

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



РЕФЕРАТ

Мавзу: Гижжалар

Бажарди: Рахматуллаева Ш.

Самарқанд 2017 йил

Гижжалар. Табобатнинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади. Паразитозлар гуруҳига амёбиаз, балантидиаз, лямблиоз, хламидиоз, безгак, гижжа касалликлари киради. Юқоридагилардан бизнинг Республикамиз ҳудудида лямблиоз, гижжа касалликларининг касалланиш даражаси юқори. Безгак касаллиги Сурхондарё вилоятида спорадик ҳолда қайд қилинмоқда.

Гельминтлар одамнинг нафас олиш овқат ҳазм қилиш, мушак тизимида, жигар, талоқ, қон, мия, кўз ва бошқа органларида паразитлик қилади. Гижжалар ичакнинг шиллиқ қаватига ёпишиб олиб, уни жарохатлайди. Оқибатда ичак деворларида яра пайдо қилади ва қон кетишига сабаб бўлади. Ичакда яшовчи гижжалар асосан ичакдан тунда чиқади ва орқа чиқарув тешиги атрофида жуда куп тухум қўяди. Касал одамда ахлатда гижжа тухуми ажралиб туради. Бир кунда бир жуфт эркак ва урғочи гижжа 220 мингтагача тухум қўяди. Ахлат билан ерга тушган гижжа тухумлари тупрокда тез ривожланади. Шунинг учун ҳам гўштлар, сабзавот, мева ва ошқўқларни қўлни яхши ювмасдан истеъмол қилиш мумкин эмас, овқатланиш натижасида гижжа касалликлари қайта юқади.

Лямблиоз

Лямблиоз – болалар ва катталар орасида кенг тарқалган протозой-инфекцион касаллик бўлиб, клиник-меъда-ичак тракти ва гепатобилиар тизим аъзолари яллиғланиш белгилари билан тавсифланади.



Лямблиоз кўзгатувчиси-Lamblia intestinalis (Giardia lamblia) 1681 й Левенгук томонидан топилган, биринчи марта касаллар нажасидан 1859 йилда олим Д.Ф. Лямбль томонидан аниқланганлиги учун унинг номи билан аталган. Ҳозирги пайтда L. Intestinalis дан ташқари L. muris ва L. Agilis турлари қайд этилган. L. intestinalis нинг 7 подтипи аниқланган.

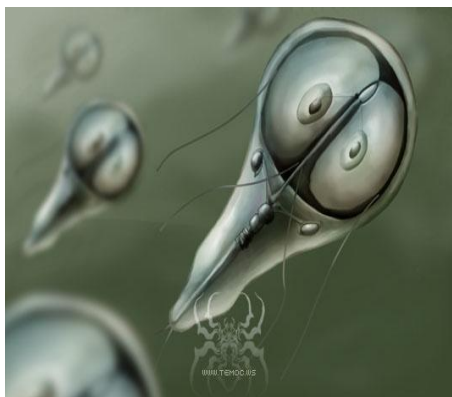
Этиологияси

Вегетатив шакли ноксимон формада бўлиб, ён томонидан кўрилганда кўштирноққа ўхшайди. Вегетатив шаклининг узунлиги 9-18мкм, эни-5-10мкм келади. Танасининг олдинги қисмидаги вентрал томонида сўрувчи диск бўлиб, у бўртиб туради. Шу бўртиб турган қисми билан ингичка ичак шиллиқ қаватига кириб олади ва ичак юзасида сақланиб туради. Ҳар бир трофозойда 4 жуфт хивчинлари бўлади. Хивчинлар ёрдамида улар ҳаракатланади.



Лямббийнинг цисталари овал шаклда, рангсиз, узунлиги 10-14мкм, эни 6-10мкм, юзаси 2 контурли қаттиқ парда билан қопланган. Люголь эритмаси билан ишлов берилган препаратларда етилмаган цисталарда 2та, етилган цисталарда 4та ядро ва бошқа структурали элементлар кўринади. Цисталар 10-15 минутдан кейин лямббийнинг вегетатив шакллариغا айланади.





Лямблийнинг вегетатив шакллари ташқи муҳит шароитига чидамсиз ва 5-

10 минутдан кейин ҳалок бўлади. Цисталари чидамли бўлади. Хона ҳарорати 3-5 кундан 2 ҳафтагача сақланади, тупроқда -60 кун, сувда 35-80 кунгача сақланади. Қуритилганда ва юқори ҳароратда ҳалок бўлади. 70Сда-30-40 секунд, қуритилганда-1-2 минут, қайнатилганда ўша заҳотиёқ ўлади. Хлорамин ва бошқа хлор сақловчи дезинфекция

воситалари лямблий цисталарига таъсир қилмайди.

