

кетон таначалари (asetosirka, beta-okismoy kislotalari va aseton) bo'ladi. Beta-oksimoy kislotasining ulushi asetosirka kislotasi va asetonning ulushidan 4-5 marta kam bo'ladi. Ketozning dastlabki bosqichlarida ularning konsentrasiyasi bir necha marta ortadi va keton tanachalarining o'zaro nisbatlari o'zgarib, asetosirka kislotasi va asetonning konsentrasiyasi ortadi. Kasallikning surunkali tarzda kechishida ketonemiya, ketonolaktiya va ketonuriya kuzatilmasligi mumkin.

Ketoz kasalligida gipoglikemiya (qondagi qand miqdorining kamayishi) xarakterli bo'ladi. Bunda qondagi qand va keton tanachalarining miqdori orasida teskari korrelyativ bog'lanish mavjud bo'ladi. Ketoz kasalligida qondagi qandning miqdori 20-30 foizga va undan ko'p miqdorda kamayadi. Jigardagi glikogenning zahirasi ham kamayadi, Jigarda yog'li distrofiya rivojlanadi. Ketoz paytida natriyning asetosirka va beta-oksimoy kislotalari bilan birikma holda ko'p miqdorda siydik bilan chiqib ketishi oqibatida asidoz holati, ishqoriy zahiraning 34 hajm % CO₂ gacha kamayishi kuzatiladi va natijada ikkilamchi ostiodistrofiya rivojlanadi. Qon zardobidagi umumiy oqsil miqdori 86 g/l dan yuqori bo'lib desproteiniemiya kuzatiladi. Qon zardobidagi disproteiniemiya globulinlar miqdorining oshishi hisobiga bo'lib, albuminlar miqdori esa kamayadi. Bu jigar funksiyalarining buzilishidan dalolat beradi.

Xulosa. Sigirlarda ketoz kasalligi oqibatida mahsuldorlikning pasayishi kuzatiladi va ikkilamchi kasalliklar kelib chiqadi. Kasallikni vaqtida davolash va oldini olish ishlari olib borilmasa veterinariya xarajatlari ortadi. Sigirlarda ketoz kasalligini ertachi aniqlash hamda oldini olish va davolashning zamonaviy usullarini ishlab chiqarish bugungi kunda veterinariya sohasidagi dolzarb muammolardan hisoblanadi.

БУЗОҚЛАР БРОНХОПНЕВМОНИЯСИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАҲЛИЛИ

**Ф.С.Равшанова – магистратура талабаси, Ф.Фатуллаев – талаба,
Н.Б.Рўзиқулов – илмий раҳбар, доцент**

Мавзунинг долзарблиги. Республикамизда чорвачиликни фермерлик асосида ривожлантиришга қаратилган иқтисодий ислохатларнинг амалга ошишида, хусусан, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2006 йил 23 мартдаги «Шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжаликларида чорва молларни кўпайтиришни рағбатлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ-308 – сонли, 2008 йил 21 апрелдаги «Шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжаликларида чорва моллар кўпайтиришни рағбатлантиришни кучайтириш ҳамда чорвачилик маҳсулотлари ишлаб чиқаришни кенгайтириш борасидаги қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги ПҚ-842 – сонли қарорларининг бажарилишини таъминлаш, ички бозорни ҳаётий зарур озиқ-овқат маҳсулотлари ва шу жумладан, чорвачилик маҳсулотлари билан барқарор тўлдириш ҳамда чорвачиликда мол туёқ сонини ошириш ва маҳсулот ишлаб чиқаришни кўпайтиришда ёш чорва молларининг респиратор касалликлари энг асосий тўсиқлардан бири ҳисобланади. Кейинги қатор йилларда олиб борилаётган кузатишларнинг кўрсатишича, бузоқлар касаллигининг 50 фоизга яқини бронхопневмонияга тўғри келади. Шунингдек, бузоқлар чиқимининг 25 - 30 фоизи нафас тизимининг касалликларига тўғри келади (Б.Б.Бакиров, М.С.Ҳабиев, 1993).

Бронхопневмония билан касалланган ҳайвон ўсиш ва ривожланишдан қолади, касаллик оқибатида маҳсулот таннархи ошади, ёш ҳайвонлар орасида кўплаб чиқимга сабаб бўлади ва хўжаликлар катта иқтисодий зарар кўради.

