

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

УДК: 616.915:616.33/34-085.2-053.2/5

КОМИЛОВ ОРИФЖОН ХУДОЙБЕРДИЕВИЧ

**БОЛАЛАРДА ҚИЗАМИҚ КАСАЛЛИГИДА ОШҚОЗОН-ИЧАК
ТИЗИМИДА ПАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИ
КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ**

5А 510107– Болалар юқумли касалликлари

**Магистр
академик даражасини олиш учун ёзилган
диссертация**

**Илмий раҳбар:
т.ф.н. доцент Шукуров Б.В.**

Тошкент 2013

АННОТАЦИЯ

Мавзунинг долзарблиги.

Қизамиқ – (B05) бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимининг ўта долзарб ва муҳим масалаларидан биридир (Даминов Т.А., Таджиева Н.У., 2010). Нафақат бизда, қолаверса Жаҳон Соғлиқни сақлаш тизимида ҳам қизамиқ касаллиги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда (Учайкин В.Ф., Быстрыкова Л.В., 1998; Жаров С.Н., Лучшев В.И., 1997; Даминов Т.А., 2010).

Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлар кўп кузатилиб – бу бола организмида қизамиқ вируси таъсирида пайдо бўладиган анергик ҳолат билан изоҳланмоқда. (Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. 2007)

Бугунги кунга келиб, кўпгина мамлакатларда ҳар 3 ёки 4 йилда қизамиқ касаллигининг эпидемик ўсиши қайд этилмоқда (Таточенко В.К., 2010; Асқарова Д.А. 2010). Ер юзида ҳар йили 30 млн одам қизамиқ билан касалланиб, 1 млн га яқин ўлим ҳолати кузатилмоқда. Шундан 10% ини 5 ёшгача бўлган болалар ташкил қилади (Chalmers I., 2010).

Эпидемик ўсишнинг сабаби сифатида сифатсиз ўтказилган эмлаш жараёни, эмланмаган аҳоли қатламининг, айниқса ёш болаларнинг касалланиши ва мамлакатлар ўртасидаги миграцион кўчиш суратининг кескин юқорилиги сабаб қилиб кўрсатилмоқда (Таточенко В.К., 2010; Асқарова Д.А. 2010).

Биргина Тошкент шаҳрининг ўзида қизамиқ инфекциясининг эпидемияси 2010 йил мобайнида сўнгги 4-5 йилда қайд этилган ҳолатларга нисбатан анча юқори кўрсаткичга эга бўлди. Касалликнинг кўпинча бир вақтнинг ўзида оналар ва болаларда юзага чиқиши, унинг турли клиник вариантларда, оғир асоратлар билан кечиши мавжуд масала юзасидан шошилиш чора-тадбирларни амалга оширилишига сабаб бўлмоқда.

Тадқиқот мақсади.

Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон–ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг хусусиятларини ва уларни коррекциясини ўрганиш, ҳамда даво режасига биопрепаратлардан – Энтерожерминани киритиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот вазифалари.

1. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларга сабаб бўлувчи хавф омилларини ўрганиш.
2. Болаларда қизамиқ касаллигининг оғирлик даражаси ва асоратларининг турига кўра ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.
3. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда ичак микробиоценози ва бактериал пейзажини ўрганиш.
4. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларни коррекция қилиш усулларини ишлаб чиқиш.
5. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда даво режасига биопрепаратлардан – Энтерожерминани киритиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

Илмий янгиликлар.

Ўзбекистонда биринчи марта болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон – ичак тизимидаги патологик ўзгаришлар ўрганилади ва даволаш усулларига қўшимчалар киритилади.

Тадқиқот методлари.

Илмий тадқиқот Тошкент Тиббиёт Академияси III – клиникаси “Катталар ва болалар юқумли касалликлари” бўлимида ўтказилади.

Текшириш учун қизамиқ билан касалланиб, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган 40 нафар 3 ёшгача бўлган болалар ҳамда қизамиқ билан касалланган ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бўлмаган 30 нафар 3 ёшгача бўлган бемор болалар олинади.

Тадқиқот усуллари.

Тадқиқот клиник - эпидемиологик, лабаратор ва статистик усулларда ўтказилади.

SUMMARY

Fight against infectious diseases including in a WHO broadended program on immunization has made definite progress. At present 80% of people of children's population in the world have been preventively inoculated. It is impossible to evaluate epidemiologic situation with measles Republic of Uzbekistan from one point of view. On the one hand we observe the reduction of incidence and from the other hand we observe the grows of seronegative people among previously vaccinated, increase of the number seronegative pregnants among women. It is necessary to notice that these patients with measles are getting older. All these problems need carrying out comprehensive analysis of present data and evaluating new approaches to the treatment and prevention of measles.

The authors have managed to generalize all this information of the last years and to show their experience of managing measles at the clinical department of infectious diseases at the Medical Academy and to share their opinions on the condition of this problem concerning measles for the recent years. A special attention is paid to the subjects of clinical issues, diagnosis, treatment and pathogenesis. Laboratory examinations and diagnosis of measles are considered from a new point of view and a new approach to them is suggested. Basic complications defining the s the course of measles are considered.

Қисқартмалар рўйхати.

1. ОИТ – ошқозон ичак тизими
2. ИФА – иммуно-фермент анализ
3. ПЗР – полимераз занжир реакцияси
4. МНТ – марказий нерв тизими
5. ЮҚТ – юрак қон-томир тизими
6. РТГА – реакция тўғри гемаглютинация
7. ЎОСПЭ – ўткир ости склерозланувчи панэнцефалитга
8. МЕ – Международный единица (халқаро бирлик)
9. ТҚВ – тирик қизамиқ вакцинаси
10. цАМФ – циклик аденозин монофосфат
11. ЎРВИ – ўткир респиратор вирусли инфекция
12. ЭЧТ – эритроцит чўкиш тезлиги
13. МС – мутлоқ сони

МУНДАРИЖА

Аннотация	2
I. КИРИШ ҚИСМИ	8
Адабиётлар шарҳи.....	10
II. АСОСИЙ ҚИСМ	33
1-БОБ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА	
МАТЕРИАЛЛАРИ.....	32
2-БОБ МУСТАҚИЛ ТЕКШИРИШ	
НАТИЖАЛАРИ.....	36
Қизамиқ билан касалланган болаларда ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга сабаб бўлувчи хавф омиллари.....	37
Болаларда қизамиқ касаллигининг оғирлик даражаси ва асоратларининг турига кўра ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг клиник кечиш хусусиятлари.....	39
Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда ичак микробиоценози ва бактериал пейзажини ўрганиш.....	43
3-БОБ АМАЛИЙ ТАҲЛИЛ ВА ТАВСИЯЛАР.....	49
Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларни коррекция қилиш усуллари ишлаб чиқиш.....	49
Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда даво режасига биопрепаратлардан – Энтерожерминани киритиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.....	53
III. ХУЛОСА	57
Амалий тавсиялар	60
Адабиётлар рўйхати	61

I. КИРИШ ҚИСМИ.

1.1.1. Мавзунинг долзарблиги.

Қизамиқ – (B05) бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимининг ўта долзарб ва муҳим масалаларидан биридир (Даминов Т.А., Таджиева Н.У., 2010). Нафақат бизда, қолаверса Жаҳон Соғлиқни сақлаш тизимида ҳам қизамиқ касаллиги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда (Учайкин В.Ф., Быстрыкова Л.В., 1998; Жаров С.Н., Лучшев В.И., 1997; Даминов Т.А., 2010).

Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлар кўп кузатилиб – бу бола организмида қизамиқ вируси таъсирида пайдо бўладиган анергик ҳолат билан изоҳланмоқда. (Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. 2007)

Бугунги кунга келиб, кўпгина мамлакатларда ҳар 3 ёки 4 йилда қизамиқ касаллигининг эпидемик ўсиши қайд этилмоқда (Таточенко В.К., 2000; Асқарова Д.А. 2010). Ер юзида ҳар йили 30 млн одам қизамиқ билан касалланиб, 1 млн га яқин ўлим ҳолати кузатилмоқда. Шундан 10% ини 5 ёшгача бўлган болалар ташкил қилади (Chalmers I., 2010).

Эпидемик ўсишнинг сабаби сифатида сифатсиз ўтказилган эмлаш жараёни, эмланмаган аҳоли қатламининг, айниқса ёш болаларнинг касалланиши ва мамлакатлар ўртасидаги миграцион кўчиш суратининг кескин юқорилиги сабаб қилиб кўрсатилмоқда (Таточенко В.К., 2010; Асқарова Д.А. 2010).

Биргина Тошкент шаҳрининг ўзида қизамиқ инфекциясининг эпидемияси 2010 йил мобайнида сўнгги 4-5 йилда қайд этилган ҳолатларга нисбатан анча юқори кўрсаткичга эга бўлди. Касалликнинг кўпинча бир вақтнинг ўзида оналар ва болаларда юзага чиқиши, унинг турли клиник вариантларда, оғир асоратлар билан кечиши мавжуд масала юзасидан шошилиш чора-тадбирларни амалга оширилишига сабаб бўлмоқда.

1.1.2. Тадқиқот мақсади.

Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон–ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг хусусиятларини ва уларни коррекциясини ўрганиш, ҳамда даво режасига биопрепаратлардан – Энтерожерминани киритиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

1.1.3. Тадқиқот вазифалари.

1. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларга сабаб бўлувчи хавф омилларини ўрганиш.
2. Болаларда қизамиқ касаллигининг оғирлик даражаси ва асоратларининг турига кўра ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.
3. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда ичак микробиоценози ва бактериал пейзажини ўрганиш.
4. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларни коррекция қилиш усулларини ишлаб чиқиш.
5. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда даво режасига биопрепаратлардан – Энтерожерминани киритиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

1.1.4. Илмий янгиликлар.

Ўзбекистонда биринчи марта болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон – ичак тизимидаги патологик ўзгаришлар ўрганилади ва даволаш усулларига қўшимчалар киритилади.

1.1.5. Тадқиқот методлари.

Илмий тадқиқот Тошкент Тиббиёт Академияси III – клиникаси “Катталар ва болалар юқумли касалликлари” бўлимида ўтказилади.

Текшириш учун қизамиқ билан касалланиб, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган 40 нафар 3 ёшгача бўлган болалар ҳамда қизамиқ билан касалланган ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бўлмаган 30 нафар 3 ёшгача бўлган бемор болалар олинади.

1.1.6. Тадқиқот усуллари.

Тадқиқот клиник - эпидемиологик, лабаратор ва статистик усулларда ўтказилади.

1.2. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

1.2.1. ТАЪРИФИ

Қизамиқ (MORBILLI, КОРЬ, MEASLES) – ҳаво-томчи йўли билан юқадиган, циклик кечуви, интоксикация синдромлари, катарал яллиғланиш ва экзантема билан ҳарактерланадиган ўткир вирусли инфекция. Қизамиқ болалар ҳаво-томчи инфекциялари ичида кўплаб ривожланган мамлакатларда учрайдиган инфекция ҳисобланади. [8,13,14]

1.2.2. ЭТИОЛОГИЯСИ

Қизамиқ вируси парамиксовируслар оиласига (Paramyxoviridae), морбилливируслар (Morbillivirus) авлодига мансуб. Бу авлодда қизамиқ вирусидан ташқари ўткир ости склерозланувчи энцефалит, итлар ўлати, қорамоллар ўлати вируслари ҳам киради. [3,14,20]

Морфологик жиҳатдан қизамиқ вируси РНК сақлайди, парамиксавируслар оиласига мансуб бошқа вируслар билан ўхшаш: вирионлар сферик шаклда бўлиб, ташқи қобикқа, спирал нуклеокапсидга эга. [3,8,13]

Қизамиқ вируси одам ва приматларнинг кўпгина ҳужайраларини *in vitro* инфицирлайди, аммо бошқа турдаги ҳужайраларни кам ҳолларда зарарлайди. Ушбу вируснинг *in vivo* репликацияси, асосан, моноцитлар, макрофаглар, эндотелиал ва эпителиал ҳужайраларда амалга оширилади. Баъзида, нейронлар ва марказий асаб тизимининг бошқа ҳужайралари ҳам зарарланади, самарали иммун жавоб кузатилмаганида эса асаб тизимнинг

персистирланувчи инфекцияси – ўткир ости склерозланувчи панэнцефалитга (ЎОСПЭ) олиб келиши мумкин. [13,14,20]

Вирус ташқи муҳитга чидамсиз: қуёш, ультрабинафша нурлари таъсирида, 50°C гача қиздирилганда тез ҳалок бўлади. Хона ҳароратида 1-2 суткагача, паст ҳароратда бир неча ҳафтагача фаоллигини сақлайди. Вирус сақланиши учун оптимал ҳарорат – -15 °C дан -20°C гача . Қизамиқ вируси нур таъсирида 8-10 дақиқа давомида ўлади. Юқори нафас йуллари ва асаб тизими эпителиал хужайраларини, лимфоид хужайраларни, ретикулоэндотелиал тўқималарни шикастлайди. Маймун буйраги хужайраларидан таёрланган тўқима культурасида яхши ўсади. [3,8,15]

1.2.3. ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Қизамиқ инсониятга икки минг йилдан буён маълум. Касалликни биринчи бўлиб Абу Али ибн Сино, кейинчалик XV асрда араб шифокори Разес, XVII – асрда инглиз олими Сиденгам ва француз олими Мортон таърифлаганлар, бироқ XVIII асрга келибгина қизамиқ тошмали, иситма билан кечадиган касалликлар умумий гуруҳидан алоҳида мустақил касаллик сифатида ажратилди. [14,20,46]

Ҳозирги кунда қизамиқ бошқариладиган касалликлар гуруҳига киради. 1954 йилда G.F.Enders ва N.C.Poebles лар томонидан маймун буйраги хужайраларининг бирламчи културасини ва одам эмбрионини зарарлаш йўли билан қизамиқ вирусини ажратиб олингандан кейингина бунинг имкони яратилди. 1958 йили А.А.Смородинцев ва бошқа Пастер номидаги ЛНИИЭМ ходимлари қизамиқ билан оғриган бемор қони ва бурун-ҳалқуми ажратмаларидан вирусни ажратиб олишди, натижада вирусни ўрганиш ва вакцина ишлаб чиқиш бошланди. 1969 йилда айнан қизамиқ ўткир ости склерозланувчи панэнцефалит сабабчиси эканлиги исботланди. [3,8,15]

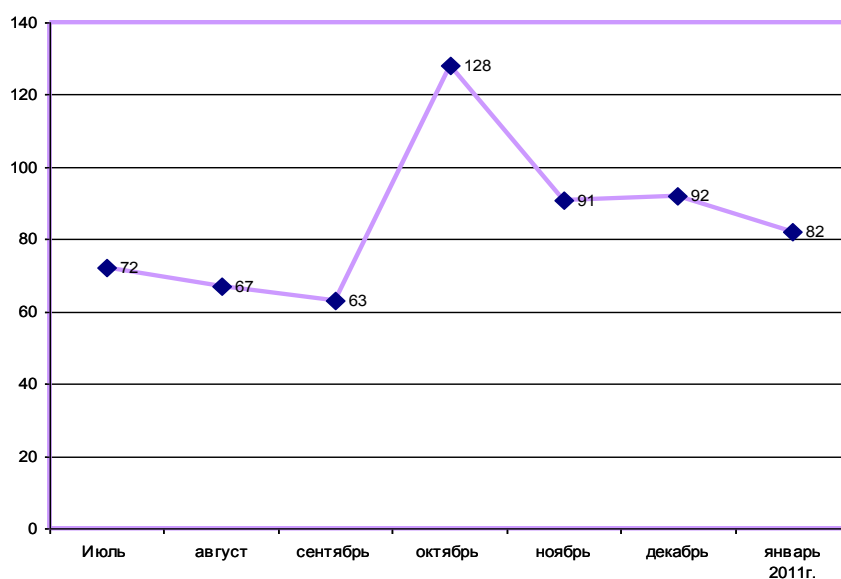
Бизнинг республикамызда қизамиқ инфекциясини ўрганишга академик Юнусова Х.А., проф. Махмудов О.С., академик Даминов Т.О. лар катта ҳисса қўшганлар.

1.2.4. ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Вакцинопрофилактика қўллангунча қизамиқ билан касалланиш жуда юқори бўлган. Қизамиқ билан касалланиш бошқа ҳаво – томчи йўли билан юқадиган касалликлар ичида биринчи ўринни эгаллаган эди, йилига 100 минг аҳолига 1500 – 2000 та касалланиш ҳоллари тўғри келган. Ҳозирги кунда қизамиқ билан касалланиш даражаси аҳолини эмлашни қай даражада кенг қамровли эканлиги, уларни ўтказишнинг тўғрилиги ва эмлашнинг сифатига боғлиқ. Ўзбекистон Республикасидаги охириги ўн йилликлар давомида шаклланган қизамиқ бўйича эпидемиологик ҳолат қуйидагича: бир томондан – касалланиш пасайган, бошқа томонидан аввал эмланган ва ревакцинацияланганлар орасида серонегатив одамлар кўпайган, қизамиқ “улғайган”, ҳомиладор аёллар орасида серонетив шахслар кўпайган деб баҳоланмоқда. [13,14,20]

1968 йилдан бери фаол иммунизациянинг кенг тадбиқ этилиши республикада қизамиқ билан касалланишни сезиларли даражада камайишига олиб келди. Агар 1993 йилда 2354 та қизамиқ билан оғриш ҳолатлари рўйхатга олинган бўлса, 2002 йилга келиб эса 25 тагача камайган.

2010-2011 йилги куз-қиш мавсумида биргина Тошкент шаҳрининг ўзида қизамиқ билан касалланишнинг кўрсаткичлари қуйидагиларда ўз аксини топган. 1- диаграмма.



