

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

О. Б. РАХМАТОВ

БОЛАЛАР ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИДАН ҚЎЛЛАНМА

Бухоро-2008

**Қўлланма инфекционистлар, умумий амалиёт врачлари,
педиатрлар ва тиббиёт Олий ўқув юртлари талабалари учун
мўлжалланган**

**Тузувчи: Абу Али ибн Сино номли Бухоро Давлат
тиббиёт институти юқумли касалликлар, фтизиатрия ва
тери-таносил касалликлари кафедраси доценти,
т.ф.н. Рахматов О.Б.**

Такризчилар:

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий
текшириш институти, ўта хавфли касалликлар бўлими мудири,
т.ф.д., профессор С.Н.Бобоҳўжаев**

**Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг
болалар юқумли касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д.,
профессор Г.А.Ибадова**

**Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 2007 йил 28 апрелдаги 113-буйруғининг №0899
рақамли Гувоҳномасига асосан ўқув адабиёти грифи олинган ва
чоп этишга рухсат берилган**

К И Р И Ш Қ И С М И

Юқумли касалликлар инсон пайдо бўлган вақтдан буён, уларнинг ҳаётига жиддий ҳавф солиб келган. Шу кунгача инсониятга маълум бўлган юқумли касалликларнинг деярли барчаси чақалоқлар, боғча ва мактаб ёшидаги болалар орасида учраши илмий тадқиқотлар натижасида исботланган. Ҳозирги кунда ҳам бу касалликларнинг болалар орасида кузатилаётгани ва ногиронлик, ўлим кўрсаткичларига таъсири юқориликча қолмоқда.

Ўтган асрнинг иккинчи ярмига келиб, юқумли касалликлар томонидан келтириладиган талафотларнинг кескин камайиши тиббиётнинг тез ривожланиши антибиотикларнинг топилиши, зардоблар ва вакциналарнинг, анатоксинларнинг ишлаб чиқиши билан боғлиқдир. Вакцина, анатоксин ва иммуноглобулинлар ёрдамида бошқариш имкониятига эришилган бўлиб, бундай касалликлар юқумли касалликларнинг бир қисминигина ташкил қилади. Аммо бошқариш имкони бўлмаётган шундай юқумли касалликлар борки, улар одамлар, айниқса болалар ҳаётига ҳавф солиб келмоқда. Юқумли касалликлар тиббиётнинг ҳамма соҳасида ўзининг асоратлари ва оқибатлари билан намоён бўлиб келмоқда. Бир қатор соматик касалликларнинг келиб чиқиши ва ривожланишида асосий сабаблардан бири эканлиги ҳеч кимга сир эмас.

Болаларни юқумли касалликларнинг бирор бир тури билан йилига бир неча бор касалланиши қайд этилган. Ўз навбатида бу касалликларини даволашда ишлатилаётган дори воситалари ва диагностика учун қўлланиладиган реактивларининг хориж давлатларидан кириб келиши тиббиётнинг ривожланишига тўсқинлик қилиб, Республикамизнинг иқтисодига катта моддий зарар келтирмоқда.

Шуни алоҳида айтиб ўтиш лозимки, антибактериал дориларнинг тартибсиз, кўрсатмаларсиз ишлатилиши кўпгина юқумли касалликлар клиник кечиш давларини ўзгартириб, клиник, лаборатор ташхисотни қийинлаштириб қўймоқда. Шу билан бирга қўзғатувчиларнинг дори воситаларига бўлган сезгирлигининг камайишига сабаб бўлмоқда.

Республикамизда учрамайдиган юқумли касалликларнинг хориждан кириб келиши ва тарқалиш эҳтимоли борлиги, ҳар бир тиббиёт ходимининг бу касалликларни чуқур мукаммал ўрганишини, олдини олишни ва доим тайёр туришини тақозо қилади.

Қўлланмада болалар орасида учраётган юқумли касалликларнинг асосий кечиш хусусиятлари, этиологик тизими, эпидемиологияси, патогенез тизмаси, клиник кечими ва таснифи, диагностика усуллари, уй шароитида даволашга кўрсатмалар ва касалхонага ётқизишга кўрсатмалар ёритилган бўлиб, талабалар учун

хар бир мавзу фундаментал тест саволлари билан бойитилган. Шунингдек касалликларнинг кечим давомийлигига эътибор қаратилган бўлиб соғлом шахслардан ажратиб қўйиш муддатлари жадвал кўринишида келтирилган.

Охирги йилларда атипик пневмония, парранда гриппи каби касалликларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг болалар орасида ҳам учраш эҳтимоли юқори эканлиги тиббиёт ходимларидан катта маъсулият талаб этади. Қўлланма ёритилишида йўл қўйилган камчиликларга бўлган танқидий ёндошишларга, ҳамда уларни тузатишда берилган маслахатлардан жуда мамнун бўлар эдик.

Муаллиф.

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ УМУМИЙ КЕЧИМИ (ЎРВИ)

► Ўткир респиратор вирусли инфекцияларининг клиник кечишига ва оғирлигига қараб бир-бирига жуда ўхшаш белгилар намоён бўлади. Шу сабабли респиратор вирусли инфекцияларнинг умумий кечимига тўхталмоқ зарур.

Бу гуруҳга грип, парагрипп, аденовирусли касаллик, реовирусли касаллик, респиратор-синцитиал инфекция ва риновирусли касалликлари киради.

► Касаллик босқичлари:

Яширин давр (бир неча сотдан-14 кунгача), касалликнинг авж олиш даври, (баъзида қайталаниш даври), реконвалесценция даври. Касаллик давларининг давомийлиги унинг оғирлик даражаси, этиологик турлари, асоратлари бор ёки йўқлигига боғлиқ. Аденовирусли ва респиратор-синцитиал инфекция чўзилувчан ва тўлқинсимон кечишга мойил. Аденовируслар организмда узок муддат сақланиши мумкин.

▼ ЎРВИларининг таснифи:

Этиологиясига қараб: грип, парагрипп, аденовирус, риновирус реовирус ва респиратор-синцитиал вирусли касалликлари.

Клиник шаклига кўра: манифест, билинар билинмас, симптомсиз.

Оғирлик даражасига кўра: енгил, ўрта оғир ва оғир

Кечиши бўйича: асоратланмаган, асоратланган

Жараён жойлашган жойига кўра: ринит, аденоидит, синусит, отит, евстахит, фарингит, тонзиллит, ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, пневмония, энтерит, конъюнктивит.

Асоратлари: **Махсус** (хикилдоқ торайиши, обструктив бронхит, нафас етишмовчилиги, МНС нинг вирус билан зарарланиши, юрак, буйрақлар зарарланиши). **Махсус бўлмаган** ёки иккиламчи бактериал инфекция қўшилиши ҳисобига (пневмония, отит, ларингит, бронхит, трахеит, плеврит, тонзиллит, синусит, сурункали соматик касалликларининг қўзиши).

► **Ташхисот мезонлари:** Клиник диагностика интоксикацион ва катарал симптомларнинг топилишига асосланади: Интоксикация синдроми оғирлиги бўйича турлича-енгил ҳолсизлик ва субфебрил ҳароратдан бошланиб, қаттиқ бош оғриғи, иситмалаш, қусиш, алаҳсираш, эс-хушнинг бузилиши ва тиришишлар билан намоён бўлувчи оғир даражадаги ўзгаришлар билан кечади. Гриппда геморрагик синдром ҳос бўлиб, бу бурундан қон кетиш, терида,

кўпроқ юз соҳаси, бўйин ва кўкракнинг олдинги қисмида учрайдиган петехиялар билан намоён бўлади.

Катарал синдром бурун битиши ва йўтал кўринишида намоён бўлади. Касаллик бошланишида бурундан сероз ёки сероз-шиллик суюқлик келиб, бактериал инфекция қўшилгач шиллик-йирингли тус олади. Йўтал касалликнинг биринчи кундан кузатилиб, аввалига қуруқ кейин эса нам бўлади. Ташхис қўйишда жараённинг жойлашган ўрни ва тарқалганлигини аниқ кўрсатиш керак: ринит, аденоидит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, пневмония ва ҳ.к.лар каби. Ларингитда ҳикилдоқ торайиши кузатилиши мумкин, бу дағал товуш ва “акилловчи йўтал” фонида тўсатдан ёки аста секин нафас олишнинг қийинлашуви кўринишида намоён бўлади. Даволаш усулини тўғри танлаш учун нафас йўллариининг торайиш даражасини аниқ белгилаш зарур.

Ҳикилдоқ торайишининг клиник белгилари	
Даражаси	Клиник кўриниши
I	Дағал “акилловчи” йўтал, товушнинг пасайиши, шовқинли нафас (зўриқиш ва безовталанишда), нафас фаолиятида қўшимча ёрдамчи мушаклар қатнашмайди. Нафас етишмовчилиги белгилари йўқ.
II	Шовқинли нафас, тинчликда инспиратор хансираш, кўкрак қафаси зарарланган соҳаларининг қисман тортилиши. Нафас етишмовчилиги яққол белгилари йўқ.
III	Нафас олиш доимо қийинчилик билан. Нафас фаолиятида қўшимча мушаклар иштирок этиши, кўкрак қафаси зарарланган соҳаларнинг чуқур тортилиши, нафас етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиши, безовталиқ, ранг оқариши, кўп терлаш, цианоз, тахикардия, нафас олганда пульс тўлқинларининг пасайиши.
IV	Адинамия, тана ҳарорати пасайиши, қорачиқ кенгайиши, юзаки нафас, цианоз. Юрак фаолиятининг сустлашиши, тиришиш, кома ривожланиб ўлим билан тугалланиши мумкин.

Гриппда ошқозон-ичак тракти томонидан бўладиган бузилишлар унчалик хос эмас. Грипп ва респиратор синтициал инфекция ўРВИ касалликлари орасида клиник жихатдан ташхис қўйиш осон бўлган касалликлардир.

► **Лаборатор ташхиси:** иммунофлюоресцент текшириш, серологик усул орқали динамикада антителалар титрининг ошиб боришини аниқлаш орқали ташхисланади.

Асоратланмаган ўРВИда гемограмма меъёрида ёки лейкоцитлар сонининг камайиши, нейтропения, лимфоцитоз, нормал ёки қисман ЭЧТнинг ошиши билан намоён бўлади. Бактериал инфекциянинг қўшилиши қонда ўзгаришларни келтириб чиқаради.

Лейкоцитоз, нейтрофилёз, лейкоформуланинг чапга силжиши, ЭЧТ нинг ошиши кузатилади.

► **Қиёсий ташхисоти:** Ўткир респиратор касалликлар, менингококкли инфекция, нейроинфекция (бошқа этиологияли), ичак инфекциялари, қорин тифи, токсик дифтерия билан қиёсий ташхислаш мумкин. ЎРВИни юқори нафас йўллариининг бактериал зарарланиши, қизамиқ, кўк йўтал, хиқилдоқ дифтерияси, нафас йўлларига ёт жисмлар тушиб қолиши билан фарқлаш талаб этилади. ЎРВИ симптомлари билан бирга баъзида круп синдромининг бўлиши кузатилади. Бу асосан эрта ёшдаги болаларда учрайди.

Круп–клиник синдром бўлиб, асосан учта белгидан иборат.

1. Дағал аккилловчи йўтал.
2. Овознинг бўғилиши, афониягача ўзгариши.
3. Ҳуштаксимон шовқинли нафас. ЎРВИ да асосан ёлғон круп (оддий чалғитувчи ва симптоматик даво усуллариини қўллаш тез наф беради) учрайди. Бундай пайтда ташхислаш қийин бўлади.

Шуни эсда тутиш керакки, ЎРВИ ва ўткир ичак инфекцияларининг бирга учраши барча ёшдаги болаларда учраши мумкин. Икки инфекциянинг пайдо бўлиш вақти бир вақтга тўғри келиши камдан кам ҳолларда учраб, биртаси иккинчисининг асосида ривожланади. Бундай ҳолатлар шартли патоген микроорганизмларининг қўзиши билан ҳам намоён бўлади. Ташхислашда хатога йўл қўймаслик учун, клиник, анамнестик, лаборатор текширишлар; қон таҳлили, ахлатни ичак микроорганизмларига текшириш, ротавирусларга иммунофермент усулида таҳлили, керак бўлганда диарея этиологиясини аниқлаш учун серологик текширишлар олиб бориш зарур ҳисобланади.

Адено ва реовирусли касалликларда ошқозон ичак тракти зарарланиши ва диарея синдроми кузатилиши мумкин. Бу вируслар билан зарарланганда ахлатда патологик аралашмалар бўлмайди ва бир вақтда катарал синдром билан бирга кечади. Бола ахволининг яхшиланиши ва катарал белгилар пасайиши билан ичак дисфункцияси тўхтайди. Бактериологик таҳлилларнинг манфий бўлиши қуйидагича ташхис қўйишга имкон беради:

1. Ўткир вирусли инфекция. Ринофарингит. Энтерит. Енгил шакли.
2. Аденовирусли инфекция. Фарингоконъюнктивал иситма. Энтерит. Ўрта оғир шакли.

Эрта ёшдаги болаларда касаллик клиникасида ичак бурилиши симптомлари устунлик қилса ва оғиз шиллиқ қават гиперемияси ва донаторлиги, ринит белгилари топилса ротавирус этиологияли ичак инфекцияси ҳақида ўйлаш зарур. Энтеритни вирусли этиологияли эканлигини тасдиқлаш иложи бўлмаганда қуйидагича ташхис қўйилади: ЎИИ (энтерит), касалликнинг оғирлик даражаси ва эксикоз симптомлари кўрсатилади.

► **ЎРВИларини юқумли касалликлар бўлимига ётқизиб даволашга кўрсатмалар:**

Оғир ва асоратли кечган грипп ва ЎРВИ.

Круп синдроми учраганда.

Хиқилдоқ торайиши туфайли нафас олишнинг бузилиши, обструктив бронхит.

- яққол хансираш билан кечадиган пневмония.

► **ЎРВИларини уй шароитида даволаш:**

- 3-5 кундан кам бўлмаган ётоқ режими.

-Пархез: касаллик бошланишида сут ва сутли маҳсулотлари. Кўплаб суюқликлар, ўтли дамламалар (ҳарорат туширувчи ва тер ажратувчи), овқатни пиёз ва саримсоқнинг қириндисидан фойдаланиб тайёрлаш яхши фойда беради.

-Этиотроп даволаш: ремантадин касалликнинг биринчи кунларида берилса самараси баланд бўлади. Интерферон томчи шаклида бурунга томизилади. Бир ёшгача ва иммунитети паст нимжон болаларга гриппга қарши иммуноглобулин 1-3 мл м/о га тавсия қилинади. Иммуноглобулин касалликнинг оғир шаклларида катта ёшдаги болаларга ҳам инъекция қилиниши мумкин.

► **ЎРВИларни Антибактериал дорилар билан даволашга кўрсатмалар:**

-Икки ёшгача бўлган болалар.

-ЎРВИнинг оғир шакллари.

-асоратланган ҳолатларда.

-сурункали касалликлари бор беморлар.

-ҳомиладор аёллар.

-кекса ёшдагилар.

-микст (бошқа инфекцион касалликлар билан қўшилиб келиши) инфекция ҳолларида.

Кўрсатмаларага қараб патогенетик ва симптоматик даво ўтказилади. Бурун, халқум шиллиқ қаватини чайиш учун ромашка дамламасидан ишлатилади.

Симптоматик давони талаб қилинадиган ҳолатлардан бири-иситма ҳисобланади. Ҳарорат кўтарилиши-юқумли жараённинг асосий кўринишларидан биридир. Иситма-организмнинг инфекцион омилга жавоб реакцияси ҳисобланади. Тана ҳарорати кўтарилганида ($38,5^{\circ}\text{C}$) барча ҳимоя реакциялари, жумладан иммун реакциялар тезда кучаяди. Бу бемор организми учун қўзғатувчиларга қарши курашишда фойдали ҳисобланади.

Тана ҳароратининг юқори бўлиши беморда қўзғалувчанлик, таъсирчанлик, умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, иштаха сусайиши, кўнгил айниши, қусиш каби белгилар билан бирга кечади. Ҳароратнинг тўсатдан кўтарилиши болаларда тутқаноқ, баъзан эпилепсия хуружлари ривожланишига сабаб бўлади. Бундай ҳолатнинг ривожланиши ҳарорат туширувчи ва тутқаноққа қарши

препаратлар тавсия қилишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Бу мақсадда таркибида парацетамол сакловчи сироп ва шамча шаклидаги “Болалар панадоли”ни ишлатилиши мумкин.

Ёпишқоқ ва қийин ажралувчи балғамли йўтал бўлганда балғам кўчирувчи дорилар тавсия қилинади.

Ларинготрахеит белгилари кузатилганда беморларга йўталга қарши дорилар билан бирга буғли ингаляциялар, хонанининг намлигини баланд қилиш фойдали. Хиқилдоқ торайишининг II-III даражасида намланган кислород бериб туриш тавсия қилинади.

Хиқилдоқ торайишининг I даражасида нафтизинни ингаляция усулида ёки интраназал қўллаш мумкин. Нафтизиннинг 0,05 % ли эритмаси 1,5 ёшгача 0,3 мл ва катта ёшли болаларга 0,5 мл қўлланилади. Бунда болалар ўтирган ҳолатда бошини орқага эгиб турганда бурун орқали киритилади. Эритманинг хиқилдоққа тушганлиги йўтал тутиши билан намоён бўлади. Умумий кувватлантирувчи препаратлар ва витаминлар тавсияси ҳам жуда муҳим. Кўпинча уй шароитида физиотерапевтик муолажалардан болани иссиқ қилиб ўраш, иситиш, горчичниклар, банкалар қўлланилади. Тумов ва йўтал фитожемланмалар ёрдамида даволанади. Бола ҳарорати меъёрлангач уни чўмилтириш ва тоза ҳавода сайр қилдириш мумкин.

► **Тузалиш мезонлари:** 7-10 кундан сўнг касалликнинг барча симптомлари йўқолса ва асоратлар кузатилмаса бемор соғайган деб ҳисоблаш мумкин. ЎРВИ нинг асоратланмаган шаклларида ташхисни лаборатор тасдиқлаш талаб қилинмайди. Бироқ кўрсатмаларга кўра касалликнинг бактериал асоратларида қоннинг қайта таҳлили, сийдик таҳлили ва кўкрак қафаси рентгенограммаси қилиниши керак. Тузалишдан кейинги назорат: ЎРВИнинг енгил, ўрта оғир, асоратсиз шаклларида шарт эмас. Оғир асоратли кечганида диспансер кузатуви давомийлиги, профилактик эмлашлар бола умумий аҳволига боғлиқ бўлади. Бемор 7-10 кун давомида бошқалардан ажратиб қўйилади. Эпидемия вақтида карантин эълон қилинади. Иммунитети суст болалар ва чақалоқларга ҳар бир ойда профилактик мақсадида гриппга қарши иммуноглобулин қилиниши мумкин. Бундан ташқари интерферон, дибазол, аскорбин кислота ҳам тавсия қилинади. Бу препаратларнинг иммун тизимини кучайтириш хусусияти бор. Бемор яшаб турган жойларни дезинфекция қилиш талаб қилинмайди, лекин бемор ётган уй нам латта билан артиб турилиб хонани шамоллатиб туриш керак.

► **Иммунизация:** Гриппга қарши вакцина билан эмлаш юқори хавфли гуруҳга кирадиган болаларга қилиниши мумкин. Катта ёшларда эмлаш эпидемиядан олдин ёки эпидемия вақтида махсус ишлов берилган вакцина ёрдамида қилинади. Ҳар бир эпидемияни келтириб чиқарувчи янги серологик гуруҳга нисбатан махсус вакциналар ишланади. Шундай вакциналардан фойдаланиш яхши

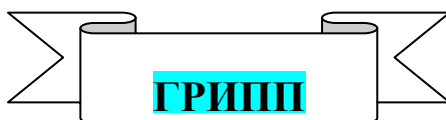
натижа беради. Бу мақсадда ишлов берилган кучсизлантирилган "Вакцигрипп" вакцинаси ишлатишга рухсат этилган. ЎРВИниг бошқа кўзгатувчиларига қарши эмлаш қилинмайди.

ЎРВИ да ишлатиладиган муҳим сўзлар:

Вируслар, ҳаво-томчи, нафас йулларининг яллиғланиши, захарланиш, ёлғон круп, ҳарорат, ошқозон ичак тизими яллиғланиши, кўш зардоб усули, вирусларга қарши дорилар, симптоматик ва патогенетик даво, интерферон, вакцигрипп, ремантадин.

ЎРВИ да қўлланиладиган фундаментал тест саволлари:

1. ЎРВИ ларнинг кўзгатувчилари.
2. ЎРВИ да касаллик манбаи.
3. ЎРВИ да юқиш йўллари.
4. ЎРВИ касаллигида мойиллик.
5. ЎРВИ да мавсумийлик.
6. ЎРВИ да зарарланадиган аъзолар.
7. ЎРВИ да ҳар бир нозологик бирликнинг кечим давомийлиги.
8. ЎРВИ да асосий клиник, патогномоник белгилар.
9. ЎРВИ нинг клиник таснифи.
10. ЎРВИ да ташхисот усуллари.
11. ЎРВИ ни таққослаш ташхисоти.
12. ЎРВИ нинг клиник кечиш давомийлиги.
13. ЎРВИ га хос махсус асоратлар.
14. ЎРВИ га хос номахсус асоратлар.
15. ЎРВИ ни уй шароитида даволашга кўрсатмалар.
16. ЎРВИ ни касалхонага ётқизишга кўрсатмалар.
17. ЎРВИ ни олдини олиш усуллари.
18. ЎРВИ да антибиотиклар беришга кўрсатмалар.



► **Асосий хусусиятлари:** яширин даври бир неча соатдан 1-2 кунгача, касаллик тўсатдан бошланади, оммавий эпидемия келтириб чиқаради, юқори ва ўрта нафас йўллари яллиғланади, бош оғриғи, кўз косачаси ва олмаларида оғриқ, оёқ-қўл мушакларида ҳаракатлантирилганда оғриқ, юқори ҳарорат, захарланиш белгилари баланд бўлади, касаллик қисқа вақт (3-6 кун) давом этади.

♦ **Грипп тўсатдан бошланувчи юқумли касаллик бўлиб юқори захарланиш белгилари, нафас йўллари яллиғланиши, бош, кўз олмалари ва косачаси, оёқ-қўл мушакларида оғриқ ва касалликнинг қисқа муддатда давом этиши билан ҳарактерланади.**

► **Этиологияси:** Касаллик кўзгатувчиси ортомиксовируслар оиласига кирувчи филтрланувчи вирусдир. Антигенлик хусусиятига

караб А, В, С, турдаги вируслар ажратилади. Совуқ ва музлатишга чидамли. А туридаги вирусларнинг гиалуронидаза (Н) ва нейраминидаза (N) ферментлари мавжуд бўлиб, уларнинг жуда кўп кўринишлари мавжуд (H1N2 ва х.к.). Грипп вируслари ўзида РНК моддасини тутати. Бу РНК моддаси комплемент боғлаб олиш қобилиятига эга бўлиб, у антиген тузилиши, антигенлик хусусиятини тезда ўзгартира олиш билан таърифланади. Грипп билан қайта-қайта касалланиш кўзгатувчининг янги штаммларининг пайдо бўлишига имкон яратади.

► **Эпидемиологияси:** • **Касаллик манбаи:** бемор одам, айниқса касаллик авж олган даврда, кўпинча гриппнинг белгиларсиз кечадиган турини бошидан кечирган беморлар ҳам инфекция манбаи ҳисобланади. • **Юқиш йўли:** Касаллик асосан ҳаво-томчи йўли билан юқади. • **Мойиллик:** Касалликка чалиниш ҳавфи барча ёшдагилар учун юқори ҳисобланади. Аммо болалар орасида бу кўрсаткич юқори. Касалликни бошидан кечирган шахсларда чақирган вируснинг антигенлик турига нисбатан иммунитет ҳосил бўлиши билан яқунланади. Ҳосил бўлган иммунитет кўпгина омилларга боғлиқ равишда (ёшга, организмнинг индивидуал реактивлигига ва бошқ) бир неча вақтгача сақланиб туриши мумкин.

Касаллик катта эпидемияларга, ҳатто пандемияларга сабаб бўлиши мумкин. • **Масумийлиги:** касаллик асосан йилнинг совуқ фаслларида учрайди.

► **Патогенези.** Вирус организмга юқори нафас йўллариининг шиллиқ қаватлари орқали кириб, сўнг қонга сўрилиб тарқалади. Бу ўз навбатида интоксикация белгиларининг ривожланишига сабабчи бўлади. Нафас йўллариининг шиллиқ қаватида яллиғланиш келтириб чиқаради, шунингдек, нерв, юрак ва қон томир системасини зарарлантиради. Грипп вирусини умумий заҳарланишга сабаб бўлиб, организм чидамлилигини сусайтиради, бу эса иккиламчи инфекциянинг (патоген бактерия, вирус, замбуруғлар) қўшилишига имкон яратади.

► **Клиникаси.** Касалликнинг яширин даври бир неча соатдан бир-икки кунгача давом этади. Касаллик кўпинча тўсатдан, юқори ҳарорат билан бошланиб, бунда баъзан касаллик олди белгилари ҳам кузатилади. Касалликка умумий заҳарланиш (бош оғриғи, адинамия, мушакларда оғриқ, гиперестезия) белгилари ҳосил. Шу билан бирга сохта круп, қоринда оғриқ, қайт қилиш, баъзида ич кетиши, геморрагик белгилар (бурундан қон оқиши), қалтираш, эс-ҳушининг кирди-чиқди бўлиши кабилар юз беради. Катарал белгилар ютинганда томоқда оғриқ, томоқ қичиши, қуруқ йўтал кабилар билан намоён бўлади. Юрак қон томир системалари томонидан аввалига тахикардия, гипертония кузатилса кейинчалик брадикардия ва гипотонияга алмашинади. Заҳарланиш белгилари қанчалик кучли бўлса юрак-қон томир ва асаб ситемасида зарарланиш шунчалик кўп

кузатилади. Бу системалар томонидан клиник белгилар яққол намоён бўлади.

▼ **Таснифи:**

Клиник кечимига қараб грипп: енгил, ўрта, оғир;

Шаклига қараб: типик, чақмоқсимон ва токсик шакллари;

Асоратланишига қараб: асоратланмаган ва асоратланган турларга бўлинади.

Асоратланмаган гриппнинг енгил ва ўрта оғирликдаги кечимида касаллик яхши оқибат билан тугайди. Касаллик давомийлиги 3-6 кунни ташкил қилади. Кечими 7 кундан кўп давом этса асоратланган грипп ҳақида ўйлашга асос бўлади.

Касаллик бошланишида қонда қисқа муддатли лейкоцитоз, кейинчалик эса лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз ва нормал ёки бир оз тезлашган эритроцитларнинг чўкиши аниқланади. Ҳароратнинг эгри чизиғи кўпинча икки тўлқинли эгриликдан иборат бўлади. Иситманинг давомийлиги 2-3 кун бўлиб, баъзан 5-6 кун, асоратланган ҳолларда эса узоқроқ муддатга чўзилади. Аввалига қуруқ 2-3 кундан кейин балғамли йўтал безовта қилади ва 4-7 кун давом этади. Умумий захарланиш, бош оғриши, ҳолсизлик, бош айланиши, иштаҳанинг йўқолиши кузатилади. Нимжон, сунъий овқатланувчи чақалоқларда кўпроқ конъюнктивит, бурун, ютқин шиллиқ пардаларида, бурун йўлларида бўладиган катарал ўзгаришлар характерлидир ва кўпинча ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, зотилжам каби асоратлар ривожланади. Иккиламчи микрофлора қўшилган вақтда круп синдроми узоқ муддат давом этиб, баъзан тўлқинсимон кечади. Бунда юмшоқ танглайнинг шиллиқ қаватида, трахеяда шиш ва геморрагик ўзгаришлар, шунингдек, йирингли ва некротик яллиғланиш кузатилади. Янги туғилган болаларда грипп нисбатан енгилроқ кечади (онадан ўтган иммунитет ҳисобига). Баъзан хасталик гуморал иммунитетнинг бўлмаслиги сабабли оғир ҳолда ўтиб, бактериал сепсиснинг қўзғалишига сабабчи бўлади.

► **Асоратлари.** Аксари ёш болаларда учраб туради. Оғир асоратлардан бири зотилжамдир. Шунингдек, синуситлар, стоматитлар, ларингит, отит, баъзида энцефалит ҳам кузатилади. Инфекцион-токсик карахтлик, ўпка ва мия шиши, юрак-қон томир етишмовчилиги ва томир ичи қон ивиш синдроми (ДВС) каби асоратлар кузатилиши мумкин.

► **Ташхиси.** Ташхис қўйиш клиник ва эпидемиологик усулда олиб борилади. Лаборатория усулларида эрта диагностика мақсадида бурун-халқумдан олинган суртмадан имунофермент анализи (ИФА) усулида вирус РНК сани топиш қўлланилади. Гемагглютинация реакцияси, гемагглютинацияни тўхтатиш реакцияси ёрдамида (жуфт зардоб усулида) вирусни нейтралловчи антителолар титрининг ўсишини аниқлаш билан ретроспектив ташхис қўйилади. Бунинг учун

касалликнинг биринчи кунларида ва 5-6 кун ўтказиб иккинчи маротаба қон зардобни таҳлил қилинади. Бунда антителолар титри биринчи маротаба аниқланганидан 4-5 баробар ортган бўлиши лозим. Риноцитоскопия, шунингдек, вирусни ажратиш усулларидадан фойдаланилади.

► **Таққослаш ташхисоти:** Ўткир респиратор касалликларининг бошқа турлари, шунингдек, қизамиқ, кўк йўтал, геморрагик иситма, қорин тифи кабилар билан дифференциал ташхис қилиш лозим.

► **Оқибати:** Асоратларсиз кечганда тузалиш билан якунланади. Касаллик ёш болаларда бир қадар оғирроқ кечиб бошқа касалликларга берилувчан бўлиб қолишади. Кўп ҳолларда касалликдан кейинги астения ҳолати кузатилади. Махсус асоратларнинг оқибатлари ҳам учрайди.

► **Даволаш:** Асосан симптоматик бўлиб, кўрпа-тўшак қилиб ётиш, иссиқ сақланиш, тўла қувватли овқатланиш, ётоқхоналарни тез-тез шамоллатиб туриш ва исирик дутатиш чоралари қўлланилади. Симптоматик ва патогенетик даво муолажалари буюрилади. Яллиғланишга қарши, ҳароратни туширувчи, оғриқни қолдирувчи дори воситаларидан (парцетамол, панадол, эффералган упса, анальгин, амидопирин, ва х.к.) ва антигриппиндан фойдаланилади. Ремантадин дорисидан касалликнинг бошланиш давларида фойдаланилса яхши натижа беради. Вирусларга қарши препаратлар кўрсатмаларга асосланиб буюрилади. Виразол (рибавирин) кунига 10мг/кг тавсия қилинади. Антибактериал воситалар билан даволашга кўрсатмалар қуйида келтирилган.

Уй шароитида даволашга кўрсатмалар: касалликнинг енгил ва ўрта оғир шакллари ҳамда асоратланмаган турлари даволанадилар.

Касалхонага ётқизишга кўрсатмалар: касаллик оғир кечганда, асоратланган турлари, анамнезида қўшимча касалликлари бор болалар, қариялар ва тутқаноқга мойил шахслар касалхонага ётқизилиб даволанишади.

► **Профилактикаси:** Умумий санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш тадбирларини ташкил қилиш, беморларни барвақт соғлом шахслардан ажратиб қўйиш, болаларни мунтазам чиниқтириб бориш тавсия қилинади.

Профилактика мақсадида гриппга қарши интерферон бурун йўлларида томизилади. Ремантадин препаратини қўллаш тавсия қилинади. Оксалин ва фроленал мазлари бурунга суртилади. Профилактика ва даволаш мақсадида гриппга қарши иммуноглобулин болаларнинг ёшига мос қилиб тайинланади. Эпидемиологик мураккаб вазиятларда гриппга қарши типоспецифик вакцина қўлланилади.

Носпецифик иммун жавобни кучайтириш мақсадида интерфероногенезни яхшилаш мақсадида амиксин, циклоферон, мегасин каби препаратлари буюрилади.

ПАРАГРИПП (Paragrippe)

► **Асосий хусусиятлари:** касаллик ўткир бошланади, касаллик давомийлиги 7-10 кунни ташкил этади, интоксикация белгилари сустривожланади, асосан ёш болалар касалланади, кўпчилик ҳолларда круп синдроми ривожланади.

♦Парагрипп-ўткир вирусли, юқумли касаллик бўлиб, қисқа муддатли иситма ва заҳарланиш, юқори нафас йўллариининг зарарланиши билан характерланади.

► **Этиологияси:** Касаллик кўзгатувчиси вируслар бўлиб, таркибида РНК сақлайди. Парагрипп вирусларининг 4 хил серотипи ажратилган (ПГ-1, ПГ-2, ПГ-3, ПГ-4). Улар ташқи муҳитга чидамсиз. Қиздирилганда тез ҳалок бўлади.

► **Эпидемиологияси:** •Касаллик манбаи: касал одам. •Юқиш йўли: ҳаво-томчи йўли орқали. •Касалликга мойиллик: кўпроқ 2—3 ёшдаги болалар касалланадилар. 5 ёшга яқинлашган болаларнинг 90 фоизидан ортиғида парагрипп вирусига қарши антителолар пайдо бўлиб улгуради. •Мавсумийлик: касалланиш йилнинг совуқ вақтларида кўпаяди.

Иммунитет специфик бўлиб, нисбатан турғун бўлади.

► **Патогенези:** Парагрипп вируслари бола организмига юқори нафас йўллариининг шиллиқ пардалари орқали тушиб, нафас йўллари эпителийсини зарарлантиради. Сўнг вирусемия кузатилади, бунда организм заҳарланишининг бир қатор белгилари аниқланади. Вирусларнинг турларига қарши махсус антителолар пайдо бўлиши билан тугалланади.

► **Клиникаси:** Яширин даври 2-7 кун. Касалликнинг асосий аломатлари юқори нафас йўллариининг зарарланиши белгиларидан иборат бўлади. Касаллик кўп ҳолларда аста-секин бошланади. тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланади. Умумий заҳарланиш аломатлари камдан-кам ҳолларда кузатилиб, унчалик кучли бўлмайди.

Болаларда биринчи навбатда нафас йўллариининг катарал ўзгаришлари намоён бўлиб, кучли йўтал, бурун йўллариининг бекилиб қолиши, ларинготрахеит, бронхит ва баъзан бронхиолит аниқланади. Енгил склерит, конъюнктивит кузатилиши мумкин. 1 ёшдан 2—3 ёшгача бўлган болаларда ёлғон круп синдроми кўпроқ ифодаланади. Круп кўп ҳолларда тана ҳарорати кўтарилмасдан намоён бўлади. Йўтал 20-25 кунгача сақланиши мумкин. Касаллик ўртача 10-14 кун

давом этади. Кам ҳолларда асоратлар (отит, синусит, пневмония) қолдиради, оқибати ёмон тугамайди.

► **Ташхисоти:** Парагриппни клиник маълумотларга қараб ташхис қўйиш анча мушкулдир. Кўпинча энг кўп тарқалган ва қулай бўлган серологик усулдан фойдаланилади. Янги зардоблардаги КБР дан 7-10 кун оралитиб фойдаланилади. Ўсиб бориш давомида титр миқдорининг 4 марта ва ундан ошиши ташхис титри ҳисобланади.

► **Таққослаш ташхисоти:** Парагриппни грипп ва вирусли этиологияли (адено, рино, респиратор-синцитиал вируслар ва бошқ.) ва бактериал этиологияли (стафилококк, стрептококк, ичак таёкчалари, шартли патоген микрофлоралар ва бошқ.) респиратор касалликлар билан дифференциал ташхис қилиш зарур.

► **Давоси:** Махсус даволаш усули йўқ. Даволаш симптоматик ва патогенетик воситаларини тайинлашдан иборат. Асоратлар ривожланиб борган ҳолларда антибиотиклар қўлланади. Одатда болаларга қисқа даволаш курси давомида ампициллин ва бошқа синтетик антибиотиклар, шунингдек, яллиғланишга қарши воситалар, десенсибиловчи препаратлар, витаминлар, ингаляциялар тайинланади. Круп синдроми кузатилганда нафас йўллариининг ўтказувчанлигини тиклашга қаратилган чоралар олиб борилади. Бунинг учун бронхолитиклар, стероидли яллиғланишга қарши препаратлар (преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон ва бошқ.), шишга қарши сийдик ҳайдовчи воситалар, оёққа иссиқ грелкалар, дорили-буғли ингаляциялар қўлланилади. Нафас етишмовчилиги юзага келган ҳолларида кислород бериш, нафас йўлларига интубацион най қўйиш ёки трахеостомия қилиш зарур.

► **Профилактикаси:** Грипп ёки бошқа ЎРВИ касалликлари каби олиб борилади.

АДЕНОВИРУСЛИ КАСАЛЛИК

► **Патогномоник белгилари:** лимфа тугунлари ва кўз зараланади, иситма бўлади, жигар ва талоқ катталашади, муртак безлари ва регионар лимфа тугунлари катталашади, касаллик 2-3 ҳафта давом этади.

♦Аденовирус касалликлари иситма, юқори нафас йўллари, конъюнктивга, регионар лимфа безлари зарарланиши ва жигар, талоқнинг катталаниши билан кечадиган ўткир юқумли касалликдир.

Этиологияси: Аденовируслар юқори нафас йўллари касалликлари билан оғриган болаларнинг 5-10 фоизида кузатилади. ДНК сақлайдиган вируслар туркумига кириб, умумий махсус антигенлар гуруҳига эга ва 30 дан ортиқ сероварлари мавжуд. Улар ташқи муҳитга чидамсиз. Аденовирусларнинг кўп гуруҳи каламуш ва резус маймунларнинг эритроцитларини агглютинация қилади.

Болалар кўпинча 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 21 турдаги аденовирусларга чалинадилар. Аденовирус инфекцияси давомида ривожланадиган иммунитет ўзига хос бўлиб, организмда узок сақланмайди. Иммунитет типоспецефикдир.

► **Эпидемиологияси.** • **Касаллик манбаи:** касал одам ҳисобланади. • **Касаллик юқиш йўли:** асосан ҳаво-томчи йўли билан, баъзан ҳазм органлари орқали алиментар ва маиший мулоқот йўли орқали ҳам юқиши мумкин. Болалар муассасаларида баъзан касалликнинг авж олиш ҳоллари кузатилади.

• **Мойиллик:** катталарга нисбатан болаларда кўпроқ учрайди. Болаларнинг бу касалликка мойиллиги ҳамма ёшда, айниқса 6 ойликдан 3 ёшгача бўлган даврда кузатилади.

• **Мавсумийлик:** касаллик асосан йилнинг совуқ фаслларида кўп кайд қилинади, ёз ойларида учраб туриш хусусиятига эга.

► **Патогенези:** кўзғатувчининг кириш дарвозаси юқори нафас йўллари ҳисобланади. Нафас йўллари шиллиқ қават эпителийларида ва муртак безларида вирусларнинг кўпайиши кузатилади. Шу билан бирга хужайралар шикастланиши кузатилиб экссудатив ўзгаришлар намоён бўлади. Нафас йўллари зараланиши билан бир вақтнинг ўзида конъюктива ва ичак эпителийларида ҳам патологик жараён ривожланади. Вирусларнинг қонга сўрилиб вирусемия чақириши жигар, талоқ ва бошқа аъзоларнинг зараланишига сабабчи бўлади.

► **Клиникаси:** яширин даври 4-14 кунгача давом этиб, ўртача 5-7 кунни ташкил этади. Клиник кечими хилма-хилдир, касаллик нафас йўллариининг турли қисмларининг (ринофарингит, ринофаринготонзиллит, ларинготрахеобронхит) шунингдек, конъюнктивит, кератоконъюнктивит, фарингоконъюнктивал иситма, аденовирусли пневмония каби кўринишларини қамраб олади. Касаллик ўткир тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланиб, заҳарланиш белгилари аста-секин ривожланади. Иситма 8-14 кунгача давом этиб баъзи ҳолларда тўлқисимон тус олади. Беморларнинг юқори нафас йўллари қизарган, шишган бўлади. Аввалига шилимшиқ, кейинчалик йирингли экссудат ажралади. Муртак безлари ва регионар лимфа тугунлари катталашади.

Касаллик иситманинг юқори бўлиши, гоҳо икки тўлқинли ўтиши, баъзан эса интоксикация, юқори нафас йўллариининг яллиғланиши, ичнинг суяқ келиши, кўпинча кўз конъюнктиваси (бир ёки икки томони) нинг зарарланиши билан кечади ва 6-12 кунгача давом этади. Гўдак болаларда пневмония ривожланиб, оғир-атипик ўтиши мумкин. Беморларнинг жигари ва баъзи ҳолларда талоғи катталашади.

► **Ташхисоти:** Касалликка клиник-эпидемиологик ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Аденовирус касалликларига эрта ташхис қўйиш усулларида бири иммунофлюоресценциядир. Шунингдек, вирусларни нейтраллайдиган ва комплемент боғловчи

антителолар титрини аниқлашдан фойдаланилади, бунда антителоларнинг 4 марта ва бундан кўпроқ ошиши ташхис титри мусбат ҳисобланади.

► **Таққослаш ташхисоти:** ўткир респиратор касалликлар, инфекциян моноклеоз, дифтерия каби касалликлар билан ўтказилади.

► **Асоратлари:** кўзнинг шох пардасининг яллиғланиши оғир асоратлар бериб беморни кўр қилиб қўйишигача олиб келиши мумкин.

► **Давоси:** Уй шароитида касалликнинг енгил, ўрта оғир ва асоратланмаган турлари уй шароитида даволанади. **Касалхонага ётқизишга кўрсатмалар:** касаллик оғир кечганда, асоратланган турлари, пневмония билан кечганда, ичаклар зарарланиши билан кечганда ва анамнезида қўшимча касалликлари бор болалар касалхонага ётқизиб даволанишади. Даво муолажалари симптоматик равишда олиб борилади. Интерферон препаратлари қўлланилиши тавсия қилинади. Оксалин малҳамидан бурун шиллиқ қаватига суртиш учун фойдаланилади. Вирусларга қарши препаратлардан ҳам фойдаланиш мумкин.

► **Профилактикаси:** махсус профилактикаси йўқлиги сабабли умумий олдини олиш усулларида фойдаланилади.

РЕСПИРАТОР-СИНЦИТИАЛ ИНФЕКЦИЯ (РСИ)

► **Патогномоник белгилари:** яширин даври гриппга нисбатан узокроқ давом этади (2-7кун), касаллик аста-секин бошланади, заҳарланиш белгилари жуда суёт бўлади, нафас йўллариининг пастки қисми, бронх ва бронхиолалар зарарланади, астматик синдром ривожланади, ёш болаларда кўпроқ учрайди, касаллик давомийлиги 2-3 ҳафта давом этади.

♦ **Респиратор-синцитиал инфекция-болаларда нафас олиш аъзоларининг пастки қисми зарарланиши билан кечадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, эмизикли ва ёш болаларда кўпинча бронхопневмония ва пневмония ривожлангани билан характерланади.**

► **Этиологияси:** РСИ вируси таркибида РНК тутадиган вирусларга мансуб бўлиб, парамиксовируслар оиласига киради. Вируслар ташқи муҳитга чидамсиз бўлиб, эфирнинг 20% ли эритмасида парчаланиб кетади. Қиздирилганда фаоллигини йўқотади, дезинфекцияловчи воситалар таъсирида тезда ҳалок бўлади.

► **Эпидемиологияси:** • **Касаллик манбаи:** касал одам инфекция манбаи ҳисобланади. • **Юқиш йўли:** РСИ вируси ҳаво-томчи орқали юқади. • **Мойиллик:** касаллик гўдак болаларда ва иммунтанқислик билан оғриган болаларда кўпроқ учрайди. Она организмидан болага плацента орқали ўтган антителолар ҳимоя аҳамиятига эга эмас. • **Мавсумийлик:** касаллик асосан совуқ ойларда кузатилади.

► **Патогенези:** Вируслар нафас йўлларига тушиб асосан пастки нафас йўлларида яллиғланиш жараёнини келтириб чиқаради бу эса ўз навбатида шиллик қаватнинг шишишига ва бронхиолаларнинг торайишига олиб келади, нафас йўлларининг бекилиб қолиши ўпка ателектазига сабаб бўлади, эмфизема ривожланади, оқибатда нафас олиш қийинлаши ва астматик синдром ривожланади. Натижада нафас етишмовчилиги белгилари намоён бўлади. Шу билан бирга иккаламчи инфекция ҳам юзага келиши мумкин. Бемор организмда ўзига хос махсус антителолар ишлаб чиқарилади.

► **Клиникаси:** Яширин даври 2 кундан 7 кунгача. Касаллик бир ёшгача бўлган болаларда ўткир бошланиши мумкин, катта ёшдаги болаларда аста-секин бошланади.

Тумов, фарингит белгилари билан бошланиб аксириш кўшилади. Заҳарланиш белгилари жуда суст ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Тана ҳарорати субфебрил даражада бўлади. Баъзида фебрил даражагача кўтарилиши мумкин. Бурундан аввалига серроз, кейинчалик эса йирингли экссудат ажралади. Бурни битади ва бемор оғзи орқали нафас олади, чақалоқлар жуда нотинч бўлиб, онасини эмишдан бош тортади ва яхши ухлай олмайдилар. Ўпка эшитиб кўрилганда (нафас олинганда) қисқа нам хириллашлар эшитилади. Нафас чиқариш қийинлашади. Экспиратор ҳуштаксимон нафас эшитилади. Бурун-лаб учбурчагида цианоз пайдо бўлиб, болада нафас етишмовчилиги белгилари кузатилади. кўкрак ёшидаги болаларда юқори ҳарорат бўлганда тутканоқлар кузатилиши мумкин. РСИ нинг асосий белгиси йўтал бўлиб у доимий ҳарактерга эга бўлади ва 2-3 ҳафтагача сақланиши мумкин. Нафас олишнинг тезлашиши ва тахикардия ҳам кузатилади. Перкутор текширилганда кўкрак қафаси устида кутисимон товуш эшитилади. Кўкрак қафаси рентген орқали текширилганда унчалик ўзгаришлар кузатилмайди, баъзан эмфизема бўлганлиги аниқланади. Респиратор-синцитиал инфекциянинг клиник тури унинг қандай кечишига боғлиқ. Бу касаллик катта ёшдаги болаларда кичик ёшдаги болаларга қараганда енгилроқ кечади. Иммун ўзгаришлар бўлганда касаллик сурункали тус олиши обструктив бронхит ва инфекцион аллергик астма касаллигининг келиб чиқишига сабабчи бўлиши мумкин. Касалликнинг ўртача давомийлиги 1-2 ҳафта ҳисобланади. Периферик қонда лейкоцитлар миқдори ўзгармайди. ЭЧТ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) нормал ҳолда бўлади.

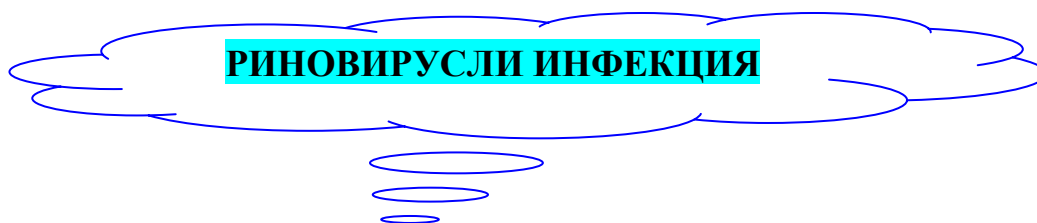
► **Ташхиси:** Ташхис клиник ва эпидемиологик кўрсаткичларга асосланиб қўйилади. Янги қон зардобдаги вирусни нейтраллайдиган

титрнинг ошиб боришини аниқлаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, ҳалқумдан олинган суртмани антителоларнинг флюоресцирланиш усули орқали ҳам махсус антителолар аниқланади.

► **Дифференциал ташхис:** турли этиологияли ЎРК гуруҳи, аллергия касалликлар ва обструктив бронхит билан қилинади.

► **Давоси:** Уй шароитида касалликнинг енгил ва ўрта оғир шакллари даволанади. **Касалхонага ётқизишга кўрсатмалар:** оғир кечганда, асоратланган ҳолатлар ва бир ёшгача бўлган болалар. Симптоматик ва патогенетик муолажалар ўтказилади. Касалликнинг енгил турида дорили ингаляция қилиш, овқатланишни тўғри ташкил этиш, оғир ҳолларда ва асоратлар ривожланганда одатдаги терапевтик миқдорларда антибиотиклар ва бронхолитик воситалар тайинлаш зарур. Махсус даволаш усули йўқ.

► **Профилактикаси:** махсус профилактикаси ишлаб чиқилмаган.



► **Патогномоник белгилар:** ҳарорат кўтарилмайди, захарланиш белгилари бўлмайди, бурундан шилимшиқ оқади, бурун битади, касаллик 2-3 ҳафта давом этади.

♦ **Риновирус инфекция-ўткир юқумли тумов касаллиги бўлиб, умумий интоксикация белгиларисиз ринит билан ҳарактерланади.**

► **Этиологияси:** Риновируслар таркибида РНК тутадиган вируслар туркумига киради. Уларнинг 100 дан ортиқ серологик тури мавжуд. Ташқи муҳитга чидамли.

► **Эпидемиологияси:** • **касаллик манбаи:** касал одам. • **Юқиш йўли:** ҳаво-томчи йўли орқали. • **Мойиллик:** ҳамма ёшдаги шахсларда қайд қилинади. • **Мавсумийлик:** касаллик асосан куз ва баҳор ойларида кўп учрайди.

► **Клиникаси:** яширин даври 1-6 кун. Касаллик катарал аломатлар билан ўткир бошланади. Аввалига акса уриш, томоқ қичиши каби белгилар безовта қилиб, кейинчалик тумов қўшилади ва бир неча соатдан кейин бурундан серроз шилимшиқ ажрала бошлайди. Шилимшиқ кўп ажралиши натижасида бурун қанотларида эрозиялар пайдо бўлиши мумкин. Баъзида кўздан кўз ёши оқиши ва куруқ йўтал ҳам кузатилади. Ҳид ва таъм билиш сустлашади. Касаллик 5-7 кун давом этади.

► **Ташхисоти:** бурундан цитоскопия қилиш мақсадида материал олиш ва клиник белгиларнинг намоён бўлишига қараб олиб борилади.

► **Давоси:** симптоматик даво муолажалари ўтказилади. Тумов белгилари кузатилса бурун орқали нафас олишни осонлаштиришни

таъминлаш мақсадида нафтизин, галозолин, санорин каби воситалар ишлатилади.

- ▶ **Профилактикаси:** махсус профилактикаси ишланмаган.

РЕОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯ

▶ **Асосий белгилари:** нафас йўллари билан биргаликда ошқозон-ичак тракти зарарланади. Заҳарланиш белгилари суст ривожланади, касаллик 5-6 кун давом этади. Ич суюқ кетади, қайт қилади.

◆ **Реовирусли инфекция ўткир юқумли касаллик бўлиб нафас аъзолари ва ошқозон-ичак трактининг зарарланиши билан характерланади.**

▶ **Этиологияси:** қўғатувчиси реовируслар оиласига мансуб бўлган вируслар томонидан чақирилиб, уларнинг 3 та типи аниқланган бўлиб ҳар бир типининг сероварлари мавжуд.

▶ **Эпидемиологияси.** ● **касаллик манбаи:** касал одам. ● **Юқиб йўли:** ҳаво-томчи йўли ва нажас-оғиз механизми орқали, маиший-мулоқот йўли ораки ҳам инкор этилмайди. ● **Мойиллик:** кўп ҳолларда ёш болаларда касаллик қайд қилинади. ● **Мавсумийлик:** касаллик асосан қиш фаслида яъни совуқ ойларда спорадик кўринишда учрайди.

▶ **Патогенези:** етарлича ўрганилмаган.

▶ **Клиникаси:** яширин даври 2-7 кунни ташкил қилади. Касаллик аста-секин кучсиз заҳарланиш белгилари билан бошланади. Тана ҳарорати фебрил даражагача кўтарилиб 5-7 кунгача давом этади. Беморларни ҳолсизлик, томоқ қичиши, йўтал кабилар безовта қилади. Томоқ ва кўз склераларида қизариш кузатилади. Кейинчалик қоринда оғриқ, ич кетиши, қайт қилиш кўшилади. Касаллик оғир кечганда қайд қилиш ва ич кетиши оқибатида сувсизланиш белгиларининг ривожланиши оғир асоратлага сабабчи бўлиши мумкин.

▶ **Оқибати:** касаллик кўп ҳолларда тузалиш билан якунланади. Баъзида энцефалит, менингит каби асоратлар бериши қайд қилинган.

