

**Ав Ибрангимова Д, Умарова С, Хамидов М.
МАНЗУ: Юқумли касалликлар тарихи**

Юқумлими касалликлар инсониятга қадим замонлардан бўён маълум. Кўпгина юқумли касалликлар қадимда ғоят кенг тарқалган, оғир кечган ва минглаб одамларнинг ёстиғини қуритган. Ўша даврдаёқ етук олимлар вабо, чин чечан, ўлат каби касалликларни юқумли эканлигини таъкидлаб, уларни тирик қўзғатувчилари бўлиши мумкинлигини гумон қилганлар. Буқрот уларни «миазма»лар деб атаган. Хатто касалликдан сақланишнинг оддий эҳтиёт чоралари ишлаб чиқилган.

Табобат илмини бобокалони Абу Али ибн Сино (980-1037) ўзининг «Тиб қонунлари» китобида «Касалликдан баъзилари юқумли бўлади» деб кўрсатади. «Булар, мохов, қутир, чечак, вабо иситмаси, йиринглаган яралар каби ҳасталиклардир».

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

Ўша даврдаги Фан ва техника тараққиёти алоҳида 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 голланд табиатшуноси Антоний ва Левенгук микроскопни кашф этиши микроблар дунёсини ўрганишда оламшумул аҳамиятга эга бўлади. Ана шу кашфиётдан кейин ҳам айрим микроблар маълум юқумли касаллик қўзғатувчиси экани исботлангунча 2 аср муддат ўтди. Шу даврдан ҳам кўпгина юқумли касалликлар алоҳида номга эга бўлмай, умумлаштирган ҳолда «иситма касалликлари» ёки безгак деб аталарди. XIX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб патоген микробларнинг у йки бу юқумли касалликларнинг келиб чиқишига сабабчи эканлиги исботлана бошланди. 1875 йилда амебиоз касаллиги қўзғатувчилари, 1880 йилда эса безгак ва ич терлама, 1998 йилда лейшманиоз касаллигини қўзғатувчиси аниқланди. Бу тадқиқотларга француз олими Луи Пастер (1822-1895), немис олими Роберт Кох (1843-1910), рус олимлари И.И.Мечников (1845-1949), П.Ф.Боровский (1863-1932) салмоқли хисса қўшдилар. И.Мечниковни фагоцитоз назарияси учун Нобель мукофотига сазовор бўлган.

Юқумли касалликлар қўзғатувчиларининг аниқланиши, ҳар бир касалликнинг келиб чиқиши, тарқалиш хусусиятлари, патогенези, клиникаси ва профилактикасининг ўрганиш ва амалиётга тадбиқ этиш тадбирларини осонлаштирди. Шунингдек, касалликларда иммунитет жараёнини ўрганиш учун имконият яратилди. Иммунитет қонуниятларига асосланиб даволаш ва профилактика мақсадида ишлатиладиган зардоб ва вакциналар кашф этилди. Дифтерия ва батулизм касалликларини даволашда ханузгача уларга қарши антитоксик зардоб қўлланиб келмоқда. Болаларни кўпгина юқумли касалликлардан сақлаш мақсадида махсус ақвим (календарь) асосида уларни сил, полиомиелит, дифтерия, кўк йўтал, кокошол, қизамиқ, тепки касалликларига қарши эмланади. Кейинги йилларда профилактика мақсадида вирусли В гепатитига қарши вакцина ҳам қўлланилмоқда.

Юқумли касалликларни даволашда антибиотиклар ҳам қўлланади. Уларни ишлатиш натижасида юқумли касалликлар сони ҳам, ўлим ходисалари ҳам муттасил камайиб бормоқда, бактерия ташувчилик ҳолати ривожланиши камайди.

1940 йилларга келиб маҳаллий халқ орасидан етишиб чиққа олимлар илмий изланишлар олиб бордилар. Дастлабки вақтларда М.С.Софиев, С.Н.Бобожонов, А.Б.Иноғомовлар илмий ишлари ўша даврда тарқалган паразитар касалликларга бағишланган.

Юқумли касалликлар бўйича бевосита илмий иш олиб борган ва кўплаб илмий ходимлар тайёрлаган, олимлардан И.К.Мусабое, Т.Х.Нажмитдинов, В.М.Мажидовлар ҳисобланади. Улар тиф-паратиф касалликлари, ичбуруғ, вабо, вирусли гепатитлар дифтерия касаллигининг патогенезини ўрганиш ва даволаш усулларини такомиллаштиришда тадқиқот ишлари олиб боришган.

Ўзбекистон Фанлар академиясининг мухбир аъзоси А.О.Обидовнинг микробиология ва иммунология соҳасидаги, профессор-вирусолог С.С.Махсумовнинг вирусологияга оид илмий ишлари муҳим аҳамиятга эга.

Юқумли касалликларга қарши курашиш барча тиббиёт ходимларининг вазифаси ҳисобланади.

Чунки, касаллик тарқалмаслиги учун уни ўз вақтида аниқлаб, беморни алоҳидалаш лозим. Шунинг учун барча тиббиёт ходимлари бу касалликларнинг асосий белгилари, айниқса дастлабки аломатларини яхши билиши шарт.

Ўрта тиббиёт ходими ўзини ҳам касаллик юқиб қолишидан муҳофаза қилиши лозим.

Юқумли касалликлар билан муттасил ишлайдиган тиббиёт ходимлари режали равишда айрим касалликларга қарши эмланиб туриши ҳам профилактика мақсадида ўтказилади.

Барча шифокорлар ва ўрта тиббиёт ходимларидан бири, аҳоли ўртасида тирғибот ишларини олиб боришдир. Оилада, боғча ва мактабларда болаларни ёшлигиданок озода бўлишга, қўлни тез-тез ювишга одатлантириш зарур. Атроф муҳитни тоза тутиш, оқар сувлар ифлосланишига йўл қўймаслик юқумли касалларни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

Баъзи микроблар одам организмида узоқ вақт зарар келтирмай яшаши мумкин, одам организмнинг куч-қуввати пасайганда касаллик ривожланиши мумкин.

Бу сапрофит микроблар энди патоген микробларга айланиб қолади. Шундай қилиб аутоинфекциялар ёки эндоген инфекцион касалликлар организмда яшаб турган микроблар таъсири натижасида пайдо бўлади.

Юқумли касалликлар бошқа касалликлардан ўзининг 4 хусусияти билан фарқ қилади:

Юқумли касалликни тирик патоген кузгатади.

Бемор ўз навбатида касаллик манбаи бўлади ва уни бошқаларга юктириши мумкин.

Бемор қайси юқумли касаллик билан оғриб ўтса, унинг организмида ўша касалликка қарши иммунитет ҳосил бўлади, бу касалликни қайтадан юқишига қаршилиқ кўрсатади.

Юқумли касалликлар муайян даврлар билан яъни циклик тарзда ривожланади ва сунади. Патоген микроб организмга тери, шиллик парда орқали киради. Микроорганизм ўзининг химоя механизмлари ёрдамида бегона унсур (микробнинг) кўпайишига, тарқалишига тлик бўладиган чора тадбирларни кўради. Фагоцитлар элементлар, антителалар сафарбар қилинади. Организмнинг бу химоя ва мосланиш реакциялари то патоген микроб организмдан бутунлай йўқолгунча давом этаверади. Бу организмнинг табиий, наслданнаслга ўтадиган хусусиятдир. Патоген микроб ўзини ҳар қандай қарши кучлардан сақлашга ўринади, озгина шароит бўлса тез кўпаяди, фагоцитларга қарши мосланади (капсула ҳосил қилади, агрессин, антифагин, вирулин каби моддалар ишлаб чиқаради). Патоген микробларнинг асосий хусусиятлари уларнинг вирулентлиги ва таксигенлигидир. Микробнинг организмга кириши, кўпайиши ва микроорганизмнинг химоя механизмларини енгиб, ўзининг зарарли таъсирини кўрсата олиши вирулентлигидир.

Микробнинг токсин (захарли модда) ишлаб чиқариш қобилиятига токсигенлик дейилади. Микробнинг токсини муайян бир органга ёки системага таъсир ўтказиш хусусиятига пропизм дейилади.

Токсинлар кимёвий тузилишига қараб аксари ферментларга ўхшаб кетади. Ўз ҳаёт фаолиятида микроб токсинни ташқарига ишлаб чиқарса экзотоксин, баъзи микробларда эса токсин микроб ҳўжайраси ичида ҳосил бўлиб, микроб парчаланганда ажралиб чиқади – бунда эндотоксин дейилади.

Масалан, экзотоксин ишлаб чиқарувчи микробларга: дитерия, қоқшол, ичбуруғ, ботулизм, стрептококк, стафилакокк.

Эндотоксин ишлаб чиқарувчи микробларга: ич терлама, вабо виброкони киради.

Микроб организмга тушган организмда турлича ўзгариш натижасида турлича яқунланиши мумкин.

Микроб микроорганизм химоя воситалари таъсирида ҳалок бўлади.

Микроб ўзига қулай шароит топиб, қисман кўпайиб, организм қаршилигига бардош бериб узоқ вақт тирик сақланади. Бундай ҳолларда организмни кучи микробни йўқ қилишига етарли бўлмайди. Бу эса касалликни латент (яширин) субклиник ва симптомсиз формаси кўринишида ўтади.

Патоген микроб организмда жуда тез кўпайиб патоген хусусиятини намоён қилади, авж олиб касаллик белгиси яққол кўринади.

Юқумли касалликни авж олишида қуйидаги омиллар асосий роль ўйнайди.

1. Патоген микробнинг миқдори
2. Патоген микробнинг вирулентлиги

3. Одам организмнинг реактивлик хусусияти

Бир хилдаги патоген микроб қўзғатган юқумли касаллик моноинфекция дейилади.

Бир неча микроблар таъсирида пайдо бўладиган касалликга микстинфекция дейилади. Юқумли касаллик давом этиб турганда унга бошқаси қўшилса буни иккиламчи инфекция дейилади.

Организмга патоген микроб тушгач мураккаб кураш жараёни натижаси (оқибати) 3 хил бўлади:

1. Беморнинг соғайиши
2. Касалликни сурункали формага ўтиши
3. Беморни ҳалок бўлиши

Юқумли касаллик кўпинча беморнинг соғайиши билан тугалланади. Соғайиш ўз моҳияти жиҳатидан 3 га бўлинади.

А) бактериологик соғайиш (организм бутунлай патоген микробдан ҳалос бўлади)

Б) анатомик соғайиш (зарарланган органдаги яллиғланиш ўрнида ямоқ чандиқлар қолиши мумкин)

В) клиник соғайиш (юқумли касаллик аломатлари йўқолиб тузалиши кўзда тутилади).

Клиник соғайишда органда патоген микроб узоқ вақт сақланиб қолиш натижасида (ойлаб, йиллаб) келиб чиқадиган ҳолатга бактерия ташувчилик деб аталади.

Хужайрани ҳар томонлама ўрганиш микроскопнинг кашф этилишига боғлиқ. Роберт Гук 1665 йилда катталаштириб кўрсатувчи оптик асбоб-микроскоп ёрдамида пуқакнинг кесимини ўрганиди ва унинг уячалар, катакчалардан ташкил топганлиги аниқланди. 1838-39 йилларда немис олимлари ботаник М.Шлейден ва зоолог Т.Ванн организмларнинг хужайра тузилиши тўғрисидаги ҳамма тўпланган илмий маълумотларни умумлаштириб хужайра назариясини яратдилар. Хужайраларни ўрганиш методлари ёруғлик микроскоплари объектни 3000 мартагача катталаштириш имконини беради. Тирик хужайраларнигина эмас, балки тирк хужайраларни ҳам ўрганиш мумкин. Тирик хужайраларни ўрганишда фазо-контраст, поляризацион, люминесцент микроскоплардан фойдаланилади. электрон микроскопларнинг кашф этилиши хужайра тузилиши тўғрисидаги билимларни кенгайтишига сабаб бўлди. Электрон микроскоплар юз минг, ҳатто миллион марта катталаштиришга имкон беради.

Хужайранинг тузилиши, кимёвий таркиби ва бажарадиган функцияларини ўрганиш фақат биология қонуниятларини тўғри тушуниш учунгина эмас балки тиббиётда, ветеринарияда, қишлоқ хужалигида ҳам катта аҳамиятга эга. Одамларда учрайдиган кўпгина касалликларнинг асосида хужайра фаолиятининг издан чиқиши ётади. Қандли диабет касаллигининг сабаби организмда углевод алмашилини бошқарувчи гармонлардан бири инсулин ишлаб чиқарувчи ошқозон ости безининг айрим хужайралари фаолиятининг бузилишидир. Кўпгина юқумли касалликларнинг қўзғатувчилари бир хужайрали паразит организмлар-безгак паразити, токсоплазма, дизентерия амёбаси ва бошқалар ҳисобланади. Бу касалликларни даволаш ва олдини олиш учун уларнинг қўзғатувчилари бир хужайрали содда ҳайвонларнинг биологиясини яхши билиш зарур.

Ҳаётнинг хужайрасиз шаклларига вируслар киради. Улар жуда майда ҳатто бактериялар ҳам ўта олмайдиган филтрлардан ўта олганлиги учун филтрланувчи вируслар дейилади. Вирусларни 1892 йилда рус ботаниги Д.И.Ивановский кашф қилган. Вируслар майда организмлар бўлиб, уларнинг ўлчами 20-30 нм (нонометр) га тенг бўлади (1 номометр микрометрнинг 1/1000 қисмига тенг). Вируслар тирик организмга хос бўлган хусусиятларни фақат хужайра ичига киргандагина намоён қила олади. Улар хужайра ичи паразитлари бўлиб, хужайрадан ташқарида кўпая олмайди.

Оддий вируслар нуклеин кислота ва оксил молекуласидан ташкил топган.

Мураккаб тузилган вируслар қўшимча оксил ёки липопротеид-қобикларидан тузилган бўлади.

Грипп, герпес вируслари мураккаб тузилишига эга. Вирус хужайрага киргач вирус геноми икки хисса ортади ва оксил қобик ҳосил қилади. Натижада янги ҳосил бўлган синтезланган нуклеин кислота молекуласи оксил қобик билан ўралади. Вирус заррачалар тўплангандан кейин хужайра ёрилиб, вирус ташқарисига чиқади ва бошқа хужайралар ичига киради.

Вируслар хужайралар, ҳайвонлар, ўсимликлар, бактерияларда (бактериофаглар) паразитлик қилиб *reg* касалликларига сабабчи бўлади.

Одамларда вируслар қўзғатадиган касалликларга: қизамиқ, грипп, гепатит, полиомелит, чечак касалликлари киради. Одамда ва ҳайвонларда учрайдиган баъзи ёмон сифатли ўсма (рак) касалликлари ҳам вируслар томонидан қўзғалиши аниқланган.

Бактериофаглар (бактерия) вирусларидан дизентерия, қорин типи, вабо ва бошқа касалликларни даволашда, шунингдек генетик инженерияда кенг фойдаланилмоқда.

Бактериялар. Ҳаёт жараёнида спора ҳосил қилиш хусусиятига эга бўлмаган таёқчасимонларга бактериялар дейилади. Спора ҳосил қилувчиларга эса бациллалар дейилади.

Бактериялар ташқи кўринишида шар ёки цилиндр шаклида бўлиб, ҳамма жойда тарқалган (сув остида, тоғда, тупроқда, ҳавода).

Бактериялардан энг соддаси шарсимонлар бўлиб, уларнинг ўзини бир неча гуруҳларга бўлинади.

А) микрококк (*Micrococcus*) – сапрофит организмлар, сув ва ҳавода тарқалган, муҳитда 1 тадан тарқалган.

Б) диплококклар (*Diplococcus*) – кўпайиш жараёнида хужайра иккига бўлинса, тарқалиб кетмай жуфт-жуфт бўлиб жойлашади.

В) стрептококклар (*Streptococcus*) – шарсимон хужайралар бир бирига занжирга ўхшаб туташган бўлади.

Г) тетракокклар (*Tetracoccus*) – хужайра бўлиниши туфайли 4 та шарсимон бўлакча ҳосил қилади.

Д) сарцинлар (*Sarcina*) – шарсимон хужайраларнинг 8, 16, 32 ва 64 та бўлакчага бўлиниб бир-бирига ку кўринишида бирлашади.

Е) стафилакокклар (*Staphylococcus*) – шарсимон хужайраларнинг бўлиниши жараёнида ҳосил қилинган хужайралар бир-бирига тартибсиз равишда боғланган, узум шингилига ўхшайди.

Бациллалар ноқулай шароитга тушганда хужайра ичидаги цитоплазманинг ҳаммаси ёки бир қисмини қуюқлашиб шар ёки эллипс шаклида тўплам ҳосил бўлишига спора дейилади.

Бактерияларда жуда майда (буйи 1 мкм дан 10 мкм гача) бўлади. Бактерия хужайраси ташқи томондан пишиқ парда билан ўралган бўлади, баъзиларида эса яна шилимшиқ капсула билан ўралган бўлади.

Бактериялар хужайраси иккига бўлиниши йўли билан кўпаяди, қулай шароит тўғилганда баъзи бактериялар ҳар 20 минутда кўпаяди.

Бактериялар хужайрасида ферментлар, биологик актив моддалар, антибиотиклар бўлади. Этил, бутил спиртлари, сирка кислотаси, ацетон каби кимёвий бирикмалар бактериялар фаолияти натижасида ҳосил бўлади.

Бошқа бактериялар ҳар хил касалликлар дизентерия, қорин типи қузғатувчилари бўлиб одам ва ҳайвонларга зарар етказади.

Замбуруғлар – тўқимасида хлорофилл моддасини сақламайдиган тубан ўсимликлардир. Замбуруғлар орасида сапрофит, паразит ва факультатив паразитлар мавжуд бўлиб, улар ўсимлик, инсон ва ҳайвонларда турли касалликларни қузғайди. Пенecil замбуруғлари махсус пишлоқ тайёрлашда ишлатилади. Сахаромицетеслар турушлар пиво, вино, қимиз тайёрлашда, нон заводларида қўлланади.

Мукаммаллашмаган замбуруғлари одамларда, ҳайвонлар ва ўсимликларда касалликлар тарқатади.

Гельминтоз юнонча *helmius* – кўрт сўзидан олинган улиб, касалликларнинг келиб чиқишига одам организмида ўрнашиб олган, текинхур сифатида яшайдиган чувалчанглар – гижжалар сабаб бўлади. Касаллик турли мамлакатлар аҳолиси ўртасида ҳар хил, бирида кўпроқ бирида камроқ тарқалишининг сабаблари шахсий гигиена, санитария маданиятининг аҳволи, ижтимоий ва тиббий омилларга боғлиқдир.

Гелментозлар билан катта ёшдаги болалар кўпроқ касалланади. Касалликнинг юқиши ҳамма вақт ташқи муҳит орқали юз беради. Гельментлар асосан ичакларда текинхурлик қилиб яшайди. Аммо улар мушаклар, суяк, ўпка ва бошқа тана аъзоларида ҳам бўлади. Улар одам танасининг шимралари, тўқималар билан озикланиб, моддалар алмашинувининг бузилишига, натижада организмнинг витаминлар, минерал моддалар билан таъминланишида етишмовчиликларга ва касаллик юзага келишига сабаб бўлади. Моддалар алмашинуви бузилишидан ҳосил бўладиган маҳсулотлар, гижжаларнинг механик равишдаги таъсири, улар халок бўлганида пайдо бўладиган парчаланиш маҳсулотларнинг зарарли таъсиридан болалар бошқа юқумли касалликларга берилувчан бўлади.

Ҳамма гелментлар 3 синфга бўлинади:

1. nematode – думалоқ чувалчанглар
2. trematoda – сурувчилар
3. cestoda – лентасимон чувалчанглар

гелментозаларнинг барча турида беморнинг иштахаси ёмонлашади, холсизланади, хар хил зарарли омилларга барқарорлик қобилятининг пасайиши, уйқуси бузилади, кўгнли айнийди, қоринда оғриқ хуружсимон бўлиб, терига эшакем тошади.

Гижжаларни юкиши асосан ёз ва куз фаслига тўғри келади. Санитария қоидаларига риоя қилинмаган ҳолларда гижжа тухумлари мева ва забзавотлар, сув ва бошқа озиқ-овқат маҳсулотлари билан одам организмига тушади. Меваларга чивин, пашшалар ўтириши натижасида гижжалар уруғи билан зарарланади.

I. Миграция даври

Зарарланган мева орқали оғиз, Ичакда ташқи пардаси эриб Қон орқали ўпка ва нафас озиқдан ичакларга тухумлари личинка чиқади. Ичак шиллиқ йўлларига тушиб оғизга тушади. пардасини тешиб қон томир келади. Сулак орқали қайта веналарига ўтади. ютилади.

II. Ичакдаги даври

Личинка ошқозонга, ундан ичакларга тушиб вояга етган гелментга айланиб ичакда текинхурлик қилиб яшайди, тухум қуяди.

Гелмент (аскариданинг) ривожланиш жараёни

Энтеобиоз-острица ичакларда йўғон ичакда, кўр ичак, юқори кўтариливи чамбар ичакда яшайди. Острица тухумлари одам организмидан ташқарида вояга етади. Пашшалар гижжа тухумларини ташқи муҳитга рўзгор буюмлари, ўйинчоқлар, озиқ-овқатлар, сувга тарқалади; ўрин-кўрпа йиғилганда тухумлари ҳавога кўтарилиб оғиз, бурун шиллиқ пардаларига ўтириб қолади. Болани ифлосланган қўли орқали бола оғзига тушиши ҳам мумкин. Урғочи гижжалар тўғри ичакга ўтиб уйку вақтида орқа чиқарув тешигидан ўрмалаб чиқади ва бурмаларига 5000 дан 15000 та гача тухум қуяди, 4-6 соат давомида личинкалар бўлиб етилади.

Эхинококкоз-тасмасимон чувалчанглар пайдо қиладиган касаллик

Бури, ит, мушук ичакларида, одам ва уй ҳайвонлари ичагида текинхурлик қилади. Итлардан юқади, итларга касалланган ҳайвонларни аъзоларини еганда юқади. Эхинококк одамдан одамга бевосита юкмайди. Ташқи муҳитга тушган эхинококк тухуми сув билан, ифлосланган озиқ-овқат билан одамга ўтиши мумкин. Одам ошқозонида тухум қобиғи эрмб личинка ингичка ичак деворларини тешиб қонга тушади, қон орқали жигар, ўпка, чарви, бош мия каби аъзоларга тарқалиб эхинококк пуфакчаларига айланади, пуфакчалар ўсиб катталашиб тана аъзолари тўқималарини сиқади, фаолиятини бузади. Пуфакчалар ёрилиб кетиб касаллик қўшни аъзоларига ҳам тарқалади, пуфакча ичидаги суюқлик йиринглаши ҳам мумкин. Бундан ташқари пуфакча суюқлигининг қонга сурилиши натижасида организм зарарланади, беморда аллергия пайдо бўлади.

Гелминтозларни олдини олиш чоралари

Энг муҳим омилларидан бири болаларни боғча, мактабларга қабул қилишда тиббий кўрикдан ўтказиш, лаборатория текширувидан ўтказишдир.

Бадантарбия, санитария-гигиена қоидаларига доимо риоя қилиш, қўллар, озиқ-овқат маҳсулотларини, мева ва сабзавотларни яхшилаб ювиш, сут, сувни қайнатиб ичиш, кийим-кечак, ўрин-кўрпа бериш керак. Уйларда ховли-жойга ахлат туширмаслик чораларини кўриш ва пашшаларга қарши курашиш зарур.

Таянч атамалар

Эпидемия – юқумли касалликларни бирорта ўлка ёки вилоятга кенг тарқалиши.

Пандемия – бир вақтни ўзида халқаро миқёсда юқумли касалликларни тарқалиши.

Гелминтоз – гижжа (қурт) касаллиги.

Антропоноз – касаллик манбаи фақат одам, фақат одамлар касалланади.
Зоонозлар – касаллик манбаи ҳайвонлар, ҳайвонлар ҳам, одамлар ҳам касалланиши мумкин.

МАВЗУ: Эпидемиология асослари.
Дезинфекцион тадбирлар.

Юқумли касалликларнинг муайян жамоада келиб чиқиши тарқалиши йўллари ва уларнинг олдини олишга асосланган қонуниятларни ўрганадиган фанга *эпидемиология* дейилади.

Эпидемиология нуктаи назаридан ҳар бир юқумли касалликда ўзига хос эпидемик жараён мавжуд. Юқумли касалликларнинг одамлар орасида пайдо бўлиши, авж олиб бориши ва тақалиши эпидемик жараён мавжуд. Юқумли касалликларнинг одамлар орасида пайдо бўлиши, авж олиб бориши ва тарқалиши *эпидемик жараён* дейилади.

Ҳар қандай юқумли касалликни пайдо бўлиши, авж олиши ва тарқалиши учун 3 та омил мавжуд бўлиши шарт.

1. Касалликни юқтирадиган манба (инфекция манбаи).
2. Касалликнинг юқиши ва тарқалиши йўллари.
3. Ана шу юқумли касалликка берилувчан (мойил аҳоли) одамлар бўлиши.

I. Юқумли касаллик манбаи:

Беморлар, бактерия ташиб юрувчилар ва ҳайвон-лардир.

II. Касалликни юқиш йўллари:

- а) бемор ахлати, сийдиги ва сўлак зарралари билан микробларни ташқарига чиқарилиши;
- б) патоген микробнинг ташқи муҳитда сақланиши;
- в) одам организмига кириши.

Фақат одамларда учрайдиган юқумли касалликларда (антропоноз) микроблар, вируслар одам организмига 4 хил йўл билан кириши мумкин:

- 1) ҳаво томчи йўли;
- 2) алиментар йўл (оғиз орқали);
- 3) трансмиссив йўл (қон орқали чивин чаққанда);
- 4) контакт йўли (тери, шиллиқ парда орқали).

III. Эпидемик жараённинг учинчи омили – юқумли касалликка одам организмнинг берилувчанлиги.

Патоген микроб киришига жавоб бериш ва натижада инфекцион жараён ривожланиши организмнинг юқумли касалликка беилувчанлигидир. Бу жараён ҳар хил формада намоён бўлиши мумкин.

Антропоноз касалликларда инфекция манбаи бемор ёки бактерия ташиб юрувчи ҳисобланади. Юқумли касаллик билан оғриган бемор ахволи оғир бўлса у касалхонага етказилади, шу кундан бошлаб ундан касаллик бошқаларга юқмайди. Агар беморни ахволи яхши бўлса (енгил формаси) у кўпинча врачга мурожаат қилмайди. Касалликни оёқда ўтказади. Бундай шахслар юқумли касаллик манбаи бўлиб, атрофдаги соғлом одамларга ҳавф тўғдиради. Баъзан инфекцион касалликдан соғайган бемор бир неча вақтгача юқумли бўлиб қолаверади (реконвалесцент). Еконвалесцент 3 ойгача бактерия ташиб юса уни *ўткир бактеия ташиб юрувчи* деб аталади. 3 ойдан кўп муддат бактерия таиб юрса уни *суункали бактерия ташиб юрувчи* дейилади. Бактерия ташиб юрувчилик бу юқумли касалликнинг субклиник формасидир (корин тифида еконвалесцент *умрбод бактеия ташиб юрувчи* бўлиши мумкин).

Юқумли касаллик манбаига қараб касалликлар 2 гуруҳга бўлинади:

1. Антропонозлар: касаллик манбаи одам, фақат одамлар касалланади.
2. Зоонозлар: касаллик манбаи ҳайвон, ҳайвонлар-дан касаллик одамларга ва ҳайвонларга юқиши мумкин.

Юқумли касалликка йўлиққан одамларнинг кўп ёки озлигига қараб эпидемиологик жараённи турли хилларига ажратилади:

- 1) *Спорадик* касалликлар. Касал кишилар сони кўп бўлмайди ва беморлар онда-сонда учрайди.
- 2) *Эпидемия* – юқумли касалликнинг биронта ўлка, вилоятда, мамлакатда кенг тарқалиб кетиши. Беморлар сони одатдагидан 5-10 марта кўп бўлади.
- 3) *Пандемия* – бир вақтда халқаро миқёсда бир неча мамлакат ва қитъаларда юқумли касалликнинг тақалиши (вабо, грипп, тепкили телама).
- 4) *Эндемия* – муайян ҳудудда бирорта юқумли касалликни доимий учраб туриши.
- 5) *Эпизоотия* – биронта жойда яшовчи ҳайвонлар орасида биронта юқумли касалликни доимий учраб туриши (ўлат, лейшманиоз).
- 6) *Эпизоотия* – ҳайвонлар орасида биронта юқумли касалликни кенг тарқалишига айтилади.
- 7) *Экзотик* касалликлар – хориждан келтирилган юқумли касаллик (безгак касаллиги – шарқ мамлакатларида учрайдиган касаллик).

Эпидемик жараёнга таъсир қилувчи социал омиллар:

- а) аҳоли зичлиги;
- б) тумуш шароити;
- в) моддий таъминланганлиги;
- г) овқатланиш тартиби;
- д) маданий савияси;
- е) санитария ва гигиена қоидалари.

Эпидемик жараённи асосий қонуниятлари:

1. Юқумли касаллик маълум давр оралаб кўпайиб-озайиб туради.

Масалан: қизамиқ ҳар 2-3 йилда

скарлатина: ҳар 5-9 йилда

кўк йўтал: ҳар 3-4 йилда кўпайиб туради.

2. Юқумли касаллик йил давомида мавсумга қараб кўпайиб-озайиб туради.

3. Уруш, очачилик ва шунга ўхшаш аҳоли турмуш шароитини ночор қилиб қўядиган омиллар касалликлар эпидемиясига шароит тўғдиради.

Демак, касаллик манбаидан инфекциянинг юқиши ва тарқалиши учун тегишли шароит мавжуд бўлганда ва шу инфекцияга берилувчан одамлар бўлган тақдирдагина *эпидемик жараён* вужудга келади.

Дезинфекцион тадбирлар.

Дезинфекция турлари объектларда ва ташқи муҳитда юқумли касалликларни қўзғатувчи микроорганизмларни йўқотиш усул ва воситаларини ўрганади.

Дезинфекция уч қисмни ўз ичига олади:

1. Дезинфекцияни ўзи
2. Дезинсекция
3. Дератизация

Дезинфекция билан бир қаторда стериллаш ҳам қўлланилади. Стериллаш инглизча *sterile* – наслсиз деган маънони билдириб, бирор муҳитда ёки предметда патоген ёки нопатоген микробларни спора ташиб юрувчиларни йўқотади. Стериллаш даволаш-профилактика муассасаларида жарроҳлик, гинекологик, стоматологик, лор бўлимларида, турли хил асбобларни, аппаратларни, боғлов материалларини, ич кийимларни микробиология амалиётида лаборатория идишлари, ўстириш муҳитларини микроблардан тозалаш мақсадида қўлланади.

Стериллашдан олдин асбоб ва буюмлар дезинфекция қилинади. «Биолот», «Астра», «Лотос», пергидрол, дезоксон каби препаратлар эритмасига солиниб, сўнгра стерилизация қилинади. Дезинфекция қилишда шиша, металл буюмлар, иссиққа чидамли полимер материаллар, резина 30 дақиқа қайнатилади, асбоблар эса 20 дақиқа давомида 110 ҳароратда юқори босимда ишлайдиган буғ стеилизаторларидан фойдаланилади.

Аппарат, инструмент ва асбобларни стериллаш асосан марказлашган стериллаш хоналарида амалга оширилади.

Дезинфекция 2 хил бўлади.

- а) ўчоқли

б) профилактик

Ўчоқли дезинфекция оилада, боғчаларда инфекция пайдо бўлганда ўтказилади. Ўтказиш вақти ва мақсадига қараб одатдаги (кундалик) якунловчи дезинфекцияга бўлинади.

Одатдаги дезинфекциянинг мақсади инфекция тарқалиб кетишини олдини олишдир. Касал аниқлангач, шу кундан бошлаб то тузалгунгача мунтазам ўтказилади. Бемор алоҳида сочик, идиш, тувак билан таъминланиши керак. Ичак инфекцияларида бемор чиқиндиси қуруқ хлорли оҳакка аралаштирилади. 1/5 ҳажмдаги ёки 10-20% хлорли оҳак эритмаси ёки 5% ли хлорамин (лизол) эритмаси ёки 2% ли қайноқ совун-содали эритма билан артилади. Бемор идишлари қайнагандан бошлаб 15 минут давомида қайнатилади.

Беморни парвариш қилувчи шахс тиббий ходим бўлиши керак.

Якунловчи дезинфекция – қўзғатувчилари ташқи муҳитга чидамли бўлган ич телама, вирусли гепатит, вабо, дифтерия, полиомиелит, тоун касалликлар ўчоғида ўтказилади. Бемор аниқланиб эвакуация қилиниши вақтидан бошлаб карантининфекцияларида, бошқа инфекцияларда эса шаҳар жойларида 6 соат ичида, қишлоқ жойларда 12 соатдан кечиктиилмай ўтказилиши керак.

Якунловчи дезинфекцияни санитария-эпидемиология станциялари дезинфекция бўлими томонидан ўтказилади.

Юқумли касаллик аниқланган ўчоққа келгандан сўнг дезинфекция ишлари ҳажми белгиланади ва дезинфекцион эритма тегишли концентрацияда тайёрланади. Хонада пашшалар бўлса эшик, деразалар ёпилиб дезинфекциялар ўтказилади. Кейин форточкалар очилиб, камерада зарарсизлантириш учун буюмлар, кўрпа-ёстик, уст кийимлар, гиламлар, юмшоқ ўйинчоқлар танлаб олиниб, қопчаларга солинади ва уларга тегишли ҳужжат тўлдирилади. Мебеллар, парвариш буюмлари зарарсизлантирилади. Сўнггра бемор ётган хона пол ва деворлари дезинфекция эритмаси билан гидропульт аппарати ёрдамида ҳўлланади. 30-50 минут ўтгач дезинфекцион эритмага ҳўлланган латта билан артилади.

Профилактик дезинфекция.

Юқумли касаллик бўлмаганда ҳам қилинади. Профилактик дезинфекция даволаш-профилактика, болалар муассасалари ва умумий фойдаланиш жойларини 0,5% ли хлорли оҳак эритмаси ёрдамида нам усулда кундалик тозалаш, сувни хлорлаш, овқатдан олдин қўлни ювиш киради.

Дезинфекция қилишда механик, физик, кимёвий, биологик усуллардан фойдаланилади.

1) Механик тозалаш – кийим-кечакларни ювиш, қўл ювиш, пол супириш ва ювиш, чанглари хуллаб артиш, пилесос ёрдамида чанг-ғубор билан бирга микроорганизмлар ҳам қисман тозаланади.

2) Физик усулда тозалаш – қайнатиш кийим-кечаклар, идишлар, ичимлик сув, озиқ-овқатлар, тиббий асбоблар юқумсизлантиради.

Сув буғи ёрдамида дезинфекцион камера ва автоклавлардан ҳам тозаланади.

Уй шароитида материалларни икки тарафда дазмоллаб дезинфекция қилиш мумкин.

Ҳавони зарарлантиришда ультрабинафша ва симобли кварц лампаларидан фойдаланиш мумкин.

Қуёшли кунларда унинг тик нурлари ҳам юқумли касалликлар қўзғатувчиларига ҳалокатли таъсир қилади.

3) Кимёвий усулда турли объектлар юзаси, ичидаги, ташқи муҳит буюмлари ва ҳар хил субстратлар (нажас, балғам, йиринг)даги қўзғатувчиларга ҳалокатли таъсир қилади.

Дезинфекцияловчи кимёвий воситаларга ўзида хлор сақловчи воситалар, ишқорлар, водород пероксид, формальдегид, ва бошқалар киради.

Хлор сақловчи воситалар:

а) Хлорли оҳак – қумоқ-қумоқ оқ қуқун, сувда охиригача эримайди. Актив хлор миқдори 36 дан 28%, лекин 25% дан кам бўлмаслиги керак. Усти яхши беркитилган қуруқ қоронғу жойда сақланиши керак.

б) Хлорамин ўзида 24 дан 28,4% гача актив хлор сақлайди. Сувда яхши эрийди. Хлорамин 0,2% дан 5% гача концентрациядаги эритмаси профилактик, ўчоқли дезинфекцияда қўлланилади. Сувдаги эитмаси активлиги 15 кунгача сақланади.

в) Нейтрал *Са* гипохлорит – 60, 50, 70% актив хлор сақлаган I, II, III навли оқ рангли кукун. 1-5% эритмалари одам яшамайдиган бинолар, ҳовлилардаги ускуналарни дезинфекция қилишда ишлатилади.

Дезинфекция амалиётида активлаштирилган эритмалар қўлланилади. Активлаштирилган хлор препаратлари эритмалари хлорли оҳакка, гипохлорит кальцийга, хлораминга аммонийли брикмалар – хлорид, сульфат, нитрат аммоний ва аммиак (10-20% концентрациядаги аммоний суви) қўшиш билан тайёрланади.

Активлаштирилган хлор препаратлари эритмаларининг оддий эритмалардан фарқи шундаки фарқи шуки.

12 унда жадал кечувчи реакция оқибатида актив хлор тез ажралади ва у касаллик кўзғатувчиларигагина эмас, балки уларнинг спораларига ҳам нобуд қилувчи таъсир кўрсатади. Бу эса препаратларни кичик концентрацияларда оз миқдорда ишлатишга имкон беради.