Охирги бир йил давомида Ўзбекистон Республикасида вакцинопрофилактика ўтказилганлиги сабабли энг паст касалланиш даражаси қайд этилмоқда, бу кўрсаткич ўртача 100 минг аҳолига касалланиш 0,3 дан ошмаган. Ўзбекистон Республикасида юқори касалланиш даражасига эга бўлган ҳудудларда (деярли 90% гача) паст касалланиш кўрсаткичларига (100 минг аҳолига 0,1 дан кам) эришилди. Вакцинация қилишнинг юқори самарадорлиги яқин йиллар ичида бутун ер юзидан қизамиқ билан касалланишни тўлиқ бартараф этиш тўғрисидаги муаммони ҳал этиш имконини беради.

Қизамиқ инфекциясининг ягона манбаи бу – бемор одам. Қизамиқда вирус ташувчилик аниқланмаган. Қизамиқ билан оғриган бемор 8-10 кун давомида – яширин давр охири, бутун прдромал давр мобайнида ва тошма тошиши даврининг 5-кунигача (асоратланган қизамиқда тошма тошишининг 20-кунигача) юқумли ҳисобланади. Вирус инкубацион, прдромал даврларда ва тошма тошишининг биринчи кунларида қонда, томоқ, бурун шиллиғи, нафас йўлларида ажраладиган шиллиқ ва кўз ёш суюқлигида аиқланиши мумкин. [3,14,44]

Қизамиқ реконвалесцентлари эпидемик жиҳатдан атрофдагилар учун ҳавф туғдирмайдилар. Қизамиқнинг аборттив ва митигирланган шакллари билан оғриган беморлар касаллик манбаи бўлишлари мумкин, бироқ юқумлилик даври камроқ ва қисқароқ бўлади. Касалликнинг юқиш йўли – ҳаво-томчи йўли (аксирганда, йўталганда, йиғлаганда, суҳбатлашганда) орқали амалга ошади. Қизамиқ вирусини ҳаво оқими билан ҳам тарқалиши мумкин, шунинг учун бемор билан бир қанча масофа оралиғида бўлганда, умумий йўлакка эга бўлган қўшни хоналарда бўлганда ҳам касаллик юқиши мумкин. [8,14,20]

Қизамиққа сезувчанлик деярли мутлоқ ва контагиозлик индекси билан ифодаланади, у 0,96 га тенг. Болалар ҳаётининг биринчи уч ойлигида онасидан олган иммунитет ҳисобига қизамиққа нисбатан ҳимоялангандирлар. 3 ойдан сўнг иммунитет пасаяди, ва 6-10 ойликка

келиб болалар қизамиққа берилувчан бўлиб қоладилар. Бироқ, агар онаси қизамиқ билан оғримаган бўлса ва қизамиққа қарши эмланмаган бўлса бола қизамиққа ҳаётининг биринчи кунлариданоқ берилувчан бўлиб қолади. [8,9,12]

Аввалги вақтларда (антибиотиклар қўллангунча ва оммавий эмлаш йўлга қўйилгунга қадар) қизамиқдан ўлиш ҳоллари юқори бўлган ва асосан икки ёшгача бўлган болалар орасида қайд этилган. Ҳозирги кунда кўпгина мамлакатларда бу кўрсаткич сезиларли камайган. Кичик ёшдаги болалар орасида камдан – кам ҳолларда зотилжам ва ларингитдан, ўсмирлар ва катталар орасида эса – энцефалитдан ўлим ҳоллари учраши мумкин. Қизамиқ билан йилнинг исталган мавсумида касалланиш мумкин. Бироқ, йилнинг турли фаслларида турлича учрайди. Энг кўп касалланиш куз, қиш ва баҳор ойларига тўғри келади. Йилнинг иссиқ даврларида касалланиш кам учрайди. Аммо қизмиқ эпидемияси ёз ойларида ҳам учраши мумкин. Касалланишнинг мавсумий кечишига асосий сабаб болалар яшаш тарзини йилнинг турли вақтларига боғлиқ ҳолда ўзгаришлари ҳисобланади. Йилнинг совуқ даврида одамлар кўп вақтларини хоналарда ўтказадилар, бу эса уларнинг яқиндан алоқада бўлишларига ва ўз навбатида касалликнинг юқиш ҳавфи ортишига олиб келади. Ўтказилган касалликдан сўнг турғун иммунитет қолади. [24,12,46]

1.2.5. ПАТОГЕНЕЗИ

Қизамиқ вирусининг инсон организмига кириш дарвозаси юқори нафас йўллари ва конъюнктиванинг шиллиқ қаватлари ҳисобланади. Айнан шу ерда вируснинг фиксацияси ва кейинчалик унинг шиллиқ остига ҳамда маҳаллий лимфа тугунларига тарқалиши рўй беради. Лимфатик тугунларда вируснинг бирламчи репродукцияси ва инкубацион даврнинг 3-кунидан бошлаб унинг қонга ўтиши рўй беради (вирусемиянинг биринчи тўлқини). Қатор муаллифлар маълумотларига кўра, ушбу бошланғич даврда вируснинг миқдори ҳали кўп эмас ва гамма-глобулин киритилиши билан бартараф қилиниши мумкин, қизамиқ билан оғриган

беморлар билан мулоқотда бўлганларни пассив иммунизация қилиш ана шунга асосланган. [8,12,14,24,44]

Инкубацион даврнинг ўрталарига келиб лимфа тугунларда, талокда вирус юқори концентрацияга эга бўлди ва ушбу даврнинг охирига келиб янада ортади.

Кейинги бочқич, бу эса клиник жиҳатдан катарал даврга тўғри келади, янги ва янада кўпроқ миқдорда вирусемия кузатилиши билан характерланади. Патологик жараёнга дистрофик ўзгаришлар кузатилиши билан марказий асаб тизими, оралиқ тўқима, трахея, бронх ва ичаклар шиллиқ қавати ҳажайралари жалб этилади. [13,24,46]

Касалликнинг авж олган даврида (тошма тошиши даврида) аллергия реакция жиҳатлари намоён бўлади. Қизамиқнинг бу давридаги морфологик ва функционал ўзгаришлар анафилактик ҳолатларда кузатиладиган белгиларга ўхшаш, шунинг учун бу белгилар қизамиқни анафилаксияга яқинлаштиради. Тoшма тошишининг биринчи ва иккинчи кунлари патологик ўзгаришлар энг юқори чўққисига етади. Тoшма тошишининг учинчи куни вируснинг қондаги миқдори тез камаяди, антитаначалар миқдори кескин ошади, макрофагал реакция яққол намоён бўлади, ретикуляр ҳамда лимфоид ҳужайралар пролиферацияси кузатилади ва инфекцион жараён соғайиш даврига ўтади. Қон манзараси меъёрлашади ва тери ҳамда шиллиқ қаватлардаги яллиғланиш жараёнлари регрессияланади, секин – аста аъзо ва тўқималар меъёрий тузилмалари тиклана бошлайди. Экссудатив компонент билан ёрқин доғсимон – папулез тошма даври унинг пигментацияси билан алмашинади. Қизамиқ патогенезида организм реактивлиги, маҳаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши билан кузатиладиган қизамиқ иммунодепрессиясининг (ёки қизамиқ анергияси) ривожланиши катта аҳамиятга эга. Қизамиқда иммуносупрессия келиб чиқади. Шу билан бирга қўзғатувчининг элиминациясини ва реинфекцияга қарши бутун

умрли турғун иммунитетни таъминлайдиган қизамиқ вирусига нисбатан самарадор жавоб сақланган бўлади. [24,44,52,56]

Шундай қилиб, қизамиқ касаллигининг патогенези қуйидаги кетма – кет келадиган фазалардан иборат бўлади:

1. Зарарланиш фазаси – Вирусни лимфоид тўқимани зарарлаши ва адаптацияси. Кириш дарвозаси юқори нафас йўллари ва кўз конъюнктиваси бўлиши мумкин. Регионал лимфа тугунчаларида жойлашади ва у ерда кўпайяди.
2. Регионал инфекция фазаси – Регионал лимфа тугунларида вирус кучли даражада кўпаяди ва уларни гиперплазиясини чакиради, лимфа тугунлари катталашади. Инкубациянинг 3-кунида вирус қонга ўтади ва вирусемия ривожланади.
3. Бирламчи вирусемия фазаси – бунда лимфоцитар тизимини марказлашган шикастланиши содир бўлади. Вирус барча аъзо ва тизимларга тарқалади ва лимфоид ҳамда ретикулогистиоцитар тўқималарга киради. Иммуни тизими фаолиятида қайта қурилиш вужудга келади. Т ва В лимфоцитлар, плазматик ҳужайралар йиғилади ва махсус антителолар ишлаб чиқарилади, бу инкубацияни охирига тўғри келади.
4. Вирусемияни ўсиши ва аллергия реакция фазаси – иммуноцитлар ва махсус антитаначалар таъсирида вирус сақловчи ҳужайраларнинг цитолизи кузатилади. Ажралган вирус яқинда жойлашган эпителиал ҳужайраларга киради, уларни шикастлайди ва яна қонга ўтади. Параллел равишда организмда вируснинг оқсил компоненти ҳисобига аллергия жараён ривожланади, яна гистамин ва гистаминсимон моддалар таъсир кўрсатиб, тўқимани сенсбилизациясига олиб келади. Бунда майда қон томир деворлари кескин шикастланади, уларни ўтказувчанлиги ошади, шиш ва экссудация ривожланади, бу айниқса юқори нафас йўллари тўқималарида яққол намоён бўлиб, катарал–некротик яллиғланишига

олиб келади. Ҳар бир тошма элементи қон томир атрофидаги яллиғланиш ўчоғидан далолат беради. Қизамиқда тошмани этапли тошиши қон томирга бой булган инфекция кириш дарвозасида вируснинг максимал концентрацияда бўлишига боғлиқ. Бу тошмани дастлаб юзда ва шиллиқ қаватларда, сўнгра тана ва оёқ-қўлларда пайдо бўлиши билан тушунтирилади. Тошма тошиш даврида вирус асаб тизимига таъсир кўрсатади, ҳамда интоксикация кучайишига сабаб бўлади. Асаб тизимини функционал бузилишлари буйрак усти беши функциясини ошишига олиб келади ва кўп миқдорда глюкокортикостероид ажралади, у организмга иммунодепрессив таъсир кўрсатади, бу эса қизамиқ аллергияси ҳолатини беради.

5. Турғун иммунитет шаклланиши фазаси – организмда иммун жараёнлар ўсади, қонда махсус антителолар концентрацияси ошади ва тошма тошишининг 3-куни вирус нейтралланади. Бундан ташқари юқори нафас йўллари шиллиқ қаватида серозли яллиғланиш кузатилади ва Бельский-Филатов-Коплик доғлар – бу эпителийнинг юзаки некрозидир. Қизамиқ тошмаси эса инфильтратив дерматит уйчаси деб қаралади. Тошма пайдо бўлишини дастлабки вақти – антиген ташувчи тери қоплами билан иммунокомпетент лимфоцитлар ўртасидаги реакция ҳисобланади. Яллиғланиш жараёнларини терининг мальпиг ва донадор қаватига тарқалиши натижасида – деструкция – яллиғланиш ўчоғи вужудга келади. [8,13,20,44]

1.2.6. ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Қизамиқда зарарланган тўқималарда лимфоид ва ретикуляр элементларнинг ривожланиши ҳамда кўп ядроли гигант ҳужайралар ҳосил бўлиши кузатилади. Яллиғланиш ўчоқлари некрозга учрайди ва кўчади, бу вируснинг чиқарилишига ва уни ташқи муҳитга кўп миқдорда экскретлар билан ажратилишига олиб келади.

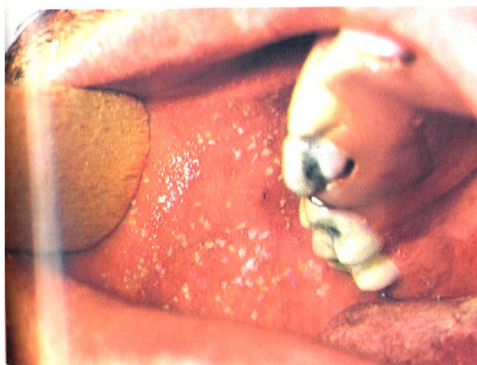
Патоморфологиясида шиллик қаватларнинг гиперемиясини, ўчоқли шиш, кейинчалик нотўғри мугузланиши ва тушиб кетиши билан эпителий хужайраларининг юзаки некрозларини кўриш мумкин. Лаблар ва лунжлар шиллик қаватларидаги патологик ўзгаришлар Бельский-Филатов-Коплик доғлари билан ҳарактерланади, улар вируснинг оғиз шиллик қавати хужайраларида кўпайиши натижасидир ва манний ёрмаси доначаларини эслатади. Қизамиқдаги яллиғланиш жараёнининг ўзига хос хусусияти – бу унинг тўқималарни чуқур зарарлаши, нафақат шиллик қаватларнинг балки шиллик ости қаватигача тарқалиши бўлиб ҳисобланади, бунинг натижасида яллиғланиш жараёнинг интерстициал тўқимагача ўтиши билан перибронхитлар, мезоперибронхитлар келиб чиқиши мумкин. Яллиғланиш жараёнининг терининг мальпигий ва донадор қаватларига тарқалиши натижасида эпидермис деструкцияси ўчоқлари келиб чиқади, улар кейинчалик қипиқланади. Асоратлар асосан нафас олиш тизими томонидан ривожланади. Аниқландики, вирус респиратор тракт эпителийсига киргандан сўнг бу ерда кўп ядроли гигант хужайралар шаклланади. Инфекцион жараённинг қайтар ривожланиши билан улар йўқолади, аммо баъзида, иммунтанқис ҳолатларда, гигант хужайрали зотилжам келиб чиқади, улар оғир кечади ва кўпинча ўлимга олиб келади. Эрта зотилжамларда қизамиқ билан бир вақтда микроб омиллар (пневмококклар, стафилококклар) ҳам этиологик омил бўлиши мумкин. [8,13,15,22,44]

1.2.7. КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Қизамиқда 4 та клиник даврларнинг алмашиниши билан циклик ривожланиши хос: яширин, катарал (продрома); тошма тошиш; пигментация ёки реконвалесценция даврлари.

Қизамиқда яширин давр 9-17 кун давом этади, гамма-глобулин, қон препаратлари олган беморларда 21 кунгача чўзилиши мумкин. Яширин даврнинг чўзилиши қизамиқни бошқа касалликлар билан, асосан, бактериал табиатли, биргаликда келганида учрайди. Катарал давр юқори

нафас йўллари, бурун-ҳалқум, ОИТ, конъюнктивалар шиллик каватларининг катарал яллиғланиши, одатда 3 - 4 кун (1 кундан 6 кунгача) давом этадиган умумий интоксикация белгилари билан характерланади. Асосий клиник белгилари: куруқ йўтал, бўғиқ овоз, буруннинг битиши, кўпинча кам миқдорда шиллик ажралиши билан, кам ҳолларда кўп миқдорда шиллик ажралади, у аввалига шиллик кўринишида бўлиб, кейин шиллик аралаш йирингли тус олади. Конъюнктивит ривожланади, оғиз шиллик каватида энантема пайдо бўлади. Энантема билан бир вақтда қизамиқ учун хос симптом – Бельский-Филатов-Коплик доғлари пайдо бўлади. Улар озиқ тишлар қаршисида лунжлар шиллик каватида жойлашади. (1-расм)



1- Расм. Бельский-Филатов-Коплик симптоми (В.Ф.Учайкин, Л.В.Быстрыкова, 1998)

Бу даврда баъзи беморларда бўйин ва жағ ости лимфатик тугунларининг катталашуви ва уларни пайпаслаб кўрилганда оғриқ кузатилади. Барча клиник белгилар тошма пайдо бўгунга қадар кучайиб боради. [3,8,13,14,44,46]

Тошма тошиш даври қуйидаги белгиларга эга. Интоксикация симптомлари янада яққол намоён бўлади (бош оғриши, ҳолсизлик, уйқунинг бузилиши, баъзан қусиш). Бу даврда тана ҳарорати энг юқори даражага етади, тошма кета бошлагани сайин секин – аста меъёрлашиб боради. Катарал белгилар (тумов, йўтал, конъюнктивит), тошма тошиш даврида энг кўп намоён бўлади (2-расм), кўпинча кўп миқдорда бурундан

шиллик–йирингли ажратмалар ажралиши, қуруқ йўтал билан биргаликда кузатилади.



2-Расм. Қизамиқдаги конъюнктивит, склерит, тошманинг 1-куни.

