

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

Мавзу: Вабо

Бажарди: Бойназаров А.

Самарқанд 2017 йил

Вабо - Ута хавфли ,юкумли касалликлар каторидан урин олган вабо касаллиги тинмай ич кетиши, кайд килиш окибатида бемор организмида куп суюклик ва тузлар камайтиб огир окибатларга олиб келувчи касалликдир.

Вабо эпидемияси тарихи 19 асрда капитализм ривожланишини акс эттириб, бутун ер юзидагн мамлакатларни, шулар каторида Хиндистонни хам камраб олган. Вабо бир неча минг йиллар давомида Хиндистонда эпедимик учок, сифатида мавжуд булиб, аста-секин бутун ер юзига таркалиб, 6 та пандемия келтириб чикади:

1. Биринчи пандемия (1817-1823.Й) Хиндистондан мамлакатларга (Хитой, Персия) таркалиб, кейин Россия ва Европани камраб олди.

2. Иккинчи пандемия (1826-1337) кушни мамлакатларни ва Кавказ оркали ва. Туркия, Россия ва Европани камраб олди.

3. Учунчи пандемия (1844-1884) шарк, мамлакатларга, (Хитой Филиппин Оролларга) ва гарб мамлакатлари (Россия, Европа, Шимолий Африка) га таркалиб, 1948 йил Шимолий Америками камраб олди.

4. Туртинчи пандемия (1854 -1875) сушти иандемиядан кейин пайдо булиб, у Оеиё, Африка, Европа ва Американи камраб олди. Унинг таркалишида Суец каналининг очилиши ва темир йулларнинг курилиш катта ахамиятга эга булди.

5. Бешинчи пандемия (1883-1928Й) олдингиларидан фаркли равишда Хиндистонда эпидемия шаклида эмас, балки бу ерда касалланиш даражаси паст булган даврда юзага келади. Касаллик барча китъаларга уша даврда яхши ривожланган алока йуллари оркали таркалади

6. Олтинчи пандемия (1900-1928) Хиндистон ва кушни мамлакатлардан Европа, Африка ва Америкага касалликни такрорий кириб келиши натижасида ривожланади

Эпидемиологияси. *Инфекция манбаи* булиб факат касал одам ва вибрион ташувчи хисобланади. Бемордан касалликшиг уткир даврида Ig ахлат билан 106-109 тагача юкрри вирулентли вибрионлар ажралади. Бу зарарсизлантирилмаган ахлат *очиксув* хавзаларида, ичимлик сув хавзаларида тушганда жуда хавфлидир. Лекин вибрион ташувчилар ва касалликни яширин шакли билан отриган беморлар кучли, эпидемиологии хавфга эга. Согаом .(транзитор) вибрион ташувчилар вабони бугунги кунда олдин учрамаган давлатларда таркалишига катта хавф хисобланади. Шулар эпидемиялар орасидаги даврда бонкаларни зарарлаб ва очиксув хавзлари ифлослаб вабо вибриони сакланишида асосий ахамият касб этадилар

Касаллик кузгатувчиси вабо вибриони 1883 йилда Кох томонидан кашф этилган булиб Эль Тор хамда осие вибриони каби икки тури бор. Вибрионлар вергул шаклида булиб битта бакувват хивчини бор,шу туфайли у харакатчандир. Грам манфий булиб эндотоксин хамда кон томири ва ичак деворидаги хужайралар мембраналаринг утказувчанлигини кучайтирадиган токсин ажратади. Унинг турлари Огава Инаба,Гикошима деб номланган турлари хам мавжуд. Вабо вибриони ташки мухитга чидамли . Сувда бир неча кундан бир неча хавфтагача бемор ахлатида 6-7 ойгача тирик саклана олади. Касалликда инфекция манбаи булиб беморлар ва вибрион ташувчилар хисобланади. Бемор шириллаб ичи кетиши окибатида 10-20 л гача суюк ахлат чикаради. Касалликда кузгатувчи сув ,озик овкат ,контакт маиший йуллар оркали юкади . Вабо айникса ез ва куз ойларида тез таркалади. Вабодан согайган кишиларда умрбод давом этадиган иммунитет пайдо булади.

Патогенези ва патоморфологияси. Вабо билан касалланиш юзага келиши учун куйидаги шароит булши лозим: 1. Огизз оркали ошкозонга етарлича куп микдор (инфицирловчи) тушиши керак. 2. Вибрионлар ошкозонда кислоталик баръерни енгиб утиб, ингичка ичакда купайиши керак. 3. Вибрион кучли холероген экзотоксин ажратиши керак. 4. Вибрион ичак бушлиика керакли микдорда токсин хлорид кислота колгунча сакданиши керак. 5. Антитоксин иммунитетнинг йуклиги сабабли организм

холероген токсин таъсирга каршилиқ кила олмаслиги керак. Касаллик чакириш учун кун доза вибрион булиши керак, юзлаб миллиардга якин вибрион керак (бунга сабаб ошкрзон кислотасини вибрионга кучли улдирувчи хусусиати борлиги). Ошкрзон ширасини 1:10000 марта, еуюдтаршоган *жрици* хам вибрионии бир веча дакикада улдиради

Маълумки, ошкозон ширасида хлорид кислота 0,5% ни ташкил этади, бу бактериоцид таъсирга керак булган мидордан 50 марта куп. Вабога индивидуал чидамлиликини ошкозон шираси таркибидаги хлорид кислотасини бактериоцид таъсири билан боглик, деб тахмин килишади. Инфицирланганларнинг 20-30% ■ касалланади. Ошкрзон ширасини кислоталигии иссик кунларда кун суюкдик ичишга натижасида суюлиши ва шира секрециясини тормозланиши хисобида вибрионларга каршилиқ камаяди. Вабо вибрионлари учун яхши озика мухити булиб хисобланган сут ва каймок. уз вактида ун икки бармок, ичак ишкорий ширасини опщозонга кайтиб киришини купайтиради. Ошкозонда вибрионларни купайиб, улишига карамасдан баъзилари ингичка ичакка утиши мумкин ва у ердан озика оксиллари ва ишкорий мухит уларни кучли купайишига яхши мухит хисобланади

Клиникаси. Яширин даври бир неча соатдан 5 кунгача, купинча 2-3 кун. Вакцина олганларда 9-10 кунгача чузилиши мумкин Болаларда. кечиши асосан бола ёшига боглик, катта ёшли болаларда катталардан фарк, килмайди. Касаллик уткир, суюк; ич кетиши билан, яккол холсизлик ва ланлик, баъзан бош айланиши ва ешчта титрок, бироз харорат кутарилишикукариши кузатилади, кул-оёклар муздек, териси бурма булиб йигилади. коринда тери бурмаси теккисланмайди.

