

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ЭПИДЕМИЯЛОГИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ ВА ЮҚУМЛИ
КАСАЛЛИКЛАР ИЛМИЙ-ТАДҚИҚОТ ИНСТИТУТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 616.981.718-08-1074

ВАФОКУЛОВА ГУЛНОЗА САДУЛЛОЕВНА

**ЦУЦУГАМУШИ ИСИТМАСИ ВА КОКСИЕЛЛЁЗ КЎРИНИШИДАГИ
АЙРИМ РИККЕТСИОЗЛАРНИНГ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ**

14.00.10 – Юқумли касалликлар

Тиббиёт фанлари номзоди
илмий даражасини олиш учун тақдим этилган диссертация

АВТОРЕФЕРАТИ

Ташкент - 2011

Иш Самарканд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Илмий рахбар: тиббиёт фанлари доктори, профессор
МУСАБАЕВ ЭРКИН ИСАКОВИЧ

Расмий оппонентлар: тиббиёт фанлари доктори, профессор
БАБАХОДЖАЕВ Сирожиддин Носирович

тиббиёт фанлари номзоди, доцент
ХУДАЙБЕРДИЕВ Якубжон Кузибаевич

Етакчи ташкилот: **Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

Ҳимоя Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий-тадқиқот
институти ҳузуридаги Д.087.11.01 рақамли кенгашнинг 2011 йилнинг
_____ кунини соат _____ да ўтадиган мажлисида бўлади.
Манзил: 100133, Тошкент шаҳри, Решетов кўчаси, 2.

Диссертация билан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий-
тадқиқот институти кутубхонасида танишиш мумкин.

Автореферат 2011 йил _____ да тарқатилди

Ихтисослашган кенгаш илмий котиби
тиббиёт фанлари доктори

АХМЕДОВА
Халида Юлдашевна

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ

Мавзунинг долзарблиги. Барча давлатлар қатори Ўзбекистонда ҳам юқумли касалликлар муаммоси нафақат фанда, балки амалиётда ҳам муҳим долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Охирги йилларда юқумли касалликларни камайтириш буйича эришилган ютуқларга қарамадан, республикамизда айрим инфекцияларнинг тарқалиш хавфи мавжудлиги сақланиб қолмоқда.

Риккетсиозларнинг кенг тарқалиши кўпгина мамлакатларда долзарб бўлиб қолишига қарамадан, республикамизда бу касалликни ўрганиш етарлича эмас. Эпидемиологик ҳолатнинг кузатилиши шуни кўрсатадики, риккетсиозлар табиатда жуда кенг қамровда учрайди ва инсонларда уларнинг кечиши спорадик шаклда ёки эпидемия кўринишда булиши мумкин (Мусабаев И.К., 1996; Лукин Е.П., 1999; Аитов К.И., 2000; Токаревич Н.К., 2007). Ҳозирги вақтдаги маълумотлар шуни аниқ ва равшан кўрсатадики, аҳоли ўртасида учрайдиган барча ўткир иситмали касалликларнинг жуда катта аниқланмаган қисмини риккетсиозлар ташкил этади (ЖССТ 3-сон бюллетени, 1993; Лукин Е. П. ва бошқалар, 2003).

Охирги йилларда қилинган тадқиқотларда кўрсатилишича, риккетсиозларнинг сурункали шаклларида юрак мушакларининг шикастланиши натижасида ўлим ҳолати рўй бериши мумкин (Лобан К.М., 2000; Аитов К.А., 2005; Токаревич Н.К., 2008).

Бизнинг юртимизда риккетсиозларни ўрганиш соҳасида бир қанча ишлар қилинган. Ҳозирги вақтгача республикамизда риккетсиоз касаллигини ўрганиш буйича олимларимиздан Адилов Д.А. (1970), Гафарова М.Т. (1986), Джалилов К.Д. (1990), Юлдашев А.В. (1992) ишлари мавжуд, аммо бу касалликларнинг ҳозирги даврдаги клиник кечишлари ва унга ташхис қўйишда янги усуллардан фойдаланиш адабиётларимизда етарлича ёритилмаган. Шунинг учун риккетсиозларнинг замонавий клиникаси, ташхисоти, ҳамда бошқа масалалари мавҳумлигича қолмоқда.

Ишнинг долзарблигини яна шунда кўриш мумкинки, Ўзбекистонда Цуцугамуши иситмасининг клиник характеристикасини ўрганиш буйича ишлар қилинмаган, ваҳоланки айни дамда Цуцугамуши касаллиги Тожикистонда қайд қилинган. Бундай вазият Ўзбекистон шароитида ҳам албатта риккетсиозларни, жумладан Цуцугамуши иситмаси ва коксиейеллэларни чуқур ўрганиш кераклигини тақозо қилади. Айниқса, кўрсатилган касалликларнинг ташхисот стандартларини ишлаб чиқариш зарурлигини талаб қилади.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳозирги вақтда ўткир иситмали юқумли касалликларни этиологик келиб чиқиш сабабларини аниқлаш амалиёт шифокорларининг муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади. Касалликнинг асосий белгиларидан бири иситма бўлган риккетсиозлар, долзарблигига қарамай, кўп йиллардан бўён тадқиқотчилар назаридан четда қолмоқда. Риккетсиозларнинг кечишида шу касалликка хос аниқ ва равшан клиник белгиларининг йўқлиги ва уларнинг кўпгина юқумли

касалликлар билан ўхшашлиги шифокорлар томонидан бу касалликларга туғри ташҳис қўйишни қийинлаштиради.

Диссертация ишининг илмий-тадқиқот режалари билан боғлиқлиги. Диссертация ишининг мавзуси Самарқанд давлат тиббиёт институтида олиб борилаётган илмий-текшириш ишлари режасига киради.

Тадқиқот мақсади: цуцугамуши иситмаси, коксиеллэз ва уларнинг микст шакллариининг иситмали ҳолатлар ичидаги ўрни ва клиникасининг Самарқанд вилояти ҳудудида ўзига ҳос белгиларини аниқлаш.

Тадқиқот вазифалари:

1. Цуцугамуши иситмаси, коксиеллэз, уларнинг микст-шакллариининг ўткир юқумли иситмали ҳолатлар ичидаги ўрни, клиник кечиши ва уларга ҳос тегишли белгиларини аниқлаш.
2. Цуцугамуши иситмаси, коксиеллэз ва уларнинг микст-шакллариининг замонавий клиник кечиши, минтақавий хусусиятларини ўрганиш, клиник-лаборатор кўрсаткичлари ҳолатини таққослаб ўрганиш.
3. Цуцугамуши иситмаси, коксиеллэз ва уларнинг клиник белгилари асосида ташҳисот стандартларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти ва предмети. Самарқанд шаҳар 1-сон юқумли касалликлар клиник шифоҳонаси ва Самарқанд вилоятининг айрим туман шифоҳоналарида 837 нафар ўткир юқумли иситмали касалликлар билан даволанаётган беморлар кўриги ва текшируви.

Тадқиқот методлари. Ишда клиник, бактериологик, серологик, эпидемиологик ва статистик усуллар қўланилди.