Сульфохлорантин – хлор хиди келадиган крем рангидаги кукун. 15,6% актив хлор сақлайди, коронғу куруқ хонада 1 йилдан ортиқ активлигини йўқотмайди. Сульфохлорантин ўз активлиги бўйича хлораминдан 5-10 марта устунлик қилади. 0,1-0,2% ли эритмалар кўринишида ичак ва томчи инфекциялари ўчоқларида кундалик ва якунловчи дезинфекция ўтказишда қўлланилади.

ДП-2 – хлор хиди келадиган оқ рангли кукун, 40% актив хлор сақлайди. Сақлаш муддати 3 йил. Сувли эритмаларини сутка мобайнида сақлаш мумкин. Ичак, томчи инфекцияларда замбуруғ касалликларда куйдиргида, тоунда кундалик ва профилактик дезинфекция ўтказиш учун мўлжалланган.

ДП-2 – препарати кўз ва юқори нафас йўллариининг шиллик пардаларига ачиштирувчи таъсир қилади. Шунинг учун индивидуал химоя воситаларидан: халат, дуррача, қўлқоп, герметик кўзойнак, газ ниқоб, респираторлардан фойдаланиш зарур.

Кислород сақловчи препаратлар:

Водород пероксид (ёки пергидрол) 27,5-40% концентрацияда рангсиз тиниқ суюқлик ҳолда чиқарилади. 0,5-6% эритма сифатида ишлатилади.

3% тайёрлаш учун 1 қисм пергидрол 9 қисм сув.

6% тайёрлаш учун 2 қисм пергидрол 8 қисм сув қўшиб тайёрланади.

Концентрланган водород пероксид куйдириши мумкин. Шунинг учун муҳофаза кийимини кийиб, кўзойнакда, резина қўлқопда ишлаш керак.

Фенол – кисталли карбол кислота сувли эритма ҳолида (90 қисм фенол ва 10 қисм сув) яъни суюқ карбол кислота сифатида сақлаш қулай. 3-5% эритмаси клиник лаборатория, микробиология лабораторияларида зарарланган материалларни зарарсизлантиришда ишлатилади.

Лизол – қизил кўнғир рангли ёғсимон суюқлик. Ўзида камида 47,5% эрувчи керизол, 50% га яқин яшил камлийли совун ва сув сақлайди – заводда тайёрланади. 3-10% ли иссиқ сувли эритмаси ишлатилади.

Водород хлорид кислота юқумли касалликлар кўзғатувчилари ва уларнинг спораларига нобуд қилувчи таъсир қилади. Куйдирги касаллигида терини зарарсизлантириш учун ишлатилади.

Азот (нитрат) кислота 2% ли эритмаси соч-сокол учун ишлатиладиган чўткаларни зарарсизлантиришда қўлланади. 2 соат давомида 40 °С ҳароратда эритмага ботириб ушлаб турилади.

Ўювчи натрий (паустин сода) – сувда яхши эрийди. 1-10% ли иссиқ эритмаси куйдиргидан зарарсизлантириш учун озиқ-овқат корхоналари бинолари, омборхоналар ва ҳайвон маҳсулотлари сақланадиган, қайта ишланадиган хоналарни зарарсизлантиришда ишлатилади.

Формалин формалдегиддан заводда тайёрланади (40% ли эритмаси). Формалин буғи камераларида 2% ли формалин эритмаси ҳолида кимёвий толалар, приборлар дезинфекциясида ишлатилади.

4) Биологик усул лаборатория шароитида микроб культураларини ўстиришда қўлланади.

Масалан: Қизамиқ кўзғатувчисини овқатли муҳитда ўстириш пайтида, уни ўсишини тўхтатиш учун антибиотик – пеницеллин қўшилади.

ДЕЗИНСЕКЦИЯ

Бўғимоёқлиларга қарши курашиш тадбирлари бўлиб 2 га бўлинади.

а) профилактик

б) кириб ташлаш

Профилактик дезинсекция чоралари бўғимоёқли-ларни кўпайишига ва уларни одам яшайдиган ёки яшамайдиган биноларга кириб қолишига қарши қўлланади. Профилактик дезинсекция: шахсий гигиена қоидаларига, турар-жой гигиенасига риоя қилишдан иборат. Пашша, суварак, чивин, каналарни турар-жойга киришидан сақлаш учун тегишли қурилмалардан, жиҳозлардан фойдаланиш, овқат қолдиқларини, чиқинди, ахлатларни ўз вақтида чиқариб ташлаш зарур.

б) Қириб ташлаш чоралари бўғимоёқлиларни кўпайиб чиқиш жойларида, учиб келиб одамлар атрофида, унинг танасида, биноларда, жиҳозларда йўқотишга қаратилган. Дезинсекция усуллари: *механик, физик, биологик, кимёвий*.

Механик дезинсекция усули пол ва деворларни супириш, ҳовлини йиғиштириш. Ахлатларда ҳашоратларни кириб ташлашдан иборат. Ёпишқоқ қоғозлар, хўракли пашша тутқичлар қўлланади.

Физик усул қимматсиз насаларни ёқиб ташлаш, қуруқ ёки қиздирилган нам ҳаво таъсири, сув буғлари, қайнатиш, кийимларни дазмоллаш билан амалга оширади.

Биологик – кишлоқ хўжалиги экинлари, ўрмондаги ўсимликларни зараркунандаларни йўқотиш учун қўлланади. Микроблар ишлаб чиқарган токсинлардан олинган – **инсектицидлар**: токсобактерин, энтобактерин, интексин ва ҳозирги пайтда бактокумицид препарати 0,5-2 кг ҳисобида гектарига сепилади. Препарат қолдиқлари таъсири 2 дан 10 суткагача давом қилади. Ҳайвонлар ва фойдали гидробионтлар учун кам таъсирлидир.

Кимёвий – усулда ҳашоратларни йўқотиш учун – инсектицид, каналларни йўқотиш учун – акарицидлар ишлатилади. Кукунсимон препаратлар (дустлар, ганулалар, намланган кукунлар), эмульсияланидиган концентратлар, эритмалар, локлар, аэрозоллар, совун, шампун ва тузоқлар кўринишида қўлланади.

Тиббий дезинсекцияда: хлорорганик ва фосфорганик бирикмалар, карбаматлар қўлланади.

Хлорорганик бирикмалар – бўғимоёқлиларнинг нерв системасига таъсир қилиб фалажлайди ва ҳалокатга учрайди.

Дилор (дигидрогептахлар) – кам токсинли сарғиш кристаллик модда, кумулятив хоссаларига эга. Кукунлар 80% ва дустлар 10% кўринишида чиқарилади.

ДДТ токсинли ва кумулятив хоссалари болиги учун ҳозирги вақтда қўлланилмайди.

Фосфорганик бирикмалар – атроф муҳитда барқарорлиги кам, бироқ улар орасида иссиққонлилар ҳам бор. Дифос – оқ кристаллик модда, намланувчи кукунлар (50%), эмульсияланидиган концентратлар (30-50%), гранулалар 10% ли кўринишида чиқарилиб бурга, пашша, қандаларни йўқотиш учун қўлланилади. Битлар, чивин личинкаларини йўқотиш учун шампун кўринишида ишлатилади.

Дибром – оқ кристаллик модда, эмульсия ҳосил қиладиган концентратлар 50% ҳолида чиқарилади. Сувааклар, пашшалар, қандалаларга қарши курашда ишлатилади.

Карбофос – рангсиз ёки сарғимтир суюқлик, эмульсия ҳосил қиладиган концентратлар (30-50%), дустлар (40%) кўринишида чиқарилади. Спецефин хиди бор. Сувда яхши эрийди, токсинлиги ўртача, қўш қанотли ҳашаротлар, иксод каналарни йўқотиш учун қўлланилади.

Хлорофос – ҳидсиз кристаллик оқ модда. Суспензия, овқатли хўраклар, аэрозоллар, «мухомор» қоғоз кўринишида фойдаланилади. Пашшалар, қандалалар, бургалар, сувааклар, каналарга қарши қўлланилади.

Одамларни қон сўрувчи бўғимоёқлилар (газандалар, каналар, бургалар, искабтопар, чивинлар) ҳужумидан ҳимоя қилиш учун чўчитадиған препаратлар – репеллентлар ва механик воситалар – ҳимоя кийим-бош, тўр, пашшахоналар қўлланилади.

Репеллентлар териға ДЭТА лосьонлари, кремлари, аэрозоллар кўринишида сепилади.

ДЕЗИНФЕКЦИОН АППАРАТЛАР

Ишлов бериладиган юзаларга дезинфекция ва дезинсекция қиладиган сувли эритмалар ва суспензияларни тушириш учун гидروطьлар, автомакслар, дезинфол, чанг ютгич, дастаки янглагич, латтадан фойдаланилади.

Очиқ табиатдаги катта майдонлар, майдони ва ҳажми катта ёпиқ бинолар, ҳовлидаги санитария мосламаларини дезинфекция қилиш учун гидравлик, пневматик ва пневмогидравлик пукагичлари бўлган механизациялашган пуркагич аппаратлардан фойдаланилади.

Гидропультлар поршенли ва дастали турлага бўлинади. *Поршенли гидропульт* таъсир принципига кўра, дезинфекловчи эритмани челакдансуриб олиб ҳайдаб берувчи дастакли насосдан иборат. Эритмани тортиб олиш учун гидропульт эритмали челакка туширилади. Эритма ҳаво босими орқали пуркалади. Дастали гидропульт поршенли туридан фарқи, поршенли штанга ўрнига дастаси бўлади, шу даста орқали дезинфекция қиладиган эритма шу мослама орқали тортиб олиниб, ҳайдалади.

Автоматс. 7-8 литр ҳажмдаги металл ёки пласмасса резервуар, ҳаво насоси ва шланг, учига форсунка ўрнатилган ичи бўш штангадан иборат бўлади. Автоматс массаси дезинфекцион суюқликдан ташқари 7 кг келади. У кўчма аппарат бўлиб, елкага осиладиган тасма ёдамида дезинфектор орқасига ўрнатилади.

Ич кийимлар устки кийимлар, кўрпа-тўшаклар, жунли буюмлар, кимматли китоблар, юмшоқ ўйинчоқларни дезинсекция ва дезинфекция қилиш учун дезинфекцион камералардан фойдаланилади.

Дезинфекцион камералар дезинфекция воситаларига қараб бир неча типларга бўлинади:

1) Иссиқ ҳаво камералари – (иссиқ ҳаво 90-93 градусгача қиздирилиб насаларга ишлов берилади);

2) Буғ камералари – тўйинган сув буғлари 100 градус ҳароратда нормал босимда ҳамда тўйинган сув буғлари 100 градусдан юқори ҳароратда орттиилган босимда ишлатилади;

3) Буғ – формалинли камералар буғли ҳаво формалин аралашмасидан фойдаланилади. Камерада ҳарорат 58-59⁰С ёки 49-51⁰С да сақлаб турилади. Бундай камераларда юқори ҳароратда бузиладиган буюмларга ишлов берилади (тейдан қилинган жун матоларга);

4) Газли камералар – газсимон кимёвий моддалар хлорпикрин, цианплав, бромли метил, олтингугут ишлатилади.

ДЕРАТИЗАЦИЯ

Кемирувчилар, сичқонлар, чўл сичқонлари, каламушлар, юмронқозиқ, суғур, сув каламушларга қарши куашиш чоралари дератизация усуллари қўлланилади.

Кемирувчиларга қарши курашда профилактик ва қирғин чоралари қўлланади.

а) Профилактик чораларга озиқ-овқат маҳсулотлари, уларнинг қолдиқларини кемирувчилар туша олмайдиган жойларда тўғри сақлаш, уй-жой омборлар, базаларга кемирувчилар кира олмайдиган техник чора-тадбирлар қўлланиши киради;

б) Кемирувчиларни қириб йўқотишда механик, кимёвий ва биологик усуллардан фойдаланилади.

Механик усул: кармоқлар, пуржинали копқонлар тузоқлардан фойдаланилади.

Кимёвий усул: нафас йўллариغا, ичак йўллариغا таъсир қилувчи захарли моддалар ишлатилади. Вагонлар, склаблар, кемаларга ишлов беришда ишлатилади. Крисид, зоокумаин, дифенаид, рух фосфид ва маргимуш препаратлари қўлланади.

Инсон ва ҳайвонлар учун кўпроқ ҳавфлиси ух фосфид ва маргимуш препаратлари, камроқ ҳавфлиси крисид, зоокумариндир. Зарарланган тузоқлар алоҳида жиҳозланган ва ажратиб қўйилган биноларда, алоҳида тайёргарликдан ўтган шахслар томонидан тайёланади.

Биологик усул: кемирувчиларни қириб ташлашда бактериологик культуралар ва кемирувчиларнинг табиий душманларидан – мушук, итлар, йирткич ҳайвонлар сассиқ кўзан, тулки ва ёввойи кушлар бургут, бойўғлидан фойдаланилади.

Юқумли касалликлар касалхонасида дезинфекцияловчи эритмалардан хлорамин ва хлорли оҳак эритмаси ишлатилади.

Хлорли оҳак – хлор ҳиди келиб туадиган кумоқ-кумоқ оқ кукун, сувда батамом эримайди. Хлорли оҳак куруқ қоронғу ерда, оғзи беркиладиган идишларда сақланиши керак.

Тиндирилган хлорли оҳак эритмалари 0,2% дан 20% боради. 10% ли хлорли оҳак эритмасини ва катта концентрациясини тайёрлаш жараёнида техника ҳавфсизлиги қоидаларига эътибор бериш керак. Тайёрлаш махсус кийимда, резина қўлқоплар, этик кийиб, кўзойнак ва респиратор таккан

ҳолда амалга ошириш керак (газ ниқоб ёки противогаз тақиб). Хона поллари кафелли, деворлари ҳам кафелли бўлиши керак. Девори мойли бўёқ билан бўялган бўлиши ва ювиш осон бўлиши керак. 10% ли асосий тиндирилган хлорли оҳак эритмасини тайёрлаш учун 1 кг қуруқ хлорли оҳак сирланган идишга солинади ва устига 10 литр совуқ сув қуйиб, таёқ билан қориштирилади, сўнгра тиндириб қўйилади. Шиша ёки сирланган идишда оғзини маҳкам беркитиб 1 суткага қолдирилади. Кейин зич газламадан ўтказиб сузиб олинади, чўкмаси ташланади. Эритма ёпиқ идишда қора шишади салқин жойда кўпи билан 6 кун сақланади.

Хлорамин – таркибида 24% дан 28% гача фаол хлор бўлади. Сувда яхши эрийди. Сувдаги эритмалари 15 кунгача сақланади. Эритмалар 0,2% дан 5-10% гача концентрацияда тайёрланади. Юқумли касалликлар бўлимида ходимлар ҳар бир юмушдан кейин қўлларни 0,2% эритма билан зарарсизлантиради.

%	Тиндирилган хлорли оҳак	Хлорамин кукуни
0,1%	100 мл	10 гр
0,3%	300 мл	30 гр
0,5%	500 мл	50 гр
1%	1 литр	100 гр
5%	5 литр	500 гр
10%	10 литр	1 кг

ТАЯНЧ АТАМАЛАР:

1. Дезинфекция – юқумли касалликларни қўзғатувчиларни йўқотиш.
2. Дезинсекция – бўғимоёқлиларга қарши курашиш.
3. Дератизация – кемирувчиларга қарши курашиш.
4. Гидропульт, Автомакс – дезинфекция қилувчи аппаратлар.

ҚАЙТАРИШ УЧУН САВОЛЛАР:

1. Дезинфекцион тадбирларга нималар киради?
2. Дезинфекция усуллари қайси усуллар киради?
3. Дератизация усуллари қайсилар?
4. Дезинфекцион аппаратларга нималар киради?
5. Хлорли оҳак эритмалари, хлорамин эитмаларни тайёрлашда қандай ҳавфсизлик қоидаларига амал қилинади?
6. 10% ли тиндирилган хлорли оҳакни тайёлаш усули қандай амалга оширилади? Сақланиш муддати қанча?
7. Эпидемик жараён, унга таъсир қилувчи омиллар ва қонуниятлари нима?

**МАВЗУ: Юқумли касалликлар ва бўлимларининг тўзилиши,
вазифаси ва иш тартиби.**

Юқумли касалхоналар ва уларнинг юқумли касаллик билан оғиганларни атрофдагилар учун юқумли даврида ажратиб қўйиш, уларга диагноз қўйиб даволаш учун хизмат қилади.

Юқумли касалхона даволаш – диагностика, ташкилий – методик ва маъмурий-хужалик қисмларидан ташкил топади.

Даволаш – диагностика қисми қуйидаги бўлимлардан ташкил топган: ихтисослашган бўлимлар, қабулхона бўлими, хирургик, рентген – диагностика, физиотерапевтик бўлимлар, клиник, бактериологик, серологик, вирусологик ва биохимиявий лабораториялар, марказлаштирилган стерилизация, паталогик-анатомик бўлим. Йирик юқумли касалхоналарда махсус реанимация бўлимлари ташкил қилинади.

Ташкилий – методик бўлим иши поликлиникаларнинг юқумли касаллик кабинетлари билан биргаликда беморларни ўз вақтида аниқлаш, шифохонага жойлаштириш даволаш, еконвалесцентларни кузатиб бориш, профилактик чоралар қўллашдан иборат.

Юқумли касалхоналар маъмурий-хужалик қисми идора, суд кухняси билан биргаликдаги ошхона, дезинфекция камераси, инфекция тушган оқликлани ювиш учун корхона, омборхона ва ёрдамчи хўжалик хоналаридан, гараж, санитария – техник жиҳозлар хоналаридан иборат бўлади.

Беморни уй шароитида касалликнинг атрофдагиларга тарқалиб кетиши учун қулай бўлса ёки ўзи озиқ-овқат болалар муассасалари ва водапровод иншоотларида ишласа, атрофда ушбу касаллик билан илғай оғирмаган болалар бо бўлганида, касалликнинг ҳар қандай турида ҳам бемор албатта шифохонага юбориб даволаниши керак. Бошқа ҳолларда беморнинг яшаш шароити, санитария – гигиена талабаларига монанд бўлса фақат касаллик оғир кечган, уйда даволаш имконияти бўлмаган ҳоллардагина бемор шифохонага жўнатилади (грипп, қизамиқ, тепки). Ўта ҳавфли инфекциялар, ич терламаси ва тошмали тиф, дифтерея, менингит, вирусли гепатитларда касаллик қандай оғирликда кечишидан қатъий назар, беморни шифохонага ётқизиб даволанади.

Республикаимизда юқумли касалликлар шифохоналари 2 турли махсус юқумли касаллик шифохонаси, умумий шифохоналарнинг юқумли касалликлар улими бўлади.

Кумли шифохоналарда беморни алоҳидалаш, даволаш ишини талаб даражасида амалга оширишга имкон берадиган ва касалхона ичи инфекциялари тарқалишига йўл қўймайдиган шароит мавжуд бўлиши керак.

Ҳар бир юқумли касалликлар шифохонасида алоҳида қабулхона, даволаш бўлимлари, ёрдамчи бўлинмалари ва хўжалик қисмлари бўлади. Унинг ҳамма томони девор билан ўралган, эшиклари ёпиқ туриши керак. Қабулхона бўлимида ҳар бир касаллик гуруҳига қааб алоҳида қабулхоналари бўлиши керак. Бу бўлимда бемордан ташхис мақсадида тахлил олиш учун хоналар, ювинтириш бўлими бўлиши лозим. Ювинтириш бўлими ечиниш, ювиниш ва кийиниш хоналаридан иборат бўлади.

Махсус лойиха асосида қўрилган шифохонада бемо махсус боксда қабул қилинади. Бокс мустақил қириладиган ва ташқарига чиқиладиган эшикларга, улар орасида беморни кўздан кечириш улар орасида бемонни кўздан кечириш хонасига эга бўлалди. Ҳар бир хона ёки бокс алоҳида бир хил касалликни қабул қилиш учун ажатилади. Шу йўл билан касаллик бир бемордан бошқасига тарқалишининг олди олинади.

Юқумли касаллик билан оғирган бемор аниқланганда шифохонага олиб кетиш учун тез ёрдамнинг махсус қисми – эпидперевозкага (юқумли касалликлар ташишга мослашган тез ёрдам машинаси) телефон орқали талабнома берилади. Бемо шифохонага келтирилгач бемо учун ажратилган хонага олиб қирилади. Эпидперевозка ҳайдовчи, эвакуатор (фельшер) ва кичик тиббиёт ходимидан ташкил топади. Бемо шифохонага ётқизилгач, олиб келган транспорт гидропульт ёрдамида 3% ли хлорли оҳак ёки мезол эритмаси билан зарарлантирилади. Шундан сўнг қабулхона ҳамшираси машина ақами кўрсатилган рухсатнома қоғозини тўлдириб беради. Бу рухсатномани шифохона эшигидан чиқиб кетаётганда қоровулга кўрсатилади.

Қабулхона бўлимида ҳамшира беморнинг иситмасини ўлчайди, 24 соат мобайнида қабул қилинган беморларга «хабарнома» тўлдиради ва СЭС га етказилади.

Бемор кўздан кечириб бўлингач, беморни ювиниш бўлимига ўтказилади, ечиниш хонасида бемор тирноғи олинади, кийимларини ечиб ювиниш хонасига қиради. Бемор кийимларини

руйхатини ёзиб алоҳида халтачага жойланади ва дезинфекцияга жўнатилади. Бемор ювиниш хонасида бошдан оёқчага совунлаб ювинади. Бу хонада ҳар бир инфекция турига қараб алоҳида ванналар ажратилади. Бемор ювиниб бўлганидан сўнг оқава сув аввал зарарсизлантирилади, кейин чиқариб юборилади. Сўнгра ванна қайноқ сувда ювилади. Бемор артиниб бўлгач кийиниш хонасига ўтиб, тоза касалхона кийимини кияди, бошқа эшикдан чиқиб, касаллик туига қараб алоҳида бўлимга олиб борилади. Қабул вақтида аҳволи оғир бўлган беморларни чўмилтирилмайди, уларнинг қўл-оёғи илиқ сувда ҳўлланган сочиқ билан артилади. Сўнгра кийимлари шифохона кийимлари билан алмаштирилади. Оғир ҳолатдаги беморга тиббий ёрдам кўрсатиш қабулхонада бошланади. Шунинг учун қабулхона бўлимида беморга шошилиш ёрдам кўрсатишга зарур дори-дармонлар захираси бўлиши керак. Оғир ҳолатдаги бемор улимга замбилда хамшира ҳамроҳлигида олиб борилади. Қабулхонага келтирилганда аҳволи гоят оғир бўлган беморлар тез кўрикдан ўтказилади ва дархол реанимация бўлимига жўнатилади ва тезда зарурий тиббий муолажалар бошлаб юборилади.

Қабулхона бўлими қошида 2-3 та алоҳида бокс ки палата бўлиши мақсадга мувофиқ. Бир вақтни ўзида 2 хил инфекция билан оғриган бемор ёки ташхис аниқ бўлмаган беморлар вақтинча шундай боксларга ётқизилади.

Юқумли касалхона бўлимларининг ҳар бири алоҳида 1 та инфекцияга мўлжалланган бўлиши керак. Имконият борида улар алоҳида бинода жойлашгани маъқул. Бўлимлар кўп қаватли бинода жойлашса, ҳар би қаватда алоҳида бўлим фаолият кўрсатиши мумкин. Замонавий лойиҳа асосида қурилган бўлимдаги палаталарда ўринлар сони 1-2 тадан ошмаслиги лозим. Ҳар бир бемор учун камида 7 м² майдон ажратилади. Хона ҳарорати 18⁰С дан паст бўлмаслиги керак. Бўлимда ишлайдиган тиббиёт ходимлари фақат бир хил касаллик билан оғриган беморларга хизмат кўрсатиши лозим. Палаталардан ташқари ҳар бир бўлимда муолажа, овқатланиш хоналари, шифокорлар ва ўрта тиббиёт ходимлари учун алоҳида хоналар, ванна (душ) хонаси, кийим-кечак хонаси, хожатхона бўлиши керак. Бўлимни ишини ташкил этишда, даволаш ва диагностика жааёларидан ташқари, дезинфекция, эпидемияга қарши тадбирларга катта эътибор берилади. Бу мақсадда қуйидаги талабларга қатъий риоя қилинади:

1. Ҳар бир палатага касаллиги бир хил, бир вақтда касалланган беморлар ётқизилади. Тузалаётган бемор ёнига янги касал бўлиб қолган беморни ётқизилмайди.

2. Бўлимдаги ўринлар сонига мос ҳолда ҳар би бемор учун етарли камида 2 тадан кийим-кечак, сосиқ, кўрпа-тўшак бўлиши керак. Камида 7 кунда 1 марта ифлосланган бўлса, ўша захоти алмаштириб турилади. Бемо ҳафтада бир марта чўмилиб, кийимини алмаштириб турилади.

3. Ҳар би беморга суюқ ва қуюқ таомлар учун идишлар, пиёла, қошиқ ажратилади. Улар фойдаланилгандан сўнг овқат қолдиқларидан тозаланилади. Сўнгра ёғсизлантириш мақсадида 2% ли ичимлик сода эритмасига солиб қуйилади. Кейин хлораминнинг 0,5% ли эритмасида 30 минут зарарсизлантирилиб, қайноқ сув билан чайилади. Дезинфекцияловчи воситалар бўлмаса, идиш-товоқлар қайнатилади. Ювилган идиш товоқ сочиқ билан артмасдан қурилади.

4. Бемор фойдаланган ёки ифлосланган юмшоқ жиозлар дезифекцияловчи эритма шимдирилган қошларда сақланади ва кирхонага топширилади. Кирхонада уларни ювиш олдиан хлорли оҳакни 3% ли эритмасига 30 минут ивитиб қуйилади, сўнгра совунлаб ювилади.

5. Бўлимда ҳар куни 2 марта пол 0,5% ли хлорли оҳак эритмаси билан ювилади, девор, кравотлар бир марта шундай эритма билан артиб чиқилади. Беморнинг уйига бериб юбориладиган идиш-товоқлар учун йўлакда 0,5% ли хлорамин эритмаси солинган бак қўйилади. Дезинфекция муддати бир соат бемор олдида оила аъзолари келиш имконият борида чекланади.

6. Бемор фойдаланган туваклар нажасдан тозаланиб, 3% ли хлорли оҳак эритмасида бир соат дезинфекция қилинади. Сўнгра қайноқ сувда яхшилаб чайилганда кейин қайтадан фойдаланиш мумкин бўлади.

7. Бўлим хизматчилари иш фаолиятида шахсий гигиенага эътибор бериш керак. Беморга қилинган ҳар бир муолажадан сўнг қўлни совунлаб ювиб туриш керак. Иш вақтида – оқ халат, қалпоқ, шиппак кийиб ишланади.

Нафас йўллари инфекцияси билан ишланганда дока никоб тутиб олинади ва ҳар 3 соатда алмаштириб турилади.

Палаталарда форточкани очиб қўйиш ёрдамида шамоллатилади. *Rbif* уларни ҳар икки соатда 10-15 минутга очиб қўйишса, ёзда сутка давомида доимий очиқ қолдирилади.

Мунтазам шамоллатишдан ташқари ультрабинафша нур тақатадиган симоб кварц лампасидан фойдаланиш тавсия қилинади. Нурлантириш бир кунда 3 марта утказилади (40 минутдан).

Палаталар ҳўлланган латта ёрдамида артиб йиғиштирилади. Бунда 0,5% ли хлорли оҳак ёки хлорамин эритмаси ишлатилади, хожатхона, ундаги унитазлар доим тоза сақланиб, кунига 4 марта 0,5 ли тинитилган хлорли оҳак эритмаси билан ювилади (ифлосланганда эса ўша заҳоти ювилади).

Ҳамма идишлар ҳар галл овқатлангандан сўнг 2% ли нитрий бинорбонат эритмасида 15-30 минут қайнатилади ёки хлорамин, хлорли оҳак эритмасида дезинфекция қилиниб сўнгра қайноқ сув билан чайқалади.

Овқат қолдиқларига овқатнинг 1/5 ҳажми ҳисобидан қуруқ хлорли оҳак синалади.

Беморлар ёнига қариндошлари киритилмайди, оғир ётган беморлар ва кўкрак ёшидаги болалар бундан мустасно (бўлим мудирини рўхсат бергандан сўнг қуриш мумкин). Озиқ овқатлардан беморларга печенье, мевалар олиб келинишига рўхсат берилади.

Ҳар бир палата учун табиий ҳамшира хизмат қилади. Ойр аҳволдаги беморлар учун кеча-кундуз индивидуал тиббиёт ҳамшираси кузатуви ташкил қилинади.

Юқумли касалликдан тузалганларни касалхонадан клиник кўрсатмаларга, ҳарорат нормага тушганда, даволаш курси тамом бўлганига ва инфекция ташиб юрувчиликка лаборатория текширувлари натижаларига мувофиқ чиқарилади.

Касалхонадан чиқарилаётган бемор гигиеник ванна қабул қилади ёки *leilf* ювиниб, тоза ва дезинфекция қилинган кийимлар кияди.

Беморга жавоб берилгач палатасида якунловчи дезинфекция ўтказилади. Беморнинг кир кийимлари алоҳида халталарда, ўрин-кўрпалари парафор-малинли камерага жўнатилади.

Палатадаги тумбочкалар ҳам хлорамин эритмасида қайта ишлов берилади.

Бемор қулида касаллик варақасидан кўчирма берилади. 2-3 ҳафта учун кун татиби ва пархез тўғрисида маслаҳатла берилади.

Профилактика.

Халигача ер юзида ҳар йили 1 миллиаддан кўпроқ аҳолини турли юқумли касалликлар билан оғрийди. 30 дан ортиқ мамлакатларда вабо билан касалланиш ҳоллари маълум. Юқумли касалликларга қарши қуашда амалга ошириладиган тадбирларни 2 га бўлиш мумкин:

1. Умумий чоралар.
2. Махсус чоралар.

Умумий чора тадбирлар давлат томонидан амалга оширилади. Бунга аҳоли тумуш шароитини яхшилаш, одамларни ишлаш ва дам олиш шароитини яхшилаш, уй-жой шароитини талабга жавоб берадиган қилиш.

Махсус чоралар эса соғлиқни сақлаш органлари томонидан амалга оширилади. Зарурият тўғилганда эса: ветеранирия ходимлари, қишлоқ хўжалиғи ташкилотлари иштирок этадилар.

Алоҳида хатарли юқумли касалликлар (вабо, ўлат) га қарши қуаш чоралари хорижий мамлакатлар билан ҳамкорликда амалга оширилади.

Профилактика чоралари 3 йўналишда олиб борилади:

1. Инфекция манбаини зарарсизлантириш.
2. Касалликни юқиш йўллари қирқиш.
3. Одамларда юқумли касалликларга қарши иммунитет ҳосил қилиш.

Касаллик манбаини зарарсизлантиришда аввало «ташхисни» бавақт аниқлаш, беморни касалхонага жойлаб, касал организмдаги патоген микробни йўқотиш зарур. Бактерия ташувчилар назоратга олиниб даволанадилар. Бемор фойдаланган идиш товоқлар, сочиқ, кийим-кечаклар ва бемор ётган хона дезинфекция қилинади. Беморлар билан мулоқотда бўлган кишилар алоҳида назоратда бўладилар. Бу назорат юқумли касалликни инкубацион даври муддатига қараб аниқланади.

Алоҳида ҳавфли касалликларда бемо билан мулоқотда бўлган ҳамма одамлар махсус изоляторларга ётқизилади. Изоляторда сақлаш муддати касалликни инкубацион даврига боғлиқ. Масалан: ўлатда 6 кун, вабода 5 кун.

2. Касалликни юкиш йўллари кўчириш. Бу йўналишда бажариладиган профилактик тадбирлар 3 гуруҳга бўлинади.

- а) санитария ва гигиенага таалукли чора-тадбирлар.
- б) дезинфекция.
- в) дезинсекция.

Алоҳида ўртасида санитария ва гигиена соҳасидаги билими ва маданий савиясини кўтариш энг муҳими ҳисобланади. Дезинфекция инфекция ўчоқларида, жамоат жойларида (вокзал, транспорт воситалари, ётоқхоналар, кўпчилик фойдаланадиган хожатхоналарда) амалга оширилади. Дезинсекция эса трансмиссив касалликларда уларга қарши курашда қўлланилади.

3. Аҳолининг касалликларга нисбатан беилувчанлигини камайитириш (касалликга қарши курашиш, қўвватни оширишга қаратилган).

Эмлаш йўли билан юқумли касалликка қарши сунъий иммунитет ҳосил қилиш алоҳида ўрин тутди. Актив сунъий иммунитет ҳосил қилиш вакцина ишлатилади. Пассив сунъий иммунитет ҳосил қилиш учун иммун зардоблардан фойдаланилади. Эмлаш учун вакцина тирик бактериялар ёки ўлдирилган бактериядан тайёрланади.

ТАЯНЧ АТАМАЛАР:

Реанимация бўлими – жонлантириш бўлими.

Интенсив терапия – оғир беморлар даволанадиган, доим назоратда бўладиган палата.

Дигностика – ташхис қўйиш.

Бокс – мустақил кириш ва чиқиш эшикларига эга бўлган алоҳида хона.

СЭС – санитария эпидемиология станцияси.

Эпидперевозка – юқумли касалликлар билан оғирган беморларни ташувчи махсус транспорт воситаси.

ТЕКШИРИШ УЧУН САВОЛЛАР:

1. Юқумли касалхона қандай қисмлардан ташкил топган?
2. Республикада неча турли юқумли касалликлар шифохоналари мавжуд?
3. Абулхона бўлимининг вазифасига нималар киради?
4. Юқумли касалликлар шифохонаси палаталари қандай бўлиши керак?
5. Бўлимларда қандай қоидаларга, талабларга ийоя қилиниши керак?
6. Озиқ-овқат қолдиқлари, идишларини дезинфекция қилиш, хожатхоналарни дезинсекцияси қандай амалга оширилади?
7. Профилактик тадбирларга нималар киради?

МАВЗУ: Бактериологик ўчоқ.
Ўта ҳавfli инфекциялар ўчоғи.

Бактериологик қурол оммавий қирғин воситаларидан ҳисобланади. Одамлар, ҳайвонлар ва ўсимликларда ёппасига касаллик қўзатадиган ва ўлим олиб келадиган патоген микроблар ёки уларнинг захарли маҳсулотлари бактериологик қурол деб аталади.

Улар турли ҳарбий аслаҳалар: бомба, артиллерия снарядлари, махсус чанглатувчи ёки контейнерлар, аэрозолли сачратувчилар воситасида қўлланиши мумкин.

Ҳаво билан аралашиб одамларни ва ҳайвонларни ҳар-хил касалликларга йўлиқтириши мумкин. Вабо, сибир яраси, буцеллёз, туляремия, ўлат, қорачечак каби касалликлар мисол бўлади.

Бактерияли зарарланиш маркази деб бактериал қуролнинг таъсирига гирифтор бўлган эллар маркази, кишлоқ хўжалиги объектларига айтилади. Зарарланиш марказининг айлана теварағига қуролли қоровуллар қўйилади ва рўхсатсиз бу ерга кириш чиқиш қатъиян тақиқланади.

Халқ орасида юқумли касалликларни олдини олиш учун комплексли эпидемияга қарши санитария – озодлик ишлари олиб борилади.

Обсервация – бактериологик қурол ўчоғида шахсий таркибга нисбатан баъзи чеклаш чораларини қўллашдан иборат. Зарарланган ўчоқда бўлган ҳарбийлар тиббий назоратга олинади. Ҳар куни уларнинг соғлиги суриштирилиб, беморлар алоҳидаланади. Бу ўчоққа ташқаридан одам кириши чекланади, сув ва овқат таъминоти сифати устидан назорат кучайтирилади. Ўчоқдан ҳарбийларни бошқа жойга кетиши рўхсат этилмайди. Обсервация муддати, гумон қилинган касаллик яширин даврининг энг узоқ муддати мобайнида деб, қисм қумондони буйруқ билан белгиланади.

Карантин – обсервацияга нисбатан кучлироқ чеклаш тадбири ҳисобланади. Унда бактериологик қурол ўчоғи бутунлай алоҳидаланади. Бу тартибни сақлаш учун ўчоқ қўйилади. Ўчоқда кириш-чиқиш бутунлай тақиқланади. Шу жойдаги ҳарбийлар кичик гуруҳларга бўлиниб ажратиб юборилади. Улар доимий тиббий назорат остида бўладилар. Зарур бўлган профилактик ва санитария-гигиена тадбирлари амалга оширилади. Каантиндаги одамларни сув, озиқ-овқат ва ашёлар билан таъминлаш СНП орқали шифокорлар назорати остида амалга оширилади. Карантинни тугатиш муддати ҳам қумондон бўйруғи билан белгиланади.

Ўша ҳавfli инфекцияларга вабо, қорачечак каби касалликлар киради. Вабо – ўта ҳавfli касалликлардан ҳисобланиб, ўткир гастрозэффект, дегидронация аломатлари билан кечадиган ва кенг тарқалишига мойил хасталик ҳисобланади.