Сувсизлашпп ривожланиш даражаси билан чайнов ва икрасимон мушаклар тутканокли тортигши узайиб, аввал тоник характерга эга булибборади. Сувсизланиш ва электролитлар дефицитига карамай юрак-кон томир тизими фаолияти коникарли сакданади. Ошиб борувчи сувсизланиш пульсни тезлашишига, АБ пасайишига, кон куюлашишига, гипокалиемига ва гемодинамикани кескин бузилиши билан гиповолемик шокка сабаб булиб, хаётий зарур органларда кайтариб булмас узгаришларга сабаб булади. Гипокалиемиа, кон куюлпашиши гипоксия ва метоболик ацидоз, микроциркулятор бузилишлар билан биргаликда буйрак фаолиятини бузилишига сабаб булади. Уткир буйрак етшпмовчшши - давомли олигоурия ёки анурия билан ифодаланади. Вактида бошланган регидратация уремик холатни олдини олиши мумкин.

Болаларда уткир ичак инфекцияси ва вабода
эксикоз даражасини бахолаш.

Симптомлар	Тана вазнини f/ткир йук,отиш		
	5 % гача	5-10%	10 % дай куп
Ич кслиши	Кам 3-5 марта купига, суюк, ахлат еимптоми	Купига 10 мартагача энтеритик	10 марта дан к^п. Сувсимои, куп микдорда.
Дусшв	Кам кузатилади	такрорий	Куп иарталаб
Умумий ^олат	Отг>эмас	Урта па отар	Жуда ошр
Чанкрн	Бироз	К учли ифодаланган	Булмаслиги мумкии
Тузима тургоци	Сакланган	Кескин текнслаиан	тскисланмаган
Капа лш;илдо1;	Меъёрий	Бир оз ичига тартилган	Кескии ичига тортилган
Огиз шиллйк, gaeamjba куз коньенктийаси	Кам	Курукрок;, гиперемиялаш гаи	Курук, бpiSen
К 5з олмаси	Нормада	Юмшоц	Ичига, тортилган
Цианоз	Кузатилмайди	бирай	кескии
Юрак тонлари	Бугиклашган	Бугиклашган	Бугиклашган
Юрак ритми	Нормада	Бир оз тахикардия	Яккол тахикардии
Артериял босим	Норма, бир оз кутарилгаи	Диастолкк кутарилгаи	пасайгаи
твр п	Норма.	пасайгаи	маифий
Тана х,арорати	У^ар^ хил	Купинча кутарилгаи	Х,арорат аасаfrai
диурез	Сацлангап	камайган	Юмд/соатдан нам

Таснифи. Вабони типик ва атипик шаклларм фаркланади.

Типик шакли токсикоз билан эксикозни ривожланганлик даражасига караб енгил, урта ва огар булади.

Еигиш даражаси - 1 даражали сувсизланши ривожланиш билан характерланади (тана вазнини дефицита 3-5% гаяа) Касаллик б)аста-секин ривожланиб ич кел.шли

буткасимон, куп булмаган, кунига 3-5 марта кушиш хар доим булмайди, купинча 2-3 мартадан ошмайди. Сувсизланиш белгилари ва гемодипамик бузилишлар яккол ифодаланмаган. Тери копланлари довмий намликда, лекин огаз куринш кузатилади, бироз чанкаш, тил караш билан копланган, Тана харорати купинча меъёрий ёки субфебрил гипотермия кузатилмайди. Уз ваккида бошланган регидратация натижаstda тез тузалиши мумкин (3-4 чи кун)

Урта ошр даражаси - 2 даражали эксикоз ривожланади. (6-8% тана вазнини йуколиши). Уткир бошланади. Типик вабонажаси билан бошланади, кушиш купаяди. Ич кетиш сони уз навбатида сувсизланиш даражасини белгилайди. Ахлат, кушиш хажми катга ахамиятга эта. Вабода 2 даражали сувсизланиш белгиси булиб кескин холсизлик, боша айланиши, ОГИЗ куриши баъзан хушдаи кетиш холлари хисоблалади. Бунда тери копланларн окарган, юзи тер билан копланган, лаб ва огиз бурун учбурчаги цианози, акроциноз кузатилади, мушаклар *киска*, м:уддатли тортишишлар ва тугри даволанганда адекват регидратация утказилганда тез утиб кетувчи, огиз, ТОМОКхалкум шиллик, кавватлариузгариши, овоз бурилиши, ютиш кийинланшишига олиб келади. Болаларда юз тузилиши уткирлашиб, мимика камаяди. Куз оетида енгил соя пайдо булади. Пульс тезлашиши, гипотония *куп* эмас, юрак тонлари бугиклашган. Тугри утказилган даво натижасида сувсизланиш. ва вабони бошка белгилари изсиз оркага кайтади.

