

ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ ЖАҲОН ТИЛЛАРИ УНИВЕРСИТЕТИ

ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ВА ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
АСОСЛАРИ

*Олий ва ўрта махсус таълим муассасаларида аҳолини ҳимоя
қилиш учун тиббий хамширалар тайёрловига мўлжалланган талабалар
ва ўқитувчилар учун*

У с л у б и й қ ў л л а н м а

Тошкент – 2008

Акбарова Феруза Хошимовна– “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси катта ўқитувчиси, кафедра мудири.

Исматуллаева Дилфуза Турсуновна- “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси катта ўқитувчиси.

Такризчилар: Тошкент Давлат педагогика университети “Фуқаро муҳофазаси, тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси мудири, доцент Ҳ.Содиқова.

Олий таълим муассасаларида фавқулодда вазиятлар тиббий ҳамшираларини тайёрлаш учун мўлжалланган.

Ушбу услубий қўлланма “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” курси билан мувофиқ ҳолатда ёзилган. Ҳозирги шароитда гигиеник тарбия ва аҳолини тиббий маданияти даражаси етарли бўлмаган ҳолатда махсус тиббий билимларни эгаллашга эҳтиёж туғилди. Бу савол айниқса олий гуманитар таълим системасида долзарб. Услубий қўлланмада юқумли касалликлар, уларнинг кузгатувчилари, эпидемиологияси, клиник белгилари, уларни даволаш ва олдини олиш, уларга қарши курашиш чоралари тўлиқ ёритилган.

ЎзДЖТУ 1-инглиз филологияси факультети Илмий Кенгашининг 31 октябр 2007 йилдаги 3 – сонли қарори билан нашрга тавсия этилган.

СУЗ БОШИ

Микроблар ёки микроорганизмлар – бу ўта майда тирик мавжудотлар бўлиб, уларни оддий кўз билан кўришнинг иложи йўқ. Уларнинг ўлчамлари микрометрлар ёки нанометрлар билан ўлчанади. Микроблар дунёси жуда катта ва ўзгарувчан. Улар жуда кўп миқдорда тупроқда, сувда ва ҳавода бўлади, одам ва ҳайвонларнинг ичакларида, тери ва оғиз бўшлиқларида яшайди.

Биологик курол сифатида ишлатиладиган касаллик чақирувчи микроорганизмлар аҳолини ёппасига касалланишини юзага келтиради, ҳайвонларни зарарлайди ва ўсимликларни кириб юборади. Айнан шунинг учун “Юқумли касалликлар ва эпидемиология асослари” бўлими гуманитар олийгоҳларда таълим оладиган талабаларни тиббий тайёргарлиги учун таркибий қисм бўлиб ҳисобланади. Фуқаро муҳофазасининг тиббий ҳамширалари юқумли касалликларнинг ва эпидемиология асосларини ўрганишлари, бактериологик курол сифатида қўлланиладиган микроблар ва бактериологик заҳарларни билишлари, тинчлик ва уруш давридаги эпидемияларда аҳолини ҳимоя қилиш воситаларини ўрганишлари шарт. Улар юқумли касалликлар билан касалланган беморларни даволаш принципларини ва уларни парвариш қилишни билишлари шарт.

Юқумли касалликлар ўчоғида аҳолига ўз вақтида малакали ёрдам кўрсатиш нафақат уруш даврида, балки тинчлик даврида ҳам одамларнинг ҳаётини сақлашга ёрдам беради.

Ушбу услубий қўлланмада талабаларга юқумли касалликлар, уларни кўзгатувчилари, юқиш йўллари, клиник белгилари, даволаш ва олдини олиш чоралари ҳақида кенг маълумот берилган.

Мустақиллигимиз шарофати, республика ҳукуматининг, шахсан Президентимизнинг миллий тиббиётимизнинг равнақи, аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишни сифат жиҳатидан яхшилаш, халқ саломатлигини муҳофазалаш ва тиклаш ҳақидаги ғамхўрликлари туфайли соғлиқни сақлаш тизимида ислохотлар ўтказилиб, тиббий хизмат кўрсатишнинг жаҳон андозалари даражасидаги самарали усуллари жорий этилмоқда. Кейинги вақтларда юқумли касалликлар илмий марказлари хизматининг йўлга қўйилиши давр талабидир, чунки юқумли касалликлар билан касалланганларга шошилиш тиббий ёрдам тизими аҳолига тез сифатли ва самарали тиббий ёрдам кўрсатишнинг асоси ҳисобланади.

Ушбу услубий қўлланмада 9 та мавзу бўйича алоҳида режа асосида маърузалар ёзилган. Ҳар бир мавзу учун ўқув саволлари тузилган, таянч сўзлари берилган. Булар малака ва кўникмаларни хотирада сақланиб қолишига қулайлик туғдиради. Қўлланма мамлакат ва хорижий давлат тиббиёт адабиётлари асосида ўзбек тилида тушунарли, талабалар томонидан осон ўзлаштириб олиниши учун содда, равон, имло хатоларсиз ёзилган. Услубий қўлланмада юқумли касалликлар ҳақида умумий тушунча, эпидемия, пандемия ҳолатлари, зарарсизлантириш усуллари, ичак, нафас йўллари, трансмиссив, антропозооноз, ўта хавфли, болалар инфекциялари ҳақида тўлиқ маълумот берилган. Шунингдек, юқоридаги касалликларни олдини олишдаги эмлаш воситалари, иммунитет ва унга таъсир

қилувчи факторлар ҳақида ҳам таъкидланган. Ушбу ўқув қўлланма Давлат таълим стандарти ва фан дастурига мос келади.

МАВЗУ 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АСОСЛАРИ, ЮҚУМЛИ ЖАРАЁН, ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА.

Р Е Ж А

1. Юқумли жараён.
2. Эпидемик жараён.
3. Эпидемик жараённинг кечиш шакллари.
4. Эпидемик ўчоқ ва табиий ўчоқли касалликлар.
5. Юқумли касалликларнинг таснифи, профилактика ва эпидемияга қарши чоратадбирлар.

Таянч сўзлар: инфекция, эпидемиология, эпидемик жараён, инкубацион, продромал, реконвалесценция даврлари, алиментар ва трансмиссив йўл, эпидемия, пандемия, спорадия, эндемия.

Эпидемиология асослари.

Эпидемиология юқумли касалликларнинг вужудга келиш ва тарқалиш қонуниятлари тўғрисидаги фандир. Эпидемиологиянинг таърифини биринчи бўлиб рус текширувчиси Д.К.Заболотний берган:

«Эпидемиология ёки эпидемияларнинг вужудга келиш, тарқалиш сабабларини ўрганиш, унинг тарқалиши учун мавжуд бўлган шарт-шароитларни аниқлаш, фан ва амалиётга таянган ҳолда унга қарши курашиш усуллариини ўрганадиган фандир». Ҳозирги вақтда унинг яна ҳам аниқроқ таърифи қуйидагича бўлади: эпидемиология кишилар коллективида юқумли касалликларнинг вужудга келиш, тарқалиш, унинг олдини олиш ва унга қарши кураш чораларини ўрганадиган фандир.

Эпидемиология умумий ва хусусий эпидемиологияга бўлинади. Умумий эпидемиология аҳоли ўртасида юқумли касалликларни тарқалиш қонуниятларини (инфекция манбаи, юқиш механизми, организмнинг мойиллиги ва бошқ.), профилактика ва унга қарши кураш чораларини ўрганади, хусусий эпидемиология эса ҳар бир юқумли касалликка хос бўлган эпидемиологик характерни профилактика ва унга қарши кураш чораларини алоҳида ўрганади.

Юқумли жараён ва юқумли касалликни ривожланиш динамикаси.

Инфекция сўзи латинча *infectio* – зарарлайман деган сўздан олинган бўлиб, организмнинг зарарланиши ёки зарарланиш натижасида вужудга келган юқумли касалликни тушунилади. Юқумли касаллик ташқи муҳитнинг маълум шароитида микроб билан мойил организм ўртасида бўладиган патологик жараёндир.

Келиб чиқишига кўра юқумли касалликлар иккига бўлинади : экзоген ва эндоген юқумли касалликларга. Экзоген келиб чиқишда организмга микроб ташқаридан киради(беморлар ва ташувчилардан, ифлосланган озиқ-овқатлар ва сувдан, предметлар, ҳаво, тупроқ орқали). Эндоген келиб чиқишида

(аутоинфекция) организмнинг хусусий микробларини (тери ва шиллик қаватларнинг, нафас йўлларининг, сийдик йўлларининг микрофлораси) активлашиши натижасида бўлади. Бундай ҳолат макроорганизмнинг ички муҳитини ташқи факторлар, социал шароитлар таъсири натижасида бузилишидан вужудга келади.

Кечишига кўра юқумли касалликлар ўткир, сурункали, очик ва яширин, аралаш, иккиламчи инфекция шаклларида бўлади. Юқумли касалликлар юқумли бўлмаган касалликлардан фарқ қилади:

1. Ҳар бир юқумли касаллик ўзининг махсус қўзгатувчисига эга (ич терлама таёқчаси, вабо вибриони, грипп вируси).

2. Ҳар бир юқумли касаллик ўзининг тарқалиш ва юқиш механизмига эга (дизентерия контакт ва ифлосланган озиқ-овқатлар орқали, тошмали тиф бўғимоёқлилар-бит орқали).

3. Ҳар бир юқумли касаллик ўзининг инкубацион ва продромал даврига эга.

4. Юқумли касалликларга бактериемия ва септикопиемия характерли. Бактериемия – микробларни қонга ўтиб, бутун организмга тарқалиши.

Септикопиемия – орган ва тўқималарда йирингли ўчоқларнинг ҳосил бўлиши.

Юқумли касалликларнинг ривожланишида қуйидаги даврлар фарқланади:

1. Инкубацион (яширин) давр.
2. Продромал давр.
3. Касалликнинг ривожланиш даври.
4. Соғайиш даври.
5. Реконвалесценция (тикланиш) даври.

Эпидемик жараён – юқумли касалликнинг тарқалиш жараёни. У учта бир-бири билан боғлиқ бўлган звенодан иборат:

1. Микроб - қўзгатувчи ва вирусни ажратадиган инфекция манбаи.
2. Юқумли касалликларнинг юқиш механизмлари.
3. Аҳолининг юқумли касалликка мойиллиги.

Бу факторларсиз юқумли касаллик билан касалланиш вужудга келмайди.

Инфекция манбаи бўлиб касалланган одам ва ҳайвон организми ҳисобланади. Юқумли касалликлар инфекция манбаининг характерига кўра 2 гуруҳга бўлинади: антропонозлар (инфекция манбаи одам) ва зоонозлар (инфекция манбаи ҳайвонлар). Бундан ташқари инфекция манбаи бўлиб бактерия ташувчи (одам) хизмат қилади. Буларнинг орасида инфекциянинг тарқалишида бемор одам муҳим аҳамиятга эга. Лекин касалликнинг ҳамма давларида ҳам у атрофдагилар учун хавфли бўлавермайди. Қўзгатувчини кўп миқдорда ажралиши кўпинча касалликнинг ривожланиш даврига тўғри келади.

Беморни эпидемиологик жиҳатдан инфекция манбаи бўлишида касалликнинг кечиши муҳим роль ўйнайди. Касаллик қанчалик оғир кечса, шунчалик тез бемор ётоқ режимига тушади ва фақат атрофдагилар учун хавфли ҳисобланади. Касаллик енгил кечса, у шифокорга мурожат этмайди, ишлаш, ўқиш, боғчаларга боришни давом эттириб, қўзгатувчини актив равишда тарқатади. Баъзи касалликларда беморнинг соғайиши билан организм қўзгатувчилардан тозаланмайди. Масалан, дифтерияда – бир неча кундан бир неча

ҳафтагача, ич терламада бир неча ой, 3-5% беморларда эса йиллаб, ҳатто умрининг охиригача давом этиши мумкин. Бундай ҳолатни бактерия ташувчилик ҳолати дейилади.

Қўзғатувчининг ажралишини давомлилигига қараб, ташувчилик бўлади: ўткир ва сурункали.

Ташувчилар беморларга қараганда қўзғатувчини кам миқдорда ажратади. Шунга қарамасдан улар атрофдагилар учун хавф туғдиради, чунки улар ўзларини бемор эмас деб ҳисоблаб, кишилар коллективига бемалол кириб борадилар.

Учинчи инфекция манбаи - бемор ҳайвон. Одам ва ҳайвонлар ўртасида бўладиган юқумли касалликларда асосий инфекция манбаи ҳайвонлар бўлади. Одамдан юқиш кам учрайди. Эпидемиологик жиҳатдан уй ҳайвонлари ва кемирувчилар хавфли ҳисобланади (куйдирги, бруцеллез, кемирувчилардан - туляремия, лептоспироз, риккетсиоз, лейш манийоз).

II. Инфекциянинг бемордан соғлом одамга юқишда бир қанча омиллар роль ўйнайди:

1. Контакт йўли билан юқиш (беморларни парвариш қилишда, жинсий йўл билан, бемор ишлатадиган предметлардан - идиш-товоқ, чойшаб, кийим - кечак, ўйинчоқлар ва бош қалар).

2. Ҳаво-томчи йўли билан юқиш - гаплашганда, акса урганда, йўталганда отилиб чиқадиган ҳаводаги майда томчилар ёрдамида. Баъзи ҳолларда ҳаво-чанг йўллари орқали ҳам юқиш кузатилиши мумкин (сил).

3. Сув орқали юқиш - беморнинг нажаси ва пешоби билан ажралган микробларни сувга тушиши натижасида (вабо, ич терлама).

4. Алиментар йўл - ифлосланган озиқ-овқатлар, сут орқали (ич терлама, вабо, дизентерия).

5. Трансмиссив йўл - қон сўрувчи бўғимоёқлилар орқали. Бу йўл билан юқиш қўзғатувчи қонда бўлган тақдирдагина бўлиши мумкин.

6. Инфекцияни тупроқ орқали юқиши - қоқшол, гангрена, қисман ичак инфекцияларида бўлиши мумкин.

Юқумли касалликларга одамлар мойиллиги ҳар доим ҳам бир хил бўлавермайди. Баъзи касалликларга ҳамма одамлар бирдай мойил (грипп, чечак, ичтерлама, ва бошқалар). Бошқа касалликларга, аксинча, мойиллик жуда паст. Аҳолини юқумли касалликларга бўлган мойиллигини профилактик эмлаш натижасида пасайтириш мумкин. Булардан ташқари эпидемик жараёнга бир қатор социал омиллар ҳам таъсир этади: халқнинг моддий шароити, аҳолининг зичлиги, маданий кўникмалари, овқатланиш сув билан таъминланиш характери, касблари ва бошқалар.

Эпидемик жараённинг кечиш шакллари.

Аҳоли ўртасида юқумли касалликларнинг тарқалиш характери турличадир. Кўпинча бизнинг шароитимизда юқумли касалликлар алоҳида бир-бир учрайди, бундай ҳолда учрашни спорадия ёки спорадик касалланиш дейилади.

Юқумли касалликларни бир манбадан тарқаб, бир хил йўл билан юқиб, кўпгина одамларда учраши эпидемия дейилади.

Эпидемия жуда катта миқёсда – катта бир давлатни ёки қитъани ўз ичига олиб тарқалса, буни пандемия дейилади. Тарихда ўлат, вабо, грипп пандемиялари

бўлиб ўтганлиги маълум. Юқумли касалликнинг яна бир тарқалиш шакли мавжуд бўлиб, уни эндемия деб аталади.

Эндемия деб, инфекция манбаи ва унинг юқиш йўли учун қулай шарт-шароитлар мавжуд бўлган жойда юқумли касалликнинг узоқ вақт мавжуд бўлишига айтилади.

Эпидемик ўчоқ ва табиий ўчоқли касалликлар тўғрисида тушунча.

Эпидемик ўчоқ деб, юқумли касалликнинг манбаи ва унинг тарқалиши учун конкрет шарт-шароитлар мавжуд бўлган территорияни ўз ичига олган жойга айтилади.

Эпидемик жараённинг ривожланишига табиий шароит жуда катта таъсир кўрсатади. Маълумки, илиқ иқлимли ботқоқ жойларда, сариқ иситма фақат тропик иқлимли жойларда, тарқалади. Канали энцефалит кўпроқ Тайга зоналарида, Сибирда, чивинли энцефалит эса Узоқ Шарқда тарқалиши мумкин.

Бу шуни кўрсатадики, баъзи юқумли касалликлар кўзгатувчиларининг табиий резервуарлари ва ташувчилари фақат маълум табиий - иқлим шароитларидагина мавжуд бўлишлари мумкин.

Масалан, канали энцефалитнинг вируси унинг манбаи бўлган кемирувчи ларсиз ва ташувчисиз, каналарсиз мавжуд бўла олмайди.

Кемирувчи ва каналарнинг яшаши учун ёввойи тайга жуда яхши шароит ҳисобланади. Зарарланган кана соғ кемирувчига ўтиб, унга вирусни юктиради. Шу тариқа вирус табиатда ҳайвон -ташувчи –ҳайвон кўринишда айланади.

Агар одам шу жойга келиб қолса, кана бу касалликни одамга юктиради. Бундай касалликлар табиий ўчоқли касалликлар деб аталади.

Юқумли касалликларнинг таснифи.

Юқумли касалликларни ўрганиш қулай бўлиши учун уларни таснифлаш муҳим аҳамиятга эга. Энг қулай тасниф Громашевский таклиф этган таснифдир. Бу таснифнинг асосида энг асосий белги –кўзгатувчининг организмда жойлашган жойи ётади. Бу таснифга асосланиб юқумли касалликлар 4 та гуруҳга бўлинади:

1. Ичак инфекциялари (дизентерия, ич терлама, салмонеллез).
2. Нафас йўллариининг инфекциялари (грипп, дифтерия).
3. Қон инфекциялари (тошмали тиф, кайталама тиф, безгак).
4. Ташқи қават инфекциялари (куйдирги).

Профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларнинг асосий гуруҳлари.

Юқумли касалликларга қарши курашишда қисқа вақт ичида ижобий натижаларга эришиш учун бу ишларни режали ва комплекс равишда ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. Юқумли касалликларга қарши курашишда қуйидагилар муҳим аҳамиятга эга:

1. Инфекция манбаини ўз вақтида аниқлаб, уни изоляция қилиш, инфекция ўчоғини кузатиш.
2. Инфекцияни тарқалиш йўлини қирқиш (умумсанитария чоралари, аҳоли ўртасида санатария-оқартув ишларини олиб бориш).

3. Аҳоли ўртасида юқумли касалликларга мойилликни камайтириш (эмлаш).
 4. Аҳолининг санитария ва турмуш маданиятини яхшилаш.
- Ҳозирда ҳукуматимизнинг ғамхўрлиги туфайли аҳолининг турмуш даражаси, меҳнат қилиш шарт-шароитлари яхшиланиши натижасида турли юқумли касалликлар тугатилган (ўлат, вабо ва бошқалар).

САВОЛЛАР:

1. Эпидемиология деб нимага айтилади ва унинг қисмлари ?
2. Юқумли жараён деб нимага айтилади ва унинг характерли белгилари?
3. Юқумли жараённинг шакллари қандай ?
4. Юқумли жараённинг 5та даври ҳақида гапириб беринг.
5. Эпидемик жараён ва унинг 3та звеносини таърифлаб беринг.
6. Қўзғатувчининг юқиш омили ва механизмларини санаб беринг.
7. Эпидемик ўчоқ ва табиий ўчоқли касалликлар тўғрисида гапириб беринг.

Мавзу 2. Иммуниетет ва эмлаш ишлари.

Режа:

1. Иммуниетет ва унинг турлари тўғрисида тушунча.
2. Иммуниететнинг носпецифик механизмлари.
3. Иммуниететнинг специфик механизмлари.
4. Вакциналар, зардоблар ва интерферон.
- 5 Анафилактия ва зардоб касаллиги.

Таянч сўзлар: иммуниетет – туғма, орттирилган; фагоцитоз, антитела, антиген, вакцина, зардоблар ва интерферон, анафилактия, аллергия/

Иммуниетет ва эмлаш ишлари.

Иммуниетет ва унинг турлари тўғрисида тушунча.

Иммуниетет – лотинча *immunitas* – қутилиш, озод бўлиш деган маънони билдиради, яъни иммуниетет деганда одам организмнинг турли зарарли таъсирлардан (физикавий, химиявий, биологик агентлардан) ҳимояланиши тушунилади.

Юқумли касалликлар патологиясида иммуниетет деб, одам организмнинг микроб ёки унинг токсинига нисбатан чидамлилигига айтилади.

Иммуниетет турлари.

1. Туғма (турга хос бўлган) иммуниетет – баъзи турдаги ҳайвонларнинг бошқа турлар касаллигига нисбатан чидамлилиги. Турга хос бўлган иммуниетет наслдан наслга ўтади. Бу иммуниетет мутлоқ ва нисбий бўлиши мумкин. Масалан, одам паррандалар ва йирик шохли ҳайвонларнинг ўлат касаллиги билан мутлоқ оғримайди. Ҳайвонлар одамларда учрайдиган ич терлама, захм, қизамиқ каби касалликлар билан мутлоқ оғримайди. Каптарлар куйдиргига мойил эмас, лекин уларга алкоголь бериб касаллантириш мумкин (нисбий

иммунитет). Одамларнинг кўп микроорганизмларга нисбатан мавжуд бўлган туғма иммунитети улар ўртасида бўладиган юқумли касалликларнинг сонини камайтиради.

2. Орттирилган иммунитет табиий ва сунъийга бўлинади. Иккаласи ҳам актив ва passив бўлиши мумкин.

А) Табиий (тиббий аралашувсиз) бўлинади:

а) актив (инфекциядан кейин) - касалликни бошидан кечиргандан кейин вужудга келади. Чечак, тошмали тиф, қизамиқдан кейин қатъий табиий иммунитет қолади.

б) passив - она организмда ривожланаётган болага она организмдаги анти телаларни ўтиши. Бу иммунитет қисқа вақт давом этади (бир неча ойдан бир йилгача). Масалан, дифтерияга, қизамиққа қарши антителиалар.

Б) Сунъий (тиббий аралашув натижасида) бўлинади:

а) актив – организмга вакцина ва анатоксинларни юбориш натижасида ҳосил қилинади. Шу мақсадда тирик кучсизлаштирилган микроблар (грипп), ўлдирилган микроблар (вабо), зарарсизлантирилган токсинлар (қоқшол).

Давомлилиги 6 ойдан – 2-3 йилгача.

б) passив – организмга таркибида тайёр антителиалари бўлган зардобларни юбориш натижасида ҳосил қилинади. Зардобларни бошқа иммун организмлар дан олинади (одамлар, ҳайвонлар). Одатда отлар, йирик шохли уй ҳайвонлари эмланилади. Масалан, қизамиққа, дифтерияга, ботулизм, қоқшолга, гангрена га қарши зардоблар. Passив иммунитет 15-30 кун сақланади.

Иммунитетнинг носпецифик механизмлари

Бу организмнинг умумий ва ҳимоя механизмларидир. Бунга киради: организмнинг барьер системаси, ҳужайра системаси ва гуморал системаси.

Барьер системасига тери, шиллиқ қаватлар, яллиғланиш, лимфа тугунлар ва томирлар, тўқима суюқликлари (комплемент, лизоцим, ошқозон-ичак трактининг ферменти ва РН₄).

Шикастланмаган тери ва кўзнинг, нафас йўллариининг, ошқозон-ичак трактининг жинсий аъзоларнинг шиллиқ қаватлари туфайли кўпгина микроблар организмга киролмайди. Ёғ, тери безларининг секретлари таркибидаги сут ва ёғ кислоталари бактериоцид таъсирига эга. Терининг ташқи қаватини янгилаб туриши организмнинг ўз - ўзини тозалашидаги муҳим механизм ҳисобланади. Тери ва шиллиқ қаватлар ташқи муҳит билан организмнинг ички муҳити ўртасидаги энг бақувват барьер ҳисобланади. Сулак таркибида лизоцим моддаси бўлиб, у микробларга қарши таъсир кўрсатади. Кўзнинг пирпираш рефлекси, нафас йўллариининг эпителиясидаги киприкчаларнинг ҳаракати, йўтал рефлекси, ичаклар перистальтикаси - буларнинг ҳаммаси организмдан микроб ва унинг токсинларини ҳайдаб чиқаришда муҳим ўрин тутади. Шундай қилиб тери ва шиллиқ қаватлар микро организмлар учун биринчи барьер ҳисобланади.

Агар инфекция организмга кирса (шикаст, куйиш, совуқ олиш), ҳимоянинг иккинчи барьерлари вужудга келади. Бу инфекция кирган жойда яллиғланишни вужудга келиши. Яллиғланиш инфекцияни чегаралаб, микробларни ўлдиради. Бу жараёнда фагоцитоз муҳим ўрин тутади.

Агар инфекция яна ҳам чуқурроқ кирса, учинчи барьер ишга тушади: лимфа тугунлари ва қон.

Фагоцитоз деб микроб ёки заррачаларини организмдаги мезодерма ҳужайралари - макро ва микрофаглар томонидан ютиб ҳазм қилиб юборилишига айтилади. Фагоцитоз жараёнини биринчи бўлиб, И.И.Мечников ўрганган. Фагоцитоз қилиш хусусиятига эга бўлган ҳужайралар фагоцитлар дейилади. Фагоцит ҳужайраларга лимфа тугунлар, талоқ, суяк илигининг ретикуляр ва эндотелиаль ҳужайралари, жигарнинг купфер ҳужайралари, гистиоцит, моноцит, полибласт, нейтрофил, эозинофил, базофиллар киради.

Фагоцитоз жараёни 4та босқичдан иборат: 1-босқич фагоцитнинг яқинлашиши; 2-босқич фагоцит юзасига микробнинг адсорбцияланиши; 3-босқич микробни фагоцит цитоплазмасига қуйилиши; 4-босқич ютилган микробни ҳазм бўлиши, парчаланиши.

Фагоцитоз - бу ҳужайрали носпецифик иммунитет. Шунини айтиб ўтиш керакки, инфекция билан курашишда организмнинг умумий реакцияси ҳам муҳим ўрин тутди (моддалар алмашинувини кучайиши, қон оқимини тезлашиши, нафас олишни тезлашиши, тана ҳароратини кўтарилиши, лейкоцитларнинг кўпайиши ва бошқалар). Касалликнинг 7-8 кунларидан бошлаб иммунитетнинг специфик механизмлари қўшила бошлайди.

Иммунитетнинг специфик механизмлари.

Иммунитетнинг специфик механизмлари – бу лимфа тугунларида, талоқ, жигар ва суяк илигида антителаларнинг ҳосил бўлишидир. Специфик антителалар организм томонидан антигенни сунъий йўл билан юбориш (эмлаш) ёки микроорганизм билан табиий учрашиши натижасида (юқумли касаллик) ҳосил бўлади.

А. Антитела – оқсил табиатига эга бўлиб, антиген билан реакцияга киришиб уни нейтраллайди. Улар ўта спецификлик характериға эға, яъни улар фақат ўша микроб ёки унинг токсинига жавобан ҳосил бўлиб, фақат ўша микробға таъсир қилади. Касаллик чақирувчи микроблар ва уларнинг токсинларини зарарсизлантириш турли реакциялар йўли билан амалға оширилади.

Антителаларнинг турлари ва иммунитет реакциялари: антитоксинлар (бактерия токсинларини нейтраллайди), агглютинилар, (микроб ҳужайраларини ёпиштиради), преципитинлар (оқсил молекулаларини чўктиради), опсонинлар (грекча – фагоцитоз қилувчи), лизинлар (микроб ҳужайрасини эритади), вирусни нейтралловчи антителалар ва бошқалар.

Одам қонида 6 % оқсил бўлиб, унинг 40 %и альбуминлар, 60%и глобулинлардир. Электр майдонида глобулинлар 3 та фракцияға бўлинади: альфа-глобулин, бета-глобулин, гамма-глобулин.

Ҳамма антителалар – бу ўзгарган глобулинлардир. 80-90% антителалар гамма-глобулинларда бўлади, 10-20%и эса бета-глобулинларда бўлади. Альфа-глобулин ва альбуминларда антителалар бўлмайди.

Б. Антигенлар – бу ёт оқсиллар, бактериялар, токсинлар, риккетсиялар, вируслар, ҳужайра элементлари. Бу моддалар: 1) антителалар ҳосил қилади, 2) улар билан ўзаро реакцияға киришади.

Одам организми бир вақтнинг ўзида 30 ва ундан ортиқ антигенга нисбатан антитела ҳосил қилиш хусусиятига эга. Бу хусусиятдан комбинациялашган вакциналар тайёрлашда фойдаланилади.

“Антиген+антитела” реакцияси одам ва ҳайвон организмидаги бўлмасдан, пробиркада ҳам бўлиши мумкин (бемор қонининг зардобини микроб ёки унинг токсини аралаштириш натижасида). Иммунитетнинг бу реакциялари ўта специфик ва жуда сезгирдир. Улар жуда кўп юқумли касалликларга ташхис қўйишда ёрдам беради: масалан, ич терлама Видаль реакцияси, бруцеллёзда Райт ва Хедельсон реакцияси, тошмали тифда Провачек реакцияси.

Шу нарсани таъкидлаш керакки юқумли касалликларни бошдан кечирган ёки вакциналар билан эмланган одамларда тери ва шиллиқ қаватлар, лимфатик ва қон томирлар системасининг барьер функцияси ортади. Яллиғланиш реакцияси ва фогоцитознинг активлиги ҳам ортади.

Вакциналар, зардоблар ва интерферон.

А. Вакциналар (лотинча *vasso* – сигир) юқумли касалликларни олдини олиш ва даволаш учун ишлатилади. Вакциналар микроб ҳужайралар ёки уларнинг токсин ларидан тайёрланадиган препаратлар бўлиб, улардан вакцинация (иммунизация) қилишда фойдаланилади. Вакциналар юборилгандан кейин 1- 2 ҳафталада одам организмида антителалар ҳосил бўлади. Вакциналар асосан вакцинопрофилактика учун мўлжалланган. Ҳозирги вақтда вакциналар 5 та гуруҳга бўлинади.

1. Тирик қўзғатувчилардан тайёрланган вакциналар. Бундай қўзғатувчиларни вирулентлик хусусиятлари сусайтирилган (чечак, куйдирги, қутуриш, сил, ўлат, тошмали тиф, қизамиқ, эпидемик паротитга қарши). Бу энг эффектив вакцинадир. Уларни қўллаш натижасида ҳосил бўладиган иммунитет давомли (бир неча йил) ва қатъий бўлади.

2. Ўлдирилган микроблардан тайёрланадиган вакциналар (ич терлама, вабо, кўкйутал, полиомиелит, канали ва япон энцефалитга қарши). Бундай йўл билан ҳосил қилинган иммунитет 6-12 ой давом этади.

3. Химиявий вакциналар – микроб ҳужайрасидан ажратиб олинган химиявий бирикмалардан ташкил топган (ич терлама, паратиф А ва В, қоқшолга қарши).

4. Анатоксинлар - микробларнинг экзотоксинларидан тайёрланади (дифтерия, қоқшол, стафилакокк, газли гангренага қарши).

5. Ассоцирланган вакциналар, яъни комбинирланган (масалан, АКДС – кўкйутал-дифтерия-қоқшолга қарши ассоцирланган вакцина).

Вакцинотерапия – узоқ вақт давом этувчи юқумли касалликлардан даволаш учун ишлатилади: фурункулёз, сурункали сўзак, бруцеллёз, сурункали дизентерия.

Б. Зардоблар кўпинча юқумли касалликларни даволаш (серотерапия) учун, кам ҳолларда профилактика учун (серопрофилактика) ишлатилади.

Зардоблар маълум дозаларда (м/о, т/о, в/о) асептика қоидаларига риоя қилган ҳолатда юборилади. Зардобларни ҳимоя таъсири 1-2 ҳафта давом этади. Зардоблар юқумли касалликни бошидан кечирган одамлар қонидан ёки ҳайвонларни сунъий равишда микроблар билан зарарлаб олинади.

Зардоблар чиқарилади: 1) антитоксин зардоблар - дифтерияга, қоқшолга, илон заҳрига, газли гангренага қарши, 2) антимикроб зардоблар - бир қатор касаллик ларга қарши гамма-глобулин кўринишида.

Одам қонидан тайёрланган гамма-глобулинларга қизамиққа қарши, полиомиелит кўкйутал, юқумли гепатитга қаршилар киради. Бу препаратлар таркибида қўзғатув чилар йўқ, шунинг учун хавфсиздир. Одам қонидан тайёрланган гамма-глобулинлар анафилаксия чақирмайди.

Отларни гипериммунлаб, уларнинг қонидан тайёрланадиган гамма-глобулинларга куйдиргига, ўлатга, чечакка, кутуришга қаршилар киради. Бу препаратлар анафилаксия чақирishi мумкин.

Иммун зардоблари таркибида тайёр антителалар сақлайди. Шунинг учун улар юқумли касалликлар ўчоғида бемор билар контактда булганларга касалликни олдини олиш мақсадида вакцина эмас, зардоб юборилади. Зардоб юборилган вақтдан бошлаб, таъсир қилади.

В. Интерферон - иммунитетнинг умумий ва специфик механизмлари ўртасидаги оралиқ жойни олади, чунки у полиактив таъсирга эга (бир турдаги вирусга нисбатан ҳосил бўлиб, бошқа турдаги вирусга ҳам таъсир этиши мумкин).

Анафилаксия ва зардоб касаллиги.

Организмнинг патоген микроблар, уларни токсинлари, даволовчи препаратлар ва бошқа моддалар таъсири остида ўзгарган реактивлиги аллергия деб аталади.

Аллергик реакцияларнинг вужудга келиш вақтига қараб 2 гуруҳга ажратилади:

1. Тез вужудга келадиган аллергия реакциялар.

А. Анафилаксия - бу ёт организмнинг оқсил моддасининг организмга қайта юборилиши натижасида вужудга келадиган ўта сезгирлигидир. Анафилаксия зардоб билан даволанган беморларнинг 30 – 70 % ида учраши мумкин. Гап шундаки, организмга зардоб юборилганда антителадан ташқари бошқа оқсил балласт моддалар ҳам юборилади ва уларда ҳам антителалар ҳосил бўлади. Бундай ҳолатни “ сенсбилизация “ дейилади. Шунинг учун даволовчи зардобларни қайта юборилганда аввалги юборишдан ҳосил бўлган антителалар билан учрашув содир бўлиб, бу учрашувга организм анафилактик шок ёки зардоб касаллиги кўринишида жавоб беради. Анафилактик реакция биринчи юборишдан 6 кунлардан кейин вужудга келади.

Ўрта ҳисобда сенсбилизация ҳолати секин-аста йўқола боради, баъзан бир неча йил сақланиши мумкин.

Анафилактик шокнинг клиникаси.

Тўсатдан бошланади. Баъзан зардоб юборилаётган вақтда ёки бир неча соатдан кейин бошланади. Ҳаллослаш, пульснинг тезлашиши, оёқ-қўлларнинг музлаши, кўкракнинг қисилиши (безовталиқ ва қўрқинч) мускулларнинг тиришиши, тошма лар, юзда шиш (кейинчалик танада шиш), дармонсизлик,

хушдан кетиш каби белгилар намоён бўлади. Анафилактик шок ўлим билан тугаши мумкин.

- Даволаш :*
- 1) м/о, в/о 1мл – 0,1%ли адреналин;
 - 2) т/о, в/о 2мл- 5% ли эфедрин;
 - 3) в /о 5мл – 0,5%ли новокаин;
 - 4) в/о 10мл - 10%ли кальций хлор;
 - 5) в/о 20мл - 40%ли глюкоза;
 - 6) т/о 1мл - 0,1%ли атропин;
 - 7) в/о, м/о – 80-120мл гидрокортизон;
 - 8) кислородтерапия;
 - 9) сунъий нафас олдириш;
 - 10) реанимация - клиник ўлимда;

Анафилактик шокнинг профилактикаси.

А. М. Безредко усули бқйича амалга оширилади. Бу усулда зардоб бўлиб-бўлиб 3 босқичда юборилади.

1. Аввал 0,1мл 1:100да суюлтирилган зардобни тери остига юборилади.
2. Манфий натижада (диаметри 0,9см дан ошмаган, атрофи қизарган папула) 20-30минутдан кейин 0,1-0,5мл суюлтирилмага зардобни тери остига юборилади.
3. Манфий натижада 30-60 минутдан кейин зардобни қолган дозасини мускул орасига юборилади.

Агар тери орасига синов натижаси мусбат бўлса, (папула 1см дан катта бўлиб, атрофи қизарса) зардобни юборишни тўхтатиш керак.

Анафилактик шокни олдини олиш учун зардобни эфир наркози, хлоралгидрат, алкоголь билан юбориш керак. Десенсибилизация қилиш мақсадида қуйидаги препаратлар қўлланилади: димедрол, пипольфен, атропин, уретан, новокаин, гирудин, натрий гипосульфат, кальций хлор, гармонлар. Зардобларни юборишда адреналин эритмаси билан шприц тайёр туриши керак.

В. *Зардоб касаллиги* – катта дозадаги (5-8мл) зардобни 1марта юборилганда 6-12 кундан кейин ривожланади. Безредко усули унинг олдини ололмайди.

Клиникаси.

Юзда ва танада эшакемига ўхшаш тошмалар тошади, қичишади. Тана ҳарорати кўтарилади. Бўғимларда шиш ва оғриқ пайдо бўлади. Ҳаллослаш, кўкракнинг қисилиши. Лимфа тугунларни катталашиши. Юрак-қон томир системасининг фаолиятини бузилиши. Касаллик бир неча соатдан 3-5 кунгача давом этади ва соғайиш билан тугайди.

Зардоб касаллигини ҳам асосида антиген билан антителаларнинг ўзаро таъсири ётади.

Профилактикаси – гамма-глобулинга ўхшаган балласт моддалардан тозаланган зардобларни тайёрлашдан иборат.

Даволаш – димедрол, пипольфен, кальций хлор, гармонлар, оғир ҳолларда кислород билан даволаш ва реанимация.

2. Секин вужудга келадиган аллергия реакциялар.

А. Инфекция аллергияси – юқумли касаллик билан оғриган беморлар организмининг қўзғатувчини қайтадан организмга юбориш натижасида вужудга келади ган ўта сезгирлигидир. Бундай ҳолатдан турли ташхис синовларини қўйишда фойдаланилади. Масалан, бруцеллёзда Бюрне, сил касаллигида Пирке ва Манту, туляремияда тулярин ёрдамида қўйиладиган синовлар.

Б. Дори-дармон аллергияси – дориларни нохуш таъсири бўлиб, дори касаллиги деб аталади. (антибиотиклар, сульфаниламидлар, йод, антипирин ва бошқалар).

В. Турмушдаги алергенлар - пар ёстиқнинг чанги, ит, мушук ва отлар терисининг қасмоғи.

Г. Ишлаб чиқаришдаги алергенлар – кутубхона чанги, жун ва пахтанинги чанги, бўёқ, совун, лак, синтетика ва бошқалар.

Д. Ўсимлик алергенлари - ўсимликларни гуллаш вақтидаги чанглари.

Е. Овқат алергенлари – тухум, маймунжон, қисқичбака, цитрус мевалари, кофе, шоколад ва бошқалар.

САВОЛЛАР:

1. Иммуниетет деб нимага айтилади ва унинг қандай турлари бор?
2. Иммуниететнинг носпецифик механизмларини санаб беринг.
3. Иммуниететнинг специфик механизмининг моҳиятини очиб беринг.
4. Вакцина ва зардоблар деб нимага айтилади, уларнинг даволовчи ва профилактик таъсирларини тушунтириб беринг.
5. Анафилактик шокнинг сабаблари ва унда тез ёрдам кўрсатиш.
6. А. М. Безредко бўйича зардобларни юбориш усули қандай?

Мавзу № 3. Дезинфекция, дезинсекция ва дератизация.

Режа:

1. Дезинфекция, унинг турлари, усуллари, воситалари.
2. Дезинсекция.
3. Дератизация.

Таянч сузлар: дезинфекция – ўчоқли профилактик, жорий, яқунловчи; дезинсекция, инсектицид моддалар, дератизация.

Дезинфекция, унинг турлари, усуллари ва воситалари.

Дезинфекция деб, ташқи муҳитнинг турли объектларидан юқумли касалликларнинг қўзғатувчиларини йўқотиш усули ва воситаларини ўрганадиган фанга айтилади. Дезинфекция 3 та бўлимни ўз ичига олади: 1) дезинфекция; 2) дезинсекция – юқумли касалликларни ташувчи бўғим оёқлиларга (пашша, чивин, бит, кана, бурга ва бошқалар) қарши кураш; 3) дератизация – кемирувчиларга қарши кураш.

Дезинфекциядан ташқари микроорганизмларни йўқотишнинг бошқа усуллари ҳам мавжуд: 1) стерилизация (қайнатиш, оловда , автоклавлаш). 2) пастеризация - суюқликларни 50-60 °га қиздириш билан микробларни ўлдириш(масалан сутни).

Дезинфекциянинг турлари.

2 турга бўлинади:

1. Ўчоқли дезинфекция - юқумли касаллик чиққан ўчоқда қилинади (оилада, ётоқхонада, болалар муассасаларида, даволаш муассасаларида). Ўз навбатида 2 га бўлинади:

а) жорий дезинфекция - беморларнинг атрофида соғайгунча доимо қилинадиган дезинфекция. Бундай дезинфекция бир суткада 2-3 мартадан кам бўлмаслиги керак.

б) Якуловчи дезинфекция - инфекция ўчоғида беморлар эвакуация қилингандан кейин ва касалхонада бемор соғайиб, касалхонадан чиққандан кейин қилинади.

2. Профилактик дезинфекция касаллик бор ёки йўқлигидан қатъий назар қилинади. Озиқ-овқат билан боғлиқ бўлган муассасаларда, болалар муассасаларида, интернатларда, саломатлик даволаш муассасаларида, туғруқ хоналарда бир суткада бир марта ёки бир ҳафтада 2-3 марта ўтказилади. Бу режали дезинфекция.

Дезинфекциянинг усуллари.

1 . Физикавий - оловда, иссиқ ҳавода, қайнаган сувда, сув буғида, қуёш нурида, ультрабинафша нурларида дезинфекция қилиш.

2. Механик усул - супуриш, чангютқичда тозалаш, хўл латта билан артиш, кир ювиш киради. Бунда қисман дезинфекция бўлади.

3. Кимёвий – турли кимёвий моддаларни қўллашдан иборат. Бу усул амалиётда кенг қўлланилади.

4. Биологик усул - микробларни биологик воситалар ёрдамида йўқотиш - микробларнинг антагонистларини қўллаш).

Мўҳим кимёвий дезинфекцияловчи воситалар.

1. Кислота ва ишқорлар – чегараланган масштабда дезинфекциялаш учун ишлатилади(техникавий ишлаб чиқаришда).

2. Суюқ ва қаттиқ совунлар - қўл ва танани ювиш, кир ювиш, ифлос предметларни ювиш учун ишлатилади. Улар бир қатор хусусиятларга эга:

- предметларни яхши ивитиш, 60-90% микробларни механик равишда йўқотади.

- бактерицид хусусиятига эга.

3. Карбол кислотасининг кристаллари (фенол) .

3-5 % ли эритмалари деярли барча патоген микробларга (сил таёқчасидан ташқари) бактерицид таъсир кўрсатади. Замбуруғларни ўлдиради.

4. лизол – фенолга қараганда бактерицидлик таъсири кучлироқ. 3-5%ли иш эритмалари кийимларни, чойшабларни, юмшоқ газламаларни, девор, пол, эшикларни дезинфекциялаш учун ишлатилади.

5. Хлор ва хлор бирикмалари препаратлар. Хлор микробларни тўғридан- тўғри ўлдиради; дезинсектицид ва дератизация қилиш таъсирлари ҳам мавжуд. Амалиётда хлор оҳаги, хлорамин, кальций гипохлорид кўп ишлатилади.

а) Хлор оҳаги – оқ куруқ порошок бўлиб, кучли хлор ҳиди келиб туради. Хлор оҳагининг таъсир этувчи қисми кальций гипохлориддир. Унга сув қўшилганда тез парчаланиб, хлор ва кислород ҳосил бўлади. Бу иккала газ микроб хужайрасига тез таъсир этиб, уни ўлдиради.

Заводларда тайёрланган хлор оҳаги 25-30% актив хлор сақлаши керак. Унинг активлиги ёруғлик, ҳаво ва намлик таъсирида йўқолади. Уни тўғри сақлаш керак (усти ёпиқ идишларда). Намликдан хлор оҳаги тезда яроқсиз бўлиб қолади.

Куруқ хлор оҳаги суяқ субстратларни, нажасни, балғам ва йирингни дезинфекциялашда ишлатилади. Бунда кислород ва хлор ажралиб, 50-90% ҳарорат кўтарилади ва бу факторлар микробларни ўлдирувчи таъсир кўрсатади.

б) Гипохлоридлар 40-90 мг% актив хлор сақлайди, ва микробларни ўлдириш хусусияти кучлироқдир. Масалан, 10%ли гипохлорид кальций эритмаси куйдирги касаллигининг спораларини 3-5 соатда, 10%ли хлор оҳаги эритмаси эса 10 соатда ўлдиради.

в) Формалин – чумоли кислотасининг альдегиди - фармальдегид газининг 40%ли сувли эритмаси. Рангсиз ўткир ҳидли суяқлик. Чарм ва мўйнали нарсаларни камерали дезинфекция қилишда ишлатилади.

Дезинсекция.

Юқумли касалликларнинг кўзгатувчиларини ташувчи бўғим оёқлиларга қарши кураш дезинсекция дейилади, дезинсекция 2 турга бўлинади:

1. Профилактик – пашшалар, чивинлар, тараканларни одам турар жойларига киришини олдини олишга қаратилган; овқатли маҳсулотларни тўғри сақлаш; ҳовлиларни, бозорларни, ҳайвонлар турадиган жойларни, ахлатхоналарни озода сақлаш, ҳашоротларга қарши курашишда аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишларини олиб бориш муҳим аҳамиятга эга.

2. Қирувчи – бўғимоёқлиларни уларнинг ривожланишини ҳамма босқичларида қиришдан иборат. Қирувчи дезинсекция 3 та усулда қилинади:

1. Физикавий – олов (кераксиз нарсаларни ёқиш), иситилган ҳаво (ҳашоратлар 85°ли ҳароратда 5 минутда ўлади), қайнаган сув (битлар ва уларнинг сиркалари), сув буғи (ҳашоратлар 3-5 минутда ўлади).

2. Механик усул – (ахлат билан чиқариб ташлаш, ёпишқоқ коғозлар, пашша ўлдиргичлар ва бошқалар) яхши натижа бермайди.

3. Кимёвий усул – захарли моддаларни кукунлари, суяқликлар ва аэрозол кўринишида қўллаш. Инсектицидлар контакт йўли билан ёки ичак орқали таъсир этиши мумкин.

Ичак инсектицидлари (натрий фтор, бор)ни картошка ёки нўхат уни билан аралаштириб ишлатилади.

Контакт инсектицидлари (керосин, скипидар, препарат К, ДДТ, гексохлорон, флицид, хлорофос, карбофос ва бошқалар) ҳашоратларга кучли захар бўлиб таъсир этади ва уларда фалажланишни вужудга келтиради.

3. Биологик усул – амалиётда кам қўлланилади. (товуқлар пашшаларнинг личинкаларини ейди, ўрдаклар чивинлар личинкасини).

Репелентлар – ҳашоратларни чўчитувчи химиявий моддалар. Улар: пиретрум, лизол, нафтализол.

Ҳозирда диметилфталат, диетилтолуамид, бензимиин, кюзола синтетик препаратлари шимдирилган кийим-кечаклар, чойшаблар, плаш палаткалар қўлланилади.

Дератизация.

2 турга бўлинади:

1. Профилактик – кемирувчиларни овқат ва сувдан, ин қўйиши мумкин бўлган жойлардан маҳрум ўилиш, овқатли маҳсулотларни химоя қилиш, махсус сақлаш жойларини қуриш, яшаш ва хизмат хоналарни кемирувчилардан химоя қилиш.

2. Қирувчи – СЭС ходимлари томонидан кемирувчиларни қириш. Бундай дерати затциянинг 3 хил усули бор:

1. Механик усул – қопқонлар ёрдамида кемирувчиларни тутиш.

2. Химиявий усул - кенг тарқалган усул. Заҳарланган овқатларни қўллаш. Химиявий заҳарли моддалар неорганик (барий карбонат, цинк фосфиди, маргумушли натрий) ва органик моддалар (крисид, зоокумариндан иборат).

3. Биологик усул – кемирувчиларга қарши патоген бактерияларни қўллаш, уларнинг табиий душманларидан фойдаланиш (мушуклар).

С а в о л л а р .

1. Дезинфекция, турлари ва усуллари.

2. Химиявий дезинфекцияловчи моддаларни санаб беринг. Хлорамин ва хлор оҳагининг иш эритмаларини қандай тайёрланади?

3. Ўчоқли дезинфекция ўтказиш тартибини гапириб беринг.

4. Дезинсекция ва унинг усуллари. Репелент деб нимага айтилади?

5. Дератизация ва унинг усуллари.

МАВЗУ 4. ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ.

Р Е Ж А:

1. Ичтерламанинг этиологияси ва эпидемиологияси.

2. Ичтерламанинг клиникаси, лаборатория ташхиси.

3. Ичтерламани даволаш ва профилактикаси.

4. А ва В паратифлар.

5. Овқат токсикоинфекциялари, салмонеллэз, этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.

6. Ботулизм, этиологияси, эпидемиологияси, клиника, даволаш ва профилактикаси.

7. Дизентерия, этиологияси, эпидемиологияси, клиника, даволаш, профилактикаси.

8. Вирусли гепатит этиологияси, эпидемиологияси, клиника, даволаш ва профилактикаси.

Таянч сўзлари: сальмонеллёз, ботулизм, Видал реакцияси, гастроинтестинал, гастроэнтероколит, гепатит, “сохта чақирувлар”, “тенезм”.

Ичак инфекциялари.

Ичак инфекцияларига куйидаги касалликлар киради: ичтерлама, дизентерия, овқат токсикоинфекциялари (сальмонеллёз, ботулизм) ва юқумли гепатит касалликлари.

Ичтерлама.

Ичтерлама - ўткир юқумли касаллик бўлиб, цикл билан, ўзига хос температура эгрилиги билан, умумий интоксикация, бактериемия ва ингичка ичакнинг лимфатик аппарати зарарланиши билан характерланади.

Ичтерлама касаллигининг **қўзғатувчиси** ичак бактериялари оиласига кирадиган, ҳаракатчан грамманфий бактериялардир. Микроб танаси майда киприкчалар билан қопланган. Микроб ўлгандан кейин унинг организмидан ажралиб чиқадиган эндотоксин одам организмга захарли таъсир кўрсатади.

Ичтерлама таёқчаси ташқи муҳит шароитига анча чидамлидир, оқава сувда 5-10 кун, бошқа маҳсулотларда 2-6 ҳафта, атрофдаги предметларда бир неча соатдан бир ойгача ва ундан кўп сақланиш мумкин. Тўғридан-тўғри қуёш нури таъсирида тез ўлади, қайнатилганда шу заҳоти ўлади, 3% ли лизол, 3% ли хлорамин эритмалари ичтерлама таёқчасини 2-3 минутда ўлдиради.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бемор одам ва бактерия ташувчи. Айниқса, касалликнинг енгил, яширин формалари билан оғриган беморлар касалликни тарқалишида муҳим роль ўйнайди. Ичтерлама билан оғриган беморлар касалликнинг 1 - ҳафтасидаёқ атрофдагилар учун хавфли ҳисобланади. Касалликнинг 2-3 ҳафталарида нажас ва пешоб орқали кўп миқдорда микробларни ажралиши туфайли бу хавфлилик яна ҳам ортади.

Юқиш механизми – нажас - оғиз орқали юқади. Қўзғатувчи беморнинг нажаси ва пешоби орқали ажралади. Одам организмга сув ва озиқ-овқатлар орқали киради. Сув, озиқ-овқатлар, ифлос қўллар, пашшалар қўзғатувчини юқиш омиллари ҳисобланади.

Бемор ёки ташувчидан соғ одамга микроб ифлосланган қўл ёки зарарланган предметлар орқали контакт йўли билан юқади.

Санитария гигиена жиҳатдан ёмон шароитда бўлган ва яхши тозаланмайдиган аҳоли турар жойларида ич терламанинг тарқалишида пашшалар муҳим роль ўйнайди.

Ичтерлама касаллиги йил давомида қайт қилиши мумкин, лекин энг кўп тарқалиши мумкин бўлган давр – бу ёз-куз ойлари ҳисобланади.

Ичтерлама касаллигига барча аҳоли мойил, лекин инфекция ўчоғидаги одамларнинг ҳаммаси ҳам бу касаллик билан оғримайди. Касалликни боши дан кечирган одамларда маълум даражада иммунитет ҳосил бўлади ва йиллар давомида сусая боради.

Патогенези. Ичтерлама таёқчалари оғиз орқали ошқозон - ичак трактига тушади ва ҳаракатчанлиги, ферментларининг активлиги туфайли ингичка ичакнинг лимфатик аппаратига жуда тез ўтади, лимфа тугунчаларида жой лашади.

Яширин даврининг охирларида кўзгатувчи лимфа тугунларидан қонга ўтиб, бактеремияни вужудга келтиради. Бактеремия иситма даври давомида сақланиб туради. Қон билан кўзгатувчи организмга тарқалади ва талоқ, суяк илиги, лимфа тугунлари, жигар тўқималарида ўрнашади. Қоннинг бактериоцид таъсири натижасида ўлган микроб хужайраларидан эндотоксин ажралиб чиқиб, организмнинг интоксикациясини вужудга келтиради. Қонда ичтерлама таёкчалари жигарнинг ўт йўллариغا, ундан ўт пуфагига ва ўт пуфакдан ичак бўшлиғига кириб, қисман организмдан чиқиб кетади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 7-25 кун, ўртача 14 кун. Касаллик продромал давр билан бошланади. Секин-аста дармонсизлик, эт увишиши, бош оғриши, иштаҳанинг йўқолиши кузатилади. Бу давр бир неча соатдан 2 суткагача давом этади. Кейин симптомлар кучайиб, касалликнинг ривожланиш даври бошланади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, дармонсизлик кучаяди, адинамия атрофдагиларга бефарқлик, бош оғриғи, уйқуни йўқолиши. Дармонсизлик натижасида бемор ётиб қолишга мажбур бўлади.

Тана ҳарорати зинасимон кўтарилади, касалликнинг 4-5 кунларига бориб 39-40 градусга кўтарилади, кейин тўлқинсимон бўлади. Специфик даво чораси бошланмаса, ҳарорат 2-3 ҳафта давом этади ва секин-аста (литик) туша бошлайди. 4-5 ҳафталар охирига бориб нормаллашади. Беморни кўздан кечирилганда тери ва шиллиқ қаватларининг рангсизлиги, тилнинг катталаш ганлиги, усти оқ қараш боғлаганлигини (тилнинг чеккалари ва учи қарашдан ҳоли бўлиб, оч қизил рангда) кузатилади. Оғир ҳолларда тил қуруқ бўлиб, ёрилиши мумкин.

Қорин шишган, кўп миқдорда газ йиғилади. Қабзият (ич қотиш), баъзан ич кетиш кузатилади. Касалликнинг 1-ҳафтаси охирларида талоқ ва жигар катталашади. Пульс ҳароратдан орқада қолади (нисбий брадикардия), қон босим пасаяди. Бемор атрофдагиларга бефарқ, алаҳлайди, бош оғриғи зўраяди, уйқу йўқолади, метеоризм. Оғир ҳолатларда ступор ҳолати бўлиб, у сопор ҳолатига ўтиши мумкин.

Касалликнинг 8-9 кунларида қориннинг, баъзан кўкрак қафасининг терисида оч пушти рангли доғга ўхшаш тошмалар - розеолалар пайдо бўлади. Розеолалар 4-5 кун сақланади. Қонда лейкопения, анэозинофилия, тромбоцитопения, СОЭ тезлашади.

Касаллик оғир кечганда ривожланиш даврида бронхопневмония вужудга келади, сийдикда оқсил ва цилиндрлар пайдо бўлиб, сийдик миқдори камаяди.

Касалликнинг соғайиш даврида интоксикация камайиб, иситма аста-секин туша бошлайди, уйқу нормаллашади, тил қарашдан тозаланиб, иштаҳа яхшиланади. Ҳарорат нормага тушгач, реконвалесценция даври бошланади.

Ичтерламада рецидив бўлиши эҳтимоли бор. Касаллик енгил, яширин, абортив формаларда кечади. Касалликнинг кечиши организмнинг интоксикация даражасига боғлиқ. Интоксикация қанча кучли бўлса, касаллик шунча оғир кечади. Атипик формаларда иситма даври қисқа (6-9 кун), кам симптомлар бўлиши билан кечади.

Асоратлари: Хавфли асоратлардан бири ичакдан қон кетиш. Қон кетиш кўп бўлганда, беморнинг тери ва шиллиқ қаватлари рангсизланиб, ҳарорати пасаяди, пульс тезлашади, қон босими кескин тушиб кетади.

Яна бир асорати ичакдаги яранинг тешилиши – қоринда оғриқ, дастлаб қорин ичга тортилиб, кейин шишади, қориннинг олдинги девори таранглашади, пульс тезлашади, қонда лейкоцитлар сони кўпаяди. Қайт қилиб ҳикичоқ тутади. Бунда тезда жарроҳлик ёрдами кўрсатилиши керак.

Бошқа асоратлардан: пневмония, паротит, холецистит, миокардит, тромбофлебит ва бошқалар бўлиши мумкин.

Диагноз (ташхис). Ташхис қўйишда 3 та маълумотга асосланилади:

1. Клиник белгиларги.
2. Эпидемиологик маълумотларга.
3. Лабораторияда текшириш натижаларига.

Лаборатория ташхиси.

1. Бактериологик текшириш - қон, нажас, пешоб ва ўт.

Эрта, тез ва аниқ ташхис қўйиш учун қонни экиш усули – гемокультура қўлланилади (антибиотиклар билан даволаш бошлангунча). Нажас ва пешобни экиб кўриш ташхис қўйишда чегараланган аҳамиятга эга, чунки текшириш касаллигининг 2 – ҳафталаридан бошлаб натижа бериши мумкин.

2. Видаль серологик реакцияси.

Даволаш. Беморлар албатта касалхонада даволанади. Ичтерлама касаллигини даволаш комплекс равишда олиб борилади. Антибиотик лардан левомецетин қўлланилади: 0,5 дан суткада 6 марта ҳарорат тушгунча, яна 10 кун давомида. Левомецетин сукцинат мушак орасига 1 кг оғирликка 2,0 (катталарга) 12 ёшдан кичикларга 1,0 дан 1 кг оғирликка иситма даврида, иситма тушгач, яна 10 кун давомида. Левомецетин билан даволаш узлукли ва узлуксиз бўлади. Узлуклида 5 кун давомида 2,0 дан юборилади, 2 кун дам берилади, яна 2 кун 2,0 дан юборилади. Узлуксизда эса 5 кун 2,0 дан, кейин 1,5 дан 1 кун, кейин 1.0 дан 2 кун берилади.

Ципкор – флаконда 100 мг дан вена орасига.

Ципрофлаксацин – 250 мгдан вена орасига.

Таривид 1 таблеткадан кунига 2 марта 10 кун давомида.

Симптоматик даволаш: юрак дорилари камфора, кордиамин, кофеин; уйқу дорилари - нембутал, бормурал, барбамил.

Дезинтоксикацион даволаш: 30 мл 40%ли глюкоза, 5 мл 5 %ли аскорбин кислотаси эритмаси билан бирга венага юборилади.

Парҳез: шўр, қовурилган, дудланган маҳсулотлар тавсия этилмайди. Гўшт, балиқ, бўтқалар, қотирилган нон, кефир, сметаналар мумкин. Суткада 1,5-2 литр суюқлик ичиш (чай, морс, наъматак дамламаси) мумкин. Иштаҳани кўтариш учун 2%ли хлорид кислотаси эритмаси тавсия этилади.

Асоратларни даволаш: Ичакдан қон кетишда тинчлик, витамин К, дицинол, аминокaproн кислотаси, 80-100мл қон қуйиш мумкин.

Беморларни парвариш қилиш - оғир формаларда иситма даврида доимий назорат, чунки алаҳлаш натижасида беморлар ўрнидан туриб кетиши мумкин. Баъзан бундай ҳолларда беморларни чайшаб билан кроватга боғлаб қўйиш керак.

Иккинчидан беморларнинг ажратмалари (нажас, пешоб). Узоқ вақтгача тиф таёқчаларини сақлаши мумкин. Улар беморнинг ич кийимлари ва чайшаблари, атрофдаги унинг предметларини ифлослаши мумкин. Бундай ҳолат ходимлар

учун хавф туғдиради. Шунинг учун бемор атрофида доимий жорий дезинфекция қилиш талаб қилинади.

Бундан ташқари беморларни парвариш қилишда уларнинг оғиз бўшлиқ ларини, кулок, бурун, териларини гигиеник ҳолатда сақлаш муҳим аҳамиятга эга. Оғир беморларнинг оғиз бўшлиғини 2% ли бор кислотаси билан намланган дока ёрдамида артилади. Қуруқ лабларга вазелин суртилади. Ётоқ ярани олдини олиш учун ҳар томонга ўгириб турилади. Ич кетганда тозаловчи клизмалар қилинади.

Беморларни касалхонадан чиқариш. Соғайган беморларни 21 кунлардан кейин аҳволига қараб касалхонадан чиқарилади. Реконвалесцентлар клиник соғайганда ва 3 марта нажас ва пешобни бактериологик текшириш ижобий натижа берганда (ҳар 5 кунда, сафро 1 марта 10 кундан кейин) касалхонадан чиқарилади. Бактериоташувчилик ҳолатини аниқлаш учун реконвалесцентларни касалхонадан чиққач, 10 кунлардан кейин 5 марта 1-2 кун интервал билан нажас ва пешоб текширилади.

Ич терлама билан касалланиб, соғайган беморлар 2 йил давомида диспансер рўйхатида туради. Агар бактерия ташувчилик ҳолати кузатилса, уларни яна бир ой кузатилади. Ой охирида уларнинг нажас ва пешоби 5 марта текширилади. Агар текшириш натижаси мусбат бўлса, уларни асосий иш жойига (овқатли маҳсулотларга таълуқли иш бўлса) 3 ой мобайнида қўйилмайди, кейин 5 марта 1-2 кун интервал билан нажас ва пешоб, 1 марта сафро текширилади; манфий натижада уларни асосий иш жойларига қўйилиб, 2 йил давомида ҳар кварталда бир марта нажас ва пешоби текширилади. 2- йилнинг охирида цистеин билан РПГА реакцияси қўйилиб, манфий натижада иш фаолияти давомида 1 йилда 2 марта нажас ва пешоб текширилиб, кузатилади.

Болаларда бактерия ташувчилик аниқланса, улар мактабга бориш лари мумкин, лекин боғча ёшидагиларни боғчага боришга рухсат этилмайди. Контактда бўлганларни тиббий назорат остига олиб, 25 кун давомида кузатилади: иситмаси ўлчаб турилади, 1 марта нажас ва қон зардоби бактериологик текширилади.

Профилактикаси. Санитария гигиена чора – тадбирлари муҳим аҳамиятга эга: сув тармоқлари, водопроводларни, озиқ – овқат муассасалари нинг санитария ҳолати текширилиб турилиши керак, систематик равишда пашшалар билан курашиш керак. Ич терламанинг олдини олишда беморларни ўз вақтида аниқлаб, изоляция қилиш муҳим аҳамиятга эга. Аҳоли ўртасида санитария - оқартув ишларини олиб бориш керак. Махсус профилактика ёрдам чи роль ўйнайди. Режа бўйича ёки эпидемиологик кўрсатмаларга қараб ўтказилади. Ич терламага қарши эмлаш химиявий вакцина ёрдамида қилинади.

А ва В паратифлар.

Ўткир юқумли касалликлар бўлиб, клиник кечиши, патологик ўзгаришлар ва эпидемиологик характериға кўра ич терламаға ўхшайди.

Этиологияси. Кўзгатувчиси Шоттимиоллернинг А ва В паратиф таёқчалари бўлиб, морофологик жиҳатдан ич терлама таёқчасига ўхшайди, антиген структураси бўйича фарқланади.

Эпидемиологияси, патогенези ич терламадагидек. Баъзан паратиф А ва В да ич терламадан фарқли ўлароқ, инфекция манбаи ҳайвонлар бўлиши мумкин.

Клиникаси. Паратиф А ва В ларнинг клиник белгилари ич терламаникига жуда ўхшайди.

Аниқ диагноз қўйишда лабораторияларда текшириш натижаларига (гемокультура серологик реакция) асосланади.

А паратифи жанубий районларда учрайди. Яширин давр қисқарок давом этади. (3-14 кун). Касаллик ўткир бошланади. Юзи қизаради, склера томирлари нинг инъекцияси, тумов, йўтал, лабларда “герпес”(учук) кузатилади. Полиморф тошмалар эртарок тошади. Асоратлари ва рецидиви ич терламага ўхшаб тез-тез бўлиб туради.

В паратифи енгилроқ кечади. Касаллик гастроэнтерит кўринишда бошланади. Тошмалар кўп бўлиб, эрта тошади. Қонда нейтрофил лейкоцитози. Асоратлар ва рецидивлар камроқ учрайди.

Асоратлари, даволаш, профилактикаси ва кураш чоралари ич терламани кидек.

Сальмонеллэз.

Сальмонеллэз (*salmonellosis*) – ўткир ичак зооноз инфекцияси бўлиб, сальмонеллалар авлодига кирувчи бактериялар қўзғатади. Тарихий маълумотларга кўра, 1988 йилда А.Гертнер ўлган бемор организмидан ва бемор еган гўштидан бактерияни ажратиб олган. 1934 йилда бу бактерия сальмонелла номини олган.

Этиологияси. Сальмонеллэз қўзғатувчиси *Salmonella* лар авлодига, *Enterobacteriaceae* оиласига киради. Улар таёқчали шаклда, охирлари думалок бўлиб, ўлчами 1-3х0,2-0,6. Улар ҳаракатчан, хивчинларга эга, спора ва капсула ҳосил қилмайди, оддий озук муҳитида яхши ўсади.

Патогенези. Сальмонеллалар ошқозон-ичак трактига тушгандан кейин ингичка ичак эпителиал барьеридан ўтиб, макрофаглар томонидан ушлаб олинади. Макрофаг ичида улар кўпаяди, озгина қисми ўзидан эндотоксин ажратиб ҳалок бўлади. Эндотоксин ичаклар нерв-қон аппаратини зарарлаб, хужайра мембранасини ўтказувчанлигини ошириб юборади. Бу эса бактерияларни лимфатик йўллар орқали тарқалишига олиб келади. Бундан ташқари эндотоксин маҳаллий таъсир қилиб, организмнинг умумий интоксикация симптомларини бериши мумкин. Бундай инфекцион жараён маҳаллий (гастроинтестинал) формада ўтиб, тез тугаши мумкин.

Ичак лимфатик системаси барьер функциясида чуқур ўзгаришлар кеч ганда, жараён генерализацияланган ҳолда тус олиб, узоқ бактериemia ривожла нади. Инфекция бошқа ичак, органларга қон орқали бориб, уларда дистрофик ўзгаришларга олиб келади.

Клиник белгилари. Касалликнинг инкубацион даври-12-24 соат. Бу давр гоҳида 6 соатга қисқариши ёки 2 кунга узайиши мумкин. Касалликнинг кечишига кўра қуйидаги формалари фарқланади:

I. Гастроинтестинал форма.

1. Гастритик вариант.

2. Гастроэнтеритик вариант.

3. Гастроэнтероколитик вариант.

II. Генерализацияланган форма.

1. Тифсимон вариант.
2. Септикопиемик вариант.

III. Бактерия ажратувчи.

1. Ўткир.
2. Сурункали.
3. Транзитор.

Касалликнинг гастроинтестинал формаси кўп учрайди. Касаллик гастрит, гастроэнтерит ва гастроэнтероколит турида учраши мумкин. Гастрит турида эпигастрал соҳасида оғриқ, кўнгил айнаши, қайта-қайта қусиш. Ич кетиш бу турда кузатилмайди.

Гастроэнтерик тури –ўткир бошланади, кўнгил айнаш ва қусиш, (қусиш гоҳида 1 марта ёки қайта - қайта бўлади, кўп миқдорда). Аҳлат суюқ, кўп миқдорда, шаклланган сассиқ хидли, кўпиксимон тўқ-яшил ёки сарғиш рангда. Қорин озгина катталашган, пальпацияда эпигастрал соҳада оғриқ, оғриқ яна киндик атрофида, илеоцикал соҳада гулдираш бўлади.

Гастроэнтероколитик турида - гастроэнтерит симптомлари билан бирга кейинчалик колитик симптомлар қўшилади. Ўткир бошланади, тана температураси кўтарилади, биринчи кундан аҳлат тез-тез, суюқ, шиллиқ гоҳида қон аралаш. Тенезм ва ёлғон чақириқлар бўлиши мумкин. Ректороманоскопияда турли хил интенсивликдаги яллиғланиш катарал, катарал-геморагик, катарал-эрозив бўлади.

Гастроинтестинал формада патологик жараён ошқозон ости безига ҳам ўтиб, панкреатит симптомлари юзага келади, сийдик ва қонда амилаза активлиги ошади. Максимал токсинемияда жигар ҳам зарарланиб, унинг катталашishi, склеранинг сарғайishi кузатилади. Эндотоксин нерв системасини зарарлаб: бош оғриги, бош айланиши, ҳушдан кетиш ҳолатлари ривожланади. Умумий токсикозда қон - томир системасидаги ўзгаришлар: пульс тезлашади, артериал қон босими пасаяди. Оғир ҳолларда коллапс ривожланади. Буйрак паренхимаси токсик зарарланиб «инфекцион-токсик буйрак» синдроми келиб чиқади. Бунда протеинурия, микрогематурия кузатилади.

Гастроинтестинал форма кечишига кўра:

1. Енгил кечув - кучли бўлмаган интоксикация, ҳолсизлик, субфебрил температура, бир марта қайт қилиш, кашасимон аҳлат, суткасига 1-3 марта, тезда нормаллашади.
2. Ўрта оғир - интоксикация, температура 39-40°С ҳолсизлик, бош оғриши, ҳушдан кетиш ҳолати, қўл-оёқларда тиришиш. Қоринда оғриқ, қайта-қайта қусиш, аввал қусиш еган овқатлар билан, кейинчалик сафро суюқлиги ёки тиниқ бўлмаган суюқлик аралаш бўлади. Аҳлат суткасига 10 марта, кўп, шиллиқ аралаш.
3. Оғир кечув - касалликнинг биринчи соатларида интоксикация ривожланади, температура 39-40*С, қалтираш. Қоринда кучли санчувчи оғриқ, кучли кўнгил айнаш, қайта - қайта қусиш, аҳлат суткасига 10-20 марта, сувли, сассиқ хидли, гуруч қайнатмаси кўринишида. Дегидратация ривожланади. Тери ва шиллиқ қаватлар қуруқ, кўкимтир рангда, олигоурия ва анурия бўлиши мумкин.

Тифсимон варианты - клиник кўриниши бўйича қорин тифига ва асосан паратифга ўхшаб кечади. Бемор бош оғриғига, уйқуни бузилиши (кундузи уйқу чан, кечаси уйқусиз), ҳолсизлик, оғир ҳолларда адинамия, атрофдагиларга бефарқлик, эс-ҳушнинг йўқола бориши, галлюцинация, алаҳсираш кузатилади, тана температураси 39-40*С, доимий бўлиб узоқ давом этади (6-10 кундан 3-4 ҳафтагача). Тери қопламлари рангпар, тошма тошиши мумкин. Пульс секин лашган, артериал босим пасайган. Касалликнинг I-ҳафтаси охирига келиб жигар ва талоқ катталашади. Периферик қонда лейкопения, анэозинофилия.

Септикопиемик вариант - касалликнинг бошланишидан оқ салмонеллезли сепсис ҳолида кечади. Беморда ичак функцияси тўхтаб, интоксикация кучаяди. Температура эгрилиги нотўғри текисликда, қалтираш, профуз тер оқиши кузатилади. Талоқ ва жигар катталашади, асоратли тугаши мумкин. Бактерия ажратувчи – ўткир турида беморда клиник тузалишдан кейин 3 ойгача ахлатидан қўзғатувчи аниқланиб турилади.

Сурункали турида эса 3 ойдан кейин ҳам ахлатда қўзғатувчи аниқланади.

Транзитор – бактерия ажратишни аниқлаш учун диагностика қилинганда 1-2 марта бактерия ахлатда аниқланади, қолган ҳолларда натижа (-) бўлади.

Асорати - қон томир коллапси, гиповолемик шок, ўткир юрак ва буйрак етишмовчилиги, септик асоратларга: йирингли артрит, остеомиелит эндокардит, мия абсцесси, талоқ, жигар ва буйрак абсцесси, перитонит, аппендицит, пневмония, цистит, пиелит, инфекцион-токсик шок.

Диагностика – эпидемиологик, клиник лаборатория натижаларига асосланиб қўйилади.

Бактериология текширувда беморнинг қусуқ массаси, ошқозон ювиндиси, ахлат, қон, сийдик озиқ муҳитига экилади ва микроскопик текширилади.

Дифференциал диагностика – дизентерия, эшерихиоз, вабо, овқатдан захарланиш, ўткир аппендицит, панкреатит, холециститлар билан ўтказилади.

Даволаш: Енгил кечувда – стол № 4 ва кўп суюқлик буюрилади, перорал регидратация учун «оралит», (Na Cl 3.5 г, K Cl 1,5 г гидрокарбонат Na 2,5, глюкоза 20 г ва 1 л ичимлик суви) .

Ўта оғир кечувида - бемор қайта-қайта қусганда полиион эритмалари вена орасига юборилади, кейинчалик регидратациянинг перорал йўлига ўтилади.

Оғир реанимация интенсив терапия ҳолида ўтказилади, суткасига 4-8 л суюқлик, «Трисоль», «Ацисоль», «Лактосоль», «Квартасоль», «Хлосоль»лар қўйилади.

Инфекцион – токсик шокда коллоид эритмалари (гемодез, реополиглюкин) ва кортикостероидлар, юборилади. Антибиотиклар, витаминлар, ностероид анаболиклар (метилурация, ората К).

БОТУЛИЗМ.

Ботулизм (лот. botulis - колбасе) - овқатдан захарланишнинг бир тури бўлиб, ботулизмнинг анаэроб бациллари билан захарланган овқатли маҳсулотларни истеъмол қилиш натижасида вужудга келади ва марказий нерв системасини токсик зарарланиши билан характерланади.

Этиологияси. Касалликнинг қўзғатувчи ботулизм клостридиялари бўлиб, улар ҳаракатчан, анаэроб микроблардир. Антигенининг тузилиши ва экзоток

синига кўра кўзгатувчининг 7 та серологик типи маълум: А, В, С, Д, Е, Г. Тупроқларни текширганда кўпинча А, В, Е типлари аниқланади ва улар одамда касалликни чақиради.

Клостридийларнинг спорали шакллари бир неча соат қайнатилганда ҳам ўлмайди. Улар фақат автоклавлашда ўлади. Овқатли маҳсулотларда анаэроб шароитда микробнинг вегетатив формаси ривожланиб кучли экзотоксин ажратади. Ботулиник токсин қайнатилганда 5-15 минутда тўлиқ парчаланади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи ҳайвон ва одам. Кўзгатувчи уларнинг ичакларида кўпайиб, ташқи муҳитга ажралади. Споралар тупроқдан сабзавот ва мевалар ва бошқа овқат хом ашёларига тушади. Одам организмига зарарланган овқат маҳсулотлари (айниқса, консерваланган маҳсулотлар) орқали киради. Лекин бу касаллик организмга на фақат кўп микдордаги кўзгатувчининг киришидан, балки кўп микдорда унинг токсинини киришидан вужудга келади. Кўзгатувчини ва унинг токсинини овқатли маҳсулотларда тўпланиши анаэроб шароитда 4-10* С дан паст бўлмаган ҳароратда вужудга келади, аниқса овқат маҳсулотида туз, кислота, шакар, ва бошқалар етарли бўлмаса.

Касаллик кўпинча уй шароитда консерваланган, сабзавотлар, дудланган маҳсулотларни истеъмол қилиш натижасида вужудга келади.

Қаттиқ консервацияли овқат маҳсулотларида (колбаса, балиқ, ветчина) кўзгатувчи ва унинг токсини уяча бўлиб жойлашиши мумкин. Бундай ҳолларда битта маҳсулотни истеъмол қилган одамларнинг ҳаммаси ҳам касалланмаслиги мумкин.

Ботулизм кўпинча спорадик касаллик кўринишида учрайди.

Клиникаси. Инкубацион даври 6-30 соатдан, баъзан эса 2 соатдан 12 кунгача давом этади. Яширин даврнинг бундай ўзгариши токсин ва кўзгатувчининг микдорига боғлиқ. Яширин давр қанча қисқа бўлса, касаллик шунчалик оғир кечади. Касалликнинг енгил, ўрта, оғир даражали шакллари фарқланади. Касаллик ўткир бошланиши мумкин. Бунда аввал ботулизмга хос бўлмаган белгилар пайдо бўлади: кўнгил айнаш, қайт қилиш, қоринда оғриқ. Касаллик ривожланган сари ботулизмга хос бўлган ич қотиш ва метеоризм аниқлана бошлайди. Тана ҳарорати кўпинча нормада, баъзан 37,7- 38 даража бўлади. Характерли бўлган белгиларидан тез чарчаш, умумий мускулларнинг дармонсизлиги, баъзан гандираклаб юриш вужудга келади. 3 – 4 соатлардан кейин ботулизм учун характерли бўлган бош миёна нервларининг зарарланиши симптомлари, орган ва системалар иннервациясини бузилиш белгилари намоён бўлади.

Касалликнинг дастлабки симптомларидан – кўрув жараёнининг бузилиши юзага чиқа бошлайди. Беморлар кўз олдининг қоронғилашувидан, пред метларни ноаниқ кўраётганлигидан, кўзда диплопия (иккиланиш) бўлиши дан шакоят қиладилар. Беморни кўздан кечирганда юқориги қовоқнинг ту шиб кетиши (птоз), ғилайлик(стробизм), кўз қорачиғи катталигининг ҳар хил бўлиши (анизокория) кузатилади. IХ – ХII жуфт бош мия нервлари ядросининг зарарланиши натижасида нутқ ва ютинишнинг бузилиши кузатилади. Товуш дастлаб йўғон, кейин бўғик, кучсиз, нутқ ноаниқ, баъзан афо ния вужудга келади.

Овқат ҳазм қилиш тракти функциясининг бузилиши сиптомлари – сўлак секретациясининг бузилиши кузатилади. Натижада оғиз, бурун, ҳалқум бўшлиғи шиллиқ қаватларининг қуриши кузатилади. Ютиниш ва чайнаш акти бузилади, баъзан ютиниш мускуллари фалажланади, юмшоқ танглай фалажланиши натижасида қабул қилинган суюқ овқатлар бурундан оқиб чиқади, тилнинг ҳаракати бузилади. Меъданинг ҳаракат функцияси тўхтайди. Меъда нинг пилорус қисми спазмаси унинг бутунлай бўшашиши билан алмашади, меъда шарбати секретацияси пасаяди, қоринда оғриқ пайдо бўлиб, қайт қилиш, метеоризм, ич қотиш кузатилади.

Оғир ҳолларда нафас бузилади: кўкрак қафасида босим ва қисилиш, ҳаллослаш (40 – 50 марта минутига) нафас олишнинг бузилиши, асфиксия, кейинчалик асфиксия тезлашади, цианоз, тери қаватлари рангсизланади. Тахикардия ва тана ҳароратининг пасайиши ботулизмга хос бўлган хусусиятлардир. Эс - ҳуш жойида, қонда нейтрофиллёз.

Енгил кечишида ботулизмнинг айрим симптомлари юзага чиқиб, 2 –3 ҳафтада соғаяди. Оғир ҳолларда эса соғайиш 2- 3 ойга чўзилади. Нафас ва юрак марказларининг фалажланиши натижасида ўлим юз бериши мумкин.

Диагноз. Бунда клиник белгиларга, эпидемиологик маълумотларга (консерва, колбаса, ветчина) ва лаборатория текширишларига асосланади.

Лабораторияда текшириш учун тирсак венасидан 6-8 мл қон олинади (даволаш зардобни юборилгунча), стерил банкаларга 100 г қусуқ массалари, 50-100 мл меъданинг ювинди суви, 50-60 г нажас, 50-60 г мурдалар жигарининг бўлағи, ингичка ичак ва меъданинг бўлаклари олинади. Банкалар, пробиркалар резина пробиркалар билан беркитиб, устига этикетка ёпиштирилади ва совуқ жойда сақланади.

Даволаш. Тезлик билан меъдани 5% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювилади, сифон клизмаси қўйилади. Специфик даво чораси антитоксин зардобни юбориш ҳисобланади. Зардоб аввало синов ўтказилиб, кейин юборилади. Агар кўзгатувчининг типини номаълум бўлса, поливалент зардоб юборилади. (А, В, Е) ёки моновалент зардобларининг аралашмаси юборилади. Дозалари касалликнинг кечиши оғирлигига боғлиқ.

Ўрта даражадаги кечишда мушак орасига 10.000-15000 МЕ А типдаги антитоксин зардоб, 5000 МЕ В типдаги зардоб ва 15.000 МЕ Е типдаги зардоб юборилади. Дастлабки сутка давомида зардобни кўрсатилган дозада яна бир марта юборилади. Оғир ҳолларда 2 марта 6-8 соат интервал билан юборилади. Қўшимча 4-5 кун давомида 0,5 дан кунига 4 марта левомецетин таблеткаси

берилади. Қўзғатувчининг типини аниқлангач, даволашни моновалент зардоб билан давом эттирилади, ҳар куни 1 мартадан соғайгунча.

Ўрта даражада зардобни мушак орсига 6-7 кун давомида, енгил фомаларда эса 2 кун давомида юборилади. Организмдаги интоксикацияни камай тириш мақсадида қон чиқариб юборилиб, 600 мл гача қон қуйилади, вена орасига неокомпенсан ёки гемодез юборилади, т/о 2000-3000 мл 5% ли глюкоза изотоник эритма билан тенг баробар миқдорда юборилади. В группа витаминлар, аскорбин кислотаси, гармонал препаратлар, юрак воситалари (кордиамин, норадреналин) тавсия этилади.

Нафас функциялари бузилган оғир беморларни реанимация бўлимларига жойлаштириб, бошқарилувчи нафасга ўтказилади.

Профилактикаси. Гўшт комбинатлари устидан санитария назоратини кучайтириш, маҳсулотларни консервалангани тўғри ташкил қилиш, консерва тайёрлаш муассасаларида уларни тайёрлаш технологиясига ва санитария гигиена талабларига риоя қилинишини қатъий назорат қилиш, балиқлар тузлаш ва дудлашда 14% дан кам бўлмаган тузли эритмаларни ишлатиш, маринад қилишда уксус ёки лимон кислотасининг 2% дан кам бўлмаган эритмаларни ишлатиш: тез бузиладиган маҳсулотларни совуқда сақлаш ботулизмни олдини олишда муҳим ўрин тутди.

Гўшти, балиқли маҳсулотларни, қўзиқоринларни, сабзавотларни уй шароитида консервация қилишда қўзғатувчининг спораларини йўқотиш учун уксус ёки лимон кислоталарининг кучли тузли эритмаларидан фойдаланиш керак.

Қопқоғи шишиб қолган консерва банкаларидаги маҳсулотларни истеъмол қилиб, бўлмади.

Инфекцияланган материаллар билан ишлайдиган лаборатория ходимларини адсорбирланган, тозаланган полианатоксин билан эмланади. Препаратни тери остига 0,5 мл дан 30-45 кун интервал билан 3 марта юборилади. 6 ой дан кейин шу дозада ревакцинация қилинади.

Вирусли гепатит.

«Вирусли гепатит» деган термин иккита касалликни: инфекцион гепатит-гепатит А билан зардобдан бўладиган гепатит - гепатит В ни бирлаштиради.

Этиология. Касаллик қўзғатувчиси филтрланадиган вирусдир. Бу вируснинг иккита тури: А ва В турлари мавжуд.

Вирус А инфекцион гепатит қўзғатувчиси бўлиб, организмга ҳазм йўли орқали ва парентерал йўл билан киради. Инкубацион даври 14 кундан 50 кунгача боради.

Вирус В зардобдан бўладиган гепатитни қўзғатади, бунда касаллик парентерал йўл билан юқади. Инкубацион даври бир мунча узоқ бўлади –40 кундан 180 кунгача боради. Гепатит вируси музлатиш, қуритиш, 30 минут давомида 56*С гача қиздиришга бардош беради. Вирусни ажратиш олишга ҳозиргача муваффақ бўлингани йўқ. Сўнгги йилларда вирусли гепатитнинг келиб чиқишида австралия антигени деб аталадиган модданинг қандай роль ўйнаши ўрганилмоқда, зардобдан бўладиган гепатит билан оғриган беморларнинг қонида жуда кўп ҳолларда шу антиген бўлади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи касалликнинг ўткир ва хроник формаларини ҳамда қайталаниш даврини бошидан кечираётган бемор кишидир. Бемор киши касаллик инкубацион даврининг охиридан бошлаб, бутун касаллик давомида атрофдагиларга инфекцияни юктириб бориши мумкин; У сарғайиш олди даврда ва сариқликнинг дастлабки 3 ҳафтасида ҳаммадан юқумли бўлади. Касалликнинг билинмайдиган, енгил сариқсиз формалари билан оғриган беморлар эпидемик жихатдан айниқса катта ҳафв солади. Касаллик билан оғриб ўтган одам узоқ муддат давомида: инфекцион гепатитда 5-7 ой, зардобдан бўладиган гепатитда 5 йилгача вирусни ташиб юрадиган бўлиши мумкин. Касалликнинг қўзғатувчиси контакт-маиший йўл билан, инфекция юқиб қолган озиқ - овқатлар ва сув орқали юқади. Вируси бўлган одам қони, плазмаси, зардобни қуйилганида, шунингдек яхши стериллаб олинмаган ас боблар билан ҳар хил тиббий муолажалар қилинганида касаллик парентерал йўл билан юқиб қолади. Касаллик ҳаво-томчи йўли билан юқади деган маълумотлар бор. Вирус қориндаги болага онасидан плацента орқали ўтиши ҳам мумкин (вируснинг трансплацентар йўл билан юқиши). Гепатитга мойил бўлиш мутлақо шарт эмас, бу касалликка мойиллик 30-40 фоизни ташкил этади. Вирусли гепатит билан болалар ҳаммадан кўра кўпроқ оғрийди: умуман кўп касалланиш 3 ёшдан 7-9 ёшгача бўлган даврга тўғри келади. 1 ёшгача бўлган болалар орасида зардобдан бўладиган гепатит кўпроқ кузатилади. Инфекцион гепатит учун мавсумийлик характерлидир: бу касаллик одатда куз - қиш даврида учрайди. Зардобдан бўладиган гепатитда мавсумийлик кузатилмайди. Такрор касалланиб қолиш ҳоллари камдан-кам бўлади(2-3%); А ва В типдаги вируслар пайдо қиладиган касалликлар ўртасида чатишган иммунитет бўлмайди.

Клиник кўриниши. Сариқ формадаги вирусли гепатитнинг ўтиши касалликнинг кетма-кет келадиган 3 даврда: сариқлик олди, сариқлик, сариқликдан кейин (соғайиш ёки рекон валесценция) даврида клиник белгиларнинг маълум тартибда пайдо бўлиб бориши билан характерланади.

Сариқлик олди даври кўпинча 5-7 кунни олади, баъзида 10 кунгача чўзилади, эмадиган болалардаги оғир формада кискарок 2-3 кун бўлиши мумкин. Мана шу даврда умуман ланж бўлиб, бўшашиш, қувватсизланиб, лоқайд бўлиб қолиш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айнаш, қайт қилиш гоҳида ич суриши кўпинча қабзият бошланиши, тўш ости соҳаси оғриши характерлидир. Бўғимлар оғриб, ўткир респиратор касаллик бўлиши мумкин. Тана ҳарорати қисқа вақтга бир оз кўтарилади. Ўнг қовурғалар остида зиркирайдиган, симиллайдиган, гоҳида тутиб-тутиб турадиган оғриқ бўлади. Сариқлик олди даврида сийдик тўқ рангга киради, ахлат эса бир мунча оч тусли бўлиб қолади. Жигар катталашиб, пайпаслаб кўрилганда безиллаб туради, аминотрансфераза (трансаминаза) ва фруктозобиофосфатаьдолаза деган ферментлар активлиги кучаяди. Бу даврнинг охирига келиб, қонда билирубин миқдори кўпайиб қолади, сийдикда ўт пигментлари пайдо бўлади.

Касаллик тез орада сариқлик даврига ўтади. Сариқлик пайдо бўлиши билан беморларнинг ўзини сезиши одатда яхшиланади.

Юмшоқ танглай шиллиқ пардаси, кейин бадан сарғайиб қолади. Сариқ лик кўпайганда бадан қичишиб туриши, бирмунча оғир ҳолларда геморрагик

тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Жигар янада катталашади, кўпинча талоқ ҳам катталашиб кетади. Гипотензия ва брадикардия пайдо бўлади. Сийдик ўт пигментлари рангини ўзига олиб, худди пиводек рангга киради, ахлат рангсиз бўлиб қолади (ахолик ахлат). Мана шу даврда қонда умумий ва билвосита билирубин миқдори ортади, ферментлар активлиги кучаяди, тимол синамаси кўрсаткичи кўтарилиб, сулема синамаси пасаяди. Сийдикда ўт пигментлари ва уробилин топилади. Сариклик аста-секин зўрайиб боради, кейин аста камая бошлайди. Сариклик даври ўртача 2-3 ҳафта давом этади. Сўнг сарикликдан кейинги давр бошланади. Сариклик камайиши билан бир вақтда беморларнинг умумий аҳволи яхшиланиб, қувватсизлик камаяди, иштаҳа пайдо бўлиб, диспепсик ҳодисалар йўқолиб кетади, ахлат бир мунча тўқ рангга киради, сийдик ранги эса анча оқаради. Бу даврда касалликнинг клиник белгилари аста-секин йўқолиб боради, лекин баъзида жигар узоқ вақтгача катталашганича қолаверади, унга доир баъзи функционал синамалар эса касаллик билан оғриб ўтилганидан кейинги бир неча ҳафта ёки ҳатто ойлар давомида аслига келмайди.

Инфекцион гепатит билан зардобдан бўладиган гепатитнинг клиник белгиларида бўладиган маълум тафовутлар ҳозир аниқланган. Зардобдан бўладиган гепатит тана ҳарорати айтарли кўтарилмай туриб, шунингдек катарал ҳодисалар бўлмай туриб, касалликнинг аста-секин бошланиши: продромал даврининг бир мунча узоқ бўлиши 10-12 кунгача чўзилиши, продромал даврда бўғимлар бир неча кун давом этадиган ва бўғимлар ташқи кўриниши ўзгариб қолишига олиб бормайдиган оғриқлар бўлиб туриши билан характерланади. Зардобдан бўладиган гепатит билан оғриган беморларнинг 10-12 % да терисига эшакем тошиши мумкин. Зардобдан бўладиган гепатитнинг сариклик даври, одатда, узоқроқ чўзилиши, касаллик клиник симптомларининг анча сезиларли ва турғун бўлиши билан характерланади, бунда клиник симптомлар аста-секин зўрайиб боришга мойил бўлади. Сариклик касалликнинг 2-3 ҳафтасидагина энг кучайган палласига етади. Зардобдан бўладиган гепатит анча оғирроқ ўтиши ва жигарда токсик дистрофия бошланиш эҳтимоли кўпроқ бўлиши билан фарқ қилади. Инфекцион гепатит продромал даврининг қисқа (5-7 кунча) бўлиши, тана ҳарорати қисқа муддатга (1-4 кун) бўлса-да, лекин тез кўтарилиши билан характерланади. Тана ҳароратининг кўтарилиши кўпинча бош оғриши, ланжлик, катарал ҳодисалар (йўтал, тумов, томоқ оғриғи) билан бирга давом этиб боради. Диспепсик ҳодисалар анорексия, кўнгил айнаш, қорин оғриғи, қайт қилиш, касалликнинг 3-5 кундан бошлаб биринчи ўринга ўтади ва бевосита сариклик пайдо бўлиши олдида бошланади. Инфекцион гепатитда сариклик даври бирдан пайдо бўлади, ўртача 10-15 кун сақланиб туради. Прогномал даврдаги беморнинг шикоятлари тез камайиб боради ва сариклик пайдо бўлиши билан барҳам топади. Касаллик жуда кўп ҳолларда энгил ўтади. Зардобдан бўладиган гепатитдан фарқ қилиб, касалликнинг оғир формалари жуда кам учрайди ва ўлим билан тугаш ҳоллари инфекцион гепатитда одатда қайт қилинмайди.

Оғирлик даражасига кўра, гепатит энгил, ўртача оғир, оғир ва жуда оғир бўлади, жуда оғир хили токсик жигар дистрофияси формасида ўтади. Бадан сарғаймасдан ўтадиган гепатит атипик формаси деб ажратилади.

Касалликнинг бадан сарғаймасдан ўтадиган формасини ҳамиша ҳам аниқлаб бўлавермайди. Бу касалликда билирубинемия борлигини лаборатория методлари ёрдамида топиб ҳам бўлмайди. Ташхис учун ўнг қовурғалар остида оғриқ борлиги, жигарнинг катталашиб, бир оз безиллаб тургани алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Фруктозобиофосфат – альдолаза ва аминотрансфераза активлиги кучайиб, тимол синамаси мусбат бўлиб чиқади, сийдикда уробилин ва ўт пигментлари миқдори кўпаяди. Бу формадаги касаллик енгил ўтади, лекин гоҳи- гоҳида токсик жигар дистрофияси ёки циррозга ўтиб кетиши мумкин.

Гарчанд аҳён - аҳёнда учрасада, лекин дахшатли бўладиган асоратлари жумласига токсик жигар дистрофияси киради. Жигарнинг токсик дистрофияси кўпинча гўдак болаларда пайдо бўлади. Вирусли гепатит касалликнинг ҳар қандай даврида ҳам токсик жигар дистрофиясига ўтиб кетиши мумкин. Токсик жигар дистрофиясида касаллик оқибати жуда ёмон. Камдан – кам ҳолларда бемор соғайиб кетади.

Ўт йўлларидаги яллиғланиш жараёнлари – холецистит, холангит (ангиохолит) касаллик бошида ҳам, бемор соғайиб, касалхонадан чиқиб кетганидан сўнг 3-4 ой ва бундан кўра кўпроқ ўтганидан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин. Вирусли гепатит жуда купчилик ҳолатларда тўла - тўқис соғайиб кетиш билан тугалланади. Лекин одам шу касаллик билан оғриб ўтганидан кейин кўпинча постгепатит синдром қоладик, бу одамнинг тез чарчайдиган бўлиши, қорнида, ўнг қовурғалар соҳасида ноҳуш сезгилар ҳис қилиб туриши, ёғлиқ овқатни кўтара олмаслиги билан характерланади. Бу ҳодисалар вақт ўтиши билан гарчи барҳам топиб кетадиган бўлсада, диспансер ҳисобига олишда реконвалесцентларга эътибор бериб қарашни талаб қилади.

Ёш болаларда учрайдиган вирусли гепатитнинг хусусиятлари куйидагилардан иборат:

1. Касаллик кўпинча В типдаги вирус туфайли парентерал ёки трансплацентар йўл билан юқади.
2. Касалликнинг сариқлик олди даври анча қисқа бўлади. Одатда 3-5 кунни, баъзан эса 2-3 кунни ташкил этади ва бўшашиш, уйқучанлик, кўкракни эммай қўйиш, тана вазнининг ортмай қўйиши билан характерланади, эмганини бола қайтариб туради, қайт қилади, ичи суради; тана ҳарорати 38 39 даража бўлади.
3. Сариқлик якқол ифодаланган бўлади, бирмунча узокроқ вақт сақланиб туради.
4. Қонда билирубин миқдори анча юқори бўлади, жигар функцияларининг ҳамма кўрсаткичлари ўзгариб, нормадан анча бошқача бўлиб қолади.
5. Жигарнинг катталашгани кўпроқ билиниб туради, лекин сариқлик даражаси билан жигарнинг катталашуви ўртасида кўпинча монандлик бўлмайди.
6. Кўпинча талоқ катталашган бўлади.
7. Асоратлар: токсик жигар дистрофияси кўпроқ учрайди.
8. Клиник жиҳатдан соғайиш кечроқ бошланади.
9. Ўлим ҳоллари бирмунча каттароқ ёшдаги болалар қараганда кўпроқ бўлади.

Диагнози. Сариқлик олди давридаёқ касалликнинг шу даврига характер ли бўлган шикоятларга қараб, вирусли гепатитни гумон қилса бўлади.

Сариқлик даврида қонда умумий ва бевосита билирубин миқдори анча кўпайиб кетади, нормаси – 17-104 ммоль/л / 1 мг% гача /. Бадани сарғаймасдан ўтадиган

касаллик формасининг диагнози жуда қийин, эпидемиологик анамнез аҳамиятга эга.

Вирусли гепатит сарик олди даврини ўткир вирусли касалликлар, овқат токсикоинфекцияси, аппендицит, гельминтоздан ажратиб олиш, фарқ қилиш лозим. Катта ёшдаги болаларда гепатитнинг сарик даврини холецистит, ирсий гемолитик нософероцитар анемия ва ўт-тош касаллиги оқибатидаги механик сарикликдан ажратиб, аниқлаб олиш керак бўлади. Ҳаётининг дастлабки ой ларини яшаб келаётган болалардаги вирусли гепатитни физиологик сариклик, она билан бола қонининг резус-омил ва АВО жиҳатдан тўғри келмаслиги орқасида бўладиган чақалоқлар гемолитик касаллиги, ўт йўллариининг ривожланиш нуқсони, бошқа этиологияга (токсоплазмоз, цитомегалия, листериозга) алоқадор туғма гепатитдан ажратиб, аниқлаб олиш зарур.

Давоси. Вирусли гепатит билан оғриган бемор албатта касалхонага жойланиши керак. Бутун касалликнинг бошидан-охиригача ўринда ётиб туриш буюрилади. Гепатитнинг енгил формасида асосий клиник симптомлари йўқо либ кетганидан кейин ўринда ётиш режими бекор қилинади: ўртача оғир формасида ўринда ётиш режими камида 1 ой, оғир формасида бундан кўра кўпроқ муддат давом этиб боради, беморнинг аҳволига қараб.

Беморнинг овқатига катта аҳамият берилади. Овқат жигарнинг бузилган функцияларини, интоксикация даражаси, беморнинг иштаҳасини ҳисобга олган ҳолда берилади. Углеводларни кўп миқдорда ва тўла қимматли ҳайвон оқсиллари етарли бўлган овқатлар буюрилади. Оғир интоксикация-прекоматоз ҳолат вақтидагина оқсилларни чеклаб қўйиш ва ҳатто бутунлай истисно қилиш ўринли бўлади. Бериладиган овқатда творог, кефир, қатиқ, сабзавот, мевалар, кампот, кисел, қанд, мураббо, асал, бўтқалар бўлиши керак. Овқатда ёғлар ва ош тузи миқдорини чеклаб қўйиш ва экстрактив моддалар, зираворлар, какао ва шоколадни истисно қилиш зарур. Гўштли шўрвалар, ёғли гўшт ва балиқ ҳам тавсия этилмайди. Бемор етарли миқдорда суюқлик олиб туриши муҳим / суткасига 120-150 мл/кг ҳисобидан/. Беморлар минерал сувларни: Боржом, Эссентуки №17, №4 ва бошқа сувларни яхши кўтаради. Енгил ҳолларда даво парҳез ва режим билан чекланади. Сезиларли интоксикация билан ўтаётган оғир ва ўртача оғир ҳолларда интоксикацияни камайтарадиган /дезинтоксикацион/ даво қилиш керак бўлади. Венадан 0,5 %ли глюкоза эритмаси юбориб туришдан ташқари, 10 %ли глюкоза эритмасини Рингер-Локк эритмаси билан бирга венидан томчилаб юбориш буюрилади. Худди шу мақсадда венадан томчилаб гемодез юборилади. /5-10 мл / кг /, суткасига 300-500 мгдан аскорбинат кислота берилади, оғир ҳолларда 1-2 мл 5%ли натрий аскорбинат венадан юборилади. Плазма, неокомпенсан, альбумин қўйишни буюриш мақсадга мувофиқдир. Ўртача оғир ва оғир ҳолларда пиридоксин ва цианкобаламин витаминларини мускуллар орасига инъекция қилиб туриш ўринлидир. Вирусли гепатитнинг оғир формасида гармонлар: 10-14 кун давомида суткасига 1-2мг/кг дан преднизалон буюрилади. Токсик жигар дистрофиясида гармонлар дозасини 2-3 баробар ошириб, уларни мускуллар орасига ёки венадан юбориш лозим бўлади. Бир йўла калий препаратлари ҳам юборилади. Асоратлар юзага келган вақтларда /пневмония, отит ва бошқалар бошланганида/ ҳамда йўлдош касалликлар бўлганида/

антибиотиклар /пенициллин препаратлари, эритромицин ва бошқалар/ ўринлидир. Геморрагик ҳодисалар бошланганида филлохинонлар/витамин К, викасол/ берилади. Касаллик чўзилиб кетган вақтларда физиотерапия: соллюкс-лампа, УВЧ терапия, парафин ва озокерит билан даволаш ўринли бўлади. Ўт йўллари яллиғланганида Демьянов усули бўйича дубаж қилиш тавсия этилади: Беморга наҳорга 15-20 мл миқдорида 33%ли илиқ магний сульфат эритмаси ичирилганидан кейин уни ўнг ёнбоши билан 1-1/2-2 соат ётқизиб қўйилади; муолажа охирида бемор 10-15 марта чуқур-чуқур нафас олади, бу ўт пуфагининг бўшалишига ёрдам беради.

Профилактикаси. Специфик, яъни хос профилактика усули йўқ. Беморларни барвақт аниқлаб олиб, ўз вақтида касалхонага жойлаш, шубҳали жойларда эса касалларни диагностика бўлимига ётқизиб қўйиш муҳим. Касалланиб ўтганларнинг ҳаммаси диспансер кузатуви остида бўлиши, 1,3,6,12 ойдан кейин такрор текширувдан ўтказилиб кўздан кечириб чиқиш керак. Вирусли гепатитни бошдан кечирган болалар диспансер ҳисобига турадиган вақт мобайнида спорт машғулотларидан озод қилинади. Касаллик соғайиб келаётган даврда вакцинация қилиш ва гижжаларга қарши даволаш тўғри келмайди.

Болалар боғчалари ва яслиларда вирусли гепатит билан оғриган бола бўлса, шу бола группасига 45 кунга карантин белгиланиб, ўша беморга яқин юрган ҳамманинг сийдиги текширилиб, ўт пигментлари текшириб кўрилади ва жигар ферментларининг активлиги аниқлаб чиқилади. Касаллик ўчоғида якунловчи дезинфекция ўтказилади. Беморга яқин юрган болаларга мускуллар орасига 1 мл дан у-глобулин юборилади.

Зардобдан бўладиган гепатитнинг олдини олиш учун қонларни синчиклаб танлаб олиш ва мунтазам равишда текшириб, жумладан қонида австралия антигени йўқлигини аниқлаб олиш зарур. Инекциялар учун ишлатиладиган асбоблар ва игналарни яхшилаб дезинфекция қилиш аҳамиятга эга.

Тери ва шиллиқ пардалар бутунлиги бузилиш билан алоқадор бўлган муолажалардан кейин медицина буюмлари, шприцлар, игналар, канюлялар, микропипеткалар ва бошқалар қуйидагича обработка қилинади: а) буюмлар ажратиб олиниб, жумракдан оқиб турган сувга тутиб ювилади, бунда шиша ва металл қисмларининг туташган жойлари тоза бўлишига аҳамият берилади: б) ювиб олинган буюмларни қайноқ 50*С ҳолдаги ювувчи эритмага бутунлай ботиб ва бўшлиқлари тўлиб турадиган қилиб, 15 минут солиб қўйилади: в) 15 минут ўтгандан кейин буюмлар ёршлар ёки пахта –дока тампонлар билан ювилади, сўнгра жумракдан оқиб турган сувга тутиб, яна яхшилаб ювилади: г) шу тариқа ювиб, тозалаб олинган буюмлар икки қайта дистилланган сувда қай наб чиққан вақтдан бошлаб ҳисобланганда 30 минут давомида стерилланади.

Даволаш ва профилактика муассасаларида асбобларни марказлаштирилган ҳолда стериллаш тавсия этилади.

Зардобдан бўладиган гепатитда профилактика мақсадида у-глобулин ишлатиш кам наф беради.

ИЧБУРУҒ (ДИЗЕНТЕРИЯ).

Дизентерия шигеллалар кўзгатадиган, интоксикация ва йўғон ичак дистал қисмининг зарарланиши билан таърифланадиган юқумли касалликдир. Дизентерия юнонча *dis* – бузилиш ва *enteros* – ичак деган сўзлардан ташкил топган бўлиб, ичак фаолиятининг бузилиши деган маънони англатади.

Этиологияси: Дизентерия бактериялари *Shigella* авлодига киради, уларнинг 50 дан ортиқ серологик турлари маълум. Халқаро классификация бўйича шигеллалар 4 гуруҳга бўлинади: а) *Shigella dizenteriy*, б) *Shigella flexneri*, в) *Shigella boydii*, д) *Shigella sonnei*.

Шигеллалар таёқча шаклида бўлиб, катталиги 0,3- 0,6, 1-3 мкм келади. Улар ҳаракатсиз, спора ва капсулалари йўқ, грамманфий, факультатив анаэроб. Оддий озуқа муҳитларида кўпаяверади. Шигеллаларнинг термостабил, яъни иссиқликка чидамли соматик О- антигени бор.

Григорьев - Шиг бактериялари кучли экзотоксин ишлаб чиқаради, парчаланганида эса улардан эндотоксин ҳам ажралиб чиқади. Қолган ҳамма шигеллалар эндотоксин ҳосил қилади. Дизентерия бактерияларининг токсин лари нейротроп ва энтеротроп хусусиятига эга. Григорьев- Шиг бактерия ларининг вирулентлиги жуда юқори, қолганлари унча вирулентли эмас. Шигеллалар ташқи муҳит шароитига қараб бир неча кундан бир ойгача тирик сақлана олади. Сут ва бошқа сутли маҳсулотларда шигеллалар тирик сақланибгина қолмай, балки тез суръат билан кўпая олади. Улар совуқ ҳаро ратда ва қуритилганда ҳалок бўлмайди. 60 даража иссиқликда 30 минутдан сўнг, 100 даражада эса дарҳол ҳалок бўлади. Қуёш нури ҳам уларни ўлди ради. Дезинфекцияловчи моддалар (гипохлорит, хлорамин, лизол ва бошқа лар) бу бактерияларни бир неча дақиқа ичида ҳалок қилади. Дизентерия билан оғриган бемор организмида ҳосил бўладиган иммунитет кучсиз бўла ди ва узоққа чўзилмайди.

Дизентерия кўзгатадиган бактерияларнинг тур-хиллари вақт ўтиши билан ўзгариб туради.

Эпидемиологияси: Инфекция манбаи дизентерия билан оғриган бемор лар ва бактерия ташиб юрувчилардир. Беморлар ва бактерия ташувчилар шигеллаларни ахлат билан бирга ташқарига чиқаради. Сўнгра улар ҳар хил йўллар билан (сув, озиқ-овқат, қўл бармоқлари, турли буюмлар ва пашшалар орқали) соғлом одам оғзига киради. Григорьев-Шиг бактерияси кўпинча контакт йўли билан, Флекснер шигелласи сув орқали, Зонне таёқчаси эса озиқ-овқатлар орқали юқади. Одамларда дизентерия бактерияларига тиббий қаршилик кўрсатиш кучи деярли йўқ. Шу сабабдан шигеллалар юққач, деярли ҳамма вақт касаллик пайдо бўлаверади. Бу касаллик ёз ва куз ойларида кўпроқ учрайди. Иммунитет касаллик кўзгатган турдаги бактерия нинг ўзигагини хос бўлади, бир йилдан узоққа чўзилмайди.

Клиникаси: Қабул қилинган расмий классификацияга кўра дизентерия нинг қуйидаги хиллари ва шакллари учрайди.

1. Ўткир дизентерия.

Колитик хили: а) енгил шакли, б) ўртача оғирликдаги шакли, в) оғир шакли, г) белгилари аниқ бўлмаган шакли.

2. Сурункали дизентерия.

Сурункали дизентериянинг қайталаниб ёки қўзиб турадиган, яъни рецидивли хили:

3. Узлуксиз давом этадиган хили:

4. Бактерия ташувчилик.

Дизентерия касаллиги давомида 5 давр ажратилади: 1) инкубацион давр; 2) бошланғич давр; 3) касалликни авж олган даври; 4) симптомларнинг сўниш даври; 5) соғайиш даври.

Умуман олганда дизентерия асосан интоксикация ва колитик синдром билан таърифланади. Гастроэнтероколитик хилида булардан ташқари гастрит ва энтерит аломатлари ҳам кўрилади. Инкубацион давр 2-3 кун давом этади, у 1 кунгача қисқариши ва 7 кунгача чўзилиши мумкин. Касаллик кўпинча тўсатдан бошланади. Беморнинг эти увишиб, ҳарорат 38-39 даражагача кўтарилади ва 2-4 кунгача юқори бўлиб туради. Ҳарорат субфебрил даражада ёки нормал бўлиши ҳам мумкин. Ҳарорат юқори бўлганида кўпчилик беморларнинг боши оғрийди, дармони куриб, бадани қакшайди, кайфият ёмон бўлади.

Томир уриши ўзгарувчан, пульс нотекис, қон босими пасаяди, юрак товуши бўғиқ, нозик систолик товуш эшитилади. Интоксикация кучли бўлганида коллапс юз бериши мумкин.

Бемор қорнининг чапки паст томони бураб оғрийди. Ҳар гал ҳожатхонага бориш олдидан қорни оғрийди, безовта бўлади. Ҳожатхонага бориш зарури яти туғилганда орқа тешик ачишиб, қаттиқ оғрийди ва бу беморни анча безовта қилади. Қоринни пайпаслаганда йўғон ичак, айниқса унинг чапки қисми безиллаб туради. Симптомлари яққол кўринган дизентерияда беморнинг аҳволи оғир бўлади, у бир кеча-кундузда 20-30 марта ҳожатга бориши мумкин. Лекин ҳар гал тувақдан ёки унитаздан турганда бемор енгиллик сезмайди, у гуё ўзини ҳожат қилмагандек ҳис қилади. Бир кеча-кундузда беморнинг ичи тез-тез келса ҳам тушадиган ахлат миқдори 0,5- 1,0 литрдан ошмайди. Чунки бемор ҳожатга борганида озгина ахлат ва унга аралаш шилимшиқ ва йиринг чиқади. Шилимшиққа озгина қон аралашган бўлади. Касаллик зўриқан вақтда беморнинг ичидан ахлат эмас, балки фақат қон аралаш шилимшиқ билан йиринг келади. Дизентерия оғир ўтганида бемордан худди гўшт селига ўхшаш суюқлик келади. Дизентерия интоксикацияси оқибатида сўлак беши ва бошқа ҳазм безларининг фаолияти бузилади: оғиз қакрайди, меъда ширасининг протеолитик хусусияти, ундаги кислота миқдори камаёди. Меъда ва ичакларнинг ҳаракат фаолияти ва секрецияси ҳам бузилади.

Интоксикация кучли бўлган ҳолларда меъда ости беши ва жигар фаолияти ҳам издан чиқади. Токсин таъсирида буйрак ва сийдик чиқариш йўллари фаолияти бузилади. Протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия, цилиндр урия ва қовуқ сфинктерининг спазмага ҳос белгилар аниқланади. Қон текширилганда бир оз лейкоцитар формуланинг чапга сурилиб қолгани, моноцитоз аниқланади. ЭСТ сал тезлашади. Дизентериянинг роса авжга чиқадиган даври 1-2 кундан 8-9 кунгача давом этади.

Касаллик симптомларининг сўниш даврида интоксикация ва колит ало матлари камаяди. Соғайиш даврида ҳамма органларнинг фаолияти нормал лашади ва организм дизентерия бактерияларидан ҳалос бўлиб боради. Аммо патоморфологик ўзгаришлар эса клиник барҳам топганидан 2-3 ҳафта кейин йўқолади. Баъзан дизентерия сурункали шаклига ўтади. Бошқа ҳолларда организм шигеллалардан ҳалос бўлади, аммо ичак шиллиқ пардасидаги баъзи ўзгаришлар ва унинг ҳаракат фаолияти анча вақтгача аслига келмаслиги мумкин (дизентериядан сўнгги ҳолати).

Дизентерия асоратлари. Ўткир дизентериядан сўнг беморларнинг 5-15%да рецидив учрайди. Рецидивда баъзан дизентериянинг ҳамма симп томлари кўринади, бошқа ҳолларда эса унинг айрим белгиларгина пайдо бўлади. Баъзи беморларда тўғри ичакнинг тушиб қолиши, анал тешик деворини дарз кетиши, бавосил зўриқиши ва камдан-кам ҳолларда ичак ёрилиши ва натижада перитонит бошланиши мумкин.

Заиф кишиларда иккиламчи инфекция кўшилиши оқибатида пайдо бўладиган касалликлар (пневмония, урогенитал инфекция), ичак дисбакте риози, камдан-кам ҳолларда полиартрит ва невритлар учрайди.

Диагностикаси. Эпидемиологик маълумотлар ва клиник симптомлар билан бир қаторда дизентериянинг диагностикасида лаборатория усуллари ҳам роль ўйнайди.

Бактериология усул жуда муҳим, бироқ беморнинг фақат 22-80%дагина дизентерия микробларини ажратиб олиш мумкин бўлади. Бемор ахлатини экиб ундиришда тартиб қоидаларига алоҳида эътибор бермоқ керак. Беморга анти биотиклар тайинланмасдан олдин унинг ахлати Плоскирев озик муҳити (бактагар) га экилади. Бошқа озик муҳитлари ҳам ишлатилади.

Дизентерия диагностикасида Цуверкалов аллергик реакциясидан ҳам фойдаланилади.

Эпидемиологик маълумот, клиник симптомлар, лабораторияда текшириш натижалари ва ректоскопия манзараларини чуқур таҳлил қилиш йўли билан дизентерияни аниқлаб олиш мумкин бўлади.

Давоси: Дизентериянинг енгил хилини уй шароитида ҳам даволаш мумкин. Бунда албатта, уйдаги имконият, унинг санитария ҳолати, оила аъзоларининг гигиена қоидалари ҳақидаги тушунчаси эътиборга олинади. Озик-овқат маҳсулотларига алоқадор жойда ишлайдиган беморлар албатта касалхонага жўнатилади.

Бемор ўрнидан турмай ётиш керак, ҳожатга туриш учун рухсат этилади. Кўпроқ ухлаш фойдали. Дизентериянинг дастлабки даврида беморга 4 рақамли парҳез тайинланади. Ич кетиш тўхтагач 2ёки 15 парҳезлар таомларига ўтиш рухсат этилади. Парҳезнинг хилидан катъий назар беморга етарли миқдорда углеводлар, ёғ, оқсил моддалари ва витаминлар бериш керак. Беморга овқат танлашда ҳамма вақт унинг йўғон ичидаги патоморфологик ўзгаришларни назарда тутмоқ зарур.

Охирги йилларда олиб борилган кузатишлар ва текширувлар натижасига кўра шигеллалар немигграмон, канамицин, полимиксин-М-сульфат, фуразоли донга етарли даражада сезувчан эканликлари аниқланган. Шу туфайли дизен

терияга даво қилишда ана шу препаратларни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Невиграмон кунига беморнинг 1 кг оғирлигига 60 мл ҳисобидан 5-7 кун давомида берилади. Канамицин ҳам кунига беморнинг 1 кг оғирлигига 60 мг ҳисобидан 5-7 кун босим берилади. Полимиксин-М-сульфат 100 мг/кг ҳисобидан 5-7 кун берилади. Фуразолидон 0,05 г дан кунига 3 маҳалдан 1 ҳафта берилади.

Ичакдаги микрофлорада ўзгаришлар юз берган ҳолларда колибактерин ёки бифидумбактерин тайинланади (ҳар гал 5 дозадан 2 маҳал). Бу дори 3-4 ҳафта давомида овқатдан 30 минут олдин ичилади.

Патогенетик даво: Дизентерия оғир ўтиб, интоксикация белгилари яққол кўринганда дезинтоксикацияловчи дорилар ишлатилади: ош тузининг физиологик эритмаси, Рингер-Локк эритмаси, «Трисоль», «Ацесоль», «Лактосоль» эритмалари 1-2 литр миқдорда юборилади. Булардан ташқари коллоид эритмалар (гемодез, реополиглюкин, полиглюкин) бир кеча кундузда 400-800 миқдорда венадан юбориб турилади. Бемор аҳволи жуда оғир бўлганда баъзан қисқа муддат давомида кортикостероид гормонлар ишлатилади.

Бемор организмнинг ҳимоя кучларини ошириш мақсадида сурункали дизентерияда Чернохвостов тавсия этган ва спиртдан тайёрланган вакцина ишлатилади, вакцина беморнинг териси остига юборилади.

Тўқималарда модда алмашинувини яхшилиш учун бир кеча кундуз 0,2-0,4 дан 4 маҳал пентоксил, 1-2 г дан 4 маҳал метилурацил ичириб турилади. Дизентерияда ишлатиладиган пирогенал, продигиозон, организм ҳимоя қувватини оширади, регенерация жараёнини ва фагацитозни кучайтиради. Ичак дисбактериозини йўқотиш учун беморга колибактерин, бифидумбактерин, бификол ёки лактобактерин берилади.

Қорин оғришини камайтириш учун спазмолитик препаратлар метацин, спазмолитин, атропин, белладонна препаратлари тайинланади.

Профилактикаси: Аввало дизентерия диагнозини имкони борича барвақт аниқлаб, беморни касалхонага жўнатиш ёки касалхонанинг ундан бошқаларга юқмаслик чораларини кўриш зарур. Дизинтериянинг билинар-билинемас белгилари билан ўтадиган ва айниқса субклиник хилини аниқлашга алоҳида эътибор қилинади. Ичи кетган беморларнинг ҳаммаси назорат остида бўлиши керак. Озиқ-овқат маҳсулотлари тайёрланадиган, сақланадиган ва сотиладиган жойларда ишловчилар, шунингдек, муассасалари ва касалхона ходимларини вақти-вақти билан текшириб туриладилар. Бемор ётган уй дезинфекция қилинади. Беморнинг касалхонадан уйига кетишига касаллик симптомлари бутунлай барҳам топиб, ахлати текшириб кўрилганида дезинтерия микроблари йўқлиги аниқ бўлганидан кейингина рухсат этилади. Уйига қайтган бемор поликлиника врачлари назоратида бўлади.

Аҳоли ўртасида санитария ва гигиена қоидаларига риоя қилиш зарурлиги ни тушунтириш ва умуман аҳолининг санитария ва гигиена ҳақидаги тегишли билимларга эга бўлиши жуда муҳим.

САВОЛЛАР.

1. Ич терлама, А ва В паратифларининг этиология ва эпидемиология сини гапириб беринг.
2. Ич терламанинг клиникасини гапириб беринг.
3. Ич терламани даволаш ва беморларни парвариш қилиш хусусиятлари.
4. Ич терлама ва паратифларнинг лаборатория ташхис усуллари.
5. Бактериал ва бактериал бўлмаган овқатдан заҳарланишнинг сабабларини айтиб беринг.
6. Салмонеллёзда инфекция манбаи, юқиш механизми.
7. Токсикоинфекцияларнинг клиника, даволаш ва профилактикаси.
8. Ботулизмнинг клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
9. Дизентерия таёқчаларининг турлари ва хусусиятларини айтиб беринг.
10. Ўткир дизентериянинг клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
11. Вирусли гепатитнинг этиологияси ва эпидемиологиясини гапириб беринг.
12. Вирусли гепатитнинг клиникаси.
13. Вирусли гепатитни даволаш ва профилактикаси.

МАВЗУ 5. НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ИНФЕКЦИЯЛАРИ.

РЕЖА:

1. Нафас йўлларининг инфекциялари.
2. Грипп, этиология, эпидемиология, клиника, даволаш ва профилактикаси.
3. Ангина, этиология, эпидемиологияси.
4. Ангинанинг клиникаси, турлари, даволаш ва профилактикаси.

Таянч сўзлар: грипп, катарал, фолликуляр, лакунар ангина, ревмокардит.

Нафас йўлларининг инфекциялари.

Бу гуруҳдаги юқумли касалликларда қўзғатувчи бемор ёки бактерия ташувчининг юқори нафас йўлларининг шиллиқ қаватларида паразитлик қилиб, йштал, акса урганда, гаплашганда, нафас олганда балғам билан ташқарига ажралади.

Соғлом одамнинг зарарланиши зарарланган шиллиқ заррачаларини юқори нафас йўлларида тушиши натижасида рўй беради. Қўзғатувчилари ташқи муҳит шароитига чидамсиз бўлган касалликларда юқиш бемор ёки бактерия ташувчи билан яқин контактда бўлгандагина бўлади(кўкйўтал). Бошқа касалликларда қўзғатувчи ҳавода маълум вақт сақланиб, ҳаво оқими билан бир хонадан иккинчи хонага ўтиши мумкин. Шиллиқ ва балғамнинг зарарланган заррачалари қуриган ҳолатда чанг билан ҳавони ифлослаши мумкин. Баъзи инфекциялар ифлосланган кийим – кечак, идиш – тавақ, ўйинчоқлар орқали ҳам тарқалиши мумкин.

Одамларнинг, айниқса болаларнинг бу гуруҳ касалликларга нисбатан мойиллиги юқори бўлганлиги сабабли, деярли аҳолининг ҳаммаси касалланиши,

ҳатто бир неча марта касалланиши мумкин. Бу касалликларнинг бир қисмини болалар касалликлари деб ажратилади (қизамиқ, дифтерия, кўкйўтал, сув чечак, қизилча, эпидемик паротит). Бу касалликлари билан асосан болалар касалланиб, давомли постинфекцион иммунитет ҳосил бўлади.

Грипп.

Ўткир юқумли касаллик бўлиб, организмнинг умумий интоксикацияси, юқори нафас йўллари, юрак – қонтомир ва нерв системасининг зарарланиши билан характерланади.

Этиологияси. Гриппнинг қўзғатувчиси вирус. Антиген тузилишига кўра вируснинг А, В, С типлари мавжуд. Ҳар бир тип ўзининг серологик турларига эга. Айниқса вирус Анинг А1, А2, А3 турлари фарқланади.

Гриппнинг вируси ташқи муҳит шароитига чидамсиз, қуруқ ҳолатда, дезинфекцияловчи моддаларнинг таъсирига ва 60 градусга иситилганда тез ўлади. Вирусни ўстириб, ажратиб олишда товук эмбрионидан (тухум) фойдаланилади.

Эпидемиологияси. Қадимда гриппнинг эпидемия ва пандемиялари учраб турган. Масалан, 1918-1919 йилларда Европада бўлган грипп пандемиясидан 20 млн одам ўлган. Одатда гриппнинг эпидемияси ҳар 3-5 йилда такрорланиб туради.

Инфекция манбаи бемор одам бўлиб, организмда қўзғатувчининг кўпайиши жуда тез боради. Шунинг учун ҳам касалликнинг яширин даври бир неча соатдан 2-3 кунгачадир.

Инфекциянинг юқиш механизми- а) ҳаво-томчи йўли орқали, яъни йўтал, акса уриш, гаплашиш натижасида бемор одам ташқи муҳитга 2 метргача бўлган масофага жуда кўп миқдорда вирусларни тарқатиш мумкин; б) беморнинг йўталиши, акса уриши натижасида буруннинг шиллиғи билан ифлосланган предметлар орқали.

Клиникаси. Асоратланган ва асоратланмаган грипп фарқланади.

1. Асоратланмаган грипп ўткир бошланиб, кучли интоксикация билан кечиб, тана ҳароратининг қисқа вақт (2-3 кун) давом этиши билан характерланади. Этувишади, 4-5 соатлардан кейин тана ҳарорати 38-40⁰ С га кўтарилади, бош оғрийди, айниқса, пешона соҳаси, бош айланади. Умумий дармонсизлик, бутун тананинг қакшаб оғриши, бўғимларда оғриқ, қулоқда шовқин эшитилади. Тезда томоқ қуриб, “тирновчи” оғриқ пайдо бўлади (фарингит), кўз олмасида оғриқ, (айниқса кўзни ёнга қаратганда). Тумов, кўздан ёш оқиши, акса уриш, Қуруқ йўтал вужудга келади. Юз териси ва конъюнктивада гиперемия. Нафас тезлашади. Пульс ҳароратдан орқада қола бошлайди. Артериал босим пасаяди. Тил қуруқ, оқ қараш бойлаган. Юракда ўзгаришлар (миокардит).

Бундай ҳолат ўртача 2-3 кун давом этади. Асоратланмаган грипп 3 хил шаклда кечади: енгил, ўрта ва оғир (токсик). Оғир формасида организмнинг кучли интоксикацияси вужудга келиб, асаб ва юрак-қон томирлар системасининг бузилиши, геморрагик ҳолатлар билан (тери ва шиллиқ қаватларга қон қуйилиши, бурундан қон кетиши) характерланади. Атипик ва яширин формалари енгил кечиши билан характерланади. Бундай беморлар врачга мурожаат этишмайди ва атрофдагилар учун инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади.

2. Асоратланган грип. Кўпинча гриппоз ёки стафилококкли пневмония билан асоратланиши мумкин. Ҳамда отит, буруннинг ёндош бўшлоқларини яллиғланиши, бош мия ва елка чигали нервларининг невритлари, менинго-энцефалитлар, ишиорадикулитлар, миокардитлар, тромбофлебитлар, коллапс ва бошқа асоратлар бўлиши мумкин.

Лаборатория тадқиқи.

1. Гриппнинг вирусини ўстириш учун бурун ва томоқ шиллиғи олинади. Бунинг учун йўғон чўпга пахтали тампон қилиб, бурун йўллариغا чуқур киргизилади. 5 минут давомида (томоқдан эса тампон ёрдамида танглай муртакларининг, ҳалқумнинг орқа деворининг шиллиқ қаватларига босиб олинади) тампон физиологик эритмали пробиркага туширилади ва вирусологик лабораторияга юборилади.

2. Дастлабки 5 кунда ва 10-15 кундан кейин 5 мл қон КБР (комплементни боғлаш реакцияси) га олинади ва грип антигенига қарши ҳосил бўлган антителолар аниқланади.

Даволаш. Грипп билан оғриган беморлар уйда даволанади. Агар грип асоратланган бўлса, унда беморларни касалхонада даволангани маъқулроқ.

Касалликни оғир-енгиллигига қарамасдан бемор ётоқ режимига катъий риоя қилиши керак. Уни иситгичлар билан иситиб, кўп иссиқ суюқлик (лимонлим, мурабболи, асалли чой, сут) берилади.

Химиотерапевтик воситаларидан амантадин, ремантадин гриппга қарши фаоллик хусусиятига эга. Амантадинни 1 кунда 0,1г дан 2 марта ичиш тавсия этилади. Ремантадинни 0,05г дан 3 марта ичиш тавсия этилади. Вирусга қарши воситалардан иммуноглобулин яхши натижа беради. Уни грип вакциналари билан эмланган донорларни қонидан тайёрланади. Иммуноглобулин кучли интоксикацияларда, вирус ўпкани зарарлаган вақтларда қўлланилади. Уни мушак орасига 0,15-0,2мл/кг дан юборилади. Кучли интоксикацияларда шу дозада такроран юборилади.

Гриппни ва бошқа вирусли инфекцияларни даволашда лейкоцитар одам интерферони ишлатилади. Интерферон вирусларга танлаб таъсир кўрсатади, деярли ҳамма вирусларга қарши ишлатилиши мумкин. Даволаш мақсадида интерферон 5 томчидан (0,25г) ҳар бир бурун тешигига 1-2 соат интервал билан 1 кунда 5 мартача 2-3 кун давомида юборилади. Гриппнинг асосий даволаш усули патогенетик ва симптоматик даво чорасидир.

Ўртача дозаларда амидопирин, аналгин, ацетилсалицил кислотаси тавсия этилади. Тумовда маҳаллий эфедрин эритмаси (2-5%) ва бошқа қон томирларни торайтирувчи воситалар қўлланилади.

Оғир ҳолатларда вена орасига 200-500мл гача суюқлик юборилади, кордиамин ичирилади ёки инъекция қилинади. Гипертоник формаларда гриппга қарши иммуноглобулин такроран юборилади, дезинтоксикация қилинади (томчилаб изотоник эритма ва диуретик воситалар – лазикс, маннитол) юборилади. Вена орасига норадреналин, эфедрин, гидрокортизон юборилади. Асоратларни даволаш учун антибиотиклар берилади.

Профилактикаси. Гриппнинг профилактикасида организмни чиниқтириш ва умумгигиеник чора – тадбирлар: хоналарни шамоллатиш, нам ҳолда тозалаш,

ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, идиш-тавоқларни иссиқ сувда яхшилаб ювиш, алоҳида идишлардан, сочикдан, ўрин-кўрпадан фойдаланиш.

Уй шароитида беморларни изоляция қилиш учун уларни алоҳида хонага ётқизилади ёки кроватларининг олди тўсиб қўйилади.

Грипп билан касалланиш кўтарилган даврларда касалликни тарқалиш олдини олиш учун тиббий ёрдамни уйда кўрсатиш лозим.

Специфик провилактика инактивация қилинган ва тирик аллантоис вакциналар ёрдамида амалга оширилади. Инактивация қилинган вакциналар бутун вирионлардан ташкил топган. Бутун вирионли вакциналар тери орасига игнасиз инъектор ёрдамида юборилади. Бшлинган вирионли вакциналар-адсорбция қилинган химиявий грипп вакцинаси(АГХ) тери остига юборилади. Тирик аллантоис вакциналар бурун орасига 20-30 кун интервал билан 2 матра юборилади. Тирик перорал вакцина оғиз орқали берилади.

Грипп тарқалган вақтла шахсий профилактика мақсадида ремантадин, амантадин бир таблеткадан кечаси берилади, лейкоцитар одам интерферони 0,25 мл(5 томчи)дан 2 марта бурунга юборилади.

Ангина (томоқ оғриғи).

Ангина муртак безларининг яллиғланиши, иситма ва интоксикация бўлиши билан таърифланади. Ангина лотинча сўздан олинган бўлиб, қисиш, бўғиш маъносини англатади.

Мустақил касаллик тарзида учрайдиган ангинанинг ктарал, фолликуляр ва лакунар хиллари маълум. Ангина турли касалликларнинг асосий симптоми сифатида ҳам намоён бўлиши мумкин. Симановский-Венсан ангинаси, скарлатина ангинаси, дифтерия ангинаси ва инфекцион моноклеозда, лейкомияда, агранулоцитозда, алиментар – токсик алейкияда ривожлана диган ангиналар бунга мисол бўла олади.

Муртак безлари юқори нафас йўлларидаги лимфоид тўқималарнинг энг катта йиғиндисидан иборатдир. Бола бир ёшга тўлгандан сўнг муртак бези тезликда ривожлана бошлайди ва бу жараён 10-20 ёшгача давом этади. 30-40 ёшдан сўнг муртак безининг тўқимаси кичрайиб боради.

Этиологияси. Ангинани кўпинча стрептококклар, стафилококклар, баъзан диплококклар ёки Фридлендер таёқчалари кўзғатади. Охирги йилларда антибиотиклар кенг қўлланиши туфайли замбуруғлар ҳам ангинага сабаб бўлмоқда(кандидоз). Аденовируслар, Коксаки вируслари ҳам ангинани кўзғатадилар.

Эпидемиологияси. Ангина асосан боғча ва мактаб ёшидаги болаларда ва 25-30 ёшларгача бўлган одамларда учрайди. Йилнинг I ва IV чоракларида кўпроқ касалланадилар. Қишлоқ жойларда бу касаллик шаҳарларга қараганда камроқ учрайди. Ангина ҳаво-томчи йўли билан тарқалади. Ангинанинг спорадик равишда пайдо бўлиши нафас йўлларида яшайдиган шартли патоген микроблар фаоллигининг кучайишитга боғлиқдир. Одатда шартли патоген микроблар одам совқотганда, чанг ҳаводан нафас олганда хужумга ўтадилар.

Патогенези. Ангинанинг ривожланишида совқотиш, айниқса ойқларнинг узок вақт совқотиши жуда муҳим ролни ўйнайди. Тана совқотганда организмнинг

иммунологик реактивлиги камаяди ва шартли патоген бактериялар кўпайишига қулай шароит туғилади. Бундан ташқари, организмнинг шартли патоген микробларга нисбатан сенсibiliзация ҳолатида бўлиши ҳам катта аҳамиятга эга.

Катарал ангинода муртак безлари шишади, эпителий ҳужайралари парчаланиб, кўчиб тушади ва майда-майда инфилтратлар ривожланади.

Фолликуляр ва лакунар ангиноларда инфилтратлар каттароқ бўлади, фолликулалар йиринглайди ва майда абсцессчалар пайдо бўлади. Лакунар ангинода лакуналарда фибрин ва лейкоцитлардан иборат пардачалар кўринади. Бу пардачалар муртак бези сатҳини бутунлай қоплаши мумкин. Бошқа касалликларда ривожланадиган некроз ва ярали ангиноларда ҳам шундай жараён юз беради. Баъзан фолликуляр ва лакунар ангиноларга паратонзилляр абсцесс кўшилиши мумкин.

Ангинадан сўнг иммунитет қолмайди. Аксинча, ангина билан оғриган одам организмида юз берадиган сенсibiliзация ҳолати туфайли у ангина билан касалланишга мойил бўлиб қолади.

Клиник белгилари. Инкубацион даври 2-3 кун давом этади, касаллик бирданига бошланади, тана ҳарорати тезда 39-40⁰ гача кўтарилади. Заиф одамларда ҳарорат патроқ бўлади(субфебрил даражада) ёки ўзгармайди. Беморни интоксикация безовта қилади, сув ва овқат ютганда томоғи оғрийди.

Катарал ангина. Ангинанинг бу хилида интоксикация камроқ, ҳарорат меъёрида (38-38,5⁰С) бўлади. Баъзан субфебрил даражагача кўтарилади. Бемор томоғига бирор нарса тикилаётгандай туюлади. Муртак безлари қизаради ва бўртиб шишади. Катарал ангинани ўткир фарингитдан фарқлаш керак бўлади. Фарингитда муртак безидан ташқари томоқнинг орқа сатҳи, танглай ҳам қизаради. Катарал ангинода қонда деярли ўзгаришлар юз бермайди. Ангина узоғи билан 5-6 кун давом этади.

Фолликуляр ангина. Бемор эти увишиб, қалтирайди ва ҳарорати 39-40⁰гача кўтарилади, баъзан қусади. Интоксикация аломатлари: бош оғриғи, дармон қуриши, мускуллар ва бўғимларнинг қақшаб оғриши безовта қилади. Муртак безлари қизарган ва шишганидан ташқари, унинг сатҳида йирингдан иборат майда доначалар кўринади(фолликулалар). Одатда олдин бир томонда, сўнггра иккинчи томонда муртак бези касалланади. Қонда лейкоцитоз (18.000-20.000гача) ва ЭЧТнинг тезлашгани(соатига 25-30 мм гача) аниқланади. Ҳозирги замон усуллари билан даволанганда муртак безларидаги йирингли доначалар 3 кун, ҳарорат 2-3 кун, интоксикация 4 кун давом этади. Даво ўз вақтида бошланмаса, паратонзилляр абсцесс, муртак безларида флегмона ривожланиши мумкин. Булардан ташқари ревмокардит бошланиши ёки кўзиши ҳоллари учрайди.

Лакунар ангина. Ангинанинг бу хилида муртак безининг лакуналарида касалликнинг 2-3 кунларида йиринг тўпланади. Интоксикация кучли, ҳарорат юқори бўлади, регионар лимфа тугунлари катталашади. Лакунар ва фолликуляр ангиноларда лимфа тугунларидан ташқари талоқ ҳам катталашади. Муртак бези лакуналаридаги йиринг текширилганда гемолитик стрептококк(40%), яшилга бўяладиган стрептококк(42%), стафило кокк(44,5%) ва диплококк(22%) топилган.

Давоси. Аввало ангина хусусан юрак қон-томир системасида жиддий касалликлар ривожланишига сабаб бўладиган касаллик эканини ҳамма вақт

назарда тутмоқ ва унинг давосига алоҳида эътибор бермоқ керак. Бемор ўрин-кўрпа қилиб ётиши керак. Бош Оғриғи ва бадан қакшабини камайтириш учун аспирин, пирамидон тайинланади. Бемор томоғини фурацилин(1:3000), риванол(1:1000), калий перманганат эритмалари билан чайилади. Антибиотиклардан пенициллин, эритромицин берилади. Баъзи ҳолларда турли дорилар қилингандан сўнг беморларда аллергия реакцияси тарзида дори касллиги қайд қилинади. Бу касллик кўпинча бемор баданида турлди тошмалар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Дори касаллиги ривожланишига варши витаминлар, кальций глюконат тайинланади. Агар дори касаллиги бошланса, преднизалон берилади.

Профилактикаси. Организмни чиниқтириш, бадантарбия ва спорт билан шуғулланиш жуда муҳим. Касалланган тишларни вақтида даволаш, бурун ва бурунга туташган бўшлиқларда касаллик бўлса, уларни дарҳол даволаш зарур. Сурункали тонзиллитларни ўз вақтида даволаш керак.

Саволлар:

1. Гриппнинг вируси ва юқиш механизми ҳақида гапириб беринг.
2. Гриппнинг клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
3. Ангинанинг этиологияси ва эпидемиологиясини гапириб беринг.
4. Ангинанинг клиник шакллари, кечиши.
5. Ангинанинг асоратлари ҳақида гапириб беринг.
6. Ангинани даволаш ва профилактикаси.

Мавзу 6. Қон (трансмиссив) инфекциялар.

РЕЖА:

1. Риккетсиоз касалликлари.
2. Тошмали тиф.
3. Брилл касаллиги.
4. Болалар муассасаларида педикулёзнинг олдини олиш.

Таянч сўзлар: риккетсиялар, тошмали тиф, риккетсияларнинг агглютинация реакцияси, педикулёз, Брилл касаллиги.

Риккетсиоз касалликлари.

Риккетсиозлар- риккетсиялар орқали вужудга келадиган касалликдир. Улар 1910 йилда америкалик олим Риккетс томонидан очилиши сабабли шун дай номландилар. Бўғимоёқлилар (бит, бурга, кана) ва сут эмизувчиларда хужайра ичи паразити бўлиб ҳисобланадилар. Тошмали тифнинг кўзгатувчи сидан ташқари бошқа риккетсиозлар зооноз инфекцияларга киради. Улар ассо сан тирик ташувчилар, битлар, бургалар, каналар орқали уларнинг ажратган ахлати ва сўлаги орқали юқади.

Риккетсиялар бактериялар билан вируслар ўртасидаги оралик хусусиятларга эга. Уларнинг шакли майда, юмалоқ, таёкча, овалсимон кўринишда бўла ди.

Бактерияларга ўхшаб ҳужайра тузилишига эга, споралар ҳосил қилмайди. Улар вирусларга ўхшаб, ҳужайра ичи паразити ҳисобланади ва товуқ эмбрион ларида ўстирилади. Риккетсиялар ташқи муҳит шароитига, дезинфекцияловчи воситаларнинг таъсирига чидамсиз.

Риккетсияларнинг табиий яшаш жойи бўғимоёқлиларнинг ичак канали ҳужайралари бўлиб, уларда ўлимга олиб келувчи ёки симптомсиз кечувчи инфекцияни чақиради.

Одамларда риккетсиоз касалликлардан тошмали тиф учрайди.

Тошмали тиф.

Тошмали тиф – ўткир юқумли касаллик бўлиб, Провачек риккетсиялари томонидан қўзғалади, иситма, интоксикация, терида тошмалар, юрак-кон томир ва нерв системасининг зарарланиши билан характерланади.

Этиологияси: 1876 йилда О.О.Мочутковский тошмали тиф билан оғриган беморларнинг қонида қўзғатувчи борлигини исботлади. Буни у бемор-нинг қонини ўзига юбориш билан исботлади.

1910 йилда америкалик Риккетс ва Уильдер мексика тошмали тифи билан оғриган беморнинг қонидан ҳаракатсиз овал шаклидаги майда микроорганизмларни аниқлади.

1913 йилда чех олими Провачек тошмали тиф билан касалланган бемор қонининг лейкоцити ва плазмасидан овал ва таёқчасимон шаклдаги микроорганизмни аниқлади.

1916 йилда да-Роха-Лима тошмали тифнинг қўзғатувчисини Риккетс ва Провачек шарафига Провачек риккетсиялари деб атади.

Тошмали тифнинг қўзғатувчиси ҳаракатсиз полиморф микроорганизмлар бўлиб, спора ва капсулалар ҳосил қилмайди. Улар ҳужайра ичи паразитлари ҳисобланиб, товуқ эмбрионида ўстирилади. Таркибида оқсил табиатига эга бўлган токсик модда сақлайди. Химиявий ва термик омиллар таъсирига чидамсиз. 50-80°C да тез ўлади.

Эпидемиологияси: инсоннинг тошмали тиф билан касалланиши инфекцияланган битлар орқали бўлади. 1978 йилда Минх тошмали тиф бўғим-оёқлилар орқали юқиши тўғрисидаги фикрни айтган. Тошмали тифнинг юқишида битнинг роли борлиги Ш.Николь томонидан исботланган.

Инфекция манбаи бемор одам. У инкубацион даврнинг охиридан бошлаб, иситма даврида ва яна иситма тушгач, бир неча кун давомида манба сифатида бўлиши мумкин. Айниқса яширин, атипик шаклдаги беморлар инфекция манбаи бўлиши мумкин.

Инфекциянинг юқиши кийим бити орқали бўлади. Бит қон сўриш вақтида ўзидан кичитувчи модда ажратади. Бемор қонини сўрган бит фақат 4-5 кундан кейингина юқтириши мумкин. Бу вақт ичида риккетсиялар битнинг ичак эпителиясида кўпаяди.

Эпителий ҳужайраларнинг бузилиши натижасида риккетсиялар ичак бўшлиғига тушиб, битнинг ахлати орқали ажрала бошлайди. Зарарланган бит 1,5-2 ой яшаши ўрнига 20-40 кун яшайди, ичаги ёрилиши натижасида ўлади.

Қайталама тифда кўзғатувчи боррелиялар ҳисобланади. Улар фақат одам ва бит организмидагина ҳаёт фаолиятини сақлайди. Касаллик манбаи иситмаси кўтарилган бемор одам. Ташувчиси тошмали тифдагидек кийим битлари ҳисобланади. Битлар 5-7 кундан кейин 28 кун давомида касалликни юктириши мумкин. Бит эзилгач, унинг гемолимфаси тирналган тери орқали одам организмига киради.

Тошмали ва қайталама тифга мойиллик юқори. Тошмали тифни бошидан кечирганларда қатъий иммунитет, қайталама тифдан кейин эса кучсиз имму-нитет ҳосил бўлади, касалликнинг қайталаниши учраб туради.

Клиникаси: инкубацион даври 6-25 кун, ўртача 12-14 кун. Касаллик ўткир бошланиб, ҳарорат кўтарилади, бош оғрийди, эт увишади, бутун тана оғрийди, ташналик ва иштаҳанинг йўқолиши кузатилади. Бош оғриги борган сари зўрайиб, беморга азоб беради, уйқуси йўқолади. Таъсирчанлик, безовта-лик, кўзғалувчанлик ҳолати юзага келади.

Дастлабки кунларда юз салқиб, қизаради (гиперемия), конъюнктура қизаради, склера томирлари кенгаяди (куённи кўзига ўхшаб). Бўйин ва тананинг юқори қисми териси ҳам қизаради. Тил қуруқ, оғиздан қийинчилик билан чиқарилади (Говоров-Годелье симптоми). Тери қуруқ, ушлаб кўрганда иссиқ. Ҳаллослаш, тахикардия, гипотония кузатилади. Касалликнинг 3 кунда конъюнктурада майда қон қуйилишлар аниқланилади, жгут симптоми мусбат, яъни жгут боғланган жойдан пастда терида майда қон қуйилишлар кузатилади.

Касалликнинг 4-5 кунларида тошмали тифга характерли бўлган тошмалар пайдо бўла бошлайди. Тошмалар дастлаб розеола, кейинчалик розеола-петехия характерида бўлади. Тошмалар тананинг, кўкракнинг ён томонларида ва орқада тошади, кейинчалик бутун танани қоплайди. Тошмалар кўп бўлиб, унинг элементлари ҳар хил шакл ва катталиқда бўлади.

Ўрта даражадаги кечилда тошмалар 12-14 кун сақланади. Тошмалар тошиши билан ҳарорат яна ҳам кўтарилади, доимий характерда бўлиб, 6-8 кун давом этади.

Конда нейтрофил лейкоцитоз, тромбоцитопения, анэозинофилия, СОЭ 18-25 мм/соат.

Тошмалар пайдо бўлиши билан бошланғич давр белгилари кучаяди. Эс-хуши йўқола бошлайди, галлюцинация ва алаҳлаш вужудга келиб, бемор безов-таланади, баъзан агрессив бўлиши ҳам мумкин. Менингоэнцефалит белгилари пайдо бўла бошлайди: энса мушакларининг ригидлиги, оёқ-қўлларнинг тремо ри, нутқнинг ноаниқлиги, ютинишнинг қийинлашуви. Юрак товушларининг сустлашиши, жигар ва талоқнинг катталашиши кузатилади. Ичнинг тутилиши кузатилади.

Касалликнинг 12-14 кунларидан бошлаб ҳарорат туша бошлайди ва соғайиш даври бошланади. Ҳарорат лизис кўринишда 2-3 кун давомида тушади. Интоксикация камаяди, тошмалар йўқолади, хушини тиклай бошлайди, уйқуси нормаллашади, иштаҳаси пайдо бўлади, пульс ва қон босими нормаллашади. Лекин соғайгач узоқ вақтгача оёқларда нерв стволлари бўйлаб оғрик сақланади.

Кечишига кўра тошмали тиф яширин, енгил, ўрта ва оғир формаларда намоён бўлади.

Асоратлари: Коллапс, тромбозлар, тромбоэмболиялар, психозлар, невритлар, отитлар, паротитлар, фурункулёз, абсцесслар ва бошқалар.

Таъхис: клиник, эпидемиологик ва лабораторияда текшириш натижа-ларига асосланади. Касалликни аниқлашда серологик текшириш усулининг аҳамияти жуда катта. Серологик реакциялардан энг специфиги – риккетсияларни агглюцинация қилиш реакцияси (РАР), коплементни боғлаш реакцияси (РСК), билвосита гемагглюцинация реакцияси (РИГА), иммунофлюоресцент реакцияси (РИФ) ва аллергик синовдир.

Даволаш: Касалликнинг бошланғич ва ривожланиш даврининг кечи шига қараб қуйидаги антибиотиклар қўлланилади: тетрациклин, хлортетрациклин, тетраамицин, стрептомицин, олететрин 0,03 г дан суткада 4 марта. Иситма тушгунча ва яна 3 кун давомида тавсия этилади.

Ўткир даврда патогенетик даво чораларидан юрак-қон томирлар ишини яхшиловчи воситалар: тери остига камфора – 20%ли эритма 2-3 мл, кордиамин 1-2 мл, эфедрин – 5% ли эритма 1 мл, строфантин 0,05 % ли эритма глюкоза билан вена орасига секин-аста юборилади.

Асаб фаолиятини яхшиловчи воситалар – бромидлар, аминозин, барбитуратлар, седуксен, элениум. Тромбозни олдини олиш учун антикоагулянтлар фенилин.

Беморларни парвариш қилиш муҳим аҳамиятга эга. Ётоқ ярани олдини олиш учун беморни ўриндаги ҳолатини ўзгартириб туриш керак.

Оғир беморларнинг тагига резина доира қўйиб, думғаза, думба, курак соҳаларини камфора спирти ёрдамида артиб туриш керак.

Сийдик ажралиши ва ичаклар функциясини меъёрга ишлашини таъминлаб туриш керак.

Овқат маҳсулотлари етарли калорияда, витаминларга бой бўлиши керак. Кўп миқдорда суюқлик тавсия этилади, иситма тушгач, 7-8 кунлардан кейин юришга рухсат этилади. Агар асоратлар бўлмаса, 12 кунда касалхонадан чиқарилади.

Профилактикаси: Тошмали тифга қарши кураш асосан инфекция манбаига ва аҳоли ўртасидаги битлашни йўқотишга қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Энг муҳими тошмали тиф билан касалланган беморларни ёки тошмали тифга гумон қилинган беморларни дастлабки 5 кун мобайнида касалхонага ётқизишдир. Чунки зарарланган бит бу давр ичида касалликни юктира олмайди. Иситма тушгач, 12 кунлардан кейингина беморларни изоляция қилиш тўхтатилади.

Беморларни сан обработка қилиш муҳим аҳамиятга эга: бошдаги, қовдаги ва қўлтиқ остидаги тукларни олиниб, ёкиб юборилади: тананинг сочли соҳаларидан битларни ва сиркаларни инсектицид препаратлар билан ўлдирилади (5%ли метилацетофос совуни, 10%ли метилацетофос мази).

Инфекциянинг юқиш йўлини қирқиш педикулёзга қарши курашдан иборат. Битларни йўқотиш учун дезинсекция чора-тадбирлардан фойдаланилади. Кийим-кечак, ўрин-кўрпа, чойшаблар махсус қопга солиниб, камерали дезинфекция қилинади.

Специфич профилатика эпидемиологик кўрсатмалар асосида қилинади. Вакцинация қилиш учун қуруқ, тирик комбинирланган тошмали тиф Е вакцина си ишлатилади (ЖКСВ – Е). Риккетсияларнинг эрувчи антигенидан тайёрланган химиявий вакцина ҳам ишлатилади. Бу вакцина 1 марта 0,5 мл дан тери остига юборилади.

Брилл касаллиги.

Бу тошмали тифнинг ўн йиллардан кейин қайталанишидир.

1955-56 йилларда америкалик олимлар тошмали тифни бирламчи боши-дан кечирган беморларда риккетсиялар тўлиқ организмдан чиқиб кетмаслигини исботладилар. Риккетсиялар беморнинг ичак тутқичидаги лимфа тугунларда узок вақт ҳаёт фаолиятини сақлар экан. Нима сабабдан кўп йиллар ўтгач, риккетсияларнинг фаоллашиши ҳалигача номаълум. Брилл касаллиги тошмали тифга ўхшаб кечади, асосан ўрта даражада кўринишида. Ташхис, даволаш, профилактикаси тошмали тифга ўхшаш.

Саволлар:

1. Тошмали тиф касалигининг юқиш механизми тўғрисида гапириб беринг.
2. Тошмали тифнинг белгилари ва асоратлари.
3. Тошмали тифни даволаш, профилактикаси ва беморни парвариш қилиш хусусиятлари.

Мавзу 7. Антропозооноз инфекциялар.

Режа:

1. Антропозооноз инфекциялар: куйдирги – этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси.
2. Куйдирги касаллигининг шакллари, асоратлари, ташхис қўйиш, даволаш, профилактикаси.
3. Туляремия касаллиги, қўзғатувчиси, юқиш механизми, клиникаси, даволаш, профилактикаси.
4. Лептоспироз - қўзғатувчиси, юқиш механизми, клиникаси, даволаш, профилактикаси.

Таянч сўзлар: куйдирги – сибирь яраси, куйдирги карбункули, бубон шаклидаги туляремия, лептоспироз – иктерогеморрагик лептоспироз.

Куйдирги.

Зоонозлар (хайвонлардан юкадиган) гуруҳига кирадиган ўткир юқумли касалликдир.

Этиологияси: Куйдиргини қўзғатувчи микробни биринчи марта 1855 йилда шу касалликни нобуд бўлган от организмидан рус олими Брауэрлар топган. Куйдирги микроби (*Bacteriуа anthacis*) узунлиги 5-8мкм., йўғонлиги 1-1,5 мкм. келадиган таёқчадир. Микроскоп остида занжирга ўхшаб қатор бўлиб жойлашади. Таёқчанинг вегетатив формаси юқори температурада ва турли дезинфекцияловчи

моддалар таъсирида бир неча минут ичида ҳалок бўлади. Споралари эса ташқи муҳитга жуда чидамли, қайнатилганда 30 минутдан кейингина парчаланади. Тузланган гўштларда узоқ сақланади. 70*С даги иссиқда споралар бир неча соатгача ҳалок бўлмайди.

Эпидемиологияси: Куйдирги касаллигининг манбаи уй ҳайвонлари, асосан қатта ва майда шохли ҳайвонлар, шунингдек отлар ҳисобланади. Куйдирги билан оғриган ҳайвонлар касаллик микробларини ахлати ва сийдиги билан ташқарига чиқаради. Ҳайвон ўлгандан сўнг унинг териси, жуни, ички органлари ва қони узоқ муддат юқумли бўлиб туради. Одамларга касаллик тирик ёки ўлик ҳайвонлардан юқади. Куйдирги ҳайвонга яқин юрганда, парвариш қилганда осонгина юқади. Куйдиргидан ўлган ҳайвон териси ва жунидан тайёрланган ҳар хил мўйна буюмлар орқали ҳам юқиши мумкин. Куйдирги асосан чўпон, ветеринар ходимлари, қушхона, тери заводи ишчилари, мўйнадўзларда учрайди.

Патогенези – Куйдирги микроби организмга шилинган тери, меъда ичак шиллиқ пардалари ва ҳаво йўллари орқали ўтади. Одам организмга кирган куйдирги таёқчасининг вегетатив формасини бир қисмини фагоцитлар ютиб олади (фагоцитоз), қолганлари лимфа ва қон орқали организмга тарқалади. Куйдирги микроблари жигар, талоқ, ўпка, ичак девори, тери ости бириктирувчи тўқимасига етиб боради. Кейинчалик шу органларда улар организмни ҳимоя кучлари таъсирида ҳалок бўлади ёки инфекция ўчоқларини пайдо қилади. Бемор организмда преципитинлар, агглютининлар, комплементни бириктирувчи антителалар ҳосил бўлади. Ўлган бемор жасади ёриб текширилганида қон қуйилиб, қорайиб қолганлиги, жигар ва талоқ катталашганлиги, тўқ – қизил рангдалиги кўринади. Бошқа органларга қон қуйилади. Геморрагия юз берган жойларда қўплаб куйдирги таёқчалари топилади.

Клиникаси – Касалликнинг инкубацион даври бир неча соатдан 6 – 8 кунгача чўзилади, ўртача 2 – 3 кун давом этади.

Клиник турлари: тери ва септик тури.

Тери турида куйдирги карбункули (*pustula maligna*) деб ҳам юритилади. Куйдирги карбункули кўпинча, баданнинг очиқ ерларида (юз, бўйин, қўллар) жойлашади. Куйдирги таёқчаси кирган жойда аввало қизил тугунча (папула) пайдо бўлади. Бу тугунча тез орада пуфакчага (везикула) айланади.

Пуфакча ичида қон аралаш сероз суюқлик бўлади. Пуфакча ёрилгач, ўрнида яра пайдо бўлади, бу яра тезда қотиб, қурийди ва қўнғир рангли қора қўтир билан қопланади. қора қўтир оғримайди, лекин аста-секин катталашиб боради. Қора қўтир атрофида майда пуфакчалар пайдо бўлади, бу куйдиргига жуда характерлидир. Куйдирги карбункули атрофидаги анча жой шишиб чиқади.

Касалликнинг биринчи куни бемор бадани қакшаб, озгина бош оғрийди, дармонсизлик сезилади. Иккинчи куни бемор эти увишиб, қалтирайди ва тана ҳарорати 39-40°га кўтарилади, бош оғриғи кучаяди, уйку бузилади, тахикардия аниқланилади. Ҳарорат 5-6кундан сўнг пасая бошлайди, беморнинг аҳволи яхшиланади, карбункул ҳам қайта бошлайди: аввал шиши камаяди, 2-3 ҳафта охирида қора қўтири кўчиб тушади ва тагида чандиқ кўринади.

Куйдирги оғир ўтганда касалликнинг иккиламчи септик хили бошланиши мумкин.

Септик хили жуда кам учрайди. Касаллик алиментар ёки ҳаво-томчи йўли билан юққан ҳолларда пайдо бўлади. Баъзан тери хилининг асорати тарзида ҳам учрайди. Септик тури бирданига бошланади. Бемор эти увишиб, қалтирайди, ҳарорати 39-40°га кўтарилади. Тез-тез нафас олади, тахикардия аниқланади. Кўпинча беморнинг биқини санчиб, йўталади ва қон аралаш балғам ташлайди. Текшириб кўрилганда пневмония ва экссудатив плеврит белгилари аниқланади. Баъзан инфекцион токсик шок юз беради. Беморнинг қони ва балғамида жуда кўп касаллик микроблари топилади. Баъзи беморлар кўнгли айнаб, қон аралаш қусади, қорни қаттиқ оғрийди, қон аралаш ичи кетади. Баъзи ҳолларда беморда менингоэнцефалит белгилари пайдо бўлади.

Септик хилида беморнинг аҳволи кўпинча оғир бўлади. Тана ҳарорати 40-41°га кўтарилади, беморнинг аҳволи бирдан оғирлашиб, қайта-қайта қалтирайди, кучли тахикардия ва терида геморрагик тошма пайдо бўлади, шиллиқ пардаларга қон қуйилади, бемор қон аралаш балғам ташлайди.

Бемор олдин сопор, кейин кома ҳолатига тушиб, ўлим юзага келади.

Лаборатория диагностикаси :

1. Бактериология усул. Пуфакча суюқлиги, септик хилида бемор қони, балғами, ахлати, сийдиги махсус озуқа муҳитларига экилади.
2. Бактериоскопик – текширишга керак бўлган материалдан суртма тайёрланиб, бўялади ва микроскоп остида кўрилади.
3. Биологик усул – текшириладиган материални физиорлогик эритма билан 10 баробар суюлтириб, ундан 0,1-0,2мл олинадиган ва оқ сичқон ёки денгиз чўққасининг териси остига юборилади. Улар 10 кун кузатилади. Агар материалда куйдирги микроби бўлса, ҳайвонларда сепсис ривожланиб, 1-3 кунда ўлади.
4. Аллергик реакция – 0,1 мл микробдаги антраксин бемор қўли териси орасига юборилади. 24-49 соатдан шу жойда яллиғланиш аломатлари бўлса, реакция (+) бўлади. Қизарган ва шишган жойининг сатҳи 15 мм гача бўлса, реакция сал (+), 10-25 мм бўлса (++), 20-40 мм ва ундан юқори (+++) деб баҳоланади. Қиёсий ташхис-тери турини оддий карбункул ва ўлатдан фарқлаш керак. Оддий карбункул оғрийди, ўртасида йирингли учи кўринади, унинг атрофи қизарган бўлиб, сарғиш ранги қора кўтир ҳосил ҳосил бўлади.

Ўлатнинг тери хили қаттиқ оғрийди, ўртасидаги қора кўтир атрофида майда пуфакчалар бўлмайди. Шиш куйдиргидан анча кам бўлади.

Куйдиргини септик турини ўлатнинг ўпка формасидан фарқи, ўлат билан касалланган бемор балғамида куйдирги таёқчалари топилмайди.

Даволаш: 1. Пенициллин 6-24 млн ТБ 7-10 кун 6-9 маҳал кунига.

2. Септик хилида цефалоспорин, левомецетин, натрий сукцинат, гентамицин буюрилади.

Цефалоспорин –4-6 г.

Левомецетин натрий сукцинат 3-4 г.

Гентамицин 240-320 мгдан буюрилади.

3. Гамма глобулин касалликнинг енгил хилида 20 мл дан ўрта оғир ва оғир хилида 40-80 мл дан тайинланади.

4. Аҳволига қараб плазма, альбумин вена ичига томчилаб.

5. Тери хилида жарроҳлик усуллари кўллаш ман этилади.

Профилактика

- Инфекция манбаларини йўқотиш.
- Ҳайвонлар билан иш олиб борадиганлар махсус вакцина билан эмланадилар.
- Бемор касалхонада алоҳида хонага ётқазилади.
- Бемор уйи дезинфекция қилинади.
- Бемор билан контактда бўлганлар 8 кун назорат остида бўладилар.
- Куйдиргидан ҳалок бўлган ҳайвон ва одам жасади куйдирилади ёки махсус тобитга солиб 2 метр чуқурликка кўмилади.
- Инфекция ўчоғида бўлганлар гаммаглобулин ва пенициллин қилинади. (7-10 кун) кейин вакцина билан эмланади.

Туляремия

Туляремия ҳарорат кўтарилиши интоксикация, лимфаденит бўлиши турли органлар зарарланиши билан таърифланадиган зооноз касалликдир.

1911 йилда Маккой ва Чепин касалликни кўзгатадиган бактерияни аниқлади ва уни Калифорния штатининг Туляремия округининг номи билан туляремия деб атади (касаллик биринчи марта шу округда топилган эди).

Этиологияси. Туляремия кўзгатувчиси думалоқ ёки таёқча шаклидаги майда ҳаракатсиз, спора ҳосил қилмайдиган, юпка капсула бўладиган грамманфий микробдир. Унинг эндотоксини бор. У Маккой озуқа моддасида (тухум саригида) кўпаяди. Бак. туляренсе паст ҳароратда узок вақтларгача тирик сақланади. Қуёш нурлари 20-30 минутда, ультрабинафша моддалар уларни бир неча минутда ҳалок қилади.

Эпидемиологияси. Табиатда туляремиянинг асосий манбайи кемирувчи ҳайвонлар ва консурар ҳашоратлар (сувда ва далада яшайдиган кемирувчи ҳайвонлар, сичқонлар, ондатралар, қуёнлар ва каналар) дир. Касаллик бемордан соғлом одамга бевосита юкмайди.

Туляремия қуйидаги йўллار билан юқади ва тарқалади: 1) контакт йўли (касал ҳайвонларга яқин юриш); 2) алиментар йўл (ифлосланган сув ёки масаллиқларни истеъмол қилиш орқали); 3) ҳаво-чанг йўли; 4) транмиссив йўл (қонсўрар ҳашоротлар, масалан каналар орқали юқиш йўли). Одамлар туляремия микробларга деярли 100 фоиз сезувчандир.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 3-7 кун давом этади. Унинг ўтиш манзараси клиник формаларининг табиатига, хилларига боғлиқдир. Туляремиянинг қуйидаги клиник формалари тафовут қилинади: 1) бубонли формаси; 2) яра-бубонли формаси; 3) кўз-бубонли формаси; 4) ангина-бубонли формаси; 5) абдоминал формаси; 6) ўпка формаси; 7) тарқоқ формаси (бирламчи сепсис формаси).

Туляремиянинг ҳамма формаси тўсатдан бошланади. Бемор эти увишиб, қалтираб, ҳарорати 38-39 даражадагина кўтарилади, боши, мускуллари, айниқса болдир мускуллари, бели оғрийди, боши айланади, иштаҳаси бўғилади. Касаллик оғир ўтганида бемор қайт қилади, бурни қонайди. Бош оғриғи зўр бўлиб, ҳеч тўхтамайди, баъзан бемор алаҳлайди ҳам. Беморнинг кўзи, томоғи ва юзи қизариб кетади. Пульс аввалига тез-тез уради, кейин секинлашади. Қон босими пасаяди. Кўпчилик беморлар куруқ йўталади, ўпкада озгина куруқ хириллаш

эшитилади. Бубонли формаси. Регионар лимфа тугунларида яллиғланиш ҳодисалари бошланиб, патоген микроб кирган жойдаги регионар лимфа тугунларида бирламчи бубонлар пайдо бўлади. Патоген микроб гематоген йўли билан тарқалиб, бошқа лимфа тугунларига ҳам ўтади. Микроб кирган жой қаерда бўлишидан қатъий назар, булар ҳам бубонлар пайдо бўлади (иккиламчи бубонлар). Бубон битта ёки бир нечта бўлиши мумкин. Бошланишда зарарланган лимфа тугунлари катталашади, лекин тери клечаткасига ёпишиб кетмайди. Тугунлар аста-секин катталашиб бориб, 5-6 кунда товук тухумидек бўлиб қолади, оғриб туради. Кейин оғриқ камаёди. Кўпинча бир нечта лимфа тугуни касалланади. Бубоннинг келгуси ривожланиши уч хил бўлади: 1) бубон йиринглаб, кейин битиб кетади; 2) секин-аста кичрайиб, сўрилиб кетади; 3) фиброз тўқима билан алмашилиб йўқолиб кетади. Туляремия бубон 3-4 ойгача чузилади.

Тери-бубонли формаси. Микроб кирган жойга тугунча, пуфакча, пустила ва яра пайдо бўлади. Яра жуда секин тузалади. Касаллик трансмиссив йўл билан юққанида ана шундай формаси бошланади.

Кўз-бубонли формаси. Патоген микроб организмга кўз шиллик пардаси орқали кирганида касалликнинг шу формаси пайдо бўлади. Конъюнктивит бошланиб, кўз қовоғи шишади, кўз шох пардаси кичкина ярачалар ва тугунчалар кўринади. Регионар лимфа тугунлари (кулоқ олди, жағ ости ва олдинги бўйин тугунлари катталашади). Касалликнинг бу формаси узоқ тузалади.

Ангина-бубонли формаси. Некротик ангинадан бошланади. Бодомча беги қизариб шишади, катталашади ва худди дифтериядагига ўхшаб оқ кулранг парда билан қопланади. Бўйин кулоқ олди ва жағ ости лимфа тугунлари шишиб катталашади. Туляремиянинг бу формаси сув ва озиқ-овқат орқали юққан ҳолларда учрайди.

Абдоминал формаси. Бу формада мезентериал лимфа тугунлари катталашади, беморнинг қорни оғрийди. Баъзан оғриқ, жуда кучли бўлади, бемор қайт қилади.

Тарқоқ формаси. Кучли интоксикация бўлиб, бемор алаҳлайди, баъзан беҳуш бўлиб ётади. Боши қаттиқ оғрийди, мускуллар ҳам оғриб туради. Иситма эгри чизиои тўлқинсимон бўлади. Баданда розеола тошмаси пайдо бўлиб, бирикки ҳафта сақланиб туради. Тошма пайдо бўлганида бўғимлар шишади ва оғрийди.

Ўпка формаси. Бу формаси касаллик ҳаво-чанг йўли билан юққан ҳолларда пайдо бўлади. Бу форманинг икки хили учрайди: 1) бронхит хили (асосан ҳаво йўллари зарарланади); 2) пневмоник хили (ўпка паренхимаси зарарланади). Беморда бронхит, ларингит, трахеит аломатлари кўринади. Пневмония икки ойгача чўзилади. Пневмонияда ҳарорат юқори бўлади, физикал симп томлар аниқланади. Пневмония зўриқиб ва қайталаниб туради. Туляремия да менингит, менингоэнцефалит, вегетатив неврозлар учрашиши мумкин. Лаборатория диагностикасида уч хил: биологик, серологик ва аллергик усулларида фойдаланилади. Биологик усул. Беморнинг баданидаги бубонидан, томоғидан олинган шилимшиқ, кўздан оқадиган суюқлик, терисидаги пуфакчадан олинган суюқлик, лаборатория ҳайвонларига (оқ сичқонлар, денгиз чўчқаси) юборилади.

Серологик усул. Агглютинация реакция қўлланилади, бу реакция тури 1:100 ва бундан юқори бўлса, натижаси мусбат ҳисобланади. Аллергик реакция. Касалликнинг 5-6 кунидан бошлаб бу реакция ижобий натижа беради. Тери остига 0,1 мл тулярин юборилади. Тулярин юборилган жойда яллиғланиш белгилари пайдо бўлиши беморда туляремия борлигидан дарак беради. Давоси. Туляремияда стептомицин, тетрациклин ва левомецетин яхши натижа беради. Стрептомицин бир кунда 500000-1000000 ТБ дан босим 8-10 кун мускул орасига юборилади. Туляремиянинг ўпка ва тарқоқ формаларида беморга стрептомицин, доксициклин-0,2 граммдан, левомецетин 2-2,5 граммдан тайинланади. Бу антибиотиклар бемор ҳарорати нормаллашгандан кейин яна 5-7 кун берилади. Антибиотиклар билан бир вақт вакцинотерапия ҳам қўлланилади. Вакцинани тери орасига, мускул орасига ва венага 3-5 кун оралаб 10-12 марта юборилади. Вакцина дозаси аста-секин кўпайтирилиб борилади. Бубон ва яраларга индифферент малҳамлари қўйиш ҳам тавсия этилади. Бубонлар юмшаб, флюктуация пайдо бўлса, уларни жарроҳлик усули билан кесиб ёрилади. Беморлар касаллик симптомлари барҳам топиб, обдон соғайганидан кейин уйга жўнатилади.

Профилактика. Асосий-чора тадбирлар кемирувчи ҳайвонлар ва каналарни киришга қаратилгандир. Касаллик юқиш хавфи бор одамлар эмланади. Аҳоли орасида тушинтириш ишлари олиб бориш муҳим аҳамиятга эга. Эпизоотия вақтида инфекция ўчоғида яшовчи аҳоли тирик туляремия вакцинаси билан эмланади.

Лептоспирозлар.

Лептоспирозлар ҳар турли лептоспоралар кўзгатадиган ва ҳайвонлардан (кемирувчилар ва уй ҳайвонларидан) юқадиган зооноз касалликларидир. Клиникаси ва эпидемиологик хусусиятларига қараб лептоспирозлар икки гуруҳга бўлинади:

1. Иктерогеморрагик лептоспироз (Васильев-Вейль касаллиги);
2. Сариксиз лептоспироз (сув иситмаси).

Васильев – Вейль касаллиги.

(иктерогеморрагик лептоспироз).

Васильев-Вейль касаллиги қайталанадиган иситма, буйрак, жигарнинг зарарланиши, бемор баданининг сарғайиши, геморрагик аломатлари билан характерланадиган юқумли зооноз касалликдир.

Этиологияси. Касалликнинг иктерогеморрагик лептоспира кўзгатади. У ҳаракатсиз сперохета бўлиб, бир нечта буралган жойлари бор. Лептоспиралар кўндалангига бўлиниб кўпаяди. Улар эритроцитларни парчалаш (гемолиз) хусусиятига эга. Куённинг 5% ли зардобида, агарда фибриногенидан ҳалос бўлган 5% қонда кўпаяди. У сувда, нам тупроқда узоқ яшай олади. Қизитилганда ва куёш нури таъсирида тезда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Табиатда инфекциянинг асосий манбаи каламушларлардир. Каламушларда лептоспироз касаллига сурункали давом этади ва сийдиги орқали ташқарига кўп миқдорда лептоспиралар чиқаради ва сув, тупроқ ва озиқ-

овқат маҳсулотларни ифлослантиради ва сўнгра лептоспиралар одамларга юқади. Ифлосланган сувда чўмилганда ёки сув ичганда инфекция осонгина юқади. Лептоспироз озиқ-овқат омборларида, магазинларда, ошхона ларда ишлайдиган кишиларда кўп учрайди. Шунингдек, у шахтёрлар, шоликор лар, сув қувурлари-канализация системалари ишчилари орасида ҳам тез-тез учраб туради. Лептоспироздан сўнг 5 йилдан кўп сақланадиган иммунитет қолади.

Клиникаси. Инкубацион давр 1-2 ҳафта давом этади. Касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг эти увишиб, қалтирайди ва ҳарорати кўтарилади. Кучли интоксикация безовта қилади. Беморнинг дармони куриб, бўшашади, боши қаттиқ оғрийди, қусади, ичи кетади, мускуллари қакшайди. Болдир мускул ларининг оғриши жуда характерлидир, у 3-4 кун давом этади. Беморнинг башараси қизарган ва бўртган бўлади, учук тошади. Беморнинг томоғи оғрийди, ҳалқуми қизаради. Касаллик бошлангандан 3-4 кун ўтгач, беморнинг кўзи ва бадани сарғаяди. Сарик кам ёки кўп бўлиши мумкин.

Касаллик оғир ўтганда геморрагик белгилари кўринади. Баданга петехия тошма тошади. Терида шиллик пардаларда, тиш милкида қон қуйилиш аломатлари кўринади. Бемор қон аралаш қусади. Сийдик, балғам қон аралашган бўлади. Беморнинг оғзи тахир бўлади, кўнгли айнайди, баъзан қусади. Қон аралаш ичи кетади ёки ичи келмайди. Беморнинг жигари катталашади. Учдан бир беморда талоқ ҳам катталашади. Беморнинг деярли ҳаммасида буйраклар зарарланади. Сийдикда эритроцитлар, оксил моддалар, гиалин цилиндрлари кўринади. Касаллик энг зўриққан вақтда олигурия, бемор аҳволи тузала бошлагач, полиурия бўлади. Баъзан қонда қолдиқ азот кўпаяди. Иситма даврида беморнинг боши қаттиқ оғрийди, уйқуси қочади, безовта бўлади.

Беморнинг 10-15%да менингиал симптомлар аниқлади, орқа мия суюқлигида менингитга хос ўзгаришлар топилади. Касаллик оғир ўтганда, нефрозо-нефрит аломатлари кўринади, бурида, бачадонда, ўпкадан қон келади. Жигар дистрофияси кам учрайди. Касалликнинг тўсатдан бошланиши, қалтираш билан ҳароратни юқори кўтарилиши, қайталайдиган иситма ва болдир мускулларининг оғриши, геморрагик синдром, баданни сарғайиши, талоқнинг катталашиши, буйракда юз берадиган ўзгаришлар – Васильев-Вейль касаллигига характерлидир. Ҳарорат 5-10 кун давомида юқори бўлиб туради ва сўнгра аста-секин пасаяди. Орада 3-15 кун ўтгач, ҳарорат яна кўтарилиб, 3-8 кун ўтгач пасаяди. Иккинчи марта ҳарорат кўтарилганда интоксикация биринчи галдагидак камроқ бўлади. Касалликнинг бундай рецидиви 1-2 марта камдан-кам 3 марта қайтарилади. Касаллик одатда 3-3,5 ҳафта давом этади. Баъзан 2-3 ойгача чўзилади.

Қон текширилганда –гипохром анемия (40-50 гемоглобин 2-3 млн эритроцитлар), ретикулоцитоз, нетрофил лейкоцитоз (12000-20000) аниқланади. Интоксикация камайиши билан аста-секин лейкоцитоз камая боради. Лейкоцитар формулада чапга силжиш метомиелоцит ва миелоцитларга бўлади. Эозинофиллар камаяди ёки эса бутунлай йўқолади. ЭЧТ 40-50 мм/сгача тезлашади. Тромбоцитлар миқдори камаяди.

Соғайиш даври 2-3 ойгача чўзилади. Бемор анча вақтгача ўзига келолмай, кам қувват бўлиб, силласи қуриб юради. Кўпинча бемор ҳеч қандай қолдик аломатларсиз соғайиб кетадилар.

Асоратлари. Васильев-Вейль касаллигига кўпинча пневмония, плеврит, бронхит, перикардит, миокардит, отит қўшилади. Кўз конъюнктивасига, тўр пардасига қон қўйилади, иритлар, иродоциклитлар учрайди.

Лаборатория диагностикаси. 1. Бактериоскопик усул. Беморнинг ҳарорати юқори бўлган вақтда венадан 1 мл қон олиб 2 мл цитрат қўшилади, сўнгра центрифугада айлантирилади. Суюқликнинг чиққан қисмидан суртма тайёрлаб Романовский усули билан бўялади ва микроскоп остида кўрилади, томчи ҳам тайёрлаш мумкин. 2. Агглютинация-лизис реакцияси. Бу реакция касалликнинг биринчи ҳафтаси охиридан бошлаб ижобий натижа беради. Бу реакцияда агглютинация билан бир вақтда лептоспираларнинг лизиси (емирилиш) юз беради. Шу сабабли агглютинация-лизис реакцияси деб юртилади. Реакция титрининг 1:200 ва ундан кўп диагностик қимматига эга. 3. Биологик усул. Беморнинг қони ёки сийдигини (2-3 мл миқдорида) денгиз чўчқаси қорин бўшлигига юборилади ва 15 кун кузатилади. Агар беморда Васильев-Вейль касаллиги бўлса, денгиз чўчқаси 4-5 кун ўтгач, касалланади. Уларда сариқ ва геморрагик синдром ривожланади, сўнгра ҳайвонлар ҳалок бўладилар.

Давоси: Пенциллин билан даволаш яхши натижа беради. Бу препарат 5-6 давомида, кунига 3 дан 12 млн. бирликкача мускул орасига юборилади. Тетрациклин ҳам кунига 0,8-1,2 граммдан 5-6 кун ишлатилади. Касаллик оғир ўтганда иккала антибиотик баравар ишлатилади. Лептоспирозларга қарши гамма – глобулин ҳам қўлланилади. У биринчи куни 10-15 мл, кейинги икки кун давомида 5-10 мл дан мускуллар орасига юборилади. Булардан ташқари интоксикацияга қарши ва бемор организмнинг куч-қувватини оширадиган, ички органлар функцияларини нормаллаштирадиган дорилар ишлатилади. Қон оқитиш тўхтатиш учун кальций хлорид, викасол берилади. Витаминлар бериш ҳам тавсия қилинади.

Саволлар:

1. Куйдирги бациллаларининг чидамлилиги ва уларни дезинфекция қилиш усуллари тўғрисида гапириб беринг.
2. Куйдирги касалликларининг клиник шаклларини айтиб беринг.
3. Куйдирги билан оғриган беморларни парвариш қилиш хусусиятларини гапириб беринг.
4. Куйдиргини даволаш ва профилактикаси.
5. Туляремия билан одамларни зарарланиш йўллари айтиб беринг.
6. Туляремиянинг клиник шакллари айтиб беринг.
7. Туляремиянинг ташхиси, даволаш ва профилактикаси.
8. Лептоспироз касаллигининг характерли белгилари тўғрисида гапириб беринг.

Мавзу № 8. Болалар инфекциялари.

РЕЖА:

1. Қизамиқ, қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш, олдини олиш.
2. Сувчечак, қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
3. Қўкйўтал, қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
4. Дифтерия, қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиник шоклари, даволаш, профилактикаси.
5. Скарлатина, қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш, профилактикаси.

Таянч сўзлар: Бельский-Филатов тошмалари, йирик доғсимон тошмалар, Борде-Жангу бактериялари, йўтал хуружи, АКДС вакцинаси, дифтерия хуружи, сувчечак, скарлатина, ангина, Лёффлер таёқчаси.

Қизамиқ.

Қизамиқ асосан болаларда учрайдиган ўткир инфекцион касаллик бўлиб, умумий интоксикация, нафас йўллари шиллиқ пардаларида сезиларли даражада катарал яллиғланиш (йўтал, тумов, конъюнктивит) пайдо бўлиши ва бутун баданга доғсимон-папулёз тошма тошиши билан характерланади.

Қизамиқнинг қўзғатувчиси филтрланувчи вирусдир, касалликнинг бошланғич даврида бу вирусни бемор бурун-ҳалқумининг шилимшиғидан ва қондан ажратиб олиш осон. Одам организмидан ташқарида бу вирус чидамсиз бўлади ва тез ҳалок бўлиб кетади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи беморлардир, беморлар касаллик инкубацион даврининг сўнгги икки кунидан ва касалликнинг дастлабки 3-4 кун давомида (продромал даврда) ҳаммадан ҳафли бўлиб қолади. Кейинги кунларда (баданга тошма тошадиган, қизамиқ "гули" пайдо бўладиган даврда) касалликнинг юқиш эҳтимоли камаяди. Тошма тошгандан бошлаб ҳисоб лаганда 5- кундан (пигментация давридан бошлаб) бемор атрофдагиларга бехатар бўлиб қолади. Қизамиқнинг асоратлари (масалан, пневмонияси) бор беморлардан касаллик юқиш ҳафи касаллик бошидан ҳисоблаганда 10-кунгача сақланиб туради. Шундай қилиб, қизамиқ касаллиги юқа оладиган даврнинг умумий муддати 10-15 кундир.

Инфекция ҳаво - томчи йўли билан ўтади, қизамиқ қўзғатувчилари юқори нафас йўллариининг шиллиқ пардалари орқали организмга кирганда касаллик юқиб қолади. Қизамиқ вируси ҳаво оқимлари билан бемордан анча нарига тарқалиши мумкин. Қўшни хонада турган болалар, беморга бевосита яқин юрмаса ҳам, уларга қизамиқ юқиб қолиши мумкин. Шу нарса инфекциянинг тез тарқалиб кетишига ва бу касалликка берилувчи болаларнинг ҳаммасига юқиб қолишига сабаб бўлади.

Одам қизамиққа жуда берилувчан бўлади. 1 ёшдан 8 ёшгача бўлган болалар орасида қизамиққа ҳаммадан катта берилувчанлик қайт қилинади.

Қизамиқ билан оғриб ўтиш одатда умр бўйи сақланиб қоладиган мустах кам иммунитет пайдо бўлишига олиб келади.

Клиник манзараси. Касалликнинг 4 даври тафовут қилинади: инкубацион, продромал даврлари, тошма тошиш ва тошманинг пигментацияланиш даврлари.

Инкубацион давр одатда 9-10 кун давом этади. Эмланмаган болаларда 17 кунгача, эмланган болаларда 21 кунгача чўзилиши мумкин.

Қизамиқнинг продромал ёки катарал даври ўртача 3-5 кун чўзилади. Касалликнинг бошланиши тана температураси кўтарилиши ($38-39^{\circ}\text{C}$), тумов, йўтал(баъзан кув-кув йўтал), конъюнктивит пайдо бўлиши, беморнинг ёруғликка қарай олмай қолиши билан бирга давом этиб боради. Продромал даврнинг 2-3-кунидан бошлаб, юқори нафас йўллари шиллиқ пардаларидаги ўзгаришлар зўрайиб боради. Тана температураси субфебрил даражаларгача пасаяди. Лунжнинг шиллиқ пардасида типик ўзгаришлар-Бельский-Филатов-Коплик доғлари: қизил гардишча билан ўралган майда-майда доғчалар (папулалар) пайдо бўлади. Лунжнинг шиллиқ пардалари ўзининг ялтироқ лигини йўқотиб, худди устига кепак сепиб қўйилгандек ғадир-будир, юмшоқ бўлиб қолади. Бельский-Филатов доғлари 2-3 кун туради, кўпинча гул тошиш даврининг 1- ва 2-куни сақланиб туради. Касалнинг ташқи кўриниш характерга эга: юзи кerkкан, кўзлари қизариб чиққан, ковоқлари шишган, кўзидан ёш оқиши, ёруғликка қарай олмаслик, бурундан сероз суюқлик келавериши безовта қилади. Касалнинг бу даври гул тошиш даври билан алмашинади.

Гул тошиш даври тана температурасининг яна $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши билан бошланади. Температура 2-3кун шу ҳолда турганидан кейин, касал ликнинг 7-9 кунига бориб пасая бошлайди. Гул тошиш даврининг 1-куниданок юз териси ҳамда кулоқлар орқасида йирик-йирик бўладиган қизамиқ тошмаси юзага келади. Бу тошма юз, бўйин ва бурун-лаб учбурчаги соҳасини қоплаб олади. Иситма чиқиб, тана температураси кўтарилган даврнинг 2-кунидан бошлаб баданда тошма пайдо бўлади, тошмалар бир-бирига қўшилган, лекин тошма элементлари остида терининг нормал кўриниши сақланиб қолган бўлади. 3-куни тошма асосан қўл-оёқлар терисига тарқалади. Тошма ҳар хил бўлиши мумкин. Тошма қандай кетма-кетликда тошган бўлса, шундай кетма-кетликда йўқолиб боради.

Баданга тошма тошган жойларда тошма сўниб кетгандан кейин пигментация пайдо бўлиб, ўша жойлар кепаксимон майда-майда пўст ташлаб туради.

Гул тошиш даврида интоксикация ҳодисалари зўрайиб боради. Бола уму ман бўшашиб, кўзларини юмиб ётади, арофдагилар билан истар-истамас муоми ла қилади, боши оғриғи зўрайиб, иштаҳаси йўқолади, уйқуси бузилади, баъзан безовталиқ, алаҳлаш пайдо бўлади ёки касал қиска муддат талвасага ҳам тушади. Кўкрак қафас органлари текшириб кўрилганда кўпинча трахеобронхит ҳодисалари, баъзи касалларда эса ўпка эмфиземаси топилади. Ёш болаларда диспепсик ҳодисалар кузатилади.

Қизамиқ вирусининг таъсири умумий иммунитетнинг сусайиб қолиши, сенсibilланиш ҳаммадан кўра кўпроқ намоён бўладиган организм система

ларида (нафас йўллари, ичак шиллик пардаларида) маҳаллий сенсibilланиш ўчоқлари пайдо бўлиши билан ифодаланади. Шу тариқа асоратлар вужудга келиши ва бошқа касалликларга ортиқча берилувчан бўлиб қолиши учун гўё замин ҳосил қилинади.

Қизамикнинг енгил, ўртача оғир ва оғир формалари тафовут қилинади. Оғир формаси тана температурасининг баланд (40°C ва ундан юқори) кўтарилиши, сезиларли даражада умумий заҳарланиш симптомлари бўлиши (эс оғиб, алаҳлаш, талвасага тушиш), ҳансираш ва цианоз билан бирга давом этади; аксари диффуз бронхиолит борлиги топилади. Мана шундай ҳолларда иситма даврининг 2-3 кунни ҳам касал ўлиб қолиши мумкин. Оғир гипотрофия маҳалида қизамиқ онда-сонда тошадиган тошмалар ва унча билинмайдиган бошқа симптомлар билан давом этиб бориши мумкин. Лекин бундай ҳолларда касаллик оғир ўтади, бунга аксари асоратлар қўшилади ва бемор ўлиб қолиши мумкин.

Қизамиқ антибиотиклар билан даволанган болаларда (масалан, пенцил лин, левомецетин ва бошқалар билан даволанган болалар) баъзан атипик равиш да ўтади. Бундай ҳолларда касаллик ва тана температурасининг субфебрил даражада кўтарилиши, тошмалар тошиб бориш босқичларининг айланиши, баъзан қизамиқ учун характерли симптомлар (Бельский-Филотов-Коплик доғлари, қизамиқ энантемаси ва бошқалар) бўлмаслиги билан ўтиши мумкин.

Қизамиққа қарши эмланган болалар шу инфекция билан оғриб қолган тақдирда касаллик уларда енгил ва аксари атипик тарзда ўтади.

Давоси. Беморни озода тутиб, унга ғамхўрлик билан қараб бориш, касаллик асоратлари ҳамда иккиламчи инфекцияларнинг олдини олиш катта аҳами ятга эга. Қизамиқ билан оғриган беморларнинг кўпчилиги касалхонага ётқизил майди, уйда даволаб борилади. Касал ётадиган хона озода бўлиши, унга доимо янги ҳаво кириб туриши зарур, касалга очик дераза яқинида ёки айвонда ухлашга шароит яратиш лозим. Тери ва шиллик пардаларни озода сақлаш шарт. Бунинг учун юз ва қўлларни тез – тез ювиб, касални вақти- вақтида илиқ ваннада чўмилтириб туриш керак. Кўзга кўриниб турадиган шиллик пардалар ҳар куни тозалаб қўйилади: кўзларни ювиб, бурунни шилимшиқ ва қалоқлардан тозаланади, лабларга ёғ суриб қўйилади. Беморнинг оғиз бўшлиғини тоза сақлаш учун унга тез-тез суюқлик ичириб туриш керак (чай, глюкоза, изотоник натрий хлорид эритмаси, шарбатлар). Каттароқ ёшдаги болалар вақти-вақтида оғзини чайиб туриши керак.

Овқат тўйимли, юқори калорияли ва витаминларга бой, боланинг ёшига тўғри келадиган бўлиши лозим. Овқатни суюқ ёки ярим суюқ ҳолда берган маъқул. Аскорбин кислотаси, ретинол, В гуруҳ витаминлари буюриш мақсадга мувофиқдир. Симптоматик воситалар тариқасида либексин, йўтал вақтида кодеин, кучли безовталаниш вақтида бром препаратлари-фенобарбитал қўлланилади. Қизамиқ пневмонияси билан оғриган беморларга педиатрияда қабул қилинган умумий қоидаларга мувофиқ даво қилиб борилади: антибиотиклар қўлланилади, кислород танқислигига қарши кураш олиб борилади, қон, плазма қуйиб турилади, венадан глюкоза юборилади, нафас марказларига ва томирларни ҳаракатлантирувчи марказга рефлексор йўл билан таъсир этиб бориш чоралари ўринлидир, касаллик оғир ўтганида кортикостероидлар қўлланилади. Қизамиқ ларингитларида антибиотикларни барвақт буюриш ўринлидир. Қизамикнинг

бошқа асоратларига белгиланган касаллик диагнозига қараб даво қилиб борилади.

Профилактикаси. Қизамиқнинг специфик профилактикаси сўнгги вақтларга қадар асосан пассив иммунлаш нормал қон зардобида бўладиган тайёр антителоларни организмга юборишдан иборат. Бироқ пассив иммунлаш таъсири қисқа бўлади ва 3-4 ҳафтадан ошмайди.

Қизамиқнинг олдини олиш учун актив иммунлаш ўтказилади. Болаларда актив иммунитетни юзага келтириш учун иммунологик ва эпидемиологик жиҳатдан жуда яхши натижа берадиган заифлаштирилган тирик қизамиқ вакцина сиқулланилади. Қизамиқ билан оғримаган 15-18 ойли болалар қизамиққа қарши эмланиши керак. Эм дори (вакцина) 0,5 мл миқдорда тери остига бир марта юборилади. Эмланган болаларнинг деярли ҳаммасида иммунитет пайдо бўлади ва бир неча йил давомида (5-7 йилдан ортиқ) сақланиб туради.

Сувчечак.

Сувчечак вируслар кўзғатадиган ўткир инфекцион касаллик бўлиб, тана ҳарорати кўтарилиши ва тери ҳамда шиллиқ пардалар, гоҳи ички органларнинг зарарланиши билан ҳарактерланади, бу касаллик вақтида тери ва шиллиқ пардаларда юзага келадиган ўзгаришлар лимфа билан тўлиб турган майда-майда тиниқ пуфакчалар кўринишида бўлади, бу пуфакчалар кейин-чалик сурилиб кетади ва ўрнида қора қўтир ҳосил бўлади. Соғайиш даврида қорақўтир чандиқ ҳоли қилмасдан тушиб кетади.

Этиологияси. Сувчечак кўзғатувчиси филтёрланувчи вирусдир. Сувчечак вируси атрофдаги муҳитда чидамсиз бўлади, тез ўлиб кетади. Табиий шароитларда сувчечак вируси фақат одамда яшаб кўпаяди, жуда танловчан бўлади ва асосан терининг эпителиал ҳужайраларини зарарлайди.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи инкубацион даврнинг сўнгги икки кунини бутун тошма тошиш ва везикулалар пайдо бўлиш даврини бошидан кечираётган касалдир.

Инфекция ҳаво-томчи йўли билан тарқалади. Касалликнинг юқиши учун бемор билан бевосита мулоқатда бўлиши шарт эмас. Бу касалликка болалар жуда бериловчан бўлади. Сувчечакнинг шамол билан тарқаладиган ёки учиб юрадиган касаллик деган маънодаги русча «ветрянка» ёки «летучка» деган номлари бежиз эмас. Вирус атрофидаги муҳитда чидамсиз бўлгани туфайли инфекция буюмлар ва учинчи шахслар орқали тарқалмайди. Сувчечак билан 5 ёшгача бўлган болалар кўпроқ оғрийди. Инфекция билан оғриб ўтганидан кейин умр бўйи сақланиб кетадиган мустаҳкам иммунитет пайдо бўлади.

Клиник манзараси. Инкубацион давр ўртача 14 кун, баъзан 2 кунгача қисқаради ёки 21 кунгача узайиб кетади. Продромал ҳодисалар аскари бўлмайди ёки суст ифодаланган бўлади.

Сувчечак тошмаси аксари тана температураси кўтарилиши билан баровар тошади, пуфакчалар оладиган ўрнининг тайини йўқ. Тошма юзда, бошнинг сочи қисмида, гавда ва қўл-оёқларда пайдо бўлади; қўл-оёқ қафтларида эса, тошма одатда бўлмайди. Тошма элементлари энди пайдо бўлиб келаятганда доғси монпапуллёз бўлиб, катталиги тарик донидан то нўхот донидек келади, лекин тез

орада ўртасида ичи тиниқ суюқлик билан тўлган нозик пуфакча (везикула) пайдо бўлади.

1-2 кун сақланиб туради, игна санчиб кўрилганида пучайиб, тезгина қурийди-да, юзи қўнғир қорақўтир бўлиб қолади. Сувчечак тошиб келаётганида беморни қичишиш безовта қилади. Сувчечак тошмаси бир йўла тошмасдан, кўпинча тўхтаб-тўхтаб, 1-2 кун оралатиб 2-3 йўла тошади. Температура эгри чизиғи тошма тошиш динамикасини акс эттиради. Температура кўтарилганда боланинг умумий аҳволи ўзгариб, у инжиқ, серхархаша бўлиб қолади, иштаҳаси пасаяди, уйқуси бузилади. Касалликни бошидан ҳисоблаганда 3-5 кун ичига везикула лар қорақўтирларга айланиб, температураси нормал даражага пасаяди, касалнинг ўзини сезиши яхшиланади, уйқуси, иштаҳаси жойига келади. Қорақўтир лар бадан терисида 1-2 ҳафта сақланиб туради, кейин ўрнида нозик доғ қолдириб тушиб кетади; одатда чандиқлар қолмайди. Типик ҳолларда бу касаллик эсон-омон ўтади. Баъзи ҳолларда касаллик тана температураси кўтарилмагани ҳолда яккам-дуккам пуфакчалар пайдо бўлиши билан маълум берса, бошқа ҳолларда бир талай тошма такрор тошиб сезиларли даражада (39-40°C) иситма ва умумий интоксикация бўлади. Камдан-кам ҳолларда сувчечак везикулалари ичида йиринг бўладиган пустулаларга айланиб кетади, буларнинг атрофида яллиғланишга алоқадор бир мунча кескин ифодаланган гиперемия гардиши бўлади. Касалликнинг пустулёз формаси деб, шуни айтилади, у анча узоқ ва оғир ўтади. Қорақўтирлар тушиб кетгандан кейин ўрнида битта-яримта чандиқлар қолиши мумкин.

Сувчечакда камдан-кам асоратлар учрайди. Айрим ҳолларда стоматит, ларингит ёки нафас йўллари стенози – «сувчечак крупи» га хос клиник кўринишлари бўлади. Аҳён-аҳёнда энцефалит, менингит ҳоллари кузатилади, шунингдек ич ки органлар: ўпка, жигар, талоқ, юрак сувчечак туфайли зарарланиб қолади.

Ташхиси. Сувчечак симптомлари суст ифодаланган бўлса ҳам, бу касалликни аниқлаб олиш кўпчилик ҳолларда қийинчилик туғдирмайди. Ташхисноаниқ бўлганда беморни бошқалардан ажратиш алоҳида (боксга) ётқазиб қўйиш ва аҳволининг қандай бўлишини уч кун давомида кузатиб бориш зарур.

Давоси. Гигиеник режим ўрнатиш зарур, тана температураси кўтарилиб турган пайтда бола ўринда ётиши керак. Баданини қашлаб қорақўтирларни кўчириб ташламайдиган бўлиши, тирноқларини калта қилиб олиб қўйиш лозим. Йирингли инфекция ўтиб қолишига йўл қўймаслик учун ўрин-бошини озода сақлаш лозим. Везикулалар яхшироқ қовжираб бориши учун устига калий перманганатнинг 2% ли эритмаси ёки бриллиант яшилнинг спиртдаги 1-2% ли эритмаси суртиб турилади, терига индифферент суртма дорилари ёки қиздириб доғ қилиб олинган ўсимлик мойи суриб қўйилади. Қорақўтирлар қовжираб келаётган даврда илиқ ванналар қилиш тавсия этилади.

Йирингли асоратларда антибиотиклар қўлланилади. Касалликни гангреноз формасида ва у чўзилиб кетган ҳолларда стимулловчи терапия буюриш зарур. (гамма-глобулин юбориш, плазма, қон қуйиб туриш).

Профилактикаси. Инфекция ўчоғида эпидемияга қарши чора-тадбирларни амалга ошириш катта аҳамиятга эга. Касални уй шароитларида бошқалардан ажратиш алоҳида қилиб қўйилади ва дард оғир ўтган ҳамда асорат берган

ҳоллардагина даволаниш учун инфекцион касалхонага юборилади. Сувчечак билан оғриган касални бошқалардан ажратиб, алоҳида қилиб қўйиш муддати баданда тошма пайдо бўлган пайтдан бошлаб ҳисоблаганда 9 кун. Касалга яқин юрган болалар (ясли ва мактабгача тарбия ёшидаги болалар) гуруҳи учун 21 кунга карантин белгиланади. Бундай болаларни ажратиб, алоҳидалаб қўйиш муддатлари беморга яқин юрилганлик ҳодисаси аниқланганидан кейин 11- кундан 21- кунгача давом этади (қаттиқ карантин). Сувчечак билан оғриб ўтган болалар баданидаги қорақўтирлар тушиб кетганидан кейин болалар боғчасига қўйилади.

Кўкйўтал.

Кўкйўтал – ўткир юқумли касаллик бўлиб, циклик кечиш ва ўзига хос йўтал хуружи билан характерланади.

Этиологияси. Касалликнинг қўзғатувчиси – калта таёқча шаклидаги бактерия бўлиб, бельгиялик олим Борде ва француз олими Жангу томонидан 1906 йилда очилди.

Кўкйўтал таёқчаси ташқи муҳит шароитига чидамсиз: қуёш нурининг тўғридан-тўғри таъсири натижасида 1 соатда 56°C да 10-15 минутда ўлади, дез инфекцияловчи воситалар таъсирида тезда ўлади.

Инфекция манбаи - бемор одам ва бактерия ташувчи. Касаллик ҳаво-томчи йўли билан юқади. Гаплашганда, йўталганда, акса урганда Борле-Жангу бактериялари сўлакнинг, балғамнинг майда томчилари билан ҳавога ўтади, ке йин соғлом одамни нафас йўлларига тушади. Бемор одам қўзғатувчини касал ликнинг 4-6 ҳафталаригача ажратади. Касаллик бемор билан контактда бўлган дагина юқади. Атрофдаги предметлар орқали юқиш мумкин эмас, чунки бакте риялар организмдан ташқарида тез нобуд бўлади. Кўкйўтал билан 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар кўпроқ оғрийди, лекин баъзан 1 ёшгача бўлган болалар ҳам касалланиши мумкин. Касалликдан сўнг қатъий иммунитет ҳосил бўлади, қайта касалланиш деярли учрамайди.

Клиникаси. Инкубацион даври 2-15 кун, ўртача 5-9 кун. Бу даврда касалликнинг белгилари кўринмайди. Касалликнинг кечишида 3 та давр фарқланади: катарал, йўтал хуружи ва соғайиш.

Катарал давр – 2 ҳафта давом этади. Касалликнинг бошланиши умумий дармонсизлик, тумов, кучаювчи йўтал, тана ҳарорати субфебрил 37-38°C, кейин нормага тушади. Касаллик бошланганда 7-10 кундан кейин йўтал йўтал хуружи даражасига этади ва қайт қилиш қўшилади. Хуруж вақтида юз шишади, кўкаради, ихтиёрсиз сийдик ажратиш ва дефекация вужудга келади.

Йўтал хуружи даври – 1-5 ҳафта давом этади. Хуруж суткасига 10-50 мартагача кўпаяди Хуруж давомли бўлиб (2-3 минут), чуқур хуштакли нафас олиш билан кечади. Йўтал хуружи қанча кўп ва давомли бўлса, касаллик шунча оғир кечади.

Соғайиш даври – 1-3 ҳафта давом этади. Йўтал кучсизлашиб, хуружлар камайиб боради, соғайиш даври бошланади.

Кўкйўталнинг умумий давомлилиги 5-12 ҳафта булиб, бемор 30 кун давомида инфекцияни юктириши мумкин.

Қон текширилганда лейкоцитоз (лимфоцитоз) аниқланади.

Асоратлари: пневмония, бронхит (айниқса 1-3 ёшли болаларда), нафаснинг тўхтаб қолиши, бурундан қон кетиши.

Ташхис. Клиник белгиларга ва лабораторияда балғамни Борде-Жангу бактериялари борлигига бактериологик текшириш натижаларига асосланади.

Даволаш. Касалликни қандай оғирликда кечаётганлигидан қатъий на зар, антибиотиклар тавсия этилади. (эритромицин, ампициллин ва бошқалар). Эритромицин 1 кг тана вазнига 500-10000 ТБ данкунига 4 марта ичилади. Ампициллин катталарга 0,5 г дан кунига 4-6 марта ичилади, болаларга 1 кг тана оғирлигига 100 мг дан суткасига 4-6 марта берилади. Касалликнинг оғирлигига қараб, 5-10 кундан 2-3 ҳафтагача бериш мумкин.

Даволашда тўғри ташкил қилинган парвариш муҳим ўрин тутди. Бемор алоҳида хонада жойлаштирилади. Хона суткасига 2 марта тозаланади, шамол латиб турилади. Тана ҳарорати юқори бўлганда, асоратларда ётоқ режими тавсия қилинади. Бемор бола, агар иситмаси бўлмаса, соғлом болалардан ажра тилган ҳолда кўп вақтини тоза ҳаволи жойларда ўтказиш керак. Айтиқса, совуқ тоза ҳаво кўкйўтал билан оғриган бемор болаларга яхши таъсир қилади. Болаларни тез-тез кам-кам овқатлантириб туриш керак.

Профилактика. Беморни уй шароитида ажратиб (изоляция) қўйиш керак. Касалликнинг 30 кунигача. 7 ёшгача бўлган болалар, агар кўкйўтал билан оғриган ва эмланмаган бўлса, бемор билан контактдан сўнг болалар коллективидан 14 кунга ажратилади. 7 ёшдан катта болалар коллективида бемор болалар билан контактда бўлган катталар 14 кун давомида тиббий назорат остига олинадилар.

Кўкйўтал профилактикасида болаларни ўз вақтида эмлаш муҳимдир. Бунинг учун АКДС вакцинаси қўлланилади. Уни 3 ойликдан бошлаб, орасида 1,5 ой интервал билан 3 марта эмланади. 1,5-2 йилдан кейин ревакцинация қилинади.

Дифтерия.

Дифтерия, яъни бўғма касаллиги ўткир инфекцион касаллик бўлиб, умумий интоксикация симптомлари ва асосан шиллиқ пардалар (томоқ, бурун, хиқилдоқ ва бошқа шиллиқ пардалар) яллиғланиб, уларда пардасимон фибри ноз карашлар пайдо бўлиши билан характерланади. Дифтерияда юрак-томирлар системаси (миокардит), нерв системаси (перефирик фалажлар), буйрак устки безлари (геморрагик синдром, коллапс) ва буйракларга алоқадор асоратлар (токсик нефроз) кузатилади.

Дифтерия кўзғатувчиси 1883-1884 йилларда Клебс ва Леффлер томонидан кашф этилган дифтерия таёкчасидир. Унинг энг муҳим хоссаси экзотоксин ишлаб чиқара олишидир, дифтерия касаллига клиник кўринишлари шунга боғлиқ. Мана шундай хоссаси борлиги ёки йўқлигига қараб, дифтерия таёкчалари токсиген ва токсигенмас микробларга бўлинади.

Дифтерия таёкчаси паст (-20°C гача) температураларга чидамли ва юқори температура таъсирига жуда сезгирдир (50°C да 30 минут давомида ҳалок бўлади). Бу кўзғатувчи қуритилишга яхши бардош беради ва бемор қўли теккан буюмлар (ўйинчоқлар, идишлар-товоқ, кийим-кечак ва бошқалар)да узоқ сақланиб қолиши мумкин. Лизол, фенол, симоб дихлорид (сулема), хлорамин синга ри

дезинфекцияловчи воситалар одатдаги концентрацияларда дифтерия таёқчасига ҳалокатли таъсир кўрсатади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи дифтерия билан оғриган касаллар ва бактерия ташувчилардир. Бемор одам касалликнинг бошидан охиргача ва ҳат то барча клиник кўринишлари йўқолиб кетганидан кейин ҳам (соғайиш даври да) юқумли бўлиб қолаверади. Кўпчилик реконвалесцентларда бактерия ташув чилик ҳодисаси 15-20 кундан кейин йўқолиб кетади. Инфекция тарқалиши жи ҳатидан олганда дифтериянинг оддий ангинага ўхшаб ўтиб бораётган билинмай диган (жуда енгил ва атипик) формалари билан оғриган касаллар катта хавф туғдиради.

Токсиген дифтерия таёқчаларини ташиб юриш ҳодисаси соғлом одамлар да ҳам кузатилади. Дифтерия таёқчалари касал киши ёки бактерия ташувчи организмдан томоғи ёки бурнидан шилимшиқ томчилар билан бирга чиқиб тура ди. Инфекция ҳаво-томчи йўли билан ўтади. У инфекция юқиб қолган буюмлар (ўйинчоқлар, идиш-товоқ, кийим-кечак, парвариш буюмлари ва бошқалар) дан ўтиши ҳам мумкин.

Дифтерияда томоқ, бурун ва юқори нафас йўлларининг шиллиқ пардала ри инфекциянинг кириш дарвозалари бўлиб хизмат қилади. Эмланган болалар ўртасида касалланиш ҳоллари йўқ, лекин катта мактаб ёшдаги болалар билан катта (15 дан 30 гача) ёшдаги одамлар ўртасида учрайдиган касалликлар салмоғи кўпайиб қолди. Дифтерияга қарши иммунитет бўлиш-бўлмаслиги орта низмда дифтерияга қарши антителолар (специфик иммунитет) бор-йўқлигига, шунингдек нопецифик ҳимоя механизмларининг ҳолатига боғлиқдир. Специфик иммунитети юзага келтиришда актив иммунлаш катта ролни ўйнайди. Болаларни кенг миқёсда актив иммунлаш натижасида (иммунланган болалар 94 фоизни ташкил этади), дифтерия билан касалланиш ва ундан ўлиш ҳоллари кескин камайди.

Дифтерияга берилувчанлик, мойиллик бор-йўқчилигини Шик реакцияси ёрдамида аниқласа бўлади.

Клиник манзараси ва симптоматикаси. Дифтериянинг ҳамма формаларида инкубацион 2 кундан 10 кунгача давом этади. Касалликнинг клиник симптомлари жуда хилма-хил бўлиб, маҳаллий ва умумий интоксикациянинг нечоғли ифодаланганлигига боғлиқ бўлади. Процесснинг олган жойига қараб, томоқ, бурун, ҳиқилдоқ, кўз, қулоқ, ташқи жинсий аъзолар, тери дифтерияси тафовут қилинади. Ана шу клиник шакллариининг ҳар бири оғир - енгиллиги жиҳати дан ҳар хил даражада бўлади. Аксари томоқ билан бурун ёки томоқ, ҳиқилдоқ ва кўз бир йўла зарарланади. Дифтериянинг комбинациялашган шакллари деб ана шуларни айтилади.

Томоқ дифтерияси касалликнинг энг кўп учрайдиган клиник шаклидир. Томоқ дифтериясининг учта асосий шакли - чекланган, тарқалган ва токсик турлари фарқланади. Буларнинг инкубацион, ангиноз ёки интоксикация даври, аъзо ва системалар функцияларининг бузилиш даври (асоратлар даври), соғайиш давлари бўлади. Чекланган дифтерия катарал, оролчасимон ва пардали кўринишларда учрайди. Касалликнинг бошланиши умуман ланж бўлиб, иштаҳа йўқолиши, томоқнинг бироз оғриб туриши, ҳароратнинг ўртача кўтарилиб туриши билан характерланади. Аксари бу ҳолатлар суст ифодаланган бўлади, томоқ оғримаслиги ҳам мумкин, кўздан кечирилганида бодомча безлари, танглай-тил

равоқлари, лак- лук шиллиқ пардаси бир қадар қизариб тургани, катталашган бодомча безларида типик карашларнинг борлиги кўринади. Аввалгига булар ўргимчак инига ўхшаш зич тўр кўринишида бўлади, 2-суткага келганда эса юзи силлиқ ёки тўлқинсимон бўлиб, четлари кескин чегараланиб, итрофдаги шиллиқ пардага гўё ўрмалаб чиқаётган карашлар кўринишига киради. Улар оқ, садафсимон ёки кулрангнама-оқ рангда бўлади. Бу карашлар остидаги тўқимга зич ёпишган бўлиб, тампон ёки шпатель билан суриб кўрилганда ўрнидан кўчмайди. Пардаларни зўр билан кўчириб олинганида томоқдаги ўрни қонаб туради. Регионар лимфа тугунлари бир қадар катталашади. Касалликнинг чекланган формаларида умумий интоксикация суст ифодаланган бўлади. Ўз вақти да дифтерияга қарши зардоб юборилса, 2-3 кундан кейин томоқ карашлардан тозаланади.

Катарал формасида томоқ ва бодомча безларининг шиллиқ пардасида гунгурт, кўкимтир тус аралаш гиперемия бўлади. Бодомча безлари катталашиб, «ширадор» бўлиб туради, карашлар бўлмайди. Касалнинг умумий аҳволи одатда кам ўзгаради. Касалликнинг бу формаси дифтерия инфекциясининг ати пик формалари жумласига киради ва бактериологик текшириш ёрдами билан гина аниқлаб олинади; бундай формаси беморларга яқин юрган кишиларда, инфекция ўчоқларида кўпроқ топилиб туради.

Чекланган дифтериянинг пардали формасида ҳам томоқда гунгурт гиперемия қайт қилинади, тана температураси ўртача кўтарилиб, 38-38,5°C гача чиқади. Карашлар чекланган оролчалар ёки сидирға кўринишида бўлиши мумкин, лекин улар бодомча безлари доирасидан ташқарига чиқмайди. Умумий интоксикация одам ўзини лоҳас сезиб, дармонсизланиши, иштаҳадан қолиши ютинган да томоғининг бир оз оғриб туриши билан маълум беради. Юрак-томирлар системаси билан нерв системасида ўзгаришлар деярли бўлмайди. Қонда бир оз лейкоцитоз, ўртача нейтрофилёз ва қон формуласининг чапга бир оз сурилиши характерли.

Токсик дифтерияда томоқдаги карашлар анча кўп, табиатан тарқоқ парда кўринишида бўлади, лак-лукка, юмшоқ танглай ва қаттиқ танглайга ўтиб кетади. Беморнинг оғзидан чучмал-ширин ҳид келиб туради. Бурун қонаши, томоқ шиллиқ пардасига ёки бўйиндаги тери ости ёғ клетчаткасига қон қуйилиши мумкин(геморрагик синдром). Умумий интоксикация кучайиб борган сари қон айланишида турил ўзгаришлар юзага келади: пульс аритмик, артериал босимнинг пасайиши, коллапс ривожланиши мумкин. Кўпинча миокардит, дифтерия полиневрити, нефроз сингари асоратлар ривожланади.

Томоқ токсик дифтериясининг бир тури хавфли дифтериядир. Унинг гипертоксик, геморрагик ва гангреноз хиллари бор. Гипертоксик дифтерия кескин ифодаланган интоксикация ходисалари, тана температурасининг кўтарилиб кетиши билан тўсатдан ва шиддатли равишда бошланади. Жуда тезлик билан юрак-томирлар етишмовчилиги бошланади. Томоқдаги ўзгаришлар токсик дифтериядаги ўзгаришлар билан бир хилда бўлади. Геморрагик дифтерияда тери остига, ички органларга қон қуйилади, бурун, томоқ шиллиқ пардалари дан, баъзида жинсий органлардан қон келиб туради. Геморрагик дифтерия кўпинча ўлим билан тугайди.

Гангреноз дифтерия одатда гипертоксик ёки геморрагик дифтерияга қўшилади. Қон қуйилиб туриши натижасида тўқималарнинг ўлдирувчи микро организмлар таъсири остида некроз учун қулай шароитлар юзага келади. Бу касаллик формалари оғир ўтади ва кўпинча ўлим билан тугалланади.

Диагностика. Дифтериянинг атипик формаларини аниқлашда бактериологик текшириш методи муҳим роль ўйнайди.

Дифтериянинг диагнози синчиклаб ўтказилган клиник, бактериологик, эпидемиологик текширишлар, баъзан яна серологик текширишлар натижа ларига қараб қўйилади.

Даволаш. Дифтерияга даво қилишда асосий чора дифтерияга қарши антитоксин зардобини қўлланишдир.

Дифтерия билан оғриган касални даволашда тўғри ташкил этилган кун тартиби ва парваришга эътибор бериш жуда катта аҳамиятга эга.

Парҳез. Томоқда ўткир ҳодисалар бўлиб турган дастлабки кунларда осон сингийдиган суюқ ва ярим суюқ овқат буюрилади. Кейинчалик боланинг ёши ва индивидуал хусусиятларига яраша витаминлар билан бойитилган, хилма-хил, бекаму кўст овқат бериб туриш йўлга қўйилади. Дифтерия крупига интубация қилинган болалар овқатни ётган жойда ейиш керак (операциядан кейин). Бундай касаллар ярим суюқ овқатни осонроқ ютади (сутли аралашмалар, бўтқалар, киселлар, илитилган тухум ва бошқаларни). Дифтерия асорат берган формаларида (фалажлар бўлганда) ютиш акти издан чиққан бўлса, касал болани зонд орқали овқатлантирилади ёки унга озиқали клизма қилиб турилади.

Серотерапия. Дифтерияга қарши зардоб кичик, аста-секин ортиб борувчи дозалардаги дифтерия токсини билан иммунланган ҳайвонлардан (отлардан) олинади. Иммунланган ҳайвонларнинг қонида специфик антителолар «дифтерия антитоксини» тўпланиб боради, бунинг таъсирида антитоксин бирлик лар (АБ) билан ўлчанади. 1 АБ миқдоридаги зардоб ўлдирадиган энг кичик 100та дозадаги токсинни нейтраллайди. Иммунланган ҳайвонлардан олинган антитоксик зардоб махсус йўл билан ишланиб, қутичага жойлангандан кейин (қутичаларга жойланган ампулаларда чиқарилади) барча формадаги дифтерияга даво қилиш учун специфик восита тариқасида ишлатилади.

Дифтерияга қарши зардоб касалликнинг бошидан ҳисобланганда дастлабки 2-3 кундагина терапевтик жиҳатдан жуда яхши натижа беради. Зардоб барвақт инъекция қилинса, умумий интоксикация тез барҳам топади, касаллик асорат бермайдиган бўлади. Зардоб кеч муддатларда (касалликнинг 3—5 куни) юборилганида унинг шифобахш таъсири кескин камайиб кетади, касалликнинг 5-кунидан кейин эса у қайтара олмайди, шу муносабат билан дифтерияга қарши шифобахш зардобни имкони борича барвақт ишлатиш лозим.

Дифтерияга қарши зардоб мускуллар орасига бир йўла ёки бўлиб-бўлиб юборилади.

Патогенетик терапия. Токсик формалардаги дифтерия давоси издан чиққан функцияларнинг бирмунча тикланишига ёрдам берувчи патогенетик терапияни қўлланишига асосланган.

Дифтерия крупига даво қилишда дифтерияга қарши зардобни ўз вақтида юборишдан ташқари (даво курсига 20000 ХБ дан 60000 ХБ гача), ҳиқилдоқ

стенозига қарши кураш олиб бормоқ зарур. Беморга кислород бериш, буғ ингаляциялари, горчичниклар, чалғитувчи ва тинчлантирувчи дори-дармонлар (бром, белладонна препаратлари, фенобарбитал) буюриш йўли билан бунга эришилади; салқингина янги ҳаво касал болага яхши таъсир кўрсатади. Мана шу чоратадбирлар наф бермаган маҳалларда интубация ёки трахеотомия қилинади. Ёш болаларга биринчи кунларидан бошлаб, антибиотиклар (пенициллин, ампициллин, оксациллин ва бошқалар) буюриш тавсия этилади.

Касалхонадан беморни чиқариш муддатлари касалликнинг барча клиник симптомлари (жумладан, асоратлари ҳам) барҳам топиб кетишига қараб белгиланади. Реконвалесцентларни дифтерия таёкчаси бор-йўқлигини бактериологик йўл билан текшириб кўрилганида контрол текширишларнинг натижалари икки қайт манфий бўлиб чиққанидан кейин касалхонадан уйига жўнатилади.

Профилактика. Дифтерия профилактикаси икки йўналишда олиб борилади: 1) касаллик юқишига йўл қўймаслик-инфекция манбаларини (бемор, бактерия ташувчини) аниқлаб олиб, бошқалардан алоҳидалаш (изоляция); 2) касаллик бошланишига йўл қўймаслик-актив иммунлаш йўли билан алоҳида иммунитетни юзага келтириш.

Дифтерияга қарши маълум мақсад билан олиб бориладиган курашда актив иммунлаш ҳал қилувчи ўрин тутди. Барча болалар дифтерияга қарши албатта эмланиши керак, бу иш боланинг 2 ойлик давридан бошлаб, 12 ёшга тўлгунча олиб борилади. Ҳозир болалар кўкйўтал-дифтерия-қоқшолга қарши адсорбланган вакцина (АКДС), дифтерия-қоқшолга қарши адсорбланган анатоксин (АДС-анатоксин) ва дифтерия-қоқшолга қарши адсорбланган, антигенлари камайтирилган анатоксин (АДС-М анатоксин) билан эмланади.

Скарлатина.

Скарлатина асосан болаларда учрайдиган ўткир инфекцион касаллик бўлиб, умумий заҳарланиш ҳодисалари, томоқда ангина шаклида ўзгаришлар пайдо бўлиши, қизарган тери фонида нуқта-нуқта бўлиб майда тошма тошиши билан таърифланади.

Этиологияси: Скарлатина қўзғатувчиси гемолитик стрептококкдир.

Эпидемиологияси: касаллик манбаи — бемор киши ва бактерия ташувчидир. Касаллик қўзғатувчиси томоқ ва бурун-ҳалқум шиллиқ пардалари секретини билан бирга атрофдаги муҳитга чиқиб туради. Инфекция ҳаво-томчи йўли билан ўтади. Бемор касалликнинг бошидан охиригача инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Скарлатина бемор тутган буюмлар (ўйинчоқлар, китоблар, идиш-товоқ, шахсий буюмлар) орқали, шунингдек учинчи шахс (хизмат қилиб турган ходимлар) орқали юқиши мумкин. 2-7 ёшгача бўлган болалар ҳаммадан кўра кўпроқ оғрийди, 10 ёшдан кейин скарлатина билан оғриш камаяди. Скарлатина билан касалланган беморларда мустаҳкам иммунитет сақланиб қолади.

Клиник манзараси: Скарлатинада инкубацион давр ўртача 2-7 кун давом этади. У бир суткагача камайиши ёки 12 кунгача чўзилиб кетиши мумкин. Касаллик тўсатдан бошланади. Тана температураси кўтарилиши билан бирга ютинганада томоқда оғриқ, қизариш кузатилади. Тез орада ангина йиринг ли характерга киради (фолликуляр, лакунар ангина пайдо бўлади), касалликнинг токсик ва септик формаларида некротик ангина бошланиб, касалликнинг 3-4-

кунига бориб зўраяди. Чуқур ва тарқоқ некрозлар пайдо бўлганида оғиздан қўланса чирик ҳиди келиб туради. Касалликнинг 1-кунидан бошлаб, бўйиндаги лимфа тугунлари катталашиб боради, пайпаслаб кўрилганида қўлга қаттиқ бўлиб уннайди, безиллаб туради. Тилнинг кўриниши характерли: аввалига у оқ караш билан қопланган бўлади, 2-3-кундан бошлаб, ички ва четки томонлардан тозаланиб келади, кейин эса карашдан бутунлай тозаланиб оч қизил бўлиб қолади, сўргичлари катталашади – «малинасимон тил» деб шуни айтилади.

Касалликнинг 1-2-куни давомида скарлатинанинг энг яққол симптомлари пайдо бўлади – қизарган тери фонида майда-майда нуқтасимон қип-қизил тош малар тошади. Тошма тез тарқалиб, юз, гавда ва қўл-оёқларни қоплаб олади. Бир текис қизариб турган юзда бурун учи, оғиз атрофи, бурун-лаб бурмалари билан энгак ўртасидаги жой оқариброк туради. Скарлатина тошмаси гавданинг ён бўлимларида, қўл-оёқларнинг ички юзалари, тирсак ва тизза букилмалари, қўлтиқ ости чуқурчалари, чов бурмалари ва тақимда кўпроқ тошади. Бармоқ ёки кафт билан босиб кўрилганда теридаги тошма йўқолиб кетади, кейин эса яна аслига келиб қолади.

Касаллик авжига чиқиб турган даврининг муддати 3-5 кун. Касалликнинг оғир енгиллигига қараб, унинг симптомлари 3-6 кундан сўна бошлайди. 1-ҳафтанинг охири 2-ҳафтанинг бошига келиб, тери палахса-палахса пўст ташлай бошлайди. Пўст ташлаш ҳодисаси қўл ва оёқ кафтларида ҳаммадан сезиларли бўлади, қўл бармоқларининг учи палахса-палахса бўладиган йирик пўст ташлаб туради. Скарлатинанинг енгил формаларида тери пўст ташламаслиги мумкин. Касалликнинг ўткир даврида қонда нейтрофиллёз, эозинофил лейкоцитоз куза тилади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кучайган бўлади. Сийдикда аксари оқ сил юқлари топилади. Касалликнинг иккинчи даврида (5-кундан 15-кунигача бўлган даврда) «скарлатиноз юрак» синдроми пайдо бўлиши мумкин: систолик тон (2-тон) сусайиб, аритмия бошланади, артериал босим пасайиб, пульс секинлашиб қолади, систолик шовқин пайдо бўлади, юрак чегаралари бир қадар кенгаяди, гоҳида жигар катталашади.

Кечки асоратлардан: йирингли отит, мастоидит, лимфаденит, нефрит пай до бўлиши, бўғимлар зарарланиши мумкин. Скарлатинанинг клиник кўринишлари жуда турли туман бўлади. Типик ва атипик, енгил ўртача оғир ва оғир формалари тафовут этилади.

Ҳозирги вақтдаги скарлатинанинг хусусиятлари қуйдагилардир: касалликнинг асосан енгил формалари учрайди (90 фоизгача), йирингли асоратлари бўлмайди, организм гемолитик стрептококкдан тез халос бўлади, пеницил линни барвақт қўлланиш ва инфекциянинг қайта юқишига йўл қўймасдан, бе морни касалхонага жойлаштириш учун шарт-шароитлар яратиш йўли билан шунга эришилади.

Диагнози. Касалликнинг типик ҳолларида скарлатина диагнози қийинчилик туғдирмайди. Баданга тошма тошиб турган шубҳали ҳолларда унинг скарлатинага боғлиқ эканлигини тери орасига 0,1 мл скарлатинага қарши антитоксин зардобини юбориш йўли билан тасдиқлаш ёки инкор этиш мумкин: ана шундай зардоб таъсири остида скарлатина тошмасининг ранги ўчади (тошманинг сўниш феномени). Терининг палахса-палахса бўлиб типик тарзда пўст ташлаб турганига

қараб, скарлатина бўлиб ўтганини билиб олиш мумкин. Скарлатина диагностикасининг қўшимча методлари жумласига Дик реакцияси ва бактериологик текшириш киради.

Давоси. Скарлатина билан оғриган беморни инфекцион касалхонага юборилади ёки тегишли шарт-шароитлар бўлса, даволаниш учун уйда қолдирилади.

Антибактериал терапия. Антибиотиклар билан даволаб бориш ҳаммадан яхши наф беради. Микроорганизмга қарши кураш учун пенициллин препаратларидан кенг фойдаланилади. Касалликнинг асорат берган формаларига даво қилиш учун бир неча антибиотикни бирга қўшиб буюрилади. Пенициллин беморнинг ёши ва касалликнинг оғирлигига қараб, суткасига 3 маҳал 100 000 ТБ дан 300 000 ТБ гача дозада буюрилади. Даво курси 5-7 кун, зарур бўлса, даво курсини узайтириш мумкин. Оғир асоратлар пайдо бўлган ҳолда препарат дозаси 1,5-2 баробар оширилади. Пенициллиндан ташқари, бир ёшгача бўлган болаларга кунига 3 маҳал 100 000 ТБ, 7 ёшдан катта болаларга кунига 3 маҳал 200 000 ТБ дан буюрилади.

Умумий заҳарланишга қарши кураш учун венадан глюкоза 20-40 % ли эритмалари юборилади, изотоник натрий хлорид ёки Рингер-Локк эритмаси томчилаб қуйиб турилади, юракни қувватлайдиган воситалар кордиамин, кофеин, строфантин ва витаминлар қўлланилади. Организм реактивлигини жонлантириш ва унга таъсир кўрсатиш мақсадида плазма ёки плазма ўрнини босувчи суюқликлар, гамма-глобулин юбориш зарур.

Беморга тез-тез суюқлик ичириб туриш, оғиз бўшлиғини ва томоғининг аҳволига қараб бориш зарур. Катта ёшдаги болаларга 2 % ли натрий гидрокарбонат эритмаси ёки дезинфекцияловчи кучсиз эритма (фурациллин эритмаси) билан оғизни чайиб туришни буюриш мумкин. Эмадиган болаларнинг оғзи резина баллончадан ювиб турилади ёки томоғи чайилади. Касалнинг лаб-ларига ва бурун тешиклари атрофидаги терисига ёғ суртиб қўйилади. Ринит бўлса, бурунга янги тайёрланган пенициллин мази суртиш тавсия этилади.

Хонани вақти-вақти билан шамоллатиб туришга, латта ҳўллаб, доим артиб тозалаб қўйиш ҳамда профилактик дезинфекцияга катта эътибор бермоқ керак.

Профилактикаси. Профилактика чора-тадбирларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин: инфекциянинг тарқалишига қарши чоралар ва организмнинг инфекцияга чидамни оширишга қаратилган чоралар. Скарлатина билан оғриган беморларни барвақт аниқлаб олиб, вақтида бошқалардан ажратиб қўйишга ҳа-ракат қилмоқ зарур. Скарлатина билан оғриб қолган болалар касалхонага жой лаштирилади ёки уй шароитларида касаллик бошидан ҳисоблаганда 10 кунгача муддатга бошқалардан ажратилиб, алоҳида қилиб қўйилади.

Болалар муассасасига скарлатина оралаб қолганида оғриб қолган болани дарҳол алоҳидалаб, касал бола алоҳидаланган вақтдан 7 кунгача гурӯпага карантин белгиланади.

Заифлашиб қолган болаларга улар беморларга такрор марта яқин юрадиган бўлса, айрим ҳолларда профилактика мақсадида гамма-глобулин юборилади.

Ҳозир скарлатинага қарши специфик профилактика ўтказилмайди.

Саволлар:

1. Қизамиқнинг кечиш давлари тўғрисида гапириб беринг.
2. Сув чечакда тошмалар тошиш характери ва касалликни кечиши қандай?
3. Кўкйўталда қандай даврлар фарқланади?
4. Дифтериянинг томоқ формасини кечиши, асоратлари тўғрисида гапириб беринг.
5. Скарлатинани даволаш ва унинг профилактикаси.

МАВЗУ 9. Бактериологик ўчоқ. Ўта хавфли инфекциялар ўчоғи.

РЕЖА:

1. Бактериологик қурол тўғрисида тушунча.
2. Бактериологик қуролнинг зарарловчи хусусиятлари.
3. Бактериологик ўчоқ тўғрисида тушунча.
4. Чин чечак касаллигининг қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
5. Ўлат касаллигининг қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
6. Вабо касаллигининг қўзғатувчиси, эпидемиологияси, клиникаси, даволаш ва профилактикаси.
7. Ўлатга қарши костюм, ундан фойдаланиш қоидалари.

Таянч сўзлари: бактериял восита, бактериологик ўчоқ, обсервация, карантин, Пашен таначалари, пустулёз тошма, қора чечак, бубонли ўлат.

Бактериологик қурол тўғрисида тушунча.

Бактериологик қурол оммавий қириш қуроли ҳисобланиб, одамлар, ҳайвонлар, қишлоқ хўжалик ўсимликларини ва озиқ- овқатларни захарлаш учун мўлжалланган. Бактериял воситалар – касаллик чақирувчи микроблар ва уларнинг токсинларидан, ҳамда микробларни ташқи муҳитда тарқатиш учун зарарланган ҳа шоротлардан иборат. Бактериял воситалар касаллик чақирувчи микробларнинг ва уларнинг токсинларини суяқ ёки қуруқ аралашмалар кўринишда бўлади.

Бактериял воситалар сифатида етарли миқдорда тез ажратиб олинадиган оддий усуллар билан осон тарқатиладиган ва уларга қарши эффектив даво чораси ва профилактикаси йўқ касалликларнинг қўзғатувчилари ишлатилади.

Бактериологик қуролни қўллаш усуллари, зарарлаш хусусиятлари.

Чет эл мутахассисларининг фикрича бактериологик қуролни қуйидаги қўллаш усуллари мавжуд:

1. Микроб ва унинг токсинларини майда заррачали аэрозол кўринишда қўллаш усули. Бундай аэрозолларни авиобомба, ракета, артснаряд ва мина лар ёрдамида ҳосил қилинади. Майда заррачали аэрозоллар ҳаво оқими билан узоқ

масофаларга, бино ва бошпаналарга осон кириб бориши ва у ер даги одамларни зарарлаши мумкин. Масалан, 10.000кг куйдирги аэрозо лини пуркаш натижасида 100 км атрофдаги одамлар зарарланиши мумкин.

2. Трансмиссив усул – баъзи бўғимоёқли ҳашоратларнинг чақиши орқа ли юқумли касалликларни юқишига асосланган. Шундай йўл билан ўлат, сарик иситма, энцефалит, тошмали тиф ва бошқа касалликлар юқади. Бундай зарарланган ҳашоратларни самолёт ва ракетаалардан контейнер ва халтачаларга солиб ташлаш усули.

3. Диверсия усули – сув ва озиқ-овқат тармоқлари, ёпиқ бинолар ҳавоси тўғридан-тўғри бактериал воситалар билан зарарланади. Бактериологик курул қўлланилган жойда унинг таъсирини давомлилиги қўзғатувчининг табиатига боғлиқ. Масалан, куйдирги касаллигининг қўзғатувчиси тупроқ да бир неча йил сақланиши мумкин.

Бактериологик курулнинг зарарловчи хусусияти қуйидагилар билан аниқланади:

1. Бактериал воситалар жуда кичик дозада одам организмга кириб, оммавий равишда юқумли касалликларни чақиради.

2. Юқори контагиозлик, яъни тез тарқаш хусусиятига эга(ўлат, чин че чак, куйдирги, вабо.)

3. Зарарланиш ўчоғини узок давом этиши ва яширин даврни бўлиши (1-2дан 20-30 кунгача). Инфекция аэроген йўл билан юққанда инкубацион давр қисқарок бўлади(бир неча соатдан 2-3 кунгача).

4. Ташқи муҳитда қўзғатувчини аниқлаш, яъни индикация қилишни мураккаблиги ва давомлилиги ва комбинирланган рецептурали бактериал воситаларни қўлланганда ташхис қўйишни қийинлашуви.

5. Микроб аэрозолларини биноларга, бошпана ва пана жойларга кириб бориши ва ундаги одамларни зарарлаши.

Бу хусусиятлар эпидемик жараённи ривожлантиришга йўл очиб, тиббий ёрдамни ташкил қилиб, бактериологик ўчоқни тез тугатишга қийинчилик туғдиради.

Бактериологик ўчоқ.

Бактериологик курул қўлланилган ва оммавий юқумли касалликлар ву жудга келиш ҳавфи бўлган шаҳар, аҳоли пункти ва халқ хўжалик объекти га бактериологик ўчоқ дейилади. Ўчоқнинг катталиги қўлланилган бакте риал препаратнинг турига, қўллаш усулига, метеорологик шароитларга, ўз вақтида аниқланишига, химоя ва профилактик чораларни ўтказишга боғ лиқ.

Бактериологик ўчоқнинг тури қўлланилган бактериал воситалар билан белгиланади. Комбинирланган бактериал препаратлар комбинирланган ўчоқни вужудга келтиради. Сунъий равишда вужудга келган эпидемик жараёндан тубдан фарқ қилади ва шунинг учун уни аниқлашда қийинчилик туғдиради.

Душман томонидан бактериологик курул қўлланилганлигини ўз вақтида аниқлаш учун Фуқаро муҳофазасининг махсус кучлари бактериологик раз ведка ўтказди. Бактериологик разведка қуйидагиларни бажаради:

- Ҳавони, сув тармоқлари манбаларини, жойларни, овқат маҳсулот лари бактериал воситалар билан зарарланганлигини аниқлаш;
- Зарарланиш зонаси чегарасини аниқлаш ва белгилаб қўйиш;
- Бактериал воситаларни индикация қилиш;

- Хужум оқибатларини тугатиш бўйича ўтказиладиган чора-тадбирлар ҳажмини аниқлаш;
- Бактериологик ўчоқни аниқлангандан кейин зарарланган ҳудудда обсервация ёки карантин ўрнатилади.

Обсервация - юқумли касалликларнинг вужудга келиш ва тарқалиш олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар тизими.

Обсервация қуйидагиларни назарда тутди:

1. Ўчоққа кириш ва ундан чиқишни чегараланиши, жиҳозларни дезинфекция қилмасдан олиб чиқиш.
2. Аҳоли ўртасидаги контактни чегаралаш.
3. Тез химиотерапевтик воситалар ёрдамида инфекцияни олдини олиш.
4. Одамларни санитария ишловидан ўтказиб, вакцинация қилиш, уларнинг кийимлари, пойафзаллари ва турар жойларини дезинфекция қилиш.
5. Тиббий назоратни кучайтириш: ҳар куни кузатиш, термометрия, лабо ратория текширишларини ўтказиш ва касалланганларни изоляция қилиш.
6. Санитария режимида риоя қилишни, сув ва озиқ-овқатларни зарарсизлантиришни устидан тиббий назоратни кучайтириш.
7. Тиббий муассасаларда эпидемияга қарши иш режимини ўрнатиш.

Бактериал воситанинг тури аниқланиб, у касаллик чақирмайдиган микроб ёки унинг токсини эканлиги аниқлангач, изоляция-чегаралаш чора-тадбирлари тугатилиб обсервация тугатилади. Агар касаллик чақирувчи кўзғатувчи (ич терлама, паратиф, туляремия, бурцеллез, мелиоидоз, манка) аниқланса, обсервация давом эттирилади. Агар ўта хафли инфекциялар кўзғатувчилари (ўлат, вабо, куйдирги, чин чечак) қўлланилганлиги аниқланса, обсервация ўрнига карантин ўрнатилади.

Карантин – юқумли касаллик ўчоғини тўлиқ ажратиш (изоляция) ва уни тугатишга қаратилган эпидемияга қарши ва режимли чора-тадбирлар билан тўлдирилади.

1. Ўчоқдан чиқиш ва зарарсизлантирмасдан бирор жиҳозни олиб чиқиш ман қилинади.
2. Ўчоққа фақат ФХ нинг кучлари, уни тугатиш учун киритилади. Киришдан аввал кўчма эпидемияга қарши отряд ва санитар дружинанинг шахсий таркиби шахсий химоя воситалари билан таъминланиб, тез профилактика ва вакцинациядан ўтадилар.
3. Карантин зонасининг чегараси огоҳлантирувчи белги билан белгиланади, улар ўртасига қуролли муҳофаза постлари қўйилиб, сутка давомида патруллик жорий қилинади, йўлларда назорат пунктлари ташкил қилиниб, ўчоққа озиқ-овқат маҳсулотларини олиб келиш режимида риоя қилиш таъминланади.
4. Озиқ-овқатларни олиш жойи белгиланади.
5. Ўчоқдаги барча аҳоли бинолардан чиққанда индивидуал воситаларидан фойдаланишлари керак.

Ўчоқдаги аҳоли шахсий химоя воситалари билан таъминланган бўлишлари керак: респиратор, противагаз, ўлатга қарши кастюм, филтрловчи химоя кийими ва қўл остидаги воситалар (оғиз ва бурунга пахта ва докадан тайёрланган ниқоб,

комбенизонлар, плаш ва бошқалар). Ҳашоратлардан химояланиш учун репеллентлар ва пашшахоналар қўлланилади.

Карантин ўрнатилган территорияда муҳим халқ ҳўжалиги мудофаа аҳамиятга эга бўлган ишлаб чиқариш муассасалардан ташқари барча муассасаларнинг иш фаолиятлари тўхтатилади. Территория, бинолар, қурол-аслаҳалар, тайёр ва хом ашё маҳсулотлари зарарсизлантирилади; ходимлар санитар тозаловидан ва тез профилактикадан ўтказилгач, муассаса яна иш фаолиятини давом эттиради. Ходимлар казарма шароитига ўтказилади.

Карантин вақтининг давомлилиги касалликнинг инкубацион даврига боғлиқ ва у охириги беморни изоляция қилинган вақтдан бошланади. Ўчоқдаги режимли чора-тадбирларга риоя қилиш назорати жамоат тартибини сақлаш хизматига юкланади.

ЎЛАТ (ТОУН).

Ўлат(тоун) жуда хавфли юқумли касаллик бўлиб, кучли интоксикация бошланиши ва лимфа тугунлари, тери, ўпка ва бошқа органларнинг яллиғланиши билан таърифланади. Одамзодга маълум бўлган касаллик ларнинг энг кўрқинчлиси ва энг кўп қирғин келтирадигани ўлатдир.

Этиологияси. Ўлатни қўзғатувчи микробни 1894 йилдаги Гонконг эпидемияси вақтида Иерсен ва Китазатолар топган. *Jersinia pestis* деб аталадиган бу микроб ички томони ёйсимон бўлиб кетган узун бочкага ўхшайди. Ташқи муҳитда чидамли, бир қадар паст ҳароратда, масалан, -20 даражада ҳам кўпая олади. Қуришти, иситишга сезувчан. 60 даража иссиқда 30 минутда, 100 даража иссиқда эса дарҳол ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Табиий шароитда ўлат микроблари ёввойи кеми рувчи ҳайвонларда(юмронқозик, каламушлар) учрайди. Бу ҳайвонлар ўлат микроблари сақланадиган манба ҳисобланади. Кўпинча бу ҳайвонлар ўлатнинг ўткир формаси оқибатида ҳалок бўлиб кетади, лекин баъзан уларда ўлат сурункали формада ўтади ва муайян бир жойда инфекция узоқ муддат сақлана олади.

Ўлат асосан трансмиссив йўл билан – бургалар чаққан пайтида юқади. Бурга ўлат билан оғриган кемирувчи ҳайвонни чаққанда, унинг қони билан бурганинг ҳазм йўлига ўлат микроблари тушиб, шу ерда кўпаяди. Ана шу бурга одамни чаққанда одам терисига бирталай ўлат микроблари тушади. Бурга чаққан жойни қашилганда микроблар тери остига киради ва шундай қилиб касаллик юқади. Ўлат контакт йўли билан ҳам юқади. Масалан, кемирувчи ҳайвонларнинг терисини шилаётганда одам териси ёки шиллиқ пардасининг ёрилган, тирналган жойидан ўлат микроби кириши мумкин. Ўлатнинг ўпка формаси ҳаво-томчи йўли билан ҳам юқади. Ниҳоят, ўлат билан оғриган ҳайвон(туя) гўштини истеъмол қилганда касаллик алиментар йўл билан ҳам юқади.

Ўлатдан соғайган одамда умрбод сақланадиган иммунитет пайдо бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 3-6 кун, ўлатга қарши эмлатганларда 8-10 кунгача чўзилади. Г.П.Руднев ўлатнинг қуйидаги клиник формаларини ажратади:

- А. 1) тери; 2) бубон; 3) тери-бубон формаси.
- Б. 1) бирламчи септик формаси; 2) иккиламчи септик формаси.
- В. 1)бирламчи ўпка формаси; 2) иккиламчи ўпка формаси; 3) ичак формаси.

Ўлат тўсатдан бошланади. Беморнинг бадани титраб, ҳарорати 39-40 даражача кўтарилади ва бу иситма 3-10 кун давом этади. Иситма билан бир қаторда интоксикация ҳам бошланади. Беморнинг дармони қуриydi, боши айланиб қаттиқ оғрийди. Иштаҳаси йўқолади, ташна бўлади. Кўнгли айниб, қон аралаш қайт қилади. Мускуллари, умуртқа поғонаси, орқаси оғрийди. Беморнинг юзи қизарган, салқиган ва кўзлари қип-қизил бўлади. Бадани қуруқ ва иссиқ, петехиялар кўзга ташланади. Юрак чегараси кенга йиб, тонлари бўғиқ эшитилади. Қон босими пасаяди, кучли тахикардия аниқланади. Тил оппоқ қараш билан қопланади. Баъзан беморнинг қорни оғрийди, талоқ катталашади. Бемор безовталанади, кўпинча алаҳлайди, юрганда гандираклайди. Қонда нейтрофил лейкоцитоз бўлади.

Тери формаси. Ўлат микроби кирган жойда кичкина доғ пайдо бўлади. Кейин бу доғ папула, везикула ва пустулага айланади. Пустула ёрил гач, ўрни яра бўлиб, узоқ вақтгача битмайди. Ўлатнинг тери формаси жу да кам (3-3% ҳолларда) учрайди. Микроб кирган жойда ўлат карбункули пайдо бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда терида геморрагик ва пустулёз тошмалар учрайди.

Бубонли формаси. Ўлатнинг бубонли формасида юқори ҳарорат ва интоксикация билан бир қаторда беморнинг лимфа тугунлари шишиб, катталашади ва оғрийди. Зарарланган лимфа тугунлари касалликнинг иккинчи кунидан бошлаб қўлга уннайди, кейин улар тез катталашади, товуқ туху мидек бўлиб қолади ёки бундан ҳам катталашади. Лимфа тугунидаги яллиғланиш жараёни тери ости тўқимасига ҳам ўтади. 6-8 кундан сўнг бубон йириглайди, оғриқ камаёди, тери кўкимтир тус олади. Бубонда флюктуация аниқланади. 8-12-кун бубон ёрилади ва кўп миқдорда сариқ-яшил рангли қуюқ йиринг чиқади. Бубон ёрилгач, ҳарорат пасаяди ва 10-12 кунлари яра битиб, ўрни ямоқ бўлиб қолади. Баъзи ҳолларда бубон йирингламайди, 6-7 кунлардан бошлаб секин-аста кичраяди ва шиши камайиб, йўқолиб кетади. Бўйин лимфа тугунларида бубонлар ривожланганда касаллик жуда оғир ўтади.

Бирламчи септик формаси. Ўлатнинг бу формасида одамнинг тери ёки шиллик пардаси орқали кўп миқдорда кучли патоген ўлат таёқчалари кириши организмнинг ҳимоя воситаларини енгиб қонга тушиши натижасида касаллик бирданига бошланади. Қисқа инкубацион даврдан сўнг (бир неча соатдан 1-2 кунгача давом этади) беморнинг эти увишиб, қалтирайди, ҳарорат кўтарилади, баданида кўпинча геморрагик тошма кўринади. Пульси жуда тез уради (ҳар дақиқада 150-160), баъзан санокқа келмайди. Баъзи ҳолларда менингоэнцефалит белгилари аниқланади. Кўп ўтмай инфекцион-токсик шок ривожланади ва бемор кома ҳолатига тушиб, узоғи билан 2-3 кун ичида жуда кучли интоксикация ва геморрагик синдром оқибатида ҳалок бўлади. Ўлатнинг септик формасидан беморнинг соғайиши жуда кам учрайди.

Бирламчи ўпка формаси. Бу ўлатнинг энг оғир формасидир. У тўсатдан бошланади. Беморни эти увишиб, қалтирайди ва ҳарорат кўтарилади ва боши қаттиқ оғрийди, кўкраги санчади, йўталади. Йўталганда олдин тиниқ шилим шикдан иборат, кейин қон аралаш балғам ташлайди. Бемор безовталаниб, алаҳлайди. Уни текшириб кўрилганда пневмонияга хос аломатлар аниқланади. Аммо ўпкани дуқиллатиб ва эшитиб кўрилганда белгилар унча кўп бўлмайди.

ҳолда, беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади. Юрак жуда тез уради, тони бўғик бўлади, нафас анча тезлашади, беморни юзи кўкаради, пульси кў лига илинар-илинмас бўлади, сўнгра бемор беҳуш холга тушади ва охири ўлиб қолади.

Ичак формаси. Охирги йиллар далилларига кўра, ўлатнинг ичак формаси септик жараён оқибатида юз беради. Ҳарорат юқори даражага кўтарилади, кучли интоксикация бўлади. Бемор кўнгли айнаб, қайт қилади. Қон ва йиринг аралаш тез-тез ичи кетади, қорни оғрийди, кучаниқ безовта қилади. Ўлатнинг ичак формасида бемор бир неча кун ичида ҳалок бўлади.

Давоси. Ўлатга даво қилишда стрептомицин яхши натижа беради. Ўлатнинг бубонли ва тери формаларида беморга бир неча кундузда 2,5-3,5г дан стрептомицин юборилади. Ҳарорат пасайгач, бу препарат дозаси икки баровар камай тирилиб, яна 3-5 кун берилади. Ўлатнинг септик ва ўпка формаларида стрептомицин олдин кунига 4,5-5г дан ишлатилиб, ҳарорат пасайганидан кейин яна 5-7 кун давомида ҳар куни 2-2,5г дан юбориб турилади.

Стрептомицин ҳар 8 соат оралаб инъекция қилинади. Стрептомицин ўрни га неомицин (кунлик дозаси 2 млн ТБ), окситетрациклин (кунлик дозаси 3-6 млн ТБ) ичишни буюриш ҳам мумкин. Шунингдек, морфоциклин, ампицил лин, ампиокс ҳам қўлланилади. Ўлатга ҳар хил касалликлар қўшилганлигида кефзол, цепорин, оксациллин, метициллин берилади. Ўлатнинг септик фор маларида стрептомицин (кундалик дозаси 2 000. 000 ТБ) билан бир вақтда хлортетрациклин (кундалик дозаси 2 г гача) буюрилади. Икки хил антибиотик берилганда улардан ҳар бирини дозаси икки баровар камайтириш мумкин.

Антиботиклар даволаш курси 7-10 кун давом этади.

Ўлат бубонлари тезроқ йўқолиб кетиш учун бевосита бубон ичига ҳар куни бир мартадан стрептомицин (500. 000 ТБ) ёки ампициллин (0,5 г) юбориб турилади. Интоксикацияни камайтириш учун Рингер эритмаси, неокомпен сан, реополиглюкин, изотоник глюкоза эритмаси қўлланилади. Кучли инток сикацияга қарши глюкокортикоидлар(кунига 100-150 мгдан пренизалон) берилади. Беморларга аскорбинат кислотаси(1кунда 1,5-2 гдан), В1, В6, В12, К витаминларини бериш зарур. Ўлатнинг бубон формасидан соғайган бемор иситмаси тушганидан бошлаб ҳисоблаганда 2 ҳафтадан кейин касалхонадан чиқарилади.

Профилактикаси. Ўлатнинг табиий ўчоқларини йўқотиш учун кемирув чиларнинг инларига заҳарли моддалар сепилади. Ўлат диагнози аниқлангач, бемор дарҳол касалхонага ётқизилади, бемор яшаган жойда дезинфекция, дезинсекция, дератизация ўтказилиб, бу жойда 6 кун муддатга карантин эълон қилинади. Беморга яқин юрган одамлар 6 кун давомида врач назоратида бўлади, ҳар куни 3 марта уларнинг ҳарорати ўлчаниб турилади. Эҳтиёт шарт юзасидан уларга стрептомицин тайинланади. Ўлат ўчоғида ишлайдиган тиб бий ходимлар шахсий профилактика қоидаларига риоя қилишлари керак, улар албатта ўлатга қарши махсус кийим кийиб ишлашлари зарур. Бирор киши ўлат билан касалланса, ёки ўлат эпидемияси бошланиб қолгудек бўлса, ўша жойда яшовчи аҳолининг ҳаммаси (2 ёшли болалардан бошлаб) ўлатга қарши эмланади. Вакцина инъекция қилингач, бир ҳафтадан сўнг иммунитет пайдо бўлади. Иммунитет бир йилгача давом этади.

ВАБО (ХОЛЕРА).

Вабо тинмай ич кетиши, қусиш оқибатида бемор организмида суюқлик, тузлар камайиб, унинг оғир аҳволга тушиб қолиши билан таърифланадиган юқумли ичак касаллигидир.

Тарихий маълумот. Вабо қадим замонлардан бери то 1817 йилга қадар Осиёда, аниқроғи Ҳиндистондаги Ганг ва Брахмапутра дарёларининг оралиғидаги воҳаларда учраган. 1817 йилда Сувайш канали ва Ўртаер денгизи орқали Оврупа мамлакатларига ва бошқа қитъаларга тарқалди. 1817 йилдан 1926 йилгача ер юзида 6 марта вабо пандемияси бўлиб ўтди.

Этиологияси. Вабони кўзгатувчи микроб – вабо вибрионини 1883 йилда Кох кашф этган. Унинг “vibrio comme et vibrio Eltor” деган икки хили бор. Вибрион шакли вергулга ўхшайди, спора ва капсула ҳосил қилмайди, битта хивчини бор, шу туфайли у ҳаракатчандир. У грамманфий. Оддий озук муҳитларида ўсади, ишқорли муҳитда тез кўпаяди. У 3 хил токсин ишлаб чиқаради: эндотоксин, экзотоксин, қон томири ва ичак деворидаги ҳужайралар мембраналарининг ўтказувчанлигини кучайтирувчи токсин. Вабо вибриони қайнатилганда ўша заҳоти ўлади. Эль-Тор вибриони ташқи муҳитга чидамли. Ҳар хил чиқиндилар билан ифлосланган сувда вабо вибриони бир неча ойгача тирик сақланади. Вабо вибриони сувда бир неча кундан бир неча ҳафтагача, беморнинг ахлатида 6-7 ойгача тирик сақлана олади, куёш нури ва дезинфекцияловчи моддалар таъсирига сезгир.

Эпидемиологияси. Вабо вибриони фекал-орал йўл билан, сув орқали, озиқ-овқатлар орқали, контакт йўл билан бемор одамдан тарқалади. Вабо билан катта ва кичик одамлар бирдек касалланади, айниқса ёз-куз ойларида тез тарқалади. Касалланган одамларда умрбод давом этадиган иммунитет сақланиб қолади.

Клиник белгилари. Инкубацион давр бир неча соатдан 5 кунгача чўзилади. Вабонинг типик ва атипик вариантлари маълум. Вабонинг типик вариантыда дегидратациянинг кўп ёки озлигига қараб касалликнинг енгил, ўртача оғир ва жуда оғир формалари ажратилади.

Енгил формаси. Бемор организмида 1-даражали дегидратация кузатилади. Бемор бир кеча-кундузда 2-4 марта ичи кетади ва қайд қилади. Йўқотилган суюқлик миқдори унчалик кўп бўлмайди. Беморнинг оғзи қуриб, чанқайди, биров ҳолсизланади. Касаллик 1-2 кун давом этади. Кўпинча беморлар шифо корга мурожаат қилмайди, шунинг учун улардан соғлом одамларга касаллик тез юқиши мумкин.

Ўртача оғир формаси. Бемор организмида иккинчи даражали дегидратация ривожланади. Вабонинг бу формаси тўсатдан бошланади, беморнинг ичи кета бошлайди, қорни оғримайди, аммо киндик атрофида қулдираш сезилади. Беморнинг ахлати суюқ, аввалига одатдагича ахлатга хос тарзда сарғиш бўлади, кейинчалик суюқлашиб, ёвғон хўрдага ўхшаш тус олади, ундан балиқ ёки майдаланган картошка хиди келади. Кўп ўтмай, беморда қайд қилиш бошланади. Бир кеча-кундузда беморни ичи 15-20 марта кетади, оғзи қуриб, дармони қурийди, боши айланади, овози бўғилади, болдир ва жағ мускуллари тортишади ва оғрийди. Тахикардия, гипотония аниқланади, олигурия бошланади. Қон биров қуйилади, электролит нисбати ўзгаради. Вабонинг бу формаси 3-4 кун давом

этади ва бемор даволанмаса ҳам соғайиб кетади. Бироқ кўпинча касаллик авж олиб, беморнинг аҳволи анча оғирлашади.

Вабонинг оғир ёки алгид формаси. Вабонинг бу формасида бемор тана вазнининг 10% ва ундан кўпроқ миқдорда суюқлик йўқотади. Беморнинг организмда гиповолемик шок бошланади, организмда суюқлик миқдори камайиб кетганлиги туфайли ич кетиши ва қусиш камаяди ва бутунлай тўхтади. Беморнинг аҳволи оғирлашади, цианоз ривожланади. Бурун учи, кулоқ, лаб кўз қовоғи бинафша ёки қорамтир рангда бўлади. Бемор юзининг ифодаси ўзга ради. Кўз атрофлари кўкаради (худди кўзойнак таққан одамдек). Бемор аҳволининг оғирлигига қарамай, эс-хуши жойида бўлади. Овози чиқмай қолади (афония). Тана ҳарорати 35-34° гача пасаяди. Териси муздек бўлиб, эластик лиги йўқолади, пульс аритмик ва суст бўлади, юрак тонлари деярли эшитилмайди. Қон босимини аниқлаб бўлмайди. Кўкрак қафасининг барча мускуллари ва диафрагма тортишиб, қисқаргани туфайли бемор оғиз орқали нафас олади ва ҳолдан кетади. Сийдик кам чиқади (олигурия). Ацидоз бошланади. Қонда эритроцитлар ва лейкоцитлар сони кўпаяди (қон қуюқлашиб қолгани ҳисобига). Шошилиш чора кўрилмаса, асфиксик кома бошланиб, бемор ўлади.

Қуруқ вабода беморда қайт қилиш ва ич кетиш аломатлари кўринмайди. Вабонинг бу хили тўсатдан бошланиб, бетўхтов ич кетиш ва қусиш натижаида тезликда гиповолемик шок юз беради, ҳамма мускуллар тортишиб қисқа ради, менингит ва энцефалит симптомлари пайдо бўлади.

Вабоба қўшилувчи асоратлар. Вабоба билан оғриган беморларда пневмония, абсцесс, флегмона, сепсис касалликлар учраши мумкин.

Лаборатория диагностикаси. Вабоба диагнозини аниқ ва ишончли қилиш учун бактериоскопия ва бактериологик усуллар қўлланилади. Бактериоскопик усулда бемор ахлати ва қусиғидан суртма тайёрлаб, бўялади ва уни микро скоподида кўриб, вабоба бор-йўқлигини аниқланади.

Давоси. Вабоба билан оғриган бемор аҳволи кўпинча организмда юз берган дегидратация сабабли оғир бўлади. Шу туфайли беморларни даволаш шошилинч равишда реанимация бўлими шароитида олиб борилади. Дегидратация касаллигининг асосий моҳияти ва бемор тақдирини ҳал қилувчи омил эканини назарда тутган ҳолда биринчи навбатда ана шу ҳолатни бартараф қилишга қаратилади. Бошқача атганда, шир-шир ичи кетиш ва тез-тез қусиш натижасида йўқотилган суюқлик, тузлар ва оксил моддалар ўрнини зудлик билан тўлдириш керак. (регидратация).

1 ва 2 даражадаги дегидратация ҳолатида беморнинг аҳволи унчалик оғир бўлмайди ва йўқотилган суюқлик ўрнини тўлдириш учун оралит, регидрон, глюколан деб аталадиган суюқликлар беморга ичиртирилади. Бу эритмалар ичида туз ва глюкоза бор.

3 ва 4 даражадаги дегидратация ҳолатида эса 36-38 даражагача илитилган “трисоль” зудлик билан венага қуйилади. Бу эритмани бир минутда 120 мл гача тезликда венага юборилади. 1,5-2 соатда 5-7 л гача суюқлик қуйилади. Трисоль ўрнига “хлосоль”, “квартосоль”, “атисоль”, “дисоль” эритмалари ҳам ишлатилади. Вена томирига эритма юбориш пульс яхшиланиб, қон босими аслига келгунча,

пасайиб кетган ҳарорат нормаллашиб, гиповолемия аломатлари йў қолгунча давом эттирилади.

Беморнинг қусиши тўхтагач, оғиз орқали антибиотиклар тайёрланади: 0,3-0,5г дан кунига 4 маҳал тетрациклин 0,5 г дан ҳар 6 соатда левомецин 0,1г дан ҳар 12 соатда доксициклин берилади. Бу даво курси 5 кун давом этади. Қусиш тўхтамаган ҳолларда тетрациклин мускул орасига юборилади. Вибрион ташиб юрувчиларга босим 5 кун 0,3 г дан кунига 4 маҳал тетрациклин берилади. Туз эритма билан бараварига суйилтирилган плазма (500 мл) ҳам қўлланилади. Айниқса вабонинг алгид формасида ҳар куни қон қуйиш тавсия этилади.

15-20 минут давомида илиқ ванна қабул қилиш беморни аҳволини анча яхшилайдди. (ваннадаги сув ҳарорати олдинига 36 даража бўлади ва аста секин 40-42 даражагача етказилади). Ванна бўлмаган вақтда бемор баданига гир айлантириб иситгичлар қўйиш керак.

Бемор аввал 4-парҳез таомлари билан овқатлантирилади, 3-4 кундан сўнг умумий парҳезга ўтилади.

Вабодан соғайган беморлар соғайиш даврининг 8-10 куни ахлати 3 марта ва ўт суюқлиги 1 марта текширилганда вабо вибриони йўқлиги аниқлангач, уйларига жўнатилади. Бактериологик текширув антибиотиклар билан даво лаш тугагач, 36-48 соат ўтгандан сўнг амалга оширилади.

Вабодан соғайган реконвалесцентлар диспансер назоратида бўлади ва уларнинг ахлати бир ой давомида ҳар 10 кунда бир марта, ўт суюқлиги эса бир марта бактериологик текширилади.

Профилактикаси. Аввало вабонинг бошқа давлатлардан бизнинг юртимизга келиб қолишига қарши чора-тадбирлар амалга оширилади. Вабо учраб турадиган хорижий мамлакатлардан келадиган кишилар 5 кун давомида врач назоратида бўлади. Улар албатта бактериологик йўл билан текширилади.

Сув ҳавзасидан вабо вибриони топилган ҳолларда, ана шу манбадан фойдаланиш қабиан ман қилинади. Ҳар 10 кунда сув манбаларида бактерио логик текширув ўтказиб турилади.

Вабо билан оғриган беморларга яқин юрган одамлар 5 кун давомида врач назоратида бўлади ва бир марта бактериологик текширув ўтказилади.

Вабо чиққан уй дезинфекция қилинади. Вабо ўчоғидаги кишилар вабо га қарши холероген анатоксини билан эмланади (болалар 7 ёшдан кейин эмлана ди.) Эмланганларнинг 96-98 фоизида антитоксинлар пайдо бўлади. Зарурият бўлганда орадан 3 ой ўтгандан кейингина одамни такрор эмлаш (ревакцинация қилиш) мумкин. Вабога қарши эмлаш махсус инъектор ёрдамида амалга оширилади.

Вабонинг тарқалиши хафли бўлган тақдирда ўткир ичак касалликлари билан оғриган кишиларнинг ҳаммаси каттаю-кичик баравар касалхонага ётказилади ва бактериологик усул билан текширилади.

Ниҳоят, вабо юқиш хавфи бўлган ҳолларда, масалан вабо учрайдиган хорижий мамлакатга кетадиган кишилар шу касалликка қарши эмланади. Зарур бўлган ҳолларда 3 ой ўтгач, уларни яна эмлаш мумкин (ревакцинация).

Чин чечак.

Этиологияси. Чечак қўзғатувчиси вирус. У хужайранинг ичида бўлади. Уни Пашен таначалари дейилади.

Эпидемиология. Инфекция манбаи касал одам. Вирус касалликни биринчи кунидан томоқда, бурунда, халқумда, пустила (пуфакчада), қора қўтирда бўлади.

Касалликни биринчи кунидан, қора қўтир тушиб кетгунча юқумли бўлади.

Касаллик ҳаво-томчи, контакт йўли билан юқади. Касалликдан сўнг иммунитет қолади. Эмлаганда 3-5 йил давомида иммунитет сақланади. Шунинг учун қайта эмлаш зарур. 1980 йилдан бери чечакка қарши эмлаш йўқ қилинган, фақат лаборатория штаммлари мавжуд.

Клиника. Инкубацион даври 13-14 кун оғир кечганда у 10-5 кунгача қисқаради. Продромал даврда умумий аҳволи кескин оғирлашади, тана юқори даражага кўтарилади, боши оғрийди, боши айланади, кунгли айнаб қайт қилади. Думғаза орқасида оғриқ, бурун-ҳалқум ва томоқ шиллиқ қаватлари қизариши талоқ катталашиш ва айниқса касалликнинг 2-3 кун пайдо бўлиб, тери қичишиши билан кечадиган продромал муҳим диагностика аҳамиятга эга. Продромал тошмалар 2-3 кун сақланади. Продромал давр дойимийлиги 3-4 кун. Чечакка хос тошмалар тана то тушиб умумий аҳволи яхшилангандан кейин тошади. Тошма этап билан тошади, дастлаб юзда тошиб, кейин бо шини сочли қисми, танага, кейинчалик оёқ-қўлларга тошиб, биров ачишиб, енгил қичи шиши билан кечади.

Тошма бурун, томоқ, бурун-ҳалқум қизилўнгач, бронх шиллиқ қавати ва конъюнктивга ҳам тошади. Тугунча – везикула – пустила – қора қўтир.

Йиринглаш даври (пустила ҳосил бўлиши) касалликнинг 9-10 кун бошланиб, умумий аҳволи яна ёмонлашади. (боши оғрийди, уйқусизлик, баъзан ҳушдан кетиш) тана ҳарорати кўтарилади. Юзда шиш, айниқса қовоқда шиш пайдо бўлади. Тери таранглашади. Шиллиқ қаватдаги тошмалар тезда ярага айланади ва натижада кўзда оғриқ, ёруғликдан қўрқиш, бурундан нафас олиш ва ютиш қийинлашуви, сўлак оқиши, овоз бўғилиши ҳиқилдоқ стенози, дефикация ва сийганда оғриқ кузатилади. Кийим ва чойшабларга йиринг сурилиши туфайли ёқимсиз, специфик ҳид келади. Йиринглашиш даврида сепсис ривожланиш мумкин. Касалликнинг енгил турида 14-16 кунларда ҳаро рат тушиб, бемор умумий аҳволи яхшиланади ва тошма куриш даври бошланади, у тери қичишиши билан кечади. Ҳосил бўлган тўқ жигаррангли қора қўтир касалликнинг 20 кунидан 40 кунгача кўчиб тушади. Қора қўтир кўчиб тушгандан кейин юлдузсимон чандиқ ҳосил бўлади.

Чечакнинг типик формаси енгил, ўрта оғир, оғир кечиши мумкин. Бундан ташқари 1) тарқалувчан чечак-тошманинг алоҳида элементлари бир-бирига қўшилиши билан характерланиб, ёмон сифатли формасига киради. 2) геморрагик ёки қора чечак геморрагик синдром ривожланиши ҳисобига келиб чиқади.

Беморда қисман иммунитет бўлса, яхши сифатли ёки митигирланган чечак-вариолид кузатилади.

Чечак асоратлари турлича ва жуда кўп. Унга абсцесс, флегмона, сепсис, кўрлик, карлик, бронхит, бронхопневмония, плеврит, асфиксия, коллапс, менингоэнцефалит, орхит, аднексит(тухумдон яллиғланиши) ва бошқалар киради. Асоратларнинг баъзилари ўлимга олиб келиши мумкин.

Диагноз. Эпидемиологик анамнез, клиник белгилар, қоннинг умумий тахлили натижасига қараб қўйилади. Қонда нейтрофил лейкоцитоз, моноцитоз, плазматик ҳужайра бўлиши, тромбопения. Асоратларда лейкоцитоз кучайиб, ЭЧТ ошади. Гумонли ҳолатларда микробиологик диагностика қўлланилади. Экспресс диагностикага қуйи дагилар киради: вирусоскопия, предмет ойначасидаги микропреципитация реакцияси.

Дифференциал ташхис- сувчечак, қизамиқ, белбоғсимон темиратки, везикулёз гематориккетсиоз, эмлангандан кейинги тошма.

Даволаш. Чечакни махсус даволаш – чечакка қарши гамма-глобулиндир. У мускул орасига Безредко усулида 10-15 мл 1-3 марта юборилади.

Септик асоратларни олдини олиш ва йиринглаш даври енгилроқ кечиши учун тетра циклин қаторидаги антибиотиклар, левомецетин, пенициллин, стрептомицин қўлланилади. Реактивликни ошириш, дезинтоксикация ва десенсебилизация учун носпецифик гамма-глобулин(15мл) ҳамда антигистамин дорилар берилади. Геморрагик форма ва кол лапсда кортикостероидлар қўлланилади. Симптоматик даволаш-аналгин, амидопирин, кардиотоник воситалар берилади.

Профилактикаси. Чин чечак карантинли инфекция ҳисобланади. Чин чечакли бемор ва бу касалликка гумон қилинган беморлар қатъий изоляция қилиниши, клиник ва лаборатор текширилиши ва махсус стационарда даволаниши керак. Тиббий ходим ҳи моя кийимида бўлиши зарур. Бемор кийимлари, ўрин-кўрпалари, бемор ётган хона, у иш латган идиш-товоқлар дезинфекция қилинади. Бемор билан контактда бўлганлар 17 кунга карантин сақлайдилар. Улар чин чечакка қарши эмланади. Уларга бир маротаба донор иммуноглобулини 3 мл юборилади.

Саволлар:

1. Бактериологик қурол сифатида қайси касалликларнинг кўзгатувчилари кўпроқ ишлатилади?
2. Бактериологик қуролнинг зарарловчи хусусиятларини гапириб беринг.
3. Бактериологик қуролнинг қўллаш усуллари айтиб беринг.
4. Бактериологик ўчоқда ўрнатиладиган обсервация ва карантин ҳақида гапириб беринг.
5. Чин чечакнинг кечиш формалари қандай?
6. Ўлат касаллиги одамларга қандай юқади?
7. Вабо касаллигининг келиб чиқиши қандай?

Адабиётлар:

1. Безденетных И.С. «Эпидемиология» Урта билим укув юртлари учун.
2. Мажидов В.М. «Юкумли касалликлар» 1990 й. Тошкент.
3. Воловская М.А. «Юкумли касалликлар асослари ва эпидемиология» Тошкент. 1984 й.

Юкумли касалликлар булимидан тест саволлари.

1. Юкумли касалликлар деб нимага айтилади?
 - а) ташки мухитнинг маълум бир шароитларда патоген микроб билан мойил микроорганизм уртасида буладиган патологик жараёнга айтилади.
 - б) ташки ва ички таъсирлар натижасида организмнинг нормал ҳаёт фаолиятини бузилишига айтилади.
 - в) организмга микроб тушиши натижасида вужудга келадиган касалликка айтилади.
1. Корин тифи касаллигида инфекция манбаи ким?
 - а) касалланган уй ҳайвони
 - б) бемор одам
 - в) бемор одам, бактерия ташувчи
2. Актив сунъий иммунитет ҳосил қилишда қандай бактериал препаратлар ишлатилади?
 - а) вакцина, анатоксин
 - б) иммун зардоблар
 - в) антибиотиклар
3. Даратизациянинг қандай усуллари бор?
 - а) механик, химик, биологик
 - б) физикавий, механик, химиявий
 - в) биологик, физикавий, механик
4. Эпидемик жараён қандай звенолардан ташкил топган?
 - а) инфекция манбаи, мойил организм
 - б) инфекция манбаи, юқиш механизми, мойил организм
 - в) касаллик юқиш механизми, мойил организм
5. Корин тифи қандай йул билан юкади?
 - а) контакт, озиқ-овқат, сув орқали
 - б) кон сурувчи бугимоёқчилар орқали
 - в) ҳаво-томчи орқали
6. Куйдирги касаллиги қандай шаклларда намоён булади?
 - а) бубон, тери, упка
 - б) тери, упка, ичак
 - в) бубон, ичак, упка
7. Силга қарши бола қачон эмланади?
 - а) 2 ойлигида
 - б) 6-14 кунлигида
 - в) 1 ойлигида
8. Дезинфекция деб нимага айтилади?

- а) юкумли касалликларни ташувчиси булган бугимоёклиларни йукотишга айтилади
 - б) юкумли касалликларни таркатувчи кемирувчиларга карши курашишга айтилади
 - в) ташки мухит объектларидан юкумли касалликларни кузгатувчи микробларни йукотишга ёки улдиришга айтилади.
9. Гепатитда яширин давр уртача неча кун?
- а) 15-20 кун
 - б) 2-6 кун
 - в) 60-120 кун
10. Кизамикка карши бола неча ойлигида эмланади?
- а) 2-3 ойлигида
 - б) 9-16 ойлигида
 - в) 3-4 ёшда
11. Туляремия касаллигида инфекция манбаи ким?
- а) бемор одам, касалланган уй хайвони
 - б) кемирувчилар, баъзан уй хайвони
 - в) йирик ва майда шох хайвонлар
12. Дезинсекция деб нимага айтилади?
- а) ташки мухит объектларидан юкумли касалликларни кузгатувчи микробни йукотиш ёки улдириш
 - б) юкумли касалликларни ташувчиси булган бугимоёклиларни йукотишга айтилади
 - в) юкумли касалликларни таркатувчи кемирувчиларни йукотишга айтилади
13. Корин тифи касаллигида инкубацион (яширин) давр неча кун?
- а) 4-5 кун
 - б) 9-14 кун
 - в) 11-20 кун
14. Тошмали тиф касаллигининг кузгатувчиси нима?
- а) тиф таёкчаси
 - б) Провачек риккетсиялари
 - в) вирус
15. ОИТСда инфекция манбаи кимлар?
- а) бесоколбозлар (гомосексуаллар), нашавандлар, фохишабозлар
 - б) нашавандлар, уй хайвонлари
 - в) фохишабозлар, кемирувчилар
16. ОИТСда инкубацион давр канча?
- а) 14 ой-10 йил
 - б) 3-4 кун
 - в) 6 ойгача
18. Чин чечак касаллиги кандай формаларда кечади?
- а) бубон, ичак, тошмасиз чечак
 - б) енгил (тошмасиз) чечак, одатдаги чинчечак, геморрагик чечак
 - в) упка, ичак, геморрагик чечак

19. Кизамикда тошмалар кай тартибда тошади?
а) бетартиб тошади
б) кулок оркасидан
в) танадан
20. Сув чечак касаллигида яширин инкубацион давр неча кун?
а) 2-3 хафта
б) 6-7 кун
в) 4-5 кун
21. Гепатит В да яширин давр неча кун?
а) 15-20 кун
б) 2-6 кун
в) 60-120 кун
22. Тошмали тифнинг юкиш механизми кандай?
а) хаво-томчи йули
б) ифлосланган озик-овкат
в) кийим бити
23. Сувчечакда тошмалар кандай тартибда тошади?
а) оёк ва куллардан бошлаб
б) танадан бошлаб
в) бетартиб тошади
24. Дифтерия касаллигининг кузгатувчиси кимнинг номи билан аталади?
а) Григорьев – Шига, Зонне таёкчаси
б) Лефллер таёкчаси
в) Кох таёкчаси
25. Дизентерия касаллигининг кузгатувчиси кимнинг номи билан аталади?
а) Лефллер таёкчаси
б) Григорьев-Шига, Зонне, Флекснер таёкчаси
в) Провачек риккетсиялари
26. Улат касаллигида инфекция манбаи нима?
а) кемирувчилар, уй хайвонлари
б) кемирувчилар, бемор одам
в) бемор одам, уй хайвонлари
27. ОИТСнинг юкиш йуллари кандай?
а) хаво-томчи, контакт, кон оркали
б) жинсий йул, кон оркали
в) овкат, жинсий йул, сув оркали
28. Ботулизмнинг асосий белгиларини курсатинг?
а) ич кетиш, коринда огрик
б) кунгил айнаб, кайт килиш
в) МНС зарарланиш белгилари, нутк ва ютинишнинг бузилиши, предметларни 2 та булиб куриниши ва х.
29. Гриппни олдини олишда ишлатиладиган препаратлар:
а) тирик вакцина, оксалин мази, интерферон
б) интерферон, антибиотиклар, оксалин мази
в) тирик вакцина, сульфаниламидлар

30. Вабо касаллигининг характерли белгилари:
- а) ич кетиш, кайт килиш, гавда хароратини пасайиши
 - б) кайт килиш, тана хароратини кутарилиши
 - в) ич кетиш, тана хароратини кутарилиши
31. Кизамик касаллигида продромал (касалликни юзага чикиш) даврда тошадиган тошмалар кандай ажралади ва каерда булади?
- а) кулокнинг оркасида, йирик догли тошма
 - б) Бельский-Филатов-Коплик тошмаси, лунжнинг шиллик каватида
 - в) танада, пуфакли тошма
32. Дератизациянинг кандай усуллари бор?
- а) механик, химиявий, физикавий
 - б) механик, химиявий, биологик
 - в) биологик, физикавий, механик