Вабо одамзодга қадим замонлардан маълум. Ҳиндистон ва Бангладеш вабонинг эпидемик ўчоғи ҳисобланади. Вақти-вақти билан касаллик қўшни давлатларга ҳатто турли қитъаларга тарқалиб, катта эпидемия ва пандемиялар беради. Ер юзида вабонинг 6 та пандемияси қайд этилган.

1961 йилдан бошлаб вабонинг янги VII пандемияси бошланган. 1956 йилда Қорақолпоғистон ва Хоразмда ҳам вабо эпидемияси кузатилган. 90 йиллардан буён вабо Америка, Европа, Осиё, Африка қитъасидаги 100 дан ортиқ мамлакатларга кириб боргани қайд этилган. Ўзбекистонга ҳам сайёх-тижоратчилар воситасида вабонинг Ҳиндистон ва Покистондан кириб келиши овлари учраб туради.

Этиологияси. Вабонинг қўзғатувчиси вабо вибриони ҳисобланади. Илгаи уни фақат классик вибрион қўзғотади деб ҳисобланар эди. 1906 йилда Синай ярим оролида вабо вибрионининг иккинчи биотини аниқланган. Уни топилган жой номи билан Эль-Тор вибиони деб аталди. Кейинги 4-5 йил ичида вибрионнинг 0139 биотини ҳам вабо касаллиги қўзғатувчиси деб ҳисобланмоқда. У жуда тез тарқалиш ва кўпинча оғир касаллик қўзғатиши билан ифодаланади. Вабо вибрионлари 0-антигенининг хусусиятига қараб 3 хил зарбдор гуруҳи мавжуд. Улар ихтиро қилган олимлар шарафига Огава, Инаба ва Гикошима деб аталади. Вибрион микроскопда қурилганда вергул шаклида кўринади, бир учиди хивчини бор. Унинг ёрдамида тез ҳаракат қилади. Спора ва капсула ҳосил қилмайди-ю кислотали муҳитда вабо вибриони тез нобуд бўлади. Ша туфайли хлорид кислотанинг 3% ли эитмасини дезинфекцияловчи восита сифатида қўллаш мумкин.

Вабо эмбрионининг экзо ва эндо токсини мавжуд. Қуёш нури таъсирида ва қурилишда вабо вибриони тез нобуд бўлади. Қайнатилганда ўша захоти ўлади. Нам шароитда, сувда вабо

вибрионлари жуда узоқ сақланади. Паст ҳароратга чидамли, музлаган сувда ҳам сақланиб қолиши мумкин.

Эпидемиологияси. Вабо антропоноз касаллик, яъни фақат одамларга хос хасталик ҳисобланади. Инфекция манбаи бемо ва вибрион ташувчидир. Вибрион оғиз орқали тушиб, нажас билан ажралади. Вибрионни тарқалишида сув жуда катта аҳамиятга эга.

Ўзбекистонлик олимларнинг илмий изланишлари натижасида гидробионт-лар: бақа, қисқичбақа, балиқ, чиғаноқлар организмида вабо вибриони узоқ вақт сақланади. Касаллик асосан ёз ойларида тез тарқалади. Вибрионларни тарқатишда пашшалар ҳам муҳим ўрин тутди. Ҳасталикдан кейин унча муҳим тургун бўлмаган иммунитет ҳосил бўлади.

Клоникаси. Вабо вибриони одам организмига оғиз орқали тушгач меъда-нинг кислотали мухити унча асосий тўсиқ олган вибрионлар ингичка ичакда қулай шароит топади ва тез кўпаяди. Касалликларнинг яширин даври беш кунгача. Касалликни енгил, ўртача оғирликда, оғир кечадиган турлари бор.

Одатда касаллик тўсатдан, дарак берувчи аломатларсиз 20-30% беморларда касалликка хос белгилар намоён бўлишидан олдин, бир неча соатдан би кеча-кундузгача ҳасталикнинг продромал даври белгилари: тана гоҳ совуб (увишиб), гоҳ қизиши рўй бериб, тана ҳароратини 37-38% га кўтарилади. Бемор ҳожатга бориб, «сабабсиз» ичи суриб, оёқ-қўлларида дамон камайиши билан бошланади, ичакдан чиқариладиган ахлат ипир-ипир, оқ лойка сув каби бўлади. Кўпроқ ҳолларда касаллик бошланганидан кейин ич бузилиши билан бир вақтда қусиш бошланади. Қайт қилиш ҳам тез-тез такрорланиб туради. Бемор танасида дармонсизлик, оёқ мушакларининг тиришиб қолиши билан аҳволи оғирлашади. Қусиш, ич кетиши натижасида қисқа муддат ичида бемор организмида дегидротация рўй беради.

1) Биринчи даражали дегидротацияда қусиш ва ич суриши 4-5 мартадан ошмайди. Бемор организми йўқотган суюқлик тана вазнини 3% дан баъзан хатто тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилмайдилар. Улар эпидемиологик жиҳатдан ғоят ҳавфли ҳисобланади.

2) Иккинчи даражали дегидротацияда ич суриш ва қусиш тез-тез такрорланиб кунига 15-20 мартагача бориши мумкин. Организм сувсизланиши сезиларли даражага бориб бемор оғиз қуриши, ташналик, холсизлик, бош айланишидан шикоят қилади. Тери қуриша бошлайди. Қон босими пасаяди. Сийдик ажралиши камайиб кетади. Баъзан болдир мускулларида тиришиш пайдо бўлади. Организм йўқотган суюқлик тана вазнини 4-6% га етади.

3) Учинчи даражали дегидротация ўй бериши дастлабки соатлариданок ич суриши ва қусиш жуда тез қайталаниб турганида кузатилади. Буда қисқа муддат ичида бемор организми жуда кўп электролитлар (Na, K, Cl) ва суюқлик йўқотади. Шу даврда организмдан чиқиб кетган суюқлик ҳажми тана вазнининг 7-9% гача боради. Беморни ташналик қийнайди, чанқоқлик деярли босилмайди. Териси қуриб қолади, овози зурға эшитилади. Қон босими сезиларли даражада пасаяди. Юз, қўл ва оёқ мускулларида кучли оғриқ берадиган тиришиш кузатилади. Сийдик кам ажралади. Қон қуюқлашади, K, Cl миқдори камайиб, Na миқдори ошади.

4) Тўртинчи даражали организм сув юқотишининг энг юқори даражаси ҳисобланиб, йўқотилган сув тана вазнининг 10% ва ундан ортиғини ташкил этади. Баъзан касаллик дастлабки соатлариданок шиддатли бошланади. Тўхтовсиз ич кетиши ва қусиш натижасида 8-10 соат давомидаёқ бемор ғоят сувсизланиб қолади. Сувсизланиш натижасида қон қуюқлашади, юрак-қон томирлари фаолияти кескин бузилади, қусиш ва ич суриши эса тўхтаб ҳам қолади. Томир уриши ва қон босимини аниқлаб бўлмайди. Тананинг барча мускулларида узоқ давом этадиган тиришиш ва кучли оғриқ кузатилади. Нафас олиш сусайиб чуқурлашади (Чейн-Стокс). Сийдик ажралиши тўхтамайди. Қондаги эритроцит ва лейкоцитлар сони кўпаяди.

Ташхис. Қандай кўринишида ўтилишидан қатъий назар, вабо деб қуйиладиган бўлиши керак. Ташхис қуйиши учун бемор қусуқ массаси ва нажасидан олиб текширилади. Текшириш учун экма олиб бўлингач антибиотик бериш мумкин. Лаборатория тахлили 24 соат ичида дастлабки натижасини беради. Якуний ҳулоса 48 соатдан сўнг олинади.

Бемордан қон олиб вибриоцид ацетителолар титри текширилади. Касалликнинг 5-6 кунда ва орадан 10 кун оралатиб 2 марта қон олинади.

Қондаги электролитлар, гемокрит кўрсаткичлари аниқланиб, даволашни унга муқобил равишда ташкил этилади.

Давоси:

1) Даволашни имкони борича эрта бошлаш керак. Бунинг учун ҳар бир шифокор ёз фаслида меъда-ичак туфайли мурожаат қилган беморни қабул қилаётганда вабо касаллиги бўлиши

мумкинлиги ёдда тутиши, унинг аломатларини билиши керак. Касалликка бир оз бўлса ҳам шубҳа тўғилганида, беморни шифохонада алоҳида ётқизиш зарур. Вабодан ташқари енгил кечаётган ичкетар касаллигида беморга 4-6 соат давомида орал регидротация пунктларида оғиздан регидрон, цитоглюкосалон ва бошқа эритмалардан ичириб, аҳволи енгиллашса, уйига юбориш мумкин. Маҳалла шифокори уйга қайтарилган бемор ҳолидан хабардор бўлиб туриши лозим.

2) Даволанишнинг асоси- организм йўқотган туз ва сув ўрнини қоплаш. Касаллик енгил кечганида, баъзан ўртача оғирликда кечаётган ҳолларида ҳам оғиздан регидрон эритмаси ичириб туриш зарур. Уни ҳар 3-5 минутда ош қошиғида (болаларга чой қошиғида) ичирилади. Ичириладиган суюқликнинг умумий ҳажми бемор йўқотган суюқлик миқдорига қараб белгиланади. Бошқа ҳолларда беморни кг ҳисобида тахминий вазни 75 га кўпайтилса, мл ҳисобида ичирилиши лозим бўлган суюқлик миқдори топилади.

3) Бемор организмнинг сувсизланиши яққол ифодаланганда регидротация томир орқали суюқлик юбориш йўли билан бошланади. Бунинг учун трисоль, ацесоль, хлосоль, реомакродекс каби завод шароитида тайёрланган эритмалар заҳираси олдиндан тайёрланиб қуйилиш керак. Бу эритмалар илитилган ҳолда томир орқали тезлик билан (1-2 соат ичида) юборилиши керак. Дастлабки соатларда 5-6 литргача боради. Шунинг учун оғир ҳолдаги беморни даволашда инфекционист билан ёнма-ён реаниматолог венесекция қилиб, улар орқали ҳам суюқлик юборилади. Беморнинг томир пайдо бўлиши, нафас олиши равонланиши аҳволи яхшилана бошлаганидан дарак беради. Шу вақт орқали ҳам суюқлик бера бошланади.

4) Антибиотиклар билан даволаш бемордан топилган вабо вибрионининг қайси антибиотикка сезгир эканлигини эътиборга олиб белгиланади. Илгаридан республикамизда ахёнда учраб турадиган вибрионлар тетрацеклинга сезгирлигини сақлаб қолган. Бундай ҳолда тетрациклин 300 000 ТБ дан кунига 4 марта 5 кун давомида тақала берилади. Кейинги йилларда тақала бошлаган вабо вирионлари тетрациклин ва левомецетинга сезгир эмас. Бунда касалликни даволашда уларга таъсир этадиган, инолон гуухига мансуб антибиотиклар яхши наф беради. Улар флоксацинлар: йинофлаксацин-сифлокс, офлоса цин-таврид, пефлоксацин-абактал препаратлари.

Катта ёшдаги 2 та таблеткадан (500 кг) кунига 2 марта 5 кун давомида берилади. Бу дорилар бўлмай қолганда ампициллин 2 таблетка (0,5 г) дан кунига 4 мартадан 5 кун давомиджа ичилади.

5) Бемор тузала бошлаганда тўйимли, осон ҳазм бўладиган овқатлар берилади. Бу даврда қондаги К миқдорини бир маромда ушлаб туриш мақсадида калий оротат ёки панангин таблеткалардан 4-5 кун бериб туриш лозим.

Даволаш тўғри ташкил қилинса, 2-3 кундаёқ бемо аҳволи яхшиланади. Унга шифокорлардан тўла соғайганидан сўнг рўхсат берилади. Бу орада антибиотик ичишни тугатганидан кейин бир кун оралатиб, икки кун кетма-кет олинган экмада вабо вибрионлари бўлмаслиги керак.

Профилактикаси. Вабо ҳавфли инфекциялар гуухига мансуб бўлгани халқаро ахднома (конвекция) га асосан, ҳар бир давлат ўз сарҳадларини вабони четдан кириб келишидан асраш чораларини кўради. Халқаро аэропорт, темир йўл, дарё ва автобус йўлларидаги чегара бекатларида санитария назорат пунктлари (СНП) ташкил этилади. Унда тиббий ходимлар туну-кун навбатчилик қиладилар. Вабо доимо қайд этиладиган мамлакатлардан келаётган йўловчилардан шу касалликнинг аломатлари бор-йўқлиги суриштирилади. Бемор ёки касалликка шубҳа қилинганлар топилса, СНП қошидаги алоҳидалаш хонасига ётқизиб тиббий ёрдам кўрсатилади. Кейин бемор махсус санитария транспорти билан юқумли касалликлар шифохонасидаги алоҳида ажратилган бўлимига ётқизирилиб, 5 кун тиббий кузатувда бўлади. Бу даврда бемордан 3 марта вабо вибрионига ва ичак гуруҳи микробларига нажас экмаси олинади. Шундан сўнг 5 кун тетрациклин берилади. Касаллик аломатларига қараб бошқа дори-дармонлар ҳам қўлланади.

Касаллик аломатлари бўлмаган лекин, чет элда сафар вақтида вабо касаллиги юқиш эҳтимоли юқори бўлган (тижоратчи, сайёҳ) лар СНП да ўйхатга олинади ва улар ҳақида ҳудудий СЭС га телефон орқали хабар қилинади. Бундай фуқаро турар жойидаги поликлиника хизматчилари томонидан 5 кунгача уйда тиббий кузатув остида бўлади. СНП ларда ўрнатилган шундай назорат воситасида четдан кириб келган вабонинг мамлакат ичида тарқалишига йўл қўйилмайди.

Республикада ҳар бир вилоят, туман вабонинг олдини олиш ва у қайд қилинган тақдирда ўтказиладиган тадбирлар мажмуасини олдиндан белгилаб қўяди. Бу эпидемияга қарши фавқулодда комиссия (ЭФКК) йиғилишида муҳокама қилиниб, ҳокимиятлар томонидан таъминлаш, турар жойларнинг санитария ҳолатини яхшилаш масалаларига катта эътибо берилади.

Бирор жойда вабо аниқланса, дархол ЭФКК йиғилиши чақирилади. У вабо чиққан жойни касаллик ўчоғи деб эълон қилади. Ичи бузилган беморларни эрта аниқлаб, текшириш ва даволаш мақсадида ҳовлима-ҳовли юриб, бемор бор-йўклиги суриштирилади. Аниқланган бемор дархол шифохонага юборилади.

Ёз ойларида ичкетар касаллиги билан шифохонага ётқизилган бача беморлар бир марта вабога ҳам текширилади. Ҳозирги вақтда вабо касаллиги ўчоғида карантин эълон қилинмайди.

Ўлат (тоун) жуда хавли юкумли касаллик бўлиб, кучли интоксикация бошланиши ва лимфа тугунлари, тери, ўпка ва бошқа органлар яллиғланиши билан таърифланади. 1820 йилда пандимия ҳолида ўтиб қанчадан қанча одамлар ёстиғини қуритди. Ушандан бери 3 марта ўлат пандемияси бўлиб ўтди. 1990 йили сентябрь ойида орол чўлида 1 туяни сўйган 3 киши ҳам ўлат билан касалланиб 1 киши ўлган.

Этиологияси: Қўзғатувчиси 1894 йил Гонг Конг эпидемияси вақтида иерсент томонидан топилган. *Lersinia Pestis* деб аталадиган бу микроб ички томони ёйсимон узун бочкага ўхшайди. У ҳаракатсиз, спора ҳосил қилмайди, капсуласи бор. Ташқи муҳитга чидамли. Дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез ҳалок бўлади. 60°C иссиқда – 30 минутда, 100°C да дархол ҳалок бўлалди.

Эпидемияси: Табиий шароитда микробларни кемирувчи ҳайвонлар (тарбаган, юмронқозиқ, каламушлар) да учрайди. Бу ҳайвонлар ўлат микробларини сақлайдиган манба ҳисобланади. Сичқонларга – каламушлар, туялардан юқиши мумкин. Ўлат алоҳида хавфли юкумли касалликлар гуруҳига киради. Каспий яқинидаги чўллар, қизилқум, орол, Урал ва Байкал орқасидаги чўлларда унинг табиий ўчоқлари бор. Табиий ўчоқда яшовчи кемирувчи ҳайвонлар ўлатнинг манбаи ҳисобланади. Ўлат ана шу ҳайвонлардан одамларга юқиши мумкин. Баъзан кемирувчилардан ўлат туяларга ҳам юқади. Ўлат инфекцияси ёввойи кемирувчи ҳайвонлардан каламуш ва сичқонларга юқади.

Ўлат асосан трансмиссив йўл билан бургалар чиққан пайтида юқади. Бурга ўлат билан оғриган кемирувчи ҳайвонни чаққанда, унинг қони билан бурганинг хазм йўлига ўлат микроблари тушиб кўпаяди. Ана шу бурга одамни чаққанда одам терисига бирталай ўлат микроблари тушади. Бурга чаққан жойни қашилганда микроблар тери орасига киради ва касаллик шу контакт йўли орқали юқиши мумкин. Масалан, кемирувчи ҳайвонларнинг терисини шилаётганди одам териси ёки шиллиқ пардасининг ёрилган, тирналган жойидан ўлат микроби кириши мумкин. Ўлатнинг ўпка формаси ҳаво-томчи йўли билан ҳам юқади. Ўлатнинг бу хили билан оғриган бемор йўталганда балғами ва йиринг заррачалари билан ўлат микробларининг ташқарига чиқаради, шунда бу микроблар бошқа соғлом одамларга осонгина юқиб қолади. Ўлат билан оғриган ҳайвон (туя) гўштини истеъмол қилганда алиментлар йўл билан ҳам юқади. Ўлат юққан одамларнинг ҳаммаси бу касаллик билан оғрийди ва соғайгач одамда умрбод сақланадиган иммунитет пайдо бўлади.

Патогенези. Ўлат микроби организмга тери ва шиллиқ парда орқали киради. тери орқали кирганида камдан-кам холларда терида бирламчи эффект пайдо бўлади: терининг ўша жойида аввал доғ пайдо бўлиб, кейин тугунчага, сўнгра везикула ва пустулага айланади. Пустула ёрилгач, узоқ вақт тузалмайдиган яра пайдо бўлади. Кўпинча ўлат микроби терида ҳеч қандай ўзгариш ҳосил қилмай, лимфа томирлари орқали регионал лимфа тугунларига боради. Лимфа тугунлари, уларнинг атрофидаги тўқималар яллиғланади ва ўлат бубони пайдо бўлади. Биламчи бубонлар ўлат микроблари қонга тушади ва бактериемиа бошланади. Қон орқали ўлат микроби бутун организмга такалган ўлат микробларининг бир қисми бошқа лимфа тугунларига ўтиб, уларни яллиғлантиради ва иккиламчи бубон ҳосил бўлади.

Қонда айланиб юрган ўлат микроби баъзан ўпка тўқимасига ўрнашиб, унинг яллиғланишига сабаб бўлади. Организмда ўлат микроблари жуда тез кўпаяди, бир қисми парчаланиб чиққан токсин организмни захарлайди. Интоксикация монокулеар-пагоцитар системанинг ҳимоя функциясини издан чиқаради, натижада кўп микдорда ўлат микроби қонга тушади, шундай қилиб ўлатнинг синтек формаси бошланади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 3-6 кун, ўлатга қарши эмланганларда 8-10 кунгача чўзилади.

Клиник формалари:

- А. 1) тери фомаси
- 2) бубонлик формаси

- 3) тери бубонлик формаси
- Б. 1) биламчи синтек формаси
- 2) иккиламчи синтек формаси
- В. 1) биламчи ўпка формаси
- 2) иккиламчи ўпка формаси
- 3) ичак формаси.

Ўлат тўсатдан бошланади. Беморнинг бадани титраб, ҳарорати 39-40 даражагача кўтарилади ва иситма 3-10 кунгача давом этади. Кучли интоксика бошланиб, беморнинг дармони қуриydi, боши айланади, қўйни айнийди, иштаҳаси йўқолади, ташна бўлади, қўйни айниб қайд қилади, қон аралаш қусади, салқийди, кўзлари қизаради, қуруқ ва иссиқ баданида петехиялар кўзга ташланади. Юрак чегараси кенгаяди, томлари буғуқ эшитилади. А/Б пасаяди, тахикардия аниқланади. Тили худди оҳак сепилгандек оқ қараш билан қопланади. Баъзан беморни қорни оғрийди. Талок катталашади, бемор безовталаниб, алахлайди, юрганда гандираклайди. Ўлатнинг клиник формаларига қараб бошқа белгилари ҳам аниқланади.

Тери формаси: микроб кирганида ўрнидаги доғ пайдо бўлади, сўнгра папула, вазикула, пустилага айланади. Сўнгра ёрилиб яра ҳосил қилади. Яра узок вақтгача битмайди.

Бубонли формаси: ҳарорат юқори кўтарилиб, интоксикация ва лимфа тугуни катталашади, оғрийди. Лимфа тугуни катталашади, товук тухумидек бўлиб, яллиғланиш жараёни теи ости тўқимасига ўтиб йирингланади, қўқимтил тасга киради, бубонда флюктуация аниқланади. 8-12 кун бубон ёрилади, кўп миқдорда сариқ-яшил ангда қуюқ йиринг келади. Бубон ёрилгач ҳарорат пасаяди ва 10-12 кунга бориб ўрни ямоқ бўлиб қолади. Баъзи ҳолларда бубон йирингламайди, 6-7 кунга бориб аста секин кичрайиб, шишлари камайиб йўқолади. Антибиотиклар билан даволаниши керак. Антибиотиклар қўлланмаси беморларнинг 60-90% гача ҳалос бўлади.

Бирламчи сентик формаси: Ўлатнинг бу формасида одам теиси ёки шиллиқ падаси орқали кўп миқдорда кучли патоген микробла организмни ҳалол воситаларини енгил қонга тушиши натижасида кучли патоген микроблар организмни ҳимоя воситаларини енгил қонга тушиши натижасида касаллик бирданига бошланади. Яширин даври бир неча соатдан 1-2 кунгача давом этади. Эти увишиб қалтирайди, ҳарорати кўтарилади, алахлайди, атрофдагиларга тажовуз қилади, тез-тез нафас олади. Пульси тезлашади, баданида геморогик тошмалар пайдо бўлади, кўп ўтмай инфекцион-токсик шок ривожланади ва бемор кома ҳолатига тушиб 2-3 кун ичида жуда кучли интоксикация ва геморогик синдром оқибатида ҳалок бўлади. Ўлатнинг сентик формасидан беморнинг соғайиши жуда кам учрайди.

Иккиламчи сентик формаси: Ўлатнинг бу формаси бошқа формаларидан сўнгра ривожланади ва интоксикация жуда камаяди ва бемор аҳволи жуда оғирлашади. Геморогик синдром ривожланади. Иккиламчи инфекция ўчоқлари, иккиламчи бубонлар ривожланади.

Бирламчи ўпка формаси: Бу ўлатнинг энг оғир формасидир. У тўсатдан бошланади, бемор эти увишиб, қалтирайди ва ҳарорати кўтарилади, боши қаттиқ оғийди, қўқраги санчиб йўталади. Йўталганда аввал тиниқ шилимшиқ кейинроқ эса қон аралаш балғам ташлайди. Бемор безовталаниб алахлайди, уни текшириб қўрилганда пневмонияга ҳос аломатлар аниқланади, бемор аҳволи оғир бўлади. Юрак тез уради, тонлари бўғиқ бўлади. Бемор юзи кўкаради, бемо беҳуш ҳолга тушади ва охири ўлиб қолади.

Иккиламчи ўпка формаси: Ўлатнинг бу формаси бубонли форманинг асорати тарзида бошланади ва бирламчи ўпка формасига ўхшайди ва ўз вақтида даволанмаса бемор тезда ҳалок бўлади.

Ичак формаси: Бу формаси синтек жараён оқибатида юз беради. Ҳарорат юқори кўтарилади, кучли интоксикация юз беради. Бемор қўнгли айниб, қайд қилади. Қон, иринг аралаш ич кетади, қорин оғрийди, кўчанинг безовта қилади. Ўлатнинг бу формасида бемор бир неча кун ичида ҳалок бўлади.

Лаборатория текшируви: Бактериологик, бактериоскопик, серологик ва биологик усуллар қўлланилади.

Бактериологик усулда: бубон везикула, пустила карбункулдан олинган йиринг, шилимшиқ суюқлик озуқа муҳитига жиб текширилади. Шу усул билан бирга биологик усул ҳам қўлланилади. Текширилувчи материал денгиз чўчқаси ва сичқон организмга юбориб текширилади.

Бактериоскоп усулда: керак бўлган материаллардан суртма олиб граммли усулда бўлиб микроскопда кўрилади.

Серологик усул: Гемоагглютинацияни тормозлаш усули ёрдамида қонда специфик антитело бор-йўқлиги аниқланади. Экспресс диагностика – антителоларини флюоресценциялаш усули касаллик кўзгатувчи микроб бор-йўқлиги аниқланади (2 соат ичида).

Давоси: Стрептопицин 2,5-3,5 бир кеча кундузда юборилади. Ҳарорати пасайгач препарат дозаси 2 баробар камайтирилиб, яъни 3-5 кун берилади. Стрептолицин ўрнига неомицин (кунлик дозаси 3-6 млн. ТБ) оксеситетрациклин (кунлик дозаси 3-6 млн. ТБ) морфоциклин, ампицилин, ампиокс, хлортетрациклин (кунлик дозаси 2 г гача) буюрилади. Антибиотиклар даво курси 7-10 кунгача давом этади.

Бубон ичига ҳар куни 1 куни атректомицин 500 000 ТБ ёки ампицилин 0,5 г юборилади. Бубон ёилган холларда эса гипертоник эритма билан яъни фурацилинга қўлланган дона қуйилади.

Интоксикацияни камайтириш учун ренгер эритмаси, ноекомпенсан, реополюглюкин, глюкоза эритмаси қуйилади. К+С 1,5–2 г дан В1, В6, В12, К витаминлар берилади.

Профилактика: Кемирувчи ҳайвонлар ўлат микробларининг асосий резеруари ҳисобланади. Кемирувчи ҳайвонлар кўпайиб кетмаслиги учун дератизация ишлари олиб борилади.

Ўчоқда: Бемор аниқланиб касалхонага ётқизилгач шу жой дезинфекция, дезинсекция, дератизация ўтказилади ва 6 кун карантин эълон қилади. Бемор билан мулоқотда бўлганлар 6 кун давомиди врач назоратида бўлиб, ҳар куни 3 марта ҳарорати ўлчанади. Эҳтиёт шарт юзасидан стрептолицин тайинланади.

ТЕКШИРИШ УЧУН САВОЛЛАР:

1. Ўша хавфли инфекцияларга нималар киради?
2. Вабо кўзгатувчиси, белгилари давосини айтинг.
3. Ўлат касаллиги сабаби белгиси?
4. Карантин ва осервация нима?

МАВЗУ: Эпидемиология асослари.
Дезинфекция, дезинсекция, дератизация.

РЕЖА:

1. Юқумли касалликлар келиб чиқиши тарихи.
2. Инфекция манбаи, тарқалиши, олдини олиш.
3. Юқумли касалликлар классификацияси.
4. Иммунитет ва эмлаш ишлари.

Юқумли касалликлар қадимги замонларда ҳам учраган. Чинчечак, ўлат, вабо ва бошқа хатарли юқумли касалликлар вақти-вақти билан кенг тарқалиб миллионлаб кишиларнинг ёстиғини қуритган, жамиятга кўп талофат етказган. Юқумли касалликларнинг моҳияти, уларнинг келиб чиқиши сабаблари узоқ вақт давомида номаълум бўлиб келган. Лекин ўша замонларнинг донишманд кишилари бу касалликларнинг бемордан соғлом одамга юқиш хусусияти бор эканлигига эътибор қилганлар.

Кейинчалик юқумли касалликлар 2 хил бўлади:

1) бир хил юқумли касалликлар ташқи муҳитда юзага келадиган алоҳида зарарли модданинг одам организмга кириши натижасида пайдо бўлади.

2) 2 чи хил касалликлар эса соғлом одамлар беморга яқин юрганида контакт йўли билан юқади.

Ўрта асрнинг машхур олими ва шифокори ватандошимиз Абу Али ибн Сино ўз асарларида (930-1037 й) «Ал қонун»да, «Ўлат, чинчечак, қизамиқ ва бошқа юқумли касалликларни кўзга кўринмайдиган жониворлар кўзгатса керак» деб гумон қилади.

1478-1553 йилларда яшаган Италиялик олим Фракастро ҳам юқумли касалликларни кўзгатувчи омил тирик жонивор жонлигини ва юқумли касалликлар 3 хил йўл билан:

- 1) Контакт орқали
- 2) Бемор фойдаланган буюмлар орқали (кийим-кечак, сочиқ ва бошқалар).
- 3) Ҳаво орқали юқишини таъкидлайди.

Англиялик шифокор Эдуард Женнер одамларни (1949-1828) чинчечакдан асрайдиган хавфсиз ва жуда самарали усулни кашф этган. Э. Женнер сигир чечагини одамларга эмлаш йўли билан кучли иммунитет ҳосил қилиб, чинчечакга қарши яхши натижа берадиган профилактика усулини ишлаб чиқди. Бу эмлаш усули қисқа муддатда деярли ер юзидаги ҳамма мамлакатларда қўлланила бошлаган.

Француз олими Луи Пастер (1822-1895) махсус тадқиқотлар ўтказиб, одамларда юқумли касалликлар пайдо бўлишида микроорганизмларнинг ролини исботлаб берди. Шунингдек, микроорганизмларни кучсизлантириб юқумли касалликларга қарши эмлаш усул қўлланиладиган эм дори яъни вакцина олиш усулини амалда жорий этди. У кутиришга ва куйдиргига қарши эмлаш учун вакцина ишлаб чиқди, уни кенг қўлланишига тавсия этди. А. Пастернинг кутиришга қарши вакцинаси ҳамма вақт ўлим билан тугайдиган қўрқинчли кутириш касалига йўлиқмаслик имконига эга бўлинди.

Юқумли касалликлар ҳақида таълимотни ривожланишига немис олими Роберт Кох (1843-1910) алоҳида ўрин эгаллайди. И.И.Мечников эса инфекция ва иммунитет ҳақидаги таълимотни асослаб берди. У вабо, қайталама терлама, захм, ичбуруғ, сил касалликларининг келиб чиқиши устида самарали иш олиб борди.

С.П.Боткин 1860 йилларда «катарал» сариқ касаллиги юқумли касалликдир» деб таъкидлади ва ич терлама клиникасининг баъзи хусусиятларини ҳар томонлама ўрганиб ёритиб берди.

Улуғ Ватан урушидан кейинги даврларда И.К.Мусабоев раҳбарлигидаги бир гуруҳ илмий ходимлар Ўзбекистон шароитида қатор юқумли касалликларнинг клиникаси, диагностикаси ва давоси соҳасида тадқиқот ишларини олиб бордилар.

Шу вақтгача ер юзида маълум бўлган ва ўрганиб чиқилган юқумли касалликларнинг сони 1060 дан ортиши ва уларнинг баъзилари вақти-вақти билан эпидемия хатто пандемия шаклида кенг тарқалиши мумкин.

Юқумли касалликлар ҳақидаги таълимот микробиология, эпидемиология, паразитология, иммунология, экспериментал химиотерия ва патологик анатомия билан боғланган. 2 чи томондан ички касалликларни ажралмас қисми ҳисобланади. Врач ички касалликлар ҳақида яхши билимга

эга бўлмасдан туриб инфекционист бўла олмайди. Мамлакатимизда баъзи юқумли касаллик-лар бутунлай тугатилди. Масалан: Чинчечак, қайталама терлама, лейишманиоз.

Инфекциянинг авж олиши мураккаб ижтимоий биологик жараён бўлиб, микроб билан макроорганизмнинг ўзаро таъсири натижасига боғлиқ. Патоген бактерия кирганда одам организмида патологик ўзгаришлар, мосланиш ва химояланиш жараёни юз беради, (касаллик ривожланади). Патоген микроб одам организмига тушгач, ривожланиш бир томондан микроб вирументлигига ва 2 чи томондан одам организмининг шу касалликга мойиллиги ва реактивлигига боғлиқ.

Баъзи микроблар одам организмида узоқ вақт зарар келтирмай яшаши мумкин, одам организмининг куч – қуввати пасайганда касаллик микроблар энди патоген микробларга айланиб қолади. Шундай қилиб аутоинфекциялар ёки эндиген инфекцион касалликлар организмида яшаб турган микроблар таъсири натижасида пайдо бўлади.

Юқумли касалликлар бошқа касалликлардан куйидаги 4 хусусияти билан фарқ қилади:

- 1) Юқумли касалликни тирик патоген микроб қўзғотади.
- 2) Бемор ўз навбатида касаллик манбаи бўлади ва уни бошқаларга юқтириши мумкин.
- 3) Бемор қайси юқумли касаллик билан оғриб ўтса, унинг организмида ўша касалликка қарши иммунитет ҳосил бўлади, бу касалликни қайтадан юқишга қаршилиқ кўрсатади.
- 4) Юқумли касалликлар муайян даврлар билан, яъни циклик тарзда ривожланади ва сўнади.

Патоген микроб организмга тери, шиллиқ парда орқали киради. Микроорганизм ўзининг химоя механизмлари ёрдамида бегона унсур (микробнинг) кўпайишига, тарқалишига тўсик бўладиган чора тадбирларни кўради. Фагоцитар элементлар, антителолар сафарбар қилинади. Организмнинг бу химоя ва мосланиш реакциялари то патоген микроб организмдан бутунлай йўқолгунча давом этаверади. Бу организмнинг табиий, наслдан-наслга ўтадиган хусусиятидир. Патоген микроб ўзини ҳар қандай қарши кучларидан сақлашга ўринади, озгина шароит бўлса тез кўпаяди, фагоцитларга қарши мосланади (капсула ҳосил қилади, **агретикуло-эндотелиал системасин, антифагин, вирулин** каби моддалар ишлаб чиқарилади). Патоген микробларнинг асосий хусусиятлари уларнинг вирулентлиги ва токсигенлигидир.

Микробнинг организмга кириши, кўпайиши ва микроорганизмнинг химоя механизмларини енгиб, ўзининг зарарли таъсирини кўрсата олиш вирулентлигидир.

Микробнинг токсин (захарли модда) ишлаб чиқариш қобилятига токсигенлик дейилади. Микробнинг токсини муайян бир органга ёки системага таъсир ўтказиш хусусиятига тропизм дейилади. (1 та органга кўпроқ куч билан таъсир қилишга айтилади).

Токсинлар кимёвий тузилишига қараб аксари ферментларга ўхшаб кетади.

Ўз ҳаёт фаолиятида микроб токсинни ташқарига ишлаб чиқарилса экзотоксин, баъзи микроблар эса токсин микроб хўжайраси ичида ҳосил бўлиб, микроб парчаланганда ажралиб чиқади – буни эндотоксин дейилади.

Масалан: а) Экзотоксин ишлаб чиқариш микробларга: *Дифтерия, кокишод, ичбуруғ, ботулизм, стрептококк, стафилококк.*

б) Эндотоксин ишлаб чиқариш микробларга:
ич терлама, вабо вибриони.

Микроб организмга тушган организмда турлича ўзгариш натижасида турлича яқунланиши мумкин.

- 1) Микроб макроорганизм химоя воситалари таъсирида ҳам бўлади.
- 2) Микроб ўзига қулай шароит топиб, қисман кўпайиб, организм қаршилигига бардош бериб узоқ вақт тирик сақланади. Бундай ҳолларда организмни кучи микробни йўқ қилишга етарли бўлмайди. Бу эса касалликни латенинг (яширин) субклиник ва симптомсиз формаси кўринишда ўтади.
- 3) Патоген микроб организмда жуда тез кўпайиб патоген хусусиятини намоён қилади, авж олиб касаллик белгиси яққол кўринади.

Юқумли касалликни авж олишида куйидаги омиллар асосий роль ўйнайди.

- 1) Патоген микробнинг миқдори.
- 2) Патоген микробнинг вирулентлиги.
- 3) Одам организмининг реактивлик хусусияти.

Бир хилдаги патоген микроб қўзғотган юқумли касаллик моноинфекция дейилади.

Бир нечта микроблар таъсирида пайдо бўладиган касалликни миктинфекция дейилади.

Юқумли касаллик давом этиб турганда унга бошқаси кўшилса буни 2 ламчи инфекция дейилади.

Организмга патоген микроб тушган мураккаб кураш жараёни натижаси (оқибати) 3 хил бўлади:

- 1) Беморнинг соғайиши.
- 2) Касалликни сурункали формага ўтиши.
- 3) Беморни ҳалок бўлиши.

Юқумли касаллик кўпинча беморнинг соғайиши билан тугалланади.

Соғайиш ўз моҳияти жиҳатидан 3 га бўлинади:

- а) бактериологик соғайиш (организмга бутунлай потоген микробларидан халос бўлади).
- б) анатомик соғайиш (зараланган организмда яллиғланиш ўрнида ямоқ чандиқлар қолиши мумкин).
- в) клиник соғайиш (юқумли касаллилар аломтлари йўқолиб беморни тузалиши кўзда тутилади).