Максимал намоён бўлган интоксикация белгилари фонида тошма тошиши билан характерланидиган тошма тошиш даври 80% беморларда касалликнинг 4-5 чи кунда бошланади. Тошма тошиш даврининг давомийлиги ўртача 3-4 кун. Тошма босқичма – босқич тошади, макуло-папулез характерда ўзгармаган тери фонида бир – бирига қўшилишга мойил. Тошманинг биринчи элементлари қулоқ орқасида, пешонада пайдо бўлади, кейин биринчи сутканинг охирига келиб юзга ва бўйинга тарқалади. Тошманинг иккинчи куни танага ва қўлларга тушади, учинчи кунига келиб тошма оёқларга тошади (3-расм). Тошма тошиш даврида бемор ўзига хос кўринишга эга бўлади: юзи кerkкан, қовоқлари шишган, конъюнктивалари ёрқин гиперемияланган. Айрим ҳолларда тошманинг пайдо бўлиши геморрагик синдром билан биргаликда кечади. Қизамиқ тошмасининг ўзига хос белгиси унинг пигментацияга ўтиши. Пигментация даврининг давомийлиги 5-6 кун, аммо баъзида тахминан икки ҳафтагача чўзилиши мумкин. Бу даврда тана ҳарорати меъёрлашади, интоксикация симптомлари йўқолади, катарал белгилар сўнади. Қизамиқ билан оғриган беморлар гемограммасида лейкопения, лимфоцитоз, ЭЧТнинг ошиши кузатилади. [3,7,8,14,20]



3-Расм. Қизамиқ: ўзгармаган тери фонида макуло-папулёз тошма,
тошманинг 3-куни

Ички аъзолар томонидан бузилишлар кўпинча тошма тошиш босқичида кузатилади. Касалликнинг биринчи кунларидан пайдо бўладиган ўпкадаги ўзгаришлар (дағал нафас, куруқ хириллашлар) клиник соғайишдан сўнг икки ҳафтагача сақланади. Гигант хужайрали ёки интерстициал зотилжам ривожланиши мумкин, у ўлимга олиб келиши мумкин. Қизамиқда юрак қон – томир тизими томонидан тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлашиши кузатилади. Бир қисм беморларда қоринда оғриқлар ва ичнинг бузилиши кузатилиши мумкин. Бироқ нажаснинг экмаларида патоген микроорганизмлар ажрамайди. Асаб тизими зарарланганда энцефалопатиялар, сероз менингит, менингоэнцефалит ривожланиши мумкин. Периферик қоннинг типик манзараси - лейкопения, нисбий лимфоцитоз, меъёрий ёки секинлашган ЭЧТ. Асоратлар ривожланганда периферик қонда одатда лейкоцитоз кузатилади. [8,15]

Қизамиқнинг атипик шакллари (абортив, митигирланган, билинар - билнмас, симптомсиз) 5-7% ҳолларда учрайди, одатда, у қизамиқнинг яширин даврида қизамиққа қарши гамма-глобулин олган беморларда кузатилади. Бу шакллар касалликнинг қисқариши ёки бирор даврининг тушиб қолиши, енгил кечиши, белгиларининг билинар – билнмас намоён

бўлиши билан кечади. Катарал давр бўлмаслиги ёки бир кунгача қисқариши мумкин, бунда суст ривожланган катарал ҳамда кам намоён бўлган интоксикацион белгилар кузатилади. Тошма тошиш даври 1–2 кунгача қисқаради, тошма майда доғсимон ёки тугунча ҳарактерида, кам, оч рангда, тошманинг босқичлилиги бузилган ёки умуман кузатилмайди ва оч рангда қисқа муддатли пигментация бўлади. Лунж шиллиқ қаватлари, одатда, тоза, Филатов-Бельский-Коплик симптоми йўқ. Атипик қизамиқда асосий белгилар яширин ёки умуман булмайди. Қизамиқни баъзи давлари давомийлиги бузилган бўлиши мумкин – тошма даври қисқариши, катарал даврининг бўлмаслиги, тошма тошишида этаплиқлиқнинг бузилиши шулар жумласидандир. Митигирланган қизамиқ инкубацион даврида иммуноглобулин олган беморларда кузаталади. Баъзан бундай беморларда Филатов-Бельский-Коплик доғлари бўлмайди, тошма рангпар, майда ва кам бўлади (баъзан бир нечта элемент), тошма тошиш этаплиқлиги бузилади, катарал белгилар жуда суст намоён бўлади ёки умуман булмайди. Митигирланган қизамиқда асоратлар кузатилмайди. Қизамиқнинг яширин шакли кўпинча 6 ойгача бўлган болаларда учрайди, уларда касаллиқ онасидан ўтган пассив иммунитет фонида кечади. Атипик агрессив симптомли қизамиқ (гипертотксик, геморрагик, ёмон сифатли) ҳолатларни киритиш мумкин. Улар жуда кам учрайди. Тирик қизамиқ вакцинаси билан эмланганларда қонида антителалар ҳосил булади, аксинча бўлса уларда қизамиқнинг барча хусусиятларини сақлаган ҳолда типик кечади. [8,13,14,15,20]

1.2.8. КЛИНИК ШАКЛЛАРНИНГ ТАСНИФИ

Ҳозирги замон шароитида муаллифлар А.А.Колтыпин ва М.Г.Данилевич томонидан тавсия этилган таснифлаш мезонларидан ҳамда И.К. Мусабаев таснифидан (1982 й.) фойдаланишни тавсия этадилар. [3,13]

I. Типиклиги бўйича қизамиқни қуйидагиларга бўлинади:

- 1) Типик – касаллиқнинг асосий классик белгилари кузатилиши билан ҳарактерланади

2) Атипик – симптоматикаси ва кечувида маълум бир фарқланишлар мавжуд бўлади.

- Абортив
- Митигирланган
- Билинар – билнмас
- Симптомсиз

II. Оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда учта шакли ажратилади:

1. Енгил
2. Ўртача оғир
3. Оғир (геморрагик, диспноик, атаксодинамик)

1.2.9. АСОРАТЛАРИ

А) Қизамиқда нафас олиш тизимида пайдо бўладиган ўзгаришлар.

Асоратлар қизамиқ билан оғриган 30% беморларда кузатилади. Кўпинча улар 5 ёшдан кичик ва 20 ёшдан катталарда учрайди. Нафас тизими томонидан бўладиган (зотилжам, ларингит, ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, плеврит), овқат – ҳазм қилиш тизими томонидан кузатиладиган (стоматитлар, энтеритлар, колитлар), асаб тизими томонидан (энцефалитлар, менингоэнцефалитлар, менингитлар, психозлар), кўрув аъзолари (конъюнктивитлар, блефаритлар, кератоконъюнктивитлар), эшитув аъзолари томонидан (отитлар, мастоидитлар), теридаги асоратлар (пиодермиялар, флегмоналар), сийдик ажратув тизими томонидан бўладиган асоратлар (циститлар, пиелитлар, пиелонефритлар) фарқланади. Қизамиқ асоратлари билан унинг одатдаги белгилари орасидаги чегарани аниқлаш маълум қийинчиликлар туғдиради. Шундай қилиб, нафас йўллариининг ларингитлар, ларинготрахеитлар, назофарингитлар, ангиналар кўринишидаги зарарланишини уларнинг кескин яққол намоён бўлганида ёки йирингли, йиринг-некротик характерга эга бўлганида улар касалликнинг асорати ҳисобланади. Ларингит ва ларинготрахеит асосан продрамал даврда пайдо бўлади ва тошма тошиши билан

йўқолади. Бу ўзгаришлар қизамиқ вируси таъсирида пайдо бўлиб, жараён катарал характерга эга бўлади. Некротик, фибриноз-некротик, ярали ларингит ва ларинготрахеит пигментация даврида вужудга келади, лекин касаллик бошланишда ҳам бўлиши мумкин. Улар узоқ муддатли, баъзан тўлқинсимон кечади, афония ва ҳиқилдоқни яққол стенози билан намоён бўлади. Бу вирус-бактериал асоратдир. Қизамиқда ўпкани яллиғланиши барча даврларда ривожланиши мумкин. Эрта зотилжам, продромал даврда ривожланади, қизамиқ вируси чақирган лимфа ва қон айланиши бузилиши билан боғлиқ. Ўпкадаги ўзгаришларни аниқлаш қийин, бу ўзгаришлар “қизамиқ ўпка” деб номланади. Эрта пайдо булган зотилжам жуда оғир кечиши билан фарқланади. Бунда МНТ ва ЮҚТ шикастланади. Бунда ўпкадаги физикал ўзгаришлар яққол бўлмаслиги мумкин чунки бронхопневмония ўчоқли шаклида кечади. Кечки зотилжам тошма пигментацияси даврида (тошма тошгач 4-5 кундан кейин) пайдо бўлади. 1-2 кун тана ҳарорати нормаллашгач, у яна кўтарилади, умумий аҳволи ёмонлашади. Ҳансираш, цианоз ва ўпкада физикал ўзгаришлар пайдо бўлади. Қизамиқдаги зотилжам секин кечиши билан фарқланади ва абцессланишига мойил булади. Ҳозирги вақтда антибиотикларни ўз вақтида қўлланилиши зотилжамни силлиқ кечиши ва тузалишини таъминлайди. Қизамиқ зотилжамидан ўлиш оқибати билан тугаши кўпинча 2 ёшгача бўлган болалар орасида кузатилади. Эрта асоратлар бевосита қизамиқ вирусининг таъсирида бўлиши мумкин, лекин кўпинча иккиламчи инфекция қўшилганда кузатилади. Кечки асоратлар ҳар доим иккиламчи характерга эга, ва қизамиқнинг қолдиқ белгилари фонида ривожланади, яъни кўпроқ микроб инфекцияси билан асосланган ва қизамиқнинг қолдиқ ўзгаришлари фонида ривожланади.

В) Қизамиқда асаб тизимида пайдо бўладиган асоратлар.

Қизамиқ билан оғриган беморлар, айниқса, стрептококкли инфекцияларга берилувчан. Энг оғир ва кам учрайдиган асорати – бу

менингоэнцефалит бўлиб (1000-2000 касалланганларга битта ҳолат), у катталарда ҳам, болаларда ҳам ўлим билан тугалланиши мумкин. Қизамиқдан кейинги энцефалитдан сўнг кўпчилик беморларнинг психик ҳолатида турғун оғишлар сақланиб қолади. Одатда қизамиқ энцефалити тошма тошишининг охирига келиб (3-5 -кун), тана ҳарорати меъёрлашганда кузатилади. Тўсатдан тана ҳарорати яна кўтарилади ва боланинг умумий аҳволи ўзгаради. Уйқучанлик, адинамия, баъзан психомотор қўзғалувчанлик, кейин сопор ёки кома кузатилади. Эрта ёшдаги болалар учун талваса хуружлари хос. Психосенсор бузилишлар, галлюцинатор синдром бўлиши мумкин. Ўчоқли симптоматика жойлашиши бўйича турли хил бўлади: геми- ва парепарезлар, гиперкинезлар, миячанинг бузилишлари. Кўп ҳолларда ҳужайра-оқсил диссоциацияси кўринишида намоён бўлган орқа мия суюқлигининг яллиғланишли ўзгаришлари аниқланади. Жараёнга орқа мия жалб этилса энцефаломиелит белгилари ривожланади. Юз мингта қизамиқ билан оғриб ўтганларнинг биттасида оғир сурункали касаллик – ўткир ости склерозланувчи панэнцефалит (ЎСПЭ) ривожланади, у интеллектуал деградация, талваса хуружлари, ҳаракат бузилишларини чақириб, одатда, ўлим билан тугайди. Охирги йилларда қизамиқда эмпиема ва обцесслар кам учраяпти. Отит – энг кўп учрайдиган қизамиқ асорати бўлиб, охирги йилларда фақат катарал отит кўп учраяпти. Йирингли отит кам учрайди. Отитлар кўпингча қизамиқнинг пигментация даврида пайдо бўлади. Стоматит – қизамиқда катарал ёки афтоз бўлади. Овқатланиши бузилган ва авитаминоз сабабли кучсизланган болаларда некротик ёки ярали стоматит ривожланади. Гангренозли стоматит (нома) охирги йилларда кўп учраяпти.

С) Қизамиқда ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришлар.

Ошқозон-ичак тизими томонидан пайдо бўладиган патологик ўзгаришлар кўпинча касалликнинг катарал даврида пайдо бўлиб, бу касалликнинг эрта аниқланишига кўпинча тўсқинлик қилади. Диспептик синдромлар, қусиш ва қайд қилиш, ич қотиши ёки ичнинг суяқ ўтиши каби клиник синдром ҳамда симптомлар юзага чиқади. Сўнгги йилларда ошқозон-ичак тизими томонидан пайдо бўладиган патологик ўзгаришлар нисбатан кўп учрайдиган. Бўнга бир қатор салбий преморбид ҳолатлар сабаб бўлмоқда. Жумладан, сунъий овқатланиш, қўшимча овқатланишга эрта ўтиш, ўтказилган дизбактериоз ва унинг қолдиқ асоратлари, нотўғри ўтказилган антибиотикотерапия таъсирида пайдо бўлган дизбактериоз синдроми, иммун қувватсизлик ҳолати, авитаминоз, камқонлик, паратрофия ва гипотрофия синдромлари, вирус таъсирида ичак маҳаллий иммунитетининг пасайиши ва шартли патоген микрофлоранинг миқдорининг ошиши ва шулар кабилар. Колит ва энтероколит пигментация даврида иккиламчи микроб флоросини қўшилишидан, яъни шартли патогенлар (шигелла, патогенетик турдаги замбуруғлар, энтерококк) таъсирида вужудга келади. Ошқозон-ичак тизими зарарланишида ўткир ичак инфекциясиники каби клиник симптомларнинг пайдо бўлиши кўплаб кузатилаётган. Обьектив кўрикда тери қуруқлиги ва эластиклигининг пасайиши, қоринда пайпаслаганда оғриқ ёки қорин дам бўлиши аломатлари кузатилади. Айниқса бир ёшгача бўлган болаларда ўткир эксикоз ва токсикоз синдромлари, организмнинг сувсизланиши оғир даражаларда кечади. Бу эса болаларнинг умумий аҳволини янада оғирлаштиради. Эксикознинг оғир даражаларида организм кескин сувсизланиб, организмдаги бошқа аъзо ва тўқималарнинг фаолиятига жиддий путур етади. Айниқса юрак-қон томир тизими фаолиятида бу нарсаяққол намоён бўлади. Периферик қон ҳажмининг камайиши марказий асаб тизимида қайталанмас ўзгаришларга олиб келиши ва оқибатда ўлим билан тугаши мумкин. Ахлат массаси макроскопик кўрилганда кўп миқдорда, шиллиқли, яшил-маллатоб тусли, суяқ,

сувсимон консистенцияда эканлиги аниқланади. Микроскопик текширилганда эса парчаланмаган ёғлар, шиллиқ парда эпителийлари, чала хазм бўлган овқат массаси, кўп микдорда макрофаг хужайралари, лейкоцитлар, бироз йирингли шиллиқ аниқланади. Кам ҳолларда айрим салбий преморбид фон омиллари таъсирида содир бўлган дизбактериоз синдромида кабзият билан келиши мумкин. Бунда ич қотиши, қориннинг дам бўлиши, уч сутка ва ундан кўп муддатда ахлат келмаслиги кузатилади. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга сабабчи бўладиган хавф омиллари ичида етакчилиқни болаларни эрта қўшимча овқатга ўтказиш ёки сунъий овқатлантириш эгаллайди. Бундай болаларда нисбий ферментларнинг етишмовчилиги, ичак микрофлорасининг тўла шаклланмаганлиги ва оналар томонидан болаларнинг ёшига мос келмайдиган овқат билан озиқлантириши муҳим рол ўйнайди. Ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришлар қизамиқ касаллигининг клиник кечишининг оғирлашишига қуйидаги факторлар орқали таъсир қилмоқда:

1. Токсик – қизамиқ вируси таъсирида ичакда маҳаллий иммунитет пасайиши натижасида нормал микрофлорада мавжуд бўлган шартли патоген микробларнинг кўпайиши ва фаоллашиши. Шартли патогенларнинг эндо- ва экзотоксини организмни токсик заҳарлаши.
2. Патогенетик – шартли патогенлар кўпайиб, патогенетик хусусиятини намоён қилиши. Ичак шиллиқ қаватида яллиғланиш пайдо бўлиши, цАМФ микдорининг ошиши ва ичакда сўрилиш фаолиятининг кескин издан чиқиши, сув-туз ва модда алмашинувининг бузилиши.
3. Дизметаболик – ошқозон-ичак тизимида сўрилиш фаолиятининг бузилиши, ичнинг суяқ ўтиши, қусиш ва қайд қилиш оқибатида организмда сув-электролит дисбаланси пайдо бўлади, периферик

қон ҳажми камаяди ва иккиламчи патоморфологик ўзгаришлар пайдо бўлади. [2,3,13,14,20,44]

1.2.10. ТАШХИСОТИ

Типик қизамиқда ташхислаш қийинчилик туғдирмайди ва клиник усулга асосан қўйилиши мумкин. Ташхис типик қизамиқда қийинчилик туғдирмайди. [3,13,14,20]

Касалликни ўткир бошланиши, катарал белгиларни аста-секин кучайиши, конъюнктивит бўлиши, энантема ва Филатов-Коплик доғларини пайдо бўлиши, ўзгармаган тери орасида макуло-папулезли тошмаларни этапли тошиши, тошмали ва ЎРВИ касалликлар билан фарқлашда ёрдам беради. Беморни батафсил клиник кўздан кечириш ва ривожланаётган клиник белгиларни динамикада кузатув аҳамиятга эга. Айниқса, тошмани ва оғиз шиллиқ қаватининг ҳолатини кузатиш катта аҳамиятга эга. Касалликни ташхислашнинг, айниқса, билинар билинмас шакллари, қийинлиги ўз вақтида беморларни аниқлаш ва касаллик манбаини алоҳидалашни кечиктиради. Шунинг учун, қизамиқни ҳам аниқлаш, ҳам бошқа касалликлардан таққосий ташхислаш мақсадида лаборатор ташхислаш ўтказилиши лозим. [2,13,20,44]

Гематологик маълумотлар аниқ бир типиклик билан ҳарактерланади ва касалликнинг даврига боғлиқ. Катарал даврданоқ лейкопения, нейтрофиллар миқдорининг камайиши ва лимфоцитоз аниқланади; тошма тошиш даврида яққол лейкопения, эозинофиллар, моноцитлар сонининг камайиши, ЭЧТнинг бироз ошиши кузатилади. [4,12,13,40]

Цитоскопияда қизамиқ учун хос бўлган кўп ядроли хужайралар аниқланади; вирусологик текширувда вирусни иммунофлюоресценция усули билан ажратиб олинади, бу эса касалликни эрта даврларида ташхислаш имконини беради. [2,13,14,20,44]

Охирги йилларда ўзининг ишонарлилиги ва кулайлигига кўра гемаглютинацияни тухтатиш РТГА ва ТГАР каби серологик ташхислаш усуллари кенг қўлланилмоқда.

