

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қўлёзма асосида

УДК:616.98:579.872.14+579.872.11-036-053.37

УСМОНОВ РАХМАТИЛЛА АДХАМОВИЧ

**Эрта ёшдаги болаларда сальмонеллёз касаллигини шартли патоген
микроблар билан микст инфекциясини клиник кечиш хусусиятлари**

5A720203 –болалар юқумли касалликлари

МАГИСТР АКАДЕМИК ДАРАЖАСИНИ
ОЛИШ УЧУН ЁЗИЛГАН ДИССЕРТАЦИЯ

Илмий раҳбар:

Т.ф.д.Таджиев Б.М.

Ташкент – 2015 йил

АННОТАЦИЯ

Ўткир юқумли ичак касалликлари хозирги кунга қадар соғлиқни сақлашнинг олдида долзарб муамморлардан бўлиб келмоқда. Ер юзида бу касалликдан ҳар йили 5 млн дан 18 млн гача болалар ўлади. 80% ҳолатларда ўткир юқумли ичак касалликлари (ЎЮИК) этиологик тасдиқланмай қолади.

Сальмонеллез масалаларининг долзарблиги ичак патологиялари инфраструктурасида ошиб бораётганлигининг давомийлиги аниқланмоқда. Салмонеллез инфекцияси этиологияси барча жойлардаги кузатувларида бўлган ўзгаришларда касаллик тарқалиш йўллари ва клинко-эпидемиологик ўзгаришларининг ўзгарганлиги кўришиб турибди.

Охирги йиллардаги адабиётлар ўрганиб чиқилганда болаларда сальмонеллез касаллиги шартли патоген микроблар билан кўшилиб микст инфекция кўринишида келган ҳоллар кам ўрганилган. Лекин бугунги кунда ШПМ билан сальмонеллезлар кўшилиб келаётган ҳолатлар ва касалликни одатдагидан оғир ўтаётганлиги ушбу муаммони чуқурроқ ўрганишни талаб қилмоқда. Тадқиқотимизнинг мақсади: Эрта ёшдаги болаларда сальмонеллез касаллигини ШПМ билан микст инфекциясини кечиш хусусиятларини ўрганиш. Илмий тадқиқот иши тошкент шаҳридаги 4-болалар юқумли касалликлар клиник шифохонасида олиб борилади. Бунинг учун 15 та бемор сальмонеллез инфекцияси билан оғриган болалар ва 30 та бемор ШПМ лар бўлган сальмонеллезли болалар ўрганилади. Текширишни олиб бориш учун беморлар 2 та гуруҳга – асосий ва назорат гуруҳларига бўлиб ўрганилди. Назорат гуруҳдаги беморларда фақат сальмонеллез кўзгатувчиси аниқланиб сальмонеллез ташхиси кўйилган бўлса, асосий гуруҳдаги беморларда сальмонеллез кўзгатувчиси ШПМ чакирадиган ичак инфекциялари билан бирга микст инфекция кўринишида кечган ҳолати ўрганилди.

АННОТАЦИЯ

По данным ВОЗ острые кишечные инфекции у детей раннего возраста занимают одно из ведущих мест инфекционной патологии. Во всем мире от этой болезни летальный исход составляет от 5 млн до 18 млн. У 80 % больных острые кишечные неясной этиологии.

Сальмонеллез - одна из наиболее распространенных кишечных инфекции у детей, обуславливающая как спорадические случаи, так и эпидемические вспышки. Во всем мире наблюдается изменения этиологического а также клинико-эпидемиологического распространения сальмонеллеза.

Последние года изучено что сальмонеллез у детей наблюдается с условными патогенными микробами и возникает как микст инфекции. На данный момент УПМ и сальмонеллез наблюдаются вместе и болезнь протекает тяжело и это дает нам углубленного изучения этой болезни.

Цель исследования:

1. Изучения клинического течения сальмонеллеза и УПМ с микст инфекцией у детей раннего возраста.

Планируется провести 2012-2014гг клиническое наблюдение, изучение историй болезни и данных лабораторных исследований 40 больных с острой кишечной инфекцией у детей в инфекционной клинике №4 в городе Ташкент. Для этого будет изучено у 15 больных с сальмонеллезом и у 30 больных УПМ с сальмонеллезом. Для проведения исследования больные разделены на 2 группы- основной и контрольной. В контрольной группе было найдено возбудитель сальмонеллеза и поставлен диагноз сальмонеллез, больные в основной группе было изучено возбудитель сальмонеллеза острые кишечные инфекции вызванные условно патогенными микробами с микст инфекциями.

ABSTRACT

According to WHO, acute intestinal infections in young children occupy one of the leading infectious diseases. In the world of this disease death from 5 million to 18 million. 80% of patients with acute intestinal unknown etiology.

Salmonellosis - one of the most common intestinal infection in children, due both sporadic cases and outbreaks. Throughout the world, there is change in the etiologic and clinical and epidemiological rasprostronenie salmonellosis.

Last year studied that salmonella is observed among children with opportunistic microbes and appears as a mixed infection. Currently CPM and salmonellosis occur together and the disease is difficult, and it gives us an in-depth study of this disease.

Objective:

1. The study of the clinical course of salmonellosis and CTM with mixed infection in infants.

2012-2014 planned to clinical observation, medical history and laboratory data of 40 patients with acute intestinal infection in children in infectious clinic №4 in the city of Tashkent. For this will be examined in 15 patients with salmonellosis and in 30 patients with salmonellosis CPM. To conduct the study, patients were divided into 2 groups-the main and control. In the control group was found causative agent of salmonellosis and salmonellosis is diagnosed, patients in the intervention group were studied the causative agent of salmonellosis acute intestinal infection caused by opportunistic microbes with mixed infections.

МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ	3
КИРИШ	4
I БОБ.Адабиётлар Таҳлили	7
1.1. Инсон саломатлигини мустаҳкамлаш, ҳалқимизнинг ҳаёт сифати ва даражасини юксалтириш:	7
1.2.Сальмонеллез касаллигини эрта ёшдаги болаларда кечиш хусусиятларининг адабиётлардаги шарҳи.....	10
1.3. ШПМ чақирган ЎЮИК ларининг клиник кечиш хусусиятлари..	21
I боб хулосаси	37
II боб. Материаллар ва текшириш усуллари	38
2.1. Текшириш материаллари	38
2.2. Текшириш усуллари	38
II боб хулосаси	49
III БОБ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ТАҲЛИЛ	50
3.1. Сальмонеллез инфекциясида клиник кечиш хусусиятларини ва ичак биоценози ўзгаришларини ўрганиш.....	50
3.2. Болаларда сальмонеллез ШПМ билан микст инфекция кўринишида келганда касалликнинг клиник хусусиятларини ўрганиш.....	53
3.3 Сальмонеллез касаллигининг шартли патоген инфекциялари билан микст ҳолатида касалланишнинг даволаш усулларини ўрганиш	55
III боб хулосаси	61
ХОТИМА	62
ХУЛОСА	66
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	67

ЧОП ЭТИЛГАН ИШЛАР РҲЙХАТИ	68
АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ.....	69

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

Er – Эритроцит

L – Лейкоцит

ЖССТ – Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти

ИК – иммун комплекс

ИТШ – инфекцион – токсик шок

МНС – марказий нерв система

ОИТ—Ошқозон ичак тракти

РА – реакция гемагглютинации

Рез – резистентлик

ЎИИ – ўткир ичак инфекциялари

ЎЮИК—Ўткир юқумли ичак касаллиги

ЦАМФ – циклик аденазинмонофосфат

ШПМ – Шартли патоген микроблар

ЭЧТ – Эритроцитларни чўкиш тезлиги

КИРИШ

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

Ўткир юқумли ичак касалликлари ҳозирги кунга қадар соғлиқни сақлашнинг олдида долзарб муамморлардан бўлиб келмоқда. Диарея синдроми билан кечадиган касалликлар учраш частотаси бўйича респиратор касалликлардан кейинги ўринда туради ва кўпинса болалар ўлимининг сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Ер юзиде бу касалликдан ҳар йили 5 млн дан 18 млн гача болалар ўлади. 80% ҳолатларда ўткир юқумли ичак касалликлари (ЎЮИК) этиологик тасдиқланмай қолади.

Ўткир юқумли ичак касалликлари тизимида сальмонеллез етакчи ўринни эгаллайди. Н. В. Воротынцев ва ҳаммуаллифлари билан биргаликдаги маълумотларига кўра, бир ёшгача бўлган болаларда ЎЮИК орасида сальмонеллез турли йилларда 17% дан 75% гача учрайди.

Сальмонеллез масалаларининг долзарблиги ичак патологиялари инфраструктурасида ошиб бораётганлигининг давомийлиги аниқланмоқда [23,56,87]. Салмонеллез инфекцияси этиологияси барча жойлардаги кузатувларида бўлган ўзгаришларда касаллик тарқалиш йўллариининг ва клинико-эпидемиологик ўзгаришларининг ўзгарганлиги кўриниб турибди[8,45,58].

Охирги йиллардаги адабиётлар ўрганиб чиқилганда болаларда сальмонеллез касаллиги шартли патоген микроблар билан кўшилиб микст инфекция кўринишида келган ҳоллар кам ўрганилган. Лекин бугунги кунда ШПМ билан сальмонеллезлар кўшилиб келаётган ҳолатлар ва касалликни одатдагидан оғир ўтаётганлиги ушбу муаммони чуқурроқ ўрганишни талаб қилмоқда. Шунинг учун муаммони имкон қадар ҳал этиш мақсадида олдимизга қуйидаги мақсадни қўйдик.

Тадқиқот мақсади.Эрта ёшдаги болаларда сальмонеллез касаллигини ШПМ билан микст инфекциясиникечиш хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот вазифалари.

1. Сальмонеллез инфекциясида клиник кечиш хусусиятларини ва ичак биоценози ўзгаришларини ўрганиш.
2. Болаларда сальмонеллез ШПМ билан микст инфекция кўринишида келганда касалликнинг клиник хусусиятларини ўрганиш
3. Сальмонеллез касаллиги билан шартли патоген инфекцияси оғриган микст ҳолатида касалликни замонавий даволаш усулларини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари.

Илмий тадқиқот иши тошкент шаҳридаги 4-болалар юқумли касалликлар клиник шифохонасида олиб борилади. Бунинг учун 15 та бемор сальмонеллез инфекцияси билан оғриган болалар ва 30 та бемор ШПМ лар бўлган сальмонеллезли болалар ўрганилади.

Материаллар ва усуллар. 2012-2014 йиллар давомида туғилгандан 3 ёшгача номаълум этиологияли ўткир диарея билан оғриган 45 та бемор бола текширилди. Беморда узок муддат диарея кўринишида ичак дисфункцияси ва субфебрилитет кузатилган. Текширишлар Тошкент шаҳар Шайхонтохур туман 4-сон юқумли касалликлар клиник шифохонасида олиб борилди. Текширишни олиб бориш учун беморлар 2 та гуруҳга – асосий ва назорат гуруҳларига бўлиб ўрганилди. Назорат гуруҳдаги беморларда фақат сальмонеллез кўзгатувчиси аниқланиб сальмонеллез ташхиси қўйилган бўлса, асосий гуруҳидаги беморларда сальмонеллез кўзгатувчиси ШПМ чақирадиган ичак инфекциялари билан бирга микст инфекция кўринишида кечган ҳолати ўрганилди.

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

1. Объектив кўрув маълумотлари

А) клиник белгилар

2. Лаборатор текшириш усуллари.

А) Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили.

Б) Копрологик текширув.

В) Нажасни ичак гуруҳига бактериологик экиш.

Г) Нажасни ичак микрофлораси (дизбактериоз) га текшириш.

Амалий аҳамияти. Олинган маълумотлар касалликни эрта ташхислашга ва шунга қараб ўз вақтида лозим бўлган даво чораларини қўллашга ёрдам беради. Бу амалиётда ишлайдиган шифокор инфекционистларга ва умумий ам алалиёт шифокорларига ёрдам тариқасида тавсия этилади.

Илмий янгилиги. Болаларда сальмонеллез инфекцияси Ўзбекистон худудида тарқалиши кенг ўрганилган. Илмий изланишда болаларда сальмонеллез касаллиги ШПМ чақирган ичак инфекциялари билан кечганда клиник-лаборатор хусусиятлари ўрганилди. Бунда касалликнинг бошланғич белгилари, клиник сиптомларнингнамоён бўлиши ва кечиш давомийлиги, чақирувчиларни антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаган ҳолда антибактериал препаратларни мутаносибини танлаш жараёнлари тасдиқланди.

Диссертация тузилиши ва ҳажми:

Диссертация иши компьютер матнирдаги 87 бетдан иборат ва ўз ичига кириш, адабиётлар таҳлили, материаллар ва текшириш усуллари, хусусий текшириш натижалари, хотима, хулоса ва амалий тавсияларини олади. Фойдаланилган адабиётлар рўйхатида 158 та манба бўлиб, улардан 17 та чет эл муаллифларидир. Диссертация ишида 4 жадвал ва 9 та диаграмма мавжуд.

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

1.1 Инсон саломатлигини мустаҳкамлаш, ҳалқимизнинг 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 ҳалқаро 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 жихозланган 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. [6].

2000-2011 йилларда даволаш-профилактика муассасаларини модернизация қилиш ва энг замонавий лаборатория, диагностика ва даволаш ускуналари билан жиҳозлашга 750 миллион АҚШ долларида 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 тиббиёт институтининг болалар хирургияси бўлими ва бошқа соғлиқни сақлаш масканларида қарийб 410 миллиард сўмлик қурилиш,

реконструкция ва жиҳозлаш ишлари амалга оширилганини таъкидлаш зарур. [1,4,6].

1.2 Сальмонеллез касаллигини эрта ёшдаги болаларда кечиш хусусиятларининг адабиётлардаги шархи

Болаларда диарея ота-оналарни тиббий ёрдамга мурожаатларига олиб келадиган сабаблардан бири ҳисобланади. Шунингдек янги туғилган чақалоқлар ва эрта ёшдаги болалар ўлимининг ҳам сабабчиси бўлиб ҳисобланади. [61,63,65]. Болаларда нажаснинг ўзгариши катталардан фарқли равишда тез-тез учрайди ва узоқ муддат сақланиб қолиши мумкин. Болаларда диарея кўриниши билан меъда – ичак тракти фаолиятининг бузилиши шифокорлик ёрдамини ва даволаш чора-тадбирларини шошилишч ўтказишни талаб қилади. [55,59,65].

Ичак дисфункциялари узоқ вақтлардан маълум. Гиппократ ичак касалликларини 2 га бўлган: диарея - яъни ичи суюқ келиши ва дизентерия асосан қоринда оғриқ кечувчи касалликлар [16, 63].

Диарея билан кечувчи касалликлар ҳозиргача болалар инфекциял патологиясида юқори ўрин тутиб, болалар ўлимининг бир сабабларидан ҳисобланади [76,77].

Диарея бу ахлатнинг суткасига 10 г дан ортиқ, суюқ ҳолда ажралиши бўлиб, ичакда сув ва электролитлар сўрилиши бузилишининг клиник кўринишидир. Патогенезида 4 та механизм ўрин тутади: ичак гиперсекрецияси, ичакда осмотик босим ортиши, ичакдаги ахлат транзитининг бузилиши ва ичак гиперэкссудацияси[89,90,93].

ЎЮИКни ўз вақтида аниқлаш ва даволашга касаллик давомийлиги ва оқибати боғлиқ. Даволаш тўлиқ ва босқичма-босқич бўлиб, касаллик этиологияси, оғирлиги, фазаси ва ичак шаклига бир томондан, иккинчи томондан бола ёши ва приморбид фонига мос бўлиши керак[84,90,32].

Болаларда ўткир юқумли ичак касалликлари кенг тарқалганлардан бири бу сальмонеллездир, у - зооантропоноз, яъни ҳам ҳайвонларда, ҳам

одамлардан юқадиган ва кўпинча гастроэнтерит симптомлари билан, баъзи ҳолларда эса тарқоқ инфекция белгилари билан таърифланадиган ўткир юқумли ичак касаллигидир.

Сальмонеллезни кўзгатувчи микроблар сальмонеллалар авлоди ва ичак бактериялари гуруҳига мансубдир. Кўриниши таёкчага ўхшайди. Хивчинлари бор, спора ва капсула ҳосил қилмайди. Грамм манфий. Ҳамма озиқа муҳитларида кўпаяверади. Сальмонеллалар факультатив анаэробдир, улар парчаланганда эндотоксин ажралиб чиқади. Эндотоксиннинг термостабил О-антигени, термолабил Н-антигени ва капсуласига мансуб юза жойлашган Н-антигени бор. Сальмонеллалар О-антигенининг хилига қараб бир неча серологик О гуруҳига бўлинади. Ҳар бир О гуруҳида Н антигенининг ички тузилишига қараб бир-биридан фарқ қиладиган бир неча сероварлар мавжуд. Сальмонеллаларнинг 2000 га яқин серологик хиллари маълум бўлиб, улардан 700 тадан кўпроғи одамларда учрайди. Уларнинг қуйидагилари тез-тез учраб туради: *S. heidelberg*, *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. paratyphi*, *S. infantis*, *S. newport*, *S. agona*, *S. derby*, *S. london*.

