

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



РЕФЕРАТ

Мавзу: Қорин тифи

Бажарди: Примов М.

Самарқанд 2017 йил

Корин тифи, яъни ич терлама юкумли ичак касаллиги булиб, уни сальмонеллалар авлодига кирадиган тиф бактериялар кузгатади. Бу касаллик ингичка ичак деворидаги лимфа тугунлари ва пейер пиллакчаларининг зарарланиши, бактериемия, тана хароратининг ошиши ва интоксикация белгилари билан таърифланади. корин тифи ва А ва В паратифларининг эпидемиологияси, патогенези, патоморфологияси, клиник белгилари бир-бирларига жуда ухшаш.

Этиологияси. корин тифини кузгатувчиси (*Salmonellatyphi*) шакли таёкчага ухшайди, буйи 0,5-0,3 мкм, хивчинлари булиб, шу туфайли ҳаракат қила олади. Грам усулида бўялмайди. Хамма озик моддаларда қупая олади. Бактерия парчаланганда эндотоксин ажратиб чиқаради, унинг соматик О-антигени – иссиққа чидамли, Н-антигени хивчини булиб, иссиққа чидамсиз. Yі – антигени соматик иссиққа чидамсиз. Бактерия ташки муҳитга чидамли булиб, 60 даража иссиқда 30 минутда, 100 даража иссиқда уша хоҳоти ўлади. Оқар сувда 5-10 кун, қулмак сувда 30 кун, қуруқ сувда 1 неча ойгача, қир ураларда бир ойдан қупроқ, сабзавот ва ҳул мева (3% ли), сулема (1:1000), фенол (5% ли) эритмалари тиф бактерияларини 2-3 минутда ҳалок қилади.

Эпидемиологияси. корин тифи билан факат одамлар касалланади. Яъни бактерия ташиб юрувчилардан юқади. Касаллик бошланиши биланок бемор ахлати, сийдиги ва қисман сулагии билан тиф бактерияларини ташқарига чиқара бошлайди. Бемор соғая бошлаши билан бактериялар чиқарилиши ҳам қамайиб, охирида тухтайди. Баъзи ҳолларда бемор соғайгандан сунг ҳам бактерия чиқариш узок муддат (бир неча ойдан бир неча йилгача) давом этиши мумкин. Бу шахслар бактерия ташувчилар деб аталади. Бактерия ташувчилик 3 ойгача давом этса – «утқир бактерия ташувчилик», ундан узокка қузилса (бир неча йилгача, баъзан умрбод) – «сурункали бактериялар ташувчилик» деб юритилади. Сурункасига бактерия ташувчилар корин тифидан соғайганларнинг 2-4% ни ташқил қилади. Улар «реконвалесцент бактерия ташувчилар» деб аталади. Бу кишиларнинг ретикуло-эндотелиал системаси, ут суюқлиги ва бўйрак каналчаларидаги микроб учокларида тиф бактериялари узок муддат сақланади. Антибиотиклар бу учокларга етарли таъсир қилмайди. Утқир бактерия ташувчилик ҳолати эса корин тифини юқтирган. Лекин узи касалланмай қолган кишилар орасида учрайди. Шу сабабдан улар «соғлом бактерия ташувчилар» деб ҳам юритилади. корин тифи, ҳамда А ва В паратифларининг енгил хилини оёқ учида утқазётган беморлар ҳам бактерия ташувчилар қабии жуда хавфлидир. Бу кишиларда тиф борлиги қупинча аниқланмайди ва улар касалхонага ётқизилмайдилар, атрофдагиларга касалликни юқтираверади. Бактерия ташувчиларнинг озик-овқат маҳсулотлирига алоқадор жойларда, аҳолии сув билан таъминлайдиган муассасаларда ишлаши жуда хавфлидир. корин тифи огиз орқали юқади. Бемор ва бактерия ташувчи тиф бактерияларини ахлати ва сийдиги билан ташқарига чиқаради ва бу бактериялар соғ кишилар организмга огиз орқали қиради. корин тифи мулоқот йули ва озик-овқат, ҳамда сув орқали тарқалади.

Мулоқот 2 хил бўлди.

а) бевосита мулоқот, бемор билан қул бериб қуришиш, уни парвариш қилиш;

б) воситали мулоқот – бемор фойдаланган ёқии уни яқинида бўлган турли буюмларга қул уриш.

Касаллик мулоқот билан юққанда беморлар сони аста-секин қупая боради. Тиф сув орқали юққанда тусатдан қуп одам касалланади (сув эпидемияси). Ифлосланган сувдан ишлатиш чекланса, касалланиш ҳам қамаяди. Тиф озик-овқатдан (сутдан) юққанида касалланиш бирданига қупаяди (сут эпидемияси). Бу ҳодиса касалхоналарда, боғчаларда учрайди. Касаллик ёз, қуз мавсумида қуп учрайди. Касалликни тарқалашида пашша роль уйнайди. корин тифи билан касаллангандан сунг умрбод иммунитет қолади.

Патогенези. Огиз орқали қирган бактериялар ошқозондан утиб, ингичка ичакка қиради. Уларни бир қисми ахлат билан ташқарига чиқарилади. қолганлари эса ичак шиллик пардасидаги лимфоид тугунлар (солитар фолликулалар) ва пейер пиллакчаларига қириб, у ерда тез қупаяди. Шу даврдан бошлаб организмда химоя реакцияси бошланади. Лимфа туқималар яллиғланиши натижасида гиперплазияга учрайди. Бу даврни – тиф бактериясини организмга қиритиш даври деб аталади.

Иқкинчи давр – лимфангоит ва лимфаденит даври деб аталади. Бактериялар лимфа тугунларига ўтади ва қупайишда давом этади. Бу безларда ҳам реактив яллиғланиш бошланади. Иммунитет қучли бўлган ҳолларда бактериялар лимфа тугунларининг ўзида ҳалок бўлади ва касаллик ривожланмайди. Қупинча бактериялар мезентериал лимфа тугунларида қупайиб бутун организмга тарқалади. Шунда 3 давр бактериемия бошланади. Шу вақтдан бошлаб, дастлабки симптомлари қурина бошлайди. Бактерия огиз орқали юққандан то қонга тушгунча қадар орадани ўтадиган вақт корин тифининг яширин даврига тугри қолади. Бемор қонида бактерияларни бир қисми ҳалок булиб, эндотоксин ажралиб, организмни заҳарлайди – интоксикация бошланади. МНС, вегетатив нерв системаси ва юрак қон томир системаси шикастланади. Патогенезнинг бу даври - интоксикация даври деб аталади. қонда бактериялар қанча қуп улса, интоксикация шунча қучли бўлади. Шундай бўлишига қарамай бемор организмни узининг мавжуд

химоя воситаларини сафарбар килади. Жигар, талок, суяк кумиги, лимфа тугунлари ва ретикуло-эндотелиал система тукумалари конда айланиб юрган тиф бактерияларини узига камраб олади, конда микроблар сони кисман камаяди. Аммо аъзоларга урнашиб олган бактериялар купайишда давом этиб, тупланиб колган микроб резервуарига айланади. Вакти – вакти билан бу аъзолардан бактериялар конга тушиб туради. Бу бешинчи даври – паренхиматоз диффузия, яъни хамма паренхиматоз аъзоларга бактериялар утадиган давр хисобланади.

Бемор организми тиф бактерияларига карши курашни давом эттириб бораверади. Эндиги навбатда хамма чикарув органлари сафарбар килинади. Либеркюн безлари, сулак ва тер безлари, курак беи (эмизувчи аёлларда) жигар ва буйрак оркали бактериялар ташкарига чикарила бошлайди. Бу олтинчи давр – организмни бактериялардан холос килишга каратилгандир. Либеркюн безлари оркали ва ут суюклиги билан ичакка тушган бактерияларнинг купчилиги ахлат билан ташкарига чикарилади. колган кисми яна кайтадан солитар фалликулар ва пейер пиллакчаларига утади. Касаллик юкканидан сунг тиф бактериялари биринчи марта кирганида лимфа тукумалари шу микробга ута сезувчан булиб колади (сенсбилизация). Уша микроблар кайтадан кирганда аллергия реакцияси бошланишига сабаб булади. Бу патогенезнинг еттинчи аллергия реакциялари давридир. Бошкча айтганда, ичак лимфа аппаратида тиф бактериялари кайта тукнашганида уларда гиперергик тус олади, кейин некроз бошланиб яра пайдо булади. Бактериялар ташкарига чикарилиши билан бир вакта организмда касалликка карши иммунитет шаклланиб боради ва бемор согая бошлайди. Бу саккизинчи давр –иммунитет пайдо булиши ва беморни согайиш даври деб юритилади.

Бу даврда организмни издан чиккан фаолияти уз аслига кела бошлайди. Шундай килиб, корин тифи патогенези шартли равишда 8 даврга булиб, бу даврларда бемор организми билан бактерия уртасида бетухтов давом этадиган курашни акс эттиради. Касалликни утиши ва окибати бемор организмнинг куч-куввати, яъни бактерияларга карши кураша олишига боглик. Бемор организмда юз берадиган хамма жараёнлар марказий нерв системасининг бошкаруви ва назорати остида содир булади. Демак беморнинг олий нерв фаолиятининг холати унинг рухи ва кайфияти, атрофидаги мухит шароитлари тифнинг клиник утиши ва окибатига катта таъсир килади. Баъзан организмни бактериядан холос булиш жараёни охиригача бормаслиги мумкин. Бунда турли органларда мустахам урнашиб олган тиф бактериялари бемор согайганидан сунг маълум вакт (1-2 хафта ва купрок) утгач, яна кайтадан купайиб, конга тушади ва тифнинг кайталанишига сабаб булади – тиф рецидиви деб шуни айтилади.

Бемор химоя кучлари ожиз булганда, тиф микроблари мононуклеар – фагоцитар система хужайраларида узок муддат (бир неча йилларгача) сакланиб яшай олади. Сурункали бактерия ташувчилар узлари соглом булгани холда атрофга тиф микробларини таркатиб юрадилар.

Патологик анатомияси. Тиф бактериясининг эндотоксини таъсири натижасида хамма органларда патологик узгаришлари юз беради. Ингичка ичакнинг йугон ичакка утиш йулида узига хос патоморфологик узгаришлар пайдо булади. Бу узгаришларнинг авж олиб боришини шартли равишда 5 даврга булиш мумкин.

Биринчи давр – касалликнинг тахминан биринчи хафтасига тугри келади. Бунда солитар фалликулялар ва пейер пиллакчалари буртиб шишади. Улар кесиб курилганда, кулранг-кизил рангда булиб куринади ва чакалок бош миясига ухшайди. Шунинг учун бу даврни «миясимон шишиши» даври деб юритилади.

Иккинчи давр – некроз (2 хафтага тугри келади) шишган солитар фалликулалар ва пейер пиллакчаларида некроз бошланиб, яшил-саргиш ёки гугурт тусга киради.

Учинчи давр – яра пайдо булиш даврида (3 хафтага тугри келади) некрозга учраган тукумалар кучиб тушади ва урнида яралар пайдо булади. Яраларнинг чукурлиги хар хил булади. Баъзилар перитонеумгача бориб етади. 3 хафта охири ва 4 хафтада ичакдаги яралар халок булган тукумалардан бутунлай тозаланади. (тоза яралар даври). 5-6 хафта давомида яра тузалиб бита бошлайди. Яралар битганда ичак шиллик пардасининг чандикланиб тортилиб колиш холлари учрамайди. Битган яралар урнида кулранг доглар колади. Пейер пиллакчалари ва солитар фолликулаларда гиперпластик узгаришлар юз беради ва тиф гранулемалари деб аталувчи тугунчалар пайдо булади. Бу гранулемалар улкан тиф хужайраларидан ташкил топади. Ичакдаги узгаришлардан ташкари мезентериал лимфа тугунларида, трахея, бронх ва кукс оралиги лимфа тугунларида, муртак безларида хам гиперпластик жараён юз бериб, тугунлар диаметри 2-3 см гача етади. Талокда узгаришлар куп булиб, уни хажми каттлашади. Жигар шишиб паренхимаси зарарланади. Талок ва жигарда жуда куп майда некроз учоклари куринади. Суяклар кумигига кон куйилиб, некроз аломатлари ва тиф гранулемалари пайдо булади. Бемор баданига тошма тошади, у разеола ва папуладан иборат булади. Тошма лимфа томирларида тикилиб колган тиф бактерияларининг токсини таъсирида юз берадиган яллигланишга боглиқдир. Миокардда дегенератив узгаришлар аникланади. Кам холда некротик нефроз ва геморрагик нефрит учрайди. Купинча пиелит ва цистит аникланади. Баъзан веналарда тромбоз юз беради. Бош мия

кон талашиб шишади. Мия моддасида эса кон томирлари зарарланади. Глия хужайралари купайиб, тугунчалар пайдо булади. Вегетатив нерв системасида (адашган нервда, юракнинг автоном нерв тугунларида) дегенератив узгаришлар аникланади. А ва В паратифнинг патогенези ва патологик анатомияси худди корин тифидагидек булиб, бир-биридан фарк килмайди.

Клиникаси. Тифни клиник кечувида куйидаги даврлар ажратилади:

1. Яширин (инкубацион давр)
2. Бошлангич ёки касаллик авж олиб борадиган давр (St.incrementi)
3. Касалликни роса авж олган даври (St.fastigii)
4. Касалликнинг энг зуриккан даври (St.acme)
5. Касаллик белгиларининг суниш даври (St.decrementi)
6. Соғайишдаври (St.reconvalescentiae).

Яшириндаври 9-14 кундавомэтади, лекин 7 кунгача кискарилишиёки 24 кунгачачузилишихаммумкин.

