

TIBBIYOT INSTITUTLARI TALABALARI UCHUN O‘QUV ADABIYOTI

O.S.MAXMUDOV

BOLALARNING YUQMLI KASALLIKLARI

O‘zbekiston Respublikasi oliy va o‘rta
maxsus ta’lim vazirligi tibbiyot
institutlari talabalari uchun darslik
sifatida tasdiqlagan

Toshkent
Abu Ali ibn Sino
nomidagi tibbiyot nashriyoti
1995

57.33

Taqrizchilar

II Toshkent tibbiyot instituti yuqumli kasalliklar kafedrasining mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor SH.N.NAZAROV

Toshkent tibbiyot pediatriya instituti II bolalar yuqumli kasalliklar kafedrasining mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor D.B.Muhamedov

Mahmudov O. S.

M 37 Bolalarning yuqumli kasalliklari: Tibbiyot institutlari talabalari uchun darslik.— T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1995.— 2236.— (Tibbiyot institutlari talabalari uchun o'quv adabiyoti).

Darslik tibbiyot institutlarining yuqori kurslarida ta'lim olayotgan talabalarga mo'ljallangan va o'quv dasturiga muvofiq tuzilgan.

Unda asosan bolalar orasida eng ko'p uchraydigan yuqumli kasalliklarning nozologik turlari berilgan, shuningdek bolalarni yoshiga qarab kasalliklarning kechish xususiyatlari, ularga tashxis qo'yish usullari, ko'pgina xastaliklarni davolashda zamonaviy usullarni qo'llash yo'llari batafsil yoritilgan.

57.33ya73

4108170000—032

M ----- 95

© Abu Ali ibn Sino nomidagi
tibbiyot nashriyoti, 1995.

M 354 (04) 95

ISBN 5-638-01079-3

SO‘Z BOSHI

Keyingi yillarda respublikamizda sodir bo‘layotgan ijtimoiy, iqtisodiy tub o‘zgarishlar bolalar o‘rtasida uchraydigan yuqumli kasalliklarning bir muncha kamayishiga olib keldi. Shu bilan bir qatorda bu kasalliklarni o‘z vaqtida aniqlash, ularga to‘g‘ri tashxis qo‘yish hamda kasalliklarga qarshi profilaktik chora-tadbirlarni ko‘rishda ayrim kamchiliklarga yo‘l qo‘yilmoqda.

Bolalar orasida bu kasalliklarning atipik (noaniq), subklinik shakllari uchramoqda.

Bu keltirilgan dalillar yuqumli kasalliklarning oldini olish va ularni o‘z vaqtida davolashni takozo etadi.

Keyingi yillargacha bu sohaga bag‘ishlangan adabiyotlar asosan rus tilida chop etilar edi, hozirgi kunda esa tibbiyot oliygohlarida talabalarni o‘qitishning davlat tili — o‘zbek tiliga o‘tishi o‘quv qo‘llanmalar, monografiyalar, risolalarni o‘zbek tilida chop etishni talab qiladi.

Bu asarlarda bizda uchraydigan kasalliklar kechishining o‘lka va regional xususiyatlarini inobatga olgan holda berish lozim. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, muallif ko‘plab adabiy, ilmiy manbalarni va o‘zlarining ko‘p yillik tajriba bilimlarini jamlab (shu kasalliklarga tashxis qo‘yish, ularni davolash, ularning oldini olish borasidagi), jiddiy qo‘llanma yozishdek zarur mehnatni o‘z zimmasiga oldi.

Ushbu darslikka bolalarda ko‘p uchraydigan yuqumli kasalliklarning nozologik shakllari kiritilgan. Bu kasalliklarning bolalarning yoshiga qarab kechishidagi xususiyatlari keltirilgan. Kasalliklarga erta tashxis qo‘yishga, ularni davolashda zamonaviy usullarni qo‘llashga alohida ahamiyat berilgan.

Muallif darslikda ba‘zi ko‘rsatkichlarni keltirishni lozim ko‘rdi, bu esa shifokorlar uchun kundalik ish jarayonlarida ma‘lumot uchun foydalanish imkonini beradi. Undan tashqari, bolalar o‘rtasida uchraydigan yuqumli kasalliklarning tashxisi ham jadval tarzida berilgan.

Ushbu darslik o‘zbek tilida birinchi bor chop etilayapti, shu tufayli muallif bolalarning yuqumli kasalliklari to‘g‘risidagi barcha muammolarni yoritishning ilojini topolmadi. Ayrim qismlar kasalliklarning qisqa mazmunini sharhlash bilan chegaralangan, shuning uchun ham ba‘zi kamchiliklar va nuqsonlarga yo‘l qo‘yilgan.

Darslik infeksionist shifokorlar, pediatriklar, epidemiologlar, internlar, sog‘liqni saqlash bo‘limlari mutaxassislari, tibbiyot institutlarining yuqori kurs talabalariga tavsiya etiladi.

AMYOBIAZ (AMAEBIASIS)

Ichaklarning protozoy kasalliklariga mansub bo'lgan, boshqa a'zo sistemalarning zararlanishi bilan kechadigan infeksiyon kasallikdir. Amyobiaz yoki «amyobali dizenteriya» asosan issiq iqlimli tropik mintaqalarda, shuningdek, iflos joylarda ko'proq tarqaladi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi — gistologik amyoba. Gistologik amyobaning diametri 10—18 mkm bo'lib, past haroratga chidamlidir. 55°S gacha bo'lgan haroratda qizdirilganda halok bo'ladi. Amyobaning 3 asosiy a) to'qimali (forma magna); b) oraliq (forma minite); v) sistali (forma cystica) turi mavjud.

Epidemiologiyasi. Amyobiazga uchragan bemor yoki dizenteriya amyobalari tashuvchisi — zararlanish manbaidir. Odam ifloslangan suvni ichganda, oziq-ovqat mahsulotlarini yuvmasdan iste'mol qilganda, shuningdek, iflos qo'llar orqali kasallikka chalinadi. Kasallik yoz-kuzda ko'payadi.

Patogenezi. Ichak shilliq qavatiga tushgan amyobalar bir muncha yallig'lanish bilan kechadigan destruktiv (yarali) o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Ko'ndalang-chambar va sigmasimon ichaklarda, ko'proq ko'r ichakda yara hosil bo'ladi. Amyoba qon oqimi bilan jigarga tushar ekan, u yerda nekrotik jarayonlar (abscesslar)ni keltirib chiqaradi, ba'zan esa amyobalar boshqa a'zo va sistemalarga, aksariyat o'pkaga ham tushishi mumkin.

Klinikasi. Amyobiazning yashirin davri 20 kundan 45 kungacha davom etadi. Isitma bo'lmasligi, gemorragik kolit simptomlari va axlatning malina jelesi holida bo'lishi kasallikka xos bo'lgan belgilardan hisoblanadi. Yo'g'on ichakda rektoromanoskopiya yo'li bilan aniqlash mumkin bo'lgan chuqur yaralar hosil bo'ladi. Qon tekshirilganda, ko'pincha eozinofiliya aniqlanadi. Axlat mikroskopda tekshirilib ko'rilganda, unda amyoba yoki uning sistalarini topsa bo'ladi. Yo'g'on ichak shilliq qavatining ko'chib tushishi va keyinchalik peritonit rivojlanishi bilan kechadigan ichak perforatsiyasi bu kasallikning asoratlaridir. Bolalarda jigar zararlanganda uning kattalashganligi (ko'pincha uning o'ng bo'lagi paypaslanganda og'riq, isitma ko'tarilishi) kuzatiladi. Periferik qonda leykotsitlar soni oshib ketadi, ECHT tezlashadi, o'rtacha ifodalangan kamqonlik yuzaga keladi. Jigar ultratovush bilan tekshirilganda, ko'pchilik hollarda abscess o'lchamlari aniqlanadi. Jigarning amyoba bilan zararlanishi, infeksiyaning u yerdan boshqa a'zolarga tarqalishining eng jiddiy alomatlaridan biri hisoblanadi. Ko'pincha amyobali infeksiya simptomtsiz kechadi, parazitning axlatda topilishi uni bittayu-bitta belgisi hisoblanadi.

Tashxisi. Laboratoriya usulida eritrotsitlar tomonidan yutilgan amyobalar katta vegetativ shaklining aniqlanishi ichaklar amyobiazini tashxisining tasdig'i bo'lib xizmat qiladi. Bemor zardobidagi maxsus antitelolarni aniqlashga imkon beruvchi bilvosita immunoflyuoressensiya reaksiyasi yordamida (PGAR) gemagglutinatsiya serologik reaksiyasidan (zardob titri 1:80 va undan yuqori) foydalaniladi. Rektoromanoskopiya yordamchi usul bo'lib hisoblanadi. Shigellyozlar, nospetsifik yarali kolit, balantidiaz, yo'g'on ichak o'smasi bilan differensial tashxis qo'yiladi.

Davosi. Maxsus kompleks davo — emetin, degidroemetin, yatren, xingamin, metronidazol, tetrasiklin, monomitsin bilan birgalikda faqat kasalxona sharoitlaridagina olib boriladi. Emetin 6 yoshga to'lmagan bolalarga buyurilmaydi. Bunday bolalarga metronidazol, ichish uchun 10 kun davomida 50 mg/kg dan tinidazol tayinlanadi. Bemorlarga dezintoksikatsion, quvvatga kirituvchi davo qilinadi. Jigar absessi yuz bergan hollarda jarroxlik davosi qo'llanadi. Bemor butun davolanish davomida kasalxonada bo'ladi. U bilan kontaktda bo'lgan kishilar bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi, kasallik Qo'zg'atuvchilari topilgudek bo'lsa, yatren bilan sanatsiya qilinadi.

QUTURISH (LYSSA, RABIES)

Markaziy nerv sistemasi (MNS) ning yuqumli kasalligi bo'lib, quturgan hayvonlar tishlab olganda yuqadi.

Etiologiyasi va patogenez. Quturish yoki suvdan qoʻrqish kasalligini maxsus filtrlanuvchi virus keltirib chiqaradi. Unga odam va barcha issiq qonli hayvonlar beriluvchan boʻladi. Kasallik qoʻzgʻatuvchisi rabdo virusiga mansubdir. Quturish virusi antigen, immunogen va gemagglutinatsiyalash xossalriga ega boʻladi. Virus nerv sistemasi hujayralarida maxsus kiritmalar — Babesh Negri tanachalarining hosil boʻlishi bilan koʻpayadi. Bu kiritmalar bir nechta vakuolalari boʻlgan turli shakldagi tuzilmalar holida boʻladi. Virus quturgan hayvonning nerv toʻqimasida va soʻlagida toʻplanadi. Paster tomonidan boshqa hayvonga intratserebral ekma orqali ajratib olingan yovvoyi yoki tabiiy virus farq qilinadi. Virus sovuqqa juda chidamli boʻlib, qizdirilganda aksincha, juda chidamsiz boʻlib, tezda patogen faolligini yoʻqotadi. Amalda qoʻllaniladigan dezinfeksiyalovchi eritmalar (lizol, xloramin) virusni tezda zararsizlantiradi.

Yuqorida aytilganidek, odamga kasallik quturgan hayvon tishlaganda yoki soʻlagi tekkanda yuqadi. Natijada virus teri osti yogʻ qavatiga yoki shilliq parda ichiga tushadi. Virus neyrotrop xususiyatga ega boʻlgani uchun perinevral retikuloendotelial hujayralarga soʻrilib, markaziy nerv sistemasiga qarab harakat qila boshlaydi. U markaziy nerv sistemasiga yetib boʻlganidan keyin bosh miya va periferik nervlar yoʻli boʻylab harakatlanadi. Viruslar markaziy nerv sistemasida eng koʻp miqdorda yigʻilsa, kasallik avj oladi. Quturish virusi soʻlak bezlariga nisbatan muayyan tropizmga ega boʻlib, goho inkubatsion davrining oxirida, klinik simptomlar rivojlanishidan 7—8 kun oldin soʻlak bilan ajraladi.

Epidemiologiyasi. Quturish kasalligini issiq qonli xayvonlar orasida keng tarqalgan boʻlib, itlar, mushuklar, boʻrilar, tulkilar va chiya boʻrilar kasallik virusining asosiy manbai hisoblanadi. Kasallik barcha yoshdagi odamlarda, koʻproq yosh bolalarda qayd qilinadi.

Klinikasi. Quturishda inkubatsion (yashirin) davr oʻrta hisobda 3—8 hafta davom etadi. Bu davr bolalarda, shuningdek kattalarda ham (quturgan hayvon ularning boshi, yuzi va boʻynini tishlab olganda) nisbatan qisqa boʻladi. Koʻpchilik bemorlarda inkubatsion davr klinik alomatlarisiz kechadi. Baʼzan bu davrning oxirida harorat koʻtariladi va qonda oʻzgarishlar (leykopeniya) paydo boʻladi. Keyinchalik kasallikning kechishida 3 davr: boshlangʻich (prodromal), qoʻzgʻalish va falajlanish davrlari farq qilinadi. Boshlangʻich davr 1—2 yoki 3—4 kun davom etadi. Harorat subfebril raqamlargacha koʻtariladi. Tishlangan joyda ogʻriq paydo boʻladi, yuza nafas chuqur nafas olish bilan almashinadi, koʻngil ayniydi, bemor qayt qiladi, quvvatdan ketadi, boshi ogʻriydi va asabi buziladi, qoʻrquv hissi paydo boʻladi.

Qoʻzgʻalish davri bemorning betoqatlanishi, suv ichishga uringanda mushaklarining tortishishuvi, umumiy psixomotor qoʻzgʻalish xurujlari paydo boʻlishi bilan kechadi (mushaklar tonusi oshib, aerofobiya kuzatiladi). Eshitish va hidlash gallyutsinatsiyalari paydo boʻlib, bemor koʻz qorachigʻlari keskin kengayib, tomir urishi tezlashadi. Zoʻr berib soʻlak ajralishi, koʻp terlash qayd etiladi. Organizm suvsizlanadi. Baʼzan koʻz va tilni harakatlantiruvchi mushaklar falaji kuzatiladi. Kuchli qoʻzgʻalish davri tinchlanish davri bilan almashinib turadi, bunda bemorning es-hushi joyida boʻladi. Qoʻzgʻalish davri 1—4 kun davom etadi. Bemorlarning aksariyati bu davrda apopleksiyadan, talvasa tutishidan yoki asfiksiyadan oʻladi.

Falajlanish davri 2—18 soat davom etadi. Bunda talvasa asta-sekin kamayib boradi, suvdan qoʻrqish yoʻqoladi, bemor qimirlamay qoladi va tez orada zoʻrayib boruvchi falajdan oʻladi. Kasallik 4—8 kuni davom etadi. Bolalarda kasallik juda ogʻir va klinik simptomlar nihoyatda kuchli boʻlib, tezda oʻlim bilan tugaydi. Koʻpincha quturishga qarshi qilingan emlashlar kor qilmaydi va kasallik davolash tugagandan soʻng, uzoq vaqtdan keyin rivojlanadi.

Tashxisi. Quturishga tashxis qoʻyishda laboratoriya usullari bilan tekshirish kompleks katta ahamiyatga ega: miya suyuqligidan olingan surtmalar va gistologik preparatlarni mikroskop orqali tekshirish (Negri tanachalarini topish) va hayvonlarda biologik sinama oʻtkazish usullari shular jumlasidandir.

Shuningdek, qonda va orqa miya suyuqligida virusni neytrallovchi antitelolar ham aniqlanadi.

Differensial tashxis. Ensefalit bilan birga davom etadigan barcha kasalliklar bilan differensial tashxis qoʻyiladi. Quturishning paralitik turini Giyon — Barre sindromi, poliomyelit yoki talvasadan, ensefalit, qoqshol, turli dorilar (atropin) dan zaharlanishdan ajrata bilish zarur.

Puxta o'tkazilgan nevrologik tekshiruv va orqa miya suyuqligini analiz qilish to'g'ri tashxis qo'yishga ancha yordam beradi. Quturishda prognoz noxush bo'ladi.

Davosi. Kasallik boshlanganda faqat simptomatik davo qilinadn, u psixomotor qo'zg'alishlarni kamaytirish yoki tamomila bartaraf etishga, shuningdek, suvsizlanishga qarshi kurashdan iborat. Bemor yorug'lik tushmaydigan alohida xonaga yotqiziladi va har xil uyqu dorilar buyuriladi. Suvsizlanishga qarshi kurashish maqsadida fiziologik eritma venaga yoki ichakka huqna yordamida yuboriladi.

Profilaktikasi. Quturishga qarshi kurashish ikki yo'nalishda olib boriladi.

1. Infeksiya manbaini bartaraf etish yo'li bilak kasallikning oldini olish, karantin tadbirlarini amalga oshirish, shuningdek epizootik ko'rsatmalar bo'lganda itlarni emlash.

2. Quturgan hayvonlar tishlagan yoki so'lagi tekkan odamlarni kasallikdan saqlab qolish maqsadida quturishga qarshi iloji boricha ertaroq emlash kerak. Faol immunitet paydo qilish uchun Paster vaksinasi kuchsiz immunitet hosil qilish uchun esa (0,25— 0,5 ml/kg dan) immunoglobulin yuboriladi.

Quturgan yoki kuturishga gumon qilingan hayvon qachon tishlaganidan qat'i nazar, quturish belgilari aniqlanmasa ham, barcha odamlarni emlashga ko'rsatmalar bo'ladi. Vaksina teri ostiga, qorin old devoriga yuboriladi. Davolash muddati 14 kundan 20—30 kungacha davom etadi. Vaksina va davolash kursi davomligi bemorning yoshiga, hayvon tishlagandan keyin qachon shifokorga murojaat qilganligiga, tishlangan yerning joyiga va uning og'ir-yengilligiga bog'liq. Bolalarga 0,5 dan 8 ml gacha vaksina yuboriladi. Vaksina quturish kasalligi rivojlana boshlanganda ijobiy ta'sir ko'rsatmaydi.

BRILL KASALLIGI (BRILLUS MORBUS)

Qaytalanadigan toshmali terlama bo'lib, o'tkir siklik yuqumli kasallik hisoblanadi va ko'p yillar o'tgandan so'ng namoyon bo'ladi. U bitlash, vaqti-vaqtida qo'zish, infeksiya va o'choqlik manbai bo'lmisligi, epidemik toshmali terlamaga qaraganda bir qadar yengil o'tishi, lekin tipik klinik simptomokompleksi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi — Provatsek rikkexsiyasidir.

Epidemiologiyasi. Bunda kasallikning sporadikligi va asosan katta yoshdagi kishilarning kasallanishi hamda bemorlar anamnezida toshmali terlamaning boshidan kechirganligi xarakterlidir. Bemor bitlaganda infeksiya manbai bo'lishi ehtimol.

Patogenezi. Birlamchi toshmali terlamani boshdan kechirganda Provatsek rikketsiyalari rekonvalessent organizmida uzoq muddat mobaynida hech qanday klinik belgilsiz saqlanib turadi. Immunogenezni susaytiruvchi turli xil omillar (shamollash, boshdan kechirilgan gripp, zotiljam va boshqa kasalliklar) ta'siri ostida toshmali terlama qaytalanadi. Kasallik patogenezi toshmali tifning patogenezi bklan bir xildir.

Klinikasi. Kasallik ko'pgina hollarda epidemik toshmali terlamaning yengil turiga o'xshash bo'ladi. Kasallik o'tkir et uvishishi va junjishi bilan boshlanib, tana harorati ko'proq 2—3- kuni, goho 1-kunning oxirida juda baland bo'ladi. Isitma 8—II kun, ba'zan 4—6 kun davom etadi. Ancha ifodalangan umumiy zaharlanish belgilari: bosh og'rishi, terining qizarishi, uyqusizlik, mushak og'rishi, ruhan qo'zg'alish, ba'zan meningeal simptomlar kuzatiladi.

Kasallikning 5—7- kunidan boshlab toshma paydo bo'ladi. Ko'pchilik bemorlarda bu juda ko'p bo'lib, petexial (mayda kon quyilgan nuqtalardan iborat) bo'ladi. Bemorlarning uchdan bir qismida goho uncha ko'p bo'lmagan faqat rozeolalar qayd qilinadi. Enantema kam hollarda uchraydi. Yurak tomir sistemasining zararlanishi uncha kuchli bo'lmagan taxikardiya, gipotoniya, atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikning sekinlashuvi va EKG da tishchalarning bir oz pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarning uchdan ikki qismida jigar va taloqning kattalashuvi aniqlanadi. Kasallik kamdan-kam hollarda asorat (asosan o'choqli zotiljam) qoldiradi. Ba'zan keyinchalik o'pka arteriyalari tromboemboliyasiga sabab bo'ladigan venalar trombozi rivojlanishi ehtimol.

Tashxisi va davosi. Toshmali terlamaning oqibati yaxshi.

Oldini olish. Ishlab chiqilmagan.

Kasallik o'chog'ida olib boriladigan chora-tadbirlar toshmali terlamada bo'lgani singari.

BOTULIZM (BOTULISMUS)

Toksinlar bilan zararlangan, buzilib qolgan, ayniqsa konserva ko'rinishidagi oziq-ovkat mahsulotlarini iste'mol qilish natijasida kelib chiqadigan og'ir ovqat toksikoinfeksiyasidir. Klinik jihatdan botulizm asosan markaziy va vegetativ nerv sistemalari zararlanishi bilan ifodalanadigan og'ir zaharlanish bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Botulizm qo'zg'atuvchisi Cl. botulinum oilasiga mansub bo'lgan anaerobdir. U harakatchan, issiqlikka chidamli, sporalar hosil qiladigan, terminal holda joylashgan, tennis raketkasiga o'xshagan yo'g'on tayoqchadir.

U go'sht, baliq va o'simlik mahsulotlarida (qon qo'shilgan agar, ozgina jigar yoki go'sht qo'shilgan go'sht-peptonli bulyonlarda) havo bo'lmasa ham o'saveradi.

Botulizm bakteriyalari A, V, S, D, E, G, Q turlariga bo'linadi. Respublikada asosan A, V, YE turlari uchraydi. Mikrobnining vegetativ shakllari 80°S haroratda 15—30 minut davomida halok bo'ladi. Uning sporalari chidamli bo'lib, quritilgan holatda o'n yillab tirik qoladi. 5 soat mobaynida qaynatilgan hatto 180°S haroratda ham xalok bo'lmaydi.

Uzidan barcha bakteriya toksinlari va kimyoviy moddalar ichida eng zaharli bo'lgan (0,000001 ml suyultirilgan toksin dengiz cho'chqachasini o'ldiradi) ekzotoksin moddasini ishlab chikaradi.

Uning odamni o'ldiradigan miqdori 0,3 mkg dir. Ayniqsa A turidagi toksin kuchli xisoblanadi. Botulizm qo'zg'atuvchisi hisoblangan toksin fizikaviy va kimyoviy omillar ta'siriga nisbatan ancha chidamli. Konservalarda toksinlar quyosh nuri va havo ta'siridan parchalanmaydi, ular qorong'i va sovuq joylarda 6—8 oy mobaynida oz-moz kuchsizlanadi.

Epidemiologiyasi. Botulizm deyarli dunyoning hamma mamlakatlarida uchraydi. Botulizm qo'zg'atuvchisi saprofit ko'rinishida odam, uy hayvonlari va yovvoyi hayvonlar, qushlar, qisqichbaqalar, baliqlar organizmida yashaydi. Tuproqqa tushganda spora holida uzoq vaqt saqlanishi, lekin muayyan sharoitda (xarorat, namlik bo'lganda) o'sishi va ko'payishi mumkin.

Sporalarning oziq-ovqat (go'sht, baliq, o'simlik) mahsulotlariga, terining yarali yuza joylariga tushishi, xali xavf tug'dirmaydi, chunki sporalarda zahar bo'lmaydi. Ayni paytda ular o'sib, anaerob sharoitlarida mikroblarning vegetativ shakllari hisoblangan toksin mahsulotlarida paydo bo'ladi.

Hozirgi paytda go'sht mahsulotlaridan kasallanish kamdan-kam uchraydi. Bu kasallik bilan asosan sabzavot mahsulotlaridan tayyorlangan konservalar, ayniqsa uyda tayyorlangan konservalardan kasallanish mumkin.

Kasallik ko'proq konservalangan qo'ziqorin, bodring, pomidor va baqlajonlar iste'mol qilinganda yuqadi.

Botulizm uchun mavsumiylik xos bo'lib, kasallik ko'proq qish, bahor oylariga va yozning boshlariga to'g'ri keladi.

Mazkur xastalikning bir-biriga bog'liq bo'lmagan uchta turi: chaqaloqlarda uchraydigan, oziq-ovqatdan va yara orqali yuqadigan turlari mavjud.

Botulizmning 99 foizi oziq-ovqat mahsulotlarida bo'ladigan toksinlar tufayli kelib chiqadi. Jarohat tufayli yuzaga keladigan botulizmdagi toksin mikroorganizm orqali, chaqaloqlarda uchraydigan botulizmdagi toksin esa me'da-ichak orqali ishlanib chiqadi.

Patogenezi. Kasallik klinik simptomlarining rivojlanishida 3 ta omil: toksinli, infeksiyali va organizmning zaharga nisbatan individual sezgirligi ahamiyatlidir. Ovqat hazm qilish yo'li infeksiyaning kirish darvozasi hisoblanadi.

Botulizm patogenezida toksikli omil muhim ahamiyat kasb etadi. Buzilib qolgan ovqat iste'mol qilinganda organizmga asosan sporalar ko'rinishidagi botulizm toksinlari va bakteriyalari tushadi, Sporalar ovqat hazm qilish yo'li orqali ichki organlarga kiradi. Organizm

ovqat hazm qilish yo'li va to'qimalar orqali u yerga toksin tushishi sababli ham zaharlanadi. Toksin me'da-ichak yo'liga tushar ekan, harakatlantiruvchi nerv tolalari oxirlariga tanlab ta'sir ko'rsatadi. Atsetilxolin hosil bo'lishiga to'sqinlik kiladi va ichaklarning paralitik xolatini keltirib chiqaradi. Toksin ovqat hazm qilish yo'lidan qon tomirlariga nisbatan tez so'rilib ularning torayishiga sabab bo'ladi. Teri rangparligi, bosh aylanishi, arterial bosimning oshishi, og'iz kurishi kabilar kasallikning erta simptomlari hisoblanadi.

Kapillar endoteliylar va prekapillarlar shikastlanganda ularning butunligi buziladi, o'tkazuvchanligi. oshadi. Natijada toksinlar organlarga tushadi va bu yerda toksin turli sistemalar xujayralarini, asosan nerv sistemasini zararlantiradi. Bosh miyaning-o'zakli qismi hujayralari, asosan uning ganglioz hujayralari, shuningdek, bulbar kismi markazlari ayniqsa kuchli shikastlanadi. Bulbopontin va miostenik sindromi bo'lgan o'ziga xos poliensefalit (ko'rishning xiralashuvi, nafas faoliyatining izdan chiqishi) bosh miya o'zakli qismi zararlanganligining klinik alomati bo'lib hisoblanadi. Bunda skelet mushaklari va diafragmaning harakatlantiruvchi nerv oxirlari ham zararlanadi. Miya va miya pardalari, o'pda, jigar, me'da-ichak yo'li qonga to'lib ketadi. Ko'proq miya qon tomirlarida trombozlar, tomirlar endoteliysining degenerativ nekrotik o'zgarishlari kuzatiladi. Ganglioz xujayralar ko'proq shikastlanadi.

Klinikasi. Botulizmning klinik manzarasi juda spetsifik bo'lib, quyidagi asosiy sindromlar: paralitik, gastrointestinal va umumiy zaharlanishdan iborat bo'ladi.

Botulizmda hamma organ va sistemalar zararlanadi, lekin ularning simptomlari bulbar buzilishlar yuzaga kelishidan sezilmay qoladi.

Botulizmning inkubatsion davri 2—4 soatdan 10— 14 kungacha, ko'pincha 6—24 soat davom etadi.

Kasallik ko'pgina hollarda o'tkir, botulizmga xos bo'lmagan belgilar: umumiy holsizlik, bosh og'rishi; bosh aylanishi, bezovtalanish, uyquning buzilishi, qator bemorlarda me'daning achishishi, ko'ngil aynishi, 2—4 marta qayt qilish va ich ketishi bilan boshlanadi. Botulizmda ich ketishi va qayt qilish uzoq davom etmaydi (6—24 soat) va nevrologik belgilar paydo bo'lishi bilan ich ketishi qabziyat bilan almashadi.

Tana harorati asoratlari ro'y berganda (stomatit, zotiljam va boshqalar) ko'tariladi.

Kasallik simptomlari juda tez zo'rayib boradi. Kasallik boshlangandan bir necha soatdan keyin yoki birinchi kunning oxiriga borib, og'ir xollarda boshlanishdayoq kasallikka xos belgilar: so'lak bezlari, burun-yutqin va yuz mushaklari faoliyatini boshqaruvchi bulbar nerv markazlari faoliyatining buzilishi kabi belgilar paydo bo'ladi.

Ko'z oldida to'r paydo bo'lishi yoki ko'zning xiralashishi, jismlarning noaniq ko'rinishi, ko'z oldida qora dog'larning paydo bo'lishi, narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi (diplopiya), o'qiganda harflarning qo'shilib ketishi kabi belgilar bemorning dastlabki shikoyatlaridan hisoblanadi.

Bemor qovoqlarining osilib tushishi (ptoz), qorachiqslarning kengayishi (midriaz), ularning harakatsizligi, har xil kattalikda bo'lishi (anizokoriya), yorug'likka akkomodatsiyasining buzilishi, gorizonta nistagm, g'ilaqlik (strobizm) aniqlanadi.

Yutish aktining buzilishi, ko'zning xiralashganligi kabilar ilk belgilardan biri hisoblanadi. Ko'pincha qattiq, quruq va suyuq ovqatni yutish (tomoqda spazm tufayli) qiyinlashadi, ko'pincha suyuq ovqat qisman traxeyaga tushib, bemorlar qalqib ketadilar, qisman esa ovqat burundan qaytadi.

Bemorlar og'iz qurishidan va ko'p chanqashdan shikoyat qiladilar. Og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda ogiz va yutqin shilliq qavati qizargani, tilning karash boylagani, yumshoq tanglayning harakatsizligi, yutqin va tanglay refleksi susaygani yoki bo'lmashligi kuzatiladi. Disfaziya bilan birga bemorlarning tovushi xam o'zgaradi, u pasayib, xirillab, so'zlar (hatto afoniyagacha) tushunarsiz chiqadi.

Yumshoq tanglay zararlanganda tovush yoqimsiz, til va tomoq mushaklari parezida bemorlarning gapi tushunarsiz bo'lib qoladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida bemorning mushaklari kuchsizlanib qoladi, u tez charchaydi, to'g'ri yura olmaydi, boshi og'ib ketaveradi. Oyoqlari xuddi o'ziniki emasdek

tuyuladi, gandarab yuradi-, qo'llari xuddi jonsizdek osilib turadi, biror narsani ushlab tura olmaydi. Simptomlar es-hush joyida bo'la turib rivojlanadi. Sezuvchanlikning buzilishi kuzatilmaydi. Bemor ko'zdan kechirilganda mushaklari bo'shashgan, xuddi xamirga o'xshab qolgandek bo'lib qoladi. Kasallikning oxirgi davrida ko'proq nafas funksiyasi buziladi, bu diafragma va boshqa nafas mushaklari parezi bilan bog'langan bo'ladi. Bemorlar qiynalib, tez-tez, yuza nafas oladilar. Ular ko'krakda og'riq turishidan, havo yetishmasligidan shikoyat qilishadi, o'rinda alahsirashadi. Kislorod yetishmasligi, sianoz rivojlanib, nafas buzilishining zo'rayib borishi o'limning asosiy sababidir.

Qator bemorlarda aspiratsion zotiljam rivojlanadi. Yurak chegaralarining kengayishi, yurak urishining past eshutilishi, bradikardiyaga moyillik, qon bosimining normada bo'lishi, EKG da toksik miokardit belgilari aniqlanadi. Jigar va taloq kattalashadi, diurez kamayadi, siydik ajralishi to'xtab qoladi. Siydikda albuminuriya, silindruriya va buyrak epiteliysi hujayralari kuzatiladi. Qonda aytarli o'zgarishlar bo'lmaydi, leykotsitoz bir oz chapga surilganligi, neytrofilyoz va ECHT tezlashganligi aniqlanadi.

Bemor asta-sekin tuzalib boradi. Yengil turida 2— 3 haftadan keyin, og'ir turida 2—3 oydan keyin sog'ayadi.

Asoratlari. Aspiratsion zotiljam, infeksiyon miokardit, yiringli parotit, miozittlar, neyritlar, stomatitlar.

Kasallikning yashirin, yengil, o'rtacha og'ir va og'ir turlari farq qilinadi.

Yashirin turida disfoniya tufayli ko'z xiralashadi, lekin bu xol uzoq davom etmaydi, zo'raymaydi, tezda yo'qolib ketadi.

Ko'krak yoshidagi bolalarda botulizm. Kasallik ich qotishi bilan birga parezlar va falajlar ro'y berishi bilan ta'riflanadi, bular miya-chanoq nerv tolalari orqali boshqarilib butun tanaga, shuningdek, nafas mushaklariga ham tarqaladi. Kasal bola boshini tutib tura olmaydi, bo'g'iq ovoz bilan yig'laydi, yaxshi ema olmaydi.

Guruhiy kasalliklar kuzatilmaydi.

Kasallik qo'zg'atuvchisi yoki toksin kasallarning axlatidan ajralib chiqqani holda, qon zardobida toksin izlari bo'lmaydi.

Yarali botulizm kamdan-kam uchraydi, yara sohasida qo'zg'atuvchining vegetativ formalar tomonidan toksin ishlab chiqarishi natijasida paydo bo'ladi. Yarali botulizmning klinik manzarasi kasallikning klassik kechishi kabi bo'lsa-da, lekin kasallikning birinchi kundan harorat ko'tarilishi qayd qilinadi, me'da-ichak yo'li buzilishi (qayt qilish, ich ketishi) simptomlari kuzatilmaydi.

Asoratlari. Zotiljam, sepsis, toksik miokardit, miozit, neyritlar, zardob kasalligi.

Tashxisi. Botulizmni odatdagi nevrologik simptomlar (yuz, burun-yutqin, bo'yin, -qizilo'ngach mushaklarini innervatsiyalaydigan ko'rish organlari, bulbar markaz buzilishlari) orqali epidemiologik anamnez ma'lumotlari yordamida (konservalangan mahsulotlar ovqatga ishlatilganda) aniqlash qiyin emas.

Guruhiy kasalliklarda botulizmga tashxis qo'yish bir muncha yengil bo'ladi.

Differensial tashxisi. Botulizmning klinik manzarasi boshqa kasalliklarning klinik manzarasidan yakqol ajralib turishiga qaramasdai, ayrim belgilari boshqa kasalliklarda ham uchrab turishi mumkin.

Botulizmni ovqatdan zaharlanish, poliomyelit, Giyen — Barre sindromi, bo'g'ma, ensefalit bilan kiyosiy tashxislashga to'g'ri keladi.

Kasallikning et uvishishi va haroratning yuqori bo'lishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, tez-tez snyish bilan o'tkir boshlanishi salmonellyoz uchun xosdir. Bunda tez-tez ich ketadi, axlat suyuq va badbuy hidli bo'ladi. Bemor talvasaga tushishi tufayli hushdan ketishi mumkin.

Botulizmdan farqli o'laroq, bunda ko'rish, yutish akti buzilishi va ovoznining xirillab qolishi aniqlanmaydi.

Stafilokokk keltirib chiqaradigan ozik-ovqat toksikoinfeksiyalari ko'proq sifatsiz ovqat va sut mahsulotlari iste'mol qilganda yuzaga chiqadi. Bu kasallikda zaharlanish taxikardiya tufayli qon bosimi kamayib ketishi bilan ta'riflanadi, kasallik og'ir kechganda bemor talvasaga

tushadi va bunda kollaps rivojlanishi ehtimol.

Bo'g'mada, odatda yuqori tanglayning o'ng tomoni falajlanadi, kasallikning oxiriga borib ko'z xiralashib qoladi. Botulizmda esa bular kasallikning boshlanishida namoyon bo'ladi. Shuningdek, bu kasallikda bo'yinda shish, yumshoq tanglayda esa difterik qarashlar paydo bo'ladi. Bo'g'mada kuzatilgan asabiy buzilishlar bo'yin shishi yo'qolgandan keyin yuzaga keladi.

Falajlar miokardit rivojlanganda aniqlanadi.

Giye—Barre sindromida falajlanishning lokallanishi (ko'chib yurishi), mushak guruhlarining falajlanishi botulizmni eslatishi mumkin. Lekin bunda mushaklar falajlanishi kuchayib, sensor nuqsonlar ko'payib boradi, mushaklar nomutanosib ravishda kuchsizlanadi, miya-chanoq nervlarining zararlanganligi, keyinchalik falajlar eng kuchaygan paytda biyainadi. Botulizmdan farqli ravishda Giye — Barre sindromida orqa miya suyuqligida oqsil miqdori ancha oshib ketadi.

Poliomiyelitning bulbar shaklida xuddi botulizmning boshlang'ich davridagidek, miya-chanoq nervlari zararlanadi. Bu kasallikda ko'plab so'lak va shilliq moddalar ajralib chiqadi, mushaklar va bo'g'imlarda erta rivojlanadigan muskullar gipotrofiyasi va mushaklarning maxsus elektromiografik ko'rsatkichlari bilan kechadigan falajlar botulizmdan farq qiladi.

Miasteniyaning og'ir turi sekin rivojlanib boradi va harakat qilganda muskullarning bo'shashishi kuzatiladi.

Ensefalitlar asta-sekin prodromal davridan boshlanadi. Isitmaning baland bo'lishi, to'satdan boshlanadigan bosh og'rig'i, uyquchanlik bu kasallikka xos belgilardir. Kasallik giperkineziya, sezish buzilishlari, giperesteziya bilan birga kechadi.

Bemor hushidan ketishi, alahsirashi mumkin.

Mingdevona o'simligidan zaharlanganda behollik, uyqu bosishi, goho qayt qilish, yuz va gavda terisi giperemiyasi (ba'zan skarlatinadagidek toshmalar toshadi), ruhiyat buzilishi qayd qilinadi. Bemorlar besaranjom bo'lib qolishadi, o'z xarakatlarini boshqara olmay qoladilar, alahsiraydilar. Kamdan-kam hollarda tonik-klonik talvasa tutadi.

Laboratoriya usulida tashxis ko'yish. Botulizmga to'liq tashxis qo'yish uchun bakteriologik tekshirishlar talab qilinadi. Laboratoriyada tekshirishdan maqsad, toksin va uning serologik xilini aniqlashdan iborat.

Buning uchun bemordan olingan qon, axlat, qusuq, moddalari yoki bemorning me'dasi yuvilgan suv, siydik va shubha qilingan oziq-ovqat mahsulotlari tekshiriladi. O'lim yuz bergan xollarda patologik anatomiya yo'li bilan olingan materialdan foydalaniladi.

Botulizmga shubha qilinganda, tekshirish uchun material bemorga botulizmga qarshi zardob yuborishdan oldin olinadi. Material biron narsaga yaxshilab o'raladi, ustiga aniq qilib yozuvlar yozilib laboratoriyaga jo'natiladi.

Toksin mavjudligini aniqlash uchun biologik sinama va uni sichqonlarda neytrallash reaksiyasidan foydalaniladi.

Davosi. Botulizmning asosiy davolash usuli botulizmga qarshi antitoksik zardob yuborishdir. Zardob kasallik boshlangan xaxoti yuborilishi kerak. Buning uchun A, V, YE turdagi polivalent zardoblardan yoki shu zardoblarning monovalent aralashmalaridan foydalaniladi. A, V zardoblarining har bir turi 10000

TB dan va YE turdagi zardobdan 5000 TB dan yuboriladi. Polivalent zardoblarning umumiy miqdori 25000 TB ni tashkil qiladi.

Botulizm yengil kechganda zardob bir marta yuboriladi. O'rtacha og'irlikdagi bemorlarga 3—4 kun davomida mushak orasiga 1—2 doza zardob yuboriladi. Botulizm og'ir kechgan hollarda birinchi kunlari sutkasiga 4 ml miqdorda zardob buyuriladi, uning yarmi 5% li glukoza va natriy xloridning izotonik eritmasi bilan tomchilab venaga, qolgani mushaklar orasiga yuboriladi. Kerak bo'lgan taqdirda zardob 3—4 kun davomida yuborilib turiladi. Botulizmga qarshi zardob asosan Bezredka usulida yuboriladi.

Qo'zg'atuvchining turi aniqlangandan so'ng monovalent zardob yuboriladi. Zardobni yuborayotganda zardob kasalligi rivojlanishi mumkin zkanligini esda tutish zarur. Bemorda

allergik reaksiyalar rivojlanganda dimedrol, promedol, efedrin, prednizolon tayinlanadi.

Me'da-ichak yo'llarini buzilgan ovkat maxsulotlaridan, kasallik qo'zg'atuvchilari va toksinlardan xoli etish uchun me'dani yuvish, keyin esa bemor aktivlangan ko'mir, ichni yumshatuvchi haddori kabul qilishi va unga huqna qilish lozim.

Kasallik vegetativ shaklining oldini olnsh. uchun antibiotiklar tayinlanadi. Botulizmida eng yaxshi naf beradigan antibiotiklardan birn levomitsetindir.

Kasallikning og'ir turlarida katta yoshdagi bolalarga bir kecha kunduzda 2,0—2,3 litr kristalloidlar va 300 ml gacha kolloidlar beriladi.

Bunday katta mikdordagi suyuqlik bemor organizmiga laziks yordamida diurez yaxshilanib turgan holda yuboriladi.

Bemorlarga ko'p-ko'p vitamin tayinlanadi (venaga askorbinat kislota yuboriladi, V guruh vitaminlari buyuriladi), shuningdek, yurak-tomir vositalari hisoblangan strixnin, prozerin, dibazol berish; kerak.

Kasallik og'ir kechganda glyukokortikosteroidlar tayinlanadi.

Bemorning nafas olishi buzilgan takdirda sun'iy nafas oldirishga o'tiladi. So'nggi yillarda terapevtik chora-tadbirlar kompleksiga giperbarik oksigenatsiya kiritilgan.

Asoratlar avj olganda antibakterial davo tayin qilinadi.

Kasallikning oldini olish. Oziq-ovqat mahsulotlarini tashishda va saqlashda sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish zarur. Konserva ishlab chiqarish sanoatida sanitariya nazorati alohida ahamiyat kasb etadi.

Konservalarning usti ko'tarilib qolganligi ularni yo'qotishga asos bo'lib xizmat qiladi. Maxsus profilaktika aholini 3 marotaba (birinchi bilan ikkinchisining orasidagi muddat 1,5 oy, ikkinchisi bilan uchinchisining orasidagi muddat 3 oy) A, V, YE, S turdagi polianatoksin bilan emlashdan iborat.

Zararlangan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilgan bolalarga shoshilinch choralar ko'riladi (mushak ichiga 5000 TB gacha miqdorda botulizmga qarshi zardob yuboriladi). Kasal bolalar 10—12 kun davomida kuzatib turiladi.

BRUTSELLOZ (BRUCELLOSIS)

Retikuloendotelial, asab, yurak-tomir sistemalari, tayanch-harakat apparati va boshqa a'zo xamda sistemalarning zararlanishi bilan davom etadi, shuningdek; o'tkir va surunkasiga o'tadi.

Etiologiyasi. Bu kasallikning qo'zg'atuvchisi odam va hayvonlarda uchraydigan brutsellalar deb ataladigan patogen mikroblar bo'lib, ular 3 turga bo'linadi. Brutsellalar sharsimon (cho'zinchoq) yoki tayoqchasimon shaklda bo'ladi. Mikroblar harakatsiz, sporalarni emas, balki kapsulalarni hosil qilishi mumkin.

Brutsellalar past haroratga chidamli bo'lib, qaynatilganda darhol halok bo'ladi. Ular dezinfeksiyalovchi eritmalaridan ham tezda nobud bo'ladi. Brutsellalar juda kam yuqumlidir.

Turli xildagi brutsellalar yuqumliligi va patogenligi jihatidan odamga turlicha ta'sir ko'rsatadi. Ular odamga juda tez yuqadi va patogenli bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Brutselloz odamlarga hayvonlardan yuqadigan tipik zoonoz infeksiyadir. Odamlarning brutsellozdan kasallanishi qishloq xo'jalik hayvonlari (asosan mayda va yirik shoxli hayvonlar) orasida (epizootiya) brutselloz tarqalishi tufayli kuzatiladi. Brutselloz tarqalishida yovvoyi hayvonlar kam ahamiyat kasb etadi. -Odamlarga bu kasallik zararlangan hayvonlarning chiqindilari, suti va go'shti orqali yuqishi mumkin. Shuningdek, brutselloz kasal hayvonlarning chiqindilaridan ifloslangan juni, terisi orqali ham yukishi mumkin.

Odamga infeksiya ovqat orqali (alimentar yo'l bilan), bevosita kontaktda bo'lganda va havo orqali yuqadi, kasallik ayniqsa qish-bahor fasllarida ko'payadi. Brutselloz asosan o'rta yoshdagi odamlarda kuzatiladi. Emizikli bolalarga bu kasallik ona suti orqali va ona qornida ham yuqishi mumkin.

Patogenezi. Brutselloz patogenezi juda xilma-xildir. Brutsellalar me'da-ichak yo'li,

og'iz, teri va shilliq parda qoplamlari orqali organizmga tushar ekan limfa va qon oqimi bo'ylab tarqalib, regional limfa tugunlarida cho'kadi va birlamchi brutselloz kompleksini hosil qiladi.

Regional limfa tugunlarida brutsellalar jadallik bilan ko'payadi va gematogen yo'l bilan birlamchi generalizatsiya (infeksiyalarning yig'ilishi) ni keltirib chiqarib, butun organizmga tarqaladi. Keyinchalik brutsellalar limfa va qon tomir tizimlariga o'tib, u yerda kasallik zo'rayganda yana ko'payadi. Brutsellozning patogenezida allergik omillar xam ahamiyatlidir.

Brutselloz yuqqanda brutselloz antigeniga nisbatan organizmning o'ta sezgirligi rivojlanib boradi. Bu jarayonning borishi organizmda brutsellalarning ko'payishiga bog'liq. Bemor organizmi agglyutinlar, bakteriolizinlar, opsoninlar, pretsipitinlar va komplement bog'lovchi antitelolar ishlab chiqarib, brutselloz infeksiyasiga qarshilik ko'rsatadi. Infeksiya organizmning kasallikka qarshi tura olishi tufayli xuddy hayvonlardagi kabi odamda ham o'z-o'zidan yo'q bo'lib ketishi, ya'ni organizm o'zini-o'zi davolashi hollari ham uchraydi. Organizm o'zini-o'zi davolashining muddati kasallikning faolligiga qarab bir necha oydan bir yilgacha cho'zilishi mumkin.

Klinikasi. Brutsellozning yashirin davri bir haftadan uch haftagacha davom etadi. Kasallik har xil boshlanadi. Harorat 38—40⁰ gacha ko'tarilib, bemorni titroq bosadi, boshi og'riydi, umumiy behollik sezadi, bo'g'imlarda, mushaklarda, suyaklarda og'riq paydo bo'ladi. Lekin kasallik ko'pincha asta-sekin rivojlanadi, harorat asta oshib boradi, faqat kasallikning 5-7-kuniga kelib yuqori bo'ladi. Brutsellozda haroratning ko'tarilishi eng dastlabki va barqaror simptomlardan biridir. Isitmaning quyidagi reaksiyalari kuzatiladi: to'liqsimon, uzoq davom etuvchi, subfebril isitma, noto'g'ri intermitterlovchi isitma va remitterlovchi isitma shular jumlasidandir. Brutselloz bilan og'rgan bolalarda ko'pincha uzoq davom etuvchi subfebril isitma kuzatiladi. Asab sistemasining turli buzilishlarida bemorning boshi og'riydi, u tajang, kayfiyati o'zgaruvchan bo'lib qoladi. Brutsellozning og'ir turlarida uyqusizlik alahsirash, xotiraning xiralashuvi kuzatiladi. Ba'zan asab sistemasining buzilishlari seroz meningit, meningoensefalit yoki miyelitlar holida namoyon bo'ladi. Brutsellozda ko'pincha terining oqarib ketishi yoki sarg'ayishi, turli pigmentatsiyalar va ularning lokalligi (ko'chib yurishi), trofik buzilishlar, turli xarakterdagi toshmalar, gemorragiyalar kuzatiladi. Limfatik tugunlar odatda kattalashadi, o'ziga xos tarang bo'ladi, qattiqlashadi, ko'pincha teri bilan birikib ketadi. Brutsellozga xos bo'lgan belgilardan biri biriktiruvchi to'qimalar bo'lgan barcha joylarda rivojlanishi mumkin bo'lgan infiltratlar yoki fibrozitlardir, bular ko'pincha bo'g'imlar va bel, dumg'aza atrofiida, shuningdek, bo'yin, bosh va yuzda ko'chib joylashgan bo'ladi. Brutselloz fibrozitining kechishida ikki bosqich ajratiladi: birinchisi haddan tashqari og'riqli, chegaralangan yoki yoyilgan infiltratlar paydo bo'lishi; nkkinchisi — infiltratlar sahasida tugunlar, bog'lamlar va turli zichlikdagi pilikchalar hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Kasallikning o'tkir davri o'tib ketgandan keyin infiltratlar nom-nishonsiz yo'qolib ketadi. Ko'pincha brutselloz bilan og'rgan bemorlarda xa deganda bosilmaydigan og'riqlar bo'ladi, bo'g'imlar shishadi. Kasallik boshlanishida og'riqlar yirik bo'g'imlar sohasida, keyinroq esa mayda bo'g'imlarda qayd qilinadi. Yurakning past urishi, tovushlarning aniq eshitilmasligi, yurak cho'qqisida sistolik shovqin, ifodalangan arterial gipotoniya qayd etiladi. Me'da-ichak yo'lida ham qator o'zgarishlar aniqlanadi, ishtaxa pasayadi, qorin og'riydi, qabziyat kuzatiladi. Kichik yoshdagi bolalarda aksincha ich ketadi. Kasallik ilk bor boshlanganda aksari jigar, kamroq korataloq ancha kattalashadi. Bolalar siyishga qiynaladi, ba'zan qorin pastida qaytalanib turadigan og'riqdan shikoyat qilishadi. Periferik qonda kamqonlik, leyko-va trombositopeniya, leykotsitar formulaning tayoqcha yadrolu neytrofillar, limfotsitlar hisobiga chapga surilishi, monotsitopeniya, eritrotsitlar cho'kish tezligining o'rtacha oshishi qayd qilinadi. Brutselloz turlicha kechadi. Kasallikning o'tkir bosqichi tugaganidan so'ng, o'rtacha o'tkir yoki surunkali davriga o'tadi. Brutsellozning surunkali turlariga tashxis qo'yish qiyin, shuning uchun u kechikib belgilanadi. Bemorlar toliqishdan, mushak va bo'g'imlarda og'riq turishidan, ko'p terlashdan, asabiylashishdan, ishtaha yo'qligidan shikoyat qiladilar. Ba'zi bemorlar terisiga toshmalar toshishi mumkin. Brutsellozning bu turlari ko'pincha uveit, endokardit, gepatit, zpididimit, osteomiyelit, ensefalit, miyelit, aksari kamqonlik bilan birga kechishi mumkin.

Tashxisi. Brutsellozga tashxis qo'yish uchun quyidagi usullar qo'llaniladi: Qondan qo'zg'atuvchi ekmalarni ajratib olib, bakteriologik usulda tekshiriladi. Serologik diagnostika usullari qatoriga: Rayt va Xedelson agglutinatsiya reaksiyalari, PGAR (passiv gemagglutinatsiya), teri ostiga Byurne reaksiyasiga qilinadigan allergik sinama kiradi.

Differensial tashxisi. Brutsellozning o'tkir davrida unga tif-paratif kasalliklari, tulyaremiya, rikketsioz, gripp, soxta sil, yuqumli mononukleoz, bod, sepsis, toksoplazmoz va boshqa kasalliklar bilan differensial tashxis qo'yishga to'g'ri keladi. Brutsellozni (surunkali turlari bo'lgan) revmatoidli artrit, limfogranulematoz, septik endokardit, surunkali o'choqli infeksiya, surunkali zotiljam va klinikasi shu xastaliklarga o'xshash kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilish zarur.

Davosi. Brutsellozni kompleks davolash juda samaralidir, u bemorning butunlay tuzalib ketishiga olib keladi. Brutsellozni davolashda antibiotiklar (streptomitsin, levomitsetin, rondonitsin, gentamitsin, tetrasiklin) va sulfanilamid preparatlar (vitaminlar bilan birga) dan foydalaniladi. Shuningdek, hozir steroid gormonlar ham keng ko'lamda qo'llanadi. Brutselloz kasalligi cho'zilib ketsa yoki surunkali tus olsa, qon quyish, desensibilizatsiyalash va simptomatik davo kabi usullardan ham foydalaniladi. Diatermiya, ultrabinafsha nurlar (UFO), ionogalvanizatsiya, UVCH kabi fizioterapevtik vositalar davolashning qo'shimcha tadbirlari hisoblanadi.

Ilgari immunoterapiyadan keng foydalanilardi, hozir esa rosmiyaning sensibillovchi xususiyati bo'lganligi uchun bu usul kam ishlatiladi. Bolalarda bu usulni imkon boricha kamroq qo'llash lozim. Brutselloz bilan kasallangan bemorlar o'rin-ko'rpa qilib yotishlari, ularga oson hazm bo'ladigan sifatli parhez taomlar tayinlash lozim.

Kasallikning oldini olish. Brutsellozga qarshi kurash deganda, bunda kasallikning ko'chib yurishiga, uning o'choqlarini zararsizlantirishga va yo'qotishga yo'naltirilgan kurash tushuniladi. Bu kasallikning oldini olishda sanitariya qoidalariga rioya qilib to'g'ri xo'jalik yuritishning ham ahamiyati katta. Shu bilan birga brutselloz bilan og'rgan hayvonlarning sutini, sutidan tayyorlangan mahsulotlarni xamda go'shtini ovqatga ishlatmaslik lozim. Bu kasallikka qarshi olib boriladigan qo'shimcha tadbirlardan yana biri tirik brutselloz zardobi bilan emlashdir. Emlash epidemiologik ko'rsatkichlarga binoan 18 yoshdan katta bo'lgan aholi o'rtasida o'tkaziladi, jiddiy epidemiologik vaziyatlarda maxsus emlash tadbirlari yarim miqdorda 10 yoshdan oshgan bolalarga xam o'tkaziladi.

QORIN TIFI (TYPHUS ABDOMINALIS) va

A va V PARATIFLARI

A va V paratiflari isitma, organizmning umumiy zaharlanishi, bakteriyemiya, ichak limfa tugunlarining zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Ich terlama qo'zg'atuvchisi ich terlama tayoqchasidir. A va V paratiflarini D guruhi salmonellalariga mansub bo'lgan paratifoz tayoqchalar keltirib chiqaradi. Bular grammanfiy harakatchan tayoqchalar bo'lib, odatda oziqli muhitda yaxshi o'sadi. Ularning quyidagi somatik, issiq muxitga chidamli bo'lgan O antigeni, virulent antigeni mavjud. Qo'zg'atuvchi o'zidan endotoksin ishlab chiqaradi. Qorin tifi qo'zg'atuvchisida 72 fagotip bo'ladi. Qorin tifi tayoqchasi tashqi muhitga chidamlidir. U tuproqda va suvda 1—5 oygacha, axlatda 25 kungacha, ich kiyimida 2 haftagacha yashay oladi. Qizdirilganda tezda xalok bo'ladi. Odatdagi konsentratsiyadagi dezinfektsiyalovchi vositalar qo'zg'atuvchini bir necha daqiqada nobud qiladi. Tif-paratifoz bakteriyalar levomitsetin, ampitsillin, sefalosporinlar, biseptollarga juda sezuvchandir.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbalari — bemorlar va batsilla tashuvchilardir. Batsilla tashuvchilar axlat va siydik orqali uzoq muddat (3 oy va undan ortiq) o'zidan mikroblar ajratib turadi. Bolalarda batsilla tashuvchilik ko'pincha uzoq davom ztmaydi. Ayniqsa oziq-ovqat korxonalarida va bog'chalarda ishlaydiganlar batsilla tashuvchilar bo'lganda katta xavf tug'iladi.

Paratif V da bakterial tashuvchilik ich terlamaga qaraganda tez shakllanadi. Qorin tifi kasalligidan davolangan bemorlarning 4—5 foizi surunkali tashuvchilar, paratif V ni boshidan

kechirgan bemorlarning 7—8 foizi esa surunkali tashuvchilar hisoblanadilar. Surunkali tashuvchilik turli yoshdagi odamlarda, jumladan 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda ham kuzatiladi.

Bu kasallikning epidemiologiyasida kasalligi yashirin yoki atipik shaklda kechayotgan bemorlar katta rol o'ynaydi. Ich terlama va paratifning atipik shaklda kechishi ko'pincha keksa odamlarda, ayniqsa yosh bolalarda aniklanadi. Qorin tifi va paratiflarning tarqalishi yil bo'yi bir xil bo'lmaydi. Bu kasalliklar ko'pincha yilning yoz-kuz oylarida ko'payadi, chunki yoz oylarida ob-havoning issiq bo'lishi mikroblarning ko'payishi uchun qulay sharoit tug'diradi. Butun yil bo'yi kasallanishning 75 foizi kasallikning mavsumiy ko'payish davriga to'g'ri keladi. Kasallik asosan og'iz orqali yuqadi. Shuningdek, bu kasallik qaynatilmagan suv ichilganda va tarkibida shu kasallikning qo'zg'atuvchisi bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlari iste'mol qilinganda yuzaga keladi. Suv manbalari kasallikning uzoq masofalarga tarqalishida asosiy omil bo'lib xisoblanadi, chunki suvda ich terlama va paratif qo'zg'atuvchilari uzoq yashay oladi. Ich terlama mikroblari suvda shart-sharoitga qarab 2—3 oy yashashi mumkin. V paratifi mikroblari esa bundan ham ko'proq saqlanib turadi. Qorin tifi va paratifning suv orqali tarqalishi o'tkir epidemiyaga sabab bo'lishi va uzoq muddat davom etishi iymkin.

Infeksiya tarqalishida pashshalarning ham ahamiyati katta. Bu kasallikka hamma yoshdagi bolalar (emizikli bolalar xam) beriluvchan bo'ladilar, lekin ko'pincha maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Ba'zi mintaqalarda, jumladan O'zbekistonda kasallanishning 60 foizi 14 yoshgacha bo'lgan bolalarga to'g'ri keladi. Bunda ko'rsatkichlarning talayginasi 4—14 yoshli bolalarga, eng kami esa 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga to'g'ri keladi. Qorin tifi va paratifni boshidan kechirgan bemorlarda ancha turg'un bo'lgan maxsus immunitet paydo bo'ladi.

Patogenezi. Hazm yo'llari infeksiyaning kirish joyi bo'lib xizmat qiladi. Qo'zg'atuvchi ichakda ko'payib, shilliq parda va limfa yo'llari orqali ichakning limfa tizimlariga (Peyer, pilikchalari, solitar follikulalar, regionar limfa tugunlari) o'tadi. Keyinchalik qisman halok bo'lgan mikroblar va holi bo'lmagan toksinlar tufayli kechadigan bakteriyemiya yuzaga keladi. Mikroblar ko'plab o't qopida yig'iladi, u yerdan ichaklarga tushib, ma'lum darajada intoksikatsiyaga sabab bo'ladi va qon tomirlarga o'tadi. Kasallik ichakda rivojlanganda quyidagi bosqichlar: Peyer pilikchalari va follikulalarning bo'kish bosqichi, limfa tugunlarining kattalashuvi va ichak shilliq qavatining yallig'lanishi (1-haftada), Peyer pilikchalarining chirish bosqichi (2-xaftada), qayta paydo bo'lishi (3-haftada) va yaralarning chandiqqa aylanishi bosqichi (4—5 xaftalarda) farq qilinadi. Yosh bolalarda ichakdagi mahalliy o'zgarishlar kuchsizroq ifodalanadi.

Klinikasi. Ich terlamaning yashirin davri 7 dan 23 kungacha, o'rta hisobda 14 kun davom etadi. Paratifta yashirin davr bir muncha qisqa (6 kundan 10 kungacha) davom etadi. Ich terlamada aksariyat qisqa yashirin prodromal davr (1—3 kun) kuzatiladi. Kasallik asta-sekin boshlanadi, harorat 5—7 kun mobaynida bosqichma-bosqich ko'tarilib, 39—40⁰ ga yetganda et junjikadi, ishtaxa pasayib, uyqu buziladi, qabziyat paydo bo'ladi, jigar va taloq kattalashadi, tilni karash bog'laydi, nisbiy bradikardnya paydo bo'ladi, harorat yuqoriligicha saqlanib turadi. Tifoz holat rivojlanadi, uyqu bosadi, karaxtlik, alahsirash kuchayadi. Qorin tekshirilganda o'ng tomonda quldirash eshitiladi. Ko'pincha bronxit kuzatiladi. Kasallikning 9—11-kunida qorin terisida, ko'krakda, yelkada ozgina bo'rtib chiqqan, diametri 3—4 mm bo'lgan, bosganda yo'qolib ketadigan rozeolalar — pushti rang dog'lar paydo bo'ladi. Kasallikning birinchi kunlarida o'rtacha leykotsitoz, keyin leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya kuzatiladi. Kasallikning hamma simptomlari to'liq yuzaga chiqqandan 1—2 xafta o'tgach, rozeolalar asta-sekin yo'qolib, kasallikning rekonvalessensiya davri boshlanadi. Xarorat ertalab ba'zan vaqtincha tushishi, ba'zan kasallikning qisman yoki barcha simptomlari yuzaga kelgan holda qaytalanishi ham mumkin. Kasallik isitma chiqish davrining 1—2 xaftagacha qisqarishi bilan abortiv (to'xtab-to'xtab) kechishi mumkin. Kasallikning yengil, o'rtacha va og'ir turlari farqlanadi. Ich terlamani yaqqol manzarasi maktab yoshidagi bolalarda kuzatiladi. Yosh bolalarda kasallik ba'zan atipik (intoksikatsiya, dispeptik holatlar, meningizm, septik asoratlar bilan) kechadi.

Kasallik asoratlari kamdan-kam hollarda ichakdagi yarali (ichakdan qon oqishi va ichak

perforatsiyasi) jarayonlarga bog'liq holda, katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Ichakdan qon oqayotganligiga xos belgilar: axlatning moysimon bo'lishi (ko'pincha kasallikning 3-haftasida), bemor rangining oqarib ketishi, bosh aylanishi, qorinda to'satdan og'riq paydo bo'lishi, bemor qayt qilishi, harorat va qon bosimi pasayib ketishi hisoblanadi. Bolalarda ikkilamchi infeksiyalar bilan bog'liq bo'lgan asoratlar (otit, zotiljam, stomatit va boshka) yuzaga keladi. Paratif A klinik kechishi bo'yicha qorin tifiga o'xshash bo'lsada, o'zining o'tkir boshlanishi, haroratning bir tekisda bo'lmasligi, birmuncha yengil kechishi, kamdan-kam asorat qoldirishi bilan undan farq qiladi. Paratif V da ko'pincha qon ketishi, ba'zan esa qabziyat, rozeolalarning ko'plab toshishi, ba'zan herpes, qonda leykopeniya bilan birga leykotsitoz kuzatiladi. Paratiflarda kasallik qorin tifiga qaraganda qisqaroq davom etadi, kam hollarda asorat qoldiradi va o'lim bilan tugaydi.

Tifga qarshi emlanganlarda bu kasallik g'ayritabiiy xolda, ko'pincha yashirin kechadi.

Shuningdek, kasallik o'tkir boshlanib, uning to'satdan yuzaga chiqadigan abortiv shakli ham mavjud. Kasallik ko'pincha bo'g'imlarda, mushaklarda og'riq va uzoq subfebril harorat bilan kechadi. Lekin emlanganlarda kasallik xavfli asoratlar bilan og'ir kechishi mumkin. So'nggi yillarda qorin tifi va paratiflar og'ir turining kamayishi, yengil, atipik turining ko'payib borishi natijasida, ayniqsa kasallikning boshlang'ich davrida unga tashxis qo'yishda xatoliklarga yo'l qo'yilmoqda. Hozirgi paytda qorin tifi va paratiflarning klinik kechishi kasallikni erta aniqlash uchun klinik laboratoriya usullaridan foydalanishni talab etadi.

Asoratlari. Qorin tifida ichak yarasining teshilishi, ichaklardan qon ketishi, meningit, piyelonefrit va boshqalar.

Tashxisi. Bu kasallikni ayniqsa yosh bolalarda aniqlash qiyinchilik tug'diradi. Bir haftadan uzoq davom etadigan, doim isitma va leykopeniya bilan kechadigan, penitsillin yaxshi ta'sir etmaydigan kasalliklar qorin tifiga shubha tug'dirishi mumkin. Bunday paytlarda ularni darhol bakteriologik tekshirish zarur. Shoshilinch tashxis qo'yish uchun (kasallikning birinchi haftasida) venadan 5—10 ml qon olinib, qon ekmasi (gemokultura) tayyorlanadi va 10% li o't suyuqligiga ekiladi. Birinchi haftaning oxiri, ikkinchi haftaning boshida Vidal reaksiyasini o'tkazish (tashxislash) uchun uning titri 1 : 100 dan kam bo'lmasligi zarur, kerak bo'lganda bu reaksiyani qayta o'tkazish (bunda agglutinatsiya titri oshib boradi) lozim. Ikkinchi haftaning oxiri, uchinchi haftaning boshida axlatdan va siydikdan ekma olish kerak. Kasallikning 2—3 haftasiga borib ekma uchun o'n ikki barmoq ichakdagi suyuqlikdan (bilikultura) foydalanish mumkin. Antibiotiklarni erta tayinlashda laboratoriya tekshirishlari ijobiy natija beradi.

Hozirgi paytda Vidal reaksiyasini somatik (jismoniy) O- va N- antigenlari bilan o'tkazish tavsiya etilmoqda. O-antigenlar bilan o'tkaziladigan ijobiy natija qo'zg'atuvchisi noma'lum bo'lgan tif-paratifoz kasalliklaridan darak beradi. O-va N antigenlari bilan o'tkaziladigan reaksiyalar birgalikda ijobiy natija berganda, O- agglutinatsiya titri oshib borganda qorin tifiga taxmin qilish mumkin. Vidal reaksiyasiga qaraganda aniqroq natija beradigan reaksiya passiv gemagglutinatsiya (PGAR) reaksiyasidir. PGAR (passiv gemagglutinatsiya reaksiyasi)ning eritrotsitlar O- va N- antigenlari bilan o'tkaziladigan titri 1 : 660—1 : 320 ga teng. PGAR maxsus reaksiya bo'lib, yuqori aniq ko'rsatkichlarga ega bo'lganligi uchun kasallikning 4—5-kunlari qo'yiladi, titrning ko'paygan miqdori 3—4 haftalarda kuzatiladi. Erta tashxis qo'yish usullaridan biri — immunoflyuorensensiyadir. Bunda kasallik boshlangandan keyin 10—12 soat mobaynida qo'zg'atuvchilardan ekma olmasdan turib kasallikni aniqlash mumkin. Bu usulni kasallikning yashirin atipik xillarida qo'llagan ma'qul.

Qorin tifi va paratiflarni gripp, toshmali tif, pnevmoniya, meningitli sil, sil, sepsis, brutselloz, Ku-isitmasi, yuqumli mononukleoz, o'tkir appenditsit, bezgak, salmonellyoz, o'tkir dizenteriya va soxta sil kasalliklari bilan differensial tashxis qilishga to'g'ri keladi.

Oqibati. Kasallik odatda bolalarda yengil o'tadi.

Davosi. Bemor isitmasi tushgandan keyin 1,5—2 hafta o'rin-ko'rpa qilib yotishi shart. Bunda to'la sifatli parhez tutish, ya'ni sut, qatiq maxsulotlari, mastava, bo'tqalar, qirilgan mevalar, sabzavot pyupesi, kisel, bug'da pishirilgan kotlet, ilitilgan tuxum, qotgan oq non tavsiya etiladi. Ko'proq suyuqlik berib turiladi. Antibiotiklardan levomitsetin, tetratsiklin (yoshga qarab) tayinlanadi. Davolash isitma tushgandan keyin ham davom ettiriladi. Kasallik

qaytalaganda takror antibiotiklar bilan davolash choralari ko‘riladi.

Intoksikatsiya yuz berganda organizmga albumin, plazma, gemodez (20—50 ml), glukoza (20% li zritmasidan 20—40 ml), tetiklashtiruvchi vositalardan immunoglobulin (kuniga 3 mldan 2—3 marta), gemotransfuziya (1 kg tana vazniga 5—10 ml) ishlatiladi. Kasallikning boshlang‘ich davrida gormon tutadigan dorilar bilan davolash (10—12 kun davomida sutkasiga 5—10 mg dan prednizolon, ichishni to‘xtatishdan oldin miqdori kamaytiriladi) yaxshi natija beradi. Ichakdan qon ketganda bemorga tinch sharoit yaratib berish, qoringa muz qo‘yish, plazma, kalsiy xlorid, vitamin K (yoshga qarab) quyish, oz-ozdan sovitilgan ovqat berib turish kerak. Ichakdagi yaralar teshilganda zudlik bilan operatsiya qilish zarur.

Oldini olish. Ichiladigan suv va oziq-ovqat mahsulotlarini yaxshilab tekshirib turib qatʼiy sanitariya xizmatini o‘rnatish, kasallikning oldini olishda katta ahamiyat kasb etadi. Kasallik simptomlari batamom yo‘qolgach, bemor axlatini va siydigini bakteriologik tekshirganda uch marta manfiy natijalar olinguncha uni alohida yotqizish lozim. Kasallik o‘chog‘ida kundalik va yakunlovchi dezinfeksiya o‘tkaziladi.

Rekonvalessentlar — bakteriya tashuvchilar kasalxonadan chiqarilgandan keyin poliklinika va sanitariya-epidemiologiya stansiyasi nazoratida bo‘ladilar. Maktab va maktab internat o‘quvchilarida qorin tifi va paratif bakteriyalarni tashuvchanlik hollari kuzatilganda, bunday bolalarga o‘qishga qatnashga pyxcat etilsa-da, ularga oziq-ovqat mahsulotlarini tayyorlash bilan bog‘liq bo‘lgan ishlarga qatnashishga ruxsat etilmaydi. Umumiy ovqatlanish muassasalarida bakteriya tashuvchi xodimlarni izchil aniqlash va ularni zararsizlantirish choralari ko‘rish lozim.

Maktab yoshdagilarni faol emlash tadbirlari faqat epidemik ko‘rsatkichlarga muvofiqgina amalga oshiriladi. Epidemik ko‘rsatkichlarga muvofiq emlash tadbirlari aholi punktlarida kasallik ko‘plab tarqalganda va uzoq davom etgandagina amalga oshiriladi. Bolalarni qorin tifiga qarshi emlash uchun hozirgi paytda qorin tifiga qarshi A- antigen bilan boyitilgan spirtli vaksina qo‘llaniladi.

VIRUSLI JIGAR KASALLIKLARI (HEPATITIS VIROSA)

Turli viruslar keltirib chiqaradigan umumiy kasallik bo‘lib, uning yuqish yo‘llari xilma-xildir. Bu kasallik o‘tkir va surunkasiga kechadi. Hozirgi vaqtda virusli hepatitning A va V, shuningdek G va D turlari ma‘lum.

Kasallik qo‘zg‘atuvchi omil. (Virusli jigar xastaligining A shakli). Bu kasallikni qo‘zg‘atuvchi virus tarkibida RNK (ribonuklein kislota) bo‘lib, o‘z xossasiga ko‘ra enteroviruslar guruxiga mansubdir. Viruslar 100°S haroratda 5 minut mobaynida halok bo‘ladi. Hepatit V ni qo‘zg‘atuvchi virus tarkibida DNK bo‘lib, u murakkab antigen tuzilishiga ega bo‘ladi (yuza qobiqli markazlashgan). Viruslar tashqi muhitga chidamli bo‘lib, 30 minut qaynatilganda nobud bo‘ladi.