▶ **Ташхисоти:** серологик (Комплементни бириктириш реакцияси (КБР), нейтраллаш реакцияси (НР)) ва вирусологик усуллар қўлланилади.

▶ **Давоси:** асосан симптоматик ва патогенетик усуллардан фойдаланилади. Йўталга, яллиғланишга қарши препаратлар берилади. Кўп суюқлик йўқотилганда регидратация усулларидан фойдаланилади. Регидратация усуллари оғиз орқали ёки томирлар ичига эритмаларни юбориш йўли билан амалга оширилади.

Профилактикаси: махсус профилактикаси йўқ. Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилинади.

ТЕРИГА ТОШАДИГАН ТОШМАЛАР БИЛАН КЕЧУВЧИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР:

ТОШМАЛАР ТАСНИФИ ВА ТАВСИФИ:

- Юқумли касалликларда учрайдиган тошмалар кўзгатувчиларнинг бевосита териға таъсир этиб ўчоқли яллиғланишлар келтириб чиқариши, улар захарли махсулотларининг тери ва тери ости қаватиға токсик таъсири, кўзгатувчилар антигенларининг аллергик реакциялари оқибатида, кўзгатувчиларнинг терини иннервация қилувчи нерв тизимиға тўғридан тўғри таъсирлари ҳисобига, ҳамда нерв-рефлектор бузилишлар ҳисобига намоён бўлади.
- Кўзгатувчиларнинг таъсири натижасида қон ва лимфа томирларининг кенгайиши ва уларнинг ўтказувчанлиги ортиши билан чегараланса, баъзида қон томирлар бутунлигининг бузилиши, чуқур трофик ўзгаришлар, яллиғланиш инфильтратлари, хужайраларнинг катталашиши, ўсиши ва кўпайиши ҳамда терида деструктив ўзгаришлар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади.

1.Терида жойлашган қон томирлар кенгайиши ҳисобига ҳосил бўладиган тошмалар: Бу тошмаларнинг сақланиш муддати жуда қисқа вақтни (бир неча дақиқадан икки уч кунгача) ташкил қилади.

А) **Нуқтасимон тошма**; ўлчами 1 мм атрофидаги ранги оч қизғиш рангли тошмалар бўлиб, тери босганда ва тортилганда йўқолади. Бир неча секунддан сўнг қайта пайдо бўлади.

Б) **розеола**; ўлчами 2-5 мм, ранги қизғиш ёки оч пуштиранг, тери сатхидан кўтарилмайди, тери силлиқлиги сақланади, босганда ва тери тортилганда йўқолади.

В) **доғ**; ўлчами 5-20 мм келадиган элементлар, бўлиб, улар майда доғлар (5-10 мм) ва катта доғларга (10-20 мм) бўлинади. Тери сатхидан қисман кўтарилган бўлиб, кўтарилганлиги оддий кўз билан қаралганда билинмайди, ранги қизғиш ёки қўнғирроқ. Тери босилганда ёки тортилганда қисман йўқолади ва юборилгандан кейин тез пайдо бўлади.

Г) **эритема**; ўлчами 20 мм дан катта бўлган тошма ҳисобланади, тери сатхидан қисман кўтарилади. Ранги қизғиш рангда ёки қўнғирроқ бўлади. Тери тортилганда ва босилганда қисман йўқолиб тезда қайта пайдо бўлади.

2.Терида жойлашган қон томирлар ўтказувчанлигининг ортиши ҳисобига ҳосил бўладиган тошмалар: тошмалар бир неча кундан бир икки ҳафтагача сақланиши мумкин.

А) **петехия**; ўлчами 1 мм атрофидаги майда қон қуйилишлар бўлиб, ранги аввалига қизил, кейинчалик кўкимтир ва сарғиш тус олиб бир неча кундан кейин сўрилиб кетади.

Б) **пурпура**; ўлчами 2 мм дан 5 мм гача бўлган элементлар бўлиб, ранги аввалига қизил, қўнғир, кейинчалик кўкимтир ва сариқ бўлиб аста секин сўрилади.

В) **экхимоз**; 5 мм дан катта қон қуйилишларга айтилади ва улар 1-2 ҳафтагача сақланади.

3.Терининг маълум бир қисмига хужайралар миграцияланиши (кўчиб келиб тўпланиши) ҳисобига ҳосил бўладиган инфильтратлар:

А) **папула** (тугунча); ўлчами бир-икки мм дан 20 мм гача келадиган тошма. Тери сатхидан кўтарилиб туради. Ранги оч пушти ёки қизғиш бўлиб, юзаси қипиқланиб туради. Таркибидаги хужайралар лейкоцитлардан ташкил топса йиринг ҳосил бўлади ва тезда тери юзасига очилади. Папула асосан терининг эпидерма қаватида пайдо бўлади ва чандиксиз битади.

Б) **дўмбоқча**; Терининг дерма қаватида пайдо бўлиб, ўлчами 3-5 мм дан 20-30 мм гача етади. Чуқурроқ жойлашган папулалар тери остига тарқалиб асоратланиши мумкин. Сақланиш муддати бир икки ҳафтадан бир неча ойгача давом этади. Баъзида сўрилмасдан қолиши ҳам мумкин.

В) **тугун**; ўлчами 1-5 см ва ундан катта бўлган элемент, терининг чуқур дерма ва дерма ости қаватларида учрайди.

4.Тери ва шиллиқ қаватлар хужайраларининг бирор бир таъсирот натижасида вакуолизацияланиши (емирилиши ва ўрнида серроз экссудат тўпланиши) ҳисобига ҳосил бўладиган элементлар:

А) **пуфакча** (везикула); ўлчами 2-5 мм келадиган тери сатхидан кўтарилиб турувчи, ичи тиниқ экссудат билан тўлган тошма. Сақланиш муддати 1-2 кун бўлиб тезда ёрилади ва ўрнида эрозия ҳосил бўлади.

Б) **пустула**; ичидаги суюқлик йирингли бўлган элемент.

В) **пуфак** (булла); ўлчами жихатдан 5 мм катта бўлган ичи суюқлик билан тўлган элементларга айтилади.

5. Тери ва шиллиқ қаватларнинг деструкцияси ҳисобига ҳосил бўладиган элементлар:

А) **эрозия**; тери ёки шиллиқ қаватнинг юзаки шикастланиши ҳисобланади. Тери ёки шиллиқ қават ости мушак қавати кўринмайди, асоратсиз кечганда тери ёки шиллиқ қават 3-4 кун ичида **чандиксиз** тикланади.

Б) **яра**; тери ёки шиллик қават тўла шикастланади. Тери ёки шиллик қават остидаги мушаклар кўриниб туради ва бир икки ҳафта ичида **чандик** билан тикланади.

6. Терининг юза, эпидерма қавати кўчишининг (кипиқланишининг) тезлашиши ҳисобига ҳосил бўладган тошмалар:

А) **унсимон** кипиқланиш; кипиқлар ун кўринишида уваланган бўлади.

Б) **кепаксимон** кипиқланиш; кепак кўринишидаги кипиқланиш бўлиб, ўлчами 1-2 мм келади.

В) **тангасимон** кипиқ; ўлчами жиҳатдан 2-5 мм келадиган кипиқланиш.

Г) **баргсимон** ёки варақсимон кипиқ; ўлчами 5 мм дан катта бўлган тери кўчишлари ҳисобланади.

7. Қон томирлар кенгайиши ҳисобига ёки уларнинг ўтказувчанлигининг ортиши ҳисобига хужайралар аро қисмларга экссудатнинг йиғилиши натижасида ҳосил бўладиган тошмалар.

Қаварчик; ўлчами ҳар хил катталиқдаги тери сатхидан кўтарилиб турувчи, тезда намоён бўлиб тезда йўқолиб кетиш хусусиятига эга

8. Тери эпидермис қисмининг қайта-қайта, кўп ва узоқ муддатда таъсирланиб туриши натижасида хужайралар гипертрофияси ҳисобига ҳосил бўладиган элемент

Лихенификация; ўлчами ҳар хил катталиқдаги тери сатхидан кўтарилиб турувчи, терининг қалинлашиши ҳисобига пайдо бўладиган элемент. Асосан терининг сурункали касалликларида намоён бўлади.

9. Терининг эпидерма қаватидаги терига ранг берувчи хужайралар фаолиятининг ўзгариши (кучайиши ёки пасайиши) натижасида ёки терига организм маҳсулотлари ёки ёт жисмларнинг ўтириб қолиши натижасида тери рангининг ўзгариши ҳисобига пайдо бўладиган элементлар.

А) **Ахромия**; тери рангининг йўқолиши.

Б) **Гипохромия**; тери рангининг сустлашиши.

В) **Гиперхромия**; тери рангининг кучайиши.

10. Терининг дерма ва дерма ости қаватларининг жароҳатланиши оқибатида бириктирувчи тўқима ўсишидан ҳосил бўладиган элементлар.

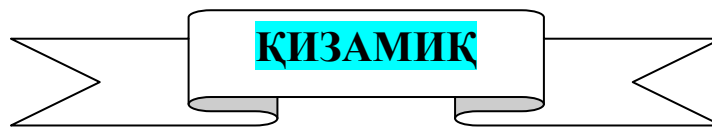
Чандик; ўлчами 1-2мм дан бир неча сантиметргача етадиган тери сатхидан кўтарилиб турувчи ёки аксинча тери сатхидан чуқур жойлашган элемент бўлиб бутун умр давомида сақланади. Кичик ўлчамдаги чандиқлар йиллар давомида ўз шаклини йўқотиш хусусиятига эга.

11. Терининг шикастланиши натижасида ҳосил бўладиган экссудат ҳисобига пайдо бўладиган элементлар:

Қалоклар; йирингли (оқиш рангда), серозли (сарғиш рангда) ва қонли (қўнғир ёки қизғиш рангда) турлари тафовут қилинади.

12. Терининг эпидерма ва сўрғичсимон қаватларининг ўсиши хисобига ҳосил бўладиган элементлар:

Вегетация; тери сатхидан кўтарилиб турувчи шиллиқ қаватлар рангида, нотекис шаклдаги тез-тез қонаб туриш хусусиятига эга.



► **Асосий белгилари:** босқичма-босқич доғли-папулёз тошмалар тошади, конъюнктивит кузатилади, нафас йўллари яллиғланади, оғиз, лаб, конъюнктива шиллиқ қаватида оқ некротик тошмалар бўлади, тошмалар тошиш олди (продромал), тошмалар тошиш, пигментланиш давлари фаркланади, касаллик 12-16 кун давом этади.

♠ **Қизамиқ-вируслар қўзғатадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб,** тана ҳароратининг ошиши, юқори нафас олиш йўллари, оғиз бўшлиғи, томоқ, қўз шиллиқ қаватларининг зарарланиши, терида ўзига хос доғли папулёз тошмаларнинг боқичма-босқич тошиши ва нафас олиш йўллариининг асоратлари билан кечадиган касалликдир.

► **Этиологияси:** Қизамиқ қўзғатувчиси – ўзида РНК сақловчи вирус бўлиб, парамикровируслар оиласига киради. Товуқ эмбрионида ва одам организмидаги тўқималарда яхши ўсади. Қизамиқ вируси ташқи муҳитга чидамсиз, ҳавода куёш нури таъсирида ва тупук томчиларида ярим соат ичида, қуритилганда дарҳол, 50 градусгача қиздирилганда 15 минут ичида, 60 С да ва юқори ҳароратда дарҳол ўлади. Паст ҳароратда ва қоронғида узок сақланади.

► **Эпидемиологияси:** ■ **Касаллик манбаи** бўлиб, қизамиқнинг ҳамма шакли билан оғриган беморлар хизмат қилади. Қизамиқ яширин даврининг охириги 1-2 кунда, катарал даврида ва тошма тошиш даврининг биринчи 3 кун мобойнида юқумли ҳисобланади. Тошма тошиш даврининг 2 чи кундан бошлаб юқумлилиги камайиб, 5-кунга бориб умуман йўқолади. «Қизамиқ»да вирус ташувчилик ҳос эмас. ■ **Юқиш йўли:** Ҳаво-томчи орқали суҳбат давомида, йўталганда аксирганда ҳавога ўтади. Натижада қўшни хонага ўтади, бошқа хоналарга тарқалиши кузатилади, онадан олган имунитет хисобига 3 ойгача бўлган болалар қизамиқ билан касалланмайди. 6-8 ойлигидан эса имунитетнинг пасайиши кузатилади. ■ **Мойиллик** 2 ёшдан 7 ёшгача юқори даражада кузатилади. 14 ёшдан кейин эса касаллик камдан кам ҳолларда учрайди. Охириги йилларда орттирилган имунитетнинг йиллар давомида сўниши натижасида касалланиш 18-22 ёшдаги кишиларда спорадик ҳолда учраб турибди.

■ **Мавсумийлик:** касаллик тарқалиш фасли қиш ва баҳор ойлари бўлиб, декабрдан бошлаб то майгача жуда юқори фоизда учрайди. Ҳар 2-4 йилда касалланишни кўп учраб туриши такрорланиб туради.

► **Патогенези:** Қизамиқ вируси организмга юқори нафас олиш йўллари шиллиқ қавати ва конъюнктива орқали киради. Яширин даврнинг биринчи кунларидан бошлаб қонда пайдо бўлади. Вируслар кўпайиши эпителиал тўқималарида кузатилади, яширин даврининг охирида вируслар бутун органларга (МНС, жигар, талоқ, ичак, бодомча безлар, суяк кўмиги, ўпкада) тарқалиши кузатилади.

Вируслар бу органларда кўпайиши натижасида кўп ядроли гигант хужайралар ва инфилтратларнинг пайдо бўлиши кузатилади.

Катарал даврида-ўзига хос яллиғланиш ўчоқлари тамоқ, хиқилдоқ, халқум, трахея, бронх ва ўпкада кузатилади.

Қизамиқ учун шиллиқ қаватларнинг яллиғланиши, эпителия қаватларида юзаки некрознинг пайдо бўлиши характерлидир. Натижада, оғиз шиллиқ қавати лунжида, лаб ва кўз шиллиқ қаватларида нуқтасимон оқ доғлар Бельский-Филатов-Коплик белгиси пайдо бўлади.

Марказий нерв системаси соҳасида қизамиқ асоратсиз ўтганида бош мияда, қон ва лимфа оқимининг бузилиши натижасида энцефалопатия, серозли менингоэнцефалит ҳолатлари юз бериши кузатилади. Овқат хазм қилиш соҳасида катарал, афтоз ва ярали стоматитлар, йўғон ичак шиллиқ қаватларининг яллиғланиши хос бўлиб ярали ва фибриноз-некротик ўзгариш кузатилади. Касалликни бошидан кечирганларда доимий турғун иммунитет сақланиб қолади.

► **Клиникаси:** яширин давр қизамиқда ўртача 8-10 кун баъзида 17 кунгача чўзилади, профилактика мақсадида иммуноглобулин олган болаларда эса 21 кунгача давом этади. Қизамиқ клиникасида учта давр ажратилади.

1.Катарал (продромал). 2.Тошма тошиш 3.Пигментация даври.

Катарал даврида-тана ҳароратининг 38,5–39°C га кўтарилиши, кўз шиллиқ қаватининг яллиғланиши, юқори нафас олиш йўллари шиллиқ қавати катарити, бурундан шиллиқ, кейинчалик шиллиқ-йирингли суюқлик келиши, баъзида касалликнинг бошланишида балғамли ажралмалар ажралиши кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи ўзгаради. Болалар ҳолсиз, йиғлоқсиров, уйқуси бузилган, инжиқ, иштахаси йўқолган бўлишади. Кўпинча касалликнинг бошланиши қоринда оғриқ ва ич кетиши билан бошланади. Касалликнинг оғир ҳолатларида биринчи кундан бошлаб заҳарланишнинг кучли бўлиши, тутқаноқ тутиши, эс ҳушининг қоронғилашиши кузатилади. Катарал даврига характерли оғиз шиллиқ қаватида ўзгаришлар лунжда ва лабнинг шиллиқ қаватларида кузатилади. Оқ кўкимтир, катталиги буғдойдай келадиган, атрофи кизил доира шаклида ўралган, нуқталар ҳосил бўлади. Оғиз шиллиқ қавати қизарган, қуруқлашган милкларнинг бўшашиши ва шиллиқ қаватининг оқариш ҳолатлари кузатилади. Бу ўзгаришни биринчи марта 1890 йилда Бельский, 1895 йилда Филатов ва 1896 йилда Коплик ёритиб берганлиги сабабли Филатов-Бельский-Коплик

симптоми дейилади. Бундан ташқари катарал даври учун юмшоқ ва каттиқ танглайда-қизил рангга эга бўлган майда энантема пайдо бўлиши кузатилади.

Тошма тошиш даври касалликни 4-5 кундан бошланади. Доғли-папулёз тошма билан ҳарактерланади. Биринчи тошма кулоқ орқасида, бурун ён томонида майда қизғиш доғ ҳолида бўлиб жуда тез фурсатда кўпаяди, баъзида бир бири билан қўшилиб кетади. Тошма биринчи куннинг охирига бориб бутун юз ва бўйинни қоплаб олади, қисман кўкрак, елканинг юқори қисмида ҳам пайдо бўлади. Иккинчи кундан бошлаб бутун танани ва қўлнинг юқори қисмини, учинчи кундан бошлаб эса оёқ қўлларини бутунлай қоплайди. Қизамиқда тошма терининг ўзгармаган ҳолатида бир хилда қоплайди. Папулёз тошмалар тери сатҳидан бўртиб турганлиги сабабли пайпаслаганда қўлга сезилиб туради. Қизамиқ билан оғирган беморларнинг юзи озгина шишган, кўзлари қизарган, бурундан йирингли ажралма оқиши кузатилади. Биринчи кун тошма тошиши даврида тана ҳарорати жуда юқори бўлиб, бутун тошма тошиш даврида ушланиб туради. Касаллик асоратсиз ўтганида тошманинг 3-4 кунда тана ҳарорати меъёрлашади. Тошма тошиш даврида беморларнинг умумий аҳволи оғир. Беморда, ноҳушлик, кўркув баъзида уйқучанлик кузатилади. Кўпинча беморларда бурундан қон келиши аломатлари кузатилади. Қон таркибида лейкопения кузатилади. Тошма тезликда қорая бошлайди, кейинчалик эса жигар ранг ҳолатда бўлади.

Пигментация даври: 1-1,5 ҳафта давом этиб, биринчи навбатда тошмалар юзда пигментацияга учрайди, кейин эса бутун тана ва қўлнинг юқори қисмида, учинчи кунга бориб эса оёқ қўлларининг пастки қисмида пигментация юз беради. Пигментация даврида тана ҳарорати меъёрлашади. Умумий аҳволи аста-секин яхшилана боради.

▼ Таснифи:

I. Типик шакли

Кечишига кўра: 1.Енгил 2.Ўрта оғирликдаги

3.Оғир; а.Геморрагик, б.атоксоадинamik, в. диспноик ёки бронхиал қизамиқ

II. Атипик шакли.

1.Эмланганларда қизамиқ (митигирланган)

2.Бир ёшгача бўлган болаларда қизамиқ.

3.Бошқа инфекциялар билан бирга қизамиқнинг қўшилиб келиши.

4.Катталарда қизамиқ.

Атипик шаклида асосий симптомлар яширин ҳолда, ёки умуман учрамайди. Катталарда оғир ўтади.

► **Асорати:** асосан иккинчи бир касалликнинг қўшилиши натажасида юзага келади. Булардан ларингит, ларинго-трахеобронхит, пневмония (зотилжам). Пигментация даврида эса отит, стоматит,

колит, энтерколит, кератит, стафилодермия, стрептодермия. МНС томонидан энцефалит, менингитлар кузатилади.

► **Ташхисоти:** лабораториявий ташхисот ретроспектив аҳамиятга эга бўлиб қўш зардоб усулидан фойдаланилади. Асосан клиник-эпидемиологик ташхисот усулларида фойдаланилади.

Кўпинча биринчи навбатда катарал ҳолатларнинг намоён бўлиши, кўз шиллиқ қаватларининг зарарланиши, энантема ва Филатов-Коплик белгисининг пайдо бўлиши, тошманинг босқич билан тошиши хосдир. «Қизамиқ» ни бошқа юқори нафас олиш йўллариининг катарал ўзгариши билан кечадиган касалликлардан фарқлаш учун юқорида кўрсатилган белгилар аҳамиятга эга бўлади. Катарал даврида қизамиқни грипп ва ЎРВИ билан таққослаш лозимдир. Бунда Филатов-Коплик белгисининг пайдо бўлиши қизамиққа хос. ЎРВИ да эса оғиз шиллиқ қаватлари тоза ва ялтироқ ҳолда бўлиш кузатилади. Қизилчада катарал давр хос эмас. Тошма эса биринчи кун чиқиб бир неча соат ичида бутун танани қоплаб олади. Қизилчада тошма жуда майда бўлиб, бир-бири билан қўшилмайди, оқимтир рангда бўлади. Кўпинча оёқ-қўлларнинг ёзувчи томонларида учрайди. 1-2 кун ичида йўқолади. Ўзидан сўнг пигментация қолдирмайди. Бундан ташқари қизилчада орқа бўйин ва энса лимфа тугунларининг катталашиши хос, беморнинг умумий аҳволи қизилчада деярли ўзгармайди. Қизилча учун қонда лейкопения, лимфоцитоз, плазматик хужайларининг пайдо бўлиши хосдир. Бундан ташқари қизамиқни скарлатина, сохта сил, зардоб касаллиги, медикаментоз дориларидан заҳарланиш ва энтеровирус касаллиги билан таққослаш мумкин.

► **Давоси:** Уй шароитида даволашга кўрсатма: касалликнинг енгил, ўрта оғирликдаги, асоратланмаган шакллари. **Касалхонага ётқизишга кўрсатма:** қизамиқнинг оғир, асоратланган шаклида шифохонада ётиб даволаниш тавсия қилинади.

Тана ҳарорати юқори бўлганда ва тана ҳарорати меъёрлашгандан сўнг ҳам ётоқ режими тавсия қилинади. Кўзни бир неча маротаба илиқ қайнаган сув билан ёки 2% гидрокорбанат билан ювиш тавсия қилинади, йирингли ҳолатларда кўзни тозалаб ретинол ацетатни 1-2 томчи, 3-4 марта томизилади. Бу эса ўз навбатида кўз шиллиқ қаватининг қуришини ва кератит рўй беришини олдини олади. Оғиз шиллиқ қаватини қайнатилган илиқ тоза сув билан чайиш тавсия қилинади. Бу эса ўз навбатида стоматитнинг олдини олишга олиб келади. Беморларга катта дозада аскорбин кислота 300-500 мг, аллергия ҳолатлар ривожланганда пипольфен, димедрол буюрилади.

► **Қизамиқни уй шароитида даволаш:**

А. Режим 7-10 кун давомида ётоқ режими.

Б. Пархез: сутли махсулотлар. Кўп миқдорда суюқликлар ичиш: чой, соклар, кампотлар, шарбатлар.

В. Этиотроп давоси ишлатилмайди. Махсус даво сифатида ёш болаларга ва имунитети паст бўлган болаларга касалликнинг дастлабки 5 кунда 1,5-3 миллилитрдан донор иммуноглобулини тавсия қилинади.

С. Симптоматик даво ринит, конъюнктивит, бронхитда олиб борилади, балғам кўчишини осонлаштирувчи препаратлар ҳам тавсия қилинади.

Д. Антибиотикларни 2 ёшгача бўлган болаларда, асоратлар ривожланиши юқори бўлганда, катта ёшдаги болаларда бактериал инфекциялар ривожланганда тавсия қилинади.

► **Соғайиш мезонлари:** касалликнинг юқумлилиқ даври тошма тошишининг 4 кунда тугалланади.

Касалликнинг енгил ва асоратларсиз кечишида клиник соғайиш касалликнинг 12-кундан сўнг кузатилади.

Соғайишдан кейинги кузатув. Диспансер назорати энцефалит ва пневмония билан асоратланганлар устида олиб борилади. Касаллик енгил кечганда бир ойдан сўнг профилактик эмлашларни ўтказиш мумкин.

► **Профилактикаси:** Биринчи навбатда болаларни соғломлаштириш ва қизамиқни жамоа ичига олиб кирмаслик керак. Қизамиқ билан касалланганлар катарал даврида ва тошма тошиш даврида камида 4 кун, асоратли зотилжам юз берганда эса 10 кун жамоадан ажратилиши шарт. Қизамиқ билан оғримаган лекин мулоқотда бўлган болалар 17 кун мабойнида, профилактика мақсадида иммуноглобулин олганлар 21 кунгача жамоага қўйилмайди.

Махсус эмлаш: қизамиқ билан мулоқотда бўлганларга ва эпидемия ҳолатларида болаларга иммуноглобулин қилинади, бу касалликнинг оғир, асоратли шаклларида ҳам қилиб, касаллик енгил ўтишини таъминлаб беради. Эмлаш жадвали бўйича болалар бир ёшлигида ва 7 ёшлигида қайта вакцина билан эмланадилар.

Қизамиқда ишлатиладиган муҳим сўзлар:

Вирус, ҳаво-томчи, юқори нафас йўллари катари, Бельский-Филатов-Коплик, энантема, экзантема, босқичма-босқич, доғли папулёз, захарланиш, пигментация, ҳарорат, имунитет, вакцина, иммуноглобулин.

Қизамиқда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари:

Қизамиқ қўзғатувчиси.

Қизамиқда касаллик манбаи.

Қизамиқда юқиш йўли.

Қизамиқда касалликка мойиллик.

Қизамиқда мавсумийлик.

Қизамиқ қўзғатувчисининг организмда кўпайиш хусусияти.

Қизамиқда патоморфологик ўзгаришлар.

Қизамиқда катарал давр кечиш хусусияти.

Бельский-Филатов-Коплик белгисининг моҳияти.
 Тошмалар тошиш тартиби.
 Тошмалар тавсифи.
 Пигментациянинг моҳияти.
 Қизамиққа хос махсус асоратлар.
 Қизамиққа хос номахсус асоратлар.
 Эрта ташхисот мезонлари.
 Қизамиқнинг кечим давомийлиги.
 Уй шароитида даволашга кўрсатма.
 Касалхонага ётқизишга кўрсатма.
 Қизамиқда антибиотиклар беришга кўрсатма.
 Қизамиққа қарши эмлаш махсус эмлаш усуллари.
 Қизамиққа қарши номахсус эмлаш усуллари.

ҚИЗИЛЧА

► **Асосий белгилари:** захарланиш белгилари бўлмайди, оёқ-қўлларнинг ёзувчи қисмига розелёз-доғли тошмалар тошади, тошмалар бир икки кун сақланади, регионар лимфа тугунлари катталашиб 2-3 ҳафтагача сақланади.

♠ **Қизилча** вирусли этиологияга эга бўлган ўткир юқумли касаллик бўлиб, кучсиз захарланиш, кўз ва бурун шиллик қаватларининг енгил катарити, терида ўзига хос морфологик тошма тошиши ва лимфа тугунларининг зарарланиши ва катталашиши билан кечадиган юқумли касалликдир.

► **Этиологияси:** Қизилча қўзғатувчиси филтрланувчи вирус, сферик шаклга эга бўлиб диаметри 60-70 нм, таркибида нуклеокапсид ва РНК сақлайди. Ташқи томондан уч қаватли гипопропротеидли парда билан қопланган. Ҳозирги даврда иккита антигени аниқланган. Ташқи муҳитга вирус чидамсиз. Эфирга, совишга сезувчан, музлатилганда - 20-70°C ҳароратда ўзининг патогентлик ҳолатини бир неча йил сақлай олади.

► **Эпидемиологияси:** ■ **Касалик манбаи:** бемор одам, юқумлилик кўпинча яширин даврнинг охири ва касалликни иккинчи ҳафтасида кузатилиб, тошма тошиш даврининг 5-кунидан бошлаб юқумлилик учрамайди. ■ **Юқиш йўли:** ҳаво-томчи йўли орқали. Онадан ҳомилага вертикал йўл орқали ҳам ўтади. ■ **Мавсумийлик:** касаллик кўпинча март-июнь ойларида кўп учрайди. Касалликнинг кўпайиши ва қайтарилиши ҳар 5-10 йилга тўғри келади.

■ **Касалликка мойиллик:** -ҳамма ёшда учраб туради, 6 ойгача бўлганлар жуда кам касалланади. Қизилчадан сўнг умрбод мустаҳкам иммунитет қолади. 20 фоиз туғиш ёшида бўлган аёлларда қизилча

вирусига қарши антитела учрамайди, бу эса уларнинг ўзлари ва болалари учун хавфли ҳолат ҳисобланади. Қизилча билан туғилган болалар бир неча ойдан бир ёшгача вирус ташувчи бўлиб атроф муҳитга хавфли ҳисобланадилар.

► **Патогенези:** вируснинг кириш йўли юқори нафас олиш йўлининг шиллиқ қаватлари ҳисобланади. Биринчи навбатда лимфа органларида ўзгариш юз бериб, лимфааденитларга олиб келади. Ундан сўнг вирус қонга ўтиб, вирусемия бошланади. Натижада клиник жihatдан катарал белгилар юзага келади. Вирусни тери эпителий қаватларига ўтиши натижасида терида тошмалар юзага келади. Организмда гуморал антитела (касалликни 5-6 кундан бошлаб) пайдо бўлиши организмдан вирусни чиқаришга ва узоқ муддатга иммунитетни пайдо бўлишига олиб келади. Вирусемия даврида ҳомиладор аёлларда вирус плацента орқали эмбрион ичига киради, бу эса ўз навбатида эмбрион тўқимасининг шикастланишига олиб келади ва хужайраларнинг кўпайишини сусайтиради ва тўхтатади. Натижада қизилча билан туғилган болаларни кам вазнликда ва кичик бўй билан туғилиши кузатилади. Қизилча билан туғилган болалар вирус ташувчи бўлиб ҳисобланади. Уларнинг томоқ, халқум суртмаси, қон, пешоби, ахлати, кўз шиллиқ қаватлари суюқлиги, суяк кўмигидан ва бутун аъзоларидан вирус ажратиб олинади. Эмбрион ривожланиши учун энг хавфлиси вирус 1-3 ойлик даврда тўқималарга кириб ривожланиши жуда оғир ўтади.

► **Ортирилган қизилчанинг клиникаси:**

1. Яширин даври 14-21 кун давом этади, 5-7 кун касаллик бошлангунча энса, қулоқ орқаси, орқа бўйин лимфа тугунлари катталашиди. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармаган бўлади.

2. Продромал даври учрамайди. Касаллик кўпинча тана ҳарорати ошиши $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ градус, енгил ҳолсизлик, юқори нафас олиш йўллариининг шиллиқ қаватларида ва кўзда енгил катарал ўзгариш (конъюнктивит, бурундан сув келиши, йўталиш) ҳолатлари кузатилади. Беморларда кўпинча катарал ангина учрайди. Продромал давр 1-3 кун давом этади. Бунда лимфа тугунлариининг катталашиши ва оғриқли ҳолатлар кузатилади.

3. Касалликнинг авж олиш даври: тана ҳарорати $38-38,5^{\circ}\text{C}$ градусгача кўтарилиши мумкин, тошма кўпинча юздан, бошнинг сочли қисмидан бошланади. Бир неча соат ёки 1-2 кун ичида бутун тана ва оёқ қўлларни қоплайди, кўпинча елкада, ён тамонларда ва бўғимларнинг ёзувчи қисмида кўп миқдорда учрайди, тошма тошганда терининг ҳолати ўзгармайди ва тери сатҳидан тошмалар бўртиб турмайди. Бутун лимфа тугунлар кўпинча орқа бўйин лимфа тугунлари пайпасланади. Бу эса қизилча учун хос белгиларидан биридир.

4.Реконвалесценсия даври: умумий аҳволи қонақарли бўлиб, лимфа тугунлари катталиги 2-3 ҳафта давом этади. Бу эса қизилча билан касалланганлигидан далолат беради.

Қон таркиби-тошма тошиш даврида лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз, плазматик хужайралар ва ТЮРК кужайраси 10-25 % пайдо бўлиши, эозинофиллар меъёрида ёки озгина ошган, қизил қон таркиби ўзгармаган, ЭЧТ ошган ҳолатда бўлади. Катталарда қизилча тана ҳароратининг 39°C гача кўтарилиши ва кучли заҳарланиш билан бошланади. Тошмаларни бир-бири билан қўшилиши кузатилади. Кўпинча тошма тошиши 5-6 кунгача давом этади. Беморларда ҳамма лимфа тугунлар катталашади.

Атипик шакллари

А) катарал ўзгаришсиз Б) меъерий ҳолатда В) тошмасиз Г) билинар-билинемас кечиши кузатилади.

Асорати жуда кам ҳолатда учрайди, кўпинча фолликуляр ангина, отит, зотилжам, энцефалит, менингоэнцефалит, артрит учрайди. Қизларда эса тромбоцитопеник пурпура учраб, тромбоцитопениенинг пасайиши натижасида юзага келади, геморрагик тошма ва бурундан қон келиш ҳоллари кузатилади.

► **Ташхисоти:** Вирусологик: бурун-халқум яллиғи, қон, сийдик касаллигининг 5-7 кунларида ижобий натижа беради.

Серологик усуллардан-қўш зардоб, ГТР си қўлланилади. Хозирги кунда ИФА ёрдамида қизилчага қарши антителоларнинг титри аниқланмоқда. Чақалоқларга ташхис қилишда TORCH-инфекцияга ишлатиладиган диагностика таркибига киритилган ва шундан фойдаланилмоқда.

Давоси: Уй шароитида даволашга кўрсатма: касаллик енгил, ўрта оғирликда ва асоратсиз кечиши.

Режим 4-5 кун давомида ётоқ режими

Пархез: витаминларга бой ва сутли маҳсулотлар кўпроқ истеъмол қилиш.

Этиотроп даво ишлатилмайди.

► **Соғайиш мезонлари:** касаллигининг барча симптомлари йўқолганда, асоратлар кузитилмаганда 5-кундан сўнг бемор соғайган деб ҳисобланади. Лаборатор текширув ўтказилмайди.

Соғайишдан кейинги кузатув: Қизилча энцефалити билан асоратланганда диспансер назоратига олинади. Соғайгандан кейин бир ойдан сўнг профилактик эмлашларни ўтказиш мумкин.

► **Профилактикаси:** беморларни жамоадан бошланғич 15 кун мобайнида ажратиш тавсия қилинади. Чунки вирус бурун халқумдан тошма пайдо бўлгандан сўнг 2 ҳафта мобайнида ажратиб олинади, асосан ҳомиладор аёлларни бемор билан мулоқотда бўлишини олдини олиш керак, чунки бундай кишиларда қизилча кўпинча белгиларсиз ўтади.

Туғма қизилча: Қизилча билан оғриган хомиладор аёлларнинг биринчи 8 ҳафта ҳомиласида эмбрионнинг 100 % зарарланиши ҳолати кузатилади. (Она қорнида ўлиши ва аборт кузатилган). Қолган қисмида эса онадан туғилгандан сўнг турли хил нуқсонлар, карлик, ақли заифлик ва бошқалар пайдо бўлиши кузатилади. Клиникаси асосан учлик белгиси билан ҳарактерланади. 1. **Карлик**-қизилча учун энг хос белги бўлиб, енгил ҳолатдан оғир ҳолатгача бўлиши мумкин.

2. **Юрак нуқсони** биринчи ўринда 78 % Баталов нуқсони пайдо бўлиши, ўпка артерияси, бўлмача, қоринча оралик тўсиғи етишмовчилиги пайдо бўлиши натижасида бола аҳволи оғир бўлиши ва 1-6 ой, узоғи билан бир йилда ўлимга олиб келиши кузатилади.

3. **Кўзнинг зарарланиши**- глаукома, кўришнинг сустлашиши, кўрликгача олиб келади. Уйқучанлик ёки инжиқлик, тутқанок тутиши, интелект сусайиши ёки катта лиқилдоқнинг битмаслиги, микроцефалия кузатилади. Туғма қизилча билан туғилган болаларда, тана оғирлиги камлиги, кичик бўй ёки психологик, физиологик ўсишнинг тўхтаб қолиши, аниқланган.

► **Профилактикаси:** мулоқотда бўлган хомиладор аёлларга биринчи кундаёқ эмланади. Тирик вакцина ҳомила учун хавфли ҳисобланади ва ҳомилани зарарланишига ҳамда касалликни, сурункали ўтишини пайдо бўлишига олиб келади, шунинг учун ўлдирилган вакцинадан фойдаланилади.

Қизилчада ишлатиладиган муҳим сўзлар:

Вирус, ҳаво-томчи, вертикал, нафас йўллари, ҳарорат, лимфа тугунлари, тошма, розеола, доғ, туғма нуқсонлар, серология, вакцина

Қизилчада қўлланиладиган фундаментал тест саволлари:

1. Қизилчага умумий тавсиф.
2. Қизилча кўзғатувчиси.
3. Юқиш йўли.
4. Касалликка мойиллик.
5. Кўзғатувчининг организмда кўпайиш хусусияти.
6. Қизилчада жароҳатланадиган аъзолар.
7. Қизилча клиник кечиш даврлари.
8. Қизилча клиник кечиш хусусиятлари.
9. Қизилчада ҳарорат.
10. Қизилчага хос белгилар мажмуаси.
11. Эрта ташхисот белгилари.
12. Туғма қизилчанинг кечиш хусусияти.
13. Уй шароитида даволашга кўрсатма.
14. Касалхонага ётқизишга кўрсатма.
15. Қизилчага қарши эмлаш.

СУВ ЧЕЧАК

► **Асосий белгилари:** тананинг ҳамма соҳаларида тошмалар, тошмалар полиморф (бир вақтнинг ўзида пуфакча, розеола, папула, эрозия ва х.к) характерда бўлади, харорат тўлқинсимон кўтарилади, касаллик тўлқинсимон кечади, 8-10 кун давом этади.

♦ Сув чечак ўткир юқумли касаллик бўлиб, тери ва шиллик қаватларида тўлқинсимон полиморф тошмалар тошиши ҳамда заҳарланиш белгилари намоён бўлиши билан характерланади.

► **Этиологияси:** Сув чечак қўзғатувчиси фильтланадиган вирус (*Stronguloplasma varicellae*) ҳисобланади. Улар сув чечак билан оғриган беморларга тошган пуфакчаларининг таркибида бўлиб, Морозов бўйича кумушлантириб бўялганда электрон микроскоп остида аниқланади.

► **Эпидемиологияси:** • **касаллик манбаи:** касал болалар, касалликнинг яширин даврининг охириги кунларидан бошлаб ва бутун касаллик даврида юқумли ҳисобланишади. Охириги янги тошма элементлари пайдо бўлгандан кейин ҳам беш кунгача бемор касаллик манбаи бўлади. Бу давр 12-14 кунни ташкил қилади. Пўстлоқчалар ҳосил бўлиши ва кўчиб тушиши босқичларида бемор зарарсиз бўлади. Кўпгина клиницистлар фикрича айрим ҳолларда касаллик манбаи ўрмаловчи темиртки билан касалланган беморлар бўлиши мумкин. Кўпгина вирусологик, серологик, эпидемиологик ва тажрибали маълумотлар тўпланиб улар сув чечак вируси билан ўрмаловчи темиртки (*herpes zoster*) вируси ўзаро тенглиги ҳақида маълумот беради. • **Юқиш жараёни:** ҳаво-томчи йўли орқали рўй беради. Қўзғатувчилар узоқ бўлган масофаларга тарқалиши мумкин (қўшни хоналарга). Қўзғатувчининг ташқи муҳитга чидамлилиги камлиги туфайли буюмлар ва учинчи шахслар орқали ўтиши кузатилмайди.

• **Берилувчанлик:** Сув чечакда 1-7 ёшгача болаларда берилувчанлик жуда баланд. Олти ойгача бўлган эмизикли болаларда мойиллик паст. Ўн ёшдан катта болалар ва катта ёшдаги одамлар сув чечак билан баъзан касалланадилар. Асосан касаллик 1-7 ёшгача болаларда учрайди.

• **Мавсумийлик:** Куз-киш-бахор ойларида тўғри келади.

► **Патогенези ва патологик анатомияси:** Сув чечакда қўзғатувчилар юқори нафас йўллариининг шиллик қаватлари орқали киради. Инкубацион даври тугашидаёқ вирус қон оқими орқали бутун организмга тарқалади ва ўзининг дерматотроплиги туфайли терида ўрнашиб олади. Терида мальпиги қаватида хужайраларнинг вакуолали қайта тақсимланиши ва периферияда гигант кўп ядроли хужайраларнинг ҳосил бўлиши билан характерланадиган жараён бошланади. Шунингдек, ўзгарган эпидермис хужайраларида эозинофил киритмаларнинг ядролари ичи бўйлаб бориши характерлидир. Вакуоланинг жараёни қолдиқ хужайра деворлари

билан бўлакланган майда бўшлиқлар ҳосил бўлишига олиб келиб улар тезда бир камерали везикулага бирикади (йиғилади). Янги везикулалар таркибида лейкоцитлар (айниқса лимфоцитлар) ҳамда кўп ядроли гигант хужайралар аниқланади.

► **Клиникаси:** инкубацион даври ўртача 14 кун давом этади, баъзан 11 кунгача қисқариб 21 кунгача узаяди.

Продромал кўринишлар: Кўпинча бўлмайди ёки кучсиз намоён бўлади: субфебрил ҳарорат, биринчи кун давомида умумий аҳволининг бир оз ёмонлашуви. Баъзан (4-6% ҳолатларда) продромал тошмалар тошиб, кўпинча скарлатинасимон баъзан қизамиқсимон характерда бўлади. Бу тошмалар одатда тезда йўқолиб кетади. Кўпинча улар типик сув чечак элементларидан кейин пайдо бўлади.

Сув чечакда тошмалар тошиши: Одатда ҳарорат кўтарилиши билан бир вақтда ёки бир неча соатдан кейин содир бўлади. Кўпинча бирламчи пуфакчалар меъёрий ҳароратда ҳам пайдо бўлади. Тошмалар тошиши аниқ маълум бир тартибга эга эмас. Тошмалар юзда, бошнинг сочли қисмида, баданда ва қўл-оёқларда пайдо бўлади. Кафтларда ва тоvonларда фақатгина касаллик оғир ўтиб кучли тошма тошганда айрим элементларини учратиш мумкин. Тошма элементлари бошланишида майда макулопапулёз характерда бўлиб, кейинчалик тезда (бир неча соат мобайнида) везикулаларга айланади. Баъзи папулалар куриб, пуфакча босқичига етиб бормайди. Сув чечак везикулалари ҳар хил катталиқда (тўғноғич бошчасидан то йирик нўхат ўлчамларигача) ҳамда айлана ёки овал шаклда бўлади. Пуфакчалар инфильтрланган асосда юза ўрнашиб, деворлари таранг, ялтироқ, таркиби шаффоф бўлади. Киндиксимон ботиклар айрим элементлардагина учрайди. Везикула атрофида гиперемия тор хошия сифатида билинади. Пуфакча тешилганда ўзининг бир камералиги сабабли пучайиб қолади. Везикулалар тезда (1-2 кундан кейин) куриб қолади. Уларнинг ўрнида ясси кўнғир пўстлоқчалар пайдо бўлиб 1-3 ҳафтадан сўнг кўчиб тушади. Пўстлоқчалар кўчиб тушгандан сўнг чандиқлар қолмайди. Сув чечак тошмаларнинг тошиши бир вақтда кечмай, худди турткиларга ўхшаб 1-2 кунлар оралиғида бўлгани учун полиморф характерга эга бўлиб қолади: бир вақтнинг ўзида маълум бир чегараланган тери соҳасида ҳар хил ривожланиш босқичдаги элементлар пайдо бўлади (папулалар, пуфакчалар, пўстлоқчалар).

Беморни енгил қичишиш безовта қилади.

Қисман беморларда тошмалар шиллиқ қаватларда ҳам кузатилади (оғиз, бурун-халқум, хиқилдоқ, жинсий органлар шиллиқ қаватида). Шиллиқ қаватлардаги пайдо бўлган пуфакчалар тезда сарғиш-кулранг тубли юза эрозияларга айланади. Уларнинг ҳосил бўлиши маълум бир ўзгариш билан кечади. Бир неча кундан кейин эрозиялар соғайиб боради.

Ҳарорат ошиши: сув чечакда кўпинча тошма тошиши билан бир вақтда кечади. Ҳарорат 38°C гача ва ундан ортиқ кўтарилади. Баъзан баланд иситма кузатилади ($39-40^{\circ}\text{C}$). Ҳар бир янги тошмалар тошиш хуружи янги ҳарорат кўтарилиши билан бирга кечади (тўлқинсимон кечиш деб шунга айтилади). Шунинг учун иситма эгри чизиғи нотўғри характерга эга: тошма тошиши динамикасини акс эттиради. Ҳарорат кўтарилиши боланинг умумий аҳволининг ёмонлашуви билан кечади: уйқу бузилади, иштаха пасаяди, бемор инжиқ, жиззаки бўлади. Буларнинг ҳаммаси тошмалар жуда кўп тошишида янада ҳам яққол намоён бўлади. 3-5 чи кунларда тошмалар куриши билан бирга ҳарорат тушиши ва бемор умумий аҳволининг яхшиланиб бориши кузатилади.

Баъзи беморларда тошма тошиши давом этиши билан иситма 6-8 кунгача ва ундан ҳам ортиқ чўзилиши мумкин. Қон таҳлилида (тошмалар тошиши даврида) бироз лейкопения, нейтропения, нисбатан лимфоцитоз кузатилади.

► **Сув чечак клиник шакллари:** Тошма тошиш кўплиги ва умумий кўринишларнинг кенг вариантлари учрайди. Баъзиларда кам сонли пуфакчалар тошиб иситма бўлмайди (рудиментар шакл), баъзиларда-тошма тошиши кучли бўлиб, гипертермия ва умумий интоксикация яққол белгилари билан бирга кечади. Айрим ҳолларда касалликнинг абортив кечишида папулёз тошмалар везикула босқичига етиб бормасдан куриб қолади.

Пустуллёз шаклида пуфакчалар таркиби йирингли бўлиб, пустулалар ҳосил бўлади. Пўстлоқчалар кўчиб тушгандан кейин чандиқлар қолиши мумкин. Бу шакл сув чечакнинг тахминан 10% ҳолларида учрайди.

Буллёз шакли типик везикулали тошмадан ташқари диаметри 2-3 сантиметргача бўлган хира таркибли катта дағал пуфаклар пайдо бўлиши билан характерланади.

Гангреноз шаклида алоҳида пуфакчалар геморрагик тусни олади. Улар атрофида яллиғланиш ўчоғи ҳосил бўлади. Сўнг пуфакчалар ўрнида некротик устунчалар ҳосил бўлиб, улар кўчиб тушганда лойқа некротик тубли ва эгри ёки четлари ғадир-будур бўлган чуқур яралар кўриниб туради.

Геморрагик шакли нимжон болаларда баъзида кузатилиб геморрагик кўринишида кечади. Тошма тошишининг 2-3чи кунда пуфакчалар таркиби геморрагик характерни олади. Терида ва шиллиқ қаватларда қон қуйилишлар, бурундан қон кетишлар, қонли қусиш пайдо бўлади. Касаллик ўлим билан тугаши мумкин.

► **Асоратлари:** Асоратлари кам учраб, кўз шох пардасида пуфакчалар пайдо бўлганда кератит ривожланиши эҳтимоли бор. Хиқилдоқ шиллиқ қаватида везикулёз тошма пайдо бўлганда ларингит бўлиши, баъзан нафас йўллари стенози (сув чечак крупи) кузатилади. Иккиламчи инфекция кўшилганда абсцесслар, флегмоналар, сарамас,

стоматитлар, отитлар, лимфаденитлар, бронхопневмония келиб чиқиши мумкин. Кам учрайдиган асоратлар: серозли синовитлар, нефритлар ҳамда энцефалит, серозли менингит, ички органлар варицеллёз жароҳатланишларидир.

► **Таққослаш ташхисоти:** Кўпинча чин чечак билан сув чечакни таққословчи ташхис қилиш қийин кечади, чунки булар ўхшаб касалликлардир. Қуйидаги фарқларга асосланиш лозим:

Чин чечакда бошланғич даврда ҳарорат аҳамиятга молик даражада ошиб, думғаза соҳасида кучли оғриқлар бўлади: бунинг давомийлиги тахминан 3 кун. Сув чечакда ҳарорат ошиши ёки умуман бўлмайди, ёки бир кундан ортиқ чўзилмайди, думғазада оғриқлар бўлмайди. Чин чечакда тошмалар тошиши ҳарорат пасайиши, сув чечакда эса кўтарилиши билан кечади. Чин чечакда тошма маълум бир тартибда (кетма-кетликда) пайдо бўлади: юзда панжаларда, баданда, қўл-оёқларда, сув чечакда тошма тошиш тартибсиз, турткиларга ўхшаб кечади. Чин чечакда тошмалар айниқса юзда, қўлларда кўп учраб, улар деярли ҳар доим кафт ва товонларда кузатилади. Сув чечакда тошмалар кўпроқ баданда, кафт ва товонларда деярли кузатилмайди.

Чин чечакда тошма элементлари аҳамиятли зичликка эга бўлиб, тери ичида инфилтратланган асосда жойлашган, улар кўп камерали, тешилганда пучаймайди, киндиксимон ботиқларга эга.

Сув чечакда элементлари юза, инфилтланмаган асосда бўлади, тешилганда пучайиб қолади (чунки бир камерали), киндиксимон ботиқлар қисман кузатилади.

Чин чечакда у ёки бу чегараланган тери соҳасида ҳамма элементлар ривожланишининг бир хил босқичида (мономорф) бўлади, сув чечакда тўлқинсимон бўлгани учун тошма элементлари бир вақтда ривожланмайди, шунинг учун ҳам тошмалар полиморф кўринишга эга.

Чин чечакда тошмалар шиллиқ қаватларда доимий, кам ёки кўп, сув чечакда кам ёки умуман бўлмайди.

Лаборатория текширувлар ҳам фарқлашга ёрдам беради ҳамда эпидемиологик таҳлил маълумотлари ҳам катта аҳамиятлидир. Сув чечак буллёз шаклини пемфигус билан ҳам адаштириш мумкин. Унда катта пуфаклардан ташқари бошнинг сочли қисмидаги типик сув чечак везикулалари фарқлашга ёрдам беради.

Стрептококкли импетиго кам жойлашуви билан фарқ қилиб, кўпроқ юзда, қўлларда кузатилади, ҳамда пуфакчалар дағал бўлиб бутунлиги тезда бузилади ва йирингли пўстлоқчалар ҳосил бўлади.

Строфулюс (болалар қичимаси)да баъзан папулалар чўққисида пуфакчалар ҳосил бўлиши кузатилади. Сув чечакдан фарқ қилиб тошма элементлари катта зичликка эга, асосан белда, думбаларда, қўл-оёқларнинг орқа қисмида жойлашиб, кучли қичишиш билан кечади. Ҳарорат кўтарилмайди. Кечиши узок давом этади.

Продромал даврда скарлатинасимон тошма тошганда скарлатина билан сув чечакни адаштириш мумкин. Одатда бир вақтнинг ўзида иккита касаллик ривожланаяпти деган фикр пайдо бўлади. Агар ангина, тилдаги типик ўзгаришлари, бурун-лаб учбурчаги оқариши каби белгилар кузатилмаса, скарлатина касаллиги мустасно қилинади. Баъзи ҳолларда аниқ ташхис қўйиш учун кузатиш зарур бўлади.

► **Оқибати:** Сув чечак бутунлай соғайиш билан тугалланади. Ўлим оқибатлари жуда камдан-кам учрайди.

► **Уй шароитида даволашга кўрсатма:** Касалликнинг енгил ва ўрта оғирликда кечишда, асоратланган турлари, рудиментар шакли уй шароитида даволанади.

► **Даволаш:** Асосан беморни гигиеник қоидаларга риоя қилиши муҳим даво ҳисобланади, чунки иккиламчи инфекция қўшилиши хавфи мавжуд. Калий перманганатнинг кучсиз эритмалари билан ванночкалар қилиш зарур. Баданини қичитганда шикастланишни камайтириш мақсадида беморнинг қўллари тоза, тирноқлари калта қилиб олинган бўлиши керак. Шунингдек везикуладан кейинги иккиламчи инфекция тушиши каби асоратларини бартараф қилишда 1-2% калий перманганатнинг кучсиз эритмалари, 1-2% сувли ёки спиртли бриллиант яшили эритмаси, индифферент сўрувчи (мазлар) қўлланилади. Оғиз бўшлиғини кучсиз дезинфекцияли эритмалар билан чайқаб туриш лозим.

Круп синдроми ривожланганда иссиқ ванналар, парафинли ёки озокеритли аппликациялар бўйинга қўйилади, ичишга фенобарбитал, кодеин берилади. Стеноз ошиб борса, газлар алманишувининг бошланғич бузилишларида интубация қўлланилади, най қисқа вақтларда қўйилади (15-20 соат).