Бошлангич даври уртача 1 хафта давом этади. Касаллик купинча аста-секин бошланади. Биринчи кунлари беморни дармони куриб, бадани увишади, боши огрийди, иштахаси бугилади. Шу ахволда у бир неча кун одатдагидек юравериши мумкин. Дармонсизлик кундан кунга зурайиб боради. Харорат кутарилиб, уни акс эттирадиган эгри чизик худди зинапоёга ухшаб, аста-секин кутарилиб боради. Хар куни утган кунга караганда 1-1,5⁰С ортади ва 5-7 кунларга бориб, 39-40⁰С га етади. корин тифи тусатдан бошланганда харорат тезда кутарилиб, 2-3 кун ичида юкори даражага етади ва касалликнинг бошка белгилари хам тезда маълум беради. Кекса ва нимжон кишиларда харорат 37,5-38⁰С дан ошмаслиги мумкин. Харорат кутарилиши билан бир каторда интоксикация кучайиб боради. Хафта охирига бориб, бемор боши каттик огрийди, иштаха бутунлай йуколади. Уйку бузилади (кундузи ухлаб, кечаси ухламайди). Бош огриги билан уйкусизлик корин тифига жуда характерлидир. Бу вақтда бемор саволларга истар-истамас жавоб беради. Юзи озган, бадани иссик ва курук булади. Нисбий брадикардия, дикротия АБ пасаяди. Упкада таркок курук хириллашлар эшитилади (диффуз бронхит). Тил калинлашиб, ён томонларида тиш излари тушиб қолади, урта ва орка кисми ок кулранг караши билан копланеди, учи ва ёнлари кизгиш булади. Халкум кизаради, баъзан муртак безлари шишади. Бемор корни купчийди (метеоризм), илеоцекал сохада перкуссия овози бугик булади (Падалка симптоми). Бу белги ингичка ичак терминал кисмида юз берадиган патологик узгаришлар ва чарви лимфа тугунларининг шишганига боглик. Илеоцекал соха пайпаслаб курилганда, майда пуфакчали ичак кулдираши аникланади ва бемор озгина огрик сезади. 1-хафта охирида жигар ва талок катталашади. Бу аъзоларга тиф бактериялари куп микдорда йигилиб қолади. Беморнинг конини текширганда, касалликнинг 4-5 кунларидан бошлаб лейкопения, лейкоцитар каторнинг чапга силжигани анэозинофилия, нисбий лимфацитоз, тромбоцитопения ва эритроцитлар чукиш реакциясининг меъёрида тезлашгани аникланади. кондаги бу узгаришлар бактерия эндотоксинининг суяк кумигига таъсир утказишига боглик. Бошлангич кунларда (2-3 кунгача) лейкоцитлар сони озгина купаяди (лейкоцитлар 8 мингга якин булади). Сийдикда купинча протеинурия, микрогематурия цилиндрурия кузатилади. корин тифи диагнозини 1 хафтада аниклаш осон эмас, лекин бу жуда мухим ахамиятга эга. Бемор бу даврда микробни ташкарига кам чикаради, соғ кишиларга тиф юкиши хавфи кам булади. Агар ташхис биринчи хафта давомида аникланиб, бемор тезда касалхонага ёткизилса, уйи дезинфекция килинса, касалликни таркалишига чек куйилган булади. Шунинг учун касалликни бошида аниклаш катта ахамиятга эга. Гемакультурага кон олинади. 1 хафта охири ва 2 хафтанинг дастлабки кунларида корин тифини авж олган даври бошланади. Бу давр 10-15 кун давом этади. Интоксикация кучайиб, бемор ахволи огирлашади. Касаллик симптомлари янада ривожланади ва яккол куринади. 5-6 кун давомида харорат кечаю-кундуз 39-40⁰С булади. Касаллик огир утганда харорат 41⁰С ва ундан юкори булади. Кечки в эрталабки харорат орасидаги фарк 1 даражадан кам булиши, касалликнинг огир утаётганлигидан дарак беради. Харорат юкори булган холда унинг эрталаб икки ва бундан купрок даражага пасайиши яхши аломат булиб хисобланади. Харорат чизиги трапецияга ухшаб куринади. 1 хафта давомида аста-секин кутарилади, 2 хафта давомида юкори булиб туради ва туртинчи хафтада аста-секин пасаяди. Шу курунишдаги харорат чизиги корин тифига характерлигини Вундермик эътибор бергани учун бундай харорат чизиги Вундермик деб аталади. Кульдюшевский корин тифида харорат купинча 3-4 кун ичида юкори даражагача кутарилади, деб таъкидлайди. Кейин харорат аста-секин пасайиб боради. Бундай харорат чизиги Кильдюшевский номи билан аталади. корин тифи билан огриган беморнинг харорат чизиги купинча тулкинсимон булади. Яъни бемор харорати бир кеча кун юкорирок ва 1 неча кун пастрок булади. Бунди Боткин биринчи булиб маълум килган. Харорат юкори булганда беморнинг ахволи огирлашади ва пастрок тушганда енгиллашади. Хароратни шу тарзда узгайиб, бемор ахволини огирлашиб ва енгиллашиб туриши бемор организми билан тиф бактерияси уртасидаги курашдир. Касалликни 8-10 кунларида беморларнинг купчилигида (55-70%) розеолез тошма (тарик катталигидаги

доглар) пайдо булади. Бу доглар сони купинча 3-5-20 дан ошмайди ва асосан корин терисида жойлашади. Тошмалар куп тошганида улар купрок бел, оёк-кул териларида ҳам пайдо булади. Розеолез тошмаларининг хаммаси бир хил, юмалок шаклда булади. Бармок билан босиб курганда, уларни ранги учади ва бармок олинганидан кейин яна пайдо булади. Хар бир розеола кичкина тугунчадан иборат булиб, тиф бактериясининг терига кириши натижасида хосил буладиган инфилтратдир. Розеолалар 3-4 кундан сунг ранги учиб йуколади. Баъзан касаллик зурикиши ва бактеремия кучайиши натижасида янги розеолалар пайдо булиши мумкин. Камдан кам холларда тиф жуда огир булганида бемор баданида геморрагик тошмалар пайдо булиши мумкин. Баъзан асосан паратиф В билан огриган беморларда кафт ва товон терилари саргиш тус олади (Филиппович симптоми). Бу каротин гиперхромияси булиб, жигар зарарланиши окибатида юз берадиган эндоген каротинемияга боглиқдир.

корин тифининг роса авж олган даврида нисбий брадикардия (харорат 39,5-40⁰С булганда 80-90 та) пульс дикротияси ва кон босимининг пастлиги яккол билиниб туради.

Интоксикация кучли булган холларда корин бушлиги кон томирлари кенгаяди ва унда куп микдорда кон тупланиб колади, натижада веноз кон босими пасайиб, коллапс холати бошланиши мумкин. Миокардда токсин таъсирида мио дистрофия ва касаллик огир утганида миодегенерация хос узгаришлар пайдо булади. Натижада юрак чегаралари кенгаяди, тонлар бугиклашади, юрак ишининг ритми бузилади. Майин систолик товуш эшитилади. Юрак мускулини кискариш кучи сусаяди. Упкада таркок курук хириллашлар эшитилади. Баъзан зотилжам симптомлари аникланади. Бемор лаблари куриб, кора кутир булиб колади. Тили катталашаиб, калин тортади, кулранг – саргиш караш билан копланеди. Тилнинг учи ва икки ёни кип-кизил булиб, тишларнинг излари куриниб туради. Тиф огир утганида тил какраб худди чанг босганга ухшаб куринади. корин дам булиб, кабзият булади, баъзан 2-3 марта суюк ич келиши мумкин. Бунда ахлат сарик-яшил рангда булади, кориннинг плеоцекал сохасини пайпаслаганда кулдираш аникланади ва бемор озгина огрик сезади. Падалка симптоми яккол аникланади. Жигар катталашиб, пастки чегараси тугри булади ва кулга силлик уннайди. Пайпаслаганда озгина огрийди, хамир ухшаб юмшок булади. Талок ҳам катталашади. Олигоурия протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия аникланади. Сийдикда бир талай тиф бактериялари топилади. Бу микроблар баъзан буйрак жомлари ва ковок яллигланишига сабаб булади. Аёлларда хайз цикли тухтайди. Хомиладорларда бола ташлаш ёки эрта тугилиш холлари учрайди. Бемор кулоги огирлашиб, кузи хира тортади. корин тифи роса авжига чикканда интоксикация кучайиб, бемор ахволи огирлашади ва касалликнинг энг зуриккан даври бошланади. Бу вакта МНС токсик таъсири натижасида зарарланишга оид белгилар куринади. Аввал «тиф холати» (Statustyphosus) кузга ташланади. Бемор карахт булиб, атрофдагиларга эътибор килмай, хеч кимни курмаган ва сезмаган холда ётади. корин тифи огир утганида бемор сопор ва кома холатида булади. Баъзан беморнинг юз мускуллари тортишиб, «учиб» туради. Оёк куллари беихтиёр харакатга тушади. Бармоклари ихтиёрсиз харакат килади. Бемор ковуги билан ичини ҳам тутта олмайди. кон босими жуда пасайиб, баъзан коллапс холати бошланади. Бу даврда кучли интоксикация таъсирида организм хаёти учун мухим органларни зарарланиши корин тифининг хавфли асоратлари ва бошка кушимча касалликлар (ичак тешилиши, ичакдан кон окиши) натижасида бемор халок булиши ҳам мумкин. Нисбий брадикардия, пульс дикротияси, кон босимининг пасайиши бронхларда куп шилимшик чикиши натижасида пйдо буладиган диффуз бронхит, сулак камайиб, огиз бушлиги ва тилнинг какраши, метеоризм баъзан ич кетиши, сийдик тухтаб колиши ёки беихтиёр сийиш вегетатив нерв системаси p.vagus тонусининг кучайишига боглиқдир. Бемор согая бориши билан холат узгаради ва симпатик нерв системасининг тонуси оша бошлайди.

Вегетатив нерв системаси канчалик куп зарарланган булса, касаллик окибати шунчалик ёмон булади.

Юрак-томир тизими ковок ва ичак функцияларининг бузилиши (тахикардия, яккол ифодаланган гипотония, беихтиёр ич кетиши ва сийдик келиши) ёмон окибат аломатларидир. Шу симптомлар билан сулак чикишининг тухташи ва тилнинг худди чанг босганга ухшаб куриниши хамма вакт улим якинлашаётганидан дарак беради. кон таркибида руй берадиган узгаришлар корин тифи роса авжига олиб келаётган даврдагига ухшаш булади. Лейкопения, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения, анэозинофилия, ЭЧТ тезлашуви, тифга карши эмланганларда конда эозинофиллар куриниши мумкин. корин тифи ич кетиш билан утаётган холларда лейкопения урнига лейкоцитоз булади. Ёш болаларда ҳам корин тифи лейкоцитоз билан утади. Касаллик жуда огир утганида нисбий лимфоцитоз урнига нейтрофилез аникланади.

Касаллик симптомларининг суниш даври. Бу даври уртача бир хафта давом этади. Бемор харорати аста-секин пасайиб, интоксикация кундан-кунга камаяди. Бош огриги йуколади. Иштаха очилиб, бемор яхши ухлай бошлайди. Тил карашдан тозаланеди, диурез аслига келиб колади. Харорат пасаяётган махалда бемор озгина терлаши мумкин. Одатда эралабки харорат кечкисига караганда купрок пасаяди ва натижада эралабки ва кечки хароратлар уртасидаги фарк 2-2,5 даражага етиши

мумкин. Харорат пасая бошлашдан олдинроқ конда эозинофиллар куринади ва улар согайиши даври якинлашиб келаётганлигидан дарак беради.

Согайиши даври. Бу даврда бемор организми тиф бактерияларидан холос булади. Умуман организм, ҳамма аъзолар фаолияти ва шу каторда кон таркиби аслига кела бошлайди. Харорат одатдагидан пастроқ ($36-36,2^{\circ}\text{C}$) булади. Бемор кундан – кунга яхшиланиб боради. Бемор овқат талаб килаверади, тез-тез сияди. У сезиларли даражада озиб кетади. Бир ойгача астеновегетатив синдром аломатлари сакланиб туради. Баъзи холларда харорат бирданига пасайиб, интоксикация ҳам барҳам топади ва бемор тузала бошлайди. корин тифидан согайган кишиларнинг 3-5% и сурункали микроб ташувчилар булиб қоладилар.

корин тифининг кайталаши (рецидив). Согайиш даври бошланиб, харорат нормал даражага пасайганидан сунг, 1-2 ҳафта утгач ва ундан кейинроқ беморларнинг 7-9 % ида касаллик кайталади. корин тифи 1-2, куп марта кайталаниши мумкин. Рецидив бемор организмнинг касалликга қарши курашиш қобилияти сустлигидан дарак беради. Шу сабабдан рецидив нимжон кишиларда купроқ учрайди.

Мононуклеар фагоцитар тизимларда сакланиб қолган тиф бактериялари кайтадан купайиб қонга тушади ва яна бактериемиа бошланади. Кейин корин тифининг асосий симптомлари (харорат, интоксикация ва бошқалар) пайдо булади. Рецидив вақтида корин тифига ҳос патоморфологик узгаришлар ҳам кайталади. Рецидивда харорат 1-3 кундан 2-3 ҳафтагача юқори булиб туриши мумкин. Рецидивда харорат тезроқ кутарилади, лекин қисқароқ давом этади. Тошма эртароқ пайдо булади ва умуман касаллик енгилроқ утади. Баъзан рецидив билинар – билинмас ҳолда утиши мумкин.