Сальмонеллалар ташқи муҳитда анча чидамлидир: сувда 120 кун, гўшт, колбаса ва шулар каби озиқаларда 2-4 ойгача, сутда 10 кунгача, сарғда 4 ойгача, пишлоқда 1 йилгача, тупроқда 18 ойгача тирик сақлана олади. Баъзи маҳсулотларда, масалан, гўштда улар тирик сақланибгина қолмай, балки кўпаяди ҳам, бунда маҳсулотларнинг ташқи кўриниши ва мазаси ўзгармайди. Тузлаш ва дудлаш уларга кам таъсир қилади[22,34,38].

Инфекциянинг асосий манбай - уй ҳайвонлари (қорамол, чўчка, от, эшак, мушук, ит), паррандалари (товуқ, ўрдак, ғоз, каптар), ёввойи ҳайвонлар (кемирувчилар, тулкилар), балиқлар ва бошқа ҳайвонлардир. Сальмонеллалар шу ҳайвонларнинг сути, сийдиги, ахлати, сўлаги билан ташқарига чиқиб, тупроқ, яйлов ерлар, сув хавзалари, ўт-ҳашакка тушади ва буларни юқумли қилиб қўяди.

Сальмонеллалар билан ифлосланган гўшт ва сут маҳсулотларини, балиқ, тухум ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилиш оқибатида касаллик одамларга юқади[23,28,37].

Сальмонеллез билан оғриган бемор ва бактерия ташиб юрувчи одам ҳам инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Бундай кишиларнинг озиқ-овқатга алоқадор жойда, шунингдек болалар муассасаларида ишлаши жуда ҳафлидир.

Сальмонеллез мулоқот йўли билан ҳам юқиши мумкин. Бунда у сальмонеллалар билан ифлосланган идиш товоқлар, ўйнчоқлар ва бошқа буюмлар орқали юқади. Ва ниҳоят, сальмонелла ҳаво-чанг орқали юқиши ҳам мумкин, чунки сальмонеллалар 20-25 даражали ҳароратда 80 кунга қадар тирик сақлана олади. Ёз ва куз ойларида сальмонеллалар билан ифлосланган бирор овқатни бирданига кўп одам истеъмол қилиши натижасида (масалан, тўй-ҳашамда) сальмонеллез баъзан эпидемия кўринишида учрайди. Ўша овқатдан истеъмол қилганларнинг деярли ҳаммаси бир-икки кун ичида касалланади.[29,36,51]

Сальмонеллалар овқат орқали меъда-ичак йўлига тушади. Меъдадага хлорид кислота таъсирида сальмонеллаларнинг кўпчилиги ҳалок бўлади. Озиқа моддалари ичида ўралиб қолганлари бу ноқулай шароитни енгиб ўтиб, ингичка ичакка тушади, сўнгра ичак шиллиқ пардасидаги ретикулоэндотелиал тўқимага киради ва шу ерда кўпая бошлайди. Сальмонеллалар лимфа томирлари бўйлаб мезентериал тугунлар-чарви лимфа тугунларига ўтади ва шу жойда баъзан ҳаммаси ҳалок бўлиб кетади, унда лимфоцитлар ва макрофаklar катта рол ўйнайди.

Баъзи ҳолларда чарви лимфа тугунларидаги фагоцитларда сальмонеллалар узок вақт ҳалок бўлмай тирик сақланиши мумкин. Ана шу сальмонеллалар қайтадан лимфа томирлари орқали ичакка тушади. Бунда касаллик симптомлари бўлмайди ва одам бактерия ташувчи бўлиб қолади.

Кўпинча мезентериал лимфа тугунларида (чарви безларида) сальмонеллалар кўринишида давом этади. Уларнинг бир қисми парчаланиб эндотоксин ажралиб чиқади. Эндотоксин ҳар хил аъзо ва тизимларга таъсир қилади ва бунинг натижасида аденилатциклаза фаоллашади, ҳужайраларда биологик фаол моддалар миқдори кўпаяди. Натижада энтерит бошланади. Меъда-ичак йўли фаолияти бузилади. Эндотоксин

таъсирида вазомотор фалаж кузатилиб, қон босими пасайиб кетади. Бош мия фаолияти ҳам токсин таъсирида бузилади ва тиф ҳолати пайдо бўлади.

Токсиннинг мияга таъсири натижасида гипотермия бошланади, нафас ва томирларни ҳаракатлантирувчи марказлар фаолияти издан чиқади. Токсин таъсирида сув-тузлар алмашинуви бузилиб, организмни сувсизланиш (дегидратация) ҳолатига келтириб қўяди. Сальмонеллалар зўр бериб кўпайши ва кўплаб парчаланиши натижасида ажралган эндотоксин шок ҳолатига сабаб бўлиши мумкин. Эндотоксик шок юз берганда қоннинг ивиш тизими зарарланади, микроциркуляция издан чиқади ва тўқималарда кислород этишмайди (гипоксия), бу эса ўз навбатида моддалар алмашинувининг бузилиши, ацидоз бошланиши, қонда мочевина ва қолдиқ азотнинг кўпайшига, ҳар хил аъзолар хужайраларининг дистрофия ва некрозга учрашига сабабчи бўлади.[31,34,67]

Шундай қилиб, сальмонеллез патогенези моҳият-этибори билан токсинемия ва бактеремияга боғлиқ. Кейинчалик организмнинг химоя механизмлари кучайиб, қондаги сальмонеллаларни ретикулоэндотелиал система ва паренхиматоз аъзолар қамраб олади ва аста-секин парчалайди, бунинг натижасида организм сальмонеллалардан холос бўлади. Бемор организмнинг химоя қуввати етарли бўлмаган ҳолларда у бактерия ташувчи бўлиб қолади.

Бактеремия қисқа муддат давом этган ҳолларда сальмонеллезнинг гастроинтестинал шакли шакланади. Организм куч-қуввати кам бўлганда (болалар ва қариларда) бактеремия узоқ чўзилади ва сальмонеллез тарқоқ шаклга айланиб кетади.

Машҳур олим И.В.Давидовский сальмонеллезнинг икки формасини ажратади: 1. Токсик шакли-бу шаклида меъда-ичак йўли шиллиқ пардаси шишган ва унга қон қуйилган бўлади. Ичак шиллиқ пардасида юзаки некрозлар учрайди. 2. Септик-пиемик шакли. Бунда ичак шиллиқ пардасида ўзгаришлар жуда кам бўлади. Аммо ички органлар, айниқса ўпкада жуда кўп метастатик йирингли ўчоқлар топилади.

Клиникаси. Яширин даври 6-8 соатдан 2-3 кунгача чўзилади. Кўпинча 12-24 соат давом этади. Сальмонеллезнинг куйидаги клиник шакллари учрайди.

Сальмонеллезнинг клиник шакллари

Клиник шакллари 1. Гастроинтестинал шакли (токсикоинфекция)

Гастрит, Гастроэнтерит, Гастроэнтероколит

2. Тарқоқ шакли Тифга ўхшаш шакли. Септик шакли

3. Субклиник шакли. Бактерия ташувчилик.

Гастроинтестинал шакли. Касалликнинг бу хили тўсатдан бошланади ва диспептик аломатлар билан таърифланади. Одатда бемор аъзойи бадани титраб, ҳарорати кўтарилади ва гастрит, гастроэнтерит симптомлари яққол кўринади. Ҳарорат 3-4 кундан сўнг пасаяди. Касалликнинг бу хили ўткир гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит кўринишида ўтади.

Ўткир гастрит. Бемор дармони қуриб, кўнгил айнийди, иштаҳаси бўғилади. Боши, қорни оғрийди, бадани қакшайди, ҳарорати сал кўтарилади (субфебрил даражагача). Кўпинча бемор бир ёки бир неча марта қайд қилади. Баъзан умуман қусмайди. Беморнинг ранги оқарган, тили қараш билан қопланган бўлиб, пульси тез уради, қорни оғрийди, 1-2 кун ичида соғайиб кетади [32,65,98].

Ўткир гастроэнтерит. Сальмонеллезнинг бу кўриниши кўп учрайди. Тўсатдан бошланади. Бемор эти увишиб, қилтирайди, ҳарорати кўтарилиб, 2-4 кун юқори даражада туради. Кўнгли айнаб, кетма-кет қусади, сўнгра шир-шир ичи кета бошлайди. Бир кеча кундузда беморнинг 15 марта ичи кетади. Бемор ахлати суяқ, яшил рангда ва жуда сассиқ бўлади. Беморнинг аҳволи анчагина оғир бўлади, дармони қурийди, аъзойи бадани сирқиллаб, безовта қилади, иштаҳаси йўқолади.

Кўпчилик беморларнинг ранги одатда оқариб туради, лекин баъзан бир оз қизариши ҳам мумкин, лабига учуқ тошади. Томири тез уради, қон босими пасаяди. Тили қалин оқ ёки кулранг қараш билан қопланади. Баъзан коллапс бошланиши мумкин.

Қон текширилганда гемоглобин ва лейкоцитларнинг сони озгина кўпайгани, ЭЧТ нормал экани аниқланади. Сальмонеллезнинг бу кўриниши 1-4 кун давом этади, баъзан узоқроқ чўзилади.[39,41,59]

Ўткир гастроэнтерит енгил, ўрта оғир ва оғир ўтиши мумкин.

Сальмонеллезга алоқадор ўта ўткир гастроэнтерит аввало кучли интоксикация билан таърифланади. Беморнинг тўсатдан эти увишиб, қалтирайди ва ҳарорати кўтарилади, боши айланиб, қаттиқ оғрийди. Касаллик бошланишидаёқ коллапс бўлиши мумкин. Бемор кетма-кет варақ-варақ қусаверади, бетўхтов шир-шир ичи кетади. Бемор ахлати худди вабо касаллигидек ёвғонхўрдага ўхшайди. Кўп ўтмай организмда сувсизланиш ҳолати бошланади. Бемор биринчи куниданоқ озиб кетади, кўзлари ичига тушиб, юзи чакак бўлиб қолади, умуман ранги сўлиб, кўкимтир тус олади. Қон босими пасаяди, олигурия ёки анурия бўлади. Беморнинг овози чиқмайди, оёқ-қўл мускуллари тортишиб оғрийди. Кўпинча пневмония, нефрозонефрит аломатлари аниқланади. Ўз вақтида тегишли даво чоралари амалга оширилмаса бемор нобуд бўлиши мумкин.

Сальмонеллезнинг гастроэнтероколитик хилида юқорида айтилган симптомлардан ташқари колит синдроми аниқланади. Камдан-кам ҳолларда беморда фақат колит синдроми бўлади, холос. Бунда йўғон ичакнинг ҳаммаси зарарланади[28,54,87].

Тарқоқ шакли. Бу шаклдаги касалликнинг асосий симптоми ҳароратнинг юқори кўтарилишидир. Касаллик баъзан ҳарорат кўтарилишидан ташқари гастроэнтерит аломатлари билан бошланади. Бошқа ҳолларда фақат ҳарорат кўтарилади ва интоксикация аломатлари бўлади. Беморнинг боши, мускуллари оғрийди, уйқуси бузилади. Кўзи ва шиллиқ пардалари сал сарғиш тусга киради. Кўкрак ва қорин терисида тошма кўринади. Кўпинча учуқ тошади, пульс сони камаяди (нисбий брадикардия), юрак тонларини бўғиқлашиши, тилни караш босади, қорни дам бўлиб, жигар ва талоқ катталашади.

Бемор дармони куриб, бўшашган ҳолда жим етади. Баъзан менингоэнцефалит белгилари аниқланади. Бошқа ҳолларда ўткир

гломерулонефрит, нефроzoneфрит, некротик нефроз ва пиелит, ҳамда цистит аломатлари кўрилади.

Сальмонеллезнинг септик шакли - узоқ давом этадиган ҳарорат, қайта-қайта эт увишиб баданни қалтираши ва турли септик асоратлар билан таърифланади. Бемор баъзан худди қорин тифидагига ўхшаб бўшашган ҳолда қарахт бўлиб этади. Сальмонеллезнинг тифга ўхшаш шакли деб шунга айтилади. Қон текширилганда баъзан лейкопения, нисбий лимфоцитоз аниқланиди. Бошқа ҳолларда худди сепсисдагига ўхшаш гипохром анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашаган бўлади.

Сальмонеллезнинг тарқоқ шакли 6-10 кун, баъзан 3-5 ҳафтагача чўзилади.

Бактерия ташувчилик. Кўпинча бактерия ташувчилик ҳодисаси аксари сальмонеллез касаллигидан соғайган кишиларнинг баъзиларида аниқланиди. Жуда камдан-кам ҳолларда касал бўлмаган шахсларда ҳам учрайди. Бактерия ташувчилик қисқа муддатли ва узоқ чўзиладиган бўлиши мумкин. Сальмонеллалар одам организмида сапрофитлар тариқасида узоқ яшаши мумкин. Турли сабаблар таъсирида организмнинг химоя кучлари сусайса, бояги сапрофит сальмонеллалар фаоллашиб, кўпая бошлайди ва касалликга сабаб бўлади.

Лаборатор ташхисоти. Бактериологик ва серологик усуллар қўлланилади. Бактериологик усулда беморнинг қони, ахлати, қусуқ массаси, сийдиги, меъда ювиндиси, ўн икки бармоқ ичагидан зонд ёрдамида олинган шилимшиқлар тегишли озика муҳитига экилади.

Серологик усул ёрдамида бемор қонида антитаначалар бор-йўқлиги аниқланади. Антитаначалар қонда касалликнинг 5-7 кунларидан бошлаб пайдо бўлиб, кейинги титри ортиб боради. Кўпинча агглютинация реакцияси қўйилади.

Эгри агглютинация реакцияси ва комплементни боғлаш реакцияси сезувчандир.

Сальмонеллаларни аниқлаш мақсадида иммунофлюоресцент усулидан ҳам фойдаланилади.

Қиёсий ташхисоти. Сальмонеллезни ичбуруғ, вабо, заҳарли химикатлар билан заҳарланиши ва миокард инфарктдан фарқлаш зарур.

Ичбуруғда бемор қорнининг чап томони бураб оғрийди, кучаниқ безовта қилади, ахлати қон аралаш шилимшиқдан иборат бўлиб, оз-оздан келади, ҳиди бўлмайди. Ректоскопияда йўғон ичак шиллиқ пардасининг қизариб яллиғланганлигини, эрозия ва яралар борлиги кўринади. Лаборатория усули билан текширилганда тегишли ижобий натижалар олинади.[20,57,92]

Вабода ҳарорат кўтарилмайди, қорин оғримайди, кўнгил айнимайди, касаллик ич кетишдан бошланади, ахлати ҳидсиз, худди ёвғон хўрдага ўхшаш бўлади. Организмда сувсизланиш белгилари пайдо бўлади, оёқ-қўл мускуллари, айниқса болдир мускуллари тортишиб оғрийди. Вабо ташхиси тўғрисидаги масала бактериологик усул билан текширилганда ахлатда ёки кусукда вибрион топилгач, узул-кесил ҳал бўлади.

Кимёвий моддалар билан заҳарланиш (хлорорганик ва фосфорорганик моддалар билан) юз берганида одамни ҳиқичоқ тутати, кўкраги қисиб, тили, томоғи, кўзи ачишаверади, қулоғи шанғиллайди. Кўздан ёш оқиб, қўллар қалтирайди, оёқ-қўл мускуллари бўшашади.

Миокард инфаркти кўпинча кексаб қолган кишиларда учрайди. Миокард инфарктдан олдин одатда кўкракнинг чап томонида вақти-вақти билан стенокардия хуруж қилиб туради, яъни беморни юрак соҳасидаги оғриқ безовта қилиб туради.

Инфаркт кучли оғриқдан бошланади. Инфарктнинг гастритик шаклида (асосан ошқозон соҳасида, яъни киндикдан юқорида кучли оғриқ безовта қилади) оғриқ тўш суяги, курак ва қўлга ўтади (иррадиация). Бундан ташқари миокард инфарктида юрак чап қоринчаси фаолиятининг сустлигига хос симптомлар масалани ҳал қилувчи рол ўйнайди.

Давоси. Сальмонеллезнинг гастроинтестинал шаклида асосан патогенетик даволаш усуллари амалга оширилади. Улар қуйидагилар:

1. Дезинтоксикационтерапия
2. Сув-электролит алмашинувини меъёрлаштириш

3. Гипоксемия ва метоболик ацидозга қарши чоралар
4. Гемодинамикани нормал ҳолда сақлаб туриш

Сальмонеллезнинг гастроинтестинал шаклида аввало бемор меъдаси яхшилаб қайта-қайта ювилади. Касаллик енгил ўтганда беморга 4-пархезда кўзда тутилган овқатлар ва кўп миқдорда суюқлик бериш - глюкоза-электролит эритмаси (регидрон, глюкосан) тайиланади (перорал регидратация). Бемор қанча суюқлик йўқотган бўлса, шунча суюқлик озгина-озгина ичирлади.[30,65,87]

Касаллик ўртача оғирликда ўтган ҳолларда, гемодинамика издан чиқмаган бўлса ва беморнинг қусиши кам кузатилганда ҳам перорал регидратация билан кифояланилади.

Гемодинамика издан чиққанда ва бемор тез-тез қусиб турган ҳолларда полиионли-тузли эритмалар (квартасоль, ацесоль, хласоль, трисоль) бемор венасига юборилади. Сувсизланишнинг даражасига қараб бир кеча-кундузда 500 мл дан 2-3 л гача ва бундан ҳам кўпроқ суюқлик юборилади. Полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, қон ўрнини босадиган ва интоксикация аломатларини камайтирадиган бошқа дорилар 200-400-600 мл миқдорда томчилаб венага юборилади.

