

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O`RTA MAXSUS TA`LIM  
VAZIRLIGI  
O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

“Tasdiqlayman”

O`quv va tarbiyaviy ishlari prorektori  
dots. Jarilkasinova G.J.

\_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 yil

**YUQUMLI KASALLIKLAR VA EPIDEMIOLOGIYA KAFEDRASI**

**YUQUMLI KASALLIKLARDA HAMSHIRALIK ISHI FANIDAN O`QUV-  
USLUBIY MAJMUASI**

**Oliy hamshiralik ishi fakulteti 2-kurs talabalari uchun**

**BUXORO – 2019**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**YUQUMLI KASALLIKLAR VA EPIDEMIOLOGIYA KAFEDRASI**

**YUQUMLI KASALLIKLARDA HAMSHIRALIK ISHI FANIDAN O'QUV-  
USLUBIY MAJMUASI**

Oliy hamshiralik ishi fakulteti talabalarining uchun mo'ljallangan

Bilim sohasi: 700000 - Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot  
Ta'lim sohasi: 720000 - Sog'liqni saqlash  
Ta'lim yo'nalishi: - Oliy hamshiralik ishi

Fanning nomi: yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi

**Tuzuvchi: t.f.n.dots. Mirzoeva M.R.**

**Taqrizchilar:**

**Xudoydodova S.G.** – Yuqumli kasalliklar va epidemiologiya kafedrası katta o'qituvchisi,  
t.f.n.

**Atoeva M.A.** – JSSST kafedrası katta o'qituvchisi, t.f.n.

## Annotatsiya

Ushbu o'quv uslubiy majmua yuqumli kasalliklarning oliy hamshiralik ishida asosiy klinik simptomlari, ularning tashhisot prinsiplari, qiyosiy tashhisot aspektlari, shoshilinch holatlarda tez yordam ko'rsatish choralari, shuningdek profilaktika asoslari (umumiy va maxsus) bilimlarini egallab olishga imkoniyat yaratadi. Bu o'z navbatida organizmning faoliyatini va uning atrof-muhit bilan muloqotini, chuqurroq tushunib etishga asos yaratadi.

Dastur tuzishda oliy hamshiralik ishida yuqumli kasalliklar fanini o'qitilishidagi xalqaro tajribalar, Umumjahon tibbiy ta'lim federatsiyasi tavsiyalari va O'zbekiston Respublikasida, aholining kasallanishi va nogironligi darajasini kamaytirilishiga, shuningdek erta o'limini oldini olishga ta'sir eta oladigan mutaxassislar tayyorlashni ko'zda tutgan, tibbiy ta'limning profilaktik yo'nalishini kuchaytirish kabi O'zbekiston Respublikasi Oliy tibbiy ta'limining rivojlantirish konsepsiyasi holatlari e'tiborga olingan.

***Yuqumli kasallikladr hamsiralik ishi*** – epidemik jarayonning qonuniyatlari va uni o'rganish uslublari, shuningdek alohida aholi guruhlarining yuqumli kasalliklar bilan kasallanishlarini oldini olish, kasallanish ko'rsatgichlarini kamaytirish va ayrim kasalliklarni butunlay tugatish maqsadida olib boriladigan epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar majmuasi va ularning hamshiralik jarayoni o'tkazilishini tashkil qilish haqidagi bilimlar tizimini o'rganuvchi fan bo'lib, talabalarda mutaxassislikka oid tafakkur va dunyoqarashni shakllantirishda katta ahamiyatga egadir.

## MA'RUZA MASHG'ULOTLARINING TA'LIM TEXNOLOGIYASI

**1-MAVZU: Mutaxassislikka kirish. Respublikada infeksiyon xizmat. Hisobot hujjatlari. Fekal-oral (A, E) va parenteral (V, S, D) yo'l bilan yuquvchi virusli gepatitlarda hamshiralik ishi .**

**1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-38 nafar
Mashg'ulot shakli	Kirish-axborotli ma'ruza.
<b>Ma'ruza rejasi:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot</li><li>2. Yuqumli kasalliklar shifoxonasining tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi.</li><li>3. Yuqumli kasalliklar haqida shoshilinch habarnomalarni to'ldirish.</li><li>4. Yuqumli kasalliklarning diagnostik printsiplari va laborator ko'rsatkichlari.</li><li>5. Virusli gepatitlar mavzusining dolzarbligi</li><li>6. Virusli gepatitlar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi</li><li>7. Klinikasi, klinik tasnifi</li><li>8. Tashxisoti, davosi va profilaktikasi</li></ol>
<b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b> yuqumli kasalliklarni amaliyot va nazarni o'rganishda ularga klinik tashxis qo'yishda oliy ma'lumotli hamshiralarni tayyorlash, ayrim yuqumli kasalliklarda uchraydigan tezkor holatlarda yordam berish, yuqumli kasalliklarning oldini olish choralarini o'rgatish.	
<b>Pedagogik vazifalar:</b> hozirda bizning regionda uchraydigan yuqumli kasalliklarni erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor	<b>O'quv faoliyati natijasi:</b> Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot beriladi. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayonini tashkil qilish. Yuqumli kasalliklar shifoxonasining tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi haqida to'xtalinadi. Yuqumli kasalliklar haqida shoshilinch habarnomalarni to'ldirish. Bemorlarni qabul qilishda bir tomonlama

holatlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, hamshiralik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarning oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarini o'rgatish.	yo'nalishning ahamiyati. Yuqumli kasalliklarda shoshilinch yordam. Bemorlarni qabul qilishda epidemiyaga qarshi choralar haqida ma'lumotlar beriladi. Kasallikning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo'llari va omillari, aholi moyilligi, patologik o'zgarishlarning Yuzaga kelishi omillari haqida to'xtalinadi. YUqorida aytib o'tilgan kasallik klinik tasnifi, klinik belgilari, a'zo va tizimlardagi o'zgarishlar OHI talabalariga mos holda aytib o'tiladi.
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, proektor, kompYuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

	Mashg'ulot borishi	Ajratilgan vaqt
1	Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot	10 minut
2	Yuqumli kasalliklar shifoxonasining tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi.	10 minut
3	Yuqumli kasalliklar haqida shoshilinch habarnomalarni to'ldirish.	20 minut
4	Yuqumli kasalliklarning diagnostik prinstiplari va laborator ko'rsatkichlari.	20 minut
5	Epidemiya zonasida ishlash tartibi va profilaktikasi.	10 minut
6	Yuqumli kasalliklarda shoshilinch yordam. Bemorlarni qabul qilishda epidemiyaga qarshi choralar.	10 minut
	Jami	80 minut

### Nazorat savollari:

Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot

Yuqumli kasalliklar shifoxonasining tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi.

Yuqumli kasalliklar haqida shoshilinch habarnomalarni to'ldirish.

Virusli hepatitlarning etiologik omili

Virusli hepatitlarning yuqish mexanizmi va yo'llari

Virusli hepatit Aning klinikasi, laboratoriyaviy tashxisoti

Virusli hepatit Ani davolash asoslari va oldini olish

Virusli hepatit Ening kechish xususiyatlari

Virusli hepatit Bning klassifikatsiyasi, klinikasi va tashxisoti

Virusli hepatit Vning davosi, profilaktikasi

Virusli hepatit Dning klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi

Virusli hepatit Cning kechish xususiyatlari

### MAVZU BAYONI

Yer yuzida yuqumli kasalliklarning rivojlanishi o'ziga xos tarixga ega. Qadimgi

davrlardan odamlarda kasallikning kelib chiqishi to'g'risida etarli tushuncha bo'lmagani sababli u empirik holdagi xalq tabobati bo'lgan. Lekin ko'pchilik aholi xalq tabobati (tabiblar, eshonlar, doylar, kinnachilar va h.k.) yordamida davolash asosan kasallikka emas, balki kasallik belgilariga qarshi qaratilgan edi. Keyingi davrlarda O'rta Osiyoda boshqa fanlar qatori tibbiyot fanining rivojlaniish kuzatiladi. Buning sababi, bir tomondan, aholi iqtisodiyotining va madaniyatining yuksalishi bo'lsa, ikkinchi tomondan, ko'p shaharlar orqali O'rta Osiyodan ipak yo'lining o'tishi bo'lgan. Qadimiy davrlardan Markaziy Osiyoda chechak o'ta xavfli kasallik hisoblangan. Bemor o'lmay tirik qolgan taqdirda ham kasallikning asoratlari qolgan. O'sha paytdayoq bu kasallikdan qanday saqlanish kerakligini odamlar bilishgan. Kasallikni engil boshidan kechirgan kishining ko'ylagini sog'lom kishiga kiydirishgan va chechak yarasining qobiqlarini bemor kishiga edirishgan. Sharqning e'tiborga loyiq allomalaridan biri Abu Bakr Muxammad ibn Zakariyo-ar Rozidir (850-923 yy.).

Uning tibbiyot sohasidagi e'tiborli ishlari uning chin chechak, qizamiq va boshqa yuqumli kasalliklar haqidagi ma'lumotlar "Chechak va qizamuq haqida kitob" ("Kitob al-judariy va-l-hasba") asarida o'z ifodasini topdi. Bu asarlarda olim birinchi marta chechak kasalligining oldini olish uchun sog'lom kishilarni bemorlarning chechak pufakchalaridan olingan suyuqlik bilan emlash haqida yozgan edi.

Buyuk alloma, tabib, faylasuf, tibbiyot osmonining quyoshi -Abu Ali ibn Sino 980 yil Buxoro yaqinidagi Afshona qishlog'ida dunyoga kelgan. Ibn Sino 17 yoshidayoq Buxoro xalqi orasida mohir tabib sifatida dong chiqaradi.

X asr o'rtalarida Xorazm shohi Ma'mun tomonidan «Maskani Fazilan» - «Akademiya» tuzilgan. Bu akademiya Ibn Sinoning ilmiy hayotida eng serqirra va samarali davr bo'lgan. Ibn Sino "Kitob-al-qonun fi-t-tibb"(Tib qonunlari") 1012-1013 yillarda Gurgonda yoza boshlaydi. Ibn Sino "Qonun"ni besh kitobga bo'lib, ularda inson anatomiyasi va fiziologiyasidan boshlab, kasallik belgilari, tashxisoti, davosi va kasalliklarning oldini olish choralarini batafsil bayon qilgan.

Respublikamiz hududida infektologiyaning rivojlanishida ilmiy tadqiqot institutlari (direktorlar Axmedova M.J., Musaboev E.I., professorlari Valiev A.G., Boboxo'jaev S.N.), tibbiyot Akademiyasi va institutlari yuqumli kasalliklar kafedralari (kafedra mudirlari Daminov T.A., Axmedova M.D., Qosimov I.A., Zokirxo'jaev A.X., Yarmuxamedova M.K., Yulchibaev M.R., Obloqulov A.R., Musaboev E. I., Ibodova G.A., Qurbonov A.B., Yusupov Sh.R. kafedra professorlari Komilov A.I., To'ychiev L.N.) xodimlari chuqur izlanishlar olib bormoqdalar.

"Infeksiya" so'zi lotincha so'z bo'lib, "ifloslanish" ma'no- sini bildiradi. Yuqumli kasalliklar - bakteriyalar, viruslar va sodda jonivorlar chaqiruvchi katta guruh kasalliklardir. Infektsion jarayon – mikroorganizm bilan makroorganizmning aniq sharoitlarda bir-biriga ta'sir qilib, kasallikning u yoki bu shaklini organizm darajasida namoyon qilishidir. Demak, yuqumli kasallikning rivojlanishi uchun avvalo organizmga patogen mikroob kirishi kerak.

Mikroorganizmlar asosan 3 guruhga bo'linadi:

a) saprofitlar; b) shartli patogen mikroblar; v) patogen mikroblar. Patogen mikroob organizmga teri, shilliq qavatlar, og'iz, yuqori nafas yo'llari orqali kiradi.

Mikroob bilan organizm o'rtasidagi murakkab munosabat turlicha yakunlanishi mumkin: 1.Mikroob makroorganizm himoya vositalari ta'sirida parchalanadi; 2.Mikroorganizm o'ziga qulay sharoit topib, qisman ko'payib, ma'lum bir darajada patologik jarayonni keltirib chiqaradi. 3. Patogen mikroob organizmda tez sur'at bilan ko'payadi va uning himoya kuchini engib, kasallikning manifest shaklini keltirib chiqaradi.

Umuman olganda, yuqumli kasallikning avj olishiga quyidagi omillar:

1) patogen mikroobning miqdori, virulentligi; 2) makroorganizm qarshiligi va chidamliligi; 3) tashqi muhit omillari hal qiluvchi o'rin egallaydi.

Yuqumli kasalliklar boshqa kasalliklardan quyidagi xususiyatlari bilan farqlanadi:

I. Har xil turdagi yuqumli kasalliklarni alohida turga mansub mikroorganizmlar chaqiradi. Qo'zg'atuvchilarning turiga qarab, yuqumli kasalliklar quyidagi guruhlarga bo'linadi:

bakterial, rikketsiyali, virusli, protozoyli, zamburug'li va boshqalar

II. Bemor o'z navbatida kasallik manbai bo'ladi va uni boshqalarga yuqtirishi mumkin. Buning asosida epidemik jarayon yotadi.

Epidemik jarayon - bu populyatsiya darajasida mikroor- ganizm va makroorganizmning bir-biriga ta'sir qilib, aniq sotsial va tabiiy sharoitlarda turli kasalliklarni keltirib chiqarishi demakdir.

Epidemik jarayon 3 ta zvenodan tashkil topgan: 1) kasallik manbai, 2) kasallikning yuqish mexanizmi va tarqalish yo'llari, 3) beriluvchan odamlar.

1) Kasallik manbai - qo'zg'atuvchining tabiiy ko'nimgoxi bo'lib, uning ko'payishi uchun xizmat qiluvchi ob'ektidir. Kasallik manbai: kasal odamlar, bakteriya tashuvchilar (rekonvalestsent, o'tkir, surunkali, tranzitor, sog'lom), kasal hayvonlar hisoblanadi.

2) Kasallikning yuqish mexanizmi va tarqalish yo'llari. Antroponoz kasalliklarda yuqishning 4 xil: najas-og'iz, havo-tomchi, transmissiv, maishiy muloqot mexanizmi mavjud.

Mexanizm 3 bosqichda amalga oshiriladi: a) Bemor najasi, siydigi, so'lagi va boshqa biologik muhitlar bilan mikroor- gani- zmlarning tashqariga chiqarilishi; b) Patogen mikrobn- ing tashqi muhitda saqlanib turishi; v) Sog'lom odam organizmiga kirishi.

3) Epidemik jarayonning 3-zvenosi bu yuqumli kasallikka odam organizmining beriluvchanligi. Bu albatta odam organizmning qarshiligi, chidamliligiga bog'lik. Qarshi kurash vositalari 2 guruhga bo'linadi: 1) nospesifik; 2) spetsifik.

Yuqumli kasalliklar yuqumliligi bilan bir-biridan farq- lanadi. Masalan: eng yuqumli kasalliklarga gripp, chinchechak, qizamiq, tounning o'pka shakli kabi kasalliklar kiradi.

Yuqumli kasalliklarga chalingan odamlarning ko'p yoki ozligiga qarab epidemiologik jarayonning turli xillari ajratiladi:

III. Yuqumli kasalliklarni boshqa ichki kasalliklardan keyingi farqi - bosqichliligidir. Kasallik yashirin, avj olish, orqaga qaytish, rekonvalestsentsiya bosqichlarida kechadi.

IV. Organizm boshidan yuqumli kasalliklarni o'tkazganidan so'ng kasallik qo'zg'atuvchisi (bakteriya, virus va h.k.) va uning zahariga qarshi immunitet hosil bo'ladi. Immunitetning ikki turi ma'lum: 1) tabiiy (tug'ma) immunitet va 2) orttirilgan immunitet. Orttirilgan immunitet bir tomondan aktiv va passiv, ikkinchi tomondan tabiiy va sun'iy bo'lishi mumkin.

### **Yuqumli kasalliklar tashxisot usullari**

Yuqumli kasalliklarni tashxislash asosan 3 bosqichda amalga oshiriladi: 1-klinik (sub'ektiv va ob'ektiv); 2-laboratoriyaviy; 3-instrumental. Yuqumli kasalliklarga chalingan bemorlarni tashxislashda birinchi bosqich muhim ahamiyat kasb etadi.

Sub'ektiv tekshirish bemor shikoyatlari, kasal va kasallik tarixini o'z ichiga oladi. Yuqumli kasalliklarda bulardan tashqari epidemiologik anamnez katta ahamiyat kasb etadi. Bemor shikoyatlari batafsil va faol ravishda yig'ilishi maqsad ga muvofikdir, chunki bemor ba'zi bir shikoyat larga (holsizlik, badan sarg'ayishi, darmonsizlik va boshqalarga) e'tibor bermaydi. Epidemiologik anamnezda vrach faraz qilayotgan kasallik turg'unlik davri davomida kasallik manbai bilan muloqot, u yoki bu oziq - ovqat mahsulotlari, suv iste'moli, teri va shilliq qavatlar butunligi buzilishi bilan boradigan muolajalarga e'tibor qaratishi lozim.

Ob'ektiv ko'rganda, xuddi boshqa fanlardagidek organ va tizmalar galma gal ko'zdan kechiriladi. Aksariyat bemorlarda teri va ko'rinarli shilliq qavatlarda o'zgarish namoyon bo'lishi e'tiborga olinib, diqqat bilan ko'zdan kechirilishi lozim. Terining

rangi toshgan toshmalar tavsifi (o'rni, toshish bosqichi, soni, harakteri), gemorragiyalar tavsifi va shilliq qavatlardagi o'zgarishlar (Filatov-Koplik, Mursu, enantemalar) tashxis qo'yishning asosi hisoblanadi.

Yuqumli kasalliklar klinik tashxislanib, laboratoriyaviy usullar bilan tasdiqlanadi. Qon, siydik va najasning umumiy tahlili tashxisot uchun muhim ahamiyat kasb etadi. Periferik qondagi har bir element o'zgarishi u yoki bu kasallikdan dalolat berishi mumkin. Diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklarda eritrotsit yoki gemoglobin miqdori oshishi, bakterial infeksiyalarda leykotsitoz, virusli infeksiya- larda leykopeniya, parazitlar kasalliklarda eozinofiliya, yallig'lanish jarayonida ECHT o'zgarishi kuzatiladi. Yuqori va davomli toksikozlarda va ba'zi yuqumli kasalliklarda siydikda oqsil, silindr, eritrotsitlar, bakteriyalar topilishi qayd qilinadi. Ichak infeksiyalarida najasning umumiy tavsifini o'zgarishi juda ahamiyatli. Bu kasalliklarda najas- ning makroskopik (hidi, shakli, patologik aralashmalar) va mikroskopik (hazm bo'lmagan ovqatlar, eritrotsit, gijja tuxumlari, sodda jonivorlar va h.k.) xususiyatlari o'zgaradi.

Yuqumli kasalliklarni tashxislashda bakteriologik tekshiruv asosiy o'rinlardan birini egallaydi. Bakteriologik tekshiruv uchun qon, siydik, najas, suyak ko'migi, rozeola, orqamiya suyuqligi kabi materiallar xizmat qiladi. Materiallar albatta steril sharoitlarda olinishi maqsadga muvofiqdir.

Yuqumli kasalliklarni tashxislashda invaziv (laparotomiya, laparoskopiya, rektoromonoskopiya tekshirish usullari) va noinvaziv (UTT, kompyuterli tomografiya, rengenoskopiya) usullar muhim ahamiyat kasb etadi.

#### **Yuqumli kasalliklarni davolash usullari**

Yuqumli kasallik bilan og'rikan bemorni davolash usullari etiologik va patogenetik jihatdan asoslangan hamda uning o'ziga to'g'ri keladigan bo'lishi kerak.

Kasallar rejimini davolovchi vrach quyidagi shartlarga ko'ra tayinlaydi: kasallikning og'irlik darajasi, yuqumli jarayon muddati, u yoki bu organ patologiyasining yaqqolligi, asoratlar paydo bo'lishi ehtimoli.

Rejim I – qat'iy yotoq rejimi. Bemorga o'tirish va turish ma'n qilinadi; bemorning parvarishi, ovqatlantirilishi va barcha tibbiy muolajalar bemorning to'shakdagi holatida amalga oshiriladi. Ba'zi yuqumli kasalliklarda qat'iy yotoq rejimini uzoq muddatga tayinlanadi (qorin tifi va toshmali tifda). Bemorga yotoq rejimi tayinlanganlik sababini, rejim buzilgandagi oqibatlarini tushuntirish va nazorat qilish kerak.

Rejim II – yarim yotoq rejimi. Bemor mustaqil hojatxona, muolaja xonasiga borishi mumkin, lekin bemor asosiy vaqtini to'shakda o'tkazishi kerak bo'ladi.

Rejim III – umumiy. Bemorning ahvoli yaxshi yoki qoniqarli bo'lganda, asoratlar paydo bo'lish ehtimoli bo'lmaganda buyuriladi. Bemorga o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish va oshxonaga boriishga ruxsat beriladi.

**Bemorlarni ovqatlantirish.** Bemorlarni ovqatlantirish yuqumli kasallikning rivojlanishi xususiyati hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Ovqat etarli darajada kaloriyali bo'lishi va organizmning oziqa moddalar, suyuqlik va vitaminlarga bo'lgan ehtiyojini qondirishi kerak. Bemorlarni va tuzalayotganlarni kuniga 4 mahal va ma'lum vaqtda ovqatlantiriladi. Og'ir ahvoldagi bemorlarni kuniga 6-8 mahal klinik portsiyalar bilan ovqatlantiriladi.

Parhez ovqat - bu bemor kishi iste'mol qiladigan ovqat bo'lib, uning kasalligiga qilinadigan kompleks (umumiy) davoning ajralmas qismidir. Parhez ovqat organizmning oziq moddalarga bo'lgan barcha ehtiyojlarini hammadan ko'ra yaxshiroq ta'minlaydigan qilib tayyorlanadi (pishiriladi). Shu bilan birga ovqatning hajmi, tarkibi, qanday qilib pishirilishi va kuniga necha mahal berib turilishi katta ahamiyatga ega. Parhez ovqatlanish odatda, ma'lum vaqtgacha, ya'ni bemorning umumiy ahvoli yaxshilanguncha buyuriladi, so'ngra bemor odatdagicha taomlar bilan ovqatlanishga o'tadi.

Parhez ovqatlanish - bu oziq moddalarga fiziologik ehtiyojni qondirish va kasallikning kechishiga terapevtik ta'sir qilish uchun ovqatlanishdir. Davolovchi ovqatlanishni turli



kasalliklarni kompleks davolashda qo'llash lozim. Sog'liqni saqlash muassasalarida ishlayotgan bakalavr darajasidagi mutaxassis tibbiy hamshira davolash maqsadlaridagi ovqatlanish asoslarini bilish lozim. Parhez ovqatlanishda eng avvalo kasallangan a'zoni kimyoviy va mexanik avaylash, bir mahsulotning boshqasiga almashinishi yoki bemor organizmiga zarur oziq moddalar kiritilishi nazarda tutiladi.

**Medikamentoz davolash.** Bemorlarni medikamentoz davolash majmuasi kasallikning etiologiyasi va patogenezini, bemor ahvolidagi individual tahlili, bosqichning immunologik xususiyati va yuqumli kasallikning og'irlik darajasi, asoratlar bor-yo'qligi va yo'ldosh kasalliklarni hisobga olgan holda olib boriladi.

Kompleks davolashining asosiy yo'nalishlaridan biri etiotrop ya'ni kasallik qo'zg'atuvchisiga ta'sir ko'rsatishdir. Bu maqsadda antibiotiklar, ximio-preparatlar va protozoalarga hamda viruslarga qarshi preparatlar qo'llanadi.

Viruslar-hujayra ichi paraziti hisoblanadi. Makroorganizmning hujayrasini shikastlamasdan virusga ta'sir ko'rsatishni iloji yo'q. Aksariyat hollarda virusga qarshi preparatlar samarasiz bo'lsada, nojo'ya ta'sirlari juda ko'p.

Virusga qarshi vositalarning quyidagi guruhlari amaliyot uchun keng qo'llaniladi:

1) Grippga qarshi preparatlar; 2) gerpetik infeksiya va sitomegalovirusli infeksiyaga qarshi preparatlar; 3) odam immun-tanqislik virusiga qarshi preparatlar; 4) keng ta'sir doirali preparatlar (interferonlar, interferenogenlar).

Interferenogenlar-endogen interferonlarni ishlab chiqarilishini ta'minlaydigan vositadir. Amaliyotda interferenogenlarning tabiiy (gazolidon, ligatsin, larifon, ridotsen) va sintetik (tsikloferon, neovir, poludan, amiksin) preparatlari keng qo'llaniladi.

#### **Yuqumli kasalliklar profilaktikasi**

Yuqumli kasalliklarning rivojlanishi, odamlar orasida tarqalishi, avvalo kishilik jamiyatining ijtimoiy - iqtisodiy rivojlanishiga, aholining turmush tarziga bog'liqdir. Asrlar o'tishi bilan jamiyatda yuz bergan o'zgarishlar bilan bir qatorda yuqumli kasalliklarda ham evolyutsion jarayon sodir bo'lgan. Hozirgi vaqtda yuqumli kasalliklarning ham yangi xillari vujudga keldi. Masalan: virus qo'zg'atadigan OITS kasalligi 1980 yillarning boshida 1-marta aniqlandi. Ikkinchi tomondan profilaktik chora-tadbirlar o'z navbatida er yuzida yuqumli kasalliklar manzarasini o'zgartiradi.

Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashda amalga oshiriladigan chora-tadbirlar ikkiga: umumiy va maxsus choralar bo'linadi

Umumiy chora tadbirlar davlat tomonidan amalga oshiriladi. Bunda aholi turmush tarzini yaxshilash, odamlarning ishlash va dam olish sharoitlarini qulaylashtirish, uy-joy sharoitini yaxshilash kabilar ko'zda tutiladi.

Maxsus profilaktik choralar sog'liqni saqlash organlari tomonidan amalga oshiriladi. Zarur bo'lganda boshqa tashkilotlar (veterinariya xodimlari, qishloq xo'jalik tashkilotlari) ishtirok etadi.

Profilaktika choralari 3 yo'nalishda olib boriladi:

1. Infeksiya manbaini zararsizlantirish; 2. Kasallikning yuqish yo'llarini qirqish; 3. Odamlarda yuqumli kasalliklarga qarshi immunitetni hosil qilish.

Infeksiya manbaini zararsizlantirish uchun bemorni tezda kasalxonaga joylashtirilib, uning organizmidagi patogen mikroblarni yo'qotish choralari ko'riladi. Bakteriya tashuvchilar sanatsiya qilinadi. Bemor foydalangan buyumlar, idish-tovoqlari, kiyim-kechaklar, u yotgan xona dezinfeksiya qilinadi. Bemor butunlay sog'aygach, bakteriologik tekshiruvlarda manfiy natija olingandan so'ng kasalxonadan chiqariladi.

Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashishda immunoprofilaktika muhim ahamiyat kasb etadi. Infeksiyon kasalliklarga qarshi kurashishda erishilgan muvaffaqiyatlar aynan emlash ishlariga bog'liq bo'lib, ular asosida ba'zi infeksiyalarni yo'qotish istiqboli tuziladi. Chinchekning muvaffaqiyatli batamom yo'qotilishidan so'ng boshqa yuqumli kasalliklarga chalinishni kamaytirish yoki ularning eliminatsiyasini ta'minlash imkoni tug'ildi.

O'zbekiston Respublikasida majburiy va rejali tarzda sil kasalligi, poliomielit, difteriya, ko'kyo'tal, qoqshol, B virusli gepatiti, qizamiq, qizilcha va tepkiga qarshi emlanadi. Respublikada 1995 yildan beri poliomielit qayd qilinmaydi. 2001 yilga nisbatan 2011 yilda 2-yoshgacha bolalar orasida B virusli gepatiti bilan kasallanish 30 baravarga kamaydi.

Faol immunitet hosil qiladigan birinchi guruh preparatlariga quyidagilar kiradi:

- Tirik korpuskulyar vaktsinalar bakteriya yoki viruslarning virulentligi pasaytirilgan, lekin immunogenligi yuqori bo'lgan tirik shtammlari (korpuskulalari) bo'lib, ulardan silga qarshi vaktsina (BTSJ), poliomielit (OPV), qizamiq, quturish, tulyaremiya, qizilcha, epidemik parotitga qarshi vaktsinalar keng tarqalgan.
- O'ldirilgan korpuskulyar vaktsinalar isitish yoki turli kimyoviy moddalar (formalin, spirt, atseton) yordamida o'ldirilgan bakteriya yoki viruslarning shtammlari bo'lib, ko'kyo'talga qarshi (AKDS vaktsinasining komponenti), qorin tifi, vabo, leptospiroz, kanali entsefalitga qarshi vaktsinalar bularga misol bo'la oladi.
- Anatoksinlar alyuminiy gidroksidida depolangan inaktivatsiyalashtirilgan zararsiz toksinlar bo'lib, ularni ko'p marotaba teri ostiga yuborish mumkin. Rejali immunizatsiyalarda: birlamchi vaktsinatsiya, revaktsinatsiyalarda uzoq muddatli, kuchli anatoksik immunitet hosil bo'ladi. Amaliyotda difteriya va qoqsholga qarshi stafilokokkozga qarshi anatoksinlar qo'llaniladi.

Antigen kombinatsiyasi saqlagan assotsiirlangan vaktsinalar AKDS, ADS, ADS-M, qizamiq-parotit-qizilcha vaktsinasi va boshqalar amaliyotga qo'llanilayapti. Ba'zi vaktsinalar (B gepatitiga qarshi DNK rekombinant vaktsinasi) gen-injeneriya yo'li bilan olinadi.

Ikkinchi guruhga immun davolash-profilaktika maqsadida ishlatiladigan zardoblar yoki ulardan ajratib olinadigan immunoglobulinlar kiradi. Bu antitelolar yuborilgandan so'ng qisqa muddatli nafaol immunitet hosil bo'lishini ta'minlaydi. Zardoblar olinishiga qarab, gomologik (odam qon zardobidan tayyorlangan) va geterologik (hayvon qonidan) preparatlarga bo'linadi.

Amaliyotda qoqshol, botulizm, difteriya, gripnga qarshi zardoblar, shuningdek qizamiq, quturish, kanali entsefalitga qarshi gamma-globulinlar qo'llaniladi.

Uchinchi guruhga yuqumli kasallik qo'zg'atuvchilarining ko'payishini ingibirlovchi yoki ularga litik ta'sir qiladigan biopreparatlar kiradi, ularni bakteriofaglar (qorin tifi, shigellez, salmonellyoz, stafillokokk) tashkil qiladi.

O'zbekistonda emlash kalendari 09.02.2009 yilda № 0239-07 buyruq bilan tasdiqlangan. Sanitariya-me'yorlari qoidalari, gigienik me'yorlarga rioya qilmaslik qonun tomonidan nazorat qilinadi.

**Profilaktik emlashlar kalendari**  
SanQvaM № 0239-07 09 fevral 2009 y

Yoshi	Emlash nomi
1 sutka	VGB 1
2-5 kun	BTSJ silga qarshi OPV-O poliomielitga qarshi
2 oylik	Difteriya, qoqshol, ko'kyo'talga qarshi AKDS-1, OPV-1, VGB-2, XIB-1
3 oylik	AKDS-2, VGB-3, XIB-2, OPV-2
4 oylik	AKDS-3, VGB-4, XIB-3, OPV-3
12 oylik	QPQ-1
16 oylik	AKDS-4 OPV-4
6 yosh	QPQ-2

7 yosh (1-sinf)	ADS-M-5 OPV-5 BTSJ-2
14-15 yosh (8-sinf)	BTSJ-3
16 yosh	ADS-M-6

Immunoprofilaktikaga javobgar shaxslar (vrach-immunolog, emlash xonasi hamshirasi, patronaj hamshira hamda oilaviy poliklinika va QVP katta hamshiralari) vazifalari O'zbekiston respublikasi SSV 09.02 2009 yilda chiqarilgan №0239-07 raqamli SanQvaMda o'z aksini topgan.

Virusli gepatit - umumiy yuqumli kasallik bo'lib, asosan jigarining zararlanishi, hamda umumiy zaharlanishi belgilari bilan ifodalanadi.

Virusli gepatit (VG) so'zi o'z ichiga bir necha mustaqil kasallik turlarini oladi, bular: virusli gepatit A, virusli gepatit B, delta gepatiti, virusli gepatit C, virusli gepatit E larni o'z ichiga oladi. JSST gepatit bo'yicha tadqiqotchilar qo'mitasining qaroriga binoan (1996), ko'p davlatlarda, jumladan bizda ham bu kasallikni umumlashtiruvchi atamasi virusli gepatitlar, hamda ularning turlari - gepatit A, gepatit B, gepatit C, gepatit D va gepatit E nomlari qabul qilingan.

### **Virusli gepatit A**

Virusli gepatit A – pikanoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan najas-og'iz mexanizmi orqali yuquv-chi, klinik jigar bioxizmi buzilishi bilan tavsiflanadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Virus A (NAV)- o'zida RNK saqlovchi, juda mayda (25-28 nm) sferik bo'lakchadan iborat bo'lib, o'zining ko'p fizikaviy va kimyoviy xossalarga ko'ra enteroviruslar guruhiga yaqin turadi. A virus faqat bir xil antigen saqlaydi. Bu antigen uning tashqi qobig'i bilan bog'liq bo'lib, oqsilli xossaga ega. Zikr etilayotgan antigen o'zi alohida, virusdan ajralgan holda uchramaydi. U faqat virus bilan birga (jigar hujayra plazmasi, qon zardobi va boshqalarda) uchraydi. Bemor organizmida bu antigenga qarshi ikkita antitelo (anti HAVIgM, anti HAV IgG) ishlab chiqariladi. IgM anti VGA klinik ko'rinishning boshlang'ich davrida paydo bo'ladi va 6 oy muddatda saqlanadi. Bu VGA tashxisotining asosiy markyori bo'lib hisoblanadi. IgG anti VGA kasallikning tuzalish davrida paydo bo'la boshlaydi. Bemor organizmida umrining oxirigacha saqlanadi va immunitet ko'rsatkichi hisoblanadi.

Bu virus bevosita to'qimani emirish xususiyatiga ega. Virus - 20°C da muzlatilganda 2 yil, - 60°C da qizdirilganda 4 soat saqlanadi. 100°C da qaynatilganda (qizdirilganda) 5 min. davomida o'z faoliyatini mutlaqo yo'qotadi. Ultrabinafsha nurlar ta'sirida 1 minutda parchalanadi. Xlorli dezin- fektsiyalovchi moddalarga juda sezuvchan. Virus kasallikning yashirin davrining oxirlaridan boshlaboq, bemor qoni va najasida topila boshlaydi.

**Epidemiologiyasi.** Bemor odam va ayniqsa kasallikni engil bilinar-bilinmas belgilar bilan yoki klinik belgilersiz o'tkazayotgan shaxslar, kasallikning asosiy yuqtirish manbai bo'lib xizmat qiladi. Virusli gepatit kasalligida sariqlik alomati bemorlarning faqat 1/3, hatto 1/4 qismidagina uchraydi. Ko'pchilik davlatlar aholisi tekshirilganda 40 yoshdan yuqori odamlarning 28-97% ning qonida A virusiga qarshi antitelolar topilishi fikrimiz dalilidir. Demak mutloq ko'pchilikda xastalik engil, oyoq ostida o'tkazilib, tashxis aniqlanmay qoladi va bunday bemorlar kasallik tarqatuvchi asosiy manba bo'lib qoladilar. Virus asosan bemorning najasi orqali ajraladi. Eng ko'p ajralishi yashirin davrning oxiri va kasallikning boshlang'ich (sariqlik paydo bulgunga qadar) davrida kuzatiladi. Shuning uchun ham bu davrda bemorlar atrofida uchun o'ta xavfli hisoblanadilar. Ko'pchilik xollarda virusni najas orqali ajralishi sariqlik davrining birinchi haftasida to'xtaydi. Qonda esa virus yuqqandan keyin, ikki haftadan keyin paydo bo'ladi va sariqlik davrining to birinchi kunlarigacha mavjud bo'ladi. Boshqa ajralmalarda (siydik, so'lak va boshqalar) A virusi topilmaydi. Kasallik odamga asosan og'iz orqali (virus bilan ifloslangan qo'l, idish-tovoq, ovqat, suv va boshqalar) yuqadi. A virusiga nisbatan immuniteti bo'lmagan (ya'ni A gepatit bilan ilgari og'rimagan) shaxslarda bu virusga nisbatan beriluvchanlik mutlaqo yuqoridir.

Virusli gepatitni boshdan kechirgandan keyin hosil bo'ladigan immunitet uzoq muddatgacha va hatto umr bo'yi saqlanishi mumkin.

Asosan 4-15 yoshgacha bo'lgan bolalarning kasallanishi, kasallanishning kuz va qish fasllarida, hamda davriy har 3-5 yilda epidemik ko'tarilishi, kasallikning virus tashuvchanlikka o'tmasligi, surunkali ko'rinishda bo'lmasligi gepatit Ani ifodalovchi asosiy belgilar hisoblanadi

**Patogenezi.** Virusning a'zoga tushishi asosan og'iz orqali sodir bo'lib, bu bosqichda organizmda hech qanday o'zgarish sezilmaydi. Ikkinchi va uchinchi bosqichlarda oshqozon va ichak epitelial to'qimalarida distrofik, hamda nekrobiotik o'zgarishlari, ichak limfa tugunlarida yallig'lanishlar bilan birga immunomorfologik o'zgarishlar bo'lsa ham, ammo klinik belgilar namoyon bo'lmaydi. Birlamchi virusemiya davrida esa virus qon orqali jigarga va boshqa parenximatuz a'zolarga tushadi va umumiy zaharlanish sodir bo'ladi, ya'ni kasallikning boshlang'ich klinik belgilari namoyon bo'ladi. Gepatitning A virusi V virusidan farqli o'laroq jigar hujayrasini to'g'ridan to'g'ri zararlantirish qobiliyatiga ega. Shuning uchun ham jigar hujayrasida bo'ladigan distrofik hamda nekrobiotik o'zgarishlar tezroq sodir bo'ladi.

Gepatitning A virusi kuchli immunogen xossaga ega bo'lmaganligi uchun kasallikning birinchi kunlaridanoq limfotsitlarni ko'zg'atib, antitelolar ishlab borib, sariqlik davrining 2-3 haftasida bemor organizmi virusdan forig' bo'ladi.

**Klinikasi.** Kasallik kechimini ifodalovchi bir qancha tansiflar mavjud. Bugungi kunda quyidagi tansif keng qo'llanilmokda. U gepatitning barcha turlariga bir xil taaluqlidir.

Virusli gepatitlar tasnifi:

A. Etiologiyasi bo'yicha:

- a) O'tkir virusli gepatit A; b) O'tkir virusli gepatit B;
- d) O'tkir virusli gepatit E; c) O'tkir virusli gepatit C;
- e) O'tkir virusli gepatit delta (ko-infeksiya, super-infeksiya).

Mikstinfeksiya

B. Klinik belgilarning rivojlanishi bo'yicha:

Manifest: sariqli, sariqsiz, sariqli xolestatik komponentli, xolestatik;

Latentno'e: subklinik, inapparant

c. Davomiyligi bo'yicha: a) o'tkir; b) cho'zilgan.

d. Kasallikning kechish og'irligii:

- a) engil; b) o'rtacha og'ir; c) og'ir; d) o'ta og'ir, yashinsimon.

Virusli gepatit A kechishida yashirin, boshlang'ich, sarg'ayish (yoki kasallikning avj olgan davri), kasallikning belgilarini orqaga qaytish va rekonvaletsent (kasallikdan tuzalishi) davrlari kuzatiladi.

Yashirin davrining davomiyligi 14-50 kunning tashkil qiladi. Kasallikning boshlang'ich davri. Kasallik odatda to'satdan o'tkir yoki asta-sekin boshlanadi. Ko'pchilik bemorlarda xastalik xuddi grippga o'xshab rivojlanadi: bemorning a'zoyi badani zirqirab og'riydi, lohas bo'ladi, boshi og'riydi, tumov bo'ladi. (yo'taladi, burnidan suv oqadi, ba'zan aksiradi), tomog'i qurib, achishadi. Kasallik kattalarga nisbatan bolalarda ko'prok grippsimon boshlanadi. Ko'pincha bolalar bu davrida 3-5kun isitmalaydi. Bunda tana harorati 39-40°C gacha ko'tariladi, boshi og'rib, holsizlanadi, ammo yuqorida aytilgan tumov alomatlari kuzatilmaydi, bu holat ko'pincha vrachlarni qorin tifi to'g'risida o'ylashga undaydi.

Ko'pchilik bemorlarda kasallik shiddatli dispeptik alomatlar bilan boshlanadi. Bemorning ishtahasi pasayadi (ba'zan mutlaqo bo'lmaydi), og'zi qaqla bo'lib qoladi, ko'ngil ayniydi, ba'zan qayt qiladi, qabziyat kuzatiladi yoki aksincha ichi suradi. Bulardan tashqari, qorin qapchiydi, me'da sohasida hamda jigar sohasida og'irlik, ba'zan og'riq seziladi, jigari kattalashadi.

Ba'zida gepatitning bu davri astenovegetativ sindromi alomatlari bilan kechadi. Bunda bemor juda lohas bo'ladi, kundan kunga tinka madori quriydi. Ish qobiliyati pasayadi, atrof muhitga mutlaqo befarq bo'lib qoladi. Bemor bosh og'rishi va bosh aylanishidan shikoyat

qiladi. Salga jahli chiqib, qizishadigan, bo'lar-bo'lmasga yig'laydigan bo'lib qoladi, yaxshi uxlay olmaydi, kayfiyati tushib ketadi. Bu sindrom ham o'zi kamdan-kam uchraydi, bunday holatlarda kasallikni aniqlash juda ham mushkul bo'ladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida ertaroq tashxis qo'yish uchun bizga laboratoriya usullari yordam beradi. Jumladan, bemor qonida oq qon tanachalari bir oz kamayadi (leykopeniya), qon zardobi tarkibida jigar to'qimasining jarohatlan- ganligini ko'rsatuvchi fermentlar (ayniqsa, AlAT, AsAT) faolligi ancha ortadi. Bu davrning oxiriga kelib sarg'ayishga sabab bo'luvchi pigmentlar (bilirubin) miqdori orta boshlaydi.

Gepatit A ning boshlang'ich davri bolalarda o'rta hisobda 5-7 kun, kattalarda 1-2 kun davom etadi. Bu davr oxirida bemor siydigi to'q jigar rangga aylanadi (pivo rangiga o'xshaydi). Najasi rangsizlanib, limonsimon tus oladi. Shundan keyin sarg'ayish davri boshlanadi.

### **Virusli hepatit B**

Virusli hepatit B - gepadnoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan parenteral va jinsiy yo'l bilan yuquvchi klinik jigar bioximizmi buzilish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallik bo'lib, ayrim hollarda O'JE bilan asoratlanadigan, surunkali tus oladigan yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Virusli hepatit B qo'zg'atuvchisini birinchi bo'lib 1965 yil B.S. Blumberg Avstraliya aborigeni qonidan ilk bor noaniq oqsil ajratib oldi, unga "Avstraliya antigeni" deb nom berdi. HBV ning boshqa virusli hepatit qo'zg'atuvchilardan farqi: o'zida RNK emas, balki DNK saqlaydi. HBV o'zining ultratizimi bilan biron bir va boshqa taksomonik DNK guruhli viruslar (poksviruslar, adenovirus, apovaviruslar) ga to'g'ri kelmaydi.

Gepatit B virusining HBsAg, HBeAg, antiHBs, antiHBe, IgM anti HBc tashxisiy markyorlari tafovut qilindi. Bu antigen va antitelolar HBV ning spetsifik kompleksli markyori hisoblanib, bular diagnostik, epidemiologik, prognostik ahamiyatga ega. Virus tashqi muhitga juda chidamli. 20°C da muzlatilganda ko'p yillar davomida saqlanadi. Avtoklavda 180°C gacha qizdirilganda 60 min, quruq bug'da yoki 60°C gacha qizdirilganda 4 soatgacha, 100°C issiqlikda esa 30-40 min o'z xususiyatini saqlaydi. Virus o'z faolligini 3-5% fenol eritmasi ta'sirida to'liq va 3% xloramin eritmasi ta'sirida qisman yo'qotadi.

**Epidemiologiyasi.** Bemor yoki virus tashuvchi shaxs kasallik tashuvchi manbai bo'lib xizmat qiladi. Bemorlar kasallikning boshlang'ich va hatto yashirin davrida, kasallik alomatlari ko'rinishidan 2-8 hafta oldindan, epidemiologik jihatidan juda xavfli hisoblanadilar. Kasallik tarqatuvchi asosiy manbai ayniqsa, xastalikning subklinik, noaniq, sariqsiz hamda surunkali kechirayotgan bemorlar yoki surunkali virus tashuvchi (qonida 6 oy va undan ortiq vaqt davomida HBsAg aniqlangan) shaxslardir. Bunday shaxslarning donor bo'lishlari mutlaqo yo'l qo'yib bo'lmaydigan holdir. Chunonchi B virus butun kasallik davomida va bemor sog'aygandan keyin ham ancha vaqtgacha (ba'zan hatto umrining oxirigacha) qonda saqlanadi, ya'ni virus qonda, qon zardobida va qondan tayyorlangan boshqa davo preparatlarida o'zining yuqumlilik xususiyatini ko'p yillar saqlab qoladi. Virus nafaqat qon, balki bemorning so'lagi, siydigi, najasi, shahvati, ko'z yosh suyuqligi, qin ajralmasi va boshqa ajralsalar orqali ajralib turadi. Ayniqsa zararlangan qon ajratmalar orqali va shahvat xavfli hisoblanadi.

Asosiy yuqish mexanizmi parenteral (tibbiy muolajalar yo'l hisoblanadi) va qon preparatlari (qon zardobi, eritrotsitar massa) quyilganda yuqtiriladi.

B hepatitning tabiiy yuqish yo'llaridan yana biri onadan bolaga tug'ruq vaqtida yuqishidir. Kasallikning asosiy yuqish yo'llaridan yana biri jinsiy yo'ldir. Epidemiologik vaziyat nisbatan yaxshi bo'lgan, rivojlangan mamlakatlarda jinsiy yo'l katta ahamiyat kasb etadi. Virusli hepatit B ni boshdan kechirgandan so'ng hosil bo'ladigan imunitet uzoq muddatgacha va hatto umr bo'yi saqlanishi mumkin, qayta og'rish kamdan-kam uchraydi.

**Klinikasi.** B hepatitining yashirin davri 45 kundan 180 kungacha, o'rtacha 60-120

kun. Bu davrda kasallik alomatlari sezilmasada, davr oxiriga kelib bemor jigarida va qonida ancha o'zgarishlar bo'ladi. Qonda aminotransferaza (AlAT, AsAT) fermentlarining faolligi oshadi, hamda ko'pchilik bemorlar qonida HBsAg aniqlanadi.

Kasallikning boshlang'ich davri. Virusli gepatit B da kasallik belgilari asta-sekin rivojlanib boradi, A gepatitga nisbatan B gepatitda xastalik ko'proq dispeptik va asteno-vegetativ sindromlar bilan rivojlanadi va bu belgilar kuchliroq namoyon bo'ladi. Taxminan 20-30% bemorlarda kasallik bo'g'imlardagi og'riq (ko'proq yirik bo'g'imlarda) bilan boshlanadi. Og'riq ko'pincha tunda, tong paytida bezovta qiladi va haftalab, ba'zan esa sariqlik davrida ham davom etishi mumkin.

Bemorlarning taxminan 10% ida teri qichishadi. Kasallikning bu davrida bemorning kundan kunga xoli qurib, salga charchashi, mehnat qobiliyatining pasayishi, ishtahasini pasayishi asosiy belgilar hisoblanadi. Aytib o'tilgan sindromlar sof holda kelmaydi, ko'proq aralash holda uchraydi, kuchliroq namoyon bo'ladi va ko'pchilik belgilar hatto sariqlik davrida ham davom etadi.

Bemor kuzatilganda bo'shashgan, holsiz, tili karashlagan, qorni biroz og'riqli, jigari, ba'zan esa talog'i ham kattalashgan bo'ladi.

Bemorning qonida va siydigidagi bo'ladigan klinik hamda biokimyoviy o'zgarishlar gepatit A da keltirganimizdek bo'ladi. Bulardan tashqari B gepatitda ko'pchilik bemorlar qonida HBsAg aniqlanadi.

B gepatitda boshlang'ich davri 1-2 kundan 3-4 xaftagacha cho'ziladi. A gepatitga nisbatan 5-6 kun ko'proq davom etadi.

Ayrim bemorlarda gepatitning boshlang'ich davri belgilari mutlaqo bo'lmasligi mumkin. Bunday bemorlar kasal bo'lib qolganlarini ko'z oqi sarg'ayganda yoki siydik rangi o'zgarganida payqaydilar.

Sarg'ayish davri. B gepatitda nisbatan uzoq davom etadi, klinik belgilari kuchsiz va to'la nomoyon bo'ladi, sariqlik 2-3 xaftagacha avj olib boradi. Bemorlar uzoq vaqtgacha holsiz, bequvvat bo'ladilar, ishtahalari yo'qoladi, ko'ngil aynishi hadeb qayd qilaverishdan shikoyat qiladilar. Ko'pchilik (20%) bemorlar terisi qichishadi.

Bemorning o'ng qovurga osti va qorinning yuqori qismi paypaslab ko'rilganda og'riq sezadilar. Jigar, ba'zan taloq ham kattalashgan biroz qattiqlashgan va og'riqli bo'ladi.

Qonda leykopeniya (ba'zan normal miqdorda) ayrim hollarda limfotsitoz va monitsitoz kuzatiladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi (ECHT) kasallik avjida sekinlashib (2-4 mm/soat), sariqlikning kamayishi davrida esa ortib ketadi (16-24 mm/soat) va keyinchalik normallashadi.

Qonda bilirubin miqdorining ortish darajasi, hamda jigarning oqsil sintezlash faoliyatining buzilish darajasi kasallikning og'ir yoki engil kechishiga nisbatan mutanosiblik kuzatilsada, fermentlar (AlAT va AsAT) faolligining ortishiga bunday mutanosiblik ko'rilmaydi. Kasallik og'ir kechganda sulema sinamasi ko'rsatkichining va  $\beta$ -LPlar miqdorining keskin kamayishi kuzatiladi. A gepatitlardan farqli o'laroq, B gepatitda timol sinamasi ko'rsatkichi odatda o'zgarmay qoladi.

Sog'ayish davri. Sog'ayish jarayoning asta – sekinlik bilan borishi zardob gepatitiga xosdir. Sariqlikning yo'qolishi, jigar hajmining asliga qaytishi, qondagi biokimyoviy o'zgarishlarning normaga kelishi va boshqalar gepatit A ga nisbatan ancha sekinlik bilan sodir bo'ladi. Jigar faoliyatini belgilovchi ko'rsatkichlardan bilirubin miqdori (boshqa ko'rsatkichlarga nisbatan) tezroq, AlAT faolligi esa sekinroq normallashadi.

B gepatiti og'irroq va davomli bo'ladi. Kasallikning og'ir turi gepatit B da gepatit A ga nisbatan 6-10 marta ko'p uchraydi. Shu bilan birga kasallikning engil kuzatilishi hamda bemor badani sarg'aymasdan kechadigan turlari ham kuzatilishi mumkin.

Kasallik og'ir kechganda ba'zan u asoratlanib, o'tkir jigar entsefalopatiyasi (O'JE) rivojlanishi, hatto o'lim bilan yakunlanishi mumkin. B gepatitining o'ta og'ir – fulminant turi kam uchraydi. Chunonchi u asosan 2 xil virus – B virusi hamda delta viruslar birgalikda uchraydigan hollarda sodir bo'ladi.

**Tashxisoti.** Virusli gepatitlar tashxisi klinik-epide-miologik qo'yilib, laboratoriyaviy tasdiqlanadi. Laboratoriyaviy tashxisot usullarini ikkiga bo'lish mumkin: a) umumklinik va biokimyoviy; b) xususiy tashxisot usullari.

VGB ning umumklinik va biokimyoviy tekshiruv usullari xuddi VGA nikidek. Virusli gepatitlar qo'zg'atuvchisining antigen va antitelolari chuqur o'rganilib, ularni qon zardobi va boshqa biologik muhitlarda aniqlash takomillashtirilmokda. XX asrning oxirida virusli gepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli B gepatitida HBsAg, HBeAg, antiHBe, IgMantiHBs aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo'shimcha virusning DNK si aniqlanadi.

**Davosi.** Virusli gepatit B ning patogenetik (dori-darmonli, dori-darmonsiz) davolash xuddi VGAnikidek. Kasallikning kechim og'irligi hamda asoratlarini inobatga olib quyidagilar qo'shimcha qilinadi

1. Virusli gepatitlarning o'tkir shakllarda glyukokortikoidlarni qo'llash masalasida alohida to'xtalish lozim. Uzoq yillar mobaynida klinik, morfologik immunologik tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, bu preparatlar o'tkir virusli gepatitda nafaqat infeksiyon jarayonni uzib qo'yadi, balki sog'ayish jarayonini cho'zadi, zo'riqishlar yuzaga kelishiga olib keladi. Qon zardobida HBsAg, anti HBe, antiHBc, DNK aniqlanaveradi

2. Bemorlarga xastalik tufayli yuzaga kelgan immunotaqchillikni bartaraf qilish maqsadida immunomodulyatorlar (mielopid, taktivin, timolin, immunomodulin) buyuriladi.

3. VG ning gemorragik sindrom bilan asoratlangan shaklida 5 yoki 10%li aminokopron kislotasi, 12.5% ditsinon, vikasol va kaltsiy preparatlari DVS sindrom yuzaga kelganda esa antikoagulyant-geparin buyuriladi.

4. Virusli gepatitlarning og'ir shakllarida ammiak birikmalarini qondan chiqarish maqsadida Gepa-merts (ornitinin) vena ichiga infuzion eritmalar bilan birga buyuriladi.

5. Kasallikning og'ir shakllarida parhezda go'sht mahsulotlarini kamaytirish, GKS preparatlarini buyurish organizmga parenteral oziqlantiruvchi preparatlar (gepasol, aminatsin) buyurilishini talab etadi.

6. Enterosorbent sifatida dyufalak (laktuloza) kasallik kechim og'irligidan qat'iy nazar buyurilishi tavsiya etiladi.

Etiotrop davo. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, B,C,D virusli gepatitlarda o'tkir jarayonni surunkaliga o'tish xavfi tug'ilganda buyurilishi maqsadga muvofiqdir. Hozirgacha bir necha xil preparatlar (ribavirin, atsiklovir, pantsiklovir, azidotimedin, interferon va hokazolar) etiotrop sinovidan o'tkazildi. Etiotrop davoda nukleozidlarning o'z o'rinlari mavjud. Nukleozidlardan gepatit b virusi replikatsiyasiga ta'sir kiluvchi zeffiks (lamivudin) keng qo'llanmoqda.

Interferon preparatlari o'z natijalari bo'yicha keng ko'lamda qo'llanila boshlandi. Interferonning davo preparatlari zararlangan hujayra membranasi retseptorlari bilan birikib, virusning keyingi harakatini to'sadi, uning ta'sirida ishlab chiqarilgan virusning proteinlari esa virusning replikatsiyasini to'xtatadi. Interferon preparatlarida reaferon, roferon – alfa 2a, realderon va intron–A- alfa 2 a amaliyotda keng qo'llanilyapti. Yuqoridagi preparat-lardan roferon-alfa –alfa-2 a ijobiy natijalar bermoqda. Preparatning ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan tana harorati ko'tarilishi, holsizlik, qaltirash bo'lib hisoblanadi. Yuqorida nojo'ya ta'sirlar kuzatilganda paratsetamol, indome-tatsin kabi preparatlar buyuriladi. Shuni unutmaslik kerakki, bu preparatni uzoq belgilanishi natijasida bemor oriqlashi, sochlari to'kilishi mumkin.

### **Virusli gepatit C**

**Etiologiyasi.** Gepatit C virusi bir zanjirli RNK saqlagan flaviviruslar oilasiga mansub dir. Virion diametri 30-60 nmga teng bo'lib, oqsil lipidli tashqi menbrana bilan qoplangan. Infeksiya markyorlari bo'lib virus RNKsi va anti NSV hisoblanadi. Tashxisot uchun anti HCV katta ahamiyat kasb etadi. Virusning o'ziga xos xususiyatlaridan biri uning gene tik xilma-xilligidadir. Hozirgi kunda virusning 6 ta genotipi va 11 sub-tiplari

mavjud.

**Epidemiologiyasi.** C gepatitida infeksiya manbai kasallikning turli klinik shakllarini boshidan o'tkazayotgan bemorlar hisoblanadi. Kasallikning epidemiologik xususi-yatlari gepatit Bnikiga mos keladi. GC virusining yuqishi turli parenteral yo'llar orqali amalga oshadi. GC virusi ko'proq qon va qon maxsulotlarini quyish, hamda tibbiy muolajalar o'tkazishda yuqib qoladi. Kasallikning yuqishda jinsiy yo'l ham katta ahamiyat kasb etadi.

**Klinikasi.** Infeksiyaning kechish davrlari, kasallik shakllari. VGCning asosiy xususiyatlaridan biri kasallikning latent- subklinik kechishi, uzoq muddatda aniqlanmasligidir. Shu bilan birga asta-sekin rivojlanib, keyinchalik jadallashib jigar sirrozi va jigarning birlamchi o'smasi bilan tugallanishi mumkin. VGC kasalligi uzoq yil-lar cho'ziladigan kasallikdir, kasallikning manifest shakllarini aniqlash uchun bir necha yillar (ba'zida 10 yil ham kamlik qiladi) kerak bo'ladi.

O'tkir davri. Subklinik yoki klinik kechishi mumkin. Kasallikning subklinik shakllari nisbatan ko'p uchrab kasallarning 2/3 qismida kasallik aniqlanmay qoladi. Mana shu uchun ham GCning surunkali shakllari bilan og'rigan bemorlar anamnezida kasallikning o'tkir shaklini boshidan o'tkazganligi haqida ma'lumot bo'lmaydi. Kasallikning subklinik shaklini tashxislash uchun kasallikka moyil shaxslarni qon zardobida ZPR yordamida HCV – RNK aniqlashdan iborat. HCV – PHK qon zardobida antitelolar paydo bo'lmasdan, AlAT faolligi me'yordaligida aniqlanadi. Anti-telolardan oldin anti NSV shaklida gipertransaminazemiya xos bo'lib, me'yoridan 5 –10 marta oshadi. AlAT faolligini oshishi qo'zg'atuvchi tushgandan 8-10 hafta (10-150 kun bo'lishi mumkin) dan so'ng qayd qilinadi. Gipertransaminazemiya ko'pincha to'liqinsimon ba'zan doimiy tavsifli bo'ladi.

O'tkir gepatit. Kasallikning manifest shaklida lohaslik, kamquvvatlilik, ishtaha pasayishi, o'ng qovurg'a sohasida og'irlik hissi kabi belgilar qayd qilinadi. Bemorni ko'rikdan o'tkazganda jigar o'lchamlarining biroz kattalashgani, uning konsistensiyasi yumshoqligi aniqlanadi. Kasallik past darajali umumiy zaharlanish belgilari bilan engil kechadi. Bemorlarda sariqlik paydo bo'lishi tashxisni osonlashtiradi. Sariqlik past darajada namoyon bo'ladi. Tashxis asosan virus markerlari HCV-PHK aniqlanishi va AlAT faolligi oshishi asosida qo'yiladi. Kasallikning o'tkir davri ba'zi holatlarda sog'ayishi bilan tugaydi. Qolgan holatlarda jarayon surunkali tus oladi.

Latent davri. Bu davrda klinik belgilersiz virusemiya saqlanib qoladi. VGBdan farqli bu davr surunkali jarayonga o'tish bosqichi hisoblanadi. Latent davri 15-20 yilgacha davom etadi. Bu davrda ko'pchilik bemorlar o'zlarini sog'lom sezadilar, ba'zilarini tez charchash, lohaslik bezovta qiladi. Ko'rik paytida jigar o'lchamlari bir oz kattalashgani aniqlanadi. Kamchilik bemorlarda AlAT faolligining 1,5-2 barobar oshganligi, to'liqinsimon xarakterligi qayd qilinadi. Ko'pchilik bemorlarda esa AlAT faolligi me'yorida bo'ladi. Bu davr surunkali virus tashuvchi davr hisoblanadi. Qayta faollashish davri o'z ichiga surunkali gepatit, jigar sirrozi va gepatokartsinomani oladi.

Surunkali gepatit. HCV-infeksiyasining asosiy klinik shakli hisoblanadi. Bu shakl ko'pincha katta yoshdagilarda qayd qilinadi. Bemorlarda sub'ektiv va ob'ektiv belgilar namoyon bo'lmasada, giperfermentemiya doimiy yoki davriy kuzatiladi, asteniya belgilari: tez charchash, lohaslik, uyqu buzilishi, mexnat qobiliyatini susayishi kuzatiladi. Ishtaha pasayishi, vazn yo'qotishi xos bo'lib, ob'ektiv ko'rganda jigar kattalashgan va qattiqlashgan bo'ladi.

**Davosi.** Xuddi VGB nikidek. Etiotrop davo vositasi sifatida roferon ribavirin bilan birgalikda terapevtik dozada 3-6 oy mobaynida buyuriladi. Keyingi yillarda roferonning uzoq ta'sir etuvchi shakli Pegasis 180mkg haftasiga 1 marta ribavirin bilan birgalikda qo'llanilmoqda.

**2-MAVZU: Qorin tifi, paratiflar A va B hamda salmonellyozlarda hamshiralik**



ishi.

### 1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni: 18-36
Mashg'ulot shakli:	Ma'ruza mashg'uloti
Mashg'ulot rejasi:	. Qorin tifi va paratiflar A yuqish mexanizmi, patogenezi, klinik kechishi. . . Qorin tifi va paratif kasalliklari klinik kechishining o'ziga xosligi. . Sallmonellyoz kasalligi infeksiya manbai.
<p><b>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</b> Qorin tifi va paratiflar A va infekstii manbai. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Klinik kechishining o'ziga xosligi. Tana harorati chizig'ining turlari. Laborator diagnostikasi. Yotoq tartibi va dietoterapiyaning ahamiyati. Bemorni parvarishlash qoidalari. Profilaktika choralari.</p> <p>Oliy hamshiralik ishi darajasida bemornoma to'ldirish va tashxis qo'yish, bemorni klinik-laborator va amaliy-uslubiy yo'llar orqali tekshirish usullarini ma'lum yo'nalish bo'yicha o'rganish, tadbiiq qilish, bemor parvarishi, parhezi, Shifoxonada davolanish tartib qoidalari haqida bemor qarindoshlari bilan suxbat o'gkazish, deontologiya qoidalariga, muloqot me'yorlariga amal qilish, yuqumli kasalliklarni kasalxonaga yotqizish qoidalari, yuqumli kasalliklar haqida Shoshilinch xabarnoma to'ldirish. Hamshira kasallik tarixini to'ldirish tizimi.</p> <p><b>Mavzuning vazifasi-</b> hozirda bizning regionda yuqumli kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jihoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, hamshiralik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini Shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish.</p>	
Ta'lim berish usullari	Multimediya, interfaol usullari: "Asalari uyi»uslubi
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv-uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter.
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob, test, masala yechish.

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

	Mashg'ulot borishi	Ajratilgan vaqt
1	Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot	10 minut
2	Yuqumli kasalliklar shifoxonasining tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi.	10 minut
3	Yuqumli kasalliklar haqida shoshilinch habarnomalarni to'ldirish.	20 minut
4	Yuqumli kasalliklarning diagnostik prinstiplari va laborator ko'rsatkichlari.	20 minut
5	Epidemiya zonasida ishlash tartibi va profilaktikasi.	10 minut
6	Yuqumli kasalliklarda shoshilinch yordam. Bemorlarni qabul qilishda epidemiyaga qarshi choralar.	10 minut
	Jami	80 minut

### Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)

1. Yuqumli kasalliklar kasalxonasining to'zilishi va ishlash rejimi.
2. Yuqumli kasallik bilan og'rikan bemorlarni kasalxonaga Yotqizish qonun qoidalari.
3. Yuqumli kasalliklarning etiologik xususiyatlari, epidemiologiyasi
4. Yuqumli kasalliklarning asosiy klinik belgilari va sindromlari.
5. Yuqumli kasalliklarga tashxis qo'yishda laboratoriya va jihoziy tekshirishlar o'tkazish.

6. Bemorlarni qabul qilishda bir tomonlama Yo`nalishning ahamiyati
7. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi to`zish.
8. Isitma haqida tushuncha.
9. Qorin tifi va partiflar etiologiyasi, epidemiologiyasi.
10. Qorin tifi va partiflar patogenez, klinikasi, asoratlari.

### **MAVZU BAYONI:**

Qorin tifi – najas og`iz mexanizmi bilan yuquvchi, odamda uchraydigan o`tkir yuqumli kasallik bo`lib, isitma, bakteriemiya, umumiy zaharlanish, limfoid apparatining zararlanishi va ingichka ichakda Yaralar, terida rozeolyoz toshmalar toshishi bilan tavsiflanadi.

“Tif” so`zi “tutun” ma`nosini bildiradi, bu atama Gippoqrat zamonidan ma`lum. Ammo qorin tifi kasalligini tiflar guruhidan alohida xastalikka ajratish faqat XIX asr o`rtalarida ro`y berdi. Bu voqeaga Bretonnea va lans olib borgan izlanishlar asos bo`ldi. Qorin tifi kasalligini o`rganishdagi asosiy sana 1880 yil hisoblanadi, bu davrda xastalikning qo`zg`atuvchisi Ebert tomonidan topilgan.

Respublikamizda aholining asosiy qismi qishloq xo`jaligi rivojlangan mintaqalarida istiqomat qiladi. Har xil quvvatdagi sun`iy suv kanallari deyarli har bir xo`jalik va xonadonlarga kirib kelgan. Aholi zichligining yuqori ekanligi ochiq suv havzalarini ifloslantirishga olib kelsa, yilning issiq davrining o`zoq ekanligi (may-sentyabr) bu manbalarida suvni ko`p ishlatish hollariga sabab bo`ladi.

**Etiologiyasi.** Qorin tifi tayok chasi Salmonella Typhi Erterobacteriaceae oilasiga mansub, faqat odam uchun zararli hisoblanadi. Sal. typhi tayok cha shaklida bo`lib, o`zunligi 1-3 mkm, diametri esa 0,5-0,8 mkmni tashkil etadi, xivchinlari bo`lganligi tufayli harakatchan, spora va kapsula hosil qilmaydi, gramm manfiy, hamma anilin buyoklari bilan Yaxshi bo`yaladi, odatdagi oziq muhitlarida pH 7, 2-7, 4 ga teng bo`lgan sharoitda o`sadi. Fakultativ aerob, optimal harorat 37 gradusga teng. Boshqa salmonella mikroblaridan farq qilib, Sal. typhi tayok chasining fermentativ faolligi kuchsizroqdir. Qorin tifi mikroblari ekzotoksin hosil qilmaydi, ular parchalanganda endotoksin ajraladi.

Qorin tifi va paratif kasalliklarining epidemiologiyasi. Qorin tifi va paratif A infeksiyalarida xastalik manbai faqat odam hisoblansa (bemor yoki bakteriya tashib yuruvchi), paratif B da esa qushlar hamda hayvonlar ham ma`lum bir epidemiologik ahamiyatga ega.

Qo`zg`atuvchi odam organizmiga og`iz orqali zararlangan ovqat mahsulotlari yoki suv bilan tushadi va asosan najas orqali chiqib ketadi. Asosiy kasallik manbai bo`lib bemor odam, shu bilan birga rekonvalescent va bakteriya tashuvchilar hisoblanadilar. Qorin tifi yoki paratif bilan og`rigan bemor qo`zg`atuvchini kasallik oldi davridan boshlab najas orqali ajratib chiqaradi. Klinik belgilarni paydo bo`lishi bilan kasalning yuqumliligi ham ancha ortadi, tana haroratining tushishi va rekonvalescentiya davrining boshlanishi bilan esa yuqumlilik kamayadi. Qo`zg`atuvchini pyoshob orqali ajralib chiqishi kamroqdir. Qo`zg`atuvchi so`lak, balg`am va ko`krak suti bilan ajralib chiqishi mumkin.

Bakteriya tashuvchilar doimo yoki ba`zi-ba`zida tashqi muhitga qo`zg`atuvchilarni najas va siydik orqali ajratib chiqaradi. Keyingi paytda siydik orqali tashuvchilik kam uchraydi, lekin u epidemiologik jihatdan xavflidir, negaki siydik orqali bakteriyalar najasga qaraganda kengroq tarqaladi. Bakteriya tashuvchilar sog`lom, tranzitor va kasallikning boshidan kechirgan bakteriya tashuvchilarga bo`linadi. Davomiyligi bo`yicha quyidagi toifadagi bakteriya tashuvchilar tafovut qilinadi. O`tkir tashuvchilar-xastalikdan so`ng 3 oygacha, surunkali tashuvchilar-xastalikdan so`ng 3 oy vaqtdan keyin ham bakteriya ajratib chiqaradi.

Infeksiya tarqalish Yo`llari va mexanizmi. Tif-paratif kasalliklari uchun asosiy mexanizm najas-og`iz mexanizmi hisoblanib, suv orqali, alimentar, maishiy muloqot orqali amalga oshiriladi.

Tif-paratif kasalliklariga mavsumiylik xosdir, ayniqsa Yoz oylarida kasallanish eng yuqori bo`ladi. Kasallanish asosan 6 yoshdan -14 yoshgacha bo`lgan bolalarda uchraydi.

Patogenez. Qorin tifi bilan paratiflarni rivojlanishi bir xildir. Qo`zg`atuvchilar yuqorida qayd qilingan Yo`llar Yordamida og`iz orqali organizmga tushadi. Oshqozonning kislotali muhiti bu qo`zg`atuvchilar uchun noqulay hisoblanib, bir qism qo`zg`atuvchilar parchalanadi. So`ngra tif-paratif kasalliklarining mikroblari ingichka ichakga kirib oladi va uning limfa hosilalariga-ya`ni solitar ularning to`planib turgan joyi-peyerov pilakchalariga singib kiradi. Mikroblar "ichki»eshiklardan iborat to`siqdan o`tgach, ichakning limfa Yoriqlari va tomirlari orqali regional limfa tugunlariga tushadi va zo`r berib ko`payadi. Mikroblar ichak tutqich limfa tugunlarining to`siq vazifasini pasaytirib qon oqimiga kirib boradi va bakteriemiya Ya`ni, bakteriyalarni qonda bo`lishi yuz beradi. Qonga o`tayotgan mikroblar soni kundan-kunga ortib boradiyu, shu bilan bir vaqtda immunologik himoya mexanizmlari vazifasini ado eta boshlaydi. Qonning bakteriotsid xossalari ta`sirida bir qism bakteriyalar haloq bo`ladi va ichidan zahar-endotoksin ajralib chiqadi, hamda umumiy zaharlanish fazasini keltirib chiqaradi. Bunga javoban organizmdan maxsus antitela ishlab chiqaradi.

Kasallik jarayonida rivojlanadigan himoya reaksiyalari orasida mikroblarning har-xil a`zolar (jigar, taloq, suyak ko`migi, limfa tugunlari va boshqalar) to`rsimon-endotelial to`qimalarida intensiv ravishda o`rnashib qoladi. Natijada asosiy infeksiya lokal shaklga o`tadi. Bu mikroblarning to`qimalarga parenximatov diffu`ziya bosqichi bo`ladi. Bosqich har-xil organlar zararlanishining klinik belgilari bilan ifodalanadi. Jigar ichakka o`t suyuqligi bilan tif bakteriyalarini ajratadi. Bu mikroblar organizmda qisman najas orqali chiqariladi, ularning bir qismi esa ingichka ichak shilliq parda orqali kasallik yuqqanda – Ya`ni, birinchi marta tushganda sensibilizatsiya qilinib bo`lgan ichaklar limfatik apparatiga tushadi. Bu allergik reaksiyalar fazasi bo`ladi. Bunda esa oddiy Yallig`lanish jarayoni giperergik Art yus fenomeni nusxasi bo`yicha o`tadigan reaksiyaga aylanadi.

Mikroblarni to`qimalarda mahkamlanib qolishi natijasida, shuningdek qonda maxsus antitelolarni to`planib qolishi natijasida 2-chi hafta oxirlarga kelib qondagi tif tayok chalarini soni kamayadi. Bu davrda ular ko`p miqdorda ichaklarda va o`t pufagida topiladi. Ba`zi hollarda butunlay sog`ayib ketganidan keyin ham tif bakteriyalari o`t pufagida va pyoshob chiqarish Yo`llarida o`zoq vaqt saqlanib qolishi mumkin.

Qorin tifi va paratiflar bilan og`rigandan so`ng organizmga maxsus barqaror immunitet o`rnatiladi. Qorin tifida qayta kasallanish mustasno tariqasida kam uchraydi.

Qorin tifining klinik kechishi. Tif-paratiflarda klinikaning namoyon bo`lishi va patologik jarayonlar etarli darajada aniq ifodalangan davriylik qonuniyatlarga qarab yo`z beradi. Shunga asoslanib Qorin tifi va paratiflarning kechishini quyidagi davrlarga ajratish qabul qilingan:

-birinchi, boshlang`ich belgilar ortib borish davri St. incrementi.

-ikkinchi, kasallikning avj olish davri 2-qismdan iborat: kasallikning to`liq rivojlanish davri, og`irlik jarayonlari eng yuqori kuchga ega bo`lgan davri (St. acmae).

-uchinchi-klinik manzarasining so`nish davri (st. decrementi).

-to`rtinchi-reqonvalestsensiya yoki sog`ayish davri. Har bir davrning davomiyligi taxminan 1 hafta davom etadi.

Yashirin davr 14-21 kun davom etadi, lekin u 3-5 kungacha, hatto ikki kungacha qisqarishi va 23 kungacha o`zayishi mumkin. Davrning eng oxiriga kelib prodromal belgilar paydo bo`ladi. Ular sababsiz lohaslik, holsizlanish, apatiya, ishtahaning Yo`qolishi, bosh og`rig`i, serzarda bo`lib qolishlarda ifodalanadi va 1-3 kun davom etadi. Qorin tifi kechishining tipik holatlarida, jarayon quyidagicha rivojlanadi: kasallik ko`pincha asta-sekin boshlanadi va bemorlar ko`p hollarda kasallik boshlangan kunni ko`rsatib bera olmaydilar. Birinchi kunlarni ular oyokda turib o`tkazadilar.

Harorat asta-sekinlik bilan ko`tariladi, pog`ona- pog`ona bo`lib 3-5 kun ichida eng yuqori raqamlarga etib, shu darajada o`rnashib qoladi. Uyqu buziladi, chanqoq paydo

bo'ladi, til o'rtasi yupqa oq qarash bilan qoplanadi, qorin oz-moz shishgan, ich ketish bo'zilgan ko'pincha ichi tutilib qoladi. Birinchi davr oxiriga kelib jigar va taloq kattalashishi mumkin.

Ikkinchi davrda (2-3hafta) yuqorida ko'rsatilgan belgilar yuqori rivojiga etadi. Bemor ovqatni rad etadi, uni chanqoq bezovta qiladi, boshi og'riydi, goho qorinda og'riq ko'zatiladi. Tana harorati 39-40°C etadi va yuqori raqamlarda kasallik avji davrida ushlanib turadi. Kechki va sahargi harorat o'rtasida ozgina farq bo'ladi. Keyingi kunlarda haroratlar o'rtasidagi farq Yanada sezilarliroq ifodalanadi. Ayniqsa, kasallik avji davri oxirida ular Yaxshi ko'zga tashlanadi. Bemorning holati kundan-kunga Yomonlashib boradi. Birinchi kunlari madorsizlik, apatiya ko'zatilib, ayrim hollarda tifoz holat bilan almashishi mumkin.

Bunda turli darajadagi garangsirab qolishi, to'xtalib qolish (aqliy kamharakatlik), ongni o'tmaslashuvi va alahsirash ko'zatiladi. Kundo'zi uyqu bosish, kechasi esa uyqusizlik paydo bo'ladi. Gohida sopor yoki koma holati rivojlanishi mumkin. Bemor bunda tushunarsiz, o'ziga-o'zi gapiradi yoki qattiq alahsiraydi, goho o'rnidan turib ketadi. Teri yuzasi oqargan, issiq, qo'l tekizilganda quruq, yo'zi shishinqiragan, ko'krak, qorin terisida 5-8-kunlar rozeolali toshma paydo bo'ladi, bu toshmalar gohida (davriy) vaqti-vaqti bilan toqi isitmaning oxirigacha davom etishi mumkin. Lablar, og'iz bo'shlig'i, til shilliq qobig'ining quruqligi kuchayadi. Til qalin ko'kish karash bilan qoplanadi. CHetlarida va til uchida tish izi ko'zatilib, qizargan bo'lishi mumkin. Qorin salgina shishgan, o'ng qovurg'a ostida og'riq bo'ladi va mayda quldirash aniqlanishi mumkin. Jigar va taloqning hajmi eng katta darajaga etadi. Ich ketish yoki qabziyat yoki ichi su yuq (2-5 marta sutkasiga) ketishi ko'zatiladi.

Uchinchi davrda-harorat pasaya boshlaydi. Ertalab remissiyalar paydo bo'la boshlaydi va hatto ertalabki harorat orasidagi farq 2 – 3° Cga etadi.

Sog'ayish davrida organizmni bo'zilgan vazifalari asta-sekin tiklana boshlaydi va harorat pasayishining 4-5 haftasiga kelib to'liq tenglashadi, lekin ayrim organlardagi morfologik o'zgarishlar klinik o'zgarishdan o'zoqroq davom etadi. Tartib bo'zilgan hollarda qaytalanishlar, kechikkan asoratlar paydo bo'lishi mumkin. Hozirgi paytda Qorin tifida yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik belgilar Yaxshi ifodalanmagan va tif-paratiflarga xos bo'lmagan belgilarni namoyon bo'lishi bilan, ular bilinmay qoladi. Qorin tifining asosiy belgilaridan biri isitmadir. U kasallikning davomiyligi va og'irligini belgilab beradi. Isitma qorin tifida o'ziga xos xususiyatlarga ega. To'lqinsimonlik butun jarayonni kechishiga muvofiq keladi, uning tebranishlari (ko'tarilib-tushib turishi) belgilarning goh zaiflashishiga, goh kuchayishiga parallel tushadi. Ko'pincha harorat asta-sekin ko'tariladi. Unga pog'onama-pog'ona bo'lib ko'tarilish xarakterli bo'lib, kasallik avji davrida doimiy yuqori harorat ushlanib turib, kasallikning pasayish davrida asta-sekin kamayib boradi. Qorin tifiga xos harorat chizigi uch fazaga, ba'zi og'ir hollarda 4-fazaga bo'linadi.

Birinchi-haroratning ko'tarilishi odatda 4-5 kun, goho 7 kun, davom etib boshlang'ich davrga to'g'ri keladi. Harorat chizig'ining ikkinchi fazasi kasallikning avj olgan davridir. Bu davrda isitma ko'p hollarda o'zluksiz bo'ladi, Ya'ni ertalabki va kechki o'rtasida kichkina remissiyalar, odatda 1-daraja atrofida bo'ladi. Ko'proq bo'ladigan ertalabki remissiyalar ijobiy belgi hisoblanadi. Bir vaqtning o'zida 0,2-0,3 kenglikka ega 40 gradusli haroratni monoterмик chizig'i kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi. Isitmaning bu fazasi 1, 5-2 kam hollarda 3 hafta davom etishi mumkin. Harorat chizigining so'nggi fazasi ortga rivojlanish davrini aks ettiradi. Haroratning litik tushish davomiyligi taxminan 5-8 kun bo'ladi.

Qorin tifida harorat chizigining quyidagi nusxalari mavjuddir:

1. Ko'p to'lqinli, Botkin chizig'i, Ya'ni yuqori temperatura bilan nisbatan past temperaturaning galma-gal kelishi;
2. Vunderlix nusxasi, bir to'lqinli bunda haroratning asta-sekin ko'tarilishi va tushishi ko'zatiladi;
3. Kild yushevskiy bo'yicha, bunda harorat tezroq ko'tariladi, 3 kun ichida, keyin litik tushadi. Mana shu 3 ta harorat chizig'ining

varianti Qorin tifi uchun xos hisoblanadi. Hozirgi paytda Qorin tifini o'tkir boshlanish hollari ko'payib qoldi.

So'nggi yillarda kasallikning qisqa, abortiv kechishi ko'p uchramoqda, bunda isitma davri 3-5 kunning tashkil etadi. Shubhasiz isitmaning qisqarishida profilaktik emlashlar va antibiotiklarni qo'llanishi muhim rol o'ynaydi.

Asab tizimining zararlanishi Qorin tifi klinik manzarasining etakchi kuchi bo'lib xizmat qiladi. Ayniqsa kasallik avj olgan paytda MAT tomonidan yo'z bergan o'zgarishlar keskin ifodalanadi. Bu davrda ko'pincha bemorlar gangish, depressiya, aqliy xarakatsizlik holatida bo'ladilar, savollarga kechikish bilan javob beradilar. Boshqalari, aksincha, behalovat bo'ladilar, ma'noga ega bo'lmagan noaniq harakatlar qiladilar. Turishga, ketib qolishga, daydib yurishga harakat qiladilar. Qorin tifi avj olgan davrda meningizm simptomompleksi rivojlanishi mumkin. Bunda orqa miya suyuqligi o'zgarishsiz qoladi, yoki uni o'zgarishi seroz meningitni namoyon bo'lishiga mos keladi (tsitozni biroz ko'payishi, oqsil miqdorining ortishi). Ayrim mualliflar meningial belgilar bilan kechadigan Qorin tifini "Meningotif" deb ataydilar.

Bemoning terisi kasallik boshlangandan rangpar, quruq bo'lib qoladi va shunday holda butun kasallik davomida saqlanib qoladi. Terlash Qorin tifiga xos emas, lekin harorat pasaya boshlangan va belgilar Yo'qola boshlangan davrda terlash yo'z berishi mumkin. Bir qator hollarda kasallik boshida kuchli terlash bilan o'tadi, terida ter pufakchalari ko'rinishidagi hosilalar paydo bo'ladi. Bu elementlar ko'krakda, qorinda, bo'yinda joylashadi.

Qorin tifining kardinal belgilaridan biri-bu terida Qorin tifi rozeolalarni toshuvidir. U 5-8- kundan boshlab toshadi. Rozeola-ko'p uchraydigan, lekin doimiy belgi emas. Tipik toshmalarda Qorin tifi rozeolasi teri yuzasida biroz ko'tarilib turuvchi, oval shaklli ochpushti toshmani namoyon qiladi.

Rozeola toshmasi joylashadigan sevimli joy qorin, ko'krak qafasi pastki Yonboshi, bel, elka va bilakni ichki Yoziluvchi yuzasi bo'lib xizmat qiladi. Qorin tifida toshma ko'p bo'lmaydi (3- 5, 10- 20) lekin ayrim holarda toqi 100 ta gacha etadi. Rozeolalar o'rtacha 2 kundan 5 kungacha saqlanib qoladi, so'ngra qorayib, rangpar bo'lib, Yo'qolib ketadi. Og'ir holatlarda rozeolalarni petexiyalarga o'tishi belgilangan. Bemorlarning aksariyatida qo'l kafti va oyok tovonni sariqligi (Filippovich belgisi) ko'zatiladi.

Nafas olish organlari. Qorin tifi nafas olish organlarida yo'z beradigan o'zgarishlar birinchi kunlaridanoq ko'zatilishi mumkin. Bu o'zgarishlar o'ziga xos xususiyatga ega bo'lib, ovozni xirillab qolishiga olib keluvchi nafas olish Yo'llari shilliq qavatlarining quruqlashib qolishi bilan belgilanadi. Nafas olish a'zolari ichida eng ko'p uchraydigan kasallik bu bronxitdir. Kam hollarda Qorin tifi bilan og'rigan bemorlarda zotiljam uchrashi mumkin. Zotiljam kasalligini Qorin tifi tayok chalari keltirib chiqaradi. Bu hollarda kasallikni klinik namoyon bo'lishida birinchi o'rinda umumiy zaharlanish belgilari bilan bir qatorda o'pka zararlanishi belgilari ham chiqadi. Bu esa " pnevmotif » atamasini kiritish imqonini beradi. Ba'zi hollarda balg'andan Qorin tifi tayoqchalarini topish mumkin bo'ladi. Pnevmotif o'zoq vaqt davom etishi bilan va tifi tugallanishi, juda tez hal bo'lishi bilan xarakterlanadi.

**Salmonellyoz** – najas-og'iz mexanizmi bilan yuquvchi, klinik umumiy zaharlanish belgilari, suvsizlanish va tuzsizlanish hamda me'da-ichak yo'llari faoliyatining buzilishi belgilari bilan tavsiflanadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Salmonellalar gramm manfiy, spora va kapsulalar hosil qilmaydi, xivchinlar yordamida xarakatlanadigan tayoqchalardir. Uning 8-12ta xivchinlari bo'lib («ko'p eshkakli kemacha») harakatchan. Salmonellalarning fermentativ xususiyatlari asosida 4 ta oilachaga bo'linadi, ularda 3 xil asosiy antigen komplekslari: O-somatik (termostabil) – 2 soat davomida qaynatilganda parchalanmaydi, N-xivchinli antigen qaynatilganda parchalanadi va qobiqli K-antigen bakteriyaning hujayra ichi ko'payishini ta'minlaydi.

**Epidemiologiyasi.** Salmonellyozlar sporadik va epidemik holatlarda uchraydi. Salmonellalar boshqa o'tkir ichak infeksiyalari qo'zg'atuvchilaridan farqli ravishda odamdagina emas, balki hayvonlar (qoramol, cho'chqa, parrandalar-o'rdak, g'oz, kamroq tovuqlar)da ham kasallik qo'zg'atadi. Belgilarsiz, yashirin kechuvchi kasal hayvonlar yuqish manbai sifatida qo'proq xavf tug'diradi. Salmonellalar tayyor ovqatga tushib va unda ko'payib, uning ta'mini, rangini va hidini o'zgartirmaydi. Shuning uchun tashqi ko'rinishi sifatli, biroq sanitariya normalariga xilof tayyorlangan ovqat kasallik tarqatuvchi omilga aylanib qolishi mumkin.

Infeksiyaning ikkinchi manbai-odam hisoblanadi. Salmonellyoz bilan kasallanganlar, bakteriya ajratuvchilar kasallik yuqtiradigan manbai bo'ladi. Salmonellyoz rivojlanishining epidemologik qonuniyatlarini o'rgangan olimlar kasallik qo'zg'atuvchisi o'tishining uch asosiy yo'lini aniqlashgan.

Salmonellyoz asosan oziq-ovqat orqali yuqadi. Mol va parranda go'shti kasallikning asosiy manbai sanaladi. Mol, cho'chqa, qo'y, ot, o'rdak go'shti, aynigan tuxumlardan tayyorlangan ovqatni iste'mol qilish natijasida 80% hollarda shu kasallik yuqadi. Salmonellez bilan og'rigan hayvonlar suti ham juda xavfli.

Salmonellyoz tarqalishida pashshalarning ham ahamiyati katta, salmonellyoz kasalligining ayniqsa pashsha ko'paygan davrga to'g'ri kelishi ham shuni tasdiqlaydi. Salmonellyoz tarqalishining asosiy yo'llaridan biri suv yo'lidir. Salmonellalar suvda uzoq vaqtgacha o'z hayot faoliyatini saqlab, qoladi suv oqimi bilan olis masofalargacha boradi.

Kasallik tarqalishida shaxsiy gigiena qoidalariga amal qilmaydigan bemorlar, bakteriya tashuvchilar, ayniqsa oziq-ovqat mahsulotlarni ishlab chiqarish va tayyorlashga aloqador bo'lgan odamlar alohida o'rin egallaydi.

Salmonellyoz kasalligi bilan jinsi va yoshidan qat'iy nazar, har qanday odam kasallanishi mumkin. Hozirgi paytda salmonellyozga xos xususiyat uning ko'pincha «sporadik» (ahyon-ahyonda) holatda uchrashidir, bu holat asosan salmonellalar yuqqan oziq-ovqatlar bilan savdo qilinishidan kelib chiqadi.

**Klinikasi.** Kasallikning yashirin davri 3-5 soatdan 20-24 soatgacha, kamdan-kam 1-2 kun, ko'pincha 6-8 soat davom etadi.

Salmonellyoz kasalligining klinik manzarasi juda xilma-xil: eng engil turidan (bakteriya ajratuvchilar), to juda og'ir kechuvchi butun organizmga yoki a'zoga tarqaluvchi shakligacha mavjud. Kasallikning shunday kechishiga albatta, me'da-ichak yo'llarining spetsifik va nospetsifik immun kuchi, hamda biologik boshqarish sistemasining molekulyar, hujayra va a'zolar kurashi kuchiga bog'liq.

Yuqumli jarayonning kechishida, albatta qo'zg'atuvchi hususiyatlari, yuqish yo'li, mikroorganizmning genotipik ahvoli alohida o'rinda turadi.

Salmonellyoz kasalligining yosh bolalar va qariyalarda kechishining farqlari bunga yaqqol misol bo'la oladi.

Salmonellyoz kasalligining kuyidagicha tasnifi amaliy qo'llash uchun tavsiya qilingan:

1. Gastrointestinal shakli: a) o'tkir gastrit; b) o'tkir gastroenterit; v) o'tkir gastroenterokolit.
2. Tarqalgan shakli: a) tifsimon varianti (qorin tifsimon); b) septiko-piemik varianti (septik).
3. Bakteriya tashuvchanlik: a) o'tkir tashuvchilar; b) surunkali tashuvchilar; v) tranzitor tashuvchilar.

Hozirgi vaqtda gastrointestinal shakli eng ko'p uchraydi va yuqorida ko'rsatilgan variantlarda bo'lishi mumkin.

Kasallik aksariyat o'tkir boshlanadi. Kasallik boshidanoq me'da-ichak yo'llari faoliyatining buzilishidan tashqari, organizmning zaharlanish belgilari ham yuzaga chiqadi. Ko'pincha birinchi navbatda kam quvvatlilik, bosh og'rishi, tana haroratining ko'tarilishi, sovuq qotish kabi belgilar ko'rinib, me'da-ichakning zararlanish belgilari keyinroq qo'shilishi mumkin. Salmonellyoz kasalligi uchun xos bo'lgan belgilar birinchi

kun OHIri va 2-3 kunlarda kasallikning avj olgan davrida juda aniq ko'rinadi. Bu davrda kasallikning hamma shakllarida ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning pasayishi, ich ketish kabi belgilar kuzatiladi. Qusish birinchi kunlari juda ko'p qaytarilishi mumkin. Ich ketishi ko'p kasallarda bir kecha-kunduzda 10 martadan ortiq, najas ko'p miqdorda, suvsimon, ko'pirib, patologik qo'shimchalarsiz, ba'zi kasallarda (1G`3 qismida)- yashilroq rangda, badbo'y bo'lishi mumkin.

Kasallik avj olgan davrda ko'p bemorlarda qorinda og'riq (uzluksiz yoki tutib-tutib), butun qorinda tarqalgan holda yoki kindik atrofi va me'da usti sohasida bo'ladi. Qorin paypaslab ko'rilganda og'riq va ichak quldirashlari ham yuqorida qayd etilgan joylarda seziladi.

Gastroenterit variantlarida o'zgarishlar me'da-ichak yo'llarining hamma sohalarini, xususan ingichka ichak, me'da osti bezi va jigarda ham bo'lishi mumkin.

Me'daning kataral holatda zararlanishi doimo bo'ladi, ba'zi holatlarda faqat shu shakl kuzatiladi, bu holatda gastrit varianti xaqida fikr yuritiladi.

Kasallik davrida yo'g'on ichakning ham zararlanishi xaqida ko'p tadqiqotchilar ta'kidlab o'tganlar, bu hollarda kolit belgilari (sigmasimon ichakning qisqargan holda bo'lishi, gemokolit) paydo bo'ladi. Bular gastroentrokolit varianti bo'lib, bu shakl 5-8% hollarda uchraydi (V.I Pokrovskiy, 1986).

Tana haroratining oshishi asosan kasallik avj olgan davrda bo'ladi, ko'pincha uzluksiz doimiy, lekin subfebril, remittirlovchi holatda ko'rinishi mumkin. Harorat 5-7 kun davom etadi, ba'zan 1-2 kundan oshmaydi. Isitma kasallik engil kechganda 1-3 kun, o'rtacha kechganda 4-7 kun, og'ir kechganda 7 va undan ko'p kun davom etishi mumkin.

Salmonellyoz kasalligi uchun yurak-qon tomir tizimining zararlanishi ham xos xususiyatdir. Qon tomirlari faoliyatining buzilishi asosiy o'rinni egallaydi, bular o'z yo'lida yurak faoliyatining buzilishiga olib keladi. Bu holatlarning asosida suv va elektrolitlarning yo'qotilishi va qonning reologik ususiyatlarining o'zgarishi yotadi. Buyrakda qon aylanishining buzilishi suv elektrolit balansidagi o'zgarishlar bilan bir qatorda buyrak faoliyatining o'tkir buzilishiga sabab bo'ladi. Salmonellyozning og'ir shakllarida infeksiyon toksik va gipovolemik karaxtlik rivojlanishiga olib keladi. Infeksiyon toksik va gipovolemik karaxtlik belgilari bir-biriga o'xshaydi, lekin infeksiyon toksik karaxtlik organizm umumiy zaharlanishining ro'y-rost belgilari, yurak qon tomirlar tizimi faoliyatining buzilishi bilan tavsiflanadi.

Gipovolemik karaxtlikning asosiy patogenetik mexanizmi suvning elektrolit balansi va uning gormonal boshqaruvining anchagina buzilishi natijasida suvsizlanish va tuzsizlanishning chuqur belgilari yuzaga keladi. Salmonellyozning og'ir kechishida kasallikning dastlabki soatlaridanoq arterial bosim ancha tushib ba'zan bemor xayotiga tahdid soladigan kollaps holatiga olib kelishi mumkin.

Karaxtlik salmonellyozning boshqa klinik shakllariga qaraganda gastroenteritda ko'proq kuzatiladi. Infeksiyon karaxtlikning klinik manzarasi avvalo bemorning bezovtalanishi, behudaga xavotirlanishi, tashqi qiyofasining o'zgarishi bilan tavsiflanadi. Bemorning yuzi bo'zargan, lab shilliq pardalari, yonog'i, burun uchi ko'kimtir, ko'z atroflari ko'kargan, organizm ancha suvsizlanganda ko'z soqqasi ichiga botgan bo'ladi. Bemorlarning peshonasida ter tomchilari ko'rinadi.

Kasallikning dastlabki davrida harorat ancha oshsada, karaxtlik yuz bergandan so'ng bemorlarning tana harorati subnormalgacha tushadi. Pulsi juda tez (taxikardiya), juda yumshoq, qiyinlik bilan qo'lga unaydi, ipsimon bo'lib qoladi, karaxtlik avj olgan davrda puls umuman bilinmasligi mumkin. Qon bosim keskin pasayib ketadi, maksimal bosim 30-40 mm. sim. ustuniga, minimal bosim 0 gacha tushadi. YURak chegaralari bir muncha toraygan (uning diastolada etarlicha to'lmasligi tufayli), yurak tovushlari keskin bo'g'iqlashgan. Klolik xarakterdagi mushak tortishishi ro'y berishi mumkin.

Gemogrammada aniqlanadigan neytrofil leykotsitoz foizining oshishi, gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining ko'payishi salmonellyozning og'ir shakliga uchragan bemorda

qonning ancha quyuklashganligi bilan izohlanadi. Ayniqsa bu holatlar toksik-infeksion karaxtlik rivojlanganda ko'proq yuzaga chiqadi, bu sharoitda aylanuvchi qon miqdori kamayishi buyraklarga ham qon kelishini kamaytiradi, mikrotsirkulyatsiya buziladi va h.k.

Asab tizimi faoliyatining buzilishi kasallik belgilarining asosida yotadi, chunonchi bosh og'rishi, uyquning buzilishi, mushaklar tirishishi, entsefalitlar va h.k. kuzatilishi mumkin.

Qon tekshirilganda neytrofil leykotsitoz (1 mkl qonda 2.193-3.103 gacha leykotsitlar) topiladi. 2-3 kuni kamroq, 4-kuni bu barcha belgilar kuchayishi mumkin, shuningdek suv-elektrolit va kislota-ishqor muvozanatining buzilishi bilan bog'liq belgilar ham aniqlanadi.

Tashxisoti. Kasallik epidemiologik anamnezga bir mahsulotni bir necha kishi iste'mol qilishi, tayyorlash texnologiyasiga rioya qilmay, uzoq saqlangan oziq-ovqatlarni iste'mol qilish klinik manzarasi, laboratoriyaviy ma'lumotlari va qiyosiy tashxisot o'tkazishga asosan aniqlanadi.

Najasni bakteriologik tahlil qilish eng muhim hisoblanadi. Ekma uchun sudno yoki tuvakdan faqat toza najasni olish lozim. Bu idishlarda salmonellalarga halokatli ta'sir qila oladigan dezinfektsiyalovchi moddalardan hatto juda oz miqdori ham bo'lmasligi kerak. Najasni tampon bilan to'g'ri ichakdan xam olish va uni Petri kosachasidagi ozuqa muhitiga ekish mumkin. Bemorning qusig'i ham shunday tekshiriladi. Bemordan material olishning hamma zarur shartlari bajarilib tekshirilgan va bakteriologik tekshirish o'tkazilgan taqdirda ham hamisha ekma qilingan najaslardan musbat natija olinavermaydi.

Shunga ko'ra bakteriologik tekshiruvlarga qo'shimcha qilib agglyutinatsiya reaksiyasi (RA), bevosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi (BGAR), O- antigen bilan agregatgemagglyutinatsiya (O-AGA) kabi serologik usullar qo'llaniladi.

**Davosi:** Salmonellyozga chalingan bemorlar kasallikning kechim og'irligi, bemorlar yoshi, qo'shimcha kasalliklar va yashash joyining sanitariya-gigiena holatiga bog'liq holda kasalxonada yoki QVP sharoitida davolanadi. Salmonellyozni davolash qo'yidagi tamoyilar asosida amalga oshiriladi:

- Kasallikni qo'zg'atuvchi patogen mikrofloraning hayot faoliyatining to'xtatish, disbakteriozga qarshi kurashish va ovqat hazm bo'lish jarayonlarining normallasuvi, to'plangan zaharli moddalarni neytrallashtirish va chiqarib yuborish
- Buzilgan suv-tuz almashinuv jarayonini, gemodinamika va asab boshqarish mexanizmlarini tiklash. Organizmning immunobiologik reaktivligini oshirish, ratsional parhez taomlar buyurish va parvarish qilish.

Etiotrop davo salmonellyozning tarqalgan shakllarini, ikki yoshdan kichik bolalarni davolashda qo'llaniladi. Bunda har bir bemorga alohida yondoshish lozim, bemorning yoshi, kasallikning shakli, kechim og'irligi va bosqichi, oldingi qo'llanilgan davolash uslubi hamda preparatlarning ijobiy va salbiy ta'sirlari inobatga olinishi shart.

Etiotrop davo vositasi sifatida antibiotiklardan G'amoksatsillin, gentomitsin, amikatsin, ofloksatsin, siprolet, sifloksG, nitrofurantoin hosilalari G'furazolidon, nifkol, nifroksG, sulfanilamidlar G'ftalazol, fitazin, biseptolG, 8- oksixinolin hosilalari G'enteroseptol, intestopan, meksiform, intetriksG qo'llaniladi. Furazolidon 0,1 g dan kuniga 3 mahal, biseptol 480 1 tabletkadan 2 mahal, intetriks 2 kapsuladan 2 mahal og'iz orqali buyuriladi. Agar ular natija bermasa, siprofloksatsin (tsiprolet) 0,5 g dan 2 mahal, norfloksatsin 0,4 g dan 2 mahal, ofloksatsin (tarivid) 0,2 g dan 2 mahal ovqatdan keyin tavsiya etiladi.

Patogenetik davo salmonellyozning barcha klinik shakllarini davolashda tavsiya etiladi. Kasallikning gastrointestinal shakllarini davolashda regidratatsion terapiyaning samarasi yuqoridir. Regidratatsion davolash asosan ikki yo'l orqali amalga oshiriladi:

1. Og'iz orqali regidratatsion davolash uchun glyukosolan, regidron, VOZ eritmasi, uy va kasalxona sharoitida tayyorlangan qand-tuzli eritmalar qo'llaniladi. Og'iz orqali



regidratatsiya usuli qanchalik vaqtli qo'llansa, samara shunchalik yuqori bo'ladi.

2. Bemorlarda og'iz orqali regidratatsiyani amalga oshirish qiyin bo'lsa, bemorda qusish alomatlar kuzatilsa, bemor suyuqliklarni icha olmasa, vena ichi orqali regidratatsiya amalga oshiriladi. Vena ichi orqali regidratatsion davolash tuzli eritmalar (Ringer eritmasi, «Disol», «Trisol») ni quyishni o'z ichiga oladi. Tuzli eritmalar kasallik kechimining og'irligi, suvsizlanish darajasiga mos holda quyiladi.

Kasallikning tarqalgan shakllarida umumiy zaharlanish belgilari yaqqol namoyon bo'lganligi uchun umumiy zaharlanishga qarshi vositalar buyuriladi. Umumiy zaharlanishni bartaraf qilish uchun 5%li glyukoza, gemodez 5%, dekstroza, normofundin, reopoliglyukin, reomakrodeks, poliglyukin, plazma quyish tavsiya etiladi.

**Profilaktikasi.** Salmonellyoz profilaktikasi murakkab va hilma-xil, bu tadbirlardan eng asosiysi so'yiladigan hayvonlarni veterinariya ko'rigi qoidalariga va go'sht hamda go'sht mahsulotlarining veterinariya-sanitariya ekspertizasi talablariga rioya qilinishi zarur: go'sht kombinati, sut zavodi, parranda fermalari mahsulotlarini qayta ishlashda gigiena va texnologik jarayonlari qoidalariga juda qattiq e'tibor berish, bularni doimiy bakteriologik tekshiruvdan o'tkazib turish, bolalar shifoxonalari, tug'ruqxonalari va h.k.larda sanitariya-epidemio logiya tartibotini to'g'ri saqlab turmoq lozim .

### **3-MAVZU: Gripp va boshqa O'RK da (paragripp, adenovirus infeksiya, rinovirus infeksiya, rinosintial infeksiya) va meningokokli infeksiyada hamshiralik ishi.**

#### **1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-36 ta
Mashg'ulot Shakli	Kirish-axborotli ma'ruza.
<b>Ma'ruza rejasi:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. O'RVİ to'g'risida tuShuncha</li><li>2. Gripp tarixi, etiologiyasi</li><li>3. Epidemiologiya, patogenez</li><li>4. Tasnifi, klinikasi</li><li>5. Tashxisoti</li><li>6. Davosi, profilaktikasi</li><li>7. Paragripp, adenovirus, rinovirusli infeksiyalarning kechish xususiyatlari</li><li>8. Parranda grippi</li></ol>
<b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b> Gripp va boshqa o'tkir respirator yuqumli kasalliklar (O'RYUK)larning amaliyot va nazarni o'rganishda ularga klinik tashxis qo'yishda oliy ma'lumotli hamshiralarni tayyorlash, ayrim yuqumli kasalliklarda uchraydigan tezkor holatlarda yordam berish, yuqumli kasalliklarni oldini olish choralarini o'rgatish.	

<p><b>Pedagogik vazifalar:</b>  hozirda bizning regionda Gripp va boShqa o'tkir respirator yuqumli kasalliklarni erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, hamshiralik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini Shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish.</p>	<p style="text-align: center;"><b>O'quv faoliyati natijasi:</b></p> <p>Ma'ruzada Gripp va boShqa o'tkir respirator yuqumli kasalliklar, parranda grippining tabobatda tutgan o'rni, Respublikamiz xududida kasallanish ko'rsatkichlari va ularning dinamikasi to'g'risida ma'lumot beriladi.</p> <p>Kasallikning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo'llari va omillari, aholi moyilligi, patologik o'zgarishlarning Yuzaga kelishi omillari haqida to'xtalinadi.</p> <p>Yuqorida aytib o'tilgan kasallik klinik tasnifi, klinik belgilari, a'zo va tizimlardagi o'zgarishlar OHI talabalariga mos holda aytib o'tiladi.</p> <p>Kasallikning tashxisot usullari, davolash mezonlari, bemorlarni parvarish qilish hamda kasalliklarning oldini olish haqidagi ma'lumotlar beriladi.</p>
Ta'lim berish usullari	Kurgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish Shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

	Mashg'ulot borishi	Ajratilgan vaqt
1	O`RVI to`g`risida tushuncha	5 minut
2	Gripp tarixi, etiologiyasi	5minut
4	Tasnifi, klinikasi	20 minut
5	Tashxisoti	10 minut
6	Davosi, profilaktikasi	10 minut
7	Paragripp, adenovirusli, rinovirusli infeksiyalarning kechish xususiyatlari	20 minut
8	Parranda grippi	10 minut
	Jami	80 minut

### Nazorat savollari:

1. O`RVI etiologik omili
2. Grippning yuqish mexanizmi va yo'llari
3. Grippning klinikasi, laboratoriyaviy tashxisoti
4. Grippning davolash asoslari va oldini olish
5. Adenovirusli infeksiyaning kechish xususiyatlari
6. Paragrippning kechish xususiyatlari
7. Rinovirusli infeksiyaning kechish xususiyatlari
8. Parranda grippi, tarqalishi, kechish xususiyatlari

## MAVZU BAYONI

Gripp – o'tkir virusli kasallik bo'lib, u umumiy zaharlanish belgilari, tana haroratining ko'tarilishi, yuqori nafas yo'li, yurak qon-tomir va asab sistemasining zararlanishi kabi alomatlar bilan tavsiflanadi.

**Tarixiy ma'lumotlar:** "Gripp" frantsuz so'zi bo'lib – "changallash" yoki "egallash" degan ma'noni bildiradi. Gripp haqida birinchi asoslangan ma'lumotni 1403 yili Evropadagi epidemiya vaqtida frantsuz olimi Eten Paske keltirgan. 1580 yilda birinchi pandemiya kuzatilgan. Bunda kasallik juda keng tarqalib, ayniqsa Parij, Rim, Madridda juda ko'p odam halok bo'lgan. XIX asr OHridan boshlab insoniyat o'z boshidan 4 ta gripp pandemiyasini o'tkazadi: 1918-1920 yillaridagi pandemiya (ispanka) da 20 - 50 mln. ortiq 1957-59 yillardagi pandemiya («Osiyo grippi») da 1 mln. dan ko'p odam halok bo'lgan. AQShning o'zida bu raqam 70000ni tashkil qiladi. 1968 – 1969 Gonkong grippi pandemiyasida AQShda 34000dan ortiq bemorlar hayotdan ko'z yumishadi.

Pandemiya oralig'ida, har 2-3 yilda gripp epidemiyasi kuzatilib turadi. Grippni chaqiruvchi viruslar - «A» virusi 1933 yilda (U. Smit, K. Endryus va P. Leydlou) «B» virusi 1940 yilda (T. Frenis va T. Medjill) «C» virusi 1947 yilda (Teylor) aniqlagan.

**Etiologiyasi.** Grippni chaqiruvchi viruslar miksoviruslar oilasiga mansub bo'lib, o'zida RNK tutadi. Virionlar dumaloq yoki oval shaklida bo'lib, diametri 80-100 nm ni tashkil etadi.

Kasallik qo'zg'atuvchisi A, B, S tipli viruslar morfologik jihatdan o'xshash bo'lsalarda, o'zida turgan antigenlari bilan bir-birlaridan farq qiladilar.

A tipi juda o'zgaruvchan, u antigenlarini tez-tez, ba'zan juda keskin o'zgartirib turadi. O'zgarish yuzaki antigen-gemagglutinin va neyroaminidaza almashinuvi tufayli sodir bo'ladi. Bu antigenlarning ikkalasi bir vaqtda almashingan taqdirda, virusning yangi podtipi hosil bo'ladi. U pandemiyaga sabab bo'ladi. Antigenlarni bunday o'zgartirish B va C viruslarida bo'lmaydi yoki bo'lsa ham, kuchsiz namoyon bo'ladi.

B va C viruslari faqat odamdan uchrasa, A virusi odamlardan tashqari ot, cho'chqa va turli xil parrandalardan ham ajraladi. Gripp virusi tashqi muhitga chidamsiz, qizdirilgan va qaynatilganda tez nobud bo'ladi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai kasal odam hisoblanadi. Ayniqsa, kasallikning engil, noaniq va klinik belgilarisiz turlarini o'tkazayotgan shaxslar xavfli hisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdegilar uchun xavflidirlar.

Gripp virusi odamlar orasida doimiy aylanib yurib, har 2-3 yilda epidemiya berib turadi. Bu epidemiyalar virusning turli xil serologik variantlari tomonidan chaqiriladi. A - virusining yangi serotiplari paydo bo'lganda esa (har 10-30 yilda) pandemiya sodir bo'ladi. A virusini turli har xil uzoqqa uchuvchi qushlar va hayvonlarga o'tishi va ulardan odamlarga o'tishi kuzatilgan. Bu holat virusning yangi serotiplarini paydo bo'lishida asosiy omil bo'lsa, ajab emas.

Gripp epidemiyasi shimoliy yarimsharda joylashgan viloyatlarda ko'proq noyabr, mart oylarida, janubiy yarimshar viloyatlarida esa aprel, oktyabr oylarida tarqaladi.

Gripp virusi o'zgaruvchanligining yuqori bo'lishi aytib bo'lmas darajadagi epidemiyaga sabab bo'ladi. 2009 yili A/H1N1 deb nomlangan cho'chqa virusi Meksikada odamlar orasida tez tarqalib, 1 oy mobaynida 74 dan ortiq mamlakatlarda qayd qilindi. Cho'chqa grippi virusi H1N1 1931 yilda aniqlangan bo'lib, shu kungacha faqat cho'chqalar orasida kasallik chaqirib, onda-sonda odamlarda ham uchrab turar edi. A/H1N1 virus esa cho'chqa, parranda, odam viruslarining ma'suloti hisoblanadi. Ular avvalgi virusdan antigen xususiyati bilan farq qilganligi sababli odamlarning bu virusga moyilligi yuqori va kasal odam kasallik manbai sifatida rol o'ynab, jamoaga xavf soldi.

Cho'chqalar hujayra retseptorlarining o'ziga xos tuzilganligi tufayli odamlar grippi bilan ham, parranda grippi bilan ham og'rishi va ular organizmida viruslar reassortatsiyasi uchun qulay sharoit yaralishi, binobarin, yangi pandemik variantlar yuzaga kelishi mumkin. A guruhiga mansub gripp viruslari o'zaro genetik material almashinuv qobiliyatiga ega.

Agar bir parrandaga ikki xil virus yuqsa, ular o'zaro genetik materiallari bilan almashinadi, ya'ni reassortatsiya ro'y beradi va natijada gripp virusining yangi turi paydo bo'lishi mumkin.

B virusning epidemiyasi esa 3-4 yilda bir takrorlanadi, sekin tarqaladi 2-3-5 oy davom etib, aholining 4/1 qismini zararlaydi.

Biroq, kasallik rivojlanishi uchun organizmda virusning o'zi tushishi ham har doim etarli bo'lmaydi. Bunda shamollash omilining ham ahamiyati kattadir. Shamollash omili epiteliy hujayralarning tebranuvchi kiprikchalari harakatini keskin kamaytiradi va oqibatda nafas yo'lidagi shilliq tezda quyuqlashib, ajralishi, binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yuqorigacha siljishiga imkon yaratadi.

**Patogenez va patologik anatomsiyasi.** Virusning patogen ta'siri uning qo'yidagi biologik xususiyatlariga bog'liq: epiteliy hujayralariga ta'sirchanlik, zaharlilik hamda bir qadar antigenlik ta'siri.

Grippning patogenezida asosan 8 ta bosqich tafovut qilinadi:

Virusning epiteliy xujayralariga kirishi;

Epiteliy distrofiyasi, nekrozi va deskvamatsiyasi;

Zararlangan hujayraning yorilishi va virus chiqishi;

Virus va toksinlarning qonga o'tishi, umumiy toksikoz, virusemiya;

Toksinning qon tomirlarini kengaytirishi, parez, qon-tomirlarda qon oqimining sekinlashishi, staz;

MNS va parenximatoz organlar degeneratsiyasi;

Interferon va oksifil tanachalarining hosil bo'lishi;

Spetsifik postinfeksion immunitet hosil bo'lishi;

Virus nafas yo'lga tushgandan so'ng epiteliyal hujayralarda qayta ko'payadi. Zararlangan epiteliylar degeneratsiyaga uchrab, ko'chib tushadi. Silindrik epiteliylarning metaplaziyasi sodir bo'ladi. Jarayon qo'shni to'qimalarga va qon-tomirlarga ham tarqaladi. Klinik ko'rinishi ko'proq yuqori nafas yo'lining yallig'lanishi sifatida namoyon bo'ladi, bronxiolalarga tarqalmaydi.

Grippda virusemiya bo'lishi ham isbotlangan. Virusning alveolalarga to'g'ridan to'g'ri ta'sir qilish oqibatida deskvamativ zotiljam rivojlanib, bunda o'pkaning interstitsial to'qimalari zararlanadi.

Virusemiya va toksemiya tufayli tana harorati va zaharlanish alomatlari tez rivojlanadi. Toksinlar ta'sirida qon-tomirlarning zararlanishi tufayli qon aylanishi buziladi, bu esa o'z navbatida o'pkaning zararlanishi hamda markaziy va vegetativ asab tizimi (ko'proq bosh miyaning dientsefal bo'limi) faoliyatining buzilishiga olib keladi. Simpatik va parasimpatik asab tizimining zararlanishi davriy xarakterga ega. Shuning uchun ham gipertoniya gipotoniya bilan, taxikardiya bradikardiya bilan, oq dermografizm, qizil dermografizm bilan almashinib turadi. Qon tomir distoniyasi kasallikdan keyin ham ma'lum vaqtgacha saqlanadi.

Qon tomir o'tkazuvchanligi va qon aylanishining buzilishi oqibatida miya qon tomirlarida qon dimlanishi, mayda qon quyilishlar sodir bo'ladi va u miya shishiga hamda meningoentsefalit sindromi rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'pkada qon aylanishining buzilishi natijasida o'pka bo'lakchalarida shish rivojlanadi. Toksin ta'sirida gipofiz va buyrak usti bezlarining boshqaruvchi faoliyatlari ham buziladi. Nafas yo'lida epiteliyal to'siq butunligining buzilishi, leykotsitlarning fagotsitar faoliyatining pasayishi, virusning organizm mudofaa kobiliyatlarini pasaytiruvchi ta'siri, nafas yo'lidagi shartli patogen mikroblarning qo'zg'alishida, bakterial asoratlar rivojlanishiga hamda surunkali kasalliklarni qo'zg'alishiga olib keladi. Grippda allergik reaksiyani virusning o'zi, qo'shilgan mikroorganizmlar hamda zararlangan to'qima parchalari yuzaga keltiradi.

**Klinika.** Ko'pchilik kasallik belgilarida umumiylik bo'lish bilan birga qancha ta'sir qiluvchi omillar (bemorning yoshi, uning kasallikka beriluvchanligi,

kasalliklardan oldingi holati, virusning serotipi, uning virulentligi tufayli grippning kechimi turlicha bo'lishi mumkin. Ilgarilari u yoki bu sindromlarning ortiqligiga qarab grippning nevrologik, bronx-o'pka, tifsimon, gemorragik, ichak va boshqa turlari farqlangan. Kasallikni bunday turlanishi bizning hozirgi davrda gripp xaqidagi tushunchamizga mutloqo mos kelmaydi. Amaliy jihatdan grippni asoratsiz va asoratli (asoratlarini ko'rsatib) hamda engil, o'rta-og'ir, gipertoksik turlarga ajratish maqsadga muvofiqdir. Tashxisni ifodalashda albatta, hamroh kasalliklarni ham ko'rsatish zarur.

Kasallikning yashirin davri bir necha soatdan 1-2 kungacha, ba'zan 3 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik to'satdan boshlanadi. Boshqa O'RK lardan farqi - gripp tumov belgilari kam bo'lgan holda zaharlanishning kuchliligi bilan ifodalanadi.

Odatda kasallik sovuqqotib, titrash, bosh og'rig'i bilan boshlanib, tana harorati tezda (bir necha soat davomida) 38-40oS gacha ko'tariladi. Quvvatsizlik, et qaqshashi, mushaklarda, suyaklarda, yirik bo'g'imlarda og'riq kuzatiladi. Bosh og'rig'i zo'rayib boradi.

Ko'proq peshona, chakka, qosh usti ravog'i, ko'z olmasi og'riydi. Ba'zan bemor nurga qaray olmaydi. Kuchli zaharlanish odatda, bosh aylanishi, ba'zan hatto hushini yo'qotish, qusish va gemorragik alomatlar (ko'proq burundan qon ketishi) bilan kuzatiladi.

Bemorlar avvalo burun bitishi, tomoqning qurishi va qirilishidan shikoyat qiladilar. Kasallikning 2-3 kunlarida ko'pchilikka quruq yo'tal, yo'talganda to'sh ortida og'riq hamda tumov paydo bo'ladi. 3-4 kundan keyin yo'talganda balg'am keladi, tana haroratining eng yuqori ko'tarilishi va kuchli zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi.

Kasalliklarning 1-2 kunida isitma kuzatiladi. Kasallikning asoratlanmagan turida isitma A grippda 1-6 kun, V grippda esa uzoqroq davom etadi. Haroratning tushishi keskin yoki tezlashgan lizis yo'li bilan sodir bo'lib, terlash bilan kuzatiladi. Isitmaning takrorlanishi kam bo'lsada u asoratlanish bilan bog'liq bo'ladi. Yuzning qizarib bo'rtishi, yuz qon-tomirlarning kengayishi, ko'zning yaltirab turishi, kon'yunktivit, ko'zdan yosh oqishi kabilar kasallikning boshlang'ich belgilari hisoblanadi. Kasallikning og'ir kechimida teri oqaradi va hatto biroz ko'karadi. Lablar va burun qanotlarida gerpetik toshmalar, og'iz, tomoq shilliq qavatining qizarishi, bodom bezlarining biroz kattalashuvi, qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatida mayda qon quyilishlar ko'riladi. Aksariyat bemorlarda yumshoq tanglay, ayrim hollarda tilcha shilliq qavatida mayda donador enantemalar bo'ladi (Morozkin belgisi). Tomoqning orqa devorida shilliq qavat qurigan undagi limfatik follikulalar kattalashganligi kuzatiladi.

Kasallikning 3-4 kunlarida tomog'dagi qizarish hamda shish sezilarli kamaysada boshqa belgilari hali saqlanadi. Burun shilliq qavati ko'kimtir, qizargan, shishgan bo'ladi. Kasallikning 2-3 kunida burundan biroz seli, keyinchalik shilimshiq ajralma ajraladi. Bakterial flora qo'shilganidan keyin esa ajralma yiringli-shilimshiq tus oladi. Puls tana haroratiga mos, ayrim hollarda nisbiy bradikardiya yoki taxikardiya kuzatiladi, ko'pchilik bemorlarda ayniqsa, kasallikning og'ir kechimida yurak tonlar sustlashgan bo'ladi. Qon bosimi aksariyat pasaygan, juda og'ir kechimida (ayniqsa bolalarda) hatto kollaps bo'lishi mumkin.

Grippda ovqat hazm a'zolarining zararlanishi kam bo'ladi. Ishtahaning pasayishi (ba'zan mutlaqo yo'qolishi), til karashlanishi ba'zan tilda og'riq, qabziyatga moyillik kabi alomatlari faqat kasallikning og'ir turlarida kuzatiladi.

Isitma davrida siydik kamayadi, harorat pasayganda esa ko'payadi. Kasallik og'ir kechganda siydikda qon, hamda silindrlar bo'ladi.

Gripp virusi toksinning vegetativ asab tizimiga ta'siri bemor yuzining qizarishi, terlash, pulsining labilligi, bosh aylanishi, hid bilishning yo'qolishi kabi alomatlar bilan erkin namoyon bo'ladi.

Markaziy asab tizimi zararlanishi sub'ektiv zaharlanish belgilari bilan og'ir kechimida esa meningial belgilar bilan tirishish, qon aylanish buzilishi tufayli sodir

bo'ladi entsefalopatiya, o'choqli belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Periferik asab tizimi zararlanganda esa terida gipersteziya, paresteziya, pleksitlar qovurg'a oralig'i nervi va boshqa nervlarning nevrалgiya belgilari kuzatiladi. Qonda leykopeniya, eozinopeniya, nisbiy limfotsitoz bo'lib, EChT o'zgaraydi.

Rekonvalesentslik davri bir ikki hafta davom etib, bunda asteno-vegetativ belgilar (tez charchash, jahldorlik, uyqunng buzilishi, terlash, pulsning labilligi), asoratlarga moyillik va surunkali kasalliklarning zo'rayishi kuzatiladi.

Grippning engil kechishi biroz umumiy zaharlanish belgilari, hamda subfebril harorat (2-3 kun davomida), ayrim bemorlarni yuqori nafas yo'lining zararlanishi bilan namoyon bo'ladi.

O'rta og'ir turida zaharlanish hamda yuqori nafas yo'lining zararlanish belgilari aniq namoyon bo'ladi. Isitma davri o'rtacha 4-5 kun davom etadi.

Og'ir turi keskin boshlanadi. Isitma kuchli va uzoqroq davom etib, zaharlanish kuchli bo'ladi. Bemorda keskin holsizlanish, bosh aylanish, uyqusizlik yoki uyquchanlik, ishtahaning butunlay yo'qolishi, qusish, tirishish, qisqa karaxtlik, hushning yo'qolishi, meningial va entsefalitik sindromlar, yurak-qon tomir faoliyatining buzilishi kabi alomatlar kuzatiladi. Nafas a'zolarida muqarrar asoratlar sodir bo'ladi (virusli- bakterial zotiljam). Aksariyat gemorragik alomatlar (burun qonashi) kuzatiladi.

Grippning kam uchaydigan atipik turida kasallikning asosiy belgilaridan biri (ya'ni isitma, zaharlanish belgilari yoki nafas a'zolarining zararlanishi) kuzatilmaydi.

Viruslarning har xil bo'lishiga qaramay, grippning klinik kechimida deyarli farq bo'lmaydi. Biroq A grippning pandemiyasi davrida kasallikning og'ir zaharlanishi kechimi kuzatiladi.

Epidemiya davrida kasallikning hamma turlari, epidemiya oralig'ida esa ko'proq engil va o'rta og'irlikdagi turlari uchraydi.

Grippning asoratlari kasallikning turli davrida rivojlanishi mumkin. Ular viruslar va ko'pincha turli xil bakteriyalar tomonidan chaqiriladi. Grippning eng ko'p va og'ir asoratlaridan biri zotiljamdir. U turli bakteriyalar, aksariyat stafilokokklarning qo'shilishidan rivojlanadi.

Grippning zotiljam bilan asoratlangan turida isitma davomli yoki ikki to'liq bo'ladi va kuchli holsizlik, terlash, nafas tezlashib hansirash, balg'amli yo'tal kabi alomatlar bilan kuzatiladi. Urub ko'rilganda o'pkaning yallig'langan qismi ustida tovush bo'g'iqligini, atroftida esa quticha tovushini eshitamiz. Eshitib ko'rilganda quruq va turli kattalikdagi nam xirillashlar eshitiladi. Ko'pchilik bemorlar qonida leykotsitlar ko'rsatkichi normal hollarda leykotsitoz yoki leykopeniya bo'lgan holda leykoformula chapga surilgan, neytrofilyoz va EChT ning ortishi kuzatiladi.

Grippda zotiljamdan tashqari otit, burun qo'shimcha bo'shliqlari va peshona sinuslarining yallig'lanishi (gaymorit, etmoidit, frontitlar) va ko'proq rinit, faringit, laringit, traxeobronxit, angina va boshqa asoratlar bo'lishi mumkin.

Asab tizimi tomonidan sodir bo'ladigan asoratlar (meningoentsefalit, araxnoidit, polinevrit, radikulit) ba'zan uzoq vaqt asab tizimi faoliyatining buzilishi va ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi.

**Tashxisoti.** Har bir hakim kasallikni aniqlashda avvalo uning klinik belgilariga asoslanishi kerak, chunonchi klinik tashxis eng barvaqt aniqlanadigan va hech qanday qo'shimcha mablag' sarfini talab qilmaydigan tashxisdir. Shuning bilan birga u keyingi tekshiruvchilar yo'nalishni ham aniqlab beradi.

Gripp virusining kasallikning birinchi kundan boshlab burun, tomoq shilliq qavati va qonda topish kam holatlarda qayd qilinishi mumkin. Uni tovuq embrionida o'stirish mumkin. Grippda va boshqa O'RKlarda tezkor ekspress tashxis qo'yish maqsadida flyuorestantslanuvchi antitelolar usulidan foydalaniladi. Buning uchun burun va tomoqdan shillig'idan tayyorlangan surtmaga grippning flyuorestantslanuvchi zardobi

bilan ishlov beriladi. Hosil bo'lgan antigen-antitelo birikmasi epiteliylarning yadrosi va protoplazmasidan erkin nurlanadi.

KBR va neytralizatsiyalash kabi zardob tahlillaridan kechikkan (ya'ni kasallik o'tib bo'lgandan keyingi) tashxisot maqsadida foydalanish mumkin. Zardob reaksiyasi uchun qonni ikki marotaba («juft zardob») kasallik boshida, yana 8-14 kun o'tkazib, rekonvalesentslik davrida olinadi. Antitelolar titrini 4 marotaba va ortiq oshishini tashxisiy hisoblash mumkin.

**Davosi.** Bemorlarni kasalxonaga joylashtirish epidemiologik va klinik nuqtai nazardan amalga oshiriladi. Odatda grippning og'ir yoki asoratlangan turlarini o'tkazayotgan, hamda og'ir qo'shimcha xastaligi bo'lgan bemorlarga kasalxonaga yotqiziladi.