Рецидив булишини олдиндан айтиш мумкинми?

Согайиш даври бошланганига қарамай хароратни субфебрил туриши, иштаха очилмаслиги, жигар ва талокни катталашганча қолавериши ва умуман бемор ахволининг айтарли яхшиланмаслиги рецидив булиш хавфидан дарак беради.

Баъзи омиллар: 1) парҳезни бузиш, 2) беморни вақтидан илгари уридан туриб кетиши, 3) бемор қайфиятининг ёмонлашиши, 4) йулдош касалликлар қушилиши, 5) беморни озиб, ҳолдан тойиб қолиши, 6) витаминлар етишмаслиги, 7) ич кетиши рецидив бошланишига сабаб булади.

Бактерия ташувчилик. Купчилик беморлар согайгач, микроблардан тез холос булади. Лекин уларнинг маълум бир қисмида бактерияларни ташқарига 3 ойгача чузилади (утқир бактерия ташувчилик).

Тифдан согайган кишиларнинг 3-5 % и бир неча йилгача, ҳатто умр бўйи бактерия чиқариб туради (сурункали бактерия ташувчилик). Бактерия ташувчилик корин тифининг огир шаклидан кейин ҳам ва енгил шаклидан кейин ҳам учрайверади. Аммо касаллик узок чузилганда, холецистит, пиелостит, зотилжам қаб асоратлар билан утганда бактерия ташувчи булиб қолиш холлари купроқ учрайди. Бу кишиларда корин тифи бактериялари суяк қумиғи, ут пуфағи, қовукда урнашиб олиб, купайишда давом этади. Уларни бутунлай йук қилиб юборишга бемор организмнинг қучи етмай қолади. корин тифидан согайганларнинг ахлати ва сийдиги билан бир каторда ут суюқлигини ҳам текширмоқ керак.

Клиник шакллари. Интоксикациянинг куп ёки озлиғига қараб, корин тифининг енгил, уртача, огир, жуда огир шакллариға ажратилади. Касалликнинг давом этиш муддатига қараб, абортив одатдагича ва узок чузилган хиллари тафовут этилади. қайси аъзонинг купроқ зарарланишиға ҳос симптомлар ҳам бир қадар устун туришиға қараб ич терламанинг қуйидаги хиллари ажратилади: 1) зотилжам, 2) менинготиф, 3) нефротиф, 4) колотиф, 5) ларинготиф.

Касалликнинг енгил шаклида касаллик симптомлари қамроқ куринади ва беморни қам безовта қилади. Харорат $37,5-38^{\circ}\text{C}$ 1-2 ҳафта давом этади. Боши бироз огриб, дармони қурийди. Беморларни 1г3 қисмида тошма борлиғи аниқланади.

Баъзан корин тифи жуда енгил утади (оёқда утадиган хили). Харорат $37-37,2^{\circ}\text{C}$ булади. Бемор одатдагича юраверади, иш қобилияти йуқолмайди. Шу сабабдан бу холларда ҳеч қим корин тифи ҳақида уйламайди.

Баъзан касаллик симптомлари билинар билинмас булади (касалликнинг билинмайдиган хили). Шунини алоҳида таърифлаш лозимки, касаллик енгил утган холларда ҳам беморнинг инғичқа ичағида узгаришлар куп булиши мумкин. Бемор корин тифини ичак тешилиши ёки ичакдан қон кетиши мумкин.

корин тифи уртача огирликда утганда ҳамма симптомлар яққол куринади, беморнинг ахволи уртача булади.

Розеолоз тошма беморларни ярмидан қупида учрайди. Харорат $39-39,5^{\circ}\text{C}$ атрофида булиб, 2-3 ҳафта давом этади. корин тифининг огир хили (токсик шаклида) харорат $40-41^{\circ}\text{C}$ булиб, 3-4 ҳафта давом этади. Яққол ифодаланган тиф ҳолати қузатилади, баъзан сопор ва кома ҳолатида ётади. Розеолоз тошма

купчилик беморларда учрайди. Бошка симптомлар ҳам жуда аниқ ва яққол куринади. корин тифи жуда оғир (гипертоксик шакли) утганида бемор баданида розеолалардан ташкари петахиялар учрайди. Баъзан беморларнинг бурни, ичаги бачадонидан кон кетади, сийдигида ҳам кон пайдо бўлади.

Абортив корин тифи. худди уртача оғирликда утадиган тифдек бошланади. Бирок касаллик симптомлари унчалик авжига чиқмайди ва 7-10 кундан сунг харорат бирданига пасаяди. Касалликнинг бошка белгилари ҳам йуқолиб бориб, бемор тезликда соғайиб кетади. корин тифига қарши эмланган кишиларда касаллик купинча енгил ва билинар-билинмас бўлиб утади. Абортив хили куп учрайди. Эмланганларда корин тифининг хусусиятлари куйидагилардан иборат:

- 1) Харорат купинча тез кутарилиб, 1-2 ҳафтадан сунг бирданига пасаяди.
- 2) Тиф ҳолати деярли учрамайди.
- 3) Розеолез тошма ҳам бўлади ва эрта куринади.
- 4) конда деярли ҳамма вақт эозинофиллар бўлади.
- 5) Касаллик умуман енгил утади ва бемор ҳамма вақт соғайиб кетади.

корин тифи оғир утганда баъзан зотилжам, менингит, нефрозо-нефрит аломатлари куринади.

Текширишлар упка, бош мия пардалари ва буйраклар бевосита тиф бактериялари таъсирида зарарланганини курсатади. Бу шакллар – пневмотиф, менинготиф, нефротиф деб аталади. Баъзан беморларда колит белгилари куринади – колотиф деб аталади. корин тифи оғир утганида бош мия, мия пардалари зарарланишига ва менингитга хос симптомлар пайдо бўлади. Бу аломатлар уч хил бўлади:

- 1) Менингизм – менингит симптомлари булса ҳам, мия пустлогига анатомик узгаришлар топилмайди.
- 2) Сероз менингит, орка мия суюқлигида узгаришлар топилади ва ундан тиф таёкчаларини ажратиб олиш мумкин бўлади.
- 3) Йирингли менингит – ликворда тиф таёкчалари бўлади. Жуда кам ҳолларда корин тифи менингит симптомларидан бошланиши мумкин (менинготиф).

Касаллик зуриккан даврида ҳам миокардит пайдо бўлади. Холецистит, ангиохолит, пиелит, цистит, пиелонефрит учраб туради. Соғайиш даврининг 3-4 ҳафталаарида, баъзан сон, чов ва болдир веналарида тромбофлебит пайдо бўлади. Бу асорат беморни айтирли безовта қилмасда, лекин жуда камдан-кам ҳолларда упка артериясининг тромбози пайдо бўлиши ва улимга олиб келиши мумкин.

Тиф узок ва оғир чузилганда, ёток яра пайдо бўлиб, беморни анча қийноққа солади. корин тифининг оғир хили оқибатида беморда баъзан психоз аломатлари куриниши мумкин. Касаллик ёш болаларда катта ёшдаги беморлардагига қараганда сал бошқачарок утади. Бу касаллик болаларда тусатдан бошланади, иситма даври қисқарок давом этади. Харорат пасайгач, купгина бемор болаларда 10-12 кун давомида субфебрилитет сакланиб туради. Нисбий брадикардия камдан – кам аниқланади.

Катталардагига қараганда, бронхит купрок учрайди. Лейкоцитлар сони бемор болаларнинг 40% ида узгармайди ёки бир қадар купаяди (лейкоцитоз). 80-90 % беморларда нейтрофилез аниқланади.

Чакалок болаларда корин тифи айниқса оғир утади. Беморлар куп қайт қилади. Аксари ичи кетади.

Баъзи болалар талвасага ҳам тушади. Беморнинг ичи кетганида ахлати ипир-ипир яшил рангли бўлади. Шу сабабдан бундай беморларга купинча қолит, токсоинфекция деб нотугри ташхис қуйилади. Розеолоз тошма яққол куринамайди ёки мутлақо булмайди. Кексаларда харорат аксари жуда юқори булмаслиги ($38,0-38,5^{\circ}\text{C}$ дан ошмаслиги), лекин узок чузилиши мумкин. Бундай беморларда касалликка хос симптомларнинг баъзилари мутлақо куринамайди.

Оқибати. Касаллик хох енгил, хох оғир шаклда утаётган булсин, унинг қандай оқибат билан тугаганини олдиндан айтиб булмайди. Хозирда улим 0,5% ни ташқил қилади.

Касалликни оғир ёки енгил утиши интоксикация даражасига боғлиқдир. Нерв тизими фаолияти бузилганини курсатадиган аломатлар касаллик оғир утаётганидан дарак беради. Тилнинг қираб, худди қанг билан қоплангандек бўлиб туриши, қучли метеоризм, хароратни узок вақт бирдек туравериши (монотермия), тахикардия, лейкоцитоз хар турли асоратлар пайдо бўлиши, айниқса, ичак тешилиши, ичакдан кон оқиши, инфекция-токсик шок хавфли аломатлардир.

корин тифи асоратлари. корин тифи асоратларини икки гуруҳга бўлиш мумкин.

- 1) Специфик асоратлар: а) ичакдан кон кетиши, б) ичак деворини тешилиши, в) инфекция-токсик шок.
- 2) Носпецифик асоратлар: менингит, пиелит, паротит, стоматит, отит, ёток яралар ва бошқалар.

Ичакдаги кон кетиши купинча касалликнинг 3 ҳафтасида беморларнинг 1-2% да учрайди. Бунга ичак шиллик пардаси яраларидаги кон томирларининг ёрилиши сабаб бўлади. кон ивиш

хусусиятини узгариши ҳам роль уйнайди. Озгина кон кетганда беморнинг ахволи узгармайди, ахлати корайиб, кунгир тусга кирганидан ичакдан кон кетгани билинади. кон куп окканда харорат бирданига пасайиб нормал, хатто субнормал даражага тушади, беморни ранги окариб, тахикардия ва гипотония бошланади. Жуда куп кон кетганда коллапс ва геморрагик шок ҳолати юз бериши ва баъзан бемор улиб қолиши мумкин. Ичакдан кон кетгач, куп утмай беморнинг ичи келса, ахлат билан аралашган ва хали узгармаган кон ёки кон лахтаси кузга ташланади. Агар бир неча соат утгач, беморнинг ичи келса, ахлат кунгир ёки қора рангда бўлади. қорин тифининг энг хавфли асорати ичак деворининг тешилиши ёки ёрилиши (перфорация) касаллигининг 3-4 ҳафталарида беморнинг 0,5-1,5% да учрайди. Перфорация касаллигининг энгил утган турида ҳам учрайди. Купинча ингичка ичакнинг қуричакка яқин 24-30 см қисмида жойлашган яралар ёрилади. Метеоризм бўлиши, перисталтика тезлашиши, беморнинг калтис ҳаракат қилиши, каттик йуталиши, қоринни каттик пайпаслаш ва бошқалар перфорацияга сабаб бўлади. Бемор тиф ҳолатида қарахт бўлиб ётганлиги сабабдан ичак ёрилганда баъзан қоринда оғрик сезилмаслиги мумкин. Ёрилгандагига ухшаб қоринда тусатдан оғрик пайдо бўлмаслиги мумкин. Шунинг учун бемор қорнида биров оғрик сезими, дарҳол аҳамият бериши керак. Ичак ёрилган соҳада, яъни қориннинг унғ томонидаги пастки қисмида қорин мускуллари қискариб, таранг тортиб туради. Бу ичак перфорациясининг энг муҳим белгисидир. Купинча Блюмберг-Шеткин симптоми аниқланади. Баъзан ичак перфорацияси оғир ҳолларга сабаб бўлади. қорин текширилганда, жигарга ҳос бугик товуш йуқолиб, аниқланмайдиган бўлиб қолади. қориннинг унғ тарафи нафасда иштирок этмайди. Рентгенда қорин бушлигида ҳаво борлиги аниқланади. Харорат бирданига пасайиб, тахикардия (120 марта). Хар 2-3 соат оралаб кон текшириб турилса, лейкоцитлар сони ортгани аниқланади (олдин 1 мм да 4,5-5 минг бўлса, бир неча вақтдан кейин 6-6,5 гача қупайиши мумкин). Лейкоцитлар сонини озгина қупайиши ҳам перфорацияни аниқлашда муҳимдир. Ичак ёрилганда беморларни машинада ташиш мумкин эмас. Шу сабабдан қорин тифи билан оғриган беморлар даволанадиган касалхонада операция ҳонаси бўлиши шарт. Тезда операция қилинмаса, бир неча соат ичида перитонит бошланиб, унинг симптомлари яққол қуринади. Аввал беморни юзи узгаради: *facies hippocratica* кузга ташланади. қайта – қайта қусиш ва хикичок тутиш беморни қолдан қетказади. қорин каттик оғрийди. Перкуссияда жигарга ҳос бугик товуш йуқолгани цианоз, метеоризм гипертермия ёки гипотермия лейкоцитоз аниқланади. Бу симптомлар қорин бушлигидаги яллиғланиш жараёни анчагина авж олгандан сунггина маълум бўлади. Ичак тешилган пайтдан бошлаб ҳисобланганда 6 соат давомида бемор операция қилинса, уни сақлаб қолиш мумкин бўлади. Бу вақтдан утиб қилинган операция купинча наф бермайди. Инфекцион-токсик шок қорин тифининг энг зуриққан даврида беморларнинг 0,5-0,7% да учрайди. Бунда харорт бирданига пасайиб, бемор каттик терлайди, тахикардия, гипотония, олигоурия, кейинроқ анурия, цианоз бўлади. Инфекцион-токсик шокда тромбоцитопения, фибриногенемия, протромбин муддатининг узайиши характерлидир. Бу асорат бошланишидан олдин харорат жуда баланд қутарилади (гипертермия) ва марказий нерв тизимининг захарланиш аломатлари пайдо бўлади (нейротоксикоз). Инфекцион-токсик шок бемор қонига бирданига куп микдорда тиф бактериялари ва токсинлари тушиши натижасида юз беради. қонга куп бактериалар токсинлари тушиши натижасида юз беради. қонга куп бактериал антигенлар тушишига жавобан жуда қучли иммунореакция бошланиб, моноклеар фагоцитар тизим очор қолга тушиб қолади, қонда гепарин в гистамин қупаяди. Инфекцион-токсик шок юз берадиган дарҳол тегишли даво-қораларини қуриш керак. Акс қолда бемор қобуд бўлади.