Юрак-томир тизими фаолиятини жонлаштириш учун кордиамин, эфедрин, мезатон, норадреналин, строфантин "К" ишлатилади.

Интоксикация аломатлари кучли бўлган ҳолларда қисқа курслар холида кортикостероидлар қўлланилади. 1-3 кун давомида бир кеча-кундузда 90-180 мг дан преднизолон венага юборилади. Бемор организмида сенсibiliзация ҳолатини камайтириш учун димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин, фенкарол тайинланади.

Сальмонеллезнинг гастроэнтерит шаклида патогенетик даво чораларининг ўзи кифоя, антибиотикларга эҳтиёж бўлмайди. Тарқоқ шаклларида таъсир доираси кенг антибиотиклар (левомецетин, ампициллин, гентамицин, тетрациклин, канамицин) ишлатилади. Антибиотикларни фуразолидон билан бирга ишлатиш даво нафани анча оширади. Бу дорилар билан бир вақтда бемор организми ҳимоя кучларини

оширадиган метилурацил, продигиозан каби препаратларни буюриш мақсадга мувофиқдир.[56,83,63]

Сальмонеллезнинг гастроинтестинал шакли оғир интоксикация билан ўтаётган ҳолда ҳам антибиотиклар ишлатилади. Бунда антибиотиклар 5-6 кун давомида бериб борилади. Тарқоқ шаклларида улар 10-12 кун ишлатилади.

Беморларга албатта витаминлар (С, В гуруҳ, никотин кислота, рутин) берилади.

Беморлар обдон соғайгандан сўнг уйига жўнатилади. Уйга жўнатишдан олдин, антибиотик билан даволаш тугаганидан кейин орадан 2-3 кун ўтказиб ахлати ва сийдиги текширилади. Текшириш натижаси салбий бўлса, яъни сальмонеллалар топилмаса, беморлар касалхонадан чиқарилади ва бундай реконвалесцентлар диспансер назоратига олинмайди. Агар текширув натижаси ижобий бўлса, яъни ахлат ёки сийдикдан сальмонелла топилса, реконвалесцентлар 3 ой давомида диспансер назоратида бўлади. Уларни поликлиника терапевти ва педиатри вақти-вақти билан кўриб, кузатиб туради. Ҳар ойда бир марта уларни ахлати ва сийдиги бактериологик усулда текширилади. Бу текширув ижобий натижа берса, кузатиб туриш муддати, яъни диспансер назорати яна 3 ойгача чўзилади. Шу муддат ўтгач ҳам организм сальмонеллалардан халос бўлмаса, бундай киши сурункали бактерия ташувчи бўлиб ҳисобланади ва тегишли рўйхатга олинади.

Озиқ-овқатга алоқадор жойлар, болалар муассасалари (ясли, боғча, касалхона) да ишлайдиган шахслар ахлати ва сийдиги 3 марта, ўт суюқлиги бир марта бактериологик текширилганда натижаси салбий бўлган тақдирдагина касалхонадан чиқарилади, улар уйга қайтгач, ўз ишларини давом эттиришлари мумкин. Аммо улар 6 ой давомида диспансер назоратида бўлади. Уларнинг ҳар ойда бир марта ахлат ва сийдик, 6 ой муддат ўтгач бир марта ўт суюқлиги текширилади. Агар текшириш натижаси ижобий бўлса, бундай шахслир озиқ-овқатга алоқадор жойда ишлашдан озод қилинадилар. 3 ой ўтгач ахлат ва сийдиги

яна 3 марта текширилади. Натижа салбий бўлса, улар ўз жойларида ишлашга рухсат этилади, аммо бунда ҳам улар 3 ой давомида диспансер назоратида бўлади. Уларнинг ахлати ва сийдиги ҳар ойда бир марта, ўт суюқлиги эса 6-ойнинг охирида текширилади. Текширув натижаси салбий бўлса улар ҳисобдан чиқарилади. Мабодо натижа ижобий бўлса, бу шахслар сурункали бактерия ташувчилар деб ҳисобланади ва ишдан озод қилинади.[12,13,54]

Олдини олиш. Сальмонеллезнинг олдини олиниши асосан ветеринария хизматига юклатилади. Аҳоли орасида кенг миқёсда тушунтириш ишлари олиб борилади. Озиқ-овқат тайёрланадиган, сақланадиган ва сотиладиган жойлар қаттиқ тиббий назорат асосида бўлиши зарур.

Сальмонеллез билан оғриган беморлар албатта касалхонага ётқизилади. Беморларнинг уйдаги кишилар бир ҳафта давомида врач назоратида бўлади. Мабодо улар орасида озиқ-овқатларга алоқадор жойларда ишлайдиган кишилар, шунингдек ясли ва боғчага борадиган болалар бўлса, улар бир марта бактериологик текширувдан ўтказилади.

Болаларда юқумли ичак касалликлари орасида шартли патоген микроблар (ШПМ) чақиргандиарея касаллиги 28-32 % ни ташкил қилади. Эрта ёшдаги болаларнинг ШПМ чақиргандиарея касаллиги билан касалланиши болаларда ШПМ чақиргандиарея касаллиги билан касалланишнинг 27,3 % ни ташкил қилади. Эрта ёшдаги болаларнинг касалланишини юкорилиги бола организмини физиологик хусусиятлари, кўзгатувчининг ҳатто жуда оз миқдорини организмга тушишини хавфлилиги ва касалликнинг манифест шаклдалиги ва анча тўлиқ аниқланилиши билан тушунтирилади. Касалликнинг ривожланиш хавфининг ортиши болаларнинг овқатлантириш хусусиятларга ҳам боғлиқ.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, ШПМ чақиргандиарея касаллиги билан оғриган эрта ёшдаги болаларнинг атиги 32,4% кўкрак сути билан табиий ва 44,7% холларда сунъий, колганлари эса аралаш овқатлантирилган [84,123,142]. Шу билан бир каторда, Еремушкина Я.М. ва бошқа

муаллифларнинг (1984й.) маълумотларига кура ШПМ чақиргандиарей касаллиги 63% болалар ҳаётларининг биринчи йилида гипотрофия, рахитнинг II-III даражаси билан касалланганлар [63.74.87].

1.3. Шартли патоген микроблар чақирган ўткир юқумли ичак касалликларининг клиник кечиш хусусиятлари

Ичак дисбактериози деб нормал ичак микрофлорасининг миқдорий ва сифатий бузилиши оқибатида адаптациянинг издан чиқишини ривожланиши, ҳимоя ва компенсатор механизмларининг бузилиши билан характерланади.

С.Е.Чашина фикрича [100], ичак дисбактериози (дисбиози) ингичка ичакда кўп миқдорда бактерияларнинг пайдо бўлиши, йўғон ичакда микрофлора таркибининг миқдорий ва сифатий бузилиши билан тушунтирилади.

Дисбактериоз классификацияси. Ўн йиллаб тўпланган бактериологик текшириш маълумотлари қуйидаги тамойилларга асосланган ҳолда ичак дисбактериозининг бир нечта таснифини тузилишини талаб қилди [94].

Этиологияси бўйича дисбактериоз таснифи (В.М.Панчишина, С.М.Олейник, 1997).

1. Практик соғлом шахсларда дисбактериоз:

- ёшга боғлиқ;
- мавсумий;
- нутритив;
- касбий.

2. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг утрли касалликлари оқибатида дисбактериоз:

- гипо-ва ахлоргидрия кечадиган меъда касалликлари;
- ошқозон ости беши касалликлари;
- жигар ва ўт йўллари касалликлари;
- ичак касалликлари;

— турли генездаги мальабсорбция синдроми.

3. Юқумли касалликларда, аллергия касалликларда, иммун танқисли ҳолатларда, гиповитаминозларда, гипоксияда, турли генездаги гипоксемияда, эндоген ва экзоген интоксикацияларда, радионуклидлар таъсиридаги дисбактериоз.

4. Дори дисбактериоз (антибиотиклар, сульфаниламидлар, туберкулостатиклар, иммунодепрессантлар, антацидлар, антисекретор воситалар, бўшаштирувчи воситалар қабул қилиш таъсирида).

5. Стрессор (узок муддатли эмоционал ёки физик стрессда).

Клиник жиҳатдан В.А.Малов [83] таснифи жуда қулай, лекин ичак биоценози ҳолатини тўлиқ кўрсатиб бера олмайди.

1. Клиник шакллари бўйича дисбактериоз

- Латент ёки субклиник — клиник белгилар бўлмайди, ичак микрофлорасидаги микроблар спектри текширилганда дисбиознинг бузилиши аниқланади.

- Локал ёки маҳаллий — ичакда локал яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши (колит ёки энтерит клини кўриниши).

- Генераллашган ёки тарқалган — функционал барьерларнинг бузилиши ва макроорганизм резистентлигининг пасайиши билан боғлиқ дисбактериоз генерализацияси:

а) бактериемия билан;

б) инфекция генерализацияси сепсис билан.

2. Микроорганизм тури бўйича дисбактериоз.

— стафилококкли;

— протейли;

— клебсиеллезли;

— бактериодли;

— клостридиозли;

— кандидамикозли ва бошқалар;

— ассоциирланган (протей-энтерококкли ва б.);

3. Компенсация даражаси бўйича дисбактериоз:

— компенсирланган — ичак микрофлораси нормал таркиби бузилган патологик жараёнларда организм жавоб бермайди;

— субкомпенсирланган — ичакда локал яллиғланиш жараёнининг ривожланиши;

— декомпенсирланган — интоксикация ва сепсиснинг ривожланиши билан турли аъзоларда яллиғланиш ўчоқлари бўлган инфекция жараённинг генерализацияси [98].

И.Б.Куваева, К.С.Ладодо (1991) бўйича ичак дисбактериози таснифи.

Биринчи даража – дисбиознинг латент фазаси ҳимоя микрофлораларининг - бифидобактериялар, лактобациллаларнинг 1-2 тартибда камайиши, шунингдек етилган ичак таёқчаларининг умумий миқдордан 80% гача камайиши билан намоён бўлади. Қолган кўрсаткичлар физиологик меъёрларга (эубиоз) мос келади. Бошланғич фазаси ичаклар дисфункциясини чақирмайди ва практик соғлом одамга ноқулай ташқи муҳит омилларининг таъсири, овқатланиш тартибининг бузилиши натижасида пайдо бўлади. Бу фазада шартли – патоген флоранинг айрим вакиллари ичакда кўпайиши мумкин. Ушбу фазада дисбактериознинг клиник белгилари бўлмайди.

Иккинчи даража – лактобациллалар миқдорини меъёрида бўлиши ёки камайиши ёки уларнинг кислота ҳосил қилиш фаоллигининг камайиши, ичак таёқчалари миқдори ва сифати дисбаланси фонида бифидобактерияларнинг камайиши билан бошланадиган фазаси ҳисобланади. Бунда ичак микробиоценози ҳимоя компонентларининг етишмовчилиги фонида плазма коагуляцияловчи стафилакокклар ёки протейлар ёки Кандида туридаги замбуруғлар кўпайиши содир бўлади. Ичакда протейлар ёки плазма коагуляцияловчи стафилакоккларнинг ўсиши дисбактериознинг бу босқичида доимийга нисбатан кўпроқ транзитор бўлади. Ҳазм қилишнинг бункионал бузилишлари сезиларсиз намоён бўлади – ёмон ҳидли яшил рангдаги спорадик суyoқ нажас, рН нинг ишқорий томонга силжиши, ич қотиб қолиши, айрим ҳолатларда кўнгил айнаши.

Учинчи даража – аэроб флора агрессия фазаси тавсияланади: агрессив микроорганизмлар таркибининг сезиларли ошиши; тилларанг стафилакокклар ва протейлар, гемолитик энтерококклар ассоциациясида бир неча миллионгача кўпаяди; эшерихийлар *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter* ва бошқа бактериялар билан алмашинади. Дисбактериознинг бу фазаси моторика бузилиши билан ичак дисфункцияси, ферментлар секрецияси ва сўрилиши билан намоён бўлади. Беморларда тезлашган суюқ, яшил рангли ич кетиши, иштаҳа пасайиши, ўзини ёмон ҳис қилиш, болаларда дармонсизлик, инжиқлик кузатилади.

Тўртинчи даража – дисбиознинг ассоциатив фазаси микроорганизмлар асосий гуруҳининг миқдорий нисбатининг бузилиши билан ичак микробиоценози балансининг чуқур ўзгариши, уларнинг биологик хусусиятларининг ўзгариши, токсик метаболитларнинг тўпланиши билан тавсифланади. Энтеропатоген серотипли *E.coli*, сальмонеллелар, шигеллалар ва бошқа ўткир ичак инфекциялари кўзгатувчиларининг ўсиши хос. Дисбиознинг бу фазаси ҳазм тизимининг функционал бузилиши ва умумий нутритив статуснинг бузилиши, тана вазнининг етишмовчилиги, тери қопламлари рангпарлиги, иштаҳа пасайиши, шиллиқ аралашяшил рангли, айрим ҳолларда қонли ачитқисимон ёки нордон ҳидли ич кетиши билан таърифланади [155,156].

Шартли-патоген микробларнинг хусусиятлари

Протей инфекцияси. Протейли инфекцияни умумий протеозлар номи билан номланадиган катта гуруҳдаги протейлар чақиради. *Proteus* оиласининг вакиллари 5 турга ажратилади: *P. vulgaris*, *P. mirabilis*, *P. morganii*, *P. retgeri* и *P. inconstans (providencia)*. Ҳар бир турдаги бактериянинг антиген структураси фарқланади, бунинг асосида О-гуруҳ антигенлар ва антигенларни аниқлаш йўли билан уларнинг диагностик схемаси ишлаб чиқилган. Барча турдаги протейлар орасида *P. mirabilis* и *P. vulgaris* асосий ўринни эгаллайди.

Proteus туркумидаги бактериялар ҳамма жойда тарқалган. Уларни тупроқдан, сувдан ва атмосфера ҳавосидан ажратиб олинади.

Стационарларда протейларни беморларни парвариш қилиш жихозларидан, тиббий асбоблардан ва санитар-гигеник ускуналардан аниқлаш мумкин.

Инфекция манбаи бўлиб бемор одам ёки бактерия ташувчи ҳисобланади. Кўпинча ичак протейли инфекцияси билан оғриган одам хавфли ҳисобланади, чунки нажас орқали жуда кўп миқдорда қўзғатувчилар ажратиб чиқарилади. (1 г нажасда бактериялар 10^7 — 10^8). Протей этиологияли йирингли яллиғланиш жараёнлари (операцион жароҳатларнинг йиринглаши, куйган юзалар, остеомиелит, отит, флегмона ва бошқалар), шунингдек сийдик йўллари касалликларида кўп миқдорда протейларнинг ташқи муҳитга ажратилиб чиқарилиши содир бўлади [156,158].

Аномалиялар ва сийдик йўллари шикастланишлари билан туғилган чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болалар, шунингдек турли касалликлар билан ва оператив аралашувлардан кейин кучсизланган болалар протейли инфекцияга берилувчан бўлади. Инфекция маиший мулоқот ва озиқ-овқат маҳсулотлари (гўшт, балиқ, пишлоқ, мева-сабзавотли аралашмалар) орқали узатилади..

Ингичка ичакда протейлар миқдори, қўзғатувчи штаммининг вирулентлиги ва макроорганизмнинг ҳолатига боғлиқ ҳолда энтерит, энтероколит ривожлантишини келтириб чиқаради. Инфицирлангандан бир неча соатлардан кейин бактериялар ичак деворига киради ва гематоген, айрим ҳолларда лимфоген йўллар билан аъзоларга етиб боради, шу жойда бир неча кун давомида кўпаяди. Шароит пайдо бўлганда организмнинг резистентлиги камайганда иккиламчи ўчоқлар ва иккиламчи бактеремиyani келтириб чиқаради.

Клиник белгилари терида, суяк тўқималарида йирингли яллиғланиш жараёнлари, сийдик йўлларида, меъда-ичак трактида, мия пардаларида, кулоқда, бурун ёндош бўшлиқларида, ўпкада ва бошқа жойларда жароҳатланишлар билан намоён бўлади. Болаларда асосан меъда-ичак тракти шикастланади. Иккинчи ўринда сийдик йўлларида инфекцияни топилишида кузатилади [110,104].

Яширин даври бир неча соатдан 2 суткагача давом этиши кузатилади. Касаллик ўткир ривожланади, умумий симптомлар билан бошланади ва меъда-ичак тракти фаолиятининг бузилиши белгилари билан намоён бўлади. Касалликни биринчи кунда тан ҳарорати 37,5—38,5 °C гача кўтарилади ва 5-7 кун ва ундан кўпроқ сақланади. Иштаҳа ёмонлашади (айрим беморларда анорексияга қадар боради). Кўпинча гастроэнтерит ва энтерит, кам ҳолларда гастроэнтероколит ва энтероколит пайдо бўлади. Такрорий қусишлар (кунига 3—5 марта) дастлабки 2-3 кунларига қадар бўлади. Нажаси сувсимон, сарғиш яшил рангда, ёмон ҳидли, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари, доимий бўлмаган шилиқли кўринишда суткасига 5-10 марта кетади. Хар 3 та бемордан биттасида метеоризм ва қоринда оғриқ кузатилади. Ярим беморларда жигар, 1/3 беморларда талоқ катталашади [105,108,112].