Шу боисдан Республикамизнинг фермер хўжаликлари шароитидаги бузоқлар орасида бронхопневмония касаллигининг сабабларини аниқлаш, эртачи ташхис усуллари ҳамда такомиллашган даволаш ва олдини олиш тадбирларини ишлаб чиқишга қаратилган илмий тадқиқотларни ўтказиш ҳозирги кун ветеринария фани ва амалиёти олдида турган муҳим вазифалардан бири бўлиб ҳисобланади.

Бронхопневмония (Bronchopneumonia, катарал пневмония, ўчоқли пневмония, носпецифик пневмония, ўпка) - бронхлар ва ўпка бўлақчаларининг яллиғланиши ҳамда бронх ва алвеола бўшлиғига таркибида эпителий хужайралари, қон плазмаси ва

лейкоцитларни сақловчи катарал экссудатнинг тўпланиши оқибатида пайдо бўладиган касаллик бўлиб, асосан 30-45 кунлик бузукларда кўп учрайди.

Бронхопневмония полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг носпесифик, специфик ва симптоматик турлари фарқланади.

Носпесифик бронхопневмониянинг келиб чиқишида ташқи муҳитнинг ноқулай омиллари таъсирида организм умумий резистентлигининг пасайиши муҳим рол ўйнайди. Бундай ноқулай омилларга ҳаво ҳароратининг тез-тез ўзгариб туриши, елвизаклар, молхонада намликнинг, унинг ҳавоси таркибида эса аммиак, карбонат ангидрид ва водород сульфид каби заҳарли газлар ҳамда патоген микрофлора концентрациясининг жуда юқори бўлиши, ҳайвон организмнинг тез-тез совуқда қолиб кетиши, рацион тўйимлилигининг пастлиги, витаминлар, асосан А витаминнинг етишмаслиги ва ҳайвонларни ташиш коидаларининг бузилиши каби стресс омиллар киради.

Бронхопневмониянинг иккиламчи (специфик) сабабларига шартли патоген ва патоген микрофлора (стрептококклар, стафилококклар, пневмококклар, ичак таёкчалари, пастереллалар ва бошқалар), микоплазмалар, вируслар (аденовирус, вирусли диарея, парагрипп-3, риновирусли инфекция кўзғатувчилари ва бошқалар) ва патоген замбуруғлар киради.

Симптоматик пневмониялар пастереллёз, салмонеллёз, диплококкли септицемия ва диктиокаулёзда касаллик белгиси сифатида пайдо бўлади.

Носпецифик бронхопневмониялар ўпка гангренази, ателектатик, гипостатик, аспирацион ва метастатик пневмониялар кўринишида ҳам намоён бўлади. Хусусан, ателектатик пневмониялар гипотрофик ҳайвонларда, ёш ҳайвонлар етарлича озиклантирилмаган ёки ҳайвонларнинг етарли даражада яйратилмаслиги оқибатида келиб чиқади.

Гипостатик пневмониялар эса юрак касалликлари оқибатида ёки бошқа касалликлар пайтида ҳайвоннинг кўп ётиб қолиши натижасида ёки ҳайвон етарли даражада яйратилмаган пайтларда қайд этилади.

Метастатик пневмониялар баъзи юқумли ва юқумсиз касалликлар пайтида микроорганизмларнинг бошқа аъзолардан қон ва лимфа орқали ўпка тўқимасига ўтиши, аспирацион пневмониялар эса нафас йўллариغا ёт нарсаларнинг тушиши оқибатида келиб чиқади. Ўпка гангренази эса ўпкадаги бошқа кўпчилик касалликларнинг давоми сифатида ҳам пайдо бўлиши мумкин (Қ.Н.Норбоев, Б.Бакиров, Б.М.Эшбуриев, 2002, 2007; Б.Бакиров, 2015).

Этиологик омилларнинг табиатига кўра бронхопневмониянинг ўткир, ярим ўткир ва сурункали шакллари фарқланади. Касалликнинг ўткир кечиши кўпинча жуда ёш ва гипотрофик ҳайвонларда кузатилади. Ярим ўткир кечиш озиклантириш, сақлаш ва парваришlash шароитлари қониқарсиз бўлган ёш ҳайвонларда кузатилади ёки ўткир бронхопневмониянинг давоми сифатида ривожланади. Сурункали бронхопневмония сутдан ажратилган ёш ҳайвонлар учун характерли касаллик ҳисобланади.