Ҳимояга олиб чиқилаётган асосий ҳолатлар:

1. Самарқанд вилоятида ўткир юқумли иситмали касалликларнинг 9,7% изини риккетсиозлар ташкил этади. Риккетсиоз билан касалланган беморлар орасида 4,5% ни коксиеллэз, 1,4% ни Цуцугамуши иситмаси, риккетсиозларнинг микст-шакллари 1,3% ни (Цуцугамуши + коксиеллэз, Цуцугамуши иситмаси + риккетсиозли тошмали тиф 1,3% ни, коксиеллэз + риккетсиозли тошмали тиф эса 1,2%) ташкил қилиши аниқланди.
2. Ўзбекистон Республикасида илк маротаба Цуцугамуши иситмасининг клиник кечиши, аҳамияти ва долзарблиги ўрганилди.
3. Ўзбекистонда биринчи марта риккетсиозли инфекцияларнинг микст шакллариининг клиник кечиши таърифланди, Цуцугамуши иситмаси ва коксиеллэз касаллигига ташҳис қўйишнинг стандарт белгилари ишлаб чиқилди.

Илмий янгилиги. Самарқанд вилояти мисолида минтақамизда учрайдиган ўткир юқумли иситмали касалликларнинг маълум қисмини риккетсиозлар ташкил этиши аниқланди. Илк маротаба Самарқанд вилояти ҳудудида учрайдиган ўткир иситмали юқумли касалликлар ичида Цуцугамуши иситмаси ва унинг микст шаклининг алоҳида ўрни борлиги кўрсатилди. Бундан ташқари, Цуцугамуши иситмаси ва унинг микст-шакллари клиникаси ёритилди. Риккетсиозларга мансуб Цуцугамуши ва коксиеллэзларни аниқлашда иммунофермент таҳлил (ELISA) усулини

қўллаш шартлиги аниқланди. Ушбу усул қўлланилиши натижасида кокксиеллез, Цуцугамуши иситмаси ва уларнинг микст шаклларини аниқлаш имконини берди. Илк маротаба риккетсиоз касалликлари (кокксиеллэз, Цуцугамуши) ва уларнинг микст шаклларининг минтақамизга ҳос замонавий клиник кечиши кўрсатилиб, амалиётга ташҳисот стандартлари тавсия этилди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Самарқанд вилояти мисолида минтақамизда учрайдиган ўткир юқумли иситмали касалликларнинг маълум (9,7%) қисмини риккетсиозлар ташкил этиши аниқланди. Риккетсиозларга мансуб Цуцугамуши иситмаси ва коксиеллэзларни аниқлашда ИФА (ELISA) усулини ишлатиш шартлиги аён бўлди. Ушбу риккетсиоз касалликларининг ва уларнинг микст-шаклларининг минтақамизда ҳос замонавий клиник кечиши курсатилиб, амалиётга ташҳисот стандартлари тавсия этилди.

Натижаларнинг жорий қилиниши. Диссертация материаллари натижалари асосида Тиббиёт институти талабалари учун «Риккетсиозли инфекция» ўқув услубий қўлланма (Самарқанд, 2009), амалиёт шифокорлари (инфекционистлар, микробиологлар ва вирусологлар) учун «Ўзбекистонда риккетсиозли инфекция» (Самарқанд, 2010) номли методик қўлланма чоп этилди. Самарқанд шаҳар 1-сон юқумли касалликлар клиник шифохонаси базасида риккетсиоз инфекциясини ўрганиш маркази ташкил қилинди. Самарқанд шаҳар юқумли касалликлар ва вилоятининг айрим туман юқумли касалликлар шифохоналарида диссертация ишининг натижалари тадбиқ этилди. Диссертация материаллари асосида СамДТИнинг юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедрасида талабалар учун машғулотлар ўтказилмоқда.

Ишнинг синовдан ўтиши. Диссертация ишининг асосий ҳолатлари тақдим этилди ва муҳокама қилинди: «Юқумли ва паразитар касалликларга ташҳис қўйиш, даволаш ва профилактикасининг актуал муаммолари " га бағишланган Ҳалқаро илмий конференцияда (Тошкент, 2009), Ўзбекистон Республикаси педиатрларининг VI ҳалқаро съездида (Тошкент, 2009), Ўзбекистон Республикасининг гигиенистлари, эпидемиологлари ва инфекционистларининг IX съездида (Тошкент, 2010), Самарқанд давлат тиббиёт институти кафедралараро йигилишида (Самарқанд, 2011), ЭМЮКИТИ ихтисослашган кенгаш қошидаги илмий кенгашида (Тошкент, 2011) муҳокама этилди.

Натижаларнинг эълон қилинганлиги. Диссертация материаллари бўйича 9 та илмий иш чоп этилди, шу жумладан 1 та ўқув услубий қўлланма ва 1 та амалиёт методик тавсиянома чоп этилаги.

Ишнинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация иши 118 босма текстдан иборат бўлиб, кириш қисми, адабиётлар обзори, 5 бўлим шахсий кузатувлардан, ҳулоса, амалий тавсиялар ва қўлланилган адабиётлар руйхатидан иборат. Қўлланилган адабиётлар 139 манбадан олинган бўлиб улардан 39таси чет эл олимларининг ишлари ташкил қилади. Диссертация ишида 23 жадвал, 12 сурат ва 9 та кузатилган беморларнинг касаллик тарихидан кўчирма ишлатилган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Изланиш материаллари ва усуллари. Ишнинг асосий мазмунини 5 ёшдан то 62 ёшгача бўлган 837 беморларнинг текширув натижалари ташкил қилади. Беморлар Самарқанд шаҳар 1 сон юқумли касалликлар клиник шифоҳонаси ва Самарқанд вилоятининг Тайлоқ, Булунғур, Жомбой ва Ургут туманлари юқумли касалликлар шифоҳонасига «Ўткир респиратор вирусли инфекция» «Қорин тифи», «Бруцеллёз», «Номаълум этиологияли иситма» ташхислари билан мурожаат этишган ва даволанишган.

1-жадвал

Турли йиллар бўйича юқумли касалликлар шифоҳонасига мурожаат этган беморларнинг тақсимланиши

Йиллар	Самарқанд шаҳар юқумли касалликлар шифоҳонаси	Тайлоқ тумани юқумли касалликлар шифоҳонаси	Булунғур тумани юқумли касалликлар шифоҳонаси	Жомбой тумани юқумли касалликлар шифоҳонаси	Ургут тумани юқумли касалликлар	Ҳаммаси
2004	72	26	10	9	7	124
2005	361	34	31	17	21	464
2006	174	12	37	10	16	249
Ҳаммаси	607	72	78	36	44	837

Текширилган беморларнинг қон зардоби ИФА (Elisa) усули орқали текширилганда иммуноглобулин М фракциясининг 82 беморда топиллиши «Риккетсиоз инфекцияси» ташхисини серологик тасдиқлайди. Бу умумий беморлар сонининг 9,7% ини ташкил қилади. Бундан ташқари, кокциеллёз касаллигига ҳос иммуноглобулин М беморларнинг 38 тасида (4,5%), Цуцугамуши иситмаси кузгатувчисига оид иммуноглобулин М 12 та беморда (1,4%) аниқланилди.

Шуни алоҳида қайд қилишимиз керакки, кузатувимизда бўлган беморларнинг 3,8%, яъни 32 тасида касалликнинг микст шакллари қайд этилди. Булар Цуцугамуши иситмаси + кокциеллёз 11 (1,3%) беморда, Цуцугамуши иситмаси + риккетсиозли тошмали тиф 11 (1,3%) ва 10 (1,2 %) беморда кокциеллёз + риккетсиозли тошмали тиф қуринишида кузатилди. Риккетсиоз инфекциясига тасдиқланган беморлар орасида эркаклар аёлларга нисбатан салмоқли қисмни, яъни 63 кишини (76,8%), аёллар эса 19 кишини (23,2%) ташкил қилиши маълум бўлди.