1 ёшгача бўлган болаларда ичак токсикоз-эксикози I-II даражаси ривожланади. Бу тана вазнининг йўқотилиши, тери ва шиллик қаватларнинг қуруқлиги, тери қопламлари эластиклигининг камайиши ва юмшоқ тўғималар тургорининг камайиши билан намоён бўлади. Юрак – қон-томр тизимида бузилишлар юрак тонларининг бўғиқлашиши, нисбий тахикардия, айрим ҳолларда – систолик шовқин билан намоён бўлади. Ўпкадаги патологик ўзгаришлар токсик хансираш ва зотилжам ривожланиши билан кўринади. Касаллик авж олганда олигурия кузатилади ва сийдик таркибида сезиларли миқдорда оксиллар бўлади. Периферик қонда 50% беморларда лейкоцитоз, нейтрофилез, таёқча ядроли томонга силжиш, ЭЧТ нинг сезиларли ошиши билан рўйхатга олинади.

Протей инфекциясининг ташхисоти учун нажасни, қусуқ массаларини, сийдикни, қонни, терининг йирингли ўчоқларидан ажралмаларни бактериологик текширув ўтказилади. Бундан ташқари бактериялар борлигини аниқлаш учун озик-овқат маҳсулотлари, сув, бемор атрофидаги нарсалар ювиндилари, тиббий асбоб-ускуналар, дори эритмалари текширилади. Қайта текширилганда 1 г нажасда 10^5 дан ортиқ

колония ҳосил қиладиган протей инфекцияси мчак дисфункцияси бўлган беморда аниқланганда протейли инфекция ташхисини қўйиш мумкин; 1 мл сийдикда 10^5 ва кўпроқ протей бактериал хужайралари сийдик йўлларидаги патологик жараён протоей этиологияли эканлигидан далолат беради. Серологик текшириш натижалари кўпроқ диагностик аҳамиятга эга ҳисобланади. Протей аутоштаммларига антитаначалар касаллик бошлангандан 5-6 кунларида максимум 9-15 кунларигача РА да 1:200и 1:400 титрларда аниқланиб бошланади. Шунингдек КБР ва БГАР қўлланилади.

Протей этиологияли ичак инфекцияларини даволаш бошқа ичак инфекцияларини даволаш каби бўлади. Енгил шаклларида колипротейли бактериофаг тайинланади. Оғир шаклларида антибактериал препарат (гентамицин, ҳимояланган пенициллинлар, III авлод цефалоспоринлар) берилади. Реконвалесценция даврида ичак микрофлорасини нормаллаштириш учун поли-бактерин, бифидумбактерин, линекс, энтерол, бификол ва бошқа бактерияли препаратлар тавсия этилади.

Чўзилган жараёнларда комплекс даволашда метилурацил, натрий нуклеинат, тимус препаратлари (тималин, тактивин) каби иммуномодуляторлар, шунингдек Proteusоиласига мансуб бактериялардан тайёрланган вакциналар ва аутовакциналар ўзини яхши оқлайди.

Протеозларнинг махсус профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Иак инфекциясини олдини олишда санитар гигиена қоидаларига риоя қилиш муҳим аҳамиятга эга.

Протей инфекциясининг оғир генераллашган шаклида оқибати янги туғилган чақалоқларда ва чала туғилганларда ёмон оқибатли бўлиши мумкин. Протей этиологияли ўткир ичак инфекциялари соғайиш билан якунланади [65].

Клебсиеллезинфекцияси.Клебсиеллез инфекцияси ёки клебсиеллез — шартли патоген микроорганизмлар гуруҳига кирадиган юқумли касаллик бўлиб, чақалоқлар ва эрта ёшдаги болалар ўртасида кенг тарқалган.

Клебсиеллалар — 0,3—1,5x0,6—6 мкм ўлчамдаги грамманфий кам ҳаракатчан капсулали таёқчалар, алоҳида жойлашади. Клебсиелла муҳитлари бактерицид совун ёки дезинфекцияловчи эритмалар билан зарарсизлантиргандан кейин ҳам кўпинча ҳаётини қобилияти сақланиб қолади.

Клиник кечишида 3 турдаги клебсиеллалар мавжуд: *K. pneumoniae*, *K. rhino-scleromatis* и *K. ozaenae*. Серологик классификацияси К- ва О-антиген турларига асосланади. 80 та капсула К-антигенлари, 11 та соматик О-антигенлари маълум.

Инфекция манбаи бўлиб бемор одам ва ташувчи ҳисобланади. Кўзғатувчи фекал-орал, маиший ва ҳаво-томчи йўллари билан юқади. Бемор ажратмалари орқали ташқи муҳитга тушган клебсиеллалар хона ҳароратида ва паст ҳароратда яхши сақланади. Улар совутгичда сақланганда ҳаттоки яшайди ва кўпаяди. Клебсиеллалар кўпгина дезинфектларга ва антибиотикларга табиатан чидамли бўлади. Шифохона ички инфекциясининг ривожланишида клебсиеллаларнинг ўрни аҳамиятга эга. Болаларда касалликнинг етакчи кўзғатувчиси бўлиб *K. pneumoniae* ҳисобланади. Клебсиеллез билан гуруҳли ва спорадик касалланиладива мавсумийликка эга эмас [66,145,154].

K. pneumoniae алоҳида штаммлари турли аъзо ва штаммларда оғир морфологик ўзгаришларни келтириб чиқарадиган кучли энтеротоксинларни ишлаб чиқаради. Энтеротоксин ангиоэндотелиотроп таъсир ва диссеминирланган томир ичи ивишини ривожланишига олиб келадиган таъсир кўрсатади. Бир вақтнинг ўзида бирламчи ўчоқларда тўқималарда патоген таъсирлар кўрсатадиган иммун комплексларни ҳосил қилади. Энтеротоксин таъсирида жароҳатланган ўчоқларда (ичак деворларида, бронхиал тўқималарда) ривожланган гемодинамик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Энтеротоксин ўпкада сурфактант ажралишига ва ателектазлар ҳосил бўлишига таъсир қилади.

Клебсиеллез инфекцияси пайдо бўлиши чала туғилганларда, ги потрофияда, юрак туғма нуқсонларида, иммун танқислик ҳолатлари ва ЎРВИда мойиллик туғдиради. [44,64].

Патологик жараён жойлашишига қараб клебсиеллезли зотилжам, клебсиеллезли ичак инфекцияси, клебсиеллезли сепсис ва бошқалар фарқланади.

Клебсиеллезли ичак инфекцияси гастроэнтероколит, энтероколит, гастроэнтерит ва энтерит турида кечади [75]. Касаллик тана ҳароратининг 37—39°С гача кўтарилиши, қусиш ва қайталанувчи қайд қилиш, суюқ ич кетиши билан бошланади. Нажаси кўп миқдорда, сувли, сарғиш-яшил рангли, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари кўринишида бўлади. 10-12% беморларда нажасда қон қолдиқлари аниқланади. Катта ёшдаги болалар қоринда хуружсимон оғриққа шикоят қилади. Эрта ёшдаги болаларда безовталиқ, хусусан қоринни пальпация қилганда кузатилади. Юқори тана ҳарорати 2-12 кун, ўртача 3-5 кун сақланиб туради. Қусиш дастлабки 2-3 кунларида кунига 2-8 мартагача кейинги кунларида камайиши ва умуман тўхташи кузатилади. Диарея 3-8 кун чўзилади, алоҳида ҳолатларда суткасига ичи кунига 20 мартагача кетади. Касалликни ўрта оғир ва оғир шакллари фарқланади. Оғир шакли 3-6 кунда токсикоз-эксикоз ривожланиши пайдо бўлади. Нажас кўп миқдорда сув ва шиллиқ тутати, кунига 8-15 мартагача кетади. Қусиш одатда қайталангани ва суткасига 3-7 марта бўлади. Ҳолсизлик, тормозланиш ва иштаҳанинг кескин ёмонлашиши кузатилади. Нейротоксикоз хос эмас. Паренхиматоз аъзоларда ўзгаришлар кузатилмайди. Периферик қонда сезиларли лейкоцитоз, 50% беморларда нейтрофилез, 1/3 беморларда ЭЧТ нинг 15-20 мм/соат гача ошиши кузатилади. Ичак инфекциясини кўп сонли клебсиеллалар штаммлари чақиради [24,34].

Янги туғилган чақалоқларда ва 1 ёшгача бўлган болаларда касалликнинг хусусиятлари. Касаллик асосан пренатал дистрофия ва энцефалопатия билан чала туғилган болаларда кузатилади. Патологик жараёнга турли аъзо ва тизимларда пайдо бўлиши мумкин, лекин кўпроқ

ичак инфекцияси ва зотилжам кузатилади. Касаллик ичак синдромининг шиддатли ривожланиши, гемодинамик ва метаболик бузилишлар билан ўткир бошланади. Болалар овқатдан бош тортади, холсиз бўлиб қолади ва қайт қилади. Нажаси кунига 8-20 мартагача кетади. Ахлати суюқ, сувли, сарғиш-яшил рангли лойқа шиллик аралаш бўлади. Бир қисм беморларда ичакдаги бузилишлар қисқа муддатли тез-тез ва суюқ ич кетиши билан кузатилади. Кўпчилик ҳолатларда болалар аҳволи оғир бўлади. Касаллик бошлангандан бир неча кун давомида дегидратация билан токсикоз ривожланиши оқибатида тана вазнининг йўқотилиши (100 г дан 500 г гача) содир бўлади. Тери қопламлари кулранг-рангпар бўлиб қолади, яққол периорал ва периорбитал цианоз, шунингдек адинамия, гипорефлексия, тормозланиш пайдо бўлади.

Клебсиеллез инфекцияси кўзғатувчининг топилиши ва аутоштамларга антитаначалар титрининг ошишини аниқланиши билан ташхисланади. Нажас, қусуқ массаси, балғам, қон, пешоб, тери ва шиллик қаватлардаги яллиғланиш ўчоқларидан ажраладиган ажралмаларни бактериологик текшириш ўтказилади. Бемордан 1 г нажасда 10^6 ва ундан ортиқ клебсиелла микроб таначачаларининг ажратиб олиниши ва бола соғайиши вақтида бактериялар сонининг камайиши диагностик аҳамиятга эга бўлади. Клебсиеллезга қарши агглютининлар титри 1:20 дан 1:80 гача ёки 1:8 дан 1:64 гача тебранади [17,54,95].

Клебсиеллезнинг ичак шакли билан оғриган беморлар пархез ва орал регидратация билан даволанади. Оғир ва ўрта оғир шаклларида антибактериал воситалар тайинланади. Нитрофуране препаратлари, гентамицин, 5-НОК қўлланилади. Клебсиеллезлизотилжамда цефалоспоринлар, левомецетин, карбенициллин тайинланади. Клебсиеллаларнинг айланиб юрувчи штаммлари пенициллинлар, олеандомицин, оксациллин, ампициллинга юқори чидамли ҳисобланади. Пробиотикларни (полибактерин, бифидумбактерин ва б.) қабул қилиш тавсия этилади.

Кўк йирингли инфекция. Кўк йирингли инфекция ёки пиоцианозлар — *Pseudomonas* турига мансуб шартли-патоген микроорганизмлар чақирадиган касаллик ҳисобланади. Касаллик зотилжам, менингит, меъда-ичак трактининг шикастланиши, турли йирингли жараёнлар ва сепсис кўринишида кечади.

Кўк йирингли таёқча (*Pseudomonas aeruginosa*) *Pseudomonadaceae* оиласиг ва *Pseudomonas* турига мансуб. Бу грамманфий, ҳаракатчан, аэроб микроорганизм, ўлчами 0,5—0,6×1,5мкм хивчинлари бор таёқча шаклида, капсуласи ривожланмаган. *P. aeruginosa* 200 штамми аниқланган. Кўпчилик штаммлари 2 та пигмент синтезлайди: яшил-кўкимтир тусдаги пиоцианин ва яшил-сарғиш рангдаги пиовердин (флюоресцин). Кўк йирингли таёқча нам муҳитда яхши ривожланади, қуритилган микроорганизмлар яшаб кетиш хусусиятига эга ва кўп миқдорда тўпланиши мумкин, масалан шифохона чангида.

Кўк йирингли таёқчанинг патогенлик таъсири комплекс экзомаҳсулотлар ёрдамида амалга оширилади: пигментлар, ферментлар, токсинлар. Унинг токсигенлари орасида экзотоксин А, эндотоксин, экзоэнзим ажралиб туради; уларнинг таъсирига кўпгина бошқа агрессив маҳсулотлар қўшилади (нейраминидаза, гемолизин, фосфолипаза, хужайрадан ташқари шиллик, протеолитик ферментлар).

Кўк йирингли таёқча ташқи муҳитга кенг тарқалган, лекин турли географик зоналарда бетартиб жойлашган. Кўк йирингли таёқча 90% оқова сувлар синамасида топилади.

Инфекция манбаи кўк йирингли инфекциянинг турли шакллари билан оғриган бемор ва ташувчи ҳисобланади. Катта ҳавф қўзғатувчи ифлослантирган дори-дармонлар, антисептик эритмалар, тиббий аппаратуралар, санитар-техник воситалар, беморни парвариш қилиш жихозлари ҳисобланади. Инфекция ўтиши маиший мулоқот, алиментар, аэрозолли йўллар билан содир бўлади. Шифохоналарда мулоқот йўлини инфицирланган боғлов материаллари, тўшаклар оқликлари, дори эритмалари, малҳамлар, персонал қўли, тиббий асбоблар таъминлайди.

Кўк йирингли инфекцияга олдинги касалликдан кучсизланган, иммун танқисли, сурункали инфекция ўчоқлари бўлган шахслар, шунингдек чақалоқлар берилувчан бўлади. Кўк йирингли инфекция мавсумийликка эга эмас.

Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб меъда-ичак тракти, нафас йўллари, тери, киндик яраси, конъюнктива, сийдик йўллари ҳисобланади. Кўк йирингли инфекциянинг кирган жойида пигментлар фаоллиги таъсирида бошқа йўлдош флорани ўсишини камайтиради. Бактерия ва хивчинлари ёрдамида эпителиал хужайра юзасига ёпишади. Бактериянинг шиллиқли воситаси адгезив хусусиятини оширади ва нейтрофил ва фагоцитлар таъсиридан сақлайди. Макроорганизм тўқимасида колонизацияси *P. aeruginosa* ни антибиотикорезистентностлигини таъминлайди. Инфекциянинг бошланғич босқичларида «биринчи зарба» омили бўлиб кўк йирингли таёқчанинг протеолитик фаоллиги ҳисобланади. Бактериянинг комплекс протеазлари бир вақтда лизоцим ва а-протеиназаларини инактивациялаш плазма ингибиторлари билан биргаликда хусусий субстратлар (коллаген, фибрин, эластин, казеин, комплемент) ни лизис таъсирини кўрсатади. Инфекциянинг кейинги тарқалишини ўчоқда нейрамсинидаза таъминлайди.

Кўк йирингли инфекциянинг клиник кўриниши турлича ва жараённинг жойлашишига боғлиқ. Болаларда кўпинча зотилжам ривожланиши билан нафас йўллари ва энтероклит пайдо бўлиши билан меъда-ичак таркти жароҳатланади. [71,74,76]. Шунингдек менингитлар, отитлар, остеомиелитлар, пиелонефритлар, кўзнинг шикастланиши, сепсис кузатилади.

Меъда-ичак трактнинг шикастланиши кўпинча энтероколит билан намоён бўлади. Касаллик қоринда оғриқ, суюқ ич кетиши, ичаклар бўйлаб ғулдираш билан ўткир бошланади. Ич кетишлар сони 5 тадан 15 тагача етади. Ахлат суюқ консистенцияда, яшилсимон рангда, шиллиқ ва йиринг аралаш, кам ҳолларда қон қуйқалари билан кузатилади.

Тана ҳароратининг кўтарилиши ва интоксикация ҳар доим ҳам касалликни биринчи кундан кузатилмайди. Ҳарорат реакцияси 2-3 кун давомида ошиб боради, токсикоз кейинроқ ривожланади. Бир қисм беморларда кўк йирингли энтероколитда токсикоз эскикоз пайдо бўлади.

Катта ёшдаги болаларда зарарланган озиқ-овқатлар билан овқат токсикоинфекциялари пайдо бўлади. Яширин даври бир неча соатни ташкил қилади. Касаллик кўнгил айланиши ейилган овқат қолдиқлари билан бирга қайталанувчи қусиш, эпигастрал соҳада оғриқ билан ўткир бошланади. Тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилмайди [133,142].

Кўк йирингли инфекция ташхисоти бактериологик ва серологик текшириш натижаларига асосланади. Кўк йирингли таёқчани ажратиб олиш учун материал сифатида нажас, пешоб, балғам, қон, орқа мия суюқлиги, бронхиал ювиндилар, теридаги йирингчалар, киндик ярасидан, конъюнктивал қопидан ажралмалар хизмат қилади. Бундан ташқари беморни парвариш жихозлари, инфекция ўчоғиданги тиббиёт асбобларидан олинган суртмалардан бактериологик текшириш ўтказилади.

Ичак дисбактериозидан нажасни бактериологик текшириш барча лаборатор текширишлар орасида кенг тарқалган.