Rejimi. Bemor butun isitma davomida va yana 2 kun o'rinda yotishi kerak.

Parhezi. Sutli, sabzavotli, vitaminlarga boy bo'lishi va ko'proq suyuqlik ichmog'i kerak: limonli choy, meva sharbatlari, sutli asal, ingalyatsiyalar, romashka gullari, malinali ichimliklar. Bu moddalar ter ajralishini tezlashtirib, virus (va toksin)ning organizmdan chiqib ketishini ta'minlaydi va organizmni qizib ketishdan saqlaydi.

Grippda bir qator etiotrop, patogenetik va simptomatik dori-darmonlar ishlatiladi. Etiotrop dorilardan eng ta'sirlisi grippga qarshi gammaglobulin hisoblanadi. Uni 3-6 ml.dan, bolalarga 1-3 ml.dan mg`o ga yuboriladi, gammaglobulin yoki zardobli poliglobulin ishlatiladi.

Bularning hammasi ham faqat kasallikning 1-3 kunida ishlatilganda natija beradi. Laktoglobulin-(grippga qarshi immunlangan sigir sutidan tayyorlangan), ayniqsa bolalarni davolashda yaxshi natija beradi. Kasallikning dastlabki 2-3 kunida 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,05 dan, 6 yoshdan katta bolalarga 0,1 gr.dan (burniga kunga 3 mahal poroshok holda) beriladi. Biroq, gripp virusiga qarshi ayniqsa A virusiga eng ta'sirchan remantadin hisoblanadi. U birinchi kunga 100 mg 2 tabletka keyin 50 mg (1+2+2) va 3-kuni 200mg (1+2+2) beriladi. Keyingi kunlarda bu dorini berishni hojati ham foydasi ham yo'q.

Leykotsitar interferon har bir burun yo'liga 0,25ml dan 4 mahal tomiziladi. Bu dori ham bu kasallikning birinchi kunlarida (ayniqsa 1-kunida) foydalanadilar. Oksalin mazi (0,25%) – tumovni ancha yumshatadi va muddatni qisqartiradi: uni bir kunda 3-4 mahal burunga surtiladi.

BJSST 2007 yilda parranda grippini H5N1 va 2009 yilda cho'chqa grippi AG`H1N1 davolashda va uning oldini olishda "Tamiflyu"(Oseltamivir) tavsiya qildi.

Ozeltamivir (tamiflyu)-gripp virusi neytraminadaza fermentiga yuqori ta'sirli ingibator hisoblanadi. Preparat kattalarga va 13 yoshdan katta bolalarga 75 mg (1 kapsula) kuniga 2 mahal 5 kun mobaynida buyuriladi. 1-13 yoshli bolalarga bola vazniga mos holda: 15 kg gacha 30 mg, 15-23 kg 45 mg, 23-40 kg 60 mg, 40 kg dan yuqori 75 mg 2 mahal 5 kun mobaynida belgilanadi.

Zonamivir (relenza) ozaltamirga o'xshash ta'sir ko'rsatadi va intranazal buyuriladi. Yuqoridagilardan tashqari interferon (grippferon, anaferon, reaferon, viferon) va interferenogenlar (ridostin, dibazol, aminoksin, prodigizon, gazalidon) qo'llanishi tavsiya qilinadi.

Yuqorida keltirilgan virusga qarshi dorilarning hammasi O`RKlarida ham qo'llaniladi. Gripping engil va o'rta-og'ir turlarida ko'proq patogenetik va simptomatik dorilar ishlatiladi. Desensibilizatsiyalovchi dorilar va vitaminlar qo'llanishi shart. Isitmani pasaytiruvchi dorilar (atsetilsalitsilat kislotalar, analgin va boshqalar) juda ehtiyotlik bilan, faqat tana harorati juda baland bo'lgan taqdirdagina ishlatilmog'i kerak. Borjom suvi yoki choy sodasi solingan issiq sut, anjir, asal kabi tomoq qurishi va qirilishini kamaytiradi. Yo'talga qarshi kodein dionin, pektusin, libeksin keyinchalik balg'am ko'chiruvchi dorilar va xantal qog'oz ishlatiladi.

Hozirda ko'proq quyidagi dorilar yig'indisi qo'llanilmoqda: remantadin - 3 kun va

antigrippin - 5 kun davomida. Antigrippin tarkibida atsetilsalitsilat kislotasi - 0,5 g, askorbinat kislotasi 0,3 g, dimedrol - 0,2, kaltsiy laktati 0,1 g bo'ladi. Uni kunda 3 mahal beriladi.

Asoratlanmagan grippda, odatda antibakterial dorilar berilmaydi, bundan faqat qariyalar va qo'shimcha surunkali kasalliklari bo'lgan shaxslar mustasnodirlar. Grippni og'ir o'tkazayotgan bemorlarga, zotiljamning oldini olish maqsadida, og'iz orqali antibiotiklar, tetratsiklin, vitatsiklin, oletetrin, ampioks, metatsiklin va boshqalar beriladi. Zotiljam rivojlangan takdirida antibiotiklar, seporin, oksatsillin, metatsillin, morfotsiklin, linkomitsin va boshqalar mushak orasiga yoki tomirga yuboriladi.

Yurak tomir faoliyati buzilgan taqdirda – kordiamin, kamfora, efedrin va boshqalar qo'llaniladi. Yurak tomir etishmovchiligi sodir bo'lganda korglyukon yoki strofantin K yuboriladi va kislorod beriladi.

**Profilaktikasi.** Hozirda grippga qarshi yangi preparatlar (faolsizlantirilgan vaksina, remantadin) qatorida, ilgari ishlatib kelingan, tirik vaksinalar ham qo'llanilmoqda.

Grippning asosiy profilaktik shartlari qo'yidagicha: epidemiyadan oldingi davrda ommaviy vaksinatitsiyalash, shoshilinch profilaktikasi va epidemiya vaqtida grippni barvaqt davolash, grippga qarshi preparatlarni to'g'ri qo'llash, o'tkaziladigan profilaktik va epidemiyaga qarshi choralarni kengaytirish, tibbiy – sanitariya tashviqotini kuchaytirish.

Aktiv immunizatsiya qilish maqsadida ikki xil aktivsizlantirilgan vaksina ishlatiladi: a) Virionli vaksina – nayzasiz in'ektor yordamida teri ostiga yuboriladi, b) Keyingi paytlarda gripp kaslligining oldini olish maqsadida tarkibida yuzaki antigenlar: gemagglyutinin va neyraminidaza saqlagan yuqori sifatli Inflyuvak (Solvey-farma) keng ko'lamda qo'llanilayapti. Preparat bilan asosan 6 oylikdan katta bolalar, hamda katta yoshdagilar mavsum boshidan oldin oktyabr-noyabr oylarida emlanadilar.

Grippga qarshi vaksinani shoshilinch profilaktika choralari oksalin mazi, remantadin, leykotsitlar interferon yoki shuningdek, donor va platsentar gammaglobulin bilan to'ldirish kerak.

Bemorni atrofdagilardan barvaqt ajratish asosiy profilaktik choralardan hisoblanadi. Bulardan tashqari, umumiy sanitariya- profilaktik choralarni ko'pchilik bo'ladigan xonalarni, ayniqsa, bolalar xonalarini ozoda tutish, to'g'ri rejim, xonani kvarts lampalari bilan nurlantirib turish kerak. Gripp kasalligida ko'pchilik bemorlar uyda davolanadilar.

### PARAGRIPP

Paragripp-bu havo-tomchi mexanizmi orqali yuqadigan, asosan hiqildoq va bronxlarning zararlanish belgilari va isitma bilan kechadigan o'tkir antroponoz virusli infeksiyadir.

**Klinikasi.** Yashirin davri 1-7 kun (o'rtacha 3-4 kun). Ko'pincha kasallik asta-sekin boshlanadi. Bemor o'zida noxushlik, biroz quvvatsizlik, bosh og'rig'i (ko'proq peshona qismida), biroz burun bitishi, subfebrilitet, engil quruq yo'tal, tomoq qurishi va qirilishi, ayrimlar biroz tomoqda og'riq sezadilar. Bolalarda esa kasallik quruq, dag'al va muttasil yo'tal bilan namoyon bo'ladi. Ayrim bemorlarda biroz titrash, mushaklarda og'riq va et qaqshashi kuzatiladi. Tana harorati odatda, kasallikning birinchi kunida subfebril, ba'zan normal yoki bolalarda (og'ir kechimida kattalarda ham), yuqori bo'lishi mumkin. Hatto isitma baland bo'lganda ham zaharlanish belgilari kuchsiz bo'ladi. Ko'ngil aynishi, qusish, ich ketish kuzatilishi mumkin.

Burundan suv kelishi grippdagiga nisbatan kuchliroq, ammo ayrim bemorlarda faqat burundan nafas olish qiyinlashadi xolos.

Yo'tal keyinchalik dag'al bo'lib qoladi. Ko'pincha tovush bo'g'ilib yoki xirrilab qoladi. Kuchli yo'tal 6-10 kun davom etib, keyin yumshab, kasallikning 21-22 kunlarida to'xtaydi. Faqat ayrim bemorlarda yuzi oqargan yoki qizargan bo'ladi.

Kasallikning 2-3 kunlarida uchuq toshishi mumkin. Burun shilliq qavati qizargan, shishgan. Burundan dastlab suyuq, seroz, so'ng quyuq yoki shilliq yiringli ajralmalar ajraladi. Yumshoq, tanglay va tomoqning orqa devorida biroz qizarish (ayrim bemorlarda



mayda toshmachalar) ko'riladi. Puls isitmaga mos keladi. Ko'p bemorlar tomoqda, to'sh ortida og'riqdan shikoyat qiladilar. Tovush bo'g'iq, dag'al, "akkirovchi" yo'tal bo'lib, laringit yoki laringotraxeitdan dalolat beradi. Infektsion jarayonga pastki nafas yo'llari ham qo'shilib, bronxit, bronxiolit yoki pnevmoniya rivojlanishi mumkin.

Kattalar paragrippni engil o'tkazadilar. 1 yoshgacha bolalarda og'ir kechadi. Kasallik 1-3 kun davom etadigan hiqildoq stenoz ("akkirovchi yo'tal", shovqinli stenotik nafas, tarqoq sianoz) bilan asoratlanishi mumkin. Kechishi yaxshi sifatli bo'lib, es-hush buzilmaydi va asfiksiya kuzatilmaydi.

Pnevmoniyalar kasallikning 2-3 haftasida kelib chiqadi. Ular virusli-bakterial yoki bakterial tabiatli bo'ladi. Organizm zaharlanishi kuchayadi, to'sh ortida og'riq, hansirash, nam yo'tal, balg'am qon aralashgan bo'lishi mumkin.

Rentgenologik tekshiruvda o'pkaning 1-2 segmenti yoki butun bo'lagini egallagan infiltratlar aniqlanadi.

Yurak tonlarining pasayishi faqat kasallikning og'ir kechimida kuzatiladi. Asoratsiz kechimida o'pkada vezikulyar yoki biroz dag'alroq tovush eshitiladi. Qonda leykotsitlar normada yoki biroz kamaygan, EChT ham normal bo'ladi.

Shunday qilib, paragrippda ko'proq laringit yoki laringotraxeit, kamroq-rinit va faringit alomatlari kuzatiladi.

Nafas yo'lining surunkali kasalliklari bo'lgan shaxslarda paragrippning birinchi kunlaridanoq bronxit alomati rivojlanadi. Bronxit birlamchi bo'lishi ham mumkin, bunda u ancha kech rivojlanadi.

### **ADENOVIRUS INFEKTSIYASI**

Adenovirus infeksiyasi o'tkir respirator kasallik bo'lib, limfatik bezlar, ko'z hamda nafas yo'li shilliq qavatlarning zararlanishi va kuchsiz zaharlanish alomatlari bilan ifodalanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 1 kundan 2 haftagacha, o'rtacha 4-8 kun davom etadi. Ko'pincha kasallik qaltirash, bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Bemorlar et qaqshashi, suyak, bo'g'im va mushaklarda og'riq sezadilar. Ba'zan ko'ngil aynab, qusishlari mumkin. Ayrim bemorlarda to'sh pastida og'riq bo'lib, ichi surishi mumkin. Zaharlanish belgilarini isitma darajasiga mos kelmasligi, hamda mahalliy kataral o'zgarishlarni umumiy o'zgarishlardan ustun turishi bu kasallikka xosdir. Uyqusizlik, bosh aylanishi, ko'ngil aynashi kabi alomatlar kamdan-kam kuzatiladi. Bemorning umumiy ko'rinishi o'ziga xosdir: yuzi kepchigan, qizargan, burnidan ko'p shilliq suyuqlik keladi, bitta yoki ikkala ko'zida kon'yunktivit, ko'z sklerasining tomirlari bo'rtib qizargan bo'ladi. Follikulyar va qoplama kon'yunktivitlar asosan bolalarda uchraydi (20-21 rasm), kattalarda kataral yallig'lanish bo'ladi. Bodomcha bezlar shishgan, parda bilan qoplangan bo'ladi. Jag' osti, orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi.

Asosiy patologik jarayon lokalizatsiyasiga bog'liq holda kasallikning bir necha klinik shakllari mavjud: Adenovirusli rinofaringit yoki rinitni asosan 1, 2, 3 va 5 serovardagi viruslar chaqirib, boshqa o'tkir respirator kasalliklardan deyarli farq qilmaydi. Isitma 1 haftagacha, kataral belgilar 1-3 hafta davom etadi. Og'iz-halqum limfoid to'qimasi giperplaziyasi, kataral yoki pardali tonzillit, granulyoz faringit kuzatiladi. Faringokon'yunktival isitma, tumov, faringitdan boshlanadi, tezda follikulyar kon'yunktivit, ko'zdan yosh oqishi, qovoqlar shishi va ko'z yoriqlarning torayishi qo'shiladi. Kon'yunktivaning yallig'lanishi dastlab bir tomonlama, so'ng 2 tomonlama bo'lib, pardalar hosil bo'ladi. Tana harorati 38-39oSgacha ko'tariladi. Bu klinik shakl 2-3 hafta davom etadi. Epidemik keratokon'yunktivitda kon'yunktivit bilan birgalikda, shoh pardaning o'choqli zararlanishi, ko'zda og'riq, fotofobiya kuzatiladi. Isitma reaksiyasi kuchsiz. Shox parda infiltratlari uzoq vaqt (2 oygacha) so'riladi.

Bolalar ko'pincha astmatik sindromli o'tkir laringotraxeobronxit uchraydi. Belgilari: ovoz bo'g'ilishi, dag'al og'riqli yo'tal, ekspirator hansirash, quruq va nam xirillashlardan iborat.

Adenovirusli pnevmoniyalar virusning N-serovari tomonidan chaqirilib, jarayonga keyin bakteriyalar ham qo'shiladi. Ular mayda o'choqli yoki qo'shilgan bo'lib, 1 yoshgacha bolalarda retsidivlanishga moyil.

Adenovirusli mezenitga og'riq xurujlari, ko'ngil aynish, qusishlar xos. Qorinning chuqur palpatsiyasida tutqich ildizida maksimal og'riq paydo bo'lib, mezenterial limfa tugunlari paypaslanadi. Periferik qonda–leykotsitoz, leykopeniya, EChT oshishi yoki normal bo'lishi mumkin.

O'pka nafasi dag'allashgan, quruq xirillashlar eshitiladi. Ayrimlarda mayda o'choqli zotiljam alomatlari kuzatiladi. Ichak zararlanishi singari zotiljam ham asosan go'dak bolalarda boshlanadi.

Puls tana haroratiga mos keladi. Yurak tovushlari xiralashgan, ayrim hollarda kuchsiz sistolik shovqin eshitiladi. Yurak–tomir tizimining zararlanishi faqat kasallikning og'ir kechishiga xos.

Adenovirus infeksiyasi boshqa O'RKdan yana oshqozon ichak yo'lining zararlanishi bilan farqlanadi. Bemorning ichi buzilib, qorni og'riydi, kuniga 4-6 martagacha ich ketishi mumkin, ko'pchilikda jigar, ayrimlarda taloq ham kattalashadi. Qonda deyarli o'zgarish bo'lmaydi, ba'zan biroz leykopeniya, eozinopeniya bo'ladi. EChT normada yoki biroz ortishi mumkin.

### **RESPIRATOR – SINTSITIAL INFEKTSIYA**

RS infeksiya – havo–tomchi mexanizm orqali yuqadigan, asosan pastki nafas yo'llarining zararlanishi va kuchsiz zaharlanish bilan kechadigan o'tkir antropoz virusli infeksiyadir.

**Klinikasi.** Yashirin davr 3-7 kun, katta yoshlarda kasallik asosan respirator traktning yuqori bo'limlari zararlanishi bilan engil kechadi.

Burun bitishi, tomoq qichishi, aksa urish yo'tal kuzatiladi. Burun – xalqum giperemiyalangan, undan ko'p miqdorda shilliq sekret ajraladi. Tana harorati normal yoki subfebril, qonda o'rtacha limfomonotsitoz, kasallik 2-10 kun davom etadi. Erta bolalik davrida kasallik rinit yoki nazofaringitdan boshlanadi. 2-3 kundan so'ng astmatik komponentli bronxit yoki bronxiolit qo'shiladi. Yo'tal davomli, xurujsimon, og'riqli bo'lib, hansirash, sianoz kuzatiladi. O'pkalarda ko'plab tarqoq mayda va o'rta pufakchali xirillashlar, perkussiyada timpanik tovush. Bronxiolit rivojlanganda nafas olish 60-80ta bo'ladi. Pnevmoniya bilan kechganda hansirash akrotsianozi, istma, leykotsitoz kuzatiladi.

### **RINOVIRUSLI INFEKTSIYA**

Rinovirusli infeksiya - havo –tomchi yo'l orqali yuqadigan, asosan burun – xalqum shilliq qavatining zararlanishi va tumov belgilari bilan kechadigan o'tkir antropoz infeksiyadir.

**Klinikasi.** Yashirin davr 1-6 kun. Kasallik titrash, boshda og'irlik hissi bilan boshlanadi. 1-2 soatdan so'ng burun bitishi, aksa urish, burundan shilliq va suvsimon ajrilmalar keladi. Burun ajrilmalari keyinchalik sariq rangga kirishi mumkin (yiringsimon). Yo'tal, tomoq qichishi, kon'yunktivit, ko'zdan yosh oqish, hid bilish, ta'm bilishning buzilishi, umumiy zaharlanish belgilari kuchsiz namoyon bo'ladi. Tana harorati normal yoki subfebril, yuzi rangpar, burni kengaygan, og'zi yarim ochiq, labida herpes, burun shilliq qavati giperemiyalangan, jag' osti va bo'yin limfa tugunlari kattalashgan. Kasallik 2 hafta davom etadi.

### **PARRANDA GRIPPI**

Parranda grippi – bu odamlar grippi virusining A tipdagi shtammlaridan biri chaqiradigan parrandalar yuqumli kasalligidir. Bu kasallik birinchi marta bundan 100 yillar oldin Italiyada aniqlangan.

Migratsiyalanuvchi suvda suzuvchi qushlar – ko'pincha yovvoyi o'rdaklar parranda grippi virusining tabiiy rezervuari hisoblanadi va qushlarning infeksiyaga moyilligi kam.

Uy parrandalari, jumladan tovuqlar, kurkalarning bu kasallik epidemiyalariga moyilligi bor. Parranda grippi virusi H5N1. Birincha marta 1961 yilda Janubiy Afrikada topilgan. Yovvoyi qushlar tashuvchisi bo'lib, ko'chib yuruvchi qushlar esa bu qit'alariga tarqatadi va mahalliy qushlar, jumladan uy parrandalari g'oz, o'rdak, tovuq, kurkalarga yuqtiradi. 1997 yilga qadar H5N1 odam uchun xavfsiz deb hisoblangan. Lekin Gonkongda kasallikni yuqtirgan 18ta bemordan 6tasi halok bo'lishi bu fikrni inkor etdi. 2003-2004 yillarda parranda grippi epidemiyasi Osiyoning 8ta mamlakatida: Kambodja, Xitoy, Indoneziya, Yaponiya, Laos, Janubiy Koreya, Tayland, V'etnamda qayd etildi.

Jabr ko'rgan mamlakatlar rahbariyati qat'iy karantin chora-tadbirlarini olib borib, kasallikning keng tarqalishiga yo'l qo'ymaslik uchun 100 mln.dan ortiq uy parrandalari qirib yuborildi.

2004 yil mart oyida kasallik biroz kamaydi. 2005 yilga kelib yana parranda grippining yangi o'choqlari Kambodja, Qozog'iston, Malayziya, Mongoliya, V'etnam, Rossiya, Turkiya, Ruminiyada paydo bo'ldi. Kambodja, Indoneziya, Tayland, V'etnamda esa odamlar ham bu kasallik bilan og'riganligi qayd etildi. JSST ma'lumotlariga qaraganda 2006 y 10 mart oyigacha parranda grippi bilan 175ta kasallanish qayd etildi. Shundan 2ta holatda yuqish parrandadan odamga emas, balki odamdan odamga yuqqanligi aniqlandi.

**Etiologiyasi.** Parrandalarda kasallik chaqiradigan 15ta parranda grippining subtiplari ma'lum. Ular bir-biridan antigen strukturasi bilan farq qiladi: gemagglyutinin (N) va neyrominidaza (N). Parranda grippining H5N1 subtipi yuqori patogenlikka ega. 1- marta bu subtip bilan zararlanish 1997 yil Gonkongda kuzatilgan. Bunda H5N1 shtammi 18 kishiga yuqqan, ulardan 6tasi nobud bo'lgan. Tekshiruvlar natijasi shuni ko'rsatdiki, bunda kasallik manbai – uy parrandalari bo'lib, kasallangan bemorlar shu parrandalar bilan muloqotda bo'lishgan va kasallik ulardan odamga yuqqan.

H5N1 virusi tekshirilganda uning juda tez mutatsiyalana olishi va grippning boshqa turlarini qo'zg'atuvchi viruslar geni bilan qo'shib, yangi shtammlar hosil qilishi aniqlandi. Olimlarning ta'kidlashicha, 1918-1919 yildagi "ispanka"ni aynan parranda grippining mutatsiyaga uchragan subtip keltirib chiqarib, o'nmillionlab odamlar yostig'ini quritgan. Endi kutilayotgan epidemiya "ispanka" virusi mutatsiyasini takrorlaydi, degan fikrlar mavjud.

Odamdagi parranda grippiga xarakteristika. 1997 – Gonkongda parranda grippi virusi (H5N1) kurkalarni va odamlarni zararladi. Bunda 1- marta kasallikning qushlardan odamga yuqishi aniqlandi.

Bu vaqtda 18 nafar kishi gospitalizatsiya qilindi va ulardan 6 nafari haloq bo'ldi. Epidemiyani likvidatsiyalash maqsadida 1,5 mln tovuq – virus manbaini yo'qotish uchun qirib yuborildi.

1999 – Gonkongda H9N2 parranda grippi 2 nafar bolaga yuqdi. Bolalarning ikkalasi ham sog'ayib ketdi. Bunda kasallik manbai uy parrandasi bo'lib, bevosita undan odamga o'tganligi aniqlandi. Lekin odamdan odamga o'tishi ham ehtimoldan xoli emas edi. 1998 – 1999 yillarda Xitoyning materik qismida ham H9N2 virusi odamlarda aniqlandi.

2003 – Xitoydan Gonkongga ko'chib kelgan oilaning 2ta a'zosi H5N1 parranda grippi virusi bilan zararlendi. Biri halok bo'ldi, ikkinchisi sog'ayib ketdi. Kasallik qanday yuqqanligi aniqlanmadi. Shu oilaning boshqa a'zosi Xitoyda respirator kasallikdan o'lganligi ma'lum bo'ldi.

2003 – Niderlandiyadagi parranda fermasi ishchilarida H7N7 gripp virusi aniqlandi. Kasallik ishchilarning 86tasida aniqlandi, ulardan 3tasi ularning oila a'zolari edi.

Epidemiologiyasi. Kasallikni yuqtirgan har 2ta bemorning bittasi nobud bo'lmoqda. Bunday yuqori letallikning sababi odamda bu virusga qarshi immunitetning yo'qligidir.

Yovvoyi qushlar ajralmalari bilan ifloslangan joylarda bo'lgan xonaki qushlar kasallikni o'ziga yuqtirib oladi. Odamga kasallik virus bilan ifloslangan parranda ajratmalari bilan kontaktida bo'lgandan so'ng meva, sabzavot va ovqat mahsulotlarni ifloslangan qo'llar bilan eganda yuqadi. Bundan tashqari zararlangan qo'llar bilan ko'zini ishqalaganda, go'sht

mahsulotlari, tuxum iste'moli orqali yuqadi. Gonkongda 1997 yil may oyida 3 yoshli bolada isitma, tomoqda og'riq va yaralar, yo'tal kuzatilgan. Kasallik 2 hafta davom etib, bola pnevmoniyadan halok bo'lgan. Uning traxéal suyuqligidan gripp A virusi ajratib olingan, lekin hech bir standart reagent bilan uning tipi identifikatsiya qilinmagan. Olimlar uni yangi shtamm deb baholab, uni odam uchun yangi gripp shtammi (H5N1) deb qayd qilishdi. Shunga qadar kasallik bilan faqat qushlar og'rishi ma'lum edi. Anamnez to'liq yig'ilganda bola kasallikka qadar virus bilan zararlangan tovuq bilan kontaktda bo'lganligi ma'lum bo'lgan. Bu hodisa 2yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 17ta bemorda ham qayd etilgan. 1998 y. yanvar oyida kasallikdan 6 nafar bemor vafot etgan.

**Tashuvchilar.** Tashuvchisi ko'chib yuruvchi qushlardir. Ular tabiatdagi virusning tabiiy rezervuari bo'lib, uni juda uzoq masofalarga tashib yurishi mumkin. Bu qushning o'zi kasallanmaydi va halok bo'lmaydi (epizootiyalardan tashqari), lekin 2-3 hafta davomida atrof muhitga uni ajratib turadi. Parranda grippi bilan asosan uy parrandalari, ayniqsa tovuqlar kasallanadilar. Bunda o'lim holati 100% ni tashkil etadi.

Inson uchun xavfi. Odam (virus bilan) zararlangan tirik parrandalar bilan muloqotda bo'lganida virusni yuqtirib oladi. Parrandalar ajratmalarida ko'plab viruslar bo'ladi, ular qurigach, havoga tushadi va odamga nafas yo'llari orqali yuqadi.

Osiyoda yuqishning yana bir yo'li – shu vohada an'anaviy ravishda qush qonini ovqatga qo'shib iste'mol qilish hisobiga kasallik yuqishi aniqlangan. Tovuuq go'shti, agar u yaxshi termik ishlovdan o'tkazilsa, odam uchun xavf tug'dirmaydi, chunki H5N1 70S haroratda qizdirilganda nobud bo'ladi.

Odamdan odamga yuqishi haqida. JSST ekspertlarining V'etnamdagi tekshiruvlarida diqqatga sazovor bir holat aniqlandi. Bunda 2 ta aka-uka 9 kun farq bilan parranda grippi bilan kasallandi. Ulardan biri ikkinchisini kasalxonada parvarish qilishi natijasida kasallikka chalindi. Lekin ularning bir vaqtda kasalliklarni yuqtirganliklari, faqat yashirin davr ikkalasida har xil davom etgan bo'lishi mumkinligi ham ehtimoldan xoli emas. Mutaxassislar fikricha, yaqin kunlarda H5N1 mutatsiyasi natijasida kasallikning havotomchi yo'li bilan odamlar orasida tarqalishi mumkinligi e'tirof etilmoqda.

2006 y. 10 mart ma'lumotlariga qaraganda dunyoda parranda grippi bilan kasallanish 175 kishini tashkil qildi. O'lim holati-50%ga yaqin. 1997 yildan buyon bu infeksiyadan 60 kishi halok bo'ldi. Mutaxassislar ta'kidlashicha, agar odam odatiy gripp va parranda grippi bilan bir vaqtda kasallansa, o'zaro almashinib, yangi shtamm hosil qiladi va bu yangi virus endi bevosita odamdan odamga yuqishi mumkin bo'ladi.

Parranda grippi virusining o'ziga xos xususiyatlari

- virus mutatsiyalanib, yanada virulentligi oshadi;
  - virus turga oid to'siqni engib o'tib, qushlardan odamlarga yuqmoqda. Biroq bevosita odamdan odamga o'tishi isbotlanmagan (barcha bemorlar kasallangan qushlar bilan muloqotda bo'lgan).
  - virus asosan bemorlarga yuqib, ularning o'limiga sabab bo'ladi.
  - kasallik manbai va yuqish yo'llari to'liq aniqlanmagan. Shuning uchun ham virusni nazorat qilishning imkoniyati bo'lmayapti.
  - kasallik tarqalishini to'xtatish choralari barcha kasallangan qushlarni butunlay yo'qotishdir.
- Patogenezi. Parranda grippi virusini 6-8 haftalik sichqonlarga yuqtirib, ularning patogenligi o'rganilganda, bu virusning burun bo'shlig'i, traxeya, bronx va bronxiolalar respirator epiteliysida nekroz chaqirib, ularda gipertermiya, tana massasining tez yo'qolishi, 75-100% o'lim kasallikning 6-8 kunida kuzatildi.

Parranda grippi virusidan zararlangan odamdan virus ajratib olinib, sichqonlarda tekshirilganda virus dastlabki 3 kunda ularning o'pkasida, so'ng bosh miya neyronlari, glial xujayralar va kardial miofibrillarda replikasiyalanishi aniqlandi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri odamda 3-7 kundan oshmaydi. Kasallik grippsimon belgilar bilan boshlanadi: isitma, yo'tal, tomoqda og'riq, tumov, umumiy holsizlik, darmonsizlik, mushaklardagi og'riqlar bezovta qiladi. Kasallik ko'z infeksiyasi,

o'tkir respirator kasalliklar, pnevmoniyalar ko'rinishida ham namoyon bo'lishi mumkin. Shunga qaramay barcha tekshiruv markazlari, kasallik haqida axborotlari juda kamligi va parrandi grippining to'liq klinik ko'rinishini hali batafsil yoritish imkoniyati yo'qligini qayd etishmoqda.

**Tashxisoti.** 1997 yilda odamda gripp infeksiyasini aniqlash uslublaridan gemagglyutinatsiyani ingibirlash reaksiyasi parranda grippi virusiga qarshi antitelolarni aniqlashda sezgirligi past ekanligi aniqlandi. Shundan so'ng bu virusga nisbatan antitelolarni aniqlashda yanada sezgirroq usullar taklif qilindi. Ulardan biri mikroneytralizatsiya va maxsus N5ga sezgir bevosita ELISA (immunoferment tahlil)dir. Bu usullarning spetsifikligi va sezgirligi Vestern blot qo'llanilganda yanada oshishi aniqlandi. 18-59 yoshli bemorlarda anti N5 antitelolarni Vestern blot bilan birgalikda mikroneytralizatsiya usulida aniqlash 80% sezgirlik va 96% spetsifiklikka ega. 15dan kichik yoshli bolalarda esa zardobdagi anti N5 antitelolarni aniqlash Vestern blot bilan birgalikda ELISA usuli qo'llanilganda 100% sezgirlik va 100% spetsifiklikka ega ekanligi aniqlandi.

Parranda grippi virusining virulentligini aniqlashda polimeraz zanjir reaksiyalari effektiv qo'llanib kelinmoqda. Bundan tashqari, parranda grippining sirkulyatsiyadagi viruslarini monitoringi uchun genotiplashning oddiy molekulyar usuli qo'llanilyapti.

Keyinchalik real time reverse transcriptase (RRT-PCR) analizi virusni tezda aniqlash imkonini berdi. Bu usulda bir bosqichli aniqlash usullari va flyuorescent zondlardan foydalaniladi. Bu usulni virus aniqlashning standart usublari bilan qiyoslash mumkin: tovuq embrionidan gripp virusini ajratib olish va gemagglyutinini gemagglyutinatsiyani ingibirlash reaksiyasi yordamida subtiplarga ajratish.

**Davosi.** Parranda grippi virusi amantadin va remantadin kabi gripp A virusi reproduksiyasini ingibirlaydigan preparatlarga sezgir. Bundan tashqari neyrominidaza ingibitorlaridan zanzivir kalamushlar buyragi hujayralarida virus replikatsiyasini ingibirlagan va virus neyrominidazasi aktivligini ingibirlagan. Kuniga 2 mahal (50 va 100mg/kg) zanzivirni intranazal yuborish sichqonlarni o'limdan saqlab qolgan. Bundan tashqari zanzivir virusning o'pkadagi miqdorini kamaytirgan va uning miyaga tarqalishining oldini olgan. Oral yuboriladigan neyrominidaza ingibitori RWJ-270201 zanamivir (Zanamivir) va ozeltamivir (Oseltamivir) bilan bir vaqtda tekshirilganda ularning sichqonlarni letal infeksiyalar H5N1 va H9N2dan himoya qilishi aniqlandi. RWJ 270201 neyrominidazani ingibirlash bo'yicha zanamivir va ozeltamivirdan ancha ustun ekanligi aniqlandi. H5N1 virusi ekspozitsiyadan 48 soatdan so'ng davo boshlaganda, RWJ – 270201ning 10mgG`kg dozasi 50% sichqonlarni o'limdan saqlab qoldi.

**Profilaktikasi.** Kasallikning oldini olishda sanitar-veterinariya xizmati bilan birgalikda olib boriladi. Kasallik manbalaridan asosiylaridan biri kasal parrandalarni qirib tashlash lozim. Parranda go'shti va tuxumni to'liq termik ishlov berish kasallikning oldini olishning asosiy omillaridandir.

Kasallik manbai hisoblangan kasal odamni aniqlash, ajratib, uni davolash maqsadga muvofiqdir.

Parranda grippidan insoniyatni himoya qilish uchun qator davlatlarda vaksina ishlab chiqarish uchun ilmiy izlanishlar olib borilmoqda.

#### **4-mavzu: OIV-infekciyasi/OITS**

##### **1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.**

<b>Mashg`ulot vaqti -2 soat</b>	Talabalar soni : 18-36 ta
<b>Mashg`ulot shakli</b>	Kirish-axborotli ma`ruza.
<b>Mashg`ulot rejasi</b>	1.OIV/OITS etiologiya, epidemiologiyasi.

	2. OIV/OITS kasalligi patogenezi va patanatomiyasi. 3. OIV/OITS klinikasi, tasnifi. 4. OIV/OITS laboratoriyaviy tashxisoti. 5. OIV/OITS qiyosiy tashxisoti. 6. OIV/OITS davolash asoslari. 7. OIV/OITS profilaktikasi.
<p><b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b> <i>Tarbiyaviy: odob, axloq va deontologiya, Rivojlantiruvchi:</i> OIV/OITS kasalligini amaliyot va nazariyada o'rganishda unga klinik tashxis qo'yishda vrachlarni tayyorlash, OIV/OITS kasalligida uchraydigan o'zgarishlarni, asoratlarni baholay bilish, ARV- davo choralarini qo'llash. OIV/OITS kasalliklarida vrach taktikasi va bu kasalligini oldini olish choralarini o'rgatish. OIV/OITS kasalligining tibbiyotda tutgan o'rni, Respublikamiz hududida OIV/OITSGa qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlar to'g'risida ma'lumotlar. Kasalliklarning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo'llari va omillari, patologik o'zgarishlarning yuzaga kelishi omillari.</p> <p>Ushbu kasalliklarning klinik tasnifi, klinik belgilari, a'zo va tizimlardagi o'zgarishlar. Kasalliklarning tashxisot usullari, asoratlari, davolash mezonlari, bemorlarni parvarish qilish hamda kasalliklarning oldini olish.</p>	
Ta'lim berish usulibi	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish vositalari	Ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

#### Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.

	Mashg'ulot borishi	Ajratilgan vaqt
1	Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot	10 minut
2	Yuqumli kasalliklar shifoxonasining tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi.	10 minut
3	Yuqumli kasalliklar haqida shoshilinch habarnomalarni to'ldirish.	20 minut
4	Yuqumli kasalliklarning diagnostik prinsiplari va laborator ko'rsatkichlari.	20 minut
5	Epidemiya zonasida ishlash tartibi va profilaktikasi.	10 minut
6	Yuqumli kasalliklarda shoshilinch yordam. Bemorlarni qabul qilishda epidemiyaga qarshi choralar.	10 minut
	Jami	80 minut

### MA'RUZA BAYONI OIV/OITS

OIV infeksiyasi dunyo hamjamiyati uchun katta iqtisodiy zarar etkazib, mamlakatlar taraqqiyoti uchun salbiy ta'sir o'tkazmoqda. Birlashgan Millatlar Tashkilotining OIV/OITS bo'yicha dasturining bergan ma'lumotlariga ko'ra dunyo bo'yicha ayni kunda 33,4 mln OIV infeksiyasi bilan yashayotgan shaxslar hisobga olingan. Hozirgi kunda Respublikamizda bemorni birinchi bo'lib qabul qiladigan, bemor bilan bevosita yaqin bo'lib, nafaqat butun oilaning salomatligini, balki ijtimoiy ehtiyojlarini ham biladigan oilaviy shifokor tayyorlashga alohida e'tibor berilmoqda. Quyidagi omillar ushbu kasallikni dunyo bo'yicha keng tarqalishini to'xtatishga imqon bermayapti:

- Qonida OIV infeksiyasi mavjud bemor umrining oxirigacha virusni yuqtirish xavfini saqlab qolishi;
- Virusni genetik o'zgaruvchanligi (mutatsiya) dunyo bo'yicha kasallikni oldini olishga qodir, samarali vaqtsinani yo'qligi;
- Kasallikni chaqiruvchi virusga samarali ta'sir etuvchi dori vositalarining hozircha topilmaganligi;

-Kasallik asosan xulq-atvori bo'zuq shaxslar orasida tarqalishiga jahonga ehtimol kengroq bo'lib, ular ko'proq kasallikni yuqtirishga moyilligi va bu shaxslar bilan samarali ishlash imqoni qiyinligi.

O'zbekiston Respublikasi mustaqillikni qo'lga kiritgandan keyin dastlabki kunlardan boshlab hukumatimiz tomonidan aholi salomatligini muhofaza qilish va barkamol avlodni tarbiyalash masalalariga alohida e'tibor qaratib kelinmoqda. Respublikamizda OIVinfektsiyasining tarqalib ketishiga qarshi kurash chora-tadbirlaridan biri, bu O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "O'zbekiston Respublikasida OIVinfektsiyasiga qarshi kurash tadbirlarining samaradorligini oshirish bo'yicha qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida" 2008 yil 26 dekabrda PQ-1023 sonli qarori va O'zbekiston Respublikasi VM 2009 yil "OITSga qarshi kurash markazlarining tashkiliy to'zilmasini va faoliyatini takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida" 1-sonli qarori qabul qilindi.

Mazkur qaror va buyruqlarning asosiy mohiyati OIVga qarshi kurashning yagona tizimini tashkil qilish, OIVinfektsiyasini oldini olish va aholini bu kasallikdan himoya qilish borasida o'tkazilayotgan chora-tadbirlarning samaradorligi va sifatini oshirish, OIVga qarshi kurash markazlarining moddiy texnika bazasini yaxshilash, OIVga qarshi kurashda faoliyat ko'rsatayotgan tibbiy xodimlarni moddiy rag'batlantirilishini ta'minlashdan iboratdir.

Shuning uchun UAV OIV-infektsiyasi ni erta aniqlash, laborator tekshirish qoidalari, aholi orasida profilaktika ishlarini olib borish usullarini bilishi zarur. Bundan tashqari, UAV ga chalingan bemorni davolashning asosiy tamoyillari va uni ambulator sharoitda nazorat qilishni, dispanserizatsiya usullari bo'yicha bilimga ega bo'lishi kerak.

Yuqoridagi dolzarb muammolar talabalar mustaqil ishlashi uchun uslubiy qo'llanma yaratishga asos bo'ldi.

#### OIV-infektsiyasi tarixi, etiologiyasi va epidemiologiyasi

Orttirilgan immuntanqislik sindromidan (OITS), 1981 yildan buyon 25 million odam hayotdan ko'z yumdi. Bu ko'rsatkich kasallikning insoniyat tarixida eng qaqshatqich falokat ekanligini bildiradi. OITS ning birinchi holatlari AQSHda ro'yxatga olingan. 1981 yilning yozida AQSH kasallanishni nazorat qilish Markazining Los-Anjelos va Nyu-Yorkda 5 ta pnevmotsistali zotiljam va 26 ta Kaposi sarkomasi kasalliklarini ilgari sog'lom bo'lgan gomoseksualistlarda aniqlanganligi haqidagi ma'ro'zasi chop etilgan. Undan keyingi oylarda esa ayol va erkak giyohvandlar orasida, qon quyilgan, ayniqsa, gemofiliyalı bemorlarda OITS tashxislandi. Bu bemorlar guruhlar haqidagi ma'lumotlar chuqur o'rganib tahlil etilgandan so'ng, kasallikning sababi jinsiy aloqa orqali, xamda qon va uning komponentlari orqali yuquvchi infektsiya ekanligi ma'lum bo'ldi.

Odam immuntanqislik virusi birin birinchi marta 1983 va 1985 yillarda ikki tadqiqotchi-olimlar (Montane va Galo) tomonlaridan bir-biriga bog'liq bo'lmagan holda aniqlandi va kasallikka sezuvchan hisoblangan IFA yordamida OIV-infektsiyasini tashhislash usuli ishlab chiqildi. Bu tadqiqot OIV-infektsiyasi tarqalishini baholashga imqon yaratdi. Butun dunyoda, ayniqsa rivojlanayotgan davlatlarda, ko'p sonli OIVantitanachalarini tashib yuruvchilar aniqlangandan so'ng, OIV-infektsiyasi pandemiya shaklini olganligi aniq bo'lib qoldi. Bemorlar qonida CD4+ limfotsitlar soni (immunosupressiya ko'rsatkichi sifatida) bilan OIVga qarshi antitelolar aniqlanishi, OIV-infektsiyasini kechishi turlicha ekanligini: hech kanday belgilsiz tashib yurishdan to OITS kasalligi belgilarini yaqqol namoyon bo'lib kechishigacha bo'lishini ko'rsatdi.

OIV retroviruslar oilasi, lentiviruslar turiga kiradi («lenti» -sekinlashgan, o'zoq davom etuvchi). Retroviruslarning o'ziga hos xususiyati - genomini noyob to'zilganligi va qayta transkriptaza fermenti (RNKning DNK-polimerazasi) borligi hisoblanadi. Virus tarkibida qayta transkriptaza borligi genetik ma'lumotlarni teskari (qayta) - DNKdan RNKga emas, balki RNKdan DNKga tomon yo'nalishini ta'minlaydi.

OIVni 2 ta antigen shtammlari farqlanadi – OIV-1 va OIV-2. O'zbekistonda inson uchun eng xavfli va yuqumli bo'lgan OIV-1 shtammi ko'p tarqalgan, OIV-2 shtammi esa faqatgina g'arbiy Afrikada uchraydi.

OIV ko'payishi ma'lum xujaylar bilan bog'liq bo'lib, u faqat yuzasida SD4+ retseptorlar bo'lgan hujayralarning ichiga kira olish hususiyatiga egadir. Virus hujayra ichiga kirgach, u bilan bilan o'zaro ta'sirlashadi. Bu retseptorlarni asosan asab tizimining nospetsifik elementiga kiruvchi, shu bilan birga qon, limfa va to'qima suyuqligi bilan aylanib yuruvchi hujayralar saqlaydi. OIV asab tizimining turli hujayralarida ham topilgan.

OIVyuqtirib olganlarning ko'p qismida ich ketishi va ozib ketish ko'zatilib, bu ichaklar epiteliyasini zararlanishi bilan bog'liqdir. Agressiv virus ta'sirida SD4+ hujayralarni tezda parchalab, immunitetning hujayra bo'g'ini faoliyatini izdan chiqaradi. Bu o'z navbatida bakteritsid ta'sirni, killerlik va o'smalarga qarshi ta'sirini pasaytirib tashlaydi. Bu esa opportunistik infeksiyalarni rivojlanishi, autoimmun jarayonlar, xavfli o'smalar paydo bo'lishi va asab tizimining zararlanishiga olib keladi

Infeksiya manbai bo'lib, OIV-infeksiyasiga chalingan bemor va OIV-tashuvchi hisoblanadi. Virus tashib yurish 3 oydan 10 yilgacha va undan o'zoqroq davom etishi mumkin. Bemor organizmida OIVbiologik suyuqliklardan qon, sperma, qindagi ajralma, ko'krak sutida eng ko'p miqdorda topilishi isbotlangan. Ter, so'lak, siydik, ko'z yoshi va najasda ushbu virus juda kam miqdorda topilib, bular orqali infeksiyani yuqish xavfi juda kamdir. Lekin qon aralashgan har qanday biologik suyuqlik yuqish manbai bo'lib xizmat qiladi.

OIVinfeksiyasi saqlovchi biologik suyuqliklar

OIVyuqish isbotlanganlar	sababchisi bo'lishi	OIVyuqish isbotlanmaganlar	sababchisi bo'lishi
Qon		So'lak	
Qon komponentlari		Ko'z yoshi	
Sperma		Siydik	
Qin ajralmasi		Orqa miya suyuqligi	
Ko'krak suti		Qog'onoq oldi suvlari	

Virus o'z faolligini 56°S issiqlikda 30 daqiqa davomida, 70°S 10 daqiqadan keyin yo'qotadi, qaynatilganda esa 1-2 daqiqada virus o'ladi. SHu bilan birga, tashqi muhitdagi OIVni dezinfeksiyalovchi eritmalar: 3% vodorod peroqsidi, 5% lizol eritmasi, 0,2% natriy gipoxloridi, 1% glyutar aldegid, 70% etanol, efir, atseton o'ldiradi. OIVvirusi ultrabinafsha nurlar va ionlovchiga chidamlidir. Quritilgan xolda 25-27°S da 7 kun mobaynida, donor qonida esa yillab saqlanib qoladi, past temperaturada esa o'zoq muddatga saqlanib qolishi mumkin.

OIVinfeksiyasining yuqish yo'llari. Infeksiya yuqishining 3ta yo'li mavjud:

1. Jinsiy aloqa orqali yuqish. Bu yo'l bilan getero- (erkak va ayol), gomo- (erkak bilan erkak) seksual aloqa qiluvchi kasallanishlari mumkin. Bunda ayoldan erkakka yuqish xavfi, erkaklardan ayollarga yuqish xavfidan yuqoriroqdir. Venerik kasalligi bor bemorlarda esa ushbu virus yuqish xavfi juda yuqori bo'ladi.

2. Parenteral yo'l - qon yoki uning komponentlari qabul qilinganda, organ va to'qimalarni ko'chirib o'tkazishda, zararlangan igna va shprintslar, nosteril tibbiy asbob-uskunalar orqali yuqishidir. Virus qon hujayralarida (monotsitlar) ham, qon zardobida ham bo'lishi mumkin. Parenteral yo'l bilan yuqish holati giyohvand moddalarni tomir orqali qabul qiluvchilar orasida ko'p uchraydi. Bunda zararsizlantirilmagan igna va shprintslar bilan bir qatorda giyohvand moddalarning o'zi ham yuqish manbasi bo'lishi mumkin (chunki narkotikli tortilgan shprintsiga oldin tomirdan qon tortilib, keyin yuboriladi). OIV-infeksiyaning ohirgi bosqichlaridagi bemorlarning qoni bilan ifloslangan igna va shprintsardan yuqish xavfi eng yuqori bo'ladi (qon orqali yuqish uchun 0,1 ml mikdordagi qon etarlidir). Ba'zan OIVshaxsiy gigiena anjomlari orqali ham yuqishi mumkinligini inkor etib bo'lmaydi, qachonki bu anjomlar (tish cho'tkasi, lezviyalar, ro'zg'orda ishlatiladigan o'tkir, sanchuvchi va kesuvchi narsalar), virus saqlovchi qon bilan ifloslangan va teri qoplami butunligining bo'zilishi holatlari bo'lsa.

3. Vertikal yo'l - OIV-infeksiyani onadan bolaga homiladorlik davrida, tug'ruq



jarayonida va ko'krak suti orqali yuqishidir.

Klinikasi. OIV-infektsiyasini kechishi. OIV-infektsiyasi - bu T-xelperlar sonining keskin kamayib ketishi va ularning funktsional etishmovchiligi borgan sari kuchayib borishi bilan ifodalanuvchi, hafta yoki oylab emas, balki yillab davom etadigan og'ir immunnodefitsit holati bilan kechadigan kasallikdir.

BSST ekspertlari tomonidan ishlab chiqilgan o'smirlar va kattalarda OIV-infektsiyasi bosqichlarining klinik klassifikatsiyasi:

I-Klinik bosqichi

- Belgilarsiz kechishi.
- Tarqalgan limfadenopatiya.

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning I darajasi: belgilarsiz kechish, kundalik faoliyat o'z me'yorida.

II-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% dan kamini yo'qotish
- Teri va shilliq qavatlarni engil zararlanishi (seboreyali dermatit, qichimali dermatitlar, tirnoqlarning zamburug'li zararlanishi, qaytalovchi aftoz dermatit, angulyar xeylit)
- Oxirgi 5 yil davomida bo'lgan o'rab oluvchi temiratki
- YUqori nafas yo'llarining qaytalovchi infektsiyasi (bakterial sinusit)

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning II-darajasi: kundalik faoliyat saqlangan holda klinik belgilarni paydo bo'lishi.

III-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% va undan ortig'ini yo'qotish.
- 1 oydan ko'p davom etadigan sababsiz diareya.
- 1 oydan ko'proq ko'zatilayotgan tana xaroratining sababsiz ko'tarilishi (isitma doimiy yoki qaytalovchi bo'lishi mumkin).
- Og'iz bo'shlig'i kandidozi.
- Og'iz bo'shlig'i tukli leykoplakiyasi.
- O'pka sili.
- Og'ir bakterial infektsiyalar (zotiljam, bakteriemiyalar).

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning III-darajasi: oxirgi 1 oy davomida bemor kundo'zgi vaqtining 50% dan kamini yotoqda o'tkazadi.

IV- Klinik bosqichi

- OIVkaxeksiyasi.
- Pnevmonsistli zotiljam.
- TSerebral toqsoplazmoz.
- 1 oy va undan ko'proq vaqt davomida ich ketishi bilan kechuvchi kriptosporidioz.
- O'pkaga bog'liq bo'lmagan kriptosporidioz.
- Jigar, qorataloq va limfa tugunlaridan tashqari, turli organlar zararlanishi bilan kechadigan tsitomegalovirusli infektsiya (masalan, retinit).
- Oddiy herpes virusi chaqirgan, ichki organlarning yoki surunkali (1 oydan ko'proq) teri va shilliq qavatlarning zararlanishi bilan kechadigan infektsiyalar.
- Kuchayib boruvchi multifoqal leykoentsefalopatiya.
- Turli disseminatsiyalangan endemik mikoz.
- O'pka, bronxlar, traxeya, qizilo'ngach kandidozi.
- Atipik mikobakteriyalar chaqirgan disseminatsiyalangan infektsiya.
- Salmonellezli septitsemiya.
- O'pkadan tashqari sil.
- Limfoma.
- Kaposhi sarkomasi.
- OIV-entsefalopatiya.

OIV–infektsiyasi – boqichma-bosqich kechuvchi, ko'p sonli turli omillarga bog'liq bo'lgan murakkab jarayondir. Kasallikning tabiiy kechishi o'z ichiga yuqish davri, o'tkir isitma davri, seroqonversiya, simptomsiz davri, klinik ko'rinishlar paydo bo'lish/ OITS davri va terminal davrlarni o'z ichiga oladi.

O'tkir isitma davri. Kasallik yuqqandan 1-8 hafta keyin bemorlarning 1/3 qismida o'tkir infektsiya belgilari paydo bo'ladi. Yana 1/3 qismida bu kasallik hech qanday belgilersiz kechadi. Bu vaqtda OIV–infektsiyaning gematogen disseminatsiyasi kechganligi uchun bemorlar qonida virusning yuqori qontsentratsiyasi aniqlanadi.

Simptomsiz davri – yashirin infektsiya davri. Bu davr o'zoq vaqt - 1 yildan 5 yilgacha davom etishi mumkin. Bu davr mobaynida OIVreproduksiyasi doimiy davom etib, har kuni 1 mlrd dan kam bo'lmagan miqdorda virus tanachalari hosil bo'ladi va shu bilan bir qatorda SD4+ hujayrali limfotsitlar soni pasayib boradi. Bemorda esa limfadenopatiya yoki OITS majmuasi namoyon bo'lmaydi va u o'z ish qobiliyatini saqlab qoladi.

Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiya davri. Bu davrda 3 oy davomida chov sohasidan tashqari, 2 va undan ortiq soha limfa tugunlarini kattalashishi ko'zatiladi. Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyada limfa tugunlarning diametri 1 sm dan kichik bo'lmaydi. Bemorlarda bir necha bir xil kattalashgan, zichlashgan, lekin og'riqsiz limfa tugunlari aniqlanadi. Limfa tugunlarining bunday kattalashishi bemor organizmining OIV-infektsiyasi ga limfotsitlarni faollashuvi va proliferatsiya va limfatik follikulalarning giperplaziyasi ko'rinishidagi javobidir. Odatda, bu davrda persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyalı bemorning umumiy holati qoniqarli, uning mehnat qobiliyati saqlangan bo'ladi.

OITS –assotsirlangan majmua davri

Bu davrda bemor umumiy ahvoli yomonlasha boshlaydi - bular 1 oy va undan ortiq muddat isitmalash, tana vaznini yo'qotishi, diareya, umumiy behollik, ishtahaning yo'qolishi, gepatosplenomegaliya, ko'p sonli follikulitlar, parotit, qontagioz mollusk kabilar ko'zatiladi.

Laborator tekshiruvda esa qonda CD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 500 tadan kam, CD4+/CD8+ nisbati 1,0 dan past (me'yori - 1,5-2), kamqonlik, leykopeniya, trombositopeniya, A va G immunoglobulinlar va aylanib yuruvchi immunkomplekslar miqdorining oshishi aniqlanadi.

Orttirilgan immuntanqislik sindromi

OITS – OIVinfektsiyasi ning kamida bitta opportunik kasallik bilan kechishidir. 1994 yil BSST ko'rsatmasi bo'yicha, OITS tashhisi qonida OIVantitelolari bo'lgan, SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 200 dan kam va bitta OITS -indikator kasalligi ko'zatilayotgan bemorlarga qo'yiladi.

OITS –indikator kasalliklariga:

- O'pka, traxeya, bronxlar va qizilo'ngach kandidozi
- Ichaklarni surunkali kriptosporidiozi
- TSitomegalovirusli infektsiya (jigar, taloq va limfa tugunlaridan boshqa organlar zararlanishi bilan kechuvchi)
- TSitomegalovirusli retinit
- Yaralar paydo bo'lishi bilan kechadigan oddiy herpes
- O'pkadan tashqari yoki disseminirlangan gistoplazmoz
- Bachadon bo'yni raki
- Surunkali ichak izosporidiozi
- VICH-assotsiirlangan dementsiya
- Kaposhi sarkomasi
- Pnevmonsistli zotiljam
- Salmonellezli septitsemiya
- Bosh miya toqsoplazmozi

- O'pka sili va o'pkadan tashqari sil
- Disseminirlangan yoki o'pkadan tashqari boshqa mikobakteriozlar kiradi.

Terminal davri

Bu davr OIV ta'siri natijasida tana vaznini katta miqdorda yo'qotish bilan xarakterlanadi (10% dan ortiq, surunkali behollik, 30 va undan ortiq kun davomida sababsiz isitma, surunkali diareya). Bemorda SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 50 dan kam bo'lib, bu chuqur immuntanqislikdan dalolat beradi. Bemorlarning hayoti o'rtacha 12-18 oy davom etib, ular opportunistik infeksiyalar asoratlaridan hayotdan ko'z yumadi.

OIV–infeksiyasini laborator tashxislash

1.Immunoferment analiz (IFA)

2.Ekspres (tezkor) testlar

3.Immunoblot (vestern-blot ) usuli

4.Polimeraz zanjirli reaksiya (PZR, PTSR) usuli

5.SD4+ limfotsitlar sonini aniqlash-bemor organizmining immun holatini tekshiruvchi nospetsifik usuldir. SD4+ limfotsitlar T–limfotsitlar (T-xelperlar) subpopulyatsiyasi hisoblanib, me'yorda ularning soni inson yoshiga ko'ra, 1 mkl qonda 500 dan 1500 gacha bo'ladi. T-xelperlar (SD4+) sonining pasayishi OIV-infeksiyada T-hujayrali immuntanqislikning asosiy ko'rsatkichi bo'lib xizmat kiladi va kasallikni simptomsiz davridan boshlab, butun kasallik davomida aniqlanadi. Qonda SD4+ limfotsitlar darajasini aniqlash monoqonal antitelolar yordamida o'tkaziladi.

**Davolash.** OIV-infeksiyaga chalingan bemorlarga tibbiy yordam davlat davolash-profilaktika muassasalari tomonidan bepul, qonfeditsial holda ko'rsatiladi (O'zR SSV 2012 yil 28 mart № 80-buyrug'ining № 2 ilovasi).

OIV-infeksiyasi ni davolash tamoyillari

1. Antiretrovirus terapiya (ARVT)

2. Opportunistik kasalliklar profilaktikasi

3. Opportunistik infeksiyalarni davolash

4. Simptomatik terapiya

5. Ijtimoiy-ruhiy qo'llab-quvvatlash.

Davolashdan maqsad qon plazmasida virus sonini 1ml da 50 tagacha kamaytirish (odatda, boshlang'ich soni 1 ml da 10000-1000000 tani tashkil qiladi). Amaliyotda buning uchun dori vositalarining kamida ikki guruhini qo'llash lozim. Agar samaraga erishilmasa yoki davolash natijasida viruslar soni oshsa, u holda preparatlarni o'zgartirish lozim.

ARVTni maxsus klinikalarda o'tqazish maqsadga muvofiqdir, chunki davolash tizmasi juda murakkab va uni o'tqazish uchun bemorning to'liq roziligi zarur.

Malakali va to'g'ri davolash natijasida bemorning hayot davomiyligi o'zayadi va albatta hayot sifati yaxshilanadi.

1.OIV-infeksiyasi ni maxsus davolash kasallik oqibatini yaxshilaydi. Odatda uch guruh dori vositalarining kombinatsiyasidan foydalaniladi. Hozirgi vaqtda esa bizda to'rtta guruh dori vositalaridan foydalanish imqoni bor.

1.Qayta transkriptaza ingibitorlari, nukleozidlar analoglari: zidovudin, zaltsitabin, didanozin, stavudin va abakavir.

2.Qayta transkriptaza ingibitorlari, nukleozidlar noanaloglari: nevirapin.

3.Proteaza ingibitorlari: indinavir, sakvinavir, ritonavir, nelfinavir.

4.Boshqalar: masalan, gidroqsikarbamid.

Davolash jarayonida xavfli nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelishi mumkin. Davolashning optimal natijalariga erishish uchun ARVT qoidalariga to'liq rioya qilish zarur - bemor davolash tizmasiga aniq rioya qilishi va ko'rsatilgan dori vositalarining 95 % kam bo'lmagan miqdorda qabul qilishi kerak. Ma'lumki, agar bemor davolash rejimiga qattiq rioya qilsa, OIV-infeksiyasi bilan izohlangan kasalliklar soni va o'lim ko'rsatkichlar keskin kamayadi, qabul qilish rejimi bo'zilganda esa organizmda ushbu dori vositalariga turg'unlik tez rivojlanadi. Davolashni to'xtatish uchun quyidagilar sabab bo'ladi: giyohvand moddalar

va spirtli ichimliklar iste'mol qilish (bemor dori vositalarni qabul qilish doimiyligini bo'zishi mumkin), kambag'allik yoki boshqa sabablarga ko'ra yomon ovqatlanish, diniy qarashlar, dori vositalarni doimo qabul qilish natijasida OIVholatining yon-atrofdagilarga ma'lum bo'lib qolishdan qo'rqish, ruhiy kasalliklar, nojo'ya ta'sirlardan qo'rqish va dori vositalarni qabul qilish zarurligiga ishonchsizlik.

#### OIV-infektsiyasi profilaktikasi

OIV-infektsiyasi ning oldini olishda asosiy rolni sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish, aholi bilimlarini oshirish va tibbiy maslahatlar egallaydi. OIV-infektsiyasi xavf guruhlarini vakillarini ehtiyoriy tekshiruvga keng jalb qilish va OIVbilan zararlanganlar bilan tushuntirish ishlarini olib borish yordamida aholi o'rtasida kasallikning tarqalishini sezilarli darajada chegaralashga erishish mumkin.

Jinsiy aloqa qiluvchilar orasida OIV-infektsiyasi yuqtirmasligi uchun, ular xavfli jinsiy alokalardan bosh tortishlari lozim. Agar jinsiy sheriklar zararlanish xavfi yo'qligiga ishonch hosil qilmoqchi bo'lsalar u holda xar ikkala sherik OIVga tekshiruvdan o'tishlari zarur. Agar sheriklar OIVga tekshiruvdan o'tmagan bo'lsalar yoki ulardan biri zararlangan bo'lsa jinsiy aloqada prezervativlardan foydalanish zarur. SHuni esda tutish kerakki, prezervativ doimo xam ishonchli himoya vositasi bo'lib hisoblanmaydi (uning samaradorligi - taxminan bir yilda 100 ayolda 10 homiladorlik to'g'ri keladi), shuning uchun u OIVyuqtirishdan to'liq himoya qiladi deb hisoblash mumkin emas.

Hozirgi vaqtda O'zbekistonda in'eksion giyohvandlar OIV-infektsiyasi ga chalingan bemorlarning 70% tashkil qiladi. Giyohvandlar umumiy igna va shpritslarni ishlatish bilan birga, pala-partish jinsiy alokalarga engil kirishib, jinsiy sheriklariga kasallik yuqtiradilar, va ular, o'z navbatida infektsiya manbai bo'lib qoladilar.

UASH giyohvandlikni tashxislay olishi kerak. Birinchi navbatda shaxsning xarakteri, turmush tarzi va xulq-atvori o'zgarib qolishiga e'tibor berish kerak. Giyohvand modda qabul qila boshlagan shaxs yakkalanishga xarakat qiladi. Teri qoplamlarini ko'zdan tekshirganda tomirlar ustida kichik chandiqlar, in'eksion joylarida qonli yoki yiringli yarachalar, gematomalar topish mumkin, ularni ko'pincha teridagi qichishish bezovta qiladi. Bunday xavf guruhi vakillarida OIV-infektsiyasi tez rivojlanib, infektsion jarayon bosqichlari davomiyligi sezilarli kamayib ketadi.

Agar tibbiyot xodimi zararlangan igna bilan jarohatlangan yoki boshqa yo'l bilan OIV-infektsiyasi bilan zararlanish xavfiga uchragan bo'lsa, tezda, iloji bo'lsa 1 soat ichida kasallikni olini olish choralarini ko'rish kerak. Zidovudin bilan postekspozitsion profilaktiki choralari OIVbilan zararlanish xavfini 80% ga kamaytiradi. Bunday choraga ko'rsatma bo'lib bemorda OIV-infektsiya bo'lish ehtimolligi va bo'lib o'tgan muloqot shakli hisoblanadi.

Ish joyida muloqot bo'lish holatlarida qilinadigan choralar:

- Birinchi yordam: ifloslangan teri sohasini (jarohatlangan yoki jarohatlanmagan) sovunli suv bilan yuvish, shilliq qavatlarni suv bilan yuvish;
- OIV-infektsiyasi bilan zararlanish xavfini baholash;
- OIV-infektsiyasi bilan zararlanganning biologik suyuqliklari bilan muloqot da bo'lganda, muloqot dan keyingi profilaktikani o'tqazish;
- Tibbiyot xodimi biologik suyuqliklari bilan muloqotda bo'lgan bemorni OIVga tekshirish;
- Jarohatlangan xodimdan OIV-infektsiyaga klinik tekshiruv va test undan "ma'lumotli rozilik" olingandan so'ng o'tkazilishi;
- Maslahat beruvchining muloqot ga olib keluvchi xodisalarni ketma-ketligini jabrlanuvchi bilan birga tahlil qilib, ish joyida zararlanish xavfini kamaytirish to'g'risida suhbat olib borishi;

**5-MAVZU: Qizamiq, qizilcha, skarlatina, suvchechakda hamshiralik ishi. Laborator diagnostikasi. Dietoterapiya va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorlarni parvarishlash. Profilaktik chora-tadbirlari. Emlash tartibi. Gosptalizastiyaga ko'rsatmalar. Uyda davolash.**

**1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg'ulot vaqti - 2 soat	Talabalar soni: 18-36
Mashg'ulot shakli	Ma'ruza
Reja	1 Qizamiq, qizilcha, skarlatina. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez. 2. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning klinik belgilari. 3. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning diagnostikasi. 4. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning laboratoriyaviy tahlil uchun material olish. 5 Qizamiq, qizilcha, skarlatinani davolash usullari. 6. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning oldini olish.
<b>Mavzuning maqsadi:</b> Qizamiq, qizilcha, skarlatina kasalliklarni erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, shifokorlik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaga vaqti tashxis qo'yish, bemor ahvolini to'g'ri baholay olish, kasalxonagacha bo'lgan davrda kasalga yordam ko'rsatishni o'rganish.	
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob. test

**Ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi.**

	Mashg'ulot borishi	Ajratilgan vaqt
1	Qizamiq, qizilcha, skarlatina. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.	10 minut
2	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning klinik belgilari.	20 minut
3	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning diagnostikasi.	10 minut
4	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning laboratoriyaviy tahlil uchun material olish.	20 minut
5	Qizamiq, qizilcha, skarlatinani davolash usullari.	10 minut
6	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning oldini olish.	10 minut
	Jami	80 minut

**Mavzu bo'yicha talabalar o'zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:**

1. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning etiologik xususiyatlarini ayting
2. Qizamiq, qizilcha, skarlatinada epidemiologik jarayon.
3. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning asosiy klinik belgilari.
4. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning laboratoriyaviy tashxisoti.
5. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning davosi.
6. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning profilaktikasi asoslari

Qizamiq, qizilcha, skarlatina, kasalliklarni chuqur o'rganish uchun uni quyi kurslarda

o'rganilgan quyidagi fanlar bilan bog'lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo'lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo'zg'atuvchilar morfologiyasi, antigen to'zilishi, biokimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo'llari va mexanizmi, atrofdegilar moyilligi, o'choqda olib borilishi shart bo'lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta'minlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo'zg'atuvchilar va ularning zahari ta'sirida tizim va a'zolar faoliyatini izdan chiqishi, diareyani kelib chiqish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta'sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og'iz bo'shlig'i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o'zlashtirishi.

## MAVZU BAYONI

### QIZAMIQ

Qizamiq viruslar qo'zg'atadigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, tana haroratining oshishi, yuqori nafas olish yo'llari, og'iz bo'shlig'i, tomok, ko'z shilliq qavatlarining zararlanishi o'ziga xos dog'li papulyoz toshmalarning bok ichma-bosqich toshishi va nafas olish yo'llarining asoratlari bilan kechadigan kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Qizamiq virusi polynosa morbillorum paramiksoviruslar oilasiga mansub, bir zanjirli RNK saqlaydi. Tashqi qobig'i lipoproteid membrana antigen tuzilishini o'zgarishidan saqlaydi, bu esa vaksina olish uchun zarur. Qizamiq virusi tashqi muhitga chidamsiz, quritishga chidamli, nur tasirida 8-10 daqiqa davomida o'ladi. Yuqori nafas yo'llari va asab tizimi epitelial hujayralarini, limfoid hujayralarni, retikuloendotelial to'qimalarni yallig'lantiradi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai – bemor odam, ayniqsa, kataral davrda maksimal darajada virus ajratadi va eng yuqumli hisoblanadi, toshma toshish davrida yuqumliligi kamayadi. Bemor kasallikning 6-7 kuniga qadar yuqumli deb hisoblanadi, agar asoratlar qo'shilsa yuqumli davri kasallikning 10 kunigacha davom etadi. Yuqish yo'li – havo tomchi orqali. Qizamiq bilan orttirilgan immuniteti bo'lmaganlarning barchasi kasallanadi. Kasallikdan so'ng umrbod immunitet shakllanadi. Onadan bolaga tug'ma immunitet o'tish sababli 6 oygacha bo'lgan bolalar qizamiq bilan kasallanmaydi.

**Patogenezi.** Patalogik jarayonning yuzaga kelishi juda murakkab va OHirigacha o'rganilmagan. Virusning kirish darvozasi yuqori nafas yo'llari va ko'z kon'yunktivasi bo'lishi mumkin. So'ngra regional limfa tugunlarida virus kuchli darajada ko'payadi, va ularni giperplaziyasini yuzaga keltiradi, limfa tugunlari kattalashadi. Turg'unlikning 3 kunida virus qonga o'tadi va virusemiya rivojlanadi. Virus barcha a'zo va tizimlarga tarqaladi va limfoid hamda retikuloendoteliotsitar to'qimalarga kiradi. Immun tizimning qayta qurilishi vujudga keladi. T va B limfotsitlar, plazmatik hujayralar yig'iladi va maxsus antitelolar ishlab chiqariladi, bu turg'unlikni OHiriga to'g'ri keladi.

**Klinikasi.** Qizamiqda turg'unlik davr o'rtacha hisobda 8-10 kungacha davom etadi. Qizamiq klinik ko'rinishda prodromal, toshмали, pigmentatsiya davrlari farqlanadi. Kasallik boshlanish kataral davri 3–4 kun davom etadi, tana haroratini 38,5-39°C gacha ko'tarilishi, umumiy zaharlanish va kataral belgilar paydo bo'lishi bilan boshlanadi.

Bemorda tez-tez aksirish, burundan ko'p suyuqlik ajralishi, ovoz bo'g'ilishi va quruq yo'tal kuzatiladi. Yorug'likdan ko'zlari achishadi, yoshlanadi, konyunktivalari qizarib ketadi, qovok lari shishib, bo'rtib turadi. Umumiy ahvol keskin o'zgaradi, bola bezovta, injiq, yomon uxlaydi, lanj, ishtahasi pasayadi.

Qizamiqda kataral davr 3-4 kun davom etadi, ba'zan 5-7 kungacha cho'ziladi. Bu davr uchun patognomonik belgi og'iz shilliq qavatida o'ziga xos o'zgarishlar bo'lishidir. Til ildizi sohasida, lanj milk va lab shilliq qavatida chetlari qizil bo'lgan kul rang-ok ish nuqtalarni bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Qizamiq kataral davri uchun yumshoq va qattiq tanglayda mayda pushti -qizil

dog'lar ko'rinishida enantemalar paydo bo'lishi xarakterli, qizamiq enantemalari teriga toshma toshguncha 1-2 kun davomida aniqlanadi.

Toshma toshish davri kasallikning 4-5 kundan boshlanadi va dog'li-papulez toshmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Toshmaning birinchi elementlari qulok orqasida, burunda mayda pushti dog'lar shaklida paydo bo'ladi. Tezda o'lchamlari kattalashadi, bir-birlari bilan ba'zan ko'shiladi, noto'g'ri shaklga ega bo'ladi.

Toshmaning birinchi kunida tana harorati kataral davridagiga nisbatan yuqori bo'lib, toshma toshishidan 1-2 kun oldin u bir qancha tushadi va toshmaning birinchi kuni yangi ko'tarilish kuzatiladi. Toshma toshishi davrida harorat yuqoriligicha saqlanadi. Asoratlanmagan kechishda toshma tosha boshlangan kundan 3-4 kun o'tgach, harorat normallasadi. Toshma davrida bemor umumiy ahvoli og'ir, bezotalanish alahsirash, ba'zan uyqunchanlik kuzatiladi. Periferik qonda leykopeniya kuzatiladi. Qizamiqda umumiy zaharlanish belgilari ko'rinish darajasi kasallik kechish og'irligi belgilaydi.

Keyinchalik toshmalar tezda qorayib, jigar rang tus oladi va pigmentantsiya davri boshlanadi. Pigmentatsiya ham etapli, ya'ni dastlab yuzdan, tana va oyok qo'llardagi toshmalar pigmentatsiyalanadi. Bu davr 1-1,5 hafta davom etadi va teri mayda qipiqanishlar yuzaga keladi. Pigmentatsiya davrida tana harorati normallasadi, kataral simptomlar yo'qoladi va bemorning umumiy ahvoli asta sekin tiklanadi. Qizamiqning rekonvalesentsiya davrida uzoq muddat asteniya va anergiya (immunitetning susayishi) holati ushlanib turadi.

**Tashxisoti.** Kasallikni o'tkir boshlanishi, kataral belgilarni asta –sekin kuchayishi, kon'yunktivit bo'lishi, enantema va Filatov –Koplik dog'larini paydo bo'lishi, o'zgarmagan teri orasida makulo – papulezli toshmalarni etapli toshishi, toshmali va O'RVI kasalliklar bilan farqlashda yordam beradi.

**Davosi.** Qizamiqni og'ir va asoratli kechishi va uy sharoitida ularni parvarish qilishiga imkoniyat bo'lmagan, shuningdek yopiq bolalar muassalarida yashayotgan va 1yoshgacha bo'lgan bolalar shifoxonalarga yotqiziladi. Yotok tartib butun tana harorati ko'tarilgan davrda saqlaniladi. Quruq yorilgan lablarini borli vazelin yoki yog' bilan surkash lozim. Burun paxtali issiq vazelin yog'iga botirilgan tampon bilan tozalanadi qatqalok lar hosil bo'lganda burunga kuniga 3-4 marta 1-2 tomchi vazelin yog'I tomiziladi. Ovqatlanish yoshiga mos bo'lishi kerak, sutli engil hazm bo'ladigan ovqatlar tavsiya etiladi.

Dori-darmonli patogenetik davo vositalari sifatida vitaminlar, umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar, asoratlanganda antibakterial preparatlar buyurish maqsadga muvofiqdir.

**Profilaktikasi.** Shoshilinch profilaktika uchun odam qonidan tayyorlangan immunoglobulindan foydalaniladi. U qizamiqli bemorlar bilan muloqotda bo'lgan, vaksinatziyaga qarshi ko'rsatmasi bo'lgan yoki emlash yoshiga etmagan bolalarga shoshilinch profilaktika uchun immunoglobulin yuboriladi. Aktiv immunizatsiya qabul qilingan reja assosida tirik qizamiq vaksinasi yordamida o'tkaziladi.

## QIZILCHA

Qizilcha virusli etiologiyaga ega bo'lgan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, kuchsiz zaharlanish, ko'z va burun shilliq qavatlarning engil katari, terida o'ziga xos morfologik toshma toshishi va limfa tugunlarining zararlanishi va kattalashishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Qizilcha ko'zg'atuvchisi filtrlovchi virus, sferik shaklga ega bo'lib, diametri 60-70 nm, tarkibida nukleokapsid va RNK saqlaydi. Tashqi tomondan uch qavatli gipoproteidli parda bilan qoplangan. Hozirgi davrda ikkita antigeni aniqlangan. Tashqi muhitga virus chidamsiz. Efirga, sovishga sezuvchan, muzlatilganda -20-70°C haroratda o'zining patogenlik holatini bir necha yil saqlay oladi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai – bemor odam, ko'pincha yuqumlilik yashirin davrning OHIri va kasallikning ikkinchi haftasida kuzatilib, toshma toshish davrining 5-kunidan boshlab yuqumlilik uchramaydi. Havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Onadan

homilaga vertikal yo'l orqali ham o'tishi mumkin.

**Patogenezi.** Virusning kirish yo'li yuqori nafas olish yo'lining shilliq qavatlarida hisoblanadi. Birinchi navbatda limfa organlarida o'zgarish yuz berib, limfaadenitlarga olib keladi. Undan so'ng virus qonga o'tib, virusemiya boshlanadi. Natijada klinik jihatdan kataral belgilar yuzaga keladi. Virusni teri epiteliy qavatlariga o'tishi natijasida terida toshmalar yuzaga keladi. Organizmda antitelalarni (kasallikni 5-6 kundan boshlab) paydo bo'lishi organizmdan virusni chiqarishga va uzoq muddatga immunitetni paydo bo'lishiga olib keladi. Virusemiya davrida homilador ayollarda virus platsenta orqali embrion ichiga kiradi, bu esa o'z navbatida embrion to'qimasining shikastlanishiga olib keladi va hujayralarning ko'payishini susaytiradi va to'xtatadi. Natijada qizilcha bilan tug'ilgan bolalarni kam vaznlikda va kichik bo'y bilan tug'ilishi kuzatiladi. Qizilcha bilan tug'ilgan bolalar virus tashuvchi bo'lib hisoblanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 14-21 kun davom etadi, 5-7 kun kasallik boshlanguncha ensa, qulok orqasi, orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmagan bo'ladi. Prodromal davri kuzatilmaydi. Kasallik ko'pincha tana harorati oshishi ( $37,2 - 37,5^{\circ}\text{C}$ ), engil holsizlik, yuqori nafas olish yo'llarining shilliq qavatlarida va ko'zda engil kataral o'zgarish (kon'yunktivit, burundan suv kelishi, yo'talish) holatlari kuzatiladi. Prodromal davr 1-3 kun davom etadi. Bunda limfa tugunlarining kattalashishi va og'riqli holatlar kuzatiladi.

Kasallikning avj olish davrida tana harorati  $38-38,5^{\circ}\text{C}$  gradusgacha ko'tarilishi mumkin, toshma ko'pincha yuzdan, boshning sochli qismidan boshlanadi. Bir necha soat yoki 1-2 kun ichida butun tana va oyok qo'llarni qoplaydi, aksariyat elkada, yon tamonlarda va bo'g'imlarning yozuvchi qismida ko'p miqdorda toshadi. Butun limfa tugunlar ko'pincha orqa bo'yin limfa tugunlari paypaslanadi. Bu esa qizilcha uchun xos belgilaridan biridir. Rekonvalestsensiya davrida – umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib, limfa tugunlari kattaligi 2-3 hafta davom etadi. Periferik qonda leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, plazmatik hujayralar va TYURK hujayrasi 10-25 % paydo bo'lishi, eozinofillar me'yorda yoki ozgina oshganligi kuzatiladi.

**Tashxisoti.** Virusologik burun-xalqum yallig'I, qon, siydik kasallikning 5-7 kunlarida ijobiy natija beradi. Serologik usullardan-qo'sh zardob qo'llaniladi. Hozirgi kunda IFA yordamida qizilchaga qarshi antitelolarning titri aniqlanmok da.

Davosi. Uy sharoitida davolashga ko'rsatma: kasallik engil, o'rta og'irlikda va asoratsiz kechishi. 4-5 kun davomida yotok rejimi tayinlanadi. Vitaminlarga boy va sutli mahsulotlar ko'prok iste'mol qilish tavsiya etiladi. Etiotrop davo qo'llanilmaydi. Kasallikning barcha simptomlari yo'qolganda, asoratlar kuzitilmaganda 5-kundan so'ng bemor sog'aygan deb hisoblanadi.

**Profilaktikasi.** Bemorlarni jamoadan boshlang'ich 15 kuni mobaynida ajratish tavsiya qilinadi. Chunki virus burun xalqumdan toshma paydo bo'lgandan so'ng 2 hafta mobaynida ajratib olinadi, asosan homilador ayollarni bemor bilan mulok otda bo'lishini oldini olish kerak, chunki bunday kishilarda qizilcha ko'pincha belgilarisiz o'tadi. Aktiv immunizatsiya qabul qilingan reja asosida tirik qizilcha vaktsinasi yordamida o'tkaziladi.

### SKARLATINA

Skarlatina - streptokokkli infeksiyalarning bir ko'rinishi bo'lib, gemolitik streptokokk eritrogen toksini ta'sirida mahalliy yallig'lanish reaksiyasi, umumiy zaharlanish, yuqori isitma, mayda nuktali toshma toshishi, angina, taxikardiya, terining qipiqilanishi kabi o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan va o'z vaqtida davo choralari olib borilganda turg'un imunitet hosil qilib, asoratsiz yaxshi o'tadigan yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Skarlatina qo'zg'atuvchisi A guruhli V - gemolitik streptokokklar turiga mansub. A guruhiga kuruvchi streptokokklar M va T antigenlariga qarab 55 ta serotipiga bo'linadi. V - gemolitik streptokokk hamma serotiplariga xos termotabil eritrogen toksin (Dika toksini) va antigen substansiyalari saqlaydi.

Skarlatinani qo'zg'atishda asosan 5-6 ta serotiplar asosiy rolni o'ynaydi. Ular asosan



penitsillin, tetratsiklin, eritromitsin, levomitsitinga sezgir. Stafilokokklarga qarshi o'larok streptokokklar pentisilinaza ishlab chikarmaydi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai faqat streptokokkli infeksiya bilan kasallangan bemorlar (skarlatina, angina, saramas.) va bakteriya tashuvchi sog'lom odamlar bo'lib hisoblanadi. Atrof-muhit uchun skarlatina bilan og'rikan bemorlar kasallikning birinchi kuni juda xavfli hisoblanadi, sog'ayish davrida esa bakteriyalarni atrof muhitga 3-5 barovar kam ajratadilar. Mikroblar bakteriya tashuvchilarda kasallikning birinchi kunidagiga qaraganda 100 barobar kamroq ajralib chiqadi.

Skarlatinada yuqish yo'li havo tomchi orqali bo'lib, infeksiya faqat juda yaqin masofada bo'lgandagina yuqadi, ya'ni bir palata yoki xonadagilarga yuqishi va qo'shni xonadigalarga skarlatina tarqalmasligi mumkin.

Skarlatina kuzgatuvchilari tashki muxitda uzoq yashashiga karamasdan u uzining virulentligini tezda yukotadi. Ba'zi xollarda uy jixozlari, uyinchoklar orkali xam tarkalishi mumkin. Juda kam xalarda skarlatina ogiz orkali ya'ni sut va sut maxsulotlaridan yukishi mumkin.

Chaqaloqlar va bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'zining fiziologik kuchining tuzilishi yuqoriligi tufayli ularga streptokokklar toksini juda ham sust ta'sir qilib, boshqa xildagi streptokokkli kasalliklar sifatida o'tishi mumkin. Ko'pincha 1-9 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Mavsumiylik havo sovushi bilan kasallik ortib boradi, asosan oktyabr yanvar oylarida uchraydi.

**Patogenezi.** Patogenezida 3 ta komponent (infektsion, toksik, allergik) etakchi vazifani bajaradi. Kasallik rivojlanishida organizmda toksinga qarshi (antitoksik) yoki mikrobgga qarshi (antibakterial) immunitet borligi katta ahamiyatga ega. Agarda organizmda antitoksik va antibakterial immunitet bo'lmasa skarlatina bilan kasallanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 1-12 kun (o'rtacha 7-8 kun). Kasallik o'tkir, tana haroratining ko'tarilishi va ba'zida et uvishishi, qaltirash bilan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashib, ba'zida qusish kuzatiladi, yutingan vaqtda tomog'ida og'riq paydo bo'ladi, skarlatinaning dastlabki simptomlari bu angina bo'lib xizmat qiladi. Bodomcha bezlari kattalashib shishadi, qizaradi yumshoq tanglay qizaradi va u qattiq tanglay sohasidan aniq chegaralanib turadi. Qattiq tanglayda ochiq qizg'ish rangli nuqtalar paydo bo'ladi. Bular bilan birgalikda mahalliy limfa tugunlari ham kattalashadi va paypaslab ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Tili karashlangan, til uchi qizg'ish holda yuzi bir oz shishgan bo'ladi. 1-2 kunda kasallik juda avj oladi. Tana harorati juda yuqori ko'tariladi, bodomcha bezlarida follikulyar yiringli o'chok lar paydo bo'ladi.

Skarlatinada toshmalar kasallikning birinchi kundan ba'zida esa ikkinchi kuni bir necha soat ichida butun tana sohasida birdaniga paydo bo'ladi. Morfologik jihatdan toshmalar mayda nuqtali giperemiya asosida, bo'ladi. Toshma elementlari 1-2 mm ga teng mayda nuqtali rozeola bo'lib, qizg'ish rangda bo'ladi. Skarlatina toshmasining joylashishi o'ziga xos xarakterga ega. Toshma asosan bo'yin terisi, tananing yuqori qismida paydo bo'lib, tezda tananing quyi qismi va qo'llarida tez taraqaladi, toshmalar asosan qo'ltiq osti, bilak, tizza burmalarida juda quyuq joylashgan bo'ladi. Yuzi va yanoqlarida toshmalar uncha yaqqol ko'zga tashlanmaydi, lekin yuzi qizg'ish rangda bo'ladi, burun lab uchburchagi ok rangda ko'zga tashlanib turadi.

Bo'yin, bilak, chov, tizza burmalarida bosgan vaqtda yo'qolmaydigan, asosan tomirlarning murtlashganligi tufayli hosil bo'ladigan, mayda petexiyalar paydo bo'lib, ko'kimtir yo'laklar hosil qiladi buni simptom Pastiya deyiladi.

Skarlatinada toshmalar miliar yoki nuqtasimon tavsifli bo'lib, 1-3 kunlari ochiq qizg'ich rangda saqlanib keyin ok ara boshlaydi va 8-10 kunida yo'qoladi. 5-6 kuni tana harorati me'yorlashib, bir vaqtda tamok va til xam o'zgaradi, til birinchi kunlari quyuq karashlangan bo'lib, 2-3 kunlari toza bo'la boshlaydi. 4 kuni xarakterli tus oladi. Ochiq qizg'ish rangda bo'lib yuzasidan so'rg'ichlar bo'rtib turadi yoki buni (malinasimon rangli til) deyiladi. 10-12 kun ushlanadi. Bodomcha bezlari juda sekin o'zgarib boradi.

Toshmalar ketgandan sung terining kuchishi boshlanadi. Toshma kanchalik kuyik va rivojlangan bulsa teri kuchishi shuncha rivojlangan buladi. Yuz va buyin, tanada kipik xolida bulsa kullarda tangasimon buladi, katta tangasimon teri kuchishlari kengrok uchrab ular asosan tirnok atrofidan boshlanadi.

**Tashxisoti.** Asosan klinik, epidemiologik, bakteriologik va immunologik tekshirishlarda asoslandi. Shulsts–Charlston sinamasi skarlatinaga qarshi zardob yuborilgandan keyin birinchi 6-12 soat ichida zardob qilingan sohada toshmalar yo’qoladi.

**Davosi.** Parhez umumiy, vitamin va ok sillarga boy bo’lish kerak. Orom olish davri 1-chi 5-7 kun ichida tavsiya etiladi. Qo’zg’atuvchini bartaraf qilish uchun antibakterial dorilar beriladi. Skarlatinaga eng yaxshi davo bu vaqtli penitsillin buyurishdir. Agarda penitsillinga yuqori sezuvchanlik kuzatilsa, unda eritromitsin va boshqalar tavsiya etiladi.

## AMALIY (SEMINAR) MASHG’ULOTLARI

**MASHG’ULOT 1. MAVZU: Mutaxassislikka kirish. Yuqumli kasalliklar umumiy patologiyasini o’rgatish. Hamshira kasallik tarixini yozish. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi tuzilishi, yuqumli kasalliklar bo’limining va poliklinikaning ish tartibi, o’ta xavfli yuqumli kasalliklar va yuqumli kasalliklarda infeksiya o’chog’ida muloqotda bo’lganlar bilan epidemiyaga qarshi chora tadbirlar o’tkazish.**

**1.1. Ta’lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg’ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg’ulot shakli:	Amaliy mashg’ulot
Mashg’ulot rejasi:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yuqumli kasalliklar shifoxonasining va poliklinikaning tuzilishi va ishlash rejimi</li> <li>2. Yuqumli kasallik haqida shoshilinch xabarnomani to’ldirish.</li> <li>3. Yuqumli kasalliklarni gospitalizastiya qilish qoidalari.</li> </ol>
<p><b>O’quv mashg’ulotninig maqsadi:</b> Yuqumli kasalliklar shifoxonasining va poliklinikada YuKK tuzilishi, vazifasi va ishlash tartibi. Yuqumli kasalliklarni gospitalizastiya qilish qoidalari. Yuqumli kasallik haqida shoshilinch xabarnomani to’ldirish. Bemorlar qabul qilishda bir tomonlama yo’nalishning ahamiyati. Bemorni parvarishlash qoidalari. Profilaktika choralari.</p> <p>Oliy hamshiralik ishi darajasida bemornoma to’ldirish va tashxis qo’yish, bemorni klinik-laborator va amaliy-uslubiy yo’llar orqali tekshirish usullarini ma’lum yo’nalish bo’yicha o’rganish, tadbiriq qilish, bemor parvarishi, parhezi, Shifoxonada davolanish tartib qoidalari haqida bemor qarindoshlari bilan suxbat o’gkazish, deontologiya qoidalariga, muloqot me’yorlariga amal qilish, yuqumli kasalliklarni kasalxonaga yotqizish qoidalari, yuqumli kasalliklar haqida Shoshilinch xabarnoma to’ldirish. Bemorlarni qabul qilishda bir tomonlama Yunalishning ahamiyati. Hamshira kasallik tarixini to’ldirish tizimi.</p> <p><b>Mavzuning vazifasi-</b> hozirda bizning regionda yuqumli kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy yordam ko’rsatish, bemorlarni laboratoriya va jihoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, hamshiralik tashxisini qo’yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko’nikmalarini Shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o’rgatish.</p>	
Ta’lim berish usullari	Multimediya, interfaol usullari: “Asalari uyi»uslubi
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	O’quv-uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter.
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.

Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob, test, masala yechish.
-------------------------	--

## 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og`zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko`nikmalarni o`zlashtirish a) laboratoriya b) qabul bo`limi hujjatlari va ularni to`ldirish qoidalari bilan to`ldirish	10 minut 30 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
	Jami	80 minut

### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut
2.	Bemorlardan anamnez yig`ish	15 minut
3.	Hamshiralik jarayoni to`ldirish	20 minut
4.	Hamshiralik jarayoni to`ldirishga ishtirok etish	20 minut
5.	Tahlil qilish	5 minut
	Jami	80 minut

### Mavzu bo`yicha talabalar o`zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Yuqumli kasalliklarda xizmat ko`rsatish tarkibi
2. Yuqumli kasalliklarning etiologik tizimi.
3. Yuqumli kasalliklarning kasallik manbai, yuqish mexanizmi, aholi moyilligi qanday?
4. Yuqumli kasalliklarning tasnifi.
5. Yuqumli kasalliklarning sub`ektiv va ob`ektiv ko`rik o`tkazish.
6. Yuqumli kasalliklarning laboratoriyaviy tashxisoti
7. Yuqumli kasalliklarning umumiy va maxsus profilaktikasi.

**mustaqil ishi.** (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmoni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

#### TARQATMA MATERIAL

Yuqumli kasalxonalarining o`ziga xos bo`lgan xususiyatlari:

Savol	Izohi
a) Yuqumli kasalxonaning to`zilishda o`ziga xoslik.	

Talabaning mustaqil bilimni tekshirish

Savol	Javob
1. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi.	

2. Yuqumli kasalliklar kasalxonasining to'zishi.	
3. Yuqumli kasalliklar kasalxonasining ishlash rejimi.	

**Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar.**

- Bemorni shikoyati, kasallik epidemiologik anamnezini aniqlab bilish.
- Bemorni sub`ektiv, ob`ektiv ko`rikdan o`tkazish.
- Palpatsiya va perkussiya: topografik, me`yordan patologiyani farqlay bilish.
- Bemor hamshira jauayonini to`ldirish.

**Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi**

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan dars davomida olib boriladi.

“ **Olmalar**» metodi.

*Maqsadi:* Talabalarga ushbu muammo bo'yicha to'g'ri javobni tanlashni o'rgatish.

*Tamoyillari:* Qattiq qog'ozga yoki kartonga bir necha olma surati chiziladi (olmalarga 4-5 qator tekst sig`sin (12-15sm) ). Ularni bo`lib, qirqiladi. So`ng har bir olmani ikkita qiyshiq chiziq bilan bo`linadi. Har bir olma boshqasidan farq qilsin. Olmaning bir bo`lagiga tegishli savolni, ikkinchi bo`lagiga to`g'ri javob Yoziadi. Olmalarning barcha Yarimlarini aralashtirib, har bir o`quvchiga bittadan olish taklif qilinadi. Savol olgan qatnashchi, savolni ovoz chiqarib o`qiydi. shu savolning to`g'ri javobini olgan qatnashchi. ovoz chiqarib, javobni o`qiydi. Qolganlar esa javobning to`g'ri – noto`g`riligini ko`rsatishlari kerak. Javobning to`g`riligiga ishonch hosil qilish uchun, ikkala bo`lak birlashtirib ko`riladi.

Har bir yuqumli kasalliklar kasalxonasida bemorni qabul qilib oladigan maxsus xona hamda, kasallikning xiliga qarab ularni yotqizishga mo`ljallagan bo`limlardan tashqari sanitar propusknik (maxsus gigienik ishlov berish xonasi), markaziy sterilizatsiya bo`limi, dezinfektsiya kamerasi, kirxona ko`zda tutiladi. Sanitariya-texnika qurilmalari, oziq-ovqat bloki va xo`jalik imoratlari davolash korpuslaridan uzoqroqda joylashtiriladi. Infekstion bo`limlar alohida yoki ikki uch va bundan ko`ra ko`proq qavatli korpuslarda bo`lishi mumkin. Kasalxonada turli infeksiyalar uchun mo`ljallangan alohida- alohida bo`lim bo`lishi kerak. Har bir bo`limda tashxisi aniqlanmagan yoki aralash infektsiyalar bilan og`rigan bemorlarni alohidalab qo`yish uchun bitta kichikroq palata bo`ladi. O`rinlarning soni 100 va undan ko`proq bo`ladigan yuqumli kasalliklar kasalxonasi uchun maxsus tashxisot bo`limi bo`lishi kerak. Kasalxonaning binolari yorug` toza, derazalargi to`r tutilgan bo`lishi shart (yoz oylarida); bitta kasalga to`g'ri keladigan maydon o`rta hisobga 7-8 m<sup>2</sup> ni tashkil etadi. Kasalxonada klinik, bakteriologik laboratoriya, murdalarni vaqtincha saqlash xonasi ham mavjud bo`lishi lozim.

Bemor birinchi navbatda davo binolaridan alohida joylashgan qabulxona bo`limiga keladi. Maxsus sanitar transportda olib kelingan bemorlar kasalliklarini (qorin tifi, skarlatina, difteriya, meningit va boshqalarni) aniqlab olishga mo`ljallangan bokslarda qabul qilinadi. Transport dezinfeksiyalanadi. Boksning kiriladigan va chiqiladigan eshiklari alohida bo`ladi, boksdan qabulxona bo`limining karidoriga qo`shqavat qilib ishlangan oynavon eshiklar ochiladi, boksnig hamma eshiklari kalit bilan bekitib yuriladi.

Boks bo`limi infeksiya tarqalish ehtimolini bartaraf qilish hamda qo`shimcha kasallik yuqish xavfini bartaraf etish maqsadida bir kasallikning ikkinchisi bilan to`qnash kelishiga yo`l qo`ymaydi. Boksdan xodimlar uchun xalatlari, kushetka, yozuv stoli, stullar, shoshilinch yordam ko`rsatishga kerakli dori-darmonlar, sterilizator, difteriyaga tekshirib ko`rish uchun odamning tomog`idan surtmalar olishga ishlatiladigan tamponli steril probirkalar, ichburug` bakteriyalari bor yo`qligini aniqlash maqsadida tekshirishga najas olish uchun probirkalarga solib qo`yilgan konservlovchi aralashma bo`lish kerak. Kasalxona ichida paydo bo`ladigan infektsiyalarning oldini olish uchun epidemiologik anamnezni to`g'ri to`plash muhim rol o`ynaydi. Bu narsa birinchi galda kasal bolalar uchun muhim. Bemorning etarlicha mustahkam immunitet infeksiya kasalliklar bilan og`rigan-og`rimaganini (qizamiq,

suvchechak, tepki, skarlatina, difteriya), xonadonda, oilada, bolalar jamoasida o'tkir kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga yaqin yurgan-yurmaganini aniqlab olish zarur. U so'ngi 25 kun (eng katta turg'unlik muddati) davomida shunday kasallikka yaqin yurgan bo'lsayu, o'zi ilgari shunday kasallik bilan og'rimagan bo'lsa, bu bola yashirin davrni boshidan kechiryapti deb taxmin qilish mumkin, bunday holda uni belgilangan muddatgacha maxsus boksga yoki kichikroq bir palataga alohida yotqizib qo'yish lozim.

Qabulxona bo'limida ishlash uchun yaxshi o'rgatilgan tibbiyot xodimi ajratiladi. Har bir kasalga belgilangan tarzdagi kasallik varaqasi ochiladi. Qarindoshlari yoki qo'shnilarining uyi yoki xizmat joyidagi telefon raqamlari yozib qo'yiladi. Navbatchi tibbiyot hamshirasi bemorning kasalxonada qoldiriladigan buyumlarini birma-bir sanab o'tadi va buni bemorning o'ziga (agar es-hushi joyida bo'lsa) yoki u bilan birga kelgan kishiga ma'lum qiladi. Oshxonaga talabnoma yuborilib, bunda bemorga buyurilgan ovqat ko'rsatib qo'yiladi. Bemorning sanitariya tozalashi vannada, dush tagida yuvinishni, pedikulyoz topilganda soch va tananing junli qismlarini insektistidlarning eritmalari bilan tozalashni ko'zda tutadi. Pedikulyozda olib tashlangan soch va junlar yoqib yuboriladi. Qo'l va oyoq tirnoqlari olinadi. Mochalka va butilkalar har bir bemordan keyin ustiga belgi qo'yib qo'yilgan maxsus idishlarga solinib, dezinfekstiya qilinadi va yaxshilab qaynatiladi. Vannalar qaynoq suv bilan yuviladi va dezinfekstiyalovchi moddalar bilan artib tozalanadi. Zaiflashib qolgan kasallarda sanitariya tozalashi badanni ho'llab artib qo'yish bilan cheklanadi.

Bemorni bo'limga qanday usul bilan (zambilda, katakda, piyoda) olib borish kerakligi to'g'risida masala qabulxona bo'limida hal qilinadi. Kasal juda og'ir ahvolda yoki psixomotor jihatdan haddan tashqari zo'rg'a qo'zg'alib turgan holda bo'lsa, uni qabulxonada ko'rmasdan turib, kasalxonaning tegishli bo'limiga yuboriladi. Bunday paytda hujjatlarning hammasini hamshira bo'limda to'ldirib, buni qabulxonaga ma'lum qilib qo'yadi.

Qabulxona bo'limidagi navbatchi vrach yoki hamshira bemorni ko'zdan kechirib chiqqanidan keyin tezda davolash uchun birinchi buyruqlarni beradi va shoshilinch tarzda qanday tahlillar qilish zarurligini ko'rsatadi. Kasalxonaga kelgan bolalarning hammasidan difteriya tayoqchasi bor-yo'qligini tekshirib ko'rish uchun qabulxonada burun-halqumidan shilimshiq surtmalari olinsa, ichak kasalliklari bilan og'rigan bemordan ichak kasalliklari qo'zg'atuvchilari bor-yo'qligini tekshirib ko'rish uchun najas olinadi.

Qabulxona bo'limlaridan kasallar davolash bo'limiga, dardi noaniq bo'lgan hollarda esa kasalxonaning tashxislash bo'limlariga yuboriladi, tashxisi aniqlanganidan keyin ular bu erdan kasallikning xiliga qarab tegishli bo'limga o'tkaziladi.

Har qaysi bo'limda juda og'ir kasallar uchun bitta yoki ikkita palata ajratib qo'yiladi; zarur bo'lsa, individual tibbiyot hamshirasi posti tashkil etiladi.

Kasalxona xonalari muayyan gigiena talablarga javob beradigan bo'lishi lozim: bitta kasalga to'g'ri keladigan maydon 18-20 m<sup>2</sup> ni tashkil etadigan, o'rinlar orasidagi masofa kamida 1 m ni tashkil etadigan bo'lishi, havo harorati 18-20°C atrofida turishi kerak; palatalar yorug', havosi shamollatib turiladigan bo'lish lozim. Kasalxona palatalari va boshqa binolari dezinfekstiyalovchi eritmalaridan foydalangan holda faqat ho'llab vaqt-vaqtda tozalab, artib turiladi. Har bir bemorni, agar uning salomatligiga to'g'ri keladigan bo'lsa, har kuni vannada yoki dush tagida yuvintirib, ichki kiyimlari va o'rin-boshiga tutiladigan oqliklarni albatta almashtirib beriladi. Og'ir yotgan kasallarning badanini ho'llab artilib, oqliklar tez-tez almashtirib turiladi, badan terisi va shilliq pardalarning ahvoriga qarab boriladi, yotoq yaralari paydo bo'lmasligi uchun choralari ko'riladi.

Bo'limda dezinfekstiyalovchi moddalar (xlorli ohak, xloramin) insektistid preparatlar doimo tayyor turishi zarur.

Bemorning najasi va siydik tekkan ich kiyimlari xloramin eritmasiga bo'ktirib qo'yilib, keyin qaynatiladi va yuviladi. Bemorga tutiladigan parvarish buyumlari (tuvaklar, grelkalar, dorilar) alohida-alohida bo'lishi kerak. Bolalar bo'limlarida dezinfekstiyalash, qaynatishga oson rezinka yoki plastmassa o'yinchoqlariga bo'lishi mumkin. Bo'limlarda

yumshoq o'yinchoqlarni tutish qat'iyman qilinadi.

Hojatxonalarda tuvaklarni va bular turadigan tokchalarni dezinfektsiya qilib turish uchun 10% li xlorli ohak eritmasi solib qo'yilgan bachoklar bo'lishi kerak. Palata va karidorlarning pollarini kamida kuniga ikki marta antiseptik tozalash zarur.

Bemorlarga ovqatni tibbiyot hamshirasi tarqatadi, bular buyurilgan ovqatlarning to'g'ri berilayotganini ham kuzatib boradi, og'ir kasallarni ovqatlantirishga yordam berib turadilar. Ayniqsa, umumiy zaharlanish belgilari, isitma, dispepsiya holatlardan madori qurib qolgan bemorlarni ovqatlantirish uning salomatligini tiklashda juda muhim ekanligini tibbiyot hamshirasi yodda tutmog'i lozim. Bemorga uyidan olib keladigan narsalarni qarab turish zarur, toki bularning orasida ushbu kasallikda mutlaqo to'g'ri kelmaydigan ovqatlar (masalan, dudlangan masalliqlar, qorin tifida sut mahsulotlari va boshqalar) bo'lmasin. Ishlatiladigan idish-ovoqning ustiga xlorli ohak yoki xloramin eritmasi quyib qo'yiladi. Keyin uni qaynatib olinadi va artmasdan balki quritib qo'yiladi. Ovqat qoldiqlari ustiga xlorli ohak sepib qo'yiladi, keyin kanalizatsiyaga yoki kir o'raga to'kiladi.

Bo'limning katta hamshirasi bo'limda etarli oqliklar hamisha taxt turishiga qarab borishi kerak. Kasalxonadan chiqarib yuborilgan bemorlarning karavotidan olingan to'shaklar dezinfektsiya qilingandan keyingina ishlatiladi.

Bo'limda bir nechta hamshira postlari ajratiladi va xizmat vazifalari aniq taqsimlab qo'yiladi. Muolajalar uchun alohida tibbiyot hamshirasi ajratish tavsiya etiladi, uning vazifasi teri ostiga, mushaklar orasiga, teri ichiga in'ekstiyalar qilishdan, tomchilab va oqim holda venaga suyuqliklar yuborish uchun, qon quyish uchun tutiladigan sistemalarni, orqa miya kanalini punktsiya qilishga ishlatiladigan igna va probirkalarni tayyorlab qo'yishdan iborat bo'ladi. Intensiv terapiya palatalarida sun'iy nafas berish apparatlarini, intubatsiya qilingan bemorlarga, traxeostomasi bo'lgan, talvasa tutayotgan, klinik o'lim va shunga o'xshash haddan tashqari og'ir holatlarga tushib qolgan kasallarga parvarishni yaxshi biladigan eng malakali tibbiyot hamshiralari ishlaydi.

Tashxisot va davo maqsadlarida qilinadigan har xil muolajalarni bajarish uchun maxsus xonalar (masalan, rektaromanoskopiya, orqa miya kanali punktsiyalari va boshqalar uchun) ajratiladi. Rektaromanoskopiya kabinetida, odatda, maxsus ajratilgan tibbiyot hamshirasi ishlaydi, u kasallarni shu muolajaga tayyorlaydi, muolajani o'tkazish vaqtida vrachga qarashib turadi va rektoskoplar, reostat, lampochkalarni bekamu ko'st holda va ozoda qilib saqlab boradi va h.k. Davolovchi vrach buyurganiga qarab, baliq moyi, kollargol eritmasidan mikroklizmalar bilan davolash ishini ham odatda shu hamshira olib boradi.

Tibbiyot hamshirasi bemorning ahvolidagi ro'y bergan o'zgarishlarni vrachga tez ma'lum qilishi, vrachning buyurganlarini o'zgartirishiga ahamiyat berib borishi, bularni patsiyaga solmasdan, hamshiraning kasallik varaqasiga bekamu ko'st yozib qo'yishi, kasallik tarixiga olingan tahlil natijalarini yopishtirib qo'yishi kerak. Davolash va tashxisot maqsadida vrach tomonidan kasallik varaqasiga yozib qo'yilgan narsalarni hamshira tegishli daftarga yoki mazkur bo'limda rasm bo'lgan individual kartalarga ko'chiradi.

Bemorlarning majburiy izolyatsiya muddatlari o'tib bo'lib, kasallikning klinik belgilari yo'qolib ketgani va bakteriologik tekshirish natijalari manfiy bo'lib chiqqanidan keyingina kasalxonadan chiqariladi; bemorni necha marta bakteriologik tekshirishdan o'tkazish kerakligi uning mutaxassisligi va ishlaydigan joyiga bog'liq.

Bo'limning tibbiyot hamshirasi bo'limning ichki tartibi to'g'risida, sanitariya-gigiyena ko'nikmalari va mazkur infeksiya kasallik davrida to'g'ri ovqatlanish to'g'risida, yangi kelgan kasallarga doim yo'l-yo'riq ko'rsatib turadi, kasalni uyiga jo'natish oldidan esa, xuddi vrach singari, uyida o'zini qanday tutish to'g'risida unga maslahatlar beradi.

Bemor bo'limdan o'z kiyimini kiyib chiqib ketadi, uning bu kiyimlari kasalxonaning dezinfektsiya kamerasida dezinfektsiya qilib qo'yilgan bo'lishi shart.

#### **Dezinfektsiya. sterilizatsiya**

Dezinfektsiya turli ob'ektlarda va tashqi muhitda yuqumli kasallik qo'zg'atuvchilarini yo'qotish (yoki chetlatish) usullari va vositalarini o'rganadi.

Hozirgi vaqtda dezinfeksiya to'g'risidagi tushuncha uch bo'limni o'ziga birlashtiradi: 1) dezinfeksiya; 2) dezinseksiya - yuqumli kasalliklarni tashuvchi bo'g'im-oyoqlilarni yo'qotish; 3) deratizasiya - kemiruvchilarni yo'qotish.

Infeksiyani o'tish mexanizmiga bog'liq holda faqat dezinfeksiya (nafas infeksiyalarida); dezinfeksiya va dezinseksiya (ichak infeksiyalarida); dezinseksiya (toshmali terlama, bezgakda); dezinfeksiya, dezinseksiya va deratizasiya (tounda) qo'llaniladi.

Dezinfeksiyaning o'zi ikki xilga bo'linadi: o'choqli va profilaktik.

O'choqli dezinfeksiya oilada, bolalar muassasasida yoki boshqa joylarda infeksiya paydo bo'lganda o'tkaziladi. O'choqli dezinfeksiya o'tkazilish vaqti va maqsadiga qarab joriy (kundalik) va yakunlovchi dezinfeksiyalarga bo'linadi.

Joriy (kundalik) dezinfeksiya - muntazam amalga oshirilib yuqumli kasallik bilan og'rigan bemor yoki infeksiya tashib yuruvchining ma'lum xona ichida bo'lgan davrining boshidan oxirigacha olib boriladi. Joriy dezinfeksiyaning maqsadi infeksiya tarqalib ketishining oldini olishdir. Bemorni kasalxonaga yotkizish kechiktirilsa yoki uyida qoldirilsa, uni alohida xonaga joylashtirilib, yotgan karavoti ko'chma parda bilan to'sib qo'yiladi. Yuqumli kasallik bilan yotgan bemor xonasida eng zarur narsalargina qoldiriladi. Bemor alohida sochiq, idish, tuvak yoki sudno bilan ta'minlangan bo'lishi kerak. Ichak infeksiyalari bo'lganda bemor chiqindilari (najas, siydik qayt qilingan massa) quruq xlorli ohakka aralashiriladi (chiqindining 1/5 hajmida) yoki 10-20% xlorli ohak eritmasi yoki 5% li xloramin yoki lizol eritmalarining ikki marta ko'p miqdordagi eritmasi qo'yib yuboriladi. Xona ichi 2-3 marta ho'llangan latta bilan tozalanadi va shamollatiladi. Tozalash 2% li qaynoq sovun-sodali eritma yoki 0,2% li xloramin eritmasi va hokazolar bilan ho'llangan lattalar bilan o'tkaziladi. Xloramin eritmasining konsentratsiyasi qo'zg'atuvchilarning dezinfeksiya vositalariga nisbatan sezuvchanligiga bog'liq. Bemor foydalangan idishlar qaynashga boshlagan vaqtdan boshlab, 15 minut davomida qaynatiladi. Dezinfeksiya bemorni parvarish qilayotgan shaxs (batafsil yo'l-yo'riq ko'rsatilgach) yoki davolash-profilaktika muassasalari tibbiy xodimlari tomonidan o'tkaziladi.

Yakunlovchi dezinfeksiya qo'zg'atuvchilari tashqi muhitga chidamli yuqumli kasalliklar (ich terlama, virusli gepatit, vabo, difteriya, poliomielit, toun va boshqalar) o'chog'ida o'tqaziladi. Yakunlovchi dezinfeksiyani Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markazining dezinfeksiya bo'limi, dezinfeksiya stantsiyasi ma'lum tartibda bajaradi.

Profilaktik dezinfeksiya yuqumli kasallik bo'lmaganda ham qilinishi kerak. Profilaktik dezinfeksiyaga davolash-profilaktika, bolalar muassasalari va umumiy foydalanish joylarini 0,5% li tozalangan xlorli ohak eritmasi yordamida nam usulda kundalik tozalash hamda sutni pasterizatsiya qilish, suvni xlorlash, ovqatlanishdan oldin qo'l yuvish va boshqalar misol bo'la oladi.

Dezinfeksiyada mexanik, fizik, kimyoviy va biologik usullardan foydalaniladi. Mexanik tozalashda - kiyim-kechaklarni yuvish, qo'l yuvish, polni supurish va yuvish, changlarni ho'llab artish, chang yutgich yordamida chang-g'ubor bilan birga, qo'zg'atuvchilar ham qisman chiqariladi.

Fizik uslublar ichida dezinfeksiya eng ko'p qo'llaniladi, qaynatish- kiyim-kechaklar, idishlar, ichimlik suv, oziq-ovqatlar, o'yinchoqlar, jarrohlik asboblari, tufdonlar va boshqalarni yuqumsizlantirishning oddiy usuli sifatida qo'llaniladi. Qaynatish vaqtida 2% li natriy gidrokarbonat (soda), sovunli soda eritmasi bilan 15 minut va undan ortiqroq qaynatilsa, uning bakteritsid kuchi ortadi. Qaynatish vaqti u yoki bu kasallik qo'zg'atuvchisining qaynatishga bo'lgan chidamligiga bog'liq bo'ladi.

Dezinfeksiya uchun yana suv bug'i ham ishlatiladi. U to'qimalar ichiga kirib, mikroblardan tashqari ularning sporalari ham yo'qotib tashlaydi. Suv bug'i maxsus dezinfeksion kameralarda va avtoklavda ishlatiladi. To'yintirilgan suv bug'lari mikroblarga ayniqsa kuchli ta'sir ko'rsatadi. 70-80°C haroratda 30 minut davomida qizdirish (pasterizatsiya qilish) vegetativ shakldagi mikroblarni halokatga uchratadi, lekin sporalardan tozalamaydi. Uy sharoitlarida narsalarni ikki tomonlama issiq dazmol qilish bilan

dezinfeksiya qilish mumkin.

Dezinfeksiyaning kimyoviy usuli- turli ob'ektlar yuzasi va ichidagi, tashqi muhit buyumlarida hamda har xil substratlardagi (najas, yiring, balg'am va hokazo) Qo'zg'atuvchilarga nisbatan har xil kimyoviy moddalar qo'llanib, halokatli ta'siri bilan ifodalanadi. Dezinfeksiya amaliyotida dezinfeksiyalovchi kimyoviy vositalardan ko'pincha o'zida xlor saqlovchi vositalar, fenol, kislotalar, ishqorlar, vodorod peroksid, formaldegid va hokazolar qo'llaniladi.

Dezinseksiyada qo'llaniladigan choralar ikki asosiy guruhga: profilaktik va qirishga bo'linadi. Profilaktik dezinseksiya tadbirlar. Profilaktik tadbirlar bir- necha yunalishlarda olib borilishi kerak. Ulardan ayrimlarining maqsadi butimoyoqlilarning turar joylarga va boshqa xonalarga kirishiga tuskinlik qiladigan sharoitlar yaratish, boshqalarining maqsadi epidemiologik nuqtai nazaridan zararli va xavfli burimoyotushlarning odam tanasida, uning urin-kurpasida, ich kiynmida, ust-boshida va tevarak-atrofida paydo bulishi na ko'payishining oldini olish xisoblanadi.

Dezinseksiyada qo'llaniladigan qirish choralari. Qirish choralari bo'g'imoyoqlilarni ularning hamma rivojlanish bosqichlarida va ularning ehtimoliy ko'payish, uchib kelish, tushish joylarida va odamning tevarakatrofida, uning tanasida, buyumlarida, turar joyida, jihozlarda, shuningdek ishlab chiqarish faoliyati o'tadigan joylarda yo'qotishga qaratilgan. Bo'g'imoyoqlilarni qirish uchun qo'llaniladigan dezinseksiya usullarini mexanik fizik, kimyoviy va biologik usullarga bo'linadi. Dezinseksiya amaliyotida qirishning bu usullaridan kompleks foydalanish keng qo'llaniladi. Bu asosan fizik va kimyoviy usullarini qo'shib olib borishdan iborat.

Dezinseksiya usullari. Mexanik usul ayrim hollarda devorlarni, pollarni supurish yo'li bilan ularni chang va najasdan tozalash, territoriyasini yig'ishtirib, najasdagi hasharotlarni yo'qotish va shu kabilarni o'z ichiga oladi.

Fizik usul. Bo'g'imoyoqlilarni fizik agentlar bilan kirish usuliga fizik usul deyiladi. Olov ko'rinishidagi quruq yoki namlangan issiq havo, suv bo'ri, issiq yoki qaynab turgan suvning yuqori harorati eng ko'p qo'llaniladi.

Suv bo'ri. Suv bo'rining issiqlik sig'imi va shunning uchun uni bo'g'imoyoqlilarni qirishda qo'llash yaxshi natija beradi, biroq undan buyumlar (charm va muyna buyumlarni) va boshqa predmetlarni (elimlangan mebelni, bo'yalgan matolarni) dezinseksiya qilish uchun foydalanish juda chegaralangan, chunki ularni ishdan chiqaradi. Past haroratdan dezinseksiya uchun foydalanilmaydi, chunki bug'inoyoqlilar ularga sezuvchan bulmaydi. Ular (suvaraklar, sandalalar) muzlatilgandagina (14 dan - 20°C gacha) nobud bo'ladi.

Kimyoviy usul. Bo'g'imoyoqlilarni turli xil kimyoviy moddalar, ular uchun ozmi-ko'pmi zaharli preparatlar yordamida qirish usuliga kimyoviy usul deyiladi. Mos sharoitlarga nisbatan ta'sirchan bo'ladi.

Kimyoviy usulda qo'llaniladigan insektitsidlar tashuvchi organizmiga kirish yo'llari va kimyoviy tarkibi bo'yicha ichak insektitsidlari (hazm a'zolari orqali), kontakt insektitsidlar (tananing qoplovchi qismi orqali), fumigantlar yoki nafas yo'llarining insektitsidlari (traxeya tizimi orqali) bo'linadi.

Kemiruvchilar, sichqonlar, cho'l sichqonlari, kalamushlar, yumronqoziq, sug'ur, suv kalamushlarga qarshi kurashish choralari deratizasiya usullari qo'llaniladi.

Kemiruvchilarga qarshi kurashda profilaktik va qirg'in choralari qo'llanadi.

a) Profilaktik choralarga oziq-ovqat mahsulotlari, ularning qoldiqlarini kemiruvchilar tusha olmaydigan joylarda to'g'ri saqlash, uy-joy omborlar, bazalarga kemiruvchilar kira olmaydigan texnik chora-tadbirlar qo'llanishi kiradi;

b) Kemiruvchilarni qirib yo'qotishda mexanik, kimyoviy va biologik usullardan foydalaniladi.

Tibbiyotda ishlatiladigan buyumlarni sterilizasiya oldi ishlovi berishdan maqsad ularning yuzasidagi oqsil, yog' va boshqa moddalarni yo'qotishdir. Sterilizasiya oldi ishlovi qo'lda yoki mexanizatsiyalashgan usulda olib boriladi. Qo'lda ishlov berish kuyidagi



tartibda amalga oshiriladi: a) oqib turgan suv ostida 0,5 minut davomida chayish, yuvish vositalarida («Biolot») yuvish; b) buyumni 50°C haroratda 15 minut bo'ktirib qo'yish, yuvish vositalari sifatida «Biolot» preparatining 0,5% li eritmasi yoki «Ayna», «Progress», «Astra», «Lotos» yuvish vositalarining 0,5% eritmasi bilan 0,5% vodorod peroksidi aralashmasi qo'llaniladi. «Bilot» preparati yordamida yuvish 3 minut, «Progress» bilan esa 5 minut, «Primas A», «Progress», «Ayna», «Lotos», «Astra» preparatida esa 10 minut davom ettiriladi; v) oqib turgan suv, so'ngra distillangan suvda 0,5-1 minut davomida chayish, yuvish, bo'ktirib ko'yish; g) 80-85°C haroratda giissiq havoli sterilizatorlarda kuritish.

Sterilizasiya usullari. Bug' bilan sterilizasiyalash usuli to'yingan suvli bug' bosimi ostida barcha turdagi mikroblarni yo'qotishda yaxshi natija beradi. Bug' bilan sterilizasiya usuli bug' sterilizatorlarida amalga oshiriladi. Bug' bilan sterilizasiyalash kasalxonalar va poliklinikalarning turli bo'limlarida, mikrobiologiya laboratoriyalarida, farmasevtika va boshqa muassasalarda qo'llaniladi. Bug'li sterilizasiyaga yara yuzasiga teguvchi, qon va uning preparatlariga hamda shilliq qavatga tegib, uni jarohatlantirish xavfi bo'lgan asbob-uskunalar beriladi. Bug'li sterilizatorlar tuzilishi, ishlash bosimi va boshqa ko'rsatkichlarga qarab farqlanadi, sterilizatorlar yumaloq to'g'ri burchakli ko'rinishda bo'ladi.

Havo bilan sterilizasiya qilish usuli. Issiq quruq havo bilan sterilizasiya qilish usuli namlanishi, zanglashi va boshqa sabablarga ko'ra bug' bilan sterilizasiya qilinmaydigan buyumlarda qo'llaniladi. Havo bilan sterilizasiya bug' sterilizatorlar qo'llaniladigan muassasalarda o'rnatilgan havo sterilizatorlarida o'tqaziladi. Havo uslubi shishadan yasalgan (shprints, idishlar) metall (jarrohlik), ginekologiya va stomatologiya asboblari, kauchukli va boshqa buyumlarda qo'llaniladi.

Gaz bilan sterilizasiya qilish usuli. Gazli sterilizasiya issiqlik bilan ishlamaydigan ob'ektlarda qo'llaniladi. Bular oynali, yuzali jarrohlik asboblari; kesuvchi va sanchiluvchi asboblari, ketgut, zondlar, plastmassali sintetik kateterlardir. Gazli sterilizasiyada sporatsid ta'sirga ega etilen oksidi, metil bromid va uning aralashmasi, formaldegid va boshqalar qo'llaniladi.

Sterilizasiyaning kimyoviy usuli. Bu usul yordamida kimyoviy eritmalar bilan asosan issiqlikka chidamsiz asboblari sterilizasiya qilinadi. Ularni ko'pincha polimer materiallardan jarrohlik asboblari, rezina qoplarni sterillashda qo'llaniladi. Nam sterillashda turli aralashmalar ishlatiladi bular tarkibida xlor, yod, oksidlovchilar, kislota, aldegidlar tutuvchi aralashmalar bo'ladi. Ulardan asosan vodorod peroksidi bilan dezoksan keng qo'llaniladi. Vodorod peroksidining 6% li eritmasi 18°Cda 6 soat, 60°Cda 3 minut mobaynida qo'llaniladi. Dezoksoning 1% eritmasi 18°Cda 45 minut ishlatiladi. Vodorod peroksidi eritmaları yopiq idishda saqlanib tayyorlangandan so'ng 7 kun mobaynida ishlatilishi mumkin. Dezoksan 1% eritmasi esa faqat tayyorlangan kuni ishlatiladi.

Respublikamiz xududidagi davolash-profilaktika muassasalarida dezinfeksiya va sterilizasiya tadbirlari SanQvaM (№ 0278-09 05 dekabr 2009 y.) asosida amalga oshiriladi.

### **Immunitet**

Immunitet- organizmni yuqumli va yuqumsiz agentlar va moddalarga berilmasligi, patogen mikroblarning ko'payishiga va zahar hosil qilishiga yo'l qo'ymaslik, qarshi kurashishidir. Immunologik himoya faqat patogen mikroblar va ular ajratadigan mahsulotlarga qarshi kurashibgina qolmasdan, balki organizm uchun yot bo'lgan har qanday mahsulot (yog', oqsil) ga immun reaksiya bilan javob beradi. Antigenlar immun tizimi hujayralari va antitelalar bilan birikadi. Oqsil va makromolekulali antigenlarni organizmga tushishi imunitetning hosil bo'lishiga, imunologik tolerantlikka yoki allergik holatlarga olib keladi.

“Antigen” atamasi antigen saqlovchi barcha viruslar bakteriyalar, butun organizm (transplantatsiya jarayonida) ga nisbatan ishlatiladi.

Yuqumli kasalliklar tashxisotida, qon qo'yish jarayonidan, to'qima va organlarni ko'chirib o'tkazishda antigen tabiati o'rganiladi. Vaktsina va zardob ishlab chiqarishda antigendan keng foydalaniladi.

**Immunitet shakllari.** Immunitet o'zining kelib chiqishi, namoyon bo'lishi, mexanizmi va boshqa xususiyatlari bilan turli xil.

Kelib chiqishi bo'yicha tabiiy, tug'ma, ortirilgan. Tabiiy immunitet – odamzod va hayvonlarda tug'ma biologik xususiyatlarga ega bo'lgan berilmaslik. Morfologik yoki biologik belgilari bilan nasldan naslga beriladi. Yuqoridagi imunitet shakliga misol qilib, odam imunitetning itlar o'latiga berilmasligi, yoki ko'p xayvonlarning qizamiq bilan kasallanmasligini ko'rsatishimiz mumkin.

Tabiiy immunitetning barqarorligi yuqori darajada bo'lganligi uchun ham uni mutloq immunitet deb ham ataymiz. Tabiiy immunitet yuqori bo'lgan organizmga ko'p miqdorda, virulentligi yuqori bo'lgan mikroblar tushganda ham organizm yuqumli kasalliklarga berilmaydi. Tabiiy immunitetning nisbiyligini inkor qiluvchi ko'p qirrali ma'lumotlarni keltirish mumkin.

Tabiiy immunitet faqatgina kasallikka berilmaydigan organizmda emas, balki beriluvchan organizmda zaif rivojlangan bo'lsada namoyon bo'ladi, mikroblar o'ldiradi, kasallik rivojlanmaydi. Zaif va beriluvchan organizmda tabiiy immunitet ma'lum darajada bo'ladi. Bu beriluvchan organizmning tabiiy immuniteti katta amaliy ahamiyatga ega. Infektsion mikroblarning kam miqdori kasallik chaqirmasdan, organizmda antitela hosil qilish yo'li bilan, ortirilgan immunitetni rivojlantiradi.

Ortirilgan immunitet hayot davomida boshdan kechirgan kasallikdan keyin (tabiiy ortirilgan immunitet), yoki emlash yo'li bilan (suniy ortirilgan immunitet) organizmda hosil bo'ladi. Faol va passiv ortirilgan immunitet farqlanadi.

Faol ortirilgan immunitet tabiiy (boshdan kechirgan kasalliklardan keyin) yoki sun'iy tipik yoki o'lik mikroblar va ularning mahsulotlari bilan o'tkazilgan vaktsinasiyadan keyin hosil bo'ladi. U yoki bu holatda ham organizm o'zida qator himoya omillarini ishlab chiqaradi.

Kasallikdan yoki emlashdan keyingi hosil bo'ladigan faol ortirilgan immunitet, xususan tibbiy ortirilgan immunitet ko'pchilik hollarda uzoq muddat saqlanadi, ba'zan butun umrga qoladi (masalan: qizamiqdagi, virusli gepatitdagi immunitet). Lekin bu immunitet nasldan - naslga berilmaydi. Passiv ortirilgan immunitet immun zardob kiritilgandan keyin bir necha soat ichida hosil bo'ladi. Otda uzoq saqlanmaydi. Organizmga kiritilgan antitelalarning yo'q bulishi bilan birga passiv ortirilgan immunitet ham yo'qoladi. Bu muddat 1 necha haftani tashkil kiladi. Immunitet mikrobg qarshi yoki ular ishlab chikaradigan maxsulotga qarshi qaratilgan bo'ladi. Shuning uchun organizm o'zining himoya faktori bilan uni o'ldirib, kupayishiga to'sqinlik qiladigan antimikrob va toksinlarni neytraldigan antitoksin immunitetlar ajratadi.