Беморларнинг ёшларини кўриб чиққанимизда, турли ёшдаги беморларнинг ушбу касалликка чалинганлиги аниқланди. Бироқ касаллик 15-30 ёшлар орасида - 38 (46,3%) ва 15 ёшгача кўп учраши - 24 та (29,3%) яққол кўзга ташланади.

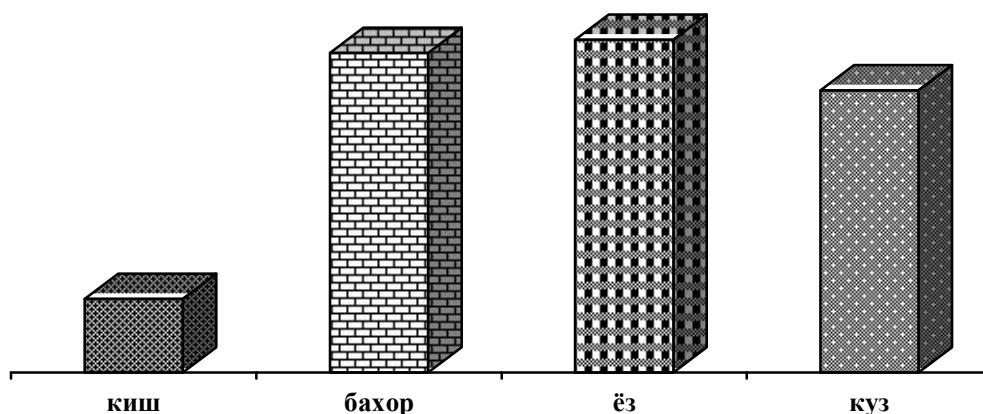
Беморларнинг яшаш жойларига аҳамият берганимизда аксарият қисми қишлоқ фуқоролари 71(86,6%) эканлиги, шаҳарда эса 11 (13,4) киши яшаши маълум бўлди.

Кузатувимиздаги Риккетсиоз инфекцияси билан зарарланган беморлар Самарқанд вилоятининг 9 туманида ва Жиззах вилоятининг икки туманида истиқомат қилишади. Ҳасталанган беморларнинг касб-корлари таҳлил қилинганда, уларнинг 46,5% хусусий чорвачилик билан машғул эканлиги аниқланди.

Касаллик ўсмирлар орасида (29,2%) кенг тарқалганини инобатга олган ҳолда, бу ёшдаги болаларнинг ота-оналар томонидан чорва ишларига аралаштиришлари натижасида касаллик келиб чиққан, деган хулосани келиш мумкин.

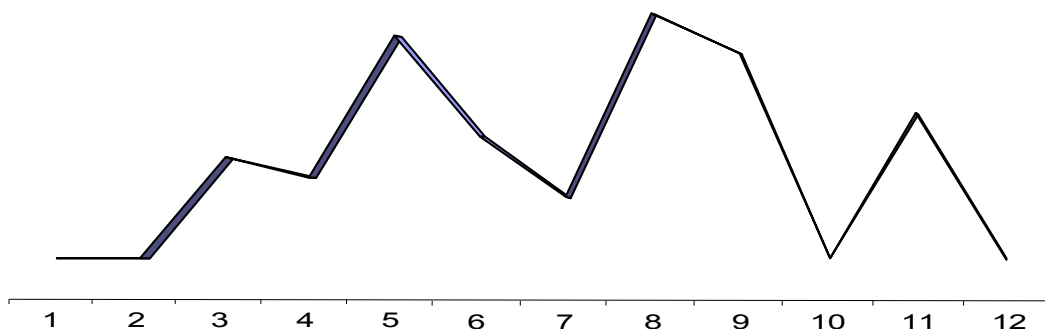
Беморларда риккетсиоз инфекциясининг келиб чиқиш сабабларини ўрганиб чиқиш учун уларнинг яшаш манзилгоҳлари, жойлардаги шарт-шароитлари, ҳайвонлар билан мулоқотда бўлишлари ва охириги 6 ҳафта давомида кемирувчи ва ҳар ҳил хашоратлар чакқан ёки чакмаганлиги ўрганилди. Бу таҳлиллар шуни кўрсатдики, риккетсиозли инфекция билан касалланган беморлар асосан ўз хусусий уйларида яшашлари ва ҳовлисида ҳар ҳил ҳужалик юритиш хоналари (ертўлалар, мол сақлайдиган жойлари ва б.) борлиги ва бу ерларда кемирувчилар мавжудлиги аниқланилди. Иккита бемордан ташқари, қолган ҳамма беморлар ҳар куни майда ёки катта шохли ҳайвонларни уй шароитида парвариш қилиши тасдиқланди. Беморларнинг асосий қисми касалликдан 4-6 ҳафта олдин ҳар ҳил хашоратларнинг чакқанлигини ҳам таъкидлаб ўтишди.

Риккетсиозли инфекциянинг 3 йиллик мавсумийлиги ва касалланиш ҳолати таҳлил этилганда куйидагилар аниқланди: (1 расм).



1-расм. Йилнинг фаслларига боғлиқ касалланиш ҳолатларининг тақсимланиши

Расмдан кўриниб турибдики, қиш пайтида 7,3% ҳолда, кузда 28, 0% ҳолда касаллик қайд этилган. Касалликнинг энг авж олиш даврлари баҳор 31,7% ва ёз 33, 0 % ойларига тўғри келади.



2-расм. Риккетсиоз касаллигининг Самарқанд вилояти ҳудудида учрашининг ойма ой динамикаси

Самарқанд вилояти ҳудудида риккетсиозли инфекциялар учрашининг ойма ой динамикасини ўрганганимизда (2-расм) риккетсиоз касаллиги билан ҳасталанишнинг 3 ҳил ҳолатини кузатдик. Касалликнинг энг авж олган даври март ойига туғри келиб, май ойларида бу курсаткич энг чўққига етади, сўнгра август ва сентябрь ойларида шундай ушланиб туриб, ноябрь ойларига пастроқ кутарилиши туғри келади.

Диссертация ишини бажаришда иммунофермент (Elisa) усулидан ташқари, беморларга умумий клиник, биохимик, бактериологик ва серологик таҳлиллар ўтказилди. Шунингдек, серодиагностик усул- риккетсиозли инфекциялар гуруҳига ҳос иммуноглобулин М ни аниқлаш учун иммунофермент таҳлил (ELISA) ўтказилди. Айнан Цуцугамуши иситмаси, Ку-иситма ва риккетсиозли тошмали тиф билан ҳасталанган беморларнинг қон зардобида ушбу фракция аниқланди.

Шахсий кузатувлар натижалари ва уларнинг муҳокамаси

Цуцугамуши иситмасининг клиник характеристикаси

Текширилган беморларнинг 837 умумий сонидан Цуцугамуши иситмаси ташҳиси 34 (4,1%) беморда тасдиқланди. Шундан 12 нафар (1,45%) беморда Цуцугамуши иситмаси моноинфекция тарзида 22 нафар (2,6%) беморда эса микст инфекция шаклида кечиши кузатилди.

Цуцугамуши иситмаси билан ҳасталанган беморларнинг ёшлари 8 ёшдан то 50 ёшгача бўлиб, улар орасидан 30 ёшгача бўлган беморлар кўпчиликни ташкил қилди (66,7%). Беморларнинг ўртача ёши 25 ёш.

Цуцугамуши иситмаси касаллигининг жинсга боғлиқлиги кузатувларда маълум бўлди. Беморларнинг аксарият қисмини эркалар (75%), аёллар эса 25% ни ташкил қилди. Цуцугамуши иситмаси Самарқанд вилояти ҳудудининг 6 та туманида ва 1 та ҳолатда Жиззах вилоятининг Ғаллаорол туманида учради. Беморларнинг салмоқли қисми (91,7%) қишлоқ шароитида

истиқомат қилишади. Ҳасталаниш ҳоллари асосан баҳор-ёз ойларига, касалликнинг энг авжга чиқиши эса май ойига (41,75%) туғри келади.