Лямблиоз билан зарарланган одамга ташқи муҳитга кўп миқдорда лямблий цисталари ажралади. Жумладан, боланинг 1гр нажасидан 241.800 та, катталарда эса 12 млн гача (суткасида 18 млрд дан ортиқ) цисталар чиқади. Цисталар организмдан узлуксиз ва узлукли чиқиши мумкин. Илмий адабиётдаги маълумотларга кўра, зарарланган одамнинг 4,7% ида доимий, 95% ида даврий тарзда циста ажралиши кузатилади

Эпидемиологияси

*Фекал орал механизм

*Сув оркали

*Алиментар йул билан

*Маиший мулоқот оркали

Лямблиоз маиший-мулоқот йўли ва сув оркали тарқалади. Ифлосланган пуллар, уй жиҳозлари, болалар ўйинчоқлари, мева ва сабзавотлар тарқалиш омили ҳисобланади. Маиший-мулоқот йўли оркали тарқалишида катталар орасида лямблиоз инвазиясининг спорадик ҳоллари келиб чиқади, ҳатто оилавий ўчоқлар пайдо бўлади. Болалар боғчаларида маиший-мулоқот йўли билан тарқалишида санитар-гигиеник режимни ҳисобга олганда, 18-20%дан 60-75%гача касаллик учрайди. Сув оркали тарқалишида лямблиознинг эпидемиялари юзага келади. АҚШ да 1965 й. 23та лямблиоз эпидемиялар бўлган ва бунда 7009 нафар одам зарарланган (ВОЗ, 1983).

Классификацияси

А) Лямблиоз ташиб юрувчилар (соғлом);

Б) Лямблиознинг ичак шакли:

а) субклиник лямблиоз; б) 12 бармоқли ичакнинг лямблиозли дискинезияси; в) лямблиозли дуоденит; г) ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезияси; д) лямблиозли энтерит; е) лямблиозли энтероколит;

В) Лямблиоз билиар шакли:

а) ўт чиқариш йўллари дискинезияси; б) ўткир холецистит; в) сурункали холецистит; г) сурункали холангиогепатит;

Г) Асоратлари:

а) ошқозон томонидан бўладиган функционал бузилишлар; б) гастрит;

в) ошқозон ости беши томонидан бўладиган функционал бузилишлар;

е) панкреатит.

Д) Лямблиоз қўшилиб келган касаллик сифатида (микстинфекция).

Клиникаси

Лямблиоз ташиб юрувчиларга (соғлом) қисқа вақт (1-2 ҳафта) лямблийларнинг ингичка ичакнинг юқори қисмида туриши киради. Бунда ҳеч қандай функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришлар кузатилмайди. Бемор ўзини яхши ҳис қилади. Бу ҳол паразитликнинг компенсацион шакли дейилади ва даво ланишни талаб қилмайди.

Субклиник лямблиоз- функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришларнинг бўлиши, касалликда яққол симптоматиканинг намоён бўлмаслиги ва бемор ўзини яхши ҳис қилиши билан характерланади. Функционал бузилишлар жумласига ингичка ичакда углеводлар, ёғлар, айрим витамин (А,В12,С) нинг сўрилишининг бузилиши киради. Иммунологик ўзгаришларга периферик қонда Т-лимфоцитларнинг пасайиши, зардобда Т-лимфоцитлар сонининг, лямблиоз антигени билан қон зардобини иммунофлюоресцент, иммунофермент, радиоиммун методлар ёрдамида текширганда ижобий натижа бериши киради. Беморнинг дуоденал суюқлигида С-реактив оксил топилади. Эндоскопия, аспирацион биопсия ва биоптатларни ҳис тологик текширганда юза дуоденит ва еюнитга характерли ўзгаришлар топилади.

12 бармоқли ичак лямблиозли дискинезияси-беморларни симилловчи оғриқлар ва эпигастрал соҳасида ноҳуш сезгилар безовта қилади. Қулдирашлар қориннинг юқори қисмида бўлади. Пайпаслаганда эпигастрияда доимий бўлмаган оғриқ аниқланади. Рентгенологик текширишда кўп беморларда 12 бармоқли ичак тонус ва моторикасининг бузилишлари қайд қилинади. Эндоскопияда дуоденал рефлюкс аниқланади.

Лямблиозли дуоденит- юқоридаги симптомлар ва доимий, бир оз кучли эпигастриядаги оғриқга хос. Оғриқлар симилловчи характерда бўлиб, асосан кечаси, кўпроқ эрталабга яқин вақтда беморларни безовта қилади. Беморларда ошқозон секретор функциясининг пасайганлиги аниқланади. Рентгенологик текширганда 12 бармоқли ичак тонуси ва моторикасининг бузилиши билан бирга унинг шиллик каватининг рельефи ўзгарган бўлади. Эндоскопияда визуал, биопатларни гистологик текширганда 12 бармоқли ичак шиллик каватининг чуқур диффуз ўзгаришлари ва атрофияси аниқланади. Кўпинча дуоденал рефлюкс регистрация қилинади.

Ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезиясида - метеоризм, қориннинг ҳар хил қисмларида оғриқларнинг борлиги, қулдираш бўлади. Суткада 1-2 марта бўтқасимон нажас аниқланади. Рентгенда ингичка ичак тонуснинг бузилиши, барий пассажининг тезлашиши кузатилади. Лямблиознинг бу шакли дуоденит симптоматикаси ва юқоридаги функционал ўзгаришлар билан тавсифланади.