Ўткир катарал бронхопневмония пайтида касал ҳайвонда йўтал, бурундан бир томонлама ёки икки томонлама суюқлик оқиши ва ҳансираш белгилари кузатилади. Аускултацияда хириллаш, тана ҳароратининг биров кўтарилиши ва баъзан ўзгарувчан иситма қайд этилади.

Катарал – йирингли бронхопневмония ўткир ва ярим ўткир тарзда кучли ўзгарувчан иситма ва умумий ҳолсизланиш белгилари билан кечади. Бу пайтда ҳайвоннинг аҳволи тўсатдан ёмонлашади, кучли йўтал, аускултацияда хириллаш ва ишқаланиш шовқинлари эшитилиши ҳамда ҳансираш кузатилади. Перкуссияда ўпкада ўчоқли ёки диффуз характердаги бўғиқ товуш соҳалари аниқланади.

Ўткир бронхопневмония касал ҳайвонда адинамия, иштаҳанинг пасайиши, нафаснинг зўриқиши, қуруқ йўтал ва хириллашлар, шиллиқ пардаларнинг оқариши ва кўкариши билан намоён бўлади. Юрак тонлари бўғиқлашади, пульс тўлқини сусаяди, ҳазм аъзоларининг фаолияти бузилади. Касаллик кўп ҳолларда симптомларсиз кечиши ва касалликнинг 2-3-

кунига бориб чўчка болалари ёки кўзиларнинг тўсатдан ўлиб қолиш ҳоллари ҳам кузатилиши мумкин.

Касаллик ярим ўткир кечганда иштаҳанинг пасайиши, ўсишдан қолиш ва ориқлаш, аралаш типдаги ҳансираш, кўпинча кекирдакнинг бошланиш қисми пайпасланганда экссудатли йўтал кузатилиши касалликнинг асосий белгилари ҳисобланади.

Кўкрак қафаси аускултация қилинганда хириллаш ва бронхиал нафас эшитилади. Патологик жараённинг плеврага ўтиши оқибатида ишқаланиш шовқинлари эшитилади. Тана ҳарорати вақти-вақти билан кўтарилиб туради (қайтар иситма).

Бузоқларда кўкрак қафаси перкуссия қилинганда ўпканинг дўнглик ва диафрагма қисмларида перкутор товушнинг бўғиқлашиши, пульснинг тезлашиши ва сусайиши, максимал артериал босимнинг пасайиши, минимал артериал босим ва веноз босимнинг эса кўтарилиши кузатилади. Қон ҳаракати секинлашади, шиллиқ пардалар кўкаради, жигарда қоннинг турғунлашиши ва ич кетиш кузатилиши мумкин.

Сурункали бронхопневмония билан касалланган ёш ҳайвонларда ўсишдан қолиш, иштаҳанинг ўзгарувчан бўлиши, юқори намлик ва ўта иссиқ шароитларда йўтал ва аралаш типдаги ҳансирашнинг кучайиши қайд этилади. Бу пайтда тана ҳарорати вақти-вақти билан 40-40,5⁰С гача кўтарилиб туради ёки 0,1-0,5⁰С га кўтарилган ҳолда сақланади.

Бурун йўлларида вақти-вақти билан суюқлик оқа бошлайди. Аускултацияда хириллашлар, перкуссияда ўпкада бўғиқ товуш ўчоқлари аниқланади (Қ.Н.Норбоев, Б.Бакиров, Б.М.Эшбуриев, 2002, 2007; Б.Бакиров, 2015).

Даволашда касаллик сабаблари бартараф этилади ва касал ҳайвон иссиқ, тоза ҳаволи ва намлиги юқори бўлмаган хонага ўтказилади ва қалин тўшама билан таъминланади. Даволаш этиотроп, патогенетик, стимулловчи ва симптоматик воситалардан фойдаланишга асосланган комплекслилик тамойили асосида ташкил этилади.