Текшириш учун материал (биоптат, нусха олиш, суртма) стерил идишларда иложи борича бир мартали асбобларда йиғилиши керак. текшириш учун юборилаётган нажас миқдори 3-5 г дан кам бўлмаслиги керак. Юборилаётган материал материал йиғилгандан кейин 2 соат ичида етказилиши керак. Истисно ҳолатларда +4⁰С ҳароратдаги совутгичда 12 соатдан ортиқ бўлмаган муддатда сақлашга рухсат берилади [119,124].

Нажасни микробиологик текшириш натижаларини баҳолаш ичак биоценозида турли микробларни нормал нисбатини замонавий карашларни ҳисобга олиб ўтказилади

Антибиотиклар биоцианозларни комплекс даволашда муҳим ўрин эгаллайди. Кўпгина антибиактериал препаратларга кўк йирингли таёқча

штамларининг табиатан чидамлилигини инобатга олиб кенг спектр таъсирига эга антибиотиклар (цефалоспоринлар 3- ва 4-авлод) қўлланилади. Кўк йирингли инфекциянинг оғир ва чўзилган шаклларида кўк йирингли таёқчага қарши γ -глобулин ва ги периммунли антитоксик донор плазмаси қўлланилади [58,59].

Болалар организмнинг бир нечта ёшига хос хусусиятлари мавжуд: катталардан фарқли равишда моддалар алмашинуви жараёнларининг жадаллиги, туз ва суюқликларни тез ва кескин йўқотилишига мойиллик, хазм қилиш тизимидаги функционал ўзгаришлар. Шунинг учун ичакдаги бузилишлар тез ривожланади, масалан, овқат таркибининг бироз ўзгариши ёки овқат ҳажмининг ортиши. Ичакдаги бузилишларнинг бундай турлари одамда уй шароитида даволанади. Бемор ахлатининг комплекс равишда лаборатор усулларда текширишлар шуни кўрсатдики, болалар ичакларидаги кўргина ўзгаришлар инфекцион хусусиятга эга ва турли кўзгатувчилар томонидан чақирилади[69,76].

Болаларда ЎЮИК ида тайинланадиган антибиотикларва химиопрепаратлар кескин чегараланган бўлиши керак, чунки дори моддаларга сезувчанлик, ножўя таъсирлар сонининг ортиши бунга сабаб бўляпти.

Болаларда ЎЮИК да антибактериал препаратларни тайинлашга кўрсатмалар.

1. Инвазив диареяларнинг ўрта оғир ва оғир шакллари билан оғриган турли ёшдаги беморлар.

2. Инвазив диареяларнинг енгил шакллари билан оғриган эрта ёшдаги ва йўлдош касалликлари бўлган болалар.

3. Сувли диареяларнинг оғир бактериал шакллари билан оғриган бир ёшгача бўлган ва ва вабо билан оғриган турли ёшдаги болалар [41,44,47].

ЎЮИК да антибактериал терапия ўтказишнинг тамойиллари.

1. ЎЮИК да иложи борича антибиотик препаратларни перорал йўл билан организмга киритиш керак бўлади. Дориларни парентерал киритиш оғиз орқали дори ичиш имконияти бўлмаган, тўхтовсиз қусиш бўлганда қўлланилади.

2. Даволаш битта антибактериал препаратни тайинлаш билан бошланади. Иккита антибиотик ЎЮИК ларининг оғир, генераллашган шаклларида тайинланади.

3. Препаратларни танлаш аниқланган ёки тахмин қилинган кўзгатувчининг сезувчанлигини ҳисобга олиб амалга оширилади.

4. Антибактериал терапияда кўпроқ самарадорлик препаратлар эрта тайинланганда кузатилади.

5. Беморлар антибактериал препаратларни қабул қилишни бошлашларидан аввал нажас бактериологик текшириш учун олиниши зарур.

6. Антибиотик тавсия қилишдан олдин тўлиқ аллергологик анамнез йиғилиши лозим.

7. Даволаш бошлангандан сўнг 2 сутка давомида ўтказилаётган этиотроп терапиядан самара бўлмаса бошқа антибактериал препаратга алмаштирилади. Бунда препарат бошқа гуруҳдан ва микробга сезгирликни ҳисобга олган ҳолда танланади [151,158].

Я.С.Циммерман маълумотларига кура, уткир юкумли ичак касалликларини утказган 47% беморларда турли даражадаги дисбактериоз ривожланади. Дисбактериознинг олдини олиш мақсадида биопрепаратларни куллаш тавсия этилади.

Ичак биоценозини тиклаш учун ичак нормал микрофлорасини узида тутган бир катор препаратлар ишлаб чиқилган. Бу препаратлар каторига бифидум бактерин, лактобактерин, бификол, бифиллин «Вита», бифилат ва бошқалар киради. Бундан ташқари ҳозирги кунда бир катор янги замонавий биопрепаратлар ишлаб чиқилмоқда [74,79].

I боб хулосаси

Болаларда нажаснинг ўзгариши катталардан фарқли равишда тез-тез учрайди ва узоқ муддат сақланиб қолиши мумкин. Болаларда диарея кўриниши билан меъда – ичак тракти фаолиятининг бузилиши шифокорлик ёрдамиди ва даволаш чора-тадбирларини шошилинич ўтказишни талаб қилади. Ичак дисфункциялари узоқ вақтлардан маълум.

Гиппократ ичак касалликларини 2 га бўлган: диарея - яъни ичи суюқ келиши ва дизентерия асосан қоринда оғриқ кечувчи касалликлар [16, 63].

Диарея билан кечувчи касалликлар ҳозиргача болалар инфекцион патологиясида юқори ўрин тутиб, болалар ўлимининг бир сабабларидан ҳисобланади. Эрта ёшдаги болаларда ўткир ичак юқумли касалликлари барча юқумли касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини сақлаб туриши билан давом этмоқда. Болаларда ўткир юқумли ичак касалликлари кенг тарқалганлардан бири бу сальмонеллездир, у - зооантропоноз, яъни ҳам ҳайвонларда, ҳам одамлардан юқадиган ва кўпинча гастроэнтерит симптомлари билан, баъзи ҳолларда эса тарқоқ инфекция белгилари билан таърифланадиган ўткир юқумли ичак касаллигидир. Салманелёз касаллигининг шартли патоген микроблар билан кечиши нисбатан кам ўрганилган бўлсада адабиётларда касалликнинг микст ҳолатда учраш аниқланган.

Хорижий манбалардан маълум бўлишича, кейинги йилларда ичак бузилиши ҳолатларининг етакчи этиологик омилларига эшерихиялар, кебсиеллалар, протейялар, *Enterobacter* каби шартли – патоген кўзгатувчиларнинг улуши тобора ортиб борган. Болаларда юқумли ичак касалликлари орасида шартли патоген микроблар (ШПМ) чақирган диарея касаллиги 28-32 % ни ташкил килади. Эрта ёшдаги болаларнинг ШПМ чақирган диарея касаллиги билан касалланиши болаларда ШПМ чақирган диарея касаллиги билан касалланишнинг 27,3 % ни ташкил килади.

II БОБ. МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

2.1. Текшириш материаллари

Текшириш материаллари ва усуллари. Илмий тадқиқот иши тошкент шаҳридаги 4-болалар юқумли касалликлар клиник шифохонасида олиб борилади. Бунинг учун 15 та бемор сальмонеллез инфекцияси билан оғриган болалар ва 30 та бемор ШПМ лар бўлган сальмонеллезли болалар ўрганилади.

Материаллар ва усуллар. 2012-2014 йиллар давомида туғилгандан 3 ёшгача номаълум этиологияли ўткир диарея билан оғриган 45 та бемор бола текширилди. Беморда узоқ муддат диарея кўринишида ичак дисфункцияси ва субфебрилитет кузатилган. Текширишлар Тошкент шаҳар Шайхонтохур туман 4-сон юқумли касалликлар клиник шифохонасида олиб борилди. Текширишни олиб бориш учун беморлар 2 та гуруҳга – асосий ва назорат гуруҳларига бўлиб ўрганилди. Назорат гуруҳдаги беморларда фақат сальмонеллез кўзгатувчиси аниқланиб сальмонеллез ташхиси қўйилган бўлса, асосий гуруҳдаги беморларда сальмонеллез кўзгатувчиси ШПМ чақирадиган ичак инфекциялари билан бирга микст инфекция кўринишида кечган ҳолати ўрганилди.

2.2. Текшириш усуллари

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

1. Объектив кўрув маълумотлари
 - А) клиник белгилар
2. Лаборатор текшириш усуллари.
 - А) Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили.

Б) Копрологик текширув.

В) Нажасни ичак гуруҳига бактериологик экиш.

Г) Нажасни ичак микрофлораси (дизбактериоз) га текшириш.

Бемор болаларни умумклиник текширишда бола онасининг шикоятига, боланинг умумий аҳволига, касалликнинг клиник кечишига, клиник белгиларига аҳамият берилди.

Бунда асосан диареялар учун хос бўлган ичининг суyoқ, шиллик, айрим ҳолларда қон аралаш кетиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, кўнгил айнаши, қусуш, қоринда оғриқ каби белгиларга эътибор қаратилди. Бундан ташқари кўриш ва текшириш жараёнида беморларда йўлдош касалликларни аниқлашга ҳаракат қилдик ва йўлдош касалликлардан рахит, гипотрофия ва камқонлик касалликлари клиникаси бўлганларни текшириш гуруҳига киритишга ҳаракат қилдик.

Беморларга лаборатор текширувлар ўтказилганда касалхонага келган кунининг биринчи кунидан бошлаб барча беморлардан умумий қон ва сийдик таҳлилига олинди. Бу таҳлиллар шифохона лабораториясида анъанавий усулларда текширилди.

Текширилган беморлар касалхонага келиши билан нажаси копрологик текширувдан ўтказилди. Бунинг учун беморнинг нажаси олиниб лабораторияга юборилди ва лабораторияда микроскопик текширувдан ўтказилди.

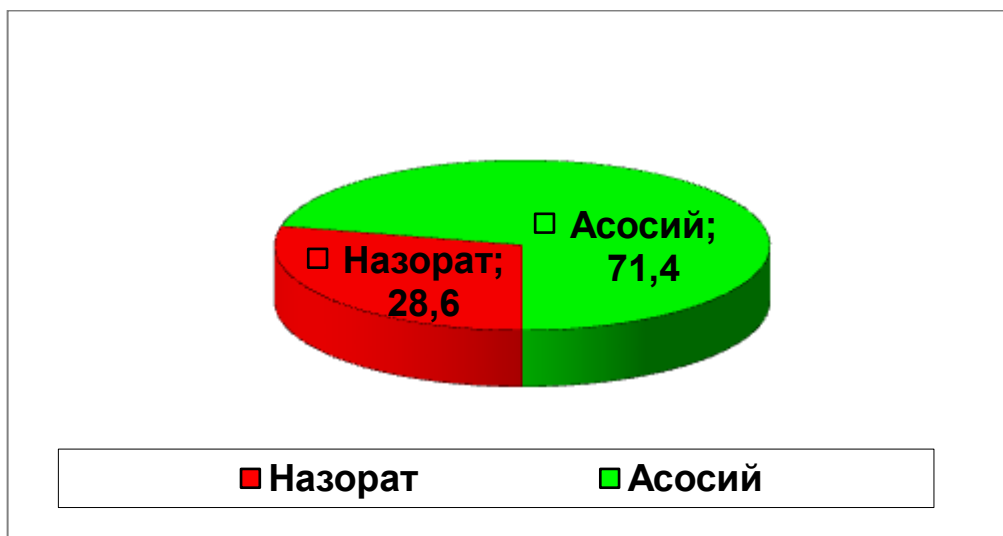
Нажас макроскопик текширувдан ўтказилганда унинг миқдори, ранги, ҳиди таркибига шиллик ёки бошқа патологик аралашмалар бор йўқлигига қаралди.

Микроскопик текширилганда шиллиқли ёки шиллиқли-қонли ёки йирингли – қонли қисмидан суртма тайёрланиб микроскоп остида кўрилади. Кўрувда бир кўрув майдонидаги лейкоцит, эритроцит, эпителиал хужайралар, гижжалар ёки тухумлари аниқланади.

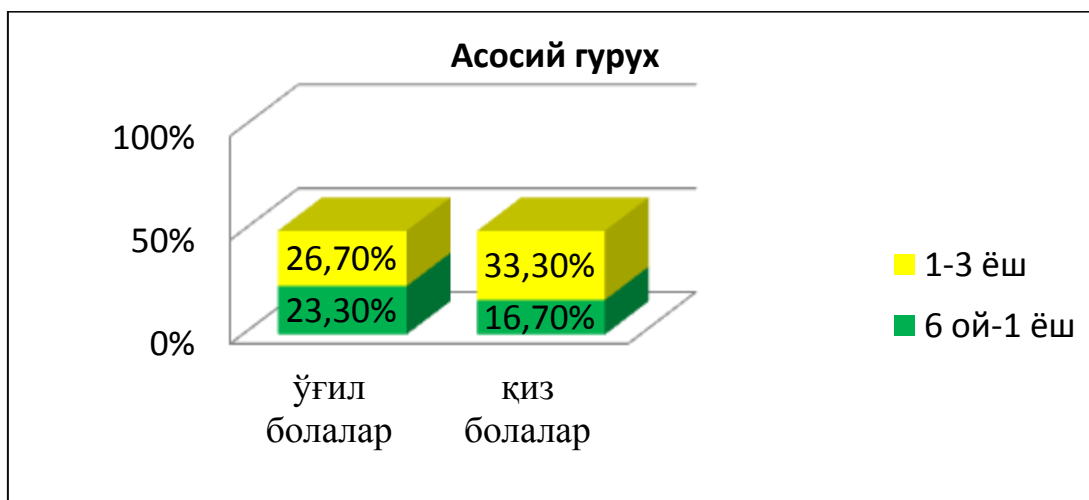
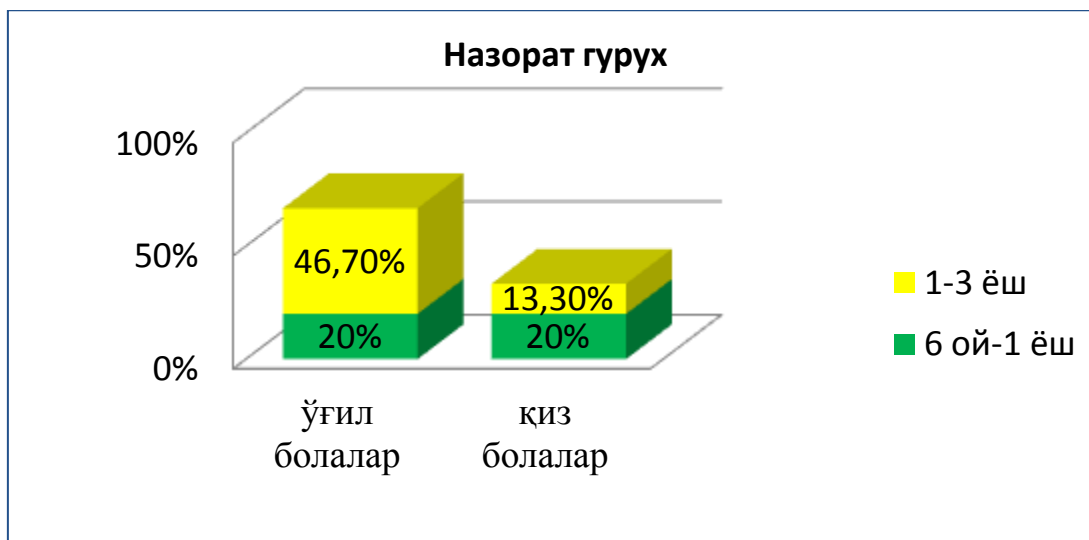
Текширилган 2 гуруҳдаги беморларнинг тақсимланиши:

- назорат гуруҳ – 15 та 3 ёшгача сальмонеллез билан оғриганболалар;

- асосий гуруҳ – 30 та 3 ёшгача сальмонеллез ШПМ билан бирга микст-инфекцияси билан оғриган болалар (2.1.1-диаграмма).



2.2.1 диаграмма.Текширилган бемор болаларнинг гуруҳлар буйича таксимланиши, % да.



2.2.2 диаграмма.Бемор болаларнинг ёш ва жинс бўйича гуруҳлардаги кўриниши

Бемор болаларда ёш ва жинси бўйича тақсимотини кўрганимизда назорат гуруҳида 6 ой-1 ёш ўғил болалар 20%ни ,1-3 ёш 46,70%ни , 6 ой-1 ёш қиз болалар 20%ни ,1-3 ёш 13,30%ни ташкил этган бўлса асосий гуруҳда 6 ой-1 ёш ўғил болалар 23.3%ни ,1-3 ёш 26.7%ни , 6 ой-1 ёш қиз болалар 16.7%ни,1-3 ёш 33,30%ни ташкил этди.

Нажасни ичак гуруҳига экиш.

Бемор болаларда касаллик қўзғатувчисини аниқлаш мақсадида нажасни бактериологик текшириш давомийлиги қуйидаги тартибда амалга оширилади. Текшириш учун беморларнинг нажаси олинади. Бунинг учун қуйидагиларга аҳамият берилади.

1. Диареяларда 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 симқовузлоқнинг учида тумтоқ 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 300мл 10% ли Na_2HPO_4 эритмаси аралаштирилади сўнг 0,5 атм, босимида 15-30 дақиқа стерилизацияланади. Стерилизациядан кейин рН-7,6-7,8 бўлиши керак. Бу конзервант дизентерия ва сальмонелла микроблари учун қўлланилади. Консервант таркибида ичбуруг микроби тез нобуд бўлмайди, узокроқ (24 соатгача) сақлаш имконияти тугулади.