Лямблиозли энтеритда -қулдираш, метеоризм ва қориндаги оғриқлардан ташқари диарея ривожланади. Нажас суюқ, кўп миқдорда, сувли ва кўпикли, патологик аралашмасиз, ҳиди одатдагидек, суткада 2-3 мартадан 4-5 мартагача бўлади. Копроцитограммада лямблийнинг вегетатив шакллари топилади, шаклланган нажасда цисталар бўлади. Беморда умумий ҳолсизлик, дармонсизлик, қорин дамлаши, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши бўлади. Иш қобиляти пасаяди. Касаллик узоқ кечганда беморнинг уйқуси бузилади, салга жаҳли чиқадиган бўлади. Умумий захарланиш белгилари, яъни қайд қилиш, тана ҳароратини кўтарилиши, қалтираш бўлмайди. Специфик даво олиб борилмаса касаллик сурункалига ўтади, ремиссия даврлари қўзиш даврлари билан алмашилиб туради. Қўзиш даври 2-3 кундан 6-7 кунгача чўзилади.

Лямблиозли энтероколитда- йўғон ичакда оғриқ, нажас шиллик аралаш бўлади. Копро-цитограммада лейкоцитларнинг 12-18 тагача ошиши кузатилади. Ректороманоскопияда ҳар 3-беморда йўғон ичак дистал қисми шиллик қаватида гиперемия кузатилади. Эрозия ва яралар кузатилмайди. Сигмасимон ичак спазми, тенезмлар ва нажасда қон бўлмайди. Қўзиш ва ремиссия даврлари алмашилиб туради, энтерит дан фарқи ремиссия даврида беморда қориндаги оғриқ ва метеоризм сақланиб келади.

Лямблиознинг билиар шакли сурункали эндоген интоксикация белгилари (умумий ҳолсизлик, чарчаш, бош оғриғи, уйқунинг бузилиши, иштаҳа пастлиги, субфебрил ҳарорат), диспептик синдром: ўнг қовурға соҳаси ва эпигастрияда даврий оғриқ қайд қилиниши мумкин.

Объектив кўрганда тили оқ караш билан қопланган, қорин қапчиган, ичак қулдираши, пайпаслаганда эпигастрияда, ўнг қовурға соҳасида оғриқ, гепато-спленомегалия, Ортнер-Греков белгиси каби белгилар аниқланади. Беморларнинг бир қисмида тери ва кўринарли шиллик қаватлари сариклиги, сийдик қизариши тафовут қилинади.

Сурункали лямблиозга характерли симптомлар:

- ☉ Касаллик сурункали тус олганда меъда-ичак тизими яллиғланишига хос бўлмаган белгилар: тошмалар, аллергодерматит, терида оқимтир доғлар ҳосил бўлиши, соч тўкилиши, уйқуда тиш қайраши, уйқуда оғиздан сўлак оқиши каби белгилар қайд қилиниши мумкин.
- ☉ Ошқозон-ичак тракти томонидан персистенцияловчи диарея, ич кетиши ва қабзиятнинг алмашилиб туриши, қоринда тўлғоқсимон оғрик, кўнгил айниши, иштаҳанинг пасайиши;
- ☉ Умумий аҳволи томонидан — жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, тана вазнининг камайиши, умумий ҳолсизлик, гипотрофия;
- ☉ Тери томонидан — юқорида айтилганлардан ташқари, эшакем, строфулюс, қичима.

Лямблиоз ичак шаклининг ташхисот мезонлари

- ☉ уйқусида тиш қайраши (бруксизм), оғиздан сўлак оқиши;
- ☉ терида аллергик тошмалар тошиши;
- ☉ терида қичиш аломатлари;
- ☉ қорин қапчиши, ичак қулдираши, ичнинг ўзгарувчан кетиши;
- ☉ киндик атрофи, эпигастрияда оғрик;
- ☉ қонда анемия, эозинофилия кузатилиши;
- ☉ нажасда лямбллийларнинг вегетатив шакли аниқланиши;
- ☉ юқоридаги белгилар қайд қилиниб, лямбллийларнинг спораси топилиши.

Давоси

Лямблиознинг специфик даволашда ҳозирги кунда метронидазол (трихопол, клион, флагил), тинидазол (фасижин), энтаимизол, фуразолидон, аминоксинол, макмирор, тиберал, экдистен, интетрекс, зентел, мератин препаратларидан фойдаланилади.

Этиотроп даво воситалари таъсирида лямбллийларни оммавий парчаланиши натижасида ҳосил бўладиган метаболитларни ичакдан қонга сўрилиб юзага келтирадиган Яриш-Гейксгеймер реакциясини бартараф қилиш мақсадида **дюфалак** буюрилиши мақсадга мувофиқдир.