**Gumoral zveno-(B-limfositlar va immunoglobulin).** Immunologik reaksiyaning gumoral tipi immunoglobulin deb ataluvchi, murakkab oqil tuzilishiga ega bo'lgan, antitela ishlab chiqarishga asoslangan. "Gumoral" so'zi- "gumo" suyuqlik, namlik degan ma'noni anglatadi. Bu suyuqlikka qon, limfa, so'lak va boshqalar kiradi.

**Hujayraviy T-limfositlar.** -aktiv T-limfositlar immun hujayrani namoyon qiladi va timusga bog'liq.

Fagotsitoz tizimini qondagi yot moddani qamrab olib, hazm qiladigan makrofag va monotsitlar tashkil qiladi.

Gumoral va hujayra immunitetlari birgalikda yuqori darajadagi immun javob reaksiyasini beradi. Organizmga patogen mikrob kirganda yuz beradigan immun reaksiyalarning muhimidan biri antitelalar ishlab chiqariladi. Immunoglobulinlar 5 guruhga bo'linadi: IgA, IgM, IgG, IgD va IgE.

IgA barcha immunoglobulinlarning 15 foizini tashkil qiladi. Bu xildagi antitelalar bakteriya, virus va toksinlarga ta'sir qiladi, ammo ular asosan mahalliy immunitet shakllanishida ishtirok etadi. Immunoglobulin A mikroorganizmlar bilan birikib mikrobn

hujayra yuzasiga yopishishini kamaytiradi va hujayra ichiga kirishga to'sqinlik qilish yo'li bilan shilliq qavatni mikroba va allergenlardan himoya qiladi. Xuddi ana shu mexanizm bilan mahalliy surunkali yalig'lanish jarayonlaridan ogohlantiradi. O'choqli IgA ni ishlab chiqarilishi mahalliy immunitet darajasini ta'minlaydi. Antitelaning bu sinfi ichki muhitda bakteriya va viruslarni zararsizlantirish xususiyatiga ega.

Infektsion jarayonning boshlanish davrida IgM paydo bo'ladi. Bu antitelalar ko'p mikroblarga, masalan grammanfiy bakteriyalarga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Bu immunoglobulin hamma immunoglobulinlarning 3-10 foizini tashkil qiladi va agglutinasiya hamda lizis reaksiyalarida ayniqsa faol qatnashadi.

M sinfdagi immunoglobulinlarning xususiyatlari:

- O'tkir infektsion jarayonlarda birinchi bo'lib ishlab chiqaradi.
- Qon oqimi bo'ylab aylanib yuradi.
- Infeksiyaning erta bosqichlarida qonda bakteriyalarni zararsizlantiradi.
- IgM mikroba hujayralarini eritish xususiyatiga ega.

IgG jami immunoglobulinlarning 70-80 foizini tashkil qiladi va infektsion jarayonning ikkinchi haftasida hosil bo'ladi, U ayniqsa viruslar va toksinlarga ancha kuchli ta'sir o'tkazadi. Yuqumli kasallik qaytadan yuqqanda (ya'ni bir xil antigenning o'zi qaytadan ta'sir qilgan hollarda) antitelalar ancha erta hosil bo'ladi. Chunki immunitetga daxldor hujayralar (T-limfositlar) o'sha antigenga birinchi bor duch kelganidan so'ng qolgan immunologik xotira tufayli tezlikda ishga tushib, B limfositlarni darhol antitelalar ishlab chiqarishga undaydi. Erta paydo bo'ladigan ana shunday antitelalar pretsipitatsiya va komplementni biriktirib olish jarayonida juda faol qatnashadi.

IgM va IgG immunoglobulinlar asosan qon zardobida bo'lgani uchun zardob antitelolari deb ham ataladi. IgM esa asosan nafas yo'llari, me'da-ichak shilliq pardalarida, yangi tuqqan ayolning ko'krak sutida bo'ladi. Bu immunoglobulinlar-ichak infeksiyalarida, gripp va boshqa respirator infeksiyalarda muhim rol o'ynaydi ular bakteriyalarni, viruslarni o'ldiradi va toksinlarni neytrallaydi.

IgD immunoglobulinlarning roli hali etarli o'rganilmagan. Ko'pchilik mutaxassislar fikricha, bu immunoglobulinlar qon zardobida bo'ladi, organizmning himoya reaksiyalarida ishtirok etadi.

IgE immunoglobulin undan tashqari, allergik reaksiyalarda ham qatnashadi. E sinfdagi immunoglobulinlar reagenlar deb ataladi. Allergik reaksiyalarining rivojlanishi shu sinfdagi immunoglobulinlar bilan bog'liq. IgE qon tarkibida ko'p miqdorda bo'lmasada, teri to'qimasi hujayralari bilan tez birikish xususiyatiga ega.

### **Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayoni**

Hamshiralik jarayoni-bu bemorlarga xizmat ko'rsatishda o'z vazifasini tashkil qilish va amaliyotga tatbiq qilish asosida ularni parvarishlash jarayonidir.

Hamshiralik jarayoni Amerika va G'arbiy Evropa hamshiralik ishi modelining asosiy va ajralmas qismi hisoblanadi. U sog'liqni saqlash amaliyotida hamshiraning nafaqat texnik tayyorligi, balki bemor parvarishiga ijodiy va individual yondashish, hamda hamshira o'rning yangi tizimlashishini beradi.

Hamshiralik jarayoni besh bosqichdan, ya'ni bemorni tekshirish, xolatni baholash (hamshira tashxisi), hamshiraning yordam rejasini tuzish, rejaning amalga oshirish va natijalarni baholashdan iborat. Turli tibbiyot yo'nalishlarning o'ziga xos xususiyati bo'lgani uchun yuqumli kasallikda hamshiralik jarayonining o'ziga xos ko'rinishi mavjud.

### **Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayoni jadvali**

#### **Hamshira jarayoning I bosqichi**

**Bemorni tekshirish.** Tekshirish maqsadi-bemorning yordam so'rab murojaat qilgan vaqtidagi sog'lig'i haqida bir-biri bilan bog'langan va assoslangan holda axborot to'plashdan iboratdir.

1. Bemorning ismi sharifi (qisqartirishsiz batafsil yoziladi)
2. Yoshi

3. Jinsi
4. Doimiy yashash manzili (Shahri, Qishloq fuqarolar yig'ini, bemor mehmon bo'lsa uning viloyati, tumani, mahallasi, qarindosh urug'lari, makoni, telefon raqami). Ushbu ma'lumotlar Davlat sanitariya epidemiologiya nazorati markaziga shoshilinch xabarnoma yuborishi uchun kerak, bemor makonini o'rganish esa katta epidemiologik ahamiyatga egadir.
5. Qon guruhi \_\_\_\_\_ Rezus-omil \_\_\_\_\_
6. Dori vositalari nojo'ya ta'sirlari (preparat nomi, nojo'ya ta'sir tavsifi)
7. Ishlash joyi, mutaxassisligi, lavozimi.
8. Yo'llanma bergan muassasa
9. Kasalxonaga kelgan muddati
10. Kasallanish kuni
11. Ulovning turi \_\_\_\_\_  
(epid. yoki tez yordam, mashinasida, shaxsiy ulovda va h.k.)

Vrach tashxisi \_\_\_\_\_

**Epidemiologik anamnez.** Yuqumli kasalliklarni o'rganish uchun zarur bo'lib, hamshiralik jarayonining muxim qismi hisoblanadi.

Bemorni so'roqlab quyidagilar aniqlanishi kerak:

1. Yuqumli bemorlar bilan muloqot (uyda, ishxonada, qo'shnilar, ko'chada). Bemorning uyda va ish joyida yashash tarzi va sharoiti.
2. Bemorning kasbi va uning mazkur kasalikka aloqasi.
3. Yashash joyining sanitariya axvoli va uzining ozodalik qoidalariga rioya qilishi.
4. Ovqatlanish sharoiti, ovqat maxsulotlari va ichimlik suvi ta'minlanishi xaqida ma'lumot.
5. Oxirgi 6 oy mobaynida bemorga qon quyilgan. Jarroxlik muolajalari, stomatolog, LOR, ginekolog, urolog kabi xakimlarda davolangan yoki tekshiruvda bo'lgan va boshqa ichki muolajalar (qachon va qaerda) xaqida ma'lumot. Havo tomchi yo'llari bilan yuquvchi kasalliklar taxmin qilinganda (yashirin davri), yuqori xaroratli, tumov bo'lgan (gripp, rezanday qizamiq v ax.k.) bemorlar bilan muloqot aniqlanishi lozim.

Mazkur kasalikka chalinishdan 1 hafta-2 oy oldin yashash joyidan chetga chiqqanmi? Borgan joyi va qaytgan vaqti.

Turli xil parenteral, shuningdek igna sanchish bilan bog'liq aralashu olganmi?

Maishiy xizmatlar (manikyur, pedikyur, pirsing, tatuaj va boshqalar) dan foydalanganmi?

Epidanamnez faraz qilinayotgan tashxisga bog'liq xolda yig'iladi.

**Bemorning muloqot paytidagi shikoyatlari** \_\_\_\_\_

**Kasallik tarixi.** Yuqumli kasalliklar tashxisotida so'roqlab kasallik tarixini yig'ish alohida ahamiyat kasb etadi.

Kasallik qochon boshlandi \_\_\_\_\_

Kasallikning boshlanishi \_\_\_\_\_

Qanday kechdi \_\_\_\_\_

Tekshiruv natijalari \_\_\_\_\_

Davolash va uning samarasi \_\_\_\_\_

Agar surunkali kasallik bo'lsa zo'riqish uning davriyligi \_\_\_\_\_

Oxirgi zo'riqish \_\_\_\_\_

**Hayotiy tarix.** Mazkur bo'limni izoxlashda quyidagilar e'tibor qaratilishi lozim:

- bemorning o'sib ulg'ayishiga ta'sir ko'rsatuvchi omillar (boshqa ob-avo sharoitida tug'ilib o'sganligi, o'zga muxitga ko'chib kelganligi);

- ayollarda xayz ko'rish boshlangan vaqti muntazam davriyligi, xomiladorlik, tug'ish, xomila soqiti (abortlar) soni va ularning asoratlari, diatezlar, ruxiy kassaliklar, usmalar, sil kasalligi, ichkilikka moyillik:

-noxush odatlar, spirtli ichimliklarga o'ch bo'lish, giyohvandlik:

-kasbiy zararliklar: zaharlanish, yuqori yoki past xaroratda ishlash, kasbga doir (veterinariya xizmati, deratizator, junchi va boshqalar) va x.k.

-ilgari utkazgan yukumli va yukumli bulmagan kassalikla, ular bilan og'rigan vaqti, davomiyligi kechishi, kaerda davolanganligi, tekshiruv vaqtida kelgan kushimcha kasalliklarga ayniksa e'tibor berish kerak.

Allergologik anamnez–ovkat maxsulotlari \_\_\_\_\_

antibiotik, zardob va vaksinalar hamda boshqa dori-darmonlarga bo'lgan sezuvchanlik, kutara olmaslik qayd qilinadi.

### **Bemorning hozirgi ahvoli (ko'rik kunida)**

-bemorning umumiy ahvoli (og'ir, o'rtacha og'ir, qoniqarli);

-bemor chehrasi: o'ktamlik, beg'amlik, so'lg'inlik, ruhiy ta'sirchanlik;

-terisi: rangi odatdagidek, rangi o'chgan, errang, ko'kargan, sarg'aygan (darajasi ko'rsatiladi), qichish, qichinish alomatlari, tarangligi, nam va quruqligi, toshmalar zich yoki tarqoqligi, joylashishi;

-limfa tugunlar hajmi, kattalik-yumshoqligi, og'rigi va h.k.

-teri osti yog' to'qimasi kam rivojlangan, o'rtacha, haddan ziyod,

-suyaklar shaklsizlangan, og'riqli;

-bo'g'imlar shakllangan yoki shakllanmaganligi, og'riqli, shishgan, qizargan, faol va nofaol harakat hajmi.

**Nafas sohasi.** Ko'rik kunida bemorning shikoyatlari: ko'krakdagi og'riqlar, hansirash, tumov, qon tupirish, yo'tal quruq, balg'amli, bo'g'iq yo'tal.

-burun orqali nafas olish (erkin, qiyinchilik bilan), burun qanotlari harakati (qontalash, hidli, hidsiz) burun qonashi.

- halqum – shilliq, pardalar holati, bodamcha bezlar, ularning rangi, qoplamalari va uning hajmi

-ovozi: tiniq, past, bo'g'iq, ovozsiz.

- ko'krak qafasi shakli: to'g'ri bochkasimon, falajlangan, ariqchali, raxitli

- nafas olish: bir daqiqada nafas olish soni, maromi (maromi, Cheyn-Stoks nafasi, nafasi tezlashgan sekinlashgan).

- qiyosiy perkussiya (to'qqillatish): tiniq tovush, bo'g'iqroq, bo'g'iq, nog'arasimon, qutisimon.

- o'pka chegaralari (yuqori va pastki)

- eshitish: nafas olish xarakteri (vezikulyar, susaygan, kuchaygan. Zo'riqqan, bronxial, afonik)

- xirillash (quruq, nam, mayda, o'rta yoki yirik pufakchali, baland, bo'g'iq, ularning makoni, plevra ishlanish shovqini).

### **Yurak qon tomir sohasi.**

- tomir urushi tezligi, maromi (dikrotiya, aritmiya) to'liqligi va rasoligi, tana haroratiga mutanosibli.

Yurak cho'qqisini paypaslash

- eshitish – yurak tovushlari (tiniqli, shovqinlar) perikard ishqalanish shovqini

- qon tomir bosimi

### **Hazm sohasi.**

- yutish: bemalol, og'riqli, qiynalib, yuta olmaslik

- og'iz ochilish bemalolli. Trizm “zaxarxanda kulgi”. Og'izning hidlanishi (odatdagi hid, chirigan hid, jigar hidi, ammiak, olma hidi va h.k.)

- og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi rangi, qoplamalari, yaralar va h.k.

-til namligi, quruqligi, toza yoki qarashli, qarashning rangi, malinasimon, laklangan yarachalar, chetlarida tish izlari bor, tilning titrashi, tilning bemalol harakati.

- qorin shakli (risoladagidek, shishgan, dam bo'lgan, taranglashgan) qattiq yumshoqligi, nafas olishda qatnashishi

- najas ajratish soni, sifati, patologik aralashmalari, rangi, og'riqligi, og'riqsiz xojatdan so'ng engillik bor yo'qligi, hojatga yolg'on chaqiriqlar, qabziyat.

**Peshob ajratish sohasi.** Shikoyatlar: bel sohasidagi, peshob miqdori (ixtiyorli, ixtiyorsiz)

peshob chiqarish soni, og'riqlar, yolg'on chaqiriqlar, qiynalib siyish, rangi, quyuq va tiniqligi.

- buyrak sathini ko'rikdan o'tkazish. Pasternastkiy simptomi. Peshobni ko'rikdan o'tkazish.

**Asab ruxiyat sohasi.** Vaqt, makonni to'g'ri idrok etish, kirishimligi, es-hushi: tiniq, hushsiz, harakatli, jizzakilik, tushkunlik, alahsirash, asossiz gumonsirash, afsonaviy g'oyalar, afsonaviy shakl va tovushlar, hidlar.

- bosh og'rig'i, aylanishi, hushdan ketish, uyquning buzilishi va boshqalar.

- tirishish (umumiy, mahalliy, klinik, tonik) mushak, terining o'qtin-o'qtin tortishishi, titrash, qaltirash, parez va falajlar.

Meningeal belgilar: ensa mushaklari, taranglanishi, Kernig simptomi, va h.k. falajliklar, qovoqlar tushishi, g'ilaylik, qorachiqlarning har xil kattalikdaligi, anizokoriya, nistagm (ko'z soqqasining ixtiyorsiz harakati). Miya kopkasi asab tolalarning funkstional holati. Qalqonsimon bezni paypaslash: qattiq-yumshoqligi, hajmi.

**Laboratoriya tekshiruv ma'lumotlari.** Dinamikada o'tkazilgan laboratoriya, uskuna (UZD, MRT) va rentgenologiya tekshiruvlari natijalarini bemornomaga yozish lozim.

### **Hamshira jarayoning II bosqichi**

#### **Hamshira tashxisi:**

Mavjud muammolar \_\_\_\_\_

Kutiladigan muammolar \_\_\_\_\_

#### **Hamshira jarayoning III bosqichi:**

Hamshira yordamini rejalashtirish \_\_\_\_\_

Patient muammosi \_\_\_\_\_

Maqsadi \_\_\_\_\_

Zudlik bilan oshiriladigan \_\_\_\_\_

Haqiqiy \_\_\_\_\_

#### **Hamshira jarayoning IV bosqichi:**

Rejalashtirilgan rejani amalga oshirish.

#### **Hamshira jarayoning V bosqichi:**

Natijalarni baholash.

### **Mavzusi bo'yicha baholash mezonlari**

1.	86-100	A'lo "5"	Talaba yuqumli kasalliklar haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha ijod qilish darajasiga va bilimga ega. Yuqumli kasalliklarda bemornoma to'ldiradi va tashxis qo'ya oladi. Tif, paratif kasalliklarini klinik kechishini tushunadi, biladi, tahlil qila oladi. Bemorning hamshira jauayonini batafsil to'ldira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	Yaxshi "4"	Yuqumli kasalliklarni klassifikatsiyasini, kechim turlarini to'la tushunadi, bemorlarni davolash profilaktikasini tushunadi, biladi va qo'llay oladi. Tif, paratif kasalliklarini biladi. Bemorning hamshira jauayonini to'ldira oladi.	2-daraja: bilim va ko'nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli "3"	Yuqumli kasalliklarning profilaktika ishlarini tushunadi va qoniqarli darajada	1-daraja: o'quv

			biladi. Dars materiallarini Yomon biladi. Tif, paratif kasalliklari mavzusi bo'yicha talaba minimal tasavur etish darajasiga ega. Bemorning hamshira jauayonini batafsil to'ldira olmaydi.	qobilyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz bo'sh, ko'p qo'shimcha ishlash talab qiladi "2".	Muhoqoma qilinadigan mavzu bo'yicha tasavvurga ega emas. Tif, paratif kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, Konspekt tayyorlamagan.	0-daraja: mutloq tasavvur yo'qlik darajasi.

### Mavzu bo'yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko'nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

**1-masala.** Bemor A. 14 yoshda. Kasallikning 7 kunida kasalxonaga tushgan kasallik asta-sekin tana haroratini ko'tarilishi, bosh og'rig'i bilan boshlangan. Ko'rik paytida tana harorati 39°C daraja. Terisi oqimtir rangda qorinning yuqori qismida rozeolali toshmalar bo'lib, barmoq bilan bosib ko'rganda yo'qoladi, bir oz o'tgandan so'ng paydo bo'ladi. Yurak tonlari bo'g'iq, pulsi 86-ta. Qorin biroz shishgan, yumshoq og'riqsiz. Paypaslaganda ichak quldirashi seziladi. Jigari qovurg'adan 2 sm pastga tushgan.

1.Hamshira tashxisini qo'ying.

2.Parvarish rejasini tuzing.

**2-masala.** Bemor Sh.D., 42 yoshda. Yuqumli kasalliklar shifoxonasida ishlaydi. Kasallik boshlanishida isitmasi chiqqan, holsizlangan, ishtahasi pasaygan, 3-kunga borib harorat yuqori darajaga etgan, qattiq boshi og'rigan, uyquasi buzilgan. Biroz rezanda alomatlar ham bo'lgan, ichi buzilgan. Kasallikning 5-kuni ko'rilganda bemorning ahvoli o'rta og'irlikda, yuzi toliqqan. Qorin, ko'krak sohasiga va qo'llarida 20 dan ortiq moshdek pushti dog'lar uchraydi. Tomir urishi 1 daqiqada 92 marta. O'pkada o'zgarish yo'q. Tili karashli, nam. Qorni dam, ichi 2-3 marta ketgan, najasda qon, shilliq yo'q, yo'g'on ichak paypaslanmaydi. Taloq biroz kattalashgan.

1.Hamshira tashxisini qo'ying.

2.Parvarish rejasini tuzing.

### Mavzu bo'yicha test savollari:

#### 1. Amaliyotda dezinfeksiyaning qaysi usullaridan foydalanadi?

biologik

\*keltirilganlarning barchasi

fizik

mexanik

#### 2. Deratizatsiya nima....?

bakteriyalarni qirish

\*kemiruvchilarni qirish

viruslarni qirish

hasharotlarni qirish

#### 3. Dezinfeksiya nima.....?

kemiruvchilarni qirish

\*mikroorganizmlarni qirish

viruslarni qirish

hasharotlarni qirish

#### 4. Dezinfeksiya nima.....?

viruslarni qirish

\*hasharotlarni qirish

kemiruvchilarni qirish

bakteriyalarni qirish

#### 5. Ibn Sino o'rgangan yuqumli kasalliklar?

qizamiq, qizilcha, suvchechak

\*o'lat, chinchechak, qora oqsoq, shigellyoz, gepatit

ornitoz, gripp, maymun chechagi  
sariq isitma, toksoplazmoz

#### **6. Ibn Sinoning yuqumli kasalliklar haqidagi nazariyasi?**

ko'zga ko'rinmas jonivorlar

\*ko'zga ko'rinmas zarrachalar

miazmalar

mikrorganizmlar

#### **7. Zararlanganligiga gumon qilingan qon va boshqa biologik suyuqliklar ko'zga sachraganda harakat tartibiga kiradi:**

ko'zni suyuq sovun eritmasi bilan yuvish

ko'zni ishqash yoki artish

dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuvish

\*zudlik bilan ko'zni fiziologik eritma yoki suv bilan yuvish

#### **41. Zararlanganligiga gumon qilingan qon va boshqa biologik suyuqliklar teriga tushganda harakat tartibiga kirmaydi:**

zararlangan material tushgan joyni зудlik bilan sovunlab yuvish

oqar suv bo'lmaganda zararsizlantiruvchi gel yoki qo'l yuvuvchi eritma bilan ishlov berish

kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritmasidan foydalanish

\*muloqotda bo'lgan joyni artish yoki ishqalash, ifloslangan teri yuzasini bog'lash

#### **42. Zararlanish xavfini oshiruvchi omillar jumlasiga kirmaydi:**

zararlangan asboblarning qon tomiriga tushishi

g'ovak ninalar bilan jarohatlanish

bemorda virus miqdorining yuqori darajada bulishi

\*chuqur jarohatlar

#### **8. Immunoprofilaktika bo'yicha bosh hamshira vazifasiga kirmaydi?**

kerakli immun preparatlar miqdorini aniqlaydi

\*vrach ko'rsatmasiga muvofiq emlaydi

DSENMdan immunopreparatlarni oladi

vaksinalarni emlash xonasiga beradi

#### **9. Infeksion amaliyotida dezinfeksiya uchun qo'llaniladi?**

spirt

\*xlorli preparatlar

kislota

sintetik yuvish vositalari

#### **10. Infeksiya manbaini zararsizlantirish omili?**

\*vaqtli aniqlash, ajratish

deratizatsiya

dezinfeksiya

dezinseksiya

#### **11. Kasal odamlarda va infeksiya o'chog'ida qanday dezinfeksiya olib boriladi:**

\*joriy

profilaktik

spetsifik

yakuniy

#### **12. Kasallik manbai jumlasiga kirmaydigan vosita:**

\*go'sht va go'sht mahsulotlari

kasal hayvonlar

kasal odamlar

bakteriya tashuvchilar

#### **13. Kasallikni yuqish yo'llarini qirqish uchun noxos omil:**

\*sanitariya va gigiyena

dezinfeksiya

dezinseksiya

deratizatsiya

#### **14. Kasalxona ichi infeksiyasini profilaktikasini mujassamlashtirgan hujjat:**

SanPiN № 0278-09

\*SanPiN №0304-12

SanPiN № 0239-07

№275 15.07.1994

#### **15. Klinik tekshiruvlar o'z ichiga oladi:**

\*subyektiv va obyektiv

laboratoriyaviy

invaziv instrumental tekshiruv

noinvaziv instrumental tekshiruv

#### **16. L.V.Gromashevskiyning yuqumli kasalliklar tasnifiga kirmaydigan guruh:**

\*zoonozlar

ichak infeksiyalari

nafas yo'llari infeksiyalari

qon orqali yuqadigan infeksiyalar

#### **17. Markazlashgan sterilizatsiya tadbirlarini mujassamlashtirgan hujjat:**

SanPiN №0304-12

\*SanPiN № 0278-09

SanPiN № 0239-07



№275 15.07.1994

**18. Mikroblar zaharini neytrallovchi vositalar:**

\*zardoblar

kolloid eritmalar

vaksinalar

immunomodulyatorlar

**19. Mikroorganizm va makroorganizmlar o`rtasidagi munosabatga kirmaydi:**

mikroorganizm himoya vositalari ta`sirida parchalanadi

\*mikroorganizm masofadan ta`sir ko`rsatadi

mikroorganizm qulay sharoit topib ko`payadi

mikroorganizm tez suratda ko`payadi

**20. Mikroorganizmlarning molekulyar patogen omiliga qaysi tegishli?**

\*ekzotoksinlar, endotoksinlar

hujayra ichi siklik nukleotidlar

araxidon kislotasi metabolitik

kortikosteroid gormonlar

**21. Obyektiv tekshiruv o`z ichiga oladi:**

\*ko`zdan kechirish, paypaslash, perkussiya anamnez yig`ish

epidemiologik anamnez

umum klinik tahlillar

**22. Potensial xavfli suyuqliklar:**

\*qon va qon saqlovchi biologik suyuqliklar

orqa miya, sinovial,

plevral, peritoneal,

perikardial va amnion suyuqliklari

**23. Qaysi asosiy laborator diagnostik usul bemor materiallaridan qo`zg`atuvchini topishda yordam beradi:**

serologik

allergologik

\*bakteriologik

teri-allergik

**24. Sterilizastiya sifatini aniqlash:**

kimyoviy

fizik

\*bakteriologik

kuzatuv

**25. Yuqumli kasalliklar tashxisotida qo`llanilmaydigan uslub:**

teri allergik

virusologik

\*angiografiya

immunologik

**26. Yuqumli kasalliklar immunoprofilaktikasi mujassamlashtirgan hujjat:**

SanPiN № 0278-09

SanPiN №0304-12

\*SanPiN № 0239-07

№275 15.07.1994

**27. Yuqumli kasalliklar rivojlanishda asosiy rol o`ynamaydigan omil:**

mikroorganizm miqdori, patogenligi, virulentligi

makroorganizm qarshiligi va chidamligi

\*odamlar jinsi, tabaqasi

tashqi muhit omillari

**28. Yuqumli kasalliklar tashxisotida kam qo`llaniladigan laboratoriyaviy uslub:**

bakteriologik

biokimyoviy

\*radiozotop

serologik

**29. Yuqumli kasalliklar tashxisot bosqichiga kirmaydi:**

klinik

laboratoriyaviy

\*faraziy

instrumental

**30. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayonining birinchi bosqichini ko`rsating:**

hamshiralik tashxisini qo`yish

hamshiralik parvarish rejasini tuzish

\*parvarishga ehtiyojini va muammolarni aniqlash

parvarish rejasini amalga oshirish

**31. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayonining beshinchi bosqichi:**

hamshiralik tashxisini qo`yish

hamshiralik parvarish rejasini tuzish

\*hamshiralik jarayonini baholash

parvarish rejasini amalga oshirish

**32. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayonining ikkinchi bosqichini ko`rsating:**

bemor muammosini aniqlash

hamshiralik parvarish rejasini tuzish

\*hamshiralik tashxisini qo`yish

parvarish rejasini amalga oshirish

**33. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayonining maqsadi birinchidan...?**

bemorning inyeksiyaga bo`lgan ehtiyojini aniqlash

bemorning tibbiyot xodimiga bo'lgan ehtiyojini aniqlash

\*bemorning parvarishga bo'lgan ehtiyojini aniqlash

bemor injiqliklarini aniqlash

**34. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayonining to'rtinchi bosqichini ko'rsating:**

hamshiralik tashxisini qo'yish

hamshiralik parvarish rejasini tuzish

\*parvarish rejasini amalga oshirish

ma'lumot to'plash

**35. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayonining uchinchi bosqichini ko'rsating:**

ma'lumot to'plash

hamshiralik parvarish rejasini tuzish

\*parvarish rejasini tuzish

parvarish rejasini amalga oshirish

**36. Yuqumli kasalliklari asosiy tashxisot uslublari jumlasiga kirmaydigan uslub:**

anamnestik, epidemiologik

laboratoriyaviy

klirik

\*laparoskopiya

**37. Yuqumli kasalliklarni davolash omillariga kirmaydigan uslub:**

etiotrop

patogenetik

simptomotik

\*krioterapiya

**38. Yuqumli kasalliklarni tashxislashda eng ishonchli laboratoriyaviy uslub**

serologik

pulmonologik

teri allergik

\*bakteriologik

**39. Uy sharoitida joriy dezinfeksiya kim tomonidan olib boriladi:**

poliklinika tibbiy xodimlari

DSENM xodimlari

shahar dezstansiyasi xodimlari

\*bemorning oila a'zolari

**40. BCJ-vaksinasini yuborish usuli:**

\*teri orasiga

og'iz orqali

burun orqali

teri ostiga

**MASHG'ULOT 2. MAVZU: Fekal-oral mexanizm bilan yuuvchi virusli hepatitlar A, E. Parenteral yo'l bilan yuuvchi virusli hepatitlar (V, S, D) kasalliklarida hamshiralik jarayoni.**

**1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli:	Amaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Virusli hepatit A va E etiologiya, Patogenez va klinikasi.</li> <li>2. Virusli hepatit A va E erta aniqlash.</li> <li>3. Virusli hepatit A va E davlash va oldini olish.</li> <li>4. Virusli hepatit B,C va D etiologiya, Patogenez va klinikasi.</li> <li>5. Virusli hepatit B,C va D erta aniqlash.</li> <li>6. Virusli hepatit B,C, va D davlash va oldini olish.</li> </ol>
<p><b>Mavzuning maqsadi:</b> Virusli hepatitlar bilan og`riganlarga vaqtli tashxis qo`yish davolash va oldini olish chora - tadbirlarni belgilash. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi ish harakatlarni bajarish lozim :</p> <p>I-bosqich. To`liq anamnez yig`ish. Bu uchun: Bemor Shikoyatlariga e`tibor berish. Kasallik tarixidan to`liq material yig`ish. Epidemiologik anamnezga e`tiborni qaratish.</p> <p>II- bosqich. Bemorni to`liq tekshiruvdan o`tkazish.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bemorni to`liq tekshiruvdan o`tkazayotganda kasallikning kerakli belgilarini aniqlash.</li> <li>2. Laboratoriyaviy tekshiruv ma'lumotlariga e`tibor berish.</li> </ol> <p>III-bosqich. Keng asoslangan klinik tashxisni qo`yish.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kasallik tasnifini jiddiy o`rganib olish.</li> <li>2. Kasallikning og`irlik kechimini baholay olish.</li> </ol> <p>IV-bosqich. Davolash ishlarini belgilash. Rekonvalitsentlarni dispanser nazorati va reabilitatsiyasini amalga oshira bilish.</p> <p><b>Mavzuning vazifasi-</b> hozirda bizning regionda uchraydigan yuqumli hepatitlarni erta aniqlash, kasalxonada va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy yordam ko`rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish hamshiralik tashxisini qo`yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko`nikmalarini Shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarini o`rgatish.</p>	
Ta'lim berish usullari	Multimediya, interfaol usullari: "Asalari uyi»uslubu
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O`quv-uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter.
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob, test, masala yechish.

**1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi**

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og`zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko`nikmalarni o`zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut

4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	25 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	20 minut
3.	Tegishli a'zolari palpastiya va perkussiya qilish.	25 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	30 minut
5.	Siydikdan o't pigmentlarini aniqlashni mustaqil amalga oshirish.	25 minut
6.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	30 minut
7.	Bemorlarni tahlil qilish	15 minut
	Jami	160 minut

#### Mavzu bo'yicha talabalar o'zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. Virusli hepatitlar A,B,C,D va E tashxisiy markerlari.
2. Virusli hepatitlarning yuqish yo'llari va mexanizmi.
3. Virusli hepatitlarning klinik tasnifi, tashxisini tuzish qoidasi.
4. Virusli hepatitlar A,B,C,D va Ening klinikasi.
5. Virusli hepatitlar asoratlari va oqibatlari.
6. Virusli hepatitlarning laboratoriyaviy tashxisot usullari va biokimyoviy tahlillar interpretatsiyasi.
7. Virusli hepatitlarni davolash asoslari.
8. Virusli hepatit A va E epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar.

#### Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar.

- Bemorni shikoyati, kasallik epidemiologik anamnezini aniqlab bilish.
- Bemorni sub`ektiv, ob`ektiv ko`rikdan o`tkazish.
- Palpatsiya va perkussiya: topografik, me`yordan patologiyani farqlay bilish.
- Bemor hamshira jauayonini to`ldirish.
- Siukda o't pigmentlarini aniqlash.

#### Mashg'ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan dars davomida olib boriladi.

#### «Asalari uyi» uslubi

*Maqsad:* Talabalarni ushbu muammo yuzasidan o`zaro fikrlashib, to`g`ri qaror chiqarishga o`rgatadi. Jamoa bo`lib ishlashga undaydi.

*Tamoyillari:* Guruh talabalari ikkita mayda guruhchalarga bo`linishadi. O`qituvchi har bir guruhga alohida yoki umumiy savol beradi. Talabalar 10-15 daqiqa muhoqama qilishib, o`zaro fikr almashinishadi. Shular orasidan to`g`ri variant tanlab olinadi.

Savol:

1. Yuqumli kasallik bilan og`rigan bemorlarni kasalxonaga yotqizish qonun qoidalari.
2. Yuqumli kasalliklar kasalxonasining to`zilishi va ishlash rejimi. profilaktik chora tadbirlar.
3. Yuqumli kasalliklarda bemornoma tizmasi.
4. Yuqumli kasalliklarning tashxisot usullari.

#### «Stol o`rtasidagi ruchka» usulini o`tkazish ssenariysi.

Talabalar uchun bitta topshiriq beriladi. Shu topshiriq asosida talaba 1 ta javob namunasini Yozib, o`zini ruchkasini stol atrofida aylantirgan holda keyingi talabaga o`zatadi.

Savol: Bo`lim ishini tashkil qilishda epidemiyaga qarshi qanday tadbirlarni amalga oshirish lozim.

Izoh:

- Har bir palataga kasalligi bir xil, bir vaqtda kasallangan bemorlar Yotkiziladi.
  - Har bir bemor uchun kamida 2 majmua (komplekt) kiyim bo'lishi kerak.
  - Har hafta bemor cho'milib, kiyimini almashtirish kerak.
  - Ovqatlanishi uchun alohida idishlar, piyola, qoshiq ajratiladi. Ishlatilganlari dezinfeksiya qilinadi.
  - Bemor foydalangan yumshoq jihozlar dezinfeksiyalovchi eritma shimdirilgan qoplarda saqlanadi va kirxonaga topshiriladi. Kirxonaga yuvishdan oldin 3%-li xlorli ohakning eritmasiga 30 min ivitib qo'yiladi, so'ngra sovunlab yuviladi.
  - Bemor oldiga oila a'zolari kelishi imkoniyat boricha cheklanadi.
  - Bo'limda har kuni ikki marta 0,5% li xlorli ohak eritmasi bilan yuviladi. Devor, krovatlar bir marta shu eritma bilan artiladi.
  - Bemor foydalangan tuvaklar najasdan tozalanib, 3%li xlorli ohak eritmasida 1 soat dezinfeksiya qilinadi. So'ngra qaynoq suvda chayilgandan foydalanish mumkin.
- Bo'lim xizmatchilari shaxsiy gigienaga e'tibor berish, lozim. Kiyimi oq xalat, qalpoq, shippak, doqa niqob, qo'lini sovunlab yuvib turishi kerak).

Mashg'ulot mavzusi: Virusli hepatitlar A va E

O'qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar:

1. Virusli hepatitlar A,B,C,D va E etiologiyasi.
2. Enteral hepatitlar epidemiologiyasi
3. Parenteral hepatitlar epidemiologiyasi.
5. Virusli hepatitlar A,B,C,D va E klinikasi.
6. Virusli hepatitlar asoratlari va oqibatlar.
7. Laboratoriyaviy tekshiruv usullarining (umumiy va xususiy) tashxisot uchun ahamiyati.
8. Virusli hepatitlar A,B,C,D va E davolash asoslari va usullari.
9. Reqonvalestsentlarni dispanser nazorati.
10. Virusli hepatitlar A,B,C,D va Elar ni oldini olish.

**Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)**

Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Izoh
Virusli hepatit A kasalligining umumiy ta'rifi.	
Kasallik qo'zg'atuvchisining xususiyati	
Kasallik manbai	
Yuqish yo'llari	
Moyillik	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

Talaba uchun topshiriq №1.

Savollar	Javoblar
Virusli hepatitlarning patogenez bosqichlari	
Virusli hepatitlarning klinikasi	

Kasallikning laborator tashxisoti	
Kasallik ning davolash usullari	
Kasallikda parhezning va yotoq rejimning ahamiyati	
Bemorlarni parvarishlash	

### “Savolli koptoq” uslubi

*Maqsad:* Talabalarga berilgan muammoni to`g`ri va hozirjavob hal qilishni o`rgatish.

*Tamoyillari:* O`qituvchi ingichka hoshiyali qog`ozlarga mavzuga tegishli savolarni Yozib chiqadi. Bu qog`ozlarni koptoqcha shaklida skotch yoki kleyli qog`oz bilan shunday Yopishtirilib chiqiladiki, savollar to`liq o`qila olinsin. Koptoqcha talabalardan biriga otiladi. Koptoqni ushlab olgan talaba o`ziga qaratilgan savolni ovoz chiqarib o`qiydi va javob beradi. Agar javob to`g`ri bo`lsa, hamma javobni ko`chirib oladi va o`yin davom etadi. Agar javob noto`g`ri bo`lsa, boshqa talaba to`g`ri javobni aytadi. O`yin hamma bir-bir javob berguncha, savollar tugaguncha davom etadi.

*Afzalliklari:* Bu o`yinda hamma talaba ishtiroq etadi. Mavzu to`liq muhoqama qilinadi. Bu usul mashg`ulot mazmunini boyitadi, talabalarni tez fikrlab, hozirjavoblikka o`rgatadi, o`quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

### VIRUSLI GEPATIT A

Virusli gepatit A – pikanoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan najas-og`iz mexanizmi orqali yuquv-chi, klinik jigar biOHIZmi buzilishi bilan tavsiflanadigan o`tkir yuququm kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Virus A (VGA)- o`zida RNK saqlovchi, juda mayda (25-28 nm) sferik bo`lakchadan iborat bo`lib, o`zining ko`p fizikaviy va kimyoviy xossalarga ko`ra enteroviruslar guruhiga yaqin turadi. A virus faqat bir xil antigen saqlaydi. Bu antigen uning tashqi qobig`i bilan bog`liq bo`lib, ok sillli xossaga ega. Zikr etilayotgan antigen o`zi alohida, virusdan ajralgan holda uchramaydi. U faqat virus bilan birga (jigar hujayra plazmasi, qon zardobi va boshqalarda) uchraydi. Bemor organizmida bu antigenga qarshi ikkita antitelo (anti HAVIgM, anti HAV IgG) ishlab chiqariladi. IgM anti VGA klinik ko`rinishning boshlang`ich davrida paydo bo`ladi va 6 oy muddatda saqlanadi. Bu VGA tashxisotining asosiy markyori bo`lib hisoblanadi. IgG anti VGA kasallikning tuzalish davrida paydo bo`la boshlaydi. Bemor organizmida umrining OHrigacha saqlanadi va immunitet ko`rsatkichi hisoblanadi.

Bu virus bevosita to`qimani emirish xususiyatiga ega. Virus - 20°C da muzlatilganda 2 yil, - 60°C da qizdirilganda 4 soat saqlanadi. 100°C da qaynatilganda (qizdirilganda) 5 min. davomida o`z faoliyatini mutlaqo yo`qotadi. Ultrabinafsha nurlar ta'sirida 1 minutda parchalanadi. Xlorli dezin- feksiyalovchi moddalarga juda sezuvchan. Virus kasallikning yashirin davrining OHrlaridan boshlabok, bemor qoni va najasida topila boshlaydi.

**Epidemiologiyasi.** Bemor odam va ayniqsa kasallikni engil bilinar-bilinmas belgilar bilan yoki klinik belgilersiz o`tkazayotgan shaxslar, kasallikning asosiy yuqtirish manbai bo`lib xizmat qiladi. Virusli gepatit kasalligida sariqlik alomati bemorlarning faqat 1/3, hatto 1/4 qismidagina uchraydi. Ko`pchilik davlatlar aholisi tekshirilganda 40 yoshdan yuqori odamlarning 28-97% ning qonida A virusiga qarshi antitelolar topilishi fikrimiz dalilidir. Demak mutlok ko`pchilikda xastalik engil, oyok ostida o`tkazilib, tashxis aniqlanmay qoladi va bunday bemorlar kasallik tarqatuvchi asosiy manba bo`lib qoladilar. Virus asosan bemorning najasi orqali ajraladi. Eng ko`p ajralishi yashirin davrning OHri va kasallikning boshlang`ich (sariqlik paydo bulgunga qadar) davrida kuzatiladi. Shuning uchun ham bu davrda bemorlar atrofida uchun o`ta xavfli hisoblanadilar. Ko`pchilik xollarda virusni najas orqali ajralishi sariqlik davrining birinchi haftasida to`xtaydi. Qonda esa virus yuqqandan keyin, ikki haftadan keyin paydo bo`ladi va sariqlik davrining to birinchi kunlarigacha mavjud bo`ladi. Boshqa ajralmalarda (siydik, so`lak va boshqalar) A virusi topilmaydi. Kasallik odamga asosan og`iz orqali (virus bilan ifloslangan qo`l, idish-tovok, ovqat, suv va boshqalar) yuqadi. A

virusiga nisbatan immuniteti bo'lmagan (ya'ni A gepatit bilan ilgari og'rimagan) shaxslarda bu virusga nisbatan beriluvchanlik mutlaqo yuqoridir.

Virusli gepatitni boshdan kechirgandan keyin hosil bo'ladigan immunitet uzoq muddatgacha va hatto umr bo'yi saqlanishi mumkin.

Asosan 4-15 yoshgacha bo'lgan bolalarning kasallanishi, kasallanishning kuz va qish fasllarida, hamda davriy har 3-5 yilda epidemik ko'tarilishi, kasallikning virus tashuvchanlikka o'tmasligi, surunkali ko'rinishda bo'lmasligi gepatit Ani ifodalovchi asosiy belgilar hisoblanadi

**Klinikasi.** Kasallik kechimini ifodalovchi bir qancha tansiflar mavjud. Bugungi kunda quyidagi tansif keng qo'llanilmokda. U gepatitning barcha turlariga bir xil taaluqlidir.

Virusli gepatitlar tasnifi:

A. Etiologiyasi bo'yicha:

- a) O'tkir virusli gepatit A; b) O'tkir virusli gepatit B;
- d) O'tkir virusli gepatit E; c) O'tkir virusli gepatit C;
- e) O'tkir virusli gepatit delta (ko-infeksiya, super-infeksiya).

Mikstinfeksiya

B. Klinik belgilarning rivojlanishi bo'yicha:

Manifest: sariqli, sariqsiz, sariqli xolestatik komponentli, xolestatik;

Latentno'e: subklinik, inapparant

c. Davomiyligi bo'yicha: a) o'tkir; b) cho'zilgan.

d. Kasallikning kechish og'irligii:

a) engil; b) o'rtacha og'ir; c) og'ir; d) o'ta og'ir, yashinsimon.

Virusli gepatit A kechishida yashirin, boshlang'ich, sarg'ayish (yoki kasallikning avj olgan davri), kasallikning belgilarini orqaga qaytish va rekonvaletsent (kasallikdan tuzalishi) davrlari kuzatiladi.

Yashirin davrining davomiyligi 14-50 kunni tashkil qiladi. Kasallikning boshlang'ich davri. Kasallik odatda to'satdan o'tkir yoki asta-sekin boshlanadi. Ko'pchilik bemorlarda xastalik xuddi grippga o'xshab rivojlanadi: bemorning a'zoyi badani zirqirab og'riydi, lohas bo'ladi, boshi og'riydi, tumov bo'ladi. (yo'taladi, burnidan suv ok adi, ba'zan aksiradi), tomog'i qurib, achishadi. Kasallik kattalarga nisbatan bolalarda ko'prok grippsimon boshlanadi. Ko'pincha bolalar bu davrida 3-5kun isitmalaydi. Bunda tana harorati 39-40°C gacha ko'tariladi, boshi og'rib, holsizlanadi, ammo yuqorida aytilgan tumov alomatlari kuzatilmaydi, bu holat ko'pincha vrachlarni qorin tifi to'g'risida o'ylashga undaydi.

Ba'zida gepatitning bu davri astenovegetativ sindromi alomatlari bilan kechadi. Bunda bemor juda lohas bo'ladi, kundan kunga tinka madori quriydi. Ish qobiliyati pasayadi, atrof muhitga mutlaqo befarq bo'lib qoladi. Bemor bosh og'rishi va bosh aylanishidan shikoyat qiladi. Salga jahli chiqib, qizishadigan, bo'lar-bo'lmasga yig'laydigan bo'lib qoladi, yaxshi uxlay olmaydi, kayfiyati tushib ketadi. Bu sindrom ham o'zi kamdan-kam uchraydi, bunday holatlarda kasallikni aniqlash juda ham mushkul bo'ladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida ertarok tashxis qo'yish uchun bizga laboratoriya usullari yordam beradi. Jumladan, bemor qonida ok qon tanachalari bir oz kamayadi (leykopeniya), qon zardobi tarkibida jigar to'qimasining jarohatlan- ganligini ko'rsatuvchi fermentlar (ayniqsa, AlAT, AsAT) faolligi ancha ortadi. Bu davrning OHIriga kelib sarg'ayishga sabab bo'luvchi pigmentlar (bilirubin) miqdori orta boshlaydi.

Gepatit A ning boshlang'ich davri bolalarda o'rta hisobda 5-7 kun, kattalarda 1-2 kun davom etadi. Bu davr OHIrada bemor siydigi to'q jigar rangga aylanadi (pivo rangiga o'xshaydi). Najasi rangsizlanib, limonsimon tus oladi. Shundan keyin sarg'ayish davri boshlanadi.

Sariqlik davri. Bemor sarg'aya boshlashi bilan yuqorida aytilgan kasallikning boshlanish davridagi belgilar asta so'nadi, ko'pchilik bemorlarda yo'qoladi

Sarg'ayish o'rta hisobda bir hafta davom etadi. Gepatit A da sarg'ayish umuman kuchli bo'lmaydi. Odatda sarg'ayish avjiga chiqqan davrda ayrim bemorlar bedarmon, lohas

bo'ladilar, ishtahalari pasayadi yoki mutlaqo bo'lmaydi, ba'zan ko'ngillari aynib, hatto qayt kilishlari mumkin. Ayrim bemorlar o'ng qovurg'asi ostida qandaydir og'irlik va sal og'riq sezadilar. Terining qichishi bemorlarning uchdan bir qismida uchraydi. Qichish odatda kechqurun va tunda zo'rayadi, ok ibatda uyqu buziladi. Bemor tekshirilganda jigari kattalashgani, qattiq-lashib, bezilab turgani aniqlanadi. Jigarning qattiqlashish darajasi turlicha yuzasi silliq bo'lib, ko'prok chap bo'lmasi kattalashadi. Talok ham kattalashadi, tilni karash bog'laydi, qorin biroz kepchigan bo'ladi. Kamdan-kam xollarda ukol qilingan joylar atrofida teriga qon quyilishi, burundan qon kelishi mumkin. Bu belgilar ko'pincha kasallik og'ir o'tganda kuzatilib, jigar to'qimasini ko'p zararlanganligini ko'rsatuvchi belgi hisoblanadi.

Yurak - qon tomir tizimida bo'ladigan o'zgarishlar bemor terisini marmarsimon tus olishi, qon bosimining kamayishi hamda yurak urishini sekinlashishi (bradikardiya) bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning og'ir kechimida ko'pincha yurak urishi tezlashadi (taxikardiya) va bu holat muntazam davom etganda, og'ir asorat (jigar komasi) boshlanganligidan dalolat beradi.

Bemorlarda kuzatiladigan serzardalik, kayfiyat past va noxushligi, holsizlik, bosh og'rig'i kabi alomatlar asab tizimining zararlanganidan dalolat beradi. Bu o'zgarishlar organizmning umumiy zaharlanishi va bosh miya qon tomir-larining zararlanganligi tufayli sodir bo'ladi.

Sarg'ayish davrining davomida siydik rangi to'q jigar rang bo'lib, chayqatilganda tinik, sariq, ko'pik hosil bo'ladi (31-rasm). Najas rangi yana ham kulrang yoki ok ish bo'ladi, ko'rinishi loyga o'xshab qoladi (32-rasm).

ECHT sekinlashadi, ok qon tanachalari kamayadi, limfotsit va monotsitlar miqdori ancha ortadi, ba'zan gemoglobin miqdori kamayadi.

Kasallikning xolestatik belgilari bilan o'tadigan turida ham xastalikning boshlanishi, hamda sariqlik davrining boshlang'ich davridagi klinik belgilari yuqorida zikr etganimizdek kechadi. Keyinchalik esa xolestatik (o'tning dimlanishi) belgilari zo'raya boradi. Birinchi - xolestatik komponent bilan kechadigan turi nisbatan ko'prok uchraydi. Bunda kasallikning sitolitik turida kuzatiladigan hamma klinik, hamda biokimyoviy o'zgarishlar joiz bo'lgani holda, ularga xolestatik belgilar, ya'ni sariqligining ortishi, teri qichishi, qonda ishkoriy fosfataza faolligining ortishi, xolesterin va  $\beta$ -lipoproteidlar miqdorining ko'payishi kabi alomatlar qo'shiladi. Bu qo'shilish, kasallikning umumiy kechimiga, hamda davomiyligiga deyarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Ikkinchi turi - xaqiqiy xolestatik tur hisoblanadi, bunda aynan jigar to'qimasining zararlanishi, (ya'ni sitoliz) kam uchrab, xolestaz belgilari esa kuchli namoyon bo'ladi. Binobarin, umumiy zaharlanish belgilari kuzatilmaydi. Boshqa sitoliz bilan bog'liq bo'lgan klinik hamda biokimyoviy o'zgarishlar kuchsiz namoyon bo'ladi, sariqlik va et qichishi kuchli bo'lib, oylab davom etishi mumkin.

Virusli gepatitning sariqsiz kechadigan turi – asosan engil o'tib, unda bemor butun kasallik davomida sarg'aymaydi va qonda bilirubinning umumiy miqdori ortmaydi. Bunda kasallikning boshlang'ich davrida xos belgilar uzoq rok davom etib huddi turg'unlashib qolganidek tuyuladi. Gepatitning boshlang'ich davriga xos belgilar: gripssimon, dispeptik, asteno-vegetativ belgilar bilan o'tadi. Kamrok hollarda kasallik gripssimon boshlanadi. Revmatizmsimon yoki asteno-vegetativ sindromlarga xos belgilar esa boshlang'ich davrida ayrim bemorlarda uchraydi. Gepatitning bu turida qisqa muddat (1-2 kun)da bemor siydigi hamda najasning rangi o'zgaradi. Tekshirib ko'rilganda jigar ancha kattalashgan bo'ladi, og'ir turadi. Ayrim hollarda talok ham kattalashadi.

Qisqasi, gepatitning bu turida ham sarg'ayib o'tadigan turdagi klinik belgilar namoyon bo'ladi, faqat sariqlik ko'rinmaydi xolos. Qondagi gepatitga xos barcha ko'satkichlar (bilirubin miqdoridan boshqa) kasallikning sarg'ayadigan turidagi singari bo'ladi. Kasallikning bu turi virusli gepatitlar orasida (xususan bolalarda) ortiqrok .

**Tashxisoti.** Virusli gepatitlar tashxisi klinik-epidemiologik qo'yilib, laboratoriyaviy tasdiqlanadi. Laboratoriyaviy tashxisot usullarini ikkiga bo'lish mumkin: a) umumklinik va biokimyoviy; b) xususiy tashxisot usullari.



Periferik qon tahlil qilinganda leykopeniya, limfotsitoz qayd qilinadi. ECHT ko'pincha pasayadi, ba'zi bemorlarda autoimmun gemolitik anemiya kuzatilishi mumkin. Virusli hepatitlar bilan kasallangan bemorlar siydigida asosan urobilinogen va o't kislotlari (o't pigmentlari) aniqlanadi. Bemor najasining rangi ok argan, najasida sterkobilin aniqlanmaydi. Boshqa ko'rsatkichlar tomonidan deyarli o'zgarishlar kuzatilmasligi mumkin.

Hozirgi paytda gepatobiliar sistemasida bo'ladigan o'zgarishlar sindrom printsipli asosida o'rganiladi va quyidagi sindromlar: 1. sitolitik sindrom; 2. gepatodepressiv sindrom; 3. mezenximal-yallig'lanish sindromi; 4. xolestatik sindromi; 5. portokaval shunt sindromi tavofut qilinadi.

Virusli hepatitlar qo'zg'atuvchisining antigen va antitelolari chuqur o'rganilib, ularni qon zardobi va boshqa biologik muhitlarda aniqlash takomillashtirilmokda. XX asrning OHrida virusli hepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli hepatit Aning tashxisiy markyori- IgM antiHAV, ZPR uslubi yordamida bunga qo'shimcha virusning RNK si mavjudligi o'rganiladi.

**Davosi.** Virusli hepatitlarni davolash asosan ikki yo'nalishda olib boriladi. Birinchi etiotrop davo bo'lib, asosan bu viruslar replikatsiyasi, elimenatsiyasiga qaratilgandir. Etiotrop davo asosan B, C, D virusli hepatitlarda surunkali shakliga o'tish xavfi tug'ilganda buyuriladi. Ikkinchi yo'nalish patogenetik bo'lib, bemorning yoshi, kasallik kechim og'irligi va hamroh kasalliklari hisobga olinib amalga oshiriladi. Kasallikning boshlang'ich davrida engil shakllarni davolashda asosan rejim, parhez va suyuqliklar (mineral suvlar, sok, sharbatlar, ko'k choy) ni iste'mol uchun buyurish bilan chegaralanadi. Kasalliklarning o'ratacha og'irlik va og'ir shakllari bilan og'rigan bemorlarni davolashda esa yuqoridagilar bilan birgalikda dori-darmonlar ham buyuriladi.

Kasallikning boshlang'ich davrida buyurilgan to'shakli rejim jigarni qon bilan ta'minlashni yaxshilab, energetik zo'riqishni kamaytirib, jigar hujayralarni tezrok tiklanishiga olib keladi. VG bilan xastalangan bemorlar uchun tayinlangan parhezga ikki talab: ya'ni yallig'langan jigarni himoya qilish, hamda organizmni zarur bo'lgan ozuqalar bilan ta'minlashga qaratilishi lozim.

Hozirgi paytda VGlarda belgilanadigan parhez qayta ko'rib chiqilgan. Parhezning asosini tashkil qiladigan uglevodlar miqdori keskin kamaytirilishi tavsiya etiladi, chunki uglevodlarning ortiqcha buyurilishi lipogenez jarayonini kuchaytirib, jigarda yog' to'planishiga sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari ko'p miqdorda qand iste'moli o't ajratish funktsiyasini bo'g'ib, og'irlik davrining cho'zilishiga olib keladi. Uglevodlarga qarshi o'larok parhezga ok sillar miqdorini oshirish maqsadga muvofiqdir. Qon plazmasining 60-65%ni tashkil etadigan al'bumin, fibrinogen asosan jigarda sintez qilinadi. Ok sil taqchil parhezni buyurilishi, hamda ok sillar sintezining buzilishi, qon ivishi, antitelolarni hosil bo'lishi, hamda jigar tiklanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Parhezda yog'lar miqdorini oshirishning ijobiy natijasi ilmiy asoslab berilgan. Yog'lar miqdori kalloriyali mahsulot hisoblanadi. Bundan tashqari polivalent essentsial yog' kislotalari hujayra membranalarida fosfolipidlar biosinteziga ijobiy ta'sir ko'rsatadi va yog'da eruvchan vitaminlarning sintez manbai hisoblanadi. Shunday qilib, uglevodga boy ok sillar cheklangan yog'lar man qilingan parhez nafaqat foydasiz, balki zararlidir. Shuning uchun bemorlarga ok sil, uglevod yoki to'liq tarkibli parhez buyurilishi fiziologik muhtojlikning o'rnini bosadi. Kunlik iste'molning 90 –100gr ok sil, 80-100 gr yog', 350-400 gr.mi uglevodlar bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Ok silning 50% o'simlik va sut tabiatli, yog'ning 80-85% o'simlik moyi bo'lishi shart. Osh tuzini chegaralab, 1,5-2,5 litr suyuqlik iste'moli tayinlanadi. Parhez belgilashda kasallik davri e'tiborga olinadi.

Virusli hepatitlarni dori-darmon patogenetik davosi ko'pchilik uchun tanish bo'lganligi tizma asosida to'xtalib, yangi dorilar to'g'risida batafsil to'xtalamiz.

1. Umumiy zararlanishga qarshi 5%li glyukoza, dekstroza, Ringer eritmasi, gemodez, reopoliglyukin, reomakrodeks vena ichiga yuborish tavsiya etiladi.
2. Suv tuz muvozanati buzilishini bartaraf qilish hamda elektrolitik muvozanatni saqlash

maqsadida “Trisol”, “Asesol”, “Xlosol”, “Kvartasol”, “Laktasol” eritmalari vena ichiga buyuriladi.

3. Vitaminoterapiya askorbinat kislotasi, askorutin, revit “Bemiks” “Kokorbaksilaza”, “Dekamevit”, “Geksavit”, “Gaptavit”, “Oligovit”, “Yunikap” va boshqalar.

4. O't xaydovchi preparatlar, xolosas shifobaxsh o'tlar (namatak mevasi, bo'znoch, bo'ymadoron, makkajo'xori popugi) damlamasi.

5. Jigar hujayralarida almashinuv jarayonini yaxshilash uchun lipovoy kislotasi, kaliy orotat, lipomid preparatlarini buyurish.

6. Jigar hujayralari membranasini mustahkamlash hamda, hujayrada metabolitik o'zgarishlarni bartaraf qilish maqsadida gepatoprotektorlarni (fosfogliv, kobavit, essensiale, gepabene, geptral va boshqalar) buyurish maqsadga muvofiqdir.

7. O'tning dimlanishi bilan kechuvchi VG larni davolash xuddi tipik shakllarni davolashdek olib boriladi. Qo'shimcha ravishda yog'da eruvchi vitaminlar A va E vitaminlari, spazmolitiklar, o't haydovchi preparatlar, o't kislotasi adsorbentlari, antigistamin preparatlar qichishga qarshi preparatlar buyuriladi. O't kislotasi adsorbentlarida xolestiramin va bilignin keng ko'lamda qo'llaniladi.

O't xaydovchi preparatlardan xolosas, tanatsexol, ursofalk flakumin kasallikni davolashda yuqori natija beradi. Spazmolitiklardan noshpa, platifillin preparatlari agar yordam qilmasa, 2,4% li eufilin buyuriladi.

Kuchli qichish yuqoridagi dori darmonlar bilan olinmasa, unda gemabsorbtsiya, UFO-AK va plazmoferez qilinishi maqsadga muvofiqdir. Kasallikning bu turida ichakda o't pigmentlarini qayta so'rilishini kamaytirish maqsadida dyufalak buyuriladi.

**Profilaktikasi.** Boshqa yuqumli kasalliklar oldini olish uchun qo'llaniladigan tadbirlar, ya'ni kasallikni vaqti aniqlash va ajratish, yuqish yo'llari va mexanizmiga ta'sir, hamda aholining kasallikka chidamligini oshirishga karatilgan. 1) Kasallik manbaiga nisbatdan vaqti aniqlash, kasalxonaga yotqizish va davolash; 2) Kasallikning yuqish yo'llarini bartaraf qilish (aholini toza ichimlik suvi bilan ta'min-lash, yashash joyining kommunal holatini yaxshilash, shaxsiy va umumiy gigiena qoidalarini o'rgatish, kasallik o'chog'ida joriy va yakunlovchi dezinfeksiya o'tkazish). 3) Aholining kasallikka chidamligini oshirishda faol emlashning samarasi yuqoridir. Virusli gepatit A ning oldini olishda Xavriks m/o yoki t/o ga 1 ml (25B) kilinadi himoya immuniteti 1 yil mobay-nida saqlanadi. Birinchi emlashdan 6-12 oydan so'ng qayta emlansa, himoya immuniteti 10 yilgacha saqlanadi.

#### **VIRUSLI GEPATIT E**

Gepatitning bu turi, asosan suv orqali tarqaluvchi maxsus viruslar tomonidan chaqiriladigan o'tkir yuqumli kasallikdir. Ko'prok suv orqali tarqaladigan bo'lganligi uchun keng yoyilib, epidemiyalar berishi mumkin. Asosan kattalar kasallanadi, ayniqsa homilador ayollarda og'ir o'tib, ko'p o'lim beradi.

**Etiologiyasi.** Kasallikni chaqiruvchi gepatit E virusi kalitsiviruslar oilasiga mansub. Uning genomi bir zanjirli RNKdan iborat. Kasallikning uchta markeri: virus RNK ci, anti HVE, IgM anti HVE, IgG mavjud bo'lib, antiHVE IgM tashxisot uchun qo'llaniladi.

**Epidemiologiyasi.** GE - rivojlanayotgan mamlakatlarda keng tarqalgan, najas -og'iz mexanizmi orqali yuqadigan virusli infeksiya. Keyingi 30 yil mobaynida Osiyo, Afrika va Markaziy Amerikaning 27 davlatlarida 50 dan ziyod GE epidemiyalari qayd qilingan. Sporadik kasallanish yil bo'yi uchraydi. Kasallanish mavsumi yoz-kuz oylari. Asosan 15-30 yoshdagilar kasallanadi. Infeksiya tarqalishida najas bilan ifloslangan ichimlik suvi katta rol o'ynaydi. Keyingi o'rinni alimantar yo'l egallaydi, maishiy mulok ot yo'li xos emas.

**Klinikasi.** Yashirin davri 14 kundan 60 kungacha, o'rtacha 40 kun bo'ladi. Kasallikning boshlanish davri: kasallikning bu turida ham kasallik sekin-astalik bilan rivojlanadi. Bemor holsizlik, quvvatsizlik, ko'ngil aynish, qusish, ishtaha pasayishi va o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq kabi alomatlariga shikoyat qiladi. Qorindagi og'riq ba'zan kuchli bo'lib kasallikning birlamchi belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Tana haroratining ko'tarilishi kamdan-kam bo'ladi. Ayrim hollarda siydik va najas rangining o'zgarishi kasallik-ning birlamchi

belgisi bo'lishi mumkin. Bu davrning davomiyligi 1-9 kun, o'rtacha 4 kun bo'ladi. Bu davrning asosiy laborator belgisi - aminotransferazalarning oshishidir.

Avj olgan davri. Teri va shilliq qavatlarining sarg'ayish darajasi 2-3 kun (ba'zan 10 kungacha) ortib boradi. Xuddi V hepatitdagiga o'xshab, bunda ham kasallikning boshlang'ich davridagi alomatlar sariqlik davrida ham davom etishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda holsizlik, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi kabi belgilar kuzatiladi. Qusish oldingi davridagiga nisbatan kam bo'ladi. Tana haroratining oshishi, badan qichishi juda kam uchraydi. Qorin og'rig'i (ayniqsa, o'ng qovurg'a ostida) 5-6 kun davom etadi. Bu davrning asosiy belgilaridan bo'lib qolishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda jigar anchagina (3-6 yoshgacha) kattalashgan, qattiqligi ortgan va og'riqli bo'ladi. Talok ning kattalashuvi faqat 25% kasallarda kuzatiladi. Umumiy zaharlanish belgilari ko'pchilikda kuchsiz bo'lib, 3-6 kun davom etadi. Ammo quvvatsizlik ancha vaqtgacha sezilib turadi. Ko'pchilik hollarda sariqlik 1-3 hafta o'rtacha ikki hafta davom etadi. Ayrim bemorlarda sariqlik uzoq (4-6 kun) davom etib, hepatitning xolestatik turiga xos barcha belgilar namoyon bo'ladi.

Gepatitning bu turi asosan engil va o'rta og'irlikda kechadi. Homilador ayollarda esa, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida juda og'ir kechib, ko'p (3-16, 4%) o'lim bilan tugaydi. Homilador ayollarda kasallikning engil kechishi faqat 3,9% da, og'ir kechishi esa 28,2% da kuzatiladi. Xastalikning og'ir kechishi homiladorlikning ikkinchi yarmi, bevosita tug'ruqdan keyingi davr, hamda ayollarning emizikli davrlarida kuzatiladi. Ko'pincha sariqlik davrining 4-6 kunlarida bemor ayolning ahvoli og'irlashib, nihoyatda holsizlanadi, ko'ngil aynib, tez-tez qusadi. Bemorning yurak urishi susayib, tomir urishi tezlashadi. Jigar yumshoq lanib, hajmi kichrayib ketadi. Bemor og'izdan ham jigarning hidi keskin sezilib turadi. Bemor ayollarda tug'ruq (chala tug'ish yoki bola tashlash) sodir bo'lganda ham 1-3 chi kunida kasallikning kechishi keskin og'irlashadi.

Kasallik og'ir kechganda bemorlarning deyarli yarmida buyrak faoliyatining o'tkir buzilishini alomatlari kuzatiladi. Kasallikning halokatli kechishida anuriya rivojlanishi mumkin. Bemor siydigida qon (gematuriya) bo'lishi bu tur hepatitning og'ir kechishining asosiy belgilaridan hisoblanadi va u rivojlangan bemorlarning hammasida kuzatiladi.

Gepatit E ning yana bir og'ir asorati gemorragik sindrom bo'lib, bunda bemorning burnidan, og'zidan, ichagidan, bachadonidan ko'p (bir necha litrgacha) qon ketib, o'limga sabab bo'lishi mumkin. Gepatitning bu turida o'lim 0,4 % ni tashkil qiladi. Qondagi biokimyoviy o'zgarishlar kasallik engil va o'rta og'irlikda kechganda, yuqorida aytganimizdek A va B hepatitlaridan farqlanmaydi. Timol ko'rsatkichi hamda  $\beta$ - lipoproteidlarning ortishi juda kam bo'ladi. Kasallik og'ir kechganda esa keskin giperbilirubinemiya (bilirubinning ikkala fraksiyasi ham ortadi) va giperfermentemiya kuzatiladi.  $\beta$ -lipoproteidlarning va ayniqsa sulema ko'rsatkichi keskin kamayadi (1,4-1,2 ml gacha). Biokimyoviy o'zgarishlarning meyorlashuvi juda sekin boradi.

**Tashxisoti.** Biokimyoviy tekshirish usullari xuddi VGA nikidek. IFT uslubi yordamida virusli E hepatitida IgM antiNEV aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo'shimcha virusning RNK si topiladi.

Virusli hepatit B. **Etiologiyasi.** Virusli hepatit B qo'zg'atuvchisini birinchi bo'lib 1965 yil B.S. Blumberg Avstraliya aborigeni qonidan ilk bor noaniq ok sil ajratib oldi, unga "Avstraliya anti-geni" deb nom berdi. HBV ning boshqa virusli hepatit qo'zg'atuvchilardan farqi: o'zida RNK emas, balki DNK saqlaydi. HBV o'zining ultratizimi bilan biron bir va boshqa taksomonik DNK guruhli viruslar (poksviruslar, adenovirus, apovaviruslar) ga to'g'ri kelmaydi.

Gepatit B virusining HBsAg, HBeAg, antiHBs, antiHBe, IgM anti HBc tashxisiy markyorlari tafovut qilinidi. Bu antigen va antitelolar HBV ning spetsifik kompleksli markyori hisoblanib, bular diagnostik, epidemiologik, prognostik ahamiyatga ega. Virus tashqi muhitga juda chidamli. 20°C da muzlatilganda ko'p yillar davomida saqlanadi. Avtoklavda 180°S gacha qizdirilganda 60 min, quruq bug'da yoki 60°C gacha qizdirilganda 4 soatgacha, 100°C issiqlikda esa 30-40 min o'z xususiyatini saqlaydi. Virus o'z faolligini 3-5% fenol eritmasi

ta'sirida to'liq va 3% xloramin eritmasi ta'sirida qisman yo'qotadi.

**Epidemiologiyasi.** Bemor yoki virus tashuvchi shaxs kasallik tashuvchi manbai bo'lib xizmat qiladi. Bemorlar kasallikning boshlang'ich va hatto yashirin davrida, kasallik alomatlari ko'rinishidan 2-8 hafta oldindan, epidemiologik jihatidan juda xavfli hisoblanadilar. Kasallik tarqatuvchi asosiy manbai ayniqsa, xastalikning subklinik, noaniq, sariqsiz hamda surunkali kechirayotgan bemorlar yoki surunkali virus tashuvchi (qonida 6 oy va undan ortiq vaqt davomida HBsAg aniqlangan) shaxslardir. Bunday shaxslarning donor bo'lishlari mutlaqo yo'l qo'yib bo'lmaydigan holdir. Chunonchi B virus butun kasallik davomida va bemor sog'aygandan keyin ham ancha vaqtgacha (ba'zan hatto umrining OHrigacha) qonda saqlanadi, ya'ni virus qonda, qon zardobida va qondan tayyorlangan boshqa davo preparatlarida o'zining yuqumlilik xususiyatini ko'p yillar saqlab qoladi. Virus nafaqat qon, balki bemorning so'lagi, siydigi, najasi, shahvati, ko'z yosh suyuqligi, qin ajralmasi va boshqa ajralmalar orqali ajralib turadi. Ayniqsa zararlangan qon ajratmalar orqali va shahvat xavfli hisoblanadi.

Asosiy yuqish mexanizmi parenteral (tibbiy muolajalar yo'l hisoblanadi) va qon preparatlari (qon zardobi, eritrotsitar massa) quyilganda yuqtiriladi.

B gepatitning tabiiy yuqish yo'llaridan yana biri onadan bolaga tug'ruq vaqtida yuqishidir. Kasallikning asosiy yuqish yo'llaridan yana biri jinsiy yo'ldir. Epidemiologik vaziyat nisbatan yaxshi bo'lgan, rivojlangan mamlakatlarda jinsiy yo'l katta ahamiyat kasb etadi. Virusli gepatit B ni boshdan kechirgandan so'ng hosil bo'ladigan imunitet uzoq muddatgacha va hatto umr bo'yi saqlanishi mumkin, qayta og'rish kamdan-kam uchraydi.

**Klinikasi.** V gepatitining yashirin davri 45 kundan 180 kungacha, o'rtacha 60-120 kun. Bu davrda kasallik alomatlari sezilmasada, davr OHriga kelib bemor jigarida va qonida ancha o'zgarishlar bo'ladi. Qonda aminottransferaza (AlAT, AsAT) fermentlarining faolligi oshadi, hamda ko'pchilik bemorlar qonida HBsAg aniqlanadi.

Kasallikning boshlang'ich davri. Virusli gepatit B da kasallik belgilari asta-sekin rivojlanib boradi, A gepatitga nisbatan B gepatitda xastalik ko'prok dispeptik va asteno-vegetativ sindromlar bilan rivojlanadi va bu belgilar kuchliroq namoyon bo'ladi. Taxminan 20-30% bemorlarda kasallik bo'g'implardagi og'riq (ko'prok yirik bo'g'implarda) bilan boshlanadi. Og'riq ko'pincha tunda, tong paytida bezovta qiladi va haftalab, ba'zan esa sariqlik davrida ham davom etishi mumkin.

Bemorlarning taxminan 10% ida teri qichishadi. Kasallikning bu davrida bemorning kundan kunga xoli qurib, salga charchashi, mehnat qobiliyatining pasayishi, ishtahasini pasayishi asosiy belgilar hisoblanadi. Aytib o'tilgan sindromlar sof holda kelmaydi, ko'prok aralash holda uchraydi, kuchliroq namoyon bo'ladi va ko'pchilik belgilar hatto sariqlik davrida ham davom etadi.

Bemor kuzatilganda bo'shashgan, holsiz, tili karashlagan, qorni biroz og'riqli, jigari, ba'zan esa talog'i ham kattalashgan bo'ladi.

Bemorning qonida va siydigidagi bo'ladigan klinik hamda biokimyoviy o'zgarishlar gepatit A da keltirganimizdek bo'ladi. Bulardan tashqari B gepatitda ko'pchilik bemorlar qonida HBsAg aniqlanadi.

B gepatitda boshlang'ich davri 1-2 kundan 3-4 haftagacha cho'ziladi. A gepatitiga nisbatan 5-6 kun ko'prok davom etadi.

Ayrim bemorlarda gepatitning boshlang'ich davri belgilari mutlaqo bo'lmasligi mumkin. Bunday bemorlar kasal bo'lib qolganlarini ko'z ok i sarg'ayganda yoki siydik rangi o'zgarganida payqaydilar.

Sarg'ayish davri. B gepatitida nisbatan uzoq davom etadi, klinik belgilari kuchsiz va to'la nomoyon bo'ladi, sariqlik 2-3 haftagacha avj olib boradi. Agar gepatit A da boshlang'ich davri belgilari sariqlik boshlanishi bilan so'nadigan bo'lsa, B gepatitda ular davom etishi mumkin. Bemorlar uzoq vaqtgacha holsiz, bequvvat bo'ladilar, ishtahalari yo'qoladi, ko'ngil aynishi hadeb qayd qilaverishdan shikoyat qiladilar. Ko'pchilik (20%) bemorlar terisi qichishadi.

Bemorning o'ng qovurga osti va qorinning yuqori qismi paypaslab ko'rilganda og'riq

sezadilar. Jigar, ba'zan talok ham kattalashgan biroz qattiqlashgan va og'riqli bo'ladi.

Qonda leykopeniya (ba'zan normal miqdorda) ayrim hollarda limfotsitoz va monitsitoz kuzatiladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi (ECHT) kasallik avjida sekinlashib (2-4 mm/soat), sariqlikning kamayishi davrida esa ortib ketadi (16-24 mmG` soat) va keyinchalik normallashadi.

Qonda bilirubin miqdorining ortish darajasi, hamda jigarning ok sil sintezlash faoliyatining buzilish darajasi kasallikning og'ir yoki engil kechishiga nisbatan mutanosiblik kuzatilsada, fermentlar (AlAT va AsAT) faolligining ortishiga bunday mutanosiblik ko'rilmaydi. Kasallik og'ir kechganda sulema sinamasi ko'rsatkichining va  $\beta$ -LPlar miqdorining keskin kamayishi kuzatiladi. A gepatitlardan farqli o'larok, V gepatitida timol sinamasi ko'rsatkichi odatda o'zgarmay qoladi.

Sog'ayish davri. Sog'ayish jarayoning asta – sekinlik bilan borishi zardob gepatitiga xosdir. Sariqlikning yo'qolishi, jigar hajmining asliga qaytishi, qondagi biokimyoviy o'zgarishlarning normaga kelishi va boshqalar gepatit A ga nisbatan ancha sekinlik bilan sodir bo'ladi. Jigar faoliyatini belgilovchi ko'rsatkichlardan bilirubin miqdori (boshqa ko'rsatkichlarga nisbatan) tezrok, AlAT faolligi esa sekinroq normallashadi.

B gepatiti og'irroq va davomli bo'ladi. Kasallikning og'ir turi gepatit B da gepatit A ga nisbatan 6-10 marta ko'p uchraydi. Shu bilan birga kasallikning engil kuzatilishi hamda bemor badani sarg'aymasdan kechadigan turlari ham kuzatilishi mumkin.

**Tashxisoti.** Virusli gepatitlar tashxisi klinik-epide-miologik qo'yilib, laboratoriyaviy tasdiqlanadi. Laboratoriyaviy tashxisot usullarini ikkiga bo'lish mumkin: a) umumklinik va biokimyoviy; b) xususiy tashxisot usullari.

VGB ning umumklinik va biokimyoviy tekshiruv usullari xuddi VGA nikidek. Virusli gepatitlar qo'zg'atuvchisining antigen va antitelolari chuqur o'rganilib, ularni qon zardobi va boshqa biologik muhitlarda aniqlash takomillashtirilmokda. XX asrning OHrida virusli gepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli B gepatitida HBsAg, HBeAg, antiHBe, IgMantiHBs aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo'shimcha virusning DNK si aniqlanadi.

**Davosi.** Virusli gepatit B ning patogenetik (dori-darmonli, dori-darmonsiz) davolash xuddi VGAnikidek. Kasallikning kechim og'irligi hamda asoratlarini inobatga olib quyidagilar qo'shimcha qilinadi

1. Virusli gepatitlarning o'tkir shakllarda glyukokortikoidlarni qo'llash masalasida alohida to'xtalish lozim. Uzoq yillar mobaynida klinik, morfologik immunologik tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, bu preparatlar o'tkir virusli gepatitda nafaqat infeksiyon jarayonni uzib qo'yadi, balki sog'ayish jarayonini cho'zadi, zo'riqishlar yuzaga kelishiga olib keladi. Qon zardobida HBsAg, anti HBe, antiHBc, DNK aniqlanaveradi. Mana shu uchun ham glyukokorti-kosteroidlar virusli gepatitlarning o'tkir jigar entsefalopatiyasi bilan asoratlangan shakllarida tavsiya etiladi.

2. Bemorlarga xastalik tufayli yuzaga kelgan immunotaqchillikni bartaraf qilish maqsadida immunomodulyatorlar (mielopid, taktivin, timolin, immunomodulin) buyuriladi.

3. VG ning gemorragik sindrom bilan asoratlangan shaklida 5 yoki 10%li aminokopron kislotasi, 12.5% ditsinon, vikasol va kaltsiy preparatlari DVS sindrom yuzaga kelganda esa antikoagulyant-geparin buyuriladi.

4. Virusli gepatitlarning og'ir shakllarida ammiak birikmalarini qondan chiqarish maqsadida Gepa-merts (ornitinin) vena ichiga infuzion eritmalar bilan birga buyuriladi.

5. Kasallikning og'ir shakllarida parhezda go'sht mahsulotlarini kamaytirish, GKS preparatlarini buyurish organizmga parenteral oziqlantiruvchi preparatlar (gepasol, aminatsin) buyurilishini talab etadi.

Etiotrop davo. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, B,C,D virusli gepatitlarda o'tkir jarayonni surunkaliga o'tish xavfi tug'ilganda buyurilishi maqsadga muvofiqdir. Hozirgacha bir necha xil preparatlar (ribavirin, atsiklovir, pantsiklovir, azidotimedon, interferon va hokazolar)

etiotrop sinovidan o'tkazildi. Etiotrop davoda nukleozidlarning o'z o'rinlari mavjud. Nukleozidlardan gepatit b virusi replikatsiyasiga ta'sir kiluvchi zeffiks (lamivudin) keng qo'llanmok da.

Interferon preparatlari o'z natijalari bo'yicha keng ko'lamda qo'llanila boshlandi. Interferonning davo preparatlari zararlangan hujayra membranasi retseptorlari bilan birikib, virusning keyingi harakatini to'sadi, uning ta'sirida ishlab chiqarilgan virusning proteinlari esa virusning replikatsiyasini to'xtatadi. Interferon preparatlarida reaferon, roferon – alfa 2a, realderon va intron-A- alfa 2 a amaliyotda keng qo'llanilyapti. Yuqoridagi preparat-lardan roferon-alfa –alfa-2 a ijobiy natijalar bermok da. Preparatning ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan tana harorati ko'tarilishi, holsizlik, qaltirash bo'lib hisoblanadi. Yuqorida nojo'ya ta'sirlar kuzatilganda paratsetamol, indome-tatsin kabi preparatlar buyuriladi. Shuni unutmashlik kerakki, bu preparatni uzoq belgilanishi natijasida bemor oriqlashi, sochlari to'kilishi mumkin.

**Profilaktikasi.** Kasallikning oldini olish va epidimiyaga qarshi tadbirlar kasallik manbai yuqish yo'llarini bartaraf qilish va aholining moyilligiga qaratilgandir .

Kasallik manbaini vaqтли aniqlash, ajratish, kasalxonaga yotqizib davolash muhim ahamiyat kasb etadi.

Kasallikning yuqish yo'llarini bartaraf qilish tadbirlari 5 guruhga: parentral (shprints orqali), posttransfuzion yo'lga, kasallanish xavfi yuqori bo'lgan bo'limlarda yuqtirishining oldini olish va tabiiy yo'llarni bartaraf qilishga bo'linadi.

Aholining moyilligiga qaratilgan tadbirlar faol va passiv emlash natijasida amalga oshiriladi. Faol emlash uchun plazma vaktsinalari (Htpatjvax B”(AQSH) “Hevac B” (Frantsiya) va rekombinant vaktsinalar “Enqerix B” (Belgiya), Recombivax B “HB-vax”(AQSH) ”KombitexLTD” (Rossiya) dan foydalaniladi. Faol emlash Respublika SSV tomonidan emlash rejasiga kiritilgan bo'lib, bola tug'ilganda, 2 oyligida, hamda 9 oyligida o'tkaziladi. Passiv emlash uchun giperimmunoglobulin B (IqHB) qo'llaniladi. IqHB katta yoshlarda 3-5 ml chaqalok larga 0,5 mldan buyuriladi.

#### VIRUSLI GEPATIT D

**Etiologiyasi.** Kasallik qo'zg'atuvchisini surunkali V gepatiti bilan og'rikan bemorlar jigarlari biopstatlaridan immunoflyuoretsentsiya uslubi yordamida 1977 yilda M. Rizzetto tomonidan aniqlangan. Avval uni GB virusining 1 ta antigeni, ya'ni delta antigen - HB<sub>Ag</sub> deb nomlangan. Keyinchalik buni mustaqil va noma'lum gepatitini chaqiruv-chi virus ekanligi e'tirof etilgan va JSST uni D gepatit deb nomlanishini tavsiya etgan. Yuqish yo'li xuddi V va S gepatitdek parenteral, kam xollarda jinsiy hisoblanadi.

**Klinikasi.** Xuddi GB o'xshash ammo o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Kasallik yuqori harorat bilan o'tkir boshlanadi. Sariqlik paydo bo'lishi bilan umumiy zaharlanish belgilari kuchayadi, subfebrilitet saqlanadi. Kasallikning asosiy xususiyatlaridan biri uning 2-3 haftasida zo'riqish (klinik yoki fermentatic) kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda kasallik siklik kechib sog'ayish bilan tugaydi. O'tkir D gepatiti superinfeksiyada o'tkir D gepatiti surunkalidek qayd kilinadi. Agar vaqтли aniqlanganda, o'tkir D gepatitining quyidagi xususiyatlarini: qisqa turg'unlik davri, isitma, qusish, o'ng qovurg'a ostida og'riq belgilari bilan kechadigan qisqa sariqlik oldi davri, sariqlik kuchli namoyon bo'lishi va kuchli umumiy zaharlanish belgilarini kuzatish mumkin.

Kasallikning bu kechishda askariyat hollarda og'ir fulminat shakllari qayd qilinib, o'lim holatlari kuzatiladi va ba'zi xolatlarda surunkali shakllariga aylanadi.

Fulminat gepatit. Bu shakl askariyat hollarda superinfeksiyada, kam holatlarda koifektsiyada yuzaga keladi. O'zining klinik kechishiga ko'ra VGB ning fulminat shakliga o'xshab ketadi.

**Tashxisoti.** XX asrning OHIrada virusli gepatitlarning etiologik tizimini o'rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli D gepatitida HB<sub>sAg</sub>, IgMantiHDV aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo'shimcha viruslar DNK, RNK lari mavjudligi o'rganiladi.

Davosi va oldini olish VGBnikidek.

## VIRUSLI GEPATIT C

**Etiologiyasi.** Gepatit C virusi bir zanjirli RNK saqlagan flaviviruslar oilasiga mansubdir. Virion diametri 30-60 nmga teng bo'lib, ok sil lipidli tashqi membrana bilan qoplangan. Infeksiya markyorlari bo'lib virus RNKsi va anti NSV hisoblanadi. Tashxisot uchun anti HCV katta ahamiyat kasb etadi. Virusning o'ziga xos xususiyatlaridan biri uning gene tik xilma-xilligidadir. Hozirgi kunda virusning 6 ta genotipi va 11 sub-tiplari mavjud.

**Epidemiologiyasi.** C gepatitida infeksiya manbai kasallikning turli klinik shakllarini boshidan o'tkazayotgan bemorlar hisoblanadi. Kasallikning epidemiologik xususiyatlari gepatit Bnikiga mos keladi. GC virusining yuqishi turli parenteral yo'llar orqali amalga oshadi. GC virusi ko'prok qon va qon maxsulotlarini quyish, hamda tibbiy muolajalar o'tkazishda yuqib qoladi. Kasallikning yuqishda jinsiy yo'l ham katta ahamiyat kasb etadi.

**Klinikasi.** Infeksiyaning kechish davrlari, kasallik shakllari. VGCning asosiy xususiyatlaridan biri kasallikning latent- subklinik kechishi, uzoq muddatda aniqlanmasligidir. Shu bilan birga asta-sekin rivojlanib, keyinchalik jadallashib jigar sirrozi va jigarning birlamchi o'smasi bilan tugallanishi mumkin. VGC kasalligi uzoq yillar cho'ziladigan kasallikdir, kasallikning manifest shakllarini aniqlash uchun bir necha yillar (ba'zida 10 yil ham kamlik qiladi) kerak bo'ladi.

O'tkir davri. Subklinik yoki klinik kechishi mumkin. Kasallikning subklinik shakllari nisbatan ko'p uchrab kasallarning 2/3 qismida kasallik aniqlanmay qoladi. Mana shu uchun ham GCning surunkali shakllari bilan og'rigan bemorlar anamnezida kasallikning o'tkir shaklini boshidan o'tkazganligi haqida ma'lumot bo'lmaydi. Kasallikning subklinik shaklini tashxislash uchun kasallikka moyil shaxslarni qon zardobida ZPR yordamida HCV – RNK aniqlashdan iborat. HCV – PHK qon zardobida antitelolar paydo bo'lmasdan, AIAT faolligi me'yordaligida aniqlanadi. Anti-telolardan oldin anti NSV shaklida gipertransaminazemiya xos bo'lib, me'yoridan 5 –10 marta oshadi. AIAT faolligini oshishi ko'zg'atuvchi tushgandan 8-10 hafta (10-150 kun bo'lishi mumkin) dan so'ng qayd qilinadi. Gipertransaminazemiya ko'pincha to'liqsimon ba'zan doimiy tavsifli bo'ladi.

O'tkir gepatit. Kasallikning manifest shaklida lohaslik, kamquvvatlilik, ishtaha pasayishi, o'ng qovurg'a sohasida og'irlik hissi kabi belgilar qayd qilinadi. Bemorni ko'rikdan o'tkazganda jigar o'lchamlarining biroz kattalashgani, uning konsistensiyasi yumshoq ligi aniqlanadi. Kasallik past darajali umumiy zaharlanish belgilari bilan engil kechadi. Bemorlarda sariqlik paydo bo'lishi tashxisni osonlashtiradi. Sariqlik past darajada namoyon bo'ladi. Tashxis asosan virus markerlari HCV-PHK aniqlanishi va AIAT faolligi oshishi asosida qo'yiladi. Kasallikning o'tkir davri ba'zi holatlarda sog'ayishi bilan tugaydi. Qolgan holatlarda jarayon surunkali tus oladi.

Latent davri. Bu davrda klinik belgilersiz virusemiya saqlanib qoladi. VGBdan farqli bu davr surunkali jarayonga o'tish bosqichi hisoblanadi. Latent davri 15-20 yilgacha davom etadi. Bu davrda ko'pchilik bemorlar o'zlarini sog'lom sezadilar, ba'zilarini tez charchash, lohaslik bezovta qiladi. Ko'rik paytida jigar o'lchamlari bir oz kattalashgani aniqlanadi. Kamchilik bemorlarda AIAT faolligining 1,5-2 barobar oshganligi, to'liqsimon xarakterligi qayd qilinadi. Ko'pchilik bemorlarda esa AIAT faolligi me'yorida bo'ladi. Bu davr surunkali virus tashuvchi davr hisoblanadi. Qayta faollashish davri o'z ichiga surunkali gepatit, jigar sirrozi va gepatokartsinomani oladi.

Surunkali gepatit. HCV-infeksiyasining asosiy klinik shakli hisoblanadi. Bu shakl ko'pincha katta yoshdagilarda qayd qilinadi. SGC klinik tavsifi jihatidan SAG ning engil kechishiga o'xshab ketadi. Bemorlarda sub'ektiv va ob'ektiv belgilar namoyon bo'lmasada, giperfermentemiya doimiy yoki davriy kuzatiladi, asteniya belgilari: tez charchash, lohaslik, uyqu buzilishi, mexnat qobiliyatini susayishi kuzatiladi. Ishtaha pasayishi, vazn yo'qotishi xos bo'lib, ob'ektiv ko'rganda jigar kattalashgan va qattiqlashgan bo'ladi.

**Davosi.** Xuddi VGB nikidek. Etiotrop davo vositasi sifatida roferon ribavirin bilan birgalikda terapevtik dozada 3-6 oy mobaynida buyuriladi. Keyingi yillarda roferonning uzoq ta'sir etuvchi shakli Pegasis 180mkg haftasiga 1 marta ribavirin bilan birgalikda qo'llanilmok

da.

### Mavzusi bo'yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A'lo“5”	Talaba virusli hepatitlar haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha ijod qilish darajasiga va bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	Yaxshi “4”	Talaba virusli hepatitlar haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	2-daraja: bilim va ko'nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli “3”	Talaba virusli hepatitlar haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam qisman bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	1-daraja: o'quv qobiliyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz bo'sh, ko'p qo'shimcha ishlash talab qiladi “2”.	Virusli hepatitlar A,B,C,D va E mavzusi bo'yicha tasavvurga ega emas. Tif, paratif kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, Konspekt tayyorlamagan.	0-daraja: mutloq tasavvur yo'qlik darajasi.

### Mavzu bo'yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko'nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

**1-masala.** Bemor T., 28 yosh. Kasallikning 7 - kunida ko'rilganda bemorning ahvoli o'rtacha, tana harorati 36.5°C. Bemor juda lohas, tez-tez qusgisi kelib turgan. Teri va shilliq qavatlari anchagina sarg'aygan, terida qashlash izlari bo'lgan. O'pkada nafas vezikulyar, yurak tonlari biroz xiralashgan. Puls 2 minutda 68 ta, ritmik. A/B 100/70 mm. sim. ust. Tili karashlagan. Qorin shakli o'zgarmagan, yumshoq, to'sh pastki qismi biroz og'riqli. Jigarining pastki qirg'og'i qobirg'a ostidan 1,5 sm chiqib turibdi, elastik, biroz og'riqli. Taloq biroz kattalashgan. Siydik to'q jigarrang. Najas rangsiz.

1. Hamshira tashxisini qo'ying.

2. Bemorni tekshirib ko'rish rejasini tuzing.

**2-masala.** Bemor N., 50 yosh, klinikaga kasallikning 22 kunida kelgan. 3 hafta davomida bemorni umumiy quvvatsizlik, ishtahaning pastligi va ayniqsa bo'g'implarda (qo'lning mayda, oyoqlarning yirik bo'g'implarida) kuchli og'riq bezovta qilgan. Kasalxonaga kelishdan bir kun oldin teri va ko'zda sariqlik ko'rilgan. Bo'g'implardagi og'riq kamaygan. O'pkada zararlanish alomati yo'q. Yurak tonlari xiralashgan, yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitilgan. Puls - ritmik, bir minutda 68 marotaba. Til qurigan, kulrang karash bilan qoplangan. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Jigarining o'ng bo'limining pastki qirg'og'i qovurg'a ostidan 3 sm chiqib turibdi, chap bo'limi esa kattalashgan. Taloq kattalashmagan. Siydik to'q jigar rangda,



najasi rangsiz kasallanishidan 4 oy oldin operatsiya (chov griyasi bo'yicha) o'tkazilgan.

1.Hamshira tashxisini qo'ying.

2.Bemorlarni tekshirib ko'rish rejasini ayting.

### Mavzu bo'yicha test savollari

1. "Meduza boshi" simptomi .....  
**kuzatiladi**  
gastritda  
pankreatitda  
\*jigar sirrozida  
yara kasalliklarida
2. "Tomir yulduzchalari" .....  
**xarakterli:**  
gastritda  
pankreatitda  
yara kasalliklarida  
\*jigar sirrozida
3. "Tomir yulduzchalari" .....  
**xarakterli:**  
\*jigar sirrozida  
gastritda  
pankreatitda  
yara kasalliklarida
4. **Bemor badani va sklerasi sarg'ayishi sabablari:**  
\*o't suyuqligi yo'lini o't yo'lga tosh tiqilish, oshqozon osti bezi o'smasi natijasida bekilib qolishi  
jigar parenximasining turli mikroorganizmlar, zaharli moddalar ta'sirida o't suyuqligi ishlab chiqarish faoliyatining buzilishi  
eritrostitlarning ko'plab emirilishi  
hammasi to'g'ri
5. **Donor odam majburiy .....ga tekshiriladi:**  
\*virusli gepatit "B"  
shigellyoz  
kuydirgi  
malyariya
6. **Gepatit "A" va "B" virusining ta'siri?**  
\*jigarni jarohatlaydi
7. **Gepatitda qanday sariqlik turi kuzatiladi?**  
\*parenximatoz  
gemolitik  
mexanik  
aralash
8. **Jigar komasining asosiy belgilari:**  
\*es-hushining yo'qligi va reflekslarning yo'qolganligi  
temperatura 39°C  
qo'g'aluvchan  
talvasa sindromi
9. **O'GA virusi mansub viruslar oilasi:**  
enteroviruslar  
gepadnoviruslar  
arboviruslar  
\*pikornoviruslar
10. **O'GA virusi markyorlarining tashxisiy ahamiyatlisi:**  
AgVGA  
AntiVGA  
Ig anti VGA  
\*Ig M anti VGA
11. **O'GB virusi markyorlari jumlasiga kirmaydi:**  
HBsAg  
HBcAg  
Ig M anti HBV  
\*Ig M anti HAV
12. **O'GC virusi markeri;**  
anti HAV  
HBs Ag  
anti HDV  
\*anti HCV
13. **O'tkir virusli A gepatiti boshlang'ich davrida noxos variant:**  
\*artraljik, dispeptik, astenovegetativ  
grippsimon, dispeptik, astenovegetativ

- dispeptik, astenovegetativ, aralash latent, dispeptik, astenovegetativ
14. **O'tkir virusli hepatitlarning engil shakli uchun xos davo tadbiri:**  
\*parhez, to'shakli rejim, suyuqlik istemoli parhez, to'shakli rejim, glyukoza, vitaminoterapiya  
parhez, to'shakli rejim, glyukoza, umumiy zaharlanishga qarshi vositalar, vitaminoterapiya  
gyukoza, vitaminoterapiya, umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar, yallig'lanishga qarshi preparatlar
15. **O'tkir virusli B hepatiti boshlang'ich davrida xos variantlar:**  
\*artralgi, dispeptik, astenovegetativ grippsimon, dispeptik, astenovegetativ dispeptik, astenovegetativ, aralash latent, dispeptik, astenovegetativ
16. **O'VG ning oqibati bo'lishi mumkin:**  
\*sog'ayish  
xolestistopankreatit  
xolestistit  
gemolitik sariqlik
17. **O'VG ning sariqlik davri uchun noxos belgi:**  
\*gemorragik belgilar  
jigar elementlari  
sariqlik  
terida qichish
18. **O'VGA ning epidemiyasini oldini olish tadbirlariga kirmaydi:**  
bemorni ajratish  
\*dezinfeksiya  
dezinfeksiya  
maxsus profilaktika
19. **O'VGB da pigment almashinuvini ko'rsatuvchi belgilar:**  
qizg'ish siydik va qora najas  
oppoq siydik va qora najas  
qora najas, siydik o'zgarishsiz  
\*qizil siydik va oppoq najas
20. **Parenteral virusli hepatitlar jumlasiga kiradi:**  
\*VGB, D, G  
VGA  
VGE  
A emas E emas hepatitlar
21. **Pigment almashinuvini buzilganda gemolitik sariqlikda siydikda aniqlanadi:**  
\*urobilin  
urobilin, o't kislotasi  
o't kislotasi  
sterkobilin
22. **Pigment almashinuvini buzilganda mexaniq sariqlikda siydikda aniqlanadi:**  
\* o't kislotasi  
urobilin  
urobilin, o't kislotasi  
sterkobilin
23. **Pigment almashinuvini buzilganda parenximatoz sariqlikda siydikda aniqlanadi:**  
\* urobilin, o't kislotasi  
urobilin  
o't kislotasi  
sterkobilin
24. **Portal gipertenziya belgisi:**  
til so'rg'ichlari atrofiyasi  
sariqlik  
kaft yuzasida eritema  
\*assit
25. **Qaysi anemiyada sariqlik, gepatosplenomegaliya, to'q rangli siydik kuzatiladi:**  
aplastik  
temir yetishmovchiligi  
o'tkir postgemorragik  
\*gemolitik
26. **Qizilo'ngach venalarining kengayishi ..... kuzatiladi:**  
gastritda  
kolitda  
\*jigar sirrozida  
xolestitsitda
27. **Sariqlik qaysi holatlarda kuzatiladi:**  
\*virusli hepatitda  
surunkali kolitda  
surunkali enteritda  
yara kasalliklarida
28. **Serologik reaksiya qo'yish uchun ishlatiladi:**  
\*qon  
najas  
siydik  
o't suyuqligi
29. **Siydikda o't pigmentlari aniqlanmaydigan sariqlik turini aniqlang:**  
jigar osti  
jigarga aloqador  
\*jigar usti

- jigar osti va jigarga aloqador
- 30. Siydikda o't pigmentlarini aniqlash uchun foydalanilmaydigan vositalar:**  
\*flakon  
pipetka  
probirka  
bemorni siydigi
- 31. Siydikda o't pigmentlarini aniqlash uchun foydalaniladigan preparatlar:**  
\*1% li spirtli yod  
5% li yod  
kaliy permanganat  
furatsillin
- 32. Surunkali gepatitda qo'llaniladigan dori vositalar:**  
\*gepatoprotektorlar  
antibiotiklar  
antigistaminlar  
nitrofuranlar
- 33. Surunkali gepatitning muhim belgilari:**  
holsizlik, lohaslik  
\*sariqlik, gepatomegaliya  
bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi  
meteorizm, ich ketishi
- 34. VG uchun xos laboratoriyaviy tekshiruvlar:**  
bakteriologik  
\*biokimyoviy  
teri ichi allergik sinama  
biologik
- 35. VG lar sariqlik davri uchun xos belgilar:**  
rozeolali toshma  
\*teri va sklera sariqligi  
gemorragik toshmalar  
najas rangining o'zgarmasligi
- 36. VG uchun xos kasallik manbai:**  
bakteriya tashuvchi  
\*kasal odam  
kasal hayvon  
bit bilan muloqot
- 37. VGA uchun xos yuqish yo'li:**  
parenteral  
jinsiy  
transmissiv  
\*maishiy muloqot
- 38. VGA ga mansub yuqumli kasallik guruhi:**  
transmissiv  
nafas yo'llari  
tashqi qoplamlar infeksiyasi  
\*ichak
- 39. VGA virusi mansub viruslar oilasi:**  
enteroviruslar  
gepadnoviruslar  
arboviruslar  
\*pikornoviruslar
- 40. VGB ning oldini olishda yuqori samara beradigan tadbir:**  
bemorni ajratish  
\*xususiy profilaktika  
dezinseksiya  
deratizatsiya

**3 -MAVZU: Qorin tifi, paratiflar A va B hamda brutsellyozda hamshiralik ishi.**  
**1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni: 18-36
Mashg'ulot shakli:	Amaliy mashg'uloti
Mashg'ulot rejasi:	. Qorin tifi va paratiflar A yuqish mexanizmi, patogenezi, klinik kechishi. . . Qorin tifi va paratif kasalliklari klinik kechishining o'ziga xosligi. . Brutselloz kasalligi infeksiya manbai.
<p><b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b> Qorin tifi va paratiflar A va infekstii manbai. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Klinik kechishining o'ziga xosligi. Tana harorati chizig'ining turlari. Laborator diagnostikasi. Yotoq tartibi va dietoterapiyaning ahamiyati. Bemorni parvarishlash qoidalari. Profilaktika choralari.</p> <p>Oliy hamshiralik ishi darajasida bemornoma to'ldirish va tashxis qo'yish, bemorni klinik-laborator va amaliy-uslubiy yo'llar orqali tekshirish usullarini ma'lum yo'nalish bo'yicha o'rganish, tadbir qilish, bemor parvarishi, parhezi, Shifoxonada davolanish tartib qoidalari haqida bemor qarindoshlari bilan suxbat o'gkazish, deontologiya qoidalariga, muloqot me'yorlariga amal qilish, yuqumli kasalliklarni kasalxonaga yotqizish qoidalari, yuqumli kasalliklar haqida ShoShilinch xabarnoma to'ldirish. Hamshira kasallik tarixini to'ldirish tizimi.</p> <p><b>Mavzuning vazifasi-</b> hozirda bizning regionda yuqumli kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jihoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, hamshiralik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini Shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish.</p>	
Ta'lim berish usullari	Multimediya, interfaol usullari: "Asalari uyi»uslubi
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv-uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter.
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob, test, masala yechish.

**1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi**

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

**1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi**

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut

2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	10 minut
3.	Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish.	10 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	10 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	10 minut
	Jami	80 minut

### **Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)**

Isitma haqida tushuncha.

Qorin tifi va partiflar etiologiyasi, epidemiologiyasi.

Qorin tifi va partiflar patogenez, klinikasi, asoratlari.

### **MAVZU BAYONI:**

Qorin tifi – najas og'iz mexanizmi bilan yuquvchi, odamda uchraydigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, isitma, bakteriemiya, umumiy zaharlanish, limfoid apparatining zararlanishi va ingichka ichakda Yaralar, terida rozeolyoz toshmalar toshishi bilan tavsiflanadi.

“Tif” so'zi “tutun” ma'nosini bildiradi, bu atama Gippoqrat zamonidan ma'lum. Ammo qorin tifi kasalligini tiflar guruhidan alohida xastalikka ajratish faqat XIX asr o'rtalarida ro'y berdi. Bu voqeaga Bretonnea va lans olib borgan izlanishlar asos bo'ldi. Qorin tifi kasalligini o'rganishdagi asosiy sana 1880 yil hisoblanadi, bu davrda xastalikning qo'zg'atuvchisi Ebert tomonidan topilgan.

Respublikamizda aholining asosiy qismi qishloq xo'jaligi rivojlangan mintaqalarida istiqomat qiladi. Har xil quvvatdagi sun'iy suv kanallari deyarli har bir xo'jalik va xonadonlarga kirib kelgan. Aholi zichligining yuqori ekanligi ochiq suv havzalarini ifloslantirishga olib kelsa, yilning issiq davrining o'zoq ekanligi (may-sentyabr) bu manbalarida suvni ko'p ishlatish hollariga sabab bo'ladi.

**Etiologiyasi.** Qorin tifi tayok chasi Salmonella Typhi Erterobacteriaceae oilasiga mansub, faqat odam uchun zararli hisoblanadi. Sal. typhi tayok cha shaklida bo'lib, o'zunligi 1-3 mkm, diametri esa 0,5-0,8 mkmni tashkil etadi, xivchinlari bo'lganligi tufayli harakatchan, spora va kapsula hosil qilmaydi, gramm manfiy, hamma anilin buyuk lari bilan Yaxshi bo'yaladi, odatdagi oziq muhitlarida pH 7, 2-7, 4 ga teng bo'lgan sharoitda o'sadi. Fakultativ aerob, optimal harorat 37 gradusga teng. Boshqa salmonella mikroblaridan farq qilib, Sal. typhi tayok chasining fermentativ faolligi kuchsizroqdir. Qorin tifi mikroblari ekzotoksin hosil qilmaydi, ular parchalanganda endotoksin ajraladi.

Qorin tifi va paratif kasalliklarining epidemiologiyasi. Qorin tifi va paratif A infeksiyalarida xastalik manbai faqat odam hisoblansa (bemor yoki bakteriya tashib yuruvchi), paratif B da esa qushlar hamda hayvonlar ham ma'lum bir epidemiologik ahamiyatga ega.

Qo'zg'atuvchi odam organizmiga og'iz orqali zararlangan ovqat mahsulotlari yoki suv bilan tushadi va asosan najas orqali chiqib ketadi. Asosiy kasallik manbai bo'lib bemor odam, shu bilan birga rekonvalescent va bakteriya tashuvchilar hisoblanadilar. Qorin tifi yoki paratif bilan og'rigan bemor qo'zg'atuvchini kasallik oldi davridan boshlab najas orqali ajratib chiqaradi. Klinik belgilarni paydo bo'lishi bilan kasalning yuqumliligi ham ancha ortadi, tana haroratining tushishi va rekonvalescentsiya davrining boshlanishi bilan esa yuqumlilik kamayadi. Qo'zg'atuvchini pyoshob orqali ajralib chiqishi kamroqdir. Qo'zg'atuvchi so'lak, balg'am va ko'krak suti bilan ajralib chiqishi mumkin.

Bakteriya tashuvchilar doimo yoki ba'zi-ba'zida tashqi muhitga qo'zg'atuvchilarni najas va siydik orqali ajratib chiqaradi. Keyingi paytda siydik orqali tashuvchilik kam uchraydi, lekin u epidemiologik jihatdan xavflidir, negaki siydik orqali bakteriyalar najasga qaraganda kengroq tarqaladi. Bakteriya tashuvchilar sog'lom, tranzitor va kasallikning boshidan kechirgan bakteriya tashuvchilarga bo'linadi. Davomiyligi bo'yicha quyidagi toifadagi bakteriya tashuvchilar tafovut qilinadi. O'tkir tashuvchilar-xastalikdan so'ng 3 oygacha, surunkali tashuvchilar-xastalikdan so'ng 3 oy vaqtdan keyin ham bakteriya ajratib chiqaradi.

Infeksiya tarqalish Yo'llari va mexanizmi. Tif-paratif kasalliklari uchun asosiy mexanizm najas-og'iz mexanizmi hisoblanib, suv orqali, alimentar, maishiy muloqot orqali amalga oshiriladi.

Tif-paratif kasalliklariga mavsumiylik xosdir, ayniqsa Yoz oylarida kasallanish eng yuqori bo'ladi. Kasallanish asosan 6 yoshdan -14 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Patogenez. Qorin tifi bilan paratiftlarni rivojlanishi bir xildir. Qo'zg'atuvchilar yuqorida qayd qilingan Yo'llar Yordamida og'iz orqali organizmga tushadi. Oshqozonning kislotali muhiti bu qo'zg'atuvchilar uchun noqulay hisoblanib, bir qism qo'zg'atuvchilar parchalanadi. So'ngra tif-paratif kasalliklarining mikroblari ichakka kirib oladi va uning limfa hosilalariga-ya'ni solitar ularning to'planib turgan joyi-peyerov pilakchalariga singib kiradi. Mikroblar "ichki»eshiklardan iborat to'siqdan o'tgach, ichakning limfa Yoriqlari va tomirlari orqali regionar limfa tugunlariga tushadi va zo'r berib ko'payadi. Mikroblar ichak tutqich limfa tugunlarining to'siq vazifasini pasaytirib qon oqimiga kirib boradi va bakteriemiya Ya'ni, bakteriyalarni qonda bo'lishi yuz beradi. Qonga o'tayotgan mikroblar soni kundankunga ortib boradiyu, shu bilan bir vaqtda immunologik himoya mexanizmlari vazifasini ado eta boshlaydi. Qonning bakteriotsid xossalari ta'sirida bir qism bakteriyalar haloq bo'ladi va ichidan zahar-endotoksin ajralib chiqadi, hamda umumiy zaharlanish fazasini keltirib chiqaradi. Bunga javoban organizmdan maxsus antitela ishlab chiqaradi.

Mikroblarni to'qimalarda mahkamlanib qolishi natijasida, shuningdek qonda maxsus antitelolarni to'planib qolishi natijasida 2-chi hafta oxirlarga kelib qondagi tif tayok chalarini soni kamayadi. Bu davrda ular ko'p miqdorda ichaklarda va o't pufagida topiladi. Ba'zi hollarda butunlay sog'ayib ketganidan keyin ham tif bakteriyalari o't pufagida va pyoshob chiqarish Yo'llarida o'zoq vaqt saqlanib qolishi mumkin.

Qorin tifi va paratiftlar bilan og'rigandan so'ng organizmga maxsus barqaror immunitet o'rnatiladi. Qorin tifida qayta kasallanish mustasno tariqasida kam uchraydi.

Qorin tifining klinik kechishi. Tif-paratiftlarda klinikaning namoyon bo'lishi va patologik jarayonlar etarli darajada aniq ifodalangan davriylik qonuniyatlarga qarab yo'z beradi. Shunga asoslanib Qorin tifi va paratiftlarning kechishini quyidagi davrlarga ajratish qabul qilingan:

-birinchi, boshlang'ich belgilar ortib borish davri St. incrementi.

-ikkinchi, kasallikning avj olish davri 2-qismdan iborat: kasallikning to'liq rivojlanish davri, og'irlik jarayonlari eng yuqori kuchga ega bo'lgan davri (St. acmae).

-uchinchi-klinik manzarasining so'nish davri (st. decrementi).

-to'rtinchi-reqonvalestsensiya yoki sog'ayish davri. Har bir davrning davomiyligi taxminan 1 hafta davom etadi.

Yashirin davr 14-21 kun davom etadi, lekin u 3-5 kungacha, hatto ikki kungacha qisqarishi va 23 kungacha o'zayishi mumkin. Davrning eng oxiriga kelib prodromal belgilar paydo bo'ladi. Ular sababsiz lohaslik, holsizlanish, apatiya, ishtahaning Yo'qolishi, bosh og'rig'i, serzarda bo'lib qolishlarda ifodalanadi va 1-3 kun davom etadi. Qorin tifi kechishining tipik holatlarida, jarayon quyidagicha rivojlanadi: kasallik ko'pincha asta-sekin boshlanadi va bemorlar ko'p hollarda kasallik boshlangan kuni ko'rsatib bera olmaydilar. Birinchi kunlarni ular oyokda turib o'tkazadilar.

Ikkinchi davrda (2-3hafta) yuqorida ko'rsatilgan belgilar yuqori rivojiga etadi. Bemor ovqatni rad etadi, uni chanqoq bezovta qiladi, boshi og'riydi, goho qorinda og'riq ko'zatiladi. Tana harorati 39-40°C etadi va yuqori raqamlarda kasallik avji davrida ushlanib turadi. Kechki va sahargi harorat o'rtasida ozgina farq bo'ladi. Keyingi kunlarda haroratlar o'rtasidagi farq Yanada sezilarliroq ifodalanadi. Ayniqsa, kasallik avji davri oxirida ular Yaxshi ko'zga tashlanadi. Bemorning holati kundankunga Yomonlashib boradi. Birinchi kunlari madorsizlik, apatiya ko'zatilib, ayrim hollarda tifoz holat bilan almashishi mumkin.

Bunda turli darajadagi garangsirab qolishi, to'xtalib qolish (aqliy kamharakatlik), ongni o'tmaslashuvi va alahsirash ko'zatiladi. Kundo'zi uyqu bosish, kechasi esa uyqusizlik paydo bo'ladi. Gohida sopor yoki koma holati rivojlanishi mumkin. Bemor bunda tushunarsiz,

o`ziga-o`zi gapiradi yoki qattiq alahsiraydi, goho o`rnidan turib ketadi.

Teri yuzasi oqargan, issiq, qo`l tekizilganda quruq, yo`zi shishinqiragan, ko`krak, qorin terisida 5-8-kunlar rozeolali toshma paydo bo`ladi, bu toshmalar gohida (davriy) vaqti-vaqti bilan toqi isitmaning oxirigacha davom etishi mumkin. Lablar, og`iz bo`shlig`i, til shilliq qobig`ining quruqligi kuchayadi. Til qalin ko`kish karash bilan qoplanadi. CHetlarida va til uchida tish izi ko`zatilib, qizargan bo`lishi mumkin. Qorin salgina shishgan, o`ng qovurg`a ostida og`riq bo`ladi va mayda quldirash aniqlanishi mumkin. Jigar va taloqning hajmi eng katta darajaga etadi. Ich ketish yoki qabziyat yoki ichi su yuq (2-5 marta sutkasiga) ketishi ko`zatiladi.

Uchinchi davrda-harorat pasaya boshlaydi. Ertalab remissiyalar paydo bo`la boshlaydi va hatto ertalabki harorat orasidagi farq 2 – 3° Cga etadi.

Sog`ayish davrida organizmni bo`zilgan vazifalari asta-sekin tiklana boshlaydi va harorat pasayishining 4-5 haftasiga kelib to`liq tenglashadi, lekin ayrim organlardagi morfologik o`zgarishlar klinik o`zgarishdan o`zoqroq davom etadi. Tartib bo`zilgan hollarda qaytalanishlar, kechikkan asoratlar paydo bo`lishi mumkin. Hozirgi paytda Qorin tifida yuqorida ko`rsatib o`tilgan klinik belgilar Yaxshi ifodalanmagan va tif-paratiftlarga xos bo`lmagan belgilarni namoyon bo`lishi bilan, ular bilinmay qoladi. Qorin tifining asosiy belgilaridan biri isitmadir. U kasallikning davomiyligi va og`irligini belgilab beradi. Isitma qorin tifida o`ziga xos xususiyatlarga ega. To`lqinsimonlik butun jarayonni kechishiga muvofiq keladi, uning tebranishlari (ko`tarilib-tushib turishi) belgilarning goh zaiflashishiga, goh kuchayishiga parallel tushadi. Ko`pincha harorat asta-sekin ko`tariladi. Unga pog`onama-pog`ona bo`lib ko`tarilish xarakterli bo`lib, kasallik avji davrida doimiy yuqori harorat ushlanib turib, kasallikning pasayish davrida asta-sekin kamayib boradi. Qorin tifiga xos harorat chizigi uch fazaga, ba`zi og`ir hollarda 4-fazaga bo`linadi.

Birinchi-haroratning ko`tarilishi odatda 4-5 kun, goho 7 kun, davom etib boshlang`ich davrga to`g`ri keladi. Harorat chizig`ining ikkinchi fazasi kasallikning avj olgan davridir. Bu davrda isitma ko`p hollarda o`zluksiz bo`ladi, Ya`ni ertalabki va kechki o`rtasida kichkina remissiyalar, odatda 1-daraja atrofida bo`ladi. Ko`proq bo`ladigan ertalabki remissiyalar ijobiy belgi hisoblanadi. Bir vaqtning o`zida 0,2-0,3 kenglikka ega 40 gradusli haroratni monoterмик chizig`i kasallikning og`ir kechishidan dalolat beradi. Isitmaning bu fazasi 1, 5-2 kam hollarda 3 hafta davom etishi mumkin. Harorat chizigining so`nggi fazasi ortga rivojlanish davrini aks ettiradi. Haroratning litik tushish davomiyligi taxminan 5-8 kun bo`ladi.

Qorin tifida harorat chizigining quyidagi nusxalari mavjuddir:

1. Ko`p to`lqinli, Botkin chizig`i, Ya`ni yuqori temperatura bilan nisbatan past temperaturaning galma-gal kelishi; 2. Vunderlix nusxasi, bir to`lqinli bunda haroratning asta-sekin ko`tarilishi va tushishi ko`zatiladi; 3. Kild yushevskiy bo`yicha, bunda harorat tezroq ko`tariladi, 3 kun ichida, keyin litik tushadi. Mana shu 3 ta harorat chizig`ining varianti Qorin tifi uchun xos hisoblanadi. Hozirgi paytda Qorin tifi o`tkir boshlanish hollari ko`payib qoldi.

So`nggi yillarda kasallikning qisqa, abortiv kechishi ko`p uchramoqda, bunda isitma davri 3-5 kuni tashkil etadi. Shubhasiz isitmaning qisqarishida profilaktik emlashlar va antibiotiklarni qo`llanishi muhim rol o`ynaydi.

Asab tizimining zararlanishi Qorin tifi klinik manzarasining etakchi kuchi bo`lib xizmat qiladi. Ayniqsa kasallik avj olgan paytda MAT tomonidan yo`z bergan o`zgarishlar keskin ifodalanadi. Bu davrda ko`pincha bemorlar gangish, depressiya, aqliy xarakatsizlik holatida bo`ladilar, savollarga kechikish bilan javob beradilar. Boshqalari, aksincha, behalovat bo`ladilar, ma`noga ega bo`lmagan noaniq harakatlar qiladilar. Turishga, ketib qolishga, daydib yurishga harakat qiladilar. Qorin tifi avj olgan davrda meningizm simptomompleksi rivojlanishi mumkin. Bunda orqa miya su yuqligi o`zgarishsiz qoladi, yoki uni o`zgarishi seroz meningitni namoyon bo`lishiga mos keladi (tsitozni biroz ko`payishi, oqsil miqdorining ortishi). Ayrim mualliflar meningial belgilar bilan kechadigan

Qorin tifini “Meningotif” deb ataydilar.

Bemoning terisi kasallik boshlangandan rangpar, quruq bo`lib qoladi va shunday holda butun kasallik davomida saqlanib qoladi. Terlash Qorin tifiga xos emas, lekin harorat pasaya boshlangan va belgilar Yo`qola boshlangan davrda terlash yo`z berishi mumkin. Bir qator hollarda kasallik boshida kuchli terlash bilan o`tadi, terida ter pufakchalari ko`rinishidagi hosilalar paydo bo`ladi. Bu elementlar ko`krakda, qorinda, bo`yinda joylashadi.

Qorin tifining kardinal belgilaridan biri-bu terida Qorin tifi rozeolalarni toshuvidir. U 5-8-kundan boshlab toshadi. Rozeola-ko`p uchraydigan, lekin doimiy belgi emas. Tipik toshmalarda Qorin tifi rozeolasi teri yuzasida biroz ko`tarilib turuvchi, oval shaklli och-pushti toshmani namoyon qiladi.

Rozeola toshmasi joylashadigan sevimli joy qorin, ko`krak qafasi pastki Yonboshi, bel, elka va bilakni ichki Yo`ziluvchi yuzasi bo`lib xizmat qiladi. Qorin tifida toshma ko`p bo`lmaydi (3- 5, 10- 20) lekin ayrim holarda toqi 100 ta gacha etadi. Rozeolalar o`rtacha 2 kundan 5 kungacha saqlanib qoladi, so`ngra qorayib, rangpar bo`lib, Yo`qolib ketadi. Og`ir holatlarda rozeolalarni petexiyalarga o`tishi belgilangan. Bemorlarning aksariyatida qo`l kafti va oyok tovonni sariqligi (Filippovich belgisi) ko`zatiladi.

Nafas olish organlari. Qorin tifi nafas olish organlarida yo`z beradigan o`zgarishlar birinchi kunlaridanoq ko`zatilishi mumkin. Bu o`zgarishlar o`ziga xos xususiyatga ega bo`lib, ovozni xirillab qolishiga olib keluvchi nafas olish Yo`llari shilliq qavatlarining quruqlashib qolishi bilan belgilanadi. Nafas olish a`zolari ichida eng ko`p uchraydigan kasallik bu bronxitdir. Kam hollarda Qorin tifi bilan og`rigan bemorlarda zotiljam uchrashi mumkin. Zotiljam kasalligini Qorin tifi tayok chalari keltirib chiqaradi. Bu hollarda kasallikni klinik namoyon bo`lishida birinchi o`rinda umumiy zaharlanish belgilari bilan bir qatorda o`pka zararlanishi belgilari ham chiqadi. Bu esa “ pnevmotif»atamasini kiritish imqonini beradi. Ba`zi hollarda balg`amdan Qorin tifi tayoqchalarini topish mumkin bo`ladi. Pnevmtotif o`zoq vaqt davom etishi bilan va tifi tugallanishi, juda tez hal bo`lishi bilan xarakterlanadi.

### BRUSELLYOZ

Brustellez–brustellalar chaqiradigan, asosan maishiy-muloqot va alimantar yo`l bilan yuqadigan limfogemopoez, harakat-tayanch, asab va jinsiy a`zolar zararlanishi bilan kechadigan infekstion-allergik kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Brustellez kasalligini qo`zg`atuvchi mikroblar brustellalar guruhini tashkil qiladi. Ilmiy tadqiqotlar natijasiga ko`ra, 1970 yilga kelib brustellalar quyidagi tiplarga ajratildi. Brustella melitenzis–mayda shoxli hayvonlarda uchraydigan brustellalar. Brustella abortus–yirik shoxli hayvonlarda uchraydigan brustellalar. Brustella suis–cho`chqalarda uchraydigan brustellalar. Brustella ovis–qo`chqorlarda epididemit vujudga keltiradigan brustellalar (1970). Brustella neatoma–kallamushlarda uchraydigan brustellalar (1957 yil). Brustella–kanis itlarda uchraydigan brustellalar. Brustellalar mayda, ko`pincha shar (yoki oval) shaklida yoki tayoqchasimon bo`ladi, harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Kulturasi va biokimyoviy xususiyatlari jihatidan olib qaraganda brustellalar odatdagi ozuqa muhitlarida aerob sharoitida o`sa oladi. Buning uchun optimal harorat 37°S, muhit esa rN 6,7-7,2 bo`lishi lozim.

**Epidemiologiyasi.** Brustellyoz kasalligining tarqalishida mayda va yirik shoxli hayvonlar hamda cho`chqalar infekstiya manbai sifatida muhim epidemiologik ahamiyatga ega.

Brustellez yuqishida kasal qo`y va echkilarning go`shtlari, sut va sut mahsulotlari (pishloq, brinza, xom qaymoq, yog` va boshqalar) asosiy infekstiya omili hisoblanadi. Ya`ni go`sht va sut mahsulotlarini odam iste`mol qilishi natijasida brustellalar ovqat hazm qilish tizimi orqali organizmga tushadi, uni alimantar yo`l bilan yuqish deyiladi.

Shuningdek, kasal hayvonlarning chiqindilari bilan ifloslangan sabzavotlarda brustellalar uzoq vaqt yashaydi. Brustellez faqat qishloq aholisi o`rtasida tarqalib qolmay, balki, shahar sharoitida ham uchrab turadi, ya`ni kasal hayvon xom-ashyolari va mahsulotlarini sanoatda qayta ishlashda, sut mahsulotlarni iste`mol qilishda, epidemiologik xavf tug`di-radi. Kasallangan hayvon chiqindilari (siydik, najasi, ifloslangan go`ng, tuproq, jun va boshqalar) quriganda, brustellalar chang bilan havoga ko`tarilib, nafas orqali ham odam organizmiga



tushadi.

Brustellalar organizmga muloqot, alimentar va aspirastion yo'l bilan yuqadi. Brustellyoz hayvonlar va ularning mahsulotlari bilan muloqotda bo'lgan kishilar veterinariya xodimlari, qushxona va sut kombinati xizmatchilari, chorva-dorlar, qassoblar, teri va jun bilan ishlovchilar orasida ko'proq shu kasal bilan og'rish hollari uchrab turadi. Shuning uchun ham kasbga aloqador kasallik deb yuritiladi.

Brustellezning kelib chiqishida faslning ham ahamiyati bor, ya'ni qo'ychilik fermalarida qo'ylari urchitish va qo'zilatish aksariyat ko'klam fasliga to'g'ri keladi. Shu davrda kishilar ko'proq qo'ylar bilan bevosita aloqada bo'lganligi sababli, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmagan holda kasallik yuqadi.

**Patogenezi.** Brustellez patogenezida uch muhim asosiy omil, ya'ni kasallik qo'zg'atuvchi mikroob (brustella), toksik- allergik holat hamda makroorganizmning dinamik reaktiv holati muhim rol o'ynaydi.

Brustellalar limfa tugunlarida birinchi to'siqqa ya'ni bar'erga uchraydi. Bundan mikroorganizmning himoya kuchlari ustun kelib kolsa, brustellalar shu mahalliy limfa tugunlarida ushlanib qolib va shu bilan odam organizmida hech qanday kasallik belgilari vujudga keltirmay, uzoq muddat saqlanib qolishi mumkin. Demak, makro- va mikroorganizmlar o'rtasidagi kurash natijasida ma'lum muvozanat holati vujudga keladi. Shu bilan birga retikuloendotelial tizimda ma'lum miqdorda brustellalarga qarshi spetifik antitelolalar hosil bo'ladi, hujayra va to'qimalarda esa brustellyoz antigeniga nisbatan o'ta sezuvchan holat, ya'ni sensibilizastiya holati vujudga keladi.

Yashirin davridan so'ng brustellalar limfa va qon oqimi bilan organizmga tarqaladi. Brustellalar qonga o'tishi (gematogen yo'l bilan tarqalishi) organizm himoya kuchlarining juda zaifligini ko'rsatadi. Bunda brustellalar qon oqimi bilan butun organizmga tarqalib, barcha qon tomirlar resteptorlariga ta'sir ko'rsatadi. Buni ikkinchi faza yoki birlamchi generalizastiya deyiladi. Shundan so'ng brustellalar butun odam organizmdagi retikuloendoteliyaga boy bo'lgan organlarga (jigar, taloq, ko'mik, limfa tugunlari, tomirlar, tanosil organlar va h.k) o'rnanib oladi.

Ma'lumki, qonda, to'qimalarda, a'zolarida fagositlar va organizmning boshqa himoya omillari ta'sirida brustellalar halok bo'ladi. Ularning parchalanishi natijasida ajralgan endotoksinlar organizmga ta'sir etib, bu ham kasallik holatlarini yuzaga chiqaradi.

Brustellalar qon oqimi bilan tarqalib, o'rnanib olgan a'zolarida mahalliy o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Mahalliy o'zgarishlar asosan asab tizimi, tayanch-harakat, tanosil va boshqa a'zolarida ko'proq uchraydi, bularni metastazlar deb atashadi. Retikuloendoteliyaga boy bo'lgan organlarga o'rnanib olgan brustellalar «septik o'choq» hosil qiladi va yana ko'payishda davom etib, vaqt-vaqti bilan o'zlariga qulay sharoitda qonga ta'sir etib turadi (ikkilamchi generalizastiya).

