

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

*Қўлёзма ҳуқуқида*

УДК: 616.98:579.822.9-036-053.2

АСЛОНОВ РАСУЛ ОРЗИЕВИЧ

**Болаларда эпидемик паротит инфекцияси турли клиник  
шаклларининг замонавий шароитда кечиш хусусиятлари**

5A510107 – "Болалар юқумли касалликлари"

ДИССЕРТАЦИЯ МАГИСТР АКАДЕМИК ДАРАЖАСИНИ ОЛИШ  
УЧУН ЁЗИЛГАН.

Илмий раҳбар:  
т.ф.н., доцент Умаров Т.У

Тошкент – 2015 йил

## АННОТАЦИЯ

Болалар юкумли касалликлари қадидимдан инсониятга таниш ва маълум бўлиб улар бутун жахон миқёсида кенг тарқалган ва уларга қарши кураш чора тадбирлари, янги вакциналар, давонинг янги, маъқбул йўналишларини ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилаш нафқат бутун жахон, балки мамлакатимиз олим ва шифокорлари олдидаги долзарб ва ечимини кутаётган муаммолардандир.

Ҳозирги вақтда юкумли касалликларга қарши курашишнинг энг муваффақиятли, самарали йўлларида бири бу шубҳасиз вакцинопрофилактикадир. XX асрга келиб 32 та, шу жумладан, 10 та комплекс, 22 та юкумли касалликларга қарши вакциналар яратилди шу комплекслардан бири КПК яни паротит, қизилча, қизамиққа қарши вакцинадир. Юкумли касалликларни олдини олишда “Эмлаш жадвали”га амал қилиш, унинг назоратини маниторинг қилиш ҳам катта аҳамият касб этади.

Эпидемик Паротит (тепки) кенг тарқалган юкумли касаллик ҳисобланиб болалар орсиде, касаллиниш эмлашнинг йўлга қўйилганидан кейин сезиларли тарзда камайди, аммо олимларнинг такидлашишича касалликка қарши эмлашдан сўнг ҳосил бўлган иммун омиллар 3-8 йилларда камайишини такидлашмоқдаки бу ҳолат касалликнинг ёшга боғлиқ хусусиятларини ўзгаришига олиб келмоқда. Бу ҳолат бизнинг текширувимизда ҳам ўз аксини топдики касалликнинг кенг тарқалган яни касаллиниш кўпроқ олдинги 5-7 ёш эмас балки 8-18 ёшлиларни кўпроқ ташкил этмоқда. Биз магистрлик ишимизда замонавий шароитларда эпидемик паротит касаллигининг клиник шаклларининг ўзига хос кечиши, йўлдош ва соматик касалликлари бор бемор болалардаги кечиши ва касалликнинг замонавий шароитлардаги давосини тахлилига алоҳида эътибор қаратдикки бу нафақат мамлакатимизда балки бутун жахонда ҳам долзарб муаммолардан биридир.

## **АННОТАЦИЯ**

С древних времен детские инфекционные болезни считались очень важной проблемой. Борьба с этими болезнями а также применение разных препаратов, вакцины, новые способы лечения являются важной проблемой для всемирных и для ученых нашей страны.

На данный момент вакцинопрофилактика считается самым эффективным и удобным применением для борьбы инфекционными болезнями. XX веке было изобретено 32 вакцин, из них 10 комплексные и 22 для простых инфекционных болезней. Одно из этих комплексов считается вакцина КПК. Вакцина против кори краснухи и паротита. Чтобы предотвратить инфекционные болезни надо саблюдовать “Календарь прививок” и делать мониторинг. Эти мероприятия имеют большое значения для борьбе инфекционными болезнями. Эпид паротит (свинка) считается одно из часто встречающейся болезню детей. После применение прививок в динамике мы видим это болезнь встречается редко чем раньше.

Но ученые предупреждают что прививки выработовьющие иммунные вещества после 3-8 лет уменьшаются и теряет свое свойство. Это состояние говорить о том что изменяется возрастные аспекты болезни. Это состояние в наших исследованиях дало свои плоды потому что изменилось возрастные аспекты болезни, болезнь часто встречается ни 5-8 лет как раньше а 8-18 лет. Мы своем магистирском проекте обратили большое внимание на современные аспекты клинического течения болезни, осложнение и лечение этой болезни сопутствующими соматическими заболеваниями. На данный момент это болезнь считается одно из важнейших проблем в мире.

## **ABSTRACT**

Since ancient times, childrn infectious diseases were considered very important issue. Control of these diseases and the use of different drugs,

vaccines, new treatments are an important problem for the world and for the scientists of our country. At the moment, vaccination is the most effective and convenient application for the control of infectious diseases. The twentieth century was invented 32 vaccines, including 10 complete and 22 for simple infectious diseases.

One of these complexes is considered MMR vaccine. Measles, mumps and rubella. To prevent infectious diseases must be keep "Table vaccine" do monitoring. These activities are essential to combat communicable diseases.

Mumps is considered one of the most common children illness meet. After the application of vaccines in the dynamics we see this rare disease than ever before. But scientists warn that vaccinations it be worked out cell-bound immune substances after 3-8 years decrease and loses svoje property. It is able to talk about what aspects of the disease varies age. This condition our studies came to fruition because age has changed aspects of the disease, the disease is common or 5-8 years as before and 8-18 years. We master his project to pay more attention to the modern aspects of the clinical course of the disease, complications and treatment of the disease accompanying usually somatic diseases. Currently the disease is it is considered one of the major problems in the world.

## МУНДАРИЖА:

<b>КИРИШ</b> .....	6
<b>I БОБ Адабиётлар шархи</b> .....	10
1.1. Инсон саломатлигини мустаҳкамлаш, ҳалқимизнинг ҳаёт сифати ва даражасини юксалтириш йўлида.....	10
1.2. Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шакллари ва манбаларда келтирилган назарий, амалий ва эмпирик тадқиқотлар натижаларининг замонавий шароитдаги таҳлили.....	13
1.3. Ўзбекистон республикасида эпидемик паротит (тепки) касаллигининг ҳозирги замонавий даврдаги олдини олиш чора тадбирлари ва вакцинопрофилактикаси.....	32
<b>I боб хулосаси</b> .....	35
<b>II БОБ Материаллар ва текшириш усуллари</b> .....	36
2.1. Текширилган эпидемик паротит (тепки) билан касалланган беморларнинг умумий характеристикаси.....	36
2.2. Текшириш усуллари.....	38
<b>II боб хулосаси</b> .....	48
<b>III БОБ Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси</b> .....	49
3.1 Болаларда эпидемик паротит инфекцияси турли клиник шакллари ва замонавий шароитда кечиш хусусиятлари.....	49
3.2 Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шакллари ва замонавий шароитда йулдош касалликлар фониди кечиши.....	56
3.3 Болаларда эпидемик паротит инфекцияси давосининг замонавий шароитларда ўрганиш.....	62
<b>III боб хулосаси</b> .....	67
<b>ХОТИМА</b> .....	69
<b>ХУЛОСАЛАР</b> .....	73

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	74
Фойдаланилган адабиётлар.....	76

## ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР

CDC-Centers for Disease Control and Prevention

СанПиН–Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы  
Республики Узбекистан

Днк-дезоксирибонклеин кислота

ЖССТ-жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

ИК – иммун комплекс

ИТШ – инфекцион – токсик шок

ИФА-иммунофермент анализ

КПК – трёхвалентная живая вакцина против кори, паротита и краснухи

МНС – марказий нерв системаси

МФС – моноклеарно – фагоцитар система

ОИТ—Ошқозон ичак тракти

ОМС-орқа мия суюқлиги

ООБ-ошқозон ости беzi

ПЦР- полимеразная цепная реакция

РА–реакция гемагглютинации

Рез–резистентлик

Рнк- рибонклеин кислота

СБ- сўлак безлари

ТПВ – тирик паротит вакцина

ЎРК-Ўткир респиратор касалликлар

цАМФ – циклик аденазинмонофосфат

ЭЧТ – Эритроцитларни чўкиш тезлиги

## КИРИШ

**Тадқиқотнинг долзарблиги.** Эпидемик паротит инфекцияси бутун дунёда кенг тарқалган касалликлардан биридир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда 300 000 дан 600000 тагача паротит инфекцияси билан касалланиш рўйхатга олинади, уларнинг кўп қисмини болалар ташкил қилади [7,8,10]. Эпидемик паротит(тепки) кенг тарқалган юқумли касаллик ҳисобланади, аммо унда ўлим (летальность) унчалик юқори бўлмасда унга этиборсиз бўлиш, олдини олиш чора тадбирларини тўла ишлаб чиқмаслик ва бажармаслик бу ҳолатда кўплаб ижтимоий ва соғлиқ учун қолдиқ асоратларга (бепуштлиқ, карлик, қандли диабет ва бошқ) олиб келиши мумкин[7,14,59]. Гигиеник шароит эпидемиянинг кечиши ва ривожланишида аҳамиятга эга. Эпидемик паротитга мойиллик юқори. Селимов маълумотига кўра контагиозлик индекси 0,5 ёки 50% ни, 60% ҳолларда катталар анамнездан аниқланади. Касалликнинг, инфекциясининг тарқалиши. Эпидемик паротит барча ёшларда учраши мумкин агарки касаллик(тепки) билан ҳаётида касалланмаган ва эмлашни (КПК вакцинани) олмаган бўлса юқори деб юритиладики бу касалликнинг кантагиозлилигининг (юқумлилиги) юқори эканлигини кўрсатади[9,12,69]. Баъзи адабиётларда тепки касаллиги билан қайта касалланиш ҳам мумкинлиги келтирилади (0.4-2.2% ларда)

Таъкидлаш керакки, болаларда ҳаво-томчи инфекцияларнинг, шу жумладан, паротит инфекциясининг диагностикаси, одатда, кечикади, чунки кўпинча ота-оналар касалликни клиник белгилари пайдо бўлгунча эътибор беришмайди, бу эса паротит инфекциясининг тез тарқалишига олиб келади.

Аниқланишича, ҳатто паротит инфекциясининг аломатсиз шакллари ҳам юқори даражали икки томонлама нейросенсор эшитишнинг бузилиши, сперматогенезнинг турли даражадаги бузилишлари, шунингдек



астеновегетатив ва гипертензион синдром, карлик, қандли диабет, сурункали панкреатит, семириш каби касалликларни келиб чиқишига сабаб бўлиши аниқланган[15,17,10].

Касалликнинг этиологик фактори бу вируслар эканлиги маълум бу ҳолатда касалликнинг даво чора тадбирларини замонавий шароитда қайта кўриб чиқиш ҳозирда паротит билан шуғуланадиган шифокорлар ва олимлар олдидаги долзарб муаммо бўлиб турибди[7,13,72].

Бир ёшгача бўлган болаларда касаллик деярли учрамайди чунки бу махсус антителаларнинг онадан болага плацента орқали ўтиши билан исботланади ва бу антителалар бир ёшдан ошгач парчалана бошлайди шу сабабли специфик антитаначалар титирини ошириш мақсадида 12 ойлигида биринчи эмлашни олади. Поствакцинал эмлашдан кейинги иммунитет тўла ўрганилмаган баъзи авторларни фикрича иммунитетнинг давомийлиги 30 ойдан 5 йилгача дейилади.

Мактабларда ва боғчаларда касалликни учраши кузатилган, шунинг учун паротит инфекцияси касаллигининг эпидемиологияси, патогенези, клиникаси, турли клиник шакллари ва асоратлари, ташхисоти, олдини олиш ва даволаш каби муаммоларни замонавий босқичда ўрганиш бутун дунёда долзарблигича қолмоқда[8,9,12].

### **Тадқиқот мақсади**

Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шаклларининг замонавий шароитда кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот мақсадини амалга ошириш учун қуйидаги вазифаларни белгилаб олдик:

1. Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шаклларининг замонавий шароитда кечиш хусусиятларини ўрганиш.
2. Болаларда эпидемик паротит инфекциясини йулдош касалликлар фонидида турли клиник шаклларининг замонавий шароитда кечишини ўрганиш.
3. Болаларда паротит инфекцияси давосининг замонавий шароитда ўрганиш.

## **Текширув материаллари ва усуллари**

Юқоридаги масала ва вазифалардан келиб чиққан ҳолатда текширув ва таҳлиллар 2013-2015 йиллар мобайнида Тошкент шаҳри 1-сонли юқумли касалликлар клиник шифохонасида эпидемик паротит билан оғриган бемор болаларда олиб борилди. Бевосита касаллар билан ва касаллик тарихлари билан ишланди ва барча беморларда: Анамнез маълумотлари, Объектив кўрув маълумотлари, Лаборатор текшириш усуллари:

а) умумклиник таҳлиллар (қон, пешоб, ахлат);

б) биокимёвий таҳлиллар (конда ва пешобда диастаза);

в) ликвор суюқлигини текшириш (Агар кўрсатма бўлса, яни касалликнинг асаб, асаб-безли шакллари ва сероз менингит ҳолатларида) .  
Текширувларда 40 та эпидемик паротит инфекцияси билан оғриган бемор болалар ажратиб олинди ва текширув ўтказилди.

### **Амалий аҳамияти**

Болаларда эпидемик паротит инекциясининг ташхисоти, касалхонага ётқизилиши ва даволашда касалликнинг йўлдош касалликлани ҳам эътибордан чиқармаслик ва алохида ёндошув зарур Замонавий шароитда касалликнинг барча шакллари давосида вирусга қарши препаратларни кенгроқ қўллаш керак.

### **Илмий янгилиги**

Мамлакатимизда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шаклларининг замонавий шароитда кечишининг хусусиятлари кенг куламда ўрганилди ва турли клиник шаклларини йулдош касалликлар фонида кечишинг узига хос хусусиятлари очиб берилди.

Болаларда эпидемик паротит касаллигинг замонавий шароитдаги давосида вирусга қарши препаратлар( Виферон шамча) нинг аҳамияти очиб берилди.

### **Диссертациянинг ҳажми ва таркиби**

Диссертация машина ёзма варағида чоп этилган. Илмий иш 3 бобдан иборат бўлиб, кириш қисми, адабиётлар шарҳи, тадқиқот усуллари, шахсий изланишларнинг натижалари, хулоса, олинган натижалар ва амалий тавсияларни ўз ичига олган. Ушбу ишда келтирилган адабиётлар манбаси 80 дан иборат бўлиб, улардан 20 таси хорижий тилда. Диссертациянинг ҳажми 84 та машина ёзма варағидан иборат бўлиб, 8 та жадвал ва 9 та диаграммалар билан тўлдирилган.

## **I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ**

### **1.1. Инсон саломатлигини мустаҳкамлаш, халқимизнинг ҳаёт сифати ва даражасини юксалтириш**

Мустақиллик биз учун – бу ўз тақдиримизни қўлга олиб, юртимизнинг ер ости, ер усти бойликларига эга бўлиш, беқиёс моддий ва маънавий салоҳиятимизни амалга ошириш, жаҳон миқёсида ўзимизга муносиб ўрин эгаллаш демакдир. юртимизда яшаётган ҳар қайси ёшу қари инсон, миллати, тили ва динидан қатъи назар, бошини баланд кўтариб, ягона Ватанимиз бўлмиш Ўзбекистонимизнинг гуллаб-яшнаши йўлидаги оламшумул ишларда менинг ҳам муносиб ҳиссам бор, деб айтишга ҳақлидир[1,2].

Ҳар бир инсон малакали тиббий хизматдан фойдаланиш ҳуқуқига эга[5]. Мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилаётган кенг кўламли ислохотлар самарасида, аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, тиббий хизмат сифатини янада яхшилаш, даволаш муассасаларини замонавий жиҳозлаш борасида салмоқли натижаларга эришилмоқда[3,4,5].

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чоратадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-1652-сонли қарори билан соғлиқни сақлаш соҳасини ривожлантириш, тиббий хизмат кўрсатиш тизимини тубдан янгилаш, замонавий тиббий асбоб ускуналарни ўрнатиш ва юқори даражали малакали кадрларни тайёрлаш бўйича бир қанча ишларни амалга ошириш борасидаги вазифалар белгилаб берилди. [6].

Президентимиз Ислон Каримов раҳнамолигида соғлиқни сақлаш тизимига қаратилаётган алоҳида эътибор туфайли 2009-2013 йилларда 26

даволаш муассасасида 75 миллиард сўмдан ортиқ маблағ ҳисобидан қурилиш ва реконструкция ишлари амалга оширилди[1,2,3,4]. Давлатимиз раҳбарининг 2012 йил 21 ноябрда қабул қилинган “Ўзбекистон Республикасининг 2013 йилги Инвестиция дастури тўғрисида”ги қарори ижросини таъминлаш мақсадида 2013 йилда ҳудуддаги барча 14 туман тиббиёт бирлашмасида 24 миллиард 535 миллион сўмлик реконструкция ва қайта таъмирлаш ишлари амалга оширилди. Қишлоқ врачлик пунктлари негизида йигирмата намунавий ҚВП ташкил этилиб, уларга Тошкент педиатрия тиббиёт институти Нукус филиали ва Қорақалпоғистон Республикаси кўз касалликлари. Соғлом бола йили деб ном олган жорий 2014 йилимиз ҳам ўз яқунига етмоқда. Барчамиз учун, бутун халқимиз учун чуқур амалий маъно-мазмунга эга бўлган мақсадларни, соғлом авлодни тарбиялашдек эзгу ва пок ниятларимизни ўзига қамраб олган ана шу йил муносабати билан қабул қилган умуммиллий. Дастур доирасида соғлом ва баркамол авлодни тарбиялашга қаратилган амалдаги ҳуқуқий-меъёрий базани янада такомиллаштириш бўйича 3 та қонун лойиҳаси ишлаб чиқилганини қайд этиш лозим.

Шулар қаторида Ўзбекистон Республикаси Президентининг “2014-2018 йилларда Ўзбекистонда аҳолининг репродуктив саломатлигини янада мустаҳкамлаш, оналар, болалар ва ўсмирлар соғлиғини муҳофаза қилиш борасидаги Давлат дастури тўғрисида” қабул қилинган қарори моҳият эътибори билан болаларимизни жисмоний ва маънавий жиҳатдан камол топтириш ва ёшларга оид давлат сиёсатини янги босқичга кўтаришга хизмат қилади. Соғлом бола – аввало, соғлом ва аҳил оиланинг мевасидир, деган ҳаётий ҳикматдан келиб чиққан ҳолда, йил давомида оилада ўзаро ҳурмат муҳитини, унинг иқтисодий ва маънавий асосларини мустаҳкамлаш, ёш оилаларни қўллаб-қувватлаш, оналик ва болаликни ҳимоялаш, опа-сингилларимизнинг оғирини енгил қилиш, уларнинг қобилият ва имкониятларини рўёбга чиқариш бўйича ҳам кенг кўламли ишлар амалга оширилди. Соғлом бола йили давомида ўта муҳим аҳамиятга

эга бўлган тиббиёт муассасаларининг моддий-техник базаси ва кадрлар салоҳиятини мустаҳкамлаш борасида 137 та тиббиёт муассасасида, жумладан, Андижон, Бухоро, Қашқадарё, Самарқанд, Тошкент вилоятлари кўп тармоқли болалар тиббиёт марказлари, Андижон шаҳридаги туғруқ комплекси, Тошкент шаҳридаги болалар санаторийси, Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг болалар хирургияси бўлими ва бошқа соғлиқни сақлаш масканларида қарийб 410 миллиард сўмлик қурилиш, реконструкция ва жиҳозлаш ишлари амалга оширилганини таъкидлаш зарур. [1,4,6].

Фарзандларимиз ўртасида юқумли касалликларнинг олдини олиш мақсадида бу йил миллий эмлаш календарига ротавирус вакцинаси киритилиб, қарийб 300 минг бола ушбу вакцина билан эмланди. [1,2,6].

2013 йилда тиббиёт-санитария соҳасида биринчи ёрдам кўрсатиш оилавий тиббиёт принципи асосида ишлаш шаклига ўтказилди. Бу эса юртимизда соғлиқни сақлаш соҳасини ислоҳ этишни янада чуқурлаштириш бўйича жорий этилаётган чора-тадбирлар тизимида муҳим қадам бўлди. Бундай ўзгариш қишлоқ жойларда, айниқса, чекка туманларда яшаётган 14 миллион 600 минг нафар аҳолига малакали тиббий ёрдамдан фойдаланиш имконини берди. Туғиш ёшидаги аёллар, шунингдек, болалар ва ўсмирларни тиббий кўриқдан ўтказиш тўлиқ таъминланди. 2011-2013 йилларда 535 минг нафар ҳомиладор аёл ирсий ва туғма касалликлар бўйича текширувдан ўтказилди. [1,2].

Фақатгина 2013 йилнинг ўзида соғлиқни сақлаш соҳасига йўналтирилган инвестициялар ҳажми 2010 йилга нисбатан 3,8 баробар ошди. Бунинг натижасида 295 та тиббиёт объекти реконструкция қилиниб, фойдаланишга топширилди. Республика ихтисослаштирилган тиббиёт марказларини жиҳозлаш даражаси 1,8 баробар ортди ва 91,7 фоизга етди, жумладан, юқори технологияларга асосланган ускуналар билан жиҳозлаш даражаси 82,6 фоизни ташкил этмоқда.

Шу билан бирга, ҳозирги вақтда қишлоқ врачлик пунктларининг фаолияти, айниқса, касалликларни эрта аниқлаш ва уларнинг олдини олиш бўйича замонавий талабларга тўла жавоб бермаслигини қайд этиш даркор. Қишлоқ врачлик пунктларини ялпи текшириш натижалари буни яна бир бор кўрсатди [2,3,6].

## **1.2. Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шаклларида манбаларда келтирилган назарий, амалий ва эмпирик тадқиқотлар натижаларининг замонавий шароитдаги таҳлили**

Ҳозирги пайтда эпидемик паротит касаллиги ер шарининг барча қисмларида учраб, касалликни тарқалиши географик жой танламайди. Болалар умумий юқумли касалликлари орасида эпидемик паротит кўринарли даражага эга. Эпидемик Паротит(тепки) кенг тарқалган юқумли касаллик ҳисобланади , аммо унда леталность (ўлим) унчалик юқори бўлмасда унга этиборсиз бўлиш, олдини олиш чара тадбирларини тўла ишлаб чиқмаслик ва бажармаслик бу ҳолатда кўплаб ижтимоий ва соғлиқ учун қолдиқ асоратларга (бепуштлик, карлик, қандли диабет ва бошқ) олиб келиши мумкин. Эпидемик Паротит (тепки) грек тилидан олинган бўлиб “para”- ёнида, яқинида, олдида ва “us”- вжудга келиш , otos-қулоқ каби маънони ағлатади.Синонимлари:свинка, заушница-рус; mumps – инглиз.; mumps – нем.; parotidite epidemique – франц. Ўткир бошланувчи, кантагиозлилиги (юқумлилиги) юқори, вируслар чақирадиган, антропоноз, троплилиги (жойлашувчанлилиги) безли; мандибулит, сублингивит, субмаксилит, орхит, панкреатит, оофарит органлар ва нерв сиситемаси ҳисобланади ва умумий ҳолсизлик, ўткир захарланиш, оғиз қуриши, тана темпратурасининг кўтарилиши, қулоқ олди (fossa retromandibularis) соҳасида чайнаган пайтда ва босганда оғриқ ва шиш, қоринда оғриқ, иштахасизлик кўнгил айланиш каби клиник белгилар билан кечадиган инфекцион касаллик.