Клиник соғайишда бирор органда патоген микроб узоқ вақт сақланиб қолиши натижасида (ойлаб, йиллаб) келиб чиқадиган ҳолатга бактериал ташувчилик деб аталади.

Юқумли касалликларнинг одамлар орасида пайдо бўлиши, авж олиб бориш ва тарқалиши – эпидемик жараён дейилади.

Ҳар қандай юқумли касаллик пайдо бўлиши, авж олиши ва тарқалиши учун 3 та омил мавжуд бўлиши шарт.

1. Касаллик юқтирадиган манба.
2. Касалликнинг юқиш ва тарқалиш йўллари.
3. Ана шу юқумли касалликка берилувчан одамлар бўлиши.

I. Юқумли касалликлар манбаи: **беморлар, бактерия тошиб юрувчилар ва ҳайвонлардир.**

II. Касалликни юқиш йўллари:

- а) бемор аҳлати, сийдиги ва сўлаги зарралари билан микробларни ташқарига чиқарилиши.
- б) патоген микробнинг ташқи муҳитда сақланиши.
- в) одам организмига кириши.

Фақат одамларда учрайдиган юқумли касалликларда (**Антропоноз**) микроблар, вируслар одам организмига **4 хил** йўл билан кириши мумкин:

- 1) ҳаво – томчи йўли.
- 2) Алиметар йўл (*оғиз орқали*).
- 3) Трансмиссив йўл (*қон орқали, чивин чақиши*).
- 4) Контакт йўли (*тери, шиллиқ парда орқали*).

III. Эпидемик жараённинг 3 омили – юқумли касалликларга одам организмнинг берилувчанлиги.

Патоген микроб киришига жавоб бериш ва натижада инфекцион жараён ривожланиши организмнинг юқумли касалликларга берилувчанлигидир. Бу жараён ҳар хил формада намоён бўлиши мумкин.

Антропоноз касалликларда инфекция манбаи бемор ёки бактерия тошиб юрувчи ҳисобланади. Юқумли касалликлар билан оғриган бемор аҳволи оғир бўлса у касалхонага ётқизилади, шу кундан бошлаб ундан касаллик бошқаларга юқмайди. Агар беморни аҳволи яхши бўлса (енгил бўлса) у кўпинча врачга мурожаат қилмайди, касалликни оёқда ўтказади. Бундай шахслар юқумли касалликлар манбаи бўлиб атрофдаги соғлом одамларга ҳавф тўғдирадилар. Баъзан инфекцион касалликдан соғайган бемор бир неча вақтгача юқумли бўлиб қолаверади. (реканвалесцент).

Реконвалесцент 3 ойгача бактерия ташиб юрса уни **ўткир бактерия ташиб юрувчи** деб аталади. 3 ойдан кўп муддат бактерия ташиб юрса уни **сурункали бактерия ташиб юрувчи** дейилади.

Бактерия ташиб юрувчилик бу юқумли касалликларнинг субклиник формасидир. (Қорин тифида реконвалесцент умрбод бактерия ташиб юрувчи бўлиши мумкин).

Юқумли касалликлар манбаига қараб касалликлар 2 гуруҳга бўлинади.

- 1) Антропонозлар: касаллик манбаи одам, фақат одамлар касалланади.
- 2) Зоонозлар: касаллик манбаи ҳайвон, ҳайвонлардан касаллик одамларга ва ҳайвонларга юқиши мумкин.

Юқумли касалликларга йўлиққан одамларнинг кўп ёки озлигига қараб эпидемиологик жараённи турли хиллари ажратилади:

1. Спорадик касалликлар. Касал кишилар сони кўп бўлмайди ва беморлар онда-сонда учрайди.
2. Эпидемия – юқумли касалликларнинг биронта ўлка, вилоятда, мамлакатда кенг тарқалиб кетиши. Беморлар сони одатдагидан 5–10 марта кўп бўлади.
3. Пандемия – бир вақтда халқаро миқёсда бир неча мамлакат ва қитъаларда юқумли касалликларнинг тарқалиши (холера, грипп, тепкили, терлама).
4. Эндемия – муайян ҳудудда бирорта юқумли касалликларнинг доимий учраб туриши.
5. Энзоотия – бирорта жойда яшовчи ҳайвонлар орасида бирорта юқумли касалликларни доимий учраб туриши (ўлат, лейшманиоз).
6. Эпизоотия – ҳайвонлар орасида бирор юқумли касалликларнинг кенг тарқалиши.
7. Экзотик касалликлар – хориждан келтирилган юқумли касалликлар Масалан: безгак касаллиги (Шарқ мамлакатларида учрайдиган касаллик).

Эпидемик жараёнга социал факторлар:

- а) Аҳоли зичлиги.
- б) Турмуш шароити.
- в) Моддий таъминланиши.
- г) Овқатланиш тартиби.
- д) Маданий савияси.
- е) санитария ва гигиена қоидалари.

Эпидемик жараённи асосий қонунлари:

- 1) Юқумли касалликлар маълум давр оралаб кўпайиб-озайиб туради. Масалан: қизамиқ ҳар 2–3 йилда.

Скарлатина ҳар 5-9 йилда

кўкйўтал ҳар 3-4 йилда кўпайиб туради .

- 2) Юқумли касалликлар йил давомида мавсумга қараб кўпайиб-озайиб туради.
- 3) Уруш, очарчилик ва шунга ўхшаш аҳоли турмуш шароитини ночор қилиб қўядиган омиллар касалликлар эпидемиясига шароит тўғдиради. Демак, касаллик манбаидан инфекциянинг юқиш ва тарқалиши учун тегишли шароит мавжуд бўлганда ва шу инфекцияга берилувчан одамлар бўлган тақдирдагина эпидемик жараён вужудга келади.

Профилактика ҳалигача ер юзида ҳар йили 1 миллиардан кўп одам турли юқумли касалликлар билан оғрийди. 30 дан ортиқ мамлакатларда вабо билан касалланиш ҳоллари маълум. Юқумли касалликларга қарши курашда амалга ошириладиган тадбирларни 2 га бўлиш мумкин: 1)

умумий чоралар

2) махсус чоралар

Умумий чора тадбирлар давлат томонидан амалга оширилади. Бунга аҳоли турмуш шароитини яхшилаш, медицина хизматини такомиллаштириш, одамларни ишлаш ва дам олиш шароитини яхшилаш, уй-жой шароитини талабга жавоб берадиган қилиш.

Махсус чоралар эса соғлиқни сақлаш органлари томонидан амалга оширилади. Зарурият тўғилганда эса: ветеринария ходимлари, қишлоқ хўжалик ташкилотлари иштирок этадилар. Алоҳида хатарли юқумли касалликлар (вабо, ўлат)га қарши кураш чоралари хорижий мамлакатлар билан ҳамкорликда амалга оширилади.

Профилактика чоралари 3 йўналишда олиб борилади:

- 1) инфекция манбаини зарарсизлантириш;
- 2) касалликни юқиш йўллари қирқиш;
- 3) одамларда юқумли касалликларга қарши иммунитет ҳосил қилиш.

I касаллик манбаини зарарсизлантиришда аввало «Диагностика»ни барвақт аниқлаш, беморларин касалхонага жойлаб, касал организмдаги патоген микробни йўқотиш зарур. Бактерия ташиб юрувчилар назоратга олиниб даволанадилар.

Бемор фойдаланган идиш-товоклар, сочик, кийим-кечаклар ва бемор ётган хона дезинфекция қилинади. Беморлар билан мулоқотда бўлган кишилар алоҳида назоратда бўлади. Бу назорат юқумли касалликлар инкубацион даври муддатига қараб аниқланади. Алоҳида ҳавфли касалликларда бемор билан контактда бўлган ҳамма одамлар махсус изоляторга ётқизилади. (обсервация қилинади). Изоляторда сақлаш муддати касалликни инкубацион даврига боғлиқ.

Масалан: улатда 6 кун, вабода 5 кун

II. Касаллик юқиш йўллари қирқиш.

Бу йўналишда бажариладиган профилактик тадбир чоралар 3 гуруҳга бўлинади:

- а) санитария ва гигиенага таалукли чора-тадбирлар;
- б) дезинфекция
- в) дизенсекция

Аҳоли ўртасида санитария ва гигиена соҳасидаги билими ва маданий савиясини кўтариш энг муҳими ҳисобланади. Дезинфекция инфекция ўчоқларида, жамоат жойларида (вокзал, транспорт воситалари, ётоқхоналар, кўпчилик фойдаланадиган хожатхоналарда) амалга оширилади.

III. Аҳолининг касалликларга нисбатан берилувчанлигини камайтириш (касалликга қарши курашиш қувватини оширишга қаратилган).

Эмлаш йўли билан юқумли касалликларга қарши сунъий иммунитет ҳосил қилиш алоҳида ўрин тутади.

Актив сунъий иммунитет ҳосил қилиш учун иммун зардобларидан фойдаланилади. Эмлаш учун вакцина тирик бактерия ёки ўлдирилган бактериядан тайёрланади.

Ўлдирилган вакциналар тирик вакцинага қараганда кучсизроқ бўлади. Улар ҳосил қилган иммунитет 6-12 ой ўтгач аста секин сўнади. Шу сабабли эмлашни қайтариб туриш зарур. Ўлдирилган вакциналар 2 гуруҳга бўлинади:

- а) корпускуляр;
- б) молекуляр – вакциналар.

Молекуляр вакцинада микроб хўжайраси ёки токсинадан ажратиб олинган антигенлар бўлади. У ҳосил қилган иммунитет узоқ вақт сақланади.

Экзотоксин чиқарадиган бактериялар кўзғотадиган касалликларга қарши эмлаш учун анатоксин ишлатилади. Антигенлик ва иммуногенлик хусусиятини сақлаб қолган ҳолда токсогенлигини йўқотган токсин-анатоксин дейилади.

Вакцина юборилган орадан бир неча ҳафта ўтгач сунъий иммунитет ҳосил бўлади. Сунъий пасив иммунитет ҳосил қилиш учун тайёр антителилари бўлган қон зардоби юборилади (иммун зардоб,-глобулинлар).

Юқумли касалликларлар билан оғриган беморларга медицина ёрдами 3 хил босқичда амалга оширилади:

1. Поликлиникада терапевтлар ва педиатрлар томонидан
2. Район миқёсида инфекционистлар ва поликлиникадаги юқумли касалликларлар кабинетида ишлайдиган врачлар бажаради.
3. Шаҳар ва вилоят миқёсида бу иш махсус юқумли касалхоналарга юклатилган .

Юқумли касалхонада қуйидаги бўлинмалар бўлиши керак:

- 1) бокслар (алоҳида кичкина хоналар)га эга бўлган қабул хонаси;
- 2) муайян бир инфекцияга мулжалланган бўлинмалар;
- 3) бокслардан иборат алоҳида бўлинма. Бу бўлинма алоҳида ҳавфли юқумли касалликлар билан оғриган беморларга мулжалланган;
- 4) зудлик билан беморга ёрдам беришга ихтисослашган интесив терамия ва реанимация бўлинмаси ёки палаталар;
- 5) хирургия бўлинмаси;
- 6) рентгенологик ва физиотерапевтик бўлинма;
- 7) анимик, бактериологик, серологик, вирусологик, биохимик лабораториялар;
- 8) марказлашган стерилизация хонаси;
- 9) потологик анатомия бўлинмаси.

Юқумли касалликлар классификацияси. Юқумли касалликлар инфекция манбаига қараб 2 гуруҳга бўлинади.

Антропонозлар – фақат одамларда учрайди, улар билан ҳайвонлар касалланмайди. Масалан: қорин тифи, ичбуруғ, гепатит, спид.

Зоонозлар – бу касалликлар ҳам одамда ҳам ҳайвонларда учрайди. Одамларга инфекция ҳайвонлардан юқади.

Масалан: бруцеллёз, ўлат, қутириш, куйдирги.

Юқумли касалликлар 5 гуруҳга бўлинади.

1. Ичак юқумли касалликлари бу касалликлар фекал-орал йўл билан юкиб, тарқалади. Бемордан аҳлати орқали ташқарига тушган микроб, турли хил йўл билан одам ичагига оғиз орқали тушади. 4 гуруҳга бўлинади:

- а) типик ичак юкумли касалликлари (халера, дизентерия, энтерит, кенг лентасимон гижжа, энтеробиоз ва бошқалар);
- б) топсико – инфекциялар (ботулизм, сальмонеллоз, стафилококклар келтириб чиқарадиган топсикоинфекциялар);
- в) баъзи ичак касалликларининг қўзғатувчилари ичакдан бошқа органларда ҳам патагон ўзгариш юз беришга сабаб бўлади. Масалан: амёбиаз, аскаридоз, трихинелёз, эхинококкоз ва гельминтозлар;
- г) Ичак касалликларини қўзғатувчилари ичакдан қонга тушади, бактериемия юз беради. Масалан: қорин тифи, А ва В паратифлар, бруцеллёз, орнитоз.

2. НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Бу касалликни қўзғатувчи микроб ва вируслар беморнинг нафас йўллари шиллиқ пардасида жойлашган бўлиб, йўталганда, аксирганда, гапирганда тупик заррачалари билан ташқарига чиқарилади ва ҳаво орқали соғлом одамларга юқади.

Ўз навбатида 4 гуруҳга бўлинади:

1. Касаллик қўзғатувчилари кирган ва урнашган жойида кўпаяди (кизамик, кўк йўтал).
2. Касаллик қўзғатувчи кирган ва ўрнашган жойидан қонга тушиши ва бошқа органларни зарарлаши мумкин (экидемик менингит, эпидемик энцефалит, пневмания, эпидемик паротит).
3. Нафас йўли орқали кириб, қонга ўтиб терига, шиллиқ пардаларда ўзгаришлар келтириб чиқаради. (чин чечак) сувчечак, мохов).
4. Бу касалликлар ҳаво-томчи йўлидан ташқари воситали контакт йўли билан ҳам (идиш-товоқ ўйинчоқ, румолча) юқиши (Дифтерия, спаролатина, ангина қисман паратит – fenku).

3. ҚОН ОРҚАЛИ ЮҚАДИГАН ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР

Бу касаллик қўзғатувчилари фақат беморнинг қонида бўлади. Шу сабабли бу касалликлар фақат қон сурадиган хашоратлар чақиши орқалигина юқади.

2 гуруҳга бўлади:

- 1) Типик қон орқали юқадиган касалликлар (малярия, риккетсиоз, қайталама тиф, сариг истима).
- 2) Бошқа ҳамма қон орқали юқадиган юкумли касалликлар зоонозлардир 2-гуруҳини ташкил қилади (ўлат, туляремия).

Тери ва ташқи шиллиқ пардаларда жойлашадиган юкумли касалликлар.

Бу касалликлар кийим-кечак, бош-кийим, чойшаб, ёстик жилди, идиш-товоқ, сув, ифлосланган қўл орқали юқади. 4 гуруҳга бўлинади:

1. Патологик ўзгаришлар юзаки жойлашган юкумли касалликлар (трахама, инфекцион конъюнктивит, қўтир, кал, лишай, сориаз, дерматомиоз).
2. Жароҳатдан кейин ривожланган диган юкумли касалликлар: (сарамас, кокшол, газли гангрена, пиодермия, куйдирги).
3. Патологик ўзгаришлар тўқималарнинг анча чуқур қисмида юз беради (актиномиоз, сап, яшув, шистозома).
4. Ҳайвонлар қопгандан сўнг ривожланган диган касалликлар: (кутириш, содоку).

4. ДЕЗИНФЕКЦИЯ ТАДБИРЛАР

Дезинфекция турли объектларда ва ташқи муҳитда юкумли касаллик қўзғатувчиларнинг йўқотиш усуллари ва воситаларини ўрганади.

1. Дезенсекция – юкумли касалликларни ташувчи бўғим – оёқлиларни йўқотиш.
2. Дезинфекция – юкумли касалликларни қўзғатувчиларга қарши кураш чоралари.
3. Дератизация – кемирувчиларга қарши курашиш чора тадбирлари.

Дезинфекция билан бир қаторда стериллаш ҳам мавжуд. Бирор муҳит ёки предметда катоген микробларни, споралари билан бутунлай йўқотиш тушунилади. Стериллашдан олдин ҳамма буюмлар дезинфекция қилинади. Сўнгра стерилланади.

Дезинфекция 2 хил бўлади:

- 1) Учоқли;
- 2) Профилактик.

Учоқли дезинфекция оилада, болалар муассасасида инфекция пайдо бўлганда ўтказилади. Учоқли дезинфекция ўтказиш вақти ва мақсадига қараб одатдаги (кундалик) ва якунловчи дезинфекция бўлинади. Кундалик дезинфекция мунтазам равишда амалга оширилиб борилади. Унинг мақсади инфекция тарқалиб кетишини олдини олиш (даволаш – профилактика муассасаси тиббий ходимлари томонидан ўтказилади).

Якунловчи дезинфекция кўзгатувчилари ташқи муҳитга чидамли юқумли касалликлар (ич, терлама, вирусли гепатия, вабо, дифтерия, полионелит, тоун) учоғида ўтказилади. Бемор касалхонага ётқизилгандан сўнг шаҳар жойида 6 соатдан сўнг кишлоқда 12 соатдан кечиктирмай ўтказилади. Якунловчи дезинфекция беморга жавоб берилгач юқумли касалхонада, юқумли касали бор беморни болалар муассасасидан чиқариб юборилганда ўтказилади. Дезинфекцияни санитарияэпидемиология станциясининг дезинфекция бўлими маълум тартибда ўтказди.

ПРОФИЛАКТИКА

Юқумли касалликлар бўлмаганда ҳам қилиниши керак. Профилактик дезинфекцияга даволаш профилактика, болалар муассасалари ва умумий фойдаланиш жойларини 0,5% тозаланган хлорли охак эритмаси ёрдамида нам усулда кундалик тозалаш, сутни пастеризонула қилиш, сувни хлорлаш, қўлни ювиш ва ҳоказо.

Дезинфекцияда механик, физик, кимёвий ва биологик усул ва воситалардан фойдаланилади.

Механик тозалашда – кийим-кечакларни ювиш, қўл ювиш, пол супириш ва ювиш, чангларни ҳўллаб артиш, пелисос қилиш ёрдамида чанг-ғубор билан бирга кўзгатувчилар қисман йўқотилади.

Физик методлар энг кўп қўлланиладигани, қайнатиш – кийим-кечаклар, идишлар, ичимлик сув, озиқ-овқатлар, ўйинчоқлар, хирургик асбоблар ва бошқа юқумсизлантиришда қўлланилади.

Даволаш – профилактика ва болалар муассасаларида, озиқ-овқат корхоналарида ҳавони зарарсизлантиришда ультрабинафша ва симобли кварц лампалардан фойдаланилади. Қуёшни тик нурлари ҳам кўпгина юқумли касалликлар кўзгатувчиларига ҳалокатли таъсир қилади.

Кимёвий усул – турли объектлар юзаси ва ичидаги, ташқи муҳит буюмларида ҳамда ҳар-хил субстратлардаги кўзгатувчиларга ҳалокатли таъсир қилади.

Масалан: хлорли охак, хлорамин, кислород сақловчи препаратлар: фенол, лизол, водород хлорид кислота, азот нитрат кислотаси, уювчи Na (каустик сода) Фермалин пирефи.

Биологик усул – микроб культураларини ўстиришда кўпроқ лабораторияда қўлланилади.

Дезинсекция.

Бўғимоёқлиларга қарши курашиш тадбирлари 2 гуруҳга бўлинади:

- а) профилактик;
- б) қириб ташлаш хилларига ажратилади.

Профилактик дезинсекция чоралари бўғимоёқлилар кўпайишига ва уларнинг одам яшайдиган ва яшамайдиган биноларга қириб қолишига қарши қаратилган.

Пашша, искабтопар, чивин, каналарни турар жойларга, ишлаб чиқариш биноларига қириб қолишдан сақлаш учун тегишли қўйилмалар ўрнатиш ойналарга тўр туттиш керак.

Қириб ташлаш чоралари бўғимоёқлиларни кўпайиб, бинолар, жиҳозларда йўқотишга қаратилган. Механик, физик, биологик, кимёвий усуллардан фойдаланилади.

Дератизация.

Кемирувчилар тоун, туляремия, лептоспироз, геморрагик истима, лейшманиоз касалликларнинг инфекцион манбаи ҳисобланади.

Кемирувчиларга қарши курашда профилактик ва қириш чоралари қўлланилади.

А) Профилактик чораларга озиқ-овқат маҳсулотлари, уларнинг қолдиқларини кемирувчилар туша олмайдиган жойларда тўғри сақлаш, уй-жой, омборлар, базаларга кемирувчилар кира олмайдиган техник чора-тадбирлар қўлланиши киради.

Б) Кемирувчиларни қириб йўқотишда механик, кимёвий ва биологик (чора-тадбирлар) методлардан фойдаланилади.

Механик метод: кармоқлар, пружинали қопқонлар, тузоқлардан фойдаланилади.

Кимёвий: нафас йўллариغا, ичак йўллариغا таъсир қилувчи заҳарли моддалар ишлатилади. (сульфид ангидрид, хлорпикрин, кридид, маргимуш, зоокумарин).

Биологик: кемирувчиларнинг табиий душманларидан – мушук, итлар, йирткич хайвонлар, ёввойи қушлар (бургут, бойўғли) дан фойдаланилади.

ИММУНИТЕТ

Организмни юқумли касаллик кўзгатадиган бактерия, вируслар, бирорта бегона моддага қаршилиқ кўрсатиш хусусияти иммунитет демакдир.

Иммунитет латинча *immunitas* сўзидан олинган, бирорта нарсадан халос бўлиш маъносини англатади.

Иммунитет 2 тури:

- 1) Табиий (тугма);
- 2) Орттирилган.

Табиий иммунитет наслдан-наслга ўтадиган биологик хусусият.

Масалан: итларда учрайдиган ўлат касаллиги одамларда учрамайди. Одамларда учрайдиган қизамиқ итларда хайвонларда учрамайди.

Орттирилган иммунитет одам ва хайвон яшаш жараёнида пайдо бўлади. Орттирилган иммунитет бир томондан актив ва пасив иккинчи томондан табиий ва сунъий бўлади.

Табиий шароитда юқумли касалликлар билан оғриш натижасида орттирилган актив иммунитет пайдо бўлади.

Тирик ёки ўлдирилган микроблардан тайёрланган вакцина билан эмлаш натижасида эса сунъий равишда орттирилган актив иммунитет пайдо бўлади.

Актив иммунитет ҳосил бўлишида орттирилган актив иммунитет наслдан-наслга ўтмайди. Табиий актив иммунитет мустақкам бўлиб узоқ йиллар, баъзан умрбод давом этади. Сунъий актив иммунитет эса қисқа муддат давом этади (эмланганда ҳосил бўлади).

Табиий орттирилган пасив иммунитет онадан болага плацента ва сут орқали ўтади, бир неча ой давом этади.

Қизамиқ билан касалланган одамларни қон зардобиди қизамиққа қарши антителолар бўлади. Ана шу зардоб касалланмаган болага юборилса қизамиққа қарши сунъий пасив иммунитет ҳосил бўлади ва касаллик юқмайди. Сунъий пасив иммунитет 2-3 ҳафта давом этади ҳолос, орттирилган иммунитет табиий иммунитетчалиқ мустақкам бўлмайди.

Иммунитет кучи 2 йўналишда: микробга қарши ва унинг токсинига қарши бўлади.

Одамнинг терисида бактерияларни ўлдириш хусусиятига эга. Бу хусусият тер ва ёғ безларига уларни фаолиятига боғлиқ. Кўз ёшида, балғамда, сўлакда, қорин бўшлиғидаги суюқликда, қон зардобиди, кўкрак сутида микробларни ҳалок қиладиган лизоцим моддаси борлиги аниқланган. Лизоцим кўп патоген, аммо вирусларга таъсир қилмайди.

Масалан: микроб организмга тушгач тери ва шиллиқ қаватдан ўтгач ялиғ-ланган жойда иммунитетга дахлдор хужайралар (лимфоцитлар, макрофаглар ва антителолар) микробларни ҳалок қилади. Ҳалок бўлмаган микроблар кейин лимфа безларига боради. Бу ерда лимфа суюқлигидаги лимфоцит ва макрофаглар микробларга қарши курашади. Лимфа тусиғини енгиб ўтган микроб қонга тушади. Қондаги лимфоцит, макрофаглар таъсирида ҳалок бўлади. Омон қолган микробларни қолганини ретикуло-эндотемал система органлари томонидан (талок, кумик, лимфо безлари) қамраб олиб курашади.

Юқумли касалликлар билан оғриган бемор қонида зардобиди антителолар (аглютинин, преципитин, бактериолизм, оксанинлар) пайдо бўлади. Улар специфик хусусиятга эга яъни улар фақат касаллик ривожланишига сабаб бўлган микробларгагина таъсир қилади.

ИММУН СИСТЕМА ТУЗИЛИШИ

Иммун реакцияга дахлдор хужайраларни иммунацитлар дейилади. Бу хужайралар икки гуруҳга бўлинади.

- 1) Т – лимфоцитлар (тимусга тааллуқли)
- 2) В – лимфоцитлар (бурсага тааллуқли)

Иммунитетни марказий органи бўлиб, тимус бези ҳисобланади. Бизни пўстлоқ қисмида тез кўпайиш хусусиятига эга бўлган кичкина лимфоцитлар (тимокид) бўлади. Улар ёши балоғат ёшига етгунча катталашиб ўсади. Т-лимфоцитлар қонга тушади. Аста-секин тимус бези кичрайиб атрофияга 60 ёшга етказ учрайди.

Паррандаларда жигилдонининг орқа сатҳида лимфоид тўқимадан иборат кичкина орган жойлашади. Лотинча Bursa phabricius деб айтилади. Ўзбекча – тўрва (халта) деган маънони билдиради. Бу органда В-лимфоцитлар ривожланади. В-лимфоцитлар гуморал иммунитетни таъминлайди, антитело ишлаб чиқаради. Одамларда ва сут эмизувчи ҳайвонларда фабрицинус тўрваси йўқ. Одамларда ичакларида пардаларида пейёр бляшкеси (пиланчаси) бу вазифани ўтайди. Демак, хўжайрага тааллуқли иммунитет Т-лимфоцит фаолиятига, гуморал иммунитет эса В-лимфоцитга уни фаолиятига боғлиқ.

Қонда сузиб юривчи барча хўжайралар – қон таначалари суяк кумикда ҳосил бўлади. Кумикни она хўжайраларидан ҳамма лимфоид хўжайралар пай-до бўлади. Демак, кумикни иммунитетни марказий органи дейишимиз мумкин.

Т – лимфоцитларни 3 хили:

- 1) Т – хелпер;
- 2) Т – киллер;
- 3) Т – супретикуло-эндотелиал системасор.

В – лимфоцитларни 3 хили:

- 1) Zg M 2) Zg I 3) Zg A

Шунга қўшимча 7 хил хўжайра макрофаг иштирок этади.

Организмга кирган антиген аввал макрофагга учрайди, Т-хелперлар ҳар тамонлама ўрганиб, В-лимфоцитларни специфик антитело ишлашга ундайди.

Шундай қилиб иммунитетнинг асосий вазифаси бегона хўжайраларни, шу билан бирга инетик хусусияти қисман ўзгарган ўзининг хўжайраларини ҳам парчалаб организмни тозалаб туришдан иборат.

ЭМЛАШ ЙИЛНОМАСИ

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазирлиги тамонидан 1993 йил 8 июнида тасдиқланган.

I. Силга қарши:

- 0 – 6 кунларда (туғриқхонада қилади)
- 7 ёшда, 1-синфда (мактабларда қилади).
- 16 – 17 ёшларда – 3 чи марта қилинади.

II. Полиомиелитга қарши:

- 0 – 6 кунларда - 1 – эмлаш
- 2 ойликда - 2 – эмлаш
- 3 ойликда - 3 – эмлаш
- 4 ойликда - 4 – эмлаш
- 16 ойда - 5 – эмлаш
- 18 ойда - 6 – эмлаш
- 7 ёшда - 7 – эмлаш

III. Бўғма, кўпйўтал, кокшолга қарши:

- 2 ойда - 1 – эмлаш
- 3 ойда - 2 – эмлаш
- 4 ойда - 3 – эмлаш
- 16 ойда - 4 – эмлаш
- 7 ёшдан бошлаб фақат бўғма ва кокшолга қарши эмлаш.
- 16 – 17 ёшда - 6 – эмлаш
- 26 ёшида - 7 – эмлаш
- 46 ёшида - 8 – эмлаш

IV. Қизамиққа қарши:

- 9 ойда - 1 – эмлаш

16 ойда - 2 – эмлаш
V. Паротитга қарши: (тепки)
Бир марта 18 ойликда.

**МАВЗУ. Ортирилган иммунитет танқислиги
синдроми ва ичак инфекциялари.**

РЕЖА:

1. Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми, касаллик сабаблари кўзгатувчиси, юқтирувчилари касалликни тарқалиш омиллари, йўллари, белгилари.
2. Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми диагностикаси, олдини олиш даволаш, СПИДга қарши тадбирлар. Тиббий ходимларни эҳтиёткорликлари.
3. Ичак инфекциялари ҳақида тушунча қорин тифи кўзгатувчиси, касаллик манбаи, юқиш, белгиси, даволаш, олдини олиш.
4. Паратиф А ва Б тушунчаси, хусусияти.
5. Дизентерия кўзгатувчиси, касаллик манбаи, тарқалиш белгиси, ёрдам.
6. Ботулизм кўзгатувчиси белгиси касаллик манбаи, юқиш йўллари.
7. Вабо, эпидемия, пандемия, белгилари, кечиши, асорати диагностикаси, даволаш принципи, парвариши.
8. Вирусли гепатит кўзгатувчиси, манбаи, белгиси, якуни, давоси, профилактика тадбирлари.

1. ОИТС – ОРТТИРИЛГАН ИММУНИТЕТ ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ.

Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми – лимфотроп вируслар кўзгатадиган ва организмда иммунитет етишмай қолишининг оқибатида ҳар-хил касалликлар пайдо бўлиши, хатарли ўсмалар ривожланиши билан таърифланадиган ҳавфли юқумли касалликлардир.

Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми билан касалланган одам организмида иммунитет етишмай қолади. Одам организми ўзининг химоя воситаларидан маҳрум бўлиб, ҳар-хил касалликларга чалинадиган бўлиб охир оқибат ўлим билан тугайди.

Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми йил сайин кўпайиб одамлар ҳалок бўлмоқда. Уни «XX аср ўлати» деб айтишмоқда. Бу касалликни давоси топилмаган. Расмий маълумотларга қараганда 1992 йилда ер юзидида ортирилган иммунитет танқислиги синдроми 10-12 миллион кишига юққанлиги қайд қилинган. Уларни 50 мингини болалар ташкил қилади.

Мутахассисларнинг далилларига кўра ортирилган иммунитет танқислиги синдроми пандемияси келтирган моддий зарар бутун ер юзидида 514 миллиардни ташкил қилади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотида кўра XXI асрнинг бошларида ер юзидида ортирилган иммунитет танқислиги синдроми юққан одамларнинг сони 40 миллиондан кўп бўлади.

1981 йили АҚШда 5 та ёш йигит пневмония билан касалланган, антибиотиклар билан даволанишига қарамай тузалмаган. Текшириш натижасида уларни бариси гамосексуалист эканлиги, пневмонияни соғлом одамлар ўпка альвеолаларида сапрофит ҳолда яшайдиган микроб кўзгатадиганини аниқланган. Беморларда иммунитет етишмай қолганлиги аниқланган. Кўп ўтмай яна 26 беморда ҳам шундай ҳолат кузатилган. Уларда пневмониядан ташқари «Капоши саркомаси» аниқланган. Аслида «капоши» саркомаси кексаларда учраши маълум. 1983 йили Париждаги Пастер институти профессори Монтанье ва АҚШли олим Роберт Галло ортирилган иммунитет танқислиги синдроми вирусини топдилар.

Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми келиб чиқиши тарқалишига

1) Роберт Галло фикрича Марказий Африка ўрмонларида яшовчи маймунларда ортирилган иммунитет танқислиги синдроми вирусига ўхшаш вирус топилган. Вирус одамларга ўтган улар орқали АҚШ га келтирилган.

2) Монтанье ва бошқа олимларни фикрича ортирилган иммунитет танқислиги синдроми вируси АҚШ да сунъий йўл билан олинган. Бу назария бўйича Пентагон лабораториясида махсус топшириққа биноан сунъий йўл билан одам иммунитетини сўндирадиган вирус топилган. Уни текшириш учун ўз ихтиёри билан розилик берган одамларга юборилади. Касаллик белгилари ҳадеганда пайдо бўлавермагач уларга рўхсат бериб юборилган. Шу сабабли ортирилган иммунитет танқислиги синдроми вируси тарқалиб кетган.

Расмий маълумотларга кўра ер юзидидаги ҳамма беморларнинг 3/4 қисми АҚШ га тўғри келади.

АҚШ да наркомания ривожланган, гамосексуализм ривожланган. Ундан ташқари ахлоқий ва сексуал эркинлик бу касаллик учун ҳамма йўللари очиқ беган. Қайси мамлакатда ахлоқ доирасидан чиқиб қилинадиган хатти-ҳаракатлар кўп бўлса ўша ерда ортирилган иммунитет танқислиги синдроми кўп тарқалади.

Ортирилган иммунитет танқислиги синдромини Т-лимфотроп вирус кўзғотади. Бу вирус одам қонидаги Т-лимфоцит, Т-хелперларни емиради. Вирус бемор қонида, спермаси, сулаг, кўз ёшида топилган.

Дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез ҳалок бўлади, 5-6 даражада иссиқ таъсирида 30-минутда активлиги камаяди.

Ортирилган иммунитет танқислиги синдромини энг ҳавфли манбаи гомосексуалистлар ва наркоманиялар, гемофилия билан оғриган беморлар, ахлоқи бузук аёллар ҳисобланади.

Гомосексуалистлар жинсий йўл орқали тарқатса, наркомандлар қон орқали тарқатади. Гемофилия билан оғриган беморлар даволанишда қон марталаб қон қуйиш йўли билан даволанадилар. Шу сабабли улар ҳам ҳавф манбаи ҳисобланади.

Тарқалиш йўллари:

- 1) Жинсий алоқа қилганда;
- 2) Инфекция тушган қон ва унинг препаратлари қуйилганда;
- 3) Терига игна санчиш шприцлардан настерия асбоблардан ўтиши мумкин (гиёҳвандлардан).

Ҳавфли гуруҳлар деб номланган одамлар: гомосексуалист, бисексуалист, гиёҳвандлар, фоҳишалар ҳисобланади, кўпроқ шу кишилар касалланади. Гемофилия билан оғриган беморларга қон препаратлари қуйилади. Касаллик қон орқали ўтиши мумкин. Шунинг учун улар ҳам ҳавфли гуруҳга киритилади.

Масалан: Елиста шаҳрида истиқомат қилувчи бир гомосексуалист Африкада командировкада бўлиб, ортирилган иммунитет танқислиги синдроми юктириб келади. Касалликни хотинига юктиради. Хотинидан боласига юқади. Хотини касаллик белгилари юзага чиқмаган пайтда шаҳар болалар касалхонасида даволанаётган бемор болага қон беради. Касалхонадаги ҳамширанинг айби билан ортирилган иммунитет танқислиги синдроми – 33 та болага юқади.

Қон берган аёл ҳам, эри, боласи ҳам ҳалок бўлади. Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми – она қорнидаги хомиласига плацента орқали юқиши мумкин.

Касаллик юққандан кейин яширин даври 4-6 ойдан 8-10 йилгача чўзилади. Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми бошланғич даври бир неча йилларгача чўзилиши мумкин. Лимфа тугунлари катталашади, гавда ҳарорати 37-40 °C гача кўтарилиши, ич кетиши, озиб кетиш кузатилади, стоматит, эзофагит ва терини йирингли яралари пайдо бўлади. Беморни дармони қурийди, кўп терлаш, лимфа тугунларини катталашуви дастлабки белгиси ҳисобланади.

Шартли равишда касалликни бир нечта клиник формалари ажратилади:

- 1) Ўпка формаси: беморда пневмациста пневмонияси ривожланади. Альвеолаларда пневмоцисталар тез кўпайиб альвеола йўлини тўсиб қўйиши натижасида O₂ етишмаслиги ҳолати (гипоксия)га сабаб бўлиб, бемор тез-тез нафас олади. Пневмациста пневмониясидан ташқари 15-20% беморларда «капоши саркомаси» аниқланади.
- 2) Ичак формаси: Асосий белгиси ич кетишдир – диарея бунга сабаб криптоспаридиум – (ичакда яшовчи микробдир) 1-2 ой мобайнида беморни ичи кетади, антибиотиклар ёрдам бермайди. Диареяга эзофагит, колит қўшилади. Қизил улгачда кенгайиш ва яралар ҳосил бўлади. Бемор тўхтовси ичи кетишидан ўз оғирлигини 10-15% микдорда суюқлик йўқотади. Беморларни 10% да капоши саркомаси учрайди.
- 3) Церебрал формаси: Бу формада менингит, бош мия абсцесси энцефалитга ҳос белгилар пайдо бўлади.

Бу беморларни 30% да МНС зарарланади (бош мия абсцесси, бош мия лимфомалари, церебрал геморрагиялар, энцефалитлар бошланади).