Юқоридаги асоратлардан ташқари қорин тифида деярли ҳамма органларда турилча асоратлар учраши мумкин. Уларнинг бир қисми тиф бактерияси ва токсин таъсирида бошланса, бошқалари хар турли сапрофит бактериялар таъсирида пайдо бўлади. Зотилжам асосан ахволи оғир беморларда учрайди. Бемор узок вақт уринда ётганлиги туфайли гипостаз бошланиб, балғам қикиб қетишининг қийинлашиши, упқада қон айланиши ва газлар алмашинувининг қийинлашиши хар хил сапрофит микробларнинг қупайиши зотилжам бошланишига сабаб бўлади. Баъзан қорин тифи микробларини узи ҳам зотилжамга сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда беморнинг балғамидан тиф микробларини ажратиб олиш мумкин бўлади. Баъзан плеврит пайдо бўлади. Қамдан-қам хикилдоқда яра пайдо бўлиши ва оқибатда беморни овози бугилиб қолиши мумкин (ларинготиф).

Ташхисоти. қорин тифини касалликни биринчи ҳафтаси давомида аниқлаш осон эмас. Лекин бу касалликни барвақт аниқлаш унга қарши қурашиш учун жуда муҳим аҳамиятга эга. Беморни синчиклаб текшириш, касаллик энди бошланиб қелаётган даврда қуринадиган ҳамма симптомларини топиш ва уларни бир-бирига боғлаб мулоҳаза билан қукур таҳлил қилиши дастлабки ташхис тугрисида бир фикрга қелиш учун имқон беради. Бир неча қун (3-5 қун) давомида бемор харорати қундан қунга қутарилиб қориб, интоксикация аломатлари (бош оғриги, уйқусизлик, иштаха

бугилиши, дармонсизлик) аникланса ва беморни текшириб курилганда бирорта органда харорат билан интоксикацияга сабаб буладиган яккол узгариш топилмаса, бундай холларда корин тифини гумон килиш керак. Шундай холларда врач бемордан эпидемиологик маълумотларни туплаши керак. корин тифи роса авж олган даврда ташхис учун мухим симптомлар пайдо булади ва уларнинг йигиндисига суяниб, ташхис куйиш анча осонлашади. конни текширганда лейкопения, нейтропения ва нисбий лимфоцитоз аникланса корин тифи ташхиси анча ойдинлашади. корин тифи гумон килиниши билан ундириб куриш учун бемор венасидан кон олиб лабораторияга юбориш зарур.

Гемакультура олиш учун бемор харорати юкори булган вақтда асептика коидаларига риоя килган холда венадан 5-10 мл кон олиб, 10-20% ут суюклиги ташкил киладиган 50-100 мл микдордаги бульон ёки Рапопорт озукасига экилади. Бунда озик мухитининг микдори экиладиган кон микдоридан 10 баробар куп булиши керак. Зарурият булганда суяк кумигини ҳам экиш мумкин. Касалликнинг 2-3 хафталаридан бошлаб беморнинг ахлати ва сийдигини экилади. Бемор конида, суяк кумида ва бошка материалларда корин тифи бактериясига мансуб антиген борлигини иммунофлюоресцент усул ёрдамида ҳам аникланади. Бу усул корин тифини эрта аниклашда жуда катта аҳамиятга эгадир. Эгри гемагглютинация реакцияси кенг фойдаланилади. Бу реакция учун эритроцитлардан тайёрланган диагностикумлардан фойдаланилади ва буларни касалликнинг 4-7 кунларидан бошлаб ишлатиш мумкин. Реакция 1:200 ва куп булганда у ижобий хисобланади. Бактерия ташувчиларни аниклашда бу реакция V_1 антиген билан куйилади.

Киёсий ташхисоти. корин тифини тошмали тиф, грипп, бруцеллезнинг уткир септик хили, суст ифодаланган симптомлар билан утаётган зотилжам, сепсис, лимфогранулематоз, милиар силдан фаркланш керак. Тошмали тиф бит оркали юкади. У купинча уруш даврида, очарчилик йилларида, ахоли турмуши ночор булган маҳалларда таркалади. Тошмали тиф билан огриган беморларнинг юзи, кузи кизарган булади, эйфория ҳолати аникланади. Касалликнинг 5 куни баданларида розеола ва петихиялардан иборат тошма пайдо булади. Периферик конда лейкоцитоз аникланади. Специфик лаборатория усуллари масалани узил кесил хал килади.

Гриппда иситма интоксикациядан ташкари касалликнинг 2-3 кунларидан бошлаб, тумов аломатлари пайдо булади. Жигар ва талок катталашади. Иситма узоги билан 5-6 кун давом этади.

Бруцеллезнинг уткир септик шаклида бемор қайта-қайта эти увишиб калтирайди. Жуда куп терлайди (ички кийимини бир неча марта узгартиришга тугри келади), узок вақт харорат юкори булишига карамай, беморнинг умумий аҳволи унча ёмонлашмайди. Буйин, култик ости, чов лимфа тугунлари катталашган булади. Бруцеллез купинча хайвонлар ва улардан олинадиган маҳсулотлар (сут, гушт) билан ишлайдиган одамларда учрайди. Райт, Хедельсон, Бюрне реакциялари куйиб курилганда, ижобий натижа олинади. Зотилжам одатда бирданига бошланади, бемор тез-тез нафас олиб, конда лейкоцитоз ва нейтрофилёз аникланади. корин тифида жигар ва талок катталашади.

Корин тифини сепсисдан фаркланганда аввало харорат эгри чизигига эътибор берилади. Сепсисга гектик ёки интермиттенс куринишдаги харорат чизиги характерлидир. қайта – қайта эт увишиб, калтираш, тахикардия, лейкоцитоз, нейтрофилёз ҳам сепсисга хос симптомлардир. Лекин масалани узил-кесил хал килишда бактериологик ва серологик текшириш усуллари асосий уринда туради.

Лимфогранулематозда ҳам лейкопения, талокнинг катталашгани аникланади. Харорат эгри чизиги тулқинсимон ва шу билан анча корин тифидагига ухшаш булиб чиқади. Лимфагранулематозда лимфа тугунларини катталашиши нейтрофилёз аникланади. корин тифида кулланиладиган бактериологик ва серологик текшириш усуллари қайта-қайта манфий натижа беради.

корин тифини милиар силдан фаркланш кийин. Милиар силда бошида упкада хатто рентгенда ҳам узгаришлар аникланмайди. Бемор лаби ва бурни кукумтир тусга кириб, тез-тез нафас олади. конда эозинофиллар борлиги аникланади. Нейтрофилёз топилади. Рентген текшируви қайта-қайта утказилганда ният тегишли узгаришлар аникланади. корин тифига специфик булган лаборатория усуллари (бактериологик ва серологик усуллар) масалани узил-кесил хал килади.

Эрта ёшдаги болаларда хусусияти. Эрта ёшдаги болаларда корин тифи куриниши холида (80%) уткир, 39-40°C гача иситма кутарилади, кучли захарланиш белгилари билан бошланади. Безовталанади, уйкучанлик, адинамия, уйку инверсияси хос огир холларда биринчи куйидаги талвасалар, хушдан кетиш кузатилади, ҳамда биринчи кулранг диарея пайдо булади (энтерит). Ахлат суюк, эксикоз ва токсикоз тез ривожланади. Юрак-томир тизими томонидан тахикардия, кон босими

пастлиги, юрак тонлари бугилиши аникланади. Гепатоспленомегалия кучлирок намоён булади. Розеолез тошма кам учрайди. конда нейтропения, гипозозинофилия, ЭЧТ ортиш кузатилади. Лейкопения кам учрайди, купрок лейкоцитоз учрайди.

Эрта ёшдаги болаларда купрок нафас аъзолари зарарлайди (бронхит) ва улар асосан иккиламчи бактериал асорат хисобланади.

Хаётининг биринчи ойларидаги болаларда корин тифи жуда уткир, гипертермик синдром, менингеал белгилар, энцефалит белгилари билан бошланади. Лекин ликворда узгаришлар жуда кам булади. Ичакдан кон кетиши ва ичак перфорацияси эрта ёшдаги болаларда деярли учрамайди. Миокардит ҳам жуда кам ривожланади.

Давоси. корин тифини даволашда жуда кадим замонлардан бери парваришга катта эътибор бериб келинган.

1948 йилдан бошлаб, бу касалликни давоси учун антибиотиклар кулланила бошланди. Хлорамисицин, левомецитин ва бошқа антибиотиклар яхши натижа бермокда. Шундай булишига карамай, беморни яхшилаб парвариш килиш ва маълум пархез доирасида етарлича овкатлантириш корин тифи давосида асосий ва хал килувчи ролни уйнайди.

Парвариш килиш. Беморга аввало уриндан турмай ётиш буюрилади, унинг урни кулай, юмшок ва озода булиши керак. У уриндан турмай, ётган холда ёзилади. Шунинг учун шароит ҳамма вақт кулай булиши керак. Бемор ёзилганда кийналмаслиги, узини нокулай сезмаслиги мухим ахамиятга эга. Бемор баданини вақти-вақти билан тозалаб, атир билан артиб туриш унинг руҳини кутаради. Табиатини равшан килади. Бу эса уз навбатида бемор организмнинг касалликка қарши курашиш қобилиятини кучайтиради. Бемор оғзини чайиб туриши, тишларини вақтида тозалаш керак. Унинг қакраган лабларига мой суртилади. Харорат пасайиб, интоксикация барҳам топган ва бемор узини яхши хис кила бошлагандан кейин ҳам у маълум вақт урнида ётиши керак, чунки бемор организмдаги анатомик узгаришлар давом этаётган, жумладан ичакдаги яралар хали тула битмаган булади.

Харорат нормал булгандан сунг 7 кун утгач, беморга утиришга рухсат берилади, 10-11 кунлардан бошлаб эса у аста-секин юриши мумкин. Антибиотиклар билан даволанган беморлар харорати нормаллашгандан сунг 18-21 кун утгач касалхонадан чиқарилади. Бемор узича сиймаса, унинг қовуги соҳасига иситгач қуйилади, шунда ҳам сиймаса, катетер қилинади. Беморда қабзият булса, уни кун оралаб хукна қилиб, ичакни бушатиб туриш зарур.

Пархез. корин тифи билан оғриган бемор етарли микдорда оксил, ёғ, углеводлар ва витаминлар билан таъминланиши керак. Беморнинг иштахаси ёмонлигини назарда тутиб, унинг қунглига ёқадиган таомларни танлаб, овкатлантириш зарурлигини тушунтириш жуда мухим.

Бемор бир кеча қундузда 1,5-2,5 л микдорда суюклик (минерал сув, чой, мева ва сабзавот шарбати) қабул қилиши керак. Беморга бир кеча қундузда 60-70 г оксил, 40-80 г ёғ ва 300-350 г углеводлар зарур. қаймоқ, сариёғ, қайнатма шурва, творог, пишлок, қайнатилган товук гушти, балик, мол ёки қуй гушти қиймаси, шовчалар ана шундай озик моддалар билан таъминловчи таомлардандир. Харорат пасайгандан кейин бир хафта утказиб, пархезни озгина кенгайтириш мумкин.

Антибиотиклар билан даволаш. корин тифини даволашда левомецитин ва ампициллин яхши натижа беради. Левомецитин бир қунда 6 марта 0,5 г дан бериш буюрилади. Харорат пасайгандан кейин 3 кун утгач, 7 кун давомида 0,5 гдан 4 маҳал левомецитин берилади. Касаллик енгилроқ утган ҳолларда эса, бу дорини бошлашданок 0,5 гдан қунига 4 маҳал бериш мумкин.

Левомецитин таъсирида харорат уртача 3-5 кун ичида нормаллашади, интоксикация камаёди, бемор аҳволи яхшиланади. Левомецитин билан даволанган беморларда учрайдиган рецидив анча кеч (харорат пасайгандан сунг 3-4 хафта утгач) бошланиши мумкин, лекин у енгил утади. Рецидив юз берганда левомецитин билан даволаш такрорланади. Левомецитин бактерия ташувчиларга таъсир қилмайди.

Баъзан бемор қайт қилиб, левомецитинни ича олмайдиган ҳолатда булади. Бундай ҳолларда левомецитин эритмаси (левомецитин натрий сукцинат) ишлатилади. Бу дори бир кеча қундузда 2-3 г микдорда мускул орасига ёки вена ичига юборилади (2-3 қисмга булиниб).

Ампициллин 14 кун давомида бир кеча-қундузда 3-4 г дан берилади. Бу дори баъзан уткир бактерия ташувчиларга ҳам таъсир қилади. Антибиотиклар етарли натижа бермаган ҳолларда

бактрим, бисептол ёки нитрофуран препаратлари (фуразолидон) бериледи. Бисептол 2-3 таблеткадан бир кунда 2 маҳал, фуразолидон 0,15-0,20 гдан 4 маҳал бериледи.