Epidemiologiyasi. Virusli hepatitning A shakli juda yuqumli bo‘lib, (infeksion hepatit, Botkin kasalligi) u og‘iz, ichak va hazm yo‘llari orqali yuqadi.

Virusli hepatit V bilan kasallanganlarning 70—80 foizida kasallik manbai bemor bo‘lib, kasallik yashirin davrining oxirida, sariqlik davri boshlangan va kasallik o‘tkir davrining dastlabki 12—15 kunidagi bemorlarning yuqumliligi eng yuqori hisoblanadi.

Gepatitning A shakli bilan asosan 3—14 yashar bolalar kasallanadilar. Kasallikning ma‘lum sikl bo‘yicha rivojlanishi qayd qilingan. Infeksiya ko‘pincha bolalar muassasalarida tarqaladi. Bu kasallikni boshidan kechirgan odamlar organizmida turg‘un immunitet paydo bo‘ladi.

Virusli hepatit V. Virusli hepatit V da kasallikning o‘tkir va surunkali turi bilan og‘rigan bemorlar, shuningdek, hepatit V virusining yuza antigenini tashuvchi sog‘lom odamlar kasallik manbai bo‘lib hisoblanadi. Hepatit V virusi bemor qonida uzoq vaqtgacha saqlanib turadi. Hepatit V parenteral yo‘l bilan, virus teriga va shilliq qavatga tushganda yuqishi mumkin. V virusining yuza antigeni so‘lak, axlat va organizmning boshqa suyukliklari bilan ajralib chiqadi.

Kasallik, ko'pincha gepatit V virusi tashuvchilarining qonini va plazmasini bilmasdan sog'lom odamga quyish orqali ham tarqaladi.

Virusli gepatit V bilan og'rigan homilador ayollarda bu kasallik homilaga ham o'tishi mumkin. Gepatit V bilan asosan bir yoshgacha bo'lgan bolalar og'riydi. Chaqaloklarga kasallik (tug'ruq paytida) tarkibida V virusli bachadon suyuqligini yoki qonni yutib yuborganda ham yuqishi mumkin.

Bemorlar sog'ayib ketgandan so'ng, ularda turg'un immunitet rivojlanadi. A va V gepatitlari serologik aloqasi bo'lmagan agentlar orqali yuzaga keladi. Hozirgi kuzatishlar gepatit A va V ga sabab bo'ladigan maxsus agentlar borligidan dalolat bermoqda. Gepatit A va V hamma yerda tarqalishi mumkin bo'lsa-da, lekin bu kasalliklar posttransfuzion gepatitlar. orasida bir muncha ko'proq uchraydi. Kasallik asosan kondan yoki uni o'rnini bosadigan dorilardan o'tadi, shuningdek, infeksiya tabiiy yo'l bilan ham o'tadi, degan taxminlar ham bor.

Gepatit A va V uchun kasallikning hamma yerda bir xil tarqalmasligi xos bo'lib, bu kasallik suv ta'minoti yaxshi bo'lmagan joylarda ko'plab tarqaladi, katta yoshli kishilarga kasallik kamroq yuqadi, kasallik o'chog'i bo'lgan hollar kam uchraydi.

Patogenezi. Gepatit A virusi organizmga me'da-ichak yo'lining shilliq pardalari orqali o'tadi. U ingichka ichak shilliq qavatlarida va mezenterial limfa tugunlarida ko'payadi. Keyin virus qonda yig'iladi va kasallik yashirin davrining ikkinchi yarmida, klinik manzarasi yuz berguncha birlamchi virusemiya (viruslarning ko'payishi) rivojlanadi. Virus qon bilan butun organizmga tarqalsa-da, ammo jigar infeksiya ko'payishi uchun eng qulay joy hisoblanadi. Bu davrda umumiy zaharlanish belgilari paydo bo'ladi, jigar va taloq kattalashadi.

Gepatit V virusi terining zararlangan joyi orqali organizmga tushganda regionar limfadenit yuzaga keladi. Gepatit V virusi bilan zararlangan qon quyilganda esa virusemiya (ya'ni viruslar qon tomirlarida aylanib yuradi) paydo bo'ladi, bu kasallik patogenezining keyingi bosqichlari xuddi virusli gepatit A dagi singari. Virusli gepatit V da sitoliz hodisasi jigar hujayralarida immunologik jarayonlarning kechishi bilan izohlanadi. Virusli gepatit V bilan og'rigan bir qancha bemorlarda T- limfotsitlar kamayishi va funksional faoliyatning pasayishi sababli, T- sistemali immunitet faoliyati yo'kolib ketadi. Virus ta'sirida kasallik yashirin davrining oxiriga borib, hujayra membranalarining o'tkazuvchanligi oshib boradi va qon zardobidagi fermentlar faolligining oshishiga sabab bo'ladi.

Kasallik avj olgan davrda gepatotsitlar sitolizi, xolestaz va mezenximaning yallig'lanish reaksiyalari tufayli jigar zararlanadi. Sitolizda jigar to'qimalarining parchalanishi natijasida oqsilning sintez qilinishi pasayib ketadi, gipoproteinekilya rivojlanadi, albuminlar darajasi pasayib, globulinlar miqdori ko'payib ketadi.

Kasallikning og'ir turlarida qon ivishi sistemasi buziladi, qonning tomir ichidagi ivish sindromi rivojlanishi mumkin. Vitaminlar yaxshi o'zlashtirilmaydi, hujayra va hujayradan tashqaridagi suyuqliklar nisbati, pigment almashinuvi ancha buziladi. Jigar distrofiyasi rivojlanishida (to'qimalarning parchalanishida) hujayra membranalari, lizosomalar o'tkazuvchanligi va ulardagi proteolitik fermentlar faolligi oshishining ham ahamiyati katta. Bular jigar hujayralarining tez yemirilishiga yordam beradi, bu jigar funksiyasini susaytiradi. Jigar distrofiyasida markaziy nerv sistemasi faoliyati buziladi va h. k.

Jigarning o'tkir distrofiyasida markaziy nerv sistemasi faoliyatining buzilishi, jigarning qarshilik ko'rsatish faoliyatining susayib ketishi bilan bog'langan. Bunday hollarda qonda ammiak, fenollar, ba'zi aminokislotalarning to'planishi ahamiyatlidir. Jigarning parchalangan to'qimalari ham organizmga zaharli ta'sir qiladi. Gepatit durust kechgan hollarda organizm virusdan batamom xalos bo'lib, unda immunitet shakllana boshlaydi. Gepatit V bilan og'rishning ba'zi hollarida organizm virusdan batamom xalos bo'lmasdan, virus tashuvchanlik shakllanadi. Gepatit V bilan og'rigan qator bemorlarda kasallik surunkali tus oladi.

Klinikasi. Virusli gepatit A ning inkubatsion davri 7 kundan 50 kungacha, virusli gepatit V da esa 50 kundan 150 kungacha davom etadi.

Bu viruslar og'iz orqali yuqqanda inkubatsion davr 14 nundan 50 kungacha davom etadi. Kasallikning kechishi uch davrga: sariqlikdan oldingi davr, kasallikning o'tkir sariqlik davri va

sog'ayish (rekonvalessensiya) davriga bo'linadi. Sariqlikdan oldingi davr 3—10 kun davom etib, darmonsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, ko'pincha yallig'lanish bilan kechadigan dispeptik buzilishlar, ba'zan jigar va taloqning kattalashgashshgi bilan xarakterlanadi. Holsizlik, bosh og'rishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, qorinda og'riq kuzatiladi. Virusli gepatit V da kasallik asta-sekin boshlanadi. Bemorlarning ma'lum qismida artralgiya, bo'g'imlarda og'riq seziladi. Virusli gepatit A va V larga siydikning to'q sariq rangda bo'lishi, axlatning esa rangsizlanishi xosdir. Har xil darajali sariqlik asta-sekin rivojlanadn, u avvalo ko'z skleralarida, tanglayda, teri yuzasida paydo bo'ladi. Ba'zan teri bir oz qichishadi. Siydik to'q-sariq rangga kiradi, axlat rangsizlanadi, jigar kattalashib, paypaslaganda og'riq seziladi. Sariqlik davri 10 kundan 20 kungacha davom etadi, shundan so'ng sariklikka xos belgilar yo'qolib ketadi va rekonvalessensiya davri boshlanadi. Bolalarda kasallik ko'pincha o'tkir boshlanadi, ya'ni isitma ko'tariladi, bola qayt qiladi, jigar sohasida og'riq seziladi, teri -qoplamlarida va ko'z sklerasida juda erta sariqlik paydo bo'ladi. Kasallik turli klinik formalarda — sariqlik yuzaga kelmaydigan va sariqlik juda tez paydo bo'ladigan formalarda o'tadi. Virus-li gepatitlarning sariqliksiz yuzaga kelgan turi yengil kechadi. Bemorlar bilan muloqatda bo'lganda bu kasallik ayniqsa yosh bolalarda cho'zilib ketishi mumkin. Jigar va taloqning kattalashishi, paypaslaganda og'riq sezilishi kasallikning bu turiga xosdir. Kasallikning bu turi klinik-epidemiologik asosda laboratoriya usulida tekshirib aniqlanadi. Surunkali gepatitlar qaytalanib turadigan va faol turda kechishi mumkin. Surunkali gepatit bilan og'rigan bolalarda jigar va taloqning kattalashganligi, sariqlik, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, anoreksiya, ozib ketish, terida tomlarning ko'karib qolgan joylari, kaftlar va tirnoqlarning o'ziga xos o'zgarishi, gipertenziya, ichak faoliyatining buzilishi, kamqonlik hollari qayd qilinadi.

Tashxisi. Gepatitning sariqlik rosmi ifodalangan turida, kasallikni aniqlashda unchalik qiyinchiliklar bo'lmaydi. Kasallik sariqlikdan oldin va sariqliksiz kechadigan hollarda tashxis qo'yish mushkullik tug'diradi. Kasallik sariq kasalligi bor bemorlardan yuqqanda uning birinchi belgilari 7 kundan 50 kungacha, organizmga dori igna orqali yuborilganda yuqqanda esa 50—150 kungacha bo'lgan muddatda bilinadi. Tashxis uchun umumiy darmonsizlik, haroratning subfebril bo'lishi, ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, kekirish, qabziyat, o'ng biqinda og'riq, jigarning kattalashishi, siydik, ayniqsa ko'pigi to'q rangda bo'lishi, najasning rangsizlanishi muhim belgilardan hisoblanadi. Bolalar muassasalarida bu kasallikni erta aniqlash muxim ahamiyatga ega. Chunki bu kasallik kechikib aniqlanganda ko'pchilikka yuqib qolishi mumkin. Kasallikni aniqlashda qonda bilirubin borligini kuzatish, siydikni esa sariqlik pigmentlari urobilinga va boshqa sinamalarga tekshirish zarur.

Fermentlar, transaminazalar (ALT miqdori 0,68 ni mmol/l bo'lishi kerak) faolligini aniqlash ham tashxis qo'yishda katta ahamiyatga ega. Virusli gepatitlar gripp va boshqa shamollash kasalliklari, mexanik sariqlik, oziq-ovqatdan zaharlanish, sariq leptospiroz, ko'richak, yuqumli mononukleoz, leyshmaniozlarning visseral turi, angioxoletsistit, toksinli gepatit, o't yo'li atreziyasi, karatinli sariqlik bilan differensial tashxis qilinadi.

Oqibati. Kasallik ba'zan yengil turda kechadi. Ulim hollari kamdan-kam ro'y beradi. Bu hol asosan virusli gepatit V ning fulminant turi bo'lishi mumkin. Kasallik sirroz bilan tugaydigan surunkali turiga aylanishi mumkin.

Davosi. Bemor butun kasallik davomida ko'rpa-to'shak qilib yotishi, parhezga rioya qilishi, berilayotgan ovqati tarkibida tuz, yog', ziravorlar kam bo'lishi kerak. Bemorga tvorog, sabzavotlar, ho'l mevalar, yoshiga qarab vitaminlar (askorbin kislota, nikotin kislota, V guruhi vitaminlari va boshqalar) berilishi kerak. Magnezianing oltingugurtli birikmasi ham foydali (25% li eritmasidan choy, osh qoshiqdan kuniga 3—4 mahal beriladi). Mineral suvlar (17-son Yessentuki borjomi, Toshkent, Slavyan mineral suvlari) ovqatdan oldin 1/4—1/3 stakan miqdorda ilitib beriladi.

Kasallikning og'ir turida intoksikatsiyaga qarshi tadbirlar ko'rish, ozish uchun parhez tutish, tozalik huqnasi, glukozaning 20% li eritmasidan 20—40 ml yuborib turish, plazma (20—50 ml) quyish, V guruh vitaminlari (ayniqsa V6 vitamini) yuborish, gormonal davo o'tkazish lozim.

Kasallikning oldini olish. Virusli gepatit V ning oldini olishda virusning me'da-ichak yo'li orqali o'tishining oldini olish lozim. Aholini sifatli oziq-ovqat mahsulotlari va suv bilan ta'minlash, pashshalarga qarshi kurashish, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish shular jumlasiga kiradi.

Gepatit A bilan og'rgan bemorlarni darhol ajratib qo'yish zarur. Noqulay sharoitlarda yashaydigan (kommunal turar joylarda, yotoqxonalarda) bemorlarni kasalxonaga yotqizish kerak. Yashash sharoiti durust bo'lgan, shaxsiy xonadonlarda turadigan bemorlar uylarining o'zida alohida xonaga yotqiziladi. Uylar albatta dezinfeksiya qilinishi shart.

Bemor bilan aloqada bo'lgan yosh bolalar orasida (bemor bilan oxirgi kontaktdan boshlab 50 kungacha) tibbiy nazorat o'rnatiladi. Immunoprofilaktika tadbirlari bu kasallik bilan ko'proq zararlangan aholi o'rtasida o'tkaziladi. Immunoglobulin yoshga qarab quyidagi miqdorlarda: 1—6 yoshdagilarga -0,75 ml; 7—10 yoshdagilarga—1,5 ml va katta yoshli bola vazniga qarab 3 ml gacha yuboriladi.

A va V virusli gepatit qo'zg'atuvchilarining og'izdan tashqari yo'l bilan o'tishi, gepatit virusi tarqalishining oldini olishda ko'riladigan chora-tadbirlar kasallikning tabiiy va sun'iy tarqalish yo'llarini bartaraf etishdan iborat. Bemorga qon va uning o'rnini bosuvchilarni quyish uchun bir marta qo'llanadigan vositalardan foydalanish kerak. Gepatit V yuqishining oldini olish uchun donorlarni yaxshilab tekshirish, barcha davolash va muhofaza muassasalarida gemotransfuziyani cheklash, iloji boricha, bir marta ishlatiladigan tibbiy va tahlilxona uskunalaridan foydalanish, teri qoplamlari va shilliq qavatlar shikastlanganda ishlatiladigan muolaja jihozlari va uskunalarini sterilizatsiyadan oldin tozalash, sterilizatsiya qilish qoidalariga qat'iy amal qilgan holda dezinfeksiya o'tkazish zarur bo'ladi.

Virusli gepatit V ga qarshi maxsus profilaktika tadbirlarini o'tkazish maqsadida 1990 yildan boshlab gepatit V antigenining yuqori virus tashuvchanligini hisobga olib, chaqaloqlar, 1—2 yoshli bolalar va tibbiy xizmatchilar orasida profilaktik emlash choralari o'tkazilmoqda. Bu infeksiyaga qarshi emlashning to'la kursi «gepatit V ga qarshi emlanishi lozim bo'lgan bolalarni emlash tartibiga» muvofiq 4 marta amalga oshiriladi.

VIRUSLI GEPATIT BILAN OG'RIB O'TGAN BOLALARNI DISPANSERIZATSIYA QILISH

Virusli gepatitni boshdan kechirgan barcha bolalar kasallikning surunkali tus olishi va xunuk oqibatlarini bartaraf etish maqsadida doim vrach nazoratida bo'lishlari lozim.

Birinchi tekshiruvda klinik-laboratoriya ko'rsatkichlari yaxshi chiqqan bolalarni poliklinikada infeksiyalar yoki gastroenterolog (ular yo'q bo'lganda uchastka pediatri) har 3—6 oyda tekshirib turadi. Klinik-laboratoriya ko'rsatkichlarni yaxshi bo'lgan bemorlar 6 oydan keyin dispanser hisobidan chiqarib tashlanadi.

Gepatit V, delta-infeksiya bilan og'rib o'tganlar, A va V gepatitlari virusli gepatit bilan differensiallanmagan bemorlar kuzatuv mobaynida kasalxonada davolanish bilan birga ambulatoriya tekshiruvidan o'tadilar. Birinchi marotaba tekshirilganda klinik-laboratoriya ko'rsatkichlari yaxshi chiqqan bolalar 3, 6, 9 va 12 oylardan keyin qayta tekshiriladi. Hamma klinik laboratoriya ko'rsatkichlari yaxshi bo'lgan bemorlar kasalxonadan chiqqanlaridan 12 oy o'tgach xisobdan chiqarilib yuboriladi.

GEMORRAGIK ISITMALAR

Bular tabiiy o'choqli viruslar quzg'atadigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, zaharlanish, isitma va gemorragik sindromlar bilan xarakterlanadi. Bu guruhga 10 dan ortiq kasallik turlari kirib, ulardan gemorragik isitma (buyrak sindromlari bilan) yoki uzoq sharq gemorragik isitmasi, Qrim isitmasi (uning turlaridan biri Markaziy Osiyo xili) va Omsk isitmasi uchraydi.

GEMORRAGIK ISITMA (BOSHLANG'ICH SINDROM BILAN)

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi arboviruslar guruhiga mansubdir. Virus tashqi muhitga uncha chidamli bo'lmaydi.

Epidemiologiyasi. Xozirgi vaqtda yovvoyi sichqonsimon kemiruvchilar (ondatralar va boshqalar) ni kasallik tarkatuvchilar deb hisoblash rasm bo'lgai. Kasallik kemiruvchilar bilan bevosita aloqada bo'lganda qanday yuqsa, bilvosita aloqada bo'lganda ham shunday yuqadi. Qo'zg'atuvchilar transmissiv (qon so'ruvchi bo'g'im oyoqlilar), alimentar, aspiratsion yo'l va bevosita kemiruvchilar orqali yuqadi.

Gemorragik isitma bilan barcha yoshdagi kishilar kasallanadi. 7 yoshgacha bo'lgan bolalar va 50 yoshdan oshgan qariyalar kamdan-kam og'riydi. Kasallikdan so'ng mustahkam immunitet hosil bo'ladi.

Patogenezi. Virus teri yoki shilliq pardalar orqali organizmga tushib, retikuloendotelial hujayralarda ko'payadi, so'ngra qonga o'tib, virusemiya — umumiy zaharlanishni keltirib chiqaradi.

Viruslarning vazotrop xususiyatlari shunda namoyon bo'ladiki, ya'ni bunda qon tomiri devorlarining o'tkazuvchanligi oshib ketadi, bu kasallik uchun patologik hisoblangan to'qimadagi plazmorreyaning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Natijada perivaskulyar shish, ko'plab qon quyilishi va nekrobioz o'choqlarining paydo bo'lishi kuzatiladi.

Kasallikning patogenezi kapillarotoksikoz, gemorragik toshmalar, ko'plab qon quyilishi, ichki a'zo to'qimalari va markaziy nerv sistemasining zararlanishi, shish ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kasallik avj olganda ko'pincha gipotalamogipofizar, buyrak usti bezi yetishmovchiligi va infeksiyon toksinli shok xolat yuzaga keladi.

Kapillarlar va mayda qon tomirlari devorlarining zararlanishi bilan kechadigan virusemiya kasallik boshlang'ich davrining (1—3 kun) belgilarini keltirib chiqaradi. Buyrakning siydik ajratish qobiliyatining o'tkir buzilishi viruslarning buyrak tomirlarga bevosita ta'siri bilan bog'langan.

Oliguriya, og'ir hollarda esa anuriyaning kelib chiqishi buyrak yetishmovchiligining belgilari bo'lib, bu elektrolit va azot almashinuvning buzilishiga ham olib keladi.

Poliuriya davrida buyrak patologiyasini keltirib chikaruvchi funksional buzilishlar asosida kanalchalar epiteliysining siydikni reabsorbsiya qilish qobiliyatining pasayishi va buyrak tugunlarida filtrlanishning kamayishi va aftidan endokrin bezlar ish faoliyatining buzilishi yotadi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri o'rta hisobda 15 kunni tashkil etib, 10 kundan 25 kungacha o'zgarib turishi mumkin. Kasallik odatda o'tkir boshlanadi. Kasallik boshlanishining old davri 2—4 kun davom etib, bemorni ko'ngil aynishi, behol bo'lish, tez charchab qolish, boshning peshona, chakka kismida va ko'z kosalarida og'riq bezovta qiladi, ishtaha pasayib, oyoq-qo'llarda va butun tanada og'riq paydo bo'ladi, uyqu buzilib, tomoq qichishadi.

Kasallikning boshlang'ich davrida birdaniga harorat. 38—40—41°S ga ko'tarilib, yuz, bo'yin, ko'krakning yuqori qismi ko'karib ketadi, sklera — ko'z oqiga qon kuyiladi.

Kasallikning 2—4- kunida oliguriya davri kuzatilib, u buyrak va gemorragik belgilar bilan o'tadi. Harorat tushgandan so'ng MNS va buyrak zararlanishi natijasida bemorning umumiy ahvoli yaxshilanmaydi. Uzoq Sharq mintaqasi uchun terida petexial yoki mayda nuqtasimon toshmalarining paydo bo'lishi xos bo'lib, bu narsa og'ir gemorragik asoratlarning kelib chiqishidan darak beradi. Bunday asoratlardan eng og'iri buyrakdan qon ketishidir. U goho makrogematuriya, ba'zan esa mikrogematuriya ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Nafas olish a'zolari kamdan-kam hollarda zararlanadi. Me'da-ichak yo'lining zararlanishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish, chiriyotgan qon hidining kelishi, qorinda meteorizm va og'riqning paydo bo'lishi, og'riq asosan qorinning o'ng qismida, o'ng qovurg'alar ostida va kindik atrofida kuzatiladi. Abdominal belgilarga yaxshi e'tibor bermaslik, me'da yarasining teshilishi — peritonit, appenditsit kabi kasalliklarga taxmin qilib, noto'g'ri tashxis qo'yish natijasida keraksiz operatsiyalarni o'tkazishga ham ba'zan sababchi bo'ladi.

Gemorragik isitmaning asosiy belgilaridan biri chanqoqlik bo'lib, poliuriya davrining oxiriga borib chanqash juda kuchayadi.

Ko'rishning buzilishi, ko'zning qichishi, ko'rish o'tkirligining pasayishi va ko'zning xiralashishi — kasallikning odatiy belgilaridan hisoblanadi. Oq qon tanachalarida sezilarli o'zgarishlar yuz berib, dastlabki kunlar bir oz leykopeniya yoki normotsitoz aniqlanadi. Trombotsitlar soni kamayib ketadi. Bundan tashqari, qonda gipokoagulyatsiya va giperkoagulyatsiya kuzatiladi.

Sog'ayish davri 3—12 oy. Kasallik yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir kechadi. Kasallikning og'ir turi buyrakning siydik hosil qilish va siydik ajratish funksiyasining buzilishi bilan xarakterlanib, uremiya belgilari, azot qoldiqlarining ko'rsatkichlari (65,2 dan 142,8 mmol/l gacha, anuriya yoki oliguriya, sutkalik diurez 200—300 ml dan kam bo'ladi), kuchli gemorragik belgilari va MNS zararlanishi bilan kechadi. Ba'zan o'tkir tomir yetishmovchiligi va me'dachak yo'llarining kuchli zararlanishi bilan kechadigan xillari ham kuzatilishi mumkin.

Bir oz uremiya belgilarining paydo bo'lishi kasallikning o'rtacha og'irlikda kechadigan turiga xosdir.

Kasallik yengil kechganda azot qoldig'ining miqdori normada bo'lib, uremiyaning klinik belgilari kuzatilmaydi, sutkalik diurez miqdori normada bo'ladi yoki ozgina kamayishi mumkin.

Asoratlari. Azotemik uremiya, buyrak po'stloq qismining yorilib ketishi, zotiljam, parotitlar, otitlar va boshqalar.

Tashxisi va qiyosiy tashxisi. Klinik belgilarga asosanib kasallikka xos tashxis qo'yiladi (buyrak, yetishmovchiligi belgilari bilan isitma chiqishi, og'ir hollarda gemorragik holatlarning kuzatilishi). Siydikda yuz beradigan o'zgarishlarni ham hisobga olish kerak. Oqsil, eritrotsitlar paydo bo'lganda ba'zan kanalchalarning degenerativ hujayralarini va fibrinli silindrlarni ko'rish mumkin. Kasallikni differensial tashxis qilishda gripp, toshmali tif, sariqsiz leptospiroz, o'tkir nefrit, o'tkir qorin og'rig'i, toshmali terlama, Ku-isitmasi, sepsis, kapillarlar toksikozi kabi kasalliklarni hisobga olish kerak. Kasallikning 19-kunidan boshlab poliuriya boshlanadi, sutkalik diurez miqdori 3—5 litrga yetadi. Nerv sistemasi zararlanishining belgilari miyaning infeksiyotoksik shishishiga bog'liqdir.

Davosi. Davo laboratoriya, «Sun'iy buyrak» bilan jihozlangan maxsus bo'limlarda olib borilishi zarur. Og'ir hollarda 3—4 hafta davomida bemor ko'rpa-to'shak qilib yotishi lozim. Kasallik og'ir kechganda 2—3 hafta sutli va o'simlik mahsulotlaridan tayyorlangan parhez taomlar yeyish, ko'p-ko'p suyuqlik ichish zarur. Isitmalash davrida katta miqdorlarda askorbin kislota, V1 B₁₂, R, RR vitaminlari yoki mushak ichiga natriy nikotinat (oxirgisi gemorragik belgilar rivojlangan vaqtda) tavsiya etiladi.

Etiotrop dori-darmonlarning yo'qligi sababli asosiy o'rinni patogenetik terapiya egallaydi, u buyrak yetishmovchiligini davolash va profilaktika qilishga, suv va tuz almashinuvini sozlashga, yurak-tomir faoliyatini quvvatlab turishga, tomirlar devori rezistentligini saqlashga, asoratlarning oldini olishga yo'naltirilgan bo'ladi.

Antigistamin preparatlari (dimedrol, pipolfen) ni qo'llash ham maqsadga muvofiqdir, bular kapillarlar o'tkazuvchanligini pasaytirishi natijasida buyrak oraliq to'qimalari jadalligini kamaytiradi. Natriy xloridning izotonik eritmasi, glukoza, gemodez tavsiya etiladi. Tomirlar yetishmovchiligi rivojlangan vaqtda 5% li albumin plazmasi, reopoliglyukin quyiladi. Infeksiyotoksik shok holatining kelib chiqishi xavfi tug'ilgan vaqtda prednizolon, gidrokortizon buyuriladi. Yurak yetishmovchiligi yuz berganda venaga korglikon yoki strofantinni bo'lib-bo'lib yuboriladi, og'riqqa qarshi analgin, promedoldan ukol qilinadi. Ikkilamchi infeksiya qo'shilgan vaqtda antibiotiklar tayinlanadi.

Kasallikning oldini olish. Profilaktik chora-tadbirlar odamlarni kemiruvchilar bilan kontaktida bo'lishining oldini olishga qaratilgan.

KRIM GEMORRAGIK ISITMASI

Etiologiyasi. Qrim gemorragik isitmasining qo'zg'atuvchisi arboviruslarga mansub viruslar bo'lib, tajriba hayvonlari uchun yuqumli hisoblanadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisining disseminatsiyasida qon so'ruvchi

kanalarni oziqlantiruvchi xayvonlar (quyonlar, afrika tipratikonlari, qo'ylar, sigirlar, echkilar) katta ahamiyat kasb etadi. Virurlar kishi organizmiga transmissiv yo'l, kana so'lagi, kontakt, o'zida viruslarni tutgan bemor ajratmalari orqali tushadi.

Atrofdagi kishilar uchun bemorlar kasallikning birinchi kunlari, ayniqsa qon ketishi boshlangandan so'ng juda xavfli hisoblanadi. Qrim gemorragik isitmasi kontakt yo'l bilan yuqqanda, kasallikning kechishi bir muncha og'irroq bo'lib, bu narsa virusning tirik to'qimalar orqali yuqqanda patogenlik xususiyatini ortib ketishi bilan bog'lab tushuntiriladi. Kasallik-bahor va bahor-yoz faslida ko'proq uchrab, mavsumiylik bilan xarakterlanadi. Ko'proq qishloq aholisi, kasallanadi. Kasallanish yoshga bog'liq bo'lmasada, lekin ko'krak yoshidagi bolalarning kasallangan hollari kuzatilgan.

Patogenezi. Teri orqali organizmga tushgan virus retikuloendotelial hujayralarda yig'ilib, so'ng qonga o'tadi va virusemiya sabab bo'ladi. Viruslar qon tomirlar endoteliysiga vazotrop ta'sir etish orqali va gipotalamik markazlarni hamda bo'yрак osti bezi po'stlog'ini zararlab, tomirlar parezi paydo bo'lishiga va o'tkazuvchanlikning oshib ketishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 7—10 kunni tashkil etadi. Kasallik bemorning eti uvishib, qaltirashi bilan boshlanadi. Tana qizib, harorat birinchi sutkada yuqoriga ko'tariladi.

Gemorragik oldi davri bir necha soatdan 6—8 kungacha davom etadi va umumiy zaxarlanish belgilari paydo bo'ladi: qattiq bosh og'riydi, bo'g'imlar va mushaklarda, butun tanada og'riq paydo bo'ladi. Behollik va tez charchab qolish hollari kuzatiladi. Ba'zan bosh aylanishi, og'izning qurib qolishi, chanqash, yongil shamollash alomatlari paydo bo'lib, bemor alahlaydi, ba'zan hushidan ketadi, boldir, mushaklarda qattiq og'riq paydo bo'ladi. Isitma katta turg'unlikka ega bo'lib, 7—8 kun davom etishi mumkin. Ko'pgina hollarda «ikki to'lqinli» bosqichli isitma chizig'i kuzatilib, 3—5 kun harorat bir oz pastga tushadi. Gemorragik belgilar turli darajada bo'lib, harorat tushishi bilan bu belgilar o'tib ketishi mumkin.

Qrim gemorragik isitmasida toshmalar petekial xarakterda bo'ladi. Ko'pincha bemorlarda buyrakning zararlanishi kuzatiladi, lekin buyrak sindromi bilan kechadigan gemorragik isitmada buyrakning ifodalangan funksional yetishmovchiligi aniqlanmaydi.

Periferik qonda leykopeniya, neytropeniya, trombositopeniya kabi o'zgarishlar bo'lib, ECHT ortib ketadi. Bolalarda leykopeniya va trombotopeniya ertaroq paydo bo'ladi.

Uzoq davom etish bilan xarakterlanadigan rekonvalessensiya davrida qon va siydikdagi o'zgarishlar asta-sekin normaga kela boshlaydi.

Asoratlari. Zaharlanish va ko'plab qon ketishi natijasida o'tkir yurak va qon tomirlar yetishmovchiligi, zotiljam.

Tashxisi va qiyosiy tashxisi. Kasallikning o'tkir boshlanishiga, epidemiologik anamnezni puxta yig'ishga e'tibor berish lozim. Hozirgi vaqtda kasallikning virusologik va serologik (KBR, PGAR) aniqlash usullaridan foydalaniladi, lekin bular asosan retrospektiv diagnostik maqsadlarga xizmat qiladi.

Differensial tashxis qilishda xirurgik va ginekologik kasalliklarni nazarda tutish kerak, lekin bu xastaliklarda isitmaga xos bo'lgan siklik kechish kuzatilmaydi. Noto'g'ri tashxis ko'yish, ko'pincha ehtiyot bo'lish chora-tadbirlarini ko'rmasdan turib, tezda operatsiya o'tkazishga olib keladi. Kasallikning turli davrlarini leptospiroz, vaboning septik turi, kuydirgining ichakda uchraydigan turi, boshqa gemorragik isitmalar va sepsisdan ajrata bilish zarur.

Davolash. Gemorragik isitma bilan og'rigan bemorlarni umumiy qoidalar bo'yicha davolash asosida olib boriladi. Isitmani tushirish uchun 60—180 ml miqdorda giperimmun immunoglobulin va immun zardobi tavsiya etiladi. Bemorlarni kasalxonaga kabul qilishda kasalxona ichi infeksiyasi, hatto parenteral yo'l bilan yuqishi mumkinligini esda tutish zarur. Kasallik o'chog'ida deratizatsion va dezinseksion chora-tadbirlar o'tkaziladi.

O'RTA OSIYO GEMORRAGIK ISITMASI (O'OGI)

Kasallikning yashirin davri 2—4 kun davom etadi. Kasallik o'tkir boshlanib, kasallik oldi

davri bo'lmaydi. Harorat birdaniga 39—40°S ga ko'tarilib, qaltirash paydo bo'ladi, kuchli bosh og'rig'i va uyquchanlik kuzatiladi. Ba'zan meningizm holatlari qayd qilinadi. Kasallikka xos belgilar: yuz terisi, bo'yin va tana qismi giperemiyasi, ko'z skleralariga qon quyilishi, tez-tez, kuchli qayt qilish. Kasallikning odatiy belgilari: burundan tez-tez va ko'plab qon, oqishi, qon qusish, ichaklardan ko'plab qon ketishi, qon tuflash (bu alomatlar ba'zan bemorning hayotiga xavf turdiradi). Qonda leykopeniya, neytrofil yadrolarining chapga surilishi, aneozinofiliya, trombositopeniya kuzatilib, ECHT ortadi. Isitma avjida, ko'p qon yo'qotish natijasida gipoxrom kamqonlik kelib chiqadi. Harorat 7—10 kun davomida baland bo'ladi, 2—4 hafta davom etadigan rekonvalessensiya davrida organizmdagi barcha o'zgarishlar o'z o'rniga qaytadi. O'OGI da o'lim, xususan uning buyrak sindromlari bilan o'tadigan turida Qrim gemorragik isitmasiga nisbatan yuqoriroqdir.

Kasallikka tashxis qo'yish, davolash va profilaktika QGI da qanday bo'lsa, bunda ham xuddi shunday bo'ladi.

OMSK GEMORRAGIK ISITMASI (OGI)

Kasallik uncha ko'p tarqalmagan, kam uchraydigan yuqumli kasalliklar qatoriga kiradi.

Etiologiyasi. OGI virusi immunologik jihatdan kana ensefaliti virusiga juda o'xshab ketadi.

Epidemiologiyasi. Ondatralar, suv kalamushlari va, boshqa kemiruvchilar, qushlar infeksiya manbalaridir: Kasallik odamga iksoda, gamaz kanallari va boshqa turdagi kanalar chaqqanida, odam kasal hayvonlarga qarab turganda, laboratoriya sharoitlarida respirator yo'l bilan yuqadi.

Patogenezi. Kasallik kapillarlar endoteliysi, vegetativ nerv sistemasi, buyrak usti bezlari va qon, yaratuvchi a'zolarga virus ta'sir etishi natijasida kelib chiqadi.

Klinikasi. Yashirin davri 2—4 kun davom etadi. OGI ning klinikasi QGI ning klinikasini eslatadi. Lekin OGI da gemorragik ekzantema doimo bo'lmaydi, me'da-ichak yo'llari va boshqa a'zoldan qon ketishi kam uchraydi. Nerv sistemasi tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar kuchli namoyon bo'ladi. Bemorlarning bir qismida atipik pnevmoniya yoki bronxit kuzatiladi. Isitma 4—5 kundan-12 kungacha davom etishi mumkin. Periferik qonda leykopeniya, neytrofilyoz, trombositopeniya va aneozinofiliya kuzatiladi.

Tashxis qo'yish, davolash va profilaktikasi KGI singari olib boriladi.

GRIPP VA GRIPPSIMON KASALLIKLAR (O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI KASALLIKLAR)

Bu guruhga virusli gripp, adinoviruslar, paragripp viruslari va rinoviruslar sabab bo'lgan kasalliklar, sinsitial-respirator viruslari va boshqa kasalliklar kiradi.

GRIPP (GRIPPE, INFLUENZA)

Utkir respirator kasallik bo'lib, uni turli xil viruslar keltirib chiqaradi. Kasallik o'tkir boshlanadi, isitma chikadi, umumiy zaharlanish kuzatiladi va respirator yo'llar zararlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi filtrlanuvchi virusdir. Gripp viruslari nisbatan yirikroq bo'lib, o'zida RNK. moddasini tutadi. Bu RNK moddasi komplement bog'lab olish kobiliyatiga ega bo'lib, u antigen tuzilishi, antigenlik xususiyatini tezda o'zgartira olish bilan ta'riflanadi (ayniqsa gripp A viruslari). Axoli ichida grippga nisbatan immun guruhining o'sishi viruslarning antigenlik xossasi o'zgargan mutant shtammlarining paydo bo'lishiga imkon yaratadi.

Epidemiologiyasi. Bemor odam, ayniqsa kasallik avj olgan davrda, ko'pincha grippning belgilsiz kechadigan turini boshidan kechirgan bemor infeksiya manbai hisoblanadi. Kasallik

asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallikka chalinish xavfi barcha yoshdagilar uchun yukori hisoblanadi. Kasallik asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallikka chalinish xavfi barcha yoshdagilar uchun yuqori hisoblanadi. Bunday gripp kasallikni chaqirgan virusga nisbatan immunitet hosil bo'lishi bilan yakunlanadi. Hosil bo'lgan immunitet ko'pincha omillarga bog'liq ravishda (yoshga, organizmning individual reaktivligiga va boshq) bir necha vaqtgacha saqlanib turishi mumkin.

Kasallik katta epidemiyalarga, hatto pandemiyalarga sabab bo'lishi mumkin.

Patogenezi. Virus organizmga yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatlari orkali tushib, qon orqali tarqala boshlaydi va (yo'lida uchragan) nafas yo'llarining epitelial qobig'ini, shuningdek, nerv, yurak va qon tomir sistemasini zararlantiradi. Gripp virusi umumiy zaxarlanishga sabab bo'lib, organizm rezistenligini susaytiradi, ikkilamchi infeksiyaning (bakteriya) qo'shilishiga imkon yaratadi.

Klinikasi. Inkubatsiya davri bir necha soatdan bir-ikki kungacha davom etadi. Qasallik ko'pincha o'tkir, yukori harorat bilan boshlanib, bunda ba'zan kasallik oldi belgilari xam kuzatiladi. Qasallikka umumiy zaharlanish (bosh og'rig'i, adinamiya, mushaklarda og'riq, giperesteziya) belgilari xosdir: Ayni paytda shamollash belgilari xam paydo bo'ladi. Shu bilan birga soxta krup, astma xuruji, abdominal (qorinda og'riq, kayt kilish, tez-tez ich ketishi), gemorragik (burundan qon oqishi), serebral (qaltirash, xushdan ketish) buzilishlar yuz berib, ularni rentgen tekshiruvi orqali aniqlash mumkin, bunda o'pka bo'lmalarining birlamchi zaharlanish sindromlari kuzatiladi. Kasallik boshlanishida qonda qisqa muddatli leykotsitoz, keyinchalik esa leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz va normal yoki bir oz tezlashgan eritrotsitlarning cho'kishi aniqlanadi. Haroratning egri chizig'i ko'pincha ikki to'liqli egrilqidan iborat bo'ladi. Isitma 2—3, ba'zan 5—6 kun, quruq yo'tal 4—7 kun davom etadi. Umumiy zaharlanish, bosh og'rishi, holsizlik, bosh aylanishi, ishtahaning yo'qolishi A viruslar tarqatgan grippda nisbatan ko'proq kuzatiladi. Nimjon, go'dak bolalarda ko'proq uchraydigan konyunktivit, burun, yutqun shilliq pardalarida, burun yo'llarida bo'ladigan kataral o'zgarishlar V viruslar tarkatuvchi gripp uchun xarakterlidir. Go'daklarda ko'pincha laringotraxeit, bronxit, bronxiolit, zotiljam kabi asoratlari rivojlanadi. Ikkilamchi mikroflora qo'shilgan vaqtda krup sindromi uzoq muddat davom etib, ba'zan to'liqinsimon kechadi. Bunda yumshoq tanglayning shilliq qavatida, traxeyada shish va gemorragik o'zgarishlar, shuningdek, yiringli va nekrotik yallig'lanish kuzatiladi. Yangi tutilgan bolalarda gripp nisbatan yengilroq kechadi (onadan o'tgan immunitet hisobiga). Ba'zan xastalik sust immunitetning bo'lmasligi sababli ogir xolda o'tib, bakterial sepsisni eslatadi.

Asoratlari. Aksari yosh bolalarda uchrab turadi. Og'ir asoratlardan biri — zotiljamdir. Shuningdek, sinusitlar, stomatitlar, laringit, otit, goho ensefalit ham kuzatiladi.

Tashxisi. Grippni o'tkir respirator, shuningdek, qizamiq, ko'kyo'tal, qorin tifi kabi kasalliklar bilan differensial tashxis qilish lozim. Laboratoriya usullaridan gemagglutinatsiya reaksiyasi, gemagglutinatsiyani to'xtatish reaksiyasi yordamida (juft zardoblarda) virusni neytrallovchi antitelolar titrining o'sishini aniqlash, rinotsitoskopiya, shuningdek, virusni ajratish usullaridan foydalaniladi.

Oqibati. Kasallik yosh bolalarda bir qadar og'irroq kechadi. Asoratlarning qo'shib qolishi prognozni qiyinlashtiradi.

Davolash. Asosan simptomatik (ko'rpa-to'shak qilib yotish, issiq qilish, to'la qimmatli ovqatlanish, atsetilsalitsil kislotasi, amidopirin berib) davo qilinadi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar yosh bolalarda asoratlarning kelib chiqish xavfi tug'ilganda va ular paydo bo'lganda tayinlanadi.

Profilaktikasi. Umumiy sanitariya-profilaktika tadbirlarini ko'rish, bemorlarni barvaqt ajratib qo'yish bolalarni muntazam chiniqtirib borish.

Gripp kasalligi avj olgan hollarda, o'chog'da barcha bolalarga profilaktika maqsadida interferoi burun yo'llariga 2 tomchidan 1 kunda 4 mahal tomiziladi. Bu tadbir epidemiologik kuzatish davrining boshidan oxirigacha o'tkaziladi. Bundan tashqari, bolalarga epidemiologik ko'rsatmalar asosida viruslarga qarshi sintetik dorilardan remantadin gidroklorid berish mumkin.

1—9 yoshgacha bo'lgan bolalarga 4 mg/kg hisobidan, 9 yoshdan katta bolalarga sutkasiga 150—200 mg dan beriladi. Profilaktika maqsadida ko'krak yoshidagi nimjon va ko'pincha bemor bolalarga grippga qarshi immunoglobulin (0,15 mg/kg) tayinlanadi.

PARAGRIPP (PARAGRIPPE)

O'tkir virusli, yuqumli kasallik bo'lib, qisqa muddatli isitma va zaharlanish, yuqori nafas yo'llarining zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi dumaloq shaklli paragripp viruslari bo'lib, tarkibida RNK tutgan bo'ladi. Paragripp viruslarining 4 xil serotipi ajratilgan.

Epidemiologiyasi. Infeksiya havotomchi yo'li bilan yuqadi. Bemor odam kasallik manbai bo'lib hisoblanadi. Kasallik yilning sovuq vaqtlarida ko'payadi. Ko'proq 2—3 yoshdagi bolalar kasallanadilar. 5 yoshga yaqinlashgan bolalarning 90 foizidan ortig'ida paragripp virusiga qarshi antitelolar bo'ladi.

Immunitet spetsifik bo'lib, nisbatan turg'un bo'ladi.

Patogenezi. Paragripp viruslari bola organizmiga yukori nafas yo'llarining shilliq pardalari orqali tushib, nafas yo'llari epiteliysini zararlantiradi.

Inkubatsiya davri qisqa, 2—3 kun bo'lib, qisqa muddatli virusemiya kuzatiladi, bunda organizm zaxarlanishining bir qator belgilari aniqlanadi.

Klinikasi. Kasallikning asosiy alomatlari yuqori nafas yo'llarining zararlanishi belgilaridan iborat bo'ladi. Kasallik o'tkir, tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Umumiy zahadlanish alomatlari kamdan-kam hollarda kuzatilib, unchalik kuchli bo'lmaydi.

Bolalarda birinchi navbatda tashqi nafas yo'llarining kataral o'zgarishlari namoyon bo'lib, jumladan kuchli yo'tal, burun yo'llarining bekilib qolishi, laringotraxeit, bronxit va ba'zan bronxnolit aniqlanadi. Yengil sklerit, konyunktivit kuzatilishi mumkin. Krup ko'proq 1 yoshdan 2—3 yoshgacha bo'lgan bolalarda ifodalanadi. Kasallik uzoq davom etmaydi, kam hollarda asoratlari (otit, sinusit, pnevmoniya) qoldiradi, oqibati yomon tugamaydi. Paragrippning klinik ma'lumotlarga qarab unga tashxis qo'yish ancha mushkuldir. Ko'pincha eng ko'p tarqalgan va qulay bo'lgan serologik usuldan foydalaniladi. Yangi zardoblardagi QBR va GATR dan 7—10 kun oralatib foydalaniladi. Usib borish davomida titr miqdorining 4 marta va undan oshishi tashxis titri hisoblanadi. Paragrippni gripp va virus etiologiyali (adenorino, respirator-sinsital viruslar va boshqa boshqa respirator kasalliklar bilan differensial tashxis qilish zarur.

Davosi. Maxsus davolash usuli yo'q. Davolash simptomatik vositalarini tayinlashdan iborat. Asoratlari rivojlanib borgan hollarda antibiotiklar qo'llanadi. Odatda qisqa davolash kursi davomida ampitsillin va boshqa sintetik antibiotiklar, shuningdek, yallig'lanishga qarshi vositalar, desensibillovchi preparatlar, vitaminlar, ingalatsiyalar tayinlanadi.

Profilaktikasi. Gripp yoki boshqa shamollash kasalliklari kabi.

ADENOVIRUS KASALLIKLARI

Adenovirus kasalliklari isitma, yuqori nafas yullari, konyunktivit, regionar limfa bezlari zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasalliklar qatoriga kiradi. Adenoviruslar shamollagan bolalarning 5—10 foizida kuzatiladi. U DNK saqlaydigan viruslar turkumiga kirib, umumiy maxsus antigenlar guruhiga ega. Adenoviruslarning ko'p qismi kalamush va rezus maymunlarning eritrotsitlarini agglutinatsiya qiladi. Bolalar ko'pincha 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 21 turdagi adenoviruslarga chalinadilar. Adenovirus infeksiyasi davomida rivojlanadigan immunitet o'ziga xos bo'lib, organizmda uzoq saqlanmaydi.

Epidemiologiyasi. Kasal odam infeksiya manbai hisoblanadi. Kasallik asosan havotomchi yo'li bilan, ba'zan hazm organlari orqali xam yuqishi: mumkin. Bolalar muassasalarida ba'zan kasallikning avj olish hollari kuzatiladi.

Bolalarning bu kasallikka moyilligi xamma yoshda, ayniqsa 6 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi. Klinikasi xilma-xildir, kasallik nafas yo'llarining turli qismlarini,

shuningdek, ko'z konyunktivasini ham qamrab oladi. Xastalik asosan nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishi, faringit, pardali konyunktivit, faringokonyunktivitli isitma, atilik pnevmoniya hollarida namoyon bo'ladi.

Kasallik isitmaning yuqori bo'lishi, goho ikki to'liqinli o'tishi, ba'zan esa intoksikatsiya, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, ichning suyuq kelishi, ko'pincha ko'z konyunktivasi (bir yoki ikki tomoni) ning zararlanishi bilan kechadi. Ko'pincha dard cho'zilib ketishi mumkin. Go'dak bolalarda bu kasallik o'pka xirillashi bilan kechadigan pnevmoniya bilan og'ir atipik o'tishi mumkin.

Adenovirus kasalliklariga erta tashxis qo'yish usullaridan biri immunoflyuoressensiyadir. Shuningdek, viruslarni neytrallaydigan va komplement bog'lovchi antitelolar titrini aniqlashdan foydalaniladi, bunda antitelolarning 4 marta va bundan ko'proq oshishi tashxis titri hisoblanadi.

Kasallik asoratlari rivojlangan taqdirda yoshga muvofiq miqdorda antibiotiklar tayinlanadi.

RESPIRATOR SINSITIAL INFEKSIYA (RSI)

Bolalarda nafas olish a'zolarining zararlanishi bilak kechadigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, u emizikli va yosh bolalarda ko'pincha bronxopnevmoniya va pnevmoniya rivojlanishi bilan birga davom etadi.

RSI virusi tarkibida RNK tutadigan viruslarga mansub bo'lib, paramiksoviruslar oilasiga kiradi. Viruslar tashqi muhitga chidamsiz bulib, efirming 30% li eritmasi bilan ishlanganda parchalanib ketadi. Qizdirilganda inaktivlanadi, dezinfeksiyalovchi vositalar ta'sirida tezda halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. RSI virusi havo-tomchi infeksiyalari turkumiga kiradi. Kasallik juda yuqumli bo'lib, kasal odam infeksiya manbai hisoblanadi. Bu kasallikka moyillik go'dak bolalarda kuchli bo'lib ularning infeksiyaga ko'plab chalinishi asosan -qish oylarida kuzatiladi. Ona organizmidan bolaga platsenta orqali o'tgan antitelolar himoya ahamiyatiga ega emasligi aniqlangan. Himoya mexanizmida asosan nafas yo'lidagi shilliq qavatning mahalliy mexanizmlari muhimdir. Bemor organizmida o'ziga xos maxsus antitelolar ishlab chikariladi.

Shilliq qavatning shishishi va bronxiolaning spazm bo'lishidan nafas olish qiyinlashadi, natijada emfizema rivojlanadi. Shu bilan birga ikkalamchi infeksiya ham yuzaga kelishi mumkin.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2 kundan 7 kungacha. Kasallik tumovdan, faringitdan, aksirishdan boshlanib, bunda intoksikatsiya belgilari umuman bo'lmasligi mumkin. Isitma subfebril kechadi. Bolaning burun teshiklaridan mo'l seroz suyuqlik keladi, u og'izdan nafas oladi, chaqaloqlar juda besaranjom bo'lib, emmay qo'yadilar va yaxshi uxlay olmaydilar. O'pka eshitib ko'rilganda (nafas olinganda) qisqa nam xirillashlar eshitiladi. Burunlab oralig'ida sianoz paydo bo'lib, shamollash uchuqlari paydo bo'ladi. Ko'krak qafasi rentgen orqali tekshirilganda unchalik o'zgarishlar kuzatilmaydi, ba'zan emfizema bo'lganligi aniqlanadi. Respiratorsinsitial infeksiyaning klinik turi uning qanday kechishiga bog'liq. Bu kasallik katta yoshdagi bolalarda kichik yoshdagi bolalarga qaraganda yengilroq kechadi. Periferik qonda leykotsitlar miqdori o'zgarmaydi. ECHT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) normal holda bo'ladi.

Tashxisi. Tashxis klinik va epidemiologik ko'rsatkichlarga asoslanib qo'yiladi. Yangi qon zardobidagi virusni neytrallaydigan titrning oshib borishini aniqlash ham muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, halqumdan olingan surtmani antitelolarning flyuoessirlanish usuli orqali ham maxsus antitelolar aniqlanadi.

Differensial tashxis turli etiologiyali URK guruhi bilan ham aniqlanadi.

Davosi. Kasallikning yengil turida kislorod bilan ingalatsiya qilish, ovqatlanishni to'g'ri tashkil etish, bronxospastik holatlarda va asoratlari rivojlanganda odatdagi terapevtik miqdorlarda antibiotiklar va spazmolitik vositalar tayinlash zarur. Maxsus davolash usuli yo'q. Rinovirus infeksiya O'tkir yuqumli tumov kasalligi bo'lib, rinit bilan xarakterlanadigan rinoviruslar guruhi orqali yuzaga keladi, umumiy intoksikatsiya hollari kuchsiz namoyon bo'ladi.

Rinoviruslar tarkibida RNK tutadigan viruslar turkumiga kiradi. Ularning 3 serologik turi

mavjud. Bemor va virus tashuvchilar infeksiya manbai bo'lib hisoblanadi. Infeksiya havotomchi yo'li bilan yuqadi.

Bakterial dizenteriya (shigellyoz) o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, turli xildagi shigellalar orqali yuzaga keladi, umumiy intoksikatsiya bilan kechadi, qorin tutib-tutib og'riydi, axlat shilimshiq va qon aralash bo'lib, suyuq keladi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi to'rt asosiy ko'rinishga ega bo'lgan shigellalar guruhiga mansub bakteriya bo'lib, ularning nomi quyidagichadir: Grigoryev—Shiga, Shtutser — Shmits Fleksner va Zonne. Turli ko'rinishdagi dizenteriya mikroblarining solishtirma og'irligi, ularning etiologik tuzilishiga qarab, vaqti-vaqti bilan o'zgarib turadi. Qo'zg'atuvchi tashqi muhitda yetarli darajada rezistent bo'lib, ma'lum sharoitlarda bir necha oygacha yashay oladi,

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemorlar va tashuvchilardir. Bemor kasallanishning birinchi kunidayoq yuqumli bo'lib qoladi, chunki u o'z axlati orqali ko'p miqdorda mikroblar ajratadi. Dizenteriya kasalligi bo'lgan bemor vaqtida aniqlanmaganda ham kasallik ko'plab tarqalishi mumkin. Xuddi shunday «Sog'lom» tashuvchilar ichagida kamdan-kam hollarda patologik o'zgarishlar (kasallikning simptomsiz turi) aniqlanadi. Infeksiya qo'zg'atuvchining qandaydir yo'li bilan og'izga tushishi orqali yuqadi.

Shigellalar ayrim turlarining turli xududlarda tarqalishi, asosan infeksiyalarning turlicha yo'llar bilan tarqalishiga bog'liq, infeksiyaning suv yo'li orqali o'tishida Fleksner shigellalari tufayli yuzaga kelgan dizenteriya o'z ahamiyatini yo'qotmaydi, oziqovqat orqali o'tishida esa asosan Zonne shigellalari dizenteriyasi yuzaga keladi.

Yosh bolalarga kasallik asosan bevosita kontakt orqali yuqadi. Dizenteriya uchun yozgi-kuzgi mavsumiylik xosdir. Bu kasallik bilan yosh bolalardan tortib katta yoshli bolalar ham og'riydilar.

Immunitetning o'ziga xosligi qo'zg'atuvchining ko'rinishiga qarab (serologik turda ham), uning monospetsifikligidadir.

Klinikasi. Dizenterianing klinik turi organizmning reaktivligiga (sezuvchanligiga), uning qanday holatda ekanligiga va dastlabki nospetsifik sensibilizatsiyasiga bog'liq. Inkubatsion davri 1 kundan 7 kungacha davom etadi. Og'irligi bo'yicha, kasallikning yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir va toksik turlari farq qilinadi, tipi bo'yicha mahalliy (ichaklardagi) o'zgarishlar ustun turuvchi va umumiy (toksik) o'zgarishlar ustun turuvchilarga bo'linadi. Kasallik odatda o'tkir boshlanadi, ko'pincha harorat ko'tarilib, holsizlik, ba'zan qayt qilish, qorinda og'riq va tez-tez ich ketishi kuzatiladi. Axlat suyuq bo'lib, yashil rangda, shilimshiq va ko'pincha qon aralash ketadi. Og'ir hollarda ichakdan kelayotgan suyuqlik axlat tusini yo'qotadi. Yo'g'on ichak (ayniqsa sigmasimon ichak)ning spazmi, ichaklarning dam bo'lishi, orqa chiqaruv teshigining bo'shashib qolishi ham xarakterli belgilardan hisoblanadi. Kasallik yengil kechganda 3—5 marta, ogir hollarda 15—20 martagacha ich ketishi mumkin. Kasallik bir necha kundan 2—3 oygacha va undan ortiq (surunkali kechganda) davom etishi mumkin. Kasallik sngil kechganda umumiy intoksikatsiya belgilari unchalik kuchli bo'lmasdan, umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi kuzatiladi, kasallik og'ir kechganda (ayniqsa toksik turida) umumiy intoksikatsiya belgilar kuchli namoyon bo'lib, isitma yuqori bo'ladi, hushdan ketish, adinamiya, qayt qilish, qaltirash, yurak tomir faoliyatining pasayishi aniqlanadi. Go'dak bolalarda kasallik kechishining o'ziga xos xususiyatlaridan. biri ichaklarda bo'ladigan o'zgarishlarning kuchli namoyon bo'lmasligidir. Ularda kamdan-kam hollardagina axlat xususiyatini yo'qotadi, u ko'pincha dispeptik xususiyatga ega bo'lib, qon aralash ich ketishi ko'pincha kuzatilmay, o'rniga uning ekvivalenti kuzatiladi (defekatsiya vaktida bolalar yig'laydilar, yuzlari qizarib ketadi, anus atrofi qizarib, terlaydi). Ko'pincha dizeiteriyali ileit kuzatilib, bunda kasallik juda og'ir o'tadi (yuqori harorat, kuchli qayt qilish, meteorizm kuzatilib, ich ketish enteritlardagi kabi bo'ladi). Kasallikning toksik turi 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda aniqlanmaydi, lekin ularda ko'pincha ikkilamchi toksikozlar kelib chiqadiki, ularning asosida moddalar almashinuvining chuqur buzilishi yotadi. Bularning hammasi infeksiyon yoki noinfeksiyon ta'sirlarning oqibati bo'lishi mumkin. Ikkilamchi toksikozlarning klinikasi umumiy ahvolning yomonlashuvi, tez-tez qayt qilish, adinamiya, organizmning suvsizlanib qolishi va ozib ketishda namoyon bo'ladi.

Dizenteriyaning kechishida turli kasallik va asoratlarning qoʻshilishi sababli kasallikning retsidivlari kuzatilishi mumkin. Dizenteriya oʻtkir turining surunkali turiga oʻtishi kamdan-kam kuzatilib (2—3 foiz hollarda), baʼzan bunda tashxis oʻtkir dizenteriyani boshidan oʻtkazgan bolalarda kelib chiqadigan ichaklar disfunksiyasi natijasida xato qoʻyiladi.

Kasallik asoratlari (ichaklardan qon ketishi, toʻgʻri ichakning tushishi, oqsilsiz shishlar va boshqa) kamdan-kam uchraydi. Koʻpincha ikkilamchi infeksiyaning qoʻshilishi natijasida kelib chiqadigan asoratlar (otit, pnevmoniya, piodermiya, piuriya) kuzatiladi, bu asoratlar goʻdak yoshdagi bolalarda koʻproq uchraydi.

Tashxisi. Klinik belgilar asosida, epidemiologik anamnezni hisobga olgan holda va laboratoriya usullaridan foydalanib, tashxis qoʻyiladi. Axlatni bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega. Dizenteriya mikroblarini zkma usulda olish ancha beqarordir. (15 dan 60 foizgacha). Agglutinatsiya reaksiyasi (Vidal) ham dizenteriya tayoqchalari kulturasi bilan maʼlul diagnostik ahamiyatga egadir. Bu reaksiya Zonne uchun 1 : 100, boshqa turlar uchun 1 : 200 eritmasida isbotlovchi hisoblanib, uning qaytadan qoʻyilishi ahamiyatga egadir. Kasallik dinamikasida PGAR dan foydalaniladi. Natijasini koprologik usulda tekshirish ham bevosita ahamiyatga ega (leykotsitlar va ayniqsa eritrotsitlarning axlatda koʻpayib ketishi hisobga olinadi). Katta yoshdagi bolalarda rektoromanoskopiya qoʻllanib, goʻdak yoshdagi bolalarda bu narsa man etiladi.

Dizenteriyani kelib chiqishi jihatidan turlicha boʻlgan kolitlardan, ichaklar koliinfeksiyasidan, toksik dispepsiyadan, parenteral dispepsiyadan, lyambliozdan, toʻgʻri ichak kolitlaridan va ichak invaginatsiyalaridan differensial tashxis qilish lozim. Salmonellyozlarda, ichaklar invaginatsiyasida, shartli patogen mikroblar sabab boʻlgan diareyalarda, amyoba dizenteriyalarnda, gijja invaziyasida bolalarda kasallikning birdan boshlanishi, betoqatlanish kuzatilib, axlat faqat shilimshiq moddadan iborat boʻladi.

Tashxisga toʻgʻri ichakni barmoq bilan tekshirish (invaginatni ushlash, barmoqlarda qon paydo boʻlishi) xam yaxshi yordam beradi.

Prognosi. Dizenteriyaning oqibati organizmning himoyalaniish kuchiga bogʻliq boʻladi. Koʻpincha kasallik yengil kechsada, lekin oʻlim hollari ham uchray turadi.

Davolash. Toʻgʻri tashkil etilgan kun tartibi, diqqat bilan bemorga qarash, ratsional parhezdan iborat. Bemorlarni gospitalizatsiya qilganda reinfeksiyaning oldini olish maqsadida rekonvalesentlarni oʻtkir bemorlar bilan birga yotqizish mumkin emas. Parhez bemor yoshini hisobga olgan holda tayinlanishi lozim. Kasallikning oʻtkir davrida ovqat ichaklarni avaylaydigan boʻlishi, lekin bemor och qoladigan darajada boʻlmasligi kerak. Koʻkrak yoshdagi bolalar uchun yaxshi davolash taomi — bu koʻkrak sutidir, ovqat bilan sutli aralashmalar (kefir) berish kerak. Kattaroq yoshdagi bolalarga aralash uglevod-oqsilli parhez taomlar berish tavsiya etiladi.

Dizenteriyani davolashda antibiotiklar keng qoʻllanadi (polimiksin, kanamitsin). Nevigramon, furazolidon 5—7 kun davomida beriladi. Dizenteriyaning toksik turida differensial regidratatsiya oʻtkaziladi. Masalan, birinchi oʻringa neyrotoksikoz sindromining belgilari chiqib olsa, venaga yuqori osmotik konsentratsiyali eritmalar (10— 20% li glukoza 20—40 ml, plazma 50 ml va undan koʻproq polivinil pirrolidon) yuborish lozim.

Toksikoz eksikoz bilan birgalikda kechgan bemorlarda regidratatsiya oʻtkaziladi. Organizmning suvsizlanishi bilan kechadigan eksikozda (serxarakatlilik, betoqatlik uyqusizlik, chanqoqlik, fontansimon qayt qilish, siydikning kamayib ketishi, miya liqildogʻining pastga tushib ketishi) vena ichiga 5—10% li glukoza va tuzli eritmalar (Ringer eritmasi, fiziologik eritma yoki 2 yoki 3 : 1 nisbatda) yuborilishi lozim. Tuz kamayib ketishi bilan kechadigan eksikozda (bexollik, adinamiya, hushdan ketish, sianoz, taxikardiya, qon bosimining tushib ketishi, jigarning shishishi) 1 yoshdan katta boʻlgan bolalarda yuqorida koʻrsatilgan nisbat aksincha boʻlib, 1 yoshdan kichik bolalar uchun tuzli eritmalarining miqdori yuboriladigan barcha suyuqlikning 50 foizini tashkil etishi, keyinchalik esa 20—30% gacha kamaytirilishi kerak. Yuboriladigan suyuqlikning umumiy mikdori 1 sutkada tananing 1 kg ogʻirligiga 80—150 ml ni tashkil etishi lozim.

Toksikoz sindromi eksikoz bilan birgalikda kechganda kaliy tuzlari davolashning zarur komponenti hisoblanib, 1 sutkada tana og'irligining har 1 kg vazniga 40—80—150 mg hisobida beriladi.

Davolash. 5—10 kunni tashkil etadi. Toksikoz og'ir kechgan vaqtida buyrak usti bezlari po'stloq qismining gormonlari qo'llanadi. Prednizolon 1—3 mg yoki kortizon sutkasiga xar 2—3 kunda bu doza 30—50% ga kamaytiriladi. Davolash kursi 4-7 kunni tashkil etadi.

Fizioterapiyadan keng foydalanish maqsadga muvofiq bo'lib, turli o'simliklarning (moychechak, sariq choy) qaynatmalari ichiladi, vitaminlar, disbakteriozning oldini olish uchun biopreparatlar (laktobakterin, bifidum bakterin) qo'llanadi.

Dizenteriyaning surunkali turida stimullovchi terapiya katta ahamiyatga ega (gemotransfuziya, gammaglobulii, pentoksil, metatsil, fermentlar, vitaminlar, askorbin, nikotin kislotalar, V- guruh vitaminlari). Allergiyaga qarshi va simptomatik davo qo'llanadi.

Asoratlari. Umumiy qonunlarga asosanib davo qilinadi. O'tkir dizenteriyani boshidan kechirganlarni maxsus sanatoriya bo'limlariga o'tkazish tavsiya etiladi.

Bolalarni davolash quyidagi shartlarga amal qilgan holda, uyda ham olib borilishi mumkin: kasal bolani boshqa bolalardan ajratib qo'yish, zarur sanitariya-gigiyena qoidalariga amal qilish, bemorni to'g'ri parvarishlash, to'g'ri ovqatlantirish va vrach ko'rsatmalarini aniq bajarish, vrach-pediatrning kasallikning o'tkir vaqtida bemor oldiga kundalik tashrifini tashkil etish.

Profilaktikasi. Sanitariya-profilaktika chora-tadbirlari umumiy xarakterga ega bo'lib, turar joylarni obodonlashtirish, sanitariya nazoratini o'rnatish (pashshalarga qarshi kurash, tashib yuruvchilarni aniklash va ularni davolash, bemorlarni erta ajratib qo'yish) dan iborat. Davolash tugagandan so'ng 1—2 kundan keyin o'tkazilgan bakterial tekshirish yaxshi natija bersa, bemorning kasalxonadan chiqishiga ruxsat etiladi. Bolalarga kasalxonadan chiqqanlaridan so'ng 1 oydan keyin yaslga borishga ruxsat etiladi. Ular orasida sust profilaktika o'tkazilmaydi. O'chog'da o'tkaziladigan chora-tadbirlar: a) bemorlarni aniqlash va izolatsiya qilish; b) tashuvchilarni aniqlash va davolash; v) doimiy dezinfeksiya o'tkazish; g) surunkali dizenteriyali bemorlarni, rekonvalesentlarni va tashuvchilarni dispanser naeoratiga olish; d) sanitariya sharoitlarini yaxshilash v) sanitariya tashviqotini olib borish.

DIFTERIYA (DIPHTERIA)

Infeksiyaning kirish darvozasi sohasida fibrinoz yallig'lanish aniqlanadigan, yurak-tomir va asab sistemasi zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchi — difteriya tayoqchasi. Uning asosiy xususiyati o'sish davrida o'zidan kasallik patogenezida muhim ahamiyatga ega bo'lgan toksin ajratib chiqarishidir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai — difteriya bilan og'irgan bemor yoki bakteriya tashuvchidir. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'li bilan o'tadi. Qo'zg'atuvchi bir muncha chidamliligi tufayli har xil buyumlar, shuningdek, kamdan-kam hollarda oziq-ovqat mahsulotlari orqali xam o'tishi mumkin. Bemor inkubatsiya davrining oxirigi kunlaridan boshlaboq yuqumli bo'lib qoladi va kasallikning boshidan-oxirigacha va ba'zan undan keyin ham o'zining shu holatini saqlaydi. Kasallik epidemiologiyasida uning noaniq turi, ya'ni kasallikning aniqlanmay qolishi ham katta ahamiyatga ega. Difteriya tashuvchanlikka infeksiya tashuvchilar kabi kasallar bilan bevosita kontaktda bo'lib turadigan sog'lom odamlar ham sabab bulishi mumkin. Difteriyaga 1 yoshdan to 5—7 yoshgacha bo'lgan bolalar bir muncha beriluvchan bo'lsalarda, bu kasallik bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham og'rishi mumkin. Difteriyaga beriluvchanlik organizmda difteriya antitoksinining yetarli miqdorda bo'lmasligi bilan izohlanadi. Bu Shik reaksiyasi orqali aniqlanadi: 1/40 bo'lgan difteriya toksinidan teri ostiga 0,1 ml yuboriladi, terining 1 sm diametrda qizarishi va infiltratsiya paydo bo'lishi (musbat reaksiya) organizmning bu kasallikka beriluvchanligidan darak beradi. Kasallik o'tgandan so'ng organizmda boshqa bolalarda uchraydigan infeksiyalarga qaraganda beqaror maxsus immunitet paydo bo'ladi.

Patogenezi. Infeksiyaga tomoq, burun, yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalari kirish darvozalari bo'lib xizmat qiladi, ba'zan kasallik qo'zg'atuvchisi ko'z konyunktivasi, tashqi jinsiy a'zolarining shilliq pardasi va shikastlangan teri orqali organizmga tushadi. Difteriya mikrobi tushgan joyda fibrinoz yallig'lanish kuzatiladi va u yerdan organizmga qon, limfa va boshqa yo'llar orqali toksinlar tarqay boshlaydi.. Fibrinoz yallig'lanish yuzaroq, krupoz yallig'nish esa birmuncha chuqurroq joylashgan bo'ladi. Bunda difterik xarakter kasb etib, to'qimalardan ajraladigan fibrinoz parda hosil bo'ladi. Shu jarayonda qon to'lib oqishi natijasida regionar limfatik tugunlar kattalashadi, hujayra elementlarida ba'zan to'satdan: teri osti kletchatkasini qoplab oladigan shish daydo bo'ladi. Organizmga yana toksinlar tushishi nerv sistemasini, yurak-tomir va endokrin sistemasini zaharlab ishdan chiqaradi, qon aylanishini buzadi, yurak mushaklarini va buyrakni shikastlaydi, falajlik rivojlanadi.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Patologik jarayonning qayerda rivojlanishiga qarab, kasallikning klinik turi xilma-xil bo'ladi. Difteriyaning og'iz, burun, halqum, traxeya va bronx, ko'z, tashqi jinsiy a'zolar, teri, kindik yaralari (bolalarda) paydo bo'lishi, shuningdek, og'iz va burun, halqum va hiqildoqning shikastlanishi bilan birga kechadigan xillari mavjud.

Halqum difteriyasi birmuncha ko'p uchraydigan turlariga kiradi va bu ham o'z navbatida lokalizatsiyalangan (orolsimon va pardasimon), shuningdek, I, II, III darajali toksik turlarga bo'linadi. Emlangan bolalarda difteriyaning ko'pincha orolsimon (yengil) turi uchraydiki, bunda bodomcha bezlarining yuzasida oq karashlar paydo bo'ladi. Difteriyaning lokalizatsiyalangan turida pardasimon oq karashlar bodomcha bezlaridan boshqa joylarda kuzatilmaydi. Avval ular quyuq o'rgimchak to'ri ko'rinishida bo'ladi (bodomcha bezlarga kattalashgan va ozgina qizargan bo'ladi), tez orada oqimtir-kulrang tus oladi, to'qimalarga yopishib ko'chirib olinganda o'sha joy konab turadi. Bemorlarda ozgina zaharlanish belgilari paydo bo'ladi, harorat 38° gacha ko'tariladi, ovqat yutganda tomoq bir oz og'riydi. Difteriyaning tarqalgan turida intoksikatsiya belgilari yaqqol yuzaga chiqadi, harorat yuqori bo'ladi, karashlar zichroq joylashib, butun bodomcha bezlaridan tashqari, halqumning shilliq pardasini, tanglay ravoqlarini, yumshoq tanglayni, tilchani, yutqin devorlarini qoplaydi. Difteriyaning toksik turi sensibillangan organizmning giperergik reaksiyasi bilan namoyon bo'lib, keng mahalliy shikastlanishlar va umumiy ahvolining yomonlashuvi bilan kechadi. Haroratning ko'tarilishi, bosh og'rishi, et uvishishi, qayt qilish, bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi, yaqqol bodomcha bezlarida chegaralanmagan va uncha katta bo'lmagan karashlarning paydo bo'lishi uning eng birinchi belgilari hisoblanadi. Keyinchalik karash tez tarqalib ketadi, halqum shilliq qavatida va limfatik tugunlar sohasidagi bo'yin teri osti kletchatkasida shish paydo bo'ladi. Bo'yindagi shishning katta-kichikligiga qarab difteriyaning I darajadagi toksik turi (shishning bo'yin yarmigacha tarqalishi), II darajasi (o'mrovgacha) va III darajasi (o'mrovdan pastgacha) farq qilinadi. Difteriyaning toksik turida og'izdan chuchmal-qo'lansa hid kelib turadi, nafas harakatlari qiyinlashib, shovqin chiqaradigan, xirillaydigan bo'lib qoladi. Difteriyaning turli ko'rinishdagi subtoksik, gipertoksik (jadal), gemorragik (shikastlangan shillik qavatlardan qon oqishi, qon quyilishi) va gangrenoz (og'iz va yutkin to'qimalarining parchalanishi bilan kechadigan) turlari mavjud bo'lib, bulardan oxirgisi kamdan-kam uchraydi.