- 4) Диссеминациялашган формаси: Ортирилган иммунитет танқислиги синдромининг диссеминациялашган формасида бир вақтда турли организм ва системаларда паталогик ўзгаришлар юз беради. Бу ўзгаришларни токсоплазмалар, вируслар, шартли шатоген микроблар, бактериялар кўзғатади.

- 5) Дифференциаллашмаган формаси: Бу формада умумий симптомлар булгани ҳолда бирорта орган ёки системани зарарланишига оид белгилар бўлмайди. Бунда озгина истима кўтарилади, кўп терлайди, тинкаси қурийди, иш қобиляти камаяди, лимфа тугунлари катталашади, бемор зиб кетади. Тери ва шиллиқ қаватларда яллиғланишлар аниқланади. Ортирилган иммунитет танқислиги синдромидан эртами-кечми ҳамма бемор ўлади. Ҳозирча ишлатиладиган дорилар фақат беморни умрини ўзайтириши мумкин.

1. ДИАГНОСТИКАСИ:

Ж.ССТ тавсиясига кўра қуйидаги далиллар топилган ҳолда ортирилган иммунитет танқислиги синдроми ҳақида ўйлаш зарур:

- 1) 60 ёшдан ёш одамларда капоши саркомаси аниқланса;
- 2) 1-2 ойдан узоқ хроник ич кетар касаллигида кўп микдорда криптоспоридиум топилса;
- 3) узоқ чўзиладиган номаълум истима аниқланса;
- 4) МНС лимфомаси ривожланса;
- 5) одатдаги химиотерапия усули билан даволаб бўлмайдиган пневмоциста кўзғотган пневмония аниқланса;
- 6) беморни сабабсиз озиб, 10% дан ортиқ оғирлигини йўқотганда;
- 7) номаълум сабабли лимфадения бўлганда;
- 8) ҳар-хил бактериялар, замбуруғ, вируслар, бир хўжайрали содда жониворлар кўзғатадиган, тез-тез қайтарилиб турадиган экзоген ва эндоген реинфекциялар кузатилганда.

Лаборатори диагностикаси: кўпчилик олимлар фикрича инфекция юккач 3-5 ой ўтгач антителолар пайдо бўла бошлайди. Ана шу антителоларни аниқлашда ИФА усули иммунофермент анализи дир.

Бу анализ тасдиқлангач. Бу реакция яна қайтарилади. Иккинчи маротаба ҳам ижобий натижа бергандан сўнг иммуноблотинг усулида вируснинг баъзи бир оксилларига қарши пайдо бўлган антителолар аниқланади. Иммуноблотинг ижобий натижа берса ортирилган иммунитет танқислиги синдроми ижобий ҳал бўлади.

Агар ИФА биринчи текширувда ижобий иккинчи текширувда салбий натижа берса, учинчи марта текширилади.

Учинчи текширувда ижобий бўлса навбат иммуноблотинг усули билан текширилади. Учта текирувнинг иккитаси манфий бўлса, натижа манфий ҳисобланади.

Давоси: Спецефик давоси ишлаб чиқилмаган.

Даво принципи асосан ортирилган иммунитет танқислиги синдроми вирусига таъсир қилиш организмни иммун ҳолатини яхшилаш (иммуностимуляция) пайдо бўлган касалликларга қаратилган даво усули.

Даволашда кўпгина иммит текшириш марказларида иш олиб бориляпти. Россия Фанлар Академияси молекуляр биология иммит текшириш институтида азотитимидин препарати ишлаб чиқилди.

Бу препарат АҚШ, онтени давлатда текшириб кўрилди. Бу препаратни қўллаган бемор бир йилгача ўлмайди. 20X препарат олмагани тезда ўлган. Азтитимидин ортирилган иммунитет танқислиги синдроми вирусига қисман вирусостатик таъсир қилади. Бу дори асосан рак касаллигини даволашда ишлатилади.

Иммуностимуляция усули – Иммун система фаолиятини кучайтириш усули. Олдин вирусга таъсир қилувчи дорилар: азотитимидин, виразол, реоферон берилгач сўнггра иммуностимуляторлар: интерлейкин, Т-активин, левомизол, тималин тайинланади.

Профилактикаси:

Ўтказиладиган тадбирларни умумдават ва тиббий тадбирлар деб икки гуруҳга бўлиш мумкин:

Умумдават миқёсида олиб бориладиган тадбирларга СПИД этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, диагностика ва профилактикасини ўрганишни амалга оширадиган илмий текшириш ва даволаш – профилактика муассасаларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш; беморлар ва ташувчиларни даволаш. Халқ депутатлари маҳаллий органлар, ички ишлар вазирлиги органларини гиёҳвандликка, фоҳишаликка ва СПИД тарқалишига имкон берадиган ходисалар билан курашишга жалб қилиш киради.

Хорижий фуқаролар, фуқароликсиз истиқомат қилаётган шахслар СПИД вируси юкқанми-йўқми аниқлаш учун текширувдан ўтишлари шарт.

Тиббий ходимлар ўтказадиган тадбирларга беморларни аниқлаш, ажратиш ва даволаш, ташувчиларни аниқлаш, кузатиш, аҳоли орасида, ёшлар орасида СПИД кўзғатувчиларининг манбаи, тарқалиш йўли ҳақида, касаллик белгилари, эҳтиёт чоралари ҳақида тушунтирув ишлари олиб бориш.

Касаллик ёки ташувчилик ходисаси аниқланган тақдирда иттифоқдан жумхурият Соғлиқни Сақлаш Вазирлигига хабар қилинди.

Ташувчилар йилига икки марта текширувдан ўтадилар.

Касаллик аниқланганда бемор юқумли касалликлар касалхонасини алоҳида ажратилган хонасига жойлаштирилади. Фақат белгиланган тиббий ходим беморга қарайди. Касаллик тиббий ходимлар, врачлар, хирурглар акушер гинекологлар, стоматологлар, ҳамшираларга агар қўлларида кесилган жойлари бўлса, қўлқопларида кесилган жойлари бўлса, қон сачрашида ўтиши мумкин. Шунинг учун алоҳида эҳтиёткорлик чора тадбирларини кўрган ҳолда бемор даволаниши керак.

3. ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ.

Қўзғатувчилари ичакда жойлашади ва ташқи муҳитга аҳлати билан чиқарилади. Ичак инфекциялари учун фекалорал ўтиш механизми характерлидир. Ичак инфекциялари билан касалланиш йилнинг иссиқ фаслларида: ёз ва куз ойларида кўпаяди. Ичак инфекцияларининг иккита кичик гуруҳга бўлиш мумкин.

Биринчи гуруҳи атнропонозлар: ич терлама, паратифлар, ичбуруғ, вабо, юқумли гепатит А, палиомиелит, гельминтозлар.

Иккинчи гуруҳи зоонозлар: бруцеллёз, лептоспироз, сальмонеллёз, ботулизм касалликлари киради.

Қорин тифи ёки ич терлама юқумли касаллик бўлиб, уни салмонеллалар авлодига мансуб тиф бактериялари қўзғотади. Бу касаллик ингичка ичак деворидаги лимфа тугунлари ва пейер пиллакчаларининг зарарланиши, бактериемия, юқори харорат ва интоксикация белгилари билан ўтади.

Юқори истима бўлиб, бемор алахлаб эс-хуши айниб қоладиган ҳолат билан ўтадиган касалликларни, ўтган асрнинг бошларигача «тиф» номи билан аталган. «Typhos» лотинча суз бўлиб «тутун», «туман» маъносини англатади.

Этиологияси:

Қорин тифини қўзғатувчиси *Salmonella typhi* шаклан таёкчага ўхшайди, бўйи 0,5-0,3 мкм. Келади, хивчинлари бор, шу туфайли ҳаракат қила олади. Тиф бактерияси парчаланганда эндотоксин ажратади. Унинг иссиққа чидамли соматик О-антигени, хивчинига мансуб, иссиққа чидамсиз Н – антигени ва соматик Vi – антигени бор. Тиф бактерияси ташқи муҳитга чидамли бўлади. Оқар сувда 5-10 кун, кўлмак сувда – 30 кун, қудуқ сувида бир неча ойгача, сабзавот ва хул меваларда 5-10 кунгача тирик сақланади. 60 даража иссиқда 30 минут ичида, 100 даражада уша захоти ҳалок бўлади. Хлоромин 3% ли, сулема (1 : 1000⁰), фенол 5% ли эритмалари тиф бактерияларини 2-3⁰ да ҳалок қилади.

Эпидемиологияси:

Қорин тифи билан фақат одамлар касалланади. Касаллик бемор ва бактерия ташиб юрувчилардан юқади. Касаллик бошланиши билан бемор ташқарига аҳлат, сийдиги, сўлаги билан тиф бактерияларини ташқарига чиқаради. Бемор соғайгач эса бактериялар чиқарилиши тўхтайди. Баъзан бемор соғайгач ҳам бактериялар чиқиш тўхтамаслиги мумкин. Бундай шахсларни бактерия ташиб юрувчилар дейилади. Бактерия ташувчилик 3 ойгача давом этса «Ўткир бактерия ташувчилик», ундан узоққа баъзан эса умрбод чўзилса «сурункали бактерия ташувчилик» деб юритилади. Умрбод бактерия ташувчилик 2-4% соғайганларда учраши мумкин. Уларни «реконвалесцент бактерия ташувчилар» дейилади.

Ўткир бактерия ташувчилик ҳолати эса қорин тифини юқтирган, лекин ўзи касалланмай қолган кишилар орасида учрайди, улар «соғлом бактерия ташувчилар» деб ҳам юритилади.

Қорин тифи: фекалорал йўл ва контакт йўли орқали юқади.

1) бактериялар соғлом организмга оғиз орқали киради.

2) Контакт йўли:

А) бевосита контакт йўли бемор билан қўл бериб кўришиш, уни парвариш қилганда

Б) воситали йўл: бемор фойдаланган уни яқинида бўлган буюмларни ушлаш натижасида

Қорин тифи контакт йўли билан ва озиқ-овқат ҳамда сув орқали тарқалади. Одам қорин тифи билан оғриб ўтгач умрбод сақланадиган иммунитет қолади.

Клиникаси:

І. Яширин даври: ўртача 9-14 кунгача давом этади. Лекин баъзан 7 кунгача қисқариши ёки 24 кунгача узайиши мумкин.

II. Бошланғич даври ўртача бир ҳафта давом этади. Касаллик аста-секин бошланиб беморни дармони қурийди, бадани увишади, боши оғрийди, иштахаси бўғилади, дармонсизлик кундан кун зўраяди, харорати кўтарилади, уни акс эттирган чизик худди зинапоёга ўхшаб юқорилаб боради. 5-7 кунга бориб харорат 39^0 - 40^0 га этади. Харорат кўтарилиши билан бир қаторда интоксикация кучаяди. Беморни боши каттиқ оғрийди, иштаха йўқолади, уйку бузилади. Бош оғриги билан уйқусизлик қорин тифига жуда ҳарактерли puls-брадикардия, АБ пасаяди. Ўпкада тарқоқ қуруқ хириллаш эшитилади. (диффуз бронхит). Тил қалинлашиб ён томонида тиш излари тушиб қолади, орқа қисми оч-қулранг қараш билан, тил учи ва ёнида қизғиш бўлади. Ҳалқум ва муртақ безлари қизаради. Беморни қорни кўпчийди (метеоризм). Илеоцекал соҳада перкуссия овози бўғиқ бўлади (Падалк симптоми). Шу соҳа пайпаслаб кўрилса ичак қулдираши аниқланади ва бемор оғрик сезади.

Қонда лейкопения, лимфоцитоз, тромбопения, эритроцитлар чўкиш тезлиги тезлашади. Сийдикда протсинурия, микронматурия, цилиндрурия кузатилади. Гемокультура анализи қилинади.

III. Биринчи ҳафтанинг охири ва иккинчи ҳафтанинг дастлабки кунларидан қорин тифининг роса овж олган даври бошланади. Бу давр 10-15 кун давом этади. Интоксикация кучайиб, бемор аҳволи оғирлашади, 5-6 кун давомида харорат бирдай 39 - 40^0 даража атрофида туради.

Температура кечки ва эрталабкени орасидаги фарқ 1^0 дан кам бўлса касаллик оғир утаёганлигини, харорат 2^0 ёки ундан кўпроқ пасайишига яхши аломат ҳисобланади. 8-10 кунга келиб розеолез тошма (тарик катталигидаги) пайдо бўлади. Бу доғлар сони кўпинча 3-5-20 дан ошмайди ва қорин терисида жойлашади.

Бармоқ билан босилганда ранги ўчади, бармоқ олинса яна ўз ҳолатига келиб доғ ҳосил бўлади. Розеолалар 3-4 кундан кейин ранги ўчиб, йўқолади.

Касаллик роса авж олганда нисбий брадикардия харорат 40 - 39^0 бўлгани ҳолда юрак 1^0 да 80-90 уради, puls – дикротияси (орқама-орқа иккита тебранишни артерияда аниқланади) ва А/Б пасайиши кузатилади. Жигар, талоқ катталашади. Чиқариладиган сийдик миқдори камаяди, лаборатория анализи қилинганда тиф бактериялари аниқланади. Беморни қулоғи яхши эшитмай қолиши, куз хиралашиши мумкин.

IV. Касалликни энг зўриққан даврида МНС токсин таъсирида зарарланади. «Тиф ҳолати» Status typhosus кўзга ташланади. Бемор қарахт бўлиб, атофга эътибор қилмайди, ҳеч кимни кўрмаган, сезмаган ҳолда ётади. Бемор юз мускуллари тортишиб, оёқ-қўллари беихтиёр ҳаракат қилади. А/Б жуда пасайиб, коллапс, кома ҳолатига тушиб қолиши мумкин. Бу даврда касаллик асорати (ичакдаги яра тешилиб қон кетишидан) бемор ҳалок бўлиши мумкин.

V. Касаллик белгилари аста сўниши даври бир ҳафтача давом этиши мумкин. Бемор харорати аста-секин пасайиб, интоксикация камаяди, бош оғриги йўқолиб, иштахаси очилади, бемор яхши ухлайди, тил қарашдан тозаланиб, динурез аслига қайтади. Харорат пасая бошлайди.

VI. Соғайиш даври. Бемор организми тиф бактерияларидан халос бўлади. Ҳамма органлар фаолияти ўз ҳолатига келади.

Рецедив - касалликни қайталаниши.

Баъзи омиллар: 1) пархезни кўпол тарзда бўлиши; 2) беморни вақтидан олдин ўриндан туриши; 3) бемор руҳи-қайфиятини ёмонлашиши; 4) ҳар турли йўлдош касалликларни қушилиши, 5) беморни озиб, ҳолдан тойиши; 6) витаминлар етишмаслиги; 7) ич кетиш рецедив бошланишига сабаб бўлади.

Клиник шакллари: енгил

 ўртача

 оғир

 жуда оғир

белгиларини қайси устун туришига қараб:

- 1) пневмотиф
- 2) менинготиф
- 3) нефротиф
- 4) колотиф
- 5) ларинготиф каби хиллари ажратилади.

Асоратлари:

I) специфик асоратлар: а) ичакдан қон кетиши; б) ичак деворини тешиши; в) инфекцион – токсик ион.

II) Носпецифик асоратлар: пневмония, менингит, пиелит, паротит, стоматит, отит, ётоқ жаралар.

Даволаш:

1) бемор ўриндан турмай ётиш буюрилади. Бадани вақти-вақти билан тозаланиб туриши керак. Бемор оғзи тез-тез чайиб турилиши керак.

2) Пархез бемор етарли миқдорда оксил, ёғ, углевод ва витаминлар билан таъминланиши керак.

3) Антибиотиклар билан даволаш. Левомецетин 0,5 г дан суткасига 6 маротаба харорат пасайгунча.

Харорат пасайгач 0,5 г дан кунига 4 марта 7 кун мобайнида бериш керак.

Ампициллин 14 кун мобайнида суткасига 3-4 г берилади.

Антибиотиклар яхши натижа бермаса қўшимча бактрим, бисептол фуразолидон берилади. Интоксикацияни камайтириш учун Рингер эритмаси, глюкоза эритмаси, физиологик эритма, 5% альбумин эритмаси витамин С, В₂, В₆, В₁₂ қўлланилади.

Профилактикаси:

Вақтида беморни касалхонага ётқизиш, соғайиб чиққанларни 2 йил давомида санитария эпидемиология станцияси томонидан вақти-вақти билан текшириб туриш. Контактда бўлганлар 50 мл дан 3 марта бактериофаг ичирилади.

Эпидемиологик зарурат тўғилганда қорин тифи ва паратифга қарши эмланади.

4. ПАРАТИФ А ва Б.

Юкумли касалликлар бўлиб клиник аломати, патологик узгаришлари ва эпидемиологик характеристикасига кўра ич терламага ўхшаб кетади. Касаллик кўзгатувчилари А ва Б паратиф таёкчалари, салмонелла авлодига мансуб антигени тузилишига қараб фарқ қилади.

Клиникаси:

Паратиф А ич терлама ва паратиф Б га қараганда кам учрайди. Яширин даври 3-14 кун давом этади. Касаллик аксари ўткир бошланади. Юз қизариши, склера томирларига қон қуйилиши, тумов, йўтал, лабларга герпетик тошма тошади, истима икки ҳафтагача давом этиб, ҳар-хил тошмалар розеола, папула, қизамикқа ўхшаш тошмалар 4-7 куни пайдо бўлади. Касаллик ўртача оғирликда ўтади.

Асорати: қон кетиш ичакдан, ичак тешилиши; бронхопневмония, холецистит.

Паратиф Б яширин даври 5-10 кун давом этади. Касаллик тўсатдан эт увиши, мускулларда оғриқ, терлаш, кўнгил айниш, қайт қилиш, ич кетиш кузатилади. Интоксикация 3-5 кундан кейин йўқолади. Харорат узокқа чўзилмайди. Тошмалар касалликни дастлабки кунларида пайдо бўлади.

Баъзан касаллик қайта-қайта рецедив бериши мумкин.

Касаллик 3-4 ҳафта давом этади.

Қорин тифи, паратиф А ва Б ни клиник белгилари, бактериологик текширув натижасига қараб ажратиш мумкин.

Давоси: антибиотиклар худди коринтифидигдан.

5. Дизентерия – шигеллалар кўзгатадиган, интоксикация ва йўғон ичак дистал қисмини зарарланиши билан тоифаланадиган юкумли касалликдир.

Юнонча dys – бузилиш ва enteros – ичак деган маънони билдиради.

Этиологияси:

Касалликни дизентерия бактериялари shigella авлодига киради. Дизентерия бактериялари антиген хусусиятига қараб уч гуруҳга бўлинади:

1. Shigella dysenteriae: серологик вариантлари: Григорьев – Шиг, Лордж-Сакс, Шмитц-Штуцер
2. Shigella Flexneri, newcastle, boydii
3. Shigellae Sonnei

Шигелалар таёкча шаклида бўлиб, катталиги 0,3x1 0,6x3 мкм келади. Улар ичида Григорьев – Шиг бактериялари кучли экзотоксин ишлаб чиқаради. Парчаланганда улардан эндотоксин ажралиб чиқади. Қолган бактериялар эндотоксин ҳосил қилади.

Инфекция манбаи бемор ва бактерия ташиб юрувчилар. Бемор ва бактерия ташиб юрувчилар ахлат билан бирга ташқарига чиқаради. Бактериялар турли хил йўллар билан сув, озиқ-овқат, қўл бармоқлари, турли буюмлар пашшалар орқали соғлом одамга юқади. Касаллик ёз ва куз ойларида кўпаяди. Касаллангандан кейин қолган иммунитет бир йилгача сақланади холос. Шунинг учун ҳамма вақт касаллик пайдо бўлаверади.

Дизентерия хиллари:

- 1) ўткир
- 2) хроник – сурункали
- 3) бактерия ташувчилик

Клиник манзараси: яширин даври 1-7 кун, ўртача 2-3 кун давом этади. Ўткир бошланади. Холсизлик, лахаслик, иштаха камайиш, қорин шиши, қулдираши, совуқ қотиш, бош оғриғи, кўнгил айнаши, бўғинларда оғриқ, истима кўтарилиши 40°C , қоринда оғриқ бутун қорин бўйлаб тарқалади, тутиб-тутиб оғрий бошлайди, тез-тез суюқ нажас, кейинчалик шиллиқ қон, йиринг аралаш бўлади.

Йўғон ичакни пастки қисми мушаклари спастик қисқариб, беҳуда истак-тенезм ҳосил қилади. Ич кетиши 20-30-40 мартагача кетиши мумкин. Ичбуруғни клиник кўринишига кўра турли формалари бор.

- А.
- 1) ўткир дизентериянинг колит формаси (енгил, ўрта, оғир формада ўтади);
 - 2) гастроэнтерокологик (енгил, ўрта, оғир);
 - 3) гастра энтеритик (енгил, ўрта, оғир).
- Б.
- 1) қайталанувчан;
 - 2) сурункали ичбуруғ;
 - 3) бактерия ташувчилик.

Асорати: тўғри ичакни чиқиб қолиши, бавосил касаллиги, ичак дисбактериози.

Давоси: Даволаш комплекс бўлиши керак. Енгил, ўртача формасида фурудонин 0,1-0,15 г дан суткасига 4 марта овқатдан кейин 3-5 кун, мексаза, мексоформ 2 тоб х 4 марта 3-5 кун буюрилади.

Оғир ҳолларда антиботиклар неомицин сульфат 0,1 – 0,2 г 2-4 марта суткасига, канамизм 0,5 г х 4 марта 5-6 кун мобайнида. Сульфонил амид препаратларидан сульгин, сульфазол 1 г х 3-4 марта 5 кун, фтазин, сульфадиметоксин, ичак дисбактериозини олдини олиш учун: колибактерин, лактобактерин, бификол 3-4 ҳафта мобайнида тайинланади.

Интотоксикацияда венага изотоник тузли эритмалар: Трисоль, лактасоль 1-2 л ҳажмда юборилади.

Касалликни оғир формаларида гемодез, реополиглюкин, полиглюкин суткасига 400-800 мл тавсия қилинади. Wit С, никотин кислотаси, тиамин ва рибофлавин юборилади. Қоринда оғриқ қаттиқ бўлганда спазмолитиклар: папаверин, ношпа, белладонна юборилади.

6. Ботулизм орқа мия ҳамда узунчоқ мияни зарарланишига хос белгилар билан ўтадиган оғир токсик юқумли касалликдир. Бу касаллик биринчи марта колбаса истеъмол қилган кишилар орасида топилган шу сабабли унга ботулизм номи берилган. *Botulus* – колбаса деган маънони беради.

Этнологияси:

Касалликни *Clostridium botulinum* деб аталадиган спора ҳосил қилувчи анаэроб микроб кўзғатади. Ботулизм таёқчаси кислород бўлмаган жойда тез кўпаяди.

Вегетатив формаси 60° иссиқликда 10-15 ичида ҳалок бўлади. Спораларини 5 соат қайнатганда ҳам тирик қолади. Споралар сув, ем-хашак билан ҳайвон хазм йўлига тушиб кўпаяди ахлати билан ташқарига чиқади. Ҳайвонлар ботулизм микробига чидамли бўлади. Улар тупроқдан сувга, сабзавот, хўл мева, озиқ-овқат маҳсулотларига тушади.

Ботулизм сапрозоонозлар гуруҳига киради. Асосий манбаи қорамол ва қуй, эчкилар, сувда яшовчи балиқ, моллюска, қисқичбақалар ҳисобланади.

Ботулизм қўзиқорин, хўл мевалар ва сабзавотлардан уй шароитида санитария ва гигиена қоидаларига риоя қилмай тайёрланган консерва маҳсулотларини истеъмол қилиш натижасида бошланади. Консерва банкида ботулизм токсинлари бўлса банка қопқоғи кўпчиб кўтарилиб қолади.

Клиникаси:

Касалликни яширин даври 2-12 соат давом этади. Камдан-кам холларда 8-10 кунга чўзилиши мумкин. Организмга қанча токсин кўп нарсa, инкубацион даври шунча қисқа бўлиб, касаллик оғир ўтади.

Касаллик тўсатдан бошланиб кўнгли айниб қайт қилади, боши оғриб айланади. Дармони қурийди, қорин оғрийди, ичи кетмайди, аксинча кабзият бўлиб қорни дам бўлади. Харорат ёки субнормал даражада бўлади. Беморни кўзи хиралашади,

-32-

қовоғи осилиб қолади. Диплопия – бир нарсa кўзига иккита бўлиб кўринади. Сулак фаолияти ишдан чиқади, оғиз, бурун, халқум қақраб бемор қанча сув ичмасин чанқоғи қолмайди. Халқум қисилиб овқат ўтмай қолади. Беморни овози хириллаб, чиқмай қолади – афония.

Беморни кўкраги қисилади, тез-тез нафас олади, ҳаво етишмагандек бўлади. Беморни юзи кўкариб, бадани оқаради, кўл-оёқ ва бўйиндаги нерв-мускул аппарати фаолияти бузилиб ўз функциясини бажаролмай қолади. Шунга қарамасдан беморни хуши жойида бўлади.

Асоратлари:

Бемор тузалаётганда микроблар токсини таъсирида ахволи оғирлашиши мумкин. Пневмония, миоцитлар учрайди. Енгил формаси 2-3 ҳафтадча оғир формаси 2-3 ойда тузалиши мумкин. Агар ўз вақтида тўғри даволанмаса бемор ўлим билан тугаши мумкин.

Давоси:

1) зудлик билан бемор ошқозони 3% ли сода эритмаси билан ювилиб адсорбент – 5 г майдаланган ва активлашган кўмир, 50 г спирт ёки 100 г кунгабоқар мойи, сўнгра сифон клизма қилинади.

2) Шошилиш равишда ботулизмга қарши зардоб юборилади. Битта даво дозаси 25000 халқаро бирликдир. (10,000 халқаро бирлик миқдоридаги А ва Е зардоб билан дозасини ташкил қилади) венага ёки мускул орасига Безредка усули билан юборилади. Зардоб бир кунда бир ёки икки марта юборилади, даво курси 2-3 кун.

Оғир ҳолатларда зардобнинг ҳар бир туридан 20000 дан 50000 халқаро бирликдан тайинланади. Бу дозани юборишдан олдин беморга димедрол, пипольфен промедол берилади. Бу дорилар зардоб юборилгач пайдо бўладиган реакцияларни олдини олади.

Интотоксикацияни камайтириш учун 5% глюкоза эритмаси полиглюнин, гемодез, кокарбонсилоза юборилади.

Антибиотиклардан левомидеин На сукуинат қўйилади.

8-10 кун мобайнида 1 г дан х3 маҳал. Бемор организмда актив иммунитет ҳосил қилиш учун 3 марта (5 кун оралатиб) тери остига анатоксин юборилади.

б) ўртача оғир;

в) оғир;

г) альгид формаси ажратилади.

Атипик вариантыда эса:

а) «қуруқ вабо»;

б) «яшин тезлигида ўтадиган»;

в) билинар билинмас симптомлик;

г) гаститик формалари учрайди. Эльтор вабоси баъзан субклиник шаклда (вибрион ташувчилик) ҳам ўтади.

Касалликни енгил формасида бемор бир кеча кундузда 2-4 марта ичи кетиб, қайт қилиши мумкин.

Организмдан йўқотилган суюқлик миқдори унча кўп бўлмайди (I даражали дегидростация).

Оғир формасида эса бемор дастлабки соатлардаёқ ич кетиши, қайт қилиши кузатилади. Беморни боши айланиши, дармонсизлик, бадан териси қуруқлашиб, тери таранглиги йўқолади. Бармоқлар териси буришиб (худди кир ювгандагидек) қолади. Мускуллар тортишади, оғрик кучаяди. Овози бўғилиб қолади, юз қиёфаси ўткирлашади, кўзи киртайиб қолади, ёноқлари ичига ботади, лаб, қулоқ супраси, бурун цианози кузатилади. (Гипократ юзи) Ич кетиши тез-тез худди гурунч сувига ўхшаб қолади. Тана харорати пасайиб кетади. Гиповолемик шок ҳолатига тушиб, хушидан кетади, кома ва асфиксия рўй беради.

Асорати:

Касаллик кўпинча гиповолемик шок ҳолатида кечади, иккиламчи инфекциянинг қўшилиши натижасида зотилжам ўткир буйрак етишмовчилиги, ўпка шиши, абсцесс, флегмона, сепсис, тромбофлебит авж олади.

Диагнози:

Анамнез, эпидемиологик, клиник, лаборатория маълумотларига асосланган.

Бактериологик текширувчи усули (36 соатда тайёр бўлади) экспресс методи:

- 1) Иммунофлюоресцент усули 1,3 дан аввал олинади.
- 2) Фазо-контраст микроскопини қўллаш ёрдамида зардобли вабога қарши вибрионлар микроаглютинацияси ва иммобилизацияси усули – бир неча 1^л ўтгач (тахминий) жавобни олиш мумкин.
- 3) Натив материални ўстиришда вабога қарши специфик О – зардоб таъсири остида макроаглютинациялаш усули – тахминий жавоб 3-4 соатдан сўнг олинади.

Давоси:

38-40⁰ С гача иситилган полилонли эритмалар «Кварта-соль», «Трисоль», «Ацесоль», «Хлосоль», «Оралит» соатига 1000 мл ҳар 6-8 соат ичида, сўнг соатига 15 мл/иг дан диарея тўхтагунча қўйилади. Қусиш тўхтагач ичиш учун Тетрациклин 0,3 г дан 4 маҳал 5 кун давомида буюрилади. Касалликни 3-5 кундан бошлаб одатдагидек овқатланса бўлади. Палата иссиқ бўлиши керак, иссиқ (38-40⁰ С) горчицали ванна яхши ёрдам беради.

Ташувчилар эса 3-5 кун мобайнида тетрациклин билан даволанадилар. Бактериологик текширувда яна вибрионлар ажралиб чиқса левомецетин тайинланади.

Профилактикаси:

Мамлакатда вабо пайдо бўлишини ва уни тарқалишини олдини олиш муҳим аҳамиятга эга.

Касаллик тарқалмаслиги учун:

- 1) аҳолини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш, оқим сувларни зарарсизлантириш;
- 2) озиқ-овқат корхоналари, умумий овқатланиш ва савдо муассасаларида санитария технология режимига риоя қилишни назорат қилиш ва назорат остига олиш керак;
- 3) вабо билан оғриган беморни ва вибрион ташиб юрувчини ўз вақтида аниқлаш ва касалликни тарқалиб кетишини олдини олиш.

Вабонинг специфик профилактикаси – анатоксин қўлланади. Катталар учун вакцина дозаси 0,5 мл. Иммунитет – 6 ой давомида сақланади.

Инфекция ўчоғи, бемор госпитализация қилинганидан ва якунловчи дезинфекция ўтказилганидан кейин 10 кун ўтгач тугатилган ҳисобланади. Вабо билан оғриб ўтганлар ва вибрион ташувчилик кузатилганлар юқумли касалликлар кабинетида диспансер назоратида туради.

Инфекция ўчоғи тугатилгач аҳоли яшаш жойларида профилактик ва санитария гигиеник тадбирлар бир йил давомида, келгуси эпидемик давр охиригача олиб борилади.

Ана шу йиллар ичида касаллик учрамаган бўлиши керак.

8. ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ

Вируслар кўзгатадиган гепатитлар ер юзида жуда кенг тарқалган. Бу касаллик беморни узок муддатга ишга яроқсиз қилиб қўяди, баъзан беморлар ўлимига ҳам сабаб бўлади. Вирусли гепатитни 5 тури маълум:

- 1) гепатит А;
- 2) гепатит В;
- 3) гепатит Е;
- 4) гепатит Д;
- 5) гепатит С.

Бу гепатитлар этиологияси, эпидемиологияси, патогенези ва клиник жиҳатидан бир-биридан фарқ қилади. Гепатитда асосан жигар зарарланади. Бемор баданини сарғайиши фақат гепатит эмас балки, бошқа касалликларда ҳам учрайди.

Масалан: 1) ўт йўлига тош тикилиб қолса (ўттош касаллигида) ошқозон ости беши раки ўсмаси ўт йўлини қисиб қўйганда:

- 2) жигар паренхимасини ҳар турли микроблар, вируслар захарли моддалар натижасида ўт суюқлиги ишлаб чиқариш бузилади;

3) эритроцитларни кўплаб парчаланиш (гемолиз) натижасида кўп миқдорда ўт пигментлари ҳосил бўлади.

Гепатит А юқумли ичак инфекцияларига кирадиган антропоноз касаллик. Касаллик манбаи бемор ҳисобланади. Вирус бемор ахлати орқали ташқарига чиқарилади. Айниқса яширин даврини охири ва бемор бадани сарғайгунга қадар юқумли ҳисобланади.

Касаллик белгилари пайдо бўлгунгача 9-10 кун олдин бемор қонида вирус аниқланади. Вирус баданда сариклик пайдо бўлиши билан йўқолади.

Ўзбекистонда куз-қиш ойларида кўп учрайди.

Клиникаси:

Гепатит А ни яширин даври ўртача 15-30 кун. Касаллик ўткир катарол белгилар билан бошланиб тез чарчаш, диспептик белгилар кўнгил айланиш, қусиш билан ўтади. Сариклик даври 7-15 кун давом этади. Катталарда жигар катталашмаслиги мумкин, болаларда жигар катталашади. Қонда билирубин ошганини, фермент ошганини аниқлаш мумкин. Билирубин N 1% мг %.

Соғайиш даврида: билирубин, ферментлар, тимол пробаси N 5 дан 7 ЕД бўлади.

Касаллик: енгил, ўртача оғир, оғир формада ўтади.

Вирусли гепатит А да сурункали форма ривожланмайди. Иммунитет узоқ муддатга сақланади. Касалхонадан чиққандан сўнг бир ой мобайнида N анализлар бўлса «Д» ҳисобидан ўчирилади. Мулоқотда бўлганларни 35 кун мобайнида кузатилади.

ГЕПАТИТ В

Одам парентерал йўл билан касаллик юқиши мумкин. Касаллик манбаи сурункали Hbs Ag, ВГ сурункали формаси билан оғриган бемордан, касалликни ўткир даражалари билан оғриган пайти ҳисобланади. Яширин даври 6 ҳафтадан 6 ойгача ўртача 100 - 120 кун. Сариклик олди ҳолати бир кундан то бир неча ҳафтагача давом этади.

Клиникаси:

Белгиси: диспендик белгилари анча кучли ривожланган ўт биқин соҳасида оғриқ бор, суставларда оғриқ, терида кичишиш аломатлари безовта қилади. Сариклик даври узоқроқ давом этади.

Диагностикаси: қонда Hbs Ag аниқланади.

Касаллик якуни:

- 1) соғайиши;
- 2) асоратлар қолиш;
- 3) касаллик тузалиш даври узайиб 3 ойгача чўзилиши;
- 4) жигарни катталашуви, томоқни катталашуви кузатилади. Беморни имконияти йўқ, лаборатория текширувида тасдиқланмайди;
- 5) Сурункали ҳолатга ўтади;
- 6) ХПГ хроник персистирловчи гепатит касалликдан кейин 6 ойдан кейинги ҳалок.
- 7) ХАГ - хроник агрегикуло-эндотелиал системасив гепатит хири циррозга олиб келади.
- 8) Hbs Ag ташувчи
- 9) Цирроз

“D” ҳисобида 1 йил мобайнида туради ҳар 3 ойда, лаборатория текшируви ўтказилади.

МАВЗУ. Нафас органлари касалликлари.
қон инфекциялари.

Р Е Ж А :

1. Грипп хусусияти, ўзгарувчанлиги. Касаллик манбаи, белгилари. Асорати.
2. Орнитоз қўзғатувчиси, касаллик манбаи. Белгиси.
3. Тошмали тиф қўзғатувчиси, касаллик манбаи, юқиш йўли, белгилари.
4. Брилл касаллиги, профилактикаси.

Нафас йўллари инфекциясига грипп, парагрипп, аденовирус инфекцияси, риновирус, реовируслар киради. Бу касалликлар юқори харорат, интоксикация ва тумов аломатлари билан ўтади.

Бу касалликларни барида касаллик манбаи бемор ва вирус ташиб юрувчилар ҳисбланади.

1. ГРИПП

Ўткир юқумли касаллик бўлиб юқори харорат, интоксикация, нафас йўли яллиқланиши билан таърифланади. Касаллик вақти-вақти билан ер юзида пандемияга айланиб катта зарар келтиради.

3 марта биринчиси 1889 – 1890 й.

иккинчиси 1918 – 1919 й.

учинчиси 1957 йил бошида

Пандемия даврида баъзан ўлим билан тугаши мумкин.

Этиологияси:

Вируси бир неча тури аниқланган А, В, С.

А вируси ўзгарувчан бўлиб, хужайралари РНК, оксил киради. Углеводлар бор.

В вирусини ўзгарувчанлиги камроқ.

С вируси кам ўрганилган.

Грипп вируси қиздирилганда, қуритилганда, дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез ҳалок бўлади.

Эпидемиология:

Инфекция манбаи бемор ҳисобланади. Бемор 5-9 кунгача юқумли ҳисобланади. Бемор гапирганда чўчирганда ҳавога вирус чиқаради. Грипп куз, киш ойларида март, октябрь ойида кўп учрайди.