Оеир даражаси 3 даражали токсикоз эксикоз билан ривожланади. Тана вазни дефицити тезда 8-10% га етади. -Касаллик уткир жуда куп микдорда ич кетиш «гуруч *ювиндиси*» куринишидава тухтатиб булмайдиган кушиш, крлдириб булмайдиган чанкаш давомли чайнов ва икрасимон мушаклар тортиши билан бошланади. Хуши сакланган булиб, купинча болаларда кузгалувчанлик, *тортишишлар* кузатилади. Жуда тез (4-8 соат давомида) сувсизланиш белгилари, кескин адинамия, юз тузилиш кескинлашади, куз олмаси ичига тортилган, эрта ёшли болалар катта ликилдок ичига чуккан, огиз куриши яккол, сулак ажралинш тухтаган, лаблар куруклашган. Эксикозни кучайшни конъюнктива, склера, юткин шилликкаватларини (овоз бугилиши), улчами-ютишни бузилишига сабаб булувчи куришига олиб келади. Гемодинамик бузилишдар тахикардия, гипотония, тери копланлари цианози (чегараланган), ануриягача, олигоурия кескин хансираш билан ифодаланади. Тана хдрорати меъёридан пасаяди, бу сувсизланишни ва электролитлар етишмовчилнгани ошишидаи далолат бериб, касалликни 4 боскикичи сувсизлашппи вабо алгидга утишини курсатади.

Алгид холат тана вязни дефиците 10-12% булганда ривожланади. Бунда 3 даражали эксикозли барча белгалар *яккол* ифодаланган холда кузатилади ва хаётий зарур органларни функциясини иккиламчи бузилиши гипотермия, такрорий талваса синдроми, тери крпланларининг умумий цианози, яккол сувсизланиш белгилари, токсик нафас, анурия, АБ пастлиги сопороз ёки коматоз хрлатлар. Олдинги даврда вабо симптомлари боскичма-боскич ривожлаяиб, аста-секин энтерит ва гастроэнтерит боскичидан кейин алгид холатига тугага деб хисобланади. Сунгги текширувлар баъзи беморларда эксикозни декомпенсацияси бириичи 2-3 соатда куп холларда 12 соатда касалликни юз беришини курсатади. Оркага кайтмас холатига сабаб булувчи иккиламчи бузшшшлар орасида уткир буйрак етишмовчилиги, ичак парези хуш бузилиши ахамаятлидир. Лаборатор тахминлар клиник белгиларни тулдириб, касаллик огирлигини ва сувсизланиш даражаси ва характерини аниклашга ёрдам беради. Перифериик конда бир оз лейкоцитоз, билан нейтрофилез ва моноцитонения аникланади. У рта огир даражали касалланишда лейкоцитоз якколрок, ифодаланган

Вабонинг диагнози беморнинг шикоятлари ,эпидемиологик анамнезига ,клиник далиллари ва лаборатория текширувлари натижаларига асосланади. Вабо диагнозини аник ва ишончли килиш учун бактериоскопик ва бактериологик усуллар кулланилади. Бактериоскопик усулда бемор ахлати ва кусукидан суртма таерлаб буялади ва унинг микраскоп остида текшириб вабо вибриони бор йуклиги аникланади. Бактериологик усулда бемор ахлати кусуги тегишли озука мухитларига экилади. Вабодан согайган кишилар ва вибрион ташиб юрувчилар текширилганида 12 бармокли ичакдаги суюклиги экилади.

Охирги йилларда куйидаги жадаллантирилган лаборатория усуллари кулланилмокда.

1. Вибрионлар вабога карши О зардоб билан имобилизациялаб ва микроаглютинациялаб фазоконтраст микроскоп ердмидатекшириб куриш. Бу текшириш усули бир неча минут кифоя.

2. Иммунофлюорисцент усул.

Тоун ва бруцеллез касалларида бактериологик усуллардан гемокультура,аллергик ва серологик усуллари хам кенг кулланилади. Райт,Хедделсон реакциялари ,Бюрне синамалари катта ердам беради.

Ута хавфли инфекцияларнинг профилактикаси, инфекция учогида бажариладиган чора тадбирлар.

Аввало уларнинг бошка давлатлардан кириб келишига чора тадбирлар амалга оширилади. Аҳолини сув билан тامينлайдиган сув хавзалари ва сут, бошка озик овкат махсулотлари ишлаб чиқарадиган уларни сақлайдиган корхоналар умумий овкатланиш корхоналарида санитария ва гигиена тадбирлари олиб борилади. Касаллик чиккан уй дезинфекция қилинди. Вабо учокдаги кишилар вабога қарши холераген анатоксини билан эмланади. Эмланганларнинг 96 % антитоксинлар пайдо бўлади. Бу касалликларнинг тарқалиш хавфи бўлганда уткир ичак касалликлари билан оғриган кишиларнинг ҳаммаси касалхонага етказилади. Бемор билан мулоқотда бўлган кишилар алохидалаб қуйилади.

Айрим ута хавфли инфекциялардан инфекция манбаиси бўлган кемирувчиларга қарата дератизация ишларни амалга оширишимиз керак. Аҳоли орасида маданий оқартирув ишлари утказишимиз талаб этилади. Кемирувчиларнинг инларига захарли моддалар сепилади. Ута хавфли инфекциялар учогида ишлаётган тиббий ходимлар шахсий профилактикаси қоидаларига роия қилишлари керак. Улар албатта махсус киймбош кийиб ишлашлари зарур. Улат касаллигида улатга қарши вакцина билан аҳоли эмланади. Бруцеллезда эса хайвонлар орасида эса бу касалликни юқотиш ҳақида қайғуриш зарур. Хайвонлар орасида бруцеллезни юқотмок учун аввало барча чорва ҳужаликлари режали текширилиб бруцеллезли хайвонлар соғлом хайвонлардан дархол ажратиб қуйилади. Биринчи марта бруцеллез билан оғриган аниқланган мол, қуй, эчкилар дархол махсус транспортда қушхоналарга жунатилади. Бруцеллез билан оғриган зотли сигирлар соғлом сигирлардан дархол ажратиб махсус изоляторларда сақланади.