Тарихий маълумотлар;Эпидемик Паротит(тепки) ҳақидаги маълумотлар жуда қадимдан эраמידан олдинги даврлардан маълум бўлган.У ҳақида биринчи аниқ фикрларни Гиппократ томонидан билдирилган, эраמידан олдинги 400 йил олдин Гиппократ ўзининг “Epidemics ” асарида ёзади- “.....ҳавонинг ўзгаришидан сўнг бир неча касалларда юқори тана ҳарорати кузатилар ва кўпларида кулоқ атрофида ўсмасимон ҳосила баъзан бир баъзан икки томонда пайдо бўлар у кўпларда ўз ўзидан йўқолар бар қисмида йиринглар эди .....” [8,9,27]. Улуғ олимлар Д. Ромоновский, И.В.Троицкий, Н.Ф.Филатовларнинг изланишлари натижасида эпидемик паротитга клиник ва эпидемиологик жиҳатдан тўғри ёндошилди. Ромоновский 1843-44 йилларда паротит эпидемияси ва унинг таъсирида МНС ни зарарланишини кўрсатди. Бизнинг ватанимизда эпидемик паротитни ўрганиш асосчиси Троицкий эпидемик паротитни кантогиозлигини исботлаб берди. Эпидемик паротитни Пеймор, Зольтман механик келиб чиқиш тарафдорларига қарама-қарши Троицкий ва Филатовлар эпидемик паротитни келиб чиқишига тўғри ёндошдилар ва эпидемик паротит сўлак безларини маҳаллий кантогиозли хоссаси сифатида эмас, балки умумий инфекцион касаллик эканлигини исботладилар[40,54].

Бир неча катта эпидемиялар 16-18 асрларда Европада, спишка ҳолида 19 асрда эса Скандинав давлатлари, Осиё, Африкада ҳам кузатилди. 1894 йилларда олим И.В.Троицкий 12 та эпидемия ҳақида ёзади. Касалликка варши актив эмлаш (вакцинопрофилактика) пайдо бўлгунча Эпидемик Паротит (тепки) Европа ва Осиё халқларида катта муаммо сифатида қараларди. Ушбу касалликни ўрганишда Смородинцов, Шубладзе, Селимов, Реморовлар ўз ҳиссаларини қўшдилар[19,39].

2005-2006 йилларда АҚШ ва Буюк Британияда касалликка чалиниш ҳолатлари кузатилдики уларнинг ўзига хослиги шунда эдики, касалланганларнинг кўпчилиги 17-25 ёшлилар эди бу ҳолатни олимлар касалликнинг махсус антитаначалари титри камайишида деб баҳоладилар.



Партолонг ва Ҳамилтон касаллиқнинг кантгиозлиги, эпидемиологияси ҳақида 1752 йилда, кейинчалик 1790 йилда шу касалликка орхит (мойларнинг яллиғланиши) ва нерв системасининг заррланиши ҳам боғлиқлиги исботланди[33,55,75].

Эпидемик Паротит (тепки) касаллиги этиологияси:

Юқумли касалликлар ичида кенг тарқалган ва жуда қадимдан маълум бўлган. Биринчилардан бўлиб паротит касаллигининг кўзгатувчиси вируслар эканлигини 1934 йилда K.Jonson, R.Goodpasture томонидан исботланилдики улар касалнинг(эпид паротит билан касалланган) сўлак безларидан ажралган ажралмани бактериал филтрдан филтрлаш орқали ажратиб олишган. Кейинги йилларда микробиология, вирусологиянинг янги босқичга чиқиши ва техника технологияларнинг ривожидан фойдаланиб вируснинг соф культураси ажратиб олинди. Вирус Rubulavirus авлоди Paramyxoviridae оиласига киради, бу оилага яна респеравирус оиласи(парогрип-1,-2....), морбиллавирус оиласи (қизамиқ вирус...), пневмавирус оиласи (респиратор-синцитиал вирус....), Хендра вируси, Нипах вируси кабилар киради. [44,68,38].

Вирус марфологияси: паротит вируси полиморфизм хос ҳисобланади. Ажратиб олинган вирион(вирус) думалок, овалсимон, ноксимон, шохсимон ва гигантсимон формаларда кузатилади. Вирион диаметри 120-300 нмгача, ҳажми(плотность) 1.18 дан 1.25 г/[[см]]<sup>3</sup>, малекуляр массаси 5-8 мегадальтон, юзаси узунлиги 8-10 нм вирионлар ораси 10 нм. Вирус РНК тутади, ташқи томондан оқсил қобиқ (нуклеокапсид) унинг юзасидан диаметри 17-18 нм ички томондан 5-12 нм. Вирион нуклеокапсиди тутун парчасига ўхшайди ва 11-13 капсомерлардан ташкил топган. Вирион капсуласи матрикли оқсил(М), икки қават липид ва гликопротеидли қават(ташқаридан) . Вирион 1,1% РНК, 73% оқсил, 6,1% углевод ва 20% га яқини липиддан ташкил топган. РНК нинг малекуляр массаси 8 мегадалтон. Эпидемик паротит вируси гемагглютинловчи, нейраминидазаловчи, гемолитик, симпласт ҳосил қилувчи активликка эга

ҳисобланади. Гемагглютининлар ва нейраминидазалар активлиги гликопротеин HN га, гемолитик активлик эса гликопротеин F орқали юзага келади. Эпидемик паротит вирусининг боғланадиган рецептори дисахарид 6-(N-ацетилнейраминил)-D-N-ацетилгалактозиндан иборат. Вирионнинг нейраминидазаси вирус дисахаридини парчалайди ва вирион элюциясини таъминлайди. Вируснинг гемолитик хусусияти эритроцитларни парчалайди. Вирион 50°C да 10 мин давомда қиздирилса у ўзининг гемолитик активлигини йўқотади. Эпидемик паротит вируси бошқа вируслар каби қайтиб ҳужайра ичи паразити ҳисобланади.

Эпидемик паротит антропоноз касалликларига киради. Инфекциясининг бирдан бир манбаи эпидемик паротит билан оғриган бемор. Бемор яширин даврининг охири, клиник симптомлар юзага чиқишидан бир-икки кун олдин ташқи муҳит учун хавфли ҳисобланади. Кўпроқ касалликнинг 3-5 кунлари зарарлироқ бўлади. Ганзбург бўйича юқувчанлик даври касалликни 9-кунда тугайди. Паротитни ноаниқ шакли эпидемик жиҳатдан катта аҳамиятга эга. Айрим беморларда ташхис аниқланмайди ёки лимфаденит ташхиси қўйилади.

Касаллик манбаи: Тепки касаллигида асосан касаллик манбаи касал одам (клиник шакллари ва билинар билинмас шакли) ҳисобланади. Эпидемик ўчоқда касалликнинг инкубацион даври нисбатан узаяди буни вирионнинг организмда узоқ сақланиши билан тушунтирилади. Симптомсиз шаклларида вирус сўлак орқали ажратилади ва коллективга тарқалади, вирус касалликнинг 24 кунгача ажратилади, инаппарат шаклида ҳам 3-10 кунгача вирус ажралиб туради. Бу ҳолат эпидемиологик ҳолат учун катта аҳамиятли ҳисобланади. а) тепкининг клиник шакллари б) атипик ва билинар билинмас шакллари с) касалликнинг инаппарат шакллари касалликнинг асосий манбаалари ҳисобланади. [28,37]

Касалликнинг юқиш йўли: Эпидемик паротит вирусининг асосий тарқалиш-юқиш йўли ҳаво-томчи йўли ҳисобланади. Вирион сўлак орқали ажратилади шунга асосланиб сўлак орқали зарарланган нарсалар орқали

маиший кантакт орқали юқиши ҳам мумкин. ЎРИ билан касалланган касалликларда вирионнинг тарқалиши ошади.

Гигиеник шароит эпидемияни кечиши ва ривожланишида аниқ аҳамиятга эга. Эпидемик паротитга мойиллик жуда юқори. Селимов маълумотига кўра контагиозлик индекси 0,5 ёки 50% ни ташкил қилади. 60% ҳолларда катталар анамнезидан аниқланади.

Касалликнинг, инфекциясининг тарқалиши: Эпидемик паротит барча ёшларда учраши мумкин агарки касаллик(тепки) билан ҳаётида касалланмаган ва эмлашни (КПК вакцинани) олмаган бўлса 100% деб юритиладики бу касалликнинг кантагиозлилигининг(юқумлилиги) юқори эканлигини кўрсатади. Баъзи адабиётларда тепки касаллиги билан қайта касалланиш ҳам мумкинлиги келтирилади (0.4-2.2% ларда) [30,53]. Бир ёшгача бўлган болаларда касаллик деярли учрамайди чунки махсус антителаларнинг онадан болага плацента орқали ўтиши билан исботланади ва бу антителалар бир ёшдан ошгач парчалана бошлайди шу сабабли специфик антитаначалар титирини ошириш мақсадида 18 ойлигида бринчи эмлашни олади. Поствакцинал эмлашдан кейинги иммунитет тўла ўрганилмаган баъзи авторларни фикрича иммунитетнинг давомийлиги 30 ойдан 5 йилгача дейилади [33,34,67]. Касалланиш манифест шаклидан субклиник (инаппар) шакли кўпроқ кузатилади, касаланганларнинг ичида 25-30% ни симптомсиз шакллари ташкил этади. касаликнинг асосан болалар 3-6 ёшлиларда кўпроқ учраши эпидемик паротит касаллигини болалар касаллиги дейиш мумкин. Кўплаб мамлакатларда 1972-1981 йилларда массив эмлаш орқали тепкини ва унинг асоратларини 20 баробаргача камайтирди аммо бу ҳолат касалликнинг ёш ҳолатини ўзгартирди яни касалланиш ёши катталар орасида учрамоқда.

Мавсумийлик: Эпидемик паротит инфекциясига аниқ мавсумийлик хос ҳисобланади. Максимал касалланиш апрель минимал касалланиш сентябрда кузатилади. Баъзи адабиёт маълумотларига асослансак шимолий ярим шарда жойлашган давлатларда максимал касалланиш

бахорда, нисбатан камроқ ёз-кузга тўғри келса жанубий ярим шардаги мамлакатларда тескари максимум кузда, минимум баҳорга тўғри келади. Алоҳида ҳолатларда маълум каллективдаги касалликларнинг спорадик шаклларда ҳам кузатилади. [33,28,39]

Касаллик жинсга боғлиқлиги нисбий ҳисобланиб қиз ва ўғил болаларда ҳам кузатилади. Бир неча йиллик ленинграддаги текширувларда қизлар(47.1%), ўғил болалар (52.9%) ни ташкил этган. АҚШда баъзан бу касалликка тариф берилганда оқ суяклилар кам касалланади яни бу касалликда ижтимоий факторлар ҳам аҳамиятлилигини кўрсатади.

Эпидемик ҳолатнинг давомийлиги 5-8 йил деб юритилади аммо касалликнинг эпидемик давомийлиги мамлакатлардаги салохият вакцинопрофилактиканинг ахволига бевосита боғлиқ ҳисобланади.

Касалликнинг ўчоғи бўлиб мактаб, боғча ва аҳоли, болалар кўп тўпланадиган жойларни келтириш мумкин шу жойларда касалликнинг кантогиозлиги ошади.

Эпидемик паротитнинг юқиш механизми ҳаво-томчи йўли ҳисобланади, бунда вирус касалнинг сўлаги орқали ажралади, кичик томчилар йўталганда, аксирганда соғлом кишиларга ўтади. Эпидемик паротит вирусининг мутант шакллари ва нерв клиник шакли (сўлак безларида ўзгариш чақирмасдан кечиши)да вирион филогенезда сақланади ва касалликнинг нерв шаклининг келиб чиқишини қисман асослаб беради.

Эпидемик паротитда мустақкам постинфекцион иммунитет вирусемиядан сўнг кузатилади. Вирхов фикрича, эпидемик паротит ривожланишида оғиз бўшлиғидаги катарал яллиғланиш сабаб бўлиб, жараён сўлак йўллари ва безларга тарқалади.

Олдинги маълумотлардаги эпидемик паротит вируси кириш йўли (сўлак йўллари орқали) ҳозирда тан олинмаган, чунки у бир вақтнинг ўзида бир неча аъзоларни зарарланишини исботлай олмайди.

Эпидемик паротит патогенезида нерв тизимини зарарланиши ва унга жавоб реакцияси катта аҳамиятга эга. М.А. Селимов кўп сонли кузатувлар,

экспериментал ва вирусологик текширувларга кўра қуйидаги хулосага келди: эпидемик паротит патогенезида нерв тизими етакчи роль ўйнайди ва касаллик нерв тизимининг зарарланишидан бошланади. Варломов кузатишларига кура, МНС сусайган ёки шикастланган болаларда эпидемик паротит оғир шаклда неврологик симптомлар билан кечади. Масалан: эпидемик паротит эпидемияси даврида полимиелит асорат берган болаларнинг 30% ида оғир менингоэнцефалит кўринишида, 70% ида эса энгил менингиал симптомлар билан кечган.[45,68,79]

Эпидемик паротитда албатта сўлак беши ёки безларида яллиғланиш ва бошқа органларда(орхит, панкреатит, менингит, менингоэнцефалит, миокардит, нефит) каби зарирланишлар кузатилиши муҳим ҳисобланади.

Эпидемик паротит вирусининг тўқима ва органларга нисбатан троплиги(асосий зарарловчи):

1.Сўлак безлари: Бошланғич клиник сиптом-сўлак безларининг яллиғланиши. Бирламчи ўчоқ, вируснинг кўпайиши СБ праток эпителиясида.СБ тўқималарининг яллиғланиши ва кон плазмаси, сийдикда амилаза миқдорининг ошиши.

2.Буйрак: Бирламчи ўчоқ, вируснинг кўпайиши буйрак эпителий тўқимасида. Вирус узоқ муддат сақланади, кўпаяди ва 14 кунгача сийдик орқали ажратилади.

3.МНС: Вирион нейротроп ҳисобланади, менингоэнцефалит ривожланиши мумкин. Менингоэнцефалит аёлларга нисбатан ўғил болаларда кўроқ учрайди.Вирионнинг нейровирулентликги ўрганилмоқда-геннинг нуклеотид А 1081НН пазицияси ва “дикий” ёввойи вирус штамми. Миелиннинг аутоиммун зарарланиши ҳам олиб келади (т. е. аутоиммуно-опосредованный постинфекционный энцефалит).

4.Ганадалар (мойклар): Ганадалар(мойклар)нинг зарарланиши

5.Ошқозон ости беши: I-тип инсулинга қарам диабет ривожланиши мумкин, механизмида аутоантителаларнинг ҳосил бўлиши ётади.

6.Юрак:Жуда кам ҳолларда кузатилиб миокарднинг зарарланиши кузатилади.

Эпидемик паротитда албатта сўлак беzi ёки безларида яллиғланиш ва бошқа органлардам (орхит, панкреатит, менингит, менингоэнцефалит, миокардит, нефит) каби зарирланишлар кузатилиши муҳим ҳисобланади.

Ҳово-томчи йўли орқали сўлакдаги вирион кичик томчилар шаклида юқори нафас йўлларига тушади.Узоқ муддат сўлак безлари пратоклари орқали жойлашади ва шу соҳаларда (сўлак безлари йўллари, чиқариш соҳасида) яллиғланишга олиб келади, бу ҳолатни клиницистлар Мурсон белгиси деб юритишади. Эпидемик паротит вирусни биринчи кириш қисми оғиз бўшлиғи бўлиб бу ерда фарингит, ларингит,стоматит келтириб чиқариши ҳам мумкин. Кейинчалик вирус бу ерда жойлашиб кўпаяди ва қонга ўтади (бирламчи вирусемия ҳисобланади), бошқа аъзоларга гемотаген йўл билан тарқалади бу эса касаллик патогенезида қоннинг зарарланишини ва гемотоген йўлни асослайди(вирусни 1949 йилда L.Kilham қондан ажратиб олаган). Патогенезнинг вирус жойлашиши ва фиксациядан кейинги звенода қон орқали вирус организмга тарқалади ва нерв, без тўқималарига(асосан сўлак безлари) тропизими юзага келади. Вирион етарлича, клиник белгиларни юзага чиқара оладиган даражагача кўпаяди ва яна қонга тушади (иккиламчи вируемия) ва касаллик юзага чиқади. Эпидемик паротит вирусни нафақат сўлак безларини балки бошқа аъзоларни ҳам зарарлайди. Вирус орқа мия суюқлигида, ООБ тўқимаси,мояклар, буйрак, юракда ҳам топилган. Ҳамма касалланганларнинг 25-30% да сўлак безлари зарарланиши ва интоксикация белгилари юзага чиқмаслиги мумкин бу организмнинг иммун системасининг ҳолатига боғлиқ.[26,35,68] Касалликнинг клиник шакллари ва асоратларининг юзага келиши организмнинг приморбад фонига ва органларнинг функционал ҳолатига боғлақ масалан орхит 12 ёш гача бўлганларда 50 ёшдан ошганларга қараганда 50% гача кўпроқ учрайди. Тестикуляр тўқимада вирусни тропизимини 1973 йилда

V.Bjorvath томонидан тестикулдан ингичка нина орқали биоптат олиб вирус културасини ўстиради ва мойларнинг зарарланишини бунда аутоаллергик механизм устуворлигини тушунтириб беради. Эпидемик паротитда буйрак усти беги фаолияти ўзгаради. Ю.А Элькина кузатишларига кўра эпидемик паротитни оғир шакли билан оғриган беморларда 17-кетостероидлар миқдорини ошиши ва бутун касаллик давомида 17-гидрооксикетостероидларни сийдик орқали ажралиши камайганлигини аниқлаган.

Айланиб юрадиган иммун комплекслар анализиди улар специфик противопаротит антителалар синфи IgG, IgA, IgM аниқланилади ва бу айланиб юрадиган иммун комплекслар натижасида прогрессиранувчи карлик ривожланиши мумкин[20,27,31,65].Баъзан нафақат МНС балки периферик нервлар ҳам зарарланиб полиневропатия Гийена-Барре синдроми ривожланади. Паротитда, тепкида ООБ ҳам зарарланиши мумкин кўпинча функционал, ферментатив бузилиш баъзан ўткир панкреатит ривожланади унинг асорати сифатида эса биринчи тип қандли диабет ривожланиши мумкин.

Эпидемик паротитда турли хил аъзоларда патолого-анатомик ўзгаришлар етарлича ўрганилмаган. Бу ўзгаришларни зарарланган аъзодан биопсия олиш ёки маймунларда тажриба ўтказиш орқали ўрганилади. Пунктат гистологик текширилганда сўлак безларини асосан интерстициал тўқимаси зарарланганлиги кўринади. Бунда без капсуласи ва оралик тўқимаси шиши ва гиперемияси аниқланади. Сўлак йўли атрофида яллиғланиш учоғи: чиқиш йўли кенгайганлиги ва оқсилли масса билан тўлганлиги аниқланади. Ушбу морфологик маълумотларга асосланиб, 1883 йилда Троицкий бу касалликни эпидемик паротит деб номланишини таклиф килди. Орхит паротитда интерстициал тўқима инфильтрацияси, ўчоқли қон қуйилишлар, баъзан безли эпителий некрози аниқланади. Эпидемик паротит орхитдан сўнг тухум атрофияси натижасида уруғ тизимчаси ўлчами кичради ва шу соҳада бириктирувчи тўқима

пролиферацияси кузатилади. Оғир паротит инфекцияси натижасида ошқозон ости безида некротик панкреатит кузатилиб, безни эндокрин ва экзокрин фаолияти бузилади. Максимович 1880 йилда паротит менингити билан ўлганларда бош мия шиши, гиперемияси, эгатларда сероз-фибриноз экссудат, бош мияда тўлақонлик, периваскуляр инфильтрацияни аниқлаган

Умум қабул қилинган тасниф (Н.И.Нисевич 1973 й) бўйича типик ва атипик шакллари фарқланади. Типик шаклига алоҳида безли шакли-фақат безли аъзоларнинг шикастланиши (кулоқ олди, жағ ости, тухум); алоҳида асаб шакли - фақат МНС ни шикастланиши (сероз менингит, менингоэнцефалит); аралаш шакли – нерв тизими ва безли аъзоларни шикастланиши (сероз менингит, субмаксиллит, панкреатит, менингоэнцефалит). Атипик шакли ноаниқ шакли ва белгисиз шаклига ажратилади. Ноаниқ шаклида захарланиш белгилари бўлмайди, беморнинг умумий аҳволи узгармайди, тана ҳарорати нормал ёки субфебрил бўлади. Кулоқ олди беши биров катталашганлиги ёки шишганлиги аниқланади. Бошқа аъзоларда ўзгариш бўлмайди. Белгисиз шаклида клиник белгилар бўлмайди. Серологик реакциялар натижасига асосланиб ташхис қўйилади. Қонда специфик Ig M антитаначалар синфи титри кўтарилади. Айрим муаллифлар маълумотига кўра, бу шакл 20% дан 40% гача ташкил қилади.

#### Типик Формалари

- 1.Безли Шакли-чегараланган фақат безли органларнинг зарарлиниши
- 2.Нервли Шакли-чегараланган фақат МНС нинг зарарлиниши (Сероз менингит, менингоэнцефлит)
- 3.Камбинирланган- МНС нинг ва безли органларнинг зарарлиниши (Сероз менингит-паротит, субмаксиллит-панкреатит-менингоэнцефлит, ва бошқа камбинациялар).

#### Атипик формалари

- 1.Билинар билинмас(Стёртая)шакллири.
- 2.Симптомсиз шакллари.

#### Қолдиқ асоратлар



- 1.Мояклар атрофияси
- 2.Бепушлилик
- 3.Диабет
- 4.Карлик
- 5.МНС функциясининг бузилиши

- 1.Енгил(лёгкая) даражаси.
- 2.Ўрта оғир даражаси.
- 3.Оғир даражаси.

Оғирлик кўрсаткичлари:

1. Безларнинг зарарланишининг тарқалиши(бир ёки бир неча безларнинг зарарланиши),безлар зарарининг кучлилиги(шишиши, катталашиси, оғриқлилиги)

2. МНС зарарланишининг даражалари(менингиал ва менингоэнцефалититик сиптомларнинг кучлилиги даражаси)

3. Умумий захарланиш белгиларининг даражаси(тана температурасининг баландлилиги, умумий аҳволнинг бузилиши)

Типик шакллар оғирлигига кўра: енгил, ўрта оғир ва оғир бўлади. Касалликни атипик шакллари енгил ўтади. Интоксикация ва безли аъзолар шикастланиш даражасига кўра ажратилади. Енгил шаклида интоксикация белгилари суст ривожланган, то 37-38,5°C, безли аъзо нисбатан катталашган бўлади; ўрта оғир шаклида бош оғриши, қайт қилиш, ҳарорат 39.5-40°C, кўп сонли безли аъзолар ва МНС шикастланиши кузатилади. Оғир шаклида гиперемия, уйқучанлик ёки қўзғалувчанлик, талваса синдроми, қайт қилиш, ҳушнинг йўқолиши кузатилади. Сўлак безлари тери ости ёғ қаватини шишиши билан катталашади, тухумнинг яллиғланиши, простота безининг яллиғланиши кузатилади[23.35.60].