Йирингли асоратлар бўлганда сульфаниламид препаратлар ва антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, тетрациклин) қўлланади. Гангреноз шаклида қувватловчи даво: гемотрансфузия, плазма қуйиш, иммуноглобулин, антибиотиклар билан бирга буюрилади.

Касаллик оғир кечганда, тарқалган, висцерал шакли билан оғриган беморлар **касалхонага ётқизиб даволанади** ва этиотроп даво мақсадида ацикловир, цитозар, виралекс, интерферон буюрилади.

► **Профилактикаси:** Санитар чора-тадбирлар ўтказилади. Тошма тошган вақтдан бошлаб 9 кун давомида бемор ажратиб қўйилади. Уй шароитида изоляция ўтказилади. 3 ёшгача болалар, олдин бу инфекция билан касал бўлмаганлар ва энди беморлар билан мулоқотда бўлганлар яширин даврининг 11-чи кунидан то 21-чи кунигача алоҳидаланади.

Серопрофилактика мақсадида: иммуноглобулин (3-6мл) мускул орасига юборилади. Кўпгина клиницистлар кузатувлари барча бу усул билан эмланганларда касаллик кам учраши ва юктириб олганда ҳам енгил кечиши қайд қилинган.

Сув чечакда ишлатиладиган муҳим сўзлар.

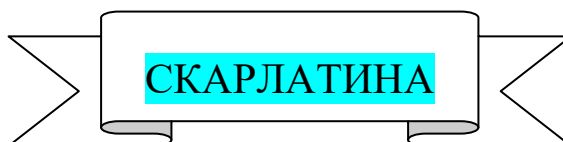
Вирус, ҳаво-томчи, тўлқинсимон, полиморф, бир камерали.

Сув чечакда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари.

1. Сув чечак қўзғатувчиси.
2. Касаллик манбаи ва юқиш йўли
3. Сув чечакда тошадиган тошмалар.
4. Сув чечакда тана ҳарорати.
5. Сув чечакда касалликнинг давомийлиги.
6. Сув чечак клиник кечиш хусусиятлари.
7. Сув чечак клиник шакллари.
8. Сув чечак асоратлари.
9. Сув чечак таққослаш ташхисоти ўтказилади.
10. Сув чечак даволаш усуллари.
11. Сув чечак уй шароитида даволашга кўрсатма.
12. Сув чечак профилактикаси.

СТРЕПТОКОККЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР

Стрептококклар табиатда жуда кенг тарқалган бўлиб, болалар орасида жуда кўп хилма хилликдаги касалликларга сабабчи бўлади. Ангина (юқумли моноклез касаллигининг таққослаш ташхисотида ёритилган), скарлатина, стрептококкли сепсис каби касалликларида асосан ички аъзоларнинг зарарланиши кузатилса, стрептококкли импетиго, стрептококкли бичилиш, оддий темиртки, қуруқ стрептодермия, сарамас каби касалликлар асосан болаларнинг терисида ўзгаришлар намоён қилиши билан кечади. Бу касалликлар болалар ҳаётига жиддий хавф солиши мумкин.



► **Асосий белгилари:** тана ҳарорати кўтарилади, захарланиш белгилари намоён бўлади, муртак безлари яллиғланади, танага милиар ва нуктасимон тошмалар тошади, оқ дермографизм, Пастия белгиси учрайди, терида қипикланиш кузатилади.

● **Скарлатина стрептококкли инфекцияларнинг бир кўриниши** бўлиб гемолитик стрептококк эритроген токсини таъсирида маҳаллий яллиғланиш реакцияси, умумий интоксикация, юқори иситма (лихорадка), терида майда нуктали тошма тошиши (экзантема), терининг қипикланиши, ангина, тахикардия каби ўзгаришлари билан характерланадиган ва ўз вақтида даво чоралари олиб борилганда турғун имунитет ҳосил қилиб асоратсиз яхши бўладиган юқумли касалликдир.

► **Этиологияси:** Скарлатина қўзғатувчиси А гуруҳига кирувчи β-гемолитик стрептококклар турига мансуб.

А гурихига кирувчи стрептококклар М ва Т антигенларига қараб 55 та серотипига бўлинади. β -гемолитик стрептококк ҳамма серотипларига хос термостабил эритроген токсин (Дика токсини) ва антиген субстанциялари сақлайди. Булар стрептолизин, стрептокиназа, гиалуронидаза, протеиназалардир. Скарлатинани кўзгатишда асосан стрептококкларнинг 5-6 та серотиплари асосий ролни ўйнайди. Улар асосан пенициллин, тетрациклин, эритромицин, левомецитинга сезгир. Стафилококкларга қарши ўлароқ стрептококклар пенцилиназа ишлаб чиқармайди.

► **Эпидемиологияси:** ■ **Касаллик манбаи:** стрептококкли инфекция билан касалланган беморлар, (скарлатина, ангина, сарамас, стрептококкли пиодермиялар) ва бактерия ташувчи соғлом одамлар бўлиб ҳисобланади. Атроф-муҳит учун скарлатина билан оғриган беморлар касалликнинг биринчи куни жуда хавфли ҳисобланади, соғайиш даврида эса бактерияларни атроф муҳитга 3-5 баровар кам ажратадилар. Микроблар бактерия ташувчиларда касалликнинг биринчи кундагига қараганда 100 баробар камроқ ажралиб чиқади.

■ **Юқиш йўли:** скарлатинада ҳаво-томчи йўли орқали бўлади. Қизамиқ ва сув чечакдан фарқ қилиб, скарлатинада инфекция фақат жуда яқин масофада бўлгандагина юқади, яъни бир палата ёки хонадагиларга юқади, қўшни хоналарга скарлатина кўзгатувчиси тарқалмаслиги мумкин.

Скарлатина кўзгатувчилари ташқи муҳитда узок яшашига қарамасдан у ўзининг вирулентлигини тезда йўқотади. Баъзи ҳолларда уй жихозлари, ўйинчоқлар орқали ҳам тарқалиши мумкин. Жуда кам ҳолларда скарлатина оғиз орқали яъни сут ва сут махсулотларидан юқиши мумкин.

■ **Касалликка мойиллик:** Чақалоқлар ва бир ёшгача бўлган болалар ўзининг физиологик кучининг тузилиши юқорилиги туфайли уларга стрептококклар токсини жуда ҳам суст таъсир қилиб, бошқа ҳилдаги стрептококкли касалликлар сифатида ўтиши мумкин.

Кўпинча 1-9 ёшгача бўлган болалар касалланади. 15 ёшдан кейин камая бошлайди ва катталарда деярли учрамайди.

■ **Мавсумийлик** ҳаво совуши билан касаллик ортиб боради асосан октябрь-январ ойларида учрайди. Бундан ташқари ҳар 4-6 йилларда скарлатина билан касалланиш даражасининг ортиши такрорланиб туриши мумкин.

► **Патогенези:** Патогенезида 3 та омил етакчи вазифани бажаради.

1.Инфекцион 2.Токсик 3.Аллергик омиллар

Касаллик ривожланишида организмда токсинга қарши (антитоксик) ёки микробга қарши (антибактериал) иммунитет борлиги катта аҳамиятга эга. Агарда организмда антитоксик ва антибактериал иммунитет бўлмаса скарлатина билан касалланади.

Организмда антитоксик имунитет бўлсаю, антимикроб имунитет бўлмаса ангина касаллиги билан касалланади.

Антибактериал, антитоксик имунитет бўлса, стрептококк организмга тушса соғлом бактерия ташувчилик юзага келади.

► **Инфекцион омил ёки септик таъсир:** қўзғатувчининг кириш дарвозаси асосан бодомча безлари ҳисобланади, камдан кам ҳолларда жароҳатланган жойлар ёки терининг куйган жойлари бўлиши мумкин.

Инфекция кирган жойида бирламчи ўчоқларни ҳосил қилиб ҳар хилдаги некробиотик яллиғланишларга олиб келади, бирламчи ўчоқлардан бактериялар лимфа йўллари орқали лимфа тугунларига йиғилиб лимфааденитни ҳосил қилади. Бу ерда микробнинг емирилиши натижасида ажралиб чиққан аллергия ва токсик маҳсулотлар қонга сўрилади.

► **Токсик омил таъсири:** асосан токсин натижасида юзага келади, у марказий ва вегетатив нерв системасининг зарарланишига олиб келади. Организмда интоксикация юзага келиб, тана ҳарорати кўтарилиб, тошмалар тошиши, тилнинг ва тамоқнинг қизариши билан таърифланади.

Скарлатина тошмаси бу терининг юқори қатламидаги майда ўчоқли яллиғланиш, капилярларининг кенгайиши, шишиши эпителий қаватининг емирилиши ҳисобидан пайдо бўладиган ўзгаришдир. Томоқнинг очиқ қизғиш рангда бўлиши бу асосан майда қон томирларининг паралитик ўзгариши натижасида ҳосил бўлади. Касалликнинг биринчи кунидан бошлаб организмда токсинга қарши антитоксинлар ҳосил бўлиб бошлайди. Бу эса скарлатина токсикозини табиий бартараф бўлишига олиб келади ва скарлатина симптомлари аста секин йўқола бошлайди. Антитоксик имунитет микроб жараёнига таъсир қилмайди ва микроблар ривожланиб бориб кейинчалик кучайиши ҳам мумкин ва бу қон томирлар системасининг зарарланишини юзага келтиради.

Аллергик омил таъсири: Стрептококк парчаланиши ва тўқималар емирилиши натижасида ҳосил бўладиган маҳсулотлар организмга аллергия таъсир қила бошлайди. Бундан ташқари улар токсин (Дика фракцияси) таъсирида янада кучаяди. Аллергик ҳолат асосан касалликнинг 2-3 ҳафтасида ҳосил бўлади. Булар асосан нефрит, миокардит, ревматизм шаклида бўлиши мумкин. Юқорида кўрсатилган патогенезнинг 3 та босқичи септик, токсик, аллергия бир бири билан боғланган ва учаласи мустахкам патологик жараённи ташкил қилади.

Имунитет: Скарлатинани бошидан кечирганларда имунитет доимий бўлиб, токсинга қарши типда (антитоксик характерда) имунитет икки хил йўл билан ривожланади.

1. Скарлатина билан касаллангандан кейин:
2. Маиший хизмат муносабати юзасидан ёки яширин.

► **Клиникаси:** Яширин даври 1-12 кун бўлиб, ўртача 7-8 кунни ташкил қилади. Касаллик ўткир, тана ҳароратининг кўтарилиши ва баъзида эт увишиши, қалтираш билан бошланади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашиб баъзида қайт қилиш кузатилади, ютинган вақтда томоғида оғриқ пайдо бўлади, скарлатинанинг дастлабки симптоми бу ангина бўлиб хизмат қилади. Бодомча безлари катталашиб шишади, кизаради юмшоқ танглай кизаради ва у қаттиқ танглай соҳасидан аниқ чегараланиб туради. Қаттиқ танглайда очик қизғиш рангли нуқталар пайдо бўлади. Булар билан биргаликда регионар лимфа тугунлари ҳам катталашади ва пайпаслаб кўрилганда оғриқли бўлади. Тили карашланган, тил учи қизғиш ҳолда юзи бир оз шишган бўлади. Бир икки кунда касаллик жуда авж олади. Тана ҳарорати жуда юқори кўтарилади, бодомча безларида фолликуляр йирингли ўчоқлар пайдо бўлади.

Скарлатинада тошмалар касалликнинг биринчи кунидан, баъзида эса иккинчи куни бир неча соат ичида бутун тана соҳасида бирданига пайдо бўлади. Морфологик жихатдан тошмалар майда нуқтали гиперемия асосида, бўлади. Тошма элементлари 1-2 мм га тенг майда нуқтали розеола бўлиб қизғиш рангда бўлади. Скарлатина тошмасининг жойлашиши ўзига хос характерга эга. Тошма асосан бўйин териси, тананинг юқори қисмида пайдо бўлиб, тезда тананинг қуйи қисми ва қўлларига тарақалади, тошмалар асосан қўлтиқ ости, билак, тизза бурмаларида жуда қуйиқ жойлашган бўлади. Юзи ва яноқларида тошмалар унча якқол кўзга ташланмайди, лекин юзи қизғиш рангда бўлади, бурун лаб учбурчаги оқ рангда кўзга ташланиб туради.

Бўйин, билак, чов, тизза бурмаларида босган вақтда йўқолмайдиган, асосан томирларнинг мўртлашганлиги туфайли ҳосил бўладиган, майда петехиялар пайдо бўлиб, кўкимтир йўлаклар ҳосил қилади буни Пастия симптоми дейилади.

Скарлатинада тошмалар:

1. Милиар – майда 1 мм га тенг пуфакча шаклида.
2. Розеола – ёки нуқтасимон
3. Геморрагик ҳолда ҳам бўлиши мумкин.

Скарлатинада тошмалар 1-3 кунлари очик қизғич рангда сақланиб кейин оқара бошлайди ва касалликнинг 8-10 кунида йўқолади. 5-6 куни тана ҳарорати меъёрлашиб, бир вақтда тамоқ ва тил ҳам ўзгаради, тил биринчи кунлари қуйиқ карашлаган бўлиб, 2-3 кунлари тоза бўла бошлайди. 4-куни характерли тус олади. Очик қизғиш рангда бўлиб юзасидан сўргичлар бўртиб туради. Бу малинасимон рангли тил белгиси дейилади ва 10-12 кун ушланади. Бодомча безлари жуда секин ўзгариб боради.

Тошмалар кетгандан сўнг терининг кўчиши бошланади. Тошма канчалик қуйиқ ва ривожланган бўлса тери кўчиши шунча ривожланган бўлади. Юз ва бўйин, танада қипиқ ҳолида бўлса

қўлларда тангасимон бўлади, катта тангасимон тери кўчишлари кенгрок учраб улар асосан тирноқ атрофидан бошланади.

Касаллик авж олиш даврида ЭЧТнинг кўпайиши лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинофилия, сийдикда оксил, тоза эритроцитлар кузатилади.

Скарлатинанинг таснифи унинг кечиши ва оғирлигига қараб белгиланади.

▼ Таснифи:

1. Типик шакли а) енгил шакли б) ўрта оғирликдаги шакли в) оғир шакли: 1) Токсик, 2) Септик, 3) Аралаш.

II. Атипик: 1. Экстрафаренгеал

А) I-II даражали куйишдан сўнг

Б) Травматик

Г) Туғруқдан сўнг

Д) Терининг шикастланишларидан сўнг

2. Гипертоксик

3. Геморрагик

4. Рудиментар, тошмаларсиз скарлатина

Яширин шакли: Жуда қисқа муддатга давом этиши мумкин. Интоксикация жуда ҳам суст бўлади.

► **Асоратлари:** Лимфаденит, отит, тарқоқ гломерулонефрит, энг кўп учрайдиган асоратлари бу миокардитдир. Миокардитлар шартли равишда учта гуруҳга бўлинади: I-гуруҳдаги миокардитлар асосан касалликнинг биринчи соатларида, биринчи кунида пайдо бўлади. II-гуруҳдаги миокардит буни скарлатинасимон юрак деб ҳам аташади. Биринчи ҳафта охирида пайдо бўлиб брадикардия, юрак чегараларининг кенгайиши, юрак охангининг бўғиқлиги, систолик шовқин билан характерланади. III-гуруҳдаги миокардит бу аллергия типдаги миокардит бўлиб иккинчи ва учинчи ҳафтада пайдо бўлади.

► **Диагностикаси:** Асосан клиник, эпидемиологик, бактериологик ва иммунологик текширишларда асосланди. Шульц–Чарлстон синамасида скарлатинага қарши зардоб юборилгандан кейин биринчи 6-12 соат ичида зардоб қилинган сохада тошмалар йўқолади.

► Таққослаш ташхисоти:

Қизамиқ.

Қизилча.

Стафилакоккли инфекциялар.

Менингококкемия.

Сохта туберкулез ва бошқалар билан ўтказилади.

► **Давоси:** скарлатинанинг енгил, ўрта оғир шакллари ва асоратланмаган турлари уй шароитида врач назорати остида даволанади. Скарлатинанинг оғир шакли ва асоратланган шакллари касалхонага ётқизибли даволанади.

Пархез-умумий, витаминга ва оксилларга бой овқат маҳсулотлари берилиши керак.

1.Ётоқ режими 5-7 кунгача тавсия этилади.

2.Қўзғатувчини бартараф қилиш учун антибактериал дорилар берилади. Қанчалик вақтли этиотроп даво бошланса асоратлар шунчалик кам учрайди. Скарлатинага энг яхши даво бу вақтли пенициллин буюришдир. Агарда пенициллинга юқори сезувчанлик кузатилса, унда эритромицин ва бошқа антибактериал препаратлар тавсия этилади.

3.Симптоматик даво чоралари.

4.Беморнинг уйига жавоб бериш касалликнинг 8-9 кунда амалга оширилади.

► **Уй шароитида даволаш:** Скарлатинани уй шароитида даволашда бактериал ва аллергия асоратларнинг ривожланиши. ЎРИ нинг қўшилиши мумкинлигини ҳисобга олиш керак. Касалликнинг бошида лимфаденид, некротик ангина, йирингли синусит, отит, назофарингит, ларингит, стоматит, трахеит, бронхит, баъзан пневмония, 2-4 ҳафтадан сўнг эса миокардит, ревматизм, гломерулонефрит каби асоратлар ривожланиши мумкин.

-Режим: 6-7 кун давомида ётоқ режими.

-Пархез: авайловчи, сутли маҳсулотлар, ўткир даврида ош тузини чеклаш. Пархезни 3-4 ҳафта давомида риоя қилиш керак.

-Этиотроп даво: пенициллин 7-10 кун давомида. Пенициллинни кўтара олмаса, эритромицин ёки левомицетин буюрилади.

-Патогенетик ва симптоматик даво кўрсатмаларига биноан олиб борилади.

► **Соғайиш мезонлари:** Енгил кечганда клиник соғайиш деб касалликнинг 10-кунидан кейин ҳисобланади. Бунда барча клиник симптомлар йўқолганда, (қипикланишдан ташқари) қон ва сийдик кўрсаткичлари меъёрлашганда, муртаклар шиллиқ қаватидан олинган суртманинг бактериологик текширув натижаси меъёрий бўлганда соғайиш деб ҳисобланади. Клиник соғайишдан кейин икки ҳафта ўтгач стрептококкга текшириш натижаси манфий бўлганда организм қўзғатувчидан бутунлай тоза бўлганлигини билдиради. Болалар касалликнинг 22-кунидан кейингина скарлатинадан кейинги бирор асоратларнинг клиник-лаборатор белгилари бўлмаганида болалар муассасасига боришига рухсат берилади.

Соғайишдан кейинги кузатув. Асоратланган скарлатина билан касалланган болалар ревматолог ёки нефролог назоратида бўладилар. Сурункали тонзиллити бўлган беморлар ЛОР врачига даволаниши керак.

Скарлатинада ишлатиладиган муҳим сўзлар:

Қўзғатувчи, β-гемолитик стрептококк, касаллик манбаи, юқиш, нуқтасимон ва миллиар тошма, қипикланиш, Пастиа белгиси, оқ дермографизм, малинасимон тил.

Скарлатинада қўлланиладиган фунтаментал саволлар.

- 1.Скарлатинага умумий таъриф.
- 2.Скарлатина кўзгатувчисининг хусусиятлари.
- 3.Юқиш йўли.
- 4.Касаллик манбаи.
- 5.Касалликка мойиллик.
- 6.Патогенезида муҳим компонентлар.
- 7.Клиник кечиш хусусиятлари.
- 8.Патогномоник белгилар.
- 9.Диагностика хусусиятлари.
- 10.Дифференциал хусусиятлари.
- 11.Даволаш принциплари.
- 12.Профилактика усуллари.

СТРЕПТОКОККЛИ ЛАБ БИЧИЛИШИ

► **Асосий белгилар:** лаб, кўз бурчакларининг ёки бурун асосининг ёрилиши, пуфакчалар ҳосил бўлиши, эрозиялар, қалоқлар қоплаши, намланиб туриши.

♦ Лаб бичилиш стрептококклар чақирувчи касаллик бўлиб, лаб, кўз бурчакларининг ва баъзида бурун қанотларининг жароҳатланиши билан ва интоксикация белгиларисиз намоён бўлиши ҳамда кўп ҳолларда сурункали қайталаниб туриши билан характерланади.

► **Этиологияси:** кўзгатувчиси стрептококклар.

► **Эпидемиологияси:** ● **Касаллик манбаи:** стрептококкли инфекциянинг ҳар қил шакли билан оғриган беморлар (пиодермия, тонзилит ва бошқа стрептококкли касалликлар билан оғриганлар) ва соғлом стрептококк ташувчилардир.

● **Юқиш йўли:** ҳаво-томчи, маиший-мулоқот, алиментар ва аэроген йўллар орқали амалга ошади.

● **Мойиллик:** болалар касалликка кўпроқ мойилдирлар.

► **Клиникаси:** Болалар орасида учраб турадиган касалликларидан бири бўлиб, асосан лаб бурчакларида кузатилиб, баъзида кўз бурчаклари ва бурун асосида ҳам қайд қилинади. Касалликка сабабчи омиллар: иммун тизимининг заифлашуви айниқса маҳаллий иммунитетнинг заифлашуви, кўп сўлак оқиб туриши, кариесланган тишлар, лабини кўп ялаб туришлар, овқатлангандан кейин айниқса ширинликлар истеъмол қилгандан кейин ювинмасликлар, тез-тез жароҳатланиб туришлар (оғизни катта очишлар) ёки бошқа тери ва шиллиқ қаватларнинг касалликларини бошдан ўтказишлар бўлиши мумкин.

Беморлар гапирганда, овқатланганда лаб атрофида ёки бурчакларида оғриққа, ачишиб туришига шикоят қилишади.

Касаллик лаб бурчакларида тез ёрилувчи пуфакчалар пайдо бўлиши билан бошланиб, пуфакчалар очилгандан кейин унинг ўрнида

намланиб турувчи (экссудат хисобига) ёриқлар ва эрозиялар хосил бўлади. Ёриқлар ва эрозияларнинг овқатланганда, гапирганда, қаттиқ кулганда, бақирганда такроран жароҳатланиши ва ўз вақтида даво муолажаларини олмаслик касалликни сурункали шаклга айланишига имкон яратади. Сурункали шакллари йиллаб ёки умри давомида такрорланиб туриши мумкин.

► **Диагностикаси:** клиник белгиларга асосан қўйилади, керак бўлганда жароҳатдан суртма олиниб бактериологик ёки бактериоскопик усулда текширилиб қўзғатувчилар топилади.

► **Давоси:** беморлар уй шароитида даволанишади. Даво сифатида маҳаллий курутувчилар ва антибактериал малҳамлардан фойдаланилади. Керак бўлганда антибактериал дори воситалари ичишга ёки инъекция орқали берилади. Стрептококклар пенициллин гуруҳи ва кенг спектрдаги антибактериал дори воситаларига жуда сезгир хисобланади. Сурункали шаклида иммун тизимини кучайтирувчи препаратлардан фойдаланилади.

► **Профилактикаси:** асосий профилактика лаб, кўз ва буруннинг жароҳатланишларининг олдини олишга қаратилган бўлиши керак.

СТРЕПТОКОККЛИ ОДДИЙ ТЕМИРАТКИ (ХУШКИ)

► **Асосий белгилар:** тошмалар куруқ бўлади, қипиқланиб туради, соғлом теридан ажралиб турувчи оқимтир ёки қизғиш рангда, айлана ёки овал шаклда бўлади, кўпроқ юз соҳасида баъзида қўлларда кузатилади.

♦Оддий темиртки болалар орасида кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, субъектив белгиларсиз кечувчи, терининг юз ва қўллар соҳасида баъзи ҳолларда тананинг бошқа қисмларида оқиш, қизғиш рангдаги қипиқланиб турувчи айлана ёки овал шаклдаги белгилар билан характерланади.

► **Этиологияси:** Қўзғатувчиси стрептококклар хисобланади.

► **Эпидемиологияси:** •**Касаллик манбаи;** стрептококкли касалликлар билан оғриган беморлар, стрептококк ташувчилар. •**Юқиш йўли;** асосан майиший мулоқот бўлиб, ҳаво-томчи йўли билан ҳам юқади. •**Мойиллик;** касалликга асосан эрта болалик ёшидаги болалар чалиниб, боғча ёши ва мактаб ёшидаги болалар орасида ҳам кенг тарқалган. Катта ёшдаги одамларда ахён-ахёнда учраб туради. •**Мавсумийлик;** йилнинг ҳамма фаслларида учраб, айниқса баҳор ва ёз ойларида кучайиши кузатилади.

► **Клиникаси:** касалликнинг яширин даври аниқланмаган. Беморларни субъектив белгилар безовта қилмайди. Стрептококкли касалликлар ичида куруқ кечиши билан ажралиб туради. Асосан болаларнинг юзи ва жағлари атрофи, баъзида оёқ-қўллари терисида айлана ёки овалсимон шаклдаги, юзаси биров кепаксимон ва унсимон қипиқланиб турадиган оқимтир ёки қизғиш доғлар пайдо бўлади.

Доғлар айниқса тери ранги қорамтир болаларда яққолроқ кўриниб туради. Қуёшга нурлари таъсирида атрофидаги соғлом тери бироз қорайиши хисобига доғлар яна ҳам аниқроқ кўринади.

► **Ташхисоти:** клиник белгиларга асослани қўйилади, керак бўлган ҳолларда теридаги доғлардан ва кипиклардан суртма тайёрланиб бактериоскопик текширилади. Стрептококкларнинг топилиши ташхисни тасдиқлайди.

► **Таққослаш ташхисоти;** терининг аллергия касалликлари билан таққосланади. Кўп ҳолларда гижжа ва паразитар касалликларининг келтириб чиқарган аллергия ўзгаришлари нотўғри ташхислашга олиб келмоқда.

► **Давоси:** даво муолажалари маҳаллий ва умумий тартибда олиб борилади. *Маҳаллий даво* тошмалар соҳасига антибактериал препаратларини тутувчи малҳамларни (левомиколь, синтомицинли, гентамицинли, эритромицин ва тетрациклинли) суртиб туриш кифоя. *Умумий даво* беморда мавжуд стрептококкли ўчоқларни даволашга қаратилган (сурункали тонзиллит, тишлар кариеси) бўлади.

► **Олдини олиш:** гигиеник қоидаларга риоя қилиш, тез-тез ювиниб туриш. Терининг хаддан ташқари қуриб қолишига йўл қўймаслик.

СТАФИЛОКОККЛИ ИНФЕКЦИЯ

► **Асосий белгилар:** юқори ва давомли иситма, ҳар хил ўчоқли яллиғланишлар пайдо бўлади, ҳар хил клиник кўринишларда ўтади, чақалоқлар кўп касалланадилар.

♦ **Стафилококкли инфекция болалар, янги туғилган чақалоқлар ўртасида кенг тарқалган бўлиб, уларда кечиши муҳим аҳамиятга эга эканлиги билан характерланади.**

Стафилококклар кўпинча антебактериал дориларга чидамлилиги билан ажралиб туради. Антибактериал дорилар қўлланишга улар тез мосланиб оладилар ва дисбактериозга сабаб бўлишади. Бундай ҳолларда стафилококклар тез кўпайиб касаллик яшин тезлигида ривожланиши мумкин.

Хозирги кунда Республикамизда ҳам стафилококкли инфекция болалар ва янги туғилган чақалоқлар орасида тарқалиши, ўлим ҳолатларининг кўплаб қайд этилиши билан долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

► **Этиологияси:** Қўзғатувчиси стафилококклар бўлиб, уларнинг патогенлиги ишлаб чиқарадиган захарининг хусусияти билан боғлиқ.

Стафилококкларнинг ривожланиши одам организмининг реактивлиги, антистафилококк иммунитетнинг даражаси ва дисбактериоз ҳолати билан боғлиқдир.

Иммун системанинг ва реактивликнинг пасайиши, дисбактериознинг кучайиши стафилококкларнинг тез ривожланишга сабаб бўлади.

Стафилококклар ташқи муҳитга жуда чидамли бўлиб, қуритиш ва юқори ҳарорат таъсирида халок бўлишмайди. Унинг заҳарлари қайнатишга ҳам чидамли.

► **Эпидемиологияси:** • **Касаллик манбаи:** стафилококкли инфекциянинг ҳар қил шакли билан оғриган беморлар (пиодермия, тонзилит, пневмония, мастит ва бошқа) ва патоген штамларни ташувчилар. Янги туғилган чақалоқлар учун туғруқхона ходимлари касаллик манбаи бўлишади.

Касалхона ва болалар муассасалари ходимлари орасида патоген стафилококкларни ташиб юриш жуда кўп қайд этилади.

• **Юқиш йўли:** ҳаво-томчи, майший-мулоқот, алиментар ва аэроген йўллар орқали амалга ошади.

• **Мойиллик:** Қўзғатувчининг ташқи муҳитга жуда чидамлилиги, болаларнинг касалликка юқори мойиллиги (асосан янги туғилган чақалоқлар, ҳар қил сабабларга кўра организми сустлашган), санитар ҳолатларнинг талабга жавоб бермаслиги ҳисобига чақалоқлар ва болалар муассасаларда авж олиши кузатилади.

Энтеротоксин А ишлаб чиқарувчи штамлари билан ифлосланган озиқ овқатларни истемол қилинган ҳолларда бир неча кишининг овқат токсикоинфекцияси билан касалланиши кузатилади.

Стафилококклар шартли патоген микроорганизмлар бўлганлиги сабабли касаллик келиб чиқиши учун фақат ташқи муҳитдан тушиши шарт эмас. Бирор бир таъсирот остида организм реактивлиги пасайиши ҳисобига, организмда яшаётган шартли патоген стафилококклар ривожланиб касаллик чақириши ҳам мумкин.

• **Мавсумийлик:** касалликка хос эмас, йилнинг ҳамма фаслларида ҳам қайд қилинади, иссиқ фаслларда кўпроқ кузатилади.

► **Клиникаси:** Стафилококк инфекциясининг ҳар қил шакллари мавжуд. Улар ташқи қопламларнинг зарарланиши (пиодермия, фурункулёз, панариций, абсцесс, омфалит), муртак безлари ва лимфа тугунлари зарарланиши (тонзилит, йиринги лимфангит ва лимфаденит). Нафас органлари зарарланиши (назофарингит, синусит, ларинготрахеобронхит, пневмония, плеврит,) ошқозон ичак тракти шикастланиш (энтероколит, овқатдан заҳарланиш,) суяк таянч системасининг зарарланиши (остеомиелит, артрит) сийдик ажратиш йўллари (цистит, пиелонефрит), нерв системаси (йирингли менингит) ва бошқаларнинг зарарланиши билан намоён бўлади.

Стафилококкли пневмония бирламчи ёки иккламчи (бирламчи бошқа жойлардаги ўчоқлар ҳисобига) шакллари ривожланиши мумкин.

Кўп ҳолатларда ўткир респиратор инфекциялар, дизентерия, қизамиқ ва бошқа ҳар бир касаликлар бўлганда стафилококкларнинг организмга тушиб қолиши ёки организмдаги шартли патоген стафилококкларнинг ривожланиши ҳисобига пневмония ва бошқа клиник кўринишлари ривожланиши мумкин.

Стафилококкли Риттернинг эксфолиатив дерматити: янги туғилган чақалоқларда учрайдиган касалликлардан бири бўлиб, жуда оғир кечиши билан характерланади. Организмдаги умумий захарланиш белгиларидан ташқари тери ва шиллиқ қаватларида ўзига хос ўзгаришлар рўй беради. Касаллик чақалоқликнинг 4-5 кунларида ёки 1-2 ҳафталарида бошланиб, тери қизариши, терида ёриқлар пайдо бўлиб қипикланишнинг кучайиши ва терида шишлар пайдо бўлиб унинг намланишининг кучайиши каби белгилар касалликнинг илк белгилари ҳисобланади. Кейинчалик тери ва шиллиқ қаватларда пуфакчалар ва пуфаклар пайдо бўлади. Тошмалар асосан чақалоқнинг юз, бўйин, танасида ва мучаларида учрайди. Терининг эпидермис қисми бужмайиб унинг шилиниб кўчиши тезлашади. Пуфаклар ҳосил бўлган соҳа териси олиб ташлашга ҳаракат қилинганда соғлом тери соҳалари ҳам бирга кўчиши хос ҳисобланади. Касалликнинг 10-12-кунларига бориб жуда авж олиши характерли бўлиб, бутун тана терисининг қизариб шишиши ва унинг кўчиб тушиши кузатилади. Тери кўчиши ҳисобига ўрнида эрозияланган тери қолади. Буларнинг даражаси касаллик кечиш оғирлиги билан боғлиқ.

Стафилококкли пневмония ўзининг тез ривожланиши ва оғир кечиши, токсикоз, нафас етишмовчилиги белгилари кучайиб бориши билан бошқа шакллардан ажралиб туради. Айрим ҳолларда ўпка тўқимасининг емирилиши ҳисобига ўпкада бўшлиқ ҳосил бўлади.

Кўп ҳолларда жараёнга плевра ҳам қўшилиб, плеврит, пневмоторакс ривожланиши мумкин. Умумий қон таҳлилларида лейкоцитоз, нейтрофилёз, ЭЧТ ошиши кузатилади. Эрта ёшдаги болаларда стафилококкли пневмония учраганда ўлим кўрсаткичи жуда юқори бўлади.

Стафилококкли энтероколит: Кўп ҳолларда эрта ёшдаги болаларда учрайди. Улар бирламчи ривожланиши ёки бўлмаса пневмония, сурункали ичак касаликлари, дисбактериоз, сепсисдан кейин ва антибиотикларни кенг қўллаш натижасида келиб чиқиши мумкин. Касаллик кўриниши кунига олти-ўн маротаба шилимшиқ ёки аралаш ич кетиши билан намоён бўлади. Ичак токсикози кузатилади. Тана ҳарорати нотўғри тусда бўлади. Чўзилувчан, тўлқинсимон кечади.

Касаллик асосида ингичка ичакнинг дистал қисми ва йўғон ичакнинг бошланғич қисмида катарал, некротик, фибринли, ярали

ёки аралаш патологик ўзгаришлар ётади. Айрим ҳолларда ичакдаги яранинг тешилиши ва перитонит ривожланиши мумкин. Бундай ҳолларда касаллик яшинсимон кечиб беморнинг аҳволи тезда ёмонлашади, юрак фаолияти пасайиб, тўхтовсиз қайт қилиши, ичаклар парези, қорин парданинг тасирланиши каби белгилар билан намоён бўлади.

Стафилококклар чакирадиган овқат токсикоинфекцияси:

Энтеротоксин А ҳосил қилувчи стафилококклар билан ифлосланган озиқ овқатларни истеъмол қилинганда юзага келади. Касалликнинг яширин даври 2-6 соат бўлиб кўп марталаб қайт қилиш, қоринда оғриқ, ичнинг суюқ кетиши билан кечади. Айрим ҳолларда ич кетиш кузатилмаслиги мумкин. Тана ҳарорати меъёрида ёки субфебрил бўлади. Умумий ҳолсизлик кузатилади. Белгилар 1-3 кун сақланиб ўтиб кетади.

Скарлатинасимон синдром: Ўзига хос симптомокомплекс бўлиб, ўчоқли стафилококкли инфекцияда (абцесс, флегмона, остеомиелит, ангина ва бошқа) болалар орасида учрайди. Бу терига скарлатинадагидек нуқтасимон тошма тошиши, тери қичиши, петехиал тошмалар тошиши билан характерланади.

Скарлатинадан, стафилококкли инфекцияда бирор бир ўчоқнинг бўлиши, касалликнинг 3-4 кунларидан сўнг тошмалар тошиши, тошмалар инфекция ўчоғига яқин жойларда кўпроқ жойлашиши, оғиз бурун учбурчаги оқимтир бўлмаслиги билан фарқ қилади.

► **Тапхисоти:** Клиник кечиш хусусиятларига қараб ва охириги тапхис бактериологик текшириш натижаларига қараб қўйилади.

► **Давоси:** Қўзғатувчига таъсир этиш учун қуйидаги антибактериал дорилар ишлатилади: Эритромицин, неомицин, мономицин, левомецетин, линкомицин, линдацин, цефалоспоринлар ва бошқалар. Имконият даражасида ҳар бир беморни даволашда антибактериал дорининг сезгирлигини аниқлаб қўллаш керак.

Стафилококк интоксикациясини камайтириш учун антистафилококк гаммаглобулин қўлланилади. Бу касалликнинг биринчи кунларида яхши натижа беради. Антистафилококк гаммаглобулин соғлом хомиладор аёлларга анатоксин билан бирга берилади.

Организмнинг специфик реактивлигини ошириш мақсадида антифагин қўлланилади.

Чўзилувчи, сурункали стафилококк жараёни кечганда стафилококк анатоксинини (ҳар 3-5 кунда бир марда тери остига) қўллаш тавсия этилади. Ҳаммаси бўлиб саккиз маротаба инъекция орқали юбориш ва вакцина билан даволаш тавсия қилинади.

Организмнинг носпецифик қаршилигини ошириш мақсадида қон, плазма, иммуноглобулин ва витаминлар қилинади.

Йирингли ўчоқлар бўлган вақтда жаррохлик муолажаларини эртароқ қўллаган мақул.

Энтероколитда колибактерин бификол,, бифидумбактерин, лактобактерин, линекс каби эубиотиклар қўлланилади.

Стафилококкли токсикоинфекцияда ошқозон ювилади, хукна қилинади ва адсорбентлар берилиб, токсикозга қарши кураш олиб борилади.

► **Профилактикаси:**

Профилактика асосан организмнинг носпецифик қаршилигини ошириш, туғруқхоналарда, касалхоналарда, болалар муассасаларида санитар-гигиеник ҳолатни яхшилашдан иборат.

Стафилококкли инфекция ўчоқларида стафилококк инфекцияси ривожланиши эҳтимоли бўлганда аёллар хомиладорликнинг иккинчи ярмида анатоксин билан иммунизация қилинади (0,5 мл дан 3 мартаба инекция 32, 36 ҳафталиги ва туғруқдан олдин қилинади). Бу фақат оналарни туғриқдан сўнгги септик ҳолатлардан сақлабгина қолмай, янги туғилган чақалоқлар организмида ҳам махсус бўлмаган иммунитетини оширади.

Стафилококкли инфекцияда ишлатиладиган муҳим сўзлар.

Чидамлилик, мослашиш, дисбактериоз, антистафилококк иммунитет, тери, муртак безлари, нафас органлари, ошқозон ичак тракти, таянч системаси, токсикоз.

Стафилококкли инфекцияда қўлланиладиган фундаментал тест саволлар.

- 1.Стафилококкли инфекция манбаи ва юқиш йўли.
- 2.Касалликнинг кечиш хусусиятлари.
- 3.Стафилококкли овқат токсикоинфекция клиник хусусиятлари.
- 4.Стафилококкли инфекциянинг тарқалганлиги.
- 5.Стафилококкли инфекцияни даволаш усуллари.
- 6.Стафилококкли инфекциянинг антибактериал препаратларига чидамлилиги.
- 7.Стафилококк инфекцияга қарши курашиш чора тадбирлари.

**МЕНИНГОКОККЛИ
ИНФЕКЦИЯ**

► **Асосий белгилари:** менингиал белгилар учрайди, тумов бўлади, геморрагик-некротик, юлузсимон тошмалар тошади, кучли бош оғриғи бўлади, тана харорати ошади.

♦Менингококкли инфекция ўткир юқумли касаллик бўлиб, турли кўринишдаги назофарингит, менингит, энцефалит ва аралаш шаклларда кечиши билан ҳарактерланади.

► **Этиологияси:** Кўзгатувчиси: Менингококклар бўлиб, уларнинг антиген структураси билан фарқланувчи бир қанча серогуруҳлари (A, B, C, D, X, I, H, L, K, Y, Z, 29E ва 135W) аниқланади. Микроб ташқи муҳитда тезда нобуд бўлади.

► **Эпидемиологияси:** • **Касаллик манбаи:** касал одам ва соғлом менингококк ташувчилар ҳисобланади. • **Юқиш йўли:** асосан касаллик ҳаво-томчи усулида юқади, бундан ташқари маиший мулоқот йўли билан ҳам юқади. Касалликнинг тарқалиши йиллар бўйича тўлқинсимон кечади. Унинг енгил шакллари; менингококкли назофарингит, менингококк ташувчилар, камдан-кам ҳолларда ташхис қилинади. Касалликнинг оғир шакллари менингококкемия ва менингит кам учрайди.

• **Мойиллик:** Инфекцияга мойиллик юқори. Касаллик 14 ёшгача бўлган болалар ўртасида кўп учраши кузатилади. Касалликнинг тарқалган шакли кам ҳолларда учраб, асосан ёш болаларда кузатилади.

• **Мавсумийлик:** касаллик асосан қиш ва баҳор ойларида қайд қилинади.

► **Патогенези:** патогенезида касалликнинг қайси шакли учраши катта аҳамиятга эга: назофарингитда кўзгатувчилар юқори нафас йўлларида яллиғланиш келтириб чиқаради. Менингококкемияда қонга ўтиб бактеремияга сабабчи бўлади. Менингитда бош мия ва орқа мия каттиқ пардаларигача гематоэнцефалик барьердан ва периневрал йўллар орқали кириб яллиғланиш келтириб чиқаради. Касалликдан кейин турғун иммунитет қолади, шунинг учун қайта касалланиш учрамайди.

► **Клиникаси:** Инкубацион давр 2-10 кун, касаллик авж олиши, клиник белгиларнинг йўқолиб бориш даври, реконвалесценция давлари ажратилади.

▼ **Таснифи**

I. Тарқалганлигига қараб

а) Маҳаллий:

б) Тарқалган:

II Жароҳатланадиган жойига қараб

1. Назофарингит.

2. Пневмония

3. Менингит.

4. Менингоэнцефалит.

5. Менингококкемия

6. Аралаш шакли.

7. Кам учрайдиган шакллари: кардит, артрит, пневмония.

II Касалликнинг оғирлик даражасига кўра

а) енгил б) ўрта оғир в) оғир.

III Кечишга қараб

а) асоратланган. б) асоратланмаган.

Асоратлари: ўткир буйрак етишмовчилиги, Уотерхауз-Фридериксен синдроми, мия шиши, эпидематит, гидроцефалия, пневмония, отит.

■ **Менингококкли назофарингит** камдан кам ҳолларда клиник таъхис қилинади. Аниқ таъхис фақатгина эпидемиологик анамнез йиғилгандагина (менингококк таъувчини ёки касал бемор билан мулоқотда бўлганлиги) ҳамда бурун-халқум шиллиқ қаватларидан менингококк ажратиб олингандагина қўйилади.

■ **Менингококкцемия** ёки менингококкли сепсис бола ҳаёти учун касалликнинг энг оғир шакли ҳисобланади. Унинг асосий белгилари тошма тошиши ва кучайиб боровчи кучли интоксикациядир.

Тошмалар касалликнинг биринчи соатларида тошади ва геморрагик характерда бўлади. Тошмаларнинг яккаланган элементлари қафт, товон, думба соҳаларида тошади. Бир неча соатдан кейин тошмалар қўл ва оёқларда, юзга, баданга тошиб кетади. Тошмалар тўқ-кўкимтир рангда, айлана ёки юлдузсимон кўринишда, айрим ҳолларда эса тошмалар бир-бири қўшилиб кетади ва унинг марказида некроз ўчоқлари аниқланади. Болаларда аллергик ҳолатлар кузатилганда тошма шишлар устида тошиб гиперемия билан чегараланган бўлади. Тошмалар кучли интоксикация билан кечганда менингококкцемияни инкор қилиш керак. Заҳарланиш касалликнинг биринчи соатларида кучли намоён бўлади. Касаллик ўткир бошланади, юқори ҳарорат ва бемор умумий аҳволининг оғирлашиши билан кечади. Тезда ўсиб боровчи ҳолсизлик, кам ҳаракатлилик, тери гиперестезияси, ҳароратнинг тезда тушиб кетиши болада инфекцион-токсик шокнинг ривожланганлигини билдиради ва бу беморнинг ўткир буйрак етишмовчилиги ва мия шишидан бир неча соат ичида нобуд бўлишига олиб келади.

■ **Менингит, менингоэнцефалит белгилари:** заҳарланиш, юқори ҳарорат, бош оғриғи, қусиш ва менингеал симптомлар—энса мушаклари ригидлиги, Кернинг симптоми, Брудзинскийнинг юқори, ўрта, пастки симптомлари мусбат бўлиши, тувак белгиси, лиқилдоқнинг уч белгиси (Таранглашиши, пулсация йўқолиши ва бўртиб чиқиши) кузатилади.

Ёш болаларда ҳаётнинг биринчи ойларида лиқилдоқ шишиши ҳамда пулсацияси йўқолиши, Лесаж симптоми мусбат бўлади. Қайталанувчи тутқаноқлар ҳамда ўчоқли неврологик симптомларнинг мусбат бўлиши энцефалитнинг қўшилганлигидан далолат беради. Баъзида майда бўғимларнинг зарарланиши (синовит, бўғимлар оғриқли, шишинқираган, кам ҳолларда гиперемия) аниқланади ва улар касаллик тузалганидан кейин исиз йўқолади. Касалликнинг оғир даражаларида кўпгина ички органлар ва системаларнинг зарарланиши ҳамда иккиламчи бактериал инфекциянинг қўшилишини кузатиш мумкин.

► **Лаборатор таъхисоти:**

Ташхис томоқдан олинган суртма, қон, ликвор бактериоскопияси ҳамда бактериологик текшириш билан тасдиқланади. Стационарда менингитни ташхис қилиш мақсадида орқа мия суюқлиги таҳлил қилинади (босим кўтарилиши, лойқаланган, оқиш-сарғимтир рангда, юқори цитоз, хлоридлар ва қанд миқдори концентрацияси пасайган, оқсил миқдори кўпаяди).

Гемограммада: лейкоцитоз, нейтрофилёз, анэозинофилия, ЭЧТ ошиши кузатилади.

► **Таққослаш ташхисоти:** ЎРВИ, грипп, геморрагик васкулит (Шейнлех-Генох касаллиги) тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги), скарлатина, бошқа этиологияли менингит, менингоэнцефалитлар, аллергик тошмалар билан фарқланади.

► **Юқумли касалликлар бўлимларида ётқизишга кўрсатма.**

Эпидемиологик кўрсатмаларга кўра ҳамма шаклдаги менингококкли инфекция билан касалланганлар касалхонага ётқизилади. Касалликнинг ўрта оғир, оғир даражали шакллари, ҳамда менингит, менингококкемияга тахмин қилганда тезкор ётқизиб даволанади. Гипертоник ва яшин тезлигидаги шаклларида тезкор равишда ётқизилади.

► **Уй шароитида даволаш.**

Назофарингит ва бактерия ташувчиликда эпидемиолог маслаҳати билан олиб борилади.

Касалликнинг ҳамма даврларида ётоқ режими буюрилади.

Ёшга қараб пархез тайинланади.

Этиотроп даво мақсадида пенициллин ёки эритромицин қўллаш. Даволаш курси 5-7 кун, кўрсатмаларга қараб симптоматик даво қилинади. Томоқни ва бурунни фурациллин эритмаси ва дезинфекцияловчи эритмалар ҳамда антисептик хусусиятига эга бўлган ўтли дамламалар билан чайиш.

Назофарингит билан касалланган беморларни ҳар куни кўриб туриш керак, чунки бу беморларга вирусли инфекциялар, травма, чарчаш, стресслар таъсир қилиб тарқалган менингококкли инфекцияни чақириши мумкин.

Соғайиш мезонлари:

Клиник симптомларнинг тўлиқ йўқолиб кетиши.

Бурун-халқум шиллиқли ажралмаларни икки марталик бактериологик текширишнинг манфий бўлиши.

Соғайгандан кейинги кузатув педиатр ва невропатолог томонидан бир йил давомида олиб борилади.

Инфекцияни ўчоқда тарқалишини олдини олиш учун беморда клиник ва бактериологик соғайиш кузатилгунча назорат қилинади.

Мулоқотда бўлганлар билан ишлаш. Мулоқотда бўлганларда 10 кун давомида карантин эълон қилинади. Уларни ҳар кунлик термометрия қилинади. Бундан ташқари уларнинг умумий аҳволига, тери қопламларига, бурун халқумига эътибор берилади.

Менингококкли инфекцияда ишлатиладиган муҳим сўзлар.

Менингококк, ҳаво-томчи, назофарингит, менингококкемия, менингит, асorat, геморрагия, шиш, некроз, ликвор.

Менингококкли инфекцияда қўлланиладиган фундаментал тест саволлар. Менингококкли инфекция кўзгатувчиси.

Касаллик манбаи ва юқиш йўли.

Менингококкемия патогенези.

Менингит патогенези.

Назофарингит кечиш хусусиятлари.

Менингококкемия кечиш хусусиятлари.

Менингит кечиш хусусиятлари.

Менингиал белгилар.

Патологик рефлекслар.

Ташхисот усуллари.

Даволаш усуллари.

Олдини олиш усуллари.

КРИМ-КОНГО ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИ

► **Асосий белгилар:** тана хароратининг кўтарилади, интоксикация белгилари ривожланади, терида қон қуйилишлар намоён бўлади, ошқозон ичак трактидан қон кетишлар бўлади. Касаллик 2-3 ҳафта давом этади.

♦ Геморрагик иситма ўткир юқумли касаллик бўлиб, юқори интоксикация, терида геморрагик тошмалар тошиши ва ҳар хил кўринишдаги асоратлар билан намоён бўладиган хавфли касаллик ҳисобланади.

► **Этиологияси:** Крим-Конго геморрагик иситмаси кўзгатувчиси ўзида РНК сақловчи арбовирус бўлиб, вирус сферик шаклида диаметри 92-96 нм келади. Вирус асосан хужайралар цитоплазмасида жойлашади.

► **Эпидемиологияси:** • **Касаллик манбаи:** касал одам ва вирус ташиб юрувчи хайвонлардир. Оралиқ хўжайин исковид каналар ҳисобланади. • **Юқиш йўли:** трансмиссив ва бемор қони орқали. Бемор чиқиндилари ҳам хавфли бўлади. • **Касалликка мойиллик:** ҳамма ёшда учрайди. Асосан қишлоқ хўжалиги ишлари билан шуғулланувчи шахслар хавфли гуруҳга киради.

• **Мавсумийлик:** касалланиш асосан баҳор ойларига яъни каналарнинг фаоллашув даврига тўғри келади.

► **Патогенези:** Крим-Конго геморрагик иситмаси вируси одам организмига кана чақиши натижасида терининг кана чаққан жойидан киради. Бундан ташқари, вирус билан зарарланган бемор қонинг соғлом одамнинг жарохатланган териси ва шиллиқ қаватига

тушганида ва камдан-кам ҳоларида Крим-Конго геморрагик иситмаси касаллигига чалинган беморнинг қонини соғлом одамга қуйганда ҳамда нафас йўллари орқали (аспирация) тушиши мумкин.

Организмнинг вирус кирган жойида ҳеч қандай ўзгариш кузатилмайди. Вирус қонга тушгач, ретикулоэндотелиал система хужайраларида тўпланади.

Ретикулоэндотелиал система хужайраларида тўпланган вирусларнинг қонга иккинчи бор қўп миқдорда тушиши (вирусемия) натижасида беморда умумий интоксикация ҳамда қон томирлари эндотелияси шикастланиши натижасида турли хил даражадаги тромбогеморрагик синдром намоён бўлади.

► **Клиникаси:** Крим-Конго геморрагик иситмаси касаллигининг клиник кечишида тўрта давр фарқланади:

А. Яширин даври.

Б. Бошланғич даври (геморрагик белгилар кузатилганигача бўлган даври)

В. Авж олиш ва геморрагик аломатлар намоён бўлган даври.

Г. Реконвалесценция даври.

Крим-Конго геморрагик иситмаси геморрагик белгилар билан ва геморрагик белгиларсиз (атипик) ўтади. Касаллик кечишига қараб эса, енгил, ўрта оғир, оғир шаклларига бўлинади.

А. Касалликнинг яширин даври – касаллик кана чакқанида ўртача 3-6 кун, қон ва қон ажратмалари билан мулоқатда бўлиб юққанида эса 2-4 кунни ташкил этади.

Б. Бошланғич ёки умумтоксик даври – бир неча соатдан 3 кунгача давом этади. Касаллик ўткир бошланиб, продромал белгилар кузатилмайди. Киши тўла соғлом пайтида танаси қалтираб, ҳарорати $38,5 - 40,5^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиб кетади. Беморда ич кетиш, бошнинг пешона соҳасида кучли оғриқ, белда, бўғин ва мушакларда оғриқ, умумий ҳолсизлик, жуда ҳам тез чарчаш белгилари содир бўлади. Бундан ташқари 30% беморларда кўнгил айланиши, қусиш қайд этилиб, бу ҳолат овқат истеъмоли билан боғлиқ бўлмайди. Беморнинг ичи суюқ ўтиши ва қорнининг турли соҳаларида оғриқлар бўлиши мумкин.