Даволаш. Биринчи навбатта тана вазнини етишмовчилигини қоплашга, диарея ва нафас билан йукотилаётган сув ва электролитлар урнини тулдиришга қаратилган бўлади. Вабони даволашда ҳам орал регидротация глюкоза-тузли эритмалардан (регидрон, глюколан), ҳам парентерал регидратацияда эса квартасоль ва трисолдан фойдаланилади. Орал бериладиган суюқликлар истеъмолдан олдин тайёрланади, вена ичига юбориладиганлари эса 37-38°C ҳароратгача илитилади. Орал регидратация учун суюқлик ҳажми умумий қабул қилинган усул бўйча ҳисобланади. Бунда организмни барча йукотган суюқлик ва электролитлар микдорини аниқ ҳисоблашни ташкил қилшд керак, бунда қ, усук, ва ахлат массаларини йиғиш ва болани ҳар 4 соатда вазнини улчаш керак. Орал регидратацияни утказилиши иложи бўлмаганда ёки еамара бсрмаганда (гиповодемик шок белгилари: билан оғир сувсизланиш, тухтовсиз қусиш давомли олигурия ёки анурия, ошқозон-ичак трактати глюкозани сурилишини бузилишида) суюқликларни вена ичига юборишда курсатма бўлади (квартасоль ёки трисоль эритмалари).

Эрта ёшдаги болаларда регидратацияни биринчи соатида дастлабки йукотилган суюқликни 40-50% дан кам бўлмаган қисмини қуйиш керак, бу 3-даражали эксикозда 1-1,5 литрдан ошмайди. Кейинги регидратацияда суюқлик секинрок, 10-20 мл/кг тана вазнига 7-8 соат давомида юборилади. 3-4 ёшли болаларга регидратация тезрок, 1 соатда 80 мл/кг тана вазнига юборилиши мумкин. Регидратацияни 1-этапи тугалиши билан бола вазни такрор улчанади, агар муолажа тугри утказилган бўлса, бола вазни бошлангич вазнига тенглашган бўлиб, лекин 10% дай **ошмаслиги керак. умумий кундалик регидратацион** суюқлик ҳажми терапия утказиш учун керак бўладиган (вена ичига юбориладиган суюқлик) жадвал ёки **тенглама асосида (бошкаа УЮИК лардагидек) ҳисобланади.**

Вабо аниқланганда ёки шубҳа иайдо бўлганда шифокор (ёки бошка тиббий ходими) чоралар қуриши шарт: беморни тана вазнини *улчаб*, сувсизланиш даражасини аниқлаш, формула (жадвал) бўйича керакли **глюкоза-тузли эритмалар микдорини ҳисоблаш** ва зудлик билан уларни беморга **юбориш** керак. Ёппасига касалланиш бўлганда регидратацион даво ҳажми **беморнинг дастлабки** вазни ва сувсизланиш даражасини ҳисобга олиб, махсус жадвалга **асосланиб аниқланади**

Охирги йилларда 95%га яқин беморларни оғиз орқали **суюқлик бериб, факат 5%** беморлардагина инфузион регидротация утказиб даволанмокда. Вабонинг оғир шакилларини даволашда 2 босқ, мчда. олиб борилади: 1-босқ, ич: бирламчи регидратация-суюқдик вена ичига юборилади, 2-босқ, тт: ушлаб турувчм регидротация-суюқдик оғиз

орқдди бериб турилади. Эрта ёшли болаларда регидратацион даво хажмига боланинг овқатлантириш ҳам киради.

Инфузион даво эртмаларни вена ичига венепункция, венесекция ва перифирик веналарни кататеризацияси йуллари билан юборилади, Оегш беморнинг ёши ва сувсизлашпп даражасига асосланган усул билан суклик микдорини хисоблаб топишни таклиф этган. Суюқдик микдори суткага хисоблаб топилиди.

Сувсизланшпнинг 1 даражаси: 1ёштacha булган болаларга 130-170 , 1-5 ёшга 100-125, 6-10 ёшга 75-100 мл /кг га.

Сувсизланишнинг 2 даражаси: 1 ёштacha булган болаларга 175-200, 1-5 ёшга 130-170, 6-10 ёшга ПО мл/кг.

Сувсизланишгошг 3 даражаси: 1 ёштacha булган болаларга 220, 1-5 ёшга 175, 6-10 ённа 130 мл/кг.

Келтирилган усул перорал ва наренерал юбориладиган суюқдикнинг суткалик микдорини 5ичига олади. Дастлабки 6-7 соатда бола уз вазнининг йукртган микдорига тенг хажимда суюқлик кабул килиши керак. Сувсизланшпнинг 1-даражасида глюкоза-сувли эритмалар глюкосан билан орал регидретация утказиш БССТ томонидан таклиф этилган. Глюкосан натрий хлорид 3.5г, натрий гидрокорбонат-2.5г, калий хлорид 1.5г, глюкоза-20г, кайнатилган сув-1

2-даражаа» сувсизланишда орал-регидратацион даво билан бирга олиб бориладиган инфузион даво суюқлик суткалик микдорининг 1/2 кисмини ташкил килади.

Бола хаётининг биринчи ойларида ундаги физиологик гипоизостеинурия сабабли тузларнинг организмда тупланиши киска кун ичида шишлар юзага келиши мумкинлигини ҳам хисобга олиш зарур.

ВАБО

.Вабо – ўткир ичак антропонози, вабо вибрионлари билан чакирилади, диарея, қусиш, сувсизланиш билан кечади, эпидемик тарқалиш хос.

Охирги ўн йиликларда вабога қарши куршда ютуқлар бўлишига қарамай, вабо муаммоси ўз долзарблигини йўқотмади. Бу қуйидаги сабабларга асосланган:

- ☐ Ер шари аҳоласини ярими ё эндемик туманларида, ё аҳоли зичлиги юқори бўлган қўшни туманларда яшайди;
- ☐ Замоновий транспорт воситалари кўплиги ҳисобига вабо эндемик туманлардан дунёнинг бошқа туманларига тезда тарқалиши мумкин;
- ☐ Замоновий вабо кўзғатувчиси эндемик туманлар ташқарисида жойлашган очик сув хавзалврда ҳам аниқланади ва бу ерда тарқалган касалликлар «хусусий» деб аталади.

Вабо бизнинг юртимиз учун ҳам хавфлидир, бу тўғрисида 1965 ва 1970 йилларда бўлган касаллик кўтаришлари эслатиб туради.

Вабо билан катталар ҳам, болалар ҳам касалланади. Болаларда клиник кўриниши ўзига хослиги билан фарқланади, буни даволаш ўтказилаётганда ҳисобга олиш керак. Бабони даволаш ҳозирги вақтда шунчалик яхши йўлга қўйилганини, бу касаллик оқибатида ҳеч ким ўлмаслиги керак. Бироқ бу мақсадга фақат тезкор ташхисот орқали эришилади. Вабога қарши ишлаб чиқилган даволаш асослари усуллари, стереотип механизмга эга бўлган оддий ичак инфекцияларда учрайдиган сувсизланишларга қарши курашишда ҳам қулланилиши мумкин. Бирламчи эпидемияга қарши ўтказилаётган чора-тадбирлар олиб боришда шифонинг нг тўғри

ёндошуви вабони тарқалиши олдини олишда катта аҳамиятга эга. Демак, маҳалла шифалари учун вабо муаммоларини ўрганишда асосий мақсадлардан бири эрта ташхисот ва ўчоқда бирламчи чора-табирлар ўтказишни билиш ҳисобланади. Шу билан бирга бошқа ўткир ичак юқумли касалликларда қўлланиладиган лрал ва вена ичи регидратация усул ва усулларини билиш зарур.

ТАРИХИ ВА ГЕОГРАФИК ТАРҚАЛИШИ. Вабо касаллиги қадимдан маълум. Хиндистон ва Бангладеш табиий ўчоқлар бўлган ва бўлиб келмоқда, шу ердан мамлакатлар ва континентларга тарқалиб, вабо миллионлаб одамлар ҳаётини қуритган. Ҳамма бта пендемия ҳам вабо вибрионининг классик биовари томонидан чақирилган ва сув орқали тарқалишини биринчи бўлиб Италия патолог Ф.Пуччини 1853-1866 йилда аниқлаган. 1872-1874 йилда Россия вабо вибрионини Недзвецкий топган. Тоза ҳолда бу қўзғатувчи 1883 йилда Р.Кох томонидан ажратиб олинган ва унинг хусусиятлари ўрганилган. 1906 йилда Ф. Ва Е.Готшлих Эль-Тор вибрионини ажратиб олишган ва уни анча вақт олди ноэпидемик касалликлар қўзғатувчиси деб ҳисоблашган. 1962 йилдан бери ВОЗ Эль-Тор вибрионини вабо қўзғатувчиси деб ҳисоблашни тавсия этади.

Алоҳида ... ва локал вабо ўчоқлари ҳозирги вақтгача руҳатда келмоқда. 1992-1993 йиллаврда Россия Федерацияси (Доғистон, қолмиқ, Ростов вилоятлар) территориясила Эль-Тор вабо билан касаланишни янги кўтарилиши аниқланди. Европ, Осиё, африка ва Лотин Америкасида вабо бўйича эпидҳолат сақланиб келмоқда. Деярли ҳамма дунёдаги руйхатга олинаётган вабо касаллиги, шу қаторда эпидемик ўчоқда классик ваболар ҳам, Эль-Тор вибрион биовари томонидан чақирилган.

ЭТИОЛОГИЯ. Вабо қўзғатувчисини – вабо вибрионини – 2та биовари бор. Вибрионлар ҳаракатчан, галофил, облигат аэроб. Вабо токсини бир нечта фракцияга эга. Вабога хос элетролин диарея («сувли деарея») учун экзотоксин – холерогон жавоб беради. Вибрионни 2та антигени бор: О-соматик ва Н-хивчинли. О-анигенига кўра 3та серовар аниқланади: Инаба, Огава ва Гикошима. Кучсиз ва авирулент штаммлар клиник кечиши турли оғирликда бўлган вабо касаллиги ва вибрионташувчиликни келтириб чиқаради.

Вабор вибриони қуйидаги ташқи муҳит шароитларида яхши ривожланади: сувда бир неча кундан бир неча ҳафтагача сақланади, ахлатда 2000 кунгача. Бироқ қуритишга сезгир, қуёш нури, дезинфектантлар ва алоҳида кислоталарга , яъни ошқозон хлорид кислотасига сезгир ҳисобланади. Вабо вибриони кўпчилик антибиотикларга - тетрациклин, левомецитин, аминогликозидларга, рифампицин, эрцефурил, яримсинтетик пенициллинларга ўта сезгир ҳисобланади. Эль-Тор биовари классик биоварга қараганда полимексинга чидамли.

Эль-Тор вибриони класик биоварга нисбатан атроф муҳитда ўта чидамли. Бироқ у классск вабодан белгилари билан фарқи деярли йўқ оғир шаклларни чақириши мумкин, лекин кўпроқ енгил кечуви шаклларни ва вибрионташувчилни келтириб чиқаради.

НАГ-вибриони морфологик ва биохимик хусусиятларига кўра вбо вибрионлардан фарқи йўқ, лекин вабо О-зардобии билан агглютининияланмайди. Улар диареяли касалликлар келтириб чиқариши мумкин.

ЭПИДЕМИК ЖАРАЁН, Вобо ичак антропонозо, эпидемик тарқалишга мойил. Касаллик манбаи деб касал одам, вибрионоташувчилар – реконвалесценлар ва соғлом (транзитор) вибрионоташувчилар ҳисобланади. Зарарлаш механизми (фекал-орал), тарқалиш йўли (сув, алиментлар, мулоқат-маиший) бошқа ичак инфекцияларидегидек. Шу қаторда вабони тарқалишда сув йўли катта аҳамиятга эга. Пашшаларни ҳам аҳамияти юбор, улар вибрионии аҳлатлардан озуқа маҳсулотларига механик ташувчи ҳисобланади. қўзғатувчи организмдан аҳлат ва қусуқ модда билан ажралади. Вибрионни энг жадал ажралиш вақти касаллик белилари яққол кўриниб турган шаклларда кузатилади, лекин енгил, аниқ белгиларсиз ва яширин шакллар, вибрионоташувчилар эпидемик хавфлироқ ҳисобланади, чунки улар камроқ аниқланади.

Эпидемик туманларда вабо кўпроқ яшаш шароити яхши эмас, шахсий гигиена қоидаларга риоя қилмайдиган ижтимоий-иқтисодий гуруҳларни зарардайди. Бу туманларда кўпроқ болалар касалланади, чунки катталарда табиий ортирилган иммунитет бор. Агарда вабо зараланмаган туманларга кирса энг сезгир гуруҳ бўлиб катталар ҳисобланади.

ПАТОГЕНЕЗ ВА ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯ, Вабо вибриони озиқа маҳсулотлари, сув ёки ифлосланган қўллар орқали оғиздан киради. Ошқозондан ўтиши ошқозон кислоталари паст бўлганда, норавон секрециясида ёки тезланган ичак перисталтикасида енгиллашади. Кўпроқ ва оғирроқ вабо била алкагол истъмол қилувчилар ва ошқозон резекцияси қилинганлар касалланадилар.

Асосн вибрион кўпаядиган жой – ингичка ичак ҳисобланади. Вабо вибрионлари эпителиоцитлари юзасида кўпаяди., эпителий хужайраси ичига кирмайди, уларда инвазивлик хусусити йўқдир. Вибрионни ингичка ичакда колонизациялашиши эпителийни зарарламасдан ва яллиғланиш жараёнисиз кечади. Морфологик – бу ҳамма тур энтероцитларини секретор гранулалардан мерокрин ажралиш, вибрионлар ёпишган микроворсинкаларникўчиши билан ўтади ва бу эпителий юзасини қўзғатувчи тозаланишига ёрдам беради, клиникада бу «гуруч қайнатмаси» кўринишдаги аҳлат ажралиши билан характерланади.

Вибрионни кўпайиши жпараёни кўп мидорда экзотоксин ажралиши билан кузатилади. Экзотоксин (холергон) ингичка ичак шиллиқ қавати эпителийоцит хужайралардаги аденилатциклаза ферментига таъсир қилади. Натижада циклик 3-5-аденозинмонофосфат (цАМФ) ва циклик 3-5-гуанозинмонофосфат синтези ошади. Улар энтероцитларда простогландин типдаги гормонсимон пептидлар синтезини фаоллаштиради. Булар натижасида ичак бўшлигига кўп миқдорда изотоник суқлик чиқади, у ингичка ва йўғон ичакни псткки қисмларида сурилишига улгармайди ва организмдан кўп миқдорда сууюқ аҳлат

ва кусуқ моддалари орқали чиқиб кетади. Ажралаётган суюқлик таркибида оксил кам, электролитлар кўп: натрий (140ммол/л), калий (13 ммол/л), гидрокарбонат (32ммол/л), хлор (92 ммол /л). Катталар соатига 1 литр суюқлик йўқотади. Вабода қисқа вақт ичида аҳлат ва кусуқ моддалари орқали суюқлик йўқотилиши бошқа патологик ҳолатларга учрамайдиган миқдорни ташкил қилади. Айрим ҳолларда йўқотилган субқлик миқдари касал одам тана вазнидан 2 барабар кўп бўлиши мумкин.

Вабода дегидратация касаллик патогенезида асосиё ўрин тутати. Бошқа механизмлар (интоксикация, ўткир буйраак етишмовчилиги, шок ҳолатлари ва бошқалар) иккинчи даражали ҳисобланади, яъни улар декомпенсацияланган сувсизланиш натижасидир. Ўткир хужайра изотоник дегидратация ривожланади, бу умумий қон циркуляцияси (ОЦК) пасайиши билан боради, шу билан бирга зардоб камайиши, гемоконцентрация ва қон айланиш марказлашуви)қонни ички аъзоларда , йирик томирларда таксимланиши ва периферик томиилар спазм билан боради. Аъзоларда қон оқиб ва микроциркуляцияни бузилиши натижасида тўқималар гипоксия кучаяди, қон ивиш жарраёни бузилади, метаболик ацидоз ва бошқа ўзгаришлар келиб чиқати. Калий йўқолишии организмдаги калийни умумий миқдорини 1/3 қисмини таашикл этиш мумкин. Агарда гипокалемия вақтида тулдирилмаса, у кучли мушак кучсизланишига, ичак атониясига, юрак аритмиясига, буйракканалчаларини зарарланишига вам охири юрак фаолияти тўхташишига олиб келади.

3 даражали сувсизланиш қайд этилган:

1 даража – суюқлик йўқотилиш хажми тана вазни 3-5%

ташикл қилади

2 даража - суюқлик йўқотилиш хажми тана вазни 6-9%

ташикл қилади

3 даража - суюқлик йўқотилиш хажми тана вазни 10%дан

юқори ташикл қилади

Патоанатомик ўзгаришлар вабо клиник шаклига боғлиқ. Алгид шаклдан ўлганларда «гипократ юзи», «жанговор» ёки «боксёр» ҳолати курилади. Тери ажин босган. Тери, тери ости ёғ қавати, мушаклар зичлашган. қон қуюқ. Эпителий ворсинкаларини десквамацияси йўқ. Миокард ва жигарда дистрофик ва микроциркулятор ўзгаришлар. Буйрак зарарланиши – вабонинг доимий морфологик белгиси бўлади (буйрак каналчалар эпителийси ёғли ва вакуол дистрофияси, айрим вақтда проксимал каналчалар эпителийсида катта эмас некроз ўчоқлари ва ҳоказо).

КЛИНИКАСИ. Инкубацион даври бир неча соатдан 5 суткагача бўлади, кўпинча 2-3 кун. Вакцина олмагаларда 9-10 кунгача чўзилади. Турли клиник кўринишларда кечади – белгисиз вибрион ташувчиликдан то кучли сувсизланиш билан кечуви оғир ҳолатларгача.

Вабода бемор ҳолатини оғирлиги дегидратация даражаси билан белгиланади. Енгил шаклда вабо I даражали сувсизланиш билан характерланади. Касаллик кўпинча секин бошланади, нажас бўтқасимон, оз микдорда, суткасига 3-5 марта. қусиш ҳар доим эмас, суткасига 2-3 мартадан ошмайди. Сувсизланиш ва гемодинамик бузилиш белгилари кўринмайди. Тери доимий намликда қолади, бироқ оғиз қуриши, озроқ ташналик беовта қилади, тил қараш билан қопланган. Тана ҳарорати кўпинча нормада ёки субфебрил бўлади, гипотермия кузатилмайди. Ўрта оғир шакли II даражали эксикоз ривожланиши билан боради (15-20% касалларда). Касаллик бошланиши аниқ «вабо» нажаси пайло бўлиши билан характерланади, кейин қусиш кўшилади. қусиш сони сувсизланиш даражасини кўрсатмайди. Вабода II даражали сувсизланиш асосий белгилари деб қусизланиш, бош айланиш, оғиз қуриши, ташналик ҳисобланади, айрим вақтда хушдан кетиш ҳоллари кузатилади. Бунда тери оқарган, юз тер билан қопланган, лаб ва бурунлаб учбурчагида кўкқуриш, акроцианоз кузатилади. қисқа вақтли (2-3 соат) мушак тиришишлари кўрилиб, адекват регидратацион терапия ўтказгандан кейин ўтиб кетади. Оғиз бўшлиғи, ҳақум ва ютуқ шиллиқ қавати қуриши кузатилади – овоз бўғишиши, ютуш қийинлашади. Болаларда хоргин юз тус олади, юз мимикаси йўқолади, пулс тезлашган, гипотония кўринмайди, юрак тонлари бўғиқ. Буйрак фаолияти унча бузилмайди (қисқа вақтли олигл- ёки анурия). Тўғри ўтказилган терапияда сувсизланиш бошлангич белгилари қайта ривожланиши осон бўлади.

Вабони оғир шаклларига III даражали токсикоз-эксикоз белгиларини ривожланиши характерли, тана вазни етишмовчилиги 8-10% ва ундан юқори бўлади. Касаллик ўтқир, тез бошланади, кўп (ёки тез) «гуруч қайнатмаси» типдаги нажас ва бетўхтов қусиш, кучли ташналик, болдир ва чайнов мушакларини кучли оғриғи ва тиришлари билан кечади. Эс-хуши сақланган, болаларда қўзғалувчанлик, инжилик ошган, жуда тез (4-8 соатдан кейин) сувсизланишни клиник белгилари кўринади: кучли адинамия, юз киёфаси сувсизлик ҳисобига ўткирлашади, кўз соққаси ичига тушиб кетган, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати қуриган, сўлак ажралиш йўқолган, лаблар уриб кетган. Эксикоз кучайиши ҳисобига конъюктивит, склералар, ҳалқум (афония ҳолатигача боради), қизил ўнгач (ютш акти бузилади) шиллиқ қавтлари қуриши кузатилади. Гемодинамик бузилишларидан тахикардия, гипотония, тери қолами кўқариши чегараланган, олигоурия, анурия, кучли хансирашлар кузатилади. Тана ҳарорати нормадан пасаяди, бу сувсизланиш даражаси ошишдан, электролитлар етишмовчилигидан ва касаллик алгид шаклига ўтишдан далолат беради.

Вабода алгид ҳолат тана вазни 10-12% етишмовчилигида юз беради. III даража хос эксикоз белгилари кузатилади, лекин ҳаётий муҳим аъзолар фаолияти иккиламчи даражали ўзгариши алоҳида ўрин тутади (яъни гипотермия, тўхтамайдиган қалтираш синдроми, тери умумий кўқариши, сувсизланишини аниқ белгилари, токсик нафас, анурия, АБ тушиши, сопр ва кома ҳолати). Охириги вақтгача вабога аста секин, босқичли ривожланиш хос деб ҳисобланади,

лекин охирги йиллар кузатувлари кўсатишича эсикозни декомпенсатор шакллари айрим беморларда биринчи 2-3 соат ичида, кўп ҳолларда эса касалликни дастлабки 12 соат ичида ривожланади. Периферик қонда ўзгаришлардан лейкоцитоз(ёки лейкопения), нейтрофиллёз, таёқчаядроли силжиш ва моноцитопения, анэозинофелия, тезлашган ЭЧТ, гипокалемия 2,5 ммоль/л гача, метаболик ацидоз кузатилади.

Вабони ноаниқ шаклларига гипертоник , «қуруқ вабо», шунингдек белгилари билинар-билинемас намоён бўладиган ва субклиник шакллари киради.

Бир ёшгача бўлган болаларда вабо оғирроқ ва тезроқ ўтади. Оғир сувсизланиш ва унинг оқибатлари уларда яққол ривожланади.Электролит баланси бузилиши ва ацидоз катталарда кам кузатилган асоратларни чақиради – гипокалемия, талваса мия шиши ичакпаралитик тутилиши. Эрта ёшли болаларда сувсизланиш ва МНС зарарланиши ҳисобига адинамия клоник тиришишлар конвулсия эс-хушини бузилишини кома ҳолатлари бўлиши мумкин.

ТАШХИСОТ. Ташхис клиник кўринишига эпидемиологик маълумотларга бактериологик ва серологик текширишларга асосланиб қўйилади. Вабони биринчи ҳоллари инфекционист эпидемиолог ва бактериолог томонидан биргаликда ташхисланади.

Бактериологик ташхис маълум усуллар ёрдамида қўйилади 36 соатдан кейин жавоб олинади ҳамда тезлаштирилган усуллар ёрдамида – 1,5-5 соатдан кейин аниқланади ва ташхис қўйилади.

- иммобилизация усули ва фазоконтрастмикроскоп остида О-зардоб билан вибрион микроагглютинацияси, жавоби бир неча дақиқадан сўнг тайёр бўлади;
- пептон сувида натив материални ўстириб О-зардоб билан микроагглютинациялаш, жавоб 3-4 соатдан кейин чиқади;
- иммунофлюоресценция усули, жавоб 1,5-2 соатдан кейин олинади.

Таққослаш ташхис. Овқат токсикоинфекцияларидан, эшерихиозлардан, салмонеллёлдан, оғир металл тузлари билан захарланишдан, айрим кўзикоринлардан захарланиш касалликлари билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ. Патогенезда асосий ўринни сувсизланиш эганлаганлиги учун, даволаш биринчи сув-туз балансини тиклашга қаратилган. Даволанишни қисқа вақт ичида бошлаш керак, вақтни чўзиш касал учун хавф туғдиради. Терапевтик ёндошув беморни ҳолати билан белгиланади энг биринчи ўринда сувсизланиш даражасини аниқлаш билан. Охирги йилларда 95% беморларда даво оғиз орқали суюқлик юбориш билан 5% беморлар эса инфузион регидратацион терапия ўтказиш билан амалга оширилмоқда.

Вабонинг оғир шаклини даволаш 2 босқичда ўтказилади:

1 босқич – бирламчи регидрация – вена ичига

II босқич - қўллаб турувчи регидрация – орал йил билан ўтказилади. Эрта ёшли болаларда регидратацион даволаш миқдорига овқатлантириш ҳам киради.

Орал регидратацион даволаш учун глбкозо-тузли эритмалар ишлатилади. Агар орал регидратация самарасиз бўлса ёки уни ўтказиш иложиси бўлмаса суюқлик вена ичига юборилади. Бунла биринчи 5-7 литр суюқлик, 36-38⁰С гача исимтилган ҳолда, 1-1,5 соат ичида ... юборилади. Йўқотилган суюқлик ва электролитлар миқдорини тиклашда гемостаз бузилишини коррекция қилишда адекват деб квартасол, хлосол, ацесол каби тузли эритмаларни буюриш ҳисобланади. Вена ичига эритмалар юбориш пулс яхшиланиб, қон босим аслига келгунча, пасайган ҳарорат нормаллашиб, гиповолемия аломатлари йўқолгунча давом этирилади ва кейин эса томчилаб юборишга ўтилади.

Қўллаб турувчи регидратация оғир ҳолларда бир неча сутка давомида олиб борилади. Юбориладиган суюқлик хажми йўқотилган, яъни нажас ва қусуқ моддалари орқали чиққан суюқлик хажмига тенг бўлиши керак, бу кўрсаткич ҳар 4-6 соат оралиғида ўлчанади.

Этиотроп даво мақсадида тетрациклин, невидграмон, фуразалидон, лидаприм ёшига хос миқдорда 5 кунлик муддат билан берилади. Янги препаратлардан эрцефурил (нифурооксазид) нитрофуран гурухидан, энг самарали деб ҳисобланади (вибрионларни 100% сезучанлиги).

Реконвалесцентлар клиник тузалгандан кейин ва 3 марта нажасни бактериологик текшируви манфий чиққандан кейин уйга жўнатилади.

ПРОФИЛАКТИКА ВА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ТАДБИРЛАР. Ўзбекистон Республикаси территориясида профилактика энг аввал санитар ҳолатни ҳимоялаш ва ичак инфекциялари учун умумий бўлган санитар-гигиеник чоралар мажмуасини қўллаш билан амалга оширилади.

Эпидемияга қарши тадбирлар вабо ўчоқлари аниқланганда ўтказилади. Ўчоқ бўлиб вабо билан касалланганлар ёки вибрионташувчилар аниқланган алоҳида уйлар ёки кўпроқ аҳоли турган жойлар ҳисобланади. Бу чоралар касал ва вибрионташувчиларни касалхонага ётқизиш, бемор билан мулоқатда бўлганларни аниқлаш, алоҳидлаш ва даволаш, ошқозон-ичак тизими томонида фаолияти бузилиши бор ҳамма беморларни аниқлаш ва вабога текшириш, дезинфекцион тадбирлар, атроф муҳит тадбирларни ўтказиш кўзда тутилади.

Беморлар билан мулоқатда бўлган 5 кунга алоҳидланади ва уларни 3 маротаба бактериологик текширувдан ўтказилади. Уларга тезкор профилактика мақсадида 4 кун мобайнида қуйидаги препаратлардан бири буюрилади: доксациллин 0,2 – 1 марта, тетрациклин 0,; рифампицин 0,3; сульфатон 0,7; левомицитин 0,5 – кунига 2 маҳалдан.

Хусусий профилактика учун вабо вакцинаси ва холергон-анатоксин қўлланилади. Эпид кўрсатмаларга кўра 7 ёшдан катта болаларда фаол иммунитет ҳомил қилиш учун холергон-анатоксин 1 марротаба тери остига юборилади.

ХУЛОСА. Вабо шифоларни ҳар кунли амалиётида учрайдиган касалликлар сонига кирмайди, ундан ташқари сиз билан оғриган бемор вабо билан учрашмаслигингиз мумкин. Шу сабабли вабони эсдан чиқариб ва учраганда ташхис қилаоласлигингиз мумкин, бу эса хавфли

эпидемик асоратларга олиб келади. Эрта ташхисотда эса эпидемик ўчоқ бир ёки бир неча касалланишни аниқлаш чкланиши мумкин. Замоновий даволаш усуллари инбатга олганда бу касалликдан ҳеч ким ўлмаслиги керак, аммао бунинг учун регидратация даво эрта бошланиши шарт. Шунинг учун эпидемик асоратларини олдини олиш мақсадида касалликни яхши оқибат билан тугадини таъминлаш учун эрта ташхисот лозимдир.

Вабо патогенези яхши ўрганилганлиги асасида тузилган патогенетик терапиядан бошқа учрайдиган ўткир ичак инфекцияларни даволашда самарали фойданилади. Асосан вабода ишлаб чиқарилган регидратацияни асоси, усуллари ва воситаларини қўллаш аҳамиятга каттадир.