Касалликнинг инкубацион даври 3-35 кунгача бўлиши мумкин касалликнинг бу даври юқиш йўли ва бошқа критерияларга боғлиқ аэроген йўлда 11-20 кунни, ўртача олсак 11-23 кунни ташкил этади бу босқичнинг ахамятлилиги шундаки профилактик чора тадбирларни олиб боришда шунга

асосланилади[24,26,32].Тепки касаллиги ўткир бошланганидан продромал даври сиптомларини ажратиш нисбатан оғир ҳисобланади ва улар касалликдан 12-24 саоат олдин қайд этилади. Касаллик ўткир бошланади, тана ҳарорати 37-37.5°C гача кўтарилиши мумкин. Ҳарорат реакцияси жараёни тарқалишига боғлиқ. Жараёни бошқа сўлак безлари ва бошқа аъзоларга тарқалиши натижасида ҳарорат кўтарилиб тўлқинсимон характерда бўлади ва интоксикация белгилари кузатилади. Баъзан қулоқ олди сўлак безида оғриқ бўлиши касалликни биринчи белгиси ҳисобланади. Оғриқ бошланишини 1-кун охири, баъзан 2-кунда қулоқ олди сўлак бези катталашади. Аввал жараён бир томонлама бўлиб, 1-2 кундан сўнг қарама-қарши томон ҳам зарарланади, 80% беморларда шиш қулоқ олдида пастки жағ суяги бўйлаб, қулоқ супрасининг пастки ва орқасига тарқалади. Шишган соҳа териси таранглашган, лекин яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Сўлак бези пальпация қилинганда юмшоқ ва оғриқсиз бўлади. Филатов оғриқли нуқтаси аниқланади: ретромондибуляр чуқурча билан қулоқ супраси ўзангисини олд эшитув йўлининг пастки қисми босилади. Қулоқ олди безини катталашини 2-3 кун давомида кузатилиб, кейин ўлчами нормаллашади. Бу билан бир вақтда бошқа сўлак безида жараён кузатилади. Субмаксиллит ҳар тўртта боладан биттасида кузатилиб, қулоқ олди безининг шикастланиши билан бирга учрайди, баъзан бирламчи ҳам бўлиши мумкин. Бунда шиш жағ остида юмалоқ хамирсимон консистенцияли ҳосила кўринишида бўлади. Сўлак безларини катталашини 5-7 кун сақланади. Дастлаб оғриқ йўқолиб шиш камаяди ва жараён 8-10 кунда тугайди.

Эпидемик паротитга кўпинча бир тўлқинли (70,6%), икки тўлқинли (23.5%), уч тўлқинли (5,9%) истма, температура кузатилиб бир тўлқинлиси болаларда нисбатан кўп учрайди. Янги тўлқин ёки тўртинчиси кам учрайди бундай ҳолда янги бактерияларнинг тушиши билан баҳоланади. Тўлқинлар давомийлиги ва баландлиги макро ва микро организмларнинг ҳолатига, вирусемияга боғлиқ, ўртада эса асосан субфибрилитет бўлиб

туради. Умумий захарланиш белгилари ҳолсизлик, иштахасизлик, бош оғриғитез тарчаш, ташқи мухитга қизиқиш сусайиши, ҳамма танада оғриққа шикоятлар кузатилади.

Сўлак безларидаги ўзгаришлар: эпидемик паротитда сўлак безлари зарарланади, шишади, катталашади ҳамма тепки билан оғриганларда ҳам кузатилмаслиги мумкин. Сўлак безлари тепкида бир ёки бир неча, бир томонлама ёхуд икки томонлама кечиши мумкин олимларнинг фикрича бир томонлама катталаниши 58% га, икки томонлама 42% ни, бошқа манбааларда 33 ва 66% ни ташкил этади[28,30,64.]. Организмда сўлак безлари тил ости, жағ ости, қулоқ олди бўлиб уларнинг алоҳида зарарланиши кам миқдорда кузатилади улар микс ҳолатда кўпроқ зарари кузатилади субмаксилит-протит каби кўплаб кабинацияси кузатилади. Сўлак безларининг шишиши касалликнинг биринчи кундан бошлаб кузатилиши мумкин уни шу соҳаларни пальпация қилинганда ҳамирсиман шиш ҳолида қўлга уннайди ва босганда чайнаганда оғриқ кузатилади. Шишнинг бошланишида беморлар аввал оғиз қуриши, сўлак араллишининг қийинлашишига шикоят қиладилар кейинчалик сўлак безлари проекциясида оғриқ кузатилиб ҳамирсимон шиш юзага келади. Оғриқ кучли спонтан эмас балки гапирганда, чайнаганда кузатилади. Сўлак безларининг зарарланишининг асосий белги, симптомларидан бири бу. Мурсон симптоми бу сўлак безлари чиқариш қисми шиллик қаватининг яллиғланиши, гиперемияси билан изохланади бу белги продромал давр охирида юзага келади. Мурсон белгиси диагностик характерли бўлиб тепки ташхисида ва гопстелизацияда аҳамиятли. Мурсон қулоқ олди сўлак безининг чиқариш қисми чегараланган яллиғланиши, қзариши бўлиб оғиз шиллик қаватида яққол ажралиб туради диаметри 5-7мм атрофида бўлади аммо бу белги ҳам асосий диогностик критерие бўлмайди у сўлак безларининг бошқа йирингли касалликларида ҳам кузатилиши мумкин. Сўлак безининг шиши 3-4 касалликнинг кунда бошланади ва 5-6 кундан қисқара боради 10 кунгача сақланиши мумкин.

Кулоқ олди сўлак беши катталашининг 3 та даражаси фарқланади. Бошқа безларда ҳам яллиғланиш кузатилади сублингивит- тил ости сўлак безининг яллиғланиши касалликнинг кечишида алохида ўзи ёхуд паротит субмаксилит билан бир неча безларнинг зарарланиши кўринишида кузатилиши мумкин, субмаксилит-жағ ости сўлак безининг яллиғланиши касалликнинг кечишида алохида ўзи ёхуд паротит сублингивит билан бир неча безларнинг зарарланиши кўринишида келади.

Шиш қаттиқ оғриқли осилган ҳолатда лекин тери ранги ўзгармайди. Бўйин соҳаси лимфа безлари катталашади лимфааденит кузатилади.Тепкида яна бир симптом оғриқли нуқта ҳисобланади у анатомик хусусиятли яни безнинг фасцияси бўйича у ерда юз нерви, кулоқ-чакка нерви, юзаки уйқу артерияси ўтади оғриқли нуқта кулоқ-чакка нервининг шохлари орқали амалга ошади бу нуқтани биринчи бўлиб Н.Ф.Филатов томонидан аниқлаб характеристика берилган. Катталашган сўлак базларининг функцияси 3-4 ҳафтада тўла тикланади. Эпидемик паротитда шиллиқ қаватлардаги ўзгаришлар учраб туради булар: Мурсон белгиси, томир суратининг кучайиши, гиперемияси, баъзан қон талаш, кичик тошмалар, эрозив яралар,стоматит аммо бу ҳолатлар фақат тепки учун характерли эмас ЎРК да ҳам кузатилиши мумкин.

Оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар тепкининг бошланиш даврларига характерли ҳисобланади. Юрак қон-томир системасидаги ўзгаришлар-эпидемик паротитда вирус қонда циркуляция қилади, умумий интоксикация, иситма ҳамма ҳолатлар қон томир системасидаги ўзгаришни асослайди. Тепкига иситма ҳолатида брадикардия, касалликнинг оғир шаклларида тахикардия характерли.Баъзи касалларди миокардит ривожланади миокард функциоал кучи пасайишидан АБ пасаяди, ЭКГ да ҳам функционал ўзгаришлар, аускультацияда юрак тонларининг бўғиқлашганлиги айниқса 1-тон юрак чўққисида, юрак соҳасида нохуш сезги кузатилади.Нафас системаси-оғизнинг қуриши,сўлак аралишининг камайиши, юқори нафас йўллариининг яллиғланиши,

трохеобронхит, куруқ йўтал, ларингит, фарингит, куруқ харрилашлар ўпкада, иккиламчи инфекция қўшилса пневмония, ренгенограммада ўпка бронх суратининг кучайиши бу функционал характери бўлиб умумий интоксикация фонида ривожланади. Ҳазим сиситемаси-сўлак безларининг зарарланиши сабабли сўлак миқдорининг камайиши ва тепки панкреатити сифатида намоён бўади. Оғиз қуриши, ютишнинг қийинлашиши, чайновда оғриқ, иштаханинг пасайиши, кўнгил айниш, кам ҳолларда қайт қилиш, коринда оғриқ.

Жинсий аъзоларнинг зарарланиши. Жараён тухум, простата бези, тухумдон, кўкрак безларида ҳам кузатилади. Ўсмирларда ва 30 ёшгача бўлган эркакларда орхит кузатилади. [9,11]

Орхит ўтказилгандан сўнг тухум функцияси турғун бўлади, натижада бепуштлик ривожланади. 55.4% ҳолларда сперматогенез бузилади, 33.3% ҳолларда тухум атрофияси кузатилади. 10-16% эркакларда бепуштлик паротит инфекцияли орхитда клиник белгиларсиз кечиши билан боғлиқ.

Орхит одатда сўлак безлари зарарлангандан 1-2 ҳафтадан кейин, баъзан бирламчи равишда ҳам кузатилади. Тухумни яллиғланиши вирусни уруғ тизимчаси эпителийсига таъсири натижасида, оғриқ синдромини кузатилиши эса яллиғланиш жараёнида рецепторларни қитиқланиши, каналларида босимни ошиши микроциркуляцияни бузилишига ва аъзо функциясини бузилишига олиб келади[71,72.].

Касаллик тана ҳароратини 38-39°C га кўтарилиши ва интоксикация ривожланиши билан кучли қалтираш билан бошланади. Қов соҳасидаги интенсив оғриқ юрганда кучайиб оғриқ тухумга тарқалади. Тухум ҳажм жиҳатдан катталашади ва пальпацияда кучли оғриқ, қаттиқлашув аниқланади. Териси гиперемияланган бўлиб, шиш 5-7 кун сақланади, кейин ўлчами кичрая бошлайди. Атрофия белгилари 1-2 ойдан сўнг кузатилиб, тухум юмшоқлашади ва ўлчами кичиклашади. Баъзан қалқонсимон безни катталашини, иситма, тахикардия, бўйин соҳасида оғриқ, кўз ёш безини яллиғланиши-дакриоаденит кузатилади.

Нерв тизимини шикастланиши. Клиник жиҳатдан нерв тизимини шикастланиши менингит, менингоэнцефалит, полирадикулоневрит кўринишида ўтади. Менингиал симптомлар билан бирга талваса ва васвасалар кузатилади. Орка мия суюқлиги рангсиз, цитоз юқори  $0.5 \times 10^6$  дан  $3 \times 10^6$ , лимфоцитар характерда. Оксиллар миқдори 0.99 дан 1.98 гр/л, глюкоза ва хлоридлар нормада.[31,51]

Паротитли панкреатит.Одатда 5-9 кун кузатилади. Баъзан касаллик бирламчи равишда келади. Ўткир оғриқ синдроми, қорин соҳасидаги оғриқ билан кечади. Оғриқ асосан эпигастрал соҳада, чап қовурға равоғи остида, баъзан белбоғсимон хусусиятга эга бўлиб, пальпацияда оғриқли Мейо-Робсон ва Воскресенский симптомлари аниқланади. Қонда амилаза, липаза, трипсин миқдори ошади, сийдикда диастаза фаоллиги ошади. 10-12 кунларда симптомлар йўқолиб, 3-4 ҳафтадан сўнг меъда ости беши фаоллиги тикланади. Бошқа безлардан тереоидит, мастит ривожланишиши мумкин.

Ташхис қўйиш қийинчиликларга эга эмас. Ноаниқ шаклларида бир қанча қийинчиликлар туғдириши мумкин. Учта оғриқли нуқта: биринчиси пастки жағ бошчаси соҳаси, иккинчиси эшитув йўли пастки қирраси, учинчиси сўрғичсимон ўсиқни олдинги қиррасида.

Лаборатор усуллардан-серологик ташхисот, комплемент боғлаш реакцияси, Зарецкий реакцияси ташхис қўйишда ахамиятга эга. Тери ичи синамаси 24-48 соатдан сўнг мусбат реакция бериб 1-3 см ли инфилтрат ҳосил қилади.

Эпидемик Паротит (тепки) касаллигининг ташхисоти:

Эпидемик паротит касаллигининг ташхисотида асосий ташхасот меъзонлари мавжуд улар: анамнезидан тепки билан оғриган бемор билан мулоқот, касалликнинг мавсумга ҳосилилиги, тана темпратурасининг кўтарилиши, касалликнинг ўткир бошланиши,чайнаганда оғриқ, умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, қоринда асосан эпигастрал соҳада оғриқ, касалликнинг 1-3 кунларида паротит-яни қулоқ олди безининг

яллиғланиши шу сохада тери рангининг ўзгармаган ҳолда хамирсимон кансиситенцияли ҳосиланинг аниқланиши, касалликнинг 4-5 кунларида сублингивит, субмаксилит яни тил ости ва жағ ости безларининг яллиғланиш белгилари сохаларида шу сохада тери рангининг ўзгармаган ҳолда хамирсимон кансиситенцияли ҳосиланинг аниқланиши, касалликнинг 3-7 кунларида бошқа орган ва системалардаги ўзгаришлар орхит, пенкреатит, нефрит, миокардит, оофарит, менингит, менингоэнцефалит ва бошқа патологик ҳолатларнинг юзага келиши.

Касалликнинг типик кечиш турларига ташхис қўйиш нисбатан осонроқ қайсики атипик иннапарат(симптомсиз, субклиник) шаклларига қараганда.

Лаборатория маълумотлари.

Умумий қон тахлилида-гемоглобин ва эритроцитлар ўзгаришсиз нормада, лейкоцитлар ҳолати касалликнинг қайси даврида яширин даври, авж олиш клиник намоён бўлиш даври, реканвилиценция давридаги қон олинишига боғлиқ, касалликнинг бошланғич даври ва продромал, яширин(инкубацион) даврларида лейкопения( умумий қон тахлилида лейкоцитлар сони  $5 \cdot 10^9$ /л дан кам ) характерли 47,9% беморларда, 30% беморларда эса лейкоцитоз ( умумий қон тахлилида лейкоцитлар сони  $8 \cdot 10^9$ /л дан кўп ) характерли бўлиб қолган беморларда нормацитоз кузатилади [25,56,68].Касалликнинг енгил ва ўрта оғир шаклларида (тепки билан оғриганларнинг 91% да) ЭЧТ одатда нормада (2-10 мм/соат) бўлади, оғир ва асоратли шаклларида ЭЧТ (тепки билан оғриганларнинг 9% да) ўртача даражада тезлашган (11-30 мм/соат) бўлиб касалликнинг тузалиши билан нормага қайта боради. Эпидемик паротит вирусининг аллергенлиги ва касаллик патогенезида аллергик кампанентларнинг иштрокидан периферик қонда касалликнинг бошланғич даври ва продромал, яширин (инкубацион) даврларида анэозинофилия, касалликнинг эрта тузалиш ва тузалиш даврларида эозинофилиоз (1-8%) кузатилади.

Одам организмида  $\alpha$ -амилаза (диастаза) ошқозон ости беzi суюқлиги ва сўлакда ажратилади унинг активлиги жигар ҳамда склет мушакларида ҳам активликка эга хисобланади. Диастаза ( $\alpha$ -амилаза) қон плазмаси ва сийдикда аниқланади. Амилазанинг икки С сўлак ва П панкреатик изофермен қисмлари фарқланади.

Қон плазмасида  $\alpha$ -амилаза (диастаза)- Нормада – 25-220 МЕ/л, ёки 3,3-8,9 мг/с-л. Кўратгичда бўлиб паротит панкреатитида 2-5 баробаргача ошади.

Умумий пешоб тахлилида энг аҳамиятли кўрсаткич бу  $\alpha$ -амилаза (диастаза) бўлиб Нормада: 10-490 МЕ/л, ёки 44мг/сл ни ташкил қилади. Гиперамилазурия эса паротит паротит панкреатитида кузатилиб нормага нисбатан 2-7 баробаргача ошиши мумкин бу ҳолат касалликнинг оғирлик даражаси, асоратининг ривожланиши, касалликнинг кунига бевосита боғлиқ бўлади.

Агар беморда менингит, менингоэнцефалит ривожланса орқа миянинг пункцияси амалга оширилади орқа мия суюқлиги олиб текширилади бу қиёсий ташхисотга катта аҳамият касб этади.

Орқа мия суюқлиги рангсиз, цитоз юқори  $0.5 \times 10^6$  дан  $3 \times 10^6$ , лимфоцитар характерда. Оксиллар микдори 0.99 дан 1.98 гр/л, глюкоза ва хлоридлар нормада, Панди реакцияси мусбат ёки кучсиз мусбат бўлади.

Эпидемик паротитдаги махсус(специфик) ташхисот мезонлари. Махсус (специфик) ташхисот мезонлари деганда айни касаллик эпидемик паротит учун характерли бўлган ва касалликка аниқ ташхис қўйишга асос бўладиган текширув усулларига айтилади.

Эпидемик Паротит (тепки) касаллигининг ҳозирги замонавий даврдаги давоси:

Эпидемик паротит касаллигида даво чора тадбирлари касалликнинг клиник шаклини, оғирлик даражасини, захарланиш белгиларини, беморнинг ёшини, касалликнинг даврларини, касаллик



асоратлари оқибатини ва касалга индивидуал ёндошувни ҳисобга олган ҳолда олиб борилади.

Эпидемик паротит касаллигининг ўткир даврларида қатий ётоқ режим 5-7 кун, 10-15 ёшдаги ўғил болаларда ҳам ётоқ режим 10-12 кун буюриладики уларда орхитнинг ривожланишини даражасини ва асоратини камайтиради (3 мартагача камайтиради), менингит ва менингоэцефалитда 2-3 ҳафта қатий ётоқ режим белгиланади (асоратларни 2-3 мартагача камайтириш мақсадида).

Паротит орхитида биринчи кунлардан оқ қатий ётоқ режим, касалхона шароитида даво олиб борилади, яллиғланиш ва унинг белгиларини бартараф этиш учун глюкокортикостероид гармон препаратлари 2-3 мг/кг кунига (преднизолон ва бошқалар) 3-4 маҳал 3-4 кундан камайиш дозаларда 7-10 кун. Специфик вирусга қарши препаратлар (Специфик иммуноглобулин, рибонуклеаза), антигистамин, десенсибиловчи препаратлар (димедрол, супрастин, прометазин, фенкарол, тавегил), оғриқ қолдириш мақсадида аналгетиклар, тана тепаурасини туширадиган препаратлар (анальгин, парацетамол). Дезинтоксикационн терапия сифатида в/в глюкозанинг 10% эритмаси витамин С билан, гемодез, реополиглюкин ва бошқалар буюрилади.

Паротит орхитида маҳаллий даво чоралари ҳам асосий бўлиб мойкларни тутиб турувчи боғлам- суспензорием, биринчи 2-3 кунда совуқ (совуқ сув билан премочка, музли халтачалар) кейинчалик мойкларга иссиқ (куруқ иссиқ пахтали боғлам, Вишневский мазли боғлам), агар бу ҳолатлар ёрдам бермаса ва касалнинг ахволи оғир бўлса хирургик даво (мойкнинг оқ пардасида кесим ёки пункция) буюрилади бу мойкларнинг атрофиясини ва асоратини (аспермия, бепуштлик) камайтиради. Касалликнинг ўткир даври ўтгач физиотерапия, иссиқ процедуралар ва сурункали инфекцион ўчоқларни санациясини амалга ошириш мумкин.

Касалликнинг оғир ва ўрта оғир (менингит, менингоэнцефалит, орхит) шаклларида этиотроп препаратлар билан даво олиб борилади булар: рибонуклеаза, инсон лейкоцитар интерферон, рекомбинат интерферонлар (реальдирон, реаферон, Виферон шамча).

МНСнинг зарарланашида дегидратацион терапия (лазикс, диакарб), миёда қон ақланиш ва трофикани яхшиловчилар (пантогам, энцефабол, ноотропил, трентал, инстенон), сўрилтирувчилар (алоэ, лидаза), кўрсатма бўлса глюкокортикостероид гормонлар (преднизолон 1-2 мг/кг/сутки) буюрилади.

Паротит менингитида диагностика мақсадида баъзан касалликнинг оғир шаклларида миё ичи босимини тушириш мақсадида орқа миё пункцияси ва в/м 25% ли 2-4 мл магний сульфат эритмаси (2 ёшгача 0,2мл/кг массы тела), витамин С ва В<sub>1</sub> 20%-40% ли глюкоза эритмаси агар бу ҳам ёрдам бермаса глюкокортикостероид гармон препаратлари 2-3 мг/кг кунига (преднизолон ва бошқалар) 3-4 махал 6-8 кун дегидратацион даво мақсадида ва миё босимининг ошганда тезкор (экстренной) ёрдам сифатида фуросемид (лазикс) буюрилади.

Антибиотиклар иккиламчи бактериал флора қўшилиш эхтимоли бўлганда кўрсатма бўлсагина берилади.

### **1.3. Ўзбекистон республикасида эпидемик паротит (тепки) касаллигининг ҳозирги замонавий даврдаги олдини олиш чора тадбирлари ва вакцинопрофилактикаси**

Касалликларга қарши кураш чора тадбирлардан бири ва бугунги кунда асосийлардан ва инсонлар саломатлигини сақлашда ва баъзи касалликларнинг умуман йўқ бўлишига сабаб бўлган йўнлиш бу вакцинопрофилактикадир. Эпидемик паротитга қарши биринчилардан бўлиб вакцинопрофилактикани 1954 йил А.А. Смопраордоитнитцаев ва Н.С. Клячко аттенуированный штамм олишади. 1956-58-62 йилларда

аттенуирован паротит вируси штамми роқали кенг масштабли вакцинация 30 минг болада олиб борилди. 1967 йилдан АҚШ массив вакцинопрофлактани аттенуирован паротит вируси штамми роқали бошлади. Эпидемик паротитнинг тирик вакцинаси ишлаб чиқилди ва эмлаш календарига киритилди иммунизация болаларнинг 18 ойлигидан 7 ёшида олиб борилди бунинг натижасида касалликнинг 5-50% гача камайишига эришилди. Шу давргача моновакцина, дивакцина ва тривакциналар қўлланилди тривакцина эффектив, кам маблағ талаб этиб таркибида паротит, кизамиқ, қизилчага қарши вакциналар сақлайди. Эмлаш жадвали, у мамлакатимиздаги эпидемиологик шароитга, назарий ва амалий иммунологиянинг янги хабарларига, шу билан бирга янги ва ассоцирланган вакциналар ишлаб чиқарилишига қараб доим ўзгариб ва янгиланиб туради.