Материал конзервант таркибига олингандан сўнг 2-6⁰С ҳароратда (музлатгичда) сақланади.

Олинган материал бактериологик лабораторияга юборилади, шу ерда махсус муҳитларга экилади. Ичак гуруҳига Левин модификацияси бўйича

метилен кўки ва эозин бўлган муҳитда, Либерман бўйича Конго қизил муҳитда, бромкрезол пурпурани муҳитда яхши ўсади.

Ҳозирда Левин модификацияси бўйича тайёрланган муҳит кенг қўлланилмоқда. Келтирилган материал Петри чашкасидаги муҳитга етарли шароитда экилади. Сўнг 28-24 соатга 37⁰С ли термостатга жойлаштирилади. 2- кун лупа ёрдамида колониялар бор - йуклиги курилади. Агар колониялар усган булса Грам усулида буяб текширилади. Агар узиш булмаса яна термостатга жойлаштирилади. Шу тарика 3-4-5 кунлари назорат килиб турилади. Кузгатувчи усган колониялар купайгандан сунг антибиотикларга сезувчанлигини аниклаш максатида хар хил гуруҳдаги антибиотикларнинг дисклари урнатилади ва кузгатувчини кайси антибиотикка юкори, урта сезувчанлиги ва чидамлилиги 7 -8 кунларда аникланади.

Биз текширган беморларда материал олингандан сунг 4-5 кунда бактериологик экиш тахлили олинади ва касалликнинг клиник тахлили куйилади.

Ичак микробиоценозини микробиологик текширишга материал олиш

Текширишдаги барча беморлар пархезда, ичакларда бижғиш жараёнини кучайтирувчи маҳсулотлар чегараланган.

Текшириш учун материал (нажас) табиий дефекациядан кейин олиниши керак.

Текшириш учун нажас шиша ёки полимердан тайёрланган микробиологик текширишларга махсус қўлланилишга рухсат берилган (бир марта ишлатиладиган Петри косачалари) стерил идишларда йиғилади.

Бемор нажаси стерил идишга 1 г миқдорида олинади ва 2-3 соат оралиғида лабораторияга етказилади. Бемор нажаси стерил идишга 1 г атрофида олинади ва 2-3 соат оралиғида лабораторияга етказилади.

Бемордан нажас ҳеч қачон кечқурун олинмайди, ҳаттоки совутгичда сақлаш имконияти бўлганда ҳам.

Бактериологик текшириш мақсади – микроорганизмларни аниқлаш йўли бўлиб, ичак микробиоценозининг сифатий ва миқдорий тавсифини билдиради.

Микробиологик текширишни ўтказиш тизими

Стерил тортилган пробиркага нажас қисми солинади ва бундан кейин қайта тортилади, биоматериал миқдори аниқланади; сўнг тиогликол кислотали буфер эритмаси 1:10 нисбатдаги суюлтириш ҳосил бўлиш миқдорича солинади.

Агарда нажасни қийғиш учун стандарт идишлар (бакпечатка ва б.) қўлланилганда юқоридаги талаблар асосида олинади, лекин биоматериални бошқа идишларда олиб келиш талаб этилмайди, лекин идиш нажас билан тортилади ва 1:10 нисбатдаги суюлтириш ҳосил бўлгунига қадар қўшиладиган буфер миқдори ҳисобланади.

Агар лабораторияда тиогликол кислота йўқлиги сабабли буфер тайёрлаш имконияти бўлмаса эритиш стерил физиологик эритмада ўтказилади.

Нажасни суюлтирилиши жараёни вақтида тенг миқдорли оғирликни олиш учун лаборатор найчадаги биоматериал диққат билан тозаланиши керак.

1:10(10') нисбатда эритилган нажасдан 1 мл эритма стерил пипетка билан 9 мл стерил га солинади, натижада 10 г эритма олинади. Яхшилаб аралаштирилгандан кейин шу эритмадан 1 мл кейинги пробиркага 9 мл буферга солинади, 10^3 эритма олинади. Шундай қилиб нажасни суюлтириш 9 мл ли стерил буферда 10^6 суюлтирилиш ҳосил бўлгунга қадар давом эттирилади. Ҳар бир суюлтиришда янги стерил пипеткадан фойдаланилади. Олинган суюлтирилмадан озика муҳитларига экмалар қилинади.

Тайёрланган суюлтирилмадан микроорганизмларнинг турли гуруҳларини ўстириш учун озика муҳитларига миқдорланган экмалар қилинади. Агарли муҳитларда ўсмаларни олиш учун етарлича колонияларни санаш мақсадида шиша маржонлар қўлланилади. Бунинг

учун экма материали билан бирга косачага жойлаштирилади. Материал озика мухитларида бир текис тарқалиши учун бир минут давомида косача маржон билан биргаликда енгил чайқатилади.

Барча мухитлар 37°C да 24-48 соатга инкубацияланади; Сабуро мухити билан косача яна 2 суткага хона ҳароратига қолдирилади.

Нажасни дисбактериозга экиш усули

Бифидобактерияларни санаш учун экма нажасни 10^8 , 10^9 , 10^{10} суюлтириш билан ўтказилади. Пипеткани пробиркани охиригача тушириб, суюлтирилмадан 1 мл олиниб бажарилади. Блаурок мухити экишдан олдин дастлабки қиздиришдан ўтказилади, бунинг учун қайнаб турган сув ҳаммомида 35-40 дақиқа давомида ушлаб турилади, кейин совуқ сувда совутилади. Экишдан кейин пробирка 37°C ҳароратда термостатга жойлаштирилади.

Эрта ёшдаги соғлом болаларда *Vibifidum* бир қанча устунлик қилади. Блаурок мухитидан олинган Грам усулида бўялади ва бир суткадан кейин микроскопда кўрилади, 3 суткадан кейин якуниш кўрувдан ўтказилади. Хужайралар махсус кўринишга эга: граммусбат – иккига ажралган йирик таёқчалар ёки тўғнағичсимон охирларга эга. Суртмага мос келадиган микроорганизмлар бўлганда уларнинг ўсиши учун нажас янада кўпроқ суюлтирилади.

Лактобактерийларни санаш учун экма ярим суюқ МРС-агарда ўтказилади. Экма 10^5 , 10^6 , 10^7 суюлтирилганда бажарилади. Лактобактериялар микроаэрофиллиги билан фарқланади. Бунда Блаурок мухити худди юқоридагидек регенирацияланади. Агарда каттик мухит қўлланилганда Петри косачасига қуйилгандан кейин анаэрокатда ёки шамчали эксикаторда икки сутка давомида ушланади.

Суюқ ва ярим суюқ экмаларни $+37^{\circ}\text{C}$ да бевосита термостатга кўйилади. Агар пластинкасимон мухитлар қўлланилганда экмалар $+37^{\circ}\text{C}$ ҳароратда шамчали эксикаторда ёки анаэрокатда инкубацияланади. Экиш шароитига боғлиқ ҳолда лактобактериялар полиморфизмга мойил бўлади. Оптимал шароитларда улар граммусбат таёқчаларни эслатади,

Ўлчамлари кичик, спора ҳосил қилмайди. *L. acidophilus* кўпична кичик таёқчалар кўринишида ҳанжирлар ҳосил қилади, лекин *L. fermentum* ва *L. brew's*- калта ва узун таёқчалар аралашмасидир. Пластинкасимон муҳитларда колониялар ўртача ўлчамларда (2 мм дан 5 мм гача), силлиқ, бўртган, оқиш ёки кулранг рангда бўлади. Суюқ муҳитларда лактобактерияларнинг ўсиши бутун устун бўйла хиралашишни чақиради. Ўсиш тўхтагандан кейин хужайралар тубига ўтиради, кўпинча силлиқ, гомоген чўкмалар ҳосил қилади, кам ҳолларда донадор ёки шиллиқли бўлади.

Атмосферадаги кислород миқдориغا, озуқа муҳитидаги витаминлар миқдориغا ва ўсиш омилларига боғлиқ ҳолда микроскоп остида кўриладиган таёқчаларнинг ташқи кўриниши ўзгариши мумкин ва улар ингичка, узун, букилган ёки кокк бақиллаларни эслатадиган бўлади. МРС ва пластинкасимон ярим суюқ муҳитларда муртмалар тайёрланади, Грам усулида бўялади ва икки суткадан кейин микоскоп остида кўрилади.

Лактобактериялар таркиби аниқланади ва стерил сутда суюлт ирилган нажасга боғлиқ ҳолда айлантирилади. Бунинг учун пробиркага 10 мл сут қуйилади ва стерилланади. Суюлтирилишига (10^5 , 10^6 , 10^7) мос равишда 1 мл материал экилади. Ушбу эрма 4 сутка давомида $+37^{\circ}$ С ҳароратда ундирилади. Кейин суртма тайёрланиб, метилен кўки билан бўялади, шунингдек Тернер бўйича сутнинг нордонлиги аниқланади, бунинг учун махсус колбага пробиркадаги таркиб солинади, 20 мл дистилланган сув ва 3-4 томчи фенолфтолеиннинг 1% спиртдаги эритмаси кўшилади, ҳаммаси яхшилаб аралаштирилади 0,1 N NaOH эритмаси билан колбадаги таркиб 2 дақиқа давомида йўқолиб кетмайдиган пушти рангга киргунга қадар титрланади.

Сутни нордонлик градус кўрсаткичини аниқлаш учун 0,1 N NaOH эритмасининг миллилитрлардаги сарфланган сони 10 га кўпайтирилади (100 мл сутда қайта санаш коэффиценти).

Масалан: 10 мл сутни титрлашда 12 мл 0,1 N NaOH эритмаси кетади. Маълумки, сутнинг нордонлиги тенг: $12 \times 10 = 120^{\circ}$.

Сутнинг нордонлиги 180" (Тернер бўйича) ва кўпроқ, ўзига хос тузилишдаги таёқчаларни суртмада аниқлашда суюлтирилган нажасдаги нордон сутли бактерияларнинг таркибини кўрсатади. Сутни нордонлаштирадиган бошқа микроорганизмлар бундай юқори нордонлик бермайди.

Грамманфий таёқчаларни ажратиш олиш учун экма Эндо, Плоскирев, Левин муҳитларида ва Петри косачасида 3 - 5% ли қонли агарда ўтказилади. Экма $10^3, 10^5, 10^8$ суюлтирилишларда 0.1 мл Петри косачасида амалга оширилади ва стерил шпателда суртилади.

Бир суткадан кейин лактозомусбат ва лактозоманфий колониялар саналади. Морфологик бир хил микроорганизмларнинг ҳар бир гуруҳига оксидаза тестини қўйилгандан кейин Симмонс ва Клиглер муҳитларидан 1-3 та оксидазаманфий колониялар ажратилади. Оксидазоманфий, лактозомусбат ва Симмонс бўйича манфий микроорганизмлардан эшерихийлани ажратиш олиш учун умумвабул қилинган усуллар бўйича келажакдаги идентификация учун ранг-баранглигига қараб элакдан ўтказилади.

Бу муҳитлардан ажратилган қолган микроорганизмлар (оксидазомусбат ва оксидазоманфий), уларни оилаларига қараб идентификацияланади.

Қонли агарда гемолитик хусусиятга эга бўлган морфологик турли колонияларни санаш ўтказилади, саналганда уларнинг фоизи бу оилага мансуб ажратилган микроорганизмларнинг умумий миқдоридан олинади.

Стафилококкларни ажратиш $10^3, 10^4, 10^5$ суюлтирилмадан 0.1 мл миқдорда экилган Петри косачасидаги сариқли-тузли агарда ўтказилади.

Анаэроб спора ҳосил қиладиган *P. clostridium* бактерияларининг ажратиш олиш учун экмалар Вильсон-Блер муҳитида ўтказилади.

Муҳити билан бирга бўлган юқори устунли пробиркалар дастлаб +50" - +60°C ли сув ҳаммомида қиздирилади ва $10^1, 10^5, 10^6$ нисбатида суюлтирилган нажас эритмасидан 1 мл экилади, муҳитда аралашмани тенг миқдорда тақсимланишини таъминлаш учун пробирка кучлироқ

айлантирилади, бундан кейин пробирка спора ҳосил қилмайдиган микроорганизмларни йўқотиш учун $+80^{\circ}\text{C}$ ли сув ҳаммомида 20 дақиқа давомида солиб қўйилади.

Клостридийлар бўлганда Вильсон-Блер муҳитида пробирканинг пастки учдан бир қисмида чуқур устунда қора рангли колониялар аниқланади. Бу колониялардаги суртмалар Грам усулида бўялиб, микроскопда кўрилганда охирлари думалоқлашган Граммусбат таёқчалар аниқланади.

Ачитқисмон замбуруғлар 10^2 , 10^3 , 10^4 нисбатларида суюлтирилганда 0,1 мл Сабуру муҳитига экиб ажратиб олинади.

Нажасни бактериологик текшириш натижаларни баҳолашда нисбий нормалар кўрсаткичидан қўлланилади.

Бемор ичак микробиоценози ҳолати ҳақида хулоса чиқариш учун микроб таначаларининг сони аҳамиятга эга эмас. Олинган натижаларда барча микроорганизмларнинг кўрсаткичлари бир хил ўтчамда берилиши керак. Нажасни суюлтирилишига ҳақида сонли маълумотларни бериш мумкин.

Масалан: агар 10^3 суюлтиришда стафилакокк ўсмаси олинганда ўзига мос устунга 10^3 кўрсатилади. Бу суюлтирилишларни жавобини логарифмлар кўринишида беришга ҳам рухсат берилади. Бу ҳолатларда аниқланган стафилакокклар натижаларини олиш учун қуйидагича жавоб берилади: 3. Бактериологик текшириш жавоб бланкасида ўлчов бирлиги кўрсатилади.

Нажасни суюлтириш даражасини, ўсган колониялар сони ва экмалар миқдори кўрсаткичини ҳисобга олинади, формула бўйича 1 г нажасдаги микроорганизмлар сонини санаш мумкин:

Дисбактериоз борлиги ёки йўқлиги тўғрисида хулоса қилиш учун одамнинг ичак микрофлораси бир томондан стабил ва доимий тизим эканлигини, бошқа томондан кўпгина ички ва ташқи омиллар (стресслар, радиацион нурланишлар, антибиотикотерапия, химиотерапия ва бошқалар)

га боғлиқ ҳолда ҳаракатининг ўзгаришини, хусусан болалар ичак шиллик каватида микрофлораларнинг бу тебранишларини ҳисобга олинади.

Юқорида айтилганларни ҳисобга олиб, имкониятга қараб 5-7 кунлик оралик билан икки мартали текшириш ўтказиш яхшироқ бўлади. Қайта бактериологик таҳлил нажас микробиоценозидаги аниқланган ўзгаришларни стабиллигини, факультатив шартли патоген микроблар сонидagi ўзгаришлар борлиги ёки йўқлигини кўрсатади, шунингдек динамикада дисбактериоз клиникаси микроорганизмларнинг силжишини ижобий ёки салбий томонда эканлигини айтиш мумкин.

Дисбактериозни даражасини аниқлашда асосан анаэроб микроблар сони аҳамиятга эга. Бу гуруҳдаги микроорганизмларда албатта бифидобактериялар ва лактобактериялар сонини санаш зарур. Шунингдек лактозомусбат эшерихийлар сонини ҳам инobatга олиш керак. Қолган аэроб ва факультати-анаэроб бактерияларнинг аниқланиши қўшимча микроорганизмлар ҳисобланади.

Ўтказилган таҳлиллар натижалари бўйича жавобни беришда “бошқа шартли патогенлар” графасига фақат аниқланган энтеробактериялар эмас, лактозоманфий эшерихийлар, грамманфий грамманфий фермент ҳосил қилмайдиган микроорганизмлар, шунингдек одам учун физиологик бўлмаган, масалан, эубиотикларга мос даволаш фонида учрайдиган *Vac. subtilis*, бемор иммунитетини пасайиши ҳисобига аниқланадиган моғор замбуруғлари ёзилади.

II-боб хулосаси

Текшириш материаллари ва усуллари. Илмий тадқиқот иши тошкент шаҳридаги 4-болалар юқумли касалликлар клиник шифохонасида олиб борилади.

Бунинг учун 15 та бемор сальмонеллез инфекцияси билан оғриган болалар ва 30 та бемор ШПМ лар бўлган сальмонеллезли болалар ўрганилади.Текширишни олиб бориш учун беморлар 2 та гуруҳга – асосий ва назорат гуруҳларига бўлиб ўрганилди. Назорат гуруҳдаги беморларда фақат сальмонеллез кўзгатувчиси аниқланиб сальмонеллез ташхиси кўйилган бўлса, асосий гуруҳдаги беморларда сальмонеллез кўзгатувчиси ШПМ чақирадиган ичак инфекциялари билан бирга микст инфекция кўринишида кечган ҳолати ўрганилди.Беморларда анамнестик, эпидемиологик маълумотлар, бактериологик текширув маълумотлар беморлардан ва касаллик тарихини ўрганиш орқали тўла йиғилди ва маълум текширувлар орқали ўрганилди. Барча беморларда клиник, лабаратор, бактериологик текширувлар касаларда нажаснинг умумий тахлили, нажаснинг микроскопик тахлилари ва нажаснибактериологик тешируви, ахлатни дизбактериозга текшируви олиб борилди.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.