Hiqildoq difteriyasi yoki chin difteriya krupi ko'pincha 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Kasallikning bu turida tovush bo'g'iq bo'lib qoladi, yo'tal zo'rayadi, nafas olish stenotik bo'ladi. Bu simptomlar ikkilamchi krupdan farq kilib, to'satdan paydo bo'lmasdan asta-sekin 1—3 kun davomida paydo bo'ladi. Stenoz nafas olish ancha shovqinli, xirillash bilan kechadi, bunga sabab, havo tomoqnikg qisilgan teshigidan chiqib, ko'krakning oson bosiladigan sohasining nafas olish vaqtida botishidir. Difteriya krupining turli ko'rinishlaridan biriga o'zining og'ir kechishi bilan ajralib turadigan tarqoq krui ham kiradi.

Burun difteriyasi. Bu kasallikning pardali (burun shilliq qavatida, burun to'sig'ida, burun chng'anog'ida, burun bo'shlig'i devorlarida fibrinoz.pardalar hosil bo'ladi) va kataral-yarali (bunda burundan oldin seroz, keyin esa seroz-qonli suyuqlik ajraladi va burun teshiklari atrofidagi terini ta'sirlab, natijada teri yoriladi) turlari mavjud. Difteriyaning lokal (ko'z, teri,

jarohat yuzlarida, jinsiy a'zolarida uchraydigan) turi birmuncha kamroq uchraydi.

Ko'z difteriyasi. Qovoqning shishishi, qon aralash yiring ajralishi bilan kechadi. Konyunktivada kulrang-oqimtir pardalar ko'rinib turadi.

Teri difteriyasi. Terining shikastlangan joylarida, bo'yinda, burun ostida kuzatiladi. Terida giperemiya, shish va kulrang fibrinoz pardalar paydo bo'ladi.

Jaroxat difteriyasi. Jarohat yuzasi kulrang-qo'ng'ir karashlar bilan qoplanadi, seroz-yiringli, ba'zan qonli ajralmalar paydo bo'ladi.

Kindik yarasi difteriyasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tipik fibrinoz yiringli karashlar va tez bitib ketmaydigan yaralar paydo bo'ladi.

Difteriyaning asoratlari. Organizmga toksinli ta'sir etishi bilan izoxlanadi va ko'proq kasallikning toksinli turida uchraydi. Asoratlarga qon aylanishining buzilishi, miokardit, chegaralangan falajlar, polinevit va nefroz kiradi. Bularning ichida birmuncha xavflirog'i kasallik 1- haftasining oxiri-da va 2- haftasining boshida rivojlanishi mumkin bo'lgan miokarditdir. Umumiy ahvolning yomonlashuvi, rang oqarishi, taxikardiya, yurak chegarasining kengayishi, yurak tonlarining bo'g'ik eshinishi, aritmiya, sistolik shovqin, jigarning kattalashuvi miokardit simptomlari hisoblanadi.

Falajlar. Kasallikning 1-haftasida yumshoq tanglay yoki akkomodatsiyaning falajlanishi kabi chegaralangan, shuningdek, umurtqaning sust falajlanishi turida namoyon bo'ladigan polinevit (birmuncha kechroq — kasallikning 3-haftasida yuzaga chiqadigan) ko'rinishida bo'ladi. Uning ilk belgilari bo'lib, ayniqsa barmoqlarda ko'proq bilinadigan paylar refleksining pasayib, keyinroq esa umuman yo'qolib ketishi hisoblanadi. Ba'zan bularga nafas mushaklarining (hiqildok, kovurg'alararo mushaklar, diafragma) falajlanishi qo'shib kelishi mumkinki, bu hol bemorlarning hayotiga katta xavf tug'dirishi. mumkin. Og'ir miokardit xollarida miya tomirlarida emboliya iatijasida hosil bo'ladigan falajlanish kamroq uchraydi. Buyrak tomonidan bo'ladigan asoratlari - toksik nefroz ko'rinishidagi (albumnuriya, silindruriya, ozgina gematuriya) yetishmovchilikka sabab bo'ladi. Krup hollarida eng ko'p uchraydigan asoratlarga ikkilamchi (kokkli) flora yuzaga chiqadigan pnevmoniya kiradi.

Tashxisi. Difteriyaning tashxisi klinik ko'rsatmalariga asoslanib aniqlanadi. Difteriyaga shubxa qilingan har qanday bemorni aniq tashxis qo'yish uchun kasalxonaning diagnostika bo'limiga yotqizish zarur. Diagnostikada bakteriologik usul muxim yordamchi usul bo'lib hisoblanadi. Bunda kasallikning mahalliy o'chog'ida (ko'pincha og'iz shilliq qavatidan) olingan ekmani Leffler muhitiga, shuningdek, qon qo'shilgan telluritli agarga ekib tekshiriladi. Bu usulda uzul-kesil javob 24—28 soat, ba'zan bundan ko'proq muddatda olingani uchun tashxis qo'yish cho'zilib ketadi.

Manfiy natija difteriya yo'q ekanligiga dalolat bo'lavermaydi. Retrospektiv tashxis qo'yish uchun agglutinatsiya reaksiyasidan foydalaniladi (yangi zardobda-antitelo titrining oshib borishi). Difteriyaning, differensial tashxis qilishda skarlatina, turdi etiologiyali angina va eng avval Simanovskiy-Vinsent anginasi, infeksiyon mononukleoz, epidemik parotit, soxta krup, turli etiologiyali laringitlar (ko'pincha virusli), yutqin absessi, turli etiologiyali pardali: konyunktivalar (ko'pincha adenovirusli)ni nazarda tutish lozim.

Prognosi. Emlash ishlarini keng miqyosda olib borish kasallikning ancha kamayishiga olib keladi. Halqum difteriyasi ko'pincha kataral yoki lakunar angina ko'rinishida kechadi, asoratlari yengil o'tadi, kamdan-kam hollarda o'lim bilan tugaydi.

Davosi. Difteriya, ayniqsa uning toksik turi bilan og'rigan bemorlar o'rin-ko'rpa qilib yotishlari lozim. Bu kasallikning qancha davom etishiga, uning og'ir-yengilligiga, asoratlari bor-yo'qligiga qarab belgilanadi. Difteriyani davolashda bemorga iloji boricha ertaroq antitoksik zardob yuborishning ahamiyati katta. Zardob Bezredko usulida yuboriladi. Zardobning bir martalik yuboriladigan miqdori kasallikning og'ir-yengilligiga, joylashuviga, kasallangan muddatiga qarab 5000 dan 50000 XB gacha bo'ladi. Hadqum difteriyasining lokalizatsiyalangan turida 10000 dan 20000 XB gacha, tarqoq turida 20000—30000 XB gacha, II darajali toksik turida 60000 dan 80000 XB gacha, III darajali va gemorragik difteriyada 100000 dan 120000 gacha, I darajali toksik turida 20000 dan 50000 XB gacha, krupda 40000 dan 50000 XB gacha

yuboriladi. Kasallikning klinik kechishiga qarab, -zardob kasallikning keyingi kunlari qayta yuborilishi mumkin. Toksik difteriyada dezintoksikasiya maqsadida ilazmaning 10—20% li eritmasini 30 ml dan 100 ml gacha, glukoza esa 15—30 ml dan yuboriladi. Shuningdek, bir guruhli qonning (40—50 ml) gemotransfuziyasini xam ishlatish mumkin. Katta miqdordagi quyidagi vitaminlar yuboriladi: askorbin kislotasi kuniga 300 dan 600 mg gacha (nikotin kislotasi kuniga 2—3 marotaba 15—30 mg dan va bundan ko‘proq).

Ikkilamchi streptokokk infeksiyalari bo‘lgan hollarda odatdagi miqdorda antibiotiklar (pennqillin, tetrasiklin va boshq) tayinlanadi. Toksik difteriyada 4—6 hafta mobaynida odatdagi miqdorda venaga yoki teri ostiga strikxin yuboriladi. Og‘ir intoksikasiya xollarida esa antibiotiklar bilan birga steroid garmonlar (kortizon, prednizolon, prednizon) tayinlanadi. Yurak dorilari ko‘rsatmaga qarab beriladi. Krupni davolashda nafas yo‘li stenoziga qarshi kurashish asosiy o‘rinni egallaydi, bunda bemorga tinch sharoit yaratiladi. Issiq muolajalar, (issiq vanna, bug‘li ingalatsiya), toza salqin havo, kislorod terapiyasi qo‘llanadi. Terining oqarib borishi, sianoz, besaranjomlik yoki sustlik- ko‘p terlash, nafas olinganda pulsning pasayishi intubatsiya yoki: traxeotomiya uchun ko‘rsatma bo‘la oladn. Intubatsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Bemor kasalxonadan tuzalishiga qarab, ikki marotaba manfiy natijali bakteriologik tekshirishdan so‘ng chiqarib yuboriladi va poliklinika kuzatuv ostida turadi. Bakteriya tashuvchanlik bilan jadal kurash ortanizm umumiy rezistentligini oshirish va og‘iz bo‘shlig‘ini tetrasiklin guruhiga oid antibiotiklar yordamida sanatsiya qilish orqali olib boriladi. Surunkali tonsillit va adenoid bilan og‘rigan bolalar ko‘plab bakteriya tashuvchilikka sabab bo‘lishlari mumkin. Bunday bolalarni jarrohlik yo‘li bilan davolash (tonzilloektomiya va adenotomiya) samarali bo‘lmoqda. Emlash ishlarini keng miqyosda va sifatli olib borish ham bakteriya tashuvchilikning epidemirologik xavfini birmuncha kamaytiradi.

Profilaktikasi. Hamma bolalarga difteriyaga qarshi vaksina yuborish shartdir. Vaksiniatsiyalash qo‘shma preparat — ko‘kyo‘tal-difteriya-koqshol zardobi bilan olib boriladi. Birlamchi vaksina 3 oyli bolalarga yuboriladi. Vaksina 45 kundan oralatib uch marotaba yuboriladi. Revaksinatsiya ikki marotaba vaksinatsiya tamomlangandan so‘ng 1,5—2 yil o‘tkazib va bola 3 yoshdalgida o‘tkaziladi. Monovaksina (difteriya anatoksini) bilan ko‘kyo‘tal bilan og‘rib o‘tgan bolalar va ko‘kyo‘tal zardobi bilan emlangan bolalar emlanadilar. Utkazilgan vaksiniatsiyaning natijasi qandayligini PGAR orqali tekshiriladi.

Tashkiliy profilaktika chora-tadbirlari bo‘lib, difteriyaga gumon qilingan bemorlarni darhol kasalxonaga yotqizish, doimiy va yakunlovchi dezinfeksiya qilish, bemor bilan bevosita kontaktda bo‘lganlarni bakterirologik tekshirish hisoblanadi.

KAMPILOBAKTERIOZ (CAMPULOBACTERIOSIS)

Kasallik zoonoz tabiatli o‘tkir xastalikdir. Turli xil serotiplari orqali yuzaga keladi. O‘tkir boshlanadi, isitma ko‘tarilishi, asosan me‘da-ichak yo‘lining zararlanishi bilan xarakterlanadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda ko‘pincha septik ko‘rinishdagi kasallik bilan birga kechadi.

Etiologiyasi. Kampilobakteriozning qo‘zg‘atuvchisi bo‘lib - Campylobacter fetus jejuni kabi turli serotipdagi bakteriyalar xisoblanadi. Kampilobakteriozning xayvonlar orasida tarqalgan boshqa turlari odam uchui xavf tug‘dirmaydi.

Kampilobakteriyalar egilgan tinish belgisi shaklidagi (vibriion), 5—2 mkm uzunlikdagi, 0,3—0.5 mkm qalinlikdagi xivchinli serharakat grammanfiy tayoqchadir. Ularning ipsimon shakldagilari ham uchraydi. 1% glitserin qo‘shilgan agar muhitida o‘sadi. O‘sish uchun eng qulay sharoit 37°S. Qon qo‘shilgan muxit gemolizga sabab bo‘lmaydi, o‘zidan indol va ammiak ajratmaydi, jelatinani quyuqlashtirmaydi, sutni ivitmaydi, serovodorod hosil qiladi. Termostabil (issiqlikka chidamli) O- antigeni va termolabil N- antigenlari mavjud. Brutsellalar bilan antigen bog‘lanishi qayd etilgan. Qo‘zg‘atuvchi 23 serotipga (variantga) bo‘linsa-da, odam patologiyasida birinchi uchtasigina, ahamiyatga ega. Kampilobakterioz kasalligining deyarli yarmini shu qo‘zg‘atuvchilar keltirib chiqaradi.

Qo‘zg‘atuvchi qizdirilganda tezda inaktivlanadn. Xona haroratida 2 haftagacha, pichan,

suv, go'ngda 3 haftagacha, hayvonlarning muzlagan tanasida bnr necha oygacha yashaydi. Dengiz cho'chqachalari va olmaxon uchun patogendir. Eritromitsin, levomitsetin, kanamitsin, tetrasiklin, gentamitsinga sezgir, penitsillinga sezgirliigi kamroq. Sulfanilamid preparatlariga, grimetaprimga deyarli sezuvchan bo'lmaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik dunyoning ko'pgina mamlakatlarida, shu jumladan Markaziy Osiyoda ham uchraydi. Asosan uy va qishloq xo'jalik hayvonlari infeksiyaning rezervuari va manbai bo'lib hisoblanadi.

Kampilobakteriyalari tashuvchanlik quyonlarda, mushuklarda va o'rdaklarda ko'proq kuzatiladi. Kemiruvchilar ham qo'zg'atuvchini tashishi mumkin. Odamga qo'zg'atuvchi asosan hayvon ajratmalari tushgan suv va mahsulotlar orqali yuqadi. Qo'zg'atuvchi odamdan xam yuqishi mumkin. Bunga yangi tunilgan chaqaloqlarning kasallanishini misol qilib keltirish mumkin. Sog'lom odamlarda ham bakteriya tashuvchanlik (1 foiz atrofida) uchrab turadi. Hayvonlar bilan ishlaydigan shaxslarda kasallik kasbiy xarakterda bo'ladi. Kasallangan hayvonlar bilan bevosita kontaktda bo'lgan shaxslarda kasallik (ayniqsa xayvonlarning yungini olish va ular bolalayotgan paytda) ko'proq aniqlanishi mumkin. Infeksiya bilan zararlangan hayvon go'shtini yaxshi pishirmasdan iste'mol qilganda ham kasallik yuqishi mumkin. Yaxshi pasterizatsiya qilingan sutni ichganda ham kasallanish hollari aniqlangan. Ko'pincha bolalar (yangi tug'ilgan chaqaloqlar va maktabgacha yoshdagi bolalar), homilador ayollar, nimjon va keksa odamlar bu kasallikka beriluvchan bo'ladilar.

Patogenezi. Qo'zg'atuvchi me'da-ichak yo'liga asosan alimentar yo'l orqali o'tadi. Ba'zi hollarda kasal hayvonlarga yordam berilayotganda qo'zg'atuvchi terining shikastlangan joyi orqali o'tishi ham mumkin. Me'da-ichak yo'llarida va infeksiya kirgan joy sohasida yallig'lanish o'zgarishlari paydo bo'ladi. Keyin bakteriyemiya va urug'lanish jarayonlari boshlanadi. Xomilador ayollarda infeksiyaning transplatsentari yo'l bilan o'tishi tufayli bola tushishi yoki homila zararlanishi mumkin. Zaiflashib qolgan odamlarda kasallik turli a'zolarida ikkilamchi o'choqlar (endokardit, meningit, ensefalit, peritonit va boshq) shakllayishi bilan septik kechishi mumkin.

Kampilobakteriozning shunday kechishi jigar sirrozida, kaxeziyada, shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlar va keksalarda xam kuzatiladi. Ko'p qayt qilish va ichning muntazam ketib turishi organizmning suvsizlanishiga, shok xolatiga, buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Yaxshi immun sistemasiga ega bo'lgan, ya'ni kuchini yo'qotmagan shaxslarda bu kasallik klinik jihatdan yaqqol yuzaga chiqmaydi (subklinik turi, sog'lom bakteriya tashuvchanlik).

Klinikasi. Inkubatsion davr 1 kundan 6 kungacha: (ko'pincha 1—2 kun) davom etadi. Klinik kechishiga qarab kasallik quyidagi turlarga bo'linadi: 1) gastrointestinal, 2) yoyilgan septik, 3) surunkali, 4) subklinik (bakteriya tashuvchanlik).

Ko'pincha gastrointestinal turi kuzatiladi. Bolalarda diareya kasalliklari orasida kampilobakterioza 3 dan 31 foizini tashkil qiladi. Kasallik ko'pincha bola xayotning birinchi yilida uchraydi. Kasallikning bu turlari sporadik xolat ko'rinishida kattalarda xam uchrab turadi. Xastalik o'tkir boshlanib, isitma, umumiy intoksikatsiya simptomlari va gastroenterit sindromi paydo bo'ladi. Bemorlar ko'ngil aynishidan, epigastral sohada og'rikdan shikoyat qiladilar, ko'pincha qayt qiladilar. Ich suyuq, ko'pikli, son aralash shilimshiq bo'lib, ko'p keladi. Suvsizlanish simptomlari (teri va shilliq qavatlarining ko'chishi ba'ei bemorlarda qisqa vaqt qaltirash) rivojlanishi mumkin. Bolalarda xarorat paydo bo'lib, umumiy intoksikatsiya belgilari yaqqol seziladi, ularning axlatida shilimshiq va qon qayd qilinadi, organizmiing suvsizlanishi rivojlanadi.

Kasallikning tarqalgan (generalizatsiyalangan) turi bola hayotining birinchi oylarida kuzatiladi. Kasallik haroratning yuqori bo'lishi, harorat chizig'ining sutka mobaynida o'zgarib turishi, ozib ketish, anemiya bilan ifodalanadi. Xastalik bakteriyemiyani sepsis ko'rinishida, a'zolarining shikastlanishi bilan kechadi. Ko'pincha hayt qilish, ichburug', suvsizlanish, jigarning kattalashishi aniqlanadi.

Ayni paytda pnevmoniya, peritonit, jigar va bosh miya absessi rivojlanadi. Shuningdek, buyrak va miokardlarda mikroabsesslar kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda disseminirlangan tomir

ichi qon ivish sindromi rivojlanadi. Shuningdek, infeksiyon-toksik shok aniqlanadi. Kampilobakteriozning subklinik (simptomsiz) turining o'chog'i asosan sog'lom odamlarni tekshirganda kuzatiladi. Bu axlatdan ko'zg'atuvchilarning ajralib chiqishi va qon zardobida maxsus antitelolarning ko'payib borishi bilan xarakterlanadi.

Kasallik boshidanoq sust, xronik (kasallikning o'tkir bosqichlarisiz) turda kechadi. Isitma subfebril kechib, behollik, ko'p terlash, mehnat qobiliyatining ishtahaning pasayishi, asabiylashish, aloq-chaloq tushlar ko'rish, ozib ketish qayd etiladi. Shu bilan birga ayrim bemorlarda ko'ngil aynishi, ba'zan qayt qilish, ichning buzilishi, ba'zan faringit kuzatiladi. Kamdan-kam hollarda (infeksiya sust kechayotganda) artrit, tromboflebit, endokardit, perikardit, plevra emfizemasi kuzatiladi. Ba'zan navbatdagi xurujlarda meningit (seroz yoki yiringli) belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Tashxisi. Kampilobakterioz klinik ko'rinishlarining turli-tumanligi, bu kasallikning klinik jihatidan aniqlashni ancha qiyinlashtiradi. Shuningdek, bunda epidemiologik taxminlarni (hayvonlar bilan bevosita aloqada bo'lish, kasallikning guruhli xarakterini) ham nazarda tutish lozim. Tashxis axlatda, qonda, miya suyuqligida, abscesslardagi yiringda, abort qilingan homila to'qimalarida qo'zg'atuvchi bor ekanligi aniqlangandan so'ng qo'yiladi. Ekma uchun tarkibida tioglikolyat, brilliant yashili bo'lgan maxsus selektiv qattiq oziqali muhitdan yoki tarkibida antibiotiklar bo'lgan 5% li qo'y yoki ot qoni bo'lgan triptikazosoyali bulyondan foydalaniladi. Retrospektiv tashxis uchun 10—14 kun oralatib olingan yangi zardob ishlatiladi. Antitelolar borligini aniqlash uchun turli reaksiyalardan (KBR, GATR, mikroagglutinatsiya, immunoflyuorescent usulidan) foydalaniladi.

Differensial tashxis qilish. Kasallikning gastrointestinal turini boshqa etiologiyali gastroenteritlardan, salmonellyoz, Zonne dizenteriyasi, stafilokokk etiologiyali oziq-ovqatdan zaharlanishlardan, organizmda suvsizlanish bo'lsa, vabodai differensial tashxis qilinadi. Kampilobakteriozning generalizatsiyalangan (yoyilgan) turini boshqa etiologiyali sepsislardan differensiallanadi.

Qonda qo'zg'atuvchi borligi aniqlangandagina tashxis tasdiqlanadi. Xastalikni boshqa surunkali yuqumli kasalliklar (brutselloz, toksoplazmozlar) dan ham ajrata bilish zarur.

Davosi. Etiotrop terapiyada eritromitsin va gentamitsin birmuncha yaxshi natija beradi. Boshqa antibiotiklar (kanamitsin, karbenitsilysin) dan ham foydalanish mumkin bo'lsa-da, ularning nafi kamroq bo'ladi. Suvsizlanish sindromida regidratatsiya o'tkaziladi. Kasallikning surunkali turida 7—10 kun oralatib, takroran umumiy quvvat beruvchi davo bilan birga turli antibiotiklar bilan davolash kursi ham o'tkaziladi.

Prognozi. Kasallikning oqibati yomon tugamaydi. Uning g'eneralizatsiyalangan (septik) turida, bolalarda oqibati ba'zan yomon bo'lishi mumkin.

Profilaktikasi va kasallik o'chog'idagi chora-tadbirlar. Infeksiyani hayvonlar orasida tugatish, shaxsiy gigiyenaga rioya qilish, oziq-ovqat mahsulotlarini ifloslanishdan saqlash, go'sht mahsulotlariga issiq ishlov berish kasallik tarqalishiga qarshi chora-tadbirlardan hisoblanadi. Maxsus profilaktika chora-tadbirlari ishlab chiqilmagan. Bemor atrofida gilar uchun alohida xavf tug'dirmaydi. Bemorni klinik ko'rsatmalarga muvofiq kasalxonaga joylashtiriladi.

KOLIINFEKSIYA

Ichak bakteriyalari avlodiga mansub bo'lgan ichak patogen mikroblari keltirib chiqaradigan o'tkir kasallikdir.

Etiologiyasi. (011, 055, 026, va boshq) Somatik antigenlari bo'yicha farqlanadigan ichak tayoqchalari enterogen shtammlarining turli serologik turlari bu kasallikning qo'zg'atuvchisidir.

Koliinfeksiyaning qo'zg'atuvchilari (EPCHT) gram-manfiy harakatchan tayoqchalardir, ular murakkab antigen tarkibiga ega bo'lib, qizdirilganda tez inaktivlanadi. Ichak tayoqchalari quyidagicha klassifikatsiya qilinadi: 1) enteropatogenli—I guruh; 2) enteroinvazion —II guruh; 3) enterotoksigenli—III guruh; 4) o'rab oluvchi—IV guruh. Koliinfeksiya qo'zg'atuvchilari tashqi muhitga chidamlidir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo‘lib, o‘zidan ko‘plab qo‘zg‘atuvchilar ajratadigan va infeksiyani tashib yuradigan bemor bola hisoblanadi. Kasallik bemor bilan bevosita aloqada bo‘lganda yuqadi. Endogen infeksiya ehtimoli ham mavjud. Mazkur infeksiyaga bola xayotining birinchi oylarida va yangi tug‘ilgan chaqaloqlar moyil bo‘ladi.

Ichak tayoqchalarining ma‘lum serotiplari bolalar yaslilarida, bolalar somatik kasalxonalarida ichburug‘ epidemiyasi tarqalishida etiologik omil bo‘lib xizmat qiladi. Kasallik butun yil mobaynida qayd etiladi. Yopiq bolalar muassasalarida qish oylarida ham kasallik tarqalishi mumkin. Bu xastalikka yosh va nimjon, tez-tez kasal bo‘lib turadigan bolalar moyilroq bo‘ladi.

Patogenezi. Kolliinfeksiya qo‘zg‘atuvchilari ingichka ichakda joylashib, u yerda ko‘payadi. Ichakda enterit belgilari aniqlakadi. Kolliinfeksiya toksinlari (issiq-likka o‘rtacha chidamli bo‘lgan fraksiyasi) vabo toksinlariga yaqindir. Toksinlar ichak epiteliy hujayralariga bog‘lanib, adenilsiklazani faollashtiradi va natijada ko‘plab suv va xloridlar ajralib chiqq boshlaydi. Issiklikka chidamli bo‘lgan enterotoksin me‘da-ichak yo‘lining sekretor faolliginn oshiradi.

Invazion shtammlar ichak epiteliylari hujayralariga o‘tib, xuddi shigellalarga o‘xshab ko‘payish xususiyatiga ega.

Klinikasi. Inkubatsion davri 1 kundan 20 kungacha davom etadi. Kasallikning klinik namoyon bo‘lishi juda xilma-xildir. Kasallik isitma ko‘tarilishi, zaharlanish simptomlari, ich ketishi, qayt qilish kabi bedgilar bilan o‘tkir boshlanadi.

Bemorning ichi suyuq, suvsimon, och-sariq rangda, ba‘zan ko‘kintir shilimshiq bo‘lib, tez-tez keladi. Ko‘pincha meteorizm kuzatiladi. Xastalikni og‘ir shakllarida eksikoz bilan birga toksikoz rivojlanadi. Kasallikning yengil o‘rtacha og‘ir va og‘ir, shuningdek, yashirin va abortiv turlari mavjud. Otit va pnevmoniya uning ko‘p uchraydigan asoratlaridir.

Prognosi. Kasallik natijasi bolaning yoshiga, uning premorbid holatiga, ma‘lum darajada qo‘zg‘atuvchining serologik turiga bog‘liq. 0111 turidagi serologik infeksiya tufayli yuzaga kelgan kasallik ancha og‘ir kechadi.

Tashxisi. Tashxisda axlatdan, qusuqdan yoki me‘dani yuvilgan suvdan ajratib olingan ichak tayoqchalarining patogen shtammlarini bakteriologik tekshirish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Shuningdek, serologik usullari (agglutinatsiya va gemagglutinatsiya reaksiyalari) dan foydalaniladi. Bu reaksiyalar kasallik avj olib borayotganda, antitelolar titrining o‘shib borishini hisobga olgan holda ishlatiladi. Kasallikni differensial tashxis qilganda dizenteriya, salmonellyozlar, shuningdek, deno va enterovirus kasalliklarni xam nazarda tutish lozim.

Davosi. Davolash bolalardagi boshqa ichak kasalliklari kabi olib boriladi. Antibiotiklardan (kolimitsik, gentamidi, kanamivdsh va polimiksin sulfat bir sutkada 1 kg tana og‘irligiga 25—50 mg hisobida) yuborib 5—7 kun davo qilinganda yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi. Kasallikning profilaktikasida chaqaloqlarni to‘g‘ri emizish, kun tartibiga amal qilish, yuksak turmush gigiyenasi, o‘tkir ichak kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni diagnostika bo‘limiga darhol alohida yotqizish muxim ahamiyatga ega. Maktabgacha bolalar muassasalariga va maktab internatiga qatnaydigan bolalar kasalxonadan chiqarilishidan oldin patogen ichak tayoqchasi bor yo‘qligiga bir marta tekshirilganda manfiy natija olinishi lozim. Bemor bola aniqlangan bolalar muassasalari dezinfeksiya qilinadi. Bemor bilan muloqotda bo‘lgan bolalar bakteriologik tekshiriladi.

KO‘KYO‘TAL (PERTUSSIS)

Etiologiyasi. Nafas yo‘llari, markaziy nerv sistemasi zararlanishi va spazmatik yo‘tal bilan kechadigan kasallikdir. Ko‘kyo‘tal va parako‘kyo‘talning klinik ko‘rinishlari o‘xshashdir.

Ko‘kyo‘tal qo‘zg‘atuvchisi xarakatsiz, grammanfiy tayoqcha bo‘lib, glitserin kartoshka-qonli agarda yaxshi o‘sadi. Qo‘zg‘atuvchi o‘shish jarayoni va hayoti davomida o‘zidan toksinli moddalar ajratib chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai eng birinchi kunlardan to kasallikning spazmatik

davrigacha, ya'ni 3—4 haftagacha infeksiya tarqatib yuradigan bemor odamlar. Kasallik yashirin va simptomtsiz kechganda katta epidemiologik axamiyatga ega bo'lishi mumkin. U havo-tomchi yo'l bilan, asosan bemorlar bilan bevosita aloqada bo'lganda yuqadi. Xastalikka moyillik chaqaloklardan tortib katta yoshli odamlarda ham kuzatiladi. Kasallanish 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida ko'proq qayd etiladi. Ko'kyo'tal bilan og'rigan bemor tuzalib ketgandan so'ng, unda turg'un immunitet paydo bo'lsada, ba'zan ikkinchi marotaba kasallanish hollari xam kuzatiladi.

Patogenezi. Yuqori nafas yo'llari shilliq qavati infeksiyaning kirish darvozasi bo'lib xizmat qiladi. Kasallik patogenyozida o'z hayoti davomida toksin ajratib chiqaradigan ko'kyo'tal mikrobinin ahamiyati katta. Nafas yo'llaridagi nerv retseptorlarining uzoq vaqt mudom ta'sirlanib turishi natijasida nafas markazida asta-sekin domiy qo'zg'alish o'chog'i shakllana boshlaydi. Shunday qilib, yo'tal talvasa tusini oladi va ko'kyo'tal uchun xarakterli bo'lgan qator sindromlar (arterial bosimning oshishi, qayt qilish, titrab-qaqshash) paydo bo'ladi. Kasallik jarayonida asta-sekin gipoksemiya xodisasi rivojlanib boradi, o'z navbatida nafas olish va qon aylanishi buzilishi kuchayib boradi,

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 3 kundan 15 kungacha, o'rtacha 5—8 kun davom etadi. Kasallik kechishi uch davrga bo'linadi: kataral, spazmatik va tuzalish davri. Kataral davr quruq yo'tal paydo bo'lishi, boshida tipik bo'lmagan, ba'zan isitmaning ozgina oshishi, ozgina bilinadigan kataral hodisalar bilan xarakterlanadi. Keyingi kunlarda yo'tal bo'g'i tus oladi, keyin esa xurujsimon tus olib, 10—12 kundan keyin spazmatik yo'talga aylanadi, bunda tez-tez yo'tal silkinishlariga xos bo'lgan qisqa-qisqa konvulsiv yo'tal tutib, u qafas ichiga ketib qoladigandek (repriz) chiyillash bilan kechadi, uning ketidan yana yo'tal silkinishlari va yana repriz bo'lib davom etaveradi. Yo'tal xurujlari yopishqoq balg'am ajralishi va ko'pincha qayt qilish bilan davom etadi. Bemorlarning yuzi shishinqirab qoladi, terida va skleralarda qon quyilib qolishi kuzatiladi.

Til yuganchasida oq karash qoplangan yaracha (tishi chiqqan bolalarda) aniqlanadi. Qonda ECHT (eritrotsitlar cho'kish tezligi), normal yoki sekinlashgan leykotsitoz qayd etiladi. Spazmatik davr 2 haftadan 8 haftagacha va undan ko'proq davom etishi mumkin. Xurujlar orasidagi davrda bolalar o'zlarini yaxshi his etadilar. Keyin kasallikning tuzalish davri boshlanadi, yo'tal kamaya boshlaydi. Kasallik klinik jihatdan yengil kechadigan, o'rtacha og'ir va og'ir kechadigan turlarga bo'linadi. Yashirin va abortiv kechadigan, yo'tal bo'lmagan yoki kuchsiz bo'lgan hollarda kasallik spazmatik bosqichiga yetmasdan o'tib ketishi mumkin. Kasallik asoratlari, ko'pincha yosh bolalarda pnevmoniya yoki nerv sistemasi zararlanishi holida namoyon bo'ladi. Mayda o'choqli pnevmoniya cho'zilib ketishi bilan ajralib turadi, u surunkali bo'lib qolishi mumkin. Ko'pincha xastalik ko'kyo'tal jarayonida o'pkaning ma'lum bir qismida hosil bo'lgan atelektazlar fonida kelib chiqadi. Eyatsefalopatiya to'satdan tutqanok talvasalari tutishi, hushdan ketish, ba'zan nafasning to'xtab qolishi bilan namoyon bo'ladi. Bosh miya nervlari parezi, eshitish, so'zlash, ko'rish qobiliyatining yo'qolishi kabilar ko'kyo'talda nerv sistemasi tomonidan bo'ladigan asoratlar jumlasiga kiradi.

Tashxisi. Qasallikning kataral bosqichida va yashirin davrida tashxis qo'nish ancha qiyin bo'ladi. Bemorlarni diqqat qilib kuzatish bilan birga epidemiologik anamnezni xisobga olgan holda yo'talning kuchayib borishini (bemor yoki uzoq vaktidan beri yo'talib yurgan bemor bilan aloqada bo'lish) nazarda tutish, qon tekshirilgandagi ko'rsatkichlarni, yo'tal plastinkasini bakteriologik jihatdan tekshirishning xam ahamiyati katta. Tezda tashxis qo'yish uchun burun-xalqum yo'lidan olingan material flyuoressirlangan antitelolar usuli bilan tekshiriladi. Tashxis qo'yish maqsadida boshqa ko'rsatkichlar bilan birga ko'krak qafasini rentgenoskoyaiya qilish xam lozim. O'pka to'qimasida infiltrat, atelektazlar va emfizema, shuningdek, limfa va limfa tugunlarining kattalashganligi ham aniqlanadi. Kasallikning keyingi bosqichalarida serologik tekshirish usullari (komplementli bog'lash reaksiyasidan, aglyutinatsiya reaksiyasidan va PGAR) dan foydalanish mumkin. Ko'kyo'talni gripp va boshqa shamollash kasalliklari bilan birga, bronxoadenit sili, chin va soxta krup, shuningdek, nafas yo'liga yot jismning kirib qolishi va parako'kyo'tal bilan differensial tashxis qilinadi. Bola qanchalik yosh bo'lsa, kasallik

shunchalik og'ir kechadi.

Prognosi. Profilaktika maqsadida emlash ishlariniyag keng miqyosda o'tkazilishi natijasida ko'kyo'tal yengil, kam asoratlar bilan kechadi. Oqibati og'ir bo'lgan xollar kam kuzatiladi. O'limniig asosiy sabablari — o'pka va nerv asoratlaridir.

Davosi. Toza havoda ko'proq bo'lish, kun tartibi va ovqatlanishni to'g'ri tashkil etish kasallikni davolashda muhim ahamiyat kasb etadi. Antibiotiklardan levomitsetin, zmpitsillin, eritromitsinlar odatdagi mikdorda iloji boricha ertaroq tayinlanishi zarur. Davolash kursi 8—15 kun davom etadi. Ko'kyo'talga qarshi maxsus immunoglobulindan 1—2 kun oralatib 3 ml va undan ortiq mikdorda berilishi ham yaxshi natija beradi. Kasallikning keyingi bosqichlarida, ya'ni yo'tal, qayt qilish, besaranjomlik, uyquning buzilishi hollarida neyroplegik ta'sir etadigan dorilardan (sutkasiga 1 kg tana og'irligiga 2—3 va 3—4 ml dan aminazin yoki propazin) 10—15 kun davomida berib boriladi. Kasallik asoratlarini davolash umumiy ko'rsatmalar, ya'ni kislorod uskunalari yordamida o'tkaziladigan oksigenoterapiyadan keng foydalanish asosida olib boriladi. Kasallik so'rilib ketganda stimullovchi terapiyaning turli ko'rinishlari tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Yo'tali arimagan bemorlarni iloji boricha alohida yotqazish va 14 kun muddat bilan karamtin belgilash lozim. Bolalar muassasalarida go'daklar uchun karantin guruxlarini tuzish, 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga gammaglobulin yuborish, bemorlar bilan mulokatda extiyot choralarini ko'rish, ko'kyo'tal-difteriya qoqshol vaksinasi yordamida faol immunizatsiya ishlarini o'tkazish ham kasallik profilaktikasida muhim ahamiyatga ega. Ko'kyo'tal vaksinasi difteriya, koqshol anatoksini (AKDS vaksinasi) bilan birga yuboriladi. AKDS vaksinasi birinchi marotaba chaqaloq 3 oylik bo'lgandan boshlab 0,5 ml va 45 kun oralatib uch marotaba yuboriladi. Revaksinatsiya esa bola 1—2 yoshdalgida amalga oshiriladi. Ko'kyo'talga qarshi vaksinatsiya 70—90 foiz xollarda yaxshi natija beradi.

Kasallik boshlanishidan 30 kun muddatga bemor aloxida yotqizilishi lozim. O'choqda dezinfeksiya o'tkazish shart emas, lekin xonalarni albatta shamollatish va xo'l latta bilan artib turish kerak.

PARAKO'KYO'TAL (PARA PERTUSSIS)

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi o'z xususiyatiga ko'ra, ko'kyo'tal tayoqchasiga o'xshash bo'lib, u ko'kyo'taldan faqat serologik yo'l bilan ajralib turadi. Epidemiologiyasi xuddi ko'kyo'talnik kabi. Infeksiya, havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Xuddi sporadik kasallikdagi xususiyatlari kuzatiladi. Ko'kyo'tal bilan og'riqanlar parako'kyo'tal bilan kam hollarda kasallanadilar, chunki ba'zi immunitet ikkala kasallik uchun ham birdek ta'sir etishi mumkin.

Klinikasi. Qasallikning inkubatsion davri 7 kundan 15 kungacha (o'rtacha 18—11 kun) davom etadi. Xastalik ko'pgina hollarda yengil o'tadi va ba'zan ko'kyo'talning yengil turlarini eslatadi. Isitma odatda normal yoki subfebril, yo'tal esa xuddi ko'kyo'taldagidek bo'ladi, ba'zi hollarda traxeal xususiyat kasb etadi. Kasallik turlicha davom etib, 2—3 kundan 3 haftagacha va undan ko'proqqa cho'ziladi. Qonda ba'zan leykotsitoz va limfotsitoz aniqlanadi. Kamdan-kam hollarda asorat beradi. Ko'kyo'taldan bakteriologik va serologik tekshirish orqali differensiallanadi.

Davosi. Simptomatik. Profilaktikasi xuddi ko'kyo'talnik kabi.

QIZILCHA (RUBEOLA)

O'tkir yuqumli kasallik bo'lib, yengil intoksikatsiya belgilari, dog'li papulyoz toshmalar, orqa bo'yin, jag' oldi limfa tugunlari kattalashishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi juda kam yuqumli, tashqi muhitga chidamsizligi bilan ajralib turadigan virus. Yuqori nafas yo'llari shilliq qavatlari kirish darvozasi bo'lib xizmat qiladi.

Epidemiologiyasi. O'ziga infeksiya yuqtirgan bemor bolalar birinchi kundanoq kasallik manbai bo'lib hisoblanadi. Kasallik avjiga chiqqan davridan boshlab, toshmalar yo'qolguncha

xavfli bo'ladi. Havo-tomchi yo'li orqali tarqaladi. Bolalarda qizilchaga moyillik ancha yuqori bo'ladi. Ko'krak yoshidagi bolalar kamroq kasallanadilar. Kasal bo'lib o'tgan odamda turg'un immunitet paydo bo'ladi. Qizilcha epidemiyasi ko'pincha bahor oylarida kuzatiladi.

Klinikasi. Inkubatsion davri 11 kundan 22 kungacha, o'rtacha 15—20 kun davom etadi. Kasallikning prodromal davri bir oz isitma ko'tarilishi bilan ba'zan bilinmay o'tib ketadi. Kasallik ensa va orqa bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi bilan boshlanadi. Kasallik boshlangandan 1—3 kun o'tgach, yuzda, bo'yinda tez orada (ba'zan bir kecha soatda) butun tanaga tarkaladigan qizil toshmalar paydo bo'ladi. Toshmalar dog'li papulyoz ko'rinishida bo'lib, xuddi qizamiq toshmalariga o'xshaydi. Ba'zi toshmalarining kattaligi to'g'nog'ichdek bo'lsa, ba'zilari esa yasmik donidek keladi. Ular asosan qo'l-oyoqlarda, orqa va dumbada paydo bo'ladi. Isitma normal yoki ko'tarilgan (38° dan oshmaydi) bo'lish mumkin. Og'iz shilliq qavatida enantema (toshma) kuzatiladi. Periferik qonda plazmatik hujayralar miqdorining oshganligi qayd etiladi. Asoratlari kamdan-kam bo'ladi, asosan sinovit, ba'zan ensefalit ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Tashxisi. Klinik ko'rsatmalarga asoslangan bo'ladi. Qizamiq, skarlatina, zardob kasalliklari, turli dorilar va allergiyadan bo'ladigan toshmalardan differensiallanadi. Ko'pincha qizilcha qizamiq bilan adashtirib yuboriladi. Bu kasallik qizamiqdan prodromal davri, Belskiy — Filatov — Koplik simptomining bo'lmasligi, toshmalarining bosqichma-bosqich toshishi va ularni joylashishi, limfatik tugunlarning mavjudligi va qondagi o'zgarishlar bilan farq qilinadi.

Prognosi. Yomon emas.

Davolash shart zmas. Bemor toshma toshgan kundan boshlab 6 kungacha alohida yotishi lozim.

QIZAMIQ (MORBILLI)

Isitma ko'tarilishi, intoksikatsiya, yuqori nafas yo'llari shilliq qavatining zararlanishi, terida qizil toshmalarining paydo bo'lishi xarakterlanadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi juda «uchuvchan», tashqi muxitga chidamsiz bo'lgan filtrlanuvchi virusdir. Qizamiq virusi paramiksoviruslar oilasiga kirib, tarkibida RNK-polimeraza, murakkab antigenlar tutadi. Virionning asosiy subbirliklari — gemagglyutinin, gemolizin, nukleokapsid va membrana oqsili immunogenligi darajasi bo'yicha bir-biridan farq qiladi. Qo'zg'atuvchi antibiotiklarga ancha chidamlidir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai faqat qizamiq bilan og'rigan bemor bo'lib, u kasallikning birinchi belgilari paydo bo'lgan davrdan boshlabq atrofdagilar uchun xavfli bo'lib qoladi. Ammo xastalikning 5-kuniga kelib (pnevmoniya asoratlari, bo'lganda 11-kunidan boshlab), yuqumlilik xususiyatini yo'qotadi va atrofdagilar uchun xavfsiz bo'lib qoladi. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'li bilan tarqaladi. Kasallikka moyillik onalari qizamiq bilan og'rib o'tgan, uch oylikkacha bo'lgan chaqaloklardan boshka xamma yoshdagi odamlarda xam juda yuqoridir. Yuqumlilik darajasi 90—95% ni tashkil qiladi. Qizamiq bilan ko'proq kasallanish 1 yoshdan tortib 4—8 yoshgacha bo'lgan bolalarda qayd etiladi. Keyingi yillarda emlashning turli kamchiliklari sababli, qizamiq katta yoshli odamlar orasida xam qayd etilyapti. Qizamiq bilan og'rishning katta qismi o'spirin yoshlarga, ozroq qismi esa katta yoshli odamlarga to'g'ri keladi.

Kasallik bilan og'rish yilning xamma fasllarida qayd etilsada, ammo kuz-qish oylarida ko'proq kuzatiladi. Kasallikning qaytalanish xollari kamroq uchraydi. Qizamiq bilan og'rib o'tgandan so'ng odamda turg'un immunitet paydo bo'lishi tufayli kasallikning qaytalanishi kam uchraydi.

Patogenezi. Yuqori nafas yo'llari shilliq qavati va ko'z infeksiyaning kirish darvozasi bo'lib xizmat qiladi. Virus organizmga tushgach, qonda aylanib yuradi va nafas yo'llari epiteliysi va markaziy nerv, sistemasi hujayralarini zararlantiradi. Qizamiq virusi o'zgacha tropizm va MNS (markaziy nerv sistemasi)ni zararlantirish xususiyatiga ega. Qizamiq organizmni allergiya holatiga keltirib, uni keskin zaiflashtiradi, natijada immunkompetent bo'lgan xujayralar yemirilib, periferik konda T- limfotsitlar soni kamayib ketadi. T- immun yetishmovchiligining

keskin ko'payishi ayniqsa go'dak bolalarda kuzatiladi. Qizamiqning tuzalishi immun jarayonlar o'tishiga bog'likdir. Qizamik toshmasi infeksiyon dermatitga o'xshab ketadi. Toshmalar tarqalishi, o'zida antigen saqlaydigan teri qoplam hujayradari bilan immun javobgar limfotsitlar o'rtasidagi reaksiya natijasidir. Qizamiq bilan og'rish davomida bemor organizmida chuqur reaktiv o'zgarishlar vujudga keladiki, natijada uning ximoya kuchining pasayishi sababli bemor ikkilamchi infeksiyaga beriluvchan bo'lib qolishi, kasallik asorat qoldirishi mumkin.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 9—10 kundan 14 kungacha, kamdan-kam 17 kungacha, passiv immunizatsiya olgan bolalarda 21 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik uch davrga bo'linadi. 3 kundan 5 kungacha cho'ziladigan katta prodromal davri, toshma toshish (3 kun) davri va 2 haftagacha cho'ziladigan rekonvalesensiya yoki pigmentatsiya davri shular jumlasidandir. Kasallikning birinchi davriga behollik, isitmaning ko'tarilishi, tumov, yo'tal va konyunktivit xos bo'ladi. Yana muhim tashxisiy belgilardan biri lunj shilliq pardasida qizil rangli ingichka gardish bilan o'ralgan mayda dog' — Belskiy — Filatov — Koplik dog'lari va qattiq tanglayda ekzantemalarning paydo bo'lishidir. Toshma toshish davrida qaytadan isitma ko'tariladi. Toshma dog'simon papulyoz ko'rinishida bo'lib, 1-kuni quloqlar orasini, 2-kuni gavgani, 3—4-kunlari qo'l-oyoqlarni qoplaydi. Toshma toshishning 4-kunidan boshlab toshma qanday paydo bo'lgan bo'lsa, xuddi shunday yo'qola boshlaydi va pigmentatsiya davriga o'tadi. Toshma qaytayotganda teri qipqisimon mayda po'st tashlaydi. Bu davrga kelib, isitma pasayadi.

***** 73-74 betlar yuk

Serologik profilaktika o'tkazilgan bolalar qizamikqa mutlaqo chalinmaydilar yoki uni yengil o'tkazadilar. Immunoglobulin yuborish yo'li bilan hosil qilingan immunitet 3—4 hafta davomidagina saqlanib turadi. Shuning uchun ham bu vaqt o'tgandan so'ng qaytadan aloqada bo'lganda yana bir marta 1 ml immunoglobulin yuborish lozim bo'ladi. Faol immunizatsiya uchun tarkibida kuchsizlangan qizamiq virusini saqlagan (L-16) vaktsinadan foydalanib, bir marta teri ostiga yuborilganda bola organizmida qizamiqqa qarshi immunitet hosil bo'ladi. Vaktsina yuborilgandan so'ng ko'pincha qizamiqni eslatuvchi reaksiya paydo bo'ladi (qarorat ko'tarilib, toshmalar toshadi), lekin bu bola salomatligi uchun unchalik xavfli emas. O'chog'da xona shamollatilib, ho'l latta bilan artib turiladi.

Bolalarda qizamiqqa qarshi immunizatsiya L-16 qizamiq vaktsinasi bilan o'tkaziladi. Tirik vaktsinalar bilan qizamikqa qarshi emlashlar 10 oylikdan boshlab 8 yoshgacha o'tkaziladi. Qizamiq bo'lmagan bolalarga 12 oylik bo'lganda davolash yoki profilaktika maqsadida immunoglobulin qilinganda o'zida qizamiqqa qarshi antitelolar tutgan qon preparatlari yuboriladi yoki qon quyilganda vaktsinatsiya o'tkaziladi. Qizamiq vaktsinasini qo'llashga 3 oydan keyingina ruxsat etiladi. Tirik vaktsina bilan vaktsinatsiya o'tkazilgandan so'ng 2 hafta o'tgach, immunoglobulin qilish mumkin.

Dekretizatsiya guruxidagi immunizatsiya qilish grafigi buzilgan bolalarga immunizatsiya qilishga ruxsat etilgandan so'nggina uni o'tkaziladi. Bunda qizamiqqa qarshi antitelolar bor-yoqligini aniqlash maqsadga muvofiqdir, agar antitelolar soni yuqori titrlarda bo'lsa, bola emlanmaydi. Ba'zi hollarda epidemik ko'rsatmalarga qarab emlashlar zudlik bilan o'tkaziladi.

Qizamiq bilan kasallanmagan va unga qarshi emlanmagan 2 yoshdan oshgan bolalar tezda emlanishlari zarur. 3 oylikdan 12 oylikgacha bo'lgan bolalarga 3,0 ml immunoglobulin yuboriladi. Bolalarda qizamikqa qarshi immunitetni aniqlash maqsadida maxsus GATR va PGAR antitelolari aniqlanadi. Antitelo titri GATR ning 1:4 va undan yuqori bo'lishi, PGAR ning 1:10 va undan yuqori bo'lishi bolaning qizamiqda berilmasligidan darak beradi.

«Xavfli guruhga» kiruvchi bolalar uchun, ularning yoshidan va qizamikqa qarshi profilaktik emlashlarning o'tkazilishi darajasidan kat'i nazar, o'ziga xos emlashlar grafigini tuzish lozim bo'ladi. Qizamiqqa qarshi emlashni o'tkazishga ruxsat etilmaydi. Bolalarda o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar bo'lganda, bunday bolalar tuzalganlaridan so'ng 1 oydan keyingina emlanadilar.

Klinik laboratoriya o'zgarishlari bilan surunkali kasalliklari bo'lgan bolalarni emlash masalasini remissiyadan so'ng 1 oydan keyin komissiya hal etadi. Komissiya tarkibida bo'lim boshlig'i, uchastka pediatri, lozim bo'lganda vrach immunolog va maxsus vrachlar bo'ladi.

Komissiyadan qon kasalliklari va o'smalar bilan og'rgan, tuxum oqsiliga, monomitsin va aminoglikozidlar guruxiga mansub (neomitsin, kanamitsin, streptomitsii, degidrostreptomitsin) antibiotiklarga o'ta sezuvchan, immunitet tanqisligiga duchor bo'lgan bolalar o'tkazilib, bunday bolalarga tuzalغانlaridan keyin kamida 6 oydan so'ng emlashga ruxsat etiladi.

LEPTOSPIROZLAR (LEPTOSPIROSIS)

Bu o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uni leptospiralarning turli serotiplari keltirib chiqaradi. Xastalik isitma ko'tarilishi, umumiy intoksikatsiya alomatlarini, buyrak, jigar, nerv sistemasining zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Leptospirozlar tabiiy o'choqli infeksiyalar guruxiga kiradi.

Leptospirozlarning turli tiplari keltirib chiqaradigan, sariqlik bilan va sariqliksiz kechadigan leptospirozlar farq qilinadi.

Etiologiyasi. Leptospiroz qo'zg'atuvchilari — patogen leptospiralarning turli serotiplari hisoblanadi. Leptospiral harakatchan, uzunligi 7—14 mkm bo'lib, suv havzalarida 26 kungacha saqlanadi, ovqat-maxsulotlarida 1—2 kun tirik qoladi. Dezinfeksiyalovchi preparatlar ta'sirida faolligini tez orada yo'qotadi. Penitsillin va tetrasiklinga nisbatan sezuvchan bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Dala sichqonlari, kalamushlar, boshqa yovvoyi va ba'zi uy xayvonlari infeksiya manbaidir. Qasallik infeksiya tushgan suv (cho'milganda, qishloq ho'jalik ishlarida) va ovkat orqali yuqadi. Sporadik, ba'zan guruxli kasallanish, sariqlik bo'lmasdan kechadigan leptospirozlarda juda avj olib ketishi (epidemiya) mumkin.

Patogenezi. Hazm yo'lining shilliq pardalari, konyunktiva va teri infeksiyaning kirish yo'li bo'lib xizmat qiladi.

Organizmga leptospiralar tushgandan so'ng, ular qonda aniqlanadi. Qo'zg'atuvchilar gematogen yo'l bilan RES a'zolariga tushib, u yerda yig'ilib ko'payadi, keyin qonga o'tadi. Hafta oxiriga borib qonda antitelolar paydo bo'ladi. Sariqlikning kelib chiqishida hepatotsitlarning zararlanishidan tashqari, gemolitik omil xam katta rol o'ynaydi. Buyraklarning zararlanishi o'chog'li gemorragik nefrit va kanalchalarning zararlanishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kasallik boshdan kechirilgandai so'ng, uzoq davom etuvchi mustahkam immunitet hosil bo'ladi.

VASILYEV —VEYL KASALLIGI

Klinikasi. Sariq leptospiroz, yashirin davri 3 kundan 14 kungacha (o'rta xisobda 7 kun) Kasallik kuchli qaltirish va haroratning tez ko'tarilishi bilan boshlanadi. Xolsizlik, lanjlik, bosh og'rishi, ensa va boldir muskullarida kuchli og'riq seziladi. Yuz qizarib (giperemiya), ko'z ich pardasi tomirlari kengayib ketadi.

Ko'pincha teriga nuqtali temorragik toshmalar (qizamiqqa o'xshash) toshadi, 4—6 kun harorat pasayib, bilirubinemiya paydo bo'ladi. Jigar kattalashgan bo'lib, og'riq beradi, aksari taloq kattalashadi. Bolaning axlati o'zgarmaydi. O'tkir nefrit rivojlanishi mumkin; oliguriya, proteinuriya, gematuriya, silindruriya shular jumlasidandir. Ko'pincha likvorning yallig'li o'zgarishlari bilan davom etuvchi meningeal sindrom rivojlanadi. Sariqlik davri gemorragik sindrom, teri va shilliq pardalarga qon quyilishi, burundan, ichaklardan qon ketishi bilan kuzatiladi. Kasallik to'lqinsimon kechib, yangi-yangi isitma to'lqinlari paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Xastalikning jigar va buyrakni zararlantirmasdan o'tadigan yengil turlari xam bor.

Asoratlari. Miokardit, zotiljam, otit, iridotsiklitlar. Sariqliksiz kechadigan leptospirozni leptospiralarning turli serotiplari keltirib chiqaradi, ularning xar biri o'zining biologik xo'jayini (yovvoyi va uy xayvonlari)ga ega bo'ladi. Mamlakatda leptospirozli suv istimasi keng tarqalgan. Kasallikni boshlanishi sariq leptospirozga o'xshash bo'ladi. Sariqlik butunlay bo'lmaydi yoki kasallik bir oz sariqlik bilan kechadi.

Siydikda sust ifodalangan patologik o'zgarishlar qayd etiladi. Kasallik oqibati yomon

emas.

Tashxisi. Kasallikka differensial tashxis qo'yilganda, uni virusli gepatitdan, bezgak, tulyaremiya, gripp va pappatachi isitmasidan farq qilish kerak. Qo'zg'atuvchini aniqlash uchun mikroskopik tekshiruv usulidan yoki yaxshisi qonni ekish usulidan foydalaniladi. Lisis-agglutinatsiya reaksiyasi va komplement bog'lash reaksiyasi qo'llanadi.

Davosi. 7—10 kun davomida katta mikdorda penitsillin tavsiya etiladi. Tetrasiklin ishlatilganda yaxshi natijalarga erishilgan. Maxsus immunoglobulindan foydalaniladi. Jigar va buyrak zararlanganda virusli gepatit va nefritni davolashdagi kabi.

Profilaktikasi. Kalamushlarni qirish, qoramol ustidan veterinariya nazoratini o'rnatish, ovqat mahsulotlarini kalamushlardan saqlash, cho'milish havzalarini qo'riqlash, shaxsiy profilaktika. Epidemik ko'rsatmalar bo'lganda leptospirozli inaktivatsiyalangan vaksina bilan bolalar 7 yoshdan boshlab 7—10 kun tanaffus bilan ikki marta (2,0 va 2,5 ml vaksina) emlanadilar.

LISTERIOZ (LISTEREOSIS)

Zoonozlar guruhiga mansub yuqumli kasallikdir. Odamlarda bu kasallik o'tkir sepsis (markaziy nerv sistemasi, bodomcha bezlarining limfa tugunlari, jigar, taloqning zararlanishi bilan kechadigan) yoki surunkali (yashirin) ko'rinishda uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi — listerianing kalta (0,5—0,6 mkm) tayoqchalari yoki kokkbakteriyalari bo'lib, ular gemoliz sabab bo'la oladigan grammusbat aeroblardir. Listeriyalar penitsillin, tetrasiklin qkatoriga kiruvchi antibiotiklarga, eritromitsin va levomitsetinga nisbatan sezuvchandir.

Epidemiologiyasi. Tabiatda kemiruvchilarning ko'pgina turlari infeksiya manbai bo'lib hisoblanadi (ayniqsa sichqonsimon kemiruvchilar). Shuningdek, listeriyalarni ko'pincha qishloq xo'jalik hayvonlarining organizmi (cho'chqa, ot, quyon, tovuq va g'ozlar) dan ham olishga muvaffaq bo'lingan. Asosiy yuqish yo'li alimentar yo'ldir. Homilaning ona qornida zaralanishi ham isbotlangan. Xastalik kasal xayvonlardan odamlarga kontakt yo'li orqali yuqadi. Infeksiyaning kana va qon so'ruvchi xasharotlar orqali o'tgani deyarli kuzatilmaydi.

Patogenezi. Hazm yo'lining shilliq qavati infeksiya darvozasi bo'lib hisoblanadi. Qo'zg'atuvchi bodomcha bezlari orqali kirishi xam mumkin, buni spetsifik tonzillit va regionar limfa tugunchalarining zararlanishi ko'rsatadi. Qo'zg'atuvchi qonga tushgan vaqtda o'tkir isitma kasalligi yuzaga keladi. Keyinchalik u retikuloendotelial (jigar, taloq, limfa tugunlari) va nerv sistemasida o'mashib olib, meningit va meningoensefalit kabi kasalliklarga sabab bo'ladi. Listeriyalar uzoq muddat buyraklarda saqlanib, xomilani ona qornida zararlantiradi.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2—4 hafta davom etadi. Listerioz klinik jihatdan turlicha kechadi. Kasallikniig quyidagi turlari mavjud: a) anginoz septik, b) ko'z bezsimon, v) bezsimon, g) nerv turlari (meningit, meningoensefalit, ensefalit, psixozlar), d) tifsimon, ye) xomiladorlar listeriozi, j) chaqaloqlar disteriozi (septik kechishi) shular jumlasidandir.

Kasallikning kechishiga qarab o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali turlari xam farq qilinadi.

Listeriozning o'tkir turi birdaniga boshlanib, tana harorati ko'tariladi, qaltirash boshlanadi, umumiy intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi (bosh og'rig'i, uyqusizlik, mushaklarda og'riq, jizzakilik), ishtaxa yo'qoladi. Kasallik ko'pincha enantema bilan birga kechadi (yirik dog'li yoki eritematoz toshma toshib, yirik bo'g'imlar ustida ular qo'shilib ketishi mumkin), yuzda «kapalak» ko'rinishida toshma toshadi. Bezsimon turida yuqoridagi alomatlardan tashqari limfa tugunlari bir oz kattalashadi va og'riq jag' osti, bo'yni, qo'ltiq osti, mezenterial limfa tugunlarida paydo bo'ladi. Listeriozning nerv sistemasi zararlanadigan turida meningeal simptomlar (ensa mushaklarining taranglashishi, Kering — Brudzinskiy simptomlari) kelib chiqadi. Orqa miya suyuqligi yuqori bosim ostida oqib chiqadi va uning tarkibida oksil va

sitoz oshib ketadi. Qand va xloridning miqdori o'zgarmaydi. Ensefalit alomatlari kuzatilishi mumkin.

Ba'zan listeriozning klinikasida gastroenterit, o'tkir gastroenterit yoki endokardit alomatlari ustunlik qiladi. Listeriozning o'tkir turida ko'pincha jigar va taloq kattalashadi. Isitma 3 kundan 2 haftagacha cho'zilishi mumkin.

Listeriozning boshqa turlaridan birmuncha yengilroq kechadigan turi teri listeriozi bo'lib, bu turi veterinar va hayvonlar bilan doimo ishlaydigan boshqa shaxslarda uchraydi.

Kasallikning bu turida teri papulyoz toshmalar toshgandek bo'lib, pustulalar ichidagi yiringdan listeriyalarni ajratib olish mumkin.

Chaqaloqlarda listerioz og'ir o'tadi va kasallikning 50 foizi o'lim bilan tugashi mumkin. Kasallikning asosiy alomatlari isitma (38—39°S vz undan yuqori bo'lishi mumkin), xavo yetishmasligi, burunning to'lib qolishi, sianoz, faqatgina nafas yo'llari zararlanib qolmasdan, o'pkaga xam o'tishi. Listeriyalar bronxopnevmoniyaning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi, bunda bronxlarda havo o'tishining buzilishi va atelektazlar, yiringli plevrit kelib chiqishi mumkin. Ba'zan pnevmoniyalar interstitsial pnevmonnya ko'rinishiga o'tadi. Ko'pincha bemorlarda jigar kattalashib, sariqlik paydo bo'ladi, kamdan-kam hollarda taloqning kattalashuvi kuzatiladi. Sariqlik va sianozdan tashqari ayrim bemorlarda terining oqarib ketishi, bemorlarning birdan to'rt qismida ekzantema paydo bo'ladi.

Meningeal alomatlar kelib chiqadi, ba'zan titrash, noaniq pay reflekslari, falajlik yuzaga keladi. Faringit, konyunktivit, ich ketish hollari kamroq kuzatiladi. Bemor tuzalgandan so'ng 15—20 foiz rekonvalesentlarda markaziy nerv sistemasida rezidual alomatlar saqlanib qoladi.

Kasallikning surunkali turida listeriyalar odam organizmida uzoq muddat klinik belgilsiz saqlanib qolishi mumkin. Organizm zaiflashganda (uzoq muddat gormonal terapiya, limfogranulematoz, rak va boshqa kasalliklarda) listerioz qaytalanadi va hatto infeksiyaning generalizatsiyasi kelib chiqishi mumkin. Buyraklar ko'chirib o'tkazilganda xam listeriozning yuqishi haqida ma'lumotlar bor. Homilador ayollarda surunkali listerioz bor vaqtda homilaning ona qornida zararlanishi kuzatiladi va keyinchalik bola tug'ilgandan so'ng og'ir dardga chalinib, hatto o'lib qolishi ham mumkin. Ba'zi mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, homilador ayolning liyeterioz bilan kasallanishi tez-tez uchrab turadi.

Tashxisi. Klinik tashxis qo'yish birmuncha qiyin bo'lib, bunda qon, orqa miya suyuqligining bakteriologik tekshiruvi, yumshoq tanglaydan olingan yuvindi suv, qog'anoq suvining tekshiruv natijalariga tayaniladi. Serologik tekshiruv 10—14 kun interval bilan olingan juft zardob bilan o'tkaziladi. Listerioz antigenlari bilan agglutinatsiya va ROK reaksiyalaridan ham foydalaniladi. Titrlarning 4 va undan oshishi tashxisni tasdiqlaydi. Teri ichiga qo'yiladigan proba uchun maxsus listerioz antigenlari ishlab chiqilgan. Preparat teri ichiga 0,1 ml miqdorda yuborilib, 24 soatdan so'ng natijasi ko'riladi. Reaksiya terida 10 ml diametrda qizarish bo'lgan vaqtda musbat hisoblanadi.

Differensial tashxisi. Differensial tashxis listeriozning klinik shakliga qarab qo'yiladi. O'tkir bezsimon turlarini infeksiyon mononukleozdan, infeksiyon eritema, o'tkir toksoplazmoz va qon kasalliklaridan ajratiladi. Nerv sistemasi zararlanishi bilan kechadigan turi ko'pincha og'ir yiringli meningit ko'rinishida kechadi. Uni meningokokk, pnevmokokk, stafilokokk va boshqa yiringli bakterial meningitlardan ajrata bilish kerak. Listeriozda miya pardalari zararlanishidan tashqari, limfa tugunlari xam zararlanib, o'ziga xos qondagi o'zgarishlar kelib chiqadi. Homilador ayollardagi listeriozni boshqa etiologiyali sust rivojlanuvchi piyelonefrit (piyelotsistitlari) dan farq qilish lozim. Chaqaloqlardagi tug'ma listeriozni pnevmoniya, o'tkir respirator kasalliklar va pilorospazmdan farq qilinadi.

Listerioz uchun tugunsimon elementlar disseminatsiyasi, sariqlik, baland isitma, qon aylanishining buzilishi xarakterlidir. Diagnostikada epidemiologik holatlar xam hisobga olinadi.

Davosi. Davo listeriozning klinik turlariga mos kelishi kerak. Kasallikning o'tkir turida etiotrop davolash yetkachi rol o'ynaydi. Tetrasiklin qatoridagi antibiotiklardan (0,2—0,3 g) har 6 soatda isitmalash davrida va yana 5—7 kun davomida beriladi. Shuningdek penitsillin (400000 TB dan har 4—6 soatda), eritromitsinni (0,25 g dan har 6 soatdan) yuqorida ko'rsatilgan vaqt

davomida buyuriladi. Listeriozning nerv turida (meningit, meningoensefalitlar) listeriyalarga bakteriostatik ta'sir ko'rsatuvchi, tetrasiklin guruxiga oid antibiotiklar bilan birga bakteritsid xususiyatga ega bo'lgan streptomitsinni ham qo'shib berish mumkin. Streptomitsin 0,5 g dan sutkasiga 2 marta beriladi. Antibiotiklar bilan bir vaqtda gormonal preparatlarni xam tayinlasa bo'ladi (prednizolon 5—10 mg dan kuniga 4 marta, asta-sekin miqdori kamaytirib boriladi, davolash kursi 7—10 kun). Listeriozning nerv turini davolashda degidratatsion terapiya qo'llanadi. Homilador ayollardagi surunkali listeriozni davolashda avval tetrasiklin (0,3 g dan har 6 soatda 7—10 kun davomida), keyinchalik sulfadimezin kuniga 4 mahal 7 kun mobaynida tayinlanadi.

Prognosi. Chaqaloqlarda kasallik juda og'ir o'tishi va o'lim bilan tugashi mumkin. Homiladorlarda listerioz xomilannng og'ir zararlanishiga olib keladi. Listerioz meningoensefalitlardan keyin markaziy nerv sistemasida rezidual hodisalar xam ro'y berishi mumkin.

O'choqda ko'riladigan profilaktik chora-tadbirlar. Uy hayvonlari orasida listeriozga qarshi kurash (kasallangan xayvonlarni aniqlash va ajratib qo'yish keyin esa ular turgan joylarni dezinfeksiya qilish), shuningdek, deratizatsion tadbirlardan iborat. Listerioz bo'lgan xayvonlarning go'shti va sutini termik qayta ishlagandan keyingina iste'mol qilish mumkin. Homilador ayollarga listerioz katta xavf tug'diradi, shuning uchun ham chorvachilikda ishlaydigan homilador ayollarni vaqtincha boshqa ishga o'tkazish tavsiya etiladi. Bemor atrofida profilaktika o'tkazilmaydi. Maxsus profilaktika ishlab chiqarilmagan.

KU-ISITMASI (FEBRIS Q)

O'tkir rikketsioz kasallik bo'lib, umumiy intoksikatsiya, isitma va ko'pincha atipik pnevmoniya alomatlarini bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchi rikketsiyalar bo'lib, ular bakterial filtr va kolloid membranalaridan o'tadigan, mayda (uzunligi 0,25—0,5 va kengligi 2—2,5 mk) mikroorganizmlardir. Bernet rikketsiyalari polimorfizm bilan xarakterlanib, mayda kokksimon, tayoqchasimon bipolyar va ipsimon shaklda uchray turadi. Ular hujayralar ichida parazitlik qilib xayot kechiradi. Odatdagi oziqa muxitlarida ko'payish qobiliyatiga ega emas. Bernet rikketsiyalari murakkab antigen tuzilishiga va 2 ta antigenlik substansiyaga ega. Yuza substansiya maksimal, ichki korpus turi minimal antigenlik xususiyatiga ega.

Epidemiologiyasi. Bernet rikketsiyalari yuqori xarorat, shuningdek, kimyoviy omillarning ta'siriga chidamli, atrof-muhit va chiqindilarda osonlikcha saqlanib qoladi, oziq-ovqat mahsulotlarida tirik qoladi. Turli xildagi issiq qonli xayvonlar uchun ular yuqori patogenlik va yuqish xususiyatiga ega. Shuning uchun bu kasallik yer sharining turli yerlarida keng tarqalgan. Ku-isitmasi tabiiy o'choqli zoonozlarga mansubdir.

Patogenezi va patologik anatomiyasi. Ku-isitmasi. turli yo'llar bilan: ingalatsiya, alimantar, kontakt, transmissiv yo'l orqali yuqishi mumkin, dastlabki 2 yo'l epidemiologik jixatdan katta ahamiyatga ega. Xozirgi zamon tasavvuriga ko'ra, bu umumiy infeksion kasallik bo'lib, ko'pgina a'zo va sistemalar zararlanishi bilan kechadi. Patogenezi yuqish yo'liga xam bog'liqdir. Organizmga tushgan bir qancha rikketsiyalar generalizatsiya yo'li bilan retikuloendotelial sistemada ko'payadi va qon tomirlariga tushib, turli a'zolarining zararlanishiga olib keladi. Ku-isitmasining har xil klinik turlarida nerv, yurak-tomir sistemasi, jigar, buyrak, o'pka va boshqa a'zolarining turli darajadagi zararlanishi kuzatiladi.

Patologoanatomik tekshiruvda o'pka to'qimasi, yurak-tomir sistemasi va parenximatoz a'zolarida maxsus o'zgarishlar borligi qayd etiladi. O'pka to'qimasidagi-bronxlar atrofida, o'pka chetlarida yoxi o'pkaning pastki bo'limlarida yallig'lanish o'choqlari osonlikcha aniqlanadi. Mikroskop ostida alveola devorlarining mononuklear infiltratsiyasi va gipotrofik deskvamatsiyasi ko'rinadi: Qon tomir endoteliysining o'ziga xos o'zgarishlari, miya tomirlaridagi perivaskuliy, tomirlar atrofida mayda gemorragiyalar kuzatiladi.