Brustellalar va toksinlarnig qonga takror o'tishi reaktiv xususiyati o'zgargan bemor organizmida allergik holatni vujudga keltiradi va bu (to'rtinchi faza) surunkali sepsis shakliga o'tishiga sababchi bo'ladi. Bu fazada brustellalar vaqt-vaqti bilan qonga tez-tez o'tib turishi (takroriy generalizastiya) kasallikning surunkali shaklida organizmning allergiyasiga sabab bo'ladi.

Kasallik goh susayib, goh zo'rayib turishi va bu holat bir yoki necha soat takrorlanib borishi mumkin. Kasallikning odatda klinik belgilari yo'qolib, bemorlarning aksari sog'ayib ketishi mumkin. Ba'zan esa bemorlarda kasallik davom etib, organlarda turg'un asoratlarga sabab bo'ladi. Bu brustellyozning beshinchi patogenetik fazasi hisoblanadi.

Ma'lumki, brustellez bilan og'rigan bemorning organizmi ma'lum vaqtdan so'ng kasallikdan (va brustellalardan ham) batamom sog'ayib ketishi har tomonlama isbot etilgan.

Brustellezda bemor organizmi brustellalardan xalos bo'lgandan so'ng postinfekstion immunitet vujudga kela boshlaydi. Ammo bu immunitet aytarli barqaror bo'lmaydi va 6-9 oy ichida yo'qolib ketadi.

**Klinikasi.** Patogenezning murakkabligi, hamda brustellyozning klinik ko'rinish-larining

turli xil bo'lishi, har xil tasniflar yaratilishiga sabab bo'ldi. Brustellyozda infekstion jarayon latent yoki manifest shakllarda bo'lishi mumkin. Infekstion jarayonning har qanday darajasida Brustellyoz surunkali shaklga o'tishi mumkin. Tabiiy holda, kasallikning klinik shakllanishida bemorning premorbid holati, maishiy sharoiti, Brustellyoz infekstiyasi qo'zg'atuvchisining konstentrastiyasi va kirish yo'llari hal qiluvchi ahamiyatga ega.

**Brustellyozning klinik tasnifi**  
(K.J.Jalilov,1986 y.)

<b>№</b>	<b>Brustellyoz shakllari</b>	<b>Shakllar ichida kechishi</b>	<b>Davomiyligi</b>
1.	O'tkir	-	2 oygacha
2.	YArim o'tkir	-	1oydan 6 oygacha
3.	Surunkali	a)birlamchi b)ikkilamchi	3yilgacha
4.	Latent	a)birlamchi b)ikkilamchi	6–12 oy 1–2 yil
5.	Reinfekstiya	Sog'aygandan so'ng qaytadan kasallanish	
6.	Rezidual	1. Tayanch–harakat tizimidagi shikastlanishlar 2.Asab tizimida shikastlanishlar	Brustellyozning 3 yildan keyingi oqibati

Brustellez odamlarga turli xil shakllarda kechadigan kasallik bo'lib, uning yuqqandan so'ng to birinchi belgilari paydo bo'lishgacha davri turg'unlik davri deb ataladi. Bu davr ko'pincha 2–4 hafta cho'ziladi. Ba'zan Brustellalar odam organizmiga yuqqanda limfa tugunlarida bir necha oylar davomida saqlanib turadi, kasallikni vujudga keltirmaydi. Bu birlamchi latent davr hisoblanadi. Bu davr organizmning reaktiv holatiga qarab o'zgarishi mumkin. Brustellez kasalligining klinik belgilari bemorlarda ba'zan ro'y-rost namoyon bo'lsa, ba'zan bilinar-bilinmas yuzaga chiqadi. Isitma Brustellyoz kasalligida ko'p uchraydigan, uzoq davom etadigan asosiy kardinal belgi hisoblanadi. Uni olimlarning kuzatishlariga qaraganda bir necha xil turlari bo'lishi mumkin: to'lqinsimon isitma, noto'g'ri intermittens isitma, doimiy isitma, tartibsiz va h.k.

Brustellezda harorat ko'tarilganda ko'pincha bezgakdagidek xurujlar bo'lib turadi. Xuruj bir sutkada bir necha marta, aksariyat kunning ikkinchi yarmida va tunda qaytariladi.

Bemorning eti uvishishi, qaltarishi, oyoq qo'llari, bo'g'imlari va mushaklari qaqshab og'rishi 1-2 soat davom etadi. Harorat tushishi bilan bemor juda qattiq terlaydi va tun bo'yi 3-4 marta ichki kiyim va choyshablarini almashtirishga majbur bo'ladi.

Brustellezda qattiq terlash umuman kasallikning harorati me'yorida bo'lsa ham kuzatiladi. Shuning uchun Brustellyozda ham bemor o'z terlarida o'zlari «cho'miladilar» deyishadi. Brustellezda darmonsizlik boshqa infekstion kasalliklarga nisbatan kamroq bilinadi. Harorat baland bo'lib, qattiq terlash bilan davom etganda ham, bemorlarda sillasi qurib, ozib ketishlik ko'rilmaydi.

Terida turli xil dermatitlar va pigmentastiyalarni ko'rish mumkin. Bemor ko'p terlagani sababli terisi nam, hatto ho'l bo'ladi. Unda har xil toshmalarni uchratish mumkin: petexiya, rozeola, papula, vezikula, ba'zan gemorragik toshmalar kasallikning o'tkir va ba'zan surunkali shakllarida uchraydi, ammo keyingi vaqtlarda toshmalar kamdan-kam uchraydigan bo'lib qoldi. Burundan, milklardan va boshqa a'zoldan qon ketishi ham mumkin, fibrozit va

stellyulitlar asosan biriktiruvchi to'qimalarning yallig'lanishi natijasida vujudga keladi. Fibrozit va stellyulitlar paydo bo'lishi, ularning kattalashishi yoki kichrayishi kasallik fazalarining o'ziga ham bog'liq. Brustellalar muloqot orqali yuqqan taqdirda infektsiya kirgan joyga qarab, regional limfa tugunchalari masalan, qo'ltiq osti, chov, son tugunlari va hokazolar zararlanadi. Bezlarning kattalashganligini paypaslab aniqlash mumkin. Ular o'zgarganda no'xatdan tovuq tuxumigacha kattalashishi va har xil konsistentiyali bo'lishi mumkin. Ular terisida hech qanday o'zgarishlar bo'lmasada, bosib ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Limfadenitlar kamdan-kam yiringlashi, yaraga aylanishi mumkin. Ko'p hollarda ular so'rilib, tuzalib ketadi.

**Yurak-tomir tizimidagi o'zgarishlar.** Ko'p yillik kuzatishlar natijasida G.P.Rudnev surunkali yoki yarim o'tkir shaklli brustellezda yurak - tomir tizimi zararlanmagan birorta bemor yo'q degan qarorga keldi. Uning fikricha, asosan qon-tomir tizimi, so'ngra yurak zararlanadi. Binobarin, brustellezda yurak-tomir tizimi bir qator funkstional va organik o'zgarishlarga uchraydi, undan tashqari yurak mushaklarida toksik- distrofik o'choqli miokardit belgilari, ko'proq miokardiodistrofiya kuzatiladi.

**Nafas a'zolaridagi o'zgarishlar.** Brustellezda nafas a'zolarining zararlanishi boshqa organlarga nisbatan kam uchraydi, masalan bronxitlar ko'pincha kasallikning harorat bilan o'tadigai davrida uchrashi mumkin. Yuqorida aytganimizdek brustellalar aspirastion yo'l bilan, ya'ni nafas yo'llari orqali yuqishi mumkin. Bunday hollarda kasallik boshlanganda dastlabki belgilar o'pkada paydo bo'ladi, ya'ni birlamchi brustellyoz zotiljami vujudga keladi

**Ovqat hazm qilish tizimidagi o'zgarishlar.** Bemorlarning ishtahasi bo'g'iladi, me'dasida funkstional o'zgarishlar bo'ladi, me'da shirasi kamayadi yoki butunlay ishlanib chiqmaydi, bemorning tili karash bog'laydi, tomog'i, tilchasi qizaradi, qon tomirlari kengayib, birmuncha bo'rtadi. Bemorlarda ro'y beradigan dispeptik holatlar ya'ni enterit, kolit, enterkolit va boshqalar bu holatning kelib chiqish sabablarini aniqlashni talab etadi. Chunki bunday alomatlar brustellyozga doimo xos emas. Brustellyozda ba'zan mezenterial limfa tugunlari shishgani va qorin og'rishi kuzatiladi. Shuningdek jigar stirrozi, asstit ham vujudga kelishi mumkin. Brustellyozda gepatolienal sindrom ko'p uchraydigan muhim belgilardan hisoblanadi. Kasallik og'ir o'tsa, jigarning shikastlanishi shunchalik ko'proq bo'ladi.

**Siydik ajratish a'zolaridagi o'zgarishlar.** Buyrak va siydik ajratish organlari patologiyasi brustellyozda kam o'rganiladi. Mavjud adabiyotlardagi ma'lumotlarga qaraganda, siydik chiqarish tizimida patologik o'zgarishlar kam uchraydi. Buyraklarda patologik o'zgarishlar ro'y bergan taqdirda ham, klinik belgilari aniq ko'rinmaydi. Brustellezda ko'proq albuminuriya, stilindruriya, o'choqli nefrit, diffuz glomerulo-nefrit, pielit, stistit belgilari uchraydi.

**Tanosil a'zolaridagi o'zgarishlar.** Brustellez kasalligida erkak va ayol jinsiy a'zolarining zararlanishi ko'proq uchraydi. Bu mazkur kasallikka xos bo'lib, hatto tashxisot ahamiyatga ham ega bo'ladi. Masalan, erkaklarda uchraydigan orxit, moyakning shishishi va orxoepididimitlar (5-26%), ayollar jinsiy organlarida bo'ladigan turli o'zgarishlar, yallig'lanish jarayoni, hayz stiklining buzilishi va hokazolar shular jumlasidandir. Erkaklardagi orxoepididimitlar ko'pincha bir tomonlama, kamdan-kam ikki tomonlama bo'ladi. Orxit va orxoepididimit asosan 1,5-2 oydan 5-6 oygacha, ba'zan undan ham ko'pga cho'ziladi. Bu ba'zan jinsiy zaiflikka-impotensiyaga olib keladi. Moyaklarda fibroz hosil bo'lishi natijasida ular atrofiyaga uchraydi. Bemor ruhan o'zgarib serzarda, tajang, tez achchiqlanuvchan bo'lib qoladi. Ayollarda mastit, ko'krak bezining yallig'lanishi, tuxumdon, tuxum yo'llarining yallig'lanishi, endometrit - bachadon yallig'lanishi, dismenoreya, naslsizlik, abort va boshqalar ko'proq uchraydi. Dismenoreya, amenoreya ayniqsa ko'p (90%) kuzatiladi.

**Asab tizimidagi o'zgarishlar.** Brustellezda asab tizimining zararlanishi ham asosiy o'rin tutadi, chunki bunda markaziy va periferik asab tizimining turli-tuman uchastkalari va tarmoqlari, endokrin tizimining faoliyati ancha buziladi.

Ma'lumki, brustellezda bosh og'rishi, uyqusizlik, tajanglik, kayfichog'lik yoki ayniqsa sertashvishlik va boshqalar bo'lib turadi. Bundan tashqari, vegetativ asab tizimi faoliyatining buzilish alomatlari ham kuzatiladi. Brustellezda periferik asab tizimi MATga nisbatan ko'proq

shikastlanadi. Bular organizmlarning umumiy kasallik belgilari hisoblanib, quyidagi kasalliklar: nevrалgiyalar, nevritlar, asab chigallari yallig'lanishi (pleksitlar), radikulitlar (ko'proq bel radikuliti), radikulonevritlar, ishias va ishialgik polinevrit va boshqalar ko'rinishida yuzaga chiqadi.

MATning kasalliklari meningit, enstefalit, mielit, meningo-enstefalomielitlar kamroq uchraydi. Orqa miyaning zararlanishi uzoq vaqt davom etib, og'ir kechadi va natijada ko'pincha nogironlikka yoki o'limga olib kelishi mumkin. Leptomeningitlar, araxnoiditlar kam uchrasada, og'ir o'tadi. Brustellez bilan og'rigan bemorlarning ruhiy holatida ham o'zgarishlar bo'lishi, ya'ni belgilarning yuzaga chiqishi, xayol surish, depressiya, umidsizlik va boshqa ruhiy o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

**Tayanch-harakat tizimidagi o'zgarishlar.** Brustellezda fibrozitlar va stellyulitlar bemor organizmining turli joylarda har xil kattaliklardagi tugunchalar shaklida uchraydi. Stellyulit va fibrozitlar teri osti kletchatkasida vujudga kelsa, bemorlarni unchalik bezovta qilmaydi. Ammo ular bo'g'imlar atrofida yoki asab tolalari oxiri yaqinida joylashgan bo'lsa, qattiq og'riq bo'lishi mumkin. Shuningdek miozitetlar ham qattiq og'riq bilan davom etadi. Brustellyozda paylar ham zararlanib, ayniqsa pay qinlarining yallig'lanishi (tendovaginitlar) ham qattiq og'riq beradi. Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinish turibdiki, Brustellyozda tayanch-harakat apparati, ya'ni qattiq va yumshoq to'qimalarning hammasida o'zgarishlar bo'lishi va bu o'zgarishlar turli kombinastiyalarda butun kasallik davomida asosiy belgi sifatida yuzaga chikar ekan. Bo'g'imlarning zararlanishi Brustellyozga ayniqsa xarakteridir.

Brustellezda bo'g'imlar zararlanishi quyidagi 3 holatda bo'ladi:

1) sinovitlar-bo'g'imning faqat sinovial pardasi zararlanadi; 2) peri- va paraartritlar-yallig'lanish sinovial pardadan bo'g'im atrofidagi to'qimalarga o'tadi; 3) artrit va osteoartritlar-bo'g'imning hamma to'qimasi, qisman suyak to'qimasi ham yallig'lanadi. 4) sakroileit-dumg'aza yonbosh bo'g'imi yallig'lanishi; 5) bursit-bo'g'im xaltasi yallig'lanishi; 6) spondilit va spondiloartrit - umurtqa ustunining yallig'lanishi.

**Sezgi a'zolaridagi o'zgarishlar.** Brustellezda bemorning sezgi a'zolarida ham xususiy o'zgarishlar ko'rinadi. Jumladan, bemorning ko'rish organlarida irit, iridostiklit, keratit, nevrit va ko'zning tomir, to'r pardasining zararlanishi uchraydi. Bemorning eshitish a'zolarida yallig'lanish jarayoni, ya'ni otit, mastoiditlar, eshitish nervining zararlanishi, vestibulyar apparatdagi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorda har xil tonlarni eshitish qobiliyati buziladi.

**Endokrin tizimidagi o'zgarishlar.** Endokrin (ichki sekrestiya) bezlarida Brustellezning, ayniqsa surunkali shakllarida qalqonsimon bez, qalqonsimon oldi bezi, me'da osti bezi va buyrak usti bezlarida stroma sklerozi va parenximasining atrofiyalari uchraydi. Mutaxassislar fikriga ko'ra, bu bezlardagi patalogoanatomik o'zgarishlarga qaramay klinik belgilar kamdan-kam uchraydi.

**Periferik qon ko'rsatkichlardagi o'zgarishlar.** Brustellez qonda gemoglobin foizining pasayishi, eritrostitopeniya, rang ko'rsatkichi 1 dan past bo'lib, EChTning oshishi, ya'ni 11-60 mm/soat bo'lishi bilan tavsiflanadi. Oq qon tanachalarida- leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfostitoz, aneozinofiliya va trombositopeniya holatlari ro'y beradi.

**Brustellyozning latent shakli** kasallikning klinik belgilari bo'lmasligi va serologik reakstiyalar ijobiy natijalari mavjudligi bilan tavsiflanadi.

**Brustellyozning birlamchi latent shakli** oldin Brustellyoz bilan kasallanmagan shaxslarda aniqlanadi. Serologik reakstiyalarning ijobiy natijalari Brustellalar yuqqanligidan dalolat beradi (tasodifan yoki ob'ektiv qonuniyatlar asosida).

**Brustellyozning ikkilamchi latent shakli** Brustellyoz infekstiyasi bilan kasallangan shaxslarda kuzatiladi. Ularda kasallikning klinik belgilari bo'lmaydi, serologik reakstiyalarning ijobiy natijalari kasallikni tasdiqlaydi. Brustellyozning latent shakli organizmning sanastiyasi yoki infekstion jarayon faollashishi bilan namoyonlashishi mumkin. Latent shakl faollashganda kasallikning klinik belgilari paydo bo'ladi.

**Brustellyozning rezidual shakli** (kasallikdan so'ngi qoldiq xolatlar). Bu davrda odam organizmida kasallikni ko'zg'atuvchisi bo'lmaydi, qoldiq holatlar saqlanadi. Asosan

funkstional xarakterga ega bo'lgan shikoyatlar: ko'p terlash, asab-ruhiy holatining o'zgarishi, atralgiyalar, ayrim hollarda subfebrilitet kuzatiladi. Shu bilan birgalikda brustellyozning eng og'ir qoldiq holatlardan biri bu tiklanmaydigan fibroz-chandiqli o'zgarishlar bo'lib, asab tolalarini, chigallarining va ildizchalarining patologik jarayonga jalb etilishi tufayli turli xil nevrologik simptomlarning namoyon bo'lishiga olib keladi.

Tayanch-harakat tizimida organik o'zgarishlar (bo'g'implarni deformastiyasi, ankilozlar, mushak atrofiyasi, spondilyoz ) ba'zan brustellyoz kasalligini o'tkazish natijasida rivojlanib, ayrim holatlarda jarrohiy davolashni va nogironlik guruhini aniqlashni talab qiladi.

**Brustellyozda reinfekstiya** (sog'aygandan so'ng qaytadan kasallanish) sog'aygandan keyin har xil muddatlar o'tgandan so'ng kelib chiqishi mumkin. Reinfekstiyadan darak beradigan holatlar: remissiya davri bir yildan kam bo'lmaganda (restidivlar kuzatilmaganda), brustellyoz kasalligi bilan qayta kasallanishni ko'rsatadigan muvofiq epidemiologik ma'lumotlar, klinik belgilarning xosligi va laboratoriya ko'rsatkichlariga ko'ra tashxislanadi.

**Tashxisoti. Brustellezning klinikasi ko'p qirrali (polimorfizm) bo'lib, turg'un belgilarga ega bo'lmasligi va polistiklik davom etishi kasallikni o'z vaqtida aniqlash davolash uchun katta amaliy ahamiyatga egadir.**

**Brustellezning tashxisot tayanch belgilari:** *-Anamnezda uy hayvonlari bilan muloqot bo'lganligi, pishirilmagan sut va go'sht mahsulotlarining iste'moli; -Isitmaning toksik va allergik tavsifli bo'lishi, ko'pincha qaltirash bilan kuzatilishi; -Teri namligi, siylaganda sovuqligi, terlashning turli darajasi: tez-tez bir necha bor kiyim almashtirishi; -Mahalliy limfa tugunlari: bo'yin qo'ltiq osti, chov sohasi limfa tugunlarining kattalashuvi og'riqsiz, xarakatchan bo'lishi;*

*-Bo'g'implarda uchuvchan og'riq (artralgiya), nerv tolalari yo'nalishi bo'yicha og'riq (nevralgiya) kuzatilishi; -Jigar va taloq hajmining kengayishi;*

*-Periferik qonda leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfostitoz, aneozinofiliya.*

Laboratoriya tashxisot usullari asosan 4 guruhga bo'linadi: 1.Bakterologik tashxisot usullari. 2.Serologik tashxisot usullari. 3.Allergik tashxisot usullari. 4.Biologik tashxisot usullari.

Bakterologik tashxisot usul bemor organizmidan kasallik ko'zg'atuvchi mikroblarni, ya'ni brustellalarni ajratib olish nuqtai nazaridan brustellez tashxisotida birinchi o'rinda turadi. Lekin bemor organizmida brustellalar bo'lishiga qaramay, har doim ulardan bakteriologik ijobiy natija olish mumkin bo'lmaydi, chunki brustellalar asosan retikulo-endote-lial tizimda bo'ladi va qonga vaqt-vaqti bilangina o'tib turadi va shu davrlardagina bakteriologik usullar musbat natija beradi. Bundan tashqari, qonda brustellalarning bo'lmasligi, kasallik davrida o'tkazilgan davolashlarga ham bog'liq bo'ladi.

Serologik tashxisot usullari ham bemor organizmida paydo bo'ladigan maxsus antitelalarga asoslangan. Serologik tashxisot usullari amaliy vrachlar doirasida bakteriologik usullarga nisbatan keng tarqalgan bo'lib, har bir kasalxonaning laboratoriya sharoitida qo'llanilishi mumkin. Bu usullarga asosan Rayt va Xedelson serologik reaksiyasi kiradi. Rayt reaksiyasi quyidagicha baholanadi: agglyutinasiya titri 1:50 bo'lsa, natija gumon hisoblanadi, agglyutinasiya titri 1:100 bo'lsa - kuchsiz musbat, 1:200 - 1:400 bo'lsa – musbat reaksiya, 1:800 - 1:1600 va undan yuqori bo'lsa reaksiya o'ta musbat deb hisoblanadi.

Passiv gemaglyutinasiya reaksiyasi brustellyozga xos va sezuvchan reaksiya bo'lib, brustellez kasalligining o'tkir, yarim o'tkir shakllarida tashxisiy ahamiyatga ega. Bu reaksiya brustellezning ayniqsa surunkali shakllarida Rayt reaksiyasi manfiy natija berganda, diagnostik titrlarda musbat natija beradi, ya'ni reaksiya titri 1:100 va undan yuqori nisbatda bo'lsa, reaksiya musbat hisoblanadi.

Hozirda serologik tashxislashda zamonaviy ZPR, IFA va immunnobloting reaksiyalari qo'llanilmoqda. Byurne reaksiyasi brustellyoz bilan kasallangan bemor organizmining teri orasiga yuboriladigan brustellinga bo'ladigan mahalliy allergik reaksiyasiga asoslanadi. Uning metodikasi quyida keltirilgan.

Suyak va bo'g'implarda patologik o'zgarishlarni topish uchun rentgenografiya, suyaklar

ssintigrafiyasi, KT va MRT dan foydalaniladi. Suyaklar sstintigrafiyasi rentgenografiyaga nisbatan sezgir, jumladan u umurtqa va boshqa suyaklarni shikastlanishini erta topish imkonini beradi. KT umurtqaning shikastlanish darajasini aniqlash va infekstiyani umurtqa kanaliga o'tishini topish uchun qo'llaniladi.

**Davosi.** Antibiotiklar brustellalarga bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi, ya'ni brustellalarning rivojlanishi va ko'payishini to'xtatib qo'yadi. Brustellyoz kasalligi bo'yicha 2006 yil Grestiyani Yannin shaharida bo'lib o'tgan xalqaro konsensus natijalaridan kelib chiqqan holda, kasallikni etiotrop davolashning eng ma'qul yo'li, antibiotiklarni uzluksiz 6 hafta davomida qo'llash hisoblanadi. Bizning sharoitimizga moslashtirilgan variantlar quyidagilar:

1. Doksistiklin+streptomistin (100mg doksistiklin ichishga bir kunda ikki marta 6 hafta mobaynida va 0,5 streptomistin m/o ikki marta 3 hafta); 4 haftadan boshlab streptomistin rifampistin bilan almashtiriladi, rifampistin 300 mg dan sutkasiga ikki marta uch hafta mobaynida.

2. Levomistetin + streptomistin (500mg dan levomistetin ichishga bir kunda 4 marta 6 hafta mobaynida va streptomistin 0,5 dan bir kunda ikki marta m/o 3 hafta), 4 haftadan boshlab streptomistin doksistiklin bilan almashtiriladi, doksistiklin 100 mg dan sutkasiga ikki marta 3 hafta mobaynida.

3. Doksistiklin+ rifampistin [100mg dan doksistiklin ichishga bir kunda ikki marta 6 hafta mobaynida va rifampistin 600-900 mg dan bir kunda (sutkalik doza ikkiga bo'linadi)-6 hafta].

4. Doksistiklin+ Biseptol (100mg dan doksistiklin ichishga bir kunda ikki marta 6 hafta mobaynida va biseptol 960 mg dan bir kunda ikki marta-6 hafta).

**Kasallikning og'ir shakllarida quyidagilardan biri tavsiya etiladi.**

-100mg dan doksistiklin bir kunda ikki marta, 6 hafta davomida peroral + 0,5 dan streptomistin bir kunda ikki marta m/o ga 2 hafta mobaynida + 300 mg dan rifampistin sutkasiga ikki marta 6 hafta mobaynida.

-600-900 mg dan rifampistin bir kunga+ 100mg dan doksistiklin bir kunda ikki marta ichishga 6 hafta mobaynida + 480 mg dan biseptol sutkasiga ikki marta 2 hafta mobaynida.

-960 mgdan biseptol bir kunda ikki marta+ bir kunga 600-900mg dan rifampistin 6 hafta mobaynida +0,5 dan streptomistin bir kunda ikki marta m/o 2 hafta.

Vakstina bilan davolash. Vakstinastiya brustellyozni spetefik davolashga kiradi. U ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida tavsiya etilar edi. Vakstinoterapiya o'zini oqlamagan usul sifatida taqiqlandi.

Brustellez bilan og'rikan bemor organizmining quvvatini oshirish uchun unga qon preparatlari quyiladi. 40%li glyukozadan 20 ml dan venaga yuboriladi, bundan tashqari qon o'rnini bosadigan aminopeptid, poliglyukin, aminasol, infezol quyiladi. Bular ayniqsa, kasallikning surunkali shakllarida yaxshi natija beradi. Brustellezda vitaminoterapiyaning ham ahamiyati katta, chunki bu kasallikda vitamin S va V guruhiga kiruvchi V<sub>1</sub>, V<sub>6</sub>, V<sub>12</sub> kabilar almashinuvini izdan chiqadi. Brustellezning hamma shakllarida va asoratlarda bemorlar ko'p bezovta bo'ladi, shuning uchun og'riq qoldiradigan preparatlar (analgin, butadion, deksalgin, diklofenak, miloksikam) preparatlar buyuriladi. Ayniqsa, bular ichida 0,25-0,5%li novokain eritmasi og'riqni yaxshi qoldiradi. Uni bemorning og'riqli nuqtalariga, asab chigallari va tarmoqlari atrofiga yoki venaga (har kuni yoki kun oralab 2 ml dan boshlab 10 ml gacha) yuboriladi. Buyrak oldi kletchatkasida 40-60 ml dan 2-3 marta yuborish samarali natija beradi.

Atralgialar, mialgiyalar, artritlar, periartritlar, nevralgialar va miozitlarda analgetiklar va yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlardan (diklofenak, dikloberl, klodifen, arnil, bioran, remateks, loksidol, melorem, melbek va boshqalar) foydalaniladi. Preparatlar 5-10 kun, zaruriyat bo'lganda ko'proq kun buyuriladi.

Artroz, spondiloartroz, osteoxondroz va ankilozda indometastin (0,025 g dan bir kunda 3 marta 4 hafta davomida), voltaren (bir kunda 0,15 dan 4 hafta) va boshqalardan foydalaniladi.

Fizioterapiya. Brustellezning surunkali shakllarida, asoratlar berganda keng qo'llaniladi. Bunga elektr bilan davolash, elektroperessiya, issiqlik bilan davolash, diatermiya, UVCh,

ionogalvanoterapiya, parafin bilan davolash, ionofarez, ultratovush, balchiq bilan davolash, massaj, davolash fizkulturalari bilan davolash mumkin. Ammo ularni mutaxassis vrach buyuradi.

**Profilaktikasi.** Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar O'zbekiston Respublikasi SSVning "Respublikada aholi o'rtasida o'ta xavfli zooantroponoz yuqumli kasalliklarga qarshi olib boriladigan chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida"gi № 23.01. 2015 yildagi 37-sonli buyrug'i asosida amalga oshiriladi.

Brustellez odamga hayvonlardan (asosan chorva mollaridan) yuqishi mumkinligini yuqorida aytib o'tdik. Shunday ekan profilaktikani avvalo chorva mollari orasida amalga oshirish samarali natija beradi. Shu maqsadda barcha chorva mollarini muntazam ravishda brustellyozga tekshirib borish va brustellezga gumon qilingan va kasallangan mollarni ajratib tegishli choralar ko'rish zarur.

## MASHG'ULOT 4 MAVZU: Vabo, salmonellyozda hamshiralik ishi.

### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vabo. Kasallik manbai. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Klinikasi.</li> <li>2. Vabo. Laborator diagnostikasi. Hamshiralik parvarishi. Bemorlarni parvarishlash qoidalari. Profilaktik chora-tadbirlar.</li> <li>3. Klinikasi. Laborator diagnostikasi. Parhez va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorlarni parvarishlash. Profilaktikasi.</li> <li>4. Vabo. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Bakteriya tashuvchilik. Klinik xususiyatlari. Degidratatsii darajalari. 30-formani to'ldirish. Laborator diagnostikasi. Hamshiralik parvarishi. Profilaktikasi.</li> </ol>
<p><b>Mavzuning maqsadi: O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b> <i>Tarbiyaviy: odob, axlok va deontologiya, Rivojlantiruvchi</i> Vabo kasalligini amaliyot va nazariyada o'rganishda unga klinik tashxis qo'yishda vrachlarni tayyorlash, vabo kasalligida uchraydigan degidratatsiyani baholay bilish, regidratatsiya usullari, asoratlarda tezkor yordam berish. O'ta xavfli kasalliklarga gumon qilinganda, tasdiqlanganda vrach taktikasi va bu kasalliklarni oldini olish choralari o'rgatish tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, shifokorlik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish.</p>	
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob. test

## 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og'zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	20 minut
3.	Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish.	20 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	20 minut
6.	30-formani to'ldirish.	30 minut
7.	Bemorlarni tahlil qilish	20 minut
	Jami	160 minut

#### Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)

1. vabo. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.
2. vaboning klinik belgilari.
3. vaboning diagnostikasi.
4. vabo. Laboratoriyaviy tahlil uchun material olish.
5. vaboni davolash usullari.
6. vabo bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish.
7. Kasallik tarixini yozish.
8. Forma 30 ni to'ldirish qoidalari.
9. Regidratatsiya asoslari. Regidratatsiya vositalarini qo'llash usullari.

#### “ROTATSIYA” METODINI O'TKAZISH STSENARIYSI.

Guruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar to'zilatadi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. O'n minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak bo'ladi. So'ngra javobgar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.

Topshiriq I komanda uchun:

Shigellyozlar va Amyobiazning klinik xususiyatlarini ayting?

Topshiriq II komanda uchun:

Dezenteriya va Amyobiazning diagnostikasi to'g'risida ma'lumot bering?

I komanda	II komanda
1.	1.



### “UCH BOSQICHLI INTERVYU”

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to'g'ri psixologik Yondashishni o'rgatish.

*Asosiy tamoyillari:*

Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo'linadi va talabalarga rol bo'lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis Yashirin etkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtiroqchilarining faoliyatini quyidagi 3 bo'lim bo'yicha baholaydi:

1. Nima to'g'ri qilindi.
2. Nima noto'g'ri qilindi.
3. Qanday bajarilishi kerak edi.

*Afzalliklari:*

Dars mavzusi bo'yicha tematik bemorlar Yo'q holatlarda ushbu usulni keng qo'llash mumkin.

Usul rolli o'yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtiroqchi-ekspert bilan to'ldirilgan va bir vaqtning o'zida 2-3 klinik variantlar muhoqama qilinadi. Bu mashg'ulot mazmunini boyitadi, o'quv jarayonini jonlantiradi va talabaniing bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon yaratadi.

*Kamchiliklari:*

Misol: pedagog har bir kichik guruhda bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab olinadi. O'qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o'ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta'minlab turadi.

Bemor 14 yoshli yigit, maktab o'quvchisi bolalik chog'larida O'RVI, qizamiqni boshidan o'tkazgan. Emlashlarni o'z vaqtida olgan. Yigit ta'til paytida ariq suviga cho'milgan, ariq suvidan ichgan. Pishiqchilik davri bo'lganligi sababli meva, qovun, tarvo'z iste'mol qilgan.

shikoyatlari: umumiy holsizlik, ishtaha Yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorin kuldirashi, ichi shir-shir ketishi. Ko'rik vaqtida holati: ahvoli o'rtacha og'irlikda, holsiz. Tana harorati 36,2°C daraja, terisi quruq, elastikligi pasaygan. yurak tonlari bo'g'iq, puls bir daqiqada 96 zarba, qon bosimi 90/60 mm sim ust. nafas olishi burundan, o'pkasida vyozikulyar nafas, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin ichga tortilgan. Paypaslanganda og'riqsiz, ichaklar kuldirashi eshitiladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Ichi su yuq, oqish rangda, siydigi kamaygan. Periferik qonda Hb-140g/l, leykotsit-8000.

“Vrach»bemor so'zidan yiqqan epidemiologik omillarga e'tibor berishi, klinik belgilariga Yondashgan holda bemorni Yuqumli kasalliklar kasalxonasiga Yo'llashi lozim.

“Ekspert” vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e'tibor berishi lozim:

- bemorga to'g'ri psixologik Yondashdimi.
- epidemiologik anamnez to'g'ri yig'ildimi.
- bemorni ko'rikdan o'tkazganda Yallig'lanish belgilari (tana harorati, qorinda og'riq bo'lmasligi) ga e'tibor berib, vaboga shubha kildimi.
- keyingi tekshiruvlar uchun bemorni shifoxonaga Yo'lladimi.
- Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma yubordimi?
- muloqotda bo'lgan shaxslar ustida nazorat o'tkazishga Yo'llanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

- o'z holatini qanchalik darajada ta'rifladi.
- epidemik omillarni to'g'ri ayta oldimi.
- kasallik alomatlarini to'g'ri ta'riflab berdimi.

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi e'tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtiroqchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to'xtalib, mashg'ulotga Yakun Yasaydi.

### 15. 10 Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar

## ma`zmoni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

### TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1	Vabo epidemik jarayonning rivojlanishi qanday kechadi?	
2	Infeksiyaning asosiy manbalari?	

### V A B O

Vabo antroponoz turkumga kiruvchi o`tkir yuqumli ichak kasalligi bo`lib, qo`zg`atuvchisi vibriondir. Bu kasallik qo`zg`atuvchisi zaharining va ishlab chiqargan fermentlarining, hamda ayrim biologik aktiv moddalarning ingichka ichak epiteliyal hujayrasining membranasiga va ferment sistemasiga ta`sir qilishi natijasida ich ketish, qusish va kapillyarlarda qon aylanishini bo`zilishi natijasida, bemor tanasining suvsizlanishi bilan tavsiflanadi.

“Xolera” grekchada “tarnov” degan so`z bo`lib, vabo kasaligidagi ich ketish Yomg`irdan so`ng tarnovdan oqib tushgan suvdek oson va og`riqsiz bo`ladi degan ma`noni anglatadi. yoki»xolera»so`zi ikkita lotincha /shole/ /cafro/, /reo/ /oqaman/ so`zining qo`shilishidan kelib chiqqan bo`lib, qadimda hakimlar vaboda juda ko`p miqdorda safro oqib chiqadi deb o`ylaganlar.

**Etiologiyasi.** Vabo qo`zg`atuvchisi vibrion deb ataladi. Vibrion lotincha vibrio degan so`zdan olingan bo`lib to`lqinlanuvchi, bukiluvchi degan ma`noni bildiradi. Shakli vergulga o`xshaganligi uchun»Kox verguli»degan nom olgan, chunki bu vibrion 1883-84 yillarda Egipetdagi epidemiya vaqtida nemis olimi Robert Kox tomonidan aniqlangan. Ikkinchi vibrion El-Tor deb ataladi. Bu vibrionni 1906 yilda Gotshlix Afrikadagi El-Tor deb atalgan karantin bekatida Makkadan haj safaridan qaytib kelayotgan va ich ketishidan qazo qilgan marhumning najasidan ajratib olingan.

Vabo vibrionlari mikroskop ostida, biroz bukilgan, vergulga yoki tayok chaga o`xshash bo`lib ko`rinadi. Tashqi muhitda va ozuq moddalarga ekilganda vibrionlar har xil, sharsimon, spiralsimon, biroz o`zunchiq, drojjasimon va filtrlanuvchi bo`lib ko`rinadi. Spora va kapsula hosil kilmaydi. Bitta, lekin baquvvat xivchini uning harakatchanligini ta`minlaydi. Vabo qo`zg`atuvchisining bu harakatchanligini vibrionlarni bir-biridan farqlashda albatta e`tiborga olinadi. Vabo vibrioni hamma oddiy anilin bo`yok lari bilan bo`yaladi, grammanfiy, oddiy ozuqa muhitlarda o`sadi. Vabo vibrioni endo- va ekzotoksindan iborat birikma ajratadi. Vabo vibrionlarining somatik, haroratga chidamli 0-antigeni va hamma vibrionlarga xos bo`lgan, haroratga bo`lgan munosabati o`zgaruvchan N-antigeni bor. O-antigenini to`zilishiga qarab vabo vibrionini 39 serogruppasi farqlanadi.

Vabo vibrioni 01 gruppaga kiradi va 3-ta serotipga ajratiladi: a/ Ogava, o`zida 0-antigeni va AV fraksiyani saqlaydi; b/ Inoba, o`zida AC-fraksiyani saqlaydi; v/ Gikoshima, o`zida AV va C fraksiyani saqlaydi.

**Epidemiologiyasi.** Vabo kasallik qo`zg`atuvchisi manbai-bemor odam, rekonvalescent hamda sog`lom vibrion tashuvchilar xisoblanadi. Vibrion sovuqqonli suv hayvonlar organizmida o`zoq vaqt saqlanishi mumkin /baliq, qurbaqa, qisqichbaqa va h. k/. Vibrionlar kasal va sog`lom tashuvchilar organizmida najas va qusuqlar orqali ajralib turadi. Kasallikni engil va klinik belgisiz kechirayotgan bemorlar epidemik xavf soladilar. Rekonvalescentlar kasallikni o`tkazgandan so`ng 3 haftadan to 7 yilgacha vibrion ajratib turishlari mumkin /El-Tor/, bunda asosan vibrion o`t pufagida saqlanadi.

Boshqa ichak kasalliklariga o`xshash vabo ham og`iz orqali vabo ko`zg`atuvchisi bilan ifloslangan suvni /oqava, ko`l, hovo`z, ariq va vodoprovod ichimlik suvlari/qaynatmay iste`mol qilganda, ovqat, asosan sut mahsulotlari iste`moli bilan yuqadi. Vabo bilan og`rigan

bemorlarni parvarishlaganda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilinmasa hamda iflos qo'l va pashshalar orqali yuqishi mumkin.

**Patogenezi.** Sog'lom odam vibrioni bilan ifloslangan suv yoki oziq -ovqatlar iste'mol qilganda, bemor yoki sog'lom rekonvalescent vibrion tashuvchi bilan muloqotda bo'lganda zararlanishi mumkin. Oshqozon shirasining kislotali muhitda vibrion ko'plab o'ladi va endotoksin chiqaradi, lekin alohida sharoit bo'lsa ingichka ichakka o'tishi mumkin. Bunday sharoit inson oshqozoni shira ishlamay turgan payt, masalan, nahorgi payt hisoblanadi, yoki haddan tashqari ko'p ovqat yoki suv iste'mol qilganda hamda oshqozonning kislotali muhiti neytrallanganda yuzaga keladi. To'siqdan o'tgan qo'zg'atuvchilar ishqoriy muhitli ingichka ichakka o'tishadi. Ingichka ichakdagi oqsil-pepton vibrionlar uchun Yaxshi ozuqa hisoblanadi.

Endi qulay sharoitda vibrionlar intensiv ravishda ko'paya boshlaydi va ekzotoksin ishlab chiqaradi ma'lum bir qismi o'lishi natijasida endotoksin ajralib chiqadi. Vabo vibrionining zahari /ayniqsa xolerogen fraksiyasi/ ingichka ichak epitelial hujayrasining enzym sistemasiga ta'sir qilib adenilattsiklaza fermentini faolligini oshiradi. Musabaev I. K. /1980/ fikriga qaraganda ayrim biologik aktiv moddalar: gistamin, atsetilxolin va prostoglandinlar ham adenilattsiklaza faolligini oshirish xususiyatiga ega ekan.

Vabo vibrionining zahari epitelial hujayraga ta'siri shundan iborat ekanki, bunda xolerogen mikroorsinkalarning spetsifik retseptorlari va apikal plazmolemmalar bilan mustahkam birlashib olgan adenilattsiklazani aktivligini orqaga qaytmaydigan darajada oshirar ekan. Bu reaksiya natijasida 3-5 s-AMFni epitelotsitlardagi miqdori oshib ketadi, metabolizmni faollashtiradi va sekin-astalik bilan epitelotsitlardan suv va elektrolitlarning sekretiya qilinishini tezlashtiradi hamda ultrastrukturasi o'zgartiradi. Buning oqibatida ingichka ichakning epitelial hujayralari so'rish vazifasini umuman to'xtatib sekretiya qiluvchi vazifasini bajaradi. Xolerogen ta'sirida epitelotsitlarning membranasidagi ionlar almashinuvi buziladi. Ichak bo'shlig'iga ajralib chiqayotgan har xil ionlar osmos va diffo'ziya qonuniga binoan passiv holda kapillyarlardan su yuqlikning ajralib, ichak bo'shlig'iga chiqishini ta'minlaydi.

Boshlanishda to'qimalardagi su yuqlik ichak tomon harakatlana boshlaydi, keyinchalik hujayra ichidagi su yuqlik ham ichak tomon harakatlanadi. To'qimalarning suvsizlanishi tomirlarda aylanayotgan qon va plazma hajmining kamayishiga olib keladi va qon qu yuqlasha boshlaydi. Qonning ko'krak qafasiga, yurak bo'shliklariga va yirik tomirlarga qayta taqsimlanishi tufayli, markaziy qon hajmining ko'payishi hisobiga vaqtinchalik bosh miya qon bilan ta'minlanib turadi. Lekin yurakni o'ng kamerasiga og'irlik tushadi.

Ichak kapillyarlari orqali su yuqlik va minerallarni Yo'qotilishi davom etayotganligi va qonning qu yuqlashishi tufayli vena qon tomirlaridan qaytayotgan qonning hajmi kamayadi. Natijada markaziy venoz bosim pasayib yurak faoliyati bo'zila boshlaydi. yurakning bir daqiqalik hajmi kamayadi, yurak qisqarganda tomirga kam qon chiqib arterial qon bosim pasaya boshlaydi. Buning uchun yurak urishlar kompensator tezlashadi va qisqa vaqtga arterial qon bosimi bir oz ko'tariladi. Ichakni epitelial hujayrasidan izotonik su yuqligini Yo'qotish davom etayotganligini tufayli, qon bosimi Yana pasaya boshlaydi. Natijada ikkinchi kompensator mexanizm ishga tushadi va kapillyarlar qisqaradi.

shunday kompensator mexanizm Yordamida qarshilikning oshishi, mikrotsirkulyatsiyaning kamayishi, to'qima va organlarning qon bilan ta'minlanishi Yomonlanishi hisobiga arterial qon bosim Yana bir oz ko'tariladi, lekin bu bilan vena qon tomirlaridan qon qaytib kelishi Yaxshilanadi. To'qima va organlarning perfo'ziyasi buziladi, hujayralarning kislorod va oziq moddalar bilan ta'minlanishi, karbonat angidridning olib ketilishi qiyinlashadi, qonning qu yuqlashishi va Yopishqoqligi oshishi hisobiga qon tomirlarga nisbatan qarshilik oshadi. Kapillyarlarda ro'yobga kelgan noadekvat perfo'ziya holatidan biroz bo'lsada qutilish uchun arteriolalar va venulalalar o'rtasida kompensator shunt ochiladi va bu Yo'l orqali 50%gacha arterial qon venoz qon tomirlariga o'tadi. Shunday holatga tushgan o'pkani karaxtlik holatidagi o'pka deb ataladi.

Yuqorida qayd qilingan hamma sabablar natijasida koronar qon tomirlaridan qon aylanish

buziladi. Agar buning ustiga bemor vabo bilan og'riganga qadar koronar qon tomirlari xastaligiga duchor bo'lgan bo'lsa, ikkilamchi infarkt rivojlanadi. Shu jumladan boshqa organlar ham perfo'ziyadan jabr ko'radilar. Gipovolemik karaxtlik hamda metabolik atsidoz oqibatida vabo kasalligida ayrim hollarda uning boshlang'ich davridayok o'tkir buyrak etishmovchiligi rivojlanadi va ko'pchilik hollarda vaboning o'lim bilan Yakunlanishiga sababchi bo'ladi. Vabo patogenezida bemor organizmining suvsizlanishi bilan birga elektrolitlarning Yo'qotilishi ham katta rol o'ynaydi, ayniqsa kaliy miqdorining kamayishi mioqardning funksional holatini bo'zilishiga, buyrak kanallarining jarohatlanishiga va ichakning falajlanishiga olib keladi.

**Klinikasi.** Yashirin davri bir necha soatdan 1-6 kungacha, ko'pincha 1-2 kun bo'ladi. 82-84% hollarda o'tkir boshlanadi, qolgan 16-18% hollarda sekin astalik bilan boshlanadi. Prodrom davri 1-1,5 kun davom etadi. Bu davrda bemorlarni quvvatsizlik, darmonsizlik, bosh og'rig'i, bosh aylanish, engil et u yushishi, tana haroratini biroz ko'tarilishi bezovta qiladi. Ayrim hollarda prodromal davrida vegetativ o'zgarishlar ro'y beradi, terlash, yurakning tez-tez urishi, oyok va qo'llarning mo'zlashi, qisqa daqiqali hushidan ketish alomatlari bo'ladi.

Musaboev I.K. (1980) vabo kasalligining klinik ko'rinishini o'rganib, qo'yidagi klinik shakllarni tafovut qiladi.

Tipik shakllari: gastroenteritik, algid.

Atipik: gastritik, quruq vabo, Yashinsimon kechishi, tifsimon kechishi.

Kasallik tipik ko'rinishda kechayotgan 84-88% hollarda engil, 14-15% hollarda o'rtacha, 1% hollarda og'ir o'tadi.

Suvsizlikning 4 xil darajasi farqlanadi:

1-darajali suvsizlanishda bemor tana og'irligining 1-3%gacha teng bo'lgan izotonik suyuqlik Yo'qotadi. Bemor tanasida sezilarli fizikaviy o'zgarishlar bo'lmaydi. Prodrom davri 2 kun davom etadi. Vaboni birinchi klassik belgisi ich ketishidir.

Boshlanishda najasni rangi o'zgaragan bo'ladi, faqat hazm bo'lmagan ovqat aralash kelishi mumkin. Keyinchalik qaynatilgan gurunch suvidek suyuq, hidi xom baliq yoki xom kartoshkani archilgandagi hidiga o'xshash bo'ladi (3-rasm). Ich 3-10 martagacha ketadi. Ayrim hollarda bir kun davomida 3 martagacha qusish mumkin. Ishtahasi pasayadi, og'izni shilliq qavati qurib, bemor chanqaydi. Tana harorati me'yorida bo'ladi. Qon bosimi o'zgar olmaydi tomir urishi biroz tezlashgan bo'lishi mumkin. Mushaklarida madorsizlik sezadi. Tili biroz quruqlashadi, qorin ichiga tortiladi, paypaslaganda og'riq sezmaydi, suyuqlikning shildirashi seziladi.

O'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yib adekvat muolaja olib borilmasa, kasallik rivojlanib bemorning axvoli og'irlashadi va P-darajali suvsizlanish davom etadi. Ko'ngil aynimasdan turib, og'iz to'la ochilgan holda xuddi fontandan otilib chiqayotganday, varaqlab qusadi. Boshlanishda qusish massasi o'zida hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlarini saqlashi mumkin, keyinchalik suvdek kusadi (4-rasm), juda ko'p miqdorda qusib, ichi ketganligi sababli bir necha soat davomida bemor tanasi ancha suvsizlanadi va ahvoli og'irlashadi. Og'iz qurishi, chanqoqlik, mushaklar quvvatsizligi tez oshadi. To'qimalar gipoqsiyasi, suv va minerallar balansini bo'zilishi, metabolik atsidozning rivojlanishi va to'qimalarda sut kislotasini yig'ilishi hisobiga bemorning boldir mushaklarida, qo'l va oyok panjalarida tirishish bezovta qiladi, siydik kamayadi. Paypaslaganda teri bir oz quruq, elastikligi turgori biroz o'zgargan, lablari biroz ko'kargan bo'ladi. Tovushi biroz pasayadi, tomir urishi tezlashib qon bosimi pasayishga moyil bo'ladi.

To'g'ri olib borilgan muolaja natijasida ich ketish va qusish to'xtaydi. Qonning fizikaviy va kimyoviy xususiyatlari, buyrak va boshqa organlarining funksional holati o'z joyiga qaytadi, bemorning umumiy ahvoli Yaxshi bo'la boshlaydi va keyinchalik sog'ayib ketadi. Aks holda izotonik suyuqlik Yo'qotish davom etaveradi, chunki bemorda qusish va ich ketish hisobsiz darajada bo'ladi. Suvsizlanish darajasi 7-9%ga etadi, eksikoz Yanada rivojlanadi. Bemorda 3-chi darajali suvsizlanish belgilari namoyon bo'la boshlaydi.

III-chi darajali suvsizlanishda bemorning yo'z ko'rinishi o'tkirlashadi, teri va shilliq qavatlarning ko'rishi kuchayadi, panja terisi burishadi (6-rasm), mushaklar relefi ko'zga tashlana boshlaydi, tovushi Yo'qoladi /afoniya/ ayrim mushaklarda tonik tirishish boshlanadi, bemorning qonini qu yuqlashishi gemodinamik o'zgarishlarga olib keladi. Gipotoniya, taxikardiya va sianoz ko'zatiladi. To'qimalarda kislorodning porsial bosimining pasayishi metabolik atsidozni va gipoqaliemiyaning kuchaytiradi. Oliguriya, gipoqsiya va elektrolitlarning Yo'qotilishi buyrak koptoqchalaridan siydikning filtranishini pasayishga olib keladi, natijada oliguriya kuchayadi. Bemor tanasining harorati pasayishga moyil bo'ladi. To'g'ri chora tadbirlar ko'rilmasa, kasallik ko'payib, IV darajali suvsizlanish kelib chiqadi, bemor tanasining og'irligiga nisbatan 10% va undan ko'p miqdorda izotonik su yuqlik Yo'qotadi.

IV -chi darajalik suvsizlanishni boshlanishida bemor biroz qusib ichi ketib turadi, ahvoli Yanada og'irlashib, so'ngra qusish va ich ketish to'xtaydi. Bemor ko'kara boshlaydi, burun uchi, quloq uchi, lablari, ko'z kosasining qovoqlari atrofida ko'k binafsha rangga o'xshash ko'karish paydo bo'ladi. Ko'z atrofida kora ko'zoynak belgisi paydo bo'ladi, ko'z kosasi ichiga tushib ketib, botayotgan quyoshga o'xshab biroz yuqoriga ko'tarilgan bo'ladi. yo'z ko'rinishidan iztirob chekayotgani va bizdan Yordam so'rab iltijo qilmoqchiligi sezilib turadi. Tanasining harorati pasaya boshlaydi /35, 5-34°C/. Paypaslaganda terisi mo'zdek bo'ladi, chimchilaganda burishib qoladi va o'zoq vaqt ba'zida bir soatgacha o'z holiga qaytmaydi. Tomir urishi ipsimon, notekis, ayrim hollarda paypaslaganda aniqlanmaydi. yurak tonlari ko'p hollarda eshitilmaydi, qon bosimini aniqlash qiyin bo'ladi. Nafas olish yuzaki, aritmik minutiga 40-60 taga boradi. Bemor nafas etishmovchiligi sababli og'zini to'la ochib, Yordamchi mushaklar Yordamida nafas oladi. Hamma mushaklar, shu jumladan diafragma tonusi oshib tirisha boshlaydi, shuning uchun bemorni hiqichoq tutadi. Qorni ichiga kapishib ketadi, qorin mushaklari tirishganda og'riq seziladi. Oliguriya, keyinroq anuriya rivojlanadi. Bunday holat bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Qo'llanilayotgan chora va tadbirlarda xatolikka Yo'l qo'yilsa bemor ko'karib, hushidan keta boshlaydi va keyinchalik asfiksiya holatidan esi butunlay yo'qolgach, koma holatiga o'tadi va o'rta hisobda 60% hollarda o'lim bilan yakunlanadi.

Vaboni yashinsimon xili nimjon, kamquvvat, kasalmand odamlarda uchraydi. Kasallik bo'ronga o'xshab juda tezlik bilan rivojlanadi va bemor bir necha soatdayok gipovolemik karaxtlik holatiga tushib qoladi. Arterial qon bosim juda tezlikda pasayib ketadi, nafas olishi tezlashadi, tovushi Yo'qoladi, bemor tirisha boshlaydi, siydik ajralishi to'xtaydi. Tezlikda reanimatsion muolaja qilinmasa, bir necha soat o'tgach o'lim bilan Yakunlanadi.

Vaboning quruq shaklida suvsizlanish tezlik bilan rivojlanadi. Su yuqlik organizmdan qusuq massalari va ich ketish bilan chiqib ulgurmasdan kasallik o'lim bilan tugaydi.

Klassik vibrion chaqirgan vaboga qaraganda El-Tor vibrion chaqirgan vabo kasalligining klinik manzarasi xilma-xilligi va ko'pincha 1-2chi darajali suvsizlanish belgilari bilan kechadi.

**Asoratlari.** Vabo o'z vaqtida boshlangan va to'g'ri bajarilgan muolaja natijasida faqat bemor sog'ligini saqlab qolishi emas, balki asoratlarning oldini olib, muolajalarning xarajatini keskin kamaytirishga erishish mumkin bo'lgan kasalliklarga misol bo'ladi. Vabo asoratlarining asosan 2 xil sabablari bor: 1. Bemorning vaboga duchor bo'lguniga qadar bo'lgan davridayok holati bo'lsa, 2chisi kechikib boshlagan yoki noto'g'ri bajarilayotgan muolaja natijasidir. Shunisi vabo asoratlarining har xil bo'lishidan qat'iy nazar hamma vaqt asoratlar gipovolemik karaxtlik holatiga tushishdan boshlanadi. Gipovolemik karaxtlik holatidan kelib chiqadigan va eng og'ir asoratlardan biri bo'lib o'tkir buyrak etishmovchiligidir. Tomirlarda aylanayotgan qonning miqdori qoniqarli bo'lganidan so'ng, arterial qon bosimini me'yoriga ko'tarilgandan keyin ham siydik ajralib chiqmasa, bunday belgini o'tkir buyrak etishmovchiligining darakchisi deb qabul qilinadi. Ikkilamchi infeksiya hisobida kiruvchi asoratlarga: pnevmoniya, abstsesslar, flegmonalar, sepsis va h. k. kiradi.

Shuningdek, vabo, qorin tifi, amyobiaz, gijja, kasalliklari, salmonellyoz, bezgak va

hoqazo kasalliklar bilan birgalikda kechishi mumkin.

Bolalarda kattalarga qaraganda suvsizlanish sekin astalik bilan boshlanadi. Bolalar uchun atsidoz eng xavfli hisoblanadi, mushaklarda tortish juda tez boshlanadi. Gipoqalemiya holati oqibatida meningizm namoyon bo'ladi. Asoratlardan ko'pincha bronxopnevmoniya ko'zatiladi.

Oqibati. O'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yib adekvat muolaja olib borilsa, 97-99% hollarda sog'ayish, faqat 1-3% hollarda o'lim bilan Yakunlanadi. Lekin o'limli oqibat ko'rsatgichi»O»ga kirish mumkin.

**Salmonellyoz** – najas-og'iz mexanizmi bilan yuquvchi, klinik umumiy zaharlanish belgilari, suvsizlanish va tuzsizlanish hamda me'da-ichak yo'llari faoliyatining buzilishi belgilari bilan tavsiflanadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Salmonellalar gramm manfiy, spora va kapsulalar hosil qilmaydi, xivchinlar yordamida xarakatlanadigan tayoqchalardir. Uning 8-12ta xivchinlari bo'lib («ko'p eshkakli kemacha») harakatchan. Salmonellalarning fermentativ xususiyatlari asosida 4 ta oilachaga bo'linadi, ularda 3 xil asosiy antigen komplekslari: O-somatik (termostabil) – 2 soat davomida qaynatilganda parchalanmaydi, N-xivchinli antigen qaynatilganda parchalanadi va qobiqli K-antigen bakteriyaning hujayra ichi ko'payishini ta'minlaydi.

**Epidemiologiyasi.** Salmonellyozlar sporadik va epidemik holatlarda uchraydi. Salmonellalar boshqa o'tkir ichak infeksiyalari qo'zg'atuvchilaridan farqli ravishda odamdagina emas, balki hayvonlar (qoramol, cho'chqa, parrandalar-o'rdak, g'oz, kamroq tovuqlar)da ham kasallik qo'zg'atadi. Belgilarsiz, yashirin kechuvchi kasal hayvonlar yuqish manbai sifatida qo'proq xavf tug'diradi. Salmonellalar tayyor ovqatga tushib va unda ko'payib, uning ta'mini, rangini va hidini o'zgartirmaydi. Shuning uchun tashqi ko'rinishi sifatli, biroq sanitariya normalariga xilof tayyorlangan ovqat kasallik tarqatuvchi omilga aylanib qolishi mumkin.

Infeksiyaning ikkinchi manbai-odam hisoblanadi. Salmonellyoz bilan kasallanganlar, bakteriya ajratuvchilar kasallik yuqtiradigan manbai bo'ladi. Salmonellyoz rivojlanishining epidemologik qonuniyatlarini o'rgangan olimlar kasallik qo'zg'atuvchisi o'tishining uch asosiy yo'lini aniqlashgan.

Salmonellyoz asosan oziq-ovqat orqali yuqadi. Mol va parranda go'shti kasallikning asosiy manbai sanaladi. Mol, cho'chqa, qo'y, ot, o'rdak go'shti, aynigan tuxumlardan tayyorlangan ovqatni iste'mol qilish natijasida 80% hollarda shu kasallik yuqadi. Salmonellez bilan og'rigan hayvonlar suti ham juda xavfli.

Salmonellyoz tarqalishida pashshalarning ham ahamiyati katta, salmonellyoz kasalligining ayniqsa pashsha ko'paygan davrga to'g'ri kelishi ham shuni tasdiqlaydi. Salmonellyoz tarqalishining asosiy yo'llaridan biri suv yo'lidir. Salmonellalar suvda uzoq vaqtgacha o'z hayot faoliyatini saqlab, qoladi suv oqimi bilan olis masofalargacha boradi.

Kasallik tarqalishida shaxsiy gigiena qoidalariga amal qilmaydigan bemorlar, bakteriya tashuvchilar, ayniqsa oziq-ovqat mahsulotlarni ishlab chiqarish va tayyorlashga aloqador bo'lgan odamlar alohida o'rin egallaydi.

Salmonellyoz kasalligi bilan jinsi va yoshidan qat'iy nazar, har qanday odam kasallanishi mumkin. Hozirgi paytda salmonellyozga xos xususiyat uning ko'pincha «sporadik» (ahyon-ahyonda) holatda uchrashidir, bu holat asosan salmonellalar yuqqan oziq-ovqatlar bilan savdo qilinishidan kelib chiqadi.

**Klinikasi.** Kasallikning yashirin davri 3-5 soatdan 20-24 soatgacha, kamdan-kam 1-2 kun, ko'pincha 6-8 soat davom etadi.

Salmonellyoz kasalligining klinik manzarasi juda xilma-xil: eng engil turidan (bakteriya ajratuvchilar), to juda og'ir kechuvchi butun organizmga yoki a'zoga tarqaluvchi shakligacha mavjud. Kasallikning shunday kechishiga albatta, me'da-ichak yo'llarining spetsifik va nospetsifik immun kuchi, hamda biologik boshqarish sistemasining molekulyar, hujayra va a'zolar kurashi kuchiga bog'liq.

Yuqumli jarayonning kechishida, albatta qo'zg'atuvchi hususiyatlari, yuqish yo'li,

mikroorganizmning genotipik ahvoli alohida o'rinda turadi.

Salmonellyoz kasalligining yosh bolalar va qariyalarda kechishining farqlari bunga yaqqol misol bo'la oladi.

Salmonellyoz kasalligining kuyidagicha tasnifi amaliy qo'llash uchun tavsiya qilingan:

1. Gastrointestinal shakli: a) o'tkir gastrit; b) o'tkir gastroenterit; v) o'tkir gastroenterokolit.
2. Tarqalgan shakli: a) tifsimon varianti (qorin tifsimon); b) septiko-piemik varianti (septik).
3. Bakteriya tashuvchanlik: a) o'tkir tashuvchilar; b) surunkali tashuvchilar; v) tranzitor tashuvchilar.

Hozirgi vaqtda gastrointestinal shakli eng ko'p uchraydi va yuqorida ko'rsatilgan variantlarda bo'lishi mumkin.

Kasallik aksariyat o'tkir boshlanadi. Kasallik boshidanoq me'da-ichak yo'llari faoliyatining buzilishidan tashqari, organizmning zaharlanish belgilari ham yuzaga chiqadi. Ko'pincha birinchi navbatda kam quvvatlilik, bosh og'rishi, tana haroratining ko'tarilishi, sovuq qotish kabi belgilar ko'rinib, me'da-ichakning zararlanish belgilari keyinroq qo'shilishi mumkin. Salmonellyoz kasalligi uchun xos bo'lgan belgilar birinchi kun OHIri va 2-3 kunlarda kasallikning avj olgan davrida juda aniq ko'rinadi. Bu davrda kasallikning hamma shakllarida ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning pasayishi, ich ketish kabi belgilar kuzatiladi. Qusish birinchi kunlari juda ko'p qaytarilishi mumkin. Ich ketishi ko'p kasallarda bir kecha-kunduzda 10 martadan ortiq, najas ko'p miqdorda, suvsimon, ko'pirib, patologik qo'shimchalarsiz, ba'zi kasallarda (1G'3 qismida)- yashilroq rangda, badbo'y bo'lishi mumkin.

Kasallik avj olgan davrda ko'p bemorlarda qorinda og'riq (uzluksiz yoki tutib-tutib), butun qorinda tarqalgan holda yoki kindik atrofi va me'da usti sohasida bo'ladi. Qorin paypaslab ko'rilganda og'riq va ichak quldirashlari ham yuqorida qayd etilgan joylarda seziladi.

Gastroenterit variantlarida o'zgarishlar me'da-ichak yo'llarining hamma sohalarini, xususan ingichka ichak, me'da osti bezi va jigarda ham bo'lishi mumkin.

Me'daning kataral holatda zararlanishi doimo bo'ladi, ba'zi holatlarda faqat shu shakl kuzatiladi, bu holatda gastrit varianti xaqida fikr yuritiladi.

Kasallik davrida yo'g'on ichakning ham zaralanishi xaqida ko'p tadqiqotchilar ta'kidlab o'tganlar, bu hollarda kolit belgilari (sigmasimon ichakning qisqargan holda bo'lishi, gemokolit) paydo bo'ladi. Bular gastroentrokolit varianti bo'lib, bu shakl 5-8% hollarda uchraydi (V.I Pokrovskiy, 1986).

Tana haroratining oshishi asosan kasallik avj olgan davrda bo'ladi, ko'pincha uzluksiz doimiy, lekin subfebril, remittirlovchi holatda ko'rinishi mumkin. Harorat 5-7 kun davom etadi, ba'zan 1-2 kundan oshmaydi. Isitma kasallik engil kechganda 1-3 kun, o'rtacha kechganda 4-7 kun, og'ir kechganda 7 va undan ko'p kun davom etishi mumkin.

Salmonellyoz kasalligi uchun yurak-qon tomir tizimining zararlanishi ham xos xususiyatdir. Qon tomirlari faoliyatining buzilishi asosiy o'rinni egallaydi, bular o'z yo'lida yurak faoliyatining buzilishiga olib keladi. Bu holatlarning asosida suv va elektrolitlarning yo'qotilishi va qonning reologik ususiyatlarining o'zgarishi yotadi. Buyrakda qon aylanishining buzilishi suv elektrolit balansidagi o'zgarishlar bilan bir qatorda buyrak faoliyatining o'tkir buzilishiga sabab bo'ladi. Salmonellyozning og'ir shakllarida infeksiyon toksik va gipovolemik karaxtlik rivojlanishiga olib keladi. Infeksiyon toksik va gipovolemik karaxtlik belgilari bir-biriga o'xshaydi, lekin infeksiyon toksik karaxtlik organizm umumiy zaharlanishining ro'y-rost belgilari, yurak qon tomirlar tizimi faoliyatining buzilishi bilan tavsiflanadi.

Gipovolemik karaxtlikning asosiy patogenetik mexanizmi suvning elektrolit balansini va uning gormonal boshqaruvining anchagina buzilishi natijasida suvsizlanish va tuzsizlanishning chuqur belgilari yuzaga keladi. Salmonellyozning og'ir kechishida kasallikning dastlabki soatlaridanoq arterial bosim ancha tushib ba'zan bemor xayotiga

tahdid soladigan kollaps holatiga olib kelishi mumkin.

Karaxtlik salmonellyozning boshqa klinik shakllariga qaraganda gastroenteritda ko'proq kuzatiladi. Infektsion karaxtlikning klinik manzarasi avvalo bemorning bezovtalanishi, behudaga xavotirlanishi, tashqi qiyofasining o'zgarishi bilan tavsiflanadi. Bemorning yuzi bo'zargan, lab shilliq pardalari, yonog'i, burun uchi ko'kimtir, ko'z atroflari ko'kargan, organizm ancha suvsizlanganda ko'z soqqasi ichiga botgan bo'ladi. Bemorlarning peshonasida ter tomchilari ko'rinadi.

Kasallikning dastlabki davrida harorat ancha oshsada, karaxtlik yuz bergandan so'ng bemorlarning tana harorati subnormalgacha tushadi. Pulsi juda tez (taxikardiya), juda yumshoq, qiyinlik bilan qo'lga unaydi, ipsimon bo'lib qoladi, karaxtlik avj olgan davrda puls umuman bilinmasligi mumkin. Qon bosim keskin pasayib ketadi, maksimal bosim 30-40 mm. sim. ustuniga, minimal bosim 0 gacha tushadi. YURak chegaralari bir muncha toraygan (uning diastolada etarlicha to'lmasligi tufayli), yurak tovushlari keskin bo'g'iqlashgan. Klinik xarakterdagi mushak tortishishi ro'y berishi mumkin.

Gemogrammada aniqlanadigan neytrofil leykotsitoz foizining oshishi, gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining ko'payishi salmonellyozning og'ir shakliga uchragan bemorda qonning ancha quyuklashganligi bilan izohlanadi. Ayniqsa bu holatlar toksik-infektsion karaxtlik rivojlanganda ko'proq yuzaga chiqadi, bu sharoitda aylanuvchi qon miqdori kamayishi buyraklarga ham qon kelishini kamaytiradi, mikrotsirkulyatsiya buziladi va h.k.

Asab tizimi faoliyatining buzilishi kasallik belgilarining asosida yotadi, chunonchi bosh og'rishi, uyquning buzilishi, mushaklar tirishishi, entsefalitlar va h.k. kuzatilishi mumkin. Qon tekshirilganda neytrofil leykotsitoz (1 mkl qonda 2.193-3.103 gacha leykotsitlar) topiladi. 2-3 kuni kamroq, 4-kuni bu barcha belgilar kuchayishi mumkin, shuningdek suv-elektrolit va kislotatashqor muvozanatining buzilishi bilan bog'liq belgilar ham aniqlanadi.

Tashxisoti. Kasallik epidemiologik anamnezga bir mahsulotni bir necha kishi iste'mol qilishi, tayyorlash texnologiyasiga rioya qilmay, uzoq saqlangan oziq-ovqatlarni iste'mol qilish klinik manzarasi, laboratoriyaviy ma'lumotlari va qiyosiy tashxisot o'tkazishga asosan aniqlanadi.

Najasni bakteriologik tahlil qilish eng muhim hisoblanadi. Ekma uchun sudno yoki tuvakdan faqat toza najasni olish lozim. Bu idishlarda salmonellalarga halokatli ta'sir qila oladigan dezinfektsiyalovchi moddalardan hatto juda oz miqdori ham bo'lmasligi kerak. Najasni tampon bilan to'g'ri ichakdan xam olish va uni Petri kosachasidagi ozuqa muhitiga ekish mumkin. Bemorning qusig'i ham shunday tekshiriladi. Bemordan material olishning hamma zarur shartlari bajarilib tekshirilgan va bakteriologik tekshirish o'tkazilgan taqdirda ham hamisha ekma qilingan najaslardan musbat natija olinavermaydi.

Shunga ko'ra bakteriologik tekshiruvlarga qo'shimcha qilib agglyutinatsiya reaksiyasi (RA), bevosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi (BGAR), O- antigen bilan agregatgemagglyutinatsiya (O-AGA) kabi serologik usullar qo'llaniladi.

**Davosi:** Salmonellyozga chalingan bemorlar kasallikning kechim og'irligi, bemorlar yoshi, qo'shimcha kasalliklar va yashash joyining sanitariya-gigiena holatiga bog'liq holda kasalxonada yoki QVP sharoitida davolanadi. Salmonellyozni davolash qo'yidagi tamoyilar asosida amalga oshiriladi:

- Kasallikni qo'zg'atuvchi patogen mikrofloraning hayot faoliyatining to'xtatish, disbakteriozga qarshi kurashish va ovqat hazm bo'lish jarayonlarining normallasuvi, to'plangan zaharli moddalarni neytrallashtirish va chiqarib yuborish

- Buzilgan suv-tuz almashinuv jarayonini, gemodinamika va asab boshqarish mexanizmlarini tiklash. Organizmning immunobiologik reaktivligini oshirish, ratsional parhez taomlar buyurish va parvarish qilish.

Etiotrop davo salmonellyozning tarqalgan shakllarini, ikki yoshdan kichik bolalarni davolashda qo'llaniladi. Bunda har bir bemorga alohida yondoshish lozim, bemorning yoshi, kasallikning shakli, kechim og'irligi va bosqichi, oldingi qo'llanilgan davolash uslubi hamda preparatlarning ijobiy va salbiy ta'sirlari inobatga olinishi shart.

Etiotrop davo vositasi sifatida antibiotiklardan G'amoksatsillin, gentomitsin, amikatsin,



ofloksatsin, siprolet, sifloksG`, nitrofurani hosilalari G`furazolidon, nifkol, nifroksG`, sulfanilamidlar G`ftalazol, fitazin, biseptolG`, 8- oksixinolin hosilalari G`enteroseptol, intestopan, meksoform, intetriksG` qo`llaniladi. Furazolidon 0,1 g dan kuniga 3 mahal, biseptol 480 1 tabletkadan 2 mahal, intetriks 2 kapsuladan 2 mahal og`iz orqali buyuriladi. Agar ular natija bermasa, siprofloksatsin (tsiprolet) 0,5 g dan 2 mahal, norfloksatsin 0,4 g dan 2 mahal, ofloksatsin (tarivid) 0,2 g dan 2 mahal ovqatdan keyin tavsiya etiladi.

Patogenetik davo salmonellyozning barcha klinik shakllarini davolashda tavsiya etiladi. Kasallikning gastrointestinal shakllarini davolashda regidratatsion terapiyaning samarasi yuqoridir. Regidratatsion davolash asosan ikki yo`l orqali amalga oshiriladi:

1. Og`iz orqali regidratatsion davolash uchun glyukosolan, regidron, VOZ eritmasi, uy va kasalxona sharoitida tayyorlangan qand-tuzli eritmalar qo`llaniladi. Og`iz orqali regidratatsiya usuli qanchalik vaqtli qo`llansa, samara shunchalik yuqori bo`ladi.

2. Bemorlarda og`iz orqali regidratatsiyani amalga oshirish qiyin bo`lsa, bemorda qusish alomatlar kuzatilsa, bemor suyuqliklarni icha olmasa, vena ichi orqali regidratatsiya amalga oshiriladi. Vena ichi orqali regidratatsion davolash tuzli eritmalar (Ringer eritmasi, «Disol», «Trisol») ni quyishni o`z ichiga oladi. Tuzli eritmalar kasallik kechimining og`irligi, suvsizlanish darajasiga mos holda quyiladi.

Kasallikning tarqalgan shakllarida umumiy zaharlanish belgilari yaqqol namoyon bo`lganligi uchun umumiy zaharlanishga qarshi vositalar buyuriladi. Umumiy zaharlanishni bartaraf qilish uchun 5%li glyukoza, gemodez 5%, dekstroza, normofundin, reopoliglyukin, reomakrodeks, poliglyukin, plazma quyish tavsiya etiladi.

**Profilaktikasi.** Salmonellyoz profilaktikasi murakkab va hilma-xil, bu tadbirlardan eng asosiysi so`yiladigan hayvonlarni veterinariya ko`rigi qoidalari va go`sht hamda go`sht mahsulotlarining veterinariya-sanitariya ekspertizasi talablariga rioya qilinishi zarur: go`sht kombinati, sut zavodi, parranda fermalari mahsulotlarini qayta ishlashda gigiena va texnologik jarayonlari qoidalari juda qattiq e`tibor berish, bularni doimiy bakteriologik tekshiruvdan o`tkazib turish, bolalar shifoxonalari, tug`ruqxonalar va h.k.larda sanitariya-epidemiologiya tartibotini to`g`ri saqlab turmoq lozim .

### Mavzusi bo`yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A`lo“5”	Talaba Vabo, Shigellyozlar, OTI, Botulizm haqida to`la tushunchaga ega, mavzu bo`yicha ijod qilish darajasiga va bilimga ega. Amaliy ko`nikmalarni qadama-qadam to`la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to`ldira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	Yaxshi “4”	Talaba Vabo, Shigellyozlar, OTI, Botulizm haqida to`la tushunchaga ega, mavzu bo`yicha bilimga ega. Amaliy ko`nikmalarni qadama-qadam to`la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to`ldira oladi.	2-daraja: bilim va ko`nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli ”3”	Talaba Vabo, Shigellyozlar, OTI, Botulizm haqida to`la tushunchaga ega, mavzu bo`yicha bilimga ega. Amaliy ko`nikmalarni qadama-qadam qisman bajara oladi. Bemorning hamshira	1-daraja: o`quv qobiliyati darajasi.

			jarayonini batafsil to`ldira oladi.	
4.	55 dan past	Qoniqarsiz bo`sh, ko`p qo`shimcha ishlash talab qiladi ”2”.	Vabo, Shigellyozlar, OTI, Botulizm mavzusi bo`yicha tasavvurga ega emas. Tif, paratif kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, Konspekt tayyorlamagan.	0-daraja: mutloq tasavvur yo`qlik darajasi.

### Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko`nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

**1-masala.** Bemor P. 19 yoshda. Qorindagi to`lg`oqli og`riq, tez-tez suyuq ish o`tishi, najas ichida shilliq va qon borligi qorin pastida to`lg`oqli og`riq kabi shikoyatlar bilan hakimga murojaat qilgan. Bemor o`zini uch kundan beri kasal deb hisoblaydi. Kasalligini 4 kun oldin iste`mol qilgan qulupnay bilan bog`laydi. Ko`rik natijalari: tili quruq, bir tekis karash bilan koplangan, korin yumshoq, paypaslaganda quldurash seziladi. Sigmasimon ichak og`riqli, kattalashgan, najasi suyuq, kam keladi, tarkibida qon va shilliq moddalari bor.

1.Hamshira tashxisini qo`ying.

2.Kasallikni parvarishlash qoidalarini ayting?

### Mavzu bo`yicha test savollari

#### 1. Bemor organizmida vabo vibrionining asosiy joylashish joyi:

\*ingichka ichak

yo`g`on ichak

qon

taloq va jigar

#### 2. Ich ketish kuzatilmaydigan vaboning klinik shakli:

\*quruq

algid

gastroenteritik

enteritik

#### 3. Suvsizlanishning uchinchi bosqichida kuzatiladi:

tana haroratining oshishi

\*oliguriya

poliuriya

teri elastikligi saqlangan

#### 4. Vabo asoratiga sabab bo`ladigan holat:

ichakdan qon ketishi

\*suyuqlik yo`qotish

ichakdagi yaraning teshilishi

tana haroratining ko`tarilishi

#### 5. Vabo bilan og`rigan bemor najasining xarakteri:

suyuq, shilliq va qon aralash

\*suvsimon, guruch yuvindisiga o`xshash

ko`kintir, suyuq, badbo`y, shilliq aralash patologik aralashmalarsiz

#### 6. Vabo davosida eng avvalo nimaga qarshi kurashiladi:

intoksikatsiya

gipertermiya

\* suvsizlanish

gipotermiya

#### 7. Vabo qo`zg`atuvchisi qaysi guruhga mansub:

virus

soda

\*bakteriya

mikoz

#### 8. Vabo uchun noxos davo usuli:

regidratastiya

etiotrop davo

\*tirishishiga qarshi preparatlar

yurak faoliyatiga ta`sir qiluvchi vositalar

#### 9. Vabo uchun noxos klinik belgi:

tana harorati pasayishi

"ruki prachki" belgisi

\*muolaja o`rnida gemorragiya

ichga tortilgan og`riqsiz qorin

#### 10. Vabo uchun noxos laboratoriyaviy tekshirish:

najas va qusuq masalalari ekmasi

qonni elektrolitlarga tekshirish

\*gemokulturaga qon olish

serologik tekshirish

### **11. Vaboda asosiy laborator**

#### **diagnostikasi:**

serologik

biologik

\*bakteriologik

teri-allergik sinamasi

### **12. Vaboda bakteriologik tahlil uchun**

#### **mahsulot:**

balg'am

so'lak

\*qon, najas, siydik, o't suyuqligi

tomoqdan surtma

### **13. Vaboda eng natijali davo usuli:**

\*regidratatsiya

degidratatsiya

etiotrop

jonlantiruvchi vositalar

### **14. Vaboda najas xarakteri:**

qon aralash, shilliq, yiringli

malina qiyomi

bo'tqasimon, patologik aralashmalarsiz

\*guruch yuvindisi

### **15. Vaboda qorin holati:**

kapchigan

o'zgarishsiz

og'riqli

\*ichga tortilgan

### **16. Vaboda regidratatsiya uchun**

#### **qo'llaniladigan tuzli eritmalarni**

#### **tayyorlash:**

40-42°C gacha isitiladi

uy haroratiga mos bo'lishi kerak

eritma harorati ahamiyatga ega emas

\*tana harorati bilan bir xil bo'lishi kerak

### **17. Vaboda zararlanish asosiy yo'li:**

alimantar

maishiy muloqot

parenteral

\*suv orqali

### **18. Vaboning asosiy davo chorasi:**

dezintoksikatsiya

etiotrop davo

spazmolitiklar

\*suv va tuzlar yetishmovchiligini to'ldirish

va etiotrop davo

### **19. O'zbekiston Respublikasida vabo**

#### **kasalligi ustidan epidemiologik**

### **nazoratni yanada takomillashtirish**

#### **to'g'risidagi buyruq:**

№210 14.07.2011

№ 80 28.03. 2012

№6 05.01.2012

\*№25 25.01.2012

### **20. Yoz- kuzgi kasallanishning o'sishi**

#### **qaysi kasallikka kuzatiladi :**

\*shigellyoz

gripp

brutsellyoz

meningokokkli infeksiya

### **21. Davolovchi yog'li huqna qaysi**

#### **kasalliklarda qo'llaniladi:**

\*surunkali shigellyoz

botulizm

salmonellyoz

vabo

### **22. Shigellyozda najas xarakteri:**

guruch suvi

malinali qiyom

suyuq patologik aralashmasiz

\*ichak tupugi

### **23. Shigellyoz qo'zg'atuvchisi mansub**

#### **mikroorganizmlar guruhi:**

viruslar

rikketsiyalar

sodda jonivorlar

\*bakteriyalar

### **24. Shigellyoz uchun noxos belgi:**

qayd qlish

ich ketish

yolg'on chaqiruv

\*tirishish

### **25. Shigellyoz uchun noxos shikoyat:**

qorinni burab olishi

ichak tupugi

yolg'on chaqiruv

\*badanda toshma

### **26. Shigellyoz uchun xos mavsum:**

qish

bahor –yoz

kuz-qish

\*yoz-kuz

### **27. Shigellyozda yallig'lanadigan me'da-**

#### **ichak traktining qismi:**

oshqozon

ingichka ichak

yo'g'on ichakning proksimal qismi

\*yo'g'on ichakning distal qismi

### **28. Shigellyozda qorin og'rig'ining**

#### **xarakteri :**

doimiy, simmilovchi  
faqatgina defekatsiyadan keyin paydo  
bo'ladi

o'tkir — " xanjarsimon "

\*burab og'rish, har bir defekatsiyadan  
oldin kuchayadi

**29. Shigellyozning asosiy simptomi:**

bosh og'rig'i

isitma

qorinda doimiy og'riq

\*najasda shilliq va qonning bo'lishi

**30. Bakteriologik ekma uchun najas  
olinadigan kasallik:**

\*O'IK

virusli gepatitlar

O'RVI

gelmintozlar

**Vabo kasalligida hamshiralik jarayoni**

<b>Bemorni tekshirish</b>	<b>Hamshiralik tashxisi</b>	<b>Hamshiralik yordamini rejalashtirish</b>	<b>Rejani amalga oshirish</b>	<b>Natijalarni baholash</b>
<p><b>Bemor shikoyatlari:</b>                      - ichning suvsimon, badbo'y, hidli ketishi                      -ishtahaning yo'qligi                      -umumiy quvvatsizlik  <b>Ob'ektiv tekshirish natijalari:</b>                      -teri rangi oqimtir                      -teri quruq turgorligi pasaygan                      -teri harorati pasaygan                      -puls tez va sust                      -yurak tonlari bo'g'i-arterial bosim pasaygan                      -tili quruq                      - qorni qapchigan, ichga tortilgan.                      -najas suvsimon va xom baliq hidli.                      -Pasternastskiy belgisi manfiy, siyishi kam.</p>	<p><b>Mavjud muammolar:</b>                      -ichning suvsimon, b'dbo'y, hidli ketishi.                      -ishtahaning yo'qligi.                      -umumiy quvvatsizlik.  <b>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</b>                      - gipovolemik shok.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Shifokorni chaqirish.</li> <li>2. Yotoq rejimi.</li> <li>3. Osoyishtalik yaratish.</li> <li>4. Qon bosimi, nafas, puls monitoringini olib borish.</li> <li>5. Tana haroratini me'yorlashtirish.</li> <li>6. Suvsizlanishni oldini olish.</li> <li>7. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish.</li> <li>8. Shifokor tavsiyasi bajarish.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Shifokor chaqirildi.</li> <li>2. Yotoq rejimi buyurildi.</li> <li>3. Osoyishtalik yaratildi.</li> <li>4. Qon bosimi, nafas, pulsi tekshirildi.</li> <li>5. Tana harorati me'yorlashtirildi.</li> <li>6. Ko'p miqdorda suyuqlik ichirildi.</li> <li>8. Shifokor tavsiyasi bajarildi (v/i ko'p miqdorda suyuqlik quyildi).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bemor tinchlandi.</li> <li>2. Bemor tana harorati me'yorlashdi.</li> <li>3. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi.</li> </ol>

## MASHG'ULOT 6

**MAVZU: Meningokokk infektsiyasi. Qo'zg'atuvchining xususiyatlari. Infektsiya manbai, yuqish yo'llari. Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Dietoterapiya va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorni parvarishlash, profilaktikasi.**

### 1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni : 8-10 nafar
Mashg'ulot shakli	Amaliy va klinik
<b>Mavzu rejasi:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningokokk infektsiyasi kirish, tarixiy ma'lumot</li> <li>2. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi,</li> <li>3. Klinikasi, klinik tasnifi</li> <li>4. Tashxisoti, davolash asoslari, profilaktikasi</li> <li>5. Difteriya yuqish mexanizimi. Patogenezi. Klassifikatsiyasi.</li> <li>6. Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Parhez va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorlarni parvarishlash.</li> </ol>
<b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b> meningokokkli infektsiyaning amaliy va nazariy o'rganishda, ularga klinik tashxis qo'yishda oliy ma'lumotli hamshiralarni tayyorlash, ayrim yuqumli kasalliklarda uchraydigan tezkor holatlarda yordam berish, yuqumli kasalliklarni oldini olish choralarini o'rgatish.	
Ta'lim berish usullari	Kurgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish Shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, darslik, ma'ruza matni, proektor, kompYuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

### 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suhbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

#### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	10 minut
3.	Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish.	10 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	10 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	10 minut
	Jami	80 minut

**Mavzu bo'yicha talabalar o'zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:**

1. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari qo'zg'atuvchisi va uning xususiyatlari.
2. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari epidemiologiyasi: kasallik manbai, yuqish mexanizmi, aholi moyilligi.
3. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari klinik shakllari, klinikasi. Difteriyaning tashxisoti.
4. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari tashxisoti. Bakteriologik tekshiruv uchun burun va halqumdan surtma olish qoidasi.
5. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari davosi. Difteriyaga qarshi zardobni yuborish qoidasi.

Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari chuqur o'rganish uchun uni quyi kurslarda o'rganilgan quyidagi fanlar bilan bog'lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo'lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo'zg'atuvchilar morfologiyasi, biokimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo'llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o'choqda olib borilishi shart bo'lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish qoidalarini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo'zg'atuvchilar va ularning zahari ta'sirida tizim va a'zolar (asosan halqum) faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta'sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, og'iz bo'shlig'i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o'zlashtirishi.

**Mashg'ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi**

Interfaol o'kitish vositalari o'kituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

**“Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik”**

*Maqsad:* Talabalarga ushbu muammo bo'yicha bilimlarini tez, aniq, tulaqon aniqlashni o'rgatish.

*Asosiy tamoyillari:* Guruh talabalari bilim darajasiga mos holda ikki kichik guruhga bo'linadi. O'qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar qonvertlarga solingan bo'lib, raqamlanadi. Har bir guruh sardori navbat bilan raqam aytib savolni tanlaydi. Savol o'qilgandan so'ng uch minut ichida guruh talabalari javob tayyorlaydi. Qaysi guruh talabalari javob tayyorlasa, qo'lidagi belgini ko'tarib bildiradi. Javob to'liq bo'lmasa ikkinchi guruh talabalari to'ldiradi.

“Tezkorlik, aniqlik, tulaqonlik” usuli talabalardan yo'qsak diqqat-e'tiborni va ushbu bo'lim bo'yicha Yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

*Mashg'ulotning mavzusi:* Meningokokkli infeksiya

O'qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro'yxati:

1. Meningokokkli infeksiya kasalligining klinik belgilari.
2. Meningokokkli infeksiya bilan kasallangan bemorlarni davolash.

**Mavzu bo'yicha talabalarining mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmoni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari).**

Talaba uchun topshiriq

Savol	Izoh
1. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari kasalligi ning umumiy tavsifi.	

2. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari qo'zg'atuvchisining hususiyatlari.	
3. Kasallik manbaini ko'sating.	
4. Kasallikni yuqish yo'li.	
5. Bemorlarning kasalxonaga yotqizish tartibi.	
6. Laborator tahlil uchun material qan day yig'iladi.	
7. Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklari o'chog'ida epidemiyaga qarshi o'tkaziladigan tadbirlar.	

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi har bir ishtiroqchining harakatlariga baho berib, mashg'ulotga yakun yasaydi.

**Meningokokkli infeksiya** Neisseria meningitidis chakiruvchi, xavo tomchi mexanizmi Orqali yo'quvchi, o'tkir antroponoz kasallik bo'lib, klinik-burun halqum shilliq kavati, miyaning cho'zilmaydigan yumshok pardasi Yalliglanishi va spetsifik sepsemiya belgilari bilan tavsiflanadi.

Atrofdagilarga meningokokk infeksiyasini kup yo'qtiradigan xavfli manbai kasallikning engil -va bilinar-bilinmas xili bilan ogrigan bemorlar xisoblanadi. Ba'zi xollarda meningokokk infeksiyasi nazofaringit kurinishida utadi. Nazofaringitni meningokokk ko'zgatganini faqat bakteriologik tekshirish yo'li bilangina aniklash mumkin, xolos. Bunday bemorlar ko'pincha kasalxonaga Yotkizilmaydi, shunga kura ular infeksiyani tarkatib yuraveradi. Burun, halqum, tomok shilliq pardasining surunkali Yalliglanishi bakteriya tashib yuruvchilik xodisasi paydo bulishiga kulaylik tugdiradi. Meningokokk infeksiyasining epidemiyasi vaqtida bakteriya tashuvchilik infeksiya uchoklarida 20-30 foizgacha kupayadi, Ya'ni usha erdagi soglom kishilarning 20-30 foizi infeksiya manbai bo'ladi. Epidemiyadan boshqa vaqtlarda, kasallik sporadik tarzda uchrab turadigan maxallarda bakteriya tashuvchilar infeksiya uchogida 1-3 foizgacha kamayadi. Meningokokk infeksiyasi 14 Yoshgacha bulgan bolalarda va Yosh odamlarda ko'proq uchraydi. Meningokokk infeksiyasi . bilan kasallanish urta xisobda xar 10-15-25 yil oralab kupayib turadi. Bu infeksiya epidemiyasi ko'pincha maktab va bogcha bolalari orasida boshlanadi. Bunday sharoitlarda avvalo nazofaringit va bakteriya tashib yuruvchilik kupayadi, keyin meningokokk meningiti va infeksiyaning umumiy lashgan, tarkok xillari uchray boshlaydi. '

Meningokokk infeksiyasi kish va kuklam faslida (fevral-may oylarida) kupayadi.

Infeksiya xavo-tomchi yo'l bilan yo'qadi. Bemor yutalganida, aksirganida va gapirganida tupuk. zarrachalari bilan meningokokklarni tashqariga chikaradi. Bu meningokokklar idish-tovok, sochik va boshqa bu yumlarni tutgan odamga infeksiya osongina yo'qadi.

**Klinikasi.** Meningokokk infeksiyasining inkubatsion davri 1 kundan 10 kungacha cho'ziladi.

Meningokokk infeksiyasining klinik klasifikatsiyasi.

1. Birlamchi lokal xillari: **a)** meningokokk tashib yuruvchilik; **b)** o'tkir nazofaringit; **c)** pnevmoniya. 2. Gematogen-tarkok xillari: **a)** meningokokksemiya; **b)** meningit; **c)** meningoensefalit; **d)** aralash (meningokokksemiya+meningit); **d)** kam uchraydigan xillari (endokardit, artrit, iridotsiklit).

Mening okokk tashib yuruvchilik-kasallikning subklinik xili bo'lib, xech kandy simptomlari kurinmaydi.

O'tkir nazofaringit. Meningokokk infeksiyasining bu xili juda kup uchraydi. Xarorat kiska muddatga subfebril darajaga kutarilib, ozgina intoksikatsiya bo'ladi. Bemorning boshi ogriydi. Tomogi kichishib, kuruk yutaladi, burni bitib qoladi. Keyin burnidan shilimshik okadi. Ba'zi xollarda intoksikatsiya kuchlirok bo'ladi, xarorat 5-7 kungacha cho'ziladi. Bemor boshi aylanib, kusadi, muskullari ogriydi.



Nazofaringit halqum, tomok shilliq pardasi shishib kizaradi, ayniksa halqumning Orqa tomoni ko'proq kizarib shishadi va shu erdagi limfoid folikulalar kattalashib, kip-kizil bo'lib ko'zga tashlanib turadi. Tomok, halqumdagi bu o'zgarishlar 1-2 xafta davom etadi. O'pkada bronxit aniqlanadi.

Nazofaringit meningit epidemiyasi vaqtlarida infeksiya uchogida klinik tekshirishlar natijasida aniqlanadi. Meningokokk nazofaringitga davo qilishda bemorga antibiotiklar ichirish bilan kifoyalanadi. Odatdagi dozalarda oksatsillin, ampioks, levomitsetin, tetratsiklin, eritromitsinlar tayinlanadi. Bu dorilar 3-5 kun beriladi. Bundan tashqari o'zok ta'sir kiladigan sulfanilamid preparatlar xam bu yuriladi. Bemorlar tomogini tez-tez chaykab turish tavsiya etiladi.

Pnevmoniya. Ba`zan meningokokk birlamchi pnevmoniyaga sabab bo'ladi. Bunda meningokokk infeksiyasining boshqa alomatlari kurinmaydi. Meningokokk pnevmoniyasi ko'pincha o'zok davom etadi va bemorning axvoli ancha og'ir bo'ladi.

Meningokokksemiya (meningokokk sepsisi). Meningokokk bakteriemiyasi ba`zan meningeal simptomlarsiz utadi, boshqa xollarda esa meningit xam boshlanadi. Oxirgi yillarda 1-2 foiz bemorlarda meningitsiz utadigan meningokokksemiya uchramokda.

Meningitsiz utadigan meningokokksemiyaning klinikasi turlicha bo'ladi. Ba`zan meningokokksemiya engil utadi, bunda bemorning axvoli og'irlashmaydi. Meningokokksemiyaning bunday xilida diagnozni anik belgilash kiyin.

Meningokokksemiya aksari birdan boshlanadi, 6-8 soat davomida xarorat 38-40 darajagacha kutariladi. Intoksikatsiya bilan bir vaqtda meningizm belgilari paydo bo'ladi: bosh qattiq ogrib, bemor talvasaga xam tushadi, ko'pincha kayt kiladi va bexush bo'lib Yotadi. Shunisi borki, miya pardalarining Yalliglanishiga xos ushbu simptomlar bulgani xolda Orqa miya su yo'qligida Yalliglanishga alokador o'zgarishlar topilmaydi. Kasallik boshlanganidan keyin 8-12 soat utgach bemor badanida gemorragiya alomatlari ko'rinadi, mayda petexial toshmalar bilan bir katorda 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar paydo bo'ladi. Badandagi toshmaning shaklan yo'ldo'zchalarga uxshash bulishi juda xarakterlidir. Bu toshmalar ko'pincha dumba, son, boldir, ko'z kovogi, ko'z sklerasi va ba`zan yo'zda paydo bo'ladi.

Isitma 1-2 kun yo'qori bo'lib turadi (30-40 ) so'ngra u turlicha kurinishda davom etadi, keyinrok subfebril darajaga tushadi. Kuchli intoksikatsiya vaqtida taxikardiya, gipotoniya, xansirash aniqlanadi. Bemor tili karash bilan koplanadi, u kup chankaydi, chakalok bolalarda dispepsiya belgilari (kusish, ich ketish) kuriladi.

Meningokokksemiyada ba`zan bugimlarning sinovial pardasi zararlanib poliartrit simptomlari paydo bo'ladi, ko'zning tomirli pardasi Yalliglanadi (uveit, iridotsiklit, xoreoidit yo'z beradi). Bunda shox pardaning rangi o'zgarib, tuk kizil tusga kiradi. Endokardit va pnevmoniya kamroq uchraydi. Qon tekshirilganda anchagina leykotsitoz (20000-40000), neytrofilez borlig'i, formulasi chapga surilgani aniqlanadi, anaeozinofiliya xam bo'ladi.

Meningokokksemiyaga o'z vaqtida to'g'ri davo qilinsa, kasallik ko'pincha bemorning sogayishi bilan Yakunlanadi.

Meningit. Inkubatsion davr 4-6 kun davom etadi. Kasallik tusatdan boshlanadi, bemor eti uvishib, kaltiraydi, xarorati 39-40 darajagacha kutariladi, boshi qattiq ogriydi, ketma-ket kayt kiladi. Intoksikatsiya tez kuchayib borib, bemor xadeb bezovtalanaveradi. Ba`zi xollarda, ayniksa bolalarda tutkanok tutadi. Isitma turlicha shaklda bo'lib 2-3 kundan 7-14 kungacha, gox 20-25 kungacha cho'ziladi. Ishtaxa bugiladi, birinchi kundanok badanda gemorragik toshma paydo bo'ladi. Ba`zan badan terisida (kasallikning og'ir formasida) mayda toshmalardan tashqari 0,5-1 sm kattalikdagi qontalashlar ko'zga tashlanadi. Bunday gemorragiya belgilari sklera, qon` yunktiva, tanglay, burun shilliq pardasida xam uchraydi. Ba`zan me`da, bachadon, buyrakdan qon ketadi. Bemor bezovtalanib, alaxlaydi, uni uyku tortaveradi, lekin uxlay olmaydi.

Bemorning basharasi, ko'zi kizargan va burtgan bo'ladi, u kuyosh yoki elektr nuriga karay olmaydi. Kasallikning 2-3 kuni uchuk toshadi. Jigar va taloq ozgina kattalashadi. Meningeal simptomlar paydo bo'ladi: ensa muskullari tortishib kiskarib turadi. Kerning va Brudzinskiy simptomlari Yakkol aniqlanadi. Bolalar boshini Orqasiga tashlagan xolda Yotadi, katta Yoshdagi bemorlar esa boshi Orqaga tashlangan, oyoklari korniga tortilgan xolda bo'ladi.

Kerning simptomi va ensa muskullarining tortishib, kiskarib turishi ba'zan 4 Yoshgacha bulgan soglom bolalarda xam uchraydi. Bu kasallik alomati bulmasdan, balki normal fiziologik xolatdir. CHakalok bolalarda meningitning eng xarakterli simptomi likildokning tarang tortib, burtib turishidir.

Talvasa kattalardagiga karaganda bolalarda ko'proq bo'ladi. Agar bemor bolani kultik ostidan ushlab kutarilsa, uning oyoklari korniga tortilgan xolatda bo'ladi.

Bosh miya nervlarining zararlanishiga oid simptomlar paydo bo'ladi: anizokariya, qonvergensiya va akkomodatsiyaning bo'zish, ko'zning gilay tortishi, strabizm, shular jumlasidandir. Ko'pincha gorizental nistagm borligi topiladi.

Bulardan tashqari oyok-kullarning falaji, Yarimfalaj alomatlari uchraydi. Rossalimo, Babinskiy simptomlari aniqlanadi. O'z vaqtida to'g'ri davo choralar amalga oshirilsa kupchilik bemorlar kasallikning 12-14 kunlariga borib sogaya boshlaydi.

Ependimatit sindromi bilan utadigan meningit. Meningit diagnozi kech aniklangan va unga noto'g'ri davo qilingan xollarda ependimatit simptomlari paydo bo'ladi. Bemorni uykuga tortaveradi, muskullar kiskarishi kuchliroq bo'ladi; bemor artib xarakat kiladi, kundan-kunga ozib ketadi (kaxeksiya). Seroz meningit. Meningit ba'zan serozli meningit kurinishida o'tadi. Bunda meningeal sindrom Yakkol kurinmaydi. Orqa miya su yo'qligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz aniqlanadi (1mm da 200-800 xujayra). Pleotsitoz asosan limfotsitlar xisobiga bo'ladi.

Meningoensefalit. Kasallikning bu xili kam uchraydi. Meningeal sindrom sust ifodalangan bo'ladi, asosan ensefalit simptomlari aniqlanadi. Kasallik birdaniga boshlanadi, bemor psixikasi bo'zilib, uni talvasa tutadi, oyok-kullari falaj yoki Yarim falaj bo'lib qoladi. Meningokokk ensefaliti ko'pincha bemorning ulimi bilan tugaydi.

Differensial diagnostikasi. Yiringli meningitlarni asosan meningokokk va pnevmokokklar ko'zgatadi. Oxirgi vaqtlarda stafilokokk qo'zgatadigan yiringli meningitlar xam uchramokda.

Meningokokk meningiti tusatdan boshlanadi, bemor xarorati kutarilib, kusadi va Kernig, Brudzinskiy simptomlari paydo bo'ladi. Orqa miya su yo'qligi tekshirilganda xira va yiringli bo'ladi, pleotsitoz Yakkol ko'rinadi. Su yo'qlik tarkibidagi oksil modda bir kadar kupayadi (0,6-1,5 %), Pandi va Nonna-Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chiqadi, orqa miya suyqligida meningokokklar topiladi. Qonda leykotsitoz (15000-30000) va neytrofiloz aniqlanadi.

Pnevmokokk meningiti. Pnevmonokokk meningiti tusatdan boshlanmay, bir kadar sekinroq boshlanadi- yu, lekin intoksikatsiya kundan-kunga kuchayib boradi. Kasallikning birinchi uchogi-pnevmoniya, yiringli otit, traxeobronxit borligi aniqlanadi. Tula bulmagan meningial sindrom bilan birga ensefalit belgilari (tutkanoq tutishi, bemor bexushligi xam) ko'rinadi. Ba'zan bosh miyaning ayrim kislari zararlanganiga xos belgilar paydo bo'ladi. Jigar va taloq kattalashadi.

Bu xol meningit o'zok davom etadi va kasallik vaqti-vaqti bilan zurikib turadi. Ana shunday vaqtda Orqa miya su yo'qligi yiringli bo'lib, pleotsitoz kupayadi (600-1300 gacha etadi), oksil mikdori kupayadi (0,8-6,5-9,7 % va xokazo).

Stafilokokk meningiti. Kasallik tusatdan boshlanadi, xarorat 39-40 darajagacha kutarilib, sepsisga oid simptomlar paydo bo'ladi. Ichki organlarda o'zgarishlar ko'proq aniqlanadi. Jigar va taloq kattalashadi, qon bosimi pasayadi. Bu meningitning eng muxim xususiyati abstsesslar paydo bulishidir. SHu sababdan likvorda va qonda ko'pincha stafilokokklar topiladi.

Likvordagi o'zgarishlar: pleotsitoz kupayadi (1mm kubda 1500-2000 xujayra topiladi). CHuktirish reaksiyalari musbat natija beradi. Periferik qonda neytrifillar kupayib

ketadi (60-100%gacha). Leykotsitoz 15000-30000 atrofida bo'ladi.

Sil meningiti. Bu kasallikni sil tayoqchasi ko'zgatadi va u asta sekin avj olib boradi. Xarorat subfebril darajaga kutariladi; sal bosh ogriydi. Bemor darmonsizlik sezadi. Oradan taxminan bir hafta (5-6 kun) utgach, meningial sindrom paydo bo'ladi. Kasallikning 8-10 kunlari bosh miya nervlari zararlanganiga oid belgilar ko'zga tashlanadi (ko'z gilay tortib turadi, anizokariya, ptoz va kurish xamda eshitishning Yomonlashishi aniqlanadi). Avval bemorni uyku tortavergan bo'lsa, endi (urtacha bir hafta utgach) u bezovtalanib nojuya xarakterli kila boshlaydi.

Es-xush xam yo'qolib, oyok-kullar falaj va Yarim falaj bo'lib qoladi. Kasallikning uchinchi haftasida bemorni talvasa tutadi. Keyin bemor koma xolatiga tushib, kup utmay uladi. Sinchiklab surab-surishtirib kurilsa, bemorning kachonlardir sil bilan ogriganligi yoki sili bor odamga Yakin yurganligi aniqlanadi.

Orqa miya su yo'qligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz ko'rinadi. (1 mm kvadratda 200-700 xujayra). Unda oksil kupayadi (1,0-3,3 %). Pandi va Nonne - Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chikadi. 12-24 soat utgach likvorda fibrindan tashkil topgan yo'pka pardacha xosil bo'ladi. Ana shu pardachadan sil tayokchalarini ajratib olish mumkin. Qonda limfotsitoz bo'ladi.

**Asoratlari.** Davo kech boshlanganida turli asoratlar va koldik alomatlar aniqlanadi. Meningitdan sogaygan kishilarda asteniya sindromi (tajanglik, tez charchashlik, bosh ogriyi) uchraydi. Yosh bolalar meningitdan so'ng yigloki bo'lib qoladi.

Davolash vaqtida antibiotiklar dozasi kam bo'lsa, meningit qaytalanib, zurikishi mumkin. Ensefalit bilan utgan meningitdan so'ng kamdan-kam xollarda oyoq-ko'llar falaj yoki Yarim falaj bo'lib qoladi. Reqonvalestsentlarning 3 foizida quloq og'ir tortib, ko'zi xiralashadi. Gidrotsefaliya kam uchraydi.

**Davosi.** Meningit bilan ogrigan bemorni davolash deyarli xamma vaqt shoshilinch choralar kurishni talab kiladi.

**Meningitning tarqoq xilida davo qilish.** Davoni bemorga antibiotiklar, xususan penitsillin bu yurishdan boshlanadi. Bir kunda 2000000 bir/kg xisobidan bu yuriladi. Bemorning axvoli juda og'ir bo'lsa, penitsillin dozasi oshirilib 1000000 Ed/kg gacha etkaziladi. Penitsillin gematoensefalik tusikdan juda kiyinlik bilan utadi, Ya'ni qondan bosh miyaga kam utadi. Shu sababdan meningitda penitsillin katta dozalarda bu yuriladi.

Benzilpenitsillinning natriyli to'zini venaga yuborish xam mumkin. Bir kecha-kundo'zda 2000000-12000000 birlik dozada tomchilash yo'li bilan venaga kuyiladi). Penitsillinning katta dozada musqo'l orasiga yuborilganda, uni Orqa miya kanaliga yuborish zaruriyati yo'qoladi.

Davolash jarayonida penitsillin dozasi kamaytirish mumkin emas, aks xolda meningit alomatlari darrov zurayadi. Penitsillin bilan davolash xarorat tushib, meningial simptomlar yo'qolguncha davom ettiriladi. Davo boshlanganidan 5-6 kun utgach bemor endol yumbal punksiya qilib ko'riladi. Agar likvorda pleotsitoz kamayib, 1 mm dagi xujayralar soni 100 dan kam va ular asosan limfotsitlardan iborat bo'lsa davolash natija bergan bo'ladi. Demak, penitsillin yuborishni to'xtatish mumkin.

Agar bemor organizmi penitsillinga nisbatan sezuvchan bo'lsa u holda tetratsiklin yoki levomitsetin ishlatiladi. Tetratsiklin muskullar orasiga kuniga 25 mg/kg xisobidan, levomitsetin esa kuniga 80-100 mg/kg xisobidan tayinlanadi. Preparat venadan yuboriladi, keyin xar 8 soatda usha dozada muskullar orasiga yuborib turiladi). Davo kursi 7 kun.

Levomitsetin suksinat parenteral yo'l bilan yuborilganiga Yaxshi natija olinadi (bemorga avval 1-2,5 g mikdoridagi litik aralashma (promedol, aminazin, dimedrol yoki pipolfen) yuborib turiladi. Talvasa tutishi kaytarilsa, bemorga xloralgidratdan klizma qilinadi va lyuminal ichiriladi. Muskullar orasiga seduksen yuborilsa (bir kunda 50-100 md) Yaxshi natija olinadi.

**Profilaktikasi.** Meningokokk infeksiyasining xilidan katiy nazar xamma bemorlar kasalxonaga Yotkiziladi. Bolalar kollektivlarida bemor bilan qontaktda bulganlar nazorat ostiga olinadi va

tekshiriladi. Tekshirilganlar orasida bakteriya tashib yuruvchilar topilsa, ularni sanatsiya maqsadida 3 kun bosim sulfanilamid preparatlar beriladi. Bunday kollektivda tekshirish va sanatsiya ishlari tugamagunga kadar Yangi bolalar qabul qilinmaydi. Bunday kollektivga qarashli bino, bemor Yotgan xona dezinfeksiya qilinadi.

### Mavzusi bo'yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A'lo "5"	Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklarni tushunadi. Tahlil qiladi, baholaydi, umumlashtiradi. Mavzuni to'liq biladi, tushunadi, tahlil qila oladi, Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	3-daraja: bilim va ko'nikmalar darajasi
3.	71-85	Yaxshi "4"	Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklar haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	2-daraja: bilim va ko'nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli "3"	Meningokokkli infeksiya va difteriya haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam qisman bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	1-daraja: tasavvur etish darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz qo'shimcha ishlash talab etiladi. "2"	Meningokokkli infeksiya va difteriya kasalliklar bo'yicha tasavvurga ega emas. Kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, Konspekt tayyorlamagan.	0-daraja: mutloq tasavvur Yo'qlik darajasi.

### Mavzu bo'yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko'nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

**1-masala.** Bemor Z. 6 yoshda, neyroinfektsiya bo'limiga kasallikning 2-kunida keldi. Kasallik isitmaning 39,4°C gacha ko'tarilganda bemorda bezovtalik kuzatilgan. Tunni yomon o'tkazgan. Kechasi va ertalab 4 marta qusgan. Kasallik anamnezidan: opasi meningokokk infektsiyali bemor bilan kontaktda bo'lganligi uchun 2 kun oldin burun-halqum ekmasida meningokokk o'sgan. Ob'ektiv ma'lumotlar: umumiy ahvoli og'ir. Bemor uyquchan. Teri qoplamlari oqimtir. Nafas olishi burun orqali, qiyinlashgan, minutiga 44 marta, o'pkasida xirillashlar yo'q, yurak tonlari bo'g'iq, puls tezlashgan. Jigar va taloq shishmagan. Es-hushi karaxt, taktil sezgi yuqori. Kernig, Brudzinskiy simptomlari musbat va ensa mo'shaklari

rigidligi yuqori.

- 1.Hamshira tashhisini qo'ying?
- 2.Hamshira taktikasini ayting?
- 3.Parvarish rejasini tuzing.

**2-masala.** Kasalxonaga 8 yoshli Misha quyidagi shikoyatlari bilan tushdi: tana haroratining 2 kun davomida 38°C dan tushmaganligi, tomog'ida yutinganida og'riqning borligi. Kasalxonaga tushgan paytida, bolaning ahvoli o'rtacha og'irlikda. Teri qoplami oqimtir tusda, halqum biroz qizargan. Bodomcha bezlari ozroq shishgan, uning yuzasida orolchali parda joylashgan bo'lib, shisha tayoqcha bilan ajratish qiyin. O'sha parda olinsa, bodomcha bezlari yuzasi qonaydi. Mahalliy limfa tugunlari 2-darajaga kattalashgan.

- 1.Tashxis qo'ying.
- 2.Bemorni tekshirib ko'rish rejasini tuzing.

### Mavzu bo'yicha test savollari

#### 1. Lyumbal punksiya qanday maqsadda qilinadi:

davo

\*diagnostik va davolash

diagnostik

profilaktik

#### 2. Lyumbal punksiya qayerdan qilinadi:

12-ko'krak va 1-bel umurtqasidan

\*4-5 bel umurtqasidan

10-11 ko'krak umurtqasidan

2-3 bel umurtqasidan

#### 3. Meningit bilan og'rikan bemor..... yo'qolgandan so'ng kasalxonadan chiqariladi:

bosh og'rig'i

\*meningial belgilar

lohaslik

ko'ngil aynishi

#### 4. Meningitda miya shishning belgisi:

temperatura 39°C

\*tutqanoq

qusish va bemorning ahvoli yaxshilanishi

terining oqimtiriligi

#### 5. Meningitga gumon qilinganda qanday materil ekma sifatida ishlatiladi:

burundan surtma

\*halqumdan surtma

balg'am

najas

#### 6. Meningitni davolash uchun ishlatiladigan dorilar:

furazolidon

analgin

\*penitsillin

talvasaga qarshi dorilar

#### 7. Meningitning asosiy belgilari:

qo'l-oyoqlar falaji

vezikulyozli toshma

\*ensa mushaklar tarangligi, Kernig simptomi

gemorragik toshma

#### 8. Meningitning klinik belgisi:

yo'tal

ko'z yoshining oqishi

\*meningial belgilar

terida toshma toshishi

#### 9. Meningokokkli nazofaringit asosiy belgisi:

tovush xirillashi, yuqori harorat

hansirash, burun bitishi, tana haroratini oshishi

\*quruq yo'tal, subfebril harorat

terida toshmalar bo'lishi

#### 10. Meningokokkli infeksiya klinik tasnifiga noxos shakllar:

o'tkir nazofaringit

meningit

\*me'da- ichak

meningokokkstemiya, meningoenstefalit

#### 11. Meningokokkli infeksiya uchun noxos kasallik manbai:

sog'lom bakteriya tashuvchi

o'tkir nazofaringit bilan og'rigan bemor

\*hayvonlar

tarqalgan shaklining boshlang'ich davri

#### 12. Meningokokkli infeksiya uchun noxos klinik belgilar:

tana haroratining ko'tarilishi

kuchli bosh og'rig'i

\*qorin og'rig'i

qusish

#### 13. Meningokokkli infeksiya uchun noxos meningial belgi:

ensa mushaklari taranglashuvi

Kernig belgisi

\*Lassega belgisi

Brudzinskiy belgisi

**14. Meningokokkli infeksiya uchun xos yuqish mexanizmi:**

najas-og'iz

transmissiv

\*havo- tomchi

muloqot

**15. Meningokokkli meningit tashxisotida qo'llaniladigan eng muhim uslub:**

halqumdan surtma olish

kasallik tarixi

\*likvor bakteriologik tekshiruv

immunologik tekshiruv

**16. Meningokokkli meningit uchun noxos belgilar:**

patologik reflekslar paydo bo'lishi

teri reflekslari so'nishi

\*parez va falajlanish

meningial belgilar paydo bo'lishi

**17. Meningokokkli meningoensefalit uchun noxos belgi:**

isitma, qaltirash

parez va falajlik

\*gemorragik toshma

meningial sindrom

**18. Meningokokkstemiyaning asosiy belgisi:**

yuqori harorat, bosh og'rig'i

terining oqimtir rangga kirishi

\*terida noto'g'ri shaklli gemorragik belgi,

yuqori harorat

sklera va konyunktivada qon quyilishi

**19. Meningokokkli infeksiyada toksikoinfeksion shokning belgisi:**

temperatura baland bo'lishi

poliuriya

\*AB ning pasayishi, pulsning yo'qolishi

teri giperemiyasi

**20. Meningokokkli infeksiyada qo'llaniladigan laborator usullar:**

biologik

serologik

teri-allergik

\*bakteriologik

**21. Meningokokkli infeksiyaning infeksiya manbai:**

kasal hayvonlar

meningokokk tashuvchi

kasal odam

\*kasal odam va meningokokk tashuvchi

**22. Meningokokkli nazofaringitda xos bo'lmagan belgi:**

burundan ajralma oqishi

quruq yo'tal

bodomcha bezlar giperemiyasi

\*tananing normal harorati

**23. Nazofaringit — bu meningokokkli infeksiyaning bir turi:**

umumiy

aralash

kam uchraydigan

\*mahalliy

**24. Orqa miya punksiyasi .....da qilinadi:**

gripp

toshmali tif

qorin tifi

\*meningokokkli infeksiya

**25. Orqa miya punksiyasi .....holatda qilinadi:**

qorinda yotqizilgan

o'tirgan

turgan

\*yonbosh yotqizilgan

**26. Orqa miya suyuqligini olish qaysi sohada bajariladi:**

1-2 bel umurtqasi

11-12 ko'krak umurtqasi

1-2 dumg'aza umurtqasi

\*4-5 bel umurtqasi

**27. "O'zbekiston Respublikasida "Difteriya" (bo'gma) kasalligini kamaytirish va epidemik tusda avj olishga yo'l qo'ymaslik choralari haqida" buyruq:**

№17. 15.01.2004

\*№577. 21.12.1994

№ 292. 23.06.1993

№454. 25.10.2006

**28. Bakteriologik usulda tomoqdan surtma olib tekshirish qaysi kasalliklarda asosiy usul bo'lib o'rganiladi:**

\*difteriya, gripp, meningokokk infeksiyasi

difteriya, kuydirgi, o'lat

difteriya, virusli gepatit, shigellyoz

difteriya, vabo, esherixiozlar

**29. Bezredko usulida zardob qayerga yuboriladi:**

\*venaga, muskul orasiga

teri ichiga, teri ostiga

teri ichiga, venaga

teri ichiga, mushakka

**30. Bezredko usulida zardob yuborish qaysi hollarda qo'llaniladi:**

\*qoqshol, botulizm va difteriyada  
qoqshol, salmonellyozning gastrointestinal shaklida  
difteriya, qizamiq, qizilcha  
meningokokk infeksiyasi, epidparotit ovqat toksikoinfeksiyasi

**31. Bolalar qaysi yoshda difteriya bilan emlanadi:**

\*2-3-4 oyligida  
2-4-5-6 oyligida  
16 oyligida  
7 yoshda

**32. Bo`g`ilishda asosiy belgilar jumlasiga kirmaydi:**

\*disfagiya  
quv-quv yo'tal  
afoniya  
nafas olish buzilishi

**33. Bo`g`ilishning davosi jumlasiga kirmaydi:**

\*fermentoterapiya  
antibiotiklar  
spazmolitiklar  
diuretiklar

**34. Difteriyaning asosiy yuqish yo'li:**

\*havo-tomchi  
alimantar  
suv orqali  
parenteral

**35. Difteriya patogenezida asosiy omil:**

\*toksik  
infeksion  
allergik  
mexanik

**36. Difteriya qo'zg'atuvchisining o'sish muhiti:**

\*German-Tinsdal-Sodiqov muhiti  
o'tli bulyon  
Ploskirov muhiti  
qandli muhit

**37. Difteriya tashxisida qo'llaniladigan laboratoriyaviy usullar:**

\*bakteriologik  
biologik  
biokimyoviy  
virusologik

**38. Difteriya o'chog`ida tezkor qo'llaniladigan vosita:**

AKDS

\*AD

ADSM

ADS

**39. Difteriya uchun limfa tugunlari o'zgarishi:**

kattalashgan, harakatsiz  
\*kattalashgan, harakatchan  
kattalashmagan  
kattalashgan va atrof to'qima bilan birikkan

**40. Difteriya uchun xos kasallik manbai:**

\*kasal odam  
kasal hayvon  
zaharsiz tayoqcha tashuvchi  
virus tashuvchi

### Meningit kasalligida hamshiralik jarayoni

<b>Bemorni tekshirish</b>	<b>Hamshiralik tashxisi</b>	<b>Hamshiralik yordamini rejalashtirish</b>	<b>Rejani amalga oshirish</b>	<b>Natijalarni baholash</b>
<p><b>Shikoyatlari:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kuchli bosh og'rig'i.</li> <li>2. Ko'ngli aynamasdan qusish.</li> <li>3. Harorat ko'tarilishi.</li> <li>4. Ruhiy bezovtalik.</li> <li>5. Uyquning buzilishi.</li> </ol> <p><b>Ob'ektiv tekshirish natijalari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Tana harorati ko'tarilishi.</li> <li>. Qaltirash.</li> <li>. Terida toshmalar.</li> <li>. Bezovtalik.</li> <li>. Qo'l-oyoqlarda qaltirash.</li> <li>. Meningial belgilar.</li> </ul>	<p><b>Mavjud muammolar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kuchli bosh og'rig'i.</li> <li>2. Ko'ngli aynamasdan qusish.</li> <li>3. Harorat ko'tarilishi.</li> <li>4. Ruhiy bezovtalik.</li> <li>5. Uyquning buzilishi.</li> </ol> <p><b>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ong buzilishi- sopor, deliriy.</li> <li>2. Tutqanoq xuruji.</li> <li>3. O'tib ketuvchi falajliklar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Shifokorni chaqirish.</li> <li>2. Bemorga osoyishtalik yaratish</li> <li>3. Yotoq rejimi.</li> <li>4. Qon bosimi, puls va nafas monitoringini olib borish.</li> <li>5. Bosh og'rig'ini bartaraf etish.</li> <li>6. Tana haroratini me'yorashtirish.</li> <li>7. Qusishni bartaraf etish.</li> <li>8. Bemorni lyumbal punkstiyaga tayyorlash.</li> <li>9. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Shifokor chaqirildi.</li> <li>2. Yotoq rejimi buyurildi.</li> <li>3. Osoyishtalik yaratildi.</li> <li>4. Qon bosimi, nafas, puls monitoringi olib borildi.</li> <li>5. Bosh og'rig'i va qusish bartaraf etildi.</li> <li>6. Tana harorati me'yorashtirildi .</li> <li>7. Qusishni bartaraf qilindi.</li> <li>8. Lyumbal punkstiya qilindi.</li> <li>9. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borildi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bemor tinchlandi.</li> <li>2. Bosh og'rig'i kamaydi.</li> <li>3. Qusish to'xtadi.</li> <li>4. Tana harorati me'yorlashdi.</li> <li>5. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi.</li> </ol>



### Foydalanilgan adabiyotlar, o'quv qo'llanmalar, ilmiy manbalar.

1. Axmedova M. J. , Obloqulov A. R. , Boboxo'jaev S. N. yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi. Buxoro. 2008y.
2. Shuvalova E. P. Infektsionnye bolezni M. Meditsina 1995 g.
3. Mavzuga oid ma'ruza matni.
4. Obloqulov A. R. yuqumli kasalliklar klinik tasniflari, tashxisot mezonlari, ularning tashxislash va davolash uslublari, dispanser nazorati. ToShkent 2007.

## MASHG'ULOT 7. MAVZU: Gripp va boshqa O'RK (paragripp, adenovirus infektsiyasi, rinovirus infektsiyasi, rinosinstitial infektsiya). Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlar. Uyda hamshiralik parvarishi. Profilaktika chora-tadbirlari.

### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	Gripp va boshqa O'RK (paragripp, adenovirus infektsiyasi, rinovirus infektsiyasi, rinosinstitial infektsiya). Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Bemorlarni parvarishlar. Uyda hamshiralik parvarishi. Profilaktika chora-tadbirlari.
<b>Mavzuning maqsadi:</b> Hozirda bizning regionda uchraydigan Gripp, O'rvi kasalliklarini erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, hamshiralik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida Yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish. O'tkir respirator virusli infeksiya Gripp kasalligini vaqtli aniqlab, tashxisot o'tkazib, bemorlarga davol chora-tadbirlarni o'tkazish. Kasallik oldini olish ishlariini olib borish.	
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob. Test

### 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

No	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

#### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	10 minut
3.	Tegishli a'zolari palpastiya va perkussiya qilish.	10 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	10 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	10 minut
	Jami	80 minut

**Mavzu bo'yicha talabalar o'zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:**

1. Gripp, O'RVIning etiologik va epidemiologik xususiyatlari
2. Gripp, O'RVI klinik tasnifi va klinikasi.
3. Gripp, O'RVIning asoratlari.
4. Gripp, O'RVIning tashxisoti.
5. Gripping asoratlangan va asoratlanmagan shakllarini davolash.
6. Gripping profilaktikasi
7. Bemorlarni parvarishlash rejasini to'zish.

Gripp, O'RVIning chuqur o'rganish uchun uni quyi kurslarda o'rganilgan quyidagi fanlar bilan bog'lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo'lmaydi.

-Mikrobiologiyadan viruslar morfologiyasi, biokimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo'llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o'choqda olib borilishi shart bo'lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi, emlashlarni o'tqaza bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish qoidalarini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo'zg'atuvchilar ta'sirida tizim va a'zolar faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta'sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og'iz bo'shlig'i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o'zlashtirishi.

**“Olmalar» metodi.**

*Maqsadi:* Talabalarga ushbu muammo bo'yicha to'g'ri javobni tanlashni o'rgatish.

*Tamoyillari:*

Qattiq qog'ozga yoki kartonga bir necha olma surati chiziladi (olmalarga 4-5 qator tekst sig'sin (12-15sm)). Ularni bo'lib, qirqiladi. So'ng har bir olmani ikkita qiyshiq chiziq bilan bo'linadi. Har bir olma boshqasidan farq qilsin. Olmaning bir bo'lagiga tegishli savolni, ikkinchi bo'lagiga to'g'ri javob Yoziladi. Olmalarning barcha Yarimlarini aralashtirib, har bir o'quvchiga bittadan olish taklif qilinadi. Savol olgan qatnashchi, savolni ovoz chiqarib o'qiydi. shu savolning to'g'ri javobini olgan qatnashchi. ovoz chiqarib, javobni o'qiydi. Qolganlar esa javobning to'g'ri – noto'g'riligini ko'rsatishlari kerak. Javobning to'g'riligiga ishonch hosil qilish uchun, ikkala bo'lak birlashtirib ko'riladi.

*Mashg'ulot mavzusi:* Gripp.

Savollar:

1. Gripp tavsifi.
2. Gripp qo'zg'atuvchisi;
3. Gripp klinik belgilari;
4. Gripp tashxisoti;
5. Gripp davosi.

### “Tezkorlik, aniqlik, to’laqonlik”

*Maqsad:* Talabalarga ushbu muammo bo’yicha bilimlarini tez, aniq, tulaqon aniqlashni o’rgatish.

*Asosiy tamoyillari:* Guruh talabalari bilim darajasiga mos holda ikki kichik guruhga bo’linadi. O’qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar qonvertlarga solingan bo’lib, raqamlanadi. Har bir guruh sardori navbat bilan raqam aytib savolni tanlaydi. Savol o’qilgandan so’ng uch minut ichida guruh talabalari javob tayyorlaydi. Qaysi guruh talabalari javob tayyorlasa, qo’lidagi belgini ko’tarib bildiradi. Javob to’liq bo’lmasa ikkinchi guruh talabalari to’ldiradi.

“Tezkorlik, aniqlik, tulaqonlik” usuli talabalardan yo’qsak diqqat-e’tiborni va ushbu bo’lim bo’yicha Yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

*Mashg’ulotning mavzusi:* Meningokokkli infeksiya

O’qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro’yxati:

1. Gripp kasalligining klinik belgilari.
2. Gripp bilan kasallangan bemorlarni davolash.

Mashg’ulot so’ngida o’qituvchi har bir ishtiroqchining harakatlariga baho berib, mashg’ulotga yakun yasaydi.

### Mavzu bo’yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma’zuni, bajarish bo’yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talabaning mustaqil bilimni tekshirish

Savol	Javob
1. Gripp kasalligining epidemiologiyasi?	
2. Grippning infeksiya klinikasi?	
3. Gripp kasalligining tashxisoti?	
4. Gripp kasalligini davolash?	
5. Gripp kasalligini profilaktikasi?	

### MAVZU BAYONI

#### O’TKIR RESPIRATOR INFEKSIYALAR

O’tkir respirator kasalliklar (O’RK) – etiologiyasi jihatidan turli, klinik belgilari jihatidan umumiyliigi ko’p bo’lgan kasalliklar guruhidir. Bu kasalliklarning ko’pchiligini viruslar qo’zg’atadi. Gripp, paragripp, adenovirus kasalligi, rinovirus kasalligi, respirator - sintsiyal infeksiya, miko-plazma infeksiyalari va boshqalar O’RK guruhiga kiradi. O’RK da epidemiologik hamda klinik o’xshashliklar bo’lishi bilan birga har bir kasallikda o’ziga xoslik ham bor.