Касалликнинг ўткир ва ярим ўткир шаклида 5 – 7 кунлик, сурункали шаклида – 7 - 12 кунлик антибиотикотерапия курси белгиланади. Хусусан, ўртача 11-20 минг ТБ/кг миқдорида пенициллин ва стрептомицин гуруҳларига мансуб антибиотиклар биргаликда қўлланилади. Секин сўриладиган ва узок таъсир этиш қобилятига эга бўлган антибиотиклар сифатида бициллин 1, 3, 5 ёки бимоксил қўлланилади.

Пневмонияларни, шу жумладан бронхопневмонияни даволашда ярим синтетик антибиотиклардан ҳисобланган ампициллин, амоксациллин, оксациллин, ампиокс ва бошқалар яхши самара беради. Гентамицин, канамицин, неомицин, мономицин каби аминокликозидлар гуруҳига мансуб антибиотикларнинг пневмонияларни даволашдаги самарадорлигининг унчалик юқори эмаслиги маълум.

Тетрациклинларнинг самарадорлиги эса нисбатан юқори бўлиб, уларнинг бошқа антибиотикларга нисбатан чидамли ҳисобланган хужайра ичида ривожланадиган кўзгатувчилар ва граммусбат бактерияларга ҳам таъсир этиши аниқланган. Ёш ҳайвонларга 5-7 кун давомида ўртача 15-20 мг/кг миқдорида кунига 2 мартадан мускул орасига тетрациклин гидрохлорид инъекция қилинади.

Макролидлар гуруҳига мансуб антибиотиклардан тилозин, фразидин, доксициллин ва бошқалар тавсия этилади. Тилозин – 50 (1 мл да 50 мг тилозин сақлайди) 3-5 кун давомида кунига 1 мартадан 4-10 мг/кг миқдорида мускул орасига инъекция қилинади.

Вирусли табиатдаги бронхопневмониялар (парагрипп-3, юкумли ринотрахеит ва бошқалар)ни даволашда интерферон, миксоферон, неоферон, ремантадин каби препаратларни қўллаш тавсия этилади.

Антибактериал препаратлар сифатида антибиотиклардан ташқари сульфаниламидлар (норсульфазол, этазол, сульфадимезин, сульфадиметоксин ва бошқалар) ўртача 0,02-0,03 г/кг миқдорида суткасига 3-4 мартадан 7-10 кун давомида ичириб турилади. Сульфадимезин ёки норсульфазолнинг 10 % ли эритмасидан 5-10 мл миқдорида кунига бир мартадан 3 кун давомида мускул орасига юборилади.

Йирингли катарал бронхопневмонияда антибиотик ва сульфаниламид эритмаларини кекирдак орқали юбориш яхши натижа беради. Бунинг учун кекирдакнинг кўкрак қисмига

якин жойидан шприц ёрдамида 0,5 % ли новокаин эритмасидан 5-10 мл юборилади ва йўтал рефлексни тўхтагач, шу игна орқали 5-7 мл миқдорида дистилланган сувда эритилган пенициллин ёки окситетрациклин (10-15 минг ТБ/кг), сульфадемизин ёки норсулфазол (0,05-1,0 г/кг ҳисобида) 10 % ли стерил эритма ҳолида кекирдакка юборилади (Б.Б.Бакиров, М.С.Ҳабиёв, 1993).

Бронхларнинг дренаж функциясини тиклаш мақсадида бронхолитик, балғам кўчирувчи ва муколитик препаратлардан эуфиллин, эфедрин, теофиллин ва бошқалар қўлланилади. Сув бўғи ёрдамида ингаляция ўтказилади.

Эуфиллин кунига 2 мартадан 2-4 мг/кг миқдорида тери остига юборилади. Балғам кўчирувчи воситалар сифатида бромгексин бузоқларга 0,1-0,15 мг/кг миқдорида (сут ёки сув билан) ёки натрий гидрокарбонат 1,5-3,0 г миқдорида кунига 2 мартадан ичирилади (И.П.Кондрахин, В.И.Левченко, 2005).

Ўпкада қон айланиши ҳамда юрак фаолиятини тиклаш мақсадида коразол, кордиамин, кофеин натрий бензоат ва камфора препаратлари қўлланилади.