Касаллик барча беморларда ўткир бошланган.

Шуни таъкидлаш лозимки, касаллик бошида барча беморлар ҳолати шифокорлар томонидан ўткир вирусли респиратор инфекцияси тарзида баҳоланиб, амбулатор шароитда даво олиб борилган. Бу ҳолат эса аксарият беморларнинг шифоҳонага касалликнинг кечки даврларида мурожаат қилишига сабаб бўлган. Натижада кўпчилик беморлар (41,7%) шифоҳонага касалликнинг 3-4 ҳафтасидан кейин ўтқазилган муолажалар ёрдам бермагач, шифоҳона шароитида "корин тифи", "бруцеллез" тахминий ташҳислари билан даволанишган.

Цуцугамуши иситмаси билан оғриган беморларнинг ўртача шифоҳонада даволаниб чиқиш муддати 12,7 кунни ташкил қилади.

Касалликнинг кечишига кўра, 58,3% беморларда касалликнинг оғир кечиши, 41,7% ҳолатда Цуцугамуши иситмасининг ўрта оғир шакли учради. Енгил шакллари биз кузатган беморлар орасида кузатилмади.

Цуцугамуши иситмасининг асосий ва доимий клиник белгиси бу иситмадир. Иситманинг давомийлиги 9 кундан 52 кунгача давом этди. Касалликнинг умумий давом этиш кўрсаткичи 28,5 кунни ташкил қилгани ҳолда, иситма давомийлиги ўртача 20,9 кунни ташкил этади. Субфебрил тана ҳарорати 16,7% беморларда, иситманинг ўртача кўтарилиши – 4 нафар (33,3%) ва иситманинг юқори даражаларгача ошиши 6 нафар беморда (50%) кузатилган.

Бизнинг кузатувимизда 58,3% беморларда иситма даврида ҳар 3-5 кунда иситманинг кескин субфебрил кўрсаткичларгача тушиши қайд этилди.

Беморларнинг тана ҳароратини қайд қилиш варақасидаги иситманинг тушиш кесимлари сонига караб 5 нафар (41,7%) беморларда икки тўлқинли, 2 нафар (16,6%) беморларда уч тўлқинли бўлиши кузатилди.

Касалликнинг икки ва уч тўлқинли кечиши бемор организмда риккетсиянинг давомли персистенциясини курсатади. Бизнинг кузатувимиздаги беморларда касаллик кечиш давомийлиги 13-58 кунга тенг бўлиб, ўртача 28,5 ташкил қилади.

2-жадвалдан кўришиб турибдики, Цуцугамуши иситмаси бизнинг кузатувларимизда яққол интоксикация, оғрик (артралгик) синдром, марказий асаб ва юрак қон томир тизимининг зарарланиши билан кузатилди. Камрок ҳолларда нафас олиш ва лимфатик тизим зарарланиши аниқланди. Цуцугамуши иситмасида гепатомегалия ҳолатининг қайд этилиши (83,3%) беморларда аниқланди. Олиб борилган тадқиқотларимизни бошқа иқлим шароитида ўтқазилган текширишлар билан таққослаганимизда Россияда бажарилган ишларда кўрсатилишича экзантема, бирламчи аффект, брадикардия, спленомегалия асосий клиник белгилар ҳисобланса, бизнинг кузатувимизда эса, юқорида кўрсатилган айрим белгилар, яъни брадикардия ўрнига тахикардия, спленомегалия ҳолатлари кам учраб, гепатомегалия 83,3% ни кўрсатди.

**Цуцугамуши иситмаси билан хасталанган беморлардаги асосий клиник
симптомларнинг характеристикаси**

Симптомлар	Касаллар сони		M±m
	n	%	
Иситма	12	100,0	20,9±2,1
Ваража	9	75,0	10,5±1,3
Беҳоллик	12	100,0	24,5±3,6
Тери копламлариининг рангпарлиги	11	91,6	23,5±2,1
Тер босиши	10	83,3	21,1±3,4
Фотофобия	1	8,3	-
Бурун қонаши	1	8,3	-
Миалгия	9	75,0	18,5±3,4
Артралгия	9	75,0	14,3±2,6
Суяклардаги оғриқлар	7	58,3	14,5±3,3
Умуртқа поғонасида оғриқ	4	33,3	10,7±3,5
Лимфаденит	5	41,7	21,8±6,4
Йўтал	6	50,0	12,8±3,6
Катарал ҳолатлар	3	25,0	6,6±1,7
Томоқда оғриқ	2	16,7	7,0±3,0
Тонларнинг буғиқлиги	12	100,0	24,3±2,9
Тахикардия	12	100,0	25,6±2,6
Иштаҳанинг бузилиши	10	83,3	18,2±1,5
Анорексия	2	16,7	7,0±3,0
Сувсираш	11	91,6	18,3±2,6
Гепатомегалия	10	83,3	21,6±2,1
Спленомегалия	1	8,3	-
Тил қараши	12	100,0	16,9±1,4
Томоқ безлари гипертрофияси	4	33,3	7,7±1,7
Қорин оғриғи	4	33,3	6,5±2,4
Томоқ гиперемияси	2	16,7	8,5±5,5
Қусиш	1	8,3	-
Кўнгил айниб туриши	2	16,6	5,0±2,0
Уйқусизлик	5	41,7	5,8±1,5
Бош айланиши	6	50,0	5,3±1,3
Бош оғриғи	12	100,0	16,8±2,6

Экзантема симптоми бизнинг беморларда ўз аксини топмади, бу ҳолни беморларнинг бизга кеч мурожаат қилиши ҳамда уларнинг сони камлиги билан изохлаш мумкин, бироқ шуни ҳам айтиб ўтиш жоизки, охириги вақтларда Россияда чоп этилаётган адабиётларда ҳам бу белги кам учраши кўрсатилапти.

Периферик қон таҳлилидаги ўзгаришларни ўрганиш жараёнида 16,7% беморларда касаллик лейкоцитоз билан, 83,3% беморларда нормоцитоз

фонида нейтрофиллэз кузатилмасдан кечди. 33,3% беморларда кучли ўзгаришларсиз лимфоцитоз аниқланилди (40-45%). Касалликнинг авжга чиқиш даврида 66,7% беморларда эритроцитларнинг чўкиш тезлигининг ортиши диққатни жалб қилди. Айниқса, 33,3% беморларда бу кўрсаткичнинг юқори даражаларгача кўтарилиши қайд этилди (32-50 мм/соат).

Касалликнинг ўткир даврида гипохром камқонлик 75,0% беморларда аниқланди.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, шуни ишонч билан айтишимиз мумкинки, Цуцугамуши иситмаси риккетсиялари Самарқанд вилоятида учрайдиган ўткир иситмали касалликларнинг пайдо бўлишининг этиологик сабаби бўлиши аниқланди. Яна шуни таъкидлаб ўтиш жоизки, одамларнинг ушбу касаллик билан инфицирланиши касалликнинг клиник яққол ифодаланган шакллариغا нисбатан кўп учрашиши эҳтимолдан ҳоли эмас..

Стандарт ташҳис қуйиш диагностикасини ишлаб чиқишда биз ҳозирги замон дунё миқёсида амалиётда қўлланилаётган услубга таянган ҳолда шубҳали ҳолатда (фаразли), кўшимча маълумотлар тўплаш орқали (эҳтимолли) ва якуний ташҳис (тасдиқланган ҳолат) йўли билан бордик.