Касаллик оқибатлари

Бу касалликда одамнинг вазни ҳамиша камаяди, унда ланжлик, жиртакилик пайдо бўлади, бош айланади. Гижжа ичакда бўлса, ич қотади ёки ичи кетади, кўнгил айнийди, баъзан бемор қайт килади, жигарда бўлса, кўз оқи ва бадан сарғаяди, шиш пайдо бўлади. Ўпкада бўлса, йўтал тутати, меҳнат қобилияти пасаяди, бола яхши ўсмайди, хотираси сусаяди ва ҳоказо. Шифокорларнинг кузатишларича, ёш болалар инжиқ, паришонхотир бўлиб қолиши мумкин, мактаб ёшидаги болаларнинг эса жисмоний ва ақлий ривожланиши, хотираси сусайиб, ўзлаштириш қобилияти пасайиб қолади, катталарда меҳнат қобилияти бузилади.

Маърузамиз сўнггида одам ўзига ўзи гижжа касалликларини юқгирмаслик учун ёки даволашда амал қиладиган мутахассис олим ва шифокорларимизнинг тавсия-маслаҳатларини эслатиб ўтамиз:

Лямблиознинг муваффақиятли про-филактикасига эпидемик жараённинг учала занжирига: инфекция манбаи, юқиш йўли ва организм мойиллиги кабиларга қаратилган, комплекс тарзда ўтказилган санитар – гигиеник, даво - профилактик ва эпидемияга қарши чора – тадбирлар ўтказиш орқали эришилади.

1. Барча шахсий гигиена қоидаларига ва даволаш режимига амал қилиш керак. Жумладан, овқат олдидан ва ва ҳожатхонага бориб келгач, қўлларни совунлаб ювиш, баданни озода тутиш, ички кийим ва чойшаб, ўрин-кўрпа жилдларини тез-тез алмаштириб туриш.

2. Гўшт, сабзавот, мева ва бошқа маҳсулотларни ветеринария ва санитария назоратидан ўтказиш шарт.

3. Уй ҳайвонларини парвариш қилиш қоидаларига амал қилиш керак.

4. Сабзавот, мева ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилишдан олдин яхшилаб ювиш керак.

5. Острицалар бўлса, махсус кийим кийиб ухлаб ва уларни ҳар куни қайнатиб, иссиқ дазмол билан дазмоллаб туриш керак.

6. Ҳожатхонага бориб келгач, яна уйку олдидан ва уйкудан кейин орқа чиқарув тешик атрофини ювиб туриш ва унга вазелин суртиб қўйиш тавсия этилади.

7. Гўшtlарни тоза ювиб, яхши қовуриб ёки пишириб ейиш тавсия этилади.

8. Фақат қайнатилган сув билан ювилган сабзавот, меваларни овқатга ишлатиш лозим.

9. Гельминтозларга хос белгилар пайдо бўлганда албатта шифокорга мурожаат қилиш керак.

10. Болаларнинг кўчада дайди итлар, мушуклар билан ўйнашига йўл қўймаслик лозим.

11. Бинони, хонани яхшилаб супуриб-сидириш, идиш-товоқдарни, ўйинчоқдарни ювиш, мебелни артиш, айниқса, ҳожатхоналарни ва тувакларни дезинфекция қилиш шарт.

12. Ота-оналар ҳамда муассаса ходимлари билан махсус ва такрор-такрор суҳбатлар ўтказиб, гижжаларнинг юқиш йўллари ва бунинг олдини олиш усулларини тўғри ва тўла билиб олишларига эришиш керак.

13. Гижжалар ташқи муҳит объектлари – тупроқ, сабзавот, полиз неъматлари, резавор мевалар, зираворлар, ошқўклар, мевалар, идиш-товоқлар, ифлос қўллар, буюмлар, кийим-кечаклар ва бошқалар орқали юқишини унутмаслик керак.

14. Гижжа касалликларида ўз-ўзини ҳар хил билиб-билмас доривор воситалар ва усуллар билан даволаш тавсия этилмайди. Бу айрим асоратларга олиб келиши мумкин.

15. Ичи келиб-келмайдиган, хуружли одамлар ва болалар гельминтоз касалликлари борми ёки йўқлиги текширилиши керак ва бошқалар.

16. Таомларда лимон истеъмол қилиб юриш керак.

17. Саримсоқ қайнатилган сут ичиб юриш керак.

18. Оч қоринга ошқовоқ уруғини саримсоқ билан истеъмол қилиш керак,

19. Шакар ёки асал билан аралаштирилган сабзи шарбатини оч қоринга қунига 1-2 ош қошиқда ичиб юриш керак.

20. Уч ошқошиқ сабзининг бўтқасини бир стакан сутда қайнатиб, бир ошқошиқдан кунига 3-4 маҳал истеъмол қилиш тавсия этилади.

21. Шувоқ, саримсоқ дамламасидан клизма қилиш тавсия этилади.

Гельминтозлар

Геогельментозлар ичида нематодалар кенг тарқалган. ВОЗ маълумотларга кўра дунё бўйича ҳар куни 1, 2млрд киши аскаридоз билан, 900 млн киши анкилостомидоз билан, 700 млн киши трихоцефалёз билан зарарланади.