Интотоксикацияни камайитириш учун Рингер эритмаси, 5% глюкоза, физиологик эритма, 5% альбумин ва бошқалар кулланилади. Витаминлардан С, В₂, В₆, В₁₂ лар кенг ишлатилади.

Антибиотиклар касаллик кайталаниши ва бактерия ташувчилик ҳолати шаклланишини олдини ололмайди. Шу сабабдан антибиотиклар билан бирга организм химоя кучларини оширадиган дорилар ишлатиш мақсадга мувофиқ (иммун-химиотерапия). Организмда специфик иммунитет ҳосил қилиш учун Vi антиген ишлатилади. Vi антиген 400-800 мкг дан икки марта (7 кун оралаб) тери остига қилинади. Бу препарат бемор қонида О ва Vi антигенлар ва IgM ва IgG титрини оширади. Бу усул билан даволанганда касаллик рецидиви ва бактерия ташувчилик кам учрайди.

Организмнинг умумий қаршилик курсатиш қобилятини кучайитириш учун, юқорида айтилгандек, овқатлар юқори калорияли, витаминларга бой бўлиши керак. Бундан ташқари пириминдин, кон препаратлари ва бошқалар кулланилади.

Профилактикаси. корин тифи ва паратифларга қарши курашда касаллик ташхисини кечиктирмай барвақат аниқлаб, беморни дарҳол касалхонага жойлаштириш муҳим аҳамиятга эга. корин тифи гумон қилинган ҳолларда беморлар юқумли касалхоналарнинг ташхисот бўлимларига ётқизилади. Тифдан соғайиш даврида беморни ахлати ва сийдиги 3 марта текширилади (5 кун оралаб). Натижа манфий бўлиб чиқса, яъни тиф бактериялар топилмаса, ун икки бармок ичак суюқлиги текширилади. Бунда ҳам натижа манфий бўлса, беморга уч кун бактериофаг бериб, сунгра уни уйига жунатилади. Мабодо беморнинг ахлатиданми, сийдигиданми ёки ут суюқлигиданми тиф микроблари топилса, у касалхонадан чиқарилмайди ва қушимча даволанади.

корин тифидан соғайиб уйига қайтган кишилар икки йил давомида туман санитария эпидемиология станцияси назоратида бўлиб, вақти-вақти билан текширишдан утиб туради. Озик-овқатга алоқадор жойларда ишлайдиган шахслар эса 6 йилгача назоратда бўладилар. Беморга яқин юрган кишиларни 21 кун давомида врачлар назорат қилиб боради. Хар қуни харорат улчаб турилади. Ахлати билан сийдиги бир марта, зарурат бўлганда эса икки марта текширилади. Беморга яқин юрган, яъни мулоқотда бўлганларга 50 мл дан уч марта бактериофаг ичилади.

Кишилар белгиланган режага мувофиқ ва эпидемиологик зарурият тугилган вақтларда корин тифи ва паратифларга қарши эмланади.

Корин тифи – уткир юқумли касаллик бўлиб эндемик, спорадик, эпидемик тарқалиш хусусиятларига эга. Бактериемия, умумий интоксикация, иситма, жигар ва талокнинг зарарланиши, ошқозон ичак йуллариининг зарарланиши, ингичка ичак лимфа аппаратларининг ва чарви лимфа тугунларининг зарарланиши билан характерланади.

ЭТИОЛОГИЯСИ : Корин тифи, паратиф «А» ва «В» - ичак инфекциялари, салмонеллалар авлодига қирувчи бактериялар томонидан қақрилади. Бу касалликлар бактериемия, тана хароратининг қутариллиши, захарланиш ичак лимфа тугунларининг зарарланиши билан характерланади. Корин тифи қузғатувчиси (*Bact. typhimurialis*), *Enterobacteriaceae* оиласига қирувчи салмонеллаларнинг авлодига тааллуқлидир. Ҳозирга вақтда салмонеллаларнинг 2000 га яқин серотиплари бор. Қузғатувчи грамманфий таёқча қуринишида бўлиб, четлари қайрилган, узунлиги 1,5-3 мкм, кенглиги 0,5-0,8 мкм, анилин бўёқлари билан яхши бўялади, спора ва қапсула ҳосил қилмайди. Қупчилик ипчилилар 8-20 та

перитрихиял жойлашган хивчинлари ҳисобига жуда ҳаракатчан. Оддий мухитларда усади, лекин электив мухит бўлиб, утли мухит ҳисобланади (Рапопорт мухити).

Факультатив анаэроб. Оптимал узиш ҳарорати 37 С, лекин ҳарорати 15-41 С, рН 7,2-7,4 бўлганда ҳам узиши мумкин. Зиҳ мухитларда майда тиник колониялар ҳосил қилади, бўлонда бир хил хиралашади ва чуқма пайдо бўлади. Диссоциация жараёнида микроблар силлик шаклидан гадир-будур шаклига ўтади. Бу жараён микробнинг О-антигенининг йуқолиши билан кечади. Шунинг учун ҳам полисахарид фракциясини сакловчи шакли антигено ҳосил бўлишини индуцирлайди. О-шакли серологик спецификлигидан маҳрум.

Соматик – О, хивчинли – Н антигенлари фаркланади. Купина штамлари О – антиген ҳам саклайди. О-антиген ҳужайра девори билан боғланган, липополисахаридоз комплекси, термостабил Н-антиген О-антигенга нисбатан юза жойлашган, термостабил.

Н-антиген оксил табиатида эга, термостабил, захарлилик хусусияти йуқ.

VI антиген химик таркибига кура О антиген аналоғи ҳисобланади, лекин у термостабил ва кам токсинли. О антигенга нисбатан VI юқори иммунологик хусусиятга эга. VI антиген фагоцитозга чидамли.

Фаготиплар. 1938 йил Канадалик олимлар корин тифи бактериофаги факат сальмонеллаларни эритади. Таркиби О антиген ва бошқа таркибли VI антиген.

VI антиген сакловчи корин тифи микроблари ҳаммаси лизисланади.

Токсин ҳосил қилиши. Бу микроб эндотоксин саклайди. Химик ёндошганимизда глюцидо-липидо протеинли комплекс ҳосил қилади.

Узгарувчанлиги. Куп изланишлар шуни курсатадики тиф ва паратиф микроблар узгарувчан. Булар специфик бактериофаглар ҳар хил химик факторларга радиация, космик ва ультрабинафша нурлар, озик мухитлар таркибига паст ва юқори ҳароратга узгарувчан бўлади. Тиф-паратифозли микроблар антибиотиклар таъсирида L шаклига ўтади.

Чидамлилиги. Тиф-паратифоз микроблари ташки мухитда чидамли. Сувни қайнатганимизда 50 С да 1 соат ичида ҳалок бўлади, 60 С да 20-30 дақиқада ҳалок бўлади, 100 С да эса зудлик билан ўлади. Ташки мухитларда яъни оқар сувда 5-10 кун, кулмақларда 1 ойгача, қусуқ массада 5-30 кун, чойшабларда 2 ҳафта, жун матоларда 80 кунгача, овқат маҳсулотларда 90 кун сакланиб туради. Дезинфекцияловчи моддаларга сезгир. 3 % хлораминда, 1 % сулема эритмасида, 3 % лизол эритмасида, 5 % фенол эритмасида 2-3 дақиқада ҳалок бўлади.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ : Инфекция манбалари. Корин тифи ва паратиф А ва В антрапанозлар гуруҳига қиради. Қасаллик манбаи бўлиб қасал ва бактерия ташувчи одам ҳисобланади. Молларда, қуйларда, сигирлардан, қучуқлардан, қаламушлардан, қушлардан корин тифи бактериялари топишганлиги ҳақида маълумотлар бор. Купрок ҳавфни қасалликнинг билинар-билимас ва енгил формалари билан оғриган беморлар тугдиради. Қасаллар қузғатувчини ахлат ва сийдиғи билан чиқарадилар. Қузғатувчини сулакда топилиши эпидемиологик аҳамиятга эга эмас, ҳатто қузғатувчини эмизувчи аёлларнинг сути билан қикиши аниқланган, лекин корин тифи билан оғриган аёлдан боласига қасалликнинг юқиши аниқланмаган.

Бактерия ташувчанлик. Ташувчанлик уткир, сурункали, транзиторга бўлинади. Уткир деб қасалликдан сунг 3 ой мобайнида қузғатувчи ажратилса айтилади. У купина корин тифи билан оғриб утган беморларда учрайди. Сурункали турида қузғатувчини бемор 3 ойдан куп, йиллаб, ун йиллаб, баъзан бутун умр давомида ажратади. Сурункали ташувчанлик 3-5 % беморларда қузатилади.

Транзитор ташувчанликда қузғатувчиси қонга тушмайди ва қиска вақт ахлат бирга чиқарилиб туради. Қузғатувчини қондами, сийдиқдами аниқланиши транзитор ташувчанликни инқор этади.

Сурункали бактерия ташувчанлик – органларда ва туқималарда, жигар ут йулларида, сийдиқ йулларида тиф -паратиф микроблари узок вақт сакланади ва ташки мухитга чиқарилади. Сурункали бактерия ташувчиларни 63-78 % аёллар ташкил қилади. Бактерия ташувчи эпидемиологик жихатдан ҳавфли бўлиб, 1 грамм қусуқ массада 100 млн. дан бактериялар, 1 мл. сийдиқда 200 млн. дан бактерияларни ажратади. Сийдиқ орқали қикган микроблар 2 баробар атрофдагилар учун ҳавфлидир.

Тарқалиш йуллари ва берилиш факторлари. Тифо- паратифоз қасалликларни эпидемик ва спорадик тарқалиши аниқланган. Тифо- паратифоз қасалликлар юқиш механизми фекаль-орал. Юқиш йуллари: майиш- контакт, сув ва озик овқатлар орқали юқади.

Майиш контакт йул – бу йул беморнинг ювилмаган қулидан, идиш тавоқлар, уйинчоклар, эшик ёпғичлари, чойшаблар билан туғридан-туғри мулоқотда бўлганда юқади.

Сув орқали – бу фактор корин тифи бактерияларнинг тарқалишида асосий ҳисобланади. Бу факторда асосий сабаб очик сув хавзаларнинг зарарланиши, аҳолини ариқлардан, ҳовузлардан сув истеъмол қилишидан қелиб қикади.

Озик-овкатлар ҳам таркалишнинг асосий фактори булиб ҳисобланади. Купрок сут ва сут махсулотларидан таркалади. Мевалар, кукатлар, сабзавотларни яхши ювилмасдан истеъмол қилиш натижасида ҳам келиб чиқади.

1927 йилда сут махсулотларидан эпидемияси натижасида 5000 киши касалланган, 10 % бемор улган. Чакирувчи сабаби сут билан ишлаган киши 20 йил олдин корин тифи билан касалланган ва сурункали ташувчи булиб қолган.

Мойиллик - тиф ва паратиф микроблари ёш ва жинсга боғлиқ эмас. 15 ёшдан ва 40 ёшдагиларда купрок учрайди. Мактаб ёшдаги ва мактабгача бўлган болаларда ёз вақтида купрок таркалади. Ёз ойида қумилиш хавзаларига борганда, ювилмаган мевалар истеъмол қилганда келиб чиқади.

Мусабаев Э.И. 1988 йил текширишларига қараганда акцелирация кучли кечадиган одамларда корин тифига мойиллик кучлироқ бўлади.

Таркалиши – тиф ва паратиф микроблари Урта Осиё республикаларида купрок учрайди, Эстония, Беларуссия, Украина, Молдавия, Россия Федерациясида камрок учрайди.

Мавсумийлиги- Урта Осиё ва Кавказ орти республикаларида касаллик ёз-куз фаслида купрок учрайди.

Иммунитет-Тиф-паратифоз касалликлардан кейин тургун иммунитет пайдо бўлади.

ПАТОГЕНЕЗИ : Корин тифи ва паратиф А антропозооноз касаллик булиб, хайвонлар бу касаллик билан касалланмайди. Паратиф В эса айрим хайвонларга ва қушларга касаллик келтириб чиқаради.

Касалликни одамларда ривожланиши ва клиник белгилари пайдо бўлиши ҳар хил факторларга боғлиқ:

- тифо- паратифоз микробларининг патогенлиги ва веруленглигига.

-макроорганизмнинг резистентлиги ва реактивлигига(асаб, эндокрин, ретикулоэндотелиал, ошқозон ичак тракти ва бошқа органлар ҳолатига, ёшига, яшаш шароитига, ишлаш шароитига боғлиқ.)

-ташки муҳит факторига:климатик, физик, химик.

Тифо-паратифоз микроби организмга факат фекаль-орал йул орқали қиради. Зарарланган сув ва озик-овкатлар билан меъда ичак трактига тушади, ингичка ичак шиллик қаватининг эпителийларида тропизмлик қилади. Ичкарига кириб шиллик қаватида, асосан лимфоид туқима ичида қупаяди.

Биринчи мустаҳкам физиологик баръер меъда шираси ҳисобланиб, микроблар бу муҳитга жуда сезувчан бўлади. Биринчи баръердан утган микроблар, ингичка ичакга тушади ва у ерда микроблар қулай бўлган ишқорли муҳит ривожланади. Қулай муҳит бўлгани билан микроблар узок сакланмайди. Физико-химик баръер ингичка ичак ҳисобланади. Шундай қилиб, ичак баръери меъда баръерига қараганда макроорганизмни инфекциядан ҳимоя қилиш муҳимроқ. Ингичка ичакда қулай озик муҳитда қупаяди. Тиф ва паратиф бактериялар ичак шиллик қаватидан утиб лимфа қاپиляр томирларидан утиб ичак лимфатик аппаратида тушади (солитар, фолликулалар ва пейер пиллакчалари), сунгра регионар лимфа тугунларига утиб боради, кейин корин ортки лимфа тугунларига қиради. Бу ерда актив қупайиб ва микроб йиғилиши қузатилади. Бу ерда физиологик баръер бўлади. Ичакнинг инфекцияланган лимфатик системасида бактериянинг қупайиши ва кейинчалик организмнинг умумий инвазия учун қулай жой ҳисобланади. Тиф ва паратиф бактериялари лимфатик тугунларида қуйидагилар ривожланади: лимфангит, лимфаденит ва ретикуляр туқима узагининг қайта тикланиши бўлади.

Қузгатувчилар қупая бориб, лимфатик тусикдан енгил утиб, қон оқимида қушилади. Бу патогенезнинг учинчи фазасини- бактериемияга тугри қелади. Микробларнинг бир қисми қон оқимида ҳалок бўлади. Эндотоксинлар ажралиб патогенезнинг туртинчи фазаси – захарланиш бошланади. Корин тифи эндотоксинлари марказий асаб тизимида таъсир қилиб, дармонсизлик, ҳолсизлик, адинамия, қарахтлик, уйқунинг бўзилиши, бош оғригига сабаб бўлади. Касаллик оғир кечганда бу **status typhosus** ҳолатини олади.

Эндотоксиннинг вегетатив нерв тизимида таъсири қоринда оғрик, метеоризм билан намоён бўлади. Нерв, қон-томир аппаратининг токсик захарланиши циркулятор бўзилишларга, қоннинг организмга қатта такомиллаштиришга сабаб бўлади. Бунинг энг охирги ва оғир қуриниши бу инфекцион токсик шокдир.

Гипоксия ва ацидоз таъсирида прекапилляр сфинктерлар тонусини йукотилиб, посткапилляр сфинктерлар тонусини эса сакланиб қолади. Капиллярларда қон тупланиб қолади. ОЦҚ қамаяди, артериал қосим тушади. Бу жараён шартли равишда «уз томирларида қон қетиш» деб аташади. Шу билан бир қаторда гипоксия ва ацидоз тромбин, линин, плазмин тизимини активловчи протеазанинг қонга ташланишини қучайтириб, қон томирларда қоннинг тарқок қириб қолишига сабаб бўлади. Патогенезнинг бешинчи фазаси бу қузгатувчиларнинг паренхиматоз диффузиясидир. Қонда айланиб юрган бактериялар жигарга, талоққа, суяк қумиги ва бошқа органларга боради ва моноклеар – фагоцитлар тизим элементлари билан қисланиб қолади. Натижада ички органларда қорин тифи

гранулемалари билан иккиламчи инфекция учоклари пайдо булади. Бирламчи учоклардан ва улардан организмга тана харорати кутарилиб турган давр мобайнида кузгатувчилар ташланиб туради.

Корин тифи бактерияларнинг куплаб организмдан чиқарилиши касалликнинг 8-9 кунига тугри келади. Кузгатувчилар жигар, ичак, сулак, она сути билан ажратилади ва патогенезнинг олтинчи фазаси – ажратилиши бошланади. У билан ичак бушлигига тушган микроблар биринчи фазада сенсбилизацияга учраган солитар ва гурух фолликулаларга киради. Гиперэргик реакция ва лимфа тугунларнинг некрози бошланади (Артюс-Сахаров феномени). Юкорида курсатилган узгаришлар патогенезининг еттинчи фазаси – аллергик реакция фазаси деб каралади.

Организмнинг химоя реакцияси инфекцион жараённинг бошидаёк ривожланади. Шунини хисобга олган холда патогенезнинг саккизинчи – имунитетнинг шаклланиши ва кайта шаклланиши фазаси хакида гапириш мумкин. Клиник жихатдан бу фаза реконвалесценция даврига тугри келади.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ: Корин тифининг патологик анатомияси уз ичига махаллий ва умумий белгиларни олади.

Махаллий узгаришлар. Шиллик каватида ва лимфа аппаратида – ичакнинг пейер ковузлоги ва солитар фолликулаларида ривожланади. Асосий узгаришлар ёнбош ичакда тугрироги унинг пастки кисмида яъни илеоцекал бурчагидан 0,5-1 мюкорида келиб чиқади. Патологик узгаришларнинг бешта даври фаркланади: миясимон букиш, некроз, яраларнинг пайдо булиши, тоза яралар даври, тузалиш даври. Даврларнинг хаммаси касалликнинг маълум бир хафтасида юзага келади.

1. Миясимон букиш касалликнинг биринчи хафтасида учрайди. Лимфа фолликулалари катталашиб шиллик кават юзасидан кутарилиб туради. Шишган фолликулалар кесилганда кизил-кул рангга эга булиб буккан, боланинг миясини эслатади.

Иккинчи даврда гурухли ва солитар фолликулаларнинг некрози келиб чиқади. Касалликнинг иккинчи хафтасида учрайди. Некроз мушак каватни ва хаттоки корин пардани хам эгаллаб яра перфорацияси учун мухим омил булиб хисобланади. Унинг атрофида демаркацион чизик хосил булади. Некрозга учраган тукумалар ут билан ишланиб ифлос кул ранг ёки яшил рангга киради.

Учинчи даврда некрозга учраган тукумалар кучиб тушиб, урнига яралар ривожланади. Касалликнинг учинчи хафтасида учрайди. Аввалам бор яралар ёнбош ичакнинг пастки кисмларида, кейинчалик эса юкори кисмларида пайдо булади. Яралар чукур мушак каватига таркалади.

Туртинчи давр – тоза яралар даври. Касалликнинг учинчи хафтаси ва туртинчи хафтада учрайди. Яралар ичакнинг буйламасига жойлашиб, текис, озрок айланасига четга эга булади.

Бешинчи даврда – яралар битиб уларнинг урнига нозик чандиклар хосил булади. Касалликнинг бешинчи ва олтинчи хафтасида учрайди. Тортишиб қолади, битган яралар урнида кул ранг доғлар хосил булади.

Умумий узгаришлар. Факат корин тифига ва бошка юкумли касалликларга хос булиши мумкин. Биринчиси тошмалар ва корин тифи гранулемалари, иккинчисига – моноклеар фагоцитар тизим органларидаги гиперпластик жараёнлар ва органларда дистрофик узгаришлар киради.

Корин тифи экзантемаси розеолёз-папулёз характерда булиб, теридан кисман кутарилиб туради ва босганда йуқолади. Корин тифи гранулемалари аппендиксда, талокда, лимфа тугунларида, упкада, ут пуфагида, буйракда ривожланади. Талок одатда 3-4 мартага катталашиб, капсула таранглашади, тукумаси уткир – кизил рангга кириб, пульпаси калинлашади. Миокардда, жигарда, буйракда дистрофик узгаришлар топилади. Баъзан беморларда холецистит ривожланади.

Болаларда катталардан фаркли уларок ичаклардаги узгаришлар купрок булади. Некроз даври гурухли лимфа тугунларда ва солитар фолликулаларда кам ривожланади ёки умуман булмайди. Бундай холатларда жараённинг оркага кайтиши аникланган. Шунинг учун хам болаларда кон кетиш холлари кам учрайди.

Касалликнинг клиник куруниши.

Корин тифининг клиникаси аниқ даврлар ва тугри алмашинадиган циклик кечиши билан характерланади. Уз вактида касалликни аниклаб специфик даволанса асоратларга олиб келмайди, акс холда огир асоратларга олиб келади.

Инкубацион даври 7 кундан – 25 кунгача (уртача 12–14 кунгача) давом этади. Инкубацион давр макроорганизмнинг реактивлигига, кузгатувчининг вирулентлигига ва кузгатувчининг юкумлилик дозасига боглик.

Бошлангич даври - корин тифи бошланиши купинча кам ривожланган симптомлар билан бошланади, умумий дармонсизлик, тез чарчаш, холсизлик, сабабсиз кечкурунлари тана хароратининг кутарилиши кузатилади. Хозирда корин тифи касаллиги 60-80% холларда уткир ёки уткир ости бошланиб тез тана хароратининг юкори ракамларгача кутарилиши билан кузатилади. Хозирги вақтда уткир бошланиши купрок учрайди. Бу эса касалликнинг диагностикасида мухим ахамиятга эга. Купинча касаллик

бошланишида катарал белгилар кузатилади. Касалликда куйидаги симптомлар ривожланади: интоксикация, адинамия, бош огриги, уйкунинг бузилиши, холсизлик, дармонсизлик, рухий тормозланиш; огир беморларда менингиал белгилар ривожланади. Корин тифида иситма доимий ва хамма вақт учрайдиган симптом ҳисобланади. Болаларда Боткин, тулкинсимон ва нотугри типдаги тана ҳарорати эгрилиги билан кечади. Тиф учун асосан трапециясимон тана ҳарорати эгрилиги характерли ҳисобланади. (Wunderlich 1868йил) ва бу учта боскичдан иборат булиб, биринчи боскич – stadium incrementi – касалликнинг бошланишига тугри келади. Тана ҳарорати 3–7 кун давомида зинапоясимон кутарилиб, 39°C ундан юкори булиб қолади ва сакланиб туради. Шу билан бирга интоксикация белгилари кучаяди. Марказий асаб тизимининг зарарланишидан кучли бош огриги, уйкуни бузулиши ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши кузатилади. Иккинчи боскич – stadium fastigii –бу касалликнинг авж олиш даврига тугри келади. Бу вақтга келиб температура узининг энг юкори нуктасига кутарилади, суткалик фарк деярли булмайди. Интоксикация белгилари баланд, беморнинг ахволи огир булиб, баъзан ҳар хил асоратлар келиб чиқади. Марказий асаб тизимида юрак - кон томир тизимида, ичакларда, нафас олиш органларида турли хил асоратлар учраши мумкин ва беморда “statustyphosus” ҳолати ривожланади. Бу давр эпидемик корин тифида 2- 3 ҳафта ва ундан купга чузилиши мумкин. Учинчи боскич – stadium decrementi –бу давр касаллик симптомларининг сунушига тугри келади. Бунда тана ҳарорати литик равишда тушади ва интоксикация белгилари камайиши билан характерланади. Беморнинг ҳуши тиниклашади, уйку яхшиланади, иштаха очилади, умумий ахволи яхшиланади ва аста секин соғайиш бошланади. Бу боскич 1ҳафтадан купрок давом этади.

С.П.Боткин корин тифида тана ҳарорати эгрилиги тулкинсимон типда кузатилади, деб ҳисоблайди.

Бирок кузатувларга қараганда, кейинги йилларда муаллифлар номи билан юритилувчи трапециясимон тана ҳарорати эгрилиги (Вундерлих 1856 й.), ясси типдаги тана ҳарорати эгрилиги (И. С. Кильдюшевский, 1896 й.) ва тулкинсимон тарзда кузатиловчи тана ҳарорати эгриликлари (куп тулкинли иситма-С. П. Боткин 1880) кам учрамоқда. Куп ҳолларда доимий, ремиттирловчи, интермиттирловчи типдаги температура учрайди. Яна куп учрайдиган температуралардан бири нотугри типдаги температурадир.

Бизларнинг кузатувимизда касаллик бошланишида иситма қуриниши нотугри, баъзан доимий тарзда, касалликнинг авжга чиқиш даврида нотугри ёки тулкинсимон, иситма даври тугаш вақтида эса нотугри қуриниши аниқланилди.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, корин тифи билан ҳасталанган беморларда айнан ана шундай иситма кузатилади дея классификациялашнинг иложи йук. Бунга С. П. Боткин ургу берган.

А. Ф. Подлевский кузатувларига қараганда, иситманинг доимий тури-25,5%, тулкинсимон тури-32, 3%, ремиттирловчи тури-23 %, нотугри тури-19,2 % ҳолларда учраган. Г. Ф. Варакина асосан доимий иситма турини корин тифи билан ҳасталанган беморларда кузатган. Корин тифи учун хос ҳисобланган Вундерлих ва Боткин туридаги тана ҳарорати эгриликлари 1,3 % ва 2,7 % ҳолларда кузатилган.

Н. Ш. Шодиев кузатувларига қараганда (1998) корин тифи касаллигида Вундерлих туридаги тана ҳарорати эгрилиги деярли учрамаган.

Бизларнинг кузатувимизда куп ҳолларда тулкинсимон иситма, доимий тана ҳарорати эгрилиги, шунингдек нотугри типдаги тана ҳарорати эгрилиги кузатилган. Бундан ташқари, ремиттирловчи иситма тури ҳам бошқа турларига қура нисбатан купрок учраган.

Болаларда иситма даври катталарга нисбатан қисқарок бўлади. Температуранинг тушиши купинча литик тушади ва тана ҳарорати тушгандан кейин ҳам 5 – 10 кун субфебрил ҳарорат сакланади. Корин тифининг кечишида температуранинг муҳим аҳамияти бор. Агар тана ҳарорати юкори доимий булса касалликнинг огир кечаётганидан дарак беради. Тана ҳарорати юкори, аммо эрталабки ва кечкурунги ҳароратлар уртасида анча фарқи булса, касалликни оқибати яхши ва енгил кечади. Тана ҳароратининг кутарилишини физиологик механизми эндоген, экзоген ва пироген моддаларнинг гипоталамусдаги иссиқлик марказига таъсир қилишидан келиб чиқади.

Микроблар ва ҳужайраларнинг емирилишидан ҳосил булган оралик маҳсулотлар иссиқликни организмда ушланиб қолишига олиб келади. Беморнинг тери копламлари, асосан юзи оқиш ва қуруқ, териси касалликнинг авж олиш даврида кам ҳолларда нам бўлади, соғайиш даврига келиб териси нам бўлади. Коннинг ички депо аъзоларда талок, жигар, ичаклар туткичлари томирларида йигилиб туриши тери копламларининг оқаришига олиб келади. Яна бир характерли белгиси касалликнинг 8 – 12 кунларида разеолоз тошма тошишидир. Эмланганларда ҳам касалликни 5—6 кунлари тошиши мумкин. Баъзан нормал тана ҳароратида ҳам разеолёз тошма тошади. Энг куп билан 19 – кун пайдо бўлади. Кечки розеолалар одатда катта папулёз бўлади. Жойлашиши қоринда, қуракда, елкада жойлашган бўлади. Разеола теридан енгил қутарилган, булиб куп сонли булмайди, бир текис пушти рангда қул билан босганда йуқолади. Тошма 2 –5 кун сакланиб туради ва исиз йуқолиб кетади.

Баъзи беморларда қул ва оёқ қафтларининг сарғайиши, яъни Филлипович симптоми аниқланади.

Юрак-кон томир тизими. Касаллик бошланишида беморларда нисбий брадикардия кузатилади, лекин бу белги касалликнинг катъий белгиси булиб хисобланмайди. Баъзи беморларда пульс тана хароратига мос равишда узгаради. Касалликнинг авжида беморларда пульснинг дикротияси, яъни иккиланиши кузатилади. Юрак тонлари бугикланиб, артериал кон босими тушади. Нафас олиш тизимида диффуз бронхитга хос белгилар каттик нафас ва курук хириллашлар эшитилади.

Овкат хазм килиш тизимида беморларда умуман иштаха булмайди. Лаблари курук баъзан пуст билан копланган. Тил калинлашган, курук, оркаси ва илдиз кисми кулранг ок караш билан копланган, четлари ва учи тоза тиш излари куринади. Метеоризм натижасида корин шишган. Беморларнинг баъзида коринда огрик кайд килинади. 67-68 % беморларда жигарнинг 50-69 % беморларда талокнинг катталаниши кузатилади. Шунингдек Падалка симптоми ҳам мухим ахамиятга эга. Лимфа тугунларининг гиперплазияси натижасида илеоцекал бурчакда перкутор товушнинг тумтокланиши ва катталанишидир.

Сийдик хажми камаяди. Протеинурия баъзан микрогематурия, цилиндрурия кузатилиши мумкин. Ичакларнинг функцияси бузилиб ёки ич кетиши ёки ич котиши булиши мумкин.

Асаб тизимининг зарарланиши корин тифида интоксикацияни даражасига боглик. Касалликнинг бошланишида холсизлик, дармонсизлик, уйкучанлик, бош огриши, купинча пешона ва энса сохалари огрийди. Атрофга ташки таъсирларга бефарк булиб колади. Бу белгилар кучайиб хушнинг хиралашишигаолиб келади.

Кондаги узгаришлар: эритроцитлар узгармайди, гемоглабинемия кузатилади, тромбоцитопения булади. Касалликни 2-3 кунларида лейкоцитоз шундан сунг, лейкопения кузатилади. Анэозинофилия характерли нейтрофиллар камаяди. ЭЧТ озрок ошади, касалликни согайишида эозинофиллар купаяди. Бу кондаги узгаришлар корин тифигахос хисобланади.

Симптомларни сунуш даври. Захарланишнинг камайиши фонида, тана хароратининг аста-секинлик билан тушиши кузатилади. Тана харорати тушиши билан захарланиш белгилари камаяди, беморларнинг уйкуси яхшиланади. Бош огриги тухтаб, эс-хуши аникланади. Сийиш купаийиб, беморнинг тана массаси камаяди.

Беморнинг иштахаси яхшиланади, тозаланади. Жигар ва талок нормаллашади. Пульс нормага кайтади.

Реконвалесценция даври. Харорат нормаллашуви билан согайиш даври бошланади. Беморнинг иштахаси очилади ва умумий ахволи яхшиланади.

КЛИНИК ТАСНИФИ

Корин тифи – паратиф касаллигининг таснифи(И.К.Мусабоев)

Клиник кечиши	Огирлик даражаси (Интоксикация)	Касалликнинг даврлари	Касалликнинг асоратлари ва окибатлари
Типик Атипик: Абортив Амбулатор Карияларда кечиши, болаларда, хомиладорларда айрим аъзоларини зарарланиши билан (колотиф, пневмотиф, нефротиф, менинготиф ва бошқалар) Тиф-микст(корин тифи + паратиф Б, корин тифи+дизентерия ва бошқалар)	Енгил Урта-огир Огир Гипертотоксик Геморрагик Яшин тезлигида кечиши	Инкубацион Бошланиш Авж олиш Касаллик белгиларини сунуши реконвалесценция	Ичаклардан кон кетиши Ичаклар ярасини тешилиши перитонит билан кечиши. Холецистит, холангит Суринкали гепатит Корин тифи таёкчаларини ташувчанлик Нафас, сийдик ажратиш, юрак-кон томир, суяк – бугим ва бошка тизимларни зарарланиши Рецидивлар.

Енгил шакли. Касалликнинг ҳамма белгилари учрайди, лекин улар кам интенсивликда. Тана харорати камдан-кам холларда 38,5-39 С гача кутарилади. Тана хароратининг кутарилиши 7-10 кун давом этади. Касалликнинг даврлари кискарган интоксикация, холсизлик, иштахасизлик, бош огрик кам давом этади. Жигар кам катталашади, талок катталашмайди.

Урта огирлик шакли куп учрайди. Хамма симптомлар аник учрайди. Тана харорати 2 хафтадан куп учрайди.

Огир шакли – характерли белгилардан ташкари уйкусизлик, бош огриги куп учрайди. Тана харорати 3 хафта давом этади. Тана харорати С гача кутарилади. Юрак кон-томир тизимида чукур узгаришлар келиб чиқади. Брадикардия ва пульс дикротияси кузатилади. Асоратлари купрок.

Атипик шакллари

Билинар – билинмас ва абортив шаклидан ташкари септик уткир гастроэнтерит, айрим орган ва тизимлар зарарланишининг устунлиги каби шакллари хам учрайди.

Билинар-билинмас (амбулатор) киска муддатга тана хароратининг кутарилиши, корин тифига хос булган куплаб белгиларнинг учрамаслиги билан характерланади. Клиник белгилари кам булганлиги билан лимфа аппаратдаги жараёнлар давом этиб яра давригача булиши мумкин. Шунинг учун хам бу формада ичак асоратлари куп учрайди. Бунга беморларнинг тушак режимига ва пархезга риоя килмаганликлари хам бунга сабаб булади.

Абортив шакли – корин тифига хос симптомларнинг баъзи бирлари бошланиб аста-секин ривожланади ва тезда тугайди (5-7 кун). Тана харорати тезда нормага якинлашади. Абортив шаклининг асосий белгиси булиб касаллик бошланиши ва интоксикациясига карамасдан касалликнинг бирданига тухташидир.

Септик шакли – ингичка ичак лимфа тугунларида узгаришларнинг йуклиги хисобига огир ациклик кечиши билан характерланади. Ю.И.Лященко корин тифи инфекция учокларининг упкада, плеврада, мия пардаларида, буйракда, бугимларда топган.

Пневмотиф. Корин тифининг огир шакли булиб, касалликнинг бошиданок упканинг зарарланиши билан характерланади. Касаллик уткир бошланиб, тана харорати 39-40 С гача кутарилади. Бош огриги, куракда огрик, йутал, аввал курук, кейинчалик 5-7 куни хул йуталга айланади. Беморларда лобар ва бронхопневмония учрайди.

Колотиф. Корин тифининг дизентерия, энтероколитни эслатувчи тарзда кечишини, тифоз гастроэнтерит деб аталади.

Гастроэнтерит шакли. Овкат токсикоинфекцияси курунишда кечади. Унинг белгиси касалликнинг бошланиши кабул килган овкат билан богликлигидир. Инкубацион давр киска, уткир бошланиши, гастроэнтерит симптомлари, киска тана харорати, гепато-спленомегалиянинг йуклиги касалликнинг белгиларидир.

Болаларда корин тифининг кечиш хусусиятлари.

Болаларда корин тифининг кечиши узига хос булиб, уларнинг организмнинг реактивлигига асослангандир.

8-10 ёшдаги катта болаларда корин тифининг кечиш катталарникидан деярли фарк килмайди. 2-6 ёшли болаларда касалликнинг енгил ва киска, купинча абортив кечиши кузатилади.

Болаларда инкубацион даври киска 9-15 кун ва хатто 5-6 кун булиши мумкин. Баъзан абдоминал синдром, коринда хуружсимон огрик, кусиш ва ич кетиш билан бирга учрайди. Абдоминал синдром аппендицитни эслатиб нотугри ташхис куйишга сабаб булади.

Болаларда касаллик уткир бошланиб, катарал узгаришлар устунлик килади. Томокда кизариш куруниб, буруннинг битиши йутал кузатилади. Болаларнинг ёши канча кичик булса касаллик шунча уткир бошланади.

Касаллик уткир бошланганда клиникаларга нисбатан купрок диспептик узгаришлар куп булади, тахикардия, гепатомегалия, уйкунинг бузилиши кам учрайди. Терида кайта тошмалар тошиши, миокарднинг токсикоинфекцион узгаришлари, тил караш билан копланган, лимфоцитоз. Болаларда розеолез тошмалар эртарок ва кам холатларда учрайди.

Болаларда купинча сув-туз балансининг бузилиши, лабларининг огиз бушлигининг куриши билан намоён булади. Купинча кусиш кузатилади. Агар кусиш, ич кетиш билан биргаликда учраса диагностик жихатдан ёмон белги хисобланади. Болаларда тана хароратининг кутарилиши кам муддат давом этади. Катталарга нисбатан купрок бронхит куп учрайди, нерв тизими эрта зарарланади. Болаларда ичак инфекциялари камдан-кам кузатилади. Купрок иккиламчи микрофлора томонидан чакирилган бронхопневмониялар купрок учрайди.

Болаларда узига хос хусусиятлардан бири яъни корин тифининг бошка сурункали касалликлар билан биргаликда келишидир (лямблиоз, сурункали тонзиллит, сил, психоаномалиялар).

КОРИН ТИФИ ВА ХОМИЛАДОРЛИК

Хомиладорлик даврида ва эмизувчи аёлларда корин тифининг куплаб учраши аникланган, лекин корин тифининг, кейинги авлодга таъсири ва хомиладорликка таъсири аникланмаган. Корин тифи хомиладор

аёлларда огиррок ва асоратлар билан бирга кечади. Хомиладорларда купинча касалликнинг огир ва уртача огир шакллари учрайди.

Захарланиш огир кечади, тана харорати 39-40,5 С кутарилиб узок вақт давом этади. Кушимча касаллик зотилжам билан асоратланади.

Н.И.Рогоза кузатувларига кура 17,8 % беморларда бола ташлаш холлари кузатилиб, касаллик бирданига тухтаб колган. Баъзан хомиланинг она корнида улиши кузатилади.

Хомиладор аёлларда куйидаги асоратлар: ичакдан кон кетиш, огир зотилжамлар учрайди. Эмизувчи аёллар сути билан кузгатувчининг ажратилиши аникланган булса ҳам боланинг зарарланиши кузатилмаган.

Касалликнинг кайталаниши. Тана харорати нормаллашгандан сунг касалликнинг кайсидир бир муддатида клиник белгиларнинг кайталаниши касалликнинг рецидиви тугрисида маълумот беради. Муаллифларнинг кузатувига кура корин тифи огир кечганда касалликнинг кайталаниши уч маротаба куп учраган.

ТАШХИС

Эрта клиник ташхиси. Эрта клиник ташхиси куйиш касалликнинг бошлангич даврида яъни биринчи беш кунда куйилади.

Бош огрик, холсизлик, иштахасизлик, тез чарчаш, уйкусизлик, тана хароратининг зинапоясимон кутарилиши, тери копламаларининг окарганлиги, диффуз бронхит, нисбий брадикардия, характерли тил, кориннинг дамлиги, талок ва жигарнинг катталашуви, Падалка, Филлипович симптомларининг мусбатлиги, гемограммадаги узгаришлар аник ташхис куйишга ёрдам беради.

Лаборатор ташхис – куйиш учун бактериологик ва иммунологик усуллардан фойдаланилади.

Бактериологик ташхис – кон, ахлат, сийдик, ут экмаларидан фойдаланилади. Бундан ташкари сут, суяк илигидан ҳам кузгатувчилар топилиши мумкин.

Гемокультура. Энг эрта аник энг мухим усуллардан бири булиб хисобланади, шунинг учун ҳам 3 кунгача тана харорати баланд булган аник ташхис куйилмаган беморлардан гемокультура олиши шарт. Тана харорати кутарилиб турган даврнинг биринчи кунларида олинган гемокультура 100 % гача натижа беради. Стационарда беморлардан 2-3 марта 2-3 кун мобайнида кетма-кет экма олинади. Касалликнинг 1-чи хафтасида 10 мл.кон, 2-3 хафтасида 15-20 мл. кон олинади ва утли бульонга экиб курилади. Иситма вақтида этиотроп даво белгилангунга қадар кон уч марта қайта текшириб курилади. Стерил шприц ёрдамида тирсак венасидан касалликнинг биринчи хафтасида 5-10 мл кон олинди, дархол бемор тушаги ёнидан узоклашмаган холда Рапопорт озик мухитига ут суюклиги 1:10 нисбатда кушилиб экилади. Экманинг тахминий натижаси одатда 2-3 кундан сунг олинади, якуний натижа эса–5- 10 кундан сунг маълум булади. Касалликнинг огир шаклларида 80 % холларда гемокультура мусбат натижа берди.