Объектив кўрганда: касалликнинг биринчи кунидан беморнинг юзи қизариб, бу қизариш бўйин ва кўкрак қисмига тез тарқалади. Кўзлари қизариб, бу қизиллик асосан кўзнинг ён қисмида учбурчаксимон шаклда аниқланади. Тери қуруқ, иссиқ, периферик лимфа тугунлари бироз катталашди.

Беморларда лаб ва бурун қанотларида герпетик тошма аниқланади. Нафас олиш тезлашаган ва юзаки бўлиб, ўпкада қуруқ хириллашлар эшитилади.

Юрак тонлари бўғиқ, пульс ритмик, тезлашган, айримларда брадикардия кузатилади. Қон босими меъёрида ёки бироз пасайган, юрак чегараларида ўзгариш бўлмайди.

Лаблари курук, касалликнинг биринчи кунидан бошлаб тили караш билан қопланган, курук бўлади. Юмшоқ ва қаттиқ танглайда қизариш, қорни юмшоқ эпигастрол сохада оғриқ, айрим беморларда жигар 1-2 см катталашади. Ич юриши қабзиятга мойил. Айрим беморларда ич суюқ, шилимшиқ, қорамтир рангда ўтади.

Бел соҳасида оғриқ, сийдик ажратиши меъёрида, сийдикда оксил кўпаяди, айрим ҳолларда лейкоцит ва эритроцитлар аниқланади.

Бош оғриғи, бош айланиши кузатилади. Бемор ҳолсиз, уйқучан, айрим беморларда алаҳсираш, хушини йуқотиш, менингиал белгилар кучсиз мусбат бўлиши мумкин.

Қон умумий таҳлилида: гемоглобин ва эритроцит миқдори пасайган, ранг кўрсаткичи камайган, лейкопения, нейтропения ва тромбоцитопения кузатилади.

Иситмалаш 1-5 кун, айрим беморларда 5-10 кун ва 10-15 кунгача давом этади. Иситма характери нотўғри ёки доимий бўлиши мумкин.

В. Авж олиш ва геморрагик аломатлар намоён бўлган даври – касалликнинг 3-6 кунидан бошлаб авж олиш даври бошланади. Геморрагик синдром қон кетиш ва қон талаш билан намоён бўлади. Энг кўп учрайдиган геморрагик белги геморрагик тошмалардир. Тери, шиллиқ қаватлар, инъекция жойларида қон талаш, бурундан қон кетиши, милк, оғиз шиллиқ қаватидан қон кетиши, қонли қусиш, ичакдан қон кетиши кузатилади.

Тошма характери бўйича петехиал бўлиб, ясси, теридан кўтарилмайдиган, босиб кўрганда йўқолмайдиган. Ранги дастлаб тўқ қизғиш, кейинчалик қора ранг тус олади. Тошмалар сони бир нечта бўлиши мумкин. Тошмалар кўкрак қафаси, қориннинг ёнбош соҳаси терисида, елка соҳаси, билак соҳаси ички юзаси, сон терисида, кам ҳолларда бемор бўйин терисида учраши мумкин. Ўлчами бўйича нуқтасимон тошмалар тошган қисмининг диаметри 2,0-3,0 см гача этади. Шакли бўйича юмалоқ ёки овал бўлиб, чегараси аниқ, унинг атрофидаги терида ўзгариш бўлмайди.

Геморрагик элементлар 5-8 кун сақланиб, сўнгра оқара бошлайди ва касалликнинг 9-14 кунда йўқолади. Барча ҳолларда инъекция ўринларида турли ўлчамлардаги қон талашлар ҳосил бўлади. Тошма ҳосил бўлиши билан бир вақтда, айрим пайтда ундан бир икки кун олдин юмшоқ ва қаттиқ танглайди нуқтасимон қон талаш аниқланади. Касаллик қон орқали одамдан-одамга юққанида геморрагик синдром кучли ва тез ривожланади. Бу вируснинг одам организмида вирулентлигининг ошишига боғлиқ. Бу давр 3-7 кундан 10-15 кунгача, ўртача 7-9 кун давом этади. Айрим беморларда касалликнинг иккинчи иситма тўлқини қайд этилади. Бунда биринчи иситма тўлқини сўнгандан кейин, 2-3 кун ўтгач яна иситма кўтарилади, лекин дастлабки иситма даражасига етмайди.

Беморнинг юзлари, бўйин соҳаси териси қизарган, териси қуруқ, инъекция жойлари кўкарган бўлади. Периферик лимфа тугунлари катталашган.

Бурундан томчи – томчилаб ёки оқим билан қон келиши, бу қисқа ёки узоқ, ўртача 3-4 кун давом этиши мумкин. Баъзида ўпкада тарқалган қуруқ хириллашлар кузатилади. Касаллик оғир ўтаётганда ўпкада майда ўчоқли бронхопневмония белгилари юзага келади.

Томир уриши тезлашган, суст тўлалик ва тарангликда, қон босими пасаяди, коллапс ҳолати ҳам бўлиши мумкин.

Иштахасизилик, қон йўқотилаётганда эса оғиз қуриши, чанқаш, қориннинг турли жойларида оғриқлар, кўнгил айнаши, қонли қусиш кузатилади. Бу белгилар касаллик енгил ўтса 1-2 кун давом этади. Айрим пайт беморларда тўхтовсиз қонли қусиш кузатилади. Уларда милкларнинг қизариши ва бўртганлиги аниқланиб, бу белги асосан пастки жағ милкининг кесувчи тишлари атрофида яққол кўринади. Милклар юмшайди ва қон кета бошлайди, қон кетиши бир неча соатдан 4-8 кунгача давом этиши мумкин.

Касалликнинг авж олиш даврида беморнинг лаблари қуруқ, ёрилган, қонашга мойил, тили қуруқ, оқиш-сарғимтир карашли, кўпинча «зангсимон» бўлиб, бу оғиз шиллиқ қаватидан, милклардан қон кетишга боғлиқ бўлади. Оғиздан қўланса ҳид келади, бу даврда танглай муртаклари қизарган бўлиб тилча, танглай муртаклари равоғи биров шишади ва бемор ютинганда оғриқ сезишига сабаб бўлади. Юмшоқ танглайда (асосан тил илдизи соҳасида), қаттиқ танглай шиллиқ қаватида энантема пайдо бўлиб, касалликнинг 3-5 кунинда яққол ривожланади. Энантема геморрагик, майда нуктасимон чегараси аниқ бўлиб, 5-7 кунгача сақланади. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳа ва киндик атрофида оғриқ сезади. Жигар ва талок аксарият беморларда 1-2 см га катталашади.

Бел соҳасида оғриқ бўлиб, Пастернацкий белгиси мусбат бўлиши, олигоурия, макро ва микрогематурия, альбуминурия, анурия, азотемия билан намоён бўлади. Аёлларда бачадондан қон кетиш кузатилади. Хомиладор аёлларда хомила тушиши ёки вақтидан олдин туғриқ содир бўлиши мумкин.

Марказий нерв тизимидаги ўзгаришлар касаллик патогенези асосида ривожланиб, вегетатив нерв системаси ва мия қобикларининг таъсирланиши билан ҳам намоён бўлади.

Касалликнинг ҳамма ҳолларида беморларда бирдан юзага келувчи кучли бош оғриғи, ваража ва юқори иситмалаш қайд этилади. Айрим пайт бош айланиши кузатилади. Беморнинг уйқучанлигини, адинамик ҳолатини эътиборга олиш лозим. Оғир ҳолатларда беморларда аксинча қўзғалиш, алахсираш, галюцинация, менингеал белгилар пайдо бўлиб, кейинчалик ҳушини йўқотади, брадикардия, гипотония, қоринда оғриқ, ич қотиши ёки кетиши, қўз

қорачиқларининг нисбатан торайиши, ёруғликка сушт реакцияси билан намоён бўлади.

Касалликнинг авж олиш даврида периферик қон таҳлилида қуйидаги ўзгаришлар кузатилади: гипохром анемия, эритроцитопения аниқланади. Касаллик оғир ўтаётганда узоқ вақт қайта қон кетиши билан давом этса, эритроцитлар сони 1,0 млн/мл гача, гемоглобин 20-25 г/л гача камаяди. Ранг кўрсаткичи кўпинча 1,0 дан паст бўлади. Бу даврда қон таҳлилидаги ҳарактерли белгилардан бири тромбоцитлар миқдорининг камайиши бўлиб, бу 25-33 % текширилган беморларда 50 минггача камайдигани кузатилади. Касаллик қанча оғир ўтса, тромбоцитопения шунчалик кучли бўлади.

Касалликнинг авж олиш даврида оқ қон таначаларидаги ўзгариш лейкопения (1мм^3 қонда 1100-4000 гача) билан намоён бўлади. Лейкоцитар формулада нисбий лимфоцитоз, нейтропения, анэозинофилия ёки эозинопения, ЭЧТ 30-60 мм/соатгача тезлашади. Қоннинг ивиш ва ивишга қарши системасида турли ўзгариш бўлиши мумкин. Қон ивиши, плазма рекальцификацияси, тромбин вақти чўзилган ёки қисқарган, протромбин индекси, фибриноген, қоннинг фибринолитик активлиги ошиши ёки камайиши, гипо ёки гиперкоагуляцияси кузатилиши мумкин.

Геморрагик иситма касаллиги 80-95% ҳолларда ўрта оғир ёки оғир шаклда ўтади.

Г. Реконвалесенция даври-бу давр беморда клиник белгиларнинг сўниши, ҳосил бўлган геморрагик тошмаларнинг ранги кундан-кунга йўқола бошлаши, иштахасининг очилиши билан характерланади.

► **Асоратлари**: кўп миқдорда қон йўқотиш натижасида геморрагик шок, иккиламчи инфекция қўшилиши туфайли ўчоқли ёки бўлакли пневмония, сепсис, ўпка шиши, ўткир буйрак етишмовчилиги, отит, тромбофлебит, бўлиши мумкин.

► **Диагностикаси**: Беморни эрта аниқлаш, уни самарали даволаш ҳамда эпидемияга қарши чора-тадбирларни ўз вақтида ташкил этиш учун аҳамиятлидир. Аммо геморрагик иситманинг бошланғич даврида, яъни умумтоксик белгилар пайдо бўлганда беморга диагноз қўйиш жуда қийин.

Шунинг учун ҳам бу касалликда диагноз кўпинча геморрагик даврида қўйилади. Қрим-Конго геморрагик иситмаси касаллиги тарқоқ (спородик) қайд этилганда, 90-95 % ҳолатларда «Ўткир респиратор инфекция» ва «номаълум этиологияли иситмалаш» диагнослари билан ётқизилади.

Шу билан биргаликда бу касалликни бошланғич даврида дастлабки диагноз қўйишда айрим эпидемиологик ва клиник меъзонлар мавжуд.

Эпидемиологик анамнезда: беморнинг табиий ўчоқдан эканлиги (геморрагик иситма касаллиги кўп учраб турадиган ҳудуд), кана

чаққанлиги, канани қўли билан эзиб ўлдирганлиги, қўллари майда шохли хайвонларни жунини қирқаётганда кана қони билан ифлосланиши ва хоказолар суриштирилади.

Клиник: касалликнинг ўткир бошланиши, бирдан қалтираш, иситмалаш, пешона соҳасида кучли оғриқ, белида оғриқ, кўзлари, юзи ва бўйин терисининг қизариши, гипотония ва брадикардия, қоринда оғриқ пайдо бўлиши, кўнгил айниши, овқатга боғлиқ бўлмаган ҳолда қусиш, ичининг бир неча бор суюқ ўтиши–геморрагик иситма тўғрисидаги фикрни туғдиради. Касалликнинг бошланғич даврида периферик қон таҳлилида ивиш вақтининг тезлашгани, лейкопения (нейтрофилларни чапга силжиши билан) ва тромбоцитопения кузатилади.

► **Лаборатория диагностикаси.** Геморрагик иситмаларда бемор қонида вирус ёки унга қарши пайдо бўлган специфик антитело серологик усулда аниқланади.

Вирусни ажратиш фақат вирусология илмий текшириш институтларининг рухсатномаси бўлган таҳлилхоналарда ўтказилади.

Бунинг учун касалликнинг ўткир даврида, юқори иситма пайтида, билак венасида қон олинади. Олиган қон иккига бўлиниб, бири вирусни ажратиш учун, иккинчиси эса серологик реакция учун фойдаланилади. Серологик текширувига олинган қон стерил флаконида солиниб, ёрлиқланиб, махсус муз солинган контейнерга ёки кенг оғизли термосга солинади. Серологик таҳлил учун жуфт зардоб олинади, касалликнинг бошланғич даврида ва 2-3 ҳафтадан кейин такрорланади. Таҳлилга қон олинаётганда унинг тери ва шиллиқ қаватларни ифлосланишидан эҳтиёт бўлиш керак. Ўлим ҳолати қайд этилганда, лаборатория текширувига мурда органлари бўлаклари (мия, жигар, талок, буйрак, ўпка) стерил флаконларга солиниб, махсус лабораторияга юборилади.

Касалликнинг биринчи ҳафтасида ўлим юз берса, мурдадан олинган секцион материаллардан ҳамма ҳолларда вирус ажратилади.

► **Давоси:** Қрим-конго геморрагик иситмасига даво қилишнинг специфик усулларида бир рековалесцентларнинг қонидан ва уларнинг плазмасидан ишлатилади. Даво чоралари асосан интоксикация, геморрагияни бартараф этиш ва юрак–қон томир системаси фаолиятини яхшилашга қаратилган бўлади. Бемор 2-4 ҳафта давомида ўрнида ётади. Осон хазм бўладиган каллорияли, витаминларга бой овқат берилади. Минерал сувлар, ҳўл мева ва сабзавот шарбатлари кўп берилади. Витамин С, В ва Р препаратлари тайинланади. Қусишга қарши ялпиз препаратлари, анестезин ва новакаиннинг 0,5 % эритмаси бир ош қошиқда уч маҳал ичирилади. Ошқозон 2-3 % ли сода эритмаси билан қайта-қайта ювилади. Венага 10% ли ош тузи эритмаси ва тери остига 1мл - 2,5 % ли аминазин юборилади. Интоксикация кучли бўлганда қон қуйилади, кортикостероидлар тавсия этилади.

Геморрагияга қарши кальций хлориднинг 10 % ли эритмасидан 10мл, натрий хлориднинг 10 % ли эритмасидан 10-50 мл, желатинанинг 10% эритмасидан 10 мл, кальций глюконатнинг 10% ли эритмасидан 5-10мл дан венага юборилади. Гемостатик дозада қайта-қайта қон қуйилади. Гипериммун иммуноглобулин фойдали таъсир кўрсатади.

Беморнинг ахволи бир қадар яхшиланиб қолганидан кам қонликка қарши 100 мг дан витамин В-12 мускул орасига, 2мл дан камполон ёки антианемин мускуллар орасига инъекция қилинади, 0,5 г дан 3 маҳал кальций глицерофосфат ичирилади. Асоратлар пайдо бўлса, антибиотиклар тайинланади.

► **Профилактикаси:** Геморрагик иситма касалигининг касалхона ичи инфекцияси сифатида қайд этилишини олдини олиш мақсадида қуйидагиларга эътибор қаратилиши қатъиян талаб этилади:

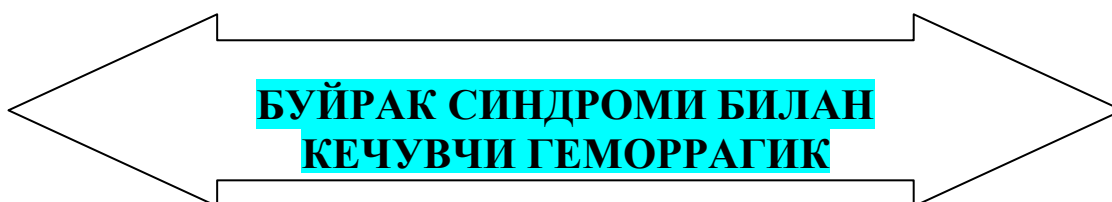
Геморрагик иситма касаллигига чалинган ёки шу касалликка гумон қилинганлар ҳамда кана чаққанлар юқумли касалликлар касалхонасининг (бўлимининг) махсус жихозланган хонасига (боксига) «Эпид ташув» ва «тез ёрдам» автотранспортларида олиб келиниб, ётқизилади. Беморга тиббий ёрдам фақат махсус тайёргарликдан ўтган врач ва ўрта тиббиёт ходимлари томонидан берилади. Кичик тиббиёт ходимларини беморга хизмат кўрсатиши таъқиқланади.

Беморнинг парваришида, унга ёрдам кўрсатишга оила аъзоларини, қариндошларини ва яқинларининг иштироки қатъиян ман этилади.

Қўллари жароҳатланган, йирингли жараёнлари бўлган тиббиёт ходимлари беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш ва парвариш қилиш учун рухсат этилмайди.

Беморларга тиббий ёрдам кўрсатишда ва парвариш қилишда тиббиёт ходимлари биринчи тур ўлатга қарши костюмдан фойдаланади. Қўлларига икки жуфт резинали қулқоп устма-уст кийиши, оғиз бурунга 4 қаватли дока ниқоб ва кўзга кўз ойнак тақилиши шарт.

Беморни даволашда ва парваришида иштирок этган тиббиёт ходимлари олти кун давомида тиббий кузатувига олинади.



► **Асосий белгилари:** харорат кўтарилади, геморрагик тошмалар бўлади, олигоанурия кузатилади, полиурияга алмашинади, баданида шиш кузатилади.

♦Буйрак синдроми билан кечувчи геморрагик истма ўткир юқумли касаллик бўлиб, тана ҳароратининг кўтарилиш, геморрагик белгиларнинг намоён бўлиши, буйраклар жароҳатланиши ҳисобига олигоанурия ва полиурия даврлари билан характерланади.

► **Этиологияси:** арбовирус авлодига кирадиган вирус кўзғатади.
 ► **Эпидемиологияси:** •**Касаллик манбаи:** Вируснинг резервуари майда кемирувчи ҳайвонлардир (сичқонлар ва каламушлар). •**Юқиш йўли:** Касаллик одамларга кемирувчиларнинг эктопаразитлари орқали трансмиссив йўл билан юқади. Кемирувчилар ахлати билан ифлосланган ҳар ҳил буюмлар орқали ҳам юқиши мумкин (контакт йўли). •**Мойиллик:** барча ёшдаги шахсларда, жумладан болаларда ҳам учрайди.

•**Мавсумийлик:** кўпроқ киш фаслларига тўғри келади. Бу касаллик Узоқ Шарқ, Корея, Россиянинг Ярославль, Калинин ва Тула вилоятларида кўп учрайди.

► **Патогенези:** Одам организмига кирган вируслар ретикуло-эндотелиал тўқималарига ўрнашиб, шу ерга кўпаяди сўнгра қонга тушади ва бутун организмга тарқалади. Вирусемия 5-6 кун давом этади. Организм вирус токсини билан заҳарланади. Вирус токсини бевосита майда қон томирлари ва нерв системасига таъсир қилади. Вегетатив нерв системаси парасимпатик қисмининг функцияси кучайиб кетади. Буйрак қон томирлари ва капиллярлари зарарланади, бу ўз навбатида буйрак каналчаларининг торайиб, олигурия бошланади. Сийдикда цилиндрлар, эритроцитлар, оқсил, эпителий хужайралари пайдо бўлади. Қонда қолдик азот миқдори кўпаяди, баъзи беморларда қон босими кўтарилади (буйракка алоқадор гипертония).

Беморнинг ҳамма органларидаги майда қон томирлар деворида деструктив ўзгаришлар юз беради. Бириктирувчи тўқималар, нерв системасида цитоллизга ҳос ўзгаришлар кўрилади. Буйракда интерситициал – геморрагик нефрит аломатлари юз беради.

► **Клиникаси:** Инкубацион даври 11-26 кун давом этади. Касаллик тўсатдан бошланади. Бемор эти увишиб, ҳарорати 39-40 даражага кўтарилади ва 3-5 кун давомида шу ҳолда туради. Беморнинг боши, мускуллари, бели оғрийди, дармони қурийди. Иштаҳаси йўқолади, кўнгли айниб, қусади, кўзи хиралашади. Кейин ҳарорат секин – аста пасайиб, касалликнинг 4-9 кунларига борганда нормал даражагача тушади. Касаллик енгил ўтганида ҳарорат кўтарилмаслиги мумкин.

Беморлар атрофга эътибор бермай ҳаёл сургандай бўлиб ётади. Бемор танасининг юқори қисми ва юзи қизарган бўлади. Кўзлари ҳам қизариб, шиллиқ пардалари шишиб туради. Касалликнинг 2-3 кунли кўкрак қафасининг ён томонлари, елканинг ички томонида ва қўлтиқда петехиал тошма кўринади. Танглайда энантема пайдо бўлади. Тошмалар 1-2 ҳафтадан сўнг йўқолади. Инъекция қилган

жойларга қон қуйилиб қолади. Баъзан учуқ тошади. Бемор меъда соҳасида оғриқ сезади, баъзан кетма-кет қусаверади. Қусуқ қон аралаш бўлади. Беморни хикичок тутиши жуда қолдан кетказади. Бемор тили караш билан қопланади, томоқ шиллик пардаси қизаради, баъзан энантема ва геморрагия кўринади. Ичак шиллик пардаси ва қорин пардаси орасидаги тўқималарига қон қуйилиши, қорин оғриғига сабаб бўлади. Жигар шишади, оғрийди.

Буйракларнинг зарарланиши характерлидир. Сийдикда оксил ва эритроцитлар топилади. Касалликнинг 5-7 кунларидан бошлаб Пастернацкий симптоми яққол аниқланади, сийдик камайиб, ануриягача боради. Олигурия 9-12 кунгача давом этади, сўнгра полиурия билан алмашинади, беморлар бир кеча-кундузда 3-5 л гача сияди. Шу вақтда беморни ташналик безовта қилади. Полиурия яхши аломат ҳисобланади. Текширишлар буйракнинг концентрлаш функцияси бузилганини кўрсатади. Қонда қолдиқ азот кўпаяди. Баъзи ҳолларда беморнинг эс-ҳуши кирарли – чиқарли бўлиб туради, галюцинация, инфекция психоз ва менингизм аломатлари кўринади. Беморнинг кўзи хиралашади буюмлар қизғиш бўлиб кўринади. Бундай ҳолат 2-3 кун давом этади. Бу дарддан соғайиш даври 2-3 ой чўзилади.

► **Асоратлари:** Энг оғир асорати азотемик уремиядир. Камдан-кам ҳолларда буйрак пўстлоқ қавати ёрилиши мумкин. Интоксикация кучли бўлганда ўткир томирлар етишмовчилигига хос аломатлар учрайди.

Баъзан иккиламчи инфекция қўшилиш натижасида отит, паротит, тромбофлебит, пневмония бошланади.

► **Лаборатория диагностикаси:** Касаллик вирусини жўжа эмбрионида урчитиш йўли билан ажратиб олиш мумкин. Касалликнинг иккинчи ҳафтасидан бошлаб комплементни бириктириш реакцияси мусбат натижа бера бошлайди.

Диагноз учун сийдикни текшириш муҳим аҳамиятга эга. Ҳамма вақт альбуминурия аниқланади. Сийдик чўкмасида эритроцитлар, гиалин ва мумсимон цилиндрлар, буйрак эпителияси хужайралари топилади. Касалликнинг биринчи кунларида гемоглобин ва эритроцитлар миқдори кўпаяди ва лейкоцитлар сони камаяди. Касаллик авжига чиққанида лейкоцитоз (30-50 минг) бошланиб, қонда миелоцитлар, промиелоцитлар ва мегалобластлар пайдо бўлади. Баъзан улкан нейтрофиллар кўринади. Соғайиш даврида қайтадан лейкопения бўлади, лимфоцитлар камайиб, моноцитлар кўпаяди, баъзан эозинофиллар йўқолади, Тюрк хужайралари топилади, ЭЧТ бошланишда секинлашади, кейин тезлашади.

► **Давоси:** Буйрак синдроми билан ўтадиган геморрагик иситманинг давоси бошқа ҳил геморрагик иситмалар давоси билан бир ҳил бўлиб агар азотемия ҳолати юз берса, гемодиализ ёки перитониал диализ тавсия қилинади. Полиурия даврида сув –

электролитлар мувозанатини сақлашга қаратилган даво чоралари қўланилади.

► **Профилактикаси:** махсус профилактикаси йўқ. Касалликнинг врач ва ҳамшираларга юқмаслик чораларига алоҳида эътибор қилинади. Эндемик ўчоқларда кемрувчиларни йўқ қилишга қаратилган чоралар қўрилади.

Қ Ў Т И Р

► **Асосий белгилари:** тери қичиши, айниқса кечаси қаттиқ қичиши, терида тугунчалар, тирналиш излари пайдо бўлиши.

♦ **Қўтир; қўтир каналари келтириб чиқарадиган юқумли касаллик бўлиб, каналар терининг эпидерма қисмига кириб қўтир йўллари хосил қилиши ва кучли қичиш белгилари намоён қилиши билан характерланади.**

► **Этиологияси:** Касаллик қўзғатувчиси қўтир канаси хисобланади. Хар бир кана ўз фаолияти давомида 50-60 тагача уруғ қўяди ва уруғдан чиққан каналар ривожланиб 10-15 кун давомида вояга етади ҳамда патогенлик хусусиятини бошлайди.

► **Эпидемиологияси:** **касаллик манбаи;** касал одамлар ва хайвонлар хисобланади. **Юқиш йўли;** асосий юқиш йўли майиш мулоқот орқали амалга ошади. **Касалликка мойилик;** асосан жамоа бўлиб юрувчи болалар орасида (мактаб, боғча ва х.к) кўпроқ учрайди. **Мавсумийлик;** кўпроқ касаллик қиш ва баҳор фаслларида авж олиши кузатилади.

► **Клиникаси;** Касалликнинг яширин (инкубацион) даври ўртача 7-10 кунни ташкил қилади.

Одам терисига тушган қўтир канаси тезда тери ичига кириб олиб, эпидермис бўйлаб кана йўллари хосил қилади. Касалликнинг асосий белгиси терининг қичишидир. Катталиги 1-2 мм келадиган тугунчалар ва ичида сероз суюқлиги бор оқимтир пуфакчалар пайдо бўлади. Тугунча ва пуфакчали майда тошмалар бир чизик бўйлаб жойлашишга мойил бўлади, қичинавериш оқибатида ўрнида нуқта-нуқта қалоклар хосил қилади. Тошмалар кўпинча бармоқлар орасидаги бурмалар, кафтнинг ён томонига, кейинчалик бутун баданга тошади. Баъзан қўл тирсакларининг ташқи қисмида майда нуқтали қора қалокларни учратиш мумкин. Бемор хадеб қичинавериши натижасида қўтир бадан терисининг бир жойидан иккинчи жойига ўтади. Тошмалар кучли қичишади ва бу ҳолат, айниқса кечаси ва иссиқда кучаяди. Қичинавериш натижасида терининг нормал тузилиши ўзгариб терида тирналган, шилинган жойлар, қора қўтир қалокларни кузатиш мумкин: кўпинча қичиганда терининг тирналган жойларига инфекция тушиши натижасида йирингли тери касалликлари: фолликулит, фурункул, импетиго, эктима ва бошқалар ривожланиши ҳам мумкин, бунда касалликнинг

ташхиси мураккаблашади. Қўтир касаллиги узоқ чўзилиб кетганида ёки бемор мунтазам даволанмаганида терининг бошқа касалликлари – дерматитлар ва нейродермитлар ривожланиши мумкин. Ёш болаларда касалликнинг белгилари хийла бошқачароқ кечади. Аксарият товон, кафтнинг ички соҳаси, сон оралиғи ва думба зарарланади. Хосил бўлган пуфакчалар тез йиринглаб жараён оғирлашиши мумкин.

► **Ташхисоти**; Асосан беморнинг шикоятига эътибор берилади. (кечкурунлари кучли қичиш). Беморнинг терисидаги тошмалардан (пуфакчалардан) лаборатория усулида топилган каналар ва уларнинг уруғлари ташхисни исботлайди.

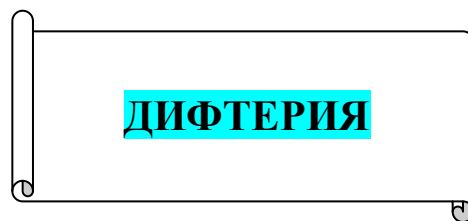
► **Давоси**; Бемор болаларни даволаш санитар гигиеник қоидаларга риоя қилган ҳолда умумий амалиёт врачлари ёки дерматолог назорати остида уй шароитида олиб борилади. 60 % ли натрий тиосульфат ҳамда 6 % ли хлорид кислота эритмаси буюрилади. Бемор натрий тиосульфат эритмасини бирорта идишга қуюди ва иккала кафтини дорига ботириб, бўйнидан то товонигача ишқалаш йўли билан 2-5 минутда суртиб чиқади ва 5-10 минут дам олади. Қисқа вақт ичида эритманинг суяқ қисми учиб кетади, бемор баданида эса тиосульфат кристаллари қолади ва у худди упа сепгандек оқариб кетади. Кейин хлорид кислота эритмаси ҳам худди шу ҳолатда суртилади ҳамда кўрпа тўшаклари алмаштирилади. Икки кун худди шу зайдда даво қайталанади, ювинишига икки кундан сўнг рухсат берилади.

Қўтир касаллигини даволашда Вилькинсон малхами ҳам кенг қўлланилади. Вилькинсон малхами юз ва бош қисмидан ташқари бутун баданга кунига бир мартадан 5 кун мобайнида суртилади ва 6-кун бемор яхшилаб ювиниб, кийим ва кўрпа тўшагини алмаштиради.

Болаларга олтингугуртнинг 5-10 % ли малхами буюрилиб, 5-6 кун мобайнида бемор баданига суртилади. Антипаразитар дорилардан ташқари шароитга қараб десенсибилизацияловчи ва антигистамин препаратлар буюрилади. Қўтирга бактериал инфекцияси қўшилган ҳолларда антибиотиклар буюрилади. Зарурат туғилганда касалхонага ётқизиб даволанади.

► **Касалликнинг олдини олиш**. Касаллик борлиги аниқланганда махсус хабарнома тўлдирилади ва Санитария эпидемиология назорат марказига маълум қилинади. Бемор билан мулоқотда бўлганлар ва оила аъзолари кўздан кечирилади. Бемор бола батамом тузалиб кетмагунча уни соғлом болаларга (ясли, боғча, мактабга) қўшилмайди.

Беморнинг ички ва устки кийимлари, ётадиган ўрин-кўрпалари ишлатган асбоб анжомлари, болаларнинг ўйинчоқлари дезинфекция қилиниши зарур.



► **Асосий белгилар:** фибринли парда бўлади, парда қаттиқ, қийинлик билан ажралувчан, ажратганда қонайди, муртак безлари ва регионар лимфа тугунлари катталашади, заҳарланиш белгилари бўлади, юрак, қон-томир аъзолари ва нерв системаси зарарланади.

♠♠ Дифтерия ўткир юқумли касаллик бўлиб, қўзғатувчи кирган жойда фибринли парда ҳосил бўлиши, кучли заҳарланиш белгилари ва юрак қон-томир аъзолари ҳамда нерв системаси зарарланиши билан характерланади.

► **Этиологияси:** Дифтерия қўзғатувчиси *Corinobakterium diphtheriae* тўғри таёқча шаклида, узинлиги 2-7 мкм охириги қисми бир оз қалинлашган, спора ҳосил қилмайдиган, ҳаракатсиз, Грам мусбат, бир-бири билан бурчак остида жойлашади. Нейсер усулида бўялади ва охириги қисмида доначалари (Башен-Эрнест таначалари) кўринади. Дифтерия таёқчаси аэроб бўлиб, ҳар ҳил озиқ муҳитларда ўсади. Леффлер муҳити қўлланилади, аммо унда кўпчилик микроблар ўсади, шунинг учун ҳозирги пайтда теллуритли (Клауберг II, Герман-Тиндсал-Содиқова) муҳитлар, 5 % ли қонли агар қўлланилмоқда. Ўсиш хусусияти, баъзи биёҳимиявий хоссалари жихатидан 3 хил дифтерия таёқчалари (*gravis*, *mitis*, *intermedius*) тафовут қилинади. Касалликнинг клиник кечишида қўзғатувчиларнинг типлари ўртасида боғлиқлик йўқ. Дифтерия таёқчаси экзотоксин ишлаб чиқаради ва у касалликнинг асосий белгиларини келтириб чиқаришга сабаб бўлади.

► **Эпидемиологияси:** ■ **касаллик манбаи:** касал одам ва реконвалесцентлар, соғлом бактерия ташувчилар хизмат қилади. Касал одам турғунлик даврининг охириги кунидан бошлаб то клиник белгиларининг йўқолиб кетишигача эпидемиологик жихатдан катта аҳамиятга эга. Эпидемиологик жихатдан касалликнинг енгил ва атипик шакллари ҳам хавфлидир. ■ **Юқиш йўли:** Қўзғатувчи кўпинча халқум ва нафас йўллариининг юқори қисмида жойлашади. Шунинг учун ҳам касаллик ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. Қўзғатувчилар организмдан халқум ва бурун шилимшиқлари орқали ташқарига чиқади. Зарарланиш бевосита (ўпишиш) ва билвосита мулоқот билан ўтиши мумкин. Дифтерия таёқчалари ташқи муҳитда

узоқ сақланиши сабабли, беморни идиш-тавоқлари, кийим бошлари ва уйинчоқлари орқали ҳам ўтиши мумкин. Сутли ва кремли маҳсулотларда яхши ўсиш хусусияти бўлганлиги сабабли алиментар йўл билан ҳам юқади. Тери, жинсий аъзолари дифтериясида касаллик кўл, сув ва бошқа йўллар орқали юқади.

■ **Мойиллик:** дифтерия билан антитоксик имунитети бўлмаган ёш болалар ва катталар оғрийди. Аввалги йиллар бу касаллик билан кўпроқ болалар оғриган бўлса, ҳозирги пайтда болалар кенг кўламда эмланганликлари сабабли катталарда кўпроқ қайд қилинмоқда.

■ **Мавсумийлик:** касалликка мавсумийлик хос бўлиб, куз ва киш ойларида тўғри келади.

► **Патогенези:** Қўзғатувчи организмга халқум ва бурун шиллик қаватлари орқали киради. Баъзи ҳолларда дифтерия таёқчаси бошқа йўллар билан кириб, касалликнинг турли клиник шакллари (тери, кўз ва бошқа) келтириб чиқаради.

Қўзғатувчи қайси йўл билан киришидан қатъий назар у кириш жойида кўпаяди ва ўзидан экзотоксин ажратади, бу эса организмда патологик ўзгаришларни олиб келади. Экзотоксин кирган жойда эпителий некрози, томирларнинг шикастланиши, томирларнинг ўтказувчанлиги ошганлиги кузатилади, қон димланишини келтириб чиқаради, натижада қоннинг оқсилга бой суюқ қисми чиқади. Унинг таркибидаги фибриноген некрозга учраган тўқима таркибидан ажралиб чиқган тромбокиназа ферменти билан реакцияга киришиб уни фибринга айлантиради ва фибринли пардани ҳосил қилади. Кўп қаватли эпителий билан қопланган томоқ ва халқумда дифтеритик яллиғланиш ҳосил бўлиб, бунда фибринли парда пастдаги қават билан мустаҳкам боғлиқ бўлади. Шунинг учун ҳам уларни ажратиш жуда қийин бўлади. Шиллик қаватларнинг бир қаватли эпителий билан қопланган қисмларида эса некрозли яллиғланиш юзага келади ва фибринли пардани осон ажратиш мумкин. Экзотоксин таъсирида атрофдаги тўқима ва маҳаллий лимфа тугунларининг шишиши кузатилади, шишнинг даражаси билан захарланиш даражаси баҳоланади. Экзотоксин қон орқали тарқалиб буйрак усти бези, миокард, нерв системаси, буйрак каналчалари ва жигарга резорбтив таъсир кўрсатади.

► **Клиникаси:** касалликнинг яширин даври 2 кундан 10 кунгача давом этади. Дифтерия клиник жихатидан ҳар қил кечади. Қўзғатувчи кириш дарвозасига қараб; томоқ, бурун, халқум, хикилдоқ, тери, кўз, киндик, жинсий аъзолар дифтериялари тафовут қилинади. Жараённинг тарқалганлигига қараб; чегараланган ва тарқалган, захарланишнинг даражасига қараб; токсик бўлмаган, субтоксик, токсик I-II-III даражалар, гипертоксик ва геморрагик турлари ажратилади.

▼ **Клиник таснифи:**

А. Клиник кўриниши бўйича:

1.Тонзилляр. 2.Фарингеал (халқум). 3.Ларингеал ёки ларинготрахеал. 4.Назал. 5.Нореспиратор; тери, кўз конъюнктиваси, кулоқ, киндик, генитал шакллари. 6. Муштарак шакли

Б. **Кечиш оғирлиги бўйича:**

Енгил, ўртача оғирликда, оғир.

Хозирги пайтда халқум дифтерияси кўп учраб, ҳамма шаклларнинг 98 % ни ташкил қилади.

Халқум дифтерияси **типиқ** (пардали, тарқалган, токсик) ва **атипиқ** (катарал, оролчали) шаклларда кечиши мумкин. Хозирги пайтда фаол иммунизация кенг қўлланилаётган даврда катарал шакли нисбатан кўп учраб, ташхис қилишга қийнчилик туғдирмоқда. Касалликнинг бу шаклида беморнинг аҳволи деярли ўзгармайди.

Баъзида умумий ҳолсизлик, ютинганда бир оз оғриқ, тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши кузатилади. Бемор халқумини текшириб кўрганда безларнинг қизаргани ва шишгани, маҳаллий лимфа тугунчаларининг катталашганини кўрамиз. Кейинчалик бу кечиш соғайиш билан тугалланиши ёки типик кечишга ўтиши мумкин.

Халқум дифтериясининг оролчали кечиши ҳам енгил ўтиши билан характерланади, тана ҳароратининг кўтарилиши, зарарланиш белгилари кузатилади. Бемор бош оғришига, ҳолсизликка, ютинганда томоғида оғриқнинг борлигидан шикоят қилади. Текширувда тана ҳароратининг кўтарилганлиги (37–37,5), бодомча безларнинг катталашгани ва шишгани кўринади.

Муртак безининг баъзи қисмларида фибринли пардани кўриш мумкин. Бу парда осонлик билан ажралади, ажратилганда пастки тўқима қонамайди. Маҳаллий (жағ ости) лимфа тугунлари бироз катталашган, оғриқсиз бўлади.

Халқум дифтериясининг парадали шакли ўткир бошланиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий заҳарланиш белгилари юқорилиги, яъни ҳолсизлик, бош оғриши, иштаҳанинг пастлиги, лоҳаслик билан характерланади. Бодомча безлар катталашган, шишган, қизарган, ялтироқ фибринли парда билан қопланган бўлиб, жуда қийнчилик билан ажратилади. Парда без тўқимасидан ажратилганда ости қонайди. Парда безнинг ҳамма қисмини ёки кўпроқ қисмини эгаллаган бўлиб, юза қисмида бурмачалар ҳосил бўлади. Баъзида жараён бир томонлама бўлиши мумкин. Парда жуда мустаҳкам, шпателлар орасида артилмайди, сувга чўктирилганда эримади ва ўз кўринишини ўзгартирмайди. Пардага 2 % теллуриг калий ёки натрий эритмаси суртганда у 15-20 минутдан сўнг қораяди. Маҳаллий лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли бўлади. Дифтерияга қарши зардобни юборгандан сўнг пардалар бир кундан кейин аста секин камайиб боради. Безлар 2-3 кун мобайнида бутун пардадан халос бўлади. Хусусий давосиз бу ҳол янада зўрайиб, касалликни оғир шаклда кечишига сабаб бўлади.

► **Халқум дифтериясининг тарқалган шакли:**

Касалликнинг бу шакли асосан эмланмаган болаларда учраб, ҳамма ёш гуруҳларида рўйхатга олиниб, болаликнинг биринчи ойларида ҳам қайд қилинади. Бир ёшгача бўлган болаларда кўпинча бурун ёки хиқилдоқ дифтерияси билан биргаликда учрайди. Ўзининг

ўткир бошланиши, умумий заҳарланиш белгиларининг, иситмали, оғриқли реакцияларнинг яққол ифодаланганлиги билан чегараланган, пардали халқум дифтериясига ўхшаб кетади: икки кун мобайнида тана ҳароратининг юқорилиги ($38-39^{\circ}\text{C}$), бош оғриғи, лоҳаслик, терининг кўкимтир ранга кириши, иштаҳанинг пастлиги каби белигилар намоён бўлади. Чегараланган шаклида кам учрайдиган қусиш ва қорин соҳасидаги оғриқ бунда ҳам кузатилиши мумкин. Фибринли парда бодомча безларидан ташқари танглай, тилча, халқумнинг ён ва орқа деворларига тарқалади. Бу шаклда биринчи бўлиб парда бодомча безларида, сўнгра эса тарқалиб, бодомча безлари атрофидаги тўқималарда кучли намоён бўлади. Баъзи ҳолларда фибринли парда бодомча безлар юзасини бутунлай қопламасдан ҳам тарқалиши мумкин. Заҳарланиш белгилари намоён бўлади. Дифтериянинг тарқалган шакли билан оғриган баъзи бир беморларда чегараланган шаклга нисбатан бодомча безлар ва юмшоқ танглай шиши, қизариши, маҳаллий лимфа тугунларининг катталашиши ва оғриқ аломатлари кўпроқ кузатилади, баъзида патологик жараён бир томонлама бўлиши мумкин. Касалликнинг тарқалган шаклида фибринли парда чегарасига нисбатан кенг тарқалади. Хусусий даволанмаган касалларда 10-14 кунгача, дифтерияга қарши зардоб юборилганда 5-8 кунгача сақланади. Дифтериянинг тарқалган шаклининг оғир кечишлари ва асоратлари жуда кам кузатилади. Ўз вақтида хусусий даволанмаса субтоксик ва токсик шаклларга ўтиши мумкин.

► Халқум дифтериясининг токсик шакли:

Халқум дифтериясининг оғир кечиши, токсик шаклларининг ҳаммаси ва субтоксик шаклини ўз ичига олади. Бу чегараланган ва тарқалган дифтериядан ўзининг дифтерия таёқчаси билан яллиғланган ўчоқда кўп микдорда токсинларни ишлаб чиқариши, токсинларни жуда ҳам кўп микдорда қонга сўрилиши ва тўқималар билан тез орада бирикиши билан фарқланади. Дифтериянинг токсик шаклини оғирлик даражасини тез ва аниқ баҳолаш ва ташхислаш керак. Халқум дифтериясининг токсик шакли тўсатдан ўткир бошланиб, ҳамма белигиларнинг кучли ривожланиши билан ҳарактерланади. Баъзида эмланмаган болалар дифтериянинг енгил шакли билан касалланиб ўз вақтида махсус даво олмаганликлари натижасида касалликнинг оғир токсик шакли ривожланишига сабаб бўлади.

Эмланган болаларда ҳар қил оғир касалликларни бошидан кечириши, орттирилган иммунитетнинг суст бўлиши ёки йўқолиши натижасида дифтериянинг субтоксик ёки токсик дифтериянинг I даражаси учрайди.

Токсик дифтериянинг II, III даражаси ва гипертоксик шакли билан фақатгина эмланмаган болалар касалланади.

Ҳозирги вақтгача токсик дифтериянинг қуйидаги таснифи қўлланилиб келинган:

1.Субтоксик. 2.Токсик I,II,III.даражаси. 3.Гипертоксик. 4.Геморрагик

Юқоридаги бўлиниш аниқ клиник белгиларга асосланган бўлиб, тўғри даволашга ёрдам беради. Касалликнинг оқибати ва асоратига қараб икки гуруҳга бўлинади. **Биринчи гуруҳга** субтоксик ва токсик дифтериянинг I даражаси кириб, оғир асоратлар ва ўлим оқибатлари кам кузатилади.

Иккинчи гуруҳга токсик дифтериянинг II-III даражаси ва гипертоксик шакли киради. Ўз вақтида ва тўлиқ даволанмаслик натижасида оғир асоратларга ва ўлим оқибатларига олиб келиши мумкин.

Токсик дифтерия икки вариантга бўлинади:

Геморрагик белгиларсиз.

Геморрагик белгилари (II, III даражаси ва гипертоксик дифтерия) бу ҳам икки вариантга:

А) Чақмоқсимон, геморрагик белгисиз. (яшинсимон кечиб геморрагик белгилар намоён бўлиб улгурмайди)

Б) Геморрагик белгилари

Токсик дифтерия учун ўткир бошланиш хос бўлиб, унинг оғир шакли учун эса бир вақтнинг ўзида ҳароратнинг кескин ошиб бориши, умумий заҳарланиш, маҳаллий лимфаденит ва оғриқ кучлилиги характерлидир. Ҳарорат тезда $39-40^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиб, баъзи беморларда 39°C га тенг бўлади. Ҳарорат ўзининг узоқ давомийлиги, мустақил тушиб бориши (қараш сақланганига қарамасдан) билан тарқалган ва чегараланган дифтериядан фарқ қилади. Дифтерияда заҳарланишнинг эрта кўринишларидан бош оғриғи, қалтираш, сезиларли даражадаги дармонсизлик, анорексия, тери қопламалари ранги оқарган, оғир шаклларида қайта-қайта қусишлар, қориндаги оғриқ, даврий кўзғалиш хуружлари (делирий), адинамия кузатилади. Токсик дифтериянинг III-даражасида касалларда бошланиш давридаёқ ИТК (инфекцион токсик қарахтлик) I даражаси белгиларини кўриш мумкин. Оғиз ҳалқум шиши асосан бодомча безлардан бошланиб, кейин тилчаси, қаттиқ ва юмшоқ танглайга тарқалади. Унинг ўсиб бориши, ўлчами токсик дифтерия даражасига боғлиқ бўлади. Бодомча безлари ва тилчанинг билинар билинмас шиш субтоксик дифтерияда кузатилса, уларнинг тарқалган шиши токсик дифтериянинг II ва III даражасида кузатилади. Дифтериядаги шиш характери шуки, у чегарасиз маҳаллий бурмаларсиз тарқоқ бўлиб, перитонзилитдан фарқли равишда тез ўсувчан бўлади.

Токсик дифтериядаги шиш устидаги шиллиқ қават гиперемияси жуда яққол ва кўкимтир кўринишда бўлади. Бодомча безларининг катталашиб, кўкимтир ранга кириб шишганлиги, улар юзасида қирмизи ярим тиниқ парда ёки кулранг қараш борлиги этиборга лойиқ.

Пардасимон караш токсик дифтерияда тезда пайдо бўлиб, бодомча безлар ва улардан ўтиб, атрофга ҳам тарқалади. Фибриноз караш тўлиқ шаклланмас экан, у тезда олинади ва консистенцияси бир хил бўлмайди. Бу ташхисни қийинлаштиради, шунинг учун парданинг каттиқ қисмлардан олиш керак, бу тўғри ташхисга ёрдам беради. Субтоксик ва токсик дифтериянинг I-даражаси билан оғриган баъзи беморларда караш фақатгина тилча, танглайда тарқалиши билан чегараланади. Токсик дифтериянинг II-III даражаси учун карашнинг бодомча безлардан ташқари тарқалиши доимий белгидир. Улар каттиқ ва юмшоқ танглай, халқумнинг ён ва орқа деворида ва шиллик пардасида бўлади. Баъзан бодомча безларнинг пастки қисмидаги карашлар тил илдизи, ияк шиллик қаватига бориб, ияк соҳасидаги шишга олиб келади.

Токсик дифтерияда оғриқ кучли бўлиб, бир қанча компонентлардан: ютинганда томоқдаги оғриқ, маҳаллий лимфа тугунларидаги ва чайнов мушакларидаги оғриқдан иборат. Маҳаллий лимфа тугунларининг катталашуви, оғриқли бўлиши ва атрофидаги тўқималарнинг шишиши токсик дифтериянинг асосий белгисидир. Уни тўғри баҳоламаслик, чуқур ташхисий хатоларга олиб келади. Қанчалик касаллик оғир кечадиган бўлса, бу белги шунча эрта пайдо бўлади. Лимфа тугунларининг товуқ тухуми катталигида ва ундан ортиқ бўлиши гипертоксик ва токсик дифтериянинг III-даражаси учун хосдир. Бўйин соҳаси тери ости тўқимасининг шиши, оғриқсиз ва ҳамирсимон шаклда бўлиши дифтериянинг оғирлик даражасини аниқлашга ёрдам беради. Гипертоксик ва III-даражали токсик дифтерияда у эрта пайдо бўлиб, тезда олдинги бўйин юзаси, юзга, энсага, бўйин орқасига тарқалади, бемор оғзидан ўзига хос ширин ҳид келиши ҳарактерли. Авж олиш даврида дифтерия клиник белгилари тўлиқ хажмда бўлиб, ташхис қўйишда қийинчилик туғдирмайди. Адинамия кучаяди. Оғриқ кучи камайиши мумкин. Фибринли караш қалинлашади, улар юзасида бурмалар пайдо бўлади, баъзан улар осилиб туради. Токсик дифтерияда фибринли карашнинг сақланиш муддати бемор махсус даво билан даволанмаса, 2-3 ҳафта давом этади. Зардоб билан даволаш, уларнинг деворидан ажралиши, бўкишига олиб келади. Карашларнинг камайиши унинг хажмига, зардобнинг ўз вақтида юборилганига боғлиқ бўлади. Зардобни етарли дозада юбориш натижаси учинчи кундан бошланади. Уч кундан кейин карашлар тезда камая бошлайди. Бу ҳолат токсик дифтерияда 5-7 кунга тўғри келади.

Бу касаллик авж олиш даврида оғиз халқум ва тери ости қаватининг шиши юқори ривожланиш даражасида бўлади. Шишни бўйин олд юзаси бўйлаб, тепадан пастга тамоман чегарасини аниқлаш, токсик дифтерия оғирлик даражасини аниқлашга имкон беради: Шиш маҳаллий лимфа тугунчаларнинг устида бўлса субтоксик, бўйиннинг ярмигача бўлса I-даража, ўмров суягигача

бўлса II-чи даража, ўмровдан пастга **кўкрак қафасига тарқалса** III-даража ва шиш **бутун танага тарқалса** гипертотксик тури деб баҳоланади. Давони ўз вақтида бошланганда шиш ўлчами шу даражагача тарқалмаслиги мумкин.

► **Хикилдоқ дифтерияси**: бирламчи шаклда ёки халқум дифтерияси асосида ҳосил бўлиши мумкин. Касаллик аста секинлик билан бошланиб, заҳарланишнинг умумий белгилари кучсиз ривожланган бўлади. Тарқалган ва токсик дифтерияда иккиламчи бўғма умумий зарарланиш белгиларининг кучлилиги билан кечади. Хикилдоқ дифтериясининг асосий белгиларидан бири хикилдоқни торайтириш ҳисобланади. Дифтерия бўғмасининг кечишида 3 та босқич кузатилади. Биринчи босқич (дисфоник)—бунда овознинг хирриллаши (кейинчалик эса товушнинг чикмай қолиши), ўзига хос кўпол-дағал йўталиш, пайпаслаб кўрганда хикилдоқнинг оғриклилиги кузатилади. Иккинчи босқич (стенотик)—бунда шовқинли нафас олиш, товушнинг бўлмаслиги, нафас олиш жараёнида кўшимча ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши кузатилади. Бу босқич бир неча соатдан 2-3 кунгача давом этиши мумкин. Стенотик босқич охириги асфиксиядан олдинги босқич бўлиб, бунда беморларни фақатгина жаррохлик йўли билан олиб қолиш мумкин. Шу даврда беморларда тез-тез безовталаниб, кўкариш, терлашнинг кучлилиги, нафас олишнинг кучсизлиги, нафас олишда юракнинг тез уриши ва томир уришининг секинлашиши кузатилиши мумкин.

Учинчи босқичда (асфиктик) ҳаво етишмовчилигининг кучайиши, безовталиқ, кейинчалиқ уйқучанлик, кўкариш ҳоллари кузатилади. Агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бемор асфикциядан нобуд бўлади.

► **Бурун дифтерияси**: умумий зараланиш белгиларининг кучсиз ривожланиши, буруннинг шиллиқ пардасида фибринли пардаларнинг ҳосил бўлиши билан кузатилади.

Кўз, ташқи эшитиш йўллариининг, ташқи жинсий аъзоларининг, овқат хазм қилиш йўллариининг ва оғиз шиллиқ пардаларининг дифтерияси учрайди. Ҳар бир аъзонинг зарарланишида ҳам асосий белгиси фибрин парданинг пайдо бўлишидир.

