

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ**

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

*Қўлёзма ҳуқуқида*

УДК:616.98:579.892.11-036-053.5

**МУСАЕВ СУЛТОНБЕК АЛМАМАТОВИЧ**

**Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциянинг клиник кечиш  
хусусиятлари**

5A510107–“Болалар юқумли касалликлар”

**ДИССЕРТАЦИЯ МАГИСТР АКАДЕМИҚДАРАЖАСИНИ ОЛИШ УЧУН  
ЁЗИЛГАН**

Илмий раҳбар:  
т.ф.н.,асс Рихсиева Г.М

Тошкент – 2015 йил

## АННОТАЦИЯ

Юқумли касалликлар инсон пайдо бўлган вақтдан буён, уларнинг ҳаётига жиддий ҳавф солиб келган. Ҳозирги кунда ҳам бу касалликларнинг болалар орасида кузатилаётгани ва ногиронлик, ўлим кўрсаткичларига таъсири юқорилигича қолмоқда.

Эрта ёшдаги болаларда ўткир юқумли ичак касалликлари барча юқумли касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини сақлаб туриши билан давом этмоқда

Ўткир юқумли ичак касалликлари термини кенг дорадаги гуруҳларни ўз ичига олади ва асосан диарея синдроми билан кечади. Бу гуруҳга вируслар, паразитлар, замбуруғлар ва бактериялар киради, шулардан бири эшерихиялар(*E.coli*)дир. Эшерихияларни шартли патоген микроблар сифатида ва шифохона ичи инфекциялари гуруҳига ҳам киритиш мумкин. Эшерихияларнинг 5та гуруҳи ўрганилган улар: энтерогеморрагик, энтероинвазив, энтеропатоген, энтеротоксиген, энтероадгерент эшерихиялардир. Эшерихиоз антропоноз касаллик бўлиб касаллик диарея, умумий захарланиш, астено-вегетатив, сувсизланиш, гестроэнтрит, гастроэнтероколит ва ентароколит симптом, синдромлар билан кечадиган касалликдир.

Магистрлик диссертациясининг мавзуси эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциянинг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Текширувларимизда 30 та эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар ажратиб олинди ва бевосита касаллар ва касаллик тарихи маълумотлари билан ишланди, тахлилилар ўтказилди.

Биз илмий ишимизда эшерихиоз инфекциянинг эрта ёшдаги болаларда ўзига хос клиник кечишини, этиологик шаклларини, эпидемиологиясини, йўдош касалликлар билан ўзига хос кечиш хусусиятларини, касалликнинг кечишини болаларнинг овқатланишига боғлиқлигини ўргандик ва тахлил қилдик

## АННОТАЦИЯ

С тех пор как началось эра человечество инфекционные болезни вызывают опасность для них. На данный момент инфекционные болезни у детей часто встречаются и приводит к инвалидности и летальному исходу. Острые кишечные инфекции у детей раннего возраста занимают одно из ведущих мест инфекционной патологии.

Термин острые кишечные инфекции включает себе множественные группы и в основном протекают с диарейным синдромом. Эти группы состоять из вирусов, бактерии, грибковые заболевание, паразитарные заболевание а также эшерихии. Эшерихии являются условно патогенным и входят в группу внутрибольничной инфекции. В настоящий момент изучено 5 видов эшерихии это: энтерогеморрагические, энтероинвазивные, энтеропатогенные, энтеротоксигенные и энтероадгезивные. Эшерихиоз это антропонозное заболевание которая протекает с обезвоживанием, астено-вегетативным синдромом, общая интоксикация, диарея, гастроэнтероколит и энтероколитическими синдромами.

Тема магистерской диссертации изучения клинического течения эшерихиозной инфекции у детей раннего возраста.

При исследовании было изучено истории болезни у 30 больных которые переболели с эшерихиозной инфекции.

Мы изучили своей научной работе современные аспекты течения эшерихиозной инфекции у детей раннего года жизни, этиологические виды, эпидемиологию, разность клинического течения с сопутствующими заболеваниями а также клиническое течения в зависимости вскармливания ребенка.

## **ABSTRACT**

Since the era of mankind infectious diseases cause danger to them. At the moment, infectious diseases in children are common and lead to disability and death.

Acute intestinal infections in infants occupy one of the leading infectious diseases.

The term acute intestinal infection currently includes multiple groups and generally occur with diarrhea syndrome. These groups consist of viruses, bacteria, fungal diseases, parasitic diseases and Escherichia. Escherichia are opportunistic and are included in the group of nosocomial infection. Currently, 5 species studied Escherichia is: Enterohaemorrhagic, Enteroinvasive, Enteropathogenic, Enterotoxigenic and Enteroadherentnye. Esherehioz anthroponotic is a disease that occurs with dehydration, asthenic-vegetative syndrome, general intoxication, diarrhea, and gastroenterocolitis enterocolitis syndromes.

Master's thesis study the clinical course esherehioznoy infections in young children.

In the study of history has been studied in 30 patients who had been ill with esherehioznoy infection.

We have studied their scientific work flow esherehioznoy modern aspects of infection in young children, the life, the etiologic species, epidemiology, clinical course the difference with comorbidities and clinical course depending on feeding the child.

## МУНДАРИЖА

<b>Қискартирилган сўзлар рўйхати</b> .....	5
<b>КИРИШ</b> .....	6
<b>I БОБ Адабиётлар шархи</b> .....	10
1.1.Инсон саломатлигини мустаҳкамлаш, халқимизнинг ҳаёт сифати ва даражасини юксалтириш: .....	10
1.2 Эрта ёшдаги болаларда ўткир ичак инфекциялари, дисбактериоз ҳолатининг манбалардаги тавсифи.....	13
1.3 Ҳозирги даврда эшерихиоз инфекциясининг эрта ёшдаги болаларда клиник кечиш хусусиятларининг эмперик маълумотлари тахлили.....	19
1.4 Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини анъанавий даволаш усулларининг тахлили.....	31
<b>I боб хулосаси</b> .....	38
<b>II БОБ Текширув материали ва услублари</b> .....	39
2.1Текширилган ўткир ичак инфекциялари билан касалланган болаларнинг умумий характеристикаси.....	39
2.2.Текшириш усуллари.....	42
2.3. Клиник – эпидемиологик усул.....	43
<b>II боб хулосаси</b> .....	54
<b>III БОБ Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси</b> .....	55
3.1. Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини йўлдош касалликлари билан кечишинг ўзига хос клиник хусусиятларини ўрганиш .....	55
3.2. Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини овқатланиш турларига боғлаб клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.....	60
3.3 Эшерихиозни замонавий босқичда антибиотикларга	

сезувчанлигини (антибиотикограммасини) ўрганиш.....	64
<b>III боб хулосаси</b> .....	69
<b>ХОТИМА</b> .....	72
<b>ХУЛОСАЛАР</b> .....	76
<b>АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР</b> .....	77
<b>ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР</b> .....	78
<b>АДАБИЁТЛАР</b>	79
<b>РЎЙХАТИ</b> .....	

## ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

ЖССТ – Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти

ИК – иммун комплекс

ИТШ – инфекцион – токсикшок

МНС – марказий нерв система

ОИТ—Ошқозоничактракти

РА – реакциягемагглютинации

Рез – резистентлик

ЎИИ – ўткир ичак инфекциялари

ЎЮИК—Ўткир юқумли ичак касаллиги

ЦАМФ – циклик аденазинмонофосфат

ЭаггЭ-Энтероадгерент эшерихия

ЭГЭ-Энтерогеморрагик эшерихия

ЭИЭ-Энтероинвазив эшерихия

ЭПЭ-Энтеропатоген эшерихия

ЭТЭ-Энтеротоксиген эшерихия

ЭЧТ – Эритроцитларни чўкиш тезлиги

E.coli-Escherichiacoli

Er – Эритроцит

L - Лейкоцит

## КИРИШ

**Тадқиқотнинг долзарблиги.** Хозирги кунгача болалар юқумли касалликлари орасида болалар ўлими асосий қисмини ўткир ичак инфекцияси эгаллайди. Болаларда юқумли ўткир ичак касалликларини ташхислаш, қиёсий ташхислаш мураккаб бўлиб, у асосан илк ёшдаги болаларда турли талқиндаги клиник белгилар билан эътироф этилади. Охириги йилларда болаларда асоратлар (инфекцион миокардит, ИТШ, ичак дисбактериози) кўп учрамоқда [7,9].

Ўткир юқумли ичак касалликлари фақатгина касалланиш ва учраш даражаси юқори бўлмай, афсуски ўлим даражаси ҳам юқорилиги билан ажралиб туради. Асосан ўлим борасида юқори даражани эрта ёшдаги болалар ташкил этади.

Она ва бола саломатлигини ҳимоя қилиш мустақил Ўзбекистон соғлиқни сақлашининг барча тизимларида етакчи йўналиш бўлиб хизмат қилади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) тиббий атамалар мажмуасига кўра, ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ), ич кетиши синдромининг ривожланиши билан кечувчи ўткир диареяли касалликларнинг катта бир гуруҳи ҳисобланади.

Бугунги кунда ўткир ичак инфекцияларининг 30 дан зиёд клиник шакллари мавжуд бўлиб, касаллик қўзғатувчилари бактериялар, вируслар ва бир хужайралилар ҳисобланади.

Адабиёт манбаларига кўра, 30 - 40% ҳолатларда юқумли ич кетишлар сабабчиси вируслар, 20% - патоген бактериялар бўлса, 40% ҳолатларда эса қўзғатувчи микроорганизмларнинг табиатини умуман аниқлаб бўлмайди [37,58].



Марказий Осиё республикаларида ўткир ичак инфекциялари болалар ўлими структурасида 4 ўринни, болалар юқумли касалликлари структурасида эса 2-чи ўринни эгаллайди[44,59].

Кейинги йилларда, олиб борилаётган кенг кўламли ташкилий – тиббий чора – тадбирлар ва илмий – текшириш тадқиқотлари туфайли кундалик (жорий) тиббиёт амалиётида диареяли касалликларга қарши кураш дастури жорий қилинмоқда[37,35,22].

Ўткир ичак инфекциялари муаммоларини ўрганишда, замонавий ташхисот ва даволаш масалалари алоҳида ўрин тутди, чунки диареяли синдром, айниқса эрта ёшдаги болаларда нохуш ва оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Шу боис, диареяли касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиник кечиши, даволаш ва профилактика масалалари, шунингдек, иммунологик тизимнинг ва йўғон ичакнинг нормал микрофлорасини ўрганиш бўйича олиб борилаётган тадқиқотлар, ЖССТ томонидан устивор аҳамиятга молик деб топилди[60].

Ҳозирги вақтда тобора ўсиб бораётган сурункали гастроэнтерологик касалликларнинг келиб чиқиши, айнин ошқозон – ичак юқумли касалликларини нотўғри даволаш оқибатида содир бўлмоқда.

Юқумли омиллар орасида айниқса ичак дисбактериози алоҳида ўрин тутди, унинг овқат хазм қилиш органлари касалликларини юзага келиши ва ривожланишидаги аҳамияти шубҳасиздир.

Бугунги кунда, ичак дисбактериозини ўрганиш масаласи, ичак патологиясининг энг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланид. Ушбу патологик жараённинг айниқса эрта ёшдаги болалар орасида кўп учрашининг асосий сабабини эса улар организмидаги ҳимоя реакцияларининг мукамал эмаслиги билан тушунтириш мумкин.

Болаларда ичак дисбактериозининг ривожланиши, кўп ҳолларда даволаш мақсадида қўлланилган антибиотикларнинг ва бошқа кимёвий

препаратларнинг таъсири оқибатида, шунингдекболани мунъий овқатлантиришга эрта ўтказиш сабабли юзага келади.

Ҳозирги вақтда кўпинча клиник кузатувлар натижаларидан маълум бўлишича, микрофлоранинг характери нафақат йўғон ичак ҳолатини, балки, ошқозон – ичак трактининг юқори бўлимлари бўлган ошқозон, гепатобилиар тизим, ингичка ичакдан метабоизм (моддалар алмашинуви) жаранини, ичак таркибининг архитектурони ва турли касалликлар учун хос (характерли) бўлган морфофункционал ўзгаришларни ҳам акс эттиради.

Ўз навбатида, ичак дисбактериози ичакнинг ички муҳити таркибини сезиларли даражада ўзгартиради ва оқибатда овқат хазм қилиш жараёнларини бузилишига, ичак деворларининг зарарланишига, қолаверса юзага келган мальабсорбция ҳолатини янада кучайишига олиб келади.

Шу сабабли, инвазив ва секретор диареялар билан кечувчи ўткир ичак инфекцияларининг ташхисоти, даволаш ва реабилитация (соғломлаштириш) масалаларини ҳал этишда педиатр – шифокорлар бир қатор қийинчиликларга дуч келмоқдалар.

Охирги йиллардаги адабиётлар ўрганиб чиқилганда болаларда эшерихиоз касаллиги шартли патоген микробларга кирсада у алоҳида ва шартли патоген болшқа микроблар билан қўшилиб микст инфекция кўринишида келиши кўплаб ҳолларда учрамоқда аммо бу ҳоллар кам ўрганилган. Бугунги кунда эшерихиоз инфекциясининг клиник шакллари ва этиологик шакллариининг турли йўлдош касаллилар билан келиши касалликни одатдагидан оғир ўтаётганлиги ушбу муаммони чуқурроқ ўрганишни талаб қилмоқда. Шунинг учун муаммони имкон қадар атрофлича ўрганиш ва ҳал этиш лозим.

**Тадқиқот мақсади:** Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот мақсадини амалга ошириш учун қуйидаги вазифаларни белгилаб олдик:

1.Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини йўлдош касалликлари билан кечишинг ўзига хос клиник хусусиятларини ўрганиш

2.Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини овқатланиш турларига боғлаб ўрганиш;

3.Эшерихиозни замонавий босқичда антибиотикларга сезувчанлигини (антибиотикограммасини) ўрганиш.;

### **Тадқиқотни материали ва текшириш услублари**

Бизнинг текширувимизда 2013-2015 йиллар мобайнида Тошкент шаҳри 4-сонли болалар юқумли касалликлар клиник шифохонасида ўткир диарея билан оғриган ва эшерихиоз ташхиси аниқланган туғилгандан-3 ёшдаги бемор болаларда олиб борилди.

Текширувларда 30 та эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар ажратиб олинди ва бевосита касаллар ва касаллик тарихи маълумотлари билан ишланди, тахлилилар ўтказилди.

**Илмий янгилиги** Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг шакллари кенг куламда урганилди ва клиник кечишидаги узига хос хусусиятлари очиб берилди.

Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси йўдош касалликлар билан учраганида ўзига хосликлари очиб берилди.

Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг енгилроқ ўтишида табиий овқатлантиришнинг ўрни 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 103дан иборат бўлиб, улардан 24 таси ҳорижий тилда. Диссертациянинг ҳажми 89 та машина ёзма варағидан иборат бўлиб, 7 жадвал ва 9 расмлар билан тўлдирилган.

## I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

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

Юртимизда соғлиқни сақлаш тизимини барпо этишнинг принципиал янгича ёндашувлари ишлаб чиқилди. Аҳолига юқори малакали бепул шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича ягона тизим яратилдики, бу тизим туман ва шаҳарларда энг юқори талаблар ва халқаро стандартларга жавоб берадиган ихтисослаштирилган вилоят шифохоналари ва 173 та бўлимлардан ҳамда тез тиббий ёрдам хизматларидан иборат бўлиб, уларнинг фаолиятига раҳбарлик қилиш ва мувофиқлаштириш ишлари Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази томонидантамалга оширилмоқда.

Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида, айниқса, қишлоқ жойларида жиддий ўзгаришлар содир бўлди—кам самарали фельдшерлик- акушерлик пунктлари ва амбулаториялар ўрнига замонавий тиббий техника билан жиҳозланган 3,1 мингтадан кўпроқ қишлоқ врачлик пунктлари ташкил этилиб, уларда малакали умумий амалиёт шифокорлари бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишмоқда.

Шифокорлар ҳамда тиббиёт ходимларини моддий рағбатлантириш ва меҳнатига ҳақ тўлаш тизими тубдан ўзгартирилади – уларнинг иш ҳақи миқдори ва рағбатлантириш механизми бажарилаётган ишнинг мураккаблиги ва оғирлик даражасига, кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатига бевосита боғлиқ қилиб қўйилди. Ҳар бир тиббиёт муассасасида моддий рағбатлантириш ва тиббий муассасани ривожлантириш жамғармалари ташкил қилинган. Натижада кейинги икки йил ичида тиббиёт ходимларининг иш ҳақи миқдори 2,2 баробар кўпайди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чоратadbирлари 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. [5].

2000-2011 йилларда даволаш-профилактика муассасаларини модернизация қилиш ва энг замонавий лаборатория, диагностика ва даволаш ускуналари билан жиҳозлашга 750 миллион АҚШ долларидан ортиқ миқдорда бюджет маблағлари йўналтирилди ва имтиёзли кредитлар ҳамда грантлар жалб этилди. Мустақиллик йилларида соғлиқни сақлаш соҳасига қилинган харажатлар 3,6 баробар ўсди ва бу ялпи ички маҳсулотга нисбатан қарийб 4 фоизни, Давлат бюджетига эса 15,7 фоиздан ортиқни ташкил қиляпти.

Давлатимиз раҳбари ўз маърузасида бу ҳақда тўхталиб, кўйидагиларни таъкидлади: „халқимизнинг саломатлигини ҳимоялаш, бунинг учун соғлиқни сақлаш тизимини энг замонавий даволаш воситалари, техника ва технологиялар билан таъминлаш, профилактика, яъни касалликларнинг олдини олиш ишларини янада кучайтириш, бу соҳада фидокорона меҳнат қилаётган тиббиёт ходимларининг машаққатли ва маъсулятли меҳнатини моддий ва маънавий рағбатлантириш масалалари биз учун доимий вазифа бўлиб қолади.“

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 якунига 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, опасингилларимизнинг 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

тиббийёт институтининг болалар хирургияси бўлими ва бошқа соғлиқни сақлаш масканларида қарийб 410 миллиард сўмлик қурилиш, реконструкция ва жиҳозлаш ишлари амалга оширилганини таъкидлаш зарур [1,4,].

## **1.2 Эрта ёшдаги болаларда ўткир ичак инфекциялари, дисбактериоз ҳолатининг манбалардаги тавсифи**

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра, ривожланаётган давлатлар аҳолиси орасида ўлимга олиб келучи 10 та асосий сабаблардан 7 таси бевосита ёки билвосита юқумли касалликлар билан боғлиқ

ЖССТ маълумотига кўра ҳар йили диарея касаллиги билан 1-1,2 млрд киши касалланиб, шундан 4 млнга яқин кишида ўлим ҳолати кузатилган[22].

Эрта ёшдаги болаларда ўткир ичак юқумли касалликлари барча юқумли касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини сақлаб туриши билан давом этмоқда

Болаларда барча ичак юқумли касалликлари умумий миқдори ҳар қайси этиологик шаклини ўрганиш катта аҳамиятга эгадир. Ушбу эпидемиологик ҳолатларни аҳамиятли ўзгариши ёшга боғлиқ ҳолда сақланиб қолиши кўзатилишларда ўз исботини топган [23]. Бу бир томондан макроорганизм ҳолатига (фагоцитозга боғлиқ бўлмаган, олиб келувчи ва фон касалликлар миқдори, организм реактивлигининг пастлиги, ичак дисбактериозига), бошқа томондан – микроорганизм хусусиятининг ўзгариши, ЎЮИК чақиради, (антибактериал препаратлар полирезистентлиги, ташқи муҳитга чидамлилик, замонавий штаммларининг вирулентлиги), бу қатор бошқа факторлар, шу қаторда экологик дисбаланс, касалликни чўзилган, оғир шакллари ривожланишига олиб келиб, бу даволашда бир қанча қийинчиликлар туғдиради [65, 9].

Болаларда ичак юқумли касалликлари клиник кўриниши охирги йилларда ахамиятли ўзгаришлар кузатилиб, бу барча нозологик шаклларда қуйидагича талқин қилинади [60]:

1. Касалликнинг оғир ва ўрта оғир шакллари миқдори аста-секинлик билан камайиши, енгил ва билинар-билинемас шакллар миқдорининг купайишига олиб келди.
2. Касалликнинг чўзилган шаклларининг миқдорини ошиши унинг узок кечиши ва кўзгатувчисини кўп ажралишига олиб келди.
3. Касаллик шаклларининг тезлашганлиги, овқат токсикоинфекцияси типиде кечади.
4. Токсикозлар, кечки муддатларда юзага келиб, у кам холларда учрайди.

Болалар юқумли касалликлари шифохоналарида касалликнинг клиник-лаборатор ташхислаш ўткир ичак инфекцияларини турли босқичларда ўрганиш учраб туради [20,12]. Бундай шакллардан, шунингдек сальмонеллез, коли инфекция(Эшерихиоз) яхши ўрганилган, симптомлар касалликларда юзага чиқишини таниқли шифокорлар томонидан етарлича талқин этилган [14,15].Бошқа баъзи ичак инфекцияларни қисман шартли патоген микрофлоралар чақиради, яна шунингдек вируслар, аммо юқумли жараёни етарлича аниқланмаган. Шу ўринда барча асослар кўрсатадики, бу болалар касалликлари орасида кенг тарқалган, у оғир ва летал оқибатларга эгадир

Болаларда ўткир ошқозон-ичак юқумли касалликларини ташхислаш, қиёсий ташхислаш мураккаб бўлиб, у асосан илк ёшдаги болаларда турли талқиндаги клиник белгилар билан эътироф этилади. Охирги йилларда болаларда асоратлар (инфекцион миокардит, нодоз эритема, ичаклардан қон кетиш) кўп учрамоқда

Шу нарса маълум бўлдики кўзгатувчини узок вақт санациясида ҳал қилувчи ролни қуйидаги факторлар касалликнинг бошланғич босқичида ноадекват этиотроп терапия, шигеллаларнинг дориларга чидамлилигини



ўсишига боғлиқ, касалликнинг иммунореактивлиги пасайиши бу преморбид ҳолати бор болаларда кўп кузатилади[68].

Худди шундай эшерихиоз – умумий ичак юқумли касалликларидан бири ҳисобланади. Охирги йилларда эшерихиознинг этиологик таркиби ўзгарди, бу клиник-эпидемиологик хусусиятига таъсир кўрсатади. Охирги йилларда эшерихиознинг клиник кечишида бир қанча ўзгаришлар аниқланди ва бу тулик тушунчага эга бўлди, бу болалар ва катталарда эшерихиознинг кечиши, клиник ўзгариши, эпидемиологик ўзгаришлар муаммосини туғдириб, айрим даво усуллари ишлаб чиқишига олиб келди ва шу мақсадда болалар ва катталарда антибиотикотерапия усуллари аниқлаган ҳолда касаллик қўзғатувчиларга нисбатан антибиотикларга резистентлик ва чидамлилиги ҳисобга олиб келиши ўрганилиб, ташхис бактериологик текширувларга қараб қуйилган. Барча болалар ва катталарда касалликнинг клиник кечиши, интоксикацияси, ошқозон-ичак йули зарарланиши кузатилади. Умумий клиник текширув, умумий қон, сийдик, ахлат тахлили, бактериологик, умумий бактериологик усуллар дискодиффузион усулда антибиотик сезувчанлиги аниқланди. Турли этиологияли бир нечта юқумли жараён овқат ҳазм қилиш йўли бир вақтнинг ўзида ривожланиб, уларнинг асосий қисмини суперинфекция ташкил этади. Бир вақтнинг ўзида бир нечта ичак юқумли касаллиги кечишини текширганда (клинистлар, патанатомлар) касаллик босқичлари чузилган ва сурункали кечиши кузатилди.

Йўғон ичакдаги овқат қолдиқлари асосан микробли флоранинг (мухитнинг) фаолияти натижасида парчаланади. Шу билан биргаликда ичак микроорганизмлари айрим аминокислоталар ва В, К гуруҳидаги витаминларни ишлаб чиқади. Йўғон ичакда сув ва пептонлар, қандлар, органик кислоталар ва хлоридларнинг сўрилиши давом этади.

Бола нажасининг характери овқатлантириши турига ва ичакнинг мавжуд микрофлорасига (микробли мухитига) боғлиқдир. Кўкрак сути билан боқиладиган болаларда нажас суртма (мазь) консистенцияси

кўринишида, сарик рангда, нордон ароматик хидли бўлади. Сунъий овқатлантирилганда нажас пастасимон, ушоқсимон, оч – кул рангда ва нохуш ачитқи хидли бўлади.

Ҳозирги вақда “ичак дисбактериози” клиник ташхиси замонавий педиатрия соҳасида энг кенг тарқалган бўлибгина қолмай, ошқозон – ичак трактининг маълум касалликларини, хусусан, фақат шартли – патоген эмас, балки патоген бактериялар билан чақириладиган ичак инфекциялари, мальабсорбция синдроми ва бошқаларни ушбу ташхис билан номлаш тенденцияси кузатилмоқда. Бундан ташқари, кейинги вақтда педиатрлар томонидан ичак дисбактериозини бир қатор кенг тарқалган касалликларнинг келиб чиқишида (масалан, экссудатив диатез, рахит, гипотрофия, тери, респиратор ва озиқ – овқат аллергияси, мальабсорбция синдроми ва х.к) асосий этиологик омил бўлиб хизмат қилади деб ҳисоблайдилар [47,56,78]. 50–йиллардан бошлаб, антибактериал препаратларнинг кенг қўлланилиши оқибатида антибиотикларнинг перорал қабулидан сўнг юзага келадиган, асосан ичакнинг зарарланиши кўринишида кузатиладиган турли жиддий қўшимча асоратларининг кузатилиши врачлар эътиборини жалб этди. Клиник – лаборатор тадқиқотлар дисбактериозни, болаларда кечувчи сурункали юкумли бўлмаган патологик жараёнларнинг патогенезида энг муҳим омил сифатида баҳолашга имкон берадилар [33,42,55]. Муаллифлар кўпинча изланишларида, ичак дисбактериозининг ишқозон – ичак трактининг сурункали юкумли – яллиғланиш касалликларини ривожланишида муҳим патогенетик роини тасдиқлаб бердилар. .

Бир қатор олимлар, диареяли касалликларнинг келиб чиқиши, кечиши ва асоратларини организмнинг специфик резистентлигига боғлиқ деб ҳисоблайдилар

Хорижий манбалардан маълум бўлишича, кейинги йилларда ичак бузилиши ҳолатларининг етакчи этиологик омилларига кебсиеллар,

протейлай, Enterobacter каби шартли – патоген кўзғатувчиларнинг улуши тобора ортиб борган

Ҳозирги вақтда одам организмнинг очик (полостей) нормал микрофлорасининг бузилиши билан белгиланган турли дисбиотик ҳолатларининг кенг тарқалиши кузатилмоқда. Бу ҳолатлар айниқса болалар организмга хос бўлиб, уларда ичак дисбактериози йўғон ичак микрофлораси таркибида стафилококкларнинг мавжудлиги билан кечади [52,60,,73,88].

Ичакда микроблар мувозанатининг бузилиши ўз навбатида қатор патологик жараёнларни шаклланишига сабабчи бўлади, витаминлар ва айрим биологик актив моддаларнинг етишмовчилигини кучайтиради ва охир оқибата асосий касалликнинг кечишини кучайтиради [19,33,42].

Микрофлоранинг ижобий функциясига қуйидагиларни киритиш мумкин:

1)Иммун тизимининг фаоллигини оширувчи асосий механизм бўлиб ҳисобланган колонизациялаш резистентлиги;

2)Сунъий функция, яъни бактерияларни организм учун зарур бўлган витаминлар, гормонлар, антибиотиклар каби биологик актив моддаларни синтезлаш хусусияти;

3)Экзоген ва эндоген субстратларнинг ва метаболитларнинг детоксикацияси;

4)Алмашиниш функцияси ниҳоят, бактериялар овқат хазм қилишда ҳам актив иштирок этади. Ичак микрофлораси облигат (бош микрофлора), факультатив (сапрофит ва шартли – патоген микрофлора) ва транзитор (тасодифий микроорганизмлар)га бўлинади.

Ингичка ичакнинг юқори бўлимларида оз миқдорда микроорганизмлар аниқланади–1 мл суюқ ҳолат таркибида  $10^4$ КОЕ ошмайди, ичакда микроорганизмларнинг умумий миқдори 1 мл хилсусда  $10^8$  КОЕ ни ташкил этади.

Ингичка ичакда уларнниг ўсишига тўсқинлик қилувчи асосий механизмлари бўлиб: ошқозон соляная кислотасининг таъсири; ўт суюқлиги (сафро) таъсири; микроорганизмларни ичакнинг дистал бўлимига тезда тушишини таъминловчи ичак перисталтикаси; иммуноглобулинларни ичак қосвет га секрецияси; ичак эпителийларининг ҳолати ва ферментлар активлиги; микроорганизмларнниг ўсиш ингибиторларини сақловчи, ичакнинг бокалсимон хужайралари томонидан ажраладиган шиллик ҳолати ҳисобланади.

Соғлом болаларнинг ингичка ичагида стрептококклар, стафилококклар, нордон сутли тайёқчалар ва бошқа грамманфий аэроб бактериялар ва замбуруғлар аниқланади. Повздошная ичакнинг дистал бўлимида микроблар миқдори энтерококклар, ичак таёқчалари, бактериодлар ва анаэроб бактериялар ҳисобига кўпаяди. Ичак просветида тез кўпаядиган микроблар – лактобациллалар ва клоотридийлар яшайди.

Ворсинкалар юзасида асосан грамманфий шакллари, криптлар ичкарасида эса – факультатив анаэроб шакллар жойлашади. Айрим микроорганизмлар цитотоксин таъсирига эга бўлиб, ингичка ичак эпителийларни зарарлайди

Йўғон ичак микрофлорасининг таркиби турли омиллар ва ноҳуш таъсирлар оқибатида, яъни организмнинг ҳимоя механизмларини заифлаштирувчи (экстремал иқлим шароитлари, биосферанинг турли ишлаб чиқариш чиқиндилари, турли кимёвий моддалар билан ифлосланиши, юқумли касалликлар, овқат хазм қилиш органлари касалликлари, сифатсиз овқатланиш, ионли радиация) таъсирида ўзгариб туриши мумкин.

Болаларда ичак дизбиози бу ичаклардаги шартли патоген микроорганизмларнинг миқдор ва сифат жихатдан ўзгариши ётади.

Микрофлора бузилишининг 1-даражаси.

Бир ёшгача болаларда бифидобактериялар  $10^9 - 10^8$  КОЕ/г гача, лактобактериялар  $10^5 - 10^4$  КОЕ/г гача , типик эшерихийлар  $10^6 - 10^5$  КОЕ/ггача камайиши ёхуд типик эшерихийлар  $10^9 - 10^{10}$  КОЕ/г гача ошиши мумкин.

Бир ёшдан ошган болаларда бифидобактериялар  $10^8 - 10^7$  КОЕ/г гача, лактобактериялар  $10^6 - 10^5$  КОЕ/г гача, типик эшерихийлар  $10^6 - 10^5$  КОЕ/г гача, камайиши ёхуд типик эшерихийлар  $10^9 - 10^{10}$  КОЕ/г гача ошиши мумкин.

Микрофлора бузилишининг 2-даражаси.

Бир ёшгача болаларда бифидобактерияларо  $10^8$  гача ва пастроқ КОЕ/г, лактобактериялар  $10^4$  гача ва пастроқ КОЕ/г, гемолитик эшерихиялар ва бошқа условнопатогенных бактерияларнинг концентрацияси  $10^5 - 10^7$  КОЕ/г гача ошади ёхуд условнопатогенных микроорганизмларнинг ассоцияси  $10^5 - 10^4$  КОЕ/г гача бўлиши мумкин

Бир ёшдан ошган болаларда бифидобактериялар  $10^7$ КОЕ/ггача ва ундан паст бўлади, лактобактериялар эса  $10^5$  гача ёки унданда камроқ гемолитик эшерихиялар ва бошқа условнопатогенных бактерияларнинг концентрацияси  $10^5 - 10^7$  КОЕ/г гача ошади ёхуд условнопатогенных микроорганизмларнинг ассоцияси  $10^4 - 10^5$  КОЕ/г гача бўлиши мумкин

Микрофлора бузилишининг 3-даражаси.

Бир ёшгача болаларда бифидобактерияларо  $10^8$  гача ва пастроқ КОЕ/г, лактобактериялар  $10^4$  гача ва пастроқ КОЕ/г, гемолитик эшерихиялар ва бошқа условнопатогенных бактерияларнинг концентрацияси  $10^6 - 10^7$  КОЕ/г гача ошади ёхуд условнопатогенных микроорганизмларнинг ассоцияси  $10^6 - 10^7$  КОЕ/г гача бўлиши мумкин

Бир ёшдан ошган болаларда бифидобактериялар  $10^7$ КОЕ/ггача ва ундан паст бўлади, лактобактериялар эса  $10^5$  гача ёки унданда камроқ гемолитик эшерихиялар ва бошқа условнопатогенных бактерияларнинг

концентрацияси  $10^5 - 10^7$  КОЕ/г гача ошади ёхуд условнопатогенных микроорганизмларнинг ассоцияси  $10^6 - 10^7$  КОЕ/г гача бўлиши мумкин

### **1.3. Ҳозирги даврда эшерихиоз инфекциясининг эрта ёшдаги болаларда клиник кечиш хусусиятларининг эмперик маълумотлари тахлили**

Эшерихиозлар – диарея чақирувчи ичак таёқчалари томонидан чақирилувчи юқумли касалликлар бўлиб, улар кўпроқ ошқозон-ичак йўлининг зарарланиши ва захарниш ҳамда диарея синдромининг ривожланиши, камроқ - патологик жараённинг тарқалиши билан тавсифланади.

Тарихий маълумотлар. 1885 йилда Австриялик педиатр Теодор Эшерих инсон нажасидан ичак таёқчалари (*Bacterium coli commune*) ни ажратиб олиб, уларнинг хусусиятларини биринчи бўлиб батафсил ёзиб ўтган. 1894 йилда Г.Н. Габричевский ушбу микробнинг болалардаги диареянинг чақирилишидаги этиологик аҳамиятини исботлади.

Этиологияси. Эшерихиозларни чақирувчи кўзгатувчилар *Enterobacteriaceae* оиласи, *Escherichia* авлоди, *Escherichia coli* турига мансубдир. *E.coli* тури шартли – патоген ичак таёқчаларини ўз ичига олиб улар одам, сут эмизувчилар, қушлар, балиқлар ичакларининг доимий яшовчи микроблари, ҳамда касаллини чақира оладиган патоген эшерихиялари ҳисобланади. Морфологик ва культурал хоссаларига кўра патоген ва нопатоген эшерихиялар орасида фарқлар йўқ. Эшерихияларнинг антигенлар мажмуаси соматик термостабил О-антиген, юзаки К-антиген ва хивчинли термостабил Н-антигенидан иборат.

Ич кетишини чақирувчи эшерихиялар нопатоген эшерихиялардан патогенликомиллари (адгезивлик, инвазивлик, колициногенлик, токсин ҳосил қила олишлик ) мавжудлиги термостабил (LT) ва термостабил (ST); цитотоксин (СТ); шигга ўхшаш (STL).[17,21,23,41]

Ҳозирги вақтда диарея чақирувчи эшерихиялар M.Lovene нинг (1987) таклифига кўра, шартли равишда гуруҳлар (тоифалар)га бўлинган. Улар энтеропатоген (ЭПЭ), энтероинвазив (ЭИЭ), энтеротоксиген (ЭТЭ), энтерогеморрагик (ЭГЭ) ва энтероадгерент эшерихиялар (ЭаггЭ) гуруҳидир. [91,88]

Эшерихияларнинг биринчи тоифасига (ЭПЭ) 30 та серологик киритилган. Энтеропатоген эшерихиялар кўпроқ 1 ёшгача бўлган болаларда энтерит ва гастроэнтеритлар чақиради.[48]

Иккинчи тоифали эшерихиялар (ЭИЭ) 13 та серологик гуруҳдан иборат бўлиб, улар 3 ёшдан каттароқ болаларда ичбуруғга ўхшаш касалликни чақиради.

Учинчи тоифали эшерихиялар (ЭТЭ) 48 та серологик гуруҳдан иборат бўлиб, улар болалар ва катталарда вабога ўхшаш касалликни чақиради.

Тўртинчи тоифали эшерихиялар (ЭГЭ) нафақат болаларда, балки ҳайвонларда ҳам оғир гемоколитларни чақирувчи серологик гуруҳлардан иборат.

Бешинчи тоифада (ЭаггЭ) серологик гуруҳлар ва вариантлар аниқланмаган.[7]

Эпидемиологияси. Касалликнинг асосий манбаи – беморлар, айниқса касалликнинг енгил ва атипик шаклари билан бетоб бўлган, касалликнинг ўткир кечишини ўтказётган беморлар ҳисобланади. Патоген эшерихияларни ташувчи шахслар камроқ аҳамиятга эга. Кам ҳолларда касаллик манбаи бўлиб ҳайвонлар (йирик шохли чорва) ҳисобланади. Юқиш механизми – фекал-орал. Энг кўп учровчи юқиш йўллари – бу маиший мулоқот, озиқ-овқатлар ва сув орқали. Юқиш омиллари – озиқ-овқат маҳсулотлари, уй анжомлари (идиш-товоқлар, ўйинчоқлар), сув. Турли тоифага мансуб эшерихияларга нисбатан сезгирлик бирдай бўлмай, у боладаги премормид ҳолат ва унинг ёшига боғлиқ. Мавсумийлик. Эшерихиозлар йил давомида спорадик ҳоллар ёки эпидемик кўпайишлар тарзида учрайди. Иммунитет – нотурғун ва типоспецификдир.[8]

Патогенези. Патоген эшерихиялар организмга оғиз орқали кириб келади. Ошқозондан ўтиб, ЭПЭ ва ЭТЭ ингичка ичакка етиб боради ва у ерда кўпаяди. ЭИЭ ва ЭГЭ кўпроқ йўғон ичакни зарарлайди.

ЭПЭ нинг патогенлиги Нер-2 хужайраларига адгезия омили (ЕАФ) ҳисобига жойлашиб олиши қобиляти билан асосланади. ЭПЭ цитотоксиклик ва чегараланган инвазивлик хоссалари эвазига ингичкаичакшиллик қаватига кириб боради. Бунда эпителий зарарланади ва эрозия пайдо бўлади. Ушбу ўзгаришлар бўшлиқ ички ва девор олди овқат ҳазм бўлишининг бузилиши, сув ва электролитлар гиперсекрецияси билан бирга кечади. ЭПЭ нингэнг вируент штамплари фагосомага ўхшаш вакуолдан шиллик остидаги тўқима ва қонга ўтиб, транзитор бактериемияни чақириши мумкин. ЭПЭ лар бактериемияси фақат оғирлашган преморбид фонли 1 ёшгача бўлган болаларда кузатилиши мумкин. [10]

ЭИЭ патогенлиги уларнинг ташқи мембранасида ўзига хос инвазивлик оксили мавжудлиги билан боғлиқ. Эшерихияларнинг энтероинвазив штамплари ёнбош ва йўғон ичакнинг қуйи қисми шиллик қаватида жойлашиб олиб, эпителий деструкцияси, катарал ва катарал-ярали яллиғланиш чақиради. Бактериялар ўлимидан кейин ажралувчи токсик маҳсулотлар ва эндотоксинлар ўрта миёна ифодаланган захарланиш белгиларини чақиради. Клиник жиҳатдан бу ичбуруғсимон синдром кўринишида кечади. [9]

ЭТЭ патогенлиги энтеротоксинлар (LT ва ST) ва колонизация омили (CF) билан асосланади. Энтеротоксиген штаммлар фимбрыйлар ёрдамида ингичка ичак толаларига ёпишиб олиб, уни колонизация қилади. Колонизация жараёни энтеротоксинларнинг кўп миқдорда ажралиши билан кечади. Термостабил токсин ўз тузилиши ва таъсир механизмига кўра вабо токсинига ўхшаш. У аденилатциклазани фаоллаштиради, термостабил энтеротоксин гуанилатциклазани фаоллаштиради. Бу эса энтероцитларда цАМФ ва цГМФ миқдорларининг ошишига олиб келади.



Бунинг натижасида ичак бўшлиғига сув ва электролитлар кескин равишда ажрала бошлайди.[12]

Овқат ҳазм бўлишининг бузилиши, ингичка ичак эпителий секретор фаоллигининг кескин ошиши, суюқлик реабсорбциясининг камайиши ЭПЭ ва ЭТЭ томонидан чақирилган эшерихиозларда секретор ич кетиши ва сувсизланиш белгиларининг ривожланишига олиб келади. Эксикоз билан биргаликда захарланиш белгилари ўсиб боради, моддалар алмашинуви, юрак-томир ва нерв тизими фаолияти бузилади. Гипоксемия ва метаболик ацидоз ривожланади. Сув ва электролитларнинг йўқотилиши айланиб юрган қон ҳажмининг кескин камайиши, кучли ифодаланган гемодинамик бузилишлар, буйраклар фильтрацияловчи ва реабсорбцион вазибаларининг сустлашуви, олигурия ва анурия ривожланишига олиб келади. Патологик жараённинг оғирлик даражаси токсикоз ва эксикоз даражаси преморбид ҳолат, беморлар ёшига боғлиқ бўлади.

ЭГЭ патогенлиги шигга ўхшаш токсин (STL) ва колонизация омили билан асосланади. Энтерогеморрагик эшерихиознинг патогенез чизмасини 2 босқичда ифодалаш мумкин: 1-босқич – ЭГЭ ингичка ичак терминал худуди ва барча ичаклар бўйлаб энтероцитларнинг апикал қисмига жойлашиб олади ва энтероцитларнинг энг юқори қисмини зарарлайди. Цитотоксик таъсири бошланмай туриб ўрта миёна ифодаланган ич кетиши синдроми ривожланади. Иккинчи босқич – цитотоксин нишон-ҳужайралар (зарарланган энтероцитлар, ичак ва буйраклар қон томирлари эндотелийси) да адсорбцияланади, бу эса кучсиз ифодаланган сувли диареяни чақиради. Энтероцитлар кўп зарарланган ва SCT кўп миқдорда ишлаб чиқилганда энтеритга гемоколит қўшилади. Оғир васкулит ривожланади, қон томирларда тромблар ҳосил бўлади. Беморларда қон айланиши бузилади, ичак шиллиқ қавати шишади, у ерда эрозиялар ва яралар пайдо бўлади. Буйраклар гломерулалар микромираларининг шикастланиши ўткир буйрак етишмовчилиги ва гемолитик-уремик синдром ривожланишига олиб келади. Патологик жараёнга томир

эндотелийсининг жалб этилиши тромбоцитопеник пурпурага олиб келади.

ЭаггЭ нинг патогенези ҳозирда етарлича ўрганилмаган. [7]

Эшерихиозлар таснифи

Шакли бўйича

1. Типик–ошқозон-ичак (энтерит, энтероколит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит, колит).
2. Атипик – септик, билинар-билинемас, симптомсиз (инаппарант), транзитор бактерия ташувчанлик

Оғирлик даражаси кўра

1. Енгил.2. Ўрта оғир.3. Оғир

Оғирлик даражаси мезонлари:

- захарланиш синдромининг ифодаланиши;
- сувсизланиш синдромининг ифодаланиши;
- синдромининг ифодаланиши;
- маҳаллий ўзгаришларнинг ифодаланиши.

Кечиши бўйича

А. Давомийлиги бўйича:-ўткир (1 ойгача);-чўзилган (3 ойгача)

Б. Хусусиятига кўра:

1. Текис
2. Нотекис – асоратланган, авж олиш ва қайталанишлар билан, иккиламчи инфекциянинг қўшилиши билан, сурункали касалликларнинг авж олиши билан.

Клиникаси. Типик шакллари. Ошқозон-ичак шакллариининг клиник кўринишлари (энтерит, энтероколит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит, колит) кўзгатувчининг қайси тоифага мансублиги, штаммининг вирулентлиги, макроорганизмнинг реактивлиги, беморларнинг преморбид ҳолати ва ёшига боғлиқ.

ЭПЭ чақирган эшерихиозлар клиникаси. Яширин даври ўртача 4-8 кун, лекин баъзида 1-3 кунгача (кўп миқдорда кўзгатувчи тушганда) ва 3 ҳафтагача чўзилиши ҳам мумкин. Касаллик секин-аста ёки ўткир ичак

дисфункцияси (энтерит ёки гастроэнтерит), тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий аҳволнинг бузилиши билан бошланади. Баъзида тана ҳарорати касалликнинг биринчи кунларида меъёрийлигича сақланади. Кейин бола нотинч бўлиб қолади, иштаҳаси пасаяди, қайт қилиш ёки қусиш (қунига 2-3 марта) кўшилади. Нажаснинг кўриниши турлича бўлади: бўтқасимон, сувли; сариқ-қовоқ рангли тиниқ шиллиқ аралаш қунига 10 мартагача. Қорни шишган, ануси берк, думбаларда – терининг таъсирланиши кузатилади. Касалликнинг 4-5 кунда беморнинг аҳволи оғирлашади: ҳолсизлик, адинамия, қайта-қайта қусиш, ич келиши сонининг кўпайиши, тана вазнининг камайиши аниқланади. Токсикоз ва эксикоз клиник белгиларининг ифодаланиш даражаси касалликнинг 5-7 кунда ўз чўққисига етади. Беморнинг безовталаниши ёки адинамия, анорексия, тана вазнининг камайиши кузатилади. Кейинчалик гиперестезия ва талвасалар кўшилиши мумкин. Юз қирралари ўткирлашади. Катта лиқилдоқ ва кўз олмалари ботган бўлади. Терининг рангпарлиги, мармарсимонлиги, периорбитал цианоз ва акроцианоз, шиллиқ қаватларнинг қуруқлиги, тахипноэ, тахикардия, юрак чўққисида систолик шовқин, юрак товушларининг кучсизланиши, гипотермия, олигоанурия аниқланади. [19,22]

Эшерихиознинг оғир шаклларидаги ичак дисфункцияси 3-4 ҳафта, баъзида ундан ҳам кўпроқ муддат давом этади. Бунда узоқ муддат кўзгатувчининг ажралиши, асоратлар (отит, гипотрофия, анемия, ичак дисбактериози, иккиламчи мальабсорбция синдроми) нинг ривожланиши кузатилади.

Атипик шакллар. Энтеропатоген эшерихиознинг септик шакли янги туғилган чақалаоқларда ва эрта ёшли оғирлашган преморбид фон (чала туғилганлик, гипотрофия, диатез) га эга болаларда кузатилади. Беморларда турғун қусиш, септик иситмалаш, тана вазнининг камайиши, ичак дисфункцияси фонда йирингли инфекция ўчоқлари аниқланади. Касаллик

ифодаланган токсикоз белгилари, гемодинамик бузилишлар, гепатоспленомегалия, анемия, дистрофия билан кечади.

Касалликнинг билинар-билинамас шакли 1 ёшдан каттароқ болаларда кузатилади. Клиник белгилар кучсиз ифодаланади. Меъёрий ёки субфебрил тана ҳарорати фонида кунига 2-4 марта келувчи суюқлашган нажас ва иштаҳанинг пасайиши аниқланади. Ичак дисфункцияси 2-4 кун давом этади.[23,44]

Касалликнинг симптомсиз (инаппарант) шакли клиник белгиларнинг бўлмаслиги билан ажралиб туради. Ташхис эпидемиологик ва лаборатор маълумотларга асосланиб қўйилади.

Транзитор бактерия ташувчанлик клиник симптомлар йўқлиги ва манфий серологик текширув натижалари мавжудлигида қайд этилади.

Касалликнинг оғирлик даражасига кўра енгил, ўрта оғир ва оғир даражалари фарқланади. Касалликнинг енгил даражасида тана ҳарорати меъёрий ёки субфебрил, беморнинг умумий аҳволи қониқарли, иштаҳаси сақланган, тана вазни ўзгармаган бўлади. Нажаси кунига 4-6 марта келади. Ичак дисфункцияси 7-10 кун давом этади. Ўрта оғир даражасида тана ҳарорати 38,6-39,50 С гача кўтарилади, захарланиш белгилари (боланинг нотинчлиги ёки ҳолсизлиги, иштаҳанинг пасайиши, терининг рангпарлиги) ифодаланган бўлади. Бемор кунига 1-2 марта кусади, нажаси суюқ 8-10 марта келади. Бунинг натижасида сувсизланишнинг I-II-даражаси ривожланади. Бунда баъзан асоратлар (отит, бронхит, зотилжам) кузатилиши мумкин. Касалликнинг оғир даражасида кучли ифодаланган захарланиш белгилари, сувсизланиш ва ошқозон-ичак бузилишлари кузатилади. Гипертермия, кўп мартали қусиш, кунига 15-20 мартагача суюқ нажаснинг келиши қайд этилади.

Энтеропатоген эшерихиозда токсикоз ва эксикоз ривожланиши мумкин.Эрта ёшли болалардаги эшерихиозлардаги ривожланувчи токсикоз ва эксикознинг кечиш хусусияти шундан иборатки, бунда беморларни

дезинтоксикацион ва регидратацион даволаш жуда секин самара беради, касаллик эса тўлқинсимон кечишга мойиллик билдиради.

Энтеропатоген эшерихиознинг ошқозон-ичак шакли билан касалланган беморлар гемограммасида ўрта миёна лейкоцитоз, лимфоцитоз; копрограммада – лейкоцит ва эритроцитлар бўлмай туриб овқат ҳазм бўлиши ва сўрилишининг бузилиши белгилари аниқланади.[47,61]

ЭИЭ клиникаси хусусиятлари. Яшириш даври бир неча соатдан 1-3 кунгача давом этади. Касаллик тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, ҳолсизлик, қориндаги хуружсимон оғриқ, бир марталик қусиш билан бошланади. Шу билан бир пайтда ёки касаллик бошлангандан бир неча соат ўтиб энтероколит кўринишида ичак дисфункцияси ривожланади. Нажас кунига 4-8 мартагача шиллик, яшил ва бироз қон аралаш келади. Тенезмлар ва «ректал тупук» кўринишидаги нажас кузатилмайди. Иситмалаш 1-2 кун, ичак дисфункцияси эса 5-7 кун давом этади.

Гемограммада ўрта миёна лейкоцитоз, таёкча ядроли хужайралар сонининг силжиши, юқори ЭЧТ аниқланади. Копроцитограммада овқат ҳазм бўлиши ва сўрилишининг бузилиши, лейкоцитлар ва эритроцитлар аниқланади. Ректороманоскопик текширувда тўғри ичак дистал қисми шиллик қаватида диффуз катарал яллиғланиш белгилари, камроқ - эрозив проктосигмоидит аниқланади.[61,64]

Атипик шакллари. ЭИЭ билинар-билинемас ва симптомсиз шаклларда кечиши мумкин.

ЭТЭ клиникаси хусусияти. Яширин даври бир неча соатдан 3 суткагача. Касаллик одатда вабосимон гастроэнтерит кўринишида кечади. Кўп марта қусиш, кўп сонли (кунига 10-15 мартагача) сувли, сачровчи, патологик аралашмаларсиз нажас, қоринда хуружсимон оғриқлар аниқланади. Тана ҳарорати меъерий, дефекация оғриқсиз бўлади. Баъзи беморларда эксикозли токсикоз кузатилиши мумкин. ЭТЭ яхши сифатли кечади, нажаснинг меъёрлашуви 4-6 кунда, соғайиш эса 7-10 кунда

кузатилади. Копроцитограммада овқат ҳазм бўлишининг ферментатив бузилишларини тасдиқловчи ўзгаришлар аниқланади. Баъзи ҳолларда энтерит, энтероколит, гастроэнтероколит кўринишида ичак дисфункцияси учраши мумкин.

ЭГЭ клиникаси хусусияти. Яширин даври – 3-8 кун. ЭГЭ кўпинча геморрагик колит, камроқ эса энтеритик ва симптомсиз шаклда кечади. Геморрагик колитли беморлар учун касалликнинг секин-аста бошланиши, патологик аралашмаларсиз нажас келиш сонининг ошиши, иштаҳанинг пасайиши хос. Касалликнинг 2-3 кунда тана ҳарорати фебрил кўрсаткичларгача кўтарилади, захарланиш белгилари якқол ифодаланади, коринда хуружсимон оғриқлар сезилади. Нажасда қон пайдо бўлади (95% беморларда ифодаланган гемоколит аниқланади). ЭГЭ кўпинча ўртача оғир ва оғир даражада кечади, ўткир буйрак етишмовчилиги ва гемолитик-уремик синдром (гемолитик анемия, тромбоцитопения) ривожланади.

Гемолитик-уремик синдром билан кечувчи геморрагик колит кечишида кўйидаги даврлар фарқланади: продромал, авж олиш ва тикланиш.

Продромал даврда ошқозон-ичак йўлининг зарарланишидан ташқари, неврологик ўзгаришлар (юқори қўзғалувчанлик, безовталалик, талвасага тайёргарлик), периферик қон айланишининг етишмовчилиги ва алмашинув бузилишлари аниқланади. Тери рангпар бўлади. Бурун, қовоқлар, лаблар соҳасида шиш, склераларда кўпинча инъекция аниқланади. Диурез камаяди. [88]

Авж олиш даврида гемолитик анемия, тромбоцитопения билан тарқалган томир ички қон ивиши (ТТИҚИ) синдроми, ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланади. Тери оч сариқ рангда бўлади, қон кўйилишлар (петехиялардан йирик экхимозларгача) бурундан қон кетишлар пайдо бўлади. Неврологик симптомлар ўсиб боради - қўзғалиш зўрайиб борувчи ҳолсизлик билан алмашинади, талвасалар пайдо бўлади, кома ривожланади. Юрак-томир тизимида тахикардия, юрак товушларининг сустлашиши, юрак чўққисида систолик шовқин, АБ нинг

кўтарилиши аниқланади. Кейинчалик гиперкалиемик синдром ривожланади. Гиперкалиемия ва гипертония сабабли ўткир юрак-томир етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Авж олиш даври учун гемоглобин ва гематокрит миқдорининг камайиши билан анемия, ретикулоцитоз, манфий Кумбс реакцияси, регенератор тромбоцитопения хос.

Тикланиш даврида тегишли даволаш таъсирида бемор аҳволи яхшиланади. Касалликнинг энтеритик шакли патологик аралашмаларсиз кўп сонли суюқ ич келиши, иштаҳанинг пасайиши, меъёрий ёки субфебрил тана ҳарорати билан тавсифланади. Нажас суюқ, сувли, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари билан кунига 4-5 марта келади.

ЭагЭ клиникаси ҳозирда етарлича ўрганилмаган.

ЭПЭ чақирган эшерихиознинг таянч-ташхисот белгилари:

- ўзига хос эпиданамнез;
- кўпинча 1 ёшгача бўлган болалар касалланади;
- энтерит, гастроэнтерит кўринишидаги ичак дисфункцияси;
- кўп сонли бўлмаган, лекин турғун қусишнинг мавжудлиги;
- сариқ-қовоқ рангли сувли, сачровчи нажаснинг келиши;
- секин-аста ривожланувчи ва қийин даволанувчи эксикозли токсикоз.

ЭИЭ чақирган эшерихиознинг таянч-ташхисот белгилари:

- ўзига хос эпиданамнез;
- ўткир бошланиши;
- қисқа муддатли иситмалаш;
- қоринда хуружсимон оғриқ;
- қон ва шиллик аралаш кўп сонли ич келиши;
- клиник симптомларнинг тез мусбат динамикаси

ЭТЭ чақирган эшерихиознинг таянч-ташхисот белгилари:

- ўзига хос эпиданамнез;
- кўпроқ гастроэнтерит кўринишидаги ичак дисфункцияси;
- ўта тез бошланиши;
- меъёрий тана ҳарорати;

- нажасда патологик аралашмаларнинг бўлмаслиги;
- сувсизланишнинг I-II-даражасини ривожланиши;

ЭГЭ чақирган эшерихиознинг таянч-ташхисот белгилари:

- ўзига хос эпиданамнез;
- кўпроқ гемоколит, камроқ - энтерит кўринишидаги ичак дисфункцияси;
- меъёрий тана ҳарорати фонида энтеритнинг ривожланиши;
- касалликнинг 2-3 кунда захарланиш ва геморрагик колитнинг пайдо бўлиши;
- баъзан ўткир буйрак етишмовчилигининг ривожланиши.

Лаборатор ташхисоти. Бактериологик усул - қўзғатувчи культурасини ажратиш, унинг қайси гуруҳга мансублигини аниқлаш, уларнинг патогенлигини ва антибактериал препаратларга нисбатан сезгирлигини ўрганиш. Текширув учун нажас, қусиқ массалари, ошқозоннинг ювинди сувлари олинади. Экишни касалликнинг эрта босқичларида, этиотроп даволаш бошланмай туриб амалга ошириш лозим. ЭГЭ ни ажратиш учун гўшт, сув, нажас олинади. Бунда ўз таркибида сорбит, теллуридни сақловчи маҳсус озиқа муҳитларидан фойдаланилади. Якуний натижани 4 кундан сўнг олиш мумкин.

Қиёсий ташхисоти. ЭПЭ, ЭТЭ ва ЭИЭ чақирган эшерихиозларни бошқа ўткир ичак касалликлари билан таққосланади. ЭГЭ чақирган эшерихиозни гемоколит, гемоколитик-уремик синдром ёки тромбоцитопеник пурпура билан кечувчи касалликлар, ҳамда тизимли васкулитлар билан таққослаш лозим.

Энтеропатоген эшерихиозни қиёсий ташхисот мезонлари

Бола ҳаётининг биринчи йилида учрайди. Мавсумийлиги қиш-бахор. Эксикоз 2-3 даража. қусиш 1-3 марта кунига, кўп миқдорда, 7 кунгача давом этади. Ичи кўп, суюқ, энтерик типда, биринчи куни 3-7 марта, кейинчалик 14 кунгача. қоринда оғриқ, дам, ичак парези хос.

Энтеротоксиген ичак таёқчалари чақирган эшерихиоз



Сероварлари 06, 07, 08, 09, 020, 015, 025, 027, 075, 0115, 0153, 0159. Хамма ёшдаги болалар касалланади. Спорадик, эпидемик тарқалади. Асосий юқиш йўли алиментар, камроқ сув орқали. Ёзда учрайди. Клиникаси бир хил эмас, эрта ёшдаги болаларда вабога ўхшаш, катта ёшдагиларга токсико инфекциясига ўхшаш кечади. Яширин даври бир неча соатдан икки-уч кунгача, кўнгил айнаш, қусиш, қорин юқори қисми ва эпигастрияда хурижсимон оғриқ, бир неча соатдан сўнг суяқ ич келиши кузатилади, кунига 10-12 марта. Токсикоз ва эксикоз яққол бўлса ҳам тана харорати нормал бўлади.

Энтеротоксиген эшерихиознинг қиёсий ташхисот белгилари

Хамма ёшдагилар, кўпроқ бир ёшдан катта болалар касалланади. Мавсумийлиги-ёз. Ўткир бошланади, гастроэнтерит, энтерит типда. Эксикоз 2-3 даража. Касаллик кўплаб, тез-тез қусиш, қоринда эпигастрал ва киндик атрофида оғриқ. Таққослаш асосан гастроэнтерит типдага ЎЮИК билан олиб борилади.

#### **1.4. Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини анъанавий даволаш усуллари тахлили**

Эрта ёшдаги болаларда ўткир диареяларнинг энг асосий патоганомик симптомокомплекси бўлиб эксикоз-токсикоз сув туз балансининг бузилиши ётади.

Марказий нерв, юрак-томир системаси фаолияти ва периферик қон айланишининг қанчалик даражада зарарланганлигига кўра токсикознинг 3 та даражаси фарқланади. Тана вазнининг етишмовчилигига кўра сувсизланишнинг 3 та даражаси мавжуд.

Сувсизланишнинг I-даражасида сув йўқотиш 50 мл/кг (тана вазнининг 5 фоизи) ни ташкил қилади. Бунда периферик микроциркуляция бузилмайди ва компенсацияланган сувсизланиш кузатилади. Сувсизланишнинг II-даражасида сув йўқотиш 60-90 мл/кг (тана вазнининг

6-9 фоизи) ни ташкил қилади. Бунда периферик микроциркуляция бузилиб, субкомпенсацияланган сувсизланиш ривожланади.

Сувсизланишнинг III-даражасида сув йўқотиш 100-150 мл/кг (тана вазнининг 10 фоизидан кўпроқ) ни ташкил қилади. Бу марказий гемодинамиканинг бузилиши билан биргаликда декомпенсацияланган сувсизланишнинг ривожланишига олиб келади.

Суюқлик ва электролитларнинг йўқотилишига кўра сувсизланишнинг 3 та тури (сув танқислиги билан, туз танқислиги билан ва изотоник) мавжуд.

Сув танқислиги билан сувсизланиш (гипертоник, хужайра ичи сувсизланиши) электролитларга нисбатан кўпроқ сув йўқотилишида кузатилади. Бунда қон плазмасининг осмотик концентрацияси ошиб, сув концентрация градиентига мувофиқ хужайралардан қон оқимиға ўтади. Клиник манзарада неврологик бузилишлар гемодинамик ўзгаришлардан устунроқ туради. Беморда иситмалаш, безовталиқ, гиперестезия, талвасалар кузатилади. Катта лиқилдоқ шишиб туриши, унда томир уриши аниқланади. Тахикардия ва АБ нинг ошиши, чанқаш, тери ва шиллиқ қаватларнинг қуруқлиги қайд этилади. Диурез сақланган ёки бироз пасайган бўлади. [60,39]

Туз танқислиги билан (гипотоник, хужайрадан ташқари) сувсизланиш кўпроқ электролитлар йўқотилишида аниқланади. Натижада қон плазмаси осмолярлиги пасаяди ва сув хужайралар атрофидан уларнинг ичига кириб боради. Бу эса айланиб юрувчи қон миқдорининг кескин пасайиши ва клиник манзарада гемодинамик бузилишларнинг устун туришига олиб келади. Болалар ҳолсиз, адинамик, тормозланган бўлиб қолади. Тана ҳарорати кўпинча пасаяди. Тери рангпар, баъзи жойларида цианоз билан, ушлаб кўрилганда совуқ ва нам бўлади. Унинг тургори пасайган, катта лиқилдоқ ичга ботган бўлади. Беморларда кучсиз томир уриши, юрак товушларининг бўғиқлиги, тахикардия, паст АБ аниқланади. Болалар суюқлик ичиш ва овқатланишдан бош тартади. Ичак фалажи, диурезнинг

пасайиши ривожланади. Гиповолемиа ва ацидознинг зўрайиб бориши натижасида олигурия анурияга ўтади.

Бир ёшгача бўлган ва янги туғилган чақалоқлар қайси эшерихиоз билан касалланганидан қатъи назар, ҳамда болалар муассасаларига боровчи ва касалликнинг ўрта оғир ва оғир шакллари билан касалланган 2 ёшгача болалар шифохонада даволаниши керак.

Беморлар тартиби – касалликнинг ўткир даврида ётоқ тартиби тайинланади.

Парҳез. Кўкрак сути, қатиқ ва лактозасиз аралашмалар берилади.

Этиотроп даволаш. Антибактериал даволаш. Антибактериал давони тайинлашда беморнинг стационарга тушиш муддати, касаллик оғирлигини, турли препаратга нисбатан чидамлилики ва иложи бўлса бемордан ажратиб олинган эшерихиозларнинг сезгирлигини эътиборга олиш керак.

Микробларга қарши таъсирларнинг юқори эканлигини ҳисобга олган ҳолда дастлаб антибиотикларни тайинлаш мақсадга мувофиқ, зарур бўлиб қолганда қайта даво курси сифатида сульфаниламидлар курси тайинланади.

Бу препаратлар диарея синдромида яхши таъсир кўрсатади ёки химио препаратлар ҳам берилиш мумкин[30].

Дори дизбактериозни чақирмаслик учун антибиотиклар ҳам, сульфаниламидлар ҳам 5 – 7 кундан ошиқ берилмайди, ҳамда албатта В ва С гуруҳ витаминлари билан қўшиб тайинланади[32].

Ҳозирги вақтда енгил баъзан ўрта оғирликда кечувчи Эшерихиозлар даволашда антибиотикларнинг қўлланилиши зарур эмас, бунда химио препаратлар билан чекланса ҳам бўлади. Болаларни даволашда нитрафуран препаратлари, бисептол, фталазоллар ҳозирда эффектив ҳамда катта токсинли деб топилган[34].

Дезинтоксикацион даволаш. Полион эритмалар юборилади: гемодез катталарга 300 – 400 мл, болаларга 5 – 10 тл 1 кг массага, полиглюкин, реополиглюкин ( 500 – 1000 мл, болаларга 10 – 15 тл 1кг массага )[60].

Ҳимояловчи – қувватлантирувчи тартиб. Қориндаги спастик оғриқларни, тенезмларни камайтириш ёки йўқотиш учун белладонна препаратлари 0,015 г дан ёки 3 – 4 томчидан кунда 2 – 3 маҳал, 0,1 % - 1 мл атропин эритмаси, 0,02 % - 1 мл платифилин эритмалари кунда 2 – 3 маҳал, 1-2 % - 1мл папаверин эритмаси, но-шпа таблеткалари 1 – 2 таблеткадан кунда 2 – 3 маҳалга тайинланади[32].

Пархез. Касалликнинг энг бошидан тартиб унинг бутун давомийлиги бўйлаб витаминларга бой, тўйимли, лекин механик, химик ишлов берилган пархез тайинланади.

Витаминотерапия. 250 – 500 мг аскорбин кислотаси

20 мг никотин кислотаси

50 мг витамин В 1

15 – 20 мг В2, 50 – 100 мг витамин В 6

150 – 200 мг витамин В15

Эшерихиозларда булардан ташқари витамин А, геморрагик синдром юз берса К ва Р витаминлари тайинланади. Носпецифик стимулятор препаратлари эшерихиозда носпецифик резистентлик ва организмнинг иммунологик реактивлигини ошириш мақсадида қўлланилади[34].

Пиримидин асосли препаратлар тайинланади. Метилурацил 1 – 1,5 гр, пентоксил 0,2 – 0,4 грдан кунда 3 – 4 маҳал ичиш тайинланади. Қон ва плазма томчи усулида 100 – 150 млдан 2 мартадан 6 мартагача орасидаги танаффус 1 – 4 кун бўлиши керак. Альбумин 5 ёки 10% эритма шаклида вена ичига томчи усулда 100 – 150 млдан юборилади[30].

Дисенсибилловчи даволаш. Кальций хлор, кальций глюканат, димедрол, супрастин, пипольфен каби препаратлар қўлланилади. Токсик формулаларда стероид гармонлардан гидрокартизол, преднизалон тайинланади[32].

Секретор диареялар (ЭПЭ ва ЭТЭ эшерихиозлар) да антибактериал даволаш тавсия этилмайди ва у самарасиздир. Антибактериал воситаларни қўллаш кўпинча касалликнинг чўзилиб кечишига, токсикознинг

кучайишига, давомли бактерия ажратилишига олиб келади. Касалликнинг ўрта оғир ва оғир шаклларида этиотроп воситалар сифатида колипротейли энтерал лактоглобулин, комплексли иммун препарати, махсус бактериофаглардан фойдаланилади. ЭИЭ чақирган эшерихиоз нифуроксазид, налидикс кислотаси, М полимиксини қўлланилади. ЭГЭ чақирган эшерихиозларда антибактериал даволаш тавсия этилмайди, чунки у геморрагик колит белгиларини кучайтиради. Этиотроп воситалар қўлланилиб бўлгандан сўнг беморга бузилган биоценозни тиклаш учун пробиотиклар, ферментли препаратлар (креон, мезим форте, фестал ва бошқ.) тайинланиши керак.

Патогенетик даволаш. Токсинлар элиминациясини таъминлашга ва оғирлик даражасини белгиловчи асосий синдромларни бартараф этишга қаратилган. Эшерихиозлар билан касалланган беморларнинг давосида сувсизланишга қарши даволаш гемодинамик бузилишларни бартараф этиш катта аҳамиятга эга.[57]

Суюқликларни киритиш усуллари бемор беморнинг умумий аҳволи билан боғлиқ. Суюқликларни оғиз орқали киритиш энг физиологик ҳисобланади ва уни сувсизланишнинг енгил ва ўрта оғир даражаларида қўллаш мумкин. Эритмалар сифатида оралит, регидрондан фойдаланилади. Орал регидратацияни касалликнинг биринчи соатларидан бошлаш керак, чунки бунда 2 та муҳим гомеостатик механизмлар (чанқаш ва буйраклар фаолияти) ҳали бузилмаган бўлади. Орал регидратация 2 та босқичда ўтказилади. Биринчи босқич – шошилишч регидратация – даволашдан олдин вужудга келган сув-туз танқислигини бартараф этишга қаратилган. Иккинчи босқич – ушлаб турувчи регидратация – даволашнинг барча қолган даврида боланинг суюқликка, электролитларга нисбатан кунлик эҳтиёжи ва давом этаётган патологик йўқотишларни инобатга олган ҳолда ўтказилади. Суткалик суюқлик ҳажмини ҳисоблаш, инфузион дастур таркибини белгилаш эксикознинг тури ва даражасига боғлиқ. Бунда қуйидаги формуладан фойдаланиш мумкин:

$$V = \PhiЭ * ДЭПЙС * T,$$

$\PhiЭ$  – физиологик эҳтиёж (бола ёшидан келиб чиққан ҳолда);

ДЭПЙС – давом этаётган патологик йўқотишлар суюқлиги;

T – танқислик.

Абердин номограммаси ёрдамида соғлом боланинг сув, электролитларга бўлган эҳтиёжи, ҳамда уларнинг йўқотилиши ҳисобланади. Сўнг патологик йўқотишларни қоплаш учун куйидаги суюқлик ҳажми қўшилади: тана ҳароратининг  $37^0$  C дан ҳар  $1^0$  га кўтарилишида тана вазнининг ҳар кг га 10 мл дан, меъёрдан ортиқ ҳар 10 та нафас олишга – 10 мл/кг дан, қусиш ва диарея мавжудлигида – 20-30 мл/кг дан суюқлик киритилади. Компенсацияланган танқисликда қўшимча 20 мл/кг, декомпенсацияланган танқисликда – 50 мл/кг тана вазнига суюқлик киритилади.

Инфузион даволашни ўтказишда энтерал овқатланишнинг улуши, инфузион эритмалар таркиби ва нисбати, бошланғич эритма, бир марталик инфузия ҳажми ва кун давомидаги киритиш тезлигини аниқлаш керак. Сув-тузли эритмаларнинг таркибини сувсизланиш тури электролитли бузилишлар хусусиятига кўра ҳисоблаш керак. Изотоник сувсизланишда 10% ли глюкоза эритмаси ва тузли эритмалар қўлланилади. Электролитлар ичида  $Na^K$  ва  $K^K$  ионлар мувозанатини тиклаш, айниқса муҳимдир. Калий ва натрий танқислигини куйидаги формула ёрдамида аниқлаш мумкин:

$$\text{Ион танқислиги (ммоль)} = \text{ион (меъёри) бемор иони} \times V \times K$$

V- бемор вазни;

$K^-$  хужайрадан ташқаридаги суюқлик ҳажми коэффиценти

(1 ёшгача – 0,3; 1 ёшдан каттароқларда – 0,2)

Натрий ва калийнинг бемор олиши керак бўлган суткалик миқдори тегишли равишда 6 ммоль/кг ва 1-2 ммоль/кг га тенг. Ҳисоблаб аниқланган калий миқдори глюкоза-инсулин аралашмасига киритилади.

Метаболик ацидозни 4% ли натрий гидрокарбонати эритмаси ёрдамида тўғрилаш мумкин. Унинг киритиладиган ҳажмини қуйидаги формулага қараб ҳисоблаш мумкин:

$$V (\text{мл}) = \text{тана вазни (кг)} \times \text{BE} \times 0,5$$

BE – Аструп микро усули бўйича асослар етишмовчилиги. BE ни аниқлашнинг имкони бўлмаса, уни 4 мл/кг ҳисобидан киритиш мумкин.[7]

Касалликнинг авж олиш ва тузалиш вақтида ҳимояловчи қувватловчи режим, узайтирилган физиологик уйқу, пархез ва витаминотерапия, нерв системасини тинчлантирувчи терапия, вакцинация ва стимуловчи воситалар фонидаги антибактериал даволаш, даво клизмалари, ошқозон – ичак тракти, жигар, меъда ости безларнинг ўрин босувчи терапияси, ўткир хуружлар тугагач физиотерапевтик даво чоралари олиб борилади. Амбулатор назорат ва даволаш даврларга мос келадиган ремиссия вақтида актив даволаш талаб қилинмайди, бунда ишлаш, маиший ҳаёт ва дам олиш режимига риоя этиш, аста – секинлик билан диетани кенгайтириб бориш, йўлдош касалликларни даволаш, ўрин босувчи терапия, физиотерапевтик муолажалар олиб борилади[29].

Эшерихиозларнинг муваффақиятли профилактикасига эпидемик процессининг учала занжирига инфекция манбаи, юқиш йўли ва организм мойиллиги қабиларга қаратилган, комплекс тарзда ўтказилган санитар – гигиеник, даво – профилактик ва эпидемияга қарши чора – тадбирлар ўтказиш орқали эришилади[51].

## **I -боб хулосаси**

Эрта ёшдаги болаларда ўткир ичак юқумли касалликлари барча юқумли касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини сақлаб туриши билан давом этмоқда

Хорижий манбалардан маълум бўлишича, кейинги йилларда ичак бузилиши ҳолатларининг етакчи этиологик омилларига эшерихиялар, кебсиеллар, протейла, Enterobacter каби шартли – патоген кўзгатувчиларнинг улуши тобора ортиб борган

Эшерихиозлар – диарея чақирувчи ичак таёқчалари томонидан чақирилувчи юқумли касалликлар бўлиб, улар кўпроқ ошқозон-ичак йўлининг зарарланиши ва захарниш ҳамда диарея синдромининг ривожланиши, камроқ - патологик жараённинг тарқалиши билан тавсифланади. Энтеропатоген эшерихиялар асосан бола ҳаётининг биринчи йилида учрайди. Мавсумийлиги киш-бахор. Эксиқоз 2-3 даража. қушиш 1-3 марта кунига, кўп миқдорда, 7 кунгача давом этади. Ичи кўп, суюқ, энтерик типда, биринчи кун 3-7 марта, кейинчалик 14 кунгача. қоринда оғриқ, дам, ичак парези хос. Энтеротоксиген ичак таёқчалари чақирган эшерихиоз эса ҳамма ёшдаги болалар касалланади. Спорадик, эпидемик тарқалади. Асосий юқиш йўли алиментар, камроқ сув орқали. Ёзда учрайди. Клиникаси бир хил эмас, эрта ёшдаги болаларда вабога ўхшаш, катта ёшдагиларга токсико инфекциясига ўхшаш кечади. Энтеротоксиген эшерихиялар ҳамма ёшдагилар, кўпроқ бир ёшдан катта болалар касалланади. Мавсумийлиги-ёз. Ўткир бошланади, гастроэнтерит, энтерит типда. Эксиқоз 2-3 даража. Касаллик кўплаб, тез-тез қушиш, қоринда эпигастрал ва киндик атрофида оғриқ

Клиник кўринишини оладиган бўлсак диагностик мезонларига, касалликни ўткир бошланиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикациянинг ҳар хил даражада бўлиши, ошқозон ичак системасининг зарарланиш белгилари билан кечади. Асосан енгил, ўрта оғир, оғир формаларда кечади. Ёш болаларда эксикоз ва токсикоз кўринишда кечади



## **II БОБ. ТЕКШИРУВ МАТЕРИАЛИ ВА УСЛУБЛАРИ**

### **2.1. Текширилган ўткир ичак инфекциялари билан касалланган болаларнинг умумий характеристикаси**

Мамлакатимиз миқёсида болаларни саломатлигини тиклаш ва уларни соғломлаштириш каби масалалар давлат дастурларлари ва президентимиз раҳнамолигидаги олиб борилаётган ишлар асосида олиб борилаётганлиги, юқумли касалликларни камайтириш, даволаш, янги ташхисот усулларини такомиллаштириш юзасидан намунали ва кўплаб тадбирлар олиб борилмоқда бу мамлакатимизнинг ёш авлодини соғлом ва баркамол қилиб ўстириш ва кенг имкниятларни яратишга олиб келмоқда. Барча эришилаётган янгиликларни амалий аҳамияти ортиб бормоқда. Шу ўринда юқумли касалликлар салмоғида ўткир ичак касалликлари бўйича бир катор илмий ва амалий ишлар нафакат Республикамиз бўйича балки дунё бўйича амалиётга кенг тарғиб этилмоқда ва бир катор янги йуриқномалар ва стандартлар ишлаб чиқилмоқда.

Текширувмиз ва таҳлилларимиз 2013-2015 йиллар мобайнида Тошкент шаҳри 4-сонли болалар юқумли касалликлари клиник шифохонасида ўткир диарея билан оғриган ва эшерихиоз ташхиси аниқланган туғилгандан-3 ёшгача бўлган бемор болаларда олиб борилди.

Текширувларда 30 та эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар ажратиб олинди ва бевосита касаллар ва касаллик тарихи маълумотлари билан ишланди, таҳлилилар ўтказилди. Беморларда анамнестик, эпидемиологик маълумотлар, бактериологик текширув маълумотлар беморлардан ва касаллик тарихини ўрганиш орқали тўла

йиғилди ва маълум текширувлар орқали ўрганилди. Барча беморларда клиник, лаборатор, бактериологик текширувлар ўтказилди.

Текширилган 30 нафар бемор болаларнинг ёшлари туғилгандан- 3 ёшгача бўлиб, уларнинг ёш бўйича таҳлил қилганимизда туғилгандан- 1 ёшгача бўлган бемор болалар 11 та беморни, 1 ёшдан -3 ёшгача бўлган бемор болалар 19 та бемор болаларни ташкил қилди.(Расм 2.1.1)



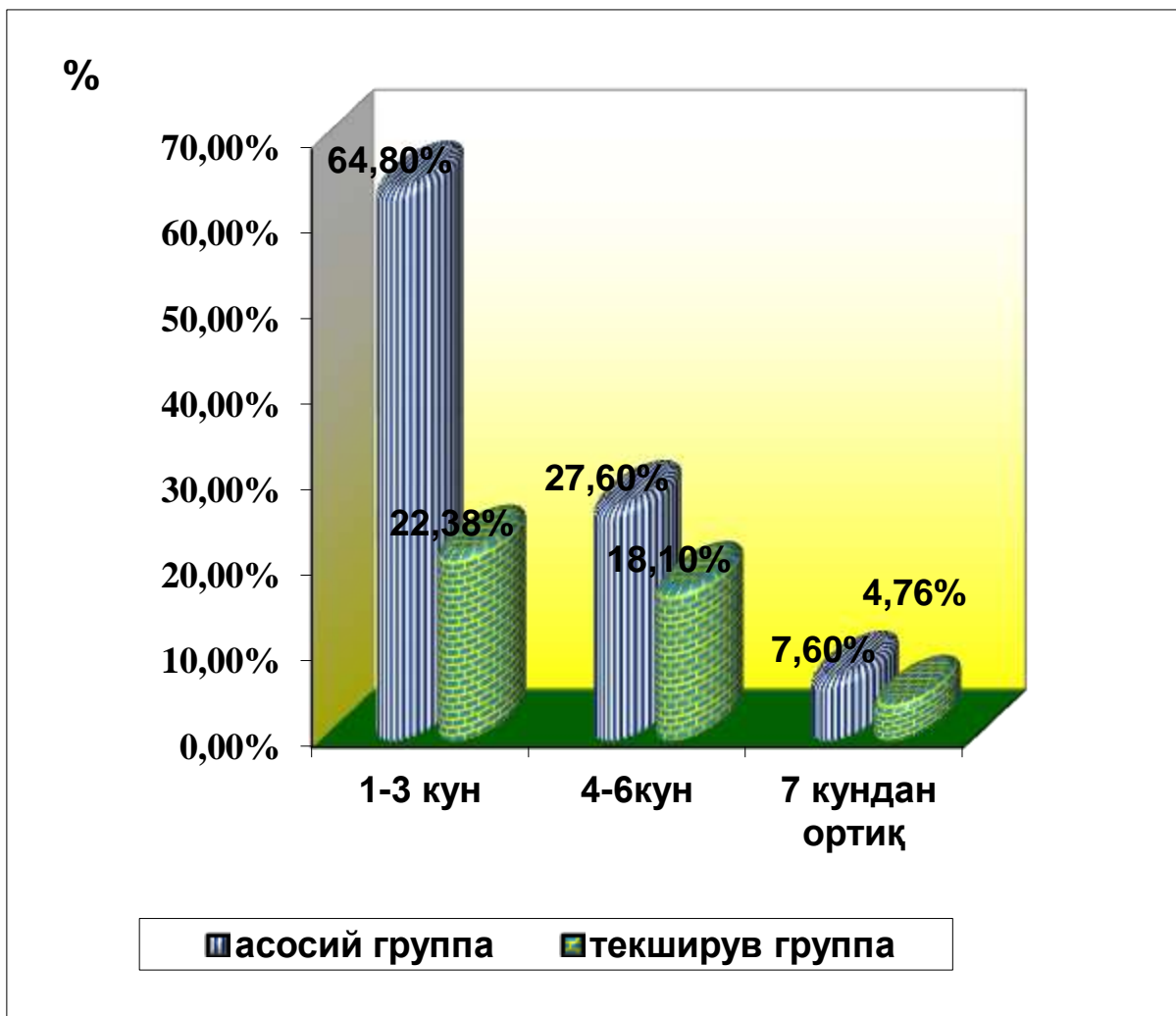
Расм 2.1.1 Беморларнинг ёш бўйича хусусияти

Касалланган болаларнинг ярмидан кўпроғи 16 (53.3 %) касаллик бошланишининг биринчи 3 кунда касалхонага ётқилган, бу эса ўз навбатида текшириш ишларини ва касалликни даволашни эрта муддатда бошлашга имкон берди.

Текширувимиздаги беморларни 2 гуруҳга бўлиб ўргандик Биринчи гуруҳ: Эшерихиоз билан касалланган 3 ёшгача бўлган 15 та бемор болалар.Иккинчи гуруҳ: Эшерихиоз билан касалланган 3 ёшгача бўлган 15 та йўлдош касалликлари бор бемор болалар.

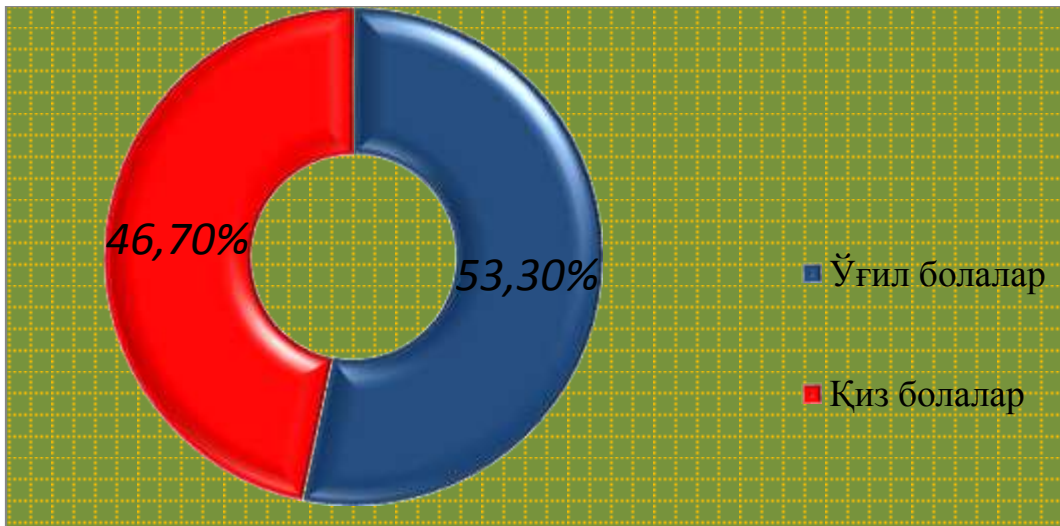
Болаларнинг кўп қисми касалликнинг бошланғич 5 кунлигида касалхонага мурожат қилишга бўлиб бу 2.1.2 расмда

Эпидемиологик анамнезни ўрганиш натижаларига кўра, аксарият холларда беморларга инфекция мулоқот йўли: 22 (73.3%) беморларга озиқ – овқат орқали юққанлиги аниқланган, 8 (26.7%) болаларда эса касаллик манбаи аниқланмаган.



Расм2.1.2Касалларнинг касалхонага мурождати

Текширувимиздаги беморларнинг жинс бўйича текширувлвр ўтказганимизда ўғил болалар 16та бемор болаларни, 14та беморлар эса қиз болаларни ташкил қилди.(Расм2.1.3)

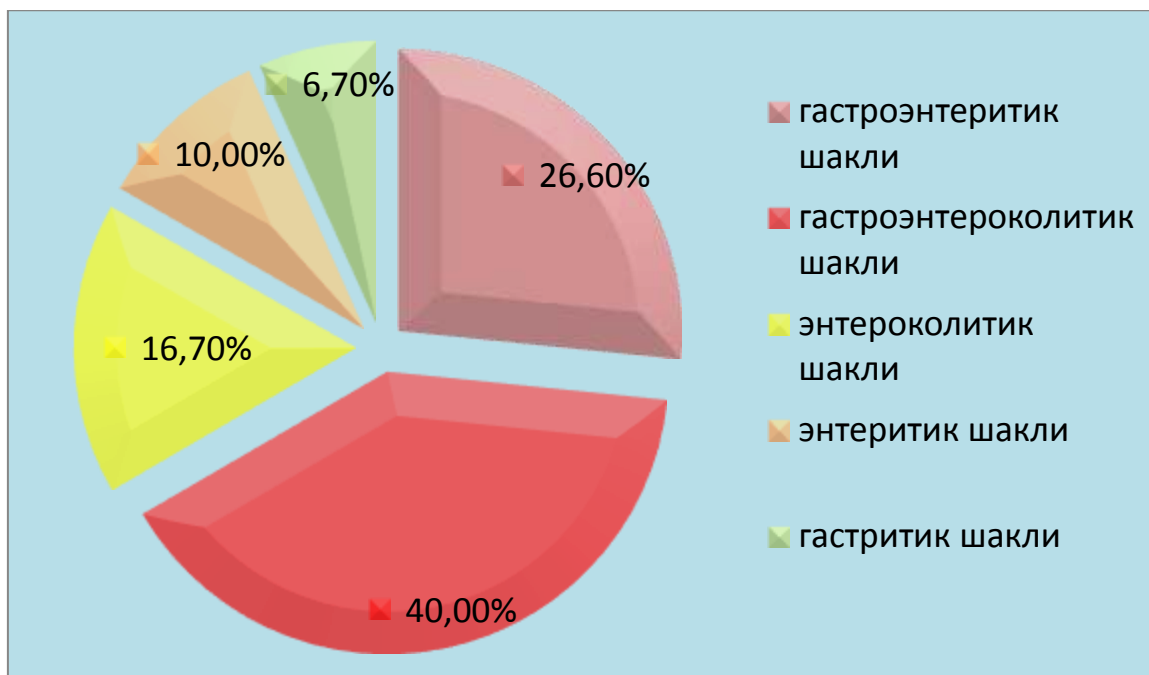


**Расм 2.1.3 Болаларнинг жинс бўйича тахлили**

Барча беморларга тўлиқ клиник-лаборатор текшириш усуллари ўтказилган. Бу усулларга умумий қон, сийдик, ахлат текширувлари, ҳамда бактериологик, серологик текширишлар киради.

Касалликнинг кечиши оғирлигини баҳолаш мезонлари сифатида: юқумли жараённинг ўткир ривожланиши, токсикоз ва эксикознинг намоён бўлиш даражаси, температура (тана ҳарорати) реакцияларининг ва ошқозон – ичак бузилишларининг давомийлиги, патологик жараёнга юрак –томир ва марказий асаб тизимининг жалб қилиниш даражаси, копрограмма кўрсаткичлари танлаб олинади.

Текширувимиздаги бобалардаги клиник шакллариининг тахлилида: гастроэнтеритик шакли (8 больных – 26,6%), гастроэнтероколитик шакли (12 больных – 40%) ва энтероколитик шакли (5 больных - 16,7%), 3 (10%) беморда эса касалликнинг энтеритик шакли аниқланилди 2(6.7%)та беморда гастритик шакли учради. (Расм 2.1.4)



Расм 2.1.4 Касалликнинг клиник шакллари тахлили

## 2.2. Текшириш усуллари

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

1. Умумклиник-эпидемиологик текширув.

2. Лабаратор текшириш усуллари.

А) Қон ва сийдикнинг умумий тахлили.

Б) Копрологик текширув.

В) Нажасни ичак гурухига бактериологик экиш.

## 2.3. Клиник – эпидемиологик усул

Клиник–эпидемиологик усул- ташхис қўйишда асосий бўлиб ҳисобланади. 65-80 % ҳолларда эшерихиоз ташхиси айнан шу усул орқали қўйилади.

Тўғри йиғилган анамнез ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга:

Касалликнинг бошланиши, температура характери, белгиларнинг кетма-кет пайдо бўлишлари, тиббий муассасага мурожаати, уй шароитида даволанганлиги ва унинг натижаси. Ошқозон-ичак тракти функциясига алоҳида эътибор берилади, иштаҳа характери, қорин оғриғи, ич ўтиши, сони, ахлатнинг нажас ёки нажас характерда эканлиги, таркибида патологик аралашмалар борлиги ва бошқалар.

Эпидемиологик маълумотлар ҳам эшерихиоз ташхисотида алоҳида ўрин тутди. Агар бемор бундан олдин эшерихиоз билан касалланган бўлса, ушбу касаллик билан боғлиқлигини ўйлаб кўриш керак. Касалликлари орасидаги вақт ичида ошқозон – ичак трактининг функционал ҳолати, ҳар – хил экзоген факторларга сезувчанлигини эътиборга олиш керак. Бундан ташқари беморнинг гигиена талабларига қандай риоя қилиши, беморнинг касаллик бошланишига нима сабаб бўлганлиги, озиқланиш режими ва характерга ва шунга ўхшаш эпидемиологик маълумотларни тўплаш зарур.

Эшерихиоз одатда типик кечишини эътиборга олган ҳолда, ҳар қандай кечишига хос бўлган типик симптомларни ҳам санаб ўтиш керак. Ошқозон-ичак шакллариининг клиник кўринишлари (энтерит, энтероколит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит, колит) қўзғатувчининг қайси тоифага мансублиги, штаммининг вирулентлиги, макроорганизмнинг реактивлиги, беморларнинг преморбид ҳолати ва ёшига боғлиқ. Касаллик секин-аста ёки ўткир ичак дисфункцияси (энтерит ёки гастроэнтерит), тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий аҳволнинг бузилиши билан бошланади. Баъзида тана ҳарорати касалликнинг биринчи кунларида меъёрийлигича сақланади. Кейин бола нотинч бўлиб қолади, иштаҳаси пасаяди, қайт қилиш ёки қусиш (қунига 2-3 марта) қўшилади. Нажаснинг кўриниши турлича бўлади: бўтқасимон, сувли; сариқ-қовоқ рангли тиниқ шиллиқ аралаш қунига 10 мартагача. Қорни шишган, ануси берк, думбаларда – терининг таъсирланиши кузатилади. Касалликнинг 4-5 кунда беморнинг аҳволи оғирлашади: ҳолсизлик, адинамия, қайта-қайта қусиш, ич келиши

сонининг кўпайиши, тана вазнининг камайиши аниқланади. Токсикоз ва эксикоз клиник белгиларининг ифодаланиш даражаси касалликнинг 5-7 кунда ўз чўққисига етади. Беморнинг безовталаниши ёки адинамия, анорексия, тана вазнининг камайиши кузатилади. Кейинчалик гиперестезия ва талвасалар кўшилиши мумкин. Юз қирралари ўткирлашади. Катта лиқилдоқ ва кўз олмалари ботган бўлади. Терининг рангпарлиги, мрамарсимонлиги, периорбитал цианоз ва акроцианоз, шиллик қаватларнинг қуруқлиги, тахипноэ, тахикардия, юрак чўққисида систолик шовқин, юрак товушларининг кучсизланиши, гипотермия, олигоанурия аниқланади.

Эшерихиознинг оғир шаклларидаги ичак дисфункцияси 3-4 ҳафта, баъзида ундан ҳам кўпроқ муддат давом этади. Бунда узок муддат кўзгатувчининг ажралиши, асоратлар (отит, гипотрофия, анемия, ичак дисбактериози, иккиламчи мальабсорбция синдроми) нинг ривожланиши кузатилади.

Атипик шакллар. Энтеропатоген эшерихиознинг септик шакли янги туғилган чақалаоқларда ва эрта ёшли оғирлашган преморбид фон (чала туғилганлик, гипотрофия, диатез) га эга болаларда кузатилади. Беморларда турғун қусиш, септик иситмалаш, тана вазнининг камайиши, ичак дисфункцияси фонида йирингли инфекция ўчоқлари аниқланади. Касаллик ифодаланган токсикоз белгилари, гемодинамик бузилишлар, гепатоспленомегалия, анемия, дистрофия билан кечади.

Касалликнинг билинар-билинемас шакли 1 ёшдан каттароқ болаларда кузатилади. Клиник белгилар кучсиз ифодаланади. Меъёрий ёки субфебрил тана ҳарорати фонида кунига 2-4 марта келувчи суюқлашган нажас ва иштаҳанинг пасайиши аниқланади. Ичак дисфункцияси 2-4 кун давом этади.

Касалликнинг симптомсиз (инаппарант) шакли клиник белгиларнинг бўлмаслиги билан ажралиб туради. Ташхис эпидемиологик ва лаборатор маълумотларга асосланиб қўйилади.

Транзитор бактерия ташувчанлик клиник симптомлар йўқлиги ва манфий серологик текширув натижалари мавжудлигида қайд этилади.

Касалликнинг оғирлик даражасига кўра енгил, ўрта оғир ва оғир даражалари фарқланади. Касалликнинг енгил даражасида тана ҳарорати меъёрий ёки субфебрил, беморнинг умумий аҳволи қониқарли, иштаҳаси сақланган, тана вазни ўзгармаган бўлади. Нажаси кунига 4-6 марта келади. Ичак дисфункцияси 7-10 кун давом этади. Ўрта оғир даражасида тана ҳарорати 38,6-39,50 С гача кўтарилади, захарланиш белгилари (боланинг нотинчлиги ёки ҳолсизлиги, иштаҳанинг пасайиши, терининг рангпарлиги) ифодаланган бўлади. Бемор кунига 1-2 марта қусади, нажаси суюқ 8-10 марта келади. Бунинг натижасида сувсизланишнинг I-II-даражаси ривожланади. Бунда баъзан асоратлар (отит, бронхит, зотилжам) кузатилиши мумкин. Касалликнинг оғир даражасида кучли ифодаланган захарланиш белгилари, сувсизланиш ва ошқозон-ичак бузилишлари кузатилади. Гипертермия, кўп мартали қусиш, кунига 15-20 мартагача суюқ нажаснинг келиши қайд этилади.

Энтеропатоген эшерихиозда токсикоз ва эксикоз ривожланиши мумкин.

Эрта ёшли болалардаги эшерихиозлардаги ривожланувчи токсикоз ва эксикознинг кечиш хусусияти шундан иборатки, бунда беморларни дезинтоксикацион ва регидратацион даволаш жуда секин самара беради, касаллик эса тўлқинсимон кечишга мойиллик билдиради.

Энтеропатоген эшерихиознинг ошқозон-ичак шакли билан касалланган беморлар гемограммасида ўрта миёна лейкоцитоз, лимфоцитоз; копрограммада – лейкоцит ва эритроцитлар бўлмаётган туриб овқат ҳазм бўлиши ва сўрилишининг бузилиши белгилари аниқланади.

ЭИЭ клиникаси хусусиятлари. Яшириш даври бир неча соатдан 1-3 кунгача давом этади. Касаллик тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, ҳолсизлик, қориндаги хуржсимон оғриқ, бир марталик қусиш билан бошланади. Шу билан бир пайтда ёки касаллик бошлангандан бир



неча соат ўтиб энтероколит кўринишида ичак дисфункцияси ривожланади. Нажас кунига 4-8 мартагача шиллиқ, яшил ва бироз қон аралаш келади. Тенезмлар ва «ректал тупук» кўринишидаги нажас кузатилмайди. Иситмалаш 1-2 кун, ичак дисфункцияси эса 5-7 кун давом этади. Гемограммада ўрта миёна лейкоцитоз, таёкча ядроли ҳужайралар сонининг силжиши, юқори ЭЧТ аниқланади. Копроцитограммада овқат ҳазм бўлиши ва сўрилишининг бузилиши, лейкоцитлар ва эритроцитлар аниқланади. Ректорومانоскопик текширувда тўғри ичак дистал қисми шиллиқ қаватида диффуз катарал яллиғланиш белгилари, камроқ - эрозив проктосигмоидит аниқланади.

Атипик шакллари. ЭИЭ билинар-билинемас ва симптомсиз шаклларда кечиши мумкин.

ЭТЭ клинкаси хусусияти. Яширин даври бир неча соатдан 3 суткагача. Касаллик одатда вабосимон гастроэнтерит кўринишида кечади. Кўп марта кусиш, кўп сонли (кунига 10-15 мартагача) сувли, сачровчи, патологик аралашмаларсиз нажас, қоринда хуружсимон оғриқлар аниқланади. Тана ҳарорати меъерий, дефекация оғриқсиз бўлади. Баъзи беморларда эксикозли токсикоз кузатилиши мумкин. ЭТЭ яхши сифатли кечади, нажаснинг меъёрлашуви 4-6 кунда, соғайиш эса 7-10 кунда кузатилади. Копроцитограммада овқат ҳазм бўлишининг ферментатив бузилишларини тасдиқловчи ўзгаришлар аниқланади. Баъзи ҳолларда энтерит, энтероколит, гастроэнтероколит кўринишида ичак дисфункцияси учраши мумкин.

ЭГЭ клинкаси хусусияти. Яширин даври – 3-8 кун. ЭГЭ кўпинча геморрагик колит, камроқ эса энтеритик ва симптомсиз шаклда кечади. Геморрагик колитли беморлар учун касалликнинг секин-аста бошланиши, патологик аралашмаларсиз нажас келиш сонининг ошиши, иштаҳанинг пасайиши хос. Касалликнинг 2-3 кунида тана ҳарорати фебрил кўрсаткичларгача кўтарилади, захарланиш белгилари яққол ифодаланади, қоринда хуружсимон оғриқлар сезилади. Нажасда қон пайдо бўлади (95%

беморларда ифодаланган гемоколит аниқланади). ЭГЭ кўпинча ўртача оғир ва оғир даражада кечади, ўткир буйрак етишмовчилиги ва гемолитик-уремик синдром (гемолитик анемия, тромбоцитопения) ривожланади.

Гемолитик-уремик синдром билан кечувчи геморрагик колит кечишида куйидаги даврлар фарқланади: продромал, авж олиш ва тикланиш.

Продромал даврда ошқозон-ичак йўлининг зарарланишидан ташқари, неврологик ўзгаришлар (юқори кўзғалувчанлик, безовталалик, талвасага тайёргарлик), периферик қон айланишининг етишмовчилиги ва алмашинув бузилишлари аниқланади. Тери рангпар бўлади. Бурун, ковоқлар, лаблар соҳасида шиш, склераларда кўпинча инъекция аниқланади. Диурез камаяди.

Авж олиш даврида гемолитик анемия, тромбоцитопения билан тарқалган томир ички қон ивиши (ТТИҚИ) синдроми, ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланади. Тери оч сариқ рангда бўлади, қон куйилишлар (петехиялардан йирик экхимозларгача) бурундан қон кетишлар пайдо бўлади. Неврологик симптомлар ўсиб боради - кўзғалиш зўрайиб борувчи ҳолсизлик билан алмашинади, талвасалар пайдо бўлади, кома ривожланади. Юрак-томир тизимида тахикардия, юрак товушларининг сустлашиши, юрак чўққисида систолик шовқин, АБ нинг кўтарилиши аниқланади. Кейинчалик гиперкалиемик синдром ривожланади. Гиперкалиемия ва гипертония сабабли ўткир юрак-томир етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Авж олиш даври учун гемоглобин ва гематокрит миқдорининг камайиши билан анемия, ретикулоцитоз, манфий Кумбс реакцияси, регенератор тромбоцитопения хос.

Тикланиш даврида тегишли даволаш таъсирида бемор аҳволи яхшиланади. Касалликнинг энтеритик шакли патологик аралашмаларсиз кўп сонли суюқ ич келиши, иштаҳанинг пасайиши, меъёрий ёки субфебрил тана ҳарорати билан тавсифланади. Нажас суюқ, сувли, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари билан кунига 4-5 марта келади.

ЭаггЭ клиникаси ҳозирда етарлича ўрганилмаган.

Қон тахлили қуйидагича ўтказилади. Қонни текшириш учун боланинг бармоқ юмшоғига бир марта ишлатиладиган скарификатор игна ёрдамида қон олинади. Памченкова 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 шакли элементлар миқдори ҳисобини ва гемоглобинни аниқлашда қонни натрий цитрат билан аралаштиришни тўғри йўлга қўйиш шарт.

Ахлатни текширишда макроскопик, микроскопик, химик ва бактериологик таҳлиллар ўтказилади. Ахлатни макроскопик текширув ўтказишда унинг миқдорига (суткалик), рангига, консистенциясига, шаклига, ҳидига, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари бўлишига, шиллик, йиринг, қон, паразитларга аҳамият берилади. Одатда ахлат малла рангда (билурубин ҳисобига) диарея касаллигида билирубин тикланмайди ва ахлат яшил, сариқ ёки яшил рангда, сутли пархезда эса- оч-сариқ рангда бўлади. Нордон ахлат ҳиди жараённинг кучайишида юзага келади. Ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари доимо ахлат эмульциясида, петри ликопчасига солиб, тўқ рангли фонда кўрилади. Кўпинча овқат ўсимлик қолдиқлари учрайди. Ахлатнинг патологик таркибли қисмида шиллик, қон ва йиринг бўлади. Шиллик ахлатнинг юза қисмида бўлиб, у йўғон ичакда яллиғланиш жараёнидан далолат беради. Ахлатни микроскопик текшириш ичакларнинг хазм қилиш хусусияти, ичак шиллик қобиғи функционал ҳолати, гельмент ва соддалилар борлигини аниқлашга асосланган. Ахлатнинг кўпчилик элементлари натив препаратларидан кўриниб, бунда ахлат эмульсияси тайёрланади. Натив препарат тайёрлаш учун ойнали таёкча билан озгина ахлат миқдори олинади, унга фосфорли ступка

солинади ва суюқ бўтқа холатига келтирилади, кейин буюм ойначасига 2-3 томчи тайёрланшган эмульсия солинади. Одатда 4 тадан кам булмаган қуйидаги: Натив ва люголь эритмаси билан бўялган, метилен куки билан сирка кислотаси ёки судан III билан бўялган препаратлар тайёрланади. Бу эмульсиялар катори учун реактив томчиси қўшилади, шишали таёқча билан аралаштирилади ва устидан қопловчи ойнача ёпилади. Суюқ холатдаги ахлат учун буюм ойначасига материал томчиси солиниб етарлича тайёрланади. Микроскопик текширганда қуйидаги элементлар: детрит, овқат қолдиғи, ичак шилликқобиғи элементлари, кристалл ҳосилалар, микрофлорага бўлинади. Детрит ахлатнинг асосий қисми бўлиб ва овқатларнинг майда полиморф тарқалган қийин ҳазм бўладиган, турли шаклдаги донали ҳосила ва ўлчамда бўлади. Оқсилли овқат қолдиқлари ўртасида ўзгармаган (ҳазм бўлмаган) ва ўзгарган (ҳазм бўлган мушак толалари фарқланади. Одатда ўзгармаган мушак толалари сариқ рангда, цилиндрик « кесилган» шаклда, кўндаланг кам ҳолларда эса бўйлама холатда бўлади. Ҳазм бўлган мушак толалари юзаси силлик сариқ рангда бўлади. Толаларнинг аҳамиятли миқдори (креатория) ошқозонни секретор функцияси пасайишида учраб, ошқозон ости беши етишмовчилиги ва перистальтика тезлашганлигидан далолат беради. Крахмал препаратда люголь эритмаси билан бўялганда крахмал донаси бинафша рангга киради. Крахмал хужайра ичида ҳазм бўлган клетчатка ёки хужайрадан ташқари турли ўлчамда қолдиғи учрайди. Нормал ҳазм бўлган крахмал ахлатда одатда булмайди. Крахмал бўлиши овқат ҳазм қилиш етишмовчилигидан (ингичка ичак касалликлари, эвакуация кучайганлигидан) далолат беради. Ёғ ахлатда нейтрал ёғ қуринишида булади. Барча шаклдаги ёғлар ичаклар перистальтикасини кучайиши энтериоколитда кузатилади. Ичак эпителийсининг цилиндрик хужайралари нормал ахлатда кам учрайди у бирканча узгарган шаклда катта овал ядролидир. Ичак эпителийсининг катта миқдори катарал яллиғланиш жараёнларида шиллик билан намоён бўлади.

Ахлатни кимёвий текшириш яширин қон борлигини, ўт пигменти, трипсин ва бошқа ферментлар борлигини аниқлаш учун қўлланилади. рН аниқлаш учун лакмус қоғозига ахлат массаси водород ионлари концентрациясига боғлиқ ахлат ранги ўзгаради. Яширин қон кетишини гемоглабинни (адлер усули) аниқлаш йўли билан текширилади.

Барча ахлат массаларида 40-50% микрофлора ташкил этади. Микрофлорани текширишда селектив муҳитли бактериологик экиш усулидан фойдаланилади. Люгол эритмаси бўялган препаратда йодафил флора кўринади, тўқ кўк рангда бўялади. Йодафил флора таёқча кўринишида ачиш жараёнида учрайди, перистальтика кучайган, дизбактериоз кўзатилади. Нормал ахлатда замбуруғли хужайралар кам миқдорда учрайди. Ахлатни бактериологик текшириш катта ахамиятга эга. Яхши натижалар ётқизилган беморлардан антибиотк дорилар олмасдан материал экиш йўли билан олинади. Экиш учун шиллиқ ва асосан йиринг олинади. Қон олинмайди. Глицерин аралашмаси 1-2 гр ҳажмли ахлат, музлатгичда + 8 градусда сақлаган ҳолда зудлик билан экмага олиб бўлмайди. Текширув ўтказиш учун куруқ массалар, ошқозоннинг ювинди сувлари, овқат қолдиқларидан фойдаланилади. Ахлат бўлмаса, тўғри ичакдан ахлат олинади.

Материални экишда селекцион Плоскирев, Левин ва тўйинтириш мухитидан фойдаланилади. Материални экиш учун УПФ оддий озикмухитида кўрилади, кучсиз ярим тиниқ калония ўсишига асосланган. Микроорганизмлар қисқа юмалоқ охирги таёқча, ҳаракатсиз спора ҳосил қилмайди битта ёки занжирли жойлашган, желатин ҳосил қилмайди, индол ва серо водорот ҳосил қилмайди. Глюкоза, лактоза, мачевина ферментлари бор. Материални текшириш учун эшерихиоз гуруҳи ўтли-тузли, сутли-тузли, қонли агар ва гўшт пептонли агар, кристал бинафша билан ўтказилади. Тоза култураларда гемолитик, плазмакоагуляцияли, лецитиназли ва гиалурунидазли хусусияти, вирулентлиги шунингдек, пигментли характери ҳам текширилади. Гўшт пептонли агарда

эшерихиозлар ўсиб чиқиши аниқланиб, чегараси 1-4 мм диаметрдаги ўлчамлари ўсиб чиқади. Колонияни микроскопик текширганда дағал донали тузилишга ва маркази зич, шиллиқ эмасдир. Рангинг ярми ажратилган пигментга (яшил, оқ, лимон-сарик) боғлиқ. Протеолитик ва сахаролитик ферментлар ишлаб чиқаради. Эшерихиозлар ёш культураларда индол ҳосил қилмайди, желатинни парчаламайди, сутни ивитади, баъзан зардобни, нитратларни нитритга тиклайди. Уреаза, каталаза, фосфатазани ҳосил қилади. Шунингдек эшерихиозлар аммиак, сероводород, глюкоза, левулоза, мальтоза, лактоза, сахароза ферментлари, маннит, глицерин ишлаб чиқаради. Эшерихиоз касаллигини чакирувчи микроорганизмларни экиш учун материални Плоскирев муҳитидан фойдаланиб, у термостатга 37 градусга бир кун қўйилади. Тоза ажратилган культуралари биохимик ва серологик маълумотларга ажратилади. Эшерихийларни зич муҳитида майда (диаметри 1-1,5 см) майин ярим тиниқ колония ҳосил бўлади. Эшерихийлар грамм манфий микроб бўлиб капсуласи, хивчини, спораси йўқ, аэроб шароитда яхши ўсади, желатинга парчаланмайди, сероводород ишлаб чиқармайди. Ферментатив хусусияти: глюкоза кислота ҳосил қилади, Ньюкасл бактерияси баъзан глюкоза кислотаси ва газ ҳосил қилади. Зонне бактериясидан ташқари, барчасида лактоза ферменти йўқ. Эшерихийларни экиш учун материални ўтли бульон, Мюллер ва Плоскирев ёки висмут-сульфитли агар муҳитидан фойдаланилади. Ажратилган культуралари ферментатив, культурал, серологик ва биологик хусусиятларга бўлинади. Гўшт пептонли агарда Эшерихийлар ярим тиниқ майин колония, Плоскирев ва Эндо муҳитида ярим тиниқ, рангсиз ёки оқ-пушти колония, висмут-сульфитли агарда-қора ялтироқ колония ҳосил қилади. Ахлатни микроскопик текширганда ҳаракатчан таёқча, капсула ва спора ҳосил қилмайди, хивчини бор. Эшерихийлар жилатенни парчаламайди, индо ҳосил қилмайди, серо водород ҳосил қилади, нитратларни нитритгача тиклайди, сутни ивитамайди. Ферментатив хусусияти: глюкоза, маннит, мальтоза,

левулозалар, галактозалар, рафтилозалар, денетрил, глицерин, сорбит, баъзан ксилоза ҳосил қилади

Нажасни ичак гурухига экиш. (Бактериологик усул).

Бемор болаларда касаллик қўзғатувчисини аниқлаш мақсадида нажасни бактериологик текшириш давомийлиги қуйидаги тартибда амалга оширилади.

Текшириш учун беморларнинг нажаси олинади.

Бунинг учун қуйидагиларга ахамият берилади.

1. Диарейларда микроб шиллиқ ва йиринг таркибида бўлади, шунинг учун ахлатни шиллиқли ёки йирингли жойидан олинади.
2. Тўғри ичакнинг пастки қисмидаги ахлатда микроблар кўпинча нобуд бўлганлиги сабабли тўғри ичакнинг юқори қисмидан ёки сигмасимон ичакдан келаётган нажасдан экма олинади.
3. Нажасни экиш учун қонли жойдан материал олинмайди.

Материал сим қовузлоқнинг учида тўмтоқ шаклда ўралган пахтали тампонга суртиб олинади ва 1/3 қисми консервацияланган эритмаси бўлган пробиркага солинади. Пробирканинг оғзи пахта билан беркитилади.

Консервацияланган эритма таркиби: бу глицеринли аралашма ҳам деб аталади. Тайёрлаш учун 2 литр физиологик эритмага 1 литр глицерин ва 300 мл 10%  $\text{Na}_2\text{HPO}_4$  эритмаси аралаштирилади сўнг 0,5 атм, босимида 15-30 дақиқа стерилизацияланади. Стерилизациядан кейин рН-7,6-7,8 бўлиши керак. Бу консервант шигеллэз ва сальмонеллэз, эшерихиоз микроблари учун қўлланилади. Консервант таркибида эшерихиоз микроби тез нобуд бўлмайди, узокроқ (24 соатгача) сақлаш имконияти туғилади.

Материал консервант таркибига олингандан сўнг 2-6 градус С ҳароратда (музлатгичда) сақланади.

Олинган материал бактериологик лабораторияга юборилади, шу ерда махсус муҳитларга экилади. Олинган материални озуқа муҳити (Эндо, Плоскирев ва бактоагар «Ж».) мавжуд бўлган Петри ликопчасига эрта экиш ёки глицерин аралашмали ва 20 – 40 % ўтли бульонли консервантга

жойлаштириш мақсадга мувофиқдир. Левин модификацияси бўйича метилен кўки ва эозин бўлган муҳитда, Либерман бўйича Конго қизил муҳитда, бромкрезол пурпурани муҳитда экса яхши ўсади.

Ҳозирда Левин модификацияси бўйича тайёрланган муҳит кенг қўлланилмоқда. Келтиритган материал Петри чашкасидаги муҳитга етарли шароитда экилади. Сўнг 24-28 соат 37 градусли термостатга жойлаштирилади. Шу тариқа 3-4-5 кунлари назорат қилиб турилади. Қўзғатувчи ўсган калониялар кўпайгандан сўнг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш мақсадида ҳар хил гуруҳдаги антибиотикларнинг дисклари ўрнатилади ва қўзғатувчини қайси антибиотикка юқори, ўрта сезувчанлиги ва чидамлилиги 7-8 кунлари аниқланади. Биз текширган беморларда материал олингандан сўнг 4-5 кунида бактериологик экиш таҳлили олинади ва касалликнинг клиник таҳлили қўйилади. Кузатувдаги барча беморларга юқорида кўрсатиб ўтилган диагностик методлар ишлатилган ҳолда эшерихиоз ташхиси қўйилди.

## **II боб хулосаси**

Хулоса қиладиган бўлсак текширувмиз ва таҳлилларимиз 2013-2015 йиллар мобайнида Тошкент шаҳри 4-сонли болалар юқумли касалликлари клиник шифохонасида ўткир диарея билан оғриган ва эшерихиоз ташхиси аниқланган туғилгандан-3 ёшгача бўлган бемор болаларда олиб борилди. Текширувларда 30 та эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар ажратиб олинди ва бевосита касаллар ва касаллик тарихи маълумотлари билан ишланди, таҳлилилар ўтказилди. Беморларда анамнестик, эпидемиологик маълумотлар, бактериологик текширув маълумотлар беморлардан ва касаллик тарихини ўрганиш орқали тўла йиғилди ва маълум текширувлар орқали ўрганилди. Барча беморларда клиник, лаборатор, бактериологик текширувлар ўтказилди.



Текширувимиздаги беморларнинг жинс бўйича текширувлвр ўтказганимизда ўғил болалар 16та бемор болаларни, 14та беморлар эса қиз болаларни ташкил қилди бундан хулоса шуки касллик билан оғришда жинснинг ахамяти деярли ахмят касаб этмади.

Текширилган бемор болаларнинг ёшлари тахлилларимизда туғилгандан- 3 ёшгача бўлиб, уларнинг ёш бўйича тахлил қилганимизда туғилгандан- 1 ёшгача бўлган бемор болалар 11 та беморни, 1 ёшдан -3 ёшгача бўлган бемор болалар 19 та бемор болаларни ташкил қилди.

Хулоса қиладиган бўлсак касалланиш 1 ёшдан -3 ёшгача бўлган бемор болаларда нисбатан кўпроқ учради.

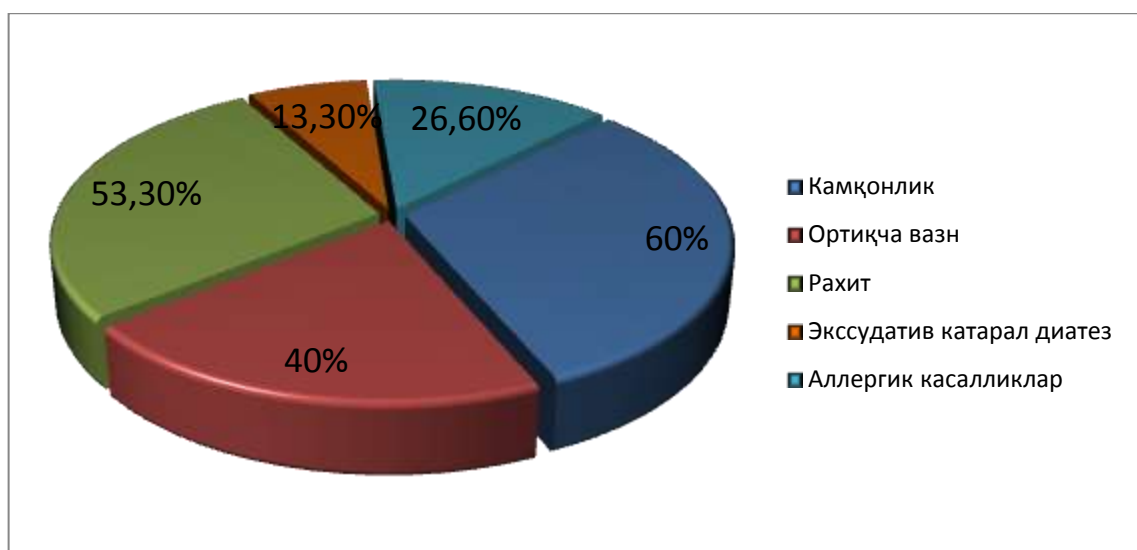
Касалликнинг кечиши оғирлигини баҳолаш мезонлари сифатида: юқумли жараённинг ўткир ривожланиши, токсикоз ва эксикознинг намоён бўлиш даражаси, температура (тана ҳарорати) реакцияларининг ва ошқозон – ичак тизимининг бузилишлари давомийлиги, патологик жараёнга юрак –томир ва марказий асаб тизимининг жалб қилиниш даражаси, копрограмма кўрсаткичлари танлаб олинади.

### III. БОБ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИНГ МУХОКАМАСИ

#### 3.1. Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини йўлдош касалликлари билан кечишинг ўзига хос клиник хусусиятларини ўрганиш

Текширувларда 30 та эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор эрта ёшдаги болалар ажратиб олинди ва уларни 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1-гуруҳ (асосий) да эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар бўлса, 2-гуруҳ (назорат)да эса эшерихиоз инфекциясининг преморбид фон касалликлари билан оғриган беморлар гуруҳи ташкил қилди.

Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекциясининг преморбид фон касалликлари билан кечганда бемор болаларнинг йўлдош касалликлар билан учраши бўйича кузатилганда. Уларда эшерихиоз инфекциясининг кечиши ўрганилди(Расм 3.1.1).



Расм3.1.1Йўлдош касалликларининг структураси ва сони

Эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекциясининг йўлдош касалликлар билан бирга кечишида, уларнинг учраш даражаси бўйича кузатилди. Юқоридаги расмда кўриниб турибдики, преморбид фон касалликлар ичида энг кўп учради камқонлик, рахит, ортиқча вазн кабилар кўпроқ учради. Буларда камқонлик 9 та, рахит 8 та, ортиқча вазн 6 та кузатилган.

Уларнинг жинси бўйича тақсимланиши қуйдагича ўтказилди (3.1.1-жадвал).

3.1.1-жадвал.

**Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг жинсга қараб тақсимланиши**

Беморларнинг жинси	1-гурух (асосий)		2-гурух (назорат)	
	Касалларнинг сони	Фоизда	Касалларнинг сони	Фоизда
Ўғилболалар	8 та бемор	(53,3%)	8 та бемор	(53,3%)
Қизболалар	7 та бемор	(46,6%)	7 та бемор	(46,6%)
Жами	15 та бемор	(100%)	15 та бемор	(100%)

Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси аниқланган бемор болаларда жинс бўйича тақсимланганда жадвалдан кўриниб турибдики эрта ёшдаги бемор болаларда жинс бўйича тақсимланишида ўғил болалар 16та бемор болаларни ташкил қилди, қиз болаларда эса 14 та бемор болаларни, гурухлардаги тақсимланишида асосий гурухда ўғил болалар8 та беморни, қиз болалар эса 7 та беморни назорат гурухида ҳам ўғил болалар8 та беморни, қиз болалар эса7 та беморниташкил қилди. Бундан хулоса қиладиган бўлсак касалларнинг жинс бўйича тақсимланиши гурухларда тенгликни ташкил этди бу эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз касаллиги қиз болаларда ва ўғил болаларда асосий ва назорат гурухида бир хиллиги бунда йўлдош касалликлар ахамятли эмаслиги аниқланилди.

Эрта ёшдаги болаларда ёш бўйича гуруҳларда тақсимланганда куйдагича ҳолат кузатилди.3.1.2 жадвал

3.1.2 жадвал.

**Эрта ёшдаги болаларнинг ёши бўйича гуруҳларда тақсимланиши**

Беморларнинг ёши	1-гуруҳ (асосий)		2-гуруҳ (назорат)	
	Касалларнинг сони	Ҳоизда	Касалларнинг сони	Ҳоизда
Туғулгандан 1 ёшгача	5 та бемор	(33,3%)	6та бемор	(40%)
1 ёшдан 3 ёшгача	10 та бемор	(66,6%)	9та бемор	(60%)
Жами	15 та бемор	(100%)	15 та бемор	(100%)

Эрта ёшдаги болаларда ёш бўйича тақсимланганда туғулгандан 1 ёшгача бўлган бемор болалар 11(36.7%) тани ташкил қилди, 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган бемор болалар эса 19(96.3%) тани ташкил қилди. гуруҳлардаги тақсимланишда фарқлар деярли кузатилмади.Бундан хулоса қиладиган бўлсак касалланиш 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган бемор болаларда туғулгандан 1 ёшгача бўлганларга нисбатан 1.7 марта кўпроқ кузатилди.

Эрта ёшдаги бемор болалар эшерихиоз инфекцияси билан касалланган бемор болаларни касалликнинг оғирлик даражаларига қараб тақсимланганда ва уларнинг гуруҳлар бўйича ўрганилди (3.1.3-жадвал).

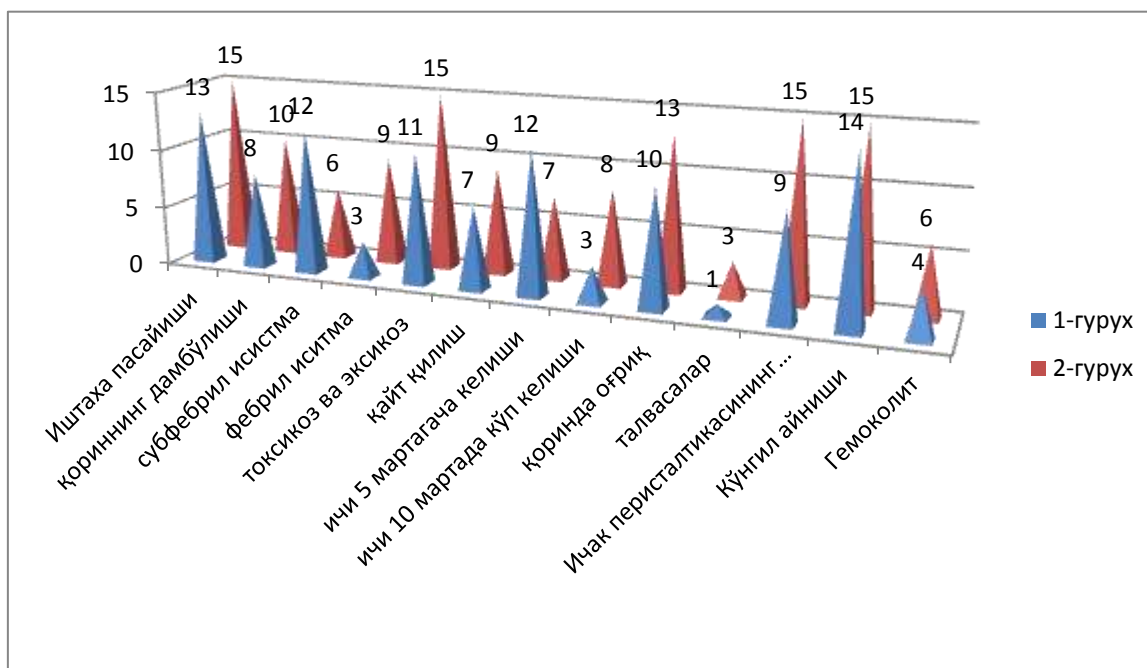
3.1.3-Жадвал

**Эрта ёшдаги бемор болаларда касалликнинг оғирлик даражаларига қараб гуруҳлар бўйичатақсимланиши**

Касалликнинг оғирлик даражалари	Гуруҳлар		Хаммаси
	1-гуруҳ	2-гуруҳ	
Ўрта оғир шакли	12(40%)	8(26,6%)	20 (66,6%)
Оғир шакли	3(10%)	7(23,3)	10 (33,3%)

Жами	15(50%)	15 (50%)	30 (100%)
------	---------	----------	-----------

Жадвалда кўриниб турибдики эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси билан касалланган бемор болаларнинг гурухлар жихатидан оғирлик бўйича тақсимланганда 30 та бемор болаларнинг оғирлик даражалари бўйича тақсимлаб ўрганилди. Ўрта оғир шаклида умумий беморлар сони 20 та бемор болаларни ташкил қилди, оғир шакли бўйича эса 10 та бемор болаларни ташкил қилди, гурухлар бўйича кўрилганда 1-гурух (асосий)дабемор болаларнинг ўрта оғир шакли бўйича 12 та бемор болаларни ташкил қилган бўлса, оғир шакли бўйича эса 3 та бемор болаларни ташкил қилди.2-гурух (назорат)дабемор болаларнинг ўрта оғир шакли бўйича 8 та бемор болаларни ташкил қилган бўлса, оғир шакли бўйича эса 7 та бемор болаларни ташкил қилди.Бундан кўриниб турибдики эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекциясининг оғирлик даражаларининг оғирроқ кечиши преморбид фон касалликларига ҳам боғлиқлиги жадвалда кўриниб турибди. Бунда касалликнинг преморбид фон касалликлари билан кечганда касаллик нисбатан оғирроқ кечади.



Расм3.1.2Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекциясининг клиник белгиларининг гурухлар бўйича кўриниши

Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болаларнинг клиник белгиларини ўрганиб чиқанимизда шуни кўрдикки преморбид фон касалликлари билан оғриган беморларда касаллик симптомларнинг кечиши ва кузатилишида преморбид фон касалликлари билан оғриган беморлада клиник белгиларнинг кўпроқ ва узоқроқ кечиши кузатилди. Эрта ёшдаги беморларнинг эшерихиоз инфекциясининг преморбид фон касалликлари билан кечганда асосий гуруҳга нисбатан назорат гуруҳида кечган клиник белгилар иштаха пастлиги, тана хароратининг юқорилиги, қоринда дам бўлиши, таксикоз ва эксикозларнинг учраши кўпроқ ва оғирроқ кузатилди. Назорат гуруҳидаги бемор болаларда йўлдош касалликлар ҳисобига иммун тизимининг суствлиги ва моддалар алмашувининг пастлиги ҳисобига эшерихиоз инфекциясининг потоген тасири юқорилиги етарли лейкоцитлар бўлмаслиги ва инфекцияга қарши иммун тизим суствлиги ҳисобига клиник белгиларининг оғирроқ кўриниши ва кўпроқ учраши кузатилди.

#### 3.1.4 Жадвал

#### **Эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекциясининг госпитализация мудатларининг гуруҳлардаги кўриниши**

Гуруҳлар	Госпитализация муддатлари			
	1 кунгача	2 кунгача	3 кунгача	3 ва ундан ортиқ кунда
Асосий гуруҳ	6,45%	12,5%	27%	21%
Назорат гуруҳ	23,8%	32,3%	25,3%	6,2%

Эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекциясининг госпитализация мудатларининг хар иккала гуруҳда ўзига ҳос кечишида кунларда кўрсатилди. Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг кечиши асосий гуруҳда госпитализация қилиниши кунлари кузатилганда 2чи ва 3-кунлар да кўпроқ кузатилди. Назорат гуруҳида эса бошлангич кунларида кўпроқ 3-4-кунларга нисбатан. Бунга сабаб преморбит фон

касалликларнинг бўлиши ва касалик ўткир ва оғирроқ бошланиши кузатилди. Йлдош касалликлари бор беморларда иммун тизими сустиги хисобига эшерихиоз инфекциясининг тезда кўпайиши ва унга организмнинг қарши химоя кучларининг етишмовчилиги ҳамда сустиги хисобига касаллик белгилари тезро ҳамда кучлироқ бошланиши ва оғирроқ кўринишига олиб келади.

3.1.5 жадвал

### Касаллик асоратларининг кўриниши

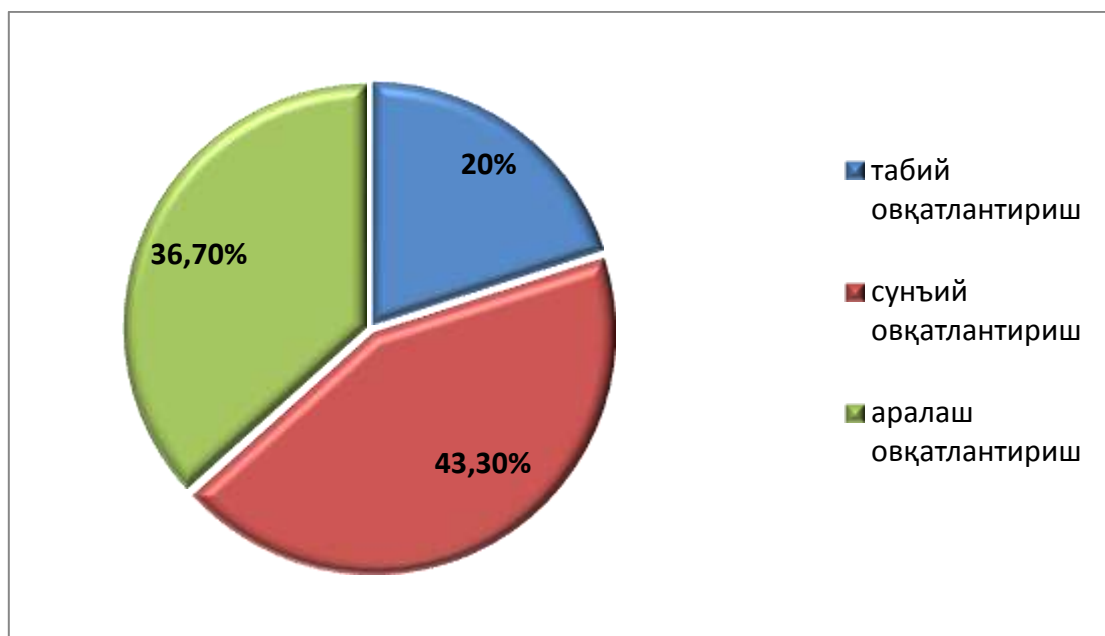
№	Асоратлар	Асоратларнинг гурухлардаги кўриниши	
		1- группа	2- группа
1	Инфекцион- токсик.шок	2	3
2	ЎБЙ	-	1
3	Ичаклар парези	1	2
4	Пневмония	2	3
5	Нейротоксикоз	3	5
7	Миокардит	-	1
8	ДВС-синродм	-	1

Текширувимиздаги беморларнинг эрта асоратлирининг гурухларда кўрганимида инфекцион- токсик шок, ЎБЙ, ичаклар парези, пневмония, нейротоксикоз, миокардит, ДВС-синродм каби асоратлар 1- гурухга нисбатан 2- гурухда кўпроқ ва яқолроқ намоён бўлди. Бу касалларимида йўлдош касаллаклари бор эрта ёшдаги эшерихиоз инфекцияси билан касалланганда химоя хусусиятларининг камайиши ва касалликнинг этиологик факторлари билан боғласак бўлади.

### **3.2.Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини овқатланиш турларига боғлаб клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш**

Мамлакатимизда оналар ва болалар саломатлигига алоҳида, давлат миқёсида аҳамият берилмоқда буни болаларнинг туғилиши билан онасига берилиши ва табиий овқатлантиришнинг кечиктирмай бошланишида ҳам кўришимиз мумкин.

Биз текширувимизда эрта ёшдаги болаларнинг эшерихиоз инфекциясини овқатланиш турларига боғлаб клиник кечиш хусусиятларини ўргандик. Бемор болаларнинг овқатланиши турига кўра фарқланишини Расм 3.2.1 да кўрамыз.



**3.2.1 Расм Бемор болаларнинг овқатланиши турига кўра фарқланишини**

Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекциясининг овқатланиш турларини тахлил қилганимизда табиий овқатлантириш 6 та (20%) бемор болада, сунъий овқатлантириш 13 та (43,3%) бемор болада, аралаш овқатлантириш 11 та (36,7%) бемор болада кузатилди. Бизнинг текширувимиздаги бемор болаларда сунъий овқатлантириш ва аралаш овқатлантириш кўпроқ кузатилди.



Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси клиник симптомларининг овқатланиш турига кўра хусусиятларини ўрганилганда улардаги фарқларни кузатилган симптомларни кўриб ва уларни овқатланиш турларида тақсимланди(3.2.1-жадвал).

### 3.2.1-Жадвал

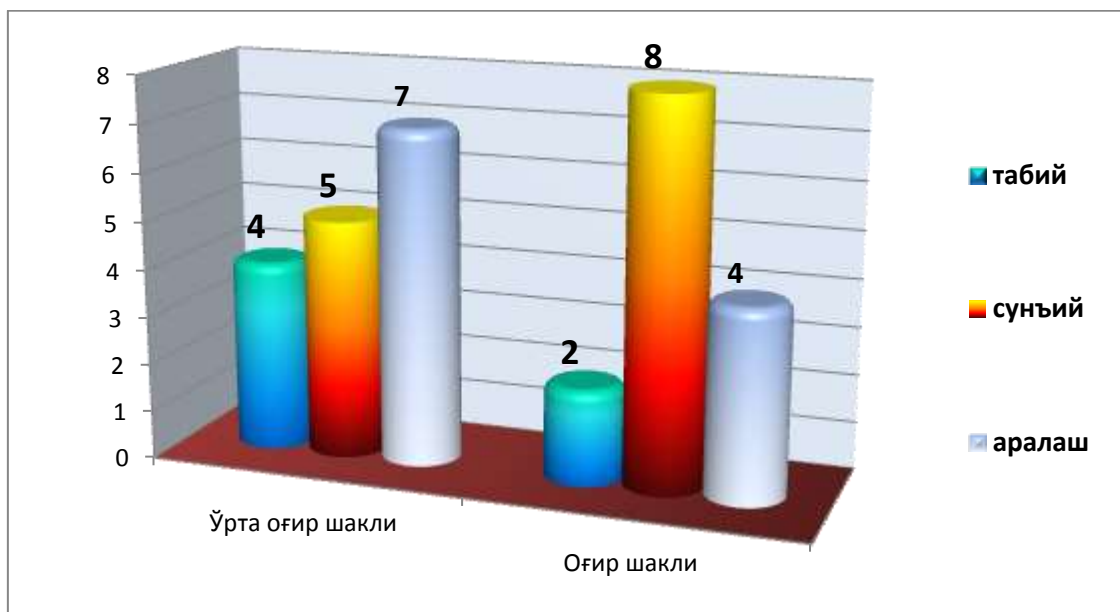
#### Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси клиник симптомларининг овқатланиш турига кўра хусусиятлари

Клиник симптомлар	Овқатланиш турлари		
	Табий	аралаш	суний
Юқори иситма	3	9	18
Субфебрил иситма	9	11	10
Токсикоз ва эксикоз	5	9	16
Қайт қилиш	3	11	16
5 мартагача ич келиш	7	12	11
10 мартадан кўп ич келиш	2	13	15
Қорида оғриқ	5	12	13
Иштаханнинг пасайиши	6	11	13
Қорин дам бўлиши	4	10	16
Кўнгил айнаш	8	10	12
Гемоколит	1	2	4
Талвасалар	0	1	2

Жадвалдан кўришиб турибдики эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекцияси билан касалланганда, касалликнинг симптомлари овқатланиш турларига қараб кечишида Табий овқатлантиришда: иситма, қайт қилиш, қорин дам бўлиши, иштаханнинг

пасайиши, қорида оғриқ, талвасалар каби клиник симптомлар аралаш ва суний овқатлантиришга қараганда нисбатан камроқ ва енгилроқ кузатилди.

Бундан кўриниб турибдики эрта ёшдаги бемор болалар табиий овқатлантириш турида касалликнинг енгил кечиши ва клиник белгилари енгил ўтиши кузатилди. Бунга сабаб она сутидан болага етарли даражада калориялар ва витаминлар бўлиши ҳамда она сутидан иммунитетлар(антитаначалар) ўтиши бир қанча олимлар томонидан тақидланган. Она сутида яъна авзалиги оксилни парчаловчи лактулоза ферментлари бўлиши тасдиқланган, бу фермент боланинг ошқозонидаги она сутини парчалаб боланинг ичакларидан сўрилишини енгиллаштиради. Эрта ёшдаги бемор болаларда оғирлик даражаларининг овқатланишига кўра кузатилганда (Расм3.2.2).



**Расм3.2.2 Овқатланиш турларига қараб оғирлик даражаларнинг тақсимланиши**

Расмдан кўриниб турибдики эрта ёшдаги бемор болаларда овқатланиши бўйича тақсимланганда оғирлик даражалари бўйича эрта ёшдаги бемор болаларда ўрганилганда. Булардан уч турдаги (табиий, аралаш, суний) овқатланган бемор болаларда касалликнинг оғирлик даражаларига бўлиб чиқанда шу кўрдикки ўрта оғир шаклида 4 та табиий

турда овқатланган бола, оғир шаклида 2 та бемор бола кузатилди. Аралаш овқатлантиришда ўрта оғир шаклида 7 та бемор болалани ташкил қилди, оғиршакилда эса 4 та бемор болаларда кузатилди. Суний овқатлантириш турида эса ўрта оғир шаклида эса 5 та бемор болаларни ва оғир шаклида эса 8 та бемор болаларни ташкил қилди. Бу жадвалдан кўриниб турибдики табиий овқатланишга нисбатан суний овқатлантириш эрта ёшдаги болаларни касалликнинг оғирроқ кўринишда учраши маълум бўлди.

### **3.3. Эшерихиозни замонавий босқичда антибиотикларга сезувчанлигини (антибиотикограммасини) ўрганиш**

Мамлакатимизда ва дунё миқёсида диарея билан касаллинишда касалликнинг даво чара тадбирларини 155-буйруқ бўйича олиб борилмоқда. Бунда “Диареяга чалинган барча болаларда даво олиб боришда учта асосий элемент мавжуд - регидратацион терапия, перорал глюкозали–тузли аралашмани қўллаш ва рух препаратини кўшиб, овқатлантиришни давом эттириш. Сувсизланиш даражаси йўқотилган суюқликнинг миқдорини кўрсатувчи симптом ва белгилар асосида классификация қилинади. Сувсизланиш даражаси асосида регидратация тартиби танланади. Диареяда суюқ ич кетиш натижасида сув ва электролитларнинг (натрий, калий ва бикарбонатлар) кескин йўқотилиши ошади. Агар бу йўқотишларнинг ўрни тегишли мос равишда тўлдирилмаса ёки сув ва электролитлар танқислиги кузатилса, сувсизланиш ҳолати кучаяди.

Диарея вақтида овқатланишнинг камайиши ва озиқ моддаларининг ҳазм бўлмаслиги, шунингдек, микроэлементларга эҳтиёж кўпайиши, кўпинча бир вақтда вазн йўқотиш ва ўсишдан тўхташга сабаб бўлади. Ўз навбатида, тўғри овқатлантирилган болаларга қараганда, овқатланишнинг камайиши сабабли диарея оғир кечиши, узок давом этиши ва тез-тез қайталаши мумкин. Бу нуқсонларни йўқотиш учун бола соғлом даврида ва

диареяга чалинган вақтда микроэлементларга бой бўлган озиқ овқатлар билан овқатлантирилиши керак.

Барча ҳолларда антибиотикларни қўллаш мумкин эмас. Уларнинг диарея конли кечган ҳолатларда (эҳтимол, шигеллезда), сальмонеллез, оғир сувсизланишли холера тахмин қилинганда, шунингдек ичак инфекциясидан бошқа жиддий ҳолатларда, масалан, пневмонияда фойдаланилиши тўғрироқдир.

Ҳозирги даврда касалиикларнинг этиотропик даволаш етакчи ўринларга чиқиб бормоқдаки бунда бактериларга қарши антибиотикларни кам зарарлигини, ёшига мос ва касалликнинг кечишига, касалларга индивидул ёндашган ҳолда буюриш аҳамиятли ва долзарблилигича сақланмоқда. Биз текширувумизда эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг антибиотикларга сезгирлилиги аниқланилди ва бемор болаларга ёшига ва касалликнинг клиник шакларига боғлаб ўргандик.

Ҳозирда антибиотикларнинг янгидан-янги турлари ишлаб чиқилмоқда. Қуйдаги антибиотиклар: карбоксипенициллин (карбенициллин, тикарциллин), уреидопенициллин (мезлоциллин, азлоциллин, пиперациллин), цефалоспорин III-IV авлодлари (цефотаксим, цефтриаксон, цефпиром ва бошқалар.), монобактамы (азтреонам), карбапенем (тиенам, меропенем) кенг қўлланилинмоқда.

Адабиётлардан маълумки диареяли бемор болаларда касалликнинг этиологик фактори ва маълум антибиотикларга сезгирлилига аниқлангач қўлланилинади бу касаллакнинг тезроқ ўтиши, асоратларнинг камайиши, антибиотикларнинг ножўя таъсирларини камайиши, ичак дизбиозининг оғир даражалардаги бузилишларини олдини олади ва камайтиради.

Эшерихиоз инфекцияси кенг таъсир доирага эга антибиотикларга нисбатан юқори сезгир ҳисобланади.

Эшерихиоз инфекцияси антибиотикларга сезгирлилиги аниқланилганда. Нисбатан таъсири юқорироқ аминогликозидлар

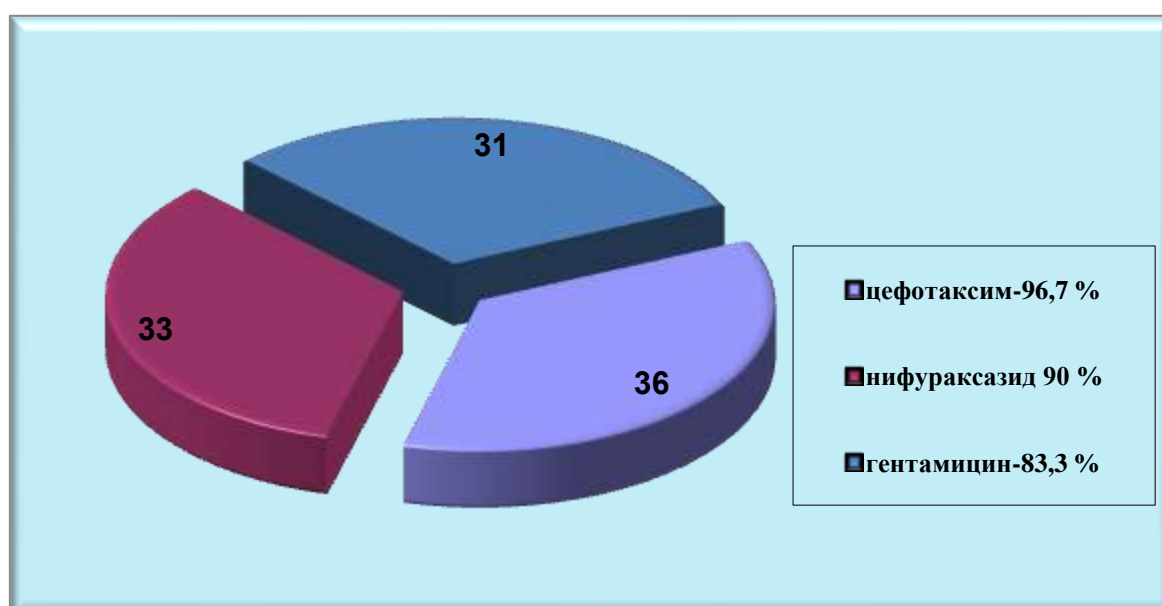
(гентамицин, амикацин, сизомицин, тобрамицин), цефалоспоринлар III-IV авлод (цефуроксим, цефотаксим, клафоран, цефамандол, цефтриаксон).

Ҳозирда амалиёда қўлланилаётганларга монобактамов (азтреонам), левомецетин, тиментин (тикарциллин билан клавулановой кислота).

Касалликнинг оғир шаклларида ва эшерихиознинг бошқа инфекциялар билан келганда кенг таъсир доирасига эга антибиотикларни комбинацияда (аминогликозидларни цефалоспоринлар ва ярим синтетик пенициллинлар билан).

Касалликнинг оғир шаклларида фторхинолонлар ва карбапенем лар қўлланилмоқда. Антибиотиклар касалликнинг оғирлик даражаларини ҳисобга олган ҳолда ичга, мушак орасига, вена ичига юборилади. Эшерихиоз инфекциясида асосан ичишга бериш керак.

Этиологик факторнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлашнинг бир неча усуллари мавжуд булардан бири “Қоғозли доирачалар” усулидир бунда антибиотикларга (26та ва ундан ортиқ антибиотиклар ўрганилган) бўктирилган қоғозли доирачалар микробларнинг каллонналари устига қўйилади ва атрофидаги ҳосил бўлган бўш зонанинг кенглилигига асосланиб сезгирлиги баҳоланади.



Расм3.3.1 антибиотикларга сезгирлиги

Биз текширувимизда цефалоспоринларнинг III—IV авлоди (цефотаксим, клафоран, цефтриаксон, торцеф), аминогликозидлар (гентамицин, амикацин, сизомицин, тобрамицин) ва нитрафуран унумлари(нифураксазид)га болаларнинг ёши бўйча сезгирлиги ўрганилди бу 3.3.1 жадвал ва Расм3.3.1 да.

### 3.3.1 Жадвал

#### Эшерихиозни замонавий босқичда антибиотикларга сезувчанлиги(антибиотикограммасини)

<b>Антибиотик гуруҳлари</b>	<b>Антибиотиклар</b>	<b>Сезги рлиги</b>	<b>Натижаси</b>
Аминогликозидлар	гентамицин	+++	юқори
	амикацин	+++	юқори
	тобрамицин	++++	нисбатан юқори
Цефоласпарин	клафоран	+	қисман юқори
	цефотаксим	+++	юқори
	торцеф	+++	юқори
Нитрафуран унумлари	нифураксазид	+++	юқори

Юқоридаги жадвал ва расмга асосланиб хулоса қиладиган бўлсак нисбатан юқори сезувчанлик цефалоспоринларнинг III—IV авлоди (цефотаксим, клафоран, цефтриаксон, торцеф), кейинги ўринларда аминогликозидлар(гентамицин, амикацин, тобрамицин) бўлса ундан сўнг нитрафуран унумлари( нифураксазид)лар аниқланди бундан кўринадики эрта ёшдаги эшерихиоз билан оғриган беморларга энг сезгирлиги юқори бўлган цефалоспоринларнинг III—IV авлоди ва нитрафуран унумларини қўллаш касалликнинг симптомларини камайишига ва касалларнинг тезроқ соғайишига замин яратади. Антибиотикларнинг ёш бўйича тақсимотида

эса 1 ёшгач бўлган болаларда аминогликозидлар гурухи 1 ёшдан-3 ёгача бўлган болаларда цефалоспоринларнинг III—IV авлоди нисбатан сезгирлиги юқорирок. Бундан келиб чиқиб 1 ёшгач бўлган болаларда аминогликозидлар гурухи 1 ёшдан-3 ёгача бўлган болаларда цефалоспоринларнинг III—IVавлоди препаратларини қўлланилганда юқори самарадорликка эришилади.

Аммо антибиотикларни қўллашдан олдин уларнинг ножўя, токсик таъсирларини, беморларнинг ёшини ва касалликнинг, макро ва микроорганизмнинг ўзига хосликларини ҳам ҳисобга олиш, аҳамят бериш керак шунда касалларнинг тез, беизён даволашга эришиш мумкин.

### **III боб хулосаси**

Текширувларда 30 та эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор эрта ёшдаги болалар ажратиб олинди ва уларни 2 гурухга бўлиб ўрганилди. 1-гурух (асосий) да эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар бўлса, 2-гурух (назорат)да эса эшерихиоз инфекциясининг преморбид фон касалликлари билан оғриган беморлар гурухи ташкил қилди.

Эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекциясининг йўлдош касалликлар билан бирга кечишида, уларнинг учраш даражаси бўйича кузатилди. Преморбид фон касалликлар ичида энг кўп у камқонлик, рахит, ортиқча вазн кабилар кўпроқ учради. Буларда камқонлик 9 та, рахит 8 та, ортиқча вазн 6 та кузатилган.

Касалларнинг жинс бўйича тақсимланиши гурухларда тенгликни ташкил этди бу эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз касаллиги қиз болаларда ва ўғил болаларда асосий ва назорат гурухида бир хиллиги бунда йўлдош касалликлар аҳамятли эмаслиги аниқланилди.

Эрта ёшдаги болаларда ёш бўйича тақсимланганда гурухлардаги тақсимланишда фарқлар деярли кузатилмади. Ёш бўйича эса хулоса

киладиган бўлсак касалланиш 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган бемор болаларда туғулгандан 1 ёшгача бўлганларга нисбатан 1.7 марта кўпроқ кузатилди.

Эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекциясининг оғирлик даражаларининг оғирроқ кечиши преморбид фон касалликларига ҳам боғлиқлиги жадвалда кўриниб турибди. Бунда касалликнинг преморбид фон касалликлари билан кечганда касаллик нисбатан оғирроқ кечади.

Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болаларнинг клиник белгиларини ўрганиб чиқанимизда шуни кўрдикки преморбид фон касалликлари билан оғриган беморларда касаллик симптомларнинг кечиши ва кузатилишида преморбид фон касалликлари билан оғриган беморлада клиник белгиларнинг кўпроқ ва узоқроқ кечиши кузатилди. Эрта ёшдаги беморларнинг эшерихиоз инфекциясининг преморбид фон касалликлари билан кечганда асосий гурухга нисбатан назорат гурухида кечган клиник белгилар иштаха пастлиги, тана хароратининг юқорилиги, қорин дам бўлиши, таксикоз ва эксикозларнинг учраши кўпроқ ва оғирроқ кузатилди.

Текширувимиздаги беморларнинг эрта асоратлирининг гурухларда кўрганимизда инфекцион-токсик шок, ЎБЙ, ичаклар парези, пневмония, нейротоксикоз, миокардит, ДВС-синдром каби асоратлар 1- гурухга нисбатан 2- гурухда кўпроқ ва яқолроқ намоён бўлди. Бу касалларимизда йўлдош касаллаклари бор эрта ёшдаги эшерихиоз инфекцияси билан касалланганда ҳимоя хусусиятларининг камайиши ва касалликнинг этиологик факторлари билан боғласак бўлади.

Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекциясининг овқатланиш турларини тахлил қилганимизда табиий овқатлантириш 6 та (20%) бемор болада, сунъий овқатлантириш 13 та (43,3%) бемор болада, аралаш овқатлантириш 11 та (36,7%) бемор болада кузатилди. Бизнинг текширувимиздаги бемор болаларда сунъий овқатлантириш ва аралаш овқатлантириш кўпроқ кузатилди.



Эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекцияси билан касалланганда, касалликнинг симптомлари овқатланиш турларига қараб кечишида таъбий овқатлантиришда: иситма, қайт қилиш, қорин дам бўлиши, иштаханинг пасайиши, қорида оғриқ, талвасалар каби клиник симптомлар аралаш ва суний овқатлантиришга қараганда нисбатан камроқ ва енгилроқ кузатилди.

Бундан кўриниб турибдики эрта ёшдаги бемор болалар таъбий овқатлантириш турида касалликнинг енгил кечиши ва клиник белгилари енгил ўтиши кузатилди.

Эрта ёшдаги бемор болаларда овқатланиши бўйича тақсимланганда оғирлик даражалари бўйича эрта ёшдаги бемор болаларда ўрганилганда таъбий овқатланишга нисбатан сунъий ва аралаш овқатлантириш эрта ёшдаги болаларда касалликнинг оғирроқ кўринишда учраши маълум бўлди.

Эшерихиоз инфекциясининг антибиотикларга сезгирлиги аниқланилганда. Нисбатан таъсири юқори аминогликозидлар (гентамицин, амикацин, сизомицин, тобрамицин), цефалоспоринлар II—III авлод (цефуроксим, цефотаксим, клафоран, цефамандол, цефтриаксон).

хулоса қиладиган бўлсак нисбатан юқори сезувчанлик цефалоспоринларнинг III—IV авлоди (цефотаксим, клафоран, цефтриаксон, торцеф), кейинги ўринларда аминогликозидлар (гентамицин, амикацин, тобрамицин) бўлса ундан сўнг нитрафуран унумлари (нифураксазид) лар аниқланди бундан кўринадики эрта ёшдаги эшерихиоз билан оғриган беморларга энг сезгирлиги юқори бўлган цефалоспоринларнинг III-IV авлоди ва нитрафуран унумларини қўллаш касалликнинг симптомларини камайишига ва касалларнинг тезроқ соғайишига замин яратади.

## ХОТИМА

Юқумли касалликлар инсон пайдо бўлган вақтдан буён, уларнинг ҳаётига жиддий ҳавф солиб келган. Ҳозирги кунда ҳам бу касалликларнинг болалар орасида кузатилаётгани ва ногиронлик, ўлим кўрсаткичларига таъсири юқорилигича қолмоқда.

Эрта ёшдаги болаларда ўткир юқумли ичак касалликлари барча юқумли касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини сақлаб туриши билан давом этмоқда

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг (ВОЗ) тиббий атамалар мажмуасига кўра, ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ), ич кетиши синдромининг ривожланиши билан кечувчи ўткир диареяли касалликларнинг катта бир гуруҳи ҳисобланади.

Бугунги кунда ўткир ичак инфекцияларининг 30 дан зиёд клиник шакллари мавжуд бўлиб, касаллик қўзғатувчилари бактериялар, вируслар ва бир хужайралилар ҳисобланади.

Эшерихиозлар – диарея чақирувчи ичак таёқчалари томонидан чақирилувчи юқумли касалликлар бўлиб, улар кўпроқ ошқозон-ичак йўлининг зарарланиши ва захарниш ҳамда диарея синдромининг ривожланиши, камроқ - патологик жараённинг тарқалиши билан тавсифланади.

Ҳозирги вақтда диарея чақирувчи эшерихиялар M.Lovene нинг (1987) таклифига кўра, шартли равишда гуруҳлар (тоифалар)га бўлинган. Улар энтеропатоген (ЭПЭ), энтероинвазив (ЭИЭ), энтеротоксиген (ЭТЭ), энтерогеморрагик (ЭГЭ) ва энтероадгерент эшерихиялар (ЭarrЭ) гуруҳидир.

Магистрлик диссертациясининг мавзуси эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциянинг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Текширувларимизда 30 та эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар ажратиб олинди ва бевосита касаллар ва касаллик тарихи маълумотлари билан ишланди, тахлилилар ўтказилди.

Тадқиқот мақсадини амалга ошириш учун қуйидаги вазифаларни белгилаб олдик:

1. Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини йўлдош касалликлари билан кечишинг ўзига хос клиник хусусиятларини ўрганиш
2. Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясини овқатланиш турларига боғлаб ўрганиш;
3. Эшерихиозни замонавий босқичда антибиотикларга сезувчанлигини (антибиотикограммасини) ўрганиш.;

Биз илмий ишимизда эшерихиоз инфекциянинг эрта ёшдаги болаларда ўзига хос клиник кечишини, этиологик шаклларини, эпидемиологиясини, йўлдош касалликлар билан ўзига хос кечиш хусусиятларини, касалликнинг кечишини болаларнинг овқатланишига боғлиқлигини ўргандик ва тахлил қилдик.

Эрта ёшдаги эшерихиоз билан оғриган болалар ажратиб олинди ва уларни 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1-гуруҳ (асосий) да эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болалар бўлса, 2-гуруҳ (назорат)да эса эшерихиоз инфекциясининг преморбид фон касалликлари билан оғриган беморлар гуруҳи ташкил қилди.

Текширувимиздаги беморларнинг жинс бўйича текширувлар ўтказганимизда ўғил болалар 16та бемор болаларни, 14та беморлар эса қиз болаларни ташкил қилди бундан хулоса шуки касаллик билан оғришда жинс деярли ахмят касаб этмади.

Текширилган бемор болаларнинг ёшлари тахлилларимизда: туғилгандан- 3 ёшгача бўлиб, уларнинг ёш бўйича тахлил қилганимизда туғилгандан - 1 ёшгача бўлган бемор болалар 11 та беморни, 1 ёшдан -3 ёшгача бўлган бемор болалар 19 та бемор болаларни ташкил қилди.

Хулоса қиладиган бўлсак касалланиш 1 ёшдан -3 ёшгача бўлган бемор болаларда нисбатан кўпроқ учради.

Касалликнинг кечиши оғирлигини баҳолаш мезонлари сифатида: юқумли жараённинг ўткир ривожланиши, токсикоз ва эксикознинг намоён бўлиш даражаси, температура (тана ҳарорати) реакцияларининг ва ошқозон – ичак тизимининг бузилишлари давомийлиги, патологик жараёнга юрак –томир ва марказий асаб тизимининг жалб қилиниш даражаси, копрограмма кўрсаткичлари танлаб олинади.

Оғирлик даражаларининг оғирроқ кечиши преморбид фон касалликларига ҳам боғлиқлиги жадвалда кўриниб турибди. Бунда касалликнинг преморбид фон касалликлари билан кечганда касаллик нисбатан оғирроқ кечади.

Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекцияси билан оғриган бемор болаларнинг клиник белгиларини ўрганиб чиқанимизда шуни кўрдикки преморбид фон касалликлари билан оғриган беморларда касаллик симптомларнинг кечиши ва кузатилишида преморбид фон касалликлари билан оғриган беморлада клиник белгиларнинг кўпроқ ва узоқроқ кечиши кузатилди.

Эрта ёшдаги бемор болаларнинг эшерихиоз инфекциясининг овқатланиш турларини таҳлил қилганимизда табиий овқатлантириш 6 та (20%) бемор болада, сунъий овқатлантириш 13 та (43,3%) бемор болада, аралаш овқатлантириш 11 та (36,7%) бемор болада кузатилди. Бизнинг текширувимиздаги бемор болаларда сунъий овқатлантириш ва аралаш овқатлантириш кўпроқ кузатилди.

Эрта ёшдаги бемор болаларда эшерихиоз инфекцияси билан касалланганда, касалликнинг симптомлари овқатланиш турларига қараб кечишида табиий овқатлантиришда: иситма, қайт қилиш, қорин дам бўлиши, иштаханнинг пасайиши, қорида оғриқ, талвасалар каби клиник симптомлар аралаш ва сунъий овқатлантиришга қараганда нисбатан камроқ ва енгилроқ кузатилди.

Бундан кўриниб турибдики эрта ёшдаги бемор болалар табиий овқатлантириш турида касалликнинг энгил кечиши ва клиник белгилари энгил ўтиши кузатилди.

Эрта ёшдаги бемор болаларда овқатланиши бўйича тақсимланганда оғирлик даражалари бўйича эрта ёшдаги бемор болаларда ўрганилганда табиий овқатланишга нисбатан суний ва аралаш овқатлантириш эрта ёшдаги болаларда касалликнинг оғирроқ кўринишда учраши маълум бўлди.

Эшерихиоз инфекциясининг антибиотикларга сезгирлиги аниқланилганда. Нисбатан таъсири юқори аминогликозидлар (гентамицин, амикацин, сизомицин, тобрамицин), цефалоспоринлар III—IV авлод (цефуросим, цефотаксим, клафоран, цефамандол, цефтриаксон).

Хулоса қиладиган бўлсак нисбатан юқори сезувчанлик цефалоспоринларнинг III—IV авлоди (цефотаксим, клафоран, цефтриаксон, торцеф), кейинги ўринларда аминогликозидлар (гентамицин, амикацин, тобрамицин) бўлса ундан сўнг нитрафуран унумлари (нифураксазид)лар аниқланди бундан кўринадики эрта ёшдаги эшерихиоз билан оғриган беморларга энг сезгирлиги юқори бўлган цефалоспоринларнинг III—IV авлоди ва нитрафуран унумларини қўллаш касалликнинг симптомларини камайишига ва касалларнинг тезроқ соғайишига замин яратади.