#### GRIPP

Gripp – o’tkir virusli kasallik bo’lib, u umumiy zaharlanish belgilari, tana haroratining ko’tarilishi, yuqori nafas yo’li, yurak qon-tomir va asab sistemasining zararlanishi kabi alomatlar bilan tavsiflanadi.

**Etiologiyasi.** Grippni chaqiruvchi viruslar miksoviruslar oilasiga mansub bo’lib, o’zida RNK tutadi. Virionlar dumaloq yoki oval shaklida bo’lib, diametri 80-100 nm ni tashkil etadi.

Kasallik qo’zg’atuvchisi A, B, C tipli viruslar morfologik jihatdan o’xshash bo’lsalarda, o’zida turgan antigenlari bilan bir-birlaridan farq qiladilar.

A tipi juda o’zgaruvchan, u antigenlarini tez-tez, ba’zan juda keskin o’zgartirib turadi. O’zgarish yuzaki antigen-gemagglutinin va neyroaminidaza almashinuvi tufayli sodir bo’ladi. Bu antigenlarning ikkalasi bir vaqtda almashingan taqdirda, virusning yangi podtipi hosil bo’ladi. U pandemiyaga sabab bo’ladi. Antigenlarni bunday o’zgartirish B va C viruslarida bo’lmaydi yoki bo’lsa ham, kuchsiz namoyon bo’ladi.

Gripp virusi tashqi muhitga chidamsiz, qizdirilgan va qaynatilganda tez nobud bo’ladi. Sovuq muhitda ko’prok saqlanadi. Ultrabinafsha nurlari xam turli xil

dezinfeksiyalovchi moddalar ta'siri ham juda chidamsiz.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai kasal odam hisoblanadi. Ayniqsa, kasallikning engil, noaniq va klinik belgilarisiz turlarini o'tkazayotgan shaxslar xavfli hisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdegilar uchun xavflidir.

Gripp virusi odamlar orasida doimiy aylanib yurib, har 2-3 yilda epidemiya berib turadi. Bu epidemiyalar virusning turli xil serologik variantlari tomonidan chaqiriladi. A - virusining yangi serotiplari paydo bo'lganda esa (xar 10-30 yilda) pandemiya sodir bo'ladi. A virusini turli har xil uzoq qa uchuvchi qushlar va hayvonlarga o'tishi va ulardan odamlarga o'tishi kuzatilgan. Bu holat virusning yangi serotiplarini paydo bo'lishida asosiy omil bo'lsa, ajab emas.

Gripp epidemiyasi shimoliy yarimsharda joylashgan viloyatlarda ko'prok noyabr, mart oylarida, janubiy yarimshar viloyatlarida esa aprel, oktyabr oylarida tarqaladi.

A grippning epidemiyasi alangadek tez tarqaladi - bir oyning o'zida aholining 20-50% igacha kasallanadi.

B virusining epidemiyasi esa 3-4 yilda bir takrorlanadi, sekin tarqaladi, 2-3-5 oy davom etib, aholining 4/1 qismini zararlaydi.

Biroq, kasallik rivojlanishi uchun organizmda virusning o'zi tushishi ham har doim etarli bo'lmaydi. Bunda shamollash omilining ham ahamiyati kattadir. Shamollash omili epiteliy hujayralarning tebranuvchi kiprikchalari harakatini keskin kamaytiradi va okibatda nafas yo'lidagi shilliq tezda quyuvlashib, ajralishi, binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yuqorigacha siljishiga imkon yaratadi.

**Patogenezi.** Virusning patogen ta'siri uning qo'yidagi biologik xususiyatlariga bog'lik: epiteliy hujayralariga ta'sirchanlik, zaharlilik hamda bir qadar antigenlik ta'siri.

Virus nafas yo'lga tushgandan so'ng epiteliy hujayralarda qayta ko'payadi. Zararlangan epiteliylar degeneratsiyaga uchrab, ko'chib tushadi. Silindrik epiteliylarning metaplaziyasi sodir bo'ladi. Jarayon qo'shni to'qimalarga va qon-tomirlarga ham tarqaladi. Klinik ko'rinishi ko'prok yuqori nafas yo'lining yallig'lanishi sifatida namoyon bo'ladi, bronxiolalarga tarqalmaydi.

Virusemiya va toksemiya tufayli tana harorati va zaharlanish alomatlari tez rivojlanadi. Toksinlar ta'sirida qon-tomirlarning zararlanishi tufayli qon aylanishi buziladi, bu esa o'z navbatida o'pkaning zararlanishi hamda markaziy va vegetativ asab tizimi (ko'prok bosh miyaning dientsefal bo'limi) faoliyatining buzilishiga olib keladi. Simpatik va parasimpatik asab tizimining zararlanishi davriy xarakterga ega. Shuning uchun ham gipertoniya gipotoniya bilan, taxikardiya bradikardiya bilan, okdermografizm, qizil dermografizm bilan almashinib turadi. Qon tomir distoniyasi kasallikdan keyin ham ma'lum vaqtgacha saqlanadi.

Qon tomir o'tkazuvchanligi va qon aylanishining buzilishi okibatida miya qon tomirlarida qon dimlanishi, mayda qon quyulishlar sodir bo'ladi va u miya shishiga hamda meningoentsefalit sindromi rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'pkada qon aylanishining buzilishi natijasida o'pka bo'lakchalarida shish rivojlanadi. Toksin ta'sirida gipofiz va buyrak usti bezlarining boshqaruvchi faoliyatlari ham buziladi. Nafas yo'lida epiteliy to'siq butunligining buzilishi, leykotsitlarning fagotsitar faoliyatining pasayishi, virusning organizm mudofaa qobiliyatlarini pasaytiruvchi ta'siri, nafas yo'lidagi shartli patogen mikroblarning qo'zg'alishida, bakterial asoratlar rivojlanishiga hamda surunkali kasalliklarni qo'zg'alishiga olib keladi. Grippda allergik reaksiyani virusning o'zi, qo'shilgan mikroorganizmlar hamda zararlangan to'qima parchalari yuzaga keltiradi.

**Klinika.** Ko'pchilik kasallik belgilarida umumiylik bo'lish bilan birga qancha ta'sir qiluvchi omillar (bemorning yoshi, uning kasallikka beriluvchanligi, kasalliklardan oldingi holati, virusning serotipi, uning virulentligi) tufayli grippning kechimi turlicha bo'lishi mumkin. Ilgarilari u yoki bu sindromlarning ortiqligiga qarab grippning nevrologik, bronx - o'pka, tifsimon, gemorragik, ichak va boshqa turlari farqlangan. Kasallikni bunday turlanishi bizning hozirgi davrda gripp xaqidagi tushunchamizga mutlok o mos

kelmaydi. Amaliy jihatdan grippni asoratsiz va asoratli (asoratlarini ko'rsatib) hamda engil, o'rta - og'ir, gipertoksik turlarga ajratish maqsadga muvofiqdir. Tashxisni ifodalashda albatta, hamroh kasalliklarni ham ko'rsatish zarur.

Kasallikning yashirin dari bir necha soatdan 1-2 kungacha, ba'zan 3 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik to'satdan boshlanadi. Boshqa O'RK lardan farqi - gripp tumov belgilari kam bo'lgan holda zaharlanishning kuchliligi bilan ifodalanadi.

Odatda kasallik sovuqqotib, titrash, bosh og'rig'i bilan boshlanib, tana harorati tezda (bir necha soat davomida) 38-40°C gacha ko'tariladi. Quvvatsizlik, et qaqshashi, mushaklarda, suyaklarda, yirik bo'g'imlarda og'riq kuzatiladi. Bosh og'rig'i zo'rayib boradi.

Ko'prok peshona, chakka, qosh usti ravog'i, ko'z olmasi og'riydi. Ba'zan bemor yorug'likka qaray olmaydi. Kuchli zaharlanish odatda, bosh aylanishi, ba'zan hatto hushini yo'qotish, qusish va gemorragik alomatlar (ko'prok burundan qon ketishi) bilan kuzatiladi.

Bemorlar avvalo burun bitishi, tomok ning qurishi va qirilishidan shikoyat qiladilar. Kasallikning 2-3 kunlarida ko'pchilikka quruq yo'tal, yo'talganda to'sh ortida og'riq hamda tumov paydo bo'ladi. 3-4 kundan keyin yo'talganda balg'am keladi, tana haroratining eng yuqori ko'tarilishi va kuchli zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi.

Kasalliklarning 1-2 kunida isitma kuzatiladi. Kasallikning asoratlanmagan turida isitma A grippda 1-6 kun, B grippda esa uzoq rok davom etadi. Haroratning tushishi keskin yoki tezlashgan lizis yo'li bilan sodir bo'lib, terlash bilan kuzatiladi. Isitmaning takrorlanishi kam bo'lsada u asoratlanish bilan bog'liq bo'ladi. Yuzning qizarib bo'rtishi, yuz qon-tomirlarning kengayishi, ko'zning yaltirab turishi, kon'yunktivit? ko'zdan yosh ok ishi kabilar kasal-likning boshlang'ich belgilari hisoblanadi. Kasallikning og'ir kechimida teri ok aradi va hatto biroz ko'karadi. Lablar va burun qanotlarida gerpetik toshmalar, og'iz, tomok shilliq qavatining qizarishi, bodom bezlarining biroz kattalashuvi, qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatida mayda qon quyilishlar ko'riladi. Aksariyat bemorlarda yumshoq tanglay, ayrim hollarda tilcha shilliq qavatida mayda donador enantemalar bo'ladi (Morozkin belgisi).

Tomog'ning orqa devorida shilliq qavat qurigan undagi limfatik follikulalar kattalashganligi kuzatiladi.

Kasallikning 3-4 kunlarida tomog'dagi qizarish hamda shish sezilarli kamaysada, boshqa belgilari hali saqlanadi. Burun shilliq qavati ko'kimtir, qizargan, shishgan bo'ladi. Kasallikning 2-3 kunida burundan biroz seli, keyinchalik shilimshiq ajralma ajraladi. Bakterial flora qo'shilganidan keyin esa ajralma yiringli-shilimshiq tus oladi. Puls tana haroratiga mos, ayrim hollarda nisbiy bradikardiya yoki taxikardiya kuzatiladi, ko'pchilik bemorlarda ayniqsa, kasallikning og'ir kechimida yurak tonlari sustlashgan bo'ladi. Qon bosimi aksariyat pasaygan, juda og'ir kechimida (ayniqsa bolalarda) hatto kollaps bo'lishi mumkin.

Grippda ovqat hazm a'zolarining zararlanishi kam bo'ladi. Ishtahaning pasayishi (ba'zan mutlaqo yo'qolishi), til karashlanishi ba'zan tilda og'riq, qabziyatga moyillik kabi alomatlari faqat kasallikning og'ir turlarida kuzatiladi.

Isitma davrida siydik kamayadi, harorat pasayganda esa ko'payadi. Kasallik og'ir kechganda siydikda qon, hamda silindrlar bo'ladi.

Gripp virusi toksinning vegetativ asab tizimiga ta'siri bemor yuzining qizarishi, terlash, pulsining labilligi, bosh aylanishi, hid bilishning yo'qolishi kabi alomatlar bilan erkin namoyon bo'ladi.

Markaziy asab tizimi zararlanishi sub'ektiv zaharlanish belgilari bilan og'ir kechimida esa meningial belgilar bilan tirishish, qon aylanish buzilishi tufayli sodir bo'ladi entsefalopatiya, o'chok li belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Periferik asab tizimi zararlenganda esa terida gipersteziya, paresteziya, pleksitlar qovurg'a oraliq'i nervi va boshqa nervlarning nevrалgiya belgilari kuzatiladi. Qonda leykopeniya, eozinopeniya, nisbiy limfotsitoz bo'lib, EChT o'zgarmaydi.

Rekonvalesentsentlik davri bir ikki hafta davom etib, bunda asteno-vegetativ belgilar (tez charchash, jahldorlik, uyqunng buzilishi, terlash, pulsning labilligi), asoratlarga moyillik va surunkali kasalliklarning zo'rayishi kuzatiladi.

Grippning engil kechishi biroz umumiy zaharlanish belgilari, hamda subfebril harorat (2-3 kun davomida), ayrim bemorlarni yuqori nafas yo'lining zararlanishi bilan namoyon bo'ladi.

O'rta og'ir turida zaharlanish hamda yuqori nafas yo'lining zararlanish belgilari aniq namoyon bo'ladi. Isitma davri o'rtacha 4-5 kun davom etadi.

Og'ir turi keskin boshlanadi. Isitma kuchli va uzoq rok davom etib, zaharlanish kuchli bo'ladi. Bemorda keskin holsizlanish, bosh aylanish, uyqusizlik yoki uyquchanlik, ishtahaning butunlay yo'qolishi, qusish, tirishish, qisqa karaxtlik, hushning yo'qolishi, meningial va entsefalitik sindromlar, yurak-qon tomir faoliyatining buzilishi kabi alomatlar kuzatiladi. Nafas a'zolarida muqarrar asoratlar sodir bo'ladi (virusli-, bakterial zotiljam). Aksariyat gemorragik alomatlar (burun qonashi) kuzatiladi.

Gipertoksik -(chaqmok simon) turida juda og'ir neyrotoksikoz belgilari (miya shishi va ko'pchishi), yurak tomir hamda nafas etishmovchiligi (o'pkaning o'tkir gemorragik shishi) bronxiolit, hiqildok ning qisilishi, kabi alomatlar birinchi o'rinda namoyon bo'ladi. Aksariyat, bu sindromlarning birgalikda sodir bo'lishi tufayli kasallik og'ir kechib, o'lim bilan yakunlanishi mumkin.

Grippning asoratlari kasallikning turli davrida rivojlanishi mumkin. Ular viruslar va ko'pincha turli xil bakteriyalar tomonidan chaqiriladi. Grippning eng ko'p va og'ir asoratlaridan biri zotiljamdir.

Grippda zotiljamdan tashqari otit, burun qo'shimcha bo'shliqlari va peshona sinuslarining yallig'lanishi (gaymorit, etmoidit, frontitlar) va ko'prok rinit, faringit, laringit, traxeobronxit, angina va boshqa asoratlar bo'lishi mumkin.

Asab tizimi tomonidan sodir bo'ladigan asoratlar (meningoentsefalit, araxnoidit, polinevrit, radikulit) ba'zan uzoq vaqt asab tizimi faoliyatining buzilishi va ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi.

Grippning ok ibati ko'pincha yaxshi, birok og'ir asoratli kechimida yomon bo'lishi mumkin.

**Tashxisoti.** Har bir hakim kasallikni aniqlashda avvalo uning klinik belgilariga asoslanishi kerak, chunonchi klinik tashxis eng barvaqt aniqlanadigan va hech qanday qo'shimcha mablag' sarfini talab qilmaydigan tashxisdir. Shuning bilan birga u keyingi tekshiruvchilar yo'nalishni ham aniqlab beradi.

Gripp virusining kasallikning birinchi kunidan boshlab burun, tomok shilliq qavati va qonda topish kam holatlarda qayd qilinishi mumkin. Uni tovuq embrionida o'stirish mumkin. Grippda va boshqa O'RKlarda tezkor ekspress tashxis qo'yish maqsadida flyuorestsentlanuvchi antitelolar usulidan foydalaniladi. Buning uchun burun va tomoq dan shillig'idan tayyorlangan surtmaga grippning flyuorestsentlanuvchi zardobi bilan ishlov beriladi. Hosil bo'lgan antigen-antitelo birikmasi epiteliylarning yadrosi va protoplazmasidan erkin nurlanadi.

KBR va neytralizatsiyalash kabi zardob tahlillaridan kechikkan (ya'ni kasallik o'tib bo'lgandan keyingi) tashxisot maqsadida foydalanish mumkin. Zardob reaksiyasi uchun qonni ikki marotaba («juft zardob») kasallik boshida, yana 8-14 kun o'tkazib, rekonvalesentsentlik davrida olinadi. Antitelolar titrini 4 marotaba va ortiq oshishini tashxisiy hisoblash mumkin.

**Davosi.** Bemorlarni kasalxonaga joylashtirish epidemiologik va klinik nuqtai nazardan amalga oshiriladi. Odatda grippning og'ir yoki asoratlangan turlarini o'tkazayotgan, hamda og'ir qo'shimcha xastaligi bo'lgan bemorlarga kasalxonaga yotqiziladi.

Rejimi. Bemor butun isitma davomida va yana 2 kun o'rinda yotishi kerak.

Parhezi. Sutli, sabzavotli, vitaminlarga boy bo'lishi va ko'prok suyuqlik ichmog'i

kerak: limonli choy, meva sharbatlari, sutli asal, ingalyatsiyalar, romashka gullari, malinali ichimliklar. Bu moddalar ter ajralishini tezlashtirib, virus (va toksin)ning organizmdan chiqib ketishini ta'minlaydi va organizmni qizib ketishdan saqlaydi.

Grippda bir qator etiotrop, patogenetik va simptomatik dori-darmonlar ishlatiladi. Etiotrop dorilardan eng ta'sirlisi grippga qarshi gammaglobulin hisoblanadi. Uni 3-6 ml.dan, bolalarga 1-3 ml.dan mg`o ga yuboriladi, gammaglobulin yoki zardobli poliglobulin ishlatiladi.

Bularning hammasi ham faqat kasallikning 1-3 kunida ishlatilganda natija beradi. Laktoglobulin-(grippga qarshi immunlangan sigir sutidan tayyorlangan), ayniqsa bolalarni davolashda yaxshi natija beradi. Kasallikning dastlabki 2-3 kunida 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,05 dan, 6 yoshdan katta bolalarga 0,1 gr.dan (burniga kunga 3 mahal poroshok hoida) beriladi. Biroq, gripp virusiga qarshi ayniqsa A virusiga eng ta'sirchan remantadin hisoblanadi. U birinchi kunga 100 mg 2 tabletka keyin 50 mg (1+2+2) va 3-kuni 200mg (1+2+2) beriladi. Keyingi kunlarda bu dorini berishni hojati ham foydasi ham yo'q.

Leykotsitar interferon har bir burun yo'liga 0,25ml dan 4 mahal tomiziladi. Bu dori ham bu kasallikning birinchi kunlarida (ayniqsa 1-kunida) foydalanadilar. Oksalin mazi (0,25%) – tumovni ancha yumshatadi va muddatni qisqartiradi: uni bir kunda 3-4 mahal burunga surtiladi.

Gripning engil va o'rta-og'ir turlarida ko'prok patogenetik va simptomatik dorilar ishlatiladi. Desensibilizatsiyalovchi dorilar va vitaminlar qo'llanishi shart. Isitmani pasaytiruvchi dorilar (atsetilsalitsilat kislotalar, rinza, analgin va boshqalar) juda ehtiyotlik bilan, faqat tana harorati juda baland bo'lgan taqdirdagina ishlatilmog'i kerak. Borjom suvi yoki choy sodasi solingan issiq sut, anjir, asal kabi tomok qurishi va qirilishini kamaytiradi. Yo'talga qarshi kodelak, pektusin, libeksin keyinchalik balg'am ko'chiruvchi dorilar va xantal qog'oz ishlatiladi.

Hozirda ko'proq quyidagi dorilar yig'indisi qo'llanilmok da: remantadin - 3 kun va antigrippin - 5 kun davomida. Bolalarda va katta yoshli shaxslarda etiotrop vosita sifatida viferon (1,2,3,4) shamcha hoida 5 kun mobaynida buyuriladi.

Asoratlanmagan grippda, odatda antibakterial dorilar berilmaydi, bundan faqat qariyalar va qo'shimcha surunkali kasalliklari bo'lgan shaxslar mustasnodirlar. Grippni og'ir o'tkazayotgan bemorlarga, zotiljamning oldini olish maqsadida, og'iz orqali antibiotiklar: eritromitsin, tetratsiklin, vitatsiklin, oletetrin, ampioks, metatsiklin va boshqalar beriladi. Yurak tomir faoliyati buzilgan taqdirda – kordiamin, kamfora, efedrin va boshqalar qo'llaniladi. Yurak tomir etishmovchiligi sodir bo'lganda korglyukon yoki strofantin K yuboriladi va kislorod beriladi.

**Profilaktikasi.** Hozirda grippga qarshi yangi preparatlar (faolsizlantirilgan vaksina, remantadin) qatorida, ilgari ishlatib kelingan, tirik vaksinalar ham qo'llanilmok da.

Gripning asosiy profilaktik shartlari qo'yidagicha: epidemiyadan oldingi davrda ommaviy vaksinatsiyalash, shoshilinch profilaktikasi va epidemiya vaqtida grippni barvaqt davolash, grippga qarshi preparatlarni to'g'ri qo'llash, o'tkaziladigan profilaktik va epidemiyaga qarshi choralarni kengaytirish, tibbiy – sanitariya tashviquotini kuchaytirish.

Aktiv immunizatsiya qilish maqsadida ikki xil aktivsizlantirilgan vaksina ishlatiladi: a) Virionli vaksina – nayzasiz in'ektor yordamida teri ostiga yuboriladi, b) Keyingi paytlarda gripp kasalligining oldini olish maqsadida tarkibida yuzaki antigenlar: gemagglutinin va neyraminidaza saqlagan yuqori sifatli Inflyuvak keng ko'lamda qo'llanilayapti. Preparat bilan asosan 6 oylikdan katta bolalar, hamda katta yoshdagilar mavsum boshidan oldin oktyabr-noyabr oylarida emlanadilar.

Bemorni atrofdagilardan barvaqt ajratish asosiy profilaktik choralardan hisoblanadi. Bulardan tashqari, umumiy sanitariya- profilaktik choralarni ko'pchilik bo'ladigan xonalarni, ayniqsa, bolalar xonalarini ozoda tutish, to'g'ri rejim, xonani kvarts lampalari bilan nurlantirib turish kerak. Gripp kasalligida ko'pchilik bemorlar uyda davolanadilar.

### **Paragripp**

Paragripp-kuchsiz intoksikasiya va yuqori nafas yo'llari, ayniqsa xikildoqning zararlanishi bilan xarakterlanuvchi o'tkir yuqumli kasallik.

#### **Paragrippning qiyosiy tashxisoti.**

Asoratlanmagan paragripp gripp va boshqa O'RVI bilan qiyosiy tashxisot kilinadi. O'tkir stenozi bilan laringotraxeit bilan asoratlangan paragripp esa yuqori nafas yo'llari obstruksiyasi bilan kechuvchi quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxisot qilinadi:

- allergik laringotraxeit, epiglottit, yot jism bilan aspirasiya, xalqum, bug'masi, yutkin oldi abtessi, tug'ma stridar, xalqum papillomatozi

Paragripp ham grippga o'xshash klinika bilan kechadi. Lekin paragrippning grippdan farqli o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Gripp epidemiya va pandemiya ko'rinishida kechadi. Paragrippda esa epidemik tarqalishlar ro'y bermaydi. Paragrippda inkubatsion davr 1-2 kun davom etib, intoksikasiya kamroq bo'ladi. Tana harorati odatda kasallikning 1-kunida subferil ba'zan normal - bolalarda, og'ir kechganda kattalarda ham harorat yuqori bo'lishi mumkin. Xatto isitma baland bo'lganda ham intoksikasiya belgilari kuchsiz bo'ladi. Gripp esa o'tkir boshlanib qaltirash kuchli bosh og'riq, tana haroratining 38-40<sup>0</sup>S gacha ko'tarilishi mumkin. Mushaklar, suyaklar, katta bo'g'imlarda og'riqlar bo'ladi. Paragrippda kasallik asta-sekin boshlanadi va yaqqol namoyon bo'luvchi klinik manzara 2-3 kuni yuzaga keladi. Grippda esa asosiy sindrom intoksikasiya bo'lib 2-5 kun davom etadi. Paragrippda esa kataral sindrom yaqqol namoyon bo'lib, yumshoq tanglay va tomoqning orqa devorida biroz qizarish paydo bo'ladi. Grippda esa kataral sindrom kasallikning 2-3 kundan namoyon bo'lib, kuchsiz bo'ladi. Paragrippda burun bitishi, engil seroz ajralma kelib, dag'al cho'ziluvchan yo'tal bo'ladi. Yo'tal 6-10 kun davom etadi. Grippda esa burun bitib, nafas olishi qiyinlashadi. Traxeit belgilari - yo'tal quruq, iztirobli, tush orqasidagi og'riqlar bilan kechadi. Shunday qilib paragrippda ko'proq laringit yoki laringotraxeit, kamroq rinit va faringit alomatlari kuzatiladi. Paragrippda xalqum stenozi yoki krup ko'proq 1-5 yoshli bolalarda kuzatilib, paragrippdagi krup unchalik xavfli bo'lmasligi bilan boshqa etiologiyali kruplardan farq qiladi.

#### **Paragrippning tayanch-tashxisot mezonlari.**

- xarakterli epid anamnez
- ko'pincha 2-5 yoshli bolalar kasallanishi
- kasallikning nisbatan asta-sekin boshlanishi
- kataral sindromning yaqqol namoyon bo'lishi, hiqildoqning ko'proq zararlanishi
- intoksikasiya sindromining kuchsiz namoyon bo'lishi
- tana haroratining subferilligi
- tipik belgi-laringit sindromi
- bemor axvolining nisbatan yaxshiligi
- qish OHIri va bahorning boshida kasallikning ko'payishi

#### **Laboratoriya tashxisoti**

*Spetifik usullar:* virusologik (tovuq embrionidan virusni ajratib olish) tashxisini aniq tasdiqlaydi.

*Ekspress usullar:* immunoferment va immunofluorestent analizlar maxsus antitelo yoki fermentlar yordamida burun shilliq qavati epiteliy xujayrasidan virus antigenini ajratib olish. *Serologik usullar:* (RTGA, RSK) qonda maxsus antitelolarni aniqlashga qaratilgan. 10-14 kun interval bilan olingan qon zardobida maxsus antitelolar titrini 4 marta yoki undan ortishi tashxis mezoni xisoblanadi.

#### **Adenovirusli kasalliklar**

Adenovirusli kasalliklar gripp yoki paragripp singari tez-tez uchrab, aksariyat epidemik tus olish mumkin. Epidemik davrda umumiy O'RK larning 50% va undan ortig'ini tashkil qilsa, epidemiya bo'lmagan davrda katta yoshlilarda O'RK larning 3% , yosh bolalarda esa 7% tashkil qiladi. Birinchi uch oylikdayoq adenovirusli kasalliklar bir necha marta qo'zishi berishi mumkin. Bunga sabab adenovirus turlarining juda ko'pligi (30 dan ortiq) bo'lib, ular antigenlari bo'yicha ham farqlanadi. O'choqlarda kasallikning qaytadan avj olishi adenovirus turlari "qo'shilishidan" yoki adenovirus tiplarining almashinuvidan yuzaga keladi.



Adenovirusli kasalliklarda yashirin davr uzoq bo'lib (ko'pincha 5-7 kun), paragripp singari sekinlik bilan tarqaladi. Kasallik asosan yilning sovuq vaqtlariga to'g'ri keladi. Adenovirusli kasalliklar paragrippdan farqli ravishda o'tkir boshlanib, tana harorati 38<sup>0</sup>S dan yuqori ko'tariladi. Yuqori harorat uzoq saqlanadi (10 kun va undan ortiq). Tana harorati yuqori bo'lsada grippdan farqli, bunda bemorlar ahvoli nisbatan qoniqarli bo'lib, intoksikastiya belgilari sust rivojlangan bo'ladi. Ko'z olmasida og'riq (retroorbital) kabi toksikoz belgisi kuzatilmaydi. Lekin adenovirusli kon'yunktivitda yorug'likdan qo'rqish va ko'zda "qum borligi" hissi kuzatiladi. Shuningdek mushaklarda og'riq va ko'p terlash ham adenovirusli infekstiyaga xos emas. Ko'pincha bemorlarda ikki to'lqinli harorat egri chizig'i aniqlanadi (asoratlanmagan bo'lsa ham). Katta yoshlilarda adenovirusli kasalliklar engil formada kechib, qisqa muddat tana haroratining subferil darajagacha oshishi bilan kechishi mumkin. Adenovirusli O'RK larda mahalliy yallig'lanish belgilari asosan adenovirusli rinofaringit, laringitda kuzatilib, yosh bolalarda hiqildoq stenozi II darajasi yuzaga kelib, soxta krup (bug'ma) rivojlanishi mumkin. Ko'pincha jarayon burun va xalqum shilliq qavatini egallaydi. Adenovirusli O'RK ning o'ziga xos klinik formasi bu faringo-kon'yunktival turidir. Bunda quyidagi belgilar: tana haroratining oshishi, rinofaringit, tonzillit, periferik limfa tugunlarining kattalashishi, kon'yunktivit kuzatiladi. Adenovirusli O'RK ning faringo-kon'yunktival turining bunday o'ziga xos kechishi boshqa O'RI lar bilan qiyosiy tashxisot qilishga yordam beradi. Agar yuqoridagi belgilar bilan bemorlar O'RK epidemiyasi vaqtida aniqlansa, bu adenovirusli kasalliklarning qo'zishidan dalolat beradi. Adenovirusli kasalliklar tarqalishi sekin rivojlanib, uzoq cho'ziladi. Bunday qo'zishlar qo'shma xarakterda bo'lib, bu davrda boshqa etiologiyali O'RK lar ham aniqlanishi mumkin. Lekin ushbu holatda 50-80% hollarda adenovirus infekstiyasi aniqlanadi. Adenovirusli kasalliklardan alohida ko'zning zararlanishi kon'yunktivlar ko'rinishida kechadi. Adenovirusli kon'yunktivit ko'pincha bir ko'zda boshlanib, bir necha kundan keyin ikkinchi ko'z kon'yunktivasi yallig'lanadi. Ikkinchi zararlangan ko'zda o'zgarishlar yaqqol bo'lmaydi. Chunki bu paytda organizmda himoya reakstiyalari rivojlangan bo'ladi. Adenovirusli infekstiya bilan alohida ko'zning zararlanishi (respirator sindromsiz) kam uchraydi. Kattalarda bu holat keratokon'yunktivit, yosh bolalarda esa-pardali kon'yunktivit ko'rinishida uchraydi. Bunday kasalliklar O'RK larga taaluqli emas. Lekin respirator kasalliklar avj olgan vaqtida faqat ko'zning adenovirusli zararlanishi aniqlansa, bunda O'RK lar adenovirus tabiatli ekanligi haqida o'ylash mumkin. Adenovirusli kasalliklardan so'ng zotiljam rivojlanishi grippga nisbatan kam hollarda uchrab, yosh bolalarda og'ir kechadi. Adenovirusli zotiljam boshqa O'RK lardan keyin kelib chiqadigan zotiljamdan deyarli farq qilmaydi va qiyosiy tashxislashda katta ahamiyat kasb etmaydi. Kasallikning ilk bosqichlarida immunoflyuoresstenstiya usulida spetifik antigenlarni aniqlash mumkin. Virus asosan burun-xalqum shilliq pardasi hujayralarida aniqlanadi. Adenovirusli O'RK ni serologik tashxislashda spetifik antigen bilan RSK usuli qo'llaniladi. Qo'sh (juft) zardobga qon tekshiriladi (1chisi kasallikning 5-kuni, 2 chisi 10-14 kuni olinadi). Antitelo titrining 4 va undan ortiq martagacha oshishi diagnostik muhimdir.

Adenovirusli infekstiyaning tayanch-tashxisot mezonlari:

- Epidanamnezning o'ziga xosligi;
- Kasallikning o'tkir boshlanishi, simptomlarining ketma-ket rivojlanishi bilan;
- Klinik kechishining polimorfligi, ya'ni turli xil kechishi;
- Kasallikning birinchi kunidan kataral sindromning yaqqol bo'lishi va uning intoksikastion sindromdan ustun turishi;
- Yallig'lanishning yaqqol eksudativ xarakterdaligi;
- Yuqori nafas yo'llari katari simptomlarining kon'yunktivit bilan birga kelishi;
- Poliadenit sindromi;
- Gepatospenomegaliya;
- Uzoq to'lqinsimon kechishi

### **Respirator-sinistital infeksiya (RS)**

Respirator-sinistital infeksiya asosan yosh bolalarda uchraydi, 30-70% hollarda o'tkir bronxit va bronxiolitlar, 10-30 % hollarda o'tkir zotiljam shaklida kechadi. Katta yoshlilarda RS virusli kasalliklar kam, ya'ni sporadik holda uchraydi, engil kechadi, lekin aksariyat (25 % hollarda) zotiljam bilan asoratlanadi. Asoratlanmagan RS – virusli O'RK tana haroratining 38<sup>0</sup> S gacha oshishi va sust rivojlangan umumiy intoksikasiya belgilari bilan kechadi. Bu kasallikda asosan bronx va bronxiolalar zararlanadi. Boshqa etiologiyali O'RK larda ham bronxitlar yuzaga kelishi mumkin, lekin bularda RS – virusli kasalliklardan farqli ravishda, bir necha kundan keyin bronxlar zararlanishi mumkin. RSI kasalliklarda esa kasallikning ilk kunlaridan bronxlar zararlanib, tez orada jarayon bronxiolalarni ham egallaydi. Kasallik yaqqol nafas olish sistemasidagi o'zgarishlar (stianoz, hansirash, quruq hushtaksimon va ho'l kichik pufakchali xirillashlar) bilan kechadi. Kattalarda nafas etishmovchiligi va stianoz kuzatilmaydi. Lekin kasallikning birinchi kundan bronxial o'tkazuvchanlik buzilishi bilan kechadigan bronxit bilan boshlanadi. Hatto zotiljam bilan asoratlanmagan bo'lsa ham kasallikning davomiyligi boshqa O'RK larga nisbatan uzoqdir. Bu kasallikning klinik kechishi yosh bolalarda ham, kattalarda ham o'ziga xosdir. Tashxisni tasdiqlashda burun-xalqumdan olingan surtmani immunoflyuoresstenziya usulida spetifik antigenlarga tekshirish (ekspres-metod) va serologik usulda tekshirish (RSK spetifik antigen bilan) muhimdir. Antitelolar titrining 4 va undan ortiq martaba oshishi tashxisiy ahamiyatlidir.

RS – infeksiyaning tayanch-tashxisot mezonlari:

- epidanamnezning o'ziga xosligi;
- kasallik ko'pincha 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi;
- kasallik asta-sekin boshlanishi;
- intoksikasiya sindromning sust rivojlanganligi;
- tana harorati – subferilligi;
- kam rivojlangan kataral sindrom;
- respirator traktning pastki qismlarning ko'proq zararlanishi (bronxiolit, obstruktiv bronxit);
- yaqqol nafas etishmovchiligi va uning dinamikada tez yaxshilanishi;
- nafas yo'llari pastki qismlari zararlanishi og'irligining isitma darajasi bilan mos kelmasligi, ya'ni yaqqol nafas etishmovchiligida tana haroratining subferil darajagacha ko'tarilishi.

**Mavzusi bo'yicha baholash mezonlari**

1.	86-100	A'lo“5”	Talaba Gripp va O'RVI haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha ijod qilish darajasiga va bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	Yaxshi “4”	Talaba Gripp va O'RVI haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	2-daraja: bilim va ko'nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli “3”	Talaba Gripp va O'RVI haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam qisman bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil	1-daraja: o'quv qobiliyati darajasi.

			to`ldira oladi.	
4.	55 dan past	Qoniqarsiz bo`sh, ko`p qo`shimcha ishlash talab qiladi ”2”.	Gripp va O`RVI mavzusi bo`yicha tasavvurga ega emas. Tif, paratif kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, Konspekt tayyorlamagan.	0-daraja: mutloq tasavvur yo`qlik darajasi.

### Mavzu bo`yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko`nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

**1-masala.** Bemor A. 2 Yoshli bog`chaga qatnaydi. Ilgari tez-tez shamollab turgan. Kasallik ORVI belgilari bilan boshlangan. Bir kecha kundo`zdan so`ng tana xarorati 39,4°C ga ko`tarilgan, terisida qizil toshmalar toshgan, Yonoqlarida ham toshmalar paydo bo`lgan, bola quyosh nuridan qo`rqadigan, Ya`ni qaray olmaydigan bo`lgan. Uyquchanlik, ovqatdan bosh tortish.

- 1.Hamshira tashxisini qo`ying.
- 2.Tashxisni tasdiqlovchi laborator tekshiruvlarni o`tkazing.

**2-masala.** Bemor X. Yuqumli kasalliklar kasalxonasiqa quyidagi shikoyatlar bilan kelgan. Umumiy holsizlik, bosh og`riq, kam-kam quruq yo`tal, uyquchanlik, ishtaxa pastligi, terisida oq toshmalar toshishi, ko`zining og`rig`i, quyoshga qaray olmasligi, tana xarorati 39,8°C ko`tarilishidan shikoyat qilib kelgan.

- 1.Hamshira tashxisini qo`ying.
- 2.Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

**3-masala.** Bemor G. 24 yoshda, junchi. Bo`limga kasallikning ettinchi kuni og`ir ahvolda keltirilgan. yo`zining chap tarafida qarbuqo`l hosil bo`lib, yo`zi va ko`zlari shishib ketgan. Jag` osti va bo`yinning chap tarafidagi limfatik tugunlari shishgan, paypaslaganda og`riqsiz. Puls 115 ta bir daqiqada, ritmik. yurak tovushlari bo`g`iq. Ichki a`zolar tarafidan o`zgarishlar yuq.

- 1.Hamshira tashxisini qo`ying.
- 2.Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

**4-masala.** Bemor M. 28 yoshda. Kasallikning 18 kuni yuqori isitma, bosh og`rig`i, umumiy holsizlik kabi shikoyatlar bilan kasalxonaga keldi. Kasallik tana haroratining 39,8°C gacha ko`tarilishi bilan o`tkir boshlangan. Keyingi 5-6 kun davomida har kun qaltirash kunnig o`rtasida paydo bo`lgan, harorat 40-41°C ko`tarilib, 8-10 soat saqlangan. Haroratning tushishi kuchli terlash bilan kechgan. Keyingi kunlarda isitma xurujlari kunora takrorlangan. Bemorning harorati shifoxonaga tushganda 39, 9°C, yo`zlari qizargan, lablarida toshmalar, ko`zi qizargan, tilda oq karash, o`pkasida vyozikulyar nafas, yurak tonlari bo`g`iq, puls ritmik 140 marta bir daqiqada, qon bosimi 110/60 mm. sim. ust. teng. Qorni yumshoq, og`riqsiz, jigar qovurg`a ravog`ida, taloq 3-4 sm. kattalashgan, qattiq.

- 1.Hamshira tashxisini qo`ying.
- 2.Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

### Mavzu bo`yicha test savollari.

#### 1. Adenoviruslar ko`payadigan to`qimalar:

\*nafas yo`llari hujayralarida  
regionar limfa tugunlarida  
parenximatoz organlarda  
yurak to`qimalarida

#### 2. Adenovirusli infeksiya uchun noxos belgi:

\*balg`amli yo`tal  
shilliq pardalar quruqligi va quruq yo`tal  
pardali konyunktivit  
bodomcha bezlar qizarishi, shishishi

#### 3. Antibiotiklar ta`sir etmaydi:

\*virus

bakteriya  
zamburug'  
rikketsiya

**4. Bolalarda rinovirusli infeksiya uchun xarakterli:**

\*burundan ko'proq ajralma ajralishi  
tana harorati oshishi  
yaqqol ko'rinishli hansirash  
"zangsimon" balg'amli yo'tal

**5. Bolalarda ko'p uchraydigan O'RVI asoratlari:**

\*zotiljam  
leykoz  
qandli diabet  
tuberkulyoz

**6. Bolalarda limfa tizimida o'zgarish bilan konyunktivit ..... da yuzaga kelishi mumkin:**

\*adenovirusli infeksiya  
gripp  
rinovirusli infeksiya  
respirator-sinsitial infeksiya

**7. Bolalarda obstruktiv sindrom bilan kechadigan respirator-sinsitial infekstiyaga xos:**

\*kuchli yo'tal, hansirash  
holsizlik, tana harorati oshishi  
holsizlik, shish  
sariqlik, qorinda og'riq

**8. Bolalarda tirishish sindromi .....da uchrashi mumkin:**

\*gripp  
adenovirusli infeksiya  
rinovirusli infeksiya  
respirator-sinsitial infeksiya

**9. Burundan surtma olish qaysi kasalliklarda asosiy rol o'ynaydi:**

\*adenovirusli infeksiyasi  
salmonellyoz  
virusli gepatit  
shigellyoz, amyobiaz

**10. Gripp uchun xos yuqish yo'li:**

\*alimantar  
transmissiv  
najas-og'iz  
havo- tomchi

**11. Gripp belgisi:**

\*temperatura 38,0-39,0°C  
boshning ensa qismining og'rishi  
qorinda og'riq

nam yo'tal

**12. Gripp diagnozini tasdiqlovchi serologik usullar:**

\*qo'sh zardob reaksiyasi  
Vidal reaksiyasi  
RTGA  
O-AGA

**13. Gripp kasalligining atrofda gildarda xavfsizlik davomiyligi:**

\*kasal boshlanganning 5-9 kunigacha  
15 kungacha  
20-25 kungacha  
1 oygacha

**14. Gripp qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizmlar guruhi:**

\*virus  
bakteriya  
spiroxeta  
sodda jonivor

**15. Gripp uchun xos belgi:**

periferik limfa tugunlari kattalashuvi  
\*bosh og'rig'i va ko'z soqqasi suyaklarida og'riq  
toshma mavjudligi  
gipertoniya

**16. Grippga xos belgilar:**

limfadenit  
\*yuqori isitma  
burundan ajralma ajralishi.  
tomoq og'rig'i

**17. Grippga xos bo'lmagan kasallik manbai:**

kasal odam  
\*hayvonlar  
rekonvalessent  
virus tashuvchi

**18. Grippga xos bo'lmagan laboratoriyaviy tashxisot usuli:**

serologik  
\*bakteriologik  
virusologik  
ekspres diagnostika

**19. Grippning asoratlari:**

meningit  
\*pnevmoniya  
artrit  
otit

**20. Grippning asoratlarini davolashda..... qo'llaniladi:**

remantadin  
\*antibiotiklar  
vitaminlar

kortikosteroidlar

**21. Grippning spetsifik davosi:**

antibiotiklar

\*remantadin

atsetilsalitsil kislotasi

sulfanilamidlar

**22. Grippning spetsifik profilaktikasi:**

bemorlar izolyatsiyasi

\*grippga qarshi vaksina

to'rt qavatli niqob kiyish

palatani kvartslash

**23. Grippning xususiy davosiga kirmaydi:**

remontadin

\*tebrofen

oksalin mazi

interferon

**24. O'RVI bilan og'rigan bolalarda qo'llaniladigan virusga qarshi preparat:**

\*arbidol

amoksitsillin

ozeltamivir

batferon

**25. O'tkir respirator infeksiyasi guruhiga noxos kasallik:**

adenoviruslar

gripp, paragripplar

reoviruslar

\*arboviruslar

**26. Rinovirus infeksiyasi bilan xastalangan bolalarda eng kam zararlanuvchi organlar:**

hiqildoq

traxeya

bronx

\*teri qoplamlari

**27. Rinovirusli infeksiya uchun noxos belgi:**

burundan yiring aralash shilimshiq kelishi

tomoq qurishi, qichishishi

labda uchuq toshishi

\*balg'amli yo'tal, ko'krakda og'riq

**28. Talvasa sindromida prednizolon preparati qachon qo'llaniladi:**

surunkali oshqozon-ichak yara kasalliklarda

grippda

kuydirgida

\*MNS tomonidan chuqur o'zgarishlar kuzatilganda

**29. Talvasa sindromida prednizolon preparati qachon qo'llaniladi:**

surunkali oshqozon-ichak yara kasalliklarda

grippda

qizamiqda

\*MNS tomonidan chuqur o'zgarishlar kuzatilganda

**30. Yuqori neyrotrop xususiyatga ega:**

adenoviruslar

rinoviruslar

respirator-sinsitial viruslar

\*gripp viruslari

**31. Respublika hududiga "Cho'chqa grippi"ning kirib kelishini oldini olish to'g'risidagi buyruq:**

№ 289 25.09.2008y

№ 4 04.01.2008y

№560 30.10.2000y

\*№ 126 28.04.2009 y

**32. Neyrotoksikozda talvasa sindromini bartaraf qilishda qo'llanilmaydigan vositalar:**

\*vena ichiga panangin yuboriladi

vena ichi yoki mushak orasiga aminazin, relanium yuboriladi

25% li magniy sulfat eritmasi mushak orasiga yuboriladi

20% li GOMK eritmasi m/o

**33. Gipertermiyada tana harorati kuzatilishining mexanizmlari:**

yuqumli kasalliklar va somatik kasalliklar

\*issiqlik urishi, gipertireoz, zaharlar bilan zaharlanish

jismoniy zo'riqish, ovqatlanishdan keyin, stirkad ritm

yuqumli kasalliklar, gipertireoz, stirkad ritm

**34. Harorat yuqoriligiga mos isitma turlari ko'rinishlari:**

qisman (38-39,9°C)

yuqori (40-40,9 °C)

\*ko'rsatilganlarning hammasi

giperpireksiya (41°C va yuqori

**35. Intermittirlovchi isitma kuzatiladigan kasalliklar:**

bunday isitma qorin tifi va toshmali tifi uchun xos

sepsisda, sil kasalligida kuzatiladi

\*bunday isitma bezgak kasalligiga xosdir qaytalama tiflarda uchraydi

**36. Isitma ko'tarilishiga mos tasnifga kirmaydi:**

subfebril

yuqori

\*gektik

giperpiretik

**37. Isitmada tana harorati**

**kuzatilishining mexanizmlari:**

jismoniy zo'riqish, ovqatlanishdan keyin,  
stirkad ritm

issiqlik urishi, gipertireoz, zaharlar bilan  
zaharlanish

\*yuqumli kasalliklar va somatik  
kasalliklar

yuqumli kasalliklar, gipertireoz, stirkad  
ritm

**38. Isitmaga noxos xususiyat:**

ko'tarilish darajasi

davomiyligi

\*normallashtirish tartibi

egri chiziqlar tavsifi

### Gripp kasalligida hamshiralik jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshira tashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejani amalgam oshirish	Natijalarni baholash
<p><b>Bemor shikoyatlari:</b>                      -sovqotish, titrash .                      -<u>bosh og`rishi, suyaklar zirqirashi.</u>                      -<u>tana haroratining 39°C gacha ko`tari-lishi.</u>                      -peshona,chakka,qosh usti ravog`i,ko`z olmasi og`rishiga.                      -burun bitishi,tomoq qirilish,yo`tallish.  <b>Obyektiv ko`rik:</b>                      -yuzi qizargan.                      -ko`zlari yaltiraydi,ko`zdan yosh oqishi kuzatilyapti.                      -tomoq shilliq qavati biroz qizargan, bodomcha bezlari kattalashgan.                      -qattiq va yumshoq tanglay shilliq qa-vatida mayda qon quyilishlar ko`rinadi.                      -Ps tezlashgan, A/B biroz pasaygan, yurak tonlari sustlashgan.                      -til karashlangan.                      -bo`yin limfa tugunlari biroz kattalashgan.                      -qorin yumshoq,palpatsiyada og`riqsiz.                      -fiziologik chiqaruvlar regulyar.                      -pasternatskiy belgisi manfiy.</p>	<p><b>Mavjud muammolar:</b>                      -titrash.                      -tana haroratining ko`tarilishi(39C).                      -yo`tallish,burun bitganligi.                      -suyaklarda og`riq.  <b>Kutiladigan muammolar:</b>                      -zotiljam, empiyema bilan asoratlanishi mumkin.                      -otit.                      -gaymorit, etmoidit.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Bemorning tana haroratini o`lchash, pulsini sanash, A/B ni o`lchash.</li> <li>2.Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borish.</li> <li>3.Ko`proq suyuqlik ichishni nazorat qilish.</li> <li>4.Virusga qarshi preparatlardan buyirish.</li> <li>5.Tana haroratini tushiruvchi dori vositasini qo`llash .</li> <li>6.Vitamin C buyirish .</li> <li>7.Desensibilizatsiya maqsadida kalsiy preparatlaridan buyurish.</li> <li>8.Yo`talga qarshi va balg`am ko`chiruvchi vositalardan qo`llash.</li> <li>9.Ikkilamchi infeksiyani oldini olish maqsadida antibiotik berish.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Bemorning tana harorari o`lchandi, pulsi sanaldi, A/B o`lchandi.</li> <li>2.Bemorning ahvoli muntazam ravishda kuzatib borildi.</li> <li>3.Suyuqlik ichishi nazotat qilindi (kompot,suyuq ovqatlar,sharbatlar).</li> <li>4.Vrach ko`rsatmasi asosida litik eritma(analgin 50%li 2,0,dimedrol 1% li 1,0va 0,5 % li 2,0 novokain) m/o ga qilindi.</li> <li>5.Maksimal dozada vitamin C v/i ga yuborildi.</li> <li>6.Desensibilizatsiya maqsadida kalsiy preparatlaridan Calsiy glukonat v/i ga asta-sekin yuborildi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Tana harorati me`yorga keltirildi.</li> <li>2.Bemorning ahvoli yaxshilandi.</li> <li>3.Burun va labdagi gerpetik toshmalar yo`qoldi.</li> <li>4.Bemor o`zini tetik his qiladi.</li> </ol>

### Foydalanilgan adabiyotlar, o'quv qo'llanmalar, ilmiy manbalar.

1. Axmedova M. J. , Obloqulov A. R. , Boboxo'jaev S. N. yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi. Buxoro. 2008y.
2. Mahmudov O. S. "Bolalarda salmonellyoz kasalligi". ToShkent
3. Shuvalova E. P. Infektsionnye bolezni M. Meditsina 1995 g.
4. Mavzuga oid ma'ruza matni.
5. Obloqulov A. R. yuqumli kasalliklar klinik tasniflari, tashxisot mezonlari, ularning tashxislash va davolash uslublari, dispanser nazorati. ToShkent 2007.

### MASHG'ULOT 8. MAVZU: OIV-infektsiyasi. Etiologiyasi. Epidemiologiyasi, tasnifi, klinikasi, diagnostikasi, tibbiyot xodimlarining OIV-infektsiyasi bilan zararlanishini oldini olish.

#### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

<b>Mashg'ulot vaqti -4 soat</b>	Talabalar soni: 8-10
<b>Mashg'ulot shakli:</b>	Amaliy mashg'ulot
<b>Mashg'ulot rejasi</b>	1.OIV-infektsiyasi/OITS etiologiya, epidemiologiyasi. 2.OIV-infektsiyasi/OITS kasalligi patogenezi va patanatomiyasi. 3. OIV-infektsiyasi/OITS klinikasi, tasnifi. 4. OIV-infektsiyasi/OITS laboratoriyaviy tashxisoti. 5. OIV-infektsiyasi/OITS profilaktikasi.
<b>O'quv mashg'ulotning maqsadi:</b> <i>Tarbiyaviy: odob, axlok va deontologiya, Rivojlantiruvchi:</i> OIV-infektsiyasi/OITS kasalligini amaliyot va nazariyada o'rganishda unga klinik tashxis qo'yishda vrachlarni tayyorlash, OIV-infektsiyasi/OITS kasalligida uchraydigan o'zgarishlarni, asoratlarini baholay bilish, ARV- davo choralarini qo'llash. OIV-infektsiyasi/OITS kasalliklarida vrach taktikasi va bu kasalligini oldini olish choralarini o'rgatish. OIV-infektsiyasi/OITS kasalligining tibbiyotda tutgan o'rni, Respublikamiz hududida OIV/OITSGa qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlar to'g'risida ma'lumotlar. Kasalliklarning etiologik omili, kasallik manbai, yuqish mexanizmi, yo'llari va omillari, patologik o'zgarishlarning yuzaga kelishi omillari. Ushbu kasalliklarning klinik tasnifi, klinik belgilari, a'zo va tizimlardagi o'zgarishlar. Kasalliklarning tashxisot usullari, asoratlari, davolash mezonlari, bemorlarni parvarish qilish hamda kasalliklarning oldini olish.	
Ta'lim berish usulibi	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish vositalari	Ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

#### 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suhbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

#### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi



№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	10 minut
3.	Tegishli a'zolari palpastiya va perkussiya qilish.	10 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	10 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	10 minut
	Jami	80 minut

### **Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)**

1. OIV-infektsiyasi/OITS. Klinik tasnifi. Klinikasi.
2. OIV-infektsiyasi/OITS tashxisoti, serologik, immunologic tekshirishga qon olish tartibi.
3. OIV-infektsiyasi/OITS etiotrop va xususiy davu.
4. Bemorlarni davolashrejasini to'zish.
5. Bemor hamshira jauayonini to'ldirish.

### **Mavzu bo'yicha talabalar o'zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:**

1. OIV-infektsiyasi/OITSning etiologik tizimi.
2. OIV-infektsiyasi/OITS ning yuqish Yo'llari va mexanizmi.
3. OIV-infektsiyasi/OITS patogenez asoslari.
4. OIV-infektsiyasi/OITS ning klinik tasnifi va klinikasi.
5. OIV-infektsiyasi/OITS ning laboratoriyaviy tashxisot usullari.
6. OIV-infektsiyasi/OITS ning davolash asoslari va usullari.
7. OIV-infektsiyasi/OITS ning oldini olish.

OIV-infektsiyasi/OITS ni chuqur o'rganish uchun uni quyi kurslarda o'rganilgan quyidagi fanlar bilan bog'lamasdan (integratsiya) maqsadga erishib bo'lmaydi.

-Mikrobiologiyadan qo'zg'atuvchilar morfologiyasi, antigen to'zilishi, biokimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yo'llari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, o'choqda olib borilishi shart bo'lgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, go'sht va sut mahsulotlarini qayta ishlash qoidalarini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qo'zg'atuvchilar va ularning zahari ta'sirida tizim va a'zolar faoliyatini izdan chiqishi sabablarini tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining ta'sir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, og'iz bo'shlig'i gigienasi, parhez taomlarni chuqur o'zlashtirishi.

### **Mashg'ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi**

Interfaol o'qitish vositalari o'qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

#### ***“Qaynoq kartoshka” metodi.***

*Maqsad:* Talabalarga ushbu muammo yuzasidan bilimlarini tez, to'la qon aniqlashni o'rgatadi.

*Tamoyillari:* O'qituvchi qatnashchilarga orqasi bilan turadi va qarsak chaladi yoki qalam bilan stolni taqqillatadi. Bu vaqtda qatnashchilar bir-birlariga koptoq o'zatadilar. Bir necha sekunddan so'ng, o'qituvchi taqqillatishni to'xtatadi, bu vaqtda koptoq kimning qo'lida qolgan bo'lsa, o'sha qatnashchi savolga javob beradi. Agar javob noto'g'ri bo'lsa, boshqa qatnashchi javob berish imqoniyatiga ega bo'ladi. Jarayon bir necha marta takrorlanadi, toqi qatnashchilarning ko'pchiligi javob berish imqoniyatiga ega bo'lsin.

*Mashg'ulot mavzusi:* Qora oqsoq.

O'qituvchi tomonidan beriladigan savollar:

1. OIV-infektsiyasi/OITS etiologiyasi.

2. OIV-infektsiyasi/OITS klinik belgilari;
3. OIV-infektsiyasi/OITS tashxisoti.

**“Guruhli izlanish»uslub**

*Maqsad:* Ushbu uslub orqali kasbiy imitatsiya o`tkazib, talabalarni darsliklardan tashqari ilmiy kitoblar va internet bilan ishlashga undaydi.

*Tamoyillari:* Guruhli izlanish uslubida guruh talablariga 2-3 muammoli harakterdagi topshiriqlar beriladi. Bu muammoni yechish uchun talablar qo`shimcha adabiyot, isbotlovchi tibbiyot va internet ma`lumotlaridan foydalanadi. Ma`lumot to`plash uchun 3-4 kun vaqt beriladi. Aniq javob varianti maksimal ball bilan baholanadi.

*Mashg`ulot mavzu:* OIV-infektsiyasi/OITS

Savol: OIV-infektsiyasi/OITS kasalligida OIV-infektsiyasi/OITS davolashda qo`llanadigan preparatlarni sanab bering.

*Afzalliklari:* Bu uslub talabalarning izlanuvchan, tirishqoqlik, ishni ijobiy hal qilishga o`rgatadi.

**15. 10 Mavzu bo`yicha talabalarning mustaqil ishi (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma`zmoni, bajarish bo`yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari).**

Talaba uchun topshiriq № 1

Savol	Izoh
OIV-infektsiyasi/OITSning ta`rifi:	
Kasalliklar epidemiologiyasi.	
Kasalliklar patogenezi.	
Kasalliklar klinikasi.	
OIV-infektsiyasi/OITSda o`tkaziladigan profilaktik choralarni qo`llash	
OIV-infektsiyasi/OITS davosi.	

**OIV- infektsiyasi.**

OIV infektsiyasi dunyo hamjamiyati uchun katta iqtisodiy zarar etkazib, mamlakatlar taraqqiyoti uchun salbiy ta`sir o`tkazmoqda. Birlashgan Millatlar Tashkilotining OIV/OITS bo`yicha dasturining bergan ma`lumotlariga ko`ra dunyo bo`yicha ayni kunda 33,4 mln OIVinfektsiyasi bilan yashayotgan shaxslar hisobga olingan. Hozirgi kunda Respublikamizda bemorni birinchi bo`lib qabul qiladigan, bemor bilan bevosita yaqin bo`lib, nafaqat butun oilaning salomatligini, balki ijtimoiy ehtiyojlarini ham biladigan oilaviy shifokor tayyorlashga alohida e`tibor berilmoqda. Bunday shifokor o`z bemorlari haqidagi ma`lumotlarni chuqur biladi va keng tarqalgan kasalliklarni mustaqil davolab, o`z vaqtida tibbiy yordamning keyingi bo`g`imlariga yuborishni biladi. Ammo OIVinfektsiyasining jahon miqyosida keng tarqalishiga qanday omillar sabab bo`layotganini bilishi shart. Quyidagi omillar ushbu kasallikni dunyo bo`yicha keng tarqalishini to`xtatishga imqon bermayapti:

- Qonida OIVinfektsiyasi mavjud bemor umrining oxirigacha virusni yuqtirish xavfini saqlab qolishi;
- Virusni genetik o`zgaruvchanligi (mutatsiya) dunyo bo`yicha kasallikni oldini olishga qodir, samarali vaqtinani yo`qligi;
- Kasallikni chaqiruvchi virusga samarali ta`sir etuvchi dori vositalarining hozircha topilmaganligi;
- Kasallik asosan xulq-atvori bo`zuq shaxslar orasida tarqalishiga jahonga ehtimol kengroq

bo'lib, ular ko'proq kasallikni yuqtirishga moyilligi va bu shaxslar bilan samarali ishlash imqoni qiyinligi.

Shundan kelib chiqib, umumiy amaliyot shifokori hozirgi kunda o'z ishiga yaxshi tayyorlangan, keng tarqalgan kasalliklarni tashhislash, davolash, profilaktikasini va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam berishni bilishi shart.

O'zbekiston Respublikasida Sog'liqni Saqlashning birlamchi bo'g'inini qayta shakllanishi tufayli UAVga aholini sog'lomlashtirish va turli kasalliklarni oldini olishdek katta ma'suliyatli ish yo'qlangan.

O'zbekiston Respublikasi mustaqillikni qo'lga kiritgandan keyin dastlabki kunlardan boshlab hukumatimiz tomonidan aholi salomatligini muhofaza qilish va barkamol avlodni tarbiyalash masalalariga alohida e'tibor qaratib kelinmoqda. Respublikamizda OIVinfektsiyasining tarqalib ketishiga qarshi kurash chora-tadbirlaridan biri, bu O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "O'zbekiston Respublikasida OIVinfektsiyasiga qarshi kurash tadbirlarining samaradorligini oshirish bo'yicha qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida" 2008 yil 26 dekabrda PQ-1023 sonli qarori va O'zbekiston Respublikasi VM 2009 yil "OITSga qarshi kurash markazlarining tashkiliy to'zilasini va faoliyatini takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida" 1-sonli qarori qabul qilindi.

Mazkur qaror va buyruqlarning asosiy mohiyati OIVga qarshi kurashning yagona tizimini tashkil qilish, OIVinfektsiyasini oldini olish va aholini bu kasallikdan himoya qilish borasida o'tkazilayotgan chora-tadbirlarning samaradorligi va sifatini oshirish, OIVga qarshi kurash markazlarining moddiy texnika bazasini yaxshilash, OIVga qarshi kurashda faoliyat ko'rsatayotgan tibbiy xodimlarni moddiy rag'batlantirilishini ta'minlashdan iboratdir.

UAV aholining bilimlarini oshirishdagi asosiy ishi jamiyatimizda kasalliklarni tarqalishini kamaytirish, uning oldini olishga yo'naltirilgan. Uning bu yo'nalishdagi faoliyati birinchi o'rinda butun insoniyat uchun xavfli bo'lgan epidemiyalar (OIV/OITS, JYOYUK, sil, giyohvandlik va boshqalar) tarqalganida yanada kuchaytiriladi.

O'zbekistonda hozirgi vaqtda OIV-infektsiyasi ko'payib borayotgan davr. Bu infektsiya aholining asosan qaltis guruhlariga kiruvchi vakillarini (giyohvandlar, fohishalar, maxbuslar, migrantlar va boshqalar) keng qamrab oladi. Bunday epidemiologik holat OIV-infektsiyasi profilaktikasiga umumiy amaliyot vrachlarini faol safarbar qilishni talab qiladi.

Shuning uchun UAV OIV-infektsiyasi ni erta aniqlash, laborator tekshirish qoidalari, aholi orasida profilaktika ishlarini olib borish usullarini bilishi zarur. Bundan tashqari, UAV ga chalingan bemorni davolashning asosiy tamoyillari va uni ambulator sharoitda nazorat qilishni, dispanserizatsiya usullari bo'yicha bilimga ega bo'lishi kerak.

Yuqoridagi dolzarb muammolar talabalar mustaqil ishlashi uchun uslubiy qo'llanma yaratishga asos bo'ldi.

#### OIV-infektsiyasi tarixi, etiologiyasi va epidemiologiyasi

Orttirilgan immuntanqislik sindromidan (OITS), 1981 yildan buyon 25 million odam hayotdan ko'z yumdi. Bu ko'rsatkich kasallikning insoniyat tarixida eng qaqshatqich falokat ekanligini bildiradi. OITS ning birinchi holatlari AQSHda ro'yxatga olingan. 1981 yilning yozida AQSH kasallanishni nazorat qilish Markazining Los-Anjelos va Nyu-Yorkda 5 ta pnevmotsistali zotiljam va 26 ta Kaposhi sarkomasi kasalliklarini ilgari sog'lom bo'lgan gomoseksualistlarda aniqlanganligi haqidagi ma'ro'zasi chop etilgan. Undan keyingi oylarda esa ayol va erkak giyohvandlar orasida, qon quyilgan, ayniqsa, gemofiliali bemorlarda OITS tashxislandi. Bu bemorlar guruhlar haqidagi ma'lumotlar chuqur o'rganib tahlil etilgandan so'ng, kasallikning sababi jinsiy aloqa orqali, xamda qon va uning komponentlari orqali yuquvchi infektsiya ekanligi ma'lum bo'ldi.

Odam immuntanqislik virusi birin birinchi marta 1983 va 1985 yillarda ikki tadqiqotchilimlar (Montane va Galo) tomonlaridan bir-biriga bog'liq bo'lmagan holda aniqlandi va kasallikka sezuvchan hisoblangan IFA yordamida OIV-infektsiyasini tashhislash usuli ishlab chiqildi. Bu tadqiqot OIV-infektsiyasi tarqalishini baholashga imqon yaratdi. Butun dunyoda, ayniqsa rivojlanayotgan davlatlarda, ko'p sonli OIVantitanachalarini tashib

yuruvchilar aniqlangandan so'ng, OIV-infektsiyasi pandemiya shaklini olganligi aniq bo'lib qoldi. Bemorlar qonida SD4+ limfotsitlar soni (immunosupressiya ko'rsatkichi sifatida) bilan OIVga qarshi antitelolar aniqlanishi, OIV-infektsiyasini kechishi turlicha ekanligini: hech kanday belgilersiz tashib yurishdan to OITS kasalligi belgilarini yaqqol namoyon bo'lib kechishigacha bo'lishini ko'rsatdi.

OIV retroviruslar oilasi, lentiviruslar turiga kiradi («lenti» -sekinlashgan, o'zoq davom etuvchi). Retroviruslarning o'ziga hos xususiyati - genomini noyob to'zilganligi va qayta transkriptaza fermenti (RNKning DNK-polimerazasi) borligi hisoblanadi. Virus tarkibida qayta transkriptaza borligi genetik ma'lumotlarni teskari (qayta) - DNKdan RNKga emas, balki RNKdan DNKga tomon yo'nalishini ta'minlaydi.

OIVni 2 ta antigen shtammlari farqlanadi – OIV-1 va OIV-2. O'zbekistonda inson uchun eng xavfli va yuqumli bo'lgan OIV-1 shtammi ko'p tarqalgan, OIV-2 shtammi esa faqatgina g'arbiy Afrikada uchraydi.

OIV ko'payishi ma'lum xujayralar bilan bog'liq bo'lib, u faqat yuzasida SD4+ retseptorlar bo'lgan hujayralarning ichiga kira olish xususiyatiga egadir. Virus hujayra ichiga kirgach, u bilan bilan o'zaro ta'sirlashadi. Bu retseptorlarni asosan asab tizimining nospetsifik elementiga kiruvchi, shu bilan birga qon, limfa va to'qima suyuqligi bilan aylanib yuruvchi hujayralar saqlaydi. OIV asab tizimining turli hujayralarida ham topilgan. Bu infektsiyaning kechishida markaziy asab tizimining zararlanishi katta klinik ahamiyatga ega bo'lib, seroz meningit, entsefalopatiya va mielopatiya bilan namoyon bo'ladi.

OIVyuqtirib olganlarning ko'p qismida ich ketishi va ozib ketish ko'zatilib, bu ichaklar epiteliyasini zararlanishi bilan bog'liqdir. Agressiv virus ta'sirida SD4+ hujayralarni tezda parchalab, immunitetning hujayra bo'g'ini faoliyatini izdan chiqaradi. Bu o'z navbatida bakteritsid ta'sirni, killerlik va o'smalarga qarshi ta'sirini pasaytirib tashlaydi. Bu esa opportunistik infektsiyalarni rivojlanishi, autoimmun jarayonlar, xavfli o'smalar paydo bo'lishi va asab tizimining zararlanishiga olib keladi. Keyingi paytda antiretrovirus davo imqoniyatlari kengayishiga qaramay, 2005 yilda OITS epidemiyasi o'rtacha 3,1 million (2,8-3,6 mln.) aholining o'limiga sabab bo'ldi. Bularning yarim milliondan ortig'i (570000) bolalar edi. 2005 yilga kelib, odam immuntanqislik virusi (OIC) bilan yashayotganlar soni eng yuqori darajaga etdi. Mutahassislarning baholashicha, o'sha davrgacha 40,3 million (36,7-45,8 mln.) odam OIVbilan yashagan. Har yili 5 mln.dan ortiq aholi OIV-infektsiyasini yuqtiradi.

Virusning hayot tsikli 1-2 sutka davom etib, juda tez ko'payishi sababli, shu vaqt mobaynida 1 milliardga yaqin virus paydo bo'ladi va organizmda uning juda katta miqdorda to'planishi ko'zatiladi.

Infektsiya manbai bo'lib, OIV-infektsiyasiga chalingan bemor va OIV–tashuvchi hisoblanadi. Virus tashib yurish 3 oydan 10 yilgacha va undan o'zoqroq davom etishi mumkin. Bemor organizmda OIVbiologik suyuqliklardan qon, sperma, qindagi ajralma, qo'krak sutida eng ko'p miqdorda topilishi isbotlangan. Ter, so'lak, siydik, ko'z yoshi va najasda ushbu virus juda kam miqdorda topilib, bular orqali infektsiyani yuqish xavfi juda kamdir. Lekin qon aralashgan har qanday biologik suyuqlik yuqish manbai bo'lib xizmat qiladi.

OIVinfektsiyasi saqlovchi biologik suyuqliklar

OIVyuqish sababchisi bo'lishi isbotlanganlar	OIVyuqish sababchisi bo'lishi isbotlanmaganlar
Qon	So'lak
Qon komponentlari	Ko'z yoshi
Sperma	Siydik
Qin ajralmasi	Orqa miya suyuqligi
Ko'krak suti	Qog'onoq oldi suvlari

Virus o'z faolligini 56°S issiqlikda 30 daqiqa davomida, 70°S 10 daqiqadan keyin yo'qotadi, qaynatilganda esa 1-2 daqiqada virus o'ladi. SHu bilan birga, tashqi muhitdagi OIVni dezinfektsiyalovchi eritmalar: 3% vodorod peroqsidi, 5% lizol eritmasi, 0,2% natriy gipoxloridi, 1% glyutar aldegid, 70% etanol, efir, atseton o'ldiradi. OIVvirusi ultrabinafsha

nurlar va ionlovchiga chidamlidir. Quritilgan xolda 25-27°S da 7 kun mobaynida, donor qonida esa yillab saqlanib qoladi, past temperaturada esa o'zoq muddatga saqlanib qolishi mumkin.

OIVinfektsiyasining yuqish yo'llari. Infektsiya yuqishining 3ta yo'li mavjud:

1. Jinsiy aloqa orqali yuqish. Bu yo'l bilan getero- (erkak va ayol), gomo- (erkak bilan erkak) seksual aloqa qiluvchi kasallanishlari mumkin. Bunda ayoldan erkakka yuqish xavfi, erkaklardan ayollarga yuqish xavfidan yuqoriroqdir. Venerik kasalligi bor bemorlarda esa ushbu virus yuqish xavfi juda yuqori bo'ladi.

2. Parenteral yo'l - qon yoki uning komponentlari qabul qilinganda, organ va to'qimalarni ko'chirib o'tkazishda, zararlangan igna va shpritslar, nosteril tibbiy asbob-uskunalar orqali yuqishidir. Virus qon hujayralarida (monotsitlar) ham, qon zardobida ham bo'lishi mumkin. Parenteral yo'l bilan yuqish holati giyohvand moddalarni tomir orqali qabul qiluvchilar orasida ko'p uchraydi. Bunda zararsizlantirilmagan igna va shpritslar bilan bir qatorda giyohvand moddalarning o'zi ham yuqish manbasi bo'lishi mumkin (chunki narkotikli tortilgan shpritsga oldin tomirdan qon tortilib, keyin yuboriladi). OIV-infektsiyaning ohirgi bosqichlaridagi bemorlarning qoni bilan ifloslangan igna va shpritslardan yuqish xavfi eng yuqori bo'ladi (qon orqali yuqish uchun 0,1 ml mikdordagi qon etarlidir). Ba'zan OIVshaxsiy gigiena anjomlari orqali ham yuqishi mumkinligini inkor etib bo'lmaydi, qachonki bu anjomlar (tish cho'tkasi, lezviyalar, ro'zg'orda ishlatiladigan o'tkir, sanchuvchi va kesuvchi narsalar), virus saqlovchi qon bilan ifloslangan va teri qoplami butunligining bo'zilishi holatlari bo'lsa.

3. Vertikal yo'l – OIV-infektsiyani onadan bolaga homiladorlik davrida, tug'ruq jarayonida va ko'krak suti orqali yuqishidir.

Klinikasi. OIV-infektsiyasini kechishi. OIV-infektsiyasi - bu T-xelperlar sonining keskin kamayib ketishi va ularning funktsional etishmovchiligi borgan sari kuchayib borishi bilan ifodalanuvchi, hafta yoki oylab emas, balki yillab davom etadigan og'ir immunnodefitsit holati bilan kechadigan kasallikdir.

BSST ekspertlari tomonidan ishlab chiqilgan o'smirlar va kattalarda OIV-infektsiyasi bosqichlarining klinik klassifikatsiyasi:

I-Klinik bosqichi

- Belgilarsiz kechishi.
- Tarqalgan limfadenopatiya.

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning I darajasi: belgilarsiz kechish, kundalik faoliyat o'z me'yorida.

II-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% dan kamini yo'qotish
- Teri va shilliq qavatlarni engil zararlanishi (seboreyali dermatit, qichimali dermatitlar, tirnoqlarning zamburug'li zararlanishi, qaytalovchi aftoz dermatit, angulyar xeylit)
- Oxirgi 5 yil davomida bo'lgan o'rab oluvchi temiratki
- YUqori nafas yo'llarining qaytalovchi infektsiyasi (bakterial sinusit)

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning II-darajasi: kundalik faoliyat saqlangan holda klinik belgilarni paydo bo'lishi.

III-Klinik bosqichi

- Tana vaznining 10% va undan ortig'ini yo'qotish.
- 1 oydan ko'p davom etadigan sababsiz diareya.
- 1 oydan ko'proq ko'zatilayotgan tana xaroratining sababsiz ko'tarilishi (isitma doimiy yoki qaytalovchi bo'lishi mumkin).
- Og'iz bo'shlig'i kandidozi.
- Og'iz bo'shlig'i tukli leykoplakiyasi.
- O'pka sili.
- Og'ir bakterial infektsiyalar (zotiljam, bakteriemiyalar).

Va/yoki funktsional imqoniyatlarning III-darajasi: oxirgi 1 oy davomida bemor kundo'zgi vaqtining 50% dan kamini yotoqda o'tkazadi.

#### IV- Klinik bosqichi

- OIVkaxeksiyasi.
- Pnevmonsistli zotiljam.
- TSerebral toqsoplazmoz.
- 1 oy va undan ko'proq vaqt davomida ich ketishi bilan kechuvchi kriptosporidioz.
- O'pkaga bog'liq bo'lmagan kriptosporidioz.
- Jigar, qorataloq va limfa tugunlaridan tashqari, turli organlar zararlanishi bilan kechadigan tsitomegalovirusli infeksiya (masalan, retinit).
- Oddiy herpes virusi chaqirgan, ichki organlarning yoki surunkali (1 oydan ko'proq) teri va shilliq qavatlarning zararlanishi bilan kechadigan infeksiyalar.
- Kuchayib boruvchi multifoqal leykoentsefalopatiya.
- Turli disseminatsiyalangan endemik mikoz.
- O'pka, bronxlar, traxeya, qizilo'ngach kandidozi.
- Atipik mikobakteriyalar chaqirgan disseminatsiyalangan infeksiya.
- Salmonellezli septitsemiya.
- O'pkadan tashqari sil.
- Limfoma.
- Kaposhi sarkomasi.
- OIV–entsefalopatiya.

OIV–infeksiyasi – boqichma-bosqich kechuvchi, ko'p sonli turli omillarga bog'liq bo'lgan murakkab jarayondir. Kasallikning tabiiy kechishi o'z ichiga yuqish davri, o'tkir isitma davri, seroqonversiya, simptomsiz davri, klinik ko'rinishlar paydo bo'lish/ OITS davri va terminal davrlarni o'z ichiga oladi.

O'tkir isitma davri. Kasallik yuqqandan 1-8 hafta keyin bemorlarning 1/3 qismida o'tkir infeksiya belgilari paydo bo'ladi. Yana 1/3 qismida bu kasallik hech qanday belgilersiz kechadi. Bu vaqtda OIV–infeksiyaning gematogen disseminatsiyasi kechganligi uchun bemorlar qonida virusning yuqori qontsentratsiyasi aniqlanadi.

Simptomsiz davri – yashirin infeksiya davri. Bu davr o'zoq vaqt - 1 yildan 5 yilgacha davom etishi mumkin. Bu davr mobaynida OIVreproduksiyasi doimiy davom etib, har kuni 1 mlrd dan kam bo'lmagan miqdorda virus tanachalari hosil bo'ladi va shu bilan bir qatorda SD4+ hujayrali limfotsitlar soni pasayib boradi. Bemorda esa limfadenopatiya yoki OITS majmuasi namoyon bo'lmaydi va u o'z ish qobiliyatini saqlab qoladi.

Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiya davri. Bu davrda 3 oy davomida chov sohasidan tashqari, 2 va undan ortiq soha limfa tugunlarini kattalashishi ko'zatiladi. Persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyada limfa tugunlarning diametri 1 sm dan kichik bo'lmaydi. Bemorlarda bir necha bir xil kattalashgan, zichlashgan, lekin og'riqsiz limfa tugunlari aniqlanadi. Limfa tugunlarining bunday kattalashishi bemor organizmining OIV-infeksiyasi ga limfotsitlarni faollashuvi va proliferatsiya va limfatik follikulalarning giperplaziyasi ko'rinishidagi javobidir. Odatda, bu davrda persistirlangan tarqalgan limfadenopatiyali bemorning umumiy holati qoniqarli, uning mehnat qobiliyati saqlangan bo'ladi.

#### OITS –assotsirlangan majmua davri

Bu davrda bemor umumiy ahvoli yomonlasha boshlaydi - bular 1 oy va undan ortiq muddat isitmalash, tana vaznini yo'qotishi, diareya, umumiy behollik, ishtahaning yo'qolishi, gepatosplenomegaliya, ko'p sonli follikulitlar, parotit, qontagioz mollusk kabilar ko'zatiladi.

Laborator tekshiruvda esa qonda SD4+ limfotsitlar soni 1 ml da 500 tadan kam, SD4+/SD8+ nisbati 1,0 dan past (me'yori - 1,5-2), kamqonlik, leykopeniya, trombositopeniya, A va G immunoglobulinlar va aylanib yuruvchi immunkomplekslar miqdorining oshishi aniqlanadi.

#### Orttirilgan immuntanqislik sindromi

OITS – OIVinfeksiyasi ning kamida bitta opportunik kasallik bilan kechishidir. 1994 yil

BSST ko'rsatmasi bo'yicha, OITS tashhisi qonida OIV antitelolari bo'lgan, SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 200 dan kam va bitta OITS -indikator kasalligi ko'zatilayotgan bemorlarga qo'yiladi.

OITS –indikator kasalliklariga:

- O'pka, traxeya, bronxlar va qizilo'ngach kandidozi
- Ichaklarni surunkali kriptosporidiozi
- TSitomegalovirusli infeksiya (jigar, taloq va limfa tugunlaridan boshqa organlar zararlanishi bilan kechuvchi)
- TSitomegalovirusli retinit
- Yaralar paydo bo'lishi bilan kechadigan oddiy herpes
- O'pkadan tashqari yoki disseminirlangan gistoplazmoz
- Bachadon bo'yni raki
- Surunkali ichak izosporidiozi
- VICH-assotsiirlangan dementsiya
- Kaposhi sarkomasi
- Pnevmonsistli zotiljam
- Salmonellezli septitsemiya
- Bosh miya toqsoplazmozi
- O'pka sili va o'pkadan tashqari sil
- Disseminirlangan yoki o'pkadan tashqari boshqa mikobakteriozlar kiradi.

Terminal davri

Bu davr OIV ta'siri natijasida tana vaznini katta miqdorda yo'qotish bilan xarakterlanadi (10% dan ortiq, surunkali behollik, 30 va undan ortiq kun davomida sababsiz isitma, surunkali diareya). Bemorda SD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 50 dan kam bo'lib, bu chuqur immuntanqislikdan dalolat beradi. Bemorlarning hayoti o'rtacha 12-18 oy davom etib, ular opportunistik infeksiyalar asoratlaridan hayotdan ko'z yumadi.

OIV–infeksiyasini laborator tashxislash

1. Immunoferment analiz (IFA)

2. Ekspres (tezkor) testlar

3. Immunoblot (vestern-blot) usuli

4. Polimeraz zanjirli reaksiya (PZR, PTSR) usuli

5. SD4+ limfotsitlar sonini aniqlash-bemor organizmining immun holatini tekshiruvchi nospetsifik usuldir. SD4+ limfotsitlar T–limfotsitlar (T-xelperlar) subpopulyatsiyasi hisoblanib, me'yorda ularning soni inson yoshiga ko'ra, 1 mkl qonda 500 dan 1500 gacha bo'ladi. T-xelperlar (SD4+) sonining pasayishi OIV-infeksiyada T-hujayrali immuntanqislikning asosiy ko'rsatkichi bo'lib xizmat kiladi va kasallikni simptomsiz davridan boshlab, butun kasallik davomida aniqlanadi. Qonda SD4+ limfotsitlar darajasini aniqlash monoqlonal antitelolar yordamida o'tkaziladi.

Davolash. OIV-infeksiyaga chalingan bemorlarga tibbiy yordam davlat davolash-profilaktika muassasalari tomonidan bepul, qonfeditsial holda ko'rsatiladi (O'zR SSV 2012 yil 28 mart № 80-buyrug'ining № 2 ilovasi).

OIV-infeksiyasi ni davolash tamoyillari

1. Antiretrovirus terapiya (ARVT)

2. Opportunistik kasalliklar profilaktikasi

3. Opportunistik infeksiyalarni davolash

4. Simptomatik terapiya

5. Ijtimoiy-ruhiy qo'llab-quvvatlash.

Davolashdan maqsad qon plazmasida virus sonini 1ml da 50 tagacha kamaytirish (odatda, boshlang'ich soni 1 ml da 10000-1000000 tani tashkil qiladi). Amaliyotda buning uchun dori vositalarning kamida ikki guruhini qo'llash lozim. Agar samaraga erishilmasa yoki davolash natijasida viruslar soni oshsa, u holda preparatlarni o'zgartirish lozim.

ARVTni maxsus klinikalarda o'tqazish maqsadga muvofiqdir, chunki davolash tizmasi juda murakkab va uni o'tqazish uchun bemorning to'liq roziligi zarur.

Malakali va to'g'ri davolash natijasida bemorning hayot davomiyligi o'zayadi va albatta hayot sifati yaxshilanadi.

1.OIV-infektsiyasi ni maxsus davolash kasallik oqibatini yaxshilaydi. Odatda uch guruh dori vositalarining kombinatsiyasidan foydalaniladi. Hozirgi vaqtda esa bizda to'rtta guruh dori vositalaridan foydalanish imqoni bor.

1.Qayta transkriptaza ingibitorlari, nukleoizidlar analoglari: zidovudin, zaltsitabin, didanozin, stavudin va abakavir.

2.Qayta transkriptaza ingibitorlari, nukleoizidlar noanaloglari: nevirapin.

3.Proteaza ingibitorlari: indinavir, sakvinavir, ritonavir, nelfinavir.

4.Boshqalar: masalan, gidroqsikarbamid.

Davolash jarayonida xavfli nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelishi mumkin. Davolashning optimal natijalariga erishish uchun ARVT qoidalariga to'liq rioya qilish zarur - bemor davolash tizmasiga aniq rioya qilishi va ko'rsatilgan dori vositalarining 95 % kam bo'lmagan miqdorda qabul qilishi kerak. Ma'lumki, agar bemor davolash rejimiga qattiq rioya qilsa, OIV-infektsiyasi bilan izohlangan kasalliklar soni va o'lim ko'rsatkichlar keskin kamayadi, qabul qilish rejimi bo'zilganda esa organizmda ushbu dori vositalariga turg'unlik tez rivojlanadi. Davolashni to'xtatish uchun quyidagilar sabab bo'ladi: giyohvand moddalar va spirtli ichimliklar iste'mol qilish (bemor dori vositalarni qabul qilish doimiyligini bo'zishi mumkin), kambag'allik yoki boshqa sabablarga ko'ra yomon ovqatlanish, diniy qarashlar, dori vositalarni doimo qabul qilish natijasida OIVholatining yon-atrofdagilarga ma'lum bo'lib qolishdan qo'rqish, ruhiy kasalliklar, nojo'ya ta'sirlardan qo'rqish va dori vositalarni qabul qilish zarurligiga ishonchsizlik.

OIV-infektsiyasi profilaktikasi

OIV-infektsiyasi ning oldini olishda asosiy rol ni sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish, aholi bilimlarini oshirish va tibbiy maslahatlar egallaydi. OIV-infektsiyasi xavf guruhlari vakillarini ehtiyoriy tekshiruvga keng jalb qilish va OIVbilan zararlanganlar bilan tushuntirish ishlarini olib borish yordamida aholi o'rtasida kasallikning tarqalishini sezilarli darajada chegaralashga erishish mumkin.

Aholi orasida sog'lom turmush tarzini, ayniqsa sog'lom jinsiy xulq-atvorni shakllantirish uchun milliy profilaktika tizimida aholining turli guruhlari, va ayniqsa yuqori xavf guruhi vakillari bilan profilaktika ishlari olib boruvchi kadrlarni o'qitish zarur. Bunday kadrlar tayyorlash jarayoni Sog'liqni Saqlash (birinchi navbatda UASH) va ijtimoiy soha xodimlarini, maktablar, o'rta-maxsus va oliy o'quv yurtlari o'qituvchilarini, ommaviy axborot vakillarini qamrab olishi kerak. SHu bilan birga o'smirlar, yoshlar, xavf guruh vakillari – giyohvandlar va fohishalarni OIV-infektsiya va jinsiy yo'l orqali yuquvchi boshqa kasalliklarni oldini olish bo'yicha tashkilotlarga o'z xoxishlari bilan jalb etish lozim. Tayyorlangan kadrlarning asosiy vazifasi bo'lib shaxsning xulq-atvorini kasallikni yuqtirishni xavfini kamaytirish uchun o'zgartirishga yo'naltirilgan individual yoki guruhlardagi ish xisoblanadi.

Hozirgi vaqtda inson organizmiga tushgan OIV-infektsiyasi ni davolab bo'lmashligi, unga qarshi vaqtsinaning yo'qligi, virusni yo'qotib bo'lmashligini xisobga olsak, OIV-infektsiya tarqalishini oldini olishda birgina yo'li – inson organizmiga virus tushini oldini olish, aniqrog'i, kasallikni birlamchi profilaktikasi chora-tadbirlarini o'tqazishdir. Jinsiy aloqa qiluvchilar orasida OIV-infektsiyasi yuqtirmasligi uchun, ular xavfli jinsiy alokalardan bosh tortishlari lozim. Agar jinsiy sheriklar zararlanish xavfi yo'qligiga ishonch hosil qilmoqchi bo'lsalar u holda xar ikkala sherik OIVga tekshiruvdan o'tishlari zarur. Agar sheriklar OIVga tekshiruvdan o'tmagan bo'lsalar yoki ulardan biri zararlangan bo'lsa jinsiy aloqada prezervativlardan foydalanish zarur. SHuni esda tutish kerakki, prezervativ doimo xam ishonchli himoya vositasi bo'lib hisoblanmaydi (uning samaradorligi - taxminan bir yilda 100 ayolda 10 homiladorlik to'g'ri keladi), shuning uchun u OIVyuqtirishdan to'liq himoya qiladi deb hisoblash mumkin emas.



Hozirgi vaqtda O'zbekistonda in'eksion giyohvandlar OIV-infektsiyasi ga chalingan bemorlarning 70% tashkil qiladi. Giyohvandlar umumiy igna va shpritslarni ishlatish bilan birga, pala-partish jinsiy alokalarga engil kirishib, jinsiy sheriklariga kasallik yuqtiradilar, va ular, o'z navbatida infektsiya manbai bo'lib qoladilar.

UASH giyohvandlikni tashxislay olishi kerak. Birinchi navbatda shaxsning xarakteri, turmush tarzi va xulq-atvori o'zgarib qolishiga e'tibor berish kerak. Giyohvand modda qabul qila boshlagan shaxs yakkalanishga xarakat qiladi. Teri qoplamlarini ko'zdan tekshirganda tomirlar ustida kichik chandiqlar, in'ektsiya joylarida qonli yoki yiringli yarachalar, gematomalar topish mumkin, ularni ko'pincha teridagi qichishish bezovta qiladi. Bunday xavf guruhi vakillarida OIV-infektsiyasi tez rivojlanib, infektsion jarayon bosqichlari davomiyligi sezilarli kamayib ketadi.

In'eksion giyohvandlar orasida OIV-infektsiyasi ni oldini olishning eng yaxshi usuli bu – mana shu yomon illatdan voz kechishdir. Giyohvandlar umumiy shprits va ignalardan foydalanishdan voz kechishlari zarur. Ko'p sonli tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, igna va shpritslarni almashtirish dasturining tadbiiq qilinishi in'eksion giyohvandlar orasida OIV-infektsiyasi bilan kasallanishni sezilarli kamayishiga va shu bilan birga giyohvand moddalarni iste'mol qilish darajasining oshmaganliga sabab bo'ldi.

Barcha donorlik qonlarini OIVantitanalariga va r24 antigenga tekshirilishi hamda donorlar o'rtasida so'rovnomma olib borish dasturini tadbiiq qilish qon va uning komponentlarini quyishda OIVbilan zararlanish xavfini sezilarli kamayishiga olib keldi. Hozirgi vaqtda qon va uning komponentlarini quyishda zararlanish xavfi 0,0002 % ni tashkil qiladi.

Tibbiyot xodimlarida muloqotdan keyingi profilaktikasi (O'zR SSV 2012 yil 04 yanvar № 4- sonli buyrug'i ko'rsatmasi asosida).

Agar tibbiyot xodimi zararlangan igna bilan jarohatlangan yoki boshqa yo'l bilan OIV-infektsiyasi bilan zararlanish xavfiga uchragan bo'lsa, tezda, iloji bo'lsa 1 soat ichida kasallikni olini olish choralari ko'rish kerak. Zidovudin bilan postekspozitsion profilaktiki choralari OIVbilan zararlanish xavfini 80% ga kamaytiradi. Bunday choraga ko'rsatma bo'lib bemorda OIV-infektsiya bo'lish ehtimolligi va bo'lib o'tgan muloqot shakli hisoblanadi.

Ish joyida muloqot bo'lish holatlarida qilinadigan choralar:

- Birinchi yordam: ifloslangan teri sohasini (jarohatlangan yoki jarohatlanmagan) sovunli suv bilan yuvish, shilliq qavatlarni suv bilan yuvish;
- OIV-infektsiyasi bilan zararlanish xavfini baholash;
- OIV-infektsiyasi bilan zararlanganning biologik suyuqliklari bilan muloqot da bo'lganda, muloqot dan keyingi profilaktikani o'tqazish;
- Tibbiyot xodimi biologik suyuqliklari bilan muloqotda bo'lgan bemorni OIVga tekshirish;
- Jarohatlangan xodimdan OIV-infektsiyaga klinik tekshiruv va test undan "ma'lumotli rozilik" olingandan so'ng o'tkazilishi;
- Maslahat beruvchining muloqot ga olib keluvchi xodisalarni ketma-ketligini jabrlanuvchi bilan birga tahlil qilib, ish joyida zararlanish xavfini kamaytirish to'g'risida suhbat olib borishi;

### Mavzusi bo'yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A'lo "5"	Talaba OIV-infektsiyasi/OITS haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha ijod qilish darajasiga va bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	3-daraja: ijod qilish darajasi
2.	71-85	Yaxshi "4"	Talaba OIV-infektsiyasi/OITS haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha	2-daraja: bilim va

			bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	ko'nikmalar darajasi
3.	55-70	Qoniqarli "3"	Talaba OIV-infekstiyasi/OITS haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam qisman bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	1-daraja: o'quv qobiliyati darajasi.
4.	55 dan past	Qoniqarsiz bo'sh, ko'p qo'shimcha ishlash talab qiladi "2".	OIV-infekstiyasi/OITS mavzusi bo'yicha tasavvurga ega emas. Tif, paratif kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, Konspekt tayyorlamagan.	0-daraja: mutloq tasavvur yo'qlik darajasi.

### Mavzu bo'yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko'nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

**1-masala.** Bemor M. 28 yoshda. Kasallikning 18 kuni yuqori isitma, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik kabi shikoyatlar bilan kasalxonaga keldi. Keyingi 5-6 kun davomida har kun qaltirash kunnig o'rtasida paydo bo'lgan, harorat 40-41°C ko'tarilib, 8-10 soat saqlangan. Haroratning tushishi kuchli terlash bilan kechgan. Keyingi kunlarda isitma xurujlari kunora takrorlangan. Bemorning harorati shifoxonaga tushganda 39,9°C, yuzlari qizargan, lablarida toshmalar, ko'zi qizargan, tilda oq karash, o'pkasida vezikulyar nafas, yurak tonlari bo'g'iq, puls ritmik 140 marta bir daqiqada, qon bosimi 110/60 mm.sim. ust. teng. Qorni yumshoq, og'riqsiz, jigar qovurg'a ravog'ida, taloq 3-4 sm. kattalashgan, qattiq.

1.Hamshira tashxis qo'ying.

2.Bemorni parvarish rejasini tuzing.

**2-masala.** Bemor D. 40 yosh, qassob. Kasallik asta-sekin umumiy holsizlik, tez charchash, ko'p terlash, mo'shaklarda og'riq bilan boshlangan. Bemorda tana haroratining ko'tarilishi kuzatilgan. Vrach ko'rikdan o'tkazganda qo'ltiq osti va chov limfa tugunlarining loviyadek kattalashganligini, og'riqsizligini, bir-biri bilan yopishmaganligini, jigar va taloqning kattalashganligi aniqlangan va qora oqsoq tashxisi qo'yilgan. Epidemiologik anamnezida kasal tuyani so'yish va nimalashda qatnashgan.

1.Limfa tugunlarining yallig'lanish jarayonini tushuntirib bering

2.Bemorni laborator tekshirish rejasini tuzing

2.Bemorni tekshirib ko'rish rejasini tuzing.

### Mavzu bo'yicha test savollari

**1. Bemordan tibbiy xodimlarga OIV infeksiyasining yuqishiga rol o'ynamaydigan omil:**  
\*sperma va qin ajralmalari  
qon saqlagan najas yoki siydik  
qon saqlagan balg'am

qon va qon preparatlari  
**2. Donorlar qonini tekshirishda OIV infeksiyasi qo'yiladi:**  
musbat natijani qayta tasdiqlamasdan bitta tekshiruv asosida  
\*musbat natijani bir marta tasdiqlash bilan o'tkaziladigan tekshiruv asosida

musbat natijani ikki marta tasdiqlash bilan o'tkaziladigan tekshiruv asosida  
musbat natijani uch marta tasdiqlash bilan o'tkaziladigan tekshiruv asosida

### 3. Igna va o'tkir instrumentlardan jarohat yetkazilgandagi harakat tartibiga kirmaydi?

zudlik bilan jarohatlangan joyni sovun bilan yuvish

\*kuchli ta'sir ko'rsatuvchi vositalardan foydalanmaslik

jarohat yuzasini qon erkin holda oqishi uchun (2 minutdan kam bo'lmagan holda yoki qon ketish to'xtamaguncha) oqar suvda ushlab turish

oqar suv bo'lmaganda jarohatlangan joyni dezinfeksiyalovchi gel yoki qo'lni yuvuvchi eritma bilan ishlov berish

#### 4. Ishonch xonalari sharoitida OIVga.....qon olish maqsadga muvofiq:

\*barmoqdan

bilak venasidan

arteriyadan

kapillyardan

#### 5. Katta yoshli aholi orasida OIV infektsiyasi qo'yiladi:

\*musbat natijani ikki marta tasdiqlash

bilan o'tkaziladigan tekshiruv asosida

musbat natijani qayta tasdiqlamasdan bitta tekshiruv

musbat natijani bir marta tasdiqlash bilan

o'tkaziladigan tekshiruv

musbat natijani uch marta tasdiqlash bilan

o'tkaziladigan tekshiruv asosida

### 6. Limfositlarning .....ga OIV bevosita ta'sir ko'rsatadi:

\*T-xelperlar

T-supressorlar

T-killerlar

B-limfositlar

### 7. OIV ta'sirida shikastlan-maydigan hujayralar:

T-helperlar

makrofaglar

\*monositlar

T-supressorlar

### 8. OIV-infeksiya abdominal shakli uchun noxos belgi:

\*quldirash

qorinda og'riq

ich ketishi

sigmasimon ichakning yo'g'onlashuvi

### 9. OIV-infeksiya dan darak bermaydigan omil:

\*uzoq 1-2 oy cho'ziladigan sababsiz isitma MNS limfomasi

60 yoshgacha shaxslarda Kaposi sarkomasi

uzoq cho'ziladigan sababsiz ich ketish

### 10. OIV-infeksiya dan darak bermaydigan omil:

\*60 yoshdan kattalarda Kaposi sarkomasi

uzoq 1-2 oy chuziladigan sababsiz isitma

MNS limfomasi

uzoq chuziladigan sababsiz ich ketish

### 11. OIV-infeksiya davolashda yuqori natija beradigan dori vositasi:

virozol

\*azoditimidin

reoferon

immunomodulin

### 12. OIV-infeksiya ni inkor qiluvchi holatni aniqlang:

sababsiz limfopeniya

\*50 yoshgacha bo'lgan odamlarda Kaposi sarkomasi

tug'ma immunotaqchillik

sababsiz 1-2 oy davom etuvchi isitma

### 13. OIV-infeksiya ni laborator usulda tekshirishda olinmaydigan material:

qon

\*siydik va najas

shahvat

so'lak

### 14. OIV-infeksiya ning ichak shakli uchun noxos belgi:

vaznni yo'qotish

\*surunkali ich ketish

kechqurunlari tana harorati oshishi

oligouriya, anuriya

### 15. OIV-infeksiya patogenezini tizmasiga noxos davr:

qo'zg'atuvchining organizmga kirishi

\*virus ta'sirida me'da-ichak sistemasida yallig'lanish

mahalliy limfadenit

virusemiya, immunitet susayishi

### 16. OIV-infeksiya profilaktikasi tadbirlar jumlasiga kirmaydi:

tibbiy xodimlar muhofazasi

- \*dezinfeksiya, karantin e'lon qilish  
sanitar oqartuv ishlari  
qon va qon preparatlari nazoratini  
kuchaytirish
- 17. OIV-infeksiya profilaktikasi tadbirlar jumlasiga kirmaydi:**  
\*dezinfeksiya, karantin e'lon qilish  
sanitar oqartuv ishlari  
qon va qon preparatlari nazoratini  
kuchaytirish  
tibbiy xodimlar muhofazasi
- 18. OIV-infeksiya profilaktikasi to'grisidagi buyruq:**  
\*buyruq №123-15  
buyruq №600-06  
buyruq №5-12  
sanpin-0304-12
- 19. OIV-infeksiya qo'zg'atuvchisi mansub viruslar guruhi:**  
pikarnoviruslar  
\*T-limfotrop viruslar  
neytroviruslar  
arboviruslar
- 20. OIV-infeksiya uchun noxos moyil guruhlar:**  
giyohvandlar  
\*fohishalar  
besoqol va besoqolbozlar  
normal jinsiy hayot kechiruvchilar
- 21. OIV-infeksiya uchun o'ta xos bo'lgan serologik usul:**  
IFA  
\*immunobloting  
radioimmunologik  
radioimmunoprestipitatsiya
- 22. OIV-infeksiya uchun xos bo'lmagan kasallik manbai:**  
kasal odamlar  
\*rekonvallesent  
virus tashuvchilar  
hayvonlar
- 23. OIV-infeksiya uchun xos bo'lmagan klinik shakl:**  
disseminastiyalangan shakli  
abdominal  
\*o'pka shakli  
yurak qon-tomir shakli
- 24. OIV-infeksiya virusi mansub viruslar avlodi:**  
pikarnoviruslar  
gepadnoviruslar
- \*retroviruslar  
arboviruslar
- 25. OIV-infeksiya da etakchi yuqish omilini ko'rsating:**  
\*emizikli onaning ko'krak suti  
suv, sut mahsulotlari  
havo, oziq-ovqatlar  
go'sht va go'sht mahsulotlari
- 26. OIV-infeksiya tashxisi uchun noxos bo'lgan laboratoriyaviy usul:**  
serologik  
virusologik  
\*immunologik  
bakteriologik
- 27. OIV-infeksiyasining III-klinik bosqichida xos belgi :**  
o'pkadan tashqari sil  
limfoma  
\*1 oydan ko'proq kuzatilayotgan sababsiz diareya  
Kaposhi sarkomasi
- 28. OIV-infeksiyasining II-klinik bosqichida xos belgi :**  
oxirgi 5 yil davomida bo'lgan o'rab oluvchi temiratki  
OIV kaxeksiyasi  
\*tana vaznining 10% dan kamini yo'qotish pnevmosistli zotiljam
- 29. OIV-infeksiyasining I-klinik bosqichida xos belgi :**  
\*tana vaznining 10% dan kamini yo'qotish oxirgi 5 yil davomida bo'lgan o'rab oluvchi temiratki  
tarqalgan limfadenopatiya  
OIV kaxeksiyasi
- 30. OIV-infeksiyasining IV-klinik bosqichida xos belgi :**  
tana vaznining 10% ortig'ini yo'qotish  
1 oydan ko'proq kuzatilayotgan sababsiz diareya  
\*Kaposhi sarkomasi  
tarqalgan limfadenopatiya
- 31. OIV-infeksiya uchun noxos bo'lgan laboratoriyaviy usul:**  
\*bakteriologik  
virusologik  
immunologik  
serologik

**32. OIV-infekstiyasi uchun ko'proq xos bo'lgan pnevmoniya etiologiyasini ko'rsating?**

\*pnevmostistli  
stafilokokli  
pnevmokokkli  
virusli

**33. OIV-infekstiyasi uchun qaysi belgilar xarakterli?**

\*yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi  
harorat  
limfadenopatiya  
diareya, tana vaznining yo'qotilishi

**34. OIV-infekstiyasining erta bosqichlari uchun xarakterli bo'lgan simptomlar majmuasini ko'rsating?**

\* harorat, limfadenopatiya  
harorat, o'sma jarayonlari  
normal tana harorati, limfadenopatiya  
yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi

**35. OIVning yuqish yo'llari:**

\* parenteral, jinsiy, transfuzion  
fekal-oral, oziq ovqat  
suv, chang,  
perkutan, postnatal

**36. Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot muassasalarida OIV infeksiyasini kasbiy muloqotdan keyingi profilaktikasini amaliyotga tadbiiq qilish haqidagi buyruq:**

№ 289 25.09. 2009y  
№ 126 28.04.2009 y  
№560 30.10.2000y

\*№ 4 04.01. 2008y

**37. Zararlanganligiga gumon qilingan qon va boshqa biologik suyuqliklar teriga tushganda harakat tartibiga kirmaydi:**

zararlangan material tushgan joyni zudlik bilan sovunlab yuvish

oqar suv bo'lmaganda zararsizlantiruvchi gel yoki qo'l yuvuvchi eritma bilan ishlov berish

kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritmasidan foydalanish

\*muloqotda bo'lgan joyni artish yoki ishqalash, ifloslangan teri yuzasini bog'lash

**38. Zararlanganligiga gumon qilingan qon va boshqa biologik suyuqliklar ko'zga sachraganda harakat tartibiga kiradi:**

ko'zni suyuq sovun eritmasi bilan yuvish  
ko'zni ishqash yoki artish

dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuvish

\*zudlik bilan ko'zni fiziologik eritma yoki suv bilan yuvish

**39. Zararlanish xavfini oshiruvchi omillar jumlasiga kirmaydi:**

zararlangan asboblarning qon tomiriga tushishi

g`ovak ninalar bilan jarohatlanish

bemorda virus miqdorining yuqori darajada bulishi

\*chuqur jarohatlar

**OITS kasalligida hamshiralik jarayoni**

Bemorni tekshirish	Hamshiratashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejani amalga oshirish	Natijalarnibaho lash
<p>Bemorshikoyatlari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tanaharoratiningoshishi;</li> <li>-Umumiyholsizlik, tezcharchash;</li> <li>-Ko'pterlash;</li> <li>-Biroydavomidasababsizichketishi;</li> <li>-Tanavazningkamayishi;</li> <li>-To'xtovsizquruqyo'tal;</li> </ul> <p>Ob'yektivko'rik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Teri rangioqimtiruruq;</li> <li>-Teridagerpistoshmalartoshishi;</li> <li>-Bo'yin, o'mrovusti, qo'ltiqostilimfatugunlarikattalashis hivapalpatsiyadaog'riqli;</li> <li>-Pulsritmik, taxikardiya, A/B birozpasaygan;</li> <li>-Tilioqkarashli, quruq;</li> <li>-Najasshilliqli, suyuqshakllanmagan;</li> <li>-Pasternatskiybelgisimanfiy, siyishme'yoridasariq.</li> </ul>	<p>Mavjudmuammolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>Tanaharoratiningoshishi;</li> <li>-Umumiyholsizlik;</li> <li>-Ko'pterlash;</li> <li>-</li> <li>Biroydavomidasababsizichketishi;</li> <li>-</li> <li>Tanavazningkamayishi;</li> <li>-</li> <li>To'xtovsizquruqyo'tal;</li> </ul> <p>Kutiladiganmuammolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tuberkulyoz;</li> <li>-Kaxeksiya;</li> <li>-Talvasalar;</li> <li>-Ensifalopatiyalar;</li> <li>-Kaposhisarkomasi;</li> <li>-O'lim.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Bemorning tanaharoratiniol'chash, pulsnisanash, A/B nio'lchash;</li> <li>2.Ko'proq suyuqlikiste'molinibuyurish;</li> <li>3.Parhezni vrachko'rsatmasiasosidabuyurish;</li> <li>4.Bemorning ahvolinimuntazamravishdakuzatibborish;</li> <li>5.Vrach ko'rsatmasigaasosanvirusgaqarshipreparatlaryuborish;</li> <li>6.Immunokorreksiya vaimmunostimulyasiya;</li> <li>7.Vrachko'rsatmasigaasosandori vositalari (antibiotiklar, enterosorbentlar) nio'zvaqtidaberish.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Bemorning tanaharoratiniol'chandi, pulsanaldi, A/B ol'chandi;</li> <li>2.Ko'proq suyuqlikiste'molinibuyurildi;</li> <li>3.Parhezni vrachko'rsatmasiasosidabuyurildi;</li> <li>4.Bemorning ahvolinimuntazamravishdakuzatibborildi;</li> <li>5.Vrach ko'rsatmasigaasosanvirusgaqarshiiazidotimidinni 20-30 mg har kg vazngakuniga 4 martaperoralqilindi, interferon, siklosporin, suramin;</li> <li>6.Vrach ko'rsatmasigaasosanimmune titnitiklash, immunomodulin 2 ml m/o gayuborildi;</li> <li>7.Dorivositalari (antibiotiklar, enterosorbitlar, regidratatsion-disol, trisol, natriyxlornio'zvaqtidaberildi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Tana haroratime'yori gaketirildi;</li> <li>2.Og'riqlar birozqoldi;</li> <li>3.Ich ketishsonikamaydi, najasxarakteritiklandi;</li> <li>4.Ahvolibirozy axshilandi.</li> </ol>

## MASHG'ULOT 9. MAVZU: Qizamiq, qizilcha, skarlatina va suvchechalarda hamshiralik ishi.

### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Qizamiq, qizilcha, skarlatina. Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.</li> <li>2. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning klinik belgilari.</li> <li>3. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning diagnostikasi.</li> <li>4. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning laboratoriyaviy tahlil uchun material olish.</li> <li>5 Qizamiq, qizilcha, skarlatinani davolash usullari.</li> <li>6. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning oldini olish.</li> </ol>
<p><b>Mavzuning maqsadi:</b> Qizamiq, qizilcha, skarlatina kasalliklarni erta aniqlash, kasalxona va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, shifokorlik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaga vaqtli tashxis qo'yish, bemor ahvolini to'g'ri baholay olish, kasalxonagacha bo'lgan davrda kasalga yordam ko'rsatishni o'rganish.</p>	
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob. test

### 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

#### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	30 minut
3.	Tegishli a'zolari palpastiya va perkussiya qilish.	25 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	30 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	30 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	25 minut
	Jami	160 minut

### **Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, soʻzlar, echiladigan muammolar)**

1. Qizamiq, qizilcha, skarlatina, Etiologiya, epidemiologiya, patogenez.
2. Qizamiq, qizilcha, skarlatina klinik belgilari.
3. Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning diagnostikasi.
4. Qizamiq, qizilcha, skarlatina laboratoriyaviy tahlil uchun material olish.
5. Qizamiq, qizilcha, skarlatinani davolash usullari.
6. Qizamiq, qizilcha, skarlatina oldini olish.
7. Hamshira kasallik tarixini yozish.

Qizamiq, qizilcha, skarlatina, kasalliklari chuqur oʻrganish uchun uni quyi kurslarda oʻrganilgan quyidagi fanlar bilan bogʻlamasdan (integratsiya) maqsadga erishib boʻlmaydi.

-Mikrobiologiyadan qoʻzgʻatuvchilar morfologiyasi, antigen toʻzilishi, biokimyoviy va fizikaviy xususiyatlarini bilishi.

-Epidemiologiya fanidan kasallik manbai, yuqish Yoʻllari va mexanizmi, atrofdagilar moyilligi, oʻchoqda olib borilishi shart boʻlgan epidemiyaga qarshi tadbirlarni bilishi.

-Gigiena fanidan kasallikning oldini olish, shaxsiy gigiena talablari, ekologiyani muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan taʼminlanishi nazoratini bilishi.

-Patofiziologiya fanidan qoʻzgʻatuvchilar va ularning zahari taʼsirida tizim va aʼzolar faoliyatini izdan chiqishi, diareyani kelib chiqish sabablari tushuntira bilish.

-Farmakologiya fanidan dori vositalarining taʼsir doiralari bilishi.

-Bemorlarni umumiy parvarishidan bemorlar bilan muloqotda deontologiya qoidalariga amal qilishi, teri, ogʻiz boʻshligʻi gigienasi, parhez taomlarni chuqur oʻzlashtirishi.

### **15.9. Mashgʻulotda qoʻllanadigan interaktiv usullar texnologiyasi**

Interfaol oʻqitish vositalari oʻqituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

#### **“ROTATSIYA” METODINI OʻTKAZISH STSENARIYSI.**

Uruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar toʻziladi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. Oʻn minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak boʻladi. Soʻngra javobgar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.

Topshiriq I komanda uchun:

Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning klinik xususiyatlarini ayting?

Topshiriq II komanda uchun:

Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning diagnostikasi toʻgʻrisida maʼlumot bering?

<b>I komanda</b>	<b>II komanda</b>

#### **“UCH BOSQICHLI INTERVYU”**

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga toʻgʻri psixologik yondashishni oʻrgatish.

*Asosiy tamoyillari:*

Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga boʻlinadi va talabalarga rol boʻlib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis Yashirin etkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtiroqchilarining faoliyatini quyidagi 3 boʻlim boʻyicha baholaydi:

1. Nima toʻgʻri qilindi.
2. Nima notoʻgʻri qilindi.
3. Qanday bajarilishi kerak edi.

*Afzalliklari:*



Dars mavzusi bo'yicha tematik bemorlar Yo'q holatlarda ushbu usulni keng qo'llash mumkin.

Usul rolli o'yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtiroqchi-ekspert bilan to'ldirilgan va bir vaqtning o'zida 2-3 klinik variantlar muhoqama qilinadi. Bu mashg'ulot mazmunini boyitadi, o'quv jarayonini jonlantiradi va talabning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon yaratadi.

*Kamchiliklari:*

Misol: pedagog har bir kichik guruhda bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab olinadi. O'qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o'ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta'minlab turadi.

Bemor 16 yoshli yigit, maktab o'quvchisi bolalik chog'larida O'RVI, qizamiqni boshidan o'tkazgan. Emlashlarni o'z vaqtida olgan. Yigit ta'til paytida ariq suviga cho'milgan, ariq suvidan ichgan. Pishiqlik davri bo'lganligi sababli meva, qovun, tarvo'z iste'mol qilgan.

Shikoyatlari: umumiy holsizlik, ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorin kuldirashi, ichi shir-shir ketishi. Ko'rik vaqtida holati: ahvoli o'rtacha og'irlikda, holsiz. Tana harorati 36,2°C daraja, terisi quruq, elastikligi pasaygan. Yurak tonlari bo'g'iq, puls bir daqiqada 96 zarba, qon bosimi 90/60 mm sim ust. Nafas olishi burundan, o'pkasida vyozikulyar nafas, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin ichga tortilgan. Paypaslanganda og'riqsiz, ichaklar kuldirashi eshitiladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Ichi su yuq, oqish rangda, siydigi kamaygan. Periferik qonda Hb-140g/l, leykotsit-8000.

“Vrach»bemor so'zidan yiqqan epidemiologik omillarga e'tibor berishi, klinik belgilariga Yondashgan holda bemorni Yuqumli kasalliklar kasalxonasiga Yo'llashi lozim.

“Ekspert” vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e'tibor berishi lozim:

-bemorga to'g'ri psixologik yondashdimi.

-epidemiologik anamnez to'g'ri yig'ildimi.

-bemorni ko'rikdan o'tkazganda yallig'lanish belgilari (tana harorati, qorinda og'riq bo'lmasligi) ga e'tibor berib, vaboga shubha kildimi.

-keyingi tekshiruvlar uchun bemorni shifoxonaga Yo'lladimi.

-Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma yubordimi?

-muloqotda bo'lgan shaxslar ustida nazorat o'tkazishga Yo'llanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

-o'z holatini qanchalik darajada ta'rifladi.

-epidemik omillarni to'g'ri ayta oldimi.

-kasallik alomatlarini to'g'ri ta'riflab berdimi.

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi e'tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtiroqchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to'xtalib, mashg'ulotga Yakun Yasaydi.

**15. 10 Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)**

#### TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning epidemik jarayonning rivojlanishi qanday kechadi?	
2	Infeksiyaning asosiy manbalari?	

#### Talabning mustaqil bilimni tekshirish

№	Savol	Javob
1	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning klinik belgilarini ayting?	

2	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning laborator diagnostikasi	
3	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning davolash usullari.	
4	Qizamiq, qizilcha, skarlatinaning profilaktikasi	

## MAVZU BAYONI

### QIZAMIQ

Qizamiq viruslar qo'zg'atadigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, tana haroratining oshishi, yuqori nafas olish yo'llari, og'iz bo'shlig'i, tomok, ko'z shilliq qavatlarining zararlanishi o'ziga xos dog'li papulyoz toshmalarning bok ichma-bosqich toshishi va nafas olish yo'llarining asoratlari bilan kechadigan kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Qizamiq virusi polynosa morbillorum paramiksoviruslar oilasiga mansub, bir zanjirli RNK saqlaydi. Tashqi qobig'i lipoproteid membrana antigen tuzilishini o'zgarishidan saqlaydi, bu esa vaktsina olish uchun zarur. Qizamiq virusi tashqi muhitga chidamsiz, quritishga chidamli, nur tasirida 8-10 daqiqa davomida o'ladi. Yuqori nafas yo'llari va asab tizimi epitelial hujayralarini, limfoid hujayralarni, retikuloendotelial to'qimalarni yallig'lantiradi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai – bemor odam, ayniqsa, kataral davrda maksimal darajada virus ajratadi va eng yuqumli hisoblanadi, toshma toshish davrida yuqumliligi kamayadi. Bemor kasallikning 6-7 kuniga qadar yuqumli deb hisoblanadi, agar asoratlar qo'shilsa yuqumli davri kasallikning 10 kunigacha davom etadi. Yuqish yo'li – havo tomchi orqali. Qizamiq bilan orttirilgan immuniteti bo'lmaganlarning barchasi kasallanadi. Kasallikdan so'ng umrbod immunitet shakllanadi. Onadan bolaga tug'ma immunitet o'tish sababli 6 oygacha bo'lgan bolalar qizamiq bilan kasallanmaydi.

**Patogenezi.** Patalogik jarayonning yuzaga kelishi juda murakkab va OHirigacha o'rganilmagan. Virusning kirish darvozasi yuqori nafas yo'llari va ko'z kon'yunktivasi bo'lishi mumkin. So'ngra regional limfa tugunlarida virus kuchli darajada ko'payadi, va ularni giperplaziyasini yuzaga keltiradi, limfa tugunlari kattalashadi. Turg'unlikning 3 kunida virus qonga o'tadi va virusemiya rivojlanadi. Virus barcha a'zo va tizimlarga tarqaladi va limfoid hamda retikulogistiotsitar to'qimalarga kiradi. Immun tizimning qayta qurilishi vujudga keladi. T va B limfotsitlar, plazmatik hujayralar yig'iladi va maxsus antitelolar ishlab chiqariladi, bu turg'unlikni OHiriga to'g'ri keladi.

**Klinikasi.** Qizamiqda turg'unlik davr o'rtacha hisobda 8-10 kungacha davom etadi. Qizamiq klinik ko'rinishda prodromal, toshmali, pigmentatsiya davrlari farqlanadi. Kasallik boshlanish kataral davri 3–4 kun davom etadi, tana haroratini 38,5-39°C gacha ko'tarilishi, umumiy zaharlanish va kataral belgilar paydo bo'lishi bilan boshlanadi.

Bemorda tez-tez aksirish, burundan ko'p suyuqlik ajralishi, ovoz bo'g'ilishi va quruq yo'tal kuzatiladi. Yorug'likdan ko'zlari achishadi, yoshlanadi, konyunktivalari qizarib ketadi, qovok lari shishib, bo'rtib turadi. Umumiy ahvol keskin o'zgaradi, bola bezovta, injiq, yomon uxlaydi, lanj, ishtahasi pasayadi.

Dastlab kasallik boshida ichi suyiladi, qorinda og'riq paydo bo'ladi. Juda og'ir holatlarda kasallikning birinchi kunlaridan boshlab, umumiy zaharlanish belgilari keskin namoyon bo'ladi, talvasa va hushni ketishi kuzatilishi mumkin.

Qizamiqda kataral davr 3-4 kun davom etadi, ba'zan 5-7 kungacha cho'ziladi. Bu davr uchun patognomonik belgi og'iz shilliq qavatida o'ziga xos o'zgarishlar bo'lishidir. Til ildizi sohasida, lanj milk va lab shilliq qavatida chetlari qizil bo'lgan kul rang-ok ish nuqtalarni bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu belgilar toshma toshguncha 1-3 kunlarda namoyon bo'ladi, bu toshma paydo bo'lguncha qizamiq tashxisini qo'yishda yordam beradi va prodromda boshqa etiologiyali kataral ko'rinishlarni farqlashda

yordam beradi.

Qizamiq kataral davri uchun yumshoq va qattiq tanglayda mayda pushti -qizil dog'lar ko'rinishida enantemalar paydo bo'lishi xarakterli, qizamiq enantemalari teriga toshma toshguncha 1-2 kun davomida aniqlanadi.

Toshma toshish davri kasallikning 4-5 kundan boshlanadi va dog'li-papulez toshmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Toshmaning birinchi elementlari qulok orqasida, burunda mayda pushti dog'lar shaklida paydo bo'ladi. Tezda o'lchamlari kattalashadi, bir-birlari bilan ba'zan ko'shiladi, noto'g'ri shaklga ega bo'ladi. Toshma elementlari miqdori juda tez ko'payadi, birinchi sutka OHIrida butun yuz va bo'yinni qoplaydi, ko'krak va tana yuqori qismida alohida elementlar shaklida bo'ladi. Ikkinchi sutkada butun tanani va qo'lni yuqori qismini toshma qoplaydi, uchinchi kunda oyok va qo'larda tarqaladi. Toshmani davriy toshishi- qizamiq uchun muhim tashxisiy ahamiyatga ega. Qizamiqda toshma oyok - qo'lning ichki va tashqi yuzasini bir tekisda qoplaydi.

Toshmaning birinchi kunida tana harorati kataral davridagiga nisbatan yuqori bo'lib, toshma toshishidan 1-2 kun oldin u bir qancha tushadi va toshmaning birinchi kuni yangi ko'tarilish kuzatiladi. Toshma toshishi davrida harorat yuqoriligicha saqlanadi. Asoratlanmagan kechishda toshma tosha boshlangan kundan 3-4 kun o'tgach, harorat normallasadi. Toshma davrida bemor umumiy ahvoli og'ir, bezotalanish alahsirash, ba'zan uyqunchanlik kuzatiladi. Periferik qonda leykopeniya kuzatiladi. Qizamiqda umumiy zaharlanish belgilari ko'rinish darajasi kasallik kechish og'irligi belgilaydi.

Keyinchalik toshmalar tezda qorayib, jigar rang tus oladi va pigmentantsiya davri boshlanadi. Pigmentatsiya ham etapli, ya'ni dastlab yuzdan, tana va oyok qo'llardagi toshmalar pigmentatsiyalanadi. Bu davr 1-1,5 hafta davom etadi va teri mayda qipiqanishlar yuzaga keladi. Pigmentatsiya davrida tana harorati normallasadi, kataral simptomlar yo'qoladi va bemorning umumiy ahvoli asta sekin tiklanadi. Qizamiqning rekonvalesentsiya davrida uzoq muddat asteniya va anergiya (immunitetning susayishi) holati ushlanib turadi.

**Tashxisoti.** Kasallikni o'tkir boshlanishi, kataral belgilarni asta –sekin kuchayishi, kon'yunktivit bo'lishi, enantema va Filatov –Koplik dog'larini paydo bo'lishi, o'zgarmagan teri orasida makulo – papulezli toshmalarni etapli toshishi, toshmali va O'RVI kasalliklar bilan farqlashda yordam beradi.

**Davosi.** Qizamiqni og'ir va asoratli kechishi va uy sharoitida ularni parvarish qilishiga imkoniyat bo'lmagan, shuningdek yopiq bolalar muassalarida yashayotgan va 1yoshgacha bo'lgan bolalar shifoxonalarga yotqiziladi. Yotok tartib butun tana harorati ko'tarilgan davrda saqlaniladi. Quruq yorilgan lablarini borli vazelin yoki yog' bilan surkash lozim. Burun paxtali issiq vazelin yog'iga botirilgan tampon bilan tozalanadi qatqalok lar hosil bo'lganda burunga kuniga 3-4 marta 1-2 tomchi vazelin yog'I tomiziladi. Ovqatlanish yoshiga mos bo'lishi kerak, sutli engil hazm bo'ladigan ovqatlar tavsiya etiladi.

Dori-darmonli patogenetik davo vositalari sifatida vitaminlar, umumiy zaharlanishga qarshi preparatlar, asoratlanganda antibakterial preparatlar buyurish maqsadga muvofiqdir.

**Profilaktikasi.** Shoshilinch profilaktika uchun odam qonidan tayyorlangan immunoglobulindan foydalaniladi. U qizamiqli bemorlar bilan mulok otda bo'lgan, vaksinatziyaga qarshi ko'rsatmasi bo'lgan yoki emlash yoshiga etmagan bolalarga shoshilinch profilaktika uchun immunoglobulin yuboriladi. Aktiv immunizatsiya qabul qilingan reja assosida tirik qizamiq vaksinasi yordamida o'tkaziladi.

## QIZILCHA

Qizilcha virusli etiologiyaga ega bo'lgan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, kuchsiz zaharlanish, ko'z va burun shilliq qavatlarining engil katari, terida o'ziga xos morfologik toshma toshishi va limfa tugunlarining zararlanishi va kattalashishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Qizilcha ko'zg'atuvchisi filtrlovchi virus, sferik shaklga ega bo'lib,

diametri 60-70 nm, tarkibida nukleokapsid va RNK saqlaydi. Tashqi tomondan uch qavatli gipoproteidli parda bilan qoplangan. Hozirgi davrda ikkita antigeni aniqlangan. Tashqi muhitga virus chidamsiz. Efirga, sovishga sezuvchan, muzlatilganda  $-20-70^{\circ}\text{C}$  haroratda o'zining patogenlik holatini bir necha yil saqlay oladi.

**Epidemiologiyasi.** Kasalik manbai – bemor odam, ko'pincha yuqumlilik yashirin davrning OHri va kasallikning ikkinchi haftasida kuzatilib, toshma toshish davrining 5-kunidan boshlab yuqumlilik uchramaydi. Havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Onadan homilaga vertikal yo'li orqali ham o'tishi mumkin.

**Patogenezi.** Virusning kirish yo'li yuqori nafas olish yo'lining shilliq qavatlariga hisoblanadi. Birinchi navbatda limfa organlarida o'zgarish yuz berib, limfaadenitlarga olib keladi. Undan so'ng virus qonga o'tib, virusemiya boshlanadi. Natijada klinik jihatdan kataral belgilar yuzaga keladi. Virusni teri epiteliy qavatlariga o'tishi natijasida terida toshmalar yuzaga keladi. Organizmda antitelalarni (kasallikni 5-6 kunidan boshlab) paydo bo'lishi organizmdan virusni chiqarishga va uzoq muddatga immunitetni paydo bo'lishiga olib keladi. Virusemiya davrida homilador ayollarda virus platsenta orqali embrion ichiga kiradi, bu esa o'z navbatida embrion to'qimasining shikastlanishiga olib keladi va hujayralarning ko'payishini susaytiradi va to'xtatadi. Natijada qizilcha bilan tug'ilgan bolalarni kam vaznlikda va kichik bo'y bilan tug'ilishi kuzatiladi. Qizilcha bilan tug'ilgan bolalar virus tashuvchi bo'lib hisoblanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 14-21 kun davom etadi, 5-7 kun kasallik boshlanguncha ensa, qulok orqasi, orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmagan bo'ladi. Prodromal davri kuzatilmaydi. Kasallik ko'pincha tana harorati oshishi ( $37,2 - 37,5^{\circ}\text{C}$ ), engil holsizlik, yuqori nafas olish yo'llarining shilliq qavatlarida va ko'zda engil kataral o'zgarish (kon'yunktivit, burundan suv kelishi, yo'talish) holatlari kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha kataral angina uchraydi. Prodromal davr 1-3 kun davom etadi. Bunda limfa tugunlarining kattalashishi va og'riqli holatlar kuzatiladi.

Kasallikning avj olish davrida tana harorati  $38-38,5^{\circ}\text{C}$  gradusgacha ko'tarilishi mumkin, toshma ko'pincha yuzdan, boshning sochli qismidan boshlanadi. Bir necha soat yoki 1-2 kun ichida butun tana va oyok qo'llarni qoplaydi, aksariyat elkada, yon tamonlarda va bo'g'imlarning yozuvchi qismida ko'p miqdorda toshadi. Butun limfa tugunlar ko'pincha orqa bo'yin limfa tugunlari paypaslanadi. Bu esa qizilcha uchun xos belgilaridan biridir. Rekonvalestsensiya davrida – umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib, limfa tugunlari kattaligi 2-3 hafta davom etadi. Bu esa qizilcha bilan kasallanganligidan dalolat beradi. Periferik qonda leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, plazmatik hujayralar va TYURK hujayrasi 10-25 % paydo bo'lishi, eozinofillar me'yorda yoki ozgina oshganligi kuzatiladi.