Ёш	Вакцина номи
1 куни	ВГВ-1
2-5 кунлари	БЦЖ, ОПВ – О
2 ойда	АКДС – 1, ОПВ-1, ВГВ-2 ХИБ-1
3 ойда	АКДС-2, ОПВ-2ХИБ-2ВГВ-3
4 ойда	АКДС-3, ОПВ-3 2ХИБ-3ВГВ-4
6 ойда	ВГВ-3
12 ойда	КПК-1
16 ойда	АКДС-4, ОПВ-4,
6 ёш	КПК-2
1 синф (7 ёш)	АДС-М-5, ОПВ-5, БЦЖ-Р1
8 синф (14-15ёшлар)	БЦЖ-Р2
10 синф (16 ёш)	АДС-М-6
26 ёш	АДС-М-7
46 ёш	АДС-М-8

Тепки олдини олиш мақсадида тепкининг тирик вакцинасини ишлатамиз. Препарат ҳақида маълумот. Тепкининг тирик вакцинасини

япон бедана ёки “фравн” туридаги беданалар хужайра культурасида ўстириладиган, тепки вирусини аттенуирланган штамми Л-3 тайёрланади. Вакцина ампулада (флакonda) қуруқ модда холида чиқарилади. Ҳар бир эмлаш дозаси ўзида аттенуирланган тепки вирусидан ташқари, моносulфат мономицин ёки канамицинни 25 ТБ да сақлайди. Суюлтирилган вакцина тиниқ ёки енгил опалесцирланган оч пушти рангда ёки рангсиз суюқликдир. Ампула ўзида 1 дан 5 тагача дозани тутуди. Эмлаш ўтказиладиган муддати. Болаларга ҳаётининг 16 ойида (1 ёшу 4 ойлигида) эмланади. Юбориш усули. Вакцинани бир марта 0,5 мл ҳажмда курак ости ёки елканинг ташқи қисмига т/остига юборилади. Эмлаш реакциясининг характери. Кўпчилик болаларда эмлаш процесси ҳеч қандай белгиларсиз кечади. Эмланганлардан баъзиларида 4 кундан то 12 кунгача 1 –2 кун давом этувчи тана хароратининг кўтарилиши ва катарал белгилар кузатилиши мумкин. Кам ҳолларда худди шу даврда қисқа муддатли (2 – 3 кун) кулоқ олди безларининг қисман катталашуви кузатилади. Махалий реакциялар кузатилмайди. Асоратлар жуда кам ҳолларда учрайди. Уларга тана хароратининг юқори бўлишини, қориндаги оғриқни, қусишни, фебрил тутқаноқларни; аллергияга моил болаларда танада тошма каби аллергия жараёнлар кузатилиши мумкин. Қатъиян жуда кам ҳолларда эмланганлар орасида яхши сифатли тарзда кечувчи сероз менингит ривожланиши мумкин. Сероз менингитнинг ҳар бир турини бошқа этиологияли сероз менингитлар диф. диагноз ўтказиш лозим.

Ўзбекистон Республикасида болалар саломатлигига давлат миқёсида аҳамият берилмоқдаки бунда деярли барча болалар эмлаш орқали қамраб олинаётганлиги, ялпи ички маҳсулотнинг кўплаб қисми Соғлиқни сақлашга ажратилаётгани мамлакатимизда Соғлиқни Сақлашнинг жадал сураётларда ривожланаётганини кўрсатмоқда. XXI- асрда бир неча юқумли касалликлар умуман тугатилаётган эсада касалликларнинг янги формаларга ўтиши, янги клиник шакллари ҳам кузатилмоқда, бу ўз навбатида касалликнинг ташхисотида ва даво стандартларини қайта кўриб

чиқишга унга илмий ёндашувни талаб этади. Юқумли касалликларни олдини олишда “Эмлаш жадвали”га амал қилиш унинг назоратини маниторинг қилиш ҳам катта аҳамият касб этади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотлигининг маълумотларига кўра, 2010-2013 йилларда аҳоли орасида паротит инфекцияси билан кўпроқ касалланиш кузатилган.

## **I -боб хулосаси**

Хулоса қиладиган бўлсак эпидемик паротит ўткир бошланувчи, кантагиозлилиги (юқумлилиги) юқори, вируслар чакирадиган, троплилиги (жойлашувчанлилиги) безли; мандибулит, сублингивит, субмаксилит, орхит, панкреатит, оофарит органлар ва нерв сиситемаси ҳисобланади ва умумий ҳолсизлик, ўткир захарланиш, оғиз қуриши, тана температурасининг кўтарилиши, кулоқ орти (*fossa retromandibularis*)соҳасида чайнаган пайтда ва босганда оғриқ ва шиш, қоринда оғриқ, иштахасизлик кўнгил айниш каби клиник белгилар билан кечадиган ҳово–томчи механизми билан юқадиган инфекцион касаллик.

Аҳоли ўртасида эпидемик паротит нисбатан сезувчанлиги юқори болалар асосан 5 ёшдан 7 ёшгача бўлган, коллективга қатнайдиғанлар орасида кўпроқ учраши адабиётларда келтирилган. Клиник кўриниши диагностик мезонларига, касалликни ўткир бошланиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикациянинг ҳар хил даражада бўлиши, сўлак безларининг шиш даражалари, ООБннинг менингит, менингоэнцефалит, орхит кўринишларда кечади. Эпидемик паротит касаллигида даво чора тадбирлари касалликнинг клиник шаклини, оғирлик даражасини, захарланиш белгиларини, беморнинг ёшини, касалликнинг даврларини, касаллик асоратлари оқибатини ва касалга индивидуал ёндошувни ҳисобга олган ҳолда олиб борилади. Эпидемик паротит касаллигининг енгил шакллари амбулатор шароитда уйда ҳам даволаш мумкин. Касалликнинг оғир ва ўрта оғир шакллари (серозного менингита,

орхита, панкреатит ва бош..) ва асоратлари стационар шароитда ётқизиб даволанилади. Касалликларга қарши кураш чора тадбирлардан бири ва бугунги кунда асосийлардан бири ва инсонлар саломатлигини сақлашда ва баъзи касалликларнинг умуман йўқ бўлишига сабаб бўлган йўналиш бу вакцинопрофилактикадир. Эпидемик паротитга қарши ЎзРесда 12 ойда ва 6 ёшда КПК шаклидаги уч компонентли(паротит, қизамиқ, қизилчага қарши) вакцина қўлланилмоқда.

## **II БОБ. ТЕКШИРУВ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ**

### **2.1.Текширилган эпидемик паротит (тепки) билан касалланган беморларнинг умумий характеристикаси**

Ўзбекистон Республикасида ҳукумат ва Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг сай ҳаракатлари, қонун, қарорлари ва олиб борилаётган кенг қўламли аҳоли айниқса болалар саломатлигага катта эътиборлари самарасида касалликлар ва айниқса юқимли касалликларнинг камайиши кузатилмоқда.

XXI- асрда бир неча юқимли касалликлар умуман тугатилаётган эсада касалликларнинг янги формаларга ўтиши, янги клиник шакллари ҳам кузатилмоқда, бу ўз навбатида касалликнинг ташхисотида ва даво стандартларини қайта кўриб чиқишга унга илмий ёндашувни талаб этади. Юқимли касалликларни олдини олишда “Эмлаш жадвали”га амал қилиш унинг назоратини маниторинг қилиш ҳам катта аҳамият касб этади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотлигининг маълумотларига кўра, 2010-2013 йилларда аҳоли орасида паротит инфекцияси билан кўпроқ касалланиш кузатилган.

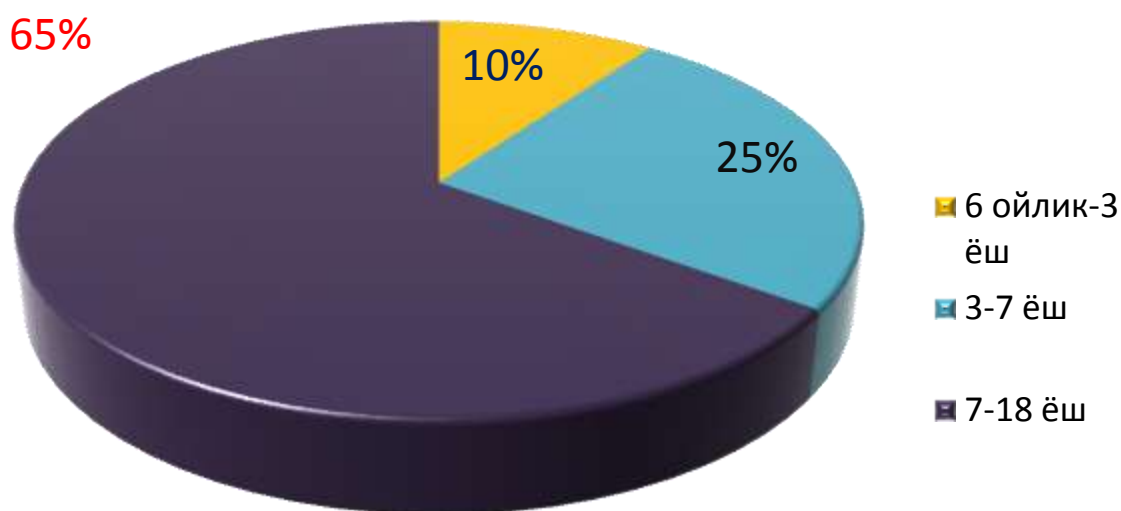
Барча эришилаётган янгиликларни амалий аҳамияти ортив бормоқда. Бу ўринда юқимли касалликлар салмоғида эпидемик паротит (тепки) касаллиги буйича бир қатор илмий ва амалий ишлар нафақат Республикамиз бўйича балки дунё бўйича амалиётга кенг тарғиб этилмоқда ва бир қатор янги йўриқномалар, стандартлар ишлаб чиқилмоқда.

Биз олиб бораётган ишимиз 1-сон Тошкент Шаҳар Юқимли Касалликлар Клиник Шифохонаси эпидемик паротит (тепки) ва ренимация бўлимларида 2012-2015 йилда эпидемик паротит (тепки) билан мурожат

қилган, анамнестик, клиник, лаборатор тасдиқланган ва даволанаётган 40 та беморда таҳлил ва кузатувлар натижасида олиб борилди.

Беморларда анамнестик, эпидемиологик маълумотлар беморлардан ва тасаллик тарихини ўрганиш орқали тўла йиғилди ва маълум текширувлар орқали ўрганилди.

Бизнинг текширувимиздаги 40 та эпидемик паротит билан оғриган болаларда ёш бўйича тақсимоотида 6 ойликдан-3 ёшгача бўлган болалар 10% ни - 4 та беморни, 3-7 ёшгача бўлганлар 25% ни-10 та бемор, 8-18 ёшдаги бемор болалар эса 65%ни 26 та беморни ташкил қилди.(2.1.1 расм)

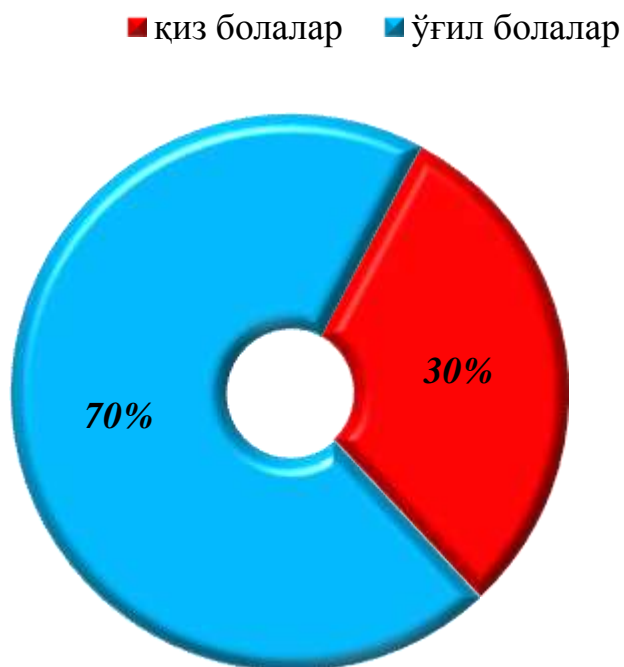


### 2.1 Расм. Эпидемик паротит билан оғриган болаларнинг ёш бўйича тақсимооти.

Даволашни амалий ўтказиш учун кузатувимиздаги барча беморлар иккита гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1-гуруҳ-фақат эпидемик паротит(тепки) қарши умум қабул қилинган даволаш усуллари билан даволанётган ва йўлдош касалликлари йўқ 20 нафар бола; 2 – гуруҳга – эпидемик паротит(тепки) қарши умум қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар ( Виферон шамча ) қўшимча сифатида киритилган ва йўлдош касалликлари бор – 20 нафар бола.



Олинган натижаларимизнинг тахлилидан беморларнинг жинс бўйича хусусиятларида касалланганларнинг 30% қиз болалар (12 та бемор ) ва ўғил болалар 70% (28та бемор) ташкил қилди.(2.1.2 расм)



### **2.1 Расм.Эпидемик паротит билан оғриган болаларнинг жинс бўйича тақсимооти**

Барча беморларга тўлиқ клиник-лаборатор текшириш усуллари ўтказилган. Бу усулларга умумий қон, сийдик (асосан диастаза миқдор кўрсаткичи), ахлат текширувлари, ҳамда қон биохимияси (қон зардобиди асосан диастаза кўрсаткичи) ликвор суюқлигини текшириш (Агар кўрсатма бўлса, яни касалликнинг асаб, асаб-безли шакллари ва сероз менингит ҳолатларида) киради.

### **2.2.Текшириш усуллари**

Ишни олиб бориш давомида қуйидаги клиник ва лаборатор текшириш усулларидан фойдаланилди.

- 1.Умумклиник-эпидемиологик текширув.
- 2.Лаборатор текшириш усуллари.
  - А) Қон ва сийдикнинг умумий тахлили.

Б) Қон ва сийдикнинг биохимик тахлили.

В) Орқа мия суюқлиги (агар кўрсатма бўлса) текширишлар

**Клиник–эпидемиологик усул-** ташхис қўйишда асосий бўлиб хисобланади. 85-90 % ҳолларда эпидемик паротит (тепки) ташхиси айнан шу усул орқали қўйилади.

Тўғри йиғилган анамнез ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга:

Касалликнинг бошланиши, эпидемик маълумотлар температура характери, белгиларнинг кетма–кет пайдо бўлишлари, тиббий муассасага мурожатлар, уй шароитида даволанганлиги ва унинг натижаси. Эпидемиологик маълумотлар ҳам эпидемик паротит (тепки) ташхисотида алоҳида ўрин тутди. Бундан ташқари беморнинг гигиена талабларига қандай риоя қилиши, беморнинг жамоат жойида бўлганлиги(коллектив), мавсумийлик шунга ўхшаш эпидемиологик маълумотларни тўплаш зарур. Эпидемик паротитда сўлак безларидаги ўзгаришлар: эпидемик паротитда сўлак безлари зарарланади, шишади, катталашади ҳамма тепки билан оғриганларда ҳам кузатилмаслиги мумкин.Сўлак безлари тепкида бир ёки бир неча, бир томонлама ёхуд икки томонлама кечиши мумкин олимларнинг фикрича бир томонлама катталашини 58% га, икки томнлама 42% нибошқа манбааларда 33 ва 66% ни ташкил этади[9,33,29,65].Организмда сўлак безлари тил ости,жағ ости, кулоқ олди бўлиб уларнинг алоҳида зарарланиши кам миқдорда кузатилади улар микс ҳолатда кўпроқ зарари кузатилади субмаксилит-протит каби кўплаб кабинацияси кузатилади.Сўлак безларининг шишиши касалликнинг биринчи кунидан бошлаб кузатилиши мумкин уни шу сохаларни пальпация қилинганда хамирсиман шиш ҳолида қўлга уннайди ва босганда чайнаганда оғриқ кузатилади.Шишнинг бошланишида беморлар аввал оғиз қуриши, сўлак аралишининг қийинлашишига шикоят қиладилар кейинчалик сўлак безлари проекциясида оғриқ кузатилиб хамирсимон шиш юзага келади.Оғриқ кучли спонтан эмас балки гапирганда, чайнаганда кузатилади.

## Лаборатор текшириш усуллари

Касалликнинг оғирлик даражасини қуйдаги критерийлар билан билгиланилади. Безларнинг зарарланишининг тарқалиши (бир ёки бир неча безларнинг зарарланиши), безлар зарарининг кучлилиги (шишиши, катталашиси, оғриқлилиги). МНС зарарланишининг даражалари (менингиал ва менингоэнцефалититик сиптомларнинг кучлилиги даражаси). Умумий захарланиш белгиларининг даражаси (тана температурасининг баландлилиги, умумий аҳволнинг бузилиши)

Қон тахлили қуйидагича ўтказилади. Қонни текшириш учун боланинг бармоқ юмшоғига бир марта ишлатиладиган скарификатор игна ёрдамида қон олинади. Панченкова аппаратидан стерил капилляр пипетка 5% натрий цитрат эритмаси билан ювилади ва шу эритма билан “Р” кўрсаткич гача тўлдирилади. Пипетка ичидаги стерил пробиркага туширилади. Бармоқдан олинган бир томчи қонни тампон билан артиб ташланади, кейин Панченкова капиллярига икки марта қон то “К” белгисигача олинади, пробиркага натрий цитрат солиниб, аралаштирилади. Цитратланган қонда ЭЧТ, эритроцитлар, лейкоцитлар ва гемоглабин миқдори аниқланади. Цитратланган қонда шаклли элементлар миқдори ҳисобини ва гемоглобинни аниқлашда қонни натрий цитрат билан аралаштиришни тўғри йўлга қўйиш шарт.

Сийдикни тахлилида сийдикда оқсил борлиги ҳисобига нисбий зичлиги аниқланади. Нисбий зичликни аниқлаш учун махсус ураметр деб аталувчи уреометрдан фойдаланилади. Урометрнинг шкаласи 1,000 дан то 1,060 гача бўлинган. Урометрда шунингдек атрофдаги ташқи муҳит ҳароратига боғлиқ градиуровка билан ҳисоблайди. Одатда бу 15 градусдир. Агар ҳарорат сийдикни текшириш вақтида тўғри келмаса, ураметр ҳисоблагичи сийдикни ҳарорати 15 градусдан кўп ёки кам бўлса ҳар 3 градус га 0,001 га қўшилади. Сийдикнинг нисбий зичлигини аниқлаш учун аста-секин тор цилиндрга кўпик ҳосил қилмасдан қўйилади. Турғун устунда қатъий вертикал цилиндр ўрнатилади ва сийдикка эҳтиёткорлик

билан урометр киргизилади. Урометрни киргизиш тугаганда унинг легонкаси юқоридан итарилади. Лекин суюқликдан юқори қисми курук қолиш керак. Урометр силжиши тугагандан сўнг сийдикнинг нисбий зичлиги урометр шкаласида қайд этилади. Бу пастки миниска мос бўлиши керак. Сийдикни текширишда оксиллар миқдорини аниқлаш учун сифатли ва миқдорий усуллардан фойдаланилади. Сийдикни сифатли миқдорини аниқлаш учун кўпинча сульфосалицин кислота синамаси ва азот кислотали Геллер қайнатиш синамасидан кенг қўлланилади. Сульфосалицин кислота синамаси-сийдикда оксил борлигини билдирувчи энг самарали усул. Пробиркада 3-5мл сийдикка сульфосалицин кислотадан 1мл сийдикка 4 томчидан хисоблаб соламиз. Бу ҳолатда сийдик оксил хисобига сульфосалицин кислота қўшгандан кейин лойқа ҳосил бўлади. Натижа лойқаланишнинг интенсивлигига боғлиқ. Геллер синамаси қуйидагича ўтказилади: нисбий зичлиги 1.20 булган, 30% ли 1-2 мл азот кислотасидан эҳтиёткорлик билан бир нача мл сийдик қўшилади. Сийдикда оксил 0.033 г/л ва иккала суюқликда чегараси кўп бўлса оксилли ҳалқа ҳосил бўлади. Бунга мусбат синама деб баҳоланади. Қайнатиш синамасида фақатгина сийдикнинг рН 5.6 бўлса ишончли натижа беради. Бу синама Рупперт модификациясига Банга ацетат буфери билан ўтказилади ва бунга 56.5 мл музланган сирка кислота, 118 гр кристалл натрий сирка кислотасини 1мл сувга эритилади. 1-2мл Банга буферига 5 мл сийдик қўшилади ва ½ қайнатилади. Сийдикда оксил бўлса лойқаланиш ҳосил бўлади. Сийдикда оксилни сифатли усулда аниқлаш учун кўпинча Брангберг-Роберт-Стольникова усулидан фойдаланилади. У Геллернинг сифатли синамасига асосланган ва сийдикда оксил 0.033г/л ва ундан юқори миқдори аниқланади. Пробиркалар қатори тайёрланади, сийдик, оксил миқдори физиологик эритма ёки сув билан аралаштирилади, суюқлик чегарасида деярли оксилли ҳалқа ҳосил бўлмаган бўлади. Ҳалқа 2 ва 3 дақиқа ўртасида оксил миқдори 0.033г/л ни билдиради. Агар ҳалқа 2 дақиқадан олдин ҳосил бўлса, сийдикка сув қўшилади. Кўп сийдик қўшилса ҳалқа

ҳосил бўлади, оксил миқдори 0.033г/л беради. Охирги пробиркада сийдикни қўшиш босқичида уни 0.033г/л га кўпайтирилади ва бутун сийдикда оксил концентрацияси чиқарилади.

Қон ва сийдикнинг биохимик таҳлили. Қон ва сийдикнинг биохимик таҳлилида асосий маълумотлар сифатида қон зардобидоғи ва пешобдоғи  $\alpha$ -амилаза (диастаза) миқдори бўлиб унинг аҳамияти шундаки касалликнинг бир кўриниши паротит панкреатитини ташхислаш ва дифференциал ташхисотида ва касалликнинг оғирлик даражаларини аниқлаши ва даволашда катта аҳамият касб этади. Нормада: 10-490 МЕ/л, ёки 44мг/сл ни ташкил қилади. Гиперамилазурия эса паротит паротит панкреатитида кузатилиб нормага нисбатан 2-7 баробаргача ошиши мумкин бу ҳолат касалликнинг оғирлик даражаси, асоратининг ривожланиши, касалликнинг кунига бевосита боғлиқ бўлади.

Одам организмида  $\alpha$ -амилаза (диастаза) ошқозон ости беши суюқлиги ва сўлакда ажратилади унинг активлиги жигар ҳамда склет мушакларида ҳам активликка эга ҳисобланади. Диастаза ( $\alpha$ -амилаза) қон плазмаси ва сийдикда аниқланади. Амилазанинг икки С сўлак ва П панкреатик изофермен қисмлари фарқланади.

Қон плазмасида  $\alpha$ -амилаза (диастаза)- Нормада – 25-220 МЕ/л, ёки 3,3-8,9 мг/с-л. кўратгичда бўлиб паротит панкреатитида 2-5 баробаргача ошади.

Ферментларнинг аниқланиши:  $\alpha$ -амилаза [ $\alpha$ -(1.4)-глюкан-4-глюканогидлаза, КФ3.2.1] гидролизланувчи ички, 1.4- $\alpha$ -гликозиди крахмал, гликоген ва бошқа глюкоза полимерлари билан боғланувчи фермент бўлиб ҳисобланади. Инсон организмида  $\alpha$ -амилаза (диастаза) асосан ошқозон ости ва сўлак безлари манбаа бўлиб ҳисобланади. Кўплаб изоформалар одам организми тўқима ва суюқликларида ажратилади унинг гетероген посттрансляцион икки қисми бўлиб Аму-1 ген локусида, амилазанинг сўлак типи(С), Аму-2 ген локусида панкреатик типи (П) храмасомада жойлашади. Изоамилазалар П ва С лар бир неча

аминокислоталар, углеводлардан ташкил этади. Изоамилазанинг (П) типи фақат ошқозон ости безида ҳосил бўлиб панкреоэктомия бўлганларда бу изофермент аниқланмайди. Изоамилазанинг (С) типи эса бошқа орган ва тўқималарда кам синтезланади, фаллопий найлари, тухумдонларда  $\alpha$ -амилазанинг бу қисми аёллар жинсий тўқималарида специфик ҳисобланади ва энг актив бўлади, у аёл ва эркак организмда идентифик бўлиб соғлом одам қон зардобиди аниқланмайди у она сути орқали ажратилади. Диастаза ( $\alpha$ -амилаза)нинг клиник ахамияти-қон зардобиди  $\alpha$ -амилаза кўп ҳолларда панкреатитда аниқланилади у касалликнинг биринчи 3-12 соатида ошади, максимал дозага эса касалликнинг 20-30- соатларида аниқланилади ва одатда 4- кунда нормага тушади. Диастаза ( $\alpha$ -амилаза)ни сийдикдаги активлиги касалликнинг 6-10 соатларида ошади ва 3- кундан норлага қайтади. Диастаза ( $\alpha$ -амилаза)нинг миқдоридидаги ўзгариш маълум касалликлардагина эмас балки кўплаб яллиғланиш касалликларда ҳам ошиши ҳозирги кузатувларда аниқланган.

Диастаза ( $\alpha$ -амилаза)нинг аниқлаш усуллари: Диастаза ( $\alpha$ -амилаза)ни аниқлаш 100 йиллардан бери маълум бўлиб унинг 300 дан ортиқ усуллари бўлиб асосида 3 усул ётади булар 1.Хромоген 2.Аминокислотали 3.Глюкокластик

Аминокислотали метод-бу усулнинг асосида диастаза ( $\alpha$ -амилаза)нинг крахмал субстратининг турбодиметрик, йодометрик, нефелометрик парчаланиши принциплари ётади. Йодометрик принцип асосида гидролизланмаган субстратларнинг йод билан реакцияга киришиб ранг ҳосил бўлиши бўлиб декстринлар 30 гексозали қолдиқ бўлса қизил ранг беради, қолдиқ 4-5 гексоз бўлганда йод билар реакцияси ранг намоён қилмайди. Ферментнинг активлиги гидролизланишдан кейинги субстратларнинг оптик зичлигига асосланиб аниқланилади.

Хромоген усул-бунда эримайдиган полисахарид (крахмал, амилопектин, амилоза)ларнинг бўёқлар билан боғланишига асосланилади. Диастаза ( $\alpha$ -амилаза) субстратлар билан реакцияга киришади ва эрийдиган хромоген

ҳосил қилади ва эримайдиган сустратлар цетрафугадан кейин ажратилади оптик зичлиги билан ажратилади ферментнинг активлиги стандарт ёки кантрол зардоб орқали хромоген субстратларни гидролизланиш кучига қараб аниқланилади.

Глюкокластик усул-охирги пайтларда қандли усулда фойдаланилиб бунда реакция махсулотлари глюкоза асосида аниқланилади. Субстрат ва фермент реакциясида глюкоза ҳосил бўлади ва бу УФ-спектроскоп орқали таҳлил қилинади.

Орқа мия суюқлиги (агар кўрсатма бўлса) таҳлили.

Орқа мия суюқлиги паротитнинг оғир ва нерв (менингит, менингоэнцефалит) шакллариининг ташхисотида фақат клиник кўрсатма бўлгандагина ва касалнинг аниқ ташхисотида амалга оширилади.

Бемордан ликвор олишнинг учта усули бор: Бел соҳасида пункция қилиш; Субокципитал цистернани пункция қилиш; Мияни ён қоринчаларини пункция қилиш. Бел соҳасини пункция қилиш усули.

Пункцияни операция ёки муолажа хонасида, беморнинг ётган ёки ўтирган ҳолатида қилинади. Пункцияни ётган ҳолатида қилинадиган бўлса, бемор ўнг томонига ётади, оёқларини тизза бўғимларида букиб, сонларини имкони борича максимал ҳолатда қоринга яқинлаштиради. Энгагини кўкрагига етгунга қадар бошини олдинга эгилади. Пункция қилиш жойини аниқлаш учун иккала ёнбош суяқларининг қанотидан тўғри чизиқ (Якоб чизиғи) ўтказилади ва бу чизиқнинг умуртқа поғонасига нисбатан кесишиб ўтган ери III ва IV бел умуртқаларининг оралиғига тўғри келади. Пункция III ва IV ёки IV ва V бел умуртқаларининг қиррали ўсимталари оралиғида қилинади. Пункция қилинадиган ерга оғриқни камайтириш учун 0,5 – 2% новокаин эритмаси юборилади. Пункцияни махсус мандренли нина билан қилинади. Чақалоқ болаларда пункция қилишда венага дори юбориладиган игнадан фойдаланилади. Теридан, бойламдан ва қаттиқ пардадан ўтгандан кейин қаршилик йўқолади ва бамисоли нина чуқурга тушгандек хис пайдо бўлади. Бу эса игнани

ликвор бўшлиғига тушганидан далолат беради. Ликвор чиқиши билан унинг босими ўлчанади ва текшириш учун 4-10 мл ликвор олинади.

Орқа мия суюқлигининг таркиби.

Ранги – тиниқ, рангсиз.

Босими – 100-150 мм сув устуни (ётган ҳолатида) га тенг.

240-280 мм сув устуни (ўтирган ҳолатида) га тенг.

Солиштира оғирлиги – 1006-1007, Оқсил – 0,2-0,3 проц.

Албумин-Глобулин I Орқа мия суюқлигида – 3-5, Қанд – 42-60 мг проц.

Хлоридлар – 230-730-мг проц. Калий – 14 мг проц. Натрий – 320-350 мг проц.

Кальций – 6 мг проц. Магний – 2,7 мг проц. Фосфор – 1-2 мг проц.

1. Ликворнинг босими ўлчанади: беморни ётган ҳолатида ликворнинг босими 100-150 мм сув устунига тенг, ўтирганда 240-280 мм. Суюқлик нинадан бир дақиқада 60 томчи томади.

2. Ликвородинамик усуллар.

а) Квекенштедт тажрибаси: соғлом кишиларда бўйнидаги бўйинтирик венани сиққанда ликворнинг босими ошади. Пункция қилган ердан юқорида тўсиқ (блок) бўлса, ликвор босими ўзгармайди, буни мусбат (положительная) натижа дейилади, агар босимнинг кўтарилиши кам бўлса, ёки монометр капиллярида ликворнинг босими аста-секин кўтарилса ва шундай пастга тушса, унда қисман блок борлигини кўрсатади.

б) Стуккей тажрибаси: кўл билан беморнинг қорни босилади, натижада чуқурдаги веналарда босим кўтарилади. Шу вақтда пункция қилган жойдан пастда ёки озгина юқорисида блок бўлса, ликвор босими ўзгармайди, буни мусбат (положительная) натижа дейилади.

3. Ликворнинг физик-кимёвий хусусияти - суюқлик тиниқ ва рангсиз.

4. Хужайраларнинг сони (нормал суюқлик 1 мм<sup>3</sup> да 3-5 гача) лимфоцитлар бўлади. Хужайралар сонини Розенталь ёки Гордеев камерасида ҳисобланади.

5. Ликворни биохимик текшириш.



Бош ва орқа мия суюқлигида нормада 0,2-0,3 % оксил бўлади ва иккита фракциядан: альбумин ва глобулинлардан (1:1) тузилган. Глобулинларни текшириш амалий аҳамиятга эга бўлиб, электрофорез усули билан ёки махсус Нонне-Апельт ва Панди реакциялари ёрдамида аниқланади.

Панди реакцияси – 0,5-1 мм 15% карбол кислотасини тўйинган эритмасига бир томчи ликвор томизилади, 3 дақиқа ўтгандан кейин лойқаланиш пайдо бўлади, лойқаланиш даражасини крест сони билан (1 дан 4 гача) белгиланади.

Роберто-Стольников усули билан умумий оксилнинг миқдори аниқланади. Бунинг учун бир неча пробиркага хар хил даражада суюлтирилган ликвор бир хил миқдорда қуйилади. Суюқлик устига концентратланган азот кислотаси қуйилади. Хулосаси уч дақиқада баҳоланади. Иккита суюқлик ўртасида лойқа – оқ халқа пайдо бўлса, оксилнинг миқдори 0,033% га тўғри келади. Олинган оксил миқдорини неча марта ликворни суюлтирилган сонига кўпайтириб, умумий оксил миқдори аниқланади.

Нонне-Апельт реакцияси ёрдамида ликвордаги оксилнинг глобулин фракцияси аниқланади. Бир хил ҳажмдаги тўйинган аммоний сульфат суюқлигини ликвор билан пробиркада аралаштирилади ва бу аралашманинг лойқаланишига қараб, глобулинларни миқдори аниқланади ва крестлар сони билан белгиланади (1дан 4 гача).

Данго коллоидли олтин.

Сунъий тайёрланган олтин эритмасининг тўйғунлигини патологик ликвор хусусияти билан бузишга асосланган. Олтин коллоид реакцияси олтин эритмаси ҳамда турли хил суюлтирилган ликвор билан қилинади.

Қандни текшириш

Ликвор таркибида меъёрда қанднинг миқдори 42-60 мг га тенг.

6. Иммунобиологик реакцияси

Ликворда Вассерман, Канн, Закс-Георги реакциялари аниқланади.

Мия цистицеркозининг диагнози - Возная реакцияси асосида қўйилади. Асаб тизимининг бруцеллез касали Райт реакцияси ёрдамида рад қилинади. Булардан ташқари орқа мия суюқлигида бактериологик текширишлар қилинади. Микроскоп остида кўрилади, ликворни эса овқатланиш муҳитига экилади. Айрим ҳолларда ликвор вирусологик лабораторияда текширилади.

Патологияси: Мия пардаларининг йирингли яллиғланишида (йирингли менингитда) орқа мия суюқлиги лойқаланади. Тўр парда ости бўшлиққа қон қуйилганида ликворни ранги қизғиш, бош миянинг айрим ўсмаларида эса сарғишроқ (ксантахром) бўлади. Яллиғланиш жараёнларида шаклий элементларнинг (плеоцитоз) кўпайишидан ташқари бошқа элементлар (плазматик хужайралар) ҳам пайдо бўлади. Юқумли менингитларда, айниқса сил менингитида ликворда қанд миқдори камаяди. Унинг миқдори эпидемик энцефалит, қоқшолда (столбняк) кўпаяди. Ликворда оқсиллар кўпайиб, хужайралар сони эса ўзгармасдан қолишига, оқсил-хужайра (белково-клеточная) диссоциацияси дейилади. Бу эса ўсмаларда, орқа миянинг тўр ва юпқа пардаларининг яллиғланиши (арахноидит), тўр парда ости бўшлиғининг бутунлай беркилиб қолганида (блок) кузатилади. Менингоэнцефалитда, менингомиелитда ва менингитларда бир вақтнинг ўзида хужайралар сонини ва оқсилни кўпайиши (гиперпротеиноз) кузатилади.

Жуда кўп нейроинфекцияларда хужайралар миқдори кескин кўтарилади, оқсил миқдори эса ўзгармаслиги мумкин, бунга хужайра – оқсил (клеточно-белковая) диссоциацияси дейилади.

Орқа мия суюқлиги паротит менингитида ва менингоэнцефалитида рангсиз, цитоз юқори  $0.5 \times 10^6$  дан  $3 \times 10^6$ , лимфоцитар характерда. Оқсиллар миқдори 0.99 дан 1.98 гр/л, глюкоза ва хлоридлар нормада, Панди реакцияси мусбат ёки кучсиз мусбат бўлади.

## II боб хулосаси

Хулоса қиладиган бўлсак биз олиб бораётган ишимиз 1-сон Тошкент Шахар Юқумли Касалликлар Клиник Шифохонаси эпидемик паротит (тепки) ва ренимация бўлимларида 2012-2015 йилда эпидемик паротит (тепки) билан мурожат қилган, анамнестик, клиник, лабаратор тасдиқланган ва даволанаётган 40 та беморда таҳлил ва кузатувлар натижасида олиб борилди.

Бизнинг текширувимиздаги 40 та эпидемик паротит билан оғриган болаларда ёш бўйича тақсимотида 6 ойдан-3 ёшгача бўлган болалар 10% ни -4 та беморни, 3-7 ёшгача бўлганлар 25% ни-10 та бемор, 8-18 ёшдаги бемор болалар эса 65%ни 26 та беморни ташкил қилди.

Даволашни амалий ўтказиш учун кузатувимиздаги барча беморлар иккита гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1 – гуруҳ – фақат эпидемик паротит(тепки) қарши умум қабул қилинган даволаш усуллари билан даволанган ва йўлдош касаллаиклари йўқ 20 нафар бола; 2 – гуруҳга – эпидемик паротит(тепки) қарши умум қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар( Виферон шамча ) қўшимча сифатида киритилган ва йўлдош касалликлари бор – 20 нафар бола.

Олинган натижаларимизнинг таҳлилидан беморларнинг жинс бўйича хусусиятларида касалланганларнинг 30% қиз болалар(12 та бемор ) ва ўғил болалар 70% (28та бемор) ташкил қилди Беморларда анамнестик, эпидемиологик маълумотлар беморлардан ва тасаллик тарихини ўрганиш орқали тўла йиғилди ва маълум текширувлар орқали ўрганилди.

Касалликнинг оғирлик даражасини қуйдаги критерийлар билан билгиланилади. Безларнинг зарарланишининг тарқалиши (бир ёки бир неча безларнинг зарарланиши), безлар зарарининг кучлилиги (шишиши, катталашиши, оғриқлилиги). МНС зарарланишининг даражалари (менингиал ва менингоэнцефалититик сиптомларнинг кучлилиги даражаси).Умумий захарланиш белгиларининг даражаси .

## **III БОБ. ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИНГ МУХОКАМАСИ**

### **3.1 Болаларда эпидемик паротит инфекцияси турли клиник шакллариининг замонавий шароитда кечиш хусусиятлари**

Бутун дунё миқёсида юқумли касалликлар кенг тарқалган ва ҳар қандай ёш ва жиснингда ахмяти йўқ, аммо болалар юқумли касалликлари жаҳонда ва юртимизда ҳам долзарб муаммо ҳисобланади, негаки ёш авлод ҳар қандай давлат ва жамиятнинг келажаги ва таянчидир. Дунёда ва юртимизда юқумли касалликларга қарши кураш ва уларнинг олдини олишга катта эътибор қаратилмоқдаки баъзи касалликлар камайиб баъзилари умуман учрамаётган бўлсада, аммо айрим юқумли касалликларнинг кечиш шакллари, клиник формалари, асоратларининг ўзига хос кечиши касалликларнинг замонавий шароитда кечиш хусусиятларини ўрганишни ва уларга янгича ёндошувни талаб этмоқда. Шу қаторида болаларда эпидемик паротит(тепки) касаллигини замонавий шароитда клиник кечишини кўриб чиқишга ҳаракат қилдик бу борада 1-Шахар Юқумли Касалликлар Клиник Шифохонасида 2012-2015 йилларда “Эпидемик паротит”, “Реанемация” бўлимларига мурожат этган ва даволанаётган 6 ойликдан-18 ёшгача бўлган 40 та бемор болалар ажратиб олинди ва ўрганилди, бунда касалланишнинг ёш бўйича тақсимланиши 3.1.1 жадвалда келтирилган.

Жадвалдан келиб чиқаяпдики 6 ойликдан-3ёшдагиларга нисбатан 3-7 ёшлилар 2.5 марта кўпроқ, 8-18 ёшдагилар эса 6.5 марта кўроқ. Касалланиш кўрсаткичи энг юқориси 8-18 ёшдаги болаларда кузатилмоқда.

**Эпидемик паротит билан оғриган бемор болаларнинг ёш бўйича  
кўрсатгичи**

Бемор болалар ёши	Сони	Фоиш(%) кўрсатгичи
6 ойликдан-3 ёшгача бўлган болалар	4 та	10%
3-7 ёшгача бўлган болалар	10 та	25%
8-18 ёшдаги бемор болалар	26 та	65%

Бунда бизнинг хулосамиз касалликнинг олдини олиш мақсадида мамлакатимизнинг миллий календарига асосланиб болалар 12 ойлигида ва 6 ёшлилигида эмлашни (КПК) олиши керак аммо баъзи (мед атвод, ўткир касалликлар, ота-оналарнинг эътиборсизлиги) сабабларга кўра эмлашларни ва қайта эмлашни ўз вақтида ёки умуман олмаслик натижасида касалланиш ва унинг ёш бўйича юқоридагича кўрсатгичи кузатилди. Паротит инфекциясида қайта эмлаш ўтказиладики у организмдаги антителалар титирини, миқдорини юқори даражада сақлаб туриш ва мустахкамлашга хизмат қиладики, шундан қайта эмлашни ўз вақтида ўтказишни тامينлаш керак. Яна бир сабаб касалликка қарши эмлангандан сўнг касалликка қарши ҳимоя кучлари, антителаларнинг кучи ва миқдори 5-7 йилларда нисбатан камаяди ва сусаяди ва эпидемик кўтарилиш ҳам 5-10 йилни ташкил этиши бу бизнинг кузатувимиздаги беморларнинг 8-18 ёшлилардаги касалланиш кўрсатгичининг юқорилигини асослайди.

Касаликнинг жинс бўйича кечиши кўрсатгичлари 3.1.2 жадвалда келтирилган.

**Эпидемик паротит билан оғриган бемор болаларнинг жинс бўйича  
хусусиятлари**

Жинси	Сони	Фоиш(%) кўрсатгичи
Қиз болалар	12 та бемор	30%

Ўғил болалар	28та бемор	70%
--------------	------------	-----

Хулоса қиладиган бўлсак қиз болаларга нисбатан ўғил болалардаги касалланиш 2 марта кўпроқ касалланиш учрамоқда, буни баъзи адабиётлардаги ўғил болаларда касалликка қарши эмлашдан кейинги ҳосил бўлган иммун комплексларнинг даражаси, кучининг фарқланиши ва касалликнинг оғирлик даражасининг қиз болаларда енгил даражаларда кечиши ва мурожатларнинг нисбатан камлиги билан боғласак бўлади.

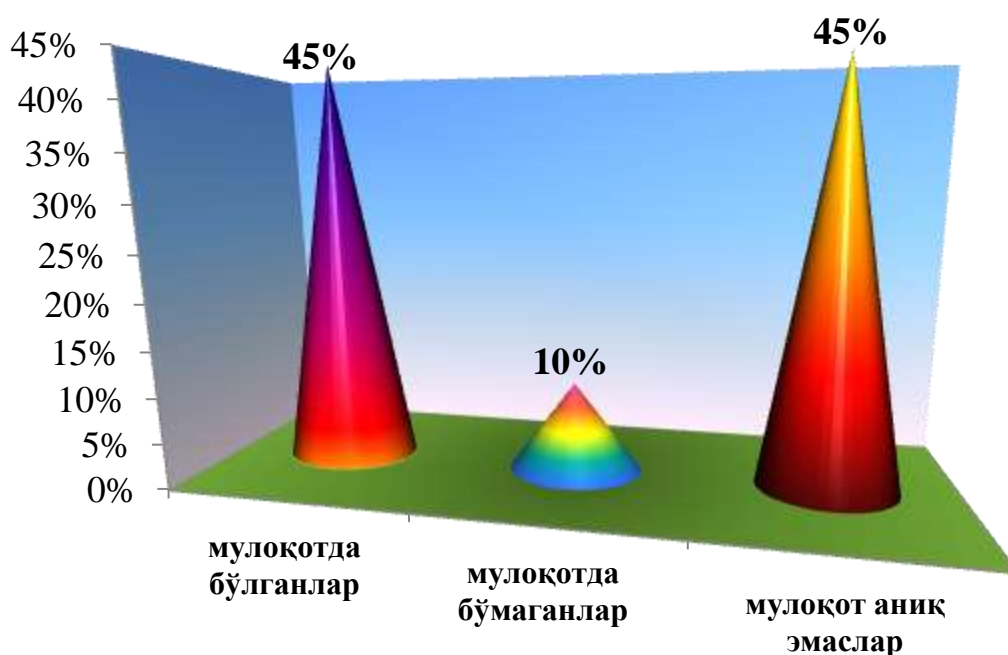
Эпидемик паротитда ҳам бошқа юқумли касалликлардаги каби продромал давр ва яширин даврдан сўнг авж олиш ёки клиник симптомлар юзага чиқдики бу даврларнинг аввалида касалликнинг симптомлари бошқа касалликлар (ЎИК, ЎРК) билан фарқлаш нисбатан қийинлиги, ўхшашлиги беморларнинг ота-оналарини чалғишига ва касалликнинг эрта аниқланишига, даволашнинг кечикишига сабаб бўлади. Бу йўналишда бизнинг текширувимизда касалланишнинг қайси кунида касалхонага марожаатини текширдик бу 3.1.3 жадвалда келтирилади.

Жадвал 3.1.3

**Беморларнинг касалхонага мурожатлар, касалхонага жойлашиш вақти ва касалликнинг давомийлиги билан боғлиқлиги**

Беморларнинг касалхонага мурожатлар ва касалхонага жойлашиш вақти	Сони	Фоиз-да (%)	Касалликнинг клиник белгиларининг давомийлиги	
			7-10 кун	10 кундан ортиқ
Касалликнинг илк белгилари бошланиши билан	8	20	6	2
Касалликнинг 1-3 кунида	20	50	14	6
Касалликнинг 3-кундан узоқ, кечикиб ва қайта мурожатлар	12	30	4	8

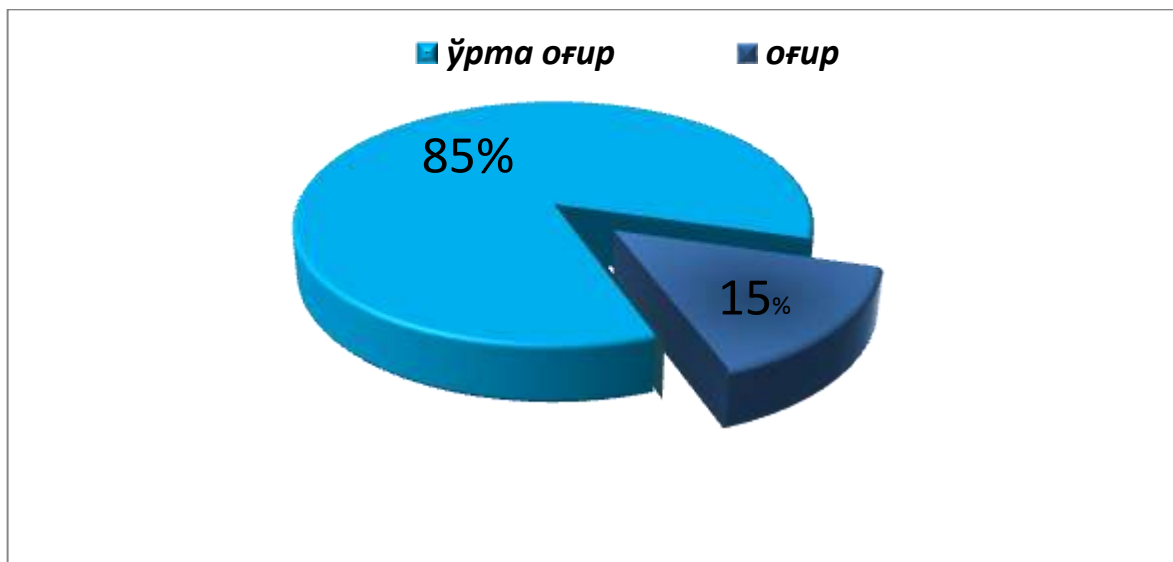
Хулоса қиладиган бўлсак беморларнинг касалхонага мурожатлар ва касалхонага жойлашиш вақти ва касалликнинг давомийлиги билан боғлиқлигида касалликнинг илк белгилар намоён бўлиши билан касалхонага ётқизилганларда касалликнинг клиник соғайиш вақти 7-10 кунда - 6та; 10 кундан ортиқ- 2 та беморда кузатилди. Касалликнинг 3-кунидан узоқ, кечикиб ва қайта мурожат қилганларда эса касалликнинг клиник соғайиш вақти 7-10 кунда-4та; 10 кундан ортиқ-8 та беморда кузатилди бу икки баробар кўпроқ бундан хулосамиз шундаки: Касалликни қанча эрта аниқлаб даво чора тадбирларини эртароқ бошласак беморларнинг клиник соғайиши ва актив ҳаёт маромига қайтиши шунчалик тезроқ кузатилади.