► **Асорати**: Асорат дифтериянинг ҳамма шаклида бўлиши мумкин. Уларнинг ҳарактери, пайдо бўлиши, оғирлиги ва кўп учраши маҳаллий ўзгаришларга боғлиқ. Тарқалган ва чегараланган дифтерияда асоратлар кам бўлиб, фақат даволанмаган пайтда енгил миокардит, юмшоқ танглайнинг қисқа муддатли фалажи сифатида учрайди.

Кўп асоратлар токсик дифтерияда келиб чиқади. I даражасида 70% гача, II-III даражада деярли ҳамма беморларда асоратлар кузатилади. Асорат оғирлиги дифтерияга қарши зардобнинг юборилишига боғлиқ бўлади. Яъни зардоб эрта юборилса, асорат енгил кечиб, қисқа муддатли бўлади. Агар ДҚЗ нинг биринчи дозаси

кам бўлса, асоратлар кўп бўлиб оғир кечади. Бунда асосан: полиневрит, мушаклар фалажи, буйраклар шикастланиши, нафас мушаклари фалажи, юрак жароҳатланиши: асосан миокард қисқарувчанлиги фаолияти бузилиши, коронар қон айланиши бузилиши кузатилади. Энг кўп учрайдиган асорат бу миокардит бўлиб, айниқса токсик дифтерияда яққол кўринади. Ўз вақтида ДҚЗ юборилса III- даражали дифтерияда ҳам асорат кузатилмаслиги мумкин.

Миокардит касалликнинг 2-3 ҳафтасида, камдан-кам ҳолда ундан эрта бошланади. Кўпчилик ҳолларда нерв системаси ва буйрак зарарланиши ҳам қўшилади. Енгил шаклдан фарқи касал дармонсиз бўлиб, юрагида ҳар-хил оғриқлар, нафас етишмовчилигини сезади. Объектив кўрганда: юрак чегаралари кўпроқ чапга кенгайган, тонлари бўғиқ, систолик шовқин ва артериал босимнинг пасайганлиги кузатилади.

Миокардитнинг оғир шакли фақат токсик дифтерияда, унинг кечикиб даволаш жараёнида кузатилиб, бунда буйракда ва нерв системасида ҳам ўзгариш юзага келади. Миокардит 1-2 ҳафталарда юзага келади ва тери оқариши, цианоз, юрак тонлари бўғиқлиги, юрак қисқариш ритмининг бузилиши, тахикардия, экстрасистолия каби белгилар ҳарактерлидир.

Жигар катталашиб, артериал босим пасаяди. ЭКГ да волтажнинг пастга тушиши, миокард қисқарувчанлик фаолияти бузилганлиги, ўтказувчанликнинг бузилишига хос белги бўлади.

Нерв системасида ҳам асорат тариқасидаги ўзгаришлар юзага келади. Енгил дифтериянинг маҳаллий ва тарқалган шаклларида моноеврит-юмшоқ танглай фалажи кузатилиб, 100-145 кунгача давом этади, ўз навбатида овознинг ўзгаришига олиб боради. Токсик дифтериянинг 1/3 ҳолларда полиневрит билан асоратланади. Бош мия невраларидан III, VII, IX, X, XII жуфт нервлари кўпроқ зарарланади, оқибатда эса юмшоқ танглай, тил, аккомодация бузилиши, халқум фалажлари юзага келади.

Кечки асоратларга полирадикулоневрит кириб, у токсик дифтерияда 18 % гача учрайди. Асорат енгил ўтганда мушакларда дармонсизлик, пай рефлекслари пасайиб, қўл бармоқларида ноҳуш сезгилар бўлиб, 2 ҳафтагача давом этади. Оғир радикулоневрит бошланганда, мушакларда чуқур ўзгаришлар юзага келади, улар фалажланади, бунга бош мия нервлари шикастланиши, нафас мушаклари фалажи қўшилиб касал узоқ вақтгача ишга лаёқатсиз бўлади, хатто ўлимга сабабчи бўлиши мумкин.

Буйраклар зарарланиши токсик нефроз кўринишида учрайди. III-даражали токсик дифтерияда нефроз 100% учрайди. Бу альбуминурия, лейкоцитурия, юқори протеинурия, олигоанурия, ўткир буйрак етишмовчилигига(ЎБЕ) олиб боради.

ЎБЕ натижасида қонда креатенин, мочевино миқдори ошади. Токсик нефроз – II-III даражали токсик дифтерияда оғир кечади.

Унинг ҳосил бўлишида токсин - антитоксин имункомплекс асосий роль ўйнайди. Бўйрак функцияси пасайиши қисқа, 7-10 кун давом этади, дезинтоксикацион терапия таъсирида даволанади.

Токсик дифтерияда бир ёки икки тарафлама учукли пневмония ҳам учрайди. Рентгенологик ўзгариш ҳам бўлади. Мушаклар фалажи билан давом этувчи пневмония оғир кечади, чунки бунда ўпка вентилляцияси ҳам пасаяди. Бундай пайтда оғир пневмония касалликнинг ўлимига сабабчи бўлади.

► **Ташхисоти:** Дифтерия клиник ва эпидемиологик маълумотлар асосида ташхисланади, лаборатор текшириш услублари эса фақатгина ёрдамчи восита сифатида қўлланилади. Дифтерия ташхисотини қўйишдаги қийинчиликлардан бири шундаки, бунда патологик жараёнинг жойлашиши ҳар хил (тамоқ, бурун, хиқилдок) шунингдек клиник шакллarning ҳар хиллигидир (чегараланган, тарқалган, токсик). Лаборатор текшириш услубларидан бактериологик текшириш катта аҳамият касб этади. Бунинг учун бурун ва тамоқнинг патологик жараён ҳосил бўлган жойидан суртмалар олинади. Тамоқдан суртмалар алоҳида, нахорда ва овқатдан сўнг икки соат ўтгач олинади. Агар қоплам ҳосил бўлса бунда унинг зарарланган тўқимасининг атрофидан ва зарарланмаган, яъни соғлом тўқиманинг атрофидан олинади. Текшириш учун олинган материаллар лабораторияга 3 соатдан кечиктирмасдан етказиб берилиши шарт. Дастлабки натижани бир кундан сўнг олиш мумкин. Охириги пайтларда бактериологик текшириш лабораторияларида бошқа бир қанча услублар қўлланилмоқда, шулардан бири токсинларни индикациялаш услубидир. РИА услуби орқали дифтерия қўзғатувчисининг токсинининг сўнгги дастлабки жавоби олинади ва врач ўз вақтида ДҚЗни юборса, у ўз вақтида юқумли касалликлар ўчоғида эпидемияга ва оғир асоратларга қарши курашган бўлади. Агарда дифтериянинг типик клиник кечишида бактериологик текширишлар манфий (-) натижа берса, бу дифтериянинг клиник ташхисотини ўзгартиришга асос бўла олмайди. Дифтериянинг типик клиник кечиши билан касалланган беморда заҳарли коринобактерияларни ажратиб олиш, бемор дифтериянинг заҳарли бактериясини ташувчи эканлигидан дарак беради. Серологик ташхисотида ТГАР усули қўлланилади. Уни бемор зардоби ва дифтерия коринобактериясининг антигени билан биргаликда қўйилади.

Агарда касаллик давомида антителалар ошиши кузатилса бу реакция мусбат ҳисобланади.

► **Давоси:** дифтерия билан оғриган шахсларнинг ҳаммаси касаллик кечими қандай бўлишидан қатъий назар касалхонага ётқизиб даволанади. Дифтериянинг ҳамма шаклларида даволашнинг асосий

мақсади дифтерияга қарши антитоксик зардоб ёрдамида заҳарини нейтраллашдир. Касаллик шакллари даволашда ДҚЗни қатъий мослаб олиб бориш зарур. Халқум дифтериясининг чегараланган ва тарқалган шакллари, ҳамда кам учрайдиган шакллари даволашда дифтерияга қарши антитоксик зардоб юбориш билан чегараланади. Токсик дифтерия ва бўғмани даволашда белгиланган антитоксик зардоб дозалари кўрсатма асосида олиб борилади.

Халқум токсик дифтериясини зардоб билан даволаш зудлик билан амалга оширилиши керак. Зардобни ҳар 12 соатдан оралаб юборилади, давомийлиги токсик даражага боғлиқ бўлиб, унинг II-III даражасида 2-3 кун, сўнгра кўрсатма асосида юборилади. Биринчи юбориладиган зардоб миқдори умумий дозанинг $1/3 - 1/2$ қисмини ташкил қилиши, биринчи 2 кунда $3/4$ қисмини ташкил қилиши керак. Дифтериянинг тарқалган ва токсик шакллари даволаш муддати кечикканда биринчи дозани $1/3 - 1/2$ мартагача ошириб, антигистамин ёки глюкокортикоид препаратлари билан бирга юбориш тавсия этилади. Оғир шаклларда зардоб вена ичига ва мушак орасига бир вақтининг ўзида юборилади. Зардоб билан даволаш заҳарланиш белгиларининг йўқолиши, лимфаденит, парда, халқум ва буйин тери ости қаватининг шиши камайганидан сўнг тўхтатилади.

Тўқималарни кислород қабул қилишини кучайтириб, МНС, миокард тонусини ошириш, буйрак усти беги функционал ҳолати ва қон айланишини яхшилаш учун 0,5 % ли стрихнин эритмаси тери остига 0,3 – 0,5 – 1,0 мл ёки дахлама кўринишида 3-10 томчидан 2-3 маҳал ичишга берилади. Токсик дифтериянинг I ва II даражасида кўпинча гидрокортизон 5-8 мг/кг ва преднизолон 1- 1,5 мг/кг белгиланади.

Токсик дифтериянинг III ва гипертоксик шаклларида қунига гидрокортизон 20-75 мг/кг, преднизолон 5-20 мг/кг 2-3 кун мобайнида вена ичига, кейинчалик доза камайрилиб мушак орасига юборилади. Даволаш давомийлиги 7-10 кун, баъзан 14-15 кун давом эттирилади.

Организмни заҳардан тозалаш учун дезинтоксикация эритмалари, плазма 10 мл/кг ҳафтасига 2 марта, гемодез, реополиглюкин, 5%ли глюкоза вена ичига юборилади. Эритмалар сийдик ҳайдовчи препаратлар билан биргаликда юборилиши керак.

Дифтерия заҳари таъсирини камайтириш ва организмни мустаҳкамлаш учун витаминлар: С витамини 0,1-0,2 граммдан қунига 3 – 5 маҳал 3-4 ҳафта мобайнида, никотин кислотаси 0,01 грамм 3-5 маҳал 10 кун мобайнида, В гуруҳга кирувчи В1, В6, В12 витаминлар 2-3 ҳафта мобайнида буюрилади.

Токсик дифтериянинг геморрагик шаклларида қон томирларида қон ивиб қолиши синдромини (ДВС) олдини олиш мақсадида тоза музлатилган плазма билан гепарин юборилади.

Дифтериянинг оғир шаклида ва иккиламчи флора қўшилганда антибиотиклар: пенициллин, ампициллин, эритромицин, левомицетин, тетрациклин, ампиокс даволаш дозаларида берилади.

Кейинги пайтларда янги антимикроб препаратлари қўлланиляпти. Цибутин коринбактерияларга антибактериал таъсир кўрсатиб, организмнинг иммунобиологик кўрсаткичларини оширади.

Бемор тоза ҳаволи ҳонада жойлаштириб, ҳонада тинчлик, осойишталик бўлиб, бола ўйинчоқлар билан таъминланган бўлмоғи даркор. Периферик қон томирларини кенгайтириш, томоқ шиллик қавати шишларини камайтириш мақсадида чалғитувчи даволаш воситалари қўлланилади. Бунда умумий ванналар аста-секин сув ҳароратини 39° С га кўтариб, 5 минут давомиде туриш ва бир вақтда иссиқ буғдан нафас олиш тавсия қилинади. Оёқларига иссиқ горчичник, ванна, кўкрак қафасига горчичниклар қўйилади. Кун мобайнида илиқ чой, сут тавсия этилади.

► **Профилактикаси:** Профилактика махсус ҳамда махсус бўлмаган йўналишдан иборат.

Махсус бўлмаган профилактика санитар гигиена ишлари билан боғлиқ.

Махсус профилактика икки йўналишга бўлинади ва биринчи организмда **антимикроб иммунитет** ҳосил қилиш билан боғлиқ, унинг учун болалар 2, 3, 4 ойлигида ва 16 ойлигида АКДС (вакцина) билан эмланадилар. Иккинчиси организмда **антитоксик иммунитет** ҳосил қилиш учун 7, 16, 26, 46 ёшларида АДС – М (Антигенлик хусусияти кучсизлантирилган токсин) қилинади. Касаллик эпидемик тарқалганда эмлаш ишлари организмда фақат антитоксик иммунитетни ҳосил қилишга қаратилади, яъни АДС – М ёки АД-М қилинади.

Дифтерияда қўлланиладиган муҳим сўзлар:

Фибрин парда, муртак безлари, коринобактерия, токсик шакл, шиш, зардоб, вакцина, анатоксин.

Дифтерияда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари:

1. Дифтерияга умумий тавсиф.
2. Дифтерия кўзгатувчиси.
3. Дифтерия юқиш йўли.
4. Дифтерияда касалликка мойиллик.
5. Дифтерия кўзгатувчининг организмда кўпайиш хусусияти.
6. Дифтерияда жарохатланадиган аъзолар.
7. Дифтерия клиник кечиш даврлари.
8. Дифтерия клиник кечиш хусусиятлари.
9. Дифтерияда ҳарорат.
10. Дифтерияга хос белгилар мажмуаси.
11. Токсик дифтериянинг клиник хусусиятлари
12. Эрта ташхисот белгилари.
13. Дифтериянинг қиёсий ташхисоти.
14. Зардоб юбориш қоидалари.

15. Касалхонага ётқизишга кўрсатма.
16. Дифтерияга қарши антимиқроб иммунитетни ҳосил қилиш.
17. Дифтерияга қарши антитоксик иммунитетни ҳосил қилиш.

ЮҚУМЛИ МОНОНУКЛЕОЗ

► **Асосий белгилари:** захарланиш белгилари бўлади, регионар лимфа тугунлари катталашади, муртак безлари жароҳатланади, жигар ва талоқ катталашади ва зарарланади.

♠♠ **Юқумли мононуклеоз** ўткир юқумли касаллик бўлиб, захарланиш белгиларининг юқорилиги, тамоқ, муртак безлари, жигар ва талоқнинг зарарланиши ва истма чиқиши билан характерланади

► **Этиологияси:** эпителиал хужайраларни ва В-лимфоцитларни танлаб таъсир қилиш хужусиятига эга бўлган вируслар келтириб чиқаради. Эпштейн-Барр вируслари деб аталади, таркибида ДНК сақлайди.

► **Эпидемиологияси:** ■ **Касаллик манбаи:** касал одам ва вирус ташувчилар ҳисобланади. ■ **Юқиш йўли:** асосан хаво-томчи усулида ва баъзи ҳолларда маиший мулоқот, алиментар йўллар орқали ҳам юқади. ■ **Мойиллик:** касаллик асосан икки ёшдан ва мактаб ёшидаги болаларда учрайди, камдан кам ҳолларда катта ёшда ҳам учраши мумкин. ■ **Мавсумийлик:** асосан касалланиш қиш фаслларида тўғри келади.

► **Патогенези:** вируслар нафас йўллари шиллиқ қаватларига кириб у ердан лимфа тугунларига сўрилади. Лимфа тугунларида вирусларнинг кўпайиш хужусияти бўлиб, лимфа тугунларининг гиперплазияга учрашига сабабчи бўлади. Лимфа тугунларидан қонга ўтиб ички аъзоларга ўрнашиб олишади, хусусан жигар ва талоқга таъсир қилиб уларнинг шикастланишига олиб келади. Жигар хужайраларининг дистрофияси, яллиғланиши ва талоқда некротик ўчоқлар ҳосил қилиш хужусиятига эга. Иммунотанқис болаларда менингит ва энцефалитга сабабчи бўлиши мумкин.

► **Клиникаси:** касалликнинг яширин даври ўртача икки ҳафта бўлиб, бу муддат бир ҳафтагача камайиши ва олти ҳафтагача чўзилиши мумкин. Касаллик иштаха сусайиши, ҳолсизлик, йўтал, мушакларда оғриқ каби продромал белгилар билан бошланади. Касаллик авж олиш даври тана хароратининг бирдан кўтарилиши ва ютинганда томоқда оғриқ билан бошланади. Бу белгиларга жигар ва талоқнинг катталаниши, лимфа тугунларининг, айниқса регионар лимфа тугунларининг катталаниши қўшилиб бу белгилар уч тўрт кундан тўрт ҳафтагача сақланиши мумкин. Лимфа тугунларининг ўлчами 2-3 см гача бўлиб, жағ ости, бўйин орқаси, қулоқ орқаси, кўкс оралиғи, чов, қўлтиқ ости ва мезентериал лимфа тугунлари

зарарланади. Муртак безлар зарарланиши хос бўлиб, катарал, фолликуляр, лакунар ва некротик кўринишда шикастланади. Некротик жароҳатланишида муртак безларни парда қоплайди. Бу пардалар осон кўчувчи, олганда таги қонамайди.

Жигар қовурға ёйидан 2-3 см чиқиб туради. 2-6 ҳафта мобайнида асл ҳолига келади. Сариқлик юзага келиши эҳтимоли бўлади. Билирубин ва жигар ферментлари фаоллиги ортади.

Касаллик чўзилган ҳолларда терига ҳар ҳил кўринишдаги (розеола, доғ, папула, петехия) тошмалар тошади.

Касалликнинг иккинчи кунлардан бошлаб қонда атипик моноклеар хужайралар топилади. Улар 3-4 ҳафта баъзан бир неча ой сақланади.

Касалликнинг енгил, ўрта оғир, оғир шакллари мавжуд бўлиб, баъзи ҳолларда атипик: белгиларсиз ҳам ўтади.

► **Асоратлари:** отит, паратонзиллит, синусит, буйрак ёрилши, пневмония каби асоратлар ҳамда иккиламчи инфекция кўшилиши ҳисобига ҳар ҳил турдаги асоратларни учратиш мумкин.

► **Тапхисоти:** касалликни тапхис қилишда эпидемиологик ва клиник белгилардан фойдаланилади. Лимфа тугунларининг зарарланиши, муртак безларининг яллиғланиши жигар ва талокдаги зарарланишлар тапхисни осонлаштиради. Қонда моноклеар хужайралар топилади. Серологик усуллардан: Пауль-Буннел ва Гоффи-Бауер рекциялари қўлланилади.

► **Таққослаш тапхисоти:** тонзиллит, ангина, дифтерия, скарлатина, листериоз, туляремия, захм, аденовирусли инфекция, вирусли гепатитлар, сохта сил, лимфагранулематоз, ўткир лейкоз каби касалликлар билан таққосланади.

► **Тонзиллит:** муртак безларининг сурункали яллиғланиши ҳисобланади. Уни аниқлаш учун фарингитдан фарқлаш керак. Бунинг учун беморни текшириш қоидаларига эътибор бериш лозим, биринчи ўринда хона ёруғ бўлиши, оғиз халқумни эътибор билан кўриш (шпател билан) керак. Кўрувда муртак ўлчами, ранги, рельефи, унинг атрофидаги муртак ёйи, тилча, халқум орқа деворидаги ўзгаришларга эътибор бериш керак, муртак катталашгани бу яллиғланиш дегани эмас, яллиғланиш белгилари: гиперемия, фолликулаларда йиринг бўлиши (2-3 мм йирингли), фиброз парда қоплаши мумкин. Рельефи ўзгарган, ёйлари билан битишма ҳосил қилган бўлса аввал касалликни бошидан ўтказганлигини билдиради. Ўнг ва чап томонни солиштириш керак, чунки баъзи касалликлар, маслан Симановский-Плаут-Венсон ангиnasiда бир томонлама зарарланиш хос. Регионар лимфа тугунларига (катталашган, зичлашган, пайпаслаганда оғриқли, тери ости клеткаси шишган) эътибор бериш керак.

► **Ангина** – бу ўткир юқумли касаллик бўлиб, кўпинча А гуруҳига кирувчи β-гемолитик стрептококк чақиради ва тана хароратининг ошиши, умумий интоксикация, муртаклар

яллиғланиши, регионар лимфа тугунлари ўзгариши билан кечади. Касалликни 80-85 % стрептококк, 10% тилларанг стафилококк, 5% аралаш кўзгатувчилар чақиради.

► **Стрептококкли ангина**: инкубацион даври қисқа (10-12соат) касаллик ўткир бошланади, бош оғриғи, тана харорати тез кўтарилади (40 С). Биринчи соатларда томоқда оғриқ бўлмайди. Биринчи кун охирларида интоксикация фонида оғриқ ютинганда пайдо бўлади. Иситма 3-5 кун давом этади. Ундан чўзилса асоратланганлигидан дарак беради. Юз териси қизарган, баъзан бурун-лаб учбурчагида оқариш кузатилади. Экзантема хос эмас. Кўп ва эрта белгиларидан бири бу жаҳ-бурчак лимфа тугунлари катталашган, оғрикли бўлишидир. Танглай муртакларидаги ўзгаришларга қараб катарал, фолликуляр, лакунар, ярали-некротик ангиналар фарқланади.

Катарал ангинада танглай равоқлари, муртак безларида гиперемия, шиш кузатилади. Шу фонда йиринг фолликулада бўлса – фолликуляр ангина, йиринг лакунада бўлса лакунар ангина дейилади. Некротик ангиналарда шиллик қаватда дефект (яра) пайдо бўлади.

► **Симановский-Плаут-Венсон ангинаси**ни иккита микроорганизм ассоциацияси – борелий (Boreli Vincent:) ва дуксимон таёкча (*Fusobacterium fusiforme hoffman*) келтириб чиқаради. Бу 5-8% ҳолда учрайди. Интоксикация кучсиз, субфебрил температура, ютинганда томоқда кучсиз оғриқ билан кечади. Жараён бир томонлама бўлиб, биринчи кунда муртак безлари шишиб катталашади (бир томон), сўнгра гиперемия фонида айлана оқиш – кулранг (10мм) доғ пайдо бўлади, 2-3 кунда ўша ерни кулранг қараш қоплайди, пардани олганда қонайдиган дефект (яра) пайдо бўлади. Бешинчи кун яра нотўғри шакл олади, яра четларида парда қолдиқлари бўлади. Оғиздан бадбуй (чирикли) хид келади. Репарация бир неча ҳафта чўзилади. Баъзан бу ангина атипик кечиб, яра шаклланишигача бормаслиги мумкин ва парда билан чегараланади. Икки томонлама шикастланиш жуда кам учрайди. Лаборатор ташхисоти: Романовский –Гимза усули билан бўялган суртмада дуксимон таёкча ва спирохета ассоциацияси топилади.

► **Аденовирусли касаллик**: Аденовирусли ангина деб нотўғри талқин қилинади, чунки сурункали тонзиллитда 80% ҳолда аденовирус топилади. Ўткир аденовирусли касалликда фарингоконъюнктивал иситма, ринофарингит ва генерализациялашган лимфаденопатия кузатилади. Бу касаллик учун ринофарингит, тонзиллит, конъюнктивит хос. Жигар ва талоқ катталашади.

► **Туляремиянинг ангиноз бубон шакли**: танглай муртакларининг яллиғланиши билан кечади, биринчи кунларда юқори иситма, ютинганда оғриқ, муртак безларининг бирида катарал яллиғланиш кузатилади. Бу касалликда тез некротик жараён кузатилади. Кулранг парда пайдо бўлади. Парда тушгач чуқур яра

пайдо бўлади (бир томонлама кечиш характерли).Симановский-Плаут- Венсон ангинасида фарқи харорат ва умумий интоксикация кучли сақланади. Туляремиянинг характерли хусусияти бубон ҳосил бўлишидир. Буйин олди регионар лимфа тугунлари катталашган. Бошида оғриқли (ўша томони), кейинчалик оғриқ кучаяди. Хафта охирида, бубон 3-5 см га етади. Бубон атроф томонлари билан битишмаган, ҳаракатчан, устидаги тери ўзгаришсиз. Баъзан бубон йиринглаб оқма ҳосил бўлиши мумкин (3-хафта охирларида). Бошқа ҳолларда тузалиш даврида бубон секин кичрайиб, склерозланади (узоқ вақт). Иситма 10-15 кун бўлиб муртақдаги яралар тикланиши узоқ вақт давом этади, ярадан сўнг чандиқ қолади. Ташхисни тасдиқлаш учун тулярин билан тери ичи аллегик синамаси қўлланилади. (1-хафта охири, 2-хафта бошида мусбат бўлади).

► **Листериоз ангноз септик шакли:** танглай муртақлари зарарланиши билан кечади. Листериозда тонзиллит кучли интоксикация фонида кечади. Кўпинча эритематоз, юзда «капалак» шаклидаги тошмалар тошиши, тарқалган лимфаденопатия, доим жигар, талоқ катталашган. Баъзиларда йирингли менингит кузатилади. Бошқа органларга метастаз (иккиламчи ўчоқ) беради. Муртақдаги ўзгаришга қараб интоксикация ундан эмаслиги кўринадди. Стрептококкли ангинага ўхшайди, ташхисни тасдиқлаш учун кўзгатувчини бактериологик топиш (қон, орқа мия суюклиги, томоқ ювиндисидан) мумкин. Тери ичига листериоз аллергик синамаси қўйилади.

► **Томоқ дифтерияси:** Танглай муртақлари зарарланишини ангинадан фарқлаш қийн. Дифтериянинг катарал шаклини катарал ангинадан оролчалини-лакунардан ангина, пардали дифтерияни-некротик ангиналардан фарқлаш керак. Катарал шакли: муртақ юзасида фиброз парда йўқ. Тана харорати меъёрида ёки субфебрил сақланади, ютинганда оғриқ кучсиз. Дифтерия катарал шаклида муртақда кучсиз гиперемия, 2-3 кун кучсиз шиш ва муртақлар ционотик бўлади. Агар махсус даво бўлмаса фибриноз парда ҳосил бўлади, стрептококкли ангина катарал шаклида харорат 38°C, ютинганда томоқда оғриқ ва муртақ безида яққол гиперемия кузатилади. Ташхис коринобактерия топилиши билан тасдиқланади. Оролчасимон шакли: Муртақдаги оролча шаклида пардалар бўлиб, шпател билан енгил олинадди, нозик, лакунар ангинада юқори харорат, интоксикация, томоқда кучли оғриқ билан кечса, дифтерияда субфебрил, оғриқсиз, интоксикация кучсиз бўлади. Махсус даво қилинмаса, пардали шаклга ўтиши мумкин. Пардали шаклида кенг фиброз пардалар ҳосил бўлади. Бу шаклни некротик ангина ва инфекцион моноклеоз билан, баъзан Симановский-Плаут-Венсон ангинасида ҳам фарқлаш керак. Некротик ангинада кучли захарланиш, ютинганда оғриқ, оғиз очиш қийинлашади. Томоқ кўрганда гиперемия, шиш, 1-1,5 см некротик соха, қора-кулранг,

чукур деффект ҳосил бўлади. Дифтерияда парда қийин ажралади. Қонаб туради, парда шпател орасида эзилмайди. Сувда чўкади, парчаланмайди. Ташхис коринобактерия топилиши билан тасдиқланади.

► **Юқумли мононуклеоз**: томоқ яққол зарарланади. Ангина захарланишдан орқада қолиб ривожланади. 3-кундан томоқ зарарланади. Баъзан биринчи кунларда, жараён икки томонлама, муртаклар катталашиб қизаради. Муртаклар некротик зарарланиши хос, фибрин парда фақат муртакда бўлади. Парда дифтериядан фарқли қалинроқ, сарикроқ, калий теллуриг билан ранги ўзгармайди, парда олганда қонайдиган юза пайдо бўлади. Дифтериядан фарқи иситма, интоксикация кучли. Икки ҳафта ва кўп сақланади. Касаллик биринчи кундан лимфоаденопатия хос касаллиكنинг 3-5 кунни жигар, талок катталашган, пайпаслаганда оқриқли бўлади. Қонда лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, атипик мононуклеарлар пайдо бўлиши хос. Алат, Асат, ишқорий фосфатаза ошиши характерли.

► **Оғиз халқум кандидози**: Дисбактериоз оқибатида намоён бўлиб, кўп спектрли антибиотик қўлланишдан юзага келади. Харорат меъёрида ёки субфебрил, парда оқиш-кулранг, кенг тарқалган бўлиши мумкин. Оғиз кандидозининг ривожланиши шиллиқ қаватларнинг қизариши, шишиши ва сўлак оқшининг тезлашиши кучайиши билан намоён бўлади. Пардани микологик текшириш ташхисни тасдиқлайди.

► **ЎРВИ**ларида ринит, фарингит, ларингит, трахеобронхит билан бирга муртакларнинг катарал яллиғланиши кузатилади. Бу кўпинча ангина деб нотўғри ташхисланади (20-30%). Юқоридаги белгилар ангина учун хос эмас.

► **Заҳм**: Томоқда бирламчи касаллик оғиз орқали юқганда сифилома пайдо бўлади. Инкубацион давр (3 ҳафта) дан сўнг бирта муртак катталашади, гиперемияланган, регионар лимфа тугунлари бироз катта, зич, ютинганда оғриқсиз, умумий ахволи қониқарли, баъзан субфебрилитет, кейинчалик муртакда некротик жараён бошланиб, қаттиқ шанкр пайдо бўлади. Иккиламчи заҳмда экзантема, энантемалар кўп бўлади. Ташхис махсус бактериологик ва серологик текшириш усуллари билан тасдиқланади.

► **Скарлатина**: Эритроген токсин таъсирида келиб чиқувчи тери гиперемияси, нуқтасимон тошмалар, қипиқланиш, тахикардия каби белгилар кузатилади, томоқни кўрганда томоқ қизарган ловиллаб тургандек кўринади, “малинали” тил (тоза гиперемияли, сўргичлари катталашган), белгиси хос. Реконвалесценция даврида терида тангасимон қипиқланиш асосан қўл бармоқларида, кафт ва товонда кузатилади.

► **Юқумли бўлмаган касалликлардан** кўпинча гематологик касалликларда (лейкоз), нур касаллигида, иммун агронулоцитоз, дорилар қўлланилганда (цитотоксик касаллик) муртаклар некротик

зарарланиб, зарарланиш биринчи хафта охири ва иккинчи хафта бошида кузатилади.

Муртак безлари зарарланиши билан кечадиган касалликларни уй шароитида даволашга кўрсатма.

Ангина – катарал, лакунар, фолликуляр шакллари. Сурункали тонзиллитнинг ремиссия ва қўзиш даврининг энгил ва ўрта оғирликда кечишида.

ЎРВИ – энгил ва ўрта оғирликда кечганда.

Бурун, халқум кандидози энгил ва ўрта оғирликда кечганда.

Уй шароитида даволаш

Ангина ва скарлатинада антибиотиклар билан даволаш муҳим аҳамиятга эга.

Сурункали тонзиллитда антибиотиклар қўллаш, беморнинг ҳолатига қараб иккиламчи инфекциянинг олдини олиш учун берилади.

Аденовирусли инфекция ва ЎРВИ да симптоматик ва патогенетик муолажалар олиб борилади. Асоратлар кузатилиши ёки иккиламчи инфекция қўшилиши эҳтимоли бўлганда, антибиотиклар қўлланилади.

Бурун халқум кандидозидида – нистатин, леворин, интраконазол, нефтифин, дифлюкан яхши самара беради.

Маҳаллий даво антисептик таъсир этувчи дорилар билан муртаклар зарарланишининг ҳамма турида олиб борилади.

Касалхонага ётқизишга кўрсатмалар:

Некротик ангина, сурункали тонзиллит, ЎРВИ, бурун халқум кандидози, скарлатиналарнинг оғир кечишида ва асоратланган ҳолатларда. Туляремия ангина-бубон шакли, листериоз ангиноз-септик шакли, томоқ дифтерияси, захм ҳамда юқумли бўлмаган муртаклар зарарланиши билан кечадиган касалликлар (иммун агранулоцитоз, нур касаллиги, ўткир лейкоз, цитостатик касаллик) махсус бўлимларга ётқизишиб, махсус даволанишади.

► **Юқумли моноклеоз давоси:** симптоматик ва патогенетик олиб борилади.

► **Профилактикаси:** махсус профилактикаси ишланмаган.

Юқумли моноклеозда ишлатиладиган муҳим сўзлар:

Вирус, муртак безлари, лимфа тугунлари, жигар, талоқ, захарланиш.

Юқумли моноклеозда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари:

1. Юқумли моноклеозга умумий тавсиф.
2. Юқумли моноклеоз қўзғатувчиси.
3. Юқумли моноклеоз юқиш йўли.
4. Юқумли моноклеозда касалликка мойиллик.
5. Юқумли моноклеоз қўзғатувчининг организмда кўпайиш хусусияти.

6. Юқумли мононуклеозда жарохатланадиган аъзолар.
7. Юқумли мононуклеоз клиник кечиши.
8. Юқумли мононуклеоз клиник кечиш хусусиятлари.
9. Юқумли мононуклеозда ҳарорат.
10. Юқумли мононуклеозга хос белгилар мажмуаси.
11. Эрта ташхисот белгилари.
12. Юқумли мононуклеозни уй шароитида даволашга кўрсатма.
14. Юқумли мононуклеозни касалхонага ётқизишга кўрсатма.
15. Юқумли мононуклеоз профилактикаси.



► **Асосий белгилари:** хуружсимон йўтал, заҳарланиш белгиларининг сустлиги, реприз, ёпишқоқ қийн ажралувчи балғам бўлади, касаллик аста-секин бошланади, касаллик даврларининг узоқ муддатга чўзилади, болаларда асоратлар кўп учрайди, аура.

♦ **Кўк йўтал ўткир юқумли касаллик бўлиб заҳарланиш белгиларисиз давом этиши, чақалоқларда оғир ўтиши, касаллик узоқ давом этиб ўзидан кейин ҳар қил асоратлар қолдириши ва асосий клиник симптоми хуружсимон йўтал билан характерланади.**

► **Этиологияси:** кўзғатувчиси грамм манфий таёкчалар бўлиб *Haemophilus pertussis* деб юритилади. Улар ҳаракатсиз спора ҳосил қилмайди. Термолабил экзо ва термостабил эндотоксин ҳосил қилади. Термолабил токсин нерв ва томир системасига танлаб таъсир кўрсатади. Термостабил токсин сенцибилизация қилувчи хусусиятга эга. Ташқи таъсиротга сезгир, юқори ҳароратда тез ўлади.

► **Эпидемиологияси:** ● **Касаллик манбаи:** бемор киши ҳисобланади, айниқса касалликнинг бошланғич даврида, спазматик йўтал пайдо бўлгунча беморлар ҳавфли ҳисобланади. Касаллик авж олиш даврида беморлар ўзларидан кўп миқдорда кўзғатувчиларни ажратади. Субклиник ва яширин шакллари билан оғриганлар ҳам ҳавфли гуруҳга киради. Беморларнинг юқумлилиқ даври 4-5 ҳафта. ● **Юқиш йўли:** ҳаво-томчи ва узоқ вақт мулоқотда бўлганда.

● **Берилувчанлик:** баланд, контагиоз индекс 70-75%. Касаллик билан ҳамма ёшдаги болалар, янги туғилган чақалоқлар ва катталар касалланади. Энг кўп касалланиш бир ёшдан 5-7 ёшгача. Фаол иммунизация қилиш натижасида касалланиш камаяди. ● **Мавсумийлик:** куз киши фаслига тўғри келади. Ўлим ҳолатлари: бир ёшгача бўлган болаларда учрайди. Касалланишдан сўнг турғун имунитет ҳосил бўлади.

► **Патогенези:** Кўзғатувчи юқори нафас йўллари шиллик қаватига тушиб цилиндрсимон эпителий хужайраларида кўпаяди. Бронхоген йўл билан бронхиола ва альвеолага кириб боради. Кўк

йўталда бактеремия бўлмайди. Патогенезда асосий ўринни токсинлар эгаллайди. Улар нафас йўли шиллиқ қаватига таъсир қилиб йўтал чақиради. Токсин узок вақт нафас йўллари шиллиқ қаватида нерв рецепторларни китиклаши (таъсирлаши) натижасида хуружлар пайдо бўлади. Шу вақтда нафас ритми бузилади, (инспиратор пауза) юзага келади. Спазматик йўтал бўлганда нафас ритми бузилиши (апноэ) ўпка вентилияцияси бузилишига, гемодинамика бузилишига олиб келади. Бунда гипоксия ва гипоксемия ривожланади. Бош мия пўстлоқ қисмида гемоциркуляция бузилиши ҳар ҳил ўчоқли ўзгаришларга ва тутқаноқларга олиб келади. Кўк йўтал патогенезида кислород етишмовчилиги катта роль ўйнайди. Нафас йўллари рецепторларини узок вақт таъсирлаши узунчоқ мияда мустахкам кўзғалиш ўчоғини пайдо қилади бу ҳам патогенезда асосий роллардан бири ҳисобланади. Ухтомский доминантлик қилувчи кўзғалиш ўчоғи пайдо бўлгандан сўнг ҳар бир ташқи таъсир ҳам хуружли йўталга сабаб бўлади. Хуруж вақтида бола чалғитилса йўтал хуружи тўхташи мумкин. Бу доминанта қилувчи таъсирот нафас йўлларида келадиган импульслар камайиши билан камая боради. Хуружли йўтал ҳосил бўлиш механизмида микробларнинг аллергияловчи таъсири катта.

► **Патологик анатомияси:** Асосан патоморфологик ўзгаришлар нафас йўлларида бўлади. Шиллиқ қаватлар қатори бронхлар ҳам қисқарган ҳолатда бўлиб, ўпкада қон айланиши бузилиши, перибронхиал, периваскуляр, интерстициал шиш кузатилади. Ателектаз, бронхопневмония, пневмония иккиламчи инфекция кўшилишига сабаб ҳисобланади. МНС (кўк йўтал, энцефалопатияси) жигар, буйрак, юрак мушакларида дистрофик ўзгаришлар қон куйилиши ҳам кузатилади.

► **Клиник кўриниши:** Инкубацион даври 3-15 кун, ўртача 5-8 кун.

Касаллик кечишида учта давр ажратилади: 1.Катарал даври. 2.Хуружсимон даври. 3.Тикланиш даври.

1.Катарал даври: - касаллик секин бошланади, қуруқ йўтал бурундан шиллиқ ажралиши (насморк), оз миқдорда ҳарорат кўтарилиши билан боланинг умумий аҳволи қониқарли бўлади. Обьектив кўрганда ўзгариш йўқ. 1-2 ҳафта давомида йўтал кучайиб боради кейинчалик хуружсимон тус олади. Катарал даври 2 ҳафтагача давом этади. Оғир ҳолларда айниқса кўкрак ёшдаги болаларда 5-7 кун давом этади.

2.Хуружсимон даври: - хуружли йўталлар билан бошланади. Йўтал хуружларидан кейин нафас олиш кузатилади. Бу вақтда овоз боғламлари қисқаради ва нафас олиш хуштаксимон бўлади (реприз). Хуружсимон даврининг бошларида йўтал хуружи кам бўлади. Хуруж шу даврнинг 2-3 чи ҳафтасида авжига чиқади. Касаллик оғирлиги хуружлар сонига боғлиқ, 40-50 марта ва ундан кўп бўлиши мумкин

(пароксизм). Йўтал хуружи даврида касалнинг юзи қизаради, кўкаради, бўйин соҳасидаги веналари шишади, кўзидан ёш оқади, қонга тўлишади, боши олдинга тортилади, тилини охиригача чиқаради, шунинг учун тил ости шикастланади ва ярачалар ҳосил бўлади. Оғир ҳолларда бурундан қон кетиши, склерага қон қўйилади, апноэ, ихтиёрсиз дефекация ва сийиб қўйиш кузатилади. Йўтал хуружи ёпишқоқ балғам ташлаш, қайд қилиш билан тугайди. Катта ёшдаги болаларда аура кузатилиши мумкин, шу вақтда улар типирчилаб қолади ўзига қулай шароит қидиради. Хуруж бўлмаган вақтда умумий аҳволи қониқарли бўлади. Объектив кўрганда юзи шишган, қовоқлари шишган, тери оқарган, терига, конъюнктивага қон қўйилган бўлиши мумкин. Перкуссияда ўпкада қуттичасимон тошув. Аускултацияда қуруқ ўтказувчан нафас. Рентгенографияда эмфизема белгилари бўлиб, ўпка расмининг кучайиши, ателектаз кузатилади.

Юрак қон системасида – тахикардия, қон босими кўтарилиши кузатилади. МНС томонидан оғир ҳолда гипоксик энцефалопатия кузатилади.

Қонда- лейкоцитоз бўлиб 15-40000 минг/мл гача кўтарилади. Лейкоцитоз 60-80% ҳолларда учрайди.

Хуружли йўтал даври 2-4 ҳафта давом этади кейинчалик хуружлар сусаяди ва яхши бўла бошлайди.

3.Тикланиш даври:- хуружли йўталлар камайиб аста секин хуружсиз йўталларга алмашинади. Асоратланмаган ҳолларда касаллик аста-секин яхшилана боради. Тикланиш даври бир-икки ойгача давом этади. Умуман касаллик 2-3 ойгача чўзилади.

► **Асорати:** МНС зарарланиши, энцефалопатия, тутқаноқлар, менингизм, пневмоторакс, эмфизема, чурра, қон кетиш, ателектаз.

► **Ташхисоти:** Касаллардан материал «йўтал пластинкаси» усули билан олинади. Касалликнинг иккинчи ҳафтасида қўзғатувчи энг кўп ажралади. Шу даврда қўзғатувчиларни топиш имконияти юқори бўлади. Экспресс ташхисот учун иммунфлюоросцент усули қўлланилади. Серологик ташхисот РА, КБР қўлланилади.

► **Уй шароитида даволаш:** Уй режими, кўп вақт кўчада сайр қилиш ва тоза ҳавода ухлаш тавсия этилади. Ёшига мос равишда пархез, тез хазм бўлувчи овқатлар берилади, қаттиқ овқатлар йўтал хуружи даврида қусишга сабаб бўлиши мумкин.

Этиотроп даво кўк йўтал катарал даврида ташхис қўйилган кундан бошлаб ва йўтал хуружи даврида икки ҳафта мобайнида буюрилади, кечки босқичларда антибактериал даво фойда қилмайди. Давони бошлашдан олдин хиқилдоқ ва халқумдан экма олинади, кўк йўтал таёкчаси кўпинча эритромицин, сумамед ва гентамицинга сезгир бўлиб 5-7 кунлик даво курси тавсия этилади, кўк йўталда пеницилин, оксациллин каби препаратлар фойда бермайди.

Симптоматик даво: йўталга қарши дорилар (неокодион, кодипронт, белладона микстураси), катта ёшдаги болаларда-

либексин, тусупрекс, пакселадин, синекод, кечкурунга пипольфен ёки седуксен ва бошқа кичик транквилизаторлар тавсия этилади. Тинчлантируви дамламалар валериана, пустирник дамламалари берилади. Нафас гимнастикаси ва массаж ҳам яхши натижа беради.

Апноэда тез ёрдам: 1.Оғиз бўшлиғини шиллиқ, балғам, қусук массалардан тозалаш. 2.Тилни фиксация қилиш ва пастки жағни олдинга тортиш. 3.Эркин нафас бўлгунча «оғиздан оғизга» ёки «оғиздан бурунга» сунъий нафас бериш, эркин нафас пайдо бўлгунча тоза ҳаво билан таъминлаб, касалхонага етказиш керак.

► **Соғайиш белгилари:** Йўтал хуружи йўқолиб, асоратлар қолмаганда клиник соғайган деб айтиш мумкин.

► **Соғайгандан кейинги назорат:** Кўк йўтални оғир шакли бошидан ўтказган бола педиатр, невропатолог, пульмонолог назоратида бўлади. Шамолашларда, жисмоний зўриқиш, стресслардан кейин йўтал хуружи қайтарилиши мумкин, бу ҳақида ота-оналар огохлантирилиши керак, профилактик эмлаш соғайгандан 1-2 ой кейин қилинади.

► **Ўчоқда инфекция тарқалишини олдини олиш:**

Касаллик бошланишидан 25 кун мобайнида бемор уйда ёки касалхонада ажратиб қўйилади.

Мулоқотда бўлганлар билан ишлаш: Бемор билан мулоқатда бўлган 7 ёшгача болалар 14 кун давомида ажратиб қўйилади. Янги туғилган ва икки ёшгача бўлган, эмланмаган болаларга алоҳида эътибор берилади. Уларга эритромицин билан профилактик даво курси ёки кўк йўталга қарши пассив эмлаш, мускул орасига 2-3 мл донор иммуноглобулини юбориш тавсия этилади. Бемор билан мулоқотда бўлган барча кишилардан кўк йўтал таёқчасига томоғидан экма олиниши шарт. Дезинфекция ўтказилмайди ҳар куни хона намлаб артиради, шамоллатиб турилади.

► **Иммунизация:** Болаларни кўк йўталга қарши фаол эмлаш АКДС вакцинасини 3 мартага 1 ой оралаб 2 ойлигидан бошлаб қилинади. Қайта эмлаш 16 ойлигида АКДС вакцинасини бир мартага юборилади. Чет эл вакцинаси «Тетракокк» ҳам ишлатилиши мумкин.

► **Катталарда кўк йўтал кечиши:**

Ёшлигида кўк йўтал билан оғримаганлар ҳамма ёшда касалланиши мумкин, касаллик типик енгил шаклда кечади. Кўпинча яширин, атипик шаклда асоратсиз кечади.

Кўк йўталда ишлатиладиган муҳим сўзлар:

Борде-Жангу, эндотоксин, хуружсимон йўтал, реприз, доминантлик, катарал яллиғланиш, пароксизм, ёпишқоқ балғам.

Кўк йўталда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари:

- 1.Кўк йўтал қўзғатувчиси.
- 2.Касаллик манбаи ва
- 3.Юқиш йўллари.
- 4.Йўтал хуружи сабаблари.

- 5.Кўк йўталда патоморфологик ўзгаришлар.
- 6.Катарал даврга хос белгилар.
- 7.Хуруж даврига хос белгилар.
- 8.Тикланиш даврига хос белгилар.
- 9.Кўк йўталда умумий қон таҳлили.
- 10.Кўк йўтал асоратлари.
- 11.Кўк йўталда ишлатиладиган ташхисий усуллар.
- 12.Уй шароитида даволашга кўрсатма.
- 13.Кўк йўтал давосида ишлатиладиган дори-дармонлар.
- 14.Кўк йўтал профилактикаси.



► **Асосий белгилари:** жароҳатланган без аъзолари соҳаси шишади, тана ҳарорати кўтарилади, бош оғрийди, қайт қилади, ошқозон ости ва жинсий безлар жароҳатланганда қоринда ва бел соҳасида белбоғсимон оғриқ бўлади, мойклар қизариб шишади ва оғриқли бўлади, Мурзон белгиси мусбат яъни сўлак найлари чиқарув соҳаси қизариб шишади.

♦ **Тепки (эпидемик паротит) – ўткир юқумли касаллик бўлиб, без аъзолари ва марказий нерв системасининг зарарланиши ҳамда заҳарланиш белгилари билан намоён бўлади.**

► **Этиологияси:** Кўзгатувчиси вируслар бўлиб, *Pneumophilus potidis* деб номланади. Вируслар парамиксовируслар гуруҳига кириб, таркибида РНК сақлайди. Ташқи муҳит таъсиротларига жуда сезгир. Паст ҳароратга, антибиотикларга чидамли. Экспериментал усулда маймунларда тепки чақирса бўлади.

► **Эпидемиологияси:** Хозирги кунда ер шарининг ҳамма китъаларида касалланиш қайд этилади. Антропоноз инфекция ҳисобланади.

● **Касаллик манбаи:** Касал одам. Беморлар касаллик яширин даврининг охири кунларидан бошлаб ташқи муҳитга кўп миқдорда вирусларни чиқара бошлайди ва касалликнинг 8-9 кунларигача ҳавфли ҳисобланади. 8-9 кунлардан кейин юқумсиз бўлиб қолишади. Умуман олганда ҳар бир бемор ташқи муҳит учун 8-9 кун ҳавфли ҳисобланишади. Шу кунларда уларни жамоадан ажратиб қуйиш тавсия қилинади.

● **Юқиш йўли:** Касалликнинг асосий юқиш йўли ҳаво-томчи йўли бўлиб, йўтал акса уриш каби белгилар билан кечадиган клиник шакллари безовта қиладиган беморлар ташқи муҳитга жуда кўплаб вируслар ажратишади. Касалликнинг билинар билинмас шакли билан оғриган беморлар ҳам ташқи муҳит учун ҳавфли ҳисобланишади.

● **Касалликка мойиллик:** Тепки билан касалланиш ахён-ахёнда ва эпидемия кўринишида болалар муассасаларида ва катталар орасида учраб туради. Бир ёшгача бўлган болаларда тепки учрамайди, кўпроқ 5-15 ёшдагиларда учраб туради. Олдин тепкини бошидан кечирмаган шахслар 18-25 ёшлигида ҳам касалланишади. Эркакларда аёл қизларга нисбатан кўпроқ қайд қилинади.

● **Мавсумийлик:** Касаллик йилнинг ҳамма фаслларида учраб, кўпроқ совуқ ойларига тўғри келади.

► **Патогенези:** Қўзғатувчи кириш дарвозаси оғиз бўшлиғи, бурун, ютқун шиллиқ қаватлари ҳисобланиб у ердан вируслар сўрилиб қонга тушади ва қон орқали без органларига, нерв хужайраларига танлаб таъсир қилади. Бу албатта хужайралар шикастланишига сабаб бўлади. Инфекцион жараён касалликнинг 7-9 кунларига келиб камаяди. Бу организмда антителолар ҳосил бўлиши билан боғлиқ.

Касалликни бошдан кечирганларда турғун орттирилган иммунитет қолади. Организмнинг иммун ҳолатини билиш учун Эндерс томонидан ишлаб чиқилган тери аллергик синамадан фойдаланилади. Бу синама касалликнинг 12 кунига келиб 100% мусбат бўлади.

► **Патологик анатомияси:** Тепкида асосан без аъзоларининг хужайралараро тўқимаси зарарланади. Хужайралараро тўқима ва безлар капсуласи қизариб шишади. Тепки менингитида ликвор сероз кўринишида бўлади.

► **Клиникаси:** Тепкининг клиник кечиши даврий бўлиб, яширин, продромал, клиник белгиларнинг яққол намоён бўлиши ва тузалиш даврларига ажратилади.

Яширин даври 11-23 кун, бўлиб ўртача 18-21 кунни ташкил қилади.

Продромал даври жуда яққол ривожланмаган бўлиб асосан умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, томоқ қизариши, эт увишиши кабилар билан бошланади. Болаларда қайт қилиш, тутқаноқ тутиши, тана ҳарорати кўтарилиши, иштаха йўқолиши, бўйин соҳасида, мушак ва буғимларда оёқларда оғриқ кузатилади. Филатов белгиси ҳам жуда хос: кейинчалик шиш кузатилиши керак бўлган соҳада яъни қулоқ ёстикчаси орқасидан босганда оғриқ сезилиши. Продромал даврда ташхис қўйиш жуда қийин бўлиб, беморлар шу даврда жуда юқумли ҳисобланишади. Бу давр 1-2 кунни ташкил қилади. Авж олиш даври - кўп ҳолатларда касаллик (продромал даврларсиз) ўткир тана ҳароратининг 38-39 С ва ундан юқори кўрсаткичларга кўтарилиши, қулоқ ташқи тешигида оғриқ билан бошланади. Қулоқ олди беши бир томонлама, айрим ҳолларда икки томонлама 3-5 кун давомида шишиб катталашиб боради. Шиш 2-3 кунда тез максимал даражага етади, лекин сўрилиши аста секинлик билан боради. Шиш аввалига пастки жағ мушак учбурчаги яъни қулоқ ёстикчасининг пастки қисмидан

бошланиб, сўрғичсимон ўсимта текисланади. Сўнг олдинга, орқага ва пастга бироз тарқалади. Беморнинг юз-калла кўриниши нокка ўхшаб қолади. Айрим ҳолларда без атрофидаги тўқимага (бўйин ва ўмров суягига) тарқалиши мумкин. Пайпаслаб кўрганда без марказида оғриқ сезилади, четларида оғриқ камайиб боради. Шикастланган без устидаги тери тортилган, ялтироқ, ранги ўзгармаган, қийинлик билан бурма ҳосил бўлади. Чайналганда ва ютинганда беморлар оғриққа шикоят қилишади. Оғизни очиш қийинлашади. Тана ҳарорати 6-8 кун сақланади. Эрта белгиларидан бири сўлак чиқарув найи атрофининг кизариб, шишиб, сўрғичсимон кўринишини эгаллаб атрофи қизил халқага ўхшаб қолади-Мурсон белгиси, бу белги 55% ҳолларда мусбат бўлади. Беморлар томоғида ўзгариш бўлмайди, камдан кам ҳолларда кизариш кузатилади. Оғиз шиллиқ қаватида ҳам енгил кизариш кузатиш мумкин. Лимфа тугунлари бироз катталашиши мумкин. Айрим ҳолларда кулоқ олди беши билан бирга жағ ости ва тил ости безлари ҳам шикастланиши мумкин. Бундай ҳолатларда жағ ости соҳаси оғриқли, шишган, қаттиқ, таранглашган бўлиб шиш бўйин соҳасига тарқалиши мумкин. Без органларининг шишиб катталашиши 3-5 кун давом этиб сўнг аста секин кичкиналаша боради ва 8-9- кунига келиб меъёрига келади. Айрим ҳолларда бир неча ҳафтагача давом этиши мумкин. Безларнинг йиринглаши кузатилмайди. Баъзида сўлак беши билан бирга жинсий безлар ва ошқозон ости безлари ҳам патологик жараёнга кўшилиши мумкин. Тепки умумий инфекция ҳисобланиб организмнинг бошқа аъзо ва системаларида ҳам ўзгариш келиб чиқади. Юрак қон томир системаси томонидан юрак тонларининг буғиқлашиши, систолик шовқин, брадикардия, артериал босим пасайиши кабилар, вегетатив нерв системасининг жароҳати ҳисобига касалликнинг 3-4 кунларида намоён бўлади. Шу белгилар захарланиш белгилари йўқолиши билан ўтиб кетади. Умумий қон кўринишида лейкопения, лимфоцитоз, ЭЧТ ортиши кузатилади. Нерв системасининг зарарланиши бош оғриғи, уйқусизлик, менингиал белгилар мусбат бўлиши билан кечади. Баъзида тепки тўлқинсимон кечади. Тана ҳарорати кўтарилиб тушиб туради. Ҳароратнинг такрор кўтарилиши янги аъзоларнинг зарарланишидан дарак беради. Типик кечишида 6-9 кунига келиб касаллик соғайиш билан тугалланади.