Ҳозирги кунда қизамиқнинг эрта ташхисотида ИФА – қизамиқ вирусига нисбатан антитаначаларини (IgM и IgG) аниқлаш усули катта аҳамиятга эга. Қизамиққа қарши IgM синфига мансуб антитаначаларни аниқлаш ўткир қизамиқ инфекцияси мавжудлигини кўрсатади, IgG синфига мансуб антитаначаларни аниқлаш эса ўтказилган касалликдан далолат беради. Қизамиқ вирусининг РНКсини аниқлашга полимераз занжир реакцияси (ПЗР) ва нуклеин кислоталарини тўғридан тўғри гибридлаш тести имкон беради. [3,13,14,15,40,44]

1.2.11. ТАҚҚОСИЙ ТАШХИСЛАШ

Беморда катарал белгилар кузатиладиган бошланғич даврда ўткир респиратор вирусли инфекциялар (грипп, аденовирусли ва риновирусли инфекция) билан таққосланади. Қизамиқнинг тошма тошиш даврида турли хил тошма билан кечадиган, хусусан: (биринчи навбатда) қизилча, юқумли эритема, скарлатина, экзантемалар билан кечадиган ўткир вирусли респиратор инфекциялар, псевдотуберкулез, менингококкемия, аллергия тошмалар (Лайела синдроми, Стивен-Джонсон синдроми) таққосий ташхислаш керак. Қизамиқ ташхис қўйишда қийинчиликлар бўлса беморга серологик текширишлар қўллаш мумкин. 1 ёшгача булган болаларда кўпинча қизамиқ кузатилмайди, чунки онасидан трансплацентар йул билан антителолар ўтган бўлади. Агар онаси қизамиқ билан касалланмаган булса, бола биринчи кундан касалланиши мумкин. Ҳомила ривожланишининг эрта босқичларида ҳомила қизамиқ вируси билан трансплацентар йўл орқали зарарланса, касаллик ўткирости склерозланувчи панэнцефалит шаклда номоён булади. Агар зарарланиш ҳомиладорликнинг охириги ҳафталарида юз берса, у ҳолда бола қизамиқ белгилари билан туғилиши ёки биринчи кунда номоён булиши мумкин. Туғма қизамиқ ташхисини қўйиш жуда кийин, чунки касаллик клиник белгилари яширин ёки кучайтирилган шаклда бўлиши мумкин. Ташхис қўйиш эпиданамнезга асосланади. Янги туғилган чақалоқ иммунологик

толерантлик ҳисобига вирус нейтралловчи антителалар ҳосил бўлмаслиги мумкин. [3,12,13,14,18,20]

1.2.12. ДАВОЛАШ

Организм реактивлигини тиклаш мақсадида қизамиқни даволаш қизамиқ иммунодепрессиясига қарши курашга қаратилган бўлиши керак. Қизамиқни асосан симптоматик даволанади: ётоқ тартиби, пархез № 13, кўп суюқлик ичиш, десенсибилизацияловчи дори воситалар. Асоратланган кечувида антибиотикларни перорал, парентерал ва маҳаллий (чайқаш, суртиш ва бошқалар) қўллаш мумкин. Касалликнинг ўткир даври (тошма тошиш даврида) мобайнида ётоқ тартиби, кўп суюқлик ичиш, терини ва шиллик қаватларни изчил парваришлаш (кўзларни ва оғиз бўшлиғини қайнатиб совутилган сув ёки фурациллин эритмаси билан чайқаш) кўрсатилган. Барча беморларга витамин А (Зёшгача бўлган болаларга – 3300 МЕ дан суткасига, Зёшдан катта болаларга – 5000 МЕдан суткасига), Аскорутин, Кальций глюконат 2-3 маҳал кунига ёшига мос равишда ичишга тайинланади. Қуруқ йўталда йўталга қарши дори воситалари тайинланади. Нохуш неврологик анамнезли болаларга (гипертензионно-гидроцефал синдром, фебрил талвасалар ва б.) касалликнинг ўткир даврида сийдик ҳайдовчи дори воситаларини калий препаратлари билан биргаликда per os (диакарб ёшига мос равишда қисқа уч кунлик курслар билан) тавсия этилади. Қизамиқ энцефалити билан оғриган беморларга диспансер кузатуви интенсив хоналарида олиб борилади. [13,14,15,16,18]

1.2.13. ПРОФИЛАКТИКА.

Қизамқнинг махсус профилактикаси ҳозирги кунда, асосан, тирик қизамиқ вакцинаси (ТҚВ) билан эмлаш ўтказишдан иборат. Ўзбекистонда қизамиқнинг махсус профилактикасини Л-16 штаммидан тайёрланган ТҚВ билан, ҳамда «Рувакс» вакцинаси билан («Пастер-Мерье Коннот» компанияси томонидан ишлаб чиқариладиган вакцина, Франция) 12 ойлик ва 7 ёшли болаларга тери остига 0,5 мл миқдорда юбориш билан

ўтказилади. Охирги йилларда уч компонентли вакцина MMR (measles-кизамиқ, mumps – эпидпаротит, rubella -кизилча) (АҚШ) қўлланилмоқда. Кўпчилик болаларда ТҚВ сида ҳеч қандай клиник белгилар кузатилмайди. 5 - 15% болаларда 5 – кунидан 15 –кунигача бўлган вақт оралиғида тана хароратининг кўтарилиши, катарал белгилар, суст қизамиқсимон тошма тошиши кўринишидаги махсус реакциялар кузатилиши мумкин. [16,18,19]

Пассив иммунопрофилактика қизамиққа қарши иммуноглобулин юбориш билан ўтказилади. [40,44,46]

Носпецифик ёки умумий эпидемияга қарши чора–тадбирлар ЎзР ССВ нинг 192- сонли буйруғига асосан ўтказилади ва касаллик манбаини эрта аниқлаш ва алоҳидалаш, ҳамда мулоқотда бўлганлар орасидаги чора тадбирларни ўз ичига олади. Беморлар касаллик бошланганидан тошма тошишининг 5- кунигача алоҳидаланади, асоратлар кузатилса бу муддат 10 кунгача чўзиш тавсия этилади. Катта ёшдаги болалар ва катталар орасида қизамиқ билан касалланишнинг кўпайгани сабабли ушбу гуруҳ ичидан мулоқотда бўлганларни болалар стационарларига киритилганда уларнинг қизамиққа қарши иммунитетининг ҳолатини аниқлаш зарур. Эмланмаган ва қизамиқ билан оғримаган мулоқотда бўлганларни мулоқотдан сўнг биринчи 5 кун ўтгач ТҚВ си билан эмланади. Инфекция ўчоғида қизамиқ билан оғримаганларни 8-кундан 17-кунгача, иммуноглобулин олганларни эса 21-кунигача тиббий кузатув ўтказилади. Қизамиқ билан оғримаган мактабгача ёшдаги болаларни алоҳидалаш муддати 17 ва 21 кунни (иммуноглобулин юборилса) ташкил этади. Эмланган болалар ва касаллик ўтказиб бўлган болаларни алоҳидаланмайди. Болалар муассасаларида гуруҳларни алоҳидалаш зарур ва уларни алоҳидалаш муддатларини ҳисобга олган ҳолда жойлаштириш керак. Гуруҳда янги қизамиқ билан оғриш ҳоллари пайдо бўлса алоҳидалаш муддатини охирги касалланиш ҳолатидан кейин бошлаб ҳисоблаган ҳолда узайтирилади. Иложи бўлса бундай гуруҳни узлуксиз суткалик алоҳидалаш керак. [3,13,14,15,40,44]

1.2.14. ОҚИБАТИ

Беморлар ўз вақтида ва тўғри даволанса оқибати яхши, аммо асоратларнинг ривожланиши ўлимга олиб келиши мумкин. [3,23,24,45]

II. АСОСИЙ ҚИСМ.

1 - БОБ. ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛЛАРИ

Илмий тадқиқот Тошкент Тиббиёт Академияси III – клиникаси “Катталар ва болалар юқумли касалликлари” бўлимида 2010-2011 йилги куз-киш мавсуми давомида ўтказилди. Текшириш учун қизамиқ билан касалланиб, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган 40 нафар 3 ёшгача бўлган болалар ҳамда қизамиқ билан касалланган ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бўлмаган 30 нафар 3 ёшгача бўлган бемор болалар олинди. Барча текширувдаги болалар асосий ва назорат гуруҳига бўлиб ўрганилди.

Дастлаб, қизамиқ билан касалланиб, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган 40 нафар Асосий гуруҳ болаларини кичик асосий ва назорат гуруҳчаларига тақсимлаб, ёш ва жинс бўйича куйидагича ажратилди: Бемор болалар ёшига кўра; 0-6 ой, 6-12 ой ва 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган гуруҳларга ажратилди. Ундан асосий гуруҳчадаги 24(60%) нафар болаларнинг 8(33,3%) тасини 0-6 ойлик болалар, 9(37,5%) тасини 6-12 ойлик болалар, 7(29,2%) тасини 1-3 ёшгача бўлган бемор болалар ташкил қилди. Назорат гуруҳчасидаги 16(40%) нафар болаларнинг 7(43,8) тасини 0-6 ойлик болалар, 6(37,5%) тасини 6-12 ойлик болалар, 3(18,8%) тасини 1-3 ёшгача бўлган бемор болалар ташкил қилди. 1-жадвал. Ёш бўйича ажратганда

Ёш	Асосий гуруҳча N=24		Назорат гуруҳчаси N=16		Жами N=40	
	МС*	%	МС	%	МС	%
0-6 ой	8	33,3	7	43,8	15	37,5
6-12 ой	9	37,5	6	37,5	15	37,5
1-3 ёш	7	29,2	3	18,8	10	25

- - мутлоқ сони (МС)

Ёшга боғлиқ ҳолда жинс бўйича тақсимлаганда асосий гуруҳчадаги 24(60%) нафар болалардан 0-6 ойгача бўлган 8(33,3%) нафар болани

3(37,5%) тасини ўғил болалар, 5(62,5%) тасини қиз болалар, 6-12 ойгача бўлган 9(37,5%) нафар боланинг 5(55,6%) тасини ўғил болалар, 4(44,4%) тасини эса қиз болалар, 1-3 ёшгача бўлган 7(29,2%) нафар боланинг 3(42,3%) тасини ўғил болалар ва 4(57,1%) тасини қиз болалар ташкил қилди. Назорат гуруҳчасидаги жами 16(40%) нафар болаларнинг 0-6 ойгача бўлган 7(43,8%) нафар болани 3(42,3%) тасини ўғил болалар, 4(57,1%) тасини қиз болалар, 6-12 ойгача бўлган 6(37,5%) нафар боланинг 3(50%) тасини ўғил болалар, 3(50%) тасини эса қиз болалар, 1-3 ёшгача бўлган 3(18,8%) нафар боланинг 1(33,3%) тасини ўғил болалар ва 2(66,7%) тасини қиз болалар ташкил қилди. 2-жадвал

Жинс бўйича

Ёш	Асосий гуруҳча N=24				Назорат гуруҳчаси N=16				Жами N=40			
	ўғил		Қиз		ўғил		қиз		ўғил		Қиз	
	МС	%	МС	%	МС	%	МС	%	МС	%	МС	%
0-6 ой	3	37,5	5	62,5	3	42,3	4	57,1	6	40	9	60
6-12 ой	5	55,6	4	44,4	3	50	3	50	8	53,3	7	46,7
1-3 ёш	3	42,3	4	57,1	1	33,3	2	66,7	4	40	6	60

Сўнгра қизамиқ билан касалланиб, ошқозон ичак тизимида патологик ўзгаришлари бўлмаган 30 нафар Назорат гуруҳидаги болалар ёш ва жинсига кўра қуйидаги майда таркибий қисмларга ажратилди: Бемор болалар 0-6 ой, 6-12 ой ва 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган гуруҳчаларга ажратилди. Ундан асосий гуруҳчадаги 18(60%) нафар болаларнинг 7(38,9%) тасини 0-6 ойлик болалар, 6(33,3%) тасини 6-12 ойлик болалар, 5(27,7%) тасини 1-3 ёшгача бўлган бемор болалар ташкил қилди. Назорат гуруҳчасидаги 12(40%) нафар болаларнинг 5(41,7) тасини 0-6 ойлик болалар, 4(33,3%) тасини 6-12 ойлик болалар, 3(25%) тасини 1-3 ёшгача бўлган бемор болалар ташкил қилди. 3-жадвал.

Ёш бўйича ажратганда:

Ёш	Асосий гуруҳча N=18		Назорат гуруҳчаси N=12		Жами N=30	
	МС*	%	МС	%	МС	%
0-6 ой	7	38,9	5	41,7	12	40
6-12 ой	6	33,3	4	33,3	10	33,3
1-3 ёш	5	27,7	3	25	8	26,7

Ёшга боғлиқ ҳолда жинс бўйича тақсимлаганда асосий гуруҳчадаги 18(60%) нафар болалардан 0-6 ойгача бўлган 7(38,9%) нафар болани 3(42,3%) тасини ўғил болалар, 4(57,1%) тасини қиз болалар, 6-12 ойгача бўлган 6(33,3%) нафар боланинг 3(50%) тасини ўғил болалар, 3(50%) тасини эса қиз болалар, 1-3 ёшгача бўлган 5(27,7%) нафар боланинг 2(40%) тасини ўғил болалар ва 3(60%) тасини қиз болалар ташкил қилди. Назорат гуруҳчасидаги жами 12(40%) нафар болаларнинг 0-6 ойгача бўлган 5(41,7%) нафар болани 2(40%) тасини ўғил болалар, 3(60%) тасини қиз болалар, 6-12 ойгача бўлган 4(33,3%) нафар боланинг 2(50%) тасини ўғил болалар, 2(50%) тасини эса қиз болалар, 1-3 ёшгача бўлган 3(25%) нафар боланинг 1(33,3%) тасини ўғил болалар ва 2(66,7%) тасини қиз болалар ташкил қилди. 4-жадвал.

Жинс бўйича ажратганда:

Ёш	Асосий гуруҳча N=18				Назорат гуруҳчаси N=12				Жами N=30			
	ўғил		Қиз		ўғил		қиз		ўғил		Қиз	
	МС	%	МС	%	МС	%	МС	%	МС	%	МС	%
0-6 ой	3	42,3	4	57,1	2	40	3	60	5	41,7	7	58,3
6-12 ой	3	50	3	50	2	50	2	50	4	40	6	60
1-3 ёш	2	40	3	60	1	33,3	2	66,7	4	50	4	50

Болалар клиник, лаборатор: Умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, ахлат умумий таҳлили, ахлат копроцитограммаси (унга кўра ахлатда шиллик, лейкоцитлар, энтероцитлар, ичак эпителиялари аниқланади.) ва Р.Б.Эпштейн-Литвак ва Ф.Л.Вилшан усулида ахлат бактериологик таҳлили ўтказилди. (Ушбу методга кўра ахлат намунаси Плоскирёв, Эндо, Левин озиқ муҳитларига экилади. Гемолизланувчи микрофлорани ажратиш учун қўшимча 5% ли қонли агар қўшилади. Протейларни аниқлаш учун мочевинали Рессел муҳитига экилади, стафилококк – ўтли-тузли агарга, ачитки замбруғлари – Сабуро муҳити билан, бифидобактерия – модифицирланган Блоурокк муҳити билан, лактобактерия эса – МРС-2 муҳити орқали аниқланади.) ва инструментал (кўкрак қафаси обзор рентгенографияси) текширилди.

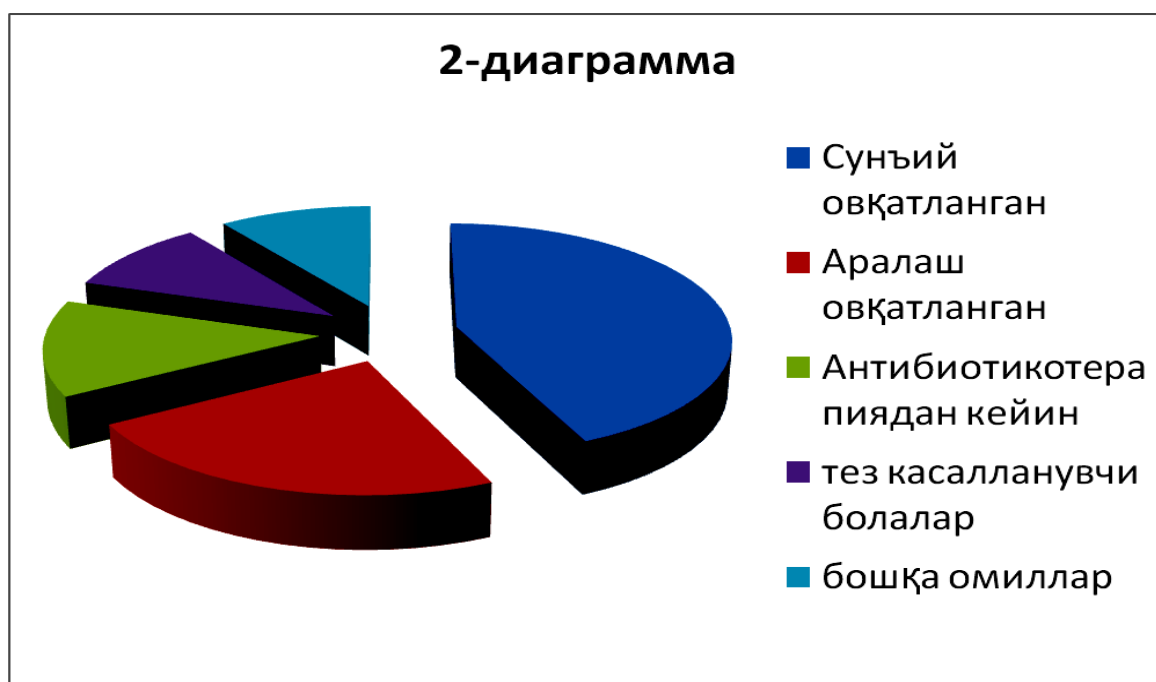
Бемор болаларга ташхис ота-оналарининг шикоятлари, эпидемиологик анамнези, *Anamnesis morbi et vitae* га, ва объектив кўрик маълумотларига ҳамда касалликнинг клиник кечишига, лаборатор ва инструментал таҳлил натижаларига асосан МКБ-10 таснифига мувофиқ қўйилди.