Бузоқларга кунига бир мартадан 40-50 мл миқдорида 5-7 кун давомида вена қон томири орқали Кадыковнинг камфорали суюқлиги (1 г камфора, 15 г глюкоза, 75 мл этил спирти, 125 мл 0,9 % ли натрий хлорид эритмаси) юбориш мумкин.

Антиаллергик ва қон томирлар девори ўтказувчанлигини пасайтирувчи воситалар сифатида бузоқларга суткасига 2-3 мартадан кальций глюконат (бир бошга 0,25-0,5 г), супрастин (0,025-0,05 г) ёки пипольфен (0,025 г) ичириб турилади. Шу мақсадда суткасига бир мартадан натрий тиосульфатнинг 5 %-ли сувли эритмасидан 1-1,5 мл/кг миқдорида вена қон томири орқали (жами 3-5 марта) инъекция қилиш мумкин.

Бузоқларда ўпка шиши ривожланганда кальций хлориднинг 10 %-ли эритмасидан (бир бошга 15-20 мл миқдорида) вена қон томири орқали юбориш мумкин.

Организмнинг носпецифик резистентлигини ошириш мақсадида аскорбин кислотаси бузоқларга 6 мг/кг миқдорида сут ёки сув билан кунига 2 мартадан, ретинол 600 ХБ/кг миқдорида кунига бир мартадан ичирилади. Витаминотерапия камида 5-7 кун давом этиши лозим. Шунингдек, гаммаглобулинлар ёки носпецифик полиглобулинлар, гидролизинлар, соғлом ҳайвон қон зардоби, тўқима перепаратлари ва бошқа носпецифик стимуляторлардан фойдаланиш мумкин.

Бузоқларга ўз онасининг цитратли қонидан 0,3-0,5 мл/кг миқдорида мускул орасига ёки 1 мл/кг миқдорида тери остига кунига бир мартадан жами 3 марта юбориш мумкин.

Бузоқларда сурункали бронхопневмонияни даволашда юлдузсимон тугун новокаинли камали тавсия этилади. Бунинг учун катта диаметрли игна ёрдамида 6 - бўйин умуртқаси кўндаланг ўсимтасидан 1-1,5 см орқадан 0,25 %-ли стерил новакаин эритмасидан 20-30 мл юборилади. Игна секинлик билан медиал - каудал йўналишда 3-5 см чуқурликка, яъни 1 - ёки 2 - кўкрак умуртқасининг танасига қадалгунгача суқилади ва 0,5 - 1 см орқага тортган ҳолда новакаин эритмаси юборилади. Бунда ўнг ва чап томондан навбат билан жами 2-3 инъекция амалга оширилади.

Физиотерапевтик муолажалардан иситувчи лампалар, диатермия, УЮЧ - терапия, ультрабинафша нурлар, аэроионизация, шунингдек, кўкрак қафасига горчичник ёки банка қўйиш, кислородотерапия ва бошқа муолажадар тавсия этилади (Қ.Н.Норбоев, Б.Бакиров, Б.М.Эшбуриёв, 2002, 2007; Б.Бакиров, 2015).

Шимолий Кавказ хўжаликлари шароитидаги қўзи ва бузоқчаларнинг носпецифик бронхопневмониясини (НБП) аэрозол усулда даволаш учун 40 мл миқдордаги хлорофиллиптнинг 0,25 % ли спиртли эритмасини ишлатиш, вена қон томирига эса 40-50 мл миқдорда 7-8 кун мобайнида 1 ва 3 марта юбориш тавсия этилади (Р.Х.Гадзаонов, 2005).

Л.А.Кудесов (2001)нинг таъкидлашича, бронхопневмонияга чалинган бузоқларни даволаш учун комплекс терапияда 10 кг тана вазнига 2,0 мл дозада кунига бир маҳал оч коринга "Волексин-1" препаратини қўллаш лозим. Даволаниш курси 3 кун. 7 суткадан кейин "Волексин-2" препаратини ҳудди "Волексин-1" каби бериш керак.

Профилактика мақсадида "Волексин-1" препаратини бузоқларнинг янги туғилган даврида қўллаш тавсия этилади. Препаратни озиклантиришдан 30-60 дақиқа олдин (10 кг тана вазнига 1,0 мл миқдорда бир мартадан) бериш керак. Етти кундан кейин эса "Волексин-2" препарати такроран берилади.