**Tashxisoti.** Virusologik burun-xalqum yallig'I, qon, siydik kasallikning 5-7 kunlarida ijobiy natija beradi. Serologik usullardan-qo'sh zardob qo'llaniladi. Hozirgi kunda IFA yordamida qizilchaga qarshi antitelolarning titri aniqlanmok da.

Davosi. Uy sharoitida davolashga ko'rsatma: kasallik engil, o'rta og'irlikda va asoratsiz kechishi. 4-5 kun davomida yotok rejimi tayinlanadi. Vitaminlarga boy va sutli mahsulotlar ko'prok iste'mol qilish tavsiya etiladi. Etiotrop davo qo'llanilmaydi. Kasallikning barcha simptomlari yo'qolganda, asoratlar kuzitilmaganda 5-kundan so'ng bemor sog'aygan deb hisoblanadi.

**Profilaktikasi.** Bemorlarni jamoadan boshlang'ich 15 kuni mobaynida ajratish tavsiya qilinadi. Chunki virus burun xalqumdan toshma paydo bo'lgandan so'ng 2 hafta mobaynida ajratib olinadi, asosan homilador ayollarni bemor bilan mulok otda bo'lishini oldini olish kerak, chunki bunday kishilarda qizilcha ko'pincha belgilersiz o'tadi. Aktiv immunizatsiya qabul qilingan reja assosida tirik qizilcha vaktsinasi yordamida o'tkaziladi.

### SKARLATINA

Skarlatina - streptokokkli infeksiyalarning bir ko'rinishi bo'lib, gemolitik streptokokk eritrogen toksini ta'sirida mahalliy yallig'lanish reaksiyasi, umumiy zaharlanish, yuqori isitma, mayda nuktali toshma toshishi, angina, taxikardiya, terining qipiqlanishi kabi

o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan va o'z vaqtida davo choralari olib borilganda turg'un imunitet hosil qilib, asoratsiz yaxshi o'tadigan yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Skarlatina qo'zg'atuvchisi A guruhli V - gemolitik streptokokklar turiga mansub. A guruhiga kuruvchi streptokokklar M va T antigenlariga qarab 55 ta serotipiga bo'linadi. V - gemolitik streptokokk hamma serotiplariga xos termostabil eritrogen toksin (Dika toksini) va antigen substansiyalari saqlaydi.

Skarlatinani qo'zg'atishda asosan 5-6 ta serotiplar asosiy rolni o'ynaydi. Ular asosan penitsillin, tetratsiklin, eritromitsin, levomitsitinga sezgir. Stafilokokklarga qarshi o'larok streptokokklar penitsilinaza ishlab chikarmaydi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai faqat streptokokkli infeksiya bilan kasallangan bemorlar (skarlatina, angina, saramas.) va bakteriya tashuvchi sog'lom odamlar bo'lib hisoblanadi. Atrof-muhit uchun skarlatina bilan og'rikan bemorlar kasallikning birinchi kuni juda xavfli hisoblanadi, sog'ayish davrida esa bakteriyalarni atrof muhitga 3-5 barovar kam ajratadilar. Mikroblar bakteriya tashuvchilarda kasallikning birinchi kunidagiga qaraganda 100 barobar kamroq ajralib chiqadi.

Skarlatinada yuqish yo'li havo tomchi orqali bo'lib, infeksiya faqat juda yaqin masofada bo'lgandagina yuqadi, ya'ni bir palata yoki xonadagilarga yuqishi va qo'shni xonadigalarga skarlatina tarqalmasligi mumkin.

Skarlatina kuzgatuvchilari tashki muxitda uzoq yashashiga karamasdan u uzining virulentligini tezda yukotadi. Ba'zi xollarda uy jixozlari, uyinchoklar orkali xam tarkalishi mumkin. Juda kam xolarda skarlatina ogiz orkali ya'ni sut va sut maxsulotlaridan yukishi mumkin.

Chaqalok lar va bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'zining fiziologik kuchining tuzilishi yuqoriligi tufayli ularga streptokokklar toksini juda ham sust ta'sir qilib, boshqa xildagi streptokokkli kasalliklar sifatida o'tishi mumkin. Ko'pincha 1-9 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Mavsumiylik havo sovushi bilan kasallik ortib boradi, asosan oktyabr yanvar oylarida uchraydi.

**Patogenezi.** Patogenezida 3 ta komponent (infeksion, toksik, allergik) etakchi vazifani bajaradi. Kasallik rivojlanishida organizmda toksinga qarshi (antitoksik) yoki mikrobgaga qarshi (antibakterial) immunitet borligi katta ahamiyatga ega. Agarda organizmda antitoksik va antibakterial immunitet bo'lmasa skarlatina bilan kasallanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 1-12 kun (o'rtacha 7-8 kun). Kasallik o'tkir, tana haroratining ko'tarilishi va ba'zida et uvishishi, qaltirash bilan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashib, ba'zida qusish kuzatiladi, yutingan vaqtda tomog'ida og'riq paydo bo'ladi, skarlatinaning dastlabki simptomlari bu angina bo'lib xizmat qiladi. Bodomcha bezlari kattalashib shishadi, qizaradi yumshoq tanglay qizaradi va u qattiq tanglay sohasidan aniq chegaralanib turadi. Qattiq tanglayda ochiq qizg'ish rangli nuqtalar paydo bo'ladi. Bular bilan birgalikda mahalliy limfa tugunlari ham kattalashadi va paypaslab ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Tili karashlangan, til uchi qizg'ish holda yuzi bir oz shishgan bo'ladi. 1-2 kunda kasallik juda avj oladi. Tana harorati juda yuqori ko'tariladi, bodomcha bezlarida follikulyar yiringli o'chok lar paydo bo'ladi.

Skarlatinada toshmalar kasallikning birinchi kundan ba'zida esa ikkinchi kuni bir necha soat ichida butun tana sohasida birdaniga paydo bo'ladi. Morfologik jihatdan toshmalar mayda nuqtali giperemiya asosida, bo'ladi. Toshma elementlari 1-2 mm ga teng mayda nuqtali rozeola bo'lib, qizg'ish rangda bo'ladi. Skarlatina toshmasining joylashishi o'ziga xos xarakterga ega. Toshma asosan bo'yin terisi, tananing yuqori qismida paydo bo'lib, tezda tananing quyi qismi va qo'llarida tez taraqqaladi, toshmalar asosan qo'litiq osti, bilak, tizza burmalarida juda quyuq joylashgan bo'ladi (23, 24-rasmlar). Yuzi va yanok larida toshmalar uncha yaqqol ko'zga tashlanmaydi, lekin yuzi qizg'ish rangda bo'ladi, burun lab uchburchagi ok rangda ko'zga tashlanib turadi.

Bo'yin, bilak, chov, tizza burmalarida bosgan vaqtda yo'qolmaydigan, asosan tomirlarning murtlashganligi tufayli hosil bo'ladigan, mayda petexiyalar paydo bo'lib,

ko'kimtir yo'laklar hosil qiladi buni simptom Pastiya deyiladi.

Skarlatinada toshmalar miliar yoki nuqtasimon tavsifli bo'lib, 1-3 kunlari ochiq qizg'ich rangda saqlanib keyin ok ara boshlaydi va 8-10 kunida yo'qoladi. 5-6 kuni tana harorati me'yorlashib, bir vaqtda tamok va til xam o'zgaradi, til birinchi kunlari quyuq karashlagan bo'lib, 2-3 kunlari toza bo'la boshlaydi. 4 kuni xarakterli tus oladi. Ochiq qizg'ish rangda bo'lib yuzasidan so'rg'ichlar bo'rtib turadi yoki buni (malinasimon rangli til) deyiladi. 10-12 kun ushlanadi. Bodomcha bezlari juda sekin o'zgarib boradi.

Toshmalar ketgandan sung terining kuchishi boshlanadi. Toshma kanchalik kuyik va rivojlangan bulsa teri kuchishi shuncha rivojlangan buladi. Yuz va buyin, tanada kipik xolida bulsa kullarda tangasimon buladi, katta tangasimon teri kuchishlari kengrok uchrab ular asosan tirnok atrofidan boshlanadi.

Kasallik avj olish davrida ECHTning kupayishi leykotsitoz, neytrofilyoz, eozinofiliya, siydigida oksil, toza eritrotsitlar kuzatiladi. Skarlatinaning tasnifi uning kechishi va og'irligiga qarab belgilanadi.

**Tashxisoti.** Asosan klinik, epidemiologik, bakteriologik va immunologik tekshirishlarda asoslandi. Shults-Charlston sinamasi skarlatinaga qarshi zardob yuborilgandan keyin birinchi 6-12 soat ichida zardob qilingan sohada toshmalar yo'qoladi.

**Davosi.** Parhez umumiy, vitamin va ok sillarga boy bo'lish kerak. Orom olish davri 1-chi 5-7 kun ichida tavsiya etiladi. Qo'zg'atuvchini bartaraf qilish uchun antibakterial dorilar beriladi. Skarlatinaga eng yaxshi davo bu vaqtli penitsillin buyurishdir. Agarda penitsillinga yuqori sezuvchanlik kuzatilsa, unda eritromitsin va boshqalar tavsiya etiladi.

### Mavzu bo'yicha baholash mezonlari

1.	86-100	A'lo“5”	Talaba qizamiq, qizilcha, skarlatina, ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha ijod qilish darajasiga va bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	3-daraja: bilim va ko'nikmalar darajasi
2.	71-85	Yaxshi “4”	Talaba qizamiq, qizilcha, skarlatina, ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam to'la bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	2-daraja: bilim va ko'nikmalar darajasi
3.	55-70	To'liq qoniqarli ”3”	Talaba qizamiq, qizilcha, skarlatina, ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak haqida to'la tushunchaga ega, mavzu bo'yicha bilimga ega. Amaliy ko'nikmalarni qadama-qadam qisman bajara oladi. Bemorning hamshira jarayonini batafsil to'ldira oladi.	1-daraja: o'quv qobiliyati darajasi.
4	55dan past	Qoniqarsiz qo'shimcha	Qizamiq, qizilcha, skarlatina, ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak	0-daraja: mutloq tasavvur Yo'qlik

		ishlash talab etiladi. "2"	mavzusi bo'yicha tasavvurga ega emas. Kasalliklari haqida sust tasavvurga ega emas, Konspekt tayyorlamagan.	darajasi.
--	--	----------------------------	---	-----------

### Mavzu bo'yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

Nazariy bilimlar va amaliy ko'nikmalarni mustahkamlash uchun sizning diqqatingizga quyidagi jumboqli masalalar tavsiya etiladi.

**1-masala.** Bemor 2 Yoshda, shikoyati (onasi so'zidan) bolada isitma, kasallikning 1 kunidan toshma toshgan, holsizlik, injiqlik. Ob'ektiv terisida dog'li toshma rozeolez xarakterda, ensa limfatugunlari kattalashgan, subfebril isitma, subintoqsikatsiya belgilari ko'zatiladi. Epidemiologik anamnezidan qizilcha bilan ksallangan bemor bilan qontaktda bo'lgan.

- 1.Hamshira tashxisini qo'ying.
- 2.Kasallikni parvarishlash qoidalarini ayting?

**2-masala.** Bemor 6 oylik, shikoyati (onasi so'zidan) yo'tal, bezovtalik, injiqlik. Kasallik anamnezidan bemor 3 haftadan buyon ksal hisoblanadi, kasallik intoksikatsiya va katarl belgilar bilan boshlangan. Yo'tal asta-sekin xurujli xarakterga ega bo'lgan, reprizlar ko'zatilgan. Xurujli Yo'tal kuniga 5-6 marta ko'zatiladi. Ob'ektiv bemorning ahvoli nisbatan qoniqarli, terisi toza, puls ritmik, o'pkada dag'al nafas, o'tkazuvchi xirillashlar eshitiladi. Bemor shpatel bilan tomog'i ko'rilganda xurujli yo'tal ko'zatiladi.

- 1.Hamshira tashxisini qo'ying.
- 2.Kasallikni parvarishlash qoidalarini ayting?

### Test savollari

#### 1. AKDS qaysi dozada va qaysi yo'l bilan yuboriladi:

- \*0,5 ml mushak orasiga
- 0,1ml teri ostiga
- 0,1ml teri orasiga
- 0,5 ml teri ostiga

#### 2. Bolalarda qizamiq toshmasi tavsifi:

- \*dog'li-papulyoz
- gemorragik
- vezikulyoz
- pustulyoz

#### 3. Bolalarda qizamiqning toshmasi ilk elementlari .....da paydo bo'ladi:

- \*yuz
- tana
- qo'llar
- oyoqlar

#### 4. Qaysi asoratlar qizamiq uchun xos:

- laringit, laringotraxeobronxit
- \*pnevmoniya
- Uoterxauz -Frideriksen sindromi
- miokardit

#### 5. Qizamiq qo'zg'atuvchisi.....:

- pnevmokokk
- \*virus

mikobakteriya  
shigella

#### 6. Qizamiq toshmasi tavsifi:

kichiq nuqtali, ushlab turganda qattiqroq, burun lab uchburchagi toshmadan xoli  
\*davriy toshish, butun tanada makulapapulyozli, bir-biriga qo'shilish ehtimoli

butun tana birdan kichik dog'li toshma toshishi, ularning bir-biriga qo'shilmasligi rozeolali toshma, qorinning yuqori va ko'krakning pastki qismida toshishi

#### 7. Qizamiq o'chog'ida epidemiyaga qarshi chora tadbirlar:

tashxislash va davolash

- \*emlash
- dezinfeksiya
- deratizatsiya

#### 8. Qizamiq o'chog'ida tezkor profilaktika uchun qo'llaniladigan vosita:

- vaksina
- \*immunoglobulin
- antibiotik
- anatoksin

**9. Qizamiq uchun xarakterli belgilar:**

malinali til

\*Belskiy-Filatov-Koplik dog`lari

qorin burab og`rishi

quloq oldi bezining kattalashuvi

**10. Qizamiq uchun xos bo`lmagan**

**simptom:**

ko`z shilliq qavatining yallig`lanishi

\*burun-lab uchburchagi toshmalarining

bo`lmasligi

Filatov-Belskiy -Koplik belgisi

dog`simon papulyoz toshmalar toshishi

**11. Qizamiq uchun xos toshma:**

rozeolyozli

\*dog`simon papulyozli

petexiyali

vezikulyozli

**12. Qizamiq va qizilchaga bag`ishlangan**

**asar muallifi:**

Ibn Sino

\*Ar-Roziy

Jurjoniy

Frakastro

**13. Qizamiqda Belskiy-Filatov-Koplik**

**dog`i .....da paydo bo`ladi:**

yuz terisi

\*lunj shilliq qavati

konyunktiva

burun shilliq qavati

**14. Qizamiqda kam uchraydigan asorat:**

zotiljam

laringit

\*ensefalit

bronxitlar

**15. Qizamiqda og`iz shilliq pardasidagi**

**o`zgarishlar:**

stomatit

angina, laringit

\*Filatov-Koplik dog`lari

tanglaydagi enantema

**16. Qizamiqda toshma toshishi urni:**

qo`l kafti

oyoq tovoni

\*butun tana buylab, bosqichli

tananing tuk bilan qoplangan qismi

**17. Qizamiqdan keyingi zotiljamni**

**davolashda noxos vosita:**

parhez

antibiotiklar

\*uxlatuvchi vositalar

infuzion terapiya

**18. Qizamiqni vaqtli tashxislashda**

**kamroq ahamiyatli belgi:**

tanglayda dog`li enantema

Filatov-Koplik dog`i

\*serologik reaksiyalar ijobiyligi

tana harorati oshishi

**19. Qizamiqning avj olish davri uchun**

**noxos belgi:**

tana harorati ko`tarilishi

toshma toshishi

\*qattiq tanglayda va yumshoq tanglayda

enantema

leykopeniya,

eozinopeniya,

trombositopeniya

**20. Qizamiqning boshlang`ich davri**

**uchun noxos belgi:**

tana harorati oshishi

konyuktivit

\*balg`amli yo`tal

quruq yo`tal

**21. Qizamiqning sustlashgan shakli**

**uchun noxos belgi:**

turg`unlik davrining cho`zilishi

boshlang`ich va toshma toshish davrini

qisqarishi

\*shilliq qavatlarda kataral elementlarining

bo`lmasligi

makulalopapulyozli toshmani badanda

davriy toshishi

**22. Qizg`ish rangli, bir-biriga**

**qo`shilmaydigan dog`simon toshma**

**.....da uchraydi:**

meningokokkli infeksiya

qizilcha

\*qizamiq

skarlatina

**23. Qizilcha kasalligi qo`zg`atuvchisi**

**mansub guruh:**

bakteriya

sodda jonivorlar

\*virus

rikketsiyalar

**24. Qizilcha qo`zg`atuvchisi .....:**

streptokokk

shigella

\*virus

mikoplazma

**25. Qizilcha qo`zg`atuvchisining**

**ko`payish o`rni:**

limfa tuguni

taloq

\*shilliq qavat



teri

**26. Qizilcha uchun xos kasallik manbai:**

bakteriya tashuvchi

hayvon

homiladorlar

\*kasal odam

**27. Qizilcha uchun xos kasallik yuqish yo'li:**

muloqot

qon orqali

havo-tomchi

\*alimantar

**28. Qizilchada asosiy patologik sindrom:**

quloq oldi bezining kattalashuvi

jigar va taloq kattalashuvi

bodomcha bezi kattalashuvi

\*periferik limfa tugunlari kattalashuvi

**29. Qizilchada og'iz shilliq pardasidagi o'zgarish:**

Filatov-Koplik belgisi

bodomcha bezlarining kattalashuvi

Murzon belgisi

\*tanglaydagi enantema

**30. Qizilchada toshma xarakteri:**

rozeolyoz-petexial toshma

davrlı toshadigan toshma

gemorragik toshma

\*bir-biri bilan qo'shilmaydigan dog'li papulyoz toshma

**31. Qizilchada toshmaning toshish sohasi:**

tananing yon tomonlari

bo'yin bosh sohasida

qo'l va oyoqlarning bukilish sohasida

\*tananing hamma joyida

**32. Qizilchada virusning qon orqali tarqalib, to'qimalarga ta'siri:**

buyrak

o'pka

jigar

\*teri va shilliq qavatlar

**33. Qizilchadagi xarakterli toshma:**

gemorragik

vezikulyoz

pustulyozli

\*mayda nuqtali

**34. Qizilchaga xarakterli bo'lmagan belgi:**

subfebril temperatura

mayda nuqtasimon toshmalar

kataral o'zgarishlar

\*Filatov-Koplik belgisi

**35. Qizilchaning boshlang'ich davri uchun noxos belgi:**

tana haroratining oshishi

kataral belgilar

bo'yin orti va ensa limfa tugunlari

kattalashadi

\*toshma toshishi

**36. Qizilchaning yuqish yo'li:**

najas-og'iz

muloqot

qon orqali

\*havo-tomchi

**37. Tug'ma qizilchadagi asosiy xarakterli belgilar:**

toshma, kataral o'zgarishlar

subfebril harorat, toshma

subfebril harorat, kataral o'zgarishlar

\*yurak porogi, karlik, katarakta

**38. Skarlatina qaysi guruh kasalliklariga kiradi:**

havo-tomchi

\*perkutan

transmissiv

kontagioz

**39. Skarlatina uchun noxos me'da-ichak sohasidagi o'zgarish belgisi:**

malinali til

\*ich ketish

gepatomegaliya

qusish

**40. Skarlatina uchun noxos teridagi o'zgarishlar:**

oq burun lab uchburchagi

\*butun tanada toshma toshishi

burmalarda kichiq nuqtali qon quyilishlar

oq dermografizm

### Skarlatina kasalligida hamshiralik jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshira tashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejani amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><b>Bemor shikoyatlari:</b>                      - tana harorati 39-40 °S ko'tarilgan, qaltirash.                      -umumiy holsizlik.                      -bosh og'rig'i.                      -tomoq og'rig'i, tomoqda yutinish paytida og'riq.                      -ishtaha pasayishi.                      -toshma toshishi.</p> <p><b>Ob'ektiv ko'rik:</b>                      -Teri quruq, issiq.                      -Terida mayda, papulyoz toshmalar toshishi, toshmalar foni qizargan.                      -Puls ritmik, taxikardiya, A/B bir oz oshgan, yurak tonlari bo'g'iq.                      -Jag' osti, til osti va bo'yin limfa tugunlari kattalashgan.                      -Malinali til,                      "yonayotgan tomoq" simptomi.                      -Qorni yumshoq, paypaslaganda jigar va taloq bir oz kattalashmagan.                      -Pasternastskiy belgisi manfiy, siyishi me'rda, sariq.</p>	<p><b>Mavjud muammolar:</b>                      - tana harorati 39-40°S ko'tarilgan.                      -bosh og'rig'i.                      -tomoq og'rig'i, tomoqda yutinish paytida og'riq.                      -toshma toshishi.                      -ishtaha pasayishi.</p> <p><b>Kutiladigan muammolar:</b>                      -miokardit, nefrit.                      -streptokokkli sepsis.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Bemorning tana harorati o'lchash, pulsni sanash, A/B ni o'lchash.</li> <li>2.Ko'proq suyuqlik iste'molini buyurish.</li> <li>3.Parhezni vrach ko'rsatmasi asosida buyurish.</li> <li>4.Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borish.</li> <li>5.Dori vositalari (antibiotikoterapiya) ni o'z vaqtida berish.</li> <li>6. Infuzion terapiya.</li> <li>7.Tomoqni furastilin bilan chayish.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Bemorning tana harorati o'lchandi, pulsni sanaldi, A/B o'lchandi.</li> <li>2.Ko'proq suyuqlik iste'molini buyurildi.</li> <li>3.Parhezni vrach ko'rsatmasi asosida buyurildi.</li> <li>4. Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borildi.</li> <li>5.Vrach ko'rsatmasi asosida antibiotiklardan Benzilpenistillin natriy 100.000 ED/kg/sut. Har 6 soatda mushak orasiga qilinadi.</li> <li>6.Vrach ko'rsatmasiga asosida glyukoza 5% 100ml, askorbin kislotalasi 5% 4ml vena ichiga yuborildi.</li> <li>7. Tomoqni furastilin bilan chayildi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Tana harorati me'yoriga keltirildi</li> <li>2.Og'riq yo'qoldi.</li> <li>3.Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi.</li> </ol>

### 15. 13. Foydalanilgan adabiyotlar, o'quv qo'llanmalar, ilmiy manbalar.

1. Axmedova M. J. , Obloqulov A. R. , Boboxo'jaev S. N. yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi. Buxoro. 2008 y.
2. Shuvalova E. P. Infektsionnye bolezni. Moskva 1995 g.
3. Sorinson V. I. Virusnye gepatity. Sankt-Peterburg 1997 g.
4. Obloqulov A. R. yuqumli kasalliklar klinik tasniflari, tashxisot mezonlari, ularning tashxislash va davolash uslublari, dispanser nazorati. ToShkent 2007.
5. Obloqulov A. R. yuqumli kasalliklarning laboratoriyaviy taShhisoti. Uslubiy qo'llanma. ToShkent 1995.

## MASHG'ULOT 10. MAVZU: Epidemik parotit, infeksiyon mononukleozda hamshiralik ishi.

### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1. epid.parotit Etiologiya, epidemiologiya, patogenez. 2. epid.parotitning klinik belgilari. 3. epid.parotit, suvchechakning diagnostikasi. 4. epid.parotitning laboratoriyaviy tahlil uchun material
<b>Mavzuning maqsadi:</b> Ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak kasalliklarni erta aniqlash, kasalxonada va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, shifokorlik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarini o'rganish. Ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechakga vaqtli tashxis qo'yish, bemor ahvolini to'g'ri baholay olish, kasalxonagacha bo'lgan davrda kasalga yordam ko'rsatishni o'rganish.	
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat.savol-javob. test

### 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

#### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	10 minut
3.	Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish.	10 minut

4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	10 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	10 minut
	Jami	80 minut

**15. 7. Mavzu bo'yicha talabalar o'zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:**

1. epid.parotit, suvchechak ning etiologik xususiyatlarini ayting
2. epid.parotit, suvchechak da epidemiologik jarayon.
3. epid.parotit, suvchechak ning asosiy klinik belgilari.
4. epid.parotit, suvchechak ning laboratoriyaviy tashxisoti.
5. epid.parotit, suvchechakning davosi.

**Mashg'ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi**

Interfaol o'qitish vositalari o'qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

**“ROTATSIYA” METODINI O'TKAZISH STSENARIYSI.**

Uruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar to'ziladi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. O'n minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak bo'ladi. So'ngra javobgar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.

Topshiriq I komanda uchun:

Ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak ning klinik xususiyatlarini ayting?

Topshiriq II komanda uchun:

Ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak ning diagnostikasi to'g'risida ma'lumot bering?

I komanda	II komanda

**“UCH BOSQICHLI INTERVYU”**

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to'g'ri psixologik yondashishni o'rgatish.

*Asosiy tamoyillari:*

Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo'linadi va talabalarga rol bo'lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis Yashirin etkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtiroqchilarining faoliyatini quyidagi 3 bo'lim bo'yicha baholaydi:

1. Nima to'g'ri qilindi.
2. Nima noto'g'ri qilindi.
3. Qanday bajarilishi kerak edi.

*Afzalliklari:*

Dars mavzusi bo'yicha tematik bemorlar Yo'q holatlarda ushbu usulni keng qo'llash mumkin.

Usul rolli o'yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtiroqchi-ekspert bilan to'ldirilgan va bir vaqtning o'zida 2-3 klinik variantlar muhoqama qilinadi. Bu mashg'ulot mazmunini boyitadi, o'quv jarayonini jonlantiradi va talabani bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

*Kamchiliklari:*

Misol: pedagog har bir kichik guruhda bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab olinadi. O'qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o'ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta'minlab turadi.

Bemor 16 Yoshli yigit, maktab o'quvchisi bolalik chog'larida O'RVI, qizamiqni boshidan o'tkazgan. Emlashlarni o'z vaqtida olgan. Yigit ta'til paytida ariq suviga cho'milgan, ariq suvidan ichgan. Pishiqlik davri bo'lganligi sababli meva, qovun, tarvo'z iste'mol qilgan.

Shikoyatlari: umumiy holsizlik, ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorin kuldirashi, ichi shir-shir ketishi. Ko'rik vaqtida holati: ahvoli o'rtacha og'irlikda, holsiz. Tana harorati 36,2°C

daraja, terisi quruq, elastikligi pasaygan. Yurak tonlari bo'g'iq, puls bir daqiqada 96 zarba, qon bosimi 90/60 mm sim ust. Nafas olishi burundan, o'pkasida vyozikulyar nafas, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin ichga tortilgan. Paypaslanganda og'riqsiz, ichaklar quldirashi eshitiladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Ichi su yuq, oqish rangda, siydigi kamaygan. Periferik qonda Hb-140g/l, leykotsit-8000.

“Vrach»bemor so'zidan yiqqan epidemiologik omillarga e'tibor berishi, klinik belgilariga Yondashgan holda bemorni Yuqumli kasalliklar kasalxonasiga Yo'llashi lozim.

“Ekspert” vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e'tibor berishi lozim:

-bemorga to'g'ri psixologik yondashdimi.

-epidemiologik anamnez to'g'ri yig'ildimi.

-bemorni ko'rikdan o'tkazganda yallig'lanish belgilari (tana harorati, qorinda og'riq bo'lmasligi) ga e'tibor berib, vaboga shubha kildimi.

-keyingi tekshiruvlar uchun bemorni shifoxonaga Yo'lladimi.

-Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma yubordimi?

-muloqotda bo'lgan shaxslar ustida nazorat o'tkazishga Yo'llanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

-o'z holatini qanchalik darajada ta'rifladi.

-epidemik omillarni to'g'ri ayta oldimi.

-kasallik alomatlarini to'g'ri ta'riflab berdimi.

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi e'tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtiroqchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to'xtalib, mashg'ulotga Yakun Yasaydi.

**15. 10 Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmoni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)**

#### **Epidemik parotit**

Ko'kyo'tal o'tkir infeksion kasallik bo'lib, uning asosiy klinik belgisi xurujsimon spazmatik yo'taldir.

**Etiologiyasi.** Kasallikni gramm manfiy tayok cha Haemophilus pertussis chaqiradi. Ko'k yo'tal qo'zg'atuvchisi termolabil ekzotoksin va termostabil endotoksin hosil qiladi. Termolabil toksin nerv va tomirli tizimlarga nisbatan tropizmli xususiyatga ega. Ko'k yo'tal qo'zg'atuvchi tashqi ta'sirlarga juda sezgir. Yuqori haroratda, quyosh nurida, kuritishda va dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida tez halok bo'ladi.

**Epidemiologisi.** Infeksiya manbai bo'lib, spazmatik xuruj boshlanmasdan oldin, kasallikning boshlang'ich davrini o'tayotgan bemor hisoblanadi. Yuqumli davr 4-5 haftagacha davom etishi mumkin.

Infeksiya uzoq vaqt bemor bilan mulok otda bo'lganlarga havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Ko'k yo'tal bilan hamma yoshlagi bolalar, shular ichida yangi tug'ilgan chaqalok lar, shuningdek katta yoshdagilar ham kasallanadi. 1 yoshdan 5-7 yoshgacha kasallanish ko'prok uchraydi. Kasallik o'tib ketgandan keyin turg'un immunitet qoladi.

**Patogenez.** Ko'kyo'tal ko'zg'atuvchi yuqori nafas yo'llarining shilliq qavati va silindrik epiteliy hujayralarga tushib, u erda ko'payadi. Bronxial yo'l bilan tushgan ko'k yo'tal mikrobi mayda multu, bronxiola, alveolalarga tarqaydi. Ko'k yo'talda bakteremiya kuzatilmaydi. Patogenezda asosiy o'zgarishlar toksinga bog'liq, u nafas yo'llari shilliq qavatini ta'sirlab, yo'tal chaqiradi. Toksin bilan uzoq vaqt nafas yo'llarining shilliq qavati asab retseptori ko'zg'algandan yo'tal spazmatik xuruj sifatida namoyon bo'ladi. Bu vaqtda nafas olish ritmi buziladi. Natijada o'pka ventilyasiyasi va gemodinamika sustlashadi va gipoksiya rivojlanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 3 kundan 15 kungacha, o'rtacha 5-8 kuni tashkil qiladi. Kasallik kechishini kataral, spazmatik va tuzalish bosqichiga bo'lish mumkin.

Kasallik asta-sekin quruq yo'tal bilan boshlanadi. Ba'zida tana harorati biroz ko'tarilishi va tumov bo'lishi mumkin. Bolaning umumiy holati odatda o'zgarmaydi, u bolalar muassasiga qatnayveradi. Ko'ruvda ob'ektiv o'zgarishlar aniqlanmaydi. 1-2 qafta ichida asta-sekin kuchayadi, keyinchalik xurujsimon tus oladi. Kataral davr davomiyligi 2 hafta davom etadi, og'ir hollarda, ayniqsa ko'krak yoshidagi bolalarda 5-7 kungacha qisqaradi.

Spazmatik yo'tal boshlangandan keyin spazmatik davr boshlanadi. Bunda ketma-ket yo'tal

kuzatiladi. Yo'taldan keyin nafas olish natijasida ovoz pardasi yorig'idan ultura torayish natijasida hushmaksimon ovozlar chiqadi (repriz). Spazmatik davr boshida yo'tal kamdan-kam, keyinchalik ko'payib, kuchayib, kasallikning 2-3 haftasida yuqori darajaga etadi. Spazmatik yo'tal davrida bemorning yuzi qizaradi, ko'karadi, bo'yinidagi venalari bo'rtib chiqadi, ko'zlari yoshlanadi, ko'z sklerasiga qon quyilganga o'xshab, bosh oldinga, til OHrigacha chiqariladi, bunda til yuganchasini pastki tishlarning kesuvchi qismi bilan shikastlanadi, natijada tishi bor bolalarda til yuganchasi yarasi aniqlanadi.

Ko'k yo'talning engil va o'rta og'ir shakllarida xuruj o'rtasidagi davrda bolaning umumiy ahvoli qoniqli bo'ladi. Bola faol bo'lib, o'ynaydi, ishtahasi saqlangan bo'ladi. Xurujlar ko'p qaytarilganda bola bo'shshib, injiq bo'ladi.

Ob'ektiv tekshirishda yuzi, qovok lari shishgan, teri yuzasi biroz ok argan, ba'zida teri va ko'z kon'yunktivasida qon quyilishi va til yuganchasida yaracha bo'ladi. O'pkada perkutor tovushning qutichasimon bo'lishi, ba'zida quruq xirillashlar aniqlanadi. Ko'k yo'talda periferik qonda leykotsitoz ( $15 \cdot 10^9 - 40 \cdot 10^9$  l gacha), monositoz (60-80% gacha), ECHT me'yorida yoki biroz pasayganligi kuzatiladi. Ayniqsa spazmatik davrda qonda o'zgarishlar yuqori bo'ladi, lekin kataral davrida ham leykotsitoz va monotsitoz kuzatilishi mumkin. Spazmatik davr davomiyligi 2-4 hafta kechadi. Keyinchalik yo'tal xuruji asta sekin pasayib kasallik keyingi bosqichga-tuzalish davriga o'tadi. Bunda yo'tal xurujlari kamayib, reprizlar yo'qoladi, balg'am oson ajraladi. Bu davrda yo'tal oddiy bo'ladi. Bu xurujlar uzunchok miyada ko'zg'alish o'chog'I borligidan dalolat beradi.

**Tashxisoti.** Ko'k yo'talni spazmatik davrda tashxislash qiyin emas. Kataral davrda tashxis qo'yish katta qiyinchiliklar tug'diradi. Bunday hollarda o'pkada fizikal o'zgarishsiz yo'tal bo'lishi, o'tkazilgan davo choralarning yordam bermasligi yo'tal vaqtida qusish bo'lishi, periferik qondagi o'zgarishlar asosida tashxis qo'yiladi.

Laborator tashxisda qo'zg'atuvchi bakteriyani ajratib olish muhimdir. Mahsulot bemordan «yo'tal plastinkalari» usuli bilan, yoki ozuqa bilan namlangan quruq tampon yordamida olinib elektiv muhitga ekiladi. Bakteriyani yaxshi o'sishi kasallikning birinchi 2 haftaligida kuzatiladi. Serologik tashxis uchun RA, KBR, IFA qo'llaniladi.

**Davosi.** Erta yoshli bolalar, shuningek ko'k yo'talning og'ir shakl va asoratlar kuzatilayotgan hollarda bemor shifoxonaga yotkaziladi. Asosan patogenetik va simptomatik davolash o'tkaziladi. Antibiotiklar kasallikning boshlang'ich davrida va spazmatik yo'talning birinchi kunlarida foyda beradi. Antibiotiklarni erda ultu kilish yo'tal xurujlarini engillashtiradi, uning sonini kamaytiradi, kasallik kechishni kiskartiradi. Antibiotiklar levomitsetin, eritromitsin, ampicillin tavsiya etiladi. Davolash kursi 7-10 kun. Spazmatik yo'tal xurujini soni va og'irligini kamaytirish maqsadida neyroleptik moddalr (aminazin, pronazin) beriladi. Neyroleptiklar bronxspazmni yo'qotadi, nafas markazi ko'zg'alishini pasaytiradi, bemorni tinchlantirib uyqusini chuqurlashtiradi. Gipoksiya va gipoksemiyaga qarshi kurashish maqsadida oksigenoterapiya tavsiya qilinadi. Apnoe vaqtida burun, og'iz va halqumudan shilliq so'rib olinadi va sun'iy nafas berish o'tkaziladi.

Kompleks terapiyaga quyuq balg'amni parchalovchi va tashqi nafas olishni yaxshilovchi dori preparatlari – proteolitik ferment (tripsin, xemotripsin) va spazmolitik (eufillin, teofidrin) ultura yo'l bilan ingalyatsiya qilinadi. Ko'k yo'talni davolashda to'g'ri tartib va parvarish katta ahamiyatga ega. Bemorga MATni tinchlantiruvchi va spazmatik yo'tal xurujini kamaytirish maqsadida toza havo tavsiya etiladi.

**Profilaktikasi.** Kasallikka qarshi faol immunitet hosil qilish uchun AKDS va ko'k yo'tal monovaktsinasi ishlatiladi. Vaksina o'lik ko'k yo'tal mikroblaridan iborat. Birlamchi AKDS bilan emlash, 30-40 kun oraliq bilan, bolaning 3 oyligida 0,5 ml dan o'tkaziladi. Emlash kurak tagidagi teri ostiga qilinadi. Ko'k yo'tal monovaktsinasi 0,1 ml mikdorida bolalarga teri ostiga qilinadi. O'chok da umumiy profilaktika tadbirlar o'tkaziladi (xonalarni shamollatish, idishlarni, dastro'molchalarni zararlantirish va boshqalar).

## SUVCHECHAK

Suvchechak-viruslar chaqiruvchi, havo-tomchilari orqali yuquvchi, klinik-umumiy zaharlanish belgilari, terida vezikulali toshmalar toshishi bilan tavsiflanadigan kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Suv chechak qo'zg'atuvchisi virus (Stronguloplasma varicellae)- filtrlanuvchi virus hisoblanadi. O'zida DNK tutadi, kattaligi 150-200 nm, juft yoki qisqa holda joylashgan,

chidamsiz, tashqi muhitda ayniqsa yuqori harorat va to'g'ri quyosh ta'sirida tezda o'ladi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai bo'lib, kasal bolalar hisoblanadi, kasallikning yashirin davrining OHIrgi kunlaridan boshlab va butun kasallik davrida yuqumli hisoblanadi. OHIrgi yangi toshma elementlari paydo bo'lgandan keyin ham besh kungacha bemor kasallik manbai sifatida xizmat qilishi mumkin.

Yuqish jarayoni havo-tomchi yo'li orqali amalga oshadi. Suv chechakda beriluvchanlik juda yuqori.

**Patogenezi.** Infeksiya darvozasi bo'lib yuqori nafas yo'llari xizmat qiladi. Virus epiteliyal hujayraga kirib, o'sha erda ko'payadi va virus qayta qonga tushadi. Virusemiya vujudga keladi, qon bilan virus butun organizmga tarqalib ketadi. Teri va shilliq yuzalarida ko'plab to'planib qoladi va ko'payishi natijasida yallig'lanishi ok ibatida suvchechakka xos bo'lgan toshmalar kelib chiqadi. Virusning qonda aylanib yurishidan harorat ko'tarilishi va kasallikning boshqa umumiy belgilari yuzaga keladi.

Virus teri epiteliysida joylashib, uning yuzasida patologik o'zgarishlar: kapillyarlarning chegaralangan kengayishi (dog'), seroz shish (papula), epidermik emirilishi (vezikulalar) keltirib chiqaradi. Pufakcha suyuqligining tarkibiy qismi leykotsitlar aralashgan seroz ekssudat, degenerativ hujayralar, eozinofillardan iborat. Suyuqlik so'rilishi natijasida uning o'rnida keyinchalik tushib ketadigan qatqalok hosil bo'ladi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 11 kundan 21 kungacha, kam hollarda 23 kungacha, o'rtacha 14 kundan iborat. Tana harorati 38-39°C ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanib, bir vaqtning o'zida suvchechak toshmali ham paydo bo'ladi. Suvchechak qisqa muddatli prodromal belgilar (subfebril harorat, umumiy ahvoning yomonlashuvi)dan keyin ham boshlanishi mumkin. Prodromal davrda badanda qizilcha yoki qizamiqqa o'xshash toshmalar paydo bo'ladi. Odatda ular 1-2 kun davomida izziz yo'qoladi. Birok ba'zida bu toshmali suvchechak elementlarining avj olgan davrida kuzatiladi. Prodromal davri juda qisqa bo'lishi va ko'p hollarda uni alohida ajratish mumkin. Toshmalar bemorni umumiy ahvoli o'zgarishligi bilan ham o'tishi mumkin. Ko'plab toshmalar odatda nafaqat ko'tarilishi, balki umumiy zaharlanish (bosh og'rig'i), qayt qilish, tanada og'riq bo'lishi belgilari bilan kechadi. Odatda toshma tananing turli joylarida paydo bo'ladi. Suvchechak toshmasiga rozeola, vezikula va qatlok hosil bo'lishi bosqichlari xosdir. Birinchi toshma elementlari qizil yoki alvon rangdagi dog'lar ko'rinishida bo'lib, keyinchalik papuallarga aylanadi. Bir necha soatdan so'ng yoki kunning OHIriga borib, dog'lar qizargan halqa bilan o'ralgan vezikula (pufakcha) ga aylanadi.

Suvchechak toshmali birdan emas, 1-2 kun oralab avjlanib toshadi. Toshma toshishning OHIrgi kunida paydo bo'lgan rozeolalar pufakchaga aylanmasligi mumkin. Vezikulalar tiniq suyuqlik bilan to'lgan, yaltirok bo'lib, 1-2 mmdan 5-6 mm diametrli pufakchalardan iborat. Pufakchalarning tagi yumshoq bo'lib, ba'zan markazida kindiksimon shishi bo'ladi. Vezikulalar bir kamerali bo'lib, teshilsa bo'shab ketadi. 1-2 kundan keyin pufakchalar asta-sekin bo'shashib, quriy boshlaydi, qatqalok hosil bo'ladi, 6-10 kundan keyin qatqalok terida iz qoldirmaydi va tushib ketadi. Qatqalok lanishda bemorlar terisi qichishadi.

Toshmalar tana terisida, bo'yinda, yuzda, boshning sochli qismida, ba'zan kaft va oyok tagida bo'ladi. Suvchechak toshmali teri bilan bir qatorda og'iz shilliq pardalarda, burun, halqumda, ko'zda va jinsiy a'zolar shilliq pardalarida ham paydo bo'lishi mumkin. Halqum va traxeya shilliq pardalariga toshma toshishi va joyli shish paydo bo'lishi ovoznig bo'g'ilishiga, dag'al yo'tal paydo bo'lishiga, nafas olishning qiyinlashganliga sababchi bo'ladi. Shilliq pardalardagi toshmalar maydarok bo'lib, 1-2 kunda ularning bitishi kuzatiladi. Tipik hollarda bemorning ahvoli kam o'zgaradi. Kasallik tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi va engil zaharlanish belgilari bilan o'tadi. Haroratning ko'tarilishi asosan 3-5 kun, og'ir hollarda 6-8 kun davomida kuzatiladi. Limfa tugunchalari o'lchami no'xat yoki loviyadek kattalashadi, og'riqsiz bo'ladi. Og'iz shilliq pardalarida toshma bo'lsa, murtak limfa tugunlari kattalashishi mumkin. Periferik qonda birinchi kunlari leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, ECHT biroq tezlanishi kuzatiladi.

**Davosi.** Ikkilamchi asoratlarning oldini olishda toshma elementlarini 1:1500 kaliy permanganat eritmasi, 2%li brilliant yashilining spirtli eritmasi bilan artish, gigienik vannalar qilish maqsadga muvofikdir. Og'iz bo'shlig'ida enantema paydo bo'lsa, uni kaliy permanganat 1:1500 eritmasi bilan chayish, ko'zni 2%li bor kislotasi eritmasi bilan yuvish, kon'yunktivida 20-30%li

albutsid eritmasi tomiziladi. Kuchli qichishishda suv bilan aralash uksus yoki 1% metil spirtning eritmasi, 1% novokain bilan artish lozim.

**Profilaktikasi.** Suvchechakning xususiy profilaktikasi yo'q. Umumiy profilaktika bemorni o'z vaqtida izolyatsiya qilish, xonani shamollatish va ho'l latta bilan artish, kvartslashdan iborat. Bemorni alohidalash, shifoxonada yoki uyda OHirgi toshma elementi paydo bo'lgandan 5 kun o'tgach tugatiladi.

### Test savollari

#### 1. Epidemik parotit qo'zg'atuvchisi:

ichak tayoqchasi

rikketsiya

\*virus

protey

#### 2. Quloq oldi bezi kattalashuvi.....ga

xos:

qizamiq

qizilcha

suvchechak

\*epidemik parotit

#### 3. Tepki kasalligi yuqish mexanizmi bo'yicha quyidagi infeksiyon turkumga kiradi:

ichak

qon

tashqi qoplamlar infeksiyasi

\*havo-tomchi

#### 4. Tepki qo'zg'atuvchisi mansub guruh:

bakteriya

spiroxeta

rikketsiya

\*virus

#### 5. Tepki virusining qon orqali tarqalib organlarga ta'siri:

buyrak

o'pka

yurak

\*bez organlari

#### 6. Tepkida kasallik manbai:

hayvon

rekonvalessent

bakteriya tashuvchi

\*kasal odam

#### 7. Tepkiga noxos belgi:

quloq bezining kattalashuvi

tana harorati ko'tarilishi

jag` kattalashuvi

\*aksirish, yo'tal

#### 8. Tepkiga xos belgilar:

Filatov-Koplik simptomi

Kiari-Avstin simptomi

Govorov-Godeli simptomi

\*Murzon simptomi

#### 9. Tepkiga xos bo'lmagan simptom:

jigar va taloq kattalashuvi

harorat ko'tarilishi

chaynaganda og'riq

\*quloq bezi kattalashuvi

#### 10. Ko'k yo'tal uchun xos bo'lgan asorat:

\*bronxopnevmoniya

ensefalit

virusli gepatit

Uotterxaus-Frideriksen sindromi

#### 11. Ko'k yo'tal uchun xos bo'lmagan belgilar:

\*tanada toshma toshishi

til tagidagi yaracha

qusish va balg'am tashlash

xurujli spazmatik yo'tal

#### 12. Ko'k yo'tal kasalligining tekshirish uchun kerak bo'ladigan materiallar:

\*balg'am va yuqori nafas yo'llaridan olingan surtma

qon

najas

peshob

#### 13. Ko'k yo'talning kataral davrida noxos belgi:

\*balg'amli yo'tal

tana haroratining ko'tarilishi

quruq yo'tal

lohaslik

#### 14. Ko'k yo'talning spazmatik davri uchun noxos belgi:

\*tilchada yara

xurujli yo'tal

teri va sklerada qon quyilishi

qusish

#### 15. Ko'k yo'talning yuqish yo'li:

\*havo-tomchi

suv

alimantar

parenteral

#### 16. Ko'k yo'tal qo'zg'atuvchisi mansub guruh:

\*bakteriya

virus

rikketsiya

spiroxeta



**17. Ko'k yo'talni tashxislashda asosiy usullar:**

\*bakteriologik, serologik  
biologik  
biokimyoviy  
kultural

**18. Ko'k yo'tal o'chog'ida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar:**

\*tashxislash va davolash  
emlash  
dezinfeksiya  
deratizatsiya

**19. Ko'k yo'talda kasallik manbai:**

\*kasal odam  
virus tashuvchi  
rekonvalessent  
kasal qo'shlar

**20. Ko'k yo'talda kasallikning boshlanishi:**

asta-sekin  
\*o'tkir  
yashinsimon  
bilinar-bilinmas

**21. Ko'k yo'talga xos belgilar:**

tanada toshmalar  
\*xurujsimon, spazmatik yo'tal  
limfa tugunlarining kattalashuvi  
balg'amli yo'tal

**22. Qaysi asoratlar ko'kyo'tal ga xos emas:**

enstefalopatiya va meningizm  
\*jigar sirrozi  
pnevmoniya  
o'pka atelektazi, plevrit

**23. Xurujsimon spazmatik yo'tal .....ga xos:**

rinovirusli infeksiya  
\*ko'k yo'tal  
suvchechak  
epidemik parotit

**24. Bolalarda suvchechak qo'zg'atuvchisi:**

\*virus  
stafilokokk  
mikobakteriya  
shigella

**25. Suv chechak patogenezini uchun noxos bosqich:**

qo'zg'atuvchining tushishi  
\*ikkilamchi immunodefitsitni yuzaga kelishi  
virusemiya  
teri va shilliq qavat epiteliysi jarohatlanishi

**26. Suv chechak qo'zg'atuvchisi qaysi guruhga mansub:**

bakteriya

\*virus  
spiroxeta  
rikketsiya

**27. Suv chechak qo'zg'atuvchisining o'sish muhiti:**

Ploskiriyov muhiti  
tellirutli muhit  
\*odam va hayvon hujayra muhiti  
o'tli bulon

**28. Suv chechak uchun xos kasallik manbai:**

kasal hayvon  
zaharsiz tayoqcha tashuvchi  
\*kasal odam  
hammasi to'g'ri

**29. Suv chechakda toshmaning toshish o'rni:**

qo'l kafti  
oyoq tovonini  
\*tananing tuk bilan qoplangan qismi  
ichak shilliq qavati

**30. Suvchechak uchun xos yuqish yo'li:**

alimantar  
suv  
\*havo -tomchi  
muloqot

**31. Suvchechak va o'rmalovchi lishay qo'zg'atuvchisiga mansub:**

serboviruslar  
enteroviruslar  
\*gerpetik viruslar  
retroviruslar

**32. Suvchechakdagi isitma tavsifiga kirmaydi:**

38°C-39°C ga ko'tariladi  
toshma toshishiga mos keladi  
\*doimiy

toshma toshish tugashi bilan meyorlashadi

**33. Suvchechakning asosiy belgilari jumlasiga kirmaydi:**

o'tkir boshlanish  
isitma  
\*jigar va taloqning kattalashishi  
teri va shilliq qavatlarida vezikulyoz toshmalar

**34. Turli xarakterli (dog', papula, vezikula) toshmalar .....ga xos:**

qizamiq  
qizilcha  
\*suvchechak  
skarlatina

**35. Sitomegalovirusli infeksiyada noxos yuqish yo'li:**

\*alimantar  
havo-tomchi  
jinsiy  
muloqot

## MASHG'ULOT 11. MAVZU: Ko'kyo'tal, Difteriya-Bo'g'mada hamshiralik ishi.

### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. epid.parotit Etiologiya, epidemiologiya, patogenez. 2. epid.parotitning klinik belgilari. 3. epid.parotit, suvchechakning diagnostikasi. 4. epid.parotitning laboratoriyaviy tahlil uchun material
<b>Mavzuning maqsadi:</b> Ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechak kasalliklarni erta aniqlash, kasalxonada va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, shifokorlik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarni o'rgatish. Ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechakga vaqtli tashxis qo'yish, bemor ahvolini to'g'ri baholay olish, kasalxonagacha bo'lgan davrda kasalga yordam ko'rsatishni o'rganish.	
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob. test

### 1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

#### 1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	10 minut
3.	Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish.	10 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	10 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	10 minut
	Jami	80 minut

### 15. 7. Mavzu bo'yicha talabalar o'zlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1. ko 'kyotal suvchechak ning etiologik xususiyatlarini ayting
2. ko 'kyotal , suvchechak da epidemiologik jarayon.
3. ko 'kyotal , suvchechak ning asosiy klinik belgilari.
4. ko 'kyotal , suvchechak ning laboratoriyaviy tashxisoti.
5. ko 'kyotal , suvchechakning davosi.

### **Mashg`ulotda qo`llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi**

Interfaol o`qitish vositalari o`qituvchi tomonidan talabalar bilan mustaqil ish davrida olib boriladi.

#### **“ROTATSIYA” METODINI O`TKAZISH STSENARIYSI.**

Uruh talabalaridan 2-3 qishilik komandalar to`ziladi. Ikkala komanda uchun ikkita savol beriladi. O`n minut davomida talabalar kengashib javobni Yozishlari kerak bo`ladi. So`ngra javobgar komandalar aro almashinib tahlil qilinadi.

Topshiriq I komanda uchun:

Ko`kyo`tal, epid.parotit, suvchechak ning klinik xususiyatlarini ayting?

Topshiriq II komanda uchun:

Ko`kyo`tal, epid.parotit, suvchechak ning diagnostikasi to`g`risida ma`lumot bering?

<b>I komanda</b>	<b>II komanda</b>

#### **“UCH BOSQICHLI INTERVYU”**

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to`g`ri psixologik yondashishni o`rgatish.

*Asosiy tamoyillari:*

Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo`linadi va talabalarga rol bo`lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis Yashirin etkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtiroqchilarining faoliyatini quyidagi 3 bo`lim bo`yicha baholaydi:

1. Nima to`g`ri qilindi.
2. Nima noto`g`ri qilindi.
3. Qanday bajarilishi kerak edi.

*Afzalliklari:*

Dars mavzusi bo`yicha tematik bemorlar Yo`q holatlarda ushbu usulni keng qo`llash mumkin.

Usul rolli o`yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtiroqchi-ekspert bilan to`ldirilgan va bir vaqtning o`zida 2-3 klinik variantlar muhoqama qilinadi. Bu mashg`ulot mazmunini boyitadi, o`quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imqon Yaratadi.

*Kamchiliklari:*

Misol: pedagog har bir kichik guruhda bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab olinadi. O`qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o`ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta`minlab turadi.

Bemor 16 Yoshli yigit, maktab o`quvchisi bolalik chog`larida O`RVI, qizamiqni boshidan o`tkazgan. Emlashlarni o`z vaqtida olgan. Yigit ta`til paytida ariq suviga cho`milgan, ariq suvidan ichgan. Pishiqchilik davri bo`lganligi sababli meva, qovun, tarvo`z iste`mol qilgan.

Shikoyatlari: umumiy holsizlik, ishtaha yo`qolishi, ko`ngil aynishi, qusish, qorin kuldirashi, ichi shir-shir ketishi. Ko`rik vaqtida holati: ahvoli o`rtacha og`irlikda, holsiz. Tana harorati 36,2°C daraja, terisi quruq, elastikligi pasaygan. Yurak tonlari bo`g`iq, puls bir daqiqada 96 zarba, qon bosimi 90/60 mm sim ust. Nafas olishi burundan, o`pkasida vyozikulyar nafas, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin ichga tortilgan. Paypaslanganda og`riqsiz, ichaklar quldirashi eshitiladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Ichi su yuq, oqish rangda, siydigi kamaygan. Periferik qonda Hb-140g/l, leykotsit-8000.

«Vrach»bemor soʻzidan yiqqan epidemiologik omillarga eʼtibor berishi, klinik belgilariga Yondashgan holda bemorni Yuqumli kasalliklar kasalxonasiga Yoʻllashi lozim.

«Ekspert» vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga eʼtibor berishi lozim:

-bemorga toʻgʻri psixologik yondashdimi.

-epidemiologik anamnez toʻgʻri yigʻildimi.

-bemorni koʻrikdan oʻtkazganda yalligʻlanish belgilari (tana harorati, qorinda ogʻriq boʻlmasligi) ga eʼtibor berib, vaboga shubha kildimi.

-keyingi tekshiruvlar uchun bemorni shifoxonaga Yoʻlladimi.

-Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma yubordimi?

-muloqotda boʻlgan shaxslar ustida nazorat oʻtkazishga Yoʻllanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

-oʻz holatini qanchalik darajada taʼrifladi.

-epidemik omillarni toʻgʻri ayta oldimi.

-kasallik alomatlarini toʻgʻri taʼriflab berdimi.

Mashgʻulot soʻngida oʻqituvchi eʼtibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtiroqchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga toʻxtalib, mashgʻulotga Yakun Yasaydi.

**15. 10 Mavzu boʻyicha talabalarining mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar maʼzuni, bajarish boʻyicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)**

### **Koʻkyoʻtal**

Koʻkyoʻtal oʻtkir infeksiyon kasallik boʻlib, uning asosiy klinik belgisi xurujsimon spazmatik yoʻtaldir.

**Etiologiyasi.** Kasallikni gram m manfiy tayok cha Haemophilus pertussis chaqiradi. Koʻk yoʻtal qoʻzgʻatuvchisi termolabil ekzotoksin va termostabil endotoksin hosil qiladi. Termolabil toksin nerv va tomirli tizimlarga nisbatan tropizmli xususiyatga ega. Koʻk yoʻtal qoʻzgʻatuvchi tashqi taʼsirlarga juda sezgir. Yuqori haroratda, quyosh nurida, kuritishda va dezinfeksiyalovchi moddalar taʼsirida tez halok boʻladi.

**Epidemiologisi.** Infeksiya manbai boʻlib, spazmatik xuruj boshlanmasdan oldin, kasallikning boshlangʻich davrini oʻtayotgan bemor hisoblanadi. Yuqumli davr 4-5 haftagacha davom etishi mumkin.

Infeksiya uzoq vaqt bemor bilan mulok otda boʻlganlarga havo-tomchi yoʻli bilan yuqadi. Koʻk yoʻtal bilan hamma yoshlagi bolalar, shular ichida yangi tugʻilgan chaqalok lar, shuningdek katta yoshdagilar ham kasallanadi. 1 yoshdan 5-7 yoshgacha kasallanish koʻprok uchraydi. Kasallik oʻtib ketgandan keyin turgʻun immunitet qoladi.

**Patogenezi.** Koʻkyoʻtal koʻzgʻatuvchi yuqori nafas yoʻllarining shilliq qavati va silindrik epiteliy hujayralarga tushib, u erda koʻpayadi. Bronxial yoʻl bilan tushgan koʻk yoʻtal mikrobi mayda multu, bronxiola, alveolalarga tarqaydi. Koʻk yoʻtalda bakteremiya kuzatilmaydi. Patogenezda asosiy oʻzgarishlar toksinga bogʻliq, u nafas yoʻllari shilliq qavatini taʼsirlab, yoʻtal chaqiradi. Toksin bilan uzoq vaqt nafas yoʻllarining shilliq qavati asab retseptori koʻzgʻalgandan yoʻtal spazmatik xuruj sifatida namoyon boʻladi. Bu vaqtda nafas olish ritmi buziladi. Natijada oʻpka ventilyasiyasi va gemodinamika sustlashadi va gipoksiya rivojlanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 3 kundan 15 kungacha, oʻrtacha 5-8 kuni tashkil qiladi. Kasallik kechishini kataral, spazmatik va tuzalish bosqichiga boʻlish mumkin.

Kasallik asta-sekin quruq yoʻtal bilan boshlanadi. Baʼzida tana harorati biroz koʻtarilishi va tumov boʻlishi mumkin. Bolaning umumiy holati odatda oʻzgarmaydi, u bolalar muassasiga qatnayveradi. Koʻruvda obʼektiv oʻzgarishlar aniqlanmaydi. 1-2 qafta ichida asta-sekin kuchayadi, keyinchalik xurujsimon tus oladi. Kataral davr davomiyligi 2 hafta davom etadi, ogʻir hollarda, ayniqsa koʻkrak yoshidagi bolalarda 5-7 kungacha qisqaradi.

Spazmatik yoʻtal boshlangandan keyin spazmatik davr boshlanadi. Bunda ketma-ket yoʻtal kuzatiladi. Yoʻtaldan keyin nafas olish natijasida ovoz pardasi yorigʻidan ultura torayish natijasida hushtaksimon ovozlar chiqadi (repriz). Spazmatik davr boshida yoʻtal kamdan-kam, keyinchalik koʻpayib, kuchayib, kasallikning 2-3 haftasida yuqori darajaga etadi. Spazmatik yoʻtal davrida bemorning yuzi qizaradi, koʻkaradi, boʻyinidagi venalari boʻrtib chiqadi, koʻzlari yoshlanadi, koʻz sklerasiga qon quyilganga oʻxshab, bosh oldinga, til OHIrigacha chiqariladi, bunda til yuganchasini

pastki tishlarning kesuvchi qismi bilan shikastlanadi, natijada tishi bor bolalarda til yuganchasi yarasi aniqlanadi.

Ko'k yo'talning engil va o'rta og'ir shakllarida xuruj o'rtasidagi davrda bolaning umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi. Bola faol bo'lib, o'ynaydi, ishtahasi saqlangan bo'ladi. Xurujlar ko'p qaytarilganda bola bo'shashib, injiq bo'ladi.

Ob'ektiv tekshirishda yuzi, qovok lari shishgan, teri yuzasi biroz ok argan, ba'zida teri va ko'z kon'yunktivasida qon quyilishi va til yuganchasida yaracha bo'ladi. O'pkada perkutor tovushning qutichasimon bo'lishi, ba'zida quruq xirillashlar aniqlanadi. Ko'k yo'talda periferik qonda leykotsitoz ( $15 \cdot 10^9 - 40 \cdot 10^9$  l gacha), monositoz (60-80% gacha), ECHT me'yorida yoki biroz pasayganligi kuzatiladi. Ayniqsa spazmatik davrda qonda o'zgarishlar yuqori bo'ladi, lekin kataral davrida ham leykotsitoz va monotsitoz kuzatilishi mumkin. Spazmatik davr davomiyligi 2-4 hafta kechadi. Keyinchalik yo'tal xuruji asta sekin pasayib kasallik keyingi bosqichga-tuzalish davriga o'tadi. Bunda yo'tal xurujlari kamayib, reprimlar yo'qoladi, balg'am oson ajraladi. Bu davrda yo'tal oddiy bo'ladi. Bu xurujlar uzunchok miyada ko'zg'alish o'chog'I borligidan dalolat beradi.

**Tashxisoti.** Ko'k yo'talni spazmatik davrda tashxislash qiyin emas. Kataral davrda tashxis qo'yish katta qiyinchiliklar tug'diradi. Bunday hollarda o'pkada fizikal o'zgarishsiz yo'tal bo'lishi, o'tkazilgan davo choralarning yordam bermasligi yo'tal vaqtida qusish bo'lishi, periferik qondagi o'zgarishlar asosida tashxis qo'yiladi.

Laborator tashxisda qo'zg'atuvchi bakteriyani ajratib olish muhimdir. Mahsulot bemordan «yo'tal plastinkalari» usuli bilan, yoki ozuqa bilan namlangan quruq tampon yordamida olinib elektiv muhitga ekiladi. Bakteriyani yaxshi o'sishi kasallikning birinchi 2 haftaligida kuzatiladi. Serologik tashxis uchun RA, KBR, IFA qo'llaniladi.

**Davosi.** Erta yoshli bolalar, shuningek ko'k yo'talning og'ir shakl va asoratlar kuzatilayotgan hollarda bemor shifoxonaga yotkaziladi. Asosan patogenetik va simptomatik davolash o'tkaziladi. Antibiotiklar kasallikning boshlang'ich davrida va spazmatik yo'talning birinchi kunlarida foyda beradi. Antibiotiklarni erda ultu kilish yo'tal xurujlarini engillashtiradi, uning sonini kamaytiradi, kasallik kechishni kiskartiradi. Antibiotiklar levomitsetin, eritromitsin, ampicillin tavsiya etiladi. Davolash kursi 7-10 kun. Spazmatik yo'tal xurujini soni va og'irligini kamaytirish maqsadida neyroleptik moddalr (aminazin, pronazin) beriladi. Neyroleptiklar bronxspazmi yo'qotadi, nafas markazi ko'zg'alishini pasaytiradi, bemorni tinchlantirib uyqusini chuqurlashtiradi. Gipoksiya va gipoksemiyaga qarshi kurashish maqsadida oksigenoterapiya tavsiya qilinadi. Apnoe vaqtida burun, og'iz va halqumudan shilliq so'rib olinadi va sun'iy nafas berish o'tkaziladi.

Kompleks terapiyaga quyuq balg'amni parchalovchi va tashqi nafas olishni yaxshilovchi dori preparatlari – proteolitik ferment (tripsin, xemotripsin) va spazmolitik (eufillin, teofidrin) ultura yo'l bilan ingalyatsiya qilinadi. Ko'k yo'talni davolashda to'g'ri tartib va parvarish katta ahamiyatga ega. Bemorga MATni tinchlantiruvchi va spazmatik yo'tal xurujini kamaytirish maqsadida toza havo tavsiya etiladi.

**Profilaktikasi.** Kasallikka qarshi faol immunitet hosil qilish uchun AKDS va ko'k yo'tal monovaktsinasi ishlatiladi. Vaksina o'lik ko'k yo'tal mikroblaridan iborat. Birlamchi AKDS bilan emlash, 30-40 kun oraliq bilan, bolaning 3 oyligida 0,5 ml dan o'tkaziladi. Emlash kurak tagidagi teri ostiga qilinadi. Ko'k yo'tal monovaktsinasi 0,1 ml mikdorida bolalarga teri ostiga qilinadi. O'chok da umumiy profilaktika tadbirlar o'tkaziladi (xonalarni shamollatish, idishlarni, dastro'molchalarni zararlantirish va boshqalar).

## SUVCHECHAK

Suvchechak-viruslar chaqiruvchi, havo-tomchilari orqali yuquvchi, klinik-umumiy zaharlanish belgilari, terida vezikulali toshmalar toshishi bilan tavsiflanadigan kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Suv chechak qo'zg'atuvchisi virus (Stronguloplasma varicellae)- filtrlanuvchi virus hisoblanadi. O'zida DNK tutadi, kattaligi 150-200 nm, juft yoki qisqa holda joylashgan, chidamsiz, tashqi muhitda ayniqsa yuqori harorat va to'g'ri quyosh ta'sirida tezda o'ladi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai bo'lib, kasal bolalar hisoblanadi, kasallikning yashirin davrining OHIrgi kunlaridan boshlab va butun kasallik davrida yuqumli hisoblanadi. OHIrgi yangi toshma elementlari paydo bo'lgandan keyin ham besh kungacha bemor kasallik manbai sifatida xizmat qilishi mumkin.

Yuqish jarayoni havo-tomchi yo'li orqali amalga oshadi. Suv chechakda beriluvchanlik juda yuqori.

**Patogenezi.** Infeksiya darvozasi bo'lib yuqori nafas yo'llari xizmat qiladi. Virus epitelial hujayraga kirib, o'sha erda ko'payadi va virus qayta qonga tushadi. Virusemiya vujudga keladi, qon bilan virus butun organizmga tarqalib ketadi. Teri va shilliq yuzalarida ko'plab to'planib qoladi va ko'payishi natijasida yallig'lanishi ok ibatida suvchechakka xos bo'lgan toshmalar kelib chiqadi. Virusning qonda aylanib yurishidan harorat ko'tarilishi va kasallikning boshqa umumiy belgilari yuzaga keladi.

Virus teri epiteliysida joylashib, uning yuzasida patologik o'zgarishlar: kapillyarlarning chegaralangan kengayishi (dog'), seroz shish (papula), epidermik emirilishi (vezikulalar) keltirib chiqaradi. Pufakcha suyuqligining tarkibiy qismi leykotsitlar aralashgan seroz eksudat, degenerativ hujayralar, eozinofillardan iborat. Suyuqlik so'rilishi natijasida uning o'rnida keyinchalik tushib ketadigan qatqalok hosil bo'ladi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 11 kundan 21 kungacha, kam hollarda 23 kungacha, o'rtacha 14 kundan iborat. Tana harorati 38-39°C ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanib, bir vaqtning o'zida suvchechak toshmali ham paydo bo'ladi. Suvchechak qisqa muddatli prodromal belgilar (subfebril harorat, umumiy ahvolning yomonlashuvi)dan keyin ham boshlanishi mumkin. Prodromal davrda badanda qizilcha yoki qizamiqqa o'xshash toshmalar paydo bo'ladi. Odatda ular 1-2 kun davomida izzsiz yo'qoladi. Birok ba'zida bu toshmali suvchechak elementlarining avj olgan davrida kuzatiladi. Prodromal davri juda qisqa bo'lishi va ko'p hollarda uni alohida ajratish mumkin. Toshmalar bemorni umumiy ahvoli o'zgarishligi bilan ham o'tishi mumkin. Ko'plab toshmalar odatda nafaqat ko'tarilishi, balki umumiy zaharlanish (bosh og'rig'i), qayt qilish, tanada og'riq bo'lishi belgilari bilan kechadi. Odatda toshma tananing turli joylarida paydo bo'ladi. Suvchechak toshmasiga rozeola, vezikula va qatlok hosil bo'lishi bosqichlari xosdir. Birinchi toshma elementlari qizil yoki alvon rangdagi dog'lar ko'rinishida bo'lib, keyinchalik papuallarga aylanadi. Bir necha soatdan so'ng yoki kunning OHiriga borib, dog'lar qizargan halqa bilan o'ralgan vezikula (pufakcha) ga aylanadi.

Suvchechak toshmali birdan emas, 1-2 kun oralab avjlanib toshadi. Toshma toshishning OHirgi kunida paydo bo'lgan rozeolalar pufakchaga aylanmasligi mumkin. Vezikulalar tiniq suyuqlik bilan to'lgan, yaltirok bo'lib, 1-2 mmdan 5-6 mm diametrli pufakchalardan iborat. Pufakchalarning tagi yumshoq bo'lib, ba'zan markazida kindiksimon shishi bo'ladi. Vezikulalar bir kamerali bo'lib, teshilsa bo'shab ketadi. 1-2 kundan keyin pufakchalar asta-sekin bo'shashib, quriy boshlaydi, qatqalok hosil bo'ladi, 6-10 kundan keyin qatqalok terida iz qoldirmaydi va tushib ketadi. Qatqalok lanishda bemorlar terisi qichishadi.

Toshmalar tana terisida, bo'yinda, yuzda, boshning sochli qismida, ba'zan kaft va oyok tagida bo'ladi. Suvchechak toshmali teri bilan bir qatorda og'iz shilliq pardalarda, burun, halqumda, ko'zda va jinsiy a'zolar shilliq pardalarida ham paydo bo'lishi mumkin. Halqum va traxeya shilliq pardalariga toshma toshishi va joyli shish paydo bo'lishi ovoznining bo'g'ilishiga, dag'al yo'tal paydo bo'lishiga, nafas olishning qiyinlashganliga sababchi bo'ladi. Shilliq pardalardagi toshmalar maydarok bo'lib, 1-2 kunda ularning bitishi kuzatiladi. Tipik hollarda bemorning ahvoli kam o'zgaradi. Kasallik tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi va engil zaharlanish belgilari bilan o'tadi. Haroratning ko'tarilishi asosan 3-5 kun, og'ir hollarda 6-8 kun davomida kuzatiladi. Limfa tugunchalari o'lchami no'xat yoki loviyadek kattalashadi, og'riqsiz bo'ladi. Og'iz shilliq pardalarida toshma bo'lsa, murtak limfa tugunlari kattalashishi mumkin. Periferik qonda birinchi kunlari leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, ECHT biroq tezlanishi kuzatiladi.

**Davosi.** Ikkilamchi asoratlarning oldini olishda toshma elementlarini 1:1500 kaliy permanganat eritmasi, 2%li brilliant yashilining spirtli eritmasi bilan artish, gigienik vannalar qilish maqsadga muvofikdir. Og'iz bo'shlig'ida enantema paydo bo'lsa, uni kaliy permanganat 1:1500 eritmasi bilan chayish, ko'zni 2%li bor kislotasi eritmasi bilan yuvish, kon'yunktivida 20-30%li albutsid eritmasi tomiziladi. Kuchli qichishishda suv bilan aralash uksus yoki 1% metil spirtning eritmasi, 1% novokain bilan artish lozim.

**Profilaktikasi.** Suvchechakning xususiy profilaktikasi yo'q. Umumiy profilaktika bemorni o'z vaqtida izolyatsiya qilish, xonani shamollatish va ho'l latta bilan artish, kvartslashdan iborat. Bemorni alohidalash, shifoxonada yoki uyda OHirgi toshma elementi paydo bo'lgandan 5 kun

o'tgach tugatiladi.

### Test savollari

#### 1. Epidemik parotit qo'zg'atuvchisi:

ichak tayoqchasi

rikketsiya

\*virus

protey

#### 2. Quloq oldi bezi kattalashuvi.....ga

**xos:**

qizamiq

qizilcha

suvchechak

\*epidemik parotit

#### 3. Tepki kasalligi yuqish mexanizmi bo'yicha quyidagi infeksion turkumga kiradi:

ichak

qon

tashqi qoplamlar infeksiyasi

\*havo-tomchi

#### 4. Tepki qo'zg'atuvchisi mansub guruh:

bakteriya

spiroxeta

rikketsiya

\*virus

#### 5. Tepki virusining qon orqali tarqalib organlarga ta'siri:

buyrak

o'pka

yurak

\*bez organlari

#### 6. Tepkida kasallik manbai:

hayvon

rekonvalessent

bakteriya tashuvchi

\*kasal odam

#### 7. Tepkiga noxos belgi:

quloq bezining kattalashuvi

tana harorati ko'tarilishi

jag` kattalashuvi

\*aksirish, yo'tal

#### 8. Tepkiga xos belgilar:

Filatov-Koplik simptomi

Kiari-Avstin simptomi

Govorov-Godeli simptomi

\*Murzon simptomi

#### 9. Tepkiga xos bo'lmagan simptom:

jigar va taloq kattalashuvi

harorat ko'tarilishi

chaynaganda og'riq

\*quloq bezi kattalashuvi

#### 10. Ko'k yo'tal uchun xos bo'lgan asorat:

\*bronxopnevmoniya

ensefalit

virusli hepatit

Uotexaus-Frideriksen sindromi

#### 11. Ko'k yo'tal uchun xos bo'lmagan belgilar:

\*tanada toshma toshishi

til tagidagi yaracha

qusish va balg'am tashlash

xurujli spazmatik yo'tal

#### 12. Ko'k yo'tal kasalligining tekshirish uchun kerak bo'ladigan materiallar:

\*balg'am va yuqori nafas yo'llaridan olingan surtma

qon

najas

peshob

#### 13. Ko'k yo'talning kataral davrida noxos belgi:

\*balg'amli yo'tal

tana haroratining ko'tarilishi

quruq yo'tal

lohaslik

#### 14. Ko'k yo'talning spazmatik davri uchun noxos belgi:

\*tilchada yara

xurujli yo'tal

teri va sklerada qon quyilishi

qusish

#### 15. Ko'k yo'talning yuqish yo'li:

\*havo-tomchi

suv

alimantar

parenteral

#### 16. Ko'k yo'tal qo'zg'atuvchisi mansub guruh:

\*bakteriya

virus

rikketsiya

spiroxeta

#### 17. Ko'k yo'talni tashxislashda asosiy usullar:

\*bakteriologik, serologik

biologik

biokimyoviy

kultural

#### 18. Ko'k yo'tal o'chog'ida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar:

\*tashxislash va davolash

emlash

dezinfeksiya

deratizatsiya

**19. Ko'k yo'talda kasallik manbai:**

\*kasal odam

virus tashuvchi

rekonvalessent

kasal qo'shlar

**20. Ko'k yo'talda kasallikning boshlanishi:**

asta-sekin

\*o'tkir

yashinsimon

bilinar-bilinmas

**21. Ko'k yo'talga xos belgilar:**

tanada toshmalar

\*xurujsimon, spazmatik yo'tal

limfa tugunlarining kattalashuvi

balg'amli yo'tal

**22. Qaysi asoratlar ko'kyo'tal ga xos emas:**

enstefalopatiya va meningizm

\*jigar sirrozi

pnevmoniya

o'pka atelegtazi, plevrit

**23. Xurujsimon spazmatik yo'tal .....ga xos:**

rinovirusli infeksiya

\*ko'k yo'tal

suvchechak

epidemik parotit

**24. Bolalarda suvchechak qo'zg'atuvchisi:**

\*virus

stafilokokk

mikobakteriya

shigella

**25. Suv chechak patogenezini uchun noxos bosqich:**

qo'zg'atuvchining tushishi

\*ikkilamchi immunodefitsitni yuzaga kelishi

virusemiya

teri va shilliq qavat epiteliysi jarohatlanishi

**26. Suv chechak qo'zg'atuvchisi qaysi guruhga mansub:**

bakteriya

\*virus

spiroxeta

rikketsiya

**27. Suv chechak qo'zg'atuvchisining o'sish muhiti:**

Ploskiriyov muhiti

tellirutli muhit

\*odam va hayvon hujayra muhiti

o'tli bulon

**28. Suv chechak uchun xos kasallik manbai:**

kasal hayvon

zaharsiz tayoqcha tashuvchi

\*kasal odam

hammasi to'g'ri

**29. Suv chechakda toshmaning toshish o'ri:**

qo'l kafti

oyoq tovonni

\*tananing tuk bilan qoplangan qismi

ichak shilliq qavati

**30. Suvchechak uchun xos yuqish yo'li:**

alimantar

suv

\*havo -tomchi

muloqot

**31. Suvchechak va o'rmalovchi lishay qo'zg'atuvchisiga mansub:**

serboviruslar

enteroviruslar

\*gerpetik viruslar

retroviruslar

**32. Suvchechakdagi isitma tavsifiga kirmaydi:**

38°C-39°C ga ko'tariladi

toshma toshishiga mos keladi

\*doimiy

toshma toshish tugashi bilan meyorlashadi

**33. Suvchechakning asosiy belgilari jumlasiga kirmaydi:**

o'tkir boshlanish

isitma

\*jigar va taloqning kattalashishi

teri va shilliq qavatlarda vezikulyoz toshmalar

**34. Turli xarakterli (dog', papula, vezikula) toshmalar .....ga xos:**

qizamiq

qizilcha

\*suvchechak

skarlatina

**35. Sitomegalovirusli infeksiyada noxos yuqish yo'li:**

\*alimantar

havo-tomchi

jinsiy

muloqot



**MASHG'ULOT 12. MAVZU: O'ta xavfli infeksiyalarda (o'lat, kuydirgi, Qrim-Kongo gemorragik isitmasi) hamshiralik ishi.**

**1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.**

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. sariq isitma Etiologiya, epidemiologiya, patogenez. 2. kuydirgi klinik belgilari. 3. QKGI diagnostikasi.
<b>Mavzuning maqsadi:</b> O'ta xavfli yuqumli kasalliklarni erta aniqlash, kasalxonada va uy sharoitida bemorlarni davolash, tezkor holatlarda birinchi tibbiy Yordam ko'rsatish, bemorlarni laboratoriya va jixoziy tekshirish usullarini tashkillashtirish, shifokorlik tashxisini qo'yish va uni rejalashtirish, keng tarqalgan belgilar majmuida yordam berish va davolashning amaliy ko'nikmalarini shakllantirish, yuqumli kasalliklarni oldini olishdagi maxsus va umumiy choralarini o'rgatish. Ko'kyo'tal, epid.parotit, suvchechakga vaqtli tashxis qo'yish, bemor ahvolini to'g'ri baholay olish, kasalxonagacha bo'lgan davrda kasalga yordam ko'rsatishni o'rganish.	
Ta'lim berish usullari	Multimedia, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishlanma, electron darsliklar, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob. test

**1.2. Amaliy mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi**

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Kirish	5 minut
2.	Talabalarni dastlabki bilimni tekshirish a) og'zaki suxbat b) interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 20 minut
3.	Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish a) laboratoriya b) bemorlar bilan ishlash va hamshira bemornomasini yozish.	10 minut 20 minut
4.	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
5.	Mashg'ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

**1.2.1. Klinik mashg'ulotning tashkiliy tuzilishi**

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1.	Bemorlar kuratsiyasi	20 minut
2.	Epidemiologik anamnezni yig'ish.	10 minut
3.	Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish.	10 minut
4.	Hamshiralik tashxisini tuzish	20 minut
5.	Bemorlar parvarishida ishtirok etish.	10 minut
6.	Bemorlarni tahlil qilish	10 minut
	Jami	80 minut

**GEMORRAGIK ISITMALAR**

Gemorragik isitma kasalliklarini arboviruslar, arenoviruslar va filoviruslar qo'zg'atadi. Bugungi kunda dunyo bo'yicha besh yuzdan ortiq arbovirus turlari aniqlangan, shularning 100 tasidan ko'prog'i odamlarda kasallik chaqiradi. Respublikamizda odamlarda kasallik chaqiradigan 20 turga yaqin arboviruslar aniqlangan.

Gemorragik isitma kasalliklari qo'zg'atuvchilarining rezervuarlari qishloq xo'jalik hayvonlari,

kemiruvchilar, qushlar, kaltakesaklar va boshqalar hisoblanadi, hamda ularning organizmlarida bu kasallik subklinik yoki latent shaklida namoyon bo'ladi.

Arboviruslar qo'zg'atadigan gemorragik isitmalar asosan transmissiv yo'l bilan, ya'ni qon so'radigan bo'g'im oyoqlilarning chaqish jarayonida yuqadi. Arenoviruslar, filoviruslar qo'zg'atadigan gemorragik isitmalar esa maishiy – muloqot, havo va parenteral muolajalar orqali o'tadi.

Gemorragik isitma kasalliklari ko'p jihatlari bilan o'xshash bo'lsada, kasallikning kechishi, rivojlanishi, epidemiologik jarayonning namoyon bo'lishi, qo'zg'atuvchilarining o'ziga xosligi, kasallik qo'zg'atuvchilarining manbalari va yuqish mexanizmlari bilan bir-biridan farq qiladi.

## QRIM – KONGO GEMORRAGIK ISITMASI

Sinonimlari: Qrim gemorragik isitmasi (QGI), O'rta Osiyo gemorragik isitmasi, O'zbekiston gemorragik isitmasi va hokazo.

**Etiologiyasi.** Qrim – Kongo gemorragik isitmasi (QKGI) qo'zg'atuvchisi o'zida RNK saqlovchi arbovirus bo'lib, Bunyaviridae oilasiga, Navirovirus turiga kiradi, kasallik qo'zg'atuvchi virus yuqorida ta'kidlangandek birinchi bo'lib 1945 yilda M.P. Chumakov tomonidan topilgan.

Keyinchalik Ovroq va O'rta Osiyo davlatlarida aniqlangan bu viruslar bir xil viruslar bo'lib, bitta serologik turga mansub ekanligi ma'lum bo'lgan.

Virus sferik shaklida bo'lib, diametri 92-96 nm keladi. Virus tashqi muhitda uncha chidamli emas, lekin yuqori haroratga juda sezgirdir. Virus ayniqsa cho'chqa, Suriya olmaxoni va maymun embrioni buyraklari hujayralariga o'ta sezgirdir. Virus asosan hujayralar sitoplazmasida joylashadi.

**Epidemiologiyasi.** QKGI virusining areali juda keng: Ovroqdan Osiyo va Afrikagacha, hamdo'stlik davlatlaridan Rossiya Federatsiyasining janubiy regionlarigacha, Ukraina, Moldova, Ozarbayjon, Armaniston, Qozog'istonning janubiy viloyatlari va boshqa Markaziy Osiyo davlatlari, jumladan O'zbekiston respublikasining bir qator viloyatlari xududlari ham (Buxoro, Navoyi, Qashqadaryo, Sirdaryo, Jizzax) QKGI bo'yicha endemik xududlaridan hisoblanadi. QKGI virusi ma'lum tur kannalarida saqlanadi.

QKGI qo'zg'atuvchisining tabiiy rezervuari va manbalari qishloq xo'jaligi hayvonlari hamda yovvoyi sut emizuvchilar (quyon, kemiruvchilar, tipratikan va boshqalar) hisoblanadi, virusni tabiatdagi saqlovchisi va tashuvchisi turli xil iksod kanalaridir. QKGI virusining yuqish mexanizmi transmissiv, ya'ni virus kanalarining chaqishi natijasida odamga yuqadi.

Odamga kasallik muloqot orqali ham yuqadi, ya'ni bemor qonini so'rgan kanani ezib o'ldirganda, hamda QKGI siga chalingan bemorning qoni sog'lom odam terisi va shilliq kavatiga tushganda yoki bo'lmasa parenteral muolajalar amalga oshirilganda, kasallik yuqishi mumkin. Bunday holatlarda QKGI siga chalingan bemor kasallik qo'zg'atuvchi manbaiga aylanadi va atrofdagi sog'lom odamlar uchun xavf tug'diradi.

QKGI o'ziga xos epidemiologik mavsumiylikka ega bo'lib, kasallik asosan aprel-sentyabr oylarida qayd etiladi (90-95 % aprel-iyun oylarida). Kasallikning bunday epidemiologik mavsumiylikka ega bo'lishi bevosita iksod kanasi faolligining oshishi bilan bog'liqdir. QKGI kattalar, ayniqsa mehnat faoliyati cho'l hududlari bilan bog'liq bo'lganlar o'rtasida (cho'ponlar va ularning oila a'zolari, qirqimga vaqtinchalik jalb etilganlar, molga qarovchilar, boquvchilar, endemik hududlarida ishlovchilar) ko'proq qayd etiladi. Kasallikning asosiy salmog'i (80% ko'proq) 20-60 yoshidagi odamlarga to'g'ri keladi, kasallikning 85-90% erkaklarda uchraydi.

**Patogenezi.** QKGI virusi odam organizmiga kana chaqishi natijasida terining kana chaqqan joyidan kiradi. Bundan tashqari, virus organizmga virus bilan zararlangan bemor qonining sog'lom odamning jarohatlangan terisi va shilliq qavatiga tushganida va kamdan-kam holarida QKGI kasalligiga chalingan bemorning qonini sog'lom odamga quyganda, hamda nafas yo'llari orqali (aspiratsion) tushishi mumkin.

Organizmning virus kirgan joyida hech qanday o'zgarish kuzatilmaydi. Virus qonga tushgach, retikuloendotelial sistema hujayralarida to'planadi. Retikuloendotelial sistema hujayralarida to'plangan viruslarning qonga ikkinchi bor ko'p miqdorda tushishi (virusemiya) natijasida bemorda umumiy zaharlanish hamda qon tomirlari endoteliysi shikastlanishi natijasida turli xil darajadagi

trombogemorragik sindrom namoyon bo'ladi. QKGI kasalligining patogenezi bo'yicha ko'pgina masalalar hanuzgacha to'lik o'rganilmagan.

**Klinikasi.** QKGI kasalligining klinik kechishida 4 davr farqlanadi:

a) yashirin davri, b) boshlang'ich yoki umumtoksik davri, d) avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri, c) rekonvalesentsiya davri.

QKGI gemorragik belgilar bilan va gemorragik belgilersiz o'tadi. Kasallik kechishiga qarab esa, engil, o'rta og'ir, og'ir shakllariga bo'linadi.

A. Kasallikning yashirin davri – kasallik kana chaqib yuqqanida o'rtacha 3-6 kun, qon va qon ajratmalari bilan muloqotda bo'lib yuqqanida esa 2-4 kunni tashkil etib, bu davrda bemorda hech qanday shikoyat ham, kasallik alomatlari ham bo'lmaydi.

B. Boshlang'ich yoki umumtoksik davri – bir necha soatdan 3 kungacha davom etadi. Kasallik o'tkir boshlanib, prodromal belgilar kuzatilmaydi. Kishi to'la sog'lom paytida tanasi qaltirab, harorati 38,5 – 40,5°C ko'tarilib ketadi. Bemorda ich ketish, boshning peshona sohasida kuchli og'riq, belda, bo'g'im va mushaklarda og'riq, umumiy holsizlik, juda ham tez charchash belgilari sodir bo'ladi. Bundan tashqari 30-35% bemorlarda ko'ngil aynishi, qusish qayd etilib, bu holat ovqat iste'moli bilan bog'liq bo'lmaydi. Bemorning ichi suyuq o'tishi va qornining turli sohalarida og'riqlar bo'lishi mumkin.

Ob'ektiv ko'rganda: kasallikning birinchi kunidan bemorning yuzi qizarib, bu qizarish bo'yin va ko'krak qismiga tez tarqaladi. Ko'zlari qizarib, bu qizillik asosan ko'zning lateral qismida uchburchaksimon shaklda aniqlanadi. Teri quruq, issiq, periferik limfa tugunlari biroz kattalashadi. Isitmalash 1-5 kun, ayrim bemorlarda 5-10 kun va 10-15 kungacha davom etadi. Isitma xarakteri noto'g'ri yoki doimiy bo'lishi mumkin.

D. Avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri – kasallikning 3-6 kunidan boshlab avj olish davri boshlanadi. Gemorragik sindrom qon ketish va qon talash bilan namoyon bo'ladi. Eng ko'p uchraydigan gemorragik belgi– gemorragik toshmalardir (33-rasm). Teri, shilliq qavatlar, in'ektsiya joylarida qon talash, burundan qon ketishi, milk, og'iz shilliq qavatidan qon ketishi, qonli qusish, ichakdan qon ketishi kuzatiladi.

Toshma xarakteri bo'yicha petexial bo'lib, yassi, teridan ko'tarilmaydi, bosib ko'rganda yo'qolmaydi. Rangi dastlab to'q-qizg'ish, keyinchalik qora rang tus oladi. Toshmalar soni bir nechta bo'lishi mumkin. Toshmalar ko'krak qafasi, qorinning yonbosh sohasi terisida, elka sohasi, bilak sohasi ichki yuzasi, son terisida, kam hollarda bemor bo'yin terisida uchrashi mumkin. O'lchami bo'yicha nuqtasimon toshmadan diametri 2,0-3,0 sm gacha etadi. Shakli bo'yicha yumaloq yoki oval bo'lib, chegarasi aniq, uning atrofidagi terida o'zgarish bo'lmaydi. Gemorragik elementlar 5-8 kun saqlanib, so'ngra oqara boshlaydi va kasallikning 9-14 kunida yo'qoladi. Barcha hollarda in'ektsiya o'rinlarida turli o'lchamlardagi qon talashlar hosil bo'ladi (34-rasm). Toshma hosil bo'lishi bilan bir vaqtda, ayrim paytda undan bir ikki kun oldin yumshoq va qattiq tanglayda nuqtasimon qontalash aniqlanadi. Shuni ta'kidlash lozimki, kasallik qon orqali odamdan – odamga yuqqanida gemorragik sindrom kuchli va tez rivojlanadi. Bu virusning odam organizmida virulentligining oshishiga bog'liq. Bu davr 3-7 kundan 10-15 kungacha, o'rtacha 7-9 kun davom etadi. Ayrim bemorlarda kasallikning ikkinchi isitma to'lqini qayd etiladi. Bunda birinchi isitma to'lqini so'ngandan keyin, 2-3 kun o'tgach yana isitma ko'tariladi, lekin dastlabki isitma darajasiga etmaydi.

Ob'ektiv ko'rganda: bemorning yuzlari, bo'yin sohasi terisi qizargan, terisi quruk, in'ektsiya joylari ko'kargan. Periferik limfa tugunlari kattalashgan.

Nafas olish majmuasida: burundan tomchi– tomchilab yoki oqim bilan qon kelishi, bu qisqa yoki uzoq, o'rtacha 3-4 kun davom etishi mumkin. O'pkada tarqalgan quruq xirillashlar (10-13%) kuzatiladi. Kasallik og'ir o'tayotganda o'pkada mayda o'chog'li bronxopnevmoniya belgilari yuzaga keladi.

Yurak qon– tomir majmuasida: tomir urishi tezlashgan, sust to'lalilik va taranglikda, A/B– 90-70/50-30 mm simob ustunida, kollaps holati ham bo'lishi mumkin.

Ovqat hazm qilish majmuasida: ishtahasizilik, qon yo'qotilayotganda esa og'iz qurishi, chanqash, qorinning turli joylarida og'riqlar, ko'ngil aynishi, qonli qusish kuzatiladi. Bu belgilar kasallik engil o'tsa 1-2 kun davom etadi. Ayrim payt bemorlarda to'xtovsiz qonli qusish kuzatiladi. Ularda milklarning qizarishi va bo'rtganligi aniqlanib, bu belgi asosan pastki jag' milking kesuvchi

tishlari atrofida yaqqol ko'rinadi. Milklar yumshaydi va qon keta boshlaydi, qon ketishi bir necha soatdan 4-8 kungacha davom etishi mumkin.

Kasallikning avj olish davrida bemorning lablari quruq, yorilgan, qonashga moyil, tili quruq, oqish-sarg'imgir karashli, ko'pincha «zangsimon» bo'lib, bu og'iz shilliq qavatidan, milklardan qon ketishga bog'liq bo'ladi. Og'izdan qo'lansa hid keladi, bu davrda tanglay murtaqlari qizargan bo'lib tilcha, tanglay murtaqlari ravog'i biroz shishadi va bemor yutinganda og'riq sezishiga sabab bo'ladi. Yumshoq tanglayda (asosan til ildizi sohasida), qattiq tanglay shilliq qavatida enantema paydo bo'lib, kasallikning 3-5 kunda yaqqol rivojlanadi. Enantema gemorragik, mayda nuqtasimon chegarasi aniq bo'lib, 5-7 kungacha saqlanadi. Qorni yumshoq, epigastral soha va kindik atrofida og'riq sezadi. Jigar va taloq aksariyat bemorlarda 1-2 sm ga kattalashadi.

Siydik ajratish majmuasida: bel sohasida og'riq, Pasternatskiy belgisi musbat bo'lishi, oligouriya, makro- va mikrogematuriya, albuminuriya, anuriya, azotemiya bilan namoyon bo'ladi. Siydikda 0,99 promilligacha oqsil aniqlanadi.

Ayollarda bachadondan qon ketish kuzatiladi. Homilador ayollarda homila tushishi yoki vaqtdan oldin tug'ruq sodir bo'lishi mumkin.

Kasallikning hamma hollarida bemorlarda birdan yuzaga keluvchi kuchli bosh og'rig'i, qaltirash va yuqori isitmalash qayd etiladi. Ayrim payt bosh aylanishi kuzatiladi. Bemorning uyquchanligini, adinamik holatini e'tiborga olish lozim. Og'ir holatlarda bemorlarda aksincha qo'zg'alish, alahsirash, gallyutsinatsiya, meningeal belgilar paydo bo'lib, keyinchalik to'la hushini yo'qotadi, bradikardiya, gipotoniya, qorinda og'riq, ich qotishi yoki ketishi, ko'z qorachig'ilarining nisbatan torayishi, yorug'likka sust reaksiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Kasallikning avj olish davrida periferik qon taxlilida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: 90 % hollarda gipoxrom anemiya, 75-80 % hollarda 1 mm<sup>3</sup> qonda eritrotsitlar 2,0-3,0 mln ta aniqlanadi. Kasallik og'ir o'tayotganda uzoq vaqt qayta qon ketishi bilan davom etsa, eritrotsitlar soni 1,0 mln gacha, gemogloblin 20-25 g/l gacha kamayadi. Rang ko'rsatkichi ko'pincha 1,0 dan past bo'ladi. Bu davrda qon tahlilidagi xarakterli belgilardan biri trombotsitlar miqdorining kamayishi bo'lib, bu 25-33% tekshirilgan bemorlarda 50 mingga kamaygani kuzatiladi. Kasallik qancha og'ir o'tsa, trombotsitopeniya shunchalik kuchli bo'ladi. Kasallikning avj olish davrida oq qon tanachalaridagi o'zgarish leykopeniya (1mm<sup>3</sup> qonda 1100-4000 gacha) bilan namoyon bo'ladi. Leykotsitar formulada nisbiy limfotsitoz, neytropeniya, aneozinofiliya yoki eozinopeniya, monotsitopeniya, EChT 30-60 mm/soatgacha tezlashadi. Gemorragik isitma kasalligi 80-95% hollarda o'rta og'ir yoki og'ir shaklda o'tadi.

Rekonvalesensiya davri – bu davr bemorda klinik belgilarning so'nishi, hosil bo'lgan gemorragik toshmalarning rangi kundun-kunga yo'qola boshlashi, ishtahasining ochilishi bilan xarakterlanadi.

Gemorragik isitma kasalligi asoratlari: ko'p miqdorda qon yo'qotish natijasida gemorragik karaxtlik, ikkilamchi infeksiya qo'shilishi tufayli o'choqli yoki bo'lakli pnevmoniya, sepsis, o'pka shishi, o'tkir buyrak etishmovchiligi, otit, tromboflebit, bo'lishi mumkin.

**Tashxisoti.** Bemorni erta aniqlash, uni samarali davolash hamda epidemiyaga qarshi choratadbirlarni o'z vaqtida tashkil etish uchun ahamiyatlidir. Ammo gemorragik isitmaning boshlang'ich davrida, ya'ni umumtoksik belgilar paydo bo'lganda bemorga tashxis qo'yish juda qiyin. Shuning uchun ham bu kasallikka tashxis ko'pincha gemorragik davrida qo'yiladi. QKGI kasalligi tarqoq (sporadik) qayd etilganda, 90-95% holatlarda «O'tkir respirator infeksiya» va «noma'lum etiologiyali isitma» tashxislari bilan yotqiziladi. Shu bilan birgalikda bu kasallikni boshlang'ich davrida dastlabki tashxis qo'yishda ayrim klinik va epidemiologik mezonlar mavjud.

Epidemiologik anamnezda: bemorning tabiiy o'choqdan ekanligi, kana chaqqanligi, kanani qo'li bilan ezib o'ldirganligi, qo'llari mayda shoxli hayvonlarning junini qirqayotganda kana qoni bilan ifloslanishi va hokazolar surishtiriladi.

Laboratoriyaviy tashxisoti. Gemorragik isitmalarda bemor qonida virus yoki unga qarshi paydo bo'lgan spetsifik antitelo serologik usulda aniqlanadi.

Virusni ajratish faqat virusologiya ilmiy tekshirish institutlarining ruxsatnomasi bo'lgan tahlilxonalarda o'tkaziladi. Buning uchun kasallikning o'tkir davrida, yuqori isitma paytida, bilak venasidan qon olinadi. Olingan qon ikkiga bo'linib, biri virusni ajratish uchun, ikkinchisi esa

serologik reaksiya uchun foydalaniladi. Serologik tekshiruviga olingan qon steril penitsillin yoki insulin flakoniga solinib, yoriqlanib, maxsus muz solingan konteynerga yoki keng og'izli termosga solinadi. Serologik tahlil uchun juft zardob kasallikning boshlang'ich davrida va 2-3 haftadan keyin olinadi.

Tahlilga qon olinayotganda, uning sachrashidan, teri va shilliq qavatlarni ifloslanishidan ehtiyot bo'lish kerak. O'lim holati qayd etilganda, laboratoriya tekshiruviga murda organlari bo'laklari (miya, jigar, taloq, buyrak, o'pka) steril flakonlarga solinib, maxsus laboratoriyaga yuboriladi. Kasallikning birinchi haftasida o'lim yuz bersa, murdadan olingan seksion materiallardan hamma hollarda virus ajratiladi.

**Davosi.** O'zbekiston gemorragik isitmasida maxsus davo maqsadida rekonvalesentsentlarning qoni va qon zardoblari kasallik kechim og'irligiga mos holda vena ichiga tomchilab yuboriladi. Hozirgi kunda viruslarga qarshi preparatlar (amiksin, ribavirin)ning bu kasalliklarda samaradorligi isbotlangan. Davo choralarini asosan zaharlanish, gemorragiyani bartaraf etish va yurak-qon tomir sistemasi faoliyatini yaxshilashga qaratilgan bo'ladi. Bemor 2-4 hafta davomida o'rnida yotadi. Oson hazm bo'ladigan kalloriyalari, vitaminlarga boy ovqat beriladi. Mineral suvlar, ho'l meva va sabzavot sharbatlari ko'p beriladi. Vitamin C, B va P preparatlari tayinlanadi. Qusishga qarshi yalpiz preparatlari, anestezin va novakainning 0,5 % eritmasi osh qoshiqda uch mahal ichiriladi. Me'da 2-3 % li soda eritmasi bilan qayta-qayta yuviladi. Venaga 10%li osh tuzi eritmasi va teri ostiga 1ml, 2,5 %li aminazin yuboriladi. Zaharlanish kuchli bo'lganda qon quyiladi, kortikosteroidlar tavsiya etiladi.

Gemorragiyaga qarshi kaltsiy xloridning 10%li eritmasidan 10ml, natriy xloridning 10%li eritmasidan 10-50 ml, jelatinaning 10%li eritmasidan 10 ml, kaltsiy glyukonatning 10%li eritmasidan 5-10mldan venaga yuboriladi. Gemostatik dozada qayta-qayta qon quyiladi. Mabodo qandaydir asoratlar paydo bo'lsa, antibiotiklar tayinlanadi.

**Profilaktikasi.** Profilaktik chora tadbirlar- tabiiy o'choqlarda kemiruvchilarni yo'qotishga qaratilgan. Shuning bilan birga turar joylarda va ular atroflarida sanitariya-gigiena qoidalariga qat'iy rioya qilishdan iborat. Gemorragik isitma kasalligining kasalxonaga ichi infeksiyasi sifida qayd etilishining oldini olish maqsadida quyidagilarga e'tibor qaratilishi qat'iy talab etiladi:

Etiologiyasidan qat'iy nazar gemorragik isitma kasalligiga chalingan yoki shu kasallikka gumon qilinganlar, hamda kana chaqqanlar yuqumli kasalliklar kasalxonasining (bo'limining) maxsus jihozlangan xonasiga (boksiga) «Epid tashuv» yoki «tez yordam» avtotransportlarida olib kelinib yotqiziladi.

Bemorga tibbiy yordam faqat maxsus tayyorgarlikdan o'tgan vrach va o'rta tibbiyot xodimlari tomonidan beriladi. Kichik tibbiyot xodimlarini bemorga xizmat ko'rsatishi ta'qiqlanadi. Bemor parvarishiga, unga yordam ko'rsatishga oila a'zolari, qarindoshlari va yaqinlarining ishtiroki qat'iy talab etiladi.

Qo'llari jarohatlangan, yiringli jarayonlari bo'lgan tibbiyot xodimlari bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish va parvarish qilish uchun ruxsat etilmaydi.

Bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda va parvarish qilishda tibbiyot xodimlari birinchi tur o'latga qarshi kostyumdan foydalanadi. Qo'llariga ikki juft rezinali qo'lqop ustma-ust kiyilishi, og'iz burunga 4 qavatli doka niqob va ko'zga ko'zoynak taqilishi shart.

Bemorga tibbiy yordam ko'rsatish va parvarish etishda bemorlar qoni bilan ifloslanishdan juda ehtiyot bo'lishi kerak. Tibbiyot xodimlari bemorlarning qoni orqali o'ziga bu kasallikni yuqtirib olishi mumkinligini har soniyada yodlarida tutishlari shart.

Vrach bemorlarni ko'rgandan so'ng, o'rta tibbiyot xodimi muolaja va bemorlar parvarishi bilan shug'ullangandan keyin qo'llarini 3%li xloramin eritmasida ho'llangan sochiq bilan artishi kerak.

Foydalanilgan rezinali qo'lqop, niqob echilib, 3%li xloramin eritmasiga cho'ktirilib, 1 soat davomida saqlanadi, so'ngra yuviladi. Ko'zoynak 70% li etil spirtida ho'llangan bint bilan artiladi. Bemor qoni va boshqa chiqindilari bilan ifloslangan kiyimlari ham 3%li xloramin eritmasida ivitiladi va so'ngra yuviladi.

Bemor chiqindilariga (qon, siydik, najas, qusuq moddalari, so'lagi) xlorli ohak yoki gipoxlorit kaltsiy kukuni (1:2 nisbatda) sepilib aralashtiriladi, 2 soat davomida ekspozitsiya qilinadi va kanalizatsiyaga oqiziladi, kanalizatsiya bo'lmagan taqdirda maxsus xandakka tashlanadi.

Bemor chiqindilari bilan ifloslangan yumshoq jihozlar, tibbiy asbob –uskunalar 3%li xloramin eritmasida yuqumsizlantiriladi, idish– tovoqlar esa 2%li sodali eritmaga solinib, 20 min qaynatiladi. Bemor chiqindilari bilan ifloslangan salftetkalar, paxtali shariklar, bintlar qog'oz va hokazolar maxsus idishga solinib, mufel o'chog'ida yoqib yuboriladi.

Bemorni davolashda va parvarishida ishtirok etgan tibbiyot xodimlari olti kun davomida tibbiy kuzatuvga olinadi.

## UZOQ SHARQ GEMORRAGIK ISITMASI YOKI GEMORRAGIK NEFROZO – NEFRIT

**Etiologiyasi.** Bu isitmani ham arbovirus avlodiga kiradigan virus qo'zg'atadi. Virusning rezervuari mayda kemiruvchi hayvonlardir (sichqonlar va kalamushlar). Kasallik odamlarga kemiruvchilarning ektoparazitlari orqali transmissiv yo'l bilan yuqadi. Kemiruvchilar najasi bilan ifloslangan har xil buyumlar orqali ham yuqishi mumkin (kontakt yo'li), lekin odamga yuqmaydi. Bu kasallik Uzoq Sharq, Koreya, Rossiyaning Yaroslavl, Kalinin va Tula viloyatlarida uchraydi.

**Patogenezi.** Odam organizmiga kirgan viruslar retikulo-endotelial to'qimalariga o'rnanib, shu erda ko'payadi, so'ngra qonga tushadi va butun organizmga tarqaladi. Virusemiya 5-6 kun davom etadi. Organizm virus toksini bilan zaharlanadi. Virus toksini bevosita mayda qon tomirlari va asab tizimiga ta'sir qiladi. Vegetativ asab tizimi parasimpatik qismining funksiyasi kuchayib ketadi. Buyrak qon tomirlari va kapillyarlari zararlanadi, bu o'z navbatida buyrak kanalchalarining torayib, oliguriya boshlanadi. Siydikda silindrlar, eritrotsitlar, oqsil, epiteliy hujayralari paydo bo'ladi. Qonda qoldiq azot miqdori ko'payadi, ba'zi bemorlarda qon bosimi ko'tariladi (buyrakka aloqador gipertoniya).

Bemorning hamma organlaridagi mayda qon tomirlar devorida destruktiv o'zgarishlar yuz beradi. Biriktiruvchi to'qimalar, asab tizimida sitolizga xos o'zgarishlar ko'riladi. Buyrakda intersitsial–gemorragik nefrit alomatlari yuz beradi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 11-26 kun davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanadi. Bemor eti uvishib, harorati 39-40 darajaga ko'tariladi va 3-5 kun davomida shu holda turadi. Bemorning boshi, mushaklari, beli og'riydi, darmoni quriydi. Ishthasi yo'qoladi, ko'ngli aynib, qusadi, ko'zi xiralashadi. Keyin harorat sekin–asta pasayib, kasallikning 4-9 kunlariga borganda normal darajagacha tushadi. Kasallik engil o'tganida harorat ko'tarilmasligi mumkin.

Bemorlar atrofga e'tibor bermay xayol surganday bo'lib yotadi. Bemor tanasining yuqori qismi va yuzi qizargan bo'ladi. Ko'zlari ham qip-qizarib, shilliq pardalari shishib turadi. Kasallikning 2-3kuni ko'krak kafasining yon tomonlari, elkaning ichki tomonida va qo'ltiqqa petexial toshma ko'rinadi. Tanglayda enanema paydo bo'ladi. Toshmalar 1-2

haftadan so'ng yo'qoladi. Ukol qilgan joylarga qon quyilib qoladi. Ba'zan uchuq toshadi. Bemor me'da sohasida og'riq sezadi, ba'zan ketma-ket qusaveradi. Qusuq qon aralash bo'ladi. Bemorni hiqichoq tutishi juda holdan ketkazadi. Bemor tili karash bilan qoplanadi, tomoq shilliq pardasi qizaradi, ba'zan enanema va gemorragiya ko'rinadi. Ichak shilliq pardasi va qorin pardasi orasidagi to'qimalariga qon quyilishi, qorin og'rigiga sabab bo'ladi. Jigar shishadi, og'riydi.

Bu isitmada buyrakning zararlanishi xarakterlidir. Siydikda oqsil va eritrotsitlar topiladi. Kasallikning 5-7 kunlaridan boshlab Pasternatskiy belgisi yaqqol aniqlanadi, siydik kamayib, anuriyagacha boradi. Oliguriya 9-12 kungacha davom etadi, so'ngra poliuriya bilan almashinadi, bemorlar bir kecha-kunduzda 3-5 l gacha siyadi. Shu vaqtda bemorni tashnalik bezovta qiladi. Poliuriya yaxshi alomat hisoblanadi. Tekshi- rishlar buyrakning kontsentrlash funksiyasi buzilganini ko'r- satadi. Qonda qoldiq azot ko'payadi. Ba'zi hollarda bemorning es hushi kirarli– chaqirli bo'lib turadi, galyutsinatsiya, infek- sion psixoz va meningizm alomatlari ko'rinadi. Bemorning ko'zi xiralashadi, buyumlar qizg'ish bo'lib ko'rinadi. Bunday holat 2-3 kun davom etadi. Bu darddan sog'ayish davri 2-3 oyga cho'ziladi.

**Laboratoriyaviy tashxisoti.** Kasallik virusini jo'ja embrionida urchitish yo'li bilan ajratib olish mumkin. Kasallikning ikkinchi haftasidan boshlab KBR musbat natija bera boshlaydi.

Tashxis uchun siydikni tekshirish muhim ahamiyatga ega. Hamma vaqt albuminuriya aniqlanadi. Siydik cho'kmasida eritrotsitlar, gialin va mumsimon silindrlar, buyrak epiteliyasi hujayralari topiladi. Kasallikning birinchi kunlarida gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ko'payadi va

leykotsitlar soni kamayadi. Kasallik avjiga chiqqanida leykotsitoz (30-50 ming) boshlanib, qonda mielotsitlar, promielotsitlar va megaloblastlar paydo bo'ladi. Ba'zan ulkan neyetrofillar ko'rinadi. Sog'ayish davrida yanada qaytadan leykopeniya bo'ladi, limfotsitlar kamayib, monotsitlar ko'payadi, ba'zan gisteotsitlar paydo bo'ladi, eozinofillar yo'qoladi, Tyurk hujayralari topiladi. ECHT boshlanishda sekinlashadi, keyin tezlashadi.

**Davosi.** Buyrak sindromi bilan o'tadigan gemorragik isitmaning davosi boshqa xil gemorragik isitmalar davosi bilan bir xil, agar azotemiya holati yuz bersa, gemodializ yoki peritoneal dializ tavsiya qilinadi. Poliuriya davrida suv – elektrolitlar muvozanatini saqlashga qaratilgan davo choralari qo'llaniladi.

**Profilaktikasi.** Bemor albatta kasalxonaga joylanadi va kasallikning vrach va hamshiralarga yuqmaslik choralariga alohida e'tibor qilinadi. Endemik o'choqlarda kemruvchilarni yo'q qilishga qaratilgan choralar ko'riladi.

## OMSK GEMORRAGIK ISITMASI

Omsk gemorragik isitmasi (OGI)- tabiiy o'choqli o'tkir virusli infeksiya bo'lib, isitma, gemorragik sindrom va asab tizimini zararlanishi bilan tavsiflanadi.

**Etiologiyasi.** OGI ni arbovirus avlodiga kiradigan virus qo'zg'atadi.

**Epidemiologiyasi.** Ondatralar, suv qalamushlari vz boshqa kemiruvchilar, qushlar infeksiya manbadiydir. Kasallik odamga iksoda, gamaz kanali va boshqa turdagi kanalar chaqqanida, odam kasal hayvonlarga qarab turganda, laboratoriya sharoitlarida respirator yo'l bilan yuqadi.

**Patogenezi.** Kasallik kapillyarlar endoteliysi, vegetativ asab tizimi, buyrak usti bezlari va qon yaratuvchi a'zolariga vipyc ta'sir etishi natijasida kelib chiqadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 2-4 kun davom etadi. OGI ning klinikasi QKGI ning klinikasini eslatadi. Lekin OGI da gemorragik ekzantema doimo kuzatilmaydi, me'da-ichak yo'llari va boshqa a'zoldan qon ketishi kam uchraydi. Nerv sistemasi tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar kuchli namoyon bo'ladi. Bemorlarning bir qismida atipik pnevmoniya yoki bronxit kuzatiladi. Isitma 4-5 kundan 12 qungacha davom etishi mumkin. Periferik qonda leykopeniya, neytrofilyoz, trombositopeniya va aneozinofiliya kuzatiladi.

**Tashxis** qo'yish, davolash va profilaktikasi QKGI singari olib boriladi.

## SARIQ ISITMA

Sariq isitma (SI) - pashshalari tarqatadigan tabiiy o'choqli arbovirus infeksiyasi bo'lib, o'tkir isitma, gemorragik sindrom, shok va jigar-buyrak etishmovchiligi bilan kechadigan kasallikdir.

**Etiologiyasi.** SI kasalligini Flaviviridae oilasiga Flavivirus avlodiga mansub bo'lgan, o'zida RNK saqlovchi Flavivirus febricus qo'zg'atadi. Virus odamning ichki organlarini shikastlash qobiliyatiga ega ekanligi inobatga olinib, Viscerophilus tropicus nomini olgan. Virus tashqi muhitga uncha chidamli emas, dezinfektsiyalovchy moddalarning odatdagi konsentratsiyalari ta'sirida bir zumda nobud bo'ladi, Q60°C gacha isitilganda virus o'z faolligini 10 daqiqa davomida yo'qotadi. Virus quritilgan holda +100-110°C da 5 soatgacha tirik saqlanadi, muzlatilgan holda esa bir necha yilgacha o'z faolligini saqlaydi.

**Epidemiologiyasi.** SI kasalligi tipik tabiiy o'choqli yuqumli kasallik hisoblanadi. Kasallikning tabiiy endemik o'choqlari Markaziy va Janubiy Amerika hamda G'arbiy va Markaziy Afrikaning tropik hududlarida joylashgan.

Epidemiologik nuqtai nazardan SI kasalligining ikkita shakli mavjud: birinchisi "jungli" va ikkinchisi "shahar". JSST tasnifiga ko'ra unig oraliq shakli ham mavjud. Kasallikning "jungli" tabiiy o'choqlarida ayrim tur maymunlar, chumolixo'rlar va boshqa bir qator hayvonlar kasallik qo'zg'atuvchisining manbalari hisoblansa, kasallikning "shahar" shaklida bemor odam kasallik qo'zg'atuvchisining manbai bo'lib xizmat qiladi. Oraliq shaklida esa YFV bilan zararlangan maymunlar kasallik qo'zg'atuvchisining manbai hisoblanadi.

SI kasalligi tabiiy sharoitda asosan ayrim tur chivinlar orqali transmissiv yo'l bilan yuqadi. Bemor odam asosan kasallik inkubatsion davrining oxirgi kunlarida va kasallik boshlanishining 3-4 kunlari, ya'ni faol virusemiya davrida kasallik manbai bo'lib xizmat qiladi. Infeksiya odamga

aksariyat hollarda SI kasalligi virusi bilan zararlangan urg'ochi chivinning (*A.aegypti* va h.k.) chaqishi natijasida yuqadi.

Chivinlar odamlarga asosan kunduz kunlari, kamdan-kam hollarda esa tunda hujum qiladi.

Virus bilan zararlangan chivinlar shamolning yo'nalishi bo'yicha 1-1,5 km gacha uchishi va aholi punktlarida SI kasalligining ommaviy tusda qayd etilishiga sabab bo'lishi mumkin.

SI kasalligida virus organizmga jarohatlangan teri va shilliq qavatlar hamda turli parenteral muolajalar orqali yuqadi. Odamlarda SI kasalligiga beriluvchanlik darajasi juda yuqori. Kasallikdan so'ng turg'un immunitet hosil bo'lib, uningdavomiyligi uzoq vaqtgacha (10 yilgacha) saqlanib qoladi.

**Patogenezi.** Kasallik patogenezi jarayonini 5 ta bosqichga (fazaga) bo'lish mumkin: birinchi bosqichda virus organizmga chivin chaqishi natijasida teri orqali tushadi (tabiiy sharoitda), ikkinchi bosqichda virus limfogen yul bilan regionar limfa tugunlarida yig'iladi (bu kasallikning inkubatsion davriga to'g'ri keladi), uchinchi bosqichda virus o'zining pantropililik xususiyatini namoyon qilib, turli organ va sistemalar xujayralariga kirib, ularni shikastlaydi, natijada kasallikning klinik alomatlari paydo bo'ladi.

Kasallikning to'rtinchi bosqichida virus birinchi navbatda kapillyarlar endoteliylarini shikastlab, qon ivish jarayoni buzilishiga va bu holat, o'z navbatida, gemorragik diatez klinikasining kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Gemodinamik buzilishlar va hujayralarning nobud bo'lishi natijasida ichki organlar, ayniqsa, jigar-buyrak etishmovchiligi va kasallikning boshqa klinik alomatlari kelib chiqadi. Kasallikning bu bosqichi og'ir kechib, o'lim holati qayd etiladi. Kasallikning beshinchi bosqichida kasallik alomatlari yo'qolib, tuzalish, ya'ni sog'ayish hamda immunitet paydo bo'lish jarayonlari boshlanadi. Virusning boshqa yo'llar bilan organizmga tushishida ham (jarohatlangan teri va shilliq qavatga virus tushishi natijasida, parenteral muolajalar jarayonida, aerogen yo'l bilan) kasallikning patogenezi, yuqorida ta'kidlanganidek, bosqichma-bosqich rivojlanadi.

**Klinikasi.** Kasallikning yashirin davri odatda 3-6 kun davom etadi, ba'zi hollarda esa bu davr 10-12 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik innaparant shakldan (kasallik klinik alomatlari bilinar-bilinmas kechadi) to og'ir o'tkir shakllargacha namoyon bo'lib, ba'zida o'lim bilan tugaydi.

Kasallikning boshlang'ich davri 3-4 kun davom etadi va bu davr virusemiya jarayoniga to'g'ri keladi. Kasallikning gipertermik davri to'satdan o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati 39,5-40°C gacha ko'tariladi, eti uvishib, qaltiraydi, boshi, beli og'riydi. Aksariyat bemorlarning ko'ngli aynib, qusadi, qusuq ba'zida qon aralash bo'ladi, ba'zi bemorlarda ichning suyuq o'tishi qayd etiladi. Bemorning yuzi, bo'yni va ko'kraging yuqori qismi qizaradi, sklera tomirlarining in'ektsiyasi kuzatilib, ko'zi xuddi quyon ko'ziga o'xshab qizaradi ("quyon ko'z"). Bemor yorug'likka qaray olmaydi, ko'zlaridan tinmay yosh oqadi. Qon tomir urishi tezlashadi, keyinchalik jigar kattalashadi. Boshlang'ich davrining oxirida ko'z oqi va teri sarg'ayadi. Qonda giperbilirubinemiya va fermentlar faolligining oshganligi (de Rittis koeffitsienti 1 dan yuqori) aniqlanadi. Jigarda tarqoq nekroz alomatlari aniqlanadi. Taloq va boshqa a'zolarida ham patologik o'zgarishlar yuz beradi, badanda ba'zan petexiyalar paydo bo'ladi. Bu davr 3-4 kun davom etadi.

Gipertermiya davridan so'ng, remissiya davri boshlanib, bu davr bir necha soatdan 1-1,5 kungacha davom etadi. Bunda harorat tushib, bemorning ahvoli yaxshilanadi. Ba'zan remissiyadan so'ng, bemor sog'ayib ketadi. Kasallikning o'rta va og'ir kechishida, bu qisqa muddatli remissiyadan so'ng, kasallikning reaktiv davri boshlanadi. Bu davr venalardagi staz davri ham deb yuritiladi. Bemorning ahvoli yana yomonlashib, tana harorati ko'tariladi, sariqlik ko'payadi, badanda tarqoq gemorragik diatez alomatlari paydo bo'ladi. Milk qonaydi, bemor qon qusadi. Tomir urishi siyraklashadi. Qon bosimi pasayishda davom etadi. Oliguriya, entsefalit avj oladi. Jigar va buyrak faoliyatida yuz beradigan etishmovchilik jarayoni natijasida bemor ko'pincha kasallikning 7-9 kuni vafot etadi.

Kasalliqda isitma o'rta hisob bilan 8-9 kun davom etadi. Isitma pasayganidan keyin sog'ayish davri boshlanadi. Endemik o'choqlarda yashaydigan mahalliy aholida, kasallik engil ko'rinishda o'tishi mumkin. Ularda sariqlik va gemorragik alomatlari kuzatilmaydi. Shu sababdan bunday bemorlarga klinik tashxis qo'yish qiyin. Endemik o'choqlarda kasallikning engil shakllari ko'proq uchraydi. Bu shaklda uchraydigan kasallik 1-3 kun davomida sog'ayish bilan tugaydi.

SI kasalligi juda engil, engil, o'rta og'ir, og'ir va juda og'ir (tez kechadigan) klinik



shakllariga ajratiladi. Kasallikning juda engil hamda engil shakllari endemik o'choqlarda mahalliy aholi o'rtasida qayd etiladi va bu kasallar kasallik ommaviy tusda qayd etilganida, faqat laboratoriya usuli yordamida tekshirilgandagina aniqlandi. Bu toifa bemorlarda tana harorati uncha yuqori bo'lmaydi va qisqa muddatli ko'tariladi. Bundan tashqari, bemorlarda bosh og'rig'i, ba'zi bemorlarda esa ko'z oqi biroz sarg'ayishi, kuchsiz albuminuriya qayd etiladi, 1-2kundan keyin kasallikning bu alomatlari yo'qolib, bemorda hech qanday asorat qolmasdan, tuzalib ketadi. Muqaddam SI kasalligida o'lim ko'rsatkichi juda yuqori bo'lgan (40-90%). SI kasalligiga qarshi vaktsina qo'llanila boshlanganidan keyin bu ko'rsatkich 5 foizgacha tushgan.

**Tashxisoti.** Kasallikning tashxisi epidemiologik, klinik va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanadi. Bemordan epidemiologik anamnez yig'ilganda, oxirgi 6-12 kun davomida bemorning SI kasalligi bo'yicha endemik hududlarda bo'lganligi, uni chivin chaqqanligi, sariqlik va isitma alomatlari bo'lgan bemorlar bilan muloqotda bo'lganligi surishtiriladi. Kasallikning kechishidagi davriylik, intoksikatsiyaning o'ziga xosligi, sariqlik va isitmalash alomatlari, paypaslaganda jigar hamda taloqning kattalashishi va og'riqli bo'lishi kasallikka tashxis qo'yishda yordam beradi.

Kasallikning laboratoriya tashxisotida virusologik va serologik usullardan foydalaniladi. Qondan virus kasallikning boshlang'ich davrida 3-4 kuni, virusemiya davrida ajratiladi. Serologik tekshirishlar o'tkazish uchun "juft zardob" olinadi, bu maqsadda kasallikning birinchi haftasi oxirida birinchi va 5-7 kun o'tgandan so'ng ikkinchi qon zardobi olinib tekshiriladi (KBR, IFT) usuli va h.k.). Kasallikning boshlang'ich davrida IFA da anti-YFV-IgM aniqlanadi.

**Davosi.** SI kasalligining maxsus davolash usullari ishlab chiqilmagan. Bemor patogenetik davolanadi. Kasallikni davolashda dezintoksikatsion hamda gemostazni korrektsiya qiluvchi dori-darmonlar tayinlanishi kerak. Agar bemorda jigar-buyrak etishmovchiligi rivojlanish xavfi tug'ilsa, unda gemodializ o'tkaziladi.

Ikkilamchi infeksiyaning oldini olish maqsadida bemorga antibiotiklar buyuriladi.

**Profilaktikasi.** SI kasalligining profilaktikasi uch yo'nalishda amalga oshiriladi:  
-chivinlarga qarshi kurash (endemik zonalarda), ya'ni dezinseksiya tadbiri;  
-SI kasalligining chetdan (endemik zonalardan) kirib kelishining oldini olish;  
-immunoprofilaktika o'tkazish.

## MUSTAQIL ISH MAVZULARI

**Virusli gepatit E. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Homiladorlarda VGE ning kechishi.**

Gepatitning bu turi, asosan suv orqali tarqaluvchi maxsus viruslar tomonidan chaqiriladigan o'tkir yuqumli kasallikdir. Ko'proq suv orqali tarqaladigan bo'lganligi uchun keng yoyilib, epidemiyalar berishi mumkin. Asosan kattalar kasallanadi, ayniqsa homilador ayollarda og'ir o'tib, ko'p o'lim beradi.

**Etiologiyasi.** Kasallikni chaqiruvchi gepatit E virusi kalistiviruslar oilasiga mansub. Uning genomi bir zanjirli RNKdan iborat. Kasallikning uchta markeri: virus RNKci, anti HVE IgM, anti HVE IgG mavjud bo'lib, anti HVE IgM tashxisot uchun qo'llaniladi. Ularning tavsifi quyida keltirilgan:

- \* HEVAg - E gepatiti antigeni, qon zardobida sariqlik oldi davrining boshlarida paydo bo'ladi. Ko'pchilik bemorlarning qon zardobida kasallikning 1-2 haftasi davomida saqlanadi. Qon zardobida qisqa muddatda aylangani uchun tashxisiy maqsadlarga qo'llanilmaydi.
- \* IgManti-HEV- E gepatiti IgM sinfiga mansub antitelo, kasallikning o'tkir davridan dalolat beradi va asosiy tashxisiy marker hisoblanadi.
- \* IgGanti-HEV- E gepatiti IgG sinfiga mansub antitelo, kasallikni boshidan o'tqazganligidan dalolat beradi, qonda umrbod saqlanadi.

**Epidemiologiyasi.** GE - rivojlanayotgan mamlakatlarda keng tarqalgan, najas -og'iz mexanizmi orqali yuqadigan virusli infektsiya. Keyingi 30 yil mobaynida Osiyo, Afrika va Markaziy Amerikaning 27 davlatlarida 50 dan ziyod GE epidemiyalari qayd qilingan. O'rta Osiyoda GE ning bir necha katta epidemiyalari: 1955-56 yil va 1984 yil Qirgizistonda, 1984-85 y. Toshauz viloyatida, 1986 yil Qarshida kuzatilgan. GE epidemiyalariga 8-10 yilda qaytarilish xos. Sporadik kasallanish yil

bo'yi uchraydi. Kasallanish mavsumi yoz-kuz oylari. Asosan 15-30 yoshdagilar kasallanadi. Infekstiya tarqalishida najas bilan ifloslangan ichimlik suvi katta rol o'ynaydi. Keyingi o'rinni alimantar yo'l egallaydi, maishiy muloqot yo'li xos emas.

**Klinikasi.** Yashirin davri 14 kundan 60 kungacha, o'rtacha 40 kun bo'ladi. Kasallikning boshlanish davri: kasallikning bu turida ham kasallik sekin-astalik bilan rivojlanadi. Bemor holsizlik, quvvatsizlik, ko'ngil aynish, qusish, ishtaha pasayishi va o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq kabi alomatlariga shikoyat qiladi. Qorindagi og'riq ba'zan kuchli bo'lib, kasallikning birlamchi belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Tana haroratining ko'tarilishi kamdan-kam bo'ladi. Ayrim hollarda siydik va najas rangining o'zgarishi kasallikning birlamchi belgisi bo'lishi mumkin. Bu davrning davomiyligi 1-9 kun, o'rtacha 4 kun bo'ladi. Bu davrning asosiy laborator belgisi - aminotransferazalarning oshishidir.