2 - БОБ. МУСТАҚИЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

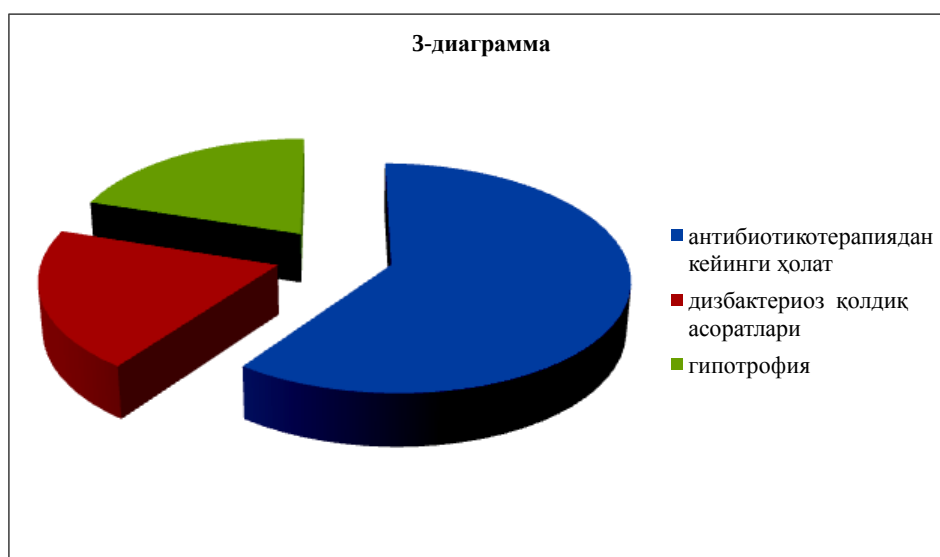
2.1. Қизамиқ билан касалланган болаларда ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга сабаб бўлувчи хавф омиллари.

Аввал баён қилганимиздек, сўнгги йилларда болалар ўртасида қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга бир қатор ташқи ва ички хавф омиллари таъсир қилмоқда. Жумладан ташқи хавф омиллардан; бир ёшгача бўлган болаларнинг сунъий овқатлантириш, қўшимча овқат рационига эрта ўтиш, бир ёшдан катта болаларда эса кунлик овқат рационига менюнинг ёшга нисбатан номувофиқ тузилиши ва бошқалар. Ички омиллардан эса; нотўғри ўтказилган антибиотикотерапия таъсирида ичак микрофлорасининг миқдор ва сифат жиҳатдан бузилиши, тез-тез касалланувчи болаларда иммун қувватнинг пастлиги, организмда паратрофия ва гипотрофия синдромлари каби фон касалликларининг борлиги ва бошқалар.

Ўтказилган анамнестик сўровлар шуни кўрсатадики, қизамиқ билан касалланиб, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бир ёшгача бўлган 30 нафар (бу жами кузатувга олинган 40 нафар бемор болаларнинг 75% ини ташкил этади) бемор болаларнинг 13(43,3%) нафарида сунъий овқатлантириш рационига ўтилган. 7(23,3%) нафарида 3 ойликдан аралаш овқатлантиришга ўтилган. 4(13,3%) нафар беморда шифохонага келгунга қадар кенг спектрли антибиотик нораціонал тарзда нотўғри доза ва тартибда ўтказилган. 3(10%) нафар болада тез-тез касалланиш ҳолати аниқланди ва иммун қувватнинг пастлиги деб баҳоланди. Қолган 3(10%) нафар болада эса бир қатор бошқа хавф омиллари сабаб бўлган деб қаралди.



1 ёшдан 3 ёшгача бўлган 10(25%) нафар бемор болаларда эса асосий хавф омили сифатида нотўғри ўтказилган антибиотикотерапия 6(60%) нафар бемор болада аниқланган бўлса, 2(20%) нафар болада сурункали дизбактериознинг қолдиқ асоратлари бўлган, яна 2(20%) нафар болада эса гипотрофия фонидида иммун қувватининг пастлиги аниқланди.



Назорат гуруҳида олинган, қизамиқ билан касалланиб, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бўлмаган 30 нафар кузатувга олинган

бемор болаларнинг бир ёшгача бўлган 22(73,3%) нафар боладан 18(81,8%) тасида кўкрак сути билан регуляр овқатланган ва 6 ойликдан овқатланиш рационага кўра қўшимча овқат киритилган. 3(13,6%) нафарида 3 ойликдан қўшимча овқат киритилган. 1(4,5%) нафари сунъий овқатланган. 1-3 ёшли болаларда эса асосий хавф омиллари аниқланмади.

2.2. Болаларда қизамиқ касаллигининг оғирлик даражаси ва асоратларининг турига кўра ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларнинг клиник кечиш хусусиятлари.

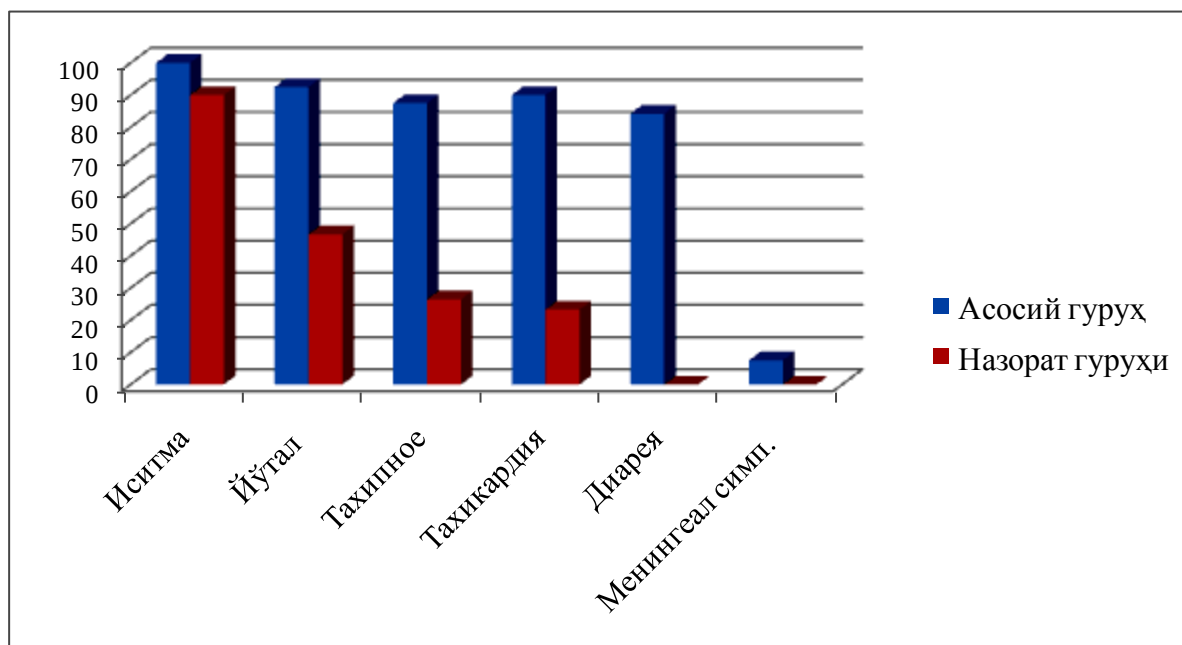
Қизамиқ билан касалланган асосий ва назорат гуруҳидаги барча болаларнинг умумий аҳволи, касалликнинг кечиш хусусиятлари ва пайдо бўлган асоратларнинг турига кўра беморларнинг оғирлик даражалари баҳоланди. Бунда қуйидаги клиник симптом ва синдромлар асос қилиб олинди; Умумий ҳолсизлик асосий назорат гуруҳидаги бемор болаларнинг барчасида пайдо бўлиб, бу қизамиқ вируси интоксикацияси билан баҳоланади. Иштаҳа пасайиши асосий гуруҳдаги барча болаларда аниқланиб, назорат гуруҳидаги болаларнинг 90% да кузатилди. Конъюнктивит асосий гуруҳдаги 85% беморда аниқланган бўлса, бу симптом назорат гуруҳидаги бемор болаларнинг 70% да кузатилди. Ринорея белгиси асосий гуруҳ беморларида 75% ҳолатда аниқланди, назорат гуруҳидаги болаларнинг эса 60% да қайд этилди. Овознинг бўғилиши асосий гуруҳ болаларида 80% да пайдо бўлиб, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 53,3% ни ташкил этди. Йўтал симптоми асосий гуруҳ болаларининг 92,5% да аниқланган бўлса, назорат гуруҳидаги 46,7% болаларда кузатилди. Тахипноэ асосий гуруҳда 87,5%, назорат гуруҳида эса 26,7% бемор болаларда аниқланди. Тахикардия эса асосий гуруҳда 90%, назорат гуруҳида 23,3% нисбатда учрайди. Диспептик синдромлардан – қусиш ва қайд қилиш асосий гуруҳда 95% болаларда, назорат гуруҳида эса 13,3% болаларда аниқланди. Диарея синдроми асосий гуруҳ болаларининг 84,2% да аниқланган бўлса, назорат гуруҳида олинган бемор болаларда бу синдром кузатилмади. Ич қотиши асосий гуруҳдаги

болаларнинг 20% да кузатилди. Назорат гуруҳидаги бемор болаларда эса бу синдром аниқланмади. Менингеал симптомлар асосий гуруҳдаги болаларнинг 7,5% да қайд этилди. Назорат гуруҳида эса бундай симптомлар пайдо бўлмади. Юқоридагилардан шу нарса маълум бўляпдики, асосий гуруҳдаги бемор болаларда ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришларнинг пайдо бўлиши қизамиқ касаллигининг клиник кечишини оғирлаштириб, бошқа аъзо-tizimларда ҳам асоратлар пайдо бўлишига сабаб бўлмоқда. 5-жадвал.

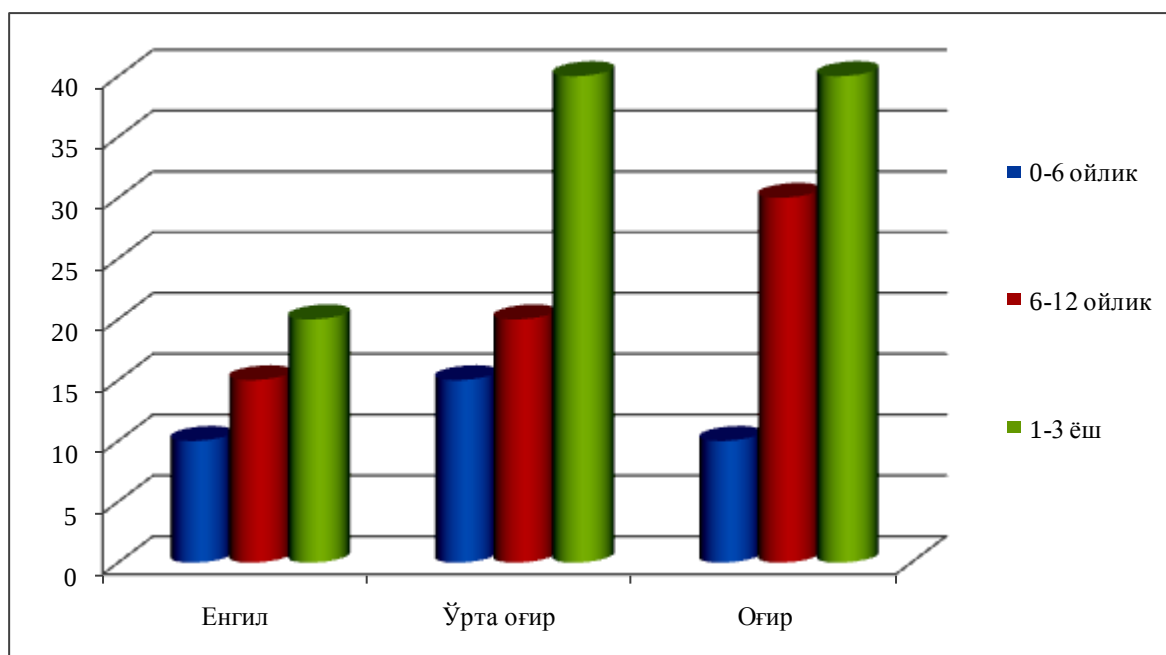
№	Клиник симптом ва синдромлар		Асосий гуруҳ N=40		Назорат гуруҳи N=30	
			МС	%	МС	%
1.	Умумий ҳолсизлик		40	100	30	100
2.	Иштаҳасизлик		40	100	27	90
3.	Иситма		37	92,5	23	76,7
4.	Конъюнктивит		34	85	21	70
5.	Ринорея		30	75	18	60
6.	Овоз бўғилиши		32	80	16	53,3
7.	Йўтал	Қуруқ	25	62,5	9	30
		Нам	12	30	5	16,7
5.	Тахипноэ		35	87,5	8	26,7
6.	Тахикардия		36	90	7	23,3
7.	Қусиш ва қайд қилиш		38	95	4	13,3
8.	Диарея		32	84,2	0	0
9.	Ич қотиши		8	20	0	0
10.	Менингеал симптомлар		3	7,5	0	0

Ушбу жадвалга асосан, асосий клиник синдром ва симптомларни фоиз ҳисобида диаграммал таҳлил қилинганда қуйидаги диаграмма ҳосил бўлди.

3-диаграмма.

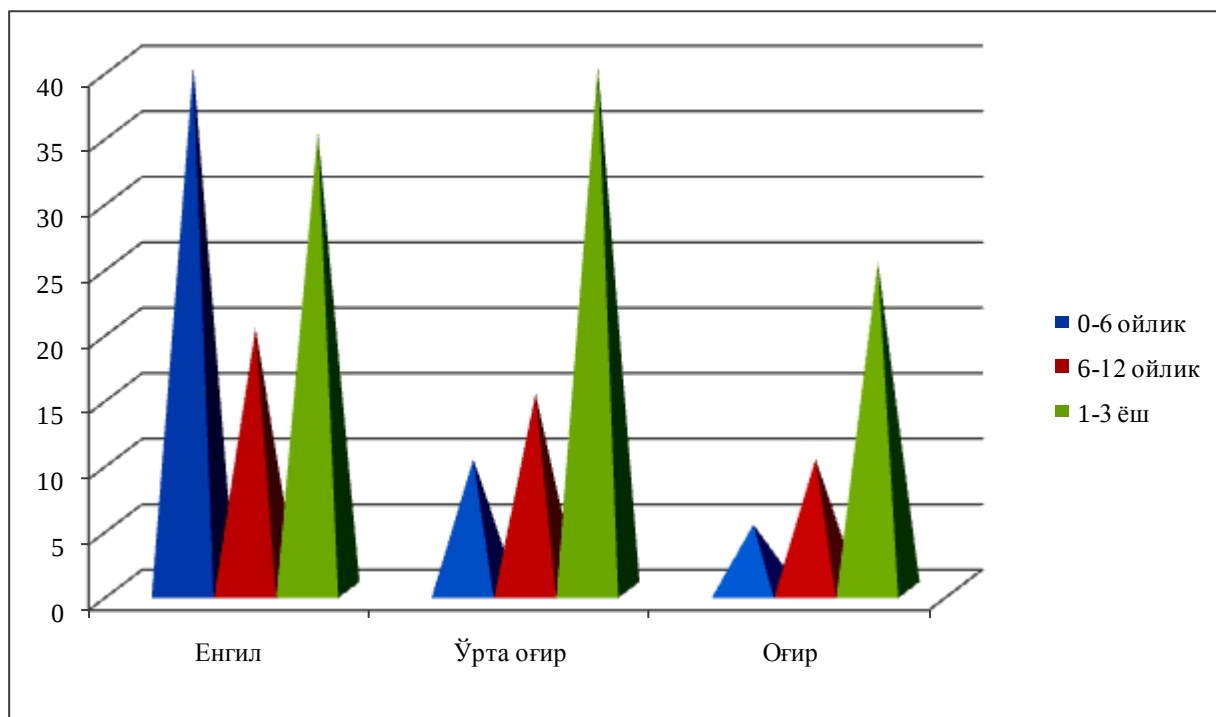


Юқоридаги клиник симптом ва синдромларнинг учрашига кўра, беморларнинг оғирлик даражаси аниқланганда асосий гуруҳда текширилган болалардан бир ёшгача бўлганлари орасида 25% енгил, 35% ўрта оғир, қолган 40% эса оғир даражада эканлиги аниқланди. 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларнинг эса 20% ни енгил, 40% ни ўрта оғир, қолган 40% ни эса оғир даражадаги беморлар ташкил этади. 4-диаграмма.



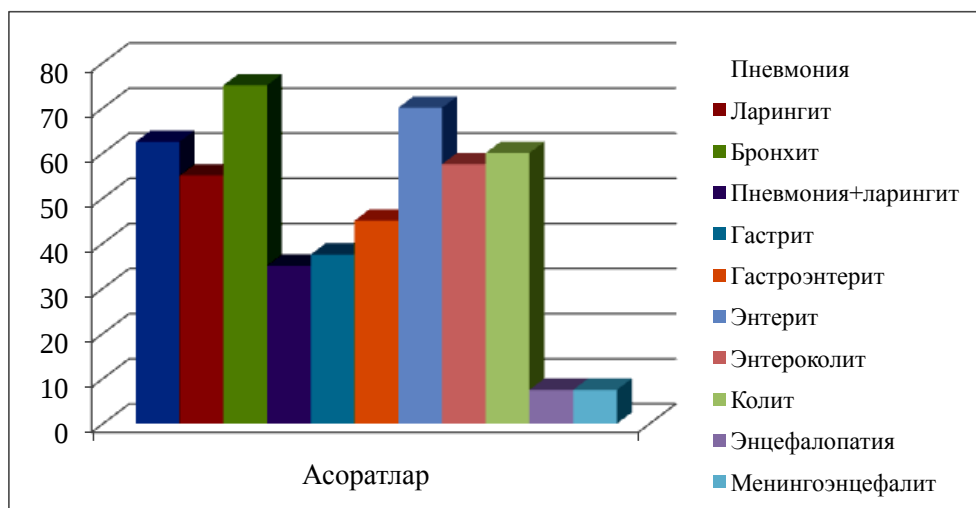
Назорат гуруҳида эса, бир ёшгача бўлган болалар ўртасида касаллик 60% енгил, 25% ўрта оғир, 15% оғир даражада эканлиги аниқланди. 1-3

ёшгача бўлган болаларда эса, 25% енгил, 35% ўрта оғир, 40% оғир даражада кечиши аниқланди. 5-диаграмма.



Асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида касалликнинг оғирлик даражаларига кўра солиштира таҳлили шуни кўрсатадики, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган болаларда касаллик анча оғир кечар экан. Юқорида келтирилган клиник симптом ва синдромларни аъзо-тизимларга кўра мустақил касалликлар сифатида қаралса қуйидаги нозологик бирликлар пайдо бўлади: Пневмония асосий гуруҳдаги болаларнинг 25(62,5%) нафарида, Ларингит 22(55%) тасида, Бронхит 30(75%) нафарида, Пневмония+ларингит 14(35%) тасида, Гастрит 15(37,5%) нафарида, Гастроэнтерит 18(45%) та беморда, Энтерит 28(70%) нафар беморда, Энтероколит 23(57,5%) та болада, Колит 24(60%) нафар болада, Энцефалопатия 3(7,5%) нафарида, Менингоэнцефалит эса 3(7,5%) нафар беморда кузатилди.

6-диаграмма.



2.3. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда ичак микробиоценози ва бактериал пейзажини ўрганиш.

Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларда пайдо бўладиган клиник симптом ва синдромларга асосан ичакда нормал микрофлоранинг миқдор ва сифат жиҳатдан ўзгариши сабаб бўлмоқда. Бир ёшгача бўлган болаларда овқатланишнинг типига боғлиқ ҳолда ичак микрофлорасининг шаклланиши ва нормал фаолият юритиши турлича бўлиши аниқланди. Бир ёшгача бўлган болаларда ичак микрофлорасининг шаклланиши асосан бола ҳаётининг 6-7 ойларига тўғри келади. Нормда ошқозон-ичак тизимидаги микрофлора таркибига кирувчи бактериялар оғиз бўшлиғидан ошқозон-ичакгача бўлган таркибий қисмларда миқдор ва сифат жиҳатидан ҳар хил бўлиши аниқланган. Микрофлоранинг амалий аҳамиятга эга бўлган энг асосий таркибий қисми йўғон ичакда шаклланиб уннинг таркибий қисми қуйидагилардан иборат; Йўғон ичак микрофлораси 3 та асосий гуруҳдан иборат.

- Асосий: Бифидобактерия, бактероидлар 90% гача.

- Ёндош: Лактобактерия, эширихиялар, энтерококклар 10% атрофида.
- Қолдик: Цитобактер, энтеробактер, протейлар, замбуруғлар, клостридиялар, стафилакокклар 1% атрофида.

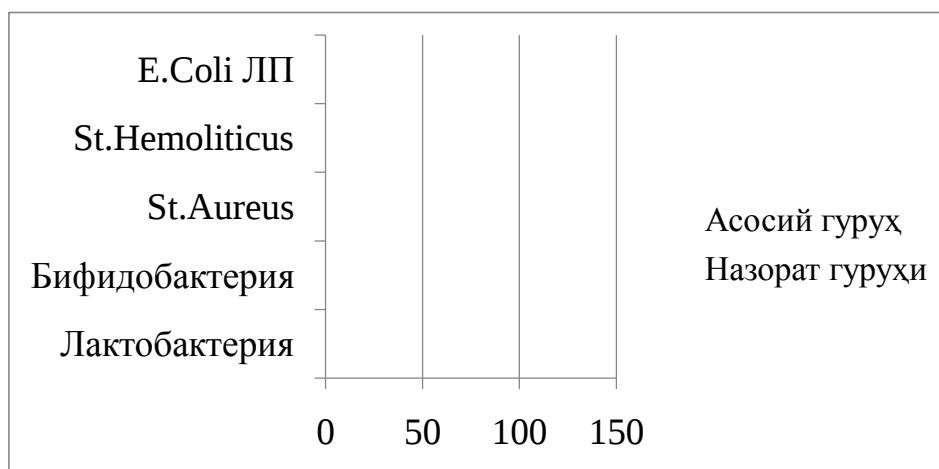
Бир грамм ахлатда мавжуд микробларнинг миқдори; 6-жадвал

Бактериялар	1 г нажасдаги бактериялар миқдори	
	1 ёшгача	1-60 ёшгача
Бифидобактериялар	10^8	10^9
Лактобактериялар	10^{12}	10^9
E.Coli лактоза +	10^6	10^6
E.Coli лактоза -	10^3	10^3
St. Aureus	0	0
St. hemoliticus	10^2	10^{2-3}
Бифидобактериялар	10^2	10^2
Лактобактериялар	0	0
Candida spp.	10^2	10^3

Йўғон ичак микрофлорасининг вазифалари қуйидагилар:

1. **Колонизацион рензистентлик** – Микроблараро антоганизм, иммун тизимини фаоллигини ошириш, патоген микробларни ичакда яшашидан сақлайди
2. **Детоксикацион** – Оқсил, ёғ, углевод маҳсулотларини гидролизлайди, крахмал ва целлюлозани ферментациясига ёрдам беради, оқсил қолдиқларини парчаланишига ёрдам беради
3. **Синтетик** – Витамин В ва К, фермент, ҳамда бошқа моддалар синтезида катнашади.
4. **Овқат ҳазм қилишда** – Ошқозон-ичак тизимини физиологик фаоллигини оширади, липидларни ҳазм бўлишига ёрдам беради. Сафро метаболизмига ёрдам беради

Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, агар ошқозон-ичак тизимидаги нормал микрофлоранинг миқдор ва сифатидан ўзгариши ушбу тизим физиологик фаолиятига жуда жиддий путур етказди. Қизамик касаллигида ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга ҳам айнан ичак микрофлораси фаолиятининг издан чиқиши сабаб бўлмоқда. Шу туфайли асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг ахлатини бактериологик текшириб, ичакдаги нормал микрофлоранинг миқдор ва сифат кўрсаткичлари аниқланди. Унга кўра Асосий гуруҳдаги бир ёшгача бўлган бемор болаларда 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га нисбатан 10^2 га *St. Hemoliticus* 10^2 га нисбатан 10^3 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га нисбатан 10^8 гача ортган. Бифидобактерия миқдори нормадаги 10^8 га нисбатан 10^5 гача камайган. Лактобактерия миқдори эса нормадаги 10^{12} га нисбатан 10^8 гача камайганлиги аниқланди. 1-3 ёшгача бўлган болаларда эса, 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га нисбатан 10^4 га, *St. Hemoliticus* 10^3 га нисбатан 10^4 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га нисбатан 10^8 гача ортган. Лактобактерия ва Бифидобактерия миқдори эса нормадаги 10^9 га нисбатан 10^7 гача камайганлиги аниқланди. Назорат гуруҳидаги болаларда ичак микрофлорасида миқдор ва сифат кўрсаткичлари сезиларли даражада ўзгармаганлиги аниқланди. 7-диаграмма.



Аввал таъкидланганидек, ичак микрофлорасининг таркибий қисмининг сифат ва миқдор жиҳатидан ўзгариши диарея ва қабзият билан кечувчи Дизбактериоз синдромига сабаб бўлади:

Дисбактериоз – бу клиник-лаборатор синдром, инсон ичак микрофлорасининг қандайдир патологик жараён оқибатида миқдор ва сифат кўрсаткичларининг ўзгариши ва фаолиятининг издан чиқишидир.

Ичак дисбактериози сабаблари:

1. Нотўғри овқатланиш.
2. Антибактериал моддаларни узоқ муддатли ва нотўғри қабул қилиш.
3. Иммунитет фаолиятининг бузилиши.
4. Ичак шиллиқ пардасининг инфекцион ёки ноинфекцион табиатли яллиғланиш касалликлари.

Дисбактериоз даражалари:

- I – даража. Ичак бўшлиғидаги облигат бактерияларнинг сонини ўртача камайиши билан характерланади.
- II – даража. Дисбактериознинг бу даражасида ичак фаолиятининг бузилишини илк аломатлари пайдо бўлади: ичнинг суюқ келиши (яшил рангда), қоринда оғриқ, метеоризм.
- III – даража. Бу этапда ичнинг суюқ кетиши турғун сурункали характерда бўлади, ахлат массасида ҳазм бўлмаган овқат парчалари бўлади. Болаларда ўсиш ва ривожланишнинг секинлашиши ҳам пайдо бўлади.
- IV – даража. Бу даражада организмнинг умумий қувватсизланиши, анемия ва авитаминоз ривожланади.

Булардан ташқари қизамиқда ошқозон-ичак тизимида пайдо бўлган патологик ўзгаришларда пайдо бўлган дисбактериоз синдромининг оғирлик даражасини белгилашда организмнинг сувсизланиш даражасининг ҳам катта аҳамияти бор.

Нима учун дисбактериоз кичик ёшли болаларда кенг ривожланади?

1. Бу шу билан боғлиқки, кичик ёшдаги болаларда ичакда ферментатив ва иммун қувватининг етишмовчилиги ва ичакнинг ўтказувчанлигининг юқорилиги.
2. Бола ҳаётининг биринчи йили, айниқса биринчи ойида, ичак микрофлораси энди шаклланаётган бўлиб, шунда ичакдаги иммун қувватнинг пастлиги оқибатида ҳар қандай агрессив таъсирловчи омилларга жавоб реакцияси тез содир бўлади.

Симптомлари:

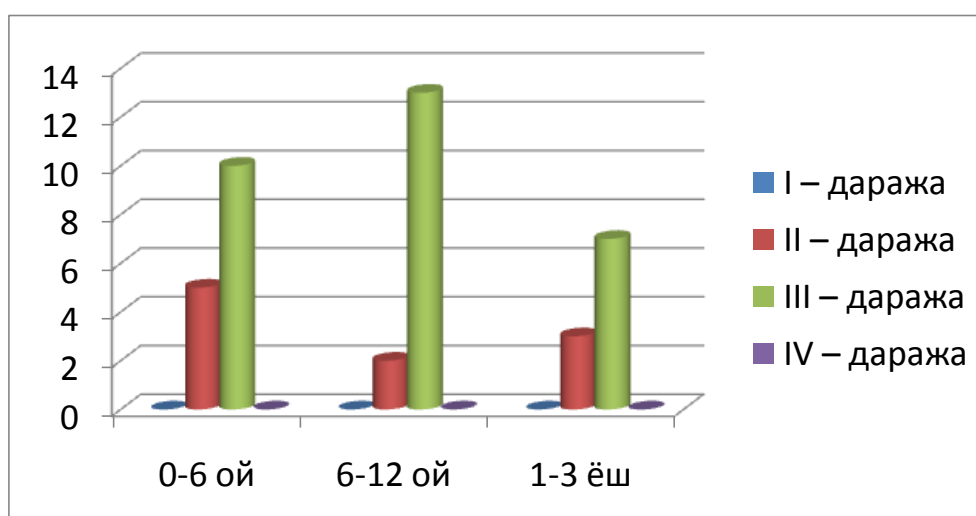
- Қоринда оғриқ ва “шиш” белгиси
- Ич келишининг бузилиши – диарея ёки қабзият
- Газ ажралишининг кучайиши
- Қоринда кучли шиш, доимий қулдираш
- Иштаҳанинг пасайиши
- Ҳолсизлик, тез чарчаш, дармонсизлик
- Юзнинг оқариб кетиши
- Гиповитаминоз аломатлари
- Уйқунинг бузилиши ва бошқалар

Ушбу клиник симптомлар ва дисбактериознинг оғирлик даражаларига кўра тадқиқотда текширилган боаларда асосий гуруҳ беморлари орасида дисбактериознинг II ва III – даражалари яққол намоён бўлиб, улар орасида бир ёшгача бўлган болаларнинг 7(23,3%) нафарида II – даража ва 23(76,6%) тасида III – даражада эканлиги аниқланди. 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларнинг 3(30%) нафарида II – даража ва 7(70%) тасида III – даражада эканлиги аниқланди. IV – даражали дисбактериоз мустақил нозологик бирлик сифатида эмас, балки қизамиқ интоксикацияси фонида ривожланганлиги қайд қилинди.

7-жадвал

Ёш	I – даража	II – даража	III – даража	IV – даража	Жами N=40
0-6 ой	-	5	10	-	15
6-12 ой	-	2	13	-	15
1-3 ёш	-	3	7	-	10

Ушбу жадвални диаграмма шаклида тасвирласак қуйидаги кўринишга эга бўлди: 8-диаграмма



Хулоса ўрнида шунни айтиш мумкинки, 3 ёшгача бўлган болаларда кизамиқда ошқозқозон ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга нафақат салбий преморбид фоннинг бўлиши, балки ичак микрофлораси ва ферментатив фаолиятининг ҳам ўзига хослиги бевосита таъсир қилар экан. Клиник-лабаратор таҳлиллар натижасига кўра ошқозон-ичак тизимида пайдо бўлган патологик ўзгаришларни симптомларини умумлашмаси – Дисбактериоз синдромига тўла мос келади. Тадқиқотнинг кейинги бобларида ушбу синдромни бартараф этиш чоралари ҳақида гап боради.

3 - БОБ. АМАЛИЙ ТАҲЛИЛ ВА ТАВСИЯЛАР

3.1. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларни коррекция қилиш усуллари ишлаб чиқиш.

Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларни бартараф қилишда кўриладиган чоратadbирлар режасини тузишда аввало салбий преморбид фонга эга бўлган болаларда мавжуд фон касалликларини тўлиқ бартараф қилиш ёки уларнинг имкон қадар эҳтимоллик даражасини пасайтириш мақсадга мувофиқ бўларди. Жумладан:

1. Жами кузатувга олинган Асосий гуруҳдаги бир ёшгача бўлган 30(75%) нафар бемор болаларнинг 13(43,3%) та – Сунъий овқатланган болалар учун овқатлантирувчи махсус аралашмаларни сифат ва миқдор жиҳатидан тўғри танлаш.
2. 7(23,3%) нафар эрта аралаш овқатлантиришга ўтказилган болаларнинг аввало онасига парҳез ва боланинг суткалик овқат рационига она сути миқдорини имкон қадар ошириш, қўшимча овқатлантирувчи махсус аралашмаларни сифат ва миқдор жиҳатидан тўғри танлаш буюрилди.
3. 4(13,3%) нафар нотўғри антибиотикотерапия олган болаларда агар антибиотикотерапияни олишда ҳамон давом этаётган бўлса, уни дарҳол тўхтатиш.
4. Тез-тез касалланувчи ва бошқа омиллар таъсир этган 6(20%) нафар болаларнинг базис даволаш режасига қўшимча рационал овқатлантириш ва умумий қувватловчи дори препаратлари киритилди.

Юқорида санаб ўтилганлар салбий преморбид фон хавфини пасайтиришни кўзлаган бўлиб, базис даволаш режасини асосини ташкил қилади. Буларнинг барчаси касалликнинг клиник кечиши ва оғирлик даражасига қараб, ҳар бир бемор учун индивидуал ёндашувга асосланади.

Базис терапия асосини қуйдагилар ташкил қилади:

1. Ётоқ тартиби.

2. Парҳез;

- Қизамиқ билан касалланган болаларда терида тошмали жараён борлиги сабабли аллергик касалликларда қўлланадиган №13 парҳез столи буюрилади.
- Қизамиқ билан касалланган ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган беморларга нафақат аналлергик парҳез столи, балки ўткир ичак инфекциялари, диарея синдромига фойдаланиладиган №4 парҳез столи ва ич қотиши билан кечишида №3 парҳез столи буюрилади.

3. Этиологик даво; қизамиқ вирусига қарши дори препаратларидан,

бугунги кунда стандарт даволаш мезонларига қўшимча сифатида Амиксин ва Анаферон таблеткалари ичишга, Виферон-1 ёки Виферон-2 ректал шамчаларидан фойдаланиш тавсия қилиняпти. Бу дори препаратлари касалликнинг оғирлик даражалари, клиник кечиши ва асоратларнинг турига кўра ҳарбир бемор учун индивидуал ёндашиб махсус даволаш схемалари орқали буюрилади.

- Иккиламчи бактериал инфекция ва у билан боғлиқ асоратлар пайдо бўлганда, Антибиотикотерапия қилинади. Ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган бемор болаларда антибиотикотерапияни инъекцион кўринишда буюриш тавсия қилинади.

4. Витаминотерапия; сўнгги йилларда Австралиялик олимларнинг

ўтказган тадқиқотлари натижаларига кўра, қизамиқ билан касалланган бемор болаларда Ретинол (витамин А Унинг дозаси 3 ёшгача бўлган болаларда суткасига 3300 МЕ) препаратининг қўлланилиши ўлим хавфини 50% га камайтирар экан. Шу сабабли бу препаратни кенг кўламда, катта дозаларда қўллаш тавсия

қилинади. Аскорутин $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ таблеткадан суткасига 3 маҳал ичишга берилади. Бугунги кунда даволаш стандартига поливитаминлардан Алвитил препарати айнан шу мақсадларда берилмоқда.