▼ Таснифи:

Типик шакли.

1. Алоҳида без аъзоларининг зарарланиши
2. Алоҳида нерв системасининг зарарланиши (сероз менингит, менингоэнцефалит)
3. Аралаш кечиши. Без аъзолари ва нерв системасининг зарарланиши.

Оғирлиги бўйича.

Енгил

Ўрта оғир

Оғир

Оғирлик даражаси кўрсаткичлари.

Без аъзоларининг шикастланиш даражасига боғлиқ (шиш, оғриқ, бир неча безларнинг зарарланиши.)

МНС нинг зарарланиш даражаси.

Заҳарланиш белгиларининг ривожланиш даражасига боғлиқ.

Атипик шакли.

Билинар билинмас шакли

Белгиларсиз шакли.

Енгил кечишида беморнинг умумий аҳволи қониқарли, тана ҳарорати $37,5 - 38^{\circ} \text{C}$, заҳарланиш белгилари бўлмайди. Безларнинг шиши ва оғриқлилиги жуда кам ривожланган, безлар алоҳида зарарланган бўлади.

Ўрта оғирликда кечишида бир оз бош оғриғи, қайд қилиш, менингиал белгилар жуда кам ривожланган бўлади. Оғир кечганда умумий заҳарланиш белгилари яққол ривожланади. Ҳарорат 40°C ва ундан юқори. Бир вақтнинг ўзида бир неча без аъзолари шикастланган, атрофдаги тўқималарга шиш тарқалган. Оғир кечганда касаллик 2-3 ҳафта давом этади.

■ **Атипик шакли.** Билинар билинмас шаклида беморнинг тана ҳарорати меъёрида, без аъзоларининг биров шиши кузатилади. Беморнинг умумий ҳолати ўзгармайди. Белгиларсиз шаклида клиник ҳеч қандай белгилар бўлмайди. Булар фақат серологик усул ёрдамида аниқланади. Атипик шакл 25-30 фоиз ҳолларда учрайди.

■ **Орхит** ёшларда учраб кўп ҳолатларда бир томонлама бўлади ва кулоқ олди беши зарарлангандан 5-7 кундан сўнг ривожланади. Орхит бошланиши билан беморлар мойкада кучли оғриғ сезишади, оғриқ ҳарактланганда кучаяди. Мойкалар меъёридан 2-3 маротаба катталашади, қаттиқ, оғриқли бўлади. Бу белгилар 3-5 кун сақланиб сўнг секинлик билан бир икки ҳафта ичида меъёрига келади. Айрим ҳолларда мойка атрофияси кузатилади. Жуда кам ҳолларда оофарит, бартолинит, мастит каби клиник шакллар ривожланиши мумкин.

Баъзида бошқа без органлари билан бирга ёки алоҳида ошқозон ости безининг шикастланиши-панкреатит қайд этилади. Панкреатитнинг клиник кўриниши қорин бўшлиғи ўткир касалликларига ўхшайди. Беморлар қориннинг эпигастрал соҳасида, чап қовурға ёйи остида оғриққа шикоят қиладилар. Белбоғсимон оғриқ ҳам хос. Кўнгил айниш, қайт қилиш, қоринда дам бўлиши, қабзият ёки ич кетишига ҳам шикоят қилишади. Бу белгилар бош оғриғи ва ҳарорат кўтарилиши билан кечади. Панкреатит белгилари касалликнинг 5-10 кунига келиб йўқолади.

Сероз менингит билан кечганда айрим ҳолларда VII, IX ва XII жуфт нервлар шикастланиши ҳисобига ютинганда, чайнаганда, гаплашганда оғриқ сезилади. Сўлак безлари зарарланганда сўлак

ажралиши камайиши ҳисобига оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватлари куруқ бўлади.

Жуда камдан кам ҳолларда **отит** ривожланиши мумкин. Лабиринтит кузатилганда бемор қар бўлиб қолиши мумкин. Карлик бир томонлама бўлади. Кўриш аъзолари томонидан ҳам ҳар хил шикастланишларни: дакриoadенит, конъюнктивит, склерит, увеит, кератит, кўз нервларининг шикастланиши кабиларни кузатиш мумкин. Энг ёмон асоратларидан бири кўриш нервининг атрофиясидир, яъни кўр бўлиб қолишга сабаб бўлади. Баъзи муаллифлар тепкида таянч-ҳаракат системаси томонидан шикастланишлар ҳам ҳослигини кузатишган. Болаларга нисбатан катталарда тепки оғир ва асоратлар билан кечади.

■ **Оқибати:** Умуман олганда тепки соғайиш билан тугалланади. Панкреатитдан сўнг қандли диабет, орхитдан сўнг азоспермия (бепуштлиқ), нерв системасининг оғир шикастланишларида парез ва параличлар, карлик ва кўрлик кузатилади.

► **Ташхисоти:** Қулоқ олди беи яллиғланишида урта оғриқли нуқта ташхисий аҳамиятга эга.

Қулоқ ёстиқчаси олди.

Сўрғичсимон ўсимта чўққиси.

Пастки жағ чуқурчаси.

Лаборатор усуллардан гемаглютинация реакцияси, компленти бирлаштириш реакцияси қўлланилади. Тери аллергик синамаси ретроспектив аҳамиятга эга бўлиб, билинар билинмас шаклларида 1-3 см диаметрда эга бўлган инфилтрат ва қизариш билан намоён бўлади.

Касалхонага ётқизиб даволашга кўрсатма.

Касалликнинг оғир, марказий нерв системасининг зарарланиши билан қўшилиб келган ва панкреатит, орхит, оофарит кузатилганда касалхонага ётқизиб даволанади.

Енгил ва ўрта оғир шакллари уй шароитида даволанишади.

► **Даволаш:** Махсус ёки этиотроп давоси йўқ.

Симптоматик даво чоралари олиб борилади. Оғир ҳолларда, асоратланган турларда ва сурункали касалликлари бор шаклларда антибиотиклар буюрилади. Харорат юқори бўлган вақтда тўшақли режим буюрилади. Енгил хазм бўладиган витаминларга бой овқатлар берилади. Оғиз бўшлиғи чайиб турилади. Зарарланган безлар соҳасига куруқ иссиқ, иситувчи компресс, кварц қўлланилади. Орхитда юқоридагилардан ташқари кортикостероид препаратлари берилади. Менингитда орқа мия канали пункция қилинади. Тепки оқир ўтганда марказий нерв системаси шикастланиши кузатилса, махсус иммуноглобулин 3-6 мл берилганда яхши натижа берилади.

► **Профилактикаси:** Беморлар биринчи кундан 9-10 чи кунигача уй шароитида ёки стационарда ажратиб қўйилади. Мулоқотда бўлганлар яширин даврнинг 11 кунидан жамоа жойларига қўйилмайди. Махсус профилактика 2 йуналишда олиб борилади.

Контактда бўлганларга иммуноглобулин қилинади. Бу касалланишни уч маротаба камайтиради ва енгил кечишини таъминлайди.

Эмлаш жадвали асосида 16 ойлигида болалар бир марта вакцина билан эмланадилар.

Тепкида ишлатиладиган муҳим сўзлар.

Вирус, без аъзолари, нерв системаси, шиш, ҳарорат.

Тепкида қўлланиладиган тест саволлар.

1. Касаллик манбаи ва юқиш йўли.
2. Мойиллик ва мавсумийлик.
3. Тепки клиник таснифи.
4. Клиник кечиш хусусиятлари.
5. Тепкида шишининг сақланиш муддати.
6. Тепки асоратлари.
7. Даволаш тамойиллари.
8. Олдини олиш.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР

► **Асосий белгилари:** жигар катталашади, тери ва шиллик қаватлар сарғаяди, пешоб қизаради, нажас оқаради, жигар ферментлари фаоллиги ортади, диспептик, астеновегетатив, катарал ва артралгик белгилар бўлади.

♦ **Вирусли гепатитлар ўткир юқумли касаллик бўлиб ўзининг даврий кечиши, захарланиш белгиларининг намоён бўлиши, тери ва шиллик қаватларда сариқлик кузатилиши билан характерланади.**

► **Этиологияси:** ҳозирги кунда вирусли гепатит касаллигини чақирувчи бир қанча вируслар ажратилган бўлиб улар А, В, С, Д, Е, F, G турларга бўлинади. Бизнинг худудимизда А, В, С, Д турлари болалар орасида касаллик келтириб чиқариши исботланган. Улар ташқи муҳитга чидамлидир. Фақат одамларда касалликлар келтириб чиқаришади.

Гепатит А вируси таркибида РНК сақлаб, пикарновируслар оиласига, энтеровируслар турига киради. Уларнинг 4 та маркери мавжуд бўлиб, анти-HAV JgM диагностик мақсадда ишлатилади. Вируслар бемор организмидан касаллик бошланишида ахлат ва сийдик орқали ташқи муҳитга чиқарилади.

Гепатит Е вируси таркибида РНК сақлаб, калицинасимон вируслар турига киради. Ташқи муҳитга чидамли. 3 та маркери бўлиб, анти-HEV JgM диагностик мақсадда ишлатилади.

Гепатит В вируси таркибида ДНК сақлаб гепадновируслар оиласига киради. Ташқи муҳитга жуда чидамли. Бемордан ва ташувчилардан соғлом кишига қон, биологик ажралмалар орқали ўтади. Ҳозирги кунда 18 та маркери аниқланган бўлиб HBsAg- ўткир,

чўзилувчан ва сурункали кечишида аниқланади. Вирус ДНК си ва Нвс Ag вирусларнинг фаол репликациясини кўрсатади. Қонда HBsAg ва анти-HBcJgM топилиши касалликнинг фаол кечаётганидан, анти-HBс топилиши инфекцион жараённинг тугалланаётганидан дарак беради.

Гепатит С вируси таркибида РНК сақлаб флавивируслар оиласига киради. 3 та маркёри бўлиб, диагностик мақсадда анти-HCV Ig M ишлатилади. Соғлом кишига парентерал йўллари орқали юқади.

Гепатит Д вируси таркибида РНК сақлайди. Бу вирусларнинг ўзи алоҳида касаллик чақира олмайди. Вируслар гепатоцитлар ичига гепатит В вируслари ёрдамида киради. Қонда HBsAg , анти - HDV JgM топилиши керак. Коинфекцияда анти-HBcJgM ҳам аниқланади, суперинфекцияда бу маркёр аниқланмайди.

► **Эпидемиологияси:** ● **Касаллик манбаи:** Вирусли гепатитлар учун касал одам айниқса касалликнинг ўткир, билинар - билинмас, сариксиз, симптомларсиз кечаётган тури хавфли ҳисобланади.

● **Юқиш йўли:** Гепатит А ва Е нажас - оғиз механизми, маиший мулоқот йўли орқали юқади. Гепатит Е сув орқали кўпроқ юқади. В,С,Д-гепатитлари парэнтерал йўл орқали, айниқса қон ва қон препаратлари орқали, тиббий муолажаларда, ҳар қил инъекциялардан юқади. Сартарошлар, маникюр, педикюр қилувчилар ҳам касаллик юқишида муҳим аҳамиятга эга. Парентерал юқувчи гепатитлар трансплацентар йўл орқали онадан хомилага ҳам юқади. Жинсий йўл орқали юқиши ҳам исботланган.

● **Мойиллик:** Гепатитларга мойиллик жуда юқори бўлиб А тури билан 1 ёшгача бўлган болалар онадан олган иммунитет ҳисобига касалланишмайди. Асосан 2-7 ёшгача бўлган болалар касалланиб, бизнинг эпидемиологик шароитимизда деярли ҳамма болалар касалликнинг у ёки бу шакли билан оғримоқда. Ҳар 3-4 йилда касалланиш эпидемия кўринишида тарқалмоқда. Катта ёшдагилар гепатит А билан касалланиши жуда кам учрайди. Е гепатити билан кўпроқ 15-30 ёшдаги шахслар касалланиб, хаттоки туғма ҳам бўлиши мумкин. Гепатит В, С, Д турлари ҳамма ёшда учрайди.

● **Мавсумийлик:** Гепатит А кўпроқ куз-қиш фаслларида учрайди. Е гепатити йилнинг иссиқ фаслларида кўпроқ тарқалади.

В,С,Д гепатитларига мавсумийлик хос эмас.

► **Клиникаси:** Касалликлар бир нечта даврларга бўлинади.

А) Яширин давр. А гепатити учун 7-50 кун бўлиб ўртача 15-30 кунни ташкил қилади. Е гепатити учун 22-60 кун. В,С гепатити учун 2-6 ой. Д гепатити учун В гепатити билан бирга кечганда 20-70 кунни ташкил қилади.

Б) Сариклик олди даври. Касаллик типик кечганда А ва Е турлари учун 3-10 кун, В,С турлари учун 5-15 кунни ташкил этади.

В) Сариклик даври. А ва Е гепатитлар учун 1-2 ҳафта ҳисобланади. В,С тури учун 2-3 ҳафтани ташкил қилади.

▼ **Ўткир вирусли гепатитларнинг таснифи:**

Этиологияси буйича: **Энтерал:** Вирусли гепатит А ва Е.

Парентерал: Вирусли гепатит В, ва С. Вирусли гепатит Д (коинфекция, суперинфекция) Микст - гепатитлар.

Клиник шакллари буйича: Манифест, сариқлик билан, сариқлик холестатик компонент билан, холестатик, сариқликсиз.

Субклиник, иннапарант, HBs Ag ташувчанлик.

Оғирлик даражаси буйича. Енгил, ўрта оғир, оғир фульминант.

Кечиши буйича. Ўткир (1-3 ой), чўзилувчан (3-6 ой), сурункали (6 ойдан кўп)

▼ **Сурункали вирусли гепатитлар таснифи:**

Этиологияси буйича. Гепатит В, репликатив ва интегратив шакли, Гепатит С, гепатит Д, микст - гепатитлар.

Инфекцион жараённинг фаоллик даражаси буйича. Минимал, паст билинар - билинмас, яққол намоён бўладиган.

Энтерал гепатитлар- фекал-орал механизм орқали юқади, енгил кечади, сурункали турга ўтмай касаллик бошланишидан 1,5 - 2,0 ойдан сўнг тўлиқ тузалади.

Парентерал гепатитлар- парентерал йўл билан юқади, қонда вирус айланиб юради, клиник жихатдан оғир кечади, сурункали турга ўтиши ва ўлим хавфи юқори.

Микст гепатит бу бир неча вируслар билан бир вақтда зарарланиш (коинфекция) ёки организмда вирус бўла туриб яна бошқа вируснинг қўшилиши (суперинфекция). Микст гепатит ривожланиши касаллик кечишини оғирлаштирувчи ва уни қандай асорат билан тугалланишини белгиловчи асосий фактор ҳисобланади.

► **Ташхисот мезонлари:** Гепатит А, Е ларни сариқлик олди даврида ташхис қилиш қийин. Касаллик типик кечганда 3 та давр тафовут қилинади.

1.Инфекцион токсикоз даври (2-3 кун)

2.Беморнинг умумий аҳволи биров яхшиланиш даври (2-3 кун)

3.Токсикоз даврining сариқлик даврига алмашинув даври.

Бунда ўт димланиши ҳисобига сариқлик даврига ўтиши кўрсатилади.

Инфекцион токсикоз даврида типик клиник белгилар бўлмайди, ҳосил бўлган интоксикацияни бошқа касалликларнинг бошланиши билан фарқлаш қийин. Эпидемиологик маълумот-беморнинг гепатит билан оғриганлар билан мулоқотда бўлганлиги ёки бемор атрофидаги кишиларнинг касалланиши асосий ташхисий аҳамиятга эга. Касаллик ўткир бошланади, тана ҳарорати 38-39°C га кўтарилади, бола ҳолсиз, овқатланишдан бош тортади, баъзан овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш кузатилади. Қоринда тўмтоқ, ўткир, симилловчи ёки хуружсимон оғриқ бўлиб, оғриқ қориннинг ўнг юқори бўлагига жойлашиши кузатилади. Баъзан бу ўнг қовурға ёйи остида оғирлик ҳисси кўринишида бўлади. Кичик болалар оғриқнинг жойлашган ўрнини нотўғри яъни киндик атрофида кўрсатадилар. 2-3 кун ўтгач интоксикация белгилари йўқолиб, бола

Ўзини яхши хис қила бошлайди. Бу даврни ахволи бироз яхшиланиш даври деб аталади. Касаллик ривожланишда давом этиб, 2-3 кундан сўнг сариклик пайдо бўлгунча касаллик барча симптомлари қайта кучаяди ва жигарда метаболизм бузилишига сабаб бўлувчи **токсикоз алмашинув даври** вужудга келади. Бу даврда беморни кўздан кечирганда жигарнинг 2-5 см га катталашиши, пайпаслаганда оғриқ сезиши, жигар четлари нотекислиги кўринади. Гепатит билан касалланган бемор жигари ўлчамлари Курлов бўйича аниқланиши керак, чунки бунда жигар юқорига ҳам катталашган бўлади. Баъзан эрта ёшдаги болаларда талоқ ҳам катталашади.

Сариклик олди даврида ташхисий хатолар кўп учрайди. ЎРВИ, холецистит, ўт йўллари дискинезияси, аппендицит, сохта туберкулёз, овқатдан заҳарланиш, ичак инфекциялари ва бошқаларга ўхшаб кетади. Диагностик хатога йўл қўймаслик учун жигар катталашганлиги ва жигар трансaminaзалари фаоллигининг ошганлигини аниқлаш зарур. Гепатит диагностикасини сийдик ва ахлатнинг специфик ўзгариши осонлаштиради. Сийдик тўқ жигарранг, кўпиксимон бўлиб, кўпик сарик рангда, ахлат оқ рангга кириши кузатилади. Бу ўзгаришларни кеч бўлсада бола ёки унинг ота-онаси билиб олиши катта диагностик ва эпидемиологик аҳамиятга эга. Ахлат оқариши ва сийдикни тўқ рангга кириши касалликнинг сариклик даврига ўтганлигини билдиради.

А гепатитининг 30-35% ҳолатлари сариклик билан кечади, қолган 65-70% қисми атипик сариксиз кечиш хусусиятига эга. Сариклик даврида диагностика қилиш қийин эмас. Бошида сариклик якқол ифодаланган бўлмайди, уни аниқлаш учун ёруғликда бемор конъюнктиваси, қаттиқ танглайига яхши эътибор бериш керак, чунки сариклик бу соҳаларда биринчи навбатда пайдо бўлади. Бироқ кўпинча сариклик тез бир кечада ривожланиб 2-5 кун давомида кўпайиб боради кейин эса йўқола бошлайди. Обтурацион, механик, жигар ости сариклигидан фарқли равишда жигарга боғлиқ сарикликда тери қичиши ҳос эмас. Сариклик турлича - оч ёки тўқ рангда бўлади. Жигар усти сариклигида лимон ранги, жигар ости сариклигида яшилсимон - сарик тусда бўлади. Сариклик даври энтерал гепатитлардагидек, аммо клиникаси секин ривожланади. Гепатит В да баъзи беморларнинг баданида, думба соҳасида ва қўл оёқларида катталиги 2 мм бўлган симметрик жойлашган доғли-папулёз, тошмаларни учратиш мумкин. Тошма бир неча кун сақланади, кейин ўзидан қипик қолдириб йўқолади. Бундай тошмалар тошиши Джанотти - Крости синдроми деб юритилади.

В, С, Д гепатитларида сариклик даври энтерал гепатитлардаги каби кечади, лекин чўзилувчан ва тўлқинсимон кечиши билан фарқ қилади. Сурункали шаклга айланиши мумкин. Сариклик ва жигарнинг катталашиши турлича бўлиб касаллик шаклига боғлиқ бўлади. Эрта ёшдаги болаларда талоқ катталашишини кузатиш мумкин.

Гепатит С Кўпинча вена ичига наркотик қабул қиладиган, кўп муолажалар оладиган, қон ва қон препаратлари қабул қилган болалар ва катталарда учраб, гепатит В билан бирга келиши ва 70% ҳолларда сариксиз шаклда кечиши мумкин. Гепатит В га қараганда кўпроқ сурункали шаклга ўтади.

► **Лаборатор диагностикаси:** Вирусли гепатит диагностикасида энг аҳамиятли нарса - бу жигар трансаминазалар фаоллигини қонда ошиши ҳисобланади. Аланинаминотрансфераза (Алат) нормада 0,68 ммоль\с\л, аспартатаминотрансфераза эса 0,45 ммоль\с\л дан ошмайди. Гепатит этиологиясини аниқлашда специфик маркёрлар асосий роль ўйнайди. Гепатит А ни аниқлашда кўпинча қонда ВГА антителаси, специфик IgM ва IgG кўринишида топилади. Гепатит В учун қонда гепатит В антигенлари, HBsAg, HBcAg HBeAg ва унинг антителалари топилади. Гепатит С учун қонда гепатит С вирусига қарши антителалар топилади. Гепатит Д учун гепатит Д билан оғриган беморлар вирусининг дельта қисмига қарши антитела гепатит вируслари маркёрлари билан бирга топилади. Гепатит Е диагностикаси учун бошқа гепатитлар инкор қилинади ва antiHE IgM антигенига қарши антителалар топилади. Хозирги вақтда вирусларнинг РНК ва ДНК ларини Занжирли полимераза реакцияси (ПЦР) усулида кенг қўлланилмоқда.

Сариклик даврида гиперферментемия билан бир қаторда билурибин миқдорининг ошганлиги кузатилади. Билурибиннинг қон зардобдаги меъёрий миқдори - 1 ёшгача болаларда 14,5 - 22, 7 мкмоль\л, 1 ёшдан катталарда 8,5 - 20,5 мкмоль\л ни ташкил қилади. Сариклик олди даврининг охирида сийдикда уробилин топилиши мумкин, соғлом одамда бу учрмайди. Гемограммада лейкоцитлар меъёрида ёки пасайган, нисбий лимфоцитоз, ЭЧТ нормада бўлади.

► **Таққослаш ташхисоти:** Сариклик олди даврида касалликни ўРВИ, холецистит, ўт йўллари дискинезияси, аппендицит, сохта туберкулёз, овқатдан заҳарланиш, ичак инфекциялари, гижжа касалликлари билан таққосланади. Джанотти-Крости синдроми аниқланганда болаларда учрайдиган барча экзантемали касалликлар: қизамиқ, қизилча, скарлатина, аллергодерматит ва бошқа тери касалликлари билан қиёсий таққосланади.

Сариклик даврида гемолитик сариклик, механик сариклик, холецистит, жигар эхинококкози, ўсмалар, Жильбер синдроми, Дабина-Джонсона ва Ротор синдромлари билан қиёслаш керак. Баъзан сарикликнинг элементар каротинга бой махсулотларини ортиқча истеъмол қилишдан келиб чиқадиган каротинли сариклик турлари билан қиёсланади.

► **Касалхонага ётқизиб даволашга кўрсатмалар :**
 -Гепатит А нинг ўрта оғир ва оғир шакллари
 -Парентерал гепатитларнинг енгил шаклларидан бошқа барча шакллари

► **Уй шароитида даволаш:** Гепатит А нинг энгил ва ўрта оғирликдаги шакллари уй шароитида даволанади.

-Режим: сариқлик олди ва сариқлик даврида ётоқ режими

-Пархез: Ўткир даврда, иштахаси бўлмаганда ширинликлар, мева, сабзавотлар, 5% глюкоза эритмасини кўплаб миқдорда ичиш.

Оқсилларига бой (гўшт, балиқ) махсулотлар, ёғли овқатлар истеъмолини чеклаш, ўсимлик мойларидан тайёрланган таомларни тановул қилиш мумкин.

- Гепатит А этиотроп даво муолажалари буюрилмайди. Касаллик бошланишида витаминлар ва спазмолитиклар берилади.

-Касаллик қайта ривожланганда ва реконвалесценция даврида кўрсатма бўйича гепатопротекторлар (метадоксил, эссенциал, карсил, леголон, силибор), ўт ҳайдовчилар (холеретик ва холекинетиклар), комплекс поливитамин препаратлари ва бошқалар берилади. Касаллик чўзилувчан турга ўтиш хавфи бўлса, қоннинг иммунологик назорати остида иммуностимуляторлар бериш мумкин. Регенерацияловчи, яллиғланишга қарши ва ўт ҳайдовчи хусусиятга эга ўсимликлар дамламасидан тавсия қилиниши керак.

Реконвалесценция даврида ҳафтасида 1-2 марта Демьянов бўйича дубаж қилинса фойдали, чунки гепатитдан кейин дисхолия узок вақт сақланади ва холецистохолангит ривожланишига олиб келиши мумкин.

Касаллик даврида боланинг аҳволига яхши эътибор бериш керак. Боланинг ҳолати, тез чарчаш, ҳолсизлик, иштахасизлик, қоринда оғрик, кўнгил айниши, қусиш, тери ва шиллиқ қаватлар ранги, сариқлик ёки рангпарлик борлиги, томир юлдузчалари пальмар эритема каби белгиларига эътибор бериш лозим. Жигар ўлчамларини Курлов бўйича ўлчаб бориш керак.

Вирусли гепатитда 7-10 кунда бир марта қон трансаминазалар фаоллигига, билурибинга ҳамда сийдик умумий таҳлили қилинади. Боланинг ота-онасига кундалик юритишни ва унда барча ўзгаришлар, касаллик янги симптомлари, лаборатор таҳлил натижалари, шунингдек даво муолажаларини ёзиб бориш тавсия қилинади. Бола аҳволи анча яхшилангач гигиеник ванналар, сариқлик тўлиқ йўқолгач сайр қилиш рухсат этилади. Реконвалесценция даврида энгил бадан тарбияси билан шуғулланиш мумкин.

► **Соғайиш мезонлари:** Гепатитдан соғайишнинг клиник мезонларига интоксикация симптомларининг, сариқликнинг меъёрлашиши ва жигарнинг кичрайиши (меърига келиши) киритилади. Соғайишнинг лаборатор тасдиғи бўлиб, трансферазалар фаоллигининг пасайиши ва қондаги билурибин миқдорининг меъёрлашуви хизмат қилади.

Гепатит А ва Е билан касалланганлар сариқлик даврининг 1-ҳафта охирида кам юқумли ҳисобланадилар. Гепатит В, С, Д билан оғриганлар эса узок вақт давомида юқумли ҳисобланадилар ва

касаллик кўпинча сурункали тус олади. Ёшлигида гепатит В, С, Д билан касалланганлар бутун умр донорлик қилишлари мумкин эмас, агар уларга жаррохлик муолажалари қилинадиган бўлса барча эҳтиёт чораларига риоя қилиниши керак.

► **Соғайишдан кейинги назорат.** Гепатитни ўтказган барча болалар 6 ой мобайнида диспансер назоратида бўладилар. Сурункали гепатит В, С, Д билан оғриганлар эса бир неча йиллар назорат қилинадилар. Вирусли гепатитни ўтказган барча болалар ярим йилдан кўпроқ пархезга риоя қилишлари шарт. Реконвалесцентлар эса 1-6 ой эмлашдан ва жисмоний тарбия машқларидан озод этилади, қуёш нурида узоқ вақт бўлиш тақиқланади. Ҳар қандай стресс касаллик кўзишига олиб келади. Бола аҳволининг ва барча биохимик кўрсаткичларнинг нормаллашуvidан сўнг 6 ойдан кейин диспансер назоратидан чиқарилиши мумкин. Стационардан чиқарилгандан **1 ой ўтгач**, барча реконвалесцентлар шу стационарда, сўнг амбулатор текширилиши лозим. Вирусли гепатит В, С, Д реконвалесцентлари даволанган стационар инфекционисти томонидан доимий назорат қилинади. Агар диспансер назорати вақтида қандайдир потология топилса бола қайта госпитализация қилинади. Реконвалесценция даври асоратсиз кечса стационардан чиқарилгач **3, 6, 9, 12** ойларда текшириш олиб борилади. Агар потологик жараён бир ой ўтгач сақланса, токи биохимик кўрсаткичлар нормаллашгунча ва бемор тўлиқ тузалгунча текшириш олиб борилади. Агар В, С, Д гепатит ўтказган болада сурункали жараён белгилари топилса, қайта госпитализация қилинади.

Инфекциянинг ўчоқда тарқалишини олдини олиш. Вирусли гепатит А билан оғриган беморни касаллигининг бошланғич давридан сариқлик даврининг 3-4 кунигача даврда ажратиб қўйилади, чунки у атрофдагилар учун касаллик манбаи ҳисобланади. Парентерал гепатит билан касалланганлар мулоқотдагилар учун хавфсиз ҳисобланадилар. Аммо барча инъекциялар ва хирургик муолажалар бир марталик асбоблар ёрдамида бажарилиши керак.

► **Иммунизация.** Бизнинг Республикамизда гепатит А га қарши махсус эмлаш амалга оширилмайди. Пассив эмлаш мақсадида мулоқотда бўлганларга иммуноглобулин мушак орасига қилинади. Иммуноглобулин касалликнинг енгил кечимини таъминлаб асоратларни олдини олади. Айрим Давлатларда гепатит А га қарши вакцинация Навтix-1440 вакцинаси ёрдамида қилинади. Сайёҳлар, ҳарбий хизматчилар ва гепатит А билан касалланиш юқори бўлган мамлакатга кетаётганларга эмлашлар ўтказиш тавсия қилинган. Вакцина олти ой оралаб уч марта мушак орасига қилинади.

Гепатит В га қарши биринчи навбатда тиббиёт ходимлари, гемотрансфузияга мухтож беморлар, HBsAg ташувчи онадан туғилган чақалоқлар ва гепатит В ни ўтказаётганлар билан мулоқотда бўлганлар эмланади.

Бизнинг мамлакатимизда В гепатитига қарши эмлаш, жадвал бўйича чақалоқлар биринчи кунда, 2 ойлигида ва 9 ойлигида амалга оширилади. Катта ёшдагиларга эмлаш 0 кун, 1 ойлигида ва 6 ойлигида қайта эмлаш ўтказилади.

► **Вирусли гепатитларда ишлатиладиган муҳим сўзлар.**

Вирус, маркёр, касал одам, ташувчи, энтерал, парэнтерал, барьер, гепатомегалия, билирубин, фермент, холестаз, сариқлик, интоксикация.

► **Вирусли гепатитларда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари.**

1. ВГ этиологияси.
2. ВГ юқиш йўли.
3. ВГ да касаллик манбаи.
4. ВГ да мавсумийлик.
5. ВГ да касалликка мойиллик.
6. ВГ да сариқлик олди даври кечиши.
7. ВГ да сариқлик олди даври кечиши хусусиятлари.
8. ВГ лабораториявий диагностикаси.
9. ВГ диагностик маркерлари.
10. ВГ таққослаш ташхисоти.
11. ВГ даволаш тамойиллари.
12. ВГ профилактикаси.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ

► **Асосий белгилари:** қоринда оғриқ, ичнинг суяқ, қонли, шилимшиқли, йирингли кетиши, иштахасизлик, кўнгил айланиш, қайт қилиш, тана хароратининг кўтарилиши, хароратнинг тушиб кетиши.

♦ **Ўткир ичак юқумли касалликлари кўнгил айланиши, иштахасизлик, кўп миқдорда қайт қилиши, қоринда оғриқ, ичнинг суяқ ўтиши, тана хароратининг кўтарилиши ёки тушиб кетиши билан характерланади.**

► **Этиологияси:** бўйича ўткир ичак инфекцияларининг кўзгатувчиларини шартли беш гуруҳга бўлиш мумкин.

1. **Бактериал этиологияли:**

а) Патоген энтеробактериялар, ич терлама ва паратиф А, В кўзгатувчилари, шигеллалар, салмонеллалар, иерсиниозлар, вибрионлар ва бошқалар.

б) Шартли патоген микроорганизмлар: стафилококklar, клебсиеллалар, протейлар, клостридиялар, кўк-йиринг таёқчалар, цитробактерия, энтеробактериялар.

2. **Вирусли этиологияли:** Ротавируслар, аденовируслар, энтеровируслар, колицивируслар.

3. **Содда жониворлар** (протозойлар): патоген амёбалар, лямблиялар, балантидиялар.

4. **Гижжалар**: аскарида, острица, пакана гижжа, қорамол ва чўчқа солитёрлари.

5. **Шартли патоген замбуруғлар**: *C. albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Krusei*, *C. parapsilosis*.

ЎИИ кўзгатувчилари ташқи муҳитга чидамли, узоқ вақт қўлда, идишларда, ўйинчоқларда, ҳамда бемор ахлати билан ифлосланган сувда сақланади. Улардан баъзи бирлари хатто паст ҳароратда ҳам кўпайиш хусусиятига эга. Вируслар ва микроорганизмлар қайнатганда ва хлор сақловчи, дезинфекцияловчи моддалар таъсирида ҳалок бўлади.

► **Эпидемиологияси**: ЎИИ билан касалланиш даражаси юқори бўлиб, у ЎРВИ дан кейин иккинчи ўринда туради. Йилнинг ҳамма фаслларида бу касаллик қайд этилиши мумкин, айниқса ёз-куз ойларида кўпаяди. Касаллик билан барча ёшдагилар касалланади, кўпроқ 1-7 ёшдагиларда учрайди.

ЎИИ да леталлик асосан эрта ёшдаги болаларда кузатилади. Охирги йилларда дизентериядан ўлим кўрсаткичи катта ёшдаги болалар орасида кўпайди.

● **Касаллик манбаи**: бемор одам, шунингдек, бактерия ва вирус ташувчи. Енгил, яширин ва симптомсиз кечадиган ЎИИ жуда хавфли. Болалар жамоаларида касалликни тарқатувчилар: овқат тарқатиш қисмида ишловчилар ҳисобланади (ошхона ходимлари).

● **Юқиш йўли**: Асосий йул фекал-орал, овқат, сув, уй анжомлари, ўйинчоқларнинг бемор ахлати билан ифлосланиши, ифлос қўллар, шунингдек инфекция ҳаво-томчи йўли билан тарқалади. Антисанитар ҳаёт тарзи, шахсий гигиенага риоя қилмаслик, зарарланган овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш ўткир ичак инфекциялари билан касалланишга сабаб бўлади.

● **Мойиллик**: ЎИИ га жуда юқори. Энг кўпроқ бу касаллик кичик ёшдаги, чала туғилган ва сунъий овқатлантирилладиган болаларда учрайди.

● **Мавсумийлик**: касаллик ёз ойларида кўп учрайди.

► **Клиникаси**: Касаллик даврлари. 1) Инкубацион давр - 1 неча соатдан 7 кунгача. 2) Касалликнинг авж олиш даври 3) Реконвалесценция даври

▼ **Таснифи**:

-Этиологияси бўйича: дизентерия (шигеллёз), салмонеллёз, колиэнтерит ёки ичак колиинфекцияси (эшерихиоз), протейли инфекция, кампилобактериоз, иерсиниоз, энтеробактериоз, вабо, стафилококк энтерити, ичак кандидози, вирусли диарея ва бошқалар.

-Асосий клиник синдроми бўйича: Гастрит, энтерит, гастроэнтерит, колит, энтероколит, гастроэнтероколит.

-Асосий клиник шакл: сифатида доим ўткир бошланиб, ўткир ёки гастроэнтерит шаклида кечадиган овқат токсикоинфекцияси ажратиб кўрсатилади.

-Оғирлик даражаси бўйича: Енгил, ўрта оғир, оғир. Интоксикация симптомининг токсикоз ва эксикоз белгиларининг қўшилиб келиши, касалликнинг оғирлик даражаси мезонлари ҳисобланади.

-Кечиш бўйича: Ўткир, чўзилувчан, сурункали, асоратланмаган ва асоратланган.

-Асоратлари бўйича: **Специфик:** инфекцион-токсик шок, гиповолемик шок, эксикоз, ичак тешилиши, перитонит, ичаклар инвагинацияси, анус эрозияси ва ёриқлари, тўғри ичак тушиши, ичак дисбактериози. **Носпецифик:** отит, бронхит, пневмония, миокардиодистрофия, анемия, интерстициал нефрит, гипотрофия ва бошқалар.

► **Ташхисот мезонлари:** ЎИИ диагностикаси эпидемиологик, анамнестик, клиник ва лаборатор маълумотларга асосланади. Кўп ҳолларда беморда ЎИИ этиологиясини аниқлаш бир мартада қийин бўлади, шунинг учун диагностика **икки** босқичда олиб борилади.

1-босқич: Тахминий ташхис қўйилади. 2-босқич: Бактериологик, серологик ва бошқа текширишлардан кейин клиник ташхис тўлдирилади. Фақат шундан кейингина якуний ташхис қўйилади.

Дизентерия: ягона нозологик шакл бўлиб, лаборатор текширишлар, интоксикация белгилари, дистал колит синдроми, гемоколит синдромига асосланиб ташхис қўйилади. Салмонеллез, энтероинвазив эшерихиоз, стафилококкли инфекция, компиобактериозлар ҳам дизентерия каби йўғон ичак дистал қисмини зарарлайди. Шунинг учун ЎИИ нинг барча турларининг якуний ташхиси лаборатор таҳлилдан сўнг қўйилади.

Асосий клиник синдромлар. Гастрит: якка ҳолда кам учрайди. Касаллик ўткир бошланади, бола кўнгил айниши, қусиши, эпигастрал сохада оғриқдан шикоят қилади. Тана ҳарорати кўтарилади. Гастрит синдроми асосан овқат токсикоинфекциясида кузатилади. Сўнгги вақтларда ўткир ва сурункали гастритнинг этиологик фактори *Helicobacter pylori* эканлиги аниқланди.

Энтерит: доимий белгиси тезлашган суяқ ич келиши, катта ёшдаги болалар қоринда киндик атрофида оғриққа шикоят қилади. Эрта ёшдаги болаларда қорни оғриганлиги безовталиқ билан, эмизикли болалар эса оёқларини қимирлатиб йиғлайди. Қорин дам бўлиши ва ичак қулдираши хос, энтеритда ахлат характери тез - тез, суяқ, кўп, яхши хазм бўлмаган овқат маҳсулотлари билан. Ахлат кўпинча бадбуй ҳидли бўлиб, терини таъсирлантиради. Хатто эмизикли болани яхши тоза тутилса ҳам, анус атрофи қизариб, яллиғланиш думба ва сонгача тарқалади. Энтеритдаги ахлат турлича

бўлади: сальмонелёзда яшил - кўнғир тусда бўлиб, ўзига хос ҳидга эга бўлади. Эшерихиозда ахлат сариқ - сабзи рангда бўлади.

Колит: Бунда ахлат нажас характери йўқотади, касаллик авж олган даврда нажас яшил-кўнғир рангли йиринг аралаш, шилимшиқ, баъзан қонли тусда бўлади. Бундай нажас "Ичак тупуги" деб аталади. Бола тез-тез хожатхонага қатнайди, лекин ҳар уринишда дефекация содир бўлмайди. Шундай оғриқли ёлғон чақириқлар (тенезм) дизентерия учун характерли. Бир ёшгача болаларга касаллик безовталаниши оёқларни қимирлатиб йиғлаш, кучанганда юзи қизариб ахлат чикмаслиги кўринишида намоён бўлади. Колит оғир кечганда анус атрофи қизариб безиллаб туради. Қорин ичкарига тортилган. Пальпацияда йўғон ичак бўйлаб ўнг ёнбош сохада кулдираш аниқланади. Колит синдроми "инвазив" ЎИИ да биринчи навбатда дизентерия, сальмонеллёз, энтероинвазив эшерихиоз, стафилакоккли инфекция ва бошқа ўткир ичак инфекцияларида кузатилади.

Лаборатор ташхисоти: ЎИИ оғир шаклларида стафилококкли инфекция, салмонеллёз, қорин тифининг септик туруни аниқлаш мақсадида қон экилади. Экиш учун қон, ахлат касаллик бошланишида антимикроб препаратлари тавсиясидан олдин уй шароитида ёки стационарда тиббиёт ҳамшираси томонидан олинади. Бир ёшгача болалар патоген стафилококк, энтеропатоген эшерихия, дизентерия, сальмонелёз, патоген флоралар; *Proteus*, *klebsiella*, *Compilabacter*, *cytrobacteria*, ротавирусларга текширилиши тавсия қилинган. Бир ёшдан уч ёшгача болалар кўпроқ дизентерия, сальмонеллёз, эшерихиялар, иерсиниялар, ротавирусларга текширилади. Уч ёшдан катта, мактаб ёшдаги болалар ва катталар кўпроқ дизентерия, сальмонеллёз ва иерсиниозга текширилади. Эпидемиологик кўрсатмага биноан барча беморлар вабога текширилади (форма 30). Бактериологик текширишнинг тахминий жавоби 48 соатда, якуний жавоби эса уч кундан сўнг олинади.

Серологик текшириш: Қон зардоб ичак микроорганизмларининг специфик антителоларига текширилади. Серологик текшириш ретроспектив диагностик аҳамиятга эга, бунда қон 6-7 кун оралаб икки марта олинади. Касалликнинг иккинчи ҳафтасида бир марта текширилганда антетелаллар минимал диагностик титри дизентерия ва иерсиниозда 1:200, салмонеллёзда 1:400 бўлади. Таҳлил натижаси қон олингандан бир кундан сўнг аниқланади. Замонавий усулда вирусли диареялар ИФА ёрдамида ротавирусли инфекцияга текширилади. Титрнинг тўрт мартага ошиши диагностик аҳамиятга эга.

► **Таққослаш ташхисоти:**

Эрта ёшдаги болаларда ЎИИ диспепсия, пилороспазм, пилоростеноз, бирламчи лактоза етишмаслиги, целиакия, фермент етишмовчиликнинг орттирилган шакллари, муковисцидоз, аллергия

энтерит, инвагинация, туғма адрено-генитал синдромда туз йўқотиш синдроми билан таққослаб ташхисланади. Дизентериянинг оғир шакли ўткир нейроинфекция, грипп билан фарқланиши керак. Қоринда кучли оғриқни аппендицит, геморрагик васкулитни абдоминал шакли Шейлен-Генох касаллиги, гепатит, сохтатуберкулёз гижжа касалликлари, лямблиоз, Меккел дивертикули яллиғланиши, Крон касаллиги, носпецифик ярали колит билан қиёсий ташхислаш керак.

► **Касалхонага ётқизишга кўрсатма:**

А. клиник кўрсатмалар:

1. ЎИИнинг оғир шакли.
2. Касалликнинг болаларда 5 кундан ортиқ ўрта оғир даражада кечиши, даволаш самараси бўлмаслиги, бола суюқлик ичишдан бош тортиши.
3. Уч ёшгача болаларда ЎИИ эксикоз ривожланиш хавфи билан қайта-қайта қусиш ва ичнинг суюқ 5 мартадан ортиқ кетиши.
4. Эксикоз I-II даражаси барча ёшдагиларда (касаллик давомийлиги 5 кундан ортиқ)
5. ЎИИ асоратлар билан кечишида.

Б. Эпидемиологик кўрсатмалар:

Ёпиқ болалар ташкилотидagi ЎИИ, шунингдек оиласида ошхона ва болалар боғчасида ишловчилар бор бўлганлар, кўп болали оилалар.

Уйда даволашга имконият бўлмаган ҳолларда.

► **ЎИИ билан касалланган беморларни уй шароитида даволашга кўрсатма:**

ЎИИ нинг енгил шакллари.

Уч ёшдан катта болаларга ЎИИ нинг ўрта оғирлик шакли, эксикоз I – даражада бўлганда.

Уй шароитида даволаш.

-Кузатув; ЎИИ билан касалланган беморлар касалликнинг ўткир даврида педиатр кузатуви остида бўлиб, врач ҳар куни уларнинг аҳволидан хабар олиб касаллик динамикасини кузатиб бориши (керак) ва ўз вақтида қўшимча муолажаларини ва давони қўллаши керак. Уй шароитида даволашнинг ўзига хос томони шундаки, беморлар ота – оналари томонларидан яхши парваришга эга бўлиб, бола ўзига таниш бўлган уй шароитида даволанади ва бу ўз навбатида касалликнинг суперинфцирланишини олдини олади.

-Режим; касалликнинг биринчи кунлари ётоқ ёки ярим ётоқ режим, кейинчалик умумий режим.

-Пархез; Хозирда боланинг ёшини ҳисобга олган ҳолда эрта физиологик озиқланиш тавсия этилади. Иштахани инobatга олиб озиқлантириш диетотерапиянинг энг асосий тамойилларидан бири ҳисобланади. Агарда иштаха пасайган бўлса, болани кунига 7-8 мартагача кам-кам, иштахаси ҳар доимдек сақланган бўлса, унда

касалланишдан олдин қандай озиқлантирилган бўлса, шунчалигича қолади (кунига 5-6 марта)

Кўкрак ёшдаги болалар учун энг яхши озиқланиш тури – она сути бўлиб ҳисобланади. Кўкрак сути таркибида енгил ўзлаштириладиган нутриентлар, жуда кўп микдорда секретор IgA, бўлиб у ичакларнинг иммун барьерини мустахкамлайди. Она сути бўлмаганда махсус аралашмалар: Бифиадобактерияли NAN (6 ойлигидан кейин) тавсия этилади. Бу мослаштирилган аралашмаларни болаларга ҳаётининг биринчи йиллариданоқ бериш мумкин бўлиб, у организм учун керак бўлган озиқ махсулотлар, витаминлар минерал тузларни сақлаб болани тўғри ривожланишини таъминлайди. Агар бу аралашмалар бўлмаса бунда уй шароитида тайёрлаш мумкин бўлади.

Масалан: Сигир сути таркибида 3% ёғ бўлиб, ҳар 100 миллилитрға 5 грамм (1 чой қошиқ) шакар кукуни қўшиб қайнатамиз ва тоза шиша идишларға солинади. Бу аралашма 4-4,5 ойлик яъни тана оғирлиги 6,5-7 кг бўлган болаларға мўлжалланган.

Катта ёшдаги болаларға касалликнинг биринчи кунидаёқ сабзи, кади, рангли карамдан бўтқа тайёрланади, улар таркибида клетчатка кам бўлиб, ичакда ачиш жараёнини чақирмайди. Болага олмани пишириб бўтқа қилиб бериш жуда фойдали. Касалликнинг 2-3 кунидан овқатни гўштли, сутли ва котлет ҳолатида бериш мумкин. Кейинчалик пархезға сабзавотли ва гўштли шўрболар киритиш мумкин. Лавлаги, бодиринг, қора нон, нўхат, узум бериш чекланади. Ёғли, қовурилган, шўр, ўткир зираворлар қўшилаган овқатлардан берилмайди.

► Даволаш тамойиллари:

I. Қўзғатувчиларни ва уларнинг захарини йўқотиш;

Механик йўқотиш – ошқозонни ювиш.

Энтеросорбентлардан фойдаланиб дезинтоксикацион даво.

Қўзғатувчига қарши даво – антибиотиклар ва химиопрепаратлар бериш.

II. Патогенетик терапия;

1.Орал регидратация.

2.Ностероид яллиғланишға қарши препаратлар.

3.Ферментотерапия.

4.Биологик препарат билан даволаш

5.Фитотерапия.

III. Симптоматик терапия;

IV. Умумий қувватловчилар;

I. Қўзғатувчилар ва уларнинг захарига таъсир қилиш.

1.Ошқозонни ювишға кўрсатма:

а) такрор қусишлар, кўнгил айнаш, эпигастрал сохада оғрик;

б) касаллик бошланганига икки кундан кўп бўлмаганда;

в) интоксикация синдроми яққол намоён бўлганда;

г)эпидемиологик кўрсатма: бемор овқат токсикоинфекцияси ўчоғида бўлиб зарарланган овқатдан истемол қилган бўлса.

2.Дезинтоксикацион давода асосан, перорал энтеросорбентлар ишлатилади (уй шароитида). Даво мақсадида пектинга бой махсулотлар: концентрланган гуручли қайнатма, каротинли аралашмалар, пиширилган олмадан фойдаланилади. Аммо буларнинг бириктирувчи хусусияти паст. Шунинг учун ҳозирда асосан замонавий энтеросорбент тавсия этилади: Аралашма (смекта) хазм йўли шиллиқ қаватини химоя қилади, оғриққа қарши таъсир қилади, метеоризм ва диареяни олдини олади. Миқдори: бир ёшгача болаларга – кунига 1 , 1-2 ёшдагиларга – 2 , икки ёшдан катталарга 2-3 пакет берилади. бир пакетни 50 мл сувга аралаштириб, кун давомида асосан овқатдан кейин берилади. Ярим суюқликлар – пюре, кисел, бўтқа билан аралаштириш мумкин.

Энтеродезни уч ёшдан катта болаларга тавсия қилинади. 15-30 дақиқадан кейин дорининг фойдаси (таъсири) намоён бўла бошлайди. Энтеродез кукун ҳолида чиқарилиб, бир чой қошиқ 100 мл қайнатилган илиқ сувда аралаштирилади. Интоксикация тугагунча 5% эритма 10-15 мл дан кунига 3-5 марта 5 кун давомида бериб турилади. Полифепан (пастаси «Лигносорб» бир ойгача бўлган болаларга тавсия этилади) кунлик миқдори 1 кг тана оғирлигига 0,5 – 1 грамmdан овқатланишидан 1-1,5 соат олдин берилади. Полифепан қабул қилган куннинг охирида бемор аҳволи нисбатан енгиллашади. Касалликнинг биринчи кунлари дорини 5-6 марта, кейин бемор аҳволи яхшиланиб, ич кетиши меъёрлашгунча қабул қилишлар камайтирилиб борилади.

Активланган кўмир (“Карболен”). Кукун ёки таблетка 0,5 г ҳолда чиқарилади. Бириктириб олувчи фаолияти полифепандан 10 марта кучсиз бўлиб, метеоризм ва қоринда дам бўлганда тавсия қилинади. Таблеткани кукун ҳолига келтириб, тана вазни ҳисобига 0,5 – 1 граммини сувга эритиб, кун давомида қабул қилинади.

3. Ёш болаларда энтерит ва гастроэнтеритнинг оғир бактериал шакллари учраганда ва ЎИИ уч кун давомидаги орал регидратация ҳамда энтеросорбцияловчи даво фойда бермаганда уй шароитида антибиотиклар қилиш тамойиллари:

Антибиотикларни перорал қўллаш ёки препаратни оғиз орқали қабул қилишнинг иложи бўлмаганда (кўп қусиш, кекириш) парентерал йўл билан киритиш лозим.

Даволашни дастлаб бирта антибиотикдан бошлаш керак. Иккита антибиотик ЎИИ нинг оғир, тарқалган шаклларида, ичакдан ташқари бактериал инфекция ўчоқлари бўлганда (отит, пневмония, менингит ва бошқалар) қўланилади.

Антибиотиклар эрта тавсия қилинганда яхшироқ самара олинади.

Антибиотиклар қабул қилишни бошлашдан аввал ахлатни бактериологик текширишга олиш тавсия этилади.

Цефалоспоринлар (цефаклар, цефуроксим) грамм манфий микрофлораларга таъсир қилади. ЎИИ оғир шаклларида, бошқа антибиотикларнинг микробга қарши давоси самарасиз бўлганда қўлланилади.