**Avj olgan davri.** Teri va shilliq qavatlarining sarg'ayish darajasi 2-3 kun (ba'zan 10 kungacha) ortib boradi. Xuddi V gepatitdagiga o'xshab, bunda ham kasallikning boshlang'ich davridagi alomatlar sariqlik davrida ham davom etishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda holsizlik, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi kabi belgilar kuzatiladi. Qusish oldingi davridagiga nisbatan kam bo'ladi. Tana haroratining oshishi, badan qichishi juda kam uchraydi. Qorin og'rig'i (ayniqsa, o'ng qovurg'a ostida) 5-6 kun davom etadi. Bu davrning asosiy belgilaridan bo'lib qolishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda jigar anchagina (3-6 yoshgacha) kattalashgan, kattiqligi ortgan va og'riqli bo'ladi. Taloqning kattalashuvi faqat 25% kasallarda kuzatiladi. Umumiy zaharlanish belgilari ko'pchilikda kuchsiz bo'lib, 3-6 kun davom etadi. Ammo quvvatsizlik ancha vaqtgacha sezilib turadi. Ko'pchilik hollarda sariqlik 1-3 hafta o'rtacha ikki hafta davom etadi. Ayrim bemorlarda sariqlik uzoq (4-6 kun) davom etib, gepatitning xolestatik turiga xos barcha belgilar namoyon bo'ladi.

Gepatitning bu turi asosan engil va o'rta og'irlikda kechadi. Homilador ayollarda esa, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida juda og'ir kechib, ko'pchilik hollatlarda (4%) o'lim bilan tugaydi. Homilador ayollarda kasallikning engil kechishi faqat 3,9% da, og'ir kechishi esa 28,2% da kuzatiladi. Xastalikning og'ir kechishi homiladorlikning ikkinchi yarmi, bevosita tug'ruqdan keyingi davr, hamda ayollarning emizikli davrlarida kuzatiladi. Ko'pincha sariqlik davrining 4-6 kunlarida bemor ayolning ahvoli og'irlashib, nihoyatda holsizlanadi, ko'ngil aynib, tez-tez qusadi. Bemorning yurak urishi susayib, tomir urishi tezlashadi. Jigar yumshoqlanib, hajmi kichrayib ketadi. Bemor og'izdan jigarning hidi keskin sezilib turadi. Bemor ayollarda tug'ruq (chala tug'ish yoki bola tashlash) sodir bo'lganda ham 1-3 chi kunida kasallikning kechishi keskin og'irlashadi.

Kasallik og'ir kechganda bemorlarning deyarli yarmida buyrak faoliyatining o'tkir buzilishini alomatlari kuzatiladi. Kasallikning halokatli kechishida anuriya rivojlanishi mumkin. Bemor siydigida qon (gematuriya) bo'lishi bu tur gepatitning og'ir kechishining asosiy belgilaridan hisoblanadi.

Gepatit Ening yana bir og'ir asorati gemorragik sindrom bo'lib, bunda bemorning burnidan, og'zidan, ichagidan, bachadonidan ko'p (bir necha litrgacha) qon ketib, o'limga sabab bo'lishi mumkin. Gepatitning bu turida o'lim 0,4 % ni tashkil qiladi. Qondagi biokimyoviy o'zgarishlar kasallik engil va o'rta og'irlikda kechganda, yuqorida aytganimizdek A va V gepatitlaridan farqlanmaydi. Timol ko'rsatgichi hamda  $\beta$ - lipoproteidlarning ortishi juda kam bo'ladi. Kasallik og'ir kechganda esa keskin giperbilirubinemiya (bilirubinning ikkala fraktsiyasi ham ortadi) va giperfermentemiya kuzatiladi.  $\beta$ -lipoproteidlarning va ayniqsa sulema ko'rsatkichi keskin kamayadi (1,4-1,2 ml gacha). Biokimyoviy o'zgarishlarning me'yorlashuvi juda sekin boradi.

**Amebiyaz. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi. Salmonellez. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi.**

Amyobiaz amyobalar qo'zg'atadigan bemorning yo'g'on ichagida yaralar paydo bo'lishi za ba'zi turli organlarda absstesslar rivojlanishi bilan ta'riflanadigan va ko'pincha surunkali davom etadigan kasallikdir.

Tarixiy ma'lumotlar. Amyobiazni qo'zg'atadigan amyobani 1875 yilda peterburglik olim

Lesh topgan. 1903 yilda F. Shaudich bu amyobani batafsil o'rgandi va uni entamoeba histolytica nomi bilan adabiyotda yoritdi. 1922 yilda bu kasallikni davolashda yuqori samara bilan emetin deb ataladigan dori ishlatila boshlandi.

**Etiologiyasi.** Entamoeba histolytica oddiy jonivorlar guruhiga kiradi va uning uch xil shakli bor:

- 1. Vegetativ shakli (forma magna). By katta (50 mkm boradi) va harakatchan bo'lib, bemor axlati bilan tashqariga chiqariladi. Eritrostitlarni yutadi. Uning plazmasida eritrostitlar ko'rinadi.

- 2. Oraliq shakli (forma minuta) — kichikroq amyoba bo'lib, kam harakat qiladi, eritrostitlarni yuta olmaydi, U amyobiazdan sog'ayayotgan bemorlar axlati orqali chiqariladi.

3. Ent. histolytica ning tuxumi. U dumaloq va oval shaklida bo'lib, 1—4 yadrosi bo'ladi. Ular amyobiazdan sog'ayayotgan bemorlar va tuxum tashib yuruvchilar axlatida bo'ladi.

Sog'lom kishilar ichagida uchraydigan va kasallik chaqirmaydigan ent. coli enthistoeytica dan kichik bo'ladi va ektoplazma va endoplazmalarining chegarasi yaqqol ko'rinadi, yutilgan eritrostitlar uchramaydi va oraliq formalari quritilganda, 40 daraja issiqlikda, har turli dezinfekstiyalovchi moddalar ta'sirida tezda halok bo'ladi. Ent. histolytica ning tuxumlari ancha chidamli, 0-5 daraja sovuqda bir oygacha tirik saqlanadi. Ular har turli dezinfekstiyalovchi moddalar ta'sirida ham bir necha soat-gacha tirik saqlanadi. Vodoprovod suviga qo'shilgan xlor unga ta'sir qilmaydi.

**Epidemiologiyasi.** Amyobiaz ham boshqa ichak yuqumli kasalliklariga o'xshash yo'llar bilan yuqadi va tarqaladi. Bemor yoki tuxum tashib yuruvchilar axlati orqali tashqariga chiqarilgan Ent. histolytica tuxumlari sanitariya va gigiena qoidalari buzilgan sharoitda osongina suv, oziq-ovqat, turli buyumlar va qo'l orqali sog'lom odamlarga og'iz orqali yuqadi. Amyobiazning tarqalishida pashshalarning roli ham katta. Issiq iqlimli joylarda, jumladan O'rta Osiyoda amyobiazning tarqalishiga sharoit qulay. Ayniqsa yoz-kuz vaqtlarida ariq suvini ko'p ichish, ho'l meva, sabzavotlar ko'p iste'mol qilish bu kasallikning tarqalishiga sabab bo'ladi.

**Patogenezi.** Og'iz orqali kirgan amyoba stistasidan yo'g'on ichakda to'rt yadroli amyoba chiqadi va u ichakda va liberkyun bezlarida ko'paya boshlaydi va proteolitik ferment (shilliq parda to'qi-masini emiradigan modda) chiqaradi. Halok bo'lgan to'qima parchalari va chiqariladigan shilimshiq modda liberkyun bezlarining bo'shlig'ida yig'iladi va natijada bezning o'rnida kichkina absstess paydo bo'ladi. Keyinchalik mayda absstesschalar rivojlanib bir-birlari bilan qo'shib katta bo'ladi. U ichakning muskul qavatigacha chuqurlashib boradi. Absstess yorilganda uning ichidagi patos ichakka tushadi va chuqur yara hosil bo'ladi. Ana shu patofologik o'zgarishlar asosan ko'r ichakda, S ga o'xshash ichakda, kamdan-kam to'g'ri ichakda yuz beradi. Ichakdagi yaralarning tubi sariq-yashil rangda bo'lib, chetlari notekis va qizil bo'ladi. Yaralardan oqib chiqadigan qon aralash shilimshiq moddada ko'p miqdorda amyobalar bo'ladi. Yo'g'on ichak shilliq pardasi qisman shishgan bo'ladi. Ba'zi yaralarning bita boshlagani va yamoq hosil bo'layotgani ko'rinadi. Ba'zi hollarda ana shu absstess va yaralardan amyoba va boshqa mikroorganizmlar jigar vena tomiri orqali jigarga tushib absstess paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

**Klinikasi.** Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ekspert qo'mi-tasining tavsiyasiga ko'ra amyobiazning asosan 3 xili ajratiladi:

Ichak amyobiazida inkubatsion davr 20-30 kun davom etadi. Kasallik ko'pincha sekin-asta boshlanib, bemorning qorni og'rib bir kunda 3sr-4 marta suyuq ichi ketadi. Keyin qorip qattiq-roq og'riydi, ketma-ket kuchaniq bezovta qiladi, axlatda shilimshiq, yiring va qon ko'rinadi. Ma'lum vaqt o'tgach axlat asosan qon aralash shilimshiqdan iborat bo'ladi. Bemorning axlati xuddi malinadan qilingan quyuq murabboga o'xshaydi. Bemorning darmoni qurib ishtahasi bo'g'iladi. Lekin harorati normal bo'ladi. Yo'g'on ichak paypaslanganda bemor og'riq sezadi. Ko'pincha amyobiazni boshlanishidagi belgilari o'z-o'zidan kamayib bemorning ahvoli bir oz tuzaladi va kasallik surunkali formaga o'tadi.

Amyobiazning xronik formasiga kasallik belgilarining vaqti-vaqti bilan zo'riqib va qaytalanib turishi (restidiv) xarakterlidir. Bemorlarning goho-goho qorni dam bo'lib og'riydi, quldirab turadi. Dam ichi ketadi, dam qabziyat bezovta qiladi. Axlatda vaqti-vaqti bilan shilimshiq va qon ko'rinadi. Kasallik turli muddat oralab zo'riqib va qaytalanib turadi. Zo'riqish ba'zan aralash-quralash har xil ovqatlarni iste'mol qilish oqibatida yuz beradi. Boshqa vaqtlarda surunkali amyobiaz sa-babsiz

zo'riqishi ham mumkin.

Surunkali amyobiaz ba'zan bemorni kam bezovta qiladi. Bosh-qa bemorlarda esa kasallik og'ir o'tadi, bemor azob chekadi, ozib ketadi, kamqonlik yuz beradi va boshqa organlarning faoliyati ham buziladi.

**Asoratlari.** Ba'zan amyobiaz bilan og'rigan bemorlarda gepa-tit gepatolestistit va jigar absstessi paydo bo'ladi, boshqacha aytganda amyobiazning ichakdan tashqarigi xili rivojlanadi. Bunday hollarda odatda harorat ko'tariladi. Ba'zan bu asoratlar amyobiaz simptomlari ko'rinmagan vaqtda ham paydo bo'lishi mumkin. Jigar absstessi ko'pincha uning o'ng bo'lagida paydo bo'ladi. Ba'zan bir necha absstess paydo bo'lishi mumkin. Jigar absstessi o'z vaqtida davolanmasa yoriladi va peritonit rivojlanadi. Surunkali amyobiaz bilan og'rigan bemorda ba'zan ichak perforastiyasi va o'pka absstessi paydo bo'ladi. Nihoyat bemorning oraliq sohasi (promejnost) terisida yaralar paydo bo'ladi va amyobiazning teri hili rivojlanadi.

**Diagnostikasi.** Amyobiazda ham asosiy patologik o'zgarishlar xuddi bakteriyalar qo'zg'atadigan dizenteriyaga o'xshash yo'g'on ichakda yuz beradi. Shu tufayli bu ikkala kasallikni bir-biri-dan farqlash juda muhim. Avvalo amyobiazda kolitik sindrom deyarli intoksikasiyasiz o'tadi.

Bakterial dizenteriyada esa harorat ko'tarilib, intoksi-kastiya alomatlari paydo bo'ladi va so'ngra kolitik sindrom be-zovta qila boshlaydi. Amyobiaz boshlanganda asosan yo'g'on ichakning o'ng tomoni zararlanadi, bakterial dizenteriyada-uning chap tomoni ya'ni yo'g'on ichakning distal qismida o'zgarishlar yuz beradi. Amyobiazda remissiya (kasallik simptomlari vaqtincha ko'rinmaydigan davri) uzoq cho'zilishi mumkin, bakterial dizenteriyada u ancha qisqa bo'ladi.

Bemor axlatini mikroskop ostida tekshirilganda makrofag, plazmatik hujayralar va ayniqsa eozinofillarning ko'payganligi (70 foizgacha) aniqlanadi. Bundan tashqari ko'pincha Sharko-Leyden kristallari ko'rinadi

Nihoyat bemor axlatida ent. histolytica topiladi. Bemor axlatida ko'p miqdorda eozinofillarning va Sharko-Leyden kristallari topilishi hatto amyoba topilmagan hollarda ham amyobiaz diagnozi uchun kifoyadir. Rektoskop bilan tekshirilganda amyobiazda yo'g'on ichakdagi yaralar orasida shilliq parda kam o'zgartirgan bo'ladi. Bakterial dizenteriyada esa shilliq parda yallig'langani aniqlanadi. Bemorning ichi kelgan zahoti uning axlatini olib tekshirilganda ko'pincha amyoba topiladi. Ba'zan amyobani topish uchun bir necha marta tekshirish kerak bo'ladi. Amyobani topish uchun ba'zan rektoskop yordamida yo'g'on ichak shilliq pardasidan shilimshiq olib tekshiriladi. Amyoba topilganda amyobiaz diagnozi shak-shubhasiz bo'ladi. Umuman ich ketish kasalligi surunkali tus olganda albatta bemor ichagida amyoba bor yoki yo'qligini aniqlash kerak. Amyobaning vegetativ formasi tashqi muhitda tezda o'zgaradi va halok bo'ladi. Shuning uchun bemorning ichi kelgandan keyin o'sha zahoti tekshirish kerak, faqat amyobaning vegetativ formasi topilgandagina amyobiaz diagnozi aniq bo'ladi. Bemor axlatida amyoba stistasining topilishi amyobiaz diagnozi uchun asos bo'lolmaydi.

Balantidiazning klinikasi ham, bemor yo'g'on ichakdagi o'zgarishlar ham xuddi amyobiazga o'xilash bo'ladi. Ularni faqat bemor axlatini mikroskop ostida tekshirilgandagina bir-biridan farqlash mumkin.

**Prognosi.** Issiq iqlimli mamlakatlarda amyobiazdan o'lish hollari 2-8 foizni tashkil qiladi. Amyobiaz surunkali kasallik bo'lganligi sababli ba'zi hollarda bemor juda oriqlab ketadi (kaxeksiya) va pirovardida halok bo'ladi. Jigar absstessi ham ba'zan bemorning o'limiga sabab bo'ladi.

**Davosi.** Amyobiazni davolashda qo'llaniladigan dorilarni uch guruhga bo'lish mumkin: a) amyobaning oraliq shaklini halok qiladigan dorilar: yatren va diyodoxin. Bu dorilar surunkali ichak amyobiazining remissiya vaqtida va amyoba tuxumlarini tashib yuruvchilarni davolashda qo'llaniladi. Yatren 10 kun davomida 0,5 g dan 3 mahal beriladi. Zaruriyat bo'lganda 10 kun o'tgach davolash kursini daytarysh mumkin. Shu bilan bir vaqtda yatrendan klizma qilish ham mumkin (1-2 g yatren bir stakan iliq suvga solinadi).

b) Ichak shilliq pardasi va boshqa to'qimalarda (masalan jigarda) joylashgan amyobalarga ta'sir qiladigan dorilar: emetin, degidroemetin, ambilgar (nirizadil, nitrotamid azol). Emetin (solyanokislly emetin) 5-6 kun davomida bemorning muskuli orasiga yoki terisi ostiga yuboriladi (bemorning har kilogramm og'irligiga 1 mg dan emetin hisobida). Zarurat bo'lganda emetin bilan davolash kursini

45 kun o'tgach Qaytarish mumkin. Emetin bilan davolaganda qayt qilish, mialgiya, nevrit, miokardning zararlanishi kabi qo'shimcha belgilar paydo bo'lishi mumkin.

Degidroemetin 10 kun davomida bemor muskuli orasig1a yoki terisi ostiga yuboriladi (bemorning har bir kilogramm og'ir-ligiga 1,5 mg degidroemetin hisobida). Degidroemetin emetinga nisbatan 6 marta kuchli ta'sir qiladi.

Ambilgar degidroemetindan ham kuchlidir. Bemorga 7-10 kun davomida og'iz orqali beriladi (bemorning har bir kilo-gramm og'irligiga 25 mg. dori hisobidan). Ambilgar bilan da-volanganda bemorni boshi og'rishi, ba'zan uniig asabi va ruhida ba'zi bir o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Bu dori faqat vrach nazoratida qo'llaniladi.

Jigar amyobiazida xingamin (delagil, arolen, xloroxin) ish-latiladi. Xingamin ichakdan shimilib qonga o'tadi va so'ngra jigarda to'planadi. Davolash 3 hafta davom etadi. Birinchi hafta davomida bemor har kuni 0,75 grammdan xingamin qabul qiladi, ikkinchi haf!a davomida 0,5 dan va uchinchi haftada 0,25 dan qabul qiladi;

v) Amyobiazning hamma formalarida ishlatiladigan va universal ta'sir qiladigan dorilar: metronidazol, fazijin, furamid. Ichak amyobiazi bilan og'rigan bemorga metro-nidazol 5 kun davomida 0,4 grammdan 3 mahal beriladi. Ichakdan tashqari boshqa a'zolarida joylashgan amyobiazda metronidazol 2 kun 0,8 dan 3 mahal va so'ngra 4 kun davomida 0,4 gr dan 3 mahal beriladi.

Fazijin va furamid ham metronidazol kabi ichak amyobiazi va nchakdan tashqari joylashgan amyobiazda ishlatiladi. Furamid amyobnaz yuqish xavfi bo'lgan sharoitda profilaktika maqsadida ham tilatiladi (har kuni 2 tabletkadan qabul qilinadi).

Amyobiazni davolashda keng spektrda ta'sir qiladigan anti-bnotiklar ham qo'llaniladi. Bu antibiotiklar amyobalarga emas, balki ichak mikroflorasiga ta'sir qilib, ularning o'zaro mutatosibligini ta'minlaydi. Bemorga oqsil moddalarga boy, yuqori kaloriyali va vita-minlari (S, V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>6</sub>) ko'p ovqat beriladi. Jigar, miya va boshqa organlarda absstess yuz berganda amyobaga qarshi dorilardan tash-qari operastiya' ham qilinadi. Teri amyobiaziga yatrendan tayyor-langani malham ishlatiladi.

**Profilaktikasi.** Amyobiazning profilaktikasi xuddi bakte-riyalar qo'zg'atgan dizenteriyadagiga o'xshash asosan umumiy sani-tariya va shaxsim gigiena qoidalariga qattiq rioya qilishga qaratilgan. Aholi orasida tushuntirish va targ'ibot ishlari va binobarin kishilarning sanitariya va gigiena jihatidan madaniyatini ko'tarish muhim ahamiyatga egadir.

Kasalxona sharoitida davolangan bemorlarni faqat qayta-qayta bakterioskopik tekshirish o'tkazib, ularning ichaklarida amyoba yo'qligiga nshonch hosil qilingandan so'nggina uylariga jo'natish mumkin.

### **Citomegalovirusli infekstiyalar. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Homiladorlarda SMV infekstiyaning kechishi.**

Sitomegalovirusli infeksiya -keng tarqalgan virusli infeksiya bo'lib, har xil ko'rinishda ya'ni simptomsiz kechishdan og'ir tarqalgan shakllargacha ifodalanib, ichki a'zolar va MATning zararlanishi bilan tavsiflanadi.

**Etiologiyasi.** Kasallik qo'zg'atuvchi herpes oilasiga mansub virusdir. Virion diametri 180 nm atrofida bo'lib, tarkibida DNK saqlaydi. Virus ta'sirida normal hujayralar diametri 25-40 mkmga teng sitomegalik hujayralarga aylanadi. Virusning alohida shtammlari orasida antigenlik tafovut bo'lib, herpes guruhiga mansub barcha viruslarga xos umumiy xususiyatlarga ega.

**Epidemiologiyasi.** Infeksiya manbai va rezervuari faqat odam hisoblanadi. Virus so'lak, ona suti, siydik, najas, shahvat suyuqligi, bachadon bo'ynining sekretida bo'lishi mumkin. Yuqish yo'llari bo'lib havo-tomchi, muloqot, jinsiy yo'l, transplatsentar hisoblanadi. Katta yoshdagi odamlarning 50-80%ida spetsifik antitelolarning topilishi sitomegalovirusli infekstiyaning keng tarqalganligini ko'rsatadi. Zararlangan odam butun umri davomida virus tashuvchi bo'lib qoladi, bu virusning latent persistentsiyalanishi bilan bog'liq. Homila ona qorni ichida zararlanishida virus transplatsentar yo'l bilan o'tishi mumkin.

**Patogenezi.** Infeksiyaning yuqishi mexanizmi, asosan uning kirish yo'llari: yuqori nafas yo'llari, ovqat hazm qilish va jinsiy a'zolarining shillik pardasi holati patologik jarayonni belgilab beradi.

Infeksiyaning kirish darvozalarida biror o'zgarish aniqlanmaydi. Virus so'lak bezlari to'qimasiga nisbatan tropizm xususiyatiga ega va kasallikning lokal shakllarida shu bezlarda joylashadi. Virus organizmning butun hayoti davomida persistentsiyalanadi. Infeksiyaning birlamchi kirishiga javo-ban organizm immun jihatdan qayta quriladi. Latent sitomegalovirusli infeksiyasi bor homilador ayollarda homila hamma vaqt ham zararlanmaydi. Homila zararlanishi uchun ayolda latent infeksiya qo'zib, virusemiya rivojlanishi talab etiladi. Homiladorlik davrida ayolning infitsirlanishi yuzaga kelganda homilaning zararlanish xavfi oshadi, lekin bunday infitsirlanib, immunitet hosil qilgan ayolga nisbatan virusemiya fazasida infeksiyaning homilaga o'tishi osonroq kechadi.

**Klinikasi.** Turg'unlik davr aniqlanmagan, chunki sitomegalovirusli infeksiya latent ko'rinishda kechadi, kasal-likning yaqqol ifodalangan klinik belgilari esa ma'lum bir turtki omil ta'sirida rivojlanadi. Sitomegalovirusli infeksiyalarning quyidagi klinik shakllarga ajratish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Sog'lom odamlarda qon zardobida antitelolar borligi sitomegalovirusli infeksiyaning keng tarqalganligini ko'rsatadi. Masalan, umumiy tekshirilganlardan antitelo- larning topilishi 63-68% hollarda donorlarda aniqlandi.

Latent sitomegalovirusli infeksiya bemorning butun umri mobaynida davom etib, klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi. Biroq, ma'lum sabablar ta'sirida kasallikning manifest shakliga aylanadi. Ko'pincha sitomegalovirusli infeksiyaning birlamchi latent shakli ko'prok kelib chiqadi, lekin infitsirlanganlarning bir qismida kasallik o'tkir fazada kechib, keyinchalik unda klinik belgilarning susayishi va ikkilamchi latent sitomegaliya kelib chiqishi xarakterli.

Orttirilgan sitomegaliyaning o'tkir shakli o'zini klinik belgilari bilan infeksiyon mononukleozni eslatadi. Turg'unlik davri 20-60 kun, kasallikning davomiyligi 2-6 hafta, kasallikda quyidagi klinik belgilar kuzatiladi: tana haroratining ko'tarilishi (bunda harorat egri chizig'i noto'g'ri), intoksikatsiya alomatlari, ya'ni qaltirash, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, mushaklarda og'riqlar, taloq kattalashishi mumkin. Periferik qonda nisbiy limfotsitoz, atipik mononuklear hujayralar 10% dan ortiq oshgan bo'ladi, bunda leykotsitlar me'yorida, pasaygan, kam xollardagina bir oz oshadi. Infeksiyon mononukleozdan farq qilib, kasallikda tonzillit va tarqoq limfadenopatiya bo'lmaydi.

Tug'ma sitomegalovirusli infeksiya. Homilaning zararlanishi xarakteri boshqa kasalliklardagi singari infitsirlanish muddatiga bog'liq. Homiladorlikning erta davrida homilaning infitsirlanishi uning o'limi yoki spontan abortlariga olib keladi. Agar infitsirlanish homila-dorlikning 1-3 oyligida yuz bersa, sitomegalovirus terotegen ta'sir etishi mumkin. Homiladorlikning kechki muddatlarida infeksiya yuqqanda, bola rivojlanishi nuqsonlarsiz, lekin tug'ma sitomegaliya bilan dunyoga keladi. Albatta, kasallik simptomlari bola hayotining birinchi kunlaridayok rivojlansa, buni tug'ma sitomegaliya deyishga asos bo'ladi. Ko'p hollarda chaqaloqlar tug'ruq vaqtida zararlanadi. Tug'ma sitomegaliya uchun xarakterli belgilar: hayotining birinchi kunlaridan boshlab teri qoplamalarining sarg'ayishi, gemorragik toshmalar toshishi, trombogemorragik sindrom, trombositlar miqdorining kamayishi, progressiyalanuvchi anemiya, retikulotsitlar miqdorining oshishi, shilliq pardalarga qon quyilishi, kindikdan qon ketish, kamdan-kam hollarda bosh miyaga va boshqa organlarga qon quyilishi, trombositlar miqdori ma'lum darajada kamayadi. Jigar va taloqning kattalashishi 1 yilgacha, gemorragik sindrom va trombositopeniya 2-3 haftagacha saqlanadi. 1-2 hafta davomida sariqlik darajasi oshib, so'ngra asta-sekin, ba'zan to'lqinsimon 2-6 oy mobaynida pasayadi. Bundan tashqari, qon zardobida fermentlar (aminotransferaza, ishqoriy fosfataza) faolligi oshib, jigar biopstatida xarakterli sitomegalik hujayralar topiladi. Tug'ma sitomegaliyada ko'pincha entsefalit rivojlanadi.

**Tashxisoti.** Sitomegaliyaning tashxisoti asosan, qon zardobida antitelolar titrining 4 marotaba oshishi va klinik materialdan virusning ajratilishi bilan tasdiqlanadi. Virusologik metod qiyinchiliklar tug'dirgani uchun amaliyotga polimeraz zanjirli reaksiya yordamida antitelolarni topish uchun RSK, RNGA, immunofluoresentsiya reaksiyalari va qattiq fazali immunoferment tahlili qo'llaniladi.

**Davosi.** Etiotrop davo maqsadida boshqa kasalliklarda ishlatiladigan gerpesga qarshi preparatlar (asiklovir, ribavirin)ning effekti bo'lmadi. Simeven v/i 5 mg/kg 1 soat mobaynida

kuniga 2 mahal 14-21 kun, keyin esa 1 hafta mobaynida 1 marta buyuriladi. Sitotekt 2 ml/kg kunora v/i klinik belgilari yo'qolguncha tavsia etiladi.

**Profilaktikasi.** Kasallikning oldini olish asosini latent kechuvchi kasallarni vaqtli aniqlash va ularni davolash hamda xalqqa yuqish yo'llarini tushuntirib, ularni bartaraf qilish yo'llarini o'rgatishdir. Bu kasallik urogenetal infeksiyalar jumlasiga kirishini inobatga OIV-infeksiyasi profilaktikasidek amalga oshiriladi.

**Streptokokk infektsiyasi (saramas, skarlatina, anginlar). Qo'zg'atuvchining xususiyatlari. Infektsiya manbai. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Parhez va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorlarni parvarishlash. Profilaktikasi.**

### SKARLATINA

Skarlatina - streptokokkli infektsiyalarning bir ko'rinishi bo'lib, gemolitik streptokokk eritrogen toksini ta'sirida mahalliy yallig'lanish reaksiyasi, umumiy zaharlanish, yuqori isitma, mayda nuktali toshma toshishi, angina, taxikardiya, terining qipiqanishi kabi o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Skarlatina qo'zg'atuvchisi A guruhli V-gemolitik streptokokklar turiga mansub. A guruhiga kuruvchi streptokokklar M va T antigenlariga qarab 55 ta serotipiga bo'linadi. V- gemolitik streptokokk hamma serotiplariga xos termotabil eritrogen toksin (Dika toksini) va antigen substansiyalari saqlaydi.

Skarlatinani qo'zg'atishda asosan 5-6 ta serotiplar asosiy rolni o'ynaydi. Ular asosan penistillin, tetrastiklin, eritromistin, levomistinga sezgir. Stafilokokklarga qarshi o'laroq streptokokklar penstilizina ishlab chiqarmaydi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai faqat streptokokkli infektsiya bilan kasallangan bemorlar (skarlatina, angina, saramas) va bakteriya tashuvchi sog'lom odamlar bo'lib hisoblanadi. Atrof-muhit uchun skarlatina bilan og'rikan bemorlar kasallikning birinchi kuni juda xavfli hisoblanadi, sog'ayish davrida esa bakteriyalarni atrof muhitga 3-5 barobar kam ajratadilar. Mikroblar bakteriya tashuvchilarda kasallikning birinchi kunidagiga qaraganda 100 barobar kamroq ajralib chiqadi.

Skarlatinada yuqish yo'li havo tomchi orqali bo'lib, infektsiya faqat juda yaqin masofada bo'lgandagina yuqadi, ya'ni bir palata yoki xonadagilarga yuqishi va qo'shni xonadagilarga skarlatina tarqalmasligi mumkin.

Skarlatina qo'zg'atuvchilari tashqi muhitda uzoq yashashiga qaramasdan u o'zining virulentligini tezda yo'qotadi. Ba'zi hollarda uy jihozlari, o'yinchoqlar orqali ham tarqalishi mumkin. Juda kam hollarda skarlatina og'iz orqali ya'ni sut va sut mahsulotlaridan yuqishi mumkin.

Chaqaloqlar va bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'zining fiziologik kuchining tuzilishi yuqoriligi tufayli ularga streptokokklar toksini juda ham sust ta'sir qilib, boshqa xildagi streptokokkli kasalliklar sifatida o'tishi mumkin. Ko'pincha 1-9 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi.

Mavsumiylik havo sovushi bilan kasallik ortib boradi, asosan oktyabr yanvar oylarida uchraydi.

**Patogenezi.** Patogenezida 3 ta komponent (infektsion, toksik, allergik) etakchi vazifani bajaradi. Kasallik rivojlanishida organizmda toksinga qarshi (antitoksik) yoki mikrobg qarshi (antibakterial) immunitet borligi katta ahamiyatga ega. Agarda organizmda antitoksik va antibakterial immunitet bo'lmasa skarlatina bilan kasallanadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 1-12 kun (o'rtacha 7-8 kun). Kasallik o'tkir, tana haroratining ko'tarilishi va ba'zida et uvishishi, qaltirash bilan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashib, ba'zida qusish kuzatiladi, yutingan vaqtda tomog'ida og'riq paydo bo'ladi, skarlatinaning dastlabki simptomlari bu angina bo'lib xizmat qiladi. Bodomcha bezlari kattalashib shishadi va qizaradi, yumshoq tanglay qizaradi va u qattiq tanglay sohasidan aniq chegaralanib turadi. Qattiq tanglayda ochiq qizg'ish rangli nuqtalar paydo bo'ladi. Bular bilan birgalikda mahalliy limfa tugunlari ham kattalashadi va paypaslab ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Tili karashlangan, til uchi qizg'ish holda yuzi bir oz shishgan bo'ladi. 1-2 kunda kasallik juda avj oladi. Tana harorati juda yuqori ko'tariladi, bodomcha bezlarida follikulyar yiringli o'choqlar paydo bo'ladi.

Skarlatinada toshmalar kasallikning birinchi kunidan ba'zida esa ikkinchi kuni bir necha soat ichida butun tana sohasida birdaniga paydo bo'ladi. Morfologik jihatdan toshmalar mayda nuqtali giperemiya asosida, bo'ladi. Toshma elementlari 1-2 mm ga teng mayda nuqtali rozeola bo'lib, qizg'ish rangda bo'ladi. Skarlatina toshmasining joylashishi o'ziga xos xarakterga ega. Toshma asosan bo'yin terisi, tananing yuqori qismida paydo bo'lib, tezda tananing quyi qismi va qo'llarida tez taraqaladi, toshmalar asosan qo'lتيq osti, bilak, tizza burmalarida juda quyuq joylashgan bo'ladi. Yuzi va yanoqlarida toshmalar uncha yaqqol ko'zga tashlanadi, lekin yuzi qizg'ish rangda bo'ladi, burun lab uchburchagi toshmasiz oq rangda ko'zga tashlanib turadi (17-rasm).

Bo'yin, bilak, chov, tizza burmalarida bosgan vaqtda yo'qolmaydigan, asosan tomirlarning mo'rtlashganligi tufayli hosil bo'ladigan, mayda petexiyalar paydo bo'lib, ko'kimtir yo'laklar hosil qiladi (simptom Pastiya).

Skarlatinada toshmalar: 1.Miliar–mayda 1 mm ga teng pufakcha shaklida, 2.Rozeola–yoki nuqtasimon, 3. Gemorragik holda ham bo'lishi mumkin.

Skarlatinada toshmalar miliar yoki nuqtasimon tavsifli bo'lib, 1-3 kunlari ochiq qizg'ich rangda saqlanib keyin oqara boshlaydi va 8-10 kunida yo'qoladi. 5-6 kuni tana harorati me'yorlashib, bir vaqtda tomoq va til ham o'zgaradi, til birinchi kunlari quyuq qarashlagan bo'lib, 2-3 kunlari toza bo'la boshlaydi, 4 kuni xarakterli tus oladi. Ochiq qizg'ish rangda bo'lib, yuzasidan so'rg'ichlar bo'rtib turadi (malinasimon rangli til) va 10-12 kun ushlanadi. Bodomcha bezlari juda sekin o'zgarib boradi.

Toshmalar yo'qolgandan so'ng terining ko'chishi boshlanadi. Toshma qanchalik quyuq va ko'rinarli bo'lsa, teri ko'chishi shuncha rivojlangan bo'ladi. Yuz va bo'yin, tanada qipiq holda bo'lsa, qo'llarda tangasimon bo'ladi, katta tangasimon teri ko'chishlari ko'proq uchrab, ular asosan tirnoq atrofidan boshlanadi.

Kasallik avj olish davrida periferik qonda EChTning tezlashishi, leykostitoz, neytrofilyoz, eozinofiliya, siydigida esa oqsil, eritrostitlar kuzatiladi. Skarlatinaning tasnifi uning kechishi va og'irligiga qarab belgilanadi.

Tashxisoti. Asosan klinik, epidemiologik, bakteriologik va immunologik tekshirishlarda asoslandi. Shulst–Charlston sinamasi skarlatinaga qarshi zardob yuborilgandan keyin birinchi 6-12 soat ichida zardob qilingan sohada toshmalar yo'qoladi.

Davosi. Parhez umumiy, vitamin va oqsillarga boy bo'lish kerak. Orom olish davri 1-chi 5-7 kun ichida tavsiya etiladi. Qo'zg'atuvchini bartaraf qilish uchun antibakterial dorilar beriladi. Skarlatinaga eng yaxshi davo bu vaqtli penistillin buyurishdir. Agarda penistillinga yuqori sezuvchanlik kuzatilsa, unda eritromistin va boshqalar tavsiya etiladi.

### ANGINA

Angina havo-tomchi yo'li orqali yuqadigan murtak bezlarining yallig'lanishi, isitma va umumiy zaharlanish belgilari bilan ta'riflanadigan o'tkir infekstion-allergik kasallikdir. Angina lotincha so'zdan olingan bo'lib, qisish, bo'g'ish manosini anglatadi.

**Etiologiyasi.** Angina ko'pincha streptokokklar (79-98%), stafilokokklar, ba'zan diplokokklar yoki Fridlender tayoqchalari qo'zg'atadi. Oxirgi yillarda antibiotiklar keng qo'llanilishi tufayli zamburug'lar ham anginaga sabab (kandidoz) bo'lmoqda. Adenoviruslar va Koksaki viruslari ham anginani qo'zg'atishi mumkin.

**Epidemiologiyasi.** Infekstiya manbai sifatida angina bilan og'rigan bemorlar, streptokokk tashuvchilar, streptokokkli infekstiyaning boshqa turlari bilan og'rigan bemorlar xizmat qiladi.

Yuqish yo'li havo-tomchi, maishiy-muloqot va alimentar yo'l bilan ham zararlanishi mumkin. Kasallik asosan 14 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida ko'p uchraydi. Asosan maktabgacha va kichik maktab yoshdagi bolalar kasallanadi. Bolalarda isitma, respirator belgilari bilan kechadi.

**Patogenezi.** Qo'zg'atuvchilarning kirish darvozasi bo'lib, Pirogov limfoid halqasi xizmat qiladi. Streptokokklar va ular ishlab chiqargan fermentlar bodomcha bezlar to'qimasida yallig'lanish jarayonini chaqiradi. Streptokokk va toksinlarning limfa yo'llari orqali tarqalishi regional limfadenit rivojlanishiga sabab bo'ladi. Toksinlar qonga so'riladi va MAT, yurak-qon tizimi, siydik ayirish tizimining a'zolarini zararlaydi. Kasallik boshlanishi bilan mahalliy yallig'lanish reakstiyasi kuzatiladi. Yumshoq tanglay shilliq qavati, tilcha, tanglay ravoqlari va bodomchalari giperemiyalanadi.



Anginalarning kataral, follikulyar, lakunar turlari ko'p uchraydi. Kataral jarayonida bodomchalar yuzasi xira shilliq bilan qoplangan bo'ladi. Keyinchalik oq rangli sharsimon limfoid follikulalar paydo bo'ladi. Bu follikulyar anginaga xos. Limfoid hujayralarning bodomcha lakunalarida oq-kulrang yoki oq rangli quyuq konsistenstiyali yiringning to'planishi lakunar anginaga xos. Og'ir hollarda 10-20 mm gacha nekroz o'choqlari paydo bo'ladi. Bu to'q kulrang rangda bo'lib aniq chegaralangan bo'ladi.

**Klinikasi.** Klinik tasnifiga ko'ra streptokokkli angining quyidagi klinik shakllari farqlanadi: Yuzaga kelishiga ko'ra: birlamchi va takrorlanuvchi.  
Tavsifiga asosan: kataral, follikulyar, lakunar va nekrotik  
Og'irlik darajasiga ko'ra: engil, o'rta og'ir va og'ir.

Angina birinchi marta yuzaga kelsa yoki birlamchi kasallikdan ikki yil o'tgandan so'ng kuzatilsa, birlamchi angina deb, birlamchi kasallikdan so'ng qayta-qayta kasallanishga takroran angina aytiladi.

Anginada turg'unlik davr 1-2 kun davom etib, kasallik o'tkir boshlanadi. Qaltirash, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, bo'g'inlardagi zirqirash, yutinish paytidagi tomog'idagi og'riq kuzatiladi. Qaltirash 15 minut-1 soat davom etib, isib ketish hissi bilan almashinadi, kasallikning og'ir shakllarida qaltirash takrorlanadi. Ishtaha va uyqu buziladi. Bir vaqtning o'zida tomoqda og'riq bo'lib, boshlanishida biroz faqat yutinish payti bezovta qiladi, keyin kuchayib borib doimiy tus oladi.

Kam hollarda angina yallig'lanishli o'zgarishlardan boshlanib, umumiy zaharlanish simptomlari kechroq paydo bo'ladi. Bunda bemorlarni boshida yutinish paytidagi tomoqdagi og'riqlar bezovta qilib, sutka davomida isitma, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i va boshqalar qo'shiladi. Tana harorati sutka davomida 38-39°S gacha ko'tariladi. Isitma 3-6 kun davom etadi. Tana haroratining davomli ko'tarilishi asoratning qo'shilishidan darak beradi. Isitma davrida yuz terisi giperemiyalangan. Tana haroratining yaqqol tebranishlarida terlash kuzatiladi.

**Kataral angina.** Anginaning bu xilida umumiy zaharlanish belgilari kamroq namoyon bo'lib, tana harorati 38-38,5°S ko'tariladi. Ba'zan subfebril darajani tashkil qiladi. Bemor tomog'ida biror narsa tiqilayotganday tuyuladi. Murtak bezlari qizaradi va bo'rtib shishadi. Kataral anginada qonda deyarli o'zgarishlar yuz bermaydi. Angina uzog'i bilan 5-6 kun davom etadi.

**Follikulyar angina.** Bemor eti uvishib, qaltiraydi va tana harorati 39-40°S gacha ko'tariladi. Ba'zan qusadi. Umumiy zaharlanish alomatlari: bosh og'rig'i, darmon qurishi, mushaklar va bo'g'imlarni qaqshab og'rishi bezovta qiladi. Murtak bezlari qizargan va shishganidan tashqari uning ustki sathida yiringdan iborat mayda donachalar (follikulalar) ko'rinadi. Odatda oldin bir tomonda, so'ngira ikkinchi tomondagi murtak bezi kasallanadi.

Periferik qonda leykostitoz (18000-20000 gacha) va EChTning tezlashgani (soatiga 25-30mm gacha) aniqlanadi. Hozirgi zamon usullari bilan davolanganda murtak bezlaridagi yiringli donalar 3 kun, harorat 2-3 kun, umumiy zaharlanish 4 kun davom etadi. Davo boshlamasa, paratonzillar absstess, murtak bezlarida flegmona rivojlanishi mumkin.

**Lakunar angina.** Anginaning bu xilida murtak bezining lakunalarida kasallikning 2-3 kunlarida yiring to'planadi. Umumiy zaharlanish belgilari kuchli, harorat yuqori bo'ladi. Mahalliy limfa tugunlari kattalashadi. Lakunar va follikulyar anginalarda limfa tugunlaridan tashqari taloq ham kattalashadi. Murtak bezi lakunalaridagi yiring tekshirilganda gemolitik streptokokk (40%), yashilga bo'yaladigan streptokokk (42%), stafilokokk (45.5%) va diplokokk (22%) topilgan.

Hiqildoq va til murtagi zararlanishi bilan kechuvchi angina isitma, toksikoz, yutinishdagi tomoq og'riqlari bilan namoyon bo'lib, anginaga xos tanglay murtagining zararlanishi belgilari kuzatiladi.

Hiqildoq va til murtagi zararlanishi bilan kechuvchi anginani tashxisoti uchun og'iz halqumni hiqildoq oynasi yordamida ko'rgandan so'ng, yon do'mboqchalar anginasida oddiy faringoskopiya bilan tekshirish lozim. Oxirgi holatda yutqin orqa devorining yon yuzalarida 2 ta giperimiyalangan dumboqcha qalinligi 4-6 mm atrofida bo'lib, yuzasida 1-2 ta nuqtali follikulyar yoki oq rangli qarash bilan qoplangan bo'ladi.

Angina jag' burchaklari limfa tugunlarining kattalashishi bilan kechadi. Odatda ular 0.8 dan 2.5 sm gacha, elastik, og'riqli, atrof to'qimalar bilan bitishmagan, harakatchan bo'ladi. Kasallikning birinchi kunlaridanoq YuQTTda buzilishlar (taxikardiya, yurak tonlarining cho'ziqligi yoki

sustlashishi) aniqlanadi. Tana haroratining normallashtirishi bilan taxikardiya bradikardiya bilan almashinadi. Yurak tonlarining bo'g'riqlashuvi va sustlashishi yanada oshadi. Ba'zi bemorlarda ko'krak orti og'riqlar asosan kechki paytda, ba'zi bemorlarda jismoniy zo'riqishdan so'ng yurak urish hajmi va minutlik hajmi kamayadi. Arterial qon bosimi tushadi. Traxeya va bronxlar anginada zararlanmaydi. Jigar va taloq kasallikning 1-2 sutkalarida kam hollarda zararlanishi mumkin. Angina bilan og'riganlarning 1/5 qismida kasallikning o'tkir bosqichida mikrogematuriya aniqlanadi. Umumiy zaharlanish sindromining yo'qolishi bilan bu o'zgarishlar ham yo'qoladi. Qonda kasallikning o'tkir davrida, neytrofilli leykositoz kuzatiladi, EChT (14-20 mm/s) tezlashadi, keyinchalik bu tezda normallashtiradi.

**Tashxisoti.** Angina tashxisi klinik va laborator ma'lumotlarga asoslanadi.

**Davosi.** Streptokokklarga qarshi eng samarador preparat bu benzilpenistilin bo'lib, uni mushak orasiga 450 TB kg tana vazniga (300 TB katta odam uchun) har 4 soatda 3 sutka davomida 4-sutkasida bistillin-3 (1.2 mln birlik) yoki bistillin-5 (1,5 mln birlik) bir marta m/o yuboriladi.

Bemorlarda penistillinga sezgirlik bo'lganda makrolid antibiotik-lar (eritromistin, azitromistin) yoki stefalospirinlar (stefozalin, stefriakson) dan foydalaniladi. Ftorsiloxonlardan stipflokastin, oflokastin angina davosida muhim o'rin tutadi.

Patogenetik davolovchi choralaridan davolovchi oziqlantirish (o'tkir davrida stol №2, sog'ayish davrida stol №15), vitaminlar (umumiy belgilangan dozalarda) tavsiya etiladi. O'rta og'ir va og'ir shakllarida umumiy zaharlanishga qarshi sutkasiga qo'shimcha 2-3 l suyuqlik (iliq ichish yoki infuziya ko'rinishida) yuboriladi.

**Profilaktika.** Streptokokkli infektsiyaning oldini olish uchun angina bilan og'riganlarni o'z vaqtida izolyatsiya qilish katta ahamiyatga ega, streptokokkli infektsiyaga beriluvchan kontingentlarni kompleks profilaktik choralar olib borish muhim ahamiyatga ega.

**Poliomielit. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Vaktsinatsiya. Profilaktikasi. Brusellez. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi.**

Poliomielit o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, umumiy zaharlanish belgilari va asab sistemasining periferik paralichlar ko'rinishida kechadigan shikastlanishi bilan xarakterlanadi.

**Etiologiyasi.** Qo'zg'atuvchisi Poliovirus hominis deb nomlanadi. O'lchami 17-30 nm. Antigenlik xususiyati buyicha 3 xil turga bo'linadi. Uchala tur uchun ham komplementni bog'lovchi antigeni xosdir. Viruslar tashqi sharoitda juda chidamli.

**Epidemiologiyasi.** O'tgan asrning 50-yillari oxirlarida vaksina keng ko'llanila boshlangandan keyin kasallanish keskin kamaydi. Kasallanish hozirgi kunda deyarli uchramayapti. Tropik iqlimga ega bo'lgan davlatlarda kasallik hamma fasllarda uchraydi. Kasallik manbai bemorlar va sog'lom tashuvchilar. Asosan kasallikni bilinar bilinmas shakllari bilan og'rigan shaxslar tashqi muhit uchun xavfli hisoblanishadi. Bemorlar najasi orqali tashqi muhitga viruslarni butun kasallik davrida va sog'aygandan keyin ham bir necha oy davomida chiqarib turishadi. Burun, yutqun ajralmalarida kam kasallikning boshlang'ich kunlarida 1-2 haftagacha viruslar topiladi. Kasallik yashirin davrining oxirgi kunlaridan boshlab yuqumlilik boshlanadi.

Yuqish najas-og'iz mexanizmi va havo-tomchi yo'li orqali amalga oshadi. Poliomieliitga hamma yoshdagi odamlar beriluvchan bo'lib, kasallik ko'pincha 7 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Chaqaloqlar transplatsentari yo'l orqali olgan immuniteti 3-5 hafta saqlanganligi sababli 2-3 oyligigacha kasallanmaydi. Vaktsinatsiya qilish boshlanguncha kasallikning tipik kechishi yoz-kuz fasllarida mavsumiy kechishi kuzatilgan.

**Patogenezini.** Poliomieliit viruslari og'iz va oshqozon ichak trakti shilliq qavatlarini orqali so'rilib ularning birlamchi reproduksiyasi ichaklardagi limfa tugunlari va peyer pilakchalarida sodir bo'ladi. Limfa tizmasidan viruslar qonga tushib gematogen yo'l orqali MNS ga kiradi va periferik asab tolalari aksoni bo'ylab, hamda haraklantiruvchi neyronlar bo'ylab tarqala boradi. Viruslarga orqa miyaning oldingi shoxlari juda sezgir bo'lib, ularning destruktiviyasi paralichlar rivojlanishiga olib keladi. MAT zararlanishidan tashqari miokardit ham rivojlanishi mumkin. Viruslarning asab tizimiga kirishi hamma zararlanganlarning 1 % ni tashkil qiladi. Qolganlarda kasallikning

paralichlarsiz kechadigan shakli rivojlanadi yoki virus tashuvchi bo'ladi. Kasallikning o'tkir davrida orqa miya giperemiyalangan, shishgan kulrang moddasida qon quyilishlar va nekrozlar kuzatiladi. Kasallikni boshidan kechirgan shaxslarda turg'un gumoral immunitet qoladi.

**Klinikasi.** Kasallikning yashirin davri 5 kundan 35 kungacha bo'lib ko'prok hollarda 10-12 kunni tashkil kiladi.

Tasnifi: 1) paralichlarsiz (meningial shakli); 2) paralitik.

Paralitik poliomielit. Patologik jarayoning joylashgan joyiga karab orqa miya, bulbar, pontin, entsefalitik hamda aralash shakllariga bo'linadi. Ko'p hollarda orqa miya shakli tipik hisoblanib oyok-ko'llar, tana, bo'yin va diafragmaning paralichi bilan kechadi. Paralitik poliomielit kechishida kuyidagi davrlar farqlanadi.

1.Paralich oldi 2. Paralichlar 3. Tiklanish 4. Qoldik alomatlar davri.

Paralich oldi davri. Kasallik o'tkir tana harorati 39?S gacha va undan yukoriga ko'tarilishi bilan boshlanib, zaharlanish, kataral belgilar kuzatilib, qorin og'rig'i ham bezovta qiladi. Vegetativ asab tizimi o'zgarishlari-ko'p terlash, kon bosimining pasayishi, puls tezlashishi, kizil dermografizm, teri geperesteziyasi kabilar kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi bosilganda, bo'yin va bel bukilganda og'riq seziladi. Ko'p hollarda qaysi oyoq yoki qo'lda paralich kuzatilsa shu qismlarda og'riq kuzatiladi. Og'riq sezgisi kuchliligi sababli lardoiz, boshni orqaga tashlash, qo'llarga suyanib o'tirish kabi majburiy holatlar uchraydi. Aksariyat holatlarda meningial belgilar musbat bo'ladi. Mushaklar tortilishi, qo'l va oyoqning dirrilashi, harakat notinchligi ham xosdir. Ko'p hollarda nistagm kuzatiladi. Orqa miya kanali punktsiya qilinganda orqa miya suyuqligi baland bosim bilan chiqadi, rangi tiniq bo'lib limfotsitoz kuzatiladi. Likvorda qand miqdori ortadi. Paralich oldi davri 3-5 kun davom etib oxrigi kunlarda tana harorati me'yorlashadi.

Paralichlar davri. Me'yoriy harorat vaqtida to'satdan paralich kuzatilishi xos bo'lib, ayrim hollarda tana haroratining qaytadan ko'tarilishi bilan kuzatiladi. Ko'proq oyoq mushaklari zararlanib ayrim hollarda qo'l, bo'yin, tana mushaklari zararlanadi. Shikastlangan qismda tonus pasaygan, fiziologik bog'lamlar reflekslari chaqirilmaydi (arefleksiya), shikastlangan qismlar terisi sovuq, oqish sianotik bo'lib, atrofiya va osteoporoz kuzatiladi.

Bulbar shakli og'ir shakllardan bo'lib yutish, nutq va nafas olishga xos etishmovchiliklar kuzatiladi. Yuqori harorat va kuchli bosh og'rig'i qayd qilinishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning birinchi kunidan nevrologik belgilar nistagm, yutishga qiyinlashish, suyuq ovqatning burunga tushishi, nutqning buzilishi, ovozning bo'g'ilishi, ayrimda nafas va qon tomirlar harakatlantiruvchi markazlarining paralichi kabilar uchraydi.

Entsefalitik shakli es-hushining yo'qolishi, tutqanoq, nistagm, nutq buzilishi, qo'llar titrashi kabilar bilan kechib, vestibulyar va o'choqli belgilar bilan nomoyon bo'ladi.

Tiklanish davri shikastlanish belgilari umumiy zaharlanish va og'riq sezgilarining yo'qolib borishi bilan yuzaga kelib, bu belgilar sekinlik bilan uzoqroq vaqtda o'tib, mushaklar tonusi pasayishi arefleksiya va atrofiya kabilar kuchayishi ham mumkin. Bular kiyshayishlarga deformatsiyalarga, oksab kolishga sabab bo'ladi. Bunday holatlar 1-3 yil davom etib og'ir nogironlikka sabab bo'ladi.

Paralichlarsiz poliomielitning inaparant, abortiv va meningial shakllari mavjud bo'lib, ular epidemiologik va laborator natijalar asosida aniqlanadi.

**Tashxisoti.** Serologik usullardan komplementni bog'lash reaksiyasi va neytrallash reaksiyasi ko'llaniladi.

**Davosi.** Immunoglobulin har bir kilogramm tana og'irligiga 0,5 ml dan ko'llaniladi. Askorbin kislotasi 0,05–0,1 mg/kg. Prozerin ko'krak yoshidagi bolalarga 0,05-0,1-0,2 ml kuniga 1 mahal mushak orasiga, 1-3 yoshdagilarda 0,1 ml/yoshiga 2 mahal belgilanadi.

**Profilaktikasi.** Emlash uchun Seyben tirik vaktsinasi ko'llaniladi. Ular og'iz orqali beriladi. Chaqaloqlar 3-5 kunligida, 2, 3, 4 oyligida emlanadi hamda 16 oylik va 7 yoshligida qayta emlanadi.

#### **BRUIQLLYoZ**

Brustellez–brustellalar chaqiradigan, asosan maishiy-muloqot va alimentar yo'l bilan yuqadigan limfogemopoez, harakat-tayanch, asab va jinsiy a'zolar zararlanishi bilan kechadigan infekstion-allergik kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Brustellez kasalligini qo'zg'atuvchi mikroblar brustellalar guruhini tashkil

qiladi. Ilmiy tadqiqotlar natijasiga ko'ra, 1970 yilga kelib brustellalar quyidagi tiplarga ajratildi. Brustella melitenzis–mayda shoxli hayvonlarda uchraydigan brustellalar. Brustella abortus–yirik shoxli hayvonlarda uchraydigan brustellalar. Brustella suis–cho'chqalarda uchraydigan brustellalar. Brustella ovis–qo'chqorlarda epididemit vujudga keltiradigan brustellalar (1970). Brustella neatoma–kallamushlarda uchraydigan brustellalar (1957 yil). Brustella–kanis itlarda uchraydigan brustellalar. Brustellalar mayda, ko'pincha shar (yoki oval) shaklida yoki tayoqchasimon bo'ladi, harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Kulturasi va biokimyoviy xususiyatlari jihatidan olib qaraganda brustellalar odatdagi ozuqa muhitlarida aerob sharoitida o'sa oladi. Buning uchun optimal harorat 37°S, muhit esa rN 6,7-7,2 bo'lishi lozim.

**Epidemiologiyasi.** Brustellyoz kasalligining tarqalishida mayda va yirik shoxli hayvonlar hamda cho'chqalar infektsiya manbai sifatida muhim epidemiologik ahamiyatga ega.

Brustellez yuqishida kasal qo'y va echkilarning go'shtlari, sut va sut mahsulotlari (pishloq, brinza, xom qaymoq, yog' va boshqalar) asosiy infektsiya omili hisoblanadi. Ya'ni go'sht va sut mahsulotlarini odam iste'mol qilishi natijasida brustellalar ovqat hazm qilish tizimi orqali organizmga tushadi, uni alimentar yo'l bilan yuqish deyiladi.

Shuningdek, kasal hayvonlarning chiqindilari bilan ifloslangan sabzavotlarda brustellalar uzoq vaqt yashaydi. Brustellez faqat qishloq aholisi o'rtasida tarqalib qolmay, balki, shahar sharoitida ham uchrab turadi, ya'ni kasal hayvon xom-ashyolari va mahsulotlarini sanoatda qayta ishlashda, sut mahsulotlarini iste'mol qilishda, epidemiologik xavf tug'di-radi. Kasallangan hayvon chiqindilari (siydik, najasi, ifloslangan go'ng, tuproq, jun va boshqalar) quriganda, brustellalar chang bilan havoga ko'tarilib, nafas orqali ham odam organizmiga tushadi.

Brustellalar organizmga muloqot, alimentar va aspirastion yo'l bilan yuqadi. Brustellyoz hayvonlar va ularning mahsulotlari bilan muloqotda bo'lgan kishilar veterinariya xodimlari, qushxona va sut kombinati xizmatchilari, chorva-dorlar, qassoblar, teri va jun bilan ishlovchilar orasida ko'proq shu kasal bilan og'rish hollari uchrab turadi. Shuning uchun ham kasbga aloqador kasallik deb yuritiladi.

Brustellezning kelib chiqishida faslning ham ahamiyati bor, ya'ni qo'ychilik fermalarida qo'ylari urchitish va qo'zilatish aksariyat ko'klam fasliga to'g'ri keladi. Shu davrda kishilar ko'proq qo'ylar bilan bevosita aloqada bo'lganligi sababli, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmagan holda kasallik yuqadi.

**Patogenezi.** Brustellez patogenezida uch muhim asosiy omil, ya'ni kasallik qo'zg'atuvchi mikroob (brustella), toksik- allergik holat hamda makroorganizmning dinamik reaktiv holati muhim rol o'ynaydi.

Brustellalar limfa tugunlarida birinchi to'siqqa ya'ni bar'erga uchraydi. Bundan mikroorganizmning himoya kuchlari ustun kelib kolsa, brustellalar shu mahalliy limfa tugunlarida ushlanib qolib va shu bilan odam organizmida hech qanday kasallik belgilari vujudga keltirmay, uzoq muddat saqlanib qolishi mumkin. Demak, makro- va mikroorganizmlar o'rtasidagi kurash natijasida ma'lum muvozanat holati vujudga keladi. Shu bilan birga retikuloendotelial tizimda ma'lum miqdorda brustellalarga qarshi spetifik antitelolalar hosil bo'ladi, hujayra va to'qimalarda esa brustellyoz antigeniga nisbatan o'ta sezuvchan holat, ya'ni sensibilizastiya holati vujudga keladi.

Yashirin davridan so'ng brustellalar limfa va qon oqimi bilan organizmga tarqaladi. Brustellalar qonga o'tishi (gematogen yo'l bilan tarqalishi) organizm himoya kuchlarining juda zaifligini ko'rsatadi. Bunda brustellalar qon oqimi bilan butun organizmga tarqalib, barcha qon tomirlar resteptorlariga ta'sir ko'rsatadi. Buni ikkinchi faza yoki birlamchi generalizastiya deyiladi. Shundan so'ng brustellalar butun odam organizmdagi retikuloendoteliyga boy bo'lgan organlarga (jigar, taloq, ko'mik, limfa tugunlari, tomirlar, tanosil organlar va h.k) o'rnashib oladi.

Ma'lumki, qonda, to'qimalarda, a'zolarida fagositlar va organizmning boshqa himoya omillari ta'sirida brustellalar halok bo'ladi. Ularning parchalanishi natijasida ajralgan endotoksinlar organizmga ta'sir etib, bu ham kasallik holatlarini yuzaga chiqaradi.

Brustellalar qon oqimi bilan tarqalib, o'rnashib olgan a'zolarida mahalliy o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Mahalliy o'zgarishlar asosan asab tizimi, tayanch-harakat, tanosil va boshqa a'zolarida ko'proq uchraydi, bularni metastazlar deb atashadi. Retikuloendoteliyga boy bo'lgan organlarga o'rnashib olgan brustellalar «septik o'choq» hosil qiladi va yana ko'payishda davom etib, vaqt-vaqti

bilan o'zlariga qulay sharoitda qonga ta'sir etib turadi (ikkilamchi generalizastiya).

Brustellalar va toksinlarnig qonga takror o'tishi reaktiv xususiyati o'zgargan bemor organizmida allergik holatni vujudga keltiradi va bu (to'rtinchi faza) surunkali sepsis shakliga o'tishiga sababchi bo'ladi. Bu fazada brustellalar vaqt-vaqti bilan qonga tez-tez o'tib turishi (takroriy generalizastiya) kasallikning surunkali shaklida organizmning allergiyasiga sabab bo'ladi.

Kasallik goh susayib, goh zo'rayib turishi va bu holat bir yoki necha soat takrorlanib borishi mumkin. Kasallikning odatda klinik belgilari yo'qolib, bemorlarning aksari sog'ayib ketishi mumkin. Ba'zan esa bemorlarda kasallik davom etib, organlarda turg'un asoratlarga sabab bo'ladi. Bu brustellyozning beshinchi patogenetik fazasi hisoblanadi.

Ma'lumki, brustellez bilan og'rigan bemorning organizmi ma'lum vaqtdan so'ng kasallikdan (va brustellalardan ham) batamom sog'ayib ketishi har tomonlama isbot etilgan.

Brustellezda bemor organizmi brustellalardan xalos bo'lgandan so'ng postinfekstion immunitet vujudga kela boshlaydi. Ammo bu immunitet aytarli barqaror bo'lmaydi va 6-9 oy ichida yo'qolib ketadi.

**Klinikasi.** Patogeneznig murakkabligi, hamda brustellyozning klinik ko'rinish-larining turli xil bo'lishi, har xil tasniflar yaratilishiga sabab bo'ldi. Brustellyozda infekstion jarayon latent yoki manifest shakllarda bo'lishi mumkin. Infekstion jarayonning har qanday darajasida brustellyoz surunkali shaklga o'tishi mumkin. Tabiiy holda, kasallikning klinik shakllanishida bemorning premorbid holati, maishiy sharoiti, brustellyoz infekstiyasi qo'zg'atuvchisining konstentratstiyasi va kirish yo'llari hal qiluvchi ahamiyatga ega.

**Brustellyozning klinik tasnifi**  
(K.J.Jalilov,1986 y.)

<b>№</b>	<b>Brustellyoz shakllari</b>	<b>Shakllar ichida kechishi</b>	<b>Davomiyligi</b>
1.	O'tkir	-	2 oygacha
2.	YArim o'tkir	-	1oydan 6 oygacha
3.	Surunkali	a)birlamchi b)ikkilamchi	3yilgacha
4.	Latent	a)birlamchi b)ikkilamchi	6–12 oy 1–2 yil
5.	Reinfekstiya	Sog'aygandan so'ng qaytadan kasallanish	
6.	Rezidual	1. Tayanch–harakat tizimidagi shikastlanishlar 2.Asab tizimida shikastlanishlar	Brustellyozning 3 yildan keyingi oqibati

Brustellez odamlarga turli xil shakllarda kechadigan kasallik bo'lib, uning yuqqandan so'ng to birinchi belgilari paydo bo'lishgacha davri turg'unlik davri deb ataladi. Bu davr ko'pincha 2-4 hafta cho'ziladi. Ba'zan brustellalar odam organizmiga yuqqanda limfa tugunlarida bir necha oylar davomida saqlanib turadi, kasallikni vujudga keltirmaydi. Bu birlamchi latent davr hisoblanadi. Bu davr organizmning reaktiv holatiga qarab o'zgarishi mumkin. Brustellez kasalligining klinik belgilari bemorlarda ba'zan ro'y-rost namoyon bo'lsa, ba'zan bilinar-bilinmas yuzaga chiqadi. Isitma brustellyoz kasalligida ko'p uchraydigan, uzoq davom etadigan asosiy kardinal belgi hisoblanadi. Uni olimlarning kuzatishlariga qaraganda bir necha xil turlari bo'lishi mumkin: to'liqinsimon isitma, noto'g'ri intermittens isitma, doimiy isitma, tartibsiz va h.k.

Brustellezda harorat ko'tarilganda ko'pincha bezgakdagidek xurujlar bo'lib turadi. Xuruj bir sutkada bir necha marta, aksariyat kunning ikkinchi yarmida va tunda qaytariladi.

Bemorning eti uvishishi, qaltarishi, oyoq qo'llari, bo'g'imlari va mushaklari qaqshab og'rishi 1-2 soat davom etadi. Harorat tushishi bilan bemor juda qattiq terlaydi va tun bo'yi 3-4 marta ichki kiyim va choyshablarini almashtirishga majbur bo'ladi.

Brustellezda qattiq terlash umuman kasallikning harorati me'yorida bo'lsa ham kuzatiladi. Shuning uchun Brustellyozda ham bemor o'z terlarida o'zlari «cho'miladilar» deyishadi. Brustellezda darmonsizlik boshqa infekstion kasalliklarga nisbatan kamroq bilinadi. Harorat baland bo'lib, qattiq terlash bilan davom etganda ham, bemorlarda sillasi qurib, ozib ketishlik ko'rilmaydi.

Terida turli xil dermatitlar va pigmentastiyalarni ko'rish mumkin. Bemor ko'p terlagani sababli terisi nam, hatto ho'l bo'ladi. Unda har xil toshmalarni uchratish mumkin: petexiya, rozeola, papula, vezikula, ba'zan gemorragik toshmalar kasallikning o'tkir va ba'zan surunkali shakllarida uchraydi, ammo keyingi vaqtlarda toshmalar kamdan-kam uchraydigan bo'lib qoldi. Burundan, milklardan va boshqa a'zolaridan qon ketishi ham mumkin, fibrozit va stellyulitlar asosan biriktiruvchi to'qimalarning yallig'lanishi natijasida vujudga keladi. Fibrozit va stellyulitlar paydo bo'lishi, ularning kattalashishi yoki kichrayishi kasallik fazalarining o'ziga ham bog'liq. Brustellalar muloqot orqali yuqqa taqdirida infekstiya kirgan joyga qarab, regionar limfa tugunchalari masalan, qo'ltiq osti, chov, son tugunlari va hokazolar zararlanadi. Bezlarning kattalashganligini paypaslab aniqlash mumkin. Ular o'zgariganda no'xatdan tovuq tuxumigacha kattalashishi va har xil konsistenstiyali bo'lishi mumkin. Ular terisida hech qanday o'zgarishlar bo'lmasada, bosib ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Limfadenitlar kamdan-kam yiringlashi, yaraga aylanishi mumkin. Ko'p hollarda ular so'rilib, tuzalib ketadi.

**Yurak-tomir tizimidagi o'zgarishlar.** Ko'p yillik kuzatishlar natijasida G.P.Rudnev surunkali yoki yarim o'tkir shaklli Brustellezda yurak - tomir tizimi zararlanmagan birorta bemor yo'q degan qarorga keldi. Uning fikricha, asosan qon-tomir tizimi, so'ngra yurak zararlanadi. Binobarin, Brustellezda yurak-tomir tizimi bir qator funkstional va organik o'zgarishlarga uchraydi, undan tashqari yurak mushaklarida toksik- distrofik o'choqli miokardit belgilari, ko'proq miokardiostrofiya kuzatiladi.

**Nafas a'zolaridagi o'zgarishlar.** Brustellezda nafas a'zolarining zararlanishi boshqa organlarga nisbatan kam uchraydi, masalan bronxitlar ko'pincha kasallikning harorat bilan o'tadigai davrida uchrashi mumkin. Yuqorida aytganimizdek Brustellalar aspirastion yo'l bilan, ya'ni nafas yo'llari orqali yuqishi mumkin. Bunday hollarda kasallik boshlanganda dastlabki belgilar o'pkada paydo bo'ladi, ya'ni birlamchi Brustellyoz zotiljami vujudga keladi

**Ovqat hazm qilish tizimidagi o'zgarishlar.** Bemorlarning ishtahasi bo'g'iladi, me'dasida funkstional o'zgarishlar bo'ladi, me'da shirasi kamayadi yoki butunlay ishlanib chiqmaydi, bemorning tili karash bog'laydi, tomog'i, tilchasi qizaradi, qon tomirlari kengayib, birmuncha bo'rtadi. Bemorlarda ro'y beradigan dispeptik holatlar ya'ni enterit, kolit, enterkolit va boshqalar bu holatning kelib chiqish sabablarini aniqlashni talab etadi. Chunki bunday alomatlar Brustellyozga doimo xos emas. Brustellyozda ba'zan mezenterial limfa tugunlari shishgani va qorin og'rishi kuzatiladi. Shuningdek jigar stirrozi, asstit ham vujudga kelishi mumkin. Brustellyozda gepatolienal sindrom ko'p uchraydigan muhim belgilardan hisoblanadi. Kasallik og'ir o'tsa, jigarning shikastlanishi shunchalik ko'proq bo'ladi.

**Siydik ajratish a'zolaridagi o'zgarishlar.** Buyrak va siydik ajratish organlari patologiyasi Brustellyozda kam o'rganiladi. Mavjud adabiyotlardagi ma'lumotlarga qaraganda, siydik chiqarish tizimida patologik o'zgarishlar kam uchraydi. Buyraklarda patologik o'zgarishlar ro'y bergan taqdirda ham, klinik belgilari aniq ko'rinmaydi. Brustellezda ko'proq albuminuriya, stilindruriya, o'choqli nefrit, diffuz glomerulo-nefrit, pielit, stistit belgilari uchraydi.

**Tanosil a'zolaridagi o'zgarishlar.** Brustellez kasalligida erkak va ayol jinsiy a'zolarining zararlanishi ko'proq uchraydi. Bu mazkur kasallikka xos bo'lib, hatto tashxisot ahamiyatga ham ega bo'ladi. Masalan, erkaklarda uchraydigan orxit, moyakning shishishi va orxoepidimitlar (5-26%), ayollar jinsiy organlarida bo'ladigan turli o'zgarishlar, yallig'lanish jarayoni, hayz stiklining buzilishi va hokazolar shular jumlasidandir. Erkaklardagi orxoepidimitlar ko'pincha bir tomonlama, kamdan- kam ikki tomonlama bo'ladi. Orxit va orxoepidimit asosan 1,5-2 oydan 5-6 oygacha, ba'zan undan ham ko'pga cho'ziladi. Bu ba'zan jinsiy zaiflikka-impotenstiyaga olib keladi. Moyaklarda fibroz hosil bo'lishi natijasida ular atrofiyaga uchraydi. Bemor ruhan o'zgarib serzarda,

tajang, tez achchiqlanuvchan bo'lib qoladi. Ayollarda mastit, ko'krak bezining yallig'lanishi, tuxumdon, tuxum yo'llarinig yallig'lanishi, endometrit - bachadon yallig'lanishi, dismenoreya, naslsizlik, abort va boshqalar ko'proq uchraydi. Dismenoreya, amenoreya ayniqsa ko'p (90%) kuzatiladi.

**Asab tizimidagi o'zgarishlar.** Brustellezda asab tizimining zararlanishi ham asosiy o'rin tutadi, chunki bunda markaziy va periferik asab tizimining turli-tuman uchastkalari va tarmoqlari, endokrin tizimining faoliyati ancha buziladi.

Ma'lumki, Brustellezda bosh og'rishi, uyqusizlik, tajanglik, kayfichog'lik yoki ayniqsa sertashvishlik va boshqalar bo'lib turadi. Bundan tashqari, vegetativ asab tizimi faoliyatining buzilish alomatlari ham kuzatiladi. Brustellezda periferik asab tizimi MATga nisbatan ko'proq shikastlanadi. Bular organizmlarning umumiy kasallik belgilari hisoblanib, quyidagi kasalliklar: nevralfiyalar, nevritlar, asab chigallari yallig'lanishi (pleksitlar), radikulitlar (ko'proq bel radikuliti), radikulonevritlar, ishias va ishialgik polinevrit va boshqalar ko'rinishida yuzaga chiqadi.

MATning kasalliklari meningit, enstefalit, mielit, meningo-enstefalomielitlar kamroq uchraydi. Orqa miyaning zararlanishi uzoq vaqt davom etib, og'ir kechadi va natijada ko'pincha nogironlikka yoki o'limga olib kelishi mumkin. Leptomeningitlar, araxnoiditlar kam uchrasada, og'ir o'tadi. Brustellez bilan og'rigan bemorlarning ruhiy holatida ham o'zgarishlar bo'lishi, ya'ni belgilarning yuzaga chiqishi, xayol surish, depressiya, umidsizlik va boshqa ruhiy o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

**Tayanch-harakat tizimidagi o'zgarishlar.** Brustellezda fibrozitlar va stellyulitlar bemor organizmining turli joylarda har xil kattaliklardagi tugunchalar shaklida uchraydi. Stellyulit va fibrozitlar teri osti kletchatkasida vujudga kelsa, bemorlarni unchalik bezovta qilmaydi. Ammo ular bo'g'imlar atrofida yoki asab tolalari oxiri yaqinida joylashgan bo'lsa, qattiq og'riq bo'lishi mumkin. Shuningdek miozitlar ham qattiq og'riq bilan davom etadi. Brustellyozda paylar ham zararlanib, ayniqsa pay qinlarining yallig'lanishi (tendovaginitlar) ham qattiq og'riq beradi. Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, Brustellyozda tayanch-harakat apparati, ya'ni qattiq va yumshoq to'qimalarning hammasida o'zgarishlar bo'lishi va bu o'zgarishlar turli kombinastiyalarda butun kasallik davomida asosiy belgi sifatida yuzaga chikar ekan. Bo'g'imlarning zararlanishi Brustellyozga ayniqsa xarakteridir.

Brustellezda bo'g'imlar zararlanishi quyidagi 3 holatda bo'ladi:

1) sinovitlar-bo'g'imning faqat sinovial pardasi zararlanadi; 2) peri- va paraartritlar-yallig'lanish sinovial pardadan bo'g'im atrofidagi to'qimalarga o'tadi; 3) artrit va osteoartritlar-bo'g'imning hamma to'qimasi, qisman suyak to'qimasi ham yallig'lanadi. 4) sakroileit-dumg'aza yonbosh bo'g'imi yallig'lanishi; 5) bursit-bo'g'im xaltasi yallig'lanishi; 6) spondilit va spondiloartrit - umurtqa ustunining yallig'lanishi.

**Sezgi a'zolaridagi o'zgarishlar.** Brustellezda bemorning sezgi a'zolarida ham xususiy o'zgarishlar ko'rinadi. Jumladan, bemorning ko'rish organlarida irit, iridostiklit, keratit, nevrit va ko'zning tomir, to'r pardasining zararlanishi uchraydi. Bemorning eshitish a'zolarida yallig'lanish jarayoni, ya'ni otit, mastoiditlar, eshitish nervining zararlanishi, vestibulyar apparatdagi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorda har xil tonlarni eshitish qobiliyati buziladi.

**Endokrin tizimidagi o'zgarishlar.** Endokrin (ichki sekrestiya) bezlarida Brustellezning, ayniqsa surunkali shakllarida qalqonsimon bez, qalqonsimon oldi bezi, me'da osti bezi va buyrak usti bezlarida stroma sklerozi va parenximasining atrofiyalari uchraydi. Mutaxasislar fikriga ko'ra, bu bezlardagi patologoanatomik o'zgarishlarga qaramay klinik belgilar kamdan-kam uchraydi.

**Periferik qon ko'rsatkichlardagi o'zgarishlar.** Brustellez qonda gemoglobin foizining pasayishi, eritrostitopeniya, rang ko'rsatkichi 1 dan past bo'lib, EChTning oshishi, ya'ni 11-60 mm/soat bo'lishi bilan tavsiflanadi. Oq qon tanachalarida- leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfositoz, aneozinofiliya va trombositopeniya holatlari ro'y beradi.

**Brustellyozning latent shakli** kasallikning klinik belgilari bo'lmasligi va serologik reakstiyalar ijobiy natijalari mavjudligi bilan tavsiflanadi.

**Brustellyozning birlamchi latent shakli** oldin Brustellyoz bilan kasallanmagan shaxslarda aniqlanadi. Serologik reakstiyalarning ijobiy natijalari Brustellalar yuqqanligidan dalolat beradi (tasodifan yoki ob'ektiv qonuniyatlar asosida).

**Brustellyozning ikkilamchi latent shakli** Brustellyoz infeksiyasi bilan kasallangan shaxslarda kuzatiladi. Ularda kasallikning klinik belgilari bo'lmaydi, serologik reakstiyalarning ijobiy natijalari kasallikni tasdiqlaydi. Brustellyozning latent shakli organizmning sanastiyasi yoki infeksiyon jarayon faollashishi bilan namoyonlashishi mumkin. Latent shakl faollashganda kasallikning klinik belgilari paydo bo'ladi.

**Brustellyozning rezidual shakli** (kasallikdan so'ngi qoldiq xolatlar). Bu davrda odam organizmida kasallikni ko'zg'atuvchisi bo'lmaydi, qoldiq holatlar saqlanadi. Asosan funktsional xarakterga ega bo'lgan shikoyatlar: ko'p terlash, asab-ruhiy holatining o'zgarishi, atralgiyalar, ayrim hollarda subfebrilitet kuzatiladi. Shu bilan birgalikda Brustellyozning eng og'ir qoldiq holatlardan biri bu tiklanmaydigan fibroz-chandiqli o'zgarishlar bo'lib, asab tolalarini, chigallarining va ildizchalarining patologik jarayonga jalb etilishi tufayli turli xil nevrologik simptomlarning namoyon bo'lishiga olib keladi.

Tayanch-harakat tizimida organik o'zgarishlar (bo'g'imlarni deformastiyasi, ankilozlar, mushak atrofiyasi, spondilyoz) ba'zan Brustellyoz kasalligini o'tkazish natijasida rivojlanib, ayrim holatlarda jarohiy davolashni va nogironlik guruhini aniqlashni talab qiladi.

**Brustellyozda reinfeksiya** (sog'aygandan so'ng qaytadan kasallanish) sog'aygandan keyin har xil muddatlar o'tgandan so'ng kelib chiqishi mumkin. Reinfeksiyadan darak beradigan holatlar: remissiya davri bir yildan kam bo'lmaganda (restidivlar kuzatilmaganda), Brustellyoz kasalligi bilan qayta kasallanishni ko'rsatadigan muvofiq epidemiologik ma'lumotlar, klinik belgilarning xosligi va laboratoriya ko'rsatkichlariga ko'ra tashxislanadi.

**Tashxisoti. Brustellezning klinikasi ko'p qirrali (polimorfizm) bo'lib, turg'un belgilarga ega bo'lmasligi va polistiklik davom etishi kasallikni o'z vaqtida aniqlash davolash uchun katta amaliy ahamiyatga egadir.**

**Brustellezning tashxisot tayanch belgilari:** *-Anamnezda uy hayvonlari bilan muloqot bo'lganligi, pishirilmagan sut va go'sht mahsulotlarining iste'moli; -Isitmaning toksik va allergik tavsifli bo'lishi, ko'pincha qaltirash bilan kuzatilishi; -Teri namligi, siylaganda sovuqligi, terlashning turli darajasi: tez-tez bir necha bor kiyim almashtirishi; -Mahalliy limfa tugunlari: bo'yin qo'ltiq osti, chov sohasi limfa tugunlarining kattalashuvi og'riqsiz, xarakatchan bo'lishi; -Bo'g'imlarda uchuvchan og'riq (artralgiya), nerv tolalari yo'nalishi bo'yicha og'riq (nevralgiya) kuzatilishi; -Jigar va taloq hajmining kengayishi; -Periferik qonda leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfostitoz, aneozinofiliya.*

Laboratoriya tashxisot usullari asosan 4 guruhga bo'linadi: 1. Bakteriologik tashxisot usullari. 2. Serologik tashxisot usullari. 3. Allergik tashxisot usullari. 4. Biologik tashxisot usullari.

Bakteriologik tashxisot usul bemor organizmidan kasallik ko'zg'atuvchi mikroblarni, ya'ni Brustellalarni ajratib olish nuqtai nazaridan Brustellez tashxisotida birinchi o'rinda turadi. Lekin bemor organizmida Brustellalar bo'lishiga qaramay, har doim ulardan bakteriologik ijobiy natija olish mumkin bo'lmaydi, chunki Brustellalar asosan retikulo-endote-lial tizimda bo'ladi va qonga vaqt-vaqti bilangina o'tib turadi va shu davrlardagina bakteriologik usullar musbat natija beradi. Bundan tashqari, qonda Brustellalarning bo'lmasligi, kasallik davrida o'tkazilgan davolashlarga ham bog'liq bo'ladi.

Serologik tashxisot usullari ham bemor organizmida paydo bo'ladigan maxsus antitelalarga asoslangan. Serologik tashxisot usullari amaliy vrachlar doirasida bakteriologik usullarga nisbatan keng tarqalgan bo'lib, har bir kasalxonaning laboratoriya sharoitida qo'llanilishi mumkin. Bu usullarga asosan Rayt va Xedelson serologik reakstiyasi kiradi. Rayt reakstiyasi quyidagicha baholanadi: agglyutinasiya titri 1:50 bo'lsa, natija gumon hisoblanadi, agglyutinasiya titri 1:100 bo'lsa - kuchsiz musbat, 1:200 - 1:400 bo'lsa - musbat reakstiya, 1:800 - 1:1600 va undan yuqori bo'lsa reakstiya o'ta musbat deb hisoblanadi.

Passiv gemaglyutinasiya reakstiyasi Brustellyozga xos va sezuvchan reakstiya bo'lib, Brustellez kasalligining o'tkir, yarim o'tkir shakllarida tashxisiy ahamiyatga ega. Bu reakstiya Brustellezning ayniqsa surunkali shakllarida Rayt reakstiyasi manfiy natija berganda, diagnostik titrlarda musbat natija beradi, ya'ni reakstiya titri 1:100 va undan yuqori nisbatda bo'lsa, reakstiya musbat hisoblanadi.

Hozirda serologik tashxislashda zamonaviy ZPR, IFA va immunnobloting reakstiyalari



qo'llanilmoqda. Byurne reakstiyasi Brustellyoz bilan kasallangan bemor organizmining teri orasiga yuboriladigan Brustellinga bo'ladigan mahalliy allergik reakstiyasiga asoslanadi. Uning metodikasi quyida keltirilgan.

Suyak va bo'g'imlarda patologik o'zgarishlarni topish uchun rentgenografiya, suyaklar sstintigrafiyasi, KT va MRT dan foydalaniladi. Suyaklar sstintigrafiyasi rentgenografiyaga nisbatan sezgir, jumladan u umurtqa va boshqa suyaklarni shikastlanishini erta topish imkonini beradi. KT umurtqaning shikastlanish darajasini aniqlash va infekstiyani umurtqa kanaliga o'tishini topish uchun qo'llaniladi.

**Davosi.** Antibiotiklar Brustellalarga bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi, ya'ni Brustellalarning rivojlanishi va ko'payishini to'xtatib qo'yadi. Brustellyoz kasalligi bo'yicha 2006 yil Grestiyani Yannin shaharida bo'lib o'tgan xalqaro konsensus natijalaridan kelib chiqqan holda, kasallikni etiotrop davolashning eng ma'qul yo'li, antibiotiklarni uzluksiz 6 hafta davomida qo'llash hisoblanadi. Bizning sharoitimizga moslashtirilgan variantlar quyidagilar:

1. Doksistiklin+streptomistin (100mg doksistiklin ichishga bir kunda ikki marta 6 hafta mobaynida va 0,5 streptomistin m/o ikki marta 3 hafta); 4 haftadan boshlab streptomistin rifampistin bilan almashtiriladi, rifampistin 300 mg dan sutkasiga ikki marta uch hafta mobaynida.

2. Levomistetin + streptomistin (500mg dan levomistetin ichishga bir kunda 4 marta 6 hafta mobaynida va streptomistin 0,5 dan bir kunda ikki marta m/o 3 hafta), 4 haftadan boshlab streptomistin doksistiklin bilan almashtiriladi, doksistiklin 100 mg dan sutkasiga ikki marta 3 hafta mobaynida.

3. Doksistiklin+ rifampistin [100mg dan doksistiklin ichishga bir kunda ikki marta 6 hafta mobaynida va rifampistin 600-900 mg dan bir kunda (sutkalik doza ikkiga bo'linadi)-6 hafta].

4. Doksistiklin+ Biseptol (100mg dan doksistiklin ichishga bir kunda ikki marta 6 hafta mobaynida va biseptol 960 mg dan bir kunda ikki marta-6 hafta).

**Kasallikning og'ir shakllarida quyidagilardan biri tavsiya etiladi.**

-100mg dan doksistiklin bir kunda ikki marta, 6 hafta davomida peroral + 0,5 dan streptomistin bir kunda ikki marta m/o ga 2 hafta mobaynida + 300 mg dan rifampistin sutkasiga ikki marta 6 hafta mobaynida.

-600-900 mg dan rifampistin bir kunga+ 100mg dan doksistiklin bir kunda ikki marta ichishga 6 hafta mobaynida + 480 mg dan biseptol sutkasiga ikki marta 2 hafta mobaynida.

-960 mgdan biseptol bir kunda ikki marta+ bir kunga 600-900mg dan rifampistin 6 hafta mobaynida +0,5 dan streptomistin bir kunda ikki marta m/o 2 hafta.

Vakstina bilan davolash. Vakstinastiya Brustellyozni spetefik davolashga kiradi. U ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida tavsiya etilar edi. Vakstinoterapiya o'zini oqlamagan usul sifatida taqiqlandi.

Brustellez bilan og'rigan bemor organizmining quvvatini oshirish uchun unga qon preparatlari quyiladi. 40%li glyukozadan 20 ml dan venaga yuboriladi, bundan tashqari qon o'rnini bosadigan aminopeptid, poliglyukin, aminasol, infezol quyiladi. Bular ayniqsa, kasallikning surunkali shakllarida yaxshi natija beradi. Brustellezda vitaminoterapiyaning ham ahamiyati katta, chunki bu kasallikda vitamin S va V guruhiga kiruvchi V<sub>1</sub>, V<sub>6</sub>, V<sub>12</sub> kabilar almashinuvi izdan chiqadi. Brustellezning hamma shakllarida va asoratlarida bemorlar ko'p bezovta bo'ladi, shuning uchun og'riq qoldiradigan preparatlar (analgin, butadion, deksalgin, diklofenak, miloksikam) preparatlar buyuriladi. Ayniqsa, bular ichida 0,25-0,5%li novokain eritmasi og'riqni yaxshi qoldiradi. Uni bemorning og'riqli nuqtalariga, asab chigallari va tarmoqlari atrofiga yoki venaga (har kuni yoki kun oralab 2 ml dan boshlab 10 ml gacha) yuboriladi. Buyrak oldi kletchatkasida 40-60 ml dan 2-3 marta yuborish samarali natija beradi.

Atralgialar, mialgiyalar, artritlar, periartritlar, nevralgialar va miozidlarda analgetiklar va yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlardan (diklofenak, dikloberl, klodifen, arnil, bioran, remateks, loksidol, melorem, melbek va boshqalar) foydalaniladi. Preparatlar 5-10 kun, zaruriyat bo'lganda ko'proq kun buyuriladi.

Artroz, spondiloartroz, osteoxondroz va ankilozda indometastin (0,025 g dan bir kunda 3 marta 4 hafta davomida), voltaren (bir kunda 0,15 dan 4 hafta) va boshqalardan foydalaniladi.

Fizioterapiya. Brustellezning surunkali shakllarida, asoratlar berganda keng qo'llaniladi.

Bunga elektr bilan davolash, elektroperessiya, issiqlik bilan davolash, diatermiya, UVCh, ionogalvanoterapiya, parafin bilan davolash, ionofarez, ultratovush, balchiq bilan davolash, massaj, davolash fizkulturalari bilan davolash mumkin. Ammo bularni mutaxassis vrach buyuradi.

**Profilaktikasi.** Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar O'zbekiston Respublikasi SSVning "Respublikada aholi o'rtasida o'ta xavfli zooantroponoz yuqumli kasalliklarga qarshi olib boriladigan chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida"gi № 23.01. 2015 yildagi 37-sonli buyrug'i asosida amalga oshiriladi.

Brustellez odamga hayvonlardan (asosan chorva mollaridan) yuqishi mumkinligini yuqorida aytib o'tdik. Shunday ekan profilaktikani avvalo chorva mollari orasida amalga oshirish samarali natija beradi. Shu maqsadda barcha chorva mollarini muntazam ravishda brustellyozga tekshirib borish va brustellezga gumon qilingan va kasallangan mollarni ajratib tegishli choralar ko'rish zarur.

**Jarohat infekstiyalari (quturish, saramas, qoqshol). Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi.**

### SARAMAS

Saramas-o'tkir infekstion kasallik bo'lib, gemolitik streptokokk chaqiradi, isitma, zaharlanish, terida yaqqol chegaralangan yallig'lanish jarayonlari bilan tavsiflanadi.

**Etiologiyasi** – qo'zg'atuvchisi betta gemolitik streptokokk A guruhiga mansub. Streptokokklarning barcha serologik turlari tarkibida eritrogen zahar (DNK zanjirining termolabil frakstiyasi) va allergen (DNK zanjirining termostabil frakstiyasi) saqlanadi. Bu zaharlar ta'siri streptokokkli infekstiyaning u yoki bu shakli yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

**Epidemiologiyasi.** Saramas tashqi qoplamlar infekstiyasi jumlasiga kiradi. Kasallik manbai bo'lib streptokokkli infekstiyalar (angina, skarlatina va boshqalar) bilan og'rikan bemorlar va bakteriya tashuvchilari xizmat qiladi. Saramasda infekstiya endogen va ekzogen yo'llar orqali yuzaga keladi. Ekzogen infekstiya asosan maishiy muloqot yo'li bilan terida yuzaga kelgan jarohatlarga birlamchi streptokokklar bilan ifloslanishdan yuzaga keladi. Endogen infekstiya esa terida yuzaga kelgan surunkali o'choqda, ba'zi hollarda bakteriyalarning ba'zi a'zoldan (asosan LOR a'zoldan) limfa yoki qon orqali teriga borishi natijasida yuzaga keladi. Saramasning kontagioz ko'rsatkichi juda past, ba'zi holatlarda streptokokkli infekstiya uchun manba bo'ladi. Bu kasallik bilan ko'pincha ayollar kasallanadi. Saramas uchun yoz-kuz mavsumiylik xos.

**Patogenezi.** Aksariyat hollarda streptokokk bilan infistirlanishga jarohatlangan teri sabab bo'ladi, ba'zi hollarda teri butunligida ham kasallik yuzaga kelishi mumkin. 1. Mikroblar teriga chirituvchi mikroblar manbai bo'lgan odamlardan yuqadi, bu – ekzogen infekstiya deyiladi. 2. Xususiy organizmdagi o'choqlardan gemotogen va kontakt yo'li bilan yuqsa endogen infekstiya deyiladi. Streptokokklarning patogenetik ta'siri organizmda mahalliy va umumiy o'zgarishlarga olib keladi.

Mahalliy jarayon seroz yoki seroz gemorragik yalig'lanish, giperemiya, jarohatlangan soha teri, teri osti yog' qavatining shishi va infiltrastiyasi bilan tavsiflanadi. Kasallik og'ir kechganda biriktiruvchi to'qima yiringli infiltrat bilan asoratlanishidan to'qimalar hosil bo'lishi va to'qimalar nekrozigacha olib boradi. Patologik jarayonga shu bilan birga limfa tomirlari (limfongit), arterial (arteriit), venoz (flebit) qon tomirlari duch keladi.

**Klinikasi.** Yashirin davr bir necha soatdan 5 kungacha davom etadi. Kasallik o'tkir, qaltirash, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, mushaklar og'rig'i, ba'zan ko'ngil aynishi va qusish, taxikardiya va haroratning 39-40°Sgacha ko'tarilishi bilan boradi. Ba'zi kasallarda delirioz holat, tutqanoqlar, meningizmlar kuzatiladi.

Saramasning quyidagi klinik tasnifi tafovut qilinadi.

1. Mahalliy o'zgarishlar xarakteriga ko'ra: a) eritematoz, b) eritematoz – bullyoz, s) eritematoz – gemorragik, d) bullyoz – gemorragik.

2. Og'irlik - darajasiga ko'ra: a) engil, b) o'rta og'ir, s) og'ir.

Z. Kasallik boshlanishiga ko'ra: a) birlamchi, b) qaytalanuvchi, s) qaytar.

4. Mahalliy o'zgarishlarning organizmda tarqalganligiga ko'ra: a) mahalliy b) tarqalgan s) metastatik.

Kasallik boshlangandan 12-24 soat o'tgach, mahalliy o'zgarishlar- jarohatlangan teri sohasida og'riq, giperemiya, shish qayd qilinadi. Mahalliy jarayon yuz, tana, mucha terisi va ba'zi holda shilliq qavatlarida kuzatilishi mumkin.

Eritematoz shakli uchun jarohatlangan terida shish, og'riq xarakterli, eritema to'q rangda, chegaralari aniq, periferik tarqalgan. Keyinchalik eritema sohasida terining qipiqilanishi kuzatiladi.

Eritematoz - bullyoz shakli kasallik eritematoz shaklidek boshlanadi, lekin 1-3 kun o'tgach, eritema sohasidagi epidermisning ko'chishi va har xil hajmdagi seroz suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi. Keyinchalik pufakchalar yorilib, ularning o'rnida jigar rangdagi po'stloqchalar hosil bo'ladi. Bular ko'chib tushgandan so'ng yosh va nozik teri ko'rinadi. Ba'zi hollarda pufaklar o'rnida trofik yaralarga aylanuvchi eroziyalar yuzaga kelishi mumkin.

Eritematoz-gemorragik shakli - xuddi eritematoz shaklidek kechadi, lekin eritema sohasida qon quyulishlar bo'ladi. Bullyoz-gemorragik shakli xuddi eritematoz-bullyoz shaklidek boshlanib, undan farqi seroz suyuqlik bilan to'lgan pufaklar o'rnida gemorragik ekssudat bilan to'lgan pufaklar hosil bo'ladi.

Kasallikda bu o'zgarishlardan tashqari limfa tugunlarida yallig'lanish jarayonlari kuzatiladi. Periferik qondagi o'zgarishlar: leykostitoz, neytrofillyoz, EChTning oshishi kuzatiladi. Kasallikning umumiy belgilari 3-10 kungacha saqlanadi.

Engil shakli qisqa vaqtli (1-3) kungacha baland bo'lmagan tana haroratining ko'tarilishi (39°S)ga, kam rivojlangan zaharlanish va terining bitta anatomik sohasidagi eritematoz jarohatlanishi bilan tavsiflanadi.

O'rta og'ir shakli nisbatan uzoqroq (4-5 kun) va yuqori harorat (40°S gacha), yaqqol zaharlanish (birdaniga umumiy holsizlik, kuchli bosh og'rig'i, anoreksiya, ko'ngil aynish, qusish), tarqoq eritematoz, eritematoz-bullyoz, eritematoz-gemorragik jarohatlar bilan tavsiflanadi.

Og'ir shakli uzoq davom etuvchi (5 sutkadan ortiq) va o'ta yuqori isitma (40°S va undan yuqori) zaharlanish, ruhiy buzilishlar, terida eritematoz-bullyoz, bullyoz-gemorragik jarohatlar, ko'pincha flegmanoz, gangrenoz, sepsisli, pnevmoniyali, infekstion-toksik shakli, infekstion toksik enstefalitli asoratlar bilan tavsiflanadi.

**Qaytalanuvchi saramas.** Birinchi marta saramas boshlangan joyda bir necha kundan 2 yilgacha vaqt davomida kasallikning yana qaytarilishi saramas restidivi deb yuritiladi. Restidiv bemorlarning 15-45% uchraydi. Saramas restidivi qayta-qayta takrorlanganida avvalo limfa harakati izdan chiqib, limfa suyuqligi tomirlarda to'xtab qoladi (limfostaz). Natijada oyoq haddan tashqari shishib ketishi mumkin. Ba'zan odam saramas bilan qaytadan og'riydi. Bunday holat aksari oldingi saramasdan kamida 2 yil o'tganidan keyin kuzatiladi, asosan yoshlarda, kam hollarda qarilarda kuzatiladi. Ikkinchi marta qayd qilingan saramas boshqa joyda boshlanadi.

**Asorati.** Jarohatlangan teri sohasida flegmona, absstess, nekroz tromboflebit, limfostaz, infekstion-toksik karaxtlik, infekstion toksik enstefalit, qari kishilarda ikkilamchi pnevmoniya, sepsis rivojlanishi mumkin.

**Tashxisoti.** Asosan klinik ma'lumotlarga, kasallikning o'tkir boshlanishi, isitma, zaharlanish, o'ziga xos mahalliy o'zgarishlarga asoslanib tashxis qo'yiladi.

#### **Saramasning tashxisot tayanch belgilari:**

-o'ziga xos epid. anamnez(mikrotravmalar),yoz-kuz mavsumiyligi;

-yashirin davr davomiyligi bir necha soatdan 3-5 kungacha;

-kasallikning bosh og'rig'i, mushak va bo'g'imlar og'rig'i, haroratning (38,5-39,5°S) yuqori ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanishi;

-teri jarohati joyida eritemaning paydo bo'lishi, eritema yuzasi nisbatan issiq, aniq chegarali;

-mahaliy limfadinit belgilari; -Periferik qonda neytrofilli leykostitoz, EChT tezlashishi.

Taqqoslash tashxisoti asosan terining mahalliy giperemiya bilan kechuvchi kasalliklari: erizipeloid, dermatit, ekzema, tugunchali eritema, flegmona, absstess va boshqalar bilan o'tkaziladi.

**Davosi.** Aksariyat bemorlar uyda, qishloq va shahar vrachlik punkti sharoitida davolanadilar. Kasalxonaga davolanishga kasallikning og'ir shakllari, bullyoz-gemorragik va qaytalanuvchi shakllari bilan og'riyan bemorlar yotqiziladi. QVP sharoitida antibiotiklar va kimyoviy preparatlar og'iz orqali buyuriladi. Yuqoridagi preparatlar samarasi kuzatilmasa (isitma va umumiy zaharlanish belgilari saqlansa, mahalliy yallig'lanish jarayoni avj olsa), stefalosporinlar 1 ili 2 avlodi buyuriladi.

Qaytalanuvchi saramasning zo'riqishida benzilpenistillin, aminoglikozidlar (gentamistin 240 mg/kuniga) yoki (stiprofloksastin 1 g/kuniga) bilan birga 7 kun mobaynida tavsiya qilinadi.

Augmentin (amoksistilin va klavulan kislota) – streptokokklar zahariga chidamli va himoyalangan biri *выбора* bo'lib, 14 kungacha buyuriladi.

Og'ir holatlarda benzilpenistillin 1mln.dan 4 mahal, qaytalanuvchi shaklida esa stefalosporinlar (kefzol, kloforan) kuniga 2-4 g dan, linkomistin kuniga 1,8-2,0 g 8-10 kun mobaynida tavsiya qilinadi.

Vitaminoterapiya – polivitamin 2 drajadan 2 mahal tavsiya qilinadi. Isitma o'tgandan so'ng eritema sohasiga ultrabinafsha nurlar buyuriladi. Cho'ziluvchan va qaytalanuvchi shakllarida glyukokortikoidlar– prednizolon 30-40 mg (sutka 5-10 kun davomida) tavsiya qilinadi. Bemorlar tuzalgandan so'ng, tana harorati normallashtirildikdan 7 kundan so'ng stasionardan chiqariladi. 3 oygacha dispanser nazoratiga olinadi (1 marta saramas bilan kasallangan bo'lsa). Qaytalanuvchi shakli bilan kasallanganlarda dispanser nazorati 2 yildan kam bo'lmasligi kerak.

**Profilaktikasi.** Mikrotravmalarning, sovuq qotishlarning oldini olish, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, terining zamburug'li va yiringli kasalliklarini o'z vaqtida davolash kasallikning oldini olish negizidir. Qaytalanuvchi shaklini profilaktika qilishda birlamchi kasallanishni o'z vaqtida davolash va bistilinoprofilaktikadan foydalaniladi. Bu kasallikka mavsumiylik xos bo'lib, mavsum boshlanishidan 1 oy oldin har oyda 1 marta 1.5 mln. TB bistilin-5 mushak orasiga 3-4 oy davomida qilinadi.

### QOQShOL

Qoqshol qo'zg'atuvchining zahari ta'sirida MATning aniq qismlariga ta'siri natijasida, mushaklarning tonik tortishi, tarqoq tirishishlar bilan tavsiflanadigan og'ir o'tkir yuqumli kasallikdir.

**Etiologiyasi.** Qo'zg'atuvchisi *Slostridium tetani* spora hosil qiluvchi bakteriyalarga taaluqli. Tashqi muhitda spora shaklida uchrab, fizik - kimyoviy omillar, antiseptiklar, dezinfekstiyalovchi preparatlarga o'ta chidamli. Qulay sharoitlarda, anaerob sharoitda vegetativ shaklga aylanadi va o'zidan ikki frakstiyadan iborat: ekzotoksin (tetanospazmin) va gemolizin ishlab chiqaradi.

**Epidemiologiyasi.** Epidemiologik nuqtai nazardan qoqshol tashqi qoplamlar infekstiyalari guruhiga mansub. Kasallik manbai bo'lib, kasal odamlar va hayvonlar xizmat qiladi. Qo'zg'atuvchilar asosan spora va vegetativ shaklda uy va yovvoyi hayvonlar (otlar, sigir, qo'y va qo'zilar, cho'chqalar, quyonlar va boshqalar) va odamlar (5-40%) ichaklarida bo'lishadi. Qo'zg'atuvchi zahari ichakdan so'rilmaydi. Qo'zg'atuvchi sporalari ajratmalari bilan tuproqqa tushib, uzoq saqlanadi.

**Patogenezi.** Qoqshol tayoqchasi sporalari teri jarohatlari orqali qulay anaerob sharoitga tushgandan so'ng vegetativ shaklga aylanadi va ekzotoksin ajratadi. Ekzotoksin uchta frakstiyadan tashkil topgan (tetanospazmin, tetanogemolizin, protein) bo'lib, astetilxolin sintezini kuchaytiradi. Asosiy kuchli ta'sir qiluvchi frakstiyasi bu tetanospazmin gemotogen, limfogen va perinevral yo'l bilan butun organizmga tarqalib, asab to'qimalarda kuchli fiksastiyalanadi. Zahar tormozlovchi motoneyronlarni bloklab, efferent reflektor yo'ylarining koordinastiyasi buzilishiga olib keladi. Motoneyronlarda spontal hosil bo'lgan impulslar ko'ndalang targ'il mushaklarga beriladi va ularning tonik taranglashishiga olib keladi. Mushaklarning uzoq vaqt bunday qisqarishi gipertermiya va metabolik astidoz rivojlanishiga olib keladi. Astidoz diafragma va qovurg'alararo mushaklarning tonik qisqarishi natijasida yuzaga kelgan o'pka minutlik hajmi pasayishini chuqurlashtiradi. Miya stvolidagi retikulyar formastiya neyronlarining bloklanishi, parasimpatik asab tizimi tormozlanishiga, bu esa nafas va yurak faoliyatining to'xtashiga olib kelishi mumkin.

**Klinikasi.** Yashirin davr kasallikda o'rtacha 5-14 kun (qisqa va 1 oygacha bo'lishi mumkin) davom etadi. Yashirin davr qancha qisqa bo'lsa, kasallik shuncha og'ir kechadi. Kasallik ko'pincha o'tkir, ba'zan umumiy holsizlik, yarada tortishib og'riqlar, yara tegib turgan mushaklar pirqirashi, tashqi ta'sirotlarga (boshlang'ich) sezgirlik oshishi kabi belgilardan iborat boshlang'ich davri bilan boshlanadi. Qoqsholda yuzaga keladigan ilk va xos belgilardan biri trizm, ya'ni chaynov mushaklarining tonik taranglashishi natijasida og'iz ochishning qiyinlashishidir. Shu belgi bilan birga "sardonik tirjayish"–mimika mushaklarining spazmi natijasida va "disfagiya" halqum mushaklarining qisqarishi natijasida kuzatiladi (.....). Bu uchala belgi klassik uchlik deyiladi.

Ko'ndalang targ'il mushaklarda ekstenzor o'zgarishlar: ensa mushaklar taranglashishi, boshni

orqaga tashlash, opustotonus- umurtqa pog'onasining haddan tashqari yozilishi, muchalarning to'g'rilanib qolishi kuzatiladi (.....). Qovurg'alararo mushaklar va diafragmaning tonik qisqarishi natijasida o'pkaning minutlik hajmi kamayadi va gipoksiyaga olib keladi.

Kasallik avj olgan paytda tetanik tutqanoqlar davom etadi. U gipertermiya, ko'p terlash, taxikardiya, gipoksiyaning chuqurlashishi bilan kechadi. Siydik ajralishi va defekastiya oraliq soha mushaklari spazmi hisobiga qiyinlashadi.

Ichki a'zolarida tomonidan spetifik o'zgarishlar bo'lmaydi, o'choqli va meningeal belgilar kuzatilmaydi. Xotira butun kasallik davomida aniq saqlangan bo'ladi. Qoqsholda infekstion jarayonining tarqalishi bo'yicha tarqalgan va mahalliy shakllari tafovut qilinadi. Odamlarda aksariyat tarqalgan shakllari uchraydi.

Mahalliy qoqsholda faqat jarohatga yaqin bo'lgan mushaklarga zararlanadi. Kasallangan odamning boshi yoki yuzi jarohatlanganda, mahalliy qoqshol boshlanishi mumkin. Bemorda trizm va ensa mushaklarining tortishib qolishi yaqqol ko'rinadi. Bundan tashqari bosh miya asablariga xos belgilar ham ko'zga tashlanadi. Ba'zan quturish kasalligiga o'xshash yutish mushaklari tortishib, qisqarib qoladi. Bosh va yuz jarohatlangan hollarda ba'zan yuz falaji qoqsholi rivojlanadi. Bemorda trizm, mimika hamda ensa mushaklarining tortishib qisqarishidan tashqari, bosh miya asablari yarim falaji boshlanadi. Odatda juft asablar yarim falaji ikki tomonlama bo'ladi. Qoqshol kasalligi 2-4 hafta davom etadi. Ayniqsa qoqsholning o'tkir davri (10-14kun) xavflidir. 15 kundan keyin bemor asta-sekin sog'aya boshlaydi. Og'irlik darajasiga ko'ra, 3 ta shaklga, ya'ni engil, o'rta og'ir va og'irga bo'linadi.

Engil shakli salmog'i kam va asosan qisman immuniteti bor odamlarda kuzatiladi. Engil kechishda yashirin davr 20-30 kun davom etadi. Klassik triada belgilari sust rivojlangan. Tutqanoq xurujlari bo'lmaydi. Isitma subfebril, ba'zida taxikardiya kuzatiladi. Kasallik ikki hafta davom etadi.

O'rta og'ir kechishda yashirin davr davr 15-20 kun davom etadi. O'rta og'ir shakli –mushaklar jarohatlanishining tipik simptomatikasi, taxikardiya, tana haroratining yuqori darajagacha ko'tarilishi bilan xarakterlanadi. Tutqanoqlar xuruji bir kunda 1-2 martadan oshmaydi va davomiyligi 15-30 sekundni tashkil etadi. Asoratlar kuzatilmaydi, davomiyligi bir hafta.

Og'ir shaklida yashirin davr 7-14 kun davom etadi va simptomatika yaqqol rivojlanadi. Isitma doimiy va yuqori tutqanoq xurujlari har 5-30 minutda va 1-3 minut davom etadi. Gipoksiya yaqqol rivojlangan taxikardiya, A/B noturg'unligi, pnevmoniyaning qo'shilishi tavsiflanadi. Davomiyligi uch haftadan ortiq. Letallik ko'pincha miya stvolining jarohatlanib, nafas va yurak faoliyatining to'xtashi sababli yuzaga keladi. Asoratlar bo'lmaganda, to'liq tuzalish kuzatiladi.

**Asoratlari.** Qoqsholning boshlang'ich davrida atelektaz, aspirastion va gipostatik pnevmoniya boshlanishi mumkin. Kuchli talvasa natijasida ba'zan pay va mushaklar uzilishi, suyaklar sinishi yuz beradi. Uzoq vaqt davom etadigan taxikardiya, gipertoniya umurtqalarning qiyshayib qolishi, mushaklar va bo'g'inlarning tortishib turishi 3,4,7 juft bosh miya asablarining falaj bo'lib qolishi kabi asoratlar uchraydi. Hiqildoqdagi ovoz mushaklari, diafragma va boshqa nafas mushaklarining qisqarishi natijasida asfikstiya boshlanishi harorat ko'tarilib, taxikardiyaning bradikardiya bilan almashinuvi yomon taxmin hisoblanadi.

**Qiyosiy tashxisoti.** Isteriya kasalligida ham mushaklar tortishib qisqarib qoladi. Isteriya tutqanog'i tutganda, mushaklar tonusi o'zgarimasdan faqat ayrim mushaklar tortishishi kuzatiladi. Bemor yig'lab, qichqiradi. Kasallik xuruji vaqtida bemorlar o'z kiyimlarini yirtib, lablarini tishlaydilar, boshlarini devorlarga uradilar, kasallik xuruji o'tgach, bemorda gallyustinastiya alomatlari ko'rinadi, so'ngra u uyquga ketadi.

Quturishda bemorning so'lagi oqadi, gidrofobiya, aerofobiya belgilari qayd qilinadi. Trizm va mushaklar tortishib qisqarishi kuzatilmaydi. Strixnin bilan zaharlanganda, kasallik oyoq muskullarining tortishib qisqarishdan boshlanadi. Tortishib - bo'shshagandan keyin ko'z qorachiqllari kengayib ketadi. Meningitda trizm va rises sardoricus kuzatilmaydi, bemor tezda hushidan ketadi, orqa miya suyuqligi tarkibi o'zgaradi.

**Davosi.** Qoqsholni davolash quyidagi yo'nalishlarda olib boriladi. 1. Jarohatga jarrohlik ishlov berish. 2. Bemor uchun osudalikni joriy qilish. 3. Qon oqimidagi zaharni neytrallash. 4. Talvasa sindromini kamaytirish yoki bartaraf qilish. 5. Sepsis va zotiljam kabi asoratlarning oldini olish va davolash. 6. Qon tarkibidagi gaz, kislota – ishqor va suv-elektrolit muvozanatini saqlash. 7.

Gipertemiyani bartaraf qilish. 8. Mutanosib yurak-qon tomir faoliyatini tiklash. 9. Mutanosib o'pka ventilyastiyasini yuzaga keltirish. 10. Ovqatlanish bilan ta'minlash. 11. Uzviy vrach va hamshira nazorati bilan ta'minlash.

Jarohatni, ya'ni infektsiya o'chog'ini yaxshilab tekshirish, tozalash muhim. Jarohat ezilgan, yirtilgan, nekrozga uchragan to'qimalardan tozalanadi. Bemor qonidagi toksinni zararsizlantirish uchun qoqsholga qarshi zardob ishlatiladi. Qoqsholga qarshi zardob Bezredko usuli bo'yicha katta yoshdagi odamlarga 100000-150000 TB, maktab yoshdagi bolalarga 80000-100000 TB, chaqaloqlarga 20000-40000 TB miqdorda yuboriladi. Oxirgi yillarda donor zardobidan tayyorlangan gamma globulin 5000 TB dan 5-kun mobaynida yuborish ijobiy natijalar bermoqda. Bemor organizmiga faol immunitet hosil bo'lishi uchun qoqshol anatoksini ishlatiladi. Uni 0,5-1 mldan teri ostiga 5-kun oralab 3-4 marta yuboriladi. Mushaklar tortishib qisqarishni kamaytirish uchun uxlatuvchi, kuraresimon moddalar, xloralgidrat, barbituratlar keng qo'llaniladi. Xloralgidrat xo'qna holida (2,0 gr 1 marta xo'qna uchun) barbituratlardan lyuminal, barbamil 0,1-0,15 gr dan ichishga, barbamilning 5% eritmasi t/o ga, neyroleptiklardan aminazin, droperidol, trunkvilizatorlar (seduksin) keng qo'llaniladi. Jigar, buyrak, yurak qon tomir kasalliklari, allergik holatlar, homiladorlikda aminazin berilmaydi.

Kuraresimon moddalarga diplostin, memintin, natriy oksibutirat kiradi. Bu preparatlar ta'sirida mionevral sinapslardan mushaklarni harakatga keltiruvchi impulslar o'tmay qoladi. Astetilxolin sekrestiyasi kuzatilmaydi.

Katta yoshdagi bemorlarga diplostinning 2% eritmasi 2,5-3ml v/iga 1-kunda 3-4 marta, bolalarga 0,6-1,0 ml beriladi. Diplostin asosan nafas, yutish mushaklarining qisqarib, tortishib qolishi natijasida asfiktsiya boshlanishi xavfi tug'ilagan mahalda ishlatiladi. Yurak faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, kamfora, korglyukon, 40% li glyukoza eritmasi ishlatiladi, kislorod beriladi. Nafas analeptiklari stititon, lobelin beriladi.

**Profilaktikasi.** Jarohat olganda tozalab, yuqumsizlantirish maqsadida ko'riladigan chora-tadbirlar:

1. Organizmda qoqsholga qarshi immunitet hosil qilish maqsadida sog'lom odamlarni emlash. Odamga xoh katta, xoh kichik shikast etib badani chaqalaganda, kechiktirmay 3000 TB miqdorda qoqsholga qarshi zardob yuborish kerak. Agar jarohat katta bo'lsa, to u bitib ketguncha har haftada 3000 TB dan zardob yuborilib turiladi. 2. Qoqshol toksini – anotoksin bilan emlanadi. Bunda faol immunitet hosil bo'ladi. Anatoksin 2 marta, 1-marta 1 ml, 20 kundan keyin 2 ml teri orasiga yuboriladi.

## QUTURISH

Quturish o'tkir yuqumli zoonoz kasallik bo'lib, markaziy nerv sistemasining zararlanishi (enstefalit boshlanishi) bilan ta'riflanadi. Quturish kasalligi qadim zamonlardan beri ma'lum. Odamlarda quturish kasal itlarning tishlashi natijasida kelib chiqishini, birinchi marta Arestotel (meloddan avvalgi 4 asr) aniqlagan. Quturishning klinkkasini dastlab I asrda Stels yoritdi va uni hidroophobia (suvdan qo'rqish) deb atadi.

Mashhur franstuz olimi Lui Paster o'tgan asrda (1881-1888) quturishga qarshi emdori - vakstina toidi va ishlab chiqdi, it, bo'ri tishlagan odamlarni shu emdori bilan emlashni amalda joriy etdi.

**Etiologiyasi.** Quturishni qo'zg'atuvchisi neyrotrop virus bo'lib, u quturgan hayvonning so'lagida bo'ladi, tashqi muhitda uzoq saqlana olmaydi. 1887 yilda Babesh va 1903 yilda Negri quturib o'lgan hayvonlar bosh miyasining ammon shoxi deb ataluvchi qismida dog'ga o'xshash yumaloq tuzilmalar borligini aniqlaganlar. Keyinchalik boshqa olimlar ana o'sha dog'lar quturish virusi ta'sirida paydo bo'lishini isbotladilar. Virus dezinfektsiyalovchi moddalar ta'sirida 5-10 minut, qaynatilganida 2 minut dzvomida halok bo'ladi. Quritilganda va past haroratda uzoq vaqt tirik saqlanadi.

**Epidemiologiyasi.** Infektsiya manbai quturgan itlar, mushuklar, bo'rilar, tulkilar, bo'rsiqlar va boshqa hayvonlardir. Kamdan-kam hollarda kasallik quenlardan, kalamush va sichqonlardan yuqishi mumkin. Itning so'lagida virus quturish belgilari ma'lum bo'lishidan 7-10 kun ilgari paydo bo'la boshlaydi. Itdan quturish kasalligi yuqishi uchun itning odamni tishlashi shart emas, uning so'lagi odam terisidagi kichkina shilingan yoki tiralgan joyiga tushsa ham kasallik yuqadi. Quturish

yoz-kuz oy-larida ko'proq uchraydi, chunki yilning bu fasllarida kishilarni itlar ko'proq tishlaydi, Odam boshi va yuzining tishlanishi oyoq-qo'llar tishlanishiga qaraganda ancha xavflidir. Itning kiyim-kechak ustidan odamni tishlashi ham xatarli.

**Patogenezi.** Yaralangan odam terisiga tushgan it so'lagidagi virus nerv tolalari bo'ylab bosh va orqa miyaga etib boradi va ularda ko'payib, chuqur o'zgarishlar yuz berishiga sabab bo'ladi. Ayniqsa adashgan nerv (n. vagus) tomoq-til nervi va til osti nervlarining yadrolari ko'proq zararlanadi. Yutish va nafasda qatnashadigan muskullarning tortishib qisqarishi, talvasaga tushib, tirishish, qattiq terlash va so'lak oqishi ana shu nervlarning zararlanishiga bog'liqdir. Bosh miyada ko'paygan viruslar nerv tolalari orqali ichki organlarga, jumladan so'lak bezlariga o'tadi. Shu sababdan quturgan hayvonning so'lagida virus ko'p bo'ladi.

**Patologik anatomiyasi.** Quturishdan o'lgan odamlar murdasi yorib tekshirilganida bosh miya pardasi, uzunchoq miya, miyacha, ammon shoxi, orqa miya, simpatik gagliyalarda shish paydo bo'lib, ularga qon quyilib qolgani ko'rinadi. O'pka qonga to'lib ketadi, yurak muskulida degenerativ o'zgarishlar, shilliq pardalarda qon quyilish alomatlari aniqlanadi.

**Klinikasi.** Kasallikning inkubastion, ya'ni yashirin davri 1-2 oy davom etadi, ba'zan 2 haftagacha qisqarishi yoki 1 yilgacha uzayishi mumkin. Yashirin davrning qisqa yoki uzoq bo'lishi quturgan hayvon tishlaganda yuzaga kelgan jarohatning qaerga joylashgani, katta-kichikligi va chuqur-yuzakiligiga bog'liq. Jarohat bosh yoki yuzda bo'lsa, yashirin davr qisqaradi. Bolalarda esa bu davr kattalardagiga qaraganda umuman qisqaroq davom etadi.

Quturishning klinikasida uch davr ajratiladi: 1) boshlang'ich yoki prodroma davri; 2) qo'zg'alish davri; 3) falaj davri.

Boshlang'ich, ya'ni prodroma davri 2-3 kun davom etadi. Bemor uyquusi buzilib, ishtahasi bo'g'iladi. Unda qo'rquv hissi paydo bo'ladi, kayfiyati o'zgarib turadi. Keyin bemor atrofga loqayd bo'lgan holda yotadi. Harorati subfebril darajada bo'ladi. Hayvon tishlagan joydagi jarohat tortishib og'riydi. Suvdan va havodan qo'rqish belgilari paydo bo'ladi. Bemorlar chanqab, suyuqlik ichyushga urinsa, darhol yutish va nafas muskullari tortishib qisqarib, qattiq og'riydi: Bu vaqtda bemor juda qiynalib azob chekadi, shu sababdan u ichish u yoqda tursin suvni ko'rishi bilanoq undan qo'rqadi. Ba'zan suyuqlikni ko'rish emas, balki nomini eshitganida ham uni vahima bosadi. Bu holat quturish kasalligiga juda xarakterlidir (hydrophobia). Nafas va yutish muskullari havo harakati ta'sirida ham tortishib qisqarishi mumkik (aerofobiya). Bemorning harorati 38 darajagacha ko'tariladi, ovozi bo'g'iladi, badani terlab, so'lagi oqadi, hiqichoq tutadi, ko'z qorachig'i kengayadk, oyoq-qo'llari og'riydi, ko'zlari bir narsadan qo'rqqandek ko'rinadi. Tomiri tez-tez uradi, aritmiya aniqlanadi. Nafas tartibsiz va yuzaki bo'ladi» vaqti-vaqti bilan bemor chuqur-chuqur nafas oladi. Muskullar tortishib, talvasalanish nafas va yutish muskullaridan boshlanib, keyin hamma muskullarga tarqaladi, Bunda arzimagan tovush, quyosh nuri va lampa yorug'i yoki bemor badaniga biror narsaning sal tegishi hamma muskullarning tortishishiga sabab bo'ladi. Bu davrda bemor uxlamaydi, o'z-o'zini tishlaydi, atrofdagilarga daf qilishi ham mumkin. Es-hushi kirarli-chiqarli bo'lib qoladi. Keyinchalik bemor ko'ziga yo'q narsalar ko'rinadi (gallyustinastiya) u alahlaydi. Bu davr 2-3 kundak 5-6 kungacha davom etishi mumkin.

Falaj davrida gidrofobiya ancha kamayadi, bemor tinchlanadi, suyuqlik icha boshlaydi, lekin harorat yuqori bo'lib qolaaeradi, so'zlarni aniq-tiniq ayta olmaydi. Shu holatda oyoqlar falaji boshlanadi (paraplegiya). Ba'zan ayrim muskullargina falaj bo'ladi. Oradan 15-20 soat vaqt o'tgach tanannng boshqa muskullari ham falaj bo'la boshlaydi. Shu holat davom etib, bemor yurak faoliyati etishmasligi yoki nafas markazining falaji oqibatida o'ladi.

**Diagnostikasi.** Odamni it yoki boshqa hayvon tishlagani, gidrofobiya, aerofobiya borligi, nafasning tartibsiz bo'lishi va vaqti-vaqti bilan chuqur-chuqur nafas olish quturish diagnozi uchun juda muhim. Quturishni avvalo koqsholdan, so'kgra atropindan zaharlanishdan farqlash kerak. Qoqshol diagnoziga muskullarning tetanus holda tortishib qisqarishi, sardonik tirjayish, trizm bo'lishi, alahlash va gallyustinastiya bo'lmasligi, ko'z qorachiqlarining odatdagidek ko'rinishi, bemor es-hushining aynamasligi va anamnezida it yoki boshqa bkr hayvon tishlagani haqida ma'lumot yo'qligi asos bo'la oladi. Bundan tashqari quturgan odam muskullari tutqanoq tutmagan vaqtda tortishib qisqarib turmaydi. Ma'lumki, qoqsholda muskullar hamma vaqt qisqargan holda bo'ladi.

Atropidan zaharlanishda bemor ko'z qorachiq-lark kekaygan, afti-basharasi qizargan bo'ladi, gidrofobiya, azrofobiya hodisalari ko'rilmaydi.

**Laboratoriya diagnostikasi.** Quturib o'lgan odam va hayvon miyasining ammon shoxi deb ataluvchi qismi va uzunchoq miyasida Babesh-Negri dog'lari bor-yo'qligi aniqlanadi. Quturganlarning 80-85 foizida Babesh-Negri dog'lari ko'riladi. Bu dog'larning topilmasligi quturish diaqnozini yo'qqa chiqarmaydi. Biologik usul ham qo'llaniladi. Quturib o'lgan odam yoki hayvon miyasidan tayyorlangan emulsiya quyoning miyasiga yuboriladi va keyin tekshiriladi.

**Davosi.** Bu kasallikning xos davosi yo'q. Quturishga davo qilishda simptomatik va patogenetik davo usullari qo'llaniladi. Bu usullar bemorni bir oz tinchlantiradi. Bemor shovqin-surondan holi bo'lgan tinch, alohida xonada yotishi kerak. Xona ozgina qorong'ilatilgan va eshigi berk turadigan bo'lishi lozim. Unga uxlatadigan, yurakni tinchlantiradigan va og'riq qoldiradigan dorilar beriladi.

**Profilaktikasi.** Quturishga qarshi kurash bu infektsiyash avv-alo hayvonlar, birinchi kavbatda- itlar orasida yo'qotishga qaratilgan bo'lishi kerak. Daydk it va mushuklarni yo'qotish, aholi yashaydigan joylar yaqinida uchraydigan bo'ri va bo'rsiqlarni ham yo'q qilish zarur.

Xonaki it va mushuklar doimiy veterinariya xizmati nazoratida bo'lishi kerak. Ularni vaqti bklan emlab turiladi. Agar it yoki mushuk biror kishiii tishlasa yoki uning so'lagi terining shilingan joyiga tushgan bo'lsa, darhol yarani kaliy permanganat eritmasi yoki sovunli suv bilan yaxshilab qayta-qayta yuvish va o'sha joyga tezda banka qo'yib, jarohatdan qon so'rib olish kerak. Qeyin jarohat yoki shilingan joyni yod yoki spirt bilan tezalash lozim, So'ngra it tishlagan odamni tegishli travmatologiya punktiga yuboriladi, Tishlagan it o'z xo'jayinining uyida yokk veterinariya muassasasida 14 kun davomida nazorat ostida saqlanadi. Shy muddat ichida hayvonda quturish alomat-lari paydo bo'lsa, uni o'ldirib tekshirib ko'riladi.

Eng yaxshn natija beradigan profilaktika usuli bu quturishga qarshi emlashdir. Quturishning xos profilaktikasi maxsus odamni vakstina bilan va quturishga qarshi gammaglobulin bilan emlash orqali amalga oshiriladi. It tishlagan odam maxsus sxema bo'yicha albatta emlanishi kerak, it tishlaganidan ke-yin 14 kun ichida o'sha it o'lsa yoki yo'qolib ketgan bo'lsa, odamning emlanishi ayniqsa zarur. Bordiyu. tishlamagan, lekin uning so'laklari odam terisiga va shillyaq pardasiga tekkan bo'lsa, ham odam albatta emlanadi. Bizda Fermi vakstinasi qo'llaniladi. Vakstina bilan emlashni vrach-rabiolog yoki travmatolog tayinlaydi. Vakstinaning dozasi, emlash muddati haroratning katta-kichikligi, chuqurligi va qaerda joylashganiga bog'liq. Vakstina bilan bir qatorda antirabik gammaglobulin ham yuboriladi. Quturishga qarshi emlash maxsus yo'l-yo'riqlarda ko'rsatilgan qondalarga qat'iy rioya qklingan holda amalga oshiriladi.

**7-mavzu: Gemorragik isitmalar (BSGI, O'zbekiston, Omsk, Sariq). O'XI shoshilinch profilaktikasi. Infekstion mononukleoz. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibat-lari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Shoshilinch profilaktikasi.**

## GEMORRAGIK ISITMALAR

Gemorragik isitma kasalliklarini arboviruslar, arenoviruslar va filoviruslar qo'zg'atadi. Bugungi kunda dunyo bo'yicha besh yuzdan ortiq arbovirus turlari aniqlangan, shularning 100 tasidan ko'prog'i odamlarda kasallik chaqiradi. Respublikamizda odamlarda kasallik chaqiradigan 20 turga yaqin arboviruslar aniqlangan.