Е.Н.Воронина (2006)нинг илмий хулосаларига кўра, биогеохимёвий зоналарда даволаш ва профилактика тадбирларини олиб боришда, асосан, бузоқлар бронхопневмониясида, муайян хўжаликнинг биогеохимик хусусиятларини инобатга олиш лозим.

Бир хил биогеохимёвий шароитли хўжаликларда бузоқлар бронхопневмониянисини даволашда 1 кг тана вазнига 10 мг миқдорда тилозинни кунига бир марта уч кун давомида (3-4 кунлик оралиқ билан жами икки марта), тривитни 7 кунлик вақт оралиғида мол бошига 2,5 мл миқдорда икки мартадан, 30 % ли натрий тиосульфатни (5-8 мл дан мол бошига) кобальт, марганец, йод ва мис тузлари билан 5-6 кун давомида қўллаш тавсия этилади. Кобальт, марганец, йод тузларини биринчи кундан ўттизинчи кунгача ҳар куни эрталаб, мис тузини эса даволашнинг 6-7 кунидан бошлаб 10 кун давомида (натрий тиосульфатни қўллагандан кейин) бериш керак.

Ем-хашаги ва суви таркибида макро ва микро элементлар миқдори номувофиқ бўлган биогеохимик узоқ жойларда профилактика ишларини олиб бориш мақсадида, қолаверса, каттиқ металллар йиғилишига олиб келувчи салбий оқибатларни камайтириш, ёпиқ токсикозларни бартараф қилиш, организмнинг сезувчанлик ва мослашиш имкониятларини кўтариш мақсадида 100 кг тана вазнига 30 мг миқдорида кобальт хлорид, 50 мг марганец сульфат, 10 мг калий йодид ва 50 мг мис сульфат қўллаш лозим (Е.Н.Воронина, 2006).

О.Н.Красников (2003) бактериал флора (пастерелла) билан асоратланган, вирус этиологияли бронхопневмонияда бузоқларни даволаш воситаси сифатида 30 % ли линкомицин гидрохлоридни мускул орасига 10 минг ХБ/кг. тана вазни миқдорида тузалгунга қадар суткасига 2-3 мартадан қўллашни тавсия қилган.

Бузоқлар бронхопневмониясида 30 % ли линкомицин гидрохлориднинг терапевтик самарадорлигини ошириш учун линкомицилли даволашнинг комплекс схемаси, левамизол (2,5 мг/кг миқдорида иккита курсли уч кундан 4-5 кун танаффус билан) ва тош чўп дамламаси (кунига уч маҳал, бир суткада мол бошига 10 г миқдорида доривор ўт) тавсия этган.

К.В.Авдеев (2002) изофуразид препаратини зардобли-катарал бронхопневмонияда 0,10-0,15 мл/кг миқдорда 48 соатли вақт оралиғида тери остига икки мартадан, йирингли-катарал бронхопневмонияда ҳайвон тузалиб кетгунча ҳар 24 соатда бир мартадан, бронхопневмонияга қарши профилактикада эса ушбу препаратни бир мартадан юбориш лозимлигини таъкидлаган.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки, ўрганилган адабиёт маълумотларининг таҳлилига кўра бронхопневмония бузоқлар орасида кўп учрайдиган касалликлардан бири ҳисобланади ва хўжаликларга катта иқтисодий зарар етказди. Бундай ҳолат, табиийки, бузоқларда бронхопневмония касаллигини самарали даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштиришни тақоза этади.

ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА ҚИШЛОҚ ХЎЖАЛИК ҲАЙВОНЛАРИДА УЧРАЙДИГАН ТРЕМАТОДАЛАРНИНГ СИСТЕМАТИКАДАГИ ЎРНИ, УЛАРНИНГ ВЕТЕРИНАРИЯ ВА ТИББИЁТДА АҲАМИЯТИ

**М.Тайлокова, А.А.Базарбаева - талабалар,
Б.С.Салимов - илмий раҳбар, профессор**

Аннотация: Мақолада қишлоқ хўжалик ҳайвонларида паразитлик қилувчи ва уларда оғир касалликлар чақирувчи жигар, ошқозон-ичак ва вена қон томирлари трематодаларининг