Klinikasi. Klinik manzara turli-tuman alomatlar va turlarining rang-barang bo'lishi bilan

xarakterlanadi. Inkubatsion davr davomliliği yuqish yo‘liga, organizmga tushgan infeksiyaning miqdoriga, organizmning javob berish reaksiyasiga va boshqa omillarga bog‘liq bo‘lib, 5 kundan 30—50 kungachadir.

Kasallik o‘tkir, birdan boshlanadi, aksari harorat 38—39° gacha ko‘tariladi, umumiy holsizlik, bosh og‘rishi, ishtaxa pasayishi aniqlanadi. Qaltirash kasallikning ilk bor belgisi sifatida faqat 20 foiz bolalarda kuzatilib, mushaklar va bo‘g‘imlardagi og‘riq ko‘pincha boldir mushaklarida, oyoqlardagi yirik bo‘g‘imlarda (tizza, chanoq-son va boldir bo‘g‘imlarida) kayd etiladi. Aftidan qaltirash, mushaklardagi og‘riq kasallikning doimiy alomatlari emas, chunki bunday shikoyat bilan faqat katta yoshdagi bolalar murojaat etadilar. Ko‘pincha bemorlarda eng birinchi alomatlar markaziy iyerv sistemasida kuzatilib, aniq bir lokalizatsiyaga ega bo‘lmagan bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, bo‘shashish, umumiy holsizlikdan iborat bo‘ladi. Ba‘zan birinchi kundanoq uyqu buziladi. Qattiq bosh og‘rishi— kasallikning muhim tashxisiy belgisi bo‘lib, u ko‘pincha doimiy bo‘ladi va bolalar faqat kasallik davomida zmas, balki kasallikdan so‘ng ham shikoyat qiladilar.

Bolalarda Ku-isitmasining boshlanish alomatlaridan yana biri — ishtahaning pasayishi yoki butunlay yo‘qolishidir. 80 foiz bemorlarda ko‘ngil aynishi, qorinda og‘riq (20 foiz) va ich ketishi (10 foiz) kuzatiladi. Ich ketishi, kuchli bo‘lmagan qorindagi tutib-tutib turuvchi og‘riq, ko‘pincha kichik yoshdagi bolalarda aniqlanadi.

Ich shilliqsiz, kuniga 2—3 marta keladi. Kasallikning boshlanish davridagi qorinda turadigan og‘riqlar, ichning suyuq kelishini ichak motor funksiyasining buzilishi deb qarash lozimki, buning oqibatida vegetativ nerv sistemasi shikastlanishi mumkin.

Ko‘pincha (20 foiz bemorlarda) kasallikning birinchi kunlari rinit, traxeit, kataral angina va bronxit bilan kechadigan nafas yo‘llarining ozgina yallig‘lanishi kuzatiladi. Ba‘zi bemorlarda yuzning shishinqiraganligi va giperemiya kayd etiladi.

Xastalikning isitmali davri 4 kundan 22 kuntacha davom etadi. Bemorlarning 80 foizida bu davrda bradikardiya, pulsning labilligi, arterial bosimning tushib ketishi xollari ko‘riladi.

Kasallik avj olgan maxalda nafas a‘zolarida anchagina o‘zgarishlar ro‘y beradi, rinit (60—70 foiz), kataral angina (32 foiz), pnevmoniya (50 foiz) kayd etiladi. Me‘da-ichak yo‘lidagi o‘zgarishlar ko‘pincha yosh bolalarda uchraydi va u ishtahaning yo‘qligi (80 foiz), qorindagi og‘riqlar (20 foiz) va ichburug‘ (10 foiz) bilan namoyon bo‘ladi.

Jigar va taloqdagi o‘zgarishlar Ku-isitmasining ko‘pincha yaqqol belgisi bo‘lib hisoblanadi. Jigar kattalashuvi 70 foiz bolalarda, taloqning kattalashganligi esa 20 foiz bolalarda kuzatiladi. Qondagi o‘zgarishlar leykopeniya (53 foiz), leykotsitar formulaning chapga siljishi, aneozinofiliya (70 foiz), eritrotsitar cho‘kish tezligi (ECHT) 40—45 mg/g bo‘lishi bilai xarakterlanadi. Kasallikning ko‘rsatib o‘tilgan klinik sindromlari bilan uning tifga, grippga o‘xshash, pnevmonnk va yashirin turlari farq qilinadi.

Ku-isitmasi kechishi davomida qaytalannshi mumkin. Bunda kasallikning asosiy klinik manzarasi kamroq yuzaga chiqadi. Ku-isitmasining asoratlari nisbatan kamroq uchraydi.

Tashxisi. Ma‘lum qiyinchiliklar tug‘diradi. Bunda epidemiologik, klinik va laboratoriya ma‘lumoti yig‘indisiga asoslanadi. Tashxis qo‘yishda bemor qonida kasallik qo‘zg‘atuvchisining borligi, komplementni bog‘lash va agglutinatsiya reaksiyalarining musbat bo‘lishi katta ahamiyatga ega.

Differensial tashxisi. Ku-isitmasini tif-paratifoz, o‘tkir respirator kasalliklar, gripp, brutselloz, virusli gepatitning sariqsiz kechadigan turi kabi kasalliklardan ajrata bilish kerak.

Prognosi qulay.

Davosi. Kun tartibini to‘g‘ri tashkil qilish, puxta parvarish, kasallik turiga qarab oqilona parhez tuzish. Davolash uchun levomitsetin, tetrasiklin, streptomitsin, ampitsillin (yoshga to‘g‘ri keladigan miqdorlarda) kabi antibiotiklar bilan bir qatorda xamma bolalarga patogenetik va simptomatik terapiya ham tayinlanadi. Vitaminlarni ko‘plab tayinlash ham ko‘rsatilgan. Kasallikning og‘ir turlarida plazma va qon preparatlari, shuningdek, qon o‘rnini bosuvchi vositalar quyiladi.

Profilaktikasi. Veterinariya va sanitariya tibbiy tadbirlar majmuasidan iborat. Ku-

isitmasi zoonoz kasalliklar turkumiga kirishi tufayli, bunda veterinariya xizmatini olib boruvchi tadbirlarning ahamiyati katta. U tabiiy o'chog'larni aniqlash, ularning xillari, tuzilishi va chegaralari bo'yicha keng ko'lamdagi choralar kompleksii amalga oshirishni talab etadi.

Kasallikning uy hayvonlaridan tarqalib ketmasligi va qishloq xo'jalik o'chog'ida uni yo'qotish choralari ko'riladi. Kasallikka shubha qilingan hayvonlar ajratib qo'yiladi va ular serologik tekshirib ko'riladi.

Oziq-ovqat mahsulotlari va xom ashyo sotuvga veterinariya va sanitariya ruxsati bilangina chiqariladi. Kasal hayvonlarning suti va go'shtiga maxsus ishlov beriladi. Qishloq xo'jalik xom ashyosiga (jun, echki momig'i, xayvonlar terisi) ham paroformalin kameralarida maxsus ishlov beriladi. Ishlash uchun noqulay sharoit bo'lgan xo'jaliklarda bolalar va ayollar ishlashiga ruxsat bermaslik kerak. Bunday joylarda ishlaydigan shaxslar shaxsiy gigiyena qoidalariga qattiq rioya qilgan holda, maxsus kiyimlar va poyabzaldan (rezinali) foydalanishlari lozim.

Kasallik profilaktikasida immunizatsiya o'tkazish muxim chora-tadbirlardan hisoblanadi. So'nggi vaqtlarda odamlarni Ku-isitmasiga qarshi vaktsinatsiyalashga oid ma'lum tajriba to'plangan.

Ku-isitmasi profilaktikasida sanitariya-kommunal sohasidagi ishlarga doir tadbirlar xam katta ahamiyat kasb etadi. Bunda suv ta'minoti va suv havzalarining qishloq xo'jalik xayvonlari chiqindilaridan ifloslanishiga yo'l qo'ymaslik muximdir.

BEZGAK (MALARIA)

Odam organizmiga sodda jonivor turkumiga oid qo'zg'atuvchining tushishi natijasida yuzaga keladigan kasallik bo'lib, u tana xaroratining siklik ko'tarilishi, jigar va taloqning zararlanishi, kamqonlikning rivojlanishi bilan ta'riflanadi. Bu kasallik issiq iqlimli mamlakatlarda tarqaladi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi plazmodiylarning uch kunlik, to'rt kunlik va tropik bezgakning turlaridir. Bezgak parazitlari ikki yo'l: jinssiz, ya'ni odam organizmida (shizogoniya) va chivin organizmida jinsiy yo'l bilan ko'payadi (sporoniya).

Epidemiologiyasi. Bezgakka uchragan bemor parazit tashuvchi infeksiya manbaidir. Odam va uy hayvonlari qoni bilan oziqlanadigan va tuxumini kichik-kichik iliq suv havzalariga qo'yadigan urg'ochi chivin kasallik tarqalishiga sabab bo'ladi.

Kasallik o'tgandan so'ng odam organizmida uzoq davom etmaydigan beqaror immunitet hosil bo'ladi. Kasallikka tabiiy beriluvchanlik boshqa kasalliklar kabidir.

Patogenezi. Odamni chivin chaqqanda qo'zg'atuvchi qonga sporozoitlar ko'rinishida tushadi. Sporozoitlar eritrotsitlarga o'tib, jinssiz rivojlanish bosqichiga o'tadi va bezgak xurujlariga sabab bo'ladi. Jinsiy rivojlanish bosqichida chivin me'dasida Anopheles natijada hosil bo'lgan sporozitlar chivinning so'lak bezlariga o'tadi, chivin odamni chaqqandan keyin u odamning qoniga o'tib, kasallik tarqatadi.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 10—14 kun. Qisqa prodromal davrdan so'ng, titroq, et junjikishi bilan boshlanadigan tipik bezgak xuruji paydo bo'ladi; harorat 40—41°S gacha ko'tariladi, dumg'azada og'riq paydo bo'lib, bemor qayt qiladi. Isitma 6—8 soat o'tgandan so'ng, tezda pasayadi, bemor terlaydi.

Keyingi xuruj birinchi xuruj boshlanishiga nisbatan 48 soatdan (uch kunlik bezgakda) so'ng yoki 72 soatdan so'ng (to'rt kunlik bezgakda) boshlanadi. Jigar, ayniqsa taloqning kattalashishi bezgak uchun xos belgilardir. Tropik bezgak kasallikning birmuncha og'irroq turi xisoblanadi.

Kasallikda isitma xuruji qisqa yoki davomli (2-12 soat) bo'lishi mumkin. Lab terisida gerpetik toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Periferik qonda, ayniqsa yosh bolalarda eritrotsitlar soni kamayib, gemoglobin miqdori tushib ketadi, turli ko'rinishdagi leykopeniya yuzaga keladi, monotsitoz paydo bo'ladi.

Tropik bezgakda tana xarorati bezgakning boshqa xillaridagi kabi ba'zan uzoqroq davom

etishi, me'da-ichak va buyrak faoliyatining buzilishi talvasa, komatoz xolatlar tufayli bilinmasligi mumkin. Ba'zan xa deganda bosilmaydigan diareya, qorindagi og'riqlar, o'tkir appenditsit yuzaga kelishi mumkin. Qayta-qayta xurujlardan keyin jigar va taloqning, terining yengil subikterikligi qayd qilinishi mumkin. Kasallik og'ir kechgan xollarda nefrotik sindrom yuzaga keladi.

Bezgak komasi kasallikning eng og'ir asoratlaridan xisoblanadi.

Tashxisi. Epidemiologik ma'lumotlar, kasallikning klinik manzarasi va qonda parazitlar qon tomchisi va yupqa surtma yordamida aniqlanadi.

Tropik bezgakda, dastlab parazitning faqat xalqasimon turi aniqlanadi. Gametositlar 10 kun o'tgandan so'ng yuzaga chiqadi. Bezgak plazmodiylari kasallikning turli bosqichlarda 20 foiz eritrotsitlarda uchraydi. Bu kasallikning gripp, tif-paratifoz kasalliklar, sil, sepsiz, brutselloz va boshqa xastaliklardan ajrata bilish kerak.

Davosi. Bezgakka qarshi xingamin, delagil, xloroxin, primaxin, xinin, xinotsit sulfat (miqdori yoshga qarab) kabi maxsus preparatlar qo'llanadi. Xinotsid uch kunlik va to'rt kunlik bezgakdan batamom tuzalishga yordam beradi.

Profilaktikasi. Infeksiya manbalarini zararsizlantirish, ya'ni shu kasallik bilan og'rigan bemorlarni muntazam va uzoq (kasalxonada) davolashdan, kasallikni tashuvchi chivinlar va gijjalarni yo'qotishdan iborat.

MENINGOKOKK INFEKSIYASI

Uni meningokokk keltirib chiqaradi va kazofaringit, yiringli meningit va meningokokkemiya holida namoyon bo'ladi.

Etiologiyasi. Meningokokklar grammanfiy, juft-juft joylashgan, diametri 0,6—0,8 mkm bo'lgan mikroorganizmlardir. Ular issiqligi 35—37°S bo'lgan aerob sharoitli muhitlarda o'sadi.

Meningokokklar tashqi muhitda 55°S da juda tez 5 daqiqa ichida halok bo'ladi. Dezinfeksiya vositalariga va antibiotiklarga (penitsillin, levomitsetin va tetrasiklin) juda sezuvchandir. Ular tuzilishiga ko'ra qator serotiplarga (ABCDX) bo'linadi.

Epidemiologiyasi. Kasallikning har xil turlariga uchragan bemorlar va sog'lom meningokokk tashuvchilar kasallik manbaidir. Nazofaringit belgilari bo'lgan bemorlar eng xavfli hisoblanadi. Kasallik manbaida infeksiya tashuvchilik sog'lom odamlarning 20—30 foizida kuzatiladi. Sog'lom tashuvchanlikning muddati 2—5 haftagacha cho'ziladi. Infeksiya asosan xavo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Bu kasallikka ko'pincha maktabgacha yoshdagi bolalar chalinadilar. Kasallikning eng ko'paygan davri qish-bahor oylariga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Infeksiya organizmga yuqori nafas yo'llari orqali tushadi. Meningokokklarning ko'pincha nafas yo'llarida topilishi katta o'zgarishlarga olib kel-maydi (meningokokk tashuvchanlik). Infeksiya bilan zararlangan bemorlarning 10—15 foizida o'tkir nazofaringit rivojlanadi, meningokokk ba'zi turlardagina mahalliy, to'siqlardan oshib, qonga o'tadi va turli a'zo va sistemalarning zararlanishiga (meningokokkemiya) olib keladi. Ba'zi infeksiya miya po'stlog'ida joylashib, serebrospinal meningitni keltirib chiqaradi. Meningitda asosan miyaning yumshoq va o'rgimchak to'rsimon qobiqlari zarralanadi. O'zgarishlar miya asosida, miya yarimsharlarining oldingi yuzasida va orqa miya po'stlog'ida uchraydi. Ekssudat neyrotrofil tutgan holda yiringli xarakterda bo'ladi.

Kasallikka qarshi davo qilinmaganda yoki yaxshi davolanilmaganda ekssudat o'rnida likvorning aylanishiga to'sqinlik qiladigan biriktiruvchi to'qima hosil bo'ladi. Gidrotsefaliya rivojlanishi mumkin. Kasallik to'g'ri davolanganda ekssudat iz qoldirmay butunlay yo'qolib ketadi.

Meningokokk infeksiyasi patogenezida kasallikning og'ir septik turlarida uchraydigan toksemiyaning ahamiyati katta. Bu holda ko'plab miqdorda meningokokklarning parchalanishi tufayli yuzaga keladigan, toksemiya asoslanadigan infeksiyon toksik shok rivojlanadi. Endotoksinlar mikrotsirkulatsiyani buzadi, natijada qon tomirlar ichida qon ivib, moddalar almashinuvi buziladi. Toksikoz natijasida serebral gipertenziya sindromi bilan miya shishib,

nafasning falajlanishi tufayli o'lim yuz berishi mumkin.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2 kundan 10 kungacha (o'rta xisobda 2—4 kun) davom etadi. Meningokokk infeksiyasi turli klinik ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Bu kasallik lokal ko'rinishida (meningokokk tashuvchilik, nazofaringit) va generallashtirilgan turda (meningokokkemiya, meningit, meningoenfalelit) kechishi mumkin. Kasallik kechishiga qarab yengil, o'rtacha og'ir va og'ir turlarga bo'linadi.

O'tkir nazofaringitda xarorat bir oz ($38,5^{\circ}\text{S}$) ko'tarilib, 1—3 kun davom etadi, umumiy intoksikatsiya belgilari yuzaga chiqadi (behollik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tomoq qichishi, quruq yo'tal va rinofaringit, giperemiya, limfoid follikulyar giperplaziya bilan yutqin orqa devorining shishishi). Go'dak yoshidagi bolalarda ko'pincha bodomcha bezlari va yumshoq tanglay shilliq qavati giperemiyasi kuzatiladi.

Bemor 3—7 kun davomida tuzaladi. Ba'zi hollarda infeksiyaning generalizatsiyasi ro'y berishi mumkin.

Meningokokkemiya. O'tkir boshlanadi, lekin nazofaringit ko'rinishida prodromal kechishi xam mumkin. Bunda bemorning eti junjikadi, qattiq boshi og'riydi, mushak va bo'g'imlarda og'riq paydo bo'ladi, qayt qiladi, isitma birdaniga oshadi. Bu kasallikka xos bo'lgan simptomlardan — pushti papulyoz gemorragik toshmalar hisoblanadi. Toshmalar noto'g'ri yulduz shaklida bo'lib, ularning tariqdek va diametri bir necha santimetrga boradigan xillari xam uchraydi. Ko'pincha barmoqlarga, dumbaga, gavdaning yon satxiga toshma toshadi.

Pushti papulyoz elementlar 1—2 kundan keyin nomu nishonsiz yo'qolib ketadi, mayda gemorragiyalar pigmentlanadi, yiriklari ko'pincha kasallikning birinchi kunlaridanoq nekrozga uchraydi, keyin po'stloq bilan qoplanadi. Quloq chig'anoqlarida, burunda, qo'l, oyoq barmoqlari va tovonda nekroz va quruq gangrena yuz berishi mumkin.

Kasallikning birinchi kunlaridanoq rang oqarishi, teri qoplamlarining quruqlashishi, tilning karash bog'lashi, chanqash, ishtaxaning yo'kolishi, yurakning bo'g'iq urishi, taxikardiya, arterial bosimning kamayishi kabi rosmi intoksikatsiya belgilari kuzatiladi. Seroz va yiringli mono va poliartritlar qayd etiladi. Qon manzarasi leykotsitozning yaqqol bilinishi, neytrofilning siljishi, aneozinofiliya, ECHT oshishi bilan xarakterlanadi.

Meningokokkemiyaning og'ir turi infeksiya-toksik shok bilan kechishi mumkin.

Surunkali meningokokkemiya kasallikning kam uchraydigan turi bo'lib, isitma paydo bo'lishi ham izohlanadi, teriga toshma toshishi, bo'g'imlar zararlanishi, endokardit hodisalari kuzatilishi mumkin.

Meningit. Kasallik et junjikishi, isitmaning sezilarli ko'tarilishi ($38—40^{\circ}\text{S}$), bosh og'rishi, bosh aylanishi, qayt qilish kabi xolatlar bilan o'tkir boshlanadi. Bu kasallikka qo'zg'aluvchanlik, alahsirash, tinka qurishi, quloqning bitib qolishi kabilar xosdir. Es-hush butunlay yo'qolishi mumkin. Shuningdek, injiqlik, yorug'likka va tovushga yuqori sezuvchanlik kabi belgilar xam shu kasallikka xosdir. Meningeal simptomlar erta paydo bo'ladi, bunda bo'yin mushaklarining rigidligi, Kernig — Brudzinskiy, simptomlari aniqlanadi. Ko'pincha bemor o'ziga xos ko'rinishda bo'ladi, masalan, boshini orqaga tashlaydi, tizzalarini qorni tomonga tortib oladi. Bosh miya nervlaridan ko'proq ko'rish, ko'zni xarakatga keltiruvchi, eshitish va yuz nervlari zararlanadi. Tomir urishi kasallikni boshlang'ich davrida tezlashib, kalla ichi bosimi oshganda ba'zan nisbiy bradikardiya qayd qilinadi. Bolalarda ko'pincha ich ketadi. Bemorlar qonida chapga siljigan neytrofilyoz bilan leykotsitoz kuzatiladi, ECHT oshadi. Kasallikning birinchi soatlarida likvor tiniq yoki ozgina xiraroq, keyin butkul xiralashgan, oxirida yiringli bo'ladi. Miya suyuqligi cho'kmasidan olingan surtmani metil ko'ki bilan bo'yaganda meningokokk aniqlanadi. Ko'pchilik polinukleolar bo'lgan shaklli elementlar 1 mm^3 da bir necha mingga ko'payishi mumkin. Oqsil 1—3 foiz ko'payadi. Kasallik cho'zilib ketganda shaklli elementlar miqdori kamayadi, oqsil esa oshadi. Likvorda shakar moddasi va xloridlar kamayib ketadi. Orqa miya suyuqligi bosimi kasallikning o'tkir davrida keskin oshadi. ($400—600\text{ mm sim. ust.}$).

Bir yoshgacha bo'lgan go'dak bolalarda meningitning o'ziga xos xususiyatlari. Ularda meningitning odatdagi belgilari qayd etilmaydi. Bu organizm reaktivligining o'ziga xos

bo'lishi tufayli kasallikni aniqlashda ancha qiyinchiliklar tug'diradi va shu yoshdagi kasallar o'rtasida yuqori letallikka sabab bo'ladi. Kasallik o'tkir boshlanib, bola besaranjomlanadi, qichqiradi, ovqatlanishdan bosh tortadi, injiqlik qiladi, uyqusi buziladi, qo'li qaltiraydi. Keyin bunga talvasa, harorat ko'tarilishi, qayta-qayta qayt qilish, liqildoqning shishishi qo'shiladi. Bola vaqti-vaqti bilan qichqirib qo'lini boshi tomon cho'zadi. Yaqqol giperesteziya (tonusning yuqori bo'lishi) va turg'un dermografizm yuzaga keladi. Bola boshini orqaga tashlashi meningitning eng birinchi simptomlaridan hisoblanadi. Shuni esda tutish kerakki, 3 oylikkacha bo'lgan bolalarda mushak tonuslari fiziologik jixatdan ancha yuqori bo'ladi. Bu bo'yin mushaklarining rigidligiga va Kernig simptomiga o'xshab ketishi ehtimol.

Natijada ko'plab suyuqlik yo'qotish bilan serebral gemodinamikaning buzilishi yuzaga keladi. Ba'zi hollarda qayt qilish va diareya hisobiga serebral sindromi paydo bo'ladi. Liqildoq qimirlamay qoladi, mushak tonusi pasayadi, meningeal simptom yo'qoladi. Pay reflekslari pasayadi. Bemor ozib-to'zib ketadi, ko'zlari ich-ichiga kirib ketadi, teri quruqlashadi. Bola atrofda qilarga befarq bo'lib qoladi yoki koma yuz beradi. Kalla ichi bosimi keskin tushib (serebral kollaps) ketadi. Punksiya qilinganda likvor kam-kam tomchilaydi. Serebral gipotenziya sindromi haddan tashqari dehidratatsiya (suvsizlanish) oqibatidir. Bu xol katta yoshdagi bolalarda kamroq kuzatiladi.

Meningitning atipik turlari. Antibakterial vositalarning ko'plab ambulatoriya usulida qo'llanishi kasallik antipik turlarining ko'payishiga olib keladi. Kasallik subfebril yoki normal harorat, kuchsiz intoksikatsiya bilan aytarli o'tkir kechmasligi mumkin. Meningeal simptomlar o'rtacha bosh og'rig'i va onda-sonda qayt qilish bilan kechroq paydo bo'ladi. Bu kasallik bolalarda to'liqsimon kechadi: qator hollarda meningoensefalit, ventrikulit paydo bo'ladi, bu kasalliklarga antibakterial terapiya unchalik ta'sir qilmaydi.

Meningokokkli meningoensefalit — meningeal simptomlar, es-xushning uzoq vaqt buzilishi, titroq sindromlari, turg'un o'choqli simptomlar, bosh miya nervlari, qo'l-oyoq parezi, miya po'stlog'i ostki zararlanishi, ruhiy buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Kasallikka uyquchanlik, ruhiyatning buzilishi, mushaklarning yuqori tonusi, gidrotsefaliya simptomlarining rivojlanishi xosdir.

Kasallikning aralash turi birmuncha ko'proq uchraydi. Meningokokkemiyaning klinik namoyon bo'lishi meningit yoki meningoensefalit bilan birga qo'shib ketadi.

Asoratlari. Uotexauz — Frideriksen sindromi, infeksiyon-toksik shok, bosh miyaning o'tkir shishuvi, ko'ruv, eshituv nervlari hamda nevriti va boshqalar.

Tashxisi. Meningokokkli infeksiyaga klinik-epidemiologik ma'lumotlarga asoslanib tashxis qo'yiladi. Laboratoriya tashxisi uchun tekshirishning quyidagi maxsus usullaridan foydalaniladi. Likvor va qonni bakteriologik (bakterioskopiya) VIEF usuli, antitelolarni aniqlash uchun PGAR tekshiruv, nospetsifik tekshirish usullaridan qon va likvorni umumiy analiz qilish.

Differensial tashxisi. Meningokokkli nazofaringitni gripp va boshqa shamollash kasalliklari bilan, shuningdek, qizamiqni prodromal, ko'kyo'talning kataral davrlari, virusli gepatit (sarikoldi kataral varianti) dan farq qilinadi.

Meningokokkemiyaning gemorragik isitma, grippning gemorragik turi, toshmali tif, sepsis, qizamiq, qizilcha, iyersinioz, dori-darmondan kelib chiqadigan toksik-allergik dermatitlar va gemorragik diatezlar (Verlgof kasalligi, gemorragik vaskulitlar) dan farq qila bilish zarur.

Meningokokkli meningitda differensial tashxis meningokokkli etiologiyasiz yiringli meningitlar, serozli (yuqumli parotit, bakterial qorin tifi, sil va boshk.) meningitlar, subaraxnoidal qon quyilishi, meningizm xolatlari bilan o'tadigan o'tkir yuqumli kasalliklar, talvasali sindromlar, etiologiyasi turlicha bo'lgan kasalliklarga asoslanib o'tkaziladi.

Davosi. Nazofaringit bilan og'rigan bemorlar epidemiologik-klinik ko'rsatmalarga muvofiq kasalxonaga yotqiziladi. Simptomatik terapiya o'tkaziladi. Ifodalangan intoksikatsiyada va isitmada 3—5 kun davomida yoshga qarab levomitsetin yoki rifampitsin beriladi. Og'iz, yutkin bo'shlig'ini tozalab turish tayinlanadi.

Meningokokk infeksiyasining generalizatsiyalangan turlariga uchragan bemorlar zudlik bilan, albatta kasalxonaga yotqiziladi. Uy sharoitida penitsillin yoki levomitsetin, suksinatning

bir martalik miqdorini yuborish lozim. Shuningdek, prednizolon (0,5— 1 mg/kg), meningit belgilari bo'lganda laziks (0,5—1 mg/kg) yuboriladi. Etiotrop preparatlar sifatida (300—500 TB/kg) benzilpenitsillin ishlatiladi. Antibiotik bakteriotsid ta'sir ko'rsatish qobiliyatiga ega bo'lgani uchun intoksikatsiyani kuchaytirishi mumkin. Shuning uchun kasallikning og'ir turlarida bemor infeksiyon-toksik shok bilan og'irlashgan va miya shishganda levomitsetim-suksinat ishlatgan ma'qul. Levomitsetin bakteriostatik ta'sir ko'rsatganidan uning klinik ta'sirchanligi penitsillin bilan davolanganga qaraganda bir sutka kechikib bilinadi.

Meningokokkemiya (meningitsiz) bilan og'rigan bemorlarda antibiotikoterapiya 4—5 kun, meningitda 5 kundan 10 kun, meningoensefalitda 10—14 kun davomida olib boriladi. Antibiotiklarni berishni to'xtatish uchun likvorni tekshirish ma'lumotlari (limfotsitlar kamida 80 foiz bo'lganda sitoz 0,1 g/l dan kam) ko'rsatma bo'la oladi.

Toksikozga qarshi kurashish uchun elektrolit balansini hpsobga olgan xolda, yetarli miqdorda suyuqliklar ichish, venaga poliglyukin, tuzli, eritmalar, gemodez, plazma, albumin zardobini yuborish zarur. Shu bilai bir vaqtda degidratatsiya laziks, furosemid, diakarblar bilan o'tkaziladi. Ko'rsatmalar bo'lganda yurak dorilari, analgetiklar, sedativ vositalar, talvasaga qarshi dorilar tayinlanadi.

Meningokokk infeksiyasining o'tkir davrida mikrotsirkulatsiyani yaxshilash uchun yoshga bog'liq miqdorda venaga trental ishlatish mumkin.

Infuzion terapiya kasallikning ogirlashmagan turlarida o'rta hisobda 1—3 kun, og'ir turlarida 5 kun qilinib, keyin peroral qabulga o'tiladi.

Meningokokk infeksiyasi bilan og'rigan bemorlarni yaxshilab parvarishlash, sanitariya-gigiyena rejimini to'g'ri uyushtirish, vitaminlarga boy to'yimli ovqatlar berish zarur.

Profilaktikasi. Bemorlar iloji boricha erta aniqlanadi va ajratib qo'yiladi.

Uy sharoitida bemor bilan aloqada bo'lgan shaxslar, bolalar muassasalariga qatnaydigan bolalar va u yerda ishlaydigan shaxslar jamoaga tibbiyot ko'rigidan va manfiy natijali bakteriologik tekshiruv o'tkazilgandan keyingina qo'yiladi.

Kasallikning generalizatsiyalashgan turi va nazofaringit bilan og'rigan bemorlarni meningokokk tashuvchanlikka bakteriologik to'la tekshirib, ular klinik jihatdan butunlay sog'aygandan keyingina kasalxonadan chiqariladi.

Meningokokk infeksiyali rekonvalessentlar bolalar muassasalariga, maktabga, maktab-internatga, sanatoriya va o'quv yurtlariga bakteriologik tekshirish natijasi manfiy bo'lgandagina qo'yiladi. Bu tekshirish bemor kasalxonadan chiqqandan 5 kun o'tgach o'tkaziladi. Meningokokkning generalizatsiyalashgan turi bilan og'rigan bemorlarni ular tuzalgandan 6 oy, meningokokkli nazofaringit bilan og'rigan bemorlarni 2 oy, tashuvchilarni 1 oy o'tgandan keyingina emlanadi.

Meningokokk tashuvchi bolalar aniqlangandan keyin ular sanatsiya o'tkazish maqsadida maktabgacha bolalar muassasalariga qo'yilmaydi. Meningokokk tashuvchilar aniqlanganda, ular uyda yoki shu maqsad uchun ajratilgan poliklinikalardagi maxsus bo'limlarda sanatsiya qilinadi. Bunda kattalarga 0,5 mg dan 4 kun davomida ampitsillin va levomitsetin beriladi, bolalarga esa xuddi shu preparatlar yoshiga qarab beriladigan miqdorlarda tayinlanadi.

Bakteriya tashuvchilarga sanatsiya maqsadida 2 kun davomida har 12 soatdan 0,3 mg dan rifampitsin tavsiya etiladi. Bakteriya tashuvchilar qanday preparat qabul qilganlaridan qat'i nazar sanatsiya kursi o'tkazilgandan 3 kun o'tgach, bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi, tekshirish natijasi manfiy bo'lgandagina ular jamoa orasiga qo'yiladi.

O'choqlarda yakunlovchi dezinfeksiya o'tkazilmaydi. Xonani har kuni xo'l latta bilan artib chiqiladi va shamollatib turiladi. Ultrabinafsha nurlar va bakteritsid lampalar bilan nurlantiriladi.

Maxsus profilaktika. A va S seroguruhga mansub meningokokk vaktsinasi meningokokk o'choqlarida nprofilaktika va shoshilinch profilaktika maqsadlarida qo'llanadi. Vaktsinatsiya profilaktika maqsadida epidemik noqulay bo'lib qolgan maydonlarda (100000 aholiga 2,0 kasal to'g'ri kelsa) o'tkaziladi. Bunda 1 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan hamma bolalar, oliy o'quv yurtlarining birinchi kurs talabalari, bolalar uyiga yangi qabul qilingan bolalar, maktab-

internatlarning birinchi sinf o'quvchilari ham emlanadi. Kasallanish 100000 kishiga 20,0 tadan oshib ketgan xollarda 20 yoshgacha bo'lgan hamma aholi emlanishi kerak.

Shoshilinch profilaktika maqsadida meningokokk infeksiyasining generalizatsiyalangan turiga uchragan bemor aniqlanganda, 5 kun mobaynida emlash o'tkaziladi.

Ikkilamchi emlash xuddi o'sha shaxslarga 3 yilda kamida bir marta o'tkaziladi. Emlangan jamoalarda karantin tayinlanmaydi. Bu yerda, shuniigdek, bakteriologik tekshiruv va immuno-profilaktika 1 yoshdan katta bolalarda xam o'tkazilmaydi.

INFEKSION MONONUKLEOZ (MONONUCLEOSIS INFECTI), FILATOV KASALLIGI

Isitma, generalizatsiyalangan limfadenopatiya, tonzillit, jigar va taloqning shishuvi va gemogrammadagi o'zgarishlar bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik. Xastalik asosan bolalarda va o'smirlarda uchraydi.

Etiologiyasi, epidemiologiyasi va patogenez. Kasallik qo'zg'atuvchi Epshteyn — Bar virusidir. Virus V limfotsitlarga nisbatan tropizm xususiyatiga ega. Infeksiya og'iz-burun orqali yuqadi va uncha yuqumli bo'lmaydi. Kasallik asosini retikulogistiotsitar to'qima (limfa tugunlar, jigar, taloq), generalizatsiyalangan giperplaziya tashkil etadi va u qondagi o'zgarishlar bilan xarakterlanadigan qator klinik simptomlar bilan kechadi.

Klinik-gematologik manzarasi. Kasallik o'tkir boshlanadi, isitma ko'tarilib, bosh og'riydi. Yuqori nafas yo'llarida kataral o'zgarishlar kuzatiladi. Periferik limfa tugunlari (ayniqsa orqa tomonda) ozgina kattalashgan, to'lgan sal og'riq beradi. Taloq va jigar giperplaziyasi kuzatiladi. Qonda leykotsitoz (10—30 ming), ko'p miqdorda limfotsitlar, limfomonotsitlar va plazmatik hujayralar qayd etiladi. Anemiya kamdan-kam aniqlanadi. Trombotsitlar soni normal yoki ozgina kamaygan, suyak iligi manzarasi o'zgarmagan. Limfoid va monotsit hujayralari oz-moz uchraydi.

Tashxisi. Klinik-gematologik ma'lumotlar va kasallikning 12 —14-kunlarida qo'yiladigan musbat serologik (titri 1:40, 1:80) reaksiyalariga asoslanadi. Shubxali hollarda differensial tashxis katta ahamiyatga ega. Suyak iligi tekshirilganda o'tkir leykoz kasalligida uchraydigan blastmetaplaziya aniqlanmasligi shu kasallikdan darak beradi. Shu bilan birga angina, halqum bo'shlig'ining lokalizatsiyalashgan difteriyasi, virusli gepatit (sariq turi), qizamiq, shuningdek, boshqa qon kasalliklari, generalizatsiyalangan limfadenopatiya bilan differensial tashxis qilinadi.

Kechishi. Kasallik 3—4 hafta davom etadi. Xastalik qaytalanganda 3—6 oygacha cho'zilib ketishi mumkin. Qondagi o'zgarishlar 1—1,5 yil mobaynida saqlanib turishi mumkin.

Davosi. Simptomatik davo qilinadi. Og'ir hollarda antibiotiklar (tetrasiklin, penitsillin) tayinlanadi. Gemorragik va gemolitik davo, asoratlari bo'lganda gavda massasiga 1, 1,5 mg/kg dan prednizolon (qisqa kurslarda) buyuriladi.

Prognosi. Bemor batamom tuzalib ketadi.

ORNITOZ, PSITTAKOZ (ORNITHOSIS, PSITTACOSIS)

Bu o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, xlamidoz guruhiga mansub qo'zg'atuvchilar odamga shu infeksiyaga chalingan qushlar orqali havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Psittakoz — ornitoz kasalligining to'tilardan tarqaladigan turidir.

Etiologiyasi. Ornitoz qo'zg'atuvchisi mikroorganizmlarning alohida xlamidozalar (ornitoz qo'zg'atuvchisi PFUHS — limfagranulemalar — traxomalar) turiga mansub. Qo'zg'atuvchi rikketsiyalar va viruslar oralig'ida joylashgan. Bu picha kattaroq bo'lgan hujayra ichidagi parazitdir. Efir va antibiotiklarga, tetrasiklinga sezgir, labillik bilan yuzaga chiqadi va toksigen xususiyatga ega.

Epidemiologiyasi. Ornitoz o'choqli tabiatga ega bo'lgan zoonozlar guruhiga kiradi.

Qushlar infeksiya manbai bo'lib hisoblanadi. Bu qo'zg'atuvchi odatda qushlarning axlati bilan tashqi muhitga ajraladi.

Kasallik asosan aerogen xavo yo'li bilan tarqaladi. U odamga aksari parrandalardan (o'rdak va kurka, ayniqsa kaparlardan, yarim yovvoyi, yovvoyi kaparlardan, to'tiqush va kanareykalardan), shuningdek, boshqa yovvoyi qushlardan ham yuqishi mumkin.

Ornitozga uchragan bemor organizmidagi qo'zg'atuvchi umuman yuqmasligi tufayli atrofda qilarga aytarli xavf tug'dirmaydi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi. Ornitozning qo'zg'atuvchisi asosan bronx va bronxial eritemiylarni, retikuloendoteliy, limfoid to'qimalar va o'pkani zararlagan holda hujayra ichida rivojlanadi. Natijada hujayra yoriladi va qo'zg'atuvchi qonga o'tib, virusemiya, toksemiya va organizmdagi allergik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Shundan keyin qo'zg'atuvchi parenximatov a'zolariga diffuziya orqali o'tadi. Bunga o'pka va bronxlardagi ikkilamchi mikroflora qo'shilib, aralash virusli bakterial jarayon rivojlanadi. Qo'zg'atuvchi retikuloendoteliy hujayralarida ushlanib qolishi, keyin yana qonga o'tib, kasallikning qaytalanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Bu kasallikdagi o'zgarishlar bronx tomir xarakterida bo'ladi va intoksikatsiya bartaraf qilingandan keyin xam ancha saqlanib turadi. Bunda bemorlarning bir qismida qoldiq interstitsial yallig'lanish xolatlari ro'y beradi.

Murdani yorib ko'rilganda kataral traxeobronxitni, qismlarga bo'lingan atelektaz va quyilib qolgan zotiljam fokuslarini ko'rsa bo'ladi. Ular kulrang, kulrang-qizg'ish va binafsha rangda bo'ladi va o'pkaning normal to'qimasidan keskin chegaralanib turadi. Plevra kamdan-kam xollarda zararlanadi.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 7—20 kun, ko'pincha 7—10 kun, kamdan-kam 3—5 yoki 30 kungacha cho'zilgan bo'ladi. Xastalik deyarli doim o'tkir, badan uvishishi, bosh va mushaklar og'irishi, isitma ko'tarilishi va ko'plab terlash bilan boshlanadi. Faqat bemorlarning bir qismidagina (kasallikning yashirin davrida) umumiy holsizlik, ko'ngil aynishi, 2—4 kun davom etadigan bo'g'imlardagi og'riq qayd etiladi. Harorat tezda 38—39°S gacha ko'tariladi va remittirlovchi, og'ir hollarda esa doimiy xarakterda bo'ladi. Kasallik yengil kechganda harorat subfebril va qisqa (2—3 kun) bo'ladi.

Xastalikning dastlabki kunlarida bosh og'rig'i, umumiy lohaslik, mushak va bo'g'imlarda, belda keskin og'riq, darmonsizlik, uyqusizlik, tomoqda og'riq, quruq yo'tal aniqlanadi.

Yuz odatda giperemiyalangan, ko'z skleralari va konyunktivasiga qon quyilgan, xalqum qizargan bo'lib, tonzillit kuzatiladi.

Kasallikning 3—4- kunida, ba'zi bemorlarda rozeolez yoki papulyoz toshmalar paydo bo'ladi. Kasallikka bronx va o'pkaning shikastlanishi xosdir.

Kasallikning 2—3- kunidan boshlab bemorlarni quruq yo'tal, laringit va ayniqsa traxeobronxit bezovta qiladi. Bemorda pnevmoniya kasallikning 5—7- kunidan boshlab paydo bo'ladi va 8—12-kuniga kelib avjiga chiqadi. Pnevmoniya nafas qisishi, perkutor tovushning qisqarganligi, nafasning yuza bo'lishi, o'pkaning kuyi qismida, ko'pincha o'ng tomonida yakkam-dukkam xirillashlarning eshitisilishi bilan ta'riflanadi. Bunday xolat kasallik qaytalayotganida, tana harorati normal bo'lganda ham kuzatilishi mumkin. Kasallikning 8—10-kunlarida xarorat yuqori bo'lishi bilan birga yo'tal kuchayadi, balg'am paydo bo'ladi (ba'zan qon aralash), nafas qisishi, sianoz, et junjikishi, o'pkada esa bir qadar ifodalanadigan pnevmoniya belgilari qayd etiladi. Bu bemorlarning balg'ami va qonida patogen mikroblar — asosan stafilokokklar ko'payganini bildiradi. Bunda abscess xam vujudga kelishi ehtimol.

Ornitozda interstitsial, kichik o'choqli zotiljam yuzaga chiqishi mumkin. Bu kasallikning hamma turlarida bronx tomir ildizining kengayganligidan dalolat beradi, ba'zi hollarda bifurkatsion limfa tugunlari kattalashgan bo'ladi. O'choqli jarayonlar virus bakteriyali pnevmoniyalarga xosdir. O'pkadagi, ayniqsa interstitsial o'zgarishlar bemor tuzalgandan keyin ham uzoq vaqt saqlanib qoladi. Rentgenda tekshirilganda surat to'rsimonligi bemor tuzalgandan bir necha oy va yil o'tgandan so'ng ham saqlanib qoladi.

Yurak-tomir sistemasidagi o'zgarishlarga kasallik tuzalayotgandagi ikkilamchi infeksiya qo'shilganda vujudga keladigan taxikardiya bilan almashadigan bradikardiyaning asoratsiz hollari xosdir. Lekin bolalarda kasallikning birinchi kunlaridanoq taxikardiya qayd etiladi. Ko'pchilik bemorlarda arterial bosim tushib ketgan bo'ladi. Kasallik o'rtacha va og'ir kechayotgan bemorlarda yurak tonining bo'g'iqligi, sistolik shovqinining paydo bo'lishi aniqlanadi, EKG da T-tishchasining ikki bosqichligi, S-T intervalinint cho'ziqligi yurakning toksik-diffuz shikastlanganligidan darak beradi. Toksik-allergik xarakterdagi miokarditlar extimoldan holi emas. Me'da-ichak yo'lida quyidagi o'zgarishlar yuz beradi: bemorning ishtahasi pasayadi, ko'ngli ayniydi, ichi ketadi, qayt qiladi. Til yo'g'onlashgan, kulrang karash bilan qoplangan, chetlari toza, tishlar o'rni bilinib turadi. Qorin yumshoq og'riqsiz. Jigarning kattalashganligi deyarli hamma bemorlarda kuzatiladi, taloq esa bemorlarning yarmida shishgan bo'ladi.

Siydik-tanosil sistemasida sezilarli o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Nerv sistemasi u yoki bu darajada deyarli hamma bemorlarda zararlangan bo'ladi. Bu kasallikning ko'proq uchraydigan simptomlaridan — bosh og'rig'i, holsizlik, uyqusizlik, adinamiya, bo'shashish, og'ir hollarda depressivlik, alaxsirash, es-xushning yo'qolishi, ruhiy motor qo'zg'alish, besaranjomlik, ko'rish qobiliyatining qisqa vaqt tushib ketishi hisoblanadi. Qisqa vaqt qulay kechadigan meningizm, hatto seroz meningizm holatlari ro'y berishi mumkin.

Kasallik kechishiga qarab, grippga o'xshash, pnevmotik, tifoid va meningeal turlarga bo'linadi, ko'pincha dastlabki ikkitasi uchraydi. Kasallik og'ir, o'rtacha og'ir, yengil, yashirin turlarda kechadi. Yengil va yashirin kechayotgan kasallikni aniqlash qiyin bo'lgani uchun unga ko'pincha gripp, yukori nafas yo'llari yallig'lanishi, o'tkir respirator kasallik kabi tashxis qo'yiladi. Ko'pincha kasallik yaxshi tuzalib ketmagan hollarda u qaytalanishi mumkin. Kasallik erta (o'tkir shaklidan 2—4 hafta o'tgandan so'ng) va kech (3—6 oy-dan so'ng) qaytalanishi mumkin. Xastalik surunkali kechishi mumkin.

Hamma bemorlar xam batamom tuzalib ketmay, (ornitozning surunkali turi), ba'zilar da astenovegetativ ko'rinnshdagi kamchiliklar, nafas yo'llari va o'pkaning surunkali yallig'lanish jarayonlarini, o'choqli pnevmosklerozni qayd etish mumkin.

Asoratlar kamdan-kam bo'ladi, ovoz tutamlarining falajlanishi, polinevritlar, radikulit, tromboflebit, parotit, kollaps, shuningdek, ensefalitlar, miokardlar va ikkilamchi stafilokokk jarayonlarining o'choqligidan tortib, to generalizatsiyalanganigacha asoratlarga misol qilib keltirish mumkin.

Tashxisi. Guruhli kasbga aloqador bo'lgan ornitozga tashxis qo'yish qiyin emas. Sporadik kasalliklarni aniqlash birmuncha kiyinchilik tug'diradi. Simptomsiz ornitoz ayrim bemorlarni yaxshilab tekshirish natijasidagina aniqlanadi. Kasallikning o'tkir boshlanishi, isitma ko'tarilishi, et uvishishi, ko'p-ko'p terlash, pulmonal sindrom, nerv sistemasining meningeal simptomlarigacha shikastlanishi ornitozning klinik belgilari hisoblanadi.

Tashxis qondan, balg'amdan, burun-halqum yuvindilaridan, plevral suyuqligidan (letal hodisalar bo'lganda), a'zolarining bir bo'lagidan olingan virusga qarab qo'yiladi. Virus bemorning qonida birinchi 2 hafta davomida, balg'amda va burun-halqum yuvindisida esa kasallikning 26- kuniga qadar aniqlanadi.

Ornitoz antigenlarining KBR va GATR ko'rsatkichlari titri manfiydan 1:64—1:128 gacha oshib borishi bilan birinchi haftaning oxiri va ikkinchi xaftaning boshlariga borib musbat bo'lib qoladi.

KBR uchun diagnostik titr 1:16, GATR uchun esa -1:512 va undan yuqori hisoblanadi.

Immunoflyuoressent usuli. Bunda teri ostiga ornitoz allergenlari bilan qilinadigan sinama muhim ahamiyatga ega. Reaksiya kasallikni aniqlashda 97,5% musbat bo'ladi. Musbat reaksiya 2—3 yil, kasallikning surunkali turida esa 3—5 yil va undan ortiq saqlanib qoladi.

Differensial tashxisi. Ornitozni gripp, paragripp, adenovirus va boshqa virusli respirator kasalliklari, turli etiologiyali zotiljam, shuningdek, tiflar Ku-isitmasi, tulyaremiya, brutselloz, yuqumli mononukleoz, o'pka sili, meningit kasalliklari bilan differensial tashxis qilinadi. Tashxis epidemiologik anamnez ma'lumotlari va bemordan olingan materialni laboratoriya

usulida tekshiruv natijasiga qarab qo'yiladi.

Davosi. Bemorlarni davolashda kasallikning etiologiyasi va patogenetikasiga asoslaniladi. Bunda kasallik qo'zg'atuvchisiga bakteriostatik ta'sir etadigan qator antibiotiklar tayinlanadi. Virusli bakterial zotiljamlarda, ayniqsa tetrasiklinga chidamli floralar bo'lgan xollarda antibiotiklar kompleksidan foydalaniladi (antibiotiklar xarakteri antibiotikogramмага binoan tanlanadi).

Bemorga yallig'lanishga qarshi desensibilizatsiyalovchi vositalardan pipolfen, suprastin, dimedrol, odatdagi miqdorda 5—7 kun davomida atsetilsalitsil kislota, shuningdek, vitamin preparatlari, yurak-tomir vositalari, dezintoksikasiya eritmalari, oksigenoterapiya, kasallik qaytalayotganda esa fizioterapiya tayinlanadi.

Kasallik og'ir kechganda kortikosteroidlar (prednizolon) buyuriladi.

Kasallik kaytalanganda uning o'tkir turidagidek davolanadi.

Profilaktikasi. Ornitoz profilaktikasi veterinariya-sanitariya va sanitariya tadbirlaridan iborat.

Betob bo'lgan kishilar kasalxonaga yotqiziladi. Kasal bo'lib qolgan qushlar bilan ishlashga to'g'ri kelgan kishilarda va kasallikning kasbiy o'choqlarida 2 hafta davomida haroratni o'lchash, KBR va ornitoz antigeni bilan teri ostiga sinama qo'yish orqali kuzatuv olib boriladi.

SUVCHECHAK (VARICELLA)

O'tkir yuqumli kasallik bo'lib, teri va shilliq qavatlarga ichida tiniq suyuqlik bo'lgan suvchechak toshmali toshadi, bunda organizmda kamroq yoki o'rtacha intoksikasiya belgilari yuzaga chiqadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi juda uchuvchan, tashqi muhitga chidamsiz, suvchechak toshmali ichidagi suyuqlikda uchraydigan filtrlanuvchi virus.

Epidemiologiyasi. Infekssiya manbai bemor hisoblanib, u butun kasallik davomida va kasallik tuzalganidan keyin 5 kungacha yuqumli hisoblanadi.

Infeksiya manbai qoplama lishay ham bo'lishi mumkin, chunki ikkala kasallik viruslari orasida bog'liqlik bor ekanligi aniqlangan. Infeksiya faqat havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallikka beriluvchanlik juda ko'p bo'ladi. Chaqaloqlardan tortib hamma yoshdagi bolalar kasallanadi.

Suvchechak bilan og'rib tuzalgandan keyin umr bo'yi immunitet qoladi.

Patogenezi. Yuqori nafas yo'llari shilliq qavati infeksiyaning kirish yo'lidir. Virus terining epitelial hujayralari shilliq qavatini shikastlaydi. Og'ir hollarda virus parenximatoz a'zolarini ham shikastlashi mumkin. Suvchechak bilan ikkinchi marta og'rish kamdan-kam uchraydi.

Klinikasi. Kasallikning-inkubatsion davri 11 kundan 21 kungacha (o'rta hisobda 14 kun) davom etadi.

Kasallikning yashirin davri kam kuzatilgan. Bemor o'zini lohas sezadi, isitma subfebril bo'ladi, ba'zan qizamiq yoki skarlatinaga o'xshash toshmalar toshadi.

Chin suvchechakda toshma yuzda, boshning sochli qismlarida, badanda, barmoqlarda paydo bo'ladi. Toshmalar dastlab pushti rang dog'chalar shaklida bo'ladi, keyin yozda papulalarga, undan keyin esa ichida tiniq suyuqlik bo'lgan giperemiya bilan keskin chegaralangan pufakchalarga aylanadi. Pufakchalar 1—2 kundan so'ng qurib, qora qo'tir — po'st bog'laydi va 1—3 haftadan keyin tushib ketadi. Suvchechak toshmali birin-ketin 4—5 kun davomida toshadi.

Ba'zan toshmalar og'iz bo'shlig'idagi shilliq qavatlarda, halqumda, jinsiy a'zolarida paydo bo'ladi. Suvchechakda toshadigan toshmalar soni juda xilma-xil bo'lib, ularning xarakteri turlicha bo'ladi, ya'ni papulyoz toshmadan tortib, pufakcha bo'lib ulgurmaganigacha, pustulyozgacha, brutselloz va gangrenoz elementlarigacha mavjud.

Kasallikning yengil turlarida toshmalar butun tananing yep bu yeridagina uchrab,

intoksikatsiya belgilari aniqlanmaydi. Kasallikning og‘ir turlarida esa toshmalar ko‘plab toshadi, isitma ko‘tariladi, intoksikatsiya belgilari yuzaga chiqadi. Ko‘rsatib o‘tilgan belgilar 3—4 kun mobaynida kuzatiladi.

Asoratlari. Suvchechakning asosiy asoratlariga ikkilamchi bakterial floraning zotiljam bilan qo‘shilib kelishi kiradi. Asoratlar ko‘pincha nimjon, ko‘p kasallanib turadigan bolalarda rivojlanadi.

Tashxisi. Kasallikning tipik turlarida tashxis unchalik qiyinchilik tug‘dirmaydi. Kasallik strofilyus tipidagi ekssudativ diatezning terida namoyon bo‘lishi, impetigo, hasharotlar chaqishi va chinchechak bilan differentsial tashxis qilinadi. Suvchechakda toshmalarining birin-ketin toshishi, ularning zich bo‘lishi, terida chuqurroq joylashishi, monomorfli ekanligi, ko‘pincha shilliq qavatlarining shikastlanganligi kuzatiladi.

Prognosi. Odatda yomon emas.

Davosi. Gigiyenaga rioya qilish zarur. Bunda infeksiyadan ikkilamchi shikastlanishning ahamiyati katta. Toshma pufakchalarga 1% li brilliant yashili yoki margansovka (to‘q rangda) surtish tavsiya etiladi. Yiringli asoratlar rizoqlanganda antibiotiklar va sulfaiilamidlar qo‘llanadi. Kasallik cho‘zilib ketganda stimullovcchi terapiyadan foydalaniladi.

Profilaktikasi. Sanitariya chora-tadbirlari qo‘llanadi. Bemor uy sharoitida toshma toshgandan keyin 5 kun ichida alohida yotqizilishi kerak. Dezinfeksiya qilish talab qilinmaydi. Kasal bilan aloqada bo‘lgan va ilgari suvchechak bilan og‘rimagan bolalar 11 kundan 21 kunga qadar ajratib qo‘yiladi.

CHINCHECHAK (VARICELLA VERA)

Ifodalangan intoksikatsiya papulovezikulyoz toshmalar paydo bo‘lishi bilan kechadigan o‘tkir virusli kasallikdir.

Etiologiyasi. Qo‘zg‘atuvchisi — filtrlanuvchi virus. Chinchechak tarkibida DNK saqlovchi yirik viruslar qatoriga kiradi. Hujayralar zararlanganda epidermalar o‘ziga xos sitoplazmatik kiritmalar xosil qiladi (Gvarniyeri "tanachalari"). Viruslar tashqi muxit ta'siriga nisbatan chidamli bo‘lib, bir necha oylar mobaynida o‘z xayot faoliyatini saqlab qoladi. Ular antibiotiklar va qator kimyoviy preparatlarga chidamlidir. 3% li xloramin eritmasi bir soat ichida chinchechak virusini zararsizlantiradi.

Epidemiologiyasi. Bemor odam infeksiya manbai bo‘lib va u inkubatsion davr oxiridan tortib, to kasallikning butun davri mobaynida yuqumli xisoblanadi. Kasallikdan o‘lgan kishilar ham juda yuqumli bo‘ladi. Infeksiya asosan havo-tomchi yo‘li orqali o‘tadi. Lekin kasallik buyumlar yoki kishilar orqali ham yuqishi mumkin. Kasallikka beriluvchanlik barcha yoshda nihoyatda yuqori bo‘ladi. Xastalikdan tuzalgandan keyin barqaror immunitet qoladi. Hozirgi vaqtda chinchechak dunyo miqyosida tugatilgan.

Patogenezi. Virus yuqori nafas yo‘llari yoki teri orqali tushar ekan, regional tugunlariga kiradi va bu yerda ko‘payadi. 1—2 kun o‘tgach, virus qonda topiladi, undan parenximatoz a‘zolarga, teriga kirib, to‘qima hujayralarida zo‘r berib ko‘payishi — qayta vnrusemiyaga olib keladi.

Ijtimoiy omillar — axolining past iqtisodiy, madaniy, sanitariya-gigiyena darajasi chechakning tarqalishida muhim rol o‘ynaydi. Chinchechak oxirgi marta 1977 yili Somalida aniqlangan, 1980 yilning may oyidan boshlab butun dunyo ushbu dariddan holi bo‘ldi, deb e‘lon qilingan.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 11—14 kun bo‘lib, uning kechishda 4 ta davr: prodromal davr (yuqori harorat, darmonsizlanish), toshma toshish davri (xaroratning ko‘tarilishi, yuzda, gavda va qo‘l-oyoqda dog‘simon papulyoz toshmalar paydo bo‘lishi, 3—4 kundan keyin pufakchalarga aylanishi), yiringlanish davri (3-4 kun), qurish hamda po‘stloqlar hosil bo‘lish davri tafovut qilinadi. Po‘stloqchalar asta-asta ko‘chib tushadi, o‘rnida xarakterli chandiqlar qoladi.

Toshmalar asosan terining zich qismlarida (ko‘pincha yuzda) aniqlanadi. Ular burun-

xalqum shilliq qavatlarida, konyunktivada, ko'pincha hiqildoqda paydo bo'ladi. Taxminan 40 foiz bemorlarda prodromal toshmalar paydo bo'lishi mumkin, bular o'z xarakteri bo'yicha qizamiq va skarlatina toshmalarini eslatadi va ko'pincha gavdaning ko'krak va sonning yuqori qismlarida joylashib, tezda yo'qolib ketadi. Kasallik turlicha og'irlikda juda yengil (varioloid) boshlanib, og'ir gemorragiyagacha (qora chinchechak) kechadi. Varioloid — chin-chechakning qisqa davrda kechadigan yengil turidir. U ko'pincha vaktsinatsiyalangan shaxslarda kuzatiladi. Toshmalar erta paydo bo'lib, ular kam va yuza bo'ladi (varioloidda chandiqlar qolmaydi). Chinchechakning abortiv turi kasallikning yengil kechishi bilan xarakterlanadi. Bunda toshmalar toshmaydi, umumiy ahvol kam o'zgaradi va nekontagioz (yuqumli emas) bo'ladi. Chinchechakning og'ir turi uning gemorragik xilidir. Kasallikning klinik turida letallik 100% ga yetadi. Kasallikdan nobud bo'lish darajasi 5 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida bir muncha yuqori bo'ladi.

Asoratlari. Yiringli flora sababli kelib chiqadigan septik jarayonlar, pnevmoniya, ensefalitlardir.

Tashxisi. Epidemiologik ma'lumot hisobga olingan holda kasallikning klinik manzarisiga asoslanib qo'yiladi.

Laboratoriya tekshiruvlariga mikroskop, immunoflyuoresent, virusologik, serologik (GATR va boshq) usullar kiradi. Shoshilinch tashxis qilish lozim bo'lgan hollarda (virusni aniqlash uchun) EGAR dan foydalaniladi.

Differensial tashxisi. Chinchechak kasalligini suvchechak, doridan kelib chiqadigan toshmalar, qizamiq, qizilcha, polimorf ekssudativ eritema, impetigo, sepsis, skarlatina kabi kasalliklardan ajrata bilish lozim.

Prognosi. Juda jiddiy, letallik baland.

Davosi. Simptomatik. Yangi vaktsinatsiyalangan odamlar zardobidan tayyorlangan maxsus immunoglobulin va tiosemikarbozon, o'z tarkibida saqlovchi kimyoviy dorilar chinchechakga qarshi vaktsinani virusga ta'sir qilish uchun ishlatiladya.

Profilaktikasi. Kasallik paydo bo'lganda hamma tashkiliy epidemiologik tadbirlarga qat'iy rioya qilish kerak (kasallik boshlangandan 40 kun ichida bemorlarni kasalxonaga yotqizish, yaxshilab kundalik va oxirgi dezinfeksiyani o'tkazish, bemor bilan aloqada bo'lgan barcha shaxslarni chinchechakka qarshi emlash, 14 kun muddatga karantin tayinlash va boshq).

Bemor bilan aloqada bo'lgan emlangan shaxslarni 7—8 kun ichida revaktsinatsiya qilish kasallikning oldini oladi.

Organizmga giperimmun vaktsinali immunoglobulin bilan birga kiritilgan chinchechakka qarshi vaktsina himoya ta'sirini 4 marta, metisazon esa 16 marta oshiradi. Metisazon ichish uchun 10—20% li suspenziya ko'rinishida tayinlanadi. Birlamchi miqdori 200 mg/kg dan, keyikgisi xar 6 soatda 50 mg/kg dan, hammasi bo'lib 8 marotaba beriladi.

EPIDEMIK PAROTIT (TEPKI) (PAROTITIS EPIDEMICA)

O'tkir infeksiyon virusli kasallik bo'lib, asosan so'lak bezlarini, quloq atrofidagi bezlarni shikastlaydi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi tashqi muhitda rezistentligi kam bo'lgan filtrlanuvchi virusdir. Bu qo'zg'atuvchi paramiksoviruslar guruxiga kiradi. Virus o'z tarkibida RNK ni tutib, uning qobig'i tarkibiga gemagglutininlar, gemolizinlar, neyraminidazalar kiradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai shu kasallik bilan og'rigan bemor hisoblanadi, uning yuqumlilik davri inkubatsion davrining oxirgi kunidan boshlanadi va 7—9 kun davom etadi. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Ko'pincha 5 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Kichik yoshdagi bolalar orasida bu kasallik kam uchraydi, bir yoshgacha bo'lgan go'daklarda uchramaydi. Bemor tuzalgandan so'ng, unda turg'un immunitet paydo bo'ladi. Parotitning epidemiyasi yilning hamma fasllarida, ko'proq kuz va bahor oylarida qayd etiladi.

Yuqori nafas a'zolarining shilliq pardalari infeksiyaning kirish darvozasi bo'lib xizmat

qiladi, virus shu aʼzolar orkali qon oqimiga tushadi, keyin soʻlak bezlari va boshqa joylarda ikkilamchi oʻrnashadi.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 18—20 kun, baʼzan 11 kundan 23 kungacha choʻziladi. Kasallik yoʻlak boʻzlari shishidan (koʻpincha bir tomoni) boshlanadi. Soʻlak bezyaning shishganligi, ayniqsa atrofi koʻrinib koladi, keyin shish quloq orqasiga va ostiga tarqaladi. U xamirga oʻxshash boʻladi, terining koʻrinishi oʻzgarmaydi. Bola ovqatni chaynaganda va yutganda ogʻriq sezadi. Baʼzan bu jarayonda jagʻ osti soʻlak bezlari ham ishtirok egadi. Shish bir necha kun turadi, xech qachon yiringlamaydi va 8—10-kunga borib, butunlay yoʻqolib ketadi.

Koʻpchilik bolalarda kasallanish jarayonida faqat quloq atrofidagi soʻlak bezlari emas, balki jagʻ osti soʻlak bezlari ham shikastlanadi. 10—15 foiz bemorlarda faqat jagʻ osti soʻlak bezlarining shikastlanishi kuzatiladi. Bu xolda shish jagʻning pastki qismida ovalsimon shaklda boʻladi. Baʼzan kasallikning yashirin davri aniqlanadi. Tepkida oʻtkir orxitlar, soforitlar, pankreatitlar, serozli meningitlar, bundan tashqari, ensefalitlar, eshitish nervlari zararlanishi kamroq qayd etiladi.

Tashxisi. Asosan klinik, epidemiologik maʼlumotlarni hisobga olib qoʻyiladi. Bu kasallikni boʻyin limfadeniti, ikkilamchi parotitlar (koʻpincha yiringli), toksik difteriya, turli etiologiyali soʻlak bezlari shishguncha paydo boʻlgap meningeal simptomlari, seroz meniigitlar, sil enterovirusli meningitlardan differensial tashxis qilish lozim. Tashxis qoʻyishda siydikdan diastazning miqdorini aniqlash muhim ahamiyat kasb etadi. Bemorlarda koʻpincha birinchi haftaning oʻzidayoq diastaz oshgan (32 birlikdan ortiq) boʻladi. Epidemik parotitning diagnostikasida birmuncha qiyinroq boʻlgan zardob bilan neytrallash reaksiyasidan ham foydalanish mumkin. Kasallik avj olayotgan paytda eng maqbul usul komplement bogʻlovchi antitelolarni: aniqlashdir.

Oqibati. Kasallik yengil kechib, koʻpincha bemor butunlay sogʻayib ketadi.

Davosi. Simpomatik, yaʼni oʻrin-koʻrpa qilib yotish, kasallikning oʻtkir davrida shikastlangan soʻlak bezlarini issiq tutish, sollyuks lampasi yordamida nur va UVCH berish kabi tadbirlar yaxshi yordam beradi.

Profilaktikasi. Bemor kasallik boshlangandan 9 kunga alohida qilib qoʻyiladi. U bilan aloqada boʻlgan bolalar aloqa boʻlgan kundan boshlab 21 kunga alohida yotqizib qoʻyiladi. Bu kasallikka qarshi faol immunizatsiya maqsadida ishlatish uchun tirik zardob (emlanganlar orasida kasallikni 10 marta kamaytiradi) mavjud.

POLIOMIYELIT (POLIOMIELITIS)

Bolalarning orqa miya falaji, epidemik falaj, Geyne-Medin kasalligidir. Poliomiyelet oʻtkir virusli kasallik boʻlib, nerv sistemasining shikastlanishi, ichakda va burun-halqum shilliq pardalarida yalligʻli oʻzgarishlar borlgi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi, epidemiologiyasi. Qoʻzgʻatuvchi tashqi muhitga anchagina chidamli boʻlgan virusdir. Virusning 3 serotiplari (I, II, III) farq qilinadi. Bemorlar, rekonvalessentlar va sogʻlom virus tashuvchilar kasallikning yuqumli manbai boʻlib hisoblanadilar. Virus burun-halqum shilligʻi va chiqindilari orqali tashqariga ajraladi.

Bolalar orasida poliomiyeletga qarshi emlash ishlari keng olib borilganligi tufayli bu kasallik kam uchraydi.

Patogenezi. Burun-halqum va xazm yoʻli infeksiyaning kirish darvozasidir. Infeksiya bu yerda koʻpayadi va qonga tushadi, keyin bosh va orqa miyaga boradi. Qoʻzgʻatuvchining nerv tolalari orqali tarqalishi ham extimoldan xoli emas. Kasallikning oʻtkir bosqichida bosh va ayniqsa, orqa miya va pardalari shishishi, qon toʻlib qolishi, koʻpincha miya toʻqimalariga qon quyilib qolish hollari ham kuzatiladi.

Gistologik tekshirilganda orqa miya kul rang moddasi oldingi shoxlarining nerv hujayralarida va qator xollarda bosh miya oʻzagida toksik-degenerativ oʻzgarishlar aniqlanadi. Miya poʻstlogʻi, poʻstloq osti tugunlari, gipotalamik soxalarga kamroq zarar yetadi. Ichki

a'zoldardan ko'pincha yurak va o'pka shikastlanadi.

Klinikasi. Kasallikning bir necha klinik turlari farq qilinadi.

Abortiv turi ko'pincha epidemiya tarqalganda kuzatiladi va kataral xodisalar va me'da-ichak buzilishlari bilan o'tadigan yengil infeksiyon kasallik sifatida kechadi. Orqa miya suyuqligida ba'zi xujayralar sonining ko'payganligi va qand darajasining oshganligi aniqlanadi.

Aparalitik turi seroz meningit simptomlari — bosh og'rig'i, qayt qilish, lohaslik bilan xarakterlanadi. Orqa miya suyuqligida sitoz oshib ketadi. Odatda iz qoldirmay, 3—5 kunda o'tib ketadi.

Paralitik turida 6 davr ajratiladi. 1. Inkubatsion davr, u 6 kundan 12—17 kungacha davom etadi. 2. Kasallikning prodromal davri, umumiy ahvolning yomonlashuvi, isitmaning ko'tarilishi, kataral hodisalar, me'da-ichak buzilishlari, vegetativ nerv sistemasining buzilishi bilan kechadi. 3. O'tkir isitmali yoki preparalitik isitmaning keskin 38—39°S gacha ko'tarilishi, to'satdan bosh og'rish, qayt qilish, injiqlik, uyquchanlik yoki uyqusizlik bilan kechadi. 2—3 kundan keyin meningeal sindrom rivojlanadi. Terlash, teri qoplamlari giperemiyasi, nerv tolalari o'tgan joylarda og'riq, pay reflekslari asimmetriyasi, teri reflekslarining pasayib yoki yo'qolib ketishi aniqlanadi. 4. Paralitik davri yuqori xarorat bilan kechadi. Falajlanish to'satdan paydo bo'lib, asta-sekin rivojlanib borib, bir necha kundan keyin o'zining eng yuqori nuqtasiga yetadi. Ko'pincha oyoq, ba'zan qo'l proksimal mushaklari shikastlanadi.

Nevrologik tekshirishda periferik falajlanishning hamma belgilari yuzaga chiqadi: pay reflekslarining pasayishi yoki yo'qolib ketishi, gipotoniya, mushaklar atrofiyasi. Jarayon lokallashtirganda chanoq a'zolarining faoliyati buziladi (axlat va siydikni tutib turolmaslik yoki ularning ushlanib qolishi). Asosan orqa miyaning ko'krak va bo'yin segmentlarining shikastlanishi bir muncha xavflidir, chunki bu hol nafas mushaklarining parezi va falajini keltirib chiqarishi mumkin. Jarayonning uzunchoq miyada lokalizatsiyalanishi IX, X, XI va XII miya-chanoq nervlarining shikastlanishiga sabab bo'lishi mumkin (yutkin, nafas olish va qon aylanish buzilishining bulbar turi).

5.1 —1,5 hafta falajlanishdan so'ng qaytish davri boshlanadi. Asta-sekin harakatlarning tiklanishi yuz beradi. Ayrim xollarda qaytish davri 3 yilgacha cho'zilib ketishi mumkin. 6. Harakatlar to'la tiklanmagan hollarda falajlangan barmoqlarda qoldiq-hodisalar davri kuzatiladi. Bular sust falajlanish yoki parezlar, ba'zan kontrakturalarning mavjudligi bilak xarakterlanadi.

Spinal va bulbar turi mushaklarning falajlanishi bilan kechadi. Epidemiya avjiga chiqqan mahallarda kasallikning isitmaning yuqori bo'lishi, hushdan ketish, nutqning buzilishi, qaltiroq bosishi va boshqa simptomlar bilan kechadigan ensefalitik turi uchrab turadi. Xastalikning bu turida miyaning po'stloq osti soxasi, vestibulyar va miyacha sistemalarining shikastlanishi kuzatiladi. Qonda ECHT (eritrotsitlar cho'kish tezligi)ning oshishi va qator limfopeniya hodisalari kuzatiladi. Orqa miya suyuqligi ko'pincha o'zgargan bo'ladi. Qator o'zgarish belgilarini kasallikning boshlanishidayoq aniqlash mumkin. Kasallikning birinchi kunlarida likvor bosimi oshgan, suyuqlik tiniq bo'ladi. Xujayralar soni 50—100 ga yetadi (polinuklear sitoz). Oqsil miqdori kasallikning birinchi kunlarida ko'p bo'lmaydi. Keyin asta-sekin oqsil va likvor normallasadi.

Asoratlari. Pnevmoniya, o'pka atelektazlari, interstitsial miokardit (ba'zan kasallikning bulbar turlaridan me'daning o'tkir kengayishi rivojlanadi), qon oqishi bilan kechadigan og'ir me'da-ichak buzilishlari, yaralar paydo bo'lishi.

Tashxisi. Poliomiyeletni paralitik bosqichdan oldin aniqlash qiyin bo'ladi. Tashxis klinik simptomlar, epidemiologik ma'lumotlar va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanib qo'yiladi. Tashxisning to'g'riligini tasdiqlash uchun virus yuqtirish (to'qimalar kulturasiga) yoki KBR da va yangi zardobdan olingan maxsus antigenlar bilan pretsipitatsiya reaksiyasini o'tkazish mumkin.