Бемор болаларда ёш ва жинси бўйича тақсимотини кўрганимизда назорат гуруҳида 6 ой-1 ёш ўғил болалар 20%ни ,1-3 ёш46,70%ни , 6 ой-1 ёш қиз болалар 20%ни ,1-3 ёш13,30%ни ташкил этган бўлса асосий гуруҳда 6 ой-1 ёш ўғил болалар 23.3%ни ,1-3 ёш26.7%ни , 6 ой-1 ёш қиз болалар 16.7%ни, 1-3 ёш33,30%ни ташкил этди.

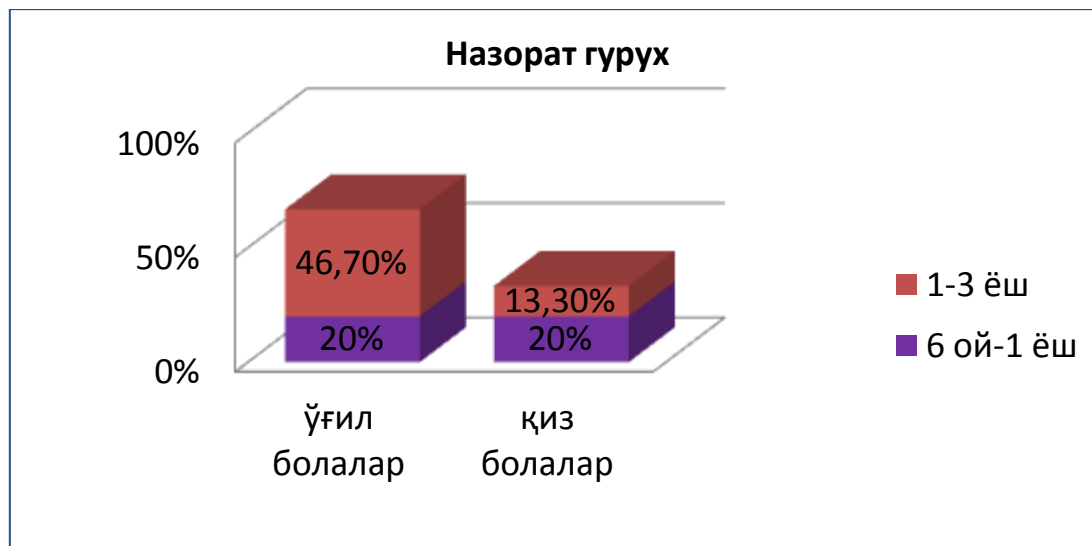
III-БОБ. НАТИЖАЛАР ВА УЛАРНИНГ ТАҲЛИЛИ

3.1 Сальмонеллез инфекциясининг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш

Кузатувимиздаги 6 ойликдан 3 ёшгача булган 45 та бемор болаларга тасниф асосида диарея ташхиси билан Шайхонтохур тумани 4-болалар юқумли касалликлари клиник шифохонасига ётқизилган. Бундан ташкари текширилган беморларнинг йулдош касаллиги булганлиги сабабли йулдош ташхис сифатида рахит, камконлик, гипотрофия, зотилжам, ташхислари тасниф асосида куйилган.

Текширилган беморларнинг 16 таси (36%) тез ёрдам ва 14 таси (28%) эпид ташувчи машинасида олиб келинган бўлса 15 таси (36%) ўзи шифахонага мурожат қилган.

Бемор болалар ўртасида жинсига қараб ўғил болалар ва қиз болалар ҳақида маълумотлар (3.1.1-диаграмма).



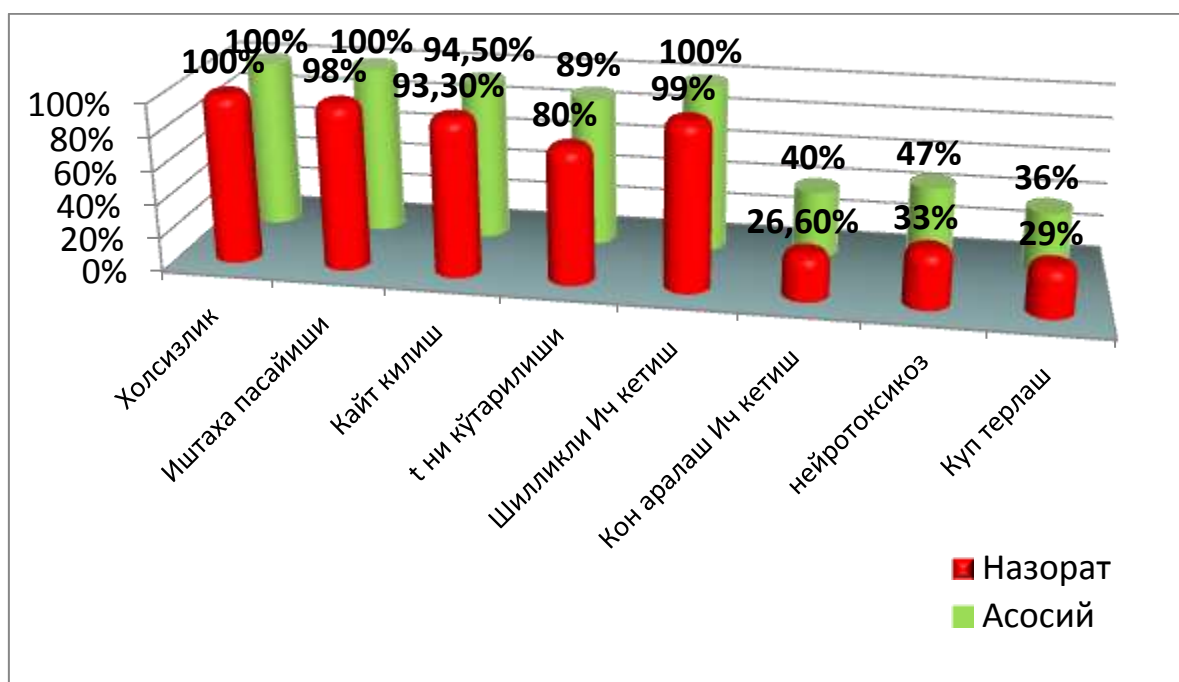
3.1.1-диаграмма Беморларнинг жинсига қараб тақсимланиши

Ушбу беморларнинг асосий қисмида касалхонага келгандаги онасининг шикоятлари: тана ҳароратининг кўтарилиши, талваса тутиши, қусиш, қорнида оғриқ, ичининг суяқ, шиллик аралаш кетиши, безовталик,

инжиқлик, иштаҳанинг пасайиши, баъзи беморларда ичининг қон аралаш кетиши, кўп терлаш, йўтал

Бемор болаларда ёш ва жинси бўйича тақсимотини кўрганимизда назорат гуруҳида 6 ой-1 ёш ўғил болалар 20%ни, 1-3 ёш 46,70%ни , 6 ой-1 ёш қиз болалар 20%ни, 1-3 ёш 13,30%ни ташкил этган бўлса асосий гуруҳда 6 ой-1 ёш ўғил болалар 23.3%ни , 1-3 ёш 26.7%ни , 6 ой-1 ёш қиз болалар 16.7%ни, 1-3 ёш 33,30%ни ташкил этди.

Текширувдаги беморлар объектив кўрув вақтида клиник белгилари аниқланди.



3.1.2-диаграмма Беморлар клиник белгиларнинг учраши бўйича

Беморларнинг келгандаги клиник белгиларнинг кўриб чиққанганимизда касалларда Назорат гуруҳида Холсизлик 100%, Иштаха пасайиши 98%, Кайт килиш 93,30%, t ни кўтарилиши 80%, Шилликли Ич кетиш 99%, Кон аралаш Ич кетиш 26,60%, нейротоксикоз 33%, Куп терлаш 29% белгилари учраса . Асосий гуруҳида эса Холсизлик 100%, Иштаха пасайиши 94,50%, t ни кўтарилиши 89%, Шилликли Ич кетиш 100%, Кон аралаш Ич кетиш 40%, нейротоксикоз 47%, Куп терлаш 36% белгилар кузатилди бундан келиб чиқадики касалликнинг

клиник белгилари асосий гуруҳда касаллик нисбатан оғирроқ ва клиник белгилар нисбатан кучлироқ намоён бўлади.

Текширувимиздаги беморларнинг эпидемиологик анамнези сўраб-суриштирилганда касаллик асосан онаси турли антибиотиклар қабул қилганлиги, туриб қолган болалар бутқалари, озиқ-овқатлар, кам миқдорда мевалардан қабул қилганлиги аниқланди ва касалликни шу билан боғлаётганлиги маълум бўлди.

Беморларнинг анамнестик маълумотлари ва клиник курув маълумотларига асосланиб барчасида турли преморбид фонларини мавжудлиги аниқланди. Баъзи беморларда бир вақтнинг ўзида бир нечта йўлдош касалликлар мавжудлиги кузатилади. Беморлардаги преморбид йўлдош касалликлардан рахит, гипотрофия, камқонлик ва зотилжам касалликлари аниқланганларини текширув гуруҳига киртилди (3.1.3 диаграмма).



3.1.3-диаграмма. Бемор болаларда преморбид фоннинг учраши.

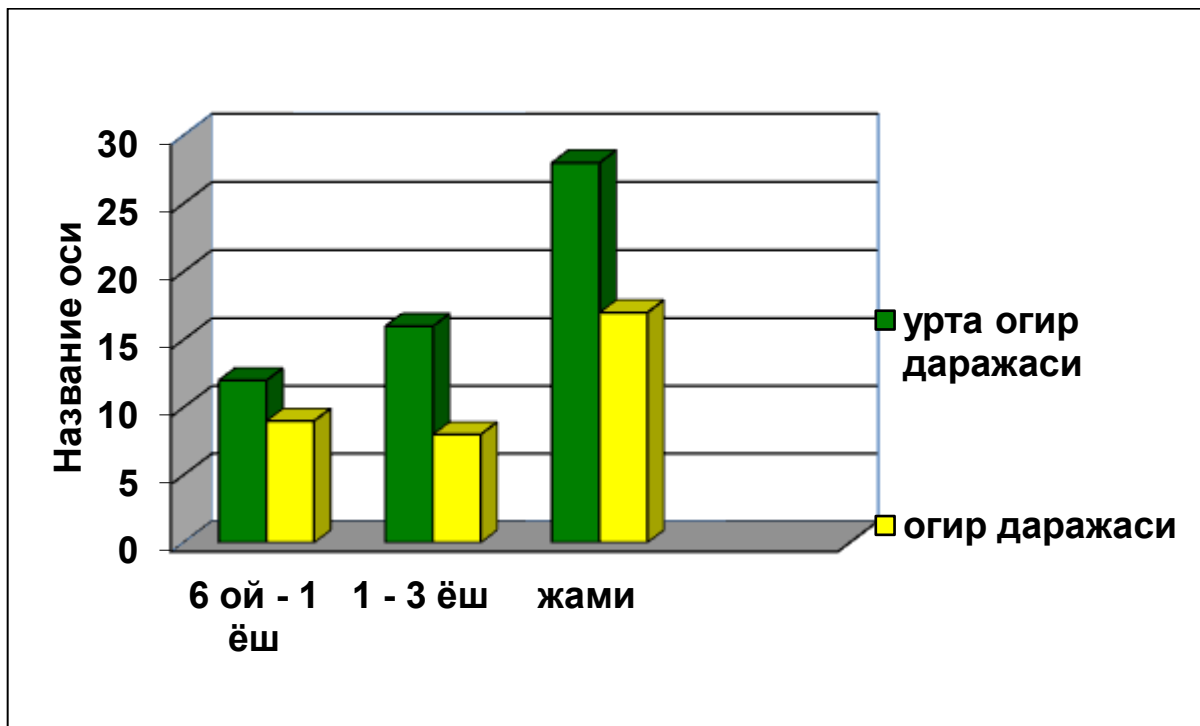
Беморларда меъда ичак трактининг шикастланиши буйича гастроэнтеритик шакли 22 та (48%) ва гастроэнтероколитик шакли 7та(16%), энтероколитик тури 16 та (36%) болаларда кузатилади.



3.1.4 диаграмма Касаллик клиник шакллариинг учраш частотаси, % да

3.2 Болаларда сальмонеллез ва шартли патоген микроблар билан микст инфекция кўринишида келганда касалликнинг клиник хусусиятларини ўрганиш

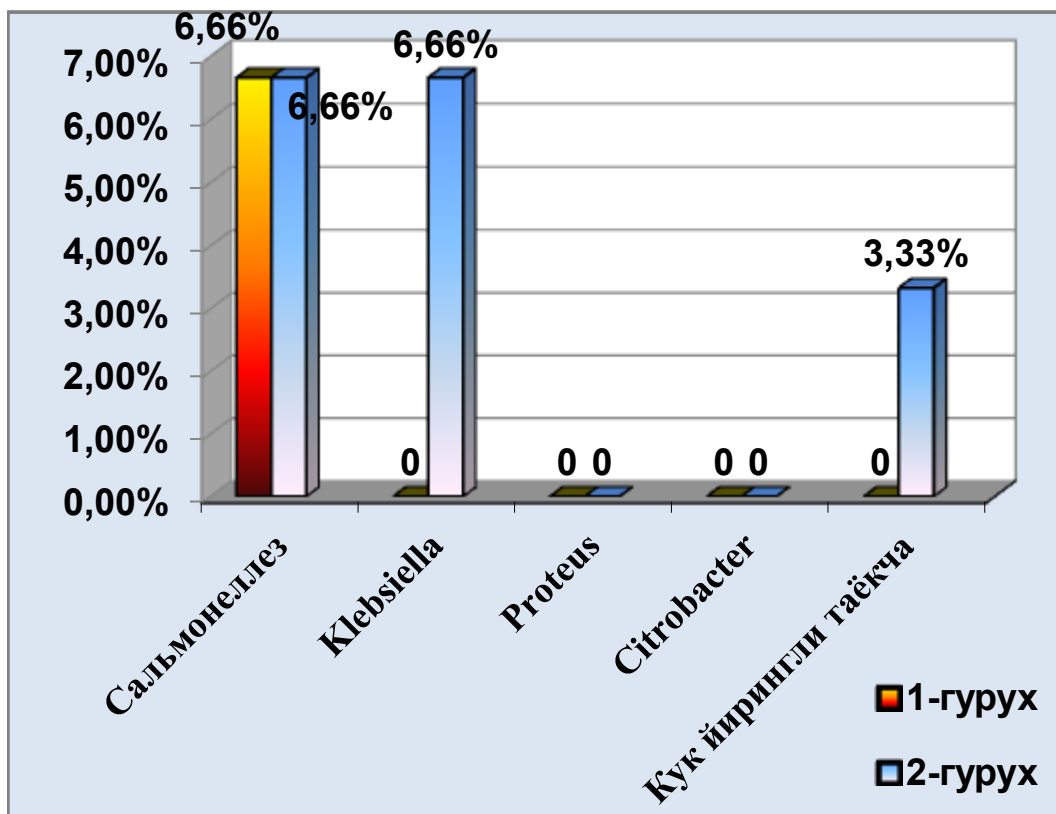
Болаларда сальмонеллез касаллигининг ёшга кўра касаллик ёш болаларда нисбатан оғир ва генераллашишга мойил бўлади. Сальмонеллез инфекциясининг шартли патоген микроблар билан кечиши мамлакатимизда ва дунёда ҳам кам ўрганилган. Биз касалларимизда бактериологик тасдиқланган шартли патоген микроблар ва сальмонеллезнинг микст ҳолда кечганда касалликнинг кечиши, клиник белгиларининг ўзига хос хусусиятлари, давоси ва касалларнинг давога берилувчанлигини ўгандик. Бемор болаларда шартли патоген микроблардан кўкйиринг таёқча, клибселлалар, протей ва цитобактерлар аниқланди ва уларнинг салманеллез билан микст ҳолатида кечиши тахлил қилинди.



3.2.1- диаграмма ШПМ чақирган ичак инфекцияларининг ёшга қараб оғирлик даражасининг учраши

Бемор болаларда бактериологик текширилганда асосий гуруҳда сальмонеллезни ШПМ чақирган ичак инфекциялар билан бирга келиш ҳолатлари ўрганиб чиқилди. Бунда диаграммадан кўриниб турибдики 1-гуруҳдаги беморларнинг барчасида сальмонеллез кўзгатувчиси аниқланган. Бунда асосан сальмонеллезнинг тифимуриум ва энтеритидис турлари аниқланилди. 2-гуруҳда эса сальмонеллез кўзгатувчиси билан бирга клебсиелла, протей, цитробактер ва кўк йирингли таёкча топилди. Бу кўрсаткичлар диаграммадан яққол кўриниб турибди.

Касалликнинг оғирлик даражаси клиник манзараси нафақат беморнинг ёши, преморбид фоннинг мавжудлигига боғлиқ бўлиб қолмасдан, балки касаллик кўзгатувчанлигининг турига ҳам боғлиқ. Шу мақсадда ўрганилган беморларнинг барчасида шифохонага келиши билан нажас дисбактериозга текшириш учун олинди. Бунга кўра ШПМ чақирган ичак инфекциялари билан бирга кечаётган дисбактериоз турли даражаларда эканлиги аниқланди. (3.2.2-диаграмма).