### 3.1.1 Расм. Эпидемик паротит билан оғриган бемор билан мулоқотига кўра кузатув

Беморларда эпидемиологик анамнезни ўрганиш натижаларига кўра касалликнинг юқишида эпидемик паротит билан оғриган бемор билан мулоқот борлиги аниқланган беморлар -18 та (45%); мулоқотда бўлмаганлар-4 та (10%) бемор ва мулоқотни аниқ билмайдиганлар-18 та (45%) беморни ташкил қилди, бундан келиб чиқадики касалланишда

мулоқотнинг ўрни катта (мулоқотни аниқ билмайдиганларни мулоқотга киритсак). Бунда касаланишни камайтириш мақсадида мактаб ва боғчаларда касалликни аниқлаш ва унинг олдини олиш мақсадида касалланганларни алохидалаш, даволаш ва мулоқотдагиларни кузатувга олиш ишларини жадал сураётларда, кечиктирмасдан олиб бориш керак.



### 3.1.2. Расм. Беморларни касалликнинг оғирлик даражалари бўйича тақсимланиши

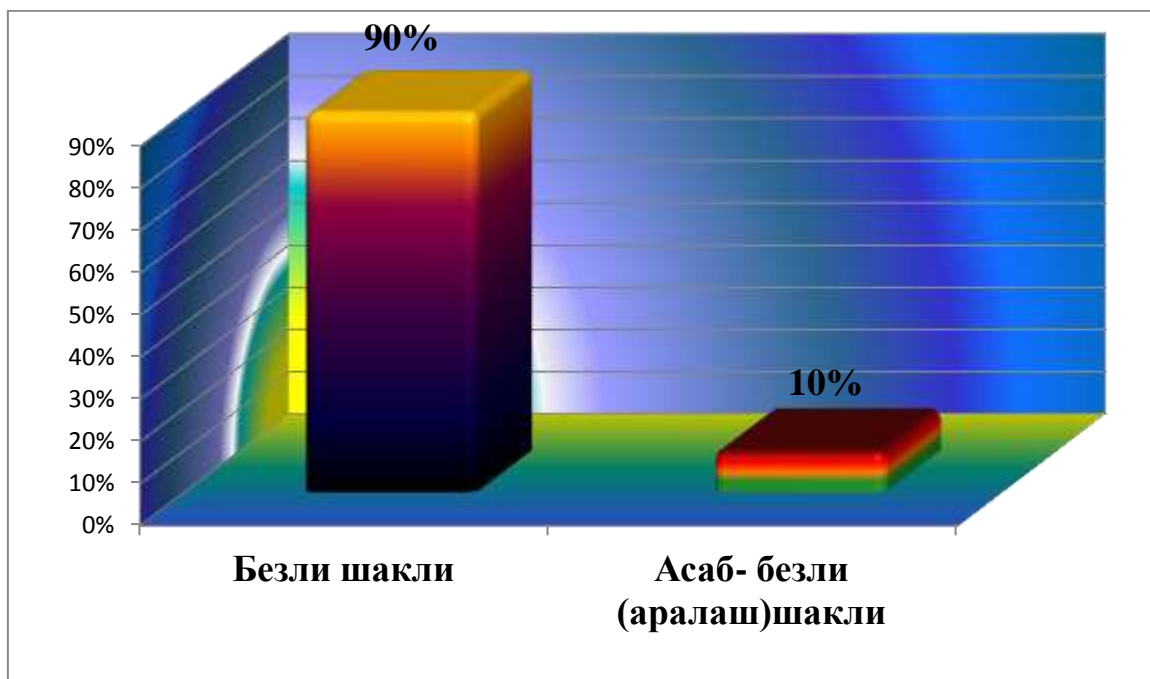
Касалликнинг оғирлик даражасини қуйдаги критерийлар билан билгиланилади: Безлар зарарланишининг тарқалиши (бир ёки бир неча безларнинг зарарланиши), безлар зарарланишининг кучлилиги (шиши, катталаниши, оғриқлилиги). МНС зарарланишининг даражалари (менингиал ва менингоэнцефалитик сиптомларнинг кучлилиги даражаси).

Умумий захарланиш белгиларининг даражаси (тана температурасининг баландлилиги, умумий аҳволнинг бузилишлари) ҳисобга олиниб. Касаликнинг оғирлик даражаларига кўра беморларнинг тақсимланишида бемор болаларнинг 6 тасида касалликнинг оғир кечуви, 34 та беморда эса касалликнинг ўрта оғирликда кечуви кузатилди (Расм 3.1.2). Бу бизнинг кузатувимиздаги беморларда касалликнинг оғир кечуви тақрибан 6 баробар касаликнинг ўрта оғир кечувига нисбатан кам учрашини аниқладик, бу мамлакатимизда касалликларни олдини олиш,



эрта аниқлаш ва жaxon стандартлари асосида сифатли тиббий хизматнинг мавжудлигидан деб бахо берсак бўлади.

Эпидемик паротит касаллигининг клиник шакллари замонавий шароитдаги кечувида асосан манифест ва яширин шакллари кенг учрамоқда. Касалликнинг клиник шакллари пейзажи 3.1.3 расмда ва 3.1.4 жадвалда келтирилади.



3.1.3. Расмда. Эпидемик паротит касаллигининг клиник шакллари

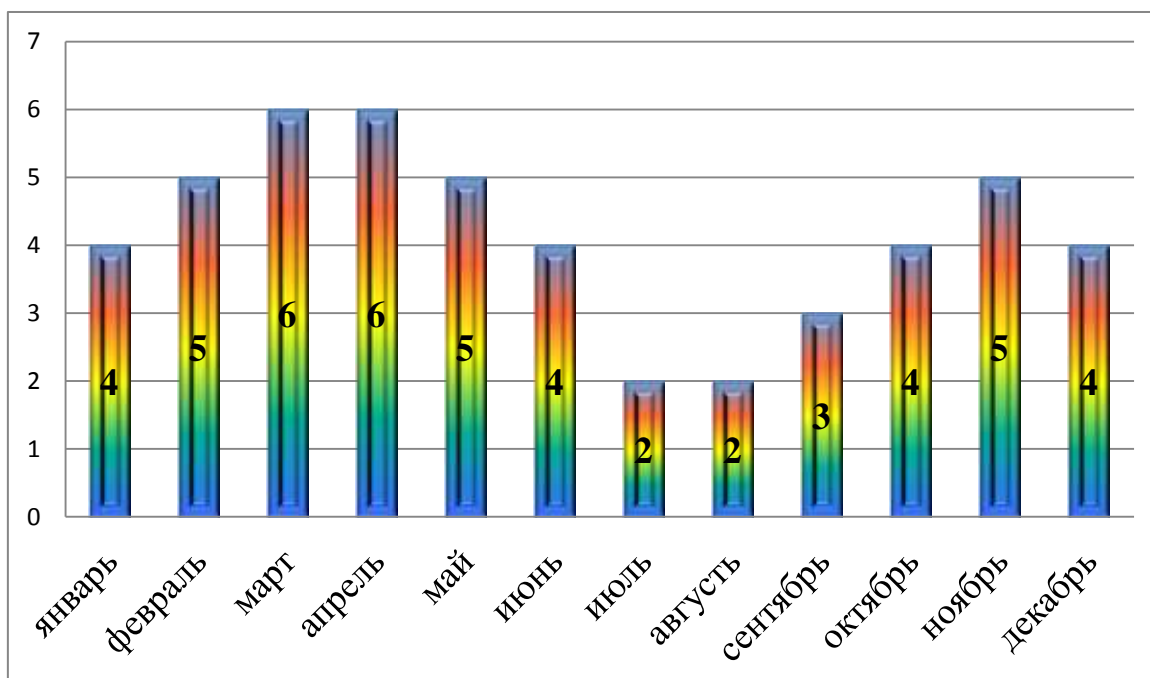
Жадвал 3.1.4

#### Касалликнинг клиник шакллари пейзажи

Касалликнинг клиник шакллари	Касаллар сони	Фоиз да(%)
Аралаш шакли	3	7,5
Сўлак безларини зарарланиши+панкреатит		
Сўлак безларини зарарланиши+ менингит	4	10
Безли шакли	12	30
Алохида кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши		
Жағ ости+тил ости сўлак безларини зарарланиши	4	10
Жағ ости+кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши	16	40
Сўлак безларини зарарланиши+орхит	2	5

Бизнинг текширувимизда эпидемик паротит касаллигининг замонавий шароитдаги турли клиник шакллари кечишида касалликнинг асаб-безли шакли 10%- 4 бемор болада, безли шакли 36 та бемор -90% да. Сўлак безларини зарарланиши+панкреатит-3та бемор,

Сўлак безларини зарарланиши+менингит-4 та, Алохида кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши-12 та , Жағ ости+тил ости сўлак безларини зарарланиши-4 та , Жағ ости+кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши-16 та, Сўлак безларини зарарланиши+орхит 2 та беморда кузатилди, бундан хулоса қиладиган бўлсак касалликнинг асаб - безли шакли фақат безли шаклига қараганда 9 баробар кам кузатилди бу касаллик вирионларининг жойлашиши ва тропилиги ва макро ва микроорганизмнинг ҳозирги пайтдаги оптимал ҳолати билан боғласак бўлади. Касалликнинг шакллари орасида алохида кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши ва жағ ости+кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши кўпроқ учраши аниқландики, бу касаллик кўзгатувчисининг тропилиги ва организмдаги химоя кучлари ва захараларининг ҳолати билан боғлиқ.



3.1.4. Расм. Болаларда эпидемик паротит касаллигининг мавсумийлик кўрсаткичлари.

Эпидемик паротитда эмлашдан олдинги даврда мавсумийлик: Эпидемик паротит инфекциясига аниқ мавсумийлик хос ҳисобланади. Максимал касалланиш апрель, минимал касалланиш сентябрда кузатилади. Баъзи адабиёт маълумотларига асослансак шимолий ярим шарда жойлашган давлатларда максимал касалланиш баҳорда, нисбатан камроқ ёз-кузга тўғри келса жанубий ярим шардаги мамлакатларда тескари максимум кузда, минимум баҳорга тўғри келади.

Алоҳида ҳолатларда маълум каллективдаги касалликларнинг спорадик шаклларда ҳам кузатилади. [8,14,25]. Аммо касалликка қарши эмлашнинг бошлангандан сўнг мавсумийлик нисбий тушунча бўлиб бормоқда 3.1.4 расмда берилгандагидек.

### **3.2 Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг йўлдош касалликлар фониди кечиши**

Инсон организми бу бир бутун системаки унинг бир кичик детали, қисмининг носозлиги натижасида баъзида кечаётган жараёнлар умуман бошқа натижа ва кўриниш касб этиши мумкин, шу сабабли биз текширувимизда болаларда эпидемик паротит касаллигининг қўшимча ёхуд йўлдош касалликлар билан қай тарзда кечишини ўргандик. Бизнинг текширувимиздаги беморлар орасидаги йўлдош касалликлар ҳақидаги маълумотлар 3.2.1 жадвалда.

Жадвал. 3.2.1

#### **Ҳамроҳ ва қўшимча касалликларнинг структураси ва сони**

<b>Қўшимча касалликлар</b>	<b>Жами беморлар n = 20</b>
Камқонлик	18 (90%)
Ортиқча вазн	16 (80%)
Рахит	12 (60%)
Экссудатив катарал диатез	2 (10%)

Аллергик касалликлар	4 (20%)
Сурункали тонзиллит	10 (50%)
Бошқа юкумли касалликлар(гепатит А)	1 (5%)

Болаларда эпидемик паротит касаллигининг кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар билан қай тарзда кечишини ўрганишда касалларимизни преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлари бор беморлар болалар 1 гуруҳ- 20 та бемор болалар(кузатув гуруҳи), кўшимча ёхуд йўлдош касалликлари йўқ 20 та бемор болаларлар 2 гуруҳ(асосий) қилиб олинди.

Жадвал 3.2.2

**Эпидемик паротитнинг ҳамроҳ касалликлар билан кечишида  
оғирлик даражасининг ва клиник шаклларининг 1 ва 2 гуруҳдаги  
солиштирма ҳолати**

Касалликнинг оғирлик даражалари ва клиник шакллари	1- гуруҳ n-20	2-гуруҳ n-20
Ўрта оғир кечуви	12(60%)	18(90%)
Оғир кечуви	8(40%)	2(10%)
Асаб-безли шакли	4(20%)	2(10%)
Безли шакли	16(80%)	18(90%)
Сўлак безларини зарарланиши+панкреатит	2(10%)	1(5%)
Сўлак безларини зарарланиши+ менингит	3(15%)	1(5%)
Алохида кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши	4(20%)	8(40%)
Жағ ости+тил ости сўлак безларини зарарланиши	3(15%)	1(5%)
Жағ ости+кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши	6(30%)	9(45%)
Сўлак безларини зарарланиши+орхит	2(10%)	-

Юқоридаги 3.2.1 ва 3.2.2 жадвалларни кўриб хулоса қиладиган бўлсак бемор болаларнинг ажратиб олинган 1 гуруҳдаги 20 та бемор болалардан -18 (90%) да камқонлик, 16(80%)тасида ортикча вазн, 12(60%)тасида рахит, 2(10%)тасида экссудатив катарал диатез,

4(20%)тасида ҳар хил генезли аллергик касалликлар, 10 (50%)тасида сурункали тонзиллит, 1 (5%)тасида бошқа юқумли касалликлар(гепатит А) аниқланди. Эпидемик паротитнинг ўрта оғир кечуви 1- гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан 30%га кам, оғир кечуви эса 30%га кўпроқ, асаб-безли шакли 10% кўп, безли шакли эса 10%га камроқ кузатилди. Клиник шаклларидаги кўрсаткичлар 1- гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан сўлак безларининг зарарланиши+панкреатит шакли 5% кўп, сўлак безларининг зарарланиши+менингит 10%га кўпроқ, алоҳида қулоқ олди сўлак безларининг зарарланиши 20% кам, жағ ости+тил ости сўлак безларининг зарарланиши 10% кўп, жағ ости+қулоқ олди сўлак безларининг зарарланиши 15%га кам, сўлак безларининг зарарланиши+орхит 2 гуруҳда умуман учрамаган бундан кўринадикки тепкининг преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор бемор болаларда(1 гуруҳ) нисбатан оғирроқ(30%), асоратли шакллари кўпроқ(25%) ва асаб-безли шакллари кўпроқ(10%) кузатилар экан.

Эпидемик паротит касаллигида асосий клиник симптомларнинг гуруҳлардаги ҳолатини қиёслайдиган бўлсак жадвал 3.2.3. Бунда 1-гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан ҳолсизлик 5%га, иситмалаш 15%га, иштаҳанинг пасайиши 35%га, кўнгил айниши 25%га, қайт қилиш 20%га, қоринда оғриқ 25%га, инжиқлик 5%га, ич кетиш 2-гуруҳда умуман учрамаган, менингиал белгилар мусбатлилиги 5% га кўпроқ, битта сўлак безининг шиши 20%га камроқ, бир неча сўлак безларининг шиши 20%га кўпроқ, чайновда оғриқ 20%га кўп, Мурсон белгисиннинг мусбатлилиги 15%га ва оғиз қуриши белгилари 25% га кўпроқ эканлиги аниқланди бундан келиб чиқадикки, 1-гуруҳ (текширув, преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморлар гуруҳи) да касалликнинг асосий клиник белгилари ҳолсизлик, иситмалаш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, қоринда оғриқ, инжиқлик, ич кетиш чайновда оғриқ, Мурсон белгисиннинг мусбатлилиги ва оғиз қуриши белгилари нисбатан узоқроқ ва аниқроқ намоён бўлдики бу эпидемик паротитнинг преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош

касалликлар бор беморларда оғирроқ кечишини ва битта сўлак безининг шиши камроқ, бир неча сўлак безининг шиши эса кўпроқ кузатилишини кўрсатди.

Жадвал 3.2.3

**Эпидемик паротит касаллигида асосий клиник симптомларнинг гурухлардаги кийсий криниши**

Асосий клиник симптомлар	1-Гурух n-20	%	2-Гурух n-20	%
Ҳолсизлик	19	(95%)	18	(90%)
Иситмалаш	20	(100%)	17	(85%)
Иштаҳа пасайиши	15	(75%)	8	(40%)
Кўнгил айниши	8	(40%)	3	(15%)
Қайт қилиш	5	(25%)	1	(5%)
Қоринда оғриқ	7	(35%)	2	(10%)
Инжиқлик	14	(70%)	13	(65%)
Ич кетиш	2	(10%)	-	-
Менингиал белгилар мусбатлилиги	4	(20%)	2	(10%)
Битта сўлак безининг шиши	7	(35%)	11	(55%)
Бир неча сўлак безларининг шиши	13	(65%)	9	(45%)
Чайновда оғриқ	15	(75%)	11	(55%)

Мурсон белгисиннинг мусбатлиги	16	(80%)	13	(65%)
Оғиз қуриши	14	(70%)	9	(45%)

Жадвал 3.2.4

**Эпидемик паротит касаллигида 1-ва 2-гурухларда ётоқ кунлари ва клиник соғайиш кунларининг қиёсий кўриниши**

Гурухлар	Ётоқ кунлари			Клиник соғайиш кунлари		
	5 кунгача	5-10кун	10 кундан ортиқ	5 кунгача	5-10кун	10 кундан ортиқ
1-Гурух	2	12	6	3	11	6
%	10%	60%	30%	15%	55%	30%
2-Гурух	3	14	3	4	13	3
%	15%	70%	15%	20%	65%	15%

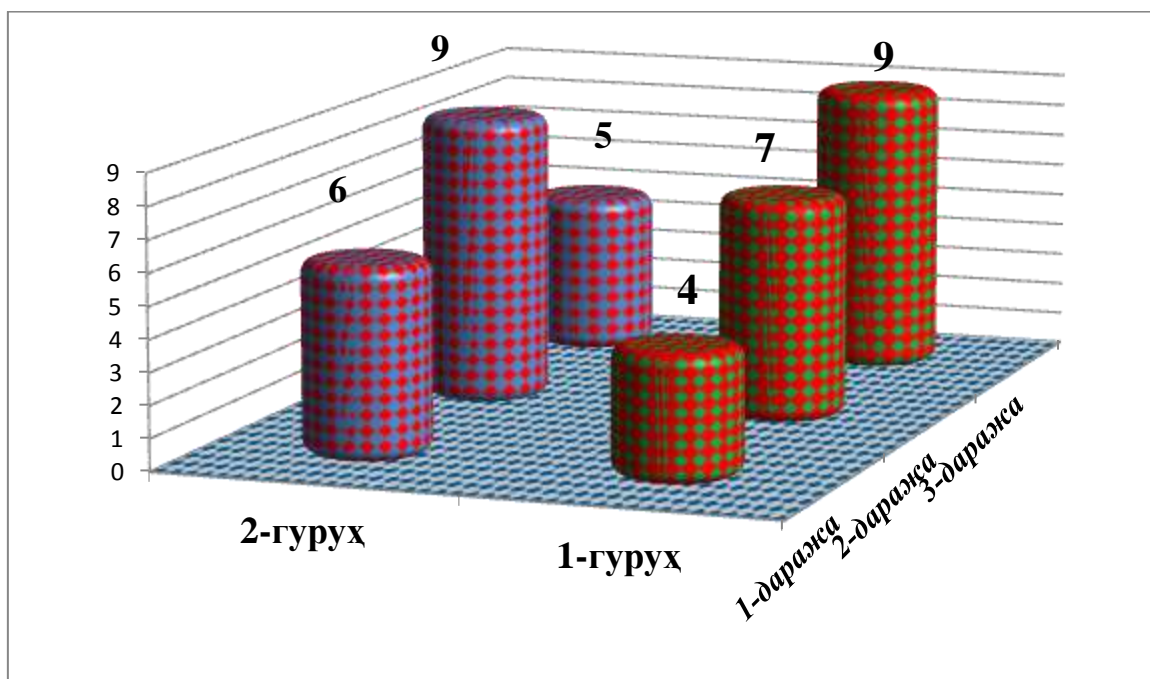
Эпидемик паротит касаллигида 1-ва 2-гурухларда ётоқ кунлари ва клиник соғайиш кунларининг қиёсий кринишини тахлилида: Ётоқ кунлри бунда 1- гурухда 2-гурухга нисбатан 5 кунгача ётганлар 5% кам, 5-10 кун ётганлар 10% камроқ, 10 кундан ортиқ ётганлар эса аксинча 15% кўпроқ бемор болаларнинг ётиб даво олганлиги. Клиник соғайиш кунлари: бунда 1-гурухда 2-гурухга нисбатан 5 кунгача 5%га кам, 5-10 кун 10%га камроқ, 10 кундан ортиқ вақтдагилар эса 15%га кўпроқ. Бундан хулоса қиладиган бўлсак эпидемик паротитнинг преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморларда нисбатан узоқроқ ётиб даволаниши ва касалликнинг бирламча клиник соғайиши нисбатан кўпроқ вақт талаб этилишини кўрсатди.

Болаларда эпидемик паротит касаллигининг асосий клиник симптоми ва касалхонинга муражаатга олиб келадиган белгиси бу сўлак безларининг катталашishi яни шиши, унинг 3та даражаси бўлади.

I-даража визуал деярли сезилмайди без бўлаклари даражасида, пальпацияда сезилади, унда юмшоқ, хамирсимон кансистенцияда, оғрик сезилар сезилмас даражада ёки умуман бўлмайди.

II-даражада сўлак безининг катталашishi кўришдаёқ сезилади асосан ён ёки орқа томонда яқолроқ кўринади. Шу соха териси таранглашади ва ялтирайди аммо ранги ўзгармайди. Пальпацияда I-даражага нисбатан қаттиқроқ ва босганда нисбатан кучлироқ оғрик кузатилади. Қулоқнинг юмшоғи шишади ва пасга томон осилади бу ассиметрия эрта диагностикада ахамятли ҳисобланади.