Differensial tashxisi. Poliomiyelet o'tkir miyelet, poliradikulonevrit, botulizm, kana ensefaliti kabi kasalliklar bilan differensiallanadi. Prognozi, Ko'pincha durust.

Davosi. Bu kasallikka shubha qilingan shaxslar kamida 40 kunga darhol kasalxonaga

yotqiziladi. Bemorning xonasi va shaxsiy buyumlari havo-tomchi va ichak infeksiyalaridagi kabi dezinfeksiya qilinadi. Bemorni parvarish qilish shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilingan holda olib boriladi. Bemor foydalangan idish-tovoqlar qaynatiladi, uning ajratmalari (axlati, siydigi, balg'ami) dezinfeksiyalanadi. U bilan aloqada bo'lgan shaxslarga 15—20 kun muddatga karantin tayinlanadi. Bemor bilan aloqada bo'lgan 14 yoshli bolalarga 2 marotaba 3—6 ml dan gammaglobulin tavsiya etiladi. Falajlanish davrida kasallikni davolash organizmning himoya qobiliyatini oshirishdan va organizmga qon zardobini yuborib, kuchsiz kmmunitet hosil qilishdan iborat. Bemorga beriladigan ovqat to'yimli va unda yetarli miqdorda vitaminlar bo'lishi zarur. Qo'shimcha ravishda sutkasiga dan vitamin S, V12 (50—100 mg dan kunora, 2—3 ta davomida), V1 (0,5% li eritmasi 0,5—1 ml dan) berib turiladi. Turli aminokislotalar qo'llaniladi ftenziyaga qarshi kurashish maqsadida venaga 40% glukoza va 40% li urotropin eritmasi yuboriladi.

Og'riqqa shikoyatlar bo'lgan hollarda issiq muolajalar (issiq kilib o'rab qo'yish, grelkalar, issiq vannalar) va analgetik vositalar (analgin, amidopirin va boshq) tayinlanadi. Bulbar buzilishlarda halqumdan shilliq chiqarib tashlanadi, parenteral yo'l bilan suyuqlik yuboriladi. Yurak faoliyatining buzilishi adrenalin qabul qilishni, nafasning buzilishi esa sun'iy respiratorlar qo'llashni talab qiladi. Kasallikning o'tkir bosqichida va uning asoratlariga qarshi yoshga qarab antibiotiklar va sulfanilamidlar tayinlanadi. Xastalikning birinchi kunlaridanoq prozerin, dibazol, sekurenin, galantamin, oksazil yuboriladi. Bu preparatlar organizm o'z holiga kelayotganda va qoldiq hodisalar bo'lganda ham buyuriladi. Prozerin ichish uchun 0,0015—0,003 g yoki 0,1—0,5 ml 0,05% li eritmasi 8—10 kun davomida teri ostiga, dibazol 0,001—0,002 dan bir yoshgacha (0,001—0,002 g dan uning ikkilamchi kurslari), galantamin 0,25% li eritmasi 0,1 mg dan bir yoshgacha, 0,2 ml 2—3 yoshgacha, 0,2 ml 2—3 yoshgacha, 0,3—0,5 ml 3—7 yoshda kuniga 1 marta teri ostiga tayinlanadi. Sekureninning 0,4% li eritmasi 1 yoshgacha 1 tomchidan kuniga 2 marta beriladi. Organizmning tiklanish davrida qoldiq hodisalar bo'lganda fizioteralevtik muolajalarga, shuningdek, massaj va davolash gimnastikasiga alohida e'tibor qilinadi. Boshida yengil, issiq muolajalar, keyinroq UVCH, yengil massaj va gimnastikaning sodd mashqlari o'tkaziladi. Keyin esa faol gimnastikaga o'tiladi. Massaj va gimnastikani vannada, kichik suv havzasida o'tkazgan ma'qul. Qoldiq hodisalarni davolashni statsionarda boshlanadi, keyin esa maxsus sanatoriylarda davom ettiriladi, shu bilan birga issiq applikatsiyalar ham keng qo'llanadi.

Profilaktikasi. Formalin yordamida suvsizlantirilgan virusni mushak orasiga yuboriladi va tirik attenuirlangan zardob (Sebin bo'yicha emlash kalendariga qarang) kasallikning faol profilaktikasida keng qo'llanadi. Baksinatsiyalash kasallikning butunlay yo'qolib ketishiga olib keladi.

SOXTA SIL (PSEVDOTUBERKULOZ)

Uzoq Sharq skarlatinasiga o'xshash o'tkir infeksiyon kasallik bo'lib, umumiy intoksikatsiya, isitma, ekzantema, ingichka ichak, jigar va bo'g'imlarning shikastlanishi bilan kechadi.

Etiologiyasi. Odamlarda va hayvonlarda soxta sil qo'zg'atuvchisi yersinia pseudotuberculosis hisoblanadi. Soxta sil iyersiniyalari cho'zinchoq shakldagi grammanfiy tayoqchalardir. Bulyon kulturasidan olingan surtma bipolyar bo'yaladi, zanjirsimon joylashadi. Spora hosil qilmaydi, kapsulasi bor. Bu qo'zg'atuvchi past haroratda (—18—22°) ham harakatchan. Soxta sil nersiniyasining R- va S- turlari fark qilinadi. R- turi S- turiga qaraganda 2 marta uzun bo'ladi, o'zida osmi-ofil kiritmalar va qo'zg'atuvchining virulentligi bilan bog'liq bo'lgan yirik granulalar tutmaydi.

Soxta sil mikroblari tashqi muhitda, ayniqsa oziq-ovqat mahsulotlarida va tuproqda chidamli bo'ladi. Bu mikroblar past haroratlarda xam tirik koladi xam ko'payadi.

Epidemiologiyasi. Kemiruvchilar soxta sil qo'zg'atuvchisining manbai hisoblanadi. Ular tashqi muhitni ifloslantirib, sabzavotlar orqali odamlar, ayniqsa katta xo'jaliklarda saqlanadigan

uy hayvonlari va parrandalarning zararlanishiga sabab bo'ladi, Sabzavotlar saqlab qo'yilganda qo'zg'atuvchi tez ko'payishi natijasida infeksiya yuqtirish sezilarli darajada o'sadi. Qator xollarda kasal mushuklar, itlar va boshqa uy hayvonlari bilan alokada bo'lish ham soxta silga sabab bo'ladi. Kasallik bilan odamning kasallanishi butun yil davomida qayd qilinadi, lekin kasallik asosan kish-bahor oylarida ko'payadi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi. Odamga kasallik asosan me'da-ichak yo'li orqali yuqadi. Qo'zg'atuvchining organizmga patologik ta'sir etadigan joyi ingichka ichakdir. U ingichka ichak devorlaridan o'tib, bu yerda birlamchi enterit hosil qiladi.

Soxta sil mikroblari ichakdan qorin limfa tugunlariga o'tib, limfangoit va regional limfadenit rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bu yerda qo'zg'atuvchi deposi paydo bo'lib, u shu yerdan qonga o'tadi, ichki azolarda toksemiya va gematogen disseminatsiyasini keltirib chiqaradi xamda generalizlangan retikulyozning o'tkir rivojlanishiga sabab bo'ladi. Immunitetning nospetsifik omillari pasayib ketganda qo'zg'atuvchi organizmda pasaya boshlaydi. Patogenetik jihatdan quyidagi bosqichlar farq qilinadi: yuqish bosqichi— qo'zg'atuvchining ichakka o'tishi. Qo'zg'atuvchining moslashuv bosqichi, ya'ni ichak devorlarining invazyalanishi va undagi qo'zg'atuvchining fiksatsiyalanishi, bunda deskvamativ-eroziv enterit rivojlanadi. Regional infeksiya b o s q i ch i, bunda qo'zg'atuvchi qorin limfa tugunlariga o'tib, bu yerda limfangoit va limfadenitning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Generalizatsiyalanish davri, bunda bakteriyemiya va toksemiya kelib chiqadi, oqibatda o'tkir generalizlangan retikulyoz, ichki a'zolarining dissirkular o'zgarishlari, endoperivaskulitlar, peribronxitlar, interstitsial va o'choqli zotiljam, eroziv-yarali kolit va boshqa kasalliklar kelib chiqadi.

Kasallik yengil kechganda infeksiyaning so'nish bosqichi boshlanadi, bunda morfologik reaksiyalar sodir bo'ladi va organizm qo'zg'atuvchidan xalos bo'la boshlaydi.

Klinikasi. Inkubatsion davri 4 kundan 18 kungacha cho'ziladi, keyin kasallikning 1—6 kun davom etadigan boshlang'ich davri rivojlanadi va avjga chiqish davri kuzatiladi. Kasallikning so'nish va rekonvalessent davrida xastalik qayta avj olishi mumkin.

Kasallikning boshlang'ich (prodromal) davri intoksikatsiya holatlari (ko'ngil aynishi, qayt qilish, bosh og'rishi), ba'zi bemor bolalarda bo'g'imlar va me'da-ichak yo'li buzilishining lokal simptomlari, ko'pincha og'iz-burun uchburchagining oqarishi bilan aniqlanadigan yuz giperemiyasi (bu ba'zan bo'yin terisiga va ko'krakning yuqori qismiga ham o'tishi mumkin) bilan birga davom etadi. Ko'z shox parda tomirlari (skleralari)ga qon quyilgan bo'ladi. Bemorlarning deyarli beshdan bir qismida yutinganda og'riq, yo'tal va tumov qayd qilinadi. Bemorning ichi ravon kelmaydi. Bu davr badanga toshma toshishi, toshma bo'lmaganda esa birinchi isitma to'liqini bilan tugaydi.

Kasallik, avj olganda bemorlarning umumiy ahvoli yomonlashadi, isitma ko'tariladi, intoksikatsiya kuchayadi. Og'ir hollarda meningizm hodisalari qayd qilinadi. Yuz va bo'yin giperemiyasi, barmoqlar, oyoq kaftlarining qizarib shishishi kuzatiladi. Kasallikning birinchi kunlari tilni oq karash bog'laydi, keyinroq u malina rangiga o'xshab qizaradi. Tanglay shishuvi va giperemiyasi zo'rayib boradi, lekin bu kasallik uchun yiringli angina xos emas. Jag' osti limfa tugunlarining unchalik kattalashgani bilinmaydi. Isitmaning oshib borishi soxta sil kasalligining doimiy simptomlari hisoblanadi. Bolalarning 60 foizida isitma 38—40⁰ ga yetadi va o'rta hisobda 4—7 kun saqlanib turadi.

Kasallik avjiga chiqqanda, bu kasallikka xos simptomlardan toshma toshishi bolalarning 85 foizida qayd etiladi. Ko'proq skarlatinaga o'xshash toshmalar aniqlanadi. Bunda soxta silning skarlatinaga o'xshash turi farq qilinadi. Soxta sil kasalligi avjiga chiqqanda mahalliy lokal simptomlarning paydo bo'lishi yoki kuchayishi, bu kasallikka xuddi gepatit, appenditsit, gastroenterit, artrit kasalliklari kabi mustaqil kasallik xarakterini beradi. Kasallik klinikasida u yoki bu simptomlarning mavjudligiga qarab kasallikning turlari farq qilinadi.

Soxta silning skarlatinaga o'xshash, keyin esa generalizlangan, abdominal, artralgiik, sariq va aralash turlari ajratiladi. Shuningdek, kataral, yashirin kechadigan va latent turlari ham mavjud. Kasallikning kechishiga qarab yengil, o'rtacha og'ir va og'ir turlari farq qilinadi. Ular

yengil xurujlar, kaytalanish va asoratlar bilan o'tadi.

Soxta sil kasalligining yengil kechayotgan tipik turlari isitmaning subfebril bo'lishi, intoksikatsiya belgilarining sust ifodalaiishi yoki umuman bo'lmasligi, qisqa vaqt toshma toshishi, unchalik ahamiyatsiz maxalliy o'zgarishlar bilan xarakterlanadi. Kasallik o'rta kechayotganda tana xarorati 38—39° gacha ko'tariladi. Intoksikatsiyaning ifodalanadigan belgilari qayd etiladi, ko'plab toshma toshadi, mahalliy simptomlar yaqqol bilinadi, lekin tez o'tib ketadi.

Kasallikning og'ir turlarida isitma juda yuqori, intoksikatsiya belgilari sezilarli bo'ladi, butun tanaga toshma toshadi, me'da-ichak yo'lida, bo'g'imlarda, jigarda turg'un zararlanish belgilari kuzatiladi.

Kasallik atipik kechganda holsizlik, isitmaning subfebril bo'lishi, tanglay giperemiyasi, konyunktivit, tumov, yo'tal aniqlanadi, ko'pincha o'tkir respirator kasallik alomatlari kuzatiladi. Bemorlarning axvoli 3—5-kuni yaxshilanadi, lekin bunda kasallik retsidivlari xam bo'lishi mumkinki, bunga o'tkir kasallik sifatida qaraladi. Retsidivlarning kelib chiqishi bolalarda kasallik turiga qarab 16—22 foizni tashkil qiladi. Kasallik o'tkir davridagidan farqli o'laroq, retsidivlar klinikasida u yoki bu a'zoning zararlanishi ustun turib, intoksikatsiya alomatlari ikkimchi darajali ahamiyatga ega bo'ladi. Retsidivlar bir oy davom etadi.

Kasallikning xar bir bosqichidan so'ng (boshlang'ich, kasallik avj olganda, retsidiv) sog'ayish davri bo'lishi mumkin. Klinik sog'ayishning asosiy shartlari tana haroratining turg'un normallashuvi (10 kun va undan ortiq), lokal shikastlanishlarning yo'qolishi, qon, siydik analizlarining normallashuvidir.

Tashxisi. Klinik alomatlarining turlicha bo'lishi tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Tashxisni to'g'ri qo'yishda epidemiologik anamnezni chuqur o'rganib, bakteriologik va serologik tekshirish usullari va klinik kuzatuvlar dinamikasini hisobga olish muhim ahamiyatga ega. Kasallik manzarasi bilan to'g'ri keladigan tashxis qo'yishda qo'zg'atuvchini ajratish lozim. Bakteriologik tekshirish uchun bemorlarning axlati, qoni, balg'ami va burun-xalqum yuvindilaridan foydalaniladi. Kasallikning birinchi kunlarida musbat ekmalar tezligi o'sib boradi. Laboratoriya usullaridan birmuncha ko'proq tarqalgan usullar serologik reaksiyalardir: agglutinatsiya (AR), pretsipitatsiya reaksiyasi (PR), komplement boglash reaksiyasi (KBR), egri gemagglutinatsiya reaksiyasi (EGAR), egri gemagglutinatsiya tormozlash reaksiyasi (EGLTR), immunoflyuoressensiya (IFR), bakterial lizis reaksiyasi (BLR) shular jumlasidandir.

Amalda ko'pincha AR (diagnostik titr 1:100 va undan baland) va EGAR dan (diagnostik titr 1:200 va undan yuqori) foydalaniladi.

Serologik tekshirish usullarning diagnostik ahamiyati ikkilamchi tekshirishlarda xam ortib boradi. Soxta sil kasalligini skarlatina, xoletsistit, gepatit, appenditsit, enterovirus kasalliklari, bod, tif-paratifoz kasalliklar va salmonellyoz kasalliklari bilan differensial tashxis qilinadi.

Prognosi. Kasallikning turiga, davolashning qachon boshlanganiga bog'liq.

Oqibati yomon emas.

Davosi. Soxta sil kasalligining har qanday turi bilan og'rigan bolalarni kasalxonaga yotqizish shart emas. Jigar shikastlanishi simptomlari bo'lmaganda bemorga parhez tayinlash ham zarur emas. Jigar shikastlanganda ovqatlanish uchun 5-son parhez, klinik manzara avjiga chiqqandagi abdominal simptomlarda 4-keyin 2-(Pevzner bo'yicha) parhez dasturxon tayinlanadi. Antibiotiklardan yoshga qarab 5—7 kunga levomitsetin, gentamitsin buyuriladi. Kasallik xuruj qilganda (qaytalanganda) boshqa antibiotiklar yordamida takror davo kursi o'tkaziladi.

Intoksikatsiyada elektrolit balansini xisobga olgan holda suv-tuz eritmaları yuboriladi (10% li glukoza eritmasi, osh tuzining fiziologik eritmasi, poliion eritmaları, quyi molekular polimerlarni, qon preparatlarini qon o'rnini bosuvchi eritmaları). Kasallik og'ir kechganda qisqa kursli gormonlar terapiyasi tavsiya etiladi. Miokard zararlanganda kordiamin, strixnin, kofein ko'rsatilgan. O'tkir yurak yetishmovchiligida (endotoksik shok) adrenalin-, efedrin, metazon buyuriladi. Gemorragik sindrom rivojlanganda tromblar hosil bo'lishining oldini olish

maqsadida antikoagulyantlar (geparin) tayinlanadi.

Kuchli artralgiya sindromi ifodalangan bolalarga natriy salitsilat, amidopirin va analgin buyuriladi.

Profilaktikasi. Sanitariya-epidemiologik xizmatni yaxshi yo'lga qo'yish, deratizatsion chora-tadbirlar ko'rish, soxta sil bo'yicha noxush obyektlarni aniqlash va hisobga olish, ularni sog'lomlashtirish. Har kvartalda kamida bir marta kemiruvchilarni tutishni yo'lga qo'yish lozim. Soxta sil profilaktikasida oziq-ovqat mahsulotlariga infeksiya tushishining oldini oluvchi va cheklovchi chora-tadbirlarni o'tkazish muhim ahamiyatga ega. Bunga oziq-ovqat saqlanadigan omborlarda vaqti-vaqti bilan dezinfeksiya o'tkazish bilan erishiladi. Soxta sil bilan kasallanganlar paydo bo'lishi bilan epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar kuchaytirilishi zarur. Bemorlar gospitalizatsiya qilingandan so'ng, oxirgi dezinfeksiya o'tkaziladi. Kasallik kelib chiqqan joylardagi sabzavot va tuzlamalardan tayyorlangan ovqat va salatlarini iste'mol qilishga ruxsat etilmaydi. Shuningdek, ovqatlanish muassasalari, sazdo xodimlari, bolalar muassasalarining ishchilari orasida soxta sil qo'zg'atuvchilarini tashib yuruvchilarni aniqlash zarur. Soxta silning maxsus profilaktikasi ishlab chiqilmagan.

SARAMAS (ERYSIPELAS)

Umumiy toksik, A guruhiga mansub beta-gemolitik streptokokklar keltirib chiqaradigan, terining yuza sathlari zararlanadigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Saramas qo'zg'atuvchisi asosan gemolitik streptokokklar bo'lsa-da, lekin bu kasallikni streptokokklarning boshqa turlari, ya'ni yashil stafilokokklar yoki pnevmokokklar ham keltirib chiqarishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Ko'pchilik hollarda kasallik saramasga uchragan bemorlar bilan aloqada bo'lmasdan turib, mustaqil ravishda kelib chiqadi. Bolalar kattalarga qaraganda kamroq kasal bo'ladilar.

1 yoshgacha bo'lgan bolalar, ayniqsa chaqaloqlar hammadan ko'ra ko'proq kasallanadilar. Kasallik ekzogen va endogen (limfogen) yo'l bilan yuqadi. Ekzogen yo'l bilan infeksiya shilingan teri orqali o'tadi. Limfogen yo'l bilan esa kasallik qo'zg'atuvchining limfa yo'llari orqali, yallig'lanishning boshqa o'choqlaridan (osteomiyelit, flegmona, angina, tishlar kariyesi va boshq) yuqadi.

Patogenezi. Teriga tushgan streptokokklar limfa tugunlarida joylashadi, keyin limfa tomirlari orqali turli a'zolarga tarqala boshlaydi. Intoksikatsiyani endo- va ekzotoksinlar, streptokokklarning boshqa toksik substansiyalari keltirib chiqaradi. Streptokokklarning mahsulotlari infeksiyaning tarqalishini yengillashtiradi. Saramas tez-tez qaytalanib turishga moyilligi bilan ta'riflanadi.

Saramas va retsidiylarning kelib chiqish mexanizmda oliy nerv faoliyatining axvoli va organizm qarshiligini susaytiruvchi hamda latent infeksiyani faollashtiruvchi endogen va ekzogen omillarning noxush ta'siri ahamiyatga ega.

Surunkali yallig'lanish jarayonlari, surunkali teri kasalliklari, o'tkir yallig'lanish kasalliklari, mayda jarohatlar, sovuq qotish noxush ta'sirlar jumlasiga kiradi.

Bordiyu, saramas qo'zg'atuvchisi limfatik to'siq orqali terining chuqur qavatlariga kirib qolsa, teri osti abscesslari, bakteriyemiya va metastatik yallig'lanish o'choqlari rivojlanadi. Bu asosan nimjon, kuchsiz, tez-tez kasal bo'ladigan bolalarda qayd etiladi.

Klinikasi. Saramasning inkubatsion davri bir necha soatdan 3—7 kungacha davom etadi. Kasallik odatda birdan etuvishishi, tana haroratining tezda 39—40° ga chiqib ketishi, umumiy holsizlik, bosh og'rish, ba'zan qayt qilishdan boshlanadi. Bir necha soat yoki 1 — 2 kundan keyin terining u yoki bu yeri qizarib, shish paydo bo'ladi, shu joyni ushlab ko'rganda teri qizishi, og'riq paydo bo'lishi, atroflari aniq ko'rinib turuvchi yallig'lanish kuzatiladi. Qizarish periferiya bo'ylab tarqala boshlaydi, chetlari g'adur-budur bo'lib, sog'lom teridan yaqqol ajralib turadi. Katta yoshdagi bolalarda saramas ko'pincha yuzda, bo'yinda, ko'krak yoshidagi bolalarda esa badanda, ba'zan oyoq-qo'llarda joylashgan bo'ladi. Yallig'lanish darajasi, xarakteri va

kasallikning kelib chiqishiga qarab, saramasning bir necha turlari: eritematoz, vezikulyar, bullyoz, gemorragik, flegmonoz va gangrenoz turlari ajratiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda ko'pincha kasallikning zritematoz turi kuzatiladi.

Kasallikning tarqalishiga qarab, mahalliy yoki chegaralangan, tarqalgan va adashgan turlari farqlanadi. Xastalik odatda 6—14 kun davom etadi, ba'zan bor-yo'g'i 2 kunda o'tib ketishi mumkin. Ba'zi hollar esa, ayniqsa, adashgan turida bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Saramasning erta qaytalanishi ham kuzatilgan, bunda kasallik sog'aygandan bir necha kundan keyin retsdiv kelib chiqadi. Kech retsdivlarda zsa kasallik bir necha oy yoki yildan keyin qaytalaydi. Kasallik retsdivlar bilan kechganda uzoq vaqt davom etib, bir necha yillar, hatto o'n yillab davom etishi mumkin. Teridan tashqari saramas shilliq pardalarda, burun, og'iz, yutqin, traxeya va bronxlarning shilliq qavatlarida ham aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, chap tomonga siljigan neytrofilyoz kuzatiladi. Ko'pincha limfotsitoz va monotsitoz kuzatilishi mumkin. ECHT odatda oshgan, ko'krak yoshidagi bolalarda u uzoq zaqtgacha yuqori darajada (20 mm/s) saqlanib qoladi. Saramas ko'krak yoshidagi bolalarda faolligi, tez tarqalishi va ko'pincha adashgan turiga aylanishi bilan xarakterlanadi. Hozirgi vaqtda, odatda kasallik bolaning sog'ayishi bilan yakunlanadi.

Tashxisi. Klinik ma'lumotlarga asoslanadi. Streptokokk infeksiyasida immunologik reaksiyalar (antistreptolizin titrini aniqlash) diagnostik ahamiyatga ega. Saramasni infeksiyon eritema, piodermiyadan ajrata, bilish kerak.

Asoratlari. Flegmona, teri abscesslari, flebitlar, tromboflebitlar, zotiljam, sepsis va boshqalar.

Davosi. Saramasda kompleks davo qabul qilingan: etiotrop vositalarini (penitsillin qatoriga oid antibiotiklar bilan birga, eritromitsin, tetrasiklin) stimullovchi terapiya bilan (gemoterapiya, gemotransfuziya, plazma va immunoglobulin quyish) qo'llash, desensibilizatsiyalovchi terapiya, antigistamin, vitaminli va gormonal preparatlar, ultrabinafsha nurlar, UBN va simptomatik terapiya kabilar shular jumlasidandir. Saramasning surunkali qaytalovchi turini umumiy davolash usullari qatori gormonoterapiya bilan qo'llash birmuncha samaraliroqdir.

Profilaktikasi. Saramas profilaktikasida terini ozoda tutish katta axamiyatga ega, shuningdek, infeksiya o'choqlarini faol ravishda tugatish, markaziy nerv sistemasi faolligining normal bo'lishini ta'minlash, organizmning immunobiologik quvvatini oshirib borish zarur.

ROTAVIRUS KASALLIKLARI (ROTAVIROSI)

Rotavirus kasalliklari ko'proq yosh bolalarda uchraydigan o'tkir virusli kasallikdir. Xastalik umumiy zaharlanish, me'da-ichak yo'llari zararlanishi va dehidratatsiya simptomlari bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Rotavirus so'zi lotincha rota — g'ildirak so'zidan kelib chiqqan bo'lib, elektron mikroskop ostida qarganda viruslar qisqa tolali, ingichka doirali mayda g'ildirakchalarga o'xshab ko'rinadi. Tarkibida RNK tutadi. Virus bo'laklarining kattaligi 65—75 nm. Odam rotaviruslarini to'qimalarda o'stirish va xayvonlarga yuqtirish ancha qiyindir. Viruslar tashqi muhitga chidamlidir.

Epidemiologiyasi. Xastalik juda keng tarqalgan bo'lib, rivojlangan mamlakatlardagi barcha ichak kasalliklari bilan og'rgan, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarning deyarli yarmi shu kasallik bilan kasallanadi. Rotavirus kasalliklari o'tkir respirator kasalliklaridan keyin 2-o'rinda turadi. 9—12 oylik bolalar ko'proq kasal bo'ladilar, lekin tug'ruqxonalardagi chaqaloqlar, shuningdek, maktab yoshidagi bolalar ham kasal bo'lishi mumkin.

Kasallik manbai va rezervuari faqat odam. hisoblanadi. Viruslar axlat bilan (1 g axlatda 10^{10} — 10^{11} tagacha viruslar bo'lishi mumkin) 3 xafta davomida, ko'pincha kasallik boshlangandan so'ng 7—8 kun davomida ajralib chiqadi. Fekal-oral yo'l bilan yuqadi. Havotomchi orqali yuqishi isbotlanmagan. Kasallik butun yil davomida kuzatiladi, lekin qish oylarida ko'proq uchraydi. 2—3 yoshdagi bolalarda spetsifik antitelolarning topilishi infeksiyaning keng

tarqalganligidan (90 foizgacha) dalolat beradi.

Patogenezi va patanatomiyasi. Kasallik odamga alimentar yo'l bilan yuqadi. Rotaviruslarning yig'ilib ko'payishi me'da-ichak yo'llarining yuqori qismlarida, asosan o'n ikki barmoq ichak epiteliysida kuzatiladi. Haroratning yuqori bo'lishi va umumiy zaharlanish alomatlarining yo'qligi, viruslarning gematogen yo'l bilan tarqalishining axamiyati yo'qligini bildiradi, (agar virusemiya haqida ma'lumotlar bo'lmasa). Rotaviruslar ichaklarning shilliq qavatlarida to'planib, keyin ichak bo'shlig'iga tushadi. Suyuqlik va elektrolitlarni ko'plab yo'qotish natijasida II—III darajali degidratatsiyaning kelib chiqishi patogenetik jihatdan muhimdir. Rotaviruslar bir oz miqdorda yo'g'on ichakda ham topilishi mumkin.

Rotavirusli infeksiyalar ko'pgina boshqa virusli (adeno va koronavirusli) va bakterial (esherixiozlar, shigellyozlar, salmonellyozlar) kasalliklar bilan birga uchraydi. Biroq, rotaviruslarning o'zi xam me'da-ichak yo'llarining zararlanishiga olib kelishi mumkin. Mikroskop ostida tekshirilganda ichak shilliq pardasida yuzasi tekislangan, tuklari qisqargan qismlarini ko'rish bilan birga shilliq qavatlar va bir yadroli hujayralar infiltratsiyasini ko'rish mumkin. Elektron mikroskop ostida rotavirus qismlarini aniqlash mumkin. 4—8 hafta o'tgach, ingichka ichaklarning shilliq qavatlar normal holga keladi.

Rotavirus kasalliklarida disaxaridaza sintezlanuvchi ingichka ichak tugunlarining epiteliysi ham qisman zararlanadi. Natijada ichaklarda disaxaridlar yig'ilib qoladi, oddiy qandlarning so'rilishi ham buziladi. Bularning hammasi yo'g'on ichakka tushadigan disaxaridlar va oddiy qand miqdorining oshib ketishiga olib keladi, natijada osmotik bosim oshib ketadi. Shu munosabat bilan to'qimalardagi ko'p miqdordagi suyuqlik yo'g'on ichakka tushib, organizm suvsizlanishiga olib keladi. Bu jarayon rotavirus infeksiyasi keltirib chiqargan yallig'lanish hollari bilan yanada kuchayadi. Infeksiya boshdan kechirilgandan so'ng qon zardobida antitelolar to'planib qoladi.

Inkubatsion davr 7 kundan 15 kungacha davom etadi (ko'proq 1—2 kun bo'ladi). Kasallik o'tkir boshlanadi. Kasallik boshlangandan 12—24 soat o'tgach, kasallikning barcha klinik alomatlari yaqqol namoyon bo'ladi, ifodalangan isitma odatda kuzatilmaydi. Tez-tez, suvdek, shilliq va qon aralashmasisiz ich ketadi. Ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishi natijasida kasallikning og'irroq kechishi qayd etiladi.

Bemorlarning yarmida qayt qilish, uncha kuchli bo'lmagan intoksikatsiya va subfebril harorat bilan birga epigastral sohada og'riq kuzatiladi. Faqat ba'zi hollardagina bemor 2—3 kungacha qayt qilishi mumkin.

Bemorlarning hammasida suvdek tez-tez ich ketishi aniqlanadi, axlat kuchli qo'lansa hidli, oqish, loyqasimon bo'lib, vabo bilan og'rigan bemorning axlatiga o'xshab ketadi. Axlat tarkibida shilliq va qonning bo'lishi rotavirus kasalligiga bakterial infeksiya qo'shilganidan dalolat beradi. Bunday kasallarda isitma va intoksikatsiya kuchliroq namoyon bo'ladi.

Tez-tez ich ketishi natijasida organizmning suvsizlanishi kelib chiqadi. 95—97 foiz bemorlarda I yoki II darajali suvsizlanish kuzatiladi, ba'zan dekompensatsion metabolik atsidoz bilan og'ir degidratatsiyani kuzatish mumkin. Bunday hollarda o'tkir buyrak yetashmovchiligi va gemodinamik buzilishlar kelib chiqishi mumkin.

Qorinni palpatsiya qilganda epigastral va kindik sohalarida og'riq va qorinning o'ng tomonida kuchli g'uldurashni sezish mumkin. Jigar va taloq kattalashmagan. Rektoromanoskopik usul bilan tekshirilganda, ko'pincha bemorlarda o'zgarish bo'lmaydi, ba'zi bemorlardagina to'g'ri ichak va sigmasimon ichak shilliq qavatlarining biroz qizarganligi va shishganligi qayd etiladi.

Kasallikning o'tkir davrida siydik miqdori kamayib ketadi, ba'zi bemorlarda albuminuriya, siydikda leykotsitlar va eritrotsitlar topiladi, qon zardobidagi qoldiq azotning miqdori oshib ketadi.

Kasallikning boshlang'ich davrida leykotsitoz kuzatilib, kasallik avjida leyxopeniya kelib chiqadi, ECHT o'zgarmaydi.

Asoratlari. Rotavirus kasalligidan asoratlar qolmaydi. Lekin ikkilamchi bakterial infeksiyaning qo'shilishi natijasida kasallik klinik alomatlarining o'zgarib ketishi va shunga

yarasha boshqa terapevtik davolash usulning talab etilishini unutmaslik kerak.

Tashxisi. Kasallikka tashxis qo'yishda epidemiologik sharoitlarni xisobga olgan holda, klinik alomatlariga e'tibor beriladi.

Xastalikning o'tkir boshlanishi, tez-tez, kuniga 10—15 martagacha suvdek patologik aralashmalarsiz ich ketishi, qayt qilish, degidratatsiya, haroratning bir oz ko'tarilishi, umumiy intoksikatsiya simptomlari kasallikka xosdir.

Tashxis axlatdagi rotaviruslarni turli yo'llar bilan aniqlab tasdiqlanadi (elektron mikroskop orqali agardagi diffuzion pretsipitatsiya reaksiyasi, lateks-agglutinatsiya reaksiyasi, immunoferment analizi, rotavirus RNK sini poliakrilamid gelida elektroforez yo'li bilan aniqlash). KBR va radial immunoflyuoressent yo'li bilan serologik tekshirishlar unchalik ahamiyatga zga emas.

Kasallikni vabo, NAG- infeksiyasidan, dizenteriya, esherixioz, salmonellyozning gastrointestinal turidan, shartln patogen bakteriyalar keltirib chiqaruvchi PTI lardan, ichak iyersiniozidan, protozoy kasalliklaridan, adenovirus va enterovirus infeksiyalaridan (diareya) ajrata bilish kerak.

Davosi. Spetsifik va etiotrop preparatlar yo'q. Normal odam immunoglobulinini 3—6 ml dan mushak orasiga yuborish mumkin. Patogenetik davolash usuli davolashning asosi bo'lib xisoblanadi, eng avvalo yo'qotilgan suyuqlik va elektrolitlarning o'rmini to'ldirish lozim. I yoki II darajali suvsizlanishda glukoza-elektrolit eritmasi peroral yo'l bilan yuboriladi. Bunda quyidagi eritmadan foydalanish mumkin: natriy xlorid - 3,5 g, natriy gidrokarbonat —2,5 g, kaliy xlorid—1,5 g, glukozaning—20 g/l suvdagi. eritmasi. Katta yoshli kishilarga eritma ozozdan (30—100 ml) har 5—10 daqiqa ichib turishga beriladi. 1 l eritmaga 20 g glukoza quyilgan Ringer eritmasidan berish mumkin, shuningdek, 5-raqamli eritmani (5 g natriy xlorid, 4 g natriy gidrokarbonat, 1 g kaliy xlorid 1 l suvga) 41 g glukozaga qo'shib berish mumkin. Eritmalardan tashqari boshqa suyuqliklar (choy, mors, mineral suvlar) xam berish mumkin.

Birlamchi regidratatsiya uchun suyuqlik miqdori suvsizlanishning darajasiga bog'liq bo'lib, bu klinik belgilar bilan tekshirilib turiladi. Organizmning suyuqlikka to'yinish darajasiga yetgach, regidratatsiya yo'qotilgan suyuqlikning miqdoriga qarab o'tkaziladi (ich ketish, qayt qilishning miqdori). Suvsizlanishning og'ir darajasida regidratatsiya vena ichiga suyuqliklar yuborish bilan o'tkaziladi. (disol, trisol, atsesol va boshq). 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda suv-elektrolit balans regidron, glyukosolan berish yo'li bilan to'ldiriladi; bu suyuqliklar 40 ml/kg og'irligiga nisbatan bir xo'plamdan, 1 yoshdan katta bolalarga esa 100 ml/kg tana og'irligiga nisbatan berib turiladi. Teri odatdagi tusga kirgach, suyuqlik berish to'xtiladi, suv bilan teng miqdorda suyultirilgan sut beriladi (har 4—5 soatda 200 ml dan).

Katta bolalarga parhez tayinlanganda sut va sut maxsulotlari berilmaydi, uglevodlar cheklangan miqdorda beriladi. Poli ferment preparatlar (meksaza, festal, panzinormforte), shuningdek, me'da shirasi, pankreatin, amilaza, tri ferment, abomin, digestal, atsidin-pepsin beriladi. Antibiotiklarni rotaviruse kasalliklarida berib bo'lmaydi, chunki ular viruslarga ta'sir etib, disbakteriozni keltirib chiqarisha mumkin.

Kasallik oqibati odatda yaxshi bo'ladi. Sog'ayish 1-haftaning oxiri, 2-haftaning boshlariga to'g'ri keladi. Suv-elektrolit almashinuvi kuchli bo'lgan bolalarga o'z vaqtida davo qilinmasa, o'lim yuz berishi mumkin.

Profilaktikasi va o'choqdagi chora-tadbirlar. Bemorlar 10—15 kunga ajratib qo'yilishi zarur. Kasallikning yengil turida ular uyda davolanib, vrach nazoratida bo'lishlari mumkin. Har kuni dezinfeksiya o'tkazib turiladi. Bemor ajratmalarini zararsizlantirib -idishlari qaynatiladi, oxirida xonani ho'l latta bilan artib dezinfeksiya qilinadi, bemor kiyim-kechagi va o'rin-ko'rpalari maxsus kamerada yuqumsizlantiriladi. Kasallikka qarshi spetsifik profilaktika ishlab chiqilmagan.

SKARLATINA (SCARLATINA)

O'tkir infeksiyon allergik kasallik bo'lib, haroratning ko'tarilishi, organizmning umumiy

intoksikatsiyasi, bodomcha bezlarining zararlanishi va terida mayda-mayda tugmasimon toshmalarining paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Skarlatina qo'zg'atuvchisi A guruhiga mansub gemolitik streptokokklar hisoblanadi. Bu guruhga kiruvchi streptokokklar 50 dan ortiq serologik tipdan iborat. Bularning har biri toksigenlik xususiyatiga ega, shuningdek, ular antitoksin immunitetlik darajasiga qarab skarlatina, streptokokkli angina, faringit, saramas va boshqa kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Skarlatina yoki boshqa streptokokk infeksiyasi (angina) bilan og'rikan bemor infeksiya manbai bo'lib hisoblanadi. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi, lekin qo'zg'atuvchi turli yiringli o'choqlarda (otit, yiringli limfadenit), shuningdek, bemor foydalangan buyumlar (masalan o'yinchoqlar)da ham bo'lishi mumkin. Bemor birinchi kundanoq atrofidagilar uchun xavfli bo'ladi va bu narsa butun kasallik davomida, ba'zan esa rekonvalessensiya davrida ham qoladi. Statsionardan chiqqandan so'ng, rekonvalessentdan kasallikning yuqishi kechki kontakt deyiladi. Terining qipiqalanishni xali tugamagan bo'lsa, rekonvalessent yuqumli xisoblanmaydi. Yuqumlilik burun-halqum holatiga, unda yallig'lanish o'choqlarining bor-yo'qligiga bog'liq bo'ladi. Rekonvalessentlarning yuqumliligi ma'lum darajada reinfeksiyaga ham bog'liqdir.

Skarlatinaning yashirin turi bilan og'rikan bemorlar katta epidemiologik ahamiyatga ega bo'ladi, chunki bunda tashxis o'z vaqtida ko'yilmaydi. Skarlatinaga 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar ko'proq beriluvchan bo'ladi. Bola hayotining birinchi 6 oyligida kamdan-kam kasal bo'ladi. Kasallikka beriluvchanlikni Dik reaksiyasi yordamida aniqlash mumkin. (0,1 ml Dik toksinining termolabil fraksiyasini teri ostiga yuboriladi). Terida qizarish va infiltratsiyaning paydo bo'lishi (musbat reaksiya) organizmning beriluvchanligidan darak beradi. Skarlatinani boshdan kechirganlarda mustahkam immunitet hosil bo'ladi va bola ikkinchi marta kasal bo'lmaydi, lekin antibiotiklarning keng qo'llanilishi tufayli qaytadan skarlatina bilan kasallanish hollari ham kuzatiladi.

Kasallikda ma'lum mavsumiylik qayd qilinadi: kuz-qish oylarida kasallik ko'payib, yozda kamayadi. Issiq iqlimli o'lkalarda, tropik va subtropik joylarda skarlatina kam uchraydi.

Klinikasi. Inkubatsion davri o'rta xisobda 2—7 kun davom etadi. Kasallik ko'pincha o'tkir boshlanib, harorat ko'tarilishi, holsizlik, tomoqda og'riq, qayt qilish bilan kechadi. Xastalikning birinchi yoki ikkinchi kunida terida pushti rang mayda nuqtasimon, ba'zan qattiq qichishadigan toshmalar paydo bo'ladi. Toshmalar asosan, ko'proq qorinda, oyoq-qo'llarning ichki tokonida, burunda va og'iz bo'shlig'ida joylashgan bo'ladi. Tanglay zararlanishi turlicha bo'lib, kataral, follikulyar, lakunar va nekrotik angina ko'rinishida bo'lishi mumkin. Skarlatina uchun tanglayning qizarib ketishi xarakterli bo'lib, tanglay qancha ko'p zararlangan bo'lsa, bo'yin limfadeniti ham shuncha ko'p bo'ladi. Kasallikning o'tkir davri 4—5 kun davom etadi, keyin harorat asta-sekin tusha boshlaydi, toshmalar oqaradi, bemor o'zini biroz yaxshi his eta boshlaydi. Kasallikning dastlabki kunlarida tilni karash bog'laydi, 2—3 kundan keyin esa uchidan tozalanadi, til so'rg'ichlari yaqqol ko'rina boshlaydi (malinasimon til).

Kasallikning 2-haftasida terining qipiqalanishi kuzatiladi, u badanda kirindisimon ko'rinishda bo'lsa, oyoq-qo'llarda plastivkasimon ko'rinishda bo'ladi. Kasallikning birinchi kunlari leykotsitoz, neytrofilyoz, ECHT ning tezlashuvi aniqlanadi. 3-kundan boshlab qonda eozinofiliya paydo bo'lib, ba'zan u yuqori (15—20 foizgacha) darajagacha ko'tariladi.

Skarlatinaning klinikasi juda xilma-xildir. Tipik skarlatinaning 3 turi: yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir kechadigan turlari farq qilinadi.

Ko'pincha skarlatinaning yengil turi kuzatiladi, u kuchsiz intoksikatsiya yoki intoksikatsiya butunlay bo'lmasligi bilan xarakterlanadi. Yuqori harorat (38,5° darajadan oshmaydi), kataral angina, kasallikning qisqa o'tkir davri (4—5 kun) kuzatiladi. O'rtacha og'irlikda kechadigan turida intoksikatsiya birmuncha yaqqolroq bo'lib, harorat (40° S gacha) ko'tariladi, tanglayning zararlanishi, ba'zi nekrotik o'zgarishlar aniqlanadi.

Og'ir kechadigan skarlatina o'z navbatida qaysi xolat ko'proq ustun kelishiga qarab toksik, septik, toksikoseptik turlarga bo'linadi.

Toksik turiga kasallikning birdaniga kuchli boshlanishi, qayta-qayta qusish, alaxsirash, qaltirash, meningeal simptomlar, taxikardiya xosdir.

Septik turiga tanglayning (nekrotik angina) va regionar limfa tugunlarining og'ir zararlanishi xarakterli bo'lib, ba'zan adenoflegmona, ko'pincha turli yiringli asoratlarga olib kelishi mumkin. Kasallikning tipik shaklidan tashqari, atipik turlari ham bo'lishi mumkin (yashirin turi), bunda kasallikning asosiy alomatlari ancha kuchsiz namoyon bo'ladi yoki butunlay bo'lmaydi.

Asoratlari 2 guruhga bo'linadi: a) erta asoratlari, bular intoksikatsiya va streptokokk infeksiyasining oqibatidir; b) kechki asoratlari, bular allergik reaksiyalardir.

Asoratlari kasallikning hamma turida ham kelib chiqishi mumkin. Skarlatinada ko'pincha asoratlari kelib chiqishi kuzatilgan (otit, mastoidit, limfadenit, sinusit, sinovit, glomerulonefrit, yurak tomirlarining zararlanishi va boshq.). Skarlatinaning retsidivlari ham kelib chiqishi mumkin, bunda ma'lum vaqtda kasallikning barcha alomatlari qaytadan namoyon bo'ladi. Ko'pincha kasallikning yengil turi kuzatiladi, shuningdek, gospitalizatsiya yaxshi yulga qo'yilgani uchun asoratlari ham kam uchraydi.

Tashxisi. Tashxis kasallik klinikasi, dinamikasi va epidemiologik ma'lumotlarni hisobga olib qo'yiladi (skarlatina bo'lgan kasallar yoki rekonvalessentlar, shuningdek, boshqa streptokokk infeksiyalari bilan aloqada bo'lganlarni). Asosiy diagnostik usullardan qondagi o'zgarishlar, tanglaydan toksigen streptokokklarni ajratib olish va Dik reaksiyasi hisoblanadi.

Skarlatina qizamiq, soxta sil, qizilcha, zardob kasalliklaridan, issiqlik toshmasidan, dorilardan toshadigan va allergik toshmalardan, tanglay difteriyasidan va boshqa anginalardan ajratiladi.

Prognosi. Kasallikning kechishi yaxshi. Kamdan-kam hollarda o'lim bilan tugashi mumkin.

Davosi. Parhez va gigiyenik chora-tadbirlar kompleksidan tashqari, antibiotiklar (penitsillin, eritromsin, bitsillin-5 va boshq.) odatdagi miqdorlarda 6—7 kun davomida tayinlanadi. Statsionar sharoitida bir palatada yotuvchi bemorlarning hammasini streptokokk reinfeksiyasini keltirib chiqarmaslik uchun bir vaqtda penitsillin terapiyasi bilan davolash kerak. Palatalarni bir vaqtda kasallar bilan to'ldirib, keyinchalik o'tkir bemorlarni rekonvalessentlar bilan aloqada bo'lishlariga yo'l qo'yilmaydi.

Kasallikning og'ir (septik) turida antibiotiklar kombinatsiyasidan, qon quyish va boshqa davolash usullaridan foydalaniladi. Toksik turida yurak preparatlari (kofein, kordiamin, glukozaning 20—40 ml 10—20% li eritmasi vena ichiga) tayinlanadi. Glukozaning 5% li eritmasi va Ringer suyuqligi venaga tomchilab yuboriladi. Kasallikning dastlabki kunlarida o'rin-ko'rpa qilib yotish lozim. Bunday bemorlar uchun ovqatlanish tartibi va tarkibi odatdagicha buladi.

Profilaktikasi. Bemorlar kasalxonada yoki uyda 10 kun mobaynida ajratib qo'yiladi. Rekonvalessentlar bilan aloqada bo'lgan sog'lom bolalar 7 kun davomida izolatsiya qilinib, shu kunlar davomida har kuni tibbiyot ko'rigidan o'tishlari kerak. Skarlatina o'chog'idagi streptokokk anginasi bilan og'rikan bolalar ham izolatsiya qilinishlari zarur. Agar bemor uyda davolansa, xonani har kuni dezinfeksiya qilinadi. Uzoq muddat aloqada bo'lgan nimjon bolalarga 1—2 miqdorda immunoglobulin yuboriladi. Skarlatinaga qarshi faol immunizatsiya o'tkazilmaydi. Kasallik o'chog'ida kundalik va bemor tuzalgach, oxirgi dezinfeksiya o'tkaziladi.

KUYDIRGI (ANTRAX)

Umumiy o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, isitma, intoksikatsiya, teri, a'zo va sistemalarning zararlanishi bilan xarakterlanadi. Kasallikni bakteriyalar keltirib chiqaradi.

Etiologiyasi. Kuydirgi odamlarda va hayvonlarda uchraydigan yuqumli kasallikdir. Kuydirgining qo'zg'atuvchisi yirik tayoqchaga o'xshash grammusbat bakteriyadir, uning uzunligi 5—10 mkm, yo'g'onligi 1—1,5 mkm bo'ladi. Kuydirgi qo'zg'atuvchisi harakatsiz, grammusbat, kapsula va sporalar hosil qilish qobiliyatiga ega. Tashqi muhit ta'siriga juda

chidamlidir.

Epidemiologiyasi. Kuydirgining asosiy infeksiya manbai kasal uy xayvonlaridir. Ifloslangan tuproq ham qo'zg'atuvchining manbai hisoblanadi. Kuydirgi bilan og'rikan hayvonlar butun kasallik davomida kasallik ko'zg'atuvchisini siydik, axlat va so'lak bilan tashqi muhitga chiqaradi. O'lgan hayvonlarning a'zolari, terisi, juni, qoni va boshqa ajratmalari ham zararli hisoblanadi. Hayvonlarning bu infeksiyaga beriluvchanligi juda yuqoridir. Kuydirgi alimantar, transmissiv va havo yo'li orqali yuqadi. Kuydirgi bevosita aloqa yo'li bilan kasal hayvondan sog'lom hayvonga o'tmaydi. Kasallik asosan iyun-avgust oylarida ko'proq kuzatilib, hayvonlarga tuproq va qon so'ruvchi hasharotlar orqali yuqadi.

Kuydirgi bilan kattalar ham, bolalar ham bir xil og'riydilar. Statistik ma'lumotlarga qaraganda, kattalar bolalarga nisbatan ko'proq kasal bo'ladilar. 80 foiz hollarda kuydirgi bilan hayvon terisi, juni va boshqa mahsulotlari bilan ishlovchi shaxslar ham kasallanadilar.

Patogenezi. Kuydirgining teri, o'pka, ichak orqali yuqadigan va septik turlari farq qilinadi. Shuningdek, bu mikroorganizmning immunobiologik xususiyatiga ham bog'liqdir. Odamda, ko'pincha teri orqali yuqadigan turi uchraydi. Bunda infeksiya organizmga teri orqali tushadi. Ichak va o'pka orqali yuqadigan turlari gematogen yo'l bilan ikkilamchi ravishda rivojlanadi. Kasallikning septik turi ikkilamchi bo'lib, kuydirgining barcha klinik ko'rinishlarida rivojlanishi mumkin. Xastalikning birlamchi septik turi ko'plab miqdorda infeksiya tushganda, qo'zg'atuvchi yuqori virulentlikka ega bo'lganda, shu bilan birga mikroorganizmning ximoyalaniish qobiliyati yetarli bo'lmaganda rivojlanishi mumkin.

Klinikasi. Odamlarda kuydirgining yashirin davri bir necha soatdan 6—8 kungacha davom etadi. Terida turli mahalliy o'zgarishlar kuzatilib, asosan tananing ochik qismida joylashuvchi kuydirgi karbonkuli ko'rinishida bo'ladi. Terining qo'zg'atuvchi kirgan joyida dog' paydo bo'lib, keyinchalik missimon qizg'ish rangdagi papulaga o'tadi. Bir necha soatdan keyin papula vezekula tomchisiga aylanadi, so'ng papulaga o'tadi. bir necha vaqtdan so'ng pustula o'rnida qoraygan yara o'rni hosil bo'ladi. Yara o'rni atrofiga yangi mayda tomchilardan doiracha hosil bo'lib, bir necha kundan keyin ular o'zaro qo'shiladi va yangi, yirik, qoraygan, qattiq, diametri 5—6 sm gacha yetadigan yara o'rni hosil bo'ladi. Atrofida teri va hujayralar shishgan va infiltratsiyalangan bo'ladi. Yara o'rnida og'riq kuzatilmaydi. Bemor harorati odatda 39—40°S gacha ko'tariladi, lekin kasallik yengil kechganda harorat subfebril bo'lishi mumkin. Kasallik normal kechganda 5—6 kundan keyin harorat pasayadi va shish kamayadi. 1,5—2 haftadan so'ng yara o'rnida to'qimalarning granulatsiyasi kelib chiqadi va chandiq hosil bo'ladi. Kasallik og'ir kechganda sepsis rivojlanib, metastatik o'choqlar kelib chiqadi va bemorning o'limiga sabab bo'ladi.

Odamlarda kuydirgining ichak orqali yuqadigan turi kam uchraydi. Kasallik umumiy holsizlanish, ko'ngil aynishi, qon aralash qayt qilish, qon aralash ich ketishi, haroratning ko'tarilishi bilan boshlanadi. Qorinda qattiq, belda doimiy og'riq paydo bo'ladi. Kasallik o'rtacha 2—4 kun davom etadi va o'tkir yurak yetishmovchiligiga olib kelib, o'lim bilan tugaydi. O'pka orqali yuqadigan turi juda kamdan-kam uchraydi. Kasallikning boshlanishi yuqori nafas yo'llarining katariga o'xshaydi. Ko'krakda og'riq va siqilish paydo bo'ladi, umumiy holsizlanish va yuqori harorat kuzatiladi. Yo'tal avvaliga shilliq balg'am, keyin qon aralash balg'am bilan qayd etiladi. Kasallikning 2—3-kuni yurak faoliyati izdan chiqishi natijasida xastalik bemorning o'limi bilan tugaydi.

Kasallikning septik turi tez va juda og'ir kechishi bilan xarakterlanadi, bunda gemorragik o'zgarish ko'plab kuzatiladi. Qonda, orqa miya suyuqligida va bir qator a'zolarida katta miqdorda kuydirgi tayoqchalari topiladi. Kuydirgi ba'zi bolalarda alohida xususiyatlar bilan kechadi, Bunda asosan kasallikning o'tkir boshlanishi xarakterli bo'lib, umumiy intoksikatsiya alomatlari, miya o'zgarishlari, bosh og'rishi, qayt qilish, titroq va hushdan ketish aniqlanadi. Kuchli isitma reaksiyasi kuzatilib, ba'zan uzoq muddatgacha xarorat subfebril bo'lishi mumkin.

Tashxisi. Tashxis epidemiologik, klinik va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanib qo'yiladi. Laboratoriya tekshirish usullaridan: bo'yalgan materialni mikroskop ostida ko'rish, immunoflyuorescent usuli, oziqali muhitga ekish, laboratoriya hayvonlariga yuqtirish va

serologik usul — Askoli bo'yicha pretsipitatsiya reaksiyasidan foydalaniladi.

Differensial tashxisi. Kuydirgining teri orqali yuqadigan turini teri stafilokokk kasalliklari, tulyaremiya, ko'k yiring tayoqchalari paydo qilgan infeksiya, zotiljam bilan differensial tashxis qilish kerak.

Davosi. Kuydirgining hamma turida asosiy va spetsifik davolash usuli — kuydirgiga qarshi immunoglobulin qo'llanadi. Davolash kursining muddati va preparatlarning miqdori individualdir. Preparatlarni yuborishdan oldin 37°S gacha qizdiriladi va Bezredko bo'yicha mushaklar orasiga yuboriladi. Terapevtik miqdori 20—30 ml, hozirgi vaqtda zardob o'rniga kuydirgi immunoglobulinidan foydalanilmoqda. Profilaktika maqsadida bolalarga —5—8 ml, o'smirlarga -12 ml, kattalarga —25 ml immunoglobulin yuboriladi. Penitsillin sutkasiga 2—3 marta mushaklar ichiga yuboriladi (sutkalik miqdori—500000—1500000 TB). Zararlangan joyga surtma dori surtilgan bint bog'lanadi. Kuydirgini spetsifik davolash simptomatik, ayniqsa yurak preparatlari bilan birga olib boriladi.

Profilaktikasi. Kuydirgiga qarshi chora-tadbirlar infeksiya manbai va o'choqlarini topishga va yo'q qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Infeksiyaning yuqish yo'llarini tugatish, odam va hayvonlarni kuydirgi yuqishidan saqlash lozim. Profilaktik chora-tadbirlar quyidagilarni ko'zda tutadi: kuydirgi bilan kasallangan va shunga taxmin etilgan hayvonlarni ajratib qo'yish, kuydirgidan o'lgan hayvonlar jasadini, zararlangan obyektlarni yoqib yo'q qilish, kasal hayvonlar turgan yerlarni zararsizlantirish, suv ichish joylarini tozalash, botqoq yerlarni quritish.

Odamlarni kuydirgiga qarshi emlashda STI — sporali kapsulasiz vaksina qo'llanadi, bu vaksina kuydirgi mikroblarining virulentidan tayyorlangan. Vaksina yuqori samaradorligi va xavfsizligi bilan ajralib turadi. Vaksina teri usti yoki ostiga yuboriladi. 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga—0,3 ml, 11 yoshdan 14 yoshgacha—0,5 ml, kattalarga—1 ml vaksina yuboriladi. Revaksinatsiya 1 yildan so'ng o'tkaziladi.

QOQSHOL (TETANUS)

O'tkir yuqumli infeksiyon kasallik bo'lib, qoqshol toksini keltirib chiqargan chaynov mushaklarining tonik qisqarishlari, vaqti-vaqti bilan talvasa tutishi, organizmning umumiy zaharlanishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi—ekzotoksin ajratuvchi, harakatchan spora xosil qiladigan tayoqcha bo'lib, anaerob sharoitlarda rivojlanadi. Tuproqqa najas bilan birga tushib, o'z hayot faoliyatini uzoq saqlab turadigan sporalar xosil qiladi. Kasallik aksariyat teri orqali yuqadi. Chaqaloqlar kindik yarachasi ifloslanganda zaharlanishi mumkin. Kasallik patogenezida neyrotrop ta'sir ko'rsata oladigan toksin asosiy rol o'ynaydi. Qoqshol to'qimalar nekrozi bilan davom etadigan chuqur sanchilgan yaralar va shikastlanishlarda ayniqsa xatarli hisoblanadi.

Qoqshol tayoqchasi toksini nerv tolalari oxirlariga, orqa va bosh miyaga ta'sir etadi. Toksik-simpatik nerv sistemasi tonusining oshnishi taxikardiya, gipertoniya, aritmiya, periferik tomirlar spazmi, ko'p terlashni keltirib chiqaradi. Qoqshol patogenezida metabolik buzilishlarga muhim ahamiyat beriladi.

Klinikasi. Inkubatsion davr o'rta hisobda 6—14 kundur. Kasallik birdan umumiy xolsizlik, bezovtalanish va chaynov mushaklarining og'riqli talvasasi, keyin yuz mushaklarining talvasali qisqarishi va tez orada og'riq gavda mushaklariga o'tishidan boshlanadi. Buning natijasida gavdaning yoyga o'xshab egilishi, qorinning keskin taranglashishi, nafas buzilishlari rivojlanadi. Harorat o'rtacha ko'tarilgan bo'ladi.

Ko'p terlash va so'lak oqishi qayd qilinadi. Xastalik odatda og'ir o'tadi va o'lim hollari ko'p bo'ladi.

Kasallik klinik belgilarining og'ir-yengilligiga qarab, xastalikning yengil, o'rtacha og'ir, og'ir va juda og'ir turlari farq qilinadi.

Qoqsholning yengil turida kasallikning asosiy klinik belgilari asta-sekin rivojlanadi, tonik talvasalar sust ifodalanadi, bunda o'qtin-o'qtin talvasa tutishi, o'choqli infeksiyada mushaklar gipertonusi (mahalliy qoqshol) qayd qilinishi ehtimol. Bunday holat bir necha hafta mabaynida

saqlanib turishi va nom-nishonsiz yo'qolib ketishi mumkin.

Og'ir kechadigan qoqshol nisbatan qisqa inkubatsion davr (3—5 kun) bilan ta'riflanadi. Kasallik o'tkir, shiddatli boshlanadi. Trizm barvaqt paydo bo'ladi, chaynov mushaklari spazmi boshqa mushaklar spazmi bilan almashadi, yutinish qiyinlashadi. Bezovtalanish, jizzakilik, bosh og'irishi kasallikning ilk belgilaridandir. Qoqshol tutqanog'i kech paydo bo'lib, uzoq vaqt davom etishi mumkin, asfiksiya, qon aylanishining buzilishi, dizuriya kuzatiladi, shu bilan bir qatorda bolalarda ko'pincha beixtiyor siyib qo'yish va axlat ajralishi qayd qilinadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qoqshol tarqoq (generalizatsiyalashgan) turda kechadi, so'rish akti buziladi, bezovtalik, yig'loqilik paydo bo'lib, bunga talvasalar qo'shilib ketadi. Ilk bor tremor, blefarospazm qayd qilinishi mumkin.

Tashxisi. Shikastlanish anamnezida jarohatning ifloslanish ehtimoli borligiga ko'rsatmalarni qo'shgan holda, kasallikning tipik-klinik alomatlariga asoslanib qo'yiladi. Qoqsholni strixnindan zaharlanish, isteriya, alveolyar yoki ensa absessi (trizm), spazmofiliyadan ajrata bilish lozim. Chaqaloqlarda qoqsholni tug'ruq natijasida kelib chiqadigan shikastlanishdan farq qilish zarur.

Davosi. Qoqsholga maxsus immunoglobulin (mushak orasiga 6 ml), 0,5 ml dan anatoksin bir kunda uch marta 3—5 kun oralatib yuboriladi. Shu bilan bir qatorda yurak-tomir vositalari va antibiotiklar ham tayinlanadi. Kasallik og'ir kechganda maxsus apparatlar yordamida boshqariladigan sun'iy nafas oldirishni qo'llagan holda traxeotomiya ko'rsatilgan. Bemorlarni respublika, viloyat va shahar shifokorlarining ixtisoslashtirilgan bo'limlariga yotqizmoq lozim.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktika bo'g'ma, ko'k-yo'tal va qoqsholga qarshi assotsirlangan vaksina (AQDS) tarkibiga kiradigan qoqshol anatoksini bilan faol immunlash, shuningdek, shikast yetganda emlanmaganlarni faol sust immunlash (0,5 ml anatoksin, maxsus immunoglobulinni 3 ml miqdorda 5 kun oralatib yuborish) yo'li bilan amalga oshiriladi.

ZARDOBDAN YUZAGA KELADIGAN KASALLIK

Xastalik yot jinsli zardobli proteinga sensibilizatsiyalangan organizmning anafilaktik reaksiyasidan iborat bo'lib, zardob bilan davolangan shaxslarda aniqlanadi. Kasallik isitma, teriga toshmalar toshishi bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi va patogenez. Zardobdan o'tadigan kasallik yot jinsli zardobni birlamchi hamda ikkilamchi (ayniqsa ko'p) yuborishda kuzatiladi. Yaxshilab tozalangan zardoblar ishlatilganda (diafermlar) zardob tufayli yuqadigan xastalik kamroq uchraydi va bir qator yengil turda utadi. Organizmning holati, reaktivligi va allergiyaga moyilligi kasallikning yuzaga kelishida hal etuvchi rol o'ynaydi. Zardobning katta miqdorlarini yuborish zardob tufayli yuqadigan kasallik rivojlanishiga yordam beradi. Organizm holati, dastlabki sensibilizatsiya, organizmning individual reaktivligi, surunkali o'choqli infeksiya va boshqa omillar anafilaktik reaksiyaning paydo bo'lishida muhim ahamiyatga ega.

Klinikasi. Zardob dastlab yuborilganda inkubatsion davr 7—12 kun bo'ladi, dori takror yuborilganda reaksiya bir zumda paydo bo'ladi. Kasallik nomutanosib xarakterda bo'lgan isitma va toshma toshishidan boshlanadi. Zardob tufayli paydo bo'ladigan toshma juda o'zgaruvchan, uning elementlari tez yo'qolib, tez paydo bo'ladi. Ba'zan toshma to'lqinsimon bo'ladi. Ko'pincha, ayniqsa zardob keltirib chiqaruvchi xastalik og'ir kechganda teri bo'g'imlar soxasining shishuvi kuzatiladi. Qon bosimi pasayadi, ba'zan bronxit rivojlanadi, kichik yoshdagi bolalarda ich ketadi.

Periferik qonda leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, trombositopeniya aniqlanadi, ECHT tezlashgan bo'ladi. Zardob keltirib chiqaradigan kasallik 3—5 kun davom etadi, goho kasallik qaytalanishi ehtimol.

Toshma oldin zardob yuborilgan joyda paydo bo'ladi. U ko'pincha qattiq qichishish, limfa tugunlarining shishuvni, ba'zan bo'g'imlarning og'riq berishi bilan kutiladi, goho aseptik nekroz ro'y beradi. Anafilaktik shok o'tkir, shiddatli rivojlanadi. Tana harorati yuqori raqamlargacha ko'tariladi, umumiy bezovtalanish, issiqlik hissi, bosh og'rig'i, qorinda og'riq

turishi, qayt qilish, o'tkir yurak-tomir yetishmovchiligi belgilari, qon bosimining pasayishi, tomir urishining yo'qolishi aniqlanadi, sianoz paydo bo'ladi. So'ng tana harorati tushib ketadi, bemor hushidan ketadi, talvasalar, o'z-o'zidan siyib, axlat ajralishi, muzdek ter, teri qoplamlarining rangsizlanishi qayd etiladi. Anafilaktik shok o'lim bilan tugallanishi mumkin.

Tashxisi. Uni qo'yish odatda qiyin emas. Xastalikni qizamiq, qizilcha, skarlatina, turli dorivor va allergik toshmalardan farq qilishga to'g'ri keladi.

Davosi. Kalsiy preparatlari, vitamin S, 0,01 dan 0,05 g gacha (yoshga qarab) dimedrol, ilik vannalar va boshqalar. Anafilaktik shokda inyeksiya o'rniga adrenalin yuboriladi, venaga efedrin yoki adrenalin, teri ostiga antigistamin preparatlari (dimedrol, pipolfen), steroid gormonlar (venaga), kislorod, sun'iy nafas oldirish, sedativ vositalar tayinlanadi va bemor zudlik bilan shifoxonaga yotqiziladi.

Profilaktikasi. Tozalangan zardoblardan foydalanish, dorini Bezredko usulida yuborish.

SPID (ORTTIRILGAN IMMUN YETISHMOVCHILIGI SINDROMI)

Immun sistemaning virusli kasalligi bo'lib, bunda asosan T-limfotsitlar — xelperlar zararlanib, organizmning shartli patogen mikroorganizmlarga nisbatan umumiy reaktivligining keskin susayishi va onkologik xastaliklarga moyil bo'lish qayd etiladi, natijada kasallik og'ir kechadi va so'zsiz o'lim bilan tugaydi.

Etiologiyasi. Spid qo'zg'atuvchisi bo'lib, odamning immun yetishmasligi virusi hisoblanadi (VICH). Hozirgi vaqtda ikki serovariant — VICH-1 va VICH-2 ma'lum. Spid viruslari retroviruslar oilasiga mansubdir.

Epidemiologiyasi. Zararlangan kishi, bemor yoki virus tashuvchigina SPID infeksiyasining manbai hisoblanadi. Virus odam organizmida qonda va turli a'zolarida bo'ladi. U limfotsitlarda ayniksa ko'p topiladi. Virus organizmda asosan sperma bilan ajralib chiqadi. Virusning tupukda, ko'z yoshi, ayol sutida bo'lishi haqida ham ma'lumotlar bor. Lekin virusning shu biologik suyuqliklardagi konsentratsiyasi juda oz bo'ladi.

Bolalar bu xastalik bilan qon preparatlari quyilganda zararlanadilar. Bola tug'ruq yo'llaridan o'tayotgan vaqtda ham infitsirlanishi mumkin. Bolaning ko'krak suti orqali zararlanishi mumkinligi isbotlangan. Kasallik mikroshekastlar, yara-chaqalar orqali yuqadi (agar virus qon, tupuk, sperma, zararlangan teri qoplamlariga yoki shilliq pardalarga tushsa).

Kasallikning tabiiy muolaja qilganda yuqishi xam kuzatilib, bular VICH faollashuvini keltirib qmqradi, uning zo'r berib ko'payishi va T4- limfotsitlarning zararlanishiga sabab bo'ladi. Bu ular sonining kamayishigagina emas, balki gumoral omillarning ortiqcha yuzaga kelishiga olib keladi. Bu omillar globulin mahsulotlarini V-limfotsitlar bilan faollashtiradi. Bu o'z navbatida immun komplekslar sonining keskin ko'payishiga sabab bo'ladi. Ayni paytda monotsitlarning xemotoksiga va interleykin-1 mahsulotiga nisbatan kobiliyati yo'qoladi. Qon zardobida antilimfotsitlar, antitelolar paydo bo'lib, a- interferon, r2- mikroglobulin va a2-timozinning kislotaga barqarorlik darajasi oshadi. Bu o'zgarishlarning xammasi hujayra sistemasida va gumoral immun javobning antigen ta'sirotlariga nisbatan bo'lgan qaytmas buzilishlarga olib keladi va odam tasodifiy, shu jumladan «opportunistik» infeksiyalarga nisbatan zaif bo'lib qoladi, bu infeksiyalar odatdagi sharoitlarda odam uchun zararsiz bo'ladi. Bundan tashqari, sitotoksikli reaksiyalarning keskin darajada susayishi munosabati bilan atipik hujayralarning hosil bo'lishi ustidan to'la sifatli immun nazorat o'rnatish mumkin bo'lmay qoladi, bu esa SPID bilan og'rigan bemorlarning turli o'sma kasalliklariga ko'proq chalinishiga sabab bo'ladi.

Hozirgi vaqtda SPID faqat immun sistemasini zararlantirmay, balki boshqa a'zolar, birinchi galda markaziy nerv sistemasi (MNS) ni zararlantiradi, degan fikrlar mavjud.

Klinikasi. SPID infeksiyasining kechishida qator bosqichlarni ajratsa bo'ladi. SPID da inkubatsion davrni hamma vaqt ham aniklash imkoni bo'lmaydi. VICH bilan infitsirlanganlarning taxminan yarmida kasallik yuqqan daqiqadan boshlab 2—4 xafta o'tgach harorat ko'tariladi va u 2 hafta mobaynida yuqoriligicha saqlanadi, limfa tugunlari, jigar va

qorataloq kattalashadi. Aksari angina anyqlanadi. Xastalikda yuzaga keladigan simptomlar kompleksi mononukleazasimon sindrom deb ataladi. Bunday bemorlarning qonida ancha ifodalangan limfotsitopeniya topiladi. Bu sindromning umumiy davomlilikgi 2—4 hafta, shundan keyin ko'p yillarga cho'zilib ketadigan maxfiy davr boshlanadi. Bemorlarda mononukleazasimon sindrom tipi bo'yicha kasallikning birlamchi alomatlari ko'rilmaydi, lekin ularda ayrim klinik simptomlar paydo bo'ladi. Kattalashgan limfa tugunlari paypaslab ko'rilganda og'riqsiz, harakatchan bo'ladi. Kasallikning bu davrida ortiqcha toliqish va terlash hollari kuzatilishi mumkin. Bunday bemorlarning periferik qonida leykopeniya, T4-limfotsitlar miqdorning vaqt-bevaqt kamayishi, trombositopeniya va virusga nisbatan doim topiladigan antitelolar qayd qilinadi. Xastalikning bu bosqichini xronik (surunkali) limfadenopatiyaning sindromi sifatida belgilash qabul qilingan, chunki u asosan limfa tugunlarining vaqt-bevaqt kattalashuvi bilan namoyon bo'ladi. Bu davrda bemorni faqat kattalashgan limfa tugunlarigina emas, balki haroratning ko'tarilishi, tungi paytda va hatto harorat normal bo'lganda terlash bezovta qiladi, tez-tez ich ketadi, tana vazni kamayishi qayd qilinadi. Teriga oddiy herpes toshishi yoki zamburug'li, yiringli toshmalar toshishi mumkin, ko'pincha barqaror kandidozli stomatitlar va ezofagitlar paydo bo'ladi.

Kasallik keyinchalik avj olganda asl SPID klinikasi rivojlanib, u asosan og'ir «oportunistik» infeksiyalar va turli xil yangi tuzilmalar bilan namoyon bo'ladi. Yetakchi klinik sindrom ifodalanishiga qarab, shartli ravishda o'pka, serebral, me'da-ichak, onkogen va boshqa kasallik turlari farq qilinadi.

O'pka turi aksariyat pnevmotsist zotiljam (pnevmoniya) bilan namoyon bo'ladi. Kasallik quruq, hadeganda bosilmaydigan yo'tal, to'sh ortida og'riq turishi, yuqori isitma, taxipnoe, terlash, umumiy darmonsizlik bilan ta'riflanadi. O'pkada tarqoq krepatatsiyalovchi va mayda pufakchali xirillashlar eshitiladi. Zotiljam uzoq muddat davom etadi, davolanishi qiyin bo'ladi, tez-tez takrorlanib turadi. Balg'amda va biopsiya materialida (zararlanish o'choqlaridan olingan) pnevmotsistalar topiladi. Ko'pincha bolalardagi o'pka zararlanishi sitomegalovirusli pnevmoniya bilan namoyon bo'ladi. U interstitsial infiltratsiya va shish, alveolyar hujayralar giperplaziyasi bilan ta'riflanadi. Kasallik interstitsial pnevmoniya ko'rinishi tez-tez ro'y beradigan o'tkir nafas yetishmovchiligini rivojlanishi bilan tugashi mumkin. Rentgenologik jihatdan interstitsial pnevmoniya aniqlanadi, lekin lokal infiltratsiya o'choqlari xam bo'lishi ehtimol.