3.2.2-диаграмма Бемор болаларда бактериологик текширилганда асосий гуруҳда сальмонеллезни ШПМ чақирган ичак инфекциялар билан бирга келиш ҳолатларининг тақсимланиши

Аниқланган шартли патоген микробларни анитибактериал препаратларга чидамлилиги аниқланди. Бунда деярли кўпчилик анибактериал препаратларга чидамлилиги ёки кам сезгирлиги маълум бўлди (3.2.1-жадвал).

3.3. Сальмонеллёз касаллигининг шартли патоген инфекциялари билан микст ҳолатида касалланишнинг даволаш усулларини ўрганиш

Болаларда ичак касалликлари кенг тарқалган эсада уларда дори воситаларнинг айниқса антибиотикларнинг пала партиш берилиш касалликнинг оғирроқ кечиши ва давонинг қийинлашивуга олиб келади биз текширувимизда антибиотиклар (сезгирлиги юқори чиққан) билан пиобактериофагни ҳам қўлладик ва самарадорлигини ўргандик

Шартли-патоген микробларни антибиотикларга сезувчанлиги

Препаратлар	Клебс иелла	Кўк йирингли таёқча	Цитробактер	Протей
Цефазолин	-	-	-	-
Гентамицин	±	-	-	-
Эритромицин	-	-	-	±
Цепорин	-	±	-	+
Тозалангансу юқполивален тлпиобактер иофаг	++	+	+++	++

“-“ – сезувчан эмас, “±” – кам сезувчан, “+” – сезувчан

Жадвалдан кўриниб турибдики, асосан кўп қўлланилган антибиотик препаратларига сезувчанлик йўқ. Шунинг учун ҳам бу препаратлар қўлланилганига қарамасдан ижобий натижалар олинмаган ва беморларни шифохонага муружаат қилишларига сабаб бўлган.

Бундан ташқари текширилган беморларда нажасни дисбактериозга текширилганда умумий дисбактериоз таҳлили ҳам ўрганиб чиқилди. Бунга кўра 10 (16%) та беморда дисбактериоз I даражаси, 14 (32%) та беморга дисбактериоз II даражаси, 7 (8%) та беморга дисбактериоз III даражаси ташхиси тасдиқланди (3.2.2-жадвал).

Дисбактериозга текширилган беморлар лаборатор тахлилларининг кўрсаткичи

Микроорганизмлар	1-гурух n=15		2-гурух n=30	
	Тебраниш частотаси	$M \pm M_{\log}^{10}$	Тебраниш частотаси	$M \pm M_{\log}^{10}$
Бифидобактериялар	10^6-10^7	$6,3 \pm 0,5$	10^5-10^6	$5,8 \pm 0,35$
Лактобацилалар	10^5-10^6	$5,4 \pm 0,3$	10^5-10^6	$5,1 \pm 0,2$
Эшерихиялар фаоллик пасайиши билан	10^4-10^5	$4,7 \pm 0,3$	10^4-10^5	$4,9 \pm 0,4$

Жадваллардан ва диаграммадан кўриниб турибдики, беморларда ШПМ чақирган ичак инфекциялари тасдиқланган ва бу бемор болаларга этиотроп, патогенетик, яъни дезинтоксикацион, регидратацион терапия, симптоматик терапия, умумий кувватловчи терапия ўтказилди. Бундан ташқари бемор болаларда преморбид фон бўлганлиги сабабли дисбактериоз кўпроқ ривожланганлиги аниқланди. Бунинг учун барча беморларга дисбактериозни янада чуқурлашишининг олдини олиш ва даволаш мақсадида эубиотик препаратлардан фойдаланилди. Бунда I-гурухдаги 15 та беморга анъанавий даволаш билан бирга бифидумбактерин, II-гурухдаги 30 та бемор болаларга анъанавий даволаш билан бирга пиобактериофаг препаратидан фойдаланилади.

Бу препаратлар юкорида курсатилган даволаш тадбирлари билан биргаликда олиб борилади. 2 гуруҳдаги беморларда пиобактериофаг препарати эрта ёшдаги болаларга 15 мл дан 3 махал берилади.

Пиобактериофаг бу дисбактериозни прафилактикаси, ШМП га карши антибактериал таъсирга эга бўлган янги авлод бактерия препаратидир. Препаратни бошлангич таъсири шундаки, ичакдаги шартли патоген микробларни парчалаш хусусиятига эга ҳисобланади.

1-гурӯҳдаги беморларга нисбатан 2-гурӯҳдаги беморларда касаллик клиник белгиларининг нисбати эртарок камайганлиги кузатилди. Беморларнинг умумий ахволи яхшиланди (3.2.3-жадвал).

3.2.3-жадвал

Даволашнинг 7-кунда беморларда клиник белгиларнинг учраши бўйича тақсимланиши

Шикоятлар	Учраш курсатгичи	
	Назорат гуруҳи n=15	Асосий гуруҳ n=30
Тана хароратининг кутарилиши	6 (27,3%)	1 (3,6%)
Талвасалар	-	-
Кайт кишиш	4 (18,2%)	-
Ич кетиш		
Шилликли	8 (36,4%)	4 (14,4%)
Кон аралаш	1 (4,5%)	-
Иштаха пасайиши	8 (36,4%)	2 (7,2%)
Инжиклик	8 (36,4%)	2 (7,2%)
Холсизлик	9 (40%)	2 (7,2%)
Куп терлаш	3 (13,5%)	3 (10,8%)
Йўтал	2 (9%)	1 (3,6%)

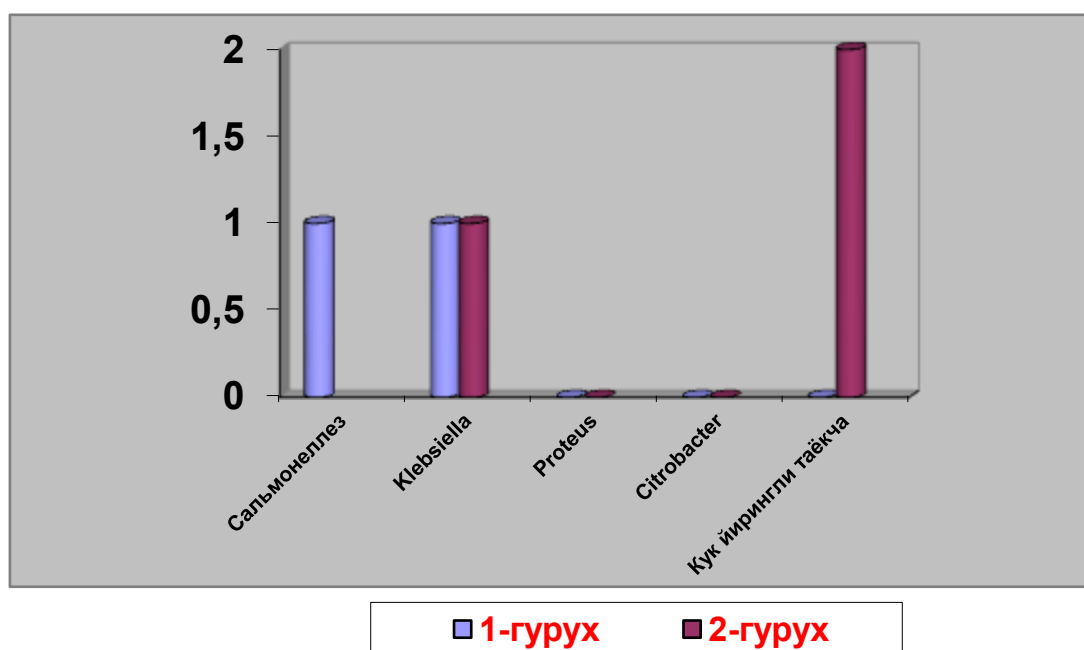
Жадвалдан кўришиб турибдики, даволаш жараёнида назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳдаги беморларда клиник белгиларнинг эрта меъёрлашгани, беморларнинг шикояти тезроқ камайгани маълум бўлди. Икки гуруҳдаги беморларда ҳам ўлим ҳолати кузатилмади.

Текширилган беморларда ич кетишлар сони ва нажасда шиллик камайганлигига эришилди. Нажаснинг умумий таҳлили микроскопиясида гуруҳларда 1 ва 7- кунда таҳлил қилинганда қуйидагилар кузатилди. (3.2.4 жадвал)

**Ахлат умумий таҳлилида кон шаклли элементларининг даволаш
динамикасида узгариши**

	1-гурух		2- гурух	
	1-кун	7-кун	1-кун	7-кун
Шиллик	+++	+	+++	-
Лейкоцит	30,2 ± 1,9	6,2 ± 0,7	29,4 ± 2,1	3,6 ± 0,5
P	p < 0,05		p < 0,001	p < 0,01
Эритроцит	18,3 ± 0,8	3,7 ± 0,3	19,8 ± 1,1	1,6 ± 0,2
P	p < 0,05		p < 0,05	p < 0,01

Беморларда даволаш муолажалари тугатилгандан сўнг уйга чиқаришдан олдин нажасни қайта ичакнинг ШПМ га текширилди. Бунда қуйидагича натижалар олинди (3.2.3-диаграмма).



**3.2.3. диаграмма Бемор болаларда даволашдан сўнг бактериологик
текширилганда касалликни чакирган ШПМ чакирган ичак
инфекцияларнинг этиологик тақсимланиши**

Диаграммадан кўриниб турибдики, асосий гуруҳидаги 2 та беморда кўк йирингли таёкча, 1 тасида клебсиелла, сақланиб қолган, назаорат

гуруҳдаги беморларда эса фақат 1 тасида сальмонеллез тифимуриум қайта аниқланди. Бу ҳам пиобактериофагнинг антимикроб таъсири борлигидан далолат бермоқда.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, 1-гуруҳдаги беморларга нисбатан, 2-гуруҳдаги беморларда касалликнинг клиник белгилари даволанишнинг 7-кунида ҳам нисбатан кўпроқ беморларда сақланиб қолганлиги аниқланди. Бу шундан далолат берадики, сальмонеллез касаллиги шартли патоген микроблар билан микст инфекция кўринишида келадиган бўлса клиник белгилари оғирроқ ва узоқроқ давом этиши маълум бўлди. Лекин даволаш чора-тадбирларига пиобактериофаг препаратининг қўлланиши препаратнинг нафақат пробиотик таъсири, балки антимикроб таъсир хусусиятига эга эканлиги ҳам ойдинлашди.

III боб хулосаси

Бемор болаларда бактериологик текширилганда асосий гуруҳда сальмонеллезни шпм чақирган ичак инфекциялар билан бирга келиш ҳолатлари ўрганиб чиқилди. бунда диаграммадан кўриниб турибдики 1-гуруҳдаги беморларнинг барчасида сальмонеллез кўзгатувчиси аниқланган. бунда асосан сальмонеллезнинг тифимуриум ва энтеритидис турлари аниқланилди. 2-гуруҳда эса сальмонеллез кўзгатувчиси билан бирга клебсиелла, протей, цитробактер ва кўк йирингли таёқча топилди. бу кўрсаткичлар диаграммадан яққол кўриниб турибди.

касалликнинг оғирлик даражаси клиник манзараси нафақат беморнинг ёши, преморбид фоннинг мавжудлигига боғлиқ бўлиб қолмасдан, балки касаллик кўзгатувчанлигининг турига ҳам боғлиқ. шу мақсадда ўрганилган беморларнинг барчасида шифохонага келиши билан нажас дисбактериозга текшириш учун олинди. бунга кўра шпм чақирган ичак инфекциялари билан бирга кечаётган дисбактериоз турли даражаларда эканлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, 1-гуруҳдаги беморларга нисбатан, 2-гуруҳдаги беморларда касалликнинг клиник белгилари даволанишнинг 7-кунда ҳам нисбатан кўпроқ беморларда сақланиб қолганлиги аниқланди. Бу шундан далолат берадики, сальмонеллез касаллиги шартли патоген микроблар билан микст инфекция кўринишида келадиган бўлса клиник белгилари оғирроқ ва узоқроқ давом этиши маълум бўлди. Лекин даволаш чора-тадбирларига пиобактериофаг препаратининг қўлланиши препаратнинг нафақат пробиотик таъсири, балки антимикроб таъсир хусусиятига эга эканлиги ҳам ойдинлашди

ХОТИМА

Ўткир юқумли ичак касалликлари ҳозирги кунга қадар соғлиқни сақлашнинг олдида долзарб муамморлардан бўлиб келмоқда. Диарея синдроми билан кечадиган касалликлар учраш частотаси бўйича респиратор касалликлардан кейинги ўринда туради ва кўпинса болалар ўлимнинг сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. [36,38]. Ер юзида бу касалликдан ҳар йили 5 млн дан 18 млн гача болалар ўлади. 80% ҳолатларда ўткир юқумли ичак касалликлари (ЎЮИК) этиологик тасдиқланмай қолади. [101,127,121].

Ўтмиш ва чет эл адабиётларида охирги йилларда болаларда ЎЮИК ривожланишида шартли патоген бактериялар (ШПБ) нинг ўрни ҳақида хабарлар пайдо бўлди. [97,99,100].

Кўпинча бир ёшгача бўлган болаларда диареянинг тез-тез учрайдиган кўзғатувчилари бўлиб *Proteus*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Salmonella arizonae* турларига оид бактериялар ҳисобланади. [152].

Ўзбекистон Республикасида ЎЮИК лари билан касалланиш ҳозирги кунга қадар юқори ўринларда сақланиб келмоқда ва камайиш томонга қараб силжиши сезиларсиз. Бу билан бир қаторда охирги йилларда ЎЮИК қаторида (Флекснер 2а шигеллези, эшерихиоз 0157, клостридиоз) ги касалликларнинг кечиши ва асоратларини сони ошиб бормоқда ҳамда касаллик оқибати ёмонлашмоқда [157]. Инфекцион диареялар орасида номаълум этиологияли диареялар сезиларли ўринларни эгаллайди.

Охирги йилларда Ўзбекистон Республикасида ичак дисбактериозининг ўсиб бориши кузатилмоқда. Кўпчилик муаллифларнинг фикрича тўғри ичакдаги микроэкологик флоранинг бузилиши ҳазм аъзолари касалликларига қўшимча бўлади. [134].

Ичак биоценозини тиклаш учун ичак нормал микрофлорасини узида тутган бир қатор препаратлар ишлаб чиқилган. Бу препаратлар қаторига бифидум бактерин, лактобактерин, бификол, бифиллин «Вита» , бифилат

ва бошқалар киради. Бундан ташқари хозирги кунда бир катор янги замонавий биопрепаратлар ишлаб чиқилмоқда[144,145].

Ичак дисбактериозини профилактикаси ва давоси учун биологик бактерияли препаратлар тайинланади. Диарея камайганда эрта реконвалесценция даврида тайинлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Улар ичакнинг нормал микроб «пейзаж» ини, уларни ферментатик фаолигини, ичаклар эпителийси регенерациясини тиклашга кўмаклашади, ҳазм тизими фаолиятини яхшилади, организм умумий қаршилигини оширади. Уларни қўллаш мутлоқ безарар, қарши кўрсатмаларга эга эмас. Болаларни биринчи ойларида бошлаб бифидум- и лактобактерин, диалакт, бактисубтил, флонивин, линекс, биофлор, аципол, энтерол, хилак-форте тавсия этиш мумкин. 6 ойлигидан бошлаб колибактерин ва бификол тайинланади. Даволаш курси 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача бўлиши керак [135,142].

Беморларнинг асосий қисмида касалхонага келгандаги онасининг шикоятлари: тана ҳароратининг кўтарилиши, талваса тутиши, қусиш, қорнида оғриқ, ичининг суюқ, шиллик аралаш кетиши, безовталик, инжиқлик, иштаҳанинг пасайиши, баъзи беморларда ичининг қон аралаш кетиши, кўп терлаш, йўтал эканлиги аниқланди.

Текширувидаги беморларнинг эпидемиологик анамнези сўраб-суриштирилганда касаллик асосан онаси турли антибиотиклар қабул қилганлиги, туриб қолган болалар бутқалари, озиқ-овқатлар, кам миқдорда мевалардан қабул қилганлиги аниқланди ва касалликни шу билан боғлаётганлиги маълум бўлди.

Аниқланган шартли патоген микробларни ани antibakterial препаратларга чидамлилиги аниқланди. Бунда деярли кўпчилик ани antibakterial препаратларга чидамлилиги ёки кам сезгирлиги маълум бўлди.

Асосан кўп қўлланилган антибиотик препаратларига сезувчанлик йўқ. Шунинг учун ҳам бу препаратлар қўлланилганига қарамасдан ижобий

натижалар олинмаган ва беморларни шифохонага муурожаат қилишларига сабаб бўлган.

Беморларнинг анамнестик маълумотлари ва клиник курув маълумотларига асосланиб барчасида турли преморбид фонларини мавжудлиги аниқланди. Баъзи беморларда бир вақтнинг ўзида бир нечта йўлдош касалликлар мавжудлиги кузатилади. Беморлардаги преморбид йўлдош касалликлардан рахит, гипотрофия, камқонлик ва зотилжам касалликлари аниқланганларини текширув гуруҳига киритилди

Бундан ташқари текширилган беморларда нажасни дисбактериозга текширилганда умумий дисбактериоз таҳлили ҳам ўрганиб чиқилди. Бунга кўра 10 (16%) та беморда дисбактериоз I даражаси, 14 (32%) та беморга дисбактериоз II даражаси, 7 (8%) та беморга дисбактериоз III даражаси ