalgan nematodozlar, trematodozlar, tsestodozlar, asosiy vakillari qo'zgatadigan kasalliklarning klinikasi, tashxisot usullari va davosi. Lyamblioz. Etiologiyasi, epidemiologiya si, patogenezi, klinik variantlari, tashxisoti. Ovqat toksikoinfektsiyalari (OTI). Botulizm. Botulizm. Klinik kechishi. Og'irlik ko'rsatkichi. Asorat lari. YAkuniy natija. Botulizmga qarshi spetsifik zardob bilan davolash. Stafilokokkli OTI. Klinik variantlari. Og'irlik ko'rsatkichi. Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Oldini olish.	A (asosiy)-1.2.3.4. 5 Q (qo'shimcha)-1.2.6.9.14.15.22.35.36.
8	**Gripp. O'RVI. Meningokokkli infektsiya.** Gripp. O'RVI (paragripp, adenovirus li infektsiyalar, rinovirusli infektsiyalar). Klinik variantlari, asoratlari, laborator diagnostikasi, davolash va oldini olish. Meningokokkli infektsiya. Klinik shakllari (lokal va tarqalgan shakllari). Og'irlik ko'rsatkichlari. Infekstion-toksik karaxtlik. Miya shishining klinikasi va diagnostikasi. Tezkor tibbiy davo usullari. Laborator diagnostikasi. Etiotrop va patogenetik davolash. Profilaktikasi. IVBDV(stast) Maxalliy alomatlari bo'lgan isitmaning differenstial diagnostikasi	A (asosiy)-1.2.3.4. 5 Q (qo'shimcha)-1.2.7.22.30.8.35.36.30.
9	**Qora oqsoq. OIV/OITS. Borreliozlar.** Klinik – patogenetik paralelligi. Laborator tashxisot usullari.davolash usullari. Etiotrop va patogenetik davosi. Oldini olish. Borreliozlar. Xarakteristikasi, etiologiyasi, epidemiologiyasi. Klinik kechimi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. **OIV/OITS** Etiologiyasi, qo'zg'atuvchining xarakteristikasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Tasnifi, klinik turlari, diagnostikasi, davolash usullari. OITS + oportunistik kasalliklar, ularning kechimi. Davolash taktikasi. Profilaktikasi. IVBDV (stast) bolalarda OIV infekstiyasining kechishi, diagnostikasi va tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillari **Iersioniz va soxta tuberkulyoz** etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolashi. Ichak iersinozi va soxta silni davolash.	**A (asosiy)-1.2.3.4. 5 Q (qo'shimcha)- 9.1** **.2.35.36.21.26.**
10	**Arbovirusli infektsiyalar. Bezgak. Rikketsiozlar.** Qrim-Kongo gemorragik isitmasi. Buyrak sindromi bilan kechuvchi gemmoragik isitma. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, tabiiy o'choqlari. Tabiatda infektsiya rezervuarlari. Zaralanish mexanizmi. Mavsumiyligi.. Davosi. Patogenetik davo.Oldini olish. Bezgak. Turli plazmodiylar chaqirgan bezgakning klinik tavsifi. Tropik bezgak. Asoratlari, laborator diagnostikasi. Davolash va profilaktika usullari. Rikketsiozlar Etiologiyasi, klinikasi, tasnifi. Toshmali tifning epidemiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. Brill kasalligi klinikasi, asoratlari, davolash. Ku-isitmasi Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Klinik kechimi, diagnostikasi davolash, profilaktikasi. Ku-istmasi Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Klinik kechimi, diagnostikasi davolash, profilaktikasi.	**A -1,2, 5 Q-1,2,4,6,8,10.**

11	**O'lat, Kuydirgi. Jarohat infektsiyalari. Toksoplazmoz. Leyshmanioz** Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinik variantlari (mahaliy va tarqoq), asorat lari. Laborator tashxisoti. Davolash usullari. O'lat va kuydirgi gumon qilin ganda vrach taktikasi. Profilaktikasi. Jarohat infektsiyalari. Qutirish, qoqshol, saramas. Etiologiyasi, patogenezi, klinik shakllari klinikasi. Atipik shakllari. Erta tashxisoti, oqibati, davosi, profilaktikasi. Leyshmanioz. Vistseral va teri leyshmaniozlarining klinik kechimi, asoratlari, laborator diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.Toksoplazmoz Klinik kechimi, diagnostikasi, tasnifi, homiladorlarga ta'siri, ularni davolash taktikasi, profilaktikasi	**A -1,2, 5Q-1,2,3,6,8,10**
12	**Difteriya. Epidemik parotit. Infektsion mononukleoz**. Klinik shakllari, og'irlik mezonlari. CHin krup. Gospitalizatsiyagacha bosqichda tashxisot. Laborator tashxisot uslublari, Spetsifik davo. Oldini olish. Epidemik parotit**.** IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bo'g'mani chin bugmadan farki. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari. Davolash, profilaktikasi. Infektsion mononukleoz etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o'ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi.	**A -1,2, 5 Q-1,2,3,6,8,10**
13	**Qizamiq. Qizilcha. Ko'k yo'tal.** Klinik shakllari, Qizamiqqa qarshi emlanganlarda va kattalarda kechish xususiyatlari. Laborator tashxisot uslublar. Davolash usuli. Oldini olish. **Ko'k yo'tal.**Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Klinikasi, chaqaloqlarda va kattalarda. Kasallikning o'ziga xos kechishi. Davolash usullari. Profilaktikasi. IVBDV(stast) surunkali yutali bulgan bolaning differenstial diagnostikasi davolash usullari va kullovchi parvarish **Qizilcha**. Qo'zg'atuvchining xarakteristikasi. Moyillik. Klinik shakllari. Kasallik qizilchaning manifest yoki amanifest shaklida kechganda homilaning zararlanishi. Patogenez va patomorfologiyasi. Klinikasi. Yashirin davri. Kasallikning asosiy klinik belgilari. Diagnostikasi. Hozirgi zamon laborator diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bo'g'mani chin bo'g'madan farqi. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari.	**A -1,2,5 Q-1,2,4,11,12, 13,15.**
14	**Skarlatina. Suvchechak va gerpetik infektsiyalar Klinik shakllari. Infektsion mononukleoz.** Asoratlari, davolash usullari, oldini olish. Infektsion mononukleoz etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o'ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi. Suvchechak va gerpetik infektsiyalar. Etiologiya.Suvchechak qo'zg'atuvchisi bilan gerpes zoster qo'zg'atuvchisining o'xshashligi, immunitet xarakteri..Yoshga qarab o'ziga xos kechishi.Oddiy gerpes zosterlarning klinik belgilar, diagnosti kasi,tashxisoti,kasallik aniqlanganda shifokor taktakasi.Davolash va oldini olish. Oddiy gerpes zosterlarning klinik belgilari. Diagnostikasi. Hozirgi zamon laborator diagnostikasi. Kasallik aniqlanganda shifokorning taktikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar.	**A -1,2, 5 Q-1,2,3,6,8,10**

Izoh: O'RVI. GRIPP kasalligi ko'p uchrashi va o'tgan o'quv dasturlari o'z aksini topganligi sababli 3 soat ajratildi.

7. Mustaqil ta'limnini tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish. Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o’quv adabiyotlari yordamida mustaqil o’zlashtirish;
- berilgan mavzular bo’yicha yozma hisobot (konspekt) tayyorlash;
- berilgan mavzular bo’yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo’llash;
- avtomatlashtirilgan o’rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- anjumanga ma’ruza tayyorlash va h.k.

7.1.Talabalarning mustaqil ishi

T/r	Mavzular mazmuni	Soat
1.	TSitomegalovirus infektsiyasi. Etiologiya. Epidemiologiya. Kasallikning yuqish yuli na omillari Kasallikka moyillik. Kasallik klinikasi. Kasallik kechishining kliniko epidemiologik moxiyati. Kasallikni tashxisi davolash va oldini olish choralari.	*5 soat*
2.	Toksoplazmoz. Etiologiya. Epidemiologiya. Kasallikning yuqish yuli na omillari Kasallikka moyillik. Kasallik klinikasi. Kasallik kechishining kliniko epidemiologik moxiyati. Kasallikni tashxisi davolash va oldini olish choralari.	*5 soat*
3	Virusli diareyalar Etiologiyasi. epidemiologiyasi. anamnezi: ichterlamaga uxshash va farqli tomonlari. Klinikasi. Tashxisi. Klinik-epidemiologik va laborator tashxisi, davolash, parxez.	*5 soat.*
4.	Amebiaz. Etiologiyasi. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez)bosqichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	*5 soat*
5.	Ovqat toksikoinnfektsiyasi. Etiologiyasi. Stafilokokklar, protey, enterakokklar, galofil vibrionlar, shartli patogen mikrofloralarning ovqat toksikoinfektsiyasidagi ahamiyati. Har-xil qo’zgatuvchilar keltirib chikaradigan ovqat toksikoinfsktsiyasining uzi ga xos klinik belgilar bilan kechishi. Kasallik yakuni va natijasi. Kasallikning yoshga bogliq xolda kechishi. Kasallikning oldini olish choralari. Sanitariya-gigiena qoidalariga amal kilish ahamiyati.	*5 soat.*
6.	Botulizm. Etiologiyasi. Qo’zgatuvchining asosiy xususiyatlari. Qo’zgatuvchining turlari. Mikroblar va toksinlarning tashqi muxitlarga chidamliligi. Kasallikning oldini olish. Sanitariya nazorati va sanitariya oqartuv ishlarining moxiyati. Axoliga maxsulotlarni uy sharoitida tayyorlash qoidasini tushuntirish. Botulizm uchogida seroprofilaktika. Vaktsinoprofilaktika (polianatoksin) va ungakursatma.	*4 soat*
7.	Gelmintozlar (enterobioz, gemenolipedoz, exinokokkoz, askaridoz, tenioz, lyamblioz). Etiologiyasi. Kasallik qo’zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	*4 soat*
8.	Parakoklyush Etiologiyasi. Kasallik qo’zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	*5 soat.*
9.	Gemorragik isitmalar (BSGI, Sariq). Etiologiyasi. Kasallik qo’zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	5soat

10.	Gemorragik isitmalar (O'zbekiston, Omsk). Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) bosqichlari. Klinik shakllari Kasallik natijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	5soat
11.	Poliomielit. Parakoklyush.Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	*5 soat*
12.	Gerpetik infektsiya. Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	*5 soat*
13.	Teri shikastlanish infektsiyalari (qutirish, saramas, qoqshol). Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	*5 soat*
14.	O'ta xavfli infektsiyalar O'lat, Sibir yarasi, chin chechak Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.	*5soat*
	Jami	68soat.

8. Amaliy ko'nikmalar ro'yxati

1. Birlamchi infeksiya o'chog'i aniqlanganda umumiy amaliyot shifokori va vrach- taktikasi haqida ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak.
2. Bemornoma tizimini shakllantirish;
3. Gemokulturaga steril sharoitda qon olish (qorin tifi misolida);
4. Bakteriologik ekma uchun najas va siydikni steril idishga olish va ularni ozuqa muhitiga yoki to'yintirish muhitiga ekish (O'IK misolida);
5. Mikroskopiya va bakteriologik ekma uchun tomoq va burundan (bo'ma va boshqa misolida) surtma yoki chayindi olish;
6. Buyum oynachasida qalin tomchi va surtma tayyorlab Romanovskiy bo'yicha bo'yab, gemoparazitlarni aniqlash uchun mikroskop ostida ko'rish (bezgak misolida);
7. Siydikda o't pigmentini aniqlash;
8. Oynachada agglyutinastiya reakstiyasini qo'yish (Xeddelson reakstiyasi, brustellezda); immunologik reakstiya darajasini aniqlash maqsadida;
9. Parazitlar (ameba, lyambliya va boshqalarning vegetativ yoki sista shakli)ni va gijja tuxumlarini aniqlash uchun najasni mikroskop ostida ko'rish;
10. Immunologik reakstiya darajasini aniqlash uchun serologik reakstiya (brustellezda Rayt reakstiyasi misolida) qo'yish;
11. Davolash zardoblarini yuborish – buning uchun oldindan begona oqsilga sezuvchanlikni aniqlash, zardob dozasini bosqichma-bosqich oshirib borish (botulizmga qarshi zardob misolida). Botulizm, qoqshol, kuydirgi va bo'ma kasalliklarida davolash zardoblarini qo'llash;
12. Teri orasiga 0,1 ml allergen yuborish yo'li bilan (brustellezda Byurne sinamasi misolida) teri allergik sinamasini qo'yish;
13. Meningial belgilarni tekshirish;
14. Kurlov bo'yicha jigar o'lchamlarini aniqlash;
15. Oral regidratastiya o'tkazish uchun eritma tayyorlash;

YUqumli kasalliklar fanidan talabalar bilimini reyting tizimi asosida baholash mezonlari

YUqumli kasalliklar fani bo'yicha reyting jadvallari, nazorat turi, shakli, soni hamda har bir nazoratga ajratilgan maksimal ball, shuningdek joriy va oraliq nazoratlarining saralash ballari haqidagi ma'lumotlar fan bo'yicha birinchi mashg'ulotda talabalarga e'lon qilinadi.

Talabalarning fan bo'yicha o'zlashtirish darajasining Davlat ta'lim standartlariga muvofiqligini ta'minlash uchun quyidagi nazorat turlari o'tkaziladi:

- Joriy Baholash (JB)
- OraliqBaholash (OB)
- YAkuniy Baholash (YAB)

Fan bo'yicha talabaning semestr (o'quv yili) davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda baholanadi.

Ushbu 100 ball baholash turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

№	Baholash turi	Maksimal ball	Koefisent	Saralash bali
1	Auditoriyadagi o'quv mashgulotlarini Baholash + TMI	50	0,5	27,5
2	OraliqBaholash	20	0,2	11,0
3	YAkuniy Baholash	30	0,3	16,5
4	Jami	100	1	55,0

Joriy baholash (JB)

JBda talabaning fanni mavzulari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholab borish ko'zda tutiladi. YUqumli kasalliklar fani bo'yicha JB og'zaki, o'rgatuvchi-nazorat tarqatma materiallari bilan ishlash, mustaqil ishlarni bajarish va shu kabi boshqa shakllarda o'tkazilishi mumkin.

Baholashda talabaning bilim darajasi, amaliy mashg'ulot materiallarini o'zlashtirishi, nazariy material muhokamasida va ta'limning interaktiv uslublarida qatnashishning faollik darajasi, shuningdek, amaliy bilim va ko'nikmalarni o'zlashtirish darajasi (ya'ni nazariy, analitik va amaliy yondoshuvlar) hisobga olinadi.

Har bir mashg'ulotda barcha talabalar baholanishi shart.

Joriy nazoratda talabalar bilimi ta'lim modeliga asoslangan xolda quyidagi bosqichlarda amalga oshiriladi: nazariy, amaliy qism va TMI (50:40:10)

	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	71-75	66-70	61-65	55-60	31-54	0-30

Nazariy qism	52-50	46-48	43-45	41-42	38-40	36-38	33-35	31-33	28-30	15-27	0-18
Amaliy qism	35-40	36-38	34-36	32-34	31-32	28-30	26-28	24-26	22-24	12-22	0-12
TMI	9-10	9	9	8-9	7-8	7	7	6	5-6	4-5	0

Talabalar bilimini joriy baholashda quyidagi mezonlar inobatga olinadi:

O'zlashtirish(%) va ballarda	**Baho**	**Talabaning bilim darajasi**
96-100	A'lo «5»	Mashg'ulot mavzusi bo'yicha talabaning javobi to'liq, turli manbalardan olingan qo'shimcha ma'lumotlarga boy, bilim hajmi dastur doirasidan chiqadi. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni to'liq o'zlashtirgan va qo'shimcha adabiyotlar bilan tanish. Mashg'ulotda berilgan vazifalarni o'z vaqtida, sifatli bajaradi. Vaziyatli masalalarni echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi. Mavzu muhokamasi, munozaralarda faol qatnashadi, o'z fikrini himoya qila biladi. Mavzu bo'yicha odam anatomiyasi, normal fiziologiya va biokimyo fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Interaktiv o'yinlarda faol va ijodiy qatnashadi.
		Amaliy ko'nikmalarni to'liq egallagan, bosqichma-bosqich to'g'ri amalga oshiradi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o'zlashtirish, referat, ilmiy maqola, tezislar va ma'ruzalar tayyorlash. **Mavzuni mustaqil o'zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mantiqiy tuzilgan va mavzuning barcha savollarini har tomonlama to'liq kamrab olgan, mavzu tizimli bayon qilingan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko'rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan tashqari qo'shimcha adabiyotlardan (monografiyalar, ilmiy, uslubiy maqolalar, Internetdan olingan ma'lumotlar, elektron kutubxona materiallari va h.k.) foydalanib materiallar yig'gan, tahlil qilgan, tizimga solgan. Referat mavzusi har tomonlama va to'liq ochib berilgan, matn mantiqiy ketma-ketlikda ifodalangan, to'g'ri hulosa chiqarilgan va ijodiy fikrlar mavjud.

		Ijodiy ishlash. Mashg'ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni to'g'ri echgan, ularni echishda ijodiy yondoshgan, javob asoslangan. Jadvallar to'g'ri to'liq to'ldirilgan. **Ilmiy maqola, tezislar va ma'ruzalar tayyorlash:** Talaba TIJda mustaqil tajribalar olib borgan va olingan natijalarni alohida qayd etgan, statistik ishlovdan o'tkazgan va ushbu tadqiqot ishi bo'yicha mustaqil, aniq, mantiqiy asoslangan savodli xulosalar chiqargan. Talaba o'quv adabiyotlari, ilmiy-tadqiqot ishlari, dissertasiyalar, maqola va monografiyalar hamda boshqa axborot manbalaridan mavzuga tegishli materiallar to'plagan, tahlil qilgan, tizimlashtirgan. Tayyorlagan maqola, tezis yoki ma'ruzasi talabaning tajribada olgan ilmiy natijalari va adabiyot ma'lumotlari taxliliga asoslangan.
91-95	A'lo «5»	Mavzu bo'yicha talabaning javobi to'liq, dastur doirasida, mantiqan asoslangan, ishonch bilan javob beradi. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni to'liq o'zlashtirgan va qo'shimcha adabiyotlar bilan tanish. Mashg'ulotda berilgan vazifalarni o'z vaqtida, sifatli bajaradi. Vaziyatli masalalarga aniq javob beradi, asoslaydi. Mavzu muhokamasi, munozaralarda faol qatnashadi, o'z fikrini himoya qila biladi. Interaktiv o'yinlarda faol va ijodiy qatnashadi.
		Amaliy ko'nikmalarni to'liq egallagan, mavzuga oid amaliy ko'nikmani bosqichma-bosqich to'g'ri amalga oshiradi,
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o'zlashtirish, referat, ilmiy maqola, tezislar va ma'ruzalar tayyorlash. **Mavzuni mustaqil o'zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mantiqiy tuzilgan va mavzuning barcha savollarini har tomonlama to'liq kamrab olgan, mavzu tizimli bayon qilingan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko'rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan tashqari qo'shimcha adabiyotlardan (monografiyalar, ilmiy, uslubiy maqolalar, Internetdan olingan ma'lumotlar, elektron kutubxona materiallari va h.k.) foydalanib materiallar yig'gan, tahlil qilgan, tizimga solgan. Referat mavzusi har tomonlama va to'liq ochib berilgan, matn mantiqiy ketma-ketlikda ifodalangan, to'g'ri hulosa chiqarilgan va ijodiy fikrlar mavjud. **Ijodiy ishlash**. Mashg'ulotda berilgan vaziyatli

		masalalar, krossvordlar, organayzerlarni to’g’ri echgan, ularni echishda ijodiy yondoshgan, javob asoslangan. Jadvallar to’g’ri to’liq to’ldirilgan. **Ilmiy maqola, tezislar va ma’ruzalar tayyorlash:** Talaba TIJda mustaqil tajribalar olib borgan va olingan natijalarni alohida qayd etgan, statistik ishlovdan o’tkazgan va ushbu tadqiqot ishi bo’yicha mustaqil, aniq, mantiqiy asoslangan savodli xulosalar chiqargan. Talaba o’quv adabiyotlari, ilmiy-tadqiqot ishlari, dissertasiyalar, maqola va monografiyalar hamda boshqa axborot manbalaridan mavzuga tegishli materiallar to’plagan, tahlil qilgan, tizimlashtirgan. Tayyorlagan maqola, tezis yoki ma’ruzasi talabaning tajribada olgan ilmiy natijalari va adabiyot ma’lumotlari taxliliga asoslangan.
86-90	A’lo «5»	Mavzu bo’yicha talabaning javobi to’liq, dastur doirasida, mantiqan asoslangan, ishonch bilan javob beradi. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni to’liq o’zlashtirgan va qo’shimcha adabiyotlar bilan qisman tanish. Mashg’ulotda berilgan vazifalarni o’z vaqtida bajaradi. Vaziyatli masalalarga aniq javob beradi, asoslaydi. Mavzu muhokamasi, munozaralarda faol qatnashadi, o’z fikrini himoya qila biladi. Interaktiv o’yinlarda faol qatnashadi.
		Amaliy ko’nikmalarni to’liq egallagan, bosqichma-bosqich to’g’ri amalga oshiradi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o’zlashtirish, referat, ilmiy maqola, tezislar va ma’ruzalar tayyorlash. **Mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mantiqiy tuzilgan va mavzuning barcha savollarini har tomonlama to’liq kamrab olgan, mavzu tizimli bayon qilingan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko’rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan tashqari qo’shimcha adabiyotlardan (monografiyalar, ilmiy, uslubiy maqolalar, Internetdan olingan ma’lumotlar, elektron kutubxona materiallari va h.k.) foydalanib materiallar yig’gan, tahlil qilgan, tizimga solgan. Referat mavzusi to’liq ochib berilgan, matn mantiqiy ketma-ketlikda ifodalangan, to’g’ri hulosa chiqarilgan va ijodiy fikrlar mavjud. **Ijodiy ishlash**. Mashg’ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni to’g’ri echgan, ularni echishda ijodiy yondoshgan, javob

		asoslangan. Jadvallar to’g’ri to’liq to’ldirilgan. **Ilmiy maqola, tezislar va ma’ruzalar tayyorlash:** Talaba TIJda mustaqil tajribalar olib borgan va olingan natijalarni alohida qayd etgan, statistik ishlovdan o’tkazgan va ushbu tadqiqot ishi bo’yicha mustaqil, aniq, mantiqiy asoslangan savodli xulosalar chiqargan. Talaba o’quv adabiyotlari, ilmiy-tadqiqot ishlari, dissertasiyalar, maqola va monografiyalar hamda boshqa axborot manbalaridan mavzuga tegishli materiallar to’plagan, tahlil qilgan, tizimlashtirgan. Tayyorlagan maqola, tezis yoki ma’ruzasi talabaning tajribada olgan ilmiy natijalari va adabiyot ma’lumotlari taxliliga asoslangan.
81-85	YAxshi «4»	Mavzu bo’yicha talabaning javobi to’liq, dastur doirasida, ishonch bilan javob beradi. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni yaxshi o’zlashtirgan. Mashg’ulotda berilgan vazifalarni o’z vaqtida bajaradi. Vaziyatli masalalarga aniq javob beradi, asoslaydi. Mavzu muhokamasi, munozaralarda faol qatnashadi, o’z fikrini himoya qila biladi. Interaktiv o’yinlarda faol qatnashadi.
		Amaliy ko’nikmalarni to’liq egallagan, bosqichma-bosqich to’g’ri amalga oshiradi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o’zlashtirish, referat, ilmiy maqola, tezislar va ma’ruzalar tayyorlash. **Mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mavzuning barcha savollarini qamrab olgan, tizimli bayon qilingan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko’rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan tashqari qo’shimcha adabiyotlardan (monografiyalar, ilmiy, uslubiy maqolalar, Internetdan olingan ma’lumotlar, elektron kutubxona materiallari va h.k.) foydalanib materiallar yig’gan, tahlil qilgan, tizimga solgan. Mavzu mohiyati ochilgan, faqat xulosasi bor. **Ijodiy ishlash**. Mashg’ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni to’g’ri echgan, javob asoslangan. Jadvallar to’g’ri to’liq to’ldirilgan.
76-80	YAxshi «4»	Mavzu bo’yicha talabaning javobi dastur doirasida. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni yaxshi o’zlashtirgan. Mashg’ulotda berilgan vazifalarni o’z vaqtida bajaradi. Vaziyatli masalalarga aniq javob beradi, asoslaydi. Mavzu muhokamasi, munozaralar

		va interaktiv o’yinlarda faol qatnashadi.
		Amaliy ko’nikmalarni to’liq egallagan, bosqichma-bosqich to’g’ri amalga oshiradi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish, referat tayyorlash, ijodiy ishlash. **Mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mavzuning barcha savollarini qamrab olgan, tizimli bayon qilingan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko’rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan tashqari qo’shimcha adabiyotlardan (monografiyalar, ilmiy, uslubiy maqolalar, Internetdan olingan ma’lumotlar, elektron kutubxona materiallari va h.k.) foydalanib materiallar yig’gan, tahlil qilgan, tizimga solgan. Mavzu mohiyati ochilgan, faqat xulosasi bor. **Ijodiy ishlash**. Mashg’ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni to’g’ri echgan, javob asoslangan. Jadvallar to’g’ri to’liq to’ldirilgan.
71-75	YAxshi «4»	Mavzu bo’yicha talabaning javobi dastur doirasida. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni o’zlashtirgan. Mashg’ulotda berilgan vazifalarni o’z vaqtida bajaradi. Vaziyatli masalalarga aniq javob beradi, asoslashda birmuncha qiynaladi. Mavzu muhokamasi, munozaralar va interaktiv o’yinlarda faol qatnashadi.
		Amaliy ko’nikmalarni to’liq egallagan, bosqichma-bosqich to’g’ri amalga oshiradi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish, referat tayyorlash, ijodiy ishlash. **Mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mavzuning barcha savollarini qamrab olgan, tizimli bayon qilingan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko’rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan tashqari qo’shimcha adabiyotlardan (monografiyalar, ilmiy, uslubiy maqolalar, Internetdan olingan ma’lumotlar, elektron kutubxona materiallari va h.k.) foydalanib materiallar yig’gan, tahlil qilgan, tizimga solgan. Mavzu mohiyati ochilgan, faqat xulosasi bor. **Ijodiy ishlash**. Mashg’ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni to’g’ri echgan,

		javob asoslangan. Jadvallar to’g’ri to’liq to’ldirilgan.
66-70	Qoniqarli «3»	Javobi dasturning 60-70%ni tashkil qiladi. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni o’zlashtirgan. Qo’shimcha savollarga javob to’liq emas. Vaziyatli masalalarni echishda ayrim xatoliklarga yo’l qo’yadi. Interaktiv o’yinlarda sust qatnashadi.
		Amaliy ko’nikmani qadamma-qadam tashhislashda ayrim xatoliklarga yo’l qo’yadi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish, referat tayyorlash, ijodiy ishlash. **Mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mavzuning barcha savollarini qamrab olgan, lekin bayon qilishda tizimli yondoshilmagan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko’rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan foydalanib materiallar yig’gan, tahlil qilgan. Mavzu mohiyati yoritilgan, ammo arzimas kamchiliklar mavjud. **Ijodiy ishlash**. Mashg’ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni to’g’ri echgan, javobni asoslashda qiynaladi. Jadvallarni to’ldirishda arzimas kamchiliklarga yo’l qo’ygan.
61-65	Qoniqarli «3»	Javobi dasturning 55-60%ni tashkil qiladi. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni qisman o’zlashtirgan. A’zoning struktur-funksional xususiyatlari bo’yicha tasavvurga ega, qo’shimcha savollarga qisman javob beradi. Vaziyatli masalalarni echishda ayrim xatoliklarga yo’l qo’yadi. Interaktiv o’yinlarda sust qatnashadi.
		Amaliy ko’nikmani qadamma-qadam tashhislashda xatoliklarga yo’l qo’yadi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish, referat tayyorlash, ijodiy ishlash. **Mavzuni mustaqil o’zlashtirish va konspekt yozish.** Konspekt mavzuning barcha savollarini qamrab olgan, lekin bayon qilishda tizimli yondoshilmagan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko’rsatilgan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan foydalanib materiallar yig’gan, tahlil qilgan. Mavzu mohiyati yoritilgan, ammo qator kamchiliklar mavjud.

		Ijodiy ishlash. Mashg'ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni echishda ayrim xatoliklarga yo'l qo'ygan, javobini asoslay olmaydi. Jadvallarni to'ldirishda kamchiliklarga yo'l qo'ygan.
55-60	Qoniqarli «3»	Javob dasturning 50-55%ni tashkil qiladi, qo'shimcha savollarga javob yo'q. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni qisman o'zlashtirgan. Qo'shimcha savollarga qisman javob beradi. Vaziyatli masalalarni mustaqil echa olmaydi. Interaktiv o'yinlarda sust qatnashadi.
		Amaliy ko'nikmalarni qisman egallagan, ko'rsata olmaydi, xatoliklarga yo'l qo'yadi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o'zlashtirish va konspekt yozish, referat tayyorlash, ijodiy ishlash. **Mavzuni mustaqil o'zlashtirish va konspekt yozish.** Konspektda mavzuning barcha savollari yoritilmagan, bayon qilishda tizimli yondoshilmagan, foydalanilgan asosiy adabiyotlar va axborot manbalari ko'rsatilmagan. **Referat tayyorlash**. Talaba asosiy adabiyotlardan foydalanib materiallar yig'gan, ammo tahlil qilmagan. Mavzu mohiyati yoritilmagan. **Ijodiy ishlash**. Mashg'ulotda berilgan vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni mustaqil echa olmaydi, javobini asoslay olmaydi. Jadvallarni to'ldirishda kamchiliklarga yo'l qo'ygan.
31- 54	Qoniqarsiz «2»	Javob dasturning 30-40%ni tashkil qiladi, nazariy savollar bo'yicha aniq tasavvurga ega emas. Qo'shimcha savollarga javob yo'q. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni o'zlashtirmagan. Vaziyatli masalalarni echa olmaydi. Mashg'ulotla berilgan vazifalarni o'z vaqtida bajarmaydi.
		Amaliy ko'nikmani tushunmaydi, bosqichma-bosqich aytib berolmaydi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o'zlashtirish va konspekt yozish, referat tayyorlash, ijodiy ishlash. Konspekt va referat uchun materiallar to'plagan, lekin yozmagan. Vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni echa olmaydi.
0-30	Qoniqarsiz «2»	Javob dasturning 20-30%ni tashkil qiladi, savollarga javob yo'q. Dasturda tavsiya etilgan asosiy adabiyotlarni o'zlashtirmagan. Vaziyatli masalalarni

		echa olmaydi. Mashg'ulotda berilgan vazifalarni o'z vaqtida bajarmaydi.
		Amaliy ko'nikm ani aytib bera olmaydi.
		Mustaqil ish shakli: mavzuni mustaqil o'zlashtirish va konspekt yozish, referat tayyorlash, ijodiy ishlash. Konspekt va referat uchun materiallar to'planmagan, taxlil qilinmagan. Vaziyatli masalalar, krossvordlar, organayzerlarni echa olmaydi.

ORALIQ BAHOLASH

Oralik Baholash semestr davomida 1 marta 100 ballik tizim asosida kafedra professori yoki dosentlari tomonidan olinadi.

OB kafedra majlisi karori bilan yozma ish, test, ogzaki suxbat shakllarida yoki ularning kombinasiyalarida o'tkazilishi mumkin. OB ga o'quv mashgulotlaridan karzi bo'lmagan talabalar ko'yiladi.

Blok tizimidagi fanlarning xajmi 72 soatdan kam bo'lmagan xolda OB o'tkaziladi.

YUqumli kasalliklar bo'yicha OB baholash mezonlari

O'zlashtirish%	Baho	Talabaning bilim darajasi
96-100%	A'lo "5"	Biletda qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. YUqumli kasalliklar bo'yicha to'liq bilimga ega. Vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini mantiqan asoslaydi. Javobida normal fiziologiya, klinik farmakologiya, biokimyo va boshqa klinik fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
91-95%	A'lo "5"	Biletda qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini asoslaydi. Javobida normal fiziologiya, klinik farmakologiya, biokimyo va boshqa klinik fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi, mustaqil xulosa va qaror qabul qila oladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
86- 90%	A'lo "5"	Biletda qo'yilgan barcha savollarga talabaning javobi to'liq, ishonch bilan javob beradi. Vaziyatli masalani

		echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi va javobini asoslaydi. Javobida normal fiziologiya, klinik farmakologiya, biokimyo va boshqa klinik fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
81-85%	YAxshi "4"	Biletda qo'yilgan savollarga talabaning javobi to'liq. Vaziyatli masalani echishda ijodiy fikrlaydi, aniq javob beradi. Javobida normal fiziologiya, klinik farmakologiya, biokimyo va boshqa klinik fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida, sifatli bajargan va o'zlashtirgan.
76-80%	YAxshi "4"	Biletda qo'yilgan savollarga talabaning javobi to'liq, lekin assoslashda birmuncha qiynaladi. Vaziyatli masalani to'g'ri echadi, lekin asoslashda birmuncha qiynaladi. Javobida normal fiziologiya, klinik farmakologiya, biokimyo va boshqa klinik fanlaridan olgan bilimlarini umumlashtiradi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida bajargan, sifati etarli darajada emas, o'zlashtirgan.
71-75%	YAxshi "4"	Biletda qo'yilgan savollarning 75-80%ga talaba to'liq javob beradi. Vaziyatli masalani echadi, lekin javobini asoslashda qiynaladi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini o'z vaqtida bajargan, sifati etarli darajada emas, o'zlashtirgan.
66-70%	Qoniqarli "3"	Biletda qo'yilgan savollarning 65-70%ga talaba javob beradi. Vaziyatli masalani echishda ayrim xatoliklarga yo'l qo'yadi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini bajarilishi sifati past, o'zlashtirishi etarli darajada emas.
61-65%	Qoniqarli "3"	Biletda qo'yilgan savollarning 60%ga talaba javob beradi vaziyatli masalani echishda xatoliklarga yo'l qo'yadi, javobini asoslay olmaydi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini bajarilishi sifati past, o'zlashtirishi etarli darajada emas.
55-60%	Qoniqarli "3"	YUqumli kasalliklarni ta'riflashda xamda vaziyatli masalani echishda qo'pol xatoliklarga yo'l qo'yadi. Mustaqil ta'lim topshiriqlarini sifatsiz bajarilgan.

54% va undan past	Qoniqarsiz “2”	YUqumli kasalliklar xususiyatlarini bilmaydi, vaziyatli masalani echa olmaydi.

YAKUNIY BAHOLASH

YAB da talabaning bilim, kunikma va malakalari fanning umumiy mazmuni doirasida baxolanadi. YAB fan buyicha ukuv mashgulotlari tugagandan sung utkaziladi. JB, TMI va OB ga ajratilgan umumiy ballarning xar biridan saralash balini tuplagan talabaga YAB ga ishtirok etish xukuki beriladi.

YAB utkazish shakli-test, oski, yozma ish yoki ushbu usullar kombinasiyasida ilmiy kengash karori bilan belgilanadi. YOzma ish usulini utkazish “reyting tizimining yakuniy Baholash boskichida yozma ish usulini kullash tartibi bilan belgilanadi”.

YAB, OSKI va test usuli kombinasiyasida utkazilgan xolda ballar nisbati mos ravishda 50%: 50% ni tashkil etadi. OSKI va test natijasida tuplagan ballar YAB ni tegishli balini tashkil etadi. Agar OSKE natijalari buyicha talaba konikarsiz baxo olsa, u talaba test nazoratiga kiritilmaydi.

Amaliy ko’nikmalarni baholash mezonlari

№	**Amaliy ko’nikmalar**	**Koeffi sient**	**O’tish bali (%)**	**YUqori ball (%)**
1.	Sariqlik belgisi bilan kechuvchi kasalliklarda siydikda o’t pigmentini aniqlash (Rozin sinamasi)	**0,1**	**5,5**	**10**
2.	Bemordan gemokulьturaga qon olish qoidasi	**0,12**	**6,6**	**12**
3.	Ko’kyo’tal kasalligida bemordan bakteriologik tekshirish uchun “yo’tal plastinka” usulida namuna olishqoidasi.	**0,09**	**4,95**	**9**
4.	Bemorning burun shilliq pardalaridan surtma olishni ko’rsating	**0,095**	**5,225**	**9,5**
5.	Bemorning tomoq shilliq pardalaridan surtma olishni ko’rsating	**0,095**	**5,225**	**9,5**
6.	Botulizm kasalligi misolida Bezredko usuli bo’yicha zardobni yuborish qoidalari	**0,09**	**4,95**	**9**

7.	Orqa miya suyuqligini olish qoidalari	**0,1**	**5,5**	**10**
8.	Bezgak kasalligida gemoparazitni aniqlash maqsadida yo'g'on tomchi tayyorlash qoidalari	**0,8**	**4,4**	**8**
9.	Bezgak kasalligida gemoparazitni aniqlash maqsadida surtma tayyorlash qoidalari	**0,8**	**4,4**	**8**
10.	Enterobioz kasalligida gijja tuxumlarini aniqlash uchun perianal sohadan qirindi tayyorlash qoidalari	**0,075**	**4,125**	**7,5**
11.	Uy sharoitida bemorlarda oral regidratasiya o'tkazish qoidasi	**0,075**	**4,125**	**7,5**
	JAMI	**1**	**55**	**100**

Talabaning fan bo'yicha reytingini aniqlash

Talabaning fan bo'yicha reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \bullet O'}{100}$$

bu erda: V– semestrda fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (soatlarda);

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

Fan bo'yicha joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 foizi saralash bali etib belgilanadi va bunda joriy va oraliq nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 va undan yuqori foizidagi balni to'plagan talabalar ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

Talabaning semestr davomida fan bo’yicha to’plagan umumiy bali har bir nazorat turidan (JB, OB, TMI, YAB) belgilangan qoidalarga muvofiq to’plagan ballari yig’indisiga teng.

Baholash turlarini o’tkazish muddati

Oraliq va yakuniy nazorat turlari kalendar-tematik rejaga muvofiq o’quv-uslubiy bo’lim tomonidan tuzilgan reyting nazorat jadvallari asosida o’tkaziladi. YAkuniy nazorat siklning oxirgi 2 kuni mobaynida o’tkaziladi.

Joriy va oraliq nazoratlarda saralash ballidan kam ball to’plagan va uzrli sabablarga ko’ra nazoratlarda qatnasha olmagan talabaga qayta topshirish uchun, navbatdagi shu nazorat turigacha, so’nggi joriy va oraliq nazoratlar uchun yakuniy nazoratgacha bo’lgan muddat beriladi.

Kasalligi sababli darslarga qatnashmagan hamda belgilangan muddatlarda joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarni topshira olmagan talabalarga fakulьtet dekani farmoyishi asosida, o’qishni boshlaganidan so’ng ikki hafta muddatda topshirishga ruxsat beriladi.

Semestr yakunida fan bo’yicha joriy, oraliq yoki yakuniy nazorat turlarini har biri bo’yicha saralash balidan kam ball to’plagan talaba akademik qarzdor hisoblanadi.

Akademik qarzdor talabalarga semestr tugaganidan keyin qayta o’zlashtirish uchun bir oy muddat beriladi. SHu muddat davomida fanni o’zlashtira olmagan talaba fakulьtet dekani tavsiyasiga ko’ra belgilangan tartibda rektorning buyrug’i bilan talabalar safidan chetlashtiriladi.

Talaba nazorat natijalaridan norozi bo’lsa, fan bo’yicha nazorat turi natijalari e’lon qilingan vaqtdan boshlab bir kun mobaynida fakultet dekaniga ariza bilan murojaat etishi mumkin. Bunday holda fakulьtet dekanining taqdimnomasiga ko’ra rektor buyrug’i bilan 3 (uch) a’zodan kam bo’lmagan tarkibda apellyasiya komissiyasi tashkil etiladi.

Apellyasiya komissiyasi talabalarning arizalarini ko’rib chiqib, shu kunning o’zida xulosasini bildiradi.

Baholashning o’rnatilgan talablar asosida belgilangan muddatlarda o’tkazilishi hamda rasmiylashtirilishi fakulьtet dekani, kafedra mudiri, o’quv bo’limi hamda ichki nazorat va monitoring bo’limi tomonidan nazorat qilinadi.

10.Darsliklar, qo’llanmalarning ro’yxati

Asosiy:

Asosiy adabiyotlar

29. Шувалова Е.Н. Инфекционные болезни. Москва -1999-560с.
30. Маджидов В.М. Юкумли касалликлар. Ташкент- 1995--471с.
31. Нисеевич Н.И. Учайкин В.Р. Инфекционным болезни у детей. Москва-1985-230с.
32. Даминов Т.А. ТуйчиевЛ.Н.Таджиева Н.У. «Инфекционные болезни в деятельности ВОП»-Ташкент-2007
5. Dennis Kasper, Anthony Fauci " Harrison's Infectious Diseases 2 ed" USA, 2013, Mc.Graw-Hill Education, english

Qo'shimcha adabiyotlar

33. 1. Infectious Diseases/ Paul D. Hoeprich, 1998, New York, USA
34. 2.Покровский В.И.«Инфекционные болезни и эпидемиология». Учебная литература для студентов медицинских институтов.- Москва-2003. – 650 с
35. 2. Никифоров В.М. Никифоров В.В. Ботулизм. М. 1989.
36. 3. «Ботулизм». Монография. Под. Редакции Шубы Г.М. Саратов, 1991. 284 с.
37. 4. Пак С.Г. Турьянов М.Ю. Сальмонеллез. М. 1989– М. – 1989. 132 s.
38. 5. Соринсон С.И. Неотложные состояния у инфекционных больных. Л. 1990.. 251 s.
39. 6. Приказ МЗ РУз № 401 от 29.12. 93 г. «О мерах по совершенствованию санитарной охраны территории г Ташкента от заноса и распространения карантинных и особо-опасных для человека инфекции».7. «Infekstionnye bolezni v poliklinicheskoy praktike». Sorinson S.N. - S-Ptb. - 1993.
40. 7. Соринсон С.И. Инфекционные болезни в поликлинической практике СПтб. 1993.
41. 8. Казанцев У.И. Руководство по инфекционным болезням. С-Птб. 1996.
42. 9. Иванова В.В. Справочник ВОП по инфекционным болезням у детей.С-Птб. 1997.
43. 10. «Infekstionnye bolezni». Atlas. R.Emond. – M. - 1998.
44. 11. «Хронические гепатиты». Ф.И. Иноятова. – Т. – 1998.
45. 12.«Infekstionnye bolezni». Uchebnaya literatura dlya studentov medistinskix institutov. Atlas. R. Emond – M. – 1998. 439 s.
46. 13. Покровский В.И. Руководства по инфекционным болезням. М. 1999.
47. 14. «Детские инфекционные болезни» Учайкин В.Ф. – М. - 1999.
48. 15. «Руководство по инфекционным болезням». Моногрвфия.Лобзин Ю.В. – С-ПТР. – 2000. 931 С.
49. 16. «Основы активной иммунизации детей». И.Р.Аширова, Д.А.Аскарова.- Т. - 2001.
50. 17. «Вирусные гепатит С».И.К.Мусабаев Э.И.Мусабаев – Т. – 2002.
51. 18. «Корь». Т.А.Даминов, Н.У. Таджиев. - 2005.
52. 19. «Инфекционнве болезни и эпидемиологии». Покровский В.И.- М. - 2008.
53. 20. Материалы лекции.
54. 21. Учебно-методические рекомендации.
55. 22. CECIL Textbook Of Medicine/ Paul B. Beeson, Walsh McDermott, James B. Wyngaarden, 1997, Philadelphia, USA
56. 23. Textbook Of Pediatrics/ Victor C. Vaughan, III, R. James McKay, Waldo E. Nelson, 1995, Philadelphia, USA. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: **www.infectology.ru/.immunologiya, www.rmj.ru, www.rmj/infectology/2005/.ru; www.medlinks.ru; www.apteka.uz; www.med-site.narod.ru//htm; www.speclit.med-lib.ru/inf/index; www.infectious disease news.com; www.medicina.org.ua/dek; www.speclit.spb.ru.**

Сайты интернета: www.buxdti.uz, www.idbuxmi.narod.ru, www.infectology.ru/.immunologiya, www.rmj.ru, www.rmj/infectology/2005/.ru; www.medlinks.ru; www.apteka.uz; www.med-site.narod.ru//htm; www.speclit.med-lib.ru/inf/index; www.infectious disease news.com; www.medicina.org.ua/dek; www.speclit.spb.ru.

Fanning yangi yutuqlari

1. Virusli gepatitlar. Monografiya. Obloqulov A.R., To'xtaev A.A. -T. -2012

2. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi. O'quv darsligi. Axmedova M.J., Obloqulov A.R., Boboxodjaev S.N. -T. – 2014
3. Yuqumli kasalliklar klinik tasniflari, tashxisni ifodalash, davolash asoslari. Uslubiy qo'llanma. Obloqulov A.R. va hammual. – T. – 2008
4. Obloqulov A.R. Bakteriozlar. Buxoro. 2015

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining buyruqlari.

1. Ayrim yuqumli kasalliklarni aniqlash va hisobga olish tizimini standart ta'riflarni amalga kiritish to'g'risida (o'ta xavfli infeksiyalar). №630 27.12.2005
2. Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot muassasalarida OIV infeksiyasini kasbiy muloqotdan keyingi profilaktikasini amaliyotga tadbiq qilish haqida 04.01. 2008. № 4
3. "Ob organizastii provedeni massovoy kompani immunizastii protiv kori i krasnuxi v respublike"16.02.2009 №114
4. Respublika xududiga "Cho'chqa grippi"ning kirib kelishini oldini olish to'g'risida 28.04.2009 № 126
5. "O'zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish" to'g'risidagi 2012 yil "05" 01 5-sonli buyrug'i
6. "Respublika aholisi o'rtasida ich terlama, paratif, salmonellyoz va o'tkir ichak kasalliklariga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida" gi№122. 25.03. 2015 yil buyruq.
7. "O'zbekiston Respublikasida qoqshol kasalligi profilaktikasi chora tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida"gi №454. 25.10.2006 buyruq.
8. "O'zbekiston Respublikasida Bolalarda stastionar yordam ko'rsatish to'g'risida"gi №225.10.07.2013 buyruq.
9. "O'zbekiston Respublikasida OIV infekstiyasini oldini olish chora-tadbirlari va tibbiy yordamni tashkil etishni yanada takomillashtirish to'g'risida"gi №123. 25.03. 2015 buyruq.
10. "O sovershenstvo-vanii mer predotvraщenii vozniknoveniya, rasprostraneniya i profilaktiki zabolevaemosti chumoy v Respublike." to'g'risidagi №1. 02.01.2002 buyruq.
11. "Respublikada aholi o'rtasida o'ta xavfli zooantroponoz yuqumli kasalliklarga qarshi olib boriladigan chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida"gi № 37.23.01. 2015 buyruq.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ КАФЕДРАСИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўқув ишлари проректори,
доц. С.Ш.Олимов_____
«__»_____2014йил

«КЕЛИШИЛГАН»
Ўқув бўлими бошлиғи,
Бахрамова К.Я._____
«__»_____2014йил

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ КАФЕДРАСИДА ТАЛАБАЛАР БИЛИМИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ ВА БАҲОЛАШНИНГ РЕЙТИНГ ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА Н И З О М

БУХОРО -2014

YUQUMLI KASALLIKLAR, EPIDEMIOLOGIYA, TERI-TANOSIL KASALLIKLARI KAFEDRASIDA TALABALAR BILIMINI NAZORAT QILISH VA BAHOLASHNING REYTING TIZIMI TO'G'RISIDA N I Z O M

Ushbu Nizom O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2009-yil 07-avgust № 276-sonli "Talabalar bilimini nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risidagi Nizomni amaliyotga joriy etish haqida"gi buyrug'i bilan tasdiqlangan "Oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimini nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risida Nizom" va tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari Rayosati tomonidan tavsiya etilgan "Tibbiyot oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimini nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risida Nizom" va O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2010 yil 25 avgustdagi 333 – son buyrug'i bilan Nizomga o'zgartirish va qo'shimchalar kiritilgan hamda O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirigida 2010 yil 26 avgustda 1981-1 son bilan Davlat ro'yxatidan qayta o'tkazilgan "Oliy ta'lim muasssasalarida talabalar bilimini nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risida Nizom"i va "Oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimini nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to'g'risidagi nizomga o'zgartirish va qo'shimchalar kiritish haqidagi"gi (Davlat ro'yxati 1981-2-son 13.12.2013 yil) hamda "Oliy ta'lim to'g'risidagi nizomga qo'shimcha kiritish haqida"gi (Davlat ro'yxati 1222-2-son 13.12.2013y) va Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institutida talabalar bilimini nazorat qilish va baholashning reyting tizimi nizomi asosida ishlab chiqildi va yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasida talabalar bilimini nazorat qilish va baholashda asosiy me'yoriy hujjat bo'lib hisoblanadi.

I. Umumiy qoidalar

1. Talabalar bilimini nazorat qilish va reyting tizimi orqali baholashdan maqsad ta'lim sifatini boshqarish orqali raqobatbardosh kadrlar tayyorlashga erishish, talabalarning fanlarni o'zlashtirishida bo'shliqlar hosil bo'lishini oldini olish, ularni aniqlash va bartaraf etishdan iborat.

2. Reyting tizimining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

a) talabalarda Davlat ta'lim standartlariga muvofiq tegishli bilim, ko'nikma va malakalar shakllanganligi darajasini nazorat qilish va tahlil qilib borish;

b) talabalar bilimi, ko'nikma va malakalarini baholashning asosiy tamoyillari:

Davlat ta'lim standartlariga asoslanganlik, aniqlik, haqqoniylik, ishonchlilik va qulay shaklda baholashni ta'minlash;

v) fanlarning talabalar tomonidan tizimli tarzda va belgilangan muddatlarda o'zlashtirilishini tashkil etish va tahlil qilish;

g) talabalarda mustaqil ishlash ko'nikmalarini rivojlantirish, axborot resurslari manbalaridan samarali foydalanishni tashkil etish;

d) talabalar bilimini xolis va adolatli baholash hamda uning natijalarini vaqtida ma'lum qilish;

e) talabalarning fanlar bo'yicha kompleks hamda uzluksiz tayyorgarligini ta'minlash;

j) o'quv jarayonining tashkiliy ishlarini kompyuterlashtirishga sharoit yaratish.

3. Fanlar bo'yicha talabalar bilimini semestrda baholab borish reyting nazorati jadvallari va baholash mezonlari asosida amalga oshiriladi.

II. Nazorat turlari va uni amalga oshirish tartibi

4. Nazorat turlari, uni o'tkazish tartibi va mezonlari kafedra mudiri tavsiyasi bilan fakultet o'quv-uslubiy kengashida muokama qilinadi va tasdiqlanadi hamda har bir fanning ishchi o'quv dasturida mashg'ulot turlari bilan birgalikda ko'rsatiladi.

5. Reyting nazorati jadvallari, nazorat turi, shakli, soni hamda ar bir nazoratga ajratilgan maksimal ball, shuningdek joriy va oraliq nazoratlarning saralash ballari haqidagi ma'lumotlar fan bo'yicha birinchi mashg'ulotda talabalarga e'lon qilinadi.

6. Talabalarning bilim saviyasi va o'zlashtirish darajasining Davlat ta'lim standartlariga muvofiqligini ta'minlash uchun quyidagi nazorat turlarini o'tkazish nazarda tutiladi:

joriy nazorat – talabaning fan mavzulari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Joriy nazorat fanning xususiyatidan kelib chiqqan holda, seminar, laboratoriya va

amaliy mashg'ulotlarida og'zaki so'rov, test o'tkazish, suhbat, nazorat ishi, uy vazifalarini tekshirish va shu kabi boshqa shakllarda o'tkazilishi mumkin;

talabaning mustaqil ishi o'quv rejasida muayyan fanni o'zlashtirish uchun belgilangan o'quv ishlarining ajralmas qismi bo'lib, u uslubiy va axborot resurslari jihatdan ta'minlanadi hamda bajarilishi reyting tizimi talablari asosida nazorat qilinadi.

oraliq nazorat – semestr davomida o'quv dasturining tegishli (fanning bir necha mavzularini o'z ichiga olgan) bo'limi tugallangandan keyin talabaning bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Oraliq nazoratning soni (bir semestrda 2 martadan ko'p o'tkazilmasligi lozim) va shakli (yozma, og'zaki, test va hokazo) o'quv faniga ajratilgan umumiy soatlar hajmidan kelib chiqqan holda kafedra tomonidan belgilanadi.

yakuniy nazorat – semestr yakunida muayyan fan bo'yicha nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni talabalar tomonidan o'zlashtirish darajasini baholash usuli. Yakuniy nazorat asosan tayanch tushuncha va iboralarga asoslangan "Yozma ish" yoki OTKS (ob'ektiv tizimlashtirilgan klinik sinov) shaklida o'tkaziladi.

Ta'lim yo'nalishi va mutaxassisliklari ayrim fanlarining xususiyatlaridan kelib chiqqan holda fakultet Ilmiy kengashi yoki institut kengashi qarori asosida ko'pi bilan 40% fanlardan yakuniy nazoratlar boshqa shakllarda (og'zaki, test va hokazo) o'tkazilishi mumkin.

7. Nazorat turlanrini htkazishda xolislikni ta'minlash maqsadida talabalar to'g'risidagi ma'lumotlar ularning nazorat ishlariga institut tomonidan indentifikastiya kodi berish orqali shifrlanishi mumkin.

8. Oraliq nazoratni o'tkazish jarayoni kafedra mudiri tomonidan tuzilgan komissiya ishtirokida davriy ravishda o'rganib boriladi va uni o'tkazish tartiblari buzilgan hollarda, oraliq nazorat natijalari bekor qilinishi mumkin. Bunday hollarda oraliq nazorat qayta o'tkaziladi.

9. Institut rahbarining buyrug'i bilan ichki nazorat va monitoring bo'limi rahbarligida tuzilgan komissiya ishtirokida yakuniy nazoratni o'tkazish jarayoni davriy ravishda o'rganib boriladi va uni o'tkazish tartiblari buzilgan hollarda, yakuniy nazorat natijalari bekor qilinishi mumkin. Bunday hollarda yakuniy nazorat qayta o'tkaziladi.

10. O'quv yili tugaganidan keyin reyting nazorati natijalariga ko'ra talabalarni keyingi kursga o'tkazish to'g'risida belgilangan tartibda qaror qabul qilinadi.

III. Baholash tartibi va mezonlari

11. Talabalarning bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabaning har bir fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

12. Har bir fan bo'yicha talabaning semestr davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda butun sonlar bilan baholanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

joriy baholash - 45 ball;

oraliq baholash – 20 ball;

mustaqil ish - 5 ball;

yakuniy baholash – 30 ball;

Tibbiyot instituti talabalarini o'qitish uslublarini o'ziga xosligini inobatga olgan olda bilimini baholashda JB, TMI, OB va JBlarning qiymatani hisobga olish uchun koeffistienti qo'llaniladi.

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffistient
1.	Joriy baholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2.75	0,05
3.	Oraliq baholash	20	11,0	0,2
4.	Yakuniy baholash	30	16,5	0,3
	JAMI	100	55,0	1

Sikl-blok tizimida o'qitiladigan fanlardan auditoriya soatlari 72 soatdan kam bo'lgan hollarda oraliq nazorat o'kazilmaydi va ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi.

joriy baholash - 45 ball;
mustaqil ish - 5 ball;
yakuniy baholash – 50 ball;

№	**Baholash turi**	**Maksimal ball**	**Saralash bali**	**Koeffistient**
1.	Joriy baholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2.75	0,05
3.	Yakuniy baholash	50	27,5	0, 5
	JAMI	100	55,0	1

13. Talabaning reyting daftarchasiga alohida qayd qilinadigan malakaviy amaliyot, fan (fanlararo) bo'yicha yakuniy davlat attestastiyasi, magistratura talabalarining ilmiy-tadqiqot va ilmiy-pedagogik ishlari, magistrlik dissertastiyasi bo'yicha o'zlashtirish darajasi – 100 ballik tizimda baholanadi.

14. Talabaning fan bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya etiladi:

a) 86-100 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
xulosa va qaror qabul qilish;
ijodiy fikrlay olish;
mustaqil mushoada yurita olish;
olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
mustaqil mushohada yurita olish;
olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

c) 55-70 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

c) quyidagi ollarda talabaning bilim darajasi 0-54 ball bilan baholanishi mumkin:
aniq tasavvurga ega bo'lmaslik;
bilmaslik.

15. Namunviy mezonlar asosida yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri tanosil kasalliklari fanlaridan joriy va oraliq nazoratlar bo'yicha aniq mezonlar quyidagicha ishlab chiqildi, kafedra mudiri tomonidan tasdiqlandi va talabalarga davriy e'lon qilinadi. JNda fanning har-bir mavzusi bo'yicha talabaning bilimi va amaliy ko'nikmalarini aniqlab borish nazarda tutilgan va u amaliy mashg'ulotlarida amalga oshirilishi mumkin. Baholash talabaning bilim darajasi, amaliy mashg'ulot materiallarini o'zlashtirishi, nazariy material muxokamasida va ta'limning interaktiv uslublarida katnashishining faollik darajasi, shuningdek, amaliy bilim va ko'nikmalarning o'zlashtirish darajasi (ya'ni nazariy, analitik va amaliy yondashuvlar) hisobga olinadi.

Qo'yib yuborilgan va o'zlashtirilmagan amaliy va ma'ruza mashg'ulotlar qayta topshirishi zarur hisoblanadi. Amaliy mashg'ulotni qayta topshirishda 0,8 koeffistienti qo'llaniladi. Talaba qatnashmagan ma'ruza mavzusidagi amaliy mashg'ulotlar balidan 10% chegirma olinadi.

Talabaning mustaqil ishi O'zbekiston Respublikasining Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2005 yil 21 fevraldagi 34- sonli buyrug'iga asosan tashkil etiladi va 100 ballik tizimda JB jarayonida baholanadi va barcha baholash turlarida aniqlanadi. Kafedrada fanlar bo'yicha mustaqil ish o'quv dasturda ko'rsatilgan mavzular bo'yicha o'tkaziladi, mustaqil ish kafedrada qabul qilingan va dekanat tomonidan tasdiqlangan "Fan bo'yicha talabalarninig mustakil ishini qabul qilish rejasi" asosida

o’qituvchilar tomonidan qabul qilinadi. Mustaqil ishning bir kismi kasallik tarixini yozish, kasalxonada navbatchilik qilish, axborot-resurs markaziga borish va o’quv zalida shug’ullanish, hamda institutda tashkil etilgan internet sinflarida shug’ullanishni o’z ichiga oladi. Talabalar stikl (semestr) oxirida kasallik tarixi, referativ doklad, harorat egri chiziqlari va klinik belgilar namoyon bo’lishi hamda kasalliklarni tashxislash algoritmlar majmuasini topshiradi. Talabalarning mustaqil ishini baholash uchun sinf jurnalida ko’rsatilgan tartibda talabalarning kunlik o’zlashtirish ballari o’qituvchilar tomonidan ko’rsatib boriladi.

ONda fanning bir nechta mavzularini qamrab olgan bo’limi yoki qismi bo’yicha nazariy mashg’ulot o’tib bo’linganidan so’ng, talabaning nazariy bilimlari baholanadi va undan talabaning muayyan savolga javob berish yoki muammolarni echish mahorati va qobiliyati aniqlanadi. Yuqumli kasalliklari fani bo’yicha 5-6 kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalari uchun ikki marta ON, klinik epidemiologiya fani bo’yicha 2- kurs OHI fakulteti, infekstion nazorat fani bo’yicha ON ikki marta og’zaki shaklda o’tkaziladi. Yuqumli kasalliklarda hamshiralak ishi fani bo’yicha 3-kurs OHI, va epidemiologiya fani bo’yicha 5-kurs talabalari uchun auditoriya soat hajmi 72 soatdan kam bo’lganligi uchun ON amalga oshirilmaydi. Teri-tanosil kasalliklari fani bo’yicha davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 4-kurs talabalari uchun ON ikki marta og’zaki baholanadi, 6-kurs talabalri uchun esa auditoriya soat hajmi 72 soatdan kam bo’lganligi uchun ON o’tkazilmaydi.

YaBda talabaning bilimi, ko’nikmalari fanning umumiy mazmuni doirasida baholanadi. YaB semestr (stikl) yakunida o’tkaziladi.

YaB turi har - bir fanning xususiyatlaridan kelib chiqqan holda, yuqumli kasalliklar va epidemiologiyadan davolash fakulteti 5 – kurs talabalari uchun yozma ish (og’zaki) va test, 6 – kurs davolash, 3 – kurs OHI uchun va klinik epidemiologiya fani bo’yicha 2 – kurs OHI hamda infekstion nazorat bo’yicha uchun esa test va OTKS o’tkaziladi. Teri - tanosil kasalliklari fanlari bo’yicha yakuniy baholash test va OTKS shakllarida o’tkaziladi. Yozma ish va OTKS YaBga ajratilgan ballning 50% ini tashkil qiladi. OTKSga ajratilgan ballning 55% to’plagan talaba testga kiritiladi. Testdan o’zlashtirish darajasi 55% dan yuqori bo’lsa, OTKS balliga qo’shiladi.Yozma ish usulida YaB o’tkazish «Reyting tizimining yakuniy baholash bosqichida yozma ish usulini qo’llash tartibi» bilan belgilandi.

16. Talabalarning o’quv fani bo’yicha mustaqil ishi joriy, oraliq va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarni bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan olda baholanadi.

17. Talabaning fan bo’yicha bir semestrdagi reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \bullet O'}{100}$$

bu erda:

V– semestrda fanga ajratilgan umumiy o’quv yuklamasi (soatlarda);

O' –fan bo’yicha o’zlashtirish darajasi (ballarda).

18. Fan bo’yicha joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har biriga ajratilgan balning 55 foizi saralash ball etib belgilanadi va bunda joriy va oraliq nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 va undan yuqori foizidan ortiq ball to’plagan barcha talabalar ushbu fan bo’yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

19. Talabaning semestr davomida fan bo’yicha to’plagan umumiy bali har bir nazorat turidan belgilangan qoidalarga muvofiq to’plagan ballari yig’indisiga teng.

IV. Nazorat turlarini o’tkazish muddati

20. Oraliq va yakuniy nazorat turlari kalendar tematik rejaga muvofiq dekanat tomonidan tuzilgan reyting nazorat jadvallari asosida o’tkaziladi. Yakuniy nazorat semestrning oxirgi 2 haftasi mobaynida o’tkaziladi.

21. Joriy va oraliq nazoratlarda saralash ballidan kam ball to’plagan va uzrli sabablarga ko’ra nazoratlarda qatnasha olmagan talabaga qayta topshirish uchun, navbatdagi shu nazorat turigacha, so’nggi joriy va oraliq nazoratlar uchun yakuniy nazoratgacha bo’lgan muddat beriladi.

Kasalligi sababli darslarga qatnashmagan hamda belgilangan muddatlarda joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarni topshira olmagan talabalarga fakultet dekani farmoyishi asosida, o'qishni boshlaganidan so'ng ikki hafta muddatda topshirishga ruxsat beriladi.

22. Semestr yakunida fan bo'yicha joriy, oraliq yakuniy yoki TMI nazorat turlarini har biri bo'yicha saralash balidan kam ball to'plagan talaba akademik qarzdor hisoblanadi.

Akademik qarzdor talabalarga semestr tugaganidan keyin (bahorgi semestr natijasi bo'yicha esa, talabalarining yozgi ta'tili hamda professor-o'qituvchilarning mehnat ta'tilidan so'ng) qayta o'zlashtirish uchun bir oy muddat beriladi. Shu muddat davomida fanni o'zlashtira olmagan talaba, fakultet dekani tavsiyasiga ko'ra belgilangan tartibda rektorning buyrug'i bilan talabalar safidan chetlashtiriladi.

23. Talaba nazorat natijalaridan norozi bo'lsa, fan bo'yicha nazorat turi natijalari e'lon qilingan vaqtdan boshlab, bir kun mobaynida fakultet dekaniga ariza bilan murojaat etishi mumkin. Bunday holda fakultet dekanining taqdimnomasiga ko'ra rektor buyrug'i bilan 3 (uch) a'zodan kam bo'lmagan tarkibda apellyastiya komissiyasi tashkil etiladi.

Apellyastiya komissiyasi talabalarning arizalarini ko'rib chiqib, shu kunning o'zida xulosasini bildiradi.

24. Baholashning o'rnatilgan talablar asosida belgilangan muddatlarda o'tkazilishi hamda rasmiylashtirilishi fakultet dekani, kafedra mudiri, o'quv bo'limi hamda ichki nazorat va monitoring bo'limi tomonidan nazorat qilinadi.

V. Reyting natijalarini qayd qilish va tahlil etish tartibi

25. Talabaning fan bo'yicha nazorat turlarida to'plagan ballari semestr yakunida reyting qaydnomasiga butun sonlar bilan qayd qilinadi. Reyting daftarchasining "O'quv rejasida ajratilgan soat" ustuniga semestr uchun fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklama soatlari, "Fandan olingan baho" ustuniga esa 100 ballik tizimdagi o'zlashtirishi qo'yiladi. Talabaning saralash balidan past bo'lgan o'zlashtirishi reyting daftarchasiga qayd etilmaydi.

26. Har bir fan bo'yicha o'tkaziladigan nazorat turlarining natijalari guruh jurnallari hamda qaydnomada qayd etiladi va shu kunning o'zida (nazorat turi yozma ish shaklida o'tkazilgan bo'lsa, 2 (ikki) kun muddat ichida) talabalar e'tiboriga etkaziladi.

27. Yakuniy nazorat natijalariga ko'ra fan o'qituvchisi talabalarning fan bo'yicha reytingini aniqlaydi hamda reyting daftarcha va qaydnomaning tegishli qismini to'ldiradi.

28. Talabaning reytingi uning bilimi, ko'nikmasi va malakalar darajasini belgilaydi. Talabaning semestr (kurs bo'yicha umumiy reytingi barcha fanlardan to'plangan reyting ballari yig'indisi orqali aniqlanadi).

29. Talabalar reytingini hisobga olish elektron tizimiga va reyting qaydnomasiga talabalarning fan bo'yicha reytingi qayd etiladi. Talabalar umumiy reytingi har bir semestr va o'quv yili yakunlangandan so'ng e'lon qilinadi.

30. Talabalarning nazorat erishgan natijalari kafedra, dekanatlar va o'quv-uslubiy bo'linmalarida kompyuter xotirasiga kiritilib, muntazam ravishda tahlil qilib boriladi**.**

31 Joriy, oraliq va yakuniy nazorat natijalari kafedra yig'ilishlari, fakultet va institut Ilmiy kengashlarida muntazam ravishda muhokama etib boriladi va tegishli qarorlar qabul qilinadi.

Kafedra xodimlarining umumiy yig'ilishida muhokama qilingan
va tasdiqlangan. Bayonnoma № 1 26 avgust 2014 yil.

Kafedra mudiri t.f.d., dotsent A.R. Obloqulov

Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasida talabalar mustaqil ishini tashkil etish, nazorat qilish va baholash tartibi to'g'risida namunaviy

NIZOM

1.Umumiy qoidalar

1.1.Mazkur Nizom O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 2001 yil 16 avgustdagi "Oliy ta'limning davlat ta'lim standartlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 343-son qaroriga muvofiq kadrlar tayyorlash sifatini nazorat qilishda talabalarning mustaqil ishlarini tashkil, nazorat qilish va baholash tartibini belgilaydi.

1.2.Talabaning mustaqil ishi barcha fanlarni o'zlashtirish uchun belgilangan o'quv ishlarini ajralmas qismi bo'lib, u uslubiy va axborot resurslari jihatidan ta'minlanadi hamda bajarilishi reyting tizimi talabalari asosida nazorat qilinadi.

1.3. Kafedrada talabaning haftalik mustaqil ishlarining umumiy hajmi bakalavriyatning kundo'zgi bo'limida 22 soatni tashkil qiladi.

1.4.O'quv semestri yakunida talabaning mustaqil ishi bo'yicha to'plangan reyting ballari, o'quv ishlariga berilgan reyting ballari bilan birgalikda hisoblanadi va qayd qilinadi.

2. Talaba mustaqil ishining maqsad va vazifalari

2.1.Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorat ostida talabada muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun zarur bo'lgan bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

2.2.Talaba mustaqil ishining vazifalari quyidagilardan iborat:

-yangi bilimlarni mustaqil tarzda puxta o'zlashtirish va ko'nikmalarga ega bo'lish;

-mavzu bo'yicha kerakli ma'lumotlarni izlab topish, qulay usullarini va vositalarini aniqlash;

- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish;

-an'anaviy o'quv va ilmiy adabiyotlar me'yoriy hujjatlar bilan ishlash;

-elektron o'quv adabiyotlar va ma'lumotlar bilan ishlash;

-internet tarmog'idan maqsadli foydalanish;

-ma'lumotlar bazasini tahlil etish;

-topshiriqlarni bajarishda tizimli va ijodiy yondoshish, ishlab chiqilgan echim, loyiha va g'oyani asoslash mutaxassislar jamoasida himoya qilish;

-bemorlar bilan bevosita mustaqil muloqot qilish va tashxisot, davolash mezonlarini ishlab chiqish.

3.Barcha fanlardan talaba mustaqil ishining tashkiliy shakllari

3.1.Talaba mustaqil ishini tashkil etishda barcha fanlarning xususiyatlarini, shuningdek har bir talabaning akademik o'zlashtirish darajasi va qobiliyatini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

-belgilangan mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;

-berilgan mavzu bo'yicha referat tayyorlash;

-seminar, amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlik ko'rish;

-sindromga mujassamlangan kasalliklarning tashxisot algoritmini tuzish;

-harorat egri chiziqlari va klinik belgilarni namoyon bo'lish tizmalarini tayyorlash;

-mavzu bo'yicha multimedia, diagrammalar tayyorlash;

- mavzu bo'yicha vaziyatli masala, test savollarini tuzish.

3.2.Barcha fanlarni namunaviy va ishchi dasturlarida talaba mustaqil ishining shakli, mazmuni va hajmi ifoda etiladi.

3.3.Talaba mustaqil ishi uchun ajratilgan vaqt byudjetiga mos ravishda har bir fan bo'yicha mustaqil ishning tashkiliy shakllari, topshiriqlar variantlari ishlab chiqiladi va fakultet ilmiy uslubiy kengashida tasdiqlanadi.

3.4.Mustaqil ishni bajarish uchun barcha fanlar bo'yicha talabalarga zaruriy metodik qo'llanma, ko'rsatma va tavsiya ishlab chiqiladi.

4.Talaba mustaqil ishining axborot ta'minoti

4.1.Barcha fanlar bo'yicha mustaqil ish topshiriqlari kafedrada o'quv mashg'ulotlari olib boruvchi o'qituvchi tomonidan to'ziladi hamda kafedra mudiri tomonidan tasdiqlanadi. Talabaga berilgan topshiriqda mustaqil ishni bajarish bo'yicha dastlabki ko'rsatma va tavsiyalar qayd etiladi.

4.2.Mustaqil ishni bajarish uchun talabaga axborot manbasi sifatida barcha fanlar bo'yicha darslik va o'quv qo'llanmalar, metodik qo'llanmalar va ko'rsatmalar, ma'lumotlar to'plami va banki, ilmiy va ommaviy davriy nashrlar, internet tarmog'idagi tegishli ma'lumotlar berilgan mavzu bo'yicha avval bajarilgan ishlar va boshqalar xizmat qiladi.

4.3.Kafedra mudiri va tegishli fakultet dekanlari taqdimnomasi asosida Oliy ta'lim muassasasi rahbariyati talabalarni mustaqil ishni bajarish uchun zaruriy axborot manba va vositalarni belgilaydi. Kafedra tomonidan talabalarga mustaqil ishlarni o'z vaqtida bajarish uchun kasalxonada kasallarni ko'rastiya qilish, kompyuter texnikasi va internet tarmog'idan samarali foydalanish uchun shart-sharoitlar yaratib beriladi.

5.Talaba mustaqil ishini nazorat qilish va baholash

5.1.Barcha fanlar bo'yicha talaba mustaqil ishiga rahbarlik qilishi yuklamasi (Ishchi o'quv rejasining 10 ustunida keltirilgan) prof-o'qituvchilar shaxsiy ish rejasining tashkiliy uslubiy bo'limida (1540 soat doirasida) qayd etiladi.

5.2.Talaba mustaqil ishini nazorat qilish o'quv mashg'ulotini bevosita olib boruvchi o'qituvchi tomonidan amalga oshiriladi va guruh jurnallarida qayd etiladi.

5.3.Talabaning reyting ko'rsatkichlari guruh reyting oynasida yoritib boriladi.

5.4.Talaba mustaqil ishini nazorat qilish turlari va uni baholash mezonlari kafedra tomonidan ishlab chiqilgan 100 balli reyting tizimi nizomi asosida belgilanadi va fakultet ilmiy kengashida tasdiqlanadi. Mustaqil ishlarni baholash mezonlari talabalarga o'quv yili (semestr) boshlanishi oldindan metodik materiallar bilan birgalikda tarqatiladi.

5.5.Mustaqil ish bo'yicha maksimal reyting balining 55% dan kam bal to'plagan talaba barcha fanlar bo'yicha yakuniy nazoratga qo'yilmaydi.

5.6.Barcha fanlarda talabalarning mustaqil ishlari bo'yicha o'zlashtirish muntazam ravishda talabalar guruhlarida, kafedra yig'ilishida va fakultet ilmiy kengashlarida muhokama etib boriladi.

5.7.Talabaning mustaqil ishi kafedra arxiviga ro'yxat olinadi va o'quv yili mobaynida saqlanadi.

5.8.Kafedrada yuqori darajada baholangan talabalarning mustaqil ishlari ma'naviy jihatdan rag'batlantirish uchun instituti o'quv bo'limiga taqdim etiladi.

GLOSSARIY

Adaptatsiya- moslashuv - tashqi sharoitga moslanish, o'rganish; har qanday organizmning, shuningdek, populyatsiya va boshqa biologik turlarning o'zgargan yoki o'zgarayotgan yashash sharoitiga moslashib borish jarayoni.

Adinamiya- quvvatsizlik, bedarmonlik.

Adsorbtsiya - modda zarrachalarining ikkinchi moddaning ustki yoki yuza qatlamiga singish jarayoni.

Aeroblar- kislorodli muxitdagina yashaydigan mikroorganizmlar (bakteriyalar).

Agglyutinatsiya - suyuqlikda tarqalgan bakteriya, eritrotsit va boshqa turli hujayralarning bir-biriga yopishib, cho'kish hodisasi.

Akrotsianoz - kapillyar qon aylanishining buzilishi natijasida periferik a'zolar terisining, qulok , burun, lab-lunj, qo'l-oyok ko'karishi.

Alimentar - ovqat hazm qilish hamda modda almashinuviga xos degan so'z.

Allergik reaktsiya- organizmning allergenga nisbatan sezuvchanligi ortishi klinik belgilarining umumiy nomi.

Anamnez -bemorning xayot sharoiti va kasallik tarixi xaqida so'rab to'planadigan ma'lumotlar.

Anoreksiya- ishtahasizlik, ovqatdan yuz o'girish.

Antipiretiklar- turli sabablarga ko'ra (asosan kasallik tufayli) ko'tarilgan tana haroratini pasaytiruvchi vositalar.

Antitoksik zardob- toksinlarga qarshi ishlatiladigan zardob.

Antitoksinlar- organizmga bakteriyalar, hayvon va o'simliklar zahari tushganda qon zardobida unga qarshi hosil bo'ladigan va ularni neytrallaydigan moddalar.

Antitelolar- organizmga yot jismlar, ok sil tabiatli modda (antigen) kiritilganda unga qarshi qon zardobida hosil bo'ladigan moddalar.

Autoinfeksiya- organizmning o'zidagi shartli patogen mikrofloradan kasallanishi.

Avirulentlik - kasallik paydo qilish xususiyatini yo'qotgan, patogenligi susaygan mikroorganizm.

Avitaminoz - organizmda vitamin etishmasligi natijasida paydo bo'ladigan kasallik.

Bakteriemiya –aylanayotgan qonda bakteriyalar mavjudligi.

Disbakterioz – antibiotiklar bilan uzok davo kilinganida allergik ichak, qin va boshqa bo'shliqlarda tabiiy flora halok bo'lib, patogen flora paydo bo'lishi.

Dekompensatsiya – tiklanish qobiliyatining yo'qolishi. Biror organ yoki fiziologik tizimining o'z ish qobiliyatini yo'qotishi.

Deratizatsion vositalar – kemiruvchilarni yo'qotish uchun qo'llaniladigan vositalar.

Dezinfeksiya–atrof-muxitdagi yukumli (infeksiyali) kasalliklarning ko'zg'atuvchilarini yo'q qilish.

Ekzogen- tashqi muhit ta'sirida kelib chiqqan, organizmga biror tashqi omilning ta'siri tufayli yuz bergan.

Endogen- organizmning ichki muhitiga bog’liq bo’lgan-sabablar natijasida vujudga keladigan narsa, birorta hodisaning ichki muhitga bog’liq bo’lishi.

Endemiya- biror jug’rofiy sharoitdagi tabiiy omillar taqozosi bilan o’sha joyda uchraydigan kasallik.

Epidemiya - biror yuqumli kasallikning, asosan infeksiyalarning bir o’lkada odamlar orasida yoppasiga tarqalishi.

Gipovitaminoz – ovqat tarkibida etarli miqdorda vitaminlar bo’lmasligi natijasida organizmda vitaminlarning etishmaslik holati.

Immunitet- organizmning yuqumli va yuqumsiz agentlar hamda moddalarga berilmasligi.

Immunizatsiya-emlash – yuqumli kasalliklarning oldini olish maqsadida maxsus emlash vositalarini belgilangan muddatlarda va yosh guruhiga qarab ko’llashga asoslangan epidemiyaga qarshi tadbir.

Immunoglobulinlar- yuqumli agentlarga yo’naltirilgan immunitet vositasi.

Karantin- yuqumli kasallik paydo bo’lgan jamoaga va joylarga boshqa kishilarni kiritmaslik.

Kaxeksiya - organizmning umumiy atrofiyaga uchrashi, kuchli darajada ozish, darmonsizlanish.

Kollaps - yurak faoliyatining keskin susayib ketishi va tomirlar tonusining pasayishidan kelib chiqadigan holat.

Leykopeniya- qonda leykotsitlar sonining kamayishi.

Metabolitlar- organizmda moddalar almashinuvida paydo bo’ladigan turli oraliq va oxirgi moddalar.

Metabolizm- tirik organizmning to’qima va hujayralarida to’xtovsiz bo’lib turadigan moddalar almashinuvi jarayoni.

Pandemiya- bir necha qitalar yoki mamlakatlarda yuqumli kasalliklarning yoppasiga tarqalishi.

Patogenlik- kasallik paydo qilish tashqi omillar (mikroorganizmlar va hokazolar) organizmga ta'sir qilganda kasallik paydo qilish xususiyati.

Spazmolitiklar- ichki a'zolar silliq mushaklarining spazmini (tirishib qolishini) bo’shashtiradigan dori vositalari.

Sterillash- yuqori haroratda, bosimda yoki turli bakteritsid moddalar ta'siri bilan mikroorganizmlarni zararsizlantirish.

Superinfeksiya- biror infektsion kasallik tugamay turib shu infeksiya mikrobi bilan qaytadan kasallanish.

Sensibilizatsiya - organizmning biror ta'sirotga, allergenga nisbatan juda sezgir bo’lib qolishi.

Taxikardiya- yurak urishining tezlashishi; simpatik asab markazlari faoliyati kuchayganda yoki adashgan nerv markazi faoliyati pasayganda yurak urishining tezlashishi.

Vaktsinoprofilaktika- vaktsina yordamida kasallikning oldini olish.

Vaktsinoterapiya -vaktsina bilan davolash.

ASOSIY QISM

MA`RUZA MASHG`ULOTLARINING TA`LIM TEXNOLOGIYASI MODELI

1-mavzu: Kirish. Yuqumli kasalliklar klassifikatsiyasi, tashxisoti, davolash prinsiplari, profilaktikasi. Virusli gepatitlar A.E.B.C.D. haqida ma`lumot.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni: 18-36 nafar
Mashg`ulot shakli	Axborotli ma`ruza, мультимедия маъруза.
Mashg'ulotning rejasi	1. Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma`lumot 2. Immunitet va allergiya, ularning yuqumli kasalliklar rivojlanishidagi o`rni. 3. Yuqumli kasalliklar tasnifi. 4. Yuqumli kasalliklarni tashxisot, davolash usullari va uslublari 5. Virusli gepatit A.E.B.C.D. ta`rifi, etiologiyasi. 6. Kasallik epidemiologiyasi, immunitet. 7. Virusli gepatit A.E.B.C.D. patogenez, patanatomiyasi. 8. Kasallik klinikasi, tashxisoti. 9. Kasallik davosi, oldini olish tamoyillari.
Mashg`ulotning maqsadi: *Tarbiyaviy:odob, axlok va deontologiya,Rivojlantiruvchi:* yuqumli kasalliklar umumiy patologiyasini, tashxisot va davolash uslublarini, Virusli gepatit A.E.B.C.D. kasalliklarini amaliyot va nazariyada o`rganishda ularga erta tashxis qo`yish, davolash uslublari va kasallik oldini olish, davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalarini tayyorlashda, ayrim yuqumli kasalliklarda uchraydigan tezkor holatlarda Yordam berish, yuqumli kasalliklarning oldini olish choralarini o`rgatish.	
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Mashg'ulot uslubi	Ma'ruza
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. "Kirish. Yuqumli kasalliklar klassifikatsiyasi, tashxisoti, davolash prinsiplari, profilaktikasi. Virusli gepatitlar A E B C D haqida ma`lumot" MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia boshlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Yuqumli kasalliklar klassifikatsiyasi tushuntiring. 2. Virusli gepatitlar A E B C D umumiy tushuntiring .	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 5 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Virusli gepatitlar A E B C D haqida ma`lumotlarni mujassamlashtiradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun	Mustaqil ish beradi Yuqumli kasalliklar klassifikatsiyasi, tashxisoti, davolash prinsiplari, profilaktikasi. Virusli	Tinglaydi Yozib oladi

topshiriqlar 5 daqiqa	gepatitlar A E B C D haqida ma`lumot	

MA’RUZA BAYONI

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 hil «miazma-zarrali» moddalar, havoning zaharli bug`lanishi va ilohiy kuchlarga bog`laganlar.

Sharqning buyuk namoyondasi, mashhur olim va shifokor Abu Ali ibn Sino (1980-1037) birinchilardan bo`lib o`zining «Al-qonun»asarida» O`lat, chin-chechak, 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 qontagiya bilan almashinib, qontagioz kasalliklar deb yuritila boshladi, chunki bu davrga kelib, italiyalik olim Frakastro ham yuqumli kasalliklarni qo`zg`atuvchi omil tirik jonivorlar ekanligini aytib, ularni 3 xil yo`l bilan: qontakt, bemor foydalangan turli bu yumlar va havo orqali o`tadi, deb ta`kidlaydi.

Mashhur franso’z olimi Lui Paster (1822-1835 y) maxsus tadqiqotlar o`tkazib, odamlarda yuqumli kasalliklarni qo`zg`atuvchi mavjudot mikroorganizm ekanligini to`la isbotlab berdi. Robert Kox (1843-1920 y) 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. Jumhuriyatimiz hududida yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish va o`rganish 1920 yilda Toshkentda tashqil etilgan Turkiston universiteti qoshida tibbiyot fakulteti katta o`rin egalladi.

L.M. Isaev 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 qora oqsoq, qorin tifi kasalliklarni har tomonlama o`rganib, batafsil yoritdilar.

Yuqorida sanab o`tilgan infeksiyalar (qora oqsoq, qorin tifi, bezgak, vabo, virusli gepatitlar, meningoqoqli infeksiya, gemorragik isitmalar va boshqalar) akademik Musaboev I. K., professorlar Yunusova H. A., Majidov B. M., Jalilov K. J., Saipov C. C., Qodirov G`. Q. va boshqalar chuqur o`rganib, ularning klinikasi, tashxisoti va davosi sohasida orginal ilmiy tadqiqot ishlarini ado etdilar.

Respublikamiz hududida infektologiyaning rivojlanishida ilmiy tadqiqot institutlari olimlari Axmedova M. J., Musaboev E. I., tibbiyot Akademiyasi va institutlari yuqumli kasalliklar kafedralari olimlari Daminov T. A., Axmedova M. D., Qosimov I. A., Zoqirxo`jaev A. X., Vafoqulov C. H., Mirzaev K. M., Musaboev E. I., Ibodova G. A., Yusupov sh. R. chuqur izlanishlar olib bormoqdalar.

Jumhuriyatimiz hududida infektologiyaning rivojlanishida tibbiyot oliygohlari yuqumli kasalliklar kafedralari, ilmiy tadqiqot institutlari katta rol o`ynaydi. Yuqumli kasalliklar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, 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” so`zi lotincha so`z bo`lib, «ifloslanish» ma`nosini bildiradi. Yuqumli kasalliklar-bakteriyalar, viruslar va sodda jonivorlar chaqiruvchi katta guruh kasalliklardir. Infeksion 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 mikrob kirishi kerak.

Mikroorganizmlar asosan 3 guruhga bo`linadi:

a) saprofitlar; b) shartli-patogen mikroblar; c) patogen mikroblar. Patogen mikrob organizmga teri, shilliq qavatlar, og`iz, yuqori nafas yo`llari orqali kiradi.

Mikrob bilan organizm o`rtasidagi murakkab munosabat turlicha yakunlanishi mumkin: 1. Mikrob 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 mikrob organizmda tez sur`at bilan ko`payadi va uning himoya kuchini engib, kasallikning manifest shaklini keltirib chiqaradi.

Umuman olganda, yuqumli kasallikning avj olishiga quyidagi omillar:

1) patogen mikrobning miqdori, virulentligi;
2) makroorganizm qarshiligi va chidamliligi;
3) tashqi muhit omillari 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 guruhlarga bo`linadi: bakterial, rikketsiyali, virusli, protozoyli, 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 kasalliklarni keltirib chiqarishi demakdir.

Epidemik jarayon 3 ta zvenodan tashqil 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 ob`ektdir. Kasallik manbai: kasal odamlar, bakteriya tashuvchilar (reqonvalestsent, 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 mikrobning tashqi muhitda saqlanib turishi; c) Sog`lom odam organizmiga kirishi.

3) Epidemik jarayonning 3-zvenosi bu yuqumli kasallikka odam organizmining beriluvchanligi. Bu albatta odam organizmning 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 kishilar soni ko`p bo`lmaydi va bemorlar onda sonda uchraydi. 2) Epidemiya – yuqumli 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 miqyosda, ya`ni bir necha mamlakat va qit`alarda birorta infeksion kasallikning keng tarqalib ketishi. 4) Endemiya – muayyan hududda birorta yuqumli kasallikning doimiy uchrab turishi. 5) Enzootiya – birorta joyda Yashovchi hayvonlar (masalan kemiruvchilar) orasida biror yuqumli kasalliklarning doimiy uchrab turishi (masalan o`lat, leyshmanioz va enzootiyalar). Akademik E.N. Pavlovskiy ana shunday kasallarni «Tabiiy o`choqli kasalliklar» deb bir guruhga ajratgan. 6) Epizootiya – 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 kasalliklarni boshqa ichki kasalliklardan keyingi farqi-bosqichliligidir. Kasallik Yashirin, avj olish, orqaga qaytish, reqonvalestsensiya 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. B Gramoshevskiy yuqish Yo`llariga qarab, yuqumli kasalliklarni 5 guruhga bo`ladi:

1. Ichak yuqumli kasalliklar. Bu kasalliklar najas-og`iz Yo`l bilan yuqadi va tarqaladi. Bemor ichagidagi patogen mikroblar uning najasi orqali tashqariga chiqariladi. Bemor ichagidagi patogen 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, infeksion enteritlar, teniidozlar, keng lentasimon gijja, oraliq xo`jayinsiz rivojlanadigan ichak gijjalari, enterobioz, o`t Yo`llarida joylashib oladigan trematodozlar va boshqalar).

b) Toqsiko-infeksiyalar (botulizm, salmonellyozlar, stafiloqoqklar qo`zg`atadigan toqsikoinfeksiyalar).

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

d) Ba`zi ichak kasalliklarning qo`zg`atuvchilari ichakdan qonga tushadilar, bakteriemiya yo'z 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`talgandan keyin, aksirganda, gapirganda tupuk zarrachalari bilan tashqariga chiqariladi va havo orqali sog`lom odamlarga yuqadi. Bu kasallar o`z navbatida 4 guruhchaga bo`linadi:

a) Bu guruhchaga kiradigan kasalliklarning qo`zg`atuvchilari kirgan va o`rnashgan joyda ko`payadi (kizamik, ko`kyo`tal)

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

c) 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, moxoc).

d) Bu kasalliklar havo-tomchi Yo`lidan tashqari vositali qontakt Yo`li bilan ham (idish-tovoq, o`yinchoqlar, ro`molcha va boshqa bu yumlar 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 (bezgak, rikketsiozlar, qaytalama tiflar, pappatachi va Denge isitmalari, leyshmanioz, epidemik ensefalitlar, gemorragik isitma, tripanosomalar, folyariozlar.)

b) Boshqa hamma qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar zoonozdirlar va ikkinchi guruhchani tashqil qiladi (o`lat, tulyaremiya).

4. Teri va tashqi shilliq pardalarda joylashadigan yuqumli kasal-

liklar. Bu kasalliklar kiyim-kechak, bosh kiyimi, choyshab, Yostiq jildi, idish-tovoq, kunlik ishlatiladigan bu yumlar, suv, ifloslangan qo`l orqali yuqadi. Kamdan-kam kasallik bemor bilan bevosita qontaktda bo`lganda yuqadi (venerik kasalliklar, quturish, sodoqu).

III. Jinsiy Yo`l bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar kasalliklar: OITS, so`zak, zahm, xlamidioz.

VIRUSLI GEPATITLAR

Virusli gepatit A – pikarnoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan najas-og`iz mexanizmi orqali yuquvchi, klinik jigar bioxizmi bo'zilishi bilan tavsiflanadigan o`tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Virus A (NAC) - o`zida RNK saqlovchi, juda mayda (25-28 nm) sferik bo`lakchadan iborat bo`lib, o`zining ko`p fizikaviy va kimyoviy xossalarga 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 antitelo (anti HAV IgM, anti HAV IgD) 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 to'zalish davrida paydo bo`la boshlaydi. Bemor organizmida umrining oxirigacha saqlanadi va immunitet ko`rsatgichi hisoblanadi.

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

Epidemiologiyasi. Bemor odam va ayniqsa kasallikni engil bilinar-bilinmas belgilar bilan yoki klinik belgilarsiz 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, oyok ostida 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 bulgunga qadar) davrida ko'zatiladi. Shuning uchun ham bu davrda bemorlar atrofidagilar uchun o`ta xavfli hisoblanadilar. Ko`pchilik xollarda virusni 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

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

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

Patogenez va patologik anatomiyasi. Organizmda kasallikning rivojlanish jarayonini I. K. Musabaev (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.

Gepatitning A virusi B virusidan farqli o`laroq jigar hujayrasini to`g`ridan to`g`ri zararlantirish 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, antitelolar ishlab borib, 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 taaluqli 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 Ko`pfer hujayrasining faollashuvi, hamda proliferatsiyasi, bo`lmachalararo chegaralangan proliferatlar paydo bo`lishi, portal Yo`llar bo`ylab to`qimalarning diffo'z 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 bo'zilishiga olib keladiki, u har xil klinik, hamda bioqimyoviy o`zgarishlarda namoyon bo`ladi.

Klinikasi. Kasallik kechimini ifodalovchi bir qancha tansiflar mavjud. Bugungi kunda quyidagi tansif keng qo`llanmoqda. U gepatitning barcha turlariga bir xil taaluqlidir.

Virusli gepatitlar tasnifi:

A. Etiologiyasi bo`yicha:
a) virusli gepatit A (VGA) ; b) virusli gepatit B (VGB) ;
c) virusli gepatit E (VGE) ; d) virusli gepatit C (VGC) ;
d) virusli gepatit delta (VGD).
B. Klinik belgilarning rivojlanishi bo`yicha:
a) sariqli, sariqsiz, noaniq (bilinar-bilinmas belgili) , sariqli xolestatik komponentli, xolestatik;
b) klinik belgilarsiz (inapparant).
V. Davomiyligi bo`yicha: a) o`tkir; b) davomli; c) surunkali.
G. Kasallikning kechishi:
a) engil; b) o`rtacha og`ir; c) og`ir; d) o`ta og`ir, Yashinsimon.
D. Asoratlari:
a) O`tkir jigar ensefalopatiyasi: O`JE I-II (prekoma) , O`JE III-IV (koma) ;
b) zo`riqish (klinik, fermentatic) ;
c) o`t Yo`li faoliyatining bo'zilishi va Yallig`lanishi.
E. Oqibati bo`yicha:
a) sog`ayishi; b) qoldiq oqibatlari: gepatomegaliya, cho`zilgan sog`ayish;
b) virus tashuvchanlik; d) surunkali integrativ gepatit; d) surunkali replikativ gepatit; e) jigar sirrozi;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 reqonvaletsent (kasallikdan to'zalishi) davrlari ko'zatiladi.

Yashirin davrining davomiyligi 14-50 kunni tashqil qiladi. Kasallikning boshlang`ich davri. Kasallik odatda to`satdan o`tkir yoki asta-sekin boshlanadi. Ko`pchilik bemorlarda xastalik xuddi grippga o`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`proq grippsimon boshlanadi. Ko`pincha bolalar bu davrida 3-5kun isitmalaydi. Bunda tana harorati 39-40 C gacha ko`tariladi, boshi og`rib, holsizlanadi, ammo yuqorida aytilgan tumov alomatlari ko'zatilmaydi, 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 ko'zatiladi yoki aksincha ichi suradi. Bulardan tashqari, qorin qapchiydi, me`da sohasida hamda jigar soxasida 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 o`zi kamdan-kam uchraydi, bunday holatlarda kasallikni aniqlash juda ham mushqo'l 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, bezilab turgani aniqlanadi. Jigarning qattiqlashish darajasi turlicha yo'zasi silliq bo`lib, ko`proq chap bo`lmasi kattalashadi. Taloq ham kattalashadi, tilni karash bog`laydi, qorin biroz kepchigan bo`ladi. Kamdan-kam xollarda ukol qilingan joylar atrofida teriga qon quyilishi, burundan qon kelishi mumkin. Bu belgilar ko`pincha kasallik og`ir o`tganda ko'zatilib, jigar to`qimasini ko`p zararlanganligini ko`rsatuvchi belgi hisoblanadi.

Bemorlarda ko'zatiladigan 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 davrining 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, bioqimyoviy ko`rsatgichlar ham Yaxshilana boradi. Biroq bu ko`rsatgichlar esa ancha vaqtgacha tiklanmay qolishi ham mumkin. Gepatit A da sariqlik davri 7-15 kun davom etadi. Virusli gepatit A asosan (95-97%) engil va o`rtacha og`irlikda o`tadi, lekin kasallik og`ir (3-5%) o`tishi ham mumkin. Virusli 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 o'zoq 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 sitolitik turida ko'zatiladigan hamma klinik, hamda bioqimyoviy o`zgarishlar joiz bo`lgani holda, ularga xolestatik belgilar, Ya`ni sariqligining ortishi, teri qichishi, qonda ishkoriy fosfataza faolligining ortishi, xolesterin va β-lipoproteidlar miqdorining ko`payishi kabi alomatlar qo`shiladi. Bu qo`shilish, kasallikning umumiy kechimiga, hamda davomiyligiga deyarli ta`sir ko`rsatmaydi.

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

Kasallikning bu turi virusli gepatitda A juda kam uchraydi. Virusli gepatitning A sariqsiz kechadigan turi – asosan engil o`tib, unda bemor butun kasallik davomida sarg`aymaydi va qonda bilirubinning umumiy miqdori ortmaydi. Bunda kasallikning boshlang`ich davrida xos belgilar o'zoqroq davom etib huddi turg`unlashib qolganidek tu yo'ladi. Gepatitning boshlang`ich davriga xos belgilar: grippsimon, dispeptik, asteno-vegitativ 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.

Virusli gepatitning bu turida ham sarg`ayib o`tadigan turdagi klinik belgilar namoyon bo`ladi, faqat sariqlik ko`rinmaydi xolos. Qondagi gepatitga xos barcha ko`rsatgichlar (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 faqat o`tkir, gepatit B da esa asosan surunkali kechadi.

Kasallikning sariqli, sariqsiz hamda subklinik turlarini qayd qilish mutanosibligigi 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 bioqimyoviy;
b) xususiy tashxisot usullari.

Periferik qon tahlil qilinganda leykopeniya, leykotsitoz qayd qilinadi. Eritrotsitlar cho`kish tezligi (ECHT) ko`pincha pasayadi, ba`zi bemorlarda autoimmun gemolitik anemiya ko'zatilishi mumkin. Virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlar siydigida asosan urobilinogen va o`t kislotlari (o`t pigmentlari) aniqlanadi. Bemor najasining rangi oqargan, najasida sterkobilin aniqlanmaydi. Boshqa ko`rsatgichlar tomonidan deyarli o`zgarishlar ko'zatilmasligi mumkin.

Hozirgi paytda gepatobiliar sistemasida bo`ladigan o`zgarishlar sindrom prinsipi asosida o`rganilanadi va quyidagi sindromlar:
1. sitolitik sindrom; 2. gepatodepressiv sindrom; 3. mezenximal-yallig`lanish sindromi; 4. xolestatik sindromi; 5. portoqaval shunt sindromi tavofut qilinadi.

Sitolitik sindrom indikatorlari jumlasiga alaninaminotransferaza (AlAT), aspartaminotransferaza (AsAT), laktatdegidrogenaza (LDP), aldolaza fermentlari kiradi. O`tkir virusli gepatitlarda 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`rsatgichlari fibrinogen, protrombin indeksi, proqonvertin, fibrinolitik faollik, oqsil sinteziga bog`lik albumin hamda lipidlar almashinuvini ko`rsatuvchi xolesterin aniqlanadi. O`tkir va surunkali virusli gepatitlarda yuqoridagi ko`rsatgichlarning sintezi kamayganligi xos bo`ladi. Kamayish darajasi kasallikning kechish og`irligini belgilaydi.

VIRUSLI GEPATIT E

Virusli gepatit E asosan suv orqali tarqaluvchi maxsus viruslar tomonidan chaqiriladigan o`tkir yuqumli kasallikdir. Ko`proq suv orqali tarqaladigan bo`lganligi uchun keng Yoyilib, epidemiyalar berishi mumkin. Asosan kattalar kasallanadi, ayniqsa xomilador ayollarda og`ir o`tib, ko`p o`lim beradi.

Etiologiyasi. Kasallikni chaqiruvchi gepatit E virusi kalitsiviruslar 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 ko'zatilgan. 1955-56 yil va 1984 yil Qirgiziston, 1984-85 y. Toshao'z viloyatida, 1986 yil Qarshida. GE epidemiyalariga 8-10 yilda qaytarilish xos. Sporadik kasallanish yil bo`yi uchraydi. Kasallanish mavsumi Yoz-ko'z oylari. Asosan 15-30 yoshdagilar kasallanadi. Infeksiya tarqalishida najas bilan ifloslangan ichimlik suvi katta rol o`ynaydi. Keyingi o`rinni alimentar 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 alomatlarga 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) ortib boradi. Xuddi B 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 ko'zatiladi. 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, kattiqligi ortgan va og`riqli bo`ladi. Taloqning kattalashuvi faqat 25% kasallarda ko'zatiladi. 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 o'zoq (4-6 kun) davom etib, gepatitning xolestatik turiga xos barcha belgilar namoyon bo`ladi.

Gepatitning bu turi asosan engil va o`rta og`irlikda kechadi. Homilador ayollarda esa, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi Yarmida juda og`ir kechib, ko`p (3-16, 4%) o`lim bilan tugaydi. Homilador ayollarda kasallikning engil kechishi faqat 3, 9% da, og`ir kechishi esa 28, 2% da ko'zatiladi. Xastalikning og`ir kechishi homiladorlikning ikkinchi Yarmi, bevosita tug`ruqdan keyingi davr, hamda ayollarning emizikli davrlarida ko'zatiladi. Ko`pincha sariqlik davrining 4-6 kunlarida bemor ayolning ahvoli og`irlashib, nihoyatda holsizlanadi, ko`ngil aynib, tez-tez qusadi. Bemorning yurak urishi susayib, tomir urishi tezlashadi. Jigar yumshoqlanib, hajmi kichrayib ketadi. Bemor og`izdan ham jigarning hidi keskin sezilib turadi. Bemor ayollarda tug`ruq (chala tug`ish yoki bola tashlash) sodir bo`lganda ham 1-3 chi kunida kasallikning kechishi keskin og`irlashadi.

Kasallik og`ir kechganda bemorlarning deyarli Yarmida buyrak faoliyatining o`tkir bo'zilishini alomatlari ko'zatiladi. Kasallikning haloqatli kechishida anuriya rivojlanishi mumkin. Bemor siydigida qon (gematuriya) bo`lishi bu tur gepatitning og`ir kechishining asosiy belgilaridan hisoblanadi va u rivojlangan bemorlarning hammasida ko'zatiladi.

Gepatit E ning Yana bir og`ir asorati gemorragik sindrom bo`lib, bunda bemorning burnidan, og`zidan, ichagidan, bachadonidan ko`p (bir necha litrgacha) qon ketib, o`limga sabab bo`lishi mumkin. Gepatitning bu turida o`lim 0, 4 % ni tashqil qiladi. Qondagi bioqimyoviy o`zgarishlar kasallik engil va o`rta og`irlikda kechganda, yuqorida aytganimizdek A va B gepatitlaridan farqlanmaydi. Timol ko`rsatgichi hamda β– lipoproteidlarning ortishi juda kam bo`ladi. Kasallik og`ir kechganda esa keskin giperbilirubinemiya (bilirubinning ikkala fraksiyasi ham ortadi) va giperfermentemiya ko'zatiladi. β -lipoproteidlarning va ayniqsa sulema ko`rsatgichi keskin kamayadi (1, 4-1, 2 ml gacha). Bioqimyoviy o`zgarishlarning meyorlashuvi juda sekin boradi.

Tashxisoti. Bioqimyoviy tekshirish usullari xuddi VGA nikidek. IFA uslubi Yordamida virusli E gepatitida IgM antiNEV aniqlansa, PZR uslubi Yordamida bularga qo`shimcha virusning RNK si topiladi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish tadbirlari VGA o`xshash.

VIRUSLI GEPATIT B

Virusli gepatit B -gepadnoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan parenteral va jinsiy yo`l bilan yuquvchi klinik jigar bioximizmi bo'zilish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallik bo`lib, ayrim hollarda O`JE bilan asoratlanadigan, surunkali tus oladigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Virusli gepatit B qo`zg`atuvchisini birinchi bo`lib 1965 yil B. C. Blumberg Avstraliya aborigeni qonidan ilk bor noaniq oqsil ajratib oldi, unga "Avstraliya antigeni" deb nom berdi. 1970 yilda D. Dane va hamkasabalari immuno – elektron mikroskopda birinchi bo`lib virusli gepatit B vibrionini to`liq ta`riflab berdi, Deyn qismi nomini oldi, 1971 yilda Alteida va boshqalar uning strukturasini ochib berdi, ichki va tashqi qobig`larni ko`rsatib o`tdi.

HBV ning 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 (poqsviruslar, adenovirus, apovaviruslar) ga to`g`ri kelmaydi.

Gepatit B virusining HBsAg, HBeAg, HBsAg, HBxAg, HBpol, PreS1, PreS2, antiNVs, antiNBc, antiNVe, IgM anti NVs, IgG anti NVs, antiHBx, anti HBpol, anti PreS1, anti PreS2 markyorlari tafovut qilinidi. Bu antigen va antitelolar 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 mo'zlatilganda ko`p yillar davomida saqlanadi. Avtoqlavda 180 C gacha qizdirilganda 60 min, quruq bug`da yoki 60 C gacha qizdirilganda 4 soatgacha, 100S 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 manbai 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, xastalikning 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 su yuqligi, qin ajralmasi va boshqa ajralmalar orqali ajralib turadi. Ayniqsa zararlangan qon ajratmalar orqali va shahvat xavfli hisoblanadi.

Asosiy yuqish mexanizmi parenteral (tibbiy muolajalar Yo`l 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 imunitet o'zoq 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 xoli qurib, salga charchashi, mexnat qobiliyatinig pasayishi, ishtaxasini 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 ko'zatilganda bo`shashgan, holsiz, tili karashlagan, qorni biroz og`riqli, jigari, ba`zan esa talog`i ham kattalashgan bo`ladi.

Bemorninig qonida va siydigidagi bo`ladigan klinik hamda bioqimyoviy o`zgarishlar gepatit A da keltirganimizdek bo`ladi. Bulardan tashqari B gepatitda ko`pchilik bemorlar qonida HBs antigeni aniqlanadi.

B gepatitda boshlang`ich davri 1-2 kundan 3-4 xaftagacha cho`ziladi. A gepatitiga 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`zgarganida payqaydilar.

Sarg`ayish davri. B gepatitida nisbatan o'zoq davom etadi, klinik belgilari kuchsiz va to`la nomoyon 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 o'zoq vaqtgacha holsiz, bequvvat bo`ladilar, ishtahalari Yo`qoladi, ko`ngil aynishi hadeb qayd 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 biroz qattiqlashgan va og`riqli bo`ladi.

Qonda leykopeniya (ba`zan normal miqdorda) ayrim hollarda limfotsitoz va monitsitoz ko'zatiladi. 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 bo'zilish darajasi kasallikning og`ir eki engil kechishiga nisbatan mutanosiblik ko'zatilsada, fermentlar (AlAT va AsAT) faolligining ortishiga bunday mutanosiblik ko`rilmaydi. Kasallik og`ir kechganda sulema sinamasi ko`rsatkichining va β-LPlar miqdorining keskin kamayishi ko'zatiladi. 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 bioqimyoviy 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 6-10marta ko`p uchraydi. Shu bilan birga kasallikning engil ko'zatilishi hamda bemor badani sarg`aymasdan kechadigan turlari ham ko'zatilishi 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 bioqimyoviy;

b) xususiy tashxisot usullari.

VGB ning umumklinik va bioqimyoviy 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 B gepatitida HBsAg, HBeAg, antiNVe, IgM anti NVs aniqlansa, ZPR uslubi Yordamida bularga qo`shimcha virusning DNK si aniqlanadi.

Davosi. Virusli gepatit B ning patogenetik (dori-darmonli, dori-darmonsiz) davolash xuddi VGA nikidek. Kasallikning kechim og`irligi hamda asoratlarini inobatga olib quyidagilar qo`shimcha qilinadi

1. Virusli gepatitlarning o`tkir shakllarda glyokortikosteroidlarni qo`llash masalasida alohida to`xtalish lozim. O'zoq yillar mobaynida klinik, morfologik immunologik tekshiruv natijalari shuni ko`rsatdiki, bu preparatlar o`tkir virusli gepatitda nafaqat infeksion jarayonni o'zib qo`yadi, balki sog`ayish jarayonini cho`zadi, zo`riqishlar yo'zaga kelishiga olib keladi. Qon zardobida NVsAg, anti HBe, anti HB c, DNK aniqlanaveradi. Mana shu uchun ham gl yo'qoqortikosteroidlar virusli gepatitlarning o`tkir jigar ensefalopatiyasi bilan asoratlangan shakllarida tavsiya etiladi.
2. Bemorlarga xastalik tufayli yo'zaga kelgan immunotaqchillikni bartaraf qilish maqsadida immunomodulyatorlar (mielopid, t-aktivin, timolin, immunomodulin) bu yuriladi.
3. VG ning gemorragik sindrom bilan asoratlangan shaklida 5 yoki 10%li aminoqopron kislotasi, 12. 5%ditsinon, vikasol va kalsiy preparatlari DVS sindrom yo'zaga kelganda esa antikoagulyant-geparin bu yuriladi.
4. Virusli gepatitlarning og`ir shakllarida ammiak birikmalarini qondan chiqarish maqsadida Gepa-mers (ornitinin) vena ichiga info'zion eritmalar bilan birga bu yuriladi.

5. Kasallikning og`ir shakllarida parhezda go`sht mahsulotlarini kamaytirish, GKS preparatlarini bu yurish organizmga parenteral oziqlantiruvchi preparatlar (gepasol, aminatsin) bu yurilishini talab etadi.

Etiotrop davo. yuqorida ta`kidlab o`tilganidek, B, C, D virusli gepatitlarda o`tkir jarayonni surunkaliga o`tish xavfi tug`ilganda bu yurilishi maksadga muvofikdir. Hozirgacha bir necha xil preparatlar (ribavirin, atsiklovir, pansiklovir, azidotimedin, interferon va xoqazolar) etiotrop sinovidan o`tkazildi. Etiotrop davoda nukleozidlarning o`z o`rinlari mavjud. Nukleozidlardan gepatit B virusi replikatsiyasiga ta`sir kiluvchi zeffiks (lamivudin) , gepatit C ga ta`sir qiluvchi ribavirin keng qo`llanmoqda.

Interferon preparatlari o`z natijalari bo`yicha keng ko`llamda qo`llanila boshlandi. Interferon ximoya qobiliyatiga ega bo`lgan tibbiy hujayra oqsilidir. Endogen interferonni 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 2 a amaliyotda keng qo`llanilyapti. yuqoridagi preparatlardan roferon-alfa –alfa-2 a ijobiy natijalar bermoqda. Preparatning ko`p uchraydigan nojuya ta`sirlaridan tana harorati ko`tarilishi, holsizlik, qaltirash bo`lib hisoblanadi. Yuqorida nojo`ya ta`sirlar ko’zatilganda paratsetamol, indometatsin kabi preparatlar bu yuriladi. Shuni unutmaslik kerakki, bu preparatni o’zoq belgilanishi natijasida bemor oriqlashi, sochlari to`qilishi mumkin.

Interferon preparatlari bilan bir qatorda interferonogenlarni amaliyotga qo`llash muhim ahamiyat kasb etadi. Interferonogenlardan neovir, sikloferon va amiksin preparatlari VGlarni davolashda ijobiy natijalar bermoqda. Ularning ta`siri ostida organizmda virusga interferon va uning fraksiyalarini ishlab chiqarilishi tezlashadi.

Neovir 12, 5%li eritma holida teri ostida 3 kun 250 mg dan keyinchalik 3-4 xafta 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 bu yuriladi. Davolash davomiyligi 3-4 haftani tashqil qiladi. Interferonogenlar Yaxshi o`zlashtirib nojo`ya ta`sirlar ko’zatilmaydi.

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 (shprits orqali) , posttransfo’zion Yo`lga, kasallanish xavfi yuqori bo`lgan bo`limlarda yuqtirishining oldini olish va tabiiy Yo`llarni bar- taraf qilishga bo`linadi.

Aholining moyilligiga qaratilgan tadbirlar faol va passiv emlash natijasida amalga oshiriladi. Faol emlash uchun plazma vaksinalari (HtpatjvaxB” (AKSH) “Hevac B» (Fransiya) va rekombinant vaksinalar “Enqerix B» (Belgiya). Recombivax B “HB-vax (AKSH) <<KombitexLTD (Rossiya) dan foydalaniladi. Faol emlash Respublika SSV tomonidan emlash rejasiga kiritilgan bo`lib, bola tug`ilganda, 2 oyligida, hamda 9 oyligida o`tkaziladi. Passiv emlash uchun giperimmunoglobulin B (IqHB) qo`llaniladi. IqHB katta Yoshlarda 3-5 ml chaqaloqlarga 0, 5 mldan bu yuriladi.

VIRUSLI GEPATIT D

Etiologiyasi. Kasallik qo`zg`atuvchisini surunkali B gepatiti bilan og`rigan bemorlar jigarlari bioptatlaridan immunofl yuoretsensiya uslubi Yordamida 1977 yilda M. Rizzetto tomonidan aniqlangan. Avval uni GV virusining 1 ta antigeni Ya`ni delta antigen -HVAg deb nomlangan. 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 C gepatitdek parenteral, kam xollarda jinsiy hisoblanadi.

Klinikasi. Xuddi GV 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 xaftasida zo`riqish (klinik yoki fermentatic) ko’zatilishi mumkin. Ko`pchilik hollarda kasallik siklik

kechib sog`ayish bilan tugaydi. O`tkir D gepatiti superinfeksiyada o`tkir D gepatiti surunkalidek qayd qilinadi. Agar vaqtli 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 ko'zatish mumkin.

Kasallikning bu kechishda askariyat hollarda og`ir fulminat shakllari qayd qilinib, o`lim holatlari ko'zatiladi va ba`zi xolatlarda surunkali shakllariga aylanadi.

Fulminat gepatit. Bu shakl askariyat hollarda superinfeksiyada, kam holatlarda koifeksiyada yo'zaga keladiO`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 gepatitida NVsAg, IgM antiNVV aniqlansa, ZPR uslubi Yordamida bularga qo`shimcha viruslar DNK, RNK lari mavjudligi o`rganiladi.

Davosi va oldini olish VGB nikidek.

VIRUSLI GEPATIT C

Etiologiyasi. Gepatit C virusi bir zanjirli RNK saqlagan flaviviruslar oilasiga mansub dir. Virion diametri 30-60 nmga teng bo`lib, oqsil lipidli tashqi menbrana bilan qoplangan. Infek siya markyorlari bo`lib virus RNK si va anti NSV hisoblanadi. Tash xisot uchun anti HCV katta aha mi Yat kasb etadi. Virusning o`ziga xos xususiyatlaridan biri uning gene tik xilma-xilligidadir. Hozirgi kunda virusning 6 ta genotipi va 11 subtiplarimavjud.

Epidemiologiyasi. C gepatitida infeksiya manbai kasallikning turli klinik shakllarini boshidan o`tkazayotgan bemorlar hisoblanadi. Kasallikning epidemiologik xususiyatlari gepatit Vnikiga mos keladi. GS virusining yuqishi turli parenteral Yo`llar orqali amalga oshadi. GC virusi ko`proq qon va qon maxsulotlarini quyish, hamda tibbiy muolojalar o`tkazishda yuqib qoladi. Kassalikning yuqishda jinsiy Yo`l ham katta ahamiyat kasb etadi.

Klinikasi. Infeksiyaning kechish davrlari, kasallik shakllari. VGCning asosiy xususiyatlaridan biri kasallikning latent- subklinik kechishi, o'zoq muddatda aniqlanmasligidir. shu bilan birga asta-sekin rivojlanib, keyinchalik jadallashib jigar sirrozi va jigarning birlamchi o`smasi bilan tugallanishi mumkin. VGC kasalligi o'zoq 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 qismida 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 NSV – RNK aniqlashdan iborat. HCV – PHK qon zardobida antitelolar paydo bo`lmasdan, AlAT faolligi me`yordaligida aniqlanadi. Antitelolardan oldin anti NSV shaklida gipertransaminazemiya xos bo`lib, me`yoridan 5 –10 marta oshadi. AlAT faolligini 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, kamquvvatlilik, 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 qonsistensiyasi yumshoqligi aniqlanadi. Kasallik past darajali umumiy zaharlanish belgilari bilan engil kechadi. Bemorlarda sariqlik paydo bo`lishi tashxisni osonlashtiradi. Sariqlik past darajada namoyon bo`ladi. Tashxis asosan virus markerlari HCV-PHK aniqlanishi va AlAT 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 belgilarsiz virusemiya saqlanib qoladi. VGB dan 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 AlAT faolligining 1, 5-2 barobar oshganligi, to`lqinsimon xarakterligi qayd qilinadi. Ko`pchilik bemorlarda

esa AlAT faolligi me`yorida bo`ladi. Bu davr surunkali virus tashuvchi davr hisoblanadi. Qayta faollashish davri o`z ichiga surunkali gepatit, jigar sirrozi va gepatoqarsinomani oladi.

Surunkali gepatit. HCV-infeksiyasining asosiy klinik shakli hisoblanadi. Bu shakl ko`pincha katta Yoshdagilarda qayd qilinadi. SGS klinik tavsifi jixatidan SAG ning engil kechishiga o`xshab ketadi. Bemorlarda sub`ektiv va ob`ektiv belgilar namoyon bo`lmasada, giperfermentemiya doimiy yoki davriy ko'zatiladi, asteniya belgilari: tez charchash, loxaslik, uyqu bo'zilishi, mexnat qobiliyatini susayishi ko'zatiladi. Ishtaha pasayishi, vazn Yo`qotishi xos bo`lib, ob`ektiv ko`rganda jigar kattalashgan va qattiqlashgan bo`ladi.

Davosi. Etiotrop davo vositasi sifatida roferon

ribavirin bilan birgalikda terapevtik dozada 3-6 oy mobaynida bu yuri ladi. Keyingi yillarda roferonning o'zoq ta`sir etuvchi shakli pegasis 180mkg haftasiga 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.

MA'RUZA

2-mavzu: Ichterlama va Paratif A va B

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg`ulot shakli	*Ахборот маъруза,мультимедия маъруза*
Mashg`ulot rejasi	1 Qorin tif,i A va B paratifning etiologiya, epidemiologiyasi. 2.Kasallik patogenezi va patanatomiyasi. 3.Qorin tifining klinikasi, tasnifi. 4.Paratif A va B kechish xususiyatlari. 5.Qorin tifi va A. B paratiflar laboratoriyaviy tashxisoti. 6.Qorin tifi va A. B paratifning qiyosiy tashxisoti 7.Ichterlama va paratif A va B asoratlari, oldini olish. 8.IVBDV(stast) maxalliy alomatlarsiz isitmadagi differenstial diagnostika. 9. Kasallikni davolash asoslari va profilaktikasi.
O`quv mashg`ulotning maqsadi: *Tarbiyaviy:odob, axlok va deontologiya, Rivojlantiruvchi:* qorin tifi va A. B paratiflar amaliyot va nazariyani o`rganishda ularga klinik tashxis qo`yishda vrachlarni tayyorlash, T, P kasalliklarda uchraydigan asoratlarda tezkor Yordam berish, kasalliklarni oldini olish choralarini o`rgatish. IVBDV(stast) maxalliy alomatlarsiz isitmadagi differenstial diagnostika	
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Mashg'ulot uslubi	Ma'ruza
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. "Ichterlama va Paratif A va B" MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1.Ma'ruza mavzusini " Ichterlama va Paratif A va B" bo'yicha o'quv mazmunini tanishtirish. 2. "Ichterlama va Paratif A va B" ma'ruzasi uchun taqdimot multimediani boshlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Ko'radi

1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi. Reja: 1.Ichterlama tashxisotsi haqida ma'lumot bering 2. Paratif A va B va qorin tifi bilan qiyosiy tashxisot o'tkazing	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar Ko'radi
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, multimedia 2 ta namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi.Ichterlama va Paratif A va B" 3. Uyga vazifa beradi. Ichterlama va Paratif A va B to'g'risida ma'lumot.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar (5 daqiqa)	Mustaqil ish beradi "Ichterlama va Paratif A va B" haqida ma`lumot	Tinglaydi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

QORIN TIFI, A VA B PARATIFLAR

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

"Tif" so`zi "tutun" ma`nosini bildiradi, bu atama Gippoqrat 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.

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`rsatgichda 1996 yilda 1, 5 tashqil qilgan bo`lsa, 2003 yilda 0, 33ga, A va B paratiflar ko`rsatgichi esa mos holda 0, 60 va 0, 09 teng bo`ldi

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 o'zoq ekanligi (may-sentyabr) bu manbalarida suvni ko`p ishlatish hollariga sabab bo`ladi.

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

Etiologiyasi. Qorin tifi tayok chasi Salmonella Typhi Erterobacteriacese oilasiga mansub, faqat odam uchun zararli hisoblanadi. Sal. typhi tayok cha shaklida bo`lib, o'zunligi 1-3 mkm, diametri esa 0, 5-0, 8 mkmni tashqil etadi, xivchinlari bo`lganligi tufayli harakatchan, spora va kapsula hosil qilmaydi, gramm manfiy, hamma anilin buyok lari 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 tayok chasining fermentativ faolligi kuchsizroqdir. Qorin tifi mikroblari ekzotoqsin hosil qilmaydi, ular parchalanganda endotoqsin 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 haloq bo`ladi. Shu bilan birga bu bakteriyalar past harorat sharoitida Yaxshi saqlanib qoladi va mo'zda 60 kungacha Yashash mumkin. C. 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 0-antigen hamda, issiqqa chidamsiz N- antigen murakkab mukopolisaxarid kompleksidan tashqil 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 B 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 reqonvalestsent va bakteriya tashuvchilar hisoblanadilar. Qorin tifi yoki paratif bilan og`rigan bemor qo`zg`atuvchini kasallik oldi davridan boshlab najas orqali ajratib chiqaradi. Klinik belgilarni paydo bo`lishi bilan kasalning yuqumliligi ham ancha ortadi, tana haroratining tushishi va reqonvalestsensiya davrining boshlanishi bilan esa yuqumlilik kamayadi. Qo`zg`atuvchini pyoshob 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 yo’zaga keladi.

Infeksiya tarqalish Yo`llari va mexanizmi. Tif-paratif kasalliklari uchun asosiy mexanizm najas-og`iz mexanizmi hisoblanib, suv orqali, alimentar, maishiy muloqot orqali amalga oshiriladi.

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 paratiflarni 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 ichakga kirib oladi va uning limfa hosilalariga-ya`ni solitar ularning to`planib turgan joyi-peyerov 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 yo’z beradi. Limfa to`qimasida bakteriyalarni ko`payishi qorin tifi qo`zg`atuvchisini odam organizmida parazitlik qilishning asosiy biologik ma`nosini tashqil qiladi. Mikroblar ichak tutqich limfa tugunlarining to`siq vazifasini pasaytirib qon oqimiga kirib boradi va bakteriemiya Ya`ni, bakteriyalarni qonda bo`lishi yo’z beradi. Bu esa Yashirin davrining tugagani va kasallikning klinik manzarasini 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 bakteriotsid xossalari ta`sirida bir qism bakteriyalar haloq bo`ladi va ichidan zahar-endotoqsin ajralib chiqadi, hamda umumiy zaharlanish fazasini keltirib chiqaradi. Bunga javoban organizmdan maxsus antitela 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`rnashib qoladi. Natijada asosiy infeksiya lokal shaklga o`tadi. Bu mikroblarning to`qimalarga parenximatoz diffo’ziya bosqichi bo`ladi. Bosqich har-xil organlar zararlanishining klinik belgilari bilan ifodalanadi. Jigar ichakka o`t su yuqligi bilan tif bakteriyalarini ajratadi. Bu mikroblar organizmda qisman najas orqali chiqariladi, ularning bir qismi esa ingichka ichak shilliq parda 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 Art yus fenomeni nusxasi bo`yicha o`tadigan reaksiyaga aylanadi.

So`ngra organizmdagi bo'zilgan muvozanatni qayta tiklashga va immunitetning shakllanishiga olib boruvchi immunobiologik jarayonlar sodir bo`ladi. Bu davr navbatdagi patogenetik zanjir zvenosining ma`nisini-ya`ni immunitet shakllanishini tashqil etadi. Mikroblarni to`qimalarda mahkamlanib qolishi natijasida, shuningdek qonda maxsus antitelolarni to`planib qolishi natijasida 2-chi hafta oxirlarga kelib qondagi tif tayok chalarini 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 pyoshob chiqarish Yo`llarida o'zoq vaqt saqlanib qolishi mumkin.

Shunday qilib, tif-paratiflarni patogenezi juda murakkab. Uni shakllanishi ko`p omillar, asosan, kasal organizmning xususiyatlariga bog`liqdir.

Qorin tifi va paratiflar bilan og`rigandan so`ng organizmga maxsus barqaror immunitet o`rnatiladi. Qorin tifida qayta kasallanish mustasno tariqasida kam uchraydi.

Qorin tifining klinik kechishi. Tif-paratiflarda klinikaning namoyon bo`lishi va patologik jarayonlar etarli darajada aniq ifodalangan davriylik qonuniyatlarga qarab yo'z beradi. Shunga asoslanib Qorin tifi va paratiflarning 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. decrimenti).

-to`rtinchi-reqonvalestsensiya yoki sog`ayish davri. Har bir davrning davomiyligi taxminan 1 hafta davom etadi.

Yashirin davr 14-21 kun davom etadi, lekin u 3-5 kungacha, hatto ikki kungacha qisqarishi va 23 kungacha o'zayishi 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 1-3 kun davom etadi. Qorin tifi kechishining tipik holatlarida, jarayon quyidagicha rivojlanadi: kasallik ko`pincha asta- sekin boshlanadi va bemorlar ko`p hollarda kasallik boshlangan kunni ko`rsatib bera olmaydilar. Birinchi kunlarni ular oyokda turib o`tkazadilar. Lekin ahvol kundan-kunga Yomonlashadi: holsizlik ortadi, charchash kuchayadi, bosh og`riydi, ishtaxa 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 bo'zilgan ko`pincha ichi tutilib qoladi. Birinchi davr oxiriga kelib jigar va taloq kattalashishi mumkin.

Ikkinchi davrda (2-3hafta) yuqorida ko`rsatilgan belgilar yuqori rivojiga etadi. Bemor ovqatni rad etadi, uni chanqoq bezovta qiladi, boshi og`riydi, goho qorinda og`riq ko'zatiladi. Tana harorati 39-40S 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 ko'zatilib, ayrim hollarda tifoz holat bilan almashishi mumkin.

Bunda turli darajadagi garangsirab qolishi, to`xtalib qolish (aqliy kamharakatlik) , ongni o`tmaslashuvi va alahsirash ko'zatiladi. Kundo'zi 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 yo'zasi oqargan, issiq, qo`l tekizilganda quruq, yo'zi shishinqiragan, ko`krak, qorin terisida 5-8-kunlar rozeolali toshma paydo bo`ladi, bu toshmalar gohida (davriy) vaqti-vaqti bilan toqi 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 ko'zatilib, 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 su yuq (2-5 marta sutkasiga) ketishi ko'zatiladi.

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

Sog`ayish davrida organizmni bo'zilgan vazifalari asta-sekin tiklana boshlaydi va harorat pasayishining 4-5 haftasiga kelib to`liq tenglashadi, lekin ayrim organlardagi morfologik o`zgarishlar klinik o`zgarishdan o'zoqroq davom etadi. Tartib bo'zilgan 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 belgilarni 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 jarayonni 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 chizigi 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 fazasi kasallikning avj olgan davridir. Bu davrda isitma ko`p hollarda o'zluksiz 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 kenglikka ega 40 gradusli haroratni monotermik chizig`i kasallikning og`ir kechishidan dalolat beradi. Isitmaning bu fazasi 1, 5-2 kam hollarda 3 hafta davom etishi mumkin. Harorat chizigining so`nggi fazasi ortga rivojlanish davrini aks ettiradi. Haroratning litik tushish davomiyligi taxminan 5-8 kun bo`ladi.

Qorin tifida harorat chizigining kuyidagi nusxalari mavjuddir:

1. Ko`p to`lqinli, Botkin chizig`i, Ya`ni yuqori temperatura bilan nisbatan past temperaturaning galma-gal kelishi; 2. Vunderlix nusxasi, bir to`lqinli bunda haroratning asta-sekin ko`tarilishi va tushishi ko'zatiladi; 3. Kild yushevskiy bo`yicha, bunda harorat tezroq ko`tariladi, 3 kun ichida, keyin litik tushadi. Mana shu 3 ta harorat chizig`ining varianti 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 tashqil etadi. Shubhasiz isitmaning qisqarishida profilaktik emlashlar va antibiotiklarni qo`llanishi muhim rol o`ynaydi.

Asab tizimining zararlanishi Qorin tifi klinik manzarasining etakchi kuchi bo`lib xizmat qiladi. Ayniqsa kasallik avj olgan paytda MAT tomonidan yo'z 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 simptomoqompleksi rivojlanishi mumkin. Bunda orqa miya su yuqligi o`zgarishsiz qoladi, yoki uni o`zgarishi seroz meningitni namoyon bo`lishiga mos keladi (tsitozni biroz ko`payishi, oqsil miqdorining ortishi). Ayrim mualliflar meningial belgilar bilan kechadigan Qorin tifini "Meningotif" deb ataydilar.

Bemoning 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 yo'z 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 rozeolalarni toshuvidir. U 5-8- kundan boshlab toshadi. Rozeola-ko`p uchraydigan, lekin doimiy belgi emas. Tipik toshmalarda Qorin tifi rozeolasi teri yo'zasida 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 bilakni ichki Yoziluvchi yo'zasi bo`lib xizmat qiladi. Qorin tifida toshma ko`p bo`lmaydi (3- 5, 10- 20) lekin ayrim holarda toqi 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 rozeolalarni petexiyalarga o`tishi

belgilangan. Bemorlarning aksariyatida qo`l kafti va oyok tovoni sariqligi (Filippovich belgisi) ko'zatiladi.

Nafas olish organlari. Qorin tifi nafas olish organlarida yo'z beradigan o`zgarishlar birinchi kunlaridanoq ko'zatilishi mumkin. Bu o`zgarishlar o`ziga xos xususiyatga ega bo`lib, ovozni 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 tayok chalari keltirib chiqaradi. Bu hollarda kasallikni klinik namoyon bo`lishida birinchi o`rinda umumiy zaharlanish belgilari bilan bir qatorda o`pka zararlanishi belgilari ham chiqadi. Bu esa " pnevmotif»atamasini kiritish imqonini beradi. Ba`zi hollarda balg`amdan Qorin tifi tayok chalarini topish mumkin bo`ladi. Pnevmotif o'zoq vaqt davom etishi bilan va tifni tugallanishi, juda tez hal bo`lishi bilan xarakterlanadi.

Yurak qon tomir tizimi. Qorin tifi yurak qon-tomir tizimida yo'z beradigan zararlanish hollari Qorin tifi zaharining bevosita yurak-tomir tizimi va uni faoliyatini boshqarib turuvchi asab apparatiga ta`siri bilan bog`liqdir. yurak qon-tomir sistemasidagi 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 yo'z beradigan o`zgarishlar mioqardning diffo'z oziqlanishi bo'zilishi va funksional bo'zilishlar natijasi sifatida tonlarning bo`g`iqligi, shovqin paydo bo`lishi va elektroqardiogrammadagi o`zgarishlar bilan tavsiflanadi.

3-mavzu : **Vabo Ichburug`**

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-axborotli Ma`ruza.
Mashg`ulot rejasi	1. Vabo Ichburug` etiologiya, epidemiologiyasi. 1.Kasallik patogenezi va patanatomiyasi. 2.Vabo Ichburug`klinikasi, tasnifi. 3.Suvsizlanish kechish xususiyatlari. 4.Vabo Ichburug` laboratoriyaviy tashxisoti. 5.Vabo Ichburug`qiyosiy tashxisoti 6.Kasallikni davolash asoslari (regidratatsiya usullari). Vabo profilaktikasi.
O`quv mashg`ulotning maqsadi: *Tarbiyaviy:odob, axlok va deontologiya, Rivojlantiruvchi* Vabo Ichburug` kasalligini amaliyot va nazariyada o`rganishda unga klinik tashxis qo`yishda vrachlarni tayyorlash, vabo kasalligida uchraydigan degidratatsiyani baholay bilish, regidratatsiya usullari, asoratlarda tezkor yordam berish. O`ta xavfli kasalliklarga gumon qilinganda, tasdiqlanganda vrach taktikasi va bu kasalliklarni oldini olish choralarini o`rgatish.	
Ta`lim berish usulibi	Axbotot ma`ruza, slayd ma`ruza, multimediya ma`ruza
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. Vabo. Ichburug` MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim beruvchi
1-Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Vabo Ichburug`MA'RUZA si uchun taqdimot 2 ta multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Tinglaydi Ko'radi Yozib oladi

2. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1.Vabo klinikasi haqida ma'lumot bering 2.Ichburug profilaktikasi haqida ma'lumot bering	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
3 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi 2 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Tinglaydilar
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi Vabo. Ichburug 3. Uyga vazifa beradi Vabo. Ichburug	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

V A B O

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 aktiv moddalarning ingichka ichak epitelial hujayrasining membranasiga va ferment sistemasiga ta`sir qilishi natijasida ich ketish, qusish va kapillyarlarda qon aylanishini bo'zilishi natijasida, bemor tanasining suvsizlanishi bilan tavsiflanadi.

"Xolera" grekchada "tarnov'degan so`z bo`lib, vabo kasaligidagi 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 /shole/ /cafro/, /reo/ /oqaman/ so`zining qo`shilishidan kelib chiqqan bo`lib, qadimda hakimlar vaboda juda ko`p miqdorda safro oqib chiqadi deb o`ylaganlar.

Etiologiyasi. Vabo qo`zg`atuvchisi vibrion deb ataladi. Vibrion lotincha vibrio degan so`zdan olingan bo`lib to`lqinlanuvchi, bukiluvchi degan ma`noni bildiradi. Shakli vergulga o`xshaganligi uchun»Kox verguli»degan nom olgan, chunki bu vibrion 1883-84 yillarda Egipetdagi 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 tayok chaga o`xshash bo`lib ko`rinadi. Tashqi muhitda va ozuq moddalarga ekilganda vibrionlar har xil, sharsimon, spiralsimon, biroz o'zunchoq, drojjasimon va filtrlanuvchi bo`lib ko`rinadi. Spora va kapsula hosil kilmaydi. Bitta, lekin baquvvat xivchini uning harakatchanligini ta`minlaydi. Vabo qo`zg`atuvchisining bu harakatchanligini vibrionlarni bir-biridan farqlashda albatta e`tiborga olinadi. Vabo vibrioni hamma oddiy anilin bo`yok lari bilan bo`yaladi, grammanfiy, oddiy ozuqa muhitlarda o`sadi. Vabo vibrioni endo- va ekzotoqsindan 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 to'zilishiga qarab vabo vibrionini 39 serogruppasi farqlanadi.

Vabo vibrioni 01 gruppaga kiradi va 3-ta serotipga ajratiladi: a/ Ogava, o`zida 0-antigeni va AV fraksiyani saqlaydi; b/ Inoba, o`zida AC-fraksiyani saqlaydi; v/ Gikoshima, o`zida AV va C fraksiyani saqlaydi.

Epidemiologiyasi. Vabo kasallik qo`zg`atuvchisi manbai-bemor odam, reqonvalestsent hamda sog`lom vibrion tashuvchilar xisoblanadi. Vibrion sovuqqonli suv hayvonlar organizmida o'zoq vaqt saqlanishi mumkin /baliq, qurbaqa, qisqichbaqa va h. k/. Vibrionlar kasal va sog`lom tashuvchilar organizmida najas va qusuqlar orqali ajralib turadi. Kasallikni engil va klinik belgisiz kechirayotgan bemorlar epidemik xavf soladilar. Reqonvalestsentlar kasallikni o`tkazgandan so`ng 3 haftadan to 7 yilgacha vibrion ajratib turishlari mumkin /El-Tor/, bunda asosan vibrion o`t pufagida saqlanadi.

Boshqa ichak kasalliklariga o`xshash vabo ham og`iz orqali vabo ko`zg`atuvchisi bilan ifloslangan suvni /oqava, ko`l, hovo'z, ariq va vodoprovod ichimlik suvlari/qaynatmay iste`mol qilganda, ovqat, asosan sut mahsulotlari iste`moli bilan yuqadi. Vabo bilan og`rigan bemorlarni parvarishlaganda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilinmasa hamda iflos qo`l va pashshalar orqali yuqishi mumkin.

Patogenezi. Sog`lom odam vibrioni bilan ifloslangan suv yoki oziq -ovqatlar iste`mol qilganda, bemor yoki sog`lom reqonvalestsent vibrion tashuvchi bilan muloqotda bo`lganda zararlanishi mumkin. Oshqozon shirasining kislotali muhitda vibrion ko`plab o`ladi va endotoqsin 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 yo'zaga keladi. To`siqdan o`tgan qo`zg`atuvchilar ishqoriy muhitli ingichka ichakka o`tishadi. Ingichka ichakdagi oqsil-pepton vibrionlar uchun Yaxshi ozuqa hisoblanadi. Endi qulay sharoitda vibrionlar intensiv ravishda ko`paya boshlaydi va ekzotoqsin ishlab chiqaradi ma`lum bir qismi o`lishi natijasida endotoqsin ajralib chiqadi. Vabo vibrionining zahari /ayniqsa xolerogen fraksiyasi/ ingichka ichak epitelial hujayrasining enzim sistemasiga ta`sir qilib adenilattsiklaza fermentini faolligini oshiradi. Musabaev I. K. /1980/ fikriga qaraganda ayrim biologik aktiv moddalar: gistamin, atsetilxolin va prostoglandinlar ham adenilattsiklaza faolligini oshirish xususiyatiga ega ekan.

Vabo vibrionining 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 s-AMFni epiteliotsitlardagi miqdori oshib ketadi, metabolizmni faollashtiradi va sekin-astalik bilan epitelotsitlardan suv va elektrolitlarning sekretsiya qilinishini tezlashtiradi hamda ultrastrukturasini o`zgartiradi. Buning oqibatida ingichka ichakning epitelial hujayralari so`rish vazifasini umuman to`xtatib sekretsiya qiluvchi vazifasini bajaradi. Xolerogen ta`sirida epiteliotsitlarning membranasidagi ionlar almashinuvi buziladi. Ichak bo`shlig`iga ajralib chiqayotgan har xil ionlar osmos va diffo'ziya qonuniga binoan passiv holda kapillyarlardan su yuqlikning ajralib, ichak bo`shlig`iga chiqishini ta`minlaydi.

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

Ichak kapillyarlari orqali su yuqlik va minerallarni Yo`qotilishi davom etayotganligi va qonning qu yuqlashishi tufayli vena qon tomirlaridan qaytayotgan qonning hajmi kamayadi. Natijada markaziy venoz bosim pasayib yurak faoliyati bo'zila 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. Ichakni epitelial hujayrasidan izotonik su yuqligini Yo`qotish davom etayotganligini 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 perfo'ziyasi buziladi, hujayralarning kislorod va oziq moddalar bilan ta`minlanishi, karbonat angidridning olib ketilishi qiyinlashadi, qonning qu yuqlashishi va Yopishqoqligi oshishi hisobiga qon tomirlarga nisbatan qarshilik oshadi. Kapillyarlarda ro`yobga kelgan noadekvat perfo'ziya holatidan biroz bo`lsada qutilish uchun arteriolalar va venulalalar 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.

yuqorida qayd qilingan hamma sabablar natijasida koronar qon tomirlaridan 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 perfo'ziyadan jabr ko`radilar. Gipovolemik karaxtlik hamda metabolik atsidoz oqibatida vabo kasalligida ayrim hollarda uning

boshlang`ich davridayok 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 mioqardning funksional holatini bo'zilishiga, 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 u yushishi, tana haroratini biroz ko`tarilishi bezovta qiladi. Ayrim hollarda prodromal davrida vegetativ o`zgarishlar ro`y beradi, terlash, yurakning tez-tez urishi, oyok va qo`llarning mo'zlashi, qisqa daqiqali hushidan ketish alomatlari bo`ladi.

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

Tipik shakllari: gastroenteritik, algid.

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

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

Suvsizlikning 4 xil darajasi farqlanadi:

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

Boshlanishda najasni rangi o`zgarmagan bo`ladi, faqat hazm bo`lmagan ovqat aralash kelishi mumkin. Keyinchalik qaynatilgan gurunch suvidek su yuq, 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, su yuqlikning shildirashi seziladi.

O`z vaqtida to`g`ri tashxis qo`yib adekvat muolaja olib borilmasa, kasallik rivojlanib bemorning axvoli og`irlashadi va P-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 kusadi (4-rasm) , 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 gipoqsiyasi, suv va minerallar balansini bo'zilishi, metabolik atsidozning rivojlanishi va to`qimalarda sut kislotasini yig`ilishi hisobiga bemorning boldir mushaklarida, qo`l va oyok 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 su yuqlik Yo`qotish davom etaveradi, chunki bemorda qusish va ich ketish hisobsiz darajada bo`ladi. Suvsizlanish darajasi 7-9%ga etadi, eksikoz Yanada rivojlanadi. Bemorda 3-chi darajali suvsizlanish belgilari namoyon bo`la boshlaydi.

III-chi darajali suvsizlanishda bemorning yo'z ko`rinishi o`tkirlashadi, teri va shilliq qavatlarning ko`rishi kuchayadi, panja terisi burishadi (6-rasm) , mushaklar relefi ko`zga tashlana boshlaydi, tovushi Yo`qoladi /afoniya/ ayrim mushaklarda tonik tirishish boshlanadi, bemorning qonini qu yuqlashishi gemodinamik o`zgarishlarga olib keladi. Gipotoniya, taxikardiya va sianoz ko'zatiladi. To`qimalarda kislorodning porsial bosimining pasayishi metabolik atsidozni va gipoqaliemiyani kuchaytiradi. Oliguriya, gipoqsiya va elektrolitlarning Yo`qotilishi buyrak koptoqchalaridan 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 su yuqlik 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 kora ko`zoynak belgisi paydo bo`ladi, ko`z kosasi ichiga tushib ketib, botayotgan quyoshga o`xshab biroz yuqoriga ko`tarilgan bo`ladi. yo'z ko`rinishidan iztirob chekayotgani va bizdan Yordam so`rab iltijo qilmoqchiligi sezilib turadi. Tanasining harorati pasaya boshlaydi /35, 5-34^{o}C/. Paypaslaganda terisi mo'zdek bo`ladi, chimchilaganda burishib qoladi va o'zoq 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 yo'zaki, 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 kapishib 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.

Vaboni yashinsimon xili nimjon, kamquvvat, kasalmand odamlarda uchraydi. Kasallik bo`ronga o`xshab juda tezlik bilan rivojlanadi va bemor bir necha soatdayok 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. Su yuqlik 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 1-2chi 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 davridayok holati bo`lsa, 2chisi kechikib boshlagan yoki noto`g`ri bajarilayotgan muolaja natijasidir. Shunisi vabo asoratlarining har xil bo`lishidan qat`iy nazar hamma vaqt asoratlar gipovelemik karaxtlik holatiga tushishdan boshlanadi. Gipovolemik karaxtlik holatidan kelib chiqadigan va eng og`ir asoratlardan biri bo`lib o`tkir buyrak etishmovchiligidir. Tomirlarda aylanayotgan qonning miqdori qoniqarli bo`lganidan so`ng, arterial qon bosimini 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 hoqazo kasalliklar bilan birgalikda kechishi mumkin.

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

Oqibati. O`z vaqtida to`g`ri tashxis qo`yib adekvat muoloja olib borilsa, 97-99% hollarda sog`ayish, faqat 1-3% hollarda o`lim bilan Yakunlanadi. Lekin o`limli oqibat ko`rsatgichi»O»ga kirish mumkin.

Ichburug` - shigellalar qo`zg`atadigan, intoqsikatsiya va Yo`g`on ichak distal qismining zararlanishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

Tarixi. Dizenteriya to`g`risidagi to`liq ma`lumotni birinchi bo`lib, yunon vrachi Aretey yozgan.

Ichburug` so`zi yunoncha dys - bo'zilish va enteron – ichak so`zlaridan olingan bo`lib, bu termin eramizdan oldingi IV- B asrlarda Yashagan Gippoqrat 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`ning bakterial xususiyatli ekanligi to`g`risidagi birinchi gipoteza Bash tomonidan 1869 yilda kiritilgan.

1875 yilda A. Raevskiy ichburug` bilan ogrigan bemorlar ichak devoridan ajratilgan mikroblar to`g`risida Yozgan edi. 1881 yilda A. B. Grigorev ichburug` bilan og`rigan 10 nafar bemorlardan tayok chasimon grammanfiy mikroblarni ajratib oldi.

1898 yilda Yapon olimi shiga agl yutinatsiya reaksiyasini qo`llab, A. B. Grigorev va boshqa olimlarning ma`lumotlarni tasdiqlaydi. Bu mikroblar Hozirgi kunda Dizenteriya 1 (Grigorev shiga) shigellalari deyiladi.

1900 yilda Flexner Filippin orollarida qonli ich ketishni ko'zatib, shiga ning ma`lumotlarini Yana bir bor tasdiqlaydi.

1904 yilda Duval 1907 yilda Kruse bir- biridan xabarsiz holda Fleksener tayokchalarini eslatadigan, ammo laktozani sekin parchalaydigan mikroblarini ta`riflaganlar. 1914 yilda Sonne uning ichburug` qo`zgatishdagi etiologik va epidemiologik rolini aniqladi, shuning uchun ular Zonne bakteriyalari deyiladi.

1917 yilda Rossiyada M.I.Щtutser va Germaniyada Schmitz Dizenteriya 1bakteriyalariga o`xshash, lekin ulardan faqat endotoqsin ajratishi va indolni parchalanishi bilan farqlanadigan mikroblarni tavsiflab berganlar. Keyinchalik bu mikroblar shtutser-SHmitts bakteriyalari deb nomlandi. Keyinchalik olib borilgan izlanishlar natijasida dizenteriya mikroblarining N yo'qasl, Boyd, 1936, Larj-Saks (1943) deb nomlangan turlari aniqlanadi. Shundan so`ng turli yillarda ichburug` mikroblari o`rganilib, ularning har xilligi va kultural xususiyatlari bilan bir-biriga Yaqin bo`lsada, antigenlik va bazi bioqimyoviy xususiyatlari bilan farqlanadi.

Ichburug` qo'zgatuvchilarining topilishi bilan bir vaqtda, kasallikning patogenezi, immuniteti, klinik kurinishi va davosi xam o`rganildi.

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

Etiologiyasi. Ichburug` bakteriyalari shigella mikroblar avlodiga mansubdirlar.Hozirgi kunda shigellalarning bir - biridan bioqimiyoviy va serologik xususiyatlari bilan farq qiladigan 50 dan ziyod turlari aniqlanadi.

shigellalar o'zunligi 2-3- mkm, eni 05-0,7 mkm, harakatsiz, grammanfiy tayok chalar 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 0-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`zgatuvchilarining zamonaviy tasnifi bo`yicha ular 4ga bo`linadi: 1.Sh. dysenteriae o`z ichiga dizenteriya 1, 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 patogenezi, immuniteti, klinik ko`rinishi va davosi ham o`rganildi.

Hozirgi kunga kelib Respublikamizda ichburug` kasalligining juda ko`p qismi Fleksner va Grigorev shig shigellalari tomonidan chaqirilmoqda.

Shigellalar ekzotoqsin, endotoqsin, fermentlar va boshqa biologik faol moddalar ishlab chiqaradi. Shigellalar ekzotoqsini oqsil tabiatli zahar bo`lib, termolobildir va faqat Grigorev-SHig qo`zg`atuvchilari tomonidan ishlab chiqariladi. Endotoqsin esa, termostabil uglevod-oqsil- lipidli kompleks bo`lib, shigellalarning hamma turlari tomonidan ishlab chiqariladi.

Grigorev-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 Grigorev-SHig qo`zg`atuvchilaridir. Fleksner qo`zg`atuvchilari esa o`rta holatni 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` infeksiyasining asosiy manbai bo`lib, odam hisoblanadi. O`tkir ichburug` bilan og`rigan odamlar epidemiologik jihatdan eng xavfli hisoblanadilar, chunki o`tkir ichburug`da qo`zg`atuvchilar organizmdan juda ko`p ajraladi.

O`tkir ichburug` bilan og`rigan bemorlar kasallikning Yashirin davridan boshlab qo`zg`atuvchini tashqariga chiqara boshlaydilar va kolit sindromi avj olgan davrida qo`zgatuvchi ko`plab tashqariga chiqariladi.

Ichburug`ning atipik shakllari bilan og`rigan 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 oyok da 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, reqonvalestsentlar 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 ularning tayyorlashda, saqlashda va iste`molga chikarish vaqtida yo’z 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. Solodovnikov (1975) aytishicha, suv omili Fleksner ichburug`ida asosiy yuqish Yo`li bo`lib hisoblanadi. Tashqi muhit shart sharoitlari va ob`ektlari ham ichburug` tarqalishida muhim omillardan biri hisoblanadi; bular asosan idish tovoqlar, o`yinchoqlar, oqliklar va boshqalar. Maishiy-muloqot Grigorev-SHik 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. Yuvilmagan qo`llar terisida shigellalar 2-2,5 soat saqlanadi, yuvilgandan keyin esa 20-25 minut 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 takomillashmagani 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, toqsinemiya, enteral, 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 virulent, toqsigen, chidamli shtammlarigina kasallik qo`zg`atadi. Makroorganizm esa uning himoya funksiyasining susayishi tufayli quyidagi holatlarda: ovqatlanishning bo'zilishi, gipovitaminozlar, gipotrofiya, asab sistemasining bo'zilishlari, organizmning allergik foni, tashqi muhit haroratining keskin o`zgarishi, ichak disbakteriozi, ichak faoliyati bo'zilishi kasallik rivojlanishi uchun qulay sharoit tug`diradi.

Shigellalar organizmga og`iz orqali kiradi. Biz yuqorida shigellalarning organizmga tushishi hamma vaqt ham kasallik yo'zaga 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 yo'za qismiga so`riladi. Uning natijasida epiteliyning o`choqli zararlanishi yo'zaga keladi. Shigellalar hujayra ichi parazitligini namoyish qilib ichak disbakteriozini yo'zaga keltiradi. Bu bosqichda qo`zg`atuvchilarning ko`payishi yo'zaga keladi.

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

Bemor organizmidagi o`zgarishlar nafaqat shigellalar toqsini ta`siri, balki organizmning javob reaksiyasi hamdir. Kasallikning birinchi kunidan 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 yo'z berishi bilan ta`riflanadi.

Toqsin ta`sirida yo'zaga kelgan Yo`g`on ichak distal qismidagi o`zgarishlar, qon aylanishining bo'zilishi natijasida chuqurlashadi. Ichak devoridagi toqsinlarning ta`sirida meysner va auerbax nerv chigallari zararlanadi va MATda o`ziga hos qo`zg`alish o`chog`i vujudga keladi. Bundan tashqari patologik jarayon rivojlanishida biologik faol moddalar – gistamin, atsetilxolinlarning ta`siri ham bor.

Uning mahalliy va umumiy ta`siri natijasida Yo`g`on ichak silliq mushaklarining qisqarishi ko'zatiladi. 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 su yuq 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 ko'zatiladi.

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, oshkozon – ichak Yo`lining biror joyida turli zararlanishlar mavjudligi
(chaynash apparatidagi defektlar, ichakning turli anomaliyalari, gastrit, Yara kasalligi, appenditsit, pankreatit, gepatit, holetsistit); surunkali infeksiyalar (sil, bezgak, qora oqsoq) ning mavjudligi; sodda jonivorlar va shtamlar bo`lishi; disbakterioz, endoqrin bezlari faoliyati bo'zilishi, Yosh omili va boshqalar. Asab tizimdagi 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) gastroenteroqolitik shakli – engil, o`rta og`ir, og`ir.

2. Bakteriya chikaruvchanlik (subklinik belgilarsiz).

3. Surunkali ichburug`

a) qaytalanuvchi b) o'zluksiz c) aralash

O`tkir ichburug`. Bir necha 3 oygacha cho`ziladi va siklik 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 – regionar infeksiya fazasigi to`g`ri keladi. Bu davri 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 ko'zatilmaydi, enterit varianti – qorinda og`riq, kindik atrofida qorin qapchishi va quldirash patalogik aralashmasiz, suvsimon, badbo`y su yuq ich ketish ko'zatiladi.

Kasallik ayrim hollarda ovqat toqsikoinfeksiyasi ko`rinishda boshlanadi. Bunda kasallik umumiy zararlanish belgilaridan boshlanib, tezda bemorda gastroenterit belgilari yo'zaga keladi. Grippsimon yoki tifsimon boshlanishda haroratning keskin ko`tarilishi, qaltirash, kuchli bosh og`rig`i, asab va ruhiy bo'zilishlar, ba`zan meningial belgilar yoki ensefalopatiyalar ko'zatiladi.

Kasallikning avj olish davri. Ichburug`ning tipik shakllarida bemorlar bosh og`rig`iga, uyqu bo'zilishiga, 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, oyok larini qorniga bukkan holda, kornini qo`llari bilan isitishga harakat qiladi. Vaqti-vaqti bilan bemorlarning yo'zida og`riq ifodasini ko`rish mumkin, bu esa qorindagi xurujsimon og`riqlar va tenezmlarning ifodasidir. Davomli va yuqori isitma dizenteriya uchun xos emas. Isitmaning davomiyligi bir necha soatdan 2-5 kungacha cho`ziladi. Isitma subfebril, ayrim hollarda 40-41S darajaga ko`tariladi.

Agar kasallik engil kechsa teri, shilliq qavatlar, teri osti Yog` qavatida o`zgarishlar deyarli bo`lmaydi. Sezilarli darajasidagi ichak toqsikozida esa terining oqimtirligi va quruqligi, turgori sustlashganligini, yo'z qiyofasi o`tkirlashganligini, yo'zlari 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 yo'zlarda gerpetik toshmalar ko'zatiladi.

Kolitik shaklining engil kechishi. Kasallik holsizlik, ishtaha kamligi, tana haraoratining 37-38 C gacha ko`tarilishi bilan o`tkir boshlanadi. Keyin bemorni qorin og`rig`i va ichining su yuq ketishi bezovta qiladi. Ich ketishi bir kunda 3-5 martadan 10 martagacha su yuq, qon aralash ketadi. Bemorlar ish qobiliyatini saqlagan holda, o`z-o`zini davolashga kirishishadilar. Umumiy qonda o`zgarishlar bo`lmaydi. Rektoromanoskopiyada kataral, kataral-gemorragik proqtosigmoidit aniqlanadi.

Kolitik shaklining o`rta og`ir kechishi. Kasallik holsizlik, ishtaha kamligi, tana haraoratining 38-39 C gacha ko`tarilishi bilan o`tkir boshlanadi. Keyin bemorni qorin og`rig`i va ichining su yuq ketishi bezovta qiladi. Ich ketishi bir kunda 10-20 martagacha su yuq, qon aralash ketadi. Bemor holsizlanib, ishtahasi Yo`qoladi. Umumiy qonda o`zgarishlar bo`lmaydi. Rektoromanoskopiyada kataral-yarali, kataral-gemorragik proqtosigmoidit aniqlanadi.

Kolitik shaklining og`ir kechishi. Kasallik holsizlik, qorin og`rig`i bilan o`tkir boshlanadi. Tana haraoratining 39 C va undan yuqorigacha ko`tariladi. Keyin bemorni qorin og`rig`i va ichining su yuq ketishi bezovta qiladi. Ich ketishi bir kunda 20 martadan ko`p, qon, shilliq va yiring aralash ketadi. Bemorlarni tenezm, Yolg`on chaqiriq bezovta qiladi. ish qobiliyati Yo`qoladi, anoreksiya ko'zatiladi. Umumiy qonda leykotsitoz yoki leykopeniya ko'zatilishi mumkin. Qorin og`rig`i xurujsimon xarakterda bo`ladi. Rektoromanoskopiyada kataral, kataral-gemorragik proqtosigmoidit aniqlanadi.

Gastroenteroqolitik engil kechishi. Bunda bemorlarni ko`ngli aynib, 1-2 marta qusadi. Qorni og`riydi. Suvsizlanish belgilari aniqlanmaydi.
Gastroenteroqolitik o`rta og`ir kechishi. Bunda bemorlarni ko`ngli aynib, takror qusadi. Qorni og`riydi. Suvsizlanishning 1yoki 2 darajasi aniqlanadi.
Gastroenteroqolitik og`ir kechishi. Bunda bemorlarni ko`ngli aynib, takror qusadi. Qorni og`riydi. Suvsizlanishning 3 darajasi aniqlanadi.

Belgilarining so`nish davri – umumiy zaharlanish va kolit sindromlarining so`nishi bilan tavsiflanadi. Asta sekinlik bilan bemorlarning uyqusi 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 reqonvalestsentlar amaliy sog`lom bo`ladilar. 2-4 hafta mobaynida kasallik oqibatida yo'z bergan fiziologik mutanosiblik tiklanadi. Bu davrda ichakdagi morfologik o`zgarishlar ham asl holiga qaytadi 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 o'zluksiz, qaytalanuvchi va aralash shakllari mavjud. Surunkali ichburug`ning o'zluksiz 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 o'zoq va o'zluksiz davom etishi natijasida bemorlar behol bo`lib qoladilar hamda to'zalishga ishonch Yo`qoladi. Bemorlar tez qo`zg`aluvchan, Yomon uxlaydilar vegetativ asab sistemasi iztiroblanish belgilari (terlash, yurak qon – tomir sistemasi sustligi) ko'zatiladi. Ba`zan oddiy ta`sirlardan bemorlar qornida og`riq bo`lishi ko'zatiladi. Bu ta`sirlar o`z ichiga parhezni bo'zish, 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 su yuq 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 Yozda ko'zatiladi. Klinikasida o`tkir ichburug`ning belgilarini takrorlaydi. Ich o`tish kamroq ko'zatiladi, bemorlarni tenezmlar va Yolg`on chaqiriqlar bezovta qiladi.

Bunday shaxslarni ob`ektiv tekshirganda, chuqur paypaslaganda Yo`g`on ichakning turli qismlarda spazm, og`riq yoki infil`tratlar aniqlanadi.

Asoratlari. Hazm qilish tizimi tomonidan orqa tyoshikning 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 neytrofilyoz ko'zatiladi, bundan tashqari ECHT tezlashgani ko`riladi. Aneozinofiliya yoki eozinopeniya xastalikning 1-chi 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 quyiladi. To`g`ri yig`ilgan anamnez tashxis qo`yishda katta ahamiyatga ega: Kasallikning boshlanishi, harorat tavsifi, belgilarning ketma – ket paydo bo`lishi, tibbiy muassasaga murojaati, uy sharoitida davolanganligi va uning nafi. Oshqozon ichak trakti funksiyasiga 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 qoidalaraiga rioya qilish, ovqatlanish rejimi, ichimlik suvi bilan ta`minlanganlik, bemor bilan muloqoti va hoqazolar asos bo`ladi.

1. Bakteriologik usul. Laboratoriya xodimlarning malakasini, ekish uchun material olish muddati va to`g`riligi, muhitning sifati kabilar bakteriologik tekshirish usulining eng asosiy va zaruriy

shartlaridir. Natijasini idishlardan, steril tampon, shisha tayok cha, qoshiqcha, sim bilan olingan materialni ekish, bir necha marotaba tekshirish, antibiotiklar berilguncha material olish kabi shartlar bakteriologik tekshirishning sifati va musbat natijasini oshiradi.

Egri gemagl yutinatsiya 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 su yuqliklarda antigenlarni aniqlaydigan bir qancha usullar AEGR – autoeritrotsitlar gemaggl yutinatsiya reaksiyasi, O-AGAR-agregat gemaggl yutinatsiya reaksiyalari qo`llanilmoqda.

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

Ichburug`ni salmonellyoz, vabo, amyobiaz, nospetsifik Yarali kolit, Yo`g`on ichak raki, balantidiaz va boshqa kasalliklardan farqlash kerak.

Davosi. Ichburug`ga 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 bu yuriladi. 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 su yuqlik iste`moli hisoblanadi. Bemorlarga regidron, gl yo'qosolan, uy sharoitida esa qand-to'zli eritma (1 litr qaynatib sovutilgan suv+40g oqqand kukuni+5g to'z+2,5 choy qoshiq ichimlik sodasi) si tavsiya qilinadi.

Dori-darmonli davolash qo`zg`atuvchi va uning zahariga qarshi, patogenetik va simptomatik bu yurilishi shart. Kasallikning 1-2 kunida oshqozonni yuvish, tozalovchi ho`qna o`tkazish davolash samarasining yuqori bo`lishini ta`minlaydi. Ichak enterosorbitlari (smekta, bektit-M) bakteriyalar va ularning zaharlarini organizmdan chiqarishga samara beradi. Bektit-M tarkibida al yuminosilikat saqlagan yuqori enterosorbsion 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 toqsikoinfeksiyalari va boshqalar)da, hamda ichak kuchaniqlarida qo`llaniladi. Bektit kattalarga 1 paketdan kuniga 3mahal suspenziya holida bu yuriladi. Paketdagi kukun qaynatib sovutilgan suvga (suv xarorati 18-20*S) asta-sekinlik bilan suspenziya holiga kelguncha aralashtiriladi. Bolalar uchun 1-2 Yoshda kuniga 1 paketik , 2 Yoshdan kattalarga 2 paketik kuniga 3 martaga belgilanadi. Bolalarga kukun qand, gl yo'qoza yoki asal bilan shirinroq holda berish mumkin.

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

1.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, nufuroqsazil, sulfalitoqsazollar tavsiya etiladi.

I.Alternativ preparatlar:

A) I guruhi effeksiz bo`lganda:

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

Alternativ preparatlar sifatida amoqsatsilin va aminogl yo'qozidlarning II guruhi aminatsin, metilmetsin, ichishga ko`rsatma bo`lganda parenteral makrolidlarning II avlodi – azitromitsin bu yuriladi.

III. Zahira preparatlar reanimatsiya va intensiv terapiyada qo`llaniladi

A) bolalarda og`ir va generalizatsiyalashgan O`II.

B) kasallik o`rta og`ir va og`ir kechganda, II gurux foydasiz bo`lganda.

C) UII, ORVIning bakterial asoratlari bilan birga kechganda.

III guruhga rifampitsin, cefalosporinlarning III va IVavlodi- cefbuten va ceftazidim, ftorxinolinlardan-norfloqsatsilin. 12 yoshdan katta bolalar (qolganlarida faqat ko`rsatma bo`lganda). Karbopenamlar - imipenam (tsipostin, merapenam). Rezerv preparatlar davriy ravishda antibiotikogramma va davo effektlariga qarab o`zgartiriladi.

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

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

Antibakterial davolash. 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`qotish 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 eritmalari kunda 2 – 3 mahal, 1-2 % - 1ml papaverin eritmasi, no-shpa tabletkalari 1 – 2 tabletkadan kunda 2 – 3 mahal tayinlanadi.

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

Vitaminoterapiya 250 – 500 mg askorbin kislotasi; 20 mg nikotin kislotasi; 50 mg vitamin V1; 15 – 20 mg V2, 50 – 100 mg vitamin B_6; 150 – 200 mg vitamin B_{12} bu yuriladi.

Ichburug`da bulardan tashqari vitamin A, gemorragik sindrom yo'z bersa K va P vitaminlari tayinlanadi. Nospetsefik stimulyator preparatlari ichburug`da nospetsifik rezistentlik va organizmning immunologik reaktivligini oshirish maqsadida qo`llaniladi. Pirimidin asosli preparatlar: Metiluratsil 1 – 1,5 g, pentoqsil 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.

Kalsiy xlor, kalsiy gl yo'qonat, dimedrol, suprastin, pipolfen kabi preparatlar ham qo`llaniladi. Toqsik shakllarida steroid garmonlardan gidroqartizon, prednizalon tayinlanadi.

Mahalliy davolash sifatida antimikrob preparatlar tayinlanadi. 5 % li sarimsoqli eritma, 1: 5000 nisbatdagi furatsilin eritmasi, grimitsidin C –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 klizmalar 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 navoqain 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 grdan yuborish mumkin.

Kasallik o'zoq kechadigan bo`lsa hamda distrofiya, ichak shilliq qavatlarida o'zoq bitmaydigan Yaralar bilan asoratlangan bo`lsa anabolik garmonlar tayinlanadi. Metandrostenolon kabi preparatlar ovqatdan oldin kunda 10 – 12 mg dan, terapevtik effektni saqlab qolish uchun 5 mg/ sutka berib boshlanadi. Bitta davo kursi 4 – 8 hafta. Retsedivlar va xurujlar vaqtida – himoyalovchi – quvvatlovchi rejim, o'zaytirilgan 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.

Reqonvalestsentlar odatda klinik sog`ayish va ichak sanatsiyasidan so`ng, o`tkir ichak kasalliklari bilan og`rigan ammo bakteriologik diagnozi tasdiqlanmagan bemorlar esa klinik sog`aygandan 3 kun o`tgandan so`ng uyiga javob beriladi. Oziq–ovqat, muassasalarida faoliyat ko`rsatuvchi bemorlar esa, davo kursi tugagach 2 kundan keyin bir marta tekshirish o`tkazilgach uyiga javob beriladi. Surunkali ichburug`da bemorlarni uyiga javob berishda klinik sog`ayish yo'z 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 zanjiri: infeksiya manbai, yuqish Yo`li va organizm moyilligi kabilarga qaratilgan, kompleks tarzda o`tkaziladigan sanitar – gigienik, davo – profilaktik va epidemiyaga qarshi chora – tadbirlar o`tkazish orqali erishiladi.

4-mavzu: **Salmonellez. Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm.**

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-axborotli Ma`ruza.
Mashg`ulot rejasi	1.Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm. etiologiya, epidemiologiyasi. 2.Kasallik patogenezi va patanatomiyasi. 3.Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm. klinikasi, tasnifi. 4.Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm. laboratoriyaviy tashxisoti. 5.Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm. qiyosiy tashxisoti 6.Kasallikni davolash asoslari (dezintoqsikatsiya, regidratatsiya usullari). 7. Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm. profilaktikasi.
O`quv mashg`ulotning maqsadi: : *Tarbiyaviy:odob, axlok va deontologiya, Rivojlantiruvchi* Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm.kasalligini amaliyot va nazariyada o`rganishda unga klinik tashxis qo`yishda vrachlarni tayyorlash, salmonellez kasalligida uchraydigan intoqsikatsiya, degidratatsiyani baholay bilish, dezintoqsikatsiya, regidratatsiya usullari, asoratlarda tezkor yordam berish. Ichak infeksiyasi kasalliklarda vrach taktikasi va bu kasallikni oldini olish choralarini o`rgatish. Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm. kasalligining tibbiyotda tutgan o`rni, Respublikamiz hududida salmonellez qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlar to`g`risida ma`lumotlar. Kasallikning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo`llari va omillari, aholi moyilligi, patologik o`zgarishlarning yo'zaga kelishi omillari. Bu kasallikning klinik tasnifi, klinik belgilari, a`zo va tizimlardagi o`zgarishlar. Kasallikning tashxisot usullari, asoratlari, davolash mezonlari, bemorlarni parvarish qilish hamda kasallikning oldini olish.	
Ta`lim berish usulibi	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. “Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm” MA’RUZA mashg’ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	Ta’lim beruvchi
1.Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1. Mavzu bo’yicha o’quv mazmunini tayyorlash. 2.“Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm” MA’RUZA si uchun taqdimot 3 ta multimedia tayyorlash. 3. Fanni o’rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro’yxatini ishlab chiqish	Tinglaydilar Ko’radi
2. Mavzuga	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi.	Tinglaydilar

kirish (15 daqiqa)	2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1.Salmonellez klinikasi haqida ma'lumot bering 2.Ovqat toqsikoinfeksiyasi etiologiyasi bo'yicha ma'lumot bering 3.Botulizm profilaktikasi haqida ma'lumot bering	Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
3 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi 3 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Tinglaydilar
4- Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi Salmonellez Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm. 3. Uyga vazifa beradi Salmonellez. Ovqat toqsikoinfeksiyasi. Botulizm.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

Salmonellez. O`tkir ichak infeksiyalari yuqumli kasalliklar ichida eng dolzarb muammolardan bo`lib hisoblanadi. Markaziy Osiyo mamlakatlarida, xususan O`zbekistonda bolalarda uchraydigan o`tkir ichak infeksiyalaridan o`lim darajasi yuqoriligicha qolmoqda. Shuni ta`kidlash kerakki, oxirgi 10 yil mobaynida bolalarda uchraydigan o`tkir ichak infeksiyalarni etiologik sabablarini aniqlashda qiyinchiliklarga duch kelinmoqda. Shu bilan barcha kasallikning og`ir kechishi, asoratlar va o`lim oqibatlari kundan-kunga ko`paymoqda. Bunga asosiy sabab, o`tkir yuqumli ichak xastaliklarini qo`zg`atuvchisi bo`lgan salmonellalar, shigellalar, esherixiya va proteylar amaliyotda ishlatib kelinayotgan levometsitin, tetratsiklin, gentamitsin, polimiksin, kefzol, klaforan kabi antibiotiklarga chidamli bo`lib qolganligidir. Shu bilan birga Yosh bolalarda o`tkir ichak infeksiyalarining og`ir va asoratli o`tishiga asosiy sabab qo`shimcha kasalliklarni ta`siri, immunobiologik qarshilik kuchlarni etarli darajada emasligi va disbakterioz holatini vujudga kelishidir. Oqibatda Yosh bolalarda ko'zatilgan salmonellyoz xastaligi kasallikni og`ir kechishi bilan izoxlanadi. Bemor bolalarda kuchli intoqsikatsiya, neyrotoqsikoz, meningit, meningoensefalit belgilari ko'zatilishi mumkin. Shu bilan birga kasallikning ilk davridan boshlab diareya sindromi ko'zatiladi. Natijada Yosh bolalarda eksikoz (suvsizlanish), toqsikoz tez vujudga keladi.

Salmonellyoz- o`tkir yuqumli kasallik bo`lib, oziq-ovqatlar orqali yuquvchi, oshqozon-ichak yo'llari faoliyatining bo'zilishi belgilari bilan kechadi.

Etiologiyasi. Salmonellalar grammmanfiy 2-4 x 0,5 mk kattalikda, spora va kapsulalar hosil qilmaydi, xivchinlar Yordamida xarakatlanadigan tayokchalardir. 8-12 xivchinlari bor («ko`p eshkakli kemacha») shuning uchun u harakatchan.

Salmonellalarning fermentativ xususiyatlari asosida 4 ta oilachaga bo`linadi, ularda 3 xil asosiy antigen komplekslari 0-somatik (termostabil) – 2 soat davomida qaynaganda parchalanmaydi, N-antigen, xivchinli (termostabil) – qaynatilganda parchalanadi va qobiqli K-antigen. Har bir antigen immunizatsiya vaqtida o`ziga xos antitelolar hosil qiladi.

Salmonellalar bir qator patogen xususiyatlarga ega, shulardan asosiysi uning adgezivligi- ichak epiteliyalariga Yopishishi; invazivligi- epiteliy ichiga kirib, u erda ko`payishi va enterotoqsigenligi- ichak epiteliylariga toqsik ta`sir qilishi.

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 $37^0$S haroratda Yaxshi o`sadi va ko`payadi, biroq $50^{oC}$ issiqlikda va xolodilnik haroratida ham Yashay oladi, tashqi muhitda chidamli. Quduq, xovo'z, ko`l, ariq suvida, ichimlik suvda 11 kundan 120 kungacha Yashaydi, go`sht, kolbasa, sosiska va boshqa go`sht mahsulotlarida 60-130 kun, mo'zlagan go`shtda 13 oygacha Yashab, go`sht Yaxdan tushganda ko`paya boshlaydi. Xolodilnikdagi sutda 20 kungacha, sariyog`da 52-128 kun, tuxum va pishloqda 13 oygacha, chiqindi, xayvon va odam najasida 80 kundan 4 yilgacha saqlanadi.

Salmonellalar ayniqsa eskirib qolgan go`sht va baliq qiymasi, qondan tayyorlangan kolbasa, sosiska, kremlar, o`rdak va g`oz tuxumlarida tez ko`payadi. Salmonella mikroblari past haroratga o'zoq chidaydi, 50^{oC} dan yuqori haroratda tez, 100^{oC} haroratida (qaynatilganda) esa shu zahotiyok

nobud bo`ladi. 400 gramm miqdordagi go`sht 2,5 soat davomida qaynatilganda haloq bo`ladi, bu go`shtni 3 soat 100^{oC} da qaynatilgandagina zararsizlanadi.

Hozirgi paytda odamlarda kasallik qo`zg`atuvchi salmonellalarning 2000 dan ziyod turi aniqlangan. Ulardan 700 turi odamda kasallik chaqiradi. Ko`rinib turibdiki salmonellalar oilasi juda katta va uning vakillari chidamli mikroblardir. C typhi va C. paratyphi A va B dan tashqari xamma ma`lum serologik turlari ham odam ham hayvonlarda kasallik chaqiradi.

Epidemiologiyasi. Salmonellyozlar sporadik va epidemik holatlarda uchraydi. Salmonellalar boshqa o`tkir ichak infeksiyalari qo`zg`atuvchilaridan farqli ravishda odamdagina emas, balki hayvonlarda (qoramol, cho`chqa, parrandalar- o`rdak, g`oz, tovuq) ham kasallik qo`zg`atadi. Kasallikni belgilarsiz, Yashirin kechuvchi shakli bilan og`rigan hayvonlar yuqish manbai sifatida ko`proq xavf tug`diradi. Hayvonlar kasallikni odatda bir-biridan yoki parranda so'zib yuradigan zararlangan suv havzasidan suv iste`mol qilganda yuqtiradi. Issiqda turib qolgan go`shtli ovqatlar-norin, manti, somsa-salmonellalar uchun ayniqsa qulay muhit hisoblanadi. 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. Ovqat infeksiya manbai emas, balki o`tish omilidir.

Infeksiyaning ikkinchi manbai-odam. Salmonellyoz bilan kasallanganlar, bakteriya ajratuvchilar kasallik yo'qtiradigan manbai 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. Qoramol go`shti va parranda go`shti kasallikning asosiy manbai sanaladi. Mol, cho`chqa, qo`y, ot, o`rdak go`shti va aynigan tuxumlardan tayyorlangan ovqatni iste`mol qilish natijasida 80% hollarda shu kasallik yuqadi.

Infeksiya go`sht mahsulotlariga xayvon tirikligida va u so`yilganda hayvon ichagidagi salmonellalar tushishi mumkin. Natijada kasal va sog`lom xayvonlar go`shtini umumiy kundalarda chopilganda, pyoshtaxtalar, stol, pichoq va boshqa bu yumlardan foydalanganda kasallik keng tarqalib ketadi. Norin, pishgan go`sht, makaron, kolbasa, oshko`k kabi taomlar xom go`sht maydalangan oshtaxtada to`g`ralganda va kesilganda salmonellyoz yuqib qoladi. Bunday taomlar bir necha soat issiq xonada qolib ketadigan bo`lsa, kasallik tarqatuvchi mikroblar etarli darajada ko`payadi. Salmonellyoz bilan og`rigan xayvonlar suti ham juda xavfli.

Salmonellyoz tarqalishida pashshalarning ham axamiyati katta, salmonellyoz kasalligining ayniksa pashsha ko`paygan davrga tug`ri kelishi ham shuni tasdiqlaydi.

Salmonellyoz tarqalishining asosiy yo'llaridan biri suv yo'lidir. Salmonellalar suvda o'zoq vaqtgacha o`z hayot faoliyatini saqlab qoladi va suv oqimi bilan olis masofalargacha boradi.

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. Kasallikning qanday kechishi esa organizmning himoya qilish qobiliyatiga bog`liq. Darmonsiz odamda kasallik jadal kechsa, chiniqqan, baquvvat odamda engil turda o`tadi.

Salmonellyozning epidemiologik xususiyatlaridan biri keyingi yillarda er sharining ko`p davlatlarida va birinchi navbatda iqtisodiy jihatdan rivojlangan davlatlarda keng tarqalganidir.

Umuman keyingi yillarda salmonellyoz bilan kasallanish ko`paydi. Ko`p tadqiqotchilarning fikricha, buning sababi chorvachilik rivojlanishi, chet davlatlar bilan aloqaning kengayishidir. Hozirgi paytda salmonellyozga xos xususiyat uning ko`pincha «sporadik» (axyon-axyonda) holatda uchrashidir, bu holat asosan salmonellalar yuqqan oziq-ovqatlar bilan savdo qilinishidan kelib chiqadi.

Hozirgi zamon tabobatining asosiy muammolaridan biri «shifoxonalar ichra» («gospitalnaya», «vnutribolnichnaya») salmonellyozning paydo bo`lishidir. «SHifoxonalar ichra» 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 faslning sovuq oylarida uchrashidir. Bu hollarda kasallik manbai asosan odam, ko`proq bolalar, kamroq shifoxona xodimlari, onalar, «SHifoxona ichra» bo`ladigan salmonellyozda asta-sekin tarqalishi va o'zoq davom etishi xosdir.

Patogenezi. Salmonellyozlar patogenezi g`oyat murakkab. Patologik o`zgarishlarning rivojlanish mexanizmi to`liq o`rganilmagan. Salmonellyozning kechishi belgisiz formasidan tortib 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`atuvchi va ularning toqsinlari og`iz orqali (enteral Yo`l) organizmga kiradi. Me`da va ichaklarda o`tkir Yallig`lanish holatiga olib keladi. Salmonellyoz patogenezining xususiyatlaridan biri qo`zg`atuvchining me`da-ichak sistemasidan o`tib qon va limfa bilan organizmga tarqalishidir. U o`z yo`lida bir qator to`siqlardan o`tadi, chunonchi me`da sharbati, ingichka ichak devori, shu organlarga Yaqin joylashgan (regionar) limfatik tugunlar, jigar, qon RES to`qimalari spetsifik antitellalar va h.k. Makro va mikroorganizmlarning munosabatiga muvofiq yuqumli jarayon yuqorida ko`rsatilgan to`siqlardan birontasida to`xtashi mumkin. Kasallik belgilari salmonellalarning ingichka ichak devoridan o`tgach paydo bo`la boshlaydi. Organizmga kasal qo`zg`atuvchi bevosita (septik komponent) ta`siridan tashqari, ekzo va endotoqsinlari toqsik komponetlari bilan ta`sir ko`rsatadi.

Organizmning javobi alohida organ va sistemalar funksiyasining bo’zilishi (patofiziologik komponent) va modda almashuvlarning bo’zilishi (metaolik komponent) sifatida yo’zaga chiqadi.

Salmonellyoz patogenezining septik komponenti. Bu komponent kasallik qo`zgag`uvchining me`da, so`ngra ingichka ichakka kirishi, u erda birlamchi infeksiya o`chog`i manbai paydo bo`lishi bilan bog`liq.

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 haloq bo`lmaydilar. Me`dada yuqori kislotali sharoitda salmonellalar haloq bo`lib endotoqsinlar ajraladi. Agar salmonellalar kam mikdorda kirgan bo`lsa, bu erda hammasi o`ladi, yuqumli jarayon shu er bilan chegaralanadi. Bu holatda ajralgan ekzo- va endotoqsinlar qonga so`rilib intoqsikatsiya belgilarini rivojlantiradi, lekin ular juda kam va qisqa muddatli bo`lib, tez yuqoladi. Ko`pincha me`da shirasining kislatasi kamayishi natijasida salmonellalar ingichka ichakka o`tadi. Bu erda ular o`ziga mos muhitga tushadilar, ichak epiterotsitlarning 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 (vorotnaya) venasi bilan jigar, so`ngra o`pka, katta qon aylanish doirasi, boshqa ko`p a`zolar va to`qimalarga kiradi. Vakuolalarning bir qismi qon tomirlariga parchalanadi, tushagan salmonellalar qonda aylanib yuradi.

Salmonellalarning qonda aylanib yurishi bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi, a`zolarga kirib, Yangi-yangi infeksiya o`chog`i hosil bo`ladi. Vakuolalardagi va sof holdagi salmonellalar ichak va a`zolar limfa to`qimalarning makrofaglariga o`rnashadi. Bu erda ularning ko`payishi natijasida to`qimalar haloq bo`ladi bu o`zgarishlar granulemalar va ikkilamchi infeksiya o`chog`lari hosil bo`lishining asosida Yotadi.

Toqsik komponenti. Salmonellalar endo- va ekzotoqsinlari organizmda vegetativ nerv sistemasining ish faoliyatiga katta ta`sir ko`rsatadi. Tadqiqot ishlari shuni kursatadiki perenteral yuborilgan yuqori dozadagi toqsinlar o`tkir toqsikoz belgilarini paydo qiladi (nafas olishning tezlashishi, tirishish orqa oyok larning falajlanishi, ishtahaning pasayishi, ich ketish, koma holati va h.k, ko`p ichki a`zolarga qon quyilishi). Xayvonlar va ko`ngillilarda o`tkazilgan tadqiqot ishlari toqsinini og`iz orqali (enteral) yuborilganda kasallik rivojlanmasligini ko`rsatadi. Taxminan, salmonellalarning toqsik moddalari o`zi alohida organizmga enterotoqsik ta`sir qilishi xususiyatga ega emas.

Kasallik rivojlanishi uchun albatta iste`mol qilinayotgan taomda tirik bakteriyalarning bo`lishi shart. Bunday sharoitda endotoqsin salmonellalarning ichakdan qon tomiriga o`tishi « yo’l ochib beruvchi» («protravadir»). O`ldirilgan salmonellalar ichakdan tashqariga o`tmaydi, aynan bir vaqtda og`iz orqali kirgan o`ldirilgan va tirik salmonellalar ta`siri aniq ko`rinadi. Demak, endotoqsinlarning roli faqat tirik salmonellalar bilan birga bo`lganda alohida ahamiyat kasb etadi.

Organizmda paydo bo`ladigan patologik o`zgarishlarda ichak shilliq qavatining funksional holati alohida o`rin egallaydi. Shilliq qavati zararlanmagan ichakka hatto katta miqdorda yuborilgan

toqsinlar ham ta`sir qilmaydi, lekin shilliq qavat zararlangan bo`lsa o`t bilan, gipovitaminoz A (kichik miqdordagisi ham kasallik rivojlanishi uchun etarli bo`ladi).

Patofiziologik komponenti. Salmonellyoz qo`zg`atuvchisi B uning toqsinlari kirishiga organizm birinchi kunlaridayok javob beradi. Bu kasallikda me`da-ichak faoliyatining bo'zilishi asosiy o`rinni egallaydi.

Ingichka ichakda so`rilish qobiliyatining bo'zilishi ko`p tadqiqotchilar tomonidan isbotlangan. Salmonellyoz bilan og`rigan bemorlarda disbakterioz (ichak florasining normada sostavi bo'zilishi) hamma vaqt ko`riladi. Disbakterioz belgilari kasallikning boshlanish davrida paydo bo`lib, avj olgan davrda Yakkol bilinadi, to'zalish davrida kamayadi, ammo normal holatga kelishi kamdan-kam kasallarda bo`lishi mumkin. Ichak funksiyasining bo'zilishi, birinchi navbatda, uning biomexanikasining o`zgarishi bilan bog`liq. Endotoqsin eng avval ichak qon-tomir sistemasiga ta`sir qilib, vazomotorlarni falajlantiradi, buning natijasida qon tomirlar tonusi pasayadi, ular devori orqali o`tish qobiliyati oshishi bilan bir qatorda ingichka ichak peristaltikasi (harakati) kuchayib, ximus harakatlanishi tezlashadi.

Mana shunday salmonellalarning «bo`shashtirish» (poslablya ущее) ta`siri ichakdan ko`p miqdordan suv, to'z, fermentlar va ximusning oziq moddalari yuqotishga olib keladi. Qon tomirlari devoridan o`tish qobiliyatining oshishi natijasida qon suyak qismlarining ichakka so`rilishi kuchayadi, bu holat o`z navbatida ximusning su yo'lishiga olib keladi va nihoyat bularning hammasi to'z-suv, oqsil va h.k. modda almashinuvi bo'zilishining ko`rinishidir. Salmonellyoz kasalligida, boshqa o`tkir ichak infeksiyalari kabi suv va elektrolitlar birinchi navbatda ichak orqali ko`p va suvdek axlat bilan, qusiq orqali Yo`qotadi. Bundan keyingi Yo`l-su yuqlikning qon tomiri va hujayralararo joylardan ichakka o`tishi va nihoyat hujayralarning o`zidan su yuqlikning ichakka o`tishi. Xullas o`tkir ichak infeksiyalarida su yuqlik doimo ichakka o`tib turadi, uni to`ldiradi va undan qusiq va ich ketish Yo`li bilan chiqib ketadi, shu munosabat bilan siydik chiqarish kamayadi yoki butunlay to`xtaydi. Su yuqlikning va elektrolitlarning hujayralardan ichakka Yo`nalishini yuqoridagidek tasvirlash juda qoniqarli tushuncha emas. Albatta falaj bo`lib tonusini yuqotgan, kengaygan qon tomirlari qon ko`p qismining qorin bo`shlig`i va a`zolariga Yo`nalishi ham ma`lum ahamiyatga ega.

Qon tomiri va to`qimalarda su yuqlikning harakati Starling qonuniga bo`ysinadi. Bu qonunga muvofiq yurak faoliyati pasayganda gidrostatik bosim pasayishi natijasida suvning qon tomiridan to`qimaga o`tishi qiyinlashadi. Buning natijasida qon tomirlari qon bilan tuladi, uning su yo'q qismi ichakka, Ya`ni bosim kam joyga o`ta boshlaydi. Shunday qilib, faqat yurak faoliyatining pasayishi suvning ichakka o`tishiga Yordamlashadi. Shuningdek, Starling qonuniga binoan qon tomirlaridagi suvni qon sostavidagi yuqori kolloid-onkotik bosimga ega bo`lgan oqsillar qamrab turadi. Salmonellyozda esa plazmadagi oqsil mikdori 20% (kasallik og`ir kechganda 40-50%) kamayadi, binobarin ularning kolloid-onkotik bosimi shunga Yarasha kamayadi va suv qon tomiridan to`qimalarga qarab Yo`naladi, bunday harakat qon tomirlaridagi oqsil va elektrolitlar normal holatga etguncha davom etadi va nihoyat bu protsess qonning qu yuqlashishi va uning reologik xususiyatlarining o`zgarishiga olib keladi.

SHuningdek suvning qon tomirlaridan to`qimalarga Yo`nalishiga ichakning surib olish ta`siri, ichak harakatining tezlashishi (ichak peristaltikasining tezlashishi) kolloid-onkotik, osmotik bosimlar, yurak qisqarish kuchi ham ta`sir qiladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning inkubatsion davri 3-5 dan 18-36 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 turigacha mavjud.

Kasallikning shunday kechishiga albatta, me`da-ichak yo'llarining immun va no immun qarshiligi, spetsifik va nospetsifik immun kuchi hamda biologik boshqarish sistemasining molekulyar, hujayra va a`zolar kurashi kuchi organizmning ichki sharoitiga qo`zg`atuvchining kira olish xususiyatini belgilaydi.

yuqumli jarayonning kechishida, albatta qo`zg`atuvchi xususiyatlari, yuqish Yo`li, mikroorganizmning genotopik ahvoli alohida o`rinda turadi.

Salmonellyoz kasalligining Yosh bolalar va qariyalarda kechishining farqlari bunga Yaqqol misol bo`la oladi.

Salmonellyoz kasalligining hamma xillarini kuyidagicha klassifikatsiyasi amaliy qo`llash uchun tavsiya qilingan (1981):

1. Gastroiitestinal turi (me`da –ichak klinik turi).

1. O`tkir gastrit
2. O`tkir gastroenteritit
3. O`tkir gastroenteroqolit

2. Tarqalgan atsiyalashgan turi (butun organizm yoki alohida a`zoga tarqalishi).

1. Tifsimon varianti (ich terlamasimon)
2. Septiko-piemik varianti (septik).

3. Bakteriya tashuvchilar:

1. O`tkir tashuvchilar
2. Surunkali tashuvchilar
3. Tranzitor tashuvchilar

Hozirgi vaqtda gastrointestinal turi eng ko`p uchraydi va yuqorida ko`rsatilgan variantlarda bo`lishi mumkin.

Kasallik ko`p hollarda o`tkir boshlanadi. Kasallik boshidanoq me`da-ichak Yo`llari faoliyatining bo'zilishidan tashqari, organizmning zaharlanish belgilari ham yo'zaga chiqadi. Ko`pincha birinchi o`rinda kam quvvatlilik, bosh og`rishi, tana haroratining ko`tarilishi, sovun 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 turlarida ko`ngil aynishi, qusish, ishtahaning kamayishi, ich ketish kabi belgilar bo`ladi. Qusish birinchi kunlari juda ko`p qaytarilishi mumkin. Ich ketishi ko`p kasallarda bir kecha-kundo'zda 10 martdan ortiq, axlat ko`p miqdorda, suvsimon, ko`pirib, patologik qo`shimchalarsiz, ba`zi kasallarda (1/3 qismida)- yashilroq rangda bo`lishi mumkin.

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

Gastroenteritning variantlarida o`zgarishlar me`da-ichak yo`llarining hamma soxalarini, xususan yo`g`on ichak, me`da osti bezi va jigarda ham bo`lishi mumkin.

Me`daning kataral holatda zararlanishi doimo bo`ladi, ba`zi holatlarda faqat shu formada bo`ladi, bu holatda gastrit varianti haqida fikr yuritiladi.

Kasallik davrida yo`g`on ichakning ham zaralanishi haqida ko`p tadqiqotchilar ta`kidlab o`tganlar, bu hollarda kolit simptomlari (sigmasimon ichakning qisqargan xolda bo`lishi, gemoqolit) paydo bo`ladi. Bular gastroentroqolit variantlaridir. Bu tur diagnozi qo`yish uchun albatta Yo`g`on ichak shilliq qavatlaridagi destruktiv o`zgarishlar varklinik manzarisida kolit belgilari birinchi o`rinda turgan bo`lishi kerak.

Gasroenteroqolit forma 5-8% uchraydi. (V.I Poqrovskiy, 1981). Tana haroratining oshishi asosan kasallik avj olgan davrda bo`ladi, ko`pincha o'zluksiz doimiy, lekin subfebril, remitturu yuщiy holatda ko`rinishi mumkin. Harorat 5-7 kun davom etadi, ba`zan 1-2 kundan oshmaydi.

Ich ketish kasalligi engil kechganda bir uch 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 sistemasining zararlanishi ham xos xususiyatdir. Qon tomirlari faoliyatining bo'zilishi asosiy o`rinni egayllaydi, bular o`z yo'lida yurak faoliyatini bo'zilishiga olib keladi. 5-7% kasallarda kopleks bo`ladi. Bu holatlarning asosida suv va elektroqolitlarning yo`qotish va qonni realagik xusiyatlarining o`zgarishi yotadi.

Buyruqda qonning aylanishining bo'zilishi xam suv elektrolit balansidagi o'zgarishlar bilan bir katorda buyrakning faoliyatning o'tkir bo'zilishiga sabab bo'ladi.

Salmonellyozning urtacha og'ir turlarida infeksion toqsik va gipovalenik shoq rivojlanishiga olib keladi. Infeksion toqsik va gipovalenik shoqlarning belgilari bir-biriga uxshaydi, lekin infeksion toqsik shoq organizm umumiy intoqsikatsiyasining ruy-rost belgilari yurak qon tomirlar

sistemasi funksiyasining bo'zilishi bilan xarakterlanadi. Infeksion toqsik shoq patogenezi va klinik belgilari bilan o'tkir tomirlar kollapsiga ancha uxshaydi.

Gipovalenmik shoqning asosiy patogenetik mexanizm suv elektrolit balansi va uning garmonal boshqaruvchisining anchagina bo'zilishi sirkulyatsiya kilayotgan qon massasining va yurakka keladigan venoz qon oqimining keskin pasayishi xisoblanadi.

Salmonellyozning og'ir kechishida kasallikning dastlabki soatlaridanoq arterial bosim ancha tushib ba`zan bemor xayotiga taxdid soladigan kollaps xolatiga olib kelishi mumkin.

Kollaps salmonellyozning boshqa klinik formalariga karaganda o`ta o'tkir salmonellyoz gastroenteritida ko'proq ko'zatiladi. Infeksion kollapsning klinik manzarasi avvalo bemorning bezovtalanishi, bexudaga xavotirlanishi, tashki kiyofasining o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Bemorning yo'zi bo'zargan lab shilliq pardalari, Yonogi, burun uchi kukimtir, ko'z atroflari kukargan, organizm ancha suvsizlanganda ko'z soqkasi ichiga botgan bo'ladi. Yo'za venalarchakka qo'l va oyok kaftlarining Orqasi, shuningdek tirsak venalari kuchayib kolganligi sababli topish kiyinlashadi. Bemorlarning pyoshanasida ter tomchilari ko'rinadi.

Kasallikning dastlabki davrida xarorat ancha oshsada, kollaps yo'z bergandan so'ng bemorlarning tana xarorati sub normalgacha tushadi. Pulsi juda tez (texikardiya) , juda yumshoq , kiyinlik bilan kulga unaydi, ipsimon bo`lib qoladi: kllaps avj olgan davrda puls umuman bilinmasligi mumkin. Arterial bosim keskin pasayib ketadi, maksimal bosim 30-40 mm simob ustuniga, minimal bosim 0 gacha tushadi. Yurak chegaralari bir muncha toraygan (uning diastolada etarlicha tulmasligi tufayli) , yurak tovushlari keskin bugiklashgan. Klonik xarakterdagi musqo'l tortishishi ruy berishi mumkin. Kollaps xolati bemor xayoti uchun jiddiy xavf tugdiradi;

Gemogrammada aniqlanadigan neytrofil leykotsitoz foizning oshishi, gemoglabin va eritrotsitlar mikdorining kupayishi salmonelleyozning og'ir formasiga uchragan bemorda qonning ancha ku yo'qlashganligi bilan izoxlanadi.

Ayniksa bu xolatlar toqsik-infeksion, shoq rivojlanganda ko'proq yo'zaga chikadi, bu sharoitda aylanuvchi qon mikdori kamayishi buyraklarga xam qon kelishini kamaytiradi, mikrotsirkulyatsiya buziladi va x.k.

Buyrak faoliyatining bo'zilishi oliguriya, og'ir kechganda anuriya belgilari sifatida kurish mumkin. Odatda siydikdagi o'zgarishlar qisqa vaqtli bo`lib, tezda o'z xoliga keladi. Buyrak zararlanishi bilan kasallik kechishining og'irligi orasida o'zviy boglanish bor, kasallik kanchalik og'ir kechsa, buyrak faoliyati shunchalik kup buziladi.

Nerv sistemasi faoliyatining bo'zilishi kasallik belgilarining asosida Yotadi, chunonchi bog ogrishi uyquning bo'zilishi, muskullar tirishishi, ensefalitlar va x.k.

Qon tekshirilganda neytrofil leykotsitoz (1 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 kislata-ishkor muvozanatining bo'zilishi bilan bog`liq belgilar xam aniqlanadi.

Enteroqolitik formasi ich ketishi, kupgina najas massasining ajralishi bilan xarakterlanadi. CHap Yonbosh soxasida sigmasimon ichakni palpatsiya kilganda sigmasimon ichakning sezuvchanligi, spazmi (qisqargan xolati) seziladi. Salmonellyozning bu formasi klinik jixatdan zonne bakteriyalari ko'zatgan o'tkir dezenteriyaga juda uxshash kechadi.

Salmonellyoz gastroenteroqolit formasining klinik kechishi enteroqolit forma klinikasiga muvofik keladi, biroq unga me`da zararlanishi simptomlari kushiladi: tish osti soxasida og'riq , ketma-ket qusish, kusik moddalarda eyilgan ovkat koldiklari, so`ngra ko'pincha shilimshik va ut su yo'qligi aralashgan loykaroq su yo'qlik ajralib chikadi.

O`ta o'tkir salmonellyoz gastroenteriti bu kasallikning kam uchraydigan, biroq eng og'ir klinik formasi xisoblanadi. Qusish, xarorat ko`tarilishi bilan juda o'tkir boshlanadi, bemor ketma-ket kusadi, kukimtir rangli, so`ngra «guruch suvi»ni eslatiladigan su yo'qlikka aylanadigan badbuy xidli su yo'q ich ketadi. Dastlabki 3-5 kunda ko'zatiladigan belgilar shulardan iborat. Tez orada organizmning suvsizlanish xodisalari osha boradi, siydik ajralishi keskin kamayadi, puls yumshoq bo`lib qoladi, arterial bosim , ayniksa minimal keskin tushib ketadi, lab shilliq pardasi, Yonoqlari va burun uchi sianotik tusga kiradi. Salmonellyozning boshqa klinik formalarga karaganda o`ta o'tkir salmonellyoz gastriti shoq va kollaps rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Salmonellyozning tarkalgan atsiyalashgan turi kam uchraydi. Masalan: A.F Bl yuger va x.k (1975) ko'zatishlari buyicha tafsimon varianti 1,8% septikopiemik varianti esa 0,6% tashkil kiladi.

Tifsimon varinati gastrointestinal turining klinik belgilari bilan, urtacha o'tkir boshlanadi, ich ketish belgilaridan so'ng ich terlamadagi singari simptomlar bilan o`tadi. Biroq ich terlamadan farkli ravishda salmonellyozning tifsimon varianti qisqa (3-6 kun) kechadi, ich terlama uchun xos bo`lgan tildagi o'zgarishlar, nisbiy bradikardiya, meterizm, jigar ap taloqning kattalashuvi , anzozinofiliya, leykopiniya bilan nisbiy limfatsitoz bulmaydi.

Kasallik rivojlangan davrda kam xarakatlik, bexollik kuchli bosh ogrigi, uykuning bo'zilishi, muskullar va buginlarda og'riq seziladi.

Ko'pchilik kasallarda jigar va kora taloqning kattalashuvi, qorin shishishi mumkin. Taxminan 25% kasallarda ko'krak va qorin soxalarida oz mikdorda rezeolya toshmalari kasalilkning 4-10 kunlarida paydo bo'ladi. Salmonellyozning tifsimon turi ba`zan gastroenterit belgilarsiz xam boshlanishi mumkin. Bu xollarda asosiy belgilar sifatida xaroratning ko`tarilishi, bosh ogrigi kam kuvvatlik, sovuk kotish kabi belgilar borligiga e`tibor berish kerak. Gazdan bu turdagi kasalilk gripp, tumov belgilari bilan kechishi mumkin.

Septikopiemik turi sepsis kasalligining salmonellalar qonga utishi, organizm karshilik kobiliyatining pasayishi oqibatida rivojlangan xolatidir. Bu tur uchun davr bilan kechish xos emas, xaroratning o'zoq davom etishi qaltirashning kup qaytarilishi va kup terlash, jigar va kora taloqning kattalashishi , ba`zan sargayib ketishi Yiringli o'choqlarning organ va to'qimalarda paydo bo`lishi xosdir. Odatda kasallik gastroenterit belgilari bilan boshlanadi, shundan so'ng gektik xususiyatli xarorat bilan septikopiemiya belgilari yo'zaga chikadi. Kasallikning birinchi kunlaridanoq toqsinlarning markaziy nerv sistemasiga ta`siri-ta`sirlanuvchanlik, uykuning bo'zilishi, uykusirash, terilar sargaygan, oqarinkiragan, ko'pincha kichik va katta qontalash toshmalar bo`lishi mumkin. Yiring uchoqlarining joylashishi xam xar xil flegmonalar, yiringli peritonit , jigar abstsessi, xolangit, xoletsistit, endometrit x.k.

Bakteriya ajratuvchilar. Kasallik o'tgach bakteriya tashish (bakteriya ajratuvchanlik) rivojlanadi. Bu xolatlarda tranzitor, o'tkir va surunkali bakteriya tashishni farklash tavsiya qilinadi. Kasallik sogaygan kundan boshlab 15 kundan to 3 oygacha davom etuvchi bakteriya ajratish o'tkir bakteriya tashish deb ataladi. Surunkali bakteriya tashish bundan kura ko'proq davom etadi. Taranzitor (soglom) bakteriya tashuvchilar xakida gapirilganda , bir yoki ikki marta salmonellalar ajralishi va Yakin uch oy ichida kasal bo`lganliklarini inkor etuvchilar nazarda tutiladi. Shu bilan birga klinik va rektoromonoskopiyada o'zgarishlar yo'qligi xamda serologik reaksiyalar manfiy bo`lishi bu diagnozni tasdiklashga imqon beradi.

Asoratlari.Klinik tekshiruvlar tajribasi va adabiyotda keltirilgan natijalar shuni kursatadiki, gastrointestinal turi xar vaqt asoratsiz kechavermaydi. Bu asoratlar asosida kuyidagi patogenetik faktorlar Yotadi.

1) kasallik belgilarining odatdagidan ortik rivojlanganligi, masalan, kollaps

2) superinfeksiya, disbakterioz

3) infeksiya uchoqlarining organizmda odatdan tashqari ikkilamchi joylashishi,

4) salmonellyozning yo'ldosh xastaliklarga ta`siri. A.F Bl yuger va avtordoshlar (1975) fikricha, eng kup uchraydigan asorat bu kollapsdir. (1,5-6%) ko'pincha kollaps kasallikning avj olgan davri birinchi kunidan rivojlanadi. Bu asoratlarning yo'zaga kelishida endotoqsinlar axamiyati, uning xali organizmning suvsizlanishi yo'zaga kelmay turib. Kasallikning birinchi soatlaridayok, paydo bo`lishidan ko'rinadi. Salmonellyoz xastaligida toqsiko-infeksion shoq kam uchrab turadi. Yuqumli kasalliklarda bu asorat rivoj

lanishining sababi mikrob va toqsinlarning to'qimalarni bo'zish emas, balki organizmning shu moddalar ma`siriga o`ziga xos javobi natijasidir.

Infeksion-toqsin shoq iborasi –bu qo`zg`atuvchining toqsin moddalarining a`zolar va to'qimalarga ta`siri,undagi metabolizmning o'tkir bo'zilishi –ya`ni organizmning favkulotdagi axvolidir .

SHoq rivojlanishi uchun albatta katta mikdorda qo`zg`atuvchi va ularning ta`siri, kuplab antigenlarning qonga kirishi shart.

Toqsino-infeksion shoqning patofizilogiyasi kuyidagilarni kamrab olgan:

1. CHetdagi / periferichnie / qon tomirlar kollapsi .
2. Tarkalgan /diseminirovanniy / qon tomirlari ichra koagulyatsiyaning / DVS -sindrom / gemorrogik diatez belgilari bilan kurinishi.
3. Immun javobning pasayishi /ugnetenie/
4. Kup xolatlarda immun Yalliglanish.

Salmonellyozda rivoelanuvchi toqsino-infeksion shoq patogenezi asosida kup yuqumli kasalliklarda bo`lganidek gemodinamik bo'zilishlar, DVS –sindromining rivojlanishi, kislota –ishkor xolatining bo'zilishi Yotadi.

Klinik manzarasida juda anik gemodinamik bo'zilishlardan tashqari bemorlarning birida o'tkir buyrak kamchiligi yo'zaga chiksa,boshqalarida miya shishi uchinchisida sindrom rivojlanadi.

Bemor xayoti uchun buyrak usti bezining o'tkir etishmovchiligi bundan kam darajada xavf solmaydi. Buyrak usti bezi moddasiga qon kuyilishi,qon tomir kollapsi xodisalari va Uoterxaus-Frideriksen sindromi paydo bo'ladi.

Bemor xayoti uchun xavfli bu patologik xolatlar kasallik boshlangan dastlabki 6-8 sotada ,shuningdek uning 2-3 kunida paydo bo`lishi mumkin : shunday qilib ,Salmonellyozning og'ir turlarida toqsino-infeksion shoq rivojlanadi ,bu asorat o'pka va miya shishi ,o'tkir buyrak kamchiligi, trombo gemorrogik sindrom /gemodinamik/ va mikrotsirkulyatsiyaning bo'zilishi,Salmonellyoz intoqsikatsiyasi ta`siri natijasida yo'zaga chikadi.

Salmonellyoz asoratlari paydo bo`lishi xollarida diagnozning kech kuyilishi,noto`g`ri davolash natijasidir.

Antibiotiklarning keng kullamda ,zarur bulmagan xollarda xam kullanishi kasallarda disbanterioz-rivojlanishiga olib keladi.

Salmonellyoz diagnostikasi. Kasallik epidemiologik anamnezga /bir maxsulotini bir necha kishi iste`mol qilishi, tayyorlash texnologiyasiga rioya kilmay,o'zoq saklangan ozik-ovkatlarni iste`mol qilish klinik manzarasi,laboratoriya ma`lumotlari va kiyosiy diagnoz utkazishga asosan aniqlanadi.

Najasni bakteriologik analiz qilish eng muxim xisoblanadi. Bemorning Yangi najasini ekma/pasev/ qilish bemor organizmidan salmonellalarni ajratish /30-60% / imqonini beradi.Ekma uchun sudno yoki tuvoqdan faqat Yangi najasni olish lozim. Bu idishlarda salmonellalarga xaloqatli ta`sir kila oladigan dizenfeksiyalovchi moddalardan xatto juda oz mikdori xam bulmasligi kerak. Najasni tampon bilan to`g`ri chiakdan xam olish va uni Petri kosachasidagi ozika muxitiga ekish mumkin. Bemorning kusigi xam shunday tekshiriladi. Bemordan material olishning xamma zarur shartlari bajarilib tekshirilgan va bakteriologik tekshirish utkazilgan takdirda xam xamisha ekma qilingan najaslardan musbat natija olinavermaydi. Shunga kura bakteriologik tekshiruvlarga kushimcha qilib aggl yutinatsiya reaksiyasi /RA,bevosita gemogl yutinatsiya reaksiyasi /RIGA/ O- antigen bilan agregatgemagl yutinatsiya O-AGA/,shuningdek qonda va pyoshob xususiy antigenlarni aniklash mumkin. Bu reaksiyalarning ba`zilarida bemorning qon zardobi va kuy eritrotsitlarini muayyan gruppadagi salmonellalarning somatik O-Antigen bilan sensibilizatsiya qilish Orqali tayyorlangan diagnostikumdan foydalaniladi.

Profilaktika. Salmonellyoz profilaktikasi murakkab va xilma-xil,bu tadbirlardan eng asosiysi suyiladigan xayvonlarni veterinariya kurigi koidalari va gusht xamda gusht maxsulotlarining veterinariya-sanitariya ekspertizasi» talablariga rioya qilinishi zarur: gusht kombinati ,sut zavodi,parranda fermalari maxsulotlarini qayta ishlashda gigiena va texnologik jarayonlari koidalariga juda qattiq e`tibor berish,bularni doimiy bakteriologik tekshiruvdan o'tkazib turish,bolalar shifoxonalari,tugrukxonalar va x.k larda sanitariya-epidemiologiya tartibotini to`g`ri saklab turmoq lozim. Go'sht maxsulotlari,ayniksa kiymalangan gusht,kotlet ,ragu,qonliva kaynatma kolbasalar,yaxnalar ,ilvira /xolodets/larning salmonellardan zararlanishiga yo'l kuymaydigan choralarni kurish aloxida dikkat e`tiborni talab etadi,0bu maxsulotlarga salmonellalar tushishi,ayniksa yilning issik davrida ,etarlicha sovuk joyda saklanmaganda kasallik yo'qishi jixatidan kishilar uchun jiddiy xavf tugdiradi.Ovkat tayyorlash,tarkatish va kabul qilish xonalari sanitariya-gigiena talablariga javob berishi zarur. Ozik-ovqat bloqiga xam o`ziga xos talablar kuyiladi: oshxonada kamida ikkita biri kaynatilgan gusht,ikkinchisi xom gusht kiymalagich bo`lishi kerak.

Sabzavotlar, baliq, gusht va boshqa maxsulotlarni maydalash uchun aloxida-aloxida yogoch stollar yoki maxsus oshtaxtalar bo`lishi kerak.Gusht va parranda gushtini veterinariya kurigidan utkazilganligi xakidagi xujjatlarsiz va tamgasiz xaridorlarga sotish man qilinadi. Oziq-ovqat

maxsulotlarini ishlab chikarish va shaxsiy gigiena koidalariga puxta rioya qilish talab etiladi ,bu ayniksa chakana savdo qilish bilan band bo`lgan kishilarga taaluklidir. Oziq-ovqatlarni ishlab chikarishdan ist`mol kilgunga kadar gigiena koidalariga puxta rioya qilingandagina Salmonellyozning ozik-ovkatlar Orqali utishiga barxam berish mumkin.

Salmonellyoz profilaktikasini ta`minlovchi tadbirlarning asosiy yunalish-axoliga oziq-ovqat maxsulotlarini tayyorlab beradigan korxonalarda kat`iy sanitariya rejimini urnatishga,shuningdek ularni saklash,tashish va tarkatish ishlarining yaxshilanishiga karatilishi kerakki,toqi ular salmonellalar bilan zararlanmasin va ularda mikroblar kupayishiga yo'l kuyilmasin.

Ovqat toqsikoinfeksiyalari – bakteriya va ularning zaharlari bilan ifloslangan ovqat mahsulotlari iste`moli natijasida kelib chiqadigan o`tkir ichak infeksiyasi bo`lib, klinik –qisqa muddatli et uvishishi, harorat ko`tarilishi, gastroenteroqolit natijasida toqsikoz va suvsizlanish belgilari bilan tavsiflanadigan kasalliklardir.

Etiologiyasi. Toqsikoinfeksiyalarning qo`zg`atuvchilari enteroqoqlar, proteus vulgaris, entrotoqsin ishlab chiqaradigan stafiloqoqk va streptoqoqk shtammlari, spora hosil qiladigan anaeroblar, «Bakterium cereus», galofil vibrionlar «vibrio parahaemoliticus» va boshqalar hisoblanadi.

Ovqatdan zaharlanishga sabab bo`ladigan tilla rang va oq stafiloqoqk dumaloq, kattaligi 0,8–1 mkm to`da –to`da bo`lib ko`rinadi. Ular harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Grammusbat, hamma anilin bo`yok lari bilan bo`yaladi. Yuqori haroratga chidamli, termostabil, enterotoqsin ishlab chiqaradi. Enterotoqsin kimyoviy va fizik ta`sirlarga juda chidamli bo`lib, qaynatilganda 1,5–2 soat, 120 darajagacha qizdirilgan avtoqlavda esa 20 minutdan keyingina faolsiz holga keladi. CL. perfringens 7-8 x 1-2 mkm kattalikdagi tayok chasimon mikrob bo`lib harakatsiz, tashqi muhitda spora hosil qiladi. Yuqorida qayd qilingan mikroblar toqsikoinfeksiyaga 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 toqsikoinfeksiyalarining o`ziga xos xususiyati kasallikning bemor kishidan sog` odamga o`tmasligidir. Ovqat toqsikoinfeksiyasini manbai bemor odam va hayvonlar yoki bakteriya tashib yuruvchilardir. Yiringli kasalliklar "piodermiya, panaritsiy, furunkul, anginalar, zotiljam, paradontoz" bilan og`rigan odamlar stafiloqoqk qo`zg`atadigan toqsikoinfeksiyaga sabab bo`ladilar. Mastit bilan kasallangan sigirlar, echkilar ham infeksiyaning xavfli manbai bo`lib xisoblanadi. CL. perfringens, Bakterium cereus, proteus vulgaris mirabili 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 toqsikoinfeksiyalari alimentar Yo`l bilan tarqaladi, ya`ni ovqatdan yuqadi. Stafiloqoqk qo`zg`atadigan toqsikoinfeksiyalar sut, sut mahsulotlari jumladan qonditer kremlar, go`sht, baliq va sabzavotlardan tayyorlangan ovqatlarni iste`mol qilgandan so`ng paydo bo`ladi. Proteus vulgaris mirabili va CL. perfringens seroqsil masalliqlar, go`sht, baliq ochiq qonservalar, kolbasa, sutda Yaxshi va tez ko`payadi. Bakterium cereus ham shunday sharoitda ko`payadi. Toqsikoinfeksiyalar yilning iliq fasllarida ko`p uchraydi. Ovqat toqsikoinfeksiyasiga moyillik o`zida stafiloqoqk enterotoqsinini tutgan mahsulotlarni iste`mol qilganda 90% odamlar kasallanadi. Kasallik yil davomida uchraydi, lekin bahor–ko'zgi mavsumda ko`proq ko'zatiladi. Chunki bu davrda tayyorlangan ovqat mahsulotlarini saqlash qiyinroq bo`lib, ulardan bakteriyalarning ko`payishi va to`planishi uchun qulay sharoit bo`ladi. Ovqat toqsikoinfeksiyasi epidemiyalarining o`ziga xos xususiyati – kasallik to`satdan yo'zaga kelishi va bir xil ovqat mahsulotini iste`mol qilgan kishilarda ommaviy ravishda yo'zaga kelishidir.

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

Ba`zi odamlarda ovqat toqsikoinfeksiyasi kuchli zaharlanish va suvsizlanish belgilari bilan kechadi. Bu ko`pincha atrofik gastritlar, enteritlar xoletsistopankreatitlar bilan kasallangan bemorlar, ichkilikbozlar, tartibsiz ovqatlanuvchi kishilarda uchraydi. Demak, kasallikning yo'zaga kelishida ovqat hazm qilish traktining barer funksiyasi va mahalliy himoya omillari muhim rol o`ynaydi. Enterotrop toqsin ichak shilliq pardasiga zaharli ta`sir qiladi. Ichakning harakat faoliyatini bo'zadi. Bu toqsin shimilib qonga tushadi va umumiy zaharlanishga sabab bo`ladi. Toqsin ayniqsa yurak qon tomir tizimiga

ko`proq zarar qiladi. Meda, ingichka ichak ba`zan Yo`g`on ichak shilliq pardasi qizarib shishadi. Natijada ichakda ko`p miqdorda su yuqlik, 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 toydiradi. Qusishdan keyin ich ketish boshlanadi. U bir necha kundo'zda o`rtacha 10-15 marta hojatga boradi, ichi su yuq bo`lib keladi, najasida Yalqi va qon bo`lmaydi. Stafiloqoqk toqsikoinfeksiyasida ich ketmasligi mumkin. Stafilakoqklarning enterotoqsin chiqaradigan shtammlari qo`zg`atadigan toqsikoinfeksiyada 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 oyok qo`llari mo'zlaydi. Qornini 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 toqsikoinfeksiyada 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. Bemor ahvoli og`ir bo`ladi. Ba`zan o`lishi mumkin. CL. perfringens sabab bo`lgan toqsikoinfeksiya ko`pincha engil o`tadi 1-4 kun davom etadi va bemor sarg`ayib ketadi.

Bakterium cereus qo`zg`atadigan toqsikoinfeksiyada 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 toqsikoinfeksiyada asosan o`tkir gastrit belgilari paydo bo`ladi. Ovqat toqsikoinfeksiyalaridan suv, to'z almashinuvi bo'zilishlari yo'zaga kelib Yo`qotilgan su yuqlik miqdori ko`pincha bemor tana massasining 3-6 % ni tashkil qiladi.

Tashxisoti. Ovqat toqsikoinfeksiyasi tashxisoti klinik belgilar kompleksi, epidemiologik va laboratoriyaviy ko`rsatkichlar asosida qo`yiladi. Klinik belgilaridan qisqa Yashirin davrdan so`ng kasallikning yo'zaga chiqishi, gastrit, gastroenterit yoki gastroenteroqolit 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 tayok cha Yadrolar hisobiga neytrofillyoz, neytrofillarning toqsik donadorligi, siydikda esa leykotsituriya, eritrotsituriya, 40% hollarda proteinuriya aniqlanadi.

Davosi. Ovqat toqsikoinfeksiyasida avvalo me`dani bir necha marta Yaxshilab yuvish zarur. Me`da natriy gidroqarbonatning 2-4 % li eritmasi yoki kaliy permonganatning 0,1 % li eritmasi bilan yuviladi. Buning uchun katta odamlarda 18 -20 C da ilitilgan 3 litr su yuqlik ishlatiladi. Yuvish toza yuvindi chiqquncha davom ettiriladi.

Ovqat toqsikoinfeksiyasining suvsizlanish belgilari ko'zatilmagan engil kechishida oshqozon yuvishdan so`ng qaynoq choy berib,oyok lariga isitgich qo`yib isitiladi.

Oshqozonni yuvgandan so`ng ko`ngil aynishi, ich bo'zilishi saqlanib, I-II suvsizlanish darajasi yoki ozgina umumiy zaharlanish belgilari ko'zatilsa og`iz orqali regidratatsiya vositalari (regidron, sitragl yo'qosalan, gl yo'qosa- lan, qand-to'zlieritmalari) va enterosorbentlar (bektit-M, smekta) bu yuriladi. Yuqoridagi davolash tadbiri juda qulay bo`lib,guruhli kasallanish yo'zaga kelganda, vena ichi to'zli eritmalari tanqisligida yuqori samara beradi. Oshqozonni yuvgandan so`ng ham qayta-qayta qusish alomatlari va umum zaharlanish,hamda suvsizlanishning III-IV darajasi belgilari ko'zatilganda standart

to’zli eritmalar (“Trisol”, “Xlosol”, “Kvartasol”) 38oS 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 regidratatsiya qusish to`xtagandan so`ng, gemodinamik ko`rsatgichlar va buyrakning ajratish faoliyati tiklanganidan so`ng to`xtatiladi.

Ovqat toqsikoinfeksiyasining gastrointestinal shakllarini davolashda etiotrop davo o`tkazilishi maqsadga muvofiq emas.

Bemorlarga kasallik boshida №4, so`ngra esa №13 parhezli stol bu yuriladi.Iste`moldan me`da-ichak shilliq qavatini mexanik va kimyoviy ta`sirlovchi mahsulot lar(sut, qonserva, dudlangan, o`t-kir ,ho`l mevalar va sabzavotlar) inkor qilinadi.

Parhez sekin-asta kengaytirilib,kasallik boshlanishidan kamida 30 kun moboynida bu yuriladi.

Profilaktika: Ovqat mahsulotlarini mikroblar bilan ifloslanishini 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 bloqida ovqatlarni to`g`ri saqlash, ovqatlanish ob`ektlariga maxsus transportlar tashkil qilish ularga sanitar ishlov berish zarur. Stafilakoqk enterotoqsini chaqiradigan toqsikoinfeksiya profilaktikasida yiringli kasallik bilan og`rigan bemorlarni ovqatga ishlov berishdan chetlashtiriladi.

BOTULIZM

Botulizm – og`ir toqsikoinfeksion kasallik bo`lib, botulotoqsinning o’zunchoq miya va orqa miyaning xolinergik strukturalarining zararlanishi va oftalmoplegik va bulbar sindromlar kelib chiqishi bilan kechadi.

Etiologiyasi: Botulizm qo`zg`atuvchisi “clostridium botulinum” deb ataladigan, spora hosil qiladigan anaerob mikrob qo`zg`atadi. Uning 6 tipi aniq : A, B, C, D, E, F.

Botulizm qo`zg`atuvchisi tayok chasimon bo`lib o’zunligi 4–9 mkm, kengligi 0,6-0,9 mkm, tayok cha oxiri halqa hosil qilib tugaydi, tayok cha tennis raketkasiga o`xshash, gramm musbat. 4 – 5 sutkadan so`ng tayok cha o`sishi bilan u gramm manfiy bo`yaladi. Mikrob harakatchan bo`lib, 4 tadan 35 tagacha xivchinlari mavjud bo`lib, kapsula hosil qilmaydi, Botulizm qo`zg`atuvchisi tabiatda keng tarqalgan bo`lib ular suvda, meva va sabzavotlarda va oziq- ovqat mahsulotlarida spora holida bo`ladi. Agarda yuqoridagi mahsulotlardan qonservatsiyada foydalanilsa va Yaxshi qonservatsiya bo`lmasa unda sporalar anaerob sharoitda o`sib vegetativ formaga aylanadi. Qo`zg`atuvchi sporalarini yuqotish uchun ularni yuqori haroratda va ko`p vaqt 1,5 soat qaynatiladi. Vegetativ formasini 2 – 5min davomida qaynatiladi. Botulizm toqsinini neytrallash uchun 70 – 80^{o} C da 5 – 15 min. qaynatiladi. A, B, E, F tiplari odamda kasallik chaqiradi, qolganlari esa hayvonlarda kasallik chaqiradi. Slostridium votulinum ning barcha tiplari o`zlarining morfologik, xususiyati va odam organizmiga toqsinning ta`siriga ko`ra bir – biroviga Yaqin turadi va bir xil klinik kartinasini beradi.

Epidemiologiyasi: Botulizm saprozoonozlar guruhiga kiradi. Botulizm mikrobining asosiy manbai issiq qonli hayvonlar (qoramol va qo`y - echkilar), shuningdek sovuq qonli hayvonlar (baliqlar, malyuskalar, qisqichbaqalar) hisoblanadi. Hayvonlar najasi bilan tashqariga chiqarilgan mikroblar spora hosil qiladi, sporalar esa o’zoq 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 qonserva mahsulotlarini iste`mol qilish natijasida boshlanadi. Qonserva bankalari ichida anaerob sharoit bo`lganligi sababli botulizm sporalari tezda vegetativ shaklga aylanib, ko`paya boshlaydi va ekzotoqsin chiqaradi. Qonserva bankasida botulizm toqsini bo`lsa, odatda banka qopqog`i ko`pchib ko`tarilib qoladi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi: Botulizm tayok chasi va toqsini ovqat hazm qilish traktiga tushishi va qonga so`rilib butun organizmga tarqalishi bilan bog`liq. Botulizmning toqsini neyrotrop xususiyatiga ega. U avvalo markaziy asab tizimiga, xususan o’zunchoq va orqa miya motoneyronlariga kuchli ta`sir qiladi. Toqsin yurakning asab tugunchalarini, skelet mushaklari va diafragmani harakatlantiruvchi asablarni zararlaydi. Botulotoqsin silliq mushaklarning Yarim falajiga, qon – tomirlarning qisqarishiga sabab bo`ladi. Orqa miya va o’zunchoq miyadagi motoneyronlarga toqsin ta`siri natijasida bulbar va paralitik sindromlar paydo bo`ladi.

Parasimpatik asab tizimining tonusi pasayadi. Toqsin ta`sirida asab oxirlaridan atsetilxolin ajratishi to`xtaydi va natijada periferik falajlar rivojlanadi.

Nafas mushaklarini harakatlantiruvchi motoneyronlar faoliyati susayishi oqibatida organizmda kislorod etishmovchiligi holati yo'z beradi. Xiqildoq va tomoq mushaklarining Yarim falaji oqibatida yutinish jarayoni buziladi. Organizmda chuqur gipoqsiya boshlanadi. 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 yo'z beradi. Bosh miya, pardalar, 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 toqsin kirsa kasallikning Yashirin davri shunqa qisqa bo`ladi va kasallik og`ir kechadi. Botulizm ko`pincha o`tkir boshlanadi va bir necha asosiy belgilar infeksion–toqsik, dispeptik, oftalmoplegik, bulbar, miostenik belgilar bilan kechadi.

I variant: bunda dispeptik bo'zilishlar bilan: bunda ko`ngil aynish, qusish, epigastral soxada tortishuvi og`riqlar, meteorizm, og`iz qurishi, kuchli chanqash, kasallik boshida susaygan najas, keyinchalik ichak tutilishi bilan almashinadi. Kasallikning erta belgilaridan biri bu yutinishning bo'zilishdir. Bunda bemor shikoyati xalqumda katta "kesak" borligiga va yutinish harakatida og`riqligiga shikoyat qiladi.

II variant: ko`rishning bo'zilishi: bunda bemorlar ko`z oldi xiralashuviga shikoyat qiladi, bu bir necha kun saqlanadi va kamdan – kam oqulistga murojaat qilib tushadi.

III variant: nafas bo'zilishlari: bunda havo etishmaslik xissi, ko`krak qafasida og`irlik xissi, ko`krak qafasida og`rik, tovush tembrining o`zgarishi ko'zatiladi. Nafas bo'zilishlari ko`pincha yutinish bo'zilishlari va umumiy zaharlanish simptomlari bilan kechadi, harorat normal yoki subfebril darajada bo`ladi va bemorda tezda mionevrologik belgilar rivojlanadi.

Bular kuyidagilar:

1. Oftalmonevrologik belgilar: ko`rishning og`irlashuvi, akkomodatsiyaning falaji, midriaz doimiy va rivojlangan qorachiq kengayishi, anizoqariya, qorachiqlarnig Yorug`likka reaksiyasi sekin yoki Yo`qolgan, ptoz 2 tomonlama kuruv o`tkirligining pasayishi, ko`z oldini tuman qoplashi, o`qishga harakat qilinganda harflar va qatorlarning qo`shilib ketishi.

Botulizm toqsinining ko`zni harakatlantiruvchi va o'zoqlashtiruvchi asabga ta`siridan ko`z olmasi harakatining bo'zilishlari ko'zatiladi, bunga diplopiya – narsalarni 2 talab ko`rish, g`ilaylik, strabizmlar, 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 su yuqlik 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 ko'zatiladi.

3. Fonolaringonevrologik belgilar: Bemorning ovozi oldin xirrilab, keyin butunlay chiqmay qoladi (afoniya), til, yumshoq tanglay, va kekirdak tashqi mushaklarining faoliyatlarning bo'zilib bemor so`zlarni aniq va tiniq talaffo'z qila olmaydi, dimog`i bilan gapiradi.

4. Nafas bo'zilishiga oid belgilar: Kasallik engil kechganida bemor ko`kragi qisilganini sezadi. Og`ir o`tganda esa, bemor tez – tez nafas oladi, nafas ritmi buziladi. Kasallik zuriqqanda nafas harakatlari tartibsiz bo`lib, bemor bezovtalanadi, Yarim o`tirgan holatni oladi, hamma Yordamchi nafas mushaklari va diafragmaning falaj bulishi natijasida nafas jarayonini ancha bo'zadi.

5.Gemodinamik bo'zilishga aloqador belgilar: Kasallik boshida bradikardiya bo`ladi. Keyinchalik bemorning yo'zi ko`karib, badanining tusi oqaradi. Nafas bo'zilishi va diafragmaning falaji qorin bo`shlig`idagi bosimning kamayishiga va pastki kovoq venaga qonning kiyinchilik bilan tushishiga sabab bo`ladi. Kasallik oxirlarida toqsin ta`sirida mioqardit rivojlanishi mumkin.

6. Umumiy mionevrologik belgilar: Qo`l– oyok va buyindagi asab – mushak apparati faoliyatining bo'zilishi natijasida paydo bo`ladi. Bemor boshini ushlay olmaydi, oyok va qo`l mushaklari o`z funksiyasini bajara olmaydi.

Bemorda yuqoridagi belgilar ko`zga tashlanib turgan holda bemor hushi joyida bo`ladi.

Klinik tasnifi

I. Tipik shakli: (engil, o`rta og`ir, og`ir shakllarda).

II. Noaniq belgi
III. Asoratlari (zotiljam, toqsik mioqardit, miozit, nevrit, zardob kasalligi).
Ovqat botulizmi, ichak botulizmi, bolalar botulizmi, ingalyatsion botulizm kabi turlari tafovut qilinadi.
Engil shakli: Kasallik simptomlari asta – sekin rivojlanadi, organlarda falajlar uchramaydi, Yarim falaj holati ko`rinadi. Nafas va gemodinamika ozgina bo'zilishi mumkin.
Og`ir shakli: Kasallikning hamma belgilari tezda avj olib borib, nafas va gemodinamikaning izdan chiqishi, disfagiya va disfoniya havotirli alomatlari bo`lib hisoblanadi.
Bilinar – bilinmas shakli: kasallikning ma`lum belgilari kamroq belgi beradida, keyin Yo`qolib ketadi. Midriaz, anizoqoriya, ovozning xiralashuvi biroz davom etib keyin Yo`qolib ketadi.

Tashxisoti va qiyosiy tashxisoti: Tashxisi klinik epidemiologik qo`yiladi va laborator tasdiqlanadi. 1. Epidemiologik: bunda bemorning 1 kun oldin qonserva mahsulotlari eganligi.
2. Klinik: bosh aylanishi, og`iz qurishi, ko`p chanqash, su yuqlik ichganda qoniqmaslik hissi, midriaz, akkomodatsiya falaji, Yoruglikka reaksiyasining Yo`qligi, ptoz, diplopiyalar, ko`ngil aynishi,qusish, qorinda epigastral sohada burovchi og`riqlar, qorinda meteorizm va qabziyatlarning ko'zatilishi, ovozning o`zgarishiga xos belgilar bilan birga kechadi.
3. Umumiy klinik tahlilar (qon, siydik, najas).
4. Bakteriologik usulda (bunda bemor qusuq massasi, oshqozon yuvindisi, qoldiq oziq – ovqat mahsulotlari) material olib, ekma qilib tekshiriladi va ular pepsin peptonli, Xotinger buloni Kita – Tarotstsi muhiti, kazein qo`ziqorinli tripsinli muhitga ekiladi. CI. botulinum gaz hosil qilib o`sadi. Olingan kulturadan surtma tayyorlab mikroskopiya qilinganda raketkasimon mikroorganizmlar topiladi.
5. Biologik usul. Botulotoqsinni 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 2 chi qontrol juftiga patologik material bilan birga botulizmga qarshi A, B, E, monovalent zardoblar har biriga 0,05 mldan 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 ko'zatiladi.

Ensefalitlar: har–xil shakllarda bo`lib bakterial ensefalitlar bemorda tana harorati oshib bemor qaltiraydi, eti uvishadi, bosh og`riq, shu shakllarda og`riqlar, yo'z – bo`yin sohasining mushaklarining tortishishlari Kerning, Brudzinskiy balgilari musbat, likvor tekshirilganda unda oqsil oshganligi, Pandi va None–Appelt reaksiyalarning musbat bo`lishi kasallikka xosdir.

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

Botulizmni davolashda umumiy zaharlanishga qarshi preparatlarning salmog`i kattadir. Umumiy zaharlanishga qarshi reopoligl yo'qin, reosorbilakt, 5%li gl yo'qoza, to'zli eritmalar, plazma bu yuriladi.

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 faolitini tiklash jarayonini tezlashtirish uchun ATFning 1%li eritmasi 2.0 ml.dan kuniga 3 mahaldan 7-10 kun maboyinida bu yuriladi. Yurak qon-tomir tizimi faoliyatini Yaxshilash uchun kordiamin, kamfora , kofein, yurak glikozidlari tavsiya qilinadi. Umumquvvatlovchi C va B guruhdagi vitaminlar bu yurilishi samarali bo`ladi.

Kasalliknig og`ir kechishini davolashda gl yo'qoqortikoid(prednizalon, urbazon, deksametazon)lar va giperbarik oqsigenatsiya qo`llaniladi. Profilaktikasi. Ko`pgina davlatlarda, jumladan bizning mamlakatda ham aksariyat hollarda kasallik uy sharoitida tayyorlangan

maxsulotlar(qonserva va dudlangan) iste`molidan so`ng yo'zaga keladi. Bunga erishish uchun quyidagi talablar: oziq-ovqat mahsulotlarni qo`zg`atuvchi sporalari bilan ifloslanishdan saqlanish, qo`zg`atuvchi sporasi, vegetativ shaklini o`ldiruvchi va zaharin parchalovchitermik ishlov berish, tayyor mahsulotda spora bo`lishiga Yo`l qo`ymaslik.

Kolbasa, qonserva tayyorlash, masalliqlari to'zlash, quritish jarayonida sanitariya–gigiena qoidalariga etibor berish kerak. Qopqog`i ko`pchigan qonservalarni istemol qilmaslik va ularni Yo`qotish.

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

.

5-mavzu: **Gripp. O`RVI. Meningoqoqk infeksiyasi**

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-axborotli Ma`ruza.
Mashg`ulot rejasi	1. O`RVI. Gripp Meningoqoqk infeksiyasi etiologiya, epidemiologiyasi. 2. Kasalliklar patogenezi va patanatomiyasi. 3. O`RVI. Gripp Meningoqoqk infeksiyasi klinikasi, tasnifi. 4. O`RVI. Gripp Meningoqoqk infeksiyasi laboratoriyaviy tashxisoti(virusologik, serologik va b.). 5. O`RVI. Gripp Meningoqoqk infeksiyasi qiyosiy tashxisoti. 6. Paragripp kechish xususiyatlari va asoratlari. 7. Adenovirusli infeksiya kesish xususiyatlari va asoratlari. 8. O`RVI. Gripp, Meningoqoqk infeksiyasi davolash asoslari. 9. O`RVI Meningoqoqk infeksiyasi profilaktikasi. 10.IVBDV(stast) Maxalliy alomatlari bulgan isitmaning differenstial diagnostikasi
O`quv mashg`ulotning maqsadi: *Tarbiyaviy:odob, axlok va deontologiya, Rivojlantiruvchi* O`RVI. Gripp Meningoqoqk infeksiyasi kasalligini amaliyot va nazariyada o`rganishda unga klinik tashxis qo`yishda vrachlarni tayyorlash, O`RVI. Gripp Meningoqoqk infeksiyasi kasalligida uchraydigan intoqsikatsiya, asoratlarini baholay bilish, dezintoqsikatsiya, asoratlarda tezkor Yordam berish. O`RVI. Gripp kasalliklarda vrach taktikasi va bu kasalliklarni oldini olish choralarini o`rgatish. IVBDV(stast) Maxalliy alomatlari bulgan isitmaning differenstial diagnostikasi	
Ta`lim berish usulibi	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. "Gripp. O`RVI Meningoqoqk infeksiyasi" MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim beruvchi
1.Tayyorgarlik bosqichi (5	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. "Gripp. O`RVI Meningoqoqk infeksiyasi" MA'RUZA si	Tinglaydilar Ko'radi

daqiqa)	uchun 3ta tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1.Gripp klinika ma'lumot bering 2.O`RVI tashxisot ma'lumot bering 3. Meningoqoqk infeksiyasi davolash va profilaktikasi ma'lumot bering. 4. IVBDV(stast) Maxalliy alomatlari bulgan isitmaning differenstial diagnostikasi	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi 3 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. "Gripp. O`RVI Meningoqoqk infeksiyasi" MA'RUZA si uchun 3ta foydalaniladi.	Tinglaydilar Tinglaydilar
4.yakuniy bosqich (5 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi Gripp. O`RVI infeksiyasi Meningoqoqk 3. Uyga vazifa beradi Gripp. O`RVI infeksiyasi Meningoqoqk	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

O`tkir respirator virusli infeksiyalar

O`RVI – etiologiyasi jixatidan turli, klinik belgilari jixatidan umumiyligi kup bulgan kasalliklar guruxidir. Bu kasalliklarining kupchiligini viruslar ko'zgatadi. Gripp, paragripp, adenovirus kasalligi, rinovirus kasalligi, respirator sintitsial infeksiya, reovirus, enterovirus kasalliklari xamda mikoplazma infeksiyalari va boshqalar O`RVI guruxiga kiradi.

Kasallik qo'zgatuvchilarning barchasi tashki muxitga chidamsiz, dezinfeksiyalovchi moddalar xamda ultrofiolet nurlari ta`sirida juda sezuvchi va kuritilganda tez nobud bo'ladi.

Statistik ma`lumotlarga karaganda er yo'zida xar yili 40 mln.ga Yakin odam O`RVI bilan kasallanadi. Xar yili kasallik tufayli yo'qotiladigan ish kunining 15-20% i shu kasalliklarga to`g`ri keladi. Epidemiya vaqtlarida korxona xizmatchilarning 30-80% i ishdan qoladi. Buni iktisodiy jixatdan karalganda bitta epidemiyaning o'zi bizning davlatimizni o'zida 2-3 mlrd. sum.

Amerikada esa 2-5 mlrd. dollar zarar keltiradi.

O`RVI da epidemiologik xamda klinik uxshashliklar bulishi bilan birga xar bir kasallikda o'ziga xoslik bor.

GRIPP

Gripp franso'z so'zi bo'lib – changallash yoki egallash degan ma`noni bildiradi. Gripp – o'tkir virusli kasallik bo'lib, u umumiy intoqsikatsiya belgilari, tana xaroratining kutarilishi, yo'qori nafas yo'lning, yurak qon-tomir va asab sistemasining zararlanishi kabi alomatlar bilan ifodalanadi. Kasallik ikkilamchi mikroblar bilan chakirilishga moyil.

Tarixiy ma`lumotlar. Gripp xakida birinchi asoslangan ma`lumotni 1403 yili Evropadagi epidemiya vaqtida franso'z olimi Eten Paske keltirgan. 1580 y birinchi pandemiya ko'zatilgan. Bunda kasallik juda keng tarkalib, ayniksa Parij, Rim, Madridda juda kup odam xaloq bulgan. XIX asr oxiridan boshlab insoniyat o'z boshidan 4 ta gripp pandemiyasini utkazadi:

1889-1890, 1918-20, 1957-59, 1968-69 yillarida.

1918-1920 yillaridagi pandemiya (ispanka) da 20 mln. 1957-59 yillardagi pandemiya («Osiyo gripp») da 1 mln. odam xaloq bulgan.

Pandemiya oraligida, xar 2-3 yilda gripp epidemiyasi ko'zatilib turadi. Grippni chakiruvchi viruslar - «A» virusi 1933 yilda (U. Smit, K.Endr yus va P.Leydlou) – «V» virusi 1940 yilda (T.Frenis va T.Medjill) – «S» virusi 1947 yilda (Teylor) aniqlagan.

ETIOLOGIYA. Grippni chakiruvchi viruslar miksoviruslar oilasiga mansub bo'lib, o'zida RNK tutadi. Virionlar dumaloq yoki oval shaklida bo'lib, diametri 80-100 mm ni tashkil etadi.

Kasallik qo'zgatuvchisi A,V,S tipli viruslar morfologik jixatdan uxshash bo'lsalarda, o'zida turgan antigenlari bilan bir-birlaridan fark kiladilar.

A tipi juda o'zgaruvchan, u antigenlarini tez-tez, ba`zan juda keskin o'zgartirib turadi. O'zgarish yo'zaki antigen-gemaggl yutinin va neyroaminidaza almashinuvi tufayli sodir bo'ladi. Bu antigenlarning ikkalasi bir vaqtda almashingan takdirda, virusning Yangi podtipi xosil bo'ladi.

U pandemiyaga sabab bo'ladi. Antigenlarni bunday o'zgurtirish B va C viruvlarida bulmaydi yoki bo'lsa xam, kuchsiz bo'ladi.

B va C viruslari faqat odamdan ajraladi. A virusi esa odamlardan tashqari ot, chuchka va turli xil parrandalardan xam ajraladi. Gripp virusi tashki muxitga chidamsiz, kizdirilgan va kaynatilganda tez nobud bo'ladi. Sovuk muxitga ko'proq saklanadi. Ultrabinafsha nurlari xam turli xil dezinfeksiyalovchi moddalar ta`siri xam juda chidamsiz.

EPIDEMIOLOGIYA.

Kasallik manbai kasal odam xisoblanadi. Ayniksa, kasallikni engil, noanik va klinik belgilarisiz turlarini utkazayotgan shaxslar xavfli xisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdagilar uchun xavflidirlar.

Gripp virusi odamlar orasida doimiy aylanib yurib, xar 2-3 yilda epidemiya berib turadi. Bu epidemiyalar virusning turli xil serologik variantlari tomonidan chakiriladi. A- virusining Yangi serotiplari bulganda esa (xar 10-30 yilda) pandemiya sodir bo'ladi. A virusini turli xil o'zoqlikka uchuvchi kushlar va xayvonlarga utishi va ulardan odamlarga utishi ko'zatilgn.

Bu xolat virusning Yangi serotiplarini paydo bulishida asosiy omil bo'lsa, ajab emas.

Gripp epidemiyasi shimoliy Yarim sharda joylashgan viloyatlarda ko'proq noyabr, mart oylarida. Janubiy Yarim shar viloyatlarida esa aprel, oqtyabr oylarida tarkaladi.

A grippning epidemiyasi alangadek tez tarkaladi - bir oyning o'zida axolining 20-50% igacha kasallanadi.

B virusining epidemiyasi esa 3-4 yilda bir takrorlanadi, sekin tarkaladi 2-3-5 oy davom etib, axolining 4 dan 1 qismini zararlaydi.

Biroq, kasallik rivojlanishi uchun organizmda virusning o'zi tushishi xam xar doim etarli bulmaydi. Bunda shamollash omilining xam axamiyati kattadir. Shamollash omili epiteliy xujayralarning tebranuvchi kiprikchalarini xarakatini keskin kamaytiradi va oqibatda nafas yo'lidagi shilliq tezda ku yo'qlashib, ajralishi binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yo'qoriga siljishiga imqon Yaratadi.

PATOGENEZ VA PATOLOGIK ANATOMIYA. Virusning patogen ta`siri uning kuyidagi biologik xususiyatlariga boglik: epiteliy xujayralariga ta`sirchanlik, zaxarlilik xamda bir kadar antigenlik ta`siri.

Grippning patogenizida asosan 8 ta boskich tafovut qilinadi:

1. virusning epiteliy xujayralariga kirishi.
2. epiteliy distrofiyasi, nekrozi va deskvamatsiyasi.
3. zaralangan xujayraning Yorilishi va virus chikishi.
4. virus va toqsinlarning qonga utishi, umumiy toqsikoz, virusemiya.
5. toqsinning qon tomirlarini kengaytirishi, parez, kn-tomirlarda qon oqimining sekinlashishi, staz.
6. MNS va parenximatoz organ degeniratsiyasi.
7. interferon va oqsifil tanachalarining xosil bulishi.
8. spetsifik postinfeksion immunitet xosil bulishi.

Virus nafas yo'liga tushgandan so'ng epitelial xujayralarda qayta kupayadi. Zararlangan epiteliylar degeniratsiyalarga uchrab, kuchib tushadi. silindrik epiteliylarning metoplaziyasi sodir bo'ladi. Jarayon kushni to'qimalarga va qon-tomirlarga xam tarkaladi. Klinik kurinishi ko'proq yo'qori nafas yo'lining Yalliglanisha sifatida namoyon bo'ladi, bronxiolalarga tarkalmaydi.

Stafiloqoqk infeksiyasi kushilgan takdirda esa zaralanish keng tarkalib, nekrotik traxeobronxit rivojlanadi.

Grippda virusemiya bulishi xam isbotlangan. Virusning alveolalarga to`g`ridan to`g`ri taisir qilish oqibatida deskvomativ zotiljam rivojlanib, bunda o'pkaning interstitsial to'qimalari zararlanadi.

Virusemiya va toqsemiya tufayli tana xarorati va intoqsikatsiya alomatlari tez rivojlanadi. Toqsinlar taisirida qon-tomirlarning zararlanishi tufayli qon aylanishi buziladi, bu esa o'z navbatida o'pkaning zararlanishi xamda markaziy va vegetativ nerv sistemasi (ko'proq вощ miyaning diensefal bulimi) faoliyatining bo'zilishiga olib keladi. Simpatik va parsimpatik nerv sistemasining zaralanishi davriy xaraktergsha ega. Shuning uchun xam gipertoniya gipotoniya bilan, taxikardiya bradikardiya bilan, oq dermografizm kizil dermografizm bilan almashinib turadi. Qon tomir distoniyasi kasallikdan keyin xam ma`lum vaqtgacha saklanadi.

Qon tomir utkazuvchanligi va qon aylanishining bo'zilishi oqibatida miya qon tomirlarida qon dimlanishi, mayda qon kuyilishlar sodir bo'ladi va u miya shishiga xamda meningoensefalit sindromi rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'pkada qon aylanishining bo'zilishi natijasida o'pka bulmachalarida shish rivojlanadi. Toqsin ta`sirida gipofiz va buyrak usti bezlarining boshqaruvchi faoliyatlari xam buziladi.Nafas yo'lida epitelial tusik butunligining bo'zilishi, leykotsitlarning fagotsitar faoliyatining pasayishi, virusning organizm mudofaa kobiliyatlarini pasaytiruvchi ta`siri, nafas yo'lidagi shartli patogen mikroblarning ko'zgalishida, bakterial asoratlar rivojlanishiga xamda surunkali kasalliklarni ko'zgalishiga olib keladi.

Grippda allergik reaksiyani virusning o'zi kushilgan mikroorganizmlar xamda zararlangan to'qima parchalari yo'zaga keltiradi.

IMMUNITET. Organizmda virus tushishi bilanoq turl xil spetsifik va nospetsifik mudofaa mexanizmlari ishga tushadi va oqibatda sogayishni ta`minlaydi. Kasallikning birinchi kunlarida interferon va nospetsifik virusni neytrallovchi ingibitorlar gripp virusini neytrallaydi, keyinchalik virusni neytrallash jarayonida spetsifik immunitetning faktorlaridan sekretor( ) va nixoyat gumoral ( ) antitelolar kirishadi

Gripp immuniteti infeksiyasi xujayra imunitetini bugadi, biroq virusga karshi spetsifik antitelolarning ishlab chikarilishiga karshilik kila olmaydi. Gripp shuningdek, organizmning bakteriyalarga karshi nospetsifik va spetsifik faktorlariga salbiy ta`sir etib, bemor qonida lizotsim, komplement va propordinni kamayib ketishiga sababchi bo'ladi. Gripp virusi monotsitlar va nkytrofillarda modda almashinuvini pasaytirib, ularning fagotsitar faolligini bugadi.

Binobarin, organizmning bakteriyalarga karshi chidamligini kamaytiradi. Bu xolatni viruslarning bevosita timus tasarufida bulgan xujayralar bilan boglash mumkin.

Virusli infeksiya, ayrim kasalliklarda (glomerulonefrit, tugunli periartrit va b) umumiy immunologik patologiyani boshlab beruvchi mexanizm ekanligini unutmasligimiz kerak. Binobarin virusli kasalliklarga, ozmi yoki kupmi immunodepressiv xolat xosdir. Franso'z olimlarining iborasi bilan aytganda «viruslar darvozani ochib beradi, bakteriyalar esa kirib o'z kora ishlarini kiladi»

shunday kilib, grippdan sogayishda immunologik jarayonlar bilan bir katorda nospetsifik mudofaa faktorlari xamda gomeostazni tiklashga karatilgan, bir kancha neyrogumoral o'zgarishlar ishtiroq etadi.

Bu jarayonlarning kupchiligi Hozir mavxum bo'lib kolmoqda. Immunitet A grippdan keyin 2-3 yil, B grippdan keyin esa 3-6 yil saklanadi. CHakoloqlar gripp bilan kamdan-kam kasallanadilar, chunki ularda onadan utgan immunitet bo'ladi biroq 3-6 yildan so'ng bu immunitet keskin kamayadi.

Grippdan keyin rivojlanadigan astenik sindromning (sababsiz kuvvatsizlik, tez charchash, kuyi nerv sistemasidagi o'zgarishlar, mialgiya kabilarnind) patogenezi xam dikkatga sazovordir. Bunday bemorlarda virusemiya ko'zatilmaydi. Immunologik sistema xam zararlangan emas, faqat ayrim xollardagina T-supressorlarda o'zgarish bulishi mumkin. Bu xolat davrida mushaklar biopsiya kilib kurilganda miotsitlarda distrofik o'zgarishlar aniqlanadi, xujayralarga jismony zurikish berib kurilganda esa atsidoz rivojlanishi ko'zatiladi. Ma`lumki, bu xolatlarda modda almashinishi bo'zilib, natijada yo'qori qonsentratsiya leykotrienlar ishlab chikariladi.

Binobarin, bu kasallikda virusning molekulyar darajasidagi metobolitik jarayonlarga ta`sirini ko'zatamiz.

KLINIKA: Kupchilik kasallik belgilarida umumiylik bulish bilan birga kancha ta`sir kiluvchi omillar (bemorning Yoshi, uning kasallikka beriluvchanligi, kasalliklardan oldingi xolati, virusning serotipi, uning virulentligi va b) tufayli grippning kechimi turlicha bulishi mumkin. Ilgarilari u yoki bu sindromlarning ortikligiga qarab grippning nevrologik, bronx-o'pka, tifsimon, gemorragik, ichak va boshqa turlari farklangan. Kasallikni bunday turlanishi bizning Hozirgi davrda gripp xakidagi tushunchamizga mutlako mos kelmaydi. Amaliy jixatdan grippni asoratsiz va asoratli (asoratlarini kursatib) xamda engil, urta-og'ir, urta yoki giperotoqsik turlarga ajratish maksadga muvofikdir.

Tashxisni ifodalashda albatta, xamrox kasalliklarni xam kursatish zarur. Akademik C.D. Nosov 1972 y kuyidagi amaliy tasnifni taklif etadi:

Turlari bo'yicha		Og'irligi buyicha
Asosiy sindromlar buyicha	Variantlar	Og'irligi buyicha
Kataral	A) Krup sindromi bilan	Engil
Subtoqsik	B) Asmatik sindromi bilan	Urta og'ir
Toqsik	C) o'pkaning barvaqt birlamchi zaralanishi, o'pkaning segmental zararlanishi bilan	
Toqsik-kataral		Og'ir
Atipik turlari:	D) serebral sindrom bilan	
Noaniq	B) Abdominal sindrom b-n	
CHakmoq tezligida gipertoqsik	E) gemorragik sindrom b-n	

Kasallikning Yashirin dari bir necha soatdan 1-2 kungacha, ba`zan 3 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik to'satdan boshlanadi. Boshqa UNYK lardan farki gripp tumov belgilari kam bulgan xolda intoqsoqatsiyaning kuchliligi bilan ifodalanadi

Odatda kasallik sovukkotib, titrash, bosh ogrigi bilan boshlanib, tana xarorati tezda (bir necha soat davomida) 38-40 C gacha kutariladi. Kuvvatsizlik, et uvishishi, mushaklarda, suyaklarda, yirik bugimlarda og'riq ko'zatiladi. Bosh ogrigi zurayib boradi.

Ko'proq pyoshona, chakka, kovoq usti va ko'z olmasi ogriydi. Ba`zan bemor nurga karay olmaydi. Kuchli intoqsikatsiya odatda, bosh aylanishi, ba`zan xatto xushini yo'qotish, qusish va gemorragik alomatlar (ko'proq burundan qon ketishi) bilan ko'zatiladi.

Bemorlar avvalo burun bitishi, tomoqning kurishi va kirilishidan shikoyat kiladilar. Kasalliknng 2-3 kunlarida kupchilikka kuruk yutal, yutalganda tush ortida og'riq xamda tumov paydo bo'ladi. 3-4 kundan keyin yutalganda balnam keladi, tana xaroratining eng yo'qori kutarilishi va kuchli intoqsikatsiya.

Kasalliklarning 1-2 kunida ko'zatiladi. Kasallikning asoratlanmagan turida isitma A grippda 1-6 kun, B grippda esa o'zoqroq davom etadi. Xaroratning tushishi keskin yoki tezlashgan lizis yo'li.Kasallikning 1-2 kunida ko'zatiladi. Kasallikning asoratlanmagan turda isitma A grippda 1-6 kun, B turida esa o'zoqroq davom etadi. Xaroratning tushishi keskin yoki tezlashgan lizis yo'li bilan sodir bo'lib, terlash bilan ko'zatiladi. Isitmaning takrorlanishi kam bo'lsada u asoratlanish bilan boglik bo'ladi. yo'zning kizarib burtishi, bu qon-tomirlarnng -- kabilar kasallikning boshlangich belgilari xisoblanadi. Kasallikning og'ir kechishida teri oqaradi va xatto biroz kukaradi. Gipoqsemiya alomatlari ogiz, tomoq shilliq kavatida -- kizarish, bodom bezlarining biroz kattalashuvi qattiq va yumshoq tanglay shilliq kavatida mayda qon kuyilishlar kuriladi. Aksariyat bemorlarda yumshoq tanglay ayrim xollarda tilcha shilliq kavatida mayda burtmalar bo'ladi. Tomoqning orqa devorida shilliq qavat qurigan undagi limfotik follikulalar kattalashganligi ko'zatiladi.

Kasalliknig 3-4 kunlarida tomoqdagi kizarish xamda shish sezilarli kamaysada boshqa belgilari xali saklanadi. Burun shilliq kavati kukimtir, kizargan, shishgan bo'ladi. Kasallikning 2-3 kunida burundan biroz seli, keyinchalik shilimshik ajralma ajraladi. Bakterial flora kushilganidan keyin esa ajralma yiringli-shilimshik tus oladi.

Puls tana xaroratiga mos, ayrim xollarda nisbiy bradikardiya yoki taxikardiya ko'zatiladi, kupchilik bemorlarda ayniksa, kasallikning og'ir kechimida yurak tonlar sustlashgan bo'ladi. Qon bosimi aksariyat pasaygan, juda og'ir kechimida (ayniksa bolalarda) xatto kollaps bulishi mumkin.

Grippdan ovkat xazm a`zolarning zararlanishi kam bo'ladi.

Ishtaxaning pasayishi (ba`zan mutlako yo'qolishi), til karashlanishi baizan tilda og'riq, kabziyatga moyillik kabi alomatlari faqat kasallikning og'ir turlarida ko'zatiladi.

Isitma davrida siydik kamayadi, isitma pasayganda esa kupayadi. Kasallikning og'ir turida siydikda xam silindrlar bo'ladi.

Gripp virusi toqsinning vegetativ nerv sistemasiga ta`siri bemor yo'zining kizarishi, terlash, pulsining barkarorligi kabi alomatlar bilan erkin namoyon bo'ladi.

Markaziy nerv sistemasi zararlanishi sub`ektiv intoqsikatsiya belgilari bilan og'ir kechimida esa meningial belgilar bilan tirishish, qon aylanish bo'zilishi tufayli sodir bulgan ensefalopatiya belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Pereferik nerv sistemasi zararlanganda esa terida giperstezіya alomatlari xamda uchlamchi kovurga oraligi nervi va boshqa nervlarning nevralgiya belgilari ko'zatiladi.

Qonda leykopeniya, eozinofiliya, biroz monotsitoz bo'lib, o'zgarmaydi.

Reqonvalestsentlik davri bir ikki xafta davom etib, bunda asteno-vegetativ belgilar (tez charchash, jaxldorlik, uykunng bo'zilishi, terlash, pulsning barkororligi) asoratlarga moyillik va surunkali kasalliklrning zurayishi ko'zatiladi.

Grippning ENGIL kechishi biroz intoqsikatsiya xamda subfebril xarorat (2-3 kun davomida) ayrim bemorlarni yo'qori nafas yo'lining zaralanishi bilan namoyon bo'ladi.

O'RTA og'ir turida intoqsikatsiya xamda yo'qor nafas yo'lining zaralanishi belgilari anik namoyon bo'ladi. Isitma davri urtacha 4-5 kun davom etadi.

OG'IR turi keskin boshlanadi. Isitma kuchli va o'zoqrak davom etib, intoqsikatsiya kuchli bo'ladi. Bemorda keskin xolsizlanish, bosh aylanish, uykusizlik yoki uykuchanlik, ishtaxaning butunlay yo'qolishi, qusish, tirishish kiska karaxtlik xushning yo'qolishi, meningial va ensefalitik sindromlar, yurak-tomir faoliyatining bo'zilishi kabi alomatlar ko'zatiladi. Nafas a`zolarida mukarrar asoratlar sodir bo'ladi (virusli- bakteriyali zotiljam). Aksaryat gemorragik alomatlar (burun qonashi) ko'zatiladi.

GIPERTOQSIK- (chakmoqsimon) turida juda og'ir neyrotoqsikoz belgilari (miya shishi va kepchishi), yurak tomir xamda nafas etishmovchiligi (o'pkaning o'tkir gemoragik shishishi) bronxiolit, xikildoqning kisilishi, kabi alomatlar sodir bulishligi tufayli sodir bulishi tufayli kasallik kechim juda og'ir bo'lib, ulim bilan Yakunlanishi mumkin.

Bu urinda kuyidagi misolni keltirish mumkin:

22 Yoshli oliygox talabasi sovukda kelgandan keyin umumiy xolsizlik, biroz yutal, tumov alomatlari va tana xaroartining 37S ga kutarilganligin xis etgan. Xakimga murojaat kilmagan va shu kuni kechkurun safarga junagan. Safardan kaytgach o'zini Yomon xis kilgan. Tana xarorati 38-39S ga kutarilib, intoqsikatsiya alomatlari rivojlangan, keskin kuvvatsizlik, et junjikib titrash, kuchli bosh ogrigi va yutal bezovta kilgan. O'zicha analgin ichib yurgan, ammo natija bulmagan. Kasallikning 4-kuni bemor og'ir axvolda, o'tkir nafas etishmovchiligi xolatida shifoxonaga keltirilgan. Rentgen Orqali kurilganda- abstsessli zotiljam aniklangan. Nafas etishmovchiligining ortib borishi tufayyli utkazilgan davo tadbirlariga karamay bemor xaloq bulgan.

Grippning kam uchaydigan atipik turida kasalliknig asosiy belgilaridan biri (ya`ni isitma intoqsikatsiya belgtlari yoki nafas a`zolarining zarlanishi) ko'zatilmaydi.

Viruslarning tipiga qarab grippning klinik kechimida deyarli fark bulmaydi. Biroq A grippning pandemiyasi davrida kasallikning og'ir intoqsikatsiyalarni kechim ko'zatiladi.

Epidemiya davrida kasallikning xamma turlari, epidemiya oraligida esa ko'proq engil va urta og'irlikdagi turlari uchraydi.

Kichik bolalarda Yoshdagi gripp ko'pincha asta-sekin boshlansada, ko'proq markaziy nerv sistemasining zaxarlanishi va xatto meningoensefalit sindromlari (qayta qusish, xushsizlik tirishish va meningial belgilar) bilan og'ir utadi. Nafas a`zolari boshdan oxir zaralanib, kupincha, nafas etishmovchiligi va zotiljam rivojlanadi. Aksariyat bolalarning bugizida shish va siqilish sodir bulish oqibatida soxta krup sindromi (tovushning bugilishi, dag'al -- yo'tal, nafasning kiyinlashuvi) rivojdanadi.

Ikkilamchi mikrofloralar kushlgan takdirda krupning kechimi davomli va ba`zan tulkinli bo'ladi. Bunda bugiz va traxeya shilliq shish va mayda qon kuyilishlardan tashqari yiringli va nekrotik o'zgarishlar ko'zatiladi.

Kariyalarda grippning boshlagich davri kuchsiz intoqsikatsiya belgilari va biroz isitma bilan kechadi. Biroq kasallik yurak-qon tomirning aterosklerozi xamda nafas a`zolarning turl surunkali kasalliklari fonida kechganligi tufayli katta xavf tugdiradi.

Ular ayniksa grippning zotiljam bilan asoratlanishi xavflidir. U ko'pincha ulimga olib keladi.

Grippning asoratlari kasallkning turli davrida rivojlanishi mumkin. Ular viruslar va ko'pincha turli xil bakteriyalar tomonidan chakiriladi. Grippning eng kup va og'ir asoratlaridan biri zotiljamdir. U turli bakteriyalar va aksariyat stafiloqoqklarning kushilishidan rivojlanadi. Grippda birlamchi zotiljamni bulishligi oxirgi yillarda tan olinmayapti. Kupchilik shifokorlarning fikricha, zotiljam barcha UNYK shu jumladan grippda xam ko'zatilishi mumkin bulgan virus va bakteriyalar birgalikda ta`sir kilganda sodir bo'ladigan kasallikdir. Zotiljam mayda yirik uchogliva bulmachali bo'lib ko'proq ung o'pkada ko'zatiladi. Stafiloqoqli zotiljamda ko'proq o'pkada yiringli abstsess xosil bo'ladi. Zotiljam ko'proq bolalarda, kariyalarda va nafas yo'lida surunkali kasalliklari bulgan shaxslarda rivojlanadi.

Grippning zotiljam bilan asoratlangan kechimida isitma davomli yoki ikki tulkinli bo'ladi va kuchli xolsizlik, terlash, nafas tezlashib xansirash, balgamli yutal kabi alomatlar bilan ko'zatiladi. Urib kurilganda o'pkaning Yalliglangan qismi ustida tovush bugikligini, atrofida esa kuticha tovushini eshitamiz. Eshitib kurilganda kuruk va turli kattalikdagi nam xirillashlar eshitiladi.

Kupchilik bemorlar qonida lekotsitlar kursatkichi normal (ayrim) xollarda leykotsitoz yoki leykopeniya bulgan xolda katori chapga surilgan neytrofillyoz va ECHT ning ortishi ko'zatiladi.

Grippda zotiljamdan tashqari otit, burun kushimcha bushliklari va pyoshoa sinuslarining Yalliglanishi (gaymorit, etmoitsit, frontit) va ko'proq rinit, faringit, laringit, traxeobronxit, angina va boshqa asoratlar bulishi mumkin.

Nerv sistemasi tomonidan sodir bo'ladigan asoratlar (meningoensefalit, araxnoidit, polinevrit, radikulit va b) ba`zan o'zoq vaqt asab sistemasi faoliyatining bo'zilishi va ish kobiliyatining pasayishiga olib keladi.

Grippning oqibati ko'pincha Yaxshi, biroq og'ir asoratli kechimida Yomon bulishi mumkin.

TASHXISOTI. Xar bir xakim kasallikni aniklashda avvalo uning klinik belgilarda asoslanishi kerak, chunonchi klinik diagnozdiagnoz tashxis eng barvaqt aniqlanadigan va xech kanday kushimcha mablag talab kilmaydigan tashxisdir. Shuning bilan birga u keyingi tekshiruvchilar yunalishni xam aniklab beradi.

Biroq klinik tashxis faqat kasallikning odatiy kechimidagina imqon bo'ladi. Grippning boshqa UNYK lardan farklash (ayniksa kasallikning sporadik turlarida) nixoyatda mushkuldir. Biroq kasallikning o'tkir boshlanishi, birinchi kunlardayok intoqsikatsiya bosh ogrigini pyoshona, kosh usti, xam ko'z olmasida bulishi, suyak va mushaklarning zirkirab ogrishi, tumov alomatlarning esa kuchsiz va 2-3 kunda rivojlanishi grippga juda xosdir. Shuning bilan birga intoqsikatsiyaning umumiy belgilari juda kup boshqa yo'qumli kasalliklarga xam xos bulganligi grippni ulardan farklash kerak.

Eng katta kiyinchilik boshqa virusli o'tkir nafas yo'li kasalliklaridan farklashda tugiladi.(2-tizmaga karand)

I.J Ketiladzening (1967) ko'zatishlariga kura gripp va boshqa UNYK lari, afas yo'lida zaralanishining joylashishiga kura bir biridan farq qiladi. Masalan:Grippda butun nafas yo'li zararlansa xam (gripp nafas yo'lining zaralanishisiz utmaydi) ko'proq traxeit (quruq yo'tal, traxeya buylab og'riq) ko'zatiladi.

Paragripp ko'proq xikildoq zaralanib, larengit, larengotraxeit alomatlari (tovushning bugilib chikishi yoki xirillab qolishi, chukur va kuchli yutal) ko'zatiladi. Toqsikoz esa grippga nisbatan kuchsiz.

Adenovirus kasalligini sof respirator kasalliklar katoriga kiritib bulmaydi. CHunonchi, bu kasalikda nafas yo'lining burun tomoq qismi zaralanishi bilan bir vaqtda ko'zlar, limfatik bezlar, bodom bezi xamda ichaklar xam zararlandi. Bu kasallikda asosan faringon yunktival isitma xosdir.

Respirator- sinsital virusli ko'pincha pnevmovirusli deb ataladi. Bu kasalikda mayda bronxlar, bronxitlar mushaklarida shish va kisilish tufayli tez nafas etishmovchiligi sodir bo'ladi.

Bulardan tashqari grippni – ich terlama va paratif kasalliklari, sepkilli terlama, kora oqsoq, bezgak, meningoqoqk infeksiyasi, serozli meningitlar, kizamik, kuk yutal singari kasalliklari bilan takkoslashga to`g`ri keladi.

Ich terlama kasalligi grippdan o'zining asta-sekin boshlanishi, isitma davrining davomiyligi, teri va shilliq qavatlarning ranglarini jigar va taloq kattalashuvi, tomoqda o'zgarishlarning yo'qligi, terisida rozeolyoz toshmalarning bulishi, tif xolatining namoyonligi bilan farklanadi. Bemorning qoni, siydigi natijasidan bakteriyalar topiladi va Vidal reaksiyasi musbat bo'ladi.

Toshmali terlama tana xaroratining asta-sekin kutarilishi, bemor yo'zining xarakatsiz, nikobsimon bulishi, terisida turli toshmalar, jigar va taloqning kattalushuvi, Kiari-Avsin xamda Govorov-Godele simptomlarning musbatligi bilan farklanadi. Qonda neytrofilli leykotsitoz, ECHT oshishi va komplement biriktiruvchi reaksiyaning musbat natijasi ko'zatiladi.

Qora oqsoq kasalligi grippdan bosh va ko'z olmalarida og'riqning yo'qligi, burun-tomoq soxasida o'zgarishning va tumov alomatlarining yo'qligi bilan ajralib turadi. Qora oqsoq kasalligida jigar va taloqning kattalushuvi xamda kuchli isitma bilan boglik bulmagan terlash xaraterlidir. Rayt va Xedilson reaksiyalari musbat natija beradi.

LABORATOR TASHXISOTI. Gripp virusining kasallikning birinchi kunidan boshlab burun, tomoq shilliq kavatidan va qondan topish mumkin. Lekin topilishi juda kam bo'ladi. Uni tovuk embrionida ustirish mumkin. Grippda va boshqa UNYKlarda tezkor ekspress tashxislash mksadida fl yuoristsentlanuvchi antitelolar usulidan foydalaniladi. Buning uchun burun va tomoqdan olingan shilliqdan tayyorlangan surtmaga grippning fl yuoristlanuvchi zardobi bilan ishlov beriladi. Xosil bulgan antitelo-antigen birikmasi epiteliylarning Yadrosi va protoplazmasidan erkin nurlanadi.

RTGA, RSK va neytrolizatsiyalash kab zardob analizlaridan kechikkan () Ya`ni kasallik utib bulgandan keyingi) tashxisot maksadida foydalanish mumkin. Zardob reaksiyasi uchun qonni ikki marotoba («juft zardob») kasalik boshida Yana 814 kun o'tkazib, reqonvalestsentlik olinadi. Antitelolar titrini 4 marotoba va ortik tashxisiy xisoblash mumkin.

DAVOLASH. Bemorlarni kasalxonaga jlylashtirish epidemiologik va klinik nuktai nazardan amalga oshiriladi. Odatda grippning og'ir yoki asoratlangan turlarini utkazayotgan xamda og'ir kushimcha xastalig bulgan bemorlardagina Yotkizilad.

REJIMI: bemor butun isitma davomida va Yana 2 kun urinda Yotishi kerak.

PARXEZI. Sutli, sabzavotli vitaminlarga boy bulishi va kuprk su yo'qlik ichmogi kerak.

Grippda bir kator etiotrop, patogenetik va simptomatik dori-darmonlar ishlatiladi. Etiotrop dorilardan eng ta`sirlisi grippga karshi gamma globulin xisoblanadi. Uni 3-6 ml.dan bolalarga 1-3 ml. m\o ga yuboriladi, u globulin yoki zardobli poliglobulin ishlatiladi (ya`ni, bularda xam grippga karshi antitelolar bor).

Bularning xammasi xam faqat kasallikning birinchi uch kunda ishlatilganda natija beradi.

LAKTOGLOBULIN-(grippga karshi immunlangan sigir sutidan tayyorlangan), ayniksa bolalarni davolashda Yaxsht natija beradi. Kasallikning dastlabki 2-3 kunida 6yoshgacha bulgan bemordla 0,05 dan, 6yoshdan katta bolalarga 0,1 gr.dan (bo'rniga kunga z maxal poroshoq xolida) beriladi.

Bugungi kunda virusga karshi virustat, virazol, asiklovir (aynksa setamegolovirus infeksiyasi va uchuk kasalligida) singari dorilar bor. Shuningdek, virusga karshi immunitet rivojlantiruvchi: o'zimizda ishlanadigan:taktivin, interferon singari dorilr mavjud.

Biroq gripp virusiga karshi ayniksa A virusiga eng ta`sirchan remantadin xisoblanadi. U birinchi ishga 100 mg 2 tabletka keyin 50 mg. (1+2+2) va 3-kuni 200mg ,(1+2+2) beriladi. Keyingi kunlarda budorini berishni xojati xam foydasi xam yo'q.

Leykotsitar interferon xar bir burun yo'liga 0,25ml dan 4 maxal tomiziladi. Bu dori xam bu kasallikning birinchi kunlarida (ayniksa 1kunida) foydalanadilar.

Hozir chikarilayotgan interferonga kuchsiz yoki foydasi mavxum dori sifatida kamroq kerak. Grippni ayniksa ayniksa uni xotirjamlik bilanasoratlangan kechimini davolashda reoferon shubxasiz Yaxshi natija berishi isbotlangan.

PROFILAKTIKASI. Bemorga alohida idish-tovoq, sochiq ajra-tiladi. Parvarish qiladiganlar albatta 4 qavat doqadan tikil-gan niqob tutib yurishlari zarur. Bemor Yotgan xonaga boshqalar imxoni boricha kirmasligi kerak.

Epidemiya vaqtlarida ko`pchilikning bir joyga yig`ilishi ta-tsiqlanadi, Kikoseanslar orasidagi vaqt o'zaytirilib, zallar shamollatib qo`yiladi, pollari tegishli eritmalar bilan artib tozalanadi. Transportda, savdo-sotiq tashkilotlari, davolash muassasalarida ishlaydiganlar doqa mitsob tutib olishi kerak. Ko`pchilik to`playaadigan joylar (voqzallar, avtostansiyalar va boshqalar) vaqti-vaqti bilan tozalanib, dezinfeksiya qilib tu-riladi.

Grippnkng spetsifik profilaktikasi uchun vaksina ishlatila-di, Vaksinani burun ichiga 3 mahal surtiladi. Oradan 15—20 kui o`tgach, bu ish Yana ikki marta qaytariladi. Gripp yuqmasligi uchun burun ichiga oqsalin malhami surtish, interferon tomizish va uy quga Yotish oldidan bir tabletka remantadin ichish tavsiya etiladi.

Grippga qarshi emlash uchun kuchsizlantirilgan va tirik vak-tsknalar ishlatiladi. Kuchsizlantirilgan vaksinalar ikki xil bo`ladi. Bir xili parchalanmagan viruslardan, ikkinchisi esa par-chalangan virusdan tayyorlanadi. Parchalanmagan viruslardan tay-yorlangan vaksina maxsus in`ektorlar Yordamida teri orasiga yubo-riladk. Bu usul bilan odatda katta jamoalyar emlanadi (zavod va fabrikalarda epidemiya boshlangan vaqtlarda). Parchalangan ziruslardan tayyorlangan vaksina teri ostiga yuboriladi. Bu. vak-dina tirkk vaksina bilan emlash taqiqlangan hollarda ishlatiladi.

Allantois to`qimasida ko`paytirilgan virusdan tayyorlangan vaknina burun ichiga tomizish Yo`li bilan ishlatiladi. Vaksina tomizksh oradan 20—30 kun o`tgach ikkiichi marta qaytariladi. Ychiladigan vaksina ham bor. Bu vaksina 'asosan bolalarga beriladi. Vaksmnadan tashqari epidemiya vaqtida oqsalin malhami, interferon, platsentar gammaglobulin ham qo`llaniladi.

Meningoqoqkli infeksiya Neisseria meningitidis chakiruvchi, xavo tomchi mexanizmi Orqali yo'quvchi, o'tkir antroponoz kasallik bo'lib,klinik-burun halqum shilliq kavati, miyaning cho'zilmaydigan yumshoq pardasi Yalliglanishi va spetsifik sepsemiya belgilari bilan tavsiflanadi.

Tarixiy ma`lumot : meningoqoqk infeksiyasi kadim zamonlardan beri ma`lum. 1805 yili Jenevada meningoqoqk infeksiyasining katta epidemiyasi bo'lib utdi.Usha yili uning klinikasi batafsil urganildi va matbuotda e`lon qilindi. XIX asr davomida Ovrupada bir necha marta meningit epidemiyasi ko'zatildi. 1863 yili Krim, Kavkaz va Rossiyaning boshqa guberniyalarida xam meningit epidemiyasi kayd qilindi.

Ilgarigi Sovet Ittifoqida 1930-40 yillar mobaynida bir necha marta meningit epidemiyasi ko'zatildi. Undan keyingi 25 yil davomida meningit sporadik tarzda uchrab turdi.

1967 yildan boshlab meningit bilan kasallanish xollari Yana kupaya boshladi, bolalar jamoalarida epidemiyalar xam kayd qilindi.

Jaxon soglikni saklash tashkilotining ma`lumotiga, kura, Hozirgi vaqtda bu kasallik er yo'zining deyarli xamma mamlakatlarida uchrab turadi va ba`zan katta-kichik epidemiyalar tarzida xam kayd qilinadi.

Etiologiyasi. Bu infeksiyani qo'zgatuvchi mikrob meningoqoqkni 1887 yilda Vekselbaum kashf etgan. Meningoqoqklar ko'pincha leykotsitlar ichida kushaloq-kushaloq bo'lib ko'rinadi. Ularning tashki kurinishi kofe doniga uxshaydi. Bu mikroorganizmlar grammanfiy bo'lib anilin buyoklari bilan Yaxshi buyaladi. Meningoqoqk parchalanganda endotoqsin ajratib chikaradi.

Meningoqoqkning A, B, C, D, E, X, U, Z, 29E, 135W degan xillari ma`lum. Ular tashki muxitda o'zoq tirik saklana olmaydi, kuyosh nurlari va sovuklik tez xaloq kiladi.Oddiy dezinfeksiya moddalari (fenol, xloramin, oxak eritmasi) meningoqoqklarni bir necha minut ichida uldiradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bemor va bakteriya tashib yuruvchilardir. Atrofdagilarga meningoqoqk infeksiyasini kup yo'qtiradigan xavfli manbai kasallikning engil -va bilinar-bilinmas xili bilan ogrigan bemorlar xisoblanadi. Ba`zi xollarda meningoqoqk infeksiyasi nazofaringit kurinishida utadi. Nazofaringitni meningoqoqk ko'zgatganini faqat bakteriologik tekshirish yo'li bilangina aniklash mumkin, xolos. Bunday bemorlar ko'pincha kasalxonaga Yotkizilmaydi, shunga kura ular

infeksiyani tarkatib yuraveradi. Burun, halqum, tomoq shilliq pardasining surunkali Yalliglanishi bakteriya tashib yuruvchilik xodisasi paydo bulishiga kulaylik tugdiradi. Meningoqoqk infeksiyasining epidemiyasi vaqtida bakteriya tashuvchilik infeksiya uchoqlarida 20-30 foizgacha kupayadi, Ya`ni usha erdagi soglom kishilarning 20-30 foizi infeksiya manbai bo'ladi. Epidemiyadan boshqa vaqtlarda, kasallik sporadik tarzda uchrab turadigan maxallarda bakteriya tashuvchilar infeksiya uchogida 1-3 foizgacha kamayadi. Meningoqoqk infeksiyasi 14 Yoshgacha bulgan bolalarda va Yosh odamlarda ko'proq uchraydi. Meningoqoqk infeksiyasi . bilan kasallanish urta xisobda xar 10-15-25 yil oralab kupayib turadi. Bu infeksiya epidemiyasi ko'pincha maktab va bogcha bolalari orasida boshlanadi. Bunday sharoitlarda avvalo nazofaringit va bakteriya tashib yuruvchilik kupayadi,keyin meningoqoqk meningiti va infeksiyaning umumiylashgan, tarkoq xillari uchray boshlaydi. '

Meningoqoqk infeksiyasi kish va kuklam faslida (fevral-may oylarida) kupayadi.

Infeksiya xavo-tomchi yo'l bilan yo'qadi. Bemor yutalganida, aksirganida va gapirganida tupuk. zarrachalari bilan meningoqoqklarni tashqariga chikaradi. Bu meningoqoqklar idish-tovoq, sochik va boshqa bu yumlarni tutgan odamga infeksiya osongina yo'qadi.

PATOGENEZ.

Meningoqoqkli infeksiya patogenezi sxemasi (Sh.X.Xodjaec).

1 boskich – qo'zgatuvchining kirishi :

a) xavo-tomchi.

b) maishiy-muloqot yo'li.

2 b*oskich* - nazofaringeal (qo'zgatuvchining moslashishi infeksiyaning maxalliy joylashish -tashuvchanlik, nazofaringit).

3 boskich - limfogematogen tarkalish (koqksemiyaning Yakkol sepsis klinikasi bilan kechish va u siz).

4 boskich - metostatik uchoqlar shakllanishi (parenximatoz disseminatsiya, meningit, meningoensefalit, meningoeksefalomielit, mioqardit, endoqardit, zotiljam, artrit va boshqalar).

5 boskich - koldik o'zgarishlar.

Patogenezi. Meningoqoqk burun, halqum shilliq pardasi Orqali organizmga kiradi. Meningoqoqk yo'qkanlarning 20-30 foizida rinofaringit boshlanib, u simptomsiz utadi.Ba`zan meningoqoqklar shilliq pardadagi maxalliy tusiklardan osongina utib, limfa va qon Orqali .butun organizmga tarkaladi va shunday kilib umumiylashgach, tarkoq infeksion jarayon, Ya`ni meningoqoqk bakteriemiyasi (septitsemiya) boshlanishiga sabab bo'ladi.

Meningoqoqk septitsemiyasida bemorning axvoli og'ir bo'ladi, teri, kul-oyok bugimlari va ko'zning qon tomir pardasiga qon kuyiladi. Kasallikning bunday xilini meningoqoqksemiya (meningoqoqk infeksiyasining meningitsiz utadigan xili) deb yuritiladi.

Kunincha meningoqoqklar gemato-likvor tusikni engib utib, bosh miyaning yumshoq pardasini zararlaydi, bunda meningit boshlanadi.

Demak, meningoqoqk meningiti bu kasallikning bir kurinishidir.

YAlliglanish jarayoni boshqa kushni to'qimalarga (bosh miya, Orqa miya, ependimaga) xam utadigan bo'lsa, kasallikning boshqa klinik formalari (meningoensefalit, mielit, ependimatit simptomlari) paydo bo'ladi.

Patomorfologiyasi. Meningoqoqk meningitida asosiy patologik o'zgarishlar bosh miyaning yumshoq pardasida yo'z beradi.. Yalliglanish jarayoni natijasida bosh miyaning asosiy qismi yiring bilan koplanadi. Keyinchalik bu yiring infiltrati bosh miyaga va Orqa miyaga tarkaladi. Yalliglanish miya qon tomirlariga utishi natijasida endoartrit va panflebit boshlanadi. Bu esa o'z navbatida qon xarakatini kiyinlashtiradi.

Bosh miyaga qon tulib, shishadi va kup joyiga qon kuyiladi. Miya korinchalarida yiring tuplanadi.

Bosh va Orqa miya zararlanishi natijasida ensefalit, mielit simptomoqomplekslari paydo bo'ladi (falajlar, tutkanoq tutishi, psixikasi bo'zilishi).

YAlliglanish jarayoni suna boshlagach (kasallikning 2-3 xaftalarida), fibrin va yiringli ekssudat kamayib borib, keyin yo'qoladi. Kasallik o'zoq cho'zilgach ba`zi xollarda yiringli ekssudat urnida

biriktiruvchi to’qima paydo bo’ladi. Bu to’qima Orqa miya su yo’qligining normal xarakatiga tuskinlik kiladi, natijada miya korinchasida su yo’qlik kup yigilib qolishiga sabab bo’ladi.

Klinikasi. Meningoqoqk infeksiyasining inkubatsion davri 1 kundan 10 kungacha cho’ziladi.

Meningoqoqk infeksiyasining klinik klasifikatsiyasi.

1.Birlamchi lokal xillari: a) meningoqoqk tashib yuruvchilik; b) o’tkir nazofaringit; c) pnevmoniya. 2.Gematogen-tarkoq xillari: a) meningoqoqksemiya; b)meningit; c) meningoensefalit; d) aralash (meningoqoqksemiya+meningit); d) kam uchraydigan xillari (endoqardit, artrit, iridotsiklit).

M e n i n g oqoqk tashib yuruvchilik-kasallikning subklinik xili bo’lib, xech kanday simptomlari kurinmaydi.

O’tkir nazofaringit. Meningoqoqk infeksiyasining bu xili juda kup uchraydi. Xarorat kiska muddatga subfebril darajaga kutarilib, ozgina intoqsikatsiya bo’ladi. Bemorning boshi ogriydi.Tomogi kichishib, kuruk yutaladi, burni bitib qoladi. Keyin burnidan shilimshik oqadi. Ba`zi xollarda intoqsikatsiya kuchliroq bo’ladi, xarorat 5-7 kungacha cho’ziladi. Bemor boshi aylanib, kusadi, muskullari ogriydi.

Nazofaringit halqum, tomoq shilliq pardasi shishib kizaradi, ayniksa halqumning Orqa tomoni ko’proq kizarib shishadi va shu erdagi limfoid folikulalar kattalashib, kip-kizil bo’lib ko’zga tashlanib turadi. Tomoq, halqumdagi bu o’zgarishlar 1-2 xafta davom etadi. O’pkada bronxit aniqlanadi.

Nazofaringit meningit epidemiyasi vaqtlarida infeksiya uchogida klinik tekshirishlar natijasida aniqlanadi. Meningoqoqk nazofaringitga davo qilishda bemorga antibiotiklar ichirish bilan kifoyalanadi. Odatdagi dozalarda oqsatsillin, ampioqs, levomitsetin, tetratsiklin, eritromitsinlar tayinlanadi. Bu dorilar 3-5 kun beriladi. Bundan tashqari o’zoq ta`sir kiladigan sulfanilamid preparatlar xam bu yuriladi.Bemorlar tomogini tez-tez chaykab turish tavsiya etiladi. .

Pnevmoniya. Ba`zan meningoqoqk birlamchi pnevmoniyaga sabab bo’ladi. Bunda meningoqoqk infeksiyasining boshqa alomatlari kurinmaydi. Meningoqoqk pnevmoniyasi ko’pincha o’zoq davom etadi va bemorning axvoli ancha og’ir bo’ladi.

Meningoqoqksemiya (meningoqoqk sepsisi). Meningoqoqk bakteriemiyasi ba`zan meningeal simptomlarsiz utadi, boshqa xollarda esa meningit xam boshlanadi. Oxirgi yillarda 1-2 foiz bemorlarda meningitsiz utadigan meningoqoqksemiya uchramoqda.

Meningitsiz utadigan meningoqoqksemiyaning klinikasi turlicha bo’ladi. Ba`zan meningoqoqksemiya engil utadi, bunda bemorning axvoli og’irlashmaydi. Meningoqoqksemiyaning bunday xilida diagnozni anik belgilash kiyin.

Meningoqoqksemiya aksari birdan boshlanadi, 6-8 soat davomida xarorat 38-40 darajagacha kutariladi. Intoqsikatsiya bilan bir vaqtda meningizm belgilari paydo bo’ladi: bosh qattiq ogrib, bemor talvasaga xam tushadi, ko’pincha kayt kiladi va bexush bo’lib Yotadi. Shunisi borki, miya pardalarining Yalliglanishiga xos ushbu simptomlar bulgani xolda Orqa miya su yo’qligida Yalliglanishga aloqador o’zgarishlar topilmaydi. Kasallik boshlanganidan keyin 8-12 soat utgach bemor badanida gemorragiya alomatlari ko’rinadi, mayda petexial toshmalar bilan bir katorda 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar paydo bo’ladi. Badandagi toshmaning shaklan yo’ldo’zchalarga uxshash bulishi juda xarakterlidir. Bu toshmalar ko’pincha dumba, son, boldir, ko’z kovogi, ko’z sklerasi va ba`zan yo’zda paydo bo’ladi.

Isitma 1-2 kun yo’qori bo’lib turadi (30-40) so’ngra u turlicha kurinishda davom etadi, keyinroq subfebril darajaga tushadi.Kuchli intoqsikatsiya vaqtida taxikardiya, gipotoniya, xansirash aniqlanadi.Bemor tili karash bilan koplanadi, u kup chankaydi, chakaloq bolalarda dispepsiya belgilari (qusish, ich ketish) kuriladi.

Meningoqoqksemiyada ba`zan bugimlarning sinovial pardasi zararlanib poliartrit simptomlari paydo bo’ladi, ko’zning tomirli pardasi Yalliglanadi (uveit, iridotsiklit, xoreoidit yo’z beradi). Bunda shox pardaning rangi o’zgarib, tuk kizil tusga kiradi.Endoqardit va pnevmoniya kamroq uchraydi. Qon tekshirilganda anchagina leykotsitoz (20000-40000), neytrofilez borlig’i, formulasi chapga surilgani aniqlanadi, anaeozinofiliya xam bo’ladi.

Meningoqoqksemiyaga o’z vaqtida to`g`ri davo qilinsa, kasallik ko’pincha bemorning sogayishi bilan Yakunlanadi.

YAshin tezligida utadigan meningoqoqksemiya juda kuchli intoqsikatsiya bulishi bilan ta`riflanadi.Kasallik boshlanishidaek bemor xushini yo’qotadi va xar xil tartibsiz xarakatlar kilaveradi, uni ketma-ket tutkanoq tutib turadi.Bemorning yo’zi qizargan va burtgan bo’ladi.Shilliq pardalar va teri rangi o’zgarib, kukarib turadi.

Kasallik boshlanishida taxikardiya o’rniga bradikardiya aniqlanadi, qon bosimi kutariladi.Nafas aritmiyasi va bosh miya shishuviga xos belgilar paydo bulishi xatarli alomat xisoblanadi.Mana shunday xolda Yotgan bemor birdaniga nafasi tuxtab, ulib qolishi mumkin.Bosh miya shishganda o’zunchoq miya katta ensa tyoshigiga kirib kolib ezilishi mumkin.

Ba`zan uta o’tkir meningoqoqk sepsisida buyrak usti bezlariga qon kuyiladi va Usterxao’z-Frideriksen sindromi ko’rinadi.Bu sindrom juda kuchli intoqsikatsiya, qaytalanib turadigan kompleks belgilari va bosh miya zararlanganiga xos bulgan boshqa simptomlar bilan ta`riflanadi.Bu o’zgarishlar to’satdan boshlanadi, bemor eti uvishib kaltiraydi.Xarorat juda yo’qoriga kutarilib, bemor xushidan ketadi, kusadi. Kasallik boshlanishidanoq badan terisiga qon kuyiladi, petexiya toshmasi ko’rinadi.Puls juda tez va sust uradi, keyinchalik mutlako kulga ilinmaydi.Qon bosimi borgan sari pasayaveradi.Bemor xansirab nafas oladi.Meningeal sindrom aniqlanadi.Qonda yo’qori leykotsitoz va neytrofillar formulasining chapga surilib kolgani ko’zga tashlanadi. 15-30 soat ichida bemor koma xolatiga tushib, ulib ketadi.Bemorning bunchalik erta ulishining sababi buyrak usti bezlari qon ku yo’lishidir.

Surunkali meningoqoqksemiya. Meningoqoqk infeksiyasining bu xili kam uchraydi, bir necha xaftadan bir necha yilgacha davom etadi.Xarorat doimiy isitma. eki intermittens kurinishida bo’ladi.Apireksiya davrida bemor axvoli ancha Yaxshilanadi, badanidagi toshmalar rangi uchadi. Surunkali meningoqoqksemiyada ba`zan artrit, poliartritlar boshlanadi, ko’pincha gepatolineal sindrom aniqlanadi.Qonda leykotsitoz, neytrofiloz, ECHTning tezlashgani ko’rinadi.Surunkali meningoensefalitda glomerulonefrit, endoqarditlar boshlanishi mumkin.

Meningoqoqksemiyaning meningit bilan utadigan xili . 25-50% hollarda uchraydi.Bunda meningoqoqksemiya simptomlaridan tashqari bosh miya yumshoq pardasining zararlanganiga xos belgilar aniqlanadi.

Meningoqoqk infeksiyasining kam uchraydigan xillari aksari poliartrit, endoqardit, iridotsiklit kurinishidagi kasalliklardan iborat bo’ladi.

Meningit. Inkubatsion davr 4-6 kun davom etadi.Kasallik to’satdan boshlanadi, bemor eti uvishib, kaltiraydi, xarorati 39-40 darajagacha kutariladi, boshi qattiq ogriydi, ketma-ket kayt kiladi.Intoqsikatsiya tez kuchayib borib, bemor xadeb bezovtalanaveradi.Ba`zi xollarda, ayniksa bolalarda tutkanoq tutadi.Isitma turlicha shaklda bo’lib 2-3 kundan 7-14 kungacha, gox 20-25 kungacha cho’ziladi.Ishtaxa bugiladi, birinchi kundanoq badanda gemorragik toshma paydo bo’ladi.Ba`zan badan terisida (kasallikning og’ir formasida) mayda toshmalardan tashqari 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar ko’zga tashlanadi.Bunday gemorragiya belgilari sklera, qon` yunktiva, tanglay,burun shilliq pardasida xam uchraydi.Ba`zan me`da, bachadon, buyrakdan qon ketadi.Bemor bezovtalanib, alaxlaydi, uni uyku tortaveradi, lekin uxlay olmaydi.

Bemorning basharasi, ko’zi kizargan va burtgan bo’ladi, u kuyosh yoki elektr nuriga karay olmaydi.Kasallikning 2-3 kuni uchuk toshadi.Jigar va taloq ozgina kattalashadi.Meningeal simptomlar paydo bo’ladi: ensa muskullari tortishib kiskarib turadi.Kerning va Brudzinskiy simptomlari Yakkol aniqlanadi.Bolalar boshini Orqasiga tashlagan xolda Yotadi, katta Yoshdagi bemorlar esa boshi Orqaga tashlangan, oyoklari korniga tortilgan xolda bo’ladi.

Kerning simptomi va ensa muskullarining tortishib, kiskarib turishi ba`zan 4 Yoshgacha bulgan soglom bolalarda xam uchraydi.Bu kasallik alomati bulmasdan, balki normal fiziologik xolatdir. CHakaloq bolalarda meningitning eng xarakterli simptomi likildoqning tarang tortib, burtib turishidir.

Talvasa kattalardagiga karaganda bolalarda ko’proq bo’ladi.Agar bemor bolani kultik ostidan ushlab kutarilsa, uning oyoklari korniga tortilgan xolatda bo’ladi.

Bosh miya nervlarining zararlanishiga oid simptomlar paydo bo'ladi: anizoqariya, qonvergensiya va akkomodatsiyaning bo'zilishi, ko'zning gilay tortishi, strabizm, shular jumlasidandir.Ko'pincha gorizontal nistagm borligi topiladi.

Bulardan tashqari oyok-kullarning falaji, Yarimfalaj alomatlari uchraydi.Rossalimo, Babinskiy simptomlari aniqlanadi.O'z vaqtida to`g`ri davo choralar amalga oshirilsa kupchilik bemorlar kasallikning 12-14 kunlariga borib sogaya boshlaydi.

Ependimatit sindromi bilan utadigan meningit.Meningit diagnozi kech aniklangan va unga noto`g`ri davo qilingan xollarda ependimatit simptomlari paydo bo'ladi.Bemorni uykuga tortaveradi, muskullar kiskarishi kuchliroq bo'ladi; bemor betartib xarakat kiladi, kundan-kunga ozib ketadi (kaxeksiya). Seroz meningit. Meningit ba`zan serozli meningit kurinishida o'tadi.Bunda meningeal sindrom Yakkol kurinmaydi.Orqa miya su yo'qligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz aniqlanadi (1mm da 200-800 xujayra).Pleotsitoz asosan limfotsitlar xisobiga bo'ladi.

Meningoensefalit. Kasallikning bu xili kam uchraydi. Meningeal sindrom sust ifodalangan bo'ladi, asosan ensefalit simptomlari aniqlanadi. Kasallik birdaniga boshlanadi, bemor psixikasi bo'zilib, uni talvasa tutadi, oyok-kullari falaj yoki Yarim falaj bo'lib qoladi.Meningoqoqk ensefaliti ko'pincha bemorning ulimi bilan tugaydi.

Differensial diagnostikasi. Yiringli meningitlarni asosan meningoqoqk va pnevmoqoqklar ko'zgatadi.Oxirgi vaqtlarda stafiloqoqk qo'zgatadigan yiringli meningitlar xam uchramoqda.

Meningoqoqk meningiti to'satdan boshlanadi, bemor xarorati kutarilib, kusadi va Kernig, Brudzinskiy simptomlari paydo bo'ladi. Orqa miya su yo'qligi tekshirilganda xira va yiringli bo'ladi, pleotsitoz Yakkol ko'rinadi.Su yo'qlik tarkibidagi oqsil modda bir kadar kupayadi (0,6-1,5 %), Pandi va Nonna-Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chiqadi, orqa miya suyqligida meningoqoqklar topiladi.Qonda leykotsitoz (15000-30000) va neytrofiloz aniqlanadi.

Pnevmoqoqk meningiti. Pnevmoqoqk meningiti to'satdan boshlanmay, bir kadar sekinroq boshlanadi-yu, lekin intoqsikatsiya kundan-kunga kuchayib boradi.Kasallikning birinchi uchogi-pnevmoniya, yiringli otit, traxeobronxit borligi aniqlanadi. Tula bulmagan meningial sindrom bilan birga ensefalit belgilari (tutkanoq tutishi, bemor bexushligi xam) ko'rinadi.Ba`zan bosh miyaning ayrim qismlari zararlanganiga xos belgilar paydo bo'ladi.Jigar va taloq kattalashadi.

Bu xol meningit o'zoq davom etadi va kasallik vaqti-vaqti bilan zurikib turadi.Ana shunday vaqtda Orqa miya su yo'qligi yiringli bo'lib, pleotsitoz kupayadi (600-1300 gacha etadi), oqsil mikdori kupayadi (0,8-6,5-9,7 % va xoqazo).

Stafiloqoqk meningiti. Kasallik to'satdan boshlanadi, xarorat 39-40 darajagacha kutarilib, sepsisga oid simptomlar paydo bo'ladi.Ichki organlarda o'zgarishlar ko'proq aniqlanadi.Jigar va taloq kattalashadi, qon bosimi pasayadi.Bu meningitning eng muxim xususiyati abstsesslar paydo bulishidir.SHu sababdan likvorda va qonda ko'pincha stafiloqoqlar topiladi.

Likvordagi o'zgarishlar: pleotsitoz kupayadi (1mm kubda 1500-2000 xujayra topiladi).CHuktirish reaksiyalari musbat natija beradi. Periferik qonda neytrofillar kupayib ketadi (60-100%gacha). Leykotsitoz 15000-30000 atrofida bo'ladi.

Sil meningiti. Bu kasallikni sil tayok chasi ko'zgatadi va u asta sekin avj olib boradi.Xarorat subfebril darajaga kutariladi; sal bosh ogriydi.Bemor darmonsizlik sezadi.Oradan taxminan bir xafta (5-6 kun) utgach, meningial sindrom paydo bo'ladi.Kasallikning 8-10 kunlari bosh miya nervlari zararlanganiga oid belgilar ko'zga tashlanadi (ko'z gilay tortib turadi, anizoqariya, ptoz va kurish xamda eshitishning Yomonlashishi aniqlanadi). Avval bemorni uyku tortavergan bo'lsa, endi (urtacha bir xafta utgach) u bezovtalanib nojuya xarakatlar kila boshlaydi.

Es-xush xam yo'qolib, oyok-kullar falaj va Yarim falaj bo'lib qoladi. Kasallikning uchinchi xaftasida bemorni talvasa tutadi. Keyin bemor koma xolatiga tushib, kup utmay uladi. Sinchiklab surab-surishtirib kurilsa , bemorning kachonlardir sil bilan ogriganligi yoki sili bor odamga Yakin yurganligi aniqlanadi.

Orqa miya su yo'qligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz ko'rinadi. (1 mm kvadratda 200-700 xujayra). Unda oqsil kupayadi (1,0-3,3 %).Pandi va Nonne - Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chikadi. 12-24 soat utgach likvorda fibrindan tashkil topgan yo'pka pardacha xosil bo'ladi. Ana shu pardachadan sil tayokchalarini ajratib olish mumkin.Qonda limfotsitoz bo'ladi.

Asoratlari. Davo kech boshlanganida turli asoratlar va koldik alomatlar aniqlanadi.Meningitdan sogaygan kishilarda asteniya sindromi (tajanglik, tez charchashlik, bosh ogrigi) uchraydi. Yosh bolalar meningitdan so'ng yigloqi bo'lib qoladi.

Davolash vaqtida antibiotiklar dozasi kam bo'lsa, meningit qaytalanib, zurikishi mumkin. Ensefalit bilan utgan meningitdan so'ng kamdan-kam xollarda oyok -ko'llar falaj yoki Yarim falaj bo'lib qoladi.Reqonvalestsentlarning 3 foizida quloq og'ir tortib, ko'zi xiralashadi.Gidrotsefaliya kam uchraydi.

Laboratoriya diagnostikasi. Meningit diagnozini aniklashda Orqa miya su yo'qligini tekshirish juda muxim axamiyatga ega. Meningoqoqk meningitida likvor yiringli va loyka bo'ladi, pleotsitoz kupayadi (1 mm da 1000-10000 xujayra topiladi), neytrofilyoz (60-100 %) aniqlanadi.Oqsil mikdori 1-3,3 foizni tashkil kiladi.Pandi va Nonne-Apelt reaksiyalari musbat natija beradi.

Bakteriologik tekshirish. 2-3 sm kub likvorni sentrifugadan o'tkazib, chukmasidan surtma tayyorlanadi. Probirkada kolgan likvorga 5 ml su yo'q agar kushiladi va termostatga kuyiladi (mikroblarni to'plash uchun).

Agarli muxitda usib kupaygan kultura agll yutinatsiya reaksiyasi Yordamida urganiladi. Umuman meningoqoqk kulturasi 4-7 kun tekshiriladi.

Tayyorlangan surtma anilin buyogi bilan buyaladi va mikroskop ostida tekshiriladi (bakterioskopiya).Bunda meningoqoqk yoki boshqa mikroblar (pnevmoqoqk, stafiloqoqk) ni kurish mumkin.

Meningit gumon qilinganda bemorning 6-10 ml qoni 50 ml 1 % li kandli bulon yoki Yarim su yo'q agarga ekiladi.

Burun, halqum shilliq pardasidan olingan shilimshik xam tekshiriladi.Tamponga olingan shilimshik shisha tarelkadagi agarga ekiladi.

Bundan tashqari umumiy klinik tahlillari katta ahamiyatga ega bo`lib hisoblanadi. Dinamikada bir necha marta umumiy qon, siydik tahlillari o`tkaziladi. Umumiy qon tahlilida leykotsitoz aniqlanishi katta diagnostik ahamiyat kasb etadi.

Siydikdagi o`zgarishlar ayniqsa asoratlangan meningoqoqk infeksiyasida ko`proq ko'zatiladi. O`tkir buyrak etishmovchiligi bilan asoratlangan hollarda siydik miqdori kamayib, siydikda oqsil, qon, ko`p miqdorda epiteliy ko`rinadi.

Davosi. Meningit bilan ogrigan bemorni davolash deyarli xamma vaqt shoshilinch choralar kurishni talab kiladi.

Meningitning tarqoq xilida davo qilish. Davoni bemorga antibiotiklar,xususan penitsillin bu yurishdan boshlanadi.Bir kunda 2000000 bir/kg xisobidan bu yuriladi. Bemorning axvoli juda og'ir bo'lsa, penitsillin dozasi oshirilib 1000000 Ed/kg gacha etkaziladi. Penitsillin gematoensefalik tusikdan juda kiyinlik bilan utadi , Ya`ni qondan bosh miyaga kam utadi. Shu sababdan meningitda penitsillin katta dozalarda bu yuriladi.

Benzilpenitsillinning natriyli to'zini venaga yuborish xam mumkin. Bir kecha-kundo'zda 2000000-12000000 birlik dozada tomchilash yo'li bilan venaga kuyiladi). Penitsillinning katta dozada musqo'l orasiga yuborilganda, uni Orqa miya kanaliga yuborish zaruriyati yo'qoladi.

Davolash jarayonida penitsillin dozasini kamaytirish mumkin emas, aks xolda meningit alomatlari darrov zurayadi. Penitsillin bilan davolash xarorat tushib , meningial simptomlar yo'qolguncha davom ettiriladi. Davo boshlanganidan 5-6 kun utgach bemor endol yumbal punksiya qilib ko'riladi. Agar likvorda pleotsitoz kamayib, 1 mm dagi xujayralar 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 muskullar orasiga kuniga 25 mg/kg xisobidan , levomitsetin esa kuniga 80-100 mg/kg xisobidan tayinlanadi. Preparat venadan yuboriladi, keyin xar 8 soatda usha dozada muskullar orasiga yuborib turiladi). Davo kursi 7 kun.

Levomitsetin suksinat parenteral yo'l bilan yuborilganiga Yaxshi natija olinadi (bemorga avval 1-2,5 g mikdoridagi litik aralashma (promedol, aminazin, dimedrol yoki pipolfen) yuborib turiladi. Talvasa tutishi qaytarilsa, bemorga xloralgidratdan klizma qilinadi va lyuminal ichiriladi. Muskullar orasiga seduksen yuborilsa (bir kunda 50-100 md) Yaxshi natija olinadi.

O'zoq vaqt ta`sir kiladigan sulfanilamidlar xam ishlatiladi. Sulfamonometoqsin davo boshlanishida bir kunda 2 marta 2 g dan beriladi, keyingi kunlarda kuniga bir marta 2 g dan berib boriladi. Davo kursi 5-10 kun .

Davolash davrida ba`zan bemor kayt kiladi, stomatit belgilari paydo bulishi mumkin.

Patogenetik davo usullari. Bular asosan intoqsikatsiya (infeksion toqsik shoq yo'z bermasligiga) va bosh miya shishi paydo bulmasligiga karatilgan usullardir. Shu maksadda organizmga etarli mikdorda gl yo'qoza eritmasi, fiziologik eritma, plazma yuborib turiladi, qon kuyiladi. Bu xildagi dezintoqsikatsion davo 1-2 kun davom etadi.

SHu bilan bir katorda degitratatsion davo usullari xam kullaniladi. Muskullar orasiga 20% li magniy sulfat eritmasi, natriy xlorid, kalsiy xloridlarning gipertonik eritmalari , siydik xaydaydigan dorilar (gipotiozid, novurit) tayinlanadi.

15 % li mannitol eritmasini (1 kg tana og'irligiga 3 g xisobidan) 30 foizli mochevina eritmasi (1 kg 1g xisobidan) bilan birga ishlatilsa Yaxshi natija olinadi.Ammo buyrak kasallanganida va gemorragik alomatlari kuringanda mochevina ishlatish mumkin emas.Usterxao'z-Fridrixsen sindromi yo'z berganda (ya`ni meningoqoqk sepsisining uta o'tkir xilida) venaga fiziologik eritma, 5% gl yo'qoza eritmasi, tegishli dozada noradrenalin, mezoton, adrenalin, kordiamin, gidroqortizon (100-200 mg), 5% li askorbinat eritmasi yuboriladi. Bu dorilarni kanchadan va kancha vaqt yuborish kerakligi davolash jarayonida qon bosimi va pyoshob kay darajada asliga kelayotganiga qarab aniqlanadi.

Bemor kollaps xolatidan chikarilgach muskullari orasiga xar 4-6 soatda kortikosterioidlar yuborib turiladi.Katta dozalarda askorbinat kislota, 200-800 ml mikdorida 4 % li natriy bikarbonat yuborish tavsiya etiladi.

Talvasa tutishi, bemorning xar xil nojuya xarakat qilishi xatarli bulganligi uchun muskullar orasiga kuniga 3-4 marta

Profilaktikasi. Meningoqoqk infeksiyasining xilidan katiy nazar xamma bemorlar kasalxonaga Yotkiziladi.Bolalar kollektivlarida bemor bilan qontaktda bulganlar nazorat ostiga olinadi va tekshiriladi.Tekshirilganlar orasida bakteriya tashib yuruvchilar topilsa, ularni sanatsiya maksadida 3 kun bosim sulfanilamid preparatlar beriladi.Bunday kollektivda tekshirish va sanatsiya ishlari tugamagunga kadar Yangi bolalar qabul qilinmaydi.

Bunday kollektivga qarashli bino, bemor Yotgan xona dezinfeksiya qilinadi.

6-mavzu: **Qora oqsoq (Brutsellez).**

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-axborotli Ma`ruza.
Mashg`ulot rejasi	1. Brutsellez etiologiya, epidemiologiyasi. 2. Brutsellez kasalligi patogenezi va patanatomiyasi. 3. Brutsellez klinikasi, tasnifi. 4. Brutsellez laboratoriyaviy tashxisoti. 5. Brutsellez qiyosiy tashxisoti. 6. Brutsellez davolash asoslari. 7. Brutsellez profilaktikasi.
O`quv mashg`ulotning maqsadi: Brutsellez kasalligini amaliyot va nazariyada o`rganishda unga	

klinik tashxis qo`yishda vrachlarni tayyorlash, brutsellez kasalligida uchraydigan intoqsikatsiya, artralgik, nevrologik belgilarni, asoratlarini baholay bilish, etiotrop, dezintoqsikatsiya, yallig`lanishga qarshi davo choralarini qo`llash, asoratlarda tezkor yordam berish. Brutsellez kasalliklarida vrach taktikasi va bu kasallikni oldini olish choralarini o`rgatish. Brutsellez kasalligining tibbiyotda tutgan o`rni, Respublikamiz hududida brutsellezga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlar to`g`risida ma`lumotlar. Kasalliklarning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo`llari va omillari, aholi moyilligi, patologik o`zgarishlarning yo'zaga kelishi omillari. Ushbu kasalliklarning klinik tasnifi, klinik belgilari, a`zo va tizimlardagi o`zgarishlar. Kasalliklarning tashxisot usullari, asoratlari, davolash mezonlari, bemorlarni parvarish qilish hamda kasalliklarning oldini olish.	
Ta`lim berish usulibi	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. “Qora oqsoq (Brutsellez)” MA’RUZA mashg’ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1. Mavzu bo’yicha o’quv mazmunini tayyorlash. 2. “Qora oqsoq (Brutsellez)” MA’RUZA si uchun taqdimot multimedia tayyorlash. 3. Fanni o’rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro’yxatini ishlab chiqish	Tinglaydilar Ko’radi
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo’yicha savollar beradi (reja). 1.Qora ok sok haqida ma’lumot bering. 2. Qora ok sok qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxisot o’tkaziladi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, multimedia namoyish qilish. 2. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. “Qora oqsoq (Brutsellez)” MA’RUZA si uchun taqdimot multimedia foydalaniladi.	Tinglaydilar Tinglaydilar
1- yakuniy bosqich (5 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi Qora ok sok 3. Uyga vazifa beradi Qora ok sok	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

MA’RUZA BAYONI

Qora oqsoq - brutsellalar chakiradigan asosan maishiy-muloqot va alimentXar yo’li bilan yo’qadigan limfogemopoez, xarakat-tayanch, asab va jinsiy a`zolar zararlanishi bilan kechadigan infetsion-allergik kasallikdir.

Tarixiy ma`lumotlar. Qora oqsoqni urganish XIX asr urtalaridan boshlanadi 1859 yilda ingliz vrachi Marson Malta orolida o’tkir isitma kasalligi epidemiyasini kuatish natijalariga asoslanib, bu kasallikni «Malta isitmasi» nomi bilan Yozib koldirdi. 1886 yilda D.Br yus Malta isitmasidan ulgan soldat talogi surtmasida sharsimon mikroblarni topdi va ularni Micrococcuc melitensis deb nomladi. Keyinchalik bu mikroblarni birinchi topgan olim sharafiga-Brutsella, ular ko’zgatgan kasallik esa-brutsellez deb yuritila boshladi.

1897 yil A. Rayt va D. Sempl Malta isitmasi bilan ogrigan bemor qon zardobi Malta mikroqoqklari bilan aggl yutinatsiya reaksiyasi berishini isbotladilar. Shundan beri bu reaksiya Rayt reaksiyasi deyiladi va Hozirgi kungacha brutsellezning asosiy diagnostika usullaridan biri xisoblanadi.

1904 - 1907 yillarda D. Br yus raxbarligidagi ingliz komissiyasi Malta isitmasini bemor echki sutidan soglom odamlarga yo'qishini isbotladilar.

Urta Osiyoda birinchi Qora oqsoq tashxisi Krampik tomonidan Ashxabodda 1912 yilda serologik tasdiklanadi.

ETIOLOGIYASI.Brutselez kasalligini qo'zgatuvchi mikroblar brutsellelar gruppasini tashkil kiladi.

1886 - 87 yillarda David Br yus birinchi bo'lib, «Malta isitmasi»ni keltirib chikaruvchi mikrobni anikladi.

1897 yilda Bang va Striboldlar sigirlarda, 1914 yilda Traum, 1916 yilda Gut va Smitlar chuchkalarda mikroqoqk kuliurasini undirishga muvafak buldilar. 1918 yilda Ivens, 1920 yilda Mayer va. Feyzi mikroqoqk kulturalarini tadkik qilish natijasida ular morfologik jixatdan bir-biriga Yakin ekanini anikladilar. Shundan keyin bu ikkala mikroorganizmlarni bir guruhga birlashtirib D. Br yus sharafiga ularga «Brutsella» deb nom berildi. Shu tarika odamlarda va xayvonlarda uchraydigan bu kasallikni «Brutsellyoz» nomi bilan yuritiladigan buldi. Ammo brutstsellyozlarning ba`zi morfologik va epidemiologik xususiyatlarini nazarga olib, 1929 yilda Xeddolson ularni tipga bulishni tavsiya kiladi. Ammo 1970 yilga kelib brutsellalarning kuyidagi tiplarga ajratildi.

1. Brutsella melitenzis - maida shoxli xayvonlarda uchraydigan brutsellalar.
2. Brutsella abortus - yirik shoxli xayvonlarda uchraydigan brutsellalar,
3. Brutsella suiz – cho'chqalarda uchraydigan brutsellalar.
4. Brutsella - ovis - erkak qo'ylarda, kuchkorlarda. epididemit vujudga keltiradigan brutsellalar.
5. Brutsella niatom - kallamushlarda *uchraydigan* brutsellalar. (1957 yil)
6. Brutsella - kanis itlarda uchraydigan brutsellalar. Brutsellalar mayda: ko'pincha shar (yoki oval) shaklida yoki tayokchasimon bo'ladi, xarakatsiz, spora va kapsula xosil kilmaydi.

Kulturasi va bioximik xususiyatlari jixatidan olib Karaganda brutsellalar odatdagi ozuka muxitlarida aerob sharoitida usa oladi. Buning uchun optimal temperatura 37 C muxit esa RN 6,7 - 7,2 bulishi lozim.

Brutsellalar umumiy antigenlik xususiyatiga ega bo'lib, bu jixatdan ularni bir-biridan ajratib bulmaydi. Brutsellalar tashki muxitga juda chidamli. Ayniksa, kuyi temperaturalarda kor va mo'zda, kishda erda, bemor siydigida, najasida, mol gunglarida 4-5 oygacha tirik sakalana oladilar. Brutsellalar 55 C temp.da namlik sharoitida 1 soatda, 60 Sda 30 minutda, 70 C da 10 minutda, 85-95 Sda 5 minutda, kaynash temperaturasida 100 usha zaxotiyok xaloq bo'ladi.

Kuruk issiklik ta`sirida 90 - 95 C da temperaturalarda brutsellara 60 minutdan so'ng xaloq bo'ladilar. Kuyoshning tik nurlari ta`sirida bir necha minutdan bir soatgacha chidashi mumkin. Brutsellalar kuruk tuproqda 72 kungacha, junlarda, bu yumlarda 3-4 oygacha, xovo'z va dengiz suvlarida 70 kungacha, sutkada 16-45 kungacha saqlanishi mumkin.

Brutsellalar ximiyaviy moddalarga nisbatan xam chidamli: 5% li oxak eritmasi, 2 % li lizol eritmasi ta`sirida 12 soatdan so'ng, 2-3 % li karbol kislota eritmasi 1-2 % li kreolin, 0,001-0,1% li sulema, 0,2-1 %li formalin ta`sirida brutsellalar uladi. 1% li xlorid kislota va 8% li osh to'zi eritmasi aralashmasi brutsellalarga ancha kuchli ta`sir kiladi.

Brutsellalar botika patogen mikroblar singari tashki muxit ta`sirida mavjud sharoitlarga moslasha oladi va modda almashinuvi o'zgarishi natijasida ularning xususiyatlari xam o'zgaradi.

Brutsellar o'zgaruvchan xususiyatlarga xam ega, ular L va R formalariga uta oladi.

EPIDEMIOLOGIYASI. Brutsellez kasalligining tarkalishida mayda va yirik shoxli xayvonlar, xamda chuchkalar infeksiya manbai sifatida muxim epidemiologii axamiyatga ega.

Brutsellez yo'qishida kasal kuy va echkilarning gushtlari, sut va sut maxsulotlari (pishloq, brinza, xom kaymoq, Yog va boshqalar) asosiy infeksiya omili xisoblanadi. Ya`ni gusht va sut maxsulotlarini odam iste`mol qilishi natijasida brutsellalar ovkat xazm qilish sistemais Orqali organizmga tushadi, uni alimentar yo'l bilan yo'qishi deyiladi. Shuning uchun tayyor xoldagi sut maxsulotlarini turli xil shaxar va kishloqlarda tarkalishi, shu joylardagi axolining, chorva mollari bulmagan takdirda xam brutsellez bilan kasallanib kolishga sabab bulishi mumkin, chunki brutsella oika moddalarida turlicha muddatda tirik qoladilar. Masalan, sut maxsulotlarida brutsellalar kasallik keltirib chikarish xususiyatlarini u-6 0 sutkagacha to'zlangan gushtda 30-35 sutkagacha, suvda 5-40

sutkagacha saklaydi. Shuningdek brutsellalar tashki muxitga chidamli bo'lib, gungda, tuproqda, xayvon junlarida, em xashaklarda, kunning xaroratiga qarab, erning namligiga boglik ravishda kuyosh nuri ta`sirida 3-4 oygacha tirik qolishi mumkin.

SHuningdek, kasal xayvonlarning chiqindilari bilan ifloslangan sabzavotlarda brutsellalar o'zoq vaqt Yashaydi. Brutsellez faqat kigploq axoliey urtasida tarqalib kolmay, balki, shaxar sharoitida xam uchrab tu radi, Ya`ni kasal xayvon xom-ashyolari va maxsulotlarini sanoatda qayta ishlashda, sut maxsulotlari iste`mol kiliщda, epidemiologik xavf tugdiradi. Kasallangan xayvon chikindilari (siydik, najasi, ifloslangan gung, tuproq, jun va boshqalar) kuriganda brutsellalar chang bilan xavoga kutarilib, nafas Orqali xam odam organizmiga tushadi. (Aspiratsion yo'l)

Brutsellalar organizmga muloqot, alimentar va aspiratsion yo'l bilan yo'qadi. Brutsellez xayvonlar va. ularning maxsulotlari bilan muloqotda bulgan kishilar teri-veterinariya xodimlari, kushxona va sut kombinati xizmatchilari, chorvadorlar, kolxoz va sovxoz kassoblari, teri va jun bilan ishlovchilar orasida ko'proq shu kasal bilan ogrish xollari uchrab turadi. Shuning uchun xam kasbga aloqador kasallik deb yuritiladi.

O'zbekiston sharoitida brutsellez 54,3 % muloqot va 9,3 % muloqot alimentar yo'l bilan yo'qishi kayd etilgan. (K.Jalilov, 1983).SHuni xam aytish kerakki, kasallikning yo'qish yo'li kasallikning manbaiga boglik. Masalan, yirik shoxli xayvonlar boqiladigan xujaliklarda kasallik asosan alimentar (75,7 %) yo'l bilan yo'qadi, kuychilik fermalarida esa qontakt (70,9 %) yo'l bilan tarkaladi. Brutsellezning kelib chikishida faslning xam axamiyati bor Ya`ni kuychilik fermalarida kuylari urchitish va ko'zilatish aksariyat kuklam fasliga to`g`ri keladi. Shu davrda kishilar ko'proq kuylar bilan bevosita aloqada bulganligi sababli, sanitariya-gigiena koidalariga rioya kilmagan xolda kasallik yo'qadi. Kora mol fermalarida mavsumiy davr bulmaydi, shuning uchun kasallik butun yil mobaynida bir xil tarkalgan bo'ladi. Brutsellez bilan aksari 20 Yoshdan 50 Yoshgacha bulgan kishilar kasallanadi. (66,8 %).

PATOGENEZI

Brutsellez soxasida talaygina ishlar qilingan bo'lsa xam uning patoginezi xali Yaxshi urganilgan emas. Brutsellalar odamga asosan ogiz orqali yo'qadi, shuning uchun xam ba`zi avtorlar brutsellezni ichak infeksiyalari guruxiga kushadilar. Brutsellalar odam organizmiga shilliq pardalar Orqali (ogiz bushligi, qon yunktivalar, tanosil a`zolari pardalari) teri Orqali va nafas yo'llari Orqali xam kira oladi. Ular ba`zan xatto jaroxatlanmagan teridan xam organizmga utishi mumkin, ammo qaysi yo'l bulmasin brutsellalar odam organizmiga kirgandn so'ng to'qima oraliklaridan utib Yakin joylashgan limfa, tugunlarda (masalan, kultik osti, chov, mezenterial limfa tugunlari va boshqalarga) yigiladi.

Brutsellez etiopatogenezida 3 muxim asosiy faktor Ya`ni kasallik ko'zatuvchi mikrob (brutsella), toqsik allergik xolat xamda mikroorganizning dinamik reaktiv xolati muxim rol uynaydi.

Brutsellalar limfa tugunlarida birinchi bar`erga uchraydi. Bundan mikroorganizning himoya kuchlari ustun kelib kolsa, brutsellalar tu regionar limfa tugunlarida ushlanib kolib va shu bilan odam organizmida xech kanday kasallik simptomlari vujudga keltirmay, o'zoq mudsat saqlanib qolishi mumkin. Demak, makro va mikroorganizmlar urtasidagi kurash natijasida ma`lum muvozanat xolat vujudga keladi. Shu bilan birga retikulo endotselial sistemada ma`lum mikdorda brutsellarga qarshi spetsifik antitelolalar xosil bo'ladi, xujayra va to'qimalarda esa brutsellez antigeniga nisbatan uta sezuvchan xolat, Ya`ni sensibilizatsiya xolati vujudga keladi.

Limfa tugunlarida brutsellalar borligini organizmdagi immunobiologik o'zgarishlarni laboratoriya metodlari bilan aniklab olish mumkin. Bu latent forma organizmda infeksiyaning kompensatsiya xolati yoki fazasi deyiladi organizmning muvozanat xolati ikki tomonga o'zgarishi mumkin. Bulardan birda vaqt utishi bilan mikroorganizmning ximoya kuchlari ortib borishi natijasida brutsellalar kamayib, pirovardida mutlako yo'qolib ketadi. Ba`zan chorva mollari yoki ularning maxsulotlari bilan ishlovchi kishilarga ish vaqtida oz-oz mikdorda brutsellalar yo'qib turganda kasallik vujudga kelinib, infeksiyaga karshi organizmda spetsifik ximoya kuchlari paydo bo'ladi, shu sababli organizmga tushgan brutsellalar o'zlariga kulay sharoit topa olmay, tezda xaloq bo'ladi.

Ayniksa, mikroorganizm biror sabab bilan (kasallik, charchash va boshqalar sababli) kuchsizlanib kolsa, organizning ximoya kuchlari zaiflashib brutsellalar kuchayib ketadi. Natijada ular usha organizmda kasallikni vujudga keltiradi. Inkubatsiya davridan so'ng brutsellalar limfa va qon

oqimi bilan organizmga tarkaladi. Brutsellalar qonga utishi (gematogen yo'l bilan tarkalishi) organizm ximoya kuchlarining juda aifligini kursatadi.

Bunda brutsellalar qon oqimi bilan butun organizmga tarkalib, barcha qon tomirlarini retseptorlariga ta`sir kursatadi. Buni 2 faza yoki birlamchi generalizatsiya deyiladi. Shundan so'ng brutsellalar butun odam organizmdagi retikuloendoteliyaga boy bulgan organlarga (jigar, taloq, kumik, limfa tugunlari, tomirlar, tanosil organlar va x.k) urnashib oladi.

Ma`lumki qonda to'qimalarda, organlarda fagotsitlar va organizmning boshqa ximoya omillari ta`sirida brutsellalar xaloq bo'ladi. Ularning parchalanishi natijasida ajralgan endotoqsinlar organizmga ta`sir etib bu xam kasallik xolatlarini yo'zaga chiqaradi.

Brutsellalar qon oqimi bilan tarkalib, o'rnashib olgan organlarda maxalliy o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Maxalliy o'zgarishlar asosan nerv sistemasi, xarakat-tayanch, tanosil va boshqa organlarda ko'proq uchraydi, bularni metastazlar deb atashadi.

Retikuloendoteliyga boy bulgan organlarga urnashib olgan brutsellalar «septik uchoq» xosil kiladi va Yana kupayishda davom etib, vaqt-vaqti bilan o'zlariga kulay sharoitda qonga ta`sir utib tu radi, (ikkilamchi generilizatsiya).

Brutsellalar va toqsinlarnig qonga takror utishi reaktiv xususiyati o'zgargan bemor organizmida allergik xolatni vujudga keltiradi va bu (turtinchi faza) surunkali sepsis tipiga utishiga sabachi bo'ladi. Bu fazada brutsellalar vaqt-vaqti bilan qonga tez-tez utib turishi (takroriy generilizatsiya) kasallikning xronik formasida organizmning allergiyasiga sabab bo'ladi.

Kasallik gox susayib, gox zurayib turishi va. bu xolat bir yoki necha soat takrorlanib borishi mumkin. Kasallikning odatda klinik belgilari yo'qolib, bemorlarning akasari sogayib keti'shi mumkin. Ba`zan esa bemorlarda kasallik davom etib organlarda fibro, yirroz va boshqalar kamdan-kam bo'lsa xam, turgun asoratlariga sabab bo'ladi. Bu brutsellyozning byoshinchi patogenetik fazasi xisoblanadi.

Ma`lumki brutsellyoz bilan ogrigan bemorning organizmi ma`lum vaqtdan so'ng kasallikdan (va brutsellalardan xam) batamom sogayib, musaffo bo'lib ketishi xar tomonlama isbot etilgan.

Brutsellyozda bemor organizmi brutsellalardan xolos bulgandan so'ng postinfeksion immunitet vujdga kela boshlaydi. Ammo bu immunitet aytarli barkaror bulmaydi va 6-9 oy ichida yo'qolib ketadi.

P.F.Zdorovskiy fikricha brutsellyozning o'tkir formasida bemor organizmi superinfeksiyaga chidamli bo'ladi. Brutsellyoz kasalligining ko'pincha xronik formata utishiga retikuloendoteliy sistemasining zaralanishi va uta sensibilizatsiya natijasida vujudga. kelgan immunitetning zaifligi tufayli mikroorganizmning infeksiyaga karshi kurasha olmasligi sabab bo'ladi. Brutsellyoz generalizatsiyada retikuloend oteli al sistema ko'pincha spetsefik antitellolar ishlab chikaradi, fagotsitar faoliyat kuchayadi, organizmning xujayra va to'qimalarida brutsellyoz antigeniga nisbatan sensibilizatsiya paydo bo'ladi.

KLINIKASI. Brutsellyoz odamlarga turli xil formalarda kechadigan kasallik bo'lib, uning kjkandan so'ng to birinchi paydo bulish davri turgunlik davri deb ataladi. Bu davr ko'pincha 2-4 xafta cho'ziladi. Ba`zan shunday xam bo'ladi: brutsellalar odam organizmiga yo'qkanda limfa tugunlarida bir necha oylar davomida saklanib turadi, kasallik vujudga keltirmaydi. Bu birlamchi latent davr xisoblanadi. Bu davr organizmning reaktiv xolatiga qarab o'zgarishi mumkin. Brutsellyoz kasalligining klinik simptomlari bemorlarda ba`zan ruy-rost namoyon bo'lsa, ba`zan bilinar-bilinmas yo'zaga chikadi. Isitma brutsellyoz kasalligida kup uchraydigan, o'zoq davom etadigan asosiy kardinal simptom xisoblanadi. Uni olimlarning ko'zatishlariga Karaganda bir necha xil turlari bulishi mumkin :tulkinsimon isitma, noto`g`ri intermintens isitma, doimiy isitma, tartibsiz, subfebrilitet isitma va x.k.

Hozirgi vaqtda brutsellyo kaslligi ilgariga nisbatan enligroq kechib, isitma xam pastroq, kiskaroq davom etadi, ayniksa bemorlarni antibiotiklar va boshqa preparatlar bilan davolaganda, temperatura juda kiska mudsat ichida normaga kelib isitma turlariga to`g`ri kelmaydi. Umuman brutsellyozga tulkinsimon kelib isitma turlariga to`g`ri kelmaydi. Umuman brutsellyozga tulkinsimon isitma xosdir. Agar xar kun ertalab va. kechkurun temperaturani grafik ravishda ulchab borilsa, bir necha xafta va oylar dan keyin uning tulkinsimon shaklga egaligi ko'zga Yakkol tashlanadi. Bunda ertalabki kechkurungi temperaturaning farki 1,5-2 atrofida bo'ladi. Bemorning eti uvishib, kaltiraydi, bugimlari ogriydi, mushaklari va boshi ogriydi, revralgiyalar kiynaydi va bemor kup terlab turadi. Subfebril isitma xam o'zoq davom etadi. Xarorat 37-37,5 C atrofida o'zgarib, ba`zan normaga xam

tushib turadi. Keyingi paytlarda subfebril xarorat brutsellyozda ko'proq uchraydigan bo'lib qoladi. (ayniksa. xronik formada).

Brutsellyoz isitmasi asosan bemor organizmining reaktiv xolatga boglik bo'lib, ma`lum pato genetik qonuniyatga asoslangan. Ba`zan temperatura yo'qori bo'lib, o'zoq davom etsa xam bemorlarda intoqsikatsiya kam seziladi. Umumiy axvoli xam aytarli og'irlashmaydi, ishtaxadan kolmaydi. Ba`zan xatto igl kobiliyati xam birmuncha saklanib qoladi.

Brutsellyozda temperatura kutarilganda ko'pincha bezgakdagidek xurujlar bo'lib turadi. Xuruj bir sutkada bir necha marta, aksariyat kunining ikkinchi Yarmida va tunda qaytariladi.

Bemorning eti uvishishi, kaltarishi, oyok qo'llari, bugimlari va mushaklari kakshab ogrishi 1-2 soat davom etadi. Temperatura tushishi bilan bemor juda qattiq va tun buyi 3-4 marta ichki kiyim va choyshablarini almashtirishga majbur bo'ladi.

Brutsellyozda qattiq terlash umuman kasallikning xarorati me`yorida bo'lsa xam kuatiladi. Shuning uchun xam brutsellyozda xam bemor o'z terlarida o'zlari «chumiladilar» deyishadi. Brutsellyozda darmonsizlik boshqa infeksion kasalliklarga nisbatan kamroq bilinadi. Temperatura baland bo'lib, qattiq terlash bilan davom etganda xam bemorlarda sillasi kurib, ozib ketishlik kurilmaydi.

Terida bo'ladigan o'zgarishlar. Terida turli xil dermatitlar va pigmentatsiyalarni kurish mumkin. Bemor kup terlagani sababli terisi nam xatto xul bo'ladi, Unda xar xil toshmalarni uchratish mumkin. Petexiya, rozeola, papula. Vezikula, ba`zan gemoragik toshmalar terining o'tkir va ba`zan xronik formalarda uchraydi, ammo keyingi vaqtlarda toshmalar kamdan-kam uchraydigan bo'lib koldi. Shilliq pardalarga kelganda, ular ba`zan odatdagidek kura rangsizroq bo'lib qoladi. Burundan, milklardan va boshqa erlardan qon ketishi xam mumkin, Fibrozit va sell yo'litlar asosan biriktiruvchi to'qimalarning Yalliglanishi natijasida vujudga keladi. Fibrozit va sell yo'litlar paydo bulishi kattalashishi yoki kichrayishi kasallik fazalarining o'zlariga xam boglik. Bular o'zoq vaqtlargacha bemorlarni bezovta kilib, ba`zan qattiq og'riqdan bemorlar xarakatlana olmay qoladilar. Fibrozit va sell yo'litlar ko'pincha teri oetidagi biriktiruvchi to'qimada apornevroz, fastsiya orasida, muskullar orasida pereartikulyar to'qimada, bel, chanoq, sonlarda, dumbalarda va korinda paydo bo'ladi. Ko'pincha ular tez surilib, yo'qolib ketadi. yoki shu joyda kichik nuxatdek va undan yumщoq yoki qattiq qon sistensiyali xolatga saklanib qoladi.

Limfa tugunlarida bo'ladigan o`zgarishlar: Brutsellyozda morfologik jixatdan asosan retikulo-enndotelial organlarda o'zgarish kuriladi. Shunday ekan limfa tugunlarining zaralanishi tabiiydir. Brutsellalar ogi Orqali yo'qkanda, avvalo regionlar limfa tugunchalari, jag osti, buyin, kuloq oldi limfa tugunchalari kattalashadi. Shu bilan birga bodom bezlari xam zararlanadi, buni G.P.Rudnev birlamchi brutsellyoz anginasi (murtagi) deb atagan. Bunda bodom bezlari bir muncha kattalashib kizarsa xam, unchalik og'riq bermaydi, lekin kasallik o'zoq chuiladi, Vrutsellalar qontakt Orqali yo'qkan takdirda infeksiya kirgan joyga qarab regionlar limfa tugunchalari, masalan, kultik osti, chov, son tugunlari va x.klar zararlanadi. (bu asosan professional gruppada, Ya`ni xayvonlar yoki xayvonot maxsulotlari bilan muloqotda buluvchi kishilarda uchraydi).

Bezlarning kattalashganligini paypaslab aniklaga mumkin. Bundan tashqari brutsellyozda qorin bushligida mezenterial va kukrak kafasidagi bronxopulmonal va boshqa limfa tugunlari xam ugaradi. Ularni aniklash bir muncha kiyinroq. Shunday bo'lsa xam qorin bushligidagi limfa chukur paypaslab bilsa bo'ladi, kukrak kafasidagi tugunchalarini esa rentgen nurlari Yordamida aniklash mumkin. Brutsellyozda limfa tugunlari tulyaremiyadagi juda kattalashib ketmaydi. Ular o'zgarganda nuxatdan tovuk tuxumigacha kattalashishi va xar xil qonsistensiyali xolatda bulishi mumkin. Ular terisida xech kanday o'zgarishlar bulmasada bosib kurilganda og'riqli bo'ladi.

Limfoadenitlar kamdan-kam yiringlaish, Yaraga aylanishi mumkin. Kup xollarda ular surilib to'zalib ketadi.

Yurak tomir sistemasidagi o'zgarishlar.

Bemorlarni elektroqardiografik tekshirishlar ularda qisman atrioventrikulyar o'tkazgichning yurak qorinchasi kompleksi, boshlangich qismi kengayishining EKGning kam voltligini, sistolik ko'rsatgichning oshishini kursatadi. Yurak oldi «R» ko'pincha Yassilanib kengayadi. «R» tishcha Yassilangan izoelektriklangan va manfiy «R» bo'ladi. Xullas tekshirishlarimiz shuni ko'rsatadiki,

brutsellyozda yurakda bo'ladigan funksional o'zgarishlar bemor davolanib bo'lgandan so'ng xam normal xolatiga tezda qaytmaydi.

Nafas ogranlarida bo'ladigan o'zgarishlar. Brutsellyozda nafas organlarinig zararlanishi boshqa organlarga nisbatan kam uchraydi, masalan bronxitlar ko'pincha kasallikning harorat bilan utadigai davrida uchrashi mumkin.

yo'qorida aytganimizdek brutsellalar aspiratsion yo'l bilan Ya`ni nafas yo'llari bilan yo'qishi mumkin. Bunday xollarda kasallik boshlanganda dastlabki belgilar o'pkada paydo bo'ladi, Ya`ni birlamchi brutsellyoz zotiljami vujudga keladi. Brutsellyoz kasalligida bronxoadenitlar, plevritlar kamdan-kam o'pka absessi va boshqalar uchraydi. Rentgen Yordamida xamda anamnestik va ob`ektiv ma`lumotlar laboratoriya analizlar va boshqa klinik tekshirishlar natijasida bemorga anik tashxis kuysa bo'ladi.

Ovqat xazm qilish sistemasida o'zgarishlar. Brutsellyoz kasalligida me`da yo'li zararlanishi xakida I.K.Kasirskiy va L.F.Vigovskiy, I.N.Novidskiy va boshqalarning ilmiy tadkikot ishlari mavjud, binobarin bemorlarning ishtaxasi bugiladi. Me`dasida funksional o'zgarishlar bo'ladi, me`da shirasi kamayadi, yoki butunlay ishlanib chikmaydi, bemorning tili karat boglaydi, tomogi tilchasi kizaradi, qon tomirlar kengayib birmuncha burtadi. Bemorlarda ruy beradigan dispetik xolatlar Ya`ni enterit, kolit, enterkolit va boshqalar bu xolatni kelib chikish sabablarini aniklashni talab etadi. CHunki bunday alomatlar brutsellyozga doimo xos emas. Brutsellyozda ba`an mezenterial limfa tugunlari shishgani va qorin ogrishi kuatiladi. Shuningdek jigar sirrozi, astsit xam vujudga kelishi mumkin. Brutsellezda gepotonial sindrom kup uchraydigan muxim belgilardan xisoblanadi. Kasallik og'ir utsa, jigarning shikastlanishi shunchalik ko'proq bo'ladi. Shuniig uchun xam G.T.Rudnevning klinik klassifikatsiyasida jigar va taloq patologiyasida aloxida urin ajratilgan. Jigar xajmining shishib kattalashishi va funksiyalarning bo'zilishi adabiytlarda 67 % dan 95 % gacha uchraydi. yo'qorida kursatib utilgan jigardagi funksional o'zgarishlar kasallikning o'tkir formasida ko'proq, Yarim o'tkir formasida kamroq uchraydi.

Siydik ajratish organlaridagi o'zgarnshlar. Buyrak va siydik ajratish organlari patologiyasi brutsellyozda kam urganiladi. Mavjud adabiyotlardagi ma`lumotlarga Karaganda siydik chikarish sistemasida patologik o'zgarishlar kam uchraydi. Buyraklarda patologik o'zgarishlar ruy bergan takdirda xam klinik belgilari anik kurinmaydi. Brutsellyozda ko'proq albuminuriya, slindruriya, uchoqli nefrit, diffo'z glomerulonefrit, pielit, sistit va x.k uchraydi.

Tanosil organlarda bo'ladngan o'zgarishlar. Brutsellyoz kasalligida erkak va ayol jinsiy organlarining zaralanishi ko'proq uchraydi, Bu mazkur kasallikda xos bo'lib, xatto diagnostik axamiyatga ega bo'ladi. Masalan erkaklarda uchraydigan orxit, moyakning shishishi va orxoepididimitlar (5-26 %), ayollar jinsiy organlarida bo'ladigan turli o'zgarishlar Yalliglanish jarayoni, menstruatsiya siklining bo'zilishi va x.k shular jumlasidandir. Bularning engil utishi kasallikning klinik formalariga boglik.

Erkaklardagi ko'pincha orxoepididimitlar bir tomonlama, kamdan- kam ikki tomonlama bo'ladi. Bunda moyaklar va tur muk Yalliglanib shishadi, kizaradi, qattiq og'riq beradi, xatto yurishga xam imqon bermay kuyadi. Temperatura kutariladi, regionar limfa tugunchalari shishadi. Orxit va orxoepididimit asosan 1,5-2 oydan 5-6 oygacha, ba`zan undan xam kupga chuiladi. Bu ba`zan jinsiy zaiflikka-imotensiyaga olib keladi. Moyaklar fibroz xosil bulishi natijasida atrofiyaga. uchraydi. Bemor ruxan ugarib serzarda, tajang, tez achchiklanuvchan bo'lib qoladi. Ayollar da mastit, kukrak bezining Yalliglanishi, tuxumdon Yalliglanishi, tuxum yo'llarinig Yalliglanishi, endometrit, metrit-bachadon Yalliglanishi , dismenoreya, amenorial naslsizlik, abort va boshqalar ko'proq uchraydi. Dismenoreya, amenoreya ayniksa kup 90% gacha bo'ladi.

Nerv sistemasidagi o'zgarishlar. Brutsellyozda nerv sistemasining zararlanishi xam asosiy urin tutadi, chunki bunda markaziy va periferik nerv sistemasining turli tuman uchastkalarida va tarmoqlari, endoqrin sistemasining faoliyati ancha buziladi. shuning uchun xam sovet avtorlari (E.I.Trakanoc) nerv sistemasi ko'proq shikastlangan bemorlar Kasalini «neyrobrutsellyo» deb atadilar.

Ma`lumki brutsellyozda bosh ogrishi, uykusilik, tajanglik, kayfichoglik yoki ayniksa sertashvishlik va boshqalar bo'lib turadi. Bundan tashqari vegetativ nerv sistemasining faoliyatining bo'zilishi alomatlari xam ko'zitalid. Brutsellyozda perifik nerv sistemasi markaziy nerv sistemasiga nisbatan ko'proq shikastlanadi. Bular organizmlarning umumiy kasallik belgilari xisolanib kuyidagi

kasalliklar: nevralgiyalar, nevritlar, nerv chigallari Yalliglanishi (pleksitlar), radikulitlar (ko'proq bel radikulti), radikulo-nevritlar, ishias va ishialgik polinevrit va boshqalar kurinishida yo'zaga chikadi.

Markaziy nerv sistemasining kasalliklari meningit, ensefalit, mielit, meningensefalomielitlar kamroq uchraydi. Orqa miyaning zararlanishi o'zoq vaqt davom etib, og'ir kechadi va oqibat natijada ko'pincha nog'ironlikka yoki ulimga olib keladi. Leptomeningitlar, araxnoiditlar kam uchrasada og'ir utadi. Brutsellyoz bilan ogrigan bemorlarning ruxiy xolatida xam o'zgarishlar bulishi Ya`ni, simptomlarning yo'zaga chikishi xayol surish, depressiya, umidsizlik va boshqa ruxiy o'zgarishlar bulishi mumkin.Bemorlarda bunday ruxiy o'zgarishlarni ba`zi avtorlar B.F.Serafimov va P.M.Jelebovlar psixobrutsellyoz deb ataydilar. Brutsellyozda fibrozitlar va sell yo'litlar bemor organizmining turli joylarda xar xil kattaliklardagi tugunchalar shaklida uchraydi. sell yo'lit vafibrozitlar terii osti kletchatkasida vujudga kelsa, bemorlarni unchalik bezovta kilmaydi. Ammo ular bugimlar atrofida yoki nerv Yakinida joylashgan bo'lsa, qattiq og'riq bulishi mumkin. Shuningdek miozitlar xam qattiq og'riq bilan davom etadi. Brutsellyozda pailar xam zararlanib, ayniksa pay kinlarining Yalliglanishi (tendovaginitlar) xam qattiq og'riq beradi. yo'qorida keltirilgan ma`lumotlardan kurinib turibdiki, brutsellyozda tayanch-xarakat apparata, Ya`ni qattiq va yumshoq skeletining xammasida uzgarishlar bulishi va bu o'zgarishlar turli kombiiatsiyalarda butun kasallik davomida asosiy simptom sifatida yo'zaga chikar ekan.

Bugimlarning zararlanishi brutsellyozga ayniksa xarakterlidir. Brutsellyozda bugimlar zararlanishi quyidagi 3formada bo'ladi:

1) sinovitlar-bo'g'imning faqat sinovial pardasi zararlanadi;

2) per va paraartritlar - Yallig'lanish sinovial pardadan bo'gim atrofidagi to'qimalarga utadi;

3) artrit va osteoartritlar - bugimning xamma to'qimasi, qisman suyak to'qimasi xam Yalliglanadi.

Sakroileit - dumgaza Yonbosh bugimi Yalliglanishi Bursit – bo'g'im xaltasi yallig'lanishi.

Spondilit va spondiloartrit - umurtqa ustunining Yalliglanishi.

Sezgi organlaridagi o'zgarishlar.

Brutsellyozda bemorning sezgi organlarida xam xususiy o'zgarishlar kuriladi. Jumladan, bemorning ko'ruv organlarida irit, iridotsiklit, keratit, nevrit va ko'zning tomir tur pardasining ararlanishi uchraydi. Bemorning eshitish organlarida Yalliglanish jarayoni, Ya`ni otit, mastoiditlar, eshitish nervining zararlanishi, vestibulyator apparatida o'zgarishlar kuriladi. Bemorda xar xil tonlarni eshitish kobiliyati buziladi.

Endokrin sietemasidagi o'zgarishlar. Endoqrin (ichki sekretsiya) bezlarida brutsellyozning, ayniksa surunkali shakllarida kalqonsimon bez, qalqonsimon bez oldi bezi, me`da osti bezi va buyrak usti bezlarida stroma sklerozi va parenximasining atrofiyalari uchraydi. Mutaxasislar fikriga kura bu belardagi patalogo-anatomik o'zgarishlargi karamay klinik belgilar kamdan-kam uchraydi.

Periferik qon kursatkmchlarndagi o'zgarishlar. Brutsellyozda qonda gemoglobin foizining pasayishi, eritropeniya, rang ko'rsatkich 1 dan past bo'lib, eritrotsitlar chukish tezligining oshishi, Ya`ni 11-60 mm/soat bo'lishi mumkin. Oq qon tanachalarida - leykopeniya, neyropeniya, nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya va trombopeniya xodisalari ruy beradi.

Kasallik oqibati. Ma`lumki brutsellyoz ilgari og'ir utib, uoq davom etar edi, pguning uchun xam brutsellyoz uta xavfli infeksiyalar gruppasiga kiritilgan.

Brutsellyoz boshqa kasalliklarga nisbatan uoqroq - necha oydan bir necha yillargacha (2-3-5) yil davom etib, bemorlarga aob beradigan va xalk xujaligiga talaygina zarar etkaadigan kasallikdir.

So'nggi yillarda brutsellyoz talaygina ishlar amalga oshirilib davolash metodlari takomillashtirildi. Bemor o'z vaqtida vrachga murojaat kilib samarali davolansa kasallikdan butunlay tualib ketadi.

D I A G N O C T I K A. Brutsellyozning klinikasi ko'p kirrali (polimorfizm) bo'lib, turgun simptomlarga ega bulmasligi va politsiklik davom etishligi sababli kasallikni u vaqtida aniklash davolash uchun katta amaliy axamiyatga egadir.

Ma`lumki odatda kasallikni batafsil yigilgan anamneziga, bemorning shikoyatiga, epidemiologii dalillarga va tekshiripxdan olingan ob`ektiv natijalarga asoslanib diagnoz kuyiladi.

Laboratoriya diagnostikasi usullari asosan 4 guruxga bulinadi:

1. Bakterologik diagnostika usullari.
2. Serologik diagnostika usullari.
3. Allergik diagnostika usullari.
4. Biologik diagnostika usullari.

BAKTEROLOGIK DIAGNOSTIKA USULLARI

Bu usul bemor organizmidan kasallik ko'zgatguvchi mikroblarni, Ya`ni brutsellalarni ajratib olish nuktai nazaridan brutsellyoz diagnostikasida birinchi urinda turadi. Lekin bemor organizmida brutsellalar bulishiga karamay xar domi ularda bakteriologik olish mumkin bulmaydi, chunki brutsellalar asosan retikulo-endotelial sistemada va qonga vaqt-vaqti bilangina utib turadi va shu davrlardagina bakteriologik usullar musbat natija beradi. Bundan tashqari qonga brutsellalarning bulmasiligi kasallik davrida utkazilgan davolashlarga xam bog'lik bo'ladi.

Masalan: antibiotiklar ta`sirida brutsellalarning rivojlanishi bir oz susayadi va natijada qonda ularning sirkulyatsiey kamayadi. Mana shuning uchun bakteriologik diagnostika usullari bemorlarni davolash oldidan yoki ularning sogayganliklarini aniklashda muxim kasb etadi va tajribadan keng kullaniladi.

Brutsellyozni aniklashda bakteriologik diagnostika usullari ishonchli bulishi bilan birga salbiy tomonlari xam bor. Birinchi bu brutsellalarni ustirish uchun uoq vaqt talab qilinadi-3-4 xafta. Ikkinchidan bu usullarni xar kanday laboratoriya sharoitida qo'llash qiyin, chunki brutsellalarni va uning xususiyatlarini urganish maxsus laboratoriyalarda bajariladi.

Serologik diagnostika usullari.

Serologik diagnostika usullari xam bemor organizmida paydo bo'ladigan maxsus antitelolarga asoslangan.

Serologik diagnostika usullari amaliy vrachlar doirasida bakteriologik usullarga nisbatan keng tarkalgan bo'lib, xar bir kasalxonaning laboratoriya sharoitida qo'llanilishi mumkin.

Rayt reaksiyasi kuyidagicha baholanadi.

Aggl yutinatsiya titri 1:50 bo'lsa, natija gumon xisoblanadi, agglyutinatsiya titri 1:100 bo'lsa kuchsiz musbat, 1:200 - 1:400 bo'lsa musbat reaksiya, 1:800 - 1:1600 va undan yo'qori bo'lsa reaksiya uta musbat deb xisoblanadi.

Xeddelson - Kaytmazova reaksiyasi.

Bu reaksiyanining rayt reaksiyasidan ustunligi shundaki, metodikasi jixatidan juda oddiy va oson, natijasi esa tez vaqt ichida aniqlanadi. Щuningdek juda sezuvchan va spetsefik reaksiyadir. Xeddelson reaksiyasining sezuvchanligi tekshirilayotgan qon ardobi va antigenning yo'qori qonsentratsiyasida ishlatilishiga boglik. Bu reaksiya kasallikning boshlangich davrida musbat natija bera boshlaydi va kup vaqtgacha xatto bemor to'zalib ketgandan so'ng bir necha yillar mobaynida musbat natija bera oladi. Shuningdek reaksiyaning kamchiligi shundaki, kasallikning davomiga qarab kasallikning dinamikasiga baxo berib bulmaydi. CHunki bu reaksiya Rayt reaksiyasiga uxshagan titri berilmagan

Xeddelson reaksiyasini kuyish uchun bemorning venasi yoki barmogidan qon olib, uning zardobidan foydalaniladi. Antigen sifatida esa maxsus brutsellyoz diagnostiku mi ishlatiladi.

Passiv gemaggl yutinatsiya reaksiyasi.

Bu reaksiya brutsellyozda spetsefik va seuvchan reaksiya bo'lib, brutsellyoz kasalligining o'tkir, Yarim o'tkir shakllarida tashxisiy axamiyatga ega. Bu reaksiya brutsellyozning ayniksa surunkali shakllarida rayt reaksiyasi manfiy natija berganda diagnostik titrlarda musbat natija beradi, Ya`ni reaksiya titri 1:100 va undan yo'qori nisbatda bo'lsa, reaksiya musbat xisoblanadi.

Allergen diagnostmkasi usuli. B yurne reaksiyasi. Birinchi marta 1922 yilda brutsellyozning diagnostikasi uchun o'zining reaksiyasini taklif etdi. Bu reaksiya brutsellyoz bilan kasallangan bemor organizmining teri orasiga yuboriladigan brutsellinga bo'ladigan maxalliy allergik reaksiyasiga asoslanadi, shuning uchun bu reaksiyami allergiya reaksiyasi kam deb yuritiladi. Uning metodikasi kuyidagicha: tekshirilmoqchi bulgan bemor bilagining ichki satxiga, terining epidermis kavatiga ingichka igna bilan aseptika koidalariga rioya qilingan xolda 0,1 ml mikdorda brutsellin (brutsellalarni bulganda ustirilgan uch xaftalik kulturasining filtrati) yuboriladi.

Bemor organizmi brutsellalarga nisbatan sezuvchan bo'lsa 8-10 soatdan so'ng terining brutsellin yuborilgan eriga Yalliglanish alomatlari paydo bo'ladi va 24-28 soat davomida zurayib, eng rivojlangan

nuktaga, so’ng bu alomatlar asta-sekin susayib yo’qola boshlaydi. Binobarin, B yurne reaksiyasining natijasi mana shu maxalliy Yalliglanish jarayoni diametriga qarab baholanadi. Agar Yalliglanish diametri 1 sm bo’lsa reaksiya natijasi salgiia musbat deb xisoblanadi. 4-5 sm bo’lsa musbat, 6-8 bo’lsa reaksiya uta musbat deb xisoblanadi.

D a B o l a sh. Kup vaqtlar mobaynida brutsellyozni davolash masalasi muammo bo’lib keldi. «Brutsellyoz» to’zalmaydi, «Brutsellyoz davolab bulmaydigan kasallik» degan gaplar shuning uchun tarkalgan bo’lsa kerak. Xatto franso’z olimi sharl nikol «Brutsellyoz bemor uchun baxtsizlik, vrach uchun isnoddir» degan edi. Endilikda esa brutsellyozni davolash uchun bir kancha muvafakiyatlar kulga kiritildi.

Antibiotiklar bilan davolash.

Brutsellyoz kasalligini davolashda antibiotiklar muxim burilish Yasadi. Ular avvallri kullanilib kelingan ximiyaviy preparatlarni (sulfanilamid va boshqalarni) davolash orsenalidan surib chikardi. Antibiotiklar kasallikning brutsellalarga bakteriostatik ta`sir kursatadi, Ya`ni brutsellalarning rivojlanishi va kupayishini tuxtatib kuyadi. Ularni odatda kasallikning formasiga qarab asosan 10 kunlik kurs buyicha bu yuriladi. Agar etarli naf bermasa 2 yoki 3 kursgacha 5-10 kun tanaffus bilan davolanish davom ettiriladi. Brutsellyozda asosan keng ta`sir spektriga ega bulgan antibiotiklar ishlatiladi. Antibiotiklarni kombinatsiya shaklida, Ya`ni ikki xil antibiotikni bir paytda ishlatish maksadga muvofik, chunki shunday qilinganda ularning ta`sir kuchi oshadi. Hozir amalda tetramitsin, tetratsiklin, biomitsin, gentamitsin, streptomitsin (analoglari bilan), rifampitsin, rondomitsin, levomitsetin va boshqa antibiotiklar kullanilmoqda.

Bemorda kullanilishida asosan streptomitsin (degidrostreptomitsin, streptodimetsin) boshqa antibiotiklar bilan birgalikda (gentomitsindan tashqari) M: streptomitsin + terramitsin bilan birgalikda ishlatiladi. Bunda streptomitsin 250000 XB dozada xar 12 soatda bemorning mushak orasiga yuboriladi. Tetratsiklin, teramitsin, biomitsinlar 0,2-0,3 g (yoki 200000-300000 XB) dan xar olti soatda ichiriladi. Gentamitsin bir sutkada 120 Mgdan, 40 mg dan xar 8 soatda mushak orasiga yuboriladi, rifampitsin - 0,6g dan 0,15 g dan xar 6 soatda, rondomitsin 1,2 dan (0,3 g dan xar 6 soatda), levomitsetin 0,5 g dan xar 6 soatda ichiriladi. Antibiotiklar bemorni avvaliga kasallikning formasiga qarab asosan 10 kunlik kurs shaklida ishlatiladi.

Agar davolash nafi etarli bulmasa ikki yoki uch kursgacha (7-10) kun oralik tanaffusi bilan davolash mumkin. Davolashni boshlashdan oldin bemor ilgari antibiotiklar bilan davolanganmi-yo’qmi, organizm reaksiyasini aniklash muxim rol uynaydi. Antibiotiklar bilan birga kobalt (0,1%-1,0 ml dan) teri ostiga yuboriladi, koamid B 1% lisi mushak orasiga yuboriladi, ferramid (0,2 dan bir kunda 3 maxal ogiz Orqali) yo’qoridagilar ichiriladi. 10-15 kun davomida davolanadi. 7-10 kun tan affu sdan so’ng davoni Yana takrorlanadi va ximoya kuchlarini oshirishadi.

Vaksina bilan davolash (vaksinoterapiya). Vaksina brutsellyozda spetsefik davolashga kiradi. Uni ayniksa kasallikning xronik formalarida tavsiya etiladi.

Instruksiyaga muvofik vaksina organizmga teri orasi, teri osti, mushak orasi va venaga yuborish yo’li bilan kiritiladi. Ko’proq esa teri osiga yuboriladi. Lekin vaksinani venaga yuborilganda samaraliroq natijaga erishish mumkin. Biroq bunda bemorlar organizmida ba`zi ko’ngilsiz reaksiyalar ko’zatilgan, buning oldini olish uchun professor Rudnev vaksina dozasini ikkiga bo’lib yuborishni tavsiya etadi. Buning natijasida bemor organizmida vaksinaga nisbatan bo’ladigan raeksiya bartaraf etiladi, yoki kamaytiriladi. Davolash natijasi esa ancha samaralidir. Vaksinani venaga yuborib davolashganda boshqacha davolashlarga Karaganda tez va samarali ta`sir kursatadi. Ammo bu metodni aktiv sil kasalligida, yurak dekompensatsiyasida, ruxiy kasalliklarda, xomiladorlikning ikkinchi Yarmida, jigar va buyraklarda chukur o’zgarishlar bulganda, markaziy nerv sistemasining zararlanishi va boshqa xolatlarda kullab bulmaydi. Rudnev metodi bemorning axvoliga qarab kuyidagicha oshiriladi. 100000-200000 m.t vaksinami 2 ga bo’lib 50000-50000 yoki 100000-100000 1,5-2 soat oralatib esa ikkala doza venaga yuboriladi. Davolash shu dozadan boshlanib xar galki yuborishda bemor axvoliga qarab oshirib yuboriladi. Xammasi bo’lib 8 marta yuboriladi. Ya`ni oxirgi umumiy dozasi 10ml dan to 400 mln m t. (500 mln va 200 mln m.t) gacha etadi.

Vaksina bilan davolash davrida bemor organizmida turli xil o’zgarishlar: xarorati kutarilish, kaltirash, xansirash, yurak uynashi va xatto shoq yo’z berishi mumkin. Agar bunday xollar yo’z bersa vrach vaksina dozasini kamaytirishi yoki umuman tuxtatishi lozim.

Vaksinani teri orasiga bilak yoki son terisi Orqasiga yuborilib davolashda birinchi marta OD ml yuboriladi va xar gal OD ml dan dozasini oshirib borib 1,0 ml ga etkaziladi. Demak 1 marta ukol qilinadi. Vaksinani teri ostiga yuborishda xar gal kuyidagicha oshirib boriladi. 10, 20, 40, 80D50, 250,400, 600, 900 mln mt ammo bu metod Hozir deyarli kullanilmaydi. Vaksinani mushak orasiga yuborib davolash xam uni teri ostiga yuborgandek prinsipda amalga oshiriladi. Vaksinoterapiya xafta odatda 2 martadan 3-4kunlik interval bilan olib boriladi va buni kooreksiya kilib boradi.

Gormonoterapiya. Brutsellyozda buyrak usti bezi pustlogida birmuncha o'zgarishlar ruy beradi. Kortikosteroid esa Yalliglanishga, intoqsikatsiyaga, sensibilizatsiyaga karshi ta`sir kursatib buyruk usti bezi iustlogining ishini jonlantiradi. Bundan tashqari bu preparatlar brutsellyoz natijasida markaziy nerv sistemasi zararlanganda, ensefalitlarda, meningitlar, revmatoit poliartritlar tavsiya etiladi. Gormonal preparatlar Brutsellyozning Yarim o'tkir va qaytarilgan surunkali formalarida juda samarali natijalar beradi. Ammo ularni gipertoniyada, me`da va ichak Yaralarida, osteoporoz, kandli diabet, ruxiy kasalliklar va klimaks davrida kullash man qilinadi.

Gormonal preparatlar odatda bemorlarda berilganda kichik dozadan boshlab asta-sekin oshirib boriladi va qayta kamaytiriladi. Davo kursi bir oyga Yakin.

Gormonal preparatni boshqa preparatlar bilan masalan: antibiotiklar bilan kompelks ravishda davolash samarali natija beradi. Gormonal preparatlarni odatda tuxtatiladi.

Umumiy davolash.Brutsellyoz bilan ogrigan bemor organizmining kuvvatini oshirish uchun unga qon kuyiladi. 40%li gl yo'qozadan 20 ml dan venaga yuboriladi, bundan tashqari qon urnini bosadigan aminopeptit, poligl yo'qin, gemodez kuyiladi. Bular ayniksa kasallikning surunkali shakllarida Yaxshi natija beradi. Brutsellyozda vitaminoterapiyaning xam axamiyati katta, chunki bu kasallikda vitamin C va B gruppasiga kiruvchi V1, V6, V12 kabilar almashinuvi izdan chikadi. Brutsellyozning xamma shakllarida va asoratlarida bemorlar kup bezovta bo'ladi, shuning uchun og'riq koldiradigan preparatlar (analgin, amidoprin, butadien, fenatsetin, salitsilat) preparatlar beriladi. Ayniksa bular ichida 0,2500,5%li navoqain eritmasi og'riqni Yaxshi koldiradi. Uni bemorning og'riqli nuktalariga, nerv chigallari va tarmoqli atrofiga yoki venaga (xar kuni yoki kun oralab 2 ml dan boshlab 10 ml gacha 10-15 ml gacha kun) yuboriladi. Buyrak oldi kletchatkasida 40-60 ml dan 2-3 marta yuborish samarali natija beradi.Fizioterapiya.Brutsellyozning surunkali shakllarida asoratlar berganda keng kullaniladi. Bunga elektr bilan davolash, elektroperessiya, issiklik bilan davolash diatermiya, UVCH, ionogalvanoterapiya, parafin bilan davolash, ionoforez, ultratovush, balchik bilan davolash, massaj:, davolash fizkulturalari bilan davolash mumkin. Ammo bularni mutaxassis vrach bu yuradi.

Sanatoriya va kurortlarda davolash.

Kasallik jarayoni utib ketgandan so'ng 3 oy utgach bemor organizmida ma`lum darajada turgan kompensatsiya xolati vujudga keladi. Ana shunday paytlarda sanatoriya va kurortlarda davolanadi. Sochi, Masesta, Sernovodsk, Pyatigorsk, CHimyon, sxaltubo, Jetti-ogo'z, Anapa, Axtala, Boldone, Korachi, Sergiev, mineral suvlari Yangi kurgon shular jumlasidandir.

Profilaktikasi

Brutsellyoz odamga xayvonlardan (asosan chorva mollaridan) yo'qishligini yo'qorida aytib utdik. Shunday ekan profilaktika avvalo chorva mollari orasida amalga oshirish samarali natija beradi. Shu maksadga barcha chorva mollarini muntazam ravishda Brutsellyozga tekshirib berish va Brutsellyozga gumon qilingan va kasallangan mollarni ajratib tegishli choralar kurit zarur.

Hozirgi vaqtda brutsellyozga karshi emlash uchun brutsella abortus - 19 VA dan ustunlik kiladigan va effekti yo'qori bulgan ximiyaviy brutsellyoz vaksinasini amalda tatbik etilmoqda, bunday vaksina bilan emlanganda kishilarda immunologik reaksiyalar ruy berishi bilan allergik Ya`ni sensibilizatsiya xodisasi ruy bermaydi, bu esa amalda katta axamiyatga ega. Shunday kilib, brutsellyozning oldini olishda meditsina va veterinariya xodimlari, zootexniklar xamjixat bo'lib, axoli bilan xamkorlikda ish olib borishsalar kutilgan natijalariga erishishga shak-shubxa yo'q.

7-mavzu: Difteriya Ko`kyo`tal (Koqlyush). Parakoqlyush.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-axborotli Ma`ruza.
Mashg`ulot rejasi	1.Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush etiologiya, epidemiologiyasi. 2. Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush kasalligi patogenezi va patanatomiyasi. 3.Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush klinikasi, tasnifi. 4. Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush laboratoriyaviy tashxisoti. 5. Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush qiyosiy tashxisoti. 6. Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush davolash asoslari. 7. Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush profilaktikasi. 8. IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bugmani chin bugmadan farki. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari.
O`quv mashg`ulotning maqsadi: Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush kasalligini amaliyot va nazariyada o`rganishda unga klinik tashxis qo`yishda vrachlarni tayyorlash, brutsellez kasalligida uchraydigan intoqsikatsiya, artralgik, nevrologik belgilarni, asoratlarini baholay bilish, etiotrop, dezintoqsikatsiya, Yallig`lanishga qarshi davo choralarini qo`llash, asoratlarda tezkor Yordam berish. Difteriya kasalliklarida vrach taktikasi va bu kasallikni oldini olish choralarini o`rgatish. Difteriya Ko`kyo`tal Parakoqlyush. kasalligining tibbiyotda tutgan o`rni, Respublikamiz hududida difteriyaga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlar to`g`risida ma`lumotlar. Kasalliklarning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo`llari va omillari, aholi moyilligi, patologik o`zgarishlarning yo'zaga kelishi omillari. Ushbu kasalliklarning klinik tasnifi, klinik belgilari, a`zo va tizimlardagi o`zgarishlar. Kasalliklarning tashxisot usullari, asoratlari, davolash mezonlari, bemorlarni parvarish qilish hamda kasalliklarning oldini olish. IVBDV(stast) surunkali yo'tali bo'lgan bolaning differenstial diagnostikasi davolash usullari va qo'llovchi parvarish.	
Ta`lim berish usulibi	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. "Difteriya Ko`kyo`tal (Koqlyush). Parakoqlyush" MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim beruvchi
Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. "Difteriya Ko`kyo`tal (Koqlyush). Parakoqlyush" MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia 3ta tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Tinglaydilar Ko'radi
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Difteriya bo'yicha ma'lumot bering 2. Ko'kyo'tal bo;yicha ma'lumot bering 3.Parako'kyo'tal bo'yicha ma'lumot bering	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar

2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 3 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. "Difteriya Ko`kyo`tal (Koqlyush). Parakoqlyush" MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia 3ta foydalaniladi.	Tinglaydilar Tinglaydilar Ko'radi
2- yakuniy bosqich (5 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi Difteriya Ko`kyo`tal (Koqlyush). Parakoqlyush 3. Uyga vazifa beradi Difteriya Ko`kyo`tal (Koqlyush). Parakoqlyush	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

Difteriya o`tkir yuqumli kasallik bo`lib, qo`zg`atuvchi kirgan joyda fibrinli parda hosil bo`lishi va kuchli zaharlanish belgilari bilan xarakterlanadi.

ETIOLOGIYASI: Difteriya qo`zgatuvchisi- Corinobakterium diphteriae, to`g`ri tayok cha, o'zunligi 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 tayok chasi 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 (Klauberg II, Germon-Tinsdal-Sadikoc) muhitlar, 5%li qonli agar qo`llanilmoqda. O`sish xususiyati, ba`zi bioqimyoviy xossalari jixatidan 3 xil difteriya tayok chalari (gravis, mitis, intermedius) tavofut qilinadi. Kasallikning klinik kechishida qo`zg`atuvchilarning tiplari o`rtasida bog`liqlik Yo`q. Difteriya tayok chasi ekzotoqsin ishlab chiqaradi va u kasallikning asosiy belgilarini keltirib chiqarishga sabab bo`ladi.

EPIDEMIOLOGIYASI: Difteriyada kasallik manbai bo`lib, kasal odam va reqonvalestsentlar, sog`lom bakteriya tashuvchilar xizmat qiladi. Kasal odam inkubatsion davrining oxirgi kunidan boshlab to klinik belgilarining Yo`qolib ketishigacha epidemiologik jixatdan katta axamiyatga ega.

Epidemiologik jixatdan kasallikning engil 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 organizmidan halqum va burun shilimshiqlari orqali tashqariga chiqadi. Zararlanish bevosita (o`pishish) va bilvosita muloqot bilan o`tishi mumkin. Difteriya tayok chalari tashqi muhitda o'zoq saqlanishi sababli, bemorni 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 antitoqsik 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, kasallanio`ning yuqori darajasi ko'z va qish oylariga to`g`ri keladi.

PATOGENEZI VA PATOLOGIK ANATOMIYASI: Qo`zg`atuvchi organizmga halqum va burun shilliq kavaqtlari Orqali kiradi. Ba`zi xollarda difteriya tayok chasi 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 ekzotoqsin ajratadi, bu esa organizmda patologik o`zgarishlarni keltirib chiqaradi. Ekzotoqsin kirgan joydan epiteliy nekrozini, tomirlarning shikastlanishini (tomirlar o`tkazuvchanligi oshadi), dimlanish keltirib chiqaradi, natijada qonning oqsilga boy su yuq qismi chiqadi. Uning tarkibidagi fibrinogen nekrozga uchragan to`qima tarkibidan ajralib chiqqan tromboqinaza fermenti bilan reaksiyaga kirishib, uni fibringa aylantiradi va fibrinli pardani xosil kiladi. Ko`p qavaqtli epiteliy bilan qoplangan tomoq va halqumda difteritik Yallig`lanish xosil bo`lib, bunda fibrinli parda pastdagi qavaqt bilan mustaxkam bog`liq bo`ladi. Shuning uchun xam ularni ajratish juda qiyin. Shilliq kavaqtlarning bir qavaqtli epiteliy bilan qoplangan qismlarida esa nekrozli Yallig`lanish yo'zaga keladi va fibrinli pardani oson ajratish mumkin. Ekzotoqsin ta`sirida atrofdagi to`qima va mahalliy limfa tugunlarining shishi ko'zatiladi,

shishning darajasi bilan zaxarlanish darajasi baholanadi. Ekzotoqsin qon Orqali tarqalib buyrak usti bezi, mioqard, nerv sistemasi, buyrak kanalchalari va jigarga rezorbtiv ta`sir ko`rsatadi.

KLINIKASI: kasallikning Yashirin davri 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Difteriya klinik jixatidan xar xil kechadi. Bu kasallikning bir nechta klinik tasnifi bo`lib, shulardan B.I.Molchanov tasnifi klinikada ko`p qo`llanilyapti.

DIFTERIYANING KLINIK TASNIFI

1. Halqum difteriyasi.
   a) chegaralangan shakllari (kataral, orolchali, pardali)
   b) tarqalangan shakllari (halqum va burun, halqum va tomoq, halqum va og`iz bo`shlig`i)
   c) toqsik shakllari (subtoqsik, toqsik I, II, III darajali, gipertoqsik va gemorragik)
2. Hikildoq difteriyasi (chegaralgan 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 va hamma kasalliklarning 98%ni tashkil qiladi.

Halqum difteriyasi tipik (pardali, tarqalgan, toqsik) va atipik (kataral, orolchali) shakllarda kechishi mumkin. Hozirgi paytda faol immunizatsiya keng qo`llanilayotgan davrida kataral shakli nisbatan ko`p uchramoqda. Ammo difteriyaning bu shakli boshqa etiologiyali anginaga o`xshaganligi uchun juda kam tashxis qilinyapti. Kasallikning bu shaklida bemorning axvoli deyarli o`zgarmaydi.

Ba`zida umumiy holsizlik, yutinganda bir oz og`riq, tana xaroratining subfebril ko`tarilishi ko’zatiladi. Bemor halqumini tekshirib ko`rganda bodomcha bezlarining qizargani va shishgani, maxalliy limfa tugunlarining kattalashgani aniqlanadi. Keyinchalik bu kechish sog`ayish bilan tugallanishi yoki tipik kechishga o`tishi mumkin.

Halqum difteriyasining orolchali kechishi ham engil kechishi bilan xarakterlanadi, tana xaroratining ko`tarilishi, zaxarlanish belgilari ko’zatiladi. Bemor bosh og`rig`iga, holsizlikka, yutinganda tomog`ida og`riqning borligidan shikoyat qiladi, tekshiruvda tana xaroratining ko`tarilganligi (37-37,5) 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. Maxalliy (jag osti) limfa tugunlari biroz kattalashgan, og`riqqsiz bo`ladi.

Halqum difteriyasining paradali shakli o`tkir boshlanishi, tana xaroratining ko`tarilishi, umumiy zaxarlanish belgilari yuqoriligi, Ya`ni xolsizlik, bosh og`rig`i, ishtaxaning pastligi, darmonsizlik bilan xarakterlanadi. Bodomcha bezlar kattalashgan, shishgan, qizargan, Yaltiroq fibrinli parda bilan qoplangan bo`lib, juda qiyinchilik bilan ajratiladi. Parda bez to`qimasidan ajratilganda qonash ko’zatiladi. Parda bezning xamma qismini yoki ko`proq qismini egallagan bo`lib, yo’za qismida burmachalar hosil bo`ladi. Ba`zida jarayon bir tomonlama bo`lishi mumkin. Parda juda mustaxkam bo`lib, shpatellar orasida artilmaydi, suvga chuktirilganda erimaydi 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 bir kundan keyin asta-sekin kamayib boradi. Bezlar 2-3 kun mobaynida butun pardadan xalos bo`ladi. Xususiy davosiz bu xol Yanada zo`rayib, kasallikni og`ir shaklda (tarqalgan, toqsik) kechishiga sabab bo`ladi.

HALQUM DIFTERIYASINING TARQALGAN SHAKLI

Kasallikning bu shakli asosan emlanmagan bolalarda uchrab, xamma Yosh guruxlarida ruyxatga 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 zaxarlanish belgilarining, isitma, og`riq reaksiyalarining Yaqqol ifodalanganligi bilan chegarallangan, pardali halqum difteriyasiga o`xshab ketadi: ikki kun mobaynida tana xaroratining yuqoriligi 38-39S, bosh og`rig`i, loxaslik, terining ko`kimtir rangga kirishi, ishtaxaning pastligi kabi belgilar namoyon bo`ladi. CHegaralangan shaklida kam uchraydigan qusish va qorin soxasidagi og`riq kabi belgilar ham ko’zatilishi 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 yo'zasini butunlay qoplamasdan xam tarqalishi mumkin. Bunda zaxarlanish belgilari namoyon bo`ladi.

Difteriyaning tarqalgan shakli bilan og`rigan ba`zi bir bemorlarda chegaralangan shaklga nisbatan bodomcha bezlar va yumshoq tanglay shishi, qizarishi, maxalliy limfa tugunlarining kattalashishi va og`riq alomatlari ko`proq ko'zatiladi, ba`zida patologik jarayon bir tomonlama bo`lishi mumkin. Kasallikning tarqalgan shaklida fibrinli parda chegarasiga nisbatan keng tarqaladi. Xususiy davolanmagan kasallarda 10-14 kungacha, zardob yuborilganda 5-8 kungacha saqlanadi. Difteriyaning tarqalgan shaklining og`ir kechishlari va asoratlari juda kam ko'zatiladi. O`z vaqtida xususiy davonlamasa subtoqsik va toqsik shakllarga utishi mumkin.

HALQUM DIFTERIYASINING TOQSIK shAKLI.

Halqum difteriyasining og`ir kechish shakli, toqsik shakllarining xammasi va subtoqsik shaklni o'z ichiga oladi. Bu chegaralangan va tarqalgan difteriyadan o'zining difteriya tayok chasi bilan Yallig`langan o`choqda ko`p miqdorda toqsinlarni ishlab chikarishi, toqsinlarni juda xam ko`p miqdorda qonga so`rilishi va to`qimalar bilan tez orada birikishi bilan farqlanadi. Difteriyaning toqsik shakli og`irlik darajasini tez va aniq baholash va tashxislash kerak. Halqum difteriyasining toqsik shakli to`satdan boshlanib, xamma belgilarning kuchli rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Ba`zida emlanmagan bolalar difteriyaning engil shakli bilan kasallanib, o`z vaqtida maxsus davo olmaganliklari natijasida kasallikning og`ir toqsik shakli rivojlanishiga sabab bo`ladi.

Emlangan bolalarda xar xil og`ir kasalliklarni boshidan kechirishi, orttirilgan immunitetning sust bo`lishi yoki Yo`qolishi natijasida difteriyaning subtoqsik yoki toqsik difteriyaning I darajasi uchraydi.

Toqsik difteriyaning II, III darajasi va gipertoqsik shakli bilan faqatgina emlanmagan bolalar kasallanadi.

Hozirgi vaqtda bizning mamlakatda toqsik difteriyani quyidagi tasnifi qo`llaniladi:

1. Subtoqsik
2. Toqsik I, II, III darajali
3. Gipertoqsik

yuqoridagi bo`linish aniq klinik belgilarga asoslangan bo`lib, to`g`ri davolashga Yordam beradi. Kasallikning oqibati va asoratiga qarab ikki guruxga bo`linadi. Birinchi guruxga subtoqsik va toqsik difteriyaning I darajasi kiritilib, og`ir asoratlar va o`lim oqibatlari ko'zatilmaydi.

Ikkinchi guruxiga toqsik difteriyaning II, III darajasi va gipertoqsik shakli kiradi. O`z vaqtida va to`liq davolanmaslik natijasida og`ir asoratlarga va o`lim oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Toqsik difteriya ikki variantga bo`linadi:

1. Gemorragik belgilarsiz
2. Gemorragik belgili (II, III darajasi va gipertoqsik difteriya) bu xam ikki variantga:
a) Yashinsimon, gemorragik belgisiz
b) gemorragik belgili

Toqsik difteriya uchun o'tkir boshlanish xos bo`lib, uning og`ir shakli uchun esa bir vaqtning o`zida haroratning keskin oshib borishi, umumiy zaxarlanish, maxalliy limfadenit va og`riq kuchliligi xaraterlidir.

Harorat tezda 39-4oC ko`tarilib, ba`zi bemorlarida 39S teng bo'ladi. U o`zining o'zoq davomiyligi, mustaqil tushib borishi (karash saklanganiga qaramasdan) bilan tarqalgan va chegarallangan difteriyadan farqladi. Difteriyada zaxarlanishning erta ko`rinishlaridan bosh og`rig`i, qaltirash, sezilarli darajadagi darmonsizlik, anoreksiya, teri qoplamalari rangi oqargan, og`ir shakllarida qayta-qayta qusishlar, qorindagi og`riq, davriy qo`zg`alish xurujlari (deliriy), adinamiya ko'zatiladi. Bemorlarda toqsik difteriyaning uchinchi darajasida, kasallikning boshlanish davridayok ITK (infeksion toqsik karaxtlik) I darajasi belgilarini ko`rish mumkin.

Og`iz-halqum shishi asosan bodomcha bezlardan boshlanib, keyin tilcha, qattiq va yumshoq tanglayga tarqaladi. Uning o`sib borishi, o`lchami toqsik difteriya darajasiga bog`liq bo`ladi. Bodomcha bezlari va tilchaning bilinar-bilinmas shishi subtoqsik difteriyada ko'zatilsa, ularning tarqalgan shishi

toqsik difteriyaning II va III darajasida ko’zatiladi. Difteriyadagi shish xarakteri shuki, u chegarasiz, maxalliy burmalarsiz, tarqoq bo`lib, peritonzillitdan farqli ravishda tez sezuvchan bo`ladi.

Toqsik difteriyadagi shish ustidagi shilliq kavat giperemiyasi Yaqqol va ko`kimtir ko`rinishda bo`ladi. Bodomcha bezlarining kattalashib, ko`kimtir rangga kirib, shishganligi, ular yo’zasida qirmizi Yarim tiniq parda eki kulrang karash borligi e`tiborga loyiq.

Pardasimon karash toqsik difteriyada tezda paydo bo`lib, bodomcha bezlar va ulardan o`tib atrofga xam tarqaladi. Fibrinoz karash tuliq shakllanmas ekan, u tezda olinadi va qonsistensiyasi bir xil bo`lmaydi. Bu esa tashxisni qiyinlashtiradi, shuning uchun uni qattiq qismlaridan olish kerak. Subtoqsik va toqsik difteriyaning I darajasi bilan og`rigan ba`zi kasallarda pardaning fakatgina tilcha, tanglayda tarqalishi bilan chegaralanganligini ko`rish mumkin. Toqsik difteriyaning II, III darajasi uchun pardaning 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, lunj shilliq qavatiga borib, lunj sohasidagi shishga olib keladi.

Toqsik difteriyada og`riq kuchli bo`ulib bir qancha komponentlardan: yutinganda tomoqdagi og`riq, maxalliy limfa tugunlaridagi va chaynov mushaklaridagi og`riq iborat.

Mahalliy limfa tugunlarining kattalashuvi, og`riqli bo`lishi va atrofidagi to`qimalarning shishganligi toqsik difteriyaning asosiy belgisidir. Uni to`g`ri baholamaslik esa, chuqur tashxisiy xatolarga olib keladi. Difteriya qanchalik og`ir bo`lsa, bu belgi shuncha erta paydo bo`ladi. Limfa tugunlarining tovuk tuxumi kattaligida va undan ortiq bo`lishi gipertoqsik difteriyaning III darajasiga xosdir.

Bo`yin sohasi teri osti kletchatkasining shishi, og`riqsiz va xamirsimon qonsistensiyada bo`lishi difteriyaning og`irlik darajasini aniqlashga Yordam beradi. Gipertoqsik va III darajali toqsik difteriyada u erta paydo bo`lib, tezda oldingi bo`yin yo’zasi, yo’zga, ensaga, orqaga tarqaladi, bemor og`zidan o`ziga xos shirin hid kelishi xarakterli. Avj olish davrida difteriya klinik belgilari to`liq hajmda, tashxis qo`yishda qiyinchilik tug`dirmaydi. Adinamiya kuchayadi. Og`riq kuchi kamayishi mumkin. Fibrinli parda qalinlashadi, ular yo’zasida burmalar paydo bo`ladi, ba`zan ular osilib turadi.

Toqsik difteriyada fibrinli parda, bemor davonlanmasa, 2-3 hafta davom etadi. Zardob bilan davolash, ularning devoridan ajralishiga olib keladi. Pardaning katta rivoji uning xajmiga, zardobning o`z vaqtida yuborilganiga bog`liq bo`ladi. Zardob etarli dozada yuborilganda ijobiy natijasi 3-kundan boshlanadi. Uchinchi kundan keyin parda tezda kamaya boshlaydi. Bu xolat toqsik difteriyada kasallikning 5-7- kunga to`g`ri keladi.

Kasallik avj olish davrida og`iz-halqum va teri osti qavatining shishi yuqori rivojlanish darajasida bo`ladi. Shishning bo`yin old yo’zasi bo`ylab tepadan pastga tomon chegarasini aniqlash, toqsik difteriyaning og`irlik darajasini aniqlashga imqon beradi. Shish maxalliy limfa tugunchalarning ustida bo`lsa, subtoqsik, bo`yining Yarmigacha bo`lsa I daraja, o`mrov suyagigacha bo`lsa II daraja, undan pastga ko`krak qafasiga tarkalsa III daraja deb baholanadi. Davoni o`z vaqtida boshlaganda shish o`lchami shu darajagacha tarqalmasligi mumkin.

Hiqildoq difteriyasi birlamchi shaklda yoki halqum difteriyasidan keyin rivojlanishi mumkin. Kasallik asta-sekinlik bilan boshlanib, zaxarlanishning umumiy belgilari kuchsiz rivojlangan bo`ladi. Tarqalgan va toqsik difteriyada ikkilamchi bo`g`ma umumiy zaxarlanish belgilarining kuchliligi bilan kechadi. Hiqildoq difteriyasining asosiy belgilaridan biri hiqildoqni torayishidir. Difteriya bo`g`masining kechishida uchta bosqich ko’zatiladi. Birinchi bosqich (disfonik) – bunda ovozning xirillashi (keyinchalik esa tovushning chiqmay qolishi), o`ziga xos qo`pol-dag`al Yo`tal, paypaslab ko`rganda hiqildoqning og`riqligi ko’zatiladi.

Ikkinchi boskich (stenotik)- bunda shovqinli nafas olish, tovushning bo`lmasligi, nafas olish jarayonida qo`shimcha, Yordamchi mushaklarning ishtiroq etishi ko’zatiladi. Bu bosqich bir necha soatdan 2-3 kungacha davom etishi mumkin.

Stenotik bosqichning oxiri asfiksiyadan oldingi bosqich bo`lib, bunda bemorlarni faqatgina jarroxlik Yo`li bilan olib qolish mumkin. Mana shu davrda bemorlar tez-tez bezovtalanib, ko`karish, terlashning kuchliligi, nafas olishning kuchsizligi, nafas olishda yurakning tez urishi va tomir urishining sekinlashishi ko’zatilishi mumkin.

Uchinchi bosqichda (asfiktik) havo etishmovchiligining kuchayishi, bezovtalik, keyinchalik uyquchanlik, ko`karish hollari ko'zatiladi. Agar o`z vaqtida Yordam ko`rsatilmasa, bemor asfiksiyadan nobud bo`lishi mumkin.

Burun difteriyasi. Difteriyaning bu shakli alohida holda kam uchraydi va u umumiy zaharlanish belgilarining kuchsiz rivojlanishi, burun shilliq qavatida fibrinli pardaning hosil bo`lishi bilan kechadi. Bulardan tashqari qo`zg`atuvchining kirgan joyiga ko`ra ko`z, tashki eshitish yo'llarning, tashqi jinsiy a`zolarining, ovqat hazm qilish Yo`llarining va og`iz shilliq qavatining difteriyasi uchraydi.

ASORATI: Kattalarda asorat difteriyaning hamma shaklida bo`lishi mumkin. Ularning xarakteri, paydo bo`lishi, og`irligi ko`pligi maxalliy o`zgarishga bog`liq. Tarqalgan va chegarallangan difteriyada asoratlar kam, faqat davonlanmagan paytda engil shakldagi mioqardit, yumshoq tanglayning qisqa muddatli falaji sifatida uchraydi.

Ko`p asoratlar toqsik difteriyadan keyin kelib chiqadi. Toqsik difteriyaning I darajasida 70% gacha, II-III darajasida deyarli barcha bemorlarda asoratlar ko'zatiladi. Asorat og`irligi difteriyaga qarshi zardob yuborilishiga bog`liq bo`ladi. Ya`ni bu zardob erta yuborilsa asorat engil kechib, qisqa muddatli bo`ladi. Agar DQZning birinchi dozasi kam bo`lsa, asoratlar ko`p bo`lib og`ir kechadi. Bunda asosan: polinevrit, mushaklar falaji, nafas mushaklari falaji, yurak jaroxatlanishi: asosan mioqard qisqaruvchanligi faoliyati bo'zilishi, koronar qon aylanishi bo'zilishi ko'zatiladi. Eng ko`p uchraydigan asorat bu mioqardit. Bu asorat ayniqsa difteriyaning toqsik shaklidan keyin Yaqqol ko`rinadi. Lekin, shu bilan birga o`z vaqtida zardob yuborilsa, hatto toqsik difteriyaning III darajasida ham bu asorat ko'zatilmasligi mumkin.

Engil shakldagi mioqardit kasallikning 2-3 xaftasida, kamdan-kam xolda undan erta boshlanadi.

Ko`pincha unga nerv sistemasi va buyrak kasallanishi ham qo`shiladi. Engil shakldan farqi bu erda kasal darmonsiz bo`o`lib, yuragida xar-xil og`riqlar, nafas etishmovchili sezadi. Ob`ektiv kurganda: yurak chegaralari kengaygan, ko`proq chapga, tonlari bo`g`iq sistolik shovqin arterial bosimning pasayganligi ko'zatiladi.

Mioqarditning og`ir shakli faqat toqsik difteriyada, uning kechikib davolash jarayonida ko'zatilib, bunda buyrakda va nerv sistemasida o'zgarish yo'zaga keladi. Mioqardit kasallikning 1-2-xaftalarida yo'zaga keladi. Bemor tekshirilganda teri rangining oqarganligi, sianoz, yurak tonlarining bo`g`iqligi, yurak qisqarish ritmining bo'zilishi, taxikardiya, ekstrasistoliya kabi xarakterli belgilar aniqlanadi.

Jigar kattalashib, arterial qon bosimi pasayadi. EKGda voltajning pastga tushishi, mioqard qisqaruvchanlik faoliyati bo'zilganligi, o`tkazuvchanlikning bo'zilishiga xos belgi bo`ladi.

Nerv sistemasida ham asorat tariqasidagi o`zgarishlar yo'zaga keladi. Engil difteriyaning mahalliy va tarqalgan shakllarida kattalarda mononevrit- yumshoq tanglay falaji ko'zatilib, 100-143 kun davom etadi, ovozning o`zgarishiga olib boradi. Toqsik difteriyaning 1/3 qismi polinevrit bilan asoratlanadi. Bosh miyaning III, VII, IX, X, XII juft nervlari ko`proq zararlanadi, oqibatda esa yumshoq tanglay, til, akkomodatsiya, halqum falajlari yo'zaga keladi.

Kechki asoratlarga poliradikulonevrit kirib, u toqsik difteriyaga chalingan bemorlarning taxminan 18% da uchraydi. Bu asorat engil kechganda: mushaklarda darmonsizlik, pay reflekslari pasayib, qo`l barmoqlarida noxush sezgilar bo`lib, ikki haftagacha davom etadi. Og`ir radikulonevrit boshlanganda, mushaklarda chuqur o`zgarishlar yo'zaga keladi, ular falajlanadi, bunga bosh miya nervlari shikastlanishi, nafas mushaklari falaji qo`shilib kasal o'zoq vaqtgacha ishga layok atsiz bo`ladi, xatto o`lishi ham mumkin.

Buyrak zararlanishi toqsik nefroz ko`rinishida bo`lib, asosan katta Yoshli bemorlarda uchraydi. Toqsik difteriya III darajasida bemorlarning 100% ida nefroz alomatlari ko`rinadi. Bu esa albuminuriya, leykotsituriya, proteinuriya, oligoanuriya, o`tkir buyrak etishmovchiligi- (O`BE)ga olib boradi. O`BE natijasida qonda kreatinin, mochevina mikdori oshadi. Toqsik nefroz II-III darajali toqsik difteriyada og`ir kechadi. Uning paydo bo`lishida toqsin-antitoqsin immunoqompleksi asosiy rol o`ynaydi. Buyrak funksiyasi pasayishi qisqa, 7-10 kun davom etadi, dezintoqsikatsion terapiya ta`sirida bemorlar to`liq davolanadi. Xronik alkogolizmda toqsik nekronefroz ko'zatiladi. Toqsik difte- riyada bir yoki ikki taraflama o`choqli pnevmoniya ham uchraydi. Bunda o`choqli difteriyaning fizikal simptomlari aniq ko`rinadi. Rentgenologik o`zgarish ham bo`ladi. Mushaklar falaji bilan davom etuvchi

pnevmoniya og`ir kechadi, chunki bunda o`pka ventilyatsiyasi ham pasayadi. Bunday paytda og`ir pnevmoniya bemorning o`limiga sababchi bo`ladi.

TASHXISOT

Difteriya klinik ma`lumotlar asosida tashxislanadi, laborator tekshirish uslublari esa faqatgina Yordamchi vosita sifatida qo`llaniladi. Difteriya tashxisotini qo`yishdagi qiyinchiliklardan biri shundaki, bunda patologik jarayoning joylashishi har xil (tomoq, burun, hiqildoq) shuningdek klinik shakllarning har xilligidir (chegaralangan, tarqalgan, toqsik).

Laborator tekshirish uslublaridan bakteriologik tekshirish katta ahamiyat kasb etadi. Buning uchun burundan va tomoqdan patologik jarayon hosil bo`lgan joydan surtma olinadi. Tomoqdan surtma olishda quyidagilarga alohida e`tibor beriladi: alohida, nahorda va ovqatdan ikki soat o`tgach olinadi. Agar qoplam hosil bo`lsa bunda uning zararlangan to`qimasining atrofidan va zararlanmagan, Ya`ni sog`lom to`qimaning atrofidan olinadi. Tekshirish uchun olingan narsalar laboratoriyaga 3 soatdan kechiktirmasdan etkazib berilishi shart. Dastlabki natijani 1 kundan so`ng olish mumkin.

Oxirgi paytlarda bakteriologik tekshirish laboratoriyalarida boshqa bir qancha uslublar qo`llanilmoqda. Shulardan biri toqsinlarni indikatsiyalash uslubidir. RIA uslubi orqali difteriya qo`zg`atuvchisining toqsinini dastlabki javobi olinadi va vrach o`z vaqtida DQZni yuborsa, u o`z vaqtida yuqumli kasalliklar o`chogida epidemiyaga va og`ir asoratlarga qarshi kurashgan bo'ladi. Agarda difteriyaning tipik klinik kechishida bakteriologik tekshirishlar manfiy natijasi, difteriyaning klinik tashxisini o`zgartirishga asos bo`la olmaydi.

Difteriyaning tipik klinik kechishiga chalingan bemorda zaharli korinobakteriyalarni ajratib olish, bemor difteriyaning zaxarli bakteriyasini tashuvchi ekanligidan darak beradi. Serologik tashxisotida TGAR qo`llaniladi. Bemor zardobi va difteriya korinobakteriyasining antigeni birgalikda qo`yiladi va TGAR titri aniqlangadi. Agarda kasallik davomida antitelolar oshishi ko'zatilsa, bu reaksiya musbat hisoblanadi.

DAVOSI: Difteriyaning xamma shakllarida davolashning asosiy Yo`nalishi difteriyaga qarshi antitoqsik zardob Yordamida bakteriya zaxarini neytrallashdan iboratdir. Difteriyani davolashda DQZ dozasi kasallik shakllariga qat`iy moslab olinadi. Halqum difteriyasining chegaralangan va tarqalgan shakllarini, xamda kam uchraydigan shakllarini davolashda difteriyaga qarshi antitoqsik zardob yuborish bilan chegaralanadi. Toqsik difteriya va bo`g`mani davolashda belgilangan antitoqsik zardob dozalari ko`rsatma asosida olib boriladi.

Halqum difteriyasining toqsik shaklini zardob bilan davolash zudlik bilan amalga oshirilishi kerak. Zardobni har 12 soat oralab yuboriladi, davomiyligi toqsik 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 qismini tashkil qilishi, birinchi 2 kunda ¾ qismi yuborilishi kerak. Difteriyaning tarqalgan va toqsik shakllarini davolash muddati kechikkanda birinchi dozani 1/3-1/2 martagacha oshirib, antigistamin yoki gl yo'qoqortikoid preparatlari bilan birga yuborish tavsiya etiladi. Og`ir shakllarda zardob vena ichiga va mushak orasiga bir vaqtning o`zida yuboriladi. Zardob bilan davolash zaxarlanish belgilarining Yo`qolishi, limfadenit, parda, halqum va buyin teri osti qavatini shishi kamayganidan so`ng to`xtatiladi.

To`qimalarni kislorod qabul qilishini kuchaytirib, MNS, mioqard tonusini oshirish, buyrak usti bezi funksional xolati va qon aylanishini Yaxshilash uchun 0,5% li strixnin eritmasi teri ostiga 0,3-0,5-1,0 ml yoki damlama ko`rinishida 3-10 tomchi 2-3 maxal ichishga beriladi. Toqsik difteriyaning I va II darajasida ko`pincha gidroqortizon 5-8 mg va prednizolon 1-1,5 mg/kg belgilanadi. Toqsik difteriyaning uchinchi va gipertoqsik shakllarida kuniga gidroqortizon 20-75 mg/kg, prednizolon 5-20mg 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 zaxardan tozalash uchun dezintoqsikatsion eritmalar: plazma 10 mg/kg haftasiga 2 marta, krasgemodez, reopoligl yo'qin, 5%li gl yo'qoza vena ichiga yuboriladi. Eritmalar siydik haydovchi preparatlar bilan birgalikda yuborilishi kerak.

Difteriya zaxari ta`sirini kamaytirish va organizmni mustaxkamlash uchun vitaminlar: C vitamini 0,1-0,2 g kuniga 3-5 maxal 3-4 xafta mobaynida, nikotin kislotasi 0,1 g 3-5 maxal 10 kun mobaynida, B guruxga kiruvchi V1, V6, V12, 1-3 xafta mobaynida bu yuriladi. Toqsik difteriyaning gemorragik shakllarida qon tomirlarida qon ivib qolishi (DVS) oldini olish maqsadida toza mo'zlatilgan plazma

bilan geparin yuboriladi. Difteriyaning og`ir shaklida va ikkilamchi flora qo`shilganda antibiotiklar: penitsillin, ampitsillin, eritromitsin, levomitsetin, tetratsiklin, ampioqs davolash dozalarida beriladi.

Keyingi paytlarda Yangi antimikrob preparatlari qo`llanilyapti. sibutin korinobakteriyalarga antibakterial ta`sir ko`rsatib, organizmning ba`zi immunologik ko`rsatkichlarini oshiradi.

Kasal toza havoli xonada joylashtirilib, xonada tinchlik, osoyishtalik bo`lishi zakrur. Agar bemor bola bo`lsa u har xil o`yinchoqlar bilan ta`minlangan bo`lmog`i darkor. Periferik qon tomirlarini kengaytirish, tomoq shilliq qavati shishini kamaytirish maqsadida chalg`ituvchi davolash vositalari qo`llaniladi. Bunday umumiy vannalar asta-sekin suv xaroratini 39S ko`tarib, 5 minut davomida turish va bir vaqtda issiq bug`ga og`zi tutib turiladi. Oyok lariga issiq gorchichnik, vanna, ko`krak qafasiga gorchichniklar qo`yiladi. Kun mobaynida qaynoq choy, sut tavsiya etiladi.

PROFILAKTIKASI: Profilaktika maxsus xamda maxsus bulmagan yunalishdan iborat. Maxsus bo`lmagan profilaktika sanitar-gigiena ishlari bilan bog`liq.

Maxsus profilaktika ikki yunalishga bo`linadi va birinchisi organizmda antimikrob immunitet hosil qilish bilan bog`liq, uning uchun bolalar 2, 3, 4 oyligida va 16 oyligida AKDS (vaksina) bilan emlanadilar. Ikkinchisi organizmda antitoqsik immunitet hosil qilish uchun 7, 16, 26, 46 Yoshlarida ADS-M (antigenlik xususiyati kuchsizlantirilgan toqsin) bilan emlanadilar. Kasallik epidemik tarqalganda emlash ishlari organizmda faqat antitoqsik immunitetni hosil qilishga qaratiladi, Ya`ni ADS-M yoki AD-M yuboriladi.

Ko`kyo`tal (Koqlyush). Nafas Yo`llari, markaziy nerv sistemasi zararlanishi va spazmatik Yo`tal bilan kechadigan yuqumli kasallikdir. Ko`kyo`tal va parako`kyo`talning klinik ko`rinishlari o`xshashdir.

Etiologiyasi. Ko`kyo`tal qo`zg`atuvchisi harakatsiz, grammanfiy tayok cha bo`lnb, glitserin-kartoshka-qonli agarda Yaxshi o`sadi. Haemophilus pertussis,1906 yilda Bordet va Gensou (Borde - Jangu) ajratib olishgan.

Qo`zg`atuvchi o`sish jarayoni va hayoti davomida o`zidan toqsinli moddalar ajratib chiqaradi. Ular ovoid shaklda, xarakatsiz spora hosil kilmaydi. Ular termolabil ekzo va termostabil endotoќsin hosil qiladi. Termolabil toќsin nerv va tomir sistemasiga tanlab ta`sir ko`rsatadi. Termostabil toќsin sensibilizatsiya qiluvchi xususiyatga ega. Tashqi ta`sirotga sezgir, yuqori xaroratda tez o`ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai eng birinchi kundardan to kasallikning spazmatik davrigacha, Ya`ni 3—4 haftagacha infeksiya tarqatib yuradigan bemor odamlar, Kasallik Yashirin va simptomsiz kechganda katta epidemiologik ahamiyatga ega bo`lishi mumkiya. U havo-tomchi Yo`l bilan, asosan bemorlar bilan bevosita aloqada bo`lganda yuqadi. Xastalikka moyillik chaqaloqlardan tortib katta Yoshli odamlarda ham ko’zatiladi. Kasallanish 1 Yoshdan 5 Yoshgacha bo`lgan bolalar o`rtasida ko`proq qayd etiladi. Ko`kyo`tal bilan og`rigan bemor to’zalib keggandan so`ng, unda turg`un immunitet paydo bo`lsa-da, ba`zan ikkiichi marotaba kasallanish hollarn ham ko’zatiladi. Kasallik manbai kasal xisoblanadi, ayniќsa kasallikning boshlangich davrida, toќi spazmatik yutal paydo bulguncha. Subklinik va Yashirin shakillari bilan ogriganlar, yuќumlilik davri 4-5 xafta. Yuqish Yo`li: xavo-tomchi va o’zoq vaqt muloqotda bo`lganda .

Beriluvchanlik: baland, qontagioz indeks 70-75%. Kassalik bilan hamma yosh-dagi bolalar, Yangi tug`ilgan chaqaloqlar va kattalar kasallanadi. Eng ko`p 1 yoshdan 5-7 yoshgacha. Faol immunizatsiya qilish natijasida kasallanish kamayadi. Mavsumiylik: ko’z qish fasliga to`g`ri keladi. O`lim holatlari: 1 Yoshgacha bo`lgan bolalarda uchraydi. Kasallanishdan so`ng turg`un immunitet hosil bo`ladi.

Patogenezi. Yuqori nafas Yo`llari shilliq qavati infeksiyaning kirish darvozasi bo`lib xnzmat qiladi. Kasallik patogenezida o`z hayoti davomida toqski ajratib chiqaradigan ko`kyo`tal mikrobining ahamiyati katta. Nafas Yo`llaridagi nerv retseptorlarining o’zoq vaqt mudom ta`sirlanib turishi natijasida nafas markazida asta-sekin domiy qo`zg`alish o`chog`i shakllana boshlaydi. Shunday qilib, Yo`tal talvasa tusini oladi va ko`kyo`tal uchun xarakterli bo`lgan qator sindromlar (arterial bosimning oshishi, qayt qilish, titrab-qaqshash) paydo bo`ladi. Kasallik jarayonida asta-sekin gipoqsemiya hodisasi rivojlanib boradi, o`z navbatida nafas olish va qon aylanishi bo’zilishi kuchayib boradi. Qo`zg`atuvchi yuqori nafas yo’llari shilliq qavatiga tushib silindrik epiteliy xujayralarida ko`payadi. Bronxogen yo’l bilan bronxiola va al`veolaga kirib boradi. Ko’k yo’tal da bakteriemiya bo`lmaydi. Patogenezda asosiy o`rinni toqsinlar egallaydi. Ular nafas Yo`li shilliq qavatiga ta`sir qilib Yo`tal chaqiradi. Toqsin o’zoq vaqt nafas Yo`llari shilliq qavatida nerv retseptorlarni qitiqlashi (ta`sirlashi) natijasida Yo`tal xurujlari paydo bo`ladi. Shu vaqtda nafas ritmi buziladi, inspirator pao’za yo’zaga keladi. Spazmatik yutal

bo`lganda nafas ritmi bo'zilishi (apnoe), o'pka ventilyatsiyasi bo'zilishiga, gemodinamika bo'zilishiga olib keladi. Bunda gipoqsiya va gipoqsemiya rivojlanadi. Bosh miya pustloq qismida gemotsirkulyatsiya bo'zilishi xar xil uchoqli o'zgarishlarga va tutkanoqlarga olib keladi. Ko'k yo'tal patogenezida kislorod etishmovchiligi katta rol uynaydi. Nafas yo'llari retseptorlarni o'zoq vaqt ta`sirlashi o'zunchoq miyada mustaxkam qo'zgalish uchog`ini paydo qiladi bu ham patogenezda asosiy rollardan biri xisoblanadi. Uxtomskiy A.A. dominantlik kiluvchi ko'zgalish uchog`i paydo bo`lgandan so'ng xar bir tashqi ta`sir ham xurujli yutalga sabab bo`ladi. Xuruj vaqtida bola chalg`itilsa yutal xuruji tuxtashi mumkin. Bu dominanta nafas yo'llaridan keladigan impulslar kamayishi bilan kamaya boradi. Xurujli yutal hosil bulish mexanizmida mikroblarning allergiyalovchi ta`siri katta.

PATOLOGIK ANATOMIYASI: Asosan patomorfologik o'zgarishlar nafas yo'llarida bo`ladi. Shilliq qavatlar katori bronxlar ham qisqargan holatda bo`lib, o`pkada ќon aylanishi bo'zilishi, peribronxial, perivaskulyar, interstitsial shish ko'zatiladi. Atelektaz, bronxopnevmoniya, pnevmoniya ikkilamchi infeksiya qo`shilishiga sabab xisoblanadi. MNS (Ko'k yo'tal , ensefalopatiyasi) jigar, buyrak, yurak mushaklarida distrofik o'zgarishlar qon quyilishi ham ko'zatiladi.

Klinikasi. Inkubatsion davri 3-15 kun, o`rtacha 5-8 kun.

Kasallik kechishida uchta davr ajratiladi: 1. Kataral davri. 2. Xurujsimon davri, 3. Tiklanish davri.1. Kataral davri - kasallik sekin boshlanadi, quruq yutal burundan shilliќ ajralishi (nasmork), oz mikdorda xarorat ko`tarilishi bilan bolaning umumiy axvoli ќonikarli bo`ladi. Ob`ektiv ko`rganda o'zgarish Yo`ќ. 1-2 xafta davomida yutal kuchayib boradi keyinchalik xurujsimon tus oladi. Kataral davri 2 xaftagacha davom etadi. Oґir hollarda ayniќsa kukrak yoshdagi bolalarda 5-7 kun davom etadi.2. Xurujsimon davri - xurujli yutallar bilan boshlanadi. Yutal xurujlaridan keyin nafas olish ko'zatiladi. Bu vaќtda ovoz boglamlari ќisќaradi va nafas olish xushtaksimon bo`ladi (repriz). Xurujsimon davrining boshlarida yutal xuruji kam bo`ladi. Xuruj shu davrning 2-3 chi xaftasida avjiga chiќadi. Kasallik oґirligi xurujlar soniga boґliќ, 40-50 marta va undan ko`p bo`lishi mumkin (paroќsizm) yutal xuruji davrida kasalning yo'zi ќizaradi, kukaradi, buyin venalari shishadi, ko'zidan yosh oќadi, ќonga tulishadi, boshi oldinga tortiladi, tilini oxirigacha chiќaradi, shuning uchun til osti shikastlanadi va Yaracha hosil bo`ladi. Oґir hollarda burundan ќon ketishi, skleraga ќon ќo`yiladi, apnoe, ixtiersiz defekatsiya va siyib kuyish ko'zatiladi. Yo`tal xuruji Yopishkoќ balgam tashlash, kayd qilish bilan tugaydi. Katta yoshdagi bolalarda aura ko'zatilishi mumkin, shu vaќtda ular tipirchilab qoladi o`ziga ќulay sharoit kidiradi. Xuruj bo`lmagan vaќtda umumiy axvoli ќonikarli bo`ladi. Ob`ektiv ko`rganda yo'zi shishgan, kovoќlari shishgan, teri oќargan, teriga, ќon` yo'qtivaga ќon kuyilgan bo`lishi mumkin Perkussiyada o`pkada kuttichasimon toshuv. Auskultatsiyada ќuruќ o`tkazuvchan nafas. Rentgenografiyada emfizema belgilari bor, o'pka rasmining kuchayishi, atelektaz ko'zatiladi. yurak ќon sistemasida – taxikardiya qon bosimi ko`tarilishi ko'zatiladi

MNS tomonidan og`ir holda gipoqsik ensefalopatiya.

Ќonda - leykotsitoz 15-40000, leykotsitoz 60-80% hollarda uchraydi.

Xurujli Yo`tal davri 2-4 xafta davom etadi keyinchalik xurujlar susayadi va Yaxshi bula boshlaydi, umuman kasallik 2-3 oygacha cho`ziladi.

ASORATI:

MNS zararlanishi, ensefalopatiya, tutkanoќlar, meningizm, pnevmotoraks, emfizema, churra, qon ketish, atelektaz.

Kasallikning inkubatsion davri 3 kundan 15 kungacha, o`rtacha 5—8 kun davom etadi. Kasallik kechishi uch davrga bo`linadi: kataral, spazmatik va to'zalish davri. Kataral davr quruq Yo`tal paydo bo`lishi,, boshida tipik bo`lmagan, ba`zan isitmaning ozgina oshishi, ozgina bilinadmgan kataral hodisalar bilan xarakterlanadi. Keyingi kunlarda Yo`tal bo`g`iq tus oladi, keyin esa xurujsimon tus olib, 10—12 kundan keyin spazmatik Yo`talga aylanadi, bunda tez-tez Yo`tal silkinishlariga xos bo`lgan qisqa-qisqa qonvulsiv Yo`tal tutib, u nafas ichiga ketib qoladigandek (repriz) chiyillash bilan kechadi, uning ketidan Yana Yo`tal silkinishlari va Yana repriz bo`lib davom etaveradi. Yo`tal xurujlari Yopishkoq balg`am ajralishi va ko`pincha qayt qilish bilan davom etadi. Bemorlarning yo'zi shishinqirab qoladi, terida va skleralarda qon quyilib qolishi ko'zatiladi.

Til yuganchasida oq karash qoplangan Yaracha (tishi chiqqan bolalarda) aniqlanadi. Qonda ECHT (eritrotsitlar cho`kish tezligi), normal yoki sekinlashgan leykotsitoz qayd etiladi. Spazmatik davr 2 haftadan 8 haftagacha va undan ko`proq davom etishi mumkin. Xurujlar orasidagi davrda bolalar

o`zlarini Yaxshi his etadilar. Keyin kasallikning to'zalish davri boshlanadi, Yo`tal kamaya boshlaydi. Kasallik klinik jihatdan engil kechadigan, o`rtacha og`ir va og`ir kechadigan turlarga bo`linadi. Yashirin va abortiv kechadigan, Yo`tal bo`lmagan yoki kuchsiz bo`lgan hollarda kasallik spazmatik bosqichiga etmasdan o`tib ketishi mumkin. Kasallik asoratlari, ko`pincha Yosh bolalarda pnevmoniya yoki nerv sistemasi zararlanishi holida namoyon bo`ladi. Mayda o`choqli pnevmoniya cho`zilib ketishi bilan ajralib turadi, u surunkali bo`lib qolishi mumkin. Ko`pincha xastalik ko`kyo`tal jarayonida o`pkaning ma`lum bir qismida hosil bo`lgan atelektazlar fonida kelib chiqadi undan kuproqqa cho`ziladi. Qonda ba`zan leykotsitoz va limfotsitoz aniqlanadi. Kamdan-kam hollarda asorat beradi. Ko`kyo`taldan bakteriologik va serologik tekshirish orqali differensiallanadi.

KO`K YO'TAL fakultativ simptomlar

Asosiy simptomlar

1. Kasallik sekin-asta boshlanadi
2. Ko`kyo`tal bilan kasallangan bemor bilan suhbat o`tkaziladi
3. AKDS vaksinasi bilan emlanganlikning ahamiyati katta
4. Ko'z-qish mavsumiylikka ega
5- Quruq Yo`tal asta-sekin xurujsimon Yo`talga aylanadi
6. Xurujlar oralig`ida bemorning umumiy ahvoli Yaxshi bo`ladi
7. yo'z, qovoqlar shishi, teri ostiga qon quyilishi va til tagida Yaracha paydo bo`lishi ko'zatiladi
8. Bakteriologik va serologik tekshiruvlar natijasi ham hal qiluvchi ahamiyatga ega
1. Kasallik asta-sekin siklik ravishda boshlanadi
2. Kataral davrda umumiy ahvol deyarli o`zgarmaydi, tumov ko'zatiladi
3. Spazmatik davrida xurujsimon spazmatik Yo`tal tutadi
4. Xurujsimon Yo`tal davrida bemorning yo'zi qizaradi, bo`yin tomirlari bo`rtib chiqadi, ko`zi Yoshlanib, qon quyiladi
5. Paroqsizm paytida noe ko'zatiladi
6. Qonda o`zgarishlar, leykotsitoz ($15x10^9$—$40x10^9$ g/l), monotsitoz (60—80%), ECHT normada yoki ozmuncha pasaygan

Kasalxonaga Yotqizishdan oldin ko`riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabarnoma beriladi.
2. Kasalxonaga 1 Yoshgacha bo`lgan bolalar va og`ir bemorlar Yotqnziladi.
3. Antibiotiklarni barvaqt qo`llash muhim ahamiyatga ega (levomitsetin, eritromitsin, penitsillin, simptomatik terapiya).

TASHXISOTI:

Kasallardan material « yutal plastinkasi» usuli bilan olinadi.

Ќo`zґatuvchi eng ko`p kasallikning ikkinchi xaftasida Yaxshi ajraladi.

Ekspress – tashxisot uchun immunfl yurostsent usuli kullaniladi.

Serologik – tashxisot RA, KBR, TTAR ќo`llaniladi.

Davosi. Uy rejimi ko`p vaќt sayr ќilish va toza xavoda uxlash. Yoshiga mos ravishda parxez, tez xazm buluvchi ovќatlar beriladi, ќattiќ ovќatlar yutal xuruji bilan birga qusishga sabab bo`lishi mumkin.

Etiotrop davo Ko'k yo'tal kataral davrida tashxis kuyilgan kundan boshlab va yutal xuruji davrida ikki xafta mobaynida bu yuriladi, kechki bosќichlarda antibakterial davo foyda kilmaydi. Davoni boshlashdan oldin xiќildoќ va xalќumdan ekma olinadi, Ko'k yo'tal taekchasi ko`pincha eritromitsin, sumamed va gentamitsinga sezgir bo`lib 5-7 kunlik davo kursi tavsiya etiladi, Ko'k yo'tal da penitsilin, oќsatsillin foyda bermaydi. Simptomatik davo: yutalga ќarshi dorilar (neoќodion, kodipront, belladona miksturasi), katta yoshdagi bolalarda - libeksin, tusupreks, pakseladin, sinekod, kechkurunga pipolfen yoki seduksen va boshќa kichik trankvilizatorlar tavsiya etiladi. Tinchlantiruvi damlamalar valeriana, pustirnik damlamalari beriladi. Nafas gimnastikasi va massaj ham Yaxshi natija beradi.

Apnoeda tez erdam: 1.Og`iz bo`shlig`ini shilliq, balg`am, qusuq massalardan tozalash. 2.Tilni fiksatsiya qilish va pastki jag`ni oldinga tortish.

3. Erkin nafas bo`lguncha « og`izdan og`izga » yoki «og`izdan burunga» sun`iy nafas berish, erkin nafas paydo bo`lguncha toza xavo bilan ta`minlab, kasalxonaga Yotqizish kerak.

Sog`ayish belgilari.

Ko`k yutal bilan ogrigan bemor kasallik boshlanishidan 25 kun davomida atrofdagilar uchun xavfli xisoblanadi. Eritromitsin eki ampitsillin bilan davolash kancha barvaқt boshlansa shuncha tez organizmda Ko'k yo'tal xuruji Yo`ќolib, asoratlar kolmaganda klinik soґaygan deb aytish mumkin.

Sog`aygandan keyingi nazorat.

Ko'k yo'tal ni oґir shakli boshidan o`tkazgan bola pediatr, nevropatolog, pulmanolog nazoratida bo`ladi. Shamolashlarda, fizik zurikish, stresslardan keyin Yo`tal xuruji ќaytarilishi mumkin, bu xakida ota-onalar ogoxlantirilishi kerak, profilaktik emlash sog`aygandan 1-2 oy keyin ќilinadi.

O`choqda infeksiya tarqalishini oldini olish.

Kasallik boshlanishidan 25 kun mobaynida bemor uyda eki kasalxonada ajratib ќo`yiladi. Muloќotda bo`lganlar bilan ishlash. Bemor bilan muloќatda bo`lgan 7 yoshgacha bolalar 14 kun davomida ajratib ќo`yiladi. Yangi tuґilgan va ikki yoshgacha bo`lgan, emlanmagan bolalarga aloxida e`tibor beriladi. Ularga eritromitsin bilan profilaktik davo kursi eki Ko'k yo'tal ga ќarshi passiv emlash, musqo'l orasiga 2-3 ml donor immunoglobulini yuborish tavsiya etiladi. Bemor bilan muloќotda bo`lgan barcha kishilardan Ko'k yo'tal tayoќchasiga ekma olinishi shart. Dezinfeksiya utkazilmaydi xar kuni xona namlab artiladi, shamollatib turiladi.

Immunizatsiya: Bolalarni ko`k Yo`talga ќarshi faol emlash AKDS vaksinasini 3 martaga 1 oy oralab 2 oyligidan boshlab ќilinadi. Ќayta emlash 1.5 yildan keyin AKDS vaksinasini bir martaga yuboriladi. CHet el vaksinasi «Tetrakoќk» ham ishlatiladi.

Kattalarda ko`k Yo`tal kechishi.

Yoshligida ko`k Yo`tal bilan og`rimaganlar xoxlagan Yoshda kasallanishi mumkin, kassalik tipik, engil shaklda kechadi. Ko`pincha Yashirin, atipik shaklda asoratsiz kechadi.

Profilaktikasi. Yo`tali arimagan bemorlarni iloji boricha alohida Yotqazish va 14 kun muddat bilan ka-rantin belgilash lozim. Bolalar muassasalarida go`dak-lar uchun karantin guruhlarini to'zish, 6 Yoshgacha bo`lgan bolalarga gammaglobulin yuborish, bemorlar bilan mu-loqatda ehtiyot choralarini ko`rish, ko`kyo`tal-difteriya-qoqshol vaksinasi Yordamida faol immunizatsiya ishla-rini o`tkazish ham kasallik profilaktikasida muhim ahamiyatga ega. Ko`kyo`tal vaksinasi difteriya, qoqshol anatoqsini (AKDS vaksinasi) bilan birga yuboriladi. AQDS vaksinasi birinchi marotaba chaqaloq 3 oylik bo`lgandan boshlab 0,5 ml va 45 kun oralatib uch maro-taba yuboriladi. Revaksinatsiya esa bola 1—2 Yoshdali-gida amalga oshiriladi. Ko`kyo`talga qarshi vaksinatsiya 70—90 foiz hollarda Yaxshi natija beradi.Kasallik boshlanishidan 30 kun muddatga bemor alo-hida Yotqizilishi lozim. Uchoqda dezinfeksiya o`tkazish shart emas, lekin xonalarni albatta shamollatish va ho`l latta bilan artib turish kerak.

PARAKO`KYO`TAL (PARA PERTUSSIS)

Etiologiyasi. Qo`zg`atuvchisi o`z xususiyatiga ko`ra, ko`kyo`tal tayok chasiga o`xshash bo`lib, u ko`kyo`taldan faqat serologik xususiyati bilan ajralib turadi. Epidemiologiyasi xuddi ko`kyo`talniki kabidir. Infeksiya havo-tomchi Yo`li bilan yuqadi. Xuddi sporadik kasallikdagi xususiyatlari ko'zatiladi. Qo`kyo`tal bilan og`riganlar parako`kyo`tal bilan kam hollarda kasallanadilar, chunki ba`zi immunitet ikkala kasallik uchun ham bir-dek ta`sir etishi mumkin.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 7 kun-dan 15 kungacha (o`rtacha 10—11 kun) davom etadi. Xas-talik ko`pgina hollarda engil o`tadi va ba`zan ko`kyo`-talnyng engil turlarini eslatadi. Isitma odatda nor-mal yoki subfebril, Yo`tal esa xuddi ko`kyo`taldagidek bo`lady, ba`zi hollarda traxeal xususiyat kasb etadi. Kasallik turlicha davom etib, 2—3 kundan 3 haftagacha

Davosi. Davolash bolalardagi boshqa ichak kasa. liklari kabi olib boriladi. Antibiotiklardan (gentamitsi, kanamitsin va polimiksin M sulfat bir sutkada 1 kg tana og`irligiga 25—50 mg hisobida yuborib, 5—7 kun davo qilinganda Yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi. Kasalliknnng profilaktikasida chaqaloqlarni to`g`ri emizish, kun tartibiga amal qilish, yo'qsak turmush gigienasi, o`tkir ichak kasalligi bilan og`rigan bemorlarni diagnostika bo`limiga darhol alohida Yotqizish muhim axamiyatga ega. Maktabgacha bolalar muassasalariga va maktab internatiga qatnaydigan bolalar kasalxonadan chiqarilishidan oldin patogen ichak tayok chasi bor Yo`qligiga bir marta tekshirilganda manfiy natija olinishi lozim. Bemor bola aniqlangan bolalar muassasalari dezinfeksiya qilinadi. Bemor bilan muloqotda bo`lgan bolalar bakteriologik tekshiriladi.

8-mavzu: **Qizamiq. Skarlatina.**

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-axborotli Ma`ruza.
Mashg`ulot rejasi	1. Skarlatina etiologiya, epidemiologiyasi. 2. Skarlatina kasalligi patogenezi va patanatomiyasi. 3. Skarlatina klinikasi, tasnifi. 4. Qizamiq etiologiya, epidemiologiya va patogenezi. 5. Qizamiq klinikasi, tasnifi. 6. Kasalliklar laboratoriyaviy tashxisoti. 7. Kasalliklar qiyosiy tashxisoti. 8. Skarlatina, qizamiq davolash asoslari. 9. Kasalliklarning profilaktikasi. 10. IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bo'g'mani chin bo'g'madan farqi. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari.
O`quv mashg`ulotning maqsadi: Skarlatina va qizamiq kasalligini amaliyot va nazariyada o`rganishda unga klinik tashxis qo`yishda vrachlarni tayyorlash, skarlatina kasalligida uchraydigan intoqsikatsiya, tomoq, nafas Yo`llaridagi o`zgarishlar, ekzantema va asoratlarini baholay bilish, etiotrop, dezintoqsikatsiya, desensibilizatsiya, simptomatik davo choralarini qo`llash, asoratlarda tezkor yordam berish. Skarlatina, qizamiq kasalliklarida vrach taktikasi va bu kasalliklarni oldini olish choralarini o`rgatish. Qizamiq va skarlatina kasalliklarining tibbiyotda tutgan o`rni, Respublikamiz hududida qizamiq va skarlatina qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlar to`g`risida ma`lumotlar. Kasalliklarning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo`llari va omillari, aholi moyilligi, patologik o`zgarishlarning yo'zaga kelishi omillari. IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bo'g'mani chin bo'g'madan farqi. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari Ushbu kasalliklarning klinik tasnifi, klinik belgilari, a`zo va tizimlardagi o`zgarishlar. Kasalliklarning tashxisot usullari, asoratlari, davolash mezonlari, bemorlarni parvarish qilish hamda kasalliklarning oldini olish.	
Ta`lim berish usulibi	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. "Qizamiq. Skarlatina" MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2"Qizamiq. Skarlatina"MA'RUZA si uchun taqdimot 2 ta multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1.Qizamiq qisqacha ma'lumot bering. 2. Skarlatina qisqacha ma'lumot bering.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 2 ta multimedia namoyish qilish.	Tinglaydilar Ko'radi

(55 daqiqa)	2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. "Qizamiq. Skarlatina"MA'RUZA si uchun taqdimot 2 ta multimedia foydalaniladi.	Tinglaydilar
3- yakuniy bosqich (5 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi"Qizamiq. Skarlatina" 3. Uyga vazifa beradi"Qizamiq. Skarlatina"	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

Qizamiq viruslar qo'zgatadigan o'tkir yo'qumli kasallik bo'lib, tana xaroratining, oshishi, yo'qori nafas olish yo'llari, ogiz bushligi, tomoq, ko'z shilliq kavatlarining zararlanishi o'ziga xos dogli papulyoz toshmalarning boqichma boskich toshishi va nafas olish yo'llarining asoratlari bilan kechadigan kasallikdir.

ETIOLOGIYASI:

Kizamik qo'zgatuvchisi – o'zida RNK saklovchi virus bo'lib, mikro viruslar guruxiga kiradi. Tovuk embrionida va odam organizmidagi to'qimalarda Yaxshi usadi. Kizamik virusi tashki muxitga chidamsiz, xavoda kuyosh nuri ta`sirida va tupuk tomchilarida Yarim soat ichida, kuritilganda darxol, 50 gradusgacha qizdirilganda 15 minut ichida, 60° C da va yo'qori xaroratda darxol uladi. Past xaroratda va karongida o'zoq saklanadi.

EPIDEMIOLOGIYASI:

Kasallik manbai bo'lib, kizamikning xamma shakli bilan ogrigan bemorlar xizmat kiladi. Kizamik Yashirin davrining oxirgi 1-2 kunida, kataral davrida va toshma toshish davrining birinchi 3 kun moboynida yo'qumli xisoblanadi. Toshma toshish davrining 2 chi kunidan boshlab yo'qumliligi kamayib, 5 - kunga borib umuman yo'qoladi.

TARKALISH yo'li:

Xavo – tomchi Orqali suxbat davomida, yutalganda aksirganda xavoga utadi. Natijada kushni xonaga utadi, boshqa xonalarga tarkalishi ko'zatiladi, onadan olgan imunitet xisobiga 3 oygacha bulgan bolalar kizamik bilan kasallanmaydi. 6-8 oyligidan esa imunitetning pasayishi ko'zatiladi. Kasallika beriluvchanlik 2 Yoshdan 7 Yoshgacha yo'qori darajada ko'zatiladi. 14 Yoshdan keyin esa kasallik kamdan kam xollarda uchraydi.

Kasallik tarkalish fasli kish va baxor oylari bo'lib, dekabrdan boshlab to maygacha juda yo'qori foizda uchraydi. Kasallikni kutarilib turishi xar 2-4 yilda takrorlanib turadi. «Kizamikka» virus tashuvchilik xos emas.

Patogenez. Kizamik virusi organizmga yo'qori nafas olish yo'llari shilliq kavati va qon` yo'qtiva Orqali kiradi. Yashirin davrning birinchi kunlaridan boshlab qonda paydo bo'ladi. Viruslar kupayishi epitelial to'qimalarida ko'zatiladi, Yashirin davrining oxirida viruslar butun organlarga (M.N.S jigar, taloq, ichak, bodomcha bezlar, suyak kumigi, o'pkada) tarkalishi ko'zatiladi.

Keyinchalik viruslar bu organlarda kupayishi natijasida kup Yadroli gigant xujayralar va infiltratlarning paydo bulishi ko'zatiladi.

Kataral davrida - o'ziga xos Yalliglanish uchoqlari tamoq, xikildoq, halqum, traxeya, bronx va o'pkada ko'zatiladi.

Kizamik uchun shilliq kavatlarning Yalliglanishi, epiteliya kavatlarida yo'zaki nekrozning paydo bulishi xarakterlidir. Natijada, ogiz shilliq kavati lunjda, lab va ko'z shilliq kavatlarida nuktasimon oq doglar Belskiy – Filatov Koplik belgisi paydo bo'ladi.

Markaziy nerv sistemasi soxasida kizamik asoratsiz utganida bosh miyada, qon va limfa oqimining bo'zilishi natijasida ensefalopatiya, serozli meningoensefalit xolatlari yo'z berishi ko'zatiladi. Ovkat xazm qilish soxasida kataral, aftoz va Yarali stomatitlar, yugon ichak shilliq kavatlarining Yalliglanishi xos bo'lib Yarali va fibrinoz – nekrotik o'zgarish ko'zatiladi.

KLINIKASI – Yashirin davr kizamikda urtacha 8 – 10 kun eki 17 kungacha o'zayishi, profilaktika maksadida immunoglobulin olgan bolalarda esa 21 kungacha cho'ziladi. Kizamik klinikasida 3 davr ajratiladi.

1. Kataral (prodromal) davri.
2. Toshma toshish davri
3. Pigmentatsiya davri.

Kataral davrida – tana xaroratining 38,5 – 39,oC ga kutarili shi, ko'z shilliq kavatining Yalliglanishi, yo'qori nafas olish yo'llari shilliq kavati katari, burundan shilliq, keyinchalik shilliq yiringli su yo'qlik kelishi, ba`zida kasallikning boshlanishida bugma paydo bulishi – dagal yutal, ovozning bugilishi, ko'z shilliq kavatining kizarishi, ko'z kovoqlarining shishishi, sklerit keyinchalik yiringli ajralmalar ajralishi ko'zatiladi. Bemorlarning umumiy axvoli o'zgaradi. Bolalar xolsiz, yigloqsirov, uykusi bo'zilgan, injik, ishtaxasi yo'qolgan bulishadi. Ko'pincha kasallikning boshlanishi korinda og'riq va ich ketishi bilan boshlanadi. Kasallikning og'ir xolatlarida birinchi kundan boshlab zaxarlanishning kuchli bulishi, tutkanoq tutishi, es xushining korongulashishi ko'zatiladi.

Kataral davriga xarakterli ogiz shilliq kavatida o'zgarishlar lunjda va labning shilliq kavatlarida ko'zatiladi. Oq kukimtir kattaligi bugdoyday keladigan, atrofi kizil doira bilan uralgan, nuktalar xosil bo'ladi. Ogiz shilliq kavati kizargan, kuruklashgan milklarning bushashib va shilliq kavatining oqarish xolatlari ko'zatiladi. Bu o'zgarishni birinchi marta 1890 yilda Belskiy, 1895 yilda Filatov va 1896 yilda Koplik Yoritib berganligi sababli Filatov – Belskiy – Koplik simptomi deyiladi. Bundan tashqari kataral davri uchun yumshoq va qattiq tanglayda – kizil rangga ega bulgan mayda enantema paydo bulishi ko'zatiladi.

Toshma toshish davri kasallikni 4 – 5 kunidan boshlanadi. Dogli papulyoz toshma bilan xarakterlanadi.Birinchi toshma kuloq Orqasida ,burun en tomonida mayda kizgish dog xolida bo'lib juda tez fursatda kupayadi, ba`zida bir biri bilan kushilib ketadi. Toshma birinchi kunning oxiriga borib butun yo'z va buyinni koplab oladi, qisman kukrak, elkani yo'qori qismida xam paydo bo'ladi. Ikkinchi kundan boshlab butun tanani va kulning yo'qori qismini, uchinchi kunidan boshlab esa oyok qo'llarini butunlay koplaydi. Kizamikda toshma terining o'zgarmagan xolatida bir xilda koplaydi. Papulyoz toshmalar teri satxidan burtib turganligi sababli paypaslaganda kulga sezilib turadi. Kizamik bilan og'irgan bemorlarning yo'zi ozgina shishgan, ko'zlari kizargan, burundan yiringli ajralma oqishi ko'zatiladi. Birinchi kun toshma toshishi davrida tana xarorati juda yo'qori bo'lib, butun toshma davrida ushlanib turadi. Kasallik asoratsiz utganida toshmaning 3-4 kunida tana xarorati me`yorlashadi. Toshma toshish davrida bemorlarning umumiy axvoli og'ir. Bemorda, noxushlik, kurkuv ba`zida uykuchanlik ko'zatiladi. Ko'pincha bemorlarda burundan qon kelishi alomatlari ko'zatiladi. Qon tarkibida leykopeniya ko'zatiladi. Toshma tezlikda koraya boshlaydi, keyinchalik esa jigar rang xolatda bo'ladi.

PIGMENTATSIYA DAVRI.

1-1,5 xafta davom etib, birinchi navbatda toshmalar yo'zda pigmentatsiyaga uchraydi, keyin esa butun tana va kulning yo'qori qismida, uchinchi kunga borib esa oyok qo'llarining pastki qismida pigmentatsiya yo'z beradi. Pigmentatsiya davrida tana xarorati me`yorlashadi. Umumiy axvoli asta sekin Yaxshilana boradi.

Tasnifi:

Qizamiqning ikkita shakli mavjud:

1. Tipik shakli

Kechishiga ko'ra:

1. Engil, o'rta og'irlikdagi, og'ir

a. gemorragik
b. atoqsoadinamik
v. dispnoik yoki bronxial kizamik

1. Atipik shakli.
    1. emlanganlarda kizamik (mitigirlangan)
    2. turli Yoshdagi bolalarda kizamik.
    3. boshqa infeksiyalar bilan birga kizamikni kushilib kelishi.
    4. kattalarda kizamik.

Atipik shaklida esa bir kator asosiy simptomlar Yashirin xolda, yoki umuman uchramaydi.

ASORATI – Asosan ikkinchi bir kasallikning kushilishi natajasida yo'zaga keladi. Bulardan laringit, laringotraxeobroixit, pnevmoniya (zotiljam). Pigmentatsiya davrida esa otit, stomatit, kolit,

enterkolit, keratit, stafilodermiya, streptodermiya. M. N. C. tomonidan ensefalit, meningitlar ko'zatiladi.

TASHXISOT.

Ko'pincha birinchi navbatda kataral xolatlarning namoyon bulishi, ko'z shilliq kavatlarining zararlanishi, enantema va Filatov – Koplik belgisining paydo bulishi, toshmaning boskich bilan toshishi xosdir. «Kizamik» ni – boshqa yo'qori nafas olish yo'llarining kataral o'zgarishi bilan kechadigan kasalliklardan farklash uchun yo'qorida kursatilgan belgilar axamiyatga ega bo'ladi. Kataral davrida kizamikni gripp va O'RVI bilan takkoslash lozimdir. Bunda Filatov – Koplik belgisining paydo bulishi kizamikka xos. O`RVI da esa ogiz shilliq kavatlari toza va Yaltiroq xolda bulish ko'zatiladi.Qizilchada kataral davr xos emas. Toshma esa birinchi kun chikib bir necha soat ichida butun tanani koplab oladi.Qizilchada toshma juda mayda bo'lib, bir-biri bilan kushilmaydi, oqimtir rangda bo'ladi. Ko'pincha oyok – kullarning Yozuvchi tomonlarida uchraydi. 1-2 kun ichida yo'qoladi. O'zidan so'ng pigmentatsiya koldirmaydi. Bundan tashqariQizilchada Orqa buyin va ensa limfa tugunlarining kattalashishi xos, bemorning umumiy axvoliQizilchada deyarli o'zgarmaydi.Qizilcha uchun qonda leykopeniya, limfotsitoz, plazmatik xujaylarining paydo bulishi xosdir. Bundan tashqari kizamikni skarlatina, zardob kasalligi, medikamentoz dorilaridan zaxarlanish va enterovirus kasalligi bilan takkoslash mumkin.

DAVOSI.

Qizamiq bilan og'irgan bemorlar uy sharoitida davolanadilar. Qizamiqni og'ir asorati shaklida shifoxonada Yotib davolanish tavsiya qilinadi.

1. Birinchi navbatda sanitariya gigiena koidalariga rioya qilish
2. YAxshi karamoq
3. Toza xavodan foydalanish
4. Ovkatlanish rejimiga rioya qilish

Tana xarorati yo'qori bulganda va tana xarorati me`yorlashgandan so'ng xam Yotoq rejimi tavsiya qilinadi. Ko'pincha bir necha marotaba ko'zni issik kaynagan suv bilan yoki 2% gidroqorbanat bilan yuvish tavsiya qilinadi, yiringli xolatlarda ko'zni tozalab retinol atsetatni 1-2 tomchi, 3-4 marta tomiziladi. Bu esa o'z navbatida ko'z shilliq kavatining kurishidan va keratit ruy berishini oldini oladi. Ogiz shilik kavatini kaynoq toza suv bilan chayish tavsiya qilinadi. Bu esa o'z navbatida stomatitning oldini olishga olib keladi. Bemorlarga katta dozada askorbin kislota 300-500 mg, allergik xolatlarda pipolfen, dimedrol bu yuriladi.

QIZAMIQNI UY SHAROITIDA DAVOLASH:

A. Rejim 7-10 kun davomida Yotoq rejimi.

B. Parxez: sutli maxsulotlar. Kup mikdorda su yo'qliklar ichish: choy, soqlar.

V. Etiotrop davosi yo'q. Maxsus davo sifatida Yosh bolalarga imunitet past bulgan bolalarga kasallikning dastlabki 5 kunida 1,5-3 mldan donor immunoglobulini yuboriladi.

S. Simptomatik davo rinit. Qon` yo'qtivitda olib boriladi., balgam kuchishini osonlashtiruvchi preparatlar xam tavsiya qilinadi.

D. Antibiotiklarni 2 Yoshgacha bulgan bolalarda, asoratlar rivojlanishi yo'qori bulganda, katta Yoshdagi bolalarda bakterial asoratlar rivojlanganda tavsiya qilinadi.

Sog'ayish mezonlari: kasallikning yo'qumlilik davri toshma toshishining 4 kunida tugallanadi. Kasallikning engil va asoratlarsiz kechishida klinik sogayish kasallikning 10 - kunidan so'ng kuzatiladi.

Sogayishdan keyingi ko'zatuv. Dispanser nazorati ensefalit va pnevmoniya bilan asoratlanganlar ustida olib boriladi. Kasallik engil kechganda 1 oydan so'ng profilaktikasi emlashlarni utkazish mumkin.

PROFILAKTIKA:

Birinchi navbatda bolalarni soglomlashtirish va kizamikni jamoa ichiga olib kirmaslik. Kizamik bilan kasallanganlar kataral davrida va toshma toshish davrida kamida 4 kun, asoratli zotiljam yo'z berganda esa 10 kun jamoadan ajratilishi shart. Kizamik bilan ogrimagan lekin muloqotda bulgan bolalar 17 kun maboynida, profilaktika maksadida immunoglobulin olganlar 21 kungacha jamoaga kushilmaydi.

Maxsus emlash: kizamik bilan muloqotda bulganlarga va epidemiya xolatlarida bolalarga immunoglobulin qilinadi, bu kasallikning og'ir, asoratli shakllaridan ximoya kilib, kasallik engil utishini ta`minlab beradi. Emlash jadvali buyicha bolalar tukkiz oyligida va un olti oyligida qayta vaksina bilan emlanadilar.

SKARLATINA

Skarlatina - streptoqoqkli infeksiyalarning bir kurinishi bo'lib gemolitik streptoqoqk eritrogen toqsini ta`sirida maxalliy Yalliglanish reaksiyasi, umumiy intoqsikatsiya, yo'qori isitma (lixoradka), mayda nuktali toshma (ekzantema), angina, taxikardiya, terining kipiklanishi kabi o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan va o'z vaqtida davo choralari olib borilganda turgun imunitet xosil kilib asoratsiz Yaxshi bo'ladigan yo'qumli kasallikdir.

ETIOLOGIYASI.

Skarlatina qo'zgatuvchisi A guruxli β-gemolitik stepkkoqoqklar turiga mansub.

A guruxiga kuruvchi streptoqoqklar M va T antigenlariga qarab 55 ta serotipiga bulinadi. β - gemolitik streptekoqk xamma sero tiplariga xos termostabil eritrogen toqsin (Dik toqsini) va antigen substansiyalari saklaydi. Bular steptolizin, streptoqinaza, gialuronidaza, proteinaza.

Skarlatina ko'zgatishda asosan 5-6 ta serotiplar asosiy rolni uynaydi. Ular asosan (peniillin, tetratsiklin, eritromitsin, levomitsitinga sezgir). Stafiloqoqklarga karshi ularoq streptoqoqklar pensilinaza ishlab chikarmaydi.

EPIDEMIOLOGIYASI:

Kasallik manbai faqat streptoqoqkli infeksiya bilan kasallangan bemorlar, (skarlatina, angina, saramas.) va bakteriya tashuvchi soglom odamlar bo'lib xisoblanadi. Atrof – muxit uchun skarlatina bilan ogrigan bemorlar kasallikning birinchi kuni juda xavfli xisoblanadi, sogayish davrida esa bakteriyalarni atrof muxitga 3-5 barovar kam ajratadilar. Mikroblar bakteriya tashuvchilarda kasallikning birinchi kunidagiga karaganda 100 barobar kamroq ajralib chikadi.

yo'qish yo'li skarlatinada xavo tomchi yo'li Orqali bo'ladi. Kizamik va suv chechakdan fark kilib, skarlatinada infeksiya faqat juda Yakin masofada bulgandagina yo'qadi, Ya`ni bir palata eki xonadagilarga yo'qadi, kushni xonadigalarga skarlatina tarkalmasligi mumkin.

Skarlatina qo'zgatuvchilari tashki muxitda o'zoq Yashashiga karamasdan u o'zining virulentligini tezda yo'qotadi. Ba`zi xollarda uy jixozlari, uyinchoqlar Orqali xam tarkalishi mumkin . Juda kam xolarda skarlatina ogiz Orqali Ya`ni sut va sut maxsulotlaridan yo'qishi mumkin.

KASALLIKKA MOYILLIK

CHakaloqlar va bir yoshgacha bulgan bolalar o'zining fiziologik kuchining to'zilishi yo'qoriligi tufayli ularga steptoqoqklar toqsini juda xam sust ta`sir kilib, boshqa xildagi streptoqoqkli kasalliklar sifatida utishi mumkin.

Ko'pincha 1-9 yoshgacha bulgan bolalar kasallanadi. 15 yoshdan keyin kamaya boshlaydi va kattalarda deyarli uchramaydi.

Mavsumiylik xavo sovushi bilan kasallik ortib boradi asosan oqtyabr Yanvar oylarida uchraydi. Bundan tashqari xar 4-6 yillarda skarlatina bilan kasallanish ortib borishi mumkin.

IMMUNITET

Skarlatinaning immuniteti doimiy bo'lib, toqsinga karshi tipda (antitoqsik xarakterda) immunitet ikki xil yo'l bilan rivojlanadi.

1- skarlatina bilan kasallangandan keyin:
2- maishiy xizmat munosabati yo'zasidan eki Yashirin.

PATOGENEZI.

Patogenezida 3 ta komponent etakchi vazifani bajaradi.

1. Infeksion
2. Toqsik
3. Allergik

Kasallik rivojlanishida organizmda toqsinga karshi(antitoqsik) eki mikrobga karshi (antibakterial) immunitet borligi katta axamiyatga ega. Agarda organizmda antitoqsik va antibakterial immunitet bulmasa skarlatina bilan kasallanadi.

- Agarda organizmda antitoqsik imunitet bo'lsa angina kasalligi bilan kasallanadi.

- Agarda antibakterial, antitoqsik immunitet bo'lsa, streptoqoqk organizmga tushsa soglom bakteriya tashuvchilik yo'zaga keladi.
-

INFEKSION yoki SEPTIK TA`SIRI: Mikrobning kirish darvozasi asosanbodomcha bezlari xisoblanadi kamdan kam xollarda 2-4 % jaroxatlangan joylar yoki terining kuygan joylari bulishi mumkin.

Infeksiya kirgan joyida birlamchi uchoqlari xosil kilib xar xildagi nekrobiotik Yalliglanishlarga olib keladi, birlamchi uchoglardan bakteriyalar limfa yo'llari Orqali limfa tugunlariga yigilib limfadenitni xosil kiladi. Bu erda mikrobning emirilishi natijasida ajralib chikkan allergik va toqsik maxsulotlar qonga suriladi.

TOQSIK TA`SIRI:

toqsik ta`sir asosan eritrogen toqsin natijasida yo'zaga keladi, u markaziy va vegetativ nerv sistemasining zararlanishiga olib keladi. Organizmda intoqsikatsiyasi yo'zaga kelib, tana xarorati kutarilib, toshmalar toshishi, tilning va tamoqning kizarishi bilan ta`riflanadi.

Skarlatina toshmasi bu terining yo'qori katlamidagi mayda uchogli Yalliglanish, kapilyarlarining kengayishi, shishishi epiteliy kavatining emirilishi xisobidan paydo bo'ladigan o'zgarishdir.

Tomoqning ochik kizgish rangda bulishi bu asosan mayda qon tomirlarining paralitik o'zgarishi natijasida xosil bo'ladi. Kasallikning birinchi kunidan boshlab organizmda toqsinga karshi antitoqsinlar xosil bo'lib boshlaydi. Bu esa skarlatina toqsikozini tabiiy bartaraf bulishiga olib keladi va skarlatina simptomlari asta sekin yo'qola boshlaydi. Antitoqsik immunitet mikrob jarayoniga ta`sir kilmaydi va mikroblar rivojlanib borib keyinchalik kuchayishi xam mumkin va bu qon tomirlar sistemasining zararlanishini yo'zaga keltiradi.

ALLERGIK TA`SIR:

Streptoqoqk parchalanishi va to'qimalar emirilishi natijasida xosil bo'ladigan maxsulotlar organizmga allergik ta`sir kila boshlaydi. Bundan tashqari ular eritrogen toqsin (Dika fraksiyasi) ta`sirida Yanada kuchayadi. Allergik xolat asosan kasallikning 2-3 xaftasida xosil bo'ladi. Bular asosan nefrit, mioqardit, revmatizm shaklida bulishi mumkin. yo'qorida kursatilgan patogenezning 3 ta boskichi septik, toqsik, allergik, boskichi bir biri bilan maxkam boglangan va uchalasi mustaxkam patologik jarayonni tashkil kiladi.

KLINIKASI.

YAshirin davri: 1-12 kun (urtacha 7-8 kun) kasallik o'tkir, tana xaroratining kutarilishi va ba`zida et uvishishi, kaltirash bilan boshlanadi. Bemorning umumiy axvoli og'irlashib ba`zida qusish ko'zatiladi, yutingan vaqtda tomogida og'riq paydo bo'ladi, skarlatinaning dastlabki simptomlari bu angina bo'lib xizmat kiladi. Bodomcha bezlari kattalashib shishadi, kizaradi yumshoq tanglay kizaradi va u qattiq tanglay soxasidan anik chegaralanib turadi. Qattiq tanglayda ochik kizgish rangli nuktalar paydo bo'ladi. Bular bilan birgalikda regionar limfa tugunlari xam kattalashadi va paypaslab kurilganda og'riqli bo'ladi. Tili karashlangan, til uchi kizgish xolda yo'zi bir oz shishgan bo'ladi. 1-2 kunda kasallik juda avj oladi. Tana xarorati juda yo'qori kutariladi, bodomcha bezlarida follikulyar yiringli uchoqlar paydo bo'ladi.

Skarlatinada toshmalar kasallikning birinchi kunidan ba`zida esa ikkinchi kuni bir necha soat ichida butun tana soxasida birdaniga paydo bo'ladi. Morfologik jixatdan toshmalar mayda nuktali giperemiya asosida, bo'ladi. Toshma elementlari 1-2 mm ga teng mayda nuktali rozeola bo'lib kizgish rangda bo'ladi. Skarlatina toshmasining joylashishi o'ziga xos xarakterga ega. Toshma asosan buyin terisi, tananing yo'qori qismida paydo bo'lib, tezda tananing kuyi qismi va kullarida tez tarakaladi, toshmalar asosan kultik osti, bilak, tizza burmalarida juda kuyik joylashgan bo'ladi.

yo'zi va Yanoqlarida toshmalar uncha Yakkol ko'zga tashlanmaydi, lekin yo'zi kizgish rangda bo'ladi, burun lab uchburchagi oq rangda ko'zga tashlanib turadi.

Bo'yin, bilak, chov, tizza burmalarida bosgan vaqtda yo'qolmaydigan, asosan tomirlarning murtlashganligi tufayli xosil bo'ladigan , mayda petexiyalar paydo bo'lib, kukimtir yo'laklar xosil kiladi buni simptom Pastiya deyiladi.

Skarlatinada toshmalar:

1.Miliar – mayda 1 mm ga teng pufakcha shaklida.

2.Rozeola – yoki nuktasimon

3. Gemorragik xolda xam bulishi mumkin.

Skarlatinada toshmalar 1-3 kunlari ochik kizgich rangda saklanib keyin oqara boshlaydi va 8-10 kunida yo'qoladi. 5-6 kuni tana xarorati me`yorlashib, bir vaqtda tamoq va til xam o'zgaradi, til birinchi kunlari kuyik karashlagan bo'lib, 2-3 kunlari toza bula boshlaydi. 4 kuni xarakterli tus oladi. Ochik kizgish rangda bo'lib yo'zasidan surgichlar burtib turadi yoki buni (malinasimon rangli til) deyiladi. 10-12 kun ushlanadi. Bodomcha bezlari juda sekin o'zgarib boradi.

Toshmalar ketgandan so'ng terining kuchishi boshlanadi. Toshma kanchalik kuyik va rivojlangan bo'lsa teri kuchishi shuncha rivojlangan bo'ladi. Yo'z va buyin, tanada kipik xolida bo'lsa kullarda tangasimon bo'ladi, katta tangasimon teri kuchishlari kengroq uchrab ular asosan tirnoq atrofidan boshlanadi.

Kasallik avj olish davrida ECHTning kupayishi leykotsitoz, neytrofilyoz, eozinofiliya, siydigida oqsil, toza eritrotsitlar ko'zatiladi.

Skarlatinaning tasnifi uning kechishi va og'irligiga qarab belgilanadi.

SKARLATINA TASNIFI

a) engil shakli

1. Tipik shakli b) urta shakli

c) og'ir shakli ___toqsik, septik, aralash

1. Atipik: 1 Ekstrafarengeal

A) I-II darajali kuyishdan so'ng

B) Travmatik

D) Tugrukdan so'ng

D) Terining shikastlanishlaridan so'ng

2. Gipertoqsik
3. Gemorragik

4. Rudimentlar, toshmasiz skarlatina

Yashirin shakli: Juda kiska muddatga davom etishi mumkin. Intoqsikatsiya juda xam sust bo'ladi.

A C O R A T L A R I: Limfadenit, otit, tarkoq glomerulonefrit, eng kup uchraydigan asoratlari bu mioqarditdir. Bular shartli ravishda 3 ta guruxga bulinadi:

I guruxdagi mioqardit asosan kasallikning birinchi soatlarida, birinchi kunida va Dik toqsini ta`sirida paydo bo'ladi.

II guruxdagi mioqardit, buni skarlatinasimon yurak deb xam atashadi.qq xafta oxirida paydo bo'lib bradikardiya, yurak chegaralarining kengayishi, yurak oxangining bugikligi, sistolik shovkin bilan xarakterlanadi. III guruxdagi mioqardit bu allergik tipdagi mioqardit bo'lib, 2 va 3 chi xaftada paydo bo'ladi.

D I A G N O C T I K A C I: Asosan klinik, epidemiologik, bakteriologik va immunologik tekshirishlarda asoslandi. Shuls–CHarlston sinamasi Skarlatinaga karshi zardob yuborilgandan keyin birinchi 6-12 soat ichida zardob qilingan soxada toshmalar yo'qoladi.

TAQOSLASH DIAGNOSTIKASI

1. Kizamik
2. Kizilcha
3. Stafilakoqkli infeksiyalar
4. Meningoqoqkemiya
5. Soxta tuberkulez va boshqalar bilan utkaziladi.

DAVOLASH CHORALARI.

1. Parxez umumiy, vitaminga va oqsillarga boy bulish kerak.
2. Orom olish davri 1-chi 5-7 kun ichida tavsiya etiladi.
3. Qo'zgatuvchini bartaraf qilish uchun antibakterial dorilar beriladi. Skarlatinaga eng Yaxshi davo bu vaqtli penitsillin bu yurishdir. Agarda penitsillinga yo'qori sezuvchanlik ko'zatilsa, unda eritromitsin va boshqalar tavsiya etiladi.
4. Siptomatik davo choralari.
5. Bemorning uyiga javob berish kasallikning 8-9 kunida amalga oshiriladi.

Engil shakllari uyda davolanishga ruxsat beriladi.

Uy sharoitida davolash.

Skarlatinani uy sharoitida davolashda bakterial va allergik asoratlarning rivojlanishi. URI ning kushilishi mumkinligini xisobga olish kerak. Kasallikning boshida limfaadenid, nekrotik angina, yiringli sinusit, otit, nazofaringit, liringit, stomatit, traxeit, bronxit, ba`zan pnevmoniya, 2-4 xaftadan so'ng esa mioqardit, revmatizm, glomerulonefrit kabi asoratlar rivojlanishi mumkin.
-Rejim: 6-7 kun davomida Yotoq rejimi.
-Parxez: avaylovchi, sutli maxsulotlar, o'tkir davrida osh to'zini cheklash. Parxezni 3-4 xafta davomida rioya qilish kerak.
-Etiotrop davo: penitsillin 7-10 kun davomida. Penitsillinni kutara olmasa, eritromitsin yoki levomitsetin bu yuriladi.
-Patogenetik va simptomatik davo kursatmalariga binoan olib boriladi.
Sogayish mezonlari: Engil kechganda klinik sogayiщ deb kasallikning 10- kunidan keyin xisoblanadi. Bunda barcha klinik simptomlar yo'qolganda, (kipiklanishdan tashqari) qon va siydik kursatkichlari me`yorlashganda, murtaklar shilliq kavatidan olingan surtmaning bakteriologik tekshiruv natijasi me`yoriy bulganda sogayish deb xisoblanadi. Klinik sogayishdan keyin 2 xafta utgach streptoqoqkga tekshirish manfiy bulganda organizm qo'zgatuvchidan butunlay toza bulganligini bildiradi. Bolalar kasallikning 22-kunidan keyingina bolalar muassasasiga borishiga ruxsat beriladi (skarlatinadan keyingi biror asoratlarning klinik-laborator belgilari bulmaganda)

Sog'ayishdan keyingi kuzatuv. Asoratlangan skarlatina bilan kasallangan bolalar revmatolog yoki nefrolog nazoratida bo'ladilar. Surunkali tonzillit bo'lgan bemorlar LOR vrachida davolanishi kerak.

AMALIY MASHGULOTLARINING TA`LIM TEXNOLOGIYASI

1-mavzu: Kirish. Yuqumli kasallik bilan og`rigan bemorlarni. kasalxonaga yotqizish qonun qoidalari. yuqumli kasalliklar kasalxonasining tuzilishi va ishlash rejimi. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi. Virusli gepatit A va E.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli:	Amaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1.Yuqumli kasalliklar kasalxonasining tuzilishi va ishlash rejimi 2. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi. 3. Virusli gepatit A va E etiologiya, Patogonez va klinikasi. 4. Virusli gepatit A va E erta aniqlash. 5. Virusli gepatit A va E davlash va oldini olish.
O'quv mashg'ulotninig maqsadi: Fan predmetini o`rganishda talabalar quyidagilarga ahamiyat berishi lozim: yuqumli kasalliklarning etiologik xususiyatlari, epidemiologiyasi (kasallik manbai va yuqish Yo`llari) , yuqumli kasalliklarning asosiy klinik belgilari va sindromlari. yuqumli kasalliklarga tashxis qo`yishda laboratoriya va jixoziy tekshirishlar o`tkazish, yuqumli kasalliklarni maxsus va umumiy profilaktikasi, yuqumli kasallliklarni davolashda parhezning ahamiyati, yuqumli kasalliklarni davolash asoslari, yuqumli kasalliklar fanining metodlari: epidemiolognk anamnezni mustaqil yig`ish, bemorni umumiy ko`rikdan o`tkazish (palpatsiya, perkussiya Virusli gepatit A va E kasalligida bemornoma to`ldirish va tashxis qo`yish, bemorni klinik-laborator va amaliy-uslubiy Yo`llar orqali tekshirish usullarini bo`yicha o`rganish, tadbiq qilish, bemor parvarishi, parhezi, shifoxonada davolanish tartib qoidalari haqida bemor qarindoshlari bilan suxbat o`gkazish, deontologiya qoidalariga, muloqot me`yorlariga amal qilish, yuqumli kasalliklarni kasalxona strukturasi, yuqumli kasalliklarni kasalxonaga Yotqizish qoidalari, yuqumli kasalliklar haqida shoshilinch xabarnoma yuborish.	
Ta`lim berish usullari	Multimediya, interfaol usullari: "Asalari uyi»uslubi
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv-uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter.
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.

Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob, test, masala yechish.

1.2. “Kirish. Yuqumli kasallik bilan og`rigan bemorlarni. Kasalxonaga yotqizish qonun qoidalari. yuqumli kasalliklar kasalxonasining tuzilishi va ishlash rejimi. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi. Virusli gepatit A va E.” amaliy mashg’ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg’ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O’quv mashg’ulotiga kirish bosqichi (30 daqiqa)	1. Mavzuga oid bo’lgan boshlang’ich bilimlar darajasini aniqlash. 2.Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. 3. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	1“Kirish. Yuqumli kasallik bilan og`rigan bemorlarni. Kasalxonaga yotqizish qonun qoidalari. yuqumli kasalliklar kasalxonasining tozilishi va ishlash rejimi. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi. Savol-javob o’tkazish. 2.«Stol o`rtasidagi ruchka» interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 4. Multimediyalardan foydalaniladi “Yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot”. 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo’linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (90 daqiqa)	1. “Virusli gepatit A va E.” Savol-javob o’tkazish. 2.Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. “Asalari uyi»uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. 4. Multimediyalardan foydalaniladi Virusli gepatit A va Virusli gepatit E 5. Virusli gepatit A va Virusli gepatit E Kuratsiya ishlarini olib boradi. 6. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo’linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
4. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. **Mustaqil ish beradi**. TSitomegalovirus infektsiyasi. Etiologiya. Epidemiologiya. Kasallikning yuqish yuli na omillari Kasallikka moyillik. Kasallik klinikasi. Kasallik kechishining kliniko epidemiologik moxiyati. Kasallikni tashxisi davolash va oldini olish choralari. 3. **Uyga vazifa beradi**. Parenteral mexanizm bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGB, VGC, VGD).	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
JAMI: 5 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Yuqumli kasalliklar kasalxonasining to'zilishi va ishlash rejimi.
2. Yuqumli kasallik bilan og`rigan bemorlarni kasalxonaga Yotqizish qonun qoidalari.
3. Yuqumli kasalliklarning etiologik xususiyatlari, epidemiologiyasi
4. Yuqumli kasalliklarning asosiy klinik belgilari va sindromlari.
5. Yuqumli kasalliklarga tashxis qo`yishda laboratoriya va jihoziy tekshirishlar o`tkazish.
6. Bemorlarni qabul qilishda bir tomonlama Yo`nalishning ahamiyati
7. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi to'zish.
8. Virusli gepatitlar A va E etiologiyasi, epidemiologiyasi.
9. VGA va VGE patogenez asoslari.
10. Virusli gepatitlarning klinik tasnifi, tashxisini to'zish qoidasi.
11. Virusli gepatitlar asoratlari va oqibatlari.
12. Laboratoriyaviy tekshiruv usullarining (umumiy va xususiy) tashxisot uchun ahamiyati.
13. Virusli gepatitlarni davolash asoslari va usullari.
14. Reqonvalestsentlarni dispanser nazorati.
15. Virusli gepatit A va Eni oldini olish.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Yuqumli kasalliklarda xizmat ko`rsatish tarkibi
2. Yuqumli kasalliklarning etiologik tizimi.
3. Yuqumli kasalliklarning kasallik manbai, yuqish mexanizmi, aholi moyilligi qanday?
4. Yuqumli kasalliklarning tasnifi.
5. Yuqumli kasalliklarning sub`ektiv va ob`ektiv ko`rik o`tkazish.
6. Yuqumli kasalliklarning laboratoriyaviy tashxisoti
7. Yuqumli kasalliklarning umumiy va maxsus profilaktikasi.
8. Yuqumli kasalliklarning davolash tamoyillari.
9. Virusli gepatit A va E tashxisiy markerlari.
10. Virusli gepatitlarning yuqish Yo`llari va mexanizmi.
11. Virusli gepatitlarning patogenez asoslari.
12. Virusli gepatitlarning klinik tasnifi, tashxisini to'zish qoidasi.
13. Virusli gepatitlar asoratlari va oqibatlari.
14. Virusli gepatitlarning laboratoriyaviy tashxisot usullari va bioqimyoviy tahlillar interpritattsiyasi.
15. Virusli gepatitlarni davolash asoslari.
16. Virusli gepatit A va E epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar.

Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar.

• Bemorni shikoyati, kasallik epidemiologik anamnezini aniqlab bilish.
• Bemorni sub`ektiv, ob`ektiv ko`rikdan o`tkazish.
• Palpatsiya va perkussiya: topografik, me`yordan patologiyani farqlay bilish.
• Bemornoma to`ldirish.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan dars davomida olib boriladi.

"Asalari uyi»uslubi

Maqsad: Talabalarni ushbu muammo yo'zasidan o`zaro fikrlashib, to`g`ri qaror chiqarishga o`rgatadi. Jamoa bo`lib ishlashga undaydi.

Tamoyillari: Guruh talabalari ikkita mayda guruhchalarga bo`linishadi. O`qituvchi har bir guruhga alohida yoki umumiy savol beradi. Talabalar 10-15 daqiqa muhoqama qilishib, o`zaro fikr almashinishadi. Shular orasidan to`g`ri variant tanlab olinadi.

Savol:

1. Yuqumli kasallik bilan og`rigan bemorlarni kasalxonaga Yotqizish qonun qoidalari.

2. yuqumli kasalliklar kasalxonasining to'zilishi va ishlash rejimi. profilaktik chora tadbirlar.
3. yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi.
4. yuqumli kasalliklarning tashxisot usullari.

«Stol o`rtasidagi ruchka» usulini o`tkazish ssenariysi.

Talabalar uchun bitta topshiriq beriladi. Shu topshiriq asosida talaba 1ta javob namunasini Yozib, o`zini ruchkasini stol atrofida aylantirgan holda keyingi talabaga o'zatadi.

Savol: Bo`lim ishini tashqil qilishda epidemiyaga qarshi qanday tadbirlarni amalga oshirish lozim.
Izoh:
-Har bir palataga kasalligi bir xil, bir vaqtda kasallangan bemorlar Yotkiziladi.
-Har bir bemor uchun kamida 2 majmua (komplekt) kiyim bo`lishi kerak.
-Har xafta bemor cho`milib, kiyimini almashtirish kerak.
-Ovqatlanishi uchun alohida idishlar, piyola, qoshiq ajratiladi. Ishlatilganlari dezinfeksiya qilinadi.
-Bemor foydalangan yumshoq jihozlar dezinfeksiyalovchi eritma shimdirilgan qoplarda saqlanadi va kirxonaga topshiriladi. Kirxonaga yuvishdan oldin 3%-li xlorli ohakning eritmasiga 30 min ivitib qo`yiladi, so`ngra sovunlab yuviladi.
-Bemor oldiga oila a`zolari kelishi imkoniyat boricha cheklanadi.
-Bo`limda har kuni ikki marta pol 0, 5% li xlorli oxak eritmasi bilan yuviladi. Devor, krovatlar bir marta shu eritma bilan artiladi.
-Bemor foydalangan tuvaklar najasdan tozalanib, 3%li xlorli ohak eritmasida 1 soat dezinfeksiya qilinadi. So`ngra qaynoq suvda chayilgandan foydalanish mumkin.
Bo`lim xizmatchilari shaxsiy gigienaga e`tibor berish, lozim. Kiyimi oq xalat, qalpoq, shippak, doqa niqob, qo`lini sovunlab yuvib turishi kerak).
Mashg`ulot mavzusi: Virusli gepatitlar A va E
O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar:
1. Virusli gepatitlar A etiologiyasi.
2. Virusli gepatit E etiologiyasi.
Z. Enteral gepatitlar epidemiologiyasi
4. Enteral gepatitlar patogenez asoslari.
5. Virusli gepatitlarning A va E klinikasi.
6. Virusli gepatitlar asoratlari va oqibatlari.
7. Laboratoriyaviy tekshiruv usullarining (umumiy va xususiy) tashxisot uchun ahamiyati.
8. Virusli gepatitlar A va E davolash asoslari va usullari.
9. Reqonvalestsentlarni dispanser nazorati.
10. Virusli gepatit A va E ni oldini olish.

Dars Yakunida o`qituvchi tomonidan Yakun Yasalib, talabalar baholanadilar.

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TARQATMA MATERIAL

yuqumli kasalliklar kasalxonalarning o`ziga xos bo`lgan xususiyatlari:

Savol	Izohi
a) yuqumli kasalxonaning tuzilishda o`ziga xoslik.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

Savol	Javob
1. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi.	
2. Yuqumli kasalliklar kasalxonasining tuzilishi.	
3. yuqumli kasalliklar kasalxonasining ishlash rejimi.	

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Izoh
Virusli gepatit A kasalligining umumiy ta`rifi.	
Kasallik qo`zg`atuvchisining xususiyati	
Kasallik manbai	
Yuqish yo`llari	
Moyillik	
Kasalxonadan chiqarish uchun ko`rsatma:	
VGE qo`zg`atuvchisi	
Moyil organizm	
Yuqish yo`li	
Epidemik tarqalish davri	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish
Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Javoblar
Virusli gepatitlarning patogenez bosqichlari	
Virusli gepatitlarning klinikasi	
Kasallikning laborator tashxisoti	
Kasallik ning davolash usullari	
Kasallikda parhezning va Yotoq rejimning ahamiyati	
Bemorlarni parvarishlash	

MAVZU BAYONI

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 hil «miazma-zarrali» moddalar, havoning zaharli bug`lanishi va ilohiy kuchlarga bog`laganlar.

Sharqning buyuk namoyondasi, mashhur olim va shifokor Abu Ali ibn Sino (1980-1037) birinchilardan bo`lib o`zining «Al-qonun»asarida» O`lat, chin-chechak, 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 qontagiya bilan almashinib, qontagioz kasalliklar deb yuritila boshladi, chunki bu davrga kelib, italiyalik olim Frakastro ham yuqumli kasalliklarni

qo`zg`atuvchi omil tirik jonivorlar ekanligini aytib, ularni 3 xil yo`l bilan: qontakt, bemor foydalangan turli bu yumlar va havo orqali o`tadi, deb ta`kidlaydi.

Mashhur franso'z olimi Lui Paster (1822-1835 y) maxsus tadqiqotlar o`tkazib, odamlarda yuqumli kasalliklarni qo`zg`atuvchi mavjudot mikroorganizm ekanligini to`la isbotlab berdi. Robert Kox (1843-1920 y) 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. Jumhuriyatimiz hududida yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish va o`rganish 1920 yilda Toshkentda tashqil etilgan Turkiston universiteti qoshida tibbiyot fakulteti katta o`rin egalladi.

L.M. Isaev 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 qora oqsoq, qorin tifi kasalliklarni har tomonlama o`rganib, batafsil yoritdilar.

Yuqorida sanab o`tilgan infeksiyalar (qora oqsoq, qorin tifi, bezgak, vabo, virusli gepatitlar, meningoqoqli infeksiya, gemorragik isitmalar va boshqalar) akademik Musaboev I. K., professorlar Yunusova H. A., Majidov B. M., Jalilov K. J., Saipov C. C., Qodirov G`. Q. va boshqalar chuqur o`rganib, ularning klinikasi, tashxisoti va davosi sohasida orginal ilmiy tadqiqot ishlarini ado etdilar.

Respublikamiz hududida infektologiyaning rivojlanishida ilmiy tadqiqot institutlari olimlari Axmedova M. J., Musaboev E. I., tibbiyot Akademiyasi va institutlari yuqumli kasalliklar kafedralari olimlari Daminov T. A., Axmedova M. D., Qosimov I. A., Zoqirxo`jaev A. X., Vafoqulov C. H., Mirzaev K. M., Musaboev E. I., Ibodova G. A., Yusupov sh. R. chuqur izlanishlar olib bormoqdalar.

Jumhuriyatimiz hududida infektologiyaning rivojlanishida tibbiyot oliygohlari yuqumli kasalliklar kafedralari, ilmiy tadqiqot institutlari katta rol o`ynaydi. Yuqumli kasalliklar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, 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" so`zi lotincha so`z bo`lib, «ifloslanish» ma`nosini bildiradi. Yuqumli kasalliklar-bakteriyalar, viruslar va sodda jonivorlar chaqiruvchi katta guruh kasalliklardir. Infeksion 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 mikrob kirishi kerak.

Mikroorganizmlar asosan 3 guruhga bo`linadi:

a) saprofitlar; b) shartli-patogen mikroblar; c) patogen mikroblar. Patogen mikrob organizmga teri, shilliq qavatlar, og`iz, yuqori nafas yo`llari orqali kiradi.

Mikrob bilan organizm o`rtasidagi murakkab munosabat turlicha yakunlanishi mumkin: 1. Mikrob 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 mikrob organizmda tez sur`at bilan ko`payadi va uning himoya kuchini engib, kasallikning manifest shaklini keltirib chiqaradi.

Umuman olganda, yuqumli kasallikning avj olishiga quyidagi omillar:

1) patogen mikrobning miqdori, virulentligi;
2) makroorganizm qarshiligi va chidamliligi;
3) tashqi muhit omillari 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 guruhlarga bo`linadi: bakterial, rikketsiyali, virusli, protozoyli, 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 kasalliklarni keltirib chiqarishi demakdir.

Epidemik jarayon 3 ta zvenodan tashqil 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 ob`ektdir. Kasallik manbai: kasal odamlar, bakteriya tashuvchilar (reqonvalestsent, 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 mikrobning tashqi muhitda saqlanib turishi; c) Sog`lom odam organizmiga kirishi.

3) Epidemik jarayonning 3-zvenosi bu yuqumli kasallikka odam organizmining beriluvchanligi. Bu albatta odam organizmning 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 kishilar soni ko`p bo`lmaydi va bemorlar onda sonda uchraydi. 2) Epidemiya – yuqumli 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 miqyosda, ya`ni bir necha mamlakat va qit`alarda birorta infeksion kasallikning keng tarqalib ketishi. 4) Endemiya – muayyan hududda birorta yuqumli kasallikning doimiy uchrab turishi. 5) Enzootiya – birorta joyda Yashovchi hayvonlar (masalan kemiruvchilar) orasida biror yuqumli kasalliklarning doimiy uchrab turishi (masalan o`lat, leyshmanioz va enzootiyalar). Akademik E.N. Pavlovskiy ana shunday kasallarni «Tabiiy o`choqli kasalliklar» deb bir guruhga ajratgan. 6) Epizootiya – 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 kasalliklarni boshqa ichki kasalliklardan keyingi farqi-bosqichliligidir. Kasallik Yashirin, avj olish, orqaga qaytish, reqonvalestsensiya 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. B Gramoshevskiy yuqish Yo`llariga qarab, yuqumli kasalliklarni 5 guruhga bo`ladi:

1. Ichak yuqumli kasalliklar. Bu kasalliklar najas-og`iz Yo`l bilan yuqadi va tarqaladi. Bemor ichagidagi patogen mikroblar uning najasi orqali tashqariga chiqariladi. Bemor ichagidagi patogen 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, infeksion enteritlar, teniidozlar, keng lentasimon gijja, oraliq xo`jayinsiz rivojlanadigan ichak gijjalari, enterobioz, o`t Yo`llarida joylashib oladigan trematodozlar va boshqalar).

b) Toksiko-infeksiyalar (botulizm, salmonellyozlar, stafiloqoqklar qo`zg`atadigan toqsikoinfeksiyalar).
c) Ba`zi ichak kasalliklarining qo`zg`atuvchilari ichakdan boshqa organlarda ham patologik o`zgarishlar yo'z berishiga sabab bo`ladi. Ammo yuqish mexanizmi o`sha najas-og`iz Yo`li bo`lib qolaveradi (amyobiaz, askaridoz, trixinellyoz, exinoqoqkoz va boshqa gelmintozlar).
d) Ba`zi ichak kasalliklarning qo`zg`atuvchilari ichakdan qonga tushadilar, bakteriemiya yo'z 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`talgandan keyin, aksirganda, gapirganda tupuk zarrachalari bilan tashqariga chiqariladi va havo orqali sog`lom odamlarga yuqadi. Bu kasallar o`z navbatida 4 guruhchaga bo`linadi:
a) Bu guruhchaga kiradigan kasalliklarning qo`zg`atuvchilari kirgan va o`rnashgan joyda ko`payadi (kizamik, ko`kyo`tal)
b) Bu kasalliklarning qo`zg`atuvchilari birinchi kirgan va o`rnashgan joyidan qonga tushishi va boshqa organlarni zararlashi mumkin (epidemik meningit, epidemik ensefalit, pnevmoniya, epidemik parotit).
c) 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, moxoc).
d) Bu kasalliklar havo-tomchi Yo`lidan tashqari vositali qontakt Yo`li bilan ham (idish-tovoq, o`yinchoqlar, ro`molcha va boshqa bu yumlar 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 (bezgak, rikketsiozlar, qaytalama tiflar, pappatachi va Denge isitmalari, leyshmanioz, epidemik ensefalitlar, gemorragik isitma, tripanosomalar, folyariozlar.)
b) Boshqa hamma qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar zoonozdirlar va ikkinchi guruhchani tashqil qiladi (o`lat, tulyaremiya).

4. Teri va tashqi shilliq pardalarda joylashadigan yuqumli kasal-
liklar. Bu kasalliklar kiyim-kechak, bosh kiyimi, choyshab, Yostiq jildi, idish-tovoq, kunlik ishlatiladigan bu yumlar, suv, ifloslangan qo`l orqali yuqadi. Kamdan-kam kasallik bemor bilan bevosita qontaktda bo`lganda yuqadi (venerik kasalliklar, quturish, sodoqu).

IV. Jinsiy Yo`l bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar kasalliklar: OITS, so`zak, zahm, xlamidioz.

VIRUSLI GEPATITLAR.

VIRUSLI GEPATIT A

Virusli gepatit A – pikanoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan najas-og'iz mexanizmi orqali yuquv-chi, klinik jigar bioxizmi buzilishi bilan tavsiflanadigan o'tkir yuqumlm kasallikdir.

Etiologiyasi. Virus A (VGA)- o'zida RNK saqlovchi, juda mayda (25-28 nm) sferik bo'lakchadan iborat bo'lib, o'zining ko'p fizikaviy va kimyoviy xossalarga ko'ra enteroviruslar guruhiga yaqin turadi. A virus faqat bir xil antigen saqlaydi. Bu antigen uning tashqi qobig'i bilan bog'liq bo'lib, ok silli 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 antitelo (anti HAVIgM, anti HAV IgD) 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'rsatkichi hisoblanadi.

Bu virus bevosita to'qimani emirish xususiyatiga ega. Virus - 20^{o}C da muzlatilganda 2 yil, - 60^{o}C da qizdirilganda 4 soat saqlanadi. 100^{o}C da qaynatilganda (qizdirilganda) 5 min. davomida o'z faoliyatini mutlaqo yo'qotadi. Ultrabinafsha nurlar ta'sirida 1 minutda parchalanadi. Xlorli dezin-

fektsiyalovchi moddalarga juda sezuvchan. Virus kasallikning yashirin davrining oxirlaridan boshlabok , bemor qoni va najasida topila boshlaydi.

Epidemiologiyasi. Bemor odam va ayniqsa kasallikni engil bilinar-bilinmas belgilar bilan yoki klinik belgilarsiz 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 mutlok ko'pchilikda xastalik engil, oyok ostida 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 bulgunga qadar) davrida kuzatiladi. Shuning uchun ham bu davrda bemorlar atrofidagilar uchun o'ta xavfli hisoblanadilar. Ko'pchilik xollarda virusni 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-tovok , 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 uzok 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 Ani ifodalovchi asosiy belgilar hisoblanadi

Patogenezi. 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'zolarga tushadi va umumiy zaharlanish sodir bo'ladi, ya'ni kasallikning boshlang'ich klinik belgilari namoyon bo'ladi. Gepatitning A virusi V virusidan farqli o'larok jigar hujayrasini to'g'ridan to'g'ri zararlantirish qobiliyatiga ega. Shuning uchun ham jigar hujayrasida bo'ladigan distrofik hamda nekrobiotik o'zgarishlar tezrok sodir bo'ladi.

Gepatitning A virusi kuchli immunogen xossaga ega bo'lmaganligi uchun kasallikning birinchi kunlaridanok limfotsitlarni ko'zg'atib, antitelolar ishlab borib, sariqlik davrining 2-3 haftasida bemor organizmi virusdan forig' bo'ladi.

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

Virusli gepatitlar tasnifi:

A.Etiologiyasi bo'yicha:

a) O'tkir virusli gepatit A; b) O'tkir virusli gepatit B;

d) O'tkir virusli gepatit E; c) O'tkir virusli gepatit C;

e) O'tkir virusli gepatit delta (ko-infeksiya, super-infeksiya).

Mikstinfeksiya

B. Klinik belgilarning rivojlanishi bo'yicha:

Manifest: sariqli, sariqsiz, sariqli xolestatik komponentli, xolestatik;

Latentno`e: subklinik , inapparant

c. Davomiyligi bo'yicha: a) o'tkir; b) cho'zilgan.

d. Kasallikning kechish og'irligii:

a) engil; b) o'rtacha og'ir; c) og'ir; d) o'ta og'ir, yashinsimon.

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 kunni tashkil qiladi. Kasallikning boshlang'ich davri. Kasallik odatda to'satdan o'tkir yoki asta-sekin boshlanadi. Ko'pchilik bemorlarda xastalik xuddi grippga o'xshab rivojlanadi: bemorning a'zoyi badani zirqirab og'riydi, lohas bo'ladi, boshi og'riydi,

tumov bo'ladi. (yo'taladi, burnidan suv ok adi, 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^{o}C 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 o'zi kamdan-kam uchraydi, bunday holatlarda kasallikni aniqlash juda ham mushkul bo'ladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida ertarok tashxis qo'yish uchun bizga laboratoriya usullari yordam beradi. Jumladan, bemor qonida ok qon tanachalari bir oz kamayadi (leykopeniya), qon zardobi tarkibida jigar to'qimasining jarohatlan- ganligini 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 (29-rasm), ko'zning ok i, og'iz-burun atrofi terisi sarg'ayadi va sariqlik asta-sekin butun tanaga tarqala boshlaydi (30-rasm).

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 kilishlari 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, ok ibatda uyqu buziladi. Bemor tekshirilganda jigari kattalashgani, qattiq-lashib, bezilab turgani aniqlanadi. Jigarning qattiqlashish darajasi turlicha yuzasi silliq bo'lib, ko'prok chap bo'lmasi kattalashadi. Talok ham kattalashadi, tilni karash bog'laydi, qorin biroz kepchigan bo'ladi. Kamdan-kam xollarda ukol qilingan joylar atrofida teriga qon quyilishi, burundan qon kelishi mumkin. Bu belgilar ko'pincha kasallik og'ir o'tganda kuzatilib, jigar to'qimasini ko'p zararlanganligini ko'rsatuvchi belgi hisoblanadi.

Yurak - qon tomir tizimida bo'ladigan o'zgarishlar bemor terisini marmarsimon tus olishi, qon bosimining kamayishi hamda yurak urishini 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 tomir-larining zararlanganligi tufayli sodir bo'ladi.

Sarg'ayish davrining davomida siydik rangi to'q jigar rang bo'lib, chayqatilganda tinik, sariq, ko'pik hosil bo'ladi (31-rasm). Najas rangi yana ham kulrang yoki ok ish bo'ladi, ko'rinishi loyga o'xshab qoladi (32-rasm).

ECHT sekinlashadi, ok 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. Birok 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%) engil 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 uzok 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'prok uchraydi. Bunda kasallikning sitolitik turida kuzatiladigan hamma klinik, hamda biokimyoviy o'zgarishlar joiz bo'lgani holda, ularga xolestatik belgilar, ya'ni sariqligining ortishi, teri qichishi, qonda ishkoriy fosfataza faolligining ortishi, xolesterin va β-lipoproteidlar miqdorining ko'payishi kabi alomatlar qo'shiladi. Bu qo'shilish, kasallikning umumiy kechimiga, hamda davomiyligiga deyarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Ikkinchi turi - xaqiqiy xolestatik tur hisoblanadi, bunda aynan jigar to'qimasining zararlanishi, (ya'ni sitoliz) kam uchrab, xolestaz belgilari esa kuchli namoyon bo'ladi. Binobarin, umumiy zaharlanish belgilari kuzatilmaydi. Boshqa sitoliz 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.

Virusli gepatitning sariqsiz kechadigan turi – asosan engil o'tib, unda bemor butun kasallik davomida sarg'aymaydi va qonda bilirubinning umumiy miqdori ortmaydi. Bunda kasallikning boshlang'ich davrida xos belgilar uzok rok davom etib huddi turg'unlashib qolganidek tuyuladi. Gepatitning boshlang'ich davriga xos belgilar: grippsimon, dispeptik, asteno-vegetativ belgilar bilan o'tadi. Kamrok 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 talok 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'satkichlar (bilirubin miqdoridan boshqa) kasallikning sarg'ayadigan turidagi singari bo'ladi. Kasallikning bu turi virusli gepatitlar orasida (xususan bolalarda) ortiqrok .

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 faqat o'tkir, gepatit B da esa asosan surunkali kechadi.

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. ECHT ko'pincha pasayadi, ba'zi bemorlarda autoimmun gemolitik anemiya kuzatilishi mumkin. Virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlar siydigida asosan urobilinogen va o't kislotlari (o't pigmentlari) aniqlanadi. Bemor najasining rangi ok argan, najasida sterkobilin aniqlanmaydi. Boshqa ko'rsatkichlar tomonidan deyarli o'zgarishlar kuzatilmasligi mumkin.

Hozirgi paytda gepatobiliar sistemasida bo'ladigan o'zgarishlar sindrom printsipi asosida o'rganilanadi va quyidagi sindromlar: 1. sitolitik sindrom; 2. gepatodepressiv sindrom; 3. mezenximal-yallig'lanish sindromi; 4. xolestatik sindromi; 5. portokaval shunt sindromi tavofut qilinadi.

Virusli gepatitlar qo'zg'atuvchisining antigen va antitelolari chuqur o'rganilib, ularni qon zardobi va boshqa biologik muhitlarda aniqlash takomillashtirilmokda. XX asrning oxirida virusli gepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaktsiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli gepatit Aning tashxisiy markyori- IgM antiHAV, ZPR uslubi yordamida bunga qo'shimcha virusning RNK si mavjudligi o'rganiladi.

Davosi. Virusli gepatitlarni 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 gepatitlarda surunkali shakliga o'tish xavfi tug'ilganda buyuriladi. Ikkinchi yo'nalish patogenetik bo'lib, bemorning yoshi, kasallik kechim og'irligi va hamroh kasalliklari hisobga olinib amalga oshiriladi. Kasallikning boshlang'ich davrida engil shakllarni davolashda asosan rejim, parhez va

suyuqliklar (mineral suvlar, sok, sharbatlar, ko'k choy) ni iste'mol uchun buyurish bilan chegaralanadi. Kasalliklarning o'ratacha 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'minlashni yaxshilab, energetik zo'riqishni kamaytirib, jigar hujayralarni tezrok 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 VGlarda belgilanadigan parhez qayta ko'rib chiqilgan. Parhezning asosini tashkil qiladigan uglevodlar miqdori keskin kamaytirilishi tavsiya etiladi, chunki uglevodlarning ortiqcha buyurilishi lipogenez jarayonini kuchaytirib, jigarda yog' to'planishiga sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari ko'p miqdorda qand iste'moli o't ajratish funktsiyasini bo'g'ib, og'irlik davrining cho'zilishiga olib keladi. Uglevodlarga qarshi o'larok parhezga ok sillar miqdorini oshirish maqsadga muvofiqdir. Qon plazmasining 60-65%ni tashkil etadigan al'bumin, fibrinogen asosan jigarda sintez qilinadi. Ok sil taqchil parhezni buyurilishi, hamda ok sillar sintezining buzilishi, qon ivishi, antitelolarni hosil bo'lishi, hamda jigar tiklanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Parhezda yog'lar miqdorini oshirishning ijobiy natijasi ilmiy asoslab berilgan. Yog'lar miqdori kalloriyali mahsulot hisoblanadi. Bundan tashqari polivalent essentsial yog' kislota-lari hujayra membranalarida fosfolipidlar biosinteziga ijobiy ta'sir ko'rsatadi va yog'da eruvchan vitaminlarning sintez manbai hisoblanadi. Shunday qilib, uglevodga boy ok sillar cheklangan yog'lar man qilingan parhez nafaqat foydasiz, balki zararlidir. Shuning uchun bemorlarga ok sil, uglevod yoki to'liq tarkibli parhez buyurilishi fiziologik muhtojlikning o'rnini bosadi. Kunlik iste'molning 90 –100gr ok sil, 80-100 gr yog', 350-400 gr.mi uglevodlar bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Ok silning 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", "Asesol", "Xlosol", "Kvartasol", "Laktasol" eritmalari vena ichiga buyuriladi.
3. Vitaminoterapiya askorbinat kislotasi, askorutin, revit "Bemiks" "Kokorbaksilaza", "Dekamevit", "Geksavit" , "Gaptavit", "Oligovit" , "Yunikap" va boshqalar.
4. O't xaydovchi pereparatlar, xolosas shifobaxsh o'tlar (namatak 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 gepatoprotektorlarni (fosfogliv, kobavit, essentsiale, gepabene, 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.

O't xaydovchi preparatlardan xolosas, tanatsexol, ursofalk flakumin kasallikni davolashda yuqori natija beradi. Spazmolitiklardan noshpa, platifillin preparatlari agar yordam qilmasa, 2,4% li eufilin 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 karatilgan. 1) Kasallik manbaiga nisbatdan vaqtli aniqlash, kasalxonaga yotqizish va davolash; 2) Kasallikning yuqish yo'llarini bartaraf qilish (aholini toza ichimlik suvi bilan ta'min-lash, 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) kilinadi himoya immuniteti 1 yil mobay-nida 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’prok suv orqali tarqaladigan bo’lganligi uchun keng yoyilib, epidemiyalar berishi mumkin. Asosan kattalar kasallanadi, ayniqsa homilador ayollarda og’ir o’tib, ko’p o’lim beradi.

Etiologiyasi. Kasallikni chaqiruvchi gepatit E virusi kalitsiviruslar 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. 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 alimentar yo’l egallaydi, maishiy mulok ot 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 alomatlarga 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 kasallik-ning 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) 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. Talok ning 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 uzok (4-6 kun) davom etib, gepatitning xolestatik turiga xos barcha belgilar namoyon bo’ladi.

Gepatitning bu turi asosan engil va o’rta og’irlikda kechadi. Homilador ayollarda esa, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida juda og’ir kechib, ko’p (3-16, 4%) o’lim bilan tugaydi. Homilador ayollarda kasallikning engil kechishi faqat 3,9% da, og’ir kechishi esa 28,2% da kuzatiladi. Xastalikning og’ir kechishi homiladorlikning ikkinchi yarmi, bevosita tug’ruqdan keyingi davr, hamda ayollarning emizikli davrlarida kuzatiladi. Ko’pincha sariqlik davrining 4-6 kunlarida bemor ayolning ahvoli og’irlashib, nihoyatda holsizlanadi, ko’ngil aynib, tez-tez qusadi. Bemorning yurak urishi susayib, tomir urishi tezlashadi. Jigar yumshok lanib, hajmi kichrayib ketadi. Bemor og’izdan ham jigarning hidi keskin sezilib turadi. Bemor ayollarda tug’ruq (chala tug’ish yoki bola tashlash) sodir bo’lganda ham 1-3 chi kunida kasallikning kechishi keskin og’irlashadi.

Kasallik og’ir kechganda bemorlarning deyarli yarmida buyrak faoliyatining o’tkir buzilishini alomatlari kuzatiladi. Kasallikning halokatli kechishida anuriya rivojlanishi mumkin. Bemor siydigida qon (gematuriya) bo’lishi bu tur gepatitning og’ir kechishining asosiy belgilaridan hisoblanadi va u rivojlangan bemorlarning hammasida kuzatiladi.

Gepatit E ning yana bir og’ir asorati gemorragik sindrom bo’lib, bunda bemorning burnidan, og’zidan, ichagidan, bachadonidan ko’p (bir necha litrgacha) qon ketib, o’limga sabab bo’lishi mumkin. Gepatitning bu turida o’lim 0,4 % ni tashkil qiladi. Qondagi biokimyoviy o’zgarishlar kasallik engil va

o’rta og’irlikda kechganda, yuqorida aytganimizdek A va B gepatitlaridan farqlanmaydi. Timol ko’rsatkichi hamda β– lipoproteidlarning ortishi juda kam bo’ladi. Kasallik og’ir kechganda esa keskin giperbilirubinemiya (bilirubinning ikkala fraktsiyasi ham ortadi) va giperfermentemiya kuzatiladi. β-lipoproteidlarning va ayniqsa sulema ko’rsatkichi keskin kamayadi (1,4-1,2 ml gacha). Biokimyoviy o’zgarishlarning meyorlashuvi juda sekin boradi.

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

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish tadbirlari xuddi VGA nikidek.

Kirish, yuqumli kasallik bilan og`rigan bemorlarni. Kasalxonaga Yotqizish qonun qoidalari. yuqumli kasalliklar kasalxonasining to’zilishi va ishlash rejimi. yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo“5”	Talaba yuqumli kasalliklar haqida to`la tushunchaga ega, mavzu bo`yicha ijod qilish darajasiga va bilimga ega. yuqumli kasalliklarda bemornoma to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. Talaba amaliyotda baholab, bilimini umumlashtira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	YAxshi “4”	yuqumli kasalliklarni klassifikatsiyasini, kechim turlarini to`la tushunadi, bemorlarni davolash profilaktikasini tushunadi, biladi va qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli ”3”	yuqumli kasalliklarning profilaktika ishlarini tushunadi va qoniqarli darajada biladi. Dars materiallarini Yomon biladi	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz bo`sh, ko`p qo`shimcha ishlash talab qiladi ”2”.	Muhoqoma qilinadigan mavzu bo`yicha tasavvurga ega emas. Qonspekt tayyorlamagan.	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

A va E Virusli gepatitlarning klinikasi, diagnostikasi va profilaktikasi mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo “5”	Talaba VGA, VGE mavzulari bo`yicha ijod qilish darajasiga bilimga ega. Oliy hamshiralik ishi darajasida bemornoma to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. Talaba amaliyotda baholab, bilimini umumlashtira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	YAxshi “4”	VGA, VGE mavzulari bo`yicha kasallikning klinik kechishini va tashxisot usullarini biladi bemorlarni davolash profilaktikasini tushunib, biladi va qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-64.	Qoniqarli “3”	VGA, VGE mavzulari bo`yicha tasavvurga ega, davolash, dispanser nazorati va profilaktika bo`yicha	1-daraja: tasavvur etish darajasi.

			qoniqarli bilimga ega minimal talablarga javob beradi.	
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi ”2”.	Muxoqoma qilinadigan mavzu bo`yicha tasavvurga ega emas, dars materiallarini o`zlashtirmagan. Darsga tayyor emas (qonspekt qilinmagan, o`quv qurollari Yo`q)	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 10 multimedialar 4

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

1- Masala:
Bemor T. , 8 Yosh. Kasalligi 10. 03da quvvatsizlik, ishtahaning pasayishi, oshqozon sohasida biroz og`riq, ko`ngil aynish, keyinchalik bir marotaba qusish kabi alomatlar bilan boshlangan. 15. 03da bemorning ahvoli bir muncha og`irlashgan, keskin holsizlik, bosh aylanishi, ishtahaning mutlaqo Yo`qolishi, qayta -qayta qusish ko’zatilib, siydik rangi to`qlashgan, najas esa rangsizlashgan. 16. 03 da teri va ko`z oqida sariqlik paydo bo`lgan. Kasallikning 7-kunida ko`rilganda bemorning axvoli o`rtacha, tana harorati 36. 5 C. Bemorda holsizlik, tez-tez qusgisi kelib turgan. Teri va shilliq qavatlari anchagina sarg`aygan, terida qashlash izlari bo`lgan. O`pkada nafas vyozikulyar, yurak tonlari biroz xiralashgan. Puls 2 minutda 68 marotaba, ritmik. A/B 100/70 mm. sim. ust. Tili karashlagan. Qorin shakli o`zgarmagan, yumshoq, to`sh pastki qismi biroz og`riqli. Jigarning pastki qirg`og`i qobirg`a ostidan 1, 5 sm chiqib turibdi, elastik, biroz og`riqli. Taloq biroz kattalashgan. Siydik to`q jigarrang. Najas rangsiz.
a)Tashxisni shakllantiring va asoslang.
b)Bemorni tekshirib ko`rish rejasini to’zing.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
flyudar, alfaferon, metipred, Spiramistin, stiproded-250, vitamin V_1

1.Rp.: Sol. Alfaferone 1.000.000 XB. N.5
(savdo nomi)
Interferon Alfa
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Haftasiga 1marta teri ostiga yuborilsin.

2.Rp.: Metypredi 0.04 N.3
(savdo nomi)
Methylprednisolone
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Poroshokni eritib tomchilab vena ichiga yuborilsin.

3.Rp.: Spiramycini 1500000 ME N.6
(savdo nomi)
Spiramycinin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 0,2 g eritmani 40 ml izotonik eritmaga eritib t/i ga tomchilab yuborilsin.

4.Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3 % 1,0 ml.N.10 in amp.
(savdo nomi)
Thiamine
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S.1 ml dan har kuni muskullar orasiga in’ekstiya qilinsin (10-30kun)

Yakuniy baholash test savollari

1-Mavzu:Yuqumli kasalliklarga xizmat ko’rsatishning tarkibi.Fekal-oral mexanizm bilan yuquvchi virusli gepatitlar A va E.

1. **“O’zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish to’g’risida”gi buyruq:**

№ 37.
23.01. 2015
* №5.
05.01. 2012
№ 80
28.03. 2012
№ 292. 23.06.1993

2. **O’tkir virusli A gepatitda xavfli yuqish yo’li:**

*suv orqali
alimentar
maishiy muloqot
parenteral

3. **O’tkir virusli A gepatiti boshlang’ich davrida xos bo’lmagan variant:**

grippsimon, dispeptik, astenovegetativ
*artralgik, dispeptik, astenovegetativ
dispeptik, astenovegetativ, aralash
latent, dispeptik, astenovegetativ

4. **O’tkir virusli gepatitlarda me’da ichak trakti tomonidan o’zgarishlar:**

*tili oq karashli, qorin qapchigan, najas shakli me’yorida
tili oq karashli, qorin ichiga tortilgan, najas suyuq
tili quruq, qorin qapchigan ichi suyuq badbo’y
tili oq karashli, qorin ichiga tortilgan, najas o’zgarishsiz

5. **O’tkir virusli gepatitlarda samarali enterosorbent:**

filtrum
smekta
Bektit M
*dyufalak

6. **O’tkir virusli gepatitlarning engil shakli uchun xos davo tadbir:**

*parhez, to’shakli rejim, suyuqlik istemoli
parhez, to’shakli rejim, glyukoza, vitaminoterapiya
parhez, to’shakli rejim,glyukoza, umumiy zaharlanishga qarshi vositalar, vitaminoterapiya
gyukoza ,vitaminoterapiya, umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar, yallig’lanishga qarshi preparatlar

7. **O’tkir virusli gepatitlarning og’ir shaklida samarali dori vositasi:**

kontrikal
gepatoprotektorlar
*gepamerst
o’t haydovchi preparatlar

8. **Virusli gepatit A ning o’tkir davri uchun qaysi serologik markyorlar xarakterli?**

anti - Hbcor IgM
HBsAg
*anti - HAV Ig M
anti - HCV Ig M

9. **Virusli gepatit A ning oqibati ko’pincha quyidagicha bo’lishi mumkin?**

letal
*sog’ayish
o’tkir jigar etishmovchiligi
jigar sirrozi

10. **Virusli gepatitlarda bilirubin va uning fraksiyalarining tipik o’zgarish darajasini ko’rsating?**

*bog’langan frakstiyasining oshishi bilan birga erkin bilirubin darajasining o’rtacha bo’lishi
bog’langan frakstiyasi darajasining oshishi
bog’langan va ozod frakstiyasining bir xilda ortishi
erkin frakstiyasining oshishi

11. **Virusli gepatitlarda qaysi bioximik testlar jigar hujayralari sitolizini ifodalaydi?**

* ALAT va ASAT darajasi
xolesterin darajasi
oqsil va qonning oqsil fraksiyalari darajasi
timol sinamasi

12. **Virusli gepatitlarda qaysi fermentlar xolestazni ifodalaydi?**

AlAT
AsAT
StAMF
* SHF

13. **Virusli gepatitlarni erta tashxislash uchun qaysi biokimyoviy test qo’llaniladi?**

qonning oqsil fraksiyasi
protrombin indeksi
xolesterin darajasi
*AlAT

14. **O’tkir virusli A gepatitda xavfli yuqish yo’li:**

*suv orqali
alimentar
maishiy muloqot
parenteral

15. **O’tkir virusli A gepatiti boshlang’ich davrida xos bo’lmagan variant:**

grippsimon, dispeptik, astenovegetativ
dispeptik, astenovegetativ, aralash
late nt, dispeptik, astenovegetativ

*artralgik, dispeptik, astenovegetativ

16. O’tkir virusli gepatitlarda me’da ichak trakti tomonidan o’zgarishlar:

*tili oq karashli, qorin qapchigan, najas shakli me’yorida
tili oq karashli, qorin ichiga tortilgan, najas suyuq
tili quruq, qorin qapchigan ichi suyuq badbo’y
tili oq karashli, qorin ichiga tortilgan, najas o’zgarishsiz

17. O’tkir virusli gepatitlarda samarali enterosorbent:

filtrum
smekta
Bektit M
*dyufalak

18. O’tkir virusli gepatitlarning engil shakli uchun xos davo tadbir:

parhez, to’shakli rejim, glyukoza, vitaminoterapiya
*parhez, to’shakli rejim, suyuqlik istemoli
parhez, to’shakli rejim,glyukoza, umumiy zaharlanishga qarshi vositalar, vitaminoterapiya
gyukoza ,vitaminoterapiya, umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar, yallig’lanishga qarshi preparatlar

19. O’tkir virusli gepatitlarning og’ir shaklida samarali dori vositasi:

*gepamerst
kontrikal
gepatoprotektorlar
o’t haydovchi preparatlar

20. O’VG lar sariqlik davri uchun xos bo’lmagan belgilar:

teri va sklera sariqligi
*rozeolali toshma
gepatomegaliya
siydik rangining qizarishi, najas rangining oqarishi

21. O’VG lar uchun xos bo’lmagan almashinuv jarayoni buzilishi:

pigment
uglevod
*suv-mineral
oqsil

O’VG lar uchun xos bo’lmagan laboratoriyaviy uslub:

siydikni o’t pigmentlariga tekshirish
*xolestistografiya
markerlarini aniqlash
biokimyoviy tekshirish

22. O’VG lar uchun xos umumiy zaharlanish belgilar:

*es-xushi yo’qolishi
ishtaha yo’qolishi
ko’ngil aynishi, qusish
uyquning buzilishi, bosh og’rig’i, bosh aylanish

23. O’VG larda biokimyoviy tahlil uchun xos bo’lmagan ko’rsatkich:

bevosita bilirubin, giperbilirubinemiya
*bilvosita bilirubin, giperbilirubinemiya
transaminaza faolliga oshishi
disprotenemiya, cho’kma sinamalar o’zgarishi

24. O’VG larda o’tning dimlanishiga xos belgilar:

*kuchli sariqlik, xoliuriya kuzatilmasligi, anemiya
ishqoriy fosfataza oshishi
kuchli sariqlik, xoliuriya kuzatilmasligi, anemiya
AlAT,AsAT oshishi, umumiy zaharlanish belgilari kuchsiz
sariqlik, xoliuriya kuzatilmasligi, splenomegaliya

25. O’VG larda xos Deritis koeffisienti:

1 ga teng
*0,75 dan kam
1,3 dan yuqori
1-1,3 orasi

26. O’VG ning oqibati bo’lishi mumkin:

xolestistopankreatit
*sog’ayish
xoletsistit
gemolitik sariqlik

27. O’VG ning sariqlik davri uchun xos bo’lmagan belgi:

jigar elementlari
*gemorragik belgilar
sariqlik
terida qichish

28. O’VG uchun xos bo’lmagan davolash vositalari:

Gepatoprotektorlar
o’t haydovchilar
*Antibiotiklar
spazmolitiklar

29. O’VG xolestatik shaklini davolashda qo’llaniladi:

*xolestiramin, dyufalak, geparin UFO-AK
GKS, gepatoprotektorlar, o’t haydovchi preparatlar
gepatoprotektorlar, o’t haydovchi preparatlar
gepamerst, dyufalak GKS

30. O’VGA ga xos boshlanish:

asta-sekin
nisbatan o’tkir
*o’tkir
to’satdan

31. O’VGA ning epidemiyasini oldini olish tadbirlariga kirmaydi:

*dezinseksiya
bemorni ajratish
dezinfeksiya

maxsus profilaktika

32. O'VGA patogenezi fazalari:

viruslarning mustahkam urnashganligi, enteral, ikkilamchi virusemiya

nazofaringeal, bronxopulmonal virusemiya, gepatostitlar emirilishi

enteral, viruslarning mustahkam urnashganligi, ikkilamchi virusemiya

*enteral, mezenterial, limfa tugunlari yallig'lanishi, birlamchi virusemiya

33. O'VGA rekonvalesstenlari dispanser nazorati muddatlari jumlasiga kirmaydi?

1 oydan so'ng

3 oydan so'ng

*12 oydan so'ng

6 oydan so'ng

34. O'VGA tashxisi va HBs Ag tashuvchanlikni tasdiqlovchi markyorlar:

Ig G anti HAV + HBs Ag

*Ig M anti HAV + HBs Ag

HAV Ag + HBs Ag

HAV Ag + Ig G anti VGA

35. O'VGA uchun xos bo'lmagan sariq oldi davri sindromi:

*artralgik

dispeptik

grippsimon

astenovegetativ

36. O'VGA uchun xos markeri:

*Ig Manti HAV

HbsAg

HbcAg

Hbe Ag

37 "Dorili isitma" tashxisi uchun asosiy belgilar:

kasallik yo'q, yuqori harorat

*hammasi

"sensibilizastiya" dori qabul qilish bilan harorati oshishi

dori moddalarini to'xtatishdan 72 soat

dan keyin tana harorat harorati normallashishi

38 "O sovershenstvo-vanii mer predotvraщenii vozniknoveniya, rasprostraneniya i profilaktiki zabolevaemosti chumoy v Respublike." to'g'risidagi buyruq:

№ 37.2

3.01. 2015

* №1. 02.01.2002

№ 80

28.03. 2012

№ 292. 23.06.1993

39 "Respublikada aholi o'rtasida o'ta xavfli zoantroponoz yuqumli kasalliklarga qarshi olib boriladigan chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida"gi buyruq:

№ 37.

23.01. 2015

*№ 37.

23.01. 2015

№ 80

28.03. 2012

№ 292. 23.06.1993

40 Bakterial infeksiya davosida asosiy molekulyar komponentlar jumlasiga kirmaydi:

arahidon kislota ingibitori (yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar)

*interferonlar

antibakterial dorilar

passiv immuno

terapiya

41 Bakterial infeksiyada infekstion jarayon boshlangich etapida tegishli, ko'rsatilganlardan tashqari

adgeziya

*antigen-antitelokompleks

kolonizastiya

ekzotoksin yoki endotoksinlar

42 Bemor badani va sklerasi sarg'ayishi sabablari:

jigar parenximasining turli mikrooorganizmlar, zaharli moddalar ta'sirida o't suyuqligi ishlab chiqarish faoliyatining buzilishi

* o't yo'liga tosh tiqilish, oshqozon osti bezi o'smasi natijasida bekilib qolishi

eritrostitlarning ko'plab yemirilishi

hammasi to'g'ri

43 Bolalarda 7 kundan ortiq davom etgan isitmada tekshirilmaydi:

Qon surtmasi

*Ko'mikni bakteriologik ekmasi

Lyumbal punkstiya

Qonni bakteriologik tekshirish

44 Bolalarda stastionar yordam ko'rsatish ..... buyruq ilovasi:

№25. 25.01.2012

*№225.10.07.2013

№122.

25.03. 2015

№5.

05.01. 2012

45 Anafilaktik shokda birinchi yordam jumlasiga kirmaydi:

allergenni yuqotish
*neyrolitiklar
garmona terapiya
gipertenziv

46 Doimiy isitma uchun xarakterli emas:

*gipotermiya
yuqori haroratning doimiy xarakterli bo'lishi
harorat 39°C dan yuqori cho'qqida
sutkalik harorat egriligi 1° dan
yuqori

47 Immunogenetik konstepstiya omillariga kirmaydi:

*makroorganizm yoshi, jinsi
virusning antigen begonalik xususiyati
organizm reaktivligi
interferon holati, HLA sistemasi

48 Infeksion kasalliklar davo prinsipi va asosiy yo'nalishi:

*hammasi
qo'zg'atuvchi ta'siri
toksinlar neytralizastiyasi
makroorganizm qo'zg'alishi

49 Yuqumli kasalliklar nospetsifik davo jumlasiga kirmaydi:

*etiotrop terapiya
dezintoksikatsion terapiya
qon preparatlari va qon o'rnini bosuvchi
kortikosteroid
terapiya

50 Virusli infeksiya davosida molekulyar asosga ko'rsatilganlardan qaysi biri xarakterli emas?

*antibiotiklar qo'llanishi
mikroorganizm retseptorlari bloklanishi
retseptorlar kirishi
interferonlar va induktorlar qo'llanilishi

51 Virusli infeksiya uchun xarakterli patogenetik mexanizmlar qaysi?

*sitopatik effekt o'sishi
endotoksinlar mahsuloti
ekzotoksinlar mahsuloti
kompliment tizimi faollashuvi

52 Remittirlovchi (darmonni kuritadigan) isitma kuzatiladigan kasalliklar

*Sepsisda, sil.
qorin tifi va toshmali tif
bezgak
Qaytalama tiflarda

53 Remittirlovchi (darmonni kuritadigan) isitma tavsifi

*Ertalabki va kechki isitmalar farqi 1^{o}C dan ortiq bo'ladi.
Tana harorati asta-sekin, kuniga 0,5-1^{o}C dan ko'tarilib, bir necha kundan so'ng, pasaya boshlaydi.
Tana harorati qisqa muddatda yuqori ko'tarilib, 5-6 ko'p doimiy isitmadagidek saqlanib turadi
Tana harorati to'satdan 39-40^{o}Cgacha ko'tarilib, kun davomida normagacha tushadi.

54 Qiyoslaganda VGA uchun xos belgi:

*bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya, timol sinamasi yuqori
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya,timol sinamasi bir oz ko'tarilgan
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya,timol sinamasi me'yorida
bilvosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya, ALT me'yorida

55 Profilaktik emlashlar uchun qo'llaniladi:

*hammasi
tirik vaksinalar
o'lik vaksinalar
anatoksinlar

56 Intermittirlovchi isitma kuzatiladigan kasalliklar

*Bunday isitma bezgak kasalligiga xosdir.
Bunday isitma Qorin tifi va toshmali tif uchun xos.
Sepsisda, sil kasalligida kuzatiladi.
Qaytalama tiflarda uchraydi.

57 Intermittirlovchi tavsifi

*Tana harorati to'satdan 39-40^{o}C gacha ko'tarilib, kun davomida normagacha tushadi. Haroratning ko'tarilgan va tushgan vaqtdagi farqi 3-4 ^{o}C gacha bo'ladi.
Tana harorati asta-sekin, kuniga 0,5-1^{o}C dan ko'tarilib, bir necha kundan so'ng, pasaya boshlaydi so'ng yana asta ko'tarilib, keyin pasayadi.
Tana harorati qisqa muddatda yuqori ko'tarilib, 5-6 kup doimiy isitmadagidek saqlanib turadi. Keyin to'satdan normagacha pasayib 5-6 kun 37^{o}C dan oshmay turadi.
Ertalabki va kechki isitmalar farqi 1^{o}C dan ortiq bo'ladi. Ammo ertalab pasaygan xolida xam tana harorati 37^{o}C dan yuqoriligicha qoladi.

58 Isitma ko'tarilishiga mos tasnifga kirmaydi:

*gektik
subfebril

yuqori
giperpiretik

59 Isitmada tana harorati kuzatilishining mexanizmlari:

Issiklik urishi, gipirtireoz, zaharlar bilan zaharlanish
Jismoniy zo'riqish, ovqatlanishdan keyin, stirkad ritm.
. *Yuqumli kasalliklar va somatik kasalliklar
Yuqumli kasalliklar, gipirtireoz, stirkad ritm.

60 Isitmaga xos bo'lmagan xususiyat

davomiyligi
ko'tarilish darajasi
*normallashish tartibi
egri chiziklar tavsifi

61 Isitmalayotgan bola anamneziga ahamiyatsiz:

Bosh og'rig'i, meningizm
Isitma davomiyligi
*Isitma egri chizig'i
Teri toshmalari

62 Isitmalayotgan bola anamneziga ahamiyatsiz:

Isitma davomiyligi
Bosh og'rig'i, meningizm
*Isitma egri chizig'i
Teri toshmalari

63 O'GA virusi mansub viruslar oilasi:

*pikornoviruslar
Enteroviruslar
gepadnoviruslar
arboviruslar

64 O'GA virusi markerlarining tashxisiy ahamiyatlisi:

*Ig M anti VGA
AgVGA
AntiVGA
Ig anti VGA

65 Profilaktik emlashlardan maqsad?

*spetsifik immunitetning oshishi
spestifik desenbilizatsiya
surunkali infeksion kasalliklarni davolash
organizm umumiy rezistentligini oshirish

66 Ibn Sino o'rgangan yuqumli kasalliklar

*o'lat, chinchechak, qora oqsoq, ichburug', gepatit
qizamiq, qizilcha, suvchechak
ornitoz, gripp, maymun chechagi
sariq isitma, toksoplazmoz

67 **Ibn Sinoning Yuqumli kasalliklar haqidagi nazariyasi**

*ko'zga ko'rinmas zarrachalar
ko'zga ko'rinmas jonivorlar
miazmalar
mikrorganizmlar

68 Gipertermiyada tana harorati ko'tarilishi mexanizmlari:

*Issiqlik urishi, gipirtireoz, zaharlar bilan zaharlanish.
Yuqumli kasalliklar va somatik kasalliklar
Jismoniy zo'riqish, ovqatlanishdan keyin, stirkad ritm.
Yuqumli kasalliklar, gipirtireoz, stirkad ritm.

69 Harorat yuqoriligiga mos isitma turlari ko'rinishlari:

*ko'rsatilganlarning hammasi
qisman (38-39,9°C)
yuqori (40-40,9 °C)
giperpireksiya
(41°C va yuqori)

70 Tana harorati oshganda me'da-ichak tizimi

*tili va shilliq qavatlar quruqligi
gepatosimiomegaliya
ich ketish, qorinda og'riq
qorin qapchishi, ichaklar quldirishi

71 Tana harorati oshganda MNS tomonidan o'zgarishlarga kirmaydi:

*meningizm
bosh og'rig'i, uyqu buzilishi
holsizlik
qo'zg'alish

72 Tana harorati oshganda nafas olish tizimi o'zgarishi

*nafas tezlashishi, yuzaki bo'lishi
aksirash, yo'tal
tomoq og'rig'i
ko'krak qafasida og'riq

73 Tana harorati oshganda teridagi o'zgarishlar

*teri quruqligi, rangini qizarishi yoki oqimtir tus olishi
terida turli tavsifli toshmalar toshishi
teri sovukligi, namligi
teri qichishi, allergik dermatit

74 Tana harorati oshganda yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlar

*pulsni 10 tagacha ko'payishi kon bosimi oshishi yoki tushshishi
yurakda sistolik shovqin
yurak chegaralari kengayishi
yurak sohasida og'riq

75 To'lqinsimon isitma kuzatiladigan kasalliklar

*Asosan brustellyoz kasalligiga xarakterli.

Bunday isitma qorin tifi va toshmali tif uchun xos. Sepsisda,sil kasalligida kuzatiladi.
Bunday isitma bezgak kasalligiga xosdir.

76 To'lqinsimon isitma tavsifi

*Tana harorati asta-sekin, kuniga 0,5-1^{o}C dan ko'tarilib, bir necha kundan so'ng, pasaya boshlaydi so'ng yana asta ko'tarilib, keyin pasayadi
Tana harorati qisqa muddatda yuqori ko'tarilib, 5-6 kup doimiy isitmadagidek saqlanib turadi. Keyin to'satdan normagacha pasayib 5-6 kun 37^{o}C dan oshmay turadi. So'ngra yana shiddat bilan ko'tarilib, avvalgisiga o'xshash holat takrorlanadi. Tana harorati to'satdan 39-40^{o}C gacha ko'tarilib, kun davomida normagacha tushadi. Haroratning ko'tarilgan va tushgan vaqtdagi farqi 3-4^{o}C gacha bo'ladi
Ertalabki va kechki isitmalar farqi 1^{o}S dan ortiq bo'ladi. Ammo ertalab pasaygan xolida xam tana harorati 37^{o}C dan yuqoriligicha qoladi.

2-mavzu: Parenteral mexanizm bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGB, VGC, VGD). Klinik kechishidagi bosqichlar, og'irlik ko'rsatkichlari.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	. Amaliy mashgolot
Reja	1. Kasallik tasnifini jiddiy o`rganib olish. 2. Kasallikning og`irlik kechimini baholay olish. 3. Virusli gepatit B,C va D etiologiya, Patogonez va klinikasi. 4. Virusli gepatit B,C va D erta aniqlash. 5. Virusli gepatit B,C,A va D davlash va oldini olish.
Mavzuning maqsadi: Virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlarga vaqtli tashxis qo`yish davolash va oldini olish chora-tadbirlarni belgilash. Hozirda bizning regionda uchraydigan yuqumli parenteral gepatitlarni erta aniqlash, kasalxona sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, tashxisini aniqlash va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuquml kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish.	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. "Parenteral mexanizm bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGB, VGC, VGD). Klinik kechishidagi bosqichlar, og'irlik k'rsatkichlari. " amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	5. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 6. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 7. Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	1.Mavzu oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. 2."Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar (B, C, D)" oid interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. 3. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.

2. Asosiy bosqich (90 daqiqa)	1. Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar B, D” 2.«Savolli koptoq” uslubi» interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 4. Multimediyalardan foydalaniladi “Yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot”. 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo’linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Asosiy bosqich (65 daqiqa)	1“Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar C”. Savol-javob o’tkazish. 2.«Sinektika» interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 4. Multimediyalardan foydalaniladi “Yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot”. 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo’linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3. Yakuniy bosqich (25 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. Toksoplazmoz 3. Uyga vazifa beradi. VG asorat va ok ibatlari	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami:5 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)
1. Parenteral virusli gepatitlar etiologiyasi, epidemiologiyasi.
2. Virusli gepatit B patogenez asoslari.
3. Sariqlik sindromi haqida tushuncha, sariqlik turlari, patogenezi.
4. Virusli gepatit C va D patogenez xususiyatlar.
5. Virusli gepatitlarning klinik tasnifi, tashxisini to’zish qoidasi.
6. Laboratoriyaviy tekshiruv usullarining (umumiy va xususiy).
7. Virusli gepatitlarni davolash asoslari va usullari.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:
1 Parenteral virusli gepatitlar etiologik tizimi va tashxisiy markerlari.
2. Virusli gepatit B, C, D yuqish Yo`llari va mexanizmi.
3. Virusli gepatitlarning patogenez asoslari.
4. Virusli gepatitlarning klinik tasnifi, tashxisini to’zish qoidasi.
5. Parenteral virusli gepatitlar asoratlari va oqibatlari.
7. Virusli gepatitlarning laboratoriyaviy tashxisot usullari va bioqimyoviy tahlillar uchun ahamiyati.
8. Virusli gepatitlarni davolash asoslari va usullari.

Virusli gepatitlarni chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to’zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Bioqimiyodan bilirubin almashinuvini tushuntira bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, sariqlikning sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Sariqlik belgisi bilan kechuvchi kasalliklarda siydikda o't pigmentini aniqlash (Rozin sinamasi).

Maqsad: Siydikda o't pigmentlarini aniqlash, siydikdagi bilirubin oqsidlantiruvchi yod taъsirida biliverdinga aylanib yashil tusga kirishini bildirish.

Ko'rsatma: Sariqlik sindromi bilan kechuvchi kasalliklar.

Kerakli anjomlar: Probirka, pipetka, sterillangan rezina qo'lqop, shtativ, 1% li yodning spirtli eritmasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
2.	CHap qo'lga toza probirka olinadi	0	5	10
3.	Probirkaga bemorning siydigidan 4-5 ml solinadi	0	5	10
4.	Siydikli probirka shtativga joylashtiriladi	0	5	10
5.	O'ng qo'l bilan pipetka olinadi	0	5	10
6.	Pipetka bilan 1% li yodning spirtli eritmasi olinadi	0	5	10
7.	Probirka devori bo'ylab asta sekin 1% li yodning spirtli eritmasi siydik bilan tutashguncha solinadi	0	5	10
8.	10-15 soniya kutiladi	0	5	10
9.	Agar reaktsiya ijobiy bo'lsa siydik va yod tutashgan sohada yashil xalqa hosil bo'ladi	0	5	10
10.	YAshil halqa rangining to'qligiga qarab bilirubin darajasi aniqlanadi	0	5	10
	Jami	0	50	100

"Savolli koptoq" uslubi

Maqsad: Talabalarga berilgan muammoni to`g`ri va hozirjavob hal qilishni o`rgatish.

Tamoyillari: O`qituvchi ingichka hoshiyali qog`ozlarga mavzuga tegishli savolarni Yozib chiqadi. Bu qog`ozlarni koptoqcha shaklida skotch yoki kleyli qog`oz bilan shunday Yopishtirilib chiqiladiki, savollar to`liq o`qila olinsin. Koptoqcha talabalardan biriga otiladi. Koptoqni ushlab olgan talaba o`ziga qaratilgan savolni ovoz chiqarib o`qiydi va javob beradi. Agar javob to`g`ri bo`lsa, hamma javobni ko`chirib oladi va o`yin davom etadi. Agar javob noto`g`ri bo`lsa, boshqa talaba to`g`ri javobni aytadi. O`yin hamma bir-bir javob berguncha, savollar tugaguncha davom etadi.

Afzalliklari: Bu o`yinda hamma talaba ishtiroq etadi. Mavzu to`liq muhoqama qilinadi. Bu usul mashg`ulot mazmunini boyitadi, talabalarni tez fikrlab, hozirjavoblikka o`rgatadi, o`quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

Mashg`ulot mavzusi: Virusli gepatitlar B, C, D
O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar:
1. Virusli gepatitlar B tashxisot markerlari.
2. Parenteral virusli gepatit etiologiyasi.
Z. Parenteral virusli gepatitlar epidemiologiyasi
4. Parenteral virusli gepatitlar patogenez asoslari.
5. Virusli gepatit B klinikasi.
6. Virusli gepatit C klinik kechish xususiyatlari.
7. Virusli gepatit D klinik kechish xususiyatlari.
7. Laboratoriyaviy tekshiruv usullarining tashxisot uchun ahamiyati.
8. Parenteral virusli gepatitlar davolash asoslari va usullari.

Dars Yakunida o`qituvchi tomonidan Yakun Yasalib, talabalar baholanadilar.

"Sinektika" uslubi

Maqsad: Bu usul talabaga o`z fikrini to`liq shakllantirishga, o`zaro fikr almashinishga va bilimini mustahkamlashga o`rgatadi.
Tamoyillari: Bu uslub 4 qismdan iborat:
1. To`g`ri analogiya (shu muammoga o`xshash muammolar qanday hal qilinadi) ;
2. Shaxsiy analogiya (masalada qo`yilgan ob`ekt obraziga kirib, uning nuqtai nazaridan fikr yuritish) ;
3. Simvolik analogiya. (muammoning maqsadini bir necha so`z bilan aniq ayta olish) ;
4. Fantastik analogiya. (bu muammoning ertak qahramonlari qanday hal qilgan bo`lar edi) ;
Guruhga o`qituvchi tomonidan savol beriladi. Har bir talaba o`z fikr-g`oyasini izohlaydi. O`yin davomida hech qanday tanqidiy fikr mulohoazalar bildirilmaydi. Shunday qilib, ko`proq g`oyalar kombinatsiyasi rivojlanadi, guruh talabalari fikr ishlab chiqaradigan va ularni qayta ishlaydigan guruhchalarga bo`linadilar. Mavzu to`liq muhoqama qilinadi.
Afzalliklari: Bu usul o`z fikrini boshqa qishiga ayta olish, fikrlash doirasini ancha kengaytirish, fikr almashinish, argumentatsiya, o`z raqiblarini o`zining fikri to`g`riligiga ishontira olish kabi qobiliyatlarni shakllantirishga o`rgatadi.
Mashg`ulot mavzusi: Parenteral virusli gepatitlar.
O`qituvchi tomonidan beriladigan savollar:
1. Virusli gepatitlar B, C, D etiologiyasi.
2. Parenteral virusli gepatitlarning epidemiologiyasi.
Z. Sariqlik sindromi haqida tushuncha, sariqlik turlari.
4. Virusli gepatitlarning klinik tasnifi.
5. Virusli gepatitlarda shifokorlik tashxisini qo`ying.
6. Virusli gepatitlarda parvarishlash rejasini to'zing.
7. Bioximiyaviy laboratoriya tekshiruvtahlillarini interpretatsiya o`tkazish.

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Izoh
Virusli gepatit B kasalligining umumiy ta`rifi.	
Kasallik qo`zg`atuvchisining	

xususiyati	
Kasallik manbai	
yuqish Yo`llari	
Moyillik	
Kasalxonadan chiqarish uchun ko`rsatma:	
VGB, VGC, VGD qo`zg`atuvchisi	
Moyil organizm	
yuqish Yo`li	
Epidemik tarqalish davri	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish
Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Javoblar
Virusli gepatit B, D patogenez bosqichlari.	
Virusli gepatit C patogenetik xususiyatlari.	
Virusli gepatit Vklinikasi.	
Virusli gepatit C va D klinik xususiyatlari.	
Kasallikning laborator tashxisoti	
Kasallikning davolash usullari	
Kasallikda parhezning va Yotoq rejimning ahamiyati	
Bemorlarni parvarishlash	

MAVZU BAYONI

Virusli gepatit B - gepadnoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan parenteral va jinsiy yo'l bilan yuquvchi klinik jigar bioximizmi buzilish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallik bo'lib, ayrim hollarda O'JE bilan asoratlanadigan, surunkali tus oladigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Virusli gepatit B qo'zg'atuvchisini birinchi bo'lib 1965 yil B.S. Blumberg Avstraliya aborigeni qonidan ilk bor noaniq ok sil ajratib oldi, unga "Avstraliya anti-geni" deb nom berdi. HBV ning 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 B virusining HBsAg, HBeAg, antiHBs, antiHBe, IgM anti HBc tashxisiy markyorlari tafovut qilinidi. Bu antigen va antitelolar HBV ning spetsifik kompleksli markyori hisoblanib, bular diagnostik, epidemiologik, prognostik ahamiyatga ega. Virus tashqi muhitga juda chidamli. 20^{o}C da muzlatilganda ko'p yillar davomida saqlanadi. Avtoklavda 180^{o}S gacha qizdirilganda 60 min, quruq bug'da yoki 60^{o}C gacha qizdirilganda 4 soatgacha, 100^{o}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 manbai 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, xastalikning subklinik, noaniq, sariqsiz hamda surunkali kechirayotgan bemorlar yoki surunkali virus tashuvchi (qonida 6 oy va undan ortiq vaqt davomida HBsAg 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'l 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 imunitet uzok muddatgacha va hatto umr bo'yi saqlanishi mumkin, qayta og'rish kamdan-kam uchraydi.

Klinikasi. V 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 HBsAg aniqlanadi.

Kasallikning boshlang'ich davri. Virusli gepatit B da kasallik belgilari asta-sekin rivojlanib boradi, A gepatitga nisbatan B gepatitda xastalik ko'prok dispeptik va asteno-vegetativ sindromlar bilan rivojlanadi va bu belgilar kuchlirok namoyon bo'ladi. Taxminan 20-30% bemorlarda kasallik bo'g'imlardagi og'riq (ko'prok yirik bo'g'imlarda) bilan boshla-nadi. 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 xoli qurib, salga charchashi, mehnat qobiliyatinig pasayishi, ishtahasini pasayishi asosiy belgilar hisoblanadi. Aytib o'tilgan sindromlar sof holda kelmaydi, ko'prok aralash holda uchraydi, kuchlirok 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 siydigidagi bo'ladigan klinik hamda biokimyoviy o'zgarishlar gepatit A da keltirganimizdek bo'ladi. Bulardan tashqari B gepatitda ko'pchilik bemorlar qonida HBsAg aniqlanadi.

B gepatitda boshlang'ich davri 1-2 kundan 3-4 xaftagacha cho'ziladi. A gepatitiga nisbatan 5-6 kun ko'prok davom etadi.

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

Sarg'ayish davri. B gepatitida nisbatan uzok davom etadi, klinik belgilari kuchsiz va to'la nomoyon 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 uzok vaqtgacha holsiz, bequvvat bo'ladilar, ishtahalari yo'qoladi, ko'ngil aynishi hadeb qayd 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 talok ham kattalashgan biroz 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 mmG` soat) va keyinchalik normallashadi.

Qonda bilirubin miqdorining ortish darajasi, hamda jigarning ok sil sintezlash faoliyatining buzilish darajasi kasallikning og'ir yoki engil kechishiga nisbatan mutanosiblik kuzatilsada, fermentlar (AlAT va AsAT) faolligining ortishiga bunday mutanosiblik ko'rilmaydi. Kasallik og'ir kechganda sulema sinamasi ko'rsatkichining va β-LPlar miqdorining keskin kamayishi kuzatiladi. A gepatitlardan farqli o'larok , V 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) tezrok , AlAT faolligi esa sekinrok normallashadi.

B gepatiti og'irrok 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 entsefalopatiyasi (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-epide-miologik 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 takomillashtirilmokda. XX asrning oxirida virusli gepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaktsiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli B gepatitida HBsAg, HBeAg, antiHBe, IgMantiHBs aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo'shimcha virusning DNK si aniqlanadi.

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

1. Virusli gepatitlarning o'tkir shakllarda glyukokortikoidlarni qo'llash masalasida alohida to'xtalish lozim. Uzok yillar mobaynida klinik, morfologik immunologik tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, bu preparatlar o'tkir virusli gepatitda nafaqat infektsion jarayonni uzib qo'yadi, balki sog'ayish jarayonini cho'zadi, zo'riqishlar yuzaga kelishiga olib keladi. Qon zardobida HBsAg, anti HBe, antiHBc, DNK aniqlanaveradi. Mana shu uchun ham glyukokorti-kosteroidlar virusli gepatitlarning o'tkir jigar entsefalopatiyasi 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, vikasol va kaltsiy preparatlari DVS sindrom yuzaga kelganda esa antikoagulyant-geparin buyuriladi .
4. Virusli gepatitlarning og'ir shakllarida ammiak birikmalarini qondan chiqarish maqsadida Gepa-merts (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, 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 gepatitlarda o'tkir jarayonni surunkaliga o'tish xavfi tug'ilganda buyurilishi maqsadga muvofiqdir. Hozirgacha bir necha xil preparatlar (ribavirin, atsiklovir, pantsiklovir, azidotimedin, interferon va hokazolar) etiotrop sinovidan o'tkazildi. Etiotrop davoda nukleozidlarning o'z o'rinlari mavjud. Nukleozidlardan gepatit b virusi replikatsiyasiga ta'sir kiluvchi zeffiks (lamivudin) keng qo'llanmok da.

Interferon preparatlari o'z natijalari bo'yicha keng ko'lamda qo'llanila boshlandi. 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 2 a amaliyotda keng qo'llanilyapti. Yuqoridagi preparat-lardan roferon-alfa –alfa-2 a ijobiy natijalar bermok da. Preparatning ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan tana harorati ko'tarilishi, holsizlik, qaltirash bo'lib hisoblanadi. Yuqorida nojo'ya ta'sirlar kuzatilganda paratsetamol, indome-tatsin kabi preparatlar buyuriladi. Shuni unutmaslik kerakki, bu preparatni uzok belgilanishi natijasida bemor oriqlashi, sochlari to'kilishi mumkin.

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 (shprits 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 vaktsinalari (Htpatjvax B"(AQSH) "Hevac B" (Frantsiya) va rekombinant vaktsinalar "Enqerix B" (Belgiya), Recombivax B "HB-vax"(AQSH) "KombitexLTD" (Rossiya) dan foydalaniladi. Faol emlash Respublika SSV tomonidan emlash rejasiga kiritilgan bo'lib, bola tug'ilganda, 2 oyligida, hamda 9 oyligida o'tkaziladi. Passiv emlash uchun giperimmunoglobulin B (IqHB) qo'llaniladi. IqHB katta yoshlarda 3-5 ml chaqalok larga 0,5 mldan buyuriladi.

VIRUSLI GEPATIT D

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisini surunkali V gepatiti bilan og'rigan bemorlar jigarlari bioptatlaridan immunoflyuoretsentsiya uslubi yordamida 1977 yilda M. Rizzetto tomonidan aniqlangan. Avval uni GB virusining 1 ta antigeni, ya'ni delta antigen - HBAg deb nomlangan. Keyinchalik buni mustaqil va noma'lum gepatitini chaqiruv-chi virus ekanligi e'tirof etilgan va JSST uni D gepatit deb nomlanishini tavsiya etgan. Yuqish yo'li xuddi V va S gepatitdek parenteral, kam xollarda 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 xaftasida zo'riqish (klinik yoki fermentatic) kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda kasallik siklik kechib sog'ayish bilan tugaydi. O'tkir D gepatiti superinfeksiyada o'tkir D gepatiti surunkalidek qayd kilinadi. Agar vaqtli 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 kechishda askariyat hollarda og'ir fulminat shakllari qayd qilinib, o'lim holatlari kuzatiladi va ba'zi xolatlarda surunkali shakllariga aylanadi.

Fulminat gepatit. Bu shakl askariyat hollarda superinfeksiyada, kam holatlarda koifektsiyada yuzaga keladi. O'zining klinik kechishiga ko'ra VGV 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 gepatitida HBsAg, IgMantiHDV aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo’shimcha viruslar DNK, RNK lari mavjudligi o’rganiladi.

Davosi va oldini olish VGBnikidek.

VIRUSLI GEPATIT C

Etiologiyasi. Gepatit C virusi bir zanjirli RNK saqlagan flaviviruslar oilasiga mansub dir. Virion diametri 30-60 nmga teng bo’lib, ok sil lipidli tashqi menbrana bilan qoplangan. Infeksiya markyorlari bo’lib virus RNKsi va anti NSV hisoblanadi. Tashxisot uchun anti HCV katta ahamiyat kasb etadi. Virusning o’ziga xos xususiyatlaridan biri uning gene tik xilma-xilligidadir. Hozirgi kunda virusning 6 ta genotipi va 11 sub-tiplari mavjud.

Epidemiologiyasi. C gepatitida infeksiya manbai kasallikning turli klinik shakllarini boshidan o’tkazayotgan bemorlar hisoblanadi. Kasallikning epidemiologik xususi- yatlari gepatit Bnikiga mos keladi. GC virusining yuqishi turli parenteral yo’llar orqali amalga oshadi. GC virusi ko’prok qon va qon maxsulotlarini quyish, hamda tibbiy muolojalar o’tkazishda yuqib qoladi. Kasalikning yuqishda jinsiy yo’l ham katta ahamiyat kasb etadi.

Klinikasi. Infeksiyaning kechish davrlari, kasallik shakllari. VGCning asosiy xususiyatlaridan biri kasallikning latent- subklinik kechishi, uzok muddatda aniqlanmasligidir. Shu bilan birga asta-sekin rivojlanib, keyinchalik jadallashib jigar sirrozi va jigarning birlamchi o’smasi bilan tugallanishi mumkin. VGC kasalligi uzok yil-lar 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 qismida kasallik aniqlanmay qoladi. Mana shu uchun ham GCning 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 HCV – RNK aniqlashdan iborat. HCV – PHK qon zardobida antitelolar paydo bo’lmasdan, AlAT faolligi me'yordaligida aniqlanadi. Anti-telolardan oldin anti NSV shaklida gipertransaminazemiya xos bo’lib, me'yoridan 5 –10 marta oshadi. AlAT faolligini 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, kamquvvatlilik, 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 yumshok ligi aniqlanadi. Kasallik past darajali umumiy zaharlanish belgilari bilan engil kechadi. Bemorlarda sariqlik paydo bo’lishi tashxisni osonlashtiradi. Sariqlik past darajada namoyon bo’ladi. Tashxis asosan virus markerlari HCV-PHK aniqlanishi va AlAT 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 belgilarsiz 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 AlAT faolligining 1,5-2 barobar oshganligi, to’lqinsimon xarakterligi qayd qilinadi. Ko’pchilik bemorlarda esa AlAT faolligi me'yorida bo’ladi. Bu davr surunkali virus tashuvchi davr hisoblanadi. Qayta faollashish davri o’z ichiga surunkali gepatit, jigar sirrozi va gepatokartsinomani oladi.

Surunkali gepatit. HCV-infeksiyasining asosiy klinik shakli hisoblanadi. Bu shakl ko’pincha katta yoshdagilarda qayd qilinadi. SGC klinik tavsifi jihatidan SAG ning engil kechishiga o’xshab ketadi. Bemorlarda sub'ektiv va ob'ektiv belgilar namoyon bo’lmasada, giperfermentemiya doimiy yoki davriy kuzatiladi, asteniya belgilari: tez charchash, lohaslik,

uyqu buzilishi, mexnat qobiliyatini susayishi kuzatiladi. Ishtaha pasayishi, vazn yo'qotishi xos bo'lib, ob'ektiv 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 uzok ta'sir etuvchi shakli Pegasis 180mkg haftasiga 1 marta ribavirin bilan birgalikda qo'llanilmok da.

Profilaktikasi. Umumiy epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar parenteral yo'li bilan yuquvchi virusli gepatitlarnikidek amalga oshiriladi. Xususiy profilaktika ishlab chiqilmagan.
Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar (B, C, D) mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	Talaba VGB, VGC, VGD mavzulari bo`yicha ijod qilish darajasiga bilimga ega. To`g`ri, kamchiliksiz bemornoma to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. Talaba amaliyotda baholab, bilimini umumlashtira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	YAxshi "4"	VGB, VGC, VGD mavzulari bo`yicha kasallikning klinik kechishini va tashxisot usullarini biladi. bemorlarni davolash, profilaktikasini tushunib, biladi va qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-64.	Qoniqarli "3"	VGB, VGC, VGD mavzulari bo`yicha tasavvurga ega, davolash, dispanser nazorati va profilaktika bo`yicha qoniqarli bilimga ega minimal talablarga javob beradi.	1-daraja: tasavvur etish darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi "2".	Muxoqoma qilinadigan mavzu bo`yicha tasavvurga ega emas, dars materiallarini o`zlashtirmagan. Darsga tayyor emas (qonspekt qilinmagan, o`quv qurollari Yo`q).	0-daraja: mutloq tasavvur yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 5 multimedialar 3

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)
1- Masala:
Bemor C. , 18 Yosh. Kasalligi 19. 04da quvvatsizlik, ishtahaning pasayishi, oshqozon sohasida biroz og`riq, ko`ngil aynish, keyinchalik bir marotaba qusish kabi alomatlar bilan boshlangan. 21. 04da bemorning ahvoli bir muncha og`irlashgan, keskin holsizlik, bosh aylanishi, ishtahaning mutlaqo Yo`qolishi, qayta -qayta qusish ko'zatilib, siydik rangi to`qlashgan, najas esa rangsizlashgan. 22. 04 da teri va ko`z oqida sariqlik paydo bo`lgan. Kasallikning 7-kunida ko`rilganda bemorning axvoli o`rtacha, tana harorati 36. 5 C. Bemor juda lohas, tez-tez qusgisi kelib turgan. Teri va shilliq qavatlari sarg`aygan, terida qashlash izlari bo`lgan. O`pkada nafas vyozikulyar, yurak tonlari biroz xiralashgan. Puls 2 minutda 68 marotaba, ritmik. A/B 100/70 mm. sim. ust. Tili karashlagan. Qorin shakli o`zgarmagan, yumshoq, to`sh pastki qismi biroz og`riqli.
Jigarning pastki chegarasi qobirg`a ostidan 1, 5 sm chiqib turibdi, elastik, biroz og`riqli. Taloq biroz kattalashgan. Siydik to`q jigarrang. Najas rangsiz.

1. Tashxisni shakllantiring va asoslang.
2. Bemorni tekshirib ko`rish rejasini to'zing.

2-Masala.

Bemor N. , 50 Yosh, klinikaga kasallikning 22 kunida kelgan. 3 hafta davomida bemorni umumiy quvvatsizlik, ishtahaning pastligi va ayniqsa bo`g`imlarda (qo`lning mayda, oyok larning yirik bo`g`imlarida) kuchli og`riq bezovta qilgan. Kasalxonaga kelishdan bir kun oldin teri va ko`zda sariqlik ko`rilgan. Bo`g`imlardagi og`riq kamaygan. O`pkada zararlanish alomati Yo`q. Yurak tonlari xiralashgan, yurak cho`qqisida sistolik shovqin eshitilgan. Puls-ritmik, bir minutda 68 marotaba. Til qurigan, kulrang karash bilan qoplangan. Qorni yumshoq, og`riqsiz. Jigarning o`ng bo`limining pastki qirg`og`i qovurg`a ostidan 3 sm chiqib turibdi, chap bo`limi esa kattalashgan. Taloq kattalashmagan. Siydik to`q jigar rangda, najasi rangsiz kasallanishidan 4 oy oldin operatsiya (chov grijasi bo`yicha) o`tkazilgan.

1. Tashxis qo`ying.

2. Bemorlarni tekshirib ko`rish rejasini ayting.

3- Masala.

Bemor M. , 39yoshda. Klinikaga kasallikning 12 kunida keskin quvvatsizlik ko`ngil aynish, qayta qusish va sariqlikka shikoyatlanib kelgan. Sariqlik bo`lgunga qadar 10 kun davomida bemorda holsizlik, ishtahaning paydo bo`lguniga qadar 10 kun davomida bemorda holsizlik, ishtahaning pasayishi, ko`ngil aynish va goh-goh qusish alomatlari ko'zatilgan. Tana harorati subfebril darajada bo`lgan.

Bemorning terisi va ko`rinuvchi shilliq qavatlarida sariqlik kuchli. O`pkada nafasi vyozikulyar. yurak tonlari biroz xiralashgan. Til karashlangan. Jigar qobirg`a ostidan 4 sm chiqqan, qattiqlashgan. Taloq xam biroz kattalashgan.

Anamnezida aniqlanishicha kasallanishdan 2 oy oldin oshqozon Yara kasalligi tufayli qon Yo`qotganligi sababli, unga qon quyilgan.

a) Tashxis qo`ying

b) Bemorni tekshirib ko`rish rejasini va davo rejasini to'zing

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

KEYS-METOD (CASE STUDY). Viloyat Sog'liqni saqlash boshqarmasiga 18 yoshli bemor G'. kasalxonada "O'tkir virusli gepatit B, sariqli shakli, og'ir kechishi" tashxisi bilan davolanib chiqishida tibbiy xodimlarni sifatsiz davo muolajalarini o'tqazganliklari to'g'risida shikoyat qildi. Quyidagi kasallik tarixini tahlil qilib, ekspert sifatida vrachning tashxisot va davolash taktikasiga baho bering.

Bemor G',18 yoshda kasallik tarixi № 945/371. Bemor kasallikning 11 kuni umumiy holsizlik, darmonsizlik, ishtaha pastligi, ko'ngil aynash, qusish qorin qapchishi, qorinda og'riq, teri va sklera sariqligi, siydik rangi qizarishi kabi shikoyatlar bilan kasalxonaga murojaat qildi.

Epidemiologik anamnezdan 2 oy ilgari stomatolog ko'rigida bo'lib, tish tortirgan.

Kasallik asta-sekin, holsizlanish, darmonsizlanish, bo'g'imlarda og'riq, tana haroratining 37,5^{o}S darajada ko'tarilishi bilan boshlandi. Kasallikning 9 kuni siydik qizarishi, 10 kuni ko'z sklerasi sariqligini sezgan. Ko'rik paytida bemorning umumiy ahvoli og'ir. Bemorning holati faol. Teri va sklerasi rangi sariq, darajasi (++). Mahalliy limfa tugunlari (bo'yin, qo'ltiq osti) no'xatdek kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan, bir-biri va atrof to'qima bilan birikmagan. Harakat-tayanch tizimi o'zgarishsiz. Nafas olishi erkin, burun orqali. Auskultativ o'pka ustida qattiq vezikulyar nafas eshitiladi, xirillashlar yo'q. Tomir urishi minutiga 86-90 marta, qoniqarli to'liqlikda, A/B 110/70 mm. sim.ust. Yurak tonlari bo'g'iq, shovqinlar eshitilmaydi. Lablari quruq, tili oq-sariq karash bilan qoplangan, bodomcha bezlari bir oz qizargan. Qorin qapchigan,chuqur paypaslaganda o'ng qovurg'a sohasida og'riq aniqlanadi. Jigar o'lchamlari +1,5+2,0 smga kattalashgan, o'rtacha qattiqlikda, og'riqli. Taloq 0,5 smga kattalashgan. Siyishi erkin, og'riqsiz, rangi qizg'ish. Ichi kuniga 2 mahal, rangsiz.

Laboratoriyaviy tekshiruvlar natijalari: umumiy qon tahlili: NV-90,0 g/l, rangli ko'rsatkich- 0,9, eritrostitlar 3,2x10 g/ l, leykostitlar-5,6x10/l, eozinofillar 6%, neytrofillar 62%, limfostitlar 20%, monostitlar 1%, EChT-20 mm/ soat. trombostitlar -190 x10^{9}l ming. Siydik rangi qizg'ish, solishtirma og'irligi-1012, o't kislotalari va urobilinoidlar musbat. Qonning

biokimyoviy tahlili: umumiy bilirubin-186,0 mkmol/l, AlAT-5,32 mmol/s/l, AsAT-2,3 mmol/s/l , protrombin indeksi 62%, timol sinamasi 10 birlik, sulema sinamasi-1,2 ml. Koprostitogramma: najas rangi kulrang. Klinik tashxis: O'tkir virusli gepatit V (NVsAg musbat), sariqli shakli, og'ir kechishi .

Bemorga quyidagi davo vositalari: to'shakli rejim, ko'proq suyuqliklar istemoli, vena ichiga 10% li glyukoza, tuzli eritmalar (disol,trisol), reopoliglyukin, kontrikal, ichishga polivitaminlar, xolosas, no-shpa, kreon, dyufalak buyurildi. Kasallikning 29 kuni bemorning ahvoli yaxshilandi, ishtaha paydo bo'ldi, teri va sklerasi sariqligi yo'qoldi, qorinda og'riq to'xtadi, siydik va najas rangi me'yorlashdi.

Laboratoriyaviy tekshiruvlar natijalari: umumiy qon tahlili: NV-112,0 g/l, rangli ko'rsatkich- 1.0, eritrostitlar 3,9x10 g/ l, leykostitlar-6,1x10/l, eozinofillar 2%, neytrofillar 52%, limfostitlar 32%, monostitlar 1%, EChT-4 mm/ soat. trombostitlar -220x10^9l ming. Siydik rangi qizg'ish, solishtirma og'irligi-1012, o't kislotalari va urobilinoidlar musbat. Biokimyoviy tahlillar natijasi: umumiy bilirubin 24,06 mkmol/l, AlAT- 0,94 mkmol/s/l, AsAT-0,52 mkmol/s/l, protrombin indeksi 82%, timol sinamasi 8 birlik, sulema sinamasi-1,6 ml. NVsAg manfiy. Bemor kasallikning 36 kunida qoniqarli ahvolda kasalxonadan chiqarildi.

Taqdim etilgan kasallik tarixini tashxisot va davolash standartlari asosida tahlil qilib, quyidagi savollarga javob bering. 1.Vrach kasallikning tashxisot standarti va SSV buyruqlari ko'rsatmalari doirasida tekshiruvlarni o'tqazdimi? 2. Vrach kasallikning davolash standarti va SSV buyruqlari ko'rsatmalari asosida davoladimi? 3. Sizning taktikangiz qanday bo'ladi.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing::
mikonazol, roferon-A, benzilpenistillin

1..Rp.: Sol. Roferon-A 1.000.000 XB. N.15
(savdo nomi)
Interferon Alfa-2a
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Haftasiga 3 marta teri ostiga yuborilsin.

2.Rp.: Benzylpenicillini natrii 500.000 TB N. 20
(savdo nomi)
Benzylpenicillin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Flakondagi kukunni 0.5% - 5 ml novokainga eritib, kuniga 4 maxal 5 kun davomida m/o ga(sinamadan so'nd) yuborilsin.

3.Rp.: Tabl. Miconazoli 0,02 N.10
(savdo nomi)
Miconazole
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan 2mahal ichilsin.

4.Rp.: Sol.Pegasys 180 mkg N.8
(savdo nomi)
Peginterferon Alfa 2a
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. haftasiga 1marta mushak orasiga yuborilsin.

2-Mavzu: Parenteral mexanizm bilan yuquvchi B, C, D virusli gepatitlari

1. **Virusli gepatit B ning qaysi shakli prodromal davrida ko'proq uchraydi?**

*artralgik
grippsimon
gastrointestinal
gemorragik

2. Virusli gepatit B uchun xarakterli bo'lmagan serologik markyor?

HBsAg
*anti – HAVIgM
anti - HVcorIgM
anti - HVeIgM

3.Virusli gepatitning qaysi turida patologik jarayonning surunkali jarayonga o'tishi va oqibati sirroz bilan tugashi ko'proq kuzatiladi?

virusli gepatit A
virusli gepatit B
*virusli gepatit C
virusli gepatit E

4.Surunkali gepatit bilan qiyoslash uchun xos bo'lmagan kasallik:

*xoletsistit
jigar abssessi
jigar sirrozi
jigar o'smasi

5.Surunkali gepatit uchun xos bo'lmagan belgi:

Teri va sklerada sariqlik
*Meningeal belgilar
Tarayev kafti
gepatolienal sindrom gemorragik belgilar

6.Surunkali gepatit uchun noxos davo usuli:

*Regidratastion
Gepatoprotektorlar
Vitaminoterapiya
O't haydovchi vositalar

7.Surunkali v gepatit uchun noxos tekshirish usuli:

*orqa miya suyuqligi tahlili
jigar UZI si
oqsil frakstiyalarining tekshirish
koagulogramma ko'rsatkichlar

8 Virusli gepatit V da jigar hujayrali sitolizi sababini ko'rsating?

o't yo'llari shikastlanishi
virusning gepatostitlarga bevosita ta'siri
*virus antigenlari va autoantigenlariga nisbatan immun javob

antigenlarning gepatostitlarga bevosita ta'siri

9 Surunkali gepatit bilan qiyoslash uchun xos bo'lmagan kasallik:

jigar abssessi
*xoletsistit
jigar sirrozi
jigar o'smasi

10 Surunkali gepatit uchun xos bo'lmagan belgi:

Teri va sklerada sariqlik
Tarayev kafti
gepatolienal sindrom gemorragik belgilar
*Meningeal belgilar

11 Surunkali gepatit uchun noxos davo usuli:

*Regidratastion
Gepatoprotektorlar
Vitaminoterapiya
O't haydovchi vositalar

12 Surunkali replikativ gepatitda kuzatiladigan belgilar:

6 oydan ko'p davom etishi, davriy o'ng kovurga ostida og'riq, giper fermentemiya, siydik rangi o'zgarmasligi kasalda asstit, palmar eritema, jigar elementlari topilishi
*6 oydan ko'p davom etishi, terida jigar belgilari, sariqlik belgilari, tez-tez takrorlanishi, jigar qattiqligi
6 oydan ko'p davom etishi, davriy o'ng kovurga ostida og'riq, giper fermentemiya, siydik rangi o'zgarishi
6 oydan ko'p davom etishi, davriy, giper fermentemiya, siydik rangi o'zgarishi, axoliya

13 Surunkali v gepatit uchun noxos tekshirish usuli:

*orqa miya suyuqligi tahlili
jigar UZI si
oqsil frakstiyalarining tekshirish
koagulogramma ko'rsatkichlar

14 VGD ko-infeksiya tushunchasi:

Gepatit D virusining HBs Ag tashuvchilarga yuqishi
Gepatit D virusining SBGV ga yuqishi
*Gepatit D va B viruslarni birga yuqishi
Gepatit D va GA viruslarining birga yuqishi

15 VGD koinfeksiyasini ko'rsatuvchi markyorlar:

*IgM anti HBc, HBsAg IgM anti HDV, HBeAg
HBsAg, Ig G anti HDV, HBeAg
HBeAg, Ig G anti HDV, HBxAg
HBsAg, DNK, HDV antigen

16 VGD ning tashxisoti uchun muhim markyor:

*Anti HDV Ig M
HBs Ag,
HDV Ag
Anti HDV Ig G

17 VGD superinfeksiya ko'rsatuvchi markyorlar:
*HBsAg, Ig M anti HDV, HBeAg
IgM anti HBc, HBsAg IgM anti HDV, HBeAg
HBeAg, Ig G anti HDV, HBxAg
HBsAg, DNK, HDV antigen

18 VGBni davolashda qo'llaniladigan nukleozid:
Ribovirin
Azidotimidin
Panstiklovir
*Zefiks

19 VGCni davolashda qo'llaniladigan nukleozid:
Zefiks
*ribovirin
Azidotimidin
Atsiklover

20 O'tkir virusli B gepatitda patogenez asoslangan:
*immunogenetik konstepstiya
virusning gepatostitga ta'siri
virusning eritrostitga ta'siri
"autoantigen-autoantitelo" ta'siri

21 O'tkir virusli B gepatiti boshlang'ich davrida xos variantlar:
grippsimon, dispeptik, astenovegetativ
*artralgik, dispeptik, astenovegetativ
dispeptik, astenovegetativ, aralash
latent, dispeptik, astenovegetativ

22 O'tkir virusli B gepatitda patogenez asoslangan:
virusning gepatostitga ta'siri
*immunogenetik konstepstiya
virusning eritrostitga ta'siri
"autoantigen-autoantitelo" ta'siri

23 O'tkir virusli B gepatiti boshlang'ich davrida xos variantlar:
grippsimon, dispeptik, astenovegetativ
dispeptik, astenovegetativ, aralash
*artralgik, dispeptik, astenovegetativ
latent, dispeptik, astenovegetativ

24 O'VC tashxisi uchun ahamiyatli marker
HCVAg
anti HCV
HBc Ag
*anti HCVIgM

25 Brudzinskiy yuqori belgisi tavsifi:
tizza va chanok-son bo'g'imlarida buqilgan oyokni yozganda bo'g'imlarda og'riq va qarshilik sezadi
* bemorning iyagini ko'krakka tegizmokchi bo'lganda, oyoklari tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukiladi.
vrach chap kulini bemor kukragiga qo'yib , o'ng kuli bilan bemor iyagini kukragiga tegizmokchi bulsa qarshilik va og'riq kuzatiladi.
bemorning bir oyogi tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukilsa, ikkinchi oyogi uz xolicha tizza va chanok –son bo'g'imida bukiladi.

26 Brudzinskiyning o'rta belgisi tavsifi:
tizza va chanok-son bo'g'imlarida buqilgan oyokni yozganda bo'g'imlarda og'riq va qarshilik sezadi
*bemor qov sohasi bosilganda, oyoklari tizza va chanok –son bo'g'imida bukiladi.
bemorning iyagini ko'krakka tegizmokchi bo'lganda, oyoklari tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukiladi.
bemorning bir oyogi tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukilsa, ikkinchi oyogi uz xolicha tizza va chanok –son bo'g'imida bukiladi.

27 Brudzinskiyning pastki belgisi tavsifi:
vrach chap kulini bemor kukragiga qo'yib , o'ng kuli bilan bemor iyagini kukragiga tegizmokchi bulsa qarshilik va og'riq kuzatiladi
*bemorning bir oyogi tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilsa, ikkinchi oyogi uz holicha tizza va chanoq –son bo'g'imida bukiladi.
bemorning iyagini ko'krakka tegizmokchi bo'lganda, oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukiladi.
bemorning chanoq son va tizza bo'g'imlarida buqilgan oyogini yozishga harakat qilinganida shu oyoqning bosh barmogi yoziladi

28 Kam uchraydigan VG:
VGA
VGB
*TVGG, T
VGE

29 Kasalanish darajasi boshqarilishi mumkin bo'lgan VG:
virusli E gepatiti
virusli C gepatiti
*virusli B gepatiti
virusli A gepatiti

30 Siydikda o't pigmentlari aniqlanmaydigan sariqlik turini aniqlang:
*jigar usti
jigar osti
jigarga alokador

jigar osti va jigarga alokador

31 Siydikda o't pigmentlarini aniqlash uchun foydalanilmaydigan vositalar:

*flakon
pipetka
probirka
bemorni siydigi

32 Siydikda o't pigmentlarini aniqlash uchun foydalaniladigan preparatlar

*1% li spirtli yod
5% li yod
kaliy permanganat
furastillin

33 Qiyoslaganda gemolitik sariqlik uchun xos belgilar:

*bilvosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya,AlAT me'yorida
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya,timol sinamasi yuqori,sulema sinamasi past,
giperbilirubinemiya, gipergammaglobulinemiya
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya, timol sinamasi me'yorida, sulemasinamasi past,gammaglobulinlarme'yorida
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya, timol sinamasi me'yorida, sulemasinamasi me'yorda, gammaglobulinlar me'yorida

34 Pigment almashinuv bosqichlariga kirmaydi:

*jigarda eritrostitlar parchalanishi
eritrostitlar yemirilishi
gepatostitlar tutib qolishi, konyugastiya
ekskretsiya

35 Pigment almashinuvi buzilganda gemolitik sariqlikda siydikda aniqlanadi:

*urobilin
urobilin, o't kislotasi
o't kislotasi
sterkobilin

36 Pigment almashinuvi buzilganda mexanik sariqlikda siydikda aniqlanadi:

* o't kislotasi
urobilin
urobilin, o't kislotasi
sterkobilin

37 O'GB virusi markerlari jumlasiga kirmaydi:

*Ig M anti HAV
HBsAg
HBcAg
Ig M anti HBV

38 O'GC virusi markeri;

*anti HCV
anti HAV
HBs Ag
anti HDV

2-Mavzu: Parenteral mexanizm bilan yuquvchi B, C, D virusli gepatitlari

3. Virusli gepatit B ning qaysi shakli prodromal davrida ko'proq uchraydi?

*artralgik
grippsimon
gastrointestinal
gemorragik

4. Virusli gepatit B uchun xarakterli bo'lmagan serologik markyor?

HBsAg
*anti – HAVIgM
anti - HVcorIgM
anti - HVeIgM

3.Virusli gepatitning qaysi turida patologik jarayonning surunkali jarayonga o'tishi va oqibati sirroz bilan tugashi ko'proq kuzatiladi?

virusli gepatit A
virusli gepatit B
*virusli gepatit C
virusli gepatit E

4.Surunkali gepatit bilan qiyoslash uchun xos bo'lmagan kasallik:

*xoletsistit
jigar abssessi
jigar sirrozi
jigar o'smasi

5.Surunkali gepatit uchun xos bo'lmagan belgi:

Teri va sklerada sariqlik
*Meningeal belgilar
Tarayev kafti
gepatolienal sindrom gemorragik belgilar

6.Surunkali gepatit uchun noxos davo usuli:

*Regidratastion
Gepatoprotektorlar
Vitaminoterapiya
O't haydovchi vositalar

7.Surunkali v gepatit uchun noxos tekshirish usuli:

*orqa miya suyuqligi tahlili

jigar UZI si
oqsil frakstiyalarining tekshirish
koagulogramma ko’rsatkichlar

9 Virusli gepatit V da jigar hujayrali sitolizi sababini ko’rsating?

o’t yo’llari shikastlanishi
virusning gepatostitlarga bevosita ta’siri
*virus antigenlari va autoantigenlariga nisbatan immun javob

antigenlarning gepatostitlarga bevosita ta’siri

9 Surunkali gepatit bilan qiyoslash uchun xos bo’lmagan kasallik:

jigar abssessi
*xoletsistit
jigar sirrozi
jigar o’smasi

39 Surunkali gepatit uchun xos bo’lmagan belgi:

Teri va sklerada sariqlik
Tarayev kafti
gepatolienal sindrom gemorragik belgilar
*Meningeal belgilar

40 Surunkali gepatit uchun noxos davo usuli:

*Regidratastion
Gepatoprotektorlar
Vitaminoterapiya
O’t haydovchi vositalar

41 Surunkali replikativ gepatitda kuzatiladigan belgilar:

6 oydan ko’p davom etishi, davriy o’ng kovurga ostida og’riq, giper fermentemiya, siydik rangi o’zgarmasligi kasalda asstit, palmar eritema, jigar elementlari topilishi
*6 oydan ko’p davom etishi, terida jigar belgilari, sariqlik belgilari, tez-tez takrorlanishi, jigar qattiqligi
6 oydan ko’p davom etishi, davriy o’ng kovurga ostida og’riq, giper fermentemiya, siydik rangi o’zgarishi
6 oydan ko’p davom etishi, davriy, giper fermentemiya, siydik rangi o’zgarishi, axoliya

42 Surunkali v gepatit uchun noxos tekshirish usuli:

*orqa miya suyuqligi tahlili
jigar UZI si
oqsil frakstiyalarining tekshirish
koagulogramma ko’rsatkichlar

43 VGD ko-infeksiya tushunchasi:

Gepatit D virusining HBs Ag tashuvchilarga yuqishi
Gepatit D virusining SBGV ga yuqishi
*Gepatit D va B viruslarni birga yuqishi
Gepatit D va GA viruslarining birga yuqishi

44 VGD koinfeksiyasini ko’rsatuvchi markyorlar:

*IgM anti HBc, HBsAg IgM anti HDV, HBeAg
HBsAg, Ig G anti HDV, HBeAg
HBeAg, Ig G anti HDV, HBxAg
HBsAg, DNK, HDV antigen

45 VGD ning tashxisoti uchun muhim markyor:

*Anti HDV Ig M
HBs Ag,
HDV Ag
Anti HDV Ig G

46 VGD superinfeksiya ko’rsatuvchi markyorlar:

*HBsAg, Ig M anti HDV, HBeAg
IgM anti HBc, HBsAg IgM anti HDV, HBeAg
HBeAg, Ig G anti HDV, HBxAg
HBsAg, DNK, HDV antigen

47 VGBni davolashda qo’llaniladigan nukleozid:

Ribovirin
Azidotimidin
Panstiklovir
*Zefiks

48 VGCni davolashda qo’llaniladigan nukleozid:

Zefiks
*ribovirin
Azidotimidin
Atsiklover

49 O’tkir virusli B gepatitda patogenez asoslangan:

*immunogenetik konstepstiya
virusning gepatostitga ta’siri
virusning eritrostitga ta’siri
“autoantigen-autoantitelo” ta’siri

50 O’tkir virusli B gepatiti boshlang’ich davrida xos variantlar:

grippsimon, dispeptik, astenovegetativ
*artralgik, dispeptik, astenovegetativ
dispeptik, astenovegetativ, aralash
latent, dispeptik, astenovegetativ

51 O’tkir virusli B gepatitda patogenez asoslangan:

virusning gepatostitga ta’siri
*immunogenetik konstepstiya
virusning eritrostitga ta’siri
“autoantigen-autoantitelo” ta’siri

52 O’tkir virusli B gepatiti boshlang’ich davrida xos variantlar:

grippsimon, dispeptik, astenovegetativ

dispeptik, astenovegetativ, aralash
*artralgik, dispeptik, astenovegetativ
latent, dispeptik, astenovegetativ

53 O'VC tashxisi uchun ahamiyatli marker

HCVAg
anti HCV
HBc Ag
*anti HCVIgM

54 Brudzinskiy yuqori belgisi tavsifi:

tizza va chanok-son bo'g'imlarida buqilgan oyokni yozganda bo'g'imlarda og'riq va qarshilik sezadi
* bemorning iyagini ko'krakka tegizmokchi bo'lganda, oyoklari tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukiladi.
vrach chap kulini bemor kukragiga qo'yib , o'ng kuli bilan bemor iyagini kukragiga tegizmokchi bulsa qarshilik va og'riq kuzatiladi.
bemorning bir oyogi tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukilsa, ikkinchi oyogi uz xolicha tizza va chanok –son bo'g'imida bukiladi.

55 Brudzinskiyning o'rta belgisi tavsifi:

tizza va chanok-son bo'g'imlarida buqilgan oyokni yozganda bo'g'imlarda og'riq va qarshilik sezadi
*bemor qov sohasi bosilganda, oyoklari tizza va chanok –son bo'g'imida bukiladi.
bemorning iyagini ko'krakka tegizmokchi bo'lganda, oyoklari tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukiladi.
bemorning bir oyogi tizza va chanok-son bo'g'imlarida bukilsa, ikkinchi oyogi uz xolicha tizza va chanok –son bo'g'imida bukiladi.

56 Brudzinskiyning pastki belgisi tavsifi:

vrach chap kulini bemor kukragiga qo'yib , o'ng kuli bilan bemor iyagini kukragiga tegizmokchi bulsa qarshilik va og'riq kuzatiladi
*bemorning bir oyogi tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilsa, ikkinchi oyogi uz holicha tizza va chanoq –son bo'g'imida bukiladi.
bemorning iyagini ko'krakka tegizmokchi bo'lganda, oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukiladi.
bemorning chanoq son va tizza bo'g'imlarida buqilgan oyogini yozishga harakat qilinganida shu oyoqning bosh barmogi yoziladi

57 Kam uchraydigan VG:

VGA
VGB
*TVGG, T
VGE

58 Kasalanish darajasi boshqarilishi mumkin bo'lgan VG:

virusli E gepatiti
virusli C gepatiti
*virusli B gepatiti
virusli A gepatiti

59 Siydikda o't pigmentlari aniqlanmaydigan sariqlik turini aniqlang:

*jigar usti
jigar osti
jigarga alokador
jigar osti va jigarga alokador

60 Siydikda o't pigmentlarini aniqlash uchun foydalanilmaydigan vositalar:

*flakon
pipetka
probirka
bemorni siydigi

61 Siydikda o't pigmentlarini aniqlash uchun foydalaniladigan preparatlar

*1% li spirtli yod
5% li yod
kaliy permanganat
furastillin

62 Qiyoslaganda gemolitik sariqlik uchun xos belgilar:

*bilvosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya,AlAT me'yorida
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya,timol sinamasi yuqori,sulema sinamasi past,
giperbilirubinemiya, gipergammaglobulinemiya
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya, timol sinamasi me'yorida, sulemasinamasi past,gammaglobulinlarme'yorida
bevosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya, timol sinamasi me'yorida, sulemasinamasi me'yorda, gammaglobulinlar me'yorida

63 Pigment almashinuv bosqichlariga kirmaydi:

*jigarda eritrostitlar parchalanishi
eritrostitlar yemirilishi
gepatostitlar tutib qolishi, konyugastiya
ekskretsiya

64 Pigment almashinuvi buzilganda gemolitik sariqlikda siydikda aniqlanadi:

*urobilin
urobilin, o't kislotasi
o't kislotasi
sterkobilin

65 Pigment almashinuvi buzilganda mexanik sariqlikda siydikda aniqlanadi:
* o’t kislotasi
urobilin
urobilin, o’t kislotasi
sterkobilin

66 O’GB virusi markerlari jumlasiga kirmaydi:
*Ig M anti HAV
HBsAg
HBcAg
Ig M anti HBV

67 O’GC virusi markeri;
*anti HCV
anti HAV
HBs Ag
anti HDV

3-mavzu: **VGB,C,D Asoratlari- O’tkir jigar entsefalopatiyasi. Oqibatlar. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari. Profilaktikasi**

1.1. Ta’lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg’ulot vaqti -5 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg’ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. Virusli gepatitlar asoratlari- o’tkir jigar enstefalopatiyasi 2. O’tkir jigar enstefalopatiyasi laborator tashxisot usullari. 3. Virusli gepatitlar asoratlari davolash usullari. 4. Virusli gepatitlar profilaktikasi.
Mavzuning maqsadi: Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGB, VGC, VGD) bilan kasallangan og’ir kechimida bemorlarga erta tashxis qo`yish, davolash va O’JE oldini olish chora-tadbirlarni belgilash. Gepatit B ning og’ir formasi O’JE belgilari bilan o’tayot-gan holda bemor darhol intensiv davolash xonasiga yoki bo’limga o’tkaziladi. Bunday xonalarda bemor ahvolini har jihatdan tekshirib aniqlaydigan va zarur davolash usullarini amalga oshirish uchun hamma sharoit mavjuddir. Reqonvalistsentlarni dispanser nazorati va reabilitatsiyasini amalga oshira bilish.	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O’quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. “Virusli gepatitlar asoratlari- o’tkir jigar enstefalopatiyasi. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari. Profilaktikasi. Dispanserizastiyasi” amaliy mashg’ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg’ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O’quv mashg’ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	1.Mavzu oid bo’lgan boshlang’ich bilimlar darajasini aniqlash. 2.“Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar (B, C, D)” oid interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. 3. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90 daqiqa)	1. Virusli gepatitlar asoratlari- o’tkir jigar enstefalopatiyasi. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari” savol-javob o’tkazish.	Kichik guruhlarga bo’linadilar

	2.«*Rotatsiya* » uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Asosiy bosqich (65 daqiqa)	1"Virusli gepatitlar profilaktikasi. dispanserizastiyasi" savol-javob o'tkazish. 2. "*Savolli koptoq*" uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3. Yakuniy bosqich (25 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. **Mustaqil ish beradi.** Virusli diareyalar Etiologiyasi. epidemiologiyasi. anamnezi: ichterlamaga uxshash va farqli tomonlari. Klinikasi. Tashxisi. Klinik-epidemiologik va laborator tashxisi, davolash, parxez. 3. **Uyga vazifa beradi.** Ich terlama. Paratif. A va V. Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni. Kasallikning klinik belgilari.Davolash usullari. Profilaktikasi.Dispanser nazorati.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami:5 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar (VGB, VGC, VGD) etiologiyasi, epidemiologiyasi.
2. Virusli gepatitlar B ning patogenez asoslari.
Z. Sariqlik sindromi haqida tushuncha, sariqlik turlari, patogenezi.
4. Virusli gepatit Vning klinik tasnifi, tashxisini to'zish qoidasi.
5. Virusli gepatit Dning kechish xususiyatlari.
6. Virusli gepatit Sning kechish xususiyatlari.
8. Parenteral Yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar davolash asoslari va usullari.
9. Reqonvalestsentlarni dispanser nazorati.
10. Virusli gepatit B, C, Dni oldini olish.
11. Kasallik bemornomasini Yozish.

15. 7. Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Parenteral Yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar etiologik tizimi va tashxisiy markerlari.
2. Virusli gepatitlar B, C, D yuqish yo`llari va mexanizmi.
3. Parenteral yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar patogenez asoslari.
4. Virusli gepatit D ning patogenez asoslari.
5. Virusli gepatit C ning patogenetik xususiyatlari.

6. Virusli gepatitlarning klinik tasnifi, tashxisini to'zish qoidasi.
7. Virusli gepatitlar asoratlari va oqibatlari.
8. Virusli gepatitlarning laboratoriyaviy tashxisot usullari, bioqimyoviy tahlillar tashxis uchun ahamiyati.
9. Virusli gepatitlarni davolash asoslari va usullari.
10. Virusli gepatitlarning oldini olish.

Virusli gepatitlarni chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar morfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Bioqimiyodan bilirubin almashinuvini tushuntira bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, sariqlikning sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

15. 8. Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

ES XUSHNING XIRALASHISH DARAJASINI BAHOLASH UCHUN

GLAZGO SHKALASI

Baxolovchi belgila	Reaksiya tavsifi	Baholash ballari
Ko`zni ochish	1. Erkin ochishi 2. Buyruklarga ochishi 3. Og'riqli ta`sirotlarga ochishi 4. Umuman ochmasligi	4 3 2 1
Harakat faolligi	1. Buyruklarga javoban aniq xarakat 2. Og'riqli ta`sirotlarga javoban aniq xarakat (oyok qo`llarini xarakati) 3. Og'riqli ta`sirotlarga javoban aniq xarakat (oyok qo`llarni bukish bilan xaraktlantirish). 4. Og'riqli ta`sirotlarga nisbatan patologik tonik bukuvchi xarakat 5. Og'riqli ta`sirotlarga nisbatan patologik tonik Yozuvchi xarakat 6. Og'riqli ta`sirotlarga nisbatan xarakatlarning bulmasligi	6 5 4 3 2 1
Savollarga javobi	1. Tez, tulik, to`g`ri javob. 2. Nutqning qo`shilib ketishi 3. Aloxida qo`shilib ketuvchi so`zlar, noaniq javoblar 4. Bir-biridan ajratib bo`lmaydigan tovushlar 5. Nutqning bo`lmasligi	5 4 3 2 1

IZOH: ES XUSHI O'ZGARMAGAN, ME`YORIDA 15 BALL
PREKOMA 1 DAVRI 13-14 BALL
PREKOMA 2 (SOPOR) 11-12 BALL
KOMA 1 10 gacha
KOMA 2. (YOMON OQIBAT BILAN TUGASHI) 4-6 BALL

15. 9. Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

«ROTATSIYA»INTERAKTIV USULI BO`YICHA STSENARIY:

Mavzu: Virusli gepatitlar

A) Virusli gepatit qo`zg`atuvchilarning mohiyati.
B) Virusli gepatitlar klinikasi.
C) Virusli gepatitlar davosi. Dietoterapiya.

Talabalar 2-3 tadan guruhlashtiriladi.

1. Har bir guruhga aloxida savollar berilib 10 daqiqa ichida ular shu savollarga javob tayyorlaydilar.
2. Guruhlar o`zlarining varaqlarini bir-birlari bilan almashadilar va o`z fikrlarini izoh etadilar.
3. Tahlil oxirida javoblar birgalikda guruh bo`lib aniqlanadi va kerakli aniq va to`liq javoblarni har bir talaba o`z daftariga Yozib oladi.

Tahlil tugagandan so`ng pedagog har bir talabani alohida baholaydi.

«Rotatsiya»usulining davomiyligi 30-40 minut.

“Savolli koptoq” uslubi

Maqsad: Talabalarga berilgan muammoni to`g`ri va hozirjavob hal qilishni o`rgatish.

Tamoyillari: O`qituvchi ingichka hoshiyali qog`ozlarga mavzuga tegishli savolarni Yozib chiqadi. Bu qog`ozlarni koptoqcha shaklida skotch yoki kleyli qog`oz bilan shunday Yopishtirilib chiqiladiki, savollar to`liq o`qila olinsin. Koptoqcha talabalardan biriga otiladi. Koptoqni ushlab olgan talaba o`ziga qaratilgan savolni ovoz chiqarib o`qiydi va javob beradi. Agar javob to`g`ri bo`lsa, hamma javobni ko`chirib oladi va o`yin davom etadi. Agar javob noto`g`ri bo`lsa, boshqa talaba to`g`ri javobni aytadi. O`yin hamma bir-bir javob berguncha, savollar tugaguncha davom etadi.

Afzalliklari: Bu o`yinda hamma talaba ishtiroq etadi. Mavzu to`liq muhoqama qilinadi. Bu usul mashg`ulot mazmunini boyitadi, talabalarni tez fikrlab, hozirjavoblikka o`rgatadi, o`quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

Mashg`ulot mavzusi: VIRUSLI GEPATITLAR OQIBAT VA ASORATLARI. DISPANSERIZATSIYA VA REABILITATSIYA.

O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar:

1. Virusli gepatitlar asoratlari.
2. Virusli gepatit oqibatlari.
Z. Surunkali gepatitlar tasnifi.
4. Virusli gepatitlarning reabilitatsiyasi.
5. Virusli gepatitlarning dispanser nazorati.
6. Virusli gepatitlar asoratlari va oqibatlarini davolash asoslari.
7. Reqonvalestsentlarni dispanser nazorati.
8. Virusli gepatitlarni oldini olish.

Dars Yakunida o`qituvchi tomonidan Yakun Yasalib, talabalar baholanadilar.

“Sinektika” uslubi

Maqsad: Bu usul talabaga o`z fikrini to`liq shakllantirishga, o`zaro fikr almashinishga va bilimini mustahkamlashga o`rgatadi.

Tamoyillari: Bu uslub 4 qismdan iborat:

1. To`g`ri analogiya (shu muammoga o`xshash muammolar qanday hal qilinadi) ;
2. Shaxsiy analogiya (masalada qo`yilgan ob`ekt obraziga kirib, uning nuqtai nazaridan fikr yuritish) ;
3. Simvolik analogiya. (muammoning maqsadini bir necha so`z bilan aniq ayta olish) ;
4. Fantastik analogiya. (bu muammoning ertak qahramonlari qanday hal qilgan bo`lar edi) ;

Guruhga o`qituvchi tomonidan savol beriladi. Har bir talaba o`z fikr- g`oyasini izohlaydi. O`yin davomida hech qanday tanqidiy fikr mulohoazalar bildirilmaydi. Shunday qilib, ko`proq g`oyalar kombinatsiyasi rivojlanadi, guruh talabalari fikr ishlab chiqaradigan va ularni qayta ishlaydigan guruhchalarga bo`linadilar. Mavzu to`liq muhoqama qilinadi.
Afzalliklari: Bu usul o`z fikrini boshqa qishiga ayta olish, fikrlash doirasini ancha kengaytirish, fikr almashinish, argumentatsiya, o`z raqiblarini o`zining fikri to`g`riligiga ishontira olish kabi qobiliyatlarni shakllantirishga o`rgatadi.
Mashg`ulot mavzusi: Parenteral virusli gepatitlar asoratlari.
O`qituvchi tomonidan beriladigan savollar:

1. Virusli gepatitlar B, C, D kechish xususiyatlari.
2. Parenteral virusli gepatitlarning asoratlari.
Z. Sariqlik sindromi haqida tushuncha, sariqlik turlari.
4. Surunkali virusli gepatitlarning klinik tasnifi.
5. Virusli gepatitlarning oqibatlari.
6. Virusli gepatitlarda parvarishlash rejasini to’zing.
7. Laboratoriyaviy tekshiruv usullarining (umumiy va xususiy) tashxisot uchun ahamiyati.
8. Virusli gepatitlarni asoratlarini davolash asoslari.
9. Reqonvalestsentlarning dispanser nazorati.
10. Virusli gepatit B, C, D ning oldini olish.

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Izoh
Virusli gepatit»V»kasalligining asoratlari.	
Kasallik asoratlarining klinik xususiyatlari	
Kasallik asoratlarining oldini olish.	
Virusli gepatitlarning oqibatlari.	
Virusli gepatitlarning etitrop davolash.	
Kasalxonadan chiqarish tartibi.	
Virusli gepatitlarning dispanser nazorati.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish
Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Javoblar
Parenteral Yo`l bilan yuquvchi virusli gepatitlar asoratlarining patogenez bosqichlari	
Virusli gepatitlarV, C, D asoratlar klinikasi	

VG asoratlarning laborator tashxisoti	
VG asoratlarining davolash usullari	
VG to’zalgan reqonvalestsentlarini dispanserizatsiyasi.	

MAVZU BAYONI

Gepatit B ga delta infekstiya qo’shilganda kasallik surunkali formaga o’tish ehtimoli ko’p ekanini nazarda tutgan holda davo choralarini amalga oshirish zarur.

Gepatit B ning klinik va patogenetik xillarini, uning aso-ratlarini, bemorning umumiy ahvolini nazarda tutgan holda davolash ishlari amalga oshiriladi.

1. UJE belgilarisiz o’tadigan gepatit V da davolash quyidagicha olib boriladi: dori-darmon kam beriladi. Kortikosteroidlar ishlatilmaydi. Engil formasida dori berilmaydi. Gepatit V ning o’rtacha og’ir va og’ir shakllarini davolashda kasallik virusiga ta’sir qiladigan etiotrop preparat (interferon) ishlatiladi. Interferonning α, β va Y-xillari bo’lib, ular birbirlaridan farqlanadilar. Injeneriya usuli bilan olingan reoferon ham qo’llaniladi. Reoferon gepatit V ning o’tkir formasida quyidagi. sxema bo’yicha beriladi. Reoferon bemorning ushaklari orasiga in’ekstiya qilinadi (1 mln, birlik dan kuniga
2 mahaldan 5 kun). Undan keyingi 5 kunlikda 1 mln. bir. dan kuniga 1 mahaldan beriladi. Surunkali gepatit V da bemor qonida HB_S Hg borligi aniqlangan hollarda 500 mingdan 1 mln.
birlikkacha haftada 2 mahal beriladi. Davolash kursi 2—3 oy. Reoferon bilan davolash erta boshlansa (sariq davrining 5-kunigacha) tezda intoksikastiya kamayadi, bemorning ahvoli to’zala-di, qonda bilirubin va transaminaza miqdori kamayadi va kasal-lik keyin zo’riqmaydi. Reoferon bilan davolanganda bemorning isitmasi chiqishi, muskullari va bo’g’imlari og’rishi mumkin. Bun-ga qaramasdan davolash davom ettiriladi. Isitma va og’riqlar o’tib ketadi. Surunkali gepatit V ni reoferon bilan davolaganda ba’zan ma’lum vaqt o’tgach virus replikastiyasi qaytadan boshla-nishi va kasallikning zo’riqqani ko’zatilgan.

Reoferon yo’q bo’lsa gepatostitlarda energetik jarayonni kuchay-tiradigan dorilar beriladi. Riboksin (0,2 g dan kuniga 4 ma-haldan 10—14 kun, antioksidant va membranani stabil-lovchi dorilar (stitoxrom S 10 mg dan muskullar orasiga, kverstetin 0,02 g dan 3 mahal og’iz orqali 10—14 kun davomida) tavsiya etiladi. Gepatostitlar qobig’ini mustahkamlaydigan va hujayra metabolizmini yaxshilaydigan dori-darmonlar tayinlash maqsadga muvofiqdir.

2. Gepatit B ning og’ir formasi UJE belgilari bilan o’tayot-gan holda bemor darhol intensiv davolash xonasiga yoki bo’limga o’tkaziladi. Bunday xonalarda bemor ahvolini har jihatdan tek-shirib aniqlaydigan va zarur davolash usullarini amalga oshirish uchun hamma sharoit mavjuddir. UJE rivojlanganda virusga
qarshi dorilar foyda qilmaydi. Kortikosteroidlar bemorda bosh miya shishi sindromi yo’z berganda ishlatiladi. (prednizolon 60 mgr dan 3—4 marta yoki 7,5—10 mg deksazon bir kunda 3—4 marta venaga yuboriladi). Degidratastiya maqsadida glyukozaning 10% eritmasi yuboriladi va info’zion suyuqliklar cheklanadi. Bemor-ning ko’prok siyishi uchun laziks (40—80 mg venaga) va mannitol (10% eritmasidan 300—500 ml venaga) tayinlanadi. Bunday usul bilan davolanganda qonda kaliy kamayib ketadi, shuning uchun bemorga har kuni 12 grammgacha kaliy beriladi. Shu bilan bir vaqtda disproteinemiyani nazarda tutib albumin (bir kunda 80 gr) tayinlanadi. Info’zion suyuqliklarni ko’p berish mumkin zmas. Degidratastiya tadbir choralari bilan birga giperbarik oksigenlash ham tavsiya etiladi. Yuqorida qayd qilingan tadbir-choralar jigar funkstiyasining tiklanishiga va koma holatida yotgan bemorning hushiga kelishiga qaratilgandir.

O’JE yanada rivojlanib jigar hajmi tezlikda kichiklashgani va gemorragik sindrom aniqlanganda proteoliz ingibitor dori-larning katta dozalari tayinlanadi (bir kunda 100000 Bir. kontrikal yoki 500 000 TB. gordoks venaga tomchi usulida yubori-ladn). Shuningdek fibrinoliz ingibitorlar (Aminokapron kis-lotaning 5% erktmasidan 100 ml. dan bir kecha-kundo’zda 3—4 mar-ta bemor venasiga yuboriladi). Angio protektorlar (distinonning 12,5% li eritmasidan 4—6 ml) bir

kunda bir marta bemorning venasiga yoki musqo'l orasiga yuboriladi. Qon tomirlar ichida keng miqyosda koagulyastiya jarayoni yo'z berganda paydo bo'ladigan sindrom ko'ringanda bevosita ta'sir qiladigan antiqoagulyantlar ishlatiladi (geparin 7.500—10.000 Bir. dan bemor venasiga bir necha marta quyiladi). Ular koa-gulogrammani qayta-qayta tek-shirib qattiq nazorat ostida ishlatiladi. Bunday bemorlarga 100—200 ml guruhi va rezusi to'g'ri keladigan qon quyish ham tavsiya etiladi. Gemorragik sindrom yo'z berganda vikasolning 1% li eritmasidan 2—5 ml beriladi.

UJE rivojlanishda davom etaversa organizmda kislotaishqor muvozanatini tartibga solish zaruriyati tug'iladi. Metabolik astidoz yo'z berganda venaga tomchilab natriy bikorbanatning 4% li eritmasi (100—200 ml) yuboriladi. Metabolik alkaloz holatida esa kaliy ko'prok beriladi (bir kunda 6—12 gramm).

Bemor jim yotmay baqirib, har xil nojo'ya harakatlar qila boshlasa (psixomotor psixoz) uni tinchitish uchun seduksen (0,5%li eritmasidan 2-4 ml musqo'l orasiga yuboriladi) va nat-riy oksibutirat (20% li eritmasidan bemorning har kg og'irli-giga 70-120 mghisobidan venaga quyiladi), diprozin (2,5% erit-masidan 1-3 ml muskul orasiga yuboriladi), galoperidol (0,5% li eritmasidan venaga quyiladi) tayinlanadi.

Bemor Prekbma va hatto koma holatida yotgan vaqtida plazmo-forez, gemosorbstyya, gemodializ yordamida organizmda toksinni kamaytirish (detoksikastiya)ga erishish mumkin. Buning uchun ularni bir necha marta qaytariladi.

Organizmning kasallikka qarshi tabiiy kurashish qobiliyati va quvvati baribir hal qiluvchi rol o'ynaydi. Bemor organizmi-ning bu xususiyatining kuchi uni parvarish qqlishga, parheziga va o'zini ortiqcha charchashdan ehtiyot qilishga bog'liq. Umuman orga-nizmning murakkab fiziologik faoliyati, shuningdek, infekstion jarayonda kasallik mikrobi va uning toksiniga qarshi kurashni tartibli ravishda tashkil etish bevoeita markaziy nerv sistema-sining faoliyatiga bog'liq. Shunday ekan, byomorning asabiga sal-biy ta'sir etadigan har qanday sabablarga mutlaqo yo'l qo'ymas-lik kerak. Imkoni boricha bemor kayfiyatiga ijobiy ta'sir qil-mok juda muhimdir- Bemor kayfiyatining yaxshi bo'lishi, uning ma'lum bir kun tartibiga itoat qilib, kam harakat qilishi, parhezga alohida e'tibor berishi ba'zi bir dorilardan ham mu-him ahamiyatga ega desak mubolag'a bo'lmaydi.

Bemor prekoma va koma holatida yotganda ham reparastiya jarayonini yaxshilash uchun bir kunda kamida 30-50 gramm ok sil mod-dasi zond (nay) orqali beriladi. Organizmni etarli energiya manbai bilan ta'minlash uchun 5-10% li glyukoza eritmasi . zond orqali yoki venaga yuboriladi. Bemor ichagi huqna qilib tozalab turiladi.

Koma holati chuqurlashgan sarn bemorning sog'ayish imkoni kamayib boradi. Ammo ba'zan bemor juda og'ir koma holatidan ham omon-eson chiqib sog'ayib ketishi muadkin. Shuning uchun bun-day bemorlarga kecha-kundo'z tinmasdan tegishli choralarni amalga oshirib yordam berish kerak.

Surunkali gepatitlarda organizmning immun quvvatiga Tab-cup qiladigan dorilar — delagil, levomizol (dekaris), timo-lin va boshqalar qo'llaniladi. Surunkali gepatit V da klinik va laboratoriya belgilari juda yaqqol ko'rinmaganligi, kasal-lik ok ibati ko'pincha xatarli emasligini va juda kamdan-kam stirrozga o'tish-ini va uning patogenezida immun sistemaning ish-tiroki muhim ekanini nazarda tutgan holda davolash amalga oshiriladi. Immunitetni so'ndiradigan kortikosteroidlar qo'l-lash kerak emas.

Ikkinchi tomondan bunday bemorlarga superinfekstiya tarzida delta virus (gepatit D) yuqish xavfi borligini hamma vaqt nazarda tutmok kerak. Delta infekstiya parenteral yo'l bilan yuqadi. Shuning uchun persistrlovchi surunkali gepatitda paren-teral yo'l bilan dorilar tayinlash maqsadga muvofiq emas.

Surunkali aktiv gepatitni quyidagicha davolash tavsiya eti-ladi: a) bemorga bir tabletkadan (0,2 d) bir kunda 3 mahaldan riboksin 1 oy davomida beriladi. Bemorda darmon qurish davom etgan taqdirda riboksin bilan davolash kursi ! oy oralab 3-5 marta qaytariladi; b) essenstial 1 kapsuladan kuniga 3 ma-haldan 1 oy beriladi. 1 oy oralab davolash kursi yil davomida 2-3 marta

qaytariladi; c) SP.G da ham SAG da ham bemor 5-par-hez bo'yicha ovqatlantiriladi. Kuniga 4-5 mahal ovqatlanish maq-sadga muvofiqdir; d) imkoni boricha dorilar berishni cheklash
kerak, ayniqsa uyqu dorilar, gipotenziv dorilar (dopegil, adelfan) ni zaruriyatsiz ishlatmaslik kerak; d) bemorlarni turli zaharli moddalar bilan bog'liq bo'lgan ishdan chetlashti-rish kerayu Kun tartibini to'g'ri tashkil qilish juda muhim. Bun-day bemorlarning jigaridagi o'zgarishlarni o'rganib uning xa-rakterini aniqlash (S. PMGmi yoki S. A. G mi ekanini aniqlash) uchun biopsiya qilinadi. Surunkali gepatit V da bemorlar sta-stionar va poliklinika nazoratida bo'ladilar.

Bemorlarii kasalxonadan chiqarish va keyingi nazorat haqida. Bemor gepatit V ning klinik simptomlari yo'qolgach va bioximik tekshiruvlar ko'rsatkichlari normal holga kelgach kasalxonadan chiqariladi. Ba'zi hollarda aminotransferaza ko'rsatkichi nor-madan 2-3 marta ko'p bo'lishiga, shuningdek jigar ozgina katta-lashgan bo'lishiga (qobirg'a ostida 1-2 sm chiqib turishita) qara-masdan bemorni uyiga jo'natish mumkin.

Gepatit B dan sog'aygan bemorni kasalxonadan chiqarishdan oldin uni yaxshilab tekshirib ko'riladi, chunki, ba'zi hollarda u surunkali formaga o'tishi mumkin. Uyiga ketayotgan rekonvales-stentning qonida HBsAg bo'lsa, bu haqda poliklinika va sanepid-stanstiyaga xabar qilinadi. HBsAg ni bor rekonvolesstent biror sabab bilan boshqa davolash muassasiga yotadigan bo'lsa, bu haqda xabar qilinadi.

Kasalxonadan ketayotgan rekonvolesstentga albatta kun tartibi va parhez haqida tegishli axboroch berish kerak. Kasalxonadan chiqqan rekonvolesstent dispanser nazoratida bo'ladi. Uyga qaytgan rekonvolesstent bir oydan so'ng o'sha kasalxonada tekshirib ko'riladi. Laboratoriyada tekshiruv natijalari kasal-lik alomatlari yo'qligidan darak bersa, ular poliklinika na-zoratiga yuboradilar.

Gepatit B dan keyingi rekonvolesstentlar 1,3,6,9 va 12 oylar o'tgach poliklinika sharoitida tekshiriladilar. Gepatit B ni og'ir formasidaya so'ng yoki surunkali formaga o'tish xavfi bo'l-gan hollarda rekonvolesstentlar 2 yil va undan ham ko'prok na-zoratda bo'ladilar. Surunkali gepatit alomatlari ko'rinsa, re-konvolesstentlar doimiy nazoratga olinadilar.

SPG da bir yilda 2 marta, SAG da har 1-3 oyda bemorlar tek-shirib turiladilar. Poliklinika nazoratidagi rekonvolesstent-lar agar oxirgi ikki marta tekshirilganda klinik va laborato-riyaga xos belgilar topilmagan taqdirdagina hisobdan o'chirila-dilar.

Klinik va bioximik belgilar normal bo'lgan holda gepatit V dan so'nggi rekonvolesstentlar kasalxonadan chiqqandan so'ng 1-1,5 oy vaqt utgachgina ishga tustgishlari mumkin. 3-6 oy davomida og'ir jsmoniy . mehnat taqiqlanadi, Uquvchi va studentlar ba-dan tarbiyadan ozod qiliiadi. Shu.muddat davomida turli kasal-liklarga qarshy emlash (kuturishga va qok sholga qarshi emlash bundan mustasno) taqiqlanadi. Imkoni boricha dori-darmonlar iste'mol qilmaslik kerak. Spirtli ichimliklar ichish mutlaqo
mumkin emas. Ayollar bir yilgacha homilador bo'lmasliklari kyo-rak.

Profilaktikasi. Gepatit B ning profilaktikasi gepatit A nikidan farq qiladi. Gepatit B virusini tashib yuruvchilar asosan surunkali gepatit V bilan kasallanganlar oilasida uch-raydi- Gepatit B ning o'tkir shakli bilan og'rigan kishilar at-rofida virus tashib yuruvchilar kam uchraydi. Baribir o'tkir ge-patit V bilan og'rigan shaxslarning oila a'zolari 6 oy davomida vrachlar nazoratida bo'ladilar. Qonida HBsAg ni bor har bir kimsa (uning sog'lom yoki bemorligidan qat'i nazar) gepatit V ning xavfli manbai hisoblandi. Bunday kimsalar qon bilan alok ali xizmatda ishlashlari mumkin emas. Bunday kishilar 2-3 oy oralab tekshirib turiladi. Agar 5 marta HBsAg topilmasa, ular hisobdan chiqariladi.

Klinik va bioximik ko'rsatkichlari yaxshi, lekin HBs anti-geni bor rekonvolesstent stastionarga yotqizib tekshiriladi va jigardagi o'zgarishning qanaqa ekani aniqlanadi. Keyin ular poliklinika nazoratida bo'ladilar. Surunkali gepatit belgi-lari bo'lmasa va 10 kun oralab tekshirganda HBs antigen topil-magan taqdirda rekonvolesstentlar hisobdan chiqariladilar.

Dispanser nazoratida klInik ko'zdan kechirish va bioximik, serologik va immunologik usullar bilan tekshiriladi. Rekonva-lesstentda surunkali gepatit belgilari topilsa, u kasalxonaga yotqiziladi va davolanadi.

Gepatit B ning profilaktikasida kasallikni parenteral yo'l bilan yuqish yo'llarini yo'qotish eng muhim rol o'ynaydi. Bunda davolash va profilaktika maqsadida ishlatiladigan shprist, yina va boshqa asboblarni etarli muddat davomida qay-natish yoki qaynok havo yordamida sterilizastiya qilish hal qi-luvchi rol o'ynaydi. Qon va undan tayyorlangan preparatlarni imkoni boricha kam ishlatish maqsadga muvofiqdir. Shu bilan bir qatorda umuman bemorlarni dori ukol qilish yo'li bilan da-volashni kamaytirish kerak. Bu juda muhim.

Nihoyat tezrok bir marta ishlatiladigan shprist va ninalar-dan foydalanish, gepatit V ning yuqishini cheklaydigan muhim omil bo'ladi.

Oxirgi yillarda AQShda va boshqa mamlakatlarda maxsus vakstina bilan gepatit V ga qarshi emlash amalga oshirila bosh-landi. HBsAg ni bor ayoldan tug'ilgan bolalar, gemofiliya bilan. kasallakgan odamlar, gemodializ markazlarida ishlaydigan xo dimlar va shu kabi gepatit V ni yuqtirishi ehtimoly bo'lgan shaxslar vakstina bilan emlanadi. Vakstina 10-20 mkgdan mushak^ lar orasiga yoki 2 mkg dan teri orasiga yuborilady. 60-180 kun o't-gach, vakstina yana yuboriladi. Emlash natijasida paydo bo'lgan aktiv immunitet 5-6 yil saqlanadi.

Passiv immunitet hosil qilish uchun giperimmun immunoglo-bulin ishlatiladi. Giperimmun immugrglobulin 0,05 ml/kg dan bir oy oralab ikki marta in'ekstiya qilchnadi. Bu preparat HBs Ag ni bor ayoldan tug'ilgan chaqalok bolaga va boshqa vaziyatda gepatit V ni yuqtirish ehtimoli bo'lgan odamga 48 soatdan ke-chiktirmay in'ekstiya qilinadi.

Chaqalok larga gepatit V ni yuqtirmaslikka qaratilgan tad-bir-choralar. O'tkir gepatit V aniqlanganda homilador ayollar albatta kasalxonaga yotqiziladi. Surunkali gepatnt V bilan og'rigan shaxslar, virus tashib yuruvchilar maxsus davolash muas-sasalarida davolanadilar Gepatit B virusni tashib yuruvchi ayollardan tug'ilgan bolalar yil davomida dispanser nazoratida bo'ladilar. Ular 2,3,6, va 12 oy o'tgach maxsus laboratoriya usullari yordamida yaxshilab tekshiriladi (zardob fermentlari aktivligi va qonda antigen borli-gi aniqlanadi)..

GEPATIT C

Parenteral yo'l bilan yuqadigan A ham emas V ham emas gepa-tit, 1989 yildan gepatit S deb nom olgan. Ilgari bu gepatit-ning spestifik laboratoriya diagnostikasi uning virusi noma'-lum. bo'lganligi uchun ishlab chiqilmagan edi. 1989 yilda AQShda Choo hamkasabalari bilan va yaponiyalik Arima hamkasabalari bi-lan qon zardobidan GS ni chaqiruvchi agentni ultrastentrifuga usuli bilan yig'ib, undan nuklein kislotasi ajratib oldilar. Gen—injeneriya usulini qo'llab, bu nuklein kislotasini mikro-organizmlarga olib o'tib, ularni gepatit S virusiga xos rekom-binant ok sil (S 100—3) sintez qilishga erishdilar. Bu ok sil GC bilan og'rigan (asosan surunkali formasi bilan) bemorlar-ning qon zardobida antitelolarni (anti—GCC) topishda ish-latila boshlandi. I F A va R I A usuliga asoslangan GS ning diagnostikasi uchun test sistema yaratildi. GS virusining katta-ligi 30-60 nm ni tashkil qiladi, qobig'i bor, genom esa RNK dan iborat. Hujayralar, to'qimalar kulturasida d#yarli rivojlan-maydi.

GS dunyoda keng tarqalgan. kasallikdir. AQShda har yili 150-300 ming odamda bu infekstiya *styapst* qilinadi. Aholining 1-3 foizi esa surunkali virus tashib yuruvchidir-Yaponiyada 1,3%l

Frakstiyada 0,7% sog'lom donorlar qonida GS antitelolari topilgan. Bunday donorlarning 90% dan ko'pining qoni yuqumlidir. Qon va qon mahsuyaotlari bilan tez-tez davolanib turadigan bemorlarda (gemofyliya, gemodializ qilinuvchilar) GS virusiga qarshi antitelolar ko'p uchraydi. GS virusi transplastentar va jinsiy yo'llar bilan ham yuqishi mumkinligi haqyJa ma'lo'motlar davri bir necha haftadan 15-20 haftagacha davom etadi. Gepatit S. gepatit V ga o'xshab asta-sekin boshlanadi. Kuchli intoksikastiya bo'lmaydy, dispeptik sindrom bo'lishi mumkin. Artralgiya sindromi xuddi gepatit V dagiga o'xshab o'tadi. Isitma bo'[g]lmaydi. Ayrim hollarda GS ko'z ok i va badan ning sarg'ayishidan boshlanadi. Sariq paydo bo'lgach intoksikastiya belgilari tez qaytmaydi va 5-10 kun davom etishi mumkin. Boshqa gepatitlarda bo'lganidek qon zardobida AlAT va AsAT ko'rsatkichlari oshadi. Fermentlar aktivligi to'lqinsimon, dam ko'tarilib, dam kamayib turishi bu gepatitga xosdir. Ferment-

laaktivligi oshishi odatda bemor ahvolining og'irlashishiga to'g'ri keladi. Bunday holat bir necha haftalab cho'zilyshi mumkin. GCda o'lii! hollari 1-2% ni tashkil qiladi. O'tkir jigar enstefalopatiyasi GV dan farqli ravishda kasallikning 3-haftalarida rivojlanadi.

GC ko'p hollarda subklinik va sariqsiz shaklda o'tadi. Gepa-tit S ning Gepatit B dan farq qiladigan yana bir xususiyati quyidagicha: gepatit S o'zok . davom ztadi. 50% dan ziyod hollarda

kasallik surunkali shaklga o'tadi, shundan 20% bemorlarda pro-vardida jigar stirrozi rivojlanadi. GS ning virusi jigarning' cha og'yrlikda va 1,6 foizida og'ir o'tadi. Homilador ayollarda esa 3,9% hollarda engil, 67,9% da o'rtacha og'irlikda va 28, 2% da og'ir o'tadi. Ko'pincha homilador ayolning ahvoli brla tug'ili-shi bilan yoki ayniqsa bola tushishi bilan og'irlashadi. Gepatit E epidemiyalari paytida bu kasallikka chalingan homiladorlar o'limi 10—20 foiz bo'lgan, ayrim epidemiyalar vaqtida hatto 40 foizgacha etgan. Erkaklar va homilador bo'lmagan ayollar orask da bu ko'rsatkich 0,2% ni tashkil qiladi.

Etiologiyasi. Gepatit D ni qo'zg'atuvchi virus —delta virus 35-37 nm kattalikdadir. Delta virus HBsAg dan ajralgan holda aniqlanmaydi. Bu virus RNK dan, ichki kapsuladan va tashqi pardadan tashkil topgan. Delta virus DNK si bor gepatit V virusining ishtirokida-gina gepatostitlarda ko'payish (replikastiya) imkoniga ega bo'ladi. Uning patogenlik xususiyati virus V yuqqan odam organizmi-dagina ya'ni GVV ishtirokidagina namoyon bo'ladi. U gepatostit-lar yadrosida va iitoplazmasida joylashadi. Delta virusning bevosita patogenlik xususiyati ham bor. Bu virus issiqqa va ultrabinafsha nurlariga chidamli. U qonda, zardobda, eritrostitlar massasida, gammaglobulin va albuminlar kabi preparat-larda o'zok vaqt o'z xususiyatini yo'qotmaydi.

Epidemiologiyasi. Infekstiya manbai delta gepatitning ut-kir va surunkali formalari bilan og'rigan bemorlar hisoblana-di. Delta virusni tashib yuruvchilar ham bu infekstiyani tarqa-tishda muhim rol o'ynaydi- Narkomanlarning orasida virus ta-shib yuro'vchilik keng tarqalgan- Ularning 52 foizida antidelta topilgan. Bu kasallik gemofiliya va qon quyish usuli bilan da-volanadigan boshqa kasalliklarga duchor bo'lgan odamlarda va tez-tez har xil sabablarga ko'ra in'ekstiya oladigan kishilarda ham uchraydi. Delta gepatitning virusi kasallik boshlanishidan 2-9 hafta oldin bemor qonida paydo bo'ladi va kasallik surunkali davom etganda hamma vaqt saqlanib qoladi, Delta infekstiya xuddi gepatit V dagiga o'xshash (qon orqali va jinsiy yo'l bi-lan) yuqadi. Onasidan yangi tug'ilgan 'olaga ham yuqishi mumkin. Oila a'zolari, ayniqsa oiladagi bolalar o'rtasida delta in-fekstiyaning tarqalish hollari ham ma'lum.

Patogenezi. Surunkali gepatit V bilan kasallangan bemor-larga va HBsAg "tashib yuruvchilarga bu kasallik osongina yuqa-di. Virus D gepatit V virusi bilan hamkorlikda kasallik qo'z-g'atishga qodir bo'ladi. Delta infekstiya gepatit V bilan birgalikda organizmga ta'sir qilganda murakkab vaziyat yo'z beradi va vujudga kelgan pa-tologik jarayon juda og'ir o'tadi va ba'zan yashin tezligida o'tadi va bemor o'ladi. Shu bilan bir qatorda ikki xil viruslar ta'sirida rivojlangan gepatit surunkaly formaga o'tishga moyil bo'ladi. Demak delta infekstiya geiatit V. ning surunkali va og'kr o'tishiga sabab bo'ladi. Ely kabi delta .ag.ent geiatit V ning rgiidiviga ham sababchi. bo'ladi. Shunday qilib delta infekstniyda ikkita virus — hamkorlikda jigar hujayralariga zararli ta'sir ko'rsatadi.

Virus D va virus V bir vaqtda yuqqan hollarda (qoinfek-stiya) hamkorlikdagi ta'siri natijasida og'ir kasallik rivoj-lanadi (VGB va VGD).

HBsAg tashib- yuruvchstlarga va surunkali gepatit V bilan og'rigan shaxslarga gelatit D yuqqakda (superstnfekstiya) o'tkir gepatit D rivojlanadi. Bunday holda gepatit D tezda rivoj-lanib suruikali shaklg.a. o'tadi. Boshqa hollarda delta virus superinfekstiyasi na.tijasida jigar hujayralarida chuqur mor-fologik o'zgarishlar yo'z beradi, fulminant gepatit va uning ok ibatida o'tkir jigar enstefa-lopatiyasi belgilari paydo bo'la-di. .

"Virusli gepatitlar oqibat va asoratlari. Dispanserizatsiya va reabilitatsiya" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo "5"	Talaba VGB, VGC, VGD mavzulari bo`yicha ijod qilish darajasiga bilimga	3-daraja: ijod qilish

			ega. Bemornoma to`ldiradi va tashxis qo`ya, davolay oladi. Talaba amaliyotda baholab, bilimini umumlashtira oladi.	darajasi
2.	71-85	YAxshi “4”	VGB, VGC, VGD mavzulari bo`yicha kasallikning klinik kechishini va tashxisot usullarini biladi bemorlarni davolash profilaktikasini tushunib, biladi va qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-64.	Qoniqarli “3”	VGB, VGC, VGD mavzulari bo`yicha tasavvurga ega, davolash, dispanser nazorati va profilaktika bo`yicha qoniqarli bilimga ega minimal talablarga javob beradi.	1-daraja: tasavvur etish darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi ”2”.	Muxoqoma qilinadigan mavzu bo`yicha tasavvurga ega emas, dars materiallarini o`zlashtirmagan. Darsga tayyor emas (qonspekt qilinmagan, o`quv qurollari Yo`q)	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu mavzu b o`yicha 3 multimedialar

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

1- Masala:

Bemor C. , 18 Yosh. Kasalligi 19. 04da quvvatsizlik, ishtahaning pasayishi, oshqozon sohasida biroz og`riq, ko`ngil aynish, keyinchalik bir marotaba qusish kabi alomatlar bilan boshlangan. 21. 04da bemorning ahvoli bir muncha og`irlashgan, keskin holsizlik, bosh aylanishi, ishtahaning mutlaqo Yo`qolishi, qayta -qayta qusish ko’zatilib, siydik rangi to`qlashgan, najas esa rangsizlashgan. 22. 04 da teri va ko`z oqida sariqlik paydo bo`lgan. Kasallikning 7-kunida ko`rilganda bemorning axvoli o`rtacha, tana harorati 36. 5 C. Bemor juda lohas, tez-tez qusgisi kelib turgan. Teri va shilliq qavatlari sarg`aygan, terida qashlash izlari bo`lgan. O`pkada nafas vyozikulyar, yurak tonlari biroz xiralashgan. Puls 2 minutda 68 marotaba, ritmik. A/B 100/70 mm. sim. ust. Tili karashlagan. Qorin shakli o`zgarmagan, yumshoq, to`sh pastki qismi biroz og`riqli. Jigarning pastki chegarasi qobirg`a ostidan 1, 5 sm chiqib turibdi, elastik, biroz og`riqli. Taloq biroz kattalashgan. Siydik to`q jigarrang. Najas rangsiz.

3. Tashxisni shakllantiring va asoslang.
4. Bemorni tekshirib ko`rish rejasini to’zing.

2-Masala.

Bemor N. , 50 Yosh, klinikaga kasallikning 22 kunida kelgan. 3 hafta davomida bemorni umumiy quvvatsizlik, ishtahaning pastligi va ayniqsa bo`g`imlarda (qo`lning mayda, oyok larning yirik bo`g`imlarida) kuchli og`riq bezovta qilgan. Kasalxonaga kelishdan bir kun oldin teri va ko`zda sariqlik ko`rilgan. Bo`g`imlardagi og`riq kamaygan. O`pkada zararlanish alomati Yo`q. Yurak tonlari xiralashgan, yurak cho`qqisida sistolik shovqin eshitilgan. Puls-ritmik, bir minutda 68 marotaba. Til qurigan, kulrang karash bilan qoplangan. Qorni yumshoq, og`riqsiz. Jigarning o`ng bo`limining pastki qirg`og`i qovurg`a ostidan 3 sm chiqib turibdi, chap bo`limi esa kattalashgan. Taloq kattalashmagan. Siydik to`q jigar rangda, najasi rangsiz kasallanishidan 4 oy oldin operatsiya (chov grijasi bo`yicha) o`tkazilgan.

2. Tashxis qo`ying.
3. Bemorlarni tekshirib ko`rish rejasini ayting.

3- Masala.

Bemor M. , 39yoshda. Klinikaga kasallikning 12 kunida keskin quvvatsizlik ko`ngil aynish, qayta qusish va sariqlikka shikoyatlanib kelgan. Sariqlik bo`lgunga qadar 10 kun davomida

bemorda holsizlik, ishtahaning paydo bo`lguniga qadar 10 kun davomida bemorda holsizlik, ishtahaning pasayishi, ko`ngil aynish va goh-goh qusish alomatlari ko'zatilgan. Tana harorati subfebril darajada bo`lgan.

Bemorning terisi va ko`rinuvchi shilliq qavatlarida sariqlik kuchli. O`pkada nafasi vyozikulyar. yurak tonlari biroz xiralashgan. Til karashlangan. Jigar qobirg`a ostidan 4 sm chiqqan, qattiqlashgan. Taloq xam biroz kattalashgan.

Anamnezida aniqlanishicha kasallanishdan 2 oy oldin oshqozon Yara kasalligi tufayli qon Yo`qotganligi sababli, unga qon quyilgan.

1. Tashxis qo`ying
2. Bemorni tekshirib ko`rish rejasini to'zing

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing::
klion, velferon, gidrokortizon, Vitamin V_6, lefloks, no-shpa

1.Rp.: Sol.Wellferoni 3.000.000 XB. N.6
(savdo nomi)
Interferon Alfa-n1
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Haftasiga 3 marta teri ostiga yuborilsin.

2.Rp.: Sol. Hydrocortisoni 25% 2.0ml
(savdo nomi)
Hydrocortisoni acetati
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 2mldan mushak orasiga yuborilsin.

3.Rp.: Sol. Pyridoxini gydrochloridi 5 % 1,0 ml. N.10 in amp.
(savdo nomi)
Pyridoxine
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S.1 ml dan har kuni muskullar orasiga in'ekstiya qilinsin (10-30kun)

4.Rp.: Tabl. "Leflox" 0,5 N.20
(savdo nomi)
Levofloxacin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Kuniga 1 tabletkadan 2 mahal ovqatdan keyin ichilsin

5.Rp.: Sol. No-spani 20 % 2,0 ml. N.10 in amp.
(savdo nomi)
Drotaverine
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S.2 ml dan har kuni mushaklar orasiga in'ekstiya qilinsin.

3- Mavzu: Virusli gepatitlar asoratlari o'tkir jigar enstefalopatiyasi. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari. Profilaktikasi. Dispanserizastiyasi.

1. O'JE bilan asoratlangan bemorlarga dyufalak buyuriladi:

*huqna orqali

og’iz orqali
zond orqali
buyurilmaydi

2. O’JE bilan asoratlangan bemorlarga ichak florasini pasaytirish uchun beriladigan antibiotiklar:

penitsillin, metronidazole
*alfokormiks, gentamitsin og’iz orqali
monomitsin, stefalosporinlar
streptomitsin, anamitsin

3. O’JE bilan asoratlangan bemorlarni davolashga kiradi:

*kontrikal, gepamerst, GKS, plazma, dyufalak
konrikal, gepamerst, gepatoprotektorlar
gepamerst, dyufalak, yurak glikozidlari
dyufalak, GKS, antibiotiklar

4. O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

Bradikardiya
*taxikardiya
aritmiya
ekstrasistoliya

5. O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

jigar o’lchami kattalashishi
splenomegaliya
*jigar o’lchami kichrayishi
gepatolienal sindrom

6. O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

og’izdan atseton hidi kelishi
og’izdan ammiak hidi kelishi
*og’izdan jigar hidi kelishi
og’izdan badbo’y kelishi

7. O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

leykopeniya
eozinofiliya
*leykostitoz
eritropeniya

8. O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

tana harorati pasayishi
tana haroratiщzgarmaydi
barchasi to’g’ri
*tana harorati oshishi

9. O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

kechkuro’ngi uyquchanlik
*kunduzgi uyquchanlik
uyqusizlik
barchasi to’g’ri

10. O’VGB uchun xos bo’lmagan oqibat:

sog’ayish
*lyussi Driskol sindromi

jigar sirrozi
birlamchi jigar o’smasi

11. O’VGB uchun xos bo’lmagan asorat:

*surunkaliga o’tish
O’JE

o’t yo’llari diskineziyasi
o’t yo’llariyallig’lanishi qaytalanish
12. O’VGB uchun xos patogenez bosqichlari:
*viruslarning mustahkam urnashganligi, autoimmun o’zgarishlar, ikkilamchi virusemiya
jigar markaziy qismining shikastlanishi
birlamchi tarqalish,gepatostitlar erishi, jigar chekka qismlarning shikastlanishi
enteral,mezenteral limfa tugunlarining yallig’lanishi,virusemiya
13. O’VGB xos boshlanish:
*asta-sekin
o’tkir
nisbatan o’tkir
to’satdan
14. O’VGC da ko’proq uchraydigan oqibat:
O’JE
*surunkali shakl
jigar sirrozi
o’lim
15. O’VGlarda etiotrop davo vositalari samara beradi:
surunkali shakli
*cho’zilgan shakli
o’tkir shakli
samara bermaydi
16. O’VGV ning avj olish davrida yurak tomirlar sistemasi jarohatlanish uchun xos bo’lmagan belgi:
bradikardiya
*puls dikro tyasi
gipotoniya
taxikardiya
17. O’VGB da DVS sindromning oldini olish uchun buyuriladi:
amikokapron kislotasi
vikasol, distinol
*reopoliglyukin, reosorbilakt
geparin
18. O’VGB da manifest shakli rivojlanishi omillari:
virusning begonalik xususiyatiga organizmning giperergik javobi
virusning begonalik xususiyatiga organizmning gipoergik javobi
virusning begonalik xususiyatiga organizmning anergik javobi
*virusning begonalik xususiyatiga organizmning normoergik javobi

19. O’VGB da pigment almashinuvini ko’rsatuvchi belgilar:
*qizil siydik va oppoq najas
qizgish siydik va qora najas
oppoq siydik va qora najas
qora najas, siydik o’zgarishsiz
20. O’VGB da virus tashuvchanlik
*virusning begonalik xususiyatiga organizmning anergik javobi
virusning begonalik xususiyatiga organizmning normoergik javobi
virusning begonalik xususiyatiga organizmning giperergik javobi
virusning begonalik xususiyatiga organizmning gipoergik javobi
21. O’VGB da yashinsimon shakli rivojlanish omili
virusning begonalik xususiyatiga organizmning gipoergik javobi
virusning begonalik xususiyatiga organizmning normoergik javobi
*virusning begonalik xususiyatiga organizmning giperergik javobi

virusning begonalik xususiyatiga organizmning anergik javobi
22. O’VGB ni tashxisini tasdiqlovchi markyorlar:
HBs Ag, anti HBs
HBs Ag, Ig G anti HBc
*HBs Ag, Ig M anti HBc
HBs Ag, HBc Ag
23. O’VGB ning ogir shaklidan qo’llanilmaydigan vositalar:
geptral
umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar
*immunomodulin
proteaz ingibitorlari glyukortiqosteroid
24. O’VGB ning oldini olishda yuqori samara beradigan tadbir:
*xususiy profilaktika
dezinfeksiya
deratizastiya
bemorni ajratish
25. O’VGB oldini olish uchun emlash vaqti:
*tug’ilganda, 2 oylikda, 9 oylikda
tug’ilganda, 4 oylikda, 16 oylikda
16- oylikda 7 yoshda
7 yoshda 16 eshda
26. O’VGB rekonaplesstentlari dispanser nazorati muddatlari jumlasiga kirmaydi?
9 oydan so’ng
1oydan so’ng
*12 oydan so’ng
3-6 oydan so’ng
27. O’VGB uchun xos bo’lmagan laboratoriyaviy belgilar:
*teri ichi allergik sinama biokimyoviy
virusologik
serologik
siydikda o’t pigmentlarini aniqlash
28. O’VGB uchun xos bo’lmagan sariq oldi davri sindromi:
dispeptik
artralgik
*grippsimon
artralgik va dispeptik
29. O’VGB vaqtli tashxisi uchun xos bo’lmagan belgi:
*bodom bezlari sarg’ayishi
jigar o’lchamining kengayishi
AlAT faolligining oshishi
globulinlar miqdorining oshishi
30. O’VGBda surunkali shakliga o’tishi omili
virusning begonalik xususiyatiga organizmning normoergik javobi
virusning begonalik xususiyatiga organizmning giperergik javobi
*virusning begonalik xususiyatiga organizmning gipoergik javobi

virusning begonalik xususiyatiga organizmning anergik javobi
31. O’VGC da surunkaliga o’tish omili:
*virusga nisbatan immun javob yetarli emas
virusga nisbatan immun javob yuqori
virusning gepatostitni yemirishi
virus ta’sirida autolitik reaksiyalar
32. O’Virus replikastiyasini ko’rsatuvchi markyorlar:

HBsAg, Ig M anti HBc, HBcAg
DNK –P, HBsAg, HBxAg
*HBeAg, anti HBe, DNK
HB pol, preS1, preS2

33. O'VC tashxisi uchun ahamiyatli marker

*anti HCVIgM
HCVAg
anti HCV
HBc Ag

34. O'tkir virusli B gepatitda xavfli yuqish omili:

stomatologik muolaja
jinsiy yo'l
plantsentar
*shipristli

35. Qiyoslanganda VGA ning sariqlik oldi davriga xos belgi:

*tana harorati ko'tarilgan, kataral holat, quruq yo'tal, jigar kattalashgan
tana harorati yuqori, kataral holat, konyunktivit, jigar o'lchamlari kattalashgan
tana harorati ko'tarilgan, yuzi-kuzi kizargan, kataral holat, jigar o'zgarmagan
tana harorati ko'tarilgan, yuzi-kuzi kizargan, , jigar va kattalashgan, o'zgarmagan

36. Qiyoslanganda VGA uchun xos belgi:

davomli umumiy zaharlanish belgilari yuqori, asta-sekin boshlanishi
sariq oldi davrisiz, umumiy zaharlanish belgilari bo'lmaslik, terida kechish
*qisqa sariqlik oldi davri, o'tkir boshlanishi, sariqlik kuchsiz namoyon bo'lishi
davomli sariqlik oldi davri, asta sekin boshlanish, gepatomegaliya

37. Qiyoslanganda VGB uchun xos klinik belgi:

to'satdan kataral, dispeptik, astenovegetativ simptomlar bilan boshlanadi
bilvosita bilirubin hisobida giperbilirubinemiya, AlAT me'yorida
cho'kmali sinamalar me'yorida
*asta-sekin dispeptik astenovegetativ artralgik belgi bilan boshlanishi

38. Chuqur koma (O'JE-IV) da asab-ruhiyat tomonidan xos o'zgarish:

* arefleksiya, ko'z olmasining suzib yurishi simptomi
uyquchanlik, esning pasayishi, esnash, bosh aylanish, emostional o'zini tuta olmaslik, Eyforiya bilan almashinib turuvchi apatiyalar
soporoz holat, es –hushining aralash bo'lishi, oyoq-qo'llarning tremori
es hushining to'liq yo'qolish, yo'tish va og'riq reflekslarining saqlanishi

39. Koma O'JE ning boshlang'ich davrida asab-ruhiyat tomonidan xos o'zgarish:

soporoz holat, es –hushining aralash bo'lishi, oyoq-qo'llarning tremori
uyquchanlik, esning pasayishi, esnash, bosh aylanish, emotsional o'zini tuta olmaslik, eyforiya
*es hushining to'liq yo'qolishi, yutish va og'riq reflekslarining saqlanishi
arefleksiya, ko'z olmasining suzib yurishi simptomi

40. Prekoma 1 (O'JE-1)da asab-ruhiyat tomonidan xos o'zgarish:

*uyquchanlik, esning pasayishi, esnash, bosh aylanish, emotsional o'zini tuta olmaslik, eyforiya bilan almashinib turuvchi apatiyalar
Soporoz holat, es –hushining aralash bo'lishi, oyoq-qo'llarning tremori
Es hushining to'liq yo'qolish, yutish va og'riq reflekslarining saqlanishi
Arefleksiya, ko'z olmasining suzib yurishi simptomi

41 Qaysi simptom jigar etishmovchiligi uchun xarakterli emas?

*jigar o'lchamlarining kattalashishi
taxikardiya
jigar o'lchamlarining qisqarishi

ensefalopatiya

42 Virusli sirrozga xos belgilar:

*jigar elementlari, “kaput meduza” assit
jigar elementlari, gepatomegaliya
jigar elementlari kuzatilmagan, gepatomegaliya
assit, gepatomegaliya

43 O’JE bilan asoratlangan bemorlarga dyufalak buyuriladi:

*huqna orqali
og’iz orqali
zond orqali
buyurilmaydi

44 O’JE bilan asoratlangan bemorlarga ichak florasini pasaytirish uchun beriladigan antibiotiklar:

*alfokormiks, gentamitsin og’iz orqali
penitsillin, metronidazol
monomitsin, stefalosporinlar
streptomitsin, anamitsin

45 O’JE bilan asoratlangan bemorlarni davolashga kiradi:

*kontrikal, gepamerst, GKS, plazma, dyufalak
konrikal, gepamerst, gepatoprotektorlar
gepamerst, dyufalak, yurak glikozidlari
dyufalak, GKS, antibiotiklar

46 O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

*taxikardiya
bradikardiya
aritmiya
ekstrasistoliya

47 O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

*jigar o’lchami kichrayishi
jigar o’lchami kattalashishi
splenomegaliya
gepatolienal sindrom

48 O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

*og’izdan jigar hidi kelishi
og’izdan ammiak hidi kelishi
og’izdan atseton hidi kelishi
og’izdan badbo’y kelishi

49 O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

*leykostitoz
leykopeniya
eozinofiliya
eritropeniya

50 O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

*tana harorati oshishi
tana harorati pasayishi
tana haroratiщzgarmaydi
barchasi to’g’ri

51 O’JE darakchilari jumlasiga kiradi:

*kunduzgi uyquchanlik
kechkuro’ngi uyquchanlik
uyqusizlik
barchasi to’g’ri

4-mavzu: **Ich terlama. Paratif. A va V. Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni. Kasallikning klinik belgilari. Davolash usullari. Profilaktikasi. Dispanser nazorati**.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1.Ich terlama. Paratif. A va V. Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni. 2.Kasallikning klinik belgilari. 4.Davolash usullari. 5.Profilaktikasi.Dispanser nazorati.
Mavzuning maqsadi: Qorin tifi, ya'ni ich terlama yuqumli ichak kasalligidir, uni salmonellalar avlodiga kiradigan tif bakteriyalari qo'zg'atadi. Bu kasallik ingichka ichak devoridagi limfa tugunlari va peyer pilakchalarining zararlanishi, bakteriemiya, yuqori haro-rat va intoksikastiya belgilari bilan ta'riflanadi. Qorin tifi va paratif A hamda paratif V ning epidemio-logiyasi, patogenezi va patomorfologiyasi, klinik belgilari bir-birlariga juda o'xshash. Shu sababdan qorin tifi haqida gapi-rilganda, odatda paratkflar ham nazarda tutiladi. Tif va paratif A, B kasalliklarni erta aniqlab, bemorlarga kerakli chora-tadbirlarni o`tkazish. hozirda bizning regionda uchraydigan qorin tifi va partiflar kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. IVBDV(stast) mahalliy alomatlarsiz isitmadagi differenstial diagnostika	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. "Ich terlama. Paratif. A va V. Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni. Kasallikning klinik belgilari.Davolash usullari. Profilaktikasi.Dispanser nazorati. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	8. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 9. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 10. Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1.Mavzu oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. 2.Mavzuga oid interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. 3. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich	1. Ich terlama. Paratif. A va V. Klinik, epidemiologik va laborator ma'lumotlarni diagnostikada tutgan o'rni.	Kichik guruhlarga bo'linadilar

(90 daqiqa)	Kasallikning klinik belgilari.Davolash usullari. Profilaktikasi.Dispanser nazorati. savol-javob o'tkazish. 2.«Olmalar » uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Asosiy bosqich (45 daqiqa)	1"Virusli gepatitlar profilaktikasi. dispanserizastiyasi" savol-javob o'tkazish. 2. "Asalari uyasi" uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. **Mustaqil ish beradi.** Amebiaz. Etiologiyasi. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez)boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish. 3. **Uyga vazifa beradi**. Vabo. Virusli diareyalar. Esherixioz	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 4 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Isitma haqida tushuncha.
2. Qorin tifi va partiflar etiologiyasi, epidemiologiyasi.
3. Qorin tifi va partiflar patogenez, klinikasi, asoratlari.
4. Qorin tifi va partiflar tashxisoti va davosi.
5. Bemorlarni parvarishlash rejasi va oldini olish.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1) Qorin tifi va partiflar etiologik tizimi?
2) Qorin tifi va partiflar yuqish mexanizmi, aholi moyilligi qanday?
3) Qorin tifi va partiflar klinik belgilarini sanab, asoslab bering
4) Qorin tifi va partiflar laborotoriyaviy tashxisoti, qonni gemoqulturaga olish tartibi.
5) Qorin tifi va partiflar davolash asoslari.
6) Qorin tifi va partif kasalliklarining oldini olish.

Tif-paratif kasalliklarini chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, isitmaning kelib chikish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, Yotoq Yaralarning oldini olishni bilishi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar

Bemordan gemoqulturaga qon olish qoidalari (TPK misolida).

Maqsad: Qonda bakteriyalarni aniqlash.

Ko'rsatma: Tashxisi noaniq va 3 kundan ortiq isitmalagan bemorlardan olinadi.

Kerakli anjomlar: Sterillangan rezina qo'lqop, o'tli bulьon yoki Rappoport ozuqasi solingan flaqon (50-100 ml), spirtovka, bir marta ishlatiladigan shpritslar (5-10 ml), spirt (70º), jgut, sterillangan paxta, niqob, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi va niqob taqiladi, bemor yon tomonga qaragan holda o'tiradi	0	5	10
2.	O'tli bul'on yoki Rappoport muhiti xona harorati darajasida isitiladi	0	5	10
3.	Bemorning bilagi tirsagidan yuqorisiga jgut qo'yiladi	0	5	10
4.	Bilak yo'zasi spirt (70º) shimdirilgan sterillangan paxta bilan artiladi	0	5	10
5.	Bemor tomiridan shprits orqali 5-10 ml qon olinadi	0	5	10
6.	Jgut olib tashlanadi, igna olingan erga spirt (70º) shimdirilgan paxta qo'yiladi, bemor bilagi bukiladi	0	5	10
7.	O'tli bulьon yoki Rappoport muhiti olingan flaqon spirtovka ustida ochiladi	0	5	10
8.	Spirtovka alangasi ustida olingan qon o'tli bul'onga yoki Rappoport muhitiga 1:10 nisbatida ekiladi	0	5	10
9.	Qon solingan flaqon og'zi qopqog'i bilan spirtovka alangasi ustida berkitiladi	0	5	10
10.	Yo'llanma varaqasiga bemor maъlumotlari yoziladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

GIPERTERMIK SINDROMINI BARTARAF QILISH

1. Bemorni xavosi almashinib turadigan, salkin xavoli xonada joylashtirib, su yo'qlik ichirib turish

2. Tana xarorati 38 C dan yo'qori bo'lsa, paratsetamol, aspirin, sitramon bemorning Yoshi va og`irligiga qarab bu yuriladi. Agar tana xarorati yo'qoriligicha kolsa, 50 yoki 25 % li analgin eritmasi antigistamin preparatlari / dimedrol, pipolfen, suprastin/ bilan Yoshiga qarab belgilanadi.

1. Fizik usullar:

a/ teri rangi kizarishi bilan keladigan gipertermiyada bemor boshida, buyni, kultik osti, va chov soxalarida mo'z xaltachalari kuyiladi yoki parrak bilan xavo o'zatiladi.

b/ teri rangi oqimtirligi va kaltirash bilan kechadigan gipertermiyada bemor badani 50% li spirt yoki uksusli eritma bilan ishkalanadi, ichishga papaverin, noshpa, eufillin bu yuriladi, mushak orasiga noshpa, dibazol eritmalari yuboriladi.

2. Mushak orasiga 25% li magniy sulfat eritmasi, 1 kg og`irlikda 0, 2 ml dan yuboriladi.
3. Siydik xaydovchi preparatlar furosemid /laziks/, gipotiazid va boshqalar bu yuriladi.
4. Gipertermiya natijasida su yo'qlik yo'qotgani uchun 20% li gl yo'qoza insulin bilan vena ichiga yuboriladi, ogiz orqali regidron, oralit, kand-to'zli eritmalar bu yuriladi.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan dars davomida olib boriladi.

" Olmalar» metodi.

Maqsadi: Talabalarga ushbu muammo bo`yicha to`g`ri javobni tanlashni o`rgatish.

Tamoyillari: Qattiq qog`ozga yoki kartonga bir necha olma surati chiziladi (olmalarga 4-5 qator tekst sig`sin (12-15sm)). Ularni bo`lib, qirqiladi. So`ng har bir olmani ikkita qiyshiq chiziq bilan bo`linadi. Har bir olma boshqasidan farq qilsin. Olmaning bir bo`lagiga tegishli savolni, ikkinchi bo`lagiga to`g`ri javob Yoziladi. Olmalarning barcha Yarimlarini aralashtirib, har bir o`quvchiga bittadan olish taklif qilinadi. Savol olgan qatnashchi, savolni ovoz chiqarib o`qiydi. shu savolning to`g`ri javobini olgan qatnashchi. ovoz chiqarib, javobni o`qiydi. Qolganlar esa javobning to`g`ri – noto`g`riligini ko`rsatishlari kerak. Javobning to`g`riligiga ishonch hosil qilish uchun, ikkala bo`lak birlashtirib ko`riladi.

Mashg`ulot mavzusi: Tif, paratif kasalliklari

Savollar:

1.Tif, paratif kasalliklari tavsifi.
2.Tif, paratif kasalliklari qo`zg`atuvchisi;
3.Tif, paratif kasalliklari klinik belgilari;
4.Tif, paratif kasalliklari tashxisoti;
5.Tif, paratif kasalliklari davosi.

"Asalari uyi»uslubi

Maqsad: Talabalarni ushbu muammo yo'zasidan o`zaro fikrlashib, to`g`ri qaror chiqarishga o`rgatadi. Jamoa bo`lib ishlashga undaydi.

Tamoyillari: Guruh talabalari ikkita mayda guruhchalarga bo`linishadi. O`qituvchi har bir guruhga alohida yoki umumiy savol beradi. Talabalar 10-15 daqiqa muhoqama qilishib, o`zaro fikr almashinishadi. Shular orasidan to`g`ri variant tanlab olinadi.

Savol: 1. TPKda bemorlarni davolash qoidalarini ayting.
2. TPKdagi profilaktik chora tadbirlar.
3. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish qoidalari.

15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talaba uchun topshiriq

№	Savol	Izohi
1.	Ich terlama kasalligiga ta`rif bering? Kasallik qo`zg`atuv chisi to`g`risida.	
2.	Kasallik yuqish Yo`llari?	
3.	Patogenez bosqichlari	
4.	Kasallikning klinik belgilarini ayting.	
5.	TPK kasalligidagi harorat chizig`ining turlarini ko`rsating.	
6.	Kasallikning laborator tashxisotini ayting.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Ich terlama kasalligida klinik kechishi.	
2.	Kasallikda Yotoq rejimi va dieta terapiyaning ahamiyati	

3.	TPK davolash qoidalari.	
4.	Kasallikda oldini olish.	

MAVZU BAYONI

QORIN TIFI, A VA B PARATIFLAR

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

Etiologiyasi. Qorin tifi tayok chasi Salmonella Typhi Erterobacteriacese oilasiga mansub, faqat odam uchun zararli hisoblanadi. Sal. typhi tayok cha 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 buyok lari 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 tayok chasining fermentativ faolligi kuchsizrok dir. 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^oC ta'sirida 1 soat mobaynida tirik qolsa, 100^oC da darhol halok bo'ladi. Shu bilan birga bu bakteriyalar past harorat sharoitida yaxshi saqlanib qoladi va muzda 60 kungacha yashash 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 H- antigen murakkab mukopoli- saxarid kompleksidan tashkil topgan bo'lib, uning tarkibiga vi - antigen ham kiradi. K - antigen esa ok sil tabiatli birikma bo'lib, hujayra ichi ko'payishini ta'minlaydi. Kimyoviy, fizik omillar, antibiotiklar, ok sil tanachalari ta'sirida qorin tifi bakteriyalari L shakliga aylanishi mumkin.

Epidemiologiya. Qorin tifi, A va B paratif infeksiyalarida xastalik manbai faqat odam (bemor yoki bakteriya tashib yuruvchi) 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 rekonvalestsent va bakteriya tashuvchilar hisoblanadilar. Qorin tifi yoki paratif bilan og'rigan bemor qo'zg'atuvchini kasallik oldi davridan boshlab najas orqali ajratib chiqaradi. Klinik belgilarni paydo bo'lishi bilan kasalning yuqumliligi ham ancha ortadi, tana haroratining tushishi va rekonvalestsentsiya davrining boshlanishi bilan esa yuqumlilik kamayadi. Qo'zg'atuvchini peshob orqali ajralib chiqishi kamrok dir. 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 kengrok tarqa- ladi. Bakteriya tashuvchilar sog'lom, tranzitor va kasallikning boshidan kechirgan bakteriya tashuvchilarga bo'linadi. Davomiyligi bo'yicha quyidagi toifadagi bakteriya tashuvchilar tafovut kilinadi. 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.

Tif-paratif kasalliklari uchun asosiy mexanizm najas-og'iz mexanizmi hisoblanib, suv orqali, alimentar, maishiy mulok ot orqali amalga oshiriladi.

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

Patogenezi. Qorin tifi bilan paratiflarni 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 nok ulay hisoblanib, bir qism qo'zg'atuvchilar parchalanadi. So'ngra tif-paratif kasalliklarining mikroblari ingichka ichakga kirib oladi va uning limfa hosilalariga - ya'ni solitar ularning to'planib turgan joyi - peyerov 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 reaktsiyasi bilan limfa tugunlari kattalashuvi yuz beradi. Limfa to’qimasida bakteriya- larni 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 ok imiga kirib boradi va bakteriemiya ya'ni, bakteriyalarni qonda bo’lishi yuz beradi. (1-rasm). Bu esa yashirin davrining tugagani va kasallikning klinik manzarasini 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 bakteriotsid xossalari ta'sirida bir qism bakteriyalar halok bo’ladi va ichidan zahar-endotoksin ajralib chiqadi, hamda umumiy zaharlanish fazasini keltirib chiqaradi. Bunga javoban organizmdan maxsus antitela ishlab chiqaradi.

Kasallik jarayonida rivojlanadigan himoya reaktsiyalari orasida mikroblarning har - xil a'zolar (jigar, talok, suyak ko’migi, limfa tugunlari va boshqalar) to’rsimon - endotelial to’qimalarida intensiv ravishda o’rnashib qoladi. Natijada asosiy infeksiya lokal shaklga o’tadi. Bu mikroblarning to’qimalarga parenximatoz 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 parda orqali kasallik yuqqanda – ya'ni, birinchi marta tushganda sensibilizatsiya qilinib bo’lgan ichaklar limfatik apparatiga tushadi. Bu allergik reaktsiyalar fazasi bo’ladi. Bunda esa oddiy yallig’lanish jarayoni giperergik Artyus fenomeni nusxasi bo’yicha o’tadigan reaktsiyaga 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. Mikroblarni to’qimalarda mahkamlanib qolishi natijasida, shuningdek qonda maxsus antitelolarni to’planib qolishi natijasida 2-chi hafta oxirlarga kelib qondagi tif tayok chalari- ni soni kamayadi. Bu davrda ular ko’p miqdorda ichaklarda va o’t pufagida topiladi. Ba'zi hollarda butunlay sog’ayib ketgani- dan keyin ham tif bakteriyalari o’t pufagida va peshob chiqa- rish yo’llarida uzok vaqt saqlanib qolishi mumkin.

Shunday qilib, tif-paratiflarni patogenezi juda murakkab. Uni shakllanishi ko’p omillar, asosan, kasal organizmning xususiyatlariga bog’liqdir.

Qorin tifi va paratiflar bilan og’rigandan so’ng organizmga maxsus barqaror immunitet o’rnatiladi. Qorin tifida qayta kasallanish mustasno tariqasida kam uchraydi.

Klinikasi. Tif-paratiflarda klinikaning namoyon bo’lishi va patologik jarayonlar etarli darajada aniq ifodalangan davriylik qonuniyatlarga qarab yuz beradi. Shunga asoslanib Qorin tifi va paratiflarning 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. decrimenti).

-to’rtinchi - rekonvalestsentsiya yoki sog’ayish davri. Har bir davrning davomiyligi taxminan 1 hafta davom etadi.

Yashirin davr 14-21 kun davom etadi, lekin u 3-5 kungacha, hatto ikki kungacha qisqarishi va 23 kungacha uzayishi mumkin. Davrning eng oxiriga kelib prodromal belgilar paydo bo’ladi. Ular sababsiz lohaslik, holsizlanish, apatiya, ishtahaning yo’qo- lishi, bosh og’rig’i, serzarda bo’lib qolishlarda ifodalanadi va 1-3 kun davom etadi. Qorin tifi kechishining tipik holatlarida, jarayon quyidagicha rivojlanadi: kasallik ko’pincha asta- sekin boshlanadi va bemorlar ko’p hollarda kasallik boshlangan kunni ko’rsatib bera olmaydilar. Birinchi kunlarni ular oyokda turib o’tkazadilar. Lekin ahvol kundan - kunga yomonlashadi: holsizlik ortadi, charchash kuchayadi, bosh og’riydi, ishtaxa 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, chanqok paydo bo’ladi, til o’rtasi yupqa ok qarash bilan qoplanadi, qorin oz-moz shishgan, ich ketish buzilgan ko’pincha ichi tutilib qoladi. Birinchi davr oxiriga kelib jigar va talok kattalashishi mumkin.

Ikkinchi davrda (2-3hafta) yuqorida ko’rsatilgan belgilar yuqori rivojiga etadi. Bemor ovqatni rad etadi, uni chanqok bezovta qiladi, boshi og’riydi, goho qorinda og’riq kuzatiladi. Tana harorati 39-40^{o}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 sezilarlirok 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), ongni 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 ok argan, issiq, qo'l tekizilganda quruq, yuzi shishinqiragan, ko'krak, qorin terisida 5-8-kunlar rozeolali toshma paydo bo'ladi, bu toshmalar gohida (davriy) vaqti-vaqti bilan toki isitmaning oxirigacha davom etishi mumkin (2-rasm). 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 talok ning 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^{o}Cga etadi.

Sog'ayish davrida organizmni 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 uzok rok 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 belgilarni 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 jarayonni 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 chizigi 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 fazasi 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. Isitmaning bu fazasi 1,5 - 2 kam hollarda 3 hafta davom etishi mumkin. Harorat chizig'ining so'nggi fazasi ortga rivojlanish davrini aks ettiradi. Haroratning litik tushish davomiyligi taxminan 5 - 8 kun bo'ladi.

Qorin tifida harorat chizig'ining quyidagi nusxalari mavjuddir:

1. Ko'p to'lqinli, Botkin chizig'i, ya'ni yuqori temperatura bilan nisbatan past temperaturaning galma-gal kelishi; 2. Vunderlix nusxasi, bir to'lqinli bunda haroratning asta - sekin ko'tarilishi va tushishi kuzatiladi; 3. Kildyushevskiy bo'yicha, bunda harorat tezrok ko'tariladi, 3 kun ichida, keyin litik tushadi. Mana shu 3 ta harorat chizig'ining varianti 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 uchramok da, bunda isitma davri 3-5 kunni tashkil etadi. Shubhasiz isitmaning qisqarishida profilaktik emlashlar va antibiotiklarni qo'llanishi muhim rol o'ynaydi.

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 uni o’zgarishi seroz menin- gitni namoyon bo’lishiga mos keladi (tsitozni biroz ko’payishi, ok sil miqdorining ortishi).

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. Tipik toshmalarda 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 bilakni ichki yoziluvchi yuzasi bo’lib xizmat qiladi. Qorin tifida toshma ko’p bo’lmaydi (3- 5, 10- 20) lekin ayrim holarda 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 rozeolalarni petexiyalarga o’tishi belgilangan. Bemorlarning aksariyatida qo’l kafti va oyok tovoni sariqligi (Filippovich belgisi) kuzatiladi.

Nafas olish organlari. Qorin tifi nafas olish organlarida yuz beradigan o’zgarishlar birinchi kunlaridanok kuzatilishi mumkin. Bu o’zgarishlar o’ziga xos xususiyatga ega bo’lib, ovozni 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.

Yurak qon tomir tizimi. Qorin tifi yurak qon - tomir tizimida yuz beradigan zararlanish hollari qorin tifi zaharining bevosita yurak-tomir tizimi va uni faoliyatini boshqarib turuvchi asab apparatiga ta'siri bilan bog’liqdir. Yurak qon-tomir sistemasidagi 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 oziqlanishi buzilishi va funktsional 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 harakterli va doimiy belgisidir. Toksikozning birinchi belgilaridan biri bo’lib ishtahaning pasayishi xizmat qiladi va 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 (salivatsiya) suyuqlik ishlab chiqarilishini kamayishi tufayli bemorlarda og’iz bo’shlig’i, lablar, shilliq qavatlarining quruqlashib qolishi aniqlanadi. Shilliq qavat yaltirashini yo’qotadi, qalin, quyuq 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 ok ish yoki ok - ko’kish karash bilan qoplanadi. Bunda tilning chetlari va uchi toza bo’ladi, biroz qizaradi va unda tishning izi qolishi mumkin. Umumiy ahvolning yaxshilanishi bilan til ham karashdan tozalanib boradi hamda namlanadi.

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’irrok holatlarida esa, butun qorin bo’ylab yoyiladi. Paypaslab ko’rilganda qorin xuddi rezina yostiqchaday elastik konsistentsiyaga ega bo’ladi. Qorin perkussiyasida ko’pincha o’ng biqinda perkutor tovushning bo’g’iklashishi kuzatiladi. Quldirash bemorlarda og’riqsiz va ichni 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. Ba'zan butun kasallik davomida najas tomonidan hech qanday o’zgarish kuzatilmaydi. Jigarni kattalashuvi qorin tifida kasallik avj olgan paytda aniqlanadi, hamda kattalashuv darajasi qorin tifi kechishining og’irligiga bog’liq. Talok ning kattalashuvi kasallikning 3 - 5 kunidan aniqlanadi va 1-2 hafta shunday turib, kasallikning boshqa belgilari kamayishi bilan parallel holda kichrayib boradi. Talok ning qisqarishi yaxshi alomat hisoblanadi.

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

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

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) ni qaysi biri ko'prok zararlanish tamoyili yotadi. Shunday qilib, biz kasallikning engil, o'rta og'irlikdagi va og'ir shakllarni ajratdik.

"A" paratifining klinik kechish xususiyatlari. Qorin tifidan biroz farq qiladi. Paratif "A" infeksiyasida kasallik o'tkir boshlanib, ko'pincha tomok va kon'yunktiva shilliq qavatini zararlanishi kuzatiladi. Boshlang'ich davr klinik manzarasida yuz giperemiyasi, sklera in'ektsiyasi, engil kon'yunktivit, tumov, yo'tal, lablar va burun qanotlarida gerpes, 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 hol- lardagina ifodalanadi. Rozeola toshmasi xuddi paratif "B" singari erta paydo bo'ladi va o'zining ko'p xilliligi bilan ajralib turadi. Goho toshma toshishi mumkin. Asoratlar paratif "B"ga nisbatan ko'prok uchraydi. Paratif infeksiya- sini tashxis qilishda qon, najas, peshobni bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega.

"B" paratifining klinik kechish xususiyatlari. Kasallik o'tkirrok va qisqa vaqt rivojlanadigan patologik jarayon, hamda eng yuqori darajada namoyon bo'ladigan toksikoz va keskin ifodalangan me'da-ichak buzilishi bilan xarakterlanadi. Umuman, paratif "B" o'zining engilrok kechishi va kamrok qaytalanishi bilan ajralib turadi. Yashirin davri 5 - 10 kunga teng bo'ladi, lekin to 16 kungacha uzayishi mumkin. Kasallik (birdan) o'tkir boshlanadi, qaltirash (xuddi sovuq qotganday), mushaklarda og'rik, terlash bo'ladi. Paratif "B" ni boshlang'ich davrda umumiy zaharlanish belgi- lari (qaltirash (oznob), bosh og'rig'i harorat ko'tarilishi) o'tkir me'da - ichak buzilishlari (ich o'tishi, qorindagi og'rik, qayt qilish) bilan birgalikda keladi. Ko'pincha kataral holatlar kuzatiladi. Bir qism bemorlarda labda gerpes paydo bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilgan belgilarga kasallikni birinchi kunlaridanok MAT zararlanish belgilari (madorsizlik, uyqu bosishi, behalovatlik, vahimali tungi uyqu, ortib boruvchi rangparlik) qo'shilishi mumkin.

Paratif "B" klinik kechishining xususiyatlaridan biri, bu qisqarok isitmadir. U ko'pincha noto'g'ri nusxada, gohida subfebril bo'ladi. Rozeola toshmasini toshishi erta yuz beradi (3 - 6 kun) va har xil, ko'p toshadi, talok ning erta va ancha katala- shuvi aniqlanadi. Periferik qon tomonidan ko'pincha neytrofil leykotsitoz kuzatiladi. Engil kechishi bilan bir qatorda paratif "B" uzok davom etadigan harorat reaktsiyasi, 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 asoratlarni 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, meteorizmni kuchayishi, suyuq ich ketishi, ko'pgina anatomik o'zgarishlar, shuningdek qon ivishining pasayishi, tromblar hosil bo'lishini sekinlashuvi sabab bo'ladi. Bemor hojatxonaga borganda, agar qon ok ish nisbatan yaqinda bo'lgan bo'lsa to'q qonni ko'radi, agar vaqt o'tgan bo'lsa, qatronsimon tavsifga ega najasni ko'radi.

Ichakning teshilishi 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'rik paydo bo'lmasligi ham mumkin, shuning uchun, hattoki qorindagi salgina og'rik vrach e'tiborini tortishi kerak. Muhim belgi bo'lib qorin devorining tarangligi va Hetkin-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 barmok bilan tekshirilganda aniqlanadigan tos tubi devorida og'riq bo'lishi muhim ahamiyatga ega. Perforatsiyani kechrok paydo bo'ladigan belgilaridan: ortib boruvchi meteorizm, jigar ustida bo'g'iq ovozning yo'qolishi, qorin auskultatsiyasida ichaklardagi shovqin bo'lmasligi, chapga siljish bilan giperleykotsitoz, qorinning chet qismlarida suyuqlikning

to’planib qolishi, ko’p qayt qilish va hiqichok 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 sistemasi tomonidan miokardit, sog’ayish davrida kollaps, tromboflebitlar, nafas olish tizimi tomonidan zotiljam, plevrit, o’pka infarkti kabi asoratlar qayd qilinishi mumkin.

Tashxisoti. Tashxis klinik, laboratoriya va epidemiologiya ma'lumotlari yig’indisiga asoslanadi. Klinik belgilarini baholashda ularni 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 kasalliklarini serologik tashxisoti (Vidal agglyutinatsiya reaktsiyasi) yordamchi hisoblanadi. Bu reaktsiya kasallikni 8-9 kunidan aniqlash imkonini beradi. Shuningdek, reaktsiya emlanganlarda va qorin tifi bilan og’riganlarda ham ijobiy bo’lishi mumkin.

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

Davosi. Qorin tifi va paratif xastaliklari bilan og’rigan bemorlarni muolaja qilish 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 shaklllaridan biridir. Bemorlarni to’g’ri parvarishlash qorin tifi va paratif kasalliklarini muvaffaqiyatli davolashning asosiy omillardan biri. Ushbu xastaliklar bilan og’rigan bemor albatta shifoxonaga yotqizilishi lozim. Bemor yotqizilgan xona keng, yorug’, tabiiy ventilyatsiyaga ega bo’lishi kerak. O’rin, yostiq yumshok , 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’rinda turmay yotishlari lozim. Tabiiy hojatlarni chiqarish bu davrda faqat o’rinda yotgan holda amalga oshiriladi. So’ngra bemorlarga o’tirishga va normal tana haroratining 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 tampon- lar 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 qonda 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 mikrobga va zaharlanishga qarshi hamda isitma tushirish xususiyatiga asoslangan.

Levomitsetin bilan davolash ok ibatida 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 etmok da.

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 levomitsetinga turg’unligi namoyon bo’lgan taqdirda ishlatiladi.

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. Bu maqsadida Ringer, 5 % li glyukoza, reosorbilakt, "Atsesol", "Trisol" eritmalaridan foydalaniladi. Glyukozaning shifobaxsh samarasi simpatik asab tizimiga tropik ta'siri, energetik, dezintoksikatsion xossalari bilan tushuntiriladi.

Ushbu eritmalar ko'plab miqorda quyilgan taqdirda peshob (siydik) ajralishini ham nazorat etish kerak. Peshobni kuchaytirish uchun laziks, furosemid kabi preparatlar tayinlanadi. Qon o'rnini bosuvchi preparatlar (plazma, 5-10%li albumin, aminol, 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, ok sil va azot almashinuvi buzilgan bemorlarga tayinlash maqsadga muvofiq.

Tif-paratif kasalliklari asoratlari kelib chiqqan bemorlarni reanimatsiya bo'limi yoki intensiv terapiya palatasida davolash zarur.

Profilaktikasi. L.V.Gromashevskiy bo'yicha epidemik zanjirning uchta xalqasini hisobga olgan holda qorin tifi, paratif A va V kasalliklaridagi profilaktik tadbirlar uch yo'nalish bo'yicha olib borilishi zarur: infeksiya manbaini zararsiz-lantirish, 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. Shubhali shaxslarni poliklinika sharoitida gemokultura usulida tekshirish tavsiya etiladi. Bu tadbirlar har xil tabiiy ofatlar kelib chiqqan taqdirda o'chok larda epidemiyaga qarshi choralar samarasini yaxshilash imkonini beradi.

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

Qorin tifi va paratif A va B larning epidemiologiyasini ko'p yillik o'rganish natijalari ushbu kasalliklar tarqalishida ijtimoiy - iqtisodiy faktorlarning ahamiyati katta ekanli-gini 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 paratif A va B larga nisbatan emlashning samarasi ko'p yillik amaliy kuzatuvlarda tasdiqlangan. O'zbekiston sharoitida qorin tifi kasalliklarining maxsus profilaktikasi uchun bakteriofagdan ham keng foydalaniladi.

TPK rekonvalestsentlari kasalxonadan chiqarilgandan so'ng 3 oy mobaynida najas, siydik, o't suyuqligining bakteriologik tekshirish nazo rat 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.

"TPK. Qorin tifi" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	Tif, paratif kasalliklarini klinik kechishini tushunadi, biladi, tahlil qila oladi. Kasalxonagacha shifokor taktikasini biladi, tushunadi, umumlashtira oladi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	YAxshi "4"	Tif, paratif kasalliklari biladi. Taqqoslash tashxisotini biladi. Bemorlarga yordam ko`rsatishni to`liq darajada	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi

			biladi.	
3.	55-70	Qoniqarli “3”	Tif, paratif kasalliklari mavzusi bo`yicha talaba minimal tasavur etish darajasiga ega	1-daraja: tasavvur etish darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi ”2”.	Tif, paratif kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, kasalxonaga shifokor taktikasi ni va bemorlar parvarishini bilmaydi (qonspekt qilinmagan).	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 2 multimedialar 2

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Dastlabki bilimlaringizning etarli yoki etarli emasligini tekshirish uchun bir qator jumboqli masalalar diqqatingizga havola qilinadi. Javobingizni etalonlarga solishtirib tekshiring. Etalonsiz masalalarga Yozma ravishda javob tayyorlang.

1-masala.

Bemor K. 22 Yoshda, terapiya bo`limida zotiljan tashxisi bilan davolanayotganida, kasalllik boshlanganining 12-kuni klinik belgilari asosida ich terlama deb tashxis qo`yildi.

1. Laboratoriya tekshiruv usullarining qaysisi orqali bemorda ich terlama deb tashxis qo`yiladi.
2. Ich terlamada ichakning qaysi bo`limi shikastlanadi, qanday morfologik o`zgarishlarni ko`rish mumkin.

Masalaga etalon javob.

1. Ich terlama ingichka ichakning qon, siydik va najasni bakteriologik tekshiruv usuli va qonning klinik analizi natijalarini asosida isbotlash mumkin.

2. Ich terlamada ingichka ichakning limfatik apparati shikastlanadi. Bizning bemorda ikkinchi haftaning oxiri, uchinchi hafta boshlarida shishgan nay tugunchalari va solitar folikulalarning markaz qismida nekroz boshlangan, nekroz to`qimalari tushib Yaralar paydo bo`la boshlaydi.

2-masala.

Bemor A. 14 Yoshda. Kasallikning 7 kunida kasalxonaga tushgan kasallik asta-sekin tana haroratini ko`tarilishi, bosh og`rig`i bilan boshlangan. Ko`rik paytida tana harorati 39 ºC daraja. Terisi oqimtir rangda qorinning yuqori qismida rozeolali toshmalar bo`lib, barmoq bilan bosib ko`rganda Yo`qoladi, bir oz o`tgandan so`ng paydo bo`ladi. yurak tonlari bo`g`iq, pulsi 86-ta. Qorin biroz shishgan, yumshoq og`riqsiz. Paypaslaganda ichak quldirashi syoziladi. Jigari qovurg`adan 2 sm pastga tushgan.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Laboratoriyaviy tekshirish usullarini ayting.

3-masala.

Bemor sh. D. , 42 Yoshda. yuqumli kasalliklar shifoxonasida ishlaydi. Kasallik boshlanishida isitmasi chiqqan, holsizlangan, ishtahasi pasaygan, 3-kunga borib harorat yuqori darajaga etgan, qattiq boshi og`rigan, uyqusi bo’zilgan. Biroz ryozanda alomatlari ham bo`lgan, ichi bo’zilgan.

Kasallikning 5-kuni ko`rilganda bemorning ahvoli o`rta og`irlikda, yo’zi toliqqan. Biroz qizargan. Qorin, ko`krak sohasiga va qo`llarida 20 dan ortiq moshdek pushti dog`lar uchraydi.

Tomir urishi 1 daqiqada 92 marta. O`pkada o`zgarish Yo`q. Tili karashli, nam. Qorni dam, ichi 2-3 marta ketgan, najasda qon, shilliq Yo`q, Yo`g`on ichak paypaslanmaydi. Taloq biroz kattalashgan.

1. Birlamchi tashxisni aniqlang.
2. Bemorga qanday tahlil usullarini qo`llaysiz?

KEYS-METOD (CASE STUDY). Quyidagi laborator ko’rsatkichlarni izohlab, bemorga tashxis qo’ying.

Qonning umumiy tahlili: Eritrostitlar – $4x10^{12}$ /l, gemoglobin – 120g/l, leykostitlar – $2.0x10^{9}$/l. Leykostitar formula: tayoqcha yadroli – 15%, segment yadroli – 45%, limfostitlar – 33%, monostit – 6%, eozonofillar – 0%, bazofil – 1%, trombostitlar – 110.0, EChT –25mm/soat.

Serologik taxlillar: Vidal reakstiyasi musbat, RPGA reakstiyasi 1:400 titrda

Koprologiya: Makroskopiya: rangi – jigar, hidi – hidsiz, shakli – “no’xat sho’rvasiga’’ o’xshash. Mikroskopik: biriktiruvchi to’qima 1-2 (ko’rish maydonida), sovun 1-2(ko’rish maydonida), neytral yog’ hujayralari 1-2 (ko’rish maydonida), leykostitlar 1-2 ko’rish maydonida. Gijja tuxumlari va soda jonivorlar topilmadi.

Taqdim etilgan klinik-laborator ma’lumotlarga tayanib, ich terlama klinik shakllari va kechish og’irligi haqida to’xtaling. 1. Me’yoriy ma’lumotlardan foydalanib, pastientning klinik-laborator ma’lumotlarini jadvalga kiriting. 2. Tahlillarini analiz qiling. 3.Ekzamenatorga tahlillar natijalarini prezentastiya qiling.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:

metralin, pegasis, prednizolon

1.Sol. Metrolini 100,0 N.2
(savdo nomi)
Metronidazole
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Vena ichiga1mahal tomchilatib yuborilsin.

2.Rp.: Sol. Prednisoloni 25% 1.0 ml
(savdo nomi)
Prednisolon acetati
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1mldan kuniga 1mahal mushak orasiga yuborilsin.

3. Rp.: “Ciproded 250” N.20
(savdo nomi)
Ciprofloxacin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Kuniga 1 tabletkadan 2 mahal ovqatdan oldin ichilsin

Yakuniy baholash test savollari

4- Mavzu: Ich terlama. Paratif. A va B. Klinik, epidemiologik va laborator ma’lumotlarni diagnostikada tutgan o’rni. Kasallikning klinik belgilari.Davolash usullari. Profilaktikasi.Dispanser nazorati.

41. B paratifga xos bo’lmagan belgi:
tana harorati oshishi
*eozinofiliya
bosh og’rig’i
aneozinofiliya

42. “Respublika aholisi o’rtasida ich terlama, paratif, salmonellyoz va o’tkir ichak kasalliklariga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlarni takomillashtirish to’g’risida”gi buyruq:
№192 24.04.2003
*№122. 25.03. 2015 yil
№275 15.07.1994
№591 23.11.1993

43. A paratif ning maxsus asoratlariga xos emas:
ichakdan kon ketishi
ichak perforastiyasi
*meningit
ITSh

44. A paratif uchun xos bo’lmagan klinik belgi:
yo’tal, tumov
*rozeolez-papulez toshma
asta-sekin boshlanishi
gepatosplenomegaliya

45. B paratifga xos bo’lmagan belgi:
tana harorati oshishi
bosh og’rig’i
aneozinofiliya
*eozinofiliya

46. Paratif A ni davolashda qo’llaniladigan xos bo’lmagan usul:
*regidratatsiya
parhez
parvarish qilish
antibiotikklar bilan davolash

47. Paratif A va B ni laborator tashxisotida qo’llaniladigan eng ishonchli usul:
*bakteriologik

rentgenologik
biologik
serologik

48. Endemik qaytalama tif qo'zg'atuvchi tashuvchisi:

a. *kana
b. burga
c. bit
d. chivin

49. Endemik qaytalama tif qo'zg'atuvchisi:

a) *B. Sogdiana
b) B. Obermeiri
c) B. Burgdorferi
B. Srirochaetalis

10 Qaysi simptom qorin tifi kasalligining birinchi haftasida kuzatilmaydi?

*rozeolali toshma
yuqori tana harorati
bosh og'rig'i
holsizlik

11 Qaysi simptom qorin tifi uchun xarakterli emas?

*eyforiya
adinamiya
puls dikrotiyasi
rozeolali toshmalar

12 Qaysi simptom qorin tifi uchun xarakterli emas?

*taxikardiya
teri qoplamlarining rangparligi
rozeolali ekzantema
gepatosplenomegaliya

13 Qiyoslaganda qorin tifi uchun xos belgilar:

*umumiy lohaslik, bosh aylanishi, teri oqimtirligi, nisbiy bradikardiya, Podalka simptomi, kaft va tovon sarg'ayishi
umumiy lohaslik,terining rangsizlanishi, taxikardiya,tana haroratining tushishi,qon bosimi pasayishi
o'tkir boshlanishi, yuqori harorat , ko'plab ich ketishi, rozeolali toshma
o'tkir boshlanishi, yuqori harorat, yuz va ko'z qizarishi, badanda gemorragik toshmalar

14 Qiyoslaganda qorin tifi uchun xos belgilar:

*nisbatan asta-sekin boshlanish, yuqori harorat, yuzning oqimtir tusda bo'lishi, kasallikning 7-8 kunida rozeolez toshmalar toshishi
o'tkir boshlanishi, yuqori harorat, yuz qizarishi, sklera kon tomirlari burtishi, kasallikning 4-5 kunida rozeolez petixeal toshma
o'tkir boshlanish, yuqori harorat, yuz qizarishi, kassallikning 2-3kunida gemorragik toshmalar toshishi
o'tkir boshlanish,yuqori harorat,kasallikning 4-5 kunidan butun tanada makulapapulezli toshma toshishi.

15 Qiyoslaganda qorin tifi uchun xos belgilar:

*asta-sekin boshlanish, tana harorati yuqori va davomli isitma yuzning oqimtir tusga kirishi, boshning butun qismida og'riq
o'tkir boshlanish, 2-5 kun davom etadigan yuqori isitma, yuz qizarishi, peshona sohasida og'riq
asta-sekin boshlanish tana harorati yuqori va davomli, ko'p terlash, mahalliy limfa tugunlarining kattalashuvi
o'tkir boshlanish, tana harorati yuqori va davomli, ko'p terlash,mahalliy limfa tugunlarining kattalashuvi

16 Qiyoslaganda qorin tifiga xos belgilar:

*yuqori harorat, bradikardiya, EChT nisbatan oshgan, aneozinofiliya
tana harorati yuqori,taxikardiya,EChT oshishi, nafas kisishi
yuqori harorat, qaltirash, terlash, konda eozinofillar bo'lishi
yuqori harorat,terlash,kuchli qaltirash,taxikardiya,neytrofilez

17 Qiyoslaganda qorin tifiga xos periferik qon o'zgarishi:

*leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, t rombostitopeniya, aneozinofiliya
leykopeniya, eozinofiliya, nisbiy limfotsitoz neytrofilli leykotsitoz,monotsitoz,Tyurk hujayrasi
leykopeniya, nisbiy limfotsitoz,trombostitopeniya,anizopoykilositoz

18 Qorin tifi avj olish davri uchun xos bo'lmagan belgi:

*tenezm
Fillipovich belgisi
Podalka belgisi
Obrazstov-Gao'sman belgisi

19 Qorin tifi laboratoryaviy tashxisot tamoyillari:

*bakteriologik, serologik
Virusologik
Bioximiyaviy
teri allergik

20 Qorin tifi patogenezi:
*organizmga qo'zg'atuvchi tushishi, disbarer, enteral, mahalliy limfoadenit, bakterimiya, toksinemiya, a'zolar yallig'lanishi
organizmga qo'zg'atuvchi tushishi, toksinemiya,neytrotaksikoz
organizmga qo'zg'atuvchi tushishi, disbarer, enteral, bakterimiya,toksinemiya, allergiya o'zgarishlar
organizmga qo'zg'atuvchitushishi, disbarer, enteral, mahalliy limfoadenit, toksinemiya,

21 Qorin tifi qiyoslanadigan kasallik:
*toshmali tif
botulizm
shigellyoz
vabo

22 Qorin tifi qo'zg'atuvchisi tashuvchanlik tashxisini tasdiqlovchi laboratoriyaviy usul:
*kaprokultura
gemokultura
serologik
urinokultura

23 Qorin tifi rekonvalesstentlarini kasalxonadan chiqarish qoidalari:
*tana harorati normalashganining 21 kuni, bakteriologik tahlildan so'ng klinik tuzalishdan so'ng
tana harorati tushganidan 2 kuni, bakteriologik tahlildan so'ng
tana harorati normalashganining 21 kuni klinik tuzalishdan so'ng

24 Qorin tifi tashxisiga tasdiqlovchi laboratoriyaviy usul:
*gemokultura
kaprokultura
biokimyoviy
instrumental

25 Qorin tifi tuzalishini ta'minlovchi omillar:
*xususiy antitelolar hosil bo'lishi
ichakdagi yallig'lanish holati
allergik o'zgarishlar
bakteriemiya va toksinemiya

26 Qorin tifi uchun natijali davo vositasi:
*ampitsillin, levomitsetin, biseptol
ampitsillin, terasiklin
levomitsetin, gentamitsin, furazolidon
rovamitsin, stiprofloksatsin

27 Qorin tifi uchun natijasi yuqori etiotrop davo:
* xloramfenikol
penitsillin
stediks
gentamitsin, gentatsin

28 Qorin tifi uchun xos bo'lmagan belgi:
*bo'g'imning shishishi
qorinda rozeola toshma
bradikardiya
qorin qapchishi

29 Qorin tifi uchun xos bo'lmagan belgi:
*qayt qilish
umumiy lohaslik
bosh og'rig'i
ishtaha pastligi

30 Qorin tifi uchun xos bo'lmagan tana harorati egriligi:
*me'yorli
To'lqinsimon
Zinapoyasimon
trapetsiyasimon

31 Qorin tifi uchun serologik reaksiyalar:
*Vidal, RPGA
ROPGA
RSK
IFA

32 Qorin tifida asab sistemasi tomonidan xos bo'lmagan belgi:
*parez va falajlanish
patologik reflekslar
bradikardiya va puls dikrotiyasi
likvordagi o'zgarishlar

33 Qorin tifida birlamchi toshmalar paydo bo'lish muddatini ko'rsating?
* kasallikning 8-10 kuni
kasallikning 4- kuni
kasallikning 4-7 kuni
kasallikning 12 - kunidan keyin

34 Qorin tifida Filippovich belgisi tavsifi:
* qo'l kaftlari va oyoq tavoni sarg'ayishi
sirpanchiqli paypaslaganda ileosekal sohada og'riq
ileosekal qismini bosib, qo'yib yuborganda og'riq
qorin devorlari sezgirligi

35 Qorin tifida gemokultura uchun qo'llaniladigan muhit:
*o'tli bulon
kandli bulon
Tig-Myuller muhiti
Endo, Ploskerov muhiti

36 Qorin tifida hazm sohasi yallig'lanishiga xos bo'lmagan belgi:
*epigastriyada og'riq
ichni suyuq ketishi
meteorizm
ichak quldirishi, gepatomegaliya

37 Qorin tifida ichakdan qon ketish omillari:
*ichakda chuqur yaralarning hosil bo'lishi
ichak harakati
meteorizm
qon ivishining buzilishi
38 Qorin tifida ichakdan qon ketish yuz berganda hakimning ish harakati:
*osoyishtalik, qoringa muz qo'yish
aminokapron kislota, vikasol, kalsiy preparatlarni qo'yish
tozalovchi va davolovchi klizma
mikrostirkulyastiyani yaxshilovchi vositalarni qo'yish
jarrohlik muolajasi
39 Qorin tifida ichakdan qon tetishiga xarakterli bo'lgan simptomni ko'rsating?
*taxikardiya, AB pasayishi
qorinda og'riq
Shetkin simptomi musbat
nisbiy taxikardiya
40 Qorin tifida ichaklardan qon ketish sababini ko'rsating?
*yonbosh ichakdagi limfoid hosilalarda yara shikastlanishi
intoksikastiya
bakteriemiya
o'n ikki barmoqli ichak yarasi shikastlanishi
41 Qorin tifida ingichka ichakga xos bo'lmagan belgilar:
*ichak shilliq qavatidagi gemorragik o'zgarishlar
follikulalarning miyasimon shishishi
nekroz, nekr otik to'qima tushishi
toza yaraning hosil bo'lishi
42 Qorin tifida inkubastion davr davomiyligini ko'rsating?
*7- 21 kun
bir necha soat
bir kun
12 soat
43 Qorin tifida isitma tavsifi
* Kasallikning asta-sekin tana harorati oshishi, bir hafta davomida 40-41^{o}Cgacha ko'tarilishi
Isitmaning toksik va allergik tavsifli bo'lishi, ko'pincha qaltirash bilan kuzatilishi
Temperatura ko'tarilishi 3-9 kundan 21 ko'ngacha davom etadi, tushishi tezlashgan lizis ko'rinishida
To'satdan boshlanadi bemorning eti uvishib kaltiraydi, harorati 39-40 darajagacha ko'tariladi
44 Qorin tifida me'da-ichak trakti zaharlanishida xos bo'lmagan belgi:
*qorinning ichga tortilishi
tifsimon til
meteorizm
ichak quldirashi
45 Qorin tifida nafas a'zolari yallig'lanishiga xos bo'lmagan belgi:
*yiringli balg'am ajralishi
quruq yo'tal
o'pkada xirillashlar
vezikulyar nafas kuchayishi
46 Qorin tifida Obrazstov-Gausman tavsifi:
*sirpanchiqli paypaslaganda ileosekal sohada og'riq
qo'l kaftlari va oyoq tavoni sarg'ayishi
ileosekal sohada tovush to'mtoqligi bo'giqlashgan
qorining urta qismini bosib, qo'yib yuborganda og'riq
47 Qorin tifida Padalka simptomi tavsifi:
*ileosekal sohasida tovush to'mtoqligi bo'giqlashishi
Qo'l kaftlari va oyoq tavoni sarg'ayishi
sirpanchiqli paypaslaganda ileosekal og'riq
qorining o'rta qismi bosib qo'yib yuborganda og'riq
48 Qorin tifida periferik qonda bo'ladigan o'zgarishlarni ko'rsating?
*leykopeniya, limfotsitoz
neytrofilli leykotsitoz
leykotsitoz limfotsitoz bilan birga
leykotsitoz eozinofiliya bilan birga
49 Qorin tifida qon tomir sohasi yallig'lanishiga xos bo'lmagan belgi:
*taxikardiya
puls dikrotiyasi
bradikardiya
arterial gipotoniya
50 Qorin tifida qon tomir sohasi yallig'lanishiga xos belgi:
*yurak sohasida og'riq
yurak cho'qqisida sistolik shovqin
bradikardiya, puls dikrotiyasi
arterial gipertoniya
51 Qorin tifida serologik tekshiruv vaqti:
*2 -hafta
kasallik boshlanishida
kasallik avj olgan davrda
rekonvalesstenstiya davrida
52 Qorin tifida siydik ajratish sistemasi tomonidan xos bo'lmagan o'zgarishlar:
*nefroptoz
Albuminuriya

silindruriya
Pasternatskiy belgisi musbat

53 Qorin tifida yashirin davr davomiyligi:

*7-21 kun
30 minutdan 2 saotgacha
1 saot 2 kun
4-21 kun

54 Qorin tifiga xos bo'lmagan belgi:

*tirishish
yuqori harorat
umumiy zaharlanish
gepatolienal sindromi

55 Qorin tifiga xarakterli belgi:

*quldirash
qorin ichiga tortilishi
Bo'g'in og'rishi
ko'ngil aynishi

56 Qorin tifini qiyoslaganda qaysi belgilar muhim:

*asta-sekin boshlanishi, yuqori va davomli harorat
yuqori harorat, yuzning qizarishi, sohasida og'riq
o'tkir boshlanishi, yuqori harorat, yuz va kuz qizarishi
o'tkir boshlanishi, yuqori harorat, yuz va kuz qizarishi, badanda gemorragikt oshmalar

57 Qorin tifining birinchi haftasida qaysi substratda qo'zg'atuvchi ko'proq aniqlanadi?

*qon
najas
siydik
o't

58 Epidemik qaytalama tif qo'zg'atuvchisi:

a) *B. Obermeiri
b) B. nereensis
c) B. Garinni,
d) B. Latyshevi

59 Epidemik qaytalama tifda kasallik manbai:

a) *kasal odam
b) virus tashuvchi
c) hayvon
d) qushlar

60 Qaytalama isitma kuzatiladigan kasalliklar

*Qaytalama tiflarda uchraydi.
Bunday isitma qorin tifi va toshmali tif uchun xos.
Sepsisda, sil kasalligida kuzatiladi.
Bunday isitma bezgak kasalligiga xosdir.

61 Qaytalama isitma tavsifi

*Tana harorati qisqa muddatda yuqori ko'tarilib, 5-6 ko'p doimiy isitmadagidek saqlanib turadi.
Tana harorati asta-sekin, kuniga 0,5-1^{o}C dan ko'tarilib, bir necha kundan so'ng, pasaya boshlaydi
Tana harorati to'satdan 39-40^{o}S gacha ko'tarilib, kun davomida normagacha tushadi.
Ertalabki va kechki isitmalar farqi 1^{o}S dan ortiq bo'ladi. Ammo ertalab pasaygan xolida xam tana harorati 37^{o}C dan yuqoriligicha qoladi

5-mavzu: **Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik variantlari, diagnostikasi**

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulon
Reja	1.Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik variantlari, diagnostikasi Klinik variantlari. Ilk belgilari. 2.Eltor vaboning klinik xususiyatlari. 3.GVK klinikasi. Kasalxonagacha va kasalxonada davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidasi
Mavzuning maqsadi: hozirda bizning regionda uchraydigan Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik variantlari, diagnostikasi erta aniqlash, kasalxona sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. Vabo erta tashxis qo`yish, bemor ahvolini to`g`ri baholay olish, kasalxonagacha bo`lgan davrda kasalga Yordam ko`rsatish, O'XI epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni qo`llashni o`rganish.	

Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. "Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik variantlari, diagnostikasi" amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik variantlari, diagnostikasi" mavzusida savol-javob o'tkazish. *«Rotatsiya»* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi "Vabo". Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (90 daqiqa)	"GVK klinikasi" Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. *"Uch bosqichli intervyu"* uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi Suvsizlanish Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (45 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. Mustaqil ish beradi. Ovqat toksikoinnfekstiyasi. Etiologiyasi. Stafilokokklar, protey, enterakokklar, galofil vibrionlar, shartli patogen mikrofloralarning ovqat toksikoinfekstiyasidagi ahamiyati. Uyga vazifa beradi. Shigelezlar. Amyobiaz. Salmonellez. Etiologiya, epidemiolo giya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)
1. Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.
2. Vabo. Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning Degidratatsiya darajalari. Gipovolemik shoq.
3. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik belgilari va tasnifi.
4. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning labaratoriyaviy tahlil uchun material olish.
5. Forma 30 ni to`ldirish qoidalari.
6. Vaboda regidratatsiya asoslari. Regidratatsiya vositalarini qo`llash usullari.
7. Vabo bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish.
8. Kasallik tarqalishini oldini olish.
15. 7. Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:
1. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning etiologik xususiyatlarini ayting.
2. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyada epidemiologik jarayon.
3. Suvsizlanishningning patogenetik omillari.
4. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning kasalliklarining asosiy klinik belgilari.
5. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning laboratoriyaviy tashxisoti.
6. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning davosi. Regidratatsiya asoslari.
7. Kasallikni parvarishlash qoidalari.
8. Vabo Virusli diareylar. Esherixioz Koli-infektsiyaning profilaktikasi asoslari
Vabo kasalligini chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, diareyani kelib chiqish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

15. 8. Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:
Vabo kasalligi («30-forma»)da bakteriologik tekshirish uchun najas olish qoidalari.

Maqsad: Vabo kasalligiga tashxis qo'yish.
Ko'rsatma: O'zR SSVning qarori chiqqan kundan boshlab may-oqtyabr oylarida diareya sindromi bilan kechgan kasalliklarning barchasidan olinadi.
Kerakli anjomlar: Bemor najasini yig'ish uchun dezinfektsiyalangan tuvak, pergament qog'oz, sterillangan rezina qo'lqop, niqob, og'zi yaxshi berkitiladigan sterillangan bankacha, steril pipetka, orqasida rezina so'rg'ichi bo'lgan shisha naycha, leykoplastr, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi	Qisman bajardi (5	To'liq va

		(0 ball)	ball)	aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
2.	Tuvakni xlor eritmasi bo'lmagan oqib turgan suvda chayiladi	0	5	10
3.	Tuvak tagiga pergament qog'oz solinadi	0	5	10
4.	Bemorga najas olish uchun tuvakni beriladi	0	5	10
5.	Og'zi yaxshi berkitiladigan sterillangan bankachani olinadi	0	5	10
6.	Agarda najas holati quyuqroq bo'lsa sterillangan bankaga qoshiqcha bilan najas solinadi	0	5	10
7.	Agarda najas suyuq bo'lsa pipetka yordamida bemor najasidan olib sterillangan bankachaga solinadi	0	5	10
8.	Idish qopqog'i maxkam berkitiladi	0	5	10
9.	Qopqoq leykoplastr bilan mahkamlanadi	0	5	10
10.	Yo'llanma varaqasiga bemor maъlumotlari, taxminiy tashxisi oddiy qalam bilan yoziladi va maxsus biksda bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Regidratatsion davolash vazifalari:

Bo'zilgan suv elektrolit almashinuvi va kislota ishkoriy xolatini tiklash.

Gemodinamika va mikrotsirkulyatsiya bo'zilishinitiklash.

To'qima va a`zolarda yo'zaga kelgan gipoqsiyani bartaraf qilish.

DVSsindromini eki uning yo'zaga kelishini bartaraf qilish.

Organizmdan zaxarlarni va maxsulotlar parchalanish natijasida xosil bo`lgan xosilalarni chiqarish.

Regidratatsion davolashdan oldin oshkozonni 2 foizli natriy gidroqarbonat yoki 1foizli kaliy permanganat eritmalari bilan yuvish maqsadga muvofikdir.

Regidratatsion davolash asosan 2 usulda olib boriladi. vena ichiga va og`iz orqali amalga oshiriladi. B. I. Poqrovskiy (1982) ma`lumotlariga kura 85- 95 foiz bemorlar og`iz orqali va 5-15% bemorlar esa vena ichi regidratatsiyasiga muxtoj.

Regidratatsiya 2 bosqichda amalga oshiriladi.

1-bosqich: yo'qotilgan su yuqlikni o`rnini koplash.

2-bosqich: davom etayotgan suvsizlanishni tiklash.

1. 2. Og`iz orqali regidratatsiya.

O`II aksariyat xollarda Yosh bolalarda uchrab, etiologiyasidan kat`iy nazar»suvsimon»shakldagi diareya bilan kechib, klinik eksikoz belgilari bilan kechadi.

Og`iz orqali regidratatsiyani iloji boricha tezroq gl yo'qoza- to'zli eritmalar –regidron va sitrogl yo'qosolan (tarkibi 1 litr suvda natriy xlor 3, 5 g, natriy gidrotsitrat 2, 0g, kaliy xlor 2, 5g, gl yo'qoza 10 va 15g mos xolda) bilan amalga oshiriladi.

Kukunni 1 litr kaynatilgan ilik suvga eritib, ichishga eritma tayyorlanadi.

Agarda qo'l ostida standart kukunlar bo`lmasa, uy sharoitida ham eritma tayyorlash mumkin.

«Uy regidroni»ni tayyorlash retsepti.

- 100g mayiz 1 litr suvda 30-60 minut mobaynida kaynatilib, marlidan o`tkaziladi va eziladi.

-Mayizli kaynatmaga 1 choy koshik kirrasi bilan osh to'zi, 0, 5 choy koshik ichimlik sodasi, 4 choy koshik kirrasi bilan oq kand kukuni kushiladi.

- Eritma 2-3 minut davomida kaynatilib, ichishga tayyorlanadi.

Izox. Agar mayiz bo`lmasa, kand-to'zli eritma tayyorlanadi (tarkibi 1 litr kaynatilgan cuvga 8 choy koshik kirrasi bilan oq kand kukuni yoki novvot kukuniva yuqoridagi nisbatda to'z va ichimlik sodasi solinadi).
Agarda kasallikning klinikasida eksikozdan kolit sindrom iva qusish ustun bo`lsa, unda to'zli eritmalarni 1:1 nisbatda kaynatilgan su vyoki choy bilan aralashtirib beriladi.
Bemorlarda qusish tuxtagandan keyin gl yo'qoza-to'zli eritmalar bilan birgalikda pektinli aralashmalar – qonsentrlangan guruch kaynatmasi, dudlangan olma tavsiya etiladi. Pektin enterosorbsion effekt berib, ishkoriy radikallar Yordamida metabolik atsidozni kamaytiradi, kalsiy to'zlari xisobida Yallig`lanishga qarshi ta`sir ko`rsatadi.
Bemor Yoshiga boglik xolda regidratatsiya uchun zarur bo`lgan su yuqliklar xajmi (ml)
2 oylikkacha (og`irligi 5 kg gacha) 10 ml (kg vazniga) xar ich ketganda.
2 oylikdan 2 Yoshgacha 50-100 ml eritma xar ich ketganda.
2 Yoshdan kattalarga 100-200 ml eritma.
yuqorida ko`rsatilgan ma`lumotlar taxminiy bo`lib, klinik ko`rsatkichlarga mos xolda bu yuriladi.
Gl yo'qoza-to'zli eritmalarni parxez va enterosorbentlar birga bu yurilishi regidratatsiya natijasini Yaxshilaydi. Og`iz orqali regidratatsiyani olib borilayotganligini to`g`riligini baholash uchun sub`ektiv ko`rsatkichlari: bolaning umumiy axvoli va xolatining Yaxshilanishi, chankashning kamayishi, siyishining ko`payishi, ich ketish kamayishi va qusishning yo'qolishi xizmat qiladi. Bu xolat taxminan eksikozning 1 darajasida 4 soatdan, 2 darajasida 6 soatdan so'ng ko'zatiladi.
Bolalarga glukoza-to'zli eritmalarni koshikcha bilan oz-ozdan (2-3 choy koshik xar 3-5 minutda) 20 minutda 100 ml gacha beriladi. Katta Yoshdagi bolalarga xar 3-5 minutda 1-2 osh koshik bu yuriladi. Bemorlarga birdaniga Ko`p miqdorda su yuqliklar berilmaydi, chunki u qusishni chakirishi mumkin. Agarda qusish takrorlansa 10-15 minut davomida su yuqlik berilmay, so'ngra davom ettiriladi.
Kator mualliflar (Maleev B. B, 1986; Goloxvostova E. L, 1988; Brodov L. E, 1991; yuщuk N. D va b. 1998) o'z tadkikotlari bo`yicha kuyidagi xulosalarga kelishgan:
-Og`iz orqali regidratatsiya engil va o`rtacha og`irlikdagi O`II bilan og`rigan bemorlar yo'zaga kelgan suvsizlanishni bartaraf kilib, bo'zilgan goeostaz ko`rsatkichlarini tiklagan;
- Og`iz orqali regidratatsiya umumiy zaxarlanishga Qarshi ta`sir ko`rsatib, umumiy zaxarlanishning klinik va labaratoriyaviy ko`rsatkichlariga ijobiy ta`sir ko`rsatgan;
- Og`iz orqali regidratatsiya vena ichi regidratatsiyasidan ustunlik qilib, klinik belgilarni tezroq bartaraf qiladi va nojo`ya ta`sirlar ko`rsatmaydi.
Og`iz orqali regidratatsiya u yoki bu sabablar tufayli natija bermasa, vena ichiga regidratatsiya kasalxona sharoitida olib boriladi.
15. 9. Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi
Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

"ROTATSIYA" METODINI O`TKAZISH STSENARIYSI.

uruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar to'ziladi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. O`n minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak bo`ladi. So`ngra javobgar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.
Topshiriq I komanda uchun:
Virusli diareyalarning klinik xususiyatlarini ayting?
Topshiriq II komanda uchun:
Virusli diareyalarning diagnostikasi to`g`risida ma`lumot bering?

I komanda	II komanda
1.	1.

“UCH BOSQICHLI INTERVYU”

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to`g`ri psixologik Yondashishni o`rgatish.

Asosiy tamoyillari:

Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo`linadi va talabalarga rol bo`lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis Yashirin etkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtiroqchilarining faoliyatini quyidagi 3 bo`lim bo`yicha baholaydi:

1. Nima to`g`ri qilindi.
2. Nima noto`g`ri qilindi.
3. Qanday bajarilishi kerak edi.

Afzalliklari:

Dars mavzusi bo`yicha tematik bemorlar Yo`q holatlarda ushbu usulni keng qo`llash mumkin.

Usul rolli o`yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtiroqchi-ekspert bilan to`ldirilgan va bir vaqtning o`zida 2-3 klinik variantlar muhoqama qilinadi. Bu mashg`ulot mazmunini boyitadi, o`quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

Kamchiliklari:

Misol: pedagog har bir kichik guruhda bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab olinadi. O`qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o`ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta`minlab turadi.

Bemor 14 Yoshli yigit, maktab o`quvchisi bolalik chog`larida O`RI, qizamiqni boshidan o`tkazgan. Emlashlarni o`z vaqtida olgan. Yigit ta`til paytida ariq suviga cho`milgan, ariq suvidan ichgan. Pishiqchilik davri bo`lganligi sababli meva, qovun, tarvo’z iste`mol qilgan.

shikoyatlari: umumiy holsizlik, ishtaha Yo`qolishi, ko`ngil aynishi, qusish, qorin kuldirashi, ichi shir-shir ketishi. Ko`rik vaqtida holati: ahvoli o`rtacha og`irlikda, holsiz. Tana harorati 36, 2ºC daraja, terisi quruq, elastikligi pasaygan. yurak tonlari bo`g`iq, puls bir daqiqada 96 zarba, qon bosimi 90/60 mm sim ust. nafas olishi burundan, o`pkasida vyozikulyar nafas, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin ichga tortilgan. Paypaslanganda og`riqsiz, ichaklar quldirashi eshitiladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Ichi su yuq, oqish rangda, siydigi kamaygan. Periferik qonda Hb-140g/l, leykotsit-8000.

“Vrach»bemor so`zidan yiqqan epidemiologik omillarga e`tibor berishi, klinik belgilariga Yondashgan holda bemorni yuqumli kasalliklar kasalxonasiga Yo`llashi lozim.

“Ekspert” vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e`tibor berishi lozim:

-bemorga to`g`ri psixologik Yondashdimi.
-epidemiologik anamnez to`g`ri yig`ildimi.
-bemorni ko`rikdan o`tkazganda Yallig`lanish belgilari (tana harorati, qorinda og`riq bo`lmasligi) ga e`tibor berib, vaboga shubha kildimi.
-keyingi tekshiruvlar uchun bemorni shifoxonaga Yo`lladimi.
-Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma yubordimi?
-muloqotda bo`lgan shaxslar ustida nazorat o`tkazishga Yo`llanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

-o`z holatini qanchalik darajada ta`rifladi.
-epidemik omillarni to`g`ri ayta oldimi.
-kasallik alomatlarini to`g`ri ta`riflab berdimi.

Mashg`ulot so`ngida o`qituvchi e`tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtiroqchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to`xtalib, mashg`ulotga Yakun Yasaydi.

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Vaboda epidemik jarayonning rivojlanishi qanday kechadi?	
2.	Infeksiyaning asosiy manbalari?	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Vaboning klinik belgilarini ayting?	
2.	Vaboning laborator diagnostikasi	
3.	Vaboni davolash, to'zli eritmalarni qo`llash usullari	
4.	Vabo profilaktikasi	

MAVZU BAYONI

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 aktiv moddalarning ingichka ichak epitelial hujayrasining membranasiga va ferment sistemasiga ta'sir qilishi natijasida ich ketish, qusish va kapillyarlarda qon aylanishini buzilishi natijasida, bemor tanasining suvsizlanishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Vabo qo'zg'atuvchisi vibrion deb ataladi. Vibrion lotincha vibrio degan so'zdan olingan bo'lib to'lqinlanuvchi, bukiluvchi degan ma'noni bildiradi.

Vabo vibrionlari mikroskop ostida, biroz bukilgan, vergulga yoki tayok chaga o'xshash bo'lib ko'rinadi. Tashqi muhitda va ozuq moddalarga ekilganda vibrionlar har xil, sharsimon, spiralsimon, biroz uzunchok , drojjasimon va filtrlanuvchi bo'lib ko'rinadi. Spora va kapsula hosil qilmaydi. Bitta, lekin baquvvat xivchini uning harakatchanligini ta'minlaydi. Vabo qo'zg'atuvchisining bu harakatchanligini vibrionlarni bir-biridan farqlashda albatta e'tiborga olinadi. Vabo vibrioni hamma oddiy anilin bo'yok lari bilan bo'yaladi, grammanfiy, oddiy ozuqa muhitlarda o'sadi. Vabo vibrioni endo- va ekzotoksindan iborat birikma ajratadi.

Vabo vibrionlarining somatik, haroratga chidamli O- antigeni va hamma vibrionlarga xos bo'lgan, haroratga bo'lgan munosabati o'zgaruvchan H - antigeni bor. O - antigenini tuzilishiga qarab vabo vibrionini 39 sero- gruppasi farqlanadi.

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 kislota ta'sir ettirilsa o'ladi, qayna- tilganda yanada tezrok o'ladi. Klassik vibrionga qaraganda El-Tor vibrioni tashqi muhit ta'siriga chidamlirok .

Vabo vibrionining yangi O_{139} tipi aniqlangan va ko'pchilik olimlarimizning fikricha hozirgi pandemiya shu qo'zg'atuvchi tufayli kechayapti. Bu tip toksik kuchli, antibiotiklar (levomitsetin va tetratsiklin)ga sezgir, kasalligi og'ir kechadi va tez orada o'limga olib keladi.

Epidemiologiyasi. Vabo kasallik qo'zg'atuvchisi manbai - bemor odam, rekonvalestsent hamda sog'lom vibrion tashuvchilar hisoblanadi. Vibrion sovuqqonli suv hayvonlar organizmida uzok vaqt saqlanishi mumkin (baliq, qurbaqa, qisqichbaqa va h.k). Vibrionlar kasal va sog'lom tashuvchilar organizmida najas va qusuqlar orqali ajralib turadi. Kasallikni engil va klinik belgisiz kechirayotgan bemorlar epidemik xavf soladilar. Rekonvalestsentlar kasallikni o'tkazgandan so'ng 3 haftadan to 7 yilgacha vibrion ajratib turishlari mumkin (El-Tor), bunda asosan vibrion o't pufagida saqlanadi.

Boshqa ichak kasalliklariga o'xshash vabo ham og'iz orqali vabo ko'zg'atuvchisi bilan ifloslangan suvni (ok ava, ko'l, hovuz, ariq va vodoprovod ichimlik suvlari) qaynatmay iste'mol qilganda, ovqat, asosan sut mahsulotlari iste'moli bilan yuqadi. Kasallikni go'sht va go'sht

mahsulotlari, baliq va va baliq mahsulotlari, dengiz mahsulotlari, salqinlashtiruichi ichim- liklar orqali yuqish ehtimoli ham yuqori. Vabo bilan og'rigan bemorlarni parvarishlaganda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilinmasa hamda iflos qo'l va pashshalar orqali mumkin. Vabo uchun mavsumiylik xos bo'lib, yoz va kuz fasliga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Sog'lom odam vibrioni bilan ifloslangan suv yoki oziq- ovqatlar iste'mol qilganda, bemor yoki sog'lom rekonvalestsent vibrion tashuvchi bilan mulok otda bo'lganda zararlanishi mumkin. Oshqozon shirasining kislotali muhitda vibrion 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 ok sil-pepton vibrionlar uchun yaxshi ozuqa hisoblanadi. Endi qulay sharoitda vibrionlar intensiv ravishda ko'paya boshlaydi va ekzotoksin ishlab chiqaradi, ma'lum bir qismi o'lishi natijasida endotoksin ajralib chiqadi. Vabo vibrionining zahari (ayniqsa xolerogen fraktsiyasi) ingichka ichak epitelial hujayrasining enzim sistemasiga ta'sir qilib adenilattsiklaza fermentini faolligini oshiradi.

Bu o'z navbatida metabolizmni faollashtiradi va sekin-astalik bilan epitelotsitlardan suv va elektrolitlarning sekretsiya qilinishini tezlashtiradi hamda ultrastrukturasini o'zgartiradi. Buning ok ibatida ingichka ichakning epitelial hujayralari so'rish vazifasini umuman to'xtatib sekretsiya qiluvchi vazifasini bajaradi. Xolerogen ta'sirida epiteliotsitlarning 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.

Ichak kapillyarlari orqali suyuqlik va minerallarni 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. Ichakni epitelial hujayrasidan izotonik suyuqligini yo'qotish davom etayotganligini tufayli, qon bosimi yana pasaya boshlaydi.

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

Musaboev I.K. (1980) vabo kasalligining klinik ko'rinishi-ni o'rganib, qo'yidagi klinik shakllarni tafovut qiladi.

Tipik shakllari: gastroenteritik.

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

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

Suvsizlikning 4 xil darajasi farqlanadi:

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

Boshlanishda najasni 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'zgarmay-di, tomir urishi biroz

tezlashgan bo'lishi mumkin. Mushaklarida madorsizlik sezadi. Tili biroz quruqlashadi, qorin ichiga tortiladi, paypaslaganda og'riq sezmaydi, suyuqlikning shildi-rashi seziladi.
O'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yib adekvat muolaja olib borilmasa, kasallik rivojlanib bemorning axvoli 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 kusadi, juda ko'p miqdorda qusib, ichi ketganligi sababli bir necha soat davomida bemor tanasi ancha suvsizlanadi va ahvoli og'irlashadi. Og'iz qurishi, chanqok lik, mushaklar quvvatsizligi tez oshadi. To'qimalar gipoksiyasi, suv va minerallar balansini buzilishi, metabolik atsidozning rivojlanishi va to'qimalarda sut kislotasini yig'ilishi hiso-biga bemorning boldir mushaklarida, qo'l va oyok 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 funktsional 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 etadi, 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 qavatlarning ko'rishi kuchayadi, panja terisi burishadi, mushaklar relefi ko'zga tashlana boshlaydi, tovushi yo'qoladi (afoniya) ayrim mushaklar-da tonik tirishish boshlanadi, bemorning qonini quyuqlashishi gemodinamik o'zgarishlarga olib keladi. Gipotoniya, taxikardiya va sianoz kuzatiladi. To'qimalarda kislorodning portsial bosimining pasayishi metabolik atsidozni va gipokaliemiyani kuchaytiradi. Oliguriya, gipoksiya va elektrolitlarning yo'qoti-lishi buyrak koptokchalaridan siydikning filtranishini pasayishga olib keladi, natijada oliguriya kuchayadi. Bemor tanasining harorati pasayishga moyil bo'ladi.

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, qulok uchi, lablari, ko'z kosasining qovok lari atrofida ko'k binafsha rangga o'xshash ko'karish paydo bo'ladi. Ko'z atrofida kora 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 qilmok chiligi sezilib turadi. Tanasining haro-rati pasaya boshlaydi (35,5-34^{o}C). Paypaslaganda terisi muzdek bo'ladi, chimchilaganda burishib qoladi va uzok 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 hiqichok tutadi. Qorni ichiga kapishib ketadi, qorin mushaklari tirishganda og'riq seziladi. Oliguriya, keyin-rok anuriya rivojlanadi. Bunday holat bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin

Vaboni yashinsimon xili nimjon, kamquvvat, kasalmand odamlarda uchraydi. Kasallik bo'ronga o'xshab juda tezlik bilan rivojlanadi va bemor bir necha soatdayok 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 rivoj-lanadi. 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 1-2chi darajali suvsizlanish belgilari bilan kechadi.

Tashxisoti. Tashxisi asosan bemorning shikoyatlarini, epid-anamnezidan kasallik tarixidan, umumiy ko'ruvdan olingan ma'lumotlar shuningdek, bemorning qusug'i va najasini tekshi-rishdan olingan ma'lumotlarni hisobga olgan holda qo'yiladi. Keyinchalik asosan vaboni notipik va engil turlariga tashxis qo'yishda yuzaga keladi. Mukammal fikrga kelish uchun bakteriologik usullardan foydalanamiz.

Bakteriologik tekshiruvda bemordan antibiotik berishdan oldin najas, qusuq, vibrion 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, vibrionni toza holda ajratib olishdan- to uni qaysi tipga mansub ekanligini aniqlashgacha olib boriladi. Bunday tekshirishni klassik usulda tekshirish usuli deyiladi va 36 soat davom etadi. Ikkinchisi tezlashtirilgan (ekspress) usuli deyiladi va 1,5-1 soat davom etadi.

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

Serologik usuldan retrospektiv tashxis qo'yish uchun foydala-niladi. Shu maqsadda bemorning qon zardobidan agglyutininlar aniqlanadi. Odatda 6-8 kun oralab 2 marta aniqlanadi.

Davosi. Vaboga duchor bo'lgan bemorni tibbiyot xodimiga birinchi murojaat qilgan zahotiyok 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 kravatga yotqiziladi, 5 daqiqada tomir urishi, qon bosimi, nafas olishi hisoblanadi va plazmaning nisbiy zichligi, gematokrit indeksi, kaliy, natriy xlor miq-dori atsidozning qay darajadaligini aniqlash uchun qon olinadi, so'ngra muolaja boshlanadi.

Engil va o'rtacha og'irlikda kechayotgan vabo xastaligida davolash uchun glyukoza-elektrolitli eritmalardan beriladi, natriy 3,5gr, gidrokarbonat natriy-2,5gr, kaliy xlorid - 1,5gr, glyukoza 20gr va 1 litr suv. Keyingi vaqtda gidrokarbonat o'rni-ga natriy tritsitrat-2,9 g qo'llanilmokda. Bu eritmani yanada uzokrok saqlashga imkon yaratadi. Tuz va glyukoza alohida xaltachalarga joylab chiqariladi va iste'mol qilishdan oldin qaynab, 38-40^oCgacha 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", "Asesol", "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 furazo-lidon qo'llaniladi. Preparatlar dozasi va qo'llanish davomiyligi, bemorning yoshi va kasallikning kechim 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 ib boradn har 12 soatda, biseptol 480 har 12 soatda. Furazolidon 0,1 g dan har 6 soatda, vibriion tashuvchilarga esa tetratsiklin 0,3 g dan 4 mahal 5 kun maboyinida buyuriladi .

Profilaktikasi. Kasallikning profilaktikasi O’zbekiston Respublikasi Sog’liqni saqlash vazirligining 25-sonli (25 yanvar 2012 yil) buyrug’i asosida olib boriladi. Epidemiya jarayoni uzluksizligi infeksiya qo’zg’atuvchilar manbai, uning o’tish va aholi beriluvchanligi mexanizmining o’zaro ta'sir ko’rsatishini hisobga olib, dkasallikka qarshi kurash va uning profilaktikasini uch yo’nalishda amalga oshiriladi: 1.Infeksiya qo’zg’atuvchisi manbaini bartaraf etish. 2.Infeksiyaning o’tish mexanizmini uzib qo’yish. 3.Aholida kasallikka nisbatan sun'iy immunitet yaratishdan iborat bo’ladi.

Umumiy profilaktik ishlar: Vabo kasalligi chet eldan kirib kelishning oldini olish maqsadida davlat chegarasida va mamlakatlarda karantin chora-tadbirlar tizimi joriy etilgan. Epidemiologik jihatdan nok ulay 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 tushishining oldini olish orqali kasallik qo’zg’atuvchilarning ichakka tushishiga yo’l qo’ymaslikka qaratilgan ishlar hal qiluvchi choralar bo’lib qoladi.

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

ESHERIXIOZ (ICHAK KOLI INFEKTSIYASI).

Ta’rif. Esherixioz ichak tayok chalarinish ba’zi turlari ko’zg’atuvchi gastroenterit yoki gastroenteroqolit sindromi bilan ta’riflanadigan o’tkir ichak kasalligidir.

Etiologiyasi. Ichak tayok chalari grammanfiy bo’lib, spora va kapsula hosil qilmaydi. Ularning ba’zilari harakatchan oddiy oziqa muhitlarida ko’payaveradi.

Patogenezi. Og’iz orqali kirgan esherixiyalarning bir qismi me’da va ichakda hazm fermentlari ta’sirida haloq bo’lib, emiriladi. Ularga ichakdagi mikroblar ham tahsir qiladi. Anashu to’siqlarni engib o’tgan esherixiyalar yo’g’on ichak va ingichka ichak epiteliy hujayralariga joylashib olib, ularda o’zoq vaqt saqlana oladi va ko’payadi. Hujayralarning bir qismi haloq bo’ladi va ulardan chiqgan esherixiyalarni neytrofil leykotsitlar va makrofaglar юtib oladi. Ayni vaqtda ajralib chiqqan toqsinlar organizmga o’z kuchini ko’rsatadi. Bu toqsin adeniltsiklazani faol holga keltiradi va natijada ichakda suюqlik va elektroliklar to’plami boradi, ichak shilliq pardasi yalliqlanadi va yara, eroziya paydo bo’ladi.

Klinikasi. Esherixiozning bu xilini enterotoqsigen bakteriya qo’zg’atadi.Inkubatsion davr 3-4 kundan ko’p bo’lmaydi. Bemorlar boshi og’rib, bo’shashadi, badani qaqshaydi, ko’ngli aynaydi, keyin qorni burab og’riydi, qayta-qayta qusadi. Bir necha soatdan so’ng ichi keta boshlaydi. Bemor axlati juda suюq bo’ladi, shilimshiq va qon ko’rinmaydi bir kunda 10-15 martagacha ich keladi. Keyin degidratatsiya paydo bo’ladi.

Esherixiozning bu xilida intoqsikatsiya bulgani xolda harorat ko’tarilmaydi (afebril gastroenterit). Ich ketish ko’pincha uch to’rt kunda to’xtaydi, kamdan-kam hollarda ko’proq cho’ziladi. Bemorlar hamma vaqt sog’ayib ketadi.

Diagnostikasi. Esherixioz diagnozi bakteriologik va serologik tekshiruvlar natijasiga suyangan holda aniqlanadi. Bemorning axlati va qusug’i va qusug’i endo muhit va Ploskirev muhitiga ekiladi.

Differintsial diagnostika. Esherixiozni dizenteriyadan, salьmonellyozning gastroentiritik xili va vabodan farkdash kerak bo’ladi.

TASHXISOT USLUBLARI

1. Umumiy klinik taxlillar /qon, najas, siydik/.
2. Najasni F-30 ga tekshirish.
3. Najas ekmasi / kaproqul’tura /.
4. Lozim topilsa, boshqa biologik suюkliklar /qon, siydik, ut suюkligi ekmalari/.
5. Qon zardobishshg serologik taxlillari /agglюtinatsiya reaktsiyasi RA, notugri gemaglюtinatsiya reaktsiyasi, O-AGA /.

6. Lozim topilsa, endoskopik uslublar /rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, FGES, zondlash

7. Najasni issik xolda gijja tuxumlari va jonivorlarga.

DAVOLASH TAMOYILLARI

1. Kasallikni qo’zgatuvchi patogen mikrofloraning xayot faoliyatining tuxtatish.

2. Disbakteriozga karshi kurash va ovkat xazm bulish jarayonlarining normallashuvi.

3. Tuplangan zaxarli moddalarni neytrallash va chikarib юborish.

4. Bo’zilgan suv-to’z almashish jarayoni, gemodinamika va aeab boshqarish mexanizmlarini tiklash.

5. Organizmning immunobiologik reaktivligini oshirish.

6. Ratsional parxez taomlar buıorish va parvarish qilish.

“Vabo Virusli diareylar. Esherixioz” mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo“5”	Vabo kasalliklarini umumlashtirib, tahlil qiladi. Baholaydi tushunadi, biladi amaliyotda qo`llaydi Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
2.	71-85	YAxshi “4”	Vabo kasalliklarini bir biridan farqlay oladi. Amaliyotda qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-70	To`liq qoniqarli ”3”	Vabo kasalliklarini tushunadi, belgilarini biladi. Erta tashxislash mezonlarini bilmaydi. Ularni bir biridan farqlay olmaydi.	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4	55dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. ”2”	Vabo kasalliklarini bo`yicha tushunchasi Yo`q. Mavzuni o`zlashtirmagan, qonspekt Yozmagan.	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu mavzu b o`yicha plakatlar 5 multimedialar 2

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko`nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

1-masala. Bemor N. 32 Yoshda. Kasallikning birinchi kunida shifoxonaga tushgan. Kasallik o`tkir boshlangan. Avval tez-tez su yuq ich ketishi va qayta-qayta ko`p miqdorda qusish ko’zatiladi. Shifoxonadagi ko`rikda bemor og`ir ahvolda, tana harorati 36, 4. Kuchli suvsizlanish belgilari-teri quruq, tarangligi pasaygan, tomir urishi bir daqiqada 100 marta to`liqsiz. Qon bosimi 80/40 mm. sim. ust. Yurak tovushlari bo`g`iq. Bemorning tili quruq, karashlagan. Qorin ichiga tortilgan, paypaslaganda ichak bo`ylab quldirash eshitiladi. Bemordan ajralgai najas va qusiq suvli, ipir-ipir shilimshiq parchalari bo`lagi oqimtir su yuqlikdan iborat. Siydik kam miqdorda ajralgan.

1. Bu bemorda qaysi sindrom kasallikning asosiy belgisi deb hisoblanadi?

2. Tashxisni asoslash uchun qaysi laborator tekshiruvlarni o`tkazish kerak?

2-masala.

25 Yoshli bemor K. , Vabo o`chog`idan kasalxonaga tushgan. Kasallik ertalab boshlangan, tana harorati 37, 5 ko`tarilgan, qorinda noxushlik syozgan, nafasi su yuqroq holda 3-4 marta ajralgan. Qusish bo`lmagan. Kasallikning ikkinchi kuni bemor shifoxonaga Yotqizilgan. Kelganda tana harorati 36, 8ºC, holati qoniqarli. Terining rangi o`zgarmagan, tarangligi pasaymagan. Tomir urishi bir maromda, to`liq. Qon bosimi 100/70 mm C. u. yurak tovushlari toza. Qorni paypaslab ko`rilganda, yumshoq, og`riqsiz. Taloq va jigar kattalashmagan. Najas suyuq, patologik aralashmalari yo`q.

1. Faraziy tashxisni asoslang.
2. Tashxisni tasdiqlovchi laborator tekshiruvlarni o`tkazing.
3. Davolash rejasini tuzing.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
dekaris, tamilyu, depo-medrol

Rp.: Tabl. "Decaris" 0,05. N.10
(savdo nomi)
Levomizol
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan 2 mahal ichilsin.

1. Rp.: Tabl. Tamiflu 0.075 N.10
(savdo nomi)
Oseltamivir
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan 2mahal 5kun davomida ichilsin.

2.Rp.: Sol. Depo-medroli 4% 1.0ml
(savdo nomi)
Methylprednisolone
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1mldan mushak orasiga yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari

5-Mavzu:Vabo. Klinik variantlari. Ilk belgilari. Eltor vaboning klinik xususiyatlari. GVK klinikasi. Kasalxonagacha va kasalxonada davolash usullari. Kasalxonadan chiqarish qoidasi. Virusli diareyalar. Esherixioz Koli-infektsiyaning klinik variantlari, diagnostikasi

50. Bolada o'rtacha suvsizlanish darajasi simptomi jumlasiga kirmaydi:

bezovtalik, betoqatlik
*Behushlik hush darajasi pasayishi
Ko'zlar kirtayishi
Teri burmasining sekin tekislanishi

51. Esherixioz qaysi yo'l orqali yuqadi?

a. *fekal- oral
b. havo-tomchi
c. vertikal
d. transmissiv

52. Esherixiozda infeksiya manbai

a. *Barchasi to'g'ri
b. Rekonvalesstentlar

c. Bemorlar
d. Kasallangan buzoq, tovuq va cho’chqa bolalari

53. Esherixiozning shigellezsimon shaklini keltirib chiqaradigan qo’zg’atuvchi:

a. EAKP- Enteroadgeziv
b. EGKP- enterogemorragik
c. *EIKP- Enteroinvaziv
d. ETKP-enterotoksinli

54. Esherixiozning vabosimon shaklini keltirib chiqaradigan qo’zg’atuvchi:

a. EIKP- Enteroinvaziv
b. *ETKP-enterotoksinli
c. EAKP- Enteroadgeziv
d. EGKP- enterogemorragik

55. “O’zbekiston Respublikasida vabo kasalligi ustidan epidemiologik nazoratni yanada takomillashtirish to’g’risida”gi buyruq:

№454. 25.10.2006
*№25. 25.01.2012 yil.
№577. 21.12.1994
№17. 15.01.2004

56. Bemor organizmida vabo vibrionining asosiy joylashish joyi:

yo’g’on ichak
*ingichka ichak
kon
taloq va jigar

57. El-Tor vabosiga xos bo’lmagan belgilar:

*surunkali shakl
noaniq belgilar bilan kechishi
asosan yengil shakllarda kechishi
bakteriya tashuvchanlik

58. El-Tor vabosiga xos bo’lmagan belgilar:

*tashuvchanlikka aylanish
noaniq belgilar bilan kechishi
asosan engil shakllarda kechishi
Og’ir kechishi

1. **I– darajali suvsizlanishi bo’lgan vabo bilan og’rigan bemorni davolashda ishlatiladigan preparatni ko’rsating?**

trisol
disol
*stitroglyukosalan
xlosol

59. Ich ketish kuzatilmaydigan vaboning klinik shakli:

algid
gastroenteritik
*quruq
enteritik

1. **Patogenezning qaysi zvenosi vaboning kechishi bo’yicha og’ir ekanligini ifodalaydi?**

*izotonik degidratastiya
intoksikastiya
qo’zg’atuvchining ichak shilliq qavatiga invaziyasi
infeksion jarayon generalizatsiyasi

1. **Qaysi biologik substratdan bemordan vabo qo’zg’atuvchisini ajratib olish mumkin ?**

qon
siydik
so’lak

*najas
60. Qiyoslanganda vaboga xos belgilar:
*o'tkir boshlanishi, ichi shir-shir ketishi, ko'ngli aynimasdan qusish, qorinda og'riq bo'lmasligi
o'tkir boshlanish, qisqa isitma, qorinda og'riq, ichi tez-tez shilliqli
to'satdan boshlanish, ko'ngli aynib qusish, ichi shir-shir ketish, badbo'y hidli, og'riqli
asta - sekin boshlanish, harorat ko'tarilmaydi,o'ng tomonda og'riq, najas qon, shilliq yiring aralash
61. Qiyoslanganda vaboga xos najas xarakteri:
suyuq shilliq, qon yiring aralash kamroq
*suyuq, suvsimon, rangsiz, kartofel hidli
Shilliq qon, yiring aralash, ko'p hajmda
suyuq, suvsimon, ko'pikli, badbo'y hidli

1. **Suvsizlanishning 3 darajasi bo'lgan, vabo bilan og'rigan bemorni davolashda ishlatiladigan preparatni ko'rsating?**

regidron
5% glyukoza eritmasi
*xlosol
fiziologik eritma
62. Vabo asoratiga sabab bo'ladigan holat:
*suyuqlik yuqotish
ichakdan qon ketishi
ichakdagi yaraning teshilishi
tuz yuqotish
63. Vabo asoratiga sabab bo'ladigan holat:
*suyuqlik yo'q otish va gemokonstentrastiya
ichakdan qon ketishi
ichakdagi yaraning teshilishi
oqsil yo'qotish
64. Vabo bilan ogrigan bemor najasining xarakteri:
suyuq, shilliq va qon aralash
ko'kimtir, suyuq,badbo'y, shilliq aralash
mialina kiyomi shaklli
*suvsimon, guruch yuvindisiga o'xshash
65. Vabo bilan xastalangan bemorlarni davolashda eng tarqalgan antibiotiklar:
ampistillin, tetrastiklin,biseptol
tetrastiklin, levomistetin, sreptomistin
*tetrastiklin, amoksastilin, furazolidon, biseptol
sifloks, stiprolet, ftalazol
66. Vabo I suvsizlanish darajasida periferik qondagi o'zgarishlar:
*gemokonstentrastiya
Eritropeniya
Eozinofiliya
leykostitoz

67. Vabo kasalligi uchun xarakterli ich ketishini ko'rsating?

ko'plab, suvsimon, badbo'y
*ko'plab, suvsimon, hidsiz va rangsiz
ko'plab, suvsimon, yashil rangli
suvsimon qon aralash
68. Vabo klinik belgisi bilan 3 suvsizlanish darajasini belgilang:
*sutkasiga 12 marta suyuq ich ketishi, 10 marta qusish, umumiy lohaslik, oyoq qo'l titrashi
sutkada 10 marta suyuq ich ketishi, 3 marta qusish, og'iz qurishi
A/5 100/60 mm sim.u., harorat 36,3 C, puls 80 ta
sutkasida 20 marta ich ketishi, ko'plab qusish,harorat 35^{o}C, puls ipsimon
69. Vabo suvsizlanishining III darajasi uchun xos belgilar:
*terisi quruq, "ruki prachki" belgisi, teri elastikligi past, ichi suyuq, 20 martadan ortiq

tana harorati me’yorida,terisi nam, lohaslik, ichi suyuq 3-10 marta kuniga
terisi quruq,oqimtir, lohaslik, teri elastikligi past, ichi suyuq sutkada 10 martagacha
terisi quruq, gipotermiya,kuzlari chuqur lashgan, tonik titrashlar, anuriya
70. Vabo suvsizlanishining II darajasi uchun xos belgilar:
terisi quruq,"ruki prachki"belgisi, teri elastikligi past, ichi 20 martadan ortiq, suyuq
tana harorati me’yorida,terisi nam lohaslik, ichi suyuq 3-10 marta kuniga
*terisi quruq, oqimtir, lohaslik, teri elastikligi past, ichi suyuq, sutkada 20 martagacha
terisi quruq, gipotermiya, ko’zlari chuqur lashgan, tonik titrashlar, anuriya
71. Vabo uchun xos bo’lmagan davo usuli:
regidratatsiya
etiotrop davo
*tirishishiga qarshi preparatlar
yurak foaliyatiga ta’sir qiluvchi vositalar
72. Vabo uchun xos bo’lmagan klinik belgi:
*muolaja o’rnida gemorragiya
tana harorati pasayishi
"ruki prachki" belgisi
ichga tortilgan og’riqsiz qorin
73. Vabo uchun xos bo’lmagan klinik belgi:
* tana harorati oshishi
tana harorati me’yorda
"ruki prachki" belgisi
ichga tortilgan og’riqsiz qorin
74. Vabo uchun xos bo’lmagan labaratoriyaviy tekshirish:
*siydik umumiy tahlili
najas va qusuq masalalari ekmasi
qonni elektrolitlarga tekshirish
serologik tekshirish
75. Vabo uchun xos bo’lmagan laboratoryaviy m’lumotlar:
eritrostitlar
gipoglikemiya
plazma nisbiy zichligining oshishi
* zardob fermentlarining o’zgarishi
76. Vabo uchun xos bo’lmagan oqibat
*surunkaliga o’tish
O’lim
sog’ayish
asfiktik o’tish
77. Vabo uchun xos bo’lgan simptomlar majmuasi ?
ko’ngil aynish, qusish
*ichning hidsiz, suvsimon, ko’p miqdorda kelishi, qorinda og’riq bo’lmasligi
suvsimon, badbo’y ich ketishi
suyuq, yashil rangli ich ketishi, qorinda diffuz og’riqlar
78. Vaboda bakteriologik tahlil uchun mahsulot:
so’lak
balg’am
*qon, najas, siydik, o’t suyuqligi
tomoqdan surtma
79. Vaboda dekompensastiyalashgan suvsizlanishda qaysi laborator ko’rsatkichlar xos emas?
atsidoz
gipokaliemiya
gipoxloremiya
*umumiy qon hajmi oshishi

80. Vaboda diareya rivojlanishining patogenetik mexanizmini ko'rsating?
*toksik substanstiyalarning enterotsitlar enzim tizimiga ta'siri
vibrionning enterostitlarga kirishi
ingichka ichak shilliq qavati epiteliysining ko'chishi
ingichka ichak vegetativ innervastiyasining shikastlanishi
81. Vaboda eng natijali davo usuli:
*regidratatsiya
Degidratatsiya
Etiotrop
jonlantiruvchi vositalar
82. Vaboda najas xarakteri:
qon aralash, shilliq,yiringli
*guruch yuvindisi
malina qiyomi
bo'tqasimon, patologik aralashmalarsiz
83. Vaboda qorin holati:
*ichga tortilgan
qapchigan
o'zgarishsiz
assitli
84. Vaboda suvsizlanish IV darajasi uchun xos belgilar:
*terisi quruq, gipotermiya, ko'zlari chuqurlashgan, tonik titrashlar, anuriya
terisi quruq, "ruki prachki" belgisi,teri elastikligi past, ichi suyuq, 10 martadan ortiq
tana harorati me'yorida, terisi nam, lohaslik, ichi suyuq 3-10 marta kuniga
terisi quruq, oqimtir, lohaslik, teri elastikligi past, ichi suyuq sutkada 20 martagacha
85. Vaboda suvsizlanishning I darajasi uchun xos belgilar:
teri quruq, "ruki prachki"belgisi, teri elastikligi past, ichi 20 martadan ortiq, suyuq
teri quruq, oqimtir, lohaslik, teri elastikligi past. ichi suyuq, sutkasiga 20 martagacha
*tana harorati me'yorida, terisi nam, lohaslik, ichi suyuq , 3-10 marta kuniga
terisi quruq, gipotermiya, kuzlari chuqur lashgan, tonik tirishishlar, anuriya
86. Vaboni davolashda qo'llanilmaydigan eritma:
Trisol
*5 % li glyukoza
5% li glyukoza +4 % li kaliy xlor
regidron
87. Vaboning 3 suvsizlanish darajasiga mos suyuqlik yo'qotish foizi:
1-3%
*7-9%
4-6%
10% va undan ortiq foiz
88. Vaboning algid shaklida tana massasining necha % i yo'qotiladi?
*10% va undan ko'p
3 %
6%
9%
89. Vaboning III suvsizlanish darajasiga xos bo'lmagan belgi:
gipotermiya
akrosianoz
teri qoplamlari elastikligi susaygan, tez-tez suvsimon ich ketishi
*gipertermiya
90. Bakterial shigellezda yallig'lanadigan me'da-ichak yo'li:
oshqozon va 12 barmoqli ichak
*sigmasimon va to'g'ri ichak
ingichka ichak

ko’r ichak
91. Bakteriologik ekma uchun najas olinadigan kasallik:
virusli gepatitlar
*O’IK
O’RVI
gelmintozlar
92. Bakteriologik ekma uchun najas olinmaydigan kasallik davri:
antibiotikklar oladigan davrda
*antibiotikklar buyurishdan oldin
kasallikning tuzalish davrida
bakteriya tashuvchanlikda
93. Bakteriologik ekma uchun olinadigan najas qismi:
shilliq aralashmasiz
*patologik aralashmasiz
kon aralashmasiz
ahamiyati yuq

94. O’tkir shigellez uchun xos bo’lmagan yo’g’on ichakdan yuz beradigan morfologik o’zgarishlar:
*atrofik jarayon
kataral yallig’lanish
erroziv yarali yallig’lanish
fibrinoz nekroz yallig’lanish
95. O’tkir shigellezning yengil shakli uchun xos belgilar:
*tana harorati subfebril, yalqili kuniga 3-10martacha suyuq najas
tana harorati 38-39^{o}C chap yonbosh sohasida kuchli og’riq, najas suyuq, kon aralash kuniga 10-25 marta
tana harorati 39^{o}Cdan yuqori,qorin pasti va orqa chiqaruv teshigida og’riq, yiringli najas 25 martadan ortiq
tana harorati 40^{o}Cdan yuqori,qorin pasti va orqa chiqaruv teshigida og’riq, yiringli najas 35-40 martadan ortiq
96. O’tkir shigellezning gastroenteritik shakli uchun xos belgilar:
*ko’ngil aynish, qusish, kindik atrofida og’riq, ichni suvsimon ketishi
ko’ngil aynish, qusish, qorinda og’riq, ichni tez-tez kam ketishi, tenizm, yolg’on chaqiruv
ko’ngil aynish, qusish. epigastral sohada og’riq
ko’ngil aynish,qusish.epigastral sohada og’riq, qorin qapchishi
97. O’tkir shigellezning gastroenterokolitik shakli uchun xos belgilar:
*ko’ngil aynish, qusish, qorinda og’riq, ichni tez-tez kam ketishi, yolg’on chaqiruv
ko’ngil aynish, qusish epigastral sohada og’riq
qorinda og’riq,kam-kam ichni tez-tez ketishi, tenizm, yolg’on chaqiruv
ko’ngil aynish,qusish.epigastral sohada og’riq, qorin qapchishi
98. O’tkir shigellezning kolitik shakli uchun xos belgilar:
*qorinda og’riq,kam-kam ichni tez-tez ketishi, tenezm, yolg’on chaqiruv
ko’ngil aynish, qusish,epigastral sohada og’riq
ko’ngil aynish, qusish,qorinda og’riq, ichni tez-tez suyuq ko’p ketishi
ko’ngil aynish,qusish,qorinda og’riq,ichni tez-tez kam ketishi,tenizm,yolg’on chaqiruv
99. O’tkir shigellezning og’ir shakli uchun xos belgilar:
*tana harorati 39^{o}Cdan yuqori qorin pasti va orqa chiqaruv teshigida og’riq, najas kuniga 25 martadan ortiq
tana harorati subfebril,qorinda og’riq, najas suyuq, yalqili 3-10marta
tana harorati 38-39^{o}C, chap yonboshsohasida kuchli og’riq,najas suyuq, yalqili, qon arlash kuniga 10-25 marta
tana harorati 40^{o}Cdan yuqori, qorin pasti va orqa chiqaruv teshigida og’riq, yiringli najas 35-40 martadan ortiq
100. O’tkir shigellezning o’rtacha og’ir shakli uchun xos bo’lgan belgilar:

*tana harorati 38-39^{o}C, chap yonbosh sohada kuchli og'riq, najas suyuq yallqili, qon bilan aralash, kuniga10-25 marta
tana harorati subfebril,qorinda og'riq, najas suyuq, yalligli, kuniga 3-10marta
tana harorati 39 ^{o}C dan yuqori,qorin pastida va orqa chiqaruv teshigida og'riq, qonli, yiringli,kunida 25 martadan ortib borishi
tana harorati 40^{o}Cdan yuqori,qorin pasti va orqa chiqaruv teshigida og'riq, yiringli najas 35-40 martadan ortiq

6-mavzu: **Ichburug'. Amyobiaz. Salmonellez. Etiologiya, epidemiolo giya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi**.
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1.Ichburug'. Etiologiya, epidemiolo giya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi. 2.Amyobiaz. Etiologiya, epidemiolo giya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi. 3.Salmonellez. Etiologiya, epidemiolo giya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi. 4. IVBDV Diareya bilan kasallangan bolaga diagnostik yondoshuv, differenstial diagnostikasi og'ir suvsizlanish holatida tez tibbiy yordam ko'rsatish. Suvsizlanish profilaktikasi. Parhez turlari
Mavzuning maqsadi: hozirda bizning regionda uchraydigan dizenteriya salmonellez va Amyobiazlarni erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. Dizenteriya Amyobiaz salmonellezga vaqtli tashxis qo`yish, bemor ahvolini to`g`ri baholay olish, kasalxonagacha bo`lgan davrda bemorga Yordam ko`rsatishni o`rganish. **IVBDV Diareya bilan kasallangan bolaga diagnostik yondoshuv, differenstial diagnostikasi og'ir suvsizlanish holatida tez tibbiy yordam ko'rsatish. Suvsizlanish profilaktikasi. Parhez turlari**	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. Ichburug'. Amyobiaz. Salmonellez. Etiologiya, epidemiolo giya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar

vaqti		
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"Ichburug'. Amyobiaz. Salmonellez" Savol-javob o'tkazish. *«Uch bosqichli intervyu»* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi "Ichburug'. Amyobiaz. Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (90 daqiqa)	"Ichburug'. Amyobiaz. Salmonellez" Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi Amyobiaz. Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (45 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. **Mustaqil ish beradi.** Botulizm. Etiologiyasi. Qo'zgatuvchining asosiy xususiyatlari. Qo'zgatuvchining turlari. Mikroblar va toksinlarning tashqi muxitlarga chidamliligi. Kasallikning oldini olish. Sanitariya nazorati va sanitariya oqartuv ishlarining moxiyati. Axoliga maxsulotlarni uy sharoitida tayyorlash qoidasini tushuntirish. **Uyga vazifa beradi.** Gelmintozlar. Lyamblioz. Ovqat toksikoinfektsiyalari (OTI). Botulizm .	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami:6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)
1. Dizenteriya salmonellezva Amyobiaz. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.
2. Dizenteriyasalmonellez va Amyobiazning klinik belgilari.
3. Dizenteriya salmonellez va Amyobiazning diagnostikasi.
4. Dizenteriya salmonellez va Amyobiaz. Labaratoriyaviy tahlil uchun material olish.
5. Dizenteriya salmonellez va Amyobiazlarni davolash usullari.
6. Dizenteriya salmonellez va Amyobiazlar bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish.
7. Kasallik tarixini Yozish.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:
1. Dizenteriya salmonellezva Amyobiazlarning etiologik xususiyatlarini ayting 2. Dezenteriya va Amyobiazda epidemiologik jarayon.
3. Dizenteriyasalmonellez va Amyobiazning asosiy klinik belgilari.
4. Dizenteriya salmonellez va Amyobiazning laboratoriyaviy tashxisoti.

5. Dizenteriya salmonellez va Amyobiazning davosi.
6. Kasallikni parvarishlash qoidalari.
7. Dizenteriya salmonellezva Amyobiazning profilaktikasi asoslari

Dizenteriya va Amyobiaz kasalligini chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, diareyani kelib chiqish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

. Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Uy sharoitida bemorlarda oral regidrotatsiya o'tkazish usulini tushuntiring.

Maqsad: Yo'qotilgan suv-to'z o'rnini tiklash uchun shakar-to'zli eritma tayyorlashni o'rganish.

Ko'rsatma: Diareya sindromi bilan kechuvchi barcha kasalliklar.

Kerakli anjomlar: 1 litr qaynatib sovutilgan ichimlik suvi, osh to'zi, ichimlik (choy) sodasi, shakar, choy qoshiq.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Qaynatib sovutilgan suvdan 1 litr olinadi	0	10	20
2.	1 choy qoshiq osh to'zi qoshiq qirrasidan yo'zasi qattiq predmet qirrasi bilan tekislab olinadi va suvda eritiladi	0	10	20
3.	1 choy qoshiq ichimlik (choy) sodasi qoshiq qirrasi yo'zasi qattiq predmet qirrasi bilan tekislab olinadi va suvda eritiladi	0	10	20
4.	8 choy qoshiq shakar yuqorida ko'rsatilgandek qoshiq yo'zasi tekislab olinadi va suvda eritiladi	0	10	20
5.	Tayyorlangan eritma harorati foydalanish uchun yoz oylarida xona haroratida, sovuq oylarda esa 36-37ºS da bo'lishi kerak	0	10	20
	Jami	0	50	100

O'tkir ichak kasalliklari (salmonellez va ichburug')da bakteriologik tekshirish uchun najas olish qoidalari.

Maqsad: Diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklarga tashxis qo'yish.

Ko'rsatma: Diareya sindromi bilan kechuvchi barcha kasalliklar.

Kerakli anjomlar: Bemorning najasini olish uchun toza tuvak, sterillangan rezina qo'lqop, niqob, qonservantlar (Tiga, Myo'ller), sterillangan tayok cha yoki qoshiqcha, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)

1.	Sterillangan rezina qo’lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
2.	Tuvakni xlor eritmasi bo’lmagan oqib turgan suvda chayiladi	0	5	10
3.	Tuvakni najas olish uchun bemorga beriladi	0	5	10
4.	Sterillangan tayok cha yoki qoshiqcha olinadi	0	5	10
5.	Najasning shilliq bor joyidan namuna olinadi	0	5	10
6.	Najasning yiring va qonli qismidan olinmaydi	0	5	10
7.	Olingan namuna qonservantlarga (Tiga, Myo’ller) ekiladi	0	5	10
8.	Dizenteriyada Tiga muhitiga 1:3 nisbatda ekiladi	0	5	10
9.	Salьmonellezda Myo’ller muhitiga 1:5 nisbatda ekiladi	0	5	10
10.	Laboratoriyaga yo’llanma varaqasiga bemorning maъlumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi, maxsus biksda laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

“ROTATSIYA” METODINI O`TKAZISH STSENARIYSI.

Guruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar to’ziladi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. O`n minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak bo`ladi. So`ngra javobgar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.

Topshiriq I komanda uchun:

Dizenteriya va Amyobiazning klinik xususiyatlarini ayting?

Topshiriq II komanda uchun:

Dezenteriya va Amyobiazning diagnostikasi to`g`risida ma`lumot bering?

I komanda	II komanda
2.	1.

“UCH BOSQICHLI INTERVYU”

Maksad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to`g`ri psixologik Yondashishni o`rgatish.

Asosiy tamoyillari:

Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo`linadi va talabalarga rol bo`lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis Yashirin etkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtiroqchilarining faoliyatini quyidagi 3 bo`lim bo`yicha baholaydi:

1. Nima to`g`ri qilindi.
2. Nima noto`g`ri qilindi.
3. Qanday bajarilishi kerak edi.

Afzalliklari:

Dars mavzusi bo`yicha tematik bemorlar Yo`q holatlarda ushbu usulni keng qo`llash mumkin.

Usul rolli o`yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtiroqchi-ekspert bilan to`ldirilgan va bir vaqtning o`zida 2-3 klinik variantlar muhoqama qilinadi. Bu mashg`ulot mazmunini boyitadi, o`quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

Kamchiliklari:

Misol: pedagog har bir kichik guruhda bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab olinadi. O`qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o`ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta`minlab turadi.

Bemor 14 yoshli yigit, maktab o`quvchisi bolalik chog`larida O`RVI, qizamiqni boshidan o`tkazgan. Emlashlarni o`z vaqtida olgan. Yigit ta`til paytida ariq suviga cho`milgan, ariq suvidan ichgan. Pishiqchilik davri bo`lganligi sababli meva, qovun, tarvo'z iste`mol qilgan.

shikoyatlari: umumiy holsizlik, ishtaha Yo`qolishi, ko`ngil aynishi, qusish, qorin kuldirashi, ichi shir-shir ketishi. Ko`rik vaqtida holati: ahvoli o`rtacha og`irlikda, holsiz. Tana harorati 36, 2ºC daraja, terisi quruq, elastikligi pasaygan. yurak tonlari bo`g`iq, puls bir daqiqada 96 zarba, qon bosimi 90/60 mm sim ust. nafas olishi burundan, o`pkasida vyozikulyar nafas, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin ichga tortilgan. Paypaslanganda og`riqsiz, ichaklar quldirashi eshitiladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Ichi su yuq, oqish rangda, siydigi kamaygan. Periferik qonda Hb-140g/l, leykotsit-8000.

"Vrach»bemor so`zidan yiqqan epidemiologik omillarga e`tibor berishi, klinik belgilariga Yondashgan holda bemorni yuqumli kasalliklar kasalxonasiga Yo`llashi lozim.

"Ekspert" vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e`tibor berishi lozim:

-bemorga to`g`ri psixologik Yondashdimi.

-epidemiologik anamnez to`g`ri yig`ildimi.

-bemorni ko`rikdan o`tkazganda Yallig`lanish belgilari (tana harorati, qorinda og`riq bo`lmasligi) ga e`tibor berib, vaboga shubha kildimi.

-keyingi tekshiruvlar uchun bemorni shifoxonaga Yo`lladimi.

-Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma yubordimi?

-muloqotda bo`lgan shaxslar ustida nazorat o`tkazishga Yo`llanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

-o`z holatini qanchalik darajada ta`rifladi.

-epidemik omillarni to`g`ri ayta oldimi.

-kasallik alomatlarini to`g`ri ta`riflab berdimi.

Mashg`ulot so`ngida o`qituvchi e`tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtiroqchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to`xtalib, mashg`ulotga Yakun Yasaydi.

15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Dizenteriya va Amyobiazning epidemik jarayonning rivojlanishi qanday kechadi?	
2.	Infeksiyaning asosiy manbalari?	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Dizenteriya va Amyobiazning klinik belgilarini ayting?	
2.	Dizenteriya va Amyobiazning laborator diagnostikasi	
3.	Dizenteriya va Amyobiazning davolash usullari.	
4.	Dizenteriya va Amyobiazning profilaktikasi	

MAVZU BAYONI

SHIGELLEZLAR

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

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

Shigellalar uzunligi 2-3- mkm, eni 0,5-0,7 mkm, harakatsiz, grammanfiy tayok chalar 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.

Shigellezlar qo'zgatuvchilarining zamonaviy tasnifi bo'yicha ular 4ga bo'linadi: 1.Sh. dysenteriae o'z ichiga Grigorev-Shik, Shtutser-Shmitts va Lardj-Saks shakllarini oladi; 2.Sh. boydi; 3. Sh. flexneri; 4.Sh. Sonnei.

Hozirgi kunga kelib Respublikamizda ichburug' kasalli- gining juda ko'p qismi Fleksner va Grigorev-Shig shigellalari tomonidan chaqirilmok da.

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

Grigorev-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 Grigorev-Shig qo'zg'atuvchilaridir. Fleksner qo'zg'atuvchilari esa o'rta holatni egallaydi.

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

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

Shigellezlarning atipik shakllari bilan og'rigan 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 oyok da o'tkazadilar va aksariyat vrachga murojaat qilmaydilar, davolanmaydilar va infeksiyani faol ravishda tashqariga chiqarib turadilar. Surunkali ichburug' bilan og'rigan shaxslar- ning faqatgina 17- 35,5%i kasallik manbai bo'lishlari mumkin.

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

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

Oziq-ovqat omili ichburug' infeksiyasining yuqishida assosiy hisob-lanadi. Ichburug' qo'zg'atuvchilari bilan oziq-ovqatlarning ifloslanishi ularning tayyorlashda, saqlashda va iste'molga chikarish 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 Fleksner shigellalari 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. Tashqi muhit shart sharoitlari va ob'ektlari ham ichburug' tarqalishida muhim omillardan biri hisoblanadi; bular asosan idish tovok lar, o'yinchok lar, ok liklar va boshqalar. Maishiy-mulok ot Grigorev-Shik 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. Yuvilmagan qo'llar terisida shigellalar 2-2,5 soat saqlanadi, yuvilgandan keyin esa 20-25 minut 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'prok uchrashi bilan tushuntirish mumkin, boshqacha qilib aytganda pashshalar asosan odamlar iste'mol qiladigan oziq-ovqatlar bilan oziqlanadilar. Ichburug' bilan

chaqalok lar ham, keksa yoshdagilar ham kasallanaveradilar. Ichburug' issiq iqlimli o'lkalarda ko'p uchraydi. Ichburug' mavsumiylikka hos kasallik bo'lib, u asosan yoz oylarida ko'prok qayd qilinadi.

Patogenezi. Ichburug'da patologik jarayon rivojlani- shida bir necha bosqichlar tafovut qilinadi: epidemiologik, birlamchi–regionar infeksiya, toksinemiya, enteral, patologiya (ichki a'zolar zararlanishi) va ok ibatlar 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.

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 yuza qismiga so'riladi. Uning natijasida epiteliyning o'chok li 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'chok dan qonga so'rilish ok ibatidir. 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 ok ibatida 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 reaktsiyasi hamdir. Kasallikning birinchi kunidan boshlab himoya mexanizmlari ishga kirishib, qo'zg'atuvchining organizmdan chiqarish yo'llarini izlaydi. Vistseral patologiya bosqichida umumiy zaharlanish belgilari kamayib, distal kolit belgilari yaqqol namoyon bo'lishi va oshqozon, ingichka ichak, jigar, oshqozon osti bezida funktsional 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 toksinlarning ta'sirida meysner va auerbax nerv chigallari zararlanadi va MATda o'ziga hos qo'zg'alish o'chog'i vujudga keladi. Bundan tashqari patologik jarayon rivojlanishida biologik faol moddalar – gistamin, atsetilxolinlarning ta'siri ham bor.

Uning 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 reaktsiyalar kuzatiladi.

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

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 c) aralash

O'tkir ichburug'. Bir necha 3 oygacha cho'ziladi va siklik 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 – regionar infeksiya fazasigi to'g'ri keladi. Bu davri 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 patalogik aralashmasiz, suvsimon, badbo'y suyuq ich ketish kuzatiladi.

Kasallik ayrim hollarda ovqat toksikoinfeksiyasi ko'rinishda boshlanadi. Bunda kasallik umumiy zararlanish belgilaridan boshlanib, tezda bemorda gastroenterit belgilari yuzaga keladi. Grippsimon yoki tifsimon boshlanishda harorat- ning keskin ko'tarilishi, qaltirash, kuchli bosh og'rig'i, asab va ruhiy buzilishlar, ba'zan meningial belgilar yoki entsefalopatiyalar 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, oyok larini qorniga bukkan holda, kornini qo'llari bilan isitishga harakat qiladi. Vaqti-vaqti bilan bemorlarning yuzida og'riq ifodasini ko'rish mumkin, bu esa qorindagi xurujsimon og'riqlar va tenezmlarning ifodasidir. Davomli va yuqori isitma dizenteriya uchun xos emas. Isitmaning davomiyligi bir necha soatdan 2-5 kungacha cho'ziladi. Isitma subfebril, ayrim hollarda 40-41^{o}C darajaga ko'tariladi.

Agar kasallik engil kechsa teri, shilliq qavatlar, teri osti yog' qavatida o'zgarishlar deyarli bo'lmaydi. Sezilarli darajasi- dagi ichak toksikozida esa terining ok imtirligi 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 uyqusi 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 rekonvalestsentlar amaliy sog'lom bo'ladilar. 2-4 hafta mobaynida kasallik ok ibatida yuz bergan fiziologik mutanosiblik tiklanadi. Bu davrda ichakdagi morfologik o'zgarishlar ham asl holiga kaytadi va organizm qo'zg'atuvchilardan butunlay tozalanadi.

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) rivojla- nishi mumkin. Ikkala holatda ham neytrofilyoz kuzatiladi, bundan tashqari ECHT tezlashgani ko'riladi. Aneozinofiliya yoki eozinopeniya xastalikning 1-chi 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 quyiladi. To'g'ri yig'ilgan anamnez tashxis qo'yishda katta ahamiyatga ega: Kasallikning boshlanishi, harorat tavsifi, belgilarning ketma – ket paydo bo'lishi, tibbiy muassasaga murojaati, uy sharoitida davolan- ganligi va uning nafi. Oshqozon ichak trakti funktsiyasiga 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 qoidalaraiga rioya qilish, ovqatlanish rejimi, ichimlik suvi bilan ta'minlanganlik, bemor bilan mulok oti va hokazolar asos bo'ladi.

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

Egri gemaglyutinatsiya reaktsiyasi ham kasallikning 5–kunlaridan boshlab musbat natija bera boshlaydi. Uning diagnostik titri 1:160 va undan yuqori bo'lsa musbat hisoblanadi.

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 Suverkalov teri-allergik reaktsiyasidan ham foydalaniladi.

Davosi. Ichburug'ga 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’prok suyuqlik iste'moli hisoblanadi. Bemorlarga regidron, glyukosolan, uy sharoitida esa qand-tuzli eritma (1 litr qaynatib sovutilgan suv+40g ok qand kukuni+5g tuz+2,5 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 enterosorbitlari (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 kattalarga 1 paketdan kuniga 3 mahal suspenziya holida buyuriladi. Paketdagi kukun qaynatib sovutilgan suvga (suv xarorati 18-20oS) asta-sekinlik bilan suspenziya holiga kelguncha aralashtiriladi. Bolalar uchun 1-2 yoshda kuniga 1 paketik, 2 yoshdan kattalarga 2 paketik kuniga 3 martaga belgilanadi. Bolalarga kukun qand, glyukoza yoki asal bilan shirinrok holda berish mumkin.

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

1.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, nufuroksazidlar tavsiya etiladi.

I.Alternativ preparatlar:

a) I guruhi preparatlari samarasiz bo’lganda:

b) Kasallik o’rta og’ir va og’ir kechganda, kasallikni kechiktirib kelganda:

Alternativ preparatlar sifatida amoksatsilin va aminoglyukozidlarning 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 shakllari yuzaga kelganda.

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

C) UII, ORVIning bakterial asoratlari bilan birga kechganda.

III guruhga rifampitsin, sefalosporinlarning III va IV avlodi- sefbuten va seftazidim, ftorxinolinlardan-norfloksatsilin 12 yoshdan katta bolalar (qolganlarida faqat ko’rsatma bo’lganda). 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.

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 (reosorbilakt, poliglyukin, reopoliglyukin) buyurish maqsadga muvofiqdir.

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

Vitaminoterapiya 250–500 mg askorbin kislotasi; 20 mg nikotin kislotasi; 50 mg vitamin B_1; 15–20 mg B_2, 50 – 100 mg vitamin B_6; 150 – 200 mg vitamin B_{12} buyuriladi.

Profilaktikasi. Ichburug’ning muvaffaqiyatli profilak- tikasiga epidemik jarayonning uchchala 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.

Amyobiaz amyobalar qo’zg’atadigan bemorning yo’g’on ichagida yaralar paydo bo’lishi, ba'zi a'zo va tizimlarda abstsesslar rivojlanishi bilan tariflanadigan va ko’pincha surunkali davom etadigan antropanoz protozoy kasallikdir.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi oddiy Entemoeba hystolytica oilasi Entomoeba sinfdagi Sarcona sista va vegetativ - sista oldi, oraliq shakli kattava to'qimali shakli tafovut qilinadi. Voyaga etgan sistalar 4 yadroli bo'lib, vegetativ shaklining 1 ta yadrosi bor.

Vegetativ shakli katta (50 mkm boradi) va harakatchan bo'lib, bemor najasi bilan tashqariga chiqariladi. Ent. histolytica ning sistasi dumalok va oval shaklida bo'lib, 1-4 yadrosi bo'ladi. Ular amyobiazdan sog'ayayotgan bemorlar va tuxum tashib yuruvchilar najasida bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallikning asosiy manbai bo'lib, amyobasining surunkali va o'tkir shakllari kasallangan bemor rekonvalestsent va tashuvchi. Endemik o'chok larda tashib yuruvchanlik tarqalgan uzok davom etadigan bo'lishi mumkin va bir necha yil davom etishi mumkin.

Yuqish mexanizmi – fekal-oral. Yuqish yo'li odatda suv, alimentar, maishiy mulok ot. Amyobiaz ham boshqa ichak yuqumli kasalliklariga o'xshash yo'llar bilan yuqadi va tarqaladi. Bemor yoki sista tashib yuruvchilar najasi orqali tashqariga chiqarilgan Ent. histolytica tuxumlari sanitariya va gigiena qoidalari buzilgan sharoitda osongina suv, oziq-ovqat, turli buyumlar va qo'l orqali sog'lom odamlarga og'iz orqali yuqadi. Amyobiazning tarqalishida pashshalarning roli ham katta.

Patogenezi. Og'iz orqali kirgan amyoba sistasidan yo'g'on ichakda to'rt yadroli amyoba chiqadi va u ichakda va liberkyun bezlarida ko'paya boshlaydi va proteolitik ferment chiqaradi. Halok bo'lgan to'qima parchalari va chiqariladigan shilimshiq modda liberkyun bezlarining bo'shlig'ida yig'iladi va natijada bezning o'rnida kichkina abstsess paydo bo'ladi. Keyinchalik mayda abstsesschalar rivojlanib bir-birlari bilan qo'shilib katta bo'ladi. U ichakning mushak qavatigacha chuqurlashib boradi.

Klinikasi. JSST ekspert qo'mitasining tavsiyasiga ko'ra amyobiazning asosan 3 xili ajratiladi: 1) ichak amyobiazi; 2) amyobiazning ichakdan tashqi xili; 3) teri amyobiazi.

Turg'unlik davri 1 haftadan 2-3 oygacha davom etishi mumkin. Ichak amyobiazi ko'p hollarda (90%) simptomsiz kechadi, ba'zan qorinda diskamfort holatlari kuzatiladi. Engil holatlarda meteorizm, qorinda xurujsimon og'riqlar, ich ketishi va qabziyatning almashinib turishi bilan kechadi. Davolanmaganda bu holat bir necha kundan bir necha haftagacha cho'zilishi mumkin. Bemor ahvoli qoniqarli, tana harorati ko'tarilmaydi. Klinik ko'rinishi yaqqol namoyon bo'lgan bemorlarda kasallikning ilk kunlarida diareya kuzatilib, najas bo'tqasimon, ko'p miqdorda, ko'pincha 3-5 martagacha ich keladi.

Qorinda og'riqlar boshlanishida og'riqlar lokal tavsifli bo'lib, ko'richak va yo'g'on ichakning ko'tariluvchi qismida kuzatiladi. Umumiy holsizlik asta-sekinlik bilan kuchaya boradi, ishtahasi pasayadi, subfebril harorat kuzatiladi. Keyinchalik ich ketishlar soni kuniga 7-10 martagacha oshadi. Keladigan najas miqdori kamayib, shishasimon, rangsiz xarakterda ayrim vaqtlarda qon aralash (malina qiyomi o'xshash) bo'ladi. Bu jarayonga chuvalchangsimon o'simta qo'shilsa, appenditsitga xos klinik belgilar kuzatiladi.

Yo'g'on ichakning boshlang'ich va distal bo'limlarining bir vaqtda zararlanishida tenezmlar bezovta qiladi. Kam hollarda najas shilliq – qon aralash bo'ladi. Davolash chora tadbirlari olib borilmaganda, kasallik qaytalanuvchi va uzluksiz kechuvchi surunkali shaklga o'tadi. Remissiya davrida bemorlarni ahvoli qoniqarli bo'ladi. Kasallik uzluksiz kechganda bemorlarda vitaminlar va ok sillarni etishmasligi hisobiga tana massasining kamayishi kuzatiladi. Kuchayib boruvchi holsizlik, anemiya, trofik o'zgarishlar, ok silsiz shishlar rivojlanadi. Gemogrammada anemiya, eozinofiliya, monotsitoz, limfotsitoz, EChT oshishi kuzatiladi.

Amyobiazning surunkali shakliga kasallik belgilarining vaqti-vaqti bilan zo'riqib va qaytalanib turishi (retsidic) xarakterlidir. Bemorlarning goho-goho qorni dam bo'lib og'riydi, quldirab turadi. Dam ichi ketadi, dam qabziyat bezovta qiladi. Najasda vaqti-vaqti bilan shilimshiq va qon ko'rinadi. Kasallik turli muddat oralab zo'riqib va qaytalanib turadi. Zo'riqish ba'zan aralash-quralash har xil ovqatlarni iste'mol qilish ok ibatida yuz beradi. Boshqa vaqtlarda surunkali amyobiaz sababsiz zo'riqishi ham mumkin.

Surunkali amyobiaz ba'zan bemorni kam bezovta qiladi. Boshqa bemorlarda esa kasallik og'ir o'tadi, bemor azob chekadi, ozib ketadi,kamqonlik yuz beradi va boshqa organlarning faoliyati ham buziladi.

Ichakdan tashqari amyobiaz jigar abstsesslarining shakllanishi, kam hollarda o'pka va boshqa organlar zararlanishi bilan kechadi.

Jigar absessi. Ichak amyobiazi paydo bo'lgandan 1-3 oydan, ba'zan bir necha oy yoki bir necha yildan keyin rivojlanashi mumkin. Kasallik tana haroratining ko'tarilishi, o'ng qovurg'a ostida og'riqlar bilan o'tkir boshlanadi. Isitma doimiy yoki qaltirash bilan kechuvchi noto'g'ri tipda bo'lishi mumkin.

Og’riqlar yo’talganda, harakatlanganda kuchayadi. Shu sababli bemorlar yurganda qo’lni o’ng qovurg’a ostida ushlab yuradi.

O’pka absessi – subfebril tana haroratining davriy ravishda yuqori darajaga ko’tarilishi, ko’krak qafasida og’riqlar, yo’tal, qon tupirish, ko’p miqdordagi o’tkir jigarrang balg’am ajralishi bilan namoyon bo’ladi. Rentgenogrammada suyuqlik sathli aylana o’chok lar ko’rinadi.

Teri amyobiazi- oraliq, anal sohasi, dumba sohalarida eroziyalar va kam og’riqli chuqur yaralarni paydo bo’lishi kechadi.

Tashxisoti. Klinik-epidemiologik tashxislanadi va laborator tasdiqlanadi. Parazitoskopiyada amyobiazning vegetativ shakllarining topilishi tashxisni tasdiqlaydi. Yirik vegetativ shaklini aniqlanishi ichak amyobiazini tasdiqlaydi. Ichak bo’shliqlarida joylashgan sista oldi va sista shaklini aniqlanishi tashuvchanlikdan dalolat beradi.

Amyobiazning ichakdan tashqari shakllarida serologik reaktsiyalardan RNGA, IFA, 80 % hollarda musbat natija beradi. Tashxis qo’yishda UZI, rentgenografiya, KT kabi instrumental usullardan foydalaniladi. Oxirgi yillarda tekshiriladigan materialda amyoba Ag ni aniqlovchi ZPR laborator tekshiruvlari o’tqazilmok da.

Davolash. Odatda ambulator sharoitda davolanadi. Og’ir hollarda va ichakdan tashqari shakllarida statsionar davolanadi. Kasallikning og’irlik darajasi va zararlangan sohani joylashgan joyga qarab yotok rejimi tavsiya qilinadi. Parhez induvidal ravishda tanlanadi.

Suv elektrolitlar muvozanatini saqlab turish muhim. Amyobiazning noinvaziv shakli va simptomsiz kechishida diloksanid furoat 500 mg 3 marta kuniga buyuriladi. 10 kun davomida yodoxinol 650 mg dan 3 marta kuniga 20 kun mobaynida buyuriladi. Ichak amyobiazdan invaziv shakli klinik simptomlar bilan kechganda metronidazol 750 mg 3 marta 5-10 kun (bolalarga 40 mg/kg kuniga 3 marta) tayinlanadi.

Amyobali absesslarda konservativ davolash natija bermaganda, abstsesslar o’lchami 2 smdan katta bo’lsa va yiringli asoratlar bersa, jarrohlik yo’li bilan davolanadi.

Profilaktikasi. Sista ajratuvchilar va amyoba tashuvchilari aniqlash va davolash, kasallikni yuqish yo’lini qirqishdan iborat.

Salmonellez

Etiologiyasi. Salmonellalar gramm manfiy, spora va kapsulalar hosil qilmaydi, xivchinlar yordamida harakatlana-digan tayok chalardir. Uning 8-12ta xivchinlari bo’lib («ko’p eshkakli kemacha») harakatchan. Salmonellalarning fermentativ xususiyatlari asosida 4 ta oilachaga bo’linadi, ularda 3 xil aso-siy antigen komplekslari: O-somatik (termostabil) - 2 soat davomida qaynatilganda parchalanmaydi, N-xivchinli antigen- qaynatilganda parchalanadi va qobiqli K-antigen bakteriyaning hujayraichi 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, ozrok kislorodi bo’lgan erda, quyosh nuri ta'sirida o’saveradi, ular $37^{o}C$ haroratda yaxshi o’sadi va ko’payadi.

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, kamrok tovuqlar)da ham kasallik qo’zg’atadi. Belgilarsiz, yashirin kechuvchi kasal hayvonlar yuqish manbai sifatida qo’prok xavf tug’diradi. Salmonellalar tayyor ovqatga tushib va unda ko’payib, uning ta'mini, rangini va hidini o’zgartirmaydi. Shu-ning uchun tashqi ko’rinishi sifatli, birok sanitariya norma-lariga xilof tayyorlangan ovqat kasallik tarqatuvchi omilga aylanib qolishi mumkin.

Infeksiyaning ikkinchi manbai-odam hisoblanadi. Salmonellyoz bilan kasallanganlar, bakteriya ajratuvchilar kasallik yuqtiradigan manbai 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 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 uzok vaqtgacha o'z hayot faoliyatini saqlab, qoladi suv ok imi bilan olis masofalargacha boradi.

Kasallik tarqalishida shaxsiy gigiena qoidalariga amal qilmaydigan bemorlar, bakteriya tashuvchilar, ayniqsa oziq-ovqat mahsulotlarni ishlab chiqarish va tayyorlashga alok ador 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.

Patogenezi. Salmonellyozlar patogenezi g'oyat murakkab. Patologik o'zgarishlarning rivojlanish mexanizmi to'liq o'rga-nilmagan. Salmonellyozning kechishi belgisiz shaklidan tortib, 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'atuvchi 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'siqlar-dan birontasida to'xtashi mumkin. Kasallik belgilari salmonellalarning ingichka ichak devoridan o'tgach paydo bo'la boshlaydi. Organizmga kasal qo'zg'atuvchi bevosita (septik komponent) ta'siridan tashqari, ekzo va endotoksinlari toksik komponetlari bilan ta'sir ko'rsatadi.

Organizmning javobi alohida a'zo va tizimlar faoliyatining buzilishi (patofiziologik komponent) va 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 mulok otda 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 epiteliotsitlarning 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. Vakuolalarning bir qismi qon tomirlariga parchalanadi, bo'shagan salmonellalar qonda aylanib yuradi.

Salmonellalarning qonda aylanib yurishi bir necha soat-dan 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 granulema-lar va ikkilamchi infeksiya o'chok lari 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 kechi-shining 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; c) o'tkir gastroenterokolit.
2. Tarqalgan shakli: a) tifsimon varianti (qorin tifisimon); b) septiko-piemik varianti (septik).
3. Bakteriya tashuvchanlik: a) o'tkir tashuvchilar; b) surunkali tashuvchilar; c) tranzitor tashuvchilar.

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

Kasallik aksariyat o'tkir boshlanadi. Kasallik boshidanok me'da-ichak yo'llari faoliyatining buzilishidan tashqari, organizmning zaharlanish belgilari ham yuzaga chiqadi. Ko'pincha birinchi navbatda kam quvvatlilik, bosh og'rishi, tana harora-tining ko'tarilishi, sovuq qotish kabi belgilar ko'rinib, me'da–ichakning zararlanish belgilari keyinrok 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)- yashilrok 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 yuqori-da qayd etilgan joylarda seziladi.

Gastroenterit variantlarida o'zgarishlar me'da-ichak yo'l-larining hamma sohalarini, xususan ingichka ichak, me'da osti bezi va jigarda ham bo'lishi mumkin. Me'daning kataral holatda zararlanishi doimo bo'ladi, ba'zi holatlarda faqat shu shakl kuzatiladi, bu holatda gastrit varianti xaqida fikr yuritiladi.

Tana haroratining oshishi asosan kasallik avj olgan davrda bo'ladi, ko'pincha uzluksiz doimiy, lekin subfebril, remittirlovchi holatda ko'rinishi mumkin. Harorat 5-7 kun davom etadi, ba'zan 1-2 kundan oshmaydi. Isitma kasallik engil 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 ususiyatlarining 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 shakllarida infektsion toksik va gipovolemik karaxtlik rivojlanishiga olib keladi. Infektsion toksik va gipovolemik karaxtlik belgilari bir-biriga o'xshaydi, lekin infektsion toksik karaxtlik organizm umumiy zaharlanishining ro'y-rost 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 soatlaridanok arterial bosim ancha tushib ba'zan bemor xayotiga tahdid soladigan kollaps holatiga olib kelishi mumkin.

Karaxtlik salmonellyozning boshqa klinik shakllariga qara-ganda gastroenteritda ko'prok kuzatiladi. Infektsion 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 sok qasi 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 juda tez (taxikardiya), juda yumshok , qiyinlik bilan qo'lga unaydi, 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'lmasligi tufayli), yurak tovushlari keskin bo'g'iqlashgan. Klonik xarakterdagi mushak tortishishi ro'y berishi mumkin.

Gemogrammada aniqlanadigan neytrofil leykotsitoz foizining oshishi, gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining ko'payi-shi salmonelleyozning og'ir shakliga uchragan bemorda qonning ancha quyuklashganligi bilan izohlanadi. Ayniqsa bu holatlar toksik-infektsion karaxtlik rivojlanganda

ko’prok yuzaga chiqadi, bu sharoitda aylanuvchi qon miqdori kamayishi buyraklarga ham qon kelishini kamaytiradi, mikrotsirkulyatsiya buziladi va h.k.

Buyrak faoliyatining buzilishi 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’rishi, uyquning buzilishi, mushaklar tirishishi, entsefalitlar va h.k. kuzatilishi mumkin.

Qon tekshirilganda neytrofil leykotsitoz (1 mkl qonda 2.193-3.103 gacha leykotsitlar) topiladi. 2-3 kuni kamrok , 4-kuni bu barcha belgilar kuchayishi mumkin, shuningdek suv-elektrolit va kislota-ishqor muvozanatining buzilishi bilan bog’liq belgilar ham aniqlanadi. Salmonellyozning tarqalgan shakllari kam uchraydi. Tifsimon varianti gastrointestinal turining klinik belgilari bilan, o’tkir boshlanadi, ich ketish belgilaridan so’ng ich terlamadagi singari belgilar bilan o’tadi. Birok 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 talok ning kattalashuvi, aneozinofiliya, leykopeniya bilan nis-biy limfotsitoz bo’lmaydi. Kasallik rivojlangan davrda kam harakatlik, behollik kuchli bosh og’rig’i, uyquning buzilishi, mushaklar va bo’g’imlarda og’rik seziladi.

Ko’pchilik kasallarda jigar va qora talok ning kattalashuvi, qorin qapchishi mumkin.

Tashxisoti. Kasallik epidemiologik anamnezga bir mahsulotni bir necha kishi iste'mol qilishi, tayyorlash texnologiyasiga rioya qilmay, uzok 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 toza 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’lmasligi kerak. Najasni tampon bilan to’g’ri ichakdan xam olish va uni Petri kosachasidagi ozuqa muhitiga ekish mumkin. Bemorning qusig’i ham shunday tekshiriladi. Bemordan material olishning hamma zarur shartlari bajarilib tekshirilgan va bakteriologik tekshirish o’tkazilgan taqdirda ham hamisha ekma qilingan najaslardan musbat natija olinavermaydi.

Shunga ko’ra bakteriologik tekshiruvlarga qo’shimcha qilib agglyutinatsiya reaktsiyasi (RA), bevosita gemagglyutinatsiya reaktsiyasi (BGAR), O- antigen bilan agregatgemagglyutinatsiya (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 tamoyilar asosida amalga oshiriladi:

-Kasallikni qo’zg’atuvchi patogen mikrofloraning hayot faoliyatining to’xtatish, disbakteriozga qarshi kurashish va ovqat hazm bo’lish jarayonlarining normallashuvi, to’plangan zaharli moddalarni neytrallash va chiqarib yuborish

-Buzilgan suv-tuz almashinuv jarayonini, gemodinamika va asab boshqarish mexanizmlarini tiklash. Organizmning immunobio-logik 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 yondoshish lozim, bemorning yoshi, kasallikning shakli, kechim og’irligi va bosqichi, oldingi qo’llanilgan davolash uslubi hamda preparatlarning ijobiy va salbiy ta'sirlari inobatga olinishi shart.

Etiotrop davo vositasi sifatida antibiotiklardan (amoksatsillin, gentamitsin, amikatsin, ofloksatsin, siprofloksatsin), nitrofuran hosilalari (furazolidon, nifkol, nifroks), sulfanilamidlar (ftalazol, fitazin, biseptol), 8-oksixinolin hosilalari (enteroseptol, intestopan, meksoform, intetriks) qo’llaniladi.

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 alomatlar 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 kechimining 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, reopoliglyukin, reomakrodeks, poliglyukin, reosorbilakt, plazma quyish tavsiya etiladi.

Kasallik ok ibatida 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.

Simptomatik davo vositalari kasallikning klinik shakl-larida 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 qoidalari va go’sht hamda go’sht mahsulotlarining veterinariya-sanitariya ekspertizasi talab-lariga rioya qilinishi zarur: go’sht kombinati, sut zavodi, parranda fermalari mahsulotlarini qayta ishlashda gigiena va texnologik jarayonlari qoidalariga juda qattiq e'tibor berish, bularni doimiy bakteriologik tekshiruvdan o’tkazib turish, bolalar shifoxonalari, tug’ruqxonalar va h.k.larda sanitariya-epidemiologiya tartibotini to’g’ri saqlab turmok lozim.

Go’sht mahsulotlari, ayniqsa qiymalangan go’sht, kotlet, qonli va qaynatma kolbasalar, yaxnalar, ilvira (xolodets)larning salmonellardan 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 kaynatilgan go’sht, ikkinchisi xom go’sht 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’shtini veterinariya ko’rigi-dan 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.

“Dizenteriya. Salmonellez. Amebiaz” mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo“5”	Dizenteriya salmonellez va Amyobiazlar kasalliklarini umumlashtirib, tahlil qiladi. Baholaydi tushunadi, biladi amaliyotda qo`llaydi Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
2.	71-85	YAxshi “4”	Dizenteriya salmonellez va Amyobiaz kasalliklarini bir biridan farqlay oladi. Amaliyotda qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-70	To`liq qoniqarli ”3”	Dizenteriya salmonellez va Amyobiaz kasalliklarini tushunadi, belgilarini biladi. Erta tashxislash mezonlarini bilmaydi. Ularni bir biridan farqlay olmaydi.	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4	55dan	Qoniqarsiz	Dizenteriya salmonellez va Amyobiaz	0-daraja: mutloq

	past	qo`shimcha ishlash talab etiladi. ”2”	kasalliklarini bo`yicha tushunchasi Yo`q. Mavzuni o`zlashtirmagan, qonspekt Yozmagan.	tasavvur Yo`qlik darajasi.

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)
Nazariy bilimlar va amaliy ko`nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.
1-masala.
Bemor K. to`lg`oqli og`riqning qorin pastida bulishi, su yuq najas bir sutkada 8martagacha tarkibida shilliq moddalari borligiga shikoyatlari bilan xakim ko`rigida bo`lgan. Bakteriologik tekshiruvda Ploskirevozuqa moddasiga ekilganda shigellalar o`sgan. Ko`rikda bemor axvoli o`rtacha xarorati 38, 2S, teri oqarinqiragan. Qorin (bemor palpatsiyasida chap biqin noxiyasida og`riq seziladi. Sigmasimon ichak qattiqroq arqonchadek qo`lga ilinadi.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Davolash rejalarini to’zing.

2-masala.
Bemor M. bog`chada tarbiyachi bo’lib ishlaydi, shifoxonaga kasalligining birinchi kuni kelgan. Kasallik junjikish, xaroratning39S ko`tarilishi. Qorinda to`lg`oqli og`riqning paydo bo`lishi va su yuq nafas soat davomida 10martagacha belgilar bilan boshlangan.
Ko`rikda rangi oqargan, axvoli og`ir, akrotsianoz, yurak tonlari bo`g`iq. A/D 90/60mm. rt. st. Tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin yumshoq, palpatsiyada Yo`g`on ichak bo`ylab og`riq seziladi, sigmasimon ichak tortishib qolgan va og`riq bor. Najas ko`zdan kechirilganda xidsiz shilliq va ipsimon qon aralashmasi bor.
1. Ichburug` qaysi guruh yuqumli kasalliklariga kiradi?
2. Me`da-ichak Yo`llarining qaysi bo`limi faoliyati bo’zilishi bilan yuqoridagi simptomlar yo’zaga kelgan?
3. Ichburug` xastaligida Yo`g`on ichakda qanday morfologik o`zgarishlar topish mumkin?
4. Laborator tekshirish uslublarini ayting.
Keys-metod (Case study). Buxoro Sog’liqni Saqlash Boshqarmasiga 58 yoshli bemor X. kasalxonada “O’tkir shigellez” tashxisi bilan davolanib chiqishida tibbiy xodimlarni sifatsiz davo muolajalarini o’tkazganliklari va kasallikning zo’riqishi to’g’risida shikoyat qildi. Quyidagi kasallik tarixini tahlil qilib, ekspert sifatida vrachning tashxisi va davolash taktikasiga baho bering.

Bemor X. 58 yoshda kelganda tana harorati 41^{o}C ga ko’tarilishi, bosh og’rig’i, holsizlik, qorinda xurujsimon og’riq, qorin dam bo’lishi, ich ketishi, ich ketishi og’riqli, yolg’on chaqiruvlar bilan hamda engillik keltirmasligi bilan shikoyat qilib keldi. Epidemiologik anamnez: bemor kasallikni yuvilmagan sabzovot iste’moli bilan bog’laydi. Kasallik o’tkir boshlanib, bir necha soat ichida tana harorati ko’tarilib, 37.4^{o}C ga etgan. Holsizlik, ich ketishi, bosh og’rig’i bilan davom etgan. Tana haroratini tushirish maqsadida aspirin qabul qilgan. Ahvoli yaxshilanmagach, tez yordam chaqirilgan va yuqumli kasalliklar kasalxonasiga yotqizilgan.

Ko’rik paytida bemor ahvoli o’rta og’irlikda, holati passiv. Terisi rangpar, issiq, nam, turgorligi pasaygan, ko’rinadigan shilliq qavatlari rangpar, halqum qizargan. Periferik (quloq orti, jag’ osti, qo’ltiq osti, choc) limfa tugunlari o’ng tomonlama no’xotdek kattalashgan, og’riqsiz, harakatchan. Harakat-tayanch tizimida deformastiyalar aniqlanmaydi. Nafas olish erkin, burundan, nafas olish soni 20 ta. Auskultastiyada o’pka yuzasida vezikulyar nafas, xirillash va krepitastiya eshitilmaydi. Puls 64 ta, AB 110/70mm.sim.ust. Yurak tonlari bo’g’iqlashgan, ritmik. Lablari quruq, tili nam, oq karashli, bodomcha bezlari bir oz qizargan. Qorin ichga tortilgan, paypaslanganda bir oz og’riqli, chuqur palpastiyada chap yonbosh sohada og’riq, sigmasimon ichak sohasida arqondek hosila aniqlanadi. Ichaklar bo’ylab quldirash aniqlanadi. Jigar va taloq paypaslanmaydi. Siyishi erkin, og’riqsiz, Pasternastkiy belgisi ikkala tomonda ham manfiy. Ich ketish kuniga 6-7 martagacha, kam miqdorda, ko’piksimon, ichak tupugiga o’xshash, yalqili, qon aralash, ich ketishi og’riqli hamda engillik keltirmaydi. Laborator tahlil natijalari. Qonning umumiy tahlili? eritrostitlar 3,3x10^{12}/l, gemoglobin 115 gr/l, leykostit 9,8x10^{9}/l, eozinofil 1%, tayoqcha yadroli 10%, segment yadroli 47%, limfostitlar 32%, monostitlar 10%, trombostitlar 180.0 ta, EChT 18mm/soat. Siydik rangi: somon rang, solishtirma og’irligi 1020, leykostitlar 1-2k/m. Kaprologiya: najas rangi qizg’ish, hidsiz, yalqi+, qon+, konsistenstiyasi

ko’piksimon, ichak tupugiga o’xshash, yog’ kislotalari 3-4 k/m, mushak to’qimalari 5-6 k/m, leykostitlar va eritrostitlar sanoqsiz. Kaprokulturada Sh. Flexineri IIA aniqlandi. Klinik tashxis: O’tkir shigellez, enterokolitik shakli (Sh. Flexineri IIA), o’rtacha og’irlikda kechishi. Davolash: parhez №4, to’shakli rejim, furazolidon 0.1 kuniga 4 mahal, stiprofloksastin 0.5 3 mahal 5 kun mobaynida, trisol 500 ml, oral regidron 1l/kuniga, vitaminoterapiya, lineks, kreon berildi. Bemor ahvoli davolanishning 7 kunida yaxshilandi, tana harorati va ich ketishi me’yorlashdi, og’riqlar yo’qoldi. Laborator tahlillar natijalari. Kaprologiya: najas rangi jigar, hidsiz, yalqi-, qon-, konsistenstiyasi yumshoq, yog’ kislotalari 1-2 k/m, mushak to’qimalari 2-3 k/m, leykostitlar va eritrostitlar ko’rinmaydi. Kasallikning 10 kunida uyiga qoniqarli ahvolda uyiga javob berildi.

Taqdim etilgan kasallik tarixini tashxisot va davolash standartlari asosida tahlil qilib, quyidagi savollarga javob bering. 1.Vrach kasallikning tashxisot standarti doirasida tekshiruvlarni o’tqazdimi? 2. Vrach kasallikning davolash standarti asosida davoladimi? 3. Sizning taktikangiz qanday bo’ladi?

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
albendazol, relenza, bistillin-1

1.Rp.: Tabl. Albendazoli 0,4. N.6
(savdo nomi)
Albendazol
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan 2mahal ichilsin.

2.Rp.: Relenzae 0.025 TB.
(savdo nomi)
Zanamivir____
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Kuniga 2 mahal ingalyastiya.

3.Rp.: Bicilini-1 1.200.000 TB. N.2
(savdo nomi)
Benzathine Benzylpenicillin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Flakondagi kukunni 0.9% - 5 ml natriy xlorid eritmasiga eritib, 2 xaftada 1 marta m/o ga(sinamadan so’nd) yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari

6-Mavzu:Ichburug’. Amyobiaz. Salmonellez. Etiologiya, epidemiolo giya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi. IVBDV Diareya bilan kasallangan bolaga diagnostik yondoshuv, differenstial diagnostikasi ogir suvsizlanish xolatida tez tibbiy yordam kursatish. Suvsizlanish profilaktikasi. Parxez turlari

101. Amyobiaz tasnifiga xos bo’lmagan shakl:
ichak amyobiazi
*o’pka amyobiazi
ichakdan tashqari xili
teri amyobiazi

102. Amyobiazning o’tkir shakli uchun qaysi simptomlar majmuasi xarakterli?
o’ng yonbosh sohada og’riq, suyuq ich ketishi
*o’ng yonbosh sohada og’riq, "malina qiyomi" tipida ich ketish qusish, qorin sohasida og’riq yo’qligi
yuqori tana harorati, qon aralash suyuq ich o’tishi

103. Amyobiaz asoratlari jumlasiga kirmaydi:
ichak perforastiyasi
*infeksion-toksik karaxtlik
gepatoxolestistit

peritonit
104. Amyobiaz bilan xastalangan bemor najasida topilmaydi:
makrofag, plazmatik hujayralar
*entamoeba coli enthistoeytica
eozinofillar va Sharko-Leyden kristallari
entamoeba histolytica
105. Amyobiazda najas xarakteri:
*malina qiyomi
ichak tupigi
qormtir rangli
och qizil rangli
106. Amyobiazda og'riq o'rni:
chap yonbosh soha
epigatral soha
*o'ng yonbosh soha
kindik atrofi
107. Amyobiazda patologik jarayonning ichakdagi birlamchi lokalizastiyasini ko'rsating?
to'g'ri ichak
* ko'r ichak va yo'g'on ichakning ko'tariluvchi qismi
sigmasimon ichak
o'n ikki barmoqli ichak
108. Amyobiazga xos bo'lmagan shakl:
amyobiazning ichakdan tashqi xili
*tarqalgan shakli
teri amyobiazi
ichak amyobiazi
109. Amyobiazning surunkali shakliga xos:
chap yonbosh sohada og'riq
yolg'on chaqiruv, tenizm
*ichak quldirashi, og'riq
ichak tupigi
110. Ichak amyobiazi tashxisida kaprogramma uchun xos bo'lmagan belgi:
*najasning patalogik aralashmasi
amyobaning vegetativ shakli
Sharko-Leyden kristallar
eozinofillar ko'pligi
111. Ichak amyobiazini qiyosiy tashxislaganda u uchun xos belgilar:
*najasda Sharko-Leyden kristallari, eozinofillar topilishi
najas suyuq, qon, shilliq va yiring aralash, yolg'on chaqiruv, tenizmlar
kindik atrofida og'riq, quldirish
kasallikning o'tkir boshlanishi, chap yonbosh sohasida og'riq, najas suyuq, qon, shilliq aralash
112. Qiyoslanganda amyobiazga xos belgilar:
o'tkir boshlanish, qisqa isitma, qorinda og'riq,ichning tez-tez shilliq va qonlik ketishi
to'satdan boshlanish,ko'ngil aynib qusish,ichni shir-shir ketishi, badbo'y hidli og'riq
o'tkir boshlanish, ichni shir-shir ketishi, ko'ngilaynimasdan qusish, qorinda og'riq bo'lmasligi
*asta-sekin boshlanishi, harorat ko'tarilmaydi, o'ng tomonga og'riq, najas qon, shilliq, yiring aralash

13.Qaysi biologik substrat salmonellezning gastrointestinal shaklini tasdiqlash uchun ishlatiladi?
*najas
qon
siydik
o't suyuqligi

14.“Respublika aholisi o’rtasida ich terlama, paratif, salmonellyoz va o’tkir ichak kasalliklariga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlarni takomillashtirish to’g’risida”gi buyruq:

№192 24.04.2003
*№122. 25.03. 2015 yil
№275 15.07.1994
№591 23.11.1993

15.Qiyoslaganda salmonellez uchun xos najas xarakteri:

*suyuq suvsimon ko’pikli, badbo’y hidli
suyuq, shilliq, qon, yiring aralash, kam miqdorda
shilliq, qon,yiring aralash, ko’p hajmda
suyuq, suvsimon,rangsiz, kartofel hidli

16.Qiyoslaganda salmonellezga xos belgi:

o’tkir boshlanishi, qisqa isitma, qorinda og’riq, ichni tez-tez shilliqli, konli ketishi
o’tkir boshlanishi, ichni shir-shir ketishi, ko’ngil aynimasdan qusish
*to’satdan boshlanib ko’ngil aynish, qusish, ichni shir-shir ketishi, badbo’y hidli, og’riqli
asta sekin boshlanadi, harorat ko’tarilmaydi, o’ng tomonda og’riq, najas qon, shilliq, yiring aralash

17.Qiyoslaganda salmonellezga xos belgilar:

*ichni shir-shir ketishi, tana harorati yuqori, ich badbo’y hidli, ko’ngil aynishi, qusish
ichni shir-shir ketishi, tana harorati tushishi, qusish, qorinda og’riq bo’lmasligi, ich suvsimon, hidsiz
qorin chap yonbosh sohasida og’riq, ich avvaliga shir-shir ketishi, keyinchalik shilliq, qon aralash
qorin o’ng yonbosh sohasida og’riq, ich avvaliga shir-shir ketishi, keyinnchalik, qon aralash(malina kiyomi)

18 Salmonellez gastroenteritik shakli uchun xos patogenetik bosqich:

qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, bakterimiya
qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, mahalliy limfoadenit
qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, toksinemiya, allergizastiya
*qo’zg’atuvchining tushishi, disbarer, enteral, toksinemiya

19 Salmonellez gastrointestenal shakli davosida yuqori samara beruvchi vositalar:

*oshqozoni yuvish, tozalovchi huqna
etiotrop davo
yurak preparatlari
eubiotiklar

20 Salmonellez gastrointestinal shakli laboratoriyaviy tahlili uchun olinmaydigan material:

Najas
Siydik
*Likvor
Qusuq massa

21 Salmonellez gastrointestinal shakli uchun xos bo’lmagan patogenetik davo:

Dezintoksikatsiya
*Degidratatsiya
Yurak faoliyatiga ta’sir qiluvchi vositalar
Gemodinamikaga ta’sir qiluvchi vositalar

22 Salmonellez gastrointestinal shakli uchun xos patogenetik bosqich:

qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, bakterimiya, toksinemiya
*qo’zg’atuvchining tushishi, disbarer, enteral, toksinemiya
qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, mahalliy limfoadenit
qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, toksinemiya, allergizastiya

23 Salmonellez gastrointestinal shaklida sodir bo’ladigan asoratlar:

*gipovolemik karaxtlik
infeksion-toksik karaxtlik
o’tkir jigar etishmovchiligi
o’tkir buyrak etishmovchiligi

24 Salmonellez gastrointestinal shakliga xos belgi:
ko’ngil aynimay qusish
qon, yiringli najas
qorinning ichga tortilishi
*ko’ngil aynib qusish

25 Salmonellez gastrointestinal shakliga xos o’zgarishlar:
*Leykotsitoz, neytrofilez
O’zgarishsiz
Leykopeniya, limfositoz
Leykopeniya, limfositoz, aneozinofiliya
26 Salmonellez gastrointestinal shaklini qiyoslash:
Botulizm
Buyrak amoloidozi
*Shigellyoz gastroenterokolitik shakli
Qorin tifi
27 Salmonellyoz surunkali bakteriya tashuvchanligida qo’zg’atuvchi joylashgan o’rni:
ingichka ichak
qon
*o’t yo’llari
buyrak
28 Salmonellez surunkali tashuvchanlikda salmonella o’rnashgan joy:
*o’t suyuqligi
ichakning shilliq qavati
suyak ko’migi
buyrak, taloq
29 Salmonellez tarqalgan shaklda yuqori samara beradigan vositalar:
regidratatsiya vositalari
yurak preparatlari
*antibiotiklar
fermentlar
30 Salmonellez tarqalgan shakli uchun xos bo’lmagan belgi:
Gipertermiya
*Rozeolali toshma
Qaltirash
Gepatolienal sindrom
31 Salmonellyoz tarqalgan shakliga xos isitma:
*Gektik
Subfebril
Me’yorida
Giperektik
32 Salmonellyoz tarqalgan shaklining gastrointestinal shaklidan farq qiluvchi patogenez zvenosini ko’rsating?
*qo’zg’atuvchining parenximatoz diffuziyasi
salmonelning ingichka ichak shilliq qavatiga singishi
intoksikatsiya
st-AMF aktivligining oshishi
33 Salmonellezning oqibati emas :
*surunkali shakli
bakteriya tashuvchanlik
qaytalanish
sog’ayish
34 Salmonelyoz uchun xarakterli simptomlar majmuasini ko’rsating?
yuqori tana harorati, o’ng yonbosh sohada og’riq, bo’tqasimon ich o’tishi

yuqori tana harorati, chap yonbosh sohada og’riq, bo’tqasimon ich o’tishi
yuqori tana harorati, qorinda og’riqlarsiz bo’tqasimon ich o’tishi
*yuqori tana harorati, qorinda diffuz og’riqlar, suvsimon ko’p miqdorda ich ketishi

35 Salmonelyozda endotoksin ta’siri:
hujayra membranasi o’tkazuvchanligining oshishi
me’da ichak sistemasida surilishning buzilishi organizm ta’sirlanishi
ichak interoresteptorlariga ta’siri
*hujayralar kaliy, natriy, xlor ionlariga o’tkazuvchanligining oshishi

36 Salmonelyozda gipotoniya va kollapsga olib kelmaydigan omil:
*o’tkir jigar etishmovchiligi
suyuqlik yo’qotish
organizmda qonning qayta taqsimlanishi
umumiy aylanuvchi qon kamayishi

37 Salmonellezning gastrointestinal shakli uchun xos belgilar:
*kasallik o’tkir boshlanish davrida ich ketishi, kindik atrofida og’riq, quldirish
davomli va yuqori isitma, tifsimon til, kaft va tovon sarg’ayishi
o’tkir boshlanish, boshlangich davrida ich ketishi, keyinchalik septik holat
kasallik o’tkir boshlanishi, yalqili ich ketishi, yo’g’on ichak buylab og’riq

38 Salmonelyozning tarqalgan shakli lokalizastiyalashgan shaklidan qaysi simptomlar bilan farqlanadi?
qusish
*gepatosplenomegaliya
qorinda og’riqlar
suyuq ich ketishi

39 Salmonelyozning tarqalgan shakli uchun xos patogenetik bosqichlar:
*qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, bakterimiya, toksinemiya,boshqa a’zolarga ta’siri
qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, bakterimiya, toksinemiya
qo’zg’atuvchini organizmga tushishi, mahalliy limfoadenit, bakterimiya toksinemiya, ikkilamchi septik o’choqlarni hosil bo’lishi
qo’zg’atuvchi tushishi, disbarer, enteral, toksinemiya, allergizastiya

40 Salmonelyozning tarqalgan shaklini davolash uchun quyidagi antibiotiklardan qaysi biri buyurilmaydi?
Ampitsillin
*furazolidon
seftriakson
siprofloksatsin

41 Salmonelyozning tarqalgan shakllari qiyoslanmaydi:
*Shigelyoz
Meningokokksemiya
Qorin tifi
Sepsis

42 Samonelyozning kechishi og’irligini qaysi sindromlar majmuasi ta’minlaydi?

izotonik suvsizlik
intoksikatsiya
*intoksikastiya bilan qo’shilib kelgan degidratatsiya
gipertonik suvsizlik

43 Salmonellyoz asoratlari:
ichakdan qon ketishi
ichak teshilishi
*gipovolemik karaxtlik
zotiljam

44 Salmonellyoz davosida qo'llanilmaydigan vositalar:
og'iz orqali regidratatsiya
*antibiotiklar
vena ichi regidratatsiya
eubiotiklar
45 Ambulator sharoitda diareyali bolani davolash jumlasiga kirmaydi:
ko'proq suyuqlik berish
*tozalovchi huqna
emizishni davom ettirish
rux preparatini berish
46 Bolalarda cho'zilgan diareyada diareya davomiyligi
7-14 kun
*14 kun va ortiq
3-7 kun
1 -3 oy
47 Bolalarda diareyani davolashning "oltin qoidasi"
Regidratastiya, antiseptiklar, ovqatlantirishni davom ettirish
*Regidratastiya, rux preparati, ovqatlantirishni davom ettirish
Regidratastiya, antibitiklar, ovqatlantirishni davom ettirish
dezintoksikastiya, rux preparati, ovqatlantirishni davom ettirish
48 Bolalarda o'tkir diareyada diareya davomiyligi
14-30 kun
*14 kungacha
3-7 kun
1 -3 oy
49 Diareyaga chalingan bemorlarga birlamchi tavsiya etiladi:
*Rux preparati
antibiotik
antiseptik
immunoglobulin
50 Diareyaga chalingan bemorlarga rux preparati berish davomiyligi:
*10-14 kun
1-3 kun
1 oy mobaynida
15-20 kun
51 Diareyaga chalingan yosh bolalarga buyurilmaydi:
*Standart tuzli eritmalar
Ringer laktati
0,9%li Nacl eritmasi
5%li glyukoza eritmasi
52 Enteropatogen ichak tayoqchasi chaqiradi:
a. gemorragik kolit
b. sayohatchilar diareyasiga
c. *bir yoshgacha bo'lgan bolalar diareyasiga
d. vabosimon diareyaga
53 Enterotoksigen ichak tayoqchasi keltiradi:
a. bolalar diareyasiga
b. *sayohatchilar diareyasiga
c. gemorragik kolitga
dizenteriyasimon kasallikka
54 Giper va gipokinetik diareya bu .....
Bu tur diareya asosida ichak bo'shlig'ida natriy va suv sekrestiyasining kuchayishi yotadi

Bu turdagi diareya so’rilish sindromi buzilishida, disaxaridlar etishmovchiligi, tuzli ich suruvchilar qabul qilganda uchraydi
*Ichaklardagi massaning tranzitor buzilishini keltirib chiqaradi
Bu tur diareyaning kelib chiqish sababi ichak bo’shlig’iga, qon, shilliq, plazma oqsilining chiqishidir

55 Giperekssudativ diareya bu .....

* kelib chikish sababi ichak bo’shlig’iga, qon, shilliq, plazma oqsilining chiqishidir
ichak bo’shlig’ida natriy va suv sekrestiyasining kuchayishi yotadi
surilish sindromi buzilishida, disaxaridlar etishmovchiligi, tuzli ich suruvchilar qabul qilganda uchraydi
Ichaklardagi massaning tranzitor buzilishini keltirib chiqaradi

56 Giperosmolyar diareya bu .....

ichak bo’shlig’ida natriy va suv sekrestiyasining kuchayishi yotadi.
Ichaklardagi massaning tranzitor buzilishini keltirib chiqaradi.
ichak bo’shlig’iga, qon, shilliq, plazma oqsilining chikishidir
* surilish sindromi buzilishida, disaxaridlar etishmovchiligi, tuzli ich suruvchilar qabul qilganda uchraydi.

57 O’tkir ichak kasalligining hammasi uchun xarakterli bo’lgan diareya sindromining mexanizmlaridan birini ko’rsating?

*toksinlarning adenilatstiklaza tizimiga ta’siri
qo’zg’atuvchining enterostitlarga invaziyasi
qo’zg’atuvchining qonda aniqlanishi
qo’zg’atuvchining ichak shilliq osti qavatida aniqlanishi

58 O’zining enterotoksini bilan diareyani keltirib chiqaradi:

a. enteropatogen ichak tayoqchasi
b. enteroinvaziv ichak tayoqchasi
c. *enterotoksigen ichak tayoqchasi
d. enterogemorragik ichak tayoqchasi

59 Sekretor diareya bu .....

*Bu tur diareya asosida ichak bo’shlig’ida natriy va suv sekretsiyasining kuchayishi yotadi.
Bu turdagi diareya surilish sindromi buzilishida, disaxaridlar etishmovchiligi, tuzli ich suruvchilar qabul qilganda uchraydi.
Ichaklardagi massaning tranzitor buzilishini keltirib chiqaradi.
Bu tur diareyaning kelib chikish sababi ichak bo’shlig’iga, qon, shilliq, plazma oqsilining chiqishidir.

60 Enterobioz davosi uchun buyurilmaydigan tadbir:

*xonani dezinfeksiya qilish
tirnoqni olib, qo’
lni toza tutish
anus atrofini sovunlab yuvish
xonani namli tozalash

61 Enterobioz davosi uchun xos bo’lmagan preparat:

*Fenasal
Pirantel
Medamin
Piperazin adepinat

62 Enterobioz davosiga xos bo’lmagan vosita:

*to’g’ri ichakka kislorod yuborish
pirantel
piperazin
shaxsiy va umumiy gigiena

63 Enterobioz qo’zg’atuvchisi:

*ostrista
askarida
pakana gijja
qoramol solityori

64 Enterobioz tashxisi uchun tekshirish shart bo'lmagan muhit:
*siydik
najas
anus atrofi burmasidan surtma
tirnok ostidan surtma

65 Enterobioz uchun xarakterli bo'lmagan simptomlarni ko'rsating?
*gepatosplenomegaliya
anus sohasida qichish va achishish
ta'sirchanlik
uyquning yomon bo'lishi

66 Enterobioz uchun xos bo'lmagan belgi:
*qusuq massa b-n gijja chiqishi
anal teshigi atrofi chiqishi
qorinda onda-sonda og'riq
uyquning buzilishi

67 Enterobioz uchun xos yuqish yo'li:
*Maishiy-muloqot
Jarohatli
Transmissiv
Havo tomchi

68 Enterobiozda xos klinik belgilar:
* kechki paytda anal teshigi atrofida qichishishi
gemorragik kolit belgilari bilan birga, bolalarda to'g'ri ichak tushishini ko'rish mumkin.
ichak tutilishi, mexanik sariqlik, pankreatit kuzatilishi.
surunkali xolestistoxolangit, gepatit, pankreatit, oshqozon – ichak traktida va nerv sistemasida o'zgarishlar kuzatilishi

69 Ichak disbiozi kuzatilishida qo'shimcha asosiy faktorlar qaysi biri?
*qabul qilish davomiyligi va qayta davo kursi
preparat qabul qilish qisqaligi
davo kursi qisqaligi
organizmga
preparatning kirish yo'li

70 Ichak disbiozi rivojlanishi qaysi preparatlarda yuzaga keladi?
*antibioti klar
Antimikotiklar
stitostatiklar
kortiqosteroidlar

71 Ichak disbiozida ko'rinarli klinik simptomlar:
*oshqozon-ichak trakti disfunkstiyasi
isitma
terida toshma
artralgiya

72 Ichak vorsinkalarini o'limga va vakualizastiyaga olib keladi va eroziya, bakteremiya paydo bo'lishiga sabab bo'ladi:
a. *enteropatogen ichak tayoqchasi
b. enteroinvaziv ichak tayoqchasi
c. enterotoksigen ichak tayoqchasi
enterogemorragik ichak tayoqchasi

73 Shigelyoz kasalligida shigelalar ko'payish joyi:
*ichak epiteliysida
qorin bo'shlig'ida
qonda
limfa tugunlarida

74 Shigelyoz kolitik shaklini qiyoslash:

*amyobiaz, balantidiaz, salmonelyoz
paraproktit,sfinkterit,to’g’ri ichak polipozi
yaralikolit, ichak o’smasi,surunkali spastik kolit
Yo’g’on ichak saratoni

75 Shigelyozda najas xarakteri:

*ichak tupugi
guruch suvi
malinali qiyom
suyuq patologik aralashmasiz

76 Shigelyoz patogenetik bosqichlari:

*epidemiologik disbarer, enteral, mahalliy limfa tugunlarining yallig’lanishi, toksinemiya, a’zolar intraresteptorlarning zararlanishi
Qo’zg’atuvchining organizmga kirishi, enteral bakteriemiya, ikkilamchi septik o’choqlar hosil bo’lishi
Qo’zg’atuvchini organizmga tushishi, enteral,bakteriemiya
epidemiologik disbarer,enteral, toksinemiya, fermentlar faollashuvi

77 Shigelyoz patogenezida ko’proq ahamiyatli nazariya:

*shigellalarni hujayra ichi parazitligi
Bakteriemik
toksik infeksion
allergik

78 Shigelyoz uchun noxos belgi:

*tirishish
qayd qilish
ich ketish
yolg’on chaqiruv

79 Shigelloz uchun xos bo’lmagan shikoyat:

*badanda toshma
qorinni burab olishi
ichak tupugi
qorinning ichga tortilishi

80 Shigelozda bakteriologik tekshiruv uchun material:

*najas
O’t suyuqligi
qon
siydik

81 Shigelozda kolitik sindromni kelib chiqish sababi?

*toksinning aurbax va neysnerov chigallariga ta’siri
toksinning shilliq qavat fermentlariga ta’siri
toksinning bosh miyaga ta’siri
Qo’zg’atuvchining ichak shilliq qavatiga ta’siri

82 Shigelozda O antigenni aniqlash uslubi:

*O-AGA
RPGA
suverkalov sinamasi
PIҢR

83 Shigelozda yallig’lanadigan me’da-ichak traktining qismi:

*yo’g’on ichakning distal qismi
oshqozon
ingichka ichak
yo’g’on ichakning proksimal qismi

84 Shigellozda yuqori samarali enterosorbent

*bektit M
smekta
filtrum

aktivlashtirilgan ko’mir
85 Shigellozni tashxislashda qo’llanilmaydigan usul:
*rentgenologik
rektoromonoskopiya
bakteriologik
serologik
86 Shigelozning kolitik shaklida najas xarakteri:
*najas, qon, shilliq, yiring aralash
najas suyuq, badbo’y suvsimon
rangsiz najas,suyuq suvsimon
najas bo’tqasimon, shilliq
87 Shigellozning o’tkir jarayonini surunkali jarayonga o’tishga ta’sir etuvchi omillar jumlasiga kirmaydi:
*qo’zg’atuvchi xususiyati
organizmning sust immun holati
ichak disbakteriozi
parhezga e’tiborsizlik
88 Shigellozning surunkali shakliga xos emas:
*surunkali enterokolit
surunkali uzluksiz
surunkali qaytalanuvchi
surunkali aralash
89 Shigellozning yashirin davr davomiyligi:
*2-7 kun
9-14 kun
30 minut-2 kun
1-3 kun
90 Shigellyoz kolitik shaklining o’tkir kechishini davolashda ishlatiladigan preparatni ko’rsating?
*siprofloksatsin
penitsillin
ftalzol
eritromitsin
91 Shigellyozning bakteriologik tashxisini qo’yish uchun qaysi materialdan foydalaniladi.
*najas
qon
siydik
o’t suyuqligi
92 Shigellyozning kolitik shaklida ich ketishining xarakterini ko’rsating?
*kam miqdorda shilliq va qon bilan birga
ko’p, suvsimon
ko’p miqdorda “go’sht yuvindisi” tipida
"malina qiyomi" tipida
93 Shigellyozning kolitik variantida qaysi simptomlar majmuasi xos?
*yuqori tana harorati, chap yonbosh sohada og’riq, shilliq va qon aralash kam miqdordagi najas
ko’ngil aynishi, epigastral sohada og’riq
normal tana harorati, o’ng yonbosh sohada og’riq, qon aralash suyuq ich ketishi
qorinda diffuz og’riqlar, ko’p miqdorda suvli ich o’tishi
94 Rektoromonoskopik usulini qo’llashga qarshi ko’rsatma:
*tashqi bavosil va homiladorlikning 2-yarmi
to’g’ri ichakdagi turli xil o’sma kasalliklari
to’g’ri ichakda yallig’lanish belgilari kuzatilganda
dizenteriya va amyobiaz
95 Rektoskop qanday qismlardan iborat:

*asosiy va yordamchi
asosiy va ta’minlovchi qism
yordamchi qism
yordamchi va o’tkazuvchi qism

96 Rektoskop tarkibiy qismlariga xos bo’lmagan qism:

*shpatel
tubus
okulyar
mandren

97 Qiyoslanganda shigellez uchun xos najas xarakteri:

*suyuq shilliq, qon aralash, kamroq
suyuq shilliq, qon,yiring aralash ko’p hajmda
suyuq suvsimon, ko’pikli, badbo’y hidli
suyuq suvsimon rangsiz kortofel hidli

98 Qiyoslanganda shigellezda xos belgilar:

*o’tkir boshlanishi, et uvushib muskullar ogrishi, qorinda og’riq, ichni tez-tez shilliqli qonli ketishi
to’satdan boshlanishi, ko’ngil aynish, qusish,ichni shir-shir ketishi, badbo’y hidli
o’tkir boshlanishi, ichni shir-shir ketishi, ko’ngil aynimasdan qusish, qorinda og’riq bo’lmasligi
asta-sekin boshlanishi, harorat ko’tarilmay o’ng tomonda og’riq, najas qon, shilliq, yiring aralash

99 Gipovalemik shokda ko’proq kuzatiladi:

*o’tkir buyrak etishmovchiligi
giperkalstemiya
o’tkir buyrak enstefalopatiyasi
o’tkir yurak qon-tomir etishmovchiligi

100 Gipovolemik sindrom qaysi kasalliklarda kuzatilmaydi:

*brustellyoz
xolera
salmonellyoz
esherixioz

101 Quyidagi simptomlardan qaysi biri dekompensastiyalashgan suvsizlikning belgisi emas?

*gipertermiya
gipotermiya
tarqalgan tutqanoqlar
anuriya

102 Koprologik tekshirish maksadida ishlatiladigan materiallar:

qon
peshob
*najas
o’t suyuqligi

103 Meteorizmni izohlamaydigan holatni aniqlang:

*ichakdan qon ketishi
ichak peristaltikasining susayishi
ichaklarda mexanik ta’sir natijasida gazlar to’planishi
ichakda gazlar o’zicha chiqib ketmasdan dam chiqib yuborishi

104 Yara- kataral yallig’lanishni va dizenteriyasimon sindromni keltirib chiqaradi:

a. *enteroinvaziv ichak tayoqchasi
b. enteropatogen ichak tayoqchasi
c. enterotoksigen ichak tayoqchasi
enterogemorragik ichak tayoqchasi

105 Sifonli klizma qilishga xos bo’lmagan holatni belgilang:

*ichakdan qon ketganda, qon to’xtatuvchi dori vositalar yuborish uchun tozalaydigan
achish va chirish mahsulotlarini, zaharli moddalarni ichaklardan tez chiqarish uchun
ichakning tutilib kolganida

shubxa bo'lganida kilinadi

106 Tozalovchi ho'qnaning ahamiyati nimadan iborat:

*hosil bo'lgan gazni kamaytiradi va ichakni tozalaydi
davo sifatida qo'llaniladigan dorilarni samarasini oshiradi
ichaklarda yuzaga kelgan morfologik o'zgarishlarni aniqlashda erdam beradi
isitma va zaharlanishni kamaytiradi

107 Tozalovchi klizmaga ko'rsatma:

*qabziyat bo'lganida
oshqozon va 12 b.ichak yara kasalligi
ichaklar faoliyati buzilganda, appendistitda
qorin tifida

7-mavzu: **Gelmintozlar, tasnifi O'zbekistonda uchraydigan gelmintlar xarakteristikasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. Ovqat toksikoinfektsiyalari (OTI). Botulizm. Ichak iersinozi va soxta sil**

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1.Ovqat toksikoinfekstiyalari (OTI). 2. Stafilokokkli OTI. Oldini olish 3.Botulizm: klinik kechishi, Og'irlik ko'rsatkichi. Asorat lari. Yakuniy natijasi. Botulizmga qarshi zardob bilan davolash. 4.Gelmintozlar klinik variantlari, diagnostikasi 5. Ichak iersinozi va soxta sil variantlari, diagnostikasi variantlari, diagnostikasi
Mavzuning maqsadi: hozirda bizning regionda uchraydigan Gelmintozlar, Ichak iersinozi va soxta sil Ichak iersinozi va soxta sil OTI botulizm kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. Gelmintozlar OTI, botulizm kasalligiga vaqtli tashxis qo`yish, bemor ahvolini to`g`ri baholay olish, kasalxonagacha bo`lgan davrda kasalga yordam ko`rsatishni o`rganish.	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. "Gelmintozlar Ovqat toksikoinfekstiyalari (OTI). Botulizm Ichak iersinozi va soxta sil. klinik variantlari, diagnostikasi. Botulizm: klinik kechishi, Og'irlik ko'rsatkichi. Asorat lari. Yakuniy natijasi. Botulizmga qarshi zardob bilan davolash. Stafilokokkli OTI. Oldini olish." amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar

1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"OTI. Botulizm.Esherexioz Ichak iersinozi va soxta sil" mavzusida Savol-javob o'tkazish. *«Tezkorlik,aniqlik,to'laqonlik"* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi OTI. Botulizm. mavzusida Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (90 daqiqa)	"OTI. Botulizm.Esherexioz" mavzusida Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. *"*Galereya bo`ylab sayohat*"* uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi Esherexioz mavzusida Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (45 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. **Mustaqil ish beradi**. Gelmintozlar enterobioz, gimenolipedoz, exinokokkoz, askaridoz, tenioz **Uyga vazifa beradi**. Gripp. O'RVI. Meningokokkli infektsiya. Etiologiya, epidemiologiya patogenez, patomorfologiyasi. Tasnifi. Klinik tasnifi, asoratlari, kasallikning yakuni va natija lari.Laborator tashxisoti. Davolash usullari. Profilaktikasi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizm. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.
2. Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizm klinik shakllari.
3. Gelmintozlar OTI, botulizm shakllarining klinik ko`rinishi.
4. Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizm, tashxisoti, davosi.
5. Kasallikni davolash qoidalari.
6. Gelmintozlar OTI, botulizm profilaktikasi.
7. Kasallik tarixini Yozish.

15. 7. Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizmning etiologik xususiyatlarini ayting.
2. Gelmintozlar OTI, botulizmda epidemiologik jarayon.
3. Gelmintozlar OTI, botulizmning patogenetik omillari.
4. Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizmning klinik shakllari.
5. Gelmintozlar OTI, botulizmning laboratoriyaviy tashxisoti.
6. Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizmning, davosi. Regidratatsiya usullari va asoslari.
7. Kasallikni oldini olish.

8. Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizm profilaktikasi asoslari

Gelmintozlar OTI, botulizmni, chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, diareyaning kelib chiqish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

15. 8. Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Enterobioz kasalligida giжжa tuxumlarini aniqlash uchun perianal sohadan surtma tayyorlash qoidalari.

Maqsad: Giжжa tuxumlarini topish.

Ko'rsatma: Perianal sohada qichishish va giжжa kasalligiga xos klinik belgilar.

Kerakli anжomlar: Sterillangan rezina qo'lqop, sterillangan paxta o'ralgan yog'och tayok cha, probirka, glitserin, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To'liq va aniq bажardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Bemordan echinish so'raladi	0	5	10
3.	Bemordan engashib turish so'raladi	0	5	10
4.	Tayok chaga o'ralgan toza paxtaga glitserin shimdiriladi	0	5	10
5.	Dumba sohasini kengroq ochish so'raladi	0	5	10
6.	Glitseringa shimdirilgan toza paxta o'ralgan yog'och tayok cha bilan perianal soha burmalaridan qirindi olinadi	0	5	10
7.	Tayok cha olingan material bilan sterillangan probirkaga жoylanadi	0	5	10
8.	Yo'llanma varaqasiga bemor maъlumotlari yoziladi	0	5	10
9.	Olingan material laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
10.	Qo'lqop echiladi va qo'llar yuviladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Anal teshigi burmalaridan gijja va sodda jonivorlar tuxumlariga surtma olish.

1. Tahlil uchun najas parazitar (lyambliy) va gijja kasalliklarida olinadi.
2. Tekshirish uchun bemor ertalab tahorat qilmasdan kelish lozim.
3. Bemor egilgan holatida anal tyoshigi burmalari ochiladi.
4. Maxsus vazelinlangan plyonka anal tyoshigi burmalariga Yopishitirilib surtma olinadi
5. Olingan material mikroskop ostida ko`riladi.
6. Surtmaga albatta Yorliq Yopishtiriladi va tegishli ma`lumotlar Yoziladi.

15. 9. Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

Bemorning qusuq moddalari va oshqozon chayindisidan bakteriologik tekshirish uchun namuna olishni ko'rsating.

Maqsad: Qusuq moddalari va oshqozon chayindisidan kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.

Ko'rsatma: Ovqat toqsikoinfektsiyasi kasalliklarida.

Kerakli anjomlar: Qaynatilgan suv, steril idish, biks, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Qusuq moddalari zich yopiladigan sterillangan idishlarga 20-30 ml miqdorida olinadi	0	10	20
2.	Oshqozonni chayish suvi natriy gidroqarbonat, kaliy permanganat eritmalari qo'shilmagan toza qaynatilgan suvdan iborat bo'lishi kerak	0	10	20
3.	Oshqozon chayindi suvi zich yopiladigan sterillangan idishlarga 20-50 ml miqdorda olinadi	0	10	20
4.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning maъlumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi	0	10	20
5.	Olingan moddalar maxsus bikslarda laboratoriyaga jo'natiladi. Agarda zudlik bilan laboratoriyaga yuborishning iloji bo'lmasa uni bir necha soat xolodilьnikda saqlab turiladi	0	10	20
	Jami	0	50	100

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 nay-o'zunligi 30-50 sm, diametri 3-5 mm keladigan qalin devorli silliq yumshoq ryozina nay ichakka kiritiladigan uchi bosh qismi o'zra dumaloqlanib kelgan, ikkinchi uchi ko`ndalangiga kesilgan. Nayni qaynatib olib vazelin yoki boshqa Yog` surtilib orqa tyoshikka 10-30 sm ichkariga kiritib qo`yish zarur, lekin tashqi uchi orqa tyoshikdan 5-6 sm chiqib tursin. Naydan ichak ichidagi su yuqlik oqib chiqishi mumkin bo`lganligi uchun o`rin bosh iflos bo`lmasin deb, nayning tashqi uchi bemor tagiga qo`yilgan ryozina 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 mikroqlizma qilinadi. Nay chiqarib olgandan keyin orqa tyoshik 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 ayniksa, infeksion kasalliklarda klizma uchun tutiladigan asboblar orqali hamisha kasal qishidan sog`lom odamga infeksiya yo'qtirish mumkin.

Me`dani yuvish texnikasi

Buning uchun kichik meditsina hamshirasi me`dani yuvishga ishlatiladigan asbobni tayyorlaydi. Bu asbob o'zunligi 1, 5 m keladigan, tegishli qalin devorli ryozina nay hamda sig`imi 0, 65-1 l li voronkadan iborat. Voronka va ryozina nay qaynatilishi Yo`li bilan sterillangan bo`lishi kerak, ular maxsus sterilizatorlarda saqlanadi, agar bunday sterilizatorlar bo`lmasa asbobni bevosita me`dani yuvish oldidan kostrulkada qaynatib, sterillab olinadi. Kichik tibbiyot hamshirasi natriy gidroqarbonat 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

pastroq qilib tutiladi, keyin unga suv to`ldirib voronkaning bo`g`zigacha tushmaguncha voronkani yuqoriroq ko`tarib boriladi. Suv voronka pastigacha tushiriladi va ichidagisi tog`oraga bo`shatiladi. Voronkadan suv top-toza bo`lib qolmaguncha uni shu tariqa to`ldirib, bo`shatib turishi kerak, top-toza suv kelishi me`daning butunlay toza bo`lganidan dalolat beradi. Me`daga qancha su yuqlik yuborilgan bo`lsa, undan shuncha suv qaytib chiqishi kerak, bordi yu chiqqan suv kamroq 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 qoldiqi, 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.

SIFON KLIZMA

Sifon klizma ichni yuvadigan klizmalarning eng tarkalgan turidir. Sifon klizma: 1. Tozalaydigan klizma va surgi dorilardan foyda bulmaganda ichaklarni axlat va gazlaridan tozalash uchun zaruriyat tugilganda;

2. Achish va chirish maxsulotlarni zaxarli moddalarni ichaklardan tez chiqarib tashlash xollarida;
3. Ichakning tutilib kolganiga shubxa bulganda qilinadi.

Sifon klizma uchun 10-12 l toza suv tayyorlab kuyiladi. Sifon klizma ishlatiladigan asbob 1-2l voronka bo'lib, unga o'zunligi 1, 5 bushligining diametri kamida 1 sm keladigan rezina nay va so'ngra biriktiruvchi ichak naylari kiygiziladi. Asbob va suvdan tashqari, ko'zacha togora va klyonkani taxt kilib kuyish kerak. Ichak naychasi uchiga vazelin surtib, uni Orqa chiqaruv Yo`lidan 20-30 sm ichkariga kiritiladi. Keyin xuddi medani yuvishdagidek qilinadi. voronkani bemor tanasidan bir oz balandroqda kiyshaytirib ushlab turib suvga tuldiriladi va kutariladi. Kamayib boraetgan suv satxi voronka qonusi ichiga etishi bilan voronkani kiyshaytirmasdan, togoradan pastga tushiriladi va suv bilan chikaetganda gaz pufakchalari Yakkol kurinib turadi, so'ngra voronkadan su yo'qlik togoraga agdariladi, unga Yana suv tuldirib va suv top-toza bulgunicha yuvish takrorlanadi. Spazm sababli voronkadagi suv kamaysa eki naychani chetlab ichaklardan kaytib tushsa, voronkani pastga tushirish va bir oz kutib turgandan so'ng yuvishni davom ettirish lozim. Klizmadan so'ng voronka va naychalar yuviladi va qaytariladi.

ICHAK FALAJLANISHIGA QARSHI KURASH.

Ichak falajlanishi asosan ichak devorlarida mikrotsirkulyatsiya bo'ziliщi, ichak infeksiyasi tufayli gaz xosil bulishi kuchayishi, gipoqsiya, gipoqaliemiya kabi omillari ta`sirida yo'zaga keladi.

1. 5% li NaCl ning gipertonik eritmasi bilan tozalovchi ho`qna.
2. Qorinni engil paypaslab, gaz chiqaruvchi nayni urnatish.
3. 10% eki 20% li glukoza eritmasi bilan 4% li KCl 2 – 4ml/kg vena ichiga tomchilab yuboriladi.
4. 10% li gipertonik NaCl eritmasi 3- 5 -7 ml vena ichiga yuboriladi.
5. Doimiy oshqozon zondi bilan oshqozonni yuvib turish.
6. 0, 05% li prozerin 0, 1 ml yoshiga qarab mushak orasiga yuboriladi. Agar lozim topilsa 0, 2 – 0, 3 – 0, 4 ml 15 – 20 min. oralab 3 martagacha yuboriladi.
7. Doimiy oqsigenoterapiya.

15. 9. Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

"TEZKORLIK, ANIQLIK, TO`LAQONLIK"

Maqsad: Talabalarga ushbu muammo bo`yicha bilimlarini tez, aniq, tulaqon aniqlashni o`rgatish.

Asosiy tamoyillari: Guruh talabalari bilim darajasiga mos holda ikki kichik guruhga bo`linadi. O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar qonvertlarga solingan bo`lib, raqamlanadi. Har bir guruh sardori navbat bilan raqam aytib savolni tanlaydi. Savol o`qilgandan so`ng uch minut ichida guruh talabalari javob tayyorlaydi. Qaysi guruh talabalari javob tayyorlasa, qo`lidagi belgini ko`tarib bildiradi. Javob to`liq bo`lmasa ikkinchi guruh talabalari to`ldiradi.

"Tezkorlik, aniqlik, tulaqonlik" usuli talabalardan yo'qsak diqqat-e`tiborni va ushbu bo`lim bo`yicha Yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Mashg`ulotning mavzusi: OTI.

O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro`yxati:

1. OTI tavsifi.
2. OTI ning klinik belgilari.
3. Laborator tashxisoti.
4. Oshqozonni yuvish.
5. OTI da bemorlarni parvarishlash

Mashg`ulot so`ngida o`qituvchi har bir ishtiroqchining harakatlariga baho berib, mashg`ulotga Yakun Yasaydi.

«Rotatsiya usuli»bilan fikrlarni o`rganish uchun ssenariy

Guruh talabalari 2-3 qishidan iborat kichik guruhlarga bo`linadilar. Har bir guruh uchun alohida belgilangan savollar topshiriladi. 10 minut mobaynida talabalr kengashib javoblarni Yozishadi, keyin variantlarni almashib javoblar to`ldirib boriladi. Vaqt tugagach, javoblar tahlil qilinadi.

Savol:

I-guruhga	II-guruhga
Askaridoz-gijja kasalligidagi epidemiologik hususiyatlarini ayting?	Qora mol solitiyorining epidemiologik hususiyatlarini ayting?

Javob:

I-guruhga	II-guruhga
Askaridoz: - peroral, geogelmint; - antroponoz kasallik; - iliq-issiq iqlimli mintaqalarda ko`p uchraydi. - Hamma Yoshdagilar kasallanishi mumkin. - Odam ichagida 1-2 yil Yashay oladi.	Teniarinxoz: - peroral, biogelmintoz; - Antroponoz kasallik; - Asosan Yoz-ko'z oylarida ko`p uchraydi; - Odam finnali go`shtni iste`mol qilganda, unga gijja yuqib qoladi; - Bolalar va kattalarda uchraydi.

"Sinektika" uslubi

Maqsad: Bu usul talabaga o`z fikrini to`liq shakllantirishga, o`zaro fikr almashinishga va bilimini mustahkamlashga o`rgatadi.

Tamoyillari: Bu uslub 4 qismdan iborat:

1. To`g`ri analogiya (shu muammoga o`xshash muammolar qanday hal qilinadi) ;
2. Shaxsiy analogiya (masalada qo`yilgan ob`ekt obraziga kirib, uning nuqtai nazaridan fikr yuritish) ;
3. Simvolik analogiya (muammoning maqsadini bir necha so`z bilan aniq ayta olish) ;
4. Fantastik analogiya (bu muammoning ertak qahramonlari qanday hal qilgan bo`lar edi) ;

Guruhga o`qituvchi tomonidan savol beriladi. Har bir talaba o`z fikr- g`oyasini izohlaydi. O`yin davomida hech qanday tanqidiy fikr mulohoazalar bildirilmaydi. Shunday qilib, ko`proq g`oyalar kombinatsiyasi rivojlanadi, guruh talabalari fikr ishlab chiqaradigan va ularni qayta ishlaydigan guruhchalarga bo`linadilar. Mavzu to`liq muhoqama qilinadi.

Afzalliklari: Bu usul o`z fikrini boshqa qishiga ayta olish, fikrlash doirasini ancha kengaytirish, fikr almashinish, argumentatsiya, o`z raqiblarini o`zining fikri to`g`riligiga ishontira olish kabi qobiliyatlarni shakllantirishga o`rgatadi.

Mashg`ulot mavzusi: Gelmintozlar.

O`qituvchi tomonidan beriladigan savollar:

1. Gijja kasalliklarining etiologiyasi.
2. Gijja kasalliklarning epidemiologiyasi.
Z. Gijja kasalliklarning klinik tasnifi.
4. Gijja kasalliklarda hamshiralik tashxisini qo`ying.
5. Gijja kasalliklarda parvarishlash rejasini to'zing.
6. Laboratoriyaviy tekshiruv usullarining (umumiy va xususiy) tashxisot uchun ahamiyati.
7. Gijja kasalliklarni davolash asoslari va usullari.
8. Reqonvalistsentlarni dispanser nazorati.

9. Gijja kasalliklarining oldini olish.

Talaba uchun topshiriq

№	Savol	Izohi
1.	Gelmintozlar OTI, botulizm, Eshirihioz Ichak iersinozi va soxta sil asosiy infeksiya manbalari	
2.	Gelmintozlar OTI, botulizm Ichak iersinozi va soxta sil tarqalishidagi omillar	

15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talaba uchun topshiriq

Savol	Izoh
A) Amaliyotda gijjalarning qanday tasnifi qo`llaniladi?	
B) Geogelmint gijjalarni tushuntirib bering	
C) Biogelmint gijjalarini tushuntirib bering	
Infeksiya manbaiga qarab tenioz va teniarinxoz qaysi infeksiya guruhiga kiradi?	
Autoinvaziya holati ko`proq qaysi parazitga xos?	
Gijja kasalligini oldini olishda o`tkaziladigan tadbirlarni ayting?	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish: Gijjalarning xususiyatlari

Askarida	Ostritsa	Pakana gijja

Savol	Javob
A) Askaridozning klinik belgilarini ayting?	
B) Enterobiozning klinik belgilarini ayting	
C) Geminolepidoz ning klinik belgi larini ayting	
D) Exinoqoqkoz klinik belgilarini ayting	
D) Degelmintizatsiya tamoyillarini tushuntiring	

Savol	Izoh
A) Lyamblioz etiologiyasi.	
B) Lyamblioz yuqish Yo`li	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

Savol	Javob
A) Lyambliozning klinik tasnifi ayting?	
B) Lyambliozning klinik belgilarini ayting?	
C) Lyambliozning tashxisoti	
D) Davolash va parvarish qilish qoidalari	
D) Profilaktikasi.	

15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talaba uchun topshiriq

Savol	Izoh
A) Amaliyotda gijjalarning qanday tasnifi qo`llaniladi?	
B) Geogelmint gijjalarni tushuntirib bering	
C) Biogelmint gijjalarini tushuntirib bering	
Infeksiya manbaiga qarab tenioz va teniarinxoz qaysi infeksiya guruhiga kiradi?	
Autoinvaziya holati ko`proq qaysi parazitga xos?	
Gijja kasalligini oldini olishda o`tkaziladigan tadbirlarni ayting?	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish: Gijjalarning xususiyatlari

Askarida	Ostritsa	Pakana gijja

Savol	Javob
A) Askaridozning klinik belgilarini ayting?	
B) Enterobiozning klinik belgilarini ayting	
C) Geminolepidoz ning klinik belgi larini ayting	
D) Exinoqoqkoz klinik belgilarini ayting	
D) Degelmintizatsiya tamoyillarini tushuntiring	

Savol	Izoh
A) Lyamblioz etiologiyasi.	
B) Lyamblioz yuqish Yo`li	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

Savol	Javob

A) Lyambliozning klinik tasnifi ayting?	
B) Lyambliozning klinik belgilarini ayting?	
C) Lyambliozning tashxisoti	
D) Davolash va parvarish qilish qoidalari	
D) Profilaktikasi.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizmning etiologiya, patogenezi	
2.	Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizmning klinik belgilari	
3.	Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizmning laborator tashxisoti	
4.	Gelmintozlar Ichak iersinozi va soxta sil OTI, botulizmning davosi	

MAVZU BAYONI

GIJJA KASALLIKLARI (GELMINTOZLAR)

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

Nematodlar (uzun yumalok shaklidagi gijjalar)

Tsestodlar (uzun lenta shaklidagi gijjalar)

Trematodlar (so'ruvchi gijjalar)

Onkotserklar (boshi tikanga o'xshash gijjalar)

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

1.Geogelmintozlar; 2.Biogelmintozlar; 3. Kontagioz gelmintozlar.

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

Biogelmintozlarda kasallik manbai tirik organizmlar (qora mol, 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 organi-zmda ro'y beradi. Bunda oraliq xo'jayin va oxirgi, asosiy xo'jayin ajratiladi. Oraliq xo'jayin organizmida rivoj-lanishning dastlabki davri o'tadi. Asosiy xo'jayin organiz-mida gijjalar o'sib balog'atga etadi.

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

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

Etiologiyasi. Askaridoz qo'zg'atuvchisi yumalok gelmint–odam askaridasi (Ascaris lumbricaides). Voyaga etgan askaridaning o'zi xos tomoni shakllanib, sferasimon bo'lishidir. Tirik yoki ichakdan toza ajralgan askarida qizg'ish – sariq, o'lgandan keyin esa ok imtir rangda bo'ladi. Erkagi urg'ochisiga qaraganda kaltarok bo'lib, uzunligi 15-25 sm, qalinligi 2-4 mm, tanasining dum qismi ilmok simon 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^{o}Cda 9-42 kunda (optimal harorat 24-3^{o}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^{o}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^{o}C da o'lib ketadi. Voyaga etgan tuxumni iste'mol qilish natijasida yuqadi. Sabzavotlarning epidemiologik jihatdan ahamiyati yuqori, chunki ularning yuzasida tuprok bo'laklari bo'lib, unda gijja tuxumlari saqlanishi mumkin. Hozirgi vaqtda askaridozning tarqalishida eng katta xavfli maydonlar-bog' va sabzavotlardir, chunki ba'zida tuprok ni o'g'itlash maqsadida inson najasini zararsizlantirmay foydalanish natijasida kelib chiqadi.

Patogenezi. Etilgan 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 organizmning sensibilizatsiyaga javob reaktsiyasi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ichak devori va o'pkada eozinofil infiltratlari hosil bo'ladi. Toksikoallergik reaktsiya 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 tiralib 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 (abstsesslar, xolangitlar). Patalogoanotomik o'zgarish-lar ikki-lamchi yuqishda kamrok bo'lishi askaridozda o'ziga xos immunitet paydo bo'lishidan dalolat beradi. Rekonvalestsentlarga nisbatan immunitet bir necha oy saqlanadi, xolos. Askarida yuqqanidan so'ng uning ok sillariga nisbatan antitelo 5-10 kundan keyin hosil bo'lib, 3 oydan so'ng ular odatda aniqlanmaydi. Katta urg'ochi askaridalar bilan og'rigan bemorlarda superinvaziya va reinvaziyaga nisbatan immunitet hosil bo'ladi, bu 25% bemorlarda rivojlanishning erta bosqichlarida yuqishning tugaganligi bilan tushuntiriladi.

Klinikasi. Askaridozning klinik ko'rinishi parazitning lokalizatsiyasi va invaziya intensivligiga bog'liq. Askaridozning klinik kechishi ikkita: erta (migratsion) va kechki (ichak) bosqichga ajratiladi.

Birinchi bosqich lichinkaning migratsiya davriga to'g'ri kelib, ikkinchi bosqich gelmentning ichakda parazitlik qilishi va asoratlar bosqichidir. Askaridozning erta fazasida klinik belgilar ba'zan kam bo'lib, kasallik yashirin kechadi. Ba'zida kasallik yaqqol holsizlik, quruq yo'tal yoki kam miqdordagi shilliqli, goho shilliq-yiringli balg'am ajralishi bilan bosh-lanadi. Balg'am ba'zida to'q sariq rangda biroz miqdorda qon aralashgan bo'lishi mumkin. Tana harorati odatda normal yoki subferil, ba'zida 38oS gacha ko'tarilishi mumkin. O'pkada quruq va ho'l xirrilashlar aniqlanadi, bir qator bemorlarda perkutor tovushning qisqarishi kuzatiladi. Ayrim hollarda quruq yoki fasodli plevrit rivojlanadi. Fizikal tekshirishlarda doim ham o'pkada o'zgarishlar aniqlanmaydi. Ko'pincha bu bosqichda xarakterli bo'lgan

o’zgarishlar qo’l va oyok panjasi terisi tiniq suyuqlik saqlagan eshakemi va kichik pufakchalar ko’rinishidagi toshmalardir. Bunga qo’shimcha ravishda teridagi mahalliy shishlar kuzatiladi.

Rentgenogrammada o’pkada sharsimon, ovalsimon, yulduz-simon, ko’p burchakli infiltratlar aniqlanadi. Infiltratlar bitta yoki bir nechta bo’lib, o’pkaning bir bo’lagida yoki butun o’pka bo’ylab tarqalganligi aniqlanadi. Ularning konturlari ochiq va suzuvchan bo’ladi. Atelektaz bilan birga kechsa infiltratlar aniq bo’ladi. Eozinofilli infiltratlar 2-3 hafta atrofida saqlanadi: ayrim bemorlarda yo’qoladi, ular yangidan bir qancha vaqtdan keyin paydo bo’lib, oylar davomida saqlanadi.

Leykotsitlar miqdori me'yorda ba'zan leykotsitoz kuzati-ladi. Eozinofiliya xarakterli bo’lib, ko’pgina bemorlarda 60-80%gacha etadi. ECHT odatda normal, ba'zida oshishi mumkin.

Askaridozning kechki (ichak) bosqichi gelmintning ichakda bo’lishi bilan bog’liq. Ba'zida bu faza subklinik kechadi. Ko’pgina bemorlarda o’sib boruvchi holsizlik, ishtahasining pasayishi, ko’ngil aynishi, ba'zan qusish, qorinda og’riqlar kuzatiladi. Qorindagi og’riqlar epigastriyada, kindik atrofida yoki o’ng yonbosh sohasida bo’lib soat bo’yicha tutib turuvchi xarakterda bo’ladi. Ayrim bemorlarda ich ketishi, ayrimlarida qotishi, gepatosplenamegaliya kuzatiladi.

Asab tizimi tomonidan askaridozlar odatda bosh og’riqlari, bosh aylanishi, aqliy toliqishning ortishi bo’ladi. Uyquning buzilishi, tungi qo’rquvlar, isterik tutqanok lar, epileptik shakldagi tutqanok lar, meningizm kuzatiladi. Ayrim hollarda ko’z qorachiqlarning 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 gipoxrom yoki normoxrom anemiya, eozinofiliya doim ham aniqlanmaydi.

Tashxisoti. Askaridozni migratsion bosqich tashxisotida eozinofilli infiltrat bilan birga kliniko-rentgenologik, gematologik va immunologik ma'lumot-larni 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 yullarida 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. Qo’shimcha ravishda IFA, pretsipitatsiya reaktsiyasi o’tkaziladi.

Davosi. Har bir askarida bilan invaziyalanganlar davolanishi lozim. Degelmentizatsiya uchun levamizol, mebendazol, pipirazin adipinat, pirantent pamoat, albendazol qo’llaniladi.

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

Profilaktikasi. Askaridoz profilaktikasida aholi yashaydigan joylarda sanitar ok artiruv ishlari amalga oshirish muhim ahamiyatga ega, tuprok ni o’g’itlashda kompostirlangan najasdan foydalanish zarur.

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

Etiologiyasi. Enterobioz qo’zg’atuvchisi gijja Enterrobius vermicularis seu Oxyuris vermicularis. Gijja kulrang, ok rangdagi yumalok 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 chambarichakning boshlang’ich qismida parazitlik qiladi. Urg’ochi gijja to’g’ri ichakka tushib faol ravishda orqa chiqaruv yo’liga chiqadi va uning atrofiga urug’ qo’yib o’zi halok bo’ladi. Gijjalarning odam organizmidagi umumiy xayot davri 3-4 haftadan oshmaydi.

Epidemiologiyasi. Invaziya manbai fakatgina 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 autoinvaziya kuzatiladi.

Patogenezi. Gijjalar shilliq qavatni shikastlab ayrim hollarda ichak devoriga kirib, to mushak qavatigacha borishi mumkin. Ok ibatda nuqtali qon quyilishlar va erroziyalar paydo bo’ladi. Gelmintlar

ajratgan mahsulotlari organizmda sensibilizitsiya 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 invaziyalangan bemorlarda kasallik belgilari aniqlanmasligi mumkin. Ko'p hollarda kasallik belgilari u yoki bu darajada rivojlagan bo'ladi. Enterobiozning engil shaklida yotish oldidan anal atrofi sohasida engil 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 atrofini qichitish natijasida u erda tirnashlar, terining ikkilamchi bakterial infeksiyasi, dermatitlar kasal-lik kechishini og'irlashtiradi. Ko'pincha bemorlarda buzilgan ichak tizimida bo'tqasimon ich ketishlar, ba'zan shilliqli tenezmlar kuzatiladi. Gijjalar invaziyasi ikkilamchi bakterial infeksiya bilan qo'shilganda, enterobiozli appenditsit rivojlanishi enterobiozning og'ir kechishida, bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, astenovegetativ belgilarining yaqqolligi kuzatiladi. Ayollarda gijjalarning jinsiy a'zolarga o'tishi natijasida vulvolvaginit belgilari yuzaga keladi. Enterobioz bilan kasallikning erta davrida qonda eozinofiliya kuzatiladi.

Tashxisoti. Xarakterli belgisi – teri-anal qichishidir. Ammo bu belgi quyidagi kasalliklarda–turli etiologiyali proktit va sfinkteritlarda, bavosil kasalligida, to'g'ri ichak rakida, limfogranumatozda, jigar va buyrak jarohatlanishida, kandidamikozda, 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 xo'llangan shpatel yordamida olingan surtmada gijja tuxumlarini aniqlash oson. Ba'zan gijja tuxumlari tirnok ostidan olingan qirmalarda aniqlanadi. Voyaga etgan erkak gijjalarni toza ajralgan najas ustida ko'rish mumkin.

Davosi. Engil 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 ok liklari dazmollanishi kerak. Og'ir shikllarda medikamentoz davolash o'tkaziladi.

Mebendazol - kattalarga va o'smirlarga bir marta 0,1 gramdan, bolalarga: 2-10 yoshda 25-50 mmG`kg dan beriladi. Qayta invaziyada davolash xudi shu dozada 2-4 haftadan keyin o'tkaziladi. 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'rifi. Bu gijja kasalligi peroral, antroponoz biogelmintozdir.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi lentasimon gelmint Taenia saginata. Rivojlanib etilgan 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 20x30x12 mm. Har bir bo'lakcha ichida onkosferasi bor. Odam bu gijjaning asosiy xo'jayini hisoblanadi.

Epidemiologiyasi. 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 organiz-miga kiradi. Qoramol ichagida gijjaning lichinkalari parda ichidan chiqib, qonga tushadi va mushaklar orasidagi birikti-ruvchi to'qimalarga o'rnashadi va yumalok 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 almashi-nuv 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, tutqanok 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.

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 (Taenia solium) 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 ilmok li xartumi bor.

Epidemiologiyasi. Tenioz peroral biogelmintoz antro-ponozdir. Invaziya manbai va gijjaning oxirgi xo'jayini odam hisoblanadi. Balog'atga etgan gijja odam ichagida yashaydi va undan vaqti-vaqti bilan etilgan bo'lakchalar ajralib, najas orqali tashqariga chiqariladi. Bu bo'lakchalarda gijja tuxum-lari bo'ladi, gijjaning oraliq xo'jayini asosan uy cho'chqalari, hayvonlarning muskullari orasidagi biriktiruvchi 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. Sistitserklar 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'prok 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 ok imiga 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.

Klinikasi. Asosan bemorlarda defikatsiya aktining buzilishi bilan ifodalanadi.

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

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

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

GEMINOLIPIDOZ

Geminolepidozlar – antroponoz va zoonoz gelmint me'da-ichak trakti faoliyatining buzilishi, umumiy zaharlanish belgilari va allergik reaktsiya bilan kechadi.

Etilogiyasi. Geminolopidoz peroral antroponoz kontagioz gelmintozdir. Uni o'lchami -bo'yi 15-30 mm, eni 0,55-0,77 mm pakana gijja (Nymenolepis nana) 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. Asosan 3-14 yoshdagi bolalar, kamrok o'smir va kattalar kasallanadi. N.nana – odamda, N.diminuta – sichqonda parazitlik qiladi. 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'pincha hojatxona eshigining bandlari va unitazlar orqali yuqadi. Geminolipidozda bemor ichagida autoinvaziya 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 (tsistinrkoid) chiqadi. Yana 14-15 kun o'tgach balog'atga etgan gijja paydo bo'ladi.

Patogenezi. Gijjalar o'zining so'rg'ichlari va ilgaklari bilan ingichka ichak devorini mexanik jarohatlaydi va yarali nekrotik jarayonni keltirib chiqaradi. Gijjalarning moddalar almashinuvi mahsulotlari toksik-allergik reaktsiya va sensibilizatsiya holatiga olib keladi. Disbakterioz va gipovitaminoz (S, V2, RR) rivojlanadi. Organizmga immunosupressiv ta'sir qiladi.

Klinikasi. Geminolipidoz ba'zan belgisiz o'tishi mumkin. Boshqa hollarda bemorlarning boshi og'riydi, ko'ngli ayniydi, ba'zan qusadi, so'lagi ok adi, 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. Bemorlarda subfebril ba'zan, gektik harorat bo'lishi mumkin.

Tashxisoti. Gemogrammada engil anemiya yuqori eozinofiliya kuzatiladi. Najasda gijja urug'larni topilishi asosida qo'yiladi. Pakana gijja tuxumlari davriy ravishda ajraladi. Shuning uchun manfiy natija olingan paytda nativ surtmada flotatsiyalatish bilan qayta tahlil o'tkazish kerak. Najasni 3 martalik tekshiruvi 2–3 hafta tanaffus bilan amalga oshiriladi. Ayrim paytlarda fenasal bilan provokatsion sinama o'tqaziladi. Kechqurun bemorga 0,5 g preparat tuzli ichki yumshatuvchi dori bilan beriladi, parazitologik tekshirish keyingi kun ertalab o'tkaziladi.

Davosi. Geminolipidozda fenasal sxema bo'yicha ishlatiladi. № 1 tizma asosida ikki kunlik sikl 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.

Hozirgi kunlarda gemiolipidozni davolashda 4 kunlik sikl 4 kun oralab, kuniga ertalab 4 mahal har 2soatda fenasalning buyurilishi yuqori samara bermok da. Bir oy o'tgach, yana davolashning bir kursi qaytariladi.

Profilaktikasi. Shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, xojatxonalarni tez-tez dezinfeksiya qilib turish, bemorlarni davolash, geminolipidoz profilaktikasi negizini tashkil qiladi.

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- Lamblia intestinalis birinchi marta 1859 yilda olim D.F.Lyambl nomi bilan atalgan. Lyambliylar rivojlanishida 2ta bosqich vegetativ shakli va sista kuzatiladi. Vegetativ shakli noksimon formada bo'lib, yon tomonidan ko'rilganda qo'shtirnok qa o'xshaydi. Vegetativ shaklining uzunligi 9-18mkm, eni-5-10mkm 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. Xar bir trofozoyda 4 juft xivchinlari bo'ladi. Xivchinlar yordamida ular harakatlanadi. Markaziy xivchinlari harakatlanganda nasos rolini bajaradi. Lyambliyning vegetativ shakllari tashqi muhit sharoitiga chidamsiz va 5-10 minutdan keyin halok bo'ladi. Sistalari chidamli bo'ladi. Xona haroratida 3-5 kundan 2 haftagacha saqlanadi, tuprok da-60 kun, suvda 35-80 kungacha saqlanadi. Quritilganda va yuqori haroratda halok bo'ladi. 70^{o}Cda 30-40 sekund, quritilganda 1-2 minut, kaynatilganda o'sha zahotiyok o'ladi. Xloramin va boshqa xlor saqlovchi dezinfeksiya vositalari lyambliy sistalariga ta'sir qilmaydi.

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

Lyamblioz maishiy-muloqot yo'li va suv orqali tarqaladi. Ifloslangan qo'llar, uy jihozlari, bolalar o'yinchok lari, meva va sabzavotlar tarqalish omili hisoblanadi. Maishiy-mulok ot yo'li orqali tarqalishida kattalar orasida lyamblioz invaziyasining sporadik hollari kelib chikadi, hatto oilaviy o'chok lar paydo bo'ladi. Bolalar bog'chalarida maishiy-mulok ot yo'li bilan tarqalishida sanitar-gigienik rejimni hisobga olganda, 18-20%dan 60-75%gacha kasallik uchraydi.

Patogenezi. Lyambliylarning ingichka ichak shilliq qavati muhitiga moslashganligi uchun shu erda devor oldi hazm bo'lgan mahsulotlarning gidrolizatlari bilan oziqlanadilar va ko'payadilar. Boshqa a'zolarda lyambliylar ko'paymaydi. Lyambliylarning membranada parazitlik qilishi devor oldi hazm jarayonini ingichka ichakning so'rilish hamda harakat faoliyatlarini izdan chiqaradi. Natijada steatoreya, fermen-tativ va vitamin etishmovchiligi 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 barmok li ichak va ingichka ichakning yuqori qismlaridagi morfologik o'zgarishlar lyamblioznng subklinik kechishida ham yuzaga keladi. Bu o'zgarishlar o'chok li giperemiya, shishi, kontakt qon ketishlar, shilliq qavatdagi erroziyalar ko'rinishida bo'ladi. O'zgarishga uchragan shilliq qavatlardan bioptatlarni gistologik tekshirganda duodenit va eyunitga xos belgilar topildi. Lmblioz bilan og'rigan bemorlarda immunitetni o'rganishda spetsifik immunitet borligi aniqlangan.

Klinikasi. Lyamblioz invaziyasining quyidagi klinik-patogenetik shakllari mavjud:

1) Lyamblioz tashib yuruvchilar (sog'lom);
2) Lyambliozning ichak shakli:
a) subklinik lyamblioz; b) lyambliozli duodenit; d) lyambliozli enterit;
c) lyambliozli enterokolit;
3) Lyamblioz biliar shakli:
a) o't chiqarish yo'llari diskineziyasi; b)o'tkir xoletsistit; d)surunkali xoletsistit; c) surunkali xolangiogepatit;
4) Asoratlari:
a) oshqozon tomonidan bo'ladigan funktsional buzilishlar; b) gastrit;
d) oshqozon osti bezi tomonidan bo'ladigan funktsional buzilishlar;
c) pankreatit;
5) Lyamblioz qo'shilib kelgan kasallik sifatida (mikstinfeksiya).

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

Subklinik lyamblioz-funktsional buzilishlar, immuno-logik o'zgarishlar ning bo'lishi, kasallikda yaqqol simptomatikaning namoyon bo'lmasligi va bemor o'zini yaxshi his qilishi bilan xarakterlanadi. Funktsional buzilishlar jumlasi ga ingichka ichakda uglevodlar, yog'lar, ayrim vitaminlarning (A,B_{12}, C) so'rilishning buzilishi kiradi

Lyambliozli duodenit- yuqoridagi simptomlar va doimiy, bir oz kuchli epi gastriyadagi og'riqga xos. Og'riqlar simillovchi xarakterda bo'lib, asosan kechasi, ko'prok ertalabga yaqin vaqtda bemorlarni bezovta qiladi. Bemorlarda oshqozon sekretor funktsiyasining pasayganligi aniqlanadi. Rentgenologik tekshirganda 12 barmok li ichak tonusi va motorikasining buzilishi bilan birga uning shilliq kavatining relefi o'zgargan bo'ladi. Ko'pincha duodenal reflyuks qayd kilinadi.

Lyambliozli enterit 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 lyambliyning vegetativ shakllari topiladi, shakllangan najasda sistalar bo'ladi. Bemorda umumiy hol-sizlik, darmonsizlik, qorin damlashi, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi bo'ladi. Ish qobiliyati pasayadi. Kasallik uzok kechganda bemorning uyqusi buziladi, salga jahli chiqadigan bo'ladi. Umumiy zaharlanish belgilari, ya'ni qayd qilish, tana haroratini ko'tarili shi, 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 shillik aralash bo’ladi. Koprotsitogrammada-leykotsitlarning 12-18 tagacha oshishi kuzatiladi. Sigmasimon ichak spazmi, tenezmlar va najas qon bo’lmaydi. Qo’zish va remissiya davrlari almashinib turadi, enterit dan farqi remissiya davrida bemorda qorindagi og’riq va meteorizm saqlanib keladi.

Lyambliozning biliar shakli 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.

Ob'ektiv ko’rganda tili ok karash bilan qoplangan, qorin qapchigan, ichak quldirashi, paypaslaganda epigastriyada, o’ng qovurg’a sohasida og’riq, gepato-splenomegaliya, 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 ok imtir dog’lar hosil bo’lishi, soch to’kilishi, uyquda tish qayrashi, uyquda og’izdan so’lak ok ishi kabi belgilar qayd qilinishi mumkin (39-rasm).

Tashxisoti. Lyambliozning har bir klinik shaklini lyambliyning vegetativ shakllarining topilishi (duodenal suyuqlikda, suyuq najas) yoki shakllangan najasda sistalarning topilishi tasdiqlashi kerak. Qayta tekshirish o’tkazib turish kerak. Lyambliozni salmonnelyoz, esherixioz, ichburug’ning engil shakllari, amyobiaz, rotavirusli gastroenterit, gelmin- tozlardan qiyoslash kerak.

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

Furazolidon- kattalarga 0,1gx4 marta sutkaga, ovqatdan so’ng 5 kun mobaynida, bolalarga 10mgG`kg kuniga 3-4 marta 5 kun beriladi. O’t ishlab chiqarish tizimida asoratlar bo’lganda preparat berilmaydi. Aminoxinol-0,15gx3 marta kuniga ovqatdan keyin 5 kun beriladi.

Ornidazol bemorlarning yoshi, vazniga e'tibor bergan holda buyuriladi. Uning bir necha davolash tizmasi mavjud bo’lib, amaliyotda uchkunlik kechki paytda buyurilishi yuqori samara bermok da. Intetreks bo’lsa kattalarga 2 kapsuladan kuniga 2 mahal 7-10 kun mobaynida beriladi. Bolalarda uchraydigan ichak lyambliozini davolashda makmirorning salmog’i yuqoridir. Preparat 1tabletkadan 3 mahal 7 kun mobaynida buyuriladi.

Patogenetik davo o’z ichiga parhez, ko’prok 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.

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

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, gastroenterokolit natijasi toksikoz va suvsizlanish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallikdir.

Etiologiyasi. Toksikoinfeksiyalarning qo’zg’atuvchilari enterokoklar, proteus vulgaris, entrotoksin ishlab chiqaradigan stafilokokk va streptokokk shtamlari spora hosil qiladigan anaeroblar, «Bakterium cereus», galofil vibrionlar «vibrio parahaemeolitucus» va boshqalar hisoblanadi.

Ovqatdan zaharlanishga sabab bo'ladigan tilla rang va ok stafilokokk dumalok , kattaligi 0,8–1 mkm to'da –to'da bo'lib ko'rinadi. Ular harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Grammusbat hamma anilin bo'yok lari 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 tayok chasimon mikrob bo'lib harakatsiz, tashqi muhitda spora hosil qiladi.

Epidemiologiyasi. Ovqat toksikoinfeksiyalarining o'ziga xos xususiyati kasallikning bemor kishidan sog' odamga o'tmasligidir. Ovqat toksikoinfek-tsiyasini 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 hisoblanadi. CL. perfringens, Bakterium cereus, proteus vulgaris mirabili tashqi muhitda (tuprok da, 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 alimentar 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 mirabili va CL. perfringens serok sil 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'prok kuzatiladi.

Patogenezi. Proteus vulgaris mirabili, CL. perfringens, Bakterium cereuslar bilan juda ko'p ifloslangan ovqatni iste'mol qilgan taqdirdagina unda 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 funktsiyasi 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'prok 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 toydiradi. Qusishdan keyin ich ketish boshlanadi. U bir necha kunduzda o'rtacha 10-15 marta hojatga boradi, ichi suyuq bo'lib keladi, najasida yalqi va qon bo'lmaydi. Stafilokokk toksikoinfeksiyasida ich ketmasligi mumkin. Stafilakokklarning 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 oyok qo'llari muzlaydi. Qornini 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 talok 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 talok

kattalashadi. Bemor 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 sarg'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 toksikoin- fektsiyalaridan 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 kompleksi, 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 tayok cha 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 permonganatning 0,1 % li eritmasi bilan yuviladi. Buning uchun katta odamlarda 18 -20^{o}C da ilitilgan 3 litr suyuqlik ishlatiladi. Yuvish toza yuvindi chiqquncha davom ettiriladi.

Ovqat toksikoinfeksiyasining suvsizlanish belgilari kuzatilmagan engil kechishida oshqozon yuvishdan so'ng qaynok choy berib, oyok lariga isitgich qo'yib isitiladi. Oshqozonni yuvgandan so'ng ko'ngil aynishi, ich buzilishi saqlanib, I-II suvsizlanish darajasi yoki ozgina umumiy zaharlanish belgilari kuzatilsa, og'iz orqali regidratatsiya vositalari (regidron, sitraglyukosalan, 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 umumiy zaharlanish, hamda suvsizlanishning III-IV darajasi belgilari kuzatilganda standart tuzli eritmalar ("Trisol", "Xlosol", "Kvartasol") 38^{o}C gacha isitilib, kasallikning og'ir kechishida 60-120 ml bemorning kg vazniga, o'rtacha og'irlikda esa 55-75 ml bemorning kg vazniga vena ichiga 60-120 ml/min tezlikda yuboriladi. Vena ichi parenteral regidratatsiya qusish to'xtagandan so'ng, gemodinamik ko'rsatkichlar 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 ifloslanishini 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 ob'ektlariga 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 toksikoinfeksion kasallik bo'lib, botulotoksinning uzunchok miya va orqa miyaning xolinergik strukturalarining zararlanishi va oftalmoplegik va bulbar sindromlar kelib chiqishi bilan kechadi.

Etiologiyasi. Botulizm qo'zg'atuvchisi "Clostridium botulinum" deb ataladigan, spora hosil qiladigan anaerob mikrob qo'zg'atadi. Uning 6 tipi aniq:A,B,C,D,E,F. Botulizm qo'zg'atuvchisi tayok chasimon bo'lib uzunligi 4–9 mkm, kengligi 0,6-0,9 mkm, tayok cha oxiri halqa hosil qilib tugaydi, tayok cha tennis raketkasiga o'xshash, gramm musbat. 4 – 5 sutkadan so'ng tayok cha o'sishi bilan u

gramm manfiy bo'yaladi. Mikrob harakatchan bo'lib, 4 tadan 35 tagacha xivchinlari mavjud bo'lib, kapsula hosil qilmaydi. Botulizm qo'zg'atuvchisi tabiatda keng tarqalgan bo'lib ular suvda, meva va sabzavotlarda va oziq- ovqat mahsulotlarida spora holida bo'ladi. Agarda yuqoridagi mahsulotlardan kontservatsiyada foydalanilsa va yaxshi kontser-vatsiya bo'lmasa, unda sporalar anaerob sharoitda o'sib vegetativ formaga aylanadi. Qo'zg'atuvchi sporalarini yo'qotish uchun ularni yuqori haroratda va ko'p vaqt 1,5 soat qaynatiladi. Vegetativ formasini 2–5min davomida qaynatiladi. Botulizm toksinini yo'qotish uchun 70–80^{o}C da 5–15 min. qaynatiladi. O'zimizda A,B,E, tiplari ko'p uchraydi. CL. Botulinum ning barcha tiplari o'zlarining morfologik, xususiyati va odam organizmiga toksinning ta'siriga ko'ra bir – biroviga yaqin turadi va bir xil klinik kartinasini beradi.

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

Botulizm odamlarga ana shu sporalar bilan ifloslangan oziq–ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish ok ibatida yuqadi. Botulizm ko'pincha qo'ziqorin, ho'l mevalar va sabzavotlardan uy sharoitida gigienik qoidalarga rioya qilmay tayyorlangan kontserva mahsulotlarini iste'mol qilish natijasida boshla-nadi. 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. Botulizm tayok chasi va toksini ovqat hazm qilish traktiga tushishi va qonga so'rilib butun organizmga tarqalishi bilan bog'liq. Botulizmning toksini neyrotrop xususiyatiga ega u avvalo markaziy asab tizimiga, xususan uzunchok va orqa miya motoneyronlariga kuchli ta'sir qiladi. Toksin yurakning asab tugunchalarini, sklet mushaklari va diafragmani harakatlantiruvchi asablarni zararlaydi. Botulotoksin silliq mushaklarning yarim falajiga, qon – tomirlarning qisqarishiga sabab bo'ladi. Orka miya va uzunchok miyadagi motoneyronlarga toksin ta'siri natijasida bulbar va paralitik sindromlar paydo bo'ladi.

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

Nafas mushaklarini harakatlantiruvchi motoneyronlar faoliyati susayishi ok ibatida organizmda kislorod etishmovchiligi holati yuz beradi. Xiqildok va tomok mushaklarining yarim falaji ok ibatida yutinish jarayoni buziladi. Organizmda chuqur gipoksiya boshlanadi. 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, pardalar, 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 kirsa kasallikning yashirin davri shunqa qisqa bo'ladi va kasallik og'ir kechadi. Botulizm ko'pincha o'tkir boshlanadi va bir necha asosiy belgilar infektsion–toksik, dispeptik, oftalmoplegik, bulbar miostenik belgilar bilan kechadi.

I variant: bunda dispeptik buzilishlar bilan: bunda ko'ngil aynish, qusish, epigastral soxada tortishuvi og'riqlar, meteorizm, og'iz qurishi, kuchli chanqash, kasallik boshida susaygan najas, keyinchalik ichak tutilishi bilan almashinadi. Kasallikning erta belgilaridan biri bu yutinishning buzilishdir. Bunda bemor shikoyati xalqumda katta "kesak" borligiga va yutinish harakatida og'riqligiga 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 tushadi.

III variant: nafas buzilishlari: bunda havo etishmaslik xissi, ko'krak qafasida og'irlik xissi, 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, akkomodatsiyaning falaji, midriaz doimiy va rivojlangan qorachiq kengayishi, anizokariya, qorachiqlarnig yorug'likka reaktsiyasi sekin yoki

yo’qolgan, ptoz 2 tomonlama 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 uzok lashtiruvchi asabga ta'siridan ko’z olmasi harakatining buzilishlari kuzatiladi, bunga diplopiya – narsalarni 2 talab ko’rish, g’ilaylik, strabizmlar, 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 xirrilab, keyin butunlay chiqmay qoladi (afoniya), til, yumshok tanglay, va kekirdak tashqi mushaklarining faoliyatlarning 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 zuriqqanda nafas harakatlari tartibsiz bo’lib, bemor bezovtalanadi, yarim o’tirgan holatni oladi, hamma yordamchi nafas mushaklari va diafragmaning falaj bulishi natijasida nafas jarayonini ancha buzadi.

5.Gemodinamik buzilishga alok ador belgilar: Kasallik boshida bradikardiya bo’ladi. Keyinchalik bemorning yuzi ko’karib, badanining tusi ok aradi. 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 buyindagi asab–mushak apparati faoliyatining buzilishi natijasida paydo bo’ladi. Bemor boshini ushlay olmaydi, oyok va qo’l mushaklari o’z funktsiyasini bajara olmaydi.

Bemorda yuqoridagi belgilar ko’zga tashlanib turgan holda bemor hushi joyida bo’ladi.

Klinik tasnifi. 1. Tipik shakli: (engil, o’rta og’ir, og’ir shakllarda). 2. Noaniq belgi 3. Asoratlari (zotiljam, toksik miokardit, miozit, nevrit, zardob kasaligi). Engil shaklida kasallik simptomlari asta–sekin rivojlanadi, organlarda falajlar uchramaydi, yarim falaj holati ko’rinadi. Nafas va gemodinamika ozgina buzilishi mumkin.

Og’ir shaklida esa 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 kamrok belgi beradida, keyin yo’qolib ketadi. Midriaz, anizokoriya, ovozning xiralashuvi biroz davom etib keyin yo’qolib ketadi.

Tashxisoti. Tashxisot klinik-epidemiologik qo’yiladi va laborator tasdiqlanadi.

Bakteriologik ekma usuli (bunda bemor qusuq massasi, oshqozon yuvindisi, qoldiq oziq – ovqat mahsulotlari) material olib tekshiriladi va ular pepsin peptonli, Xotinger buloni Kita – Tarotstsi muhiti, kazein qo’ziqorinli tripsinli muhitga ekish. CI. botulinum gaz hosil qilib o’sadi. Olingan kulturadan surtma tayyorlab mikroskopiya qilinganda raketkasimon mikroorganizmlar topiladi.

Biologik usulda botulotoksinni aniqlash uchun ok sichqonlarda neytrolizatsiya reaktsiyasi 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 2 chi kontrol juftiga patologik material bilan birga botulizmga qarshi A, D, C, E monovalent zardoblar har biriga 0,05 mldan yuboriladi. 4 sutka davomida tajriba ostidagi juftlik o’lib, nazorat juftlik tirik qolsa, diagnostik monovalent zardob yordamida neytrolizatsiya reaktsiyasi o’tkaziladi va qo’zg’atuvchi serovari aniqlanadi.

Davosi. Bemor albatta kasalxonaga yotqiziladi va tezda bemor me'dasi 3%li soda (natriy gidrokarbonat) eritmasi bilan yuviladi, adsorbentlar (aktivlangan ko’mir, kungabok ar 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 ga yoki m/o ga yuboriladi. Uning bir davolash dozasi 2500 XB polivalent (ABE) zardobga teng. Etiologik omil turi aniqlangandan so’ng monovalent (A-10000XB, B-5000XB, E-10000XB) zardob yuboriladi. BQZ dozasi kasllik 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 mobayinida tavsiya qilinadi.

Asab tizimi faoliyatining tiklanish jarayonin tezlash-tirish 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 (prednizalon, urbazon, deksametazon)lar va giperbarik 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 erishish uchun quyidagi talablar: oziq-ovqat mahsulotlarni qo'zg'atuvchi sporalari bilan ifloslanishdan saqlanish, qo'zg'atuvchi sporasi, vegetativ shaklini o'ldiruvchi va zaharin parchalovchitermik ishlov berish, tayyor mahsulotda spora bo'lishiga yo'l qo'ymaslik.

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

Konserva eb kasallangan va kasallanmagan kishilarga profilaktika maqsadida 1500- 2000 XB dan botulizmga qarshi zardob yuboriladi. Ular 10 - 12 kun vrach nazoratida turadilar. Botulotoksin bilan alok ador laboratoriya xizmatidagi xodim-lar botulizmga qarshi emlanadilar.

"Gelmintozlar OTI. Botulizm Ichak iersinozi va soxta sil" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	OTI, botulizm Ichak iersinozi va soxta sil Ichak iersinozi va soxta sil shakllarini to`liq biladi, tahlil qila oladi. Kasallikni kechish og`irlgini baholaydi. Amaliyotda qo`llaydi, belgilarni umumlashtiradi. Shifokorlik darajasida kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. Amaliyotda qo`llashni o`zlashtirgan.	3-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
2.	71-85	Yaxshi "4"	OTI, botulizm, Ichak iersinozi va soxta sil Ichak iersinozi va soxta sil shakllarini bir biridan farqlay oladi. Erta tashxislash mezonlarini o`zlashtirgan. Shifokor darajasida kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	2-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
3.	55-70	Qoniqarli Ya`ni minimal talablar bajarilgan	OTI, botulizm, Ichak iersinozi va soxta sil Ichak iersinozi va soxta sil to`g`risida qonspekt Yozgan ammo ularni bir biridan farqlay olmaydi.	1-daraja: tasavvur etish darajasi.
4.	55dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi "2".	OTI, botulizm, Ichak iersinozi va soxta sil Ichak iersinozi va soxta sil mavzulari bo`yicha tasavvurga ega emas, qonspekt Yozmagan.	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 6 multimedialar 2

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Diqqatingizga quyidagi jumboqli masala berilgan, uni ish daftaringizga Yozma ravishda bajaring.

Masala.

Bemor A. , 26 Yoshda, oshpaz. yuqumli kasalliklar shifoxonasiga 08. 06. 89 Yotkizildi. Kasalligi haqida hech qanday shikoyati Yo`q. Mazkur kasallik tarixida ichak faoliyati bo'zilishi belgilari

bo`lmagan. Profilaktik tekshiruvda salmonella tifimurium topilgan. Ichki a`zolar tomonidan o`zgarish topilmadi.
Salmonellyozning qanday klinik turi haqida o`ylash mumkin.
yuqoridagi klinik shaklni tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlar o`tkazish kerak?

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
gerpevir, melbek, amokson

1. Rp.: Tabl. Hegpeviri 0.2 N.10
(savdo nomi)
Aciclovir
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan har 4soatda ichilsin.

1. Rp.: Tabl. "Melbec" 0.075 N.20
(savdo nomi)
Meloxicam
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan kuniga 1mahal ichilsin.

Rp.: Amoxconi 1,0_ N.30
(savdo nomi)
Amoxicillin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S flakondagi kukunni 0.5% li5.0 novokainda eritilib m/o 3 maxal yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari

7-Mavzu:Gelmintozlar, tasnifi O'zbekistonda uchraydigan gelmintlar xarakteristikasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.Ovqat toksikoinfektsiyalari (OTI). Botulizm. Ichak iersinozi va soxta sil

113. Lyamblioz asoratlariga xos bo'lmagan shakl:
Xolestistit
Gastrit
*Gepatit
Pankreatit

114. Lyamblioz klinik shakllariga kirmaydi?
Duodenit
Tashuvchanlik
* Kolitik
Enterit

115. Lyamblioz uchun xos bo'lmagan belgi?
Allergik toshmalar
Tish qayrashi
*Ruhiyat buzilish
Allopetsiya

116. Lyambliozda qo'llaniladigan davo vositalari jumlasiga kirmaydi?
Enterosorbent (smekta, bektit-m, dyufalak)
Parazitga qarshi preparatlar
*Glyukokortikosteroidlar
Ferment preparatlari (kreon, penzital)

117. Lyambliozli duodenitga xos belgilar:
quldirish, meteorizm va qorindagi og'riqlar, najas suyuq, kup miqdorda
funkstional buzilishlar, immunologik o'zgarishlarning bo'lishi,
* doimiy, bir oz kuchli epi gastriyadagi og'riq yo'g'on ichakda og'riq, najas shilliq aralash bo'ladi

118. Lyambliozli enterit uchun xos bo'lmagan belgi :
qorin qapchishi
*yalqili ich ketish
quldirish
qorinda og'riq

119. Lyambliozli enterit uchun xos belgi:
Ichi suyuq, yalqili
*Ichi suyuq, suvsimon, najasli hid
Ichi suyuq, suvsimon, badbo'y hidli
Ichi suyuq, yalqili qon aralash

120. Lyambliozli enteritga xos belgilar:
doimiy, bir oz kuchli epi gastriyadagi og'riq
funkstional buzilishlar, immunologik o'zgarishlarning bo'lishi,
*quldirash, meteorizm va qorindagi og'riqlar, najas suyuq, ko'p miqdorda, suvli va ko'pikli, patologik aralashmasiz

yo’g’on ichakda og’riq, najas shilliq aralash bo’ladi

121. Lyambliozli enterokolitga xos belgilar:

doimiy, bir oz kuchli epi gastriyadagi og’riq
*yo’g’on ichakda og’riq, najas shilliq aralash bo’ladi
funksional buzilishlar, immunologik o’zgarishlarning bo’lishi
quldirash, meteorizm va qorindagi og’riqlar, najas suyuq, ko’p miqdorda, suvli va ko’pikli, patologik aralashmasiz

122. Lyambliozli kolit uchun xos bo’lmagan belgi :

qorin qapchishi
shilliq aralash najas
*yo’g’on ichak bo’ylab og’riq
tenizm va ichak tupugi

123. Lyambliozni davolashda yuqori samarali dori vositalar?

Metronidazol, tinidazol
Vermoks, zentel
Fenosal, prozekvantil
*Tiberal, makmiror

124. Lyambliozning asosiy laborator tashxisot usuli?

Koprokultura
qon umumiy tahlili
Bilikultura
*Koprologiya

125. Lyambliy parazitlik qiladigan a’zo:

yo’g’on ichak
oshqozon
*12 b. ichak
o’t qopi

126. Lyambliya chiqaruvchanlik (subklinik lyamblioz) ga xos belgilar:

*funksional buzilishlar, immunologik o’zgarishlarning bo’lishi, kasallikda yaqqol quldirish, meteorizm va qorindagi og’riqlar, najas suyuq, kup miqdorda, suvli va ko’pikli, patologik aralashmasiz
doimiy, bir oz kuchli epi gastriyadagi og’riq simptomatikaning namoyon bo’lmasligi
yo’g’on ichakda og’riq, najas shilliq aralash bo’ladi

15 Ovqat toksikoinfekstiyalari bilan kasallangan, 1-darajali suvsizlanish kuzatilgan bemorlarni davolash uchun ishlatiladigan preparatni ko’rsating?

*regidron
tetrastiklin
ftorxinolonlar
fiziologik eritma

16 Stafilokokkli infeksiya uchun xos bo’lmagan belgi:

*tirishish
arterial bosim pasayishi
kindik atrofida og’riq
tana harorati me’yorida

17 Stafilokokkli ovqat toksikoinfeksiyasiga xos bo’lmagan belgi:

ko’ngil aynish,qusish
*tana haroratini yuqori ko’tarilishi
epigastral sohada kuchli og’riq
tana haroratini subfebril oshishi

18 Stafilokokkli ovqat toksikoinfeksiyasi tashxisoti uchun ahamiyatsiz uslub:

klinik
*serologik
epidemiologik
bakteriologik

19 Stafilokokkli ovqat toksikoinfeksiyasi uchun najas xarakteri:

*suyuq suvsimon
patologik aralashmasiz, bo’tqasimon
najas qonli yalqili, tenizm
najas ko’pikli, suyuq badbo’y hidli

20 Stafilokokkli ovqat toksikoinfeksiyasi uchun xos kasallik boshlanishi:

prodromal davrli
O’tkir
asta-sekin
*To’satdan

21 Stafilokokkli ovqat toksikoinfeksiyasi yuqtiruvchi omil:

*sut va sut mahsulotlari
Go’sht va go’sht mahsulotlari
sabzavotlar
Poliz mahsulotlari

22 Ovqat toksikoinfeksiyasi bilan kasallangan bemor uchun xos belgilar:

*to’satdan boshlanish epigastriyada og’riq, ko’ngil aynish, qusish
asosan o’tkir boshlanadi, epigastriyadava kindik atrofida og’riq, ichning suyuq badbo’y ketishi
kasallik yilning issiq vaqtida uchrashi
ko’proq asta-sekin boshlanishi, yon tomonidan og’riq ,ichi shilliq va qon aralash,kasallik yilning hamma davrida uchraydi

23 Ovqat toksikoinfeksiyasi b-n kasalangan bemorlar uchun xos bo’lmagan ratsional terapiya tamoyili:

oshqozonni yuvish

*antibiotiklar
tozalovchi ho’qna
parhez

24 Ovqat toksikoinfeksiyasi da bakteriologik tekshiruv uchun olinmaydigan material:

*qon
Najas
Qusuq massa
Ovqat qoldiqlari

25 Ovqat toksikoinfekstiyasi ga xos simptomlar:

zarda kaynashi, suyuq najas kon yiring aralash qusish, arterial bosimning ko’tarilishi, bosh og’rig’i
*ko’ngil aynish, qusish, qon bosimining tushishi, epigastriyada og’riq
suyuq najas suvsimon, kindik atrofida og’riq

26 Ovqat toksikoinfeksiyasi tasnifi uchun xos bo’lmagan shakl:

* protozoyli
bakterial bo’lmagan
virusli
bakterial tabiatli

27 Ovqat toksikoinfeksiyasi uchun xos bo’lmagan klinik xususiyatlar:

me’da ichakning yallig’lanishi bilan o’tkir boshlanishi
*yuqori va davomiy isitma
gipertermiya bo’lmasligi yoki qisqa davom etishi
ko’ngil aynish va qusish, ich ketishi

28 Ovqat toksikoinfeksiyasi uchun xos bo’lmagan davo usullari:

*Etiotrop
Regidratastion
Tozalovchi huqna
Yurak qon tomir sistemasiga ta’sir kiluvchi vositalar

29 Ovqat toksikoinfeksiyasi uchun xos bo’lmagan simptomlar:

*ko’ngil aynimasdan qusish
ko’ngil aynish va qusish
qorinda xurujsimon og’riqlar
ichning suyuq potologik arashlamasiz kelishi

30 Ovqat toksikoinfeksiyasi uchun xos laboratoriyaviy tekshirish:

*Bakteriologik
Serologik
Teri allergik sinama
Biologik

31 Ovqat toksikoinfeksiyasini keltirib chiqaruvchi qo’zg’atuvchi jumlasiga kirmaydi:

klostridium Perfringens
stafilokokk
*streptokokk
salmonella

32 Soxta sil klinik kechish xususiyatiga xos davr:

*yashirin, boshlangich, avj olish, remissiya, qaytalanish yoki cho’zilgan , sog’ayish
boshlangich, avj olish, sog’ayish
kataral, boshlangich, toshma toshishi, pigmentatsiya
boshlangich, avj olish, falaj

33 Soxta sil qo’zg’atuvchisining xos antigenlari:

*O va H antigen
gamma-antigen
Vi antigen
H-antigen

34 Soxta sil tasnifiga xos bo’lmagan klinik shakl:

Abdominal
Skarlatinasimon
Artralgik
*O’pka shakli

35 Soxta silga xos bo’lgan oqibat:

*sog’ayish
cho’zilgan shakli
surunkali shakli
Sog’lom bakteriya tashuvchanlik

36 Soxta silni laboratoriya tekshirish maqsadida qo’llanilmaydigan usul.

Bakterioskopik
Rentgenologik
kompyuter tamogrfiya
*serologik

37 Soxta silning boshlangich davri uchun xos simptomlar:

*bosh og’rig’i, mushaklar va bo’g’imlarda og’riq, tana harorati ko’tarilishi harorat ko’tarilishi, titrab sovuq qotish, kuchli terlash, yirik bo’g’imlarda kuchib yuruvchi og’riq
tana harorati ko’tarilishi, kuchli terlash, holsizlik, darmonsizlik,
tana harorati yuqori ko’tarilishi,bosh og’rig’i kuz olmasi, peshona sohasida kuchayishi

38 *Qaysi* preparat botulizmning asosiy davosi hisoblanadi?

penitsillin
anatoksin
*antitoksik zardob
reopoliglyukin

39 Botulizm asorati jumlasiga kirmaydi:

Miokardit
*psixoz
Tirishish
surunkaliga o’tish

40 Botulizm bilan tushganda 1-erdam:
ko’proq suyuqlik berish
*oshqozonni yuvib, tozalovchi huqna qilish
simptomatik davo o’tkazish
umumiy zaharlanishga qarshi

41 Botulizm bilan xastalangan bemorlarni kasalxonadan chiqarish qoidalari:
qon,siydik, najas ekmasi nazorati buyicha
*klinik sog’ayish va parez, falajlanishning yo’qolishi
RPGA natijalari
likvorni tekshirish natijalari

42 Botulizm fonolaringonevrologik simptomlar:
halqum qisilishi, disfagiya
*dimog’ bilan gapirish, aniq talaffuz kila olmaslik, afoniya
ptoz diplopiya, anizokoriya,midriaz
bemor boshini ushlay olmaydi, qo’l-oyoq muskullari uz faoliyatini bajara olmaydi

43 Botulizm kasalligi uchun noxos davo usuli:
tozalovchi ho’qna
*vaksina bilan davolash
seroterapiya
dezintoksikastiya vositalari

44 Botulizm qiyosiy tashxisoti uchun xos bo’lmagan belgi:
qutirish
*septik holat
qoqshol
miyada kon aylanishning buzilishi

45 Botulizm patogenezi uchun xos zveno:
qon tomir devorining zararlanishi,kapillyar elastikligi buzilishi
*uzunchoq miyaning zararlanishi
nerv muskul sinapslarining zararlanishi
bosh miya pardalari zararlanishi

46 Botulizm tashxisini tasdiqlashda yordam beruvchi belgi:
gemoragik sindrom
*ko’rish, yutish, nafas olishning buzilishi
tana haroratining pasayishi
qorin sohasida og’riq, suyuq ich ketishi

47 Botulizm tashxisini tasdiqlashda ishlatiladigan material:
qusuq massa va najas ekmasi
*qon va siydikda toksin miqdorini aniqlash
ut suyuqligi ekmasi
qon ekmasi

48 Botulizm uchun foydali davo usuli:
turli eritmalar, vitaminlar
spazmolitiklar
*ko’p valentli zardob yuborish
umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar

49 Botulizm uchun ishonchli tashxisot usuli:
qon ekmasi
najas ekmasi
*biologik sinama
qonni RPGA ga tekshirish

50 Botulizm uchun noxos belgi:
og’iz qurishi, ko’z belgilari, ptoz, diplopiya, yo’tishning buzilishi
*qorin pastida xurujsimon og’riq
taxikardiya,yurak tonlari bo’giqlashgan
mushaklar bushashishi, boshini oshlay olmasligi

51 Botulizm uchun noxos yuqish omili:
dudlangan mahsulotlar
konservalangan mahsulotlar
*sabzavot va meva
ifloslangan tuprok

52 Botulizm uchun xarakterli simptomlar majmuasi?
yuqori harorat, tez-tez suyuq ich ketishi
Yuqori harorat, es-hushning buzilishi
mushaklarda tutqanoq, suyuq ich ketishi
*ko’ruv o’tkirligi va yutinishning zararlanishi

53 Botulizm uchun xos davolash tartibi:
xususiy davo, zaharlanishga qarshi, me’dani yuvish va tozalovchi ho’qna
*me’dani yuvish va huqna, xususiy davo, zaharlanishga qarshi, antibiotik
antibiotik xususiy davo, zaharlanishga qarshi anatoksin
antibiotik, zaharlanishga qarshi anatoksin, vitaminlar

54 Botulizm uchun xos sindromlar:
Diareya
*bulbar falajlik
Gemorragik
stitolitik

55 Botulizmda aniqlangan belgilar uchun noxos belgi:
diplopiya
*Es-hush yo’qolishi
ptoz
midriaz

56 Botulizmda asab tizimining qaysi qismi zararlanadi?
*uzunchoq miyaning harakat yadrosi
bosh miya po’stlog’i
periferik nervlar
gangliylar

57 Botulizmda hazm sistemasi yallig'lanish belgilari:
qorin chap yonbosh sohasida og'riq, yolg'on chaqiruv, ichak tupu gi
*qorin damlanishi, epigastral sohasida diskomfort, qabziyat
kindik atrofida burab-burab ogrishi, ichak quldirishi, ichning suyuq ketishi
qorinning pastki qismida burab-burab ogrishi, ichning suyuq ketishi

58 Botulizmda MNS zararlanishi uchun noxos joy:
uzunchoq miya
*bosh miya pardasi
Varoliev ko'prigi
miya oeqchalari

59 Botulizmda nafas olish sistemasi zararlanish belgilari:
yuzaki nafas olish, quruq va nam xirillashlar, ko'krak qafasida og'riq
ko'krak qafasida ogirlik, balg'amli yo'tal, o'pkada nam xirillashlar
ko'krak qafasida og'riq, o'pkada nam xirillashlar
*hansirash, ko'krak qafasi qisilishi sezgisi, havo yetishmasligi

60 Botulizmda o'lim sababiga xos bo'lmagan xususiyatlar:
nafas akti buzilishi
*o'tkir buyrak etishmovchiligi
xayot uchun muhim markazlar falaji
nafas olishning buzilishi

61 Botulizmdagi yurak qon tomir sistemani yallig'lanish belgilari:
A/B pasayishi, taxikardiya, kollaps
yurak tonlari bo'giqlashgan, sistolik shovqin, chegaralarning kengayishi
*yurak tonlari bo'giqlashgan, ritmning buzilishi, chegaralarning kengayishi
bradikardiya, puls dikrotiyasi, A/B ning pasayishi

62 Botulizmga qarshi xususiy davo vositasi:
*xususiy zardob
antibiotiklar
qon va qon preparatlari
immunoglobulin

63 Botulizmga mansub infeksiya guruhi:
tashki qavat infekstiyasi
*ichak infeksiyasi
nafas yullari infekstiyasi
jinsiy yullar infekstiyasi

64 Botulizmga qarshi polivalent zardob yuborish uchun noxos bosqich:
*1:100 nisbatda eritilgan ot zardobi bilan teri ichi sinamasi orqali
teri ostiga 0,1 ml zardob yuborish
davolovchi zardob dozani vena ichiga fiziologik eritma bilan yuborish
ikki dozani og'iz orqali

65 Botulizmga qarshi xususiy davo vositasidan keyingi o'tkaziladigan tadbir:
xususiy zardob
umumiy zaharlanishga qarshi
qon va qon preparatlari
*antibiotiklar

66 Botulizmning mionevrologik simptomlari:
og'iz bo'shlig'i quruqligi, halqumning qisilishi, disfagiya
*bemor boshini ushlay olmaydi, qo'l oyoq muskullari o'z faoliyatini bajara olmaydi
Ko'z xirralashishi,ptoz, diplopiya, anizokoriya, midriaz
dimoq bilan gapirish, aniq talaffuz qila olmaslik, afoniya

67 Gijjalarning allergik ta'siri uchun xos bo'lmagan ko'rinishi:
*terida yara bo'lishi
terida allergik toshma
dorilarga sezgirligi
ekzema

68 Gijjalarning mexanik ta'siri uchun xos bo'lmagan belgi:
*suyak sinishi va mushaklar yorilishi
ichak tutilishi
appendistit
asfiksiya

69 Gijjalarning morfologik tasnifiga xos bo'lmagan guruh:
Nematoda
sestod
*fasstiola
trematoda

70 Gijjalarning organizmga xos bo'lmagan ta'siri
*immunitet oshirishi
Allergik
Mexanik
almashinuv jarayoning buzilishi

71 Gijjalarning yuqish mexanizmi va tashxisotiga xos bo'lmagan shakl:
Geogelmintozlar
Biogelmintlar
kontagioz gelmentlar
*jarohat gijjalari

72 Antigelmentlarga xos bo'lmagan ta'sir:

gijja mushaklari va nerv sistemasi falajlash
*gijjalar ko’payishining oldini olish
gijjalar harakatini buzish
gijjalarni parchalash

73 Askarida morfologik tuzilishi buyicha qaysi guruh kiradi:

Sestod
*nematod
Trematod
fasstiola

74 Askaridoz uchun xos bo’lmagan davo vositasi:

Dekaris
*Fenasal
Kombantrin
Piperazin adepinat

75 Askaridoz uchun xos gelmintozlar guruhi:

Biogelmintozlar
Kontagioz
*Geogelmintozlar
Jarohat

76 Askaridoz yuqish mexanizmi:

*og’iz orqali
Perkutan
jarohat orqali
havo orqali

77 Askaridozga xos klinik belgilar:

kechki paytda anal teshigi atrofida qichishishi
*ichak tutilishi, mexanik sariqlik, pankreatit kuzatilishi
gemorragik kolit belgilari bilan birga, bolalarda to’g’ri ichak tushishini ko’rish mumkin
surunkali xolestistoxolangit, gepatit, pankreatit, oshqozon – ichak traktida va nerv sistemasida o’zgarishlar kuzatilishi

78 Askaridozni davolash uchun qo’llanilmaydigan vosita:

Pirantel
Levomizol
*Oshqozonga kislorod yuborish
To’g’ri ichakka kislorod yuborish

79 Askaridozning surunkali bosqichi uchun xos bo’lmagan belgi:

ishtaha pastligi
*suyuq najas
gipersalivastiya
ta’sirlanuvchanlik

80 Askaridozning vaqtli bosqichi uchun xos bo’lgan belgi:

*eozinofiliya
isitma
ekzantema
gepatomegaliya

81 Gelmintozlarga xos bo’lmagan asorat:

*tashuvchanlikka yo’nalish
butunlay sog’ayish
ishga yaroksizligi
rezidual o’zgarishlar

82 Geminolipidoz davosi uchun ishlatiladigan preparat:

pirantel furazolidon
tiberal, makmiror
zentel
*fenasal

83 Geminolipidoz qo’zg’atuvchisi:

*pakana gijja
cho’chqa solityori
ostrista
dekanator

84 Geminolipidoz uchun xos bo’lmagan laboratoriya usuli:

Kaproskopiya
Gemogramma
*Kaprokultura
Serologik

85 Geminolipidoz uchun xos bo’lmagan belgi:

*ichak tupugi
ko’ngil aynish,ba’zan qusish
og’izdan sulak okishi
kindik atrofida og’riq

86 Geminolipidozda fenasal qabul qilish tartibi:

fenasal poroshogi
fenasal, choy sodasi
*fenasal, shakar, sut
fenasal, shakar, osh tuzi

87 Ichak iersiniozi me’da ichak shaklida najas xarakteri:

*suyuq, suvga o’xshashi va tarkibida shilliq bo’lishi mumkin
suyuq, kup hajmli,tarkibida shilliq, qon bo’ladi, to’q yashil rangda.
suyuq, kam hajmli, tarkibida shilliq, qon bor
suyuq, ko’p hajmli, tarkibida shilliq, malina rangli

88 Ichak iersiniozi me’da-ichak shakliga xos qorinda og’riq bo’lishi:

kamroq kuzatiladi va asosan kindik atrofida seziladi
qorinning o’ng tomonida o’tkir qorin tipida bo’ladi
to’g’ri va sigmasimon ichak sohasiga
*qorinning o’ng qismida yaqqol namoyon bo’ladi

89 Ichak iersiniozi qo’zg’atuvchisi:

*iersinia enterocolica
iersinia psevdotuberculosis

iersinia abdominalis tuphi
iersinia pestis

90 Ichak iersiniozi tasnifiga xos bo'lmagan klinik belgi

*bakteriya tashuvchi
gastroenterokolit
appendikulyar xili
subklinik

91 Ichak iersiniozini davolash tamoyillari:

Seroterapiya
antibi otiklar berilmaydi
*etiotrop, patogenetik
simptomatik

92 Ierseniozda ko'proq zararlanadigan ichak qismini ko'rsating?

*yonbosh ichak
o'n ikki barmoqli ichak
ingichka ichak
yog'on ichak

93 Iersineozning gastrointestinal shakli uchun qaysi simptomlar xarakterli?

suyuq ich ketishi, chap yonbosh sohada og'riqlar
suyuq ich ketishi, qorinda og'riq yo'q
suyuq ich ketishi, oshqozonda og'riqlar
*suyuq ich ketishi, o'ng yonbosh sohada og'riqlar

94 Iersineozning tarqalgan shaklini davolashda ishlatiladigan antibakterial preparatni ko'rsating?

*aminoglikozidlar
nitrofuranlar
sulfanilamidlar
makrolidlar

95 Iersiniozda bakteriologik tahlil uchun xos bo'lmagan material:

qon
*likvor
Najas
siydik

96 Iersiniozlarni laborator tekshirish maksadida qo'llanilmaydigan usul:

*biologik
umumiy klinik tahlillar
bakteriologik
serologik

97 Iersiniozli gepatiiga xos sariqlik davri va temperatura reaksiyasi

kup hollarda yuqori darajada bo'ladi
sariqlik va temperatura reakstiyasi xos emas
*doimiy bo'lmagan subfebrilitet
to'lqinsimon isitma, davomli

98 Iersiniozli gepatitda organizmning zaharlanish alomatlari davomiyligi:

2-3 kun ichida tezda yo'qoladi
1-2 hafta ichida oshib boradi,so'ngra asta-sekin pasayadi
*1-2 kun ichida oshadi va sariqlik davrida saqlanib qoladi
sariqlik paydo bo'lishi bilan yo'qoladi

99 Iersiniozli gepatitda xos bo'lgan kasallik boshlanishi:

to'satdan
*o'tkir
asta-sekin
surunkali

100 Iersiniozni serologik tekshirish uchun xos reaksiyalar:

Rayt reakstiyasi
gemokultura
Opsona-fagostitar reaksiya
*RPGA, O-AGA

101 Iersiniozning gastro-intestinal shakli uchun xos qondagi o'zgarishlari:

leykostitoz, limfostitoz, me'yorli EChT
leykopeniya,limfostitoz,me'yorli EChT
leykostit va limfostit soni me'yorda, eozinofiliya
*neytrofillyoz, leykostitoz, eozinofiliya, EChT oshgan

102 Iersiniozning tarqalgan shakli uchun xos bo'lmagan belgi:

*meningeal belgi
anoreksiya
yuqori isitma
gepatosplenomegaliya

103 Iersiniozning tarqalgan shakli uchun xos bo'lmagan laborator usul:

*o't suyuqligi ekmasi
qon ekmasi, najas
qonda bilirubin va fermentlarni tekshirish
qonni umumiy tekshirish

104 Qiyoslaganda iersiniozli gepatitda periferik qon ko'rinishi:

*neytrofilli leykostitoz, SOE oshgan
leykopeniya, limfotsitoz
gipoxrom anemiya, retikulotsitoz, neytropeniya
limfotsitoz, monotsitoz
neytrofilli leykotsitoz, EChT pasaygan

105 Qiyoslaganda iersinozli gepatitda eng ko'p jarohatlanadigan a'zolar

jigar, taloq, tayanch harakat sistemasi
*jigar, taloq
jigar, limfa bezlari, ingichka ichak distal qismi
jigar, taloq,limfa tugunlari,t omoq shilliq pardasi

106 Exinokokkoz asoratlari jumlasiga kirmaydi:

asstit
jigar abstessi
mexaniq sariqlik
allergik reakstiya

107 Exinokokkozda samarali dori vositasi:
albendazol
prazikvantel
fenasal
kombantrin

108 Jigar exinokokkozi bosqichlari jumlasiga kirmaydi:
klinik ko'rinishli davr
latent davri
*remissiya va qo'zg'alish davri
asoratlar rivojlanish davri

109 Jigar exinokokoziga xos bo'lmagan belgi:
allergik toshmalar toshishi va qichishi
tinkasi qurishi, boshi og'rishi
*siydik rangining qizarishi
jigar kattalashashishi, qattiqlashuvi

110 Jigar exinokokoziga xos bo'lmagan belgi:
jigar kattalashashishi, qattiqlashuvi
o'ng qovurg'a ostida og'irlik va og'riq
*Jigar xuruji
subfebril harorat

111 Jigar trematosiga xos klinik belgilar:
gemorragik kolit belgilari bilan birga, bolalarda
to'g'ri ichak tushishini ko'rish mumkin
kechki paytda anal teshigi atrofida qichishishi,
*surunkali xolestistoxolangit, gepatit,
pankreatit, oshqozon – ichak traktida va nerv
sistemasida o'zgarishlar kuzatilishi
ichak tutilishi, mexanik sariqlik, pankreatit
kuzatilishi

112 O'pka exinokokkozi exinokokk pufagining yorilgan davri uchun xos bo'lmagan belgi:
balg'amda parazit topilmasligi
ko'kragi og'rishi, yo'talish
qon aralash balg'amli yo'tal
balg'amda parazit topilishi

113 O'pka exinokokkozi exinokokk pufagining yorilmagan davri uchun xos bo'lmagan belgi:
nafas qisishi
ko'kragi og'rishi
yo'talish
balg'amli yo'tal

114 Psevdotuberkulez qiyoslanishi shart bo'lmagan kasallik:
*suvchechak
Skarlatina
ichak iersiniozi
TPK

115 Psevdotuberkulez tashxisoti uchun qo'llanilmaydigan reaksiya:
*Vidal
RPGA
RNGA
IFA

116 Psevdotuberkulez uchun xos bo'lmagan patogenetik omil:
*yiringli o'choqlar hosil bo'lishi
enteral
mahalliy
mahalliy limfoadenitlar

117 Psevdotuberkulez uchun xos toshmalar joylashuvi:
*butun tanada
tananing yonbosh qismida
tabiiy burmalarda
bo'yinda

118 Psevdotuberkulezni davolash uchun qo'llanilmaydigan vosita:
*degidratatsiya
Dezintoksikatsiya
Desensibilizatsiya
vitaminoterapiya

119 Psevdotuberkulezning klinik tasnifi uchun xos bo'lmagan shakl:
*surunkali bakteriya tashuvchanlik.
mahalliy shakllari,terminal ileit, mezoadenit,
appenditsit
tarqalgan shakllar
zo'riqish va qaytalanish

120 Teniarinxoz davosi uchun xos bo'lmagan vosita:
*Dekaris
Fenasal
qovoq urugi
prazikvantel

121 Teniarinxoz davosida qo'llanilmaydigan vosita:
*bushashtiruvchi buyurish
fenasal
bushashtiruvchi buyurmaslik
qovoq urugi

122 Teniarinxoz qo'zg'atuvchisi:
*qoramol soliteri
cho'chqa soliteri
pakana gijja
nekator

123 Teniarinxoz uchun xos asab sistemasi yallig'lanish belgilari:
*bosh aylanishi, uyqu buzilishi, tutkanoq to'tishi

meningeal belgilar
patologik reflekslar
bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynash, qusish

124 Teniarinxoz uchun xos bo'lmagan klinika:

*surunkali ich ketish
ishtaha kuchayishi
oriqlash
gijja bulakchalari chikishi

125 Teniarinxoz uchun xos periferik kon ko'rinishi:

*anemiya, eozinofiliya
leykostitoz
leykopeniya
eritropeniya

126 Tenioz davosida tayinlanmaydigan vosita:

*fenasal
kovok urugi
pentoqsil, immunomodulin
polivitaminlar

127 Tenioz qo'zg'atuvchisi:

*qurollangan gijja
ostrista
pakana gijja
egribosh gijja

8-mavzu: **Gripp. O'RVI (paragripp, adenvirusli rinovirusli infekstiyalar). Meningokokkli infekstiya. Klinik variantlari , asoratlari, laborator diagnostika, davolash va oldini olish**.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	Gripp. O'RVI (paragripp, adenvirusli rinovirusli infekstiyalar). Meningokokkli infekstiya. Klinik variantlari , asoratlari, laborator diagnostika, davolash va oldini olish.
Mavzuning maqsadi: hozirda bizning regionda uchraydigan Gripp, O`rvi kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, hamshiralik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. O`tkir respirator virusli infeksiya Gripp kasalligini vaqtli aniqlab, tashxisot o`tkazib, bemorlarga davol chora-tadbirlarni o`tkazish. Kasallik oldini olish ishlariini olib borish. **IVBDV(stast) mahalliy alomatlari bo'lgan isitmaning differenstial diagnostikasi**	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. Test

1.2. "**Gripp. O'RVI (paragripp, adenvirusli rinovirusli infekstiyalar). Meningokokkli infekstiya. Klinik variantlari asoratlari, laborator diagnostika, davolash va oldini olish**." amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob

(40 daqiqa)	Interfaol usulda mavzu tahlili.	beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	“Gripp. O’RVI (paragripp, adenvirusli rinovirusli infekstiyalar). Meningokokkli infekstiya Savol-javob o’tkazish. *«Olmalar»* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi “Yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot”. Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo’linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (125 daqiqa)	“Difteriya, epidemik parotit, poliomielit” Savol-javob o’tkazish. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. *“Tezkorlik, aniqlik, to`laqonlik”* uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi Difteriya, epidemik parotit, poliomielit Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo’linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. **Mustaqil ish beradi**. Parakoklyush Etiologiyasi. Kasallik qo’zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish.. **Uyga vazifa beradi**. Qora oqsoq . Etiolgiyasi . Epidemiologiyasi. Klinik –patogenetik paralelligi. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari. Etiotrop va patogenetik davosi.Oldini olish.Boreliozlar.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Gripp, O`RVI klinikasi, asoratlari.
2. Gripp, O`RVI tashxisoti va davosi.
3. Gripp, O`RVIning asoratlangan va asoratlanmagan shakllarini davolash.
4. Bemorlarni davolash rejasini to’zish.
5. Kasallik tarixini to`ldirish.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Gripp, O`RVIning etiologik va epidemiologik xususiyatlari
2. Gripp, O`RVI klinik tasnifi va klinikasi.
3. Gripp, O`RVIning asoratlari.
4. Gripp, O`RVIning tashxisoti.
5. Grippning asoratlangan va asoratlanmagan shakllarini davolash.
6. Grippning profilaktikasi
7. Bemorlarni parvarishlash rejasini to’zish.

Gripp, O`RVIni chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan viruslar marfologiyasi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi, emlashlarni o`tqaza bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish qoidalarini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Apnoe holatida birinchi yordam ko’rsatish qoidalari.

Maqsad: Nafas olish faoliяtini tiklash.

Ko’rsatma: Ko’kyo’taldagi apnoe holati.

Kerakli anжomlar: Sterillangan rezina qo’lqop, elektr suyuqlik so’rgich, (rezina grusha va boshq.), sterillangan doqa salfetkalari, kislorodli yostiqcha, Bobrov apparati.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To’liq va aniq bажardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo’lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Bemorni chalqancha yotqiziladi	0	5	10
3.	Bo’yin ostiga valik qo’yiladi	0	5	10
4.	Nafas yo’llaridan havo o’tishini яxshilash uchun bemorning boshi orqaga tashlanadi	0	5	10
5.	Elektrootsos yordamida YUNY shilliqlardan tozalanadi	0	5	10
6.	Bemorning og’zi yoki bo’rniga sterillanagan salfetka qo’yiladi	0	5	10
7.	Og’iz-og’iz yoki og’iz-burun yo’li orqali nafas olishni tiklash	0	5	10
8.	Sterillangan doqa salfetka suv bilan namlanadi	0	5	10
9.	Namlangan steril salfetka nafas niqobiga qo’yiladi	0	5	10
10.	Kuchaytirilgan oqsigenatsiя qilish nafas niqobi orqali kislorod yostiqchasi yoki Bobrov apparati, O’SV va boshqalar yordamida namlangan kislorod beriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Soxta krup holatida yordam ko’rsatish qoidalari.

Maqsad: Nafas faoliяtini tiklash.

Ko’rsatma: Nafas faoliяtini bo’zilishi bilan kechuvchi yuqori nafas yo’llari o’tkir virusli kasalliklari.

Kerakli anжomlar: Sterillangan rezina qo’lqop, sterillangan doqa salfetkalar, kislorod yostiqchasi yoki Bobrov apparati, tog’ora, issiq suv (38-40ºS), ichish uchun iliq mineral suv (37-38ºS) yoki boshqa ishqoriy suyuqlik.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To’liq va aniq bажardi (10 ball)
1.	Vrach niqobda bo’lishi kerak	0	5	10

2.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
3.	YUqori nafas yo'llarining o'tkazuvchanligiga ishonch hosil qilinadi	0	5	10
4.	Sterillangan doqa salfetkani suvda namlanadi	0	5	10
5.	Namlangan steril doqa salfetkani kislorod yostiqchasi niqobiga qo'yiladi	0	5	10
6.	Kislorod yostiqchasini bemorga яqin qo'yib kuchaytirilgan oqsigenatsия olib boriladi	0	5	10
7.	Tog'ora olinadi	0	5	10
8.	Tog'orani issiq suv (38-40ºS) bilan to'ldiriladi	0	5	10
9.	Bemor oyok lari 15-20 daqiqaga issiq suvga (38-40ºS) botirib qo'yiladi	0	5	10
10.	Bemorga iliq mineral suv (37-38ºS) yoki boshqa ishqoriy suyuqlik ichiriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Neyrotoqsikozda talvasa sindromini bartaraf qilish

Talvasa sindromi ko'zatilganda, tezda vena ichi yoki mushak orasiga aminazin yoki relanium yuboriladi. Ba`zan mushak orasiga litik aralashma /2, 5% li aminazin -1 ml, 2, 5% li pipolfen eritmasi 1, 0 ml, 0, 25 % novakain eritmasi qilinadi.

25% magniy sulfat eritmasi 1 kg vaznga 0, 2 ml da mushak orasiga yuboriladi.

1. yuqoridagilar natija bermasa, 20% li gl yo'qoza eritmasi bilan 1kg vaznga 50-100 mg GOMK eritmasi vena ichiga sekin yuboriladi.
2. Ko`rsatmaga muvofiq 10% li kalsiy gl yo'qonat yoki kalsiy xlor eritmasi Yoshiga monand 1 ml dan vena ichiga sekin yuboriladi.
3. 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 gl yo'qoza eritmasi insulin va vitaminlar bilan birga bu yuriladi.
   c) yuqori qonsentratsiyali 30-50 ml plazma vena ichiga yuboriladi.
4. Lozim topilsa, orqa miya punksiyasi qilinadi.
5. MNS tomonidan chuqur o`zgarishlar ko'zatilsa, prednizalon ichishga 1-2 mg/kg yoki parenterial 2, 0-5, 0 mg/kg yuboriladi.

   Bemorning burun shilliq pardalaridan surtma olishni ko'rsating.
6. Maqsad: Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.
7. Ko'rsatma: YUqori nafas yo'llari kasalliklari va bakteriya tashuvchilikka tekshirish.
8. Kerakli anjomlar: Sterillangan rezina qo'lqop, niqob, zanglamaydigan temir yoki yog'och tayok chaga paxta yoki marli o'ralgan tampon, oziq muhiti solingan sterillangan probirka, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.
9.
10. Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Bemorni qulay o'tqiziladi	0	5	10
2.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
3.	Burun shilliq qavatidan surtma olish uchun tampondan foydalaniladi	0	5	10
4.	Zanglamaydigan temir yoki yog'och tayok chaga paxta yoki marli o'rab asta probirkaga solib qo'yiladi	0	5	10
5.	SHilliq olish uchun tayyorlangan tampon oldindan sterilizatsiya qilinadi	0	5	10
6.	Burundan surtma olishdan oldin bemordan burunni			

	yaxshilab qoqish so’raladi yoki quruq tampon yordamida ichidagi ajralmalar tozalanadi	0	5	10
7.	Tampon burunning har ikki bo’shlig’i devorlariga botirib surtib olinadi	0	5	10
8.	Olingan modda zudlik bilan oldindan tayyorlangan ozuqa muhitga ekiladi	0	5	10
9.	Laboratoriyaga yo’llanma varaqasiga bemorning maъlumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi	0	5	10
10.	Olingan surtma (namuna) laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

.

“ Olmalar» metodi.

Maqsadi: Talabalarga ushbu muammo bo`yicha to`g`ri javobni tanlashni o`rgatish.

Tamoyillari:

Qattiq qog`ozga yoki kartonga bir necha olma surati chiziladi (olmalarga 4-5 qator tekst sig`sin (12-15sm)). Ularni bo`lib, qirqiladi. So`ng har bir olmani ikkita qiyshiq chiziq bilan bo`linadi. Har bir olma boshqasidan farq qilsin. Olmaning bir bo`lagiga tegishli savolni, ikkinchi bo`lagiga to`g`ri javob Yoziladi. Olmalarning barcha Yarimlarini aralashtirib, har bir o`quvchiga bittadan olish taklif qilinadi. Savol olgan qatnashchi, savolni ovoz chiqarib o`qiydi. shu savolning to`g`ri javobini olgan qatnashchi. ovoz chiqarib, javobni o`qiydi. Qolganlar esa javobning to`g`ri – noto`g`riligini ko`rsatishlari kerak. Javobning to`g`riligiga ishonch hosil qilish uchun, ikkala bo`lak birlashtirib ko`riladi.

Mashg`ulot mavzusi: Gripp.

Savollar:

1. Gripp tavsifi.
2. Gripp qo`zg`atuvchisi;
3. Gripp klinik belgilari;
4. Gripp tashxisoti;
5. Gripp davosi.

“Tezkorlik, aniqlik, to`laqonlik”

Maqsad: Talabalarga ushbu muammo bo`yicha bilimlarini tez, aniq, tulaqon aniqlashni o`rgatish.

Asosiy tamoyillari: Guruh talabalari bilim darajasiga mos holda ikki kichik guruhga bo`linadi. O`qituvchi tomonidan tayyor嚓angan savollar qonvertlarga solingan bo`lib, raqamlanadi. Har bir guruh sardori navbat bilan raqam aytib savolni tanlaydi. Savol o`qilgandan so`ng uch minut ichida guruh talabalari javob tayyorlaydi. Qaysi guruh talabalari javob tayyorlasa, qo`lidagi belgini ko`tarib bildiradi. Javob to`liq bo`lmasa ikkinchi guruh talabalari to`ldiradi.

“Tezkorlik, aniqlik, tulaqonlik” usuli talabalardan yo’qsak diqqat-e`tiborni va ushbu bo`lim bo`yicha Yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Mashg`ulotning mavzusi: Meningokokkli infektsiya

O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro`yxati:

1. Meningokokkli infektsiya kasalligining klinik belgilari.
2. Meningokokkli infektsiya bilan kasallangan bemorlarni davolash.

Mashg`ulot so`ngida o`qituvchi har bir ishtiroqchining harakatlariga baho berib, mashg`ulotga Yakun Yasaydi.

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

Savol	Izoh
1. Gripp-kasalligini umumiy	

tafsifi	
2. Gripp va Meningokokkli infektsiya kasalligini qo`zg`atuvchisi	
3. Kasallik manbai.	
4. yuqish Yo`li.	
5. Moyil organizm.	
6. Kasalxonaga Yotqizish uchun ko`rsatma.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

Savol	Javob
1. Gripp va Meningokokkli infektsiya kasalligining epidemiologiyasi?	
2. Grippningva Meningokokkli infektsiya klinikasi?	
3. Gripp va Meningokokkli infektsiya kasalligining tashxisoti?	
4. Gripp va Meningokokkli infektsiya kasalligini davolash?	
5. Gripp va Meningokokkli infektsiya kasalligini Profilaktikasi?	

MAVZU BAYONI
O'TKIR RESPIRATOR INFEKSIYALAR

O'tkir respirator kasalliklar (O'RK) – etiologiyasi jihatidan turli, klinik belgilari jihatidan umumiyligi ko'p bo'lgan kasalliklar guruhidir. Bu kasalliklarning ko'pchiligini viruslar qo'zg'atadi. Gripp, paragripp, adenovirus kasalligi, rinovirus kasalligi, respirator - sintsitial infeksiya, miko-plazma infeksiyalari va boshqalar O'RK guruhiga kiradi. O'RK da epidemiologik hamda klinik o'xshashliklar bo'lishi bilan birga har bir kasallikda o'ziga xoslik ham bor.

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.

Etiologiyasi. Grippni chaqiruvchi viruslar miksoviruslar oilasiga mansub bo'lib, o'zida RNK tutadi. Virionlar dumaloq yoki oval shaklida bo'lib, diametri 80-100 mm 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-gemagglyutinin 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. Antigenlarni bunday o'zgartirish B va C viruslarida bo'lmaydi yoki bo'lsa ham, kuchsiz namoyon bo'ladi.

Gripp virusi tashqi muhitga chidamsiz, qizdirilgan va qaynatilganda tez nobud bo'ladi. Sovuq muhitda ko'prok saqlanadi. Ultrabinafsha nurlari xam turli xil dezinfeksiyalovchi moddalar ta'siri ham juda chidamsiz.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai kasal odam hisob- lanadi. Ayniqsa, kasallikning engil, noaniq va klinik belgilarisiz turlarini o'tkazayotgan shaxslar xavfli hisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdagilar 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 uzok qa 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 yarimsharda joylashgan viloyatlarda ko'prok noyabr, mart oylarida, janubiy yarimshar viloyatlarida esa aprel, oktyabr oylarida tarqaladi.

A grippning epidemiyasi alangadek tez tarqaladi - bir oyning 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.

Birok , 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 ok ibatda nafas yo'lidagi shilliq tezda quyuqlashib, ajralishi, binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yuqorigacha siljishiga imkon yaratadi.

Patogenezi. Virusning patogen ta'siri uning qo'yidagi biologik xususiyatlariga bog'lik: epiteliy hujayralariga ta'sirchanlik, zaharlilik hamda bir qadar antigenlik ta'siri.

Virus nafas yo'liga tushgandan so'ng epitelial hujayralarda 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'prok yuqori nafas yo'lining yallig'lanishi siftatida namoyon bo'ladi, bronxiolalarga tarqalmaydi.

Virusemiya va toksemiya tufayli tana harorati va zaharlanish alomatlari tez rivojlanadi. Toksinlar ta'sirida qon-tomirlarning zararlanishi tufayli qon aylanishi buziladi, bu esa o'z navbatida o'pkaning zararlanishi hamda markaziy va vegetativ asab tizimi (ko'prok bosh miyaning dientsefal bo'limi) faoliyatining buzilishiga olib keladi. Simpatik va parasimpatik asab tizimining zararlanishi davriy xarakterga ega. Shuning uchun ham gipertoniya gipotoniya bilan, taxikardiya bradikardiya bilan, ok dermografizm, qizil dermografizm bilan almashinib turadi. Qon tomir distoniyasi kasallikdan keyin ham ma'lum vaqtgacha saqlanadi.

Qon tomir o'tkazuvchanligi va qon aylanishining buzilishi ok ibatida miya qon tomirlarida qon dimlanishi, mayda qon quyilishlar sodir bo'ladi va u miya shishiga hamda meningoentsefalit 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'alishida, bakterial asoratlar rivojlanishiga hamda surunkali kasalliklarni qo'zg'alishiga olib keladi. Grippda allergik reaktsiyani virusning o'zi, qo'shilgan mikroorganizmlar hamda zararlangan to'qima parchalari yuzaga keltiradi.

Klinika. Ko'pchilik kasallik belgilarida umumiylik bo'lish bilan birga 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 ortiqligiga qarab grippning nevrologik, bronx - o'pka, tifsimon, gemorragik, ichak va boshqa turlari farqlangan. Kasallikni bunday turlanishi bizning hozirgi davrda gripp xaqidagi tushunchamizga mutlok o mos kelmaydi. Amaliy jihatdan grippni asoratsiz va asoratli (asoratlarini ko'rsatib) hamda engil, o'rta - og'ir, gipertoksik turlarga ajratish maqsadga muvofiqdir. Tashxisni ifodalashda albatta, hamroh kasalliklarni ham ko'rsatish zarur.

Kasallikning yashirin dari 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 sovuqqotib, titrash, bosh og'rig'i bilan boshlanib, tana harorati tezda (bir necha soat davomida) 38-40^{o}C gacha ko'tariladi. Quvvatsizlik, et qaqshashi, mushaklarda, suyaklarda, yirik bo'g'imlarda og'riq kuzatiladi. Bosh og'rig'i zo'rayib boradi.

Ko'prok peshona, chakka, qosh usti ravog'i, ko'z olmasi og'riydi. Ba'zan bemor yorug'likka qaray olmaydi. Kuchli zaharlanish odatda, bosh aylanishi, ba'zan hatto hushini yo'qotish, qusish va gemorragik alomatlar (ko'prok burundan qon ketishi) bilan kuzatiladi.

Bemorlar avvalo burun bitishi, tomok ning 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, B grippda esa uzok rok 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-tomirlarning kengayishi,

ko’zning yaltirab turishi, kon'yunktivit? ko’zdan yosh ok ishi kabilar kasal- likning boshlang’ich belgilari hisoblanadi. Kasallikning og’ir kechimida teri ok aradi va hatto biroz ko’karadi. Lablar va burun qanotlarida gerpetik toshmalar, og’iz, tomok shilliq qavatining qizarishi, bodom bezlarining biroz kattalashuvi, qattiq va yumshok tanglay shilliq qavatida mayda qon quyilishlar ko’riladi. Aksariyat bemorlarda yumshok tanglay, ayrim hollarda tilcha shilliq qavatida mayda donador enantemalar bo’ladi (Morozkin belgisi).

Tomoq ning orqa devorida shilliq qavat qurigan undagi limfatik follikulalar kattalashganligi kuzatiladi.

Kasallikning 3-4 kunlarida tomog’dagi qizarish hamda shish sezilarli kamaysada, boshqa belgilari hali saqlanadi. Burun shilliq qavati ko’kimtir, qizargan, shishgan bo’ladi. Kasallikning 2-3 kunida burundan biroz seli, 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 tonlari sustlashgan bo’ladi. Qon bosimi aksariyat pasaygan, juda og’ir kechimida (ayniqsa bolalarda) hatto kollaps bo’lishi mumkin.

Grippda ovqat hazm a'zolarning zararlanishi kam bo’ladi. Ishtahaning pasayishi (ba'zan mutlaqo yo’qolishi), til karashlanishi ba'zan tilda og’riq, qabziyatga moyillik kabi alomatlari faqat kasallikning og’ir turlarida kuzatiladi.

Isitma davrida siydik kamayadi, harorat pasayganda esa ko’payadi. Kasallik og’ir kechganda siydikda qon, hamda silindrlar bo’ladi.

Gripp virusi toksinning vegetativ asab tizimiga ta'siri bemor yuzining qizarishi, terlash, pulsining labilligi, bosh aylanishi, hid bilishning yo’qolishi kabi alomatlar bilan erkin namoyon bo’ladi.

Markaziy asab tizimi zararlanishi sub'ektiv zaharlanish belgilari bilan og’ir kechimida esa meningial belgilar bilan tirishish, qon aylanish buzilishi tufayli sodir bo’ladi entsefalopatiya, o’chok li belgilar bilan namoyon bo’ladi.

Periferik asab tizimi zararlanganda esa terida giperesteziya, paresteziya, pleksitlar qovurg’a oralig’i nervi va boshqa nervlarning nevralgiya belgilari kuzatiladi. Qonda leykopeniya, eozinopeniya, nisbiy limfotsitoz bo’lib, EChT o’zgarmaydi.

Rekonvalestsentlik davri bir ikki hafta davom etib, bunda asteno-vegetativ belgilar (tez charchash, jahldorlik, uyqunng buzilishi, terlash, pulsning labilligi), asoratlarga moyillik va surunkali kasalliklarning zo’rayishi kuzatiladi.

Grippning engil kechishi biroz umumiy zaharlanish belgilari, hamda subfebril harorat (2-3 kun davomida), ayrim bemorlarni 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 uzok rok 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 entsefalitik 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 -(chaqmok simon) turida juda og’ir neyrotoksikoz belgilari (miya shishi va ko’pchishi), yurak tomir hamda nafas etishmovchiligi (o’pkaning o’tkir gemorragik shishi) bronxiolit, hiqildok ning 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 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.

Grippda zotiljamdan tashqari otit, burun qo’shimcha bo’shliqlari va peshona sinuslarining yallig’lanishi (gaymorit, etmoidit, frontitlar) va ko’prok rinit, faringit, laringit, traxeobronxit, angina va boshqa asoratlar bo’lishi mumkin.

Asab tizimi tomonidan sodir bo'ladigan asoratlar (meningoentsefalit, araxnoidit, polinevrit, radikulit) ba'zan uzok vaqt asab tizimi faoliyatining buzilishi va ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi.

Grippning ok ibati ko'pincha yaxshi, birok 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'nalishni ham aniqlab beradi.

Gripp virusining kasallikning birinchi kunidan boshlab burun, tomok 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 antitelolar usulidan foydalaniladi. Buning uchun burun va tomoq dan shillig'idan tayyorlangan surtmaga grippning flyuorestsentlanuvchi zardobi bilan ishlov beriladi. Hosil bo'lgan antigen-antitelo 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 reaktsiyasi uchun qonni ikki marotaba («juft zardob») kasallik boshida, yana 8-14 kun o'tkazib, rekonvalestsentlik davrida olinadi. Antitelolar 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 bemorlargina kasalxonaga yotqiziladi.

Rejimi. Bemor butun isitma davomida va yana 2 kun o'rinda yotishi kerak.

Parhezi. Sutli, sabzavotli, vitaminlarga boy bo'lishi va ko'prok suyuqlik ichmog'i kerak: limonli choy, meva sharbatlari, sutli asal, ingalyatsiyalar, romashka gullari, malinali ichimliklar. 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 dori-darmonlar ishlatiladi. Etiotrop dorilardan eng ta'sirlisi grippga qarshi gammaglobulin hisoblanadi. Uni 3-6 ml.dan, bolalarga 1-3 ml.dan mg`o ga yuboriladi, gammaglobulin yoki zardobli poliglobulin ishlatiladi.

Bularning hammasi ham faqat kasallikning 1-3 kunida ishlatilganda natija beradi. 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 gr.dan (burniga kunga 3 mahal poroshok holida) beriladi. Biroq , gripp virusiga qarshi ayniqsa A virusiga eng ta'sirchan remantadin hisoblanadi. U birinchi kunga 100 mg 2 tabletka keyin 50 mg (1+2+2) va 3-kuni 200mg (1+2+2) beriladi. Keyingi kunlarda bu dorini berishni hojati ham foydasi ham yo'q.

Leykotsitar interferon har bir burun yo'liga 0,25ml dan 4 mahal tomiziladi. Bu dori ham bu kasallikning birinchi kunlarida (ayniqsa 1-kunida) foydalanadilar. Oksalin mazi (0,25%) – tumovni ancha yumshatadi va muddatni qisqartiradi: uni bir kunda 3-4 mahal burunga surtiladi.

Gripning engil va o'rta-og'ir turlarida ko'prok 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 tomok qurishi va qirilishini kamaytiradi. Yo'talga qarshi kodelak, pektusin, libeksin keyinchalik balg'am ko'chiruvchi dorilar va xantal qog'oz ishlatiladi.

Hozirda ko'proq quyidagi dorilar yig'indisi qo'llanilmok da: remantadin - 3 kun va antigrippin - 5 kun davomida.Bolalarda va katta yoshli shaxslarda etiotrop vosita sifatida viferon (1,2,3,4) shamcha holida 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. Yurak tomir faoliyati buzilgan taqdirda – kordiamin, kamfora, efedrin va boshqalar qo'llaniladi. Yurak tomir etishmovchiligi sodir bo'lganda korglyukon yoki strofantin K yuboriladi va kislorod beriladi.

Profilaktikasi. Hozirda grippga qarshi yangi preparatlar (faolsizlantirilgan vaktsina, remantadin) qatorida, ilgaridan ishlatib kelingan, tirik vaktsinalar ham qo'llanilmok da.

Grippning asosiy profilaktik shartlari qo'yidagicha: epidemiyadan oldingi davrda ommaviy vaktsinatsiyalash, 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 vaktsina ishlatiladi: a) Virionli vaktsina – nayzasiz in'ektor yordamida teri ostiga yuboriladi, b) Keyingi paytlardla gripp kasalligining oldini olish maqsadida tarkibida yuzaki antigenlar: gemagglyutinin va neyraminidaza saqlagan yuqori sifatli Inflyuvak keng ko'lamda qo'llanilayapti. Preparat bilan asosan 6 oylikdan katta bolalar, hamda katta yoshdagilar mavsum boshidan oldin oktyabr-noyabr oylarida emlanadilar.

Bemorni atrofdagilardan 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.

Meningokokkli infeksiya Neisseria meningitidis chakiruvchi, xavo tomchi mexanizmi Orqali yo'quvchi, o'tkir antroponoz kasallik bo'lib,klinik-burun halqum shilliq kavati, miyaning cho'zilmaydigan yumshok pardasi Yalliglanishi va spetsifik sepsemiya belgilari bilan tavsiflanadi.

Atrofdagilarga meningokokk infeksiyasini kup yo'qtiradigan xavfli manbai kasallikning engil -va bilinar-bilinmas xili bilan ogrigan bemorlar xisoblanadi. Ba`zi xollarda meningokokk infeksiyasi nazofaringit kurinishida utadi. Nazofaringitni meningokokk ko'zgatganini faqat bakteriologik tekshirish yo'li bilangina aniklash mumkin, xolos. Bunday bemorlar ko'pincha kasalxonaga Yotkizilmaydi, shunga kura ular infeksiyani tarkatib yuraveradi. Burun, halqum, tomok shilliq pardasining surunkali Yalliglanishi bakteriya tashib yuruvchilik xodisasi paydo bulishiga kulaylik tugdiradi. Meningokokk infeksiyasining epidemiyasi vaqtida bakteriya tashuvchilik infeksiya uchoklarida 20-30 foizgacha kupayadi, Ya`ni usha erdagi soglom kishilarning 20-30 foizi infeksiya manbai bo'ladi. Epidemiyadan boshqa vaqtlarda, kasallik sporadik tarzda uchrab turadigan maxallarda bakteriya tashuvchilar infeksiya uchogida 1-3 foizgacha kamayadi. Meningokokk infeksiyasi 14 Yoshgacha bulgan bolalarda va Yosh odamlarda ko'proq uchraydi. Meningokokk infeksiyasi . bilan kasallanish urta xisobda xar 10-15-25 yil oralab kupayib turadi. Bu infeksiya epidemiyasi ko'pincha maktab va bogcha bolalari orasida boshlanadi. Bunday sharoitlarda avvalo nazofaringit va bakteriya tashib yuruvchilik kupayadi,keyin meningokokk meningiti va infeksiyaning umumiylashgan, tarkok xillari uchray boshlaydi. '

Meningokokk infeksiyasi kish va kuklam faslida (fevral-may oylarida) kupayadi.

Infeksiya xavo-tomchi yo'l bilan yo'qadi. Bemor yutalganida, aksirganida va gapirganida tupuk. zarrachalari bilan meningokokklarni tashqariga chikaradi. Bu meningokokklar idish-tovok, sochik va boshqa bu yumlarni tutgan odamga infeksiya osongina yo'qadi.

Klinikasi. Meningokokk infeksiyasining inkubatsion davri 1 kundan 10 kungacha cho'ziladi.

Meningokokk infeksiyasining klinik klasifikatsiyasi.

1.Birlamchi lokal xillari: a) meningokokk tashib yuruvchilik; b) o'tkir nazofaringit; c) pnevmoniya.
2.Gematogen-tarkok xillari: a) meningokokksemiya; b)meningit; c) meningoensefalit; d) aralash (meningokokksemiya+meningit); d) kam uchraydigan xillari (endokardit, artrit, iridotsiklit).

M e n i n g okokk tashib yuruvchilik-kasallikning subklinik xili bo'lib, xech kanday simptomlari kurinmaydi.

O'tkir nazofaringit. Meningokokk infeksiyasining bu xili juda kup uchraydi. Xarorat kiska muddatga subfebril darajaga kutarilib, ozgina intoksikatsiya bo'ladi. Bemorning boshi ogriydi.Tomogi kichishib, kuruk yutaladi, burni bitib qoladi. Keyin burnidan shilimshik okadi. Ba`zi xollarda intoksikatsiya kuchlirok bo'ladi, xarorat 5-7 kungacha cho'ziladi. Bemor boshi aylanib, kusadi, muskullari ogriydi.

Nazofaringit halqum, tomok shilliq pardasi shishib kizaradi, ayniksa halqumning Orqa tomoni ko'proq kizarib shishadi va shu erdagi limfoid folikulalar kattalashib, kip-kizil bo'lib ko'zga tashlanib turadi. Tomok, halqumdagi bu o'zgarishlar 1-2 xafta davom etadi. O'pkada bronxit aniqlanadi.

Nazofaringit meningit epidemiyasi vaqtlarida infeksiya uchogida 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 o'zok ta`sir kiladigan sulfanilamid preparatlar xam bu yuriladi.Bemorlar tomogini tez-tez chaykab turish tavsiya etiladi. .

Pnevmoniya. Ba`zan meningokokk birlamchi pnevmoniyaga sabab bo'ladi. Bunda meningokokk infeksiyasining boshqa alomatlari kurinmaydi. Meningokokk pnevmoniyasi ko'pincha o'zok davom etadi va bemorning axvoli ancha og'ir bo'ladi.

Meningokokksemiya (meningokokk sepsisi). Meningokokk bakteriemiyasi ba`zan meningeal simptomlarsiz utadi, boshqa xollarda esa meningit xam boshlanadi. Oxirgi yillarda 1-2 foiz bemorlarda meningitsiz utadigan meningokokksemiya uchramokda.

Meningitsiz utadigan meningokokksemiyaning klinikasi turlicha bo'ladi. Ba`zan meningokokksemiya engil utadi, bunda bemorning axvoli og'irlashmaydi. Meningokokksemiyaning bunday xilida diagnozni anik belgilash kiyin.

Meningokokksemiya aksari birdan boshlanadi, 6-8 soat davomida xarorat 38-40 darajagacha kutariladi. Intoksikatsiya bilan bir vaqtda meningizm belgilari paydo bo'ladi: bosh qattiq ogrib, bemor talvasaga xam tushadi, ko'pincha kayt kiladi va bexush bo'lib Yotadi. Shunisi borki, miya pardalarining Yalliglanishiga xos ushbu simptomlar bulgani xolda Orqa miya su yo'qligida Yalliglanishga alokador o'zgarishlar topilmaydi. Kasallik boshlanganidan keyin 8-12 soat utgach bemor badanida gemorragiya alomatlari ko'rinadi, mayda petexial toshmalar bilan bir katorda 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar paydo bo'ladi. Badandagi toshmaning shaklan yo'ldo'zchalarga uxshash bulishi juda xarakterlidir. Bu toshmalar ko'pincha dumba, son, boldir, ko'z kovogi, ko'z sklerasi va ba`zan yo'zda paydo bo'ladi.

Isitma 1-2 kun yo'qori bo'lib turadi (30-40) so'ngra u turlicha kurinishda davom etadi, keyinrok subfebril darajaga tushadi.Kuchli intoksikatsiya vaqtida taxikardiya, gipotoniya, xansirash aniqlanadi.Bemor tili karash bilan koplanadi, u kup chankaydi, chakalok bolalarda dispepsiya belgilari (kusish, ich ketish) kuriladi.

Meningokokksemiyada ba`zan bugimlarning sinovial pardasi zararlanib poliartrit simptomlari paydo bo'ladi, ko'zning tomirli pardasi Yalliglanadi (uveit, iridotsiklit, xoreoidit yo'z beradi). Bunda shox pardaning rangi o'zgarib, tuk kizil tusga kiradi.Endokardit va pnevmoniya kamroq uchraydi. Qon tekshirilganda anchagina leykotsitoz (20000-40000), neytrofilez borlig'i, formulasi chapga surilgani aniqlanadi, anaeozinofiliya xam bo'ladi.

Meningokokksemiyaga o'z vaqtida to`g`ri davo qilinsa, kasallik ko'pincha bemorning sogayishi bilan Yakunlanadi.

Meningit. Inkubatsion davr 4-6 kun davom etadi.Kasallik tusatdan boshlanadi, bemor eti uvishib, kaltiraydi, xarorati 39-40 darajagacha kutariladi, boshi qattiq ogriydi, ketma-ket kayt kiladi.Intoksikatsiya tez kuchayib borib, bemor xadeb bezovtalanaveradi.Ba`zi xollarda, ayniksa bolalarda tutkanok tutadi.Isitma turlicha shaklda bo'lib 2-3 kundan 7-14 kungacha, gox 20-25 kungacha cho'ziladi.Ishtaxa bugiladi, birinchi kundanok badanda gemorragik toshma paydo bo'ladi.Ba`zan badan terisida (kasallikning og'ir formasida) mayda toshmalardan tashqari 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar ko'zga tashlanadi.Bunday gemorragiya belgilari sklera, qon` yunktiva, tanglay,burun shilliq pardasida xam uchraydi.Ba`zan me`da, bachadon, buyrakdan qon ketadi.Bemor bezovtalanib, alaxlaydi, uni uyku tortaveradi, lekin uxlay olmaydi.

Bemorning basharasi, ko'zi kizargan va burtgan bo'ladi, u kuyosh yoki elektr nuriga karay olmaydi.Kasallikning 2-3 kuni uchuk toshadi.Jigar va taloq ozgina kattalashadi.Meningeal simptomlar paydo bo'ladi: ensa muskullari tortishib kiskarib turadi.Kerning va Brudzinskiy simptomlari Yakkol aniqlanadi.Bolalar boshini Orqasiga tashlagan xolda Yotadi, katta Yoshdagi bemorlar esa boshi Orqaga tashlangan, oyoklari korniga tortilgan xolda bo'ladi.

Kerning simptomi va ensa muskullarining tortishib, kiskarib turishi ba`zan 4 Yoshgacha bulgan soglom bolalarda xam uchraydi.Bu kasallik alomati bulmasdan, balki normal fiziologik xolatdir. CHakalok bolalarda meningitning eng xarakterli simptomi likildokning tarang tortib, burtib turishidir.

Talvasa kattalardagiga karaganda bolalarda ko'proq bo'ladi.Agar bemor bolani kultik ostidan ushlab kutarilsa, uning oyoklari korniga tortilgan xolatda bo'ladi.

Bosh miya nervlarining zararlanishiga oid simptomlar paydo bo'ladi: anizokariya, qonvergensiya va akkomodatsiyaning bo'zilishi, ko'zning gilay tortishi, strabizm, shular jumlasidandir.Ko'pincha gorizontal nistagm borligi topiladi.

Bulardan tashqari oyok-kullarning falaji, Yarimfalaj alomatlari uchraydi.Rossalimo, Babinskiy simptomlari aniqlanadi.O'z vaqtida to`g`ri davo choralar amalga oshirilsa kupchilik bemorlar kasallikning 12-14 kunlariga borib sogaya boshlaydi.

Ependimatit sindromi bilan utadigan meningit.Meningit diagnozi kech aniklangan va unga noto`g`ri davo qilingan xollarda ependimatit simptomlari paydo bo'ladi.Bemorni uykuga tortaveradi, muskullar kiskarishi kuchlirok bo'ladi; bemor betartib xarakat kiladi, kundan-kunga ozib ketadi (kaxeksiya). Seroz meningit. Meningit ba`zan serozli meningit kurinishida o'tadi.Bunda meningeal sindrom Yakkol kurinmaydi.Orqa miya su yo'qligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz aniqlanadi (1mm da 200-800 xujayra).Pleotsitoz asosan limfotsitlar xisobiga bo'ladi.

Meningoensefalit. Kasallikning bu xili kam uchraydi. Meningeal sindrom sust ifodalangan bo'ladi, asosan ensefalit simptomlari aniqlanadi. Kasallik birdaniga boshlanadi, bemor psixikasi bo'zilib, uni talvasa tutadi, oyok-kullari falaj yoki Yarim falaj bo'lib qoladi.Meningokokk ensefaliti ko'pincha bemorning ulimi bilan tugaydi.

Differensial diagnostikasi. Yiringli meningitlarni asosan meningokokk va pnevmokokklar ko'zgatadi.Oxirgi vaqtlarda stafilokokk qo'zgatadigan yiringli meningitlar xam uchramokda.

Meningokokk meningiti tusatdan boshlanadi, bemor xarorati kutarilib, kusadi va Kernig, Brudzinskiy simptomlari paydo bo'ladi. Orqa miya su yo'qligi tekshirilganda xira va yiringli bo'ladi, pleotsitoz Yakkol ko'rinadi.Su yo'qlik tarkibidagi oksil modda bir kadar kupayadi (0,6-1,5 %), Pandi va Nonna-Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chiqadi, orqa miya suyqligida meningokokklar topiladi.Qonda leykotsitoz (15000-30000) va neytrofiloz aniqlanadi.

Pnevmokokk meningiti. Pnevmokokk meningiti tusatdan boshlanmay, bir kadar sekinrok boshlanadi- yu, lekin intoksikatsiya kundan-kunga kuchayib boradi.Kasallikning birinchi uchogi-pnevmoniya, yiringli otit, traxeobronxit borligi aniqlanadi. Tula bulmagan meningial sindrom bilan birga ensefalit belgilari (tutkanoq tutishi, bemor bexushligi xam) ko'rinadi.Ba`zan bosh miyaning ayrim kismlari zararlanganiga xos belgilar paydo bo'ladi.Jigar va taloq kattalashadi.

Bu xol meningit o'zok davom etadi va kasallik vaqti-vaqti bilan zurikib turadi.Ana shunday vaqtda Orqa miya su yo'qligi yiringli bo'lib, pleotsitoz kupayadi (600-1300 gacha etadi), oksil mikdori kupayadi (0,8-6,5-9,7 % va xokazo).

Stafilokokk meningiti. Kasallik tusatdan boshlanadi, xarorat 39-40 darajagacha kutarilib, sepsisga oid simptomlar paydo bo'ladi.Ichki organlarda o'zgarishlar ko'proq aniqlanadi.Jigar va taloq kattalashadi, qon bosimi pasayadi.Bu meningitning eng muxim xususiyati abstsesslar paydo bulishidir.SHu sababdan likvorda va qonda ko'pincha stafilokoklar topiladi.

Likvordagi o'zgarishlar: pleotsitoz kupayadi (1mm kubda 1500-2000 xujayra topiladi).CHuktirish reaksiyalari musbat natija beradi. Periferik qonda neytrofillar kupayib ketadi (60-100%gacha). Leykotsitoz 15000-30000 atrofida bo'ladi.

Sil meningiti. Bu kasallikni sil tayoqchasi ko'zgatadi va u asta sekin avj olib boradi.Xarorat subfebril darajaga kutariladi; sal bosh ogriydi.Bemor darmonsizlik sezadi.Oradan taxminan bir xafta (5-6 kun) utgach, meningial sindrom paydo bo'ladi.Kasallikning 8-10 kunlari bosh miya nervlari zararlanganiga oid belgilar ko'zga tashlanadi (ko'z gilay tortib turadi, anizokariya, ptoz va kurish xamda eshitishning Yomonlashishi aniqlanadi). Avval bemorni uyku tortavergan bo'lsa, endi (urtacha bir xafta utgach) u bezovtalanib nojuya xarakatlar kila boshlaydi.

Es-xush xam yo'qolib, oyok-kullar falaj va Yarim falaj bo'lib qoladi. Kasallikning uchinchi xaftasida bemorni talvasa tutadi. Keyin bemor koma xolatiga tushib, kup utmay uladi. Sinchiklab surab-surishtirib kurilsa , bemorning kachonlardir sil bilan ogriganligi yoki sili bor odamga Yakin yurganligi aniqlanadi.

Orqa miya su yo'qligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz ko'rinadi. (1 mm kvadratda 200-700 xujayra). Unda oksil kupayadi (1,0-3,3 %).Pandi va Nonne - Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chikadi. 12-24 soat utgach likvorda fibrindan tashkil topgan yo'pka pardacha xosil bo'ladi. Ana shu pardachadan sil tayokchalarini ajratib olish mumkin.Qonda limfotsitoz bo'ladi.

Asoratlari. Davo kech boshlanganida turli asoratlar va koldik alomatlar aniqlanadi.Meningitdan sogaygan kishilarda asteniya sindromi (tajanglik, tez charchashlik, bosh ogrigi) uchraydi. Yosh bolalar meningitdan so'ng yigloki bo'lib qoladi.

Davolash vaqtida antibiotiklar dozasi kam bo'lsa, meningit qaytalanib, zurikishi mumkin. Ensefalit bilan utgan meningitdan so'ng kamdan-kam xollarda oyoq-ko'llar falaj yoki Yarim falaj bo'lib qoladi.Reqonvalestsentlarning 3 foizida quloq og'ir tortib, ko'zi xiralashadi.Gidrotsefaliya kam uchraydi.

Davosi. Meningit bilan ogrigan bemorni davolash deyarli xamma vaqt shoshilinch choralar kurishni talab kiladi.

Meningitning tarqoq xilida davo qilish. Davoni bemorga antibiotiklar,xususan penitsillin bu yurishdan boshlanadi.Bir kunda 2000000 bir/kg xisobidan bu yuriladi. Bemorning axvoli juda og'ir bo'lsa, penitsillin dozasi oshirilib 1000000 Ed/kg gacha etkaziladi. Penitsillin gematoensefalik tusikdan juda kiyinlik bilan utadi , Ya`ni qondan bosh miyaga kam utadi. Shu sababdan meningitda penitsillin katta dozalarda bu yuriladi.

Benzilpenitsillinning natriyli to'zini venaga yuborish xam mumkin. Bir kecha-kundo'zda 2000000-12000000 birlik dozada tomchilash yo'li bilan venaga kuyiladi). Penitsillinning katta dozada musqo'l orasiga yuborilganda, uni Orqa miya kanaliga yuborish zaruriyati yo'qoladi.

Davolash jarayonida penitsillin dozasini kamaytirish mumkin emas, aks xolda meningit alomatlari darrov zurayadi. Penitsillin bilan davolash xarorat tushib , meningial simptomlar yo'qolguncha davom ettiriladi. Davo boshlanganidan 5-6 kun utgach bemor endol yumbal punksiya qilib ko'riladi. Agar likvorda pleotsitoz kamayib, 1 mm dagi xujayralar 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 muskullar orasiga kuniga 25 mg/kg xisobidan , levomitsetin esa kuniga 80-100 mg/kg xisobidan tayinlanadi. Preparat venadan yuboriladi, keyin xar 8 soatda usha dozada muskullar orasiga yuborib turiladi). Davo kursi 7 kun.

Levomitsetin suksinat parenteral yo'l bilan yuborilganiga Yaxshi natija olinadi (bemorga avval 1-2,5 g mikdoridagi litik aralashma (promedol, aminazin, dimedrol yoki pipolfen) yuborib turiladi. Talvasa tutishi kaytarilsa, bemorga xloralgidratdan klizma qilinadi va lyuminal ichiriladi. Muskullar orasiga seduksen yuborilsa (bir kunda 50-100 md) Yaxshi natija olinadi.

Profilaktikasi. Meningokokk infeksiyasining xilidan katiy nazar xamma bemorlar kasalxonaga Yotkiziladi.Bolalar kollektivlarida bemor bilan qontaktda bulganlar nazorat ostiga olinadi va tekshiriladi.Tekshirilganlar orasida bakteriya tashib yuruvchilar topilsa, ularni sanatsiya maksadida 3 kun bosim sulfanilamid preparatlar beriladi.Bunday kollektivda tekshirish va sanatsiya ishlari tugamagunga kadar Yangi bolalar qabul qilinmaydi.

Bunday kollektivga qarashli bino, bemor Yotgan xona dezinfeksiya qilinadi.

"Gripp. O`RVI Meningokokkli infektsiya" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	Gripp va O`RVI Meningokokkli infektsiya bilan kechuvchi kasalliklarni tushunadi. Tahlil qiladi, baholaydi, umumlashtiradi. Mavzunito`liq biladi, tushunadi, tahlil qila oladi, Amaliyotda qo`llay oladi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	71-85	YAxshi "4"	Gripp va O`RVI Meningokokkli infektsiya bilan kechuvchi kasalliklar	2-daraja: bilim va

			bo`lganda tashxis qo`yib davo tizimini to'za oladi. Bemorlarni kompleks davolash reablitatsiya qilishni to`liq aniq biladi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	ko`nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli "3"	Gripp va O`RVI Meningokokkli infektsiya bo`yicha umumiy bilimga ega Bemorni davolash reablitatsiya qilishni Yomon biladi.	1-daraja: tasavvur etish darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. "2"	Gripp va O`RVI Meningokokkli infektsiya bilan kechuvchi kasalliklar haqida tasavvurga ega emas. Davolash reablitatsiya qilishni bilmaydi, qonspekt Yozmagan.	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 12 multimedialar 2

KEYS-METOD (CASE STUDY). Viloyat Sog'liqni saqlash boshqarmasiga G. ismli 12 yoshli bemor kasalxonada "Meningokokli infekstiya, meningit og'ir kechishi" tashxisi bilan davolanib chiqishida tibbiy xodimlarni sifatsiz davo muolajalarini o'tqazganliklari to'g'risida bemor onasi shikoyat qildi. Quyidagi kasallik tarixini tahlil qilib, ekspert sifatida vrachning tashxisot va davolash taktikasiga baho bering.

Bemor G,12 yoshda kasallik tarixi № 1945/376. Bemor kasallikning 5 kuni umumiy holsizlik, darmonsizlik, ishtaha pastligi, ko'ngil aynash, qusish kuchli bosh og'rishi va tana haroratining 39.5^{o}S kabi shikoyatlar bilan kasalxonaga murojaat qildi.

Epidemiologik anamnezdan u maktabda tomog'i og'rigan bolalar bilan muloqotda bo'lgan. Kasallik o'tkir, darmonsizlanish, tana harorati oshishi, kuchli bosh og'rishi, qayt qilish bilan boshlangan. Ko'rik paytida bemorning umumiy ahvoli og'ir. Bemorning holati passiv. Terisi rangpar, quruqroq, ushlaganda og'rik, shilliq qavatlari oqimtir, toshmalar yo'k. Mahalliy limfa tugunlari (bo'yin, qo'ltiq osti) kattalashmagan. Meningeal belgilar ensa mushaklar tarangligi, Kerning va Brudzinskiy yuqori belgilari musbat. Nafas olishi erkin, burun orqali. Auskultativ o'pka ustida qattiq vezikulyar nafas eshitiladi, xirillashlar yo'q. Tomir urishi minutiga 86 marta, qoniqarli to'liqlikda, A/B 90/60 mm. sim.ust. Yurak tonlari bo'g'iq, shovqinlar eshitilmaydi. Lablari quruq, tili oq-sariq karash bilan qoplangan, bodomcha bezlari bir oz qizargan. Qorin qapchigan,chuqur paypaslaganda o'ng qovurg'a sohasida og'riq aniqlanadi. Jigar o'lchamlari kattalashmagan. Taloq kattalashmagan. Siyishi erkin, og'riqsiz. Ichi kuniga 2 mahal, rangsiz.

Qonning umumiy tahlili: Eritrostitlar – 4.0 x10^{12} g/l, gemoglobin – 122,0 g/l, rangli ko'rsatkich – 1,0, leykostitlar – 24 x10^{9}/l . Leykostitar formula: tayoqcha yadroli – 12%, segment yadroli – 64%, limfostitlar – 23%, monostitlar – 3%, eozonofillar– 2%,bazofilar-1%, trombostitlar -200 x10^{9}l, EChT –2 mm/soat. Siydik rangi: Somon sariq solishtirma og'irligi-1012, leykostitlar – 1 k/m. Najasning umumiy tahlili: mushak to'qimasi –yo'q, biriktiruvchi to'qima –yo'q , neytral yog'lar- yo'q, shillik, epiteliy- yo'q.

Orqa miya suyuqligi tahlili: Miqdori 5.0 ml, Rangi ko'kimtir, Tiniqligi loyqa, oqsil 0,40 g/l, stitoz 1264, limfostitlar 35% , neytrofillar 65% , cho'kmasi yo'q, eritrostitlar 1-2 (ko'rish maydonida). Bakterologik tekshiruvda diplokokklar aniqlandi. Klinik tashxis: Meningokokli infekstiya, meningit og'ir kechishi. Bemorga quyidagi davo vositalari: to'shakli rejim, ko'proq suyuqliklar istemoli, penistillin tana vazniga og'irligiga 300 000 TB/kg mushak orasiga va vena ichiga buyurilgan, vena ichiga 10% li glyukoza.

Qonning umumiy tahlili: Eritrostitlar – 4.2 x10^{12} g/l, gemoglobin – 128,0 g/l, rangli ko'rsatkich – 1,0, leykostitlar – 8 x10^{9}/l . Leykostitar formula: tayoqcha yadroli – 12%, segment yadroli – 54%, limfostitlar – 33%, monostitlar – 3%, eozonofillar– 2%,bazofilar-1%, trombostitlar -220 x10^{9}l, EChT –6 mm/soat. Siydik rangi somon rang, solishtirma og'irligi-1012, leykostitlar – 1-2 k/m. Najasning umumiy tahlili: mushak to'qimasi –yo'q, biriktiruvchi to'qima –yo'q , neytral yog'lar- yo'q, shillik, epiteliy- yo'q.

Orqa miya suyuqligi tahlili: Miqdori 5.0 ml, Rangi rangsiz, Tiniqligi tiniq, oqsil 0,12 g/l, stitoz 64, limfostitlar 65%, neytrofillar 35%, cho'kmasi yo'q, eritrostitlar 1-2 (ko'rish maydonida). Bakterologik tekshiruvda kokklar aniqlandi.

Kasallikning 25 kuni bemorning ahvoli yaxshilandi, ishtaha paydo bo'ldi, meningeal belgilar yo'qoldi.

Taqdim etilgan kasallik tarixini tashxisot va davolash standartlari asosida tahlil qilib, quyidagi savollarga javob bering. 1.Vrach kasallikning tashxisot standarti doirasida tekshiruvlarni o'tqazdimi? 2. Vrach kasallikning davolash standarti asosida davoladimi? 3. Sizning taktikangiz qanday bo'ladi.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:

neovir, ketorol, kefzol

1. Rp.: Sol. Neoviri 12.5%-2.0 N.5
   (savdo nomi)
   Neovir
   (xalqaro patentlanmagan nomi)
   D.S. 2 mldan mushak orasiga kun oralab yuborilsin.

2.Rp.: Sol. Ketoroli 3% 1.0ml N.6
   (savdo nomi)
   Ketorolac
   (xalqaro patentlanmagan nomi)
   D.S. 5mldan kuniga 2mahal mushak orasiga yuborilsin.

3.Rp.: Cefzoli 1,0 N.10
   (savdo nomi)
   Cefazolin
   (xalqaro patentlanmagan nomi)
   D.S. 0,5% li 5 ml novokainda eritilib, kuniga 2 maxal m/o ga (sinamadan so'nd) yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari

8-Mavzu:Gripp. O'RVI (paragripp, adenvirusli rinovirusli infekstiyalar). Meningokokkli infekstiyalar.Klinik shakllari (lokal va tarqalgan shakllari). Og'irlik ko'rsatkichlari. Infekstion-toksik karaxtlik. Miya shishining klinikasi va diagnostikasi. Tezkor tibbiy davo usullari. Laborator diagnostikasi. Etiotrop va patogenetik davolash. Profilaktikasi. IVBDV(stast) Maxalliy alomatlari bulgan isitmaning differenstial diagnostikasi

127. Ko'k yo'tal qiyoslanadigan kasallik:
virusli gepatit
qorin tifi
*O'RVI, bronxoadenit
OITS

2 Gripp bilan kasallangan bemorlarni etiotrop davolash uchun ishlatiladigan preparatni ko'rsating?
*ozeltamivir
biseptol
eritromistin
penistillin

3 Gripp diagnozini tasdiqlovchi serologik usullar:
*qo'sh zardob reaksiyasi
Vidal reakstiyasi
ROPGA
O-AGA

4 Gripp qiyoslanmaydigan kasallik:
adenovirus infekstiyasi
paragripp
*poliomiyelit
enterovirusli infekstiya

5 Gripp qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizmlar guruhi
bakteriya
spiroxeta
sodda jonivor
*virus

6 Gripp toksik shakli uchun xos bo'lmagan belgi:
tana haroratining 39-40^{o}C bo'lishi
*ich ketishi, qorinda og'riq
tez tez nafas olish

yurak tez-tez urib, kon bosimining pasayishi
7 Gripp uchun xos bo'lmagan sindrom:
*dispeptik
umumiy zaharlanish
kataral
mialgik va artralgik
8 Gripp uchun xos bo'lmagan asorat:
*o'pka abstessi
miya shishi
gaymorit, faringit
bronxit
9 Gripp uchun xos bo'lmagan belgi:
*labga uchuq toshishi
yuqori harorat, bodomcha bezlarining qizarishi
tomoq ko'rishi, qichish
aksirash, quruq yo'tal
10 Gripp uchun qaysi simptomlar majmuasi xos?
subfebril harorat, laringit, rinit
yuqori tana harorati, bodomcha bezlari, limfa tugunlarining kattalashishi, faringit
yuqori tana harorati, bodomcha bezlari, limfa tugunlarining kattalashishi, gepatosplenomegaliya
*yuqori tana harorati, bosh og'rig'i, mialgiya, noproduktiv tumov

11 Gripp uchun xos belgi:
*bosh og'rig'i va ko'z soqqasi suyaklarida og'riq
periferik limfa tugunlari kattalashuvi
toshma mavjudligi
gipertoniya
12 Gripp virusi tarkibida:
*bir spiralli RNK
qo'sh spiralli DNK
RNK va DNK
RNK va DNKsiz
13 Grippda nafas yo'llari yallig'lanishiga xos bo'lmagan klinik belgi:
halqum qizarishi
quruq yo'tal
*bodomcha bezlarining kattalashuvi
rinit
14 Grippda nerv sistemasi yallig'lanishi ko'rsatmaydigan klinik belgilar
*tana harorati ko'tarilishi
bosh og'rig'i
Ko'z soqqasida og'riq
adinamiya
15 Grippda nerv sistemasining zararlanishini ko'rsatuvchi omillar jumlasiga kirmaydi:
holsizlik
*meningizm
tana harorati ko'tarilishi
bosh og'rig'i, tananing kakshab og'rishi
16 Gripp patogenetik davosida qo'llanilmaydigan vosita:
*degidratastion
dezintoksikastion
vitaminoterapiya
dezinsibilizastiyalovchi vositalar
17 Grippda rinostitoskopik usulda tekshirishda zarur material:
*burundan olingan surtma
qon
balg'am
najas
18 Grippda uy sharoitida davolashda qo'llanilmaydigan vosita:
ko'proq suyuqlik ichib turish
to'shak rejimi
*antibiotikklar berish
remantadin berish
19 Grippga xos bo'lmagan laboratoriyaviy tashxisot usuli:
*bakteriologik
rinostitoskopiya
serologik
virusologik
20 Grippni davolashda qo'llaniladigan patogenetik davo vositasiga kirmaydi:
naftizin, galazolin
narkotik bo'lmagan analgetiklar
*narkotik analgetiklar
antigrippin
21 Grippni tipik kechishida likvor o'zgaradimi?
ha
ehtimol
*yo'q
aniqlab bo'lmaydi
22 Grippning engil shakliga xos belgi:
zaharlanish juda kuchli bo'ladi harorat 39-40 S ko'tarilib bosh qattiq og'riydi
bemor bosh og'rig'i kuchli, nafas olishi tez-tez va yuzaki,lablarni ko'rishi
bradikardiya, gipertoniya
*tana harorati ko'tarilishi, 1-2 kun bosh og'rig'i, kuz olmasida og'riq, holsizlik
23 Grippning vaqtli tashxisida qo'llanilmaydigan usul:
*RTGA
qonning klinik tahlili
virusologik metod
ekspress-diagnostika usuli
24 Grippning xususiy davosiga kirmaydi:
*tebrofen

remantadin
oksolin mazi
interferon

25 Cho’chqa gripp qo’zg’atuvchisi:

H9N2
H7N7
*H1N1
H1N5

26 Cho’chqa grippi asosiy yuqish yullariga kirmaydi?

Maishiy muloqot
Aerogen
*Alimentar
Havo-tomchi

27 Cho’chqa grippi etiotrop vositasi?

IFN
Zefiks
Antibiotiklar
*Ozeltamivir

28 Cho’chqa grippi oldini olish vositalariga kirmaydi:

kasal bilan muloqotda bo’lgandan keyin qo’llarni yuvish
kasal bilan muloqotda bo’lganda nikob takish
*to’liq ishlov berilmagan cho’chqa mahsulotlar iste’moli
kasal bilan muloqotda bo’lishdan saqlanish

29 Cho’chqa grippi zararlaydigan asosiy a’zo?

Jigar va taloq
Yurak
*Yuqori nafas yo’li, me’da ichak trakti

Buyrak

30 Qiyoslaganda paragrippga xos belgilar:

*to’satdan harorat ko’tarilishi, peshona ko’z soqqasida og’riq, burundan shilliq, kelishi asta sekin boshlanishi, bosh og’rig’i et uvishi, ovoz xiralashishi
o’tkir boshlanish,kon’yuktivit, bezlar kattalashishi, burundan shilliq kelishi
burun bitishi, tomoq qichishi

31 Qiyoslanganda gripp uchun xos belgi:

*o’tkir boshlanish, 5-6 kun isitma, tumov alomatlari, yuz kizarganligi, boshning peshana qismida og’riq
asta-sekin boshlanishi,uzoq isitma, kasallikning 7-8 kuni rozeolali toshma toshishi, meteorizm, quldirash
o’tkir boshlanish, qaltirash, terlash, mahalliy limfa tugunlari kattalashishi
o’tkir boshlangan intermittirlovchi isitma, qayta-qayta et uvishishi, qusish

32 Respublika xududiga “Cho’chqa grippi”ning kirib kelishining oldini olish to’g’risidagi buyruk:

№ 289 25.09. 2009y
№ 4 04.01. 2008y
*№ 126 28.04.2009 y
№ 5 05.01.2012y

33 Qaysi o’tkir respirator virusli kasallikda remantadin buyuriladi?

paragripp
*gripp
rinovirusli infeksiya
adenovirusli infeksiya

34 Bakteriologik usulda tomoqdan surtma olib tekshirish qaysi kasalliklarda asosiy usul bo’lib o’rganiladi:

difteriya,kuydirgi,o’lat
*difteriya, gripp, meningokokk infekstiyasi
difteriya,virusli gepatit,shigellez
difteriya,vabo,esherixiozlar

35 “Soxta krup” asorati qaysi o’tkir respirator virusli kasallik uchun xarakterli?

gripp
*paragripp
rinovirusli infekstiya
adenovirusli infekstiya

36 Brill-Sinster kasalligi kataral belgilarniga asoslanib takkoslash tashxisoti o’tkazish mumkin:

shigellez,amebiaz
*gripp, meningokokk infeksiyasi, qizamiq
esherixioz, ovqat toksikoinfekцiyasi dan zaharlanish
aksirash, yo’tal

37 Traxeit qaysi o’tkir respirator virusli kasallik uchun xarakterli?

*gripp
paragripp
rinovirusli infekstiya
adenovirusli infekstiya

38 Qiyoslaganda rinovirusga xos belgilar:

to’satdan boshlanishi, bosh og’rig’i, et uvishi, burundan suv ketishi, quv-quv yo’tal, ovoz xiralashishi
asta-sekin boshlanishi, bosh og’rig’i, et uvishi, burundan suv ketishi, quv-quv yo’tal
o’tkir boshlanish, kon’yuktivit, bezlar kattalashishi, balg’amli yo’tal
*to’satdan harorat ko’tarilishi bilan bog’lanish, peshona va ko’z olmasi sohasida og’riq,burundan shilimshiq kelishi

39 Adenoviruslarda virusologik usul bilan tekshirishga xos bo'lmagan material
tomoq shilliq qavati
*burundan olingan surtma
kuz yoshi
najas

40 Adenoviruslarning isitmali o'tkir faringit shakli uchun xos belgi:
ko'krak qafasida og'riq, balg'am aralash yo'tal
*tumov belgilar, bodomcha bezi qizarishi va og'riq, ovozi xirillashi, quruq yo'tal
tana harorati ko'tarilishi,holsizlik, darmonsizlik, suyuq ich ketishi
tana harorati ko'tarilishi, suyuq ich ketishi

41 Adenoviruslarning o'tkir epidemik keratokonyuktivit shakli uchun xos belgilar:
tumov belgilari, bodomcha bezi qizarishi va og'riq, quruq yo'tal
*ko'z konyuktivasi, qovoq qizarishi va shishi, yosh oqishi
ko'krak qafasida, boshning peshana sohasida, kuz olmasida og'riq
isitma, tumov, yo'tal

42 Adenovirusli infeksiya kasalligining kechishi:
kasallik zaharlanish va nafas yullarining asosan pastki qismida yuz beradigan o'zgarishlar bilan ta'riflanadigan virusli
*bezlar yallig'lanishi va kuchsiz zaharlanish bo'lishi bilan kechadigan virusli kasallik
yuqori nafas yullarida, me'da-ichak shilliq pardasining yallig'lanishi
rinoreya bilan kechuvchi virusli kasallik

43 Adenovirusli infeksiya tashxisotidaqo'llanilmaydigan laboratoriya usuli:
virusologik
*bakteriologik
immunoflyuresstenstiya
serologik

44 Adenovirusli infeksiya uchun xos bo'lmagan klinik shakl
faringokonyuktival isitma
*yiringli konyunktivit
isitmali o'tkir faringit
o'tkir epidemik keratokonyunktivit

45 Adenovirusli infeksiyada ko'p uchraydigan asorat:
miokardit, laringit
rinit, faringit
bronxit, epidparotit
* otit, sinusit, zotiljam

46 Adenovirusli infeksiyalar uchun qaysi simptom xarakterli emas?
yuqori tana harorati
*yuqori tana harorati, bodomcha bezlari, limfa tugunlarining kattalashishi, artritlar
rinit
limadenopatiya

47 Burunda surtma olish qaysi kasalliklarda asosiy rol o'ynaydi:
*adenovirusli infekstiyasi
salmonellez
virusli gepatit
shigellez, amebiaz

48 Burundan surtma qaysi infekstiyalarni tekshirish maksadida olinadi:
*adenovirus
rabdoviru
pikarnovirus
herpes virus

49 Infeksion toksik shok bosqichlarini baholaydi:
De-Ritis koefisiyenti
eritrostitlar ko'rsatkichi
*Algover koefisiyenti
E.Ch.T ko'rsatkichi

50 Miya shishi davosi uchun xos vositalar
*gidrokortizon, eufilin, 40% li glyukoza,mannitol, reopoliglyukon
strofantin, prednizalon, droperidol,furastillin
antibiotiklar, reopoliglyukin, prednizolon, ATF, laziks
antibiotiklar, 5% glyukoza, gepatoprotektorlar

51 Miya shishi kuzatiladigan kasallik:
gripp "A"
brustellyoz
esherexioz
*miningokokkli meningit

52 Miya shishida buyuriladigan diuretik preparatlar jumlasiga kirmaydi:
*droperidol
mannitol
furosemid
triampur

53 Miya shishida tutkanoqqa qarshi preparatlar jumlasiga kirmaydi:
suprastin,
*panangin
magneziy sulfat
diazepam

54 Bolalarda meningokokkli meningit uchun xos bo'lmagan meningial belgi

Lessaj belgisi
*ensa mushaklari taranglashishi
likildoqning uchta belgisi
tuvak belgisi

55 Gemokulturaga qon qaysi hollarda olinadi:

*meningokokk infeksiyasi, brustellez
o'lat, kuydirgi, qizamiq
shigellyoz, amyobiaz
difteriya, infekstion mononukleoz

56 Likvordagi qaysi o'zgarish meningokokkli meningit tashxisini qo'yishda ishonchli mezon hisoblanadi?

qand miqdorining pasayishi
pleostitoz
*qo'zg'atuvchining aniqlanishi
limfostitar pleostitoz

57 Meningokokkemiya uchun xarakterli toshmani ko'rsating?

*gemorragik nekroz bilan birga
dog'li
tugunli
papullyoz

58 Meningokokkemiyaning yashinsimon shaklini davolash uchun ishlatiladigan preparatni ko'rsating?

penitsillin
ampitsillin
ampioks
*levomitsetin

59 Meningokokkli infeksiya klinik tasnifiga xos bo'lmagan shakllar:

*me'da ichak
o'tkir nazofaringit
meningit
meningokokkstemiya

60 Meningokokkli infeksiya tashxisotida qo'llanilmaydigan uslub:

qon ekmasi
likvorni bakteriologik tekshirish
gemorragik toshma qirrindisidan bakteriologik tekshirish
*qon surtmalarini bakterioskopik tekshirish

61 Meningokokkli infeksiya uchun xos bo'lmagan klinik belgilar:

tana haroratining ko'tarilishi
*qorin og'rig'i
kuchli bosh og'rig'i
qusish

62 Meningokokkli infeksiya uchun xos bo'lmagan laborotoriyaviy usul:

*rinomitoskopiya
gemokultura
likvor o'zgarishlari
halqumdagi surtma

63 Meningokokkli infeksiya uchun xos bo'lmagan meningial belgi:

Ensa mushaklari taranglashuvi
Kernig belgisi
Brudzinskiy belgisi
*Lassega belgisi

64 Meningokokkli infeksiyada miya shishi va kengayishi sababi:

gemodinamik buzilish
metobolik buzilish
*neyrotoksikoz
MNSning o'choqli patologiyasi

65 Meningokokkli meningit qiyoslash tashxisoti o'tkazishda xos bo'lmagan kasallik:

*gripp
meningizm
tuburkulyozli meningit
ikkilamchi meningit

66 Meningokokkli meningit tashxisotida qo'llaniladigan eng muhim uslub:

likvor bakteriologik tekshiruv
*immunologik tekshiruv
halqumdan surtma olish
kasallik tarixi

67 Meningokokkli meningit uchun likvordagi o'zgarishlar:

*neytrofilli sitoz
limfotsitli sitoz
Pandi-Nonne-Apelt sinamasi manfiy
likvor tiniq, rangsiz

68 Meningokokkli meningit uchun xos bo'lmagan belgilar:

patologik reflekslar paydo bo'lishi
teri reflekslari so'nishi
meningeal belgilar paydo bo'lishi
*parez va falajlanish

69 Meningokokkli meningit uchun periferik konda xos bo'lgan o'zgarish:

leykopeniya, limfotsitoz
aneozinofiliya, leykopeniya
eozinofiliya, leykopeniya, monositoz
*leykotsitoz, neyrofillyoz

70 Meningokokkli meningit uchun xos potogenez davri:

bakteriemiya
allergik holat
*miya yumshoq pardasi yallig'lanishi
bakterimiya, toksinemiya

71 Meningokokkli meningitda miya shishi bilan kurashishda qo'llanilmaydigan davo vositasi

*5 % li glyukoza
mannitol
tuzli eritma
proteaz ingibitorlari

72 Meningokokkli meningitda noxos bo'lgan likvordagi o'zgarishlar:

*limfotsitli sitoz
oqsil miqdorining oshishi
neytrofilli sitoz
bakteriologik diplokokk topilishi

73 Meningokokkli meningitni davolashda etiotrop vosita bilan davolash ni to'xtatish kriteriysi:

klinik sog'ayish, tana haroratining normallashishi
meningial belgilar yo'qolishi
*likvorda qo'zg'atuvchi topilmasligi, sitoz 100 dan kam limfotsitlar
bosh og'rig'i yo'qolishi, qusishning to'xtashi

74 Meningokokkli meningitning boshlanishida qaysi simptomlar majmuasi kuzatiladi?

*tana haroratining tezda ko'tarilishi, bosh og'rig'i, qorinda og'riqsiz ko'ngil aynishi
asta-sekinlik bilan boshlanadi, bosh og'rig'i, qusish, suyuq ich ketishi
yuqori tana harorati, qusish, qorinda og'riq
yuqori tana harorati, bosh og'rig'i, ko'ruv o'tkirligining buzilishi

75 Meningokokkli meningoenstefalit uchun xos bo'lmagan belgi:

isitma, qaltirash
parez va falajlik
*gemorragik toshma

meningial sindrom

76 Meningokokkli meningokokkstemiyani qiyoslash tashxisoti o'tkazishda xos bo'lmagan kasallik:

*qizamiq, qizilcha
gemoragik isitma
Qorin tifi, paratif
toshmali tif

77 Meningokokkli meningokokstemiyaning asosiy patogenetik davri:

*bakteriemiya, toksiniemiya
allergik o'zgarishlar
immunogenetik o'zgarishlar
miya yumshoq pardasining yallig'lanishi

78 Meningokokkli meninngit davosida qo'llanilmaydigan davo vositasi:

*seroterapiya
dezintoksikatsiya
degidratatsiya
etiotrop

79 Meningokokkstemiya toshmasiga xos xarakter:

*teri sathidan biroz baland, ushlaganda bezchalari aniqlanadi
teri sathidan yuqori emas, bosganda yo'qoladi
teri sathidan yuqori emas, bezchalari aniqlanmaydigan gemorragik toshmalar
teri sathidan yuqori emas, bezchalari aniqlanmaydigan rozeolali toshmalar

80 Meningokokkstemiya yashinsimon kechishi uchun noxos belgisi:

menineal belgilar, es xushi yo'qolishi
*likvorda o'zgarishi
gemorragik toshmalar, qon quyilishlar
kon bosimi pasayishi, ipsimon puls

81 Meningokokkstemiyaning asosiy belgisi:

*noto'g'ri shaklli gemoragik belgi
yuqori harorat, bosh og'rig'i
terining oqimtir rangga kirishi
sklera va kon'yuktivada qon quyilishi

82 Meningokokkstemiyaning yashinsimon kechishi uchun xos bo'lmagan belgi:

gemorragik toshmalar, qon quyilishlar
taxikardiya
*qusish et uvishib, qaltirash
nafas aritmiyasi

83 Meningokokli infeksiyada miya shishishi kengayishiga xos bo'lmagan klinik belgi

*o'choqli belgi
es-hushining og'ishi
tirishish nafas olish va yurak faoliyatining buzilishi
likvorda bosimning oshishi

84 Meningolokokkli infeksiya bilan ko'proq og'riydigan shaxslar:

katta yoshdagilar
14-30 yosh
Chaqaloqlar
*14 yoshgacha

85 Tana vazni 80 kg bo'lgan, meningokokkli meningit bilan og'rigan bemorni davolash uchun ishlatiladigan penistillinning kunlik dozasini ko'rsating?

*24mln. TB
3 mln. TB
6 mln. TB
8 mln. TB

86 Paragripp uchun xarakterli emas?
*limfadenopatiya
yo'tal
tumov
tana haroratining ko'tarilishi

87 Parranda grippi oldini olish vositalariga kirmaydi:
parranda terisini shilganda qo'lqopdan foydalanish
*to'liq ishlov berilmagan parranda mahsulotlar iste'moli
parranda bilan muloqotda bo'lgandan keyin qo'llarni yuvish
parranda kataklarini tozalaganda niqob taqish

88 Parranda grippi zararlaydigan asosiy a'zo?
*Yuqori nafas yo'li
O'pka
Jigar
Buyrak

89 Meningkokkli nazafaringit asosiy belgisi:
*burun bitishi, tana haroratini oshishi, halqum qizarishi
quruq yo'tal
tovush xirillash
hansirash, burun bitishi, tana haroratini oshishi

90 Sariq isitma etiologiyasi uchun xos bo'lmagan tavsif:
*tashqi muxitga chidamli
sariq isitma qo'zg'atuvchisi-12x27 nm
kattalikdagi filtrlanuvchi virus
RNK saklovchi arboviruslarga kiradi
zararlangan pashshalar-tashuvchilarda 4 haftagacha yashaydi

91 Sariq isitma patogenezida quyidagilardan qaysi biri ahamiyatga ega emas:
*toksinemiya
pashsha chaqqanda virusning teri orqali kirishi
limfogen yo'l bilan virusni regionar limfa tugunlarida tushishi
virusemiya

92 Sariq isitma qiyoslanadi:
*hammasi bilan
virusli gepatit bilan
leptospiroz bilan
malyariya (bezgak) bilan

93 Sariq isitmada gemorragik sindromga quyidagilardan biri kirmaydi:
*teri va shilliq qavatlarda turli kattalikdagi gemorragik toshmalar
oshqozon-ichakdan qon ketishlar
gematuriya
burundan qon ketishlar

94 Sariq isitmada infeksiya manbai va tashuvchisiga, kirmaydi:
*qushlar
maymunlar
inkubatsion davrning oxiri va kasallikning 3-4 kunlarida kasal odam
pashshalar

95 Sariq isitmada jigar va buyrak zararlanishi kuzatiladi:
*barcha bemorlarda
kasallikning 1-2 kunida
viruslarning jigar va buyrak kon tomirlarining endoteliysiga joylashishi bilan bog'liq
isitmaning ikkinchi to'lqin davrida rivojlanadi

96 Sariq isitmada pataloganatomik o'zgarishlar:
*hammasi
sariqlik
ichki organlar gemorragik diatezi
eozinofilli nekrozlar borligi (Kaunsilmen tanachalari va jigarning yogli distrofiyasi)

97 Sariq isitmaga klinik-epidemiologik diagnoz qo'yishda quyidagilarga asoslaniladi, birtasidan tashqari:
*pulsning o'zgarishi
endemik o'choq
tipik ikki to'lqinli temperatura egri chizigi
jigar va buyrak zararlanishi

98 Sariq isitmani davolashda qaysi preparat ishlatilmaydi?
*spetsifik immunoglobulin
dezintoksikatsion suyuqliklar sutkasiga 2-3 l
parenteral glyukokortikoid garmonlar
yurak-qon tomir preparatlari (strofantin, korglikon, kamfor)

99 Sariq isitmaning epidemiologik xususiyatlariga xos emas:
*sariq isitmaga moyillikning pastligi
tabiiy o'choqli kasallik
sariq isitmaning 2 epidemiologik variantlari bor endemik va epidemik
epidemik sariq isitma antroponoz transmissiv kasallik

100 Sariq isitmaning laborator diagnostikasi uchun muhim metod:

*marhumning qonidan, jigari va miyasidan virusni ajratish
KBR titri 1:16 va undan yuqori
virusni neytrallash reaksiyasi
gemaglyutinastiyani tormozlash reaksiyasi

101 serebral gipotenziv sindromi kechuvchi meningit uchun xos bo'lmagan belgi:

*meningeal belgi
suvsizlanish belgilari
meningeal belgilar bo'lmasligi
likvor bosimining pasayishi

102 Umumiy meningeal belgilar jumlasiga kirmaydi:

*Teri giperesteziyasi, yoruglikdan qo'rqish, giperakuziya
Ensa mushaklarining taranglashishi belgisi
Kernig belgisi
Flato belgisi

103 Talvasa sindromida prednizolon preparati kachon qo'llaniladi:

*MNS tomonidan chuqur o'zgarishlar kuzatilganda
surunkali oshqozon-ichak yara kasalliklarda
grippda
kuydirgida

104 Epindimatit sindromi bilan kechuvchi meningit uchun xos bo'lmagan belgi:

*uyquchanlik
qattiq bosh og'rig'i
meningial belgilar
ruxiy o'zgarishlar

9-mavzu: **Qora oqsoq . Borreliozlar Etiolgiyasi . Epidemiologiyasi. Klinik –patogenetik paralelligi. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari. Etiotrop va patogenetik davosi.Oldini olish. OIV/OITS infekstiyasi**. Ichak iersinozi va soxta sil

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. Brutsellyoz, borrelioz Ichak iersinozi va soxta sil etiotrop va xususiy davo. 2. Brutsellyoz, borrelioz Ichak iersinozi va soxta sil Klinik tasnifi. Klinikasi. 3. Brutsellyoz, borrelioz Ichak iersinozi va soxta sil tashxisoti, teri-allergik sinamasi. 4. Bemorlarni, borrelioz Ichak iersinozi va soxta sil davolash rejasini tuzish. 5. OIV/OITS Klinik tasnifi. Klinikasi. 6. OIV/OITS etiotrop va xususiy davo.
Mavzuning maqsadi: hozirda bizning regionda uchraydigan Brutsellyoz, Borreliozlar, Ichak iersinozi va soxta sil OIV/OITS kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. Brustellyoz odamlarga hayvonlardan yuqadig.an va ko'pincha su-runkali davom etadigan infekstion-allergik kasallikdir. U isitma, limfogemopoez organlari, periferik nerv sistemasi, tayanch-harakat organlari va tanosil a'zolarining zararlanishi bilan ta'riflanadi. OIV/OITS kasalligini vaqtli aniqlab, bemorlarga kerakli chora-tadbirlarni o`tkazish, asoratlar oldini olish, kasallik tarqalishini oldini olish. OITS Etiologiyasi, qo'zg'atuvchining xarakteristikasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Tasnifi, klinik turlari, diagnostikasi, davolash usullari. OITS + oportunistik kasalliklar, ularning kechimi. Davolash taktikasi. Profilaktikasi. **IVBDV (stast) bolalarda OIV infekstiyasining kechishi, diagnostikasi va tibbiy yordam kursatish tamoyillari**	

Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. Test

1.2. "Qora oqsoq. Borreliozlar Etiolgiyasi . Epidemiologiyasi. Klinik –patogenetik paralelligi. Laborator tashxisot usullari. Davolash usullari. Etiotrop va patogenetik davosi. Oldini olish. OIV/OITS infekstiyasi." amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"Brutsellyoz, Borreliozlar" Savol-javob o'tkazish. "MEN SHUNGA LOYIQMAN " interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi "Brutsellyoz, Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (90 daqiqa)	"OIV/OITS" Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. "IJODIY FIKR VA KLINIK MUShOHADA" " uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi: OIV/OITS Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (45 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. **Mustaqil ish beradi.** Gemorragik isitmalar (BSGI, Sariq). Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish. **Uyga vazifa beradi.** Arbovirusli infektsiyalar. Bezgak. Rikketsiozlar. Ku-isitmasi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Brutsellyoz, Borreliozlar, OIV/OITS . Klinik tasnifi. Klinikasi.
2. Brutsellyoz, Borreliozlar, Borreliozlar, OIV/OITS tashxisoti, teri- allergik sinamasi.

3. Brutsellyoz, Borreliozlar, Borreliozlar, OIV/OITS etiotrop va xususiy davo.
4. Bemorlarni davolashrejasini to'zish.
5. Kasallik tarixini to`ldirish.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Brutsellyoz, Borreliozlar, Ichak iersinozi va soxta sil OIV/OITS ning etiologik tizimi.
2. Brutsellyoz, Borreliozlar, Ichak iersinozi va soxta sil OITS ning yuqish Yo`llari va mexanizmi.
3. Brutsellyoz, Borreliozlar, Borreliozlar, OIV/OITS ning patogenez asoslari.
4. Brutsellyoz, Borreliozlar, OIV/OITS ning klinik tasnifi va klinikasi.
5. Brutsellyoz, Borreliozlar, Ichak iersinozi va soxta sil OIV/OITS ning laboratoriyaviy tashxisot usullari.
6. Brutsellyoz, Borreliozlar, OIV/OITS ning davolash asoslari va usullari.
7. Brutsellyoz, Borreliozlar, OIV/OITS ning oldini olish.

Brutsellyoz, Borreliozlar, Borreliozlar, OIV/OITS ni chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, go`sht va sut mahsulotlarini qayta ishlash qoidalarini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Bemorda meningeal simptomlarni va patologik reflekslarni aniqlashni ko'rsating.

Maqsad: Meningit va meningoentsefalit belgilari bilan kechuvchi kasalliklarga to'g'ri tashxis qo'yish.
Ko'rsatma: Meningit va meningoentsefalit kasalligiga taxmin qilish.
Kerakli anjomlar: Kushetka, niqob.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Shifokor niqobda bo'lishi kerak. Kuchli bosh og'rig'i aniqlanadi	0	5	10
2.	Bemor kushetkaga yotqiziladi	0	5	10
3.	Ensa mushaklar tarangligini aniqlanadi	0	5	10
4.	Kernig belgisi ikki tomondan aniqlanadi	0	5	10
5.	Brudzinskiy yuqori simptomi aniqlanadi	0	5	10
6.	Brudzinskiy o'rta simptomi aniqlanadi	0	5	10
7.	Brudzinskiy quyi simptomi aniqlanadi	0	5	10
8.	Lessaj simptomi aniqlanadi	0	5	10
9.	Qorin reflekslari aniqlanadi	0	5	10
10.	Patologik reflekslar aniqlanadi (Babinskiy, Rossolimo, Oppengeymer)	0	5	10
	Jami	0	50	100

Byurne teri allergik sinamasi

Brutsellyoz kasalligini tashxislashda B yurne teri-allergik sinamasi qo`yiladi.

Usuliyati: Tekshirish lozim bo`lgan bemor bilagining ichki satxiga, terining epidermis qavatiga ingichka igna bilan 0, 1 ml miqdordagi brutsellyoz antigeni yuboriladi. Bemorning organizmida 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. B yurne 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.

Qon surtmasini tayyorlash

Surtmalar Yog`sizlantirilgan toza bu yum oynalaridan tayyorlanadi, bu oynalar spirtli shisha ichiga solib saqlanadi. Oyna toza latta bilan quruq qilib artiladi, lekin uning yo'ziga barmoqlar tekkizilmaydi. Xuddi shunday ehtiyotlik bilan oynaning cheti barmoqdagi qon tomchisiga tarqaladi, bunda oyna yo'zasi barmoq terisiga tegmasligiga qarab turish lozim. Shundan keyin oyna chap qo`lning bosh va ko`rsatkich barmoqlari bilan shunday ushlanadiki, toqi qon tomchisi ko`rsatkich barmoq Yonida turadigan bo`lsin. So`ngra jilollangan qoplagich oyna tor cheti bilan qon tomchisining chap tomonidan bu yum oynasiga $45^oS$ burchak ostida qo`yiladi va asta sekin tomchiga Yaqinlashtiriladi. Qon tomchisi qoplagich oyna qirrasi bo`ylab tarqalganidan keyin bu oynani chaqqon va bir tekis, harakat bilan bosh barmoq tomonga suriladi. Yaxshi surtma yupqa, tekis va yo'zasi mayin bo`lish kerak. Surtmani 2ta tayyorlash tavsiya etiladi. Surtma qurib bo`lgandan keyin unga maxsus qalam bilan bemorning familiyasi Yozib qo`yiladi. Trambotsitlarni sanab ko`rish uchun surtma olinayotgan bo`lsa, bu holda unga 1tomchi magniy sulfat eritmasi tushirilgandan keyin igna sanchib tyoshiladi. Surtmalar shu eritma bilan aralashgan qondan tayyorlanadi.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

MEN SHUNGA LOYIQMAN

Amaliy mashg'ulotida talabalarda darsdan tashqari paytda egallagan amaliy bilimlarini bevosita sinab ko'rish imkoniyatlari paydo bo'ladi. Ular berilgan vazifani bajarish davomida ortirgan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalda sinab ko'rilgan quyidagi uslubini, "Men shunga loyiqman." texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlarga ajraladilar. Kim o'zini qaysi bahoga loyiq deb topsa, shu guruhga qo'shiladi. "A'lo", "Yaxshi", "Qoniqarli". Agar talaba bugungi darsda baholash mezoniga ko'ra 3 ballik joriy bahoga ega bo'lishi kerak bo'lsa, a'lo-2.6-3 ball, yaxshi-2.2-2.5 ball, qoniqarli-1.7-2.1 ball sifatida baholanadi;
- har bir guruh uchun avvaldan tayyorlangan savollar tizimi mavjud bo'lib, dastlab "A'lo" baholar guruhi bilan shug'ullaniladi;
- shu guruhga mos savolga javob topgan talaba o'yindan, albatta, "a'lo" bahosi bilan chiqadi;
- guruhdagi barcha savollar berib bo'lingach, bironta ham savolga javob berolmagan, lekin a'lo bahoga da'vogar talaba quyiroq guruhga qo'shilishga majbur bo'ladi;
- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarning savollariga javob topolmagan talaba vazifani topshirolmagan hisoblanadi.

Usulni qo'llashdan kutiladigan samaralar:

- talabada o'zining imkoniyatlarini "chamalash", ya'ni o'z-o'zini baholash imkoniyati paydo bo'ladi;
- "shu bahoga" loyiq bo'lish uchun talaba astoydil harakat qiladi, birmuncha qiyinroq savollarga ham javob berishi kerak bo'ladi, bu uni ko'proq malumot yig'ishga va fikrlarini asoslashga majbur qiladi;
- talaba iloji boricha "yuqoriroq" guruh tarkibiga kirishga intiladi, bu uni muttasil o'z ustida ishlashga olib keladi;
- har bir talaba "o'zi" uchun harakat qilishi lozim, bu unda mas'uliyati hissini paydo qiladi;

- baholash uchun unchalik ko’p vaqt sarflanmaydi.

Umuman olganda, usulni qo’llash natijasida har bir talabada “o’sish” imkoniyati mavjud bo’lib, bu baholashning ob’ektiv amalga oshishini ta’minlaydi, ya’ni o’qituvchida “bu 3 baho oluvchi talaba” degan fikrni almashishiga olib keladi.

“IJODIY FIKR VA KLINIK MUShOHADA”

Maqsad: Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko’ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o’rganish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig’i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o’rganib, klinik belgilar va laboratoriyaviy ma’lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo’yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

i.

Mashg`ulot mavzu: OIV/OITS

Savol: OIV/OITS kasalligida OIV/OITS davolashda qo’llanadigan preparatlarni sanab bering.

Afzalliklari: Bu uslub talabalarning izlanuvchan, tirishqoqlik, ishni ijobiy hal qilishga o`rgatadi.

15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari).

Talaba uchun topshiriq № 1

Savol	Izoh
Brutsellyoz, Borreliozlar, OIV/OITSning ta`rifi:	
Kasalliklar epidemiologiyasi.	
Kasalliklar patogenezi.	
Kasalliklar klinikasi.	
Brutsellyoz, Borreliozlar,OIV/OITSda o`tkaziladigan profilaktik choralarni qo`llash	
OIV/OITS davosi.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

Savol	Javob
Brutsellyoz, Borreliozlar,OIV/OITSning etiologiyasi	
Kasallikning qiyosiy tashxisoti.	
Brutsellyoz, Borreliozlar,OIV/OITSning klinik tasnifi	
Kasallikning laborator tashxisoti	
Brutsellyoz, Borreliozlar, OIV/OITS da o`tkaziladigan davo choralarini ayting	

MAVZU BAYONI

BRUSELLYOZ

Brusellyoz (qora oqsoq)- brusellalar chaqiradigan, asosan maishiy-mulok ot va alimentar yuli bilan yuqadigan limfogemopoez, harakat-tayanch, asab va jinsiy a'zolar zararlanishi bilan kechadigan infeksion-allergik kasallikdir.

Etiologiyasi. Brusellyoz kasalligini qo’zg’atuvchi mikroblar brusellalar guruhini tashkil qiladi. Ilmiy tadqiqotlar natijasiga ko’ra 1970 yilga kelib brusellalar quyidagi tiplarga ajratildi: 1. Brusella melitenzis - mayda shoxli hayvonlarda uchraydigan brusellalar. 2. Brusella abortus - yirik shoxli hayvonlarda uchraydigan brusellalar. 3. Brusella suis - cho’chqalarda uchraydigan brusellalar. 4. Brusella

- ovis - erkak qo'ylarda, qo'chqorlarda. epididemit vujudga keltiradigan brusellalar. 5. Brusella neatoma - kallamushlarda uchraydigan brusellalar. 6. Brusella - kanis itlarda uchraydigan brusellalar. Brusellalar mayda: ko'pincha shar (yoki oval) shaklida yoki tayok chasimon bo'ladi, harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Kulturasi va biokimyoviy xususiyatlari jihatidan olib qaraganda brusellalar odatdagi ozuqa muhitlarida aerob sharoitida o'sa oladi. Buning uchun optimal harorat 37^{o}C muhit esa Ph 6,7 - 7,2 bo'lishi lozim.

Epidemiologiyasi. Brusellyoz kasalligining tarqalishida mayda va yirik shoxli hayvonlar, hamda cho'chqalar infeksiya manbai sifatida muhim epidemiologik ahamiyatga ega.

Brusellyoz yuqishida kasal qo'y va echkilarning go'shtlari, sut va sut mahsulotlari (pishlok , brinza, xom qaymok , yog' va boshqalar) asosiy infeksiya omili hisoblanadi. Ya'ni go'sht va sut mahsulotlarini odam iste'mol qilishi natijasida brusellalar ovqat hazm qilish tizimi orqali organizmga tushadi, uni alimentar yo'l bilan yuqish deyiladi.

Shuningdek, kasal hayvonlarning chiqindilari bilan ifloslangan sabzavotlarda brusellalar uzok vaqt yashaydi. Brusellyoz faqat qishlok 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, tuprok , jun va boshqalar) quriganda brusellalar chang bilan havoga ko'tarilib, nafas orqali ham odam organizmiga tushadi.

Brusellalar organizmga mulok ot, alimentar va aspiratsion yo'l bilan yuqadi. Brusellyoz hayvonlar va ularning mahsulotlari bilan mulok otda bo'lgan kishilar veterinariya xodimlari, kushxona va sut kombinati xizmatchilari, chorvadorlar, qassoblar, teri va jun bilan ishlovchilar orasida ko'prok shu kasal bilan og'rish hollari uchrab turadi. Shuning uchun ham kasbga alok ador kasallik deb yuritiladi.

Brusellyozning kelib chiqishida faslning ham ahamiyati bor, ya'ni qo'ychilik fermalarida qo'ylarni urchitish va qo'zilatish aksariyat ko'klam fasliga tug'ri keladi. Shu davrda kishilar ko'prok qo'ylar bilan bevosita alok ada bo'lganligi sababli, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmagan holda kasallik yuqadi.

Patogenezi. Brusellyoz patogenezida 3 muhim asosiy omil, ya'ni kasallik qo'zg'atuvchi mikrob (brusella), toksik allergik holat hamda mikroorganizmning dinamik reaktiv holati muhim rol o'ynaydi.

Brusellalar limfa tugunlarida birinchi to'siqqa ya'ni bar'erga uchraydi. Bundan mikroorganizning himoya kuchlari ustun kelib kolsa, brusellalar shu regionar limfa tugunlarida ushlanib qolib va shu bilan odam organizmida hech qanday kasallik belgilari vujudga keltirmay, uzok muddat saqlanib qolishi mumkin. Demak, makro va mikroorganizmlar o'rtasidagi kurash natijasida ma'lum muvozanat holati vujudga keladi.

Yashirin davridan so'ng brusellalar limfa va qon ok imi bilan organizmga tarqaladi. Brusellalar qonga o'tishi (gematogen yo'l bilan tarqalishi) organizm himoya kuchlarining juda zaifligini ko'rsatadi. Bunda brusellalar qon ok imi bilan butun organizmga tarqalib, barcha qon tomirlar retseptorlariga ta'sir ko'rsatadi. Buni 2- faza yoki birlamchi generalizatsiya deyiladi. Shundan so'ng brusellalar butun odam organizmdagi retikuloendoteliyga boy bo'lgan organlarga (jigar, talok , 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 brusellalar halok bo'ladi. Ularning parchalanishi natijasida ajralgan endotoksinlar organizmga ta'sir etib bu ham kasallik holatlarini yuzaga chiqaradi.

Brusellalar qon ok imi bilan tarqalib, o'rnashib olgan organlarda mahalliy o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Mahalliy o'zgarishlar asosan asab tizimi, tayanch-harakat, tanosil va boshqa organlarda ko'prok uchraydi, bularni metastazlar deb atashadi. Retikuloendoteliyga boy bo'lgan organlarga o'rnashib olgan brusellalar «septik o'chok » hosil qiladi va yana ko'payishda davom etib, vaqt-vaqti bilan o'zlariga qulay sharoitda qonga ta'sir etib turadi (ikkilamchi generilizatsiya).

Brusellalar va toksinlarnig qonga takror o'tishi reaktiv xususiyati o'zgargan bemor organizmida allergik holatni vujudga keltiradi va bu (to'rtinchi faza) surunkali sepsis tipiga o'tishiga sababchi bo'ladi. Bu fazada brusellalar vaqt-vaqti bilan qonga tez-tez o'tib turishi (takroriy generilizatsiya) kasallikning xronik 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 Brusellyozning beshinchi patogenetik fazasi hisoblanadi.

Brusellyozda bemor organizmi brusellalardan xolos bo'lgandan so'ng postinfektsion immunitet vujudga kela boshlaydi. Ammo bu immunitet aytarli barqaror bo'lmaydi va 6-9 oy ichida yo'qolib ketadi.

Klinikasi. Brusellyoz odamlarga turli xil shakllarda kechadigan kasallik bo'lib, uning yuqqandan so'ng to birinchi belgilari paydo bo'lish davri turg'unlik davri deb ataladi. Bu davr ko'pincha 2-4 hafta cho'ziladi. Ba'zan shunday ham bo'ladi: brusellalar 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. Brusellyoz kasalligining klinik belgilari bemorlarda ba'zan ro'y-rost namoyon bo'lsa, ba'zan bilinar-bilinmas yuzaga chiqadi. Isitma Brusellyoz kasalligida ko'p uchraydigan, uzok davom etadigan asosiy kardinal belgi hisoblanadi. Uni olimlarning kuzatishlariga qaraganda bir necha xil turlari bo'lishi mumkin: to'lqinsimon isitma, noto'g'ri intermittens isitma, doimiy isitma, tartibsiz, subfebril isitma va h.k.

Brusellyoz isitmasi asosan bemor organizmining reaktiv holatga bog'liq bo'lib, ma'lum patogenetik qonuniyatga asoslangan. Ba'zan harorat yuqori bo'lib, uzok davom etsa ham bemorlarda zaharlanish kam seziladi. Umumiy ahvoli ham aytarli og'irlashmaydi, ishtahadan qolmaydi. Ba'zan hatto ish qobiliyati ham birmuncha saqlanib qoladi.

Brusellyozda 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, qaltarishi, oyok 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.

Brusellyozda qattiq terlash umuman kasallikning harorati me'yorida bo'lsa ham kuzatiladi. Shuning uchun ham Brusellyozda ham bemor o'z terlarida o'zlari «cho'miladilar» deyishadi. Brusellyozda darmonsizlik boshqa infektsion kasalliklarga nisbatan kamrok 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 toshmalarni uchratish mumkin: petexiya, rozeola, papula, vezikula, ba'zan gemorragik toshmalar kasallikning o'tkir va ba'zan surunkali shakllarda uchraydi, ammo keyingi vaqtlarda toshmalar kamdan-kam uchraydigan bo'lib qoldi. Shilliq pardalarga kelganda, ular ba'zan odatdagidan ko'ra rangsizrok bo'lib qoladi. Burundan, milklardan va boshqa erlardan qon ketishi ham mumkin, fibrozit va sellyulitlar asosan biriktiruvchi to'qimalarning yallig'lanishi natijasida vujudga keladi. Fibrozit va sellyulitlar paydo bo'lishi, ularning kattalashishi yoki kichrayishi kasallik fazalarining o'ziga ham bog'liq. Brusellalar mulok ot orqali yuqqan taqdirda infeksiya kirgan joyga qarab regionar limfa tugunchalari: masalan, qo'ltiq osti, chov, son tugunlari va h.k.lar zararlanadi (bu asosan professional guruhda, ya'ni hayvonlar yoki hayvonot mahsulotlari bilan mulok otda bo'luvchi kishilarda uchraydi).

Bezlarning kattalashganligini paypaslab aniqlash mumkin. Bundan tashqari Brusellyozda qorin bo'shlig'ida mezenterial, ko'krak qafasidagi bronxopulmonal va boshqa limfa tugunlari ham o'zgaradi. Ularni aniqlash bir muncha qiyinrok . 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. Brusellyozda limfa tugunlari tulyaremiyadagidek juda kattalashib ketmaydi. Ular o'zgarganda no'xotdan tovuq tuxumigacha kattalashishi va har xil konsistentsiyali holatda bo'lishi mumkin. Ular terisida hech qanday o'zgarishlar bo'lmasada, bosib ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Limfoadenitlar kamdan-kam yiringlashi, yaraga aylanishi mumkin. Ko'p hollarda ular so'rilib tuzalib ketadi.

Yurak tomir tizimidagi o'zgarishlar. Brusellyozda yurak-tomir tizimi bir qator funktsional va organik o'zgarishlarga uchraydi, undan tashqari yurak mushaklarida toksik distrofik o'chok li miokardit belgilari ko'prok miokardiodistrofiya kuzatiladi.

Nafas a'zolarida bo'ladigan o'zgarishlar. Brusellyozda nafas organlarinig zararlanishi boshqa organlarga nisbatan kam uchraydi, masalan bronxitlar ko'pincha kasallikning harorat bilan o'tadigai davrida uchrashi mumkin. Yuqorida aytganimizdek brusellalar aspiratsion yo'l bilan ya'ni nafas yo'llari bilan yuqishi mumkin. Bunday hollarda kasallik boshlanganda dastlabki belgilar o'pkada paydo bo'ladi, ya'ni birlamchi Brusellyoz zotiljami vujudga keladi

Ovqat hazm qilish tizimida o’zgarishlar. Bemorlarning ishtahasi bo’g’iladi, me'dasida funktsional o’zgarishlar bo’ladi, me'da shirasi kamayadi, yoki butunlay ishlanib chiqmaydi, bemorning tili karash bog’laydi, tomog’i, tilchasi qizaradi, qon tomirlar kengayib birmuncha bo’rtadi. Bemorlarda ro’y beradigan dispeptik holatlar ya'ni enterit, kolit, enterkolit va boshqalar bu holatni kelib chiqish sabablarini aniqlashni talab etadi. Chunki bunday alomatlar Brusellyozga doimo xos emas. Brusellyozda ba'an mezenterial limfa tugunlari shishgani va qorin og’rishi kuzatiladi. Shuningdek jigar sirrozi, astsit ham vujudga kelishi mumkin. Brusellyozda gepatolienal sindrom ko’p uchraydigan muhim belgilardan hisoblanadi. Kasallik og’ir o’tsa, jigarning shikastlanishi shunchalik ko’prok bo’ladi.

Siydik ajratish a'zolaridagi o’zgarishlar. Buyrak va siydik ajratish organlari patologiyasi Brusellyozda 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. Brusellyozda ko’prok albuminuriya, silindruriya, o’chok li nefrit, diffuz glomerulonefrit, pielit, sistit va h.k uchraydi.

Tanosil a'zolarida bo’ladigan o’zgarishlar. Brusellyoz kasalligida erkak va ayol jinsiy a'zolarining zararlanishi ko’prok 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 siklining buzilishi va h.k shular jumlasidandir. Erkaklardagi ko’pincha orxoepididimitlar bir tomonlama, kamdan- kam ikki tomonlama bo’ladi. Bunda moyaklar va moyak ortig’lari yallig’lanib shishadi, qizaradi, qattiq og’riq beradi, hatto yurishga ham imkon bermay qo’yadi. Harorat ko’tariladi, regionar limfa tugunchalari shishadi. Orxit va orxoepididimit asosan 1,5-2 oydan 5-6 oygacha, ba'zan undan ham ko’pga cho’ziladi. Bu ba'zan jinsiy zaiflikka - impotentsiyaga 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’prok uchraydi. Dismenoreya, amenoreya ayniqsa ko’p (90%) kuzatiladi.

Asab tizimidagi o’zgarishlar. Brusellyozda asab tizimining zararlanishi ham asosiy o’rin tutadi, chunki bunda markaziy va periferik asab tizimining turli tuman uchastkalari va tarmok lari, endokrin tizimining faoliyati ancha buziladi.

Ma'lumki, Brusellyozda bosh og’rishi, uyqusizlik, tajanglik, kayfichog’lik yoki ayniqsa sertashvishlik va boshqalar bo’lib turadi. Bundan tashqari vegetativ asab tizimining faoliyatining buzilish alomatlari ham kuzatiladi. Brusellyozda periferik asab tizimi markaziy asab tizimiga nisbatan ko’prok shikastlanadi. Bular organizmlarning umumiy kasallik belgilari hisoblanib quyidagi kasalliklar: nevralgiyalar, nevritlar, asab chigallari yallig’lanishi (pleksitlar), radikulitlar (ko’prok bel radikuliti), radikulo-nevritlar, ishias va ishialgik polinevrit va boshqalar ko’rinishida yuzaga chiqadi.

Markaziy asab tizimining kasalliklari meningit,entsefalit, mielit, meningo- entsefalomielitlar kamrok uchraydi. Orqa miyaning zararlanishi uzok vakt davom etib, og’ir kechadi va natijada ko’pincha nogironlikka yoki o’limga olib keladi. Brusellyoz 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.

Brusellyozda fibrozitlar va sellyulitlar bemor organizmining turli joylarda har xil kattaliklardagi tugunchalar shaklida uchraydi. Sellyulit va fibrozitlar teri osti kletchatkasida vujudga kelsa, bemorlarni unchalik bezovta qilmaydi. Ammo ular bo’g’imlar atrofida yoki asab yaqinida joylashgan bo’lsa, qattiq og’riq bo’lishi mumkin. Shuningdek miozitlar ham qattiq og’riq bilan davom etadi. Brusellyozda paylar ham zararlanib, ayniqsa pay qinlarining yallig’lanishi (tendovaginitlar) ham qattiq og’riq beradi. Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko’rinib turibdiki, Brusellyozda tayanch-harakat apparati, ya'ni qattiq va yumshok 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 Brusellyozga ayniqsa xarakteridir.

Brusellyozda bo’g’imlar zararlanishi quyidagi 3 shaklda bo’ladi:

1) sinovitlar - bo’g’imning faqat sinovial pardasi zararlanadi; 2) peri- va paraartritlar - yallig’lanish sinovial pardadan bo’g’im atrofidagi to’qimalarga o’tadi; 3) artrit va osteoartritlar - bo’g’imning hamma to’qimasi, qisman suyak to’qimasi ham yallig’lanadi. 4) sakroileit - dumg’aza

yonbosh bo'g'imi yallig'lanishi; 5) bursit- bo'g'im xaltasi yallig'lanishi; 6) spondilit va spondiloartrit - umurtqa ustunining yallig'lanishi(18,19-rasmlar).

Periferik qon ko'rsatkichlardagi o'zgarishlar. Brusellyozda qonda gemoglobin foizining pasayishi, eritrotsitopeniya, rang ko'rsatkich 1 dan past bo'lib, ECHTning oshishi, ya'ni 11-60 mm/soat bo'lishi mumkin. Ok qon tanachalarida- leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya va trombotsitopeniya holatlari ro'y beradi.

Qora ok sok ning bir necha klinik tasniflari bo'lib, amaliyotda K.J. Jalilov tomonidan tuzilgan tasnif keng qo'llanilmok da. Bu tasnif bo'yicha qora ok sok o'tkir, yarim o'tkir, surunkali (birlamchi, ikkilamchi), latent, rezidual (tayanch harakat a'zolarini shikastlanishi, asab tizimining zararlanishi: markaziy va periferik), reinfeksiya tegishli klinik shakllarida qisqa vaqt kechadi.

Tashxisoti. Brusellyozning klinikasi ko'p qirrali (polimorfizm) bo'lib, turg'un belgilarga ega bo'lmasligi va politsiklik davom etishi kasallikni o'z vaqtida aniqlash davolash uchun katta amaliy ahamiyatga egadir. Ma'lumki odatda kasallikni batafsil yig'ilgan anamneziga, bemorning shikoyatiga, epidemiologik dalillarga va tekshirishdan olingan ob'ektiv natijalarga asoslanib tashxis qo'yiladi va laboratoriyaviy tasdiqlanadi.

Laboratoriya tashxisot usullari asosan 4 guruhga bo'linadi: 1.Bakterologik tashxisot usullari. 2.Serologik tashxisot usullari. 3.Allergik tashxisot usullari. 4.Biologik tashxisot usullari.

Bakterologik tashxisot usuli organizmdan kasallik ko'zg'atuvchi mikroblarni, ya'ni brusellalarni ajratib olish nuqtai nazaridan Brusellyoz tashxisotida birinchi o'rinda turadi.

Serologik tashxisot usullari ham bemor organizmida paydo bo'ladigan maxsus antitelolarga asoslangan. Serologik tashxisot usullari amaliy vrachlar doirasida bakteriologik usullarga nisbatan keng tarqalgan bo'lib, xar bir kasalxonaning laboratoriya sharoitida qo'llanilishi mumkin. Bu usullarga asosan Rayt va Xedelson serologik reaktsiyasi kiradi. Rayt reaktsiyasi quyidagicha baholanadi: agglyutinatsiya titri 1:50 bo'lsa, natija gumon hisoblanadi, agglyutinatsiya titri 1:100 bo'lsa kuchsiz musbat, 1:200 - 1:400 bo'lsa musbat reaktsiya, 1:800 - 1:1600 va undan yuqori bo'lsa reaktsiya o'ta musbat deb hisoblanadi.

Passiv gemagglyutinatsiya reaktsiyasi Brusellyozda xos va sezuvchan reaktsiya bo'lib, Brusellyoz kasalligining o'tkir, yarim o'tkir shakl larida tashxisiy ahamiyatga ega. Bu reaktsiya Brusellyozning ayniqsa surunkali shakllarida Rayt reaktsiyasi manfiy natija berganda diagnostik titrlarda musbat natija beradi, ya'ni reaktsiya titri 1:100 va undan yuqori nisbatda bo'lsa, reaktsiya musbat hisoblanadi.
Hozirda serologik tashxislashda zamonaviy PTSR, IFA va immunnobloting reaktsiyalari qo'llanilmok da.

Byurne reaktsiyasi Brusellyoz bilan kasallangan bemor organizmining teri orasiga yuboriladigan brutsellinga bo'ladigan mahalliy allergik reaktsiyasiga asoslanadi.

Davosi. Ko'p vaqtlar mobaynida Brusellyozni davolash masalasi muammo bo'lib keldi. «Brusellyoz» tuzalmaydi, «Brusellyoz davolab bo'lmaydigan kasallik» degan gaplar shuning uchun tarqalgan bo'lsa kerak. Hatto frantsuz olimi Sharl Nikol «Brusellyoz bemor uchun baxtsizlik, vrach uchun isnoddir» degan edi. Endilikda esa Brusellyozni davolashda ulkan muvaffaqiyatlar qo'lga kiritildi.

Antibiotiklar bilan davolash. Antibiotiklar kasallikning brusellalarga bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi, ya'ni brusellalarning 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. Antibiotiklarni kombinatsiya shaklida, ya'ni ikki xil antibiotikni bir paytda ishlatish maqsadga muvofiq, chunki shunday qilinganda ularning ta'sir kuchi oshadi. Hozir amalda siprofloksatsin, tetramitsin, tetratsiklin, biomitsin, gentamitsin, streptomitsin (analoglari bilan), rifampitsin, rondomitsin, levomitsetin va boshqa antibiotiklar qo'llanilmok da. Bemorda qo'llanilishida asosan streptomitsin (degidrostreptomitsin, streptodimetsin) boshqa antibiotiklar bilan birgalikda buyuriladi (gentamitsindan tashqari). 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 davolanganmi-yo'qmi, organizm reaktsiyasini aniqlash muhim rol o'ynaydi.

Vaktsina bilan davolash. Vaktsina Brusellyozda spetsefik davolashga kiradi. Uni ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida tavsiya etiladi.

Brusellyoz bilan og'rigan bemor organizmining quvvatini oshirish uchun unga 40%li glyukozadan 20 ml dan venaga yuboriladi, bundan tashqari qon o'rnini bosadigan aminopeptid,

poliglyukin, aminasol, infezol quyiladi. Bular ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida yaxshi natija beradi. Brusellyozda vitaminoterapiyaning ham ahamiyati katta, chunki bu kasallikda vitamin C va B guruhiga kiruvchi B_1, B_6, B_{12} kabilar almashinuvi izdan chiqadi. Brusellyozning 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 navokain eritmasi og'riqni yaxshi qoldiradi. Uni bemorning og'riqli nuqtalariga, asab chigallari va tarmok lari 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. Brusellyozning surunkali shakllarida, asoratlar berganda keng qo'llaniladi. Bunga elektr bilan davolash, elektroperessiya, issiqlik bilan davolash, diatermiya, UVCH, ionogalvanoterapiya, parafin bilan davolash, ionofarez, ultratovush, balchiq bilan davolash, massaj, davolash fizkulturalari bilan davolash mumkin. Ammo bularni mutaxassis vrach buyuradi.

Profilaktikasi. Brusellyoz odamga hayvonlardan (asosan chorva mollaridan) yuqishligini yuqorida aytib o'tdik. Shunday ekan profilaktikani avvalo chorva mollari orasida amalga oshirish samarali natija beradi. Shu maqsadda barcha chorva mollarini muntazam ravishda Brusellyozga tekshirib borish va Brusellyozga gumon qilingan va kasallangan mollarni ajratib tegishli choralar ko'rish zarur.

OIV infektsiyasi dunyo hamjamiyati uchun katta iqtisodiy zarar etkazib, mamlakatlar taraqqiyoti uchun salbiy ta'sir o'tkazmoqda. Birlashgan Millatlar Tashkilotininng OIV/OITS bo'yicha dasturining bergan ma'lumotlariga ko'ra dunyo bo'yicha ayni kunda 33,4 mln OIVinfektsiyasi bilan yashayotgan shaxslar hisobga olingan. Hozirgi kunda Respublikamizda bemorni birinchi bo'lib qabul qiladigan, bemor bilan bevosita yaqin bo'lib, nafaqat butun oilaning salomatligini, balki ijtimoiy ehtiyojlarini ham biladigan oilaviy shifokor tayyorlashga alohida e'tibor berilmoqda. Bunday shifokor o'z bemorlari haqidagi ma'lumotlarni chuqur biladi va keng tarqalgan kasalliklarni mustaqil davolab, o'z vaqtida tibbiy yordamning keyingi bo'g'imlariga yuborishni biladi. Ammo OIVinfektsiyasining jahon miqyosida keng tarqalishiga qanday omillar sabab bo'layotganini bilishi shart. Quyidagi omillar ushbu kasallikni dunyo bo'yicha keng tarqalishini to'xtatishga imqon bermayapti:

-Qonida OIVinfektsiyasi mavjud bemor umrining oxirigacha virusni yuqtirish xavfini saqlab qolishi;
-Virusni genetik o'zgaruvchanligi (mutatsiya) dunyo bo'yicha kasallikni oldini olishga qodir, samarali vaqtsinani yo'qligi;
-Kasallikni chaqiruvchi virusga samarali ta'sir etuvchi dori vositalarining hozircha topilmaganligi;
-Kasallik asosan xulq-atvori bo'zuq shaxslar orasida tarqalishiga jahonga ehtimol kengroq bo'lib, ular ko'proq kasallikni yuqtirishga moyilligi va bu shaxslar bilan samarali ishlash imqoni qiyinligi.

Shundan kelib chiqib, umumiy amaliyot shifokori hozirgi kunda o'z ishiga yaxshi tayyorlangan, keng tarqalgan kasalliklarni tashhislash, davolash, profilaktikasini va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam berishni bilishi shart.

O'zbekiston Respublikasida Sog'liqni Saqlashning birlamchi bo'g'inini qayta shakllanishi tufayli UAVga aholini sog'lomlashtirish va turli kasalliklarni oldini olishdek katta ma'suliyatli ish yo'qlangan.

O'zbekiston Respublikasi mustaqillikni qo'lga kiritgandan keyin dastlabki kunlardan boshlab hukumatimiz tomonidan aholi salomatligini muhofaza qilish va barkamol avlodni tarbiyalash masalalariga alohida e'tibor qaratib kelinmoqda. Respublikamizda OIVinfektsiyasining tarqalib ketishiga qarshi kurash chora-tadbirlaridan biri, bu O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "O'zbekiston Respublikasida OIVinfektsiyasiga qarshi kurash tadbirlarining samaradorligini oshirish bo'yicha qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida" 2008 yil 26 dekabrda PQ-1023 sonli qarori va O'zbekiston Respublikasi VM 2009 yil "OITSga qarshi kurash markazlarining tashkiliy to'zilmasini va faoliyatini takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida" 1-sonli qarori qabul qilindi.

Mazkur qaror va buyruqlarning asosiy mohiyati OIVga qarshi kurashning yagona tizimini tashkil qilish, OIVinfektsiyasini oldini olish va aholini bu kasallikdan himoya qilish borasida o'tkazilayotgan chora-tadbirlarning samaradorligi va sifatini oshirish, OIVga qarshi kurash markazlarining moddiy texnika bazasini yaxshilash, OIVga qarshi kurashda faoliyat ko'rsatayotgan tibbiy xodimlarni moddiy rag'batlantirilishini ta'minlashdan iboratdir.

UAV aholining bilimlarini oshirishdagi asosiy ishi jamiyatimizda kasalliklarni tarqalishini kamaytirish, uning oldini olishga yo'naltirilgan. Uning bu yo'nalishdagi faoliyati birinchi o'rinda butun

insoniyat uchun xavfli bo'lgan epidemiyalar (OIV/OITS, JYOYUK, sil, giyohvandlik va boshqalar) tarqalganida yanada kuchaytiriladi.

O'zbekistonda hozirgi vaqtda OIV-infektsiyasi ko'payib borayotgan davr. Bu infektsiya aholining asosan qaltis guruhlariga kiruvchi vakil- larini (giyohvandlar, fohishalar, maxbuslar, migrantlar va boshqalar) keng qamrab oladi. Bunday epidemiologik holat OIV-infektsiyasi profilak- tikasiga umumiy amaliyot vrachlarini faol safarbar qilishni talab qiladi.

Shuning uchun UAV OIV-infektsiyasi ni erta aniqlash, laborator tekshirish qoidalari, aholi orasida profilaktika ishlarini olib borish usullarini bilishi zarur. Bundan tashqari, UAV ga chalingan bemorni davolashning asosiy tamoyillari va uni ambulator sharoitda nazorat qilishni, dispanserizatsiya usullari bo'yicha bilimga ega bo'lishi kerak.

Yuqoridagi dolzarb muammolar talabalar mustaqil ishlashi uchun uslubiy qo'llanma yaratishga asos bo'ldi.

OIV-infektsiyasi tarixi, etiologiyasi va epidemiologiyasi

Orttirilgan immuntanqislik sindromidan (OITS), 1981 yildan buyon 25 million odam hayotdan ko'z yumdi. Bu ko'rsatkich kasallikning insoniyat tarixida eng qaqshatqich faloqat ekanligini bildiradi. OITS ning birinchi holatlari AQSHda ro'yxatga olingan. 1981 yilning yozida AQSH kasallanishni nazorat qilish Markazining Los–Anjelos va Nyu- Yorkda 5 ta pnevmotsistali zotiljam va 26 ta Kaposhi sarkomasi kasalliklarini ilgari sog'lom bo'lgan gomoseksualistlarda aniqlanganligi haqidagi ma'ro'zasi chop etilgan. Undan keyingi oylarda esa ayol va erkak giyohvandlar orasida, qon quyilgan, ayniqsa, gemofiliyali bemorlarda OITS tashxislandi. Bu bemorlar guruhlar haqidagi ma'lumotlar chuqur o'rganib tahlil etilgandan so'ng, kasallikning sababi jinsiy aloqa orqali, xamda qon va uning komponentlari orqali yuquvchi infektsiya ekanligi ma'lum bo'ldi.

Odam immuntanqislik virusi birin birinchi marta 1983 va 1985 yillarda ikki tadqiqotchi-olimlar (Montane va Galo) tomonlaridan bir-biriga bog'liq bo'lmagan holda aniqlandi va kasallikka sezuvchan hisoblangan IFA yordamida OIV-infektsiyasini tashhislash usuli ishlab chiqildi. Bu tadqiqot OIV-infektsiyasi tarqalishini baholashga imqon yaratdi. Butun dunyoda, ayniqsa rivojlanayotgan davlatlarda, ko'p sonli OIVantitanachalarini tashib yuruvchilar aniqlangandan so'ng, OIV-infektsiyasi pandemiya shaklini olganligi aniq bo'lib qoldi. Bemorlar qonida SD4+ limfotsitlar soni (immunosupressiya ko'rsatkichi sifatida) bilan OIVga qarshi antitelolar aniqlanishi, OIV-infektsiyasini kechishi turlicha ekanligini: hech kanday belgilarsiz tashib yurishdan to OITS kasalligi belgilarini yaqqol namoyon bo'lib kechishigacha bo'lishini ko'rsatdi.

OIV retroviruslar oilasi, lentiviruslar turiga kiradi («lenti» -sekinlashgan, o'zoq davom etuvchi). Retroviruslarning o'ziga hos hususiyati - genomini noyob to'zilganligi va qayta transkriptaza fermenti (RNKning DNK-polimerazasi) borligi hisoblanadi. Virus tarkibida qayta transkriptaza borligi genetik ma'lumotlarni teskari (qayta) - DNKdan RNKga emas, balki RNKdan DNKga tomon yo'nalishini ta'minlaydi.

OIVni 2 ta antigen shtammlari farqlanadi – OIV-1 va OIV-2. O'zbekistonda inson uchun eng xavfli va yuqumli bo'lgan OIV-1 shtammi ko'p tarqalgan, OIV-2 shtammi esa faqatgina g'arbiy Afrikada uchraydi.

OIV ko'payishi ma'lum xujaylar bilan bog'liq bo'lib, u faqat yo'zasida SD4+ retseptorlar bo'lgan hujayralarning ichiga kira olish hususiyatiga egadir. Virus hujayra ichiga kirgach, u bilan bilan o'zaro ta'sirlashadi. Bu retseptorlarni asosan asab tizimining nospetsifik elementiga kiruvchi, shu bilan birga qon, limfa va to'qima suyuqligi bilan aylanib yuruvchi hujayralar saqlaydi. OIV asab tizimining turli hujayralarida ham topilgan. Bu infektsiyaning kechishida markaziy asab tizimining zararlanishi katta klinik ahamiyatga ega bo'lib, seroz meningit, entsefalopatiya va mielopatiya bilan namoyon bo'ladi.

OIVyuqtirib olganlarning ko'p qismida ich ketishi va ozib ketish ko'zatilib, bu ichaklar epiteliyasini zararlanishi bilan bog'liqdir. Agressiv virus ta'sirida SD4+ hujayralarni tezda parchalab, immunitetning hujayra bo'g'ini faoliyatini izdan chiqaradi. Bu o'z navbatida bakteritsid ta'sirni, killerlik va o'smalarga qarshi ta'sirini pasaytirib tashlaydi. Bu esa opportunistik infektsiyalarni rivojlanishi, autoimmun jarayonlar, xavfli o'smalar paydo bo'lishi va asab tizimining zararlanishiga olib keladi. Keyingi paytda antiretrovirus davo imqoniyatlari kengayishiga qaramay, 2005 yilda OITS epidemiyasi o'rtacha 3,1 million (2,8-3,6 mln.) aholining o'limiga sabab bo'ldi. Bularning yarim milliondan ortig'i (570000) bolalar edi. 2005 yilga kelib, odam immuntanqislik virusi (OIC) bilan yashayotganlar soni eng

yuqori darajaga etdi. Mutahassislarning baholashicha, o'sha davrgacha 40,3 million (36,7-45,8 mln.) odam OIVbilan yashagan. Har yili 5 mln.dan ortiq aholi OIV-infektsiyasini yuqtiradi.

Virusning hayot tsikli 1-2 sutka davom etib, juda tez ko'payishi sababli, shu vaqt mobaynida 1 milliardga yaqin virus paydo bo'ladi va organizmda uning juda katta miqdorda to'planishi ko'zatiladi.

Infektsiya manbai bo'lib, OIV-infektsiyasiga chalingan bemor va OIV–tashuvchi hisoblanadi. Virus tashib yurish 3 oydan 10 yilgacha va undan o'zoqroq davom etishi mumkin. Bemor organizmida OIVbiologik suyuqliklardan qon, sperma, qindagi ajralma, qo'krak sutida eng ko'p miqdorda topilishi isbotlangan. Ter, so'lak, siydik, ko'z yoshi va najasda ushbu virus juda kam miqdorda topilib, bular orqali infektsiyani yuqish xavfi juda kamdir. Lekin qon aralashgan har qanday biologik suyuqlik yuqish manbai bo'lib xizmat qiladi.

OIVinfektsiyasi saqlovchi biologik suyuqliklar

OIVyuqish sababchisi bo'lishi isbotlanganlar	OIVyuqish sababchisi bo'lishi isbotlanmaganlar
Qon	So'lak
Qon komponentlari	Ko'z yoshi
Sperma	Siydik
Qin ajralmasi	Orqa miya suyuqligi
Ko'krak suti	Qog'onoq oldi suvlari

Virus o'z faolligini 56°S issiqlikda 30 daqiqa davomida, 70°S 10 daqiqadan keyin yo'qotadi, qaynatilganda esa 1-2 daqiqada virus o'ladi. SHu bilan birga, tashqi muhitdagi OIVni dezinfektsiyalovchi eritmalar: 3% vodorod peroqsidi, 5% lizol eritmasi, 0,2% natriy gipoxloridi, 1% glyutar aldegidi, 70% etanol, efir, atseton o'ldiradi. OIVvirusi ultrabinafsha nurlar va ionlovchiga chidamlidir. Quritilgan xolda 25-27°S da 7 kun mobaynida, donor qonida esa yillab saqlanib qoladi, past temperaturada esa o'zoq muddatga saqlanib qolishi mumkin.

OIVinfektsiyasining yuqish yo'llari. Infektsiya yuqishining 3ta yo'li mavjud:

1. Jinsiy aloqa orqali yuqish. Bu yo'l bilan getero- (erkak va ayol), gomo- (erkak bilan erkak) seksual aloqa qiluvchi kasallanishlari mumkin. Bunda ayoldan erkakka yuqish xavfi, erkaklardan ayollarga yuqish xavfidan yuqoriroqdir. Venerik kasalligi bor bemorlarda esa ushbu virus yuqish xavfi juda yuqori bo'ladi.

2. Parenteral yo'l - qon yoki uning komponentlari qabul qilinganda, organ va to'qimalarni ko'chirib o'tkazishda, zararlangan igna va shpritslar, nosteril tibbiy asbob-uskunalar orqali yuqishidir. Virus qon hujayralarida (monotsitlar) ham, qon zardobida ham bo'lishi mumkin. Parenteral yo'l bilan yuqish holati giyohvand moddalarni tomir orqali qabul qiluvchilar orasida ko'p uchraydi. Bunda zararsizlantirilmagan igna va shpritslar bilan bir qatorda giyohvand moddalarning o'zi ham yuqish manbasi bo'lishi mumkin (chunki narkotikli tortilgan shpritsga oldin tomirdan qon tortilib, keyin yuboriladi). OIV-infektsiyaning ohirgi bosqichlaridagi bemorlarning qoni bilan ifloslangan igna va shpritslardan yuqish xavfi eng yuqori bo'ladi (qon orqali yuqish uchun 0,1 ml mikdordagi qon etarlidir). Ba'zan OIVshaxsiy gigiena anjomlari orqali ham yuqishi mumkinligini inkor etib bo'lmaydi, qachonki bu anjomlar (tish cho'tkasi, lezviyalar, ro'zg'orda ishlatiladigan o'tkir, sanchuvchi va kesuvchi narsalar), virus saqlovchi qon bilan ifloslangan va teri qoplami butunligining bo'zilishi holatlari bo'lsa.

3.Vertikal yo'l – OIV-infektsiyani onadan bolaga homiladorlik davrida, tug'ruq jarayonida va ko'krak suti orqali yuqishidir.

Klinikasi. OIV-infektsiyasini kechishi. OIV-infektsiyasi - bu T-xelperlar sonining keskin kamayib ketishi va ularning funktsional etishmovchiligi borgan sari kuchayib borishi bilan ifodalanuvchi, hafta yoki oylab emas, balki yillab davom etadigan og'ir immunnodefitsit holati bilan kechadigan kasallikdir.

BSST ekspertlari tomonidan ishlab chiqilgan o'smirlar va kattalarda OIV-infektsiyasi bosqichlarining klinik klassifikatsiyasi:

I-Klinik bosqichi

- Belgilarsiz kechishi.
- Tarqalgan limfadenopatiya.

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning I darajasi: belgilarsiz kechish, kundalik faoliyat o'z me'yorida.

II-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% dan kamini yo'qotish

- Teri va shilliq qavatlarni engil zararlanishi (seboreyali dermatit, qichimali dermatitlar, tirnoqlarning zamburug'li zararlanishi, qaytalovchi aftoz dermatit, angulyar xeylit)
- Oxirgi 5 yil davomida bo'lgan o'rab oluvchi temiratki
- YUqori nafas yo'llarining qaytalovchi infektsiyasi (bakterial sinusit)

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning II-darajasi: kundalik faoliyat saqlangan holda klinik belgilarni paydo bo'lishi.

III-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% va undan ortig'ini yo'qotish.
- 1 oydan ko'p davom etadigan sababsiz diareya.
- 1 oydan ko'proq ko'zatilayotgan tana xaroratining sababsiz ko'tarilishi (isitma doimiy yoki qaytalovchi bo'lishi mumkin).
- Og'iz bo'shlig'i kandidozi.
- Og'iz bo'shlig'i tukli leykoplakiyasi.
- O'pka sili.
- Og'ir bakterial infektsiyalar (zotiljam, bakteriemiyalar).

Va\yoki funktsional imqoniyatlarning III-darajasi: oxirgi 1 oy davomida bemor kundo'zgi vaqtining 50% dan kamini yotoqda o'tkazadi.

IV- Klinik bosqichi

- OIVkaxeksiyasi.
- Pnevmotsistli zotiljam.
- TSerebral toqsoplazmoz.
- 1 oy va undan ko'proq vaqt davomida ich ketishi bilan kechuvchi kriptosporidioz.
- O'pkaga bog'liq bo'lmagan kriptoqoqkoz.
- Jigar, qorataloq va limfa tugunlaridan tashqari, turli organlar zararlanishi bilan kechadigan tsitomegalovirusli infektsiya (masalan, retinit).
- Oddiy gerpes virusi chaqirgan, ichki organlarning yoki surunkali (1 oydan ko'proq) teri va shilliq qavatlarning zararlanishi bilan kechadigan infektsiyalar.
- Kuchayib boruvchi multifoqal leykoentsefalopatiya.
- Turli disseminatsiyalangan endemik mikoz.
- O'pka, bronxlar, traxeya, qizilo'ngach kandidozi.
- Atipik mikobakteriyalar chaqirgan disseminatsiyalangan infektsiya.
- Salmonellezli septitsemiya.
- O'pkadan tashqari sil.
- Limfoma.
- Kaposhi sarkomasi.
- OIV–entsefalopatiya.

OIV–infektsiyasi – boqichma-bosqich kechuvchi, ko'p sonli turli omillarga bog'liq bo'lgan murakkab jarayondir. Kasallikning tabiiy kechishi o'z ichiga yuqish davri, o'tkir isitma davri, seroqonversiya, simptomsiz davri, klinik ko'rinishlar paydo bo'lish/ OITS davri va terminal davrlarni o'z ichiga oladi.

O'tkir isitma davri.Kasallik yuqqandan 1-8 xafta keyin bemorlarning 1/3 qismida o'tkir infektsiya belgilari paydo bo'ladi. YAna 1/3 qismida bu kasallik hech qanday belgilarsiz kechadi. Bu vaqtda OIV–infektsiyaning gematogen disseminatsiyasi kechganligi uchun bemorlar qonida virusning yuqori qontsentratsiyasi aniqlanadi.

Simptomsiz davri – yashirin infektsiya davri. Bu davr o'zoq vaqt - 1 yildan 5 yilgacha davom etishi mumkin. Bu davr mobaynida OIVreproduktsiyasi doimiy davom etib, har kuni 1 mlrd dan kam bo'lmagan miqdorda virus tanachalari hosil bo'ladi va shu bilan bir qatorda SD4+ hujayrali limfotsitlar soni pasayib boradi. Bemorda esa limfadenopatiya yoki OITS majmuasi namoyon bo'lmaydi va u o'z ish qobiliyatini saqlab qoladi.

Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiya davri. Bu davrda 3 oy davomida chov sohasidan tashqari, 2 va undan ortiq soha limfa tugunlarini kattalashishi ko'zatiladi. Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyada limfa tugunlarning diametri 1 sm dan kichik bo'lmaydi. Bemorlarda bir necha bir xil kattalashgan, zichlashgan, lekin og'riqsiz limfa tugunlari aniqlanadi. Limfa tugunlarining bunday

kattalashishi bemor organizmining OIV-infektsiyasi ga limfotsitlarni faollashuvi va proliferatsiya va limfatik follikulalarning giperplaziyasi ko'rinishidagi javobidir. Odatda, bu davrda persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyali bemorning umumiy holati qoniqarli, uning mehnat qobiliyati saqlangan bo'ladi.

OITS –assotsirlangan majmua davri

Bu davrda bemor umumiy ahvoli yomonlasha boshlaydi - bular 1 oy va undan ortiq muddat isitmalash, tana vaznini yo'qotishi, diareya, umumiy behollik, ishtahaning yo'qolishi, gepatosplenomegaliya, ko'p sonli follikulitlar, parotit, qontagioz mollyusk kabilar ko'zatiladi.

Laborator tekshiruvda esa qonda SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 500 tadan kam, SD4+/SD8+ nisbati 1,0 dan past (me'yori - 1,5-2), kamqonlik, leykopeniya, trombotsitopeniya, A va G immunoglobulinlar va aylanib yuruvchi immunkomplekslar miqdorining oshishi aniqlanadi.

Orttirilgan immuntanqislik sindromi

OITS – OIVinfektsiyasi ning kamida bitta opportunik kasallik bilan kechishidir. 1994 yil BSST ko'rsatmasi bo'yicha, OITS tashhisi qonida OIVantitelolari bo'lgan, SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 200 dan kam va bitta OITS -indikator kasalligi ko'zatilayotgan bemorlarga qo'yiladi.

OITS –indikator kasalliklariga:

- O'pka, traxeya, bronxlar va qizilo'ngach kandidozi
- Ichaklarni surunkali kriptosporidiozi
- TSitomegalovirusli infektsiya (jigar, taloq va limfa tugunlaridan boshqa organlar zararlanishi bilan kechuvchi)
- TSitomegalovirusli retinit
- Yaralar paydo bo'lishi bilan kechadigan oddiy gerpes
- O'pkadan tashqari yoki disseminirlangan gistoplazmoz
- Bachadon bo'yni raki
- Surunkali ichak izosporidiozi
- VICH-assotsiirlangan dementsiya
- Kaposhi sarkomasi
- Pnevmotsistli zotiljam
- Salmonellezli septitsemiya
- Bosh miya toqsoplazmozi
- O'pka sili va o'pkadan tashqari sil
- Disseminirlangan yoki o'pkadan tashqari boshqa mikobakteriozlar kiradi.

Terminal davri

Bu davr OIVta'siri natijasida tana vaznini katta miqdorda yo'qotish bilan xarakterlanadi (10% dan ortiq, surunkali behollik, 30 va undan ortiq kun davomida sababsiz isitma, surunkali diareya). Bemorda SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 50 dan kam bo'lib, bu chuqur immuntanqislikdan dalolat beradi. Bemorlarning hayoti o'rtacha 12-18 oy davom etib, ular opportunistik infektsiyalar asoratlaridan hayotdan ko'z yumadi.

OIV–infektsiyasini laborator tashxislash

1.Immunoferment analiz (IFA)
2.Ekspress (tezkor) testlar
3.Immunoblot (vestern-blot) usuli
4.Polimeraz zanjirli reaktsiya (PZR, PTSR) usuli
5.SD4+ limfotsitlar sonini aniqlash-bemor organizmining immun holatini tekshiruvchi nospetsifik usuldir. SD4+ limfotsitlar T–limfotsitlar (T-xelperlar) subpopulyatsiyasi hisoblanib, me'yorda ularning soni inson yoshiga ko'ra, 1 mkl qonda 500 dan 1500 gacha bo'ladi. T-xelperlar (SD4+) sonining pasayishi OIV-infektsiyada T-hujayrali immuntanqislikning asosiy ko'rsatkichi bo'lib xizmat kiladi va kasallikni simptomsiz davridan boshlab, butun kasallik davomida aniqlanadi. Qonda SD4+ limfotsitlar darajasini aniqlash monoqlonal antitelolar yordamida o'tkaziladi.

Davolash. OIV-infektsiyaga chalingan bemorlarga tibbiy yordam davlat davolash-profilaktika muassasalari tomonidan bepul, qonfeditsial holda ko'rsatiladi (O'zR SSV 2012 yil 28 mart № 80-buyrug'ining № 2 ilovasi).

OIV-infektsiyasi ni davolash tamoyillari

1. Antiretrovirus terapiya (ARVT)
2. Opportunistik kasalliklar profilaktikasi
3. Opportunistik infektsiyalarni davolash
4. Simptomatik terapiya
5. Ijtimoiy-ruhiy qo'llab-quvvatlash.

Davolashdan maqsad qon plazmasida virus sonini 1ml da 50 tagacha kamaytirish (odatda, boshlang'ich soni 1 ml da 10000-1000000 tani tashkil qiladi). Amaliyotda buning uchun dori vositalarning kamida ikki guruhini qo'llash lozim. Agar samaraga erishilmasa yoki davolash natijasida viruslar soni oshsa, u holda preparatlarni o'zgartirish lozim.

ARVTni maxsus klinikalarda o'tqazish maqsadga muvofiqdir, chunki davolash tizmasi juda murakkab va uni o'tqazish uchun bemorning to'liq roziligi zarur.

Malakali va to'g'ri davolash natijasida bemorning hayot davomiyligi o'zayadi va albatta hayot sifati yaxshilanadi.

1.OIV-infektsiyasi ni maxsus davolash kasallik oqibatini yaxshilaydi. Odatda uch guruh dori vositalarining kombinatsiyasidan foydalaniladi. Hozirgi vaqtda esa bizda to'rtta guruh dori vositalaridan foydalanish imqoni bor.

1.Qayta transkriptaza ingibitorlari, nukleoizidlar analoglari: zidovudin, zaltsitabin, didanozin, stavudin va abakavir.

2.Qayta transkriptaza ingibitorlari, nukleoizidlar noanaloglari: nevirapin.

3.Proteaza ingibitorlari: indinavir, sakvinavir, ritonavir, nelfinavir.

4.Boshqalar: masalan, gidroqsikarbamid.

Davolash jarayonida xavfli nojo'ya ta'sirlar yo'zaga kelishi mumkin. Davolashning optimal natijalariga erishish uchun ARVT qoidalariga to'liq rioya qilish zarur - bemor davolash tizmasiga aniq rioya qilishi va ko'rsatilgan dori vositalarining 95 % kam bo'lmagan miqdorda qabul qilishi kerak. Ma'lumki, agar bemor davolash rejimiga qattiq rioya qilsa, OIV-infektsiyasi bilan izohlangan kasalliklar soni va o'lim ko'rsatkichlar keskin kamayadi, qabul qilish rejimi bo'zilganda esa organizmda ushbu dori vositalariga turg'unlik tez rivojlanadi. Davolashni to'xtatish uchun quyidagilar sabab bo'ladi: giyohvand moddalar va spirtli ichimliklar iste'mol qilish (bemor dori vositalarni qabul qilish doimiyligini bo'zishi mumkin), kambag'allik yoki boshqa sabablarga ko'ra yomon ovqatlanish, diniy qarashlar, dori vositalarni doimo qabul qilish natijasida OIVholatining yon-atrofdagilarga ma'lum bo'lib qolishdan qo'rqish, ruhiy kasalliklar, nojo'ya ta'sirlardan qo'rqish va dori vositalarni qabul qilish zarurligiga ishonchsizlik.

OIV-infektsiyasi profilaktikasi

OIV-infektsiyasi ning oldini olishda asosiy rolni sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish, aholi bilimlarini oshirish va tibbiy maslahatlar egallaydi. OIV-infektsiyasi xavf guruhlari vakillarini ehtiyoriy tekshiruvga keng jalb qilish va OIVbilan zararlanganlar bilan tushuntirish ishlarini olib borish yordamida aholi o'rtasida kasallikning tarqalishini sezilarli darajada chegaralashga erishish mumkin.

Aholi orasida sog'lom turmush tarzini, ayniqsa sog'lom jinsiy xulq-atvorni shakllantirish uchun milliy profilaktika tizimida aholining turli guruhlari, va ayniqsa yuqori xavf guruhi vakillari bilan profilaktika ishlari olib boruvchi kadrlarni o'qitish zarur. Bunday kadrlar tayyorlash jarayoni Sog'liqni Saqlash (birinchi navbatda UASH) va ijtimoiy soha xodimlarini, maktablar, o'rta-maxsus va oliy o'quv yurtlari o'qituvchilarini, ommaviy axborot vakillarini qamrab olishi kerak. SHu bilan birga o'smirlar, yoshlar, xavf guruh vakillari – giyohvandlar va fohishalarni OIV-infektsiya va jinsiy yo'l orqali yuquvchi boshqa kasalliklarni oldini olish bo'yicha tashkilotlarga o'z xoxishlari bilan jalb etish lozim. Tayyorlangan kadrlarning asosiy vazifasi bo'lib shaxsning xulq-atvorini kasallikni yuqtirishni xavfini kamaytirish uchun o'zgartirishga yo'naltirilgan individual yoki guruhlardagi ish xisoblanadi.

Hozirgi vaqtda inson organizmiga tushgan OIV-infektsiyasi ni davolab bo'lmasligi, unga qarshi vaqtsinaning yo'qligi, virusni yo'qotib bo'lmasligini xisobga olsak, OIV-infektsiya tarqalishini oldini olishda birgina yo'li – inson organizmiga virus tushini oldini olish, aniqrog'i, kasallikni birlamchi profilaktikasi chora-tadbirlarini o'tqazishdir. Jinsiy aloqa qiluvchilar orasida OIV-infektsiyasi yuqtirmasligi uchun, ular xavfli jinsiy alokalardan bosh tortishlari lozim. Agar jinsiy sheriklar zararlanish xavfi yo'qligiga ishonch hosil qilmoqchi bo'lsalar u holda xar ikkala sherik OIVga tekshiruvdan o'tishlari zarur. Agar sheriklar OIVga tekshiruvdan o'tmagan bo'lsalar yoki ulardan biri zararlangan bo'lsa jinsiy aloqada prezervativlardan foydalanish zarur. SHuni esda tutish kerakki, prezervativ doimo

xam ishonchli himoya vositasi bo'lib hisoblanmaydi (uning samaradorligi - taxminan bir yilda 100 ayolda 10 homiladorlik to'g'ri keladi), shuning uchun u OIVyuqtirishdan to'liq himoya qiladi deb hisoblash mumkin emas.

Hozirgi vaqtda O'zbekistonda in'ektsion giyohvandlar OIV-infektsiyasi ga chalingan bemorlarning 70% tashkil qiladi. Giyohvandlar umumiy igna va shpritslarni ishlatish bilan birga, pala-partish jinsiy alokalarga engil kirishib, jinsiy sheriklariga kasallik yuqtiradilar, va ular, o'z navbatida infektsiya manbai bo'lib qoladilar.

UASH giyohvandlikni tashxislay olishi kerak. Birinchi navbatda shaxsning xarakteri, turmush tarzi va xulq-atvori o'zgarib qolishiga e'tibor berish kerak. Giyohvand modda qabul qila boshlagan shaxs yakkalanishga xarakat qiladi. Teri qoplamlarini ko'zdan tekshirganda tomirlar ustida kichik chandiqlar, in'ektsiya joylarida qonli yoki yiringli yarachalar, gematomalar topish mumkin, ularni ko'pincha teridagi qichishish bezovta qiladi. Bunday xavf guruhi vakillarida OIV-infektsiyasi tez rivojlanib, infektsion jarayon bosqichlari davomiyligi sezilarli kamayib ketadi.

In'ektsion giyohvandlar orasida OIV-infektsiyasi ni oldini olishning eng yaxshi usuli bu – mana shu yomon illatdan voz kechishdir. Giyohvandlar umumiy shprits va ignalardan foydalanishdan voz kechishlari zarur. Ko'p sonli tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, igna va shpritslarni almashtirish dasturining tadbiq qilinishi in'ektsion giyohvandlar orasida OIV-infektsiyasi bilan kasallanishni sezilarli kamayishiga va shu bilan birga giyohvand moddalarni iste'mol qilish darajasining oshmaganligiga sabab bo'ldi.

Barcha donorlik qonlarini OIVantitanalariga va r24 antigenga tekshirilishi hamda donorlar o'rtasida so'rovnoma olib borish dasturini tadbiq qilish qon va uning komponentlarini quyishda OIVbilan zararlanish xavfini sezilarli kamayishiga olib keldi. Hozirgi vaqtda qon va uning komponentlarini quyishda zararlanish xavfi 0,0002 % ni tashkil qiladi.

Tibbiyot xodimlarida muloqotdan keyingi profilaktikasi (O'zR SSV 2012 yil 04 yanvar № 4- sonli buyrug'i ko'rsatmasi asosida).

Agar tibbiyot xodimi zararlangan igna bilan jarohatlangan yoki boshqa yo'l bilan OIV-infektsiyasi bilan zararlanish xavfiga uchragan bo'lsa, tezda, iloji bo'lsa 1 soat ichida kasallikni olini olish choralarini ko'rish kerak. Zidovudin bilan postekspozitsion profilaktiki choralari OIVbilan zararlanish xavfini 80% ga kamaytiradi. Bunday choraga ko'rsatma bo'lib bemorda OIV-infektsiya bo'lish ehtimolligi va bo'lib o'tgan muloqot shakli hisoblanadi.

Ish joyida muloqot bo'lish holatlarida qilinadigan choralar:

- Birinchi yordam: ifloslangan teri sohasini (jarohatlangan yoki jarohatlanmagan) sovunli suv bilan yuvish, shilliq qavatlarni suv bilan yuvish;
- OIV-infektsiyasi bilan zararlanish xavfini baholash;
- OIV-infektsiyasi bilan zararlanganning biologik suyuqliklari bilan muloqot da bo'lganda, muloqot dan keyingi profilaktikani o'tqazish;
- Tibbiyot xodimi biologik suyuqliklari bilan muloqotda bo'lgan bemorni OIVga tekshirish;
- Jarohatlangan xodimdan OIV-infektsiyaga klinik tekshiruv va test undan "ma'lumotli rozilik" olingandan so'ng o'tkazilishi;
- Maslahat beruvchining muloqot ga olib keluvchi xodisalarni ketma-ketligini jabrlanuvchi bilan birga tahlil qilib, ish joyida zararlanish xavfini kamaytirish to'g'risida suhbat olib borishi;

OIVinfektsiyasining yuqish yo'llari. Infektsiya yuqishining 3ta yo'li mavjud:

1. Jinsiy aloqa orqali yuqish. Bu yo'l bilan getero- (erkak va ayol), gomo- (erkak bilan erkak) seksual aloqa qiluvchi kasallanishlari mumkin. Bunda ayoldan erkakka yuqish xavfi, erkaklardan ayollarga yuqish xavfidan yuqoriroqdir. Venerik kasalligi bor bemorlarda esa ushbu virus yuqish xavfi juda yuqori bo'ladi.

2. Parenteral yo'l - qon yoki uning komponentlari qabul qilinganda, organ va to'qimalarni ko'chirib o'tkazishda, zararlangan igna va shpritslar, nosteril tibbiy asbob-uskunalar orqali yuqishidir. Virus qon hujayralarida (monotsitlar) ham, qon zardobida ham bo'lishi mumkin. Parenteral yo'l bilan yuqish holati giyohvand moddalarni tomir orqali qabul qiluvchilar orasida ko'p uchraydi. Bunda zararsizlantirilmagan igna va shpritslar bilan bir qatorda giyohvand moddalarning o'zi ham yuqish manbasi bo'lishi mumkin (chunki narkotikli tortilgan shpritsga oldin tomirdan qon tortilib, keyin yuboriladi). OIV-infektsiyaning ohirgi bosqichlaridagi bemorlarning qoni bilan ifloslangan igna va

shpritslardan yuqish xavfi eng yuqori bo'ladi (qon orqali yuqish uchun 0,1 ml mikdordagi qon etarlidir). Ba'zan OIVshaxsiy gigiena anjomlari orqali ham yuqishi mumkinligini inkor etib bo'lmaydi, qachonki bu anjomlar (tish cho'tkasi, lezviyalar, ro'zg'orda ishlatiladigan o'tkir, sanchuvchi va kesuvchi narsalar), virus saqlovchi qon bilan ifloslangan va teri qoplami butunligining bo'zilishi holatlari bo'lsa.

3.Vertikal yo'l – OIV-infektsiyani onadan bolaga homiladorlik davrida, tug'ruq jarayonida va ko'krak suti orqali yuqishidir.

Klinikasi. OIV-infektsiyasini kechishi. OIV-infektsiyasi - bu T-xelperlar sonining keskin kamayib ketishi va ularning funktsional etishmovchiligi borgan sari kuchayib borishi bilan ifodalanuvchi, hafta yoki oylab emas, balki yillab davom etadigan og'ir immunnodefitsit holati bilan kechadigan kasallikdir.

BSST ekspertlari tomonidan ishlab chiqilgan o'smirlar va kattalarda OIV-infektsiyasi bosqichlarining klinik klassifikatsiyasi:

I-Klinik bosqichi

- Belgilarsiz kechishi.
- Tarqalgan limfadenopatiya.

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning I darajasi: belgilarsiz kechish, kundalik faoliyat o'z me'yorida.

II-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% dan kamini yo'qotish
- Teri va shilliq qavatlarni engil zararlanishi (seboreyali dermatit, qichimali dermatitlar, tirnoqlarning zamburug'li zararlanishi, qaytalovchi aftoz dermatit, angulyar xeylit)
- Oxirgi 5 yil davomida bo'lgan o'rab oluvchi temiratki
- YUqori nafas yo'llarining qaytalovchi infektsiyasi (bakterial sinusit)

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning II-darajasi: kundalik faoliyat saqlangan holda klinik belgilarni paydo bo'lishi.

III-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% va undan ortig'ini yo'qotish.
- 1 oydan ko'p davom etadigan sababsiz diareya.
- 1 oydan ko'proq ko'zatilayotgan tana xaroratining sababsiz ko'tarilishi (isitma doimiy yoki qaytalovchi bo'lishi mumkin).
- Og'iz bo'shlig'i kandidozi.
- Og'iz bo'shlig'i tukli leykoplakiyasi.
- O'pka sili.
- Og'ir bakterial infektsiyalar (zotiljam, bakteriemiyalar).

Va\yoki funktsional imqoniyatlarning III-darajasi: oxirgi 1 oy davomida bemor kundo'zgi vaqtining 50% dan kamini yotoqda o'tkazadi.

IV- Klinik bosqichi

- OIVkaxeksiyasi.
- Pnevmotsistli zotiljam.
- TSerebral toqsoplazmoz.
- 1 oy va undan ko'proq vaqt davomida ich ketishi bilan kechuvchi kriptosporidioz.
- O'pkaga bog'liq bo'lmagan kriptoqoqkoz.
- Jigar, qorataloq va limfa tugunlaridan tashqari, turli organlar zararlanishi bilan kechadigan tsitomegalovirusli infektsiya (masalan, retinit).
- Oddiy gerpes virusi chaqirgan, ichki organlarning yoki surunkali (1 oydan ko'proq) teri va shilliq qavatlarning zararlanishi bilan kechadigan infektsiyalar.
- Kuchayib boruvchi multifoqal leykoentsefalopatiya.
- Turli disseminatsiyalangan endemik mikoz.
- O'pka, bronxlar, traxeya, qizilo'ngach kandidozi.
- Atipik mikobakteriyalar chaqirgan disseminatsiyalangan infektsiya.
- Salmonellezli septitsemiya.
- O'pkadan tashqari sil.
- Limfoma.
- Kaposhi sarkomasi.

- OIV–entsefalopatiya.

OIV–infektsiyasi – boqichma-bosqich kechuvchi, ko'p sonli turli omillarga bog'liq bo'lgan murakkab jarayondir. Kasallikning tabiiy kechishi o'z ichiga yuqish davri, o'tkir isitma davri, seroqonversiya, simptomsiz davri, klinik ko'rinishlar paydo bo'lish/ OITS davri va terminal davrlarni o'z ichiga oladi.

O'tkir isitma davri.Kasallik yuqqandan 1-8 xafta keyin bemorlarning 1/3 qismida o'tkir infektsiya belgilari paydo bo'ladi. YAna 1/3 qismida bu kasallik hech qanday belgilarsiz kechadi. Bu vaqtda OIV–infektsiyaning gematogen disseminatsiyasi kechganligi uchun bemorlar qonida virusning yuqori qontsentratsiyasi aniqlanadi.

Simptomsiz davri – yashirin infektsiya davri. Bu davr o'zoq vaqt - 1 yildan 5 yilgacha davom etishi mumkin. Bu davr mobaynida OIVreproduktsiyasi doimiy davom etib, har kuni 1 mlrd dan kam bo'lmagan miqdorda virus tanachalari hosil bo'ladi va shu bilan bir qatorda SD4+ hujayrali limfotsitlar soni pasayib boradi. Bemorda esa limfadenopatiya yoki OITS majmuasi namoyon bo'lmaydi va u o'z ish qobiliyatini saqlab qoladi.

Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiya davri. Bu davrda 3 oy davomida chov sohasidan tashqari, 2 va undan ortiq soha limfa tugunlarini kattalashishi ko'zatiladi. Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyada limfa tugunlarning diametri 1 sm dan kichik bo'lmaydi. Bemorlarda bir necha bir xil kattalashgan, zichlashgan, lekin og'riqsiz limfa tugunlari aniqlanadi. Limfa tugunlarining bunday kattalashishi bemor organizmining OIV-infektsiyasi ga limfotsitlarni faollashuvi va proliferatsiya va limfatik follikulalarning giperplaziyasi ko'rinishidagi javobidir. Odatda, bu davrda persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyali bemorning umumiy holati qoniqarli, uning mehnat qobiliyati saqlangan bo'ladi.

OITS –assotsirlangan majmua davri

Bu davrda bemor umumiy ahvoli yomonlasha boshlaydi - bular 1 oy va undan ortiq muddat isitmalash, tana vaznini yo'qotishi, diareya, umumiy behollik, ishtahaning yo'qolishi, gepatosplenomegaliya, ko'p sonli follikulitlar, parotit, qontagioz mollyusk kabilar ko'zatiladi.

Laborator tekshiruvda esa qonda SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 500 tadan kam, SD4+/SD8+ nisbati 1,0 dan past (me'yori - 1,5-2), kamqonlik, leykopeniya, trombotsitopeniya, A va G immunoglobulinlar va aylanib yuruvchi immunkomplekslar miqdorining oshishi aniqlanadi.

Orttirilgan immuntanqislik sindromi

OITS – OIVinfektsiyasi ning kamida bitta opportunik kasallik bilan kechishidir. 1994 yil BSST ko'rsatmasi bo'yicha, OITS tashhisi qonida OIVantitelolari bo'lgan, SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 200 dan kam va bitta OITS -indikator kasalligi ko'zatilayotgan bemorlarga qo'yiladi.

OITS –indikator kasalliklariga:

- O'pka, traxeya, bronxlar va qizilo'ngach kandidozi
- Ichaklarni surunkali kriptosporidiozi
- TSitomegalovirusli infektsiya (jigar, taloq va limfa tugunlaridan boshqa organlar zararlanishi bilan kechuvchi)
- TSitomegalovirusli retinit
- Yaralar paydo bo'lishi bilan kechadigan oddiy gerpes
- O'pkadan tashqari yoki disseminirlangan gistoplazmoz
- Bachadon bo'yni raki
- Surunkali ichak izosporidiozi
- VICH-assotsiirlangan dementsiya
- Kaposhi sarkomasi
- Pnevmotsistli zotiljam
- Salmonellezli septitsemiya
- Bosh miya toqsoplazmozi
- O'pka sili va o'pkadan tashqari sil
- Disseminirlangan yoki o'pkadan tashqari boshqa mikobakteriozlar kiradi.

Terminal davri

Bu davr OIVta'siri natijasida tana vaznini katta miqdorda yo'qotish bilan xarakterlanadi (10% dan ortiq, surunkali behollik, 30 va undan ortiq kun davomida sababsiz isitma, surunkali diareya). Bemorda SD4+

limfotsitlar soni 1 mkl da 50 dan kam bo'lib, bu chuqur immuntanqislikdan dalolat beradi. Bemorlarning hayoti o'rtacha 12-18 oy davom etib, ular opportunistik infektsiyalar asoratlaridan hayotdan ko'z yumadi.

MAVZU BAYONI

Isitma va umumiy zaharlanish xurujining qayta-qayta namoyon bo'lishi bilan ta'riflanadigan bir guruh o'tkir yuqumli kasalliklar borrelioz deb yuritiladi. Bu kasalliklarni qo'zg'atadigan mikroorganizmlar mashhur frantso'z mikrobiologi Lmedey Borrelь (1867-1936) sharafiga borreliy deb ular qo'zg'atadigan kasallik borrelioz deb ataladi.

Borreliylar spiral shaklida bo'lib, spiroxetalar nomi bilan ham yuritiladi.

Borreliozlar tipik transmissiv kasallik bo'lib, ularning antroponozlari (epidemik qaytalama tif va boshqalar) va zoonozlari (kana yuqtiradigan qaytalama tif, Laym kasalligi va boshqalar) ma'lum.

EPIDEMIK QAYTALAMA TIF

Epidemik qaytalama tif isitma xurujlari va isitmasiz davrlar (apireksiya davrlari) almashinib turishi va umumiy zaharlanish belgilari namoyon bo'lishi bilan ta'riflanadigan o'tkir yuqumli kasallik

Etiologiyasi. Kasallikni Borrelia avlodiga mansub spiroxeta- V. Obermeiri qo'zg'atadi. Uning o'zunligi 20-40 mkm, qalinligi 0,3-0,4 mkm ga teng, butun bo'yi 5-6 marta buralgan bo'lib spiralsimon ko'rinishga ega, grammsalbiy, anilin bo'yok lari bilan yaxshi bo'yaladi. Romanovskiy usuli bilan bo'yaganda ko'kimtirgunafsha rangga bo'yaladi. Ular tashqi muhitda chidamli emas. Isitilganda, quritilganda tezda haloq bo'ladi. Past haroratda o'zoq saqlanadi.

Epidemiologiyasi. Infektsiya manbai bemor odam. Bemor isitma xuruji davrida kasallik yuqtirish jihatidan ayniqsa xavflidir. Harorat normal bo'lib turgan paytda bemordan kasallik yuqmaydi. Infektsiya bemordan sog'lom odamga bit orqali yuqadi. Bemorni chaqqan bitlar 5-8 kun o'tgach, yuqumli bo'lib qoladi. Bit chaqqanida teri qichiydi, uni odam qashlab ba'zan bitni ezadi. Bit ezilganda uning gemolimfasidagi spiroxetalar terining shilingan joyidan limfaga tushadi va organizmga tarqaladi. Epidemik qaytalama tif qish-bahor faslida ko'proq uchraydi.

Klinikasi. Kasallikning turg'unlik davri 3-14 kun davom etadi. Qaytalama tifga isitma xuruji va apireksiya davrining almashinib turishi xarakterlidir. Isitma xuruji to'satdan boshlanadi va 2 martadan 5 martagacha qaytariladi. Bemorning eti uvishib, qaltiraydi, harorati 39^{o}S gacha ko'tariladi, boshi og'riydi, bo'g'imlari, mushaklari zirqirab turadi. Ba'zan bemor qaltirayotgan vaqtida qusadi. O'ng qovurg'a osti og'riydi, badan terisi ozgina sarg'ayadi. Bemorning hushi joyida bo'ladi. Oradan 5-7 kun o'tgach harorat birdaniga pasayadi, bemor qattiq terlaydi. Umumiy zaharlanish belgilari yo'qoladi. Apireksiya vaqtida bemorning ahvoli umuman yomon bo'lmaydi. Uchinchi xuruj bir necha soatdan 5 kungacha davom etadi. SHunday qilib, har kelgusi xuruj oldingisidan qisqaroq, kelgusi har apireksiya davri esa, aksincha oldingisidan o'zunroq bo'ladi. Bemorning harorat chizig'iga qarab diagnozni ko'pincha to'g'ri aniqlash mumkin bo'ladi. Bemor eti uvishib, qaltiragan vaqtida rangi o'chib, yo'zi ko'karadi. Terisi o'rdak terisiga o'xshab «tuk-tuk» bo'lib ketadi. Isitma yuqori bo'lgan vaqtda bemorning yo'zi, ko'zi qizaradi. Kamdan-kam bemor badanida rozeoloz toshma ko'rinadi. Isitma vaqtida taxikardiya, apireksiya vaqtida bradikardiya aniqlanadi.

Bemor ishtahasi yomonlashadi, og'zida ta'm sezish o'zgaradi. Ba'zan qayt qiladi va chanqash ko'zatiladi. Tilni sarg'ish karash bosadi. Jigar va taloq kattalashadi. Siydikda oqsillar, leykotsit va eritrotsitlar, gialin tsilindrlar topiladi. Isitma vaqtida oliguriya qayd qilinadi.

Ba'zi bemorlarda xuruj vaqtida entsefalit, meningoentsefalit, polinevrit simptomlari aniqlanadi. Harorat pasayishi bilan bu alomatlar yo'qoladi.

Isitma xuruj qilib turgan vaqtda leykotsitoz, neytrofilez, aneozinofiliya, trombotsitopeniya aniqlanadi, ECHT tezlashadi.

Tashxisoti. Tashxis klinik-epidemiologik ma'lumotlar asosida qo'yilib, laborator tasdiqlanadi. Qaytalama tifni aniqlash uchun bakterioskopik va biologik usullar qo'llaniladi.

Bakterioskopik usul. Isitma xuruji vaqtida bemordan qon olib tomchi va surtma tayyorlanadi, ularni bo'yab, mikroskop ostida tekshiriladi. Spiroxetalar juda aniq ko'rinadi.

«Osma tomchini» mikroskopning ko'ruv maydonini qorong'ilashtirilgan holda tekshirish va Burri usuli yordamida ham spiroxetalarni ko'rish mumkin. Burri usulida bemor qoni tushь bilan aralashtirilgan holda tekshiriladi. Nihoyat spiroxetalarni ko'mish bilan bo'yash usuli ham qo'llaniladi.

Serologik usullar (agglyutinatsiya reaktsiyasi va komplement biriktirish reaktsiyasi) dan kam foydalaniladi.

ENDEMIK QAYTALAMA TIF

Endemik qaytalama tif spiroxetalar qo'zg'atadigan yuqumli kasallik bo'lib, isitma xurujlari va isitmasiz davrlar almashinib turishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Kana yuqtiradigan qaytalama tifni spiroxetalar qo'zg'atadi. Bu spiroxetalarning 20 dan ortiq xillari ma'lum. Osiyoda B.Sogdiana, V. Latyshevi, V. nereensis deb ataluvchi xillari uchraydi. Ovrupoda V. hispanica, B. armanica V. caucasius va boshqa xillari mavjud. Spiroxetaning har bir xili kananing tegishli turi orqali tarqaladi.

Spiroxetalar harakatchan bo'lib, ko'ndalangiga bo'linish yo'li bilan ko'payadi. Tashqi muhitda chidamsiz. YUqori haroratda va quritilganda tezda haloq bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kana tarqatadigan qaytalama tif tabiiy o'choqli antropozoonoz kasallikdir. Infektsiyaning asosiy manbai har xil kemiruvchilar, turli hasharotlar va yovvoyi hayvonlardir. Ba'zan bemor odam ham infektsiya manbai bo'lishi mumkin. Infektsiya issiq, iliq iqlimli o'lkalar va O'rta dengiz havzalarida joylashgan mamlakatlarda uchraydigan har xil kanalar orqali yuqadi.

Osiyo mamlakatlarida qaytalama tifni eng ko'p tarqatadigan kana - V. papillipes yovvoyi hayvonlarning inidan tashqari paxsa devorli imoratlar ichida, molxonalarda, devor kavaklarida ham yashaydi. SHunday qilib, kana spiroxetozining ikki xil o'chog'i bo'ladi: tabiiy o'chog'i va odamlar yashaydigan joylardagi o'chog'i. Tabiiy o'chog'ida odamlarga spiroxetoz kam yuqadi. Odamlar uchun eng xavflisi O. papillipes dan yuqadigan spiroxetozdir (bu odam yashaydigan joyda bo'ladi). Infektsiya odamlarga kana chaqqanida yuqadi.

Klinikasi. Kasallikning turg'unlik davri 5 kundan 14 kungacha davom etadi. Xuruj boshlanishidan oldin bemorning ozgina boshi og'rib, tinkasi quriydi, boldir mushaklari, beli qaqshab og'riydi.

Isitma xuruji to'satdan boshlanadi. Bemor eti uvishib, qaltiraydi va keyin isitmasi 39-40^{o}S ga ko'tariladi, boshi qattiq og'rib, u alahlashga ham tushadi, gallyutsinatsiya alomatlari ko'rinadi. Ba'zan u behush holatda yotadi. Bemorning yo'zi qizarib, badan terisi va ko'zi ozgina sarg'ayadi. Xuruj vaqtida nisbiy bradikardiya aniqlanadi. Jigar va taloq o'lchamlari kattalashadi. Til karash bilan qoplanadi.

Birinchi xuruj bir necha soatdan 2-6 kungacha cho'ziladi. Keyin isitma birdaniga tushadi, bemor qattiq terlaydi. Apireksiya vaqtida bemor quvvatsizlanadi. 1-8 kundan so'ng ikkinchi xuruj boshlanadi. Kasallikning ikkinchi va uchinchi xurujlari ham xuddi birinchisiga o'xshab o'tadi. Biroq apireksiya davri cho'zilib boradi. Keyingi xurujlar bir necha soat davom etadi xolos. Kana spiroxetozida isitma xuruji 10-12 marta qaytarilishi mumkin. O'rta hisob bilan kasallik 1-2 oy davom etadi. Xuruj davrida leykotsitoz aniqlanadi. Apireksiya vaqtida va sog'ayish davrida leykotsitlar soni normaga keladi, limfotsitlar soni 30-45% gacha, monotsitlar 10-12% gacha, eozinofillar 5% gacha ko'payadi.

Ba'zan xuruj engil bo'lib, uni bemor kasallikni oyok da o'tkazadi. Spiroxeta tashib yuruvchilik holati ham ko'zatiladi. Kana spiroxetozi bilan og'rigan bemorlar hamma vaqt sog'ayib ketadilar.

Tashxisoti. Tashxis klinik-epidemiologik ma'lumotlar asosida qo'yilib, laborator tasdiqlanadi. Bemor qonidan tomchi tayyoplab, mikroskop ostida ko'riladi va spiroxetalar topiladi. Lekin qonda spiroxetalar kam bo'ladi, bemorlarning 18-20 foizida topiladi, xolos. SHunda ham bir necha tomchi ko'zdan kechirilganida 1-2 ta spiroxeta uchratiladi. Spiroxetalarni topish uchun Burri usuli ham qo'llaniladi. Bir tomchi qonga bir tomchi tush qo'shiladida, aralashtirib, mikroskopning immersiya tizimida ko'riladi. Bunda qorong'ilikda spiroxetalar yaltirab ko'rinadi.

Tashxislashda biologik usuldan ham foydalaniladi. Bunda bemor qoni spiroxetaga sezuvchan hayvon organizmiga yuboriladi.

Davosi. Kana spiroxetozini davolashda tetratsiklin guruhiga mansub antibiotiklar yaxshi natija beradi. Tetratsiklin harorat asliga kelguncha har 4 soatda 0,3 g dan beriladi. Bemorlarni levomitsetin bilan ham davolash mumkin. U kuniga 2 grammdan beriladi. Antibiotiklardan tashqari patogenetik va simptomatik davo choralari ham ko'riladi.

Patogenetik davolash choralari kana spiroxetozlarida ko'zatiladigan kuchli zaharlanishni pasaytirishga qaratilgan. SHu bilan birga patogenetik davolash choralari gemostaz bo'zilishini oldini olish, organizm immunitetini tez tiklash, qaytalanishlarni oldini olish hamda og'ir asoratlarni oldini olishga qaratilgan.

Xastalikning engil shaklida dezintoqsikatsiya qilish maqsadida bemorga ko'p suyuqlik (sutkasiga 2,5-3,0 litr) ichish tavsiya qilinadi.

Xastalikning o’rta og’ir shaklida esa dezintoqsikatsion davolash choralari kuchaytiriladi. Bemorlarga glyukoza-to’zli eritmalar 1,2-1,6 litr sutkasiga beriladi (5%-glyukoza, standart to’zli eritmalar, Ringer eritmasi), 5-10% alьbumin 100-250 ml miqdorda tomirga yuboriladi.

Xastalikning og’ir shaklida intensiv davolash palatalarida hamda reanimatsiya bo’limlaridan foydalaniladi. Bemorlarda reanimatsion davolash choralari o’tkaziladi.

LAYM KASALLIGI

Laym kasalligi – borreliyalar tomonidan qo’zg’atiladigan surunkali kechuvchi, tabiiy-o’choqli, transmissiv yuqadigan tizimli zararlanish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallik.

Etiologiyasi. Qo’zg’atuvchi grammanfiy anaerob harakatchan spiral bakteriya bo’lib, Borrelia urugi Spirochaetales turkumiga kiradi.

Barcha borreliyalar anilin bo’yog’i bilan oson bo’yaladi va shu bilan ular boshqa spiroxetalardan farklanadi. Hozirgi kunda Laym kasalligini B. burgdorferi, B. Garinni, B. Afzelii kabi borreliyalar qo’zg’atadi

Epidemiologiyasi. Infektsiya manbai bo’lib– ko’pgina umurtqali yovvoyi va uy xayvonlari (asosan yovvoyi kemiruvchilar, oq dumli bug’ular) hamda qushlar xizmat qiladi. Infitsirlangan odam boshqa odamlar uchun xavfli emas.

YUqish mexanizmi asosan transmissiv, ya’ni kana chaqqanidan so’ng so’lagi orqali yuqadi. 1)Kanalar orasida Ixodes ricinus, Ixodes persulcatus asosiy ahamiyatga ega. 70% va undan ortiq xollarda tabiiy o’choqlardagi kanalar borreliyalar bilan infitsirlangan bo’ladi. Odamda kana ko’proq bo’yin, ko’krak, qo’ltiq osti chuqurchalari, chov burmalariga yopishadi. Bu sohalarda teri yupqa bo’lib, qon bilan yaxshi ta’minlangan. Bolalarda ko’proq boshning sochli qismlarida kanalar yopishadi.

2) Alimentar yo’l – ko’proq xom sut iste’mol kilganda (ko’proq echki suti), sut mahsulotlariga etarli termik ishlov berilmaganda yuqadi.

3)Transplatsentar – kasal homilador ayoldan yo’ldosh orqali bolaga o’tishi isbotlangan.

Odamlarning kasalikka chalinish moyilligi yuqori. Postinfektsion immunitet nosteril. Sog’ayishdan bir necha yildan keyin qayta zararlanish bo’lishi mumkin.

Mavsumiylik - bahor va yoz oylariga to’g’ri keladi.

Klinikasi. Turg’unlik davri 1-50 kun, o’rtacha 10-12 kun. Borreliozning klinik kechishi 3 ta davrga bo’linadi:

1. Erta davrning lokallashgan bosqichi – o’tkir yoki o’tkir osti boshlanib, isitma, bosh og’rig’i, holsizlik, mialgiya, artralgiya, ba’zan yaqqol qaltirashlar bilan kechadi. Isitma ko’proq subfebril bo’lib, ba’zan 38-40^{o}S gacha ko’tarilishi mumkin. Isitma taxminan 10-12 kun davom etadi. Ayrim hollarda ko’ngil aynish, qusish, regionar limfadenopatiya, gepatospleno-megaliya va meningizm ko’zatilishi mumkin.

Migratsiyalanuvchi halkasimon eritema kasallikning asosiy patognomik belgisi hisoblanadi. 20% bemorlarda kasallikning birinchi bosqichida bu yagona belgi sifatida kelishi mumkin. Bunda kana chaqqan joyda dog’ yoki papula, keyinchalik uning kengayishidan diametri 10 sm gacha etadigan dog’ paydo bo’ladi. Dog’lar chegarasi aniq, yaqqol qizil rangda, sog’lom teri sathidan ko’tarilgan bo’ladi. Dog’ markazi oqimtir bo’lib, asta-sekin eritema xalqasimon ko’rinishni egallaydi. Dog’ sohasi biroz og’riqli, qichiydi. Antibiotiklar bilan davolanganda dog’lar yuqoladi. Dog’dan keyin kuchsiz pigmentatsiya, kepaklanish, terida atrofik o’zgarishlar bo’ladi (“papiros qog’ozli teri”).

2.Erta davrning disseminatsiya bosqichi–to’la to’kis antibiotiko-terapiya o’tkazilmaganda 10-15% bemorlarda bu bosqich 1 oydan so’ng paydo bo’lib, asosan nevrologik bo’zilishlar bilan kechadi. Bunda engil kechuvchi miya yarim sharlari va miya o’zaninining zararlanishi bilan kechadigan entsefalit, mononevropatiyalar, yo’z nervining zararlanishi, kam hollarda serozli meningit, segmentar radikulonevritik bo’zilishlar bilan kechadigan entsefalomielit xos. Ba’zan tarqalgan poliradikulonevritlar aniqlanadi (Bannvart sindromi). YUrak qon tomir tizimida kardialgiya, arterial gipertenziya, yurak o’tkazuvchanligining to atrioventrikulyar bloqadagacha bo’zilishi, kamroq mioqardit, perikardit, ba’zan sariqsiz gepatitlar, bronxit, orxit, buyrak patologiyasi (mikrogematuriya, proteinuriya) xarakterli.

3.Kechki davr- birinchi ikkita davrdan bir necha oydan keyin ba’zi xollarda 6 oydan keyin paydo bo’lib, astenovegetativ sindrom xos bo’ladi – kuchli xolsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, bosh og’rig’i , psixik qo’zgalishlar yoki depressiya, uyku bo’zilishi, mialgiyalar ko’zatiladi. 1/3 bemorlarda tayanch-harakat tizimi tomonidan o’zgarishlar bo’lib, bo’g’imlarning zararlanishi bilan kechadi. Bo’g’imlarning zararlanishi 3 xil variantda bo’ladi:

1. Ob’ektiv belgilarsiz ko’chib yuruvchi artralgiyalar.

2.Giperemiya, bo’g’imlar shishi, og’riq tufayli harakat cheklanishi bilan kechadigan yaxshi sifatli qaytalanuvchi artritlar.

3.Bo’g’imlarda chuqur tizimli o’zgarishlar bilan kechadigan rivojlanib boruvchi artritlar.

Kechki bosqichlarda atrofik akrodermatit, o’choqli sklerodermiyalar, asab tizimi bo’zilishlari xos.

Tashxisoti. Manifest shaklining tayanch tashxisiy belgilari

1. Erta mahalliy borrelioz uchun:

-kana chaqqan joyda birinchi 3 hafta mobaynida o’ziga xos eritemaning paydo bo’lishi;
-eritema atrofida halqasimon toshmalarning paydo bo’lishi;
-mahalliy limfadenopatiya;
-uyquchanlik, holsizlik;
-yaqqol gematologik o’zgarishlarning bo’lmasligi.

2.Erta disseminirlangan borrelioz uchun:

-tananing turli qismlarida ikkilamchi eritemalarning paydo bo’lishi;
-tarqoq ko’rinishda yaxshi sifatli limfotsitomaning aniqlanishi;
-tarqalgan limfadenopatiya;
-polimorf nevrologik belgilar (radikualgiyadan meningoentsefalitgacha, Bannvart sindromi);
-meningitning yo’z nervi falaji bilan birga kelishi;
-likvorda limfotsitar tsitoz;
-turli harakterdagi yurakning zararlanishi (kardialgiyadan AV-bloqada va pankarditgacha);
-yirik bo’g’imlarda qonfiguratsiyasi o’zgarmasdan uchib yuruvchi og’riqlarning bo’lishi;
-boshqa a’zolarning zararlanishi (birinchi o’rinda ko’z).

3.Borreliozning surunkali bosqichi uchun:

-bo’g’imlarning zararlanishi (artralgiyadan og’ir deformatsiyalovchi artrit-largacha);
- asab tizimida rivojlanib boruvchi o’zgarishlar (entsefalit, mielit, manestik jarayonlar susayishi);
-terining surunkali atrofik dermatit ko’rinishida o’zgarishi;
-likvor va sinovial suyukqlikda qonga nisbatan IgM va IgG qontsentratsiyasining oshishi.

Laborator tashxisoti. Umumiy qon taxlilida disseminatsiya bosqichida o’rtacha ifodalangan leykotsitoz, anemiyaning I darajasi, trombotsitopeniya, ECHT oshishi (40 mm/s gacha). Umumiy siydik tahlilida proteinuriya, mikrogematuriya qayd qilinadi.

Orqa miya suyuqligi tahlilida kasallik boshlangandan 2-3 hafta o’tgandan so’ng limfotsitar tsitoz bo’lib, bir necha hafta va oylar saqlanadi.

Spetsifik laborator tashxisoti – teri bioptatlari, qon va orqa miya suyuqligidan kumush to’zlari bilan impregnatsiya qilgandan keyin borreliyalarni aniqlashga asoslangan. Serologik usullardan – IFA, immunoblotting, bilvosita gemaglyutinatsiya reaktsiyasi qo’llaniladi.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
zeffiks, etadin-forte, lendastin

1.Rp.: Tabl. “ Zeffix” 0.1 N.28
(savdo nomi)
Lamivudine
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan 1mahal 28kun davomida ichilsin.

2.Rp.: Tabl. “Etadin-forte” 0.3 N.10
(savdo nomi)
Etodolac
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan kuniga 2mahal ovqatdan keyin ichilsin.

3.Rp.: “Lendacin” 1,0 N.10
(savdo nomi)
Ceftriaxon
(xalqaro patentlanmagan nomi)

D.S. 0,9 % li 5 ml natriy xlorda eritilib kuniga 2 mahal m/o ga (sinamadan so'nd) yuborilsin.

"Brutsellyoz (qora oqsoq). BORELIOZ OIV/OITS" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	Brutsellyoz, borrelioz OIV/OITSda kasalligining erta tashxislashini biladi, tahlil qiladi, davo choralarini belgilab amaliyotda qo`llab biladi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	Yaxshi "4"	Brutsellyoz, borrelioz OIV/OITSda kasalligini erta tashxisini biladi, tushinadi. Davolash va oldini olishni ham aniq biladi, amaliyotda qo`llaydi. Kasallik tarixini bemornoma to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	56-70	Qoniqarli "3"	Mavzu bo`yicha kasalliklarning belgilarini farqlay oladi, tushunadi, biladi. Davoni va oldini olishni to`liq bilmaydi (qonspekt qilgan).	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. "2"	Brutsellyoz, borrelioz OIV/OITS kasalligi haqida tushunchasi Yo`q. Mavzuni o`zlashtirmagan. Darsga tayyor emas (qonspekt qilinmagan).	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 7 multimedialar 4

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Dastlabki bilimlaringizning etarli yoki etarli emasligini tekshirish uchun bir qator jumboqli masalalar diqqatingizga havola qilinadi. Javobingizni etalonlarga solishtirib tekshiring. Etalonsiz masalalarga Yozma ravishda javob tayyorlang.

1-masala.

Bemor N. 22 Yosh, qassob. Kasallik sekin-asta umumiy quvvatsizlk, toliqish ko`p terlash, mushaklarda og`riq bilan boshlangan. 8-10 kundan keyin titrab qaqshash, tana harorati ko`tarilishi (37, 7ºC darajagacha) qo`shilgan. Keyinchalik tana harorati 38, 4 ºC va 39 ºC daraja atrofida bo`lib, isitma tushishi terlash bilan kechgan. Hakim ko`rikdan o`tkazganda qo`ltiq osti va chov limfa tugunlarini qaytalashgani va og`riqsizligini, bir-biri bilan va atrofdagi to`qimalar bilan Yopishmaganligini, jigar va taloqning kattalashganligini aniqlagan.

1. Tashxis qo`ying.
2. Bemorni tekshirish rejasini to'zing.

Masalaga etalon javob.

1-masala javob etaloni.

1. Tashxis: Qora oqsoq.
2. Quyidagi laboratoriya usullari qo`llaniladi:

a) umumiy klinik tekshiruv.
b) bakteriologik usuli
c) serologik usuli
d) teri-allergik sinama

2-masala.

Bemor I. 22 Yoshda, sut sog`uvchi. Keyingi 3 yil davomida ikki marta muddatdan ilgari o`lik bola tashlash ko'zatilgan. Oxirgi (hisob bo`yicha uchinchi) homila 2 oylik bo`lganda o`z-o`zidan bola tashlash bilan tugaganligini, et uvishish va kuchli terlash alomatlarini syozgan. Vrachga murojat qilmay ishlab yuravergan. Lekin oxirgi haftada bo`g`im, mushaklarda qaqshash, kuchayib borayotgan quvvatsizlik syozilgan.

1. Taxminiy tashxisni aytib uni asoslang.
2. Tekshiruv ko`rsating.

Masala 3.

Bemor M. 28 Yoshda. Kasallikning 18 kuni yuqori isitma, bosh og`rig`i, umumiy holsizlik kabi shikoyatlar bilan kasalxonaga keldi. Kasallik tana haroratining 39, 8ºC gacha ko`tarilishi bilan o`tkir boshlangan. Keyingi 5-6 kun davomida har kun qaltirash kunnig o`rtasida paydo bo`lgan, harorat 40-41ºC ko`tarilib, 8-10 soat saqlangan. Haroratning tushishi kuchli terlash bilan kechgan. Keyingi kunlarda isitma xurujlari kunora takrorlangan. Bemorning harorati shifoxonaga tushganda 39, 9ºC, yo'zlari qizargan, lablarida toshmalar, ko`zi qizargan, tilda oq karash, o`pkasida vyozikulyar nafas, yurak tonlari bo`g`iq, puls ritmik 140 marta bir daqiqada, qon bosimi 110/60 mm. sim. ust. teng. Qorni yumshoq, og`riqsiz, jigar qovurg`a ravog`ida, taloq 3-4 sm. kattalashgan, qattiq.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Bemorni parvarish rejasini to'zing.
3. Kasallik tarixini to`ldiring.

KEYS-METOD (CASE STUDY). Viloyat Sog'liqni saqlash boshqarmasiga 30 yoshli bemor G. kasalxonada "O'tkir brustellez" tashxisi bilan davolanib chiqishida tibbiy xodimlarni sifatsiz davo muolajalarini o'tqazganliklari to'g'risida shikoyat qildi. Quyidagi kasallik tarixini tahlil qilib, ekspert sifatida vrachning tashxisot va davolash taktikasiga baho bering.

Bemor Xo'jaeva Gulruh 30 yoshda. Kasallikning 4 kuni bosh og'rishi tana haroratining oshishi, bo'g'imlarda og'riq, ko'p terlashga shikoyat qilib kasalxonaga murojaat qildi.

Epidemiologik anamnezidan: bemor fermada sut sog'uvchi bo'lib ishlaydi. Kasallik juda tez tana haroratining 39^{o}S gacha ko'tarilishi bilan boshlanib, boshi og'rib bo'g'imlarda shish, og'riq boshlangan. Kasallikning 2 kunidan bemor juda ko'p terlagan. Ko'rik paytida bemorning umumiy ahvoli o'rta og'irlikda. Bemorning holati passiv. Sklerasi rangi rangpar, terisi nam. Mahalliy limfa tugunlari (bo'yin, qo'ltiq osti, chov sohasi) no'xatdek kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan, bir-biri va atrof to'qima bilan birikmagan. Harakat-tayanch tizimida bo'g'imlarda shish, harakatlanganda og'riq kuchayadi. Nafas olishi erkin, burun orqali. Auskultativ o'pka ustida qattiq vezikulyar nafas eshitiladi, xirillashlar yo'q. Tomir urishi minutiga 100 marta, qoniqarli to'liqlikda, A/B 110/70 mm. sim.ust. Yurak tonlari bo'g'iq, shovqinlar eshitilmaydi. Lablari quruq, tili oq karash bilan qoplangan, bodomcha bezlari bir oz qizargan. Qorin qapchigan, chuqur paypaslaganda o'ng qovurg'a sohasida og'riq aniqlanadi. Jigar o'lchamlari +1,0+1,0 smga kattalashgan, o'rtacha qattiqlikda, og'riqli. Taloq 0,5 smga kattalashgan. Siyishi erkin, og'riqsiz, rangi doimgidek. Ichi kuniga 2 mahal. Lassega simptomi musbat.

Laboratoriyaviy tekshiruvlar natijalari: umumiy qon tahlili: NV-90,0 g/ l, rangli ko'rsatkich- 0.9 eritrostitlar $3,2x10^{12}$ g/ l, leykostitlar- $3.0x10^{9}$l eozinofillar 1 %, tayoqcha yadroli – 1%, segment yadroli –33 %, limfostitlar 45 %, monostitlar 20 %, EChT- 20 mm/ soat, trombostitlar- $180x10^{9}$l. Siydik rangi sariq solishtirma og'irligi-1012 leykostitlar – 1-2 k/m. Najasning umumiy tahlili: mushak to'qimasi –yo'q, biriktiruvchi to'qima –yo'q , neytral yog'lar- yo'q, shilliq, epiteliy- yo'q. Qonning serologik tahlili: Rayt reakstiyasi 1:400, Xeddelson reakstiyasi o'ta musbat. Revmo proba: S-reaktiv oksil manfiy. UZI – jigar, taloq, buyraklar. Bo'g'imlarning rentgenologik tekshiruvida patologik o'zgarishlar aniqlanmadi. Mutaxasislardan nevropatolog va revmotolog maslahati olindi.

Klinik tashxis: O'tkir brustellyoz, og'ir kechishi.

Davolash: Etiotrop davo vositasi sifatida I kurs levomistetin 0.5 g og'iz orqali 4 mahal, stefozolin 0.5 g m/o, patogenetik: 5% glyukoza, reosorbilakt, infezol, askorbinat kislotasi, analgin dimedrol 10 kun mobaynida qabul qildi. 7 kun tanaffusdan so'ng II kursda tetrastiklin 0.1g og'iz orqali va kanamistin 0,25 dan kuniga 2 mahal m/o, diklofenak, lidaza qilindi. Bemorning ahvoli yaxshilandi, tana harorati me'yorlashdi. Bo'g'imlardagi og'riq va shish yo'qoldi. Jigar va taloq o'lchamlari me'yorlashdi.

Laboratoriyaviy tekshiruvlar natijalari: umumiy qon tahlili: NV-110,0 g/ l, rangli ko'rsatkich- 1.0 eritrostitlar $3,8x10^{12}$ g/ l, leykostitlar- $5.0x10^{9}$l, eozinofillar 1%, tayoqcha yadroli – 1%, segment yadroli –33 %, limfostitlar 45 %, monostitlar 20 %, EChT- 20 mm/soat, trombostitlar- $180x10^{9}$l. Siydik rangi sariq, solishtirma og'irligi-1012, leykostitlar – 1-2 k/m. Najasning umumiy tahlili: mushak to'qimasi –yo'q, biriktiruvchi to'qima –yo'q, neytral yog'lar- yo'q, shilliq, epiteliy- yo'q.

Qonning serologik tahlili: Rayt reakstiyasi 1:200, Xeddelson reakstiyasi musbat. Kasallikning 35 kuni koniqarli ahvolda uyga javob berildi.

Taqdim etilgan kasallik tarixini tashxisot va davolash standartlari asosida tahlil qilib, quyidagi savollarga javob bering. 1.Vrach kasallikning tashxisot standarti doirasida tekshiruvlarni o'tqazdimi? 2.

Vrach kasallikning davolash standarti va SSV buyruqlari asosida davoladimi? 3. Sizning taktikangiz qanday bo'ladi?

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
zolef, xefokam, stefiroksin

1.Rp.: Tabl. Zolefi 0.125. N.7
(savdo nomi)
Brivudine
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan 7kun ichilsin.

2.Rp.: Xefocami 0.008 N.3
(savdo nomi)
Lornoxicam
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Hovokainga eritib kuniga 1mahal mushak orasiga yuborilsin.
3.Rp.: Cefuroxini 1,0 N.10
(savdo nomi)
Cefuroxim
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 0,5% li 5 ml novokainda eritilib kuniga 3 mahal 5kun m/o ga (sinamadan so'nd) yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari

9-Mavzu:**Qora oqsoq.Qo'zg'atuvchining turlari. Kliniko-patogenetik parallelligi. Laborator diagnostika usullari. Davolash usullari. Profilaktikasi. OIV/OITS Etiologiyasi, qo'zg'atuvchining xarakteristikasi, epidemiologiyasi, patogenezi. Tasnifi, klinik turlari, diagnostikasi, davolash usullari. OITS + oportunistik kasalliklar, ularning kechimi. Davolash taktikasi. Profilaktikasi. IVBDV (stast) bolalarda OIV infekstiyasining kechishi, diagnostikasi va tibbiy yordam kursatish tamoyillari**
Borreliozlar Xarakteristikasi, etiologiyasi, epidemiologiyasi. Klinik kechimi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.

1 Sistemali borrelioz uchun xarakterli bo'lgan simptomlar majmuasini ko'rsating?
* harorat, uzuksimon eritema, kardial, nevrologik zararlanish, artritlar
harorat, gepatosplenomegaliya, rozeolali toshma
harorat, artritlar, tugunli eritema
harorat, yurak va qon-tomirlar zararlanishi

2 Borrelalar mansub guruh:
a) bakteriya
b) *spiroxeta
c) virus
d) rikketsiya

3 Borreliozlar noxos yuqish yo'li:
a. transmissiv
b. *havo-tomchi
c. fekal-oral
d. alimentar

4 Borreliozlar tashxisot uslubida qo'llanilmaydi:
a. biologik
b. *virusologik
c. bakterioskopik
d. serologik

5 Borreliozlarda qo'llanilmaydigan usul:
a. qalin qon tomchisi
b. *tomoqdan surtma
c. osma tomchi
d. qon surtmasi

6 Borreliozning surunkali bosqichi uchun noxos belgi:
a. bo'g'imlarning zararlanishi
b. *Filipovich belgisi
b. enstefalit, mielit, manestik jarayonlar susayishi
c. likvor va sinovial suyukqlikda qonga nisbatan IgM va IgG konstentrastiyasining oshishi.

7 Qora oqsoq uchun xarakterli bo'lgan simptomlar majmuasini ko'rsating?

* yuqoridagilarning hammasi
to’lqinsimon tana harorati
gepatosplenomegaliya
artritlar, miozitlar

8 OITS abdominal shakli uchun xos bo’lmagan belgi:

*sigmasimon ichakning yo’g’onlashuvi
qorinda og’riq
ich ketishi
quldirash

9 OITS dan darak bermaydigan omil:

uzoq 1-2 oy chuziladigan sababsiz isitma
MNS limfomasi
*60 yoshdan kattalarda Kaposhi sarkomasi
uzoq chuziladigan sababsiz ich ketish

10 OITS davolashda qo’llanilmaydigan vosita:

OITS virusiga ta’sir qilish
Immunostimulyastiya
opportunistik infeksiyalarga qarshi kurash
*immunodepressantlarni qo’llash

11 OITS davolashda yuqori natija beradigan dori vositasi:

*azoditimidin
virozol
reoferon
immunomodulin

12 OITS ni inkor qiluvchi holatni aniqlang:

sababsiz limfopeniya
50 yoshgacha bo’lgan odamlarda Kaposhi sarkomasi
*tug’ma immunotaqchillik
sababsiz 1-2 oy davom etuvchi isitma

13 OITS ni laborator usulda tekshirishda olinmaydigan material:

qon
limfa suyuqligi
shahvat
*siydik va najas

14 OITS ning ichak shakli uchun xos bo’lmagan belgi:

kechqurunlari tana harorati oshishi
surunkali ich ketish
vaznini yo’qotish
*oligouriya, anuriya

15 OITS ning xos bo’lmagan klinik shakli:

*abdominal shakli
ichak shakli
serebral
disseminastiyalashgan va differenstiyalashmagan shakli

16 OITS uchun xos bo’lmagan asab sistemasi yallig’lanish belgisi:

meningeal belgilar
*xotiraning yo’qolishi
falajlanish
gallyustinatsiya

17 OITS patogenezi tizmasiga xos bo’lmagan davr:

qo’zg’atuvchining organizmga kirishi
*virus ta’sirida me’da-ichak sistemasida yallig’lanish
mahalliy limfoadenit
virusemiya, immunitet susayishi

18 OITS profilaktikasi tadbirlar jumlasiga kirmaydi:

*dezinfeksiya, karantin e’lon qilish
sanitar oqartuv ishlari
qon va qon preparatlari nazoratini kuchaytirish
tibbiy xodimlar muhofazasi

19 OITS qo’zg’atuvchisi mansub viruslar guruhi:

neyroviruslar
pikarnoviruslar
*T-limfotrop viruslar
arbovirus

20 OITS uchun xos bo’lmagan moyil guruhlar:

*besoqol va besoqolbozlar
fohishalar
giyohvandlar
normal jinsiy hayot kechiruvchilar

21 Donorlar qonini tekshirishda OIV infeksiyasi qo’yiladi:

musbat natijani bir marta tasdiqlash bilan
musbat natijani ikki marta tasdiqlash bilan
*musbat natijani qayta tasdiqlamasdan
musbat natijani uch marta tasdiqlash bilan

22 Katta yoshli aholi orasida OIV infeksiyasi qo’yiladi:

musbat natijani bir marta tasdiqlash bilan o’tkaziladigan tekshiruv
musbat natijani qayta tasdiqlamasdan bitta tekshiruv
*musbat natijani ikki marta tasdiqlash bilan o’tkaziladigan tekshiruv asosida
musbat natijani uch marta tasdiqlash bilan o’tkaziladigan tekshiruv asosida

23 Qaysi laborator test OIV-infekstiyasi tashxisini tasdiqlash uchun ko’proq ishonchli hisoblanadi?

*immunobloting

qon klinik tahlili
IFA
T-xelper va T-supressorlar o'zaro nisbati

24 Sog'lqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot muassasalarida OIV infeksiyasini kasbiy muloqotdan keyingi profilaktikasini amaliyotga tadbiq qilish haqidagi buyruq:

*№4 04.01. 2008y
№ 289 25.09. 2009y
№ 126 28.04.2009 y
№505.01.2012y

25 OITS uchun o'ta xos bo'lgan serologik usul:

* immunoblot
IFA
radioimmunologik
radioimmunoprestipitastiya

26 OITS uchun xos bo'lmagan kasallik manbai:

kasal odamlar
*hayvonlar
virus tashuvchilar
rekonvalesstent

27 OITS uchun xos bo'lmagan klinik shakl:

*yurak qon-tomir shakli
abdominal
o'pka shakli
disseminastiyalangan shakli

28 OITS virusi mansub viruslar avlodi:

*retroviruslar
pikarnoviruslar
gepatnoviruslar
onkoviruslar

29 OITSning ikkilamchi infeksiyasiga qarshi kam ta'sirli preparat:

antibiotiklar
sulfanilamidlar
zamburug'ga qarshi preparatlar
*nitrofuranlar

30 OIV ko'payishini to'xtatish uchun buyuriladigan preparatlar:

,
timolin, T-aktivin, stinizin
interferon, reoferon,
antibiotiklar, sulfanilamidlar
*azoditimidin, suramin

31 OIV ta'sirida shikastlanmaydigan hujayralar:

T-xelperlar
Makrofaglar
Monotsitlar
*T-supressorlar

32 OIV-infeksiya uchun xos bo'lmagan laboratoriyaviy usul:

virusologik
immunologik
*bakteriologik
serologik

33 OIV-infeksiyasi uchun ko'proq xos bo'lgan pnevmoniya etiologiyasini ko'rsating?

stafilokokli
*pnevmosistli
pnevmokokkli
virusli

34 OIV-infekstiyasi uchun qaysi belgilar xarakterli?

*yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi
harorat
limfadenopatiya
diareya, tana vaznining yo'qotilishi

35 OIV-infeksiyasining erta bosqichlari uchun xarakterli bo'lgan simptomlar majmuasini ko'rsating?

* harorat, limfadenopatiya
harorat, o'sma jarayonlari
normal tana harorati, limfadenopatiya
yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi

36 Brustellez davosi uchun xos bo'lmagan antibiotikklar kombinastiyasi:

levomistitin – streptomistin
* tetrastiklin-penistillin
rifampistin-gentamistin
streptomistin-tetrastiklin

37 Brustellez o'tkir shakli uchun xos belgilar:

, mahalliy terlash gepatomegaliya,
bo'g'imlardagi uchuvchan og'riq
*mahalliy limfa tugunlari kattalashuvi, isitma, terlash
isitma, qaltirash, splenomegaliya, teri sariqligi,
gepatomegaliya, terida razeolali toshmalar,
Podalka belgisi,
isitma, qaltirash, splenomegaliya, teri sariqligi,
gepatomegaliya

38 Brustellez potogenezi uchun noxos faza:

qo'zg'atuvchining organizmga tushishi
*bakteriya tashuvchanlikka aylanish
mahalliy limfoadenit
allergik holatning yuzaga kelishi

39 Brustellez surunkali shakli uchun xos belgi:

harorat yuqori, umumiy zaharlanish belgilari, qayt qilish, gepatomegaliya,qaltirash
*harorat me'yorida, o'choqli o'zgarishlar, artrit, sinovit, bursit, nevrit
harorat me'yorida, bo'g'im, suyaklarda organiq o'zgarishlar, harakat buzilishlari
periferik limfa tugunlari kattalashuvi,oz terlash

40 Brustellez uchun etiotrop davoga ko'rsatma:

aktiv jarayon bo'lmasligi
*aktiv jarayonni ko'rsatuvchi belgilar
bo'g'imlardagi organiq o'zgarishlar
gepatolienal sindrom

41 Brustellez uchun xos bo'lmagan davolash usuli:

Fizioterapevtik
*Regidratastiya
Simptomatik
Antibiotiklar

42 Brustellez uchun xos bo'lmagan klinik shakl:

o'tkir shakli
*qaytalanuvchi
yarim o'tkir shakli
1-2 lamchi surunkali shakl

43 Brustellezda asosiy yuqish yuli:

Aerogen
*Maishiy muloqot, alimentar
Transmissiv
Vertikal

44 Brustellezda isitma tavsifi

Kasallikning asta-sekin tana harorati oshishi, bir hafta davomida 40-41^{o}Cgacha ko'tarilishi, davomli, to'lqinsimon, trapestiyasimon, zinapoyasimon
*Isitmaning toksik va allergik tavsifli bo'lishi, ko'pincha qaltirash bilan kuzatilishi
Temperatura ko'tarilishi 3-9 kundan 21 ko'ngacha davom etadi, tushishi tezlashgan lizis ko'rinishida temperatura pasaygach subfebrilitet kuzatiladi, lekin 7-8 kundan so'ng yana ko'tarilib to'lqinsimon kechadi
Kasallikning to'satdan boshlanishi, tana haroratini birdan 41*Sgacha ko'tarilishi, isitmaning xurujsimon bulib, qaltirash va kuli terlash kuzatilishi;

45 Brustellezda kam shikastlanadigan sistema

harakat tayanch
*nafas olish
tanosil
asab va ruhiyat

46 Brustellezda kam shikastlanadigan sistema:

yorak-qon-tomir
*siydik ajratish
tanosil
asab va ruhiyat

47 Brustellezda noxos potomorfologik omillar:

toksik
*immunogenetik
hujayra ichi qo'zg'atuvchining parazitligi
allergik

48 Brustellezda profilaktik choralar:

shaxsiy himoya vositalari
*veterinar va sanitar gigienik qoidalar
dezinfekstiya
dezinsekstiya

49 Brustellezda qo'llaniladigan teri allergik sinama:

Antraksinli
*Byurne
Цuverkalov
Mantu

50 Brustellezda sog'ayish kriteriysi:

Bakteriologik
*Klinik
Serologik
Allergologik

51 Brustellezda teri allergik sinamasining o'ta musbat natijasi:

4-5 sm
*6-8 sm
2-3 sm
1,0 sm

52 Brustellezka xos serologik guruhlar:

*Rayt-Xeddlson, RPGA
ROPGA, RIA, RGA
RGA
OAGA

53 Brustellezning o'tkir shakliga xos belgi:

*yuqori harorat, ko'p terlash, bo'g'imlarda og'riq
tana haroratining oshishi, bosh va kuz soqqasida og'riq
tana haroratining oshishi, nevrit, orxit, spondiloartrit
periferik limfa tugunlari kattalashuvi,oz terlash

54 Brustellezning 1 lamchi latent shakli belgilari:

*periferik limfa tugunlari kattalashuvi, oz terlash
yuqori harorat, o'choqli o'zgarishlar
yuqori harorat, bo'g'imlarda og'riq
bo'g'imlarda og'riq, nevritlar

55 Brustellezning o'tkir septik shakli uchun xos belgi:

*tana haroratining ko'tarilishi, qaltirash, terlash

qaltirash, suyaklar zirqirashi, bo’g’imlar shishi va og’riqli bo’lishi
yuqori harorat, bosh og’riq, lohaslik, qorin qapchishi
Qo’l-oekda og’riq,tez charchash,me’yoriy harorat

56 Brustellezning o’tkir shakli bilan qiyoslanadigan kasallik:

*gripp, bezgak
revmatizm
toshmali tif
leptospiroz

57 Brustellezning o’tkir shakli uchun noxos davo usuli:

*Vakstinoterapiya
Antibiotiklar
Simptomatik
Dezintoksikastiya

58 Brustellezning o’tkir shakli uchun xos bo’lmagan laboratoriyaviy usullar:

*teri allergik
bakterioskopik
bakteriologik
serologik

59 Brustellezning rezidual shaklini davolash:

*Fizioterapiya
Kimeterapiya
Garmonoterapiya
Dezintoksikastiya

60 Brustellezning surunkali shakli bilan qiyoslanadigan kasallik:

*revmatizm, poliartrit
gripp, O’RVI
rekketsiozlar
TPK

61 Brustellezning yarim o’tkir shakli uchun xos belgi:

*harorat ko’tarilishi, miozit, pleksit, artrit
harorat ko’tarilishi, rozeolali toshma
harorat ko’tarilishi, artraliya, nevralgiya
harorat ko’tarilishi, terlash, mialgiya

62 Brustellezning yarim o’tkir shakliga aylanganini ko’rsatuvchi omil:

*har xil a’zolarning o’choqli yallig’lanishi
tana harorati oshishi
gepatolienal sindrom
bo’g’imlar deformastiyasi

63 Brustillin yuborilgandan so’ng teridagi o’zgarishlarga noxos belgi:

*og’riq
shish
qizarish
papula

64 Byurne teri allergik sinamasi qaysi kasallikka xos:

*Brustellez
O’lat
Difteriya
Bezgak

65 Ishonch xonalari sharoitida OIVga.....qon olish maqsadga muvofiq:

barmoqdan
bilak venasidan
arteriyadan
kapillyardan

66 O’zbekiston Respublikasida brustellez kasalligining oldini olish chora tadbirlari haqida to’g’risida”gi buyruq:

* № 37.23.01. 2015
№ 80
28.03. 2012
№ 292. 23.06.1993
№454. 25.10.2006

67 Respirator mikoplazma infeksiya qo’zg’atuvchisi:

*M.pneumonia, M.Hominis
Bac.anthracis
Bac.mallei
h.Moseri

68 Respirator mikoplazma infeksiyasida eng kam zararlanuvchi organ:

*Oshqozon -ichak shilliq pardalari
Tomoq
Hiqildoq
Traxeya shilliq pardalari va alveolalar to’qimasi

69 Respiratormikoplazma infeksiyasida eng kam zararlanuvchi organ

*oshqozon -ichak shilliq pardalari
tomoq
Hiqildoq
traxeya shilliq pardalari va alveolalar to’qimasi

70 Rinovirus infeksiyasi bilan xastalangan bolalarda eng kam zararlanuvchi organlar:

*teri qoplam
hiqildoq
traxeya
burun shilliq pardalari

71 Rinovirus infeksiyasiga xos davo:

*patogenetik va simptomatik
vaksinoterapiya
etiotrop
seroterapiya

72 Rinovirusli infeksiya uchun xos bo'lmagan belgi:

*labda uchuk toshishi
burun yiring aralash shilimshik kelishi
aksirish,quruq yo'tal
balg'amli yo'tal, ko'krakda og'riq

73 Bronxospazmni davosi jumlasiga kirmaydi:

eufilin
*panangin
kislorod
efedrin, no-shpa

74 Erta disseminirlangan borrelioz uchun xos bo'lmagan belgi:

a. *Padalka belgisi
b. ikkilamchi eritemalarning paydo bo'lishi
c. tarqalgan limfadenopatiya
d. polimorf nevrologik belgilar

75 Erta mahalliy borrelioz uchun xos belgi:

a. *eritema atrofida halqasimon toshmalarning paydo bo'lishi
b. gepatosplenomegaliya
c. tarqalgan toshma
d. bradikardiya

76 O'tkir respirator infeksiyasi guruhiga xos bo'lmagan kasallik:

*arboviruslar
gripp, paragripplar
adenoviruslar
rinoviruslar

10-mavzu: Arbovirusli infektsiyalar. Bezgak. Rikketsiozlar. Ku-isitmasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi yuqumli kasalliklar tavsifi. 2. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi infeksiyaning klinik tasnifi. 3. Himoya kostyumini kiyish va yechish qoidalari. 4. Arbovirusli infeksiyanining klinik belgilari. 5. Arbovirusli infeksiyani kasalligini tashxisoti va davolash uslublari. 6. Bezgakning etiologiya va epidemiologiyasi. 7. Bezgak kasalliklarning klinikasi va davosi.
Mavzuning maqsadi: Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi erta tashxis qo`yish, ularning qiyosiy tashxisotini o`tkazish, intoqsikatsiya darajasini bilib, kerakli choralarni belgilash, kasalxonagacha bo`lgan davrda kasallikni oldini olish chora va tadbirlarni ko`rishni bilish.	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. "Arbovirusli infekstiyalar. O'zbekiston gemorragik isitmasi (Qrim-Kongo). Buyrak sindromi bilan kechuvchi gemmoragik isitma. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, tabiiy o'chok lari. Bezgak.Turli plazmodiylar chaqirgan bezgak. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi kasallikning klinik xarakteristikasi." amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi.	Qatnashadilar

(5daqiqa)	Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"Arbovirusli infeksiya (O'GI,QKGI,BSGI), Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi" Savol-javob o'tkazish. *«Rotatsiya»* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi "Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi". Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (90 daqiqa)	"Arbovirusli infeksiya (O'GI,QKGI,BSGI), Bezgak" Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. *"Galareya bo`ylab sayohat"* uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. **Mustaqil ish beradi**. Gemorragik isitmalar (O'zbekiston, Omsk). Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) bosqichlari. Klinik shakllari Kasallik natijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish. **Uyga vazifa beradi**. O'lat, Kuydirgi. Jarohat infektsiyalari. Qutirish, qoqshol, saramas. Lyeshmanioz. Toksoplazmoz klinik kechimi, asoratlari, laborator diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar).

1. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiya kasalliklarga tavsifi.
2. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiyaning klinik tasnifi.
3. Himoya kostyumini kiyish va yechish qoidalari.
4. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi infeksiyanining klinik belgilari.
5. Arbovirusli infeksiyani kasalligini tashxisoti va davolash uslublari.
6. Bezgakning etiologiya va epidemiologiyasi.

7. Bezgak kasalliklarning klinikasi va davosi.

15. 7. Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga tavsif bering.
2. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi klinik tasnifini ayting.
3. Himoya kost yumini kiyinish va echinish qoidalarini ayting?
4. Arbovirusli infeksiyani va bezgak klinik belgilarini aytib bering.
5. Arbovirusli infeksiyani va bezgak tashxisoti va davolash uslublarini tushuntiring.
6. Bemorlarni parvarishlash rejasini to'zish.
7. Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi oldini olish va o'chok da ish olib borish.

Arbovirusli infeksiyani, Bezgak, Rikketsiozlar, Ku-isitmasi chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi, o`latga qarshi kiyim turlari va ulardan foydalanishni bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilarning ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

. Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

O`ta xavfli infeksiyaga chalingan bemorlar bilan ishlaganda qo`l yuvish tartibi.

- Oqar suvda qo`llaringizni ho`llang.
- Qo`llaringizga su yuq sovundan biroz oling.
- Sovunni qo`llaringiz orasida ishqab ko`pirtiring.
- CHap kaftingizning tashqi yo'zasini sovunlab ishqang.
- O`ng kaftingizning tashqi yo'zasini 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 yo'zasini ishqang.
- Aylanma harakatlar bilan o`ng kaft ichki yo'zasini ishqang.
- Qo`llarni oqar suv ostida yuving.
- Bir marotaba ishlatiladigan qog`oz sochiq (salfetka) dan o'zib 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.

Bezgak kasalligida gemoparazitni aniqlash maqsadida yo'g'on tomchi tayyorlash qoidalari.

Maqsad: Gemoparazitlarni aniqlash.

Ko'rsatma: 3 kundan ortiq isitmalagan tashxisi noaniq bemorlar.

Kerakli anжomlar: Sterillangan rezina qo'lqop, skarifikator, paxtali tampon, spirt (70º), buyum oynasi, shisha tayok cha, mumlangan qalam, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To'liq va aniq bажardi (10 ball)

1.	Sterillangan rezina qo’lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Qon olinadigan barmoq spirt bilan tozalanadi	0	5	10
3.	Skarifikator yordamida barmoq teshiladi, aseptika qoidalariga rioya qilib qon olinadi	0	5	10
4.	Birinchi qon tomchisi quruq paxta bilan artiladi	0	5	10
5.	Barmoq pastga qaratilib 5 mm diametrdagi ikkinchi qon tomchisi buyum oynasiga tomiziladi	0	5	10
6.	Qon tomchisi shisha tayok cha yoki buyum oynasi qirrasi bilan 10-15 mm kattalikda yumaloq qilib kengaytiriladi	0	5	10
7.	Xona haroratida 2-3 soat quritiladi va 45 daqiqa davomida azur-eozin bilan bo’yaladi	0	5	10
8.	Buyum oynasi chetiga mumli qalam bilan bemor familiyasi yoki qayd etilgan son ko’rsatiladi	0	5	10
9.	Oqib turgan kran suvida bo’yok yuviladi va xona haroratida 2-3 soat davomida vertikal holatda quritiladi	0	5	10
10.	Laboratoriyaga жo’natiladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Bezgak kasalligida gemoparazitni aniqlash maqsadida surtma tayyorlash qoidalari.

Maqsad: Gemoparazitlarni aniqlash.
Ko’rsatma: 3 kundan ortiq isitmalagan tashxisi noaniq bemorlar.
Kerakli anжomlar: Sterillangan rezina qo’lqop, skarifikator, paxtali tampon, spirt (70º), buyum oynasi, mumlangan qalam, laboratoriyaga yo’llanma varaqasi.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To’liq va aniq bажardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo’lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Qon olinadigan barmoq spirt bilan tozalanadi	0	5	10
3.	Skarifikator yordamida barmoq teshiladi, aseptika qoidalariga rioya qilib qon olinadi	0	5	10
4.	Birinchi qon tomchisi quruq paxta bilan artiladi	0	5	10
5.	Barmoq pastga qaratilib ikkinchi qon tomchisi bilan buyum oynasiga tekiziladi	0	5	10
6.	Buyum oynasi yo’zasiga 5 mm diametrdagi qon tomiziladi va ikkinchi buyum oynasining qirrasi bilan 45º burchak ostida tekis harakat bilan surtma tayyorlanadi	0	5	10
7.	Surtma etil spirtida 2-3 daqiqa fiksatsiya qilinadi, 45 daqiqa davomida azur-eozin bilan bo’yaladi	0	5	10
8.	Buyum oynasi chetiga mumli qalam bilan bemor familiyasi yoki qayd etilgan son ko’rsatiladi	0	5	10
9.	Surtma oqib turgan kran suvida bo’yok yuviladi va xona haroratida 2-3 soat davomida vertikal holatda quritiladi	0	5	10
10.	Laboratoriyaga жo’natiladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

15. 9. Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi
Interfaol o`kitish vositalari o`kituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

“Rotatsiya” metodini o`tqazish stsenariysi.

Guruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar to’ziladi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. O`n minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak bo`ladi. So`ngra javoblar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.
Topshiriq I komanda uchun:
“Arbovirusli infeksiyani o’chog’ida »o`tkaziladigan tadbirlar tizimi?
Topshiriq II komanda uchun:
“Bezgak o’chog’ida »o`tkaziladigan epidemiyaga qarshi tadbirlar.

Topshiriq izohi

I komanda	II komanda
1. Bemor darhol maxsus gospitalga alohidalanadi. 3. Muloqotda bo`lganlar izolyatorda ko’zatuvga olinadi. 4. Tibbiy xodimlar maxsus kiyim kiyadilar. 5. Echilgan anjomlar darhol dezinfeksiya qilinadi. 6. Ishlatilgan bog`lam ashyolar Yok ib yuboriladi. 7. Bemor murdasi 1, 5-2 metr chuqurlikda go`r qazib, ostiga quruq xlorli oxak sepiladi, so`ngra murda ko`miladi. 8. 6 kunga karantin qo`yiladi.	1. Bemor darhol maxsus gospitalga alohidalanadi. 2. Muloqotda bo`lganlar izolyatorda ko’zatuvga olinadi. 3. Laborotor tekshiruvdan o`tkaziladi (qalin qon tomchisiga). 4. Kasal Yotgan xonaga kirish taqiqlanadi. 5. Bemor yotgan xonada to’r parda qok iladi. 6. Yozuv ishlari qalam bilan bajariladi. 7. Dezinfeksiya va Dezinseksiya ishlari tashkil qilinadi.

“Fikrlarni rotatsiya bo`yicha tahlil” uslubi

Maqsadi: Talabalarning fikrlash doirasini kengaytirish va o`zaro fikr almashinishni o`r포latish.

Tamoyillari: Auditoriyaga raqamlashtirilgan bir necha muammoli topshiriqlar beriladi. Har bir mayda guruh (2-3 talabadan iborat) uni 10 daqiqa davomida tahlil qiladi va o`zining fikrlash variantini Yozadi. Keyin boshqa topshiriqqa o`tishib, ushbu muammoni oxirigacha hal qilishadi.
Har bir javob variantini tahlil qilishadi va to`g`ri fikrlar daftarga Yoziladi.
Afzalliklari: Bu usulda talaba fikrini izohlab berishi, fikr almashinish, argumentatsiya, kasbdoshlari bilan kasalliklarni, muammoli holatlarni muhoqama qilish kabi qobiliyatlarni shakllantirishga Yordam beradi.
Mashg`ulot mavzusi: Bezgak.
Bemor R. 46 Yoshda, geolog. Bo`limga kasallikning to`qqizinchi kuni o`rta og`ir ahvolda keltirilgan. Btmjrda qoltirash, isitma, terlash ko’zatiladi. Puls 115 ta bir daqiqada, ritmik qoniqarli to`liqlikda. yurak tovushlari bo`g`iq. Ichki a`zolar tarafidan o`zgarishlar gepatosplenomegaliya.
1. Faraziy tashxisni asoslang.
2. Bemorlarni parvarishlash rejasini to’zish.
3. Kasallik tarixini to`ldirish.

“Galareya bo`ylab sayohat”

Maqsad: talabalarga ma`lumotlarni tanqidiy baholash va ushbu muammo bo`yicha to`laqonligini aniqlashni o`rgatish.
Asosiy tamoyillari:
Har bir guruhga bitta muammo taklif etiladi va ular 10 daqiqa davomida uni Yozma ravishda hal etishadi, so`ng topshiriqlarni almashadilar. Avvalgi guruhning xatolarini aniqlash hamda javoblarga qo`shimchalar kiritish maqsadida savollar barcha ishtiroqchilar bilan muhoqama etilib Yakuniy javob varianti qabo`l qilinadi.

“ Galareya bo`ylab sayohat” usuli talabalardan yo’qsak diqqat e`tiborni va ushbu bo`lim bo`yicha Yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Afzalliklari:

Talabalarni analitik qobiliyatini va klinik fikrlash ko`nikmalarini namoyish etishga imqon beradi.

Kamchiliklari:

Javoblarni muhoqama qilishda tanbehlarga salbiy reaksiya tug`ilishi mumkin.

Talabalarni guruhlarga taqsimlashda ular orasida liderlar borligini nazarda tutish lozim, bu mashg`ulotga Yakun Yasalayotganda hisobga olinadi.

Mashg`ulot mavzusi: QKGI kasalligini aniqlash va davolash.

Uch kichik guruhga bittadan savol beriladi.

QKGI kasalligini klinik ko`rinishlari

QKGI kasalligini laborator tashxis qilish usullari.

QKGI kasalligini davolash.

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari).

Talaba uchun topshiriq

№	Savol	Izohi
1.	Epidemologik nuqtai nazaridan Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga ta`rif bering?	
2.	Odamlarga kasallik yuqish mexanizmi?	
3.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga ta`rif bering?	
4.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga etiologiyasi?	
5.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga yuqish mexanizmi	

Talabalarning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga asosiy klinik belgilarini ayting?	
2.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga tashxisoti?	
3.	Himoya kost yumini kiyinish va echinish qoidalarini ayting?	
4.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga asosiy klinik belgilarini ayting?	
5.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga davosi?	
6.	Arbovirusli infeksiyani va bezgak kasalliklarga profilaktikasini ayting.	

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 qishlok xo'jalik hayvonlari, kemiruvchilar, qushlar, kaltakesaklar va boshqalar hisoblanadi, hamda 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 oyok lilarning chaqish jarayonida yuqadi. Arenoviruslar, filoviruslar qo'zg'atadigan gemorragik isitmalar esa maishiy – mulok ot, havo va parenteral muolajalar orqali o'tadi.

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 (QGI), O'rta Osiyo gemorragik isitmasi, O'zbekiston gemorragik isitmasi va hokazo.

Etiologiyasi. Qrim – Kongo gemorragik isitmasi (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 Ovropa 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 o'ta sezgirdir. Virus asosan hujayralar sitoplazmasida joylashadi.

Epidemiologiyasi. QKGI virusining areali juda keng: Ovropadan 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 xududlari ham (Buxoro, Navoyi, Qashqadaryo, Sirdaryo, Jizzax) QKGI bo'yicha endemik xududlaridan hisoblanadi. QKGI virusi ma'lum tur kannalarida saqlanadi.

QKGI qo'zg'atuvchisining tabiiy rezervuari va manbalari qishlok xo'jaligi hayvonlari hamda yovvoyi sut emizuvchilar (quyon, kemiruvchilar, tipratikan va boshqalar) hisoblanadi, virusni tabiatdagi saqlovchisi va tashuvchisi turli xil iksod kanalaridir. QKGI virusining yuqish mexanizmi transmissiv, ya'ni virus kanalarning chaqishi natijasida odamga yuqadi.

Odamga kasallik mulok ot orqali ham yuqadi, ya'ni bemor qonini so'rgan kanani ezib o'ldirganda, hamda QKGI siga chalingan bemorning qoni sog'lom odam terisi va shilliq kavatiga tushganda yoki bo'lmasa parenteral muolajalar amalga oshirilganda, kasallik yuqishi mumkin. Bunday holatlarda QKGI siga chalingan bemor kasallik qo'zg'atuvchi manbaiga aylanadi va atrofdagi sog'lom odamlar uchun xavf tug'diradi.

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, bok uvchilar, endemik hududlarida ishlovchilar) ko'prok qayd etiladi. Kasallikning asosiy salmog'i (80% ko'prok) 20-60 yoshidagi odamlarga to'g'ri keladi, kasallikning 85-90% erkaklarda uchraydi.

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 holarida 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 masalalalar hanuzgacha to'lik o'rganilmagan.

Klinikasi. QKGI kasalligining klinik kechishida 4 davr farqlanadi:

a) yashirin davri, b) boshlang'ich yoki umumtoksik davri, d) avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri, c) rekonvalestsentsiya davri.

QKGI gemorragik belgilar bilan va gemorragik belgilarsiz 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'rtacha 3-6 kun, qon va qon ajratmalari bilan mulok otda 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^{o}C 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.

Ob'ektiv ko'rganda: kasallikning birinchi kunidan 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.

D. Avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri – kasallikning 3-6 kunidan boshlab avj olish davri boshlanadi. Gemorragik sindrom qon ketish va qon talash bilan namoyon bo'ladi. Eng ko'p uchraydigan gemorragik belgi– gemorragik toshmalardir (33-rasm). Teri, shilliq qavatlar, in'ektsiya 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, elka 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 yumalok yoki oval bo'lib, chegarasi aniq, uning atrofidagi terida o'zgarish bo'lmaydi. Gemorragik elementlar 5-8 kun saqlanib, so'ngra ok ara boshlaydi va kasallikning 9-14 kunida yo'qoladi. Barcha hollarda in'ektsiya o'rinlarida turli o'lchamlardagi qon talashlar hosil bo'ladi (34-rasm). Toshma hosil bo'lishi bilan bir vaktda, ayrim paytda undan bir ikki kun oldin yumshok va qattiq tanglayda nuqtasimon qontalash aniqlanadi. Shuni ta'kidalash 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 dastlabki isitma darajasiga etmaydi.

Ob'ektiv ko'rganda: bemorning yuzlari, bo'yin sohasi terisi qizargan, terisi quruk, in'ektsiya joylari ko'kargan. Periferik limfa tugunlari kattalashgan.

Nafas olish majmuasida: burundan tomchi– tomchilab yoki ok im bilan qon kelishi, bu qisqa yoki uzok , 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'lalik va taranglikda, A/B– 90-70/50-30 mm simob ustunida, kollaps holati ham bo'lishi mumkin.

Ovqat hazm qilish majmuasida: ishtahasizilik, qon yo'qotilayotganda esa og'iz qurishi, chanqash, qorinning turli joylarida og'riqlar, ko'ngil aynishi, qonli qusish kuzatiladi. Bu belgilar kasalllik 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' milkining 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, ok ish-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 murtaklari ravog'i biroz shishadi va bemor yutinganda og'riq sezishiga sabab bo'ladi. Yumshok 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 yumshok , epigastral soha va kindik atrofida og'riq sezadi. Jigar va talok aksariyat bemorlarda 1-2 sm ga kattalashadi.

Siydik ajratish majmuasida: bel sohasida og'riq, Pasternatskiy belgisi musbat bo'lishi, oligouriya, makro- va mikrogematuriya, albuminuriya, anuriya, azotemiya bilan namoyon bo'ladi. Siydikda 0,99 promilligacha ok sil aniqlanadi.

Ayollarda bachadondan qon ketish kuzatiladi. Homilador ayollarda homila tushishi yoki vaqtidan 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 payt bosh aylanishi kuzatiladi. Bemorning uyquchanligini, adinamik holatini e'tiborga olish lozim. Og'ir holatlarda bemorlarda aksincha qo'zg'alish, alahsirash, gallyutsinatsiya, meningeal belgilar paydo bo'lib, keyinchalik to'la hushini yo'qotadi, bradikardiya, gipotoniya, qorinda og'riq, ich qotishi yoki ketishi, ko'z qorachig'ilarining nisbatan torayishi, yorug'likka sust reaktsiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Kasallikning avj olish davrida periferik qon taxlilida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: 90 % hollarda gipoxrom anemiya, 75-80 % hollarda 1 mm3 qonda eritrotsitlar 2,0-3,0 mln ta aniqlanadi. Kasallik og'ir o'tayotganda uzok vaqt qayta qon ketishi bilan davom etsa, eritrotsitlar soni 1,0 mln gacha, gemoglabin 20-25 g/l gacha kamayadi. Rang ko'rsatkichi ko'pincha 1,0 dan past bo'ladi. Bu davrda qon tahlilidagi xarakterli belgilardan biri trombotsitlar miqdorining kamayishi bo'lib, bu 25-33% tekshirilgan bemorlarda 50 minggacha kamaygani kuzatiladi. Kasallik qancha og'ir o'tsa, trombotsitopeniya shunchalik kuchli bo'ladi. Kasallikning avj olish davrida ok qon tanachalaridagi o'zgarish leykopeniya (1mm^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.

Rekonvalessensiya davri – bu davr 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'chok li 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 kasallikka tashxis ko'pincha gemorrragik davrida qo'yiladi. QKGI kasalligi tarqok (sporadik) qayd etilganda, 90-95% holatlarda «O'tkir respirator infeksiya» va «noma'lum etiologiyali isitma» tashxislari bilan yotqiziladi. Shu bilan birgalikda bu kasallikni boshglang'ich davrida dastlabki tashxis qo'yishda ayrim klinik va epidemiologik mezonlar mavjud.

Epidemiologik anamnezda: bemorning tabiiy o'chok dan ekanligi, kana chaqqanligi, kanani qo'li bilan ezib o'ldirganligi, qo'llari mayda shoxli hayvonlarning junini qirqayotganda kana qoni bilan ifloslanishi va hokazolar surishtiriladi.

Laboratoriyaviy tashxisoti. Gemorragik isitmalarda bemor qonida virus yoki unga qarshi paydo bo'lgan spetsifik antitelo 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 reaktsiya uchun foydalaniladi. Serologik tekshiruviga olingan qon steril penitsillin yoki insulin flakoniga solinib, yoriqlanib, maxsus muz solingan konteynerga yoki keng og'izli termosga solinadi. Serologik tahlil uchun juft zardob kasallikning boshlang'ich davrida va 2-3 haftadan keyin olinadi. Tahlilga qon

olinayotganda, uning sachrashidan, teri va shilliq qavatlarni ifloslanishidan ehtiyot bo'lish kerak. O'lim holati qayd etilganda, laboratoriya tekshiruviga murda organlari bo'laklari (miya, jigar, talok , buyrak, o'pka) steril flakonlarga solinib, maxsus laboratoriyaga yuboriladi. Kasallikning birinchi haftasida o'lim yuz bersa, murdadan olingan sektsion materiallardan hamma hollarda virus ajratiladi.

Davosi. O'zbekiston gemorragik isitmasida maxsus davo maqsadida rekonvalestsentlarning qoni va qon zardoblari kasallik kechim og'irligiga mos holda vena ichiga tomchilab yuboriladi. Hozirgi kunda viruslarga qarshi preparatlar (amiksin, ribavirin)ning bu kasalliklarda samaradorligi isbotlangan. Davo choralari asosan zaharlanish, gemorragiyani bartaraf etish va yurak–qon tomir sistemasi faoliyatini yaxshilashga qaratilgan bo'ladi. Bemor 2-4 hafta davomida o'rnida yotadi. Oson hazm bo'ladigan kalloriyali, 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 prepa- ratlari, 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 1ml, 2,5 %li aminazin yuboriladi. Zaharlanish kuchli bo'lganda qon quyiladi, kortikosteroidlar tavsiya etiladi.

Gemorragiyaga qarshi kaltsiy xloridning 10%li eritmasidan 10ml, natriy xloridning 10%li eritmasidan 10-50 ml, jelatinaning 10%li eritmasidan 10 ml, kaltsiy glyukonatning 10%li eritmasidan 5-10mldan venaga yuboriladi. Gemostatik dozada qayta-qayta qon quyiladi. Mabodo qandaydir asoratlar paydo bo'lsa, antibiotiklar tayinlanadi.

Profilaktikasi. Profilaktik chora tadbirlar- tabiiy o'chok larda kemiruvchilarni yo'qotishga qaratilgan. Shuning bilan birga turar joylarda va ular atroflarida sanitariya-gigiena qoidalariga qat'iy rioya qilishdan iborat. Gemorragik isitma kasalligining kasalxona ichi infeksiyasi siftida qayd etilishining oldini olish maqsadida quyidagilarga e'tibor qaratilishi qat'iyan talab etiladi:

Etiologiyasidan qat'iy nazar gemorragik isitma kasalligiga chalingan yoki shu kasallikka gumon qilinganlar, hamda kana chaqqanlar yuqumli kasalliklar kasalxonasining (bo'liminind) maxsus jihozlangan xonasiga (boksiga) «Epid tashuv» yoki «tez yordam» avtotransportlarida olib kelinib yotqiziladi.

Bemorga tibbiy yordam faqat maxsus tayyorgarlikdan o'tgan vrach va o'rta tibbiyot xodimlari tomonidan beriladi. Kichik tibbiyot xodimlarini bemorga xizmat ko'rsatishi ta'qiqlanadi.Bemor parvarishiga, unga yordam ko'rsatishga oila a'zolari, qarindoshlari va yaqinlarining ishtiroki qat'iyan man etiladi.

Qo'llari jarohatlangan, yiringli jarayonlari bo'lgan tibbiyot xodimlari bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish va parvarish qilish uchun ruxsat etilmaydi.

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.

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.

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.

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.

Bemor chiqindilariga (qon, siydik, najas, qusuq moddalari, so'lagi) xlorli ohak yoki gipoxlorit kaltsiy kukuni (1:2 nisbatda) sepilib aralashtiriladi, 2 soat davomida ekspozitsiya qilinadi va kanalizatsiyaga ok iziladi, kanalizatsiya bo'lmagan taqdirda maxsus xandakka tashlanadi.

Bemor chiqindilari bilan ifloslangan yumshok jihozlar, tibbiy asbob –uskunalar 3%li xloramin eritmasida yuqumsizlantiriladi, idish– tovok lar 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 yok ib yuboriladi.

Bemorni davolashda va parvarishida ishtirok etgan tibbiyot xodimlari olti kun davomida tibbiy kuzatuvga olinadi.

UZOK SHARQ GEMORRAGIK ISITMASI YOKI GEMORRAGIK NEFROZO – NEFRIT

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 Uzok Sharq, Koreya, Rossiyaning Yaroslavl, Kalinin va Tula viloyatlarida uchraydi.

Patogenezi. Odam organizmiga kirgan viruslar retikulo-endotelial to'qimalariga o'rnashib, 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 funktsiyasi kuchayib ketadi. Buyrak qon tomirlari va kapillyarlari zararlanadi, bu o'z navbatida buyrak kanalchalarining torayib, oliguriya boshlanadi. Siydikda silindrlar, eritrotsitlar, ok sil, epiteliy hujayralari paydo bo'ladi. Qonda qoldiq azot miqdori ko'payadi, ba'zi bemorlarda qon bosimi ko'tariladi (buyrakka alok ador gipertoniya).

Bemorning hamma organlaridagi mayda qon tomirlar devorida destruktiv o'zgarishlar yuz beradi. Biriktiruvchi to'qimalar, asab tizimida sitolizga xos o'zgarishlar ko'riladi. Buyrakda intersititsial–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 engil 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 2-3kuni ko'krak kafasining yon tomonlari, elkaning ichki tomonida va qo'ltiqqa 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 hiqichok tutishi juda holdan ketkazadi. Bemor tili karash bilan qoplanadi, tomok 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 ok sil 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. Tekshi- rishlar buyrakning kontsentrlash funktsiyasi buzilganini ko'r- satadi. Qonda qoldiq azot ko'payadi. Ba'zi holllarda bemorning es hushi kirarli– chaqirli bo'lib turadi, galyutsinatsiya, infek- sion 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.

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 silindrlar, buyrak epiteliyasi hujayralari topiladi. Kasallikning birinchi kunlarida gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ko'payadi va leykotsitlar soni kamayadi. Kasallik avjiga chiqqanida leykotsitoz (30-50 mind) 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 – eliktrolitlar muvozanatini saqlashga qaratilgan davo choralari qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Bemor albatta kasalxonaga joylanadi va kasallikning vrach va hamshiralarga yuqmaslik choralariga alohida e'tibor qilinadi. Endemik o'chok larda kemruvchilarni yo'q qilishga qaratilgan choralar ko'riladi.

BEZGAK

Bezgak– odam protozoy transmissiv kasalliklar guruhiga kirib, Anopheles turkumiga mansub chivin orqali tarqaladi. Retikulogistiotsitar tizim va eritrotsitlarning zararlanishi, isitma paroksizmlari, anemiya va gepatolienal sindrom bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Bezgak qo'zg'atuvchilari bir hujayralari mikroorganizm bo'lib protozoa tipi, Sporozoa sinfiga, haemosporidea otryadi, plasmodi oilasi, plasinodium avlodiga mansub. Plazmodiylarning 60 dan ortiq turi mavjud bo'lib, bezgakning 4 xil turi:

Plasmodium vivax – 3 kunlik bezgak qo'zg'atuvchisi;

Plasmodium malaria - 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 sikli 2 ta faza –jinsiy va jinssiz sikldan 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) shizogoniya davomiyligi Pl.falciparum – 6 kun, pl.malaria – 15 kun, pl.ovale – 9 kun, pl.vivax– 8 kun. Ekzoeritrotsitlar rivojli genetik deter- minatsiyalangan. A.Ya. Lyasenko (1976) taklifiga ko'ra, jigarga kirgandan so'ng tez rivojlansa taxisporozoitlar, uzok pauzadan keyin rivojlansa bradisporozoitlar deyiladi. Ekzoeritrotsitlar shizogoniya natijada hosil bo'lgan merozoitlar eritrotsitlar ichiga kirib eritrotsitar shizogoniya boshlanib, klinik belgilar boshlanadi.

Eritrotsitar shizogoniya davomiyligi 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, sikl 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 shakllar parchalanib, jinsiy shakllar murakkab siklni o'tadi. Erkak (mikrogametalar) urg'ochi (makrogametalar) bilan qo'shilib zigota hosil bo'ladi, zigota uzunchok , chuvalchangsimon bo'lib oshqozon devoriga kirib, ootsistaga aylanadi, ootsista yadro va sitoplazmasi bo'linib, sporozoitlar hosil bo'ladi. Sporozoitlar chivin tana bo'shlig'iga tushib gemolimfa ok imi 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. Tabiiiy sharoitlarda bezgak– transmissiv antroponoz 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 chaqishi natijasida yuqadi. Chunki uning organizmida sporogoniya – sporozoitli infeksiya tugagan bo'ladi. Bundan tashqari paren- teral yo'l parazit tashuvchilar qonini gemotransfuziya maqsadida ishlatilganda, parenteral muolojalarni startiga ishlov berilmagan instrumentlar bilan amalga oshirganda, pirogen terapiya jarayonida, shuningdek transplatsentar (tropik bezgak yoki tug'ruq) yo'l orqali ham yuqadi.

Havo harorati 15^{o}C dan yuqoriligi 30 kundan kam davom etsa, bezgak tarqalmaydi, 30– 90 kun bo'lsa yuqish xavfi kam, 150 kun davom etsa, yuqish va tarqalish xavfi ko'p, informatsiya manbai va chivinlar bo'lgandagina. Odamning kasallanishi chivin chaqqanda yoki bezgak bilan kasallangan bemor qonini qo'yganda kelib chiqadi. Chivinning zararlanishi odam qonida etuk gamontlar paydo bo'lgandan keyin 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 belgilarsiz kechadi. Klinik belgilar eritrotsitar shizogoniya natijasida kelib chiqadi. Isitma xuruji – qonga eritrotsitning patologik o'zgargan ok sili chiqishiga, hayot mahsulotlari va merozoitlar chiqishiga javoban termoregulyatsiya markazining reaktsiyasidir. Isitma xurujining kelib chiqishiga nafaqat plazmodiy bo'lishi, balki organizm allergik

reaktsiyasi 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 yopishqok ligi oshib va qon harakati susayadi. Isitma huruji ma'lum vaqt o'tgach takrorlanadi. Bu vaqt eritrotsitar shizogoniyaning davomiy- ligiga bog'liq. Pl. ovale, pl. vivax. 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 tomir ichi qon ivishi rivojlanadi, qon aylanishning o'tkir etishmovchiligi va miya oziqlanishi buziladi.

Buyrak usti bezi etishmovchiligi, mikrotsirkulyatsiya buzilishi, hujayra nafasi buzilishi hisobiga o'tkir buyrak etishmovchiligi –" shokli buyrak" kelib chiqadi.

To'qima nafasi buzilishi, adenilattsiklaza aktivligi o'zgarganda enterit rivojlanadi. Birinchi xurujlarda jigar va talok qonga to'lishishi va eritrotsitlar parchalanish mahsulotlariga javoban jigar va talok da gemomelanin miqdori oshib endoteliy giperplaziyasi, kasallik uzok kechganda birlamchi to'qima o'sadi, organlar induratsiyasi kuzatiladi.

Anemiya og'irlik darajasi parazitemiya darajasi va kasallik davomiyligiga bog'liq. Talok kattalashishi gipersplenizm sindromining rivojlanishiga sabab bo'lib anemiya, leykopeniya va trombotsitopeniyaga olib keladi. O'pkada mikrotsirkulyatsiyalar buzilishlari 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. 3 kunlik bezgak sporozoit tipiga qarab yashirin davri qisqa (10-21 kun), uzok (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-oyok da og'riq yuzaga chiqadi. Xurujdan oldin 2-3 kun tana harorati 38-39oS noto'g'ri tipda bo'ldi. 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-tez nafas, takroriy qusish kuzatiladi. Bemorlar sovqotadi, yuzi rangpar bo'ladi, qaltirashdan keyin isib ketadi, yuzi qizaradi, teri issiq, bosh og'rig'i, chanqash, ko'ngil aynishii, taxikardiya, Q/B-105/50-90/40 mm.sim.ust.gacha pasayadi, o'pkada quruq xirillash bo'lib bronxit belgisi hisoblanadi. Qorin dam, suyuq ich ketish. 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 talok kasallikning birinchi haftasida kattalashadi. Anemiya asta-sekin rivojlanadi. Davolanmaganda isitma xurujlari 4-5 hafta davom etadi. Erta retsidivlar 6-8 haftadan keyin paydo bo'lib, takroriy paroksizm bilan, prodromal belgilarsiz kechadi. Asoratlar kamdan-kam. Qizib ketganda yoki suvsizlanishda 3 kunlik bezgak endotoksik karaxtlik bilan asoratlanadi.

4 kunlik bezgak. Inkubatsion davri 21-40 kun, vG`i orqali zararlanganda 1 necha oygacha. Asosiy farqlovchi belgisi qo'zg'atuvchining organizmda kasallangandan keyin uzok saqlanishidir. Prodromal belgilar kamdan-kam bo'lib, 3 kunlik bezgakka o'xshaydi. Tipik isitma paroksizmlari 13 soat davom etib, har 4 chi kunda takrorlanadi. Talok 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 kasalliking birinchi kunlari letalik bilan tugaydi. Birinchi kasal bo'lganda prodormal belgilar umumiy holsizlik, terlash, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, 2-3 kunlik harorat 38oS kuzatiladi. Kasallik to'satdan, qaltirok , 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 tipda, keyin o'zgarib turuvchi tavsifda bo'ladi. Xuruj paytida kunning xohlangan vaqtida, ko'pincha kunning 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. 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. Talok birinchi kundan kattalashadi, og'riqli toksik

gepatit rivojlanadi, lekin jigar faoliyati buziladi. Qon zardobida bog'liq va erkin bilirubin, aminotransferazalar aktivligi oshgan. Normotsitar anemiya, 10-14 kunda HB 70-90 g/l.ga, eritrotsit 2.5-$3.5 \cdot 10^{12}$/l.ga pasayadi. Leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfotsitoz, retikulotsitoz, ECHT oshishi qayd qilinadi.

Pl.ovale – inkubatsion davri 10-16 kun davom etadi. Yaxshi 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 2 yil. Retsidivlar berishi mumkin.

Tashxisoti. Bezgak tashxisini xarakterli klinik belgilar tipik isitma, aniq ifodalangan gepatolienal sindrom va anemiya belgilari tasdiqlaydi. Qonda Nv 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 plazmodiylar aniqlanishi bilan tasdiqlanadi. 3 kunlik yoki 4 kunlik bezgakka shubha qilinganda isitma xuruji yoki apireksiya vaqtida plazmodiylar topiladi. Bezgakning tropik formalarida xurujning har 6-nchi soatida surtma olinadi.

Bezgaknning boshlang'ich davri (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 infektsion – toksik karaxtlikning 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 plazmodiylariga ta'sir qiluvchi 8– aminoxinolin unumlari – primaxin, xinatsid;

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 bezgakni esa, 8-aminoxinolin xosilalari (primaxin, xinotsid buyuriladi).

Kasalxonadan chiqarish antiparazitar 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 zvenola- riga 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, xemostirilizatsiya usuli), biologik usul (suv havzalarning gombuziyalash) antogonist hasharotlardan foydalanish. Shuningdek aholining bezgak infeksiyasiga moyilligini kamaytirish (ximioprofilaktika, vaktsinatsiya).

"Arbovirusli infeksiya (O'GI,QKGI,BSGI), Bezgak" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	Arbovirusli infeksiya (O'GI,QKGI,BSGI), Bezgak mavzuni biladi tushunadi. Diagnostikani amaliyotda qo`llay oladi. Vaziyatni baholab umumlashtira oladi va tahlil qiladi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. Himoya kostyum kiyish va yechishni biladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	Yaxshi "4"	Arbovirusli infeksiya (O'GI,QKGI,BSGI), Bezgak erta tashxisini biladi. Davolash va oldini olishni ham aniq biladi, amaliyotda	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi

			qo`llaydi. Kasallik tarixini bemornoma to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. Himoya kost yum kiyish va yechishni biladi.	
3.	56-70	Qoniqarli ”3”	Mavzu bo`yicha kasalliklarning belgilarini farqlay oladi, tushinadi, biladi. Davoni va oldini olishni to`liq bilmaydi (qonspekt qilgan). Himoya kostyum kiyish va yechishni biladi.	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. ”2”	Arbovirusli infeksiya O’GI,QKGI, BSGI, Bezgak haqida tasavvurga ega emas. Davolash reablitatsiya qilishni bilmaydi, qonspekt Yozmagan. Himoya kostyum kiyish va yechishni bilmaydi.	0-daraja: sust tasavur etish darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 4 multimedialar 3

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)
Mustaqil tayyorgarlikni mustahkamlash uchun quyidagi masalalarni yechish tavsiya etiladi.
Masala 1. Bemor D. 40 Yosh, geolog. Kasallik asta-sekin umumiy holsizlik, tez charchash, ko`p terlash, mushaklarda og`riq bilan boshlangan. Bemorda tana haroratining ko`tarilishi ko’zatilgan. Vrach ko`rikdan o`tkazganda kana chaqqan joyi bor, qizargan, terisida petixial toshma og`riqsizligini, bir-biri bilan Yopishmaganligini, jigar va taloqning kattalashganligi aniqlangan va QKGI tashxisi gumon qilingan. Epidemiologik anamnezida kasal ekspeditsiyada bo’lgan.
1. Bu kasallik yuqumli kasalliklarning qaysi guruhiga kiritiladi.
2. Bemorni laborator tekshirish rejasini to’zing.
Masala 2. Bemor O. 40 Yoshda. Infeksion toqsik shoq holatida kasalxonaga olib kelindi. Anamnezidan kasallik o`tkir boshlanib og`ir kechgan, isitma baland bo`lgan va petixial toshmalar bor. Epidemiologik anamnizidan ovda bo`lgan.
Bemorga kuydirgi, deb dastlabki tashxis kuyishga asos bormi.
Tasdiklangan tashxis quyish uchun nimalarga asoslaniladi.
3. Bemorlarni parvarishlash rejasini to’zing.
4. Kasallik tarixini to`ldiring.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
amiksin, gepastef, geptral, rebetol, naproksen, stefotak

1. Rp.: Tabl. Amixini 0.125 N.6
(savdo nomi)
Tilorone
(xalqaro patentlanmagan nomi)

D.S. 1tabletkadan 3mahal 3kun davomida ichilsin.

2.Rp.: Gepacefi 1.0 N.10
(savdo nomi)
Cefoperazon
(xalqaro patentlanmagan nomi)

D.S. 0,5% li 5 ml novokainda eritilib kuniga 2 mahal m/o ga (sinamadan so’nd) yuborilsin.

3.Rp.: Tabl. Heptral 0,4 N.20
(savdo nomi)
Ademetionine
(xalqaro patentlanmagan nomi)

D.S. 1 tabletkadan 3 mahal ovqatlanish orasida oғiz orqali qabul qilinsiz.

4.Rp.: Tabl. Rebetoli 0.2 N.20
(savdo nomi)
Ribavirin
(xalqaro patentlanmagan nomi)

D.S. 2tabletkadan 2mahal 10 kun davomida ichilsin.

5.Rp.: Tabl. Naproxeni 0.25 N.15
(savdo nomi)
Naproxen
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1tabletkadan kuniga 3mahal ichilsin.
6. Rp.: Cefotak 1,0 N.10_
(savdo nomi)
Cefotoxim
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 0,5% li 5 ml novokainda eritilib, kuniga 2 mahal m/o ga (sinamadan so'nd) yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari

10-Mavzu:**Arbovirusli infekstiyalar**
O'zbekiston gemorragik isitmasi **(Qrim-Kongo)**. Buyrak sindromi bilan kechuvchi gemorragik isitma. Tabiatdagi infekstiya rezervuarlari. O'tkazuvchilar. Diagnostikasi. Klinik-epidemiologik ma'lumotlarning diagnostikasidagi ahamiyati. Laborator diagnostikasi: virusologik, serologik. Davosi. Patogenetik davosi. Profilaktikasi.Rikketsiozlar**. Toshmali tifning epidemiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. Brill kasalligi klinikasi, asoratlari, davolash.** Ku-isitmasi

1. K u isitmasi uchun xos bo'lmagan davolash:
patogenetik
etiotrop
*seroterapiya
simptomatik

2 Ku isitmasi tavsifi
Isitmaning toksik va allergik tavsifli bo'lishi, ko'pincha qaltirash bilan kuzatilishi
Kasallikning asta-sekin tana harorati oshishi, bir hafta davomida 40-41^{o}Cgacha ko'tarilishi
*Temperatura ko'tarilishi 3-9 kundan 21 ko'ngacha
Kasallikning to'satdan boshlanishi, tana haroratini birdan 41^{o}Cgacha ko'tarilishi

3 Ku isitmasi b-n taqqoslanmaydigan kasallik:
gripp
zotiljam
*qorin tifi
brustellez

4 Ku isitmasi etiotrop davosi uchun qo'llaniladigan dorilar:
sulьifanilamidlar
penitsillin
*levomitsetin, tetrastiklin
8-oksixolin hosilalari

5 Ku isitmasi patogenezi uchun xos bo'lmagan bosqich:
limfa orqali tarqalishi
qo'zg'atuvchi tushishi
*allergik reaksiyaning yuzaga kelishi
rikketsiya orqali, gistiostit va makrofaglar ko'payishi

6 Ku isitmasi uchun xos bo'lmagan belgi:
boldir mushaklari, kuz olmasida og'riq
tana harorati ko'tarilishi
*ich ketish
jigar va taloq kattalashuvi

7 Ku isitmasi uchun xos bo'lmagan klinik shakl:
pnevmoniya
grippsimon
*abdominal
tifsimon

8 Ku isitmasi uchun qo'llanilmaydigan usul:
bakteriologik
*teri-allergik
serologik
biologik

9 Ku isitmasi uchun xos belgi:
*peshona va ko'z soqqasida og'riq
kuchli bosh og'riq,mialgiya,artralgiya
bosh aylanishi
toshma toshishi

10 Ku isitmasida MNS zararlanishini ko'rsatmaydigan belgi:
meningeal belgi
gallyutinastiya
*parez va falajlanish
retrobulbar og'riq

11 Ku isitmasida xos bo'lmagan yuqish manbai:

alimentar
transmissiv
muloqot
*parenteral

12 Ku isitmasida xos yuqish yo'li
kontakt
transmissiv
alimentar
*barchasi to'g'ri

13 Ku isitmasida xos harorat chizigi:
subfebril
remittirlovchi yoki intermittirlovchi
*barchasi to'g'ri
doim gektik

14 Ku isitmasiga xos klinik shakllar:
pnevmonik va tifga o'xshash forma
grippsimon va latent forma
*barchasi to'g'ri
nerv sistemasining zararlanishi b-n o'tadigan forma

15 Rikketsioz kasalliklari va pedikullezga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish to'grisidagi buyruq:

*№6 05.01.2012

№25 25.01.2012

№210 14.07.2011

№ 80 28.03. 2012

16 Brill kasalligi bu...?
birlamchi epidemik toshmali tif
*epidemik toshmali tifning restidivi
takrorlangan epidemik toshmali tif
birlamchi endemik toshmali tif

17 Brill-Sinster diagnostikasi uchun xos serologik metodlar:
Vidal reakstiyasi
*KBR, IGAR, RAR
PGAR, OGA
Qaytmazov reakstiyasi, Opsona-fagostitar reakstiyasi

18 Brill-Sinster kasalligida eng kam uchraydigan asorat:
pnevmoniya va tromboflebit
*infarkt-miokard
plevrit, o'pka atelektazi
o'pka arteriyasi tromboemboliyasi

19 Brill-Sinster kasalligida yuqtiruvchi omil:
bit
*yuqtiruvchi omil yo'q
burga
kana

20 Brill-Sinster kasalligiga xos shikoyatlar:
*tana haroratining ko'tarilishi, ko'krak qafasi va bo'yin sohasi qizarishi
kuchli bosh og'riq, uyqusizlik, ishtaha pasayishi, kuchli chankash
tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik,d armonsizlik,bosh og'rig'i
kuchli bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi, terlash, bo'g'imlarda og'riq

21 Brill-Sinster kasalligining kuzatilishi:
epidemik
*sporadik
pandemik
epizovqat toksikoinfekstiyasik

22 Doimiy isitma kuzatiladigan kasalliklar
* Qorin tifi va toshmali tif uchun xos
Sepsis, sil kasalligida kuzatiladi
Bunday isitma bezgak kasalligiga xosdir.
Qaytalama tiflarda uchraydi

23 Qiyoslaganda toshmali tif uchun xos belgilar:
*o'tkir boshlanishi, yuz, ko'z qizargan, eyforiya holati, 5-kuni rozeolali toshma
asta-sekin boshlanishi, uzoq isitma kasallik 7-8 kuni rozeolali toshma
o'tkir boshlanishi, 5-6 kunlik isitma,t umov,yuz-ko'z qizargan
o'tkir boshlanishi, intermittensli isitma, qayta et uvishishi, taxikardiya

24 Qiyoslaganda toshmali tifga xos belgi:
*to'satdan tana harorati ko'tarilishi b-n boshlanishi, yuz-ko'z qizarishi
asta-sekin boshlanishi, qayta-qayta et uvishishi, qaltirash, gepatosplenomegaliya
asta-sekin boshlanishi,uzoq isitma,kasallikning 7-8 kuni toshma toshishi
o'tkir boshlanishi, qayta-qayta uvishib qaltirash, terlash, davomli isitma

25 Toshmali tif bilan ogrigan bemorlarni kasalxonadan chiqarish qoidalari
agar bemor antibakterial davo olgan bulsa, tana haroratiningnormallashuvining 22 kunidan so'ng tulik klinik belgilar yo'qolganidan keyin
agar bemor antibiovqat toksikoinfekstiyasik olmagan bulsa,tana harorati normallashuvining 14 kunidan so'ng
*tuliq klinik belgilar yo'qolganidan keyin va tana harorati normallashuvining 12 kunidan so'ng

26 Toshmali tif boshlangich davri uchun xarakterli bemor shikoyatlari:
t ko’tarilishi, holsizlik, chankash, ishtaha pastligi
*t ko’tarilishi, holsizlik, chanqash, ishtaha pastligi, yuz va ko’z qizarishi
holsizlik, darmonsizlik, badanga toshma toshishi, peshobning kam ajralishi
t ko’tarilishi, holsizlik, darmonsizlik, ko’ngil aynib qusish, bosh og’rig’i

27 Toshmali tif engil va o’rta og’irlikdagi shakliga xos temperatura chizigi:
*remittirlovchi
gektik
subfebril
trapestiyasimon

28 Toshmali tif kasalligining yuqish yuli:
alimentar
aerogen
muloqot
*transmissiv

29 Toshmali tif kuggatuvchisining o’sish muxiti:
qonli agar
qandli bulon
utli bulon
*tovuq embrionida

30 Toshmali tif tashxisini tasdiqlash uchun qaysi laborator usuldan foydalaniladi?
*spestifik antitelalarni aniqlash uchun serologik usul
qon va siydik ekmasi
qon surtmasi mikroskopiyasi
o’t suyuqligi va najasni ekish

31 Toshmali tif uchun noxos belgilar:
*Padalki
Govorov-Godele
Kiari-Avstin
Rumpel-Lede

32 Toshmali tifda ko’proq uchraydigan simptomlar majmuasini ko’rsating?
hafta davomida yuqori tana harorati, bosh og’rig’i, gepatosplenomegaliya
*kun davomida yuqori tana harorati, bosh og’rig’i, yuzda giperemiya, rozeolali –petexial toshma
yuqori to’lqinsimon tana harorati, gepatosplenomegaliya, bo’g’imlarda og’riq
bir haftagacha yuqori tana harorati, teri qoplamlarining rangparligi, gepatosplenomegaliya, rozeolali toshma

33 Toshmali tifdan keyingi immunitet:
*aktiv
kolmaydi
passiv
aktiv turgun

34 Toshmali tifga tashxis qo’yishda xarakterli ko’rsatkich:
*epid. anamnezi va klinik belgilariga asosan kasallik tarixi
bemorning hayot tarixi
kasallikning umumiy hayotiga asosan

35 Toshmali tifga xos asorat:
o’tkir nafas etishmovchiligi
degidratastion karaxtlik
o’tkir buyrak etishmovchiligi
*infekstion-toksik karaxtlik eki kollaps

36 Toshmali tifga xos eng xavfli asoratlar:
*laringotraxeit, traxeobronxit
infarqt-miokard, buyraklar erilishi, turli xil abstesslar
o’tkir buyrak etishmovchiligi, O’JE
pnevmoniya, plevrit.

37 Toshmali tifga xos periferik qon ko’rinishi:
leykostitoz, neytrofilez.,
leykostitoz, monostitoz, neytrofilliez, aneozinofi
*leykopeniya limfopeniya eozinofiliya, EChT oshgan

38 Toshmali tifni davolashda qaysi preparat ko’proq samarali?
*tetrastiklin
penistillin
levomistetin
eritromistin

39 Toshmali tifning avj olish davriga xos belgi:
*umumiy ahvoli ogirlashishi, bemor badaniga toshma toshishi
t ko’tarilishi, holsizlik, chankash, ishtaha pastligi, gemorragik toshmalar
umumiy ahvoli yaxshilanishi, yumshoq tanglayiga enantemalar toshishi, t kut
tana harorati me’yorida, kup terlash, yirik bo’g’imlarida kuchib yuruvchi og’riq

40 Toshmali tifning engil shakliga xos toshma xarakteri:
Gemorragik
*petexial
rozeolez-petexial
rozeolez-papulez

41 Buyrak sindromlari bilan kechuvchi gemorragik isitmalar uchun xos patologik jarayonlar?

*virusemiya, qon tomirlar va buyraklar devorining shikastlanishi
virusemiya, nafas yo'llari shilliq qavatining zararlanishi
virusemiya, qon tomirlar shikastlanishi, jigar etishmovchiligi
virusemiya, jigar hujayralari zararlanishi

42 Gemorragik isitmaning sariq isitmadan farqi:

gemorragik sindrom tana tº tushishi bilan paydo bo'lishi
jigarning kattalashmasligi va sariqlikning bo'lmasligi
spestifik laborator ma'lumotlar bo'lmasligi (virus chikmasligi KBR, RNGA)
*ikkinchi isitma to'lqinining bo'lmasligi

43 Qaysi asorat buyrak sindromlari bilan birga keladigan gemorragik isitmalarda ..... o'limga olib borishi mumkin?

koma
o'tkir jigar etishmovchiligi
infeksion-toksik shok
*o'tkir buyrak etishmovchiligi

44 Qaysi gemorragik isitmalar o'tkir buyrak etishmovchiligiga olib kelishi mumkin?

Omsk
Qrim
sariq isitma
*buyrak sindromlari bilan kechuvchi gemorragik isitmalar

45 Qaysi simptom buyrak sindromlari bilan birga keladigan gemorragik isitmalarning boshlang'ich fazasi uchun tipik emas?

yuzda giperemiya va shish
kon'yunktiva va sklera qon tomirlari in'eksiyasi
yuqori tana harorati
*teri qoplamlarining rangparligi

46 Bezgak bilan qiyoslanmaydigan kasallikni ko'rsating:

spiroxetoz
*teri leyshmaniozi
brustellez
leptospiroz

47 Bezgak boshlanish uchun xos bo'lmagan belgi:

badan qaqshashi
*ich ketish
isitma
bosh og'rig'i

48 Bezgak davosi uchun qo'llanilmaydigan preparat:

xingamin, delagil
*aminazin
amodiaxin,plakvenil
sulfanilamid preparatlari

49 Bezgak klinikasiga xos bo'lmagan belgi:

boshda va belda og'riq
*qorin og'rig'i, ich ketish
qaltirash
isitma

50 Bezgak profilaktikasida qo'llaniladigan dori vositasini aniqlang:

biseptol
*delagil
primaxin
metronidazol

51 Bezgak qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizmlar guruhuni aniqlang:

bakteriyalar
*sodda jonivorlar
viruslar
rekketsiyalar

52 Bezgak restidiviga qarshi ishlatiladigan preparatni ko'rsating?

xinin
*primaxin
delagil
nitrofuranlar

53 Bezgak tashxisini tasdiqlash uchun qaysi biologik substrat ishlatiladi?

najas
*qon
siydik
o't

54 Bezgak tashxisotidaqo'llanilmaydigan usul:

klinik
*bakteriologik
epidemiologik
parazitologik

55 Bezgak uchun qaysi tipdagi temperaturalar xarakterli?

doimiy
*intermittirlovchi
to'lqinsimon
remittirlovchi

56 Bezgak xuruji davrlarining ketma-ketligi:

issik chikishi, terlash, qaltirash
*et uvishib qaltirash, isitma chikishi, terlash

terlash, qaltirash, issik chikishi
isitma, bosh og'rig'i, qusish

57 Bezgak xuruji isitma davri uchun xos bo'lmagan belgi:

bosh va bel og'rig'i
*g'oz terisi belgisi
chankash va hansirash
taxikardiya va A/B ning tushishi

58 Bezgak xuruji isitma davri uchun noxos belgi:

chanqash va hansirash
*bosh va bel og'rig'i
taxikardiya va A/B ning tushishi
goz terisi belgisi

59 Bezgakda infeksiya manbaini ko'rsating:

anafeles chivini
*bemor va gameta tashuvchi
botkokliklarda yashaydigan xayvonlar
kemiruvchilar

60 Bezgakda isitma tavsifi

Kasallikning asta-sekin tana harorati oshishi, bir hafta davomida 40-41^{o}Cgacha ko'tarilishi, daomli, to'lqinsimon, trapestiyasimon, zinapoyasimon;
* tana haroratini birdan 41^{o}Cgacha ko'tarilishi, isitmaning xurujsimon bulib, qaltirash va kuli terlash kuzatilishi
Isitmaning toksik va allergik tavsifli bo'lishi, ko'pincha qaltirash bilan kuzatilishi
Temperatura ko'tarilishi 3-9 kundan 21 ko'ngacha davom etadi, tushishi tezlashgan lizis ko'rinishida temperatura pasaygach subfebrilitet kuzatiladi, lekin 7-8 kundan so'ng yana ko'tarilib to'lqinsimon kechadi;

61 Bezgakda ob'ektiv o'zgarishlarga noxos belgi:

quruq, issiq teri
*terini oqimtirligi
terining sarg'imtir rangga kirishi
bezgak xuruji

62 Bezgakda obektiv belgilarga xos bo'lmagan belgi:

quruq, issiq teri
*kaft eritemasi
terining sarg'imtir rangga kirishi
gepatosplenomegaliya

63 Bezgakka qarshi buyuriladigan vositalarga noxos dorilar guruhi:

sporontostidlar
*sulfanilamidlar
gametoshizotrop
gistoshizotrop

64 Bezgakka xos bo'lmagan shikoyatlar:

ko'ngil aynishi, qusish
*bo'g'im shishi
isitma
qaltirash

65 Bezgakni qiyoslashda o'nga xos belgilar:

teri rangi sinikkan tartibsiz. Rodjers isitmasi, giperproteinemiya
*bosh og'rig'i, qaltirash, isitma
ko'tarilishi,terlash
1-4 kunlik xuruj,taloq kattalashgan, kichuvchi toshmalar
harorat oshishi, terlash, suvsizlanish

66 Bezgakni tekshishda laboratoriya usuli:

rinostistoskopiya
*qalin qon tomchisi
gemokultura
kaprokultura

67 BSGI boshlangich davri uchun asosiy belgi:

*gemorragik holat
holsizlik
bo'yin va yuz qizarish
subfebrilitet

68 BSGI da avj olish davrida kon to'xtatuvchi dori-darmonlarga noxos vosita:

*geparin
kalstiy xloridning 10 % li eritmasi
vikasol
distinon

69 BSGI da buyrak zararlanish mexanizmi:

*buyrak qon tomir va kapillyarining zararlanishi
buyrak usti bezining zararlanishi
markaziy vena bosimining pasayishi
kortizon kamayishi

70 BSGI da kasallik boshlanishi:

*o'tkir
asta-sekin
to'satdan
yashinsimon tarzda

71 BSGI da spestifik davo vositasi

*rekonvalesstent qon zardobi
antibiotiklar
interferon-reoferon
donor qon zardobi

72 BSGI ga noxos asorat:

*peritonit
o'choqli zotiljam
buyrak erilishi
miokardit

73 BSGI ga noxos belgi:

*meningeal belgilar
Pasternastkiy belgisi musbat
qorinda og'riq
poliuriya

74 BSGI ning klinik kechish xususiyatiga kura noxos shakli:
*oshqozon ichak eki qorin shakli
toksikoinfekstiya shakli
buyrak shakli
meningoenstefalitik shakli
75 BSGI ning oliguriya davriga noxos belgi:
*qorinda og'riq, ko'ngil aynish, qusish
haroratning oshishi
belda og'riq
shish
76 BSGI oliguriya davriga xos belgi:
*qonda gemotokrit oshishi
qorinda og'riq
Pasternastkiy belgisi manfiy
peshobning bir kunda 3-5 l gacha ajralishi
77 O'tkir toksoplazmozning xarakterli klinik belgilari:
*quyidagilarning barchasi
limfa tugunlarning kattalashuvi
tana haroratining ko'tarilishi
mushak va bo'g'imlarda kuchib yuruvchi og'riqlar

78 O'rta Osiyoda gemorragik belgilar bilan keltirib chiqaruvchi viruslar ning xos bo'lmagan tipi:
*Pappatachi virusi
Qarshi virusi
Tomdi virusi
Sirdaryo quruq virusi
79 O'tkir buyrak enstefalopatiyasi stadiyalari jumlasiga kirmaydi:
*koagulopatiya
prekoma
koma
darakchilari
80 O'zbekiston Respublikasida bezgak-malyariya kasalligining oldini olish chora tadbirlari haqida buyruq:
*№ 17. 15.01.2004
№292. 23.06.1993
№454. 25.10.2006
№577. 21.12.1994
81 Plazmodiyaning eritrostitar shakliga qaysi preparat ta'sir qiladi?
*delagil
primaxin
metrogil
xinostid
82 Plazmodiylarning odam ogranizmida ko'payish sikli quyidagicha nomlanadi:
*shizogoniya
sporogoniya
sporozoit
merozoit
83 Qaysi qo'zg'atuvchi koma rivojlanishiga olib keladigan bezgakning og'ir kechishiga olib keladi?
*Pl. falciparum
Pl. vivax
Pl. ovale
Pl. malaria
84 Yuqori samarali interferonogen:
*Neovir
Amiksin
Sikloferon
Poludan
85 Yuqori samarali interferon:
*pegasis
intron A
reaferon
roferon
86 Uch kunlik bezgak xuruji davriyligi:
*kun aro
ketma -ket
2 kun oralab
ertalab va kechkurun
87 Uch kunlik bezgakda eritrostitar shizogoniya davomiyligi?
*48 s
24 s
72 s
36

88 Tropik bezgak qo'zg'atuvchisi nomlanishi:
*plasmodium falsiparum
plasmodium vivax
plasmodium ovale
plasmodium malariae
89 Tropik bezgakda qaysi asorat oqibatida o'lim kuzatilishi mumkin?
*koma
degidratastion shok
qon ketish
peritonit
90 Anofeles chiviniga xos bo'lmagan bezgak qo'zg'atuvchisi bosqichlari:
ookineta
*mikro va makrogametalar
oostista
zigota
91 Citomegalovirusli infekstiyada noxos yuqish yuli:
*alimentar

havo-tomchi
jinsiy
muloqot

92 Citotksin ishlab chiqaradi va gemorragik kolitga, og'ir holatlarda va gemolitiko-uremik sindromga olib keladi:

a. *enterogemorragik ichak tayoqchasi
b. enteropatogen ichak tayoqchasi
c. enteroinvaziv ichak tayoqchasi
d. enterotoksigen ichak tayoqchasi

93 CMV ning homiladorlik 1-3 oylik davrida homilaga ta'siri:

*homilaga terotegen ta'sir
homilaga ta'sirsiz
tugma StMVI
doimiy abortlar

94 CMV saqlanadigan biologik suyuqliklar:

*barchasi to'g'ri
sulak
shaxvat
kin suyuqligi

95 CMVI da noxos belgi:

*diareya
harorat ko'tarilishi
mushaklar og'rig'i
taloq kattalashishi

96 CMVI da samarali davo vositasi:

sitotekt
astiklovir
ganstiklovir
lamividdin

97 CMVI da samarali immunomodulyatorlar:

stikloferon
timogen
betaferon
mielopid

98 CMVI ga noxos klinik shakl:

*CMV tashuvchanlik
latent
o'tkir mononukleozli shakli
tarqoq shakli

99 CMVI patogenezida muhim rol o'ynamaydigan omil:

*jigar MOT
limfa tugunlari
sulak bezlari
virusning xususiyati

11-mavzu: **O'lat, Kuydirgi. Jarohat infekstiyalari. Leyshmanioz. Vissteral va teri leyshmaniozlarining klinik kechimi, asoratlari, laborator diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. Toksoplazmoz.Klinik kechimi, davolash taktikasi, profilaktikasi**

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiya kasalliklarga tavsifi. 2. O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiyaning klinik tasnifi. 3. O`latga qarshi himoya kost yumini kiyish va yechish qoidalari. 4. Kuydirgining klinik belgilari. 5. Kuydirgi kasalligini tashxisoti va davolash uslublari. 6. Toksoplazmoz, Jarohat infekstiyalari kasalliklarning etiologiya va epidemiologiyasi. 7. Toksoplazmoz, Jarohat infekstiyalari kasalliklarning klinikasi va davosi.

Mavzuning maqsadi: O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. O`ta xavfli yuqumli kasalliklarga, quturish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz erta tashxis qo`yish, ularning qiyosiy tashxisotini o`tkazish, intoqsikatsiya darajasini bilib, kerakli choralarni belgilash, kasalxonagacha bo`lgan davrda kasallikni oldini olish chora va tadbirlarni ko`rishni bilish.	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. "O`lat, kuydirgi. Jarohat infektsiyalari (quturish, qoqshol, saramas) Lyeshmanioz. Toksoplazmoz" amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"O`lat, Kuydirgi. Jarohat infektsiyalari (quturish, qoqshol, saramas) Savol-javob o'tkazish. *« Muammoni hal qilish»* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi O`lat, Kuydirgi. Jarohat infektsiyalari (quturish, qoqshol, saramas) Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (125 daqiqa)	" Lyeshmanioz. Toksoplazmoz" Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. *"Galareya bo`ylab sayohat"* uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi Lyeshmanioz. Toksoplazmoz Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. **Mustaqil ish beradi**. Poliomielit. Parakoklyush.Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

	rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish. **Uyga vazifa beradi**. Difteriya. Klinik shakllari, og'irlik mezonlari. Chin krup. Gospitalizastiyagacha bosqichda tashxisot. Laborator tashxisot uslublari, Spestifik davo. Oldini olish. Epidemik parotit. Poliomielit. Etiologiyasi, immunitet, patogenez, klinika, laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi.	
Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar).

1. O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz infeksiya kasalliklarga tavsifi.
2. O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz infeksiyaning klinik tasnifi.
3. O`latga qarshi himoya kost yumini kiyish va yechish qoidalari.
4. Kuydirgining klinik belgilari.
5. Kuydirgi kasalligini tashxisoti va davolash uslublari.
6. Toksoplazmoz kasalliklarning etiologiya va epidemiologiyasi.
7. Toksoplazmoz kasalliklarning klinikasi va davosi.

15. 7. Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

8. O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiya kasalliklarga tavsif bering.
9. O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiyaning klinik tasnifini ayting.
10. O`latga qarshi himoya kost yumini kiyinish va echinish qoidalarini ayting?
11. Kuydirgining klinik belgilarini aytib bering.
12. Kuydirgi kasalligini tashxisoti va davolash uslublarini tushuntiring.
13. Bemorlarni parvarishlash rejasini to'zish.
14. O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, quturish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiyalarning oldini olish.

O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, quturish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiyani chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi, o`latga qarshi kiyim turlari va ulardan foydalanishni bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilarning ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

Bezredko usuli bo'yicha zardobni yuborish qoidalari.

Maqsad: Botulizm, difteriя, qoqshol kasalliklarini davolash жarayonida anafilaktik reaktsiялarning oldini olish.

Ko'rsatma: Difteriя, qoqshol, botulizm kasalliklari.

Kerakli anжomlar: Sterillangan rezina qo'lqop, sterillangan paxtalar, bir marta ishlatiladigan steril shpritslar, spirt (70º), zardob.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To'liq va aniq bажardi

				(10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo’lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Zardob yuborishdan oldin zardobli ampula butunligi, etiketkasi tekshiriladi,	0	5	10
3.	Zardobli ampula 37ºS suvda isitiladi	0	5	10
4.	Ampulani ochish aseptika va antiseptika qoidalariga binoan amalga oshiriladi	0	5	10
5.	Inъektsiя qilinadigan soha spirt shimdirilgan paxta bilan artilaadi	0	5	10
6.	0,1 ml 1:100 nisbatda suyo’ltirilgan zardob bilak ichki yo’zasining o’rta uchligiga teri ichiga yuboriladi	0	5	10
7.	Agar yuborilgan zardob o’rnida 20 daqiqadan so’ng 1 sm dan katta bo’lmagan papula hosil bo’lib, uning atrofidagi qizarish chegaralangan bo’lsa sinama manfiy hisoblanadi	0	5	10
8.	So’ngra elka sohasiga teri ostiga 0,1 ml suyo’ltirilmagan zardob yuboriladi	0	5	10
9.	30 daqiqadan so’ng reaktsiя ko’zatilmasa, sinama manfiy hisoblanadi	0	5	10
10.	Tavsiя qilingan suyo’ltirilmagan zardobning qolgan qismi mushak orasiga yoki tomir ichiga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

15. 8. Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Hayvonlar va kemiruvchilar tishlaganda jarohatlarni tozalash qoidalari.

Maqsad: Infektsion jarayon rivojlanmasligi uchun hayvonlar va kemiruvchilar tishlagandagi jarohatlarni tozalash.

Ko’rsatma: Hayvonlar va kemiruvchilar tishlaganda, teri va shilliq pardalarga ularning so’lagi tushganda.

Kerakli anjomlar: Sterillangan rezina qo’lqop, xo’jalik sovuni qirindisi (20 gramm), distillangan suv (1l), sterillangan pintset, 5% li yod eritmasi, sterillangan doqali salfetkalar va paxtali tamponlar, sterillangan bintlar.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To’liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo’lqop kiyiladi	0	5	10
2.	1 litr xajmli sterillangan idish olinadi	0	5	10
3.	Idishga 20 gr. xo’jalik sovuni qirindilari solinadi	0	5	10
4.	Idishga 100 ml distillangan suv solinadi	0	5	10
5.	Idishni 20% li eritma hosil bo’lguncha yaxshilab chayqatiladi	0	5	10
6.	Jarohat ustidan 20% li sovun eritmasi oqizib yaxshilab yuviladi	0	5	10
7.	Sterillangan paxtali tampon tayyorlanadi	0	5	10
8.	Jarohat atroflarini tikmasdan turib 5% li yod eritmasi bilan artib tozalanadi	0	5	10
9.	Sterillangan bog’lov materiallari bilan bog’lanadi	0	5	10
10.	Rabiolog vrachga yo’llanma bilan jo’natiladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

O`latga qarshi kiyim kiyish tartibi

O`ta xavfli infeksiyalari (o`lat, vabo, gemoragik isitmalar, chin-chechak, kuydirgining tarqalgan shakllari) qayd qilinganda, o`latga qarshi maxsus kiyim kiyiladi.

1. Kiyim kiyishdan oldin tabobat xodimi o`zini ximoya qilishi 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 pijamani, so`ngra paypoq yoki chulki va razmeridan kattaroq ryozina etik kiyadi.

3. Pyoshona 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 o'zviy tegib turishi kerak.

5. Keyin xodim marli-paxtali maskani 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 ryozina 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, maska, xalat, ro`mol, etik, ryozinali qo`lqop, noski yoki chulki, kombinzon 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 ryozinali fartuk taqadi.
3. Bemorda gemorragik isitma qayd qilinsa, 2 tadan ryozinali qo`lqop kiyadi.

O`ta xavfli infeksiyaga chalingan bemorlar bilan ishlaganda qo`l yuvish tartibi.

- Oqar suvda qo`llaringizni ho`llang.
- Qo`llaringizga su yuq sovundan biroz oling.
- Sovunni qo`llaringiz orasida ishqab ko`pirtiring.
- CHap kaftingizning tashqi yo'zasini sovunlab ishqang.
- O`ng kaftingizning tashqi yo'zasini 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 yo'zasini ishqang.
- Aylanma harakatlar bilan o`ng kaft ichki yo'zasini ishqang.
- Qo`llarni oqar suv ostida yuving.
- Bir marotaba ishlatiladigan qog`oz sochiq (salfetka) dan o'zib 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.

15. 9. Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`kitish vositalari o`kituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

" Muammoni hal qilish»uslubi

Maqsadi: Bu uslub talabalarni guruh bo`lib ishlash, fikr almashishni, muammoli holatlarda maslahatlashib ishlash qobiliyatini singdiradi.

Tamoyillari: Talabalar uchta A, B, B guruhga bo`linishadi, har bir guruh uch qishidan iborat. Talabalar 1, 2, 3 raqamlar bilan belgilanadi, so`ng Yana guruhlashtiriladi. Hamma birinchi raqamli talabalar 1- guruh, ikkinchi raqamli talabalar 2 – guruh, uchinchi raqamli talabalar 3 – guruhlarga bo`linadi. Topshiriq beriladi, 10 daqiqa vaqt ajratiladi va talabalar o`z A, B, B guruhlariga qaytib, hal qilingan muammolari bilan fikr almashishadi bu uchun 15 daqiqa vaqt ajratiladi.

Afzalliklari: Bu “Muammoni hal qilish»uslubi kichik guruhlarda ishlash uchun qulay, talabalarni dars jarayonida aktiv qatnashishga, klinik muammolarni birgalashib hal qilishni o`rgatadi. Talabani isbotlovchi, asosli, professional atamalar bilan gapirishga undaydi.

*Mashg`ulot mavzusi*: O`lat

“ O`lat” mavzusida 1- guruh talabalariga o`lat tashxisot mezonlari va tasnifi. 2-guruh talabalariga o`lat kasalligini davolash va asoratlar oldini olish. 3-guruh talabalariga o`lat kasalligining oldini olish, o`choqda va epidemiyaga qarshi chora tadbirlar olib borish muammolari qo`yiladi. Ishlash uchun 10 daqiqa vaqt ajratiladi. So`ng raqamli talabalar o`z guruhlariga A, B, B qaytishadi va ular guruhlarida hal qilgan topshiriqlarni gapirib berishadi. 1- raqamli talaba o`lat tashxisot mezoni va tasnifi haqida, 2-raqamli talaba o`lat kasalligini davolash va asoratlarining oldini olish haqida gapirib beradi va b. Shunday qilib, guruh talabalar o`z javob variantlari bilan almashinib birga muhoqama qilishadi, bunga 15 daqiqa vaqt ajratiladi.

“Galareya bo`ylab sayohat”

Maqsad: talabalarga ma`lumotlarni tanqidiy baholash va ushbu muammo bo`yicha to`laqonligini aniqlashni o`rgatish.

Asosiy tamoyillari:

Har bir guruhga bitta muammo taklif etiladi va ular 10 daqiqa davomida uni Yozma ravishda hal etishadi, so`ng topshiriqlarni almashadilar. Avvalgi guruhning xatolarini aniqlash hamda javoblarga qo`shimchalar kiritish maqsadida savollar barcha ishtiroqchilar bilan muhoqama etilib Yakuniy javob varianti qabo`l qilinadi.

“ Galareya bo`ylab sayohat” usuli talabalardan yo’qsak diqqat e`tiborni va ushbu bo`lim bo`yicha Yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Afzalliklari:

Talabalarni analitik qobiliyatini va klinik fikrlash ko`nikmalarini namoyish etishga imqon beradi.

Kamchiliklari:

Javoblarni muhoqama qilishda tanbehlarga salbiy reaksiya tug`ilishi mumkin.

Talabalarni guruhlarga taqsimlashda ular orasida liderlar borligini nazarda tutish lozim, bu mashg`ulotga Yakun Yasalayotganda hisobga olinadi.

Mashg`ulot mavzusi: Saramas kasalligini aniqlash va davolash.

Uch kichik guruhga bittadan savol beriladi.

Saramas kasalligining klinik ko`rinishlari

Saramasning laborator tashxis qilish usullari.

Saramas kasalligini davolash.

“Aylana stol” uslubi.

Maqsad: Talabalarga ushbu muammo bo`yicha ko`proq ma`lumot berish.

Tamoyillari:

Aylana bo`ylab masala Yozilgan qog`oz yuboriladi. Hamma o`z javoblarini Yozadi. Keyin muhoqama boshlanadi. Noto`g`ri javoblar o`chiriladi va to`g`ri javoblar soniga qarab talaba bilimi baholanadi.

Mashg`ulot mavzusi: QutirishQutirish.

Guruhga quyidagi savollar beriladi:

1. Qutirishning klinik belgilari.
2. Qutirishning tashxisoti.
3. Qutirishning davosi.

SHuni esda tutish kerakki, eng Yaxshi savol bu o`zida javobning 50 % ini tutgan savoldir.

Ushbu metodni og`zaki ravishda ham qo`llash mumkin.

15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari).

Talaba uchun topshiriq

№	Savol	Izohi
1.	Epidemologik nuqtai nazaridan O`ta xavfli	

	yuqumli kasalliklar, quturish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz infeksiyaga ta`rif bering?	
2.	Odamlarga kasallik yuqish mexanizmi?	
3.	Kuydirgi kasalligiga ta`rif bering?	
4.	Kuydirgining etiologiyasi?	
5.	Kuydirgining yuqish mexanizmi	

Talabalarning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, quturish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiyaning asosiy klinik belgilarini ayting?	
2.	O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, quturish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz infeksiyaning tashxisoti?	
3.	O`latga qarshi himoya kost yumini kiyinish va echinish qoidalarini ayting?	
4.	Kuydirgi, o`latning asosiy klinik belgilarini ayting?	
5.	O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, quturish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz infeksiyaning davosi?	
6.	O`ta xavfli yuqumli kasalliklar, quturish, qoqshol. saramas, Toksoplazmoz infeksiyaning profilaktikasini ayting?	

MAVZU BAYONI

O’LAT

O’lat–karantin infeksiyalar guruhiga mansub, tabiiy o’chok li antrapozoonoz kasallik bo’lib, klinik– umumiy zaharlanish belgilari, teri, limfa tugunlari, o’pka yallig’lanishi va sepsis belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. O’lat qo’zg’atuvchilari (Yersinia pestis) iersiniy turkumiga mansub bo’lib, harakatsiz, spora hosil qilmaydigan, tarkibida endotoksin saqlagan gramm manfiy tayok chadir. Bo’yalganda ikkala uchi quyuqrok bo’yaladi (bipolyar bo’yalish). Oziq muhitlarda ular yaxshi o’sadi, yuqori harorat, quritish va dezinfeksiya vositalari (spirt, lizol, xloramin, xlorli ohak) ta'sirida tezda o’ladi. Past harorat iersiniyalar uchun qulay hisoblanib, bir necha oygacha faolligini saqlaydi, bemor balg’amida uzok saqlanadi.

Epidemiologiyasi. O’latda asosan kasallik manbai bo’lib kasal kemiruvchilar, 60 dan ortiq sut emizuvchilar hisoblanadi. Kemiruvchilar va sut emizuvchilar orasida o’lat doimo kuzatilib, ba'zan kasallikning o’sishi- epizootiyasi kuzatiladi. Kasal kemiruvchilardan kasallik boshqalarga burga orqali yuqadi. Kemiruvchilarda kasallik o’tkir va surunkali ko’rinishda kechishi mumkin.

Kalamushlar o’latining ikki turdagi o’chok lari tafovut qilinadi. Birinchisi shahar, port kalamushlar o’lati bo’lib, kasallikni qora, kulrang, egipt kalamushlari tarqatadi. Ikkinchisi yovvoyi yashovchi kemiruvchilar (yumronqoziq, kalamush, tarbagan) bilan bog’liq tabiiy o’chog’idir. Hozirgi kunda 50 ga yaqin Evropa, Osiyo, Arika va Amerika mamlakatlarda tabiiy o’chok lar 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 mahsulotlarni istemoli natijasida yuqadi. Kasallik odamlardan esa asosan havo-tomchi yo’li orqali yuqadi. Uning o’pka va septik shakli nisbatan ko’prok epidemiologik ahamiyatga kasb etadi. Kasallikka moyillik yuqori, kasallikdan so’ng umrbod immunitet hosil bo’ladi.

Patogenezi. 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 kamdan-kam hollarda terida effekt hosil bo’ladi: terining o’sha joyida dog’, tuguncha, vezikula-pustula – uzok

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 tuqimalarni yallig'lantirib bubonlarni hosil qiladi. Limfa tuguni to'sig'ini engib o'tgan mikroblar qonga tushib bakterimiyani yuzaga keltiradi. Qon ok imi bilan bakteriyalar a'zolarda 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.

Klinikasi. Yashirin davr (3-6 kun)dan so'ng kasallik kuchli qaltirash, yuqori harorat ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi (39-40oSgacha). Kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, xolsizlik, 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 galyutsinatsiyalar bilan psixomator qo'zg'alishlar ham bo'lishi mumkin. Bemorlar yotog'idan o'zlarini u yok bu yok qa tashlaydilar, ok sok lanib yuradilar, yuzlari va kon'yunktivalari qizargan, so'zlarga tushinib bo'lmaydi. Yuz tuzilishi o'tkirlashgan, sianotik 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'lchamlardi gemmoragiyalar va petexiyalar bo'ladi. Tilida yoriqlar, po'stlok lar bo'lib, kattalashgan, oppok qalin karash bilan qoplangan (xuddi surtgandek). Ba'zan tilda tremor kuzatiladi, og'iz shilliq qavati quruq. Bodom bezlari kattalashgan, u erda va yumshok tanglayda qon quyulishlar va yaralar poydo bo'ladi. Jigar va talok kattalashgan. Kasallikning terminal bosqichida qon qusish hamda qon shilliq aralash tez-tez suyuq ich ketishi poydo bo'ladi. Bunday bemorlarda yurak chegaralari kattalashgan tonlar bo'g'iq, taxikardiya 1 daqiqada 120-160 gacha bo'ladi. Arterial bosim tushgan, aritmiya paydo bo'ladi, hansirash va sianoz o'sib boradi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan, ECHT oshgan. Siydikda qon va ok sil, oligoanuriya aniqlanadi.

Kasallikning umumiy ko'rinishlariga qarab, o'latning turli shakllari xarakterlanadi. Kasallikning klinik kartinasiga qarab; teri, bubon, septik, o'pka va faringial formalari 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. Mikrob tushgan joyda (oyok -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 quyilishlar bo'lishi mumkin, bunda ularning rangi qoramtir-qizil bo'ladi. Pufakcha yorilgandan so'ng yara paydo bo'ladi, yara sarg'ish qattiq tubi bor. Yara chetlari notekis, sog'lom to'qimadan jigarrang halqa bilan ajratilgan. Yara og'riqli, sekin bitadi va chandiq qoladi. O'latning boshqa shakllarida ham terida turli o'zgarishlar bo'lishi mumkin, toshmalar, qon quyilishlar 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'ayritabiiy holatda turishga majbur etadi: oyok lar bukilgan, qo'llar uzatilgan, bo'yin egilgan va h.k.

Kichik bubonlar kattalaridan og'riqli. Avval bubon paypaslaganda uncha katta bo'lmagan qattiqlashuv; 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 qattiq, og'riqli bo'ladi. Bubon ostida teri issiq, sirpanadi, silliq, yaltirok , qizil yoki qoramtir-qizg'ish rangda bo'ladi. Limfaadenit o'latda yo'q. 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). 2-lamchi 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 xoxlagan fazasida ro'y berishi mumkin.

Shunday qilib, ikkilamchi o'lat zotiljami kasallikni og'irlashtiradi va infeksiya tarqalishiga havf soladi. 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 (1 necha soatdan to 1-2 sutkagacha)dan so’ng qaltirash, kuchli bosh og’rishi, mushaklarda og’riq va yuqori harorat xarakterli. Bemor ahvoli tez yomonlashadi. Qo’zg’alish, vasvasa hatto meningoentsefalit belgilari paydo bo’ladi. Umumiy zaharlanishdan tashqari, gemorragik sindrom yaqqol ko’rinadi. Qon qo’yilishlar terida, shilliq qavvatlarda, ichki organlarda bo’ladi. Gematuriya paydo bo’ladi, qon qusish va ich ketish, burun va o’pkadan qon ketish kuzatiladi. Jigar va talok kattalashgan. Bir necha soatdan so’ng infektsion 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’rishi, ko’p marta qusish bo’ladi. Kasallik boshlanishi asta- sekin, o’pka zararlanish 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 kechrok paydo bo’lishi mumkin. Boshida yo’tal quruq, keyinchalik balg’amli bo’ladi. Boshida balg’am yopishqok , 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 sianoz o’sib 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 jixatdan birlamchiga o’xshash. U o’latning boshqa shakllaring asorati sifatida rivojlanadi. Qo’zg’atuvchilar o’pkaga qon orqali o’tadi. Bu shakl uchun kasallikning juda og’ir kechishi harakterli; ikkilamchi o’chok larning ko’pligi, bubonlar, gemorragik sindrom, zotiljam va sepsis xarakterli.

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 etgan.

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. Limfadenit, zotiljam bilan, teri shakli kuydirgi bilan, bubon shakli yiringli limfadenit, limfogranulematoz, yaxshi sifatli limfaretikulyoz, tulyaremiya va boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Tashxisni aniqlashtirishda kompleks laborator tekshirishlar o’tkaziladi. Bubon, yara, balg’am tomok dan material, qon, siydik, qusuq massasi va boshqa olingan ajralmalarda o’lat qo’zg’atuvchisi aniqlanadi. RPGA, IFA yordamida serologik tekshirishlar o’tkaziladi.

Davosi. Davolash kompleks: antibakterial, patogenetik va simptomatik preparatlar qabul qilish bilan olib boriladi. Antibiotiklardan keng qo’llaniladigani streptomitsin, digidro-streptomitsin va pasomitsin. Aminoglikozidlar va tetratsiklinlarni (oksitetratsiklin, morfotsiklin, metatsiklin, doksitsiklin va boshqalar) kombinatsiyalashgan xolda 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 preparatlari, vitaminlar keng qo’llaniladi. Bemorlarga doimiy nazorat va parvarish zarur.

Profilaktikasi. O’lat tarqalgan hududda bemorlarni tez gospitalizatsiya qilish, mulok otdagilarni ajratish va kuzatish, ular bilan profilaktik ishlarni olib borish: streptomitsin yoki tetratsiklin darhol berish kerak. Harorati ko’tarilgan bemorlarning barchasi kasalxonaga yotqiziladi, bir vaqtning o’zida aholi punktida immunizatsiya o’tkaziladi.

O’chok da tibbiyot xodimlari maxsus kiyimda epidemiyaga qarshi va tashxislash tadbirlarini amalga oshirishadi.

KUYDIRGI

Kuydirgi-zoonoz guruxiga 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 tayok chasimon holda uzunligi 6-10 mkm, eni 1-1,5 mkm dan iborat B. anthracis. Tayok chalar juft-juft holda yoki kalta zanjirsimon shaklda uchraydi. Bu mikrob ikki xil shaklda uchraydi. 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. O’ziga spora - ya'ni himoya qobig’i hosil qilgan batsilla tashqi muhitga issiqdan, sovuqdan, namlikdan, xar xil zaharli ximikatlarga chidamli bo’ladi. Tashqi muhitda, tuprok da tushib qolgan mikrob sporalari 10 yilgacha yashaydi.

Qulay sharoitga tushgan batsilla mikrobi 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^{o}C) da tez o’sib ko’payadi. Sovuq havoda +12^{o} dan past, issiqlik +43^{o}C dan baland bo’lgan havoda o’sishdan to’xtaydi. Mikroblarda yashash uchun yaxshi sharoit bo’lganda juda ham tez ko’payadi.

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 organizmni turli qismlariga ta'sir qilib ularni normal ishlashini buzadi. Natijada odamlar kasallikka duchor bo’ladilar. Bac antnracis vegetativ shaklida 55^{o}C haroratda 40 minutda, 60^{o}C haroratda 15 minutda, qaynatilganda o’sha zahoti o’ladi. Past haroratda ular yaxshi yashaydi – 10^{o}C da 24 kun, -24^{o}C da 12 kun, -180^{o}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’prok kasallanayapti. Bu kasallikka odamlar ham beriluvchan bo’ladi, lekin hayvonlardan farqi shundaki atrof muhitga tarqatmaydi. Batsilla ko’pincha qora mollarga og’iz orqali organizmga kiradi. Ya'ni o’lgan hayvonlar ko’milgan joylardan oziqlanganda, suv ichganda kasallanadi, chaquvchi chivinlar, pashshalar kamrok hollarda kasallik uchraydi. Hayvonlarda ko’prok bu kasallik ichaklarning o’tkir yallig’lanishi shaklida uchraydi.

Kasal hayvonlar qo’zg’atuvchilarni 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 xavfli xisoblanadi. Kasallik odamga turli hayvonlarni parvarishlaganda, terisini shilganda, go’shtini maydalaganda, termik ishlov berilmagan go’sht va go’sht mahsulotlari, sutni iste'mol qilish ham kasallikni yuqtirishi mumkin. Teri va juniga ishlov berilganda kasallik aerogen yo’l bilan yuqadi. Qo’zg’atuvchi sporasi saqlangan tuprok va hayvonlar o’g’iti kasallanish uchun havf tug’diradi.

Aynan kuydirgi kasalligi bilan ko’pincha chorvachilik bilan shug’ullanuvchi ishchilar, molbok arlar, cho’ponlar zooveterinariya xodimlari, go’sht kombinatida ishlovchilar kasallanadi. Tasodifiy maishiy yo’l bilan kasal molning egalari oilasi bilan, mulok otlilar, qassoblar, kasal molning go’shtini, terisini, yungini sotuvchilar kasallanadi.

Patogenezi. Qo’zg’atuvchini organizmga kirish yo’llari asosan og’iz-burun, terini yaralangan joyi, shilliq pardalar orqali o’tadi. Organizmga kirib olgan kasallikning qo’zg’atuvchi 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 (o’lim omili, ichki shish omili, himoyalanish omili) omildan iborat.

Teriga tushgan mikrob 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 uchratib 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.

Mikrob limfa tugunlarida 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 yuzaga keladi. Agar organizm semiz baquvvat kuchli bo'lsa mikrob o'z ta'sirini o'tkazolmaydi. Agar organizm oriq va kuchsiz holda bo'lsa mikrob organizmni engib o'limga olib boradi.

Klinikasi. Kuydirgi kasalligining yashirin davri 2-14 kunga cho'ziladi. O'tkir shakliida 2-3 kunga cho'ziladi. Kuydirgi odamlarda 2 xil shaklda o'tadi: 1) mahaliy 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 tugunni yuza tomonida suvli pufaklar paydo bo'ladi. Bir necha vaqtdan keyin suvli pufaklar yorilib joyida qoramtir, qizil rangdagi yara hosil qiladi (21-rasm). 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, yorilib ichidan qora-jigar rang suyuqlik ok adi. Ular 8-10 sm kuydirgi karbunkulini hosil qiladi. Bu yaralar kasal bo'lmagan chegarlarda 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 ok quyuq suyuqlik bo'lib, shishni perkussion bolg'acha bilan urib ko'rganda g'ijirlagan ovoz chiqaradi (Stefanskiy belgisi).

Kuydirgi kasalligining teri shakliini 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 me'yoriga keladi.

Tarqalgan shakli kam uchraydi. Klinika septik shaklida kuydirgi mikroblari nafas yo'llari orqali organizmga kirib borib, o'pka va ichaklarni zaharlab 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 junlardan yuqadi. Hozirgi kunlarda bu kasallik kam holda uchraydi. Kuydirgi kasalligi og'iz orqali ham yuqadi. Qachonki, kasal mollarni yuqumsizlantirilmagan go'sht va go'sht mahsulotlarini iste'mol qilganda kelib chiqadi.

Tashxisoti. Kuydirgining birlamchi septik shakli og'ir shaklida 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.

Bakteroligik tekshirishda kasallikni qonidan, karbunkul suyuqligidan yupqa surtma tayyorlab bekteroskopiya qilinadi. O'pka, ichak, miya entsefaliti taxmin kilinganda esa: qondan, balg'amdan va zararlangan orqa miya suyuqligidan olib tekshiriladi. Kasal hayvonlarni mahsulotlari juni, terisidan kamida 20-30 gr olib tekshirishga yuboriladi.

Hozirgi vaqtda kuydirgi kasalligini aniqlashda lyuminetsent serologik metod qo'llanilmok da. Buning uchun material kasallangan organizmdan olib tekshiriladi. Tekshirish natijasida aniqlangan kuydirgi sporalari (tayok chalari) lyuminetsent mikroskopda ko'rilganda kuydirgi batsillalari ochiq jigar rangda 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 reaktsiya kasallikning birinchi kunidan ko'rinadi, xaftaning 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 zudlik bilan yuqumli kasalliklar kasalxonalarida alohida xonalarda yotqiziladi va davolanadi. Bular uchun alohida davolovchi vrach va hamshiralar ajratiladi. Vrachlar kasallarni qattiq nazoratda bo'lib, shu kasallikni davolash bilan shug'ullanadi. Kasalga qaraydigan hamshira og'ziga marlidan niqob, ko'ziga atrofi yopiq ko'zoynak bo'lishi kerak.

Kuydirgi kasalligining qo'zg'atuvchisiga qarshi spetsifik dorilaridan foydalaniladi. Bu dorilardan antibiotiklar va kuydirgiga qarshi immunoglobulindan keng foydalanilmok da. Antibiotiklardan eng yaxshi foyda beradigan penitsillin hisoblanadi. Penitsillinning bir martalik dozada 5000000 – 1000000 TBdan 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'tariladi (bir sutkada 12-24 mln TB.) dozada o'tkaziladi. Kasallikning septik shaklida sefalosporinlar, 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 engil 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 eritmalardan plazma, past molekulali (gemodez, polidez), yoki baland molekulali (poliglyukin) dekstran tavsiya etiladi. Parentral oziqlantirish maqsadida aminokislotalar aralashmalari (infezol, aminasol, aminatsin) buyuriladi.

Kuydirgi kasalligining og'ir generalizatsiyalashgan shaklida oksigenoterapiya o'tkaziladi. Kasallik 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 bermok da. Kasallik o'z vaqtida davolanganda 100 foiz tuzalib ketadi.

Generalizatsiyalashgan shaklida kasal juda past darajada o'z vaqtida davolanganda ham yaxshi natija bermaydi. Birinchi va ikkinchi septik shaklida o'pka va ichaklar zararlanganda, minengoentsefalit rivojlanganda toksiko-infektsion shokka tushganda 2-3 kun orasida o'ladi. Lekin generalizatsiyalashgan shakli juda kam uchraydi.

Profilaktikasi. Kasalikka 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.

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'yish, hayvonlar mahsulotlarini kayta ishlashda extiyot bo'lish, import-eksportni qattiq nazorat qilish kerak. O'lgan hayvonlarni kuydirish, kasal hayvonlarni go'shtini hech qachon iste'mol qilmaslik va sotishga ruxsat bermaslik, ularning terisini shilish va yorib ko'rish ta'qiqlanadi.

Odamlarni vaktsinatsiya qilishda quruq tirik sporali kapsulasiz vaktsina STI qo'llaniladi. Birinchi davolanish muddati 2 marta 21 kundan keyin o'tkaziladi. Emlash vaqtida vaktsina terini tashqi tomoni skarifitsirlangan bo'lishi kerak.

STREPTOKOKKLI INFEKSIYA

SARAMAS

Saramas - o'tkir infektsion kasallik bo'lib, gemolitik streptokokk chaqiradi, isitma, zaharlanish, terida yaqqol chegaralangan yallig'lanish jarayonlari bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi betta gemolitik streptokokk A guruhiga mansub. Streptokokklarning barcha serologik turlari tarkibida eritrogen zahar (DNK zanjirining termolabil fraktsiyasi), va allergen (DNK zanjirining termostabil fraktsiyasi) saqlanadi. Bu zaharlar ta'siri streptokokkli infeksiyaning u yoki bu shaklini yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Saramas tashqi qoplamlar infeksiyasi jumlasiga kiradi. Kasallik manbai bo'lib streptokokkli infeksiyalar (angina, skarlatina va boshqalar) boshqalar bilan og'rigan bemorlar va bakteriya tashuvchilari xizmat qiladi. Saramasda infeksiya endogen va ekzogen yo'llar orqali yuzaga keladi. Ekzogen infeksiya asosan maishiy mulok ot yo'li bilan terida yuzaga kelgan jarohatlarga birlamchi streptokokklar bilan ifloslanishdan yuzaga keladi. Endogen infeksiya esa terida yuzaga kelgan surunkali o'chok da, ba'zi holatlarda bakteriyalarning ba'zi a'zolardan (asosan LOR a'zolardan) limfa yoki

qon orqali teriga borishi natijasida yuzaga keladi. Saramasning kontagioz ko'rsatkichi juda past, ba'zi holatlarda streptokokkli infeksiya uchun manba bo'ladi. Bu kasallik bilan ko'pincha ayollar kasallanadi. Saramas uchun yoz-kuz mavsumiylik xos.

Patogenezi. Qoida bo'yicha streptokkokk bilan infitsirlanishga jarohatlangan teri sabab bo'ladi, ba'zi hollarda teri butunligida ham kasallik yuzaga kelishi mumkin. 1. Mikroblar teriga chirituvchi mikroblar manbai bo'lgan odamlardan yuqadi bu ekzogen infeksiya deyiladi. 2.Xususiy organizmdagi o'chok lardan gemotogen va kontakt yo'li bilan yuqadi- endogen infeksiya deyiladi. Streptokoklarning patogenetik ta'siri organizmda maxalliy va umumiy o'zgarishlarga olib keladi.

Mahalliy jarayon seroz yoki seroz gemorragik yalig'lanish, giperemiya, jarohatlangan soha teri, teri osti yog' qavatining shishi va infiltratsiyasi bilan tavsiflanadi. Kasallik og'ir kechganda biriktiruvchi to'qima yiringli infiltrat bilan asoratlanishidan to abstsesslar hosil bo'lishi va to'qimalar nekrozigacha olib boradi. Patologik jarayonga shu bilan birga limfa tomirlari (limfangit), arterial (arteriit), venoz (flebit) qon tomirlari beriladi.

Umumiy o'zgarishlar. Isitma, zaharlanish, ichki organlarning toksik zararlanishi bilan xarakterlanadi. Limfatik va qon tomirlar bo'ylab tarqalayotgan streptokokklar ma'lum sharoitlarda ikkilamchi yiringli asoratlarga olib kelishi mumkin.

Klinikasi. Klinik tasnifi bo'yicha quyidagilar tafovut qilinadi.

1.Mahalliy o'zgarishlar xarakteriga ko'ra: a)eritematoz b)eritematoz – bulyoz
s)eritematoz – gemorragik d)bulyoz – gemorragik
2.Og'irlik - darajasiga ko'ra: a) engil b) o'rta og'ir d) og'ir
3.Kasallik boshlanishiga ko'ra: a) birlamchi b)retsidivlanuvchi s)qaytar
4.Mahalliy o'zgarishlarning organizmda tarqalganligiga ko'ra: a) mahalliy b)tarqalgan d) metastatik

Yashirin davr - bir necha soatdan 5 kungacha davom etadi. Kasallik o'tkir, qaltirash, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, mushaklar og'rig'i, ba'zan ko'ngil aynishi va qusish, taxikardiya va haroratning 39-40°Cgacha ko'tarilishi bilan boradi. Ba'zi kasallarda delirioz holat, tutqanok lar, 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 - jarohatlangan terida shish, og'riq xarakterli, eritema to'q rangda, chegaralari aniq, periferik tarqalgan. Keyinchalik eritema sohasida terining qipiqlanishi kuzatiladi (22-rasm).

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'stlok chalar 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-gemorralik shakli - xuddi eritematoz shaklidek kechadi, lekin eritema sohalarida qon quyilishlar bo'ladi.

Bullyoz-gemorragik shakli- xuddi eritematoz-bullyoz shakli dek 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'zgarishlar: leykotsitoz, neytrofilyoz, EChTning oshishi. 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 1 ta anatomik sohasidagi eritematoz jarohatlanishi bilan tavsiflanadi.

O'rta og'ir shakli nisbatan uzok rok (4-5 kun) va yuqori (40°C gacha), yaqqol zaharlanish (birdaniga umumiy holsizlik, kuchli bosh og'rig'i, anoreksiya, ko'ngil aynish, qusish), tarqok eritematoz, eritematoz-bullyoz, eritematoz-gemorragik jarohatlar bi– lan xarakterlanadi.

Og'ir shakli - uzok davom etuvchi (5 sutkadan ortiq) va o'ta yuqori (40°C va undan yuqori) isitma, zaharlanish, ruhiy buzilishlar bilan, terida eritematoz-bullyoz, bullyoz-gemorragik jarohatlar, ko'pincha flegmanoz, gangrenoz, sepsisli, pnevmo– niyali, infektsion-toksik shakli, infektsion toksik entsefalitli asoratlar bilan tavsiflanadi.

Retsidivlanuvchi saramas - bu birlamchi kasallangan teri sohasida 2 yildan so'ng kasallikning qayta rivojlanishi. Retsidivlanuvchi saramas 15-45% hollarda uchrab, asosan yoshlarda kam hollarda qarilarda kuzatiladi.

Tashxisoti. Asosan klinik ma'lumotlarga asoslanib: kasalikning o'tkir boshlanishi, isitma, zaharlanish, o'ziga xos mahalliy o'zgarishlarga asoslanib tashxis quyiladi. Taqqoslash tashxisoti asosan terining mahalliy giperemiya bilan kechuvchi kasalliklaridan-erizipeloid, dermatit, ekzema, tugunchali eritema, flegmona, abstsess va boshqalar bilan o'tkaziladi.

Davosi. Aksariyat bemorlar uyda va vrachlik punkti sharoitida davolanadilar. Kasalxonaga yotqizishga kasallikning og'ir shakllari, bullyoz-gemorragik va qaytalanuvchi shakllari bilan og'rigan bemorlar yotqiziladi. vrachlik punkiti va uy sharoitida antibiotiklar va kimyoviy preparatlar og'iz orqali buyuriladi. Olitetrin 1,0-1,25g, rondomitsin 0,9 g, eritromitsin 1,2-1,5 gramm kunlik dozada tavsiya qilinadi. Og'ir holatlarda benzilpenitsillin 1mln.dan 4 mahal, qaytalanuvchi shaklida esa sefalosporinlar (kefzol, kloforan) kuniga 2-4 g dan, linkomitsin kuniga 1,8-2,0 g 8-10 kun maboyinida buyuriladi.

Vitaminoterapiya polivitamin 2 drajedan 2 mahal– isitma o'tgandan so'ng eritema sohasiga ultrabinafsha nurlar cho'ziluvchan va qaytalanuvchi shakllarida glyukokortikoidlar– prednizolon 30-40 mg (5-10 kun davomida) tavsiya qilinadi. Bemorlar yaxshi bo'lgandan so'ng, tana harorati normallashgandan 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. Mikrotravmalarni, sovuq qotishlarni oldini olish, shaxsiy gigienaga rioya qilish, terining zamburug'li va yiringli kasalliklarini o'z vaqtida davolash. Retsidivlanuvchi shaklini profilaktika qilishda: 1 lamchi 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.ED 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 qilinadi.

LEYSHMANIOZLAR.

Ta'rifi: Leyshmaniozlar odam va hayvonlarda uchraydigan transmissiv kasallik bo'lib, ularni leyshmaniylar qo'zg'atadi va iskabtopar chivinlar tarqatadi. Ikki xil formasi ma'lum: 1) vistseral leyshmanioz, ichki organlar leyshmaniozi; 2) teri leyshmaniozi (yomon jarohat).

VISTSERAL LEYSHMANIOZ

Vistseral leishmaniozning ikki turi bor: 1) antroponoz vistseral leyshmanioz va 2) zoonoz vistseral leyshmanioz.

Hindistonda uchraydigan kala-azar antroponoz vistseral leyshmaniozdir.

Zoonoz vistseral leyshmaniozga: a) O'rta dengiz va O'rta Osiyoga mansub vistseral leyshmanioz yoki bolalar kalaazari; b) SHarqiy Afrikaga mansub vistseral leyshmanioz, c) Amerika qit'asiga mansub leyshmaniozi kiradi. O'rta Osiyoga mansub vistseral bolalar kala-azari kamdan-kam uchraydi.

O'rta Osiyo vistseral leyshmaniozi (bolalar kala-azari) o'zoq vaqt davom etadigan isitma, splenomegaliya, gepatomegaliya, anemiya bilan xarakterlanadigan surunkali transmissiv kasallikdir leyshmanioz Kavkaz orti respublikalarkda ham uchrashi mumkin.

Etiologiyasi. Vistseral leyshmanioz qo'zg'aguvchisi sodda hayvonlar (protoroo) avlodig'a mansub bo'lib, hujayralar ichida yashovchi-parazit leyshmaniy donovanidir (Leishmania Donovani).

Epidemiologiyasi. Infektsiya manbai leyshmanioz bilan kasallangan daydi itlar, bo'rsiqlar, bo'rilar, tulkilar va kemiruvchi hayvonlar hisoblanadi. Kasallikni tarqatadigan iskabtopar chivinlar — flebotomuslar havo harorati 6 dan 18 darajagacha bo'lgan joylarda yashaydi. Iskabtoparning urg'ochisi odam va юqorida qayd qilingan hayvonlar qonini so'radi. Vistseral leyshmaniozdan so'ng umrbod davom etadigan immunitet qoladi.

Patogenezm va patologik anatomiyasi. Qonga, tushgan leyshmaniylar retikuloendotelial sistema organlariga joylashib olib, ko'payadi va bu organlarda retikulo-gistotsitoz xarakteridagi o'zgarishlarga sabab bo'ladi: jigar, taloq kattalashadi, ularning funktsiyasi buziladi. Suyak ko'migi ham zararlanib, faoliyati izdan chiqadi. Ba'zi bemorlarda chivin chaqqan joyda birlamchi affekt-tuguncha paydo bo'ladi, regionar limfa tugunlari kattalashadi.

Retikuloendotelial organlarida parazit ta’siri natijasida antitelolar—avvalo immunoglobulin M, keyinroq immunoglobulin G paydo bo’ladi. Leyshmaniylarning parchalanishi va metabolizm natijasida hosil bo’lgan moddalar intoqsikatsiyaga sabab bo’ladi.

Hamma organlarda (jigar, taloq, suyak ko’migi, limfa tugunlarya, ichak, buyrak, o’pka va boshqa org’anlarda) endoteliozga xos alomatlar ko’riladi. Retikuloendotelial sistema to’qimasida giperplaziya boshlanadi. Gipoxrom anemiyaga xos belgilar paydo bo’ladi.

Klinikasi. Inkubatsion davri o’zoq cho’ziladi (3 oydan 1 yilgacha) O’rtacha 6—8 oy davom etadi.

Bolalar leyshmaniozida kasallikning uch davri ajratiladi: 1) boshlang’ich davri; 2) rosa avjiga chiqqan davri; 3) kaxeksiya davri (terminal davr).

1. Boshlang’ich davri. Kasallik odatda asta-sekin boshlanadi. Bemor mazasi qochib, tinkasi quriydi, ishtahasi pasayadi, tana harorati subfebril bo’ladi. Taloq ozgina kattalashadi.

2. Kasallikning rosa avjga chiqqak davri. Harorat 39—40 darajagacha ko’tariladi, isitma ko’pincha Febris Remittens tipida bo’ladi. Ba’zan harorat subfebril daraja atrofida turadi yoki normal darajadan o’zgarmaydi. Ba’zi hollarda harorat bir kecha kundo’zda ikki marta юqori darajaga ko’tariladi. (Rojers isitmasi).

Splenomegaliya vistseral leyshmaniozning muhim simptomidir. Ba’zan taloq juda qattiq va katta bo’ladi. Jigar ham shishadi (gepatomegaliya). Periferik limfa tugunlari kattalashadi. Bemor ozib ketadi, uning qorni taloq hisobiga juda katta bo’ladi.

Kasallik boshlakgan davrdan boshlab hisoblaganda 3—6 oygacha taloq tezgina kattalashib boradi. Jigar kamroq kattalashadi. Taloq va jigar paypaslanganida qattiq bo’ladi, og’rimaydi. Bemorlar ahvoli og’irlashib, ozib ketadi. Anemiya kuchayib boradi. Granulotsitopeniya va agranulotsitoz aniqlanadi. Bemorda koma boshlanishi ham mumkin. Ko’pincha ikkilamchi infektsiya hisobiga turli asoratlar paydo bo’ladi.

Eritrotsitlar soni, gemoglobin miqdori kamayadi, poykilotsitoz, anizotsitoz, anizoxromiya aniqlanadi. Leykopeniya (2 – 2,5 minggacha), neytropeniya, nisbiy limfotsitoz xarakterlidir. SHu bilan birga aneozinofiliya, trombotsitopeniya ham uchraydi. ECHT juda tezlashgan bo’ladi (90 mm soatgacha).

3. Kasallikning kaxeksiya, ya’ni terminal davrida bemor cho’p-ustixon bo’lib ozib ketadi (kaxeksiya). Badan terisi юpqa tortib, xuddi shamga o’xshab sarg’ayadi.

Vistseral leyshmaniozning o’tkir, yarim o’tkir va cho’zilgan formalari ma’lum. O’tkir va yarim o’tkir formalariga o’z vaqtida davo qilmasa bemor o’ladi.

CHo’zilgan formasi qo’pincha kattalarda va katta yoshdagi bolalarda uchraydi va bunga vaqtida davo qilinsa bemorlar sog’ayib ketadi.

Asoratlari. Vaqtida davo qilinmagan leyshmaniozga pnevmoniya, eiteroqolit, gemorragik diatez, nefrit, furunkulez, abstsesslar va boshqa kasalliklar qo’shiladi. Ba’zan og’iz bo’shlig’ida yarali stomatit, nekrotik gingivit, nomolar ko’rinadi.

Diagnostikasi. Vistseral leyshmaniozning diagnostikasi avvalo klinik simptomlariga asoslanadi: birlamchi affekt (iskabtopar chaqqan joyda paydo bo’lishi), jigar, taloq va limfa tugunlarining kattalashishi, anemiya, leykopeniya, aneozinofiliya, neytropeniya va boshqalar diagnoz uchun muhimdir.

Suyak ko’migi, taloqda leyshmaniylar topilgach, diagnoz o’zil-kesil hal bo’ladi.

Punktatdan surtmalar-tayyorlanib, Romanovskiy usuli bilan bo’yaladi va keyin mikroskop ostida ko’riladi.

Davosi. Surьma preparatlari qo’llaiilgandan beri leyshmanioz davo bilan yo’qolib ketadigan kasalliklar qatoridan o’rin oldi.

Solisurьmin kukun ko’rinishida chiqariladi. Undan eritma tayyorlanadi. Uning 20% li eritmasini teri ostiga va venaga юboriladi.

Leyshmaniozga davo qilishda surьmaning boshqa preparatlari xam ishlatiladi.

Neostibazan. Uning 25% li eritmasi venaga yoki muskul orasiga юboriladi. Bir kunlik dozasi katta yoshdagi bolalarga 0,05—0,1 g, 4—5 yoshdagi bolalarga 0,1—0,2 g, 6—8 yoshdagi bolalarga 0,1—0,25 g, 9—12 yoshdagi bolalarga 0,1—0,3 g. Davo kursi 18—20 kun.

Pentamidin – izotionat. 10% li eritmasi muskul orasiga юboriladi. Bu preparat dozasi bemorning 1 kilogramm og’irligiga 0,004 g hisobidan belgilanadi. Har kuki bir marta юboriladi. Davo kursi 10—15 kun.

Surьma preparatlaridan tashqari antibiotiklar, katta dozada askorbinat kislota va boshqalar buюriladi, kasallarga qon quyiladi.

Profilaktikasi. Profilaktik choralar ikki yo'nalishda olib boriladi. Birinchidan leyshmanioz bilan kasallangan itlarni — kasallik manbaini yo'qotish chorasi ko'riladi — Itlar o'ldiriladi yoki sanatsiya qilinadi. Ikkinchidan leyshmanioz uchraydigan endemik o'chog'larda iskabtopar chivinlarga qarshi har xil yo'llar bilan kurashiladi.

"O`lat, kuydirgi. Jarohat infektsiyalari (quturish, qoqshol, saramas) Lyeshmanioz. Toksoplazmoz" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	O`ta xavfli infeksiyalar (o`lat, kuydirgi) , qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiya mavzuni biladi tushunadi. Diagnostikani amaliyotda qo`llay oladi. Vaziyatni baholab umumlashtira oladi va tahlil qiladi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. O`latga qarshi kost yum kiyish va yechishni biladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	YAxshi "4"	O`ta xavfli infeksiyalar (o`lat, kuydirgi) , qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiyaning erta tashxisini biladi. Davolash va oldini olishni ham aniq biladi, amaliyotda qo`llaydi. Kasallik tarixini bemornoma to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi. O`latga qarshi kost yum kiyish va yechishni biladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	56-70	Qoniqarli "3"	Mavzu bo`yicha kasalliklarning belgilarini farqlay oladi, tushinadi, biladi. Davoni va oldini olishni to`liq bilmaydi (qonspekt qilgan). O`latga qarshi kost yum kiyish va yechishni biladi.	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. "2"	O`ta xavfli infeksiyalar (o`lat, kuydirgi) , qutirish, qoqshol. saramas, arbovirusli infeksiya haqida tasavvurga ega emas. Davolash reablitatsiya qilishni bilmaydi, qonspekt Yozmagan. O`latga qarshi kost yum kiyish va yechishni bilmaydi.	0-daraja: sust tasavur etish darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 8 multimedialar 5

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)
Mustaqil tayyorgarlikni mustahkamlash uchun quyidagi masalalarni yechish tavsiya etiladi.

Masala 1. Bemor D. 40 Yosh, qassob. Kasallik asta-sekin umumiy holsizlik, tez charchash, ko`p terlash, mushaklarda og`riq bilan boshlangan. Bemorda tana haroratining ko`tarilishi ko'zatilgan. Vrach ko`rikdan o`tkazganda qo`ltiq osti va chov limfa tugunlarining loviyadek kattalashganligini, og`riqsizligini, bir-biri bilan Yopishmaganligini, jigar va taloqning kattalashganligi aniqlangan va qora oqsoq tashxisi qo`yilgan. Epidemiologik anamnezida kasal tuyani so`yish va nimtalashda qatnashgan.
1. Bu kasallik yuqumli kasalliklarning qaysi guruhiga kiritiladi.
2. Limfa tugunlarining Yallig`lanish jarayonini tushuntirib bering.
3. Bemorni laborator tekshirish rejasini to'zing.

Masala 2. Bemor G. 24 Yoshda, junchi. Bo`limga kasallikning ettinchi kuni og`ir ahvolda keltirilgan. yo'zining chap tarafida qarbunqo'l hosil bo`lib, yo'zi va ko`zlari shishib ketgan. Jag` osti va bo`yinning

chap tarafidagi limfatik tugunlari shishgan, paypaslaganda og`riqsiz. Puls 115 ta bir daqiqada, ritmik. yurak tovushlari bo`g`iq. Ichki a`zolar tarafidan o`zgarishlar yuq.
1. Faraziy tashxisni asoslang.
2. Tekshirish va davolash rejasini to'zing.

Masala 9. Bemor K. 45 Yoshda. O`latning bubon shakli dastlabki tashxisi bilan kasalxonada Yotqizilgan.
1. O`latning bubon shakli deb taxmin qilishga asos bo`ladigan belgilarni sanang
2. O`latning bubon shakli bilan qiyoslanadigan kasalliklarni aniqlang
3. Tashxisni tasdiqlash uchun nima qilish kerak.

Masala 3. Bemor O. 40 Yoshda. Infeksion toqsik shoq holatida kasalxonaga olib kelindi. Anamnezidan kasallik o`tkir boshlanib og`ir kechgan, isitma baland bo`lgan. Mahalliy o`zgarishlardan tomoqda bir tomonlama og`ir Yara-nekrotik Yalig`lanish, Yaqqol bir taraflama bo`yindagi shish va bo`yin limfadeniti aniqlandi. Epidemiologik anamnizidan kuydirgi tashxisi aniqlangan bemor bilan muloqotga bo`lgan.

Bemorga kuydirgi, deb dastlabki tashxis kuyishga asos bormi.

Tasdiklangan tashxis quyish uchun nimalarga asoslaniladi.

3. Bemorlarni parvarishlash rejasini to'zing.
4. Kasallik tarixini to`ldiring.

Masala 4. Kasalxonaga 7 Yoshli bola quyidagi shikoyatlari bilan tushdi: tana haroratining 2 kun davomida 38ºC dan tushmaganligi, tomog`ida yutinganida og`riqning borligi, ishtahasining pastligi, holsizlik, darsonsizlik. Kasalxonaga tushgan paytida, bolaning ahvoli o`rtacha og`irlikda. Teri qoplami oqimtir tusda, halqum biroz qizargan. Bodomcha bezlari shishgan, uning yo'zasida yiringli parda joylashgan bo`lib, shisha tayok cha bilan ajratish oson. Mahalliy limfa tugunlari kattalashgan.
1. Tashxis qo`ying.
2. Buni qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxisot qilinadi.
3. Kasallik tarixini Yozing.

Yakuniy baholash test savollari

11-Mavzu: **O'lat Kuydirgi** Etiologiyasi. Epidemiologiyasi, patogenezi, klinik variantlari (lokal va tarqalgan), asoratlari. Laborator diagnostikasi. Davolash usullari. O'lat kasalligiga taxmin qilinganda shifokorning taktikasi qanday bo'ladi? Muloqotda bo'lganlarni izolyastiya qilish, shoshiinch profilaktika choralari. **Jarohat infekstiyalari Qoqshol, quturish saramas** Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinik shakllari. Atipik shakllari. Erta diagnostikasi, yakun natijasi. Davolash usullari va Profilaktikasi. **Leyshmanioz** Vissteral va teri leyshmaniozlarining klinik kechimi, asoratlari, laborator diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. **Toksoplazmoz** Klinik kechimi, diagnostikasi, tasnifi, homiladorlarga ta'siri, ularni davolash taktikasi, profilaktikasi

1 Tabiatda o'lat kasalligining asosiy manbaini aniqlang:

kushlar
bitlar
burgalar
*kemiruvchilar

2 Toksoplazmoz kasalligida quyidagi organ va sistemalarning qaysi biri zararlanmaydi?

*teri
nerv sistemasi
ichki a'zolar
jinsiy a'zolar

3 Toksoplazmoz qo'zg'atuvchisi quyidagilarga tegishli:

*sodda jonivorlarga
viruslarga
bakteriyalarga
zamburuglarga

4 Toksoplazmozda etiotrop preparatlarning qo'llanilishi quyidagi nojuya reakstiyalarni keltirib chiqaradi:

leykopeniya, trombostitopeniya
allergik reakstiyalar
dispeptik reakstiyalar
*quyidagilarning hammasi

5 Toksoplazmozda kasallarni davolashda ko’rsatma:
kasallikning o’tkir kechishi
*quyidagilarning hammasi
surunkali toksaplazmozning zurayishi
tugma toksoplazmoz

6 Toksoplazmozda musbat serologik reakstiya quyidagi ko’rsatkichlarga ko’ra baholanadi:
toksoplazma antigeni
*spestifik antitelolar
spestifik sensibilizastiyalashgan limfostitlar
immun komplekslar

7 Toksoplazmozning rezervuari bo’lmagan javobni ko’rsating:
*buyrak
yovvoyi xayvonlar
uy xayvonlari
kushlar

8 Toksoplazmozning tashxisotidaquyidagi serologik reakstiyalar qo’llaniladi:
komplimentni biriktirish
teskari immunoflyurisstenstiya
*hamma keltirilganlar
immunoferment analiz

9 “O’zbekiston Respublikasida qoqshol kasalligi profilaktikasi chora tadbirlarni takomillashtirish to’g’risida”gi buyruq:
№577. 21.12.1994
*№454. 25.10.2006
№17. 15.01.2004
№ 292. 23.06.1993

10 Quturish kasalligi uchun qaysi simptomlar xarakterli?
*yuqoridagilarning hammasi
salivastiya
gidrofobiya
aerofobiya

11 Saramas davosida qo’llanilmaydigan usul:
Antibiotiko terapiya
umumiy quvvatlovchi
*vaksinoterapiya
immunomodulyatorlar

12 Saramas kasalligi qo’zg’atuvchisi:
A streptokokklar
stafilokokklar
meningokokklar
*β gemolitik streptokokk

13 Saramas kasalligida infeksiya manbaini aniqlang:
*barchasi to’g’ri
saramas bilan og’rigan bemorlar
streptokokk tashib yuruvchilar
angina bilan ogriganlar

14 Saramas klinik xillariga kirmaydigan shakl:
eritematoz
bullez
*gangrenoz-nekrotik
vezikullez

15 Saramas klinikasiga kirmaydigan belgini aniqlang:
*gemorragiya
isitma
umumiy zaharlanish belgilari
yallig’lanish belgilari

16 Saramasda limfadenit ko’rinishi:
*limfa tugunlar qattiqlashuvi, og’riqli, harakat chegaralanganligi
limfa tugunlarini harakatlanganligi, og’riqsiz
limfa tugunlari bir-biri bilan, xamda atrof to’qima bilan birikkani
limfa tugunlari terisi qizarishi, yiringlashga moyilligi

17 Saramasda mahalliy davolash uchun qo’llanilmaydi:
Furatsillin
*malhamlar
dioksidin
oktanisept

18 Saramasda qo’llaniladigan etiotrop davo vositalari:
*penitsillin, sefolosporinlar
makrolidlar
aminoglikozidlar
levomitsitin, tetrosiklin

19 Saramasning avj olish davrida teridagi o’zgarishlar:
tekis chegara, shish, barmoq bilan bosganda iz qolishi
shish, teri qalinlashuvi, toshma toshishi
patologik joyda kuchli og’riq
*tekis bo’lmagan chegara, shish, teri qalinlashuvi

20 Saramasning klinik shakllarini ko’rsating?
* yuqoridagilarning hammasi
eritematoz
eritematoz-gemorragik
bullyoz

21 Saramasning tarqalishi bo’yicha tasnifiga kirmaydi:
Mahalliy
*qaytalanuvchi
tarqalgan

metastatik

22 Qoqshol xususiy davosi:
Anatoksin
*QQZ yuborish
gammaglobulin
Antibiotik
23 Qoqshol asosiy klinik belgilari jumlasiga kirmaydi:
Terlash
Sardonik kulgi
*Ichning suyuq ketishi
Trizm
24 Qoqshol davolashdagi vazifalar:
*barchasi to'g'ri
jarohatni tozalash
toksinni zaharsizlantirish
bemorni tinch va alohida xonaga yotqizish
25 Qoqshol davosida qo'llanilmaydi:
Qoqsholga Qarshi zardob
Neyroleptiklar
Yurak glikozidlari
*yo'talga qarshi vositalar
26 Qoqshol kasalligi patogenezida asosiy omil:
Infeksion
infeksion-toksik
*Toksik
bakteriemiya
27 Qoqshol qo'zg'atuvchisi
*Bakteriyalar
Viruslar
Rikketsiyalar
Sodda jonivorlar
28 Qoqshol qo'zg'atuvchisi MNS ning asosan qaysi qismini zararlaydi:
*Uzunchoq va orqa miya motoneyronlarini
orqa miya sezuvchi neyronlarini
Bosh miya pardalarini
Periferik nervlarni
29 Qoqshol qo'zg'atuvchisi zahari:
Endotoksin
toksin hosil qilmaydi
*Ekzotoksin
ekzotoksin va endotoksin
30 Qoqshol qo'zg'atuvchisini aniqlang:
*clostridium tetani
clostridium perfringens
clostridium botulinum
proteus vulgaris
31 Qoqshol uchun xarakterli simptomlar majmuasini ko'rsating?
trizm, ko'plab so'lak ajralishi
*trizm, tana, muchchalar tonik tutqanog'i, es-hushi aniq
tonik tutqanoqlar, trizm, es-hushning buzilishi
trizm, gidrofobiya, muchcha mushaklari paralichi
32 Qoqsholda trizm tavsifi:
*chaynov mushaklari tortishishi
yuz mushaklari tortishishi
yutish mushaklari tortishishi
oyoq va qo'l barmoklari mushaklari qisqarishi
33 Qoqsholni asosiy diagnostika usuli:
Bakteriologik
Serologik
*Klinik-epidemiologik
Biologik
34 Qoqsholni asosiy klinik belgilaridan biri:
*Opistotonus
Falajlanish
Qusish
Kuchli qorin og'rig'i
35 Qoqsholning boshlanishi:
to'satdan
asta –sekin
aniqlab bo'lmaydi
*o'tkir
36 Qoqsholning etakchi simptomini ko'rsating?
*tonik tutqanoqlar
yuqori tana harorati
paralichlar
es-hushning buzilishi
37 Qoqsholning profilaktikasi va davosi uchun qaysi preparat ishlatiladi?
antimikrob zardob
*antitoksik zardob
bakteriofag
normal ot zardobi
.
38 Kuydirgi karbonkuli uchun xos bo'lmagan belgi
atrof to'qima shishi
yara tubida qora qo'tir
*kuchli og'riq
Stefanskiy belgisi
39 Kuydirgi karbunkuli uchun xarakterli?
atrof to'qimalarning og'riqsiz shishi
qora og'riqsiz qo'tir
*yuqorida aytilganlarning hammasi
qiz pufakchalari paydo bo'lishi
40 Kuydirgi karbunkulining eng ko'p uchraydigan organlari:
hamma parenximatoz organlarda

jigar va taloq
*yuz, bo’yin, qo’llarda
badanning yopiq joylarida

41 Kuydirgi patogenezi asosini ko’rsating:
gepatotsitlar zararlanishi
me’da va ichak shilliq qavatining yallig’lanishi
*teri va limfa tugunlarining seroz va gemorragik yallig’lanishi
nerv hujayralaring zaralanishi

42 Kuydirgi profilaktikasi chora tadbirlariga kirmaydigan omil:
emlash
kasal hayvonlarni aniqlash
*bakteriofag qo’llash
san-oqartuv ishlari

43 Kuydirgi teri shaklida laboratoriyaviy tashxisot maksadida olinmaydigan material:
balg’am, qusuq ajratmasi
yara saqlanmasi
*o’t suyuqligi
qon

44 Kuydirgi uchun xos bo’lmagan klinik shakl:
bubonli
teri
*buyrak sindromi
o’pka

45 Kuydirgiga qarshi belgilanadigan etiotrop davo:
Penistillin
Remantadin
*Kuydirgiga qarshi gammaglobulin
Umumiy zaharlanishga qarshi vositalar

46 Kuydirgini davolash uchun ishlatiladigan antibakterial preparatni ko’rsating?
biseptol
eritromitsin
*penitsillin
linkomistin

47 Kuydirgini davolashda qo’llanilmaydigan vosita:
*Eritromitsin
Streptomitsin
Penitsillin
Levomitsetin

48 Kuydirgining yengil shaklida yuboriladigan gammaglobulin miqdori:
50-60 ml
30-40 ml
80 ml
*20 ml

49 Kuydirgining laboratoriyaviy tashxisoti uchun xos bo’lmagan usul:
teri allergik sinamasi:
yara ajratmasi ekmasi va bakterioskopiya
*Vidal reaksiyasi
Askoli reaksiyasi

50 Kuydirgining mahalliy shakllarida zararlanadigan to’qima:
taloq ichak
jigar
*teri
miya

51 Kuydirgining o’pka shakli uchun xos bo’lmagan belgi:
ko’piksimon, qon aralash balg’am
haroratning ko’tarilishi
*shishasimon tiniq balg’am
ko’krakda og’riq

52 Kuydirgining og’ir darajasida gammaglobulin yuborish miqdori:
20 ml
*50-60 ml
30-40 ml
8O ml

53 Kuydirgining septik shaklida o’limga sabab bo’lmaydi:
miya shishi
infeksion-toksik shok
*peritonit
gemorragik belgilar

54 Kuydirgining septik xilini qiyoslashda xos bo’lmagan kasallik:
toshmali tif
*shigellyoz
o’latning septik shakli
brustellyoz

55 Kuydirgining teri shakli uchun xos bo’lmagan belgi:
Stefanskiy belgisi
yuqori isitma
*yarada kuchli og’riq
taxikardiya

56 Kuydirgining teri shakliga xos bo’lmagan oqibat:
sog’ayish
teri-bubon
*buyrakli
septik

57 Kuydirgining teri shakliga xos bo’lmagan klinik shakl:
edimatoz
karbunkullyoz
*gangrenoz
bullyoz

58 Kuydirgining teri shaklini qiyoslashda xos bo'lmagan kasallik:
saramas
o'latning teri shakli
*ekzema
tulyaremiyaning teri shakli
59 Kuydirgining o'rtacha og'ir darajasida yuboriladigan gammaglobulin miqdori:
50-60ml
20 ml
*30-40 ml
80 ml
60 O'lat bubonli shakli xos bo'lmagan belgi:
*teri toshma
limfa tugunlari kattalashuvi
limfa tugunlarida kuchli og'riq
limfa tomirlari yo'nalishi buyicha og'riq
61 O'lat joylashishiga ko'ra qanday klinik shakllarga ega?
* yuqoridagilarning hammasi
teri
bubon
o'pka
62 O'lat klinikasi uchun xos bo'lmagan belgi
*teri sarg'ayishi
tana harorati oshishi
Bo'r rangli til
kuchli bosh og'riq
63 O'lat patogenezida asosiy zveno:
qon tomirlar jarohatlanishi
*a'zo va to'qimalar zararlanishi
gepatostitlarning jarohatlanishi
epiteliylarning jarohatlanishi
64 O'lat qiyoslanmaydigan kasallik:
*suv chechak
gemorragik isitma
tulyaremiya
kuydirgi
65 O'lat qo'zg'atuvchisi mansub bakteriyalar avlodini belgilang:
Spiroxetalar
*iersiniyalar
esherixiyalar
rikketsiyalar
66 O'lat qo'zg'atuvchisi mansub guruh:
*bakteriya
virus
rikketsiya
sodda jonivorlar
67 O'lat teri shaklini qiyoslashda xos kasallik:
meningokokkstemiya
suv chechak
toshmali tif
*kuydirgi
68 O'latda bubon uchun nimalar xarakterli?
teri giperemiyasi, og'riq
limfa tugunlarining aniq konfigurastiyasi, og'riq
*teri giperemiyasi, periadenit, og'riq
teri odatiy rangda, og'riq
69 O'latda infeksiya yuqtiruvchilar:
*burgalar
bitlar
kanalar
chivinlar
70 O'latdan keyingi immunitet:
turgun davomli
*turgun, umrbod
immunitet koldirmaydi
turgunmas
71 O'latga qarshi kiyim kiyishda birinchi bajariladigan ish:
*tabobat xodimi o'zini himoya qilishi uchun shaxsiy aptechkadagi dori darmonlardan foydalaniladi
tabobat xodimi kiyimi ustidan oldin kombinzon eki pijamani,so'ng paypokrezina etik kiyadi peshona qismi umuman ko'rinmaydigan qilib ro'mol o'ralib chap tomonga bantik qilib bog'lanadi
o'latga qarshi xalat kiyiladi
72 O'latni davolashda qo'llaniladigan yuqori darajadagi etiotrop dori:
penitsillin
furazolidon
8-oksixolon hosilalari
*streptomitsin
73 O'latni tashxislashda ahamiyati kam material:
*siydik va najas
yaradan olingan suyuqlik
balg'am
qon ekmasi
74 O'latni tashxislashda xos bo'lmagan laboratoriyaviy usul
bakteriologik
serologik
biologik
*virusologik
75 O'latning bubon shakli uchu xos bo'lmagan belgi:
*limfangoit
kuchli og'riq
limfa tugunlari bir-biri va atrof to'qima b-n chirmashishi
bubon usti teri rangi o'zgarishi

76 O’latning bubon shaklini qiyoslashda xos bo’lmagan kasallik:
*Qorin tifi
tuleremiyaning bubonli shakli
xususiy limfoadenit
limfogranulematoz
77 O’latning bubonli shakli uchun xos bo’lmagan belgi:
kattalashgan, og’riqli limfa tutunlar
limfa tugunlar yiringlashi
*kattalashgan, og’riqsiz limfa tugunlar
yuqori zaharlanish
78 O’latning bubonli shakli uchun xos bo’lmagan oqibat:
*birlamchi septik
sog’ayish
ikkilamchi septik
ikkilamchi o’pka
79 O’latning epidemiologik jixatdan eng xavfli shaklini ko’rsating:
teri
bubon
*o’pka
teri-bubon
80 O’latning etiotrop davo davomiyligi:
*7-10 kun
5-7 kun
1 oy mobaynida
3-5 kun
81 O’latning laborator tashxisotidaqo’llanilmaydigan usul:
bakteriologik
biologik
serologik
*allergik
82 O’latning o’pka shakli uchun xos bo’lmagan belgi:
*gepatosplenomegaliya
ko’krak qafasida og’riq
shishasimon tiniq balg’am
yirik va mayda pufakchali nam xirillashlar
83 O’latning o’pka shaklida xos bo’lmagan holat:
nafas etishmovchiligi
infeksion toksik karaxtlik
*suvsizlanish
yurak darmonsizligi
84 O’latning septik shakli uchun xos bo’lmagan belgi:
*meningoenstefalit
gemorragik
qaltirash, haroratning ko’tarilishi bosh og’riq
gepatosplenomegaliya
85 O’latning septik shakliga xos bo’lmagan belgi:
*bo’g’imlar shishi va qizarishi
harorat ko’tarilishi
Bo’r rangli til
gemorragik toshma
86 O’latning teri shakli xos bo’lmagan belgi:
kuchli og’riq
*Stefanskiy belgisi
yara tubida kora qo’tir
"bagroviy val" belgisi
87 O’latning teri shakli uchun xos bo’lmagan oqibat:
*birlamchi o’pka
sog’ayish
teri bubonli shakli
ikkilamchi septik
88 O’latning teri shaklida yaraning qayd qilinish o’rni:
*badanning kiyim bilan yopilgan joyida
badanning tukli joylarida
badanning ochik joyida
badanning barcha joylarida
89 O’latning yuqishi xos bo’lmagan yo’l:
transmissiv
havo-tomchi
*parenteral
alimentar
90 O’latning yurak qon tizimida yuz beradigan o’zgarishlarga xos bo’lmagan belgi:
*tomirlar o’tkazuvchanligining oshishi
taxikardiya
yurak tonlarining bo’g’iqligi
ipsimon puls
91 It tishlagan shaxslarning kuzatuv nazorat davomiyligi:
3 yildan so’ng
it noaniq bulsa 1 yildan so’ng
*14-kun davomida it kuzatilib soglom bo’lsa nazoratdan chiqariladi
3 oydan so’ng
92 It tishlaganda birinchi erdam:
yaraga tegmay turib,Paster punktiga yuborish
yarani yuvib, birlamchi xirurgik tozalash
o’tkazilib, stastionarga yuborish
*darhol sovunlab yuvish, yaraga yod nastoykasi qo’yish va tezda Paster punktiga yuborish
yarani ochik xolda tezda Paster punktiga yuborish

93 O’tkir toksoplazmozning xarakterli klinik belgilari:
*quyidagilarning barchasi

limfa tugunlarning kattalashuvi
tana haroratining ko'tarilishi
mushak va bo'g'imlarda kuchib yuruvchi og'riqlar

94 O'tkir toksaplazmozning eng xarakterli belgisi:

*quyidagilarning hammasi
limfa tugunlarning kattalashuvi
serologik reakstiyalarda antitelolar titrining oshishi
terida rozeolyoz-papulyoz toshmalar

95 Qutirish davosi:

*simptomatik va patogenetik
etiotrop va simptomatik
etiotrop va patogenetik
immunodepresantlar

96 Qutirish kasalligi qo'zg'alish davri uchun xos bo'lmagan belgi:

*paraplegiya
aerofobiya
gidrofobiya
og'izdan so'lak oqishi

97 Qutirish kasalligi uchun xos bo'lmagan davr:

*sog'ayish
boshlangich
qo'zg'alish
falajlanish

98 Qutirish kasalligida I.L.Ushakov taklif qilgan klinik tasnifga xos bo'lmagan shakl:

*meningeal belgilar
bulbar falajlanish
serebral falajlanish
falaj davri

99 Qutirish qiyosiy tashxisotida xos bo'lmagan kasallik:

*qoqshol
atropindan zaharlanish
botulizm
meningit

100 Qutirish klinikasiga xos davrlar:

*boshlangich, qo'zg'alish, falaj davri
boshlangich, avj olish, sog'ayish
boshlangich, prodromal, falajlanish, sog'ayish
qo'zg'alish, sunish, sog'ayish

101 Qutirishda laborator tashxisotida xos usullar:

*serologik
radioimmunologik
IFA
biologik.

102 Qutirishdan o'lgan odamning diagnozini tasdiqlaydi:

*miyaning ommon shoxi deb ataluvchi qismida Babesh-Negri dog'larining borligi
jigardagi o'zgarishlar
yurak qon tomir sistemasidagi o'zgarishlar
taloq, muskul va MNS da Babesh-Negri tanachalari topilishi

103 Qutirishni laboratoriya tashxisida qo'llaniladigan xos bo'lmagan usullar:

*teri allergik.
morfologik
biologik
serologik

104 Terining butunligi buzilishi hisobiga hosil bo'ladigan toshmalar:

*yara teri to'qimalari defekti bulib, teri osti qatlamlariga tarqaladi, chandiq
terining deffekt bo'lgan joyda biriktiruvchi to'qimaning o'sishi hisobiga hosil bo'ladi.
kipik (cheshuyka) - toshmalar yo'qolib borayotgan joyda epidermisning shox plastinkalari kuchishi hisobiga hosil bo'ladi
po'stloq - pufakcha, pustula va yaralar ekssudatlarining ko'rishidan hosil bo'ladi

105 Glazgo shkalasi harakat faolligi mezonlari:

*Barchasi to'g'ri
Og'riqli ta'sirotlarga nisbatan patologik tonik bukuvchi harakat
Og'riqli ta'sirotlarga nisbatan patologik tonik yozuvchi harakat
Og'riqli ta'sirotlarga nisbatan harakatlarning bo'lmasligi

106 Glazgo shkalasida Ko'zni ochish mezonlari:

*Barchasi to'g'ri
Buyruqlarga ochishi
Og'riqli ta'sirotlarga ochishi
Umuman ochmasligi

107 Glazgo shkalasi mezonlariga kirmaydi:

*Teri sezgirligi
Ko'zni ochishi
Harakat faolligi
Savollarga javobi

108 Glazgo shkalasi savollarga javobi mezonlari:

*Barchasi to'g'ri
Alohida qo'shilib ketuvchi so'zlar, noaniq javoblar
Bir biridan ajratib bo'lmaydigan tovushlar
Nutqning bo'lmasligi

109 Govorov - Godele belgisi tasnifi:

*bemor tilini chiqarishga qiynaladi, tili titrab turadi

qo’l kafti va oyoq tovoni sarg’ayishi
tilcha va yumshoq tanglayda o’lchami 1 mm gacha bo’lgan petexial toshmalarning paydo bo’lishi
elka sohasida jgut bog’langanda bilak sohasida 1-2 minutdan so’ng toshmalar paydo bo’lishi
umumiy dezintoksikastiya vositasi

110 Homiladorlarda toksaplazmozning kechishi:

*quyidagilarning hammasi
o’tkir
o’tkir osti
surunkali

111 Rotavirusli gastroenterit davo ko’rsatmasiga kirmaydi:

a. *antibiotik
b. enterosorbent
c. patogenetik terapiya
d. viferon

112 Rotavirusli infekstiyaning klinik triadasi o’rin olmagan:

a. *gepatomegaliya
b. isitma
c. qusish
d. ich ketish

113 Rotavirusli gastroenterit davo choralari jumlasiga kirmaydi:

a. *yallig’lanishga qarshi,
b. peroral regidratatsiya,
c. virusga qarshi preparatlar,
d. vena ichi regidratatsiyasi.

114 Rotavirusli gastroenterit klinikasi, xos bo’lmagan belgilar:

a. *mayda nuqtali toshma,
b. epigastral va qorinnig o’rta sohasida og’riq,
c. qisqa vaqtli isitma,
d. suvli diareya.

115 Rotavirusli gastroenterit tashxisotga kirmaydigan usul:

a. *bioproba,
b. RSK,
c. IFA
d. najasdan virus kulturasini aniqlash

116 Rotavirusli gastroenterit qaysi kasaliklar bilan qiyosiy tashxis qilinmaydi?

a. *botulizm,
b. vabo,
c. salmonelyoz,
d. ovqat toksik -infeksiyalari,

117 Rotavirusli gastroenterit qo’zg’atuvchisiga xos belgi:

a. tashqi muhit tasiriga chidamsiz,
b. tropik mamlakatlarga kasalik tez tarqaladi,
c. havo- tomchi yo’li orqali yuqadi,
d. ko’pincha erta yoshli bolalar kasallanishadi,

118 Rotavirusli infeksiyaning asosiy kechish shakli:

a. *gastroenteritik
b. enterokolitik
c. gastritik
d. enteritik

119 Rotavirusli infeksiyaning boshlang’ich klinik belgisi

a. *enterit
b. qayta qusish
c. gemokolit
d. qorinda og’riq

120 Rotovirusli infeksiya qaysi yo’l orqali yuqadi?

a. *fekal- oral
b. havo-tomchi
c. vertikal
d. transmissiv

121 Rotovirusli infeksiya uchun qanday belgilar xos

a. *Barchasi to’g’ri
b. Intoksikasiya
c. Gastroenteritik
d. Degidratatsiya belgilari

122 Ensa mushaklarining taranglashishi belgisi tavsifi:

*vrach chap qo’lini bemor kukragiga qo’yib , o’ng kuli bilan bemor iyagini kukragiga tegizmokchi bulsa qarshilik va og’riq kuzatiladi.
tizza va chanok-son bo’g’imlarida bukilgan oyoqni yozganda bo’g’imlarda og’riq va qarshilik sezadi
bemorning iyagini ko’krakka tegizmokchi bo’lganda, oyoklari tizza va chanok-son bo’g’imlarida bukiladi.
bemorning bir oyogi tizza va chanok-son bo’g’imlarida bukilsa, ikkinchi oyogi o’z holicha tizza va chanok –son bo’g’imida bukiladi

123 Mushaklarning tonik taranglashish belgilari jumlasiga kiradi:

*Brudzinskiy belgilari
Flato belgisi
Teri giperstezіyasi, yorug’likdan qo’rqish, giperakuziya
Babinskiy patologik refleksi

124 Neyrotoksikozda talvasa sindromini bartaraf qilishda qo’llanilmaydigan vositalar:

*vena ichiga panangin yuboriladi

vena ichi yoki mushak orasiga aminazin, relanium yuboriladi
25% li magniy sulfat eritmasi mushak orasiga yuboriladi
20% li GOMK eritmasi m/o

125 Tulyaremiya bubonli shaklining oqibatlari quyidagilar bo'lishi mumkin fakat:

*quyidagilarning hammasi
yiringlashi
teri yuzasining qizarishi
tulik surilishi

126 Tulyaremiya quyidagilar bilan qiyoslanadi:

*hamma javoblar to'g'ri
sibir yarasi, brustellyoz, o'lat
bugma, angina
tif va paratif kasalliklari, pnevmoniya

127 Tulyaremiyada noxos yuqish yuli:

*parenteral
kontakt
asperastion
tranmissiv

128 Tulyaremiyani davolash uchun qaysi antibakterial preparat ishlatiladi?

*streptomistin
penistillin
eritromistin
stefazolin

129 Tulyaremiyaning bubon shakli uchun qaysi simptomlar majmuasi xos?

*harorat, bubon kam og'riqli, gepatosplenomegaliya
harorat, gepatosplenomegaliya
harorat, o'tkir og'riqli bubon, gepatosplenomegaliya
harorat, karbunkul, limfa tugunlarining kattalashishi

130 Tulyaremiyaning davosida qo'llaniladi:

*quyidagilarning hammasi
rifampistin
gentamistin
tetrastiklin

131 Tulyaremiyaning qaysi klinik shakli havo-tomchi yo'li orqali yuqadi?

*o'pka
teri-bubon
bubon
abdominal

132 Tulyaremiyaning tarqalgan shaklining klinik belgilari:

*quyidagilarning hammasi
davomli isitma, rivojlangan intoksikastiya
generalizastiyalashgan limfoadenopatiya
terida toshmalar

133 Tulyaremiyaning tashxisotida quyidagilar qo'llaniladi:

*hamma javoblar noto'g'ri
serologik reakstiyalar
teri-allergik sinamasi
biologik usul

12-mavzu: **Difteriya. Klinik shakllari, og'irlik mezonlari. Chin krup. Gospitalizastiyagacha bosqichda tashxisot. Laborator tashxisot uslublari, Spestifik davo. Oldini olish. Epidemik parotit. Poliomielit. Etiologiyasi, immunitet, patogenez, klinika, laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi**.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1.Difteriya. Klinik shakllari, og'irlik mezonlari. Chin krup. Gospitalizastiyagacha bosqichda tashxisot. Laborator tashxisot uslublari, Spestifik davo. Oldini olish. 2. Epidemik parotit. Etiologiyasi, immunitet, patogenez, klinika, laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi 3.Poliomielit. Etiologiyasi, immunitet, patogenez, klinika, laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
Mavzu maqsadi: difteriya, epidemik parotit, poliomielit kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy	

sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. Bolalar havo-tomchi Yo`li orqali yuqadigan yuqumli kasalliklarga vaqtli tashxis qo`ya bilish, tashxisot va davolash tadbirlarini belgilash va oldini olish chora-tadbirlarini bajarishni o`zlashtirish.

IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bugmani chin bugmadan farki. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari.

Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. Difteriya. Klinik shakllari, og'irlik mezonlari. Chin krup. Gospitalizastiyagacha bosqichda tashxisot. Laborator tashxisot uslublari, Spestifik davo. Oldini olish. Epidemik parotit.
Poliomielit. Etiologiyasi, immunitet, patogenez, klinika, laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"Difteriya" Savol-javob o'tkazish. *«Miya shturmi»* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi: "Difteriya" Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (125 daqiqa)	"Epidemik parotit, poliomielit" Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. **"UCH BOSQICHLI INTERVYU" USLUBI** uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi: "Epidemik parotit poliomielit" Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. **Mustaqil ish beradi**. Gerpetik infektsiya. Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

	iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini **Uyga vazifa beradi**. Qizamiq. Qizilcha. Ko'k yo'tal. Klinik shakllari, Qizamiqqa qarshi emlanganlarda va kattalarda kechish xususiyatlari. Laborator tashxisot uslublar. Davolash usuli. Oldini olish.	
Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit klinik shakllari, tashxisoti.
2. Bakteriologik tekshiruv uchun burun va halqumdan surtma olish qoidasi.
3. Difteriyaga qarshi zardobni yuborish qoidasi
4. Rejali va tezkor profilaktika preparatlari, emlash rejasi.
5. Difteriya, epidemik parotit, polimielit bilan kasallangan bemorlarni davolash qoidalari.
6. Kasallik tarixini to`ldirish qoidalari.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit qo`zg`atuvchisi va uning xususiyatlari.
2. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit epidemiolgiyasi: kasallik manbai, yuqish mexanizmi, aholi moyilligi.
3. Difteriya, epidemik parotit, polimielit patogenezi.
4. Difteriya, epidemik parotit, polimielit klinik shakllari, klinikasi. Difteriyaning tashxisoti.
5. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit tashxisoti. Bakteriologik tekshiruv uchun burun va halqumdan surtma olish qoidasi.
6. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit davosi. Difteriyaga qarshi zardobni yuborish qoidasi.
7. Rejali va tezkor profilaktika preparatlari, emlash rejasi.
8. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit bilan kasallangan bemorlarni parvarishlash qoidalari.

Difteriya, epidemik parotit, poliomielitni chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar morfologiyasi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish qoidalarini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar (asosan halqum) faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Bemorning tomoq shilliq qavatidan surtma olishni ko'rsating.

Maqsad: Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.

Ko'rsatma: Tomoq shilliq pardasida kataral o'zgarish va plenkali yallig'lanish bo'lgan barcha kasallar.

Kerakli anjomlar: Sterillangan rezina qo'lqop, niqob, xalqaga o'ralgan sterillangan paxtali tampon, Leffler-Klauberg muhiti solingan sterillangan probirka, shpatel, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Bemorni qulay o'tqiziladi. Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi. Tomoqdan surtma olish uchun tampondan foydalaniladi	0	5	10

2.	Zanglamaydigan temir yoki yog’och tayok chaga paxta yoki marli o’rab asta probirkaga solib qo’yiladi	0	5	10
3.	SHilliq olish uchun tayyorlangan tampon oldindan sterilizatsiya qilinadi	0	5	10
4.	Tomoqdan surtma och qoringa yoki ovqatlangach 2 soat o’tkazib og’iz chayiladi va olinadi	0	5	10
5.	SHpatelь yordamida chap qo’l bilan til pastga va oldinga bosiladi, o’ng qo’lda tampon yordamida og’iz bo’shlig’i ichiga kirib surtma olinadi	0	5	10
6.	Surtma sog’lom va zararlangan soha chegarasidan olinadi, chunki u erda mikroblar ko’p bo’ladi	0	5	10
7.	Surtma olayotgan vaqtda tampon til yoki tanglayga tegib ketishi mumkin emas	0	5	10
8.	Olingan surtma zudlik bilan oldindan tayyorlangan ozuqa muhitga ekiladi	0	5	10
9.	Laboratoriyaga yo’llanma varaqasiga bemorning maъlumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi	0	5	10
10.	Olingan surtma (namuna) laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

CHin krup holatida birinchi yordam ko’rsatish qoidalari.

Maqsad: Nafas yo’llari o’tkazuvchanligini yaxshilash va nafas olish faoliyatini tiklash.
Ko’rsatma: Difteriya (bo’g’ma) kasalligi asorati.
Kerakli anжomlar: Sterillangan rezina qo’lqop, niqob, elektr suyuqlik so’rg’ichi, difteriyaga qarshi zardob, glyukoqortikosteroidlar, bir marta ishlatiladigan shpritslar, diuretiklar, antibiotiklar, kislorod yostiqchasi yoki Bobrov apparati.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To’liq va aniq bажardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo’lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
2.	YUqori nafas yo’llari ochiqligiga ishonch hosil qilinadi	0	5	10
3.	Suyuqlik so’rg’ich yordamida nafas yo’llarini shilliqlardan tozalanadi	0	5	10
4.	Bezredko usuli bo’yicha difteriyaga qarshi zardobni yuboriladi	0	5	10
5.	Glyukoqortikosteroid gormonlarni yuboriladi	0	5	10
6.	Diuretiklar yuboriladi	0	5	10
7.	Antibiotiklar yuboriladi	0	5	10
8.	Xiqildoqda asfiksiya bo’lganda traxeotomiya qilinadi	0	5	10
9.	Xiqildoqda stenoz bo’lganda kekirdakni intubatsiya qilinadi	0	5	10
10.	Oqsigenoterapiya (kislorod bilan to’yintirish) o’tkaziladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`kitish vositalari o`kituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

«Miya shturmi» uslubi.

Maqsad: talabalarga qisqa muddat ichida tez va aniq fikrlashni o`rgatish.

Tamoyillari : guruh talabalariga o`qituvchi tomonidan mavzuga mos holda savol beriladi. Har bir talaba qisqa va tez muddatda o`z fikrlarini bildirishadi. Lekin, g`oyaning kelib chiqishi va shakllanishi jarayonida hech qanday tanqidiy fikr va mulohazalar bo`lmasligi kerak. Fikrlar aylanishini har tomonlama qo`llab – quvvatlash, binobarin har qanday g`aroyib g`oya Yaxshidir. Iloji boricha ko`proq gap olish. G`oyalar kombinatsiyasi va ularni rivojlantirish kerak. Keng argumentatsiyasiz qisqa fikrlarni bayon etiladi. Shundan keyin g`oyalar, fikrlar muhoqama qilinib, guruhni fikrlarni ishlab chiqaradigan va ularni qayta ishlaydigan qishilarga bo`lishadi.

Afzalliklari: Bu usul o`z fikrini boshqa qishiga ayta olish, xohlagan ekstremal holatdan chiqish Yo`lini topish, fikr almashinish, argumentatsiya, o`z raqiblarini o`zining fikri to`g`riligiga ishontira olish kabi qobiliyatlarni shakllantirishga o`rgatadi.

Mashg`ulotning mavzusi: Difteriya.

O`qituvchi tomonidan beriladigan savollar:

1. Difteriyaning tavsifi. Difteriyaning tashxisoti.
2. Difteriyaning davosi.
3. Difteriyaning asosiy klinik belgilari.
4. Bemorlarni parvarishlash rejasini to’zish.
5. Kasallik tarixini to`ldirish.

“UCH BOSQICHLI INTERVYU” USLUBI

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to’g’ri psixologik yondashishni o’rgatish.

Asosiy tamoyillari: Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo’linadi va talabalarga rol bo’lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin etkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo’lgan o’zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo’lim bo’yicha baholaydi:

1.Nima to’g’ri qilindi?

2.Nima noto’g’ri qilindi?

3.Qanday bajarilishi kerak edi?

“UCH BOSQICHLI INTERVYU” USLUBI

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to’g’ri psixologik yondashishni o’rgatish.

Asosiy tamoyillari: Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo’linadi va talabalarga rol bo’lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin etkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo’lgan o’zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo’lim bo’yicha baholaydi:

1.Nima to’g’ri qilindi?

2.Nima noto’g’ri qilindi?

3.Qanday bajarilishi kerak edi? *Mashg`ulot mavzusi* Difteriya, epidemik parotit, poliomielit

O`qituvchi tomonidan beriladigan savollar:

1. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit etiologiyasi;
2. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit klinik belgilari;
3. Bemorlarni daovlash rejasini to’zish.
4. Kasallik tarixini to`ldirish.

Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari).

Talaba uchun topshiriq

Savol	Izoh
1. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit kasalligi ning umumiy tavsifi.	
2. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit kasalligini ko`zg`atuvchisining hususiyatlari.	
3. Kasallik manbaini ko`sating.	
4. Kasallikni yuqish Yo`li.	
5. Bemorlarning kasalxonaga Yotqizish tartibi.	
6. Laborator tahlil uchun material qan day yig`iladi.	
7. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit o`chog`ida epidemiyaga qarshi o`tkaziladigan tadbirlar.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

Savol	Javob
1. Bo`g`ma, epidemik parotit, poliomielit kasalligining epidemiologiyasi	
2. Bo`g`mada fibrin pardaning ko`rinishlari	
3. Kasallikning klinik kechishi	
4. Kasallikning oldini olishdagi chora tadbirlar	
5. Bo`g`maga qarshi anotaksin qachon yuboriladi.	
6. Laborator tahlil qanday o`tkaziladi.	
7. Difteriya, epidemik parotit, poliomielit o`chog`ida profilaktika ishlari	

MAVZU BAYONI

DIFTERIYA

Difteriya o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchi kirgan joyda fibrinli parda hosil bo'lishi va kuchli zaharlanish belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Difteriya qo'zg'atuvchisi-Corinobakterium diphteriae, to'g'ri tayok cha, uzunligi 2-3 mkm oxirgi qismi bir oz qalinlashgan, spora hosil qilmaydigan, harakatsiz, Gram musbat, biri-biri bilan burchak ostida joylashadi (15-rasm). Neyser bo'yicha bo'yaladi va oxirgi qismida donachalari (Bashen-Ernest tanachalari) ko'rinadi. Difteriya tayok chasi 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 (Klauberg II, Germon-Tinsal-Sadikoc) muhitlar, 5%li qonli agar qo'llanilmok da. O'sish xususiyati, ba'zi biokimyoviy xossalari jihatidan 3 xil difteriya tayok chalari (gravis, mitis, intermedius) tavofut qilinadi. Kasallikning klinik kechishida qo'zg'atuvchilarning tiplari o'rtasida bog'liqlik yo'q. Difteriya tayok chasi ekzotoksin ishlab chiqaradi va u kasallikning asosiy belgilarini keltirib chiqarishga sabab bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Difteriyada kasallik manbai bo'lib kasal odam va rekonvalestsentlar, sog'lom bakteriya tashuvchilar xizmat qiladi. Kasal odam turg'unlik davrining oxirgi kunidan boshlab to klinik belgilarining yo'qolib ketishigacha epidemiologik jihatdan katta ahamiyatga ega.

Epidemiologik jihatdan kasallikning engil 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 organizmidan halqum va burun shilimshiqlari orqali tashqariga chiqadi. Zararlanish bevosita (o'pishish) va bilvosita mulok ot bilan o'tishi mumkin. Difteriya tayok chalari tashqi muhitda uzok saqlanishi sababli, bemorni idish-tovok lari, kiyim boshlari va o'yinchok lari 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'prok bolalar og'rigan bo'lsa, hozirgi paytda bolalar keng ko'lamda emlanganliklari

sababli, kattalarda ko'prok qayd qilinmok da. Kasallikka mavsumiylik xos bo'lib, kuz va qish oylariga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Qo'zg'atuvchi organizmga halqum va burun shilliq qavatlari orqali kiradi. Ba'zi hollarda difteriya tayok chasi 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 ok silga boy suyuq qismi chiqadi. Uning tarkibidagi fibrinogen nekrozga uchragan to'qima tarkibidan ajralib chiqqan trombokinaza fermenti bilan reaktsiyaga kirishib, uni fibringa aylantiradi va fibrinli pardani hosil qiladi. Ko'p qavatli epiteliy bilan qoplangan tomok 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 qavatlarning 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) tarqalangan shakllari (halqum va burun, halqum va tomok , halqum va og'iz bo'shlig'i);

d) toksik shakllari (subtoksik, toksik I, II, III darajali gipertoksik va gemorragik).

2. Hiqildok difteriyasi (chegaralangan bo'g'ma).

3. Burun difteriyasi (kataral, yarali, pardali).

4. Kam uchraydigan difteriyalar (ko'z, qulok , 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 tuganlanishi 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^{o}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 paradali 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, yaltirok fibrinli parda bilan qoplangan bo'lib, juda kiyinchilik 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 (16-rasm). 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. Xususiy 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 hiqildok difteriyasi bilan birgalikda uchraydi.

O'zining o'tkir boshlanishi, umumiy zaharlanish belgilari, isitma, og'riqli reaktsiyalarning yaqqol ifodalanganligi bilan chegarallangan pardali halqum difteriyasiga o'xshab ketadi: ikki kun mobaynida tana haroratining yuqoriligi 38-39^{o}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 soxasidagi 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'rigan ba'zi bir bemorlarda chegaralangan shaklga nisbatan bodomcha bezlar va yumshok tanglay shishi, qizarishi, mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi va og'riq alomatlari ko'prok kuzatiladi, ba'zida patologik jarayon bir tomonlama bo'lishi mumkin. Kasallikning tarqalgan shaklida fibrinli parda chegarasiga nisbatan keng tarqaladi. Xususiy 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 xususiy 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 tayok chasi bilan yallig'langan o'chok da ko'p mikdorda toksinlarni ishlab chiqarishi, toksinlarni juda ham ko'p mikdorga qonga so'rilishi va to'qimalar bilan tez orada birikishi bilan farqlanadi. Difteriyaning toksik shaklining og'irlik darajasini tez va aniq baholash, tashhislash 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 ok ibati va asoratiga qarab ikki guruhga bo'linadi. Birinchi guruhga subtoksik va toksik difteriyaning I darajasi kirib, og'ir asoratlar va o'lim ok ibatlari kuzatilmaydi.

Ikkinchi guruhiga toksik difteriyaning II, III darajasi va gipertoksik shakli kiradi. O'z vaqtida va to'liq davolanmaslik natijasida og'ir asoratlarga va o'lim ok ibatlarga olib kelishi mumkin.

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^{o}C ko'tarilib, ba'zi bemorlarda 41^{o}C teng bo'ladi. U o'zining uzok davomiyligi, mustaqil tushib borishi (karash saqlanganligiga qaramasdan) bilan tarqalgan va chegarallangan difteriyadan farqlanadi. Difteriyada zaharlanishning erta ko'rinishlaridan bosh og'rigi, qaltirash, sezilarli darajadagi darmonsizlik, anoreksiya, teri qoplamalari rangi ok argan, og'ir shakllarida qayta qayta qusishlar, qorindagi og'riq, davriy qo'zg'alish xurujlari (deliriy), adinamiya kuzatiladi. Toksik difteriyaning uchinchi darajasida kasallarda boshlanish davridayok ITK (infektsion toksik karaxtlik) I darajasi belgilarini ko'rish mumkin.

Og'iz halqum shishi asosan bodomcha bezlardan boshlanib, keyin tilchasi, qattiq va yumshok tanglayga tarqaladi (17-rasm). Uning o'sib borishi, o'lchami toksik difteriya darajasiga bog'lik bo'ladi. Bodomcha bezlari va tilchaning bilinar bilinmas shishi subtoksik difteriyada kuzatilsa, ularning tarqalgan shishi toksik difteriyaning II va III darajasida kuzatiladi. Difteriyadagi shish tavsifi shuki, u chegarasiz mahalliy burmalarsiz tarqok bo'lib, peritonzillitdan farqli ravishda tez o'suvchan bo'ladi.

Toksik difteriyadagi shish ustidagi shilliq qavat giperemiyasi 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'rigan 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 yumshok 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 tomok dagi 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 gipertoksik 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. Gipertoksik 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 qallinlashadi, 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.

Hiqildok 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 belgilar- ining kuchliligi bilan kechadi. Hiqildok difteriyasining asosiy belgilaridan biri hiqildok ning 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 hiqildok ning 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 etishmovchiligining 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 (30-rasm).

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 (tamok , burun, hiqildok) shuningdek klinik shakllar (chegaralangan, tarqalgan, toksik)ning har xilligidir.

Laborator tekshirish uslublaridan bakteriologik tekshirish katta ahamiyat kasb etadi. Buning uchun burundan va tamok dan patologik jarayon hosil bo'lgan joydan surtmalar olinadi. Tamok dan 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 namunalar laboratoriyaga 3 soatdan kechiktirmasdan etkazib berilishi shart. Dastlabki natijani 1 kundan so'ng olish mumkin.

Oxirgi paytlarda bakteriologik tekshirish laboratoriyalarida boshqa bir qancha uslublar qo'llanilmok da, shulardan biri toksinlarni indikatsiyalash uslubidir. 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 antitelolar oshishi kuzatilsa bu reaktsiya musbat hisoblanadi.

Davosi. Difteriyaning hamma shakllarida davolashning asosiy maqsadi difteriyaga qarshi antitoksik zardob yordamida zaharini neytrallashdir. 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 1/3-1/2ni 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 glyukokortikoid 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.

Organizmni zahardan tozalash uchun zaharlanishga qarshi eritmalari: 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 B_1, B_6, B_{12}, 1-3 hafta mobaynida buyuriladi.

Kasal toza havoli xonada joylashtirib, xonada tinchlik, osoyishtalik bo'lib, bola o'yinchok lar bilan ta'minlangan bo'lmog'i darkor. Periferik qon tomirlarini kengaytirish, tomok shilliq qavati shishlarini kamaytirish maqsadida chalg'ituvchi davolash vositalari qo'llaniladi. Bunday umumiy vannalar asta-sekin suv haroratini 39oS ko'tarib, 5 minut davomida turish va bir vaqtda issiq bug'ga og'iz tutib turiladi. Oyok lariga issiq xantal, vanna, ko'krak qafasiga xantallar qo'yiladi. Kun mobaynida qaynok 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.

Mutaxasisligidan qat'iy nazar, barcha vrachlar difteriyaning engil va atipik kechishlaridan extiyot bo'lishlari shart. Angina bilan kechuvchi kasalliklar, albatta difteriyaga tekshirishlari lozim. Bemor yoki bakteriya tashuvchi aniqlanib, kasalxonaga yotqizilgandan so'ng o'chok da 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'nalishga bo'linadi va birinchi organizmda antimikrob immunitet hosil qilish bilan bog'liq, uning uchun bolalar 2, 3, 4 oyligida va 16 oyligida AKDS (vaktsina) bilan emlanadilar. Ikkinchisi organizmda antitoksik immunitet hosil qilish uchun 7, 16, 26, 46 yoshlarida ADS-M (antigenlik xususiyati kuchsizlantirilgan vaktsina) qilinadi. Kasallik epidemik tarqalganda

emlash ishlari organizmda faqat antitoksik immunitetni hosil qilishga qaratiladi, ya'ni ADS-M yoki AD-M qilinadi.

EPIDEMIK PAROTIT

Epidemik parotit – havo tomchilari orqali yuquvchi infeksiyasi bo'lib, asosan bez a'zolari va MATning shikastlanish belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Kasallikning qo'zg'atuvchisi virus bo'lib, u kasallikning birinchi 3-4 kunida so'lak, qon va orqa miya suyuqligida topilishi mumkin.

Epidemik parotit virusi paramiksoviruslarga qarashli bo'lib, tarkibida RNK tutuvchi, tashqi muhitga chidamsiz, UBN ta'sirida, qaynatilganda, quritilganda, dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida tez nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bo'lib kasallikning klinik belgilari yaqqol ifodalanmagan, kam ifodalangan va belgisiz shakllari bilan bemor hisoblanadi. Bemor inkubatsiya davrining oxirgi 1-2 kunidan boshlab kasallikning klinik belgilari avj olgan davr (9 kun) ichida atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi. Zararlanish asosan havo-tomchilari orqali amalga oshadi. Ko'prok , maktabgacha va kichik maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Kasallanish qish va bahor oylarida ko'prok uchraydi

Patogenezi. Epidemik parotit virusi organizamga burun, og'iz va halqum shilliq pardalari orqali kirib, qonga o'tadi. So'ng bezlarni kattalashishi va MAT ning shikastlanishi, virus ko'payishiga (replikatsiya) va qonda aylanishiga javob reaktsiyasi sifatida rivojlanadi.

Klinikasi. Yashirin davri 11 kundan 21 kungacha, o'rtacha 18 kun. Ba'zan 25 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik tana haroratining 38-39oS gacha ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Ba'zan kasallik sekin-asta boshlang'ich belgilar (bo'shashish, noxushlik, bosh og'rig'i) bilan boshlanadi. Ko'prok qulok oldi bezi shikastlanadi (parotit), jarayon jag' osti so'lak beziga (submaksillit), jinsiy bezga (orxit), ayrim hollarda til osti so'lak beziga, oshqozon osti va boshqa bezlarga tarqalishi mumkin. MAT shikastlanganini tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rishi, uyquni buzilishi, meningial belgilar va boshqalar ko'rsatuvchi belgilar hisoblanadi. So'lak bezlari ichida ko'pincha qulok oldi bezi shikastlanadi, avval bir tomondagi bez kattalashib, 1-2 kundan keyin ikkinchi tomondagisi shishadi. Shish paydo bo'lishidan 1 kun oldi bez sohasida chaynaganda va yutinganda og'riq paydo bo'ladi. Shish qulok oldida, pastki jag' suyagi bo'ylab qulok suprasining pastki va orqasiga tarqaladi. Shish sohasida teri taranglashgan, burmalash qiyin, rangi o'zgarmagan bo'ladi. Paypaslaganda so'lak bezining markaziy qismi og'riydi. MAT va bezli a'zolarning shikastlanish darajasiga qarab tepki infeksiyasini engil, o'rta og'irlikda va og'ir shakllari qayd etiladi.

Tashxisoti. So'lak bezlari shikastlanganda parotit infeksiyasiga tashxis qo'yish murakkab emas. Serologik mulojalar juft zardoblar usuli bilan kasallik davomida qo'yiladi. Komplement bog'lovchi antitelalar va parotit antigemagglyutininlar titrining 4 marta oshishi parotit infeksiyasi o'tkazilganligidan dalolat beradi.

Davosi. Kasalliking o'tkir davrida o'rinda yotish tartibi, shikastlangan bezlar sohasiga quruq issiq (sollyuks, yuqori chastotali tok, isitish kompressorlari) tavsiya qilinadi. Og'iz shilliq pardalarini parvarish qilish zarur. Keyingi paytlarda etiotrop vosita sifatida viferon shamcha holida keng qo'llanilayapti.

Profilaktikasi. Bemorni alohida uy sharoitida yoki statsionarga (og'ir hollarda) yotkazib davolash katta ahamiyatga ega. Parotit infeksiyasi aniqlangan bolalar muassasida 21 kun karantin e'lon qilinadi. Tepkiga qarshi rejali emlash profilaktikani asosini tashkil qiladi.

POLIOMIELIT

Poliomielit o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, umumiy zaharlanish belgilari va asab sistemasining periferik paralichlar ko'rinishida kechadigan shikastlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Ko'zg'atuvchisi Poliovirus hominis deb nomlanadi. O'lchami 17-30 nm. Antigenlik xususiyati buyicha 3 xil turga bo'linadi. Uchala tur uchun ham komplementni bog'lovchi antigeni xosdir. Viruslar tashki sharoitda juda chidamli.

Epidemiologiyasi. O'tgan asrning 50-yillari oxirlarida vaktsina keng ko'llanila boshlangandan keyin kasallanish keskin kamaydi. Kasallanish xozirgi kunda deyarli uchramayapti. Tropik iqlimga ega bo'lgan davlatlarda kasallik hamma fasllarda uchraydi. Kasallik manbai bemorlar va sog'lom tashuvchilar. Asosan kasallikni bilinar bilinmas shakllari bilan og'rigan shaxslar tashqi muhit uchun xavfli hisoblanishadi. Bemorlar najasi orqali tashki muhitga viruslarni butun kasallik davrida va sog'aygandan keyin ham bir necha oy davomida chiqarib turishadi. Burun, yutqun ajralmalarida kam

kasallikning boshlang'ich kunlarida 1-2 haftagacha viruslar topiladi. Kasallik yashirin davrining oxirgi kunlaridan boshlab yuqumlilik boshlanadi.

Yuqish najas-og'iz mexanizmi va havo-tomchi yo'li orqali amalga oshadi. Poliomielitga hamma yoshdagi odamlar beriluvchan bo'lib, kasallik ko'pincha 7 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Chaqalok lar transplatsentar yo'l orqali olgan immuniteti 3-5 hafta saqlanganligi sababli 2-3 oyligigacha kasallanmaydi. Vaktsinatsiya qilish boshlanguncha kasallikning tipik kechishi yoz-kuz fasllarida mavsumiy kechishi kuzatilgan.

Patogenezi. Poliomielit viruslari og'iz va oshqozon ichak trakti shilliq qavatlari orqali so'rilib ularning birlamchi reproduktsiyasi ichaklardagi limfa tugunlari va peyer pilakchalarida sodir bo'ladi. Limfa tizmasidan viruslar qonga tushib gematogen yo'l orqali MNS ga kiradi va periferik asab tolalari aksoni bo'ylab, hamda haraklantiruvchi neyronlar bo'ylab tarqala boradi. Viruslarga orqa miyaning oldingi shoxlari juda sezgir bo'lib, ularning destruktsiyasi paralichlar rivojlanishiga olib keladi. MAT zararlanishidan tashqari miokardit ham rivojlanishi mumkin. Viruslarning asab tizimiga kirishi hamma zararlanganlarning 1 % ni tashkil qiladi. Qolganlarda kasallikning paralichlarsiz kechadigan shakli rivojlanadi yoki virus tashuvchi bo'ladi. Kasallikning o'tkir davrida orqa miya giperemiyalangan, shishgan kulrang moddasida qon quyilishlar va nekrozlar kuzatiladi. Kasallikni boshidan kechirgan shaxslarda turg'un gumoral immunitet qoladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 5 kundan 35 kungacha bo'lib ko'prok hollarda 10-12 kunni tashkil kiladi.

Tasnifi: 1) paralichlarsiz (meningial shakli); 2) paralitik.

Paralitik poliomielit. Patologik jarayoning joylashgan joyiga karab orka miya, bulbar, pontin, entsefalitik hamda aralash shakllariga bo'linadi. Ko'p hollarda orka miya shakli tipik hisoblanib oyok-ko'llar, tana, bo'yin va diafragmaning paralichi bilan kechadi. Paralitik poliomielit kechishida kuyidagi davrlar farqlanadi.

1.Paralich oldi 2. Paralichlar 3. Tiklanish 4. Qoldik alomatlar davri.

Paralich oldi davri. Kasallik o'tkir tana harorati 39?S gacha va undan yukoriga ko'tarilishi bilan boshlanib, zaharlanish, kataral belgilar kuzatilib, qorin og'rig'i ham bezovta qiladi. Vegetativ asab tizimi o'zgarishlari-ko'p terlash, kon bosimining pasayshi, puls tezlashishi, kizil dermografizm, teri geperesteziyasi kabilar kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi bosilganda, bo'yin va bel bukilganda og'riq seziladi. Ko'p hollarda qaysi oyok yoki qo'lda paralich kuzatilsa shu qismlarda og'riq kuzatiladi. Og'riq sezgisi kuchliligi sababli lardoz, boshni orqaga tashlash, qo'llarga suyanib o'tirish kabi majburiy holatlar uchraydi. Aksariyat holatlarda meningial belgilar musbat bo'ladi. Mushaklar tortilishi, qo'l va oyok ning dirrilashi, harakat notinchligi ham xosdir. Ko'p hollarda nistagm kuzatiladi. Orqa miya kanali punktsiya qilinganda orqa miya suyuqligi baland bosim bilan chiqadi, rangi tiniq bo'lib limfotsitoz kuzatiladi. Likvorda qand miqdori ortadi. Paralich oldi davri 3-5 kun davom etib oxrigi kunlarda tana harorati me'yorlashadi.

Paralichlar davri. Me'yoriy harorat vaqtida to'satdan paralich kuzatilishi xos bo'lib, ayrim hollarda tana haroratining qaytadan ko'tarilishi bilan kuzatiladi. Ko'prok oyok mushaklari zararlanib ayrim hollarda qo'l, bo'yin, tana mushaklari zararlanadi. Shikastlangan qismda tonus pasaygan, fiziologik bog'lamlar reflekslari chaqirilmaydi (arefleksiya), shikastlangan qismlar terisi sovuq, ok ish sianotik bo'lib, atrofiya va osteoporoz kuzatiladi.

Bulbar shakli og'ir shakllardan bo'lib yutish, nutq va nafas olishga xos etishmovchiliklar kuzatiladi. Yuqori harorat va kuchli bosh og'rig'i qayd qilinishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning birinchi kunidan nevrologik belgilar nistagm, yutishga qiyinlashish, suyuq ovqatning burunga tushishi, nutqning buzilishi, ovozning bo'g'ilishi, ayrimda nafas va qon tomirlar harakatlantiruvchi markazlarining paralichi kabilar uchraydi.

Entsefalitik shakli es-hushining yo'qolishi, tutqanok , nistagm, nutq buzilishi, qo'llar titrashi kabilar bilan kechib, vestibulyar va o'chok li belgilar bilan nomoyon bo'ladi.

Tiklanish davri shikastlanish belgilari umumiy zaharlanish va og'riq sezgilarining yo'qolib borishi bilan yuzaga kelib, bu belgilar sekinlik bilan uzok rok vaqtda o'tib, mushaklar tonusi pasayishi areflektsiya va atrofiya kabilar kuchayishi ham mumkin. Bular kiyshayishlarga deformatsiyalarga, oksab kolishga sabab bo'ladi. Bunday holatlar 1-3 yil davom etib og'ir nogironlikka sabab bo'ladi.

Paralichlarsiz poliomielitning inaparant, abortiv va meningial shakllari mavjud bo'lib, ular epidemiologik va laborator natijalar asosida aniqlanadi.

Tashxisoti. Serologik usullardan komplementni bog’lash reaktsiyasi va neytrallash reaktsiyasi ko’llaniladi.

Davosi. Immunoglobulin har bir kilogramm tana og’irligiga 0,5 ml dan qo’llaniladi. Askorbin kislotasi 0,05–0,1 mg/kg. Prozerin ko’krak yoshidagi bolalarga 0,05-0,1-0,2 ml kuniga 1 mahal mushak orasiga, 1-3 yoshdagilarda 0,1 ml/yoshiga 2 mahal belgilanadi.

Profilaktikasi. Emlash uchun Seyben tirik vaktsinasi ko’llaniladi. Ular og’iz orqali beriladi. Chaqalok lar 3-5 kunligida, 2, 3, 4 oyligida emlanadi hamda 16 oylik va 7 yoshligida qayta emlanadi.

“Difteriya, epidemik parotit, poliomielit” mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo“5”	Difteriya, epidemik parotit, poliomielit mavzuni biladi tushunadi. Diagnostikani amaliyotda qo`llay oladi. Vaziyatni baholab umumlashtira oladi va tahlil qiladi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	YAxshi “4”	Difteriya, epidemik parotit, poliomielit kasalliklarini erta va taqqoslash tashxisini biladi. Davolash va oldini olishni ham aniq biladi, amaliyotda qo`llaydi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	56-70	Qoniqarli ”3”	Mavzu bo`yicha kasallikning belgilarini farqlay oladi, tushinadi, biladi. Davoni va oldini olishni to`liq bilmaydi (qonspekt qilgan)	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. ”2”	Difteriya, epidemik parotit, poliomielit kasalligi haqida tasavvurga ega emas. Davolash reablitatsiya qilishni bilmaydi, qonspekt Yozmagan.	0-daraja: sust tasavur etish darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 9 multimedialar 3

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Dastlabki bilimlaringizning etarli yoki etarli emasligini tekshirish uchun bir qator jumboqli masala diqqatingizga havola qilinadi. Etalonsiz masalalarga Yozma ravishda javob tayyorlang.

Masala 1

Kasalxonaga 8 Yoshli M. quyidagi shikoyatlari bilan tushdi: tana haroratining 2 kun davomida 38ºC dan tushmaganligi, tomog`ida yutinganida og`riqning borligi. Kasalxonaga tushgan paytida, bolaning ahvoli o`rtacha og`irlikda. Teri qoplami oqimtir tusda, halqum biroz qizargan. Bodomcha bezlari ozroq shishgan, uning yo’zasida orolchali parda joylashgan bo`lib, shisha tayok cha bilan ajratish qiyin. O`sha parda olinsa, bodomcha bezlari yo’zasi qonaydi. Mahalliy limfa tugunlari 2-darajaga kattalashgan.

1. Tashxis qo`ying.
2. Buni qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxisot qilinadi.
3. Qaysi simptomlarga asoslanib, tashxis qo`yasiz.

Masala 2

Kasalxonada 5 Yoshli Vali kasallikning 2- kuni 1-darajali toqsik formali halqum difteriyasi tashxisi bilan tushdi.

1. Vrach qaysi simptomlarga asoslanib, tashxis qo`yadi.
2. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o`tkaziladi.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
metindol, baktostef, deksametazon

1.Rp.: Sol. Metindoli 3% 1ml N. 5
(savdo nomi)
Indometacin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Kuniga 1mahal mushak orasiga yuborilsin.
2.Rp.: Vastocephi 2.0 N.10
(savdo nomi)
Sulperazon+sulbactam
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 0,5% li 5 ml novokainda eritilib, kuniga 2 mahal m/o ga (sinamadan so'nd) yuborilsin.
3.Rp.: Sol. Dexamethasoni 0.4% 1.0 ml.
(savdo nomi)
Dexamethasone
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1mldan kuniga 1mahal mushak orasiga yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari

12-Mavzu:**Bo'g'ma (difteriya)** Klinik shakllari, og'irlik ko'rsatkichlari. Chin krup. Kasalxonaga yotqizishdan oldingi bosqichdagi diagnostikasi. Laborator diagnostika usullari. Spestifik davo. Profilaktikasi. **Tepki (epidemik parotit)** Etiologiyasi. Moyillik. Immuniteti. Patogenezi, qo'zg'atuvchining limfatik to'qimalarga va MNS ga tropizmi. Patomorfologik o'zgarishlar. Klinikasi, klinik variantlari. Kattalarda klinik kechishining o'ziga xosligi. Diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar. Spestifik profilaktika choralari. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar. **Poliomielit**
Etiologiyasi. Moyillik. Immuniteti. Patogenezi, klinikasi. Laborator tekshirish usullari. Davosi va profilaktikasi.

128. Bolalar qaysi yoshda difteriyaga qarshi emlanadi:
2-4-5-6 oyligida
*2-3-4 oyligida
10 oyligida
8 yoshda

129. Bo'g'ilishda asosiy belgilar jumlasiga kirmaydi:
quv-quv yo'tal
*disfagiya
afoniya
nafas olish buzilishi

130. Bo'g'ilishning davosi jumlasiga kirmaydi:
antibiotiklar
*fermentoterapiya
spazmolitiklar
diuretiklar

4 Qiyoslagan tepkiga xos belgilar:
*tana harorati baland, bosh og'rig'i, og'izni qiyin ochilishi, tomoqda kuchli og'riq, quloq oldi limfa tugunlari kattalashgan
tana harorati 39-40 ^{o}C, yuzi oqimtir, xolsiz, tomoqda og'riq, jag osti limfa tugunlari kattalashgan kamroq og'riqli
tana harorati baland,bosh og'rig'i,og'izni kiyin ochilishi, tomoqda kuchli og'riq, jag osti limfa tugunlari kattalashmagan
tana harorati ko'pincha baland, tomoqda og'riq yuk, jag osti limfa tugunlari kattalashmagan, bodomcha bezlar bir oz qizargan
d.

5 Epidemik parotit da davolash usullari:
*etiotrop
simptomatik
regidratastion
zardobli

6 Epidemik parotit da periferik kondagi o'zgarish:
*leykopeniya, limfostitoz
leykostitoz, limfostitoz
leykopeniya, EChT ko'tarilishi
limfopeniya, leykostitoz

7 Epidemik parotit da xarakterli simptomlar:
*so'lak bezlaridagi og'riq va harorat ko'tarilishi
qusish

bosh og’rig’i
ich kelish

8 Epidemik parotit ga xos bo’lmagan asorat:

*zotiljam
orxit, oforit
ichki quloq yallig’lanishi
serozli meningit

9 Epidemik parotit ga xos bo’lmagan belgi:

*aksirish, yo’tal
quloq bezining kattalashuvi
tana harorati ko’tarilishi
jag kattalashuvi

10 Epidemik parotit ga xos belgilar:

*Murzon simptomi
Filatov-Koplik simptomi
Kiari-Avstin simptomi
Govorov-Godeli simptomi

11 Epidemik parotit ga xos bo’lmagan simptom:

*quloq bezi kattalashuvi
jigar va taloq kattalashuvi
harorat ko’tarilishi
chaynaganda og’riq

12 Epidemik parotit kasalligida uchramaydigan klinik shakllar:

*jigar yallig’lanishi shakl
bez organlarining yallig’lanishi
MNS yallig’lanishi shakli
atipik (simptomsiz va yashirin shakli)

13 Epidemik parotit kasalligini qaysi kasallik bilan qiyoslash mumkin:

*xiyelit
suv chechak
stomatit
qizamiq

14 Epidemik parotit tashxisida qo’llaniladigan laboratoriya usuli:

*serologik
bakteriologik
kaprologik
biologik

15 Epidemik parotit virusining son orqali tarqalib organlarga ta’siri:

*bez organlari
buyrak
o’pka
yurak

16 Halqum difteriyasi orolchali shakliga xos belgilar:

*subfebril harorat, ozroq tomoqda og’riq,bodomcha bezi ozgina kattalashgan
harorat yuqori, bodomcha bezlar kattalashgan, kizargan fibrinli qoplam
harorat me’yorida, tomoqda og’riq yuk, bodomcha bezida ajralmaydigan qoplamlar
bodomcha bezlar kattalashgan, yiringli parda

17 Halqum difteriyasini davolashda qo’llanilmaydigan vosita:

*traxeostomiya
antibiotiklar
seroterapiya

18 Hiqildoq difteriyasiga xos bo’lmagan bosqich:

*metastatik
asfiktik
stenovqat toksikoinfekstiyasi
disfonik

19 Hiqildoq difteriyasiga xos bo’lmagan belgilar:

*tirishish
afoniya
Dag’al yo’talish
nafas olishning qiyinlashuvi

20 Hiqildoq difteriyasining asfiktik shakli uchun xos bo’lmagan belgi:

*tushakda qiynoqli to’lg’onish
bemor tushakda goh yotadi,goh turadi
nafas olishda puls to’lqini pasayadi
terisi sovuq ter bilan koplangan

21 Hiqildoq difteriyasining disfonik bosqichi uchun xos bo’lmagan belgi:

*hushtaksimon nafas
tovush bo’giqligi
quruq, dagal yo’tal
tana harorati oshishi

22 Hiqildoq difteriyasining steno tik bosqichida vrach taktikasi:

*jarrohlik
terapevtik
simptomatik
DQZ yuborish

23 Ko’p uchraydigan difteriya asorati:

zotiljam
artrit
*miokardit
irit

24 Qaysi yoshda difteriyaga qayta emlanadi:

*16 oyligida
9 oyligida
9yoshda
24yoshda

25 Qiyoslaganda halqum difteriyasi orolcha shakliga xos belgilar:

*harorat 38^{o}C umumiy ahvoli kam o’zgargan,jag osti limfa tugunlari kattalashgan,biroz og’riqli,nuktali karashlar
harorat 38-39 ^{o}C ,novqat toksikoinfekstiyasinch, tomoqda kuchli og’riq
teri osti kletchatkasi shishi
tana harorati subfebril, jag osti limfa tugunlarida biroz og’riq bir tomonda kattalashgan,sargimtir-okish karash bilan koplangan

26 Qiyoslaganda halqum difteriyasi pardali shakliga xos belgilar:

*tana harorati 38-39 ^{o}C, tomoqda o’rtacha og’riq,jag osti limfa tugunlari kattalashgan,bodomcha bezlar qizargan,fibrinli parda ajralishi qiyin
tana harorati subfebril, jag osti limfa tugunlarida biroz og’riq bir tomonda kattalashgan, sargimtir-okish karash bilan qoplangan
tana harorati 38-39 ^{o}C, terida nuktali toshma,jag osti limfa tugunlari kattalashgan bodomcha bezi kizargan,kul rang sariq karashli
yumshoq tanglayda enantema

27 Tomoq difteriyasida bodomcha bezlar giperemiyasi, shishi:

*Bezlar shishgan nisbatan giperemiya
Bir oz giperemiya bezlar juda katta va qattiq
Aniq chegaralangan, shishgan bezlar
Bezlar shishgan, giperemiya turli darajada

28 Tomoq difteriyasida bodomcha bezlardagi parda (qoplamlar) xarakteri:

*1 chi kunlarda o’rgimchak teridek, mayin, kul rang fibrinoz, oson kuchadi. Keyin qattiq, zich, shilllik ostiga usgan kul rang, ok, qiyin ko’chadi
Bez chuqur ligida kul rang, kir kul rang parda
Bez chuqur rogida iflos kul rang, sargimtir karash oson kuchadi
Ko’pincha tvorogsimon ok, kir, kul rang, parda oson kuchadi

29 Tomoqdan olingan surtmani tekshirish uchun qo’llaniladigan laboratoriyaviy uslub:

*bakteriologik
serologik
instrumental
kaprologik

30 Tomoqdan surtma olishda zarur bo’lgan materiallar:

*shpatel, probirka, sterial tompon
shpatel,skalpel, bir martali shpristlar
buyum oynachasi,tampon,bemor koni zardobi
sterial tompon, shpatel,skalpel

31 “O’zbekiston Respublikasida difteriya (bo’g’ma) kasalligi profilaktikasi chora tadbirlarni takomillashtirish to’g’risida”gi buyruq:

№17. 15.01.2004
*№ 577. 21.12.1994
№292. 23.06.1993
№454. 25.10.2006

32 Difteriya kasalligida qon o’zgarishlari:

*leykostitoz, neytrofillez, EChT oshgan
eritrostitoz, limfostitoz, EChT sekinlashgan
qon me’yorida
anemiya

33 Difteriya o’chog’ida tezkor qo’llaniladigan vosita:

*AD
AKDS
ADSM
ADS

34 Difteriya patogenezida asosiy omil:

*toksik
infekstion
allergik
mexaniq

35 Difteriya qo’zg’atuvchisining o’sish muhiti:

*German-Tinsdal-Sodikov muhiti
Utli bulon
Ploskirev muxiti
Endo muxiti

36 Difteriya tayoqchalar toksigenligini aniqlaydigan tashxisot usuli:

*Prestipitastiya reaksiyasi
Щik reaksiyasi
RPGA
Dik reakstiyasi

37 Difteriya tashxisida qo’llaniladigan laboratoriyaviy usullari:

*bakteriologik
biologik
bioximeviy
rentgenologik

38 Difteriya toksik 2 darajasida shish tarqalish sohasi:

*o’mrov suyagigacha
bodomcha bezlari va mahalliy limfa tugunlari
bo’yinning yarmisigacha
umrov suyagi ostida

39 Difteriya uchun limfa tugunlari o’zgarishi:

*kattalashgan, harakatchan
kattalashgan,harakatsiz
kattalashmagan
kattalashgan va atrof to’qima bilan birikkan

40 Difteriyada bodomcha bezlar ko’rinishi:

*shishgan-qizargan

shishgan
shishgan-qizarmagan
o’zgarishsiz

41 Difteriyada parda ajralishi:
*qiyin
oson
ajralmaydi
parda bo’lmaydi

42 Difteriyada tana harorati oshishi:
*subfebril
normal
yuqori
o’zgarishsiz

43 Difteriyani davolashda asosiy yo’nalish:
*zardobli
etiotrop
regidratastiya
degidratastiya

44 Difteriyani vaqtli aniqlashda qaysi kasallik bilan taqqoslanadi:
*Surunkali tonzilit
Zovqat toksikoinfekstiyasiljam
Angina
Gripp

45 Difteriyaning 3 toksik shaklida shish tarqalish sohasi:
*o’mrov suyagi osti sohasigacha
bodomcha bezlar va limfa tugunlari ustida shish
bo’yinning yarmigacha
umrov suyagigacha

46 Difteriyaning atipik shakli:
*kataral
pardali
toksik
subtoksik

47 Difteriyaning kataral shakliga xos bo’lmagan belgi:
*fibrinli parda
bodomcha bezlari shishi
bodomcha bezlari qizarishi
tomoq og’rig’i

48 Difteriyaning kataral shakliga xos xususiyati:
*fibrin parda hosil bo’lmasligi
fibrinli pardaning yupqa bo’lishi
fibrinli pardaning oson kuchishi
pardaning oson kuchib,yana urnida tez paydo bo’lishi

49 Difteriyaning ko’p uchraydigan asorati:
*miokardit
miasteniya
Oziq-ovqat toksikoinfekstiyasi
nefrit

50 Difteriyaning pardali shakli uchun xos belgilar:
*tana harorati yuqori, ishtaha past, jag osti limfa tugunlari kattalashgan, fibrinli parda
harorat yuqori ishtaha past, limfa tugunlari katta,mindalin kattalashgan, fibrinlli parda ,jag usti limfa tugunlari ustida shish
harorat yuqori,mindalin kattalashgan,fibrinli parda,shish umrov suyagigacha
zaharlanish belgilari,mindalin kattalashgan,fibrinli parda,shish umrov suyagidan pastda

51 Difteriyaning subtoksik shakli uchun xos belgilar:
*harorat yuqori,ishtaha past,limfa tugunlar kattalashgan,mindalinkattalashgan,fibrinli parda,jag usti limfa tugunlari ustida shish
harorat yuqori,ishtaha past,jag osti limfa tugunlar kattalashgan,fibrinli parda
harorat yuqori ,mindalin kattalashgan
zaharlanish belgilari yuqori,mindalin kattalashgan,shish umrov suyagidan pastda

52 Difteriyaning toksik 1 shakli uchun xos belgilar:
*harorat yuqori, mindalin kattalashgan, fibrinli parda, shish bo’yin yarmisigacha kelgan
harorat yuqori,ishtaha past,jag osti limfa tugunlari kattalashgan,fibrinli parda
harorat yuqori,ishtaha past,limfa tugunlari va mindalin kattalashgan,fibrinli parda
zaharlanish belgilari yuqori,mindalin kattalashgan,shish umrov suyagidan pastda

53 Difteriyaning toksik 2 shakli uchun xos belgilar:
*harorat yuqori, mindalin kattalashgan, fibrin parda
harorat yuqori, ishtaxi past,jag osti limfa tugunlari kattalashgan
harorat yuqori, ishtaha past,limfa tugunlar va mindalin kattalashgan,fibrinli parda,
jag usti limfa tugunlari ustida shish harorat yuqori, mindalin kattalashgan

54 Difteriyaning toksik 3 shakli uchun xos belgilar:
harorat yuqori,mindalin va jag osti limfa tugunlari kattalashgan fibrinli parda
harorat yuqori ishtaha past,limfa tugunlari kattalashgan va usti shish
harorat yuqori,ishtaha past,mindalin kattalashgan,fibrinli parda,shish buyning 2-burmasiga
*zaharlanish belgilar yuqori, mindalin kattalashgan, fibrinli parda shish umrov suyagidan pastda

55 Tomoq bezlari sifilisi (qattiq shankr) da bodomcha bezlar giperemiyasi, shishi:

*Bir oz giperemiya bezlar juda katta va qattiq
Bezlar shishgan nisbatan giperemiya
Aniq chegaralangan, shishgan bezlar
Bezlar shishgan, giperemiya turli darajada

56 Tomoq bezlari sifilisi (qattiq shankr) da bodomcha bezlardagi parda (qoplamlar) xarakteri:

*bez chuqurligida kulrang, kir kulrang parda
1 chi kunlarda urgimchak teridek, mayin, kul rang fibrinoz, oson kuchadi. Keyin qattiq, zich, shilllik ostiga usgan kul rang, ok, kiyin kuchadi
bez chuqur rogida iflos kul rang, sargimtir karash oson kuchadi
ko'pincha tvorogsimon ok, kir, kul rang, parda oson kuchadi

57 Kataral anginada mahalliy ob'ektiv ma'lumot:

Halqum orqa devori shilliq pardasi giperemiyasi, limfoadenoid to'qima elementlari giperplaziyasi
Tanglay murtaklarining giperemiya, gipertrofiyasi, ularning yuzasida sariq-oqish karash yoki dumaloq sariq-oqish nuktalar (yiringlagan follikulalar)
*Tanglay murtaklarning o'rta darajali gipertrofiyasi, shilliq pardasining giperemiyasi
Halqum orqa devori shilliq pardasi giperemiyasi fonida yon yostikchalarning keskin shishi, yiringlagan folikulalar

58 Kataral anginada patologik o'choqning joylashishi:

halqum murtagida
tanglay murtaklari parenximasi
*tanglay murtaklari shilliq pardasi
halqum yon devori limfoadenoidli to'qimasida

59 Kernig belgisi tavsifi:

bemorning iyagini ko'krakka tegizmoqchi bo'lganda, oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukiladi.
vrach chap qo'lini bemor ko'kragiga qo'yib , o'ng qo'li bilan bemor iyagini ko'kragiga tegizmoqchi bo'lsa qarshilik va og'riq kuzatiladi.
*tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan oyoqni yozganda bo'g'imlarda og'riq va qarshilik sezadi
bemorning bir oyog'i tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilsa, ikkinchi oyog'i o'z holicha tizza va chanoq –son bo'g'imida bukiladi.

60 Lakunar, follikulyar anginada mahalliy ob'ektiv ma'lumot:

Halqum orqa devori shilliq pardasi giperemiyasi, limfoadenoid to'qima elementlari
Tanglay murtaklarning o'rta darajali gipertrofiyasi, shilliq pardasining giperemiyasi
*Tanglay murtaklari-ning giperemiya, gipertrofiyasi, ularning yuzasida sariq-okish karash
Halqum orqa devori shilliq pardasi giperemiyasi fonida yon yostikchalarning keskin shishi, yiringlagan folikulalar

61 Lakunar, follikulyar anginada patologik o'choqning joylashishi:

Halqum murtagida
Tanglay murtaklari shilliq pardasi
*Tanglay murtaklari parenximasi
Halqum yon devori limfoadenoidli to'qimasida (tanglay murtaklari orqa ravoklariga tegib turadigan)

62 Yon yostiqchalar anginasida (tonzilektomiyadan so'ng) mahalliy ob'ektiv ma'lumot:

*Halqum orqa devori shilliq pardasi giperemiyasi fonida yon yostiqchalarning keskin shishi, yiringlagan folikulalar
Tanglay murtaklarning urta darajali gipertrofiyasi, shilliq pardasining giperemiyasi
Tanglay murtaklarining giperemiya, gipertrofiyasi, ularning yuzasida sariq-okish karash yoki dumalok sariq-okish nuktalar (yiringlagan follikulalar)
Halqum orqa devori shilliq pardasi giperemiyasi, limfoadenoid to'qima elementlari giperplaziyasi, yiringlagan follikulalar bo'lishi mumkin

63 Yon yostiqchalar anginasida (tonzilektomiyadan so'ng) patologik o'choqning joylashishi:

*Halqum yon devori limfoadenoidli to'qimasida (tanglay murtaklari orqa ravoklariga tegib turadigan)
Tanglay murtaklari shilliq pardasi
Tanglay murtaklari parenxi-masi
Halqum murtagida

64 Rozenberg belgisi ta'rifi:

*yumshoq tanglayda enantema.
kuz konyunktivasida petexiya
til titrashi,chap tomonga qiyshayishi
bilakda toshma toshishi

65 Rozenberg belgisi tasnifi:

*tilcha va yumshoq tanglayda o'lchami 1 mm gacha bo'lgan petexial toshmalar

qo’l kafti va oyoq tovoni sarg’ayishi
bemor tilini chiqarishga qiynaladi, tili titrab turadi
elka sohasida jgut bog’langanda bilak sohasida 1-2 minutdan so’ng toshmalar paydo bo’lishi

66 Simanovskiy Rauxfus anginasida bodomcha bezlar giperemiyasi, shishi:

*Bir tomonlama bezlar kam giperemiyasi, shishi
Bezlar shishgan nisbatan giperemiya
Bir oz giperemiya bezlar juda katta va qattiq
Aniq chegaralangan, shishgan bezlar

67 Simanovskiy Rauxfus anginasida bodomcha bezlardagi parda (qoplamlar) xarakteri:

*Parda sariq-oqimtir, chuqur roqda kir kul rang, qiyin ko’chadi
1 chi kunlarda o’rgimchak teridek, mayin, kul rang fibrinoz, oson ko’chadi.
Bez chuqur ligida kul rang, kir kul rang parda
Bez chuqur rogida iflos kul rang, sargimtir karash oson kuchadi

13-mavzu: Qizamiq. Qizilcha. Ko’k yo’tal. Klinik shakllari, Qizamiqqa qarshi emlanganlarda va kattalarda kechish xususiyatlari. Laborator tashxisot uslublar. Davolash usuli. Oldini olish.

1.1. Ta’lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg’ulot vaqti -5 soat	Talabalar soni: 18
Mashg’ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`tal. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez. 2. Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`tal klinik belgilari. 3. Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`talning diagnostikasi. 4. Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`tal labaratoriyaviy tahlil uchun material olish. 5. Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`talni davolash usullari. 6. Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`tal oldini olish.
Mavzuning maqsadi: Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`tal kasalliklarni erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`talga vaqtli tashxis qo`yish, bemor ahvolini to`g`ri baholay olish, kasalxonagacha bo`lgan davrda kasalga yordam ko`rsatishni o`rganish. **IVBDV(stast) surunkali yo’tali bo’lgan bolaning differenstial diagnostikasi davolash usullari va qo’llovchi parvarish**	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O’quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob. test

1.2. “Qizamiq. Qizilcha. Ko’k yo’tal. Klinik shakllari, Qizamiqqa qarshi emlanganlarda va kattalarda kechish xususiyatlari. Laborator tashxisot uslublar. Davolash usuli. Oldini olish.” amaliy mashg’ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg’ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar

1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
2. Asosiy bosqich (90daqiqa)	"Qizamiq" Savol-javob o'tkazish. *«Uch bosqichli intervyui»* interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi: "Qizamiq" Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (80 daqiqa)	"Qizilcha. Ko'k yo'tal" Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. *"Uch bosqichli intervyui"* uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi: "Qizilcha. Ko'k yo'tal" Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. Mustaqil ish beradi. Sibir yarasi, chin chechak Etiologiyasi. Kasallik kuzgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish. Uyga vazifa beradi. Skarlatina. Infekstion mononukleoz. Suvchechak va gerpetik infekstiyalar. Klinik shakllari. Asoratlari, davolash usullari, oldini olish.etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o'ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi. .	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 5 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.
2. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal klinik belgilari.
3. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning diagnostikasi.
4. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal labaratoriyaviy tahlil uchun material olish.
5. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talni davolash usullari.
6. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal oldini olish.
7. Kasallik tarixini Yozish.

15. 7. Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning etiologik xususiyatlarini ayting
2. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talda epidemiologik jarayon.
3. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning asosiy klinik belgilari.
4. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning laboratoriyaviy tashxisoti.
5. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning davosi.
6. Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning profilaktikasi asoslari

Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal kasalligini chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, diareyani kelib chiqish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

15. 8. Ko'kyo'tal kasalligida bemordan bakteriologik tekshirish uchun "yo'tal plastinka" usulida namuna olishni tushuntiring.

Maqsad: Tashxisni tasdiqlash va davo choralarini tanlash uchun ko'kyo'tal qo'zg'atuvchisini ajratib olish.

Ko'rsatma: Davomli yo'talayotgan bemorlar.

Kerakli anjomlar: Kazein-ko'mir agari yoki Borde-Jangu muhitli Petri kosachasi, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi, sterillangan rezina qo'lqop, niqob, sterillangan shpatel.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
2.	Bemorni stulga o'tqiziladi	0	5	10
3.	Bemordan og'zini ochish va tilini chiqarish so'raladi	0	5	10
4.	O'ng qo'lga sterillangan shpatel olinadi	0	5	10
5.	Ehtiyotlik bilan shpatelni bemor og'ziga kiritiladi	0	5	10
6.	Shpatel bilan xalqum orqa devorini qitiqlash orqali yo'tal refleksi chaqiriladi	0	5	10
7.	Bemor yo'talgan vaqtda ozuqa muhitli Petri kosachasini ochib bemor og'zidan 5-8 sm masofada tutiladi	0	5	10
8.	Bemor 5-6 marta yo'talganda ajralgan shilliq Petri kosachasidagi ozuqa muhitga o'tiradi	0	5	10
9.	Petri kosachasi yopiladi	0	5	10
10.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning maъlumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi, laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

15. 9. Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

"ROTATSIYA" METODINI O`TKAZISH STSENARIYSI.

Uruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar to'ziladi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. O`n minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak bo`ladi. So`ngra javobgar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.

Topshiriq I komanda uchun:

Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning klinik xususiyatlarini ayting?

Topshiriq II komanda uchun:
Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning diagnostikasi to`g`risida ma`lumot bering?

I komanda	II komanda

"UCH BOSQICHLI INTERVYU"

Maksad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to`g`ri psixologik Yondashishni o`rgatish.

Asosiy tamoyillari:

Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo`linadi va talabalarga rol bo`lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis Yashirin etkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtiroqchilarining faoliyatini quyidagi 3 bo`lim bo`yicha baholaydi:

1. Nima to`g`ri qilindi.
2. Nima noto`g`ri qilindi.
3. Qanday bajarilishi kerak edi.

Afzalliklari:

Dars mavzusi bo`yicha tematik bemorlar Yo`q holatlarda ushbu usulni keng qo`llash mumkin.

Usul rolli o`yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtiroqchi-ekspert bilan to`ldirilgan va bir vaqtning o`zida 2-3 klinik variantlar muhoqama qilinadi. Bu mashg`ulot mazmunini boyitadi, o`quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

Kamchiliklari:

Misol: pedagog har bir kichik guruhda bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab olinadi. O`qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o`ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta`minlab turadi.

Bemor 16 Yoshli yigit, maktab o`quvchisi bolalik chog`larida O`RVI, qizamiqni boshidan o`tkazgan. Emlashlarni o`z vaqtida olgan. Yigit ta`til paytida ariq suviga cho`milgan, ariq suvidan ichgan. Pishiqchilik davri bo`lganligi sababli meva, qovun, tarvo'z iste`mol qilgan.

Shikoyatlari: umumiy holsizlik, ishtaha yo`qolishi, ko`ngil aynishi, qusish, qorin kuldirashi, ichi shir-shir ketishi. Ko`rik vaqtida holati: ahvoli o`rtacha og`irlikda, holsiz. Tana harorati 36, 2ºC daraja, terisi quruq, elastikligi pasaygan. Yurak tonlari bo`g`iq, puls bir daqiqada 96 zarba, qon bosimi 90/60 mm sim ust. Nafas olishi burundan, o`pkasida vyozikulyar nafas, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin ichga tortilgan. Paypaslanganda og`riqsiz, ichaklar quldirashi eshitiladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Ichi su yuq, oqish rangda, siydigi kamaygan. Periferik qonda Hb-140g/l, leykotsit-8000.

"Vrach»bemor so`zidan yiqqan epidemiologik omillarga e`tibor berishi, klinik belgilariga Yondashgan holda bemorni yuqumli kasalliklar kasalxonasiga Yo`llashi lozim.

"Ekspert" vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e`tibor berishi lozim:

-bemorga to`g`ri psixologik yondashdimi.
-epidemiologik anamnez to`g`ri yig`ildimi.
-bemorni ko`rikdan o`tkazganda yallig`lanish belgilari (tana harorati, qorinda og`riq bo`lmasligi) ga e`tibor berib, vaboga shubha kildimi.
-keyingi tekshiruvlar uchun bemorni shifoxonaga Yo`lladimi.
-Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma yubordimi?
-muloqotda bo`lgan shaxslar ustida nazorat o`tkazishga Yo`llanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

-o`z holatini qanchalik darajada ta`rifladi.
-epidemik omillarni to`g`ri ayta oldimi.
-kasallik alomatlarini to`g`ri ta`riflab berdimi.

Mashg`ulot so`ngida o`qituvchi e`tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtiroqchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to`xtalib, mashg`ulotga Yakun Yasaydi.

15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmuni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning epidemik jarayonning rivojlanishi qanday kechadi?	
2.	Infeksiyaning asosiy manbalari?	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning klinik belgilarini ayting?	
2.	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning laborator diagnostikasi	
3.	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`talning davolash usullari.	
4.	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal profilaktikasi	

MAVZU BAYONI

QIZAMIQ

Qizamiq viruslar qo'zg'atadigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, tana haroratining oshishi, yuqori nafas olish yo'llari, og'iz bo'shlig'i, tomok , ko'z shilliq qavatlarining zararlanishi o'ziga xos dog'li papulyoz toshmalarning bok ichma-bosqich toshishi va nafas olish yo'llarining asoratlari bilan kechadigan kasallikdir.

Etiologiyasi. Qizamiq virusi polynosa morbiliorum paramiksoviruslar oilasiga mansub, bir zanjirli RNK saqlaydi. Tashqi qobig'i lipoproteid membrana antigen tuzilishini o'zgarishidan saqlaydi, bu esa vaktsina olish uchun zarur. Qizamiq virusi tashqi muhitga chidamsiz, quritishga chidamli, nur tasirida 8-10 daqiqa davomida o'ladi. Yuqori nafas yo'llari va asab tizimi epitelial hujayralarini, limfoid hujayralarni, retikuloendotelial to'qimalarni yallig'lantiradi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai – bemor odam, ayniqsa, kataral davrda maksimal darajada virus ajratadi va eng yuqumli hisoblanadi, toshma toshish davrida yuqumliligi kamayadi. Bemor kasallikning 6-7 kuniga qadar yuqumli deb hisoblanadi, agar asoratlar qo'shilsa yuqumli davri kasallikning 10 kunigacha davom etadi. Yuqish yo'li – havo tomchi orqali. Qizamiq bilan orttirilgan immuniteti bo'lmaganlarning barchasi kasallanadi. Kasallikdan so'ng umrbod immunitet shakllanadi. Onadan bolaga tug'ma immunitet o'tish sababli 6 oygacha bo'lgan bolalar qizamiq bilan kasallanmaydi.

Patogenezi. Patalogik jarayonning yuzaga kelishi juda murakkab va oxirigacha o'rganilmagan. Virusning kirish darvozasi yuqori nafas yo'llari va ko'z kon'yunktivasi bo'lishi mumkin. So'ngra regional limfa tugunlarida virus kuchli darajada ko'payadi, va ularni giperplaziyasini yuzaga keltiradi, limfa tugunlari kattalashadi. Turg'unlikning 3 kunida virus qonga o'tadi va virusemiya rivojlanadi. Virus barcha a'zo va tizimlarga tarqaladi va limfoid hamda retikulogistiotsitar to'qimalarga kiradi. Immun tizimning qayta qurilishi vujudga keladi. T va B limfotsitlar, plazmatik hujayralar yig'iladi va maxsus antitelolar ishlab chiqariladi, bu turg'unlikni oxiriga to'g'ri keladi.

Klinikasi. Qizamiqda turg'unlik davr o'rtacha hisobda 8-10 kungacha davom etadi. Qizamiq klinik ko'rinishda prodromal, toshmali, pigmentatsiya davrlari farqlanadi. Kasallik boshlanish kataral davri 3 –4 kun davom etadi, tana haroratini 38,5-39^{o}C gacha ko'tarilishi, umumiy zaharlanish va kataral belgilar paydo bo'lishi bilan boshlanadi.

Bemorda tez-tez aksirish, burundan ko'p suyuqlik ajralishi, ovoz bo'g'ilishi va quruq yo'tal kuzatiladi. Yorug'likdan ko'zlari achishadi, yoshlanadi, konyunktivalari qizarib ketadi, qovok lari shishib, bo'rtib turadi. Umumiy ahvol keskin o'zgaradi, bola bezovta, injiq, yomon uxlaydi, lanj, ishtahasi pasayadi.

Dastlab kasallik boshida ichi suyiladi, qorinda og'riq paydo bo'ladi. Juda og'ir holatlarda kasallikning birinchi kunlaridan boshlab, umumiy zaharlanish belgilari keskin namoyon bo'ladi, talvasa va hushni ketishi kuzatilishi mumkin.

Qizamiqda kataral davr 3-4 kun davom etadi, ba'zan 5-7 kungacha cho'ziladi. Bu davr uchun patognomonik belgi og'iz shilliq qavatida o'ziga xos o'zgarishlar bo'lishidir. Til ildizi

sohasida, lunj milk va lab shilliq qavatida chetlari qizil bo'lgan kul rang-ok ish nuqtalarni bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu belgilar toshma toshguncha 1-3 kunlarda namoyon bo'ladi, bu toshma paydo bo'lguncha qizamiq tashxisini qo'yishda yordam beradi va prodromda boshqa etiologiyali kataral ko'rinishlarni farqlashda yordam beradi.

Qizamiq kataral davri uchun yumshok va qattiq tanglayda mayda pushti -qizil dog'lar ko'rinishida enantemalar paydo bo'lishi xarakterli, qizamiq enantemalari teriga toshma toshguncha 1-2 kun davomida aniqlanadi.

Toshma toshish davri kasallikning 4-5 kunidan boshlanadi va dog'li-papulez toshmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Toshmaning birinchi elementlari qulok orqasida, burunda mayda pushti dog'lar shaklida paydo bo'ladi. Tezda o'lchamlari kattalashadi, bir-birlari bilan ba'zan ko'shiladi, noto'g'ri shaklga ega bo'ladi. Toshma elementlari miqdori juda tez ko'payadi, birinchi sutka oxirida butun yuz va bo'yinni qoplaydi, ko'krak va tana yuqori qismida alohida elementlar shaklida bo'ladi. Ikkinchi sutkada butun tanani va qo'lni yuqori qismini toshma qoplaydi, uchinchi kunda oyok va qo'larda tarqaladi. Toshmani davriy toshishi- qizamiq uchun muhim tashxisiy ahamiyatga ega. Qizamiqda toshma oyok - qo'lning ichki va tashqi yuzasini bir tekisda qoplaydi.

Toshmaning birinchi kunida tana harorati kataral davridagiga nisbatan yuqori bo'lib, toshma toshishidan 1-2 kun oldin u bir qancha tushadi va toshmaning birinchi kuni yangi ko'tarilish kuzatiladi. Toshma toshishi davrida harorat yuqoriligicha saqlanadi. Asoratlanmagan kechishada toshma tosha boshlangan kundan 3-4 kun o'tgach, harorat normallashadi. Toshma davrida bemor umumiy ahvoli og'ir, bezotalanish alahsirash, ba'zan uyqunchanlik kuzatiladi. Periferik qonda leykopeniya kuzatiladi. Qizamiqda umumiy zaharlanish belgilari ko'rinish darajasi kasallik kechish og'irligi belgilaydi.

Keyinchalik toshmalar tezda qorayib, jigar rang tus oladi va pigmentantsiya davri boshlanadi. Pigmentatsiya ham etapli, ya'ni dastlab yuzdan, tana va oyok qo'llardagi toshmalar pigmentatsiyalanadi. Bu davr 1-1,5 hafta davom etadi va teri mayda qipiqlanishlar yuzaga keladi. Pigmentatsiya davrida tana harorati normallashadi, kataral simptomlar yo'qoladi va bemorning umumiy ahvoli asta sekin tiklanadi. Qizamiqning rekonvalestsentsiya davrida uzok muddat asteniya va anergiya (immunitetning susayishi) holati ushlanib turadi.

Tashxisoti. Kasallikni o'tkir boshlanishi, kataral belgilarni asta –sekin kuchayishi, kon'yunktivit bo'lishi, enantema va Filatov –Koplik dog'larini paydo bo'lishi, o'zgarmagan teri orasida makulo – papulezli toshmalarni etapli toshishi, toshmali va O'RVI kasalliklar bilan farqlashda yordam beradi.

Davosi. Qizamiqni og'ir va asoratli kechishi va uy sharoitida ularni parvarish qilishiga imkoniyat bo'lmagan, shuningdek yopiq bolalar muassalarida yashayotgan va 1yoshgacha bo'lgan bolalar shifoxonalarga yotqiziladi. Yotok tartib butun tana harorati ko'tarilgan davrda saqlaniladi. Quruq yorilgan lablarini borli vazelin yoki yog' bilan surkash lozim. Burun paxtali issiq vazelin yog'iga botirilgan tampon bilan tozalanadi qatqalok lar hosil bo'lganda burunga kuniga 3-4 marta 1-2 tomchi vazelin yog'I tomiziladi. Ovqatlanish yoshiga mos bo'lishi kerak, sutli engil hazm bo'ladigan ovqatlar tavsiya etiladi.

Dori-darmonli patogenetik davo vositalari sifatida vitaminlar, umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar, asoratlanganda antibakterial preparatlar buyurish maqsadga muvofiqdir.

Profilaktikasi. Shoshilinch profilaktika uchun odam qonidan tayyorlangan immunoglobulindan foydalaniladi. U qizamiqli bemorlar bilan mulok otda bo'lgan, vaktsinatsiyaga qarshi ko'rsatmasi bo'lgan yoki emlash yoshiga etmagan bolalarga shoshilinch profilaktika uchun immunoglobulin yuboriladi. Aktiv immunizatsiya qabul qilingan reja assosida tirik qizamiq vaktsinasi yordamida o'tkaziladi.

QIZILCHA

Qizilcha virusli etiologiyaga ega bo'lgan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, kuchsiz zaharlanish, ko'z va burun shilliq qavatlarning engil katari, terida o'ziga xos morfologik toshma toshishi va limfa tugunlarining zararlanishi va kattalashishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Qizilcha ko'zg'atuvchisi filtrlovchi virus, sferik shaklga ega bo'lib, diametri 60-70 nm, tarkibida nukleokapsid va RNK saqlaydi. Tashqi tomondan uch qavatli gipoproteidli parda bilan

qoplangan. Hozirgi davrda ikkita antigeni aniqlangan. Tashqi muhitga virus chidamsiz. Efirga, sovishga sezuvchan, muzlatilganda -20-70^{o}C haroratda o'zining patogenlik holatini bir necha yil saqlay oladi.

Epidemiologiyasi. Kasalik manbai – bemor odam, ko'pincha yuqumlilik yashirin davrning oxiri va kasallikning ikkinchi haftasida kuzatilib, toshma toshish davrining 5- kunidan boshlab yuqumlilik uchramaydi. Havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Onadan homilaga vertikal yo'l orqali ham o'tishi mumkin.

Patogenezi. Virusning kirish yo'li yuqori nafas olish yo'lining shilliq qavatlari hisoblanadi. Birinchi navbatda limfa organlarida o'zgarish yuz berib, limfaadenitlarga olib keladi. Undan so'ng virus qonga o'tib, virusemiya boshlanadi. Natijada klinik jihatdan kataral belgilar yuzaga keladi. Virusni teri epiteliy qavatlariga o'tishi natijasida terida toshmalar yuzaga keladi. Organizmda antitelalarni (kasallikni 5-6 kunidan boshlab) paydo bo'lishi organizmdan virusni chiqarishga va uzok muddatga immunitetni paydo bo'lishiga olib keladi. Virusemiya davrida homilador ayollarda virus platsenta orqali embrion ichiga kiradi, bu esa o'z navbatida embrion to'qimasining shikastlanishiga olib keladi va hujayralarning ko'payishini susaytiradi va to'xtatadi. Natijada qizilcha bilan tug'ilgan bolalarni kam vaznlikda va kichik bo'y bilan tug'ilishi kuzatiladi. Qizilcha bilan tug'ilgan bolalar virus tashuvchi bo'lib hisoblanadi.

Klinikasi. Yashirin davri 14-21 kun davom etadi, 5-7 kun kasallik boshlanguncha ensa, qulok orqasi, orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmagan bo'ladi. Prodromal davri kuzatilmaydi. Kasallik ko'pincha tana harorati oshishi (37,2 –37,5^{o}C), engil holsizlik, yuqori nafas olish yo'llarining shilliq qavatlarida va ko'zda engil kataral o'zgarish (kon'yunktivit, burundan suv kelishi, yo'talish) holatlari kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha kataral angina uchraydi. Prodromal davr 1-3 kun davom etadi. Bunda limfa tugunlarining kattalashishi va og'riqli holatlar kuzatiladi.

Kasallikning avj olish davrida tana harorati 38-38,5^{o}C gradusgacha ko'tarilishi mumkin, toshma ko'pincha yuzdan, boshning sochli qismidan boshlanadi. Bir necha soat yoki 1-2 kun ichida butun tana va oyok qo'llarni qoplaydi, aksariyat elkada, yon tamonlarda va bo'g'imlarning yozuvchi qismida ko'p miqdorda toshadi. Butun limfa tugunlar ko'pincha orqa bo'yin limfa tugunlari paypaslanadi. Bu esa qizilcha uchun xos belgilaridan biridir. Rekonvalestsensiya davrida – umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib, limfa tugunlari kattaligi 2-3 hafta davom etadi. Bu esa qizilcha bilan kasallanganligidan dalolat beradi. Periferik qonda leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, plazmatik hujayralar va TYURK hujayrasi 10-25 % paydo bo'lishi, eozinofillar me'yorda yoki ozgina oshganligi kuzatiladi.

Tashxisoti. Virusologik burun-xalqum yallig'I, qon, siydik kasallikning 5-7 kunlarida ijobiy natija beradi. Serologik usullardan-qo'sh zardob qo'llaniladi. Hozirgi kunda IFA yordamida qizilchaga qarshi antitelolarning titri aniqlanmok da.

Davosi. Uy sharoitida davolashga ko'rsatma: kasallik engil, o'rta og'irlikda va asoratsiz kechishi. 4-5 kun davomida yotok rejimi tayinlanadi. Vitaminlarga boy va sutli mahsulotlar ko'prok iste'mol qilish tavsiya etiladi. Etiotrop davo qo'llanilmaydi. Kasallikning barcha simptomlari yo'qolganda, asoratlar kuzitilmaganda 5-kundan so'ng bemor sog'aygan deb hisoblanadi.

Profilaktikasi. Bemorlarni jamoadan boshlang'ich 15 kuni mobaynida ajratish tavsiya qilinadi. Chunki virus burun xalqumdan toshma paydo bo'lgandan so'ng 2 hafta mobaynida ajratib olinadi, asosan homilador ayollarni bemor bilan mulok otda bo'lishini oldini olish kerak, chunki bunday kishilarda qizilcha ko'pincha belgilarsiz o'tadi. Aktiv immunizatsiya qabul qilingan reja assosida tirik qizilcha vaktsinasi yordamida o'tkaziladi.

KO'K YO'TAL

Ko'kyo'tal o'tkir infeksion kasallik bo'lib, uning asosiy klinik belgisi xurujsimon spazmatik yo'taldir.

Etiologiyasi. Kasallikni gramm manfiy tayok cha Haemophilus pertussis chaqiradi. Ko'k yo'tal qo'zg'atuvchisi termolabil ekzotoksin va termostabil endotoksin hosil qiladi. Termolabil toksin nerv va tomirli tizimlarga nisbatan tropizmli xususiyatga ega. Ko'k yo'tal qo'zg'atuvchi tashqi ta'sirlarga juda sezgir. Yuqori haroratda, quyosh nurida, kuritishda va dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida tez halok bo'ladi.

Epidemiologisi. Infeksiya manbai bo'lib, spazmatik xuruj boshlanmasdan oldin, kasallikning boshlang'ich davrini o'tayotgan bemor hisoblanadi. Yuqumli davr 4-5 haftagacha davom etishi mumkin.

Infeksiya uzok vaqt bemor bilan mulok otda bo'lganlarga havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Ko'k yo'tal bilan hamma yoshlagi bolalar, shular ichida yangi tug'ilgan chaqalok lar, shuningdek katta yoshdagilar

ham kasallanadi. 1 yoshdan 5-7 yoshgacha kasallanish ko'prok uchraydi. Kasallik o'tib ketgandan keyin turg'un immunitet qoladi.

Patogenez. Ko'kyo'tal ko'zg'atuvchi yuqori nafas yo'llarining shilliq qavati va silindrik epiteliy hujaylarga tushib, u erda ko'payadi. Bronxial yo'l bilan tushgan ko'k yo'tal mikrobi mayda ultu, bronxiola, alveolalarga tarqaydi. Ko'k yo'talda bakteremiya kuzatilmaydi. Patogenezda asosiy o'zgarishlar toksinga bog'liq, u nafas yo'llari shilliq qavatini ta'sirlab, yo'tal chaqiradi. Toksin bilan uzok vaqt nafas yo'llarining shilliq qavati asab retseptori ko'zg'algandan yo'tal spazmatik xuruj sifatida namoyon bo'ladi. Bu vaqtda nafas olish ritmi buziladi. Natijada o'pka ventilyasiyasi va gemodinamika sustlashadi va gipoksiya rivojlanadi.

Klinikasi. Yashirin davri 3 kundan 15 kungacha, o'rtacha 5-8 kuni tashkil qiladi. Kasallik kechishini kataral, spazmatik va tuzalish bosqichiga bo'lish mumkin.

Kasallik asta-sekin quruq yo'tal bilan boshlanadi. Ba'zida tana harorati biroz ko'tarilishi va tumov bo'lishi mumkin. Bolaning umumiy holati odatda o'zgarmaydi, u bolalar muassasiga qatnayveradi. Ko'ruvda ob'ektiv o'zgarishlar aniqlanmaydi. 1-2 qafta ichida asta-sekin kuchayadi, keyinchalik xurujsimon tus oladi. Kataral davr davomiyligi 2 hafta davom etadi, og'ir hollarda, ayniqsa ko'krak yoshidagi bolalarda 5-7 kungacha qisqaradi.

Spazmatik yo'tal boshlangandan keyin spazmatik davr boshlanadi. Bunda ketma-ket yo'tal kuzatiladi. Yo'taldan keyin nafas olish natijasida ovoz pardasi yorig'idan ultura torayish natijasida hushtaksimon ovozlar chiqadi (repriz). Spazmatik davr boshida yo'tal kamdan-kam, keyinchalik ko'payib, kuchayib, kasallikning 2-3 haftasida yuqori darajaga etadi. Spazmatik yo'tal davrida bemorning yuzi qizaradi, ko'karadi, bo'yinidagi venalari bo'rtib chiqadi, ko'zlari yoshlanadi, ko'z sklerasiga qon quyilganga o'xshab, bosh oldinga, til oxirigacha chiqariladi, bunda til yuganchasini pastki tishlarning kesuvchi qismi bilan shikastlanadi, natijada tishi bor bolalarda til yuganchasi yarasi aniqlanadi.

Ko'k yo'talning engil va o'rta og'ir shakllarida xuruj o'rtasidagi davrda bolaning umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi. Bola faol bo'lib, o'ynaydi, ishtahasi saqlangan bo'ladi. Xurujlar ko'p qaytarilganda bola bo'shashib, injiq bo'ladi.

Ob'ektiv tekshirishda yuzi, qovok lari shishgan, teri yuzasi biroz ok argan, ba'zida teri va ko'z kon'yunktivasida qon quyilishi va til yuganchasida yaracha bo'ladi. O'pkada perkutor tovushning qutichasimon bo'lishi, ba'zida quruq xirillashlar aniqlanadi. Ko'k yo'talda periferik qonda leykotsitoz ($15 \cdot 10^9$ – $40 \cdot 10^9$ l gacha), monositoz (60-80% gacha), ECHT me'yorida yoki biroz pasayganligi kuzatiladi. Ayniqsa spazmatik davrda qonda o'zgarishlar yuqori bo'ladi, lekin kataral davrida ham leykotsitoz va monotsitoz kuzatilishi mumkin. Spazmatik davr davomiyligi 2-4 hafta kechadi. Keyinchalik yo'tal xuruji asta sekin pasayib kasallik keyingi bosqichga-tuzalish davriga o'tadi. Bunda yo'tal xurujlari kamayib, reprizlar yo'qoladi, balg'am oson ajraladi. Bu davrda yo'tal oddiy bo'ladi. Bu xurujlar uzunchok miyada ko'zg'alish o'chog'I borligidan dalolat beradi.

Tashxisoti. Ko'k yo'talni spazmatik davrda tashxislash qiyin emas. Kataral davrda tashxis qo'yish katta qiyinchiliklar tug'diradi. Bunday hollarda o'pkada fizikal o'zgarishsiz yo'tal bo'lishi, o'tkazilgan davo choralarning yordam bermasligi yo'tal vaktida qusish bo'lishi, periferik qondagi o'zgarishlar asosida tashxis qo'yiladi.

Laborator tashxisda qo'zg'atuvchi bakteriyani ajratib olish muhimdir. Mahsulot bemordan «yo'tal plastinkalari» usuli bilan, yoki ozuqa bilan namlangan quruq tampon yordamida olinib elektiv muhitga ekiladi. Bakteriyani yaxshi o'sishi kasallikning birinchi 2 haftaligida kuzatiladi. Serologik tashxis uchun RA, KBR, IFA qo'llaniladi.

Davosi. Erta yoshli bolalar, shuningek ko'k yo'talning og'ir shakl va asoratlar kuzatilayotgan hollarda bemor shifoxonaga yotkaziladi. Asosan patogenetik va simtomatik davolash o'tkaziladi. Antibiotiklar kasallikning boshlang'ich davrida va spazmatik yo'talning birinchi kunlarida foyda beradi. Antibiotiklarni erta ultu kilish yo'tal xurujlarini engillashtiradi, uning sonini kamaytiradi, kasallik kechishni kiskartiradi. Antibiotiklar levomitsetin, eritromitsin, ampisillin tavsiya etiladi. Davolash kursi 7-10 kun. Spazmatik yo'tal xurujini soni va og'irligini kamaytirish maqsadida neyroleptik moddalr (aminazin, pronazin) beriladi. Neyroleptiklar bronxspazmni yo'qotadi, nafas markazi ko'zg'alishini pasaytiradi, bemorni tinchlantirib uyqusini chuqurlashtiradi. Gipoksiya va gipoksemiyaga qarshi kurashish maqsadida oksigenoterapiya tavsiya qilinadi. Apnoe vaqtida burun, og'iz va halqumudan shilliq so'rib olinadi va sun'iy nafas berish o'tkaziladi.

Kompleks terapiyaga quyuq balg'amni parchalovchi va tashqi nafas olishni yaxshilovchi dori preparatlari – proteolitik ferment (tripsin, xemotripsin) va spazmolitik (eufillin, teofidrin) ultura yo'l bilan ingalyatsiya qilinadi. Ko'k yo'talni davolashda to'g'ri tartib va parvarish katta ahamiyatga ega. Bemorga MATni tinchlantiruvchi va spazmatik yo'tal xurujini kamaytirish maqsadida toza havo tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Kasallikka qarshi faol immunitet hosil qilish uchun AKDS va ko'k yo'tal monovaktsinasi ishlatiladi. Vaksina o'lik ko'k yo'tal mikroblaridan iborat. Birlamchi AKDS bilan emlash, 30-40 kun oraliq bilan, bolaning 3 oyligida 0,5 ml dan o'tkaziladi. Emlash kurak tagidagi teri ostiga qilinadi. Ko'k yo'tal monovaktsinasi 0,1 ml mikdorida bolalarga teri ostiga qilinadi. O'chok da umumiy profilaktika tadbirlar o'tkaziladi (xonalarni shamollatish, idishlarni, dastro'molchalarni zararlantirish va boshqalar).

PARAKO'K YO'TAL

O'tkir infeksion kasallik, ko'k yo'tal klinik belgilari o'xshash, lekin engil kechuvchidir.

Etiologiyasi. Kasallikni parako'k yo'tal tayok chasi (bordetella parapertussis) chaqiradi. Bu gram manfiy tayokcha, ko'k yo'tal bilan umumiy antigen xususiyatiga ega, lekin ultural va biokimiyoviy xusisiyatlari ko'k yo'tal tayok chasidan yaqqol polimorfligi bilan farqlanadi. Parako'k yo'tal ko'zg'atuvchisi kuchsiz endotoksin hosil qiladi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bemor yoki kam hollarda bakteriya tashuvchi hisoblanadi. Ko'k yo'talga o'xshab infektsiya havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasalikka davriy ko'tarilishi va o'chok lik xos.

Patogenezi. Ko'k yo'tal patogeneziga o'xshash.

Klinikasi. Turg'unlik davri 3 kundan 15 kungacha. Kasallik asta-sekin ko'payuvchi, ba'zida repriz bilan kechuvchi spazmatik xarakterli, qusish bilan kechuvchi yo'tal bilan boshlanadi. Yo'tal asta-sekin avj olib borib, tutqanok li xarakterni olishi mumkin. Parako'k yo'talni ko'k yo'talning engil shaklidan farqlash qiyin. Bunday hollarda ko'k yo'talga o'xshash 3 davr farqlanadi: kataral, spazmatik va tuzalish davri. Birok parako'k yo'talda spazmatik davr qisqarok bo'ladi, ko'k yo'talning engil shakliga o'xshab yo'tal xurujlari soni sutkasiga 5-7 martadan oshmaydi. Bunda ko'k yo'talga xos gemotologik siljish kuzatiladi. Parako'k yo'talning ko'k yo'talsimon shakli hamma kasallarning 1/3 qismida uchraydi. Ko'p hollarda parako'k yo'tal O'RVIning traxeobronxit tipida spazmatik yo'talsiz kechadi. Harorat odatda ko'tarilmaydi, umumiy holat buzilmaydi. Gemogramma normada qoladi. Yo'tal 2-3 xafta davom etadi, kam hollarda ko'prok bo'ladi. Ba'zi hollarda parako'k yo'tal belgisiz kechadi. Bunday holda parako'k yo'tal o'chog'ida bakteriologik va serologik tekshiruvlar o'tkazish natija beradi. Belgisiz shaklda tashqi burun halqumning shilliq qavatida qo'zg'atuvchini aniqlash va juft zardobda parako'k yo'tal antigeniga qarshi antitela titrini oshishiga asoslanib ko'yiladi.

Tashxisoti. Klinikasiga qarab parako'k yo'talga tashxis qo'yilmaydi. Laborator usul hal kiluvchi ahamiyatga ega: og'iz, halkumdan shilliq ajratilib, ekib, parako'k yo'tal tayok chasining aniqlash, RGA, RSK va RA yordamida xususiy antitelalar miqdori oshishi.

Davosi. Xuddi ko'k yo'taldagidek.

Profilaktika. Profilaktikasi ko'k yo'talga o'xshash. Parako'k yo'talga qarshi faol immunizatsiya o'tkazilmaydi.

"Qizamiq, qizilcha, ko`k yo`tal" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal kasalliklarini umumlashtirib, tahlil qiladi. Baholaydi tushunadi, biladi amaliyotda qo`llaydi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
2.	71-85	Yaxshi "4"	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal kasalliklarini bir biridan farqlay oladi. Amaliyotda qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-70	To`liq qoniqarli "3"	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal kasalliklarini tushunadi, belgilarini	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.

			biladi. Erta tashxislash mezonlarini bilmaydi. Ularni bir biridan farqlay olmaydi.	
4	55dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. ”2”	Qizamiq, qizilcha, ko`k Yo`tal kasalliklarini bo`yicha tushunchasi Yo`q. Mavzuni o`zlashtirmagan, qonspekt Yozmagan.	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 6 multimedialar 6

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko`nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

Masala 1. Bemor 2 Yoshda, shikoyati (onasi so`zidan) bolada isitma, kasallikning 1 kunidan toshma toshgan, holsizlik, injiqlik. Ob`ektiv terisida dog`li toshma rozeolez xarakterda, ensa limfatugunlari kattalashgan, subfebril isitma, subintoqsikatsiya belgilari ko’zatiladi. Epidemiologik anamnezidan qizilcha bilan ksallangan bemor bilan qontaktda bo`lgan.

1. Bemorning tashxisini aniqlang.
2. Kasallik kechishiga prognoz bering.
3. Davolash taktikasini tushuntiring.
4. Kasalik tarqalishini oldini olish bo`yicha maslahatlar bering.

Masala 2. Bemor 6 oylik, shikoyati (onasi so`zidan) Yo`tal, bezovtalik, injiqlik. Kasallik anamnezidan bemor 3 haftadan buyon ksal hisoblanadi, kasallik intoqsikatsiya va katarl belgilar bilan boshlangan. Yo`tal asta-sekin xurujli xarakterga ega bo`lgan, reprizlar ko’zatilgan. Xurujli Yo`tal kuniga 5-6 marta ko’zatiladi. Ob`ektiv bemorning ahvoli nisbatan qoniqarli, terisi toza, puls ritmik, o`pkada dag`al nafas, o`tkazuvchi xirillashlar eshitiladi. Bemor shpatel bilan tomog`i ko`rilganda xurujli Yo`tal ko’zatildi.

1. Bemorning tashxisini aniqlang.
2. Kasallik kechish og`irligini aniqlang.
3. Davolash taktikasini tushuntiring.
4. Kasalik tarqalishini oldini olish bo`yicha maslahatlar bering.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:

dikloran, kanamistin, norilet, Gentamistin sulfat, ofloded, gepa-merst

1.Rp.: Sol. Diclorani 25% 3ml N.10
(savdo nomi)
Diclofenac
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 5mldan kuniga 2mahal mushak orasiga yuborilsin.

2.Rp.: Kanamycini sulfatis 0.5 N.5
(savdo nomi)
Kanamycin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. flakondagi kukunni 0.5% - 5 ml novokainga eritib, kuniga 2 mahal 5 kun (sinamadan so’nd) m/o ga yuborilsin.

3.Rp.: Tabl. “Norilet” 0,4 N.20
(savdo nomi)
Norfloxacin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Kuniga 1 tabletkadan 3 mahal ovqatdan keyin

4.Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2,0 N.10
(savdo nomi)
Gentamycin

(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 2 ml ni (sinamadan so'nd) m/o ga 2 mahal yuborilsin.

5.Rp.: Tabl. Oflodedi 0,2 N.20
(savdo nomi)
Ofloxacin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Kuniga 1 tabletkadan 2 mahal ovqatdan keyin ichilsin

6.Rp.: Sol. "Hepa-merz" 10ml N.10
(savdo nomi)
Ornithine
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 10 mldan kuniga 0,9 %li 200 ml natriy xlorid eritmasi bilan vena ichiga tomchilab yuborilsin.

Yakuniy baholash test savollari
13-Mavzu:**Qizamiq. Qizilcha**Qizamiqqa qarshi emlanganlar va katta yoshdagilarda qizamiq kechishining o'ziga xosligi. Laborator diagnostikasi. Davolash usuli. Profilaktikasi. Qizilcha. Qo'zg'atuvchining xarakteristikasi. Moyillik. Klinik shakllari. Kasallik qizilchaning manifest yoki amanifest shaklida kechganda homilaning zararlanishi. Patogenez va patomorfologiyasi. Klinikasi. Yashirin davri. Kasallikning asosiy klinik belgilari. Diagnostikasi. Hozirgi zamon laborator diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktikasi. IVBDV stast kasallik asoratlari. Soxta bugmani chin bug'madan farqi. differenstial diagnostikasi va davo choralari. Immunizastiya asoslari.

1 **Ko'kyo'tal. Parako'kyo'talTugma qizil chadagi asosiy xarakterli belgilar:**
*yurak porogi, karlik, katarakta
toshma,kataral o'zgarishlar
subfebril harorat, toshma
subfebril harorat,kataral o'zgarishlar

2 Qaysi asoratlar qizamiq uchun xos:
*pnevmoniya
laringit, laringotraxeobronxit
Uoterxauz -Frideriksen sindromi
Miokardit

3 Qiyoslaganda qizilchaga xos belgilar:
toshmaning bosqichli toshishi
o'tkir boshlanish, kataral holati, ensa polilimfadeniti, qo'l va oyoqda mayda dog'li toshma
o'tkir boshlanish,yutinganda tomoqda og'riq
o'tkir boshlanishi, konyunktivit, razolyozli toshma
*kataral holat, o'tkir boshlanishi, konyunktivit, yorug'likka qaray olmaslik, dog'li papulyoz

4 "Qizamiq va qizilcha (tug'ma qizilcha) kasalliklarida chora tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida"gi buyruq:
№275 15.07.1994
* №192 24.04.2003
№591 23.11.1993
№96 18.02.1992

5 Qizamiq kuzatuvchisining ko'payish o'rni:
*yuqori nafas yo'llari shilliq pardasi va limfa tuguni
taloq
jigar
o'pka

6 Qizamiq bilan kasallanganlarni kasalxonadan chiqarish qoidasi:
toshma toshishining 4-5 kuni
*teri pigmentastiyadan tozalangandan so'ng
tana harorati me'yorlashgandan so'ng
pigmentastiya davrida

7 Qizamiq bilan taqqoslanmaydigan kasallik:
suvchechak
skarlatina
*difteriya
qizilcha

8 Qizamiq klinik tashxisiga xos emas :
Isitma
*artralgiya
dog'li-papulyoz toshma
konyunktivit

9 Qizamiq o'chog'ida tezkor profilaktika uchun qo'llaniladigan vosita:
*immunoglobulin
vaksina
antibiotik
anatoksin
10 Qizamiq patogenezi uchun xos bo'lmagan bosqich:
Qo'zg'atuvchining organizmga tushishi
tomirlar endoteliysi, MNS zararlanishi
T-limfostitlar zararlanishi
*B-limfostitlar zararlanishi
11 Qizamiq tashxisini qo'yishga qaysi usul yordam beradi:
*serologik
biologik
bioximiyaviy
virusologik
12 Qizamiq toshmasi tavsifi:
kichik nuqtali, ushlab turganda qattiqroq, b urun lab uchburchagi toshmadan xoli
butun tana birdan kichik dog'li toshma toshishi, ularning bir biriga qo'shilmasligi
*davriy toshish, butun tanada makulapapulezli, bir-biriga qo'shilish ehtimoli
rozeolali toshma, qorinning yuqori va ko'krakning pastki qismida toshishi
13 Qizamiq uchun xarakterli belgilar:
*Belskiy-Filatov-Koplik dog'lari
malinali til
qorin burab og'rishi
quloq oldi bezining kattalashuvi
14 Qizamiq uchun xos bo'lmagan simptom:
kuz shilliq qavatining yallig'lanishi
Filatov-Belskiy -Koplik belgisi
dogsimon populez toshmalar toshishi
*burun-lab uchburchagi toshmalarining bo'lmasligi
15 Qizamiq uchun xos kasallikning boshlanishi:
*o'tkir
asta-sekin
yashinsimon
to'satdan
16 Qizamiq uchun xos toshma xarakteri:
bir-biri bilan qo'shilmaydigan dog'li papulyoz toshma
*davriy toshadigan toshma
rozeolezpetexial toshma
gemorragik toshma
17 Qizamiq uchun xos toshma:
*dog'simon papulyozli
rozeolyozli
petexiyali
vezikulyozli
18 Qizamiqda kam uchraydigan asorat:
*enstefalit
zotiljam
laringit
bronxitlar
19 Qizamiqda og'iz shilliq pardasidagi o'zgarishlar:
*filatov-koplik dog'lari
stomatit
angina,laringit
tanglaydani enantema
20 Qizamiqda toshma toshishi o'rni:
Qo'l kafti
Oyoq tovoni
*butun tana bo'ylab, bosqichli
tananing tuk bilan koplangan qismi
21 Qizamiqdan keyingi zotiljamni davolashda xos bo'lmagan vosita:
parhez
antibiotiklar
*uxlatuvchi vositalar
infuzion terapiya
22 Qizamiqni davolashda asosiy yo'nalish:
*patogenetik
antibiotik
zardobli
simptomatik
23 Qizamiqni davolashda xos bo'lmagan davo vositasi:
parhez
simptomatik davo
Ko'z va teri gigiyenasi
*antibiotiklar
24 Qizamiqni vaqtli tashxislashda kamroq ahamiyatli belgi:
*serologik reaksiyalar ijobiyligi
tanglayda dog'li enantema
Filatov-Koplik dog'i
tana harorati oshishi
25 Qizamiqning avj olish davri uchun xos bo'lmagan belgi:
*qattiq tanglayda va yumshoq tanglayda enantema.
tana harorati ko'tarilishi
toshma toshishi
leykopeniya, eozinopeniya, trombotsitopeniya
26 Qizamiqning boshlangich davri uchun xos bo'lmagan belgi:
Tanada toshma toshuvi
*balg'amli yo'tal
konyunktivit
Filatov-Koplik dogi,qattiq tanglayda enantema

27 Qizamiqning kataral davri uchun xos belgilar:

tana harorati 39-40 ^{o}C, aksirash, tumov belgisi, badanda toshma toshgan
tana t si oshishi, tumov elementlari, bo'yin orqasi limfa tugunlari kattalashuvi
tana t si oshishi,tumov elementlari,jag osti limfa tugunlari kattalashuvi
*tana t si 39-40 ^{o}C, yo'tal, aksirash, tumov belgilar, burundan suyuqlik ketish

28 Qizamiqning sustlashgan shakl uchun xos bo'lmagan belgi:

*shilliq qavatlarda kataral elementlarining bo'lmasligi
Turg'unlik davrining cho'zilishi
boshlangich va toshma toshish davrini qisqarishi
makulalopapulezli toshmani badanda davriy toshishi

29 Qizamiqning toshma toshish davrida xos belgi:

*tana harorati yuqori, toshma toshishi, konyunktivit, tumov, uyqu buzilishi, kuz eshi okishi, kechkurun alahsirash
tana harorati yuqori, toshma toshishi, uyqu buzilishi, meteorizm, ichak quldirishi
tana harorati me'yorida, toshma toshishi
tana harorati yuqori, toshma toshishi, qorinda og'riq, kechkurun alahsirash

30 Qizil chadagi xarakterli toshma:

Gemorragik
*Mayda nuqtali
Vezikulyoz
Pustulyozli

31 Qizilcha b-n qiyosiy tashxis kilinmaydigan kasallik:

qizamiq
dori allergiyasi
skarlatina
*suv chechak

32 Qizilcha qo'zg'atuvchisining ko'payish o'rni:

limfa tuguni
taloq
*shilliq qavat
teri

33 Qizilcha tashxisida qo'llaniladigan laboratoriyaviy uslub:

*Serologik
Bakterioskopik
Koprologik
Yo'g'on tomchi uchun qon olish

34 Qizilchada asosiy patologik sindrom:

quloq oldi bezining kattalashuvi
jigar va taloq kattalashuvi
bodomcha bezi kattalashuvi
*periferik limfa tugunlari kattalashuvi

35 Qizilchada og'iz shilliq pardasidagi o'zgarish:

*tanglaydagi enantema
Filatov-Koplik belgisi
bodomcha bezlarining kattalashuvi
Murzon belgisi

36 Qizilchada qaysi serologik usul tashxis qo'yishda yordam beradi:

ROPGA
O-AGA
*KBR
RTGA

37 Qizilchada toshma xarakteri:

rozeolyoz-petexial toshma
*bir-biri b-n qo'shilmaydigan dog'li papulyoz toshma
davrli toshadigan toshma
gemorragik toshma

38 Qizilchada toshmaning toshish sohasi:

*tananing hamma joyida
tananing yon tomonlari
bo'yin bosh sohasida
Qo'l va oyoqlarning bukilish sohasida

39 Qizilchada virusning qon orqali tarqalib, to'qimalarga ta'siri:

buyrak
o'pka
jigar
*teri va shilliq qavatlar

40 Qizilchaga xarakterli bo'lmagan belgi:

subfebril temperatura
*Filatov-Koplik belgisi
mayda nuqtasimon toshmalar
kataral o'zgarishlar

41 Qizilchaning avj olish davriga xos emas;

toshma toshishi
kataral belgilar,bo'yin va ensa limfa tugunlarining kattalashishi
*tanglayda enantema
qonda plazmatik hujayralar

42 Qizilchaning boshlangich davri uchun xos bo'lmagan belgi:

*toshma toshishi
tana haroratining oshishi
kataral belgilar
bo'yin orti va ensa limfa tugunlari kattalashadi

43 Qizamiq va qizilchaga bag'ishlangan asar muallifi

Ibn Sino

Jurjoniy
Frakastro
*Ar-Roziy

44 QKGI boshlangich davri uchun xos bo'lmagan belgi:
*gemorragik belgi
isitma
mushak va bo'g'imlarda og'riq
terlash

45 QKGI da laborator tashxisot usullari:
bakteriologik
*serologik
biologik
teri-allergik

46 QKGI da periferik qondagi xos bo'lmagan o'zgarish:
aneozinofiliya
*eozinofiliya
gipoxrom anemiya
trombostitopeniya

47 QKGI da spestifik davo vositasi:
*rekonvalesstent qon plazmasi
donor qon zardobi
antibiotiklar
interferon, reoferon

48 QKGI da xos serologik usul:
*KBR, IFA
Vidal reaksiyasi
Rayt-Xeddelson reaksiyasi
O-AGA,TGAR

49 QKGI gemorragiya davri uchun xos bo'lmagan belgi:
bradikardiya, gipotoniya
albuminuriya
*anuriya
gemorragik belgi

50 QKGI gemorragiya davri uchun xos bo'lmagan belgi:
*anuriya, bradikardiya
albuminuriya
gemorragik belgi
isitma

51 QKGI qon ketishining asosiy sababi:
*tomir devori o'tqazuvchanligining oshishi
qon ivishining buzilishi
tomir ichi qon ivishi
kalsiy etishmovchiligi

52 QKGI moyil guruhlar:
1-7 yosh gacha
50 yoshdan kattalarda
yoshga bog'liq emas
*15-45 yosh

53 Ko'k yo'tal asoratlari:
meningit, ependimatit
o'pka abssessi, plevrit
*zotiljam, o'pka atelektazi
paratit, tonzillit

54 Ko'k yo'tal bilan qaysi kasallik qiyosiy tashxis kilinmaydi:
gripp
bronxial astma
*o'lat
adenovirusli infekstiya

55 Ko'k yo'tal davosida qo'llanilmaydigan vositalar:
aminozin
maxsus immunoglobulin
*psixotrop vosita
vitaminlar

56 Ko'k yo'tal o'chog'ida epidemiyaga qarshi chora tadbirlar
dezinfeksiya
emlash
*tashxislash va davolash
deratizasiya

57 Ko'k yo'tal qo'zg'atuvchisining ko'payish o'rni:
jigar
o'pka
*yuqori nafas yo'llarining shilliq qavati va teri epidermisi hujayrasida
yurak

58 Ko'k yo'tal tashxislashda asosiy usullar:
Bioximiyaviy
Biologik
*Bakteriologik, serologik
Kultural

59 Ko'k yo'tal uchun xos bo'lgan asorat:
vir.gepatit
Enstefalit
*bronxopnevmoniya
Uoterxaus-Frideriksen sindromi

60 Ko'k yo'talda kasallikning boshlanishi:
yashinsimon
asta-sekin
*o'tkir
bilinar-bilinmas

61 Ko'k yo'talga xos belgilar:
*xurujsimon spazmatik yo'tal
limfa tugunlarining kattalashuvi
tanada toshmalar
balg'amli yo'tal

62 Ko'k yo'talni davolashda asosiy yo'nalishlar:
regidratatsion
zardobli
*simptomatik, patogenetik
degidratatsion

63 Ko’k yo’talning kataral davrida xos bo’lmagan belgi:
quruq yo’tal
tana haroratining ko’tarilishi
*balg’amli yo’tal
lohaslik
64 Ko’k yo’talning spazmatik davri uchun xos belgi:
teri va sklerada qon quyilishi
xurujli yo’tal
*tilchada yara
qusish
65 Ko’kyo’tal kasalligining tekshirish uchun kerak bo’ladigan materiallar
Axlat
qon
*balg’am va yuqori nafas yo’llaridan olingan surtma
peshob
66 Ko’kyo’talga xos belgilar:
limfa tugunlarining kattalashuvi
tanada toshmalar
balg’amli yo’tal
*xurujsimon spazmatik yo’tal
67 Periferik qonning qizamiqda ko’rinishi:
*leykopeniya
leykotsitoz
monotsitoz
limfotsitoz
68 Periferik qonning ko’k yo’talda o’zgarishi
leykotsitoz va monotsitoz
leykopeniya
lamfopeniya
eozinofiliya

69 Qaysi asoratlar ko’k yo’talga xos emas:
*jigar sirrozi
enstefalopatiya va meningizm
pnevmoniya
o’pka atelektazi, plevrit
70 Qaysi asoratlar tipik xollarda ko’k yo’talga xos:
*o’pka atelektazi, plevrit
chin krup
miokardit
jigar sirrozi

71 Qiyoslaganda qizamiqqa xos belgilar:
*kataral holat, o’tkir boshlanishi, kon’yunktivit, yoruglikka qaray olmaslik
o’tkir boshlanishi,kataral holat, kon’yuktivit
ensa mikrolimfadeniti, kul va oyoqda mayda dog’simon toshma
o’tkir boshlanishi, yutinganda og’riq, tana harorati oshishi, kizargan, fondda mayda nuktasimon toshma
o’tkir boshlanish, kasalning ahvoli qoniqarli, vezikulez pufakchali toshma

38. Ko’k yo’tal tashxisotda usullar erdam beradi
bakteriologik, serologik
biologik
bioximiyaviy
39.Ko’k yo’talda qon kurinishi:
leykotsitoz, ECHT me`erida
leykopeniya, eozinofiliya
leykotsitoz, neytrofilez, ECHT oshgan
leykopeniya nisbiy limfotsitoz
1. o’k yo’tal bilan qaysi kasallik qiyosiy tashxis qilinmaydi:
   gripp
   adenovirusli infeksiya
   bronxial astma
   ulat
2. o’k yo’tal kieslanadigan kasallik:
   URVI, tuburkulez, bronxoadenit
   bronxiolit, pnevmoniya
   virusli gepatit
   OITS
3. o’k yo’talni davolashda asosiy yunalishlar:
   zardobli
   simptomatik
   patogenetik
   regidratatsion
   degidratatsion
4. o’k yo’tal davosida qo`llanilmaydigan vositalar:
   streptomitsin-ampitsilin
   maxsus immunoglobulin
   aminozin
   vitaminlar
   psixotrop vosita
5. KDS qaysi dozada va qaysi Yo`l bilan yuboriladi
   0, 1 ml teri ichiga
   0, 1 ml teri orasiga
   0, 5 ml mushak orasiga
   0, 5 ml teri ostiga

6. tashxislash va davolash
o’k yo’tal o`chog`ida epidemiyaga karsha dezinfeksiya
chora tadbirlar deratsizatsiya
emlash

14-mavzu: Skarlatina. Infekstion mononukleoz. Suvchechak va gerpetik infekstiyalar. Klinik shakllari. Asoratlari, davolash usullari, oldini olish.
Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o’ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi. Oddiy gerpes.

3. Ta’lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg’ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg’ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1.Skarlatina. Klinik shakllari. Asoratlari, davolash usullari, oldini olish. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o’ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi 2.Infekstion mononukleoz. Klinik shakllari. Asoratlari, davolash usullari, oldini olish. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o’ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi 3.Suvchechak va gerpetik infekstiyalar. Klinik shakllari. Asoratlari, davolash usullari, oldini olish. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o’ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
Mavzuning maqsadi: Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechakni, gerpetik infeksiya erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashqillashtirish, shifokorlik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o`rgatish. O’tkir infekstion allergik kasallik bo’lib, haroratning ko’tarilishi, organyzmning umumiy intoksikastiyasn. Bodomcha bezlarining zararlanishi va terida mayda-mayda tugmasimon toshmalarning paydo bo’lishi bilan ta’riflanadi.	
Ta`lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	O’quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob,test

1.2. “Skarlatina. Infekstion mononukleoz. Suvchechak va gerpetik infekstiyalar. Klinik shakllari. Asoratlari, davolash usullari, oldini olish. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Kattalarda o’ziga xos kechishi.Laborotor tashxisoti, davosi, profilaktikasi. ” amaliy mashg’ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5daqiqa)	Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. Talabalarni mashg’ulotga tayyorligini tekshiradi Davomatni nazorat qiladi.	Qatnashadilar
4. O’quv mashg’ulotiga kirish bosqichi (40 daqiqa)	Mavzuga oid bo’lgan boshlang’ich bilimlar darajasini aniqlash. Interfaol usulni mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzu tahlili.	Qatnashdilar. Tinglaydilar. Savollarga javob beradilar.
5. Asosiy bosqich	“Skarlatina, Infekstion mononukleoz” Savol-javob o’tkazish.	Kichik guruhlarga bo’linadilar

(90daqiqa)	«*Stol o`rtasidagi ruchka*» interfaol usulda mavzu tahlili. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. Multimediyalardan foydalaniladi "Yuqumli kasalliklar haqida ma'lumot". Kuratsiya ishlarini olib boradi Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
3.Asosiy bosqich (125 daqiqa)	"Suvchechak va gerpetik infekstiyalar." Savol-javob o'tkazish. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. "*Muammoni hal qilish*»uslubi interfaol usulda mavzu tahlili. Multimediyalardan foydalaniladi Skarlatina, Infekstion mononukleoz, Suvchechak va gerpetik infekstiyalar Kuratsiya ishlarini olib boradi. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
6. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	Yakunlovchi xulosa qiladi. Mustaqil ish beradi. O'ta xavfli infektsiyalar O'lat, Sibir yarasi, chin chechak Etiologiyasi. Kasallik qo'zgatuvchilari va ularning asosiy xususiyatlari. Tasnifi va nomlanish asoslari. Tarqalish yullari. Kasallikning rivojlanishi (patogenez) boskichlari. Klinik shakllari Kasallik iatijasi. Tashxis usullari. Davolash asoslari. Kasallikning oldini olish. Uyga vazifa beradi. Yakuniy nazoratga tayyorlanish	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami: 6 soat		

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so`zlar, echiladigan muammolar)

1. Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak, gerpetik infeksiya. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.
2. Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak, gerpetik infeksiya klinik belgilari.
3. Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak, gerpetik infeksiya kasalligida labaratoriyaviy tahlil uchun material olish.
4. Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechakning umumiy va mahalliy davolash usullari.
5. Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak, gerpetik infeksiya bilan kasallangan bemorlarni davolash.
6. Kasallik tarixini to`ldirish.

Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak, gerpetik infeksiya etiologik tavsifi.
2.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak, gerpetik infeksiyaning epidemiologiyasi
3.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, gerpetik infeksiya, suvchechakning patogenezi.
4.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechakning klinik belgilari.
5.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak labaratoriyaviy tahlil uchun material olish.
6.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, gerpetik infeksiya, suvchechakning umumiy va mahalliy davolash usullari.
7.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechak bilan kasallangan bemorlarni davolash.
8.Skarlatina, yuqumli mononukleoz, gerpetik infeksiya, suvchechakning oldini olish.

Skarlatina, yuqumli mononukleoz, gerpetik infeksiya, suvchechakni chuqur o`rganish uchun uni quyi kurslarda o`rganilgan quyidagi fanlar bilan bog`lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo`lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo`zg`atuvchilar marfologiyasi, antigen to'zilishi, bioqimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo`llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o`choqda olib borilishi shart bo`lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta`minlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo`zg`atuvchilar va ularning zahari ta`sirida tizim va a`zolar faoliyatini izdan chiqishi, diareyaning kelib chiqish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta`sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og`iz bo`shlig`i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o`zlashtirishi.

Talabalar egallashi zarur bo`lgan amaliy ko`nikmalar:

Ekzantema bilan kechuvchi kasalliklarda toshmalarga taъrif bering (TPK, meningoqoqtsemiya, qizamiq, skarlatina, qizilcha, suvchechak, epidemik toshmali tif).

Maqsad: Toshma bilan kechadigan kasalliklarga tashxis qo'yish.
Ko'rsatma: Terisida toshma bilan kechadigan kasalliklar.
Kerakli anжomlar: Kushetka, yorug'lik manbai, niqob.

Bажariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bажara bilmadi (0 ball)	Qisman bажardi (5 ball)	To'liq va aniq bажardi (10 ball)
1.	Niqob taqiladi va bemordan echinish so'raladi	0	5	10
2.	Bemorni yorug'lik manbaiga yaqinroq жoylashtiriladi (tabiiy yorug'lik yaxshiroq)	0	5	10
3.	Terining rangi ko'zatiladi	0	5	10
4.	Toshmaning xususiyati aniqlanadi (makula, papula va boshqalar)	0	5	10
5.	Toshmalar toshgan жoylar aniqlanadi	0	5	10
6.	Toshmalarning qo'shilishga moyilligi aniqlanadi	0	5	10
7.	Toshmalarning bosqichli toshish xususiyati aniqlanadi	0	5	10
8.	Toshmaning ikkilamchi elementlari aniqlanadi (dog'lar qolishi, po'stloq qolishi, yiringlashi va x.k.)	0	5	10
9.	Dermografizm aniqlanadi	0	5	10
10.	Bemorga kiyinish buyuriladi va qo'l yuviladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

"Stol o`rtasida ruchka"

Mavzu. Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechakga asosiy klinik belgilarini ayting.

Guruh talabalari raqamlar bilan belgilanadi. Har bir talaba o`zi Yaxshi bilgan bittadan kasallikni tanlab kog`ozga Yozadi. Ruchkani stol o`rtasiga qo`yib, qog`ozni keyingi talabaga o'zatadi. Barcha talabalar o`z kasalliklarini Yozgandan so`ng navbat bilan fikrlarini bayon qiladilar. Masalan, talaba Skarlatina, yuqumli mononukleoz kasalligini tanladi. U quyidagicha tayanch belgilarni izohlaydi: qo`zg`atuvchisi Skarlatina, yuqumli mononukleoz, suvchechakni, o`tkir boshlanishi, tana harorati oshishi, bosh og`rig`i, holsizlik, toqsikoz alomatlari, yo'z, oyok -qo`llarda och-pushti rang toshmalarning toshishi, qonda neytofilli leykotsitoz ko'zatilishi.

"Muammoni hal qilish "

Maqsad: ushbu muammo yo'zasidan to`g`ri fikrlashni o`rgatish.

Tamoyillari: Guruh talabalari har biri 3 talabadan iborat, mayda guruhchalarga bo`linishadi. Guruhga vaziyatli masala berilib, to`g`ri javob talab qilinadi. Har bir talaba o`z javobini Yozadi. Keyin talaba o`zining o`ng tomonidagi talaba bilan fikr almashinib Yana javob Yozadi va oxirgi marta chap tomonidagi (3 talabadan iborat guruh) talaba bilan ham fikr almashinib, umumiy guruh fikrini Yozib chiqaradi.

Afzalliklari : Talaba bu usulda, nafaqat berilgan muammo yo'zasidan fikrlashni, balki to`g`ri fikr tanlashni ham o`rganadi.

MAVZU BAYONI
SKARLATINA

Skarlatina - streptokokkli infeksiyalarning bir ko'rinishi bo'lib, gemolitik streptokokk eritrogen toksini ta'sirida mahalliy yallig'lanish reaktsiyasi, umumiy zaharlanish, yuqori isitma, mayda nuktali toshma toshishi, angina, taxikardiya, terining qipiqlanishi kabi o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan va o'z vaqtida davo choralari olib borilganda turg'un imunitet hosil qilib, asoratsiz yaxshi o'tadigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Skarlatina qo'zg'atuvchisi A guruhli V - gemolitik stepkkokokklar turiga mansub. A guruhiga kuruvchi streptokokklar M va T antigenlariga qarab 55 ta serotipiga bo'linadi. V - gemolitik streptakokk hamma serotiplariga xos termostabil eritrogen toksin (Dika toksini) va antigen substantsiyalari saqlaydi.

Skarlatinani qo'zg'atishda asosan 5-6 ta serotiplar asosiy rolni o'ynaydi. Ular asosan penitsillin, tetratsiklin, eritromitsin, levomitsitinga sezgir. Stafilokokklarga qarshi o'larok streptokokklar pentsilinaza ishlab chikarmaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai faqat streptokokkli infeksiya bilan kasallangan bemorlar (skarlatina, angina, saramas.) va bakteriya tashuvchi sog'lom odamlar bo'lib hisoblanadi. Atrof–muhit uchun skarlatina bilan og'rigan bemorlar kasallikning birinchi kuni juda xavfli hisoblanadi, sog'ayish davrida esa bakteriyalarni atrof muhitga 3-5 barovar kam ajratadilar. Mikroblar bakteriya tashuvchilarda kasallikning birinchi kunidagiga qaraganda 100 barobar kamrok ajralib chiqadi.

Skarlatinada yuqish yo'li havo tomchi orqali bo'lib, infeksiya faqat juda yaqin masofada bo'lgandagina yuqadi, ya'ni bir palata yoki xonadagilarga yuqishi va qo'shni xonadigalarga skarlatina tarqalmasligi mumkin.

Skarlatina kuzgatuvchilari tashki muxitda uzok yashashiga karamasdan u uzining virulentligini tezda yukotadi. Ba'zi xollarda uy jixozlari, uyinchoklar orkali xam tarkalishi mumkin. Juda kam xolarda skarlatina ogiz orkali ya'ni sut va sut maxsulotlaridan yukishi mumkin.

Chaqalok lar va bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'zining fiziologik kuchining tuzilishi yuqoriligi tufayli ularga steptokokklar toksini juda ham sust ta'sir qilib, boshqa xildagi streptokokkli kasalliklar sifatida o'tishi mumkin. Ko'pincha 1-9 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Mavsumiylik havo sovushi bilan kasallik ortib boradi, asosan
oktyabr yanvar oylarida uchraydi.

Patogenezi. Patogenezida 3 ta komponent (infektsion, toksik, allergik) etakchi vazifani bajaradi.Kasallik rivojlanishida organizmda toksinga qarshi (antitoksik) yoki mikrobga qarshi (antibakterial) immunitet borligi katta ahamiyatga ega. Agarda organizmda antitoksik va antibakterial immunitet bo'lmasa skarlatina bilan kasallanadi.

Klinikasi. Yashirin davri 1-12 kun (o'rtacha 7-8 kun). Kasallik o'tkir, tana haroratining ko'tarilishi va ba'zida et uvishishi, qaltirash bilan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashib, ba'zida qusish kuzatiladi, yutingan vaqtda tomog'ida og'riq paydo bo'ladi, skarlatinaning dastlabki simptomlari bu angina bo'lib xizmat qiladi. Bodomcha bezlari kattalashib shishadi, qizaradi yumshok tanglay qizaradi va u qattiq tanglay sohasidan aniq chegaralanib turadi. Qattiq tanglayda ochiq qizg'ish rangli nuqtalar paydo bo'ladi. Bular bilan birgalikda mahalliy limfa tugunlari ham kattalashadi va paypaslab ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Tili karashlangan, til uchi qizg'ish holda yuzi bir oz shishgan bo'ladi. 1-2 kunda kasallik juda avj oladi. Tana harorati juda yuqori ko'tariladi, bodomcha bezlarida follikulyar yiringli o'chok lar paydo bo'ladi.

Skarlatinada toshmalar kasallikning birinchi kunidan ba'zida esa ikkinchi kuni bir necha soat ichida butun tana sohasida birdaniga paydo bo'ladi. Morfologik jihatdan toshmalar mayda nuqtali giperemiya asosida, bo'ladi. Toshma elementlari 1-2 mm ga teng mayda nuqtali rozeola bo'lib, qizg'ish rangda bo'ladi. Skarlatina toshmasining joylashishi o'ziga xos xarakterga ega. Toshma asosan bo'yin

terisi, tananing yuqori qismida paydo bo'lib, tezda tananing quyi qismi va qo'llarida tez taraqaladi, toshmalar asosan qo'ltiq osti, bilak, tizza burmalarida juda quyuq joylashgan bo'ladi (23, 24-rasmlar). Yuzi va yanok larida toshmalar uncha yaqqol ko'zga tashlanmaydi, lekin yuzi qizg'ish rangda bo'ladi, burun lab uchburchagi ok rangda ko'zga tashlanib turadi.

Bo'yin, bilak, chov, tizza burmalarida bosgan vaqtda yo'qolmaydigan, asosan tomirlarning murtlashganligi tufayli hosil bo'ladigan, mayda petexiyalar paydo bo'lib, ko'kimtir yo'laklar hosil qiladi buni simptom Pastiya deyiladi.

Skarlatinada toshmalar miliar yoki nuqtasimon tavsifli bo'lib, 1-3 kunlari ochiq qizg'ich rangda saqlanib keyin ok ara boshlaydi va 8-10 kunida yo'qoladi. 5-6 kuni tana harorati me'yorlashib, bir vaqtda tamok va til xam o'zgaradi, til birinchi kunlari quyuq karashlagan bo'lib, 2-3 kunlari toza bo'la boshlaydi. 4 kuni xarakterli tus oladi. Ochiq qizg'ish rangda bo'lib yuzasidan so'rg'ichlar bo'rtib turadi yoki buni (malinasimon rangli til) deyiladi. 10-12 kun ushlanadi. Bodomcha bezlari juda sekin o'zgarib boradi.

Toshmalar ketgandan sung terining kuchishi boshlanadi. Toshma kanchalik kuyik va rivojlangan bulsa teri kuchishi shuncha rivojlangan buladi. Yuz va buyin, tanada kipik xolida bulsa kullarda tangasimon buladi, katta tangasimon teri kuchishlari kengrok uchrab ular asosan tirnok atrofidan boshlanadi.

Kasallik avj olish davrida ECHTning kupayishi leykotsitoz, neytrofilyoz, eozinofiliya, siydigida oksil, toza eritrotsitlar kuzatiladi. Skarlatinaning tasnifi uning kechishi va og'irligiga qarab belgilanadi.

Tashxisoti. Asosan klinik, epidemiologik, bakteriologik va immunologik tekshirishlarda asoslandi. Shults–Charlston sinamasi skarlatinaga qarshi zardob yuborilgandan keyin birinchi 6-12 soat ichida zardob qilingan sohada toshmalar yo'qoladi.

Davosi. Parhez umumiy, vitamin va ok sillarga boy bo'lish kerak.

Orom olish davri 1-chi 5-7 kun ichida tavsiya etiladi. Qo'zg'atuvchini bartaraf qilish uchun antibakterial dorilar beriladi.Skarlatinaga eng yaxshi davo bu vaqtli penitsillin buyurishdir. Agarda penitsillinga yuqori sezuvchanlik kuzatilsa, unda eritromitsin va boshqalar tavsiya etiladi.

SUVCHECHAK

Suvchechak-viruslar chaqiruvchi, havo-tomchilari orqali yuquvchi, klinik-umumiy zaharlanish belgilari, terida vezikulali toshmalar toshishi bilan tavsiflanadigan kasallikdir.

Etiologiyasi. Suv chechak qo'zg'atuvchisi virus (Stronguloplasma varicellae)- filtrlanuvchi virus hisoblanadi. O'zida DNK tutadi, kattaligi 150-200 nm, juft yoki qisqa holda joylashgan, chidamsiz, tashqi muhitda ayniqsa yuqori harorat va to'g'ri quyosh ta'sirida tezda o'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib, kasal bolalar hisoblanadi, kasallikning yashirin davrining oxirgi kunlaridan boshlab va butun kasallik davrida yuqumli hisoblanadi. Oxirgi yangi toshma elementlari paydo bo'lgandan keyin ham besh kungacha bemor kasallik manbai sifatida xizmat qilishi mumkin.

Yuqish jarayoni havo-tomchi yo'li orqali amalga oshadi. Suv chechakda beriluvchanlik juda yuqori.

Patogenezi. Infeksiya darvozasi bo'lib yuqori nafas yo'llari xizmat qiladi. Virus epitelial hujayraga kirib, o'sha erda ko'payadi va virus qayta qonga tushadi. Virusemiya vujudga keladi, qon bilan virus butun organizmga tarqalib ketadi. Teri va shilliq yuzalarida ko'plab to'planib qoladi va ko'payishi natijasida yallig'lanishi ok ibatida suvchechakka xos bo'lgan toshmalar kelib chiqadi. Virusning qonda aylanib yurishidan harorat ko'tarilishi va kasallikning boshqa umumiy belgilari yuzaga keladi.

Virus teri epiteliysida joylashib, uning yuzasida patologik o'zgarishlar: kapillyarlarning chegaralangan kengayishi (dog'), seroz shish (papula), epidermik emirilishi (vezikulalar) keltirib chiqaradi. Pufakcha suyuqligining tarkibiy qismi leykotsitlar aralashgan seroz ekssudat, degenerativ hujayralar, eozinofillardan iborat. Suyuqlik so'rilishi natijasida uning o'rnida keyinchalik tushib ketadigan qatqalok hosil bo'ladi.

Klinikasi. Yashirin davri 11 kundan 21 kungacha, kam hollarda 23 kungacha, o'rtacha 14 kundan iborat. Tana harorati 38-39^{o}C ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanib, bir vaqtning o'zida suvchechak toshmalari ham paydo bo'ladi. Suchechak qisqa muddatli prodromal belgilar (subfebril harorat, umumiy ahvolning yomonlashuvi)dan keyin ham boshlanishi mumkin. Prodromal davrda badanda qizilcha yoki qizamiqqa o'xshash toshmalar paydo bo'ladi. Odatda ular 1-2 kun davomida izsiz yo'qoladi. Birok ba'zida bu toshmalari suvchechak elementlarining avj olgan davrida kuzatiladi. Prodromal davri juda

qisqa bo'lishi va ko'p hollarda uni alohida ajratish mumkin. Toshmalar bemorni umumiy ahvoli o'zgarmasligi bilan ham o'tishi mumkin. Ko'plab toshmalar odatda nafaqat ko'tarilishi, balki umumiy zaharlanish (bosh og'rig'i), qayt qilish, tanada og'riq bo'lishi belgilari bilan kechadi. Odatda toshma tananing turli joylarida paydo bo'ladi. Suvchechak toshmasiga rozeola, vezikula va qatlok hosil bo'lishi bosqichlari xosdir. Birinchi toshma elementlari qizil yoki alvon rangdagi dog'lar ko'rinishida bo'lib, keyinchalik papuallarga aylanadi. Bir necha soatdan so'ng yoki kunning oxiriga borib, dog'lar qizargan halqa bilan o'ralgan vezikula (pufakcha) ga aylanadi.

Suvchechak toshmalari birdan emas, 1-2 kun oralab avjlanib toshadi. Toshma toshishning oxirgi kunida paydo bo'lgan rozeolalar pufakchaga aylanmasligi mumkin. Vezikulalar tiniq suyuqlik bilan to'lgan, yaltirok bo'lib, 1-2 mmdan 5-6 mm diametrli pufakchalardan iborat. Pufakchalarning tagi yumshok bo'lib, ba'zan markazida kindiksimon shishi bo'ladi. Vezikulalar bir kamerali bo'lib, teshilsa bo'shab ketadi. 1-2 kundan keyin pufakchalar asta-sekin bo'shashib, quriy boshlaydi, qatqalok hosil bo'ladi, 6-10 kundan keyin qatqalok terida iz qoldirmaydi va tushib ketadi. Qatqalok lanishda bemorlar terisi qichishadi.

Toshmalar tana terisida, bo'yinda, yuzda, boshning sochli qismida, ba'zan kaft va oyok tagida bo'ladi. Suvchechak toshmalari teri bilan bir qatorda og'iz shilliq pardalarda, burun, halqumda, ko'zda va jinsiy a'zolar shilliq pardalarida ham paydo bo'lishi mumkin. Halqum va traxeya shilliq pardalariga toshma toshishi va joyli shish paydo bo'lishi ovozning bo'g'ilishiga, dag'al yo'tal paydo bo'lishiga, nafas olishning qiyinlashganliga sababchi bo'ladi. Shilliq pardalardagi toshmalar maydarok bo'lib, 1-2 kunda ularning bitishi kuzatiladi. Tipik hollarda bemorning ahvoli kam o'zgaradi. Kasallik tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi va engil zaharlanish belgilari bilan o'tadi. Haroratning ko'tarilishi asosan 3-5 kun, og'ir hollarda 6-8 kun davomida kuzatiladi. Limfa tugunchalari o'lchami no'xat yoki loviyadek kattalashadi, og'riqsiz bo'ladi. Og'iz shilliq pardalarida toshma bo'lsa, murtak limfa tugunlari kattalashishi mumkin. Periferik qonda birinchi kunlari leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, EChT biroz tezlanishi kuzatiladi.

Davosi. Ikkilamchi asoratlarning oldini olishda toshma elementlarini 1:1500 kaliy permanganat eritmasi, 2%li brilliant yashilining spirtli eritmasi bilan artish, gigienik vannalar qilish maqsadga muvofikdir. Og'iz bo'shlig'ida enantema paydo bo'lsa, uni kaliy permanganat 1:1500 eritmasi bilan chayish, ko'zni 2%li bor kislotasi eritmasi bilan yuvish, kon'yunktivitda 20-30%li albutsid eritmasi tomiziladi. Kuchli qichishishda suv bilan aralash uksus yoki 1% metil spirtning eritmasi, 1% novokain bilan artish lozim.

Profilaktikasi. Suvchechakning xususiy profilaktikasi yo'q. Umumiy profilaktika bemorni o'z vaqtida izolyatsiya qilish, xonani shamollatish va ho'l latta bilan artish, kvartslashdan iborat. Bemorni alohidalash, shifoxonada yoki uyda oxirgi toshma elementi paydo bo'lgandan 5 kun o'tgach tugatiladi.

YUQUMLI MONONUKLEOZ

Yuqumli mononukleoz o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, zaharlanish belgilarining yuqoriligi, tomok , murtak bezlari, jigar va talok ning zararlanishi va isitma chiqishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Epitelial hujayralarni va B-limfotsitlarni tanlab ta'sir kilish xususiyatiga ega bo'lgan viruslar keltirib chiqaradi. Epshtey-Barr viruslari deb ataladi, tarkibida DNK saqlaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai kasal odam va virus tashuvchilar hisoblanadi. Asosan havo-tomchi usulida va ba'zi hollarda maishiy mulok ot, alimentar yo'llar orqali ham yuqadi. Kasallik asosan ikki yoshdan katta va maktab yoshidagi bolalarda uchraydi, kamdan kam hollarda katta yoshdagilarda ham uchrashi mumkin.

Patogenezi. Viruslar nafas yo'llari shilliq qavatlariga kirib u erdan limfa tugunlariga so'riladi. Limfa tugunlarida viruslarning ko'payish xususiyati bo'lib, limfa tugunlarining giperplaziyaga uchrashiga sababchi bo'ladi. Limfa tugunlaridan qonga o'tib, ichki a'zolarga o'rnashib olishadi, xususan jigar va talok qa ta'sir qilib, ularning shikastlanishiga olib keladi. Jigar hujayralarining distrofiyasi, yallig'lanishi va talok da nekrotik o'chok lar hosil qilish xususiyatiga ega.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri o'rtacha ikki hafta davom etib, bu muddat bir haftagacha kamayishi va olti haftagacha cho'zilishi mumkin. Kasallik ishtaha pasayishi, holsizlik, yo'tal, mushaklarda og'riq kabi prodromal belgilar bilan boshlanadi. Kasallik avj olish davri tana haroratining birdan ko'tarilishi va yutinganda tomok da og'riq bilan boshlanadi. Bu belgilarga jigar va talok ning, limfa tugunlarining, ayniqsa regionar limfa tugunlarining kattalashishi qo'shilib, bu belgilar uch to'rt kundan to'rt haftagacha saqlanishi mumkin. Limfa tugunlarining o'lchami 2-3 sm gacha bo'lib, jag' osti,

bo’yin va qulok orqasi, ko’ks oralig’i, chov, qo’ltiq osti va mezenterial limfa tugunlari zararlanadi. Murtak bezlar zararlanishi xos bo’lib, kataral, follikulyar, lakunar va nekrotik ko’rinishda shikastlanadi. Nekrotik jarohatlanishida murtak bezlarni parda qoplaydi. Bu pardalar oson ko’chuvchi, ko’chirganda tagi qonamaydi. Jigar qovurg’a yoyidan 2-3 sm chiqib turadi. 2-6 hafta mobaynida asl holiga keladi. Sariqlik yuzaga kelishi ehtimoli bo’ladi. Bilirubin va jigar fermentlari faolligi ortadi. Kasallikning ikkinchi kunlardan boshlab qonda atipik mononuklear hujayralar topiladi. Ular 3-4 hafta ba'zan bir necha oy saqlanadi.

Tashxisoti. Kasallikni tashxis kilishda epidemiologik va klinik belgilardan foydalaniladi. Limfa tugunlarining zararlanishi, murtak bezlarining yallig’lanishi jigar va talok dagi zararlanishlar tashxisni osonlashtiradi. Qonda mononuklear hujayralar topiladi

Davosi. simptomatik va patogenetik olib boriladi.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi ishlanmagan.

SITOMEGALOVIRUSLI INFEKSIYA

Sitomegalovirusli infeksiya -keng tarqalgan virusli infeksiya bo’lib, har xil ko’rinishda ya'ni simptomsiz kechishdan og’ir tarqalgan shakllargacha ifodalanib, ichki a'zolar va MATning zararlanishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo’zg’atuvchi gerpes oilasiga mansub virusdir. Virion diametri 180 nm atrofida bo’lib, tarkibida DNK saqlaydi. Virus ta'sirida normal hujayralar diametri 25-40 mkmga teng sitomegalik hujayralarga aylanadi. Virusning alohida shtammlari orasida antigenlik tafovut bo’lib, gerpes 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’ynining sekretida bo’lishi mumkin. Yuqish yo’llari bo’lib havo-tomchi, mulok ot, jinsiy yo’l, transplatsentar hisoblanadi. Katta yoshdagi odamlarning 50-80%ida spetsifik antitelolarning topilishi sitomegalovirusli infeksiyaning keng tarqalganligini ko’rsatadi. Zararlangan odam butun umri davomida virus tashuvchi bo’lib qoladi, bu virusning latent persistentsiyalanishi bilan bog’liq. Homila ona qorni ichida zararlanishida virus transplatsentar 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 shillik 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 persistentsiyalanadi. Infeksiyaning birlamchi kirishiga javo-ban organizm immun jihatdan qayta quriladi. Latent sitomegalovirusli 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 osonrok kechadi.

Klinikasi. turg’unlik davr aniqlanmagan, chunki sitomegalovirusli infeksiya latent ko’rinishda kechadi, kasal-likning yaqqol ifodalangan klinik belgilari esa ma'lum bir turtki omil ta'sirida rivojlanadi. Sitomegalovirusli infeksiyalarning quyidagi klinik shakllarga ajratish maqsadga muvofiq bo’ladi.

Sog’lom odamlarda qon zardobida antitelolar borligi sitomegalovirusli infeksiyaning keng tarqalganligini ko’rsatadi. Masalan, umumiy tekshirilganlardan antitelo- larning topilishi 63-68% hollarda donorlarda aniqlandi.

Latent sitomegalovirusli infeksiya bemorning butun umri mobaynida davom etib, klinik jihatdan namoyon bo’lmaydi. Birok , ma'lum sabablar ta'sirida kasallikning manifest shakliga aylanadi. Ko’pincha sitomegalovirusli infeksiyaning birlamchi latent shakli ko’prok kelib chiqadi, lekin infitsirlanganlarning bir qismida kasallik o’tkir fazada kechib, keyinchalik unda klinik belgilarning susayishi va ikkilamchi latent sitomegaliya kelib chiqishi xarakterli.

Orttirilgan sitomegaliyaning o’tkir shakli o’zini klinik belgilari bilan infektsion mononukleozni eslatadi. 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, talok kattalashishi mumkin. Periferik qonda nisbiy limfotsitoz, atipik mononuklear hujayralar 10% dan ortiq oshgan bo’ladi,

bunda leykotsitlar me'yorida, pasaygan, kam xollardagina bir oz oshadi. Infektsion mononukleozdan farq qilib, kasallikda tonzillit va tarqok limfoadenopatiya bo'lmaydi.

Tug'ma sitomegalovirusli infeksiya. Homilaning zararlanishi xarakteri boshqa kasalliklardagi singari infitsirlanish muddatiga bog'liq. Homiladorlikning erta davrida homilaning infitsirlanishi uning o'limi yoki spontan abortlariga olib keladi. Agar infitsirlanish homila-dorlikning 1-3 oyligida yuz bersa, sitomegalovirus terotegen ta'sir etishi mumkin. Homiladorlikning kechki muddatlarida infeksiya yuqqanda, bola rivojlanishi nuqsonlarsiz, lekin tug'ma sitomegaliya bilan dunyoga keladi. Albatta, kasallik simptomlari bola hayotining birinchi kunlaridayok rivojlansa, buni tug'ma sitomegaliya deyishga asos bo'ladi. Ko'p hollarda chaqalok lar tug'ruq vaqtida zararlanadi. Tug'ma sitomegaliya uchun xarakterli belgilar: hayotining birinchi kunlaridan boshlab teri qoplamalarining sarg'ayishi, gemorragik toshmalar toshishi, trombogemorragik sindrom, trombotsitlar miqdorining kamayishi, progressiyalanuvchi anemiya, retikulotsitlar miqdorining oshishi, shilliq pardalarga qon quyilishi, kindikdan qon ketish, kamdan-kam hollarda bosh miyaga va boshqa organlarga qon quyilishi, trombotsitlar miqdori ma'lum darajada kamayadi. Jigar va talok ning kattalashishi 1 yilgacha, gemorragik sindrom va trombotsitopeniya 2-3 haftagacha saqlanadi. 1-2 hafta davomida sariqlik darajasi 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 bioptatida xarakterli sitomegalik hujayralar topiladi. Tug'ma sitomegaliyada ko'pincha entsefalit rivojlanadi.

Tashxisoti. Sitomegaliyaning tashxisoti asosan, qon zardobida antitelolar titrining 4 marotaba oshishi va klinik materialdan virusning ajratilishi bilan tasdiqlanadi. Virusologik metod qiyinchiliklar tug'dirgani uchun amaliyotga polimeraz zanjirli reaktsiya yordamida antitelolarni topish uchun RSK, RNGA, immunoflyuorestsentsiya reaktsiyalari va qattiq fazali immunoferment tahlili qo'llaniladi.

Davosi. Etiotrop davo maqsadida boshqa kasalliklarda ishlatiladigan gerpesga qarshi preparatlar (asiklovir, ribavirin)ning effekti bo'lmadi. Simeven v/i 5 mg/kg 1 soat mobaynida kuniga 2 mahal 14-21 kun, keyin esa 1 hafta mobaynida 1 marta buyuriladi. Sitotekt 2 ml/kg kunora v/i klinik belgilari yo'qolguncha tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish asosini latent kechuvchi kasallarni vaqtli aniqlash va ularni davolash hamda xalqqa yuqish yo'llarini tushuntirib, ularni bartaraf qilish yo'llarini o'rgatishdir. Bu kasallik urogenetal infeksiyalar jumlasiga kirishini inobatga OIV-infeksiyasi profilaktikasidek amalga oshiriladi.

"Skarlatina, yuqumli mononukleoz. suvchechak. Gerpetik infeksiya" mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo"5"	Skarlatina kasalligini umumlashtirib, tahlil qiladi. Baholaydi tushunadi, biladi amaliyotda qo`llaydi. Kasallik tarixini to`ldiradi va tashxis qo`ya oladi.	3-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
2.	71-85	YAxshi "4"	Skarlatina kasalligini bir biridan farqlay oladi. Amaliyotda qo`llay oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-70	To`liq qoniqarli "3"	Skarlatina kasalligini tushunadi, belgilarini biladi. Erta tashxislash mezonlarini bilmaydi. Ularni bir biridan farqlay olmaydi.	1-daraja: o`quv qobilyati darajasi.
4	55dan past	Qoniqarsiz qo`shimcha ishlash talab etiladi. "2"	Skarlatina kasalligini bo`yicha tushunchasi Yo`q. Mavzuni o`zlashtirmagan, qonspekt Yozmagan.	0-daraja: mutloq tasavvur Yo`qlik darajasi.

Shu fan b o`yicha plakatlar 5 multimedialar 5

Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Diqqatingizga quyidagi bir qator jumboqli masalalar berilgan, ularni ish daftaringizga Yozma ravishda bajaring.

1-masala.
Bemor A. 2 Yoshli bog`chaga qatnaydi. Ilgari tez-tez shamollab turgan. Kasallik ORVI belgilari bilan boshlangan. Bir kecha kundo'zdan so`ng tana xarorati 39, 4S ga ko`tarilgan, terisida qizil toshmalar toshgan, Yonoqlarida ham toshmalar paydo bulgan, bola quyosh nuridan qo`rqadigan, Ya`ni qaray olmaydigan bo`lgan. Uyquchanlik, ovqatdan bosh tortish.
1. Sizning tashxisingiz?
2. Tashxisni asoslang.
2-masala.
Bemor X. Yuqumli kasalliklar kasalxonasiga quyidagi shikoyatlar bilan kelgan. Umumiy xolsizlik, bosh og`riq, kam-kam quruq Yo`tal, uyquchanlik, ishtaxa pastligi, terisida oq toshmalar toshishi, ko`zining og`rig`i, quyoshga qaray olmasligi, tana xarorati 39, 8S ko`tarilishidan shikoyat qilib kelgan. Sizning taxminiy tashxisingiz.

Quyidagi dorilarga resteptlar yozing:
Sumamed, kvamatel, Vitamin V_{12}

Rp.: Tabl. Symamedi 0,25N.10
(savdo nomi)
Azihtromycin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. Kuniga 1tabletkadan ovqatdan 2 soat keyin ichilsin
Rp.: Tabl. Quamateli 0,2 N.10
(savdo nomi)
Famotidine
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S. 1 tabletkadan 2 mahal nahorda va kechqurun uyqudan oldin buyurilsin.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,01 % 1,0 ml. N.10 in amp.
(savdo nomi)
Cyanocobalamin
(xalqaro patentlanmagan nomi)
D.S.1 ml dan har kuni muskullar orasiga in'ekstiya qilinsin (10-30kun)

Yakuniy baholash test savollari

1. Suv chechak qo`zg`atuvchisining usish muhiti:
a)Ploskirev muhiti
b)Tellirutli muhit
c)utli bulon
d)Rappoport muhiti
odam va xayvon xujayra muhiti
2. Suv chechak qo`zg`atuvchisi qaysi guruhga mansub:
a)bakteriya
b)virus
c)spiroxeta
d)rikketsiya
3. Suvchechak uchun xos yuqish Yo`li:
a)alimentar
b)suv
c)muloqot
d)parenteral
e)xavo-tomchi
4. Suv chechak patogenezi uchun noxos bosqich:
a)qo`zg`atuvchining tushishi
b)virusemiya
c)teri va shilliq kavat epiteliysi jaroxatlanishi
d)ikkilamchi immunodefitsitni yo'zaga kelishi.
e)organizmning virusdan tozalanishi
5. Suv chechak uchun xos kasallik manbai:
a)kasal xayvon
b)kasal odam
c)zaxarsiz taekcha tashuvchi
6. suv chechakda tana xarorati oshishi tavsifi:
a)tulkinsimon
b)normal
c)subfebril
d)gektik
7. Suv chechakka xos bulgan klinik belgilar:
a)Belskiy-filatov-Koplik dogi
b)vezikulez toshma
c)Kiari-Avsin belgisi
d)Rozenberg belgisi
8. Suv chechakda toshmaning toshish o`rni:
a)qo'l kafti
b)oyoq tovoni

c)tananing tuk b-n qoplangan qismi
d)ichak shilliq kavati
9. Suv chechak kasalligining boshlanishi:
a)o'tkir
b)asta-sekin
c)minimal
d)to'satdan
10. Suv chechak uchun xos asorat:
a)zotiljam
b)miya shishi
c)Uotterxauz-Frideriksen sindromi
11. Suv chechakda qon taxlilidagi o'zgarishlar:
a)leykopeniya, nisbiy limfotsitoz
b)eozinofiliya
c)monotsitoz
d)leykotsitoz va limfopeniya
12. Suv chechakni kieslash uchun xos kasallik:
a)qizamiq
b)toshmali tif
c)chin chechak
d)ich terlama
13. Qiyoslaganda suvchechakka xos belgilar:
a) kataral holat, o'tkir boshlanish, konyuktivit, yorug'likka qaray olmaslik, dogli papulezli toshmaning bosqichli toshishi.
b) o'tkir boshlanishi, kataral xolat, konyuktivit, ensa mikroadeniti,
qo'l va oyok da mayda dogsimon toshma
c)o'tkir boshlanishi, katarakta
14. Suv chechak o`chog`ida epidemiyaga qarshi choralar:
a)dezinfeksiya
b)dezinseksiya
c)tashxisiy va davolash
15. Suv chechakka qarshi emlash:
a)xa
b) yo'q
c)epidemik holatga bog'liq holda.
16. Suv chechakni davolash uchun xos vositalar:
a)antibiotiklar
b)patogenetik vositalar
c)zardoblar
17. Yuqumli mononukleoz kasallik qo`zg`atuvchisi a)guruhi:
b)virus
c)bakteriya
d)rikketsiya
e)spiroxeta
18. Yuqumli mononukleozda kasallik manbai:
a)virus tashuvchi
b)kasal odam
c)reqonvalestsent
19. Yuqumli mononukleoz mavsumiyligi:
a)yil davomida Ko`proq ko'z va baxorda
b)yoz va qish
c)kish
d)yoz
20. Yuqumli mononukleoz yuqish Yo`li:
a)suv Orqali
b)alimenlar
c)transmissiv
d)havo-tomchi va muloqot
e)perkutan
21. Yuqumli mononukleoz o`tkazgandan so'ng immunitet:
a)mustaxkam, umrbod
b)vaqtincha
c)5 yil
d)10-20 yil
22. Yuqumli mononukleoz uchun xarakterli bulmagan belgi
a)Filatov-Koplik belgisi
b)bo`yin limfa tuguni kattalashuvi
c)jigar va taloq kattalashuvi
d)periferik qonda atipik mononuklearning bulishi
23. Yuqumli mononukleoz uchun xarakterli belgi:
a)ko'ngil aynish, qusish
b)qorin burab ogrishi
c)quruk yo'tal
d)jigar va taloq kattalashuvi
e)bosh ogrigi
24. Yuqumli mononukleoz kasalligi boshlanishi:
a)o'tkir
b)asta-sekin
c)yashinsimon
25. Qaysi asoratlar yuqumli mononukleoz uchun xos:
a)mioqardit
b)bronxit, pnevmoniya, otit
c)jigar sirrozi
d)Uotterxauz-Friderikson sindromi
26. Yuqumli mononukleozda jigar va taloq kattalashuvi bo`ladi
a)kasallikning 1-2 kunida
b)kasallikning 2-3 kunida
c)kasallikning 7-8 kunida
d)1 oydan so'ng
27. Yuqumli mononukleozda badanga toshma toshadi:
a) yo'q
b)ha
c)5-10 %
d)1O-2O %
28. Yuqumli mononukleozda periferik qon o'zgarishi:
a)leykopeniya

b)monotsitoz
c)limfotsitoz
d)atipik mononuklear xujayralar
29. Yuqumli mononukleozda qaysi usul tashxis kuyishga a)erdam beradi:
b)biologik
c)serologik
d)bakteriologik
30. qieslaganda yuqumli mononukleazga xos belgilar:
a) isitma 38S gacha, yutinganda bir oz og'riq, kuchsiz zaxarlanish, tonzilyar limfa tugunlari biroz kattalashgan, bodomcha bezlarida fibro z parda
b) asta-sekin boshlanishi, davomli isitma, tomoqda fibroz parda, gepatolienal sindrom
c) tana xarorati yo'qori, bodomcha bezlar kattalashgan, yiringli parda
31. Yuqumli monoukleozni davolashda qo`llanilmaydigan vosita:
a)simptomik davo usuli
b)antibiotiklar
c)umumiy kuvvatlovchilar
32. infeksion mononukleoz xastaligi xos limfa tugunlari kattalashuvi:
a)chov soxasi, kultik osti, son
b)bo`yin, Orqa, chov soxasi, kultik osti
c)bronxopulmonal, mezenterial
33. Yuqumli mononukleozda maxsus profilaktika:
a)qilinadi
b)qilinmaydi
c)ehtimol
34. Yuqumli mononukleoz davolashdagi asosiy yunalish:
a)zardobli
b)patogenetik
c)simptomotik
d)degidratatsiya
e)regidratatsiya
35. Skarlatina kasalligining qo`zg`atuvchisi mansub a)guruh:
b)virus
c)bakteriya
d)spiroxeta
e)rikketsiya
36. Skarlatina qaysi guruh kasalliklariga kiradi:
a)xavo-tomchi
b)transmissiv
c)qontagioz
d)perkutan
37. Skarlatinaning yuqish Yo`li:
a)alimentar
b)suv orqali
c)muloqot
d)parenteral
e)xavo-tomchi
38. Skarlatina qo`zg`atuvchisining qon Orqali organlarga a)ta`siri:
b)buyrak
c)o'pka
d)o'pka va shilliq kavatlar
e) yurak
39. Skarlatina qo`zg`atuvchisining joylashish o`rni:
a)shilliq kavat
b)taloq
c)jigar
d)limfa tuguni
40. Skarlatinaning siklik kechishida qaysi komponentlar a)ishtiroq etadi:
b)toqsik
c)allergik
d)infeksion
41. Skarlatinaning engil shakli uchun xos belgilari:
a) tana xaroratining kutarilishi, nekrotik halqum zararlanishi, mayda
nuktali toshma, malinali til, qusish
b) tana xarorati kutarilishi, kataral halqum zararlanishi, mayda nuk-
tali toshma
c) tana xarorati yo'qori, qayta-qayta qusish, tirishish, meningeal simptom
lar
d) yuqori xarorat, halqumning nekrotik Yalliglanishi, limfa tuguni kat-
talashuvi, toshma toshish
42. Skarlatinaga xos bulmagan belgi:
a)oq dermografizm
b)angina
c)qizil dermografizm
d)toshma
e)malinali til
43. Skarlatina kasalligining boshlanishi:
a)o'tkir
b)sekin
c)bilinar-bilinmas
d)yashin tezligida
44. Skarlatinada toshmalar Ko`proq uchraydigan soxa:
a)tananing bukuvchi qismlarida
b)qorin soxasida
c)elka soxasida
d)tananing xamma qismlarida
45. Skarlatinada toshma toshmaydigan soxa:
a)tananing bukuvchi soxalari
b)qorin soxasida

c)elka soxasida
d)ogiz_burun uchburchagi soxasida
46. Skarlatinaga noxos asorat:
a)infeksion-toqsik karaxtlik
b)mioqardit
c)oshkozondan qon ketish
d)buyrak etishmovchiligi
47. Skarlatinaning boshlang`ich davri uchun noxos belgi:
a)kasallikning to'satdan boshlanishi
b)loxaslik, kuvvatsizlik
c)tana xarorati oshishi, tomoqda og'riq
d)malinali til
48. Skarlatinaning avj olish davri uchun noxos belgi:
a)malinali til
b)ta`sirchanlik, alaxlash, es-xush korongilashishi
c)angina, limfadenit
d)toshma toshishi
e)bugimlar Yalliglanish belgilari
49. Skarlatina uchun noxos umumiy zaxarlanish belgalari:
a)ko'ngil aynish
b)qusish
c)tana xarorati oshishi
d)uyqusizlik, tirishish
e)taxikardiya, A/B oshishi
50. Skarlatina uchun noxos teridagi o'zgarishlar:
a)oq burun lab uchburchagi
b)burmalarda kichik nuktali qon kuyilishlar
c)oq dermografizm
d)butun tanada toshma toshishi
51. Skarlatini uchun noxos me`da-ichak soxasidagi a)o'zgarish belgisi:
b)malinali til
c)gepatomegaliya
d)qusish
e)ich ketish
52. Skarlatina uchun xos periferik qon kurinishi:
a)leykotsitoz, neytrofillez, eozinofiliya, ECHT oshgan.
b)leykotsitoz, neytrofilez, aneozinofiliya, ECHT
c)o'zgarmagan
d)leykopeniya, limfotsitoz, aneozinofiliya, ECHT oshgan
e)gipoxrom anemiya, oq qon tanachalari o'zgarishsiz, ECHT oshgan

Davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 5 kurs talabalari uchun yuqumli kasalliklar fanidan yakuniy baholash savollari

1. Yuqumli kasalliklarning oldini olish (umumiy va xususiy profilaktika)
2. Yuqumli kasalliklar davosinining asoclari va usullari. Seroterapiya. antitoksik va antimikrob zardoblari, ularni yuborish usullari.
3. Yuqumli kasalliklar tashxisoti asosiy uslublari va usullari.
4. Virusli gepatitning laborator tashxisoti (stitolitik, gepatodepressiv, mezenximal-yallirlanish, xolestatik sindrom indikatorlari).
5. Virusli gepatit C kechish xususiyatlari, davosi.
6. Virusli gepatit oqibati, asorati, O'JE ilk belgilari, bosqichlari, davolash tamoyillari.
7. Virusli gepatit D (koinfekstiya, superinfekstiya) klinikasi, davosi
8. Virusga qarshi preparatlar, ularni SVG larni davolashda qo'llash.
9. Virusli gepatitlar tasnifi, VGA ning laborator tashxisoti va davosi.
10. Virusli gepatit V klinikasi, asorati, davosi, oldini olish.
11. Virusli gepatit V,S etiotrop davo tadbirlari.
12. Virusli gepatitlar patogenezi,klinikasi,tashxisoti va davosi.
13. Virusli gepatit E, etiologiyasi, klinik kechish xususiyati, davosi.
14. V irusli gepatitlarni kechimi va ogirligiga mos davolash
15. Virusli gepatitlarni etiotrop va patogenetik davosi.
16. Virusli gepatit V etiologiyasi, patogenezi, laborator tashxisoti va oldini olish
17. Virusli gepatitlar markyorlari va ularning mohiyati.
18. O'JE klinikasi, davosi, Glazgo shkalasi.
19. Surunkali virusli gepatitlar tasnifi, klinik kechishi, davosi.
20. Ovqat toksikoinfekstiya tasnifi, klinikasi, laborator tashxisoti va davosi.
21. Ovkat toksiko infekstiyasi,klassifikastiyasi,stafilakkokli zaxarlanish bilan kechishining xususiyatlari.
22. Salmonellyoz, gastrointestinal shakllari, klinikasi, tashxisoti davosi.
23. Salmonellyoz klinik shakllari, tashxisoti.
24. Salmonelyozlar, klinik shaklining tasnifi, qiyosiy tashxisoti, davosi.
25. Salmonellyoz patogenezi, tasnifi, salmonelyozning tarqalgan shaklining klinikasi.
26. Bakterial ichburuғninig laborator tashxisoti.
27. Ichburuғ etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik tashxisoti va davosi.
28. Surunkali ichburuғ klinikasi, laborator tashxisoti, davosi.
29. Vabo klinikasi, klinik shakllari va tashxisoti.
30. Vibriozlar tasnifi, klinikasi, davosi.
31. Vabo tasnifi. GVSh ning klinik kechishdagi xususiyati, patogenezi davosi.
32. Vaboning klinikasi, tashxisoti, davosi va oldini olish.
33. Amyobiaz, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi.
34. Amyobiaz tasnifi, klinik ko'rinishi, tashxisoti va davosi
35. Materiallarni bakteriologik tekshiruv (gemokultura, kapro- urinokultura).
36. Diareya shakllari, davolash tamoyillari.
37. O'tkir ichak kasalligida regidratastiya asoslari, regidratastiya vositalari.
38. O'IIlarni QVP sharoitida davolash mezonlari va asoslari va oshkozon yuvish tex nikasi.
39. Qora oqsoq rezidual shakli, tashxisoti, davosi.
40. Qora oqsoqning tashxisoti. Byurne sinamasi tartibi va baholash.
41. Kora oksokning laboratoriyaviy tashxisoti,Byurne sinamasi tartibi va baxolash mezonlari.
42. Qora oqsoq klinik tasnifi, yarim utkir shakli, klinikasi, tashxisoti.
43. Qora oqsoq o'tkir shaklining davosi
44. Meningokokkli infekstiya, meningokokkstemiya klinikasi, tashxisoti, davosi
45. Meningokokkli infekstiya, meningit klinikasi, tashxisoti, davosi.
46. Meningokokkli meningit, klinikasi, laborator tashxisoti.
47. Meningokokkstemiya, laborator, qiyosiy tashxisoti va davosi.
48. Meningokokkli infekstiya, tasnifi, klinikasi, tashxisoti, meningokokkli meningitning davosi.

49. Yashin tezligida utadigan meningokokkstemiya klinikasi, tashxisoti va davolash usullari
50. Adenovirusli infekstiya, patogenezi, klassifikastiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi.
51. Gripp patogenezi, klinikasi, asorati, tashxisoti, kasalxona sharoitida davolash.
52. Grippning klinik va laborator tashxisoti.
53. O'RVI tasnifi, klinikasi, laborator tashxisoti.
54. Gripp klinikasi, asorati, tashxisoti, oldini olish va davosi.
55. Gripp va URKning klinik-laborator tashxisoti.
56. Adenovirusli infekstiya, klinikasi, tashxisoti, qiyosiy tashxisoti, davosi.
57. Tif va paratif kasalligi bilan kasallangan bemorlarni kasalxonadan chiqarish qoidalari va dispanserizastiya qilish.
58. Tif va paratif kasalligini davolash va oldini olish.
59. Ich terlamaning asoratlari, oldini olish, davosi.
60. A va V paratiflar kechish xususiyatlari.
61. Bezgak, klinikasi, tashxisoti, koni kalin tomchi va surtmaga olish tartibi,davosi.
62. O'ta xavfli infekstiya qayd qilinganda vrach taktikasi.
63. Kuydirgi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi.
64. O'lat patogenezi, klinikasi, davosi, oldini olish.
65. Kuydirgi klinik tasnifi, maxalliy shakllarining klinikasi, oldini olish.
66. Saramas, klinik tasnifi, klinikasi va davolash prinstiplari
67. OITS davosi (etiotrop, immunostimulyastiya, patogenetik).
68. OITS infekstiyasi – etiologiyasi, epidemiologiyasi, OITS laboratoriyaviy tashxisoti.
69. OITS klinikasi, asosiy opportunistik infekstiyalar tavsifi.
70. Botulizm etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti.
71. Botulizm klinikasi, tashxisoti, davosi, oldini olish.
72. Qutirish epidemiologiyasi, klinikasi, oldini olish.
73. Qutirish sabablari, klinikasi, oldini olish.
74. Askaridoz, enterobioz klinikasi, davosi va oldini olish.
75. Ichak lyambliozi, klinik tasnifi,klinikasi ,zamonaviy davolash vositalari.
76. Gijja kasalliklari, klassifikastiyasi va ularning ta'siri.
77. Gijjalarning klinika – laborator tashxisoti morfologik ko'rinishiga qarab davolash.
78. Lyamblioz klinikasi, tasnifi, tashxisoti va davolash..
79. Iersiniozlar, ichak iersiniozi, tasnifi, tashxisoti, davosi..
80. Iersiniozlar tasnifi, psevdotuberkulyoz kasalligining klinikasi, oldini olish, davosi
81. Suvchechak, etiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi va oldini olish.
82. Skarlatina etiopatogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
83. Poliomielit klinikasi, tashxisoti, davosi, oldini olish.
84. Qizamiq, qizilcha, tasnifi, toshmalar tasnifi, davolash.
85. Skarlatina etiologiyasi, klinik ko'rinishi, davosi
86. Difteriya patogenezi, klinik tasnifi laboratoriyaviy tashxisoti
87. Difteriyaning rejali va tezkor profilaktikasi.
88. Difteriyaning rejali va tezkor profilaktikasi
89. Ko'k yo'tal klinikasi, davosi va profilaktikasi.
90. Tepki, klinik tasnifi, klinikasi, davosi
91. Yuqumli mononukleoz, klinikasi, tashxisoti..
92. Qrim Kongo gemorragik isitmasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
93. Ku-isitmasi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi.
94. Buyrak sindromi bilan kechuvchi gemorragik isitma, klinikasi, tashxisoti, davolash prinstiplari.
95. Leptospirozning sariksiz shakli, klinikasi,tashxisoti va davolash prinstiplari.
96. Esherixiozlar etiologiyasi, klinikasi,tashxisoti va davolash.
97. Kokshol klinik tashxisoti, davosi va oldini olish
98. Toshmali tif va Brill kasalligining qiyosiy tashxisoti
99. Talvasa sindromi kurinishi va uni bartaraf kilish.
100.Qizil va oq gipertermiya, tavsifi, unga qarshi kurash