O'pkadagi jarayon vaqti-vaqti bilan goh kuchayib, goh so'nishi mumkin, lekin klinik jihatdan ko'p oylar va hatto yillar namoyon bo'lmasligi mumkin. Bunday bolalarda odatda «oportunistik» infeksiyalar bo'lmaydi.

Me'da-ichak turi enterit yoki enterokolit bilan namoyon bo'ladi, uni shartli-patogen flora, zamburug'lar va sodda jonivorlar keltirib chiqaradi. Bu tur uchun og'iz bo'shlig'i shilliq pardalari va qizilo'ngachning zamburug'lar tomonidan zararlanishi xosdir. Shuningdek, uzoq vaqt davom etadigan salmonellyoz, stafilokokkli enterokolitlar, proteozlar va boshqalar uchrab turadi. Me'da-ichak yo'li zararlanishi asosida bolalar uchun eng xos bo'lgan simptomlarning rivojlanishi — distrofiya zo'raygan holdagi tana og'irligining tushishi yotadi.

Mezenterial va retroperitoneal adenopatiya, shuningdek, gepatosplenomegaliya bolalardagi ko'p uchrab turadigan SPID ning abdominal ko'rinishi hisoblanadi. Kasallik aortal, mezenterial va portojigar limfa tugunlarining keskin kattalashuvi bilan namoyon bo'lib, bular yirik tomirlarni zich o'rab turadigan katta xaltalarni hosil qiladi. Ko'pgina hollarda limfa tugunlari susaygan tovush o'tkazuvchanligi bilan ta'riflanadi. SPID da limfa tugunlarining kattalashuvini, diareya sindromida bo'lgani kabi ikkilamchi infeksiyaning qo'shilib ketishi bilan izoxlash qabul qilingan.

Serebral turi miyaning toksoplazmoz abscesslar, o'rtacha o'tkir o'tadigan gerpetik yoki sitomegalovirusli ensefalitlar bilan namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, hozirgi vaqtda VICH ning o'rtacha o'tkir ensefalit, zo'rayib boruvchi demensiya, paraparez va ataksiyani keltirib chiqarishi mumkinligi aniq tasdiqlangan. SPID ga yo'likqan bolalarda izoxlash qiyin bo'ladigan nevropatiya va surunkali meningit belgilari qayd qilinad. Ayrim hollarda og'ir nevrologik simptomlar avj olib, bular tutqanoq tutishi, psixomotor rivojlanishi buzilishlari, znsfealopatiya,

miya massasining ko'paymasligi bilan namoyon bo'ladi.

VICH infeksiyasi bilan og'irlashgan, rivojlanadigan ikkilamchi kasalliklar etiologiyasi turlicha bo'lishi ko'p jihatdan turmush, iqlim sharoitlariga qarab aniqlanadi. Pnevmonsista, o'rab oluvchi va oddiy herpes viruslari, sitomegalovirus, mikobakteriyalar, salmonellalar eng ko'p uchrab turadigan etiologik agentlar bo'lib hisoblanadi.

Ilk yoshdagi bolalarda spidning xususiyatlari. VICH bilan ona qornida zararlangan bolalar ko'pincha oy-kuni yetmasdan, ona qorni ichidagi gipotrofiya belgilari va turli nevrologik buzilishlar bilan tug'iladi. Postnatal davrida bunday bolalar kam rivojlanadi, qaytalanuvchi infeksiyalarga chalinadi, ularda doimo limfadenopatiya, gepato-va splenomegaliya aniqlanadi. Teri va shilliq pardalarning turg'un kandidozi, pnevmotsist pnevmoniya, turg'un enterit va tana vaznning oshmay qolishi ko'pincha kasallikning dastlabki belgilari bo'lib xisoblanadi. Psixomotor rivojlanishdan orqada qolishi bilan namoyon bo'ladi.

Bolalarda SPID kattalarga qaraganda aksariyat o'tkir, harorat ko'tarilishi, limfa tugunlari, jigar va qorataloqning kattalashuvi bilan boshlanadi. Ular ozib-to'zib ketadilar. Ularda ko'pincha teri qichishishi, dog'simon papulyoz toshma, aksari trombotsitopeniyaning paydo bo'lishi tufayli gemorragik toshmalar kuzatiladi. Bolalarda kattalardagiga qaraganda ensefalopatiya, talvasa va tutqanoq tutishi kabi nevrologik simptomlar avj oladi, aksari parotit va anemiya (kamqonlik) paydo bo'ladi.

Tashxisi. SPIDga tashxis klinik-epidemiologik va laboratoriya ma'lumotlari yig'indisiga asoslanib qo'yiladi. Bolalarni xavfli guruhdan annqlab olish, epidemiologik ma'lumotlar katta ahamiyatga ega. Gemofiliya ikkilamchi va birlamchi immun yetishmovchilik bilan og'rigan bemorlarda, gemodializda bo'lgan bolalarda, shuningdek, fohishalar, giyoxvandlar, bioseksualistlardan tug'ilgan bolalarda SPID viruslaridan zararlanish ehtimoli yuqori bo'ladi.

Kasallik dinamikasida immunoferment analiz metodi (IFA) bilan qonda virus va o'ziga xos antitelolarni bevosita aniqlash, SPID tashxisi uchun hal etuvchi ahamiyatga ega. Viruslarni latent holatda aniqlash imkonini beradigan molekular gibrizatsiya usuli eng yaxshi usullardan hisoblanadi.

Laboratoriya usuli sifatida T4—T8 koeffitsiyentini baholashdan foydalanish tavsiya qilinadi. T-xelperlar sonining keskin darajada kamayib ketishi SPID uchun ayniqsa xarakterlidir, buning natijasida T4—T8 koeffitsiyenti 1 dan kam bo'ladi. Qon zardobida immunoglobulinlar va ayniqsa aylanib yuradigan immun komplekslarning keskin ko'payishi, shuningde limfotsitlar, blastogen-reaksiyalarning mitogenlarga va teri sinamallari yordamida topiladigan turli antigenlarga bo'lgan teri energiyasi hodisalari diagnostik ahamiyatga ega bo'ladi.

Periferik qon tomonidan zo'rayib boruvchi limfotsitopeniya, eritrotsitopeniya, trombotsitopeniya va eozinofiliya SPID uchun ayniqsa xosdir. Virusga qarshi davo sifatida azitimidin, ribovirin (virazol), siklosporimin A, interferon va boshqalar ancha muvaffaqiyatli qo'llanilyapti. Azitimidin tayinlashda yaxshiroq natijalar olingan. Preparatni 1 kg tana vazniga 20—30 mgdan bir kecha-kunduzda 4 maxal 4—6 hafta mobaynida ichish tayinlanadi. Preparat miqdori oshyirib yuborilganda bosh og'rish, ko'ngil aynishi va qayt qilishdan shikoyatlar bo'lishi ehtimol, periferik qonda, ba'zan eritrotsitlar sonining ko'payishi, leykopeniya va kamqonlik qayd qilinadi.

Immunitetni tiklash uchun timalin, T-aktivin, timazin, interleykin-2, levamizol (dekaris), natriy nukleinat, indometatsin va boshqalar buyuriladi. Timus preparatlari hujayralar funksiyasining asli xoliga qaytishga olib keladi. Lekin ular kasallikning klinik manzarasini yaxshilamaydi, shu sababli ularni viruslarga qarshi preparatlar bilan birga qo'llash taklif etiladi.

Kasallik kechishini og'irlashtiruvchi va bemor hayotiga xavf soluvchi shartli patogen florani susaytirish SPIDga uchragan bemorlarni davolashda ancha mas'uliyatli vazifadir. Bu maksadda antibakterial preparatlar, shu jumladan turli antibiotiklar, sulfanilamidlar keng ko'lamda qo'llanadi. Protozoy flora bo'lganda trimetoprim-sulfametoksazol, primetamin-sulfametoksazol, pentamidin va boshqalar ishlatiladi. Zamburug'li asoratlarga davo qilish uchun amfoteritsin V, nistatin, levorin tayinlanadi.

Profilaktikasi. Spidda epidemiyaga qarshi kurash virusli gepatit V da bo'lgani kabi.

Sogʻlom hayot tarzi uchun har tomonlama kurashish, shuningdek, fohishalik, giyohvandlik, jinsiy buzilishlarga qarshi kurash asosiy profilaktik chora-tadbirlardan hisoblanadi. Qon donorlari ustidan klinik va serologik nazorat oʻrnatish bir marta ishlatiladigan shpritslarni qoʻllash, gemodializ sistemalari xavfsizligini nazorat qilish va boshqalar kasallikka qarshi kurashishda muhim amaliy ahamiyatga ega boʻladi.

SPIDga shubha qilingan bemorlar alohida palatalarga yoki bokslarga yotqiziladi. Qon va boshqa biologik materiallarni faqat qoʻlqoplar yordamida olinadi. Bemorlarning oʻrin-koʻrpasi, tish choʻtkalari, oʻyinchoqlari, soʻrgʻichlar 20—25 daqiqa mobaynida qaynatib dezinfeksiya qilinadi. Boʻlimlarda bemorlardav olingan materiallar maxsus yopiq konteynerlarda saqlanadi va olib chiqiladi. Bogʻlov materialari tashlab yuborilishidan avval dezinfeksiyalovchi eritmalarda yoki 20—25 daqiqa davomida qaynatib zararsizlantiriladi.

Bemorlar bilan aloqa qiluvchi tibbiyot xodimlari, shuningdek, bemorlar materialini tekshirib boruvchi laboratoriya xodimlari yiliga 1 marta SPID viruslarida antitelolar boʻyoqligiga tekshirilishi lozim.

Faol profilaktika ishlab chiqish arafasida.

STAFILOKOKK INFEKSIYASI

Patogen stafilokokklar keltirib chiqaradigan turli-tumai patologik jarayonlarda etiotrop terapiyaning epidemiologiyasi, profilaktikasi va usullarida muayyan umumiylik bor.

Etiologiyasi. Qoʻzgʻatuvchi — patogen stafilokokkdir plazmokoagulyatsiya testi uning patogenligining asosiy mezonlaridan biri boʻlib xizmat qiladi. Antibiotikorezistentlik, koʻpincha — polirezistentlikni tezda kasb etish stafilokokk uchun xosdir.

Epidemiologiyasi. Stafilokokk infeksiyalarning turli formalariga uchragan bemorlar va patogen stafilokokk tashuvchilari — infeksiya manbaidir. «Ashaddiy» tashuvchilar muhim rol oʻynaydi, bular bir tipdagi patogen stafilokokkni nomaʼlum uzoq vaqt mobaynida ajratib yuradi. Bemorlar bilan bir qatorda tibbiy xodimlar orasidagi bunday tashuvchilar kasalxona ichidagi zararlantirish manbalari hisoblanadi. Kasalxona ichida epidemiya oʻchoqlari (jarrohlik, yuqumli kasalliklar boʻlimlarida, tugʻruqxonalarda va boshq.) paydo boʻlishi ehtimol.

Sunʼiy va erta maxsus boquvda boʻlgan, hayotining birinchi yilini yashayotgan zaif bolalar stafilokokk infeksiyasiga ayniqsa beriluvchan boʻladi.

Bir qadar katta yoshdagi bolalarda stafilokokk keltirib chiqaradigan oʻtkir ichak kasalligi ovqat toksikoinfeksiyasi singari rivojlanadi.

Patogenezi. Stafilokokklar ichak boʻshligʻida koʻpayib, fermentlar yordamida (erkin koagulaza, fibrinolizin, gialuronidaza) ichak shilliq pardasining butunligini zararlantirib toʻqimalarga tushadi.

Klinikasi. Stafilodermiya, stafilokokkli pnevmoniya, plevrit, piyelonefrit, sepsis boʻlishi ehtimol. Stafilokokkli enterokolit (stafilokokkli diareya) ilk yoshdagi bolalarda koʻpincha ichak disbakteriozi koʻrinshida paydo boʻlib, koʻpincha boshqa ichak infeksiyalari bilan birga davom etadi. Tez-tez ich kelib turishi, sust yoki oʻrtacha ifodalangan toksikoz bilan taʼriflanadi. Axladda shilliq aralashmalari, baʼzan qon laxtalari ham boʻlishi mumkin. Chaqaloqlarda nekrotik-yarali enterokolitlar yuzaga keladi. Stafilokokk infeksiyasining ichak turunda koʻp martalab bakteriologik tekshiruvlar bilan aniqlanadigan bir tipdagi patogen stafilokokkning axlat bilan birga koʻplab miqdorda ajralishiga qarab tashxis qoʻyish tavsiya etiladi. Serologik usullar (agglutinatsiya reaksiyasi, antitoksinni aniqlash) faqat bir yoshdan oshgan bolalardagina qoʻllanadi.

Stafilokokkli skarlatinaga oʻxshash sindrom biror stafilokokk infeksiyasi mavjud boʻlganda paydo boʻladi va skarlatinada kuzatilgandagi kabi ekzantema toshishi bilan taʼriflanadi, angina boʻlmasligi ehtimol. Zaiflashgan premorbid foni stafilokokklarning ichaklarda fiziologik normativlardan ancha oshib ketadigan miqdorda koʻpaygan, shuningdek, mastit boʻlgan hollarda tashqaridan koʻplab infitsirlanish roʻy bergan sharoitlarda apatogen shtamlarni ham keltirib chiqarishi mumkin. Stafilokokk etiologiyali oʻtkir ichak infeksiyasini boshdan kechirgandan keyingi immunitet kuchsiz va qisqa muddatli boʻladi.

Stafilokokklar keltirib chiqaradigan o'tkir ichak xastaliklarining klinik manzarasi juda xilma-xil bo'lishi bilan ta'riflanadi, bu ularga tashxis qo'yishni mushkallashtiradi.

Ovqat toksikoinfeksiyasi. Bu kasallik bilan 1 yoshdan oshgan bolalar ko'proq kasallanadilar. Inkubatsion davr 3—6 soat davom etadi. Kasallik stafilokokk bilan zararlangan ovqat iste'mol qilingandan keyin o'tkir boshlanadi. Dastlabki kecha-kunduzdayoq harorat ko'tarilib, qayta-qayta qusish bilan namoyon bo'ladigan og'ir toksikozning klinik manzarasi rivojlanadi. Tez-tez ich ketadi, oz-moz shilliq, goho qon aralash bo'ladi. Toksikoz tezda zo'rayib boradi, umumiy bezovtalanish paydo bo'ladi, hushdan ketish, qattiq chanqoqlik kuzatilishi mumkin. Yurak tovushi bo'g'iq, tomir urishi tezlashgan bo'ladi. Ba'zan intoksikatsiya kamayganda yo'qolib ketadigan mayda nuqtali toshmalar toshishi kuzatiladi. O'z vaqtida boshlangan dezintoksikatsion va simptomatik terapiya bemor ahvolidan tezda yaxshilanishiga yordam beradi. 2— kundan keyin toksikoz holatlari o'tib ketadi, 1-haftaning oxiriga kelib, ich kelishi normallasadi.

Stafilokokk etiologiyali ovqat toksikoinfeksiyasida stafilokokklarning axlatda ko'p miqdorda ajralishiga, shuningdek, qo'zg'atuvchilarning qusuq massalarida va me'daning yuvindi suvlarida topilganligiga qarab tashxis qo'yiladi. Bunda spetsifik antitelolar titrining oshib borishi qayd qilinadi. Ich tez-tez keladi, patologik aralashmalar hisoblangan shilliq ba'zan qon aralashgan bo'ladi.

Sutkasiga 10—15 marta kch keladi.

Bolalardagi ikkilamchi enteroklitlar, enterokolitlar va gastrokolitlar. Ikkilamchi gastroenterokolitlarda me'da-ichak yo'lining zararlanishi stafilokokk; infeksiyalarining boshqa o'choqlarga qo'shib ketishi natijasida aniqlanadi. Bunda «stafilokokk anamnezi» e'tiborni jalb etadi. Stafilokokkli sepsisning tez-tez uchraydigan ichaklar disfunktsiyasi xodisasiga, uzoq muddatli septik yoki subfebril haroratga, yiringli o'choqlar rivojlanishiga, anoreksiya, vaqti-vaqti bilan qusish va ovqatni qusib yuborish, anemiyaga (kamqonlik) asoslanib tashxis qo'yiladi.

Ichak disfunktsiyasi kasallik avj olganda kuzatilib, to boshqa a'zolarida yallig'lanish yo'qolib ketmagncha uzoq vakt saklanib turadi.

Ichak disfunktsiyasi bor stafilokokkli sepsis aksari hayotining birinchi yilini yashayotgan bolalarda kuzatiladi. Bunda ko'pincha og'ir toksik olatlar rivojlanishi ko'riladi.

Tashxisi. Stafilokokklar keltirib chiqaradigan o'tkir ichak infeksiyasiga tashxis qo'yish qiyin. Bu kasallik klinik alomatlarining boshqa yo'l orqali yuzaga kelgan ichak infeksiyalari (dizenteriya, salmonellyoz va h. k) ga o'xshab kechishi bilan izohlanadi. Hatto ichak infeksiyasi bo'lgan bemorlar axlatidai stafilokokklarning patogen shtammlarining ajralishi kasallik stafilokokklar tufayli paydo bo'lgan deb xulosa chiqarishga dalil bo'la olmaydi.

Epidemiologik ma'lumotlar xisoblangan stafilokokkning patogen shtammlari tashuvchilari yoki stafilokokk kasalliklari (oiada mastit, angina borligi, stafilodermiya va h.k.) bilan og'rigan bemorlar bilan aloqada bo'lish tashxis qo'yishga yordam beradi.

Davosi. Antibiotiklar etiotrop davolash usullari orasida asosiy o'rinni egallaydi. Preparatlar tanlashda ularga qo'zg'atuvchining sezuvchanligini aniqlash natijalariga amal qilgan ma'kul.

Stafilokokklar o'z sezuvchanligini saqlab qolgan kuyidagi antibiotiklar tavsiya qilinadi: yarim sintetik penitsillinlar, monomitsin, kanamitsin, eritromitsin, gentamitsin, sefalosporinlar.

Katta miqdorlarda bo'lsada, benzilpenitsillin ham muvaffaqiyatli qo'llanishi mumkin (bir kecha-kunduzda 200000—300000 TB/kg va bundan ortis). Og'ir hollarda ikkala antibiotikni ishlatish tavsiya qilinadi. Zaharlanish (intoksikatsiya)ni kamaytirish uchun 5—7 kun mobaynida har kunn 5—6 AYE/kg miqdordagi stafilokokka qarshi immunoglobulin qo'llanadi. Bir yoshdan oshgan bolalarda spetsifik immunologik reaktivlikni oshirish uchun og'ir va cho'zilib ketgan formalarda 5—7 inyeksiyali stafilokokk anatoksini 2—3 kun dam berib, 0,1 dan 1,0 ml gacha oshib boruvchi miqdorda qo'llanadi.

Stafilokokk infeksiyasining ichak formasi bo'lgan bemorlarga kompleks davo qilish zarur. U stafilokokk qo'zg'atuvchisini susaytirishga, organizmdan uning xayot faoliyati mahsulotlarini chiqarib yuborishga va organizm himoya kuchlarining oshishiga qaratiladi.

Antibiotiklar spetsifik vositalar bo'lmish stafilocokka qarshi plazma, globulin, stafilocokkli anatoksin, antifagin, bakteriofag bilan oqilona ishlatilganda durust ta'sir qiladi.

Stafilocokkli enterokolitlarga uchragan bemorlarda, ko'pincha ichaklar disfunktsiyasi holatlarini mushkullashtirib ko'yadigan assotsirlangan disbakterioz rivojlanadi. Disbakterioz patogen stafilocokklarning faol ko'payishiga va ularning ichakning barcha bo'limlariga joylashib olishiga yordam beradi. Shu munosabat bilan ichak mikroflorasini normaga solish uchun bifidumbakterin, laktobakterin, kolibakterin, bifidol singari biologik preparatlar bilan davolash gassnya qilinadi. Bunday preparatlarni kasallikning erta muddatlarida 15—20 kun mobaynida yosh normasidan ko'ra 2—3 marta oshib ketadigan miqdorlarda tayinlash lozim.

Profilaktikasi. Sanitariya-epidemiologiya rejimiga rioya qilgan holda davolash statsnonarlari va bolalar muassasalarida stafilocokk kasalliklarining oldini olishga qaratilgan epndemiyaga qarshi tashkiliy chora-tadbirlar asosiy zveno bo'lib hisoblanadi. Profilaktik va epidemiya qarshi chora-tadbirlar tug'ruqxonalarda ayniqsa puxta o'tkazilishi zarur.

Ko'ragining uchi yorilgan, mastit bo'lgan va xronik o'choqli infeksiyasi bor onalar sinchiklab bakteriologik tekshiriladi. Bolani kasal ko'krakni berib boqish mumkin emas. Sut yaxshilab sog'ib olinishi va chaqaloqqa faqat pasterizatsiya qilingandan keyin berilishi lozim.

Tibbiyot va bolalar muassasalari xodimlari orasida stafilocokkning patogen shtamlari tashuvchilarini sinchkovlik bilan aniqlash zarur.

Sanitariya maorifi ishi stafilocokk infeksiyasiga qarshi kurashda muhim rol o'ynaydi. Bu maqsadda aholini stafilocokk infeksiyasining klinik formallari, profilaktika va dezinfeksiya tadbirlari bilan tanishtirmoq lozim.

Stafilocokk infeksiyasini boshdan kechirgan bolalar 6 oydan bir yilgacha dispanser kuzatuvida bo'ladilar. Bu davr mobaynida kasallik qaytalanishi ehtimol bo'lish profilaktikasi o'tkaziladi. Shuningdek, stafilocokk bakteriyasiga qarshi sanatsiya qilinadi.

TOSHMALI TERLAMA (TYPHUS EXANTHEMATICUS)

Toshmali terlama (toshmali-epidemik, bit orqali yuqadigan terlama) o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uni Provatsek rikketsiyalari keltirib chiqaradi, bitlar orqali yuqadi. Kasallik tifoz holatlar, o'ziga xos ekzantema, shuningdek, nerv va yurak-tomir sistemasining o'tkir zararlanishi bilan kechadi.

Etiologiyasi. Toshmali terlama qo'zg'atuvchisi (Provatsek rikketsiyalari) kattaligi 1 dan 30—40 mkm gacha keladigan mayda mikroorganizmlar bo'lib, ifodalangan polimorfizmga ega. Romanovskiy bo'yicha qip-qizil donachalari yadrochalari bo'lgai zangori rangga bo'yaladi. Faqat to'qimalar kulturasida va tovuq embrionidagina o'sadi.

Epidemiologiyasi. Toshmali terlama transmissiv infeksiyalar qatoriga kiradi. Epidemik toshmali terlama yoki Brill kasalligiga uchragan kasal kishigina infeksiya manbai hisoblanadi. Qo'zg'atuvchi kasal odamdan kiyim-kechak va qisman bosh bitlari orqali o'tadi. Odam bit ajralmalarini ezib tashlashi sababli, ularda saqlanadigan rikketsiyalar bilan birga teriga tushib, uni zararlaydi. Bit chaqib olganda odam zararlanmaydi, chunki bitlarning so'lak bezlarida toshmali terlama qo'zg'atuvchisi bo'lmaydi.

Patogenezi. Provatsek rikketsiyalari odam organizmiga kirib, tomirlar endoteliysi hujayralariga o'rnatilib oladi. Bu yerda ular jadallik bilan ko'payib, kongra tushadi (rikketsemiya). Rikketsiyalar parchalanishi natijasida endotoksin ozod bo'lib, u o'ziga xos intoksikatsiyani yuzaga chiqaradi. Tomirlarning zararlanishi so'galsimon endovaskulit, perivaskulit, tomirlar tromb bilan tamomila obliteratsiyaga uchraganda destruktiv trombovaskulit rivojlanishida namoyon bo'ladi. Zararlangan tomirlar, ayniqsa kapillarlar, prekapillarlar, arteriola sohalari atrofida mikroskopik polimorf hujayra elementlari va mikrofaqarlar to'plamlari bo'lgan toshmali terlama — tifoz granulemlar yoki Popov — Davidovskiy tugunlari qayd qilinadi. Ular hammadan ko'ra ko'p bosh miyada, teri, buyrak usti bezlarida, miokardda aniqlanadi. Bularning hammasi nerv sistemasi funksional faoliyatining keskin izdan chiqishi (toshmali tifozli meningoensefalit), qon aylanishi buzilishiga olib keladi. Rikketsiyalar inkubatsion davrning

oxirgi kunlaridan tortib, to apireksiyaning 3—6-kuniga qadar organ va to'qimalarda topilishi mumkin. Ba'zi bemorlarda rikketsiyalar sog'ayganidan keyin ham saqlanib, ko'p yil o'tgandan so'ng toshmali terlamaning qaytalanishiga sabab bo'ladi (Brill kasalligi).

Klinikasi. Inkubatsion davr 12-14 kun davom etadi. Kasallik odatda o'tkir boshlanadi. Prodromal holatlar kuzatilmaydi, ba'zan inkubatsiya oxirida oz-moz bosh og'rishi, et uvishishi qayd qilinadi. Tana harorati 2—3- kunga kelib yuqori raqamlarga ko'tariladi (38,5—39°S), ba'zan u 1-sutka oxirida ham eng katta raqamlargacha yetishi mumkin. Keyinchalik isitma doimiy xarakterda bo'lib, kasallikning 4—8—12-kunlari bir oz pasayadi. Qattiq bosh ogrig'i, uyqusizlik, o'ta jizzakilik, sezgi a'zolari (eshituv, ko'ruv, hidlov) giperesteziyasi juda erta yuzaga keladi. Bemor juda holdan toygan bo'ladi. Kasal qo'zg'algan (sergap), serharakat bo'lib qoladi, yuzi qizargan (giperemiyalangan), shishinqiragan bo'ladi. Ko'z konyunktivalari giperemiyalangan, ba'zan mayda qon quyilgan nuqtalar ko'rinadi (Qiari — Avsin dog'lari), skleralarga kon quyiladi. Halkumda diffuz giperemiya, yumshoq tanglayda nuqta-nuqta gemorragiyalar paydo bo'lishi mumkin (Rozenberg enantemasi). Til quruq, yo'g'onlashmagan, kulrang-jigarrang karash boylagan (Govorov — Godelye simptomi). Fibrillyar tortishuvlar qayd qilinadi. Teri quruq, tekkanda issiq seziladi, dastlabki kunlari ter ajralmaydi. Taxikardiya, gipotoniya, yurak tonlarining zaiflashuvi, nafas tezlashishi, jigar va taloqning kattalashuvi kuzatiladi (kasallikning 3—4-kunidan boshlab).

Toshma kasallikning 5—4-kunidan toshadi. U ko'p sonli, polimorf, mo'l, asosan ko'krak va qorinning yon sathi terisida, qo'llarning bukiladigan joyida bo'ladi, qo'l kafti va oyoq panjasini qamrab oladi, yuzda hech qachon bo'lmaydi. Toshma rozeolyozpetexial ko'rinishda bo'ladi, rozeolalar diametri 2—4 mm, chetlari xira tortgan bo'ladi. Ba'zi rozeolalar markazida mayda-mayda kon quyilishi — ikkilamchi petexiyalar paydo bo'ladi. Toshma 2—3 kun mobaynida toshadi, keyinchalik asta-asta yo'qolib ketadi (7—8-kundan), bunda bir oz vaqtgacha pigmentlar qoladi.

Toshma toshishi bilan bemorning ahvoli og'irlashadi. Intoksikatsiya keskin kuchayadi. Qo'zg'alishdan keyin odam g'amgin, xayolchan bo'lib qoladi. Oral avtomatizm simptomlari (xartumchali, karpomental refleks va boshqalar) aniqlanadi, shuningdek, miya pardalarining ta'syrlanishi («meningizm») qayd etiladi. Bunday hollarda es-hush buziladi, kuchli alahsirash paydo bo'ladi, toshmali tifoz ensefalit ro'y berishi ehtimol (qo'llar tremori, oyoq panjalari klonusi, nafas maromining buzilishi va boshqalar). Qon aylanishining buzilishi zo'rayib boradi. Tomir tez-tez uradi, kuchsiz, ba'zan aritmik bo'ladi.

Arterial bosim tushib boradi, ayniqsa diastolik bosim kamayadi. Yurak chegaralari kengaygan, yurak tonlari bo'g'iq bo'lib, yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitiladi. EKG da tishchalarning umumiy voltaji, PQ intervalining uzayishi, QRS kompleksining kengayishi va T-tishchali bo'lishi, yassilangan yoki salbiy T-tishchasi, yurak oldi va me'da ekstrasistolalari, yuqori sistolik ko'rsatkich ko'riladi. Venoz bosim pasaygan. Bu vaqtda kollaps rivojlanishi ehtimol: kasal o'zini yo'qotib qo'yadi, terisini muzday ter bosgan, lablari ko'kimtir, nafas tezlashgan, yuzaki, tomir urishi tezlashgan bo'ladi, diastolik arterial bosim past yoki aniqlanmaydi, yurak tonlari eshitilmaydi.

Kasallik avjiga chiqqanda traxeobronxit va o'choqli zotiljam (gipostatik tipida) aniqlanadi. Ishtahaning yomonlashuvi, og'iz qurib qolishi va chanqoqlik qayd qilinadi. Til quyuk jigarrang karash boylaydi, ba'zan chuqur yoriqlari bo'ladi. Qorin odatdagi shaklda, jigar va taloq kattalashgan bo'ladi. Ich qotishga moyillik seziladi. Diurez kamaygan, «harorat krizlari» bilan bir vaqtda ko'payadi. Kasallik og'ir kechganda siydik to'xtab qolishi mumkin. Siydikda eritrotsitlar va leykotsitlar (kam miqdorda) topiladi.

Sog'ayish tana haroratining pasayishi, kasallikning 8—12- kunida lizisning tezlashuvi (asorat qoldirmagan hollarda), asta-sekin bosh og'rishining kamayishi, uyqu, ishtahaning yaxshilashi, ichki a'zolar faoliyatining tiklanishi bilan ta'riflanadi.

Toshmali terlamaning og'ir turida isitma 11 —16 kungacha (antibiotiklar bilan davo qilmasdan) davom etadi. Kasallikning og'ir turi yoshi qaytgan bemorlarda kuzatiladi.

Sog'ayish davrida 1,5—2 hafta mobaynpda infeksiyadan keyingi asteniya qayd qilinadi.

Antibiotiklar tayinlanganda tana harorati davolash boshlangandan keyin 2—3 kun o'tgach asli holiga keladi.

Asoratlari. Yotoq yaralar, gangrena (burun uchi, quloq qovuzlog'i, oyoq panjalari), yiringli otit, parotit, plevrit, venalar trombozi va o'pka arteriyalarining tromboemboliyalari.

Tashxisi. Toshmalar kasallikning 6—7- kuniga qadar toshadi. Terlamaga klinikada tashxis qo'yish mumkin. Tashxis qo'yishda kasallikning o'tkir boshlangani, isitma balandligi, boshning qattiq og'rish, uyqusizlik, bezovtalanish, yuz va konyunktivalar giperemiyasi (qizargani) hisobga olinadi. Kasallikning 3—4- kundan boshlab, jigar va taloqning kattalashuvi, KIARI — Avsinning musbat simptomi qayd qilinadi. 4—6- kundan boshlab xarakterli toshma toshadi. KBR EGAR tashxisni tasdiqlovchi asosiy usullardir. Ularni ishlatish imkoni bo'lmagan taqdirda provatsek rikketsiyalari bilai agglutinatsiya reaksiyalari qo'llanadi.

Agglutinatsiya reaksiyalari va KBR uchun 1:160, gemagglutinatsiya reaksiyasi uchun 1:1000 nisbat zardobni bir marta tekshirishdagi diagnostik titr hisoblanadi.

Boshqa rikketsiozlar (kalamush va kana toshmali terlamasi)dan, ba'zan grippning og'ir turlaridan, ornitoz, gemorragik isitma, krupoz zotiljam, ich terlamadan ajratiladi.

Davosi. Tetrasiklin guruhiga mansub antibiotiklar eng samarador hisoblanadi. Levomitsetinni ishlatsa ham bo'ladi. Antibiotiklar normal haroratning 2-kuniga qadar beriladi. Davolash kursi odatda 4—5 kun davom etadi. Intoksikatsiyani bartaraf etish maqsadida 5% li glukoza eritmasi yoki natriy xloridning izotonik eritmasi venaga tomchilab yuboriladi. Oksigenoterapiya qo'llanadi (kislorod burun kateterlari yoki niqoblari yordamida yuboriladi). Qon aylanishi izdan chiqqanda Ringer eritmasi, 10% li glukoza eritmasi, prednizolon, mezaton, korglikon va boshqa preparatlar yuboriladi. Keskin qo'zg'alishda barbituratlar, xloralhidrat ko'rsatilgan. Iliq (37—38°S) suv quyib artinish tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Yiringli-septik asoratlarda penitsillin va uning unumlari, eritromitsin qo'llanadi. To'la qimmatli ovqatlanish (2-yoki 15-sonli parhez) va vitamin berib davolash katta ahamiyat kasb etadi. Bemorlarni to'g'ri parvarishlash (to'la orom berish, havo, qulay o'rin-ko'rpa va kiyim-kechak, terini va og'iz bo'shlig'ini har kuni yuvish) muhim rol o'ynaydi.

Prognosi. Hozirgi vaqtda qulay hisoblanadi. Bemorni statsionardan to'la klinik sog'ayganidan keyin, lekin harorat normal bo'lganiga kamida 12 kun bo'lgandagina chiqariladi.

O'choqdagi profilaktika chora-tadbirlari. Profilaktika tadbirlari aholi orasida bitlab ketishga qarshi qaratilgan (turli tibbiy ko'riklarda pedikulyozni aniqlash, pedikulyozi bor shaxslar orasida sanitariya ishlovini o'tkazish, kiyimlarni kamerada dezinfeksiya qilish). Toshmali terlamasi bo'lgan bemor aniqlanganda va kasalxonaga yotqizilganda (yoki ana shu kasallik bor, deb gumonsiraganda) bemor bilan aloqada bo'lgan shaxslar ustidan kuzatuv olib boriladi.

Tana harorati oshib ketganda tashxisni oydinlashtirish uchun bu shaxslar darhol kasalxonaga yotqiziladi. Uchoqda dezintoksikatsion-dezinfeksion chora-tadbirlar amalga oshiriladi. Toshmali terlamaga qarshi vaksina ishlab chiqilgan, emlashlar epidemik ko'rsatmalarga ko'ra qilinadi.

TOKSOPLAZMOZ (TOXOPLASMOSIS)

Parazitar kasallik bo'lib, nerv sistemasining surunkali kechishi, limfadenopatiya, jigar va taloqning kattalashuvi, mushak, miokard va ko'zlarning tez-tez zararlanishi bilan ta'riflanadi.

Epidemiologiyasi va patogenez. Qo'zgatuvchisi Gondii toksoplazmasi hisoblangan protozoyni kasallikdir. Gondii toksoplazmasi nerv sistemasi hujayralariga nisbatan ifodalangan tropizmga ega. Toksoplazmozning to'g'ri formasida homila aniq yoki kasallikning turiga uchragan onadan zararlanadi.

Klinikasi. Kasallikning klinik alomatlarini ona qornida zararlanish vaqtiga, infeksiyaning oz-ko'pligiga, parazitlar (tekinxo'rlar) virulentligiga va ayniqsa makroorganizmlarning xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Agar bola kasallikning o'tkir davrida (jarayon avj olib ketganda) tug'lsa, ichki a'zolarida patologik o'zgarishlar, sariqlik, gepatosplenomegaliya, dog'simon-

papulyoz va petexial toshmalar toshishi, goho ich ketishi aniklanadi. Umumiy axvol odatda og'ir, harorat notartib xarakterda bo'ladi. Ko'pincha bola kasallikning ikkinchi davrida tug'iladi, bunda markaziy asab sistemasi va ko'zlarning zararlanish simptomlari yaqqol ko'rinadi. Ensefalomeningit hodisalari turli darajada ifodalangan bo'ladi. Bola kasallikning xronik (surunkali) bosqichida ham tug'ilishi mumkin, ko'pincha bunda markaziy asab sistemasi va ko'zlarning qaytmas qoldiq hodisalari (gidrotsefaliya, ruhiy rivojlanishdan orqada qolish, oyoq-qo'llarning spastik parezlari, mushak tonusining oshishi, goho pasayishi, giperrefleksiya) aniqlanadi. Ko'zda quyidagi o'zgarishlar: mikroftalmiya, tug'ma katarakta, ko'ruv nervi atrofiyasi va boshkalar kuzatiladi. Ba'zan bir vaqtning o'zida homilaning rivojlanish nuqsonlari qayd qilinadi. Kasallikning surunkali turida quyidagi simptomlar majmui: gidro-yoki mikrotsefaliya, xoriorinit, ruhiy zaiflik kuzatilib, bular kalla suyagi rentgenda tekshirilganda aniqlanadi. Periferik qonda giperleykotsitoz yoki leykopeniya, goho atipik limfotsitlar, jarayon jadalligini ko'rsatuvchi eozinofiliya ko'riladi.

Toksoplazmin bilan teri osti sinamasi taxminiy ahamiyatga ega, u onata yoki 2—5 yoshdan oshgan bolalarga qo'llanadi.

Tashxisi. U yuqorida bayon qilingan klinik manzapa va laboratoriya tekshiruvlari hisoblangan KBR PGAR usuli, pretsipitatsiya reaksiyasi va toksoplazmin bilan teri osti sinamasi, muddatidan oldin tug'ish va boshqalarga asoslanib ko'yiladi.

Gondii toksoplazmasi bevosita orqa miya suyuqligida, qon, hayvonlarda biologik sinama ko'nish bilan biotirlangan to'qimalarda topiladi. Amaliyotda asosan metilen ko'ki reaksiyasidan foydalaniladi, bu reaksiya tarkibida antitelolar saqlovchi zardob bilan birikkanda tirik toksoplazmalar metilen ko'ki bilan bo'yalish xususiyatini yo'qotishga asoslangan.

Kasallik yuqqandan keyin 2 hafta o'tgach, reaksiya musbat bo'lib qoladi.

Sitomegaliya, zaxm, chaqaloqlarning gemolitik kasalligi, listerioz va sepsisdan sinchiklab qiyosiy: tashxis qilish zarur.

Prognosi. Kasallikning turi, ona qorni ichidagi zararlanishning ifodalanganlik darajasi va davolash boshlangan vaqtga bog'liq bo'ladi. Kasallikning surunkali turlarida prognoz og'ir bo'ladi. Qo'shilib ketgan kasalliklar, ayniqsa zotiljam ko'p kuzatiladi.

Davosi. Kompleks davolanadi. Kasallikning yengil va o'rtacha og'ir turlarida xloridin, sulfadimezin qo'llanilganda terapevtik ta'sirga erishish mumkin.

Xloridin 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga 5 kun mobaynida sutkasiga 0,5—1 mg miqdorda beriladi (sutkalik miqdor shakar yoki glukoza qo'shib 2 marta qabul qilinadi). Sulfadimezin 7 kun mobaynida 1 kg tana vazni hisobidan sutkasiga 0,2 g kilib tayinlanadi (sutkalik miqdor 4 marta beriladi). Davolash bir necha kurslarga bo'lib olib boriladi (kamida 3 kurs), ularning soni bolaning ahvoliga bog'liq bo'ladi. Davolash kurslari orasidagi tanaffus 1,5—2 hafta.

Simptomatik davo vositalari — A, V, S vitaminlari, kamqonlikka qarshi davolash (xloridin kurslari orasida o'tkaziladi), plazma (20—40 ml), qon (1 kg tana vazni hisobidan 3—5 ml), vitamin B₁₂ yurak dorilari — kofein va kordiamin, glyutamin kislotalari tayinlanadi.

Profilaktika. Homiladorlarni, toksoplazmozi bor bemorlarni aniqlash va ularga o'z vaqtida davo qilishdan iborat.

TULYAREMIYA (TULAREMEA)

O'tkir infeksiyon kasallik bo'lib, umumiy zaharlanish (intoksikatsiya), isitmalash, limfa tugunlari, tern shilliq pardasi va o'pkaning zararlanishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Tulyaremiya qo'zg'atuvchisi — *V. tularensae* hisoblanadi. Mikrobnining katta-kichikligi 0,2—0,7 mkm bo'lib, tayoqcha yoki kokksimon shaklda bo'ladi. Mikroba aerob hisoblanadi, sporalar hosil qilmaydi, 37°S da o'sadi, yuqori haroratga sezuvchan va aksincha, quyi haroratga chidamli bo'ladi.

Kasallik ko'zg'atuvchisi antigenlik jihatdan bir jinsli bo'lsa-da, lekin virulentligi xilma-xildir. Tulyaremiya qo'zg'atuvchisi monotsitlarda va mikroorganizmning boshqa hujayralarida uzoq vaqt mobaynada persistensiya xususiyatiga ega bo'lgan hujayraaro parazitdan iborat. Bu

xususiyat kasallikning surunkali turiga o'tishiga va zo'rayib ketishiga imkon beradi.

Epidemiologiyasi. Kemiruvchilar odamning tulyaremiya bilan asosiy zararlanish manbai hisoblanadi; Infeksiyani yuqtirish usuliga qarab, epidemiya avj olishining bir necha xillari ajratiladi. Qishloq xo'jaligida kuzatiladigan kasallik ayniqsa donlarni kech yanchigandan kelib chiqadi. Asosan qishloq xo'jaligi ishchilari kasallanadi. Suv tufayli paydo bo'ladigan kasallik ariq, ochiq suv havzalari, quduq suvining zararlanishidan kelib chiqadi, bunda tulyaremiya mikroblari suv kalamushlaridan, dala sichqonlaridan o'tadi. Ovqatdan paydo bo'ladigan kasallik omborlarda, do'konlarda, oshxonalarda ovqat mahsulotlariga infeksiya tushib qolganda qayd qilinadi. Transmissiv kasalliklar — infeksiyaning qonso'rar qo'shqanotlilar (so'nalar, iskab toparlar va iksod kanalari) orqali o'tishidan paydo bo'ladn.

Patogenezi. Tulyaremiya ko'zg'atuvchisi teri qoplamlari, nafas a'zolarining shilliq pardalari, hazm a'zolari, ko'z shilliq pardalari orqali a'zoga osongina tushadi. Qo'zg'atuvchi o'rnashgan joyidan limfa yo'llari bo'ylab regional limfa tugunlariga tushadi, yallig'lanish jarayoni ana shu yerda paydo bo'ladi. Bordi-yu, limfatik to'siq qo'zg'atuvchi yo'lini to'sa olmasa, u *qonga* tushib, qon oqimi bo'ylab barcha ichki a'zolariga tarqaladi. Qo'zg'atuvchi havo-tomchi yo'li bilan o'tganda bronxopnevmoniya rivojlanadi. Hujayraviy immunitet reaksiyalari tulyaremiyada immunitet rivojlanishida katta ahamiyatga ega.

Klinikasi. Hozirgi vaqtda tulyaremiyaning quyidagi umum qabul qilingan tasnifi bor.

Jarayonning joylashuviga ko'ra: a) shilliq pardalar va limfa tugunlari zararlangandagi tulyaremiya (bubonli, yarali-bubonli, ko'z, anginoz-bubonli boshqa tashqi qoplamlari zararlanishi); b) asosan ichki organlar zararlangandagi tulyaremiya (nafas yo'llari, me'da-ichak yo'li, boshqa ichki a'zolar).

Jarayonning og'ir-yengilligiga karab: yengil, o'rtacha orir va og'ir turlari mavjud.

Qanchalik davom etishiga qarab: o'tkir, cho'zilib ketgan, qaytalanadigan turlari ham aniqlangan.

Tulyaremiyaning inkubatsion davri 1 kundan 21 kungacha o'zgarib turadi, ko'proq u 3—7 kun bo'ladi. Kasallik o'tkir boshlanadi va quyidagilar: et uvishishi, bosh og'rishi, mushaklarda og'riq, ba'zan bemor qayt qilishi, burundan qon oqishi kuzatiladi. Yuz shilliq pardalari qizargan (giperemiyalangan), inyeksiyalangan bo'ladi. Ilk yoshdagi bolalarda yuqori nafas yo'llarida ko'pincha kataral hodisalar qayd etiladi; Yurak tonlarining bo'g'iq eshitilishi, ba'zan sistolik shovqin eshitilishi, arterial bosimining pasayishi aniqlanadi. Hazm a'zolari sistemasida ishtaha yo'qligi, goho qorin og'rishi, qabziyatga moyillik, deyarli hamma vaqt jigar kattalashuvi qayd qilinadi. Ko'pincha kasallikning 6—9- kunida taloq kattalashadi. Hayotining dastlabki 2-yilini yashayotgan bolalar me'da-ichak yo'lida o'zgarishlar ayniqsa ko'p kuzatiladi.

Asab sistemasining zararlanishi, uyquning buzilishi, doimo bosh og'rishi, og'ir hollarda es-hushning xiralashuvi, alahsirash bilan ta'riflanadi. Periferik qonda o'rtacha leykotsitoz, chappa siljigan neyrofilyoz, tezlashgan ECHT qayd qilinadi. Kasallikning bubonli turida regional limfa tugunlari yallig'lanib, kattalashadi. Infeksiyaning o'rnashgan joyiga va birlamchi zararlanishlarning joylashuviga qarab yarali-bubonli, ko'z-bubonli va anginoz-bubonli turlar farq qilinadi. Birlamchi va ikkilamchi bubonlar tafovut qilinadi. Birlamchi bubonli infeksiya limfogen yo'l orqali, ikkilamchi bubonli infeksi esa gematogen yo'l orqali a'zoga tushadi. Bubon so'rilib ketadi, yiringlaydi, yara bosadi, skleroz kuzatiladi.

Bolalarda tulyaremiyaning klinik turlaridan ko'proq anginoz-bubonli turi uchray turadi.

Ichki a'zolar zararlangandagi tulyaremiyada o'pka turini ajratishadi. Patogenetik nuqtai nazardan birlamchi va ikkilamchi o'pka zararlanishlari tafovut qilinadi. Kasallik ko'krak qafasi sohasida og'riqlar paydo bo'lishi bilan davom etadi. Birlamchi zararlanishlar bronxit va zotiljam ko'rinishida o'tadi. O'pkaning ikkilamchi zararlanishlari birmuncha kechki muddatlarda kuzatiladi.

Asosan me'da-ichak yo'li zararlanishi bilan o'tadigan tulyaremiya qorinda kuchli og'riq turishi bilan ta'riflanadi. Boshqa a'zolar zararlanishi bilan o'tadigan tulyaremiya turi kasallikning lokal o'zgarishsiz o'tadigan umumiy simptomlarida namoyon bo'ladi. Umumiy intoksikatsiyaning og'ir simptomlari mavjud bo'lib, ko'pincha polimorf toshmalar toshishi,

bo'g'imlar shishishi va og'riq berishi bilan xarakterlanadi.

Tashxisi. Odamni tulyaremiya bor-yo'qligiga tekshirishda immunologik usullar hisoblangan agglutinatsiya reaksiyasi, PGAR qo'llanadi. Erta tashxis qo'yish maqsadlarida tulyaremin yordamida teri va teri usti sinamalaridan foydalaniladi. Atrof-muhit, kemiruvchilar va hokazolarda qo'zg'atuvchini aniqlash uchun bakteriologik usullar qo'llanadi. Tulyaremiyani infeksiyon mononukleoz, o'lat, kuydirgi, melioidoz, manqa, toksoplazmoz, odenovirus infeksiya, bakterial zotiljam (pnevmoniya), tif-paratifoz xastaliklar, brutsellozdan ajratish lozim.

Tulyaremiyani kasallik turi va kechishining og'ir-yengilligiga ko'ra davolash lozim. Hozirgi vaqtda streptomitsin, levomitsetin, tetrasiklin qatoridagi antibiotiklar eng samarali davolash vositasi bo'lib hisoblanadi. Bolalarga tulyaremiya vaktsinasi qilinmaydi.

Bubonlar tezroq so'rilib ketishi uchun konservativ terapiya tadbirlari hisoblangan kulrang simob surtma dorisi bilan kompresslar qo'yiladi.

Tulyaremiya profilaktikasi aholini faol immunlash va sanitariya-epidemiologik hamda tashkiliy xo'jalik chora-tadbirlarini olib borish yo'li bilan o'tkaziladi.

OKSIM (ARNTAYE EPIZOOTICAE)

Isitmalash, umumiy zaharlanish, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining aftoz zararlanishlari, qo'l kafti terisining zararlanishi bilan kechadigan o'tkir virus kasalligidir.

Etiologiyasi. Filtrlovchi virus—oqsim qo'zg'atuvchisidir. Oqsim virusi o'lchamlari 20—30 nm bo'lib limfa va aftoz pufaklar epiteliysida to'planadi va juda yuqumli hisoblanadi.

Virus tashqi muhit omillari ta'siriga ancha chidamlidir. Yuqori haroratda virus halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Hayvonlar orasida oksim kasalligi epizootik tusda bo'ladi. Qoramol, cho'chqalar va yovvoyi xayvonlar oqsimga eng beriluvchi bo'ladi. Odamlar oqsim bilan kamdan-kam kasallanadi. Asosan kasal hayvonlarning sutini ichgan bolalar zararlanadi.

Oqsimda kasal hayvonlar infeksiyani asosiy manbai hisoblanadi, bunda hayvonlar so'lak, sut, siydik va axlat bilan tashqi muxitga juda ko'p miqdorda virus ajratadi. Shu sababli oksim tarqalishida quyidagilar katta xavf tug'diradi: sut, sut maqsulotlari, go'sht, shuningdek, teri, shoxlar, tuyuq, bu yerda virus uzoq vaqt saqlanib turadi. Kasal hayvonlarga qarab turadigan odamlar ham oqsim bilan zararlanishlari mumkin. Oqsim virusi og'iz shilliq pardasi, teri, ayniqsa ularning shikastlangan yuzalariga tushganda yuqadi. Kasallik ko'proq yoz va kuzda kuzatiladi.

Klinikasi. Odamda 3—8 kunlik inkubatsion davridan keyin intoksikatsiya simptomlari — ishtaha pasayishi, et uvishishi, bosh og'rish, tomoqda og'riq, og'iz qurishi, lohaslik, quvvatsizlik, mushaklarda og'riq paydo bo'ladi. Og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda ko'pincha til ildizida kichkina yaracha aniqlanadi. Isitma boshlanganidan 1—3 kun o'tgach, og'iz shilliq pardasida avval tiniq, keyin esa loykaga o'xshash suyuqlikka to'lgan pufakchalar hosil bo'ladi. 1—1,5 kundan keyin pufakchalar yorilib, o'rmda chekkalari g'adir-budur va tubi toza, yassi bo'lgan, og'riq beradigan eroziyalar paydo bo'ladi. Bunday o'zgarishlar tilda, labda, burun qanotlarida, oyok-qo'l terisida qayd etiladi. Regionar limfa tugunlari kattalashadn. Yaralar hosil bo'lgandan keyin harorat asta-sekin normagacha pasayadi va bemor o'zini durustroq sezadi. Odatda kasallik 2—3 hafta davom etib, aksari sog'ayish bilan tugaydi. Oqsimda yurak-tomir sistemasi tomonidan buzilishlar: arterial bosim ko'tarilishi, tomir urishi (puls) ning sekinlashuvi, yurak tonlarishshg oz-moz bo'g'iq bo'lishi va chegaralarining kengayishi kuzatilishi mumkin. Qonda eozinofiliya qayd etiladi. Odamda oqsimning xavfli turi kuzatiladi, bunda yurak faoliyatining susayib ketishi o'limning asosiy sababi hisoblanadi. Bolalarda kasallik bnr qator og'ir va uzoq, hamma vaqt gastroenterit simptomlari bilan, ya'ni qusish, ich ketishi, ko'pincha qon aralash kechadi. Ularda intoksikatsiya simptomlari kattalardagiga qaraganda ko'proq ifodalangan bo'ladi, terida pufakchalar paydo bo'lib, stomatit hamma vaqt ham kayd etilmaydi.

Oqsimga tashxis epidemik yoki epizootik ma'lumotlar bor-yo'qligiga, kasallikning klinik

manzarasiga va dengiz cho'chqalarida qo'yilgan biologik sinamalarga qarab qo'yiladi. Virusologik va serologik usullar, komplementni bog'lash reaksiyasi va bemor zardobida virusni bartaraf etuvchi antitelolarni aniqlash usullari qo'llanadi. Aftoz stomatitlari, Bexchet kasalligi, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi, oyoq panjalari va qo'l kafti terisining zararlanishi bilan o'tadigan virus kasalliklaridan ajratiladi.

Davosi. Oqsimga qarshi maxsus davo yo'q. Odatda simptomatik va umumquvvatlovchi davo: o'rin-ko'rpa rejimi, toza havo, vitaminlar, og'iz bo'shlig'ini rivanol yoki margimush eritmasi bilan chayqash kabilar buyuriladi, yiringli asoratlar bo'lganda antibiotiklar tayinlanadi. Kattalarga venaga 0,3—0,45 ml dan kuniga 2—3 mahal novarsenal yuborib turish tavsiya etiladi. Bolalarga ichish uchun 4 kun mobaynida osar-sol beriladi. Oqsim bilan og'rigan hamma bolalar kamda 21 kunga albatta kasalxonaga yotqiziladi. Kasallik o'chog'i ham albatta dezinfeksiya qilinadi.

Profilaktikasi. Oqsim yuqmasligi uchun aholi o'rtasida kasallikning xavf-xatari haqida keng ko'lamda tushuntirish ishlarini o'tkazish lozim. Bordi-yu kasallik paydo bo'lsa, uni o'z vaqtida aniqlash va sanitariya-veterinariya hamda karantin chora-tadbirlarini qat'iy bajarish kasallikning bartaraf etilishi va keyinchalik tarqalishining oldini olish uchun hal etuvchi ahamiyatga ega bo'ladi.

ENTEROVIRUS KASALLIKLARI (ENTEROVIROSIS)

Etiologiyasi. Uch (I, II, III) turdagi poliomiyelet viruslari: A guruhiga oid (23 ta tur) Koksaki viruslari, V guruhi (6 ta tur) va 32 ta turdagi ECHO viruslari enterovirus (ichak viruslari) ga mansubdir.

ECHO va Koksaki viruslarining uz fizikaviy-kimyoviy xossalriga ko'ra, ko'pgina o'xshashlik tomonlari bor. Bu eng mayda viruslar bo'lib, RNK va oqsil qobig'idan tarkib topgan. Ularning genetik va infeksiyon xossalari RNK bilan, antigen spetsifikligi — oqsil qobig'i bilan bog'langan. Viruslar tashqi muhitga chidamlidir. Koksaki va ECHO viruslari asosan odam ichaklarida yashaydi, iqlimi issiq bo'lgan mamlakatlar aholisi orasida yoz va kuz boshida kuzatiladi. Bolalar enteroviruslarga eng beriluvchan bo'lib, ularda tug'ma va orttirilgan immunitet bo'lmaydi.

Ichak viruslarining antigen strukturasi ancha murakkab bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Bemorlar va enterovirus tashuvchilari infeksiya manbai hisoblanadi.

Bemorlar hammadan ko'ra xavfli bo'ladi, chunki ular kasallikning dastlabki kunlarida burun-yutqin sekreti bilan virus ajratadilar.

Sog'lom tashuvchanlik chastotasi 30 dan 90%ni tashkil etadi, ayni paytda sog'lom bolalar orasida u turli sharoitlar (yosh, yil fasli)ga bog'lik bo'ladi.

Enteroviruslar bemor va tashuvchi organizmidan axlat, burun-yutqin sekreti bilan ajralib chiqadi va bu atrof-muhitning keng ko'lamda infitsirlanishiga sabab bo'ladi.

Fekal-oral yo'l — infeksiya o'tishi uchun asosiy yo'l bo'lsada, lekin ko'pgina olimlarning fikricha, virus havo-tomchi yo'li bilan ham o'tadi.

Patogenezi. Yuqori nafas yo'llari va ovqat hazm qilish yo'lining shilliq pardasi Koksaki va ECHO viruslari uchun kirish darvozasi bo'lib hisoblanadi. Mikroorganizmning dastlabki holati patogenetik jarayon rivojlanishida yetakchi o'rinni egallaydi. Organizm rezistentligini susaytiradigan qator omillar (toliqish, sovuq oldirish, issiqlab ketish, o'tkir xronik kasalliklarni boshdan kechirish, shikastlanishlar) infeksiyaning paydo bo'lishiga yordam beradi. Bu omillarning hammasi u yoki bu yetakchi klinik sindrom rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadi. Organizmning immunobiologik xossalari ojizlik qilganda virus organizmga tushib ko'paya boshlaydi, yuqish bosqichi boshlanadi. Virusning birlamchi qo'payishi burun-yutqin xalqasi, ichak va regionar limfa tugunlarining limfoid to'qimasida kuzatiladi. Bu yerda regionar infeksiya bosqichi hisoblangan yallig'lanish reaksiyasi rivojlanadi. Virus qonga o'tishi bilan virusemiya (intoksikatsiya) bosqichi rivojlanadi. Viruslarning toksikoinfeksiyon xossalari mayda qon-tomir devorining zararlanishiga yordam beradi, natijada shish paydo bo'lib, a'zo hamda to'qimalarda,

ayniqsa markaziy nerv sistemasida gemodinamikaning buzilishi aniqlanadi.

Infeksion jarayon kasallik rivojlanishining har qanday bosqichida ham to'xtab qolishi mumkin, ayni paytda u regional infeksiya bosqichida to'xtab qoladi — jarayon simptomatsiz o'tib, beqaror immunitet ishlanib chiqishi bilan tugallanadi. Virusemiya bosqichida klinikada ifodalanmagan jarayon lokalizatsiyasiz qisqa muddatli isitma bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Enterovirus infeksiyasi kasallik avj olayotgan paytda havo-tomchi yo'li bilan tarqalishi ehtimol, keyinchalik esa fekal-oral yo'li orqali kuzatiladi.

Qasallikka beriluvchanlik ancha yuqori bo'ladi, u bolaning yoshiga taalluqlidir. Bola 1 yoshligidan, ko'proq 3—10 yoshligidan enterovirus kasalligiga chalinadi. Enteroviruslar bilan kasallanish yoz-kuzda qayd qilinadi.

Klinikasi. Enterovirus infeksiyalarining klinik kechishi juda xilma-xildir. Kasallikning qisqa muddat kechishi, sog'ayish bilan tugallanishi enterovirus kasalliklarining hamma klinik turlari uchun xosdir. Tilning karash boylashn, halqum qizarishi, yumshoq tanglay shilliq pardasining donadorligi, bo'yin limfasi tugunlarining shishib chiqishi, qabziyatlar eng asosiy simptomlar bo'lib hisoblanadi. Ana shu simptomlar mavjud bo'lganda umumiy og'ir intoksikatsiya qayd qilinmaydi.

Kasallikning to'liqinson, 2—3 yoki 4—5 kun orab qaytalanib turishi barcha enterovirus kasalliklarida aniqlanadi.

Asoratlarda odatda kuzatilmaydi.

SEROZ MENINGIT

Bu enterovirus infeksiyaning eng ko'p uchraydigan klinik turidir. Kasallik o'tkir boshlanib, harorat 40° gacha ko'tariladi, bosh qattiq og'riydi.

Meningeal simptomlar enterovirus seroz meningitlar klinikasida yetakchi simptomlar bo'lib hisoblanadi, bular kasallikning 2—3-kunida paydo bo'ladi. Es-xushning xiralashuvi, uyquchanlik yoki ortiqcha qo'zg'aluvchanlik, bosh aylanishi, talvasa tutishi uchrab turishi ehtimol.

Ko'pincha birinchi kunlarda neytrofillar limfotsitlar hisobiga oshgan (500—1000 mm3 gacha) bo'ladi, oqsil va qand normal ko'rsatkichlar atrofida. Periferik qon tomonidan leykotsitoz bilan neytrofilyoza va formulaning chapga siljishi ko'riladi. Sog'ayish davrida 15—20 foizgacha eozinofiliya aniqlanadi.

Seroz meningit qulay kechadi. Bemor 7—10 kundan keyin sog'ayib ketadi.

KASALLIKNING PARALITIK (POLIOMIYELITGA O'XSHASH) TURI

Enterovirus infeksiyasining bu klinik turi asosan maktabgacha yoshdagi bolalarda sporadik ko'riishda uchrab turadi.

Klinik manzara ifodalangan polimorfizm bilan ta'riflanadi. Markaziy asab sistemasidagi zararlanish joyiga qarab, spinal, pontin, bulbar turlari kuzatilishi mumkin. Monoparezlar xolida o'tadigan reflekslarning pasayishi, oz-moz mushak atrofiyasi bilan davom etadigan spinal turlari ko'proq uchrab turadi. Parezlar to'la sog'ayish fonida paydo bo'lib, qo'l-oyoqlarda bir oz quvvatsizlik aniqlanadi.

Epidemik mialgiya. Kasallik qorin yoki ko'krakning quyi yarim sohasida o'tkir, yuza og'riq xurujlarining paydo bo'lishi bilan kechadi.

Klinikasi. Kasallik o'tkir, shiddatli, ko'pincha birdaniga boshlanib, et uvishadi, harorat 40° gacha ko'tariladi, qattiq bosh og'riydi, ko'ngil ayniydi, bemor qayt qiladi, badani qakshab og'riydi. Birinchi sutkadayoq ko'krakning ikkala tomonida yoki to'sh osti sohasida og'riq paydo bo'ladi. Og'riq azob berganidan bemor yig'landi, bu hol bemor harakat qilganida, nafas olgudek bo'lganida, yo'talganida aniqlanadi. Og'riq xurujlari bir necha daqiqadan 1,5—2 soatgacha, bir kun mobaynida davom etadi. Kasallik 2—6 sutka kech etib qulay kechadi, qaytalanib turadi.

GERPETIK ANGINA

Enterovirus infeksiyasining bu turini asosan A guruhga mansub Koksaki viruslari keltirib chiqaradi. Halqumning shilliq pardasiga gerpetik toshmalar shi kasallikning klinik belgisi xisoblanadi. Bu xastalik bilan asosan kichik yoshdagi bolalar og'riydilar.

Ichak yoki gastroenterotik turi. Kasallikning bu yni Koksaki va ECHO viruslari keltirib chiqaradi, enterovirus infeksiyasining ichak turida ich ketishi yetakchi simptom bo'lib hisoblanadi. Ilk yoshdagi bolalarda uchrab turadi. Ichak bilan birga odatda yuqori nafas yo'llari ham zararlanadi. Ichak infeksiyalari o'rta darajada ifodalanganda disfunktsiya 2—8 hafta davom etadi.

Kasallikning kataral turi (yuqori nafas yo'llari katari). Etiologiya jihatidan kasallikning bu turi YESNO enteroviruslari bilan bog'langan. Ilk yoshdagi bolalarda uchrab turadi. Kasallik o'tkir boshlanib, xarorat 38-39°S gacha ko'tariladi. 1 yoki 2-sutkaning oxiriga kelib, tumov, yo'tal aksirish, halqumda giperemiya kuzatiladi. O'pkada biroz quruq xirillashlar eshitiladi. Kasallik 7-8 kun davom etadi.

YESNO-ekzantema — Boston isitmasi. Kasallik haroratning 38—40° gacha ko'tarilishi bilan boshlanib, 2-3 kun saqlanib turadi. Isitmalash jarayonida bosh va ichak og'rig'i, ko'ngil aynishi, qorinda og'riq, ich ketar paydo bo'ladi. Kataral holatlar, yo'tal, tumov, angina, konyunktivit ham kuzatilishi mumkin. Kasallikning 1-2-kunida yuzda, gavdada va qo'l-oyoqlarda och qizil rangli dog'simon papulyoz yoki polimorf toshmalar paydo bo'lib, ular 1-2 kun saqlanib turadi, keyin nom-nishonsiz yo'qolib ketadi, pigmentlar ham qolmaydi. Kasallik yengil o'tib, batamom sog'ayish bilan tugallanadi.

Mitti kasallik (enterovirus isitmasi, 3 kunlik isitma) Kasallikning bu turi enterovirus kasalliklari orasida birinchi o'rinni egallaydi. Kasallik kuchsiz klinik simptom bilan kechadi. Barcha yoshdagi bolalar ayniqsa maktab yoshidagi bolalar o'rtasida ko'proq uchrab turadi.

O'tkir gemorragik konyunktivit. Kasallik harorat ko'tarilishi, bosh og'rishi, ko'zda og'riq turishi, ko'z yoshi oqishi bilan boshlanadi. Sklera tomirlariga kuchli qon quyilishi, shish va giperemiya bilan ifodalanadi.

Tashxisi. Virusologik va serologik tekshiruvlarga asoslangan. Virusologik tekshirishlar uchun kasallikning birinchi kunlarida burun-yutqin shillig'i, qon, likvor, axlat olinadi.

Serologik tashxis. Zardoblar ikki marta: birinchi marta bemor kasalxonaga yotqizilganda, ikkinchi marta esa 1—2 hafta o'tgandan keyin tekshiriladi. Kasallik dinamikasida viruslarni bartaraf etuvchi va komplementni bog'lovchi antitelolarning 4 va bundan ortiq ko'payib borishi tashxisni tasdiqlaydi.

Differensial tashxis kasallikning klinik turiga qarab qo'yiladi. Epidemik mialgiya tashxisida, ayniqsa ehtiyot bo'lish zarur, u o'tkir jarrohlik kasalliklari (o'tkir appenditsit, ichaklarning tutilib qolishiga o'xshab ketadi).

Davosi. Enterovirus kasalliklarining etiotrop davolash vositalari yo'q. Butun davo patogenetik va simptomatik vositalarga asoslangan.

Bemorlarga o'rinda yotish rejimi, to'la safatli, vitaminlashtirilgan ovqatlanish tavsiya etiladi. Seroz meningitlarda dehidratatsion terapiya o'tkaziladi.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktika choralari ishlab chiqilmagan.

INFEKSION ERITEMA (ERUTHEMA INFECTIOSUM)

Etiologiyasi aniqlanmagan o'tkir infeksiyon kasalliklar guruhidir. Isitmalash, umumiy intoksikatsiya simptomlari va eritematoz maydonlarga qo'shilib keladigan toshmalar toshishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'aluvchisi ajratilmagan. Kasallikning ba'zi turlarida (Rozenberg, Chamerning infeksiyon eritmasi, tasodifiy ekzantema) u ehtimol viruslarga mansub bo'lsa kerak. Tugunsimon eritema kator infeksiyon kasalliklarda, ayniqsa allergik qayta tuzilishi ifodalangan

bot, sil, tulyaremiya, soxta silda paydo bo'ladigan simptomdir.

Epidemiologiyasi. Kasallik sporadik holda uchrab turadi. Infeksiya manbai va rezervuari ma'lum emas. Bemorlar atrofdagilar uchun xavf tug'dirmaydi.

Infeksion eritemalar patogenezini o'rganilmagan.

Simptomlari va kechishi. Eritemalarning asosiy klinik turlari quyidagilardan: 1) Rozenbergning infeksiion eritemasi; 2) Chamerning infeksiion eritemasi; 3) tugunsimon eritema; 4) ko'p turli eksudativ eritema; 5) tasodifiy eritema; 6) differensiyalangan eritemadan iborat.

Rozenbergning infeksiion eritemasi. O'tkir boshlanishi, umumiy intoksikatsiya simptomlari bilan ifodalangan isitma (kuchli bosh og'rig'i, uyqusizlik, mialgiya, artralgiya) bilan ta'riflanadi. Kasallikning 4—6-kunida oyoq-qo'llarda dog'simon yoki makropapulyoz toshmalar paydo bo'ladi. Yuzga toshma toshmaydi. 5—6 kun o'tgach, toshma yo'qolib ketadi, undan yasmiqsimon yoki plastinkasimon qipiq qoladi. Isitma 8—12 kun davom etadi. Aksariyat, jigar va taloq kattalashgan bo'ladi. Ayrim bemorlarda bo'g'imlar shishib chiqishi, shuningdek, meningeal hodisalar kuzatilishi ehtimol.

Chamerning infeksiion eritemasida infeksiion davr 9—14 kun davom etadi. Xastalik yengil o'tib, ko'proq bolalar kasallanadi. Tana harorati normal yoki subfebril bo'ladi. Kasallikning 2-kundan yuz terisida mayda dorlar ko'rinishida o'ziga xos toshmalar paydo bo'ladi.

Toshmaning ayrim elementlari gavda va oyoq-qo'llarga ham toshishi mumkin. Toshma elementlari markazdan boshlab oqaradi. Ekzantema ancha vaqt (2 haftagacha) saqlanib turadi.

Tugunsimon eritema (Erythema nodosum) qator infeksiion xastaliklar (tulyaremiya, bot, silning ko'rinishlaridan biri) dan hisoblanadi. Tana haroratining oshishi, oyoq-qo'llar, ayniqsa yirik bo'g'imlarning zirqirab og'irishi va o'ziga xos ekzantema bilan ta'riflanadi. Toshma boldir va yelqaning simmetrik joylarida, kamroq son va oyoq panjalarida paydo bo'ladi. Toshma elementlari tugunlardan iborat bo'lib, paypaslab ko'rilganda og'riq beradi, teri sathidan ko'tarilib turadi, teri ichkarisida infiltrat aniqlanadi. Tugunlar ustidagi teri rangi avval qizil, so'ngra ko'kimsimon va infiltrat kamayib ketganda yashilsimon-sarg'imtir bo'lib qoladi. Tugunlar 3 haftagacha saqlanib turadi.

Ko'p turli (polimorf) eksudativ eritema isitma (39—40°S), umumiy intoksikatsiya simptomlari (bosh og'rig'i, quvvatsizlik, artralgiya) bilan ta'riflanadi. Kasallikning 4—6 kunda gavda va oyoq-qo'llarga mo'l polimorf toshmalar toshadi. Toshma elementlari dog', papulalardan iborat bo'ladi. So'ng tiniq suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar hosil bo'ladi. Pufakchalar yorilib ketgandan keyin o'rinda oldin qizid momataloq, keyin esa qizg'ish po'stloq hosil bo'ladi. Bemorlar toshma toshgan yerdagi teri qichishishi va achishishidan shikoyat qiladilar. Eritemaning bir qator og'ir turlarida (Stivenzon — Jonson sindromida) teri zararlanishidan tashqari, og'iz, burun-yutqin shilliq pardalari, jinsiy a'zolar, ko'zda eroziv-yarali o'zgarishlar yuzaga keladi. Kasallik odatda 1—3 hafta kechadi. Stivenzon — Jonson sindromi esa 1,5 oy va bundan ko'proq davom etadi. O'lim hollari qayd etilgan.

Birdaniga ro'y beradigan ekzantemada inkubatsion davr 3—6 kun davom etib, kasallik o'tkir, tana haroratining 38—40° gacha ko'tarilishi va nisbatan umumiy intoksikatsiyaning o'rta miyona simptomlari bilan boshlanadi. Kasallikning 3—4 kunda harorat normaga tushadi va ayni vaqtda yuz, gavda va oyoq-qo'llarga ekzantema (yoki 1—2 kun o'tib) toshadi. Toshma elementlari mayda, oqish, och qizil dog'lardan iborat (diametri 5 mm) bo'lib, ular goho qo'shilib ketadi va qizamiqda yoki qizilchada bo'lgani kabi toshmani eslatadi. 2—3 kundan keyin toshma yo'qoladi, undan Refine teri qipiq qolmaydi, pigment qolmaydi.

Qonda kasallikning dastlabki kunlarida neytrofil leykotsitoz, toshma toshganda—leykopeniya, neytropeniya, limfotsitoz qayd qilinadi.

Differensiyalashgan infeksiion eritema kelib chiqishi ma'lum bo'lmagan, isitma, o'rtacha ifodalangan umumiy intoksikatsiya simptomlari bilan ta'riflanadigan infeksiion kasalliklarning yig'ma guruhidan iborat bo'lib, u ma'lum bo'lgan qandaydir biror infeksiion turga xos emas.

Infeksion eritemalar tashxisi klinik ma'lumotlarga asoslangan. Goho laboratoriya usullari, asosan boshqa infeksiion kasalliklarni bartaraf etish uchun qo'llanadi. Maxsus

diagnostikaning laboratoriya usullari yo'q.

Davosi. Infektsion eritemalarning yengil turlarida simptomatik davo bilan chegaralanadi. Tugunsimon eritemada asosiy kasallikka davo qilinadi, qo'shimcha ravishda antigistamin preparatlari (dimedrol, diprazin, suprastin) tayinlanadi. Rozenberg eritemasining og'ir turida va polimorf xamda ekssudativ eritemada kortikosteroid preparatlaridan prednizolon buyuriladi, bunda yuqori miqdorlardan boshlab sekin-asta miqdor kamaytirib boriladi yoki boshqa gormonal preparatlarining ekvivalent miqdorlarini 7—15 kun mobaynida tayinlanadi.

Profilaktikasi. Ishlab chiqilmagan. O'choqda chora-tadbirlar olib borilmaydi.

«VABO» (CHOLERAЕ)

O'ta xavfli (karantin infeksiyalariga taalluqli bo'lgan) kasallik bo'lib, me'da-ichak yo'li funksiyasining keskin buzilishi bilan ta'riflanadi, butun a'zoning suvsizlanishi va tuzsizlanishiga olib keladi va keyinchalik barcha hayotiy muhim a'zolar funksiyasining zaharlanishi va buzilishi bilan davom etadi.

Etiologiyasi. Vabo vibrioni uzunligi 1,5—3,0 mkm va eni 0,4—0,6 mkm keladigan tayoqchalardan iborat bo'lib, ular ko'pincha vabo vergullari ko'rinishida bo'ladi va analin bo'yoqlarida durust bo'yaladi. Vabo vibriionlari bitta xivchini borligidan ancha xarakatchan bo'ladi, sporalar va kapsulalar hosil qilmaydi. Oziqali, ayniqsa ishqorli muhitda yaxshi o'sadi. 36—40° li harorat vabo vibrioni o'sishi uchun eng qulay harorat hisoblanadi.

Suyuq oziqali muhitda eritrotsitlar gemolizini keltirib chiqarmaslik xususiyati vabo vibriionining muhim belgisi bo'lib hisoblanadi.

Vabo vibriionlari murakkab antigenli tuzilishga ega. Shunga ko'ra bir necha serologik guruhlarga ajratiladi.

El-Tor vibriioni O-guruhga taalluqlidir. Bu guruhda, shuningdek, uchta serologik tur: Ogava, Inaba va Gikoshim turlari farq kilinadi.

Vabo vibriionlari past haroratga chidamli bo'lib, qizdirilganda nisbatan tez halok bo'ladi. Masalan, 60° li haroratda vabo vibriionlari 30 daqiqadan keyin, 80° li haroratda esa 5 daqiqadan so'ng nobud bo'ladi. Ular turli xil kislotalar ta'siriga ayniqsa sezuvchandir.

Epidemiologiyasi. Vabo o'tkir infeksiion ichak kasalliklari guruhiga mansubdir. Lekin boshqa o'tkir infeksiion ichak kasalliklaridan farqli o'laroq, vabo-og'ir kechishi, qisqa vaqt turli xududlarda aholining: katta qismini zararlantirish xususiyati borligi bilan ta'riflanadi.

Vaboning ko'rsatib o'tilgan xususiyatlari uni o'ta xavfli infeksiion kasallik deb xisoblashga asos bo'ladi. Epidemiya avj olganda, dastlab infeksiya o'chog'ini aniqlash lozim, aksariyat bu epidemiyalar suvdan tarqaladi (suv epidemiyalari).

Odam bittayu-bitta infeksiya manbai hisoblanib, u vabo vibriionlarini kasallik paytida, kasallikdan tuzalgandan keyin yoki sog'lom tashuvchilik holatida tashqi muhitga ajratadi.

Bemor kasallik avj olganda, inkubatsion va rekonvalessensiya davridayoq yuqumli bo'ladi. Rekonvalessentlar vibriionlarni kasallikning 18—21-kuni va ba'zan 58—60- kunida ham ajratishi mumkin.

Vibriion tashuvchilikning uch xili tafovut qilinadi: sog'lom yoki simptomsiz vibriion tashuvchilar; rekonvalessentli vibriion tashuvchilar; vabo vibriionlarini (ya'ni inkubatsion davrida) tashuvchilar. Epidemiya o'choqlarida ko'proq bolalar zararlanadi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi. Vaboda kasallik qo'zg'atuvchisi odam organizmiga og'iz orqali suv yoki ovqat mahsulotlari bilan birga tushadi. Vabo vibriionlari ingichka ichakka kirib olib ko'payadi. Ular o't haydovchi sistemada ham ko'payishi mumkin. Vabo vibriionlari o'z hayoti davomida ekzotoksin ajratadi, u izotonik suyuqlikning ko'plab ajralishiga (gipersekretsiyaga) yordam beradi. Me'da-ichak yo'lida izotonik suyuqlikning tezda yo'qolishi — barcha kasallik klinik alomatlarining sababi hisoblanadi. Natijada gemokonsentratsiya hodisalari kuzatiladi, giperproteinemiya, leykotsitoz, eritrotsitoz rivojlanib, oraliq va boshqa metabolik, toksinli mahsulotlar to'planadi.

Klinikasi. Bolalarda kasallikning eng yengil turidan tortib to og'ir turlarigacha qayd

etiladi. Ularda vaboning turli klinik turlarda va xillarda kechishi har xil omillarga bog'liq bo'ladi, bunda bolalarning individual va yoshga oid reaktivligi ma'lum o'rin tutadi.

Kattalarda kasallik kechishining turli bosqichlari aniqlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda esa kasallik bosqichini hamma vaqt ham belgilab bo'lmaydi. Bolalarda vaboning inkubatsion, simptomlar kamaygan va klinik sog'ayish davrlari farq qilinadi.

El-Tor vabosida inkubatsion davr 1—2 kundan 5 kungacha, kamdan-kam hollarda esa uzoq muddat davom etishi mumkin. Vaboda ko'pincha ich ketadi, goho ich ketishidan oldin bola qayt qiladi. Kamdan-kam hollarda bolalarda prodromal simptomlar kuzatiladi. Bolaning ishtahasi kamayadi, injiqlanadi, qorni og'riydi.

Kasallikning ko'rsatib o'tilgan simptomlari asosan katta yoshdagi bolalar orasida uchraydi, ba'zi bemorlar ko'ngil aynishidan noliydilar, bu holat qayt qilishdan oldin paydo bo'lib, ketidan ich ketadi. Qusuq massalarida dastlab ovqat qoldiqlari bo'lishi mumkin, keyin unga o't, shilliq qo'shiladi, keyinroq esa ular rangsizlanadi va guruch yuvindisiga o'xshash, goho qon aralashgan bo'ladi. Kasallik boshlanganda bola ko'p qayt qiladi, keyinchalik qusuq kamayadi. Bu xol suyuqlik yo'qotilishi va suvsizlanishning tez rivojlanishi natijasida kuzatiladi. Bola kuchanaverganidan madori quriydi, vazni yo'qoladi, yuzi o'tkirlashib, ko'zlari ich-ichiga kirib ketadi, ko'zining tagi ko'karadi, og'iz qurib, umumiy toksikoz va eksikozning boshqa tipik alomatlari paydo bo'ladi. Ilk va kichik yoshdagi kasal bolalarda toksinli sindrom va suvsizlanish belgilari ayniqsa tez rivojlanadi. Bolaning ichi suyuq kelib sariq, sarg'ish-yashil rangda bo'lishi mumkin. Kasallik boshlanganidan bir necha soat mobaynida 5—10—20 martagacha ich keladi. Axlat massalari suvga o'xshash rangsiz bo'lib, goxo guruch yuvindisiga o'xshaydi. Ayrim bemorlarda esa axlat massalari go'sht yuvindisini eslatadi. Vaboda axlat ishqorli reaksiya ($rN 7,0—9,0$) ga ega, solishtirma og'irligi qariyb 1002—1014 bo'ladi. Kasal bolalarda suyuqlik va mineral tuzlarning ko'p miqdorda yo'qotilishi natijasida suvsizlanish holati rivojlanadi. Bunda ilk yoshdagi bolalarda og'ir suvsizlanish holati katta yoshli bolalardagiga qaraganda tezroq rivojlanadi.

Asoratlari. Bolalarda vabodan tuzalib ketgandan keyingi asoratlar kattalardagiga qaraganda tezroq rivojlanadi va og'irroq o'tadi. Tez-tez uchrab turadigan asoratlardan (kanalcha nekrozi tufayli) o'tkir buyrak yetishmovchiligidir. Kaliy o'rni yetarlicha to'ldirilganda gipokaliyemiya, nefropatiya, yurak aritmiyalari, paralitik ileus rivojlanadi. Suyuqlikning haddan tashqari ko'p quyilishi o'pka shishuviga olib kelishi mumkin. Davolash paytida koma, tomir tortishishi, uzoq muddatli tormozlangan holat, ifodalangan-gipoglikemiya rivojlanishi ehtimol.

Tashxisi. Vabo tashxisini degidratatsiyasi ifodalangan diareyada tasdiqlash mumkin. Epidemiya avj olganda tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi.

Bakteriologik usul tashxis qo'yishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Kasallikni aniqlash uchun axlat va kusuq massalari tekshiriladi. Bunda mikroskopik tekshiruv usulidan foydalaniladi. Diagnostikaning kuyidagi tezlashtirilgan usullari ishlab chiqilgan.

1. Vibriionlarni vaboga qarshi O-zardob bilan immobilizatsiya qilish va mikroagglutinatsiyadan foydalanish usuli (tashxisni bir necha daqiqadan keyin aniqlasa bo'ladi).

2. Nativ materialni o'ziga xos vaboga qarshi O-zardob bilan makroagglutinatsiya qilish usuli (taxminiy tashxis 3—4 soatdan keyin qo'yiladi).

3. Flyuoressensiyalovchi zardoblar yordamida serologik usuldan (30 daqiqa —1 soatdan keyin javob olinadi) foydalaniladi. Vaboni ifodalagan diareya bilan degidratatsiya kuzatiladigan qator kacalliklar hisoblangan stafilocokklar, dizenteriya, salmonellyozlar, gastroenteritlar, virus etiologiyali diareyalardan differensial tashxis qilinadi.

Davolash. Yo'qotilgan suv-tuz o'rmini tezda to'ldirish davoning eng asosiy vazifasidir. Davo chora-tadbirlari qatorida antibiotiklar ham xal qiluvchi rol o'ynaydi. Suv va elektrolitlar o'rni bola tanasi massasi va suvsizlanish darajasiga qarab to'ldiriladi.

Bolalarning regidratatsion terapiyasi uchun quyidagi tarkibdagi eritmalar: 4,5 g natriy xlorid, 4 g natriy gidrokarbonat, 1,25 g kaliy xlorid, 50 g glukoza, 1 l apirogeshsh bidistillangan suvdan foydalaniladi. Giperkaliyemiya belgilari aniqlanganda tarkibida tutmaydigan eritmalar: 6 g natriy xlorid, 4 g natriy gidrokarbonat, 50 g glukoza, 1 l apirogenli bidistillangan suv

ishlatiladi.

Yo'qotilgan suv o'rni to'ldirilgandan keyin enteral yoki parenteral yo'l (soatiga 10—15 mg/kg) orqali diareya tamom bo'lgunga qadar quvvatlovchi gidratatsion davo qo'llanadi. Ko'krak yoshidagi bolalarni imkon boricha tez-tez emizib turish buyuriladi. Ovqat yeya boshlagan bolalarga esa to'la sifatli taomlar tavsiya etiladi.

Antibiotiklar faqat regidratatsiya tamom bo'lgandan keyingina tayinlanadi. 3 kun mobaynida har 6 soatda 50 mg/kg tetrasiklin beriladi, shuningdek 10 mg/kg furazolidon, 30 mg/kg eritromitsin ham samarali hisoblanadi.

Profilaktikasi. Zararlangan suv va ovqatni iste'mol qilmaslik asosiy profilaktika tadbirlaridandir. Vaboga qarshi vaksina bo'lsa-da, u kam ta'sir qiladi, chunki u qisqa muddatli immunitet xosil qiladi.

Vaboda tetrasiklin qabul qilinadi: 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga —50 mg/kg, bundan kattalarga — 250 mg/kg yoki bir marta qabulga doksatsillin (bolalarga—6 mg/kg, kattalarga 200 mg/kg) beriladi. Bemorlarda vabo borligiga shubha qilinganda ularni darhol ajratish va kasalxonaga yotqizish lozim.

Aloqada bo'lgan shaxslarning hammasi ajratib qo'yiladi.

QAYTALANUVCHI KANA TERLAMASI

O'tkir infeksiyon xastalik bo'lib, uni turli kanalar orqali o'tadigan borreliyalalar keltirib chiqaradi va qisqa muddatli isitma bilan kechadi.

Kasallikning qaytalanuvchi kana isitmasi, kana spiroxetasi, kana rekurrensi, bundan tashqari, tarqalish joyiga qarab Markaziy Osiyo qaytalanuvchi terlamasi, Shimoliy Afrika, Osiyo, Shimoliy Amerika va Janubiy Amerika rekurrensi kabi sinonim nomlari bor.

Etiologiyasi. Kana borreliozini spiroxetalar keltirib chiqaradi. Odamda borreliozning qariyb 20 qo'zg'atuvchilari qayd qilingan, lekin ular morfologik jihatdan (biologik belgilardan tashqari) bir-biriga o'xshab ketadi.

Kasallik vibrioni buramaga o'xshab egilgan ip yoki bir oz cho'zilgan buramani eslatadi. Ba'zan u yarim doira shaklida joylashib, uchlari o'tkirlashgan bo'ladi. Yirik burmachalar soni 4 dan 12 gacha, ba'zan bundan ham ko'proq bo'ladi. Ilona o'xshab va shtoporg simon harakat qiladi.

Epidemiologiyasi. Argas kanalari borrelioz qo'zg'atuvchilarining asosiy xo'jayin tashuvchilari bo'lib xizmat qiladi. Kanalar o'z xo'jayinlari — yovvoyi sut emizuvchilarda, qushlar va reptiliyalarda yashaydi, bu borreliyalalar, kanalar va hayvonlar orasida aylanib yurish uchun tabiiy o'choq hisoblanadi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi. Kana chaqqan borreliyalalar odam organizmiga tushib retikuloendoteliy tomonidan qamrab olinadi va ular ana shu yerda ko'payadi. Borreliyalalar ko'payar ekan, yetarli miqdorda to'planib, retikuloendoteliy to'sig'ini teshib o'tib qonga tushadi natijada kasallik kelib chiqadi.

Mazkur xastalik patogenezida quyidagi bosqichlar ajratiladi: 1) zararlanish bosqichi; 2) birlamchi spiroxetemiya; 3) toksinemiya; 4) spiroxetalar reaksiyasi; 5) gumoral hujayraviy mexanizmlar reaksiyasi; 6) toksinemiya hollari va qaytalangan spiroxetemiya.

Klinikasi. Inkubatsion davr 4—15 kun atrofida, ko'proq 6—10 kun davom etadi. Kasallik o'tkir, ko'pincha birdan boshlanadi. Ba'zi hollarda prodromal holatlar — umumiy holsizlik, oyoq-qo'llar, badanning qaqshab og'rishi, bel va boldir mushaklari og'rishi ko'rinishida qayd qilinadi.

Tez-tez bosh og'rib turishi, shuningdek, oz-moz et uvishishi, harorat 38—38,5°S gacha va bundan ko'proq ko'tarilishi mumkin. Prodromal holatlar 3—4 kun davom etishi mumkin, harorat tushib ter chiqadi, barcha og'riq beruvchi simptomlar o'tib, bemor ahvoli yaxshilanadi. Borrelioz klinikasi paroksizmlar bo'lishi, et uvishishi, issiqlab ketish, terlash bilan ta'riflanadi. Xurujlar to'satdan, haroratning uchqun tezligi kabi 39—40° gacha keskin ko'tarilish bilan boshlanadi, kuchli bosh og'rig'i, junjikish qayd etiladi, keyin bemor qattiq isitmalab, beli, oyoq-

qo'llari, boldir mushaklari og'riydi, bezovtalanadi, uyqusizlik boshlanib, ba'zan alahsiraydi. Tomir tez-tez uradi, yurak tonlari bo'g'iqlik bo'ladi, tilni karash qoplagan, ishtaha bo'lmaydi. Xuruj paytida yuz qizarib ketgan, jigar va taloq kattalashgan bo'ladi. Xuruj xaroratning juda ham tushib ketishi va tez-tez chiqishi bilan tugallanadi, u 5—6 soat davom etishi, lekin ter kamroq chiqishi ham mumkin. Ba'zi hollarda xuruj me'da-ichak buzilishlari (qusish, qorinda spastik orriqlar va ich ketar holida) bilan davom etadi. Xurujdan keyin harorat birdaniga tushib ketadi, bemorda umumiy quvvatsizlik paydo bo'ladi, lekin og'riqlik, holsizlik o'tib ketadi, axvol yaxshilanadi, hatto ishlash qobiliyati ham tiklanadi.

Dastlabki xuruj bir necha soatdan 2—4—6 kunga cha davom etadi.

Ba'zan ertalabki remissiyalar bo'lgan holda haroratning qisqa muddatga ko'tarilishi kuzatiladi. Ikkinchi xuruj 1—6—8 kundan keyin rivojlanadi va u 4—8 soatdan 4—8 kungacha davom etadi. Kana boreliozida xarorat kasallik endi boshlanganda interittirlovchi tusda bo'lishi mumkin. Qaytalanuvchi xurujlar soni o'rta hisobda 8—10 gacha yetgan, lekin bundan ham ko'proq bo'lishi mumkin, har bir keyingi xurujdan so'ng uning ko'proq davomiyligi qisqarib boradi, apirektik davr esa yanada uzayib, 10—15—20 kungacha davom etadi.

Kasallik 3 haftadan 3—4 oygacha davom etishi mumkin. Kana boreliozida yengil xurujlar kuzatilib, bemorlar bularni osongina ko'targan, shuningdek, ularda simptomsiz spiroxeta tashuvchilik ham qayd qilingan.

Periferik qonda ozroq gipoxrom kamqonlik (6—10 marta xuruj tutgandan keyin), neytrofilyoz biroq oshgani, o'rtacha leykotsitoz, nisbiy limfotsitoz, monotsitoz, eozinopeniya qayd qilinadi. ECHT tezlashgan bo'ladi.

Asoratlari. Aksariyat kana boreliozining og'ir o'tadigan turlarida — pnevmoniya (zotiljam), sepsis, gepatit, sariqlik, nefrit, otit, ko'z zararlanishi (irridotsiklitlar, iritlar, shishasimon tananing xiralashuvi) kuzatiladi.

Tashxisi. Tashxisda epidemiologik vaziyat — hisobga olinadi. Tashxis uchun biologik hayvonlarga kasallangan hayvonlar qonini yuqtirish usulidan (dengiz cho'chqalari, oq sichqonlar) ham foydalaniladi. Yuqtirib bo'lgandan so'ng kasallikning 1—5-kunida zararlangan hayvonlarning qoni boreliyalor bor-yo'qligiga tekshirib ko'riladi. Kana boreliozini epidemik qaytalanuvchi bit borelioz, bezgak, isitma, falaj, ensefalitlardan differensial tashxis qilish lozim.

Davosi. Antibiotiklar kana spiroxetozini zamonaviy davolashning asosini tashkil etadi. Levomitsetin 0,1—0,15 dan kuniga 4 marta, eritromitsin 0,15 dan kuniga 4—6 mahal beriladi.

Antibiotiklar bilan davolash kursi tana harorati barqaror bo'lguncha, odatda 5—7 kun mobaynida o'tkaziladi. Simptomatik davo bemorning umumiy ahvoli va ko'rsatmalarga qarab olib boriladi.

Isitma xuruji davrida bemorlarga yetarli miqdorda kaloriyal va oson hazm bo'ladigan ovqatlar berilishi lozim.

Asoratlarda va qo'shib qolgan kasalliklarda asosiy davo zarur bo'lgan qo'shimcha davolash vositalari bilan to'ldiriladi.

Profilaktikasi. Eng avvalo kanalar hujumidan muhofaza qilish va kanalarga qarshi kurash chora-tadbirlar kompleksi kana boreliozini profilaktika qilishning asosiy maqsadi hisoblanadi.

O'LAT (PESTIS)

Juda og'ir zaharlanish, isitma, limfatik sistema, o'pka va boshqa a'zolar zararlanishi bilan ta'riflanadigan o'tkir infeksion kasallikdir. O'lat tabiiy o'choqli transmissiv infeksiyalor guruhiga taalluqlidir.

Etiologiyasi. O'lat qo'zg'atuvchisi kattaligi 1—3X 0,3—07 mkm keladigan uchi dumaloq tayoqchalardan iborat. O'lat qo'zg'atuvchisi harakatsiz, sporalar hosil qilmaydi, kapsulasi shilliq, grammanfiy bo'lib, barcha anilin bo'yoqlari bilan bo'yaladi. Bemor to'qimalari, odam va hayvonlarning yangi murdalaridan tayyorlangan suyuq oziqali muxitlarda

o'stirilgan, bo'yalgan surtmalarda bipolyar kuzatilib, mikroob oxirida birmuncha quyuq va o'rta qismida kuchsiz bo'yalgan bo'ladi. Odamdagi suyuq va zich oziqali muhitlarda harorat 25—30°S va rN 6,9—7,2 bo'lganda o'sadi.

Epidemiologiyasi. Kemiruvchilar (kalamushlar, yumronqoziqlar, sichqonsimon kemiruvchilar, suvaraklar), shuningdek, tuyalar infeksiyaning tabiatdagi asosiy rezervuarlari bo'lib hisoblanadi. Hozirgi vaqtga qadar kemiruvchilarning qariyb 300 turi va kichik xillari hisoblangan o'lat mikrobi tashuvchilari ma'lum. Burga infeksiya tashuvchisi hisoblanadi. Odamga kasallik burga chaqqanda, bevosita bemor kishilar, hayvonlar, ularning jasad va ajralmalari orqali yuqadi. O'latning o'pka turiga uchragan bemorlar, ayniqsa xavfli bo'ladilar, bular odamlarning havo-tomchi orqali zararlaniishi manbalari (o'latning o'pka turi yuzaga keladi) bo'lib qolishi mumkin: Odamlarning o'latga beriluvchanligi juda katta bo'ladi. O'tib ketgan kasallikdan keyin turg'un immunitet saqlanib qoladi.

Patogenezi. O'lat qo'zg'atuvchisi odam organizmiga teri, shilliq pardalar, nafas yo'llari, hazm yo'li orqali tushishi mumkin. Lekin teri qo'zg'atuvchining ko'proq kiradigan joyi bo'lib hisoblanadi.

Qabul qilingan tasnifga muvofiq, odamda o'latning quyidagi klinik turlari: bubonli, teri, birlamchi-o'pka va birlamchi septik turlari tafovut qilinadi. Bakteriya teri orqali kirganda, unda goho o'ziga xos reaksiya rivojlanib, yara paydo bo'ladi (teri yoki teri-bubonli turi). Aksari o'lat tayoqchasi limfa oqimi bilan eng yaqin joylashgan limfa tugunlariga yetib, ularda va atrofda to'qimalarda gemorragik-nekrotik yallig'lanish (bubonli turlarni) keltirib chiqaradi. Mikroblarning parchalanishi natijasida intoksikatsiya (zaharlanish)ga sabab bo'ladigan endotoksin ozod bo'ladi. Keyinchalik qo'zg'atuvchi qonga tushib, butun a'zoga tarqaladi (infeksiyaning ko'plab tarqalishi) va qator a'zolar zararlaniishi va ikkilamchi bubonlar kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Zotiljamning qo'shilib kelishi, ayniqsa xatarlidir, chunki bunda kasallikning havo-tomchi yo'li bilan tarqalishi imkoniyati paydo bo'ladi. Septik o'lat, o'lat mikrobinin qonga teri yoki shilliq pardalar orqali kirib, infeksiyaning tarqalishi va ichki a'zoning ko'plab urug'lanib ketishi bilan ta'riflanadi. Ularda mikroblar shiddat bilan ko'payadi, septitsemiya va o'ta og'ir zaharlanish yuzaga keladi. Zararlaniishning o'pka turi havo-tomchi yo'li orqali aniqlanadi. O'lat mikrobi nafas yo'llari orqali kiradi. O'pka to'qimasida seroz-gemorragik yallig'lanish yuz berib, nekrotik komponent ifodalangan bo'ladi. Lobar yoki quyiluvchan zotiljam rivojlanadi. Alveolalar suyuq ekssudat bilan to'lib, u eritrotsitlar, leykotsitlar va o'lat tayoqchalaridan iborat. Septik va o'pka o'lati juda og'ir o'tishi va nihoyatda noxush belgilar bilan ta'riflanadi.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2—3 kun bo'lib, o'latning o'pka turida esa qisqaroq, emlanganda 8—12 kungacha uzayishi mumkin. O'lat odatda birdaniga boshlanadi. Et uvishib, tana harorati 39° gacha va bundan ortiq ko'tariladi. Toksikoz erta paydo bo'lib, tezda zo'rayib boradi. Qattiq bosh og'rig'i kuzatilib, butun a'zoi badan qaqshab og'riydi, ko'ngil ayniydi, bemor qayt qiladi. Es-hush izdan chiqadi, bemor alahlaydi.

Bemor avvaliga qo'zg'algan, yuzi va konyunktivalari qizargan, til yo'g'onlashgan, oq karash bilan qoplangan bo'ladi. Qon aylanishi keskin buziladi, tez-tez tomir uradi (minutiga 120—140 va undan ko'prk), yurak tonlari bo'g'iq, arterial bosim pasayadi. Umumiy axvol og'ir bo'ladi. Bubonli turda kasallikning 1—2-kunida limfadenit (o'lat buboni) rivojlanadi. Bubon ustndagi teri oldin o'zgarmagan bo'lsa-da, keyin qip-qizil, ko'kimtir bo'lib qoladi, yaltiraydi, yonida gemorragik suyuqligi bo'lgan ikkilamchi pufakchalar paydo bo'lishi mumkin. Keyinchalik bubon yiringlanadi va yorilib ketadi. Kasallik yengil kechganda bubon to'la so'rilib ketishi yoki zichlashishi mumkin. Teri-bubonli turda terida qonli aralashma bilan to'lgay, qizil-qo'ng'ir rangli, qattiq asosli pustula ko'rinish turadi. Keyin yara hosil bo'lib, uning tubi qoramtir strup bilan qoplanadi. Bubonli tur yengil o'tganda, odatda kasallikning 6—11-kunidan boshlab bemor sog'aya boshlaydi.

Asoratlari. O'lat pnevmoniyasi (ikkilamchi o'pka o'lati, o'lat sepsisi), ikkilamchi septik o'lat, o'lat meningiti, adenoflegmona va boshqalar. O'latga qarshi emlanganlarda kasallik odatda yengil o'tadi. O'latning o'pka turi o'ta og'ir zaharlanish, erta boshlanadigan va zo'rayib

boradigan yurak-tomir faoliyatining izdan chiqishi, o'pkaning zararlanish belgilari (hansirash-minutiga 40—60 nafas), ko'krakdagi keskin og'riq, qon aralashgan, suyuq, ko'piksimon balg'am ajraladigan yo'tal bilan ta'riflanadi. Bemorning o'ta og'ir axvolda bo'lishi va o'pkada nisbatan katta bo'lmagan fizikal o'zgarishlar (kasallikning dastlabki 1—2-kunida) mavjudligi kasallikka xosdir. Ilgari o'pka o'lati 2—4 kun ichida o'lim bilan tugar edi. Hozirgi vaqtda antibiotiklar bilan davo qilish munosabati bilan prognoz birmuncha durust bo'ladi. Septik o'lat uchun gemorragik hodisalar (teriga va shilliq pardalarga qon quyilishi, qon aralash qusish, qon ketishi), ifodalangan og'ir sepsis manzarasi xosdir. Kasallikka davo qilinmasa o'lim bilan tugaydi.

Tashxisi. Epidemiologik va klinik ma'lumotlarga asoslanadi. Tashxis albatta laboratoriya tekshiruvlari bilan tasdiqlanadi. Bubon suyuqligi (punktat), yaralar, qon, balg'am, murda a'zolari bo'lakchalari tekshirish materiallari bo'lib xizmat qiladi. Material bakterioskopiyasi o'tkazilib, unga asoslanib oldindan xulosa chiqariladi va yakunlovchi javob odatda tekshiruv boshlangandan keyin kamida 5—7 kunda olinadi.

Differensial tashxis. Tulyaremiya, kuydirgi, pnevmoniya, toshмали terlama bilan o'tkaziladi.

Davosi. Davolashning asosiy qoidalari antibakterial, patogenetik va simptomatik davoni kompleks qo'llashni ko'zda tutadi. Antibiotiklar o'latga davo qilish uchun keng ko'lamda qo'llanadi. Streptomitsin qatoridagi preparatlar klinik amaliyotda eng sinalgan preparatlar hisoblanadi. Bubon turida streptomitsinning bir sutkalik boshlang'ich miqdori 1000000—1500000 TB ni tashkil etib, uni keyinchalik 500000—750000 TB dan har 6 soatdan keyin 7 kun ichida yuborib turiladi. Davo tamom bo'lgach, 2—4—6 kundan so'ng bubondan olingan punktadni albatta uch marta bakteriologik tekshirish zarur. O'latning o'pka va septik turlarida streptomitsinning sutkalik miqdori 4000000—4500000 TB gacha, bir martaligini 1000000 TB gacha oshiriladi. Preparat har 6 soatdan keyin 7—10 kun mobaynida tayinlanadi. Davo tutaganidan keyin halqumdan balg'am va shilliqni olib, bakteriologik tekshiriladi. Antibiotiklarni parenteral yuborish bilan bir qatorda ularni aerosol holida 250000—500000 TB dan kuniga 3—4 maxal qo'llash ham tavsiya etiladi. O'latga uchragan bemorlarga bir yo'la ikkita antibiotikni yoki antibiotiklarni sulfanilamidlar bilan birga qo'llab kompleks davolash buyuriladi. Sulfanilamid preparatlari 4 soat o'tkazib 1—1,5 g dan tayinlanadi. Vitamin berib davolash, dezintoksikatsion va umumquvatlovchi yurak vositalari, gemorragik hodisalarda esa vikasol berish ko'rsatilgan. Yurak preparatlaridan efedrin, kordiamin, kamfora, kofein, adrenalin, strofantin tayinlanadi.

Toksikozda dezintoksikatsion vositalar (gemodez, 5% glukoza, Ringer eritmasi, reopoliglyukin va boshqalar) ko'llanadi. O'latga qarshi maxsus gammaglobulin buyuriladi. Kasallikning bubon va teri turlarida mahalliy tarzda simobli oltingugurt yoki ixtiol surtma dorili kompresslardan foydalaniladi. Zarur bo'lganda jarrohlik davosi ko'rsatilgan.

O'lat bilan og'rigan bemorlar yaxshilab parvarishga va to'yimli ovqatga muhtoj bo'lishadi. O'latning bubonli turini boshdan kechirganlar kasallikning barcha simptomlari yo'qolib ketganidan keyin 10—12 kun o'tgach, shifoxonadan chiqarib yuboriladi. Rekovalessentlar faqat ko'p martalik manfiy bakteriologik tekshiruvlardan keyingina o'sha muddatlarda chiqariladi.

Profilaktikasi. Profilaktika usuli muayyan sistema bo'yicha tuzilib, quyidagilarni ko'zda tutadi: a) tabiiy o'choqlarda odamlar kasal bo'lib qolmasliklari va kasallik avj olib ketmasligining oldini olish; b) zararlangan yoki o'lat bilan zararlangan deb gumon qilingan material bilan ishlovchi shaxslarning kasallik yuqtirib qolishlariga yo'l qo'yimaslik; v) o'latning chet eldan mamlakatimizga olib kelinishiga yo'l qo'yimaslik.

Profilaktika maxsus ko'rsatmalarga binoan amalga oshiriladi. O'lat kasalligiga shubha qilinganda, bemor aniqlangan jamoa, qishloq, shaxar va hokazolarda karantin o'rnatiladi. Bemorlar va ular bilan aloqada bo'lgan barcha kishilar ajratib qo'yiladi. Streptomitsin bilan maxsus oshig'ich profilaktika o'tkaziladi. Karantin chora-tadbirlarining barcha kompleksi qat'iy amalga oshiriladi. O'latni maxsus profilaktika qilish uchun o'lat mikrobinin YE shtammidan tayyorlangan o'latga qarshi vaksina ishlatiladi. Bemorlarga xizmat qiluvchi tibbiyot

xodimlari o'latga karshi kiyimlarda ishlab, ish tamom bo'lgandan keyin to'la sanitariya ishlovidan o'tishadi. Xodimlar ustidan puxta tibbiy kuzatuv slib boriladi.

Infeksiyaning chet eldan olib kelinishiga yo'l qo'ymaslikka qaratilgan chora-tadbirlar maxsus «Xalqaro sanitariya emlashlari» da ko'zda tutilgan bo'lib, ularga: port shaxarlaridan o'tadigan yuk, bagaj va transport vositalarini sanitariya nuqtai nazaridan albatta ko'zdan kechirish, yo'lovchilarni tibbiy tekshiruvdan o'tkazish, o'lat bilan og'rigan bemorlarni va shu kasallik bor deb shubha qilinganlarni aniqlash va ajratish, o'lat kasalligi tarqagan zonalaridan keluvchi shaxslar ustidan vrachlik kuzatuvi o'rnatish, shuningdek, transport vositalarini deratizatsiya, dezinfeksiya va dezinseksiya qilish kabi choralar kiritilgan.

BOLALAR YUQUMLI KASALLIKLARINING O'ZIGA XOS TASHXISI

Ekzantema sindromi bilan kechadigan kasalliklarga erta tashxis qo'yish

Ekzantema sindromi ko'pgina yuqumli kasalliklarda uchrab turadi va ko'pincha differensial tashxis qo'yish uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Bu sindrom etiologiyasini to'g'ri aniqlashda quyidagilarni nazarda tutish lozim:

- 1) bemorning yoshi va avval o'tkazgan yuqumli kasalliklar;
- 2) profilaktik emlashlar;
- 3) toshma toshish muddati, uning dinamikasi va ayrim elementlari;
- 4) toshmaning tuzilishi;
- 5) toshma rivojlanayotgan muhit;
- 6) allergologik anamnez va olingan davo;
- 7) toshmaning joylashishi va ayrim elementlarning rangi;
- 8) yuza shilliq pardalarining ko'rinishi;
- 9) toshma o'zgarishi bilan bemor umumiy ahvolidan o'zgarishi;
- 10) qorin bo'shlig'idagi parenximatoz a'zolar va limfatik bezlarning holati;
- 11) barcha obyektiv va subyektiv hollarning kompleks bahosi.

ILOVALAR

QIZAMIQ

Fakultativ simptomlar	Asosiy (belgilovchi) simptomlar
1. Kasallikning o'tkir boshlanishi Yuqori nafas yo'llarida va shilliq pardalardagi kataral holatlar	1. Kataral holat (yuqori nafas yo'llari va konyunktivaning yallig'lanishi) zaharlanish simptomlarining kuchayishiga olib keladi.
2. Zaharlanishning sekin-asta kuchayishi: yo'tal, tana haroratining ko'tarilishi.	2. Konyunktivit, yorug'likka qaray olmaslik
3. Yorug'likka qaray olmaslik, blefarit, sklerit	3. Kataral davrda Filatov-Belskiy-Koplik dog'lari
4. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi (enantema)	4. O'zgarmagan teri fonida dog'li papulyoz, bir-biri bilan tutash toshmaning bosqichli rivojlanishi
5. Filatov-Belskiy-Koplik dog'lari	
6. Kasallikning 3 — 4- kunida dog'li papulyoz toshmaning paydo bo'lishi	
7. Qizamiq bilan og'rigan bemor bilan muloqatda bo'lish ehtimoli	

Bemorni kasalxonaga yotqizishdan oldingi davridagi tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Uyda va statsionarda bemor atrofdagilardan ajratib qo'yiladi.
3. Kasalxonaga xastalikning og'ir turi bilan og'rig'an, bir yoshgacha bo'lgan bolalar epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha yotqiziladi.
4. Davosi: og'iz bo'shlig'i, ko'z va burunni ozoda saqlash lozim. Tana harorati ko'tarilganda isitma tushiruvchi dorilar (analg'in, amidopirin va botqalar) ko'llanadi.

QIZILCHA

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik o'tkir boshlanib, o'rtamiyona zaharlanish bilan kechadi	1. Mayda, dog'simon toshma asosan qo'l va oyoqning ustki tomonida paydo bo'ladi
2. O'rtacha konyunktivit bilan yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishn kuzatiladi	2. Bo'yin, ensa mikropoliadeniti
3. Kasallikning birinchi kunidan boshlab, qo'l va oyoqlarning ustki tomonida mayda dog'simon, bir-biri bilan qo'shilmaydigan toshma paydo bo'ladi	3. Qonda o'zgarish paydo bo'ladi
4. Bo'yin orqa tomonidagi, ensa va kubital limfa bezlaridagi mikropolilimfadenit	4. Serologik tekshirishlar natijasi kasallikning birinchi va 7—8- kunlarida aniqlanadi
5. Qonda leykotsitlar kamayishi, limfotsitlarning oshishi, plazmatik hujayralar ko'payishi	
6. GATR da antitelolar titri 4 baravar oshadi	

Bemorni kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabarnoma beriladi.
2. Uyda bemor atrofidagilardan ajratib qo'yiladi. Kasalxonaga yopiq tipdagi bolalar muassasalaridagi tarbiyalanuvchilar, kasallik asoratlangan va tashxis noaniq bo'lgan hollarda yotqiziladi.
3. Tana harorati ko'tarilganda analgin, amidopirin buyuriladi.

SKARLATINA

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik o'tkir boshlanadi. Bosh og'rig'i, yutinganda tomog'da og'riq kuzatiladi.	1. Turli darajadagi zaharlanish bilan kasallik o'tkir boshlanadi.
2. Tana haroratining ko'tarilishi, qusish ehtimoli bor	2. Tomoq shilliq pardasining yallig'lanishi
3. Giperemiyalangan fonda mayda nuqtasimon toshma bir vaqtda 1 — 2-kunlari paydo bo'ladi. Toshma ayniqsa qo'ltiq ostida, sonda, belda ko'p bo'ladi	3. Giperemiyalangan — qizargan fonda mayda nuqtasimon toshma, oqargan og'iz-burun uchburchagi turli darajada oq dermografizm bilan namoyon bo'ladi
4. Tomoq shilliq pardasining erta o'zgarishi: kataral, follikulyar, lakunar, gohida nekrotik angina rivojlanadi	
5. Oq dermografizm	
6. Oldingi yuqori bo'yin limfa tugunlari qattiqlashib og'riydi	

7. Kasallikning 3 — 4- kunidan boshlab til qip-qizil tusga kiradi	
8. Taxikardiya, arterial bosim bir muncha ko'tariladi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabarnoma beriladi.
2. Kasalxonada va uyda kasalni atrofda gildardan ajratib qo'yiladi (klinik va epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha).
3. Og'iz bo'shlig'ini parvarishlab ozoda tutiladi.
4. Penitsillin qatoridagi antibiotiklar: eritromitsin va boshqalar, allergiyaga qarshi davo ko'riladi.

KO'P TURLI EKSSUDATIV ERITEMA

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. O'xshash toshma qaytalanadi	1. Tana harorati baland ko'tariladi
2. O'tkir boshlanadi	2. Infiltratsiyalangan terida o'rtasi yaltiragan dog'simon papulyoz toshma aniqlanadi
3. Tana harorati ko'tariladi	3. Asosan qo'l va oyoqlar shikastlanadi
4. Kasallikning 4 — 5- kuni toshma paydo bo'ladi va keyingi 2 — 5 kunda yana toshib turadi	
5. Bosh og'irishi, mushaklarda va bo'g'imlarda og'riq paydo bo'ladi	
6. Toshma turli ko'rinishda bo'ladi: dog'simon, papulasimon, qo'shilib, yoyilib ketuvchi, ayrim papulalar markazida ekssudat bo'ladi. Toshma ayniqsa qo'l va oyoqda ko'p bo'ladi.	
7. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida ham toshma toshishi mumkin	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Kasallikning og'ir kechishi kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma bo'ladi.
2. Quyidagi maslahatlar beriladi: tana haroratini pasaytiruvchi, allergiyaga qarshi dori vositalari.
3. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati zararlanganda uni kaliy permanganati eritmasi bilan chayish va kislorodga boyitish lozim.

SUVCHECHAK

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik o'tkir boshlanib, bemor umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi	1. Vezikulyoz-pufakchali toshma paydo bo'ladi (elementlari bir xonali)
2. Toshma butun badanga tarqaladi va boshning sochli qismida bir-ikkita elementdan tortib, ko'p ham toshishi mumkin, 3 — 5 kun ichida toshma quriydi	2. Kasalning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib, suvchechak elementlari 3 — 5 kun davomida toshib turadi

3. Birinchi 3 — 5 kun davomida turli tuzilishdagi toshma paydo bo'ladi Kasallik davomida har bir element o'zgaradi (dog', tuguncha, pufakcha, qora qo'tir), teri ustida bir paytda turli tuzilishdagi elementni ko'rish mumkin	3. Teri ustida turli tuzilishdagi toshmalar bir vaqtda paydo bo'ladi (dog', tuguncha, pufakcha, qora qo'tir)
4. Toshma konyunktivitda, qattiq va yumshoq tanglayda, milklarda, tilda, lunjning shilliq qavatida, halqumda, burun bo'shlig'ida, hiqildoqda ham aniqlanadi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabarnoma beriladi.
2. Uy sharoitida bemorni atrofdagilardan ajratib qo'yib, davolash yoki klinnk epidemiologik vaziyatni hisobga olib kasalxonaga yotqizish lozim.
3. Toshma elementlarini 1% li metilen ko'ki, 1% li brilliant ko'ki, 5% li kaliy permanganat eritmasi bilan artish lozim.
4. Simptomatik tadbirlar ko'riladi.

KO'KYUTAL

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik sekin-asta boshlanadi	2. Kataral davrda umumiy ahvol deyarli o'zgarmaydi, tumov kuzatiladi
2. Ko'kyo'tal bilan kasallangan bemor bilan suhbat o'tkaziladi	2. Kataral davrda umumiy ahvol deyarli o'zgarmaydi, tumov kuzatiladi
3. AKDS vaktsinasi bilan emlanganlikning ahamiyati katta	3. Spazmatik davrida xurujsimon spazmatik yo'tal tutadi.
4. Kuz-qish mavsumiylikka ega	4. Xurujsimon yo'tal davrida bemorning yuzi qizaradi, bo'yin tomirlari bo'rtib chiqadi, ko'zi yoshlanib, qon quyiladi
5. Quruq yo'tal asta-sekin xurujsimon yo'talga aylanadi	5. Paroksizm paytida noe kuzatiladi
6. Xurujlar oralig'ida bemorning umumiy ax.voli yaxshi bo'ladi	6. Qonda uzgarishlar, leykotsitoz (15×10^9 — 40×10^9 /l), monotsitoz (60—80%), ECHT normada yoki ozmuncha pasaygan
7. Yuz, qovoqlar shishishi, teri ostiga kon quyilishi va til tagida yaracha paydo bo'lishi kuzatiladi	
8. Bakteriologik va serologik tekshiruvlar natijasi ham hal qiluvchi ahamiyatga ega	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabarnoma beriladi.
2. Kasalxonaga 1 yoshgacha bo'lgan bolalar va og'ir bemorlar yotqiziladi.
3. Antibiotiklarni barvaqt qo'llash muhim ahamiyatga ega (levomitsetin, eritromitsin, penitsillin, simptomatik terapiya).

EPID PAROTIT TEPKI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik o'tkir, tana harorati ko'tarilishi bilan boshlanadi	1. Kasallik bezlar shikastlanishi bilan kechadigan ko'rinishda kechadi: so'lak bezlari, quloq oldi bezlari, me'da, tuxumdonlar, ko'krak bezlari shikastlanadi
2. Tepki bilan kasallangan bemor bilan suhbat o'tkazish ahamiyatga egadir.	2. Kuz-qish mavsumiylikka ega
3. Kasallik faqat bezlar, markaziy asab sistemasining aloxida zararlanishi, markaziy asab sistemasining ma'lum bir bez bilan birgalikda zararlanishi ko'rinishida kechishi mumkin	3. Markaziy asab sistemasi shikastlanishi bilan kechadigan ko'rinishda -meningit, meningo-ensefalitlar kuzatiladi
4. Qonda leykopeniya va limfotsitoz, ECHT bir oz ko'tariladi (15—20 mm/soat).	4. Bir vaqtning o'zida ham markaziy asab sistemasi, ham bezli a'zolar shikastlanishida: serozsningit-tepki, meningoensefalit-pankreatit kuzatiladi

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabarnoma beriladi.
2. Kasalxonaga ko'rsatma bo'yicha yotqiziladi.
3. Simptomatik terapiya tayinlanadi.

SKARLATINASIMON SINDROMLI STAFILOKOKK INFEKSIYASI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Zaharlanish simptomlari ajralib turadi: tana harorati baland bo'ladi, lohaslik, holsizlanish kuzatiladi	1. Kasallikning 4 — 5- kunn stafilokokk infeksiyasi chaqirgan yallig'lanish o'chog'ida mayda nuqtali va dog'simon toshmalar paydo bo'ladi
2. Kasallikning 4—5- kuni stafilokokk infeksiyasi chaqirgan yallig'langan joyda, qizargan terida mayda nuqtachalar va dog'simon toshma paydo bo'ladi	2. Zaharlanish simptomlari ayniqsa ajralib turadi, tana harorati uzoq vaqtgacha baland bo'ladi
3. Tomoqning shilliq qavatida tarqoq yallig'lanish, lakunar yoki follikulyar angina rivojlanishi mumkin	3. Zaharlanish simptomlari-ning paydo bo'layotgan toshmaga aloqasi yo'q, ya'ni parallel emas
4. Til karash bog'lab, 3 — 4- kuni tozalanadi va til so'rg'ichlari bo'rtib turadi	
5. Toshma toshgan ko'pgina joylarda pust tashlash qatlam-qatlamli bo'ladi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Bemor klinik ko'rsatma bo'yicha kasalxonaga yotqiziladi.
2. Patogenezi — rivojlanish mexanizmi va etiologiyasiga qarab davolanadi.

TOSHMALI ENTEROVIRUS INFEKSIYASI

Fakultativ simptomlar

Asosiy simptomlar

1. Kasallik o'tkir boshlanadi. Tana harorati yuqori 1. Skarlatinasimon yoki mayda dog'li ko'tariladi, bosh og'rig'i, mushaklarda og'riq, toshma teri qoplami o'zgarmagan holda yuqori nafas yo'llari yallig'lanishi, me'da-ichak paydo bo'ladi va tarqoq joylashadi funksiyasi zararlanishi mumkin
2. Kasallikning 1 — 2- kuni birdaniga dog'simon 2. Boshqa a'zo va sistemalar ham yoki dog'simon papulyoz toshma o'zgarmagan teri shikastlanadi: gerpetik angina, mushaklarda qoplamida paydo bo'ladi. Toshma 1 — 2 kun og'riq, gastroenterit, serozli meningit davomida tarqoq holda ko'rinib turadi manzarasi kuzatiladi
3. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida enanema: 3. Kasallik yengil kechadi, asosiy pufakcha paydo bo'lishi mumkin, shilliq qavat simptomlar tezda yo'qoladi va bemor dog'simon ko'rinishda bo'ladi tuzaladi
4. Bo'yindagi limfa bezlari kattalashadi.
5. Qorataloq kattalashadi.

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Bemor uyda va kasalxonada atrofdagilardan ajratib qo'yiladi.
2. Simptomik va patogenetik davolanadi.

POLIOMIYELIT

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Asosan 7 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi	1. Kasallik o'tkir, tumov, bosh og'rig'i, yuqori harorat, qorin og'rishi bilan boshlanadi
2. Poliomiylit bilan kasallangan bemorlar — virus tashuvchilar bilan mulokat ahamiyatga egadir	2. Falajdan oldingi davrda tananing har xil joylarida, umurtqa pog'onasida kuchli og'rik «bo'yin», «uch oyoq» simptomi kuzatiladi
3. Poliomiylitga qarshi to'la emlanganligiga e'tibor berish kerak	3. Meningeal simptomlar: Kering-Brudzinskiy, ko'l va oyoqda qaltirashlar bo'lishi mumkin
4. Tana harorati ko'tariladi	4. Falaj davrida asosan oyoq, ba'zida esa qo'l, bo'yin mushaklarining falaji rivojlanadi
5. Kasallik o'tkir boshlanadi	5. Serologik reaksiyalarda poliomiylit antitelalarining 4 marotaba ortishi qayd etiladi
6. Zaharlanish belgilari, vegetativ buzilishlar, meningeal simptomlar kuzatiladi	
7. Orqa miya suyuqligida hujayra oqsilli dissotsiatsiya falaj davrida oqsil-hujayrali dissotsiatsiya bilan almashinadi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

- 1..SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemorni kasalxonaning boks bo'limiga tezda yotqizish kerak.
3. Simptomatik terapiya ko'llanadi.

SOXTA SIL (PSEVDOTUBERKULOZ)

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik o'tkir boshlanib, zaharlanish belgilari yaqqol ko'rinib turadi	1. Tana harorati uzoq vaqtgacha ko'tarilib turadi (10 — 12 kun)
2. Yuqori nafas yo'llari yallig'lanadi, konyunktivit, ko'z shilliq qavatining qon tomirlari zo'riqadi, yo'tal va tumov paydo bo'ladi	2. Kasallikning 3 — 4- kuni o'ziga xos joylarda toshma paydo bo'ladi
3. Tomoq shilliq qavatida bodomcha bezlari yallig'lanadi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati shishadi, til karash bog'laydi, yutinganda og'riq paydo bo'ladi	3. Qorinda, mushaklarda og'riq paydo bo'ladi, dispepsik o'zgarishlar, jigar va qorataloqning kattalashishi kuzatiladi
4. Kasallikning 4 — 5- kuni nuqtasimon, dog'simon papulyoz toshma birdaniga paydo bo'ladi. Toshma tanada, qo'l va oyoqda, ko'pincha simmetrik joylashadi («qo'lqop va paypoq» sindromi) Toshma ko'kimtir rangda bo'ladi, bo'g'imlar atrofiga joylashadi. Toshma toshgandan 3 — 7 kun o'tgandan keyin teri po'st tashlaydi	
5. Qorinda og'riq, ich kelishi buziladi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin kuriladigan tadbirlar

1. Kasallik og'ir kechsa, bemor kasalxonaga yotqiziladi yoki uyda atrofdagilardan ajratib qo'yiladi.
2. Levomitsetin va simptomatik dori-darmonlar tayinlanadi

ALLERGIK TOSHMA

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Anamnezda ko'rsatilishi bo'yicha toshma biron-bir ovqatdan, dori-darmondan yoki boshqa allergen iste'mol qilingandan so'ng paydo bo'ladi	1. Bemor turli xil dori-darmonlarga va oziq-ovqatlarga o'ta sezgir bo'lib qolishini nazarda tutmoq lozim. Allergenlarni aniqlash ehtimoli bor
2. Toshma polimorf holda ko'pincha eshakemi xarakterida bo'lib, teri qichishadi. Toshma o'zgarmagan teri qoplamida simmetrik holatda joylashib, tarqalmasdan birdaniga paydo bo'ladi va tarqalmagan shish paydo bo'ladi	2. Toshma polimorf holda bo'ladi. Allergiyaga qarshi davolash boshlangandan so'ng toshmalar tezda yo'qoladi
3. Bemorning umumiy ahvoli ko'p jihatdan allergiya qanday rivojlanishiga bog'liq bo'ladi	3. Shilliq kavatlar deyarli hech qachon shikastlanmaydi

Bemorni kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Organizmga allergen tushishini to'xtatish lozim.
2. Allergiyaga qarshi dori-darmonlar tayinlash kerak.
3. Me'da va ichaklarni yuvnb tozalash zarur.
4. Kasalxonaga ko'rsatmalar bo'lsa yotqizish darkor.

MENINGIT SINDROMI BILAN KECHADIGAN KASALLIKLARNI BARVAQT ANIQLASH

Ko'pincha yuqumli kasalliklar markaziy asab sistemasini shikastlaydi va meningit sindromini yuzaga keltiradi. Bu sindromga to'g'ri etiologik baho berish va taxminiy, asosiy tashxis qo'yish uchun quyidagilarni nazarda tutmoq lozim:

- 1) kasallanish vaqti;
- 2) allergik anamnez;
- 3) bundan oldingi bo'lib o'tgan kasalliklar;
- 4) qo'llanilgan dori-darmonlar va ularning foydasi;
- 5) epidemiologik anamnez;
- 6) kasallikning o'tkir boshlanishi;
- 7) bosh og'rish va og'riqning joylashishi;
- 8) qayt qilish soni va sabablari;
- 9) bemorning o'rinda yotish vaziyati;
- 10) o'ta sezgirlik xususiyatlari (yorug'likka qaray olmaslik, taktil eshitish va boshqalar);
- 11) bolalar boshidagi katta liqildoqning ahvoli (bo'rtib yoki puchayib turishi, pulsatsiyasi);
- 12) shaytonlab qolish (uning davom etish davri va xarakteri);
- 13) asosiy meningeal simptomlar, ensa mushaklarining tortishishi; (Kerning — Brudzinskiy simptomlari va boshqalar);
- 14) reflekslar xolati;
- 15) bosh miya nervlari (ayniqsa ko'z tomondan);
- 16) yiringlp yallig'lanish joylarining borligi.

MENINGOKOKKLI MENINGIT

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik o'tkir boshlanadi	1. Kasallik o'tkir boshlanadi
2. Tana harorati 39—40 °S darajagacha ko'tariladi bir-ikki oylik chaqaloklarda isitma bir ozgina ko'tariladi (37 °S)	2. Tana harorati baland ko'tariladi
3. Bosh og'rig'i	3. Qayta-qayta qusish
4. Qayta-qayta kusish ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq emas, bemorning ahvoli qusish natijasida yengillashmaydi	4. Bosh og'rig'i
5. Bezovtalik va o'ta sezgirlik rivojlanadi	
6. Shaytonlash	
7. Meningeal simptomlar (ensa mushaklarining regidligi, Kerning va Brudzinskiy simptomlari), meningeal vaziyat	
8. O'choqli simptomlar (ko'pincha yosh bolalarda), bosh miya nervlarining shikastlanishi	
9. Emadigan bolalarda liqildoqning tarangligi va bo'rtib chiqishi, osilish simptomi, o'tirish simptomi, qo'llarning qaltirashi	
10. Orqa miya lyumbal punksiyada likvor yuqori bosim bilan tez-tez tomchilab tushadi va loyqa ko'rinishida bo'ladi	

Kasalxonaga yotkizishdan oldin ko‘riladigan tadbirlar

- 1. SES ga shoshilinch xabarnoma yuboriladi.
- 2. Tezlik bilan kasalxonaga yotqiziladi.
- 3. Isitma tushiruvchi dorilar beriladi.
- 4. Shaytonlashga qarshi kurash olib boriladi.
- 5. Penitsillin tayinlanadi.

MENINGOKOKKEMIYALI MENINGIT

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Meningit simptomlari (yuqoriga qarang)	1. Meningit (yukoriga qarang)
2. Zaharlanish simptomlari ay-niksa ajralib turadi	2. Yulduzchadarga o‘xshash gemorragik toshma
3. Gemorragik toshma — nekrotik yulduzchalarga o‘xshash toshmalar eng ko‘p dumba, son, boldirda joylashadi. Aksariyat gemorragik toshma rozeola yoki rozeola-papulali toisha bilan birga uchraydi	3. Artritlar.
4. Artritlar, bursitlar	
5. Taxikardiya	
6. Qon bosimi pasayadi	

MENINGOKOKK INFEKSIYASI BILAN INFEKSION TOKSIK SHOK

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Juda o'tkir, shiddatli boshlanadi va jadallik bilan kechadi et junjikib, isitma 40 °S ga yetadi	1. O'tkir va jadallik boshlanadi. Isitma 40 °S ga yetadi bilan
2. Bosh og'rig'i qayd etiladi	2. Juda ko'p va barvaqt gemorragik va nevroitik toshma paydo bo'ladi.
3. Ko'pincha k.on qusish aniqlanadi.	3. Sianoz
4. Bezovtalik, shaytonlash kuzatiladi	4. Taxikardiya, ipsimon puls, qon bosimining pasayib ketishi kuzatiladi
5. Sianoz qayd etiladi	
6. Kasallik boshlanishidan bir necha soat so'ng ko'p gemorragik nevrozli toshmalar paydo bo'ladi	
7. Menintal sindromlar bo'lishi mumkin	
8. Sutkaning oxiriga borib, tana xarorati keskin pasayib, subfebril bo'lishi mumkin	
9. Yurak urish tovushi bo'g'iqlanadi, taxikardiya, puls ipsimon bo'lib qoladi, qon bosimi kamayib ketadi	
10. Hansirash, oliguriya qayd etiladi	
11. Gipotoniya kuzatiladi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Tez yordam brigadasini chaqirish lozim.
2. Ayrim tadbirlar o'tkazilgandan so'ng, bemorni kasalxonaga yotkizish kerak: levomitsetin, suksinat (70—100 mm/kg sutkalik miqdorining 1/4 qismi) yuboriladi, prednizolon (5—8 mg/kg, sutkalik mikdorning 1/2 qismi) yuboriladi.

PNEVMOKOKKLI MENINGIT

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Nafas yo'llari yallig'lanadi	1. Kasallik o'tkir boshlanadi
2. Isitma ko'tariladi	2. Ensefalit simptomlari erta paydo bo'ladi. Hushdan ketish, qo'l-oyoq mushaklarining tortishishi, bosh miya nervlari shikastlanishi parez va falajlar kuzatiladi
3. Kasallik o'tkir boshlanadi	3. Meningeal simptomlar aniqlanadi
4. Meningeal simptomlar barvaqt paydo bo'ladi	4. Pnevmoniya rivojlanadi
5. Tez hushdan ketish qayd etiladi	5. Orqa miyani lyumbal punksiya qilganda likvor loyqa bulib, neyetrofilli sitoz, surtma bakterioskopik tekshirilganda grammusbat kokklar aniqlanadi
6. Ko'pincha uzoq davom etuvchi oyoq mushaklarining tortishishi	

7. Bosh miya nervlarining erta shikastlanishi, parez va falajlar qayd etiladi	
8. Bemorning rangi oqaradi, sianoz kuzatiladi.	
9. Hansirash nafas aritmiyasi aniklanadi	
10. Koʻz qorachigʻi torayib, yorurlikka javoban taʼsir sustlashadi	
11. Qlinikada pnevmoniya aniqlanadi.	
12. Orqa miyani lyumbal punksiya qilganda likvor loyqa boʻlib, neyetrofilli sitoz, surtmani bakterioskopiyada tekshirganda grammusbat kokklar aniqlanadi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin koʻriladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor kasalxonaga yotqiziladi.
3. Koʻrsatmalar boʻyicha isitma tushiruvchi dorilar buyuriladi, shaytonlashga qarshi kurash olib boriladi.

PFEYFFER-AFANASYEV MENINGITI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik koʻpincha raxit, otit, gaymorit, pnevmoniya bilan boshlanadi	1. Toksikoz — zaharlanish oqibatida isitma koʻtariladi, dispeptik holatlar kuzatiladi
2. Kasallik asta-sekin yoki oʻtkir boshlanadi	2. Meningeal simptomlar qayd etiladi
3. Toksikoz keskin namoyon boʻlib, koʻpincha parenteral dispepsiya holida kuzatiladi, natijada serebral gipotenzivaga olib keladi	3. Orqa miya punksiya qilinadi va florani aniqlash uchun ekiladi
4. Meningeal simptomlar aniq namoyon boʻlmaydi	
5. Lanjlik, bezovtalik qayd etiladi	
6. Talvasalar, qayt qilish kuzatiladi	
7. Xarakat izdan chiqadi	
8. Orqa miyani lyumbal punksiya qilganda likvor loyqa boʻlib, neyetrofilli plessitoz aniqlandi. Bakterioskopiya qilganda grammanfiy tayoqchalar koʻrinadi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin koʻriladigan tadbirlar

1. SES ga zudlik bilan xabar beriladi.
2. Bemor kasalxonaga yotqiziladi.
3. Koʻrsatmalar boʻyicha: isitma tushiruvchi dorilar tayinlanadi va shaytonlashga qarshi kurash olib boriladi.

SEROZLI MENINGITLAR

Fakultativ simptomlar

1. Kasallik o'tkir boshlanadi
2. Kasallikning birinchi kunlari qayta qusish qayd etiladi
3. Isitma ko'tariladi (37 — 39 °S)
4. Bosh og'riydi
5. Meningeal simptomlar ozroq darajada namoyon bo'ladi yoki birgina simptom bo'ladi kuzatilishi, ko'pincha ular umuman bo'lmasligi xam mumkin
6. So'lak bezlari kattalashishi mumkin (agar tepki — parotit bo'lsa). Boshqa bezli a'zolar ham kattalashishi mumkin
7. Enterovirusli infeksiya bo'lsa, uning boshqa belgilarn ham namoyon bo'ladi (gerpetik angina, me'da ichak kasalliklari, toshmalar)
8. Orqa, miyani lyumbal punksiya qilganda suyaklik bosim bilan oqadi

Asosiy simptomlar

1. Kasallik o'tkir boshlanadi
2. Isitma ko'tariladi
3. Qayt qilish kuzatiladi
4. Meningeal simptomlar aniqlanadi
5. Infeksiyalarga xos aniq simptomlar paydo

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar yuboriladi.
2. Bemor kasalxonaga yotqiziladi.
3. Isitma tushiruvchi dorilar buyuriladi va shaytonlashga qarshi kurash olib boriladi.

BOLALAR YUQUMLI KASALLIKLARI NATIJASIDA KELIB CHIQUADIGAN IKKILAMCHI MENINGOENSEFALITLAR

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. O'tkir, ayrim hollarda to'satdan boshlanadi	1. Kasallik o'tkir boshlanadi
2. Kasallikning belgilari 3 — 8- kuni paydo bo'ladi	2. Es-hush yo'qolib turadi
3. Isitma baland (39 °S) bo'ladi.	3. Uzoq davomli va qayta shaytonlash kuzatiladi
4. Bosh og'riydi	4. O'choqli buzilishlar aniqlanadi
5. Bemor qayt qiladi, lanj bo'ladi, ko'p uxlaydi, koma, qo'zg'alish holati kuzatiladi	
6. Shaytonlash, qo'l-oyoq tremori qayd etiladi	
7. Gipertenziya aniqlanadi	
8. O'choqli buzilishlar, gemi- va monoparezlar qayd etiladi. Bosh miya nervlari shikastlanadi, piramida belgilari paydo bo'ladi	
9. Giperkineziyalar aniqlanadi	
10. Hiqichoq tutadi	
11. Bemor nafas olish maromi buziladi	
12. Tomir urishi bilan qon bosimi o'zgaruvchan bo'ladi	
13. Qizil dermografizm kuzatiladi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor tezlik bilan kasalxonaga yotqiziladi.
3. Sutkasiga 2—3 martalik mikdorda prednizolon buyuriladi.
4. Laziks (0,5—0,1 ml) tayinlanadi.
5. Shaytonlashga qarshi kurash olib boriladi.

ANGINA SINDROMI BILAN O‘TUVCHI KASALLIKLARNI BARVAQT ANIQLASH

Ko‘pgina kasalliklar angina sindromi bilan kechadi, ularnn bo‘g‘ma (difteriya) dan ajrata olish lozim. Bu sindromning etiologiyasini to‘g‘ri annqlash va to‘g‘ri taxminiy tashxis qo‘yish uchun quyidagilarni nazarda tutish kerak.

1. Kasallikning o‘tkir boshlanishi.
2. Yutinganda og‘riq paydo bo‘lishi.
3. Zaharlanish darajasi, uning joylanishi, tarqoqligi, pardaning tabiati (fibrinli, yiringli detrit), shakli.
4. Tonzillar limfatik bezlarining kattalashishi va og‘rishi.
5. Bo‘yinda shish paydo bo‘lishi, uning tabiati.
6. Parenximatoz azolarning holati (jigar, qorataloq, limfatik bezlar).
7. Profilaktik emlashlar.
8. Epidemiologik vaziyat.
9. Barvaqt bakteriologik va gematologik tekshirishlar.

LOKAL TOMOQ BURMASI

Fakultativ simptomlar

1. Yutinganda bir oz og‘rik seziladi
2. Isitma 38 °S gacha ko‘tariladi.

Asosiy simptomlar

1. Oz miqdorda zaharlanish kuzatiladi
2. Tanglay bodomcha bezlarida fibroz qoplami paydo bo‘ladi (orolsimon va yoyilgan), qoplami, lakunalar bilan bog‘lanmagan bo‘lib, qiyinchiaik bilan olinadi

3. Tomoq shilliq qavati qizaradi, parda qoplami atrofi ko‘kimsir tusga kiradi
4. Parda qatlami zich, qattiq bo‘lib, qiynnchilik bilan olinadi va koplami olpnganda uning tagi qo‘yish uchun difteriyaning toksigen shtammlari o‘tib chiqishi dozimi
5. Tonzillar limfatik tugunlari bir ozgina kattalashib, og‘ruvchan bo‘ladi

TOMOQNING TOKSIK BO‘G‘MASI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
I. Kasallik o‘tkir boshlanadi, zaharlanish simptomlari yaqqol namoyon bo‘ladi, harorat baland ko‘tariladi, teri qoplamlari keskin okarib ketadi, lanjlik, anoreksiya, qayt qilish kuzatiladi	I. Zaharlanish yaqqol namoyon bo‘ladi
2. Tomoq shilliq qoplamida kulrang, ko‘chmaydigan qoplami aniqlanadi	2. Tomoq shilliq qoplamida fibroz koplami paydo bo‘lib, tanglay bodomcha bezlaridan tashqariga tarqaladi
3. Tomoq shilliq qoplami shishadi	3. Bo‘yinda turli darajada shish paido bo‘ladi, shish og‘rimaydi, teri qoplami

	o'zgarmaydi
4. Tomoq shilliq qoplami qizaradi	4. Tomoq va burundan olingan surtmada difteriya tasdiqlanadi
5. Nafas olish qiyinlashadi	
6. Tonzillyar limfa bezlarining kattalashishi, bo'yin teri osti qoplamida shish qayd etiladi	
7. Og'izdan shirin maza, hid keladi	
8. Buyrak usti bezlari, periferik asab sistemasi, yurak va buyrak erta shikastlanadi	
9. Epidemiologik vaziyat kuzatiladi.	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

- 1..SES ga shoshilinch xabar yuboriladi.
2. Bemor albatta va tezlik bilan kasalxonaga yotksziladi.
3. Tomoq va burundan difteriyaga surtma olinadi.
4. Xabarnomada kontaktlar va klinik holatlar ko'rsatiladi
5. Bemor uyda qolgan holda, allergik anamnezni nazarga olgan holda difteriyaga qarshi zardob yuboriladi. Simptomatyk davo o'tkaziladi.

FOLLIKULYAR ANGINA

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. 1 — 3 kun davomida isitma ko'tariladi, bosh og'riydi, bemor kayt kiladi	I. Quchli zaharlanish aniqlanadi
2. Yutingalda ogriq aniq sezila-	2. Tanglay bodomchalarida yiringi follikulalar ko'rinadi.
3. Tomoq shilliq pardasi qizaradi	3. Yutilganda tomog'da kuchli og'riq seziladi
4. Bodomcha bezlari shishadi.	4. Tonzillyar limfa tugunlari kattalashib, og'ruvchan bo'ladi
5. Shilliq qavat tagidan yiringlagan follikulalar sarg'ish oq dog'lar sifatida ko'rinadi	5. Tomoqdan olingan so'rtmada difteriya tayoqchalarn aniqlanmaydi
6. Tonzillyar limfa tugunlari og'ruvchan bo'ladi	
7. Kasallikka asosan bemorning uzoq muddat sovuqda qolib ketishi sabab bo'ladi	

LAKUNAR ANGINA

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Yuqori tana xarorati, bosh ogʻrishi, titrash kuzatiladi	1. Lakunalar yoʻlida yiringli koplam boʻladi
2. Bodomchalarda lakunalar bilan boglangan, osonlik bilan olinadigan, oq, sariq, yashilsimon qoplamlar qayd etiladi	2. Kuchli ifodalangan zaharla-nish belgilari topiladi
3. Tomoq kizaradi	3. Yutinganda tomoqda ogʻriq ssziladi
4. Tonzillyar limfa tugunlari kattalashadi	4. Qoplamlar osonlikcha olinadi
5. Kasallikka bemorning uzoq vaqt sovuqda qolib ketishi sabab boʻladi	5. Tomoqdan olingan surtmada difteriya tayoqchalari aniqlanmayi

VENSAN ANGINASI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Suzmasimon nekrotik massa bilan qoplangan chuqurcha hosil boʻladi, ustida fibrinoz qoplam boʻlishi mumkin. Nekroz tanglay ravoblari va kichik tilchaga tarqalgan boʻlib, koʻpincha bir tomonlama shikastlanadi	I. Tomoq shnlli qplamini nekrotik yara va yarali pardo paydo boʻladi
2. Limfa tugunlari kattalashadi, qattiqlashadi va ogʻruvchan boʻladi	2. Zaharlanish juda sust rivojlanadi yoki umuman boʻlmay
3. Tana harorati subfebril boʻladi	3. Surtmada urchiqsimon tayoqchalar va spiroxetalar aniqlanadi
4. Yutinganda ogʻriq oʻrtacha boʻladi	4. Tomoqdan olingan surtmada difteriya topilmaydi.
5. Ogʻizdan badboʻy hid keladi	

LEYKOZDA UCHRAYDIGAN NEKROTİK ANGINA

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Tomoq shilliq qoplamida nekrotik jarayon ikki tomonlama boʻlishi mumkin, bodomcha bezlaridan tashqariga ham tarqalgan boʻladi	1. Tanglay bezlarida gangrenoz parchalanish belgilari koʻrinadi.
2. Tomoq shilliq qavati bir ozgina kizargan boʻlib, qizargan ogʻiz boʻshligʻiing shilliq qavati va teri qoplamida juda rangsiz boʻladi	2. Uzoq vaqt isitmalash
3. Ogʻizdan nohush hid keladi	3. Gemogrammada oʻzgarishlar aniqlanadi
4. Bemorning umumiy ahvoli ogʻir	4. Sternal punksiya oʻtkaziladi
5. Barcha guruhdagi limfa tugunlari kattalashadi, boʻyin limfa tugunlari ogʻuvchan boʻladi	

6. Jigar va taloq kattalashadi	
7. Tomoqdan olinngan surtmadan difteriya tayoqchalari topilmaydi	

YUQUMLI MONONUKLEOZ

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik asta-sekin boshlanadi	1. Uzoq davom etuvchi isitma kuzatiladi
2. Burundan nafas olish qiyinlashadi	2. Poliadenit, ayniqsa bo'yin bezlari yallig'lanadi
3. Barcha guruhdagn limfa tugunlari, ayniqsa l/t kattalashadi, og'uvchan bo'lmaydi	3. Tomoqda fibrinoz yallig'lanishi qayd etiladi
4. Tomoqdan olingan surtmadan difteriya tayoqchalari topilmaydi	4. Gepatoliyenal sindrom aniq-lanadi
5. Tangday murtagi yiringli va fibrinoz yallig'lanadi	5. Qonda mononuklearlar topiladi.
6. Epidemiologik vaziyat hisobga olinadi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Bemor klinik-epidemiologik vaziyatga asoslanib kasalxonaga yotqiziladi.
2. Difteriyaga burundan va tomoqdan surtma olinadi.
3. Tomoqda fibrinoz yallig'lanish yo'qolguncha kundalik kuzatuv olib boriladi.
4. Antibakterial va simptomatik terapiya o'tkaziladi.

Diareya (ich ketishi) sindromi bilan kechuvchi kasalliklarga barvakt tashxis qo'yish

Diareya, ya'ni ich ketishi sindromi bolalarda juda ko'p kasalliklarda uchraydi. Bu sindromga etiologik tashxis qo'yishda quyidagilarga:

- 1) bemor bolaning yoshi;
- 2) yuqumli kasallik bilan kasallangan bemor bilan mulotsatda bo'lganligi;
- 3) kasallikning biron-bir taom iste'mol qilish, parhez buzilishi bilan bog'liqligi;
- 4) shu kasallikning kelib chikishiga bog'lik bo'lgan infeksiya o'chog'ining bor-yo'qligi
- 5) ovkat turi;
- 6) ich ketishdan oldin qo'llangan kimyoviy va antibakterial terapiya;
- 7) axlatning holati (hajmi, suyuq, suvli. xazm qilinmagan parchalari bor-yo'qligi, rangi);
- 8) zaharlanish belgilarining (isitma, qusish) kuchliligi va davomliligi;
- 9) toksikoz turiga e'tibor berish kerak.

DIZENTERIYA (ICHBURUG')

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Dizenteriya bilan og'rigan bemor bilan muloqatda bo'lish	1. Kasallik shiddatli o'tkir boshlanadi
2. Kasallik o'tkir boshlanadi	2. Tana harorati ko'tariladi, bemor qayt qilishi mumkin
3. Zaharlanish, tana haroratining ko'tarilishi (1—2 kun), ishtahaning susayishi, ko'ngil aynishi, qusish (ko'pincha bir marotaba) qayd etiladi. Og'ir turlari -neyrotoksikoz sindromi: takroriy qayt qilish, gemodinamikaning buzilishi, oliguriya	3. Botma-bot tortishib qorin og'riydi

4. Qorinda og‘riq, ko‘pincha chap yonbosh tarafda, ich kelishdan oldin og‘riq kuchayadi	4. Sigma tortishadi, tenizmlar bo‘ladi
5. Sigma tortishadi, tenizmlar kuzatiladi, anus bo‘shashadi	
6. Ich suyuq keladi, patologik qo‘shimchalari bo‘ladi	
7. Koprogrammada — shilimshik leykotsitlar, ko‘rish maydonida eritrotsitlar aniqlanadi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko‘riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor ajratib qo‘yiladi.
3. Qo‘rsatmalarni hisobga olgan xolda bemor kasalxonaga yotqiziladi.
4. Davolashdan oldin bakteriologik tekshiruvga axlat olinadi.
5. Simptomik terapiya (gipertermiya, shaytonlashga qarshi kurash) o‘tkaziladi.
6. Bemor uyda davolansa: parhez, antibakterial preparatlar, nitrofuranlar, sulfanilamidlar, aksiximolinlar, vitaminlar tayinlanadi.

ESHERIXIOZLAR

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Koliinfeksiya bilan kasallangan bemor bilan muloqat	1. Harorat ko‘tariladi, tez-tez qayt qilish kuzatiladi
2. Shiddatli yoki asta-sekin boshlanadi	2. Eksikoz va toksikoz alomatlari rivojlanadi
3. Asosan 1 yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanadi	3. Qorin dam bo‘ladi
4. Zaharlanish, tana harorati oshishi, ishtaha kamayishi, kekirish, tez-tez qusish, bezovta bo‘lish yoki holsizlanish kuzatiladi. Bemorning rang-ro‘yi siniqqan, mushaklar tonusi sustlashgan bo‘ladi, gemodinamik o‘zgarishlar, oliguriya, og‘ir holatlarda buyrak usti bezlarining yetishmovchiligi rivojlanadi	4. Tez-tez ich ketadi. Axlat suyuq, suvli, ko‘p hajmda, och yashil rangda, shishasimon shilimshikli bo‘ladi
5. Suvsizlanish alomatlari paydo bo‘ladi, vazn kamayadi, teri va shilliq pardalar quruqlashadi, so‘lak quyurqlashadi, til quriydi, bemorning yuz chiziqlari o‘tkirlashadi, boshdagi katta liqildoq ichiga tushib ketadi	5. Bakteriologik tekshiruvda EPKI aniqlanadi

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko‘riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor kasalxonaga yotqiziladi.
3. Axlatni, qusuk massalarini bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi.
4. Har 10—15 daqiqada 10—15 ml dan choy ichirib turiladi.
5. Isitma tushiruvchi dori-darmonlar tayinlanadi.
6. Kasallik ogir kechganda gormonlar, glikozidlar buyuriladi.

SALMONELLYOZ

Meʼda-ichak turida quyidagi simptomlar koʻproq uchraydi.

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Salmonellyoz bilan kasallangan bemor bilan mulokat	1. Shiddatli, oʻtkir boshlana-di
2. Shiddatli, oʻtkir boshlanadi	2. Harorat koʻtariladi, qayt qilish kuzatiladi
3. Zaharlanish kuzatiladi, tana harorati oshadi (5 — 7 kun), neyrotoksikoz, kichik yoshdagi bolalarda esa toksikoz kuzatiladi	3. Koʻp hajmda ich keladi. Axlat botqoq rangida; shilimshiq, unga qon qoʻshilishi mumkin
4. Axlat koʻp hajmda, suvsimon, toʻq yashil rangda, shilim shiq va qon boʻlishi mumkin	4. Jigar, taloq kattalashadi
5. Jigar va taloq kattalashadi, shilimshiq leykotsitlar, eritrotsitlar boʻladi	5. Bakteriologik tekshiruvda salmonellalar oʻsib chiqadi
	6. Generalizatsiyalangan turlarda zotiljam, meningit, otit, siydik chitsarish yoʻllari zararlanishi qayd etiladi

Kasalxonaga yotkazishdan oldin koʻriladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor ajratib qoʻyiladi.
3. Bemor kasalxonaga yotqiziladi.

STAFILOKOKK CHAQIRADIGAN ENTEROKOLIT

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Oʻtkir yoki asta-sekin boshlanadi	1. Asosan 6 oygacha boʻlgan bolalarda rivojlanadi
2. Stafilokokk bilan kasallangan ona yoki oʻzga bemor bilan muloqat (mastit, stafilodermiya)	2. Stafilokokk bilan kasallangan bemor bilan muloqat
3. Zaharlanish taomlar isteʼmol qilinganda rivojlanadi (tvorog, sut, qaymoq)	3. Stafilokokk oʻchogʻining mavjudligi yoki yanginsining paydo boʻlishi
4. Stafilokokk infeksiyasining oʻchogʻi mavjud boʻladi	4. Ich ketishi, axlatda shilimshiq va qon qoʻshimchalarining paydo boʻlishi kuzatiladi
5. Ich buzilishi belgilari uzoq davom etadi (ich ketishi, axlatda shilimshiq, qon)	5. Axlat, qusuq massalarida, parenteral yiring oʻchogʻlarida stafilokokk aniqlanadi
6. Parenteral yiringli oʻchoqlar xosil boʻladi	
7. Qaytalashga moyillik qayd etiladi.	
8. Toksikoz va eksikoz rivojlanishi mumkin	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin koʻriladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor ajratib qoʻyiladi.
3. Bakteriologik tekshiruv (axlat, qusuq massalari, yiring) oʻtkaziladi.
4. Ona bakteriologik tekshiruvdan oʻtkaziladi, burun va tomoqdan surtma, ona suti, yiringli oʻchoq suyuqligi tekshiriladi.

ALIMENTAR DIAREYA

Fakultativ simptomlar.	Asosiy simptomlar
1. Anamnezda noto'g'ri ovqatlantirish, bolaning yoshiga to'g'ri kelmaydigan taom berish, ko'p ovqat berib qo'yish hisobga olinadi	1. Noto'g'ri ovqatlantirish
2. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq uchraydi	2. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq uchraydi
3. Ich ketish 6 — 8 martadan oshmaydi, axlatda tiniq shilimshiq, hazm bo'lmagan ovqat bo'laklari topiladi	3. Axlatda tiniq shilimshiq, hazm bo'lmagan ovqat bo'laklari topiladi
4. Umumiy holat o'zgarmaydi	4. Suv-choy parxezi yaxshi natija beradi
5. Koprogrammada ko'p hajmda hazm bo'lmagan kletchatka, netstral yog, kraxmal aniqlanadi	5. Koprogrammada me'da-ichak yo'lining hazm qilish faoliyati buzilmaganligini ko'rsatuvchi o'zgarishlar aniqlanadi

Kasalxonaga yotkizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Sut-qatqli parhez, yoshga muvofiq ovqatlantirish, fermentoterapiya belgilanadi.

ICHAK DISBAKTERIOZI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Uzoq muddat antibiotik qabul qilinadi	1. Antibiotiklardan noto'g'ri foydalanish, virusli kasalliklar, o'tkir me'da-ichak kasalliklari qayd etnladi
2. Uzoq muddat davom etuvchi, to'xtovsiz, dam-badam qaytalovchi ich ketishi kuzatiladi. Antibakterial terapiyadan bemor yana ham og'irlashadi	2. Ich buzilishi uzoq to'xtovsiz davom etadi
3. Bakteriologik va serologik tekshiruvlarda patogen ichak guruhi mikroblari va ularning antigenlari topilmaydi	3. Ichak mikroflorasining muvozanati, tarkibi o'zgaradi laktoza, pozitiv ichak tayoqchasi miqdori kamayadi, uning gemolitik shtammlari paydo bo'ladi, bifidobakteriyalar soii keskin kamayadi yoki umuman yo'qoladi
4. Koprogrammada me'da-ichak yo'lining hazm qilish faoliyati buzilganligini ko'rsatuvchi o'zgarishlar aniqlanadi	
5. Zamburug'li disbakteriozida teri bichilidsh, og'iz shilliq qavatining chaqa bo'lishi kuzatiladi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. Antibiotik qabul qilish to'xtatiladi.
2. Sut-qatliq mahsulotlari iste'mol qilinadi.
3. Vitaminoterapiya (S, V) buyuriladi.
4. Fermentoterapiya o'tkaziladi.
5. Biopreparatlar (bifidumbakterin, bifikol, kolibakterin, laktobakterin) tayinlanadi.

ROTAVIRUSLI GASTROENTERIT

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Rotavirus yuqumli kasalligi bilan kasallangan bemor yoki virus tashuvchi bilan muloqatda bo'lish lozim	1. O'tkir shiddatli boshlanadi
2. Kasallik o'tkir, shiddatli boshlanadi	2. Tana harorati 37— 38 °S ga ko'tariladi

3. Tana harorati ko‘tariladi.	3. Axlat sutkasiga 5—15 marotaba, suyuq, sariq-yashil, rangda, ko‘p hajmda, keskin hidli bo‘ladi
4. Ich ketishi, qusish, qorinda og‘riq kuzatiladi	4. Qo‘p marotaba qayt qilish aniqlanadi. Qusuq mayesasi suyuq oq parchalar ko‘rinishida, shilliq bo‘ladi
5. Tomoq qizarishi va shishishi mumkin	5. Ich kelganda bemor o‘zini yengil sezadi
6. Axlat bakteriologik tekshirilganda dizenteriya, salmonellyoz aniqlanmaydi	6. Qorinda, ayniqsa epigastriyda va kindik atrofida og‘riqda seziladi
7. Tashxis virusologik, serologik tekshirishlarga asoslanib qo‘yiladi	

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko‘riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor atrofdagilardan ajratiladi.
3. Suvsizlanish belgilari bo‘lsa, regidratatsion terapiya o‘tkazish.
4. Fermentoterapiya buyuriladi.
5. Antibiotiklar berilmaydi.

VABO

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Epidemiologik vaziyat	1. Epidemiologik vaziyat
2. Kasallik o‘tkir, shiddatli boshlanadi	2. Kasallik shiddatli boshlanadi
3. Tana harorati subfebril bo‘ladi	3. Tez-tez qusish aniqlanadi, ich ketishi sutkasiga 10 — 15 marotabaga yetadi
4. Qayta-qayta ich ketishi	4. Suvsizlanishning izotonik turi rivojlanadi
5. Tashnalik	5. Axlat suyuq, rangsiz, ko‘p hajmda, guruch qaynatmasiga o‘xshaydi
6. Suvsizlanish belgilarining tez rivojlanishi qayd etiladi	6. Tashnalik bezovta qiladi
7. Kasallik yozgi-kuzgi mavsumiylikka bog‘liqdir	7. Bakteriologik va serologik tekshiruvlar natijasida vabo vibrioni aniqlanadi

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko‘riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar beriladi.
2. Bemor ajratib qo‘yiladi.
3. Infeksiya o‘chog‘ida karantin tadbirlari ko‘riladi.
4. Bemorni darhol ixtisoslashtirilgan kasalxonaga yotqiziladi.

Ba‘zi bir shartli-patogen floralar chaqiradigan o‘tkir ichak yuqumli kasalliklari

Oxirgi paytda shartli-patogen bakteriyalari chaqiradigan kasalliklar ko‘payib bormoqda. Bunda, asosan antibiotiklarning keng ko‘llanilishi va shu sababli ichak biotsenozining buzilishi birinchi darajali ahamiyatga egadir.

PROTEY BAKTERIYALARI CHAQIRADIGAN ICHAK YUQUMLI KASALLIGI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik yuzda ko‘proq aniqlanadi	1. Uzoq muddat antibiotik qabul qilganda kuzatiladi

2. Asosan kichik yoshdagi bolalar kasallanadi, uzoq muddat antibiotik qabul qilgan bolalarda rivojlanadi	2. Utkir boshlanadi.
3. Gastrit, gastroenterit, enterit va enterokolit ko'rinishida kechadi	3. Tana xarorati normada yoki bir oz ko'tariladi
4. Utkir boshlanadi. Tana harorati normal yoki bir oz ko'tariladi. Qorinda og'riq paydo bo'ladi	4. Qorinda xurujsimon ogriq bo'ladi
6. Ich ketishi, kusish, ko'ngil aynishi kueatiladi	5. Axlat ko'p hajmda, suyuq, badbo'y xidli bo'ladi
7. Bakteriologik va serologik tekshiruvlar natijasi hal qiluvchi ahamiyatga ega	6. Bakteriologik va serologik tekshiruvlar natijasi hal qiluvchi ax.amiyatga egadir Antitelolar titri 4 marotaba oshadi.

YASHIL YIRING TAYOQCHALARI CHAQIRADIGAN YUQUMLI KASALLIK

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Yashil yiring yuqumli kasalligi bilan kasallangan bemor bilan muloqat ahamiyatga ega	1. Asta-sekin umumiy ahvol yomonlashadi
2. Asosan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, og'ir jarrohlik operatsiyalaridan keyin, uzoq muddat gormonal terapiya qabul qilgan bemorlarda aniqlanadi	2. Urtacha ifodalangan zaharlanish bilan asta-sekin o'sib boruvchi eksikoz asosiy simptom hisoblanadi
3. Enterokolit, gastroenterit ko'rinishida kechadi	3. Ich 5 — 20 martaba suyuq keladi. Axlat badbo'y hidli, yashil shilimshiqli, qon aralashgan bo'ladi
4. Kasallik asta-sekin, umumiy ahvol yomonlashuvi bilan boshlanadi	4. Tana harorati subfebril.
5. Tana harorati subfebril	5. Asfiksiya, vazn kamayishi, qorin dam bo'lishi kuzatiladi
6. Ich ketishi 5 — 20 marotaba	6. Ichakdan qon ketishi mumkin
7. Axlat suyuq, badbo'y hidli, yashil shilimshiqli bo'ladi	7. Tashxis axlat, olingan ekmada yashil yiring tayoqchasi o'sib chiqishi asosida qo'yiladi

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar yuboriladi.
2. Boshqa ichak yuqumli kasallnklarida ko'riladngan tadbirlar o'tkaziladi.

O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI KASALLIKLARIGA ERTA TASHXIS KO'YISH

- Kasallikka tashxis qo'yishda quyidagi sindromlar-yig'indisini xisobga olinadi. 1. Epidemiologik vaziyat va yil mavsumi.
2. Kasallikning o'tkir rivojlanishi.
 3. Zaharlanish belgilari yoki tumov belgilarining birlamchi ekanligi.
 4. Tomoqdagi o'zgarishlar darajasi.
 5. Burun, halqum, ko'zning zararlanishi.

6. Teri tomonidan o'zgarishlar (toshmalar, gemorragiyalar).
7. Nafas olish yo'llari tomonidan o'zgarishlar.
8. Yurak-tomir sistemasidagi o'zgarishlar.
9. Limfa tugunlarining holati.
10. Parenximatoz a'zolarining o'zgarishi.
11. Tumor belgilarining bemor umumiy ahvollarining og'irligi bilan mutanosib ekanligi.

GRIPP

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik o'tkir boshlanadi	1. Tana xarorati ko'tariladi
2. Tana harorati 39 °S va undan yuqori bo'ladi, etuvishadi, mushaklar, ko'z lo'qillab og'riydi, keskin darmonsizlanish kuzatiladi	2. Asab sistemasi zararlanadi
3. Neyrotoksik sindromlardan qattiq bosh og'rig'i, meningit belgilari, toksikoz va boshqalar aniqlanadi	3. Yurak-tomir sistemasi zararlanadi
4. Kardiovaskulyar sindrom — taxikardiya yoki bradikardiya, tomirlar distoniyasi	4. Gemorragik sindrom qayd etiladi
5. Traxeit belgilari aniqlanadi	5. Tomoqda yallig'lanish belgilari sust namoyon bo'ladi.
6. Yuz, bo'yin, yelka teri qoplamida gemorragik toshmalar, burundan qon ketishi aniqlanadi	6. Traxeit alomatlarini kuzatiladi
	7. Zaharlanish alomatlarining yallig'lanish belgilaridan ustunligi ko'riladi
	8. Serologik va virusologik tekshiruvlar o'tkaziladi

ADENOVIRUS YUQUMLI KASALLIGI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Kasallik asta-sekin boshlanadi (harorat asta-sekin ko'tariladi)	1. Yuqori nafas yo'llarida yallig'lanish alomatlarini yaqqol ko'rinadi
2. Zaharlanish belgilari sust rivojlanadi, lohaslik, bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi kuzatiladi	2. Tomoq orqa devori shiyalis qavatida o'zgarishlar qayd qilinadi
3. Quruq, keyinchalik balg'amli yo'tal bo'ladi	3. Angina aniqlanadi
4. Konyunktivit, ko'pincha pardali, sklerit aniqlanadi	4. Ko'z zararlanadi (pardali konyunktivit)
5. Poliadenit kuzatiladi, ayniqsa old va orqa bo'yin limfa tugunlari yallig'lanadi	5. Simptomlar asta-sekin kuchayib boradi (5 — 7 kun ichida)
6. Tomoq orqa devorining shilliq kavati zararlanadi, follikulalari shishadi	6. Poliadenit qayd etiladi
7. Jigar va taloq shishadi	7. To'liqsimon kechadi
8. Ikkilamchi infeksiya barvaqt qo'shiladi (yiringli otit, konyunktivit, bronxit)	8. Virusologik tekshiruv o'tkaziladi

PARAGRIPP

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Asta-sekin boshlanadn 2. Subfebril harorat kuzatiladi. 3. Yallig‘lanish belgilari o‘rtacha ifodalanadi. Burun, halqum shilliq qavati yallig‘lanadi 4. Nafas olish a‘zolari tomonidan o‘zgarishlar qayd etiladi 5. Umumiy zaharlanish belgilari o‘rtacha ifodalanadi	1. Umumiy zaharlanish belgilari o‘rtacha ifodalanadi 2. Tomoq qizaradi 3. Seroz-shilimshiq ajratuvchi rinit kuzatiladi 4. Bo‘g‘ma sindromi aniqlanadi 5. Virusologik tekshiruv o‘tkaziladi

RESPIRATOR-SINSITION YUQUMLI KASALLIK

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Asta-sekin boshlanadi 2. Subfebril harorat kuzatiladi 3. Tez-tez aksa urish, xurujsimon yo‘tal kuzatiladi 4. Kam yelimsimon suyuqlik ajraladi, tomoq qizaradi 5. Hansirash, sianoz, akratsianoz aniqlanadi	1. Yallig‘lanish mayda bronxlar, bronxiolalar shilliq qavatiga tez tarqaladi, astmatik sindrom rivojlanadi 2. Gipoksiya tez rivojlanadi 3. Qattiq yo‘tal tutadi 4. Virusologik tekshiruv o‘tkaziladi

ENTEROVIRUS YUQUMLI KASALLIGI

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. O‘tkir, shiddatli boshlanadi 2. Yuqori tana harorati 2 — 7 kun davom etadi 3. Neyrotoksikoz, bosh og‘rig‘i, mushak og‘rig‘i, xurujsimon korin og‘rig‘i kuzatiladi 4. Seroz meningit, ensefalit, meningoensefalit aniqlanadi 5. Ekzantema — toshmalar dorsimon, papulyoz ko‘rinishida bo‘ladi 6. Poliadenit aniqlanadi 7. Og‘iz shilliq qavatida pufakchali toshma toshadi 8. Yoz-kuzgi mavsumiylikka ega	1. Gipertermiya qayd etiladi 2. Neyrotoksikozga olib keluvchi simptomlar tez rivojlanadi 3. Tomoqning o‘ziga xos zararlanishi aniqlanadi 4. Ekzantema: dog‘simon papulyoz ko‘rinishida bo‘ladi 5. Jigar va talok kattalashadi 6. Poliadenit kuzatiladi 7. To‘lqinsimon kechadi

Kasalxonaga yotqizishdan oldin ko‘riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar yuboriladi.
2. Bemorni uyda va kasalxonada ajratib ko‘yish kerak.
3. Immunoglobulin tayinlanadi.
4. Ko‘rsatmalarga ko‘ra antibiotiklar beriladi.
5. Yurak-tomir sistemasiga ta’sir qiluvchi dori-darmonlar beriladi.
6. Isitma tushiradigan preparatlar, gormonlar buyuriladi.

Sariqlik sindromi bilan kechuvchi kasalliklar tashxisi

Sariqlik sindromi faqat yuqumli kasalliklardagiia emas, balki ko'pgina somatik kasalliklarda ham uchraydi. Bu esa ularni differensiallashni talab etadi.

Sariq sindromining etiologik kelib chiqishini to'g'ri baholashda quyidagilarni hisobga olish zarur.

1. Bolaning yoshi.
2. Homiladorlik davrida onaning sog'lig'i
3. Irsiyat (oilaviy sariqlik).
4. Ona va bolaning qon guruhi.
5. Anamnezda quyidagilarni hisobga olish kerak:
 - a) ovqatlanish, orir jismoniy mehnatdan keyin o'ng biqinda og'riqz
 - b) qaytalangan sariklik;
 - v) sariqlik paydo bo'lishi oldidan gepatotrop preparatlarni qabul qilish.
6. Bolaning umumiy ahvoli,
7. Sariqlikning paydo bo'lish payti.
8. Sariqliknng rivojlanish diagnostikasi.
9. Umumiy ahvolning sariqlik darajasiga muvofiqligi.
10. Allergik asoratlar mavjudligi (qichishish, toshmalar, artralgiya).
11. Jigarning (o'ng va chap bo'lmasi) shishishi va og'ruvchanligi.
12. Taloqning kattalashishi.
13. Siydik rangi, urobilin va safro pigmentlariga reaksiyasi.
14. Axlat.rangi, sterkobilinga reaksiyasi.
15. Giperbilirubinnlarning darajasi, xususiyati va dinamikasi.
16. Giperfermentemiyaning ko'tarilish daranosi va dinamikasi. (AlAT AsAT).
17. Gemogramma xususiyati.
18. NV — infeksiyaning markerlarini aniqlash.

VIRUSLI GEPATIT

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Qish-kuzgi mavsumiylik xos	1. Kasallanishdan 15 — 45 kun avval virusli hepatit bilan kasallangan bemor bilan mulokat
2. Ko'proq 1 yoshdan katta bo'lgan bolalar kasallanadi	

SARIQLIK OLDI DAVRI

1. 7 kungacha bo'lgan sariqlik oldi davri bilan yaqqol chegaralangan bo'lib, kasallik o'tkir, shiddatli boshlanadi	1.7 kungacha bo'lgan sariqlik oldi davri bilan yaqqol chegaralangan bo'lib, kasallik shiddatli, o'tkir boshlanadi
2. Tana harorati ko'tariladi	2. Utkir rivojlangan gepato liyenal sindrom
3. Ko'ngil aynishi, 1 — 2 marotaba qayt qilish kuzatiladi	3. Siydikning rangi qizil tusga kiradi, axlat axoliyasi rivojlanadi
4. Qorinda, ayniqsa o'ng biqinda og'riq seziladi	4. Siydikda urobilin va safro pigmentlari aniklanadi
5. Ishtaha kamayadi	
6. Epigastriyda og'irlik seziladi	
7. Ichak yo'li disfunktsiyasi aniq-lanadi	
8. Asteno-vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi	
9. Tumov belgilari qayd etiladi 10. Jigar o'tkir kattalashadi	
11. Taloq o'tkir kattalashadi 12. Siydikning rangi barvaqt o'zgaradi	
13. Axlat axoliyasi kuzatiladi	

Sariqlik davri

1. Sariqlik namoyon bo'lishi bilan 1 — 2 kun axvol yaxshilanadi 2. Turli darajadagi sariqlik kuzatiladi	1. Ko'pchilik bemorlarda teri va shilliq qavatlar sarg'ayadi 2. Qon zardobida asosak bilirubinning bog'langan fraksiyasi ustun bo'ladi
3. Bemor qayta-qayta qusishi mumkin 4. Qorin bo'shlig'ida og'riq seziladi 5. Jigar va taloq kattalashadi	3. ALAT ning faolligi AsAT ning faolligiga qaraganda birmuncha ko'proq oshadi

VIRUSLI GEPATIT V

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Parenteral aralashuvning mavjudligiga e'tibor berish kerak. 2. Kasallik mavsumiy emas	1. Kasallikdan 2—6 oy oldin parenteral aralashuvning bo'lgan-bo'lmaganligi hisobga olinadi 2. Infeksiya tashuvchi bemor bilan muloqat 3. Ko'pincha bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi

Sariqlik oldi davri

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
-----------------------	-------------------

1. Sariqlik oldi davri asta-sekin rivojlanadi yoki umuman bo'lmaydi 2. Tana harorati ko'pincha kuzatilmaydi 3. Qayta-qayta qusish kuzatiladi 4. Artralgiya qayd etiladi 5. Turli xil toshmalar bo'lishi mumkin 6. O'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'ladi 7. Jigar o'tkir kattalashadi va og'riydi	1. Sariqlik oldi davri asta-sekin rivojlanadi yoki umuman bo'lmaydi 2. Allergik asoratlarni kuzatiladi (toshmalar, artralgiya) 3. Jigar o'tkir kattalashadi va og'riydi
--	---

Sariqlik davri

1. Sariqlik yaqqol ifodalanadi 2. Bemor qayta-qayta qusadi 3. 50 — 60% hollarda splenomegaliya kuzatiladi 4. Gepatomegaliya annqlanadi 5. Teri qichishadi	1. Sariqliknng namoyon bo'lishi umumiy ahvol og'irlashuvi bilan kechadi 2. Asosiy klinik va laboratoriya tekshiruvlari asosida sariqlik, hepatomegaliya, giperbilirubinemiya, giperfermentemiya qayd etiladi. 3. Qon zardobidan HBsAg yokn anti HBs ajratib olinadi
---	---

«A» ham «V» ham bo'lmagan virusli hepatit

Kasallikning asosan og'iz va parenteral aralashuv orqali o'tuvchi turi ajratiladi.

Tashxis virusli hepatit A va V markerlarining IFA va RIA usullari bilan topshshaganligi asosida qo'yiladi.

Delta virusli infeksiya

1. Infeksiya virusli hepatit V va surunkali hepatit «V» bilan kasallangan bemorlar va COF HBs Ag tashuvchilarda uchraydi.

2. Kasallik asosan juda og'ir turda kechadi.

3. Ko'pincha turli xil asoratlarni: surunkali aktiv hepatit, jigar sirrozi rivojlanishiga olib keladi.

Kasalxonaga yotkizishdan oldin ko'riladigan tadbirlar

1. SES ga shoshilinch xabar yuboriladi.

2. Bemor kasalxonaga yotqiziladi.

3. Yakunlovchi dezinfeksiya o'tkaziladi.

4. Qasalxonaga yotqizish kechiktirilganda bemorga parhez tayinlanadi (sut-qatiq parxezi, ko'p suyuqlik ichish) va kundalik dezinfeksiya o'tkaziladi.

Sariqlik sindromi quyidagi yuqumli kasalliklarda uchraydi.

1. Homila davridagi infeksiyalar: NV infeksiya, sitomegaliya, toksoplazmoz, listerioz, sifilis ta'siridan kelib chiqqan tug'ma hepatitlar.

2. Infeksion mononukleoz.

3. Enterovirus yuqumli kasalligi.

4. URVI (R-yoy sindromi).

Sariqlik sindromi (ba'zi somatik va jarroxlik kasalliklarida)

1. O't-tosh kasalligi.

2. Jigar va pankreoduodenal sohadagi shishlar.

3. Limfogranulematoz.

4. Sepsis.

5. Gijja.
6. Surunkali gepatit.
7. Jigar sirrozya.
8. Jigar abssessi.

**SAFRO CHIQARISH YULLARINING FUNKSIONAL VA
YALLIG'LANISH KASALLIKLARI TUFAYLI PAYDO
BO'LGAN SARIQLIK (ANGIOXOLETSISTIT
VA DISKINEZIYALAR)**

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Teri va shilliq pardalarning o'rtamiyona sariqligi	1. Jismoniy ish, yonli, achchiq taom yeganda qaytalovchi sariklik
2. O'ng qovurg'a ostida og'riq 3. Subfebril harorat 4. Jigar kattalashishn	2. O'ng qovurg'a ostida xurujsimon kuchli og'riq, qovurilgan yog'liq taomlarni ko'tara olmaslik 3. Uzoq davom etuvchi subfebrilitet. tez toliqish 4. Ijobiy «pufak» simptomlari 5. Bilirubin bog'lanmagan fraksiyasi hisobiga bir oz oshgan 6. AlAT va AsAT faolligi bir oz oshgan yoki normal

**SAFRO YO'LLARIDA TUG'MA ATREZIYA TUFAYLI PAYDO BO'LUVCHI
MEXANIK SARIQLIK**

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Sariqlik 2. Jigar kattalashuvi	1. Bemorning yoshi 1 — 2 oylik 2. Asta-sekin ko'payib boruvchi sariqlik, keyinchalik yashilsimon tusga kirishi
3. Jigarning qattiqlashishi	3. Taloqning asta-sekin kattalashib qattiqlashishi
4. Axlat va siydik rangining o'zgarishi 5. Terida: gemorragiyalar	4. AlAT va AsAT faolligi juda oz o'zgaradi
	5. Qon zardobida xolesterin va ishkoriy fosfataza miqdorining oshishi
6. Dispepsiya	6. Siydikda o't pigmentlari aniqlanadi, urobilin aniqlanmaydi
7. Qon zardobida xolesterin	7. Axlat axoliyasi, sterkobilin aniklanmaydi
	8. Qonda NV infeksiya markerlari topilmaydi

NASLDAN-NASLGA UTUVCHI PIGMENTLI GEPATOZLAR
(Jilber, Krigler — Nadjar, Dabin — Djonson, Roter sindromi)

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Bemorning yoshi (Jilber sindromi 6 yoshdan 18 yoshgacha, Krigler-Nadjar 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda, Dabin-Djonson o'spirinlarda, Roter sindromi turli yoshdagi bemorlarda ko'proq uchraydi) 2. Ko'z oqi sarg'ayishi	1. Oilaviy sariqlik mavjud-ligi 2. Almashinib turadigan sariklik asosan yuzda, quloq suprasida, qo'l kafti va tanglayda o'rta miyona ifodalangan
3. Terining beqaror o'zgaruvchan sariqligi 4. Asteno-vegetativ o'zgarishlar 5. Jigar kattalashuvi 6. Teri qichishi 7. Nevrologik o'zgarishlar 8. Taloq kattalashishi mumkin	3. Dori-darmon, jismoniy ta'sir, turli kasalliklar ta'sirida sariqlikning paydo bo'lishi yoki kuchayishi 4. Jigar va taloq holati o'zgarmaydi 5. Giperbilirubinemiya, asosan bog'lanmagan (Krigler-Nadjar sindromi) yoki bog'langan fraksiyasi (Roter va Dabin-Djonson sindromi) 6. AlAT va AsAT faolligining oshmasligi

GEMOLITIK SARIQLIK (irsiy va orttirilgan gemolitik anemiyalar)

Fakultativ simptomlar	Asosiy simptomlar
1. Turln yoshda uchrashi mumkin	1. Sariqlikning oilaviy ekanligi
2. Har xil intensivlikdagi sariqlik	2. Sariklikning qaytalovchi ekanligi
3. Jigar va taloqning kattalashuvi	3. Anamnezda gepatotrop preparatlar
4. Siydik rangi to'q bo'ladi	4. Taloq kattalashuvining jigar kattalashuvidan ustunligi
5. Teri rangining rangparligi	5. Axlat rangi o'zgarmagan
	6. Qon zardobida bilirubinning bog'lanmagan fraksiyasining ustunligi
	7. AlAT va AsAT faolligi o'zgarmagan, oshmagan
	8. Qonda o'zgarishlar: anemiya, retikulotsitoz, mikrrsferotsitoz, osmatik turrunklikning pasayishi

Bolalarga antibiotiklarning sutkalik miqdori va yuborish usuli

Antibiotiklar	Yuborish usuli va bir kecha-kundueda necha marta tayinlanishi	Bir kecha- kunduzlik miqdori		
		Bolalar uchun	Chaqaloqlar uchun	
			7 kunlikkacha 4	4 haftalikkacha
Benzilpenitsillinning natriyli tuzi	Mushak orasiga (4 — 6 marta)	1 yoshgacha — 30000 TB/kg, 1— 6 yosh —250000 TB, 6—15 yosh —500000 TB. Og‘ir infeksiyalarda: 1 yoshga qadar 50000 — 100000 TB/kg, 1 yoshdan oshganda — 50000 TB/ kg, hayotiy ko‘rsatmalarga ko‘ra 500000 TB/kg (sutkalik miqdori 6—8 inyeksiya kilib yuboriladi)	50000 TB/kg (2 qabulga), og‘ir infeksiyada — 1 00000— 300000 TB/kg (3 — 4 inyeksiya), hayotiy ko‘rsatmalar, bo‘yicha 1000000 TB/kg gacha (6 — 8 inyeksiya)	100000—150000 TB/kg (3 — 4 inyeksiya), og‘ir inf eksiyalarda — 150000— 300000 TB/kg (5 — 6 inyeksiya), hayotiy ko‘rsatmalarga ko‘ra 1000000 TB/kg (6— 8 inyeksiya)

	Venaga (oqim bilan yoki tomchilatib) sutkasiga 1 — 2 marta mushak orasiga inyeksiya qilish bilan birga yuboriladi. Endolyumbal usul bilan sutkasiga bir marta	Venaga vqim bilan yubori-ladigan miqdor mazkur do-rilarni hisoblangan sutkalik miqdorining bir qismini tashkil etadi (yuqoriga qar). 1 yoshgacha 5000—10.000 TB, 1 dan 3 yoshgacha 20 000—30000 TB; 4 dan 8 yoshgacha 30 000—40 000 TB; 8 yoshdan oshganda — 40 000—50 000 TB (preparat miya qorinchalariga yuborilganda ko‘rsatilgan dozalar 1/3 — 1/2 qismlarga kamaytiryaladi)	2500 TB	2500-5000 TB
Benzilpenitsillinning kaliyli tuzi	Mushak orasiga. Giperkaliyemiyada buyurilmaydi	Miqdorlari benzilpenitsillinning natriyli tuzida bo‘lgani singari	Miqdorlari benzilpenitsillinning natriyli tuzida bo‘lgani singari	Mikdorlari beneilpenitsilinning natriyli tuzida bo‘lgani kabi

Benzilpenitsillinning novokainli tuzi. Fenoksime-tilpenitsillin	Faqat mushak orasigagina bir kecha-kunduzda [—2 marta yuboriladi. Ichishga sutkasiga 4 — 6 marta beriladi	1 yoshgacha —50 000 — 100 000 GB/kg, 1 yoshdan kattalarga — 50000 TB/kg, Tabletkalari: 1 yoshgacha — 35 — 30 mg/kg, 1 yoshdan 6 yoshgacha 15—20 mg/kg, 12 yoshdan oshganda kuniga 0,5—2 g dan. Suspenziya holida dozalar xuddi shunday (1 ml suspenziyada 13 mg preparat bor, 1 choy qoshiqda 60 mg) 5000—10000 TB/kg	Buyurilmaydi.	Tayinlanmaydi
Bitsillin-1	Haftasiga 1 marta mushak orasiga; oyiga 2 marta	20 000 TB/kg	Buyurilmaydi	Tayinlanmaydi
Bitsillin-5	Mushak orasiga	Maktabgacha yoshdagi bolalarga 600 000 TB dan 3 haftaga 1 marta, maktab yoshidagilarga 1 oyda 1 marta	Tayinlanmaydi	Buyurilmaydi
Ampitsillinatning natriyli tuzi (pentreksil)	Mushak orasiga, venaga bir kecha-kunduzda 4—6 marta. Endolyumbal sut kasiga 1 marta	1 yoshgacha 50 mg/kg, 1 dan 4 yoshgacha —50—75 mg/kg. Og‘ir infeksiyalarda bu dozalarni 2 baravar oshirishga yo‘l qo‘yiladi.	50—100 mg/kg (12 soat oralatib yuboriladi); meningitlarda — 200 mg/kg (6 soat o‘tkazib yuboriladi)	75 — 100 mg/kg (8 soat oralatib yuboriladi), meningitlarda — 200 mg/kg (6. soat o‘tkazib yuboriladi)
Ampitsillin trigidrat	Har 4 soatda ichga ,	100—200 mg/kg, juda xam og‘ir infeksiyalarda bu miqdorlar ko‘paytiriladi.	Disbakterioz va kandidoz tez rivojlanish xavfi bo‘lganida buyurilmaydi	Xuddi shu sabablarga ko‘ra tayin kilinmaydi

Oksatsillinning natriyli tuzi (kloksatsillin)	Mushak orasiga har 4 — 6 soat Ichga har 4 — 6 soatda	1—3 oylik bolalarga 60 — 80 mg/kg; 3 oylikdan 2 yoshgacha 1 g; 2 dan 6 yoshgacha 2 — 3 g; 3 oygacha — 200 mg/kg, 3 oylikdan 2 yoshgacha — 1 — 1,5 g, 3 dan 6 yoshgacha — 2 g, 6 yoshdan oshganda — 2—6 g. Og‘ir infeksiyalarda miqdor 2 baravar oshirilishi mumkin	50—100 MG/KG (2 — 3 inyeksiya) 100—200 mg/kg (3 ma-rotabaga)	100—200 mg/kg (3 — 4 inyeksiya) 100—200 mg/kg (3 — 4 marotabagacha)
Ampioks- natriy	Mushak orasiga va venaga kuniga 3—4 marta	1 yoshgacha bolalarga 100 — 200 mg/kg, 1 yoshdan 7 yoshgacha 100 mg/kg, 7 dan 14 yoshgacha 50 mg/kg. Og‘ir infeksiyalarda miqdorlarni 1,5 — 2 marta oshirsa bo‘ladi	100—200 mg/kg (2—3 inyeksiya)	100—200 mg/kg (3—4 inyeksiya)
Ampioks	Ichga	3 dan 7 yoshgacha bolalarga 100 mg/kg, 7 dan 14 yoshgacha — 50 mg/kg, 14 yoshdan oshganda kuniga 2 — 4 g gacha	Disbakterioz va kandidoz tez rivojlanish xavfi bo‘lganida buyu rilmaydi	Xuddi shu sabablarga ko‘ra tayinlanmaydi
Karbenitsillinning natriyli tuzi	Mushak orasiga, venaga kuniga 4—6 marta Endolyumbal usulda	50 — 100 mg/kg; infeksiya juda og‘ir kechganda — 300 — 400 mg/kg. 2 yoshgacha — 10 mg, 2 dan 12 yoshgacha — 20 mg, 12 yoshdan oshganda 30 — 40 mg	200—400 mg/kg (3 — 4 inyeksiya) 5 — 10 mg	200—400 mg/kg (4 — 6 inyeksiya) 5 — 10 mg

Metitsillinning natryyli tuzi	Mushak orasiga kuniga 4—6 marta	1—3 oylikda — 100—150 mg/ kg, 3 oylikdan 12 yoshgacha — 100 mg/kg, 12 yoshdan oshganda kuniga 4 — 6 g	50— 100 mg/kg (3 — 4 inyeksiya), og‘ir infeksiyada 200 mg/kg gacha	100—200 mg/kg (6 coat o‘tkazib
Dikloksatsillinning natriyli tuzi	Ichga kuniga 4 marta	1 yoshgacha 60—80 mg/kg, 1 dan 6 yoshgacha —60 mg/kg, 6 yoshdan oshganda kuniga — 2 g	20 mg/kg	20 mg/kg
Sefaloridin (seporin)	Mushak orasiga, venaga kuniga 2 — 4 marta	Kasallikning og‘ir-yengilligiga qarab 15—30 mg/kg dan 60—100 mg/kg gacha tayinlanadi	15 mg/kg, meningitlarda 50—100 mg/kg gacha	15 — 30 mg/kg, infeksiya og‘ir kechganda 50— 100 mg./kg gacha
Natriy sefazolin (kefzol)	Mushak orasiga, venaga kuniga 2—3 marta	20—50 mg/kg dan 100 mg/kg gacha (nnfeksiya nihoyatda og‘ir o‘tganda)	25—100 mg/kg (2—3 inyeksiya)	25—100 mg/kg (2—3 inyeksiya)
Sefaloleksin	Ichga kuniga 4 marta	25—50 mg/kg 100 mg/kg gacha, infeksiya og‘ir o‘tganda suspenziya holidi (1 ml tayyor suspenziyada 25 mg sefaloleksin bo‘ladi)	25—50 mg/kg, (100 mg/ kg gacha)	25—50 mg/kg (100 mg/ kg gacha)
Klaforan	Mushak orasiga, venaga kuniga 2 — 4 marta	50—100 mg/kg, infeksiya nihoyatda og‘ir o‘tganda 200— 300 mg/kg gacha	50—100 mg/kg	50—100 mg/kg
Eritromitsin	Ichga kuniga 4 — 6 marta	1 yoshgacha — 20—40 mg/kg 1 dan 3 yoshgacha — 0,4 g, 3—6 yosh— 0,5— 0,75 g 12 yoshdan oshganda — 1,5 — 2 g	20—40 mg/kg	20—40 mg/kg
Eritromitsin fosfat	Venaga kuniga 2 — 3 mar ta	—20 mg/kg	20 mg/kg, og‘ir hollarda — 40—50 mg/kg	20 mg/kg, og‘ir hollarda 40—50 m g/kg gacha

			gacha	
Oleandomitsin fosfat (askorbinat)	Ichga kuniga 4—6 marta	3 yoshgacha —0,02 g/kg, (20 000 TB/kg), 3 — 6 yosh kuniga — 0,25—0,5 g. (250 000—500 000 TB), 6—14, yosh — 0,5—1 g. (500000—1000000 TB)	Toksinlik oshganligi va xolestazni rivojlanish xavfi bo'lgani uchun buyurilmaydi	Xuddi shu sabablarga ko'ra tayinlanmaydi.
Gentamitsin sulfat	Mushak orasiga, venaga kuniga 2—3 mahal	1 yoshgacha — 1,5—3 mg/kg, (kasallikning og'ir hollarida 5 mg/kg gacha), 1 dan 5 yoshgacha — 1,5 — 3 mg/kg, 6—12 yoshda — 3 mg/kg (5 mg/kg gacha), 12 yoshdan oshganda — 0,8 — 3 mg/kg	3 — 4 mg/kg (3 inyeksiya)	3 — 4 mg/kg (3 inyeksiya)
Kanamitsin	Mushak orasiga, venaga kuniga 2—3 mahal	Silga dahli bo'lmagan kasalliklarni davolash uchun 7,5 mg/kg, silga davo qilishda mushak orasiga kuniga 8,015 — 0,02 g/kg (15 — 20 mg/kg, lekin ko'pi bilan 0,75 g/750 mg)	Kuniga 7,5 — 10 mg dan 2 marta	Kuniga 10 mg dan 2— 3 maxal
	Endolyumbal	Kuniga 0,1—1 mg (bir martadan)	0,1—0,3 mg	0,1—0,5 mg
Kanamitsin monosulfat	Ichga kuniga 4 — 6 marta	1 yoshgacha — 0,5—0,75 g (500 000—750 000 TB) , 1 dan 5 yoshgacha — 0,75 — 1 g (750000—1000000 TB), 5yoshdan oshganda — 1 —	Disbakterioz va kandidoz rivojlanish xavfi borligidan tayinlanmaydi	Xuddi shu sabablarga ko'ra buyurilmaydi

		3 g 1 000000—3000000 TB).		
Amikatsin	Mushak orasiga, venaga kuniga 2 — 3 marta	10 — 15 mg/kg	7,5 — 10 mg/kg	7,5— 0 mg/k
Sizomitsin	Mushak orasiga, venaga kuniga 2 — 3 marta	1 yoshgacha —2,5 — 4 mg/kg, 1 yoshdan 14 yoshgacha — 1—2 mg/kg	2,5— 15 mg/kg (1 — 2 inyeksiya)	2,5— 5 mg/kg (1 — 2 inyeksiya)
Tobramitsin	Mushak orasiga, venaga kuniga 2—4 marta	1,5—5 mg/kg, infeksiya ogir o‘tganda bu miqdorlarni 1,5—2 marta oshirsa bo‘ladi	2,5 — 5 mg/kg. hayotiy ko‘rsatmalar bo‘yicha — 10 mg/kg gacha (2-3 inyeksiya)	2,5— 5 mg/kg, hayotiy ko‘rsatmalarga ko‘ra 10 mg/kg gacha 2-3 inyeksiya)
Monomitsin	Ichga kuniga 2 — 3 marta	6 oylikkacha tayinlanmaydi 5 oylikdan oshgan bolalarga 10—25 mg/kg	Toksinlik talaygina oshib ketganidan buyurilmaydi	Xuddi shu sababga ko‘ra buyurilmaydi
Streptomitsin sulfat	Mushak orasiga kuniga 1-2 maxal	3 oygacha 0,01 g/kg, 3—6 oygacha — 0,015 g/kg, 6 oy — 2 yosh —0,02 g/kg. Yuqori sutkalik miqdor: 4 yoshgacha 0,15 g, 5—6 yosh —0,3 g, 7—9 yosh — 0,4 g, 10—14 yosh — 0,5 g (silda 1 g gacha)	1 g / kg	0,01 g/kg

Digidrostreptomitsin pantotenat	Mushak orasiga kuniga 2 marta	1 yoshgacha —0,1—0,25 g; 2—3 yosh —0,15—0,25 g; 4—7 yosh —0,25—0,35 g; 8— 10 yosh — 0,35—0,5 g, 11— 14 yosh— 0,5—0,8 g	0,05— 0,1 g	0,05 — 0,1 g
Streptomitsin kalsiy xlorli kompleksi	Endolyumbal kuniga 1 marta Mushak orasiga kuniga 1-2 marta	3 yoshgacha —0,01—0,02, 4—7 yoshgacha —0,025—0,05 g, 8— 12 yoshgacha —0,05—0,075 g	0,003 — 0,005 g	0,003 — 0,005 g
Levomitsetin stearat	Ichga kuniga 3 — 4 marta	Tabletka va kukun: 3 yoshgacha —0,02 g/kg, 3— 8 yosh — 0,3 — 0,4 g (bitta qabulga), 8 yoshdan oshganda qabulga 0,4 — 0,6 g. 5% li suspenziyaning bir martalik miqdorlari: 3 — 6 oylikka — 0,5 choy qoshiq, 7 — 12 oylikka — 0,5 — 1 choy qoshiq, 1 — 3 yoshga — 1 choy qoshik, 4 — 8 yoshga 1 — 2 choy qoshiq	Preparat kardiotoxinli bo'lgani uchun tayinlanmaydi	Xuddi shu sababdan buyurilmaydi
Levomitsetin natriy suksinat	Mushak orasiga kuniga 2 marta (12 soat oralatib)	Dastlabki 3 oyda buyurilmaydi 1 yoshdan katta bolalarga — 50 mg/kg	Buyurilmaydi	Buyurilmaydi
Rifamitsin	Mushak orasiga kuniga 2 — 3 mahal venaga (tomchilab)	6 yoshgacha —10—30 mg/kg, 6 yoshdan oshganda — 25 mg/kg, 10—30 mg/kg (2—4 inyeksiya)	10 mg/kg	10 mg/kg

Rifampitsin	Ichga kuniga 2 — 3 marta	Silga aloqador bo‘lmagan kasalliklarda 8—10 mg/kg, silda miqdor xuddi shuncha bo‘lsa-da, lekin ko‘pi bilan bir qabulga 0,45 g. Ko‘krak yoshidagi bolalarga rifampitsin tayinlanmaydi	10 mg/kg Tayinlanmaydi	10 mg/kg Tayinlanmaydi
Tetrasiklin	Ichga kuniga 3 — 4 marta	8 yoshga to‘lmagan bolalarga buyurilmaydi. 8 yoshdan oshganda 20 — 25 mg/kg tayin qilinadi	Buyurilmaydi	Buyurilmaydi
Doksatsiklin (vibramitsin)	gid-roxlorid Ichga kuniga 1—2 marta	8 yoshgacha bolalarga buyuril-maydi 8 — 12 yoshda dastlabki kunda 4 mg/kg, keyingi kunlari 2 mg/kg, 12 yoshdan oshganda — 0,2 g (bir qabulga) yoki 0,1 g dan kuniga 2 marta (12 soat o‘tgach), keyinchalik sutkalik miqdor bir qabulga 0,1 g ni tashkil etadi	Tayinlanmaydi	Tayinlanmaydi
Metatsiklin (rondomitsin)	gidroxlorid Ichga kuniga 3 — 4 marta	8 yoshga to‘lmagan bolalarga buyurilmaydi. 8 — 12 yoshda — 7,5 — 10 mg/kg, og‘ir infeksiyalarda — 15 mg/kg gacha, 12 yoshdan oshgan bolalarga bir martalik mikdor 0,3 g, sutkaligi — 0,6 g ni tashkil qiladi	Tayinlanmaydi	Tayinlanmaydi

Ristomitsin sulfat	Venaga kupiga 2 marta — (12 soat o'tkazib)	20 000—30 000 TB/kg		
Linkomitsin gidrokslorid	Ichga kuniga 2 — 3 marta	30—60 mg/kg		
	Mushak orasiga, venaga kuniga 2 marta	10—20 mg/kg		
Fuzidin — natriy	Ichga kuniga 3 marta	1 yoshgacha 60 — 80 mg/kg (suspensiya holida qand sharbatida qilingan) 1 dan 4 yoshgacha 40 — 60 mg/kg, 4 — 14 yoshgacha — 20 — 40 mg/kg	40 — 60 mg/kg (suspensiya ko'rinishida shakar sharbatida tayyorlangan)	60—80 mg/kg (suspensiya shakar sharbatida tayyorlangan)
Polimiksin V sulfat	Mushak orasiga kuniga 3 — 4 marta. Venaga (tomchilatib) kuniga 2 mahal. Ichga kuniga 3 marta	1 — 2 mg/kg (yoshdan qat'i nazar), 1 — 2 mg/kg (yoshga qaramasdan, 4 mg/kg	Buyurilmaydi	Buyurilmaydi
Polimiksin M.	Ichga kuniga 4 — 6 marta	3—4 yoshgacha —100 000 TB/kg, 5—7 yoshda 1 400 000 TB, 8— 10 yoshda —1 600 000 TB, 11 — 14 yoshda 2 000 000 TB	Buyurilmaydi	Buyurilmaydi
Vankomitsin	Faqat venaga kuniga 2 — 4 marta	40 mg/kg	Tromboflebit rivojlaganda va venalar zichlashuvi xavfi bo'lganida buyurilmaydi	Xuddi shu sababga ko'ra tayinlanmaydi.
Nistatin	Ichga kuniga 3 — 4 marta	1 yoshgacha —400 000—600 000 TB, 1—3 yoshga 750 000—1 000 000 TB, 3 yoshdan oshganda 1 000 000 — 1 500 000 TB	400 000 — 500 000 TB 4 qabulga)	400 000 — 500 000 TB 4 qabulga)

Levorin	Ichga kuniga 2—3 marta	2 yoshgacha —25000 TB/kg, 2 dan 6 yoshgacha 20 000 TB/kg, 6 yoshdan oshganda bir martalik midor 200 000 —250 000 TB ni tashkil etadi	25 000 TB/kg	25000 TB/kg
Amfoteritsin V	Venaga tomchilatib kunora yoki haftasiga 2 marga (bir kunda bnr marta	Dastlabkn sutkalik miqdorlari: 1 — 3 yoshda 75000 — (150000 TB/kg, 4—7 yoshda 100 000—200 000 TB/kg, 8—12 yoshda —125000— 250000 TB/kg, 13—18 yoshda 150000—300000 TB/kg. Da volash kursi jarayonida bu miqdorlar asta-sekin 2—3 marta oshirib boriladi	Goksinligi yuqori zo‘lganida buyurilmaydi.	Xuddi shu sababga ko‘rea tayinlanmaydi
Amfogluyukamin	Ichga kuniga 2 marta	2 yoshgacha —50 000 TB, 2 dan 6 yoshgacha —100 000—200 000 TB, 6—8 yoshda 300000 TB,	25 000 — 50 000 TB	25 000 — 50 000 TB
Grizeofulvin	Ichga kuniga 2 — 3 marta	8—14 yoshda 400000 TB Tarkibida 1 ml 15 mg grizeofulvin saqllovchi suspenziya: 1 dan 3 yoshgacha 1 choy qoshiqda kuniga 2—3 marta, 3 — 7 yoshda bitta kichik qoshiqda kuniga 2 marta, 7 — 14 yoshda bitta kichik koshiqda kuniga 3 marta.	Tayinlanmaydi	Tayinlanmaydi

		Ko'krak yoshidagi bolalarga tayinlanmaydi.		
Mikogeptin	Ichga kuniga 2 marta	9 yoshga to'lmaganlarga tayinlanmaydi, 9 — 14 yoshda 0,25 g (250000 TB), 14 yoshdan oshganda kuniga 0,5 g dan (500000 TB)		

Sepsisda bolalarga eng muhim antibiotiklarni tavsiya kilinadigan miqdorlari

Antibiotik	Bolalar uchun	Yuborish usuli, yuborish orasndagi tanaffus
1	2	3
Benzilpenitsillin	300 000 — 400 000	Venaga oqim bilan har 6 soatda
Ampitsillin	Tb/kg 100 — 200 mg/kg	Venaga tomchilatib, mushak orasiga har 6 — 8 soatda
Karbenitsillin: proteyli sepsis	250 mg/kg	Venaga tomchilatib har
Ko'k yiringli sepsis	400 — 500 mg/kg	4 — 6 soatda Venaga tomchilatib har
Sefazolin (kefzol)	150 mg/kg	4 — 6 soatda Venaga, mushak orasiga har
Sefurokssh (ketotsef)	100 mg/kg	6 — 8 soatda Venaga, mushak orasiga
Sefotaksim klaforan)	100 — 200 mg/kg	har 6 — 8 soatda Venaga, mushak orasiga
Dikloksatsillin	80 mg/kg	har 6 — 8 soatda Venaga, mushak orasiga
Oksatsillin	100 — 200 mg/kg	har 6 soatda Venaga tomchilatib yoki oqim bilan har 4 — 6 soatda
Metitsillin	50 — 150 mg/kg	Venaga tomchilatib yoki okim bilan har 4 — 6 soatda
Fuzidin Linkomitsin	20 — 40 mg/kg 10 — 20 mg/kg	Ichga xar 8 soatda Venaga tomchilatib, mushak orasiga har 8 — 12 soatda
Eritromitsin fosfat	20 — 40 mg/kg	Venaga tomchilatib har 6 — 8 soatda
Gentamitsin, sizomi-shsh, tobramitsin (bru-lamitsin)	3 — 5 mg/kg	Venaga tomchilatib, mushak orasiga har 8 — 12 soatda
Amikatsin, kanamitsin	15 mg/kg	Venaga, mushak orasiga xar 8 — 12 soatda
Levomitsetin	30 — 50 mg/kg	Venaga, ichga xar 6 — 8 soatda
Biseptol	40 mg/kg	Ichga har 12 soatda

Eslatma: Qavs ichida chet el preparatlari nomi keltirilgan.

Antibiotiklarning tavsiya qilinadigan kombinatsiyalari

Antibiotiklar bilan birga ishlatiladigan dorilar	Kutiladigan ta'sir	Qo'llanishga ko'rsatmalar
1	2	3
Benzilpenitsillin streptomitsin yoki gentamitsin bilan	Nisbatan, sinergizm St. viridans, st. faecalis	Enterokokkli (streptokokkli) sepsis, endokardit

Oksatsillin, dikloksatsillin ampitsillin yoki ampioks bilan	Ta'sir ko'rsatish doirasining kengayishi. Enterobakteriyalar keltirib chiqaradigan infeksiyalarda sinergizm	Aralash infeksiya enterobakteriyalar, va stafilokokklar keltirib chiqaradigan infeksiyalar — empirik davo vositasi
Ampitsillin kanamitsin yoki gentamitsin yoki tobramitsin bilan	Ta'sir ko'rsatish doirasining kengayishi, keltirib chiqaradigan infeksiyalarda sinergizm (YE. coli, Proteus sph.)	Aralash infeksiyalar. Piyelonefrit, urosepsis
Karbenitsillin gentamitsin yoki tobramitsin yoki sizomitsin bilan	Ta'sir ko'rsatish doirasining kengayishi, keltirib chiqaradigan infeksiyalarda sinergizm (Ps. aeruginosa)	Ko'k yiringli sepsis
Sefalekssin ampitsillin bilan (ikkala preparat ichga)	Har bir preparat ta'sir ko'rsatish doirasining kengayishi, penitsillin hosil qiluvchi stafilokokklar (sefalekssin), enterokokklar (ampitsillin) va boshkaga nisbatan faollikning kuchayishi	Oldin qilingan parenteral davodan keyingi terapiyani davom ettirish uchun piyelonefritda, nafas yo'yi infeksiyalarida buyuriladi
Sefalosporinlar karbenitsillin yoki yangi aminoglikozidlar bilan	Entrobakteriyalarga nisbatan ta'sir ko'rsatish doirasi o'ta keng	Urgentli infeksiyalar; miyelodefitsit xolatlarida sepsis, chakaloqlar sepsisi va boshqalar
Sefalosporinlar metronidazol bilan	Ta'sir ko'rsatish doirasining kengayishi (metronidazolning anaeroblarga nisbatan faol bo'lishi)	Aerob-anaerobli aralash infeksiya
Gentamitsin levomitsetin bilan	Ta'sir doirasining o'zaro yaxshilanishi	Aerob-anaerobli aralash infeksiya
Sefotaksim gentamitsin (sizomitsin) bilan	Ta'sir doirasining kengayishi	Infeksiyaning yiringli taxmin qilinayotgan barcha qo'zratuvchilariga nisbatan faol bo'lgan kombinatsiyasi
Rifampitsin yangi aminoglikozidlar (gentamitsin, sizomitsin, amikatsin) bilan	Serrata ga nisbatan sinergizm	«Muammo» tug'diruvchi qo'zg'atuvchilar, shu jumladan P. aeruginosa keltirib chiqaradigan infeksiyalar
Sulfanilamidlar polimiksin V bilan	Serrata ga nisbatan sinergizm	P. aeruginosa, serrata keltirib chiqaradigan infeksiyalar
Biseptol	Ta'sir ko'rsatish doirasining kengayishi, sulfanilamidning effektga potentsirlanishi	Uzluksiz bronxitlar, peshob chiqazadigan yo'l, salmonellyoz tashuvchi,

		dizenteriyada
Biseptol gentamitsin bilan (sizomitsin)	Sinergizm	Siydik ajratish yo'llarining og'ir infeksiyalari, P. aeruginosa, serrata keltirib chiqaradigan infeksiyalar
Tetrasiklinlar streptomitsin (gentamitsin) bilan	Hujayra ichida joylashgan qo'zg'atuvchilar faolligining oshishi	Brutselloz
Tetrasiklin nistatin (levorin) bilan	Bakteriyaga va zamburug'larga qarshi ta'sir	Kandidamikozlar profilaktikasi

ESLATMA: Har bir antibiotikni boshqa dorilar bilan to'la miqdorda qo'llash zarur.

Plazma o'rnini bosuvchilarning tarkibi, fizik- kimyoviy xossalari va ularning organizmdan yarim chiqarilish davri

Preparat va uning tarkibi	Fizik-kimyoviy xossalari	Tanadan chiqarilish davri, soat	Bir martalik miqdor ml/kg
<i>Poliglyukin</i>	Nisbiy molekular massasi		
dekstran 5,5—6,5 g	(60000—10000)		
natriy xlorid 0,85 — 1 g	Nisbiy yopishqoqligi 2,8—4	18—24	15—20
etil spirti 0,3 g	Osmolyarlik (317=1:13 mosm/l		
Apirogen suvi 100 ml gacha	rN 4,5—6,5		
<i>Reopoliglyukin</i> dekstran 10 g	Nisbiy molekular massasi (30000—40000)		
etil spirti 0,3 g	Osmolyarlik (370 =t 20) mosm/l		
natriy xlorid 0,85 g	Nisbiy yopishqoqligi 4—5,5	6—16	10—20
Apirogen suvi 100 ml gacha	rN 4—6,5		
<i>Jelatinol</i>	Nisbiy molekular massasi (20000)		
Qisman parchalangan jelatin .8 g	Nisbiy yopishqokligi 1,4-3,5		
natriy xlorid 0,09 g	Osmolyarlik (457±3,8) mosm/l	6-8	15—20
Apirogen suvi 100 ml gacha	rN 6,8—7,4		
Gemodez (neokompensan, periston N)	Nisbiy molekular massasi (12600+2700)		
Polivinnlpirrolidon 6 g			

Natriy xlorid 0,55 g	Nisbiy yopishkokligi 1,5—2,1		
Natriy (II) — oksid 0,023 g	Osmolyarlik (297±10) mosm/l	4—6	10—15
Kalsiy xlorid 0,05g	rN 5,2-7		
Magniy xlorid 0,0005 g			
Kaliy xlorid 0,042			
Apirogen suvi 100 ml gacha			
Polidez			
Polivinil spirti 3 g	Nisbiy molekular massasi (100000+20000)		
Natriy xlorid 0,9 g	Nisbiy yopishkokligi 2,3—2,7	6—8	10—15
	Osmolyarligi (338±8) mosm/l		
Apirogen suvi 100 ml gacha	rN 5,1—6,1		

Dastlabki 6 soatda tayinlanadigan glyukosala (regidron) ning eksikoz darajasiga qarab oʻrtacha xajmi

Tana vazki, kg	I darajali eksikoz		II darajali eksikoz	
	1 soatda	6 soatda	1 soatda	6 soatda
5	42	250	61	400
10	83	500	133	800
15	125	750	200	1200
20	167	1000	266	1600
25	208	1250	333	2000

Koʻp ionli eritmalar tarkibi (inyeksiyalar uchun 1 l suv hisobidan)

Preparat	Natriy xlorid	Natriy sitrat	Kaliy xlorid	Kal-siy xlorid	Magniy xlorid	Natriy laktat	Natriy gidrokarbonat
Atsesol	5	2	1				
Disol	6	2					
Laktasol*	6,2		0,3	0,16	0,1	3,36	**
Prisol	5		1				
Xlosol	4,75	3,6	1,5				
Ringer-Lokk							
Eritmasi***	9		0,2	0,2			

- * — Sinonimlar: Ringer-Laktat, laktat-tuz eritmasi, Gartman eritmasi.
 ** — Suv rN ini 6—8,2 gacha yetkazish uchun yetarlicha boʻlgan miqdorda.
 *** — glukoza 1 g miqdorda qoʻshilgan.

Bolalarda suvsizlanish turlarining belgilari

Degidratatsiya belgilari	Suv tanqisligi turi	Izotonik turi	Tuz tanqisligi turi
--------------------------	---------------------	---------------	---------------------

Отформатировано: По центру,
Отступ: Первая строка: 0 см

Отформатировано: узбекский
(кириллица)

Отформатировано: По центру,
Отступ: Первая строка: 0 см

Отформатировано: По центру,
Отступ: Первая строка: 0 см

MNS ning klinik funksional holati	Umumiy bezov-talanish, qo'zg'alish, o'ta k, uyquchanlik chanqoqlik	Bo'shashuvchanli	Koma, tutqanoqlar, tirishish
Tana harorati	Gipertermiya	Subfebril	Normal, gipotermiyaga moyillik
Teri	Elastik, iliq	Sovuq, quruq elastikligi kamaygan	Burishgan, sovuq, sianotik.
Shilliq pardalar	Juda qurigan, qovjiragan	Quruq	Ko'pincha shilliq bilan qoplangan
Nafas	Giperventilatsiya, to'satdan to'xtab qolishi	Xususiyatlari bilinmaydi	Sekinlashgan, o'lkadagi nam xirillashlar
Me'da-ichak	Tez-tez suyuq ich keladi, ko'pincha qayt qiladi	Ishtaxa yo'qligi, shilliq aralash ich keladi	Kofe quyqasiga o'xshash qusish, suvsimon, mo'l ich keladi, ichak parezi
Laboratoriyada :			
— siydikning solishtirma og'irligi	Asta-sekin 1025 — 1035 gacha ko'payishi	Normal yoki ancha kattalashgan	Yuqori raqamlardan normagacha va bundan pastroqqa tushadi
qon plazmasining osmatik bosimi	+	N	—
qon plazmasidagi natriy konsentratsiyasi	+	N	—
qon plaemasidagi umumiy oqsil miqdori	N	+	+
eritrotsitlar soni	N	+	+
gematokrit	n	+	+

ESLATMA (+) oshgan, (—) kamaygan, N — normada.

Bolalar va o'smirlar uchun bir kunda vitaminlarni istemol qilishning tavsiya qilinadigan miqdori

Yoshi	V ₁ mg	V ₂ mg.	V ₆ mg	V ₁₂ , mkg	VS, mkg	RR*, mg	S, mg	A**, mkg	YE, mg	D, XB
1 oygacha	0,3	0,4	0,4	0,3	40	4	30	400	5	400
1 dan 3 oygacha	0,3	0,4	0,4	0,3	40	5	30	400	5	400
4 dan 6 oygacha	0,4	0,5	0,5	0,4	40	6	35	400	5;	400

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 0 см

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 0 см

Отформатированная таблица

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 0 см

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 0 см

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 0 см

Отформатировано: узбекский (кириллица)

Отформатировано: узбекский (кириллица)

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 0 см

7 dan 12 oygacha	0,5	0,6	0,6	0,5	60	7	40	400	6	400
1 dan 3 yoshgacha	0,8	0,9	0,9	1	100	10	45	450	7	400
4 dan 6 yoshgacha	1	1,3	1,3	1,5	200	12	50	500	10	100
7 dan 10 yoshgacha	1,4	1,6	1,6	2	200	15	60	700	10	100
11 dan 13 yoshgacha										
o'g'il bolalar	1,6	1,9	1,9	3 3	200	18	70	1000	12	100
qiz bolalar	1,5	1,7	1,7		200	16	60	1000	10	100
Homilador ayollar	1,7	2	2	4	600	19	72	1250	15	500
Emizadigan ayollar	1,9	2,2	2,2	4	600	21	80	1500	15	500
14— 17 yosh: yigitlar	1,7	2	2		200	19	75	1000	15	100
qiz-juvonlar	1,6	1,8	1,8		200	17	65	1000	12	100

*— Niatsin ekvivalenti

**— Retinol ekvivalenti

MUNDARIJA

Soʻz boshi.....
Amyobiaz.....
Quturish.....
Brill .:kasalligi.....
Botulizm <i>Tursunov SH. B., Muhitdinov I. M.</i>
Brutselloz.....
Qorin tifi.....
Virusli. jigar kasalliklari.....
Virusli gepatit bilan ogʻrib oʻtgan bolalarni dispanserizatsiya qilish.....
Gemorragik isitmalar
Gemorragik. isitma (boshlangʻich sindrom bilan) ...
Qrim gemorragik isitmasi..... . .
Urta Osiyo gemorragik isitmasi (UOGI).....
OMSK gemorragik vsitmasi (OGI)
Gripp va grippsimon kasalliklar (oʻtkir respirator virusli kasalliklar)
Gripp
Par-agripp.....
Adshoviruye kasalliklari <i>Ahmedov M. N., Muhitdinov I. M.</i>
Respirator-sinsital infeksiya (RSI).....
Difteriya
Kampilobakterioz
Koliiifeksiyasi.....
Koʻkʻyoʻtal
Parakoʻkʻyoʻtal.....
Qizamiq.....
Leptospirozlar
Vasilyev-Veil kasalligi.....
Listerioz.....
Ku-isitmasi.....
Bezgak.....
Meningokokk infeksiyasi.....
Infektsion mononukleoz

Ornitoz, Psittakoz.....
Suvchechak
Chinchechak.....
Epidbmik parotit (tepki)
Poliomiyelit.....
Soxta sil (psevdotuberkuloz).....
Saramas.....
Rotavirus kasalliklari
Skarlatina.....
Kuydirgi.....
Qokshol.....
Zardobdan yuzaga keladigan kasallik
SPID (orttirilgan immun yetishmovchiligi sindromi) .
Stafilokokk infeksiyasi <i>Maxmudov O. S., Nurmatov B. A., Muhamedov D. V.....</i>
Toshmali terlama
Toksoplazmoz.....
Tulyaremiya
Oksim <i>Tursunov SH. B.....</i>
Enterovirus kasalliklari
Seroz meningit
Kasallikning paralitik (poliomiyelitga o'xshash) turi .
Angina.....
Infeksiol eritema.....
Vabo.....
Qaytalanuvchi kana terlamasi
O'lat.....
Bolalar yuqumli kasalliklarining o'ziga xos tashxisi . Ilova

O'quv nashri
Orxon Sirojiddinovich Maxmudov tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekistonda
xizmat ko'rsatgan fan arbobi
Bolalarning yuqumli kasalliklari
Toshkent, Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Navoiy ko'chasi, 30

Muharririyat mudiri *B. Mansurov*
Muharrir *D. Abdullayeva*
Badiiy muharrir *M. Ergasheva*
Texnik muharrir *V. Matseryakova*
Musahhih *D. To'ychiyeva*
IB № 2108

etildi. Bichimi Bosmaxonaga 12.05.95 da berildi. Bosishga 28.07.95 da ruxsat
684x108'/»» Gazeta qog'ozi Yuqori bosma. Adabiy garnitura. Shartli
Bo'yoq 11,76. Nashr bosma tabogi 13,13. Shartli bo'yoq-ott. 11,97. 51—93-raqa
shartnoma. 6316-raqamli buyurtma. Jami 5000. nusxa. Narxi shartnoma
asosida.

O'zbekiston Respublikasi Davlat matbuot qo'mitasi Toshkent matvaa
kombinatining ijara korxonasp, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30.