III-даражада шиш анча сезиларли даражада бўлиб ҳар хил ракурсдан ҳам сезиларли ҳолатда бўлади. Шиш нафақат қулоқ олди соха балки бўйин ва кўкрак сохасигача ёйилади.



### 3.2.1. Расм. Сўлак безларининг шиши даражаларининг 1-ва 2-гуруҳлардаги кечуви

Сўлак безларининг шиш даражаларининг 1-ва 2-гуруҳлардаги кечуви тахлилида(3.2.1 расм). Сўлак безларининг 1-даражадаги шиши 1-



гурухда 4 та бемор, 2-гурухда бта 1- гурухда 2-гурухга нисбатан 2та кўпроқ беморда, сўлак безларининг 2-даражадаги шиши 1- гурухда 7 та беморда, 2-гурухда 9 та беморда 1- гурухда 2-гурухга нисбатан 2 та кўпроқ бемор болада, сўлак безларининг 3-даражадаги шиши 1- гурухда 9 та бемор, 2-гурухда 5та 1- гурухда 2-гурухга нисбатан 4та беморга кўпроқ бундан хулоса қилсак эпидемик паротитнинг преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморларда сўлак безларинанг шиши 2-3 даражалари нисбатан кўпроқ кузатилдики бу организмнинг бир неча касалликларга қарши куришида химоя кучларининг нисбатан камлик қилиши билан ҳам изоҳланилади.

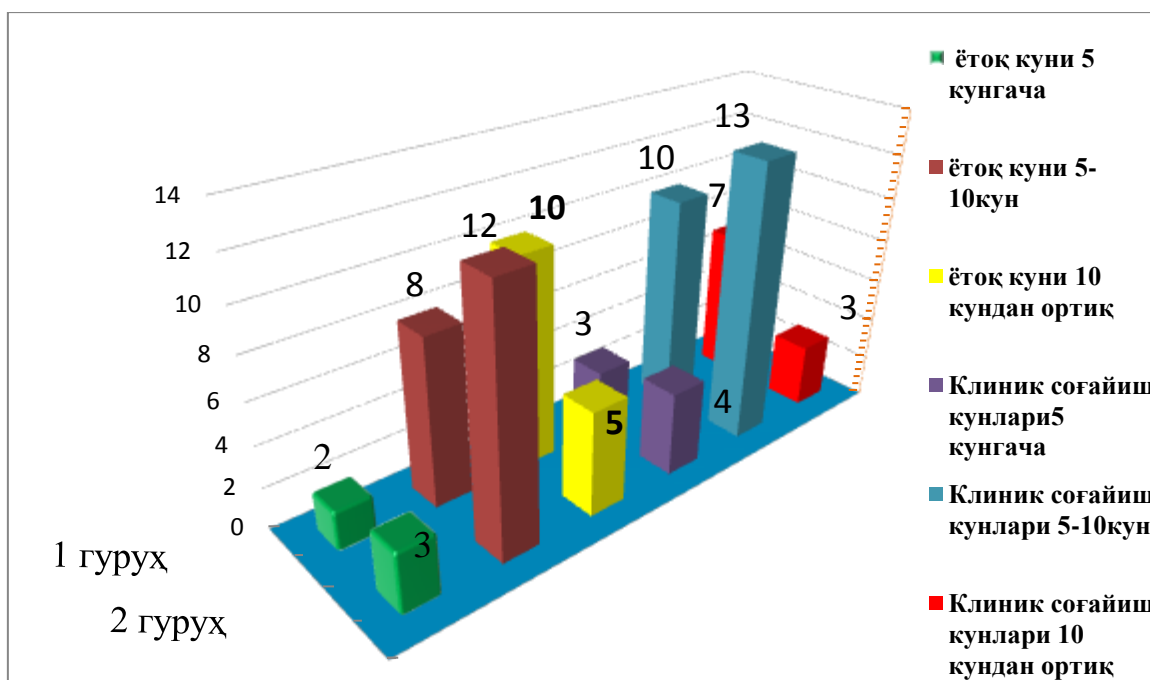
### **3.3 Болаларда эпидемик паротит давосининг замонавий шароитларда ўрганиш**

Болаларда эпидемик паротит(тепки) ташхисини кўйишда асосан анамнез маълумотлари, клиник симптомлар, клиник-лаборатор маълумотларга асосланган ҳолда кўйилди.

Барча беморларга тўлиқ клиник-лаборатор текшириш усуллари ўтказилган. Бу усулларга: умумий қон таҳлили, сийдик (асосан диастаза миқдор кўрсатгичи), ахлат текширувлари, ҳамда қон биохимяси (қон зардобиди диастаза кўрсатгичи), ликвор суюқлигини текшириш (Агар кўрсатма бўлса, яни касалликнинг асаб, асаб-безли шакллари ва сероз менингит ҳолатларида) киради.

Даволашни амалий ўтказиш учун кузатувимиздаги барча бемор болалар иккита гурухга бўлиб ўрганилди. 1–гурух – фақат эпидемик паротит(тепки)нинг умумумий қабул қилинган даволаш усуллари билан даволанган 20 нафар бемор бола; 2–гурухга– эпидемик паротит(тепки)нинг умумий қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлардан ( Виферон шамча ) кўшимча сифатида киритилган – 20 нафар бемор бола.

Бемор болаларнинг давосида виферон шамча сифатида 7-10 кун давомида 1 маҳал буюрилган.



### 3.3.1. Расм. Эпидемик паротит касаллигида 1-ва 2-гуруҳларда ётоқ кунлари ва клиник соғайиш кунларининг кўриниши

Эпидемик паротит касаллигида даво чора тадбирлари касалликнинг клиник шаклини, оғирлик даражасини, захарланиш белгиларини, беморнинг ёшини, касалликнинг даврларини, касаллик асоратлари оқибатини ва касалга индивидуал ёндошувни ҳисобга олган ҳолда олиб борилади.

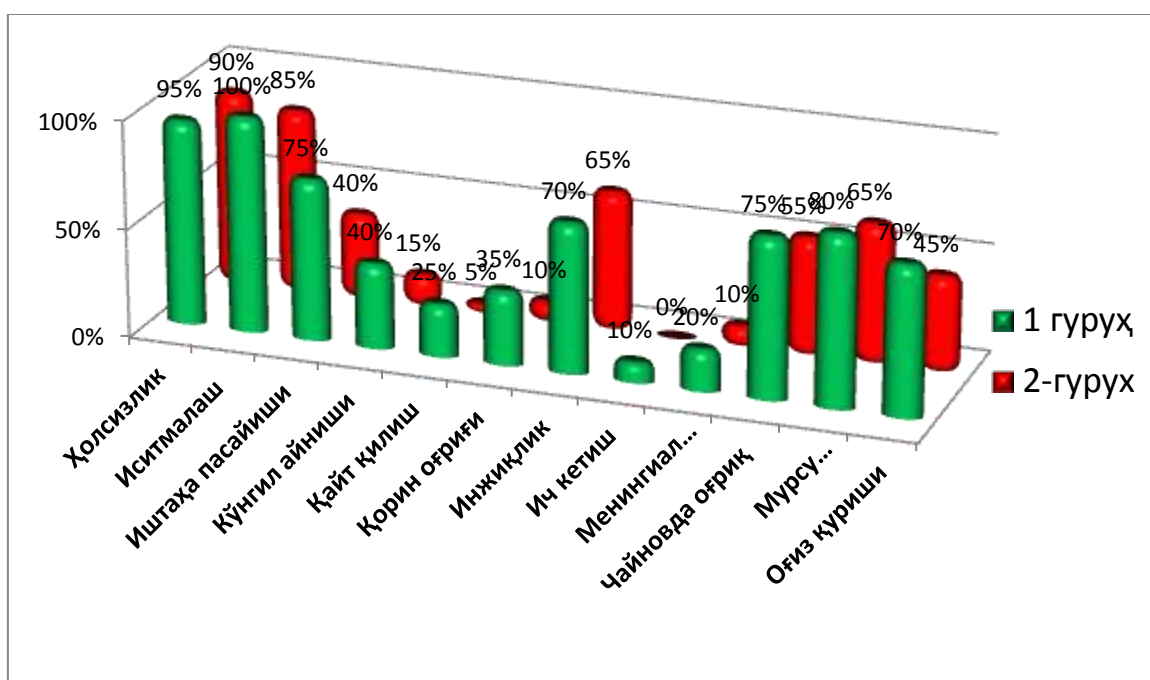
Эпидемик паротит касаллигининг енгил шакллари амбулатор шароитда уйда ҳам даволаш мумкин. Касалликнинг оғир ва ўрта оғир шакллари (сероз менингита, орхит, панкреатит ва бош.) ва асоратлари стационар шароитда ётқизиб даволанилади. Эпидемик паротит касаллигининг махсус давоси йўқ касаллик асосан симптоматик даволанади. Эпидемик паротит касаллигининг ўткир даврларида қатий ётоқ режим 5-7 кун, 10-15 ёшдаги ўғил болаларда ҳам ётоқ режим 10-12 кун буюриладики уларда орхитнинг ривожланиш даражасини ва асоратини камайтиради (3 мартагача), менингит ва менингоэцефалитда 2-3 ҳафта қатий ётоқ режим белгиланади(асоратларни 2-3 мартабагача камайтириш

мақсадида). Эпидемик паротитда овқатланиш тартиби: овқатлар суюқ ва ярим суюқ (чайнаганда оғриқ бўлганда), шўрвалар, кашалар, картошка пюреси, олма пюреси, буғда пишган катлет, балиқ ва парандалар гўштлари, мевалар, сабзавотлардан пудинглар мумкин. Баъзи сок ҳосил қилувчи нордон, қаттиқ, ёғли озиқ овқатлар, спиртли ичимликлар чекланилади. Касалликда оғиз бўшлиғининг гигиенасига алоҳида эътибор қилинади бунда иккиламчи инфекцияни олдини олиш (стоматит, иккиламчи йирингли жараён) ва сўлак йўллари тўсилмаслиги, оқувчанлилигини сақлаш мақсадида оғиз бўшлиғи, тишлар ҳар овқатдан кейин илиқ сув, клий перманганатнинг оч рангли эритмасида, ёхуд 2% натрий гидрокарбонат билан тозаланиб турилади. Сўлак беши (шиш соҳасига) соҳасига қуруқ иссиқ яни жунли(жун шарф, рўмол) боғлам, илитилган қум ёки туз, пахта, электр грелка, соллюкс, парафинли аппликация то шийш кичрайгунча буюрилади. Копресс мумкин эмас.

Аммо замонавий шароитда касалликнинг давосида вирусга қарши препаратларнинг ўрни ошиб бормоқдаки, бизнинг кузатувимиздаги беморларга ҳам вирусга қарши препаратлар қўлланилди бунда 7 ёшгача бўлган болаларга Виферон-1, 150 минг МЕ интерферона альфа-2b тутадиган ректал шамчалар; 7 ёшдан катта болаларга Виферон-II-III-IV, 500 минг.МЕ интерферона альфа-2b, 1 млн.МЕ интерферона альфа-2b или 3 млн.МЕ интерферона альфа-2b. тутадиган ректал шамчалар қўлланилади курс, давомийлиги эса касалликнинг оғирлик даражалари ва клиник шакллаарига қараб 12 соатли оралиқ билан 2 маҳал кунига. Биз уларни касалликнинг давосидаги ўрни ва ётоқ кунлари ва клиник соғайиш кунларининг давомийлигига солиштирганда қуйдаги натижа: 2 – гуруҳда (эпидемик паротит(тепки) қарши умумий қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар ( Виферон шамча ) қўшимча сифатида киритилган даво олаётган беморлар гуруҳида) 1-гуруҳга нисбатан ётоқ кунлари 5 кунгача 1та кўп беморда, 5-10кунлигида 4та кўпроқ беморда, 10 кундан ортиқ ётганлар эса аксинча 5та кўпроқ бемор

болаларнинг ётиб даволанганлиги. Клиник соғайиш кунлари: 2-гуруҳда(текширув) 1-гуруҳга(асосий) нисбатан 5 кунгача 1та кўп беморда, 5-10 кун 3 та кўпроқ беморда, 10 кундан ортиқ эса 4 та камроқ бемор болаларда кузатилди.

Бундан хулоса қиладиган бўлсак эпидемик паротит(тепки) қарши умумий қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар ( Виферон шамча ) қўшимча сифатида киритилган даво олаётган беморлар нисбатан камроқ ётиб даволаниши ва касалликнинг бирламчи клиник соғайиш нисбатан қисқароқ вақт талаб этилишини кўрсатди.



### 3.2.2. Расм. Эпидемик паротит касаллигида асосий ва текширув гуруҳларида клиник симптомларнинг 5-10 кун давомийликда касалларда учрашининг қиёсий қриниши

Эпидемик паротит касаллигида асосий ва текширув гуруҳларида клиник симптомларнинг 5-10 кун давомийликда касалларда учрашининг қиёсий қриниши: 1- гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан холсизлик 5%га, иситмалаш 15%га, иштаҳанинг пасайиши 35%га, кўнгил айнаши 25%га, қайт қилиш 20%га, қорин оғриғи 25%га, инжиқлик 5%га, ич кетиш 2 гуруҳда умуман кузатилмаган, менингиал белгилар мусбатлиги 5% га кўпроқ, чайновда оғриқ 20%га кўп, Мурсон белгисининг мусбатлиги

15%га ва оғиз қуриши белгилари 25% га кўпроқ эканлиги аниқланди бундан келиб чиқадики, 2-гурух (текширув, эпидемик паротит(тепки) қарши умумий қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар (Виферон шамча) қўшимча сифатида киритилган даво олаётган беморлар гурухи)да касалликнинг асосий клиник белгилари ҳолсизлик, иситмалаш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин оғриғи, инжиқлик, ич кетиш чайновда оғриқ, Мурсон белгисининг мусбатлилиги ва оғиз қуриши белгиларнинг 5-10 кун давомийликда касалларда учрашининг нисбатан камроқ беморда намоён бўлдики бу эпидемик паротитнинг замонавий шароитдаги давосида вирусга қарши препаратларининг кенг қўлланилиши кераклилигини кўрсатди.

### **III боб хулосаси**

Хулоса қиладиган бўлсак бизнинг текширувимизда бўлган эпидемик паротит билан оғриган 6 ойликдан-18 ёшгача бўлган 40 та бемор болалар ажратиб олинди ва ўрганилди, бунда касалланишнинг ёш бўйича тақсимланиши 0-3 ёшлиларга нисбатан 3-7 ёшлилар 2.5 марта кўпроқ, 8-16 ёшлилар эса 6.5 марта кўроқ. Касалланиш кўрсаткичи энг юқориси 8-16 ёшдаги болаларда кузатилмоқда. Бунда бизнинг хулосамиз касалликнинг олдини олиш мақсадида мамлакатимизнинг миллий календарига асосланиб болалар 12 ойлигида ва 6 ёшлилигида эмлашни (КПК) олиши керак аммо баъзи(мед атвод, ўткир касалликлар,ота-оналарнинг эътиборсизлиги) сабабларга кўра эмлашларни ва қайта эмлашни ўз вақтида ёки умуман олмаслик натижасида касалланиш ва унинг ёш бўйича юқоридагича кўрсаткичи кузатилди.

Биз текширувимизда касалланишнинг қайси кунида касалхонага марожатини текширдик бундан хулосамиз шундаки касалликни қанча эрта аниқлаб даво чора тадбирларини эртароқ бошласак беморларнинг клиник соғайиши ва актив ҳаёт маромига қайтиши шунчалик тезроқ кузатилади.

Бизнинг кузатувимиздаги беморларда касалликнинг оғир кечуви тақрибан 6 баробар касалликнинг ўрта оғир кечувига нисбатан кам учрашини аниқладик бу мамлакатимизда касалликларни олдини олиш, эрта аниқлаш ва жахон стандартлари асосида сифатли тиббий хизматнинг мавжудлигидан деб баҳо берсак бўлади.

Болаларда эпидемик паротит касаллигининг қўшимча ёхуд йўлдош касалликлар билан қай тарзда кечишини ўрганишда касалларимизнинг преморбид фон, қўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморлар 1 гуруҳ- 20 та бемор болалар, қўшимча ёхуд йўлдош касалликлар йўқ 20 та беморлар болалар 2 гуруҳ қилиб олинди.

Солиштириш гуруҳи (1 гуруҳ) маълумотлари касаллик тарихи ва анамнез маълумотлари асосида олинган кўрсаткичлар асосида белгилаб олинди. 1 гуруҳ (текширув, преморбид фон, қўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморлар гуруҳи)да касалликнинг асосий клиник белгилари ҳолсизлик, иситмалаш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин оғриғи, инжиқлик, ич кетиш, чайновда оғриқ, Мурсон белгисининг мусбатлилиги ва оғиз қуриши белгилари нисбатан узоқроқ ва аниқроқ намоён бўлдики бу эпидемик паротитнинг преморбид фон, қўшимча ёхуд йўлдош касалликлари бор бемор болаларда оғирроқ кечишини ва битта сўлак безининг шиши камроқ, бир неча сўлак безларининг шиши эса кўпроқ кузатилишини кўрсатди.

Даво кунлари давомийлиги: бундан хулоса қиладиган бўлсак эпидемик паротитнинг преморбид фон, қўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморларда нисбатан узоқроқ ётиб даволаниш ва касалликнинг бирламчи клиник соғайишига нисбатан кўпроқ вақт талаб этилишини кўрсатди.

Текширув, эпидемик паротит(тепки)нинг умумий қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар ( Виферон шамча ) қўшимча сифатида киритилган даво олаётган беморлар гуруҳида касалликнинг асосий клиник белгилари ҳолсизлик, иситмалаш, иштаҳа

пасайиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин оғриғи, инжиқлик, ич кетиш чайновда оғриқ, Мурсон белгисиннинг мусбатлиги ва оғиз қуриши белгиларнинг 5-10 кун давомийликда касалларда учрашининг нисбатан камроқ беморларда намоён бўлдики бу эпидемик паротитнинг замонавий шароитдаги давосида вирусга қарши прераратларнинг кенг қўлланилиши кераклигини кўрсатди.

## ХОТИМА

Эпидемик паротит (тепки) қадимдан инсониятга маълум юқумли касаллик бўлиб унинг кечиши, оқибати оқибати яхши эсада унда ижтимоий ва соғлиқ учун қолдиқ асоратларга (бепуштлик, карлик, қандли диабет ва бошқ) олиб келиши мумкин.

Бизнинг текширувимизда 1-сон Тошкент Шахар Юқумли Касалликлар Клиник Шифохонаси эпидемик паротит (тепки) ва реанимация бўлимларида 2012-2015 йилда эпидемик паротит (тепки) билан мурожат қилган, анамнестик, клиник, лабаратор тасдиқланган ва даволанаётган 40 та бемор болаларда таҳлил ва кузатувлар натижасида олиб борилди. Ёш бўйича тақсимотида 6 ойликдан -3 ёшгача бўлган болалар 10% ни -4 та беморни, 3-7 ёшгача бўлганлар 25% ни-10 та бемор, 8-18 ёшдаги бемор болалар эса 65%ни 26 та беморни ташкил қилди, 6 ойликдан-3 ёшдагиларга нисбатан 3-7 ёшлилар 2.5 марта кўпроқ, 8-18 ёшлилар эса 6.5 марта кўроқ. Касалланиш кўрсаткичи энг юқори кўрсаткич 8-18 ёшдаги болаларда кузатилмоқда. Бизнинг хулосамиз шундаки касалликнинг олдини олиниш мақсадида мамлакатимизнинг миллий эмлаш календарига асосланиб болалар 12 ойлигида ва 6 ёшлилигида эмлашни (КПК) олиши керак аммо баъзи(мед атвод, ўткир касалликлар, ота-оналарнинг эътиборсизлиги) сабабларга кўра эмлашларни ва қайта эмлашни ўз вақтида ёки умуман олмаслик натижасида касалланиш ва унинг ёш бўйича юқоридагича кўрсаткич кузатилди. Эпидемик паротит инфекциясида қайта эмлаш ўтказиладики у организмдаги антителалар титирини, миқдорини юқори даражада сақлаб туриш ва мустахкамлашга хизмат қиладики шундан қайта эмлашни ўз вақтида ўтказишни тامينлаш керак. Яна бир сабаб касалликка қарши эмлангандан сўнг касалликка қарши химоя кучлари, антителаларнинг кучи ва миқдори 5-7 йилларда нисбатан камаяди ва сусаяди ва эпидемик кўтарилиш ҳам 5-10 йилни



ташкил этиши бу бизнинг кузатувимиздаги беморларнинг 8-18 ёшлилардаги касалланиш кўрсаткичининг юқорилигини асослайди.

Касалликнинг жинс бўйича таҳлил қиладиган бўлсак қиз болаларга нисбатан ўғил болалардаги касалланиш 2 марта кўпроқ касалланиш учрамоқда, буни баъзи адабиётлардаги ўғил болаларда касалликка қарши эмлашдан кейинги ҳосил бўлган иммун комплексларнинг даражаси, кучининг фарқланиши ва касалликнинг оғирлик даражасининг қиз болаларда енгил даражаларда кечиши ва мурожатларнинг нисбатан камлиги билан боғласак бўлади.

Беморларнинг касалхонага мурожатлар ва касалхонага жойлашиш вақти ва касалликнинг давомийлиги билан боғлиқлигида касалликнинг илк белгилар намоён бўлиши билан касалхонага ётқизилганларда касалликнинг клиник соғайиш вақти 7-10 кунда 6та бемор болада, 10 кундан ортиқ ётиб даволаниш 2 та беморда кузатилди. Касалликнинг 3-кунидан узоқ, кечикиб ва қайта мурожат қилганларда эса касалликнинг клиник соғайиш вақти 7-10 кунда 4та беморда, 10 кундан ортиқ ётганлар эса 8 та беморда кузатилди бу икки баробар кўпроқ бундан хулосамиз шундаки касалликни қанча эрта аниқлаб даво чора тадбирларини эртароқ бошласак беморларнинг клиник соғайиши ва актив ҳаёт маромига қайтиши шунчалик тезроқ кузатилади.

Беморларда эпидемиологик анамнезни ўрганиш натижаларига кўра касалликнинг юқишида эпидемик паротит билан оғриган бемор билан мулоқот борлиги аниқланган беморлар 18 та(45%), мулоқотда бўлмаганлар 4 та(10%) бемор ва 18 тасида мулоқотни аниқ билмайдиганлар (45%)беморни ташкил қилди бундан келиб чиқадики касалланишда мулоқотнинг ўрни катта(мулоқотни аниқ билмайдиганларни мулоқотга киритсак).Бунда касалланишни камайтириш мақсадида мактаб ва боғчаларда касалликни аниқлаш ва унинг олдини олиш мақсадида касалланганларни алохидалаш, даволаш ва мулоқотдагиларни кузатувга олиш ишларини жадал суратларда кечиктимасдан олиб бориш керак.

Болаларда эпидемик паротит касаллигининг кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар билан қай тарзда кечишини ўрганишда касалларимизни преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморлар 1 гуруҳ- 20 та бемор болалар, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар йўқ беморлар 20 та 2 гуруҳ қилиб олинди. Асосан солиштириш гуруҳи (1 гуруҳ) маълумотлари касаллик тарихи ва анамнестик маълумотлар асосида берилган кўрсаткичлари асосида белгилаб олинди ва тахлилрдан хулоса қиладигга бўлсак касалларнинг ажратиб олинган 1 гуруҳ даги 20 та бемор болалардан 18 (90%) да камқонлик, 16(80%)сида ортикча вазн, 12(60%)сида рахит, 2(10%)сида экссудатив катарал диатез, 4(20%)сида хар хил генезли аллергик касалликлар, 10 (50%)сида сурункали тонзиллит, 1 (5%)сида бошқа юқумли касалликлар(гепатит А) аниқланди. Эпидемик паротитнинг ўрта оғир кечуви 1- гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан 30% кам, оғир кечуви эса 30% га кўпроқ, асаб-безли шакли 10% кўп, безли шакли эса 10% камроқ кузатилди. Клиник шаклларидаги кўрсаткичлар 1- гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан сўлак безларини зарарланиши+панкреатит шакли 5% кўп, сўлак безларини зарарланиши+ менингит 10%га кўпроқ, алохида кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши 20% кам, жағ ости+тил ости сўлак безларини зарарланиши 10% кўп, жағ ости+кулоқ олди сўлак безларини зарарланиши 15% га кам, сўлак безларини зарарланиши+орхит 2 гуруҳда умуман учрамаган бундан кўринадикки тепкининг преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор бемор болаларда(1 гуруҳ) нисбатан оғирроқ(30%), асоратли шакллари кўпроқ (25%) ва асаб-безли шакллари кўпроқ(10%) кузатилди.

Эпидемик паротит касаллигида асосий клиник симптомларнинг гуруҳлардаги ҳолатини қиёслайдиган бўлсак, бунда 1- гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан ҳолсизлик 5%га, иситмалаш 15%га, иштаҳанинг пасайиши 35%га, кўнгил айниши 25%га, қайт қилиш 20%га, қорин оғриғи 25%га, инжиқлик 5%га, ич кетиш 2 гуруҳда умуман йўқ, менингиал белгилар мусбатлиги 5% га кўпроқ, битта сўлак безининг шиши 20%га камроқ,

бир неча сўлак безининг шиши 20%га кўпроқ, чайновда оғриқ 20%га кўп, Мурсон белгисиннинг мусбатлиги 15%га ва оғиз қуриши белгилари 25% га кўпроқ эканлиги аниқландики бундан келиб чиқадики, 1 гурух (текширув, преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморлар гурухи) да касалликнинг асосий клиник белгилари ҳолсизлик, иситмалаш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин оғриғи, инжиқлик, ич кетиш чайновда оғриқ, Мурсон белгисиннинг мусбатлиги ва оғиз қуриши белгилари нисбатан узоқроқ ва аниқроқ намоён бўлдики бу эпидемик паротитнинг преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморларда оғирроқ кечишини ва битта сўлак безининг шиши камроқ, бир неча сўлак безининг шиши эса кўпроқ кузатилишини кўрсатди. Сўлак безларининг шиши даражаларининг 1-ва 2-гурухлардаги кечуви тахлилида сўлак безларининг 1 даражадаги шиши 1- гурухда 4 та бемор, 2-гурухда 6 та 1- гурухда 2-гурухга нисбатан 2 та кўпроқ, сўлак безларининг 2 даражадаги шиши 1- гурухда 7 та бемор, 2-гурухда 9 та 1- гурухда 2-гурухга нисбатан 2 та кўпроқ, сўлак безларининг 3 даражадаги шиши 1- гурухда 9 та бемор, 2-гурухда 5 та 1- гурухда 2-гурухга нисбатан 4 та кўпроқ бундан хулоса қилсак эпидемик паротитнинг преморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморларда сўлак безларининг шиши 2-3 даражалари нисбатан кўпроқ кузатилдики бу организмнинг бирнеча касалликларга қарши қуришида ҳимоя кучларининг нисбатан камлик қилиши билан изоҳланилади.

Текширувимизда эпидемик паротит(тепки) давосида умумий қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар ( Виферон шамча ) кўшимча сифатида киритилган даво олаётган беморлар гурухи) да касалликнинг асосий клиник белгилари ҳолсизлик, иситмалаш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин оғриғи, инжиқлик, ич кетиш чайновда оғриқ, Мурсон белгисиннинг мусбатлиги ва оғиз қуриши белгиларнинг 5-10 кун давомийликда касалларда учрашининг нисбатан камроқ беморда намоён бўлдики бу эпидемик паротитнинг замонавий

шароитдаги давосида вирусга қарши прераратларнинг кенг қўлланилиши кераклилигини кўрсатди.

## ХУЛОСАЛАР

1. Текширувимизда касалланишнинг ёш бўйича тақсимланишида 6 ойликдан -3 ёшгача бўлган болаларга нисбатан 3-7 ёшлилар 2.5 марта кўпроқ, 8-18 ёшлилар эса 6.5 марта кўроқ касалланиш кўрсаткичи учради. Касалланиш кўрсаткичи энг юқориси 8-18 ёшдаги болаларда кузатилди.

2. Йўлдош касалликлари бор беморларда касалликнинг асосий клиник белгилари нисбатан узоқроқ ва даво кунлари яни ётиб даволаниши ва касалликнинг бирламчи клиник соғайиши нисбатан кўпроқ вақт талаб этилишини кўрсатди

3. Текширувимизда эпидемик паротит(тепки) давосида умумий қабул қилинган даволаш мажмуасига вирусга қарши препаратлар (Виферон шамча) қўшимча сифатида киритиш, беморларни даволаш сифати ва самарадорлигини ошириши, клиник симптомлар, ётоқ кунлари давомийлигининг қисқаришида ахамиятли эканлиги аниқланди.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1.Текширувимиздан келиб чиқиб касалланиш кўрсаткичи юқори бўлган 8-18 ёшдаги беморларда бу давр жинсий етилиш даври бўлганлаги учун касалликни эрта аниқлаш, касалликка чалинганларни алохидалаш керак бу касалликнинг тарқалиш хафини, асоратларни камайишини даво сифатини белгилаб беради.

2. Эпидемик паротит (тепки) касаллигининг замонавий шароитда йўлдош касалликлари бор бемор болаларда касалликнинг клиник шакллари ўзига хос кечиши, касалларни даволаш ва парваришига алохида ва индивидуал ёндошувни ва бошқа йўналиш шифокорлари билан маслахатни амалга ошириш касалликни даволашнинг, асоратлар камайишининг самарадорлигини тامينлайди.

3. Замонавий шароитда касалликнинг барча шакллари давосида вирусга қарши препаратларни кенгроқ қўллаш эпидемик паротит касаллигининг сифатли даволашни ва касалликнинг клиник симптомларининг камайишига олиб келади.

## ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ

1.Тезис. Закирходжаев А.Х. Умаров Т.У. Аслонов Р.Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шакллари давосида вирусга карши препаратларнинг ўрни // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы педиатрии». Тошкент – 2013-С.77

2.Тезис.Аслонов Р.О. Умаров Т.У.Эпидемик паротит инфекциясининг замонавий шароитларда турли клиник кечиш шаклари ва асоратларининг клиник белгилари пейзажи // Ёш олимларнинг «Соғлом бола йили»га багишланган «XXI аср - интеллектуал авлод асри»шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани. Тошкент – 2014- С.49.

3.Тезис. Аслонов Р.О. Умаров Т.У.Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг замонавий шароитда йўлдош касалликлар фонида кечиш хусусиятларини ўрганиш // Ёш олимларнинг «XXI аср - интеллектуал авлод асри» шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами Тошкент – 2015-С.47.

## Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

### Президент асарлари

1. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримов асарлари. Президент Ислом Каримов ташаббуси билан ташкил қилинган “Маълумотли ва интеллектуал авлодни тайёрлаш – мамлакатни барқарор ривожлантириш ва модернизация қилишнинг муҳим шарти” халқаро конференцияси иштирокчилари билан учрашув - Тошкент 17.02.2012
2. «Соғлом авлод учун» фонди ташкил қилинганлигининг 20 йиллигига бағишланган «Соғлом авлод – миллат келажаги» халқаро илмий-амалий конференция иштирокчилари билан учрашув - Тошкент, 24.04.2013
3. Ўзбекистон Республикаси конституцияси 22 йиллигига бағишланган И.А. Каримов маърузаси
4. Каримов И.А. «Инсон, унинг ҳуқуқлари ва эркинлиги – муҳим қадрият». Т.14. – Т.: ИПТД «Ўзбекистон», 2008. – 224б.
5. И.А.Каримов. Юксак маънавият – енгилмас куч.-Т. “Маънавият” нашриёти, 2008. -80б.
6. Президент Ислом Каримовнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатасининг биринчи ташкилий йиғилишидаги нутқи.-Тошкент 13.01.2015 Манба: uza.uz, кун. uz

### Асосий адабиётлар

7. Агафонов А.П., Стрельцов М.А., Сулопаров И.М., Игнатъев Г.М. Иммунологические показатели у больных эпидемическим паротитом // Вопросы вирусологии. 2001. — №3.- с.30-33.



8. Закирходжаев А.Х. «Инфекционные болезни» 2010г. Ст 523.
9. Казанцев А.П. Эпидемический паротит // Вопросы материнства и детства.- 1989,- т.34.- № 10. С.75 - 76.
- 10.Казанцев А.П. Эпидемический паротит,- JL: Медицина, 1988. 176с.
11. М.Б.Деворова, Э.А.Шомансурова, Ш.Т.Акбарова, М.М.Мусаев. Поликлиника ишени ташкиллаштириш // Тошкент – 2007-65 бет.
- 12.М.С.Тищенко, Н.А. Грачева, Д.А. Павлович «Эпидемический паротит» Методические рекомендации для врачей. Петрозаводск, 1998.
- 13.Сухарев В.М., Махмудов О.С., Дроздов В.Н. Эпидемический паротит у детей. Ташкент: Медицина, 1984. - 56с.
- 14.Тимофеева Г.А., Зайчик А.М., Игнатьева Ю.Д., Тимченко В.Н., Лабренцев А.Ю. Поражение половых желез при эпидемическом паротите у мальчиков // Врачебное дело. — 1983. №10. - с.94-96.
- 15.Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: ГОЭТАР Медицина, 1999.-824 с.
- 16.Хасанова И.К.,Шафеев М.Ш., Зорина Л.М., и др. /Эпидемический паротит. Эпидемиология и– Казань: КГМУ 2002. 27 с.

#### **Қўшимча адабиётлар:**

- 17.Авсюкевич Н.А. Этиопатогенетическая терапия эпидемического паротита с учетом применения специфического иммуноглобулина: Автореф. дис. .канд. мед. наук.: Санкт-Петербург, 2002.- 22 с.
- 18.Агафонов А.П., Камеберов С А., Патрушева И.В. и др. Изучениеиммунобиологических свойств штаммов вируса паротита// Вопр. вирусологии. 1995. - № 3. - С. 115-119.
- 19.Агафонов А.П., Ничеухина С.Н., Патрушев НА. и др. Характеристика вируса паротита, выделенного в Сибири// Вопр. вирусологии. 1997. - №5. - С.222-226.
- 20.Агафонов А.П, Игнатьев Г.М., Ничеухина С.Н., Калиберов С.А. Способ получения антигена вируса паротита для реакции

- иммуноферментного анализа. Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции.- Пермь, 1993 г.
21. Акимов Г.А., Лобзин В.С., Сичко Ж.В. Аутоаллергические реакции лейкоцитов при нервных формах эпидемического паротита // Журнал невропатологии и психиатрии. —1983. — №3. — с.46-48.
  22. Аксенов О.А., Пархаева О.В., Сиземов А.Н. и др. Новое в патогенезе развития осложнений при эпидемическом паротите у детей // Вопросы вирусологии. 2001. - №4. - с.24-28.
  23. Аксенов О.А., Сиземов А.Н., Кузнецова Э.Л. и др. Состояние неспецифической защиты и специфического иммунитета при различных клинических формах паротитно-вирусной инфекции у детей // Вопр. вирусологии. 1985. - т. 30, № 6. - С.700-704.
  24. Аксенов О.А., Осипова З.А. Роль нейраминидазы миксовирусов в системе интерфероногенеза // Вопр. вирусологии. 1990. - № 6. - С.620-628.
  25. Анджапаридзе О.Г., Богомоллова Н.Н., Борискин Ю.С. Персистенция вируса паротита в культурах клеток человеческого происхождения // Вопр. вирусологии. 1981. - № 3. - С.335-339.
  26. Барышников А.Ю. Моноклональные антитела против дифференцированных антигенов лейкоцитов человека // Молекулярно-клеточные механизмы иммунной регуляции гомеостаза и проблемы математического моделирования: Тезисы докладов. — Красноярск, 1990. — с.5.
  27. Бахов Н.И., Земсков В.М. Комплемент и его роль в регуляции иммунологических реакций // Успехи в совр. биологии. 1982. - т. 94, №1.- С.51-56.
  28. Берглезова Л.Н., Хохман Е.И., Солодовников Ю.П. и др. Эпидемический паротит: перспективы снижения заболеваемости // Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 2000. - №3. - С. 113-114.
  29. Бехтерева М.К. Роль иммунологической реактивности в развитии

- клинических форм паротитной инфекции у детей в период массовой вакцинопрофилактики: Автореф. дисс. к.м.н. СПб., 1999.
- 30.Борисов А.Г. Иммунный ответ человека на вирус эпидемического паротита в условиях крайнего севера: Автореф. дис. к.м.н. М., 1990.
- 31.Варич Н.В. Регуляция синтеза РНК у орто- и парамиксовирусов: Автореф. дисс. к.м.н. ~М., 1990.
- 32.Виноградова Т.В. Зависимость уровней циркулирующих иммунных комплексов от функционального состояния фагоцитирующей системы: Автореф. дисс. к.м.н. -М., 1988.
- 33.Дружинина Г.Ю. Эпидемиологическая характеристика паротитной инфекции в условиях вакцинопрофилактики: Автореф. дис. к.м.н. JL, 1990.
- 34.Емельянова А.Б. Клинико-эпидемиологические особенности эпидемического паротита у детей в условиях вакцинопрофилактики: Автореф. дисс. к.м.н. Спб., 1996.
- 35.Журкин А.Т., Макарова Т.В., Фирсов С.Л. Менингиты у подростков и взрослых при эпидемическом паротите // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2001. - №6. - с. 59-60.
- 36.Заяц Н.А., Дранкин Д.И., Крылов Б.А. Эпидемический паротит в период проведения иммунизации детей, достигших 14-месячного возраста// Казан. мед. журнал. 1989. - LXXI, № 6. - С. 458-460.
- 37.Зогин.В.В.,Валькова.И.В. О результатах и перспективах вакцинопрофилактики эпидемического паротита в России// Ж. микробиологии. 1996. -№4.-С. 61-64.
- 38.Иовлев В.И., Козлова О.Л., Сичко Ж.В. и др. Система интерферона и показатели иммунитета при нервных формах эпидемического паротита// Педиатрия. 1984. - № 3. - С. 14 - 15.
- 39.Козлова С.Н. Клиническая и прогностическая оценка иммунологических показателей при эпидемическом паротите у детей: Автореф. дисс. к.м.н. Свердловск, 1984.

40. Команенко А.А. Эпидемический паротит у мужчин молодого возраста: (клинические особенности, иммунопатогенез и возможности иммунокоррекции неовирусом): Автореф. дис. канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2000. 28с.
41. Лобзин В.С., Сичко Ж.В. Об иммуноферментных механизмах поражений нервной системы при эпидемическом паротите // Врачебное дело. — 1981.-№8. с. 118-119.
42. Михеева И.В. Эпидемический паротит: иммуно-эпидемиологическое обоснование системы управления эпидемическим процессом: Автореф. дис. д.м.н. М., 1999.
43. Нтирандекура Сирилл. Клинико-эпидемиологическая характеристика паротитной вирусной инфекции у взрослых: Автореф. дис. канд. мед. наук. Санкт-Петербург., 2001-19 с.
44. Попов В.Ф., Каплунова О.П., Юнасова Т.Н. К вопросу о качестве и эффективности отечественной живой паротитной вакцины. ЖМЭИ. — 1997. — № 2. — с. 51-53.
45. Правила и нормативы по организации и проведению иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан.//Т.-2002.-27с.
46. Приказ Минздрава РУз за №148 от 11 апреля 2006г. Утвержденные стандартные рабочие процедуры эффективного управления вакцинами на всех уровнях её складирования.
47. Приказ Минздрава РУз за №759 от 28 декабря 1999г. и форма №6 «Отчёт о профилактических прививках» и Эпиднадзор за поствакцинальными осложнениями.
48. Под ред. член-корр. АМН АССР проф. И.К.Мусабаева. Руководство по воздушно-капельным инфекциям Ташкент, 1982. - с. 383-407.
49. СанПин № 0239-07 Правила и нормативы по организации и проведению иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан.-Т.-2007.-23с.

- 50.Северина Т.И., Колпакова В.Е., Бенедиктова Н.Я. и др. О роли вируса эпидемического паротита в развитии инсулинзависимого сахарного диабета// Проблемы эндокринологии. 1993. - т.39, №5. - С.14-16.
- 51.Тимофеева Е.В., Парков О.В., Сиземов А.Н. Паротитная инфекция в Санкт-Петербурге в период подъема заболеваемости и мероприятия по ее снижению// Сб. матер, конф. "Вирусные инфекции на пороге XXI века"-СПб. 1999.-С. 122.
- 52.Тимченко В.Н. Поражение половых желез при эпидемическом паротите у лиц мужского пола: (обзор литературы) // Вопросы охраны материнства и детства. 1983. -Т.28, №12. - с.32-34.
- 53.Токмалаев А.К., Половинкина Н.А., Голуб В.П. и др. Клиника и лечение паротитной инфекции у взрослых// Вестн. Рос. ун.-та дружбы народов. Сер. Мед. 2000. - №3. - С.80-85.
- 54.Турина О.Г., Подосинников И.С. Захарова И.Н. Хемотаксическая активность спинномозговой жидкости при менингите паротитной этиологии // Педиатрия. 1984. - №3. — с.15-19.
- 55.Турсунов А.Х. Наблюдение за эффективностью активной иммунизации против свинки живой паротитной вакциной. В кн.: Детские вирусные инфекции/ Труды института Пастера, т. 53. Л., 1979. - С.55-58.
- 56.Турсунов А.Х., Вафакулов С.Х., Мукумов Л.Ш. Клиника эпидемического паротита // Медицинский журнал Узбекистана. 1984. - №1. — с.33-35.
- 57.Унанов С.С., Корж Ю.Н., Дорофеев В.М. и др. Исследование эффективности живой ассоциированной паротитно-коревой вакцины// Вопр. вирусологии. 1987. - № 6. - С. 715-718.
- 58.Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И.,Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: учебник.-М., 2007.-688 с.
- 59.Фомин В.В., Козлова С.Н. Эпидемический паротит// Клиническая иммунология детских инфекций / Под ред. Фомина В.В., Савинковой

- H.E. СВЕРДЛОВСК, 1988.-е. 111-160.
60. Boulianne N., De Serres G., Ratman S. et. al. Measles, mumps and rubella antibodies in children 5-6 years after immunization: effect of vaccine type and age at vaccination// *Vaccine*. 1995. - V.13, № 16. - P. 1611-1616.
61. Broliden K., Abreu E.R., Arneborn M. et. al. Immunity to mumps before and after MMR vaccination at 12 years of age in the first generation offered the two-dose immunization programme// *Vaccine* . 1998. - V. 16, № 2-3. - P. 323-327.
62. Galaska A.M., Robertson S.E., Kraigher A. Mumps and mumps vaccine: global review// *Bull World Health Organ*. 1999. - V.77, №1. - P. 3-14.
63. Garty B.Z., Danon Y.L., Nitzan M. Hearing loss due to mumps // *Arch. Dis. Child*. 1988. - Jan. -№63(1). - p. 105-106.
64. Gay N., Miller E., Hesketh L. et. al. Mumps surveillance in England and Wales supports introduction of two dose vaccination schedule// *Commun. Dis. Rep. Rev*. 1997. - V.7, № 2. - P. 21-26.
65. Goh K.T. Resurgence of mumps in Singapore caused by the Rubini mumps virus vaccine strain// *Lancet*. 1999. - V. 354, № 9187. - P. 1355-1356.
66. Gugelmann R. Why we need to continue to immunize against mumps// *Sozial und Praventivmedizin*. 1995,-Bd. 40, №2. - S. 124 -127.
67. Gut T.P., Lablache C., Behr S., Kirn A. Symptomatic mumps virus reinfection// *J. of Med. Virol*. 1995. - V.45, № 1. - P. 17-23.
68. Haginova K., Ike K., Jinuma K. et al. Chronic progressive mumps virus encephalitis in a child (letter)// *Lancet*. 1995. - Y. 346, № 8966. - P. 50.
69. Halasa J., Kacprzak-Bergman I., Manczak M., Schlesinger D. Phenotype distribution of the third component of complement (C3) and the properdin B factor (BF) in children with mumps meningitis// *Eur. J. Immunogen*. 1993. - V. 20, №3. -P. 267-271.
70. Kabakus N., Aydinoglu H., Yekeler H., Arslan I.N. Fatal mumps nephritis and myocarditis // *J. Trop. Pediatr*. 1999. - Dec. - №45(6). - p.358-60.
71. Kacprzak-Bergman I., Zaleska I., Jasek J. Specific humoral immunity in

- mumps meningitis in children // *Med. Sci. Monit.* 2001. - Sep-Oct. — №7(5). -p.977-981.
- 72.Kalaydjiev S., Dimitrova D., Nenova M., Peneva S., Dikov I., Nakov L. Serum sperm antibodies are not elevated after mumps orchitis // *Fertil. Steril.* 2002. — Jan.-№77(1).-p.76-82.
- 73.Kunkel U., Schreier E., Siegl G., Schultze D. Molekular characterization of mumps virus strain circulating during an epidemic in eastern Switzerland 1992/93//*Arch. Virol.* 1994. -V. 136, №3-4. - P. 433-438. 194.
- 74.Laude G. Mumps (epidemic parotitis) // *Med. Monatsschr. Pharm.* 2001. - Dec. - №24(12).-p.401-403.
- 75.Lindegren M. Mumps surveillance. United States, 1988 - 1993. - *MMWR, Surveillance Summaries.* - 1995. - V. 44, №3. - P. 1-14.
- 76.Lopez Pacios J.C., Parra Muntaner L., Pineiro Fernandez M.C. et.al. Mumpsorchitis: review of 8 cases// *Arch. esp. Urol.* 1998. - V. 51, №4. - P. 331-333.
- 77.Oda K., Kato H., Konishi A. The outbreak of mumps in a small island in Japan//*Acta Paediatr. Jpn.* 1996. - V. 38, № 3. - P. 224-228.
- 78.Oran B., Ceri A., Yilmaz H. et al. Hydrocephalus in mumps meningoencephalitis: case report// *Pediatric Infect. Dis. J.* 1995. - V. 14, № 8. -P. 724-725.
- 79.Pang Y.T., Raine C.H. Acute suppurative parotitis and facial paralysis // *J. Laryngol. Otol.*- 1996.-Jan.-№110(1).-p. 91-92.