Бизнинг ҳудудда Цуцугамуши иситмаси ташҳисотида қуйидаги схемани таклиф қиламиз:

Фаразли ҳолат касалликнинг ўткир бошланиши, иситманинг 5 кун ва ундан кўпроқ давом этиши ва қуйидаги белгиларнинг камида 4-си бўлиши:

- ✓ Суяк ва буғимлардаги оғриклар;
- ✓ мушакларда оғриклар;
- ✓ бош оғриклар;
- ✓ ретроорбитал оғриклар
- ✓ ваража
- ✓ гепатомегалия.

Фаразли ҳолатни аниқлаш учун биринчи навбатда цуцугамуши иситмасига текшириш, иккинчидан, шубҳали инфекцияга тахмин қилинганда шошилиш хабарнома жўнатиш такозо этилади.

Эҳтимолли ҳолат фаразли ҳолат ва қуйидаги белгилардан бири бўлганда қўйилади:

- ✓ каналар чаққанлиги ёки касаллик бошланишидан 2-4 ҳафта олдин каналар билан мулоқотда бўлиш;
- ✓ касалликнинг икки ёки уч тўлқинли кечиши;
- ✓ регионар лимфаденит (балки бу бирламчи аффект бўлиши мумкин).

Тасдиқланган ҳолат – бу:

- ИФА (ELISA) усулида қон зардобидида R га нисбатан IgM пайдо бўлиши;
- реал вақт режимида ПЦР кўрсаткичининг мусбат бўлиши.

Цуцугамуши иситмасини этиотроп даволашга курсатма бўлиб, касалликнинг эҳтимолли ва тасдиқланган ҳолатлари киради. Ўз вақтида ва туғри бошланган даво касаллик муддатининг қисқаришига ва асоратларининг олдини олишга ёрдам беради.

Коксиеллѐз касаллигининг умумий клиник характеристикаси

Кузатувдаги беморлардан (837) коксиеллѐз ташҳиси 38 беморга куйилди (4,5%). Касаллик 23 (60,5%) беморда ўткир, 15 (39,5%) беморда – аста-секин бошланди. Касаллик 21 (55,2%) беморларда иситма, ваража, холсизлик, дармонсизлик билан бошланган, қолган 17 (44,7%) беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши варажасиз кузатилди. Тана ҳароратининг ўткир кўтарилиши 16(42,1%) беморда, литик (2-5 кун давомида) – 22 (57,9%) беморда кузатилди. Тана ҳароратининг субфебрил даражаларгача кўтарилиши 7(18,4%) беморда аниқланилиб, 6-10 кун давомида ушланиб турди. Тана ҳароратининг ўртача кўтарилиши 17 (44,6%) беморда кузатилиб, 8-27 кун давом этди, тана ҳароратининг юқори даражаларгача кўтарилиши 13 (34,4%) беморда қайд қилиниб, 13 - 65 кун сақланиб турди ва бир беморда гиперпиретик иситма кузатилди.

Иситма давомийлиги 28 (73,8%) беморда 7 - 15 кун, 3 (7,9%) беморда 20 кун, 3 (7,9%) тасида 30 кун, 4 (10,5%) тасида 30 кундан зиѐд давом этди. Коксиеллѐз билан хасталанган беморларда иситма даврининг ўртача давомийлиги - 14,7 кунга тенглиги кузатувлардан маълум бўлди.

Оғрик синдроми беморларда турлича характерга эга. Мушаклардаги оғрик 21(55,3%) беморда кузатилиб, оғрик характери ва жойлашиши турлича кўринишга эга. Кузатувдаги аксарият беморларни- яъни 7(18,4%) кишини кўпинча камбаласимон мушаклардаги оғрик безовта қилиб, бу жараѐн 9 - 23 кун давом этди.

Буғимлардаги оғрик 9(23,7%) беморда кузатилиб, бу ҳолат ўртача 11-21 кунга чўзилди, белдаги оғрик 14(36,9%) беморда аниқланилиб, 11-18 кун давом этди, умуртка поғонасидаги оғриклар 11(28,9%) беморда қайд қилиниб, 7-24 кун давомида сақланиб турди. Остеоалгиялар 7(18,4%) беморда кузатилди.

Қуруқ йўтал 18(47,4%) беморда аниқланилиб, 6-22 кун давом этди, балғамли йўтал эса 4(10,5%) беморда аниқланилиб, 14-30 кун мобайнида кузатилиб турди. Томоқдаги оғриклар 12(31,6%) беморда қайд қилиниб, 5-13 кун сақланиб турди. Фарингит 2(5,3%) беморда аниқланилиб, 4-11 кун давом этди. Томоқ ва бурун халқум гиперемияси 17(44,7%) беморда кузатилиб, 9-18 кун ушланиб турди. 5(13,1%) беморларда коксиеллѐз касаллиги зотилжам кўринишида кузатилди, 2(5,2%) тасида эса плевропневмония аниқланилди. Шу вақтнинг ўзида беморларнинг ўпка соҳаси аускультатив текширилиб кўрилганда, 32(84,2%) кишида қаттиқ нафас, қуруқ ҳириллашлар, 4(10,5%) тасида нафас олишнинг сусайиши аниқланди.

Шундан хулоса қилиш мумкинки, бизнинг кузатувимиздаги беморлардан коксиеллѐз касаллигининг ўткир пневмоник шакли фақат 7 (18,4 %) беморда кузатилди, деб хулоса қилиши мумкин.

Бу гуруҳ беморларда риккетсиоз билан зарарланиш ҳаво томчи йўллари орқали юққан деб хулосага келиш мумкин. Беморларнинг 18 (47,75%) тасида бронхит клиник ташҳисини қўйиш эшитиш, физикал ва рентгенологик ўзгаришларга асосланган.

Юрак ва қон томирлар тизими томонидан касалликнинг авж олган даврида асосан юракнинг тез-тез уриши 35 (92,1%), юрак тонлари буғиклиги 35(92,1%) беморларда учради.

Қон босими 30 (78,9%) беморларда нормал ҳолатни, 7 (18,4%) тасида нормадан паст (гипотония) лиги маълум бўлди. Бир беморда гипертония ҳолати аниқланилди. ЭКГ даги ўзгаришлар носпецифик бўлиб, қоринча комплекси волтажининг пастлиги ва ST сегментнинг шаклининг ўзгариши аниқланилди.

Коксиеллёз билан ҳасталанган беморларда овқат ҳазм қилиш аъзолари томонидан ўзгаришлар иштаҳанинг пасайиши, 27 (71,2 %) беморларда оғиз бўшлиғининг қуриши, сувсизланиш белгиси касалликнинг 9-23 кунигача давом этди. Бунинг сабаби беморларда касалликнинг авж олиш даврида жуда кўп терлаш билан боғлиқ. Касалликнинг 7-11 кунлари кузатувдаги беморларнинг 13 (34,2%) тасида кўнгил айниш ва қусиш кузатилди.

Шуни қайд қилиш лозимки, бизнинг кузатувимиздаги барча беморларда (100%) оғиз ва лаб шиллик пардаларининг қуруклиги кузатилди. Шулардан 11 тасида (28,9 %) бу ҳолат тана ҳарорати тушгунча давом этди. Қорин соҳаси пайпаслаб кўрилганда, 19 (50%) та беморда оғрик кузатилмаган бўлса, 7 (18,4%) ҳолатда қориннинг бироз дамлаши аниқланилди. 11 беморда қорин соҳаси пайпасланганда аниқ локализацияга эга бўлмаган оғриклар кузатилди. Гепатомегалия 32 беморда (84,2%), аниқланилиб, улардан 17 (44,7%) тасида жигар қовурға равоғи ёйидан 1-3 сантиметргача пастга тушиши аниқланилди. 13 (34,2%) беморларда жигар соҳасида оғриклар, 13 (34,2%) ўт пуфаги проекцияси бўйлаб оғриклар 4-12 кун давомида аниқланди. Беморлардан 25 (65,8%) тасида жигар пайпасланганда эластик консистенцияли, қирралари аниқ, 7 (18,4%) тасида эса жигарнинг қаттиқлашганлиги қайд этилди. Беморлардаги гепатомегалия ҳолати ўртача 4-24 кун давомида ушланиб турди. Қолган беморларда жигар қовурға ёйи тўғрисида аниқланди.

Гепатоспленомегалия аниқланган беморларда ўтказилган жигар синамалари тахлилари 6 (15,8%) беморда меъёрий кўрсаткичларнинг силжиганлиги қайд этди. Улардан 3 (7,9%) тасида АЛТ кўрсаткичининг 1,2 дан 2,2 ммоль/л гача ошганлиги, 2 (5,3%) беморда билирубин миқдорининг 89,7% дан 94 мкмоль/л гача кўтарилганлиги аниқланди.

Иситманинг авжга чиқиш даврида беморларнинг аксарият қисмини 17 (44,6%) ич котиш, 11 (28,9%) беморларни эса аксинча ичнинг суюқ ўтиши безовта қилди. Диарея синдроми кузатилган беморлар гуруҳида объектив текширув чоғида қорин соҳаси пайпасланганда ичаклар буйлаб бироз оғрик ва ғулдираш аниқланди. Ахлат характери суюқ, сариқ рангда патологик аралашмаларсиз. Диарея синдроми ўртача 4-8 кун давом этди, бу ҳолат иситманинг меъёрлашиш ёки тушиш даврига тўғри келди.

Озчилик беморларда 2 (5,2%) сийдик чикариш тизими ва буйрақлар томонидан ўзгаришлар қайд этилди. Пастернацкий симптоми мусбат бўлган беморларда сийдик тахлили ўтказилганда лейкоцитлар миқдори ошганлиги, гиалин ва донали цилиндрлар кам миқдорда, альбуминурия ҳолати

аниқланилмади. Кузатувимиздаги бу ҳолатни биз буйракларнинг иситмага нисбатан реакцияси тариқасида баҳоладик.

Асаб тизими томонидан ўзгаришлар - бош оғриқлар 35 (92,1%) беморда, уйқусизлик 12 (31,5%) тасида, тез чарчаш 8 (21,0%) беморда, кузғалиш 1 (2,6%) тасида, алахсирашлар 1 (2,6%), карахтлик 1 (2,6%) беморда, бошдаги шовкинлар 2 (5,3%) тасида ва карлик бир беморда қайд этилди. Неврологик симптоматика турли муддатларда бархам топди. Масалан, бош айланиши 6 кун давомида кузатилган бўлса, уйқусизлик 3-11 кун давомида беморларни безовта қилди. Бошдаги шовкинлар 5-10 кун давомида, карлик 3 кун давомида кузатилиб турди.

Бош оғриқлар локализацияси бўйича асосан диффуз -30 (78,9%) беморда, камдан кам холларда чакка соҳасида 3 (7,8%) беморда, пешона соҳасида 1 (2,6%) беморда аниқланди.

Оғриқлар интенсивлиги бўйича хуружсимон 10 (26,3%) беморда, пульсацияловчи 7 (18,1%), тумтоқ оғриқлар 7 (18,4%) тасида, доимий оғриқлар 6 (15,8%) кишида қайд этилди.

Айрим тизим ва аъзоларнинг зарарланишига боғлиқ касалликнинг турли белгилари ифодаланиш даражасига қараб кузатувимиздаги беморларни қуйидаги клинικο-патогенетик классификация бўйича тақсимлаб чиқдик (3-жадвал).

3-жадвал

Коксиеллёз касаллигида ҳасталикнинг клиник шакллари ва касаллик оғирлик даражасига қараб беморларнинг тақсимланиши

№	Клиник шакллари	%	Касаллик кечиши	
			шакли	%
1.	Ўткир циклик	76,4	Енгил	10,5
			Ўртача оғир	44,6
			Оғир	21,0
2.	Ўткир пневмоник	18,4	Енгил	-
			Ўртача оғир	7,8
			Оғир	10,5
3.	Гепатитли (септик)	5,2	Енгил	-
			Ўртача оғир	2,6
			Оғир	2,6

Юқорида айтиб ўтилган клиник симптоматикага асосланиб, биз коксиеллёз касаллигини стандарт аниқлашнинг фаразли, эхтимолли ва тасдиқланган алгоритмларини ишлаб чиқдик.

Шундай қилиб, коксиеллёз касаллигининг фаразли аниқланган ҳолати:

Касалликнинг 5 кундан кам бўлмаган иситма билан тўсатдан ўткир бошланиши ва қуйида келтириб ўтилган белгилардан камида 4 таси бўлиши билан характерланади:

*ваража ва кучли ифодаланган терлаш;

- *асаб-мушак ва суяк-буғим оғриқлари;
- * якқол ифодаланган ҳолсизлик ва умумий дармонсизлик;
- *томоқдаги катарал ўзгаришлар;
- *қуруқ йўтал;
- *гепатомегалия.

Эхтимолли касаллик ташҳиси кўйидаги ҳолларда кўйилади:
Шубхали касаллик ҳолати ва унга кўшимча равишда кўйидаги белгилар аниқланса:

*эпидемиологик анамнез (хайвонлар билан мулоқот, ҳом сут ва уй шароитида тайёрланган сут махсулотларини истеъмол қилиш, жун, хайвонларнинг юнги ва терисини қайта ишлаш жараёнида қатнашиш, хайвон чиқитлари билан ифлосланган очиқ сув ҳавзаларида чумилиш).

Тасдиқланган ҳолат –бу:

- ИФА усулида беморларнинг қон зардобидан коксиеллэз инфекциясига қарши Ig M ни аниқлаш;
- ПЦР нинг мусбат натижаси

Риккетсиоз инфекциясининг микст шакллари клиник характеристикаси

Охирги йилларда риккетсиоз инфекциясининг йилдан йилга ортиб бориши билан характерланувчи микст шакллари алоҳида қизиқиш уйғотмоқда (Аитов К. А., 2008).

Бизнинг тадқиқотларда риккетсиозли инфекциянинг лаборатор тасдиқланган микст шакллари 32 беморда аниқланилиб, умумий беморлар сонининг 3,8 % изини ташкил қилади. Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз - 11та беморда умумий текширилган беморларнинг 1,3 % ини, Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф - 11та беморда, текширилган беморларнинг 1,3% ини, коксиеллэз+риккетсиоз тошмали тиф эса 10 та беморда (1,2%) аниқланди.

Микст шаклларининг ҳар бири ўзига ҳос хусусиятларга эга бўлиши билан бир қаторда, алоҳида параметрлар буйича ўзаро фарқланади.

Шифоҳонага мурожаат қилгунча иситма давомийлиги Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳида 3-10 кунни (90,9%) ташкил қилди. Шифоҳонага тушгунча иситманинг ўртача давомийлиги Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидагилар учун 5,9 кунга тенг.

Шифоҳонагача булган даврда беморларнинг иситма давомийлиги Цуцугамуши иситмаси+риккетсиоз тошмали тиф гуруҳидагилар учун 4-30 кунни, ўртача 11,8 кунни ташкил қилади.