Аминогликозидлар (гентамицин, сизомицин, тобрамицин) грамм манфий микрофлорага таъсир қилади. Левомецетин (хлорамфеникол) шигеллёларда, салмонеллёларда ва иерсиниозларда тавсия этилади.

Тетрациклинлар: окситетрациклин, доксициклин, метациклин, рондамицин берилади. Бу гуруҳ дориларни 8 ёшдан катталарга, фақат метациклин 5 ёшдан тавсия этилади. Тетрациклин хомиладор ва эмизувчи аёлларга берилмайди, чунки у сут орқали ўтиб, тератоген таъсирга эга бўлиб, эмизикли болада токсик реакция чақириши мумкин.

Эуфиллин қабул қилувчи болаларга эуфиллин дозаси эритромицин даво курси вақтида камайтирилади.

Оксациллин, клоксациллин боланинг биринчи кундан тавсия этиш мумкин, лекин физиологик сариклик кузатилаётган болаларда билирубинли энцефалопатия келтириб чиқариши мумкин.

Ампициллин ичак микрофлорасига таъсир этиб, бу препаратдан кейин дисбактериоз ривожланиши мумкин.

ЎИИнинг оғир даражаларида: амикацин, азлоциллин, рифампицин қўлланилади. ЎИИ да махсус кўрсатмага асосланиб: линкомицин, пенциллин ишлатилади. Қуйидаги антибиотиклар Гентамицин ва линкомицин, ампициллин ва левомецетин, Ампициллин ва карбенициллин биргаликда қабул қилинса уларнинг захарли таъсири ортади. Нитрафулонлар: фуразолидон, фурадонин, эрсефурил иммунитетни кучайтириб, фагоцитозни фаоллаштириб, комплемент ишлаб чиқишини тезлаштиради. Нитрофуран препаратларни сульфаниламидлар, аскорбин кислотаси билан бирга тавсия қилиш мумкин эмас.

Оксихинолинлардан: энтеросептол, интестопан бериш мумкин.

Сульфаниламидлардан: фтазол, фтазин, сульгин ЎИИ да ишлатилади. Улар патоген стафилококк, шигелла, салмонеллалар, патоген эшерихияга қарши таъсир кўрсатади. Даво самараси 2 – 3 кундан кейин кўринади. Буйрак каналчаларида кристалл ҳолида чўкиб қолмаслиги учун минерал сув ёки сут билан биргаликда берилади.

Бактрим (бисептол) кунига 2 маҳал берилади.

Фторхинолинлар: офлоксацин, ципрофлоксацин – патоген эшерихия, протей, клебсиелла, энтеробактерлар, кўк йиринг таёқчага яхши таъсир кўрсатади. Ёш болаларга берилмайди.

II. Патогенетик даво.

Орал регидратацияни иложи борица эрта бошлаш керак, кандли-тузли эритмалар билан ўтказилади; регидрон, цитроглюкосолан тавсия этилади. У кукур ҳолида бўлиб, бир литр

қайнатилган илиқ сувда эритилиб қўлланилади. Булар бўлмаганда «уй шароитида» регидрон тайёрлаш мумкин: 100 грамм майизни бир литр сувда 30- 60° дақиқа давомида қайнатиб, тўрдан ўтказилади, эритмага глюкоза ўтиши учун майизларини яхшилаб эзиш керак.

майиз қайнатмасига бир чой қошиқ ош тузи, $\frac{1}{2}$ чой қошиқ ичимлик сода ва 4 чой қошиқ шакар кукуни солинади, қайнатмани 2-3 дақиқа қайнатиб, тиндириб ишлатилади.

Агар майиз бўлмаса, қандли-туз эритмаси: бир литр сувга саккиз қошиқ оққанд кукуни бир чой қошиқ туз ва сода кукуни қўшилади.

Агар касаллик клиникасида колитик синдром ва қусиш устунлик қилса тузли эритмаларни чой ва қайнатилган сувга 1:1 нисбатда берилади. Қусишлар тўхтагач пектинли аралашмалар гуручли қайнатма, сабзи, олмали аралашмалар, билан бирга бериш мумкин.

Регидратацияни пархез ва энтеросорбентлар билан бирга бошлаш керак.

► Регидратация принциплари:

А) Йўқотилган суюқликнинг ўрнини тўлдириш.

Бу I ва II даражали сувсизланишда биринчи 6-8 соат ичида, III даражали сувсизланишда бир кун давомида амалга оширилади.

Б) Йўқотилаётган суюқликни ўрнини тўлдириб бориш.

Касалликнинг охиригача беморнинг ҳолатига қараб олиб борилади, яъни 2 ойгача бўлган болаларга ҳар бир ичи кетганига 10 мл/кг, 2 ойликдан 2 ёшгача бўлганларга ҳар бир ичи кетишига 50 мл/кг, 2 ёшдан катталарга ҳар бир ичи кетганига 100-200 мл/кг суюқлик қўшиб берилади. Бундан ташқари тана ҳароратининг 37°C дан юқори, ҳар бир градус ошганига 10 мл/кг кунига суюқлик қўшиб берилади.

Бемор қайтараётган бўлса, ҳар бир қайт қилганига, ёшига ва кусук массасининг миқдорига мос қилиниб, суюқлик берилиб борилади. Нафас олишлар ортганига ҳам, ҳар дақиқага 10 марта ортган нафасга 5 мл/кг кунига суюқлик қўшиб берилади.

В) Беморнинг суюқликга бўлган физиологик мухтожлигини тўлдириб бориш. Бу ўртача болаларда 80-100 мл/кг кунига белгиланади.

► Суюқлик қуйидаги формула асосида ҳисобланади:

$$V1 = \text{ЙКС} + \text{ЙС} + \text{ФМ};$$

V1-биринчи кунга бериладиган суюқликнинг хажми, ЙКС-йўқотилиб келинган суюқлик, ЙС-йўқотилаётган суюқлик ва ФМ-физиологик мухтожлик.

Врачга мурожаат қилган бемор болалар шу формула асосида биринчи кунда даволанадилар. Касалликнинг иккинчи кунидан фақат йўқотилаётган суюқлик ва физиологик мухтожлик тўлдириб борилади, яъни $V2 = \text{ЙС} + \text{ФМ}$

Беморларнинг умумий ҳолатини эътиборга олган ҳолда сувсизланишнинг тури аниқланади, яъни **гипотоник**, **изотоник** ва **гипертоник** булардан ташқари **хужайра ичи** ва **хужайра ташқариси**

сувсизланишиларини ҳам эътиборга олган ҳолда суяқликнинг тури ва уни бола организмига киритиш усули белгиланади.

Ёш болаларда қанд-тузли эритмалар ҳар 3-5 дақиқада 2-3 чой қошиқдан берилади, 20 минут давомида 100 мл дан ортик ичирмаслик керак. Катта болаларга 3-5 минутда 1-2 ош қошиқдан берилади. Агар қусиш такрорланса (бирданига кўп хажм суяқлик берилиши натижасида) 10-15 минутдан кейин кам миқдорда бериш керак. Агар бола кўп суяқлик ичган бўлса ва қовоқларида шиш пайдо бўлса суяқлик миқдорини камайтириш керак.

2.Нестероид яллиғланишга қарши дорилар индометацин, ибупрофен, напроксен патогенетик даво учун берилади.

3.Ферментотерапия абомин, панкреатин, фестал, дигестал, панзинорм касалликнинг 2-3 кунидан овқатдан кейин берилади. Курс давомийлиги иштаханнинг яхшиланиши, тана оғирлигининг ошиши, қоринда оғриқ ва метеоризмнинг камайиши, ахлатнинг меъёрлашиши, сон жihatдан камайишига қараб тайинланади, даволаш 7-10 кундан бир ойгача ва кўпроқ давом эттирилади.

4.Биологик препаратлар.

А. Лактулоза.

Б.Эубиотиклар ичак нормал микрофлорасини таъминлайдилар. Бактисубтил, бифидумбактерин, лактобактерин, курук бификол, курук колибактерин берилади. Диареянинг биринчи кунда бактисубтил, бемор аҳволи яхшиланиб боргач ва реконвалесцентларга ва бир ойгача бўлган болаларга бифидум ва лактобактерин, 6 ойдан сўнг бификол, 2-3 ёшдан кейин колибактерин тайинланади.

Эубиотикларни ЎИИ касалликлари билан мулоқотда бўлган болаларга ва профилактика мақсадида рахит, гипотрофия, анемия сунъий озиқлантиришга ўтаётган болаларга тавсия қилинади.

В.Бактериофаглар берилади.

Г. Иммунотерапия қўлланилади.

Д. Фитопрепаратлар: Лизоцин, хлорофиллипт тайинланади.

5.Фитотерапия. Асосан реконвалесцентларда самараси юқори. Даво микроклизмаси мақсадида фитомикроклизма қўлланади. Доривор ўсимликларнинг қайнатмаларидан фойдаланилади. Даво микроклизмалари ичаклар ахлатдан холи бўлганда кунига бир марта 5-20 мл илиқ (38-40° С) мойли эритма ёки қайнатмалар ёрдамида қилинади.

III. Симптоматик даво. Ҳарорат туширувчи, тутканокга қарши, юрак-қон томир ва бошқа тизимларга таъсир килувчи препаратлардан фойдаланилади.

► **Соғайиш мезонлари.**

Тана ҳароратининг меъёрлашуви, интоксикация симптомларнинг камайиши, даволаниш тугагач 2-3 кун давомида шаклланган ахлат кузатилиши. Клиник соғайганликни меъёрий копрограмма тасдиқлайди (яъни хазм қилишнинг бузилиш белгилари

ва ахлат таркибида патологик қўшилма–шиллик, лейкоцит, эритроцитлар бўлмаслиги керак).

ЎИИ этиологияси аниқланган бўлса, даволаниш тугатилгач ахлат қайта экиб кўриб текширилиши керак. Бактериологик текшириш мактаб ёшигача бўлган болаларда икки марта, мактаб ёшидагиларда бир марта ўтказилади. Клиник соғшайиш кўрсаткичлари ва ахлатнинг бактериологик текшириш натижаси манфий бўлгандагина болаларни болалар муассасаларига қатнашига рухсат берилади.

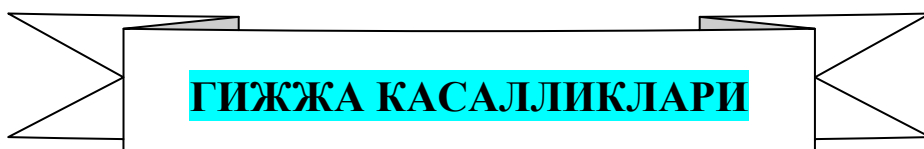
ЎИИ реконвалесцентлари ва мактаб ёшигача бўлган болалар бир ой давомида кузатув остида бўлиб, нажасни такрор кўрувдан ўтказилади. Бир ой ўтгач эса яна бир марта ахлатни бактериологик текширишдан ўтказиб, манфий натижа берганда реконвалесцентлар назоратдан чиқариладилар. Салмонеллэз ва ичбуруғ билан касалланган болаларга алоҳида эътибор берилади.

Ўткир ичак инфекцияларида ишлатиладиган муҳим сўзлар.

Қўзғатувчи, нажас-оғиз механизми, озиқ-овқат, Ошқозон ичак тракти, гастрит, энтерит, колит, қайт қилиш, ич кетиши, тенезм, ичак тупуги, ёлғон чақирик, эксикоз, токсикоз, дегидратация, регидратация.

ЎИИ да қўлланиладиган фундаментал тест саволлари.

1. ЎИИ. Этиологияси.
2. ЎИИ. Касаллик манбаи.
3. ЎИИ. Юқиш йўллари.
4. ЎИИ. Мойиллик.
5. ЎИИ. Клиник кечиш хусусиятлари.
6. ЎИИ. Таққослаш ташхисоти.
7. ЎИИ. Ташхисоти.
8. ЎИИ. Даволаш тамойиллари.
9. ЎИИ. Профилактикаси.

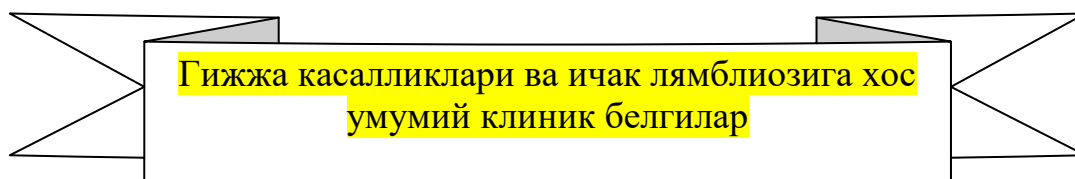


Ўзбекистон шароитида охириги йилларда учраётган гижжа касалликлари ва паразитар касалликлардан ҳисобланмиш лямблиоз хасталиги ўзининг долзарблиги билан маълум бўлиб келмоқда. Қуйида кўп қайд қилинаётган ушбу касалликлар ҳақида ёритилган.

▼ **Гижжа касалликларининг таснифи:**

- А) **шаклига қараб**; 1) юмалоқ гижжалар (аскарида, острица)
 2) ясси гижжалар (қорамол солитёри, пакана гижжа)
 3) сўрувчилар (тениоз).

Б) юқиш йўлига қараб; 1) биогелминтозлар (қорамол ва чўчка солитёри) 2) геогелминтозлар (аскарида) 3) контагиоз гелминтозлар (острица ва пакана гижжа).



Беморнинг умумий кўринишидаги ўзгаришлар: Камхаракатлик, чарчоқлик, камкучлик, сўлғинлик.

Асаб тизимидаги ўзгаришлар: Жахлдор бўлиб қолиш, уйқусизлик, тажанглик, инжиқлик, хотиранинг пасайиши, ақли заифлик, тутқаноқ тутиши, бош оғриғи, бош айланиши, тез тез ҳушидан кетиб туриши.

Тери ва шиллик қаватларидаги ўзгаришлар: Тери рангининг оқариши, терига ҳар ҳил кўринишдаги тошмалар тошиши (папула, доғ, розеола, эритема), хушкилар тушиши, энантемалар пайдо бўлиши, псориаз, витилиго ривожланиши, қипикланишнинг кучайиши, тери кўчиши (пўст ташлаш), оёқ қўллар терисининг ёрилиши, тирноқлар шаклининг ўзгариши, экземали яралар пайдо бўлиши, тери ва шиллик қаватлар қуриши, кўп терлаш, оёқ-қўллар терлаб туриши, сочлар ва қошлар тўкилиши, соч оқариши, тери қичиши.

Нафас олиш тизимида бўладиган ўзгаришлар: Бурун битиши, аллергия ринит ривожланиши, аллергия астмаларнинг ривожланиши, йўтал бўлиши.

Юрак қон томир тизимидаги ўзгаришлар: Болаларда бошқа сабабларсиз юрак соҳасида оғриқнинг бўлиши, юрак тонларининг бўғиқлашиши, томир уришининг тезлашиши, аритмияларнинг келиб чиқиши.

Ошқозон ичак тизимидаги ўзгаришлар: Оғиз қуриши, кўп сўлак ажралиши, оғизнинг аччиқ, тахир бўлиши, ухлаб ётганда тишларни ғижиллатиш, томоқ қичиши, жиғилдон қайнаши, қоринда оғриқ (эпигастрал ва киндик атрофи соҳалари), оч қолганда қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши, тез-тез оч қолиш, ичнинг қотиши, ичнинг суюқ кетиши, ичнинг кўпиксимон ўтиши, ошқозон ва ичакда яралар пайдо бўлиши: иккиламчи; аллергия таъсирлар ҳисобига, ўт йўллари дискинезияси, панкреатит, холангит, аппендицит, ичаклар тутилиши ривожланиши мумкин.

Пешоб ажратиш тизимидаги ўзгаришлар: Кечқурунги энурез, тез-тез пешоб келиши (рефлектор-невроген сабабли).

Эндокрин тизимидаги ўзгаришлар: Бўқоқ ривожланиши (иккиламчи, сўрилишнинг бузилиши ҳисобига), қандли диабетнинг ривожланиши (иккиламчи аллергия таъсир ҳисобига).

Харакат таянч тизимидаги ўзгаришлар: Бўғимларда, мушакларда ва суякларда оғриқ, оёқларда холсизлик ва камқучлик сезилиши.

АСКАРИДОЗ

► **Этиологияси:** Бу касалликнинг кўзгатувчиси *Ascaris lumbricoides*, катта нематод. Урғочи аскариданинг узунлиги 25 – 40 см, эркаги 15 – 20 см га боради.

► **Эпидемиологияси:** ● **касаллик манбаи:** касал одам. Касалланиш илиқ ва иссиқ иқлимли минтақаларда кўп учрайди. Бемордан соғлом одамга тўғридан тўғри юкмайди. Гижжа уруғлари ахлат орқали ташқи муҳитга тушгандан кейин маълум муддатгача уруғларнинг ичида личинкалар ривожланиши учун иссиқ иқлимли шароит бўлиши керак. ● **Юқиш йўли:** фекал–орал. ● **Мойиллик** асосан боғча ва мактаб ёшидаги болаларга тўғри келади. ● **Мавсумийлик** хос: май-октябр ойларига тўғри келади.

Патогенези: аскаридоз ривожланишида иккита давр ажратилади: 1) Миграцияланиш даври. 2) Ичакда ривожланиш даври.

Миграция даври аскарида юққандан сўнг 7-15 кун давом этади. Асосан аллергия ҳолатига ҳос белгилар учрайди. Личинка ичакка ўтгандан кейин қон томирга сўрилиб, ўт йўллариغا, нафас системасига, ошқозонга тарқалиши мумкин ва қайта ичакларга тушгандан сўнг ривожланади. Личинкаларнинг ривожланиш муддати ўртача икки ойни ташкил қилади ва болаларнинг ингичка ичагида 1-2 йилгача яшайди.

► **Клиникаси:** **Биринчи** аскарида личикалари тўлиқ етишганигача бўлган даври; бу давр баъзан симптомсиз ўтади. Бошқа ҳолларда бемор дармони қурийди, йўтал безовта қилади. Йўтал қуруқ ёки шиллиқ балғамли бўлади. Ҳарорат субфебрил бўлади. Баданга аллергия тошмалар тошади. Ўпкада бронхопневмонияга ҳос симптомлар ва рентгенда 3-4 см гача бўлган тарқоқ инфильтратлар кўринади. Қонда эозинофилия ва ЭЧТ тезлашган бўлади.

Иккинчи аскаридалар етишган даври яъни ичакда ривожланиш даври; бу даврда диспептик белгилар аниқланади, иштаха пасайган, кўнгил айниш, қусиш безовта қилиб, қорни оғрийди, ичи баъзан ўтиб, баъзан ўтмайди. Бемор оч қолганда қоринда оғриқнинг кучайиши хосдир.

► **Ташхисот:** биринчи даврни аниқлаш қийн, чунки ахлатда гижжа тухумлари топилмайди. Ўпкадаги рентгенологик ўзгаришлардан ва эпидемиологик, иммунологик усуллардан фойдаланилади.

Иккинчи даврда диспептик ҳолатлар ва ахлатда тухум аниқланади.

► **Асорати:** ичак тутилиши, аппендицит, холецистит, ичак ёрилиши, етилган аскаридаларнинг нафас йўлларига кириб асфикцияга сабаб бўлиши каби

► **Давоси.** Бошланғич даврида тиабендазол яхши натижа беради. Кунига 50 мг/кг дан 5-7 кун, сурункали шаклида левомизол, комбантрин ишлатилади. Зонд ёрдамида ошқозонга кислород юборилганда ҳам яхши натижа беради, чунки аскаридалар кислородга чиламсиз ҳисобланади. Пиперазин ва унинг тузлари балоғатга етган ва хали етилмаган гижжаларга яхши таъсир қилади. Пиперазин, пирантел, вермокс, декарис каби препаратлардан ёшига мос қилиб берилганда яхши наф беради.

► **Профилактикаси:** Асосий чора-тадбирлар, тупроққа, сувга, сабзавотларга аскарида тухумлари тушмаслигига қаратилган бўлади. Сабзавотларни истеъмол қилишдан олдин тозалаб ювиш зарур.

ЭНТЕРОБИОЗ

► **Этиологияси:** *Enterobius vermicularis*. Кичик нематод. Эркаги 9-12 мм, урғочиси 2-5 мм. Гижжа уруғлари ривожланиши учун намлик етарли бўлиши зарур.

► **Эпидемиологияси:** ● **Касаллик манбаи** касалланган одам. ● **Юқиш йўли** фекал-орал. Урғочиси анал тешиги атрофига чиқиб тухум қўяди. Эркаги эса шилимшиқ ажратади. Шилимшиқ қичитиш хусусиятига эга. Болалар анал тешиги атрофини қичитади, натижада уруғлар тирноқлар остига киради. Гигиенага эътибор берилмаган ҳолда гижжа уруғлари ошқозон-ичак йўлига тушиб ривожланади ва етилган гижжалар ичак деворини бошчаси билан шикастлантириб туради.

► **Клиникаси:** гижжалар ингичка ичакнинг пастки қисми ва йўғон ичакнинг юқори қисми зарарланади. Анус атрофида қичиқ, асосан кечқурун кучаяди, уйқу бузилади, бош оғрийди, қоринда оғриқ, иштаха пасайган, кўнгил айнийди. Шиллиқ аралаш ич кетиши кузатилади. Анус атрофида ёриқлар, абцесс, экзема ривожланади. Энтеробиоз вульвовагинити ривожланиш эҳтимоли бўлади, узок давом этса, энурезга олиб келади.

► **Ташхисоти:** Гижжа тухумларининг микроскопияда топилиши. Ахлатда тухумлар кам учрайди. Улар асосан анус атрофида бўлишади шу сабабли тампон билан анал тешиги атрофидан қирма олиш ва пластинка усулида аниқлаш яхши натижа беради.

► **Давоси:** Пиперазин 5 кунлик, 7 кунлик схемада берилади. Мебендазол (вермокс) боланинг вазни ва ёшига мос қилиб берилса, яхши натижа беради. Бир ой давомида гигиеник тадбирлар олиб борилганда ҳам гижжалардан халос бўлиш мумкин. Сабаби

гигжаларнинг ичакда яшаш даври 27-28 кунни ташкил қилади. Қайта уруғлар тушишининг олди олинса ўз ўзидан даволаниш кузатилади.

ТЕНИАРИНХОЗ

► **Этиологияси:** *Taeniarhynchus saginatus*. Бу гижжанинг узунлиги 6-7 м гача етади ва бўлакчалардан ибрат бўлиб ҳар бир бўлакчасида 145000-175000 тагача уруғи бўлади, Тумшуғида 4 та сўрғичи бор. Одам бу гижжанинг асосий хужайини ҳисобланади. Гижжа бўлаклари ва уруғлари асосан одам нажаси билан ифлосланган ўтлар, хошак ва сув орқали шохли қорамоллар организмига киради. Қорамол ичида гижжа личинкалари парда ичидан чиқиб қонга тушади ва мускуллар орасидаги бириктирувчи тўқималарга ўрнашади, яъни финналар ҳосил бўлади. Шу гўштни етарлича ишлов бермасдан истеъмол қилиниши одамларда касаллик ривожланишига сабаб бўлади.

► **Клиникаси:** асосан ингичка ичакда яшайди. Бемор тинкаси қурийди, тажанг бўлиб қолади, кейинчалик иштаҳаси бўғилади. Қорни оғрийди, бемор ухлаб ётганда, кўпинча кечаси анусдан гижжа бўлаклари фаол равишда чиқади. Кўнгли айнийди, баъзан ичи кетади. Беморларнинг уйқуси бузилади. Баъзан тутқаноқ тутади. Беморлар ички кийимларида гўшт бўлакчалари пайдо бўлиб уларнинг кимирашидан ва баданига нохуш совуқлик тегиб кетишидан шикоят қилишади. Қонда лейкопения белгилари аниқланади.

► **Ташхисоти:** Бемор ахлатида гижжа бўлаклари ва тухуми топилади.

► **Давоси:** Фенасал кенг қўлланилади. Эрталаб ёки кечқурун оч қоринга ёшига мос ҳолда берилади. Фенасалдан олдин чорак стакан сувда 1-2 грамм содани эритиб ичирилади.

Бундан ташқари дихлосал, трихлосал, қирққулоқнинг эфирдаги экстракти ҳам ишлатилади. 2 ёшли болаларга 1 грамм, 3 ёшдагиларга 1,5 грамм, 4 ёшдагиларга 2 грамм, 5-6 ёшдагиларга 2-2,5 грамм, 7-10 ёшдагиларга 3 грамм, 11-16 ёшдагиларга 3,5-4 грамм ичирилади. Препаратлар берилгандан 2-3 соат ўтгач тозаловчи клизма буюрилади.

ТЕНИОЗ

► **Этиологияси:** Кўзғатувчиси *Tenia solium* Чучка солитёридир. Бу лентасимон гижжа 1000 га яқин бўлакчалардан ташкил топган бўлиб, ҳар бир бўлакчасида 145000-175000 тагача уруғи бўлади. Буйи 1-2 метргача бўлади. Тумшуғида 4 та сўрғичи ва 20 - 30 та илмоғи бўлади. Қурулланган гижжа ҳисобланади.

► **Эпидемиологияси:** Касаллик манбаи ва гижжанинг охириги хўжайини одам ҳисобланади. Балоғатга етган гижжалардан вақти вақти билан етилган бўлакчалар ажралиб, ахлат орқали ташқарига чиқарилади. Бу гижжанинг оралик хужайини асосан уй чўчкалари,

итлар, мушуклар ва одам ҳам бўлиши мумкин. Касаллик болаларга асосан чўчка гўштини етарлича термик қайта ишлов бермасдан истемол қилганда юқади.

► **Клиникаси:** Тениознинг бошланғич давридаги клиник симптомлари яхши ўрганилмаган. Сурункали даврида касалликнинг белгилари тениаринхозга ўхшаб кетади. Цистицеркознинг симптомлари жойлашган жойига қараб турлича бўлади. Кўпинча бош мия ва кўз цистицеркози учрайди. Цистицеркоз хатарли касалликдир.

► **Ташхисоти:** Тениоз диагностикаси худди тениаринхоздагига ўхшаш цистицеркозда эса комплемент бириктириш реакцияси, тўғри гемагглютинация реакцияси ўтказилади.

► **Давоси:** Тениозда дегельминтизация қилиш учун қиркқулоқ препаратлари ишлатилади.

Цистицеркозда празиквантель (билтрицид) қўлланилади. Бу кунига 16,6 мг\кг дан 14 кун ёки 50мг\кг дан 10 кун берилади. Аллергия реакциясининг профилактикаси учун у билан бирга зарурият бўлганда, антигистамин дорилари қўлланилади.

► **Профилактикаси:** Ветеринария хизмати билан ҳамкорликда қатор профилактик чоралар амалга оширилади.

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ

Гименолепидоз перорал контагиоз гельминтозидир. Уни пакана (бўйи 15-30 мм, эни 0,55 - 0,77) гижжа кўзғатади. Одам унинг ҳам оралиқ ҳам асосий хужайини ҳисобланади. У одамнинг ингичка ичагида яшайди. Тухуми ахлат билан ажралади.

► **Эпидемиологияси:** ● **Касаллик манбаи:** касал одам ва болалар. ● **Юқиш йўли** фекал-орал механизми орқали. ● **Мойиллик** ҳамма ёшдаги одамлар касалланиши мумкин. Касалланишнинг асосий қисми болалар орасида учрайди.

► **Клиникаси:** Гименолепидоз кўпинча симптомсиз кечади. Баъзан бош оғрийди, кўнгил айнийди, баъзан қусади, сўлаги оқади, жиғилдон қайнайди, кекиради, иштаха ўзгаради, киндик атрофида оғриқ пайдо бўлади. Қорин оғриши кечкурун хуруж қилиб безовта қилади, баъзан бир неча кун оғриқ бўлмаслиги мумкин. Беморнинг ичи дам суюқ дам қуюқ келиб ўзгариб туради, нажас шилимшиқ аралаш бўлади. Бемор тажанг бўлиб қолади, иш қобиляти пасаяди.

► **Давоси:** Гименолепидозда фенасал схема билан ишлатилади.

Схема №1. 2 кунлик цикл 5 кун оралаб 6-7 марта

1-2 ёшли болаларга 0,3 грамм, 3-4 ёшли 0,5 грамм, 5-6 ёшлиларга 1,0 грамmdан берилади.

7-10 ёшларга 1,5 грамм ва катта одамларга 2 грамм берилади.

Схема №2. 5 кунлик цикл 5 кун оралаб 4 марта тайинланади.

Схема №3. 7 кунлик цикл 5 кун оралаб 3 марта берилиб, бир ой вақт ўтгач даво курси қайтарилади.

► **Профилактикаси:** Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, хожатхоналарни дезинфекция қилиш керак.

Гижжа касалликларида қўлланиладиган муҳим сўзлар.

Лентасимон, юмалоқ, корнида оғриқ, тез-тез оч қолиш, тошма тошиши, тери қичиши, қабзият, бруксизм, йўтал, гижжа ва унинг бўлаклари, гельминтокс, фенасал.

Гижжа касалликларида қўлланиладиган фундаментал тест саволлари.

Гижжа касалликлари этиологияси.

Гижжа касалликлари эпидемиологияси.

Гижжа касалликларининг асосий клиник белгилари.

Гижжа касалликларини даволаш тамойиллари.

Гижжа касалликлари ташхисоти.

Гижжа касалликларининг олдини олиш.

ЛЯМБЛИОЗ

► **Этиологияси:** кўзғатувчиси Лямблиялар содда жониворлар гуруҳига киради бу кўзғатувчи 1859 йилда рус олими Д.Ф. Лямблий томонидан топилган. Ривожланиши икки босқичда кечади: вегетатив ва циста босқичи. Вегетатив шакли тана ҳарорати шароитида ўз ҳаёт қобилятини сақлайди ва ҳаракатлана олади. Организмдан ташқарида, совуқда лямблиянинг вегетатив шакли ҳаракатчанлик қобилятини йўқотади ва тезда халок бўлади.

Улар асосан ингичка ичакда, баъзан 12 бармоқли ичак шиллиқ қаватида, камдан кам ҳолларда йўғон ичакда яшаб озиқланади. Ичак шиллиқ қаватига лямблиялар махсус сўрғичлар ёрдамида бирикади, уларнинг фаол кўпайиши ва цисталар ҳосил бўлиши шу ерда кечади.

Ташқи муҳитга ахлат билан ажраладиган лямблия цисталари бир неча ой мобайнида ҳаёт қобилятини сақлайди. Сувда икки ой, ахлатда бир ярим ойгача ўзининг патогенлик хусусиятини сақлайди. Хлорли эритмаларга чидамли. Цисталар музлатилганда ҳам патогенетик хусусиятини сақлайди, лекин 50 градусда ва ундан баланд иситилганда халок бўлади. Лямблиялар асаб тўқимасига танлаб таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган ва организм сезгирлигини кучайтира оладиган ўзига хос заҳар ишлаб чиқаради. Бироқ хозиргача бу токсинни ажратиб олиш имкони бўлмаган. Ифлосланган қўл, овқат махсулотлари, сув, идиш–товоқлар орқали ичакка тушган лямблия цисталари тезда вегетатив шаклга айланади.

► **Эпидемиологияси:** Лямблиоз билан касалланиш даражаси юқори. Бу касаллик билан асосан эрта ешдаги, боғча болалари кўпроқ касалланади. Ёпиқ болалар ташкилотларида лямблиоз билан касалланиш 25% ни ташкил этади.

Касаллик билан барча ёшдаги болалар, жумладан, чақалоқлар ва катталар ҳам касалланади. ● **Касаллик манбаи** беморлар ва лямблия ташувчилар ҳисобланади.

● **Юқиш йўли**: фақат фекал–орал. Ифлосланган махсулотлар, қайнатилмаган сув, бассейн ва очиқ сув хавзаларида чўмилиши (лямблия цисталари билан ифлосланган), ифлос қўл, ўйинчоқлар, идиш-товоқлар ва хоказо. Катталарда жинсий йўл орқали гомосексуал мулоқот орқали ҳам юқади.

Касалликни юктириш ва касалланиш учун бир нечта лямблия цисталарини ютиш кифоя. ● **Мойиллик**: Лямблиозга асосан болалар ва иммунитети суст одамлар мойил бўлади.

● **Мавсумийлик**: лямблиоз билан касалланиш асосан баҳор-ёз фаслларига тўғри келади. Касалликнинг давом этиши ўз вақтида даволанмаганларда сурункали тус олиб йилнинг ҳамма фаслларида учрайди.

► **Патогенези**: ичакга тушган лямблия цисталари тезда вегетатив шаклга айланиб патогенлик хусусиятини бошлайди. 5-7 кундан кейин беморнинг нажаси орқали бир суткада ўн миллиардлаб цисталари ажрала бошлайди. Вегетатив шакллари ингичка ичакнинг шиллиқ қаватларида патогенлик қилади. Шиллиқ қаватларга ёрнашиб олган лямблиялар шиллиқ қаватда хазм шараёнининг бузилишига олиб келади.

Лямблиоздан сўнг иммунитет ҳосил бўлиши яхши аниқланмаган. Лямблияларнинг ичак бўшлиғида кўпайиш хусусияти туфайли, кўзгатувчи узоқ вақт организмда персистирланиш мумкин. Ўз-ўзидан тузалиш механизмлари аниқланмаган. Лямблиоз–«секин ҳаракатланувчи инфекция», у йиллар давомида патогенлик қилиш хусусиятига эга, клиник кўриниши ёшга, организм ва ошқозон-ичак тракти ҳолатига ва инвазиянинг оз ёки кўплигига боғлиқ. Даволангач қайта зарарланишни инкор этиб бўлмайди.

► **Клиникаси**: Касаллик даврлари. Инкубацион давр (1 неча соатдан 1-4 ҳафтагача) ўткир, касалликнинг сурункалисига давом этиш даври ва реконвалесценция даври ажратилади. Кўпинча лямблиоз чўзилувчан ва сурункали кечади.

▼ **Таснифи**:

Кўриниши бўйича:

а) типик

б) атипик: латент, билинар – билинмас, симптомсиз

Оғирлик даражасига кўра: енгил, ўрта оғир, оғир.

Кечиши бўйича: ўткир(1ойгача), чўзилувчан(1ойдан 3ойгача), сурункали (3ойдан кўп)

Ўткир шакли тез ривожланиб, эпигастрал сохада оғриқ, ичнинг патологик аралашмаларсиз суяқ ўтиши билан бошланиб, кўнгил айнаши, иштаха пасайиши, қоринда дам бўлиш каби белгилар кўшилади. Касаллик 5-7 кун давом этиб соғайиш билан якунланади.

Чўзилган ва сурункали шакллари иммун тизими суст болаларда кайд қилинади. Ўткир шаклдан кейин давом этиши билан ва касалликнинг аста-секинлик билан бошланиши ёки билинар билинмас белгилар билан бошланади. Бу ҳолатларда касаллик ойлаб ёки йиллаб давом этиб, беморларни кўзғатувчи ёки уларнинг парчаланиш махсулотларига нисбатан сезгирлиги ортиши натижасида аллергия белгилар ҳар хил кўринишда намоён бўлади. **Аллергик белгилар:** бош оғриғи, терида ҳар хил кўринишдаги тошмалар тошиши, хушкилар пайдо бўлиши, терининг оқариши, экземалар пайдо бўлиши, қипикланишнинг кучайиши, кафт ва товоннинг ёрилиб туриши ҳамда кўп терлаши, псориаз ривожланиши, сочларнинг, қошларнинг тўкилиши, оёқ-қўлларда ва бўғимларда кўчиб юрувчи оғриқларнинг кузатилиши, бурун битиши, астма ривожланиши, ичнинг суюқ кетиши, юрак тонларининг бўғиқлашиши ва юрак соҳасида оғриқлар бўлиши каби белгилар билан намоён бўлади.

► **Ташхисот мезонлари:** Лямблиознинг клиник ташхисоти қийин, чунки кўпгина ичак касалликларига ўхшаш белгилар кузатилади.

Типик лямблиознинг енгил ва ўрта оғир даражаларида диспептик бузилишлар, интоксикация устунлик қилади. Кўп ҳолларда касаллик бошланиши билинар-билинмас, ўткир кўринишларсиз ўтади. Кўпинча турғун бўлмаган ва кўзиш даврида кучаядиган ич кетиши кузатилади. Кўп ҳолларда ахлат капрологик аралашмаларсиз бўлади, лекин баъзан ахлатда яшил рангда шиллимшиқ топилиб, у кўпиксимон характерда бўлади, баъзан кулранг тус олади. Тана ҳарорати кўпинча нормал, баъзан субфебрил. Иштаха йўқолади. Болалар гўштли ва сутли овқатлардан бош тортадилар ва кўп микдорда суюқлик ичадилар. Оғир ҳолларда лямблиоз чўзилувчан ва сурункали кечганда болалар тана вазнидан орқада қолиб, боланинг тузилишида дистрофияланиш кузатилиши мумкин. Бола қорнида, кўпинча эпигастрал соҳа ва ўн икки бармоқли ичак соҳасида оғриқдан шикоят қилади. Кўнгил айниши, баъзан қусиш, кекириш, оғиздан бадбуй хид келиши, ичакларда шиш, қулдираш, метеоризм кузатилади. Мактаб ёшидаги болаларда оғизда аччиқ таъм бўлиши, киндикдан чапда турли кучланишдаги оғриқ, оғриқнинг овқат қабул қилиш билан боғлиқ эмаслиги ва санчиқ кўринишида бўлиши каби шикоятлар бўлади. Бемор дефекациядан сўнг енгиллик сезади.

1.Ташқи кўрганда: кўз остида кўк ярим айланалар, тери рангпарлиги ва баъзан ер рангида, тилнинг оқ сарғиш, караш билан қопланиши, лямблиоз узоқ вақт давом этганда тилда чуқур бўйлама ва кўндаланг ёрикқа ўхшаш бурмалар кўринади. 1/3 беморларда жигар коворға равоғидан 1-3 см пастга чиқади, қаттиқ консистенцияли, пайпаслаганда кам оғриқли ёки оғриқсиз бўлади. Тана ҳарорати меъёрида, баъзан субфебрилитет кузатилади. Кўп микдорда кўзғатувчи тушиши ёки кўзиш даврида иситмалаш, балоғат

ёшидагиларда хуснбузарлар тошиши кузатилади. Лямблиозга хос симптом кечкурунлари тишини ғичирлатиш, (бруксизм) нейтроциркулятор дистония ва астеноневротик синдром ҳам намоён бўлади.

Лямблиоз сурункали кечганда, энтероколит ва колит симптомлари биринчи –ўринда кўринади, бир неча йиллардан сўнг дуоденит, ўт чиқарувчи йўллар дискинезияси, қабзиятнинг ич кетиш билан алмашилиши ривожланади. Қўзғатувчи халок бўлишидан ҳосил бўлган ва алмашинув маҳсулотлари қонга сўрилиб интоксикация ва организм сезгирлигининг ошишига сабаб бўлади. Айрим беморларда ичак ва диспептик синдромлар билан бирга тери аллергияк ўзгаришлари – аллергияк тошма, эшакем, экзема ва нейродермит кўзиши кузатилади. Респиратор аллергияк-клиник белгиларининг пайдо бўлиши, шунингдек бўғимларда оғриқ– артралгия кузатилади. Баъзан касаллик симптомсиз кечиши мумкин.

► **Лаборатор ташхисоти:** Ахлат ва дуоденал суюқликни лямблия цисталари ва вегетатив шаклларига микроскопик текширилади. Биринчи марта текширувда лямблия топилиши кам эҳтимолли. Қайта-қайта текшириш натижасида таҳлил аниқроқ бўлади. Бўтқасимон ва иссиқ суюқ ахлатда лямблия вегетатив формалари топилиши фаол жараён бориши ва кўп миқдорда зарарланишдан далолат беради. Ахлат совиганда лямблиянинг вегетатив шакллари ўз ҳаракатчанлигини тезда йўқотиб қўяди, шунинг учун уларни топиш мақсадида ахлат илиқ ҳолда бўлиши шарт. Қон таҳлилида ўзгариш бўлмайди ёки қисман лейкоцитоз, эозинофилия, ЭЧТ ошган бўлади.

► **Қиёсий ташхисот:** Юқумли бўлмаган касалликлар дуоденит, холецистит, панкреатит, ошқозон-ичак тракти юқумли касалликлари, ўткир ичак инфекцияси, гепатит, ичак гельминтозлари ва бошқалар билан қилинади.

Юқумли касалликлар бўлимига госпитализация қилишга кўрсатма:

Болалар касаллигининг оғир шаклларида, қўшилиб келган касалликлар бўлганда, интоксикация симптомлари ва овқатланишнинг бузилиши этиопатогенетик ва комплекс даволашга мухтож бўлганда, касалхонага ётқизишга кўрсатма бўла олади.

Уй шароитида даволаш. Енгил ва ўрта оғир шакллари уйда даволанади.

-Бола аҳволига қараб белгиланади.

-**Пархез.** Боланинг иштахасига қараб овқатлантирилади. Бижғиш қақирадиган маҳсулотлардан ташқари, сут ва ўсимликлардан тайёрланган овқат маҳсулотлари, қайнатилган гўшт ва балиқ маҳсулотлари тавсия қилинади.

-**Этиотроп даволаш.**

Лямблиялар нитрофуранлар таъсирида халок бўлади: булар фуразолидон, метронидазол, фасижин, тинидазол.

Нитрофуранларнинг охирги авлодига кирувчи нифурател юқори самарага эга бўлиб, боланинг ёши ва тана массасига қараб миқдори тайинланади.

Фуразолидон билан бир марталик даволаш учун катта дозада миқдори 10мг/кг қилиб овқатдан кейин қабул қилинади.

Макмирор болалар учун 15мг/кг кунига 2 маҳал, катталарга 2 таблеткадан (1таблеткада 200мг бор) кунига 2-3 маҳал овқатдан кейин тавсия қилинади. Даволаш курси 7-10 кун. Даволашни ўтқир ичак дисфункцияси давридан бошлаш керак.

-Бир ёшгача болаларга фуразолидон 10 кундан 15 кунгача берилиб, 1-2 курс даволанади. Ҳар бир даволаш курсидан кейин бемор ахлати 3 марта лямблияга текширилади (1-2 кун оралаб) фуразолидон билан даволаш самараси 70-80% ни ташкил қилади.

-Бир ёшдан катта болаларга ёшига қараб метронидозол бир ойлик даволаш курси билан тавсия қилинади. Даволашда танаффус бўлмаслиги керак.

Катталарга метронидозол кунига 1 грамм (0,25 х 4 марта овқатдан кейин) бир ой давомида тавсия қилинади.

Катта ёшдаги болаларга тинидазол кунига 2 грамм (0,5 х 4 маҳал овқатдан сўнг) 10 кун давомида берилади. Даволангандан кейин лаборатор текшириб назорат қилинади.

Лямблиозни даволашда қўзғатувчи парчаланиб махсулотлар қонга сўрилади ва интоксикацияга сабаб бўлади. Шунинг учун иккинчи кунда бола аҳволи ёмонлашади, кўнгил айниши, қусиш, тери қичиши ва тошмалар тошиши мумкин. Бу реакция Якши- Гейксгеймер реакцияси деб ном олган. Бу ҳолатни камайтириш мақсадида даволаш курси мобайнида ҳафтасига 1-2 маротаба «қўр зондлаш» қилиниши керак. Бунинг учун осмотик сурғилар 25% магний сульфат эритмаси, сорбит, ксилитдан фойдаланиш мумкин. Осмотик сурғилар паразит парчаланиш махсулотларининг сўрилишига тўсқинлик қилади, Якши-Гейксгеймер реакциясини сусайтиради ва ичакларнинг лямблиядан тезроқ тозаланишига ёрдам беради.

Агар тўлиқ даволаниш курсидан кейин лямблиоз қайталанса, тинидазолни бир марталик миқдорда кечқурун 50-60 мг/кг қилиб қабул қилиши мумкин. Эртаси куни магний сульфат эритмаси билан дюбаж қилиш яхши самара беради. Барча субъектив шикоятлар, объектив симптомлар ва лаборатор таҳлиллар йўқолмагунича даволаниш давом эттириш лозим. Даво самарадорлигини назорат қилиш учун даволаш курси тугагач ва бир ойдан кейин капрологик текшириш олиб борилади. Нитрофуранлар билан паралел равишда спазмолитиклар ва ўт ҳайдовчилар яхши фойда қилади, қабзийт кузатилса, ўсимликдан тайёрланган сурғилар бериш мумкин. Хазм қилиш ва сўрилиш бузилиши симптомларида, капрологик текшириш натижаларига қараб фермент препаратлари тавсия қилинади.

Ўт-сафронинг лямблиоцид таъсири бўлиб, ўт хайдовчи препаратлар ва ўтли дамламалар қабул қилиш ҳам даволаш самарадорлигини оширади.

► **Соғайиш мезонлари:** Лямблиозга қарши даво олиб борилгач организмнинг паразитдан тўлиқ тозаланиши ва клиник жихатдан соғайиш 2-3 ҳафтадан кейин бўлади. Ичакнинг лямблиядан тозаланганлигига ишонч ҳосил қилиш учун ахлатни 10 кун оралаб бир ойда 3 марта текширилади.

Соғайишнинг асосий клиник симптомлари қоринда оғриқнинг йўқолиши, тилнинг тоза бўлиши, диспептик бузилишларнинг бўлмаслиги, терининг тозаллиги, ич ўтишининг меъёрланиши ва жигар ўлчамлари кичрайишидир. Лямблиознинг қайталанишини эътиборга олиб, тўлиқ клиник соғайишдан сўнг врач назоратини амалга ошириб, керак бўлганда даво чораларини такрорлаш лозим. Лаборатор таҳлиллар тасдиқланмагунча беморни болалар жамоасидан алоҳидалаш керак. Бемор бола билан контактда бўлган болалар, унинг оила азолари лямблиозга текширилиши зарур. Керак бўлганда эса, контактда бўлганларни ҳам даволаш керак. Дезинфекция ўткир ичак инфекцияларидаги каби қилинади.

► **Профилактикаси:** лямблиозга қарши махсус профилактика чоралари ишлаб чиқилмаган.

Катталар лямблия билан ҳаётнинг барча давларида касалланиши мумкин. Биринчи - ўринда «йўғон ичак таъсирланиши синдроми» намоён бўлади. Юз кўриниши сўлғин, бурун-лаб учбурчагида тошмалар, кўзларнинг субъиктериклиги ва инъекцияси, «чарчоқ кўзлар», жигарнинг катталаниши кузатилади. Катталарда лямблиоз нейротициркулятор дистония кўринишида намоён бўлади.

«Сурункали чарчоқлик синдроми» бош оғриғи, фаол ҳаракатланишига қизиқишнинг сусайиши кўринишида ҳам, намоён бўлади. Баъзан фақат лямблия ташувчанлик кузатилади. Иммунитети суст одамларда лямблиоз ошқозон ичак тракти касалликлари—гастрит, дуоденит, панкреатит, холецистит, энтерит, колитнинг сурункалига айланишига сабаб бўлади.

Лямблиозда ишлатиладиган муҳим сўзлар: Циста, вегетатив, ингичка ичак, оғриқ, диарея, қабзият, терига тошма тошиши, тери кичиши, бруксизм, холесистит, трихопол, фуразолидон, тинидазол.

Лямблиозда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари.

Лямблиоз этиологияси.

Лямблиоз эпидемиологияси.

Лямблиоз клиник кечиш хусусиятлари.

Лямблиоз ташхисоти.

Лямблиоз давоси.

Лямблиоз профилактикаси.

ПОЛИОМИЕЛИТ

► **Асосий белгилари:** интоксикация белгилари ривожланади, тана хароратининг кўтарилади, қайси қисмда паралич кузатиладиган бўлса ўша ерда кучли оғриқ бўлади, тўсатдан паралич кузатилади.

◆ **Полиомиелит ўткир юқумли касаллик бўлиб, умумий захарланиш белгилари ва асаб системасининг периферик параличлар кўринишида кечадиган шикастланиши билан характерланади.**

► **Этиологияси:** Кўзгатувчиси Poliovirus hominis деб номланади. Ўлчами 17-30 нм. Антигенлик хусусияти буйича 3 хил турга бўлинади. Учала тур учун ҳам комплементни боғловчи антигени хосдир. Вируслар ташқи шароитда жуда чидамли.

► **Эпидемиологияси:** Ўтган асрнинг 50-йиллари охирларида вакцина кенг қўлланила бошлангандан кейин касалланиш кескин камайди. Касалланиш ҳозирги кунда деярли учрамаяпти. Тропик иқлимга эга бўлган давлатларда касаллик ҳамма фаслларда учрайди.

● **Касаллик манбаи:** беморлар ва соғлом ташувчилар. Асосан касалликни билинар билинмас шакллари билан оғриган шахслар ташқи муҳит учун хавфли ҳисобланишади. Беморлар ахлати орқали ташқи муҳитга вирусларни бутун касаллик даврида ва соғайгандан кейин ҳам бир неча ой давомида чиқариб туришади. Бурун, ютқун ажралмаларида ҳам касалликнинг бошланғич кунларида 1-2 ҳафтагача вируслар топилади. Касаллик яширин даврининг охири кунларидан бошлаб юқумлилиқ бошланади.

● **Юқиш йўли:** нажас-оғиз механизми ва ҳаво-томчи йўли орқали.

● **Мойиллик:** полиомиелитга ҳамма ёшдаги одамлар берилувчан бўлиб, касаллик кўпинча 7 ешгача бўлган болаларда учрайди. Чақалоқлар трансплацентар йўл орқали олган иммунитет 3-5 ҳафта сақланганлиги сабабли 2-3 ойлигигача касалланмайди.

● **Мавсумийлик:** Вакцинация қилиш бошлангунча касалликнинг типик кечиши ёз-куз фаслларида мавсумий кечиши кузатилган.

► **Патогенези:** Полиомиелит вируслари оғиз ва ошқозон ичак тракти шиллиқ қаватлари орқали сўрилиб уларнинг бирламчи репродукцияси ичаклардаги лимфа тугунлари ва пейер пиллакчаларида содир бўлади. Лимфа системасидан вируслар қонга тушиб гематоген йўл орқали МНС га киради ва периферик нерв толалари аксони бўйлаб, ҳамда ҳараклантирувчи нейронлар бўйлаб тарқала боради. Вирусларга орқа миянинг олдинги шохлари жуда сезгир бўлиб уларнинг деструкцияси параличлар ривожланишига олиб келади. МНС зарарланишидан ташқари миокардит ҳам ривожланиши мумкин. Вирусларнинг нерв системасига кириши ҳамма зарарланганларнинг 1 % ни ташкил қилади. Қолганларда касалликнинг параличларсиз кечадиган шакли ривожланади ёки вирус ташувчи бўлади. Касалликнинг ўткир даврида орқа мия гиперемияланган, шишган

кулранг моддасида қон қуйилишлар ва некрозлар кузатилади. Касалликни бошидан кечирган шахсларда турғун гуморал иммунитет қолади.

► **Клиникаси:** Касалликнинг яширин даври 5 кундан 35 кунгача бўлиб кўпроқ ҳолларда 10-12 кунни ташкил қилади.

▼ **Таснифи:**

А) Нерв системаси зарарланмаслиги (инапарант ва абортив шакли) билан кечувчи тури. Атипик кечиши.

Б) Нерв системаси зарарланиши билан кечувчи тури. Типик кечиши.

1) параличларсиз (менингиал шакли)

2) паралитик.

Паралитик полиомиелит:

Патологик жараёнинг жойлашган жойига қараб орқа мия, булбар, понтин, энцефалитик ҳамда аралаш шаклларида бўлинади. Кўп ҳолларда орқа мия шакли типик ҳисобланиб оёқ-қўллар, тана, бўйин ва диафрагманинг параличи билан кечади. Паралитик полиомиелит кечишида қуйидаги даврлар фарқланади.

1. Паралич олди 2. Параличлар 3. Тикланиш 4. Қолдик аломатлар даври.

Паралич олди даври: Касаллик ўткир тана ҳарорати 39°C гача ва ундан юқорига кўтарилиши билан бошланиб, заҳарланиш, катарал белгилар кузатилиб қорин оғриғи ҳам безовта қилади. Вегетатив нерв системаси ўзгаришлари-кўп терлаш, қон босимининг пасайиши, пульс тезлашиши, қизил дермографизм, тери геперэстезияси кабилар кузатилади. Умurtқа поғонаси босилганда, бўйин ва бел букилганда оғриқ сезилади. Кўп ҳолларда кейинчалик қайси оёқ ёки қўлда паралич кузатилиши керак бўлса шу қисмларда оғриқ кузатилади. Оғриқ сезгиси кучлилиги сабабли лардоз, бошни орқага ташлаш, қўлларга суяниб ўтириш каби мажбурий ҳолатлар учрайди. Кўп ҳолатларда менингиал белгилар мусбат бўлади. Мушаклар тортилиши, қўл ва оёқнинг диррилаши, ҳаракат нотинчлиги ҳам хосдир. Кўп ҳолларда нистагм кузатилади. Орқа мия канали пункция қилинганда орқа мия суюқлиги баланд босим билан чиқади, ранги тиниқ бўлиб лимфоцитоз кузатилади. Ликворда қанд миқдори ортади. Паралич олди даври 3-5 кун давом этиб охриги кунларда тана ҳарорати меъёрлашади.

Параличлар даври: Меъёрий ҳарорат вақтида тўсатдан паралич кузатилиши хос бўлиб айрим ҳолларда тана ҳароратининг қайтадан кўтарилиши билан кузатилади. Кўпроқ оёқ мушаклари зарарланиб айрим ҳолларда қўл, бўйин, тана мушаклари зарарланади. Шикастланган қисмда тонус пасайган, физиологик боғламлар рефлекслари чакирилмайди (арефлексия), шикастланган қисмлар териси совуқ, оқиш цианотик бўлиб атрофия ва остеопороз кузатилади.

Понтин шаклда юз нервнинг ядроси зарарланиб мимик мушаклар парези билан кечади.

Бульбар шакли: оғир шакллардан бўлиб ютиш, нутқ ва нафас олишга хос етишмовчиликлар кузатилади. Юқори ҳарорат ва кучли бош оғриғи қайд қилиниши билан намоён бўлади. Касалликнинг биринчи кундан неврологик белгилар нистагм, ютишга қийнлашиш, суюқ овқатнинг бурунга тушиши, нутқнинг бузилиши, овознинг бўғилиши, айримда нафас ва қон томирлар ҳаракатлантирувчи марказларининг параличи кабилар учрайди.

Энцефалитик шакли: эс-ҳушининг йўқолиши, тутканок, нистагм, нутқ бузилиши, қўллар титраши кабилар билан кечиб, вестибуляр ва уқоқли белгилар билан номоён бўлади.

Тикланиш даври: шикастланиш белгилари интоксикация ва оғриқ сезгиларининг йўқолиб бориши билан бошланиб бу белгилар секинлик билан узокроқ вақтда ўтиб мушаклар тонуси пасайиши арефлексия ва атрофия кабилар кучайиши ҳам мумкин. Булар қийшайишларга, деформацияларга, оқсаб қолишга сабаб бўлади. Бундай ҳолатлар 1-3 йил давом этиб оғир ногиронликка сабаб бўлади.

► **Параличларсиз полиомиелит:**

Инапарант, абортив ва менингиал шакллари мавжуд бўлиб улар эпидемиологик ва лаборатор натижалар асосида аниқланади.

► **Ташхисоти:** Серологик усуллардан комплементни боғлаш реакцияси ва нейтраллаш реакцияси қўлланилади.

► **Таққослаш ташхисоти:** Коксаки вируслари чакирадиган касалликлардан, юз нерви неврити, дефтерия полиневрити, туғма миастопиядан. Менингиал шакли сероз менингит, тепкидан таққосланади.

► **Давоси:** Иммуноглобулин ҳар бир килограмм тана оғирлигига 0,5 мл дан қўлланилади. Аскорбин кислотаси 0,05 – 0,1 мг/кг. Прозерин кўкрак ёшидаги болаларга 0,05-0,1-0,2 мл кунига 1 маҳал мушак орасига, 1-3 ёшдагиларда 0,1 мл/ёшига 2 маҳал белгиланади.

► **Профилактикаси:** Эмлаш учун Сейбен тирик вакцинаси қўлланилади. Улар оғиз орқали берилади. Чақалоқлар 3-5 кунлигида, 2, 3, 4 ойлигида эмланади ва 16 ойлик ҳамда 7 ёшлигида қайта эмланади.

Полиомиелитда ишлатиладиган муҳим сўзлар.

Вирус, нерв системаси, ошқозон ичак тракти, паралич олди, паралич, оғриқ, атрофия.

Полиомиелитда қўлланиладиган фундаментал тест саволлари.

- 1.Полиомиелит этиологияси.
- 2.Полиомиелит эпидемиологияси.
- 3.Полиомиелит патогенез тизмасига киради.
- 4.Нерв системаси зарарланиши билан кечадиган полиомиелит кечиш хусусиятлари.
- 5.Паралич олди даври клиникаси.

- 6.Параличлар даври клиникаси.
- 7.Полиомиелит даво тамойиллари.
- 8.Полиомиелит профилактикаси.

БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН КАНДИДОЗЛАР

► **Асосий белгилари:** тери ва шиллиқ қаватларнинг шикастланиши, ички аъзолар жароҳатланиши, тана хароратининг субфебрил кўтарилиши, тери ва шиллиқ қаватларнинг шикастланган қисмларида ачишиш, оғриқ белгиларининг намоён бўлиши. Холсизлик, инжиқлик, овқатдан бош тортиши кабилар.

► **Кандидозли касалликлар-тери ва шиллиқ қаватларнинг, ҳамда ички аъзоларнинг жароҳатланиши билан кечадиган юқумли касаллик бўлиб, асосан кичик ёшдаги болалар ва иммун тизими сустлашган организмларда ва бирор бир касалликнинг асосида иккиламчи равишда ривожланиши билан ҳарактерланади.**

► **Этиологияси:** ачитқисимон замбуруғларнинг кандидилар туркумига кирувчи бир неча хиллари касалликни келтириб чиқаради. Улар табиатда жуда кенг тарқалган бўлиб хавода, сувда, мева ва сабзавотларда, тупроқда ҳамда турли тирик организмларда, жумладан одам организмда топилади.

► **Эпидемиологияси:** •**Касаллик манбаи;** касал одам, соғлом ташувчилар. •**Юқиш йўли;** асосан маиший-мулоқот йўллари орқали юқади. Хаво-томчи йўли орқали ҳам юқиши мумкин. Туғруқ вақтида онадан болага туғруқ йўллари орқали ҳам юқиши мумкин. •**Касалликка мойиллик;** касаллик асосан чақалоқларда, боғча ва мактаб ёшидаги болаларда учрайди, жумладан катта ёшдаги иммун тизими сустлашган кишиларда (юқумли касалликлар, антибактериал дориларни пала-партиш истемол қилиш) учрайди. •**Мавсумийлик;** касалликка мавсумийлик хос эмас, йилнинг ҳамма фаслларида учрайверади.

► **Патогенези:** Кандида кўзғатувчилари шартли патоген микроорганизмлар гуруҳига кириб 5-6% соғлом кишиларда учрайди. Ҳамма кишиларда ҳам касалликни келтириб чиқавермайди. **Кандида ташувчанлик** сўзи кенг ишлатилиб, улар экмада бактериологик усул билан текширилганда топилишига қараб баҳоланади. **Транзитор** (бир неча кунда бир маротаба топилади), **қисқа муддатли** (бир неча ҳафтагача), **сурункали** (экмаларда доимий топилади) турларга бўлинади. Ташувчанликда касалликнинг клиник белгилари учрамайди, кўзғатувчиларни экиб кўриш билан тасдиқланади. Бундай шахсларда касаллик белгилари ташқи ёки ички ножуя факторлар таъсирида авж олиш ҳолатлари кўпроқ учрайди. Касаллик келтириб чиқариши учун қуйидаги бир неча факторлар муҳим аҳамиятга эга:

- 1.Кандидаларнинг организмга тушган миқдорининг кўплиги.

2.Тери ёки шиллик қаватларнинг шикастланиш даражаси ва давомийлиги.

3.Маҳаллий ёки умумий иммун тизимининг (хужайравий ва гуморал) сустлашиши.

4.Тери ёки шиллик қаватлар микрофлорасининг бузилиши.

5.Антибактериал дори воситаларини тартибсиз ишлатиш.

6.Иммунодепрессив препаратларни кўп қўллаш.

7.Тери ва шиллик қаватларнинг РН муҳитининг ўзгариши.

8.Эндокрин тизими фаолиятининг сустлашиши.

9.Тери ва шиллик қаватларни яллиғлантириб бутунлигининг яъни барьер функциясининг бузилишига олиб келувчи юқумли касалликлар (Ўткир вирусли ва бактериал респиратор инфекциялар, Ўткир ичак инфекциялари, терининг замбуруғли касалликлари ва х.к.).

10.Чала туғилиш ҳолатлари.

11.Чақалоқларнинг сунъий овқатлантирилиши.

12.Туғруқнинг оғир кечиши.

13.Болаларда кариес тишларнинг бўлиши.

14.Гигиеник ҳолатларнинг тез-тез бузилиб туриши (оғиз бўшлиғи, тери ва жинсий аъзолар гигиенаси).

15.Радияция нурларининг таъсири.

16.Вакциналарни ўтказишга қарши кўрсатмалар бўлган болаларга вакциналарни ноўрин ўтказиш.

Юқорида кўрсатиб ўтилган сабаблар бир-бири билан ҳамбарчас боғлиқ бўлиб, бир бирини келтириб чиқариши ёки кучайтириши мумкин.

Кандидалар кириш дарвозасида (шиллик қават ёки тери) кўпайиб, маҳаллий яллиғланишга сабабчи бўлиб, қизариш шиш билан намоён бўлади. Шиллик қаватларнинг юза қисмини некрозланишига олиб келиши мумкин, ундай ҳолларда шиллик қаватлар юзасида оқиш пардалар ҳосил бўлади. Организмда кандидиларга қарши иммунитетнинг ҳосил бўлишига ёки мавжудлигига боғлиқ ҳолда касаллик ҳар хил даражада ва муддатда кечади. Касалликнинг илкинчи кунларида қонда кандидаларга қарши Ig M титрининг ортиши кузатилади. Қондаги Ig M, Ig A, Ig G миқдорининг ортиши касалликнинг фаол вақти кечаётганлигидан дарак беради. Касаллик давомида қондаги Ig M миқдорининг камайиши даво муолажаларининг самарали кечаётганлигидан дарак беради. Иммун тизими етарлича ҳосил бўлса касаллик яхши оқибатлар билан тугалланади. Агар иммунитет етарлича ривожланмай қолса касалликнинг сурункали ёки қайталаниб турувчи шаклга ўтиш эҳтимоли кучаяди.

Клиникаси: Кандидозли инфекция клиник кечимида, оғирлигига, жараённинг тарқалганлигига, шикастланадиган қисмларига ва давомийлигига қараб қуйидагича таснифланади.

ТАСНИФИ: ▼**► Шикастланган қисмига қараб:**

А.Шиллиқ қаватлар (оғиз, лаблар, тил, тамоқ, бурун, кўз, жинсий аъзолар, трахеа ва бронхлар, қизилўнгач, ошқозон ва ичаклар, сийдик чиқариш йўллари) шикастланиши.

Б.Тери ва унинг хосилалари (асосан табиий бурмалар сохалари, терининг шиллиқ қаватларга ўтиш қисмлари) шикастланиши.

В.Висцерал ёки системали кандидоз (ички аъзоларнинг зарарланиши билан, ўпка, жигар, буйраклар, талоқ, юрак,)

Г.Кандидозли сепсис (қонда кандидаларнинг кўпайиши)

► Жараённинг тарқалганлигига қараб:

Махаллий (чегараланган ва тарқалган)

Диффуз тарқалган (бир неча қисм ва аъзоларнинг жароҳатланиши)

► Касалликнинг кечимига қараб:

Ўткир

Чўзилувчан

Қайталаниб турувчи

Сурункали

► Кечим оғирлигига қараб:

Билинар билинмас

Енгил

Ўрта оғирликда

Оғир турларга бўлинади.

Шиллиқ қаватлар кандидози кўпроқ ҳолларда оғиз шиллиқ қаватларини айрим қисмларини шикастлаши билан, кандидозли хейлит, кандидозли лаб бичилиши, глоссит, палатинит, тонзиллит ва х.к. кўринишида учраса улар **махаллий чегараланган** жароҳатланишларга киради. Оғиз бўшлиғига бутунлай тарқалиб кетса яъни кандидозли стоматит бўлса у ҳолда **махаллий тарқалган** шакли деб юритиш мумкин.

Шиллиқ қаватларда ҳосил бўлган ўзгаришларнинг кўринишига қараб эрозияли, инфильтратли, эритематоз, гипертрофик ва ярали шаклларга бўлинади.

Ўткир кечимдаги кандидозли инфекция кўпинча **сохта мембранали** ва **атрофик**, **сурункали** кечими эса **гиперпластик** ва **атрофик** кўринишда кечади.

Оғиз бўшлиғининг **ўткир сохта мембранали** кандидози: оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларида нуқтасимон оқиш рангли тошмалар пайдо бўлиб улар аста секин бир-бири билан қўшилиши натижасида ўлчами 0,5-1 см ва ундан катта ўлчамли пардаларни ҳосил қилади. Касаллик енгил кечганда пардалар юпқа бўлиб, осон кўчади ва ўрнида қизарган фонда излари қолади. Оғир кечганда пардалар қалинлашган, кўчиши қийин, мажбуран кўчирилганда ўрнида қон талашлар ва эрозиялар пайдо бўлади. Енгил ва ўрта оғирликдаги кечимида

беморнинг умумий ахволи деярли ўзгармайди. Махаллий ўзгаришларга шикоят қилади. Овқатланганда оғриқ, ачишиш, оғиз куриши, регионар лимфа тугунларининг қисман катталашиши кузатилади. Касаллик оғир кечганда иштаха йўқолиб диспептик бузилишлар ҳам кўшилиши мумкин.

Ўткир сохта мембранали кандидоздан кейин **ўткир атрофик кандидоз** ривожланади. Бундай ҳолатларда шиллиқ қаватлар оч кизғиш рангга кириб худди ловиллаб тургандек кўринади. Шиллиқ қаватларнинг бурмаларининг баъзи жойларида оқиш пардалар кўриниши мумкин.

Ўткир кандидоз етарлича даво муолажаларини олмаган ҳолларда ҳамда бир неча ножўя таъсирларнинг бирга таъсир қилиши натижасида сурункали шаклга ёки висцерал ҳамда септик шаклга ўтиш эҳтимоли учрайди.

Сурункали кандидознинг гиперпластик шакли: оғиз шиллиқ қаватида қаттиқ, шиллиқ қават сатхидан қисман кўтарилиб турувчи пиллакчалар ҳосил бўлади. Пиллакчаларни кўчиришга ҳаракат қилинганда бемор қаттиқ оғриқ сезади ва ўрнида қон қуйилишлар билан эрозиялар ҳосил бўлади.

Сурункали гиперпластик кандидоз болаларда кўпинча хейлит ва глоссит кўринишида намоён бўлади.

Сурункали кандидали лаб бичилиши- қирралари қаттиқ чуқур ёриқлар кўринишида бўлиб, тери атрофи шишган, қизарган, цианотик, ҳаракати чегараланган шаклда учрайди. Оғизни очишга қийналади, очганда оғриқ сезиб ёриқлар соҳасида қонталашлар кузатилади. Тил катталашади, тилнинг ён қисмларида тиш излари кузатилади, сўрғичлари катталашиб яққол кўриниб қолади. Таъм сезгиси ўзгаради, оғиз шиллиқ қаваталарига ва тилга бир нарса ёпишиб тургандек хисси пайдо бўлиб туради.

Сурункали атрофик кандидоз: болаларда камдан кам ҳолларда учраб асосан палатинит ва хейлит кўринишида намоён бўлади. Сурункали палатинитда танглай шиллиқ қаватлари шишган, қизарган ва силлиқ бўлади. Сурункали кандидозли хейлитда лабларнинг жароҳатланган қисми шишган, қизарган, қуруқ, юпқалашган ва майда оқиш-кўнғир рангли кепаксимон ёки тангасимон қипиқлар пайдо бўлиб туради. Оғизни тез ва катта очиш натижасида ёриқларда қонталашлар ва оғриқлар юзага келади. Сурункали ёриқларнинг асосий хусусияти лаб жароҳатланган қисмларда чандиқлар пайдо бўлишидир.

Жинсий аъзолар шиллиқ қаватлари кандидозли жароҳатланишида ҳам қизариш, шиш, оқиш пардалар қоплаши, эрозия каби ўзгаришлар кузатилиб, ачишиш, қичишиш, оғриқ каби субъектив белгилар намоён бўлади.

Болаларда **тери кандидозли** касаллиги кўпинча анус атрофи ва ораликда учрайди. Бунинг сабаби болаларда кандидозли ичак

инфекциялари ривожланиши натижасида ич кетиш хисобига анус атрофи ва оралиқ сохалар нажас билан ифлосланиб туради, бундай ҳолатлар касаллик ривожланишига имкония яратиб беради. Баъзида терининг бурмали сохалари (чов, сон бурмалари, қўлтиқ ости, бўйин, кулоқлар орқаси ва энса) ҳам жароҳатланади. Улар терининг қизариши, шилиниши (эрозияланиши) пуфакчалар ҳосил қилиш, регионар лимфа тугунларининг катталаниши кўринишида учрайди. Субъектив шикоятлардан оғриқ, ачишиш, қичишиш каби белгилар безовта қилади.

Кандидозли инфекциянинг яна бир кўриниши оғиз шиллик қаватлари билан бирга ёки алоҳида **ошқозон ичак трактининг** жароҳатланишидир. У эзофагит, гастродуоденит, колитда учрайдиган диспептик ва дисбактериоз симптомлари билан намоён бўлади.

Нафас йўлларининг жароҳатланиши ринит, трахеит, бронхит, бронхиолит ва пневмония белгилари билан намоён бўлади.

Кандидозли сепсис бирламчи ёки иккиламчи шаклда пайдо бўлиши мумкин. Кўпинча бирор бир аъзонинг ёки қисмининг жароҳатланиши натижасида, организмнинг иммун танқисчилик ҳолатларида намоён бўлади. Беморларнинг умумий аҳоли кескин ёмонлашган, захарланиш белгилари яққол намоён бўлади, тана ҳарорати кўтарилади. Кўп ҳолларда иккиламчи бактериал инфекциянинг қўшилиши хисобига бутун организмда патологик жараён авж олади.

Кандидалар парчаланиш маҳсулотларининг ёки яллиғланиш маҳсулотларининг сўрилиб организм сезгирлигини ошишига ва аллергия таъсирининг кучайиши натижасида терида ҳар хил тошмалар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

► **Ташхисоти:** касалликка ташхис қўйиш учун клиник, эпидемиологик анамнезлардан фойдаланилади. Клиник белгиларнинг мос келиши ва микроскопик усулда кандидалар колонияларининг топилиши ташхисни ойдинлаштиради.

Керак бўлганда тери ичи аллергия синамасини маҳсус кандидалардан тайёрланган аллергиялар билан ҳам қўйиш мумкин.

Серологик усул ёрдамида кандидаларга нисбатан қон зардобдаги антителалар титрининг ортишини кўриш мумкин. Замонавий диагностика усулларида хисобланмиш латекс-агглютинация (LPA) усули касалликнинг эрта даврларида ҳам ташхис қўйиш имконини беради. Занжирли полимераз реакция (ЗПР) усули ва иммунофермент анализи (ИФА) кенг қўлланиладиган усуллардан хисобланади.

► **Давоси:** Кандидозли касалликларнинг маҳаллий шакллари ва енгил, ўрта оғирликда кечганда уй шароитида даволанади. Тарқалган, оғир ва асоратланган кечими касалхонада ётиб даволанишади. Кандидозли касалликларни даволашда қуйида келтирилган принципларни эътиборга олиш керак;

1.Касалликни келтириб чиқаришида ва авж олиб кетишида ахамиятга эга бўлган факторларни бартараф қилиш.

2.Кандидага қарши бериладиган дори воситаларни касалликнинг ҳолатига қараб маҳаллий ёки умумий бериш, қўзғатувчининг сезгирлигини имкон даражасида аниқлаш ва препаратларни узоқ ёки қисқа муддатга буюриш.

3.Касалликнинг қайталанишини олдини олиш учун препаратларни узоқ муддатга сақлаб турувчи миқдорда белгилаш.

4.Иммун тизимини тиклашга ва кучайтиришга қаратилган даво.

5.Даво самарасининг клиник ва лаборатор мониторингини олиб бориш.

Кандидозни даволашда қўлланиладиган фунгицид препаратлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

Полиен антибиотиклар: нистатин, леворин, натамицин, амфотерицин В.

Имидазол ва триазол бирикмалари: флуконазол, миконазол, клотримазол, бутоконазол, кетоконазол ёки низорал.

Аллиамин махсулотлари: тербинафин, нафтифин.

5-флюороцитозин препаратлари: флуцитозин, 5-фторцитозин.

8-оксихинолин унумлари: энтеросептол, нитроксолин, декамин, интетрикс, дермазолон (3% ли 5-хлор-7-йод-8 оксихинолин ва 0,5% ли преднизолон малҳами)

Йод препаратлари: калий йод, йоднинг спиртли эритмалари.

Махсус вакциналар.

Аутовакциналар.

Кандидаларни организмдан тозалаш қийн бўлиб, бу уларнинг организмга қайта тушиб кўпайиши билан боғлиқ (реинфекция ёки суперинфекция). Шу сабабдан даво чоралари **даво** ва **профилактик** йўналишларда олиб борилади.

Кандидаларнинг қобиғини бутунлигини таъминловчи эргостерол моддаси ҳисобланади. Полиен антибиотиклари эргостерол билан боғланиб, кандидалар қобиғининг барьер функциясини бузади. Азол, аллиламин ва тиокарбамат гуруҳи препаратлари эса эргостерол синтезланишини сусайтириши ҳисобига наф беради.

Кандидозларнинг давосини комплекс равишда олиб бориб, аввало этиотроп даво муолажалари ёрдамида қўзғатувчилар организмдан тозаланади. Кейин профилактик даво давом эттирилади. Бир вақтнинг ўзида касалликни келтириб чиқарувчи факторларни ҳам бартараф қилишга киришилади.

Этиотроп даво касалликнинг тарқалганлигига қараб маҳаллий ёки умумий кўринишда олиб борилади.

Маҳаллий даво сифатида полиен антимикотиклардан нистатин, леворин, натамицин, амфотерицин ва имидазол унумларидан миконазал, эконазал, клотримазол препаратлари ишлатилади. Булардан ташқари маҳаллий даво сифатида 8- ва 4-оксихинолин

препаратларидан; хинозол, хиниофон, нитроксалин, энтеросептол, тўртаммон бирикмаларидан; 0,5% ли этоний эритмаси, 1-2% натрий ва аммоний криптилат, 1-2% карболкинатнинг сувдаги эритмаси, антисептиклардан; йод, бўёқлар ва хлоргексидин препаратлари ишлатилади.

Лаб қизил хошияси кандидозли шикастланишида ва аллергияк ўзгаришлар берганида замбуруғга қарши ҳамда кортикостероид препаратларини сақловчи малхамлар буюрилади.

Антимикотик препаратларни **умумий даво** сифатида тавсия қилишга **кўрсатмалар**:

- 1.Тарқалган кандидоз.
- 2.Касалликни авж олдирувчи факторларни бартараф қилиш ёки бошқаришга қийнчилик туғилганда.
- 3.Кандидознинг сурункали шакллари.
- 4.Махаллий даво наф бермаган ҳолларда.
- 5.Иммуносупрессив препаратларни истеъмол қилиб юрган шахсларга.

Антимикотик препаратларини умумий қўллашда кандидаларни организмдан тез тозалаш хусусияти билан бирга бир қанча ножўя камчиликлари ҳам мавжуд (организмга дориларнинг токсик таъсири, қўзғатувчилар чидамлилигининг ортиши, дисбактериоз чақириши ва дориларнинг қимматлиги).

Умумий даво сифатида қуйидаги дори воситаларини тавсия қилиш мумкин:

Флуконазол 50-100 мг кунига бир маҳал 7-14 кун.

Кетокеназол 15-30 кг тана вазнига 100 мг кунига бир маҳал, 30 кг дан ортиқ вазнга 200мг кунига бир маҳал 2-3 ҳафта давомида берилади.

Нистатин, леворин, микогептин, амфотерицин В, амфоглюкамин, натамицин препаратлари ҳам ёш ва вазнига қараб буюрилади.

Антимикотик препаратларининг терапевтик самарасини ошириш мақсадида аммон бирикмаларидан декамин оғизда шимилиб кетгунга қадар 4-6 маҳал 15-20 кун мобайнида тавсия қилинади.

Энтеросептол кунига 0,125-0,25 г дан 7-14 кун.

Интестопан болаларга 2 ёшгача $\frac{1}{4}$ таблеткадан, 2 ёшдан катталарга $\frac{1}{2}$ -1 таблеткадан кунига 2-3 маҳал 10 кунгача буюрилади.

Нитроксалин 5 ёшгача 0,2 г, 5 ёшдан катта болаларга 0,2-0,4 г 4 маҳалга бўлиб 2-3 ҳафта қабул қилинади.

Болаларга йод препаратларини бериш яхши натижа беради.

Ошқозон ичак тракти кандидозли инфекцияларида эубиотикларни антимикотикларга қўшиб бериш яхши самара беради. (Бифидобактериялар, лактобактериялар)

Иммун тизимини ошириш мақсадида иммуномодуляторлар (тимозин, тималин, тимостимулин, тимоген, иммуномодулин) кабилар бериш мумкин.

Сурункали кандидозларни даволашда замбуруғларга қарши моновалент ёки поливалент вакциналарни қўллаш яхши самара беради.

Кандидозларни даволашда пархез ва витаминлар билан даволашнинг ва оғиз бўшлиғи ёки бошқа жойлардаги сурункали инфекцияли ўчоқларни даволаш ахамияти юқори ҳисобланади.

Болаларда маҳаллий даволаш учун тайёрланиб ишлатиладиган кандидадларга қарши дори воситалари

Дорининг номи	Ишлатиладиган дори шакли	Ишлатиш жадвали
Нистатин	Сувдаги суспензияли шакли 100 000 ТБ/мл, (тайёрланади)	4-5 мл дан кун давомида бир неча маротаба жароҳатланган қисмга қўйилади ёки чайилади
Леворин	Сувдаги суспензияли шакли 20 000 ТБ/мл, (кукунидан тайёрланади)	5 мл дан кун давомида бир неча маротаба жароҳатланган қисмга қўйилади ёки чайилади
Натамицин	Махсус тайёрланган суспензия 2,5% ли 20 мл флаконларда	Кунига 4 мл дан кўп бўлмаган микдорда жароҳатланган қисмга қўйилади ёки чайилади
Амфотерицин	100 000 ТБ/мл да тайёрланган суспензияси	Кунига 4 маҳал жароҳатланган жойга 1 мл дан қўйиш
Клотримазол	1% ли эритмаси	Кунига 4 маҳал жароҳатланган жойга 1 мл дан қўйиш

► **Профилактикаси:** касалликнинг махсус профилактикаси мақсадида кандидаларга қарши махсус вакциналарни қўллаш мумкин. Носпецефик профилактика мақсадида иммуноглобулин қўллаш яхши самара беради. Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, организмда

мавжуд инфекцион ўчоқлардан тозалаш ҳам касалликнинг олдини олишда катта аҳамиятга эга.

ҚОҚШОЛ (Tetanus)

► **Асосий белгилари:** тризм, сардоник тиржайиш белгиси, дисфагия, мушаклар тортишиши, мушакларда оғриқ, нафасга тўймаслик, оғиз очишнинг қийнлашиши, опистотонус.

► **Қоқшол** - кўзгатувчи захарининг марказий асаб тизимига таъсири натижасида, мушакларнинг тоник тортишиши ҳисобига тарқоқ тиришишлар вужудга келиши билан тавсифланадиган оғир ўткир юқумли касалликдир.

► **Этиология:** Кўзгатувчиси *Clostridium tetani* спора ҳосил қилувчи бактерияларга таалуқли. Споралари ташқи тасирот омилларига, антисептикларга ва дезинфекцияловчи препаратларга ўта чидамли. Одам организмига тушган споралар қулай анаэроб шароитда вегетатив формага айланади ва ўзидан кучли экзотоксин (*tetanospazmin* ва *hemolizin*) ишлаб чиқаради.

► **Эпидемиологияси:** ♠ **Касаллик манбаи:** бўлиб, касал одамлар ва ҳайвонлар хизмат қилади. Кўзгатувчилар асосан спора ва вегетатив шаклда уй ва ёввойи ҳайвонлари (отлар, сигир, қўй ва қўзилар, чўчқалар, қуёнлар ва бошқалар) ва одамлар (5-40%) ичакларида бўлишади. Кўзгатувчи захари ичакдан сўрилмайди. Кўзгатувчи споралари ажратмалари билан тупроққа тушиб, узоқ сақланади. ♠ **Юқиш йўли:** маиший мулоқот бўлиб, тери ва шиллик қаватлар жароҳатланганида споралар ташқи муҳитдан (тупроқ, сув, чиқиндилар ва х.к) тушиб касаллик ривожланишига олиб келади. ♠ **Касалликка мойиллик:** организмида антитоксик ва антимикроб иммунитет бўлмаган шахслар касалланади. Республикамизда болалар қоқшол кўзгатувчисига ва унинг захарига қарши режа асосида ва тезкор эмланганликлари сабабли касаллик деярли қайд қилинмаяпти. ♠ **Мавсумийлик:** касаллик асосан дала ишлари қизғин вақтда, баҳор ойларидан бошлаб кузгача кўпроқ қайд этилади.

► **Патогенези:** Қоқшол таёқчаси споралари тери жароҳатлари орқали қулай анаэроб шароитга тушгандан сўнг вегетатив шаклга айланади ва экзотоксин ажратади. Экзотоксин учта фракциядан ташкил топган (*tetanosparmin*, тетаногемолизин, протеин) бўлиб, ацетилхолин синтезини кучайтиради. Асосий кучли таъсир қилувчи фракцияси бу тетаноспазмин бўлиб, токсин гемотоксен, лимфоген ва периневрал йўл билан бутун организмга тарқалиб нерв тўқималарида ўрнашиб олади. Токсин тормозловчи мотонейронларни блоклаб эфферент рефлектор ёйларининг координацияси бузилишига олиб келади. Мотонейронларда доимий ҳосил бўлган импульслар қўндаланг тарғил мушакларга берилади ва уларнинг тоник таранглашишига олиб келади. Мушакларнинг узоқ вақт бундай

қисқариши гипертемия ва метоболик ацидоз ривожланишига олиб келади. Ацидоз, диафрагма ва қовурғалараро мушакларнинг тоник қисқариши натижасида юзага келган ўпканинг минутлик ҳажми пасайишини чуқурлаштиради. Узунчоқ миядаги нейронларнинг блоканиши парасимпатик нерв системаси тормозланишига олиб келади, ўз навбатида нафас ва юрак фаолиятининг тўхташига олиб келиши мумкин.

► **Клиникаси:** Яширин давр касалликда ўртача 5-14 кун (қисқариши ва бир ойгача чўзилиши мумкин) давом этади. Яширин давр қанча қисқа бўлса, касаллик шунча оғир кечади. Касаллик кўпинча ўткир, баъзан умумий ҳолсизлик, жароҳат олган жойда тортишган оғриқлар, яра тегиб турган мушаклар пирпираши, ташқи таъсиротларга сезгирлик ошиши каби белгилардан иборат бошланғич даври билан бошланади. Қоқшолда юзага келадиган илк ва хос белгилардан бири тризм яъни чайнов мушакларининг тоник таранглашиши натижасида оғиз очишнинг қийинлашишидир. Шу белги билан бирга мимика мушакларининг спазми натижасида “сардоник тиржайиш” ҳамда ҳалқум мушакларининг қисқариши натижасида “дисфагия” юзага келади. Бу учала белги “тризм”, “сардоник тижайиш” ва “дисфагия” доимо бирга келади ва учлик белгиси деб аталади.

Кўндаланг тарғил мушукларда тонусининг ортиши натижасида, энса мушаклар ригидлиги, бошни орқага ташлаш, умуртқа поғонасининг ҳаддан ташқари ёзилиши, мучаларнинг тўғриланиб қолиши кузатилади “опустотонус”. Қовурғалараро мушаклар ва диафрагманинг тоник қисқариши натижасида ўпканинг минутлик ҳажми камаяди ва гипоксияга олиб келади.

Касаллик авж олган пайтда тетаник тутқаноқлар давом этади. У гипертермия, кўп терлаш, тахикардия, гипоксиянинг чуқурлашиши билан кечади. Сийдик ажралиши ва дефекация оралик соҳа мушаклари спазми ҳисобига қийинлашади.

Ички органлар томонидан специфик ўзгаришлар бўлмайди, ўчоқли ва менингиал симптомлар кузатилмайди. Хотира бутун касаллик давомида аниқ сақланган бўлади. Қоқшолда инфекцион жараёнининг тарқалиши бўйича тарқалган ва маҳаллий шакллари тафовут қилинади. Одамларда аксарият тарқалган шакллари учрайди.

► **Маҳаллий қоқшол.** –Бунда фақат жароҳатга яқин бўлган мускулларгина зарарланади. Касалланган одамнинг боши ёки юзи жароҳатланганда маҳаллий қоқшол бошланиши мумкин. Беморда тризм ва энса мускулларининг тортишиб қолиши яққол кўринади. Бундан ташқари бош мия нервларига хос белгилар ҳам кўзга ташланади. Баъзан қутуриш касаллигига ўхшаш ютиниш мускуллари тортишиб қисқариб қолади. Бош ва юз жароҳатланган ҳолларда баъзан юз фалажи қоқшоли ривожланади. Буни Розе қоқшоли деб ҳам юритилади. Беморда тризм ва мимика ҳамда энса мускулларининг

тортишиб қисқаришдан ташқари бош мия нервлари ярим фалажи бошланади. Одатда жуфт нервлар ярим фалажи икки томонлама бўлади. Қоқшол касаллиги 2-4 ҳафта давом этади. Айниқса қоқшолнинг ўткир даври (10-14 кун) хавфлидир. 15 кундан кейин бемор аста-секин соғая бошлайди. Оғирлик даражасига кўра енгил, ўрта оғир, оғир шаклларга бўлинади:

Енгил шакли кам ва асосан қисман иммунитетни бор одамларда кузатилади. Учлик белгилари суст ривожланган. Тутқаноқ хуружлари бўлмайди. Иситма субфебрил, баъзида тахикардия кузатилади. Давомийлиги икки ҳафта. Ўрта оғир шаклида мушаклар тортишиши белгилари яққол ривожланади. Тахикардия, тана ҳароратининг юқори даражагача кўтарилиши билан характерланади. Тутқаноқлар хуружи бир кунда 1-2 мартадан ошмайди ва давомийлиги 15-30 секундни ташкил этади. Асоратлар кузатилмайди. Давомийлиги уч ҳафта.

Оғир шаклида белгилар яққол ривожланади. Иситма доимий ва юқори бўлади. Тутқаноқ хуружлари ҳар 5-30 минутда такрорланиб давомийлиги 1-3 минутни ташкил қилади. Гипоксия яққол ривожланган тахикардия, А/Б нотурғунлиги кузатилади, кўпинча асорат сифатида пневмония қўшилади. Давомийлиги уч ҳафтадан ортиқ. Ўлим холлари кўпинча мия стволининг жароҳатланиб, нафас ва юрак фаолиятининг тўхташи сабабли юзага келади. Асоратлар бўлмаганда тўлиқ тузалиш кузатилади.

► **Қоқшол асоратлари:** Қоқшолнинг бошланғич даврида ателектаз, аспирацион ва гипостатик пневмония бошланиши мумкин. Кучли талваса натижасида баъзан пай ва мускуллар узилиши, суяклар синиши юз беради. Узоқ вақт давом этадиган тахикардия, гипертония, умуртқаларнинг қийшайиб қолиши, мускуллар ва бўғинларнинг тортишиб туриши 3,4,7 жуфт бош мия нервларининг фалаж бўлиб қолиши каби асоратлар учрайди. Ҳикилдоқдаги овоз мускуллари, диафрагма ва бошқа нафас мускулларининг қисқариши натижасида асфикция бошланиши ҳарорат кўтарилиб тахикардиянинг брадикардия билан алмашинуви ёмон оқибат ҳисобланади.

► **Таққослаш таъхисоти:** Истерия касаллигида ҳам мускуллар тортишиб қисқариб қолади. Истерия тутқаноғи тутганда мускуллар тонуси ўзгармасдан фақат айрим мускуллар тортишиши кузатилади. Бемор йиғлаб, қичқиради. Касаллик хуружи вақтида беморлар ўз кийимларини йиртиб, лабларини тишлайдилар, бошларини деворларга урадилар, касаллик хуружи ўтгач беморда галлюцинация аломатлари кўринади. Сўнгра у уйқуга кетади.

Қутуришда беморнинг сўлаги оқади, гидрофобия, аэрофобия белгилари бўлади. Тризм ва мускуллар тортишиб қисқариши кузатилмайди. **Стрихнин** билан заҳарланганда касаллик оёқ мускулларининг тортишиб қисқаришдан бошланади. Тортишиб бўшашгандан кейин кўз қорачиқлари кенгайиб кетади.

Менингитда тризм ва “сардоник тиржайиш” бўлмайди. Орқамия суюқлиги таркиби ўзгаради. Менингиал белгилар ривожланади.

► **Даволаш.** Қоқшолни даволаш қуйидаги йўналишларда олиб борилади.

1. Жароҳатга жарроҳлик ишлов бериш.
2. Бемор учун осудаликни жорий қилиш.
3. Қон оқимидаги захарни нейтраллаш.
4. Талваса синдромини камайтириш ёки бартараф қилиш.
5. Сепсис ва зотилжам каби асоратларнинг олдини олиш ва даволаш.
6. Қон таркибидаги газ, кислота – ишқорий ва сув-электрлит мувозанатини сақлаш.
7. Гипертемияни бартараф қилиш.
8. Юрак-қон томир фаолиятини тиклаш.
9. Ўпка вентилизациясини юзага келтириш.
10. Овқатланиш билан таъминлаш.
11. Узвий врач ва ҳамшира назорати билан таъминлаш.

Жароҳатни яъни инфекция ўчоғини яхшилаб текшириб, тозалаш муҳим. Жароҳат эзилган, йиртилган, некрозга учраган тўқималардан тозаланади. Бемор қонидаги токсинни зарасизлантириш учун қоқшолга қарши антитоксин зардоб ишлатилади. Қоқшолга қарши зардоб Безредко усули бўйича мактаб ёшдаги болаларга 80000-100000 ТБ, чақалоқларга 20000-40000 ТБ миқдорда юборилади. Охирги йилларда донор зардобидан тайёрланаган гаммаглобулин 5000 ТБ дан 5 кун юборилади. Бемор организмда фаол антитоксик иммунитет ҳосил бўлиши учун қоқшол анатоксини ишлатилади. Анатоксин 5 кун оралаб 3-4 марта 0,5-1,0 мл зардобдан 30 минут олдин тери остига юборилади.. Мускуллар тортишиб қисқаришни камайтириш учун. ухлатувчи дорилар, кураресимон моддалар, хлоралгидрат, барбитуратлар кенг қўлланилади.

► **Профилактикаси.** Иккита мақсад кўзда тутилади.

1. Жароҳат олганда жароҳатни тозалаб юқумсизлантириш мақсадида кўриладиган чора-тадбирлар.
2. Организмда қоқшолга қарши иммунитет ҳосил қилиш мақсадида соғлом одамларни эмлаш. Одамга хоҳ катта, хоҳ кичик шикаст етиб териси жароҳатланганда, кечиктирмай 3000 АБ миқдорда қоқшолга қарши зардоб юбориш керак. Агар жароҳат катта бўлса, битиб кетгунча ҳар ҳафтада 3000 АБ дан зардоб юборилиб турилади.
3. Қоқшол токсини – анатоксин билан эмланади. Бунда актив иммунитет ҳосил бўлади. Анатоксин икки марта, биринчи мартада бир мл 20 кундан кейин 2 мл тери орасига юборилади.

► **Махсус профилактика** АКДС билан болалар 2 ойлик, 3 ойлик, 4 ойликда вакцинация, 16 ойлигида ревакцинация қилинади.

7,16,28 ва 46 ёшларида АДС-М ёрдамида режа асосида анатоксин қилинади.

ИЧ ТЕРЛАМА КАСАЛЛИГИНИНГ БОЛАЛАРДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.

Эрта мактаб ёшидаги болаларда ич терлама катталарда кечишидан деярли фарқ қилмайди. 2-6 ёшдаги болаларда эса бир қанча хусусиятлари билан катталарда кечишига ўхшаб кетади. Касаллик енгил қисқа давом этади. Асоратлар кам учрайди. 2 ёшгача бўлган болаларда ич терлама атипик кечиб бир қанча хусусиятлари мавжуд. Кўп ҳолларда касаллик ўткир бошланиб 2-4 кунларда тана ҳарорати энг юқори кўрсаткичларга етади. Заҳарланиш белгилари яққол ривожланади. Айрим ҳолларда менингизм ривожланади. Менингит ёки менингоэнцефалит билан кечганда орқа мия суюқлигида ич терлама қўзғатувчилари топилади. Хазм қилиш системаси томонидан ҳам қайт қилиш, қабзият, колит белгилари каби ўзгаришлар кузатилади. Талоқ катталашади. Брадикардия, пульс дикротияси, розеолез тошмалар, лейкопения эрта ёшдаги болаларда кузатилмайди. Агглютинация реакцияси жуда кеч ёки жуда паст кўрсаткичга эга бўлади. Ичакдан қон кетиш, ичаклар тешилиши каби асоратлар учрамайди. Энг кўп асорати пневмония бўлиб, бу касалликларнинг оқибати катта аҳамиятга эга. Ўлим кўрсаткичи катта ёшдаги болаларга нисбатан юқори.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН ОВРИГАН БОЛАЛАРНИ КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМА.

Касаллик номи	Кечиш оғирлиги, шакли	Касаллик ўрта оғирликдаги шаклининг кечиш давомийлиги
Грипп	Оғир, гипертотоксик шаклларида, асоратланган ҳолатларда. Икки ёшгача бўлган болалар.	3-6 кун
Парагрипп	Оғир кечиши ва асоратланган ҳолларда, Круп синдромида. Икки ёшгача бўлган болалар.	10-14 кун
Аденовирусли инфекция	Оғир кечиши ва асоратланган ҳолларда, икки ёшгача бўлган болалар.	10-14 кун
РСИ	Оғир кечиши, асоратланган ҳолларда, икки ёшгача бўлган болалар.	2-8 кун
Риновирусли инфекция	Асоратланган ҳолларда.	6-7 кун

Реовирусли инфекция	Оғир кечганда ва асоратланган ҳолларда, икки ёшгача бўлган болалар.	8-10 кун
Қизамиқ	Оғир кечишда, икки ёшгача бўлган болалар, асоратланганда. Гипертоксик шакли.	12-16 кун
Қизилча	Оғир кечишида, хомиладорлар, асоратланган ҳолатларда	3-6 кун
Дифтерия	Касалликнинг ҳамма шакллари билан оғриганлар.	25-35 кун
Скарлатина	Ўрта оғирликда ва оғир кечишида, асоратланган ҳолатларда геморрагик, гипертоксик, токсико-септик шаклида.	8-12 кун
Юқумли моноклеоз	Оғир кечишида ва асоратланган ҳолатларда.	2-3 ҳафта
Кўк йўтал	Оғир кечишида ва асоратланган ҳолатларда, икки ёшгача бўлган болалар.	5-12 ҳафта
Сув чечак	Оғир кечишида, бир ёшгача бўлган болалар, асоратланган ҳолатларда	8-10 кун
Стафилококкли инфекция	Чақалоқлар, оғир кечганда, иммунтанқис болалар.	Узоқ муддат давом этиши мумкин
Менингококкли инфекция	Тарқалган шакллари	10-14 кун
Тепки	Нерв системаси зарарланиши билан кечганда оғир кечиши ва асоратланган ҳолларда.	8-10 кун
Вирусли гепатит А,Е	Оғир шакллари ва асоратли ҳолларда	2-3 ҳафта
Вирусли гепатит В,С,D	Ўрта оғир, оғир, фульминант шакллар, асоратланган ҳолларда.	4-6 ҳафта
ЎИИ	Оғир кечганда, чақалоқлар, эксикоз белгилари учраганда, токсикоз белгилари ривожланганда.	Уч кундан бир ойгача ва ундан ортиқ.
Аскаридоз	Асоратланган шаклларида	1-2 йил
Энтеробиоз	Асоратланган шаклларида	28 кун
Тениаринхоз	Асоратланган шаклларида	Йиллар давомида
Тениоз	Асоратланган шаклларида	Йиллар

		давомида
Гименолепидоз	Асоратланган шаклларида	Йиллар давомида
Лямблиоз	Асоратланган шаклларида	Йиллар давомида
Полиомиелит	Паралитик шакллари	Йиллар давомида
Болаларда кандидозли касалликлар	Оғир, тарқалган шакли, ёки уй шароитида берилган даво самарасиз бўлганда.	1-2 ҳафта, ойлаб давом этиши мумкин
Қрим-Конго геморрагик иситмаси	Хамма шакллари билан оғриганлар	2 ҳафта
БСГИ	Хамма шакллари билан оғриганлар	2-3 ҳафта
Қоқшол	Касалликнинг оғир ва асоратли шакллари	2-3 ҳафта
Ич терлама	Хамма шакллари билан оғриганлар	3-4 ҳафта

**ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН ОҒРИГАН
БЕМОРЛАРНИ СОҒЛОМ ШАХСЛАРДАН АЖРАТИБ ҚЎЙИШ
ДАВРИ ВА МУДДАТИ.**

Касаллик номи	Касалликнинг юқумлилиқ даври	муддати
Қизамиқ	Яширин даврининг охириги бир икки кун, катарал даври. Тошмалар топиш даврининг 1-2 кун	8-9 кун
Қизилча	Яширин даврининг охириги 1-2 кун. Бошланғич даври, авж олиш даври	5-7 кун
Сув чечак	Яширин даврининг охириги бир икки кун, касалликнинг ўткир кечиш даври	8-10 кун
Скарлатина	Касалликнинг ўткир кечиш даври	6-8 кун
Полиомиелит	Яширин даврининг охириги кунлари, ўткир даврида, баъзида тузалгандан сунг 4-5 ойгача	15-20 кун
Кўк йўтал	Касалликнинг бошланғич ва хуружли йўтал даври	30 кун
Тепки	Касалликнинг ўткир кечиш даври	10 кун
Дифтерия	Касалликнинг ўткир кечиш даври	10-25 кун
Грипп	Касалликнинг ўткир кечиш даври	4-7 кун

Парагрипп	Касалликнинг ўткир кечиш даври	7-10 кун
РСИ	Касалликнинг ўткир кечиш даври	5-7 кун
Риновирусли инфекция	Касалликнинг ўткир кечиш даври	5-7 кун
Аденовирусли инфекция	Касалликнинг ўткир кечиш даври	2-3 ҳафта
Реовирусли инфекция	Касалликнинг ўткир кечиш даври	6-8 кун
Менингококкли инфекция	Касалликнинг ўткир кечиш даври	8-10 кун
Вирусли гепатит А, Е	Касалликнинг бошлангич даврида, сариқлик даврининг 2-3 кунларида	10-12 кун
Вирусли гепатит В, С, Д	Касалликнинг ҳамма даврида ва ташувчиларда	25-40 кун
Парагрипп	Оғир кечиши ва асоратланган ҳолларда, Круп синдромида. Икки ёшгача бўлган болалар.	10-14 кун
РСИ	Оғир кечиши асоратланган ҳолларда, икки ёшгача бўлган болалар.	2-8 кун
Риновирусли инфекция	Асоратланган ҳолларда.	6-7 кун
Аденовирусли инфекция	Оғир кечиши ва асоратланган ҳолларда, икки ёшгача бўлган болалар.	10-14 кун
Реовирусли инфекция	Оғир кечганда ва асоратланган ҳолларда, икки ёшгача бўлган болалар.	8-10 кун
Менингококкли инфекция	Тарқалган шакллари	10-14 кун
Вирусли гепатит А,Е	Оғир шакллари ва асоратли ҳолларда	2-3 ҳафта
Вирусли гепатит В,С,Д	Ўрта оғир, оғир, фульминант шакллар, асоратланган ҳолларда.	4-6 ҳафта
Аскаридоз	Одамдан одамга тўғридан тўғри юқмайди	-
Энтеробиоз	Касалликнинг ҳамма даврида	Ойлаб ва йиллаб давом этиши мумкин

**ЎЗБЕКИСТОНДА ҚЎЛЛАНИЛАЁТГАН ПРОФИЛАКТИК
ЭМЛАШ ЖАДВАЛИ**

Ёши	Вакцина ва эмлашнинг номланиши
1 кунлик	Вирусли гепатит В-1
3-5 кунлик	Силга қарши БЦЖ-1, полиомиелитга қарши ОПВ-0
2 ойлик	АҚДС-1, ОПВ-1, ВГВ-2
3 ойлик	АҚДС-2, ОПВ-2
4 ойлик	АҚДС-3, ОПВ-3
9 ойлик	ВГВ-3
1 ёш	Қизамикка қарши-1
16 ойлик	АҚДС-4, ОПВ-4, , тепкига қарши
7 ёш	АДСМ-5, БЦЖ-2, ОПВ-5, Қизамикка қарши-2
15-16 ёш	БЦЖ-3
16-17 ёш	АДСМ-6
26 ёш	АДСМ-7
45 ёш	АДСМ-8

Эмлашга қарши кўрсатмалар

- 1.Бирор бир ўткир юқумли касалликлар эпидемияси вақтида.
- 2.Юқумли касалликлар билан мулоқотда бўлган болаларга.
- 3.Юқумли касалликлар яширин даврини кечираётган болаларга.
- 4.Чала туғилган болаларга олти ойгача.
- 5.Туғма нуқсонлар билан туғилганларга.
- 6.Анамнезида кортикостероидлар кўп қабул қилган болаларга охириги муолажадан кейин олти ойгача.
- 7.Бирор бир касалликни бошидан кечирганлар соғайгандан кейин бир ойгача.
- 8.Эмлаш жадвалига киритилган касалликларни бошидан кечирганлар.
- 9.Анамнезида олдинги вакциналарда ножўя таъсирлар кўрсатилган бўлса ўша вакцина қилинмайди.
- 10.Аллергик касалликлари бор болалар (зарурат бўлганда десенсибилизацияловчи даво билан бирга қилинади).
- 11.Асаб тизимида касалликлари бор болалар.
- 12.Сурункали юқумли касалликларнинг кўзиш хавфи бўлганда.
13. Иммун танқислиги бор болалар (тирик БЦЖ, Полиомиелит, қизамик, тепки вакциналари мумкин эмас, ўлдирилган вакциналар мумкин).

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

- Покровский В.П. «Менингококковая инфекция» М1986 й.
- Ходжаев Ш.Х., Соколова И.А. «Менингококковая инфекция» 1986 й.
- Иванов А.Н. «Инфекционные болезни с экзантемами» Москва 1987 й.
- Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. «Инфекционные болезни у детей» Москва 1989 й.
- Зубик Т.М и др. «Дифференциальная диагностика инфекционных болезни» Москва 1991 й.
- В. Ф. Учайкин «Руководство по инфекционным болезням у детей» Москва 1998 й.
- В.Н. Самарина, О.А. Сорокина «Детские инфекционные болезни» Москва, Санкт-Петербург 2000 й.
- Махмудов О.С. “Боалар юкумли касалликлари” Тошкент 1990 й

М У Н Д А Р И Ж А.

1. Кириш	3
2. Ўткир респиратор вирусли инфекцияларининг умумий кечими.....	5
3. Грипп.....	10
4. Парагрипп.....	14
5. Аденовирусли инфекция.....	15
6. Респиратор синтициал инфекция.....	17
7. Риновирусли инфекция.....	19
8. Реовирусли инфекция.....	20
9. Тошмалар билан кечувчи юкумли касалликлар.....	21
10. Тошмалар тавсифи ва таснифи.....	21
11. Қизамиқ	24
12. Қизилча	29
13. Сув чечак	33
14. Стрептококкли инфекциялар.....	38
15. Скарлатина	38
16. Стрептококкли лаб бичилиши.....	44
17. Стрептококкли оддий темиртки.....	45
18. Стафилококкли инфекциялар.....	46
19. Менингококкли инфекция.....	50
20. Қрим-Конго геморрагик иситмаси.....	54

21. Буйрак синдромли геморрагик иситма.....	60
22. Кўтир.....	63
23. Дифтерия	65
24. Юқумли моноклеоз.....	76
25. Кўк йўтал.....	82
26. Тепки	86
27. Вирусли гепатитлар.....	91
28. Ўткир ичак инфекциялари.....	98
29. Гижжа касалликлари	108
30. Аскаридоз.....	110
31. Энтеробоз.....	111
32. Тениаринхоз.....	112
33. Тениоз.....	113
34. Гименолепидоз.....	114
35. Лямблиоз.....	114
36. Полиомиелит	120
37. Болаларда учрайдиган кандидозли касалликлар.....	123
38. Қоқшол.....	131
39. Ич терламанинг болаларда кечиш хусусияти	135
40. Беморларни касалхонага ётқизишга кўрсатма....	136
41. Беморни соғломлардан ажратиш муддати.....	138
42. Эмлаш жадвали.....	139
43. Эмлашга қарши кўрсатма.....	140