Ле Ришелье маълумотларига кўра 60 – йилларда африкалик ҳар бир фуқарога ўртача 2 турдаги гельминт, Осиё ва Лотин Америкасида 1 турдаги, Европада ҳар 3 кишидан 1 киши зарарланган. 20 – йилларга келиб бизнинг мамлакатимизда гельминтозларга қарши кураш бошланди, бунинг натижасида аҳоли ўртасида касалланиш даражасининг пасайишига олиб келди. Сўнгги йилларда айрим гельминтлар билан зарарланиш ўсиб бормоқда, бунга мисол қилиб нематодалар (энтеробиоз ва аскаридоз), токсокароз, трихинеллёзларни келтириш мумкин. Биогельминтозлардан описторхоз, дифиллоботриоз, тенидиоз, эхинококкознинг тарқалиш ўчоқларида эпидемик ҳолат яхши эмас.

Гижжалар шаклига қараб 3 гуруҳга бўлинади:

1. Юмалок шаклдаги чужинчок гижжалар.
2. Тасма шаклидаги чужинчок гижжалар.
3. Ясси шаклдаги узунчок гижжалар.

Юмалок шаклдаги чужинчок гижжалар.

Острица

Эркаги. 2-5 мм

Ургочиси. 9-12 мм

Бир кунда 5000-15000

тухум куяди.



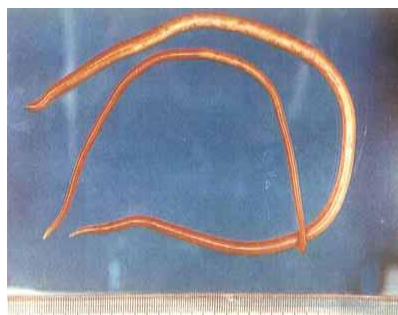
Острица қуртлари одамга чанг билан оғиз ва бурунга тушган гижжа тухумлари ютиб юборилганда юкади. Острицалар орқа чиқарув тешигидан ўрмалаб чиқиб, унинг атрофига тухум қўяди ва орқа чиқарув тешигининг кичишиб тирналишига сабаб бўлади. Беморнинг баъзан тез-тез ичи кетиб, ахлати бўтқасимон бўлади, уйқуси қочиб, тажанг, паришонхотир бўлиб қолади.

Аскарида

Узунлиги

Эркаги 15-25 см

Ургочиси 24-44 см



Бир суткада 200000
тухум куяди.

Қилбош гижжа

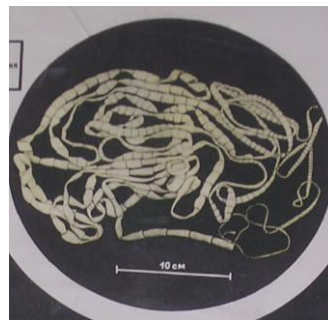
Эркаги 3-4.5 см
Ургочиси 3.5-5.5 см
Бир суткада 1000-3500
Тухум кўяди.



Қилбош гижжалар узунлиги 30-35 мм.ли ингичка чувалчанглاردир, улар кўричак ва йўғон ичакда яшайди. Булар аскаридаларга ўхшаб юқади. Беморнинг умуман дармони куриб, қорни оғрийди, кўпинча боши оғриб айланади, уйқуси нотинч бўлиб қолади. Касаллик вақтида беморнинг кўзқовоқлари шишиб, иситмаси чиқади, мушаклари оғрийди, уйқу қочади ёки кишини мудроқ босаверади.

Корамол солитёри

Узунлиги 7-10 метр.
Эни 1.5-2.0 см.
Бир булакчада
145000-175000
тухуми булади.



Ўқиз солитёри бўйи 4-10 м.гача, одамга гижжа личинкалари бўлган мол гўшtidан ва кўпинча уй бекалари хом қийма тузини тотиб кўраётганда юқади. Касалланганда киши кўпинча озади, кўнгли айниб, қайт қилади, иштаҳаси пасайиб, ичи равон юрмайди, ўзи тажанглашиб, боши айланади, уйқуси қочади. Болалар яхши ўсмай қолади.

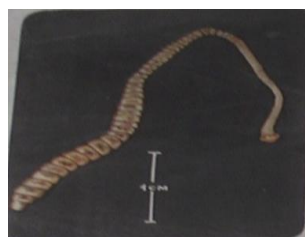
Чучка солитёри

Узунлиги 1.5-2.5 метр
Эни 1.5-2.0 см.
Бир булакчада
145000-175000
тухуми булади.



Пакана гижжа

Узунлиги 1.5-5.0 см.
Эни 0.5-0.7 см.
Бир кунда 180 та
тухум куяди.



Калта гижжалар бўйи 3-5 смча. Одамга гижжа тухумлари билан ифлосланган рўзғор буюмлари орқали – эшик бандлари, хожатхона стулчалари, тувак ва бошқалар билан ўтади. Кўпинча болалар касалланади.

Қоринда оғриқ туриб, беморнинг кўнгли айнийди, иштаҳаси пасаяди, боши оғриб, кўпинча ичи кетади, болалар эса тутқаноқ тутгандек талвасага тушади.

Сербар гижжа – узунлиги 6-15 м.гача. Одамга балиқни етарли қовурмасдан ёки хомлигича еганида юқади. Касаллик белгилари: камкувватлик, бош айланиши, сўлак оқиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, қориннинг оғриб туриши, ич суриши ёки дам ич суриб, дам ич қотиб юриши ва ҳоказо билан ўтади. Тилда безиллаб турадиган оч қизил доғ ёки ёриқлар пайдо бўлади.

Эхинококк ҳайвонлар, аксарият итлар ичагида яшайди. Одамларга сигир, қўй, чўчка, ит ва мушуклардан, шунингдек, ёзвойи этхўр ҳайвонларнинг терисини шилиш ва ошлаш вақтида юқади. Эхинококкоз оғир касаллик бўлиб, жигар, ўпка, мия каби органларда эхинококк кисталари пайдо бўлади. Эхинококкозда бош оғриб, айланади, ҳаракатланиш ва сезиш фаолияти бузилади.

Сўрувчи сибирь (мушук) курти узунлиги 4-13 мм.ча келадиган майда гижжа бўлиб, ўт пуфаги, ўт йўллари ва меъда ости беzi йўлларида паразитлик қилади. Одамга хом, музлаган, кам тузланган ёки етарли қовурилмаган балиқни истеъмол қилганда ҳам юқади. Касаллик ҳарорат кўтарилиши билан бошланиб (39-40 даража), у 2 ойгача баланд бўлиб туриши мумкин. Мушак ва бўғимлар оғрийди, йўтал пайдо бўлади, баъзан терисига тошма тошади, меъда-ичак иши бузилади, баъзан бадан сарғайиб кетади, бу касаллик оғир асоратлар беради.

Фасциола узунлиги 3-7 см.ли гижжалардир, ўт пуфаги ва ўт йўлларида паразитлик қилади. Одам бу личинкаларни қайнамаган сув ёки сув ўсимликларини овқатга ишлатганида ютиб юборади. Касаллик тобора зўрайиб борадиган дармонсизлик, бош оғриғи билан бошланади, кўпинча баданга эшакем тошиб, иситма чикдли қоринда оғриқ пайдо бўлади, баъзан одам сарғайиб кетади.

Гижжалар таркалишига қараб 3 гуруҳга бўлинади

1. Биогелминтозлар. Тениоз. Тениаринхоз. Эхинококкоз.
2. Геогелминтозлар. Аскаридоз. Трихоцефаллёз.
3. Контагиоз гелминтозлар. Энтеробиоз. Гименолепидоз.

Биогелминтозлар

Касаллик манбаи тирик организмлар (қора мол, чўчка, ит, мушуклар) булиб, гижжалар одам организмга гушт ва гушт маҳсулотлари орқали, баъзан сийдиги ва нажаси билан ифлосланган озиқ-овқатлар орқали юқади.

Геогелминтозлар

Касаллик манбаи булиб, касал одамлар ҳисобланади. Гижжа тухумлари манбаа нажаси орқали тупрокка тушади ва одам организмга термик ишлов берилмаган сабзавотлар орқали тушади.

Контагиоз гелминтозлар

Касаллик манбаи булиб, касал одамлар ҳисобланиб, гижжа тухумлари нажас орқали ташқарига чиқади. Гижжа тухумлари ифлос қўллар ҳамда ифлосланган у ёки бу предметлар орқали соғлом одам организмга тушади.

Гижжаларнинг одам организмга таъсири.

1. Токсик: умумий захарланиш белгилари.
2. Механик: ичак йулини тикилиши, баъзи ички аъзоларини сиқиб қуйиши.
3. Аллергик: баданда ҳар хил тафсифли тошмалар тошиши ва ҳоказолар.

Касалликнинг кечиш фазалари:

Касаллик клиникаси ва патогенезида 2 фаза кузатилади:

- ☉ ўткир фаза – юққандан сўнг 2-3 ҳафта (оғир кечганда 2 ойгача ва ундан кўп);
- ☉ сурункали фаза – давомлилиги 1 неча ойдан 1 неча йилгача.

Ўткир фазада –патологик ўзгаришларнинг юзага чиқиши миграцияланувчи личинка антигенига нисбатан умум аллергия реакциясига асосланган. Бу даврдаги бошланғич синдромлар кўзгатувчи турига боғлиқ бўлмай, унинг локализациясин ва личинка миграцияланиш йўлига боғлиқ. Бунда иситма, шиш, терида кипикланиш, миалгия, артралгия, лимфоаденопатия, ўпка ва абдоминал синдромлар, гепатоспленомегалия, қонда эозинофилия, диспротеинемия кузатилади. Асосий ва муҳим органлар системаси зарарланади: аллергия миокардит, пневмония, менингоэнцефалит, гепатит, гемостазнинг бузилиши.

Сурункали фаза – бунда ўзгаришлар ва сезирарли клиниканинг юзага чиқиши, кўзгатувчи локализацияси, унинг сони, овқатланиш тарзи билан боғлиқ. Кўпгина гельментларнинг патоген таъсири паразитни юктирган орган ва тўқиманинг механик шикастлаш эффектига асосланган, бунда ҳаёт учун зарур органлар (жигарда эхинококк кистаси, бош мия ва кўз цистицерклари) зарарланади.

Гельментлар модда алмашинув жараёнига таъсир этиб, озиқ маҳсулотларнинг қиймати пасайиши, нейрогуморал регуляциянинг бузилиши, ичакларда сўрилишнинг бузилишига сабаб бўлади. Баъзи ҳолларда анемия ва витамин етишмовчилиги олиб келади (анкилостомидоз, дифиллоботриоз, трихоцефаллёз, шистосомоз). Бу фазада кўзгатувчининг хўжайин имун системасига таъсири асосий роль ўйнайди. Бунда орган ва системалардаги тўқима гельминтозларида имун комплекслар шаклланади. Имун системага гельментларнинг стимуляцияси натижасида иммуносупрессив жавоб ривожланади. Бунда одамда бактерия ва вирусли инфекцияларга қарши резистентлик ва профилактик эмлаш эффективлиги пасаяди.

Клиникаси:

Ўткир фаза – гельминтозлар билан зарарлангандан кейин белгилар ҳар хил намоён бўлади. Масалан, аскаридозларда 23 – кундан кейин бўлса, бошқа гельментларда 23 ҳафтадан сўнг. Бунда умумий аллергия характердаги белгилардан: титраш, иситма, теридаги рецидивлунувчи қичишиш, шишлар (локал ва генерализацияланган), лимфа тугунларининг катталашishi, миалгия, артралгия, переферик қонда лейкоцитоз ва гиперэозинофилия кузатилади. Бундан ташқари ўпка синдроми (астматик ҳолат, пневмония, плеврит), абдоминал синдром (қоринда оғриқ, диспептик ўзгаришлар) кузатилади. Жигар ва талоқ катталашади. МНС фаолияти турли даражада ўзгаради.бу фазада ҳар хил гельментлар бир – бирига ўхшаш белгиларни иситма, тошма тошиши, лимфоаденопатия, ўпка ва абдоминал синдромлар намоён қилади.

Лекин бу касалликнинг специфик белгилари ҳам мавжуд. Трихинеллёз билан зарарланганда касалликнинг 1-кунлари иситма, мускулларда оғриқ, қовоқ ва юзларда шиш кузатилади. Жигар трематодозасида жигар ва талоқ катталашishi, саргайиш кузатилади. Аскаридозларда – ўпка ва абдоминал синдром кузатилади.

Клиникаси:

Сурункали фаза – клиник кечиши кўзгатувчи интенсивлиги, жойлашган ўрни ва ўлчамига боғлиқ. Ичак гельментларни кўп ҳолларда симптомсиз кечади, фақат катта ўлчамдагилари (тасмасимон, тениидилар) қандайдир белгини намоён қилади. Гельментларнинг сонига кўра касаллик клиник белгилари юзага чиқади. Бу фазада кўзгатувчи паразитлиги ва патоген факторлар натижасида орган ва системалар функцияси бузилиши, симптом ва синдромлар юзага келади.

Ичак гельминтозларида – асосан диспептик, оғриқ ва камдан кам ҳолларда астеноневротик синдромлар болаларда кўпроқ кузатилади. **Энтеробиозда** – кечки пайтда анал тешиги атрофида қичишиши, **трихоцефаллёзда** геморрагик колит белгилари билан бирга, болаларда тўғри ичак тушишини кўриш мумкин. **Аскаридозда** – паразит сони кўпайганда, ичак тутилиши, механик сариклик, панкреатит кузатилади. Жигар трематодозасида(описторхоз, клонорхоз, фасциолёз) – сурункали холецистохолангит, гепатит, панкреатит, ошқозон – ичак трактида ва нерв системасида бир қанча ўзгаришлар кузатилади.

Ичак цестозиди (дифиллоботриоз, тениаринхоз, тениоз, гименолипидоз) – кўп ҳолларда симптомсиз кечиб, етилган гельментлар мустақил ёки дефекация актида ажратилади. Бунда беморда диспептик ўзгаришлар ва оғриқ бўлиб, дифиллоботриозда анемия, витамин В12 етишмовчилиги кузатилади. Гельминтозлар ўртасида ларваль цестодозлар алоҳида ўрин эгаллайди (эхинококкоз, альвеококкоз, цистицеркоз) – йўғон киста ҳосил қилган ҳолда ҳам симптомсиз кечиши мумкин. Лекин унча катта бўлмаган эхинококк пуфагининг ёрилиши ёки йиринглаши оғир ўзгаришларга: анафилактик шок, йирингли перитонит, плевритга олиб келиши мумкин. Альвеококк ва пуфак ўсиши натижасида томирлар сиқилиб портал гипертензия ривожланади.

Цистицеркоз церебрал, спинал ва хилма хил симптоматика билан намоён бўлиб, гельментнинг мия қоринчасига локализацияси натижасида мия ичи гипертензияси ривожланади.

Гижжаларнинг окибатлари

- Бадан окариши
- Баданда аллергияк тошмалар тошиши
- Овкат хазм булишининг бузилиши
- Ориклар кетиш
- Аллергияк ринит
- Аллергияк астма
- Эпилептик тутканок

ЛАБОРАТОР ТАШХИСОТИ

- Биологияк материал бўлиб гельмент фрагментлари, личинкалари, ахлатдаги тухумлари, сийдик, дуоденал суюқлик, ўт суюқлиги, балғам, ректал ва перианал шиллик, қон, мушак тўқимаси хизмат қилади. Кўпинча ахлат текширилади. Микроскопик усуллар: микроскопик татқиқот мақсади гельмент ва унинг фракциялари личинка ва тухумларини аниқлаш.
- Като усули - бунда ахлатдаги гельмент тухумларини глицерин ва малахит таъсирида яшил ранга киришига асосланади. Дала шароитида қўллаш мумкин.
- Энтеробиоз ташхиси перианал бурмалардан тампон, шпатель, ёпшқоқ лентага қўйилган издан фойдаланиб материални татқиқ қилиш натижасида қўйилади.
- Бойитиш усули – гельмент тухумларини ҳар хил концентрацияли эритмалар ёрдамида нисбий зичлигини ўрганишига асосланган. Бизнинг мамлакатимизда Калантарян ва Фюллеборн флотацион методидан фойдаланилади. Ахлатдаги шистосом ва тухумларни аниқлашда Ритчи усули бирмунча эффектив. Стронгилид, анкилостомид гельмент личинкалари махсус усулда аниқланади. Стронгилоидоз ташхисида Берман ва Брунт усулидан, анкилостом ва некатор личинкаларини аниқлашда Харада – Мори усулидан фойдаланилади. Гельмент тухуми ва личинкалари (жигардаги) ўт йўлида, ошқозон ости беши ва 12 бармоқ ичкада, ўт суюқлиги ва дуоденал аралашмада аниқлаш мумкин.

ДАВОЛАШ:

Уткир даврида даво асосан десенсализацияловчи ва дезтоксикацияловчи воситаларга асосланган. Баъзи гельминтозлар оғир кечишида (трихинеллез, шистосомоз, жигар трематодозиди) кўрсатмага асосан, ёки химиотерапиядаги аллергияк асоратларни олдини олиш мақсадида глюкокортикоидлар қўлланилади. Одамда кўп миқдорда гельминтоз бўлганда специфик даво ўтказилади. Охириги 20 йиллар ичида токсиклиги кам ва юқори активликка эга гельментларга қарши препаратлар левомизол, тиабендазол, мебендазол, албендазол, медамин, пирантел каби дори воситалари амалиётга татбиқ этилган.

Трематодоз ва цестодозларда призиквантел кенг қўлланилади. Описторхоз, клонорхоз, паргонимозларда суткалик дозада 1 кг тана вазнига 75 мгдан 1 кун, шистосомозларда шаклига кўра 1 кг тана вазнига 40 мгдан 1 маҳал 60 мг 2 маҳал қўлланилади. Фасциолёзда препарат эффективлиги пастлиги сабаб триклабендазол тавсия этилади.

Ичак цестодозларида (дифиллоботриоз, тенидиоз) дегельментизациялаш празиквантелни 1 кг тана вазнига 20 мг, гименалипидозда эса худди шу доза 2 маҳал 10 кун интервал билан, церебрал цистецеркозда шу препарат суткалик дозаси ҳар кг тана вазнига 50 мгдан 3 маҳал 14 кун мобайнида. Ҳозиргача ларваль цестодоз, эхинококкоз, альвеококкозни специфик даво ишлаб чиқилмаган. Қўзғатувчини аниқлаган ҳолда комплекс даво чоралари қўлланилади.

Профилактикаси

Гельминтозлар профилактикасида беморда касалликнинг юзага чиқишига кўра комплекс чора – тадбирлар: уларни даволаш, ҳаёт тарзини яхшилаш, маиший хизматни яхшилаш, касаллик тарқалишининг олдини олиш, атроф – муҳитдаги қўзғатувчилардан сақланиш муҳим аҳамиятга эга.

Геогельминтозлар (аскаридоз, трихоцефаллез)нинг профилактикаси асосида санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш, тупроқда усадиган мева ва сабзавотларни ичимлик сувида ювиб истеъмол қилиш ётади.

Трихинеллез, тениаринхоз, тениоз профилактикаси асосида гўшт маҳсулотларидан зарарланишининг олдини олиш ётади. Эхинококкоз ва альвеококкоз профилактикасида қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари, итлар (чўпонлар, овчиларни) кундалик медицина кўригидан ўтказиш керак. Контакт йўли билан юкувчи гельминтозлар (энтеробиоз, гименолипидоз) профилактикасида қўзғатувчини ўтиш йўлини йўқотиш муҳим аҳамиятга эга, чунки бу икки гельмент болаларда ички органлар зарарланиши ва уларнинг иммун қобиляти пасайишига олиб келади.