Грипп вируси юқори нафас йўлларида, шиллиқ нордали хужайраларини зарарлайди. Вирус ўзидан эндотоксин ишлаб чиқаради. Вирус токсини МНС ва ВНС га таъсир қилади.

Клиникаси:

Яширин даври бир неча соатдан 3 кунгача чўзилади. Касаллик тўсатдан бошланади. Беморни эти увишиб калтирайди. Тана харорати 38-40 С гача кўтарилади. Азойи бадани қақшаб оғрийди, тамоғи оғрийди, терлайди, алаҳсирайди, менингиол ҳалат кузанади. Қонда лейкопения (3-5 мл) эритроцитларни чўкиш тезлиги – 20 млгача тўлади.

Классификацияси:

- I. Типик ўрин. 1. Асоратсиз утириш хили.
2. Турли асоратлар билан ўтувчи тури.

- II. Аттик грипп а) асорат билан ўтувчи
б) соратсиз ўтувчи тури.

1) а фебрил грипп

2) акаторая грипп

3) яшин терминда

Ўтувчи касаллик (оғир утади)

а) пневмония билан ўтувчи

б) пневмониясиз ўтувчи хили.

Лаборатория диагностикаси:

а) вирусологик усул

б) серолгик усул

в) экспретикуло-эндотелиал система усул

III. Риноцитоскопик м-ди.

Давоси асоратсиз енгил турларида уй шароитида даволанади. Оғир асоратлар билан ўтган холларда касалхонага жойлаштиради.

Поливитаминлар, ремантадин дастлабки даврида, VtC, рутин малинали, лимонли, асал қўшилган чой, иссиқ сут бериш фойдали.

Грипп оғир ўтса иммуноглобулин қилинади. Болаларга 0,15-0,2 мл. ҳисобида. Катталарга эса – 6 мл. дан.

Антибиотиклар: сульфаниламидлар гриппни асоратларига даво қилишда қўлланади. Пенициллин, ампициллин, оксациллин, гентомицин ва хоказо.

Аналгетинлар: анальгин, амидопирин, асперин.

Антигистомин препаратлар: димедрол, супрастин, пинольфен, фенкарол.

Бурунга томизиш учун: Эфедрин, нафтизин, санорин томизилади. Оксалин мази суртилади.

Оғир формаларда эса кефзол, ценорин антибиотиклари, гемодез, рео-полиглюкин, Stroplutin “Қ” гидропартизон. Са СЕ вена ичига қўлланилади.

Профилактикаси:

Беморга алоҳида идиш-товок, сочиқ ажратилади. Парвариш қилувчи одам 4 қават донадан никоб тутилади. Эпидемия вақтида эмланади.

2. ОРНИТОЗ КАСАЛЛИГИ

Юқумли касаллик ҳисобланиб уни қўзғатувчилари «хломидийлар» оиласига мансуб бўлади. Қўзғатувчилари бир вақтни ўзида ҳам ДНК ҳам РНК сақлайди.

Ташқи муҳит таъсиротларига физик, химик омилларга чидамли, паст хароратда узок сақланади. Юқори хароратга сезувчан 70⁰ С да ундан ортганда қўзғатувчиси тез ўлади.

Эпидемиологияси:

Касалликни уй қушлари: ўрдак, курка, товуқлар, ёввойи қушлар, каптарлар таркатади. Одамларга шу уй қушларига, каптарларни боққанида юқиши мумкин.

Инфекция манбаи касаллик латент ҳолда кечганда паррандалар ҳисобланади.

Инфекция ҳаво-чанг орқали юқиб ўпкани зарарлайди. Инфекция тушган пат ва патлардан фойдаланганда хломидитлар тушган чангни ютганда, касалланган қушларга қараб парвариш қилинганда қушларни қайта ишлаш жараёнида, тухумлар, термик ишлов берилмай истеъмол қилинганда юқади.

Кўпроқ аёллар касалланади.

Парранда фермаларида касалликни ривожланиши баҳор ва куз ойларига тўғри келади. Касалликдан кейин тургун бўлмаган иммунитет пайдо бўлади.

Патогенези: Инфекция юқори нафас йўлларида тушиб вирус ўпкада тўпланиб кўпаяди. У ердан қон қимиға тушиб жигар, талоқ, Н.С. буйрак усти безлари ва юрак мушакларида кўпаяди. (вирусемия – 7-10 кун давом этади). Токсинлар ишлаб чиқаради.

Тўқима ва органлар зарарланишига қараб бир неча хил клиник формалари қайд қилинади:

Гриппсимон

Пневмонияли

Тифсимон

Менингеал.

Клиникаси:

Яширин даври 7-10 кун ўртача ўткир бошланади. Қалтираш, бош ва мускуллар оғри кузатилади. Кўп терлайди, кусади, иштаха йўқолади.

Гриппсимон формаси касалликнинг 2-3 куни кўк йўтал, ларингит, трахеобронхит белгилари пайдо бўлади.

Пневмонияли формаси:

Касалликнинг 5-7 куни йўтал кучайиб шилимшиқ- йирингли балғам кўчади. Ўпканинг қуйи бўлимларида нам хириллаган товушлар пайдо бўлиб, нафас сустлашади.

Ro' скопия ва Ro'-графия ўпкада майда учоқли, туташган, сегментлар ва интерстициал ўзгаришларни кўрсатади. Улар гавда харорати N келгандан кейин ҳам узок сақланади. Истима 2-4 ҳафтагача давом этади ва аста-секин пасайиб боради. Соғая бошлайди. Оғир холларида

касалликни 4-5 куни кома ривожланади, бемор юрак қон томири фаолияти тушиб кетиши оқибатида вафот этади. Ўлим 2-3 ҳафтада ўпка шиши натижасида юз беради.

Шифсимон формасида умумий интоксикация белгилари пайдо бўлади, иштаха йўқолади, ичи келмайди, азойи бадани титраб оғрийди. Касалликни 5-7 кундан бошлаб жигар ва талок катталашади.

Менингеал форма кам учрайди, касаллик тўсатдан бошланиб 2-4 суткаларда менингит белгилари қўшилади. Истима 3-4 ҳафта сақланади.

Асорати: Тромбофлебит, генатит, пневмосклероз, плеврит, овоз бойлами фалажи, полиневрит, менингит.

Диагнози: Эпид анализ: паррандалар билан мулоқотда бўлгандан касалликнинг клиник кўриниши $R^0 = \text{гик}$ ва лаборатория текширув натижаларига асосланади. Қўзғатувчини топиш мақсадида лабораторияга, касалликни биринчи кунлари антибиотиклар қўлланмасдан венадан қон 5 мл олиб, ҳамда балзам анализи қилинади.

Текширилувчи материал сичқон организмга юборилади. Сичқон ҳалок бўлгач органларидан суртма тайёрланади. Микроскопларда текширилади. Касалликнинг 2-3 кундан бошлаб 2-3 ойгача орнитоз антигини синомаси тери ичига юборилади. Реакция натижаси 24-48 соатдан сўнг аниқланади. Гиперемия участкаси қуйидагича диаметрларда бўлганда 0,5 x 0,5 см (+); 1x1 (++), 2x2 (+++) у мусбат ҳисобланади.

Давоси:

Тетрациклин қаторидаги антибиотиклар (тетрциклин, окситетрациклин, тетраамицин) 1,2 г дан бемор тана вазнига қараб бир кеча-кундузда қабул қилади. Даво муддати 3-5 кундан 9-10 кунгача харорат N га тушгунига қадар давом этилади. Эҳтиёж туғилганда: оксигенотерапия витаминлар комплекси, юрак воситалари, плазма ва қон қуйиш, аутогемотерапия қилади.

Профилактикаси:

Касалликни олдини олиш учун кураш олиб борилади. Паррандалар орасида касаллик аниқланганда 6 ой мобайнида карантин жорий қилинади.

14-21 кунгача 1 тонна озуқага 200 гр тетрациклин қўшилади даволанади ёки сўйилиб ўз ўрнида патлари тозаланади. Гўшти термик қайта ишлангандан сўнг истеъмол қилинади. Патлари намли ишлов берилгач қуйдирилади, ёки буғлаш ёрдамида 105°C да 30 давомида дезинфекция қилинади. Касалланган қушни қайта ишлаш корхоналарида ишлов берилган ҳолларда ҳар 3 соатда 2% хлоромин эритмасида намли йиғиштириш ишлари олиб борилади.

Карантин хўжаликларида 5% тиндирилган хлорли охак эритмаси ёки 10% мизол билан кундалик дезинфекция ўтказилади. Хизмат қилувчи ходимлар эса махсус кийимлар, мухофазаловчи кўзойнаклар ва пахтадонали никоблар билан таъминланади.

Эмлашнинг аэрозол воситаси фойдали. Ўчоқдаги тадбир: Бемор юқумли касалликлар касалхонасига жўнатилади. Бемор билан мулоқотда бўлганлар эса 15 кун давомида медицина назорати жорий қилинади.

3. ТОШМАЛИ ТЕРЛАМАНИ ҚЎЗҒАТУВЧИСИ

Тошмали терламани қўзғатувчиси – Провачек риккетсиясидир. Тошмали тиф бит орқали юқадиган ўткир юқумли касаллик. Бу касалликда аввало майда қон томирлари (артериола, капилляр) ва марказий нерв системаси зарарланади.

Ўртача 2 ҳафта давом этадиган истима, интоксикация, юрак қон томир системасининг зарарланиши ва розеолапетехия тошмалари пайдо бўлиши билан таърифланади.

Бу касаллик қадим замонларда ҳам учраган. Вақти-вақти билан эпидемия тусига кириб кўплаб одамлар ёстиғини қуритган. Бу эпидемиялар кўпроқ очарчилик уруш вақтларига тўғри келган.

Этиологияси:

Тошмали тифни қўзғатувчиси риккетсиялар бўлиб уни биринчи марта чер олими ҳаракатсиз, парда билан қонланган майда микроорганизмлардир.

У бит организми, товуқ эмбриони, сичқонлар ўпка тўқимасида кўпаяди. Риккетсиялар паст хароратда бир неча йил, бит ахлатида бир неча ойгача тирик сақланади. Лекин дезинфекцияловчи эритмаларда тез ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси:

Инфекция манбаи бемор одамдир.

Бит одамни чаққанида бемор одамдан бит ичагига қон орқали риккетсиялар тушади, кўпаяди. Соғлом одамни чаққанида бит ахлати орқали одамга юқиши мумкин.

Бит чакқан жойида кичкинагина жароҳат пайдо бўлади, шу жароҳатга бит ахлати хом тукиб касаллик юқади.

Патогенез:

Қонга тушган риккетсиялар қон томири эндотелиясига кириб тез кўпаяди.

Қон томирларда ўзгаришлар ҳосил бўлади.

- 1) Эндоваскулит – майда қон томирларда тромблар ҳосил бўлади.
- 2) Девтруктив тромбоваскулит – қон томир девори ажралиб томир йўлини беркитиб қўядиган тромблар пайдо бўлади.
- 3) Периваскулит – қон томир деворида инфильтрат ва гранулема ҳосил бўлади.

Клиникаси:

Касалликни яширин даври 2 ҳафта давом этади. 3 давр ажратилади:

- 1) Бошланғич даври.
- 2) Авж олиш даври.
- 3) Соғайиш даври.

I. Бошланғич даври: Касаллик бирданига бошланади. Беморни эти увишиб, харорати 38⁰ кўтарилиб боши қаттиқ оғрийди, уйқуси бузилади, мускуллари қакшаб оғрийди. Бемор эйфория ҳолатида бўлади, кўп гапиради чаккаси, энсаси қаттиқ оғрийди. Уйқу нотинч бўлиб, алоқ-чалок тушлар кўради. Бемор тажанг бўлади. 2-3 кундан кейин харорат 39-40⁰га кўтарилади. Беморни юзи, кўзлари қизаради кўз конъюнктивасида петехия, юмшоқ танглайда энантема, кизил нўқталар пайдо бўлади. Бемор тилини чиқармоқчи бўлганда қийналади, тили титраб чап томонга қийшайиб кетади. (годелье-говоров симптоми). Агар билакни резина чилвир билан қисилса – елкада розеола тошмаси пайдо бўлади. Бу усулдан эрта дигностика куйида фойдаланилади. Кўкракга банка қуйилса ўрнида петехиялар пайдо бўлади.

Объектив текширилганда: тахикардия, гипотония ва юрак тонларининг бўғиқлиги аниқланади. Бу белгиларни барчаси + Киари–Авцин симитомни (кўз конъюнктивасида петехия), годелье – говоров симитомни талок катталашуви аниқланади. + Бош оғриғи, нотинч уйқу, кўп гапириш, ноз ва кўз қизариш, эпидемиологик вазиятни ҳисобга олган ҳолда дастлабки диагностикани қуйиш мумкин.

КАСАЛЛИК РОСА АВЖ ОЛГАН ДАВР

Бу давр касалликни 4 кундан бошланади. Харорат юқори, интоксикация кучаяди, беморни аҳволи оғирлашади ва тиф ҳолати – Status typhosus яққол кўринади. Бемор алаҳлайди, баъзан беҳуш ҳолатда бўлади. Баъзи ҳолларда эса беморда психоз аломатлари аниқланади. Хатти-ҳаракатлари кўркинчли тус олади. Бемор ўрнидан туриб кетишга ҳаракат қилади. Касалликни 5 кунда бемор баданида жуда кўп розеола ва петехия тошмалари бўлади. Қанча петехия кўп бўлса касаллик шунча оғир ўтади. Puls – тез ва суст уради, аритмия бошланиб, оғир ўтганда – коллапс ҳолати юз бериши мумкин. Пневмония ривожланиши мумкин. Лаблари қакраб, қора қўтир пўст ташлайди. Тил сариқ – қўнғир қараш билан қопланиб қакрайди, титрайди. Жигар ва талок катталашиб, ич келмайди.

Касаллик оғир ўтганда менингит, энцефалит аломатлари, фалажлар, ярим фалажлар, невралгиялар, полирадикулоневритлар кузатилади. Қонда L – цитоз, нейтрофилез, лимфопения тромбоцитопения, Puls тезлашади.

Касалликни 12 кундан бошлаб эса харорат аста-секин пасайиб боради ва 3-4 кун ичида асли холига келади. Бемор худди узок чуқур уйқудан турганидан ўзига келиб, атрофга эътибор беради. Кўп сияди, ичи суюқ бўлади. Юзидаги қизариш шишлар йўқолади. Тошмалари оқариб 2-3 кундан кейин йўқолади. Puls тезлиги секинлашади, бироқ юрак тони бўғиқлигича қолади.

Соғайиш даври: Харорат нормал бўлган кундан бошлаб соғайиш даври бошланади. Беморни аҳволи яхшиланиб, ички органлар ва системаларнинг бузилган фаолияти ўз изига тушади. Лекин бемор хотираси ёмон бўлади, инжиқланиб, арзимаган нарсадан норози бўлаверади. 10-12 кунгача қон босими пасайганича туради. Ярим фалажлик симитомлари узок сақланади. Бемор харорати аслига қайтгандан кейин 7-10 кундан бошлаб ўрнидан туришга рўхсат этилади ва 12 кундан сўнг уйига рўхсат берилади.

Асорати:

Беморларда баъзан ётоқ яралар, гангрена, абсцесс, флегмана пайдо бўлиб, баъзан сепсис бошланиши мумкин. Тромбофлебит ҳолати кўрилади. Психозлар, неврит, нефлит.

Лаборатория диагностикаси:

Касалликни аниқлашда комплимент бириктириш (комплемент бириктириш реакцияси) ва воситали гемагмутинация реакцияларидан фойдаланилади. Комплемент бириктириш реакцияси касалликнинг 6-7 кунидан бошлаб 1:160 ва ундан юқори титрда ижобий натижа беради. 12-20 кунига бориб титри 1:640 – 1:1280 гача ошади. Воситали гемагмутинация реакцияси аниқланади. (1:100) бўлса ижобий ҳисобланади. Унинг титри 15-20 кунига бориб 1:1280 ундан ҳам ошиши мумкин. Ҳозирги пайтда флюоретикуло-эндотелиал системацентиоли усулидан фойдаланиб касалликни (антителолар борлигини) эрта аниқлаш мумкин.

Давоси:

Ҳар куни бемор оғзини тишларни ювиш, қакраган лабларига вазелин суртиш керак, ичи келмаса клизма қилиш, сийдиги тўхтаб қолса катетер орқали чиқариш керак. Беморни бир ёнбошдан, иккинчи ёнбошга айлантириб туриш тирсаклари, думгаза, куракларига камфора ёғи суртиш керак.

Тетрациклин 1,2 – 1,6 грамдан кунига 4 маҳал ичишга, левомецетин эса кунига 2 грамдан бериледи. Бемор харорати пасайгач ҳам яна 2 кун бериледи. Қўшимча интоксикацияга қарши глюкоза эритмаси +КЛС билан венага юбориледи. юкумли касалликлар системаси ахволига қараб кофеин, кордиамин, мезатон, стрихнин, сатрофантин «К», коразол, мезатон юбориледи.

Бромидлар, уйқу дорилар, витаминлар юбориледи.

Профилактикаси:

Бемор юкумли касалликлар касалхонасига ётқизилади.

Инфекция учоғида қайта-қайта дезинфекция ва дезинсекция чоралари кўрилади. Беморни кийим-кечаги дезинфекция камераларидан ўтказилади.

Ички кийими қайнатилади ва 5% ли совун эритмаси билан ювилади. Бемор билан яқин муносабатда бўлганлар 23 кун мобайнида назоратда бўлади. Уларнинг харорати ҳар куни ўлчаб турилади.

Тошмали тифга қарши эмлаш эпидемиологик вазиятга қараб амалга оширилади. Эмлаш учун ишлатиладиган вакцина эфирда ўлдирилган риккетсиялардан тайёрланади. Вакцина 0,5-1мл дан 5 кун оралатиб т/о 3 марта юбориледи. Эмлангандан сўнг дамда пайдо бўладиган иммунитет 6-8 ой сақланади.

4. БРИЛЛ КАСАЛЛИГИ

Бу касалликни риккетсиялар келтириб чиқаради. Брилл касаллиги асосан ёши қайтган одамларда учрайди. Уларнинг анамнезида деярли ҳамиша илгари тошмали тиф билан оғриганлиги аниқланади.

Клиникаси: Бошланғич даври:

3-4 кун давом этади. Ўртача интоксикация белгилари аниқланади. Беморнинг боши оғрийди, уйқуси бузилади, харорати 38-39 даражага кўтариледи. Камдан-кам холларда энантема топилади.

Касаллик авжига чиққан даврида:

5-7 кун давом этади. Харорат 38-39 атрофида бўлади. Беморни боши оғрийди, уни уйқусизлик безовта қилади, эйфория аломати кўрилади, алоқ-чалоқ туш кўради. Говоровгоделье симптми аниқланади. Розеолапетехля тошмаси беморларнинг 60-90% кўрилади.

Брилл касаллиги ёши улғайган кишиларда учраганлиги сабабли кўпинча юкумли касалликлар тури системаси зарарланади. Брилл касаллигида истима даври ўрта ҳисоб билан 9-11 кун давом этади.

Асорати:

Тромбоз, тромбофлебит, пневмония.

Брилл касаллигида биринчи кундан бошлаб юқори титрда (комплемент бириктириш реакцияси бўйича 1:10240 ва кўпроқ эгри гемагмутинация реакцияси бўйича 1:64000) Lgg(j) аниқланади.

МАВЗУ. Антропозоонозлар. фавкулотда вазиятда юқумли касалликларни пайдо бўлиш хусусиятлари.

Р Е Ж А:

1. Улат касаллиги этиологияси, клиникаси давоси.
2. Тулеремиа этиологияси, клиникаси, давоси.
3. Куйдирган этиологияси клиникаси давоси.
4. Бруцеллёз этиологияси клиникаси давоси.
5. Фавкулотда вазиятда юқумли касалликларни пайдо бўлиши.

1. **Ўлат** (тоун, чума) жуда ҳавфли юқумли касаллик бўлиб, кучли интоксикация бошланиши ва лимфа тугунлари, тери, ўпка ва бошқа органлар яллиғланиши билан таърифланади. У 1820 йилда пандемия холида ўтиб қанчадан-қанча одамлар ёстиғини қуритди. Ушандан бери 3 марта ўлат пандемияси бўлиб ўтди.

1990 сентябрь ойида Орол кўлида бир туяни сўйган 3 киши ўлат билан касалланган, 1 киши ўлган.

Этиологияси:

Қўзғатувчиси 1894 йил Гонконг эпидемияси вақтида Йерсен томонидан топилган.

Lersinia pestis деб аталадиган бу микроб ички томони ёйсимон узун бочкага ўхшайди.

У ҳаракатсиз, спора ҳосил қилмайди, капсуласи бор. Ташқи муҳитда чидамли. Дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез ҳалок бўлади. 60⁰ иссиқда - 301, 100⁰ да дархол ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси:

Табиий шароитда микробларни кемирувчи ҳайвонлар (тарбаган, юмронқозиқ, каламушларда учрайди) Бу ҳайвонлар ўлат микробларини сақлайдиган манба ҳисобланади.

Сичқонларга, каламушлар, туялардан юкиши мумкин. Трансмиссив йўл билан бургалар чаққан пайтида юкади. Ўлатдан соғайган одамда умрбод сақланадиган иммунитет пайдо бўлади.

Патогенези:

Ўлат микроби организмга тери ва шиллиқ парда орқали киради. Тери орқали кирганда терида бирламчи эффект пайдо бўлади: терини ўша жойида доғ ҳосил бўлади, тугунча сўнгра везикула, кейин пустулага айланади.

Лимфа тугунларига тушиб бубон ҳосил бўлади. Қон орқали бутун организмга тарқалади.

Клиникаси:

Касалликнинг инкубацион даври 3-6 кун, клиник формалари:

- А. 1) тери формаси
2) бубонли формаси
3) тери – бубонли формаси
- Б. 1) бирламчи сентик формаси
2) иккиламчи сентик формаси
- В. 1) бирламчи ўпка формаси
2) иккиламчи ўпка формаси
3) ичак формаси

Ўлат тўсатдан бошланади. Беморнинг бадани титраб, ҳарорати 39-40 даражагача кўтарилади ва бу иситма 3-10 кун давом этади. Кучли интоксикация боғланиб, беморнинг дармони қурийди, боши айланади, оғрийди, иштаҳаси йўқолади, ташна бўлади, қўнгли айниб, қайт қилади, қон аралаш кусади. Мускуллари, умуртқа поғонаси оғрийди. Беморни юзи қизаради, салқийди, кўзлари қизаради. Қуруқ ва иссиқ баданида петехиялар кўзга ташланади. Юрак чегараси кенгаяди, тони бўғиқ эшитилади. А/Б пасаяди, тахикардия аниқланади. Тиши худди ҳак сепилгандек оқ қараш билан қопланади. Баъзан беморни қорни оғрийди. Талоқ катталашади. Бемор безовталаниб, алахлайди, юрганда гандираклайди. Ўлатнинг клиник формаларига қараб бошқа белгилари ҳам аниқланади.

Тери формаси:

Микроб кирганида ўрнида доғ пайдо бўлади. Папула, везинула, пустулага айланади. Сўнгра ёрилиб яра ҳосил қилади. Узоқ вақт битмайди.

Бубонли формаси:

Харорат юқори бўлади, интоксикация ва лимфа тугуни катталашади, оғрийди. Катталашиб товуқ тухумидак бўлади. Яллиғланиш жараёни тери ости тўқимасига ўтиб йирингланади. 8-12 куни бубон ёрилади, Бубон ёрилгач харорат пасаяди ва 10-12 кун яра битиб ўрни ямоқ бўлиб қолади.

Бирламчи сентик формаси:

Ўлатнинг бу формасида одам териси ёки шиллик пардаси оркали кўп миқдорда кучли патоген микроблар организмни химоя воситаларини енгиб қонга тушиши натижасида касаллик бирданига бошланади.

Яширин даври. Бир неча соатдан 1-2 кунгача давом этади. Эти увишиб калтирайди. Харорати кўтарилади, алахлайди, атрофдагиларга тажовуз қилади, тез-тез нафас олади, *puls* тезлашади, баданида геморрагик тошмалар пайдо бўлади.

Инфекционтоксик шок ҳолатига тушади, бемор кома ҳолатига ўтиб 2-3 кун ичида ҳалок бўлади.

Иккиламчи сентик формаси:

Бунда ўлатнинг бошқа формаларидан кейин ривожланиб интоксикация кўпайиб беморни аҳволи оғирлашади. Баданида геморрегик тошмалар ва иккиламчи бубонлар ривожланади.

Ўлатнинг сентик формасида беморни соғайиши жуда кам учрайди.

Бирламчи ўпка формаси:

Бу ўлатнинг энг оғир формаси бўлиб, тўсатдан бошланади. Беморни эти увишиб калтирайди, харорати кўтарилади боши қаттиқ оғрийди, кўкраги санчийди, йўталади. Йўталганда балғам шилимшиқ кейинчалик қон аралаш бўлади.

Бемор безовталаниб алахлайди. Текширилганда пневмония алматлари аниқланади. Эшитиб кўрилганда, перпюссияда топилган белгилар унчалик кўп бўлмасада, беморнинг аҳволи оғир бўлади. Бемор юзи кўкаради, юрак тез уради, *puls* билинар-билинемас уради, бемор беҳуш ҳолатга тушиб ўлиб қолиши мумкин.

Иккиламчи ўпка формаси:

Бирламчи ўпка формасига ўхшайди, вақтида даволанмаси бемор тезда ҳалок бўлади.

Ичак формаси:

Бу формаси сентик жараён оқибатида юз беради. Харорат юқори кўтарилади, кучли интоксикация юз беради, бемор кўнгли айниб қайт қилади. Қон, йиринг аралаш ич кетади, корни оғрийди, кучаник безовта қилади. Ўлатнинг бу форма-сида бемор бир неча кун ичида ҳалок бўлади.

Лаборатория текшируви: Бактериолгик, бактериоскопик, серологик ва биологик усуллар қўлланилади.

Бактериологик усул: Бу усулда бубон везикула, пустила, карбункулдан олинган йиринг, шилимшиқ, суюқлик озиқа муҳитига экиб текширилади. Шу усул билан бирга биологик усул ҳам қўлланилади. Текширувчи материал денгиз чучкаси ва сичқон организмга юборилиб текширилади.

Бактериоскопик усулдан керак бўлган материалдан суртма олиб грамм усулида буялиб микроскопда кўрилади.

Серологик усул: Гемагглютинацияни тормозлаш усули ёрдамида қонда специфик антитело бор-йўқлиги аниқланади.

Экспретикуло-эндотелиал системас диагностика – антителоларни фиооретикуло-эндотелиал системаценциялаш усули касаллик қўзғатувчи микроб бор йўқлиги аниқланади. 2 соат ичида.

Давоси: Стрептомицин 2,5 –3,5 г бир кеча-кундузда юборилади. Харорати пасайгач препарат дозаси 2 баробар камайтирилиб яна 3-5 кун берилади.

Стрептомидин ҳар 8 соат оралаб укол қилинади. Стрептомизин ўрнига неомицин (кунлик дозаси 2 млн таъсир бирлик) кситетрациклин (кунлик дозаси 3-6 млн таъсир бирлик) морфоциклин, ампициллин, ампиокс хлортетрациклин (кунлик дозаси 2 г гача) буюрилади. Антибитиклар даво курси 7-10 кунгача давом этади.

Бубон кишига ҳар куни 1 куни стрептмизин 500,000 таъсир бирлик ёки ампицилин 0,5 г юборилади. Бубон ёрилган ҳолларда эса гипертоник эритма билан ёки фурациллинга ҳўлланган, дока қўйилади.

Интоксикацияни камайтириш учун Рингер эритмаси, неокампенсан, реополиглюкин, глюкоза эритмаси қўйилади.

Kt C 1,5 – 2 г дан, B₁, B₆, B₂, K витаминлар берилади.

Профилактикаси:

Кемирувчи ҳайвонлар ўлат микробларининг асосий резервуари ҳисобланади. Кемирувчи ҳайвонлар кўпайиб кетмаслиги учун дератизация ишлари олиб борилади. Учокда: Бемор аниқланиб касалхонага ётқизилгач шу жойда дезинфекция, дезинсекция, дератизация ўтказилади ва 6 кунга карантин эълон қилинади. Бемор билан мулоқотда бўлганлар 6 кун мобайнида врач назоратида бўлиб ҳар куни 3 марта харорати ўлчанади. Эҳтиёт шарт юзасидан стрептомицин тайинланади.

2. ТУЛЕРЕМИЯ

Зооноз касаллик бўлиб, бактериялар келтириб чиқаради. Биринчи марта Калифорниянинг Туляре округининг номи билан *Bacteria tularensis* деб аталади. Касаллик биринчи марта шу округда аниқланган.

Этиологияси:

Қўзғатувчиси думалоқ ёки таёқча шаклида майда ҳаракатсиз, юпқа капсуласи бор граммманфий микробдир. Эндотоксин ишлаб чиқаради.

Эпидемиологияси:

Табиатда асосий манбаи кемирувчи ҳайвонлар ва консурар ҳайвонлар хашоратлар (сичқонлар, андатралар, куёнлар, каналар) ҳисобланади.

Юқиш йўллари:

- 1) Контакт йўли (касал ҳайвонларга яқин юриш).
- 2) Алиментар йўл (сув, зарарланган овқатлардан истеъмол қилиш орқали).
- 3) Ҳаво-чанг йўли (*Bact.tularensis* юққан чанглари ҳаво йўлига тушиши).
- 4) Транемиссив йўл (консурар хашоратлар орқали).

Одамлар туляремия микробларига деярли 100% сезувчандир.

Патогенези:

Микроб одам организмига тери, кўз, ҳаво йўллари, меъда ичак йўли орқали киради ва лимфа тугунчаларида кўпаяди, эндотоксин ишлаб чиқаради, токсин таъсирида лимфа тугуни ва атрофдаги тўқималарга таъсир қилади, аденит пайдо бўлади катталашиб туляремия бубонига айланади. Эндотоксин қонга тушгач МНС, юқумли касалликлар тури системаси фаолиятига таъсир ўтказиб моддалар алмашинувида таъсир қилади. Ички органларда, талоқда, ўпкада яллиғланиш учоклари пайдо бўлади.

Клиникаси:

Яширин даври 3-7 кун давом этади.

Клиник формалари:

- 1) бубонли формаси
- 2) яра-бубонли формаси
- 3) куз-бубонли формаси
- 4) ангина-бубонли формаси
- 5) абдоминал формаси
- 6) ўпка формаси
- 7) тарқоқ формаси (1 чи синсис формаси)

Касалликни ҳамма формаси тусатдан боланиб, бемор эти увишиб, қалтираб харорати 38-39⁰ кўтарилади, бош мускуллари, болдир мускуллари, бели оғрийди, боши айланади, иштахаси буғилади. Касаллик оғир ўтганда бемор қайт қилади, бурни қонайди.

Бош оғриги зурайиб, тўхтамайди, бемор алаҳлайди. Беморни кўзи, юзи, томоғи қизаради. Puls аввал тез-тез уради, кейин секинлашади. А/Б пасаяди. Қуруқ йўтал, ўпкада қуруқ хириллаш эшитилади.

Бубонли формасида регионлар лимфа тугунларида бирламчи бубонли пайдо бўлади. Микроб кирган жой қаерда бўлишидан қатъий назар бубонлар (2 ламчи бубон) ҳосил бўлади. Тугунлар

катталашиб 5-6 кунда товук тухумидек бўлиб қолади, оғрийди, тулярамия бубони 3-4 ойга чузилади.

- 1) Бубон йиринглаб кейин битиб кетиши мумкин.
- 2) Аста-секин кичрайиб сурилиши мумкин.
- 3) Фиброз тўқима алмашиниб йўқолади.

Тери-бубонли форма – микроб организмга кўз шиллиқ қавати орқали кирганида касалликнинг шу формаси пайд бўлади. Канъюктивит бошланиб кўз-қовоғи шишади, шох пардасида яралар, тугунчалар кўринади. Қулоқ олди, жағ ости ва олдинги бўйин тугунлари катталашади. Бу формаси узок чўзилади.

Ангина – бубонли формаси – текротик ангинадан бошланиб, бодомча беи қизаради, шишади, катталашади, оқ кулранг парда билан қопланади. Бўйин, қулоқ олди ва жағ ости лимфа тугунлари катталашади.

Абдоминал формаси – мезентериал лимфа тугунлари катталашади, беморни қорни оғрийди, баъзан оғриқ кучли бўлади, қайт қилади.

Тарқок формаси – кучли интоксикация бўлиб, бемор алахлайди. Беҳуш бўлади, боши оғрийди, мускуллари оғрийди, баданда розеола тошмаси пайдо бўлади, бўғимлар шишади ва оғрийди.

Ўпка формаси – касаллик ҳавочанг йўли орқали юққанида пайдо бўлади. 2 хили учрайди: 1) Бронхит хили (ҳаво йўллари зарарланади). 2) пневмоник хили (ўпка паренхимаси зарарланади). Беморда бронхит, ларингет, тракет аломатлари кўринади. Пневмония 2 ойгача чўзилади.

Лаборатория диагностикаси:

Биологик, серологик ва аллергик усуллардан фойдаланилади.

Билогик усул: бубондан, томоғидан олинган шиллиқ лаборатория ҳайвонларига юборилади, улардан олинган материаллар экилиб текширилади.

Серологик усул: Агматинация реакцияси қўлланилади, реакция титри 1:100 ва бундан юқори бўлса, натижаси мусбат ҳисобланади.

Аллергик реакция: Касалликнинг 5-6 кунидан бошлаб бу реакция ижобий натижа беради. Тери остига 0,1 мл тулярин юборилади. Шу жойда яллиғланиш белгилари пайдо бўлса беморда туляремия боришдан дарак беради.

Давоси:

Стрептомидин, тетрацеплит, леволисцетин яхши натижа беради. Стрептомицин бир кунда 500000–1000000 таъсир бирликдан 8-10 кун тери остига юборилади. Тетроциклин кунига 2 гр, левомидетин 2-2,5 граммдан тайинланади. Антибиотиклар бемор 7 кун берилади. Вакцинотерация тери остига, тери орасига, венага 3-5 кун оралатиб 10-12 марта юборилади. Вакцина дозаси аста-секин кўпайтириб борилади.

Вена ичига яхши натижа беради. 1-5-10-15 миллион микроб ҳисобида вакцина юборилади.

Вакцина билан даво қилиш схемаси

Вена ичига	Тери остига
1. 50 минг	5 млн
2. 100 – 200 минг	7,5 млн
3. 300 – 500 минг	10 млн
4. 0,5 - 1 млн	15 млн
5. 1 – 2 млн	20 – 30 млн
6. 2 – 4 млн	30 – 40 млн
7. 4 – 6 млн	40 – 50 млн
8. 6 – 8 млн	50 млн.

Профилактикаси:

Кемирувчи ҳайвонлар ва каналарни киришга қаратилган чора тадбирлар қўлланади. Аҳоли ўртасида тушунтириш ишлари олиб борилади. Касаллик юқиш ҳавфи бор одамлар эмланади.

3. КУЙДИРГИ КАСАЛЛИГИ

Зоонозлар гуруҳига кирадиган ўткир юқумли касалликдир. Қадим замонларда куйдиргини «муқаддас олов», «форс олови» номлари билан атаган. 1788 йил Сибирда экизоотия вақтида учраганлиги сабабли «Сибир яраси» деб аталган.

Этиологияси:

Куйдиргини кўзгатувчи микробни рус олими Бауэр топган. У аэроб бактериядир. Капсула ва споралар ҳосил қилади. Тузланган гўштда узоқ сақланади.

Эпидемиологияси:

Куйдирги касаллигининг манбаи уй ҳайвонлари, асосан катта ва майда шохли ҳайвонлар, отлар ҳисобланади. Куйдирги билан оғриган ҳайвонлар касаллик микробларини ахлати ва сийдиги билан ташқарига чиқаради. Одамга касаллик тирик ёки ўлган ҳайвондан юқади.

Патогенези:

Куйдирги микроби организмга шилинган тери меъда-ичак шиллиқ пардалари ва ҳаво йўллари орқали ўтади. Организмда фагоцитлар ютади, қолганлари лимфа ва қон орқали организмга тарқалади.

Клиникаси: Касалликни яширин даври бир неча соатдан 6-8 кунгача чўзилади.

Куйдиргини: тери зарарлайдиган ва септик хили бўлади.

Куйдиргини тери хилини куйдирги карбункули дейилади. Куйдирги карбункули кўпинча баданнинг очик ерларида юз, бўйин, қўлларда жойлашади. Куйдирги таёкчаси кирган жойда аввал қизил тугунча – *Rapula* сўнгра пуфакчага – *pustula* га айланади. Пуфакча ёрилгач ўрнида яра пайдо бўлади, яра тез қотиб қурийди, қўнғир рангли қора қўтир билан қопланади. Қўтир оғримайди, аста-секин катталашиб боради. Унинг атрофида майда пуфакчалар пайдо бўлади. (энг характерли белгиси) куйдирги карбункули атофидаги жой шишиб чиқади. Карбункул оғримайди.