## ХУЛОСАЛАР

1 Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси йўдош касалликлар билан учраганида касалликнинг клиник белгилари истма 50%га, қайт қилиш 20%га, қаринда оғриқ 15%га ва оғирлик даражалари 13,3% га кўпроқ кузатилди.

2 Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси бемор болаларнинг овқатланиш турига кўра 6 та (20%) бемор болада, сунъий овқатлантириш 13 та (43,3%) бемор болада, аралаш овқатлантириш 11 та (36,7%) бемор болада кузатилди. Касалликнинг клиник белгилари табиий овқатлантиришга нисбатан сунъий ва аралаш овқатлантиришда оғир кечиши аралаш овқатланишда 3 та, сунъий овқатлантиришда 3 та беморда кузатилди.

3. Замонавий босқичда эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг давосини ўрганганимизда цефалоспаринларнинг III-IV авлодлари ва Нитрафуранунумлари антибиотикларига сезувчанлиги, таъсири юқорилиги аниқланди.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1.Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекцияси йўлдош касалликлар билан учраганида касалликнинг давосида йўлдош касалликларга ҳам алохида эътибор қаратиш лозим.

2.Эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз инфекциясининг олдини олиш ва касалликнинг енгилроқ ўтиши учун бемор болаларни имкони борича табиий овқатлантириш керак.

3.Замонавий босқичда эрта ёшдаги болаларда эшерихиоз аниқланилганда юқори таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар(сезгирлиги аниқланган) гурухлари (цефалоспаринлар III-IV ва Нитрафуран унумлари)ни тавсия этиш керак.

## ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ

1.Тезис. Лечения острой кишечной инфекции, вызванных условно патогенной микрофлорой у детей раннего возраста.Абдуллаева О.И.,Рихсиева Г.М.,Таджиев Б.М.,Мусаев С.А.// Научно-практическая конференция. «Актуальные вопросы педиатрии». Тошкент – 2013- С.9

2.Тезис. Особенности клинического течения эшерихиозной инфекции у детей раннего возраста в зависимости от вида вскармливания и сопутствующей патологии.Мусаев С.А.,Рихсиева Г.М.// Ёш олимларнинг «Соғлом бола йили»га бағишланган «XXI аср - интеллектуал авлод асришиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани Тошкент – 2014- С.159

3.Тезис. Болаларда эшерихиоз инфекциясининг хар хил клиник шаклларининг ўзига хос кечиш хусусиятлари.Мусаев С.А.,Рихсиева Г.М., Усмонов Р.А. Т.У. // Ёш олимларнинг «XXI аср - интеллектуал авлод асри» шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами Тошкент – 2015- С.138



## Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

### Президент асарлари

1. «Соғлом авлод учун» фонди ташкил қилинганлигининг 20 йиллигига бағишланган «Соғлом авлод – миллат келажаги» халқаро илмий-амалий конференция иштирокчилари билан учрашув - Тошкент 24.04.2013
2. И.А.Каримов. Юксак маънавият – енгилмас куч.-Т. “Маънавият” нашриёти, 2008. -80б.
3. Президент Ислом Каримовнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатасининг биринчи ташкилий йиғилишидаги нутқи.-Тошкент 13.01.2015
4. Ўзбекистон Республикаси конституцияси 22 йиллигига бағишланган И.А. Каримов маърузаси
5. 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

### Асосий адабиётлар

6. Зайцева И.А. «Этиотропная терапия острых кишечных инфекций у детей» / Зайцева И.А., Цека Ю.С., Дорогойкин Д.Л. / / учебно-методическое пособие, Саратов – 2001 – С.6.
7. Закирходжаев А.Х. «Инфекционные болезни» 2010г. Ст 523.

8. Захаренко.С.М., Сафонова.Н.Н.,Семенова.И.А. Эшерихиоз у взрослых//Инф.болезни.проблемы здравоохранения и военной медицины.-С.-Петербург,2006.-С.126.
9. Кафтырева.Л.А.,Войтенкова.Е.В.,Губина.Н.И.,Макарова.М.А.Особенности лабораторной диагностики эшерихиозов,обусловленных энтерогеморрагическими E.coli 0157.H7// Методические указания 4.2.018-99.-СПб.,1999-19с.
- 10.Кафтырева.Л.А.,Войтенкова.Е.В.,Матвеева.З.Н., Макарова.М.А.Выделение энтерогеморрагических E.coli 0157 от больных острыми кишечными//Эпидемиологический надзор и социальногигиенический мониторинг.Москва,2002.-.С.37-38.
- 11.М.Б.Деворова, Э.А.Шомансурова, Ш.Т.Акбарова, М.М.Мусаев. Поликлиника ишени ташкиллаштириш // Тошкент – 2007-65 бет
- 12.Макарова.М.А. Чувствительность к антибактериальным препаратам E.coli –возбудителей острых кишечных заболеваний у пациентов детского и взрослого возраста//<<Антимикробная терапия>>:тезисы докладов VII Международной конференции МАКМАХ.Москва,2005.- С.41.
- 13.Покровский В.И., Черкасский Б.Л. Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных болезней// Эпидемиол. и инф. болезни. – 1999. - № 2. – С. 2-9.
- 14.Учайкин В.Ф. Роль инфекции в патологии детей// Педиатрия.- 2000.- № 5.- С.23-26.
- 15.Черкасский Б.Л.,Фролочкина Т.И.,Рожнова С.Ш. Эпидемиология эшерихиозов в Российской Федерации//Эпидемиол.и инф.болезни.- 2002.-№.-С.-6-10.

### Қўшимча адабиётлар:

16. А.А.Новокшенов, М.О.Гаспарян, Н.В.Соколова и др//.Опыт лечения острых кишечных инфекций у детей высокими дозами пробиотиков// Педиатрия.- 2002.- № 6.- С.108-112.
17. Андреева.И.В.Когда следует назначать пробиотики?//Клин.микробиол.и антимикробная химиотерапия.-2011.-№-2.-Т.13.-С.279-283.
18. Арифиллина К.В. «Острые кишечные инфекции у детей и методы их лечения»// Вопросы современной педиатрии,2005.-т.4.-№2.-С.31-34.
19. Ашмарин И.П, Воробьев А.А. Статистические методы в микробиологических исследованиях – Ленинград: Медицина, 1962 – 180 с.
20. Баранов А.А., Климанская Е.В., Римарчук Г.В. «Заболевания органов пищеварения у детей». М.; 1998- С.226-234.
21. Бондаренко В.М. Факторы патогенности бактерий и их роль в развитии инфекционного процесса// Журн. микробиол. – 1999. - № 5 - С. 34-39.
22. Бондаренко В.М., Воробьев А.А. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.- 2004.- № 1.- С.84-92.
23. Бондаренко В.М., Лиходед В.Г., Воробьев А.А. Иммунорегуляция численности грамотрицательной микрофлоры кишечника// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.- .- 2004.- № 4.- С.90-93
24. Борисова М.А., Овчаренко Н.Д. «Клиническая эффективность энтеральной детоксикации при некоторых кишечных инфекциях»// Кишечные инфекции.- Киев,2002. – С.90-95.
25. Валиев А.Г.,Каримова Ш.М.,ва муалл., Современное состояние острых кишечных инфекций: диагностика, клиника и прогноз // Инфекция, иммунитет, фармакология, 2004.-№1.С.117-119.

26. Валиева. А. Г., Каримова. Ш. М., Ахмедова. М. Д. Современное состояние острых кишечных инфекций, диагностика, клиника и прогноз // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2004. - № 1. - С. 117-119.
27. Василенко В. В. Дисбактериоз - синдром раздраженного кишечника: эссе-анализ проблемы // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. - № 6. - С. 10-13.
28. Воеводин Д. А., Розанова Г. Н., Стенина М. А. Дисбактериоз и иммунопатологический процесс // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2005. - № 2. - С. 89-92.
29. Воробьев А. А. «Диареи у детей» / Воробьев А. А., Пак С. Г. // учебно-методическое пособие, Москва – 1998 – С. 34-35.
30. Горелов А. В. «Диагностика и комплексная терапия острых кишечных инфекций у детей» / Горелов А. В., Милютин Л. К., Воротынцева Н. В. // учебно-методическое пособие, Москва – 1999 – С. 44 -56.
31. Горелов А. В. «Изучение острых кишечных инфекций у детей» / Горелов А. В., Милютин Л. К., Воротынцева Н. В., Каншина О. А., Айзенберг В. Л. // Эпидемиология и инфекционные болезни, - 1999 - № 2 – С. 41-45.
32. Горелов А. В., Воротынцева Н. В. «Клинико-экспериментальное обоснование использования смекты в комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей» // Мукопротекция, патофизиологические и клинические аспекты. – М., 1998. – С. 20-26.
33. Горелов А. В., Милютин Л. Н., Усенко Д. В. «Лечение острых кишечных инфекций у детей» (Руководство для врачей). М., 2002- С. 88-94.
34. Государственный доклад Главного Государственного санитарного врача Республики Узбекистан «Об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия среди населения республики за 2003 г.». Под ред. Б. И. Ниязматова. – Ташкент, 2004. – 104 с.

35. Гриценко В.А. Внекишечные эшерихиозы как междисциплинарная проблема. Характеристика возбудителей и факторы риска // Эпидемиол. и инф. болезни. - 2000. - №6. С. 52-55.
36. Гулямов. Н.Г. Иммуноморфологические основы патогенеза различных форм острых кишечных инфекций. Автореф. дис. ... докт. мед. наук, Ташкент. 1993. - 32 с.
37. Жукова Е.А., Видманова Т.А., Широкова Н.Ю. «Первый опыт применения неосмектина у детей и подростков» // Педиатрия. - 2007 – т. 86 - №4 - С. 119-122.
38. Журавлев. М.В. Этиологическая структура эшерихиозов в Юго-Западном административном округе Москвы // Эпидемиол. И инф. Болезни, 2000. - №3. - С. 54-56.
39. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Склянская О.А. «Синдром диареи». М.; 2002 - С. 144-146.
40. Ильина Р.М. Использование бифидосодержащих лечебно-диетических продуктов питания для профилактики дисбактериозов // Гигиена и санитария. - 2000. - № 6. - С. 35-38.
41. Кафтырева. Л.А., Макарова. М.А. Характеристика популяция энтерогеморрагических эшерихий серогруппы 0157 // “ликвидация и элиминация инфекционных болезней-проблемы”. Мат. междунар. конгресса. СПб., 2003. - С. 109.
42. Ковалева. Е.П., Калинина. Э.П., Каценко. И.М. и др. Вспышка эшерихиоза 0142 в перинатальном центре // Эпидемиол. и инф. болезни. - 1999. - №3. - С. 56-58. coli
43. Кованова. Э.Н., Чоранова. Э.Н. Плазмиды патогенности эшерихий и фактор Coli: научное издание // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2004. - №1. - С. 18-20.
44. Комплексная оценка биологических свойств возбудителей брюшного тифа, выделенных от больных и носителей / Л.С. Колпаков,

- Т.Ф.Семенова, Е.И.Вострова - Журн.микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 1990. - № 7. – С. 23-26.
- 45.Копанев Ю.А., Алешкин В.А. Дисбактериоз кишечника и дисбиотические реакции у детей: Обзор// Педиатрия.- 2002.- № 5.- С.100-103.
- 46.Копанев Ю.В. Особенности применения препаратов для микробиологической коррекции дисбактериоза кишечника у детей// Лечащий врач.- 2000.- № 5.-6.- С.50-51.
- 47.Лавренева.Э.С.,Кафтырева.Л.А.,Макарова.М.А.  
Антибиотикорезистентность гемолизирующих эшерихий у детей с дисбиотическими нарушениями микрофлоры кишечника//<<Ликвидация и элиминация инфекционных болезней- прогресс и проблемы >> :Мат. Междунар.конгресса.-СПб.,2003.-С.113.
- 48.Лобзин Ю. В., Корвякова Е. Р., Литусов Н. В., Захаренко С. М. «Современная фармакотерапия острых кишечных инфекций». Центр ВТП БЗ МО РФ,2005 – С.26-34.
- 49.Лучшев В.И., Бондаренко В.М., Шахмарданов М. Дисбактериозы у больных шигеллами: причины развития и пути коррекции// Российский мед.журнал.- 2000.- № 3.- С.35-38.
- 50.Мавзютов А.Р., Фиалкина С.В., Бондаренко В.М. «Острова» патогенности условно-патогенных энтеробактерий// Журн. микробиол. - 2002. - № 6. – С. 5-9.
- 51.Макарова.М.А. Резистентность к антибактериальным препаратам диарегенных *E.coli*,выделенных от больных и здоровых лиц//<<Инфекционные болезни :проблемы здравоохранения и военной медицины>>Мат.Росс.науч.-практ.конф.-СПб.,2006.-С.200
- 52.Макарова.М.А. Идентификация факторов патогенности энтерогеморрагических *E.coli* 0157 методами молекулярной микробиологии//Медицинский академический журнал.-СПб.,2004.- Т.4,№3.-Прил.5-С.51.

53. Макарова.М.А. Проблемы лабораторной диагностики энтерогеморрагических эшерихий серогруппы 0157// Современные средства иммуннодиагностики, иммуно- и экстренной профилактики актуальных инфекций: труды науч. конф. с. междунар. участием- СПб., 2004.-С.237-238
54. Макарова.М.А. Характеристика биологических свойств штаммов E.coli 0144//<< Современные проблемы медицинской микробиологии>>: Мат. Всерос. науч. конф.-СПб., 2007.-С.216-218.
55. Малов В.А., пак С.Г. Дисбактериозы кишечника// Мед.помощь.- 2000.- № 5.- С.13-15.
56. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным средствам// Методические указания. МУК 4.2.1890-04. Клиническая микробиология антимикробная химиотерапия. - 2004. – Т. 6. - № 4. - С. 306-357.
57. Пихлер Э., Дирия Д. Применение ципрофлоксацина для лечения инфекции желудочно-кишечного тракта. - Антибиотики и химиотерапия. - 1993. – Т. 38. - № 2-3. – С. 15-17.
58. Покровский В.И., Онищенко Г.Г., Черкасский Б.Л. История борьбы с эпидемиями в России в XX веке// Эпидемиол. и инф. болезни. – 2003. - № 2. – С. 60-64.
59. Покровский В.И., Черкасский Б.Л., Петров В.Ф. Противоэпидемическая практика. – Москва-Пермь: ИПК «Звезда», 1998. – 200 с.
60. Роль дисбактериоз в формировании хронической неинфекционной патологии у детей/ Д.А.Воеводин, Г.Н.Розанова, М.А.Стенина, А.Н.Чередеев// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.-.- 2001.- № 6.- С.88-93.
61. Ряпис.Л.А., Филатов.Н.Н., Салова н.Я. и др. Характеристика штаммов E.coli 0157:H7, изолированных на территориях Центрального Федерального округа// Журн. Микробиол.-2005.-№11.-С.7-14.

62. Соринсом С.Н. Мирзаев К.М. Комплексная фармакотерапия при инфекционных заболеваниях Т.1987г
63. Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике: руководство для врачей. – СПб: Гиппократ, 1993. – с 81-82, 89-90, 101-115, 116-131
64. Состояние кишечного микробиоценоза у детей с кишечными энзимопатиями/ А.Т.Камилова, Н.Н., Ахмедов, Д.Б.Пулатова, Б.А.Нурматов// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.- 2001.- № 3.- С.97-99.
65. Степаншин.Ю.Г., Светоч.Э.А., Ерусланов.Б.В. и др. Эпидемиологическая значимость и характеристика штаммов E.coli 0157:H71// Эпидемиол.и инф.болезни.-2005.-№2.-С.16-19.
66. Утемуратова .Г.Э Характеристика гемолизин эшерерихии и стабильность гемолитической активности//Инфекция, иммунитет и фармакология.-2004.-№1.-С36-36.
67. Учайкин В.Ф., Новокшенов А.А., Соколова Н.В., Корнюшин М.А. «Современные подходы к лечению ОКИ у детей»// Педиатрия- 1998- №3-С.49-54.
68. Учайкин В.Ф., Гаспарян М.О., Новокшенов А.А. и др. «Энтеросорбенты в комплексной терапии кишечных инфекций у детей»//Экспериментальная и клиническая фармакология– 2001. - №1. – С.2 – 4.
69. Шабалов Н.П. «Детские болезни» - Санкт-Петербург – ПИТЕР - 2000 – С.463
70. Шожалилова М.С. Особенности клинического и биологического анализа состояния больных детей с острыми кшечными инфекциями на фоне дисбактериоза. // Врач – аспирант. – 2011 - № 6.2 [49]. – с. 357-362.
71. Шожалилова М.С., Шарапова Г.М. Диагностика и лечение дисбиотических нарушений при острых кишечных инфекциях. // Теор. и клин. Мед. – 2013. – с.78-81.



- 72.Шувалова Е.П. "Инфекционные болезни", Л-1996 год.
- 73.Шувалова Е.П., Змушко Е.И., Синдромная диагностика инфекционных заболеваний С.Петербург 2001 год.
- 74.Шульдяков А.А. «Дисбактериоз кишечника» / Шульдяков А.А., Еремин В.И. // учебно-методическое пособие, Саратов – 2000 – С.21.
- 75.Ющук Н. Д., Бродов Л. Е. «Принципы диагностики и лечения острых кишечных инфекций» // Лечащий Врач. 1999.- № 7. - С. 40-42.
- 76.Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. «Инфекционные диареи» // Русский мед. журн. 2001. Т. 9, № 16–17. С. 679–683.
- 77.Ющук Н.Д., Бродов Л.Е., Ахмедов Д.Р. Диагностика и дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций.- М.: Медицина, 2008.
- 78.Ягудина Р.А., Овчинникова Л.К. « Диарейный синдром: о чем нужно помнить при подборе препарата»/ Журнал «Российские аптеки», 2006 - №6 – С.24-29.
- 79.Ahmer B.M., van Reeuwijk j., Watson P.R. Salmonella SirA is a global regulator of genes mediating enteropathogenesis. Mol.Microbiol.1999. V. – 31. – P. 971-978.
- 80.Association of K-1 capsule smooth lipopolysaccharides, tra T gene, and Colicin V production with complement resistance and virulence of avian Escherichia coli/ R.E.Wooley, L.K.Nolan, J.Brown et al.// Avian. Dia.- 1993.- Vol. 37, N 4.- P. 1092-1096.
- 81.Cross M.L. Microbes versus microbes: immune signal generated by probiotic lactobacilli and their role in protection against microbial pathogens// FEMS Immunol.-Med.Microbiol.-2002.- Vol.24, N 9 .- P. 245-253.
- 82.Differences between the gut microflora of children with autistic spectrum disorders and that of healthy children/ H.M.Parracho, M.O.Bingham, G.R.Gibson et al.// J.Med.Microbiol.- 2005.- Vol.43 (Pt.10).- P. 987-991.

83. Duran-Reynals. Tissue permeability and the spreading factors in infection. *Bact. Rev.* - 1942. - V. 6. - N. 4. - P. 197.
84. Effect of *Lactobacillus GG* intestinal integrity in Malawian children at risk of tropical enteropathy/ L. Galpin, M.J. Manary, K. Fleming et al. // *Am. J. Clin. Nutr.* - 2005. - Vol. 82, N 5. - P. 1040-1045.
85. Hogenauer C., Hammer H.F., Krejs G.J., Reisinger E.C. «Mechanisms and management of antibiotic-associated diarrhea». // *Clin Infect Dis*, 1998. - p. 27.
86. Kehl K. S., Havens P., Behnke C. E., Acheson D. W. // *J. Clin. Microbiol.* 1999; 35: 2051-p.4.
87. Koster M., Bitter W., Tommassen J. Protein secretion mechanisms in gram-negative bacterial. *Int. J. Med. Microbiol.* 2000. - V. 290. - P. 325-331.
88. Martirosian G., Rouyan G., Zalewsky T. «Diocahedral smectite neutralization activity of *Clostridium difficile* and *Bacteroides fragilis* toxins in vitro». // *Acta. Microbiol. Pol.* 1998. - Vol. 47. - №2. - p. 177-183.
89. Mc Qbaid K. R. «Diarrhea. Current medical diagnosis and treatment». 38th ed. Appleton & Lange, 1999, p. 546.
90. Meier R., Burri E., Steuerwald M. The role of nutrition in diarrhea syndromes // *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.* - 2003. - Vol. 6, N 5. - P. 563-567.
91. National Committee on Clinical Laboratory Standards (NCCLS). Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing: Ninth Informational Supplement. 1999a, NCCLS document M100-S9. Wayne, PA: National Committee on Clinical Laboratory Standards.
92. Plant L., Conway P. Association of *Lactobacillus* spp. with Peyer's patches in mice // *CDLI.* - 2001. - Vol. 8, N 2. - P. 320-324.
93. Probiotics and immune response/ S. Cunningham-Rundles, S. Ahrne, S. Begmark et al. // *Am. J. Gastroenterol.* - 2000. - Vol. 95, N 1. - P. 22-25.
94. Scarpignato C., Pelosini I. Rifaximin a poorly absorbed antibiotic: pharmacology and clinical potential // *Chemotherapy.* - 2005. - Vol. 51. - P. 36-66.

95. Sharma S., Bharagava N., Mathur S. Effect of oral erythromycin on colonic transit in patients with idiopathic constipation// *Dig. Dis. Sci.*- 1995.- Vol. 40.- P.2446-2449.
96. Study of intestinal microflora in children with acute and persistent diarrhea/ Y.Garcia Cristia, T.Fragoso Arbelo, M.Valdes-Dapena Vivanco et al.// *Rev. Gastroenterol.- Peru.*- Vol.15, N 1 .- P. 35-41.
97. Sutter V.L., Citron D.M., Finegold S.M. *Wadsworth Anaerobic Bacteriology Manual.*// St.Louis.- 1980.
98. Torres J.F., Cedillo R., Sanchez J. et al. «Prevalence of *Clostridium difficile* and its cytotoxin in infants in Mexico»// *J. Clin. Microbiol.* 2003. – Vol. 20. – №2. – p. 274–275.
99. Vanderhoof J.A., Young R.J., Thompson J.S. New and emerging therapies for short bowel syndrome in children// *Paediatr. Drugs.*- 2003.- Vol. 5, N 8.- P. 525-531.
100. Weid T. et al. Induction by a lactic acid bacterium of a population of CD4+T cells with low proliferative capacity that produce transforming growth factor and interleukin-10// *CDLI.*- 2001.- Vol.8, N 4 .- P. 695-701.
101. Wendt C., Lin D., von Baum H. Risk factors for colonization with third-generation cephalosporin-resistant enterobacteriaceae// *Infection.*- 2005.- Vol.33, N 5-6.- P. 327-332.
102. Wildfuhr G. *Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Epidemiologie - Seiprid.* - 1989. - V. 5. – P. 36-44
103. Wistrom J., Norrby S.R., Myhre E.B. et al. «Frequency of antibiotic-associated diarrhea in 2462 antibiotic-treated hospitalized patients: a prospective study»// *J. Antimicrob. Chemother.*2001. – Vol. 47. – №1. – p.