Иситма даври давомийлиги Цуцугамуши иситмаси+риккетсиоз тошмали тиф гуруҳидаги беморлар учун 6-33 кунни, ўртача 18,0 кунни ташкил этса, Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморлар учун 13,7 кунга тенг (7-26 ёш).

Микст шакллари билан оғриган беморларда иситма реакцияси давомийлиги

Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморлар учун касалликнинг умумий давомийлиги 10-28 кунни ташкил қилади.

Цуцугамуши+ риккетсиоз тошмали тиф гуруҳидаги беморлар учун ўртача кўрсаткич 23,0 кунни ташкил қилган ҳолда, бу гуруҳда ўртача кўрсаткич 17,7 кунни ташкил қилди.

Микст шакллари билан оғриган беморларнинг асосий клиник белгилари таҳлил қилинганда, улар баъзи параметрлар буйича бир-биридан ўзаро фаркланарди. Масалан, Цуцугамуши иситмаси +риккетсиоз тошмали тиф гуруҳидагиларга нисбатан, Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморларда уйқунинг бузилиши ва уйқусизлик камроқ кузатилган (81,8% га нисбатан 9,1%).

Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморларга нисбатан коксиеллэз+риккетсиоз тошмали тиф гуруҳидаги беморларда бош оғриги, бош айланиши кўпроқ кузатилган (72,7% га нисбатан 90,9%, 18,2% га нисбатан 27,3%).

Микст шакллари билан оғриган беморлар сони Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф гуруҳига нисбатан Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳида кўпчиликини ташкил қилди (45,5% га нисбатан 63,6%).

Кунгил айнаши, қусиш асосан Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф гуруҳидаги беморларда кузатилиб (36,4% га нисбатан 27,3%), Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморларда эса камроқ аниқланилди (18,2% га нисбатан 27,3%).

Регионар лимфаденит Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф (54,5%) гуруҳидаги беморларга қараганда, асосан Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз (63,6 %) гуруҳидаги беморларда қайд этилди.

Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморларнинг умумий ахволи Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф гуруҳидаги беморларга нисбатан ўртача оғир деб баҳоланди (54,5% га нисбатан 72,7%).

Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф гуруҳидаги беморларда интоксикация синдроми яққол ифодаланган.

Бизнинг кузатувларимизда аниқланишича, касалликнинг микст шаклларида хасталикнинг бир тўлқинли кечиши (Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморларда 90,9%, Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф гуруҳидаги беморларда 72,7%) хос.

Микст шаклларида хасталикнинг икки тўлқинли кечиши Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз (9,1%) гуруҳидаги беморларга нисбатан Цуцугамуши иситмаси+риккетсиозли тошмали тиф (27,3%) гуруҳидаги беморларда кўпроқ қайд этилди.

Шу тариқа хасталикнинг микст шакллари яққа ҳол тарзидан фарқланади, касаллик моноинфекция шаклида кечганда хасталикнинг икки тўлқинли кечиши 41,7% беморларда, уч тўлқинли кечиши 16,7% беморларда кузатилди.

Кузатувимизда беморларда касалликнинг микст шакллари билан оғриган беморларнинг коксиеллэз+риккетсиозли тошмали тиф гуруҳидан коксиеллэз ва риккетсиозли тошмали тифнинг биргаликдаги клиник

кечишига ҳос симптомокомплексни аниқлаш имконияти бўлмади. Балки бу ҳолат кузатувимиздаги беморлар сонининг камлиги билан боғлиқдир.

Касалликнинг кечиш оғирлиги ва иситма даврининг давомийлигига қараб, Цуцугамуши иситмасининг якка ҳол тарзида кечиши касалликнинг микст шаклларига нисбатан устунлик қилади.

Касалликнинг микст шаклларида, яъни Цуцугамуши иситмаси+коксиеллэз гуруҳидаги беморларда ҳасталикнинг нисбатан енгил кечиши илмий қизиқиш уйғотиб, кейинги тадқиқотларга замин яратади.

Юқоридагилардан хулоса қилган ҳолда, шуни таъкидлаш лозимки, риккетсиозларнинг микст шакллари узига ҳос кечиш хусусиятига эга бўлиб, алоҳида параметрлар бўйича бир-биридан ўзаро фарқланади ва худди шундай касалликнинг моноинфекция шаклидан ҳам ажралиб туради.

ХОТИМА

Хулосалар:

1. Тадқиқотларимиз натижасида Самарқанд вилоятида ноаниқ этиологияли ўткир иситмали касалликлар билан касалланган беморлар орасида 4,5% коксиеллэз, 1,4% Цуцугамуши иситмаси аниқланди ва уларнинг микст шаклида кечиши 1,3% Цуцугамуши+коксиеллэз иситмаси, 1,2% Цуцугамуши+риккетсиозли тошмали тиф, 1,3% ҳолда коксиеллэз+риккетсиозли тошмали тиф эканлиги тасдиқланди.
2. Бизнинг ҳудудда аниқланган Цуцугамуши иситмаси бир неча ажралиб турадиган хусусиятлари, яъни Цуцугамуши иситмасига ҳос тошмалар, бирламчи аффект, регионар лимфоаденопатия симптомлари кам қайд этилди, ҳамда касаллик нафас олиш аъзоларининг, кўпроқ пастки қисмларининг зарарланиши, тахикардия ва гепатомегалия белгилари билан характерланади. Самарқанд вилоятида коксиеллэз ўткир циклик шаклининг енгил кечиши 10,5% ҳолда, ўртача оғир кечиши 44,6% ҳолда ва оғир даражада 21% беморларда ўтиши кузатилди. Коксиеллэзнинг ўткир зотилжам шакли, ўткир циклик шаклига қараганда турт маротаба кам қайд этилди (18,4%).
3. Биз томонимиздан илк маротаба ўрганилган ва адабиётларимизда ёритилмаган риккетсиозли инфекцияларнинг микст-шакллари кечиши ўзига ҳос клиник кўринишларга эга. Риккетсиозларнинг якка ҳолда ўтиши касалликнинг микст-шаклларида кечиш оғирлиги ва иситма даврининг давомийлиги билан устунлик қилади.

Амалий тавсиялар:

Юқори иситма билан кечадиган юқумли касалликлар этиологиясини аниқлашда иммунофермент усулини қўллаш шу касалликларнинг келиб чиқишни аниқлаш ва тўғри даволашга олиб келади. Шунингдек, Цуцугамуши иситмаси ва коксиеллэз касаллигининг диагностикасини алгоритми ишлаб

чиқилди ва амалиётга тадбиқ этилди. Ўзбекистон худудида риккетсиоз касалликларнинг олдини олиш ва ўз вақтида ташҳис қўйиш, бу касалликларнинг камайишига олиб келади.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙЎХАТИ

1. Вафакулва Г.С. О некоторых риккетсиозах в Самаркандской области // Журнал проблемы биологии и медицины № 3.- Самарканд, 2008.- № 3(54). – С. 104 - 106.
2. Вафакулов С.Х., Ярмухамедова Н.А., Вафакулова Г.С. Риккетсиозная инфекция в Узбекистане// Журнал инфекционной патологии. – Иркутск, 2009. - №4 (том 16). – С.34 – 38.
3. Вафакулова Г.С., Ярмухамедова Н.А., Ярмухамедова М.К. Диагностическая ценность иммуноферментного анализа в лабораторной диагностике лихорадочных состояний // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний: Мат. научно-практической конференции – Ташкент, 2009.- С. 125 - 126.
4. Вафакулов С.Х., Ивашкина О.Ю., Вафакулова Г.С. О случаях лихорадки цуцугамуши в Самаркандской области // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний: Матю научно-практической конференции – Ташкент, 2009.- С. 124 - 125.
5. Вафакулов С.Х., Ярмухамедова Н.А., Вафакулова Г.С. Риккетсиозная инфекция у детей // VI съезд педиатров Узбекистана: Сб.тезисов. - Ташкент, 2009. – С. 132 – 133.
6. Вафакулова Г.С., Ярмухамедова Н.А. О клинике коксипеллезной инфекции //IX республиканский съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана. – Ташкент, 2010. – С. 47 – 48.
7. Вафакулов С.Х., Вафакулова Г.С., Ярмухамедова Н.А. Клиническая характеристика коксипеллеза в сочетании с клещевым сыпным тифом // Актуальные аспекты инфекционной патологии: Тез. докл. научн. конф., посвящен. 100 – летию акад. И.К. Мусабаева – Ташкент, 2010 – С. 98-99.
8. Ярмухамедова Н.А., Мустаева Г.Б., Вафакулова Г.С. Риккетсиозы // Учебно-методическое пособие. - Самарканд, 2009. - 50 с.
9. Мусабаев Э.И., Вафакулов С.Х., Ярмухамедова Н.А., Вафакулова Г.С. Риккетсиозная инфекция в Узбекистане //Методические рекомендации. – Самарканд, 2010. - 20 с.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Вафокулова Гулноза Садуллоевнанинг 14.00.10 – Юқумли касалликлар ихтисослиги бўйича «Цуцугамуши иситмаси ва коксиеллёз кўринишидаги айрим риккетсиозларнинг клиник характеристикаси» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: Цуцугамуши иситмаси, коксиеллёз, микст шаклари, клиника, кечиши, иммуноферментли анализ.

Татқиқот объектлари: 38 бемор коксиеллёз билан, 12 та бемор Цуцугамуши иситмаси билан, 32 бемор микст шакллари билан.

Ишнинг мақсади: Цуцугамуши иситмаси, коксиеллёз ва уларнинг микст шакллариининг иситмали ҳолатлар ичидаги ўрни ва клиникасининг Самарқанд вилояти ҳудудида ўзига ҳос белгиларини аниқлаш

Тадқиқот методлари: Клиник, серологик, эпидемиологик, статистик

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Ўзбекистон ҳудудида Цуцугамуши иситмаси, коксиеллёз ва уларнинг микст-шакллариининг клиникаси биринчи мартаба ўрганилди. Юқори иситма билан кечадиган касалликларда иммунофермент анализининг (ELISA) усулини қўлланилиши натижасида Цуцугамуши иситмаси, коксиеллёз ва уларнинг микст-шакллариини аниқлашга эришдик.

Амалий аҳамияти: Ушбу иш бизларга юқори иситма билан кечадиган юқумли касалликларни этиологиясини аниқлашга ёрдам беради. Шунингдек, Цуцугамуши иситмаси, коксиеллёз ва уларнинг микст-шакллариини клиник кечишини, диагностикасини, даволаш усулларини алгоритми ишлаб чиқарилган.

Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисобий самарадорлиги: Диссертация материалларига ассосланиб «Риккетсиозли инфекция» номли укув-услугий кулланма (Самарқанд, 2009) ва «Ўзбекистонда риккетсиозли инфекция»номли методик қўлланма (Самарқанд, 2010) ишлаб чиқарилган ва амалиётга тадбиқ этилган. Ушбу ишнинг натижаси Самарқанд шаҳар ва вилоятининг айрим туманларининг юқумли касалликлар шифоҳоналарида тадбиқ этилди ушбу эса уткир иситама билан кечадиган беморларнинг диагностикасини яхшилайти ва беморларни шифоҳонада 5-6 кун камрок ётишига олиб келади. Самарқанд давлат тиббиёт институти юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедрасида амалий машғулотлар ўтказишда диссертация материалларидан фойдаланилмоқда.

Қўлланиш соҳаси. Тиббиёт, санитария-эпидемиология назорати марказлари, юқумли касаликлар шифоҳоналари, олий ўқув юртлар.

РЕЗЮМЕ

диссертации Вафокуловой Гулнозы Садуловны на тему «Клиническая характеристика некоторых риккетсиозов на примере лихорадки Цуцугамуши и коксиеллёза» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.10 – Инфекционные болезни

Ключевые слова: Лихорадка Цуцугамуши, коксиеллёз, микст-формы, клиника, течение, иммуноферментный анализ.

Объекты исследования: 38 больных коксиеллёзом, 12 больных лихорадкой Цуцугамуши, 32 больных с микст-формами.

Цель работы: изучить клинику, течение лихорадки Цуцугамуши, коксиеллёза и микст-форм в регионе Самаркандской области.

Методы исследования: Клинические, серологические, эпидемиологические, статистические.

Полученные результаты и их новизна: Впервые описана клиника лихорадки Цуцугамуши, коксиеллёза и их сочетанные формы. Использование иммуноферментного анализа методом ELISA крови при остролихорадочных заболеваниях позволили выявить лихорадку Цуцугамуши, коксиеллёза и их микст-формы.

Практическая значимость: Данная работа позволит улучшить этиологическую расшифровку остролихорадочных инфекционных заболеваний. Разработан алгоритм клинической диагностики и методы лечения лихорадки Цуцугамуши и коксиеллеза.

Степень внедрения и экономическая эффективность: По материалам диссертации разработана и внедрена методическая рекомендация «Риккетсиозная инфекция в Узбекистане» и учебно-методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов «Риккетсиозная инфекция». Результаты диссертационной работы внедрены в инфекционных больницах г.Самарканда и в некоторых районах области, что позволит улучшить этиологическую расшифровку остролихорадочных больных и сократит койко-дней в стационаре на 5-6 дней. Материалы диссертации используются при чтении лекций и проведении практических занятий на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии Самаркандского медицинского института.

Область применения: Инфекционные стационары, центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, высшие учебные заведения.

RESUME

Thesis of Vafokulova Gulnoza Sadulloevna on scientific degree competition of the doctor of philosophy in medical sciences 14.00.10 - Infections diseases subject: «The clinical characteristic of some Rickettsiae like Orientia tsutsugamushi and Q - fever»

Key words: Orientia tsutsugamushi, Q – fever, mikst-forms, clinical features, a current, immunological analysis (ELISA)

Subjects of research: 38 patients suffered from Q – fever, 12 patients suffered from a Orientia tsutsugamushi , 32 patients suffered from mixed-forms.

Purpose of work: To study clinical features, a fever current Orientia tsutsugamushi Q – fever and mixed-forms in Samarkand oblast.

Methods of research: clinical, laboratory, serological, epidemiological, statistical.

The results obtained and their novelty: For the first time ELISA blood at acute fever diseases have allowed to reveal Orientia tsutsugamushi, Q – fever and their mixed-forms.

Practical value: The given work will allow to improve decoding acute fever infectious diseases. And also the algorithm of clinical diagnostics and methods of treatment of Orientia tsutsugamushi and Q – fever is developed.

Degree of embed and economic effectivity: On dissertation materials the methodical recommendation is developed and introduced «Rickettsial Diseases in Uzbekistan» and «Rickettsial Diseases» for students. Results of the study were introduced at the hospital of infectious diseases, Samarkand and in some areas of Samarkand region. They improved diagnosis of acute fever diseases, permitted they to decrease time of patients presents at the hospital in 5-6 days. Dissertation materials are used at lecturing and carrying out of employment on chair of infectious diseases and epidemiology of Samarkand medical institute.

Field of application: Medicine, state centers of sanitary – epidemiological control, higher education institutions.