Касалликни 1 чи куни бемор бадани қақшаб, озгина боши оғрийди, дармонсизлик сезилади. 2 чи куни бемор эти увишиб, қалтирайди ва харорати $39-40^{\circ}$ кўтарилади, бош оғриги кучаяди, уйқу бузилади, тахикардия, харорат 5-6 кундан сўнг пасая бошлайди, бемор аҳволи яхшиланади, шишлари камайиб, 2-3 ҳафта хирида қора қўтири кўчиб тушади ва тагида чандик кўринади. Куйдирги оғир ўтганда касалликнинг иккиламчи септик хили бошланиши мумкин. Бу хили касаллик алиментар ёки ҳаво томчи йўли билан юққан ҳолларда пайдо бўлади. Септик хили бирданига бошланиб бемор эти увишади, қалтирайди тона харорати $39-40^{\circ}$ кўтарилади, тез-тез нафас олади, тохикардия, бемор бикини санчади, йўтолади, қон аралаш балғам ташлайди, пневмания, плеврит белгилари аниқланади. Бемор кўнгли айниб, қон аралаш қайт қилади, қорни оғрийди, қон аралаш ичи кетади.

Септик хилида бемор аҳволи оғир бўлади. Харорат 40-41 кўтарилади. Бемор қалтирайди, терида тошмалар пайдо бўлади, шиллиқ пардаларга қон қуйилади, қон аралаш балғам ташлайди, пневмания, ўпка шиши бошланади, бемор сопор ҳолатига кейин қолга ҳолатига тушиб, ўсиб қолиши мумкин.

Лаборатория диагностикаси:

- 1) Бактериологик усул: – касалликнинг тери хилида пуфакчалар суюқлиги септик хилида бемор қони, балғами, ахлати ва сийдиги махсус озуқа муҳитига экилади.
- 2) Бактериоскопик усул: -Текшириш керак бўлган материалдан суртма тайёрланиб, бўлмоғи ва микроскопда кўтарилади.
- 3) Биологик усул: – текшириладиган материал физиологик эритма билан 10 баробар суюлтириб, ундан 0,1 – 0,2 мл олиниб ҳайвонларда кузатилади.
- 4) Аллергик реакция – 0,1 мл микдоридаги антраксин.

Бемор қўли териси орасига юборилади. 24-48 соатдан сўнг укол қилинган жойда яллиғланиш аломатлари пайдо бўлса реакция мусбат ҳисобланади. Қизарган ва пишган жойнинг сатхи 15 мм гача бўлса (+); 10-25 мм бўлса (++) ва 20-40 мм бўлса ўта мусбат (+++) деб баҳоланади.

Давоси:

Беморга антибиотиклар билан бир вақтда куйдиргига қарши иммуноглобулин ҳам буюрилади. Пенициллин кунига 6-24 млн таъсир бирликдан 7-8 кун давомида муттасил бериб борилади.

Септик хилида цефалоспорин, левомецетин, На сукцинат, гентамицин буюрилади.

Ҳ – глобулин касалликни енгил хилида 20 мл дан, ўртача оғир ва оғир хилида 40-80 мл дан тайинланади. Оғир аҳволдаги беморни даволашда 400 мл гача сарфланади.

Плазма, альбумин, кортикостероидлар қўйилади.

Куйдиргининг тери хилида жаррохлик усулини қўллаш тақиқланади. Акс ҳолда сепсис бошланиши мумкин.

Профилактикаси:

Инфекция манбаларини тугатиш ишини ветеринария ходимлари амалга оширади. Зоотехник ва ветеринария хизмати ходимлари ҳайвон маҳсулотлари билан ишлайдиган кишиларни (қушхона, тери, заводлари, мўйна фабрикалари ишчилари) махсус вакцина билан аниқланади.

Бемор топилгач касалхонага ётқизилади. Унинг уйида дезинфекция қилади. Беморга яқин юрган кишилар 8 кун давомида назорат остида бўлади, уларга нисбатан шошилишч профилактика чоралари кўрилади.

Куйдиргидан ҳалок бўлган ҳайвон ва одам жасади куйдирилади ва махсус тобутга солиб 2 метр чуқурликка қўмилади.

Инфекция ўчоғида бўлганларга куйдирги Ҳ-глабулини билан пенициллин укол қилади. 7-10 кун давомида Ҳ-глоболин ва пенциллин юборилгандан сўнг вакцина билан эмланади.

4. БРУЦЕЛЛЁЗ

Одамларга ҳайвонлардан юқадиган ва кўпинча сурункали давом этадиган инфекцион – аллергия касаллиқдир.

Этиологияси:

Бруцеллёлари қўзғатувчи бруцеллалар 3 хил бўлади.

- 1) *Brucella melitensis*
- 2) *Brucella abortus bowis*
- 3) *Brucella abortus suis*

Brucella melitensis касал қўй ва эчкилардан одамга ўтиб оғир бруцеллёларга сабаб бўлади.

Brucella abortus bowis касал сизирлардан одамга ўтади ва енгил спорадик бруцеллёларга сабаб бўлади. – (Банг касаллиғи) дейилади.

Brucella abortus suis касал чўчқалардан одамларга ўтиб ўртача оғирликда ўтадиган бруцеллёлари қўзғатади. Бруцеллалар одам ва ҳайвон организмидан ташқарида узоқ вақтгача тирик сақланади. Муз ва қорда 2 ойдан 4 ойгача, сутда 20–60 кунгача, сариёғда 50-55 кунгача, пишлокда 45 кунгача, гўштда 30-40 кунгача тирик сақланади. Тупроқда, чангда кийим-кечакда 2 ой яшай олади.

Ўзидан эндотоксин ишлаб чиқади.

Эпидемиологияси:

Касалликни асосий манбаи касал ҳайвон. Одамларга бруцеллёлар юкиш кўпинча қўй ва эчкилар орасидаги бруцеллёлар эпизоотиясига боғлиқ бўлади.

Одамга ҳайвонлардан юқади. Одамдан-одамга камдан-кам юқади. Қушхоналарда, сут қабул қиладиган пунктлар, сут заводлари, пишлок ва сир пиширадиган корхоналарнинг ходимлари шунингдек тери заводлари ишчиларига бруцеллёлар юкиш мумкин. Чорвачилик билан шуғулланмайдиган ва уйида мол боқмайдиган кишилар ҳам сут, қаймоқ ва пишлок, чала пиширилган гўшт (кабоб) истеъмол қилинганда бруцеллёлар юкиши мумкин.

Патогенези:

Бруцеллалар одам ва ҳайвон организмга шиллиқ пардалар ва тери орқали киради. Қай йўл билан киришига қарамай лимфа йўллари орқали лимфа безларига етиб боради.

1) Баъзан одам организмда мг чорва хўжалиғи ишчилари доимо касал ҳайвонлар билан ишлаганлари туфайли, организмда бруцеллёлар инфекциясига қарши иммулитетга эга бўлади, шунинг учун касаллик ривожланмаслиғи мумкин.

2) Баъзан бруцеллалар одам организмга киргач регионлар лимфа безларида турланади, қисман кўпаяди. Лекин уларни қонга ўтиши учун қулай шароит бўлмайди. Химоя механизмлари ишга солиниб инфекция организмга кенг тарқала олмайди. Кейинчалик химоя механизми пасайса, бактериялар қонга тушиб касаллик ривожланиши мумкин. Баъзан эса химоя кучлари қуввати ошиши натижасида бруцеллалар камайиб йўқолиб кетиши мумкин.

3) Баъзан инфекция лимфа безларидан тўғри қонга ўтиб касаллик ривожланишига олиб киради.

Клиникаси:

Бруцеллёлар ўзига хос хусусиятларга эга бўлган узоқ давом этадиган хроник инфекцияси аллергия касаллиқ.

Бруцеллёлар инкубацион даври 1 ҳафтадан 2-3 ҳафтагача чўзилади. Яширин даврдан кейин касаллик тўсатдан, баъзан аста-секин бошланиши мумкин.

Касаллик тўсатдан бошланса бирданига касаллик белгилари пайдо бўлади.

Аста-секин бошланса 1-3 ҳафта давомида продромал симптомлар учрайди. Киши дармонсизланади, боши, қўл-оёқлари, бир оз оғрийдир, юраги ғаш бўлади, уйқуси қочади, иштахаси бўғилади. Кечқурун 37,1 – 37,3 истима кўтарилиши мумкин.

Жигар ва талоқ катталашади, лимфа безлари катталашади. Истимасини турли хил типлари учрайди.

1) Тартибсиз равишда рецедив берувчи истима.

Турли муддатда истима даври ва турлича муддатда истимасиз давр билан навбатлашади. Истима даври 1-2 ҳафта, истимасиз даври 2-3 ҳафта давом этади.

2) Гитермиттенс истима. Кўпинча истима кечкурун, баъзан эрталаб харорат 39-40⁰ С кўтарилиб, тушиши мумкин.

3) Доимий истима. Бемор харорати ҳамма вақт баланд бўлиб, эрталабки харорат билан кечкурунги харорат орасидаги фарқ 1⁰ дан кам бўлади. 1-2 ҳафтагача.

4) Тўлқинсимон истима.

Истиманинг бу хили бруцеллёзга характерли бўлиб, беморнинг харорати аста-секин кундан-кунга баланд бўлиб юқори даражага ётади 1-2-3 ҳафтадан кейин аста-секин пасаяди. Харорат пасайиб № га тушади. 1-2 ҳафтадан сўнг яна кўтарила бошлайди.

Терлаш бруцеллёзнинг энг характерли семитомидир. Харорат тушаётганда бемор қаттиқ терлайди. Баъзан бемор кийимлари жикка хўл бўлади. Бунга сабаб ВНС функция бурилиши натижасида терлайди.

Периферик лимфа тугунлари катталашади. Қорин оғриши мумкин. Жигар ва талок бир оз катталашади. Таносил аъзолари зарарланади. Эркакларда орхит, эпидидемит, орхоэпидидемит. Аёлларда эса офарит, сальпингит, метрит, эндометрик каби касалликлар учрайди. МНС зарарланиш натижасида бош оғриғи, уйқусизлик, тажанглик, кайфият ёмон бўлиши кузатилади. ВНС зарарланса кўп терлайди тери трофикаси бузилади. Психик бузилишлар кузатилади. Бруцеллёзда бўғимлар зарарланади.

1) Синовитлар – бўғимни фақат синовиал пардаси зарарланади.

2) Пери ва параартритлар яллиғланиш бўғим атрофидаги тўқимага ўтади.

3) Артрит ва остеоартритлар бўғимнинг ҳамма тўқимаси, суяк тўқимаси ҳам зарарланади.

Бруцеллёзни клиник формалари.

1) Бирламчи – латент форма.

2) Ўткир – септик формаси.

3) Сентик – метастатик формаси.

4) Иккиламчи – сурункали метастатик форма.

5) Бирламчи сурункали метастатик формаси.

6) Иккиламчи – латент формаси.

Лабораторияда аниқлаш:

1) бактериологик

2) серологик

3) аллергия усуллари.

Давоси:

4 гуруҳга бўлиб 1) антибиотиклар;

2) иммунобиологик усул

3) физиотеропевтик усул

4) симптоматик усул.

1) Антибиотиклар: стрептомицин м/о катталарга 1 суткада 1 миллион 2 марта яъни ҳар 12 соатда курси 10-15 кун левомецетин ҳар 4 соатда 0,5 грамдан 10 кун мобайнида берилади.

2) Иммунобиологик усул. Вакцинотерапия, бруцеллинотерапия, протеннотера-ния, гемотрансфузия киради.

3) Физиотеропевтик усул диатермия ва электр нурлари билан даволанади. Бальнеотеропия ҳавойли ванналар.

4) Симптоматик даво vitaminлар буюрилади.

Профилактикаси:

1) Ҳайвонларни текшириш, касалларини ажратиш керак.

Одамлар орасида тушунтириш ишлари олиб борилиши керак. Сутни қайнатиб ичиш, гўшти чала пишириб ейиш трапмиш акс ҳолда касалликга сабаб булиши тушунтириш керак. Қишлоқ хўжалик ҳайвонларига яқин юрувчи кишилар.

5. Фавқулотда вазиятларга кутилмаганда юз берган тинчлик давридаги табиий офатлар натижасида пайдо бўлган юқумли касалликлар, уруш даврида эса очарчилик натижасида, шаҳар, қишлоқларни вайронага айланиши ва аҳоли миграциясини кўчиши, турар жой шароитини ёмонлиги, санитария маданиятини пастлиги ҳам юқумли касалликларни айниқса тошмали терлама, ич терлама ва вабо эпидемиялари тарқалиши мумкин. Бу фронт олдида ҳам Фронт орқасида ҳам юқумли касалликлар ривожланган. Кўплаб одамларни ҳалок бўлишига сабаб бўлади.

Тинчлик даврида табиий офатлар туфайли туфон, кучли довул, селлар, зилзилалар, қор кўчишлари натижасида ҳам эпидемиологик шароит ёмонлашиб юқумли касалликлар кўпайиши мумкин.

Масалан: кучли довул селлар туфайли бинолар бузилиши, аҳолини санитария ҳолатлари пасайиб касаллик ривожланиши учун шароит туғулади. Агар шу шароитда ҳаво иссиқ бўладиган бўлса юқумли касаллик ташувчи хашоратлар ҳам кўпайиб касалликларни кўпайиб кетишига тез тарқалишига сабаб бўлади.

Карантин инфекциялари тоун, вабо, чин чечак, сарик иситма, юқумли касалликлари чегарани кесиб ўтиб хориждан, қўшни ҳудудлардан ўтиб тарқалиши мумкин. Шунинг учун карантин ва юқумли касалликларларга қарши курашда санитария – карантин чоралари халқаро денгиз ва дарё портларида, аэропортларда, халқаро автомобиль йўлларида соғлиқни сақлаш муассасаларида томонидан олиб борилади. Масалан: Чегара темир йўл станцияларида санитария-карантин чораларини йўллар министрлигига қарашли - Санитария контроль пунктлари олиб боради. Келаётган экипаж ва пассажирлари юкларни тиббий кўрикдан ўтказди. Эмлаш тўғрисида халқаро гувоҳнома дератизация бўйича ҳужжатлар борлиги, карантин касалликлар билан оғриганларни аниқлаш текшириш ишларини олиб борадилар. Бу эса мамлакатимизга ана шу юқумли касалликларни тарқалишини олдини олади.

МАВЗУ: Болалар инфекциялари.
(Болалик даврининг юқумли касалликлари)

Юқумли касаллик бу муайян ташқи муҳит таъсирида юқумли омиллар (организмлар) ва бола организми (микроорганизм)нинг ўзаро муносабатидан келиб чиқадиган касаллик бўлиб бу ходиса юқумли омил таъсири микроор-ганизмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятидан устун келгандагина рўй беради.

Юқумли жараённинг яна бир кўриниши ташувчанлик бўлиб бунда макро- ва микроорганизмларнинг ўзаро таъсири ҳеч қандай ташқи белгиларсиз кеча-ди. Юқумли касаллик ва ташувчанлик бир-бирига айланиши мумкин бўлган икки хил ҳолатдир. Юқумли касалликларни бактериялар, вируслар, риккетсия-лар, замбуруғлар пайдо қилиши мумкин. Бу касалликларнинг кечишида бошланғич яширин инкубацион давр, касалликнинг авжига чиқиши, унинг белгилари йўқолиб бориши ва тузилиш давлари фарқ қилинади. Кўпинча инфекцион касалликлардан сўнг организмда унга нисбатан барқарорлик иммунитет ҳосил бўлади. Продронал давр кўринча 1-3 кун давом этиб, дастлаб ноаниқ белгилар (бош оғриғи, холсизлик, озроқ ҳарорат кўтарилиши) кузатилади, лекин бу белгилари ҳамма юқумли касалликларга ҳам хос эмас.

Касалликнинг авж олган даврида эса унинг барча хос белгилари юзага чиқади. Кейин касаллик белгилари йўқолиши даври кириб, баъзан тез, баъзида эса аста-секин улар йўқолади. Аммо ички аъзолари фаолияти ва морфологик ўзгаришларнинг муътадиллашуви секин боради, болада кувватсизлик, камҳаракатсизлик сақланади ва бемор аста-секин тузалади.

Юқумли касалликларнинг тарқалиш манбаи ёки табиий резервуари касалланган ёки юқумли омилларни ташувчи кишилар ҳамда ҳайвонлар ҳисобланади.

Кўпгина юқумли касалликларнинг тарқалишида яққол мавсумийлик кўзга ташланади: ичакнинг юқумли касалликлари ёз-куз ойларида ҳаво томчи йўли билан тарқалувчи касалликлар совуқ туша бошлаганида куз-қиш ойларида кўпроқ учрайди.

ҚИЗАМИҚ (morbilli)

Қизамиқ ўткир юқумли касаллик бўлиб, асосан болалик даврида учрайди ва юқори нафас йўллари шиллиқ пардаларининг яллиғланиши ҳамда бадан терисида тошма тошиши билан кечади. Бу касаллик бола организмга қизамиқ вирусининг юқиши натижасида келиб чиқади. Қизамиқ вируси филтрланадиган вирус бўлиб ташқи муҳит шароитига чидамсиз, у қуёшнинг ультробинофша нурлари таъсирида тез nobуд бўлади.

Эпидемиологияси. Қизамиқ вақтида фақат касал одам инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Касалликнинг энг юқумли даври каторал даври ҳамда тошма тошган дастлабки кунлар бўлади. Тошма тошгандан сўнг 4-кундан бошлаб беморлар юқумли бўлмай қолишади, яъни улар ташқи муҳитга қизамиқ вирусини чиқармай қўйишади.

Касаллик ҳаво томчи йўллари билан юқади. Қизамиқ вируси бемор йўталганда, аксирганда ёки гапирганда ҳаво томчилари орқали соғлом болаларга юқади.

Болаларда қизамиққа мойиллик даражаси жуда юқори бўлади. Қизамиқ билан оғриб, тузалган бемор болада кучли ва барқарор иммунитет ҳосил бўлади. Шунинг учун ҳам қизамиқ билан қайта касалланиш камдан-кам учрайдиган ҳолдир.

Уч ойгача бўлган болаларда она организмдан болага ўтган иммун модда-лар ҳисобига қизамиққа нисбатан мутлоқ берилмаслик ҳусусияти мавжуд бўлади. Уч ойдан саккиз ойгача бўлган болаларда эса она сути орқали олина-диган омиллар ҳисобига иммунитет мавжуд, аммо бу иммунитет нисбий бўла-ди. Қизамиққа жуда ҳам мойиллик даври болаларда 1-8 ёшгача кузатилади.

Касалликнинг тарқалиши аҳоли қанча зич яшаса, шунча осонлашади. Шаҳарларда қишлоқ шароитига нисбатан қизамиқ тезроқ тарқалади. Илгари қизамиққа қарши оммавий эмлаш ўтказилганлиги сабабли қизамиқ эпидемия тарзда учраб турган.

Қизамиқ вируси боланинг юқори нафас йўлларида тушгач тез кўпаяди ва қонга ўтади. Вируснинг микдори 5-6 кунда энг юқори даражага етади ва кейинчалик камая боради. Тошма тошмасдан олдин вирус яна бир маротаба кескин кўпаяди ва 2-3 кундан кейин эса бутунлай камайиб, аста-секин йўқолиб кетади.

Клиник манзараси. Касалликнинг ўтишида бир неча давр фарқ қилинади. Яширин давр (инкубацион) бошланғич давр, тошма тошиш ва тошманинг қайтиши даври. Қизамиқнинг яширин

даври асосан 9-10 кун давом этади. Эмланган ёки гаммаглобулин олган болаларда яширин давр кўпи билан 21 кунгача кузатилади. Бу даврда касалликнинг клиник белгилари бўлмайди. Шундан сўнг касалликнинг продромал ёки каторал даври бошланиб тана ҳарорати 38-39 °C гача боради, кучли бош оғриғи, йўтал, акс уриш, юқори нафас йўллари ва буруннинг ўткир яллиғланиши белгилари пайдо бўлади. Бу даврнинг 2-3 кунда тана ҳарорати пасаяди. Аммо нафас йўллари яллиғланиши белгилари кучайиши мумкин. Бу аломатларга кўз шиллиқ пардасининг яллиғланиши-конъюнктивит қўшилади. Бемор боланинг кўзи ёшланиб, қизаради ва ёруғликка қара олмайди. Қизамиқ билан оғриган болалар ўзига хос кўринишига эга бўладилар: уларнинг юзлари, қовоқлари, шишган ва қизарган, бурунларидан сероз, суюқлик оқаётган бўлади. Оғиз ва юмшоқ танглайнинг шиллиқ пардасида ҳам ўзига хос ўзгаришлар юзага келади.

Баданга тошма тошмасдан 1-2 кун олдин юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг шиллиқ пардасида қизил доначали доғлар (қизамиқ энантемалари) пайдо бўлади. Бу қизамиқнинг дастлабки белгиси бўлиб унга Н.Ф.Филатов катта эътибор берган эди. Шу билан бир вақтда қизамиқнинг бошланғич, яъни Бельский-Филатов-Коплик белгиси пайдо бўлади. Бу доғлар лунжнинг шиллиқ пардасида эпителия қаватнинг кепакланиб тўкилиши натижасида келиб чиқади. Улар оқимтир рангли, атрофини қизил гардишча билан ўралган бўлади. Бу доғлар асосан 2-3 кун давомида сақланиб туради, баъзан эса тошма тошиш даврининг 1-2 кунларида ҳам кузатилиши мумкин. Доғлар алохида-алохида жойлашган бўлиб, бир-бирлари билан қўшилмайди. Уларни шпатель ёки тампон билан артиб ташлаб бўлмайди.

Қизамиқнинг бу давридан сўнг, тошма тошиш яъни «гуллаш» даври бошланади. Тошма тошишдан олдин тана ҳарорати қайтадан 30-40 °C гача кўтарилади ва 2-3 кундан кейин пасайиб боради. Қизамиқ тошмаси деярли ҳарорат кўтарилиши билан бир вақтда пайдо бўлади. Тошма катта доначаси, қизғиш доғлардан иборат бўлиб, дастлаб боланинг юзида ва кулоқларининг орқасида пайдо бўлади ва тез орада баданнинг пастки қисмига тарқала бошлайди. Қизамиқ тошмаси скарилатинадан фарқли улароқ, лаб-бурун учбурчагида ҳам бўлади. Иситманинг 2-кундан бошлаб, тошма кўкрак, қорин терисига, 3-кунда эса оёқлар терисигача тарқалади.

Тошманинг гуллаш даври 3 кун давом этади. Кейинчалик у қандай тартибда пайдо бўлса, худди шундай тартибда қайта бошлайди. Тошманинг ранги оқимтирлашиб, аста-секин унинг ўрнида пушти ранг доғ-пигментация ҳосил бўлади. Бундай пигментли доғлар 1-2 ҳафтагача сақланиши мумкин. Тошманинг қайтиши даврида тери юз қаватининг ажралиб тушиши кузатилади. Тошманинг «гуллаш» пайтида каторал давридаги аломатларининг: бош оғриғи, иштаханинг йўқолиши, уйқусизлик, яллиғланиш белгиларининг яллиғланиши авжига чиқади ва баъзи ҳолларда зотилжамга олиб келиши мумкин. Кўпгина беморларда ўпка илдизи ва бронхларнинг лимфа безлари катталанганлиги аниқланади.

Реконвалесценция, яъни соғайиш даврида касалликнинг асосий белгилари аста-секин камайиб боради. Аммо, боланинг нимжонлиги, иммунологик кучларининг камайганлиги анча вақтгача сақланиб туради. Қизамиқ вируси бола организмнинг химоя кучларини камайтириб, бошқа касалликларга мойиллигини оширади. Шу туфайли аксарият болаларда оғир асоратлар ривожланиши кузатилади. Беморларни даволаш жараёнида бу ўзгаришларни ҳам албатта эътиборга олиш зарур.

Касалликнинг клиник турлари. Бемор болалар умумий аҳволини қай даражада ўзгаришига қараб қизамиқнинг оғир, ўртача ва енгил тарзда кечувчи турлари фарқланади.

Қизамиқнинг оғир тури юқори ҳарорат, организмнинг кучли захарланиши (интоксикация), маказий асаб системасининг зарарланиши ва нафас йўллариининг ўткир яллиғланиши билан кечади. Қизамиқнинг бу турида кўп ҳолларда тули асоратлар (энцефалит, менинго энцефалит, ўткир юрак томир етишмовчилиги, геморрагик асоратлар) ривожланади. Дистрофияга учраган, заифлашиб қолган болаларда қизамиқнинг асосий белгилари ёрқин намоён бўлмаса-да, уларда касаллик кўпинча оғир кечади. Аксарият ҳолларда оғир асоратларга олиб келиши ва ҳаттоки ўлим билан тугаши мумкин. Махсус эмланган болаларда қизамиқнинг енгил тури кузатилади. Унинг яширин даври 21-кунгача чўзилади, бошланғич ва тошма тошиш даври эса аксинча қисқа бўлади. Касалликнинг каторал белгилари кучсиз ифодаланган бўлиб, Бельский-Филатов-Коплик аломати умуман учрамаслиги мумкин. Тана ҳарорати юқори даражада бўлмайди ва баданга сийрак тошма тошади. Бундай ҳолларда беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди ва касаллик асоратларсиз кечади.

ҚИЗАМИҚНИНГ АСОРАТЛАРИ

Асоратлар асосан оғир турларда ва 2 ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Бу асоратларнинг ривожланишида бола организмнинг заифлиги, рахит, гипотрофия, экссудатив диатез каби холларда ҳам аҳамиятга эгадир. Энг кўп учрайдиган асоратлар асосан нафас аъзоларида бўлиб, улар ларингит, бронхит, зотилжам тарзда намоён бўлади. Булардан ташқари ёш болаларда отит, стонотит, блефалит ва кератит каби асоратлар ҳам кузатилиши мумкин.

Қизамиқнинг жуда кам, аммо оғир ўтадиган асорати бу энцефалит бўлиб, катта ёшдаги болаларда учрайди. Мана шундай оғир асоратлардан яна бири – йиринглиги менингитдир.

Ташҳиси. Қизамиқ ўзига хос (типик) кечаётган холларда унинг диагностикаси унчалик қийин эмас. Ташҳис қуйишда касалликнинг клиник манзарасига ва эпидемиологик вазиятига катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари, тошманинг навбат билан гавданинг юқори қисмидан пастга қараб тошиши, тошмадан олдин Бельский-Филатов-Коплик аломатининг пайдо бўлиши конъюнктивит каби хос белгиларга эътибор бериш зарур.

Даволаш. Қизамиқнинг енгил ва асоратсиз турларида беморнинг уй шароитида даволаш мумкин. Касалликни даволашда гигиена қоидаларига, кун тартибига риоя қилиш, болани тўғри овқатлантириш, бемор ётадиган хонани тез-тез шамоллатиб туиш кабилар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Юқумли касалликлар шифохонасига асосан 3 ёшгача бўлган болалар ётқизилади.

Бемор ётган хона тоза бўлиши керак. Беморнинг териси ва шиллиқ пардаларига диққат билан қараб бориш; боланинг бети ва қўлларини тез-тез иссиқ сув билан ювиш, бурнини, тозалаб туриш керак. Ҳар куни бемор кўзларини ювиш, лаблари қуриб қолмаслиги учун мой суртиб туриш керак. Болаларга етарли даражада суюқлик ичириб туриш керак, каттароқ болаларга эса кун давомида би неча марта оғизни чайиш тавсия қилинади. Беморнинг овқати витаминларга бой ва енгил бўлиши керак. Боланинг ёшига қараб аскорбин кислота (витамин С), В гуруҳи, витамин А тайинланади. Агар қизамиқ туфайли зотилжам ривожланган бўлса, зотилжамни даволашнинг усуллари билан даволанади.

Профилактикаси. Қизамиқнинг олдини олиш асосан 2 йуналишда; эпидемиясига қарши ва махсус (специфик) профилактика тарзда амалга оширилади.

Эпидемиянинг олдини олиш мақсадида беморлар тошма тошгандан 5 кунгача алоҳидаланиб қўйилади ёки юқумли касалликлар шифохонасига жойлаштирилади. Қизамиқ чиққан болалар муассасасида 21 кун давомида карантин жорий этилади. Бемор билан бирга бўлган болалар тиббиёт ходимлари назорати остига олинади. Уларнинг териси, шиллиқ пардалари ва тана ҳарорати мунтазам текширилиб турилади. Қизамиқ ўтказмаган болаларга гамма-глобулин юборилади ва ҳар куни ҳўл латта билан тозалаб турилади.

Қизамиқнинг махсус профилактикаси фаол ва нофаол тазда бўлиши мумкин. Унинг нофаол профилактикаси қизамиқли бемор билан мулоқотда бўлган болаларга (касалликнинг яширин даврининг 6 кунгача) 1,5-3 мл миқдорда гамма-глобулин юбориши орқали оширилади. Гамма-глобулин 3 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларга юборилади, агар бола камқувват бўлса, унинг ёшидан қатъий назар, гамма-глобулин қилинади. Унинг таъсири 4 ҳафтагача сақланади.

Ҳозирги даврда қизамиққа қарши фаол иммунитет ҳосил қилимоқда. Бу мақсадда бола организмга тирик, лекин кучсизлантирилган қизамиқ вируси юборилади. Қизамиқ билан оғриманган болаларга қизамиққа қарши эмланади. Қизамиқ вакцинаси 0,5 мл миқдорда бир маротаба бола 1 ёшга тўлганда, тери остига юборилади. Эмланган болаларда иммунитет анча кучли бўлиб, у 5-7 йил давомида сақланади. Фаол эмлаш туфайли кейинги пайтларда мамлакатимизда қизамиқ кескин камайган ва у енгил турларда ўтмоқда.

СУВЧЕЧАК

Сувчечакнинг қўзғатувчиси *Aparao* таначалари бўлиб, филтрланган вируслардир. Инфекция манбаи касал одам у энг сўнгги тошмалар чиққандан кейин ҳам 5 кунгача юқумли бўлиб туради. Касаллик фақат ҳаво-томчи йўли билан тарқалади. Касалликнинг берилувчанлик ўта юқори бўлиб, аҳоли зич яшайдиган жойларда эпидемия ҳолида учраши мумкин. Касаллик кўпинча куз, қиш ва баҳор ойларида кузатилади.

Клиник манзараси. Касалликнинг инкубацион даври ўртача 14 кунни ташкил этиб, 11 кундан тортиб то 21 кунгача етиши мумкин. Касалликнинг клиник белгилари кўрингунча бўлган

(продронал) даврда субъфебрил ҳарорат пайдо бўлади, беморнинг кайфияти бузилади, кейинчалик тана ҳарорати кўтарилиб, танасида тошма пайдо бўлади. Тошма оддатда беморнинг юзи, сочларининг ораси, танаси, оёқ-қўлларида бир йўла пайдо бўлади. Тошма аввал суюқсизлик бўртма (папула) сифатида пайдо бўлиб, тез орада (бир неча соат ичида) суюқлик тутувчи пуфакча (везикулага) айланади. Везикулаларнинг катталиги ва шакли ҳар хил бўлиши мумкин. Пуфакчалар терида юзаки жойлашган, атрофи эса қизил хошия билан ўралган бўлади. Игна санчиб кўрилса, бўшлиғи битган бўлгани учун у тўлиқ пучайиб тушади. Оддатда пуфакчалар 1-2 кундаёқ тўкилиб кетади. Уларнинг ўрнида чандиқ қолмайди, ҳар 1-2 кунда янгидан тошма чиқиб тургани учун беморнинг баданида бўртма, пуфакча ва пўстлоқнинг топиш мумкин. Тошма баданни қичиштиради. Баъзан оғиз, бурун ва жинсий аъзоларнинг шиллиқ пардаларига ҳам тошма тошиши олдидан беморнинг ҳарорати 39-40 °C га кўтарилиши, ҳар гал тошма қайтадан тошганда, бу ҳол қайтарилиб туриши ҳам мумкин. Пуфакчаларининг қуриши борасида 3-5 кунга бориб (баъзан 6-8 кун ўтганда), беморнинг ҳарорати мўътадиллашади. Периферик қон айланиш системасида лейкопения, нейтропения ва нисбий лимфоцитоз кузатилади. Беморнинг 10% да пуфакчалар йиринглашади ва бундай ҳолларда уларнинг ўрнида майда чандиқчалар пайдо бўлиши мумкин. Баъзан эса соф бўлмаган суюқлик тутувчи йирик (диаметри 2-3 см) пуфакчалар пайдо бўлади, бу касалликнинг буллез тури дейилади. Шунингдек, оғир ҳолларда пуфакчаларнинг ўрнида чуқур яралар пайдо бўлади. Бунга сувчечакнинг гангреноза тури дейилади. Бундай кечим оғир оқибатларга, ҳаттоки беморнинг ўлимига олиб келиши мумкин. Касалликнинг геморрагик турида эса 2-3 куннинг ичида пуфакчалардаги суюқли геморрагик хусусият олади. Тери ва шиллиқ пардалар ҳамда бурундан баъзан қон кетади. Касалликнинг бу тури ҳам ўта оғир кечиши мумкин.

Одатда сувчечак асоратлар қолдирмайди. Аммо пуфакчалар қузда бўлса, баъзан эса ларингит беиб, ҳатто крупга олиб келади. Камдан кам ҳолларда сувчечак нефрит, менингит ва пневмонияга сабаб бўлади.

Таъҳисси. Кўпинча касалликни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Аммо сувчечакни чинчечакдан фарқ қилиши муҳимдир; чинчечак ҳароратнинг баланд кўтарилиши. Белнинг қаттиқ оғиб қолиши билан билинади. Сувчечакда тошма тошиши ҳарорат кўтарилиши билан кечса, чинчечакда тошма чиқиши даврида тана ҳарорати кескин пасаяди.

Чинчечакда тошма аввал юздан бошланиб, бармоқлар, тана оёқларда кетма-кет пайдо бўлади ва шу билан тошма бетатиб келиб чиқадиган сувчечак тошмасидан фарқ қилади.

Сувчечакда бутун баданда тошма ҳар хил даврларда (папула, везикула, пўстлоқ) бўлса, яъни полиморфиз кузатилса, чинчечакда маълум жойда у бир хил даврда бўлади. Сувчечакни скарлатина билан фарқлашда эса, ангинанинг бўлмаслиги, тилдаги скарлатинага хос ўзгаришлар, бурун-лаб учбурчагида ангарликнинг йўқлигига қараб рад этса бўлади.

Сувчечак асосан ҳайрли кечишга мойил касаллик бўлиб, кичик ёшдаги болаларда оғирроқ ўтади. Айниқса, сурункали касалликлари бўлган камқувват болаларда сувчечак оғир, гангреноз ёки геморрагик турда кечиш, уларнинг ҳаётига таҳдид солиши мумкин.

Даволаш. Сувчечакнинг асосий давоси қатъий гигиеник тартиб бўлиб, иккиламчи инфекциянинг олдини олишга қаратилгандир. Боланинг тирноқлари калта қилиб олинган, қўллари доимо тоза бўлиши керак. Беморга кучсизгина калий перманганатли ванна тавсия этилади. Айни пайтда пуфакчаларга 4-10% ли калий перманганат ёки 1-2% ли бриллиант яшили суртиб турилади. Оғиз бўшлиғини ҳам кучсиз дезинфекцияловчи эритмала билан чайиб туриш керак.

Йирингли асоратлар пайдо бўлса, антибиотиклар ва сульфаниламид дорилари ҳам қўлланилади. Крупнинг белгилари кўринганда, чалғитувчи даво тадбирлари – оёққа иссиқ ванна, бўйин қисмига парафин ёки озокерит аппликацияси қилиш тавсия этилади.

Сувчечак профилактикаси учун санитария қоидаларига қатъий амал қилиш керак; касалланган болани дастлабки кундан бошлаб кун давомида алоҳидалаб қўйиш керак. Касаллик қўзғатувчи вирус *stronguloplazma varicelle* ташқи муҳитда чидамсиз бўлганлиги учун ҳам ҳасталик буюмлар ва учинчи шахс орқали тарқалмайди. Шунинг учун ҳам хонани шамоллатишнинг ўзи етарли бўлиб, дезинфекция талаб этилмайди. Беморлар билан мулоқотда бўлган болалар инкубация даврининг 2 кунидан тортиб, то 21 кунгача ажратиш қўйилади.

КЎКЎЎТАЛ (Pertuses)

Кўкўўтал ҳаво-томчи йўли билан юқадиган касаллик бўлиб, асосан нафас йўллари ва аъзоларининг зарарланиши, хуружсимон йўтал ва асаб системаси фаолиятининг бузилиши билан

кечади. Бу гуруҳга кирувчи касалликдан фарқли уларок, кўкйўтал билан болалар жуда эрта, яъни ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб касалланиши мумкин.

Кўкйўтални кўзгатувчи микроблар 1906 йилда Ж.Борде ва О.Жангу томонидан кашф этилган бўлиб, бу микроблар ташқи муҳитда ниҳоятда чидамсиз эканлиги аниқланган.

Эпидемиологияси. Кўкйўталнинг эпидемиологияси болаларнинг мурғакликдан унга берилувчанлиги ва касаллик ўта юқумли бўлган катарал даврда унинг диагностикаси анча қийинлиги билан ажралиб туради.