Gemorragik isitma kasalliklari qo'zg'atuvchilarining rezervuarlari qishloq xo'jalik hayvonlari, kemiruvchilar, qushlar, kaltakesaklar va boshqalar hisoblanadi, hamda ularning organizmlarida bu kasallik subklinik yoki latent shaklida namoyon bo'ladi.

Arboviruslar qo'zg'atadigan gemorragik isitmalar asosan transmissiv yo'l bilan, ya'ni qon so'radigan bo'g'im oyoqlilarning chaqish jarayonida yuqadi. Arenoviruslar, filoviruslar qo'zg'atadigan gemorragik isitmalar esa maishiy – muloqot, havo va parenteral muolajalar orqali o'tadi.

Gemorragik isitma kasalliklari ko'p jihatlari bilan o'xshash bo'lsada, kasallikning kechishi,



rivojlanishi, epidemiologik jarayonning namoyon bo'lishi, qo'zg'atuvchilarining o'ziga xosligi, kasallik qo'zg'atuvchilarining manbalari va yuqish mexanizmlari bilan bir-biridan farq qiladi.

### QRIM – KONGO GEMORRAGIK ISITMASI

Sinonimlari: Qrim gemorragik isitmasi (QGI), O'rta Osiyo gemorragik isitmasi, O'zbekiston gemorragik isitmasi va hokazo.

**Etiologiyasi.** Qrim – Kongo gemorragik isitmasi (QKGI) qo'zg'atuvchisi o'zida RNK saqlovchi arbovirus bo'lib, Bunyaviridae oilasiga, Navirovirus turiga kiradi, kasallik qo'zg'atuvchi virus yuqorida ta'kidlangandek birinchi bo'lib 1945 yilda M.P. Chumakov tomonidan topilgan.

Keyinchalik Ovroqpa va O'rta Osiyo davlatlarida aniqlangan bu viruslar bir xil viruslar bo'lib, bitta serologik turga mansub ekanligi ma'lum bo'lgan.

Virus sferik shaklida bo'lib, diametri 92-96 nm keladi. Virus tashqi muhitda uncha chidamli emas, lekin yuqori haroratga juda sezgirdir. Virus ayniqsa cho'chqa, Suriya olmaxoni va maymun embrioni buyraklari hujayralariga o'ta sezgirdir. Virus asosan hujayralar sitoplazmasida joylashadi.

**Epidemiologiyasi.** QKGI virusining areali juda keng: Ovroqadan Osiyo va Afrikagacha, hamdo'stlik davlatlaridan Rossiya Federatsiyasining janubiy regionlarigacha, Ukraina, Moldova, Ozarbayjon, Armaniston, Qozog'istonning janubiy viloyatlari va boshqa Markaziy Osiyo davlatlari, jumladan O'zbekiston respublikasining bir qator viloyatlari xududlari ham (Buxoro, Navoyi, Qashqadaryo, Sirdaryo, Jizzax) QKGI bo'yicha endemik xududlaridan hisoblanadi. QKGI virusi ma'lum tur kannalarida saqlanadi.

QKGI qo'zg'atuvchisining tabiiy rezervuari va manbalari qishloq xo'jaligi hayvonlari hamda yovvoyi sut emizuvchilar (quyon, kemiruvchilar, tipratikan va boshqalar) hisoblanadi, virusni tabiatdagi saqlovchisi va tashuvchisi turli xil iksod kanalaridir. QKGI virusining yuqish mexanizmi transmissiv, ya'ni virus kanalarining chaqishi natijasida odamga yuqadi.

Odamga kasallik muloqot orqali ham yuqadi, ya'ni bemor qonini so'rgan kanani ezib o'ldirganda, hamda QKGI siga chalingan bemorning qoni sog'lom odam terisi va shilliq kavatiga tushganda yoki bo'lmasa parenteral muolajalar amalga oshirilganda, kasallik yuqishi mumkin. Bunday holatlarda QKGI siga chalingan bemor kasallik qo'zg'atuvchi manbaiga aylanadi va atrofda sog'lom odamlar uchun xavf tug'diradi.

QKGI o'ziga xos epidemiologik mavsumiylikka ega bo'lib, kasallik asosan aprel-sentyabr oylarida qayd etiladi (90-95 % aprel-iyun oylarida). Kasallikning bunday epidemiologik mavsumiylikka ega bo'lishi bevosita iksod kanasi faolligining oshishi bilan bog'liqdir. QKGI kattalar, ayniqsa mehnat faoliyati cho'l hududlari bilan bog'liq bo'lganlar o'rtasida (cho'ponlar va ularning oila a'zolari, qirqingma vaqtinchalik jalb etilganlar, molga qarovchilar, boquvchilar, endemik hududlarida ishlovchilar) ko'proq qayd etiladi. Kasallikning asosiy salmog'i (80% ko'proq) 20-60 yoshidagi odamlarga to'g'ri keladi, kasallikning 85-90% erkaklarda uchraydi.

**Patogenezi.** QKGI virusi odam organizmiga kana chaqishi natijasida terining kana chaqqan joyidan kiradi. Bundan tashqari, virus organizmga virus bilan zararlangan bemor qonining sog'lom odamning jarohatlangan terisi va shilliq qavatiga tushganida va kamdan-kam holarida QKGI kasalligiga chalingan bemorning qonini sog'lom odamga quyganda, hamda nafas yo'llari orqali (aspiratsion) tushishi mumkin.

Organizmning virus kirgan joyida hech qanday o'zgarish kuzatilmaydi. Virus qonga tushgach, retikuloendotelial sistema hujayralarida to'planadi. Retikuloendotelial sistema hujayralarida to'plangan viruslarning qonga ikkinchi bor ko'p miqdorda tushishi (virusemiya) natijasida bemorda umumiy zaharlanish hamda qon tomirlari endoteliysi shikastlanishi natijasida turli xil darajadagi trombogemorragik sindrom namoyon bo'ladi. QKGI kasalligining patogenezi bo'yicha ko'pgina masalalar hanuzgacha to'lik o'rganilmagan.

**Klinikasi.** QKGI kasalligining klinik kechishida 4 davr farqlanadi:

a) yashirin davri, b) boshlang'ich yoki umumtoksik davri, d) avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri, c) rekonvalesentsiya davri.

QKGI gemorragik belgilar bilan va gemorragik belgilersiz o'tadi. Kasallik kechishiga qarab esa, engil, o'rta og'ir, og'ir shakllariga bo'linadi.

A. Kasallikning yashirin davri – kasallik kana chaqib yuqqanida o'rtacha 3-6 kun, qon va qon

ajratmalari bilan muloqotda bo'lib yuqqanida esa 2-4 kuni tashkil etib, bu davrda bemorda hech qanday shikoyat ham, kasallik alomatlari ham bo'lmaydi.

B. Boshlang'ich yoki umumtoksik davri – bir necha soatdan 3 kungacha davom etadi. Kasallik o'tkir boshlanib, prodromal belgilar kuzatilmaydi. Kishi to'la sog'lom paytida tanasi qaltirab, harorati  $38,5 - 40,5^{\circ}\text{C}$  ko'tarilib ketadi. Bemorda ich ketish, boshning peshona sohasida kuchli og'riq, belda, bo'g'im va mushaklarda og'riq, umumiy holsizlik, juda ham tez charchash belgilari sodir bo'ladi. Bundan tashqari 30-35% bemorlarda ko'ngil aynishi, qusish qayd etilib, bu holat ovqat iste'moli bilan bog'liq bo'lmaydi. Bemorning ichi suyuq o'tishi va qornining turli sohalarida og'riqlar bo'lishi mumkin.

Ob'ektiv ko'rganda: kasallikning birinchi kundan bemorning yuzi qizarib, bu qizarish bo'yin va ko'krak qismiga tez tarqaladi. Ko'zlari qizarib, bu qizillik asosan ko'zning lateral qismida uchburchaksimon shaklda aniqlanadi. Teri quruq, issiq, periferik limfa tugunlari biroz kattalashadi. Isitmalash 1-5 kun, ayrim bemorlarda 5-10 kun va 10-15 kungacha davom etadi. Isitma xarakteri noto'g'ri yoki doimiy bo'lishi mumkin.

D. Avj olish va gemorragik alomatlar namoyon bo'lgan davri – kasallikning 3-6 kundan boshlab avj olish davri boshlanadi. Gemorragik sindrom qon ketish va qon talash bilan namoyon bo'ladi. Eng ko'p uchraydigan gemorragik belgi– gemorragik toshmalaridir (33-rasm). Teri, shilliq qavatlar, in'ektsiya joylarida qon talash, burundan qon ketishi, milk, og'iz shilliq qavatidan qon ketishi, qonli qusish, ichakdan qon ketishi kuzatiladi.

Toshma xarakteri bo'yicha petexial bo'lib, yassi, teridan ko'tarilmaydi, bosib ko'rganda yo'qolmaydi. Rangi dastlab to'q-qizg'ish, keyinchalik qora rang tus oladi. Toshmalar soni bir necha bo'lishi mumkin. Toshmalar ko'krak qafasi, qorinning yonbosh sohasi terisida, elka sohasi, bilak sohasi ichki yuzasi, son terisida, kam hollarda bemor bo'yin terisida uchrashi mumkin. O'lchami bo'yicha nuqtasimon toshmadan diametri 2,0-3,0 sm gacha etadi. Shakli bo'yicha yumaloq yoki oval bo'lib, chegarasi aniq, uning atrofidagi terida o'zgarish bo'lmaydi. Gemorragik elementlar 5-8 kun saqlanib, so'ngra oqara boshlaydi va kasallikning 9-14 kunda yo'qoladi. Barcha hollarda in'ektsiya o'rinlarida turli o'lchamlardagi qon talashlar hosil bo'ladi (34-rasm). Toshma hosil bo'lishi bilan bir vaktida, ayrim paytda undan bir ikki kun oldin yumshoq va qattiq tanglayda nuqtasimon qontalash aniqlanadi. Shuni ta'kidlash lozimki, kasallik qon orqali odamdan – odamga yuqqanida gemorragik sindrom kuchli va tez rivojlanadi. Bu virusning odam organizmida virulentligining oshishiga bog'liq. Bu davr 3-7 kundan 10-15 kungacha, o'rtacha 7-9 kun davom etadi. Ayrim bemorlarda kasallikning ikkinchi isitma to'lqini qayd etiladi. Bunda birinchi isitma to'lqini so'ngandan keyin, 2-3 kun o'tgach yana isitma ko'tariladi, lekin dastlabki isitma darajasiga etmaydi.

Ob'ektiv ko'rganda: bemorning yuzlari, bo'yin sohasi terisi qizargan, terisi quruk, in'ektsiya joylari ko'kargan. Periferik limfa tugunlari kattalashgan.

Nafas olish majmuasida: burundan tomchi– tomchilab yoki oqim bilan qon kelishi, bu qisqa yoki uzoq, o'rtacha 3-4 kun davom etishi mumkin. O'pkada tarqalgan quruq xirillashlar (10-13%) kuzatiladi. Kasallik og'ir o'tayotganda o'pkada mayda o'chog'li bronxopnevmoniya belgilari yuzaga keladi.

Yurak qon– tomir majmuasida: tomir urishi tezlashgan, sust to'lalilik va taranglikda, A/B– 90-70/50-30 mm simob ustunida, kollaps holati ham bo'lishi mumkin.

Ovqat hazm qilish majmuasida: ishtahasizilik, qon yo'qotilayotganda esa og'iz qurishi, chanqash, qorinning turli joylarida og'riqlar, ko'ngil aynishi, qonli qusish kuzatiladi. Bu belgilar kasallik engil o'tsa 1-2 kun davom etadi. Ayrim payt bemorlarda to'xtovsiz qonli qusish kuzatiladi. Ularda milklarning qizarishi va bo'rtganligi aniqlanib, bu belgi asosan pastki jag' milking kesuvchi tishlari atrofida yaqqol ko'rinadi. Milklar yumshaydi va qon keta boshlaydi, qon ketishi bir necha soatdan 4-8 kungacha davom etishi mumkin.

Kasallikning avj olish davrida bemorning lablari quruq, yorilgan, qonashga moyil, tili quruq, oqish-sarg'imir karashli, ko'pincha «zangsimon» bo'lib, bu og'iz shilliq qavatidan, milklardan qon ketishga bog'liq bo'ladi. Og'izdan qo'lansa hid keladi, bu davrda tanglay murtaklari qizargan bo'lib tilcha, tanglay murtaklari ravog'i biroz shishadi va bemor yutinganda og'riq sezishiga sabab bo'ladi. Yumshoq tanglayda (asosan til ildizi sohasida), qattiq tanglay shilliq qavatida enantema paydo bo'lib, kasallikning 3-5 kunda yaqqol rivojlanadi. Enantema gemorragik, mayda nuqtasimon chegarasi aniq

bo'lib, 5-7 kungacha saqlanadi. Qorni yumshoq, epigastral soha va kindik atrofida og'riq sezadi. Jigar va taloq aksariyat bemorlarda 1-2 sm ga kattalashadi.

Siydik ajratish majmuasida: bel sohasida og'riq, Pasternatskiy belgisi musbat bo'lishi, oligouriya, makro- va mikrogematuriya, albuminuriya, anuriya, azotemiya bilan namoyon bo'ladi. Siydikda 0,99 promilligacha oqsil aniqlanadi.

Ayollarda bachadondan qon ketish kuzatiladi. Homilador ayollarda homila tushishi yoki vaqtdan oldin tug'ruq sodir bo'lishi mumkin.

Kasallikning hamma hollarida bemorlarda birdan yuzaga keluvchi kuchli bosh og'rig'i, qaltirash va yuqori isitmalash qayd etiladi. Ayrim payt bosh aylanishi kuzatiladi. Bemorning uyquchanligini, adinamik holatini e'tiborga olish lozim. Og'ir holatlarda bemorlarda aksincha qo'zg'alish, alahsirash, gallyutsinatsiya, meningeal belgilar paydo bo'lib, keyinchalik to'la hushini yo'qotadi, bradikardiya, gipotoniya, qorinda og'riq, ich qotishi yoki ketishi, ko'z qorachig'ilarining nisbatan torayishi, yorug'likka sust reaksiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Kasallikning avj olish davrida periferik qon taxlilida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: 90 % hollarda gipoxrom anemiya, 75-80 % hollarda 1 mm<sup>3</sup> qonda eritrotsitlar 2,0-3,0 mln ta aniqlanadi. Kasallik og'ir o'tayotganda uzoq vaqt qayta qon ketishi bilan davom etsa, eritrotsitlar soni 1,0 mln gacha, gemogloblin 20-25 g/l gacha kamayadi. Rang ko'rsatkichi ko'pincha 1,0 dan past bo'ladi. Bu davrda qon tahlilidagi xarakterli belgilardan biri trombositlar miqdorining kamayishi bo'lib, bu 25-33% tekshirilgan bemorlarda 50 minggacha kamaygani kuzatiladi. Kasallik qancha og'ir o'tsa, trombositopeniya shunchalik kuchli bo'ladi. Kasallikning avj olish davrida oq qon tanachalaridagi o'zgarish leykopeniya (1mm<sup>3</sup> qonda 1100-4000 gacha) bilan namoyon bo'ladi. Leykotsitar formulada nisbiy limfotsitoz, neytropeniya, aneozinofiliya yoki eozinopeniya, monotsitopeniya, EChT 30-60 mm/soatgacha tezlashadi. Gemorragik isitma kasalligi 80-95% hollarda o'rta og'ir yoki og'ir shaklda o'tadi.

Rekonvalessensiya davri – bu davr bemorda klinik belgilarning so'nishi, hosil bo'lgan gemorragik toshmalarning rangi kundan-kunga yo'qola boshlashi, ishtahasining ochilishi bilan xarakterlanadi.

Gemorragik isitma kasalligi asoratlari: ko'p miqdorda qon yo'qotish natijasida gemorragik karaxtlik, ikkilamchi infeksiya qo'shilishi tufayli o'choqli yoki bo'lakli pnevmoniya, sepsis, o'pka shishi, o'tkir buyrak etishmovchiligi, otit, tromboflebit, bo'lishi mumkin.

**Tashxisoti.** Bemorni erta aniqlash, uni samarali davolash hamda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o'z vaqtida tashkil etish uchun ahamiyatlidir. Ammo gemorragik isitmaning boshlang'ich davrida, ya'ni umumtoksik belgilar paydo bo'lganda bemorga tashxis qo'yish juda qiyin. Shuning uchun ham bu kasallikka tashxis ko'pincha gemorragik davrida qo'yiladi. QKGI kasalligi tarqoq (sporadik) qayd etilganda, 90-95% holatlarda «O'tkir respirator infeksiya» va «noma'lum etiologiyali isitma» tashxislari bilan yotqiziladi. Shu bilan birgalikda bu kasallikni boshlang'ich davrida dastlabki tashxis qo'yishda ayrim klinik va epidemiologik mezonlar mavjud.

Epidemiologik anamnezda: bemorning tabiiy o'choqdan ekanligi, kana chaqqanligi, kanani qo'li bilan ezib o'ldirganligi, qo'llari mayda shoxli hayvonlarning junini qirqayotganda kana qoni bilan ifloslanishi va hokazolar surishtiriladi.

Laboratoriyaviy tashxisoti. Gemorragik isitmalarda bemor qonida virus yoki unga qarshi paydo bo'lgan spetsifik antitelo serologik usulda aniqlanadi.

Virusni ajratish faqat virusologiya ilmiy tekshirish institutlarining ruxsatnomasi bo'lgan tahlilxonalarda o'tkaziladi. Buning uchun kasallikning o'tkir davrida, yuqori isitma paytida, bilak venasidan qon olinadi. Olingan qon ikkiga bo'linib, biri virusni ajratish uchun, ikkinchisi esa serologik reaksiya uchun foydalaniladi. Serologik tekshiruviga olingan qon steril penitsillin yoki insulin flakoniga solinib, yoriqlanib, maxsus muz solingan konteynerga yoki keng og'izli termosga solinadi. Serologik tahlil uchun juft zardob kasallikning boshlang'ich davrida va 2-3 haftadan keyin olinadi.

Tahlilga qon olinayotganda, uning sachrashidan, teri va shilliq qavatlarni ifloslanishidan ehtiyot bo'lish kerak. O'lim holati qayd etilganda, laboratoriya tekshiruviga murda organlari bo'laklari (miya, jigar, taloq, buyrak, o'pka) steril flakonlarga solinib, maxsus laboratoriyaga yuboriladi. Kasallikning birinchi haftasida o'lim yuz bersa, murdadan olingan sektion materiallardan

hamma hollarda virus ajratiladi.

**Davosi.** O'zbekiston gemorragik isitmasida maxsus davo maqsadida rekonvalesentsentlarning qoni va qon zardoblari kasallik kechim og'irligiga mos holda vena ichiga tomchilab yuboriladi. Hozirgi kunda viruslarga qarshi preparatlar (amiksin, ribavirin)ning bu kasalliklarda samaradorligi isbotlangan. Davo choralari asosan zaharlanish, gemorragiyani bartaraf etish va yurak-qon tomir sistemasi faoliyatini yaxshilashga qaratilgan bo'ladi. Bemor 2-4 hafta davomida o'rnida yotadi. Oson hazm bo'ladigan kalloriyali, vitaminlarga boy ovqat beriladi. Mineral suvlar, ho'l meva va sabzavot sharbatlari ko'p beriladi. Vitamin C, B va P preparatlari tayinlanadi. Qusishga qarshi yalpiz preparatlari, anestezin va novakainning 0,5 % eritmasi osh qoshiqda uch mahal ichiriladi. Me'da 2-3 % li soda eritmasi bilan qayta-qayta yuviladi. Venaga 10%li osh tuzi eritmasi va teri ostiga 1ml, 2,5 %li aminazin yuboriladi. Zaharlanish kuchli bo'lganda qon quyiladi, kortikosteroidlar tavsiya etiladi.

Gemorragiyaga qarshi kaltsiy xloridning 10%li eritmasidan 10ml, natriy xloridning 10%li eritmasidan 10-50 ml, jelatinaning 10%li eritmasidan 10 ml, kaltsiy glyukonatning 10%li eritmasidan 5-10mldan venaga yuboriladi. Gemostatik dozada qayta-qayta qon quyiladi. Mabodo qandaydir asoratlar paydo bo'lsa, antibiotiklar tayinlanadi.

**Profilaktikasi.** Profilaktik chora tadbirlar- tabiiy o'choqlarda kemiruvchilarni yo'qotishga qaratilgan. Shuning bilan birga turar joylarda va ular atroflarida sanitariya-gigiena qoidalariga qat'iy rioya qilishdan iborat. Gemorragik isitma kasalligining kasalxona ichi infeksiyasi sifida qayd etilishining oldini olish maqsadida quyidagilarga e'tibor qaratilishi qat'iy talab etiladi:

Etiologiyasidan qat'iy nazar gemorragik isitma kasalligiga chalingan yoki shu kasallikka gumon qilinganlar, hamda kana chaqqanlar yuqumli kasalliklar kasalxonasining (bo'limining) maxsus jihozlangan xonasiga (boksiga) «Epid tashuv» yoki «tez yordam» avtotransportlarida olib kelinib yotqiziladi.

Bemorga tibbiy yordam faqat maxsus tayyorgarlikdan o'tgan vrach va o'rta tibbiyot xodimlari tomonidan beriladi. Kichik tibbiyot xodimlarini bemorga xizmat ko'rsatishi ta'qiqlanadi. Bemor parvarishiga, unga yordam ko'rsatishga oila a'zolari, qarindoshlari va yaqinlarining ishtiroki qat'iy man etiladi.

Qo'llari jarohatlangan, yiringli jarayonlari bo'lgan tibbiyot xodimlari bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish va parvarish qilish uchun ruxsat etilmaydi.

Bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda va parvarish qilishda tibbiyot xodimlari birinchi tur o'latga qarshi kostyumdan foydalanadi. Qo'llariga ikki juft rezinali qo'lqop ustma-ust kiyilishi, og'iz burunga 4 qavatli doka niqob va ko'zga ko'zoynak taqilishi shart.

Bemorga tibbiy yordam ko'rsatish va parvarish etishda bemorlar qoni bilan ifloslanishdan juda ehtiyot bo'lishi kerak. Tibbiyot xodimlari bemorlarning qoni orqali o'ziga bu kasallikni yuqtirib olishi mumkinligini har soniyada yodlarida tutishlari shart.

Vrach bemorlarni ko'rgandan so'ng, o'rta tibbiyot xodimi muolaja va bemorlar parvarishi bilan shug'ullangandan keyin qo'llarini 3%li xloramin eritmasida ho'llangan sochiq bilan artishi kerak.

Foydalanilgan rezinali qo'lqop, niqob echilib, 3%li xloramin eritmasiga cho'ktirilib, 1 soat davomida saqlanadi, so'ngra yuviladi. Ko'zoynak 70% li etil spirtida ho'llangan bint bilan artiladi. Bemor qoni va boshqa chiqindilari bilan ifloslangan kiyimlari ham 3%li xloramin eritmasida ivitiladi va so'ngra yuviladi.

Bemor chiqindilariga (qon, siydik, najas, qusuq moddalari, so'lagi) xlorli ohak yoki gipoxlorit kaltsiy kukuni (1:2 nisbatda) sepilib aralastiriladi, 2 soat davomida ekspozitsiya qilinadi va kanalizatsiyaga oqiziladi, kanalizatsiya bo'lmagan taqdirda maxsus xandakka tashlanadi.

Bemor chiqindilari bilan ifloslangan yumshoq jihozlar, tibbiy asbob –uskunalar 3%li xloramin eritmasida yuqumsizlantiriladi, idish– tovoqlar esa 2%li sodali eritmaga solinib, 20 min qaynatiladi. Bemor chiqindilari bilan ifloslangan salftoklar, paxtali shariklar, bintlar qog'oz va hokazolar maxsus idishga solinib, mufel o'chog'ida yoqib yuboriladi.

Bemorni davolashda va parvarishida ishtirok etgan tibbiyot xodimlari olti kun davomida tibbiy kuzatuvga olinadi.

## UZOQ SHARQ GEMORRAGIK ISITMASI YOKI GEMORRAGIK NEFROZO – NEFRIT

**Etiologiyasi.** Bu isitmani ham arbovirus avlodiga kiradigan virus qo'zg'atadi. Virusning rezervuari mayda kemiruvchi hayvonlardir (sichqonlar va kalamushlar). Kasallik odamlarga kemiruvchilarning ektoparazitlari orqali transmissiv yo'l bilan yuqadi. Kemiruvchilar najasi bilan ifloslangan har xil buyumlar orqali ham yuqishi mumkin (kontakt yo'li), lekin odamga yuqmaydi. Bu kasallik Uzoq Sharq, Koreya, Rossiyaning Yaroslavl, Kalinin va Tula viloyatlarida uchraydi.

**Patogenezi.** Odam organizmiga kirgan viruslar retikulo-endotelial to'qimalariga o'rtnashib, shu erda ko'payadi, so'ngra qonga tushadi va butun organizmga tarqaladi. Virusemiya 5-6 kun davom etadi. Organizm virus toksini bilan zaharlanadi. Virus toksini bevosita mayda qon tomirlari va asab tizimiga ta'sir qiladi. Vegetativ asab tizimi parasimpatik qismining funksiyasi kuchayib ketadi. Buyrak qon tomirlari va kapillyarlari zararlanadi, bu o'z navbatida buyrak kanalchalarining torayib, oliguriya boshlanadi. Siydikda silindrlar, eritrotsitlar, oqsil, epiteliy hujayralari paydo bo'ladi. Qonda qoldiq azot miqdori ko'payadi, ba'zi bemorlarda qon bosimi ko'tariladi (buyrakka aloqador gipertoniya).

Bemorning hamma organlaridagi mayda qon tomirlar devorida destruktiv o'zgarishlar yuz beradi. Biriktiruvchi to'qimalar, asab tizimida sitolizga xos o'zgarishlar ko'riladi. Buyrakda intersitsial-gemorragik nefrit alomatlari yuz beradi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 11-26 kun davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanadi. Bemor eti uvishib, harorati 39-40 darajaga ko'tariladi va 3-5 kun davomida shu holda turadi. Bemorning boshi, mushaklari, beli og'riydi, darmoni quriydi. Ishthasi yo'qoladi, ko'ngli aynib, qusadi, ko'zi xiralashadi. Keyin harorat sekin-asta pasayib, kasallikning 4-9 kunlariga borganda normal darajagacha tushadi. Kasallik engil o'tganida harorat ko'tarilmasligi mumkin.

Bemorlar atrofga e'tibor bermay xayol surganday bo'lib yotadi. Bemor tanasining yuqori qismi va yuzi qizargan bo'ladi. Ko'zlari ham qip-qizarib, shilliq pardalari shishib turadi. Kasallikning 2-3kuni ko'krak kafasining yon tomonlari, elkaning ichki tomonida va qo'ltiqqa petexial toshma ko'rinadi. Tanglayda enanema paydo bo'ladi. Toshmalar 1-2 haftadan so'ng yo'qoladi. Ukol qilgan joylarga qon quyilib qoladi. Ba'zan uchuq toshadi. Bemor me'da sohasida og'riq sezadi, ba'zan ketma-ket qusaveradi. Qusuq qon aralash bo'ladi. Bemorni hiqichoq tutishi juda holdan ketkazadi. Bemor tili karash bilan qoplanadi, tomoq shilliq pardasi qizaradi, ba'zan enanema va gemorragiya ko'rinadi. Ichak shilliq pardasi va qorin pardasi orasidagi to'qimalariga qon quyilishi, qorin og'rigiga sabab bo'ladi. Jigar shishadi, og'riydi.

Bu isitmada buyrakning zararlanishi xarakterlidir. Siydikda oqsil va eritrotsitlar topiladi. Kasallikning 5-7 kunlaridan boshlab Pasternatskiy belgisi yaqqol aniqlanadi, siydik kamayib, anuriyagacha boradi. Oliguriya 9-12 kungacha davom etadi, so'ngra poliuriya bilan almashinadi, bemorlar bir kecha-kunduzda 3-5 l gacha siyadi. Shu vaqtda bemorni tashnalik bezovta qiladi. Poliuriya yaxshi alomat hisoblanadi. Tekshi- rishlar buyrakning kontsentrlash funksiyasi buzilganini ko'r- satadi. Qonda qoldiq azot ko'payadi. Ba'zi holllarda bemorning es hushi kirarli- chaqirli bo'lib turadi, galyutsinatsiya, infek- sion psixoz va meningizm alomatlari ko'rinadi. Bemorning ko'zi xiralashadi, buyumlar qizg'ish bo'lib ko'rinadi. Bunday holat 2-3 kun davom etadi. Bu darddan sog'ayish davri 2-3 oyga cho'ziladi.

**Laboratoriyaviy tashxisoti.** Kasallik virusini jo'ja embrionida urchitish yo'li bilan ajratib olish mumkin. Kasallikning ikkinchi haftasidan boshlab KBR musbat natija bera boshlaydi.

Tashxis uchun siydikni tekshirish muhim ahamiyatga ega. Hamma vaqt albuminuriya aniqlanadi. Siydik cho'kmasida eritrotsitlar, gialin va mumsimon silindrlar, buyrak epiteliyasi hujayralari topiladi. Kasallikning birinchi kunlarida gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ko'payadi va leykotsitlar soni kamayadi. Kasallik avjiga chiqqanida leykotsitoz (30-50 ming) boshlanib, qonda mielotsitlar, promielotsitlar va megaloblastlar paydo bo'ladi. Ba'zan ulkan neytrofillar ko'rinadi. Sog'ayish davrida yanada qaytadan leykopeniya bo'ladi, limfotsitlar kamayib, monotsitlar ko'payadi, ba'zan gisteotsitlar paydo bo'ladi, eozinofillar yo'qoladi, Tyurk hujayralari topiladi. ECHT boshlanishda sekinlashadi, keyin tezlashadi.

**Davosi.** Buyrak sindromi bilan o'tadigan gemorragik isitmaning davosi boshqa xil gemorragik isitmalar davosi bilan bir xil, agar azotemiya holati yuz bersa, gemodializ yoki peritoneal

dializ tavsiya qilinadi. Poliuriya davrida suv – elektrolitlar muvozanatini saqlashga qaratilgan davo choralarini qo'llaniladi.

**Profilaktikasi.** Bemor albatta kasalxonaga joylanadi va kasallikning vrach va hamshiralarga yuqmaslik choralari alohida e'tibor qilinadi. Endemik o'choqlarda kemruvchilarni yo'q qilishga qaratilgan choralar ko'riladi.

## OMSK GEMORRAGIK ISITMASI

Omsk gemorragik isitmasi (OGI)- tabiiy o'choqli o'tkir virusli infeksiya bo'lib, isitma, gemorragik sindrom va asab tizimini zararlanishi bilan tavsiflanadi.

**Etiologiyasi.** OGI ni arbovirus avlodiga kiradigan virus qo'zg'atadi.

**Epidemiologiyasi.** Ondatralar, suv qalamushlari va boshqa kemiruvchilar, qushlar infeksiya manbadiydir. Kasallik odamga iksoda, gamaz kanallari va boshqa turdagi kanallar chaqqanida, odam kasal hayvonlarga qarab turganda, laboratoriya sharoitlarida respirator yo'l bilan yuqadi.

**Patogenezi.** Kasallik kapillyarlar endoteliysi, vegetativ asab tizimi, buyrak usti bezlari va qon yaratuvchi a'zolariga vipyc ta'sir etishi natijasida kelib chiqadi.

**Klinikasi.** Yashirin davri 2-4 kun davom etadi. OGI ning klinikasi QKGI ning klinikasini eslatadi. Lekin OGI da gemorragik ekzantema doimo kuzatilmaydi, me'da-ichak yo'llari va boshqa a'zolardan qon ketishi kam uchraydi. Nerv sistemasi tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar kuchli namoyon bo'ladi. Bemorlarning bir qismida atipik pnevmoniya yoki bronxit kuzatiladi. Isitma 4-5 kundan 12 qungacha davom etishi mumkin. Periferik qonda leykopeniya, neytrofilyoz, trombotsitopeniya va aneozinofiliya kuzatiladi.

**Tashxis** qo'yish, davolash va profilaktikasi QKGI singari olib boriladi.

## SARIQ ISITMA

Sariq isitma (SI) - pashshalari tarqatadigan tabiiy o'choqli arbovirus infeksiyasi bo'lib, o'tkir isitma, gemorragik sindrom, shok va jigar-buyrak etishmovchiligi bilan kechadigan kasallikdir.

**Etiologiyasi.** SI kasalligini Flaviviridae oilasiga Flavivirus avlodiga mansub bo'lgan, o'zida RNK saqlovchi Flavivirus febricus qo'zg'atadi. Virus odamning ichki organlarini shikastlash qobiliyatiga ega ekanligi inobatga olinib, Viscerophilus tropicus nomini olgan. Virus tashqi muhitga uncha chidamli emas, dezinfektsiyalovchi moddalarning odatdagi konsentratsiyalari ta'sirida bir zumda nobud bo'ladi, 60°C gacha isitilganda virus o'z faolligini 10 daqiqa davomida yo'qotadi. Virus quritilgan holda +100-110°C da 5 soatgacha tirik saqlanadi, muzlatilgan holda esa bir necha yilgacha o'z faolligini saqlaydi.

**Epidemiologiyasi.** SI kasalligi tipik tabiiy o'choqli yuqumli kasallik hisoblanadi. Kasallikning tabiiy endemik o'choqlari Markaziy va Janubiy Amerika hamda G'arbiy va Markaziy Afrikaning tropik hududlarida joylashgan.

Epidemiologik nuqtai nazardan SI kasalligining ikkita shakli mavjud: birinchisi "jungli" va ikkinchisi "shahar". JSST tasnifiga ko'ra unig oraliq shakli ham mavjud. Kasallikning "jungli" tabiiy o'choqlarida ayrim tur maymunlar, chumolixo'rlar va boshqa bir qator hayvonlar kasallik qo'zg'atuvchisining manbalari hisoblansa, kasallikning "shahar" shaklida bemor odam kasallik qo'zg'atuvchisining manbai bo'lib xizmat qiladi. Oraliq shaklida esa YFV bilan zararlangan maymunlar kasallik qo'zg'atuvchisining manbai hisoblanadi.

SI kasalligi tabiiy sharoitda asosan ayrim tur chivinlar orqali transmissiv yo'l bilan yuqadi. Bemor odam asosan kasallik inkubatsion davrining oxirgi kunlarida va kasallik boshlanishining 3-4 kunlari, ya'ni faol virusemiya davrida kasallik manbai bo'lib xizmat qiladi. Infeksiya odamga aksariyat hollarda SI kasalligi virusi bilan zararlangan urg'ochi chivinning (A.aegypti va h.k.) chaqishi natijasida yuqadi.

Chivinlar odamlarga asosan kunduz kunlari, kamdan-kam hollarda esa tunda hujum qiladi.

Virus bilan zararlangan chivinlar shamolning yo'nalishi bo'yicha 1-1,5 km gacha uchishi va aholi punktlarida SI kasalligining ommaviy tusda qayd etilishiga sabab bo'lishi mumkin.

SI kasalligida virus organizmga jarohatlangan teri va shilliq qavatlar hamda turli parenteral muolajalar orqali yuqadi. Odamlarda SI kasalligiga beriluvchanlik darajasi juda yuqori. Kasallikdan

so'ng turg'un immunitet hosil bo'lib, uningdavomiyligi uzoq vaqtgacha (10 yilgacha) saqlanib qoladi.

**Patogenezi.** Kasallik patogenezi jarayonini 5 ta bosqichga (fazaga) bo'lish mumkin: birinchi bosqichda virus organizmga chivin chaqishi natijasida teri orqali tushadi (tabiiy sharoitda), ikkinchi bosqichda virus limfogen yul bilan regionar limfa tugunlarida yig'iladi (bu kasallikning inkubatsion davriga to'g'ri keladi), uchinchi bosqichda virus o'zining pantropililik xususiyatini namoyon qilib, turli organ va sistemalar xujayralariga kirib, ularni shikastlaydi, natijada kasallikning klinik alomatlari paydo bo'ladi.

Kasallikning to'rtinchi bosqichida virus birinchi navbatda kapillyarlar endoteliylarini shikastlab, qon ivish jarayoni buzilishiga va bu holat, o'z navbatida, gemorragik diatez klinikasining kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Gemodinamik buzilishlar va hujayralarning nobud bo'lishi natijasida ichki organlar, ayniqsa, jigar-buyrak etishmovchiligi va kasallikning boshqa klinik alomatlari kelib chiqadi. Kasallikning bu bosqichi og'ir kechib, o'lim holati qayd etiladi. Kasallikning beshinchi bosqichida kasallik alomatlari yo'qolib, tuzalish, ya'ni sog'ayish hamda immunitet paydo bo'lish jarayonlari boshlanadi. Virusning boshqa yo'llar bilan organizmga tushishida ham (jarohatlangan teri va shilliq qavatga virus tushishi natijasida, parenteral muolajalar jarayonida, aerogen yo'l bilan) kasallikning patogenezi, yuqorida ta'kidlanganidek, bosqichma-bosqich rivojlanadi.

**Klinikasi.** Kasallikning yashirin davri odatda 3-6 kun davom etadi, ba'zi hollarda esa bu davr 10-12 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik innaparant shakldan (kasallik klinik alomatlari bilinar-bilinmas kechadi) to og'ir o'tkir shakllargacha namoyon bo'lib, ba'zida o'lim bilan tugaydi.

Kasallikning boshlang'ich davri 3-4 kun davom etadi va bu davr virusemiya jarayoniga to'g'ri keladi. Kasallikning gipertermik davri to'satdan o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati 39,5-40°C gacha ko'tariladi, eti uvishib, qaltiraydi, boshi, beli og'riydi. Aksariyat bemorlarning ko'ngli ayrib, qusadi, qusuq ba'zida qon aralash bo'ladi, ba'zi bemorlarda ichning suyuq o'tishi qayd etiladi. Bemorning yuzi, bo'yni va ko'kraginging yuqori qismi qizaradi, sklera tomirlarining in'ektsiyasi kuzatilib, ko'zi xuddi quyon ko'ziga o'xshab qizaradi ("quyon ko'z"). Bemor yorug'likka qaray olmaydi, ko'zlaridan tinmay yosh oqadi. Qon tomir urishi tezlashadi, keyinchalik jigar kattalashadi. Boshlang'ich davrining oxirida ko'z oqi va teri sarg'ayadi. Qonda giperbilirubinemiya va fermentlar faolligining oshganligi (de Rittis koeffitsienti 1 dan yuqori) aniqlanadi. Jigarda tarqoq nekroz alomatlari aniqlanadi. Taloq va boshqa a'zolarida ham patologik o'zgarishlar yuz beradi, badanda ba'zan petexiyalar paydo bo'ladi. Bu davr 3-4 kun davom etadi.

Gipertermiya davridan so'ng, remissiya davri boshlanib, bu davr bir necha soatdan 1-1,5 kungacha davom etadi. Bunda harorat tushib, bemorning ahvoli yaxshilanadi. Ba'zan remissiyadan so'ng, bemor sog'ayib ketadi. Kasallikning o'rta va og'ir kechishida, bu qisqa muddatli remissiyadan so'ng, kasallikning reaktiv davri boshlanadi. Bu davr venalardagi staz davri ham deb yuritiladi. Bemorning ahvoli yana yomonlashib, tana harorati ko'tariladi, sariqlik ko'payadi, badanda tarqoq gemorragik diatez alomatlari paydo bo'ladi. Milk qonaydi, bemor qon qusadi. Tomir urishi siyraklashadi. Qon bosimi pasayishda davom etadi. Oliguriya, entsefalit avj oladi. Jigar va buyrak faoliyatida yuz beradigan etishmovchilik jarayoni natijasida bemor ko'pincha kasallikning 7-9 kuni vafot etadi.

Kasalliqda isitma o'rta hisob bilan 8-9 kun davom etadi. Isitma pasayganidan keyin sog'ayish davri boshlanadi. Endemik o'choqlarda yashaydigan mahalliy aholida, kasallik engil ko'rinishda o'tishi mumkin. Ularda sariqlik va gemorragik alomatlari kuzatilmaydi. Shu sababdan bunday bemorlarga klinik tashxis qo'yish qiyin. Endemik o'choqlarda kasallikning engil shakllari ko'proq uchraydi. Bu shaklda uchraydigan kasallik 1-3 kun davomida sog'ayish bilan tugaydi.

SI kasalligi juda engil, engil, o'rta og'ir, og'ir va juda og'ir (tez kechadigan) klinik shakllariga ajratiladi. Kasallikning juda engil hamda engil shakllari endemik o'choqlarda mahalliy aholi o'rtasida qayd etiladi va bu kasallar kasallik ommaviy tusda qayd etilganida, faqat laboratoriya usuli yordamida tekshirilgandagina aniqlandi. Bu toifa bemorlarda tana harorati uncha yuqori bo'lmaydi va qisqa muddatli ko'tariladi. Bundan tashqari, bemorlarda bosh og'rig'i, ba'zi bemorlarda esa ko'z oqi biroz sarg'ayishi, kuchsiz albuminuriya qayd etiladi, 1-2kundan keyin kasallikning bu alomatlari yo'qolib, bemorda hech qanday asorat qolmasdan, tuzalib ketadi. Muqaddam SI kasalligida o'lim ko'rsatkichi juda yuqori bo'lgan (40-90%). SI kasalligiga qarshi vaktsina qo'llanila

boshlanganidan keyin bu ko'rsatkich 5 foizgacha tushgan.

**Tashxisoti.** Kasallikning tashxisi epidemiologik, klinik va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanadi. Bemordan epidemiologik anamnez yig'ilganda, oxirgi 6-12 kun davomida bemorning SI kasalligi bo'yicha endemik hududlarda bo'lganligi, uni chivin chaqqanligi, sariqlik va isitma alomatlari bo'lgan bemorlar bilan muloqotda bo'lganligi surishtiriladi. Kasallikning kechishidagi davriylik, intoksikatsiyaning o'ziga xosligi, sariqlik va isitmalash alomatlari, paypaslaganda jigar hamda taloqning kattalashishi va og'riqli bo'lishi kasallikka tashxis qo'yishda yordam beradi.

Kasallikning laboratoriya tashxisotida virusologik va serologik usullardan foydalaniladi. Qondan virus kasallikning boshlang'ich davrida 3-4 kuni, virusemiya davrida ajratiladi. Serologik tekshirishlar o'tkazish uchun "juft zardob" olinadi, bu maqsadda kasallikning birinchi haftasi oxirida birinchi va 5-7 kun o'tgandan so'ng ikkinchi qon zardobi olinib tekshiriladi (KBR, IFT) usuli va h.k.). Kasallikning boshlang'ich davrida IFA da anti-YFV-IgM aniqlanadi.

**Davosi.** SI kasalligining maxsus davolash usullari ishlab chiqilmagan. Bemor patogenetik davolanadi. Kasallikni davolashda dezintoksikatsion hamda gemostazni korrektsiya qiluvchi doridarmonlar tayinlanishi kerak. Agar bemorda jigar-buyrak etishmovchiligi rivojlanish xavfi tug'ilsa, unda gemodializ o'tkaziladi.

Ikkilamchi infeksiyaning oldini olish maqsadida bemorga antibiotiklar buyuriladi.

**Profilaktikasi.** SI kasalligining profilaktikasi uch yo'nalishda amalga oshiriladi:

- chivinlarga qarshi kurash (endemik zonalarda), ya'ni dezinseksiya tadbiri;
- SI kasalligining chetdan (endemik zonalardan) kirib kelishining oldini olish;
- immunoprofilaktika o'tkazish.

### Mustaqil ish mavzulari bo'yicha test savollari

#### 1. Amyobaning oraliq shakliga ta'sir qiladigan vosita:

- \*yatren
- emetin
- degidroemetin
- sulfanilamid

#### 2. Antitoksik zardoblardan davolovchi

##### hisoblanmaydi:

- \*brutsellyozga qarshi
- botulizmga qarshi
- kuydirgiga qarshi
- ensefalitga qarshi

#### 3. Arboviruslar oilasiga mansub

##### kasalliklar jumlasiga kirmaydi:

- \*Ku-isitmasi
- O'zGI
- QrimGI
- OmskGI

#### 4. Askarida morfologik tuzilishi

##### bo'yicha xos bo'lgan grupp:

- stestod
- trematod
- \*nematod
- fasstiola

#### 5. Bezgak boshlanish uchun noxos

##### belgi:

- \*ich ketish
- badan qaqshashi

- isitma
- bosh og'rig'i

#### 6. Bezgak klinikasiga noxos belgi:

- \*qorin og'rig'i, ich ketish
- boshda va belda og'riq
- qaltirash
- xurujli isitma

#### 7. Bezgak qaysi yuqumli kasallik guruhiga mansub:

- \*transmissiv
- ichak
- tashqi qavat infeksiyalari
- havo- tomchi

#### 8. Bezgak qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizmlar guruhini aniqlang:

- \*sodda jonivorlar
- bakteriyalar
- viruslar
- zamburug`lar

#### 9. Bezgakda infeksiya manbaini ko'rsating:

- anofeles chivini
- \*bemor va gameta tashuvchi
- botqoqliklarda yashaydigan hayvonlar
- kemiruvchilar

#### 10. Bezgakda obyektiv belgilarga xos bo'lmagan belgi:

- quruq, issiq teri



\*ich ketishi  
terining sarg'imir rangga kirishi  
gepatosplenomegaliya

**11. Bezgakka xos bo'lgan belgi:**

kataral belgilar  
\*doimiy kuzatiladigan isitma  
suyuq najas  
qorin sohasida og'riq

**12. Bezgakni tekshirganda xos laboratoriyaviy usul:**

rinosistoskopiya  
\*qondan qalin tomchi  
gemokultura  
kaprokultura

**13. Bezgakni yuqish yo'li:**

alimantar  
\*transmissiv  
aerogen  
muloqot

**14. Bezgakning yuqish yo'llari:**

alimantar  
\*transmissiv  
havo-tomchi  
parenteral

**15. Bezredko usulida zardob qayerga yuboriladi:**

\*venaga, muskul orasiga  
teri ichiga, teri ostiga  
teri ichiga, venaga  
teri ichiga, mushakka

**16. Bezredko usulida zardob yuborish qaysi hollarda qo'llaniladi:**

\*qoqshol, botulizm va difteriyada  
qoqshol, salmonellyozning gastrointestinal  
shaklida

difteriya, qizamiq, qizilcha  
meningokokk infeksiyasi, epidparotit,  
ovqat toksikoinfeksiyasi

**17. Brutsillin yuborilgandan so'ng teridagi o'zgarishlarga noxos belgi:**

\*papullyoz toshma  
shish  
qizarish  
og'riq

**18. Brutsillin yuborilgandan so'ng teridagi o'zgarishlarga noxos belgi:**

\*og'riq  
shish  
qizarish  
papula

**19. BSGI ning asosiy yuqish yo'li:**

havo- tomchi  
\*transmissiv

perkutan  
aerogen

**20. Burga chaqqanda o'latning ..... shakli rivojlanadi:**

\*bubonli  
o'pka  
ichak  
septik

**21. Buxoroda rishta kasalligini tugatishda rahbar olim:**

N.I. Ragoza  
\*L.M. Isaev  
A.L. Kastenovich  
Sh.N. Nazarov

**22. Byurne sinamasi o'ta musbat bo'lganda xos ko'rsatkich:**

\*6-8 sm dan ortiq  
1 sm  
2-3 sm  
4-5 sm

**23. Byurne teri allergik sinamasi qaysi kasallikka xos:**

\*qora oqsoq  
o'lat  
difteriya  
bezgak

**24. Byurne teri allergik sinamasi qaysi kasallikka xos:**

\*brutsellyoz  
o'lat  
difteriya  
bezgak

**25. Doimiy isitma tavsifi:**

Tana harorati asta-sekin, kuniga 0,5-1°C dan ko'tarilib, bir necha kundan so'ng, pasaya boshlaydi so'ng yana asta ko'tarilib, keyin pasayadi.

\*Ertalabki isitma kechkisidan pastroq bo'ladi, lekin ularning farqi bir gradusdan oshmaydi.

Tana harorati to'satdan 39-40°C gacha ko'tarilib, kun davomida normagacha tushadi. Haroratning ko'tarilgan va tushgan vaqtdagi farqi 3-4°C gacha bo'ladi.

Ertalabki va kechki isitmalar farqi 1°C dan ortiq bo'ladi. Ammo ertalab pasaygan holda ham tana harorati 37°C dan yuqoriligicha qoladi.

**26. Doimiy isitma uchun xarakterli emas:**

yuqori haroratning doimiy xarakterli bo'lishi  
\*gipotermiya

harorat 39 °C dan yuqori cho'qqida  
sutkalik harorat egriligi 1° dan yuqori

**27. Enterobioz davosi uchun noxos**

**preparat:**

pirantel  
medamin  
\*fenasal  
piperazin adepinpt

**28. Enterobioz qo'zg'atuvchisi:**

pakana gijja  
qoramol solityori  
\*ostrista  
askarida

**29. Enterobioz tashxisi uchun  
tekshirish shart bo'lmagan muhit:**

najas  
anus atrofi burmasidan surtma  
\*siydik  
tirnoq ostidan surtma

**30. Enterobioz uchun xos bo'lmagan**

**belgi:**

anal teshigi atrofi qichishi  
qorinda onda-sonda og'riq  
\*qusuq massa bilan gijja chiqishi  
uyquning buzilishi

**31. Enterobioz uchun xos yuqish yo'li:**

jarohatli  
transmissiv  
\*maishiy-muloqot  
havo- tomchi

**32. Esherixioz qaysi yo'l orqali  
yuqadi?**

havo-tomchi  
vertikal  
\*fekal- oral  
transmissiv

**33. Esherixiozda infeksiya  
manbai:**

rekonvalessentlar  
bemorlar  
\*barchasi to'g'ri  
kasallangan buzoq, tovuq va cho'chqa  
bolalari

**34. Esherixiozning  
shigellyozsimon shaklini keltirib  
chiqaradigan qo'zg'atuvchi:**

EAKP- enteroadgeziv  
EGKP- enterogemorragik  
\*EIKP- enteroinvaziv  
ETKP-enterotoksinli

**35. Esherixiozning vabosimon  
shaklini keltirib chiqaradigan  
qo'zg'atuvchi:**

EIKP- enteroinvaziv  
EAKP- enteroadgeziv  
\*ETKP-enterotoksinli  
EGKP- enterogemorragik

**36. Geminolipidoz davosi uchun  
ishlatiladigan preparat:**

pirantel furazolidon  
tiberol, makmiror  
\*fenasal  
zentel

**37. Geminolipidoz qo'zg'atuvchisi:**

cho'chqa solityori  
ostrista  
\*pakana gijja  
qoramol solityori

**38. Geminolipidoz uchun xos  
bo'lmagan belgi:**

ko'ngil aynish,ba'zan qusish  
og'izdan so'lak oqishi  
\*ichak tupugi  
kindik atrofida og'riq

**39. Gemorragik isitmalar ga xos  
mavsumiylik:**

qish-bahor  
\*bahor-yoz  
yoz-kuz  
kuz-qish

**40. Gemorragik isitmalar  
qo'zg'atuvchisi:**

adenoviruslar  
\*arboviruslar  
rabdoviruslar  
enterovirusoar

**41. Gemorragik isitmalar virusining  
rezervuari:**

burgalar  
\*kanalar  
bitlar  
so'na chivinlari

**42. Gijjalarning allergik ta'siri uchun  
noxos ko'rinishi:**

terida allergik toshma  
dorilarga sezgirligi  
\*terida yara bo'lishi  
ekzema

**43. Gijjalarning mexanik ta'siri uchun  
noxos belgi:**

ichak tutilishi  
appenditsit  
\*suyak sinishi va mushaklar yorilishi  
asfiksiya

**44. Gijjalarning morfologik tasnifiga  
noxos guruh:**

nematoda  
stestod  
\*fasstiola  
trematoda

**45. Gijjalarning yuqish mexanizmi va tashxisotiga noxos shakl:**

geogelmintozlar  
biogelmintlar  
\*jarohat gijjalari  
kontagioz gelmentlar

**46. Ichak amyobiazi qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizmlar guruhi:**

\* sodda jonivorlar  
viruslar  
rikketsiyalar  
bakteriyalar

**47. Ichak amyobiazi tashxisida koprogramma uchun noxos belgi:**

\*najas patologik aralashmasiz amyobaning vegetativ shakli  
Sharko-Leyden kristallari  
eozinofillar ko'pligi

**48. Ichak infeksiyasining asosiy yuqish mexanizmi:**

\*najas-og'iz  
havo-tomchi  
parenteral  
havo-chang

**49. Ichak infeksiyasining diagnostikasida qo'llaniladigan material:**

Qon  
\*najas  
siydik  
o't suyuqligi

**50. It tishlagan shaxslarning kuzatuv nazorat davomiyligi:**

\*14-kun davomida it kuzatilib sog'lom bo'lsa nazoratdan chiqariladi  
it noaniq bo'lsa 1 yildan so'ng  
3 yildan so'ng  
3 oydan so'ng

**51. It tishlaganda birinchi yordam:**

\*darhol sovunlab yuvish, yaraga yod nastoykasi qo'yish va tezda Paster punktiga yuborish

yarani yuvib, birlamchi xirurgik tozalash o'tkazilib, statsionarga yuborish

yaraga tegmay turib, Paster punktiga yuborish

yarani ochiq holda tezda Paster punktiga yuborish

**52. Ku isitmasi uchun noxos belgi:**

\*ich ketish

tana harorati ko'tarilishi  
boldir mushaklari, ko'z olmasida og'riq  
jigar va taloq kattalashuvi

**53. Ku isitmasi uchun noxos klinik shakl:**

\*abdominal  
grippsimon  
pnevmoniya  
tifsimon

**54. Ku isitmasi uchun qo'llanilmaydigan usul:**

\*teri-allergik  
serologik  
bakteriologik  
biologik

**55. Ku isitmasida noxos yuqish manbai:**

\*parenteral  
transmissiv  
alimantar  
muloqot

**56. Ku isitmasida xos harorat chizig'i:**

\*barchasi to'g'ri  
remittirlovchi yoki intermittirlovchi  
subfebril  
doim gektik

**57. Ku isitmasida xos yuqish yo'li:**

\* barchasi to'g'ri  
transmissiv  
kontakt  
alimantar

**58. Ku isitmasining qo'zg'atuvchisini aniqlang:**

\*Bernet rikketsiyasi  
Muzer rikketsiyasi  
Provachek rikketsiyasi  
Borellalar

**59. Kuydirgi karbunkuli uchun noxos belgi:**

\*kuchli og'riq  
yara tubida qora qo'tir  
atrof to'qima shishi  
Stefanskiy belgisi

**60. Kuydirgi karbunkulining eng ko'p uchraydigan organlari:**

\*yuz, bo'yin, qo'llarda  
jigar va taloq  
hamma parenximatoz organlarda  
badanning yopiq joylarida

**61. Kuydirgi kasalligining asosiy yuqish yo'li:**

\*alimantar va muloqot  
parenteral

jinsiy  
parenteral va transmissiv

**62. Kuydirgi mansub bo'lgan yuqumli kasallik guruhi:**

\*tashqi qoplamlar  
ichak  
havo-tomchi  
transmissiv

**63. Kuydirgi patogenezini asosini ko'rsating:**

\*teri va limfa tugunlarining seroz va gemorragik yallig'lanishi  
me'da va ichak shilliq qavatining yallig'lanishi  
gepatotsitlar zararlanishi

nerv hujayralarining zararlanishi

**64. Kuydirgi profilaktikasi chora tadbirlariga kirmaydigan omil:**

\*bakteriofag qo'llash  
kasal hayvonlarni aniqlash  
emlash  
san-oqartuv ishlari

**65. Kuydirgi profilaktikasi:**

\*kuydirgiga qarshi gamma-globulin yuborish  
bo'g'imoyoqlilarni qirish  
kasal ajralmasi dezinfeksiyasi  
dezinseksiya

**66. Kuydirgi teri shaklida laboratoriyaviy tashxisot maqsadida olinmaydigan material:**

\*o't suyuqligi  
yara saqlanmasi  
balg'am, qusuq ajratmasi  
qon

**67. Kuydirgi uchun noxos klinik shakl:**

\*buyrak sindromi  
teri  
bubonli  
o'pka

**68. Kuydirgi uchun noxos yuqish yo'li:**

\*parenteral  
muloqot  
alimantar  
aerogen

**69. Kuydirgida kasallik manbai:**

\*kasal hayvon, kasal odam  
bitlar  
qo'shlar  
bakteriya tashuvchi

**70. Kuydirgiga qarshi belgilanadigan etiotrop davo:**

\*kuydirgiga qarshi gammaglobulin  
remantadin  
penitsillin

umumiy zaharlanishga qarshi vositalar

**71. Kuydirgini davolashda qo'llanilmaydigan vosita:**

\*eritromitsin  
penitsillin  
streptomitsin  
levomitsetin

**72. Kuydirgining asosiy yuqish yo'li:**

\*muloqot  
gemo-kontakt  
havo-tomchi  
alimantar

**73. Kuydirgining laboratoriyaviy tashxisoti uchun noxos usul:**

\*Vidal reaksiyasi  
yara ajratmasi ekmasi va bakterioskopiya  
teri allergik sinamasi  
Askoli reaksiyasi

**74. Kuydirgining mahalliy shakllarida zararlanadigan to'qima:**

jigar  
\*teri  
taloq, ichak  
miya

**75. Kuydirgining o'rtacha og'ir darajasida yuboriladigan gammaglobulin miqdori:**

20 ml  
\*30-40 ml  
50-60 ml  
80 ml

**76. Kuydirgining o'pka shakli uchun noxos belgi:**

haroratning ko'tarilishi  
\*shishasimon tiniq balg'am  
ko'piksmon, qon aralash balg'am  
ko'krakda og'riq

**77. Kuydirgining ogir darajasida gammaglobulin yuborish miqdori:**

30-40 ml  
\*50-60 ml  
20 ml  
80 ml

**78. Kuydirgining septik shaklida o'limga nosabab belgi:**

infeksion-toksik shok  
\*peritonit

miya shishi  
gemorragik belgilar

**79. Kuydirgining septik xilini qiyoslashda noxos kasallik:**  
o'latning septik shakli  
\*shigellyoz  
toshmali tif  
qora oqsoq

**80. Kuydirgining teri shakli uchun noxos belgi:**  
yuqori isitma  
\*yarada kuchli og'riq  
Stefanskiy belgisi  
taxikardiya

**81. Kuydirgining teri shakliga noxos bo'lgan oqibat:**  
teri-bubon  
\*buyrakli  
sog'ayish  
septik

**82. Kuydirgining teri shakliga noxos klinik shakl:**  
karbunkullyoz  
\*gangrenoz  
edimatoz  
bullyoz

**83. Kuydirgining teri shaklini qiyoslashda noxos kasallik:**  
o'latning teri shakli  
\*ekzema  
saramas  
tulyaremiyaning teri shakli

**84. Kuydirgining yengil shaklida yuboriladigan gammaglobulin miqdori:**  
\*20 ml  
30-40 ml  
50-60 ml  
80 ml

**85. Lyamblioz asoratlari :**  
xolestitsit  
o't yo'llari diskineziyasi  
\*hamma javoblar to'g'ri  
gastrit

**86. Lyamblioz asoratlariga noxos shakl:**  
gastrit  
xolestitsit  
\*gepatit  
pankreatit

**87. Lyamblioz klinik shakllariga kirmaydi?**  
tashuvchanlik  
duodenit

\*xolestitsit  
enterit

**88. Lyamblioz uchun noxos belgi?**  
tish qayrashi  
allergik toshmalar  
allopetsiya  
\*ruhiyat buzilishi

**89. Lyambliozda asosiy yuqish yo'li?**  
alimantar  
suv  
aerogen  
\*maishiy muloqot

**90. Lyambliozda qo'llaniladigan davo vositalari jumlasiga kirmaydi?**  
parazitga qarshi preparatlar  
eubiotiklar (laktobakterin, bifidobakterin)  
enterosorbent (smekta, bektit-m, dyufalak)  
\*glyukokortikosteroidlar

**91. Lyambliozga mansub infeksiya guruhi:**  
havo-tomchi  
transmissiv  
tashqi qoplam  
\*ichak

**92. Lyambliozli enterit uchun noxos belgi :**  
quldirash  
qorin kapchishi  
suvsimon, ko'piksimon ich ketish  
\*hamma javoblar to'g'ri

**93. Lyambliozli enterit uchun xos belgi:**  
ichi suyuq, suvsimon, badbo'y hidli  
ichi suyuq, yalqili  
ichi suyuq, yalqili qon aralash  
\*ichi suyuq, suvsimon, najasli hid

**94. Lyambliozli enteritga xos belgilar:**  
funktional buzilishlar, immunologik o'zgarishlarning bo'lishi, kasallikda yaqqol simptomatikaning namoyon bo'lmasligi doimiy, bir oz kuchli epigastriyadagi og'riq  
yo'g'on ichakda og'riq, najas shilliq aralash bo'ladi  
\*quldirash, meteorizm va qorindagi og'riqlar, najas suyuq, ko'p miqdorda, suvli va ko'pikli, patologik aralashmasiz

**95. Lyambliozli enterokolitga xos belgilar:**  
funktional buzilishlar, immunologik o'zgarishlarning bo'lishi, kasallikda yaqqol simptomatikaning namoyon bo'lmasligi

doimiy, bir oz kuchli epigastriyadagi og'riq

quldirash, meteorizm va qorindagi og'riqlar, najas suyuq, ko'p miqdorda, suvli va ko'pikli, patologik aralashmasiz

\*yo'g'on ichakda og'riq, najas shilliq aralash bo'ladi

**96. Lyambliozli kolit uchun noxos belgi :**

shilliq aralash najas

qorin qapchishi

tenezm va ichak tupugi

\*yo'g'on ichak bo'ylab og'riq

**97. Lyambliozni davolashda yuqori samarali dori vositalar?**

vermoks, zentel

metronidazol, tinidazol

fenasal, prozekvantil

\*tiberol, makmiror

**98. Lyambliozning asosiy laborator tashxisot usuli?**

qon umumiy tahlili

koprokultura

bilikultura

\*koprologiya

**99. Lyambliy kiradigan qo'zg'atuvchilar guruhi:**

bakteriyalar

viruslar

rikketsiyalar

\*sodda jonivorlar

**100. Lyambliy parazitlik qiladigan a'zo:**

yo'g'on ichak

o't qopi

jigar

\*12 barmoqli ichak, oshqozon

**101. O'latning bubonli formasi uchun xos bo'lgan klinik belgi – bu?**

kataral sindrom

dispeptik sindrom

\*limfa tugunlarining kattalashishi

qorinda og'riq

**102. O'lat qo'zg'atuvchisi mansub guruh:**

virus

\*bakteriya

rikketsiya

sodda jonivorlar

**103. O'lat qo'zg'atuvchisining nomini toping:**

iersinia enterocolica

\*iersinia pestis

iersinia psevdotuberculosis

salmonella typhi

**104. O'latda infeksiya yuqtiruvchilar:**

bitlar

\*burgalar

kanalar

chivinlar

**105. O'latga qarshi kiyim kiyishda birinchi bajariladigan ish:**

tabobat xodimi kiyimi ustidan oldin kombizon yoki pijamani, so'ng paypoqrezina etik kiyadi

\*tabobat xodimi o'zini himoya qilishi uchun shaxsiy aptechkadagi dori darmonlardan foydalaniladi

peshona qismi umuman ko'rinmaydigan qilib ro'mol o'ralib chap tomonga bantik qilib bog'lanadi

o'latga qarshi xalat kiyiladi

**106. O'latni davolashda qo'llaniladigan yuqori darajadagi etiotrop dori:**

penitsillin

\*streptomitsin

Furazolidon

8-oksixolon hosilalari

**107. O'latni tashxislashda noxos laboratoriyaviy usul:**

bakteriologik

\*virusologik

serologik

biologik

**108. O'latning bubonli shakli gumon qilinganda laborator tekshiriladigan material:**

najas

\*limfatik tugun saqlanmasi

balg'am

qusuq massasi

**109. O'latning bubonli shakli uchun noxos belgi:**

kattalashgan, og'riqli limfa tutunlar

\*kattalashgan, og'riqsiz limfa tugunlar

limfa tugunlar yiringlashi

yuqori zaharlanish

**110. O'latning bubonli shaklida — bubon?**

kam og'riqli

\*o'ta og'riqli

og'riqli

davriy og'riqli

**111. O'latning bubonli shaklida yuqish yo'li:**

havo-tomchi

\*transmissiv

alimantar

suv orqali

**112. O'latning o'pka shaklida noxos bo'lgan holat:**

nafas yetishmovchiligi

\*suvsizlanish

infeksion toksik karaxtlik

yurak darmonsizligi

**113. O'latning teri shakli noxos belgi:**

kuchli og'riq

\*Stefanskiy belgisi

yara tubida qora qo'tir

"bagrovii val" belgisi

**114. O'latning yuqishi uchun noxos yo'l:**

transmissiv

havo-tomchi

\*parenteral

alimantar

**115. O'rta Osiyoda gemorragik belgilar bilan keltirib chiqaruvchi viruslarning noxos tipi:**

Qarshi virusi

Tomdi virusi

\*Pappatachi virusi

Issiq ko'l virusi

**116. O'ta xavfli infeksiyalar xususiyati:**

uzoq turg'unlik davri

qisqa turg'unlik davri

\*og'ir kechishi + yuqori o'lim ko'rsatkichi

pandemik tus olish

**117. O'zGI boshlang'ich davri uchun noxos belgi:**

\*gemorragik belgi

isitma

mushak va bo'g'imlarda og'riq

tana harorati oshishi

**118. Plazmodiylarning odam ogranizmida ko'payish sikli quyidagicha nomlanadi:**

sporogoniya

sporozoit

\*shizogoniya

merozoit

**119. Poliomielitga qarshi vaksinani yuborish yo'lini ko'rsating:**

teri ostiga

burun ichiga

\*og'iz orqali

mushak orasiga

**120. Qalin tomchi orqali .....ga qon tekshiriladi:**

gripp

qorin tifi

\*bezgak

shigellyoz

**121. Qaysi vakcina faqat epidemiologik ko'rsatmaga asosan qilinadi:**

AKDS

BSJ

\*qutirishga qarshi vakcina

parotit vaksinasi

**122. Qoqshol ..... orqali yuqadi:**

jarohatlanmagan teri

yuqori nafas yo'llari

\*jarohatlangan teri

og'iz bo'shlig'i

**123. Qoqshol profilaktikasida qo'llaniladi:**

qoqsholga qarshi zardob

antibiotiklar

\*anatoksin

gamma-globulin

**124. Qoqshol xususiy davosi:**

anatoksin

gammaglobulin

\*QQZ yuborish

antibiotic

**125. Qoqshol asosiy klinik belgilari jumlasiga kirmaydi:**

terlash

sardonik kulgi

\*ichning suyuq ketishi

trizm

**126. Qoqshol davosida qo'llanilmaydi:**

qoqsholga qarshi zardob

neyroleptiklar

\*yo'talga qarshi vositalar

yurak glikozidlari

**127. Qoqshol kasalligi patogenezida asosiy omil:**

infeksion

infeksion-toksik

\*toksik

bakterimiya

**128. Qoqshol qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizmlar guruhi:**

viruslar

rikketsiyalar

\*bakteriyalar

sodda jonivorlar

**129. Qoqshol qo'zg'atuvchisi MNS ning asosan qaysi qismini zararlaydi:**

uzunchoq va orqa miya sezuvchi neyronlarini

bosh miya pardalarini

\*uzunchoq va orqa miya motoneyronlarini periferik nervlarni

**130. Qoqshol qo'zg'atuvchisi zahari:**

endotoksin

toksin hosil qilmaydi

\*ekzotoksin

ekzotoksin va endotoksin

**131. Qoqshol qo'zg'atuvchisini aniqlang:**

clostridium perfringens

clostridium botulinum

\*clostridium tetani

proteus vulgaris

**132. Qoqsholda tirishish ..... mushaklaridan boshlanadi:**

bo'yin

qorin

\*chaynov

qo'l

**133. Qoqsholda trizm tavsifi:**

yuz mushaklari tortishishi

yutish mushaklari tortishishi

\*chaynov mushaklari tortishishi

oyoq va qo'l barmoqlari mushaklari qisqarishi

**134. Qoqsholni asosiy diagnostika usuli:**

bakteriologik

serologik

\*klinik-epidemiologik

biologik

**135. Qoqsholni asosiy klinik belgilaridan biri:**

falajlanish

qusish

\*opistotonus

kuchli qorin og'rig'i

**136. Qoqsholni davolashdagi vazifalar:**

jarohatni tozalash

toksinni zaharsizlantirish

\*barchasi to'g'ri

bemorni tinch va alohida xonaga yotqizish

**137. Qoqsholni yuqish mexanizmi:**

havo-tomchi

transmissiv

\*muloqot

alimantar

**138. Qoqsholning boshlanishi:**

to'satdan

asta-sekin

\*o'tkir

aniqlab bo'lmaydi

**139. Qoqsholning davosi:**

antibiotiklar

tirishishga qarshi vositalar

\*qoqsholga qarshi zardob

antigistamin preparatlar

**140. Qora oqsoq kiruvchi yuqumli kasalliklar guruhi:**

antroponoz

sapronoz

\*zoonoz

somatik

**141. Qora oqsoq o'tkir shakli uchun xos belgilar:**

gepatomegaliya, bo'g'imlardagi uchuvchan og'riq

sariqlik, qaltirash, splenomegaliya

\*mahalliy limfa tugunlari kattalashuvi, isitma, terlash

rozeolyozli toshma

**142. Qora oqsoq qo'zg'atuvchilaridan hududimizda keng tarqalgan:**

bovis

ovis

suis

\*melitenzis

**143. Qora oqsoq qo'zg'atuvchisi mansub guruh:**

virus

spiroxeta

mikoplazma

\*bakteriya

**144. Qora oqsoq surunkali shakli uchun asosiy davo usuli:**

fizioterapiya

antibiotiklar

brutselloterapiya

\*vaksinoterapiya

**145. Qora oqsoqda asosiy kasallik manbai:**

kasal odam

qo'shlar

kemiruvchilar

\*uy hayvonlari

**146. Qora oqsoqda asosiy yuqish yo'li:**

aerogen

transmissiv

vertical

\*maishiy muloqot, alimantar

**147. Qora oqsoqda kam shikastlanadigan sistema:**



harakat tayanch  
tanosil  
asab va ruhiyat  
\*nafas olish

148. **Qora oqsoqda profilaktik choralar:**

shaxsiy himoya vositalari  
dezinfeksiya  
dezinseksiya  
\*veterinar va sanitar-gigiyenik qoidalar

149. **Qora oqsoqda qo'llaniladigan teri allergik sinama:**

antraksinli  
Suverkalov  
Mantu  
\*Byurne

150. **Qora oqsoqda teri allergik sinamasining musbat natijasi:**

6-8 sm  
2-3 sm  
1,0 sm  
\*4-5 sm

151. **Qora oqsoqning o'tkir shakli uchun noxos davo usuli:**

\*vaksinoterapiya  
antibiotiklar  
simptomatik  
dezintoksikatsiya

152. **Qora oqsoqqa xos serologik guruhlar:**

ROPGA, RIA, RGA  
RGA  
\*Rayt-Xeddlson, RPGA  
RNGA

153. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasi boshlang'ich davri uchun noxos belgi:**

isitma  
mushak va bo'g'imlarda og'riq  
\*gemorragik belgi  
terlash

154. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasi gemorragiya davri uchun noxos belgi:**

albuminuriya  
gemorragik belgi  
\*anuriya, bradikardiya  
isitma

155. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasi gemorragiya davri uchun noxos belgi:**

bradikardiya, gipotoniya  
albuminuriya  
\*anuriya

gemorragik belgi

156. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasi moyil guruhlar:**

1-7 yosh gacha  
50 yoshdan kattalarda  
yoshga bog'liq emas  
\*15-45 yosh

157. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasi qon ketishining asosiy sababi:**

qon ivishining buzilishi  
tomir ichi qon ivishi  
kalsiy yetishmovchiligi  
\*tomir devori o'tkazuvchanligining oshishi

158. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasida laborator tashxisot usullari:**

bakteriologik  
biologik  
teri-allergik  
\*serologik

159. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasida periferik qondagi noxos o'zgarish:**

aneozinofiliya  
gipoxrom anemiya  
trombositopeniya  
\*eozinofiliya

160. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasida spetsifik davo vositasi:**

donor qon zardobi  
antibiotiklar  
interferon, reoferon  
\*rekonvalessent qon plazmasi

161. **Qrim-Kongo gemorragik isitmasida xos serologik usul:**

Vidal reaksiyasi  
Rayt-Xeddelson reaksiyasi  
O-AGA, TGAR  
\*KBR, IFA

162. **Qutirish davosi:**

birlamchi jarrohlik ishlov  
antirabik vaksina  
antibiotiklar  
\*tinchlik + individual post

**163. Qutirish profilaktikasida qo'llaniladi:**

antibiotiklar  
antitoksik zardob  
antirabik vaksina  
\*antirabik vaksina + antirabik gamma-globulin

**164. Qutirishning patognomik belgisi:**

bosh og'rig'i  
isima  
chaynov mushaklar tirishishi  
\*suvdan qo'rqish

**165. Quturish davosi:**

etiotrop va simptomatik  
etiotrop va patogenetik  
immunodepressantlar  
\*simptomatik va patogenetik

**166. Quturish kasalligi laborator tashxisotida xos usullar:**

radioimmunologik  
IFA  
biologik  
\*serologik

**167. Quturish kasalligi qo'zg'alish davri uchun noxos belgi:**

aerofobiya  
gidrofobiya  
og'izdan so'lak oqishi  
\*paraplegiya

**168. Quturish kasalligi uchun noxos davr:**

boshlang'ich  
qo'zg'alish  
falajlanish  
\*sog'ayish

**169. Quturish kasalligida I.L.Ushakov taklif qilgan klinik tasnifga noxos shakl:**

bulbar falajlanish  
sterebral falajlanish  
falaj davri  
\*meningeal belgilar

**170. Quturish klinikasiga xos davrlar:**

boshlang'ich, avj olish, sog'ayish  
boshlang'ich, prodromal, falajlanish, sog'ayish  
qo'zg'alish, so'nish, sog'ayish  
\*boshlang'ich, qo'zg'alish, falaj davri

**171. Quturish qiyosiy tashxisotida noxos kasallik:**

atropindan zaharlanish  
botulizm

meningit

\*qoqshol

**172. Quturish qo'zg'atuvchisi mansub guruh:**

bakteriya  
rikketsiya  
sodda jonivorlar  
\*virus

**173. Quturish qo'zg'atuvchisi:**

pikarnovirus  
retrovirus  
arboviruslar  
\*neyrotrop virus

**174. Quturishda asosiy kasallik manbai:**

kasal odam  
so'lak  
parrandalar  
\*kasal it

**175. Quturishni laboratoriya tashxisida qo'llaniladigan noxos usullar:**

morfologik  
biologik  
serologik  
\*teri allergik

**176. Rikketsioz kasalliklari va pedikullezga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish to'g'risidagi buyruq:**

\*№6 05.01.2012  
№25 25.01.2012  
№210 14.07.2011  
№ 80 28.03.2012

**177. Rotavirusli gastroenterit davo ko'rsatmasi jumlasiga kirmaydi:**

\*antibiotik  
enterosorbent  
patogenetik terapiya  
viferon

**178. Rotavirusli infeksiyaning klinik triadasi o'rin olmagan:**

\*gepatomegaliya  
isitma  
qusish  
ich ketish

**179. Rotavirusli gastroenterit davo choralari jumlasiga kirmaydi:**

\*yallig'lanishga qarshi,  
peroral regidratastiya,  
virusga qarshi preparatlar,

vena ichi regidratatsiyasi.

**180. Rotavirusli gastroenterit klinikasi xos bo'lmagan belgilar:**

\*mayda nuqtali toshma  
epigastral va qorinning o'rta sohasida og'riq

qisqa vaqtli isitma

suvli diareya

**181. Rotavirusli gastroenterit noxos tashxisot usuli:**

\*bioproba

RSK

IFA

najasdan virus kulturasini aniqlash

**182. Rotavirusli gastroenterit qo'zg'atuvchisiga xos belgi:**

tropik mamlakatlarga kasallik tez tarqaladi

\*tashqi muhit ta'siriga chidamsiz

havo-tomchi yo'li orqali yuqadi

ko'pincha erta yoshli bolalar kasallanishadi

**183. Rotavirusli gastroenteritni qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis olib borilmaydi:**

vabo

\*botulizm

salmonellyoz

ovqat toksik -infeksiyalari

**184. Rotavirusli infeksiyaning asosiy kechish shakli:**

enterokolitik

\*gastroenteritik

gastritik

enteritik

**185. Rotavirusli infeksiyaning boshlang'ich klinik belgisi:**

qayta qusish

\*enterit

gemokolit

qorinda og'riq

**186. Salmonellyoz gastrointestinal shakli laboratoriyaviy tahlili uchun olinmaydigan material:**

qon, siydik

\*likvor

najas

qusuq massa

**187. Salmonellyoz gastrointestinal shakli uchun noxos patogenetik davvo:**

dezintoksikatsiya

\*degidratatsiya

yurak faoliyatiga ta'sir qiluvchi vositalar

gemodinamikaga ta'sir qiluvchi vositalar

**188. Salmonellyoz gastrointestinal shakliga xos belgi:**

ko'ngil aynimay qusish

\*ko'ngil aynib qusish

qon, yiringli najas

qorinda og'riq bo'lmasligi

**189. Salmonellyoz qo'zg'atuvchisi:**

salm. Thyphi

\*Salm. Enteritidis

salm. parathyphi A

salm.flexneri

**190. Salmonellyoz tarqalgan shakli uchun noxos belgi:**

gipertermiya

\*rozeolali toshma

qaltirash

gepatolienal sindrom

**191. Salmonellyoz uchun mavsumiylik:**

qish fasli

bahor fasli

\*yoz fasli

kuz fasli

**192. Salmonellyoz uchun xos najas xarakteri:**

malina qiyomidek

shilliq, qon, yiring aralash, ko'p hajmda

\*suyuq suvsimon ko'pikli, badbo'y hidli

suyuq, suvsimon, rangsiz, kartofel hidli

**193. Salmonellyoz uchun xos yuqish mexanizmi:**

maishiy muloqot

havo-tomchi

\*najas-og'iz

transmissiv

**194. Salmonellyozga xos belgilar:**

ichni suvsimon shir-shir ketishi, tana harorati tushishi, qusish, qorinda og'riq bo'lmasligi

qorin chap yonbosh sohasida og'riq, ich avvaliga shir-shir ketishi, keyinchalik shilliq qonli

\*ichni shir-shir ketishi, tana harorati yuqori, ich badbo'y hidli, ko'ngil aynishi, qusish

qorin o'ng yonbosh sohasida og'riq, najas malina qiyomidek

**195. Salmonellyozning engil shakli qanday davolaniladi:**

ampitsillin  
vitaminlar  
\*oshqozonni yuvish + ko'p suyuqlik qabul qilish  
tuzli eritmalarni parenteral yuborish

**196. Saramas qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizmlar guruhi:**

virus  
sodda jonivorlar  
gijjalar  
\*bakteriya

**197. Saramas klinik xillariga noxos shakl:**

eritematoz, bullyoz  
flegmanoz  
gangrenoz-nekrotik  
\*vezikullyoz

**198. Saramas qo'zg'atuvchisi mansub mikroorganizm guruhi:**

stafilakokk  
meningokokk  
diplokokk  
\*streptokokk

**199. Saramasda bakteriya kirish yo'li:**

jarohatlanmagan teri  
yuqori nafas yo'llari  
og'iz bo'shlig'i  
\*jarohatlangan teri

**200. Saramasda kasallik manbai:**

kasal qishloq xo'jalik hayvonlari  
bo'g'imoyoqlilar  
kasal odam  
\*kasal odam va bakteriya tashuvchi

**201. Saramasni ..... qo'zg'atadi:**

salmonella

meningokokk  
stafilokokk  
\*streptokokk

**202. Teniarinxoz davosi uchun xos bo'lmagan vosita:**

fenasal  
qovoq urug'i  
prazikvantel  
\*dekaris

**203. Teniarinxoz qo'zg'atuvchisi:**

cho'chqa solityori  
pakana gijja  
ostritsa  
\*qoramol solityori

**204. Tenioz davosida tayinlanmaydigan vosita:**

fenasal  
qovaoq urug'i  
polivitaminlar  
\*medamin

**205. Tenioz qo'zg'atuvchisi:**

ostritsa  
pakana gijja  
egribosh gijja  
\*qurollangan gijja

**206. Uch kunlik bezgak xuruji davriyligi:**

ketma-ket  
\*kun aro  
2 kun oralab  
ertalab kechqurun oralab

**207. Ushbu qo'zgatuvchi anaerob mikroblar guruhiga kiradi:**

salmonella  
shigella  
streptokokk  
\*stolbnyak bakteriyasi

## AMALIY KO'NIKMALAR VA ULARNI BAHOLASH MEZONLARI

### Sariqlik belgisi bilan kechuvchi kasalliklarda siydikda o't pigmentini aniqlash (Rozin sinamasi).

**Maqsad:** Siydikda o't pigmentlarini aniqlash, siydikdagi bilirubin oqsidlantiruvchi yod taʼsirida biliverdinga aylanib yashil tusga kirishini bildirish.

**Ko'rsatma:** Sariqlik sindromi bilan kechuvchi kasalliklar.

**Kerakli anjomlar:** Probirka, pipetka, sterillangan rezina qo'lqop, shtativ, 1% li yodning spirtli eritmasi.

#### Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
2.	CHap qo'lga toza probirka olinadi	0	5	10
3.	Probirkaga bemorning siydigidan 4-5 ml solinadi	0	5	10
4.	Siydikli probirka shtativga joylashtiriladi	0	5	10
5.	O'ng qo'l bilan pipetka olinadi	0	5	10
6.	Pipetka bilan 1% li yodning spirtli eritmasi olinadi	0	5	10
7.	Probirka devori bo'ylab asta sekin 1% li yodning spirtli eritmasi siydik bilan tutashguncha solinadi	0	5	10
8.	10-15 soniya kutiladi	0	5	10
9.	Agar reaksiya ijobiy bo'lsa siydik va yod tutashgan sohada yashil xalqa hosil bo'ladi	0	5	10
10.	YAshil halqa rangining to'qligiga qarab bilirubin darajasi aniqlanadi	0	5	10
	Jami	0	50	100

### Bemordan gemoqulturaga qon olish qoidalari (TPK misolida).

**Maqsad:** Qonda bakteriyalarni aniqlash.

**Ko'rsatma:** Tashxisi noaniq va 3 kundan ortiq isitmalagan bemorlardan olinadi.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, o'tli bul'on yoki Rappoport ozuqasi solingan flaqon (50-100 ml), spirtovka, bir marta ishlatiladigan shpirtsalar (5-10 ml), spirt (70°), jgut, sterillangan paxta, niqob, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

#### Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi va niqob taqiladi, bemor yon tomonga qaragan holda o'tiradi	0	5	10
2.	O'tli bul'on yoki Rappoport muhiti xona harorati darajasida isitiladi	0	5	10
3.	Bemorning bilagi tirsagidan yuqorisiga jgut qo'yiladi	0	5	10

4.	Bilak yo'zasi spirt (70°) shimdirilgan sterillangan paxta bilan artiladi	0	5	10
5.	Bemor tomiridan shprints orqali 5-10 ml qon olinadi	0	5	10
6.	Jgut olib tashlanadi, igna olingan erga spirt (70°) shimdirilgan paxta qo'yiladi, bemor bilagi bukiladi	0	5	10
7.	O'tli bul'yon yoki Rappoport muhiti olingan flaqon spirtovka ustida ochiladi	0	5	10
8.	Spiritovka alangasi ustida olingan qon o'tli bul'onga yoki Rappoport muhitiga 1:10 nisbatida ekiladi	0	5	10
9.	Qon solingan flaqon og'zi qopqog'i bilan spirtovka alangasi ustida berkitiladi	0	5	10
10.	Yo'llanma varaqasiga bemor ma'lumotlari yoziladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

### Vabo kasalligi («30-forma»)da bakteriologik tekshirish uchun najas olish qoidalari

**Maqsad:** Vabo kasalligiga tashxis qo'yish.

**Ko'rsatma:** O'zR SSVning qarori chiqqan kundan boshlab may-oqtyabr oylarida diareya sindromi bilan kechgan kasalliklarning barchasidan olinadi.

**Kerakli anjomlar:** Bemor najasini yig'ish uchun dezinfektsiyalangan tuvak, pergament qog'oz, sterillangan rezina qo'lqop, niqob, og'zi yaxshi berkitiladigan sterillangan bankacha, steril pipetka, orqasida rezina so'rg'ichi bo'lgan shisha naycha, leykoplaster, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

### Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
2.	Tuvakni xlor eritmasi bo'lmagan oqib turgan suvda chayiladi	0	5	10
3.	Tuvak tagiga pergament qog'oz solinadi	0	5	10
4.	Bemor najas olish uchun tuvakni beriladi	0	5	10
5.	Og'zi yaxshi berkitiladigan sterillangan bankachani olinadi	0	5	10
6.	Agarda najas holati quyuproq bo'lsa sterillangan bankaga qoshiqcha bilan najas solinadi	0	5	10
7.	Agarda najas suyuq bo'lsa pipetka yordamida bemor najasidan olib sterillangan bankachaga solinadi	0	5	10
8.	Idish qopqog'i maxkam berkitiladi	0	5	10
9.	Qopqog' leykoplaster bilan mahkamlanadi	0	5	10
10.	Yo'llanma varaqasiga bemor ma'lumotlari, taxminiy tashxisi oddiy qalam bilan yoziladi va maxsus biksda			

	bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

**O'tkir ichak kasalliklari (salmonellez va ichburug')da bakteriologik tekshirish uchun najas olish qoidalari.**

**Maqsad:** Diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklarga tashxis qo'yish.

**Ko'rsatma:** Diareya sindromi bilan kechuvchi barcha kasalliklar.

**Kerakli anjomlar:** Bemorning najasini olish uchun toza tuvak, sterillangan rezina qo'lqop, niqob, qonservantlar (Tiga, Myo'ller), sterillangan tayok cha yoki qoshiqcha, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

**Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):**

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
2.	Tuvakni xlor eritmasi bo'lmagan oqib turgan suvda chayiladi	0	5	10
3.	Tuvakni najas olish uchun bemorga beriladi	0	5	10
4.	Sterillangan tayok cha yoki qoshiqcha olinadi	0	5	10
5.	Najasning shilliq bor joyidan namuna olinadi	0	5	10
6.	Najasning yiring va qonli qismidan olinmaydi	0	5	10
7.	Olingan namuna qonservantlarga (Tiga, Myo'ller) ekiladi	0	5	10
8.	Dizenteriyada Tiga muhitiga 1:3 nisbatda ekiladi	0	5	10
9.	Salmonellezda Myo'ller muhitiga 1:5 nisbatda ekiladi	0	5	10
10.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning ma'lumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi, maxsus biksda laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

**Uy sharoitida bemorlarda oral regidrotatsiya o'tkazish usulini tushuntiring.**

**Maqsad:** Yo'qotilgan suv-to'z o'rmini tiklash uchun shakar-to'zli eritma tayyorlashni o'rganish.

**Ko'rsatma:** Diareya sindromi bilan kechuvchi barcha kasalliklar.

**Kerakli anjomlar:** 1 litr qaynatib sovutilgan ichimlik suvi, osh to'zi, ichimlik (choy) sodasi, shakar, choy qoshiq.

**Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):**

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Qaynatib sovutilgan suvdan 1 litr olinadi	0	10	20
2.	1 choy qoshiq osh to'zi qoshiq qirrasidan yo'zasi qattiq			

	predmet qirrasi bilan tekislab olinadi va suvda eritiladi	0	10	20
3.	1 choy qoshiq ichimlik (choy) sodasi qoshiq qirrasi yo'zasi qattiq predmet qirrasi bilan tekislab olinadi va suvda eritiladi	0	10	20
4.	8 choy qoshiq shakar yuqorida ko'rsatilgandek qoshiq yo'zasi tekislab olinadi va suvda eritiladi	0	10	20
5.	Tayyorlangan eritma harorati foydalanish uchun yoz oylarida xona haroratida, sovuq oylarda esa 36-37°S da bo'lishi kerak	0	10	20
	Jami	0	50	100

**Bemorning qusuq moddalari va oshqozon chayindisidan bakteriologik tekshirish uchun namuna olishni ko'rsating.**

**Maqsad:** Qusuq moddalari va oshqozon chayindisidan kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.

**Ko'rsatma:** Ovqat toqsikoinfeksiyasi kasalliklarida.

**Kerakli anjomlar:** Qaynatilgan suv, steril idish, biks, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

**Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):**

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Qusuq moddalari zich yopiladigan sterillangan idishlarga 20-30 ml miqdorida olinadi	0	10	20
2.	Oshqozonni chayish suvi natriy gidroqarbonat, kaliy permanganat eritmalari qo'shilmagan toza qaynatilgan suvdan iborat bo'lishi kerak	0	10	20
3.	Oshqozon chayindi suvi zich yopiladigan sterillangan idishlarga 20-50 ml miqdorda olinadi	0	10	20
4.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning ma'lumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi	0	10	20
5.	Olingan moddalar maxsus bikslarda laboratoriyaga jo'natiladi. Agarda zudlik bilan laboratoriyaga yuborishning iloji bo'lmasa uni bir necha soat xolodil'nikda saqlab turiladi	0	10	20
	Jami	0	50	100

**Bezredko usuli bo'yicha zardobni yuborish qoidalari.**

**Maqsad:** Botulizm, difteriya, qoqshol kasalliklarini davolash jarayonida anafilaktik reaksiyalarning oldini olish.

**Ko'rsatma:** Difteriya, qoqshol, botulizm kasalliklari.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, sterillangan paxtalar, bir marta ishlatiladigan steril shpritslar, spirt (70°), zardob.



**Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):**

№	Tadbirlar	Важага bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajaradi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Zardob yuborishdan oldin zardobli ampula butunligi, etiketkasi tekshiriladi,	0	5	10
3.	Zardobli ampula 37°S suvda isitiladi	0	5	10
4.	Ampulani ochish aseptika va antiseptika qoidalariga binoan amalga oshiriladi	0	5	10
5.	Инъексия qilinadigan soha spirt shimdirilgan paxta bilan artilaadi	0	5	10
6.	0,1 ml 1:100 nisbatda suyo'ttirilgan zardob bilak ichki yuzasining o'rta uchligiga teri ichiga yuboriladi	0	5	10
7.	Agar yuborilgan zardob o'rnida 20 daqiqadan so'ng 1 sm dan katta bo'lmagan papula hosil bo'lib, uning atrofidagi qizarish chegaralangan bo'lsa sinama manfiy hisoblanadi	0	5	10
8.	So'ngra elka sohasiga teri ostiga 0,1 ml suyo'ttirilmagan zardob yuboriladi	0	5	10
9.	30 daqiqadan so'ng reaksiya ko'zatilmasa, sinama manfiy hisoblanadi	0	5	10
10.	Tavsiya qilingan suyo'ttirilmagan zardobning qolgan qismi mushak orasiga yoki tomir ichiga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

**Hayvonlar va kemiruvchilar tishlaganda jarohatlarni tozalash qoidalari**

**Maqsad:** Infektsion jarayon rivojlanmasligi uchun hayvonlar va kemiruvchilar tishlagandagi jarohatlarni tozalash.

**Ko'rsatma:** Hayvonlar va kemiruvchilar tishlaganda, teri va shilliq pardalarga ularning so'lagi tushganda.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, xo'jalik sovuni qirindisi (20 gramm), distillangan suv (1l), sterillangan pintset, 5% li yod eritmasi, sterillangan doqali salfetkalar va paxtali tamponlar, sterillangan bintlar.

**Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):**

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
2.	1 litr xajmli sterillangan idish olinadi	0	5	10

3.	Idishga 20 gr. xo'jalik sovuni qirindilari solinadi	0	5	10
4.	Idishga 100 ml distillangan suv solinadi	0	5	10
5.	Idishni 20% li eritma hosil bo'lguncha yaxshilab chayqatiladi	0	5	10
6.	Jarohat ustidan 20% li sovun eritmasi oqizib yaxshilab yuviladi	0	5	10
7.	Sterillangan paxtali tampon tayyorlanadi	0	5	10
8.	Jarohat atroflarini tikmasdan turib 5% li yod eritmasi bilan artib tozalanadi	0	5	10
9.	Sterillangan bog'lov materiallari bilan bog'lanadi	0	5	10
10.	Rabiolog vrachga yo'llanma bilan jo'natiladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

### **Bemorning tomoq shilliq qavatidan surtma olishni ko'rsating.**

**Maqsad:** Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.

**Ko'rsatma:** Tomoq shilliq pardasida kataral o'zgarish va plenkali yallig'lanish bo'lgan barcha kasallar.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, niqob, xalqaga o'ralgan sterillangan paxtali tampon, Leffler-Klauberg muhiti solingan sterillangan probirka, shpatel, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

### **Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):**

<b>№</b>	<b>Tadbirlar</b>	<b>Bajara bilmadi (0 ball)</b>	<b>Qisman bajardi (5 ball)</b>	<b>To'liq va aniq bajardi (10 ball)</b>
1.	Bemorni qulay o'tqiziladi. Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi. Tomoqdan surtma olish uchun tampondan foydalaniladi	0	5	10
2.	Zanglamaydigan temir yoki yog'och tayok chaga paxta yoki marli o'rab asta probirkaga solib qo'yiladi	0	5	10
3.	SHilliq olish uchun tayyorlangan tampon oldindan sterilizatsiya qilinadi	0	5	10
4.	Tomoqdan surtma och qoringa yoki ovqatlangach 2 soat o'tkazib og'iz chayiladi va olinadi	0	5	10
5.	SHpatel yordamida chap qo'l bilan til pastga va oldinga bosiladi, o'ng qo'lda tampon yordamida og'iz bo'shlig'i ichiga kirib surtma olinadi	0	5	10
6.	Surtma sog'lom va zararlangan soha chegarasidan olinadi, chunki u erda mikroblar ko'p bo'ladi	0	5	10
7.	Surtma olayotgan vaqtda tampon til yoki tanglayga tegib ketishi mumkin emas	0	5	10
8.	Olingan surtma zudlik bilan oldindan tayyorlangan ozuqa muhitga ekiladi	0	5	10

9.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning ma'lumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi	0	5	10
10.	Olingan surtma (namuna) laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

### Chin krup holatida birinchi yordam ko'rsatish qoidalari

**Maqsad:** Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini yaxshilash va nafas olish faoliyatini tiklash.

**Ko'rsatma:** Difteriya (bo'g'ma) kasalligi asorati.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, niqob, elektr suyuqlik so'rg'ichi, difteriyaga qarshi zardob, glyukoqortikosteroidlar, bir marta ishlatiladigan shpritslar, diuretiklar, antibiotiklar, kislorod yostiqchasi yoki Bobrov apparati.

### Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
2.	Yuqori nafas yo'llari ochiqligiga ishonch hosil qilinadi	0	5	10
3.	Suyuqlik so'rg'ich yordamida nafas yo'llarini shilliqlardan tozalanadi	0	5	10
4.	Bezredko usuli bo'yicha difteriyaga qarshi zardobni yuboriladi	0	5	10
5.	Glyukoqortikosteroid gormonlarni yuboriladi	0	5	10
6.	Diuretiklar yuboriladi	0	5	10
7.	Antibiotiklar yuboriladi	0	5	10
8.	Xiqildoqda asfiksiya bo'lganda traxeotomiya qilinadi	0	5	10
9.	Xiqildoqda stenoz bo'lganda kekirdakni intubatsiya qilinadi	0	5	10
10.	Oqsigenoterapiya (kislorod bilan to'yintirish) o'tkaziladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

### Bezgak kasalligida gemoparazitni aniqlash maqsadida yo'g'on tomchi tayyorlash qoidalari.

**Maqsad:** Gemoparazitlarni aniqlash.

**Ko'rsatma:** 3 kundan ortiq isitmalagan tashxisi noaniq bemorlar.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, skarifikator, paxtali tampon, spirt (70°), buyum oynasi, shisha tayok cha, mumlangan qalam, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

### Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi	Qisman bajardi	To'liq va aniq
---	-----------	----------------	----------------	----------------

		(0 ball)	(5 ball)	baʼjardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qoʻlqop kiyiladi	0	5	10
2.	Qon olinadigan barmoq spirt bilan tozalanadi	0	5	10
3.	Skarifikator yordamida barmoq teshiladi, aseptika qoidalariga rioya qilib qon olinadi	0	5	10
4.	Birinchi qon tomchisi quruq paxta bilan artiladi	0	5	10
5.	Barmoq pastga qaratilib 5 mm diametrdagi ikkinchi qon tomchisi buyum oynasiga tomiziladi	0	5	10
6.	Qon tomchisi shisha tayok cha yoki buyum oynasi qirrasini bilan 10-15 mm kattalikda yumaloq qilib kengaytiriladi	0	5	10
7.	Xona haroratida 2-3 soat quritiladi va 45 daqiqa davomida azur-eozin bilan boʻyaladi	0	5	10
8.	Buyum oynasi chetiga mumli qalam bilan bemor familiyasi yoki qayd etilgan son koʻrsatiladi	0	5	10
9.	Oqib turgan kran suvida boʻyok yuviladi va xona haroratida 2-3 soat davomida vertikal holatda quritiladi	0	5	10
10.	Laboratoriyaga joʻnatiladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

### Bezgak kasalligida gemoparazitni aniqlash maqsadida surtma tayyorlash qoidalari

**Maqsad:** Gemoparazitlarni aniqlash.

**Koʻrsatma:** 3 kundan ortiq isitmalagan tashxisi noaniq bemorlar.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qoʻlqop, skarifikator, paxtali tampon, spirt (70°), buyum oynasi, mumlangan qalam, laboratoriyaga yoʻllanma varaqasi.

### Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Baʼjara bilmadi (0 ball)	Qisman baʼjardi (5 ball)	Toʻliq va aniq baʼjardi (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qoʻlqop kiyiladi	0	5	10
2.	Qon olinadigan barmoq spirt bilan tozalanadi	0	5	10
3.	Skarifikator yordamida barmoq teshiladi, aseptika qoidalariga rioya qilib qon olinadi	0	5	10
4.	Birinchi qon tomchisi quruq paxta bilan artiladi	0	5	10
5.	Barmoq pastga qaratilib ikkinchi qon tomchisi bilan buyum oynasiga tekiziladi	0	5	10
6.	Buyum oynasi yuzasiga 5 mm diametrdagi qon tomiziladi va ikkinchi buyum oynasining qirrasini bilan 45° burchak ostida tekis harakat bilan surtma tayyorlanadi	0	5	10
7.	Surtma etil spirtida 2-3 daqiqa fiksatsiya qilinadi, 45 daqiqa davomida azur-eozin bilan boʻyaladi	0	5	10

8.	Buyum oynasi chetiga mumli qalam bilan bemor familiyasi yoki qayd etilgan son ko'rsatiladi	0	5	10
9.	Surtma oqib turgan kran suvida bo'yok yuviladi va xona haroratida 2-3 soat davomida vertikal holatda quritiladi	0	5	10
10.	Laboratoriyaga jo'natiladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

**Bemorning burun shilliq pardalaridan surtma olishni ko'rsating.**

1. **Maqsad:** Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.
2. **Ko'rsatma:** YUqori nafas yo'llari kasalliklari va bakteriya tashuvchilikka tekshirish.
3. **Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, niqob, zanglamaydigan temir yoki yog'och tayok chaga paxta yoki marli o'ralgan tampon, oziq muhiti solingan sterillangan probirka, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

**4. Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):**

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (5 ball)	To'liq va aniq bajardi (10 ball)
1.	Bemorni qulay o'tqiziladi	0	5	10
2.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi	0	5	10
3.	Burun shilliq qavatidan surtma olish uchun tampondan foydalaniladi	0	5	10
4.	Zanglamaydigan temir yoki yog'och tayok chaga paxta yoki marli o'rab asta probirkaga solib qo'yiladi	0	5	10
5.	SHilliq olish uchun tayyorlangan tampon oldindan sterilizatsiya qilinadi	0	5	10
6.	Burundan surtma olishdan oldin bemordan burunni yaxshilab qoqish so'raladi yoki quruq tampon yordamida ichidagi ajralmalar tozalanadi	0	5	10
7.	Tampon burunning har ikki bo'shlig'i devorlariga botirib surtib olinadi	0	5	10
8.	Olingan modda zudlik bilan oldindan tayyorlangan ozuqa muhitga ekiladi	0	5	10
9.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning ma'lumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi	0	5	10
10.	Olingan surtma (namuna) laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

**Apnoe holatida birinchi yordam ko'rsatish qoidalarini**

**Maqsad:** Nafas olish faoliyatini tiklash.

**Ko'rsatma:** Ko'kyo'taldagi apnoe holati.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, elektr suyuqlik so'rgich, (rezina grusha va boshq.), sterillangan doqa salfetkalari, kislorodli yostiqlar, Bobrov apparati.

**Баъжариладиган босқичлар (қадамлар):**

№	Тadbirlar	Баъжара бilmadi (0 ball)	Qisman баъжарди (5 ball)	To'liq va aniq баъжарди (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Bemorni chalqancha yotqiziladi	0	5	10
3.	Bo'yin ostiga valik qo'yiladi	0	5	10
4.	Nafas yo'llaridan havo o'tishini yaxshilash uchun bemorning boshi orqaga tashlanadi	0	5	10
5.	Elektrootsos yordamida YUNY shilliqlardan tozalanadi	0	5	10
6.	Bemorning og'zi yoki bo'rniga sterillanigan salfetka qo'yiladi	0	5	10
7.	Og'iz-og'iz yoki og'iz-burun yo'li orqali nafas olishni tiklash	0	5	10
8.	Sterillangan doqa salfetka suv bilan namlanadi	0	5	10
9.	Namlangan steril salfetka nafas niqobiga qo'yiladi	0	5	10
10.	Kuchaytirilgan oqsigenatsiya qilish nafas niqobi orqali kislorod yostiqchasi yoki Bobrov apparati, O'SV va boshqalar yordamida namlangan kislorod beriladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

**Enterobioz kasalligida gijja tuxumlarini aniqlash uchun perianal sohadan surtma tayyorlash qoidalari**

**Maqsad:** Gijja tuxumlarini topish.

**Ko'rsatma:** Perianal sohada qichishish va gijja kasalligiga xos klinik belgilar.

**Kerakli anjomlar:** Sterillangan rezina qo'lqop, sterillangan paxta o'ralgan yog'och tayok cha, probirka, glitserin, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

**Баъжариладиган босқичлар (қадамлар):**

№	Тadbirlar	Баъжара бilmadi (0 ball)	Qisman баъжарди (5 ball)	To'liq va aniq баъжарди (10 ball)
1.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi	0	5	10
2.	Bemordan echinish so'raladi	0	5	10
3.	Bemordan engashib turish so'raladi	0	5	10
4.	Tayok chaga o'ralgan toza paxtaga glitserin shimdiriladi	0	5	10
5.	Dumba sohasini kengroq ochish so'raladi	0	5	10
6.	Glitseringa shimdirilgan toza paxta o'ralgan yog'och tayok cha bilan perianal soha			

	burmalaridan qirindi olinadi	0	5	10
7.	Tayok cha olingan material bilan sterillangan probirkaga joylanadi	0	5	10
8.	Yo'llanma varaqasiga bemor ma'lumotlari yoziladi	0	5	10
9.	Olingan material laboratoriyaga yuboriladi	0	5	10
10.	Qo'lqop echiladi va qo'llar yuviladi	0	5	10
	Jami	0	50	100

## REFARAT MAVZULAR RO'UXATI

1. Virusli gepatit E. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Homiladorlarda VGE ning kechishi
2. Amebiaz. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi. Salmonellez. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi
3. Citomegalovirusli infektsiyalar. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi.
4. Gerpovirusli infektsiyalar. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi.
5. Streptokokk infektsiyasi (skarlatina). Qo'zg'atuvchining xususiyatlari. Infektsiya manbai. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Parhez va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorlarni parvarishlash. Profilaktikasi
6. Streptokokk infektsiyasi (saramas). Qo'zg'atuvchining xususiyatlari. Infektsiya manbai. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Parhez va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorlarni parvarishlash. Profilaktikasi
7. Streptokokk infektsiyasi (anginar). Qo'zg'atuvchining xususiyatlari. Infektsiya manbai. Yuqish mexanizmi. Patogenezi. Klinik xususiyatlari. Laborator diagnostikasi. Parhez va yotoq tartibining ahamiyati. Bemorlarni parvarishlash. Profilaktikasi
8. Poliomielit. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Vakstinasiya. Profilaktikasi.
9. Brusellez. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi
10. Jarohat infektsiyalari (quturish, qoqshol). Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi
11. Jarohat infektsiyalari (quturish, qoqshol). Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi
12. Gemorragik isitmalar (BSGI). O'XI shoshilinch profilaktikasi. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi.
13. Gemorragik isitmalar (O'zbekiston). O'XI shoshilinch profilaktikasi. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Shoshilinch profilaktikasi
14. Gemorragik isitmalar (Ebola, Sariq). O'XI shoshilinch profilaktikasi. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi.
15. Infektsion mononukleoz. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, klinikasi, kasallik oqibatlari, laborator diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Shoshilinch profilaktikasi



## OHI TALABALARI UCHUN YAKUNIY NAZORAT SAVOLLARI

1. Yuqumli kasalliklarning tashxisot usullari va uslublari
2. Yuqumli kasalliklarning davolash tamoyillari va usullari
3. Yuqumli kasalliklar profilaktikasi
4. Yuqumli kasalliklar kasalxonasi bo`limi, tuzilishi, ish tartibi.
5. Immunitet, turlari, infektologiyada uning ahamiyati.
6. Yuqumli kasalliklar bilan og`rigan bemorlar parvarishining umumiy qoidalari
7. Yuqumli kasalliklarning xususiy profilaktikasi
8. Yuqumli kasalliklarni etiotrop va patogenetik davolash usullari
9. Qorin tifi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
10. Qorin tifi tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
11. A va V partiflar, kechish xususiyatlari, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
12. Shigellyozlar, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
13. Shigellyozlar tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
14. Vabo, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti.
15. Vabo davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
16. Salmonellyozlar, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
17. Salmonellyozlar tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
18. Ovqat toksikoinfektsiyalari, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
19. Ovqat toksikoinfektsiyalari tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
20. Botulizm, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
21. Botulizm tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
22. Lyamblioz, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
23. Gripp, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
24. Gripp tashxisoti davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
25. Paragripp, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
26. Adenovirusli infektsiya, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
27. Parranda grippi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
28. Difteriya, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
29. Difteriya tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
30. Meningokokkli infektsiya, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
31. Meningokokkli infektsiya, tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
32. Virusli hepatit A, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
33. Virusli hepatit B, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti.
34. Virusli hepatit B davosi (etiotrop va patogenetik), bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
35. Virusli hepatit E, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
36. Virusli hepatit D, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
37. Virusli hepatit C, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
38. Virusli hepatit B, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
39. Qora oqsoq, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
40. Qora oqsoq tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
41. Gijja kasalliklari, klassifikatsiyasi, ta`siri.
42. Askaridoz, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
43. Tenioz, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
44. Teniarinxoz, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
45. Geminolipidoz, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
46. Enterobioz, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
47. Ku isitmasi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.

48. O`lat, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
49. Qrim-Kongo gemorragik isitmasi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
50. Gemorragik isitmalar, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
51. Qrim-Kongo gemorragik isitmasi tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
52. Uzoq Sharq gemorragik isitmasi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
53. Kuydirgi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
54. Kuydirgi tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
55. Qutirish, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, tashxisoti, davosi, profilaktikasi.
56. Saramas, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
57. Saramas tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
58. Qoqshol, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi.
59. Qoqshol tashxisoti, davosi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.
60. Rektoromanoskopiya qilish usuli
61. Bezredko usulida zardob Yuborish qoidasi
62. O`latga qarshi kiyim kiyish tartibi
63. Gaz o`tkazuvchi nayni ishlatish, ko`rsatma.
64. Neyrotoksikozda talvasa sindromini bartaraf qilish
65. Gipertermik sindromini bartaraf qilish
66. BYurne teri allergik sinamasi, tartibi va baholash.
67. Tomoqdan surtma olish usullari
68. Anafilaktik Shokning davosi
69. Me`dani yuvish texnikasi
70. Qonni ekmaga olish tartibi
71. Sifon klizma tartibi
72. Burundan surtma olish usullari
73. Qonni qalin tomchiga olish tartibi va surtmasini tayyorlash
74. Tahlil uchun najas olish tartibi
75. OIV-infeksiyasi/OITS

### **Amaldagi SanQvaM va buyruqlar**

1. “Qizamiq va qizilcha (tug`ma qizilcha) kasalliklarida chora tadbirlarni takomillashtirish to`g`risida”gi 24.04.2003 yil №192 –sonli buyruq.
2. “Respublika aholisi o`rtasida ich terlama, paratif, salmonellyoz va o`tkir ichak kasalliklariga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlarni takomillashtirish to`g`risida”gi 25.03. 2015 yil №122–sonli buyruq.
3. “Respublikada aholi o`rtasida o`ta xavfli zooantroponoz yuqumli kasalliklarga qarshi olib boriladigan chora-tadbirlarni takomillashtirish to`g`risida”gi 23.01. 2015 yil №37 –sonli buyruq.
4. “O`zbekiston Respublikasida vabo kasalligi ustidan epidemiologik nazoratni yanada takomillashtirish to`g`risida”gi 25.01.2012 yil №25 –sonli buyruq.
5. “O`zbekiston Respublikasida virusli hepatitlarga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish to`g`risida” gi 05.01. 2012 yil №5 –sonli buyruq.
6. “O`zbekiston Respublikasida difteriya (bo`g`ma) kasalligi profilaktikasi chora tadbirlarini takomillashtirish to`g`risida”gi 21.12.1994 yil №577. –sonli buyruq.
7. “O`zbekiston Respublikasida qoqshol kasalligi profilaktikasi chora tadbirlarni takomillashtirish to`g`risida”gi. 25.10.2006 yil №454–sonli buyruq.
8. Bolalarda stasionar yordam ko`rsatish to`g`risidagi 10.07.2013 yil №225.–sonli buyruq.
9. Rikketsioz kasalliklari va pedikullyozga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish to`g`risidagi 05.01.2012 yil №6 –sonli buyruq.

10. O'zbekiston Respublikasida bezgak-malyariya kasalligining oldini olish chora tadbirlari to'g'risidagi 15.01.2004 yil № 17. –sonli buyruq.
11. “O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasini oldini olish chora-tadbirlari va tibbiy yordamni tashkil etishni yanada takomillashtirish to'g'risida”gi 25.03. 2015 yil № 123–sonli buyruq.
12. Odam immuniteti tanqisligi virusi infeksiyasi bo'yicha milliy klinik protokollarni amaliyotga tadbiiq etish to'g'risida 30.04.2018 № 277–sonli buyruq.
13. SanPin 0342-17 Shifoxona ichki infeksiyalarini oldini olish sanitariya Qoida va Me'yorlari.
14. SanPin 039-07 Tibbiyot buyumlariga ishlov berish (dezinfeksiya, sterilizastiya oldi ishlari, sterilizastiya) sanitariya Qoida va Me'yorlari.
15. SanPiN № 0317-15 Respublika DPM larida chiqindilarini yig'ish, saqlash va yo'qotish sanitariya Qoida va Me'yorlari.

**Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasida talabalar mustaqil ishini tashkil etish, nazorat qilish va baholash tartibi to'g'risida namunaviy NIZOM**

**1.Umumiy qoidalar**

1.1.Mazkur Nizom O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 2001 yil 16 avgustdagi “Oliy ta'limning davlat ta'lim standartlarini tasdiqlash to'g'risida”gi 343-son qaroriga muvofiq kadrlar tayyorlash sifatini nazorat qilishda talabalarning mustaqil ishlarini tashkil, nazorat qilish va baholash tartibini belgilaydi.

1.2.Talabaning mustaqil ishi barcha fanlarni o'zlashtirish uchun belgilangan o'quv ishlarini ajralmas qismi bo'lib, u uslubiy va axborot resurslari jihatidan ta'minlanadi hamda bajarilishi reyting tizimi talabalari asosida nazorat qilinadi.

1.3. Kafedrada talabaning haftalik mustaqil ishlarining umumiy hajmi bakalavriyatning kundo'zgi bo'limida 22 soatni tashkil qiladi.

1.4.O'quv semestri yakunida talabaning mustaqil ishi bo'yicha to'plangan reyting ballari, o'quv ishlariga berilgan reyting ballari bilan birgalikda hisoblanadi va qayd qilinadi.

**2. Talaba mustaqil ishining maqsad va vazifalari**

2.1.Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorat ostida talabada muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun zarur bo'lgan bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

2.2.Talaba mustaqil ishining vazifalari quyidagilardan iborat:

- yangi bilimlarni mustaqil tarzda puxta o'zlashtirish va ko'nikmalarga ega bo'lish;
- mavzu bo'yicha kerakli ma'lumotlarni izlab topish, qulay usullarini va vositalarini aniqlash;
- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish;
- an'anaviy o'quv va ilmiy adabiyotlar me'yoriy hujjatlar bilan ishlash;
- elektron o'quv adabiyotlar va ma'lumotlar bilan ishlash;
- internet tarmog'idan maqsadli foydalanish;
- ma'lumotlar bazasini tahlil etish;
- topshiriqlarni bajarishda tizimli va ijodiy yondoshish, ishlab chiqilgan echim, loyiha va g'oyani asoslash mutaxassislar jamoasida himoya qilish;
- bemorlar bilan bevosita mustaqil muloqot qilish va tashxisot, davolash mezonlarini ishlab chiqish.

**3.Barcha fanlardan talaba mustaqil ishining tashkiliy shakllari**

3.1.Talaba mustaqil ishini tashkil etishda barcha fanlarning xususiyatlarini, shuningdek har bir talabaning akademik o'zlashtirish darajasi va qobiliyatini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- belgilangan mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzu bo'yicha referat tayyorlash;
- seminar, amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlik ko'rish;
- sindromga mujassamlangan kasalliklarning tashxisot algoritmini tuzish;
- harorat egri chiziqlari va klinik belgilarni namoyon bo'lish tizmalarini tayyorlash;
- mavzu bo'yicha multimedia, diagrammalar tayyorlash;
- mavzu bo'yicha vaziyatli masala, test savollarini tuzish.

3.2.Barcha fanlarni namunaviy va ishchi dasturlarida talaba mustaqil ishining shakli, mazmuni va hajmi ifoda etiladi.

3.3.Talaba mustaqil ishi uchun ajratilgan vaqt byudjetiga mos ravishda har bir fan bo'yicha mustaqil ishning tashkiliy shakllari, topshiriqlar variantlari ishlab chiqiladi va fakultet ilmiy uslubiy kengashida tasdiqlanadi.

3.4.Mustaqil ishni bajarish uchun barcha fanlar bo'yicha talabalarga zaruriy metodik qo'llanma, ko'rsatma va tavsiya ishlab chiqiladi.

#### **4.Talaba mustaqil ishining axborot ta'minoti**

4.1.Barcha fanlar bo'yicha mustaqil ish topshiriqlari kafedrada o'quv mashg'ulotlari olib boruvchi o'qituvchi tomonidan to'ziladi hamda kafedra mudiri tomonidan tasdiqlanadi. Talabaga berilgan topshiriqda mustaqil ishni bajarish bo'yicha dastlabki ko'rsatma va tavsiyalar qayd etiladi.

4.2.Mustaqil ishni bajarish uchun talabaga axborot manbasi sifatida barcha fanlar bo'yicha darslik va o'quv qo'llanmalar, metodik qo'llanmalar va ko'rsatmalar, ma'lumotlar to'plami va banki, ilmiy va ommaviy davriy nashrlar, internet tarmog'idagi tegishli ma'lumotlar berilgan mavzu bo'yicha avval bajarilgan ishlar va boshqalar xizmat qiladi.

4.3.Kafedra mudiri va tegishli fakultet dekanlari taqdimnomasi asosida Oliy ta'lim muassasasi rahbariyati talabalarni mustaqil ishni bajarish uchun zaruriy axborot manba va vositalarni belgilaydi. Kafedra tomonidan talabalarga mustaqil ishlarni o'z vaqtida bajarish uchun kasalxonada kasallarni ko'rastiyasi qilish, kompyuter texnikasi va internet tarmog'idan samarali foydalanish uchun shart-sharoitlar yaratib beriladi.

#### **5.Talaba mustaqil ishini nazorat qilish va baholash**

5.1.Barcha fanlar bo'yicha talaba mustaqil ishiga rahbarlik qilishi yuklamasi (Ishchi o'quv rejasining 10 ustunida keltirilgan) prof-o'qituvchilar shaxsiy ish rejasining tashkiliy uslubiy bo'limida (1540 soat doirasida) qayd etiladi.

5.2.Talaba mustaqil ishini nazorat qilish o'quv mashg'ulotini bevosita olib boruvchi o'qituvchi tomonidan amalga oshiriladi va guruh jurnallarida qayd etiladi.

5.3.Talabaning reyting ko'rsatkichlari guruh reyting oynasida yoritib boriladi.

5.4.Talaba mustaqil ishini nazorat qilish turlari va uni baholash mezonlari kafedra tomonidan ishlab chiqilgan 100 balli reyting tizimi nizomi asosida belgilanadi va fakultet ilmiy kengashida tasdiqlanadi. Mustaqil ishlarni baholash mezonlari talabalarga o'quv yili (semestr) boshlanishi oldindan metodik materiallar bilan birgalikda tarqatiladi.

5.5.Mustaqil ish bo'yicha maksimal reyting balining 55% dan kam bal to'plagan talaba barcha fanlar bo'yicha yakuniy nazoratga qo'yilmaydi.

5.6.Barcha fanlarda talabalarining mustaqil ishlari bo'yicha o'zlashtirish muntazam ravishda talabalar guruhlarida, kafedra yig'ilishida va fakultet ilmiy kengashlarida muhokama etib boriladi.

5.7.Talabaning mustaqil ishi kafedra arxiviga ro'yxat olinadi va o'quv yili mobaynida saqlanadi.

5.8.Kafedrada yuqori darajada baholangan talabalarining mustaqil ishlari ma'naviy jihatdan rag'batlantirish uchun instituti o'quv bo'limiga taqdim etiladi.

## GLOSSARIY

**Adaptatsiya**- moslashuv - tashqi sharoitga moslanish, o'rganish; har qanday organizmning, shuningdek, populyatsiya va boshqa biologik turlarning o'zgargan yoki o'zgarayotgan yashash sharoitiga moslashib borish jarayoni.

**Adinamiya**- quvvatsizlik, bedarmonlik.

**Adsorbtsiya** - modda zarrachalarining ikkinchi moddaning ustki yoki yuza qatlamiga singish jarayoni.

**Aeroblar**- kislorodli muxitdagina yashaydigan mikroorganizmlar (bakteriyalar).

**Agglyutinatsiya** - suyuqlikda tarqalgan bakteriya, eritrotsit va boshqa turli hujayralarning bir-biriga yopishib, cho'kish hodisasi.

**Akrotsianoz** - kapillyar qon aylanishining buzilishi natijasida periferik a'zolar terisining, qulok , burun, lab-lunj, qo'l-oyok ko'karishi.

**Allergik reaktsiya**- organizmning allergenga nisbatan sezuvchanligi ortishi klinik belgilarining umumiy nomi.

**Anamnez** -bemorning xayot sharoiti va kasallik tarixi xaqida so'rab to'planadigan ma'lumotlar.

**Anoreksiya**- ishtahasizlik, ovqatdan yuz o'girish.

**Antipiretiklar**- turli sabablarga ko'ra (asosan kasallik tufayli) ko'tarilgan tana haroratini pasaytiruvchi vositalar.

**Antitoksik zardob**- toksinlarga qarshi ishlatiladigan zardob.

**Antitoksinlar**- organizmga bakteriyalar, hayvon va o'simliklar zahari tushganda qon zardobida unga qarshi hosil bo'ladigan va ularni neytrallaydigan moddalar.

**Antitelolar**- organizmga yot jismlar, ok sil tabiatli modda (antigen) kiritilganda unga qarshi qon zardobida hosil bo'ladigan moddalar.

**Autoinfeksiya**- organizmning o'zidagi shartli patogen mikrofloradan kasallanishi.

**Avirulentlik** - kasallik paydo qilish xususiyatini yo'qotgan, patogenligi susaygan mikroorganizm.

**Avitaminoz** - organizmda vitamin etishmasligi natijasida paydo bo'ladigan kasallik.

**Bakteriemiya** –aylanayotgan qonda bakteriyalar mavjudligi.

**Disbakterioz** – antibiotiklar bilan uzoq davo kilinganida allergik ichak, qin va boshqa bo'shliqlarda tabiiy flora halok bo'lib, patogen flora paydo bo'lishi.

**Dekompensatsiya** – tiklanish qobiliyatining yo'qolishi. Biror organ yoki fiziologik tizimining o'z ish qobiliyatini yo'qotishi.

**Deratizatsion vositalar** – kemiruvchilarni yo'qotish uchun qo'llaniladigan vositalar.

**Dezinfeksiya**–atrof-muxitdagi yukumli (infeksiyali) kasalliklarning ko'zg'atuvchilarini yo'q qilish.

**Ekzogen**- tashqi muhit ta'sirida kelib chiqqan, organizmga biror tashqi omilning ta'siri tufayli yuz bergan.

**Endemiya**- biror jug'rofiy sharoitdagi tabiiy omillar taqozosi bilan o'sha joyda uchraydigan kasallik.

**Epidemiya** - biror yuqumli kasallikning, asosan infeksiyalarning bir o'lkada odamlar orasida yoppasiga tarqalishi.

**Gipovitaminoz** – ovqat tarkibida etarli miqdorda vitaminlar bo'lmashligi natijasida organizmda vitaminlarning etishmaslik holati.

**Immunitet**- organizmning yuqumli va yuqumsiz agentlar hamda moddalarga berilmashligi.

**Immunizatsiya**-emlash – yuqumli kasalliklarning oldini olish maqsadida maxsus emlash vositalarini belgilangan muddatlarda va yosh guruhiga qarab ko'llashga asoslangan epidemiyaga qarshi tadbir.

**Immunoglobulinlar**- yuqumli agentlarga yo'naltirilgan immunitet vositasi.

**Karantin**- yuqumli kasallik paydo bo'lgan jamoaga va joylarga boshqa kishilarni kiritmaslik.

**Kaxeziya** - organizmning umumiy atrofiyaga uchrashi, kuchli darajada ozish, darmonsizlanish.

**Kollaps** - yurak faoliyatining keskin susayib ketishi va tomirlar tonusining pasayishidan kelib chiqadigan holat.

**Leykopeniya**- qonda leykotsitlar sonining kamayishi.

**Metabolitlar**- organizmda moddalar almashinuvida paydo bo'ladigan turli oraliq va OHIRgi moddalar.

**Metabolizm**- tirik organizmning to'qima va hujayralarida to'xtovsiz bo'lib turadigan moddalar almashinuvi jarayoni.

**Pandemiya**- bir necha qitalar yoki mamlakatlarda yuqumli kasalliklarning yoppasiga tarqalishi.

**Patogenlik**- kasallik paydo qilish tashqi omillar (mikroorganizmlar va hokazolar) organizmga ta'sir qilganda kasallik paydo qilish xususiyati.

**Spazmolitiklar**- ichki a'zolar silliq mushaklarining spazmini (tirishib qolishini) bo'shashtiradigan dori vositalari.

**Sterillash**- yuqori haroratda, bosimda yoki turli bakteritsid moddalar ta'siri bilan mikroorganizmlarni zararsizlantirish.

**Superinfeksiya**- biror infeksiyon kasallik tugamay turib shu infeksiya mikrobi bilan qaytadan kasallanish.

**Sensibilizatsiya** - organizmning biror ta'sirotda, allergenga nisbatan juda sezgir bo'lib qolishi.

**Vaksinoprofilaktika**- vaktsina yordamida kasallikning oldini olish.

**Vaksinoterapiya** -vaktsina bilan davolash.

## ADABIYOTLARNING ELEKTRON VARIANTLARI

1. Axmedova M.D., Obloqulov A.R., Boboxo'jaev S.N. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi. Tashkent, 2007.
2. Axmedova M.D., Obloqulov A.R., Boboxo'jayev S.N. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi. Buxoro, 2007.
3. Axmedova M.D., Obloqulov A.R., Boboxo'jayev S.N. Yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi. Buxoro, 2014.

4. Zakirxodjaev A.X. Detskie infektsionnye bolezni. T., 2008.
5. Uchaykin V.F. Infektsionnye bolezni u detey. M., 1998.
6. Zokirxo'jaev A.X. Bolalar yuqumli kasalliklari. T., 2008.
7. Majidov V.M. Yuqumli kasalliklar. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari uchun o'quv qo'llanma. Toshkent, 1995.
8. Emond R., Rouland X., Uelsbi F. Infektsionnye bolezni. Stvetnoy atlas. Moskva, 1998.
9. Shuvalova E.P. Infektsionnye bolezni. Uchebnaya literatura dlya studentov meditsinskix institutov. Moskva, 1999.
10. Kazanstev A.P., Zubik T.M., Ivanov K.S., Kazanstev V.A. Differentsialnaya diagnostika infektsionnykh bolezney. Moskva, 1999.

### **Internet saytlari**

1. [www.gov.uz](http://www.gov.uz) – O'zbekiston Respublikasi xukumat portali.
2. [www.lex.uz](http://www.lex.uz) – O'zbekiston Respublikasi Qonun hujjatlari ma'lumotlari milliy bazasi.
3. [www.avicenna.uz](http://www.avicenna.uz)
4. [www.bismi.uz](http://www.bismi.uz)
5. [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru);
6. [www.apteka.uz](http://www.apteka.uz);
7. [www.med-site.narod.ru/htm](http://www.med-site.narod.ru/htm);
8. [www.speclit.med-lib.ru/inf/index](http://www.speclit.med-lib.ru/inf/index);
9. [www.infectious disease news.com](http://www.infectiousdisease.com);
10. [www.medicina.org.ua/dek](http://www.medicina.org.ua/dek);
11. [www.speclit.spb.ru](http://www.speclit.spb.ru)