

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

НИЗОМИЙ НОМИДАГИ ТОШКЕНТ ДАВЛАТ
ПЕДАГОГИКА УНИВЕРСИТЕТИ

**Мирходжаева Захро Саидгафаровна,
Содикова Хамида Абборовна,
Муродова Умида Дилмуродовна**

**Юқумли касалликлар ва эпидемиология
асослари**

(услубий қўлланма)

Таълим йўналиши : Барча йўналишлар

ТОШКЕНТ - 2007

АННОТАЦИЯ

Ушбу қўлланма нихоятда ҳаётий ва долзарблиги билан аҳамиятлидир. Буни жаҳон миқёсида ҳамда кундалик ҳаётимизда рўй бераётган турли-туман фавқулотда ҳодисалар оқибатида юқумли, баъзан Ўта юқумли касалликларнинг тез авж олиб, одамзод ҳаётига таҳдид солаётгани мисолида ҳам кўриш мумкин. Кейинги 2-3 йил мобайнида Марказий Шарқий Осиё мамлакатларида содир бўлган юқумли касалликлар (ТОРС-оғир Ўткир респиратор синдром, «ҒОЗ-ғайриоддий зотилжам» ҳамда қушлар касаллиги) озмунча одамлар, ҳайвонлар паррандалар ҳаётига замин бўлмадими, жамиятга моддий-иқтисодий зарар келтирмадими? Бутун жаҳон ахлини қаттиқ ларза ва ташвишга солаётган СПИД (ОИТС)-ВИЧ- инфекцияси дарди бедавоси-чи?

Экологик мувозанатнинг кескин бузулиши сабабли минтақамизда чегарадош қўшни давлатларда келиб чиқаётган, биз томонга ҳам кириб келиши мумкин бўлган кўплаб юқумли, баъзан Ўта хавфли касалликларни олдини олиш, уларга қарши кураш, муҳофаза чора-тадбирларини кўриш давр замон талабидир.

Бунинг учун фуқаролар онгида огоҳлик билан бирга соғлом турмуш тарзи санитария-гигиена ҳамда жамоатчилик ичидаги энг оддий қонун-қоидалар талабларига қатъий риоя қилиш, тиббий муҳофаза маданиятини янада шакллантириш, уни ҳаётга кенг тадбиқ этиш нихоятда муҳимдир.

Қўлланмада юқумли касалликлар кенг ва атрофлича ёритилган, бу соҳадаги бир неча манбалардан унумли, ижодий фойдаланган.

Ўйлаймизки, бу қўлланма тиббий билим асослари ва фуқаро муҳофазаси ҳамда тиббиёт коллеждлари талабаларининг юқумли касалликлари фанини чуқур Ўзлаштиришига яхши хизмат қилади.

Такризчилар:

5- шаҳар юқумли касалликлар
шифохонаси бош шифокори
олий тоифали ташкилотчи
Валиева Салима Қодировна
ТДПУ тиббий билим асослари
ва фуқаро муҳофазаси кафедраси
доценти Алимова И.А.

Тузувчилар:

Мирходжаева Захро Саидгафаровна,
Содикова Хамида Абборовна,
Муродова Умида Дилмуродовна
ТДПУ тиббий билим асослари ва фуқаро муҳофазаси кафедраси

КИРИШ

Юқумли касалликларинсониятга қадим замонлардан бери маълум. Кўпгина юқумли хасталиклар қадимда ғоят кенг тарқалган, оғир кечган ва минглаб одамларнинг ёстиғини қуритган. Ўша даврдаёқ етук олимлар вабо, чин чечак, Ўлат каби кўп учрайдиган касалликлар юқумли эканини таъкидлаб, уларнинг тирик қўзғатувчилари бўлиши мумкинлигини гумон қилагнлар. Букрот уларни «миазма» лар деб атаган. Хатто касалликдан сақланишнинг оддий эҳтиёт чоралари ишлаб чиқилган.

Табобат илмининг бобокалони Абу Али Ибн Сино (980-1037) Ўзининг «Тиб қонунлари» китобида «Касалликлардан баъзилари юқумли бўлади» деб кўрсатади.

«булар ,деб ёзади у-мохов, қўтир, чечак, вабо иситмаси йиринглаган яралар каби хасталиклардир».

Ундан беш аср кейингина италиялик шифокор Д. Фракостро (1483-1553) «Контагиялар ва контагиоз касалликлар» деб номланган китобида юқумли касаллик қўзғатувчиларини тирик мавжудотлар «контагиялар» деб атаган.

Ўша даврдаги фан ва техника тараққиёти алохида юқумли касалликнинг қўзғатувчисини аниқ топиш имконини бермаган. Шу боисдан яна бир неча асргача бу касалликларни «тирик мавжудотлар қўзғатади», деган фикр мавҳум бўлиб қолаверган.

XVII асрда голанд табиатшуноси Антоний ван Левенгук микроскопни кашф этиши микроблар дунёсини Ўрганишда оламшумул аҳамиятга эга бўлди. Анашу кашфиётдан кейин ҳам айрим микроблар маълдум юқумли касаллик қўзғатувчиси (патоген) экани исботлагунча 2 аср муддат Ўтди. Шу даврда ҳам кўпгина юқумли касалликлар алохида номга эга бўлмай, умумлаштирилганҳолда «иситма касалликлари» ёки безгак деб аталарди.

XIX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб патоген микробларнинг у ёки бу юқумли касалликларнинг келиб чиқишига сабабчи эканлиги исботлана бошланди. 1875 йилда амебиаз касаллиги қўзғатувчилари, 1880йилда эса безгак ва ич терлама, 1898 йилда лейшманиоз касаллиги қўзғатувчилари аниқланди. Кейинроқ сил, қайталама тиф, қутуриш касаллиги қўзғатувчилари ҳам маълум бўлди. Бу тадқиқотларга француз олимиЛуи Пастер (1822-1895), немис олими Роберт Кох (1843-1910), рус олимлари И.И.Мечников (1845-1916), Д.И.Ивановский (1863-1932) ва бошқалар салмоқли ҳисса қўшдилар.

Юқумли касалликлар бўйича бевосита илмий иш олиб борган ва кўплаб илмий ходимлар тайёрлаган олимлардан И.Қ.Мусабоев, Т.Х. Нажмитдинов, В.М.Мажидовларни кўрсатиб ўтиш лозим. Ўзбекистон фанлар академиясининг мухбир аъзоси, профессор И.Қ.Мусабоев бошчилигида тиф-паратиф касалликлари, ичбуруғ, вабо, вирусли гепатитлар, дифтериянинг патогенезини ўрганиш ва даволаш усулларини такомиллаштиришда катта илмий ишлар бажарилмоқда.

Мавзу 1. Инфекцион жараён ҳақида тушунча. Юқумли касалликлар болалар инфекциялари.

Инфекцион жараён ҳақида тушунча.

Одамлар коллективи орасида инфекцион касалликларнинг тарқалиши мураккаб процесс бўлиб, унга соф биологик вазиятлардан ташқари (қўзғатувчининг хусусияти ва одам организмнинг ҳолати.) социал омиллар: халқнинг моддий аҳволи, аҳоли зичлиги, маданияти, овқатланиши ва сув таъминоти, касби ва ҳоказо жуда катта таъсир кўрсатади.

Инфекция ҳақида тушунча. Инфекция деганда (лотинча юктираман) ё организмнинг зарарланиши ёки инфекцион касаллик юқиши натижасида пайдо бўлган касаллик тушунилади. Масалан, ичак инфекциялари, томчи инфекциялари дейилади, аслида гап ичак ёки томчи йўли билан юқадиган инфекцион касаллик устида боради. Инфекцион касаллик деганда патоген микробларнинг ташқи муҳитнинг маълум шароитларида макроорганизм билан ўзаро алоқага киришиши натижасида юзага келадиган патологик процессни тушунмоқ керак.

Инфекциянинг намоён бўлиш аломатлари.

Инфекция намоён бўлишига кўра ўткир ва хроник (сурункали), рўй рост ва яширин, аралаш ва иккиламчи инфекцияларга бўлинади. Инфекцион касалликлар ўз табиатига кўра экзоген ва эндоген инфекцияларга бўлинади. Экзоген йўл билан юқишда касаллик қўзғатувчиси организмдан ташқарида пайдо бўлади (беморлар, касаллик ташувчилар) шунингдек, инфекция юққан одамлар ёки озиқ-овқат, сув, предметлар, ҳаво тупроқ орқали юқади. Эндоген касалликлар (аутоинфекция) ўз микробларининг (тери, шиллиқ пардалар, нафас ва овқат хазм қилиш органлари, сийдик таносил йўллари, кўз конъюнктиваси) активланиши натижасида пайдо бўлади, бу ҳодиса макроорганизм ички муҳит нисбий бутунлигининг бузилиши, ташқи омиллар ва социал шароитлар таъсири натижасида содир бўлади.

Инфекцион касалликлар бошқа ноинфекцион касалликлардан қатор хусусиятлари билан фарқ қилади.

1. Ҳар бир инфекцион касаллик ўзининг специфик қўзғатувчисига эга бўлади.

2. Ҳар бир инфекцион касаллик ўзининг тарқалиш йўлига ва ўтиш механизмига эга бўлади.

3. Ҳар бир инфекцион касаллик ўзининг инкубацион ва продромал даврига эга бўлади.

4. Инфекцион касалликлар учун бактериемия, септикопиемия ҳосилдир. Бактериемия деб микробларнинг қонга тушиб, бутун организмга тарқалишига айтилади.

Септикопиемия турли орган ва тўқималарда йирингли ўчоқлар пайдо бўлиши билан характерланади.

1. Р.А.Рамазонова, Ю.Г. Семина «Медицина хамширалари учун Ўқув қўлланмаси»
2. М.К. Усмонов «Эпидемиология»
3. Ш.Ш.Шовохобов «Юқумли касалликлар ва эпидемиология асослари»
4. В.М. Мажидов «Юқумли касалликлар»
5. А.В.Воловская «Эпидемиология асослари ва юқумли касалликлар»
6. Ж.Эшқобилов, А.Махмудов «Болалар касалликлари»
7. Т.Смолякова «СПИД»
8. Р.М.Хаитов, М.А.Нажмиддинов, Р.М.Рўзибокиев «СПИД»
9. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 2 мартдаги «Санитария қонунларини бузганлик учун жавобгарликни ошириш тўғрисида» ги Фармони.
10. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида» ги Фармони.
11. Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг 1999 йил 19 августдаги «Одамда иммунитет тансиқлиги касаллигини чакирувчи вирус (ВИЧ-инфекция) га қарши муҳофаза қилиш Қонуни» ни қучга киргизиш тўғрисидаги Қарори.

тўғрисида дарак берувчи аломатлар кузатилади. Нохушлик, узоқ муддатли иситма, кечалари терлаш, озиб кетиш шундай даракчилардан ҳисобланади.

Лимфоденпатия-лимфа тугунларининг катталашishi ҳам бу ҳолатда учраб туради. Асосан бўйиндаги, жағ ости, қулоқ ости, лимфа тугунлари катталашади.

Айрим ҳолларда оғиз шиллиқ қаватида кандидозлар, терида дерматитлар кузатилади. Баъзи беморларда сурункали ич кетиши кузатилади. ОИТС ҳолатида организмнинг барча системалари шикастланиши мумкин. Энг кўп учрайдиган касаллик пневмония ҳисобланади. Марказий нерв системасининг жароҳатланиши энцефалит, менингит невропатия кўринишида намоён бўлади.

ОИТС да хавfli ўсмалар пайдо бўлишининг эҳтимоли юқори. Улар орасида Капоши саркомаси кўп учрайди. У қон томирларининг эндотелий қаватидан ўсиб чиқадиган хавfli ўсма ҳисобланади. Терининг турли жойларида ривожланади.

Одатда, ОИТС га ҳос касалликлар ривожланганидан сўнг бемор узоқ яшамайди. Кўп ҳолларда касаллик 2 йил давом этиб ўлим билан тугайди.

Ташҳиси. ОИТС ни лаборатория текширувисиз қўйиш мумкин эмас. Унда қондаги ОИСВ га қарши антителоларни аниқлаш асос қилиб олинади. Текширув 2 марта 3 ой оралатиб ўтказилади.

Даволаш. ОИТС га қарши махсус даъво чоралари йўқ. Беморлар ОИТС га қарши кураш марказлари қошидаги махсус ўринларга ётқизиб даъволанади.

Олдини олиш. ОИТС ни олдини олиш бир неча чора тадбирларни амалга оширишни тақозо этади. аввалом бор, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини ташкил этиш, нопок жинсий ҳаёт кечиришни тарқатиш, айниқса ёшларни шу руҳда тарбиялаш ОИТС ни олдини олишдаги энг муҳим омиллардан ҳисобланади. ОИТС га қарши курашиш ва олдини олиш учун олиб борилаётган чора тадбирларни кенг жаҳон миқёсида оширилаяпти.

Гиёҳвандликка қарши курашиш ҳам катта аҳамиятга эга.

Республикада қабул қилинган қонунга мувофиқ, юртимизда 3 ойдан ортиқ муддатга шартнома асосида келган мутхасислар, талабалар келишлари билан ва кейинчалик ҳар 6 ойда ОИСВ антителоларига лаборатория текширувидан ўтиб турадилар. Чет элга 3 ойдан ортиқ муддатга борган Ўзбекистон фуқаролари ҳам қайтганларидан сўнг шундай текширувдан ўтади.

Республикада ОИТСга қарши тадбирларни амалга оширувчи марказлар бор.

Уларнинг асосий вазифаси профилактика, касалликка қарши курашиш ва лаборатория текширувларини ўтказишдир.

Донорлар қонини яхшилаб текширувдан ўтказиш ва кейингина ишлатишга рухсат бериш зарур.

Фойдаланилган адабиётлар :

Инфекция манбалари ва ўтиш йўллари.

Инфекцион касалликларнинг тарқалиш процесси учта бир-бирига алоқадор звенодан иборат:

1.Микроб қўзғатувчисини ва вирусни ажратадиган инфекция манбалари.

2.Инфекцион касалликлар қўзғатувчиларининг ўтиш механизмлари.

3.Аҳолининг инфекцион касалликларга мойиллиги. Ана шу юқорида айтиб ўтилган омиллар бўлмаса инфекцион касалликлар юқишининг янги ҳодисалари пайдо бўлмайди.

Инфекция манбалари.

Касаллик юқтирган одам ёки ҳайвон организми инфекция манбалари ҳисобланади. Бунда бемор одам асосий роль ўйнайди, унинг ажратмаларида (ахлати, сийдиги, балғами ва бошқалар.) жуда кўп микроб бўлади. Бемор одам кўк йўтал, дифтерия, қизамиқ ва бошқа инкубацион давр охиридан бошлаб юқумли ҳисобланади ва касалликнинг бошидан охиригача юқумли бўлиб туради, айрим ҳодисаларда эса масалан, ич терламада соғайиб кетганидан кейин ҳам узоқ вақтгача бацилла ташувчи бўлиб туради.

Беморнинг юқумлилиги инфекцион жараённинг оғир-енгиллигига боғлиқ бўлмайди. Бемор касалликнинг енгил турларини оёқда ўтказиб, амбулаторияда даволаниб юраверади, шу сабабли у атрофдагилар учун яна ҳам хавfli бўлади. Бацилла ташувчилар микробларни кам миқдорда ажратади, бироқ бундай бацилла ташувчилар кўп бўлганидан (кўпинча улар аниқланмай қолади) уларнинг инфекция тарқатадиган манба сифатидаги роли катта бўлади.

Ҳайвонларнинг одам инфекцияси манбаи сифатидаги роли баъзи касалликлар билан чегараланади, улар зоонозлар деб аталади.

Зоонозларга бруцеллез, туляремия, манка, куйдирги, тоун (Ўлат), кутуриш, оксим, лептоспирозлар, қисман туберкулёз киради.

Ҳайвонлардан инфекцияни юқтириш сифатида қорамол ва майда шохли ҳайвонлар (бруцеллезда, куйдиргида, туберкулёзда, оксимда,) отлар(манкада,) итлар (кутуришда), кемирувчилар (тоун, туляремия, лептоспирозларда) ва х.к. да аҳамиятга эга бўлади.

Инфекциянинг одамдан ўтиш йўли жуда турли-туман бўлиши мумкин. Контакт-рўзғор йўли тафовут қилинади, бунда контакт йўли билан (беморларга қараш, ўпишиш, жинсий йўл) ёки бемор атрофидаги нарсалар (жихоз, идиш-товоқ, кийим-кечак, ўйинчоқлар ва х.к. орқали юқади. Хаво орқали юқишда инфекция бемор гаплашганда, аксирганда, йўталганда оғзидан отилиб чиқадиган сўлак заррачалари соғлом одамлар нафасига юқиб қолади. Касалликнинг бу хилда юқиши хаво-томчи йўли билан юқиш деб аталади ва туберкулёз, грипп, кўк йўтал, дифтерия, қизамиқ, скарлатинада кузатилади ва х.к.

3. Бошқа ҳолларда инфекция ҳаво-чанг йўли билан Ўтади (чечак, туберкулёз, йирингллатувчи инфекциялар) бу касалликларда қўзғатувчи қуритишга чидамли бўлганидан ҳаво узоқ вақт сақланиб туради. Бемор сийдиги ва ахлати билан ажратган микроблар сувга тушганида инфекция шу сувни истеъмол қилган одамларга юкиб қолади. Вабо, ич терлама ва бошқа касалликларда шундай йўл билан Ўтади.

4. Инфекциянинг сут ва озиқ – овқат маҳсулотлари орқали юқиши.

5. Инфекциянинг қон сўрувчи бўғим оёқлар орқали юқиши инфекция қўзғатувчи қонда бўлганда касаллик юкиб қолган бўлади. Масалан, Анофелес чивини чаққанида безгак бит чаққанда тошмали ва қайтама ва терлама юқади. Юқишнинг бундай йўли трансмиссив йўл деб аталади.

6. Нихоят, инфекция тупроқ орқали юкиб қоқшол, дазан ичак касалликларини келтириб чиқариши мумкин.

Инфекцион касалликларнинг таснифи.

Л.Я. Громашевский таклиф этган классификация анча изчил қатъий ҳисобланади. У классификацияга ягона етакчи белги қўзғатувчининг организмда жойлашиши аломатини асос қилиб олди. Л.В.Громашевский ана шу белги асосида инфекцион касалликларини тўртта асосий гурппага бўлди.

1. Ичак инфекцияси (Ич терлама, дизентерия)
2. Нафас йўллари инфекцияси;
3. Қон инфекциялари (тошмали терлама, қайтарма терлама);
4. Тери инфекцияси (қўтир, трахома)

Эпидемия, пандемия ва эндемия ҳақида тушунча

Умумий манба ёки умумий йўл билан ўзаро боғланган ҳолда қўпчилик инфекцион касалликлар ҳодисасининг пайдо бўлиши эпидемиялар деб аталади.

Агар эпидемиялар жуда кенгайиб, бутун бир мамлакатга ва катта қиътага тарқалиб кетса у пандемия деб аталади. Масалан, Тоун (ўлат) пандемияси Осиё вабоси пандемияси грипп (испанка) пандемияси.

Нихоят эндемия—бу бирор инфекциясининг бир жойда узоқ вақт яшаб туриши, инфекция ёки юктирувчи манба шу жойда ўзининг яшаши учун қулай шароит топган бўлади.

Инфекцияларга қарши курашнинг асосий йўллари

1. Инфекция манбаини барвақт аниқлаш ва уни алоҳидалаб қуйиш.
2. Инфекция тарқалишига йўл қўймаслик (санитария-гигиена қоидалари, аҳоли ўртасида тушунтириш ишини олиб бориш).
3. Аҳоли Ўртасида инфекция касалликлар йўқмаслигини ташкил қилиш.
4. Аҳолининг турмуш ва санитария маданиятини ошириш.
5. Аҳолини эмлаш ва бошқалар.

қолган ҳаммаси қисми юборилади, албатта бемор томонидан ҳеч қандай шикоят ва ўзгаришлар бўлмаса.

Зардоб юборишни иложи борица эрта бошлаш зарур, чунки токсинлар бемор организмда 3 кунга қадар бемалол қонда айланиб юради, сўнг улар ҳужайра ва тўқималарга бирикади. Масалан, дифтерия, қоқшол, ботулизм, газли гангрена ва бундай золларда асосан иммуноглобулинлар ишлатилади.

Мавзу 10. Вирус инфекциялари. ОИТС. (СПИД)

XX асрнинг охирида пайдо бўлган ОИВ, ОИТС эпидемияси «Гиёхвандлик», «Терроризм», «Гиёхвандлар» сингари тушунчалар каби XX асрга мерос бўлиб ўтди.

ОИТС ни келтириб чиқарганодамнинг иммунитет тансиқлиги вируси 20 йил ичида дунёдаги 20 миллион одамнинг умрига завола бўлди. Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси биринчи марта 1987 йилда рўйхатга олинган эди. Расман рўйхатдан ўтказилган ОИВ ҳолатларидан умумий сони Ўзбекистонда шу йилнинг 1 майида 2209 тани ташкил этди, лекин бу касаллик билан касалланганлар сони йилдан йилга ўсиб бормоқда. 1999 йил 19 августда Ўзбекистон Республикаси «ОИТС ни олдини олиш» тўғрисида қонун чиқарди.

2004 йил 12 мартда эса Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ўқув юртларида 2004-2006 йилларга мўлжалланган ОИВ, ОИТС эпидемиясига қарши курашишнинг стратегик дастурини ишлаб чиқди.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси ретровируслар синфига мансуб, одамда имунотанқисликка сабабчи вирус (ОИСВ) ҳисобланади. У 1983 йилда америкалик ва француз олимлари томонидан деярли бир вақтда кашф этилган.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи- ОИСВ юққан одам ёки ОИТС билан оғриган бемор. У касаллик юққан вақтидан бошлаб, умрининг охиригача касалликни бошқаларга юктириши мумкин. Вирус инфекция манбаи бўлган одамдан шаҳват, қиндан ажраладиган суюқлик, қўз ёшлари сўлак, орқа мия суюқлиги, сийдик ва она сути билан ажралади. Шунингдек, вирус қон зардоб, лимфоцитлар воситасида ҳам юқади. Сперма, қон ва қин шиллиқ қавати суюқлигида вирус айниқса қўп бўлади.

Тарқалиш йўллари турлича. Вирус асосан жинсий алоқа пайтида, касал онадан болага, гиёхвандларнинг бир игнадан фойдаланиши орқали, қон қуйиш оқибатида юкиб қолади. Охириги йилларда гиёхвандларнинг сони қўпайиши туфайли игнадан юқиши кўп учрамоқда.

Клиникаси. Вирус юққан вақтдан организмда унга қарши антителолар пайдо бўлгунча икки ҳафтадан 3 ойгача муддат ўтади. Баъзи беморларда яширин даври бир неча йиллаб давом этиши мумкин.

Вирус Т-лимфоцитларни емириб, янгилари ичига қиради ва уларни ҳам ҳалоқ қилади. Оқибатда организм химоя қобилятини йўқотади. Шу вақтдан бошлаб ОИТС аломатлари пайдо бўлади унга қадар беморда ОИСВ борлиги

Организмда бактерицид хусусиятлар бор. Масалан тери ва шиллик пардалар кўз ёши, балғам, сўлак, қон зардоби, кўкрак сутида лизоцим моддаси бор. Тери ва шиллик пардалардан ўтган микроблар кейинги тўсиққа-яллиғланиши процессига дуч келади. Яллиғланган жойда лимфоцитлар, макрофаглар ва антителалар микробларни ҳалок қиладилар.

Яллиғланишда ҳалок бўлмаган микроблар лимфа безларига боради (лимфоцит ва макрофаглар). Лимфа тугунини енганида қонга тушади ва шу тариқа кураш давом этган. Қолганлари РЭС (кўмик, талоқ, лимфа безлари) дан камраб олади.

Конда Т ва В лимфоцитлар бўлади. Т-лимфоцит-тимус ишлаб чикаради. В-лимфоцит-Пейер пиллакчалари. Т-хелпер, Т-киллер, Т-супрессорлар. В-лимфоцитларни уч хили (gA, gG, gF)

Демак специфик иммунитет ривожланишида 7 хил ҳужайралар 3 хил Т_лимфоцит ва 3 хил В-лимфоцит ва макрофаглар фаолиятига боғлиқ.

Организмга кирган антиген макрофагга дучор бўлади. Макрофаг билан учрашган антигенни Т-хелперлар ҳар жихатдан ўрганди ва В лимфоцитларни специфик антиген ишлаб чиқишга ундайди.

Анафилаксия.

Баъзида иммун реакция организмнинг ҳимоя қилиш ўрнига, унга зарарли таъсир кўрсатадиган турли ўзгаришга сабаб бўлади. Масалан: анафилактик шок. Иммунитет аномалияси- аллергия идиосинкразия.

1881 йил-Пастер эмлашни ўйлаб топган.

1796 йил-Э.Дженнер чин чечакка қарши вакцина кашф қилган.

1890 йил - Мечников фагацитозни асослаб берди.

Бегона унсурларга бактериялар, вируслар, бир ҳужайрали жонворлар, чувалчанглар, оксил моддалари, ҳужайралар, тўқималар, рак ҳужайралари шу қаторда ўзининг хусусиятларини ўзгартирган ҳужайра ва тўқималар киради.

Илмий иммунологияга Л.Пастер асосланган. 1881 йилда у товукларда учрайдиган вабо касаллигини кўзгатувчининг эскириб қолган культурасини товукларга юктиради. Аммо товуклар касалланмайди. Кейин ана шу касалланмаган товукларга шу микробларни янги, жуда вируслантирилганлигини юктиради. Товуклар барибир касалланмайди.

Шундай қилиб, у сусайтирилган потеген микробларидан вакцина олишга мувофиқ бўлади.

Зардоб касаллиги.

1894 йил немис олими Беринг ва франция олими Эмиль Ру изланишлари давомида дифтерия ва қокшол касалликларни даволашда иммун зардоб билан даволаш йўли кўрсатиб берилди. Иммун зардоблари таркибида антителолар бўлади. Уларни эмланган отлар қонидан олинади. Зардоблар ҳамма вақт Безредка усули бўйича ишлатилади, аввал бемор мускул орасига ёки терисининг остига 0,5-1 мл. кейин 0,5 соат ўтган 2 мл, 1-2 соат ўтган

Мавзу 2. Ичак инфекциялари.

Ич терлама (корин тифи) А ва В паратифлар юкумли ичак касалликлари ҳисобланади. Уларни фақат микроскопда кўринадиган жуда майда микроблар кўзгатади. Микроблар ингичка ипчалари бўлган таёқча шаклида бўлади.

Ич терлама микроби жуда чидамли, атроф-муҳитда анча вақтгача тирик туради. Масалан, оқар сувда 5-10 кунгача, кўлмак сувда 30 кунгача, қудуқларда бир неча ойгача, сабзавот ва меваларда 5-10 кунгача, ёғ-гўшт ва бошқа маҳсулотларда 2 ҳафтадан 8 ҳафтагача ўлмайди. Микроблар гўшт-балиқ каби озиқ-овқат маҳсулотларида тез кўпаяди, 60 даража иссиқликда бир соатда нобуд бўлади, шунингдек қайнатилганда дарров ўлади.

Ич терлама, паратиф А ва В касалликларини шу хасталиклар билан оғриган бемор ёки микроб ташувчилар таркатади. Касаллик оғиз орқали юқади. Шу касаллик билан оғриб ўтган ва тузалган кишилар нажаси, сийдиги ва сўлаги билан микробларни ажратиб турадилар. Ич терламадан соғайган кишиларнинг 3-5 проценти микробларни узоқ вақтгача, баъзан эса бир неча йилгача ташиб юради.

Микроб ташувчилар илгари бу хасталик билан касалланмаган, лекин меъдаси, ичаги, ўт йўллари, ўт пуфаги касалланган одамлар орасида ҳам учраши мумкин.

Микроб ташувчилар ёки беморлар нажаси, сийдиги ва сўлаги билан озиқ-овқатни, сабзавот меваларни, сувни, атрофдаги буюмларни зарарлайдилар. Бу эса касалликнинг кенг тарқалиб кетишига имконият яратади. Айниқса ифлос сувни ичганда кўлларда ва ҳовузларда, бассейнларда чўмилганда оғизга сув кириб, ич терлама юқиши ва эпидемик тус олиши мумкин.

Ич терлама, паратифлар А ва В нинг хусусиятларидан бири уларнинг мавсумийлигидир. Касаллик кўпинча ёз охири ва куз фаслида (август ва ноябр ойларида) учрайди. Бунда айниқса пашшанинг роли катта. Пашша ҳожатхоналар, кир ўралари, ахлатхоналар, гўнг тўпланган жойларда кўп бўлади. Пашша оёқларига ва қорнига микробларни илаштириб, уларни идиш-товоқ, озиқ-овқат, ўйинчоқларга юктиради ва касалликни таркатади.

Пашша 1,5 км ва ундан ҳам узоқ жойларга учиб бориб микробларни юктириши мумкин.

Инфекцияларни тарқалишида кўлнинг ифлослиги муҳим роль ўйнайди. Ич терлама «ифлос кўл касаллиги» деб бежиз айтилмаган. Ҳожатхонага кириб чиққач, овқатланиш олдида кўлни тозалаб ювмаслик оқибатида микроблар атрофдагиларга тарқалиши мумкин.

Ич терлама, паратифлар А ва В билан катталар қатори ёш болалар ҳам оғрийди касаллик 15-40 ёшлилар ўртасида айниқса кўп учрайди.

Касалликнинг кечилиши. Ич терлама микроби киши организмга тушгач касаллик аломатлари дарҳол пайдо бўлмайди-орадан бир неча кун ўтади. Бу касалликнинг яширин даври деб аталади. Яширин давр 7-кундан 25

кунгача, ўрта хисобда 14 кун давом этади. Бу даврда микроб меъдадан ингичка ичакка тушади ва лимфа тугунларига ўтиб, уларни зарарлайди.

Шундан кейин микроблар қон орқали жигар, талоқ, суяк, ўпка қисмларига ўтиб кўпая бошлайди. Ичак безлари яллиғланади, кейинчалик эса ярачалар пайдо бўлади.

Касаллик одатда аста-секин бошланади. Беморнинг иштахаси камаяди, лохас бўлади, боши оғриб, яхши ухлай олмайди, ҳарорати аста-секин 39-40 градусгача кўтарилиши мумкин.

Ич терлама 8-9 кунларида қоринда бир нечта тошма пайдо бўлади, баъзан касаллик тошмасиз кечади. Беморнинг дармони куриб бош оғриги ва дармонсизлик азоб беради. Оғир ҳолларда беморнинг эси кирди-чикди бўлиши ва у алаҳсираши мумкин. Беморнинг ҳарорати баланд бўлса ҳам қон томири секин уради.

Айрим ҳолларда ич терлама беморларда ўпка, буйрак ва бошқа органларнинг яллиғланиши, болаларда эса мия кобиғи яллиғланиши, менингит ёки мия яллиғланиши энцефалит тариқасида оғир кечиши мумкин.

Касаллик асоратсиз кечган ҳолларда одатда учинчи ҳафтанинг охирида беморнинг аҳволи аста-секин энгиллашади, иштахаси, уйқуси яхшилана боради.

Шуни қайд қилиш керакки касалликнинг 2-3 ҳафтасида ичакдан қон кетиши ва ичакнинг тешилиши каби оғир асоратлар содир бўлиши мумкин. Бундай асоратлар одатда вақтида врачга бормаган, тегишли режим ва пархезга риоя қилмаган беморларда пайдо бўлади.

Ичакдан қон оқса, беморнинг ҳарорати бирданига пасайиб кетади, томири тез-тез ура бошлайди. Беморнинг ранги оқаради, қон кўп йукотганида қон босими пасаяди ва баданини муздек тер босади, ахлати қон аралашганидан қораяди.

Беморнинг ичаги тешилганида эса қоринда қаттиқ оғрик туради, томири тез-тез уриб аҳволи оғирлашади. Бемор тезлик билан операция қилинмаса ўлиб қолиши мумкин.

Шуни айтиш керакки беморнинг аҳволи жуда оғир бўлганда қорнининг қаттиқ оғриётганини пайқамаслиги ва бу ҳақда врачга айтмаслиги мумкин. Шунинг учун врач беморнинг аҳволини диққат билан кузатиши ва қорнидаги салгина оғрикга ҳам эътибор бериши лозим.

Айрим ҳолларда касаллик бемор тузала бошлаган даврининг 5-10-20 кунларида, баъзан эса тузалгандан кейин уч ой мобайнида қайтарилиши мумкин.

Касаллик қайтарилганда беморнинг аҳволи ёмонлашади, иштахаси йўқолади, ҳарорати кўтарилади, касалликнинг ҳамма аломатлари пайдо бўлади. Касалликнинг қайталиши одатда энгилрок ўтади, баъзан эса оғиррок ўтиши мумкин.

Тегишли режим ва пархезни бузган врач маслаҳатларига риоя қилмаган беморларда касаллик қайтарилади.

Ич терлама ва паратиф касалликлари билан оғриган беморлар фақат касалхонада даволанишлари лозим, чунки у ерда бемор тегишлича парвариш

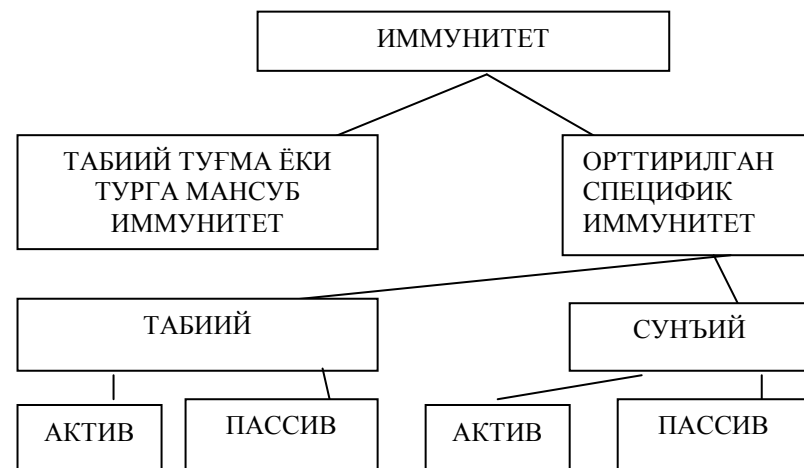
ёнбошлатиб қуйиш лозим, шунда қусук массаси нафас йўллариغا кетиб қолмайди.

Соғайган беморларни касалхонадан барча клиник элементлар йўқолганидан ва ахлатни 3 марта текшириб, манфий натижа олганидан кейин чиқарилади, ахлатни соғайишини 6-кундан бошлаб ҳар 5 кунда текшириб турилади. Касал бўлиб тузалган беморларни касалхонадан чиқаргандан кейин абсерватория пунктига юборилади, бу ерда улар 20 кунгача мунтазам равишда вибрион ташувчиликка текшириб курилади,

Профилактикаси. Вабога шубҳа бўлганда беморни дарҳол касалхонага ётқизиш ва ўчоқда пухта дезинфекция тадбирларини ўтказиш керак. Бемор билан контактда бўлган одамларни ажратиб қўйилади ва 7 кунгача кузатиб турилади. Карантинда бўлган одамларни ахлати 2 марта текшириб манфий натижа олганидан кейин касалхонадан чиқарилади. Вабрион ташувчилар топилганда, уларни эпидемиолог мунтазам равишда кузатиб юради.

Мавзу №9. Иммуниетет ҳақида маълумот.

Организмнинг юкумли касаллик қўзғатадиган бактерия, вируслар ёки бирорта бегона моддага қаршилиқ кўрсатиш хусусияти иммунитет демакдир.



Иммунитет лотинча «immunitas» сўздан олинган бўлиб бирорта нарсадан халос бўлиш маъносини англатади.

Деярли ҳамма одамлар ёшлигида кизамиқ билан касалланади, шунинг учун уларнинг қони зардобиди кизамиққа қарши антителалар бўлади.

Иммунитет икки йўналишда: микробга қарши ва унинг токсинига қарши йўналишда намоён бўлади.

неча ойгача ўз ҳаёт қобилятини сақлаб туради. Инфекция манбаи бемор одам ёки бацилла ташувчи ҳисобланади.

Касалликнинг энгил ёки яширин тури билан оғриган беморлар инфекцияни тарқатиш жиҳатидан жуда ҳавфли бўлади. Инфекциянинг тарқалиш йўллари ҳар хил: вабо билан оғриган бемор ажралмалари теккан қўл, овқат орқали юқади. Пашша вабо қўзғатувчисининг ташувчиси ҳисобланади, бироқ вабо сув орқали тарқалишда эпидемиологик жиҳатдан катта аҳамиятга эга бўлади.

Клиникаси. Касаллик инфекцияси сув ва овқат билан оғиз орқали юқади. Вабо вибриони ичак йўлига тушгач, ингичка ичакда яшаши учун қулай шароит топади. У ерда тезда кўпая бошлайди, шиллиқ пардаларни кучли таъсирлаб некроз қилади.(ўлдиради.)

Инкубацион даври ўрта ҳисобда 2-3 кун, аксари қисқа бўлади, кўпи билан 6 кунга чўзилади. Вабо касалликларнинг клиник манзараси жуда хилма-хил. Касаллик тез-тез ва мўл ич келиши билан бошланади, кейин орадан кўп ўтмай беморнинг ичи сувдек, рангсиз, гуруч қайнатмасига ўхшаб қолади. Ич кетишига азоб берадиган қусиш қўшилади, шу туфайли организм сувсизланиб қолади, температура 35 градусгача тушиб кетади. Тери совуқ кўқарган бўлади, ёпишқоқ тер босади.

Юрак фаолияти жуда бузилади, пульс жуда суст бўлади, талваса тутади. Бундай ҳолат 2-3 кун давом этади. Касаллик шу хилда кечганда кўпинча ўлим билан тугайди.

Куруқ вабони махсус тур сифатида ажратишади, у ич кетиши ва қусиш қурилмагани ҳолда кучли интоксикация билан характерланади. Бундай ҳолларда юрак томир фаолиятининг жуда ҳам сусайиб бориши натижасида бемор тез орада ўлиб қолади. ўлган одамни ёриб қурилганда ичакда жуда кўп суюқлик йиғилиб қолгани кўрилади, бу суюқлик ичакнинг парези (чала фалажланиши) туфайли ташқарига чиқа олмай қолган бўлади.

Оғир ҳолларда клиник симптомларга ва лаборатория текширувлари ёрдамида вабога диагноз қўйиш мумкин. Бактериологик анализ учун жуда эҳтиётлик билан вабога сал шубҳа туғилган заҳотиёқ қусуқ массаси ва ахлат олинади. Эпидемиялар пайтида типик клиник манзарада вабога диагноз қўйиш қийин бўлмайди.

Даволаш. Вабо касаллиги интоксикация, сувсизланиш, организмда тузнинг йўқолиши, иссиқликнинг идора этилишининг алмашинув процесслари бузилиши, юрак-томир фаолиятининг жуда ҳам сусайиб кетиши билан кечади. Шу туфайли вабони даволаш комплекс характерга эга бўлади.

Организмнинг сувсизланиб қолишига қарши курашиш 39-40 градусгача иситилган физиологик эритма киритилади. Ҳар куни 3-5 марта 2-3 минутдан эритма қўйиш керак. 5 процентли глюкоза эритмаси венага юборилади.

Бемор қусганда ҳар куни 30 мл. вабо ичириш, 10-10 мл. дан тери остига юборилиши керак. Бундан ташқари вабони даволашда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар қўлланилади, беморларга яхши қараш, масалан тагига қуйиладиган идиш тайёр туриши керак. Бемор қусганда уни

килинади, пархез овқатлар, зарур дори-дармонлар берилади. Шунинг учун бемор тезда касалхонага жўнатилади. Паратиф А касаллиги одатда бирданига ўткир бошланиши, бурун, томоқ ва нафас йўлларининг шамоллаши билан ич терламадан фарқ қилади.

Беморнинг кўзи, юзи, кизаради, йўталади, аксиради ва бурнидан сув оқади, эти увишиш, терлайди, ҳарорати кўтарилиб, 1-3 ҳафта давом этиши мумкин. Касалликнинг 4-6 кунда беморнинг баданида (қорнида, кўкрагида, оёқ-қўлларида) жуда кўп тошмалар пайдо бўлади. Паратиф А кўпинча ўртача кечади. Бироқ паратиф В га нисбатан кўпроқ қайтарилади ва асоратлар беради.

Паратиф В касаллиги ҳам одатда бирданига бошланади. Беморнинг эти увишади ҳарорати кўтарилади, бўғимлари, сон ва болдир мушаклари оғрийди бемор кусади, ичи кетади, қорни оғрийди. Бурун ва томоқ йўлларининг жароҳатланиши камдан-кам учрайди. Паратиф В да касалликнинг қайталаши ва оғир асоратлари камроқ учрайди. Умуман, паратиф В касаллигига ич терламадан энгилроқ ўтади.

Беморнинг тўғри овқатланиши унинг соғайишида катта аҳамиятга эга тўйимли ва яхши сингадиган овқатлар етарли миқдорда суюқликлар, мева шарбатлари жуда фойдали. Суюқлик организмни чиқинди моддаларидан тозалашга ёрдам беради. Беморга бир суткада 80-120 гр оксил 50-100 гр ёғ, 355, углевод моддалари зарур бўлади. Беморнинг оғзини тез-тез ювиб дезинфекцияловчи эритмалар билан чайиб турилиши лозим. Беморлар антибиотиклар, витаминлар ва дезинфекцияловчи турли эритмалар билан даволанади.

Шуни унутмаслик керакки ич терлама ва паратиф касаллиги беморлардан ҳар хил турда-баъзиларда оғир ва ўрта, бошқаларда эса энгил турда ўтиши мумкин. (Ҳомиладор аёлларда оғир кечади) Касалликнинг энгил тури билан оғриган беморлар уни тарқатишда катта роль ўйнайдилар, чунки улар вақтида врачга бормаидилар ва касалликни атрофдагиларга юқтирадилар.

Шундай экан одам бетоб бўлиб қолса, иситималаса дарров шифокорга мурожаат қилмоғи зарур. Агар даволашга қарамай, беморнинг иситмаси уч кунгача тушмаса, врач ўз эътиборини ич терлама касаллигига қаратмоғи лозим.

Ич терлама, паратифининг диагнози касалликнинг клиник белгиларига, бемор қони, нажаси, сийдигини бактериологик текшириш натижасига қараб қўйилади.

Касалликни эрта аниқлаш ва беморни касалхонага тезроқ етказиш катта аҳамиятга эга. Даво канчалик эрта бошланса, бемор шунчалик тез шифо топади ва касаллик асоратлар қолдирмайди.

Бундай беморларни уйда ўзбилармонлик билан даволаш жуда ҳавфли.

Бемор ётган уйни ниҳоятда озода тутиш, хавосини янгилаб туриш лозим; беморнинг идиш-товоклари, туваги ва бошқа буюмлари алоҳида қилиб

қўйилади. Унинг идиш товоқларини шкафда сақлаш ёки устига тоза сочик ёпиб қўйиш зарур. Бемор ётган уйга пашша кирмаслиги керак.

Беморни парвариш қилаётган одам ниҳоятда покиза бўлиши, қўлини тез-тез совунлаб ювиб туриши, бемор олдига ҳеч кимни қўймаслиги керак.

Бемор овқатланиб бўлгач, унинг идиш-товоғи, пиёласи қайнаган сувда чайилади. Кийим кечаги бир процентли хлорамин эритмасида 2 соат бўктирилади, сўнгра ювиб қурилади ва дазмолланади. Беморнинг сийдиги нажаси устига 10 процентли хлорли оҳак ёки 3-4 процентли хлорамин эритмаси сепилади ва 2 соатдан кейин ҳожатхонага ёки канализацияга тўкилади.

Бемор касалхонага ётқизилгандан кейин санитария эпидемиология станцияси ходимлари у ётган хонани дезинфекция қилишади.

Ич терлама ва паратиф касалликлари билан оғриган беморларгина эмас, балки тузалган кишилар ҳам врач назоратида туриши ва унинг маслаҳатларига амал қилиши лозим. Чунки ичак безларидаги яра секин битади, шу сабабли ҳам касалхонадан чиққандан кейин беморни бутунлай соғайган деб бўлмайди. Врач маслаҳатларига амал қилинмаса, касаллик қайтарилиши мумкин.

Ич терлама ва паратиф оғриб ўтганлар учун сут маҳсулотлари сутли, бўтқалар, қайнатма шўрва, қайнатилган гўшт, балиқ, бугда пиширилган котлет, сабзавотлардан тайёрланган шўрва, киймали қайнатма шўрва, езилган картошка, кофе какао, ҳўл мевалар шарбати тавсия қилинади.

Палов, манти, кабоб, нўхат, ловия, мош, карам, қора нон ейиш, шунингдек ичкилик ичишга рухсат этилмайди. Овқатни вақтида еб туриш, жуда тўйиб кетмаслик зарур. Тиф-паратиф касалликлари билан оғриб ўтганлар оғир жисмоний иш қилишлари мумкинми, йўқми, бунда фақат врач маслаҳатига эътибор бермоқ лозим.

Касалликнинг олдини олиш. Ҳар қандай касалликни даволагандан кўра, унинг олдини олиш осон. Бу гап Ич терлама ва паратифларга ҳам тегишли. Бу борада озодаликка риоя қилиш катта аҳамиятга эга. Ҳовли жойлар, ошхона, ҳожатхона, доим озода бўлиши, озик-овқатлар покиза қилиб пиширилиши лозим. Қўлни овқатланишдан олдин ҳожатхонадан чиққач, совунлаб ювиш зарур. Бу тадбирлар юқумли касалликларнинг, жумладан ич терлама, паратифнинг олдини олади. Бундан ташқари микроб ташувчиларни вақтида аниқлаш ва касалликнинг оғир асоратларининг олдини олиш мақсадида тиф касалликлари билан оғриб ўтганлар поликлиникада уч ойгача врач назоратида бўлади, сўнгра эса санитария-эпидемиология станциясида икки йилгача назорат қилинади.

Озик-овқат корхоналари ходимлари, ясли ва боғчада ишлайдиганлар эса доимо санитария эпидемиология станцияси назоратида бўладилар.

Сув манбаларини ифлос қилишга, болалар тоза бўлмаган сув ҳавзаларида чўмилишларига йўл қўймаслик зарур.

Озик-овқат ва умумий овқатланиш корхоналарида санитария қоидаларига амал қилиш, турли касалликларни тарқатувчи пашшани кириш керак.

Лаборатория текшируви учун гемокультурага қон, ўпка турида балғам, бубон турида-бездан пунктат, ўлган кемирувчиларнинг жасадидан олинади. Лабораторияга жўнатишда унинг жуда юқумлилигини ҳисобга олиш ва шу муносабат билан эҳтиёт қоидаларига пухта амал қилиш керак. Лабораторияга жўнатиладиган материални оғзи каттик ёпиладиган шиша идишларга олинади. Банкалар дезинфекцияловчи эритма (5-10%ли) лизол эритмаси ҳўлланган дока билан ўралади ва бошқа катта шиша идиш ичига солинади. Ҳар иккала идишни дезинфекцияловчи эритмага ҳўлланган дока билан ўраб, бачокка ёки қопкоғи зич ёпиладиган яшикка зич солинади, пломбланади ва махсус одам орқали лабораторияга жўнатилади.

Даволаш. Стрептомицин, тетраамицин ва бошқа антибиотикларни алоҳида ёки сульфаниламидлар билан буюриш тоуннинг ҳамма турларида, жумладан, ўпка турида ҳам яхши натижа беради. Бу дори моддалар барвақт тайинланса ҳатто ўпка тоунида ҳам 90-95%ли ҳолларда тузалиб кетади. Тоуннинг клиник турларни даволашда стрептомициннинг суткалик дозаси 2 000 000 дан 6 000 000 ТБ гача. Тоуннинг ўпка турини даволашда суткалик доза 4 000 000-4 500 000 ТБ дан кам бўлмаслиги керак. Касалликнинг жуда ҳам ҳавфли ва ниҳоятда юқумлилиги туфайли беморларни парвариш қилишда ғоят эҳтиёт бўлиш керак. Барча медицина ходимлари беморга қараш вақтида махсус кийим: қалпоқли комбинзон, узун халат, резинка этик, докадан никоб балғам (респиратор), рўмол, кўзойнак ва резинка қўлпоқ кийиш керак.

Тоун билан айниқса, унинг ўпка тури билан оғриган беморлар алоҳида парвариш қилишни талаб этади. уларнинг ҳар бирига қопқоқли ва дезинфекцияловчи эритма (5%ли лизол) солинган алоҳида туфдон бериш керак. Ич кийимлар 3 %ли лизол эритмасига 4 соат бўктириб қўйилади. Бемор касалхонадан чиққандан сўнг тоунга қарши костюмда лизол эритмаси билан якуновчи дезинфекция ўтказилади. Палата, коридорлар нам усулда дезинфекция қилинади. Ўрин-кўрпалар ва бошқа юмшоқ нарсаларни дезинфекцияловчи эритма шимдирилган қопларга солиб, буг-формалин камерасига жўнатилади. Арзимас нарсаларни ёкиб юбориш мумкин.

Касалхоналарда ва стационаларда катъий режим ўрнатилади. Навбатчидан ташқари бўлинмада ҳеч ким (ҳатто медецина ходимлари ҳам) бўлмаслиги керак. Барча медецина ходимлари карантинда бўлиб, алоҳида бинода яшайди ва шаҳарга чиқиб бошқа кишилар билан муносабатда бўлиши таъқиқланади.

Карантин охириги бемор тузалгандан кейин 6 кун ўтгач бекор қилинади.

Вакцинация 2-3 хафта оралатиб 2 марта ўтказилади.

Вабо. (холера.)

Вабо-ўткир инфекцион касаллик бўлиб, фақат одамга зарар етказади. Вабонинг кўзгатувчисини 1884 йилда Р.Кох кашф этган. Бу кўзгатувчи вергулга ўхшаш аероб микроб. У ташки муҳит шароитида жуда чидамли. Масалан, сувда, озик-овқат маҳсулотларида ҳам, тупроқда ва ахлатда бир

Терига буров суюклиги, спирт, 5%ли марганцовка эритмаси суритилади. Тери кучли қичиганда 5%ли комфорли спирт, 1%ли ментолли, цинкли мойлар суртилади. Оғиз борат кислота 2%ли сода эритмаси билан чайилади. Кўзга 20%ли альбucid томизилади.

Беморни стационардан ҳамма касаллик белгилари тугаб, пўстлоқчалар тушиб чиққанидан кейин чиқарилади, одатда касал бошланиб 40 кун ўтмагунча чиқарилмайди. Клиникадан чиқишдан олдин бемор гигиеник ванна қабул қилади.

Профилактикаси-чин чечак профилактикаси унга қарши эмлашдан иборат. Худди шу тадбир туфайли уни тугатишга эришилди.

II. Тоун (Ўлат.)

Ҳозирги вақтда алоҳида касаллик ва кичик кичик авж олишлари сифатида Жануби-Шаркий Осиё, Африка ва Лотин Америкасининг бир неча мамлакатларида қайд қилинади. Жумҳуриятимизда тугатилганига 30 йилдан ошди. Тоуннинг қўзғатувчиси тоун таёқчалари, ташқи муҳитга чидамли паст ҳароратни яхши кўради. Тоун зооноз касалликларига киради ва аввалот кемирувчиларнинг касаллиги ҳисобланади. Улар орасида табиатда тоун инфекциясини сақловчилар, асосан юмронқозиклар, суғурлар ва турли хилдаги кумсичқонлар ҳисобланади. Жанубий районларни порт шаҳарларида қора ва кул ранг каламушлар инфекция манбаи бўлади. Инфекция кемирувчилардан одамга асосан қон сўрувчи ташувчилар, жумладан, бургалар орқали ўтади. Тоуннинг ўпка турида инфекция манбаи шу касаллик билан оғриган бемор бўлиб, касаллик ҳаво-томчи йўли билан тарқалади.

Клиник кечиши ва диагнози. Инфекциянинг ўтиши механизмига қараб, инкубацион давр 4 кундан 6 кунгача, ҳаво-томчи йўл билан тарқалганда, қисқариб, 1-2 кунга тенг келади. Тоуннинг барча турларида касаллик энди бошланган даврда тўсатдан, ҳароратнинг тезда 38-40 градус ва ундан ҳам юқори кўтарилиши, жуда ҳам титраб қақшаш, бош оғриғи, юрак ишининг сусайиши, юзнинг қўқариши, алаҳлаш билан бошланади.

Тоуннинг бубонли турида лимфа тугунларнинг зарарланиши ва бубонлар ривожланиши кўпинча, човда пайдо бўлиши характерлидир. Тоуннинг ўпка тури энг оғир ҳисобланади, у бубоннинг асорати сифатида ёки инфекция ҳаво-томчи йўл билан юққанда бирламчи касаллик сифатида келиб чиқиши мумкин.

Тоуннинг учинчи клиник тури септик тур. Бу организмнинг умумий заҳарланиши билан намоён бўладиган оғир туридир. Тери ва шиллиқ қаватларига сон-саноксиз қон қуйилишлар, буйракдан, ичакдан қон оқиши ва қон аралаш балғам ташлаш бу касалликнинг типик симптомлари ҳисобланади.

Тўртинчи тур-тоуннинг ичак туридир. Унинг асосий симптомлари: қон ва шиллиқ аралаш мўл ич кетиши, қоринда қаттиқ оғрик туриши, қўнғил айнаши, баъзан қайта-қайта қусиш, жуда дармонсизлик.

Ҳўл мева ва сабзавотларни қайнатилган сувда чайгандан сўнг ейиш тавсия қилинади.

Болаларни ёшлигидан озодагарчиликка ўргатиш, овқатланишдан олдин, ҳожатхонадан чиққач қўлни совунлаб ювишга одатлантириш зарур. Аҳолининг санитария маданиятини ошириш ва шахсий гигиена қоидаларига пухта риоя қилиш юқумли ичак касалликлари жумладан, ич терлама ва паратифларнинг олдини олишда энг яхши тадбирдир. Тифга қарши эмлаш ҳам яхши самара беради. Эмланганларда бу касаллик енгил кечади.

Шундай қилиб, тиф касалликларининг олдини олиш йўллари жуда оддий. Бу тадбирларга амал қилганда биз ўзимизни ва атрофдагиларни шу касалликлардан сақлаб қолган бўламиз.

Дизентерия ўткир инфекцион (юқумли) касаллик бўлиб, йўғон ичакнинг зарарланиши ва умумий интоксикация ҳодисалари билан характерланади.

Этиологияси ва эпидемиологияси. Дизентерияни бир гуруппа микроблар келтириб чиқаради. Дизентерия қўзғатувчисини биринчи бўлиб рус олими А.В.Григорьев ва орадан етти йил ўтгач япон олими К.Шига кашф этган. Дизентерия микроблари морфологик жиҳатдан бошқа ичак тифоз группасидаги микробларга худди ўхшайди бироқ улардан фарқли ўлароқ ҳаракатсиздир.

Дизентерия ўткир инфекцион (юқумли) касаллик бўлиб, йўғон ичакнинг зарарланиши умумий интоксикация ҳодисалари билан характерланади.

Дизентерия касаллигини турли хилдаги дизентерия бактериялари келтириб чиқариши мумкин. Григорьев-Шига, Шмитц-штуцер, флекснер таёқчалари ва бошқалар шуларга киради.

Дизентерия таёқчалари ичак-тифоз группасидаги микробларга қараганда анча чидамсиз. Тик тушган қуёш нури уларни 30 минут ичида ўлдиради. Улар сувда кам-бир неча соатдан тортиб бир ҳафтагача яшайди, озик-овқат маҳсулотларида бир неча ҳафта яшайди. Оддий концентрациядаги карбол кислота ва хлорланган оҳақда дизентерия бактериялари 30 минут ичида ўлади. Дизентерия микробларининг организмдан ташқарида яшаши ҳар хил: суткада 17 кунгача, сабзавот мевалар юзасида икки кунгача қон юзасида 10-11 кунгача, ахлатда 10-15 кун сақланиши мумкин. Инфекция манбаи-дизентериянинг ўткир ёки сурункали (хроник) тури билан оғриган бемор ҳисобланади. Дизентериянинг сурункали тури вақти-вақти билан қайталаб келади. Касаллик қўзғатувчилар бемор ахлати билан ташқи муҳитга тушади. Дизентерия фақат оғиз орқали юқади. Кейин микроблар йўғон ичакка тушиб, ўзининг асосий касаллик қўзғатувчанлик хусусиятини юзага чиқаради.

Дизентериянинг тарқалиш йўллари бошқа ичак инфекцияларидаги каби ҳар хил. Дизентериянинг тарқалишида контакт йўл ҳаммадан катта аҳамиятга эга, чунки инфекция бемор билан контактда бўлиб дарров юқади. Дизентериянинг тарқалишида озик-овқат маҳсулотлари муҳим роль ўйнаши мумкин, чунки дизентерия микроблари тушган мева, сабзавотларни салатни еганда, сутни ичганда касаллик дарров йўқолиб қолади ва ҳакозо.

Санитария-гигиена қоидаларига риоя қилинмаганда, битта сув ҳавзасидан ҳамма сув олганда ва у ерда ифлос кийим ювилганда касаллик тарқаб кетиши мумкин.

Клиникаси. Инкубацион давр 2 кундан 7 кунгача чўзилади. Касаллик турли-туман кечади. Касалликнинг жуда енгил, ўртача оғир ва оғир турлари тафовут қилинади.

Енгил турида ичи суюқ бўлади, суткада 3-4 маҳал келади. Озроқ, шиллик, камроқ қон аралашган бўлади. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли, температура нормада ёки 37-37,5 даражагача ошган бўлади. Касаллик 5-7 кунга чўзилади.

Ўртача оғир турда касалликнинг бошида температура 39 градус бўлади, ланж бўлади, ичи суюқ суткада 10-15 қон шиллик баъзан йиринг аралаш кетади. Бемор кучанишдан азоб ейди.

Анча оғир турда температура билан бўлади, қорин санчиб оғрийди, ичи суткасига суюқ 20-30 марта келади, тенезмлар бўлади, беморнинг тинка мадори қурийди, тили қуруқлашган бўлади, пульси билинар билинмас бўлади қусади, баъзан хушидан кетади.

Диагноз касалликнинг белгилари ва бемор ахлатини лабораторияда текшириш асосида қўйилади.

Даволаш. Беморларни муваффақиятли даволашда врачга ўз вақтида бориш ва касалхонага ётиш катта аҳамиятга эга. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар кенг қўлланилади.

Синтомицин ёки левомецетин 0,5 г. дан 7 кун давомида суткасига 4-5 маҳал буюрилади.

Профилактикаси. Диагнозни аниқлашгандан кейин дарҳол беморни касалхонага ётқизиш керак. Уйда эса инфекция тарқалмаслиги учун якунловчи дезинфекция ўтказилади. 7 кунгача унда қузатув ўтказилади. Озиқ-овқатларни ишлаб чиқариш қорхоналарида ишлашда, сақлашда ва улар билан савдо қилишда санитария назорати ўрнатиш зарур. Пашшага қарши кураш ва аҳоли ўртасида санитария-оқартув иши олиб бориш шарт.

Озиқ-овқат ва токсико-инфекцияси ҳақида тушунча

Овқатдан захарланиш деб, патоген микроблар ва уларнинг токсинлари билан зарарланган овқатни ейиш натижасида юзага келадиган ўткир инфекцион касалликка айтилади.

Типик овқатдан захарланиш бошқа касалликлардан шу билан фарқ қиладики, у аксари тўсатдан бошланади ва бузилган овқатни еган одамларнинг деярли ҳаммасида айни бир вақтда пайдо бўлади.

Бузилган овқатни егандан бошлаб, то касалликнинг аломатлари бошлангунга қадар одатда 3-8 соат баъзан бир сутка ва ундан ортиқ вақтга чўзиладиган қисқа муддатли яширин (инкубацион) давр ўтади. Касаллик, одатда ўткир бошланиши, қисқа муддатли кечиши ва кўпчилик захарланган одамларга нисбатан тез вақт ичида соғайиб кетиши билан характерланади.

Чунки асосан аёллар кўпроқ касаллар билан контакта бўладилар— беморларни парвариш қиладилар, магазинга, бозорга борадилар, оилада бўладилар ва ҳоказолар.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 5-10 кундан 15 кунгача давом этади. Кейин 3-4 кун давом этадиган продрома даври бошланади. Тўсатдан қалтираш билан иситма кўтарилиб, 39-40 температурага етади. Бош оғриши ва айланиши, қўнғил айнаши ва қусиши қузатилади.

Мускуллар бел ва думгаза қаттиқ оғрийди. Беморнинг юзи, қўзи ва оғиз шиллик қаватлари қизаради. Баъзан шу даврда терида тошмалар пайдо бўлади. Тошма соннинг ички юзасига қориннинг пастки қисмига ва қўкракка учбурчак шаклида тошиши характерлидир. Бир суткадан сўнг тошма асар қолдирмай йўқолади. Бу даврда тана ҳарорати нормага тушиб бемор аҳволи яхшиланади. Шу даврда ҳақиқий тошмалар тоша бошлайди. Тошма дастлабки бош ва юзда пайдо бўлади. Кейинчалик тана ва қўл оёқларга тарқалади. Дастлаб у пушти рангли майда доғ қўринишда бўлади. Бир неча соатдан кейин йиринглашиб тугунча ҳосил бўлади. 2-3 кундан кейин у пуфакчага айланади ва ичида тиниқ суюқлик йиғилади. Касалликнинг 9-10 кунда пуфакчалар ичида суюқлик йиринглаб пуста (йиринг пуфаги) ҳосил бўлади. Бу даврда бемор аҳволи янада оғирлашиб, гавда температураси қайтадан кўтарилади.

Тошма шиллик қаватларга ҳам тошади. Касалликнинг 15-17 кундан йирингли пуфакчалар ёрилиб қурий бошлайди ва пўстлоқча ҳосил бўлади. Бу даврда тери қаттиқ қичишади. 4-5 ҳафтадан сўнг пўстлоқчалар қўчиб туша бошлайди. Уларнинг ўрни чуқурча (чўтир) бўлиб қолади.

Асоратлар. Энцефалитлар, мененгит энцефалитлар, пневмония, плеврит, абсцесслар, флегмоналар, отитлар эшитиш ва кўриш қобилиятини йўқотиш. Чин чечакнинг бир неча турлари мавжуд: энг оғир турлари қора чечак, геморрагик, йўтал, чечак пурпурлари. Эмланганларда жуда енгил ва осон кўчади.

Диагностикаси. Бунинг учун тошма элементларида материал, қон, томоқдан мазок олиб, вирусологик текшириш ўтказилади.

Даволаш. Бемор тезда алоҳида хонага ётқизилади. Интоксикацияни камайтириш мақсадида турли суюқликлар-гемодез, реполиглюкин, желатиноль, 5-10%ли глюкоза эритмаси, рингер эритмаси, гемодез ва бошқалар томчилаб юборилади.

Специфик даволашга қуйидагилар қиради:

Антибиотиклар буюрилади, улар терини зарарланиш суюқлигини ва шиллик қаватни зарарланиш чуқурлигини камайтиради—булар эритромицин, олеандомицин 250-300 м. бирлик бир суткасига 4 маҳал, тетрациклин 300-500м.б. суткасига 4 маҳал, даволаш курси 10-14 кун, йиринглаш йўқолгунча.

Чечакнинг оғир формаларида гидрокартизон 200-300 м.г. дан бир суткасида венага юборилади ва 60 м.г. преднизолон ичилади. Беморнинг ҳимоя фаолиятини ошириш учун 5 %ли аскорбинат кислота 5-10 м.л веналарга юборилади, рутин 0,02*3 маҳал, витаминлар-В, В-6, В-12, кокарбакилоза буюрилади.

мароталаб тажрибани қайта-қайта такрорлаган ва ютукқа эришган. Эдвард Дженнер эмлашни вакцина ёки вакцинация деб атаган (вакцина-сигир деганидир.)

Россия, Сибирьда ва Ўрта Осиёда дахшатли чечак эпидемиялари бўлиб ўтганлиги адабиётдан маълум: бутун қабилалар, қишлоқлар қирилиб, жуда кўп мажруҳлар қолган-кўрлар, қарлар, чўтирлар.

10 май 1919 йилдан бошлаб мамлакатимизда бутун оммани вакцина қилиш шарт бўлган, 1925 йилдан бошлаб эса ревакцинация киритилиб, 1937 йилга келганда бизнинг мамлакатимизда чин чечак бутунлай йўқ қилинган ва шу туфайли 1980 йилдан бошлаб мажбурий вакцинация бекор қилинди.

Этиология. Чечакни вируси 1906 йилда аниқланган. Филтрланувчи чечак вируси пуфакчаларда ва йирингли пуфакчаларда аниқланган. Чечакни вируси ташқи муҳит таъсирларига ва кимёвий реагентларга жуда чидамли, хона ҳароратларда 17 ойгача яшаши мумкин. Ярадан пўстлоққа узоқ вақтгача йиллаб юктириш хусусиятини сақлайди. Вирус паст Ҳароратда ва музлатишга чидамли. Куртилган ҳолда ҳам узоқ сақланади. Одатда қўлланиладиган дезинфекцияловчи эритмалар таъсирида 30 дақиқадан кейин нобуд бўлади.

Эпидемиологияси. Чин чечак бемор оғриган инфекция манбаи ҳисобланади. Бемор продома даврининг охиридан касаллик тугагунча вирусни юктириши мумкин. Дастлабки даврда вирус нафас йўллари орқали ажралади. Кейинчалик тугунча (пустула) ўрнида ҳосил бўлган пўстлоқчалар вирусни сақлайди. Оқибатда вирус беморнинг кийимлари ва у фойдаланган рўзгор анжомлари воситасидан юкиши мумкин. Вирус беморни қонида, сийдигида ҳатто ахлати билан ажралади.

Касалликнинг юқиш йўллари:

1. Ҳаво-томчи йўл, бемор сўлак заррачалари билан балғам билан, гаплашганда, нафас олганда, акса урганда, йўталганда вирус кўп миқдорда ажралади.

2. Ҳаво-чанг йўл, бемор ётган хона ва унинг ажратмалари етарли дезинфекция қилинмаган (асосан кир ювувчиларга дезинфекция қилинмаган кийим келтирилса.)

3. Контакт йўли, зараланган материал орқали беморга парвариш қилганда, ўликни ёрганда, ўликдан олган тўқималарни текширганда, ўликдан вирус 5 кунгача топилади.

4. Алиментар йўл (зарарланган сув, озиқ-овқат, пашша ташувчи бўлади.) шу йўл орқали вабо камдан-кам юқади.

5. Эмланган аёлларда йўлдош орқали юқиш.

Чин чечак ҳамма фаслда учраши мумкин. Бу касал билан аёллар эркаларга нисбатан икки баробар кўпроқ касал бўладилар ва аёлларда касалликни ўлим билан тугаши кўпроқ учрайди.

Барча овқатдан заҳарланишлар асосан иккита гурпуага бактериал ва табиатдаги заҳарланишларга бўлинади. Бактериал заҳарланишларга тирик касаллик қўзғатувчи микробларни ва уларнинг заҳарланиш киради. Нобактериал заҳарланишларга минерал ва ўсимлик табиатидаги заҳарли моддаларни тутган овқатдан заҳарланиш киради.

Бактериялар тушган овқатдан заҳарланиш этиологияси ва эпидемиологияси.

Овқатдан заҳарланишларнинг қўзғатувчиларига жуда кўп сонли микроорганизмлар-тиф-паратиф гурпачасидаги бактериялар киради (бу бактериялар уларни кашф этган олим номи билан салмонеллалар деб аталади, уларнинг муҳим вакиллари Гертнер таёқчаси, Бреслау таёқчаси ҳисобланади. Сальмонеллалар гурпачасидан ташқари, стафилококлар, стрептококлар бошқа шартли патоген микроблар овқатдан заҳарланишнинг қўзғатувчилари бўлиши мумкин. Сальмонеллар ташқи муҳитга чидамли бўлиб, гўшт ва гўшт маҳсулотларида, тухумда ва сутда ўз ҳаёт қобилятини узоқ вақтгача сақлаб туради. Ҳайвон сальмонелларининг асосий ташувчилари ҳисобланади, улар касаллик манбаи бўлиб, хизмат қилади. Сальмонеллар ҳайвонлар ичагида яшайди. Шунинг учун ҳам гўштли овқатдан заҳарланишларнинг, келиб чиқишига ҳаммадан кўп сабаб бўлади. Сальмонелалар гўштга ҳайвоннинг тириклик пайтда тушиши мумкин, бироқ аксари ҳайвонни сўйгандан кейин танани горизонтал ҳолатда нимталаган ва ичакда яра бўлганда тушади. Кемирувчилар ҳам инфекция резервуари бўлиши мумкин.

Касаллик одамга салмонийлар бор озиқ-овқат маҳсулотларини аксари, гўшт, колбаса, сосиска, котлет, паштет, сут, қаймоқли крем, пирожний, салат, винеград ва бошқаларни еганда юқади.

Симптомлари, кечиши ва аниқлаш.

Инкубацион давр қисқа-6 соатдан 12 соатгача, камроқ 1-2 сутка. Касаллик ўткир бошланади, оғирлигига кўра ҳар хил кечиши мумкин. Касаллик энгил кечганда беморнинг умумий ахволи бузилмайди, температура нормада туради, бироқ қоринда оғрик бўлади, бемор қусади, ичи бир кунда бир неча марта суюқ, мўл кетади. Касаллик ҳодисалари зўраймайди ва бир неча соатдан кейин давосиз ўз-ўзидан босилади. Анча оғир ҳолларда касаллик тана ҳароратининг 38-40 гача кўтарилиши, умумий беҳоллик туш устида оғрик туриши, кўп қусиши тез тез мўл сассик, ҳидли ич келиши билан кечади. Оёқ қўлларини томир тортиши кўрилади, артериал босим жуда тушиб кетади, пульс нотўлиқ, тез уради қоллапс ривожланиши мумкин. Меъда ичак йўли иши бузилади.

Бундан ташқари, токсикоинфекцианинг типик эпидемиологик хусусиятларидан бири касалликнинг тўсатдан бошланиши, касал тарқалишининг қисқа муддатлилиги ва кейинчалик касалликлар бўлмаслигидан иборат.

Озиқ-овқат токсикоинфекциясининг кўзгатувчилари беморлардан соғлом одамларга юкмайди, чунки табиий манба хайвон ҳисобланади, бу хайвонлар ичагида эса сальмонеллалар бўлади.

Клиникаси. Инкубацион давр одатда, қисқа бўлади, икки тўрт соатдан 24-42 соатгача (аксари 4-12 соатгача) чўзилади касаллик ўткир бошланади, оғирлигига кўра ҳар-хил кечади. Касаллик енгил кечганда беморнинг ахволи унча ёмон бўлмайди, температураси нормал, бўлади, бироқ қорнида оғрик бўлади, қусади, бир кунда бир неча маргта ичи мўл кетади. Касаллик аломатлари зўраймайди ва бир неча кундан кейин ўз ўзидан босилади.

Анча оғир ҳолларда касаллик температуранинг 38-40 даражасигача ошиши билан кечади бемор ланж бўлади, тушининг орқаси оғрийди, кўп қусади, ичи сувдек кетади, сассиқ бўлади, оёқ-қўлларининг томири тортишади, артериал босим жуда ҳам тушиб кетади, пульс нотўлиқ тиз бўлади. Коллапс ривожланиши мумкин. Интоксикация рўйи-рост юзага чиққан ҳолларда клиник манзара зўраяди; Бемор титраб қақшайди, температура баланд бўлади, бемор кўп қусади, тез орада тинмайдиган хикичок тутади.

Беморнинг ичи тез орада гурунч қайнатмасига ўхшаб қолади. Қўлларни томири тортишади. Товуши хириллаб қолади. Сийиши камаёди ранги кўкариб артериал босим жуда ҳам тушиб кетади, пульси ипсимон бўлиб зўрға қўлга ўйнайди. Касалликнинг бу тури вабога жуда ўхшаб кетади.

Диагноз. Диагноз анамнез, клиник манзараси ва бемор ажратмаларини бактериологик анализ қилиш асосида қўйилади. Овқатдан захарланишига баъзан вабо деб диагноз қўйилади.

Овқатдан захарланишнинг асосий аломати температура ошишидир, вабода эса температура нормада бўлади. Вабо ич кетишдан бошланади. Овқатдан захарланиш эса қушишдан бошланади.

Даволаш ва қараш.

1. Шошилинч равишда меъдани ичимлик содасининг 3 процентли эритмаси билан ювиш.

2. Оғир ҳолларда меъдани беморни ётқизиш қўйган ҳолатда ювиш. Бемор ахволи яхшилангунга қадар ўринда қимирламай ётиши керак. Беморга юмшоқ овқат буюрилади. Рўйи-рост интоксикацияда 1000-1500 мл физиологик эритмани 5 процентли глюкоза эритмаси билан ярим ҳисса аралаштириб тери остига ёки венага томчилаб юборилади. 100-150 мл қон ёки 100 мл плазма қўйиш тавсия этилади. Венага 40 процентли глюкоза 30-40 мл 5 процентли аскорбин кислота эритмаси 5 мл юборилади.

Бемор қушишдан тўхтаса венасига 10 мл янги тайёрланган 100 процетли ош тузи эритмаси юборилади. Юрак-томир фаолияти сусайиб кетганда комфора, кофеин, эфедрин, кордиаминни тери остига юборилади. Коллапсда венага 1 мл 1 процентли ёки 2 мл 2 процентли Норадреналин ва 300-500 мл полиглюкин суяқлиги 15-20 минут давомида юборилади.

ташқари кимёвий дорилар кемирувчилар чиқадиган тешиқларга ҳам сепилади.

Захарли моддалар билан ишлаганда эҳтиёт чораларига қатъий риоя қилиш керак. Шаҳар жойларда дератизация қўлланиши ҳар доим муваффақиятли бўлавермайди, кемирувчилар одатда бутун бино бўйлаб яшайди, улар дератизация ўтказилган бир хонани ташлаб кетиб, узоқ вақтгача бошқа хоналарда ва бошқа қаватларда яшаб юриши мумкин. Шунинг учун кемирувчилар пайдо бўлган вақтда санэпидемстанцияга хабар қилиш керак.

Санэпидемстанция бутун бинода дератизация ўтказади. Дератизация қилиш ва уни ўтказиш тарзда ўтказилади.

Юқумли касалликлар фани барча медицина институтларда, медицина билим юртларида ва кўпинча бошқа билим юртларида ўрганилади. Юқумли касалликларга қарши курашнинг назарияси ва практикасини чуқур ўрганиш ва профилактик медицина юртларни мустаҳкамлаш барча ўқувчиларнинг бурчидир.

Мавзу. Бактериологик ўчоқ. Ўта хавфли инфекциялар ўчоғи. Чин чечак.

Чин чечак-ҳаво томчи инфекцияларига киради, ўткир юқумли, эпидемик касал бўлиб, кескин захарланиши, ўзига хос безгак тутиши ва ўзига хос пауплез ва везикулез тошма тошиши ва тошмалардан кейин тери ва шиллик қаватларда чандиқчалар қолиши билан кечади.

Чин чечак юқумли касалликлар ичида энг хавфли бўлганлиги туфайли 1919 йилдан бери унга қарши эмланади. Бутун жаҳон қарори бўйича 1926 йилдан бери чин чечак карантинли касалликлар группасига киритилган.

Тарихи: чинчечак бурундан маълум бўлган, биринчи маълумотлар 370 йилда ёзилган.

Бу касаллик Ҳиндистон, Хитой, Мисрда маълум эди. VI асрда у европага кириб келган (Франция, Италия) ва узоқ вақтгача аҳолини дахшатга солган.

XVI-XVII асрда чин чечак Мексика, Жанубий ва Шимолий Америкага, Австралияга кириб келади.

Шундай қилиб чечак бутун дунёга тарқалади ва кўпинча қурбонларга олиб келади.

Чин чечакнинг тарихи ва у билан курашишда Эдвард Дженнерни ўрни жуда катта. Эдвард Дженнер 1796 йилда 20 йиллик қўзағувини босмадан чиқаради ва оспага қарши эмлаш усулини таклиф этади. 20 йил ичида олим кузатиб қуйидагиларга ахамият берди: сигир чечагини бошидан кечирган сигир соғувчилар чин чечакни оғир эпидемиясида ҳам, ҳатто бутун қишлоқлар қирилиб кетганда ҳам чин чечак билан касалланмаган.

Шундай қилиб олим эксперимент ўтказишга қарор қилади; Джеймс Филипп исмли болани қўлига сигир чечаги билан оғриган сигир соғувчисини йирингли пуфакчасидан модда олиб эмлаган. Бир ярим ойдан кейин болага чин чечак юққан ва бола касал бўлмаган. Дженнер 2 йил давомида кўп

хашорат организмга нафас йўллари орқали таъсир этадиган воситаларга бўлинади.

Бўғим оёқли зараркундаларнинг қайси турига таъсир этишига кўра кимёвий воситалар инсектицидлар-хашоратларни захарловчи, акарицидлар қанагага қарши, ларвицидлар-личинкаларга қарши, овицидларга яъни хашорат ва каналар тухумига қарши бўлинади.

Биологик дезинсекция усули зараркундаларни «бир-бирига едириш» га асосланган. Бунда хашорат ёки каналарнинг касаллик қўзғатувчилардан ёки уларнинг табиий душманларидан фойдаланилади. Эркак хашорат ёки каналардан физик ва кимёвий стерилизациялаш ва бошқа генетик усуллар ҳам биологик усулга киради. Бу усуллар ёрдамида хашорат ёки каналарнинг кўпайиши анча чек қўйилади.

Дератизация-халқ хўжалигида иқтисодий зарар келтирадиган ҳамда юқумли касалликларни тарқатадиган кемирувчиларни кириш. Профилактик ва кириб йўқотиш тадбирларини ўз ичига олади.

Профилактик тадбирлар зараркунда кемирувчиларнинг уя қуриши, овқатланиши ҳамда кўпайишига имкон берадиган шароитларни йўқотишга турар жой, хўжалик биноларни улар киришидан ҳимоя қилишга қаратилган бўлади. Бунинг учун дон, ун, сабзавот, гўшт маҳсулотларини кемирувчилар тегмайдиган сандиқ ва идишларда сақлаш керак. Ҳаво (шамол) кирадиган туйнукларга металл турлар тутиш, кемирувчилар чиқадиган тешикларни шиша парчалари билан беркитиш, уларни кирадиган йўллари цементлаб ташлаш, ертула ва чердакларнинг туйнугига ойна солиш лозим.

Кемирувчиларни киришини биологик механик ва кимёвий усулда олиб бориш лозим. Биологик усул билан дератизация қилишда мушук, ит ва қатор ҳолларда типратикандан фойдаланилади. Баъзи бир йиртқичлар масалан, сассикқўзан, латча, калхат, укки, бургутлар кемирувчиларни йўқотадиган табиий биологик кушандалар ҳисобланади. Бактерия культураси қўшилган хўрак унчали кенг миқёсда ишлатилмайди.

Дератизациянинг механик воситаларига турли хил тузоқ ва қопқонлар киради. Қопқонга қўйиладиган хўрак янги бўлиши ва ундан қўлланса ҳид, аччиқ маза келмаслиги лозим.

Кемирувчиларга қарши курашда кимёвий усулларни турли хил захарли моддалари қўлланилади. Бунда хўракка захарли моддалар аралаштирилади.

Бир бўлак нонга крисид зоокуморин ва бошқа хил захарлар қўшилади. Ўсимлик мойи қўшилган хўрак тайёрлаш учун 100 гр нон увоғига 2-3 гр ўсимлик мойи ва 1-2 гр крисид ёки 5 гр зоокумарин билан крахмал аралашмалари қўшилади.

Захарли хўрак қушишдан аввал кемирувчиларни бир неча кунгача бокиб ўргатиш керак. Хўракни 4-5 кунгача кемирувчилар яхши ейдиган жойга қўйишади, 7-кун хўракнинг қолган-қутгани йўқотилади. Кемирувчиларга қарши курашда суюқ хўраклар ҳам ишлатилади. Хўракларни болалар кўрмайдиган ва чорва молларидан узоқроқ жойга қўйилади. Бундан

Профилактикаси. Қушхоналарда гўштни ва озиқ-овқат маҳсулотларини ташиганда, сақлаганда санитария-гигиена қоидаларига пухта амал қилиш керак.

Озиқ-овқат блокида ишлайдиган ходим мунтазам равишда медицина текширувидан ўтиб туриши ва озиқ-овқат маҳсулотларини ишлашда санитария-гигиена қоидаларига пухта риоя қилиши лозим.

Ботулизм

Ботулизм (лотинча-колбаса) ботулизм таёкчалари тушган озиқ-овқат маҳсулотларини ейиш натижасида келиб чиқадиган овқатдан захарланишидир.

Этиологияси ва эпидемиологияси.

Ботулинус микробини 1895 йилда Ван Эрменген кашф этган. Таёкча катъий аноэроб, спора ҳосил қилади, турли хилдаги химиявий моддаларга ва термик таъсирга жуда чидамли. Кучли экзотоксин ҳосил қилади.

Ботулизмнинг А, В, С, Д, Е деган бешта таёкчаси маълум. Ўзбекистонда А ва В, камдан-кам Е токсинни ҳосил қиладиган ботулизм учрайди. Инфекция манбаи-ичагида ботулизм қўзғатувчилари бўлган ҳар-хил хайвонлардир. Бактериялар ахлат массаси билан тупроққа тушади, спораси узоқ вақтгача сақланиши эҳтимол. Бактериялар одамга қўзғатувчи кўпайган ва токсин йиғилган турли хилдаги маҳсулотлар орқали юқади. Балиқ, гўшт, сабзавот консервалари бу жиҳатдан жуда ҳам ҳавфли ҳисобланади.

Бошқа маҳсулотлардан колбаса, ветчина, балиқ ва балиқ маҳсулотлари ва бошқа захарланишни келтириб чиқариши мумкин. Бузилган консерва банкига газ ҳосил бўлиши натижасида бўртади. Бузилган маҳсулотларни еганда битта ёки бир неча одам касал бўлиб қолиши мумкин. Бузилган овқатни еган одамларнинг баъзилари касал бўлмаслиги мумкин, чунки овқатнинг баъзи жойларида токсин бўлмаслиги мумкин.

Клиникаси. Инкубацион даври қисқа 12 соатдан 24 соатгача баъзан 10 кун. Инкубацион даврининг давомийлиги одам организмга тушган токсиннинг дозасига боғлиқ бўлади.

Касаллик бош айланиши, бош оғриши, уйқунинг бузулиши, тобора ҳол қуриши билан бошланади. Температура нормада бўлади, баъзан ошиши мумкин. Кўп ўтмай бемор кўзини туман босиши, нарсаларнинг иккита бўлиб кўриниши (диплопия), оғзининг қуришидан шикоят қилади.

Қурилганда юқори қовоқнинг осилгани (птоз), ғилайлик, кўз қорачиғининг ҳар-хил кенгайиши диққатини ўзига тартади. Беморнинг товуши баъзан бўғиқ бўлади. Ҳақилдоқ мускулатурасининг фалажланиши кузатилади, ютиш қийинлашади, шу туфайли ейилган овқат бурундан чиқади.

Касаллик камдан-кам қусиш, ич кетиш билан кечади, кўпинча ич келмаслиги ва метеоризм кузатилади. Пульс касаллик бошланганида суст бўлади, кейин тезлашади, тўлиқ урмай салга қисилади.

Даволаш. Бемор албатта, касалхонага ётқизилади. Тезлик билан специфик зардоб терапияси ўтказиш, ботулинга қарши зардоб А, В, С

типидаги поливалентли зардоб, улар бўлмаса, моновалентли А-В-Е аралашмасини 50.000-100000 бирлик киритиш керак.

Профилактикаси. Гўшт комбинатларида ва консерва заводларида пухта санитария назорати ўрнатиш керак. Қопқоғи бўртиган консервани емаслик лозим.

Вирусли гепатит. (сарик касаллиги.)

Вирусли гепатитлар турли вируслар томонидан қўзғатилиб, организмнинг умумий интоксикацияси, асосан жигар жароҳатланиши ва кўпинча сариклик пайдо бўлиши билан кечадиган юқумли касалликдир. Кадимдан маҳаллий халқ уни «сарик касаллиги» деб атайдди. Юқумли сарик касаллигини ўрганишда рус олими С.П.Боткиннинг хизматлари катта. Ҳозирги вақтда вирусли гепатитларнинг 7 та қўзғатувчиси аниқланган. Улар латинча ҳарфлар билан А, В, С, Д, Е, F, G, деб номланади. Шулардан бештаси А, В, С, Д, Е гепатитларнинг вируслари яхши ўрганилган. Ўзбекистонда А гепатити кенг тарқалган касалликлардан ҳисобланади. А гепатити учун мавсумийлик хос. Беморлар сони август ойларидан бошлаб кўтарилди боради ва декабр ойларида авжига чиқади, кейин касалланиш камай бошлайди ва май ойига келиб, энг кам кўрсаткич кузатилади. Ёши жихатдан энг кўп касалланганлар 2-7 ёшдагилар ҳисобланади. Катта ёшдаги одамлар орасида А гепатити ҳам куз, киш ойларида қайд қилинади. У кўпинча воситасида тарқалади. А ва Е гепатитлари фекал-орол механизми воситасида юқади. Вирус соғлом киши организмга оғиз орқали тушиб, нажас ва сийдик билан ажралиб чиқади. Озиқ-овқат маҳсулотлари ва сув муҳим тарқатувчи омил ҳисобланади. В, С, Д гепатитлари асосан парентерал йўл билан тарқалади. Бу касалликларда вирус қонда бўлгани туфайли у соғлом одамга тиббий мулоажалар вақтида шприц, тиш шифокори жарроҳлик ёки анжомлар воситасида юкиб қолади.

Клиникаси. Вирусли А гепатитида касалликнинг яширин даври 2-ҳафтадан 6-ҳафтагача унинг кечиши шартли равишда бир неча даврга бўлинади: дастлабки продрома, сарғайиш даври ва тузалиш даври.

Продрома даври 7-10 кун давом этиши мумкин. Бола инжик бўлиб, қолади, иштаҳаси йўқолади, ўйинқароклиги қолади, ётгиси келаверади. Айрим ҳолларда тумов аломатлари: бурун битиб қолиши, йўтал. Томоқ оғриши, кўз ёшланиши каби аломатлари кўзатилади. Баъзан тана температураси 2-3 кун 38-38,5 °C градусгача кўтарилди. Баъзан беморларда кўнгил айнаши, тўш остида оғриқлик, ёки кучли бўлмаган оғриқ сезилади. Коринни пайпаслаб кўрилганда жигар биров катталашган бўлади. Бу даврнинг охирига келиб, сийдик ранги тўқ сарикқа айланади нажас, аксинча окрок рангда бўлади. Худди шу даврда бемор нажаси ва сийдиги билан вируси ташқарига кўплаб ажрала бошлайди.

Тери сарғая бошлаши касаллик авж олиш даври бошлангандан дарак беради. Сариклик дастлаб кўз оқи ва танглайда пайдо бўлади. Сўнгра тери сарғая бошлайди. Дармонсизлик кучаяди, нажас оқ рангда бўлади, сийдик

Паразит юқумли касалликларда бемор ва у билан мулоқотда бўлган кишиларни дезинфекция қилишда юқумсизлантиришда керакли воситалар қўлланилиб беморнинг кийим-кечаги ва кўрпаси дезинфекция камерасига юборилади.

Грипп касаллигида беморнинг идиш-товоклари қайноқ сув билан 2-3 маротаба ювилади, рўмолчаси, сочиғи исталган юувчи воситалар эритмасига бўктирилгач, қайнатилади. Бемор ётган хона тез-тез шамоллатиб, уй анжомларни латтада артиш керак.

Дифтерия, скарлатина касаллигида беморнинг идиш-товоклари, резина ва металлдан ишланган ўйинчоқларни 15 минут қайнатилади: ички кийим, сочиғи ва рўмолчаси алоҳида бакка йиғилади, 2% ли совун-содали эритмага бўктирилади, кейин 15 минут қайнатилади. Хона мунтазам равишда шамоллатиб турилади, пол, жиҳозлар, эшикларнинг хлораминнинг 3% ли ёки водород пероксиднинг 3% ли эритмаси билан артилади. Шуларнинг ҳаммаси дезинфекция қилинади.

Дезинсекция-касаллик қўзғатувчиларни тарқатувчи заракунда бўғимоёқиларни, озиқ-овқат ва ўсимлик зараркунандаларни йўқотиш. Турмушда дезинсекция пашша, суварак, каналар, бурга, битларни йўқотиш, шунингдек чивин, искабтопар ва каналарни чақишдан ҳимояланиш мақсадида ўтказилади.

Профилактик ва қирувчи дезинсекция бўлади. Профилактик дезинсекцияга турар-жой ва хўжалик биноларни тоза сақлаш пол, эшик, дераза ва деворларни вақти-вақти билан хўллаб артиб туриш, эшик деразаларга тур парда тутиш. Озиқ-овқат маҳсулотларини ва чиқиндиларни пашша, суварак ва чумоли қирмайдиган идишларда сақлаш шахсий гигиенага риоя қилиш, ички кийимлар, кўрпа-ёстик жилдларни ва чойшабларни ўз вақтида ювиб, алмаштириб туриш, хужра ертўлаларни озода сақлаш, мунтазам тозалаб, яхшилаб шамоллатиш, чивин қупайишига йўл қўймаслик учун ҳовуз ва ариқларни тозалаш, зовуча, чуқурча ва кўлмак сув йиғилиб қоладиган жойларни кўмиб ташлаш каби тадбирлар қиради.

Қирувчи дезинсекция физик, кимёвий ва биологик усуллар билан амалга оширилади. Ҳашоратларнинг киришининг физик усули кийим-кечак, кўрпа-тўшак, гилам, пардаларни қоқиб тозалаш, чанг сургич билан чангни ва бир йўла баъзи ҳашоратларни йўқотиш, пашша ва суваракларни хар-хил воситалар ёрдамида тугатиш, кавшарлаш лампаси олови ва қайноқ сув билан қандола, суваракларни ўлдириш, кийим-кечакни дазмоллаш, дезинсекциялаш камераларида иссиқ ҳаво юбориб буғлашдан иборатдир.

Бўғим оёқли зараркунандаларни киришининг кимёвий воситаларга хлорланган углеводородлар-гексохлоран ва бошқалар, скипидарни хлорлаш маҳсулотлари-дихлорпинен ва полихлоркамфен, фосфорорганик бирикмалар хлорофоскар-бофос, карбонатлар-севин, ўсимлик инсектицидлари-пиретрум ва унинг синтетик аналоглари қиради.

Кимёвий воситалар порошок эритма, аэрозолар холида ишлатилади. Таъсир этиш механизмига кўра, тери орқали таъсир этадиган ва фумигант-

кишилардаги ва ҳайвонлардаги манка касаллиги сабабчисининг ўхшашлигини исботлади.

Жаҳон фани болаларнинг юкумли касалликларини ўрганишга салмоқли ҳисса қўшган машҳур рус клиницист-педиатр Н.Ф.Филатов (1843-1902) ва ўта хафли касалликлар, яъни вабо, тоун эпидемиологияси соҳасида муҳим кузатишлар олиб борган Д.К.Заболотний (1866-1928) ишларини яхши қадрлайди. Инфекция ва иммунитет масалалари Н.Ф.Гамалия асарларида ўз аксини топди.

Катор олимлар А.Н.Белинский, Филатов, Мечников, Исаев, Чистович, Видал, Уленгут каби олимларни ишлари эпидемиология фанига катта ҳисса қўшди. Кейинги йилларда эса юкумли касалликларнинг олдини олиш, уларга қарши кураш методлари кашф қилинди. Буларни қуйидаги йўллар билан олдини олиш мумкин:

1. Дезинфекция. 2. Дезинсекция. 3. Дератизация.

Дезинфекция. Дезинфекция юкумсиэлантиниши юкумли касалликларни қўзғатувчи микроорганизмларни йўқотиш. Кундалик профилактик ва якуновлочи дезинфекция бўлади. Кундалик дезинфекция бемор ётган уйда тез-тез ўтказилиб туради.

Якуновлочи дезинфекция бемор касалхонага ётқизилганидан ёки соғайиб кетганидан кейин ўтказилади. Профилактик дезинфекция юкумли касалликларни олдини олишда, оқар сувлар, ахлатларни, жамоат тупланадиган жойларни мунтазам равишда кумсиэлантиниришдир.

Дезинфекцияда механик, физик ва кимёвий воситалар қўлланилади. Механик воситаларга бино ва ундаги буюмларни хўл латта билан тозалаш, кийим-кечак ва қўрпа ёстиқни қоқиш, чанг сургич билан тозалаш, бинони шамоллатиш, қўллаш, бўйаш, қўлни ювишлар киради. Бу воситалар ёрдамида бино ва кийим-кечак ва микробдан 50-75% гача халос бўлади. Қуриштиш, қуёш нури, ультра бинафша нурлар, олов, қайноқ сув, дезинфекция камералари ва махсус апаратлар сув буғи ва иссиқ ҳаводан фойдаланиш физик воситалар ҳисобланади. Кимёвий воситаларга кислоталар, ишқорлар, хлорли оҳак, хлорамин, оҳак, фенол, крезоллар, формалин, сулема ва бошқалар киради.

Айрим юкумли касалликларда дезинфекция уй шароитида ўтказилади. Юкумли ичак касалликларида бемор фойдаланган идиш-товоқ 1% ли сода эритмасида 15 минут қайнатилади. Беморнинг чиқиндиларга қуруқ хлорли оҳак сепиб, аралаштирилади, бир соат қўйиб қўйилгач, канализация ёки ҳожатхонага тўкиб юборилади.

Беморни даволаш учун зарур бўлган буюмлар (грелка, тўшама, чамбарак, тўшама клёнка, муз резина халта) 0,5% ли хлорамин эритмаси ёки бензин хлорфенолга ботирилган латта билан артилади. Қўрпа, тўшак, устки кийим чўтқаси билан тозаланади. Ванна, унитаз, раковина 0,5% ли тиниклаштирилган хлорли оҳак эритмаси ёки хлорбетанафтол билан яхшилаб ювилади. Бемор ётган хона поли хлораминнинг 1% ли эритмаси ёки Хлорбетанафтолнинг 0,5%ли эритмаси билан артилади.

ранги аччиқ дамланган чойни эслатади. Бу давр 1-2 хафтагача давом этади. Сарғайиш камая бошлаб, бемор ўзини дурустроқ хис қила бошлайди, беморнинг қуввати тикланиб, иштаҳаси яхшиланади. А гепатити қўпинча энгилроқ ўтиб, асоратлар қолдирмайди.

В вирусли гепатитда касалликнинг яширин даври 6-хафтадан 6 ойгача. Касаллик қўпинча ўрта оғирликда кечади. 5-10% беморларда оғир ҳоллари қайд қилинади. Продрома, сарғайиш ва тузалиш давлари узокроқ давом этади. Тахминан 5% ҳолларда касаллик сурункали турга ўтади. Баъзи ҳолларда ўткир жигар етишмовчилиги келиб чиқиши мумкин.

Д вирусли гепатит В гепатити бор жойларда юкади. Касалликнинг оғир кечиши ва чўзилиши Д (дельта) гепатити қўшилганидан дарак беради.

С вирусли гепатитининг яширин даври 30-45 кун. У вирус тутган қон ёки унинг препаратлари қўйилганидан сўнг келиб чиқади. А вирусли гепатитига ўхшаб кечишига қарамай, 15% ҳолларида сурункали турга ўтади. Сурункали С гепатити жигар циррозига айланиши қўп учраб туради.

Е вирусли гепатити одатда оғир кечмайди. Унинг клиник кечишига қараб А вирусли гепатитидан фарқ қилиш қийин. Эпидемиологик маълумотлар ва лаборатория текшириш натижаларига қараб улар фаркланади. Е гепатити ҳомиладор аёлларда оғир ўтади ва ўлимга олиб келиши мумкин.

Ташхиси. Клиник белгиларга қараб ҳамда қон, сийдик ва нажас текширилади.

Даволаш. Вирусли гепатити билан оғирган беморларнинг барчаси шифохонага ётқизиб даволанади. Даволашнинг асоси-ётиш режимига риоя қилиш ва пархезни сақлаш. Бемор қўп суюқлик истеъмол қилиши керак. Истеъмол иланадиган овқат осон сингадиган бўлиши лозим, яъни ёғсиз, буғда пиширилган ёки қайнатилган бўлиши керак.

Касаллаик ўртача, оғир ва оғир кечганида томир орқали суюқликлар юборилади, масалан 5% глюкоза эритмаси, гемодез, физиологик эритма, 5% аскорбин кислотаси эритмаси қўшилса яхши наф бўлади.

Витаминлар В қўлланилади, гормонал препаратлар преднизолон, гидрокортизон қилинади.

Профилактикаси. А ва Е вирусли гепатитларнинг профилактикаси ичак инфекцияларидагига ўхшаш. Болалар боғчасида А гепатити аниқланса, 21 кун карантин белгиланади. Болаларга мускул орасига гаммоглобулин қилинади.

В, Д ва С гепатитлари профилактикасида тиббий муассасаларида стерилизация режимига риоя қилиш муҳим аҳамиятга эга. Бир марта ишлатиладиган шприц, система, скорефикатор ва бошқалар ишлатилади. В гепатитига қарши болалар туғруқхонадан чиқиши олдидан, 1 ва 3 ойлик бўлганида эмланади.

Мавзу 3. Нафас йўллари инфекциялари.

Грипп-бу вируслар кўзгатадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, умумий интоксикация, нафас олиш йўллариининг зараланиши билан кечади.

Тарихи. Грипп эпидемияси тўғрисидаги маълумотлар узок ўтмишдан мавжуд. Гиппократ 412 йилда бизнинг асримиздан олдин қуйидаги белгилар билан ўтадиган касаллиқни таърифлаган: бетўхтов йўтал, ангина, лоҳаслик, тез чарчаш, эт увишиш ва тез тузаладиган кузнинг яллиғланиши. 1510 йилда ўтган эпидемияни қуйидагича таърифлашган: кучли бош оғриши, тумов, халқумда ва буйрак соҳасида оғриқ, овозни хриллаши, олдин курук, кейин балғам ажралиши билан ўтадиган қўяли йўтал, ҳолсизлик (А.Х.Кузнецов, Ф.Л.Герман, 1890йил).

Ҳозир ВОЗ нинг экспертлари қарорига кўра халқаро юқумли касаллиқлар терминологияси бўйича бу касални «грипп» деб аталган. 1889-1890 йилларда Ҳиндистонда гриппни эпидемияси пайдо бўлиб, кейин касаллик Хитой, Россия ва Европа мамлакатларида тарқалгандан кейин изланишлар бошланди.

1957 йилдаги гриппни эпидемиясида Хитой, Японияда «Оспалик грипп» да 1 млн одам ҳалок бўлган. Охирги пандемия 1968-1970 йилларда кўзатилган.

Этиология. Вирус 1933 йилда йилда Смит ва Лейдлоу томонидан аниқланган. СССРда 1936 йилда А.А.Сморозинцев очган ва 1937 йилда А.А.Зильберт очган.

Грипп вирусини бир неча серологик турлари мавжуд (А, А-1, А-2, В, С) ва одамда улар клиник белгиларини чақиради.

Дезинфекцион моддалар таъсирида (формалин, хлорамин, оҳак хлор, спирт, кислоталар, ишқорлар) вирус тез ҳалок бўлади.

Вирус хлорни, йодни, озонни буғларига, ультрабинафша нурларига сезгир. қуритилганда вирус тез ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Бемор одам инфекция манбаи ҳисобланади.

Бемор йўталганида ва аксирганида, айниқса касаллиқнинг дастлабки кунлари вирусни атрофга кўплаб тарқатади. 2 м масофагача боради.

Клиникаси. Касаллиқнинг яширин даври бир неча соатдан 1-2 кунгача.

Қиска муддатли лоҳаслик, эт увишишдан сўнг касаллик тўсатдан тана ҳароратини кўтарилиши, кучли қалтираш билан бошланади. Бошининг пешона ва чакка қисмлари каттик оғрийди. Кўз кизариб сокқаси оғрийди, ёруғликка қараганда кўз ёшланади. Бурун битиб қолади, томоқ қуриб оғрийди. Курук йўтал кўзгатади. Қўл-оёқ мускуллари қакшаб оғрийди. Баъзан қўнғил айнаши ва қусишни кўзгатади. Кўпинча лаб ва бурун атрофида учук тошади. Одатда тана ҳарорати 3-5 кундан кейин тушади.

Гриппни оғир формаларида яъни токсик турида нерв система, юрак-томир система зараланади ва тери, шиллиқ қаватларида қон қуйилишлар ва бурундан қон кетиши мумкин.

Асоратлари: Отитлар ва қўшимча бўшлиқларини яллиғланиши, елка нервлари яллиғланиши, менинго-энцефалитлар, миокардитлар, радикулитлар, тромбозлар, коллапс ва бошқалар.

аср ўрталарида юқумли касаллиқлар номи берилган. Бу касаллиқлар ахён-ахён ҳолда ва кўпчилиқ беморларни заралантирадиган эпидемиялар авж олган оммавий касаллиқлар сифатида учрашиши мумкин. Юқумли касаллиқлар тўғрисидаги фан жуда қадим асрлардан мавжуд. Қадимий халқлар тоун, чечак, вабо ва бошқа тушунчаларга эга бўлганлар, беморлардан эҳтиёт чораларини қўллаганлар.

Кўхна Грецияда Фукидид юқумли касаллиқларнинг тирик кўзгатувчилари «контагиялари» борлигини айтишган, аммо бу олимлар ўз тахминларини бирор ишончли далиллар билан исботлаш имкониятига эга эмасдилар. Қадимги даврнинг атоқли врачлари Гипократ-эпидемиялар гўё қатор касаллиқларни кўзгата оладиган юқумли буғланишлар «миазмалар» таъсирида келиб чиқади деб тушунтирилган.

Италян врачлари Фракасторо (1478-1553) ўзининг «контагиялар ва контогиоз касаллиқлар» номли классик асарида касаллиқларнинг контагиялари ва уларнинг ўтиш усуллари ҳақидаги изчил таълимотини ривожлантиради.

Голланд табиатшуноси Анатолий Ван Левенгук (1632-1723) XVII аср охирида шахсан ўзи тайёрлаган 160 мартагача катталаштириб кўрсатган микроскопда тиш қиридаги, туриб қолган сувдаги ва ўсимлиқлар солинган сувдаги микроорганизмларни аниқлаб муҳим кашфиёт қилди. Шунда тарихга кўзга кўринмайдиган микроблар олами кашф қилинди, буларнинг кўпчилиги касаллик кўзгатувчиларини бўлиши мумкин эди. Левенгук кузатишларини «Анатолий Левенгук очган табиат сирлари» номли китобида баён қилади. Бир канча 10 йиллар мобайнида (XVII ва XVIII асарларида) кўп сонли кишиларни касаллантирувчи юқумли касаллиқлар эпидемиялар устида олиб борилган кўзағувлар бу касаллиқларнинг юқишини исботлади.

Рус эпидемиолог врачлари Д.С.Самойлович (1744-1805) тоуннинг беморга яқин бўлишида юқиши исботланди ва касалликда дезинфекциянинг энг оддий усуллари ишлаб чиқди.

Француз олими Луи пастернинг (1822-1805) буюк ихтиролари ачиш ва бижиш процессларида, юқумли касаллиқларнинг авж олишида микроорганизмларнинг ролини яққол исботлади. Юқумли касаллиқларга қарши эҳтиёждан эмлаш учун вакциналар олиш принципини ишлаб чиқиш Пастернинг улкан ихтироларидан бири бўлди. У қуйдирги ва қутуришга қарши эмлаш учун вакциналар олишга муваффақ бўлди.

Ўрта асрнинг 2-ярмида қатор юқумли касаллиқлар қайталовчи терлама (1873), қуйдирги (1876), терлама (1880), сил (1882), манка (1882), тоун (1884) ва бошқаларнинг сабабчилари топилди. Немис олими Леффлер 1897 йил оқсил сабабчисининг филтрланувчи вируслар группасига мансублигини исботлади.

1813 йил француз врачлари Бретенно ич терламанинг мустақил касаллик эканлиги тўғрисидаги тахминини айтди. 1923 йилда эса Шарль Луи шу касаллиқнинг клиникаси ҳаёт батафсил баён қилди. Машҳур рус инфекционисти Н.П.Васильев (1852-1891) 1888 йилда юқумли сарик касаллиги деб номланган касаллиқни мустақил носозлик бирлик ажратди,

олиб келади. Йўталнинг тўхташи чуқур нафас олиш билан давом этади, бунда ҳавонинг спастик торайган товуш тешигидан ўтиш натижасида чийиллаган товуш чиқади. Репризларбир неча маротаба такрорланиши мумкин. Кўк йўталнинг спазматик даврида юзнинг бироз кўпчиганини, баъзани кўз соққаси конъюнктиваси ва терига қон кўйилганини кўриш мумкин. Тил юганчасининг яраланиши типик ҳисобланади.

Спазматик давр 2-8 ҳафтагача давом этади. Шундан сўнг аста-секин учинчи давр—тузалиш даврига ўтади. Йўтал ҳуружсимон табиатни йўқотади. Репризлар босилади ва бола соғаяди. Касалликнинг енгил, ўрта ва оғир турлари фаркланади.

Асоратлари кўкйўталда спастик йўтал ҳуружи терига, кўз конъюнктивасига қон қуйилиш, бурундан қон кетишига олиб келади.

Мияга қон қуйилиши, айниқса хавфли, каттиқ йўтал вақтида қорин пресси таранглашади. Бу тўғри ичакнинг тушишига, нерв системада талваса тутилиши, асфикция баъзан ўлим билан тугайди. Эмадиган ва ёш болаларда кўпинча пневмония ривожланади.

Ташхиси. Кўкйўталга клиник ва эпидемиологик ва бактериологик маълумотларга асосланиб, диагноз қўйилади. Кўкйўталда катарал даврда, қонда лейкоцитоз ва лимфоцитоз кўрилади. Бу жуда аҳамиятли. Бактериологик усулда кўкйўтал таёқчасини ундириш учун озуқа муҳитдан фойдаланишади. Яъни лабораторияга бемордан туфук балғам ва бошқалардан анализ олинади.

Даволаш. Антибиотиклар ва симпатик воситаларни қўллаш жуда яхши наф беради. Болага тинч шароит яратиш, енгил ҳазм бўладиган овқатлар бериш. Витаминлар, тўла қимматли овқатлар бериб туриш керак. Айниқса болаларни қизиқарли машғулотлар билан қалғитиш керак.

Мавзу 7. Эпидемиология асослари. Дезинфекция, дезинсекция, дератизация.

Эпидемиология юнонча сўз бўлиб «ер»-устиди, «demos»-халқ ва «logos»-фан, яъни оммавий касалликларининг пайдо бўлиши ва тарқалиши сабабларини қонуниятларини ўрганадиган ҳамда уларга қарши кураш олдини олиш чораларини ишлаб чиқадиган фан.

Эпидемиологияда эпидемиологик текширувларни, микробиологик, санитария ва бошқа тадқиқотларни ўз ичига олган комплекс усулидан фойдаланилади.

Эпидемиологиянинг тараққиёти, микробиология, вирусология, паразитология, иммунология, гигиена, шунингдек юқумли касалликлар клиникаси сингари медицина фани тармоқларининг муваффақиятлари билан боғланган. Эпидемиология термини XX асрнинг 50-йилларидан бошлаб, онкология, психиатрия генетика эндокринологиянинг тегишли бўлимларини белгилаш учун ҳам ишлатилади.

Одам учун патоген микроорганизм келтириб чиқарадиган ва касал одамлардан, ҳайвонлардан ўтадиган касалликларнинг каттагина гуруҳига XIX

Диагностикаси. Касалликнинг дастлабки кунидан вирусологик текшириш учун бурун ва томоқдан суртма олинади. Серологик текшириш учун 8-10 кун оралатиб, 2 марта қон олиб текширилади.

Даволаш: Беморлар касалхонага грипп оғир кечганда ётқизилади. Иситма кўтарилганда бемор ўринда ётиш керак.

Специфик даволаш мақсадида гриппга қарши гамма-глобулин ишлатилади (3-6мл) Касалликнинг дастлабки кунларида бурунга қуритилган грипп зардоби ёки интерферон томизилади. Ремантадин ва оксолин каби препаратлар вирусга таъсир кўрсатади. Иситма туширувчи, оғрик ва йўтални қолдирувчи дорилар ҳам қўлланилади. Тез-тез чой, мева шарбатлари, минерал сув ичиш тавсия этилади.

Профилактикаси. Специфик профилактика мақсадида бурунга грипп вакцинаси томизилади. Грипп эпидемиясидан 3-4 ой олдин бурунга оммавий равишда вакцина пуркалади. Эпидемия вақтида оксолин мази, интерферондан фойдаланиш мумкин. Уй хавоси тез-тез янгиланиб туриши керак. Бемор фойдаланган идиш-товуқ қайнатилади. Беморни парвариш қилувчи докадан никоб тутиб, уни ҳар 5-6 соатда алмаштириб туриш керак.

Ангина.

Ангина-танглай муртак безларининг яллиғланиши. Касаллик юқумли бўлиб, асосан стрептококк, стафилококк, пневмокок ва бошқа микроблар кўзғатади. Келиб чиқишда турли омиллар роль ўйнайди.

Масалан, кишининг совуқотиши, муздек сув ичиши, совуқ сувда чўмилиши, гайморит, аденоит билан касалланиши ёки чириган тишлар ҳам ангиная олиб келади.

Клиникаси. Касаллик умумий ҳолсизлик, томоқдаги оғрик, тана температурасининг кўтарилиши бош оғриғи билан бошланади. Ангинанинг катарал, лакунар ва фолликуляр турлари фарқ қилинади. Катарал формаси бирмунча енгил кечиб, бунда танглай муртак безларининг гиперемияси, шиши ва ютинганда оғрик кузатилади. Лакунар ва фолликуляр турлари оғир кечади, бунда тана температураси кўтарилиб, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши кузатилади. Муртак безлари шишиб, қизаради, йиринглайди, гапирганда, ютинганда оғрийди, бемор оғзидан ноҳуш ҳид келади, бўйиндаги лимфа тугунлари яллиғланиб, катталашади ва оғрийди.

Ангина билан тез-тез касалланиш турли асоратларга олиб келиши мумкин. Масалан, сурункали формага ўтиб кетиши, буйрак касалликлари, ревматизм ва ревматик миокардитга олиб келиши мумкин.

Шунинг учун, ангина билан касалланган беморлар жиддий ва ўз вақтида даволаниши лозим.

Даволаш. Бемор қимирламай ётиши, пархез қилиши, кўп суюқлик ичиши, яхши овқатланиши керак. Оёқларига иссиқ ванна ва томоғига компресс қилиш ёки қуруқ иссиқ қилиш керак. Томоқни тез-тез чайиб туриш, витаминлар, антибиотик ва сульфаниламид препаратлар ичиш, физиотерапия буюрилади.

Олдини олиш. Болалар ёшликдан чиниктириш, физкультура ва спорт билан шуғулланишга ўргатиш, оғиз бўшлиғини санация қилиш (чириган тишларни даволаш) бурун халқум-касалликларини ўз вақтида даволаш ва шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш касалликни олдини олишда муҳим роль ўйнайди.

Мавзу 4. Қон инфекциялари.

1.Безгак

Безгак ўткир юқумли касаллик бўлиб, безгак плазмодийлари кўзготади ва ўзига хос иситма ҳуружлари билан кечади.

Безгак инсониятга қадим вақтлардан бери маълум. У барча мамлакатларда кенг тарқалган касалликлардан ҳисобланади. Хусусан чор Россиясида йилига 3,5 млндан ортиқ одамда безгак қайд қилинар эди. Ўзбекистонда ҳам 60-йилларгача безгак кенг тарқалган касалликлар қаторига кирган. Безгакка қарши давлат дастури амал-га оширилиши туфайли, бу касаллик жумҳуриятимизда деярли тугатилган.

Этиологияси. Безгак кузгатувчилари плазмодийлар ҳисобланади. Улар оддий микроблар гуруҳига мансуб. Одамда касаллик пайдо қилувчи плазмодийлар 4 хил бўлади:

1. Plasmodium vivax - 3 кунлик безгак кўзгатувчиси;
2. Plasmodium malariae - 4 кунлик безгак кўзгатувчи;
3. Plasmodium Falciparum-тропик безгак кўзгатувчиси;
4. Plasmodium ovale-3 кунлик безгакка ўхшаш касаллик кўзгатувчиси.

Ҳар бир плазмодий ўзига хос морфологик тузилишга эга. Плазмодийлар одам ва анофелес чивинлари организмда яшайди ва кўпаяди. Уни **шизогония** деб аталади. Чивин чаққанида унинг сўлаги билан одам организмга тушган плазмодийлар қон орқали жигарга етиб боради ва жигар хужайраларида кўпаяди. Бу босқич тўқима **шизогонияси** дейилади ва касалликнинг яширин даврига тўғри келади. Бу жараён якунида мерозоитлар ҳосил бўлади. Улар жигардан қонга ўтиб, эритроцитлар ичига кириб олади. Шу муддатдан бошлаб плазмодийлар эритроцит ичида кўпая бошлайди. Бу **эритроцитар шизогония** даври дейилади ва қонга тушган паразитлар мерозоит деб аталади. Улар турларига қараб, эритроцит ичида 48-72 соат ичида етилади ва эритроцит ёрилади. Унинг ичидан ажралиб чиққан плазмодий спорозитлар қон зардобига тушиб, у орқали яна янги эритроцитлар ичига тушади. Шу тарика плазмодийлар эритроцитлар

Қизамиқ қизилчаси.

Қизамиқ қизилчаси-ўткир юқумли касаллик бўлиб, тошмалар тошиши ва энгил кечиши билан характерланади.

Эпидемиологияси-қизамиқ қизилчаси бемордан ҳаво томчи контакт йўли билан юқади. қизилча билан кўпроқ мактаб ёшидаги ва кичик мактаб ёшидаги болалар касалланади, эмланган болалар камдан-кам касалланади, катталар ўртасида ҳам учрайди. Қизилча билан оғриб тузалгач, турғун иммунитет ҳосил бўлади.

Клиникаси. инкубацион давр ўрта ҳисобда 15-20 кун давом этади. Касаллик купинча Б нинг бирдан 38 градусгача кўтарилиши ва бироз лоҳаслик билан бошланади. Конъюктиванинг сал қизариши, арзимас катарал ангина кўрилади. Касаллик баданнинг ҳамма ерига бирдан тошма тошиши билан бошланади, қизилча қизамиқдан шу билан фарқ қилади. Тошма кўпинча оёққа, қўлларнинг ёзиладиган томонларига, орқага, думбага тошади, кўкрак, қорин ва юзда тошма элементлари жуда кам бўлади. Тошмалар доғ пайдо бўлиб, бирмунча майда, шакли юмалоқ ва овал бўлади, тери сатҳидан сал бўртиб туради, деярли бир-бирига ҳеч қачон қўшилиб кетмайди. Филатов симптоми бўлмайди, катарал ходисалар бўлмайди ёки унча билинмайди. Энеса ва орқа бўйин лимфа тугунларинг катталашishi қизилчанинг характерли хусусияти ҳисобланади. Лимфа тугунлари тошма тошмасданок, шишади ва тошма қайтганидан 1-2 ҳафта ўтгач аслида келади. Қизилча ҳеч қандай асоратсиз энгил кечади.

Диагностика- клиник белгиларига қараб қўйилади.

Профилактикаси. Қизилча билан оғриган бола коллективда тошма тошган кундан бошлаб 5 кунгача бошқалардан ажратиб қўйилади. Контактда бўлганлар бошқалардан ажратиб қўйилади. Контактда бўлганлар бошқалардан ажратилмайди ва гурппада карантин белгилайди. Даволаш талаб этилмайди, ўрнида ётиши режимли ва умум гигиеник тадбирлар билан чекланиши мумкин.

Кўкйўтал.

Кўкйўтал-ўткир юқумли касаллик, ўткир хуружли йўтал тутиш билан таърифланади.

Этилогияси. Кўкйўтални Борде-жангу таёқчаси келтириб чиқаради. Ташқи муҳитга чидамсиз.

Клиникаси. Инкубацион давр 3-15 кунгача. Кейин катарал даври бошланади. Температура кўтарилади, қуруқ йўтал бўлади, айниқса кечалари йўтал зўради. Боланинг очик ҳавода бўлиши, аксинча йўталнинг кучини қирқади ва сонини камайтиради. Катарал давр 1-2 ҳафта давом этади ва касаллик спазматик даври ўтади. Бу даврда йўтал кўкариб кетишдек табиатга эга бўлади, хуружлар тутади, у бирдан бошланиб, нафас олдиргани куймайди ва кетма-кет, тез-тез тутади, бу нафаснинг тўхташига, юзнинг кўкариб кетишига

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 3-10 кун, жойлашашига қараб, бурун, томоқ, кекирдак, кўз. Тери дифтерияси фарқ қилинади. Кўпроқ томоқ дифтерияси учрайди. Жароҳатланган жой шиллиқ қавати яхлит фибринли парда билан қопланади. У парда қаттиқ бўлиб, остидаги тўқимага мустақкам ёпишган бўлади. Шу сабабли уни шпатель ёрдамида кўчириб олиш анча қийин. Куч билан тортиб олинса, остидаги тўқималар юзаси қонайди. Фибриноз парда жароҳатланган жойда касалликнинг 2-3 ҳафтагача сақланади. Кейинчалик у аста-секин юпқалашиб, чеккаларидан бошлаб йўқола бошлайди. Маҳаллий ўзгаришларга мутаносиб равишда организмнинг умумий интоксикацияси ҳам кузатилади. дифтерия токсини нерв системаси ва юракка кучли таъсир кўрсатади. Юракда ўчоқли ёки диффуз миокардит рўй беради, систолик шовқин эшитилади.

Кечиши ва жойлашишига қараб дифтериянинг куйидаги турлари фарқ қилинади.

Тарқалмаган дифтерия.

Тарқалган дифтерия-жароҳатланиш икки ва ундан ортиқ органларга тарқалган.

Токсик дифтерия.

Кам учрайдиган тери, яра ва жинсий аъзолар дифтерияси.

Ташхиси-касалликнинг клиник белгиларига қараб бурун, томоқдан суртма олинади. Махсус мухитга экилади, ундан суртма тайёрлаб, микроскоп остида текширилади. Серологик реакциялар қилинади, бемор қонидан 2 мл олиб зардобдаги антителалар аниқланади. Реакциянинг диагностик титри 1:40 орадан бир ҳафта ўтгач, текшириш такрорланади, реакция титри камида 2 марта ортиши керак.

Даволаш-дифтерия билан оғриган бемор албатта касалхонага ётқизиши керак. Антибиотиклар қўлланилади. Токсик дифтерияда дифтерияга қарши зардоб қўлланилади. Юрак ва томирлар фаолиятини яхшилаш мақсидида глюкозанинг 5,10,40 %ли эритмалари, эфедрин, кардиамин, стрихин каби препаратлар қўлланилади.

Хиқилдоқ дифтериясида нафас олиш тўхтаб қолиши мумкин. Асфиксия рўй беришини олдини олиш учун трахеостомия қилинади. Беморни даволашда, аскорбин кислотаси, В гуруҳига мансуб витаминлар кенг қўлланилади. Периферик фалажланишни олдини олишда В витамини ва прозерин яхши самара беради. Беморни шифохонадан чиқаришда томоқ ва бурунда 2 марта бактериологик текшириш учун олинган таҳлил дифтерия микроблари топилмаслиги керак.

Профилактикаси- асосан 2,3,4 ойлигида 3 марта бир ой оралатиб АКДС билан эмланади. Ордан бир йил ўтгач 16 ойлик бўлганида АКДС билан эмланиши керак. Бу асосий базис эмлаш ҳисобланади. Шундан кейин бола мактабга чиқиши олдида (7 ёшида) бир марта адсорбланган дифтерия қоқшол вакцинаси (АДС) билан эмланади. Навбатдаги эмлаш (АДС-М малий) билан эмланади. Катта ёшдагилар 26 ва 46 ёшлигида АДС-М билан эмланадилар. Бундан ташқари ҳар қандай ангина билан касалланган бемордан суртма олиб, дифтерияга текшириш шарт.

ичида бир неча марта кўпаяди. Шунга монанд равишда ҳар сафар эритроцитлар парчаланиб, паразитлар кон зардобига тушганида, иситма хуружи бошланади.

Хозирги вақтда Ўзбекистонда безгак онда-сонда учрайдиган, асосан чет элдан кириб келган ҳолатлар билан боғлиқ касаллик ҳисобланади. У асосан йилнинг иссиқ ойларида қайд этилади.

Клиникаси. Безгакнинг яширин даври 10 кундан бир ойгача. Касаллик кўзгатувчиларининг хусусиятига кўра, унинг кечишида баъзи ўзига хос аломатлар бўлиши мумкин. Лекин умумий белгилари ҳам мавжуд.

Одатда, касаллик тўсатдан бошланади. Бадан қақ-шаб, бемор совқотади. Устига дуч келган нарсани ёпиб ётса ҳам исимамайди. Орадан 1-2 соат ўтгач, иситма кўтарилиб кетади ва тана ҳарорати 41°C, баъзан ундан ҳам юқори даражага кўтарилади. Бу вақтда беморнинг бадани қизиб кетади, устидаги барча нарсаларни олиб ташлайди. Иситма кўтарилган вақтда бемор бош оғриши, кўнгил айнашидан шикоят қилади. Беморнинг юзи ва териси қизарган, пайпаслаб кўрганда иссиқ туюлади. Бел соҳаси ва чап биқинда кучли оғриқ бўлиши мумкин. Томир уриши тезлашади. Иситма хуружи 6-8 соат давом этади. Сўнгра қисқа вақт ичида иситма тўсатдан 35-35,5° гача тушиб кетади (интермиттирловчи иситма). Бу даврда беморда кучли терлаш кузатилади. Ички кийимлари шалоббо бўлиб кетади. Уларни бир неча марта алмаштиришга тўғри келади.

Уч кунлик безгакда иситма хуружлари орасидаги муддат 48 соат, 4 кунликда - 72 соатга тенг. Демак, иситма хуружи кун оралатиб, ёки 2 кундан сўнг, 3-кунда айнан бир хил вақтда бошланади.

Тропик безгакда ҳам иситма хуружлари одатда 48 соатдан сўнг такрорланади. Унинг оғир кечиши шундаки, бошланган иситма хуружи 36 соатгача давом этиши мумкин. У беморнинг тинқасини қуритади. Хуруж тўхтаганидан сўнг 12 соат ўтиши биланок, иситма қайтадан кўтарилади. Баъзан иситмалар хуружида даврийлик мутлақо йўқолади.

Даволаш.

Кейинги йилларда безгакни даволашда хлорохин (делагил), примахин, хиноцид каби препаратлар кенг қўлланмоқда. Энг кенг қўлланидиган препарат хлорохин ҳисобланади. Унинг бир таблеткаси 0,25 г. Уни кўпинча 3 кун давомида ичириш етарли бўлади (биринчи кун - 0,5 г дан 2 марта, 2- ва 3-кунлари 0,5 г дан бир марта). Даволаш курси учун -3Д г. Шу муддатдан сўнг ҳам қонда плазмодийлар топилса, яна 2 кун 0,5 г дан ичирилади.

Олдини олиш. Безгакнинг олдини олишда касаллик манбаи - бемор ёки ташувчиларни аниқлаб даволаш ва чивинларга қарши кураш муҳим аҳамиятга эга.

Чивинларни камайтириш мақсадида аҳамияти бўлмаган, чивин кўпайишига қулай қўлмак сув, қўл ва ҳовузлар кўмиб юборилади.

2. Тошмали тиф.

Тошмали тиф тугатилган, бошқа риккетсиозлардан фарқи ўлароқ тошмали тифда бемор одам инфекция манбаи, касаллик ташувчиси кийим ва бош бити ҳисобланади. Эпидемик тошмали тифни провачек риккетсиялари келтириб чиқаради. Тошмали тиф эпидемиологиясида касалликни юқтирган битнинг бутун ҳаёти мобайнида (зарарланган битлар тахминан 30-кун яшайди) қўзғатувчиларини сақлаб туришини ҳисобга олиш лозим.

Клиник кечиши ва диагнози.

Тошмали тифда инкубацион давр турлича, ўрта ҳисобда 12-16 кун атрофида бўлади. Касаллик кўпинча, тўсатдан ўткир бошланади ва бош оғриши, уйқунинг бузулиши, қалтираш, титраб-қақшаш, иштаха йўқолиши ҳамда температуранинг аста-секин ошиб бориши билан кечади, касалликнинг 3-4 кунидан бошлаб эса характерли тошма тошади. Айни вақтда марказий нерв системасида симптомлар орта боради: эс-хуш кирарли-чиқарли бўлади, алаҳлаш бошланади, бемор безовта ва бетоқат бўлиб қолади, ўрнидан туришга ва қочиб кетишга ҳаракат қилади. Бунга бошқа симптомлар: нутқ ва ютишнинг бузилиши, ҳансираш, пульсни тезланиши, сийишнинг бузилиши ва бошқалар қўйилиши мумкин.

Бошнинг қаттиқ оғриши етакчи симптом бўлади. Тошмали тифда тузалиш даври 2-4 ҳафтага боради. Тошмали тифнинг симптомологияси характерли бўлиб, диагноз қўйиш кийин эмас. 2-ҳафтадан бошлаб диагнозни тасдиқлаш учун риккетсиялар билан агглютинация реакцияси қўйиш мақсадида қон олинади. Комплементни боғлаш реакцияси муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш Кейинги йилларда тошмали тифнинг антибиотиклар (левомецетин, синтомицин, биомецин) билан муваффақиятли даволанмоқда. Антибиотиклар ичилганидан кейин ҳарорат 2-кун ичида меъёрга тушади. Иситма тушганидан кейин яна 2 кунгача антибиотиклар бериб турилади. Антибиотиклар билан бирвақтда симптоматик воситалар: юрак дорилари физиологик эритма қўйиш ва бошқалар тайинланади. Беморга касалхонадан ҳарорат тушгандан кейин 12 кун ўтгач чиқаришга рухсат этилади. Тошмали тифнинг олдини олишда беморни касалликнинг биринчи 3-4 кунда барвақт касалхонага ётқизиш муҳим ва зарурий тадбирлардан бири бўлиб қолмоқда, чунки шундай қилинганда битлар касалликни тарқатиб улгурмайди. Ўчоқда ўтказиладиган чора тадбирлар инфекция ташувчини йўқотишга қаратилган. Бемор топилган уйда яшайдиган барча кишилар ювиниш ва тананинг барча қисмларини тозалаш учун санпропусникка жўнатилади. Ички ва устки

Пўстлоқ пайдо бўлган даврда бадан кичишади, бола уни кичганда иккиламчи инфекция тушади. У йирингли яра ҳосил қилади ва касалликдан сўнг чандиқ пайдо бўлади. Сувчечакда тошмалар бирданига тошгани билан тугамайди. 6-8 кун давомида тошмалар янгидан пайдо бўлиб туради. Шунинг учун бир вақтнинг ўзида терида разоела, везикула ва пўстлоқ ҳосил бўлиши мумкин. Тошмалар теридан ташқари оғиз шиллиқ қаватида бўлади, бола овқат чайнашга қийналади. Сўлаги оқиб туради.

Умуман олганда, сувчечак ўртача оғирликда кечади. Йирингли яралар энг кўп учрайдиган асоратлари ҳисобланади.

Ташхиси. Асосан клиник белгиларига қараб қўйилади.

Даволаш. –маҳсус даволаш воситалари йўқ. Бола ётқизибли қўйилади. Унинг ўрин-кўрпаси, чойшаблар ва ич куйлакларитоза бўлиши керак. Қўлни тез-тез совунлаб ювиши керак. Чақалоклар қўлига қўлқопча кийгизибли қўйилади. Марганцовка эритмасида бола чўмилтириб турилади. Тошмаларга 1%ли бриллиант яшили эритмаси суртилади, тери кучли кичишадиган бўлса, сирка аралаштирилган сув ёки 1%ли ментол эритмаси спирти билан артилади.

Оғиз водород пероксид ёки 2% ли борат кислотаси эритмаси билан чайилади. Кўз ҳам юиб турилади, кунига 3 марта 10-20 % ли альбуцид эритмаси томизилиб турилади.

Иккиламчи инфекция қўшилганда антибиотиклар тайинланади, дезин-токсикацион терапия, витаминлар қўлланилади.

Профилактикаси. Касал бола изоляция қилинади, контактда бўлганлар боғча-ясиларга қабул қилинмайди, уларга гаммаглобулин қилинади. Бемор бор хона тез-тез шамоллатиб турилади.

Беморни касалхонага ётқизгунча қадар уйда шароит яратиш, уни ётқизибли қўйиш зарур.

Дифтерия.

Дифтерия-Леффлер таёқчаларининг токсиген штамми қўзғатадиган, кучли, умумий интоксикация ва жароҳатланган жойда фибринли парда ҳосил бўлиши билан кечадиган касаллик.

Этиологияси-касаллик қўзғатувчисини Леффлер 1887 йилда кашф этган. Озуқа мухитларида ўсиш хусусиятларига дифтерия таёқчаларининг 3 хил кўриниши мавжуд: гравис, митис, интермедиус.

Дифтерия микробларини токсини жуда кучли бўлиб, беморнинг нерв ва юрак-томир системасига катта таъсир кўрсатади.

Улар ташқи муҳит таъсирига анча турғун, лекин дезинфекцияловчи воситалар таъсирида тез нобуд бўлади.

Микроб томоқ ва юқори нафас йўлларида жойлашади. Бемор ва бактерия ташувчилардан асосан ҳаво-томчи орқали тарқалади. Дифтерия билан асосан болалар касалланади, лекин улар эмлана бошлаганидан бери, бу касаллик ўсмирлар ва катта ёшдагиларда ҳам учрамоқда. Касалликдан сўнг турғун иммунитет ҳосил бўлади.

8-10 кунларда ўз холига қайтади. Безларнинг йиринглаши ва лимфадент кузатилмайди. Сулак безлари билан бир қаторда аксарият беморларда бошқа ички безлар мойя, тухумдон, ошқозон ости безларининг зарарланиши ҳам кузатилади.

Таъхиси. Эпидемиологик ва клиник белгиларга асосланади. Касалликни ноаниқ, шаклларида ҳамда панкреатит, архит, менингит сингари кўринишлар бирламчи бўлган тақдирда, таъхис вирусологик текширувлар асосида хал этилади.

Даволаш. Касалликнинг маъсус давоси йуқ. Уни асосан симптоматик даволанади. Бемор хасталик авж олганда ўринда ётиши ва тўғри овқатланиши керак.

Одини олиш. Касалликни вақтида аниқлаш, беморни 9-10 кунгача алохидалаш, катта ахдмиятга эга. Бемор билан мулоқотда бўлган шахсларни 21 кунгача алохидалаш талаб этилади.

Эпидпаратитга қарши эмлаш маъсус тирик кучсизлангирилган вакцина ёрдамида ўтказилади. Уни бола 8 ойлигида 0,5 мл тери остига юборилади. Вакцина врач таъсияси билан берилади. У хеч қандай асорат бермайди. Самарадорлиги жуда юкори.

Сувчечак.

Сувчечак баданда ўзига хос тошмалар тошиши билан кечадиган ўткир юкумли касаллик бўлиб, уни филътрланувчи вируслар қўзғатади.

Этилогияси. Вируслар фақат одамда касаллик қўзғатади. Вирус нафас йўллари шиллик каватида кўпайиб, қонга ўтади ва терида пайдо бўладиган пуфакчалар суюклигида сақланади. Вирус ташки муҳит таъсирига чидамсиз, қуритилганда тез нобуд бўлади. 5% глицерин эритмасида бир ойгача сақланади.

Касаллик асосан кичик ёшдаги болаларда учрайди. Инфекцион манбаи-бемор одам. У касалликнинг иситмалаш давридан бошлаб, теридан пўстлоқчалар тушиб кетгунча (7кун) юкумли ҳисобланади. Вирус ҳаво-томчи орқали юқади ва атрофдагиларга тез тарқалади. Касалликдан сўнг турғун иммунитет ҳосил бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 14-17 кун. Айрим беморларда касалликнинг дастлабки кунларида майда қизил тошмалар пайдо бўлади. Одатда улар тез орада из қолдирмай йўқолади.

Сувчечак иситманинг 38-39 С га кўтарилиши билан ўткир бошланадию тошмалар дастлаб қизил ёки пушти рангга тананинг барча қисмларида пайдо бўлади. Унинг атрофидаги тери ранги ўзгармайди. Биринчи кун давомида тошма пуфакчага айланади, уни везикула деб аталади.

Пуфакчаларнинг катталиги бир хил эмас. Улар бир камерали, тешиб қолганда пучайиб қолади. 1-2 кундан сўнг пуфакчалар қурий бошлайди ва пўстлоқ ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда пуфакчалар ичидаги суюклик йиринглаши мумкин. У 2-3 кундан сўнг қурий бошлайди, 6-10 кундан сўнг пўстлоқчалар из қолдирмай тушиб кетади.

кийимларини камерада дезинфекция қилинади, бемор ётган уйда, ўрин-кўрпа, беморнинг ва у билан алоқада бўлган кишиларнинг нарсалари дезинфекция қилинади.

Мавзу 5.Антропозооноз инфекцияси.

1.Куйдирги.

Зонозлар орасида куйдирги ғоят типик инфекция ҳисобланади. Ҳозирги вақтда у алоҳида спорадик ходиса сифатида жумладан, жумхуриятимизда ҳам учрайди. Касаллик қўзғатувчи сийғон, ҳаракатсиз таёқча (бацилла) бўлиб, капсуласи бор ва спора ҳосил қилади. Куйдирги микроби спорасининг 50 йилгача тупроқда сақланиши аниқланган.

Инфекция манбаи. Уй ҳайвонлари: қорамол, қўй, отлар ҳисобланади. касал ҳайвонлар касаллик қўзғатувчиларини сийдик ва нажас билан ажратадилар. Куйдирги споралари билан зарарланган тупроқ ҳам инфекция резервуари бўлиши мумкин. Касалликнинг мўйнали кийимлар ва теридан тайёрланган бошқа нарсалардан юкиши ходисалари ҳам учраб туради.

Клиник кечиши ва диагнози. Инкубацион давр жуда қисқа, 2-3 кун касалликнинг қуйидаги: тери меъда-ичак ва ўпка турлари бор. Тери турида аввал доғ, кейин папула, везикула, пустила ва яра пайдо бўлади. Касаллик оғир кечади ва баъзан ўлим билан тугайди, лекин ҳар ҳолда бошқа турларига нисбатан эсон-омон ўтади.

Меъда ичак турида тўсатдан бошланиш, хароратнинг тезда 39-40 градусга кўтарилиши, қоринда санчикли каттиқ оғрик бўлиши, аралаш сафро қусиш, қон аралаш ич кетиш очикдан-очик симптомлардан ҳисобланади. Касаллик одатда 3-4 кун давом этади ва аксари ўлим билан тугайди.

Ўпка тури ҳам оғир ўтади. Бу тур учун хароратнинг юкори бўлиши, юрак-томирлар системасининг фаолиятининг бузулиши, каттиқ йўтал билан қон аралаш балғам ташлаш характерлидир. 2-3 кундан сўнг беморлар ўлиб қолади.

Даволаш. Куйдиргига қарши специдимик зардобни иложи борица эрта қўллаш энг яхши натижа беради. Пенцилин суткасига 9 000 000 дан 15 000 000 ТБ гача 6-8 кун давомида тайинланади. Новарсенал 0,3-0,45 г дан (2 марта дистилланган сувда эритиб) венага юбориш ҳам яхши натижа беради.

Профилактикаси. Касал ҳайвонлар аниқланганда карантин ўрнатилади. Ҳайвоннинг ўлиги куйдирилади, бунинг иложи бўлмаганда маъсус ҳайвонлар чуқур ўра қавланиб тубига хлорли оҳак солиб, кейин кўмилади. Зарарланган деб гумон қилинган мўйна кийимлар буг-формалин камераларида узайтирилган муддат билан дезинфекция қилинади.

2.Бруцелез.

Бруцеллез (қора оқ соқ)

Бруцеллез - сурункали кечишга мойил, таянч-харакат аппарати, периферии нервларни кўпроқ жароҳатлайдиган, узок, давом этувчи иситма билан кечадиган касаллик. У уй хайвонлари орасида учраб туради. Сут соғувчилар, молбоқарлар, чўпонлар, ветеринарлар, қушхона хизматчилари ва тери ошлаш соҳаси ишчилари учун бруцеллез касб касаллиги хисобланади.

Этиологияси. Касаллик қўзғотувчилари бруцеллалар деб аталади. Одамда касалликни келтириб чиқарадиган бруцеллалар 3 турга бўлинади.

1. Бруцелла мелитензис-майда шохли хайвон (қўй, эчки)ларда касаллик қўзғотувчи бруцеллалар.
2. Бруцелла абортус бовис-қорамолда бруцеллез қўзғотувчи микроблар.
3. Бруцелла абортус суис-чучкаларда бруцеллез қўзғотади.

Одамда учрайдиган бруцеллез касаллигини кўпинча бруцелла мелитензис кузғотади.

Қуёш таъсирида бруцеллалар тез nobуд бўлади 80-85 киздирилганида 5 дақиқада, қайнатилганида-ўша захоти ўлади. Совуқ хароратда яхши сақланади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи бруцеллез билан оғриган хайвон хисобланади. Касал хайвон яхши семирмаиди, кўпинча чала туғиб қўяди. Бруцеллалар касал хайвон сийдиги ва гўнги билан ажралиб хайвон жуни терисида узок сақланади. Шунингдек яйловдаги ўт-ўлан, сувга ҳам тушади, остидаги похол ҳам зарарланади. Шу тариқа бруцеллез хайвонлар орасида тарқалади. Бруцеллалар касал хайвон сути билан ҳам ажралади.

Чорвадорларга касаллик кўпинча қўзилатиш даврида юкадн. Чунки, бруцеллез хайвоиларнинг хомиласи юзасида, атрофдаги суюқликда, йўлдошда бруцеллалар жуда кўп бўлади.

Касал хайвон гўштини яхши пиширмай истеъмол қилганда ёки сутини қайнатмасдан ичганда, бруцеллалар организмга оғиз орқали тушади.

Бруцеллез кўпроқ кишлок ахолиси орасида учрайди. Баҳор ойларида касаллик кўпроқ қайд этилади. Шахар ахолиси орасида бруцеллез асосан касал хайвон сутини қайнатмай ичиш туфайли келиб чиқади.

Бемор одамдан бруцеллез бошқа соғлом кишиларга ва хайвонларга юкмайди.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 1-2 ҳафта.

Эпидемик паротит (Тепки)

Эпидемик паротит-асосан безли аъзолар (кўпроқ; сўлак безлари) ва нерв системаси зарарланиши билан кечувчи ўткир вирусли юқумли касаллик.

Тепки билан асосан болалар касаллансаларда, баъзан катталар ҳам касалланишлари мумкин.

Касалликнинг тарқалишига географик шароитлар сезиларли таъсир этмайди, у ер юзининг барча минтакаларида тарқалган.

Этиологияси. Касаллик қўзғотувчиси - Вирус ташки мухит шароитига жуда чидамли, айниқса, қуритилганда, қиздирилганда, қуёш нурида ва дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез nobуд бўлади.

Бироқ, паст хароратга жуда чидамли, жумладан - 70°C да музлатилганда бир неча ой давомида, уй хдроратида 4 кунгача сақланади. Шунингдек, у барча антибиотик дориларга дам чидамли.

Эпидемиологияси. Тепки антропоноз касаллик бўлиб, инфекциянинг бирдан-бир манбаи - бемор одамдир.

Бемор одам инкубацион даврнинг охири - 3 кундан бошлаб, то касалликнинг 9-кунгача вирус ажратади, яъни инфекция манбаи бўлади. Инфекция хаво томчи йўли билан тарқалади. Кўпроқ, катта ёшдаги болалар касалланади. Кичик ёшдаги болаларда кам учрайди, 1 ёшгача эса умуман қўзатилмайди.

Касалликдан кейин тургун иммунитет юзага келади, канта касалланиш фақат 0,4 - 4% холларда кузатилади. Паротитнинг эпидемик тарқалиши йилнинг барча фаслларида бўлиши мумкин. Кўпроқ куз ва баҳор ойларида кузатилади.

Вирус организмга юқори нафас йўллари шиллик, пардаси орқали ўтиб, қонга ва қон орқали сўлак безлари ва бошқа аъзоларга тарқалади.

Клиникаси. Яширин даври 11 кундан 23 кунгача. Фақат айрим холларда касаллик продромал белгилар (холсизлик, эт жунжикиши, қакшаши, бош оғриши) билан бошланади.

Кўпчилик беморларда хасталик бошланиши ўткир бўлиб, тана харорати 38-39°C ва ундан юқориқда кўтарилади, қулоқ тешиги олдида оғриқ пайдо бўлади. Қулоқ, олди сўлак бези кўпинча олдин бир томонда, баъзан иккала томонда барабар катталашади.

Безнинг катталаниши 3-5 кун давом этиб, қулоқ, олди ва қўл орти бўйин чуқурчасини эгаллайди. Шиш хамирсимон каттикликда, устки териси қизармаган бўлади. Қулоқ супраси кўтарилиб қолади.

Без иккала томонда катталашган тақдирда беморнинг юз кўриниши ўзгариб, "ноксимон" кўринишда бўлиб қолади. Баъзан шиш атрофидаги тери ости тўқмасига ўтиб, бутун бўйинни эгаллаши мумкин. Бемор ютинганда ҳамда чайнаганда оғриқ хис этади.

Айрим беморларда бу жараён жағ ости, баъзан тил ости сўлак безларининг яллиғланиши ҳам қўшилиши мумкин. Катталашган безлар 3-5 кундан кейин кичрая бошлайди.

катарал яллиғланиши рўй беради, қув-қув йўтал пайдо бўлади, овоз бўғилиб қолади. Кўз конъюнктиваси яллиғланади, қизаради, томирлари кенгаяди, ёш оқиб туради, бемор ёруғликка қарай олмайди. 1-2 кундан кейин куз ва бурундан оқаётган суюқлик йиринг аралаш бўлади. Беморнинг юз-кўзи, бурун ва лаблари кериқади. Продроманинг 2-3 кунда оғизда лунж шиллик қаватида майда рангли, нуктасимон бироз бўртиб турадиган тошмалар пайдо бўлади уларнинг атрофи кизил гардиш билан қопланган. Уларни Филатов-коплик доғлари деб аталади.

Оғизда тошмалар пайдо бўлган муддатда қаттиқ танглай муртак безлари ва халқумнинг ўрка деворида энантема пайдо бўлади тошма тошиш даври 3-4 кун давом этади. Бу даврда боланинг аҳволи янада ёмонлашади, иситма кўтарилади, шу даврда кизамиққа жуда хос бўлган тери тошмалари пайдо бўлади. Тошма аввал кулоқ орқаси ва бурун устида пайдо бўлиб 24 соат ичида бош, бўйин, юз ва кўкракнинг юқори қисмига ўтади. Эртасига тошма бутун танага, 3-кун қўл ва оёқларга тарқалади. Тошма остидаги тери ранги ўзгармайди. Тошма дастлаб доғ шаклида бўлади. Кейин у бир оз катталшиб, тери юзасидан кўтарилиб туради.(доғли папулалар.)

Баъзан тошмалар тутшиб кетиб, терининг деярли соғ жойи қолмайди. Тошмалар лоларанг бўлади, ялтираб туради, баъзан тери кичишади.

Тошмалар йўқолиши даврида иситма туша бошлайди, боланинг аҳволи яхшилана боради, латарал аломатлар камайиб, йўқолади. Тошмалар қай тартибда тошган бўлса, шу тартибда йўқолади. Дастлаб тошма қўнғир тус олади ва кавариғи йўқолади. Бундай доғ 1,5-3 ҳафтадан сўнг бутунлай йўқолиб кетади.

Тошмалар йўқолиши даврида кепаксимон пўст ташлаш кузатилади. Бундай пўстлоқчалар айниқса юз, бўйин ва танадан кўп тўқилади. Кафт ва товонда ҳеч қачон бўлмайди.

Ўпка шамоллаши кизамиқ касаллигида энг кўп учрайдиган асоратлардан ҳисобланади.

Ташхиси-касаликка хос аломатларга қараб ҳамда лаборатория анализларига қараб, яъни РТГА серологик реакцияси қўйилади, 7-10 кун саралатиб олинган антителалар титри камида 4 марта ортиши керак.

Даволаш. Бемор алоҳидаланади, касалхонага ётқизилади, ётиш режимига риоя қилинади. Тери илиқ сувда ҳўлланган латта билан артиб турилади, кўзи 2 процентли борат кислота эритмаси билан ювиб турилади, 2-3 марта 10% ли альбунид эритмаси томизилади. Оғиз 2% сода эритмасида чайилади, беморга кўп суюқлик ичирилади. Дезинтоксикацион терапия гормонал препаратлар, витаминлар қилинади.

Профилактикаси. Хар бир бола 9 ва 16 ойлигида кизамиққа қарши вакцина олиши лозим. Агар бемор аниқланса, алоҳидаланади, у билан мулоқотда бўлганлар 17 кун тиббий кўрикда бўладилар, гаммаглобулин олган болалар 21 кун кузатувда бўладилар, боғчага қабул қилинмайдилар. Эмланган болалар гаммаглобулин оладилар.

Клиник кечишига қараб бруцеллезнинг ўткир (3 ойгача), чўзилувчан (6 ойгача) ва сурункали (6 ойдан ортиқ) турлари фарқланади. Бруцеллез организмнинг умумий касаллиги ҳисобланса ҳам, унда таянч ҳаракат, юрак-томир ва нерв системалари жароҳатланиши яққол ифодаланади.

Бруцеллез қисқа муддатли продрома даври билан бошланади. Бу давр бир ҳафтагача давом этади. Шу вақтда бемор лоҳас бўлади, тез чарчайди, кайфияти бузилади, иштаҳаси пасаяди. Баъзан бироз бош оғриши кузатилади.

Бу аломатлар ўса бориб, касалликнинг авж олиш даври бошланади. Унинг ўзига хос белгилари мавжуд. Жун-жикиш, қалтираш билан иситма 38-39* гача кўтарилади, кейин кучли терлаш кузатилади. Бу ҳолат узок, муддат, баъзан кунга 1-2 марта такрорланиб туради. Кундалик иситма ўткир бруцеллезда ремиттирловчи хусусиятга эга. Иситма эгри чизиги эса тўлқинсимон бўлади. Харорат узок вақт юқори бўлишига қарамай, беморда ич терламага ўхшаш кучли интоксикация кузатилмайди. Иситма пасайган соатларда бемор ўзини дуруст ҳис қилади.

Беморни кўздан кечирганда, дастлабки кунларда юзи бироз қизарган бўлса ҳам, кейинчалик оқиш бўлади, бироз кериқади. Тери оқарган, нам бўлади. Айрим ҳолларда, исиз йўқоладиган, қисқа муддатли тошмалар тошади. Периферик лимфа тугунларининг катталаниши ўзига хос ҳисобланади. Бунин, қўлтиқ, ости, чов безлари катталиги ловиядек бўлиши мумкин, пайпаслаганда оғримайди. Баъзан тери остида (айниқса орқада) қаттиқ пайпаслаганда оғрийдиган тугунча-фиброзитлар пайдо бўлади.

Касаллик тўғри даволанса, 2-3 ҳафтадан сўнг аломатлари йўқолиб, бемор тузалиши мумкин. Лекин, бу касалликдан тўлиқ фориғ бўлинганини аниқлатмайди. Вақт ўтиб, турли стресс омиллар таъсирида касаллик қайталаниши ёки унинг сурункали тури аломатлари пайдо бўлиши мумкин. Ўз вақтида даволанмаган ёки нотўғри даволанган ўткир бруцеллез доимо сурункали турга ўтади.

Кўп ҳолларда бруцеллезнинг дастлабки намоён бўлиши сурункали тури аломатлари билан бошланади. Бруцеллезнинг бу турида турли система ва аъзоларнинг жароҳатланиши яққол ифодаланади.

Сурункали бруцеллезда таянч-ҳаракат аппарати жароҳатланиши биринчи ўринда туради. Буғимлар, бўғим ҳалтачаси ва мускуллар шикастланиши (артрит, бурсит, тендовагинит, миозит) туфайли бемор кучли оғриқ сезади, бўғин шишади, ҳаракат чекланади. Бруцеллезда

йирик бўғимлар жароҳатланиши характерли. Кўпроқ ён-бош думгаза, сон ва тизза бўғимлари жароҳатланади.

Периферик нервлар жароҳатланиши радикулит, ишиорадикулит, плексит аломатлари билан намоён бўлади.

Ташхиси. Бруцеллезнинг лаборатория диагностикасида бактериологик, серологик ва аллергия усуллардан фойдаланилади. Касалликнинг ўткир даврида венадан олинган 10 мл қонни экиб, гемокультура олиш мумкин. Натижа деярли бир ойдан сўнг олинади.

Даволаш. Бруцеллез билан оғриган бемор касалликнинг ўткир даврида ва сурункали тури зўрайганида шифохонага ётқизиб даволанади. Бемор учун ижобий даволаш химоя режими яратиш муҳим. Специфик даволаш мақсадида левомецетин, стрептомицин, тетрациклин, доксицилин каби антибиотиклар қўлланади.

Касалликни даволашда беморнинг химоя хусусиятларини оширишга қаратилган дори-дармонлар кенг қўлланади. Бу мақсадда оксил тутган препаратлар (альбумин, аминокислота), плацента, алоэ экстрактлари, В гуруҳига мансуб витаминлар буюрилади. Оғрикни қолдириш мақсадида румолон, индометацин, бруфен каби препаратлар қўлланади.

Касаллик авж олмаган (ремиссия) даврда физиотерапевтик муолажалар бемор ахволини енгилаштиради.

Олдини олиш. Бруцеллез профилактикаси борасида ветеринария санитария ва санитария-эпидемиология хизматлари ҳамкорликда ишлаши керак. Жамоат чорвачилигида молларни сақлаш ва боқиш мавжуд талабларга риоя қилган ҳолда бажарилади. Бруцеллез хайвонлар соғломларидан ажратилиб, алоҳида жойда боқилиши лозим. Имкон бўлса, бруцеллез хайвонларнинг барчасини махсус талабга риоя қилган ҳолда сўйиб юбориш керак.

Қасби чорвачилик билан боғлиқ хизматчилар иш вақтида шахсий гигиенага қатъий риоя қилишлари лозим. Улар бруцеллезга қарши эмланади. Давлат нули билан сотиладиган сут 80°C да пастеризация қилиниб кейин сотилади. Яққа хўжалиқдан сотиб олинган сутни қайнатиб ичиш керак.

3.Қутириш.

Қутириш зооноз касалликларидан бўлиб, вирус кўзғотади ва бош мия жароҳатланиши билан ўткир кечади.

Бунда интоксикация аломатлари: алаҳлаш, хушидан кетиш яққол намоён бўлади. Иситмалаш 3-хафтагача давом этади.

Касалликнинг барвақт аниқлаш воситаларидан бири тери орасига тулярин билан аллергия синов қўйиш ҳисобланади.

Даволаш. даволашда касаллик симптомларининг у ёки бу аломатлари борлиги эътиборга олинади. Иссиқ муолажалари қўлланилади. Касалликнинг барча клиник турларида юрак воситалари тайинланади. Кейинги йилларда, тоундаги каби, туляремиянинг барча турларида антибиотиклар (стрептомицин, биомицин, тетрациклин ва хоказо) қўлланиши яхши натижалар бермоқда.

Мавзу 6. Болалар инфекциялари.

Қизамиқ.

Ўткир инфекциялар ичида шундай касалликлар борки, улар кўпинча ёки деярли фақат болалик ёшида учрайди. Буларга дифтерия, қизамиқ, скарлатина, қўқайўтал, қизилча, эпидемик паротит, сувчечак, цереброспинал, менингит ва полиомиелит киради. Ичак инфекцияларидан: кўпинча ичак колиинфекцияси ва дизентерия билан оғрийдилар.

Актив иммунизация туфайли полиомиелит ва дифтерия деярли тугатилади. Болаларнинг касалликка таъсири улардаги иммунитет билан бевосита боғлиқ. Янги туғилган ва ҳаётининг биринчи ойидаги болалар ва уларда онадан плацента ёки кўкрак сuti орқали унга пассив иммунитет бўлиши сабабли баъзи ўткир инфекцияларга берилмайдилар. Она сuti орқали бола организмга барча озукий моддалар, шунингдек, иммунтаналар, ферментлар, витаминлар киради. Натижада кучли иммунитет ҳосил бўлади. Инфекцион касалликнинг авж олиши ва унинг кечиши хусусияти боланинг индивидуал мойиллигига боғлиқ, яъни бунга боланинг овқатланиши, унинг атрофидаги муҳитнинг санитария-гигиена даражаси, шунингдек тўғри тарбия киради.

Яшаш жойи ва ижтимоий келиб чиқишидан қатъий назар ҳаммада учрайди. Этиологияси-қўзғатувчиси вирус-ташқи муҳит таъсирига чидамсиз, лекин паст температурага чидамли, антибиотиклар таъсир этмайди, интерферон таъсирида тез нобуд бўлади.

Инфекция манбаи бемор одам ҳисобланади. Соғлом организмга вирус нафас йўллари орқали тушади яъни ҳаво томчи билан тарқалади.

Клиникаси. Қизамиқ кечишида даврийлик яққол сезилади. Хасталик кечиши 4 даврга бўлинади. Яширин, продромал даври, тошма тошиши ва йуқолиш давлари. Яширин даври ўрта ҳисобда 9-11 кун, баъзан 3-4 хафтагача боради. Бу даврда қисқа муддатли ҳарорат кўтарилиши, тумов аломатлари иштаҳа йўқолиши ва серхашалик аломатлари бўлиши мумкин. Продрома даврида касалликка хос аломатлар пайдо бўлади. Тана ҳарорати кўтарилади, бола ланж бўлади, кўп йиғлайди, иштаҳаси йўқолади, уйқуси бузилади, бурун бушлиги, нафас йўллари, кўз ва оғиз шиллиқ пардасида

Инфекция манбаи лептоспира ташувчи хайвон ва кемирувчилар ҳисобланади.

Клиникаси. Яширин даври 5-кундан 30 кунгача давом этади. Микроб организмга жароҳатланган тери ва шиллиқ каватлар (оғиз, ҳазм аъзолари, кўз, бурун ва бошқалар.) орқали тушади. Касаллик жигар, буйрак ва қон томирлари билан кўп таъминланган органларнинг жароҳатланиши билан кечади. Тана температураси бирдан кўтарилиб, бош оғриғи, қувватсизлик, уйқусизлик, оёқ ва қўлларнинг зирқираб оғриши, мушмакларда оғрик бўлиши, кузатилади.

Харорат бир неча кун баланд бўлади ва тўлқинсимон тус олади. Беморнинг юзи қизарган, кўз. қон томирлари кенгайиб, қизарган бўлади. қорин бироз катталашиб, эпигастрал сохада оғрик сезилади, жигар, талок катталашади ва оғрийди. Буйракнинг сийдик хайдаш фаолияти бузилади, сийдик ажраши тўхтайди ва азотемия содир бўлади. Касаллик ривожланган сари бош оғриғининг кучайиши, уйқусизлик, менингиал синдромлар пайдо бўлиши характерлидир. Танада сариклик белгилари пайдо бўлиши билан беморларда жигар ва талокнинг ҳажми катталашади. Касаллик енгил, ўртача ва оғир шаклларда кечади. Касалликнинг оқибати кўпинча жигар-буйрак етишмовчилигига ва буйракнинг фаолиятига боғлиқ, оғир турида ўлим билан тугаши мумкин.

Даволаш. Бемор касалхонада даъволанади антибиотиклар, юрак препаратлари, сийдик хайдовчи дорилар, вена орқали суюқликлар, витаминлар ва бошқа дори-дармонлар қилинади.

Олдини олиш. Одамларни касалланишдан сақлашда табиий ва сунъий сув манбалари, сув хавзаларини хайвонлар, кемирувчиларни сийдиги билан ифлосланган овқат ва сувлардан эҳтиёт қилиш катта аҳамиятга эга. Қишлоқ хўжалиги хайвонлари вакцинация қилинади. Кемирувчилага қарши кураш табиий ўчоқ активлигини пасайишига олиб келади. Лептоспироз хавфи тутилганда одамларни эмлаш тавсия қилинади.

Туляремия.

Туляремиянинг кўзгатувчиси –ҳаракатсиз калта граманфий таёқча.

Туляремия сув ва озиқ-овқатлар орқали, ҳаво, чанг, контакт ва трансмиссив йўл билан тарқалади. Туляремиянинг куйидаги турлари (Руднев буйича), бубон, абдоминал ёки ичак, ўпка тарқоқ турлари тафовут қилиш расм бўлган.

Касалликнинг енгил, ўрта ва оғир кечадиган ходисалар кузатилади. Касаллик ўткир бошланади. Бемор эти увишиши, бош оғриши, умумий лоҳаслик, болдир ва бел мускулларининг оғриши, бош айланиши иштаҳа йўқлигидан шикоят қилади. Температура 38-39 градус ва ундан ҳам ортиш бўлади. Анча оғир ҳолларда қусиш бурундан қон оқиши, эс-хушининг кирарли-чиқарли бўлиб қолиш ва алаҳлаш кузатилади. Бубон турида лимфа тугунларининг яллиғланиши (лимфаденит) характерли ҳисобланади. Касалликнинг тарқоқ тури анча оғир ўтади.

Қутуриш хасталиги қадим замонлардан инсониятга маълум. Илк даврларда нтларнинг қутуриши, улар тишлаганида одам ҳам касалланишини билишган. У даврда бу касаллик «Гидрофобия - сувдан қўрқиш хасталиги» дейилган.

Француз олими Луи Пастернинг XIX асрнинг 2-ярмида қилган кашфиёти туфайли қутуриш касаллигига қарши вакцина олинган. Шу муносабат билан барча мамлакатларда қутуришга қарши тадбирларни амалга оширувчи муассасалар Пастер станциялари деб аталган. Уларнинг фаолияти туфайли, қутурган хайвон тишлаганидан сўнг вақтида эмланган миллионлаб одамлар қутуриш касаллигидан сақлаб қолинди.

Этнологияси. Касаллик кўзготувчиси нейротроп хусусиятига эга, яъни нерв хужайраларини танлаб жароҳатлайдиган вирус.

Қутуриш вируси бош миyanинг асосан миёча, аммон шохи, узунчок миё қисмларида нерв хўжайраси ичида ўрнашиб, майда дончалар - Бабеш-Негри таначаларни ҳосил қилади. У ташхисий аҳамиятга эга.

Бу вирус совитишга чидамли. Музлатилган шароитда узоқ сақланади. Ташқи мухитда унча чидамли эмас ва тезда нобуд бўлади. Қайнатилганида 2 дақиқада нобуд бўлади. 3-5% ли лизол ва хлорамин эритмалари, 70° спирт таъсирида тез нобуд бўлади.

Эпидемиологияси. Бўри, тулки, шоқол ва бошқа ёввойи хайвонлар орасида қутуриш касаллиги доимо учраб туради. Вақти-вақти билан бу ёввойи хайвонлар ит ва мушукларни тишлаб, касалликни уларга юқтиради. Касал хайвоннинг сўлагига вирус жуда кўп бўлади. Уй ханвонларидан от, туя. қорамол ҳам қутуриш билан касалланиши мумкин.

Одамга қутуриш вируси касал хайвон, асосан ит тишлаганида, ёки қутурган хайвонни сулагига тери юзасига тушганида юқади. Терида доимо майда, юлинган жароҳатлар мавжудлиги туфайли тери юзасига сўлак билан тушган вирус ҳам сурилиб, нерв хужайрасига етиб боради. Қутурган ит безовталана беради, ғайри-табиий ҳаракатлар қилади. Овқат емай қўяди. Сўлагига кўп оқади. Кейинроқ дуч келган хайвонни ҳатто, эгасини тишлашга ҳаракат қилади. Сўнгра фалажлар пайдо бўлиб, тинчланиб қолади. Қутурган ит касаллик бошланганидан 10 кун ичида ўлади.

Қутуриш билан оғрияган бемордан соғлом одамларга касаллик юқмайди.

Клиникаси. Одамда қутуриш касаллигининг яширин даври 15 кундан бир неча ойгача (кўп ҳолларда 20-30 кун) давом этади. Бу даврнинг муддати инфекция тананинг қайси қисми орқали тушиши, жароҳатларнинг

хусусияти ва кўп-озлигига боғлиқ. Қутурган ит оёқни тишлаганда яширин давр узокрок, бўйин ёки юзни тишлаганда, аксинча қисқа бўлади. Бирданга тананинг турли қисми жароҳатланганида ҳам яширин давр қисқаради.

Касаллик кечишида асосан 3 та давр кузатилади.

1. Даракчилар даври. Одатда касаллик аста-секин бошланади. Умумий лохаслик, бош оғриши, субфебрил иситма пайдо бўлиши касаллик бошланаётганидан дарак беради. Дастлабки кунлардан беморнинг кайфияти ўзгаради. Унга ҳеч нарса ёқмайди, рухияти тушиб кетади, ўзини четга олишга ҳаракат қилади, ёлғиз ҳаёл суради. Уйқуси бузилади. Овқат ейишдан воз кечади. Ит тишлаган жойда, ҳатто яра битиб кетган бўлса ҳам, оғрик пайдо бўлиши ўзига хос белги ҳисобланади. Бу даврнинг охирига келиб беморда бетокатлик, безовталаниш аломатлари пайдо бўлади. Нафас олиш тезлашади. Кўкраги қисаётгандек туюлади.

2. Қўзғолиш даври. Бу даврда нафас олиш чуқурлашади, бемор қийналиб нафас олаётгани сезилиб туради. Бемор жонсарак бўлиб қолади, ҳаловати йўқолади, ўзини қўярга жой топа олмайди. Мускулларда, шу жумладан, ютқун ва ҳикилдок мускулларида тиришиш пайдо бўлади.

Шу даврда касалликка хос бўлган сувдан қўқиш-гидрофобия ва ҳаводан қўрқиш-аэрофобия аломатлари юзага келади. Бемор сув ютмоқчи бўлганида ютқун мускуллари тиришиб қолади ва сувни юта олмай қалқиб кетади. Бу беморда ваҳима уйғотади, қўзлари олазарак бўлиб кетади. Кейинрок сувни ютиш эмас, уни курганда ҳам шундай долат юз беради. Уни гидрофобия дейиладн. Шу даврда биров шамол, ҳатто енгил ҳаво тўлқин таъсирида хан нафас олиш бир неча сония тўхтаб қолади. У аэрофобия дейилади. Бу ҳолат беморни баттар қийнайди.

Мускуллар умумий тиришгнвида бемор типирчилайди, талвасага тушади, галлюцинациялар пайдо бўлади. У атрофдагиларга ташланиши мумкин. Сўлаги кўп оқади. Бу даврда иситма кўтарниб 39-40* га етиши мумкин.

Қўзғолиш даври, одатда, 3-5 кун давом этади. Баъзан умумий тиришиш вақтида нафас тўхтаб, бемор ўлиши мумкин.

3. Фалажланиш даври. Бу даврда бемор тинчланиб қолади, ҳуши тўла сакланиб туради. Айрим гуруҳ мускулларда парез ёки фалажланнш ривожланади. Қўл, оёқ мускуллари фалажланиб, гемнплегия, параплегия ёки тетраплегия кузатилади. Одатда фалажланнш пастдан юқорига кўтарилнб боради. Охирида бемор юрак уриши тўхташи, нафас маркази фалажланиши

окибатида тўсатдан ўлади. Бу давр бир неча соатдан бир кунгача давом этади.

Қутириш касаллигига йўлиққан бемор тузалмайди, 10-12 кун ичида ўлади.

Ташхиси. Эпидемиологик маълумотларни этиборга олган ҳолда, ўзига хос клиник белгиларига қараб қўйилади. Ўлган хайвон ёки одамнинг мия тўқимасидан суртма тайёрлаб Бабеш-Негри таначаларини топиш мумкин.

Даволаш. Махсус даволаш усуллари йўқ. Беморни ташқи қўзғатувчиларидан эҳтиёт қиладиган шароит яратилади. Унинг аҳволини биров енгиллатиш мақсадида тинчлантирувчи ва наркотик препаратлардан қўлланади.

Олдини олиш. Қутириш зооноз касалликларидан бўлгани учун унинг унинг профилактикаси ветеринарлар ва шифокорлар ҳамкорлигида амалга оширилиши зарур. Хонадонда бокиладиган итлар рўйхатга олиниши ва профилактик тарзда қутиришга қарши эмланиши керак. Хизмат вазифасида фойдаланиладиган итларга нисбатан ҳам шу тадбир қўлланади.

Одамни тишлаган ит маълум бўлганида, у ветеринар назоратидан 10 кун ушлаб турилади. Ит қутирган бўлса, шу муддат ичида ўлади.

Ит тишлаган одамларга тиббий ёрдам ҳозирги вақтда поликлиника қошидаги травматология пунктида кўрсатилади. Ит қопганда ҳосил бўлган яралар дарҳол совунлаб ювилади, атрофига йоднинг спиртли эритмаси суртилади. Ярани тикилмайди. Шундан сўнг қутиришга қарши эмлаш бошланади. Аввало беморга қутиришга қарши гаммаглобулин юборилади (асосан бўйин, юз, бош соҳаси жароҳатланганида).

Иммунитет эмлаш бошланганидан 2 ҳафта кейин ҳосил бўлишини этиборга олиб, эмланишини имкон борича эрта бошлаш лозим. Элаш учун қутиришга қарши культурал вакцина қўлланади. Уни қорин териси остига юборилади. Эмланаётган одам ичкилик ичмаслиги, руҳан ва жисмонан толиқмаслиги керак.

4. Лептоспироз.

Лептоспироз лептоспираллар қўзғатадиган ўткир зооноз инфекцион касаллик. Бу касаллик клиник жиҳатдан умумий интоксикация (заҳарланиш), тўлқинсимон кечувчи иситма, баъзан сириклик, геморрагик синдром ва нефропатия билан тавсифланади. Лептоспирознинг қўзғатувчиси лептоспираллар бўлиб, улар нозик спиралсимон, учлари қармоққа ўхшаш буралган, ҳаракатчан бўлади.