Касаллик манбаи бўлиб, бемор одам ҳисобланади. У касалликнинг дастлабки даври давомида ҳаммадан кўра юқумли бўлади. Кейинчалик у камроқ даражада ҳавфли бўлиб қолади, касаллик бошидан 6 ҳафта ўтгандан сўнг эса юқумли бўлмай қолади. Касаллик тарқатиш манбаи бўлиб, кўкйўталнинг яширин (латент) тури билан оғриган беморлар ҳам хизмат қилади.

Болаларнинг кўкйўталга мойиллик даражаси қизамиққа нисбатан анча паст ва тахминан 75-70% ни ташкил этади. Кўкйўтал микроблари бемор организмидан ҳаво-томчи йўли билан чиқиб, соғ болаларнинг нафас йўлларида ўрнашиб, кўпая бошлайди.

Кўкйўтал микробларнинг юқиши учун бемор билан соғлом болаларнинг мулоқотда бўлган вақти аҳамиятга эга. Бу вақт кам бўлса, кўкйўталнинг юқиши эҳтимоли паст бўлади. Кўкйўтал билан иммунитет ҳосил бўлади.

Патогенизм. Кўкйўтал микроблари нафас йўллариининг цилиндрли эпителийсида ўрнашиб, кўпая бошлайди. Бу даврда микробларнинг кўпи нобуд бўлади ва токсин ажратади. Ажралган токсин асаб системасига, қон томирларига, нафас аъзоларига таъсир этади. Бунинг натижасида бронх деворларининг мушаклари қисқариб, бронхаспазмга олиб келади, периферик қон томирлар ҳам тораяди, нафас мушаклари спастик қисқаради. Буларнинг ҳаммаси ўз навбатида хуружсимон йўталга ва нафас фаолиятининг кескин бузилишига олиб келади. Кўкйўталнинг патогенезмида аллергиянинг ҳам аҳамияти катта. Баъзан кўкйўтал пайтида илгаридан сезувчанлиги ошган болаларда асмастик синдром учайди, бу ҳам аллергиянинг касаллик ривожланишидаги аҳамиятини қайта тасдиқлайди.

Клиник манзараси.

Кўкйўталнинг кечишида бир неча давр фарқ қилади:

- 1) яширин (инкубацион);
- 2) катарал;
- 3) спастик, хуружсимон (йўтал даври);
- 4) соғайиши.

Яширин (инкубацион) давр 3-4 кундан то 10-14 кунгача давом этади, ўртача 5-8 кунни ташкил қилади. Касалликнинг яширин даврида клиник жиҳатдан деярли ҳеч қандай ўзгариш сезилмайди. Катарал давр 12-15 кунгача чўзилади. Эмланган болаларда бу давр узайиши, гўдакларда эса аксинча, қисқариши мумкин. Касаллик бошқа йўталлардан фарқ қилмайдиган йўтал билан бошланади. Беморнинг умумий аҳволи кам ўзгаради, клиник текшириш натижасида эса унинг организмда юқори нафас йўллариининг яллиғланишидан бошқа ўзгариш аниқланмайди. Йўтал аста-секин хуружсимон тусга киради ва беморнинг умумий аҳволи йўтал пайтида ўзгара бошлайди. Бу давр спастик (хуружсимон) йўтал даврининг бошланишидан дарак беради.

Беморнинг аҳволи анча оғирлашади, йўтал хуружлари уни ҳолсизлантиради. Бу даврнинг асосий белгиси хуружсимон йўтал бўлиб, у ўзига хос ҳусусиятига эга ва 2-3 ҳафтагача давом этиши мумкин. Йўтал бирин-кетин келадиган нафас чиқариш ҳаракатлари билан бошланади ва охирида қисқа шовқинли, хуштаксимон нафас олиш билан тугайди (реприз). Бироз вақт ўтмай, яна нафас чиқариш билан кечадиган йўтал бошланади ва хоказо.

Бундай йўтал хуружи 2-3 тадан 20 тагача бўлиши ва елимсимон шиллик чиқиши ёки қайд қилиш билан тугаши мумкин. Йўтал хуружи пайтида беморнинг аҳволи ўзига хосдир: унинг юзи қизаради, лаблари кўкариб, бироз шишади, бўйин вена томирлари бўртиб чиқади, кўзлари қон қуйилгандек бўлади, тили оғзидан чиқиб туради, айрим ҳолларда бунидан қон кетиш кузатилади. Баъзан хуруж пайтида кўзнинг оқсил пардасига қон қуйилади. Хуружлараро даврда ҳам беморнинг бети шишиб туради, лаб-бурун учбурчаги кўкимтир бўлади, тили остида яра ҳосил бўлади. Бу давр касалликнинг 2-3 ҳафталарига бориб, ўзининг энг юқори даражасига етади ва кейин йўтал аста-секин камайиб бориб, **соғайиш** даври бошланади.

Созайиш даври 1 ҳафтагча давом этади. Бу даврда йўтал хуружлари камайиб бориб, беморнинг кайфияти яхшиланиб боради, иштахаси очилиб, умумий аҳволи қониқарли бўлади. Касалликнинг авжига чиққан даврида периферик қон текшириб кўрилганда, лейкоцитоз кузатилади ($20-30 \cdot 10^9$ л дан – $60 \cdot 10^9$ л гача), эритроцитлар чўкиш тезлиги ўзгармаслиги мумкин.

Кўкйўталнинг кечиши енгил, ўртача ва оғир турида ўтиши мумкин. Касалликнинг енгил турида йўтал хуружлари кунига 5-15 тагача бўлади, хуружлар енгилроқ ва қиска бўлиб, қайт қилиш деярли кузатилмайди.

Ўртача оғирликдаги кўкйўталда хуружлар кунига 15-25 тагача бўлиб, беморнинг аҳволи ҳам анча ўзгарган бўлади. Оғир турда ўтадиган кўкйўталда эса хуружлар сони кунига 25-30 дан ошиши, ҳар бир хуружнинг узоқ давом этиши ва бемор аҳволининг оғирлашиши кузатилади.

Кўкйўтал деярли ҳамма вақт нафас аъзоларининг зарарланиши билан кечади. Унинг катарал даврида ўпкада деярли ўзгаришлар аниқланмайди. Хуружсимон йўтал даврида бронхитга ҳос ўзгаришлар эшитилади. Хириллашларнинг кўпинча йўтал хуужидан сўнг изсиз йўқолиши мумкин. Перкуссия қилинганда, ўпкада ҳаво сиқилиб турганлигидан далолат берувчи тимпаник товуш аниқланади. Кўкрак қафаси рентген қилиб кўрилганда эса ўпканинг эмфизиматоз ҳолатда эканлиги аниқланади, диафрагма паст жойлашган бўлиб, қовурғалар эса горизонтал ҳолатда туради.

Кўкйўталда қон-томир системасида ҳам анча ўзгаришлар бўлади. Бемор бетининг, лабларининг салқиси ва кўкимтир тусга кириши, бўйин вена қон-томирларининг йўтал хуружи пайтида бўртиб туриши, қўл-оёқ бармоқларининг кўкариши (акроцианоз), қўл-оёқларнинг тананинг бошқа жойларига нисбатан совуқ бўлиши, юрак-томир системасидаги ўзгаришларнинг ифодасидир. Кўкйўталнинг оғир турида гепоксия сабабли юракда ҳам анча оғир ўзгаришлар юз бериши мумкин.

Кўкйўталда бош миёда гипоксия ва қон айланишнинг бузилиши сабабли энцефалопатия белгилари кузатилади. Бемор безовталанади асаби барқарорла-шади, қўл-оёғи титрайди, пай рефлекслари кучаяди. Тана ҳарорати кўкйўталда деярли кўтарилмайди ёки у субфебрил даражада бўлиши мумкин. Жуда юқори ҳарорат кўпинча асоратлар (пневмония) ривожланганлигини билдиради.

Гўдакларда кўкйўтал катта ёшдаги болаларга қараганда ўзига ҳос кечишга эга; уларда касалликнинг яширин даври нисбатан қиска, йўтал ҳам оғирроқ бўлади. Баъзан нафас мароми бузилиб, нафаснинг тўхтаб қолиши (апноэ) кузатилади. Асоратлари ҳам катта ёшдаги болаларга кўра тез ривожланади ва оғирроқ ўтади. Буларда йўтал репризаларсиз бўлади, қиска, лекин узлуксиз келадиган йўтал зарбларидан боланинг юзи аввал қизариб, кейин кўкариши, сўнг асфиксия бошланиб, талвасага айланиши мумкин.

Гўдакларда кўкйўталдаги пневмония 45-53% ҳолларда учрайди. Кўпинча бу асорат катарал даврнинг охири ёки хуружсимон йўтал даврида ивожланади.

Кўкйўталда учрайдиган яна би асорат – бу энцефалит, яъни марказий асаб системасининг зарарланишидир. Бу асорат асосан 1-2 ёшдаги болаларда учрайди.

Юқорида айтилган асоратлардан ташқари, кўкйўталда кўкрак қафасида босимнинг ортиши натижасида келиб чиқадиган асоратлар-пневмоторакс, эмфизема, киндик ва чов чурраси, тўғри ичакнинг тушиши кабилар ҳам кузатилиши мумкин.

Ташҳиси. Кўкйўтал ўзига ҳос белгилар билан кечган ҳолатларда унинг диагностикаси қийин эмас. Кўкйўтал яширин (латент) ҳолда ўтса ёки катарал даврда бўлса, унинг ташҳиси анча қийинчилик туғдириши мумкин. Бундан ташқари, респиратор касалликларнинг эпидемияси даврида баъзи ҳолларда кўкйўталсимон йўтал учрайди. Бунда ҳам унинг диагностикаси анча мураккаб бўлади. Агар кўкйўтал хуружи пайдо бўлса бу беморнинг касалликка чалинганлигини билдиради. Кўкйўталга ташҳис қўйишда эпидемиологик вазиятни инобатга олиш зарур.

Периферик қоннинг текшириш натижалари ҳам маълум аҳамиятга эга. Кўкйўталнинг диагностикаси жуда мураккаб бўлганда лаборатория усули – бактериологик текшириш маълум аҳамият касб этади. Бунинг учун махсус озиқ мухити солинган Петри косачаси йўтал хуружи пайтида 4-6 см масофадан беморнинг оғзига 10-12 сек. давомида тутиб турилади, кейин уни беркитиб, микробни ўстириш учун 37 °С ҳароратли темостатга қуйилади. Бундан ташқари, бурун,

ҳалқум тампони билан Барде-Жангу мухитида суртма ҳам тайёрланиб, бир неча кундан сўнг ўсган микробларнинг тури аниқланади.

Бу усул қатарал ва хуружсимон йўталнинг бошланғич даврида яхши натижа бериши мумкин.

Давоси. Кўкйўталга даво қилиш учун кун тартибига тўғи ташкил этиш зарур. Бемор етарли даражада ухлаши, йўтал хуружини пайдо қилувчи ҳар қандай таъсирлардан сақланиши керак. Унинг овқати ёшига ҳамда умумий аҳволига мос келадиган витаминли, кучли ва тўқ тутадиган бўлиши керак. Беморнинг аҳволи оғир бўлмаганда ва кўкйўталнинг енгил ўтадиган турида уни уй шароитида даволаш мумкин. Гўдақлик даврида ва оғир турда ўтадиган кўкйўтални албатта, юқумли касалликлар шифохонасида даволаш шарт. Агар бемор жуда безовта бўлса ва йўтал хуружи тез-тез қайталаниб турса, овқатлантиришдан олдин тинчлантирувчи (седатив) дои-дармонлар бериш тавсия этилади.

Тоза ҳаводан кўпроқ баҳраманд бўлиш муҳим аҳамиятга эга; бунда йўтал хуружлари анча камаяди ва ҳатто енгил ҳолларда бутунлай йўқолиши ҳам кузатилади.

Касалликни даволаш пайтида беморларга витамин А, витамин К ва аскобин кислотаси бериш тавсия этилади. Периферик қон айланишни яхшилаш мақсадида уларга 10-12 кун давомида витамин РР (никотин кислота) тайинланади.

Кўкйўтални даво қилиш учун айниқса, бирор асорат ривожланган пайтида антибиотиклар қанчалик эрта қўлланса (қатарал даврининг бошидан бошлаб), унинг натижаси шунчалик яхши бўлади. Кўкйўталда ампицилин ва эритромицин ҳам ишлатилади.

Эритромицин 1 кг вазнига 5000-10000 ТБ миқдорида кунига 3-4 маҳал ичишга 10 кун давомида бериб турилади. Ампицилин эса кунига 25-50 мг/кг ҳисоб олиниб, 4 мартага бўлиб, ичишга берилади ёки мушак орасига 10 кун давомида юборилади.

Серологик даволашда беморларга 3-6 мл миқдорда кўкйўталга қарши иммуноглобулин қўлланилади. Иммуноглобулин таркибида кўкйўталга қарши таначаларнинг борлиги туфайли, кўп ҳолларда у яхши натижа беради. Келишини ҳисобга олиб кислород билан даволаш – оксигенотерапия усули кенг қўлланилади. Бунда ташқи нафас фаолияти анча яхшиланади, юрак ёки марказий асаб системасининг фаолиятида ижобий ўзгаришлар содир бўлади.

Нейроплегик препаратлар (аминазин, пропазин ва бошқалар) ни қўллаш натижасида бемор тинчланади, уйқуси анча яхшиланади, йўтал хуружлари камаяди, қайд қилиш тўхтайди. Нейроплогик препаратларни ишлатиш касалликнинг бошланишида ҳам, кейинги даврларда ҳам яхши наф беради (Аминазин ва пропазин кунига 1-3 мг миқдорда ҳар кг вазнга; 10-12 кун давомида қўлланилади).

Кўкйўталнинг оғир ва асоратлар билан кечадиган турларида кортикосте-роид гормонларидан фойдаланилади. Бу мақсадда асосан реднизолон (1 кг вазнга 1-2 мг ҳисобида 10-15 кун давомида) қўлланилади. Бу препаратлардан фойдаланиш, гормонларнинг ишлатишнинг умумий қоидаларига асосан олиб борилиши зарур.

Касалликка даво қилиш учун антигистамин препаратлар димедрол, супрастин, тавегил, дипразин ва бошқалар ҳам тавсия этилади.

Профилактикаси. Беморни иложи борица тезроқ бошқа болаларда (30 кун давомида) алоҳидалаб қўйиш керак.

Ҳозирги даврда касалликнинг олдини олишнинг асосий услуби – фаол эмлаш ҳисобланади. Бу жараён АКДС – вакцинаси орқали ўтказилади. Бу вакцина соғлом болаларга 3 ойлигидан бошлаб 45 кун оралиқ билан 3 марта 0,5 мл миқдорда мушак орасига юборилади. Бола 1,5-2 ва 3 ёш бўлганда унга 0,5 мл дозада АКДС – вакцинаси юборилиб қайта эмланади (ревакцинация).

ДИФТЕРИЯ

Дифтерия (бўғма касаллиги) ўткир юқумли касаллик бўлиб, юқори нафас йўллари (бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ) шиллиқ пардаларининг яллиғланиши ва организмнинг умумий захарланиши билан кечади.

Бўғма касаллиги ўтмишда жуда оғир ўтган ва кўпгина асоратларга олиб келган ҳамда организмнинг умумий захарланиши туфайли фожиали тугаган. Мамлакатимизда 1940 йилдан бошлаб фаол эмлаш жорий этилгандан кейин, сўнгги йиллар ичида бўғма касаллиги деярли якка-якка (спорадик) учрайдиган бўлиб қолди.

Этиологияси. Касалликни пайдо қилувчи сабаб – дифтерия таёкчаси – *corebacterium diptheriae* бўлиб, у факультатив анаэроб микроблар гуруҳига киради ва уни 1881-1883 йилларда

Клебс ва Лёффлер аниқлашган. Бўғма таёқчасининг асосий хусусияти унинг экзотоксин ишлаб чиқариши бўлиб, бу хусусиятга қараб, токсиген ва токсик бўлмаган гууҳларга бўлинади.

Дифтерия таёқчаси паст ҳароратларга анча чидамли (20 °C да 7 кун давомида тирик сақланади), аммо юқори ҳароратга чидамсиздир (+58 °C да 30 дақиқа ичида ҳалок бўлалди).

Бўғма таёқчаси бемор бола ўйнаган ўйинчоқларда ва у ишлатган буюмларда узоқ вақт сақланиши мумкин, лекин зарарсизлантирувчи моддалар (лизол, фенол, водород пероксиди, хлорамин) таъсирида тезда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Кенг миқёсда фаол эмлаш натижасида бўғма касаллиги йўқ қилинди, спорадик тарзда учраши ҳам кескин камайди. Касалликнинг манбаи бўлиб, бемор билан болалар ва касаллик бактериясини ташувчилар хизмат қилади.

Бемор бутун касаллик мобайнида юқумли ҳисобланади. Баъзи ҳолларда эса касалликнинг асосий белгилари ўтгандан кейин ҳам, улар ўзгалар учун ҳам ҳавфли бўлишади (бу касалликда бактерия ташиб юриш ҳолати 15-20 кунгача давом этади). Баъзи омилларнинг кузатишича, токсиген (касаллик пайдо қилувчи) бактерияларни ташиб юриш ходисаси ўртача 1,7 ойни ташкил қилади ва токсиген бўлмаган бактерия ташиш ходисасига нисбатан (2,5 ойгача) қисқароқдир.

Бактерия ташиб юришнинг узун ёки қисқа муддатда бўлиш беморнинг умумий аҳволига боғлиқ. Бўғма тез-тез шамоллаб туадиган, заиф ҳамда юқори нафас йўллари ва ҳалқумнинг сурункали касаллиги бор бўлган болаларда кўпроқ учайди. Шунингдек, бундай болаларда бўғма касаллиги узоқ давом этиши мумкин.

Бўғма таёқчалари беморлар ва бактерия ташувчиларнинг организмидан улар гапирганда, аксирганда ва йўталганда ҳаво томчилари орқали соғлом болаларга юқади. Юқори нафас йўллари, бурун, томоқнинг шиллиқ пардалари бўғма таёқчаларини кириш дарвозасидир. Баъзи ҳолларда касаллик ўйинчоқ-лар ва буюмлар орқали ҳам соғлом болаларга юқиши мумкин (аксарият ҳолларда санитария-гигиена қоидаларига эътиборсизлик қилинганда шундай бўлади).

Болаларда дифтерияга мойиллик бошқа баъзи ҳаво-томчи йўли билан юқадиган касалликларга нисбатан пастдир. Дифтерияга мойиллик даражасини Шик синамаси орқали (тери орасига дифтерия токсинини юбориш орқали) аниқлаш мумкин.

Дифтерияга қарши фаол иммунитет эмлаш ёки касалликни кечириш натижасида, баъзан эса бактерия ташиб юриш туфайли ҳам вужудга келади.

Патогенези. Бўғма таёқчаси томоқ, бурун ва ҳиқилдоқ шиллиқ пардасига ўрнашиб, кўпаяди ва кўпайиши жараёнида токсинларни ишлаб чиқаради. Дифтерия таёқчасининг токсини бевосита тўқималарга ва марказий асаб системасига таъсир этади. Токсиннинг маҳаллий таъсири натижасида шиллиқ парданинг эпителиал тўқимаси нобуд бўлади, қон томирлари кенгайиб, уларнинг ўтказувчанлиги ошади. Бунинг оқибатида қон зардобии ва оксиллари, асосан фибрин тўқималарга ўтади ва қон зардобини ивиши натижасида шиллиқ пардаларда ажратиб олиш қийин бўлган ўзига хос «парда» ҳосил бўлади (томоқда, ҳиқилдоқда ва ҳоказо). Бундан ташқари, бўғма қанчалик оғир тудга ўтса, лимфа безлари, тери ости ёғ тўқимасининг зарарланиши шунчалик кучли бўлади ва уларнинг шиши кузатилади. Маҳаллий ўзгаришлардан ташқари, организмнинг умумий зарарланиши содир бўлади. Бунда асосан юрак-томир системасида, марказий ва периферик системаларида ҳамда бошқа ички аъзоларида турли ўзгаришлар кузатилади. Бўғманинг оғир ўтадиган ток-сик турида аксарият ҳолларда юракнинг зарарланиши аниқланади (миокардит). Бўғманинг токсик тури ривожланишида бола организми сезувчанлиги ошганлиги (сенсibiliзация) катта аҳамиятга эга бўлиб, у асосан организмнинг дифтерия таёқчалари ажратиб чиқарган токсинларга нисбатан ўта сезувчанлик пайдо бўлиши асосида вужудга келади. Касаллик давомида бола организмда ҳимоя кучлари ривожланиб, касаллик ўтиб кетгандан кейин ҳам сақланади.

Клиник манзараси. Юқорида қайд қилингандек, дифтерия касаллигида турли аъзолар зарарланиши мумкин, шунинг учун унинг клиник манзааси ҳам қайси аъзонинг кўпроқ зарарланишига қараб, турлича намоён бўлиши мумкин. Касалликнинг томоқ, бурун, ҳалқум, трахея, тери ва жинсий аъзолар зарарланадиган турлари фарқланади. Баъзан бир неча аъзо бир маҳалда зарарланиши ҳам мумкин.

Касалликнинг яширин даври 2-10 кун давом этади. Ёш болаларда кўпинча томоқ дифтерияси учрайди. Томоқ яллиғланиш жаранининг тарқалишига ва захарланиш белгилари борлигига қараб, маҳаллий тарқалган ва токсик турларда намоён бўлади.

Томокнинг маҳаллий дифтерияси – анча енгил ўтадиган тур ҳисобланиб, бунда яллиғланиш жараёни маҳаллий ҳусусиятга эга бўлади ва захарланиш аломатлари деярли учрамайди. Бодомча безлари қизаради ва бироз шишади. Бўғмада ҳосил бўладиган фибрин «парда» бу турда асосан бодомча безларидан нарига ўтмайди. Касаллик холсизланиш, иштаҳанинг пасайиши, ютиниш пайтида томоқда оғриқ бўлиши ва тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланади. Томокнинг маҳаллий дифтерияси пардали, оролчали ва катарал турларга бўлинади. Бўғманинг пардали турида бодомча безлари қизариб, шишади, унда оқимтир-тупроқ ранг парда ҳосил бўлади. Пардани юлиб олиш анча қийин, чунки у фибринли ҳусусиятга эга бўлиб, остки тўқималар билан мустаҳкам бириккан ва унинг чегаралари аниқ бўлади.

Оролча турида парда ноаниқ чегарага эга бўлиб, кичик-кичикоролчалар тарзида бодомча безларида жойлашган бўлади.

Томоқ бўғмаси катарал турининг клиник ташҳиси анча мураккаб, чунки бунда бодомча безлари фақат қизаради, уларда парда ҳосил бўлмайди, касалликнинг бу турида ташҳис асосан бактериологик текширишлар асосида аниқланади.

Кўриниб турибдики, бўғманинг бу турида яллиғланиш жараёни маҳаллий бўлиб, организмнинг умумий зарарланиши кучли эмас.

Томокнинг токсик дифтерияси бола организмнинг кучли захарланиши, ҳароратининг баландлиги ва фибрин «парда»нинг томоқ чегараларидан чиқиб бошқа аъзоларига тарқалиши билан кечади. Тана ҳарорати 39-40 °C га кўтарилади, бодомча безлари ва улар атрофидаги безлар шишади, боланинг ранглари оқариб, ўзи мадорсизланади, қайта-қайта қусади. Томир уриши тез ва заиф бўлиб, боланинг аҳволи тез орада оғирлашади. Шиш пастга – бўйин ва кўкрак қафасининг тери ости ёғ қатламига ҳамда юқорига – лунж ва қовоқларга тарқалади. Шиш устидаги терининг ранги одатда ўзгармайди. Боланинг товуши бўғиқ ва бурнидан гапиргандай чиқади. Касалликнинг бошланишида томоқда пайдо бўлган дифтерия пардаси аксарият холларда қисқа вақт ичида қалинлашади ва оқимтир – тупроқ рангига киради. Парда томоқ чегараларидан чиқиб, юмшоқ ва қаттиқ танглайгача тарқалади. Токсик дифтерияда кўпинча бошқа аъзоларида ҳам зарарланиш кузатилади. Юрак товушларининг жарангдорлиги пасаяди, систолик шовқин пайдо бўлади – бу ўзгаришлар асосан юрак мушакларининг зарарланиши туфайли келиб чиқади. Аксарият холларда буйрак, асаб системасининг фаолиятининг бузилиши аломатлари кузатилади.

Токсик дифтерия уч даражадаги оғирликда кечиши мумкин: I даражасида тери ости ёғ қаватининг шиши бўйингача; II даражасида шиш умров суягигача ва III даражали оғирликда эса шиш умров суягидан ҳам пастга тарқалади. Шишнинг тарқалиш даражаси кўпинча организмнинг захарланиш даражасига мос келади ва унинг оғирлигини ифодалайди.

Токсик дифтериянинг ўта оғир ўтадиган тури – гепиртоксик ва геморрагик дифтериядир. Гипертоксик дифтерия маҳаллий ўзгаришлардан ташқари, марказий асаб системасининг ва юрак-томир аъзолари фаолиятининг ўта бузилиши билан кечади ва яшин тезлигида бир неча кун ичида беморнинг ўлими билан тугайди.

Геммоагик дифтерия ҳам оғир холда кечади ва касалликнинг бу турида бошқалардан фарқли, бурундан, милклардан, меъда-ичак системасидан қон кетиши ва боланинг баданидан гемфрагик тошма пайдо бўлиши кузатилади. Бу турлаги дифтериянинг ҳам оқибати ҳанузгача жиддий бўлиб, кўпинча ўлим билан тугайди.

Ҳиқилдоқ дифтерияси. Ҳиқилдоқ дифтерияси кўпинча юқори нафас йўллариининг торайиши ва нафаснинг қийинлашишига олиб келади ҳамда унга бошқа омиллар пайдо қилган ларингитларда кузатилади. Сохта купда фарқли уларок, чин ёки дифтерия крупы дейилади.

Дифтериянинг крупы яллиғланиши жараёнининг тарқалишига қараб:

1) маҳаллий ва 2) тақалган; а) ҳиқилдоқ ва трахеянинг зарарланиши;

б) ҳиқилдоқ, трахея ва бронхларнинг зарарланиши билан кечувчи турларга бўлинади.

Ҳиқилдоқ дифтерияси клиник кечишига қараб бир неча босқичларга ўтади. Одатда касаллик юқори ҳарорат, дағал йўтал ва товушнинг қисман хириллаши билан бошланади. Бу даврда нафас жараёни одатдагидан унчалик қийинлашмайди. Бу ҳиқилдоқнинг I босқичида ёки катарал босқичи дейилади. Бу босқич 2-3 кундан 7-8 кунгача давом этиши мумкин.

Кичик болаларда бу давр қисқароқ бўлади. 2 босқич – стеногик босқич бўлиб, бунда нафас йўллари анча тораяди. Бу даврда йўтал ит хургандагига ўхшаб, тус олади, боланинг товуши жарангсизланиб, бутунлай йуқолиши мумкин, лаб-бурун учбурчаги кўкаради, нафас

қийинлашади, аста-секин кислород етишмаслик аломатлари пайдо бўлади. Боланинг безовталаниши кучаяди, нафасда кўкрак қафасининг қўшимча мускуллари иштирок этади.

Агар болага ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бу аломатлар кучайиб, 3-(асфиксия) босқичига ўтади. Бу даврда боланинг аҳволи жуда оғирлашиб, бемор хушидан кетиши, тутқаноқ тутиши мумкин. Узоқ давом кислород етишмовчилиги туфайли қонда моддалар алмашинувининг бузилиши ва ацидоз ривожланади, натижада беморнинг аҳволи янада оғирлашади.

Аксарият ҳолларда дифтерия крупи майда учокли пневмонияга олиб келади. Юқорида қайд этиб ўтилган турларидан ташқари дифтериянинг бурун, куз, тери ва жинсий аъзоларининг зарарланиши билан кечадиган турлари алоҳида ҳолда учраши мумкин.

Дифтериянинг асоратлари. Аксарият ҳолларда учрайдиган дифтериянинг асорати юрак-томир системасининг зарарланиши бўлиб, у миокардит тарзида кечади ва кўпинча токсик дифтерияда кузатилади. Юрак фаолиятининг бузилишида вегетатив асаб системаси ишининг бузилиши ҳам аҳамиятига эга. Бу асоратнинг диагностикасида касалликнинг клиник манзарасидан ташқари ЭКГ натижалари ҳам ёрдам беради. Дифтерияда учрайдиган асоратлардан яна бири полирадикуло неритдир. Бунда пай рефлексларининг пасайиши ёки бутунлай юқолиши, тери сезувчанлигининг ўзгариши, мушакларнинг фалажланиши ва ҳаракатнинг сусайиши кузатилади. Дифтерияда буйракнинг зарарланиши нефроз тарзда кечади. Бунда беморда буйрак касаллигининг асосий белгилари пайдо бўлади ва касаллик ўтиб кетгач, улар ҳам иссиз йўқолади.

Ташҳиси. Кейинги пайтларда дифтериянинг кам учраши ва унинг клиник манзарасида баъзи ўзгаришлар бўлиши туфайли унинг ташҳиси бироз қийинлашади. Шунга қарамай, изчиллик билан тўпланган касаллик турихи, эпидемиологик вазият ва дифтериянинг асосий клиник белгилари унинг ташҳисининг қуйишига имон беради. Ҳар бир ташҳис бактериологик йўл билан асосланиши шарт.

Давоси. Дифтерияни даволашда кун тартиби, пархез, парвариш, катта аҳамиятга эга. Лекин, асосий даволаш усули дифтерияга қарши антитоксик зардобни қўллашдир. Касалликни даволашда унинг турига, оғирлик даражасига ва қайси босқичда эканлигига катта эътибор бериш зарур.

Касалликнинг дастлабки кунларида томоқ, ҳалқум ва ҳикилдоқда ўткир яллиғланиш аломатлари борлиги туфайли беморга фақат суяк овқат бериш керак.

Кейинчалик боланинг ёшига қараб, овқат ўлчамини кенгайтириб бориш мумкин. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлиб, ютиши бузилган бўлса, уни зонд орқали овқатлантириш керак. Агар беморда миокардит аломатлари бўлса, уни кимирлатмай, ётқизиб қўйган маъқул.

Юқорида айтилганидек, дифтериянинг асосий давоси унга қарши зардобни қўллашдир. Зардобни қанчалик барвақт (касалликнинг дастлабки кунларида) қўлланса, унинг фойдаси шунчалик яхши бўлади. Шунга қарамай, касалликнинг ўта оғир турларида (гипертоксик ва гемморагик тури) ҳаттоки 1-2 кунларда ишлатиладиган зардоб ҳам етарли натижа бермаслиги ва касаллик ўлим билан тугаши мумкин. Зардоб оқсил модда бўлгани учун бемор организмида аллергияга ёки анафилаксияга олиб келиши мумкин. Шунинг учун уни юборишдан олдин бемор организмнинг зардобга сезувчанлигини аниқлаш зарур. Бунинг учун 1:100 нисбатда суюлтирилади ва ундан 0,1 мл биланнинг кафт юзасига, тери орасига юборилади ва 20 дақиқа давомида кузатилади.

Агар папула (терининг бўритиши) диаметри 0,9 см дан кам бўлмай, унинг атрофида терининг қизариши унчалик кўп бўлмаса, синама салъбий ҳисобланади. Шунда 0,1 мл суюлтирилмаган зардоб тери остига юборилади. Борди-ю, бунинг ҳам натижаси салъбий бўлса, 30-60 дақиқадан сўнг зардобнинг керакли миқдори юборилади. Беморларга зардоб Безретко усули бўйича, бўлиб-бўлиб юборилади. Касалликнинг маҳаллий турларида зардобни 1 кунда бир марта юбориш кифоя, лекин оғир турларида зардобни кун давомида қайта юбориш ва бир неча кун давомида қўллашда тўғри келади. Агар юрак фаолияти бузилган бўлса, юрак гликозидлари (масалан, строфантиннинг 0,05% ли эритмаси, 0,1-0,3 мл миқдорида 20% ли глюкоза эритмаси билан вена томирига юборилади), витамин С ва В гуруҳи витаминлари қўлланилади. Беморда заҳарланиш аломатлари кучли бўлганда эса гемодез, риоплиглюкон, қон зардоби ва бошқалар (5-10 мл миқдорда ҳар кг вазнга) тавсия этилади.

Болада нафаснинг қийинлашиши ва крупнинг белгилари бўлса, нафас йўллариининг кенгайтиришнинг умумий усуллари (кислород бериш, оёқларни иссиқ сувга солиш, буғли ингаляция қилиш, болани тинчлантирадиган дорилар бром, белладоба, лиминол ва бошқаларни)

қўллаш зарур. Бу усуллар фойда бермаганда, трахеостомия қилинади. Беморларда полирадикулон неврит ивожланганда уларга стрихмин, витамин В, диабазон, прозерин каби дорилар (унинг ёшига қараб) тавсия қилинади. Кейинчалик эса даволаш гимнастикаси, физиолотерапия муолажаларини ўтказиш мумкин.

Бактериологик текширишнинг 2 марта салбий жавоби келгандан сўнггина беморларга касалхонадан кетишга рўхсат берилади.

Дифтерия таёқчаларини ташиб юривчиларни даволаш.

Юқорида айтилгандек, бактерия ташиб юриш хусусияти кўпинча нимжон болаларда учрайди. Шунинг учун уни даволашда бола организмнинг чидамини ошириш катта аҳамиятга эга. Бу мақсадда уларни чиниқтириш, тоза ҳаводан кўпроқ юриш, тўғри овқатлантириш ва томоқ-бурун йўллариининг сурункали касалликларини даволаш зарур.

Дифтерия таёқчасини токсиген турлари қайта текширишда яна аниқланса, бу бактерия ташувчиларни антибиотиклар билан даволаш керак. Бунинг учун боланинг ёшига қараб, 7 кун давомида титроциклин берилади. Эритромицинни кунига 3-4 маҳал берилади (унинг кунлик дозаси 2 ёшгача 200000 Б, 2-3 ёшда 300000 Б, 4-7 шда 400000 Б, 8-12 ёшда 600000 Б ва 12 ёшдан ошганда 800000 Б).

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Касалликни олдини олишда дифтерия ташҳисини ўз вақтида тўғри қўйиш, бемор болаларни соғломларидан ажратиш, эпидемияга қарши маҳаллий ва умумий тадбирларини куриш катта аҳамиятга эга.

Лекин дифтеиянинг асосий профилактикаси – аҳолини дифтерияга қарши эмлаш, кўкйўтал ва қоқшол касаллигига қарши вакциналар билан биргаликда ўтказилади (АҚДС вакцина). Эмлаш бола 2 ойлик бўлганидан бошланади ва 3 мартаба 0,5 мл миқдорида мушак орасига юборилади, эмлашлар орасидаги вақт 40-45 кунлардан кам бўлмаслиги керак.

Биринчи марта қайта эмлаш (ревакцинация) вакцинацияда 1,1/2 йилдан сўнг 0,5 мл миқдорда вакцина юбориш йўли билан бир марта қилинади: 2- ва 3- қайта эмлаш 6 ва 11 ёшда (0,5 мл дозада АДС-М-анатоксин билан) ўтказилади.

АҚДС вакцинаси юборилгандан сўнг баъзан ҳароратнинг биров кўтарилиши, холсизлик, вакцина юборилган жойнинг биров қизариши ва шишиши кузатилади. Бу кўкйўтал қисми туфайли келиб чиқади.

ТАНЧ АТАМАЛАР:

- 1) Инфекцион касалликлар – юкумли касалликларни бактериялар, вируслар, риккетсимонлар, замбуруғлар пайдо қилади.
- 2) Еконвалесценция – касаллик белгиларини йўқолиши (тузалиш даври).
- 3) Инкубацион - яширин давр.
- 4) Везикула - суюқлик тутувчи пуфакча.
- 5) Спорадик – якка-якка тарзда учраши.

ТЕКШИРИШ УЧУН САВОЛЛАР:

- 1) Болалар юкумли касалликларида инфекция манбаи нималардан иборат?
- 2) Қизамиқ, сувчечак, кўкйўтал, дифтерия касалликларини этиологияси, патогенизм, эпидемиологияси ҳақида тушунча беринг.
- 3) Қизамиқ, сувчечак, кўкйўтал, дифтерия касалликларининг клиникаси даволаш?
- 4) Болаларнинг юкумли касалликларининг профилактикаси қандай бўлади?

АДАБИЁТЛАР:

1. И.К.Мусабоев, Т.И.Мецкан. Микроэлементы при вирусном гепатите. 1976 г.
2. Т.М.Дарминов. Руководства по клинической реаниматологии. 1974 г.
3. П.С.Ганжар, А.А.Новиков. Учебное пособие по клинической токсикологии. 1979 г.
4. М.Л.Воловская «Эпидималогия билан инфекцион касалликлар асослари». 1992 й.
5. В. М. Мажидов «Юкумли касалликлар». 1993й.
6. А.П.Казанцев, В.С.Матковский. Справочник по инфекционным болезням. 1985 г.
7. Ш.Ш.Шовохобов. “Юкумли касалликлар ва эпидимиология асослари”. 1997 й.
8. Н.Д.Беклимишев. “Аллергология к микробали в клинике и эксперименте”. 1979 г.
9. В.Д.Тимаков. “Микробиология”. 1983 г.
10. В.Д.Тимаков. “Инфекции”. 1982 г.