5. Симптоматик даво;

- Десенцибилизацияловчи терапия сифатида 2 ёшдан катта болаларга Ломилан 1 чой қошиғидан (5 мг) 1 марта ёки $\frac{1}{2}$ таблеткадан (10мг) ичишга, 1 ёшгача бўлган болаларга эса Диазолин 0,05 мг $\frac{1}{2}$ дражедан ичишга буюрилади.
- Иситмада тана ҳароратини пасайтириш мақсадида таркибида парацетамол ва ибупрофен сақловчи Ибуфен сиропидан $\frac{1}{2}$ чой қошиғидан 1-2 маҳал ичишга ёки Цефикон Д ректал шамчалари тавсия қилинади. Аммо тана температураси $38,5-39^{\circ}\text{C}$ бўлгандагина иситма туширувчи препаратларни қўллаш тавсия қилинади.
- Қуруқ ва нам йўтал белгилари бўлганда йўталга қарши, балғам кўчирувчи препаратлардан таркибида Амброксол сақловчи дори воситаларидан Амбробене ёки Амбронолни сироп, таблетка ёки инъекция шаклида берилади. Бу препаратлар йўталнинг тури, касалликнинг кечиши, оғирлик даражасига кўра буюрилади.
- Оғир ҳолатларда, циркуляциядаги қон ҳажмини нормаллаш, гемодинамикани яхшилаш, модда алмашинуви бузилиши ва энергетик балансни коррекция қилиш мақсадида инфузион терапия (0,9% Натрий хлор эритмасидан ва 5% Глюкоза эритмасидан 100-200 мл в/и томчилаб 1-2 маҳал) ва Парентерал озиқлантириш (10%-200 мл Глюкоза эритмаси, 10% Альбумин эритмаси, янги музлатилган плазма ва реополиглюкин) амалга оширилади. Инфузион терапия ўтказилаётган пайтда параллел равишда сийдик ҳайдовчи

Диуретикларни бирга қўллаш мақсадга мувофиқ. Бунда Диакарб таблеткасидан энг ками3 кунлик муддатда ичишга ёки осмодиуретиклардан Лазикс 0,5-1 мг/кг миқдорида ҳар 6 соатда қуйилади. Диуретикларга қўшимча қондаги микроэлемент дисбалансини коррекциялаш мақсадида 4% - 5-10 мл Калий хлор эритмасидан фойдаланилади.

- Оғир неврологик ҳолатларда ва пневмония каби жиддий асоратлар пайдо бўлганда даволаш курсига 1-2 мг/кг/сутка миқдорда Дексаметазон в/и томчилаб қуйилади. 1-2 кун ўтгач Дексаметазонни схематик равишда 1-2 мг/кг/сутка миқдордаги Преднизолон таблеткасига ёки 3-5 мг/кг/сутка миқдордаги Преднизолонни в/и га томчилаб юбориш мумкин.

Ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларни коррекция қилиш мақсадида юқоридаги базис даволаш режасига қўшимча равишда бу тизимда пайдо бўлган Диспептик ва Дисбактериоз синдромларини бартараф қилишга варадилган чора-тадбирлар ишлаб чиқилди:

Дастлаб Диспептик синдромида кўнгил айланиш, қусиш ва қайт қилишни бартараф этиш мақсадида Церукал таблеткаларини ичишга ва эритмаларини инъекцион шаклда бериш тавсия қилинди. Ферментатив дисбаланс ва етишмовчилигини бартараф қилиш учун Полиэнзим препаратларидан Креон капсуласи ичишга буюрилди. Дисбактериоз синдромида эса Симбиотиклар, Эубиотиклар ва Пребиотиклар бирга қўлланилди. Тадқиқотимизнинг келгуси қисмида айнан шу Биопрепаратларнинг Асосий гуруҳ бемор болаларининг кичик Асосий ва Назорат гуруҳчаларига берилгандаги олинган таҳлил натижалари баён қилинади.

3.2. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришларда даво режасига биопрепаратлардан – Энтерожерминани киритиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларни коррекциялаш мақсадида бугунги кунда ўзининг таъсир эффективлиги, кичик ёшдаги болаларга ҳам ичиришнинг қулайлиги ва фойдали хусусиятлари билан тобора тиббёт ходилари ва бемор болаларнинг ота-оналарининг эътиборига тушаётган, биопрепаратлардан бири – Энтерожерминадан фойдаланилди.

Энтерожермина – пробиотиклар гуруҳига кирувчи ичак биоэнтеросептиги ҳисобланади. У ўз таркибида *Bacillus clausii* тутади. Унинг фойдали хусусиятлари қуйидагилар:

- Дипилоколин кислота ишлаб чиқариш.
- Антиадгезив хусусият.
- Вит В₂ ни фаол синтезлайди.
- *B. Clausii* антибиотикларга резистентлиги юқори.
- Интерферон ишлаб чиқарилишини оширади.
- Иммуномодуляторлик хусусияти.

Препаратнинг чиқарилиш шакли 5 мл ли махсус полиетилнли ампулада бўлиб таркибида 2 млрд *Bacillus clausii* сақлайди. Даволаш курси 7-14 кундан иборат. Кунига 1 флакондан 2 маҳал ичишга буюрилади. Препарат таъсири 2 соатдан сўнг бошланади.

Ушбу препарат асосий гуруҳда тақсимланган Асосий гуруҳчасида кузатувга олинган ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бўлган 24(60%) нафар бемор болаларга берилиб, Назорат гуруҳчасидаги 16(40%) нафар бемор болаларга бошқа гуруҳ препаратларига қўшимча сифатида биопрепаратлар берилмади. Натжада ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришлар, жумладан дисбактериоз синдромининг симптомлари Асосий гуруҳчасидаги бемор болалардан 22(91,6%) нафарида 10 кун давомида

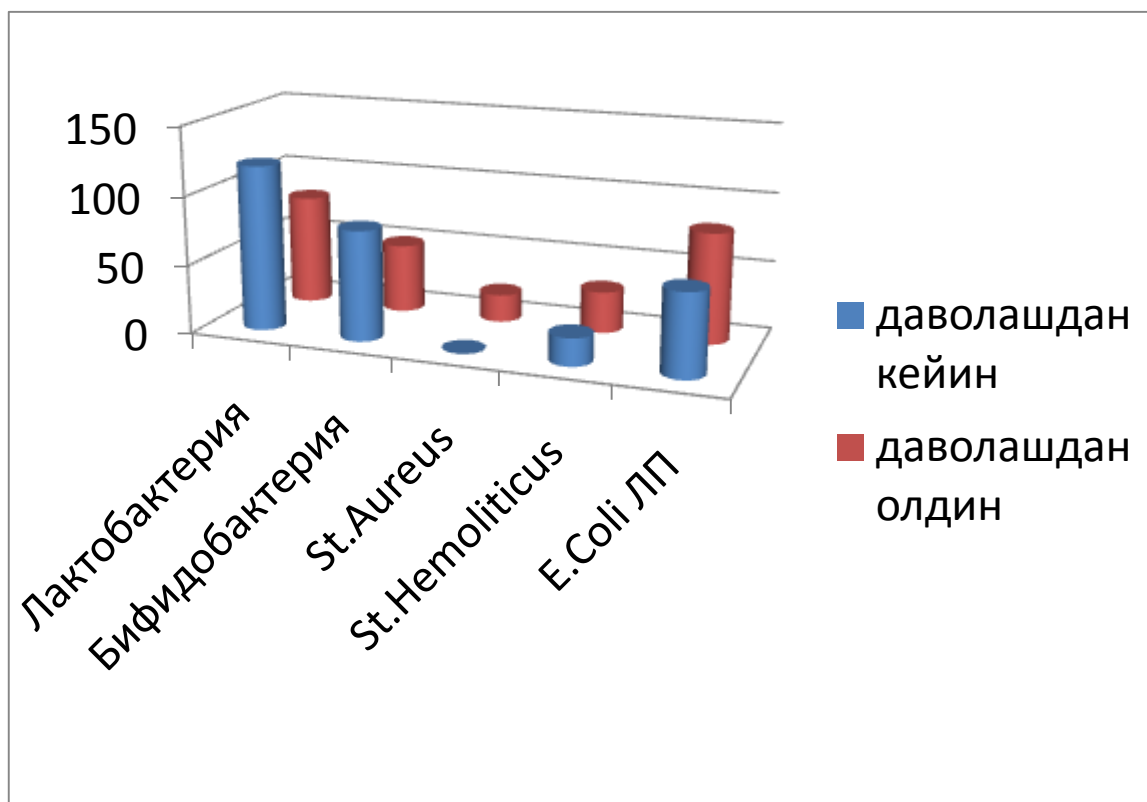
бутунлай клиник соғайиш кузатилди. Бу болаларда қизамиқнинг клиник кечиши ҳам анча енгиллашиб, пайдо бўлган асоратлар ҳам тезда бартараф бўлди. Қолдиқ асоратлар кузатилмади. Умумий интоксикация синдромлари қисқа муддат давом этиб, тошмаларнинг пигментация даврига ўтиши жадаллашди. Касалликнинг реконвалесценция даври ҳам Назорат гуруҳчасидаги бемор болаларга нисбатан тез ўтди. Ичак микрофлорасини бактериоскопик ўрганилганда қуйидаги натижалар олинди:

Агар даволашдан олдин ичак микрофлораси бир ёшгача бўлган бемор болаларда 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га нисбатан 10^2 га *St. Hemoliticus* 10^2 га нисбатан 10^3 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га нисбатан 10^8 гача ортган. Бифидобактерия миқдори нормадаги 10^8 га нисбатан 10^5 гача камайган. Лактобактерия миқдори эса нормадаги 10^{12} га нисбатан 10^8 гача камайганлиги аниқланди. 1-3 ёшгача бўлган болаларда эса, 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га нисбатан 10^4 га, *St. Hemoliticus* 10^3 га нисбатан 10^4 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га нисбатан 10^8 гача ортган. Лактобактерия ва Бифидобактерия миқдори эса нормадаги 10^9 га нисбатан 10^7 гача камайганлиги аниқланган бўлса, Энтерожермина берилгандан сўнг 10 кун ўтгач ичак микрофлорасида бактерияларнинг миқдори бир ёшгача бўлган бемор болаларда 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га, *St. Hemoliticus* 10^2 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га камайганлиги аниқланди. Бу эса нормал ичак микрофлораси кўрсаткичларига тенг. Бифидобактерия миқдори нормадаги 10^8 гача, Лактобактерия миқдори эса нормадаги 10^{12} гача ошганлиги аниқланди. 1-3 ёшгача бўлган болаларда эса, 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га, *St. Hemoliticus* 10^3 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га камайган. Лактобактерия ва Бифидобактерия миқдори эса нормадаги 10^9 гача ошганлиги аниқланди.

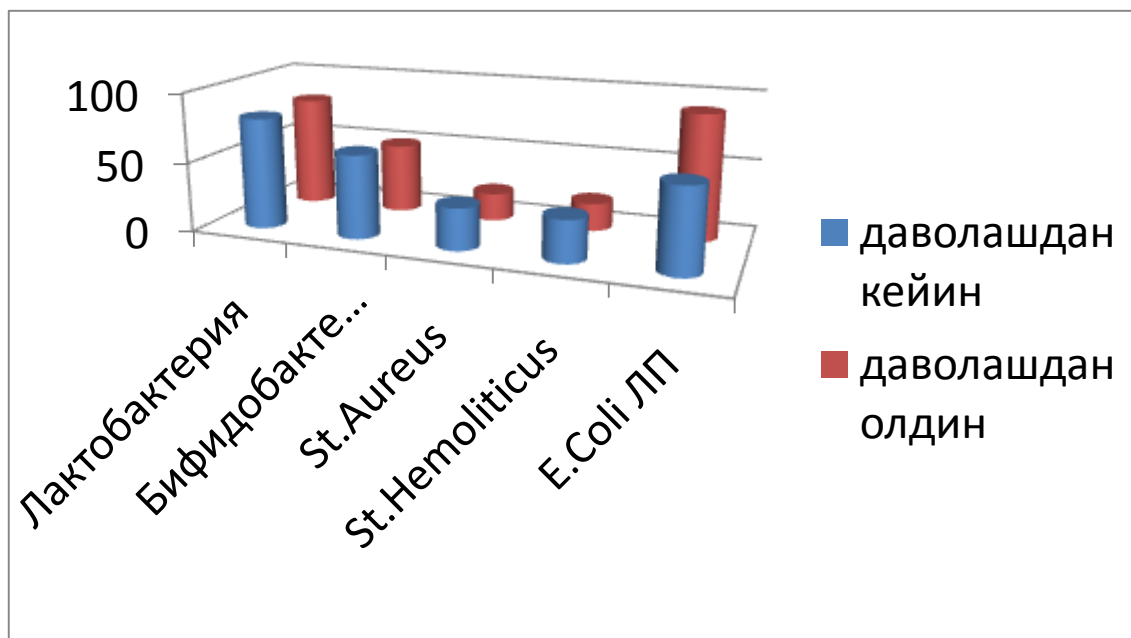
Асосий гуруҳнинг назорат гуруҳчасидаги 16(40%) нафар бемор болаларда Дисбактериоз синдромининг клиник кечиши оғирлашиб, II – даражадан III – даражага ўтиши, умумий интоксикация синдромининг

чўзилиши, ошқозон-ичак тизимида пайдо бўлган патологик ўзгаришларни чўзилган шаклга ўтиши, организмнинг умумий қувватсизланиши ҳамда реконвалесценция даврининг жуда кеч юзага чиқиши билан асосий гуруҳчадаги беморлардан кескин фарқ қилди. Ичак микрофлорасидаги бактерияларнинг нисбати даволаш бошланганидан кейин 10 кун ўтгач қуйидагича кўринишда эканлиги аниқланди. 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га нисбатан 10^3 га *St. Hemoliticus* 10^2 га нисбатан 10^3 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га нисбатан 10^9 гача ортган. Бифидобактерия миқдори нормадаги 10^8 га нисбатан 10^6 гача камайган. Лактобактерия миқдори эса нормадаги 10^{12} га нисбатан 10^{10} гача камайганлиги аниқланди. 1-3 ёшгача бўлган болаларда эса, 1 грамм ахлат массасида *St. Aureus* нормадаги 0 га нисбатан 10^5 га, *St. Hemoliticus* 10^3 га нисбатан 10^5 га ва *E. Coli* ЛП 10^6 га нисбатан 10^9 гача ортган. Лактобактерия ва Бифидобактерия миқдори эса нормадаги 10^9 га нисбатан 10^8 гача камайганлиги аниқланган. Бундан кўриниб турибдики, ичак микрофлорасида бактерияларнинг миқдори даволашдан олдинги патологик миқдорларига кўра деярли ўзгармаган. Аксинча шартли патогенлар миқдори янаям ошганлигини ифодалаб турибди. Дисбактериознинг клиник симптомлари ҳам жуда секиглик билан бартараф бўлди. Касалликнинг клиник соғайиши ҳам чўзилган шаклга ўтиб, иккиламчи қолдиқ асоратлар пайдо бўлиш хавфи ҳам кучайди. Бундай бемор болаларда назорат асосий гуруҳчасида кузатилган бемор болаларга нисбатан, ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларни бартараф қилишда бир қатор муаммо ва мураккабликлар пайдо бўлди.

Асосий гуруҳдаги кичик гуруҳчалардаги ичак микробиоценозидаги бу нисбатларни диаграмма шаклида тасвирлаганда қуйидаги кўринишга эга бўлди. Дастлаб асосий гуруҳчасидаги болаларнинг даволашдан олдинги ва кейинги ичак микробиоценозидаги нисбатларни таққослайдиган бўлсак, қуйидаги кўринишга эга бўлди. 9-диаграмма



Асосий гуруҳнинг назорат гуруҳчасида кузатувга олинган бемор болаларнинг ичак микробиоценозида бактерияларнинг нисбатини тасвирлаганда, қуйидаги манзара ҳосил бўлди. 10 – диаграмма.



III. ХУЛОСА.

1. Сўнгги йилларда болалар ўртасида қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга бир қатор ташқи ва ички хавф омиллари таъсир қилмоқда. Жумладан ташқи хавф омиллардан; бир ёшгача бўлган болаларнинг сунъий овқатлантириш, қўшимча овқат рационига эрта ўтиш, бир ёшдан катта болаларда эса кунлик овқат рационига менюнинг ёшга нисбатан номувофиқ тузилиши ва бошқалар. Ички омиллардан эса; нотўғри ўтказилган антибиотикотерапия таъсирида ичак микрофлорасининг миқдор ва сифат жиҳатдан бузилиши, тез-тез касалланувчи болаларда иммун қувватнинг пастлиги, организмда паратрофия ва гипотрофия синдромлари каби фон касалликларининг борлиги ва бошқалар.
2. Асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида касалликнинг оғирлик даражаларига кўра солиштирма таҳлили шуни кўрсатадики, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган болаларда касаллик анча оғир кечар экан. Юқорида келтирилган клиник симптом ва синдромларни аъзо-тизимларга кўра мустақил касалликлар сифатида қаралса қуйидаги нозологик бирликлар пайдо бўлади: Пневмония асосий гуруҳдаги болаларнинг 25(62,5%) нафарида, Ларингит 22(55%) тасида, Бронхит 30(75%) нафарида, Пневмония+ларингит 14(35%) тасида, Гастрит 15(37,5%) нафарида, Гастроэнтерит 18(45%) та беморда, Энтерит 28(70%) нафар беморда, Энтероколит 23(57,5%) та болада, Колит 24(60%) нафар болада, Энцефалопатия 3(7,5%) нафарида, Менингоэнцефалит эса 3(7,5%) нафар беморда кузатилди.
3. Хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, 3 ёшгача бўлган болаларда қизамиқда ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларга нафақат салбий преморбид фоннинг бўлиши, балки ичак микрофлораси ва ферментатив фаолиятининг ҳам ўзига хослиги

бевосита таъсир қилар экан. Клиник-лабаратор таҳлиллар натижасига кўра ошқозон-ичак тизимида пайдо бўлган патологик ўзгаришларни симптомларини умумлашмаси – Дисбактериоз синдромига тўла мос келади.

4. Болаларда қизамиқ касаллигида ошқозон-ичак тизимида пайдо бўладиган патологик ўзгаришларни коррекциялаш мақсадида бугунги кунда ўзининг таъсир эффективлиги, кичик ёшдаги болаларга ҳам ичиришнинг қулайлиги ва фойдали хусусиятлари билан тобора тиббёт ходилари ва бемор болаларнинг ота-оналарининг эътиборига тушаётган, бопрепаратлардан бири – Энтерожерминадан фойдаланилди. Энтерожермина – пробиотиклар гуруҳига кирувчи ичак биоэнтеросептиги ҳисобланади. У ўз таркибида *Bacillus clausii* тутати.
5. Асосий гуруҳчасида кузатувга олинган ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бўлган 24(60%) нафар бемор болаларга берилиб, Назорат гуруҳчасидаги 14(40%) нафар бемор болаларга бошқа гуруҳ препаратларига қўшимча сифатида биопрепаратлар берилмади. Натжада ошқозон-ичак тизимидаги патологик ўзгаришлар, жумладан дисбактериоз синдромининг симптомлари Асосий гуруҳчасидаги бемор болалардан 22(91,6%) нафарида 10 кун давомида бутунлай клиник соғайиш кузатилди. Бу болаларда қизамиқнинг клиник кечиши ҳам анча енгиллашиб, пайдо бўлган асоратлар ҳам тезда бартараф бўлди. Қолдиқ асоратлар кузатилмади. Умумий интоксикация синдромлари қисқа муддат давом этиб, тошмаларнинг пигментация даврига ўтиши жадаллашди. Касалликнинг реконвалесценция даври ҳам Назорат гуруҳчасидаги бемор болаларга нисбатан тез ўтди.
6. Асосий гуруҳнинг назорат гуруҳчасидаги 16(40%) нафар бемор болаларда Дисбактериоз синдромининг клиник кечиши оғирлашиб, II – даражадан III – даражага ўтиши, умумий интоксикация

синдромининг чўзилиши, ошқозон-ичак тизимида пайдо бўлган патологик ўзгаришларни чўзилган шаклга ўтиши, организмнинг умумий қувватсизланиши ҳамда реконвалесценция даврининг жуда кеч юзага чиқиши билан асосий гуруҳчадаги беморлардан кескин фарқ қилди.

Амалий тавсиялар.

1. Қизамиқ билан касалланиб ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган болаларда салбий преморбид фонни бартараф этиш алгоритми тавсия қилинди.
2. Қизамиқ билан касалланган болаларда лаборатор инструментал текширишлар режасига қўшимча ичак микробиоценозини аниқлашни доимий қўлланма сифатида киритиш тавсия қилинди.
3. Қизамиқ билан касалланиб ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлари бор бўлган, Дисбактериоз синдроми пайдо бўлган болаларнинг даволаш режасига Биопрепаратлардан – Энтерожерминани қўллаш тавсия қилинди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ведунова С.Л., Карих Л.П. Изучение корреляции титров антител к вирусу кори методом ИФА и в РТГА //Журн. микробиол., эпид. и иммунобиол. - 1987. - № 8. - С. 410 – 418.
2. Гендон Ю.З. Стратегия ВОЗ полной ликвидации заболеваемости корью //Вопр. вирусол. - 1996. - № 2. – С. 88 - 90.
3. Даминов Т.А., Таджиева Н.У. Корь. – Ташкент, 2005. – 120 с.
4. Казанцев А.П. Корь. В кн.: Руководство по инфекционным болезням. С.-Петербург, "Комета", 1996, с.309-313.
5. Костинов М.П. Новое в клинике, диагностике и вакцинопрофилактике управляемых инфекций. – М., 1997. – 96 с.
6. Лабораторная диагностика коревой инфекции и мониторинг иммунизации против кори: меморандум совещания ВОЗ //Бюл. ВОЗ. – 1994. - Т. 72, № 2. - С. 22 - 26.
7. Приказ № 192 МЗ РУз «Об совершенствовании мер борьбы с корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи (СВК)» - Т., 2003, – 60 с.
8. "Руководство по инфекционным болезням" (Под ред. Ю.В.Лобзина) - С-Петербург, "Фолиант", 2000. - 932с.
9. Современное состояние вакцинопрофилактики кори в Российской Федерации / Н.В.Юминова, С.К. Александер, И.З.Зайцев и др. – Материалы VIII Всерос. съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов: Сб. статей в 4 т., 2002, т.2, с. 247.
- 10.Юминова Н.В. Клеточный и гуморальный иммунитет при кори. //Вопр.вирусол. 1996, № 2, с.81-84.
- 11.Юминова Н.В., Зверев В.В. Элиминация кори в России. 2004.
- 12.Rawat D., Chakravarti A., Yadav S. Study of measles antibody in children //Indian Pediatr. - 2001. - Vol. 38, № 11. - P. 1286 - 1289.

13. Recent increase in the frequency of infant measles in Japan / Ohsaki M., Tsutsumi H., Takeuchi R. et.al. // *Pediatr. Int.* - 2000. - Vol. 42, № 3. - P. 233-235.
14. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский и др. – М.: ГЕОТАР – МЕД, 2003 – 816 с.
15. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М.: ГЭОТАР- МЕД, 1998.
16. Эдмонд Р. и др. Инфекционные болезни., Пер. с англ. – М., Mosby-Wolfe – 1998. – 439 с., 513 илл.
17. Практика инфекциониста /В.С.Васильев, В.И.Комар, В.И.Цыркунов. – Мн.: Выш. Шк., 1994 – 495 с.
18. Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике: Рук-во для врачей – СПб: Гиппократ, 1993.- 320с.
19. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней М.: 2000.-232с. с илл.
20. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Руководство для врачей /Казанцев А.П. и др. – Л.: медицина, 1998. – 361с.
21. Эффективность применения орального витамина А при коревой и респираторно-синцитиальной вирусных инфекциях /Kawasaki L, Hosoya M., Katayose M., Suzuki H. // *J. Jap. Assoc. Infec. Diseases.* - 1999. - Vol. 73, № 2. - P. 104 - 109.
22. A case of severe adult measles pneumonia-efficacy of combination of steroid pulse therapy, high-dose vitamin A and gamma globulins /Tatsukawa M., Sawayama Y., Nabeshima S. et.al. // *Kansenshogaku Zasshi.* - 2001. - Vol. 75, № 11. - P. 989 - 993.
23. A descriptive profile and the immune status of some hospitalised patients with measles / H.M. Oh, F. Lateef, S.K. Chew et al. // *Ann. Acad. Med. Singapore.* - 1995. - Vol. 24, № 3. - P. 373 - 375.

24. Рыкушин Ю.П. Стратегия вакцинопрофилактики и элиминация кори в развитых странах // *Жури, микробиол., эпид. и иммунобиол.* - 1996. - № 5. - С. 44-48.
25. Руководство по воздушно-капельным инфекциям Т.: Медицина, 1982. - [4.2] / Под ред. И.К. Мусабаева. 683 с.
26. 106. Салихова К.Ш. Клинико-патогенетическое значение мембранодеструктивных процессов при вирусном гепатите В у детей и обоснование антиоксидантной терапии: Дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1994. - 150 с.
27. Семенов В.А. Перекисное окисление липидов как механизм биоэнергетической регуляции при воспалении органов дыхания // *Патол. физиология и эксперим. терапия.* - 1989. - № 2. - С. 17 - 19.
28. Симакова А.И. Перекисное окисление липидов при кори у взрослых // *Эпид. и инф. болезни.* - 1998. - № 1. - С. 49 - 51.
29. Скулачев В.П. Кислород в живой клетке: добро и зло // *Рос. журн. гастроэнтерологии.* - 1999. - № 1. - С. 12 - 18.
30. Слюсарь Л.И., Сохин А.А. Результаты многолетних наблюдений за длительностью сохранения иммунитета у вакцинированных, ревакцинированных и переболевших корью // *Журн. микробиол., эпид. и иммунобиол.* - 1990. - № 8. - С. 66 - 69.
31. Состояние коревого транспланцентарного иммунитета у детей первого года жизни / Л.В. Быстрыкова, Р.В. Зайцева, Л.В. Колобова Л.В. и др. // *Журн. микробиол., эпид. и иммунобиол.* - 1991. - № 10. - С. 50-51.
32. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в микросомах печени и легких в разные периоды сенсibilизации в зависимости от содержания гистамина Х.Я. Каримов, А.С. Комарин, Т.Е. Лысенко, Л.Н. Давлетшина, А.Ф.

- 33.Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я / Под ред. Ф.Г.Назирова, И.Н.Денисова, Э.Г.Улумбековой - М.: ГЭОТАРМЕДИЦИНА, 2000. - 1344 с.
- 34.Сравнительное изучение определения антител к вирусу кори /А.П. Агафонов, С.И. Начеухина, И.В. Мерзликин, Е.А. Колмакова и др. // Вопр. вирусол. - 1997. - № 1. - С. 44 - 46.
- 35.Стандартные методы иммунологических обследований по тестам первого уровня / Б.В.Пинегин, А.Н. Чередеев, Л.В. Ковальчук, О.Ф.Еремина //Методология, организация и итоги массовых иммунологических обследований. - М.; Ангарск, 1987. - С. 234 - 243.
- 36.Стефании Д.В., Велтищев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста-М.: Медицина, 1996. - 163 с.
- 37.Султанов Ж.А. Клинико-патогенетическая роль функциональной системы «ПОЛ-АОЗ» у детей, больных гломерулонефритом: Дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1999.-140 с.
- 38.Сюрин С.А. Влияние эфирных масел на перекисное окисление липидов у больных хроническим бронхитом. //Клинич. медицина. - 1997.-№ 10. -С. 43-45.
- 39.Таточенко В.К. Цели всемирной организации здравоохранения по вакцинопрофилактике кори и краснухи //Журя, микробиол., эпид. и иммунобиол. - 2000. - № 3. - С. 51 - 54.
- 40.Туляганов П.Д., Степанов В.А. Послепрививочная корь осложненная стафилококковой пневмонией //Мед. журн. Узбекистана. - 1986. - № 7. - С. 79 - 81.
- 41.Усов И.Н., Фурсевич В.М., Кевра М.К. Фармако-рецептурный справочник педиатра. - Минск, 1994. - С. 198 - 200.
- 42.Утегенов Н.У., Ещанов А.Т., Султанов Р.Г. Структурно-функциональное нарушение клеточных мембран при дефиците в

- организме витаминов: А, Е, В2, В6, РР у больных детей с нефролитиазом, калькулезным пиелонефритом, способы их метаболической коррекции // Педиатрия. - 2000. - № 2. - С. 35-38.
43. Утешев Б.С., Лазарев А.И., Прокопенко Л.Г. Иммуномодулирующее действие ретинола ацетата и β -каротина при иммуносупрессии, вызванной бензилпенициллином // Эксперим. и клинич. фармакология. - 1996. - Т. 59, № 2. - С. 31 - 34.
44. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. - М, 1998.- с. 193.
45. Участие антиоксидантов в регуляции клеточного иммунитета /Новоселова Е.Г. и др. // Иммунология. - 1998. - № 4. - С. 33-36.
46. Файзуллаева Ф.Н. Обоснование применения антиоксидантов в комплексном лечении больных с гнойным средним отитом //Итоги науч. исслед. по актуал. вопр. мед.науки : Сб. науч. тр. / 1-ТашГосМИ - Ташкент, 1996. - С. 188 - 189.
47. Федорчук А.С., Гоженко А.И., Роговый Ю.Е. Защитное воздействие альфа-токоферола на функцию почек и перекисное окисление липидов при острой гемической гипоксии //Патол. физиология и эксперим. терапия. - 1998. - № 4. - С. 35 - 37.
48. Фисенко В.А. Причины медицинских отводов детей от прививки живой коревой вакциной //Эпид. и инф. болезни. - 1998. - № 4. - С. 18-21.
49. Хайдер А.М. Белки вируса кори, их функции и антигенная изменчивость // Вопр. вирусол. - 1996. - № 2. - С. 72 - 74.
50. Харабаджахян Э.А., Антипов А.Ю. Состояние ПОЛ и АОС у детей при обструктивном бронхите // Педиатрия. - 1998. - № 3. - С. 6 - 8.
51. Эффективность применения орального витамина А при коревой и

- респираторно-синцитиальной вирусных инфекциях /Kawasaki L, Hosoya M., Katayose M., Suzuki H. //J. Jap. Assoc. Infec. Diseases. - 1999. - Vol. 73, № 2. - P. 104 - 109.
- 52.Юминова Н.В., Краснова В.П. Иммунизирующая и иммуномодулирующая активность дикого вируса кори в очаге инфекции // Вопр. вирусол. - 1996. - № 3.- С. 141 - 143.
53. Юминова Н.В. Клеточный и гуморальный иммунитет при кори // Вопр. вирусол. - 1996. - № 2. - С. 81 - 84.
54. A case of severe adult measles pneumonia-efficacy of combination of steroid pulse therapy, high-dose vitamin A and gamma globulins /Tatsukawa M., Sawayama Y., Nabeshima S. et.al. //Kansenshogaku Zasshi. - 2001. - Vol. 75, № 11. - P. 989 - 993.
- 55.A descriptive profile and the immune status of some hospitalised patients with measles / H.M. Oh, F. Lateef, S.K. Chew et al. // Ann. Acad. Med. Singapore. - 1995. - Vol. 24, № 3. - P. 373 - 375.
- 56.Abnormal T-cell subset proportions in vitamin-A-deficient children: [see comments] /R.D. Semba, Muhilal Ward B.J., Griffin D.E. et al. //Lancet. - 1993. - Vol. 341, № 8836. - P. 5.
- 57.Aghdassi E., Allard J.P. Breath alkanes as a marker of oxidative stress in different clinical conditions // Free Radic. Biol. Med. - 2000. - Vol. 28, № 6. - P. 880 - 886.
- 58.Antioxidant vitamin levels in plasma and low density lipoprotein of obese girls / Kuno T., Hozumi M., Morinobu T. et al. // Free. Radic. Res. - 1998. - Vol. 28, № 1. - P. 81 - 86.
- 59.Antioxidant vitamins and immunodeficiency /P. Mastroiacovo, Ajassa C., Berardelli G. et al. //Int. J. Vitam. Nutr. Res. - 1996. - Vol. 66, № 2.-P. 141 - 145.
- 60.Becker K., Byotticher D., Leichsenring M. Antioxidant vitamins in malnourished Nigerian children //Int. J. Vitam. Nutr. Res. - 1994. -

Vol. 64, №4.-P. 306-310.

61. Bellini William J., Rota Paul A. Genetic diversity of wild-type measles viruses: Implications for global measles elimination programs //Emerging Infectious Diseases. - 1998. - Vol. 4, Issue 1. - P. 29.
62. Bendich A. Vitamins and immunity //J. Nutr. - 1992. - Vol. 122, №3. - P. 601-603.
63. Bendich A. Physiological role of antioxidants in the immune system //J. Dairy Sci. - 1993. - Vol. 76, № 9. - P. 2789 - 2794.
64. Bradbury J. To vaccinate or not? // Lancet. - 1999. - Vol. 354, Issue 9179.-P. 655.
65. Cell-mediated and antibody immune responses to AIK-C and Connaught monovalent measles vaccine given to 6 month old infants /H.F. Pabst, D.W. Spady, M.M. Carson et al. // Vaccine. - 1999. - Vol. 17, № 15- 16.-P. 1910-1918.
66. Cellular immunity in measles vaccine failure: demonstration of measles antigen-specific lymphoproliferative responses despite limited serum antibody production after revaccination / B.J. Ward, N. Boulianne, S. Ratnam et al. // J. Infect. Dis. - 1995. - Vol. 172, № 6. - P. 1591 - 1595.
67. Chalmers I. Why we need to know whether prophylactic antibiotics can reduce measles-related morbidity // Pediatrics. - 2002. - Vol. 109, № 2. -P.312-315.
68. Characterization of T cell epitopes in measles virus nucleoprotein /Marttila J., Ilonen J., Norrby E., Salmi A. // J. Gen. Virol. - 1999. - Vol. 80, Pt. 7. - P. 1609- 1615.
69. Christenson B., Byottiger M. Measles antibody: comparison of long-term vaccination titres, early vaccination titres and naturally acquired immunity to and booster effects on the measles virus //Vaccine. - 1994. -Vol. 12, №2.-P. 129- 133.
70. Cigarette smoke exposure of school children: effect of passive smoking

- and vitamin E supplementation on blood antioxidant status /Jendryczko A., Szpyrka G., Gruszczyński J., Kozowicz M. //Neoplasma. - 1993. -Vol. 40, №3.-P. 199-203.
- 71.Clinical features of measles in immunocompromised children /Nakano T., Shimono Y., Sugiyama K.et.al. //Ada. Paediatr. Jpn. - 1996. - Vol. 38, №3.-P. 212-217.
- 72.Comparison of a commercial enzyme immunoassay with plaque reduction neutralization for maternal and infant measles antibody measurement /Goncalves G., Cutts F., Forsey T., Andrade H.R. //Rev. Inst. Med .Trop. Sao. Paulo. - 1999. - Vol. 41, № 1. - P. 21 - 26.
73. Cutts F.T., Steinglass R. Should measles be eradicated? //BMJ: British Medical Journal. - 1998. - Vol. 316, Issue 7133.- P.765.
- 74.Davis R.L., Bohlke K. Measles vaccination and inflammatory bowel disease: controversy laid to rest? //Drug. Saf. - 2001. - Vol. 24, № 13. - P. 939 - 946.
- 75.De Stefano F. Vaccines and autism // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2001. - Vol. 20, № 9. - P. 887 - 888.
- 76.Double blind, cluster randomised trial of low dose supplementation with vitamin A or beta carotene on mortality related to pregnancy in Nepal: The NNIPS-2 Study Group : [see comments] /West K.P. Jr., Katz J., Khatri S.K. et. al. // BMJ. - 1999. - Vol. 318, № 7183. - P. 570-575.
- 77.www.google.ru
- 78.www.yandex.ru
- 79.www.cochrane.com
- 80.www.5ballov.ru
- 81.www.infectiondiseases.com
- 82.www.measles.com