Конпрокультура. Кузгатувчи инкубацион даврнинг охири ва касалликнинг охирига қадар ажратилади. Лекин касалликнинг биринчи хафтасида кузгатувчи ахлат билан ҳам чиқади, шунинг учун уни ахлатидан топиш кийин булади. Кузгатувчининг энг куп ажратилиш вақти касалликнинг 8-9 кунига тугри келади.

Экма стерил шпател ёки шиша таёкча металл ковузлок билан олинади. Экмалар зич мухитларда (эндо, Плоскирёв, висмут-сульфанилли агар) килади. Асосан касалликнинг иккинчи хафтасида утказилади. Стерил ёгоч шпател ёки шиша таёкча ёрдамида бемор ахлатидан 2-3 г олиниб, озик мухити яъни физ раствор мавжуд стерил банкаларга жойлаштирилади.

Уринокультура. Касалликнинг иккинчи хафтасидан тугридан тугри мухитга олинган холда экиб курилади. Стерил идишга ташки мухитдан ёт флора тушмаслигини кузатиш оркали 20-30 мл сийдик йигилади.

Биликультура. Реконвалесценция боскичида, касалхонадан чиқарилиб диспансер назоратида булганлардан ва бактерия ташувчанликка шубха қилинаётган кишилардан олинади. Уни дуоденал зондлаш йули билан олинади.

Иммунологик усуллар. Видал реакцияси-корни тифи ёки паратиф билан касалланган беморлар кон зардобидида специфик антитело- агглютининларни аниклашга асосланилган. Видал реакцияси соматик О- ва хивчинли Н – антигенлар ёрдамида куйилади. О – антиген касалликнинг 4-5 –кунлари пайдо булади, реконвалесценция даврида ушбу антигенларнинг микдори аста-секин тушиб боради ва йуқолади. Н- антитело касалликнинг 2-3- хафталарида пайдо булади, бемор соғайгандан сунг, ушбу антителолар 2-3 ой давомида сакланиб қолади. Касаллик динамикасида 1: 200 суюлтирилганда титрнинг ошиб бориши мусбат реакция хисобланилади.

Ундан ҳам сезгир метод булиб пассив гемагглютинация реакциясидир. Реакция стабил стандарт диагностикумлар билан куйилади. Бу усул 80-92 % гача мусбат натижа беради.

ДАВОЛАШ

Корин тифи билан огриган беморлар ҳаммаси ётқизилиши шарт.

Режим-парвариш. Катъий тушак ҳолати берилади. Тушак режими нормал тана ҳароратининг 6-7 кунигача белгиланади. 6-7 кундан сунг беморга утиришга рухсат берилади. 10-12 кундан сунг эса рухсат берилиши мумкин.

Оғиз бушлигини тоза тутиш: тишларни ювиш, ҳар овқатлангандан сунг оғизни 2 % ичимлик содаси билан чайкаш, қуриган лабларини бор вазелини билан суртиш, баданни сочикни намлаб артиб туриш мақсадга мувофиқдир.

Беморлар ҳар куни ахлат килишлари шарт. Агар мустақил ахлат бўлмаганда тозаловчи ҳукна килиниши шарт.

Пархез. Дезинтоксикацион мақсадида беморга суюқлик миқдорини ошириш керак то 2-3,5 л гача. Ҳамма овқатлар суюқ бутқасимон бўлиши керак, овқатлар кам-кам сутқасига 5-6 м берилади.

Ҳар хил турдаги уткир қовурилмаган: гушт, балиқ маҳсулотлари, гуштни қиймаланишдан чиқарилган қайнатмаларни, утга пиширилган котлеталар, қайнатилган тухум, катик сузмаси, сариг, мева шарбатлари, кампот, ок нон котмалари берилиши мумкин.

Берилмайдиган каттик усимлик ва бой овқатлар (карам, редиска, шалғом, бодринг, қузиқорин), уткир таомлар, қолбаса маҳсулотларни, қийин эрийдиган ёғлар. Беморлар юра бошлангандан сунг № 2 пархез столига утқазилади.

Медикаментоз даволаш. Антибиотикотерапия ҳозирги даврда қорин тифининг оғир шакллари даволашда асосий даво ҳисобланади, антибиотикларни қуллаш ушбу касалликнинг кечишини ва оқибатни тубдан мусбат томонга утғартирди. Бироқ, антибиотикларни узок вақт асоссиз ҳолда қуллаш қорин тифи қузғатувчиларининг антибиотикларга резистент штамлари пайдо бўлишига олиб келди. МинЗдрава РҶз 23 июнь 1993 йилда чиқарилган №292 буйругига асосланган ҳолда «Қорин тифи профилактикаси» шартли этиотроп терапия тариқасида анъанавий тарзда левомецетин (хлорамфеникол) буюрилади.

Левомецетин қузғатувчиларга бактериостатик таъсир курсатади. Бу дори воситаси ичаклар орқали яхши сурилганлиги учун перорал берилиши керак. Дори воситаси оғиз орқали берилганда тана ҳароратининг қутарилиш даври қиска ва касалликнинг асоратлари қам бўлади. Қачонки дори воситасини перорал берилиши иложи бўлмаганда (қусиш, ютишнинг бўзилиши) сувда эрийдиган аналоглари парентерал берилади. Беморларнинг аҳволи яхшилангач дори воситасини перорал берилади.

Одатда левомецетин сутқасига 0,5 г дан 4 маҳал нормал тана ҳароратининг 4-5 кунигача, кейин 0,5 г дан 3 маҳал нормал тана ҳароратининг 7-8 кунигача, кейин 0,5 г дан 2 маҳал нормал тана ҳароратининг 10-12 кунигача буюрилади.

Препарат овқатга қадар 30 дақиқа олдин берилади, агар беморда қусиш бўлса овқат егандан сунг 1 соатдан сунг берилади.

Препарат қобик билан қопланган ҳолатларда (0, 12, 25 г да чиқарилади) берилади.

Ачқик бўлганлиги сабабли болаларда левомецетин стеарат билан алмаштирилади. Фақат препарат дозаси 2 мартагача оширилади, чунки 1 г препарат 0,55 г левомецетин саклайди.

Левомецетин сукцинат натрий сутқалик дозаси 2-3 г мушак орасига ёки вена ичига юборилади. Болаларга м/о сутқалик дозаси ёшгача 25-30 мг, ёшдан қатталарга 50 мг 1 кг берилади.

Левомецетин касалликнинг бошланғич даврида, яъни касалликнинг бошланғич 5 кунда яхши натижа берилади. Левомецетиннинг бундан кеч берилиши препаратнинг терапевтик эффектини қамайтиради ёки йукка қикаради.

Ҳозирги вақтга қелиб левомецетин таъсир қилинаётган беморлар сони қупаймоқда. Агар хлорамфениколга қидамли бўлган штамлар билан қақирилган қорин тифи бўлса, у оғир кечиб қупинча оғир асоратлар беради.

Левомецетин қулланилганда диспептик шикоятлар – қунгил айниш, қусиш, ич қетиш, терида тошмалар, дерматит бўлиши мумкин. Препарат қон яратиш тизимига таъсир қилиб лейкопения, гранулоцитлар сонининг қамайиши, оғир ҳолатларда апластик анемия қақиради. Левомецетин ичак микрофлорасини улдириб, дисбактериоз ва иққиламчи қамбурғли инфекцияни қақиради.

Қупчилиқ ҳолатларда левомецетиндан сунг беморларга ампициллин м/о 2-4 г тана ҳарорати нормаллаштирувчининг 10 қунгача буюрилади.

Бундан ташқари қорин тифида триметоприм – сульфаметоксозол (бисептол, бактрим, септрин нотримаксозол) нинг эффектлиги аниқланган. Препарат сутқасига 4 г дан тана ҳарорати нормаллашувининг 7-10 қунларигача берилади. Бу препаратнинг левомецетиндан устунлиқ тарафи, бу препаратни қабул қилган беморларда деярли бактерия ташувчанлиқ қузатилмайди.

Патогенетик даволаш. Корин тифини урта огир ва огир формаларида дезинтоксикацион даво инфузион йул билан амалга оширилади. Суюкликлар гемодинамикани яхшилаш, кислота – асос холатини яхшилаш, парентерал оксилли озиклаштириш учун хизмат килади.

Кристаллоидлар, коллоидлар, глюкоза, плазма альбумин, оксил гидролизаторлари кулланилади. Препаратни танлашда сонини, сифатини, метаболит оқибатларини ҳисобга олиш керак.

Юкори тана ҳароратида, захарланиш белгиларида, артериал босим тушганда, диурез камайганда инфузион терапия полион эритмалардан қвартасоль, ацесоль, дисоль, трисоль 400-800 мл. кейинчалик 400-500 мл 5 % глюкоза 5-6 ЕД инсулин билан юборилади.

Корин тифининг огир формаларида калий ионлари камайганлиги сабабли калий препаратлари буюрилади.

Гиповолемиянинг олди олингандан сунг ва артериал босим кутарилгандан сунг, диурезни купайтириш мақсадида 300-400 мл паст молекуляр плазма урнини босувчилар: реополиглюкин, гемодез, шу каби дорилар буюрилади. Сунг 100-250 мл 5-10 % альбумин, сунг 1-2 мл лазикс буюриш мақсадга мувофиқдир.

Шу билан бир қаторда корин тифининг огир кечишида бошлангич 5 кунда левомецетин билан бирга инфекция токсик шокни олдини олиш учун преднизалон буюрилади. Преднизалоннинг суткалик дозаси уртача 30-40 мг ни ташкил этади. Агар гормон в/и юборилса препарат дозаси 3-4 мартага оширилади. Ичак шиллик қаватини қайта тикланишини кучайтириш мақсадида витамин 0,05 г3 м суткасига буюрилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Буларга: аҳолини яхши сифатли ичимлик суви билан таъминлаш, аҳоли яшайдиган жойларни тоза ва озода сақлаш, очик сув хавзаларини ифлосланишдан сақлаш, болалар муассасалари ва озиқ-овқат муассасалари устидан катъий санитар кузатувини олиб бориш.

Учокдаги чора-тадбирлар. Бемор госпитализация қилингандан сунг учокда охириги нам камерали дезинфекция ва эпидемиологик текширув утказилади. Бемор билан мулоқотда булган одамлар яшаш жойи ва ишлаш жойида кун ора тана ҳароратини улчаш билан ҳаким назоратига олинади. Кузатув 21 кун мобайнида утказилади. Бир марталик ахлат ва сийдикнинг бактериологик анализи ва аввал корин тифи билан огриган одамлар эса утнинг бактериологик текширув утказилади. Мулоқотда булганларни икки давр билан утказилади: 1 чиси бактериологик текширув учун материал олингандан сунг, 2-чиси касал одамни соғайиб қайтгандан сунг ҳар бир давр 3 кун интервал билан 3 мартадан бактериофаг беришни уч ичига олади.

Касалликдан тузалган одамлар диспансер кузатуви. Озиқ-овқат маҳсулотлари билан ишлайдиган беморлар 2 ой мобайнида диспансер кузатувига олинади. 1 ой 1 ҳафтада 1 марта 3 ой утгандан сунг 3 марта сийдик ва ахлат бактериологик текширув утказилади, унинг бактериологик текшириш 1 мартаба утказилади. Манфий натижаларда кузатув тухтатилади.

Специфик профилактикаси. Корин тифига қарши эмлаш эндемик курсаткичлари булган районларда, корин тифи билан огриган беморлар билан тугридан-тугри мулоқотда булганларга, касби туфайли зарарланиш хавфи булганларга, эпидемияга шубҳа булганда утказилади.

Режали эмлашлар чегараланган контингентларда, юкиш хавфи булган ишларга, юкумли касалхоналар ишчиларига, бактериологик лабораторияларда, дезинфекцион муассасаларда, кир ювиш хоналарида утказилади.

Эмлаш учун корин тифи қимёвий тозаланган моновакцинаси ишлатилади. Унинг эффективлиги 67 % ташкил килади. Болаларни эмлаш учун – антиген билан спиртли вакцина кулланилади.

Вакцинация асоратлари булиш мумкин: анафилактик шок, Квинке шишига ҳос аллергия реакция, аллергия реакция, аллергия нефрозонефрит, токсико аллергия миокардит, асаб тизимидаги узғаришлар (энцефалит, энцефаломиелит).

Охириги йилларда чет элда ТУ 21 а штаммдан олинган тирик аттенуирланган огиз орқали юборилган вакцина олинган. Шу вакцина билан эмланган 10 000 боладан йил буйича 0,2 таси касалликка чалинган.

Корин тифига қарши касалликнинг мавсумий бошланишида 3-4 ҳафта олдин утказилади.

Фагопрофилактика. Корин тифи ёки поливалент сальмонеллёз бактериофаги билан утказилади.

Бактериофаг қилинади:

- учокда бемор билан мулоқотда булганларга ва реконвалесцентларга фаг 3-4 кун интервал билан 3 марта утказилади. Биринчи марта бактериологик текшириш учун материал олингандан сунг;
- касаллик тарқалгандан сунг зарарланиш хавфи булган аҳолига;
- вакцинация қилиниш мумкин булмаган кишиларга (7 ёшгача булган болалар ва қарши курсатмаси булган одамлар);

- касаллик куп учрайдиган жойларда мавсумий кутарилиши вақтида сурункали бактерия ташувчиларга уларнинг эпидемиологик хавфини камайтириш учун;
- белгиланган муассасаларида еппасига фаглаш (рухий касалхоналар, кариялар уйи, касалликни олдини олиш учун коникарсиз санитар-гигиеник шароитда ишлаб яшаётган одамлар жамоаси).
Фагопрофилактикага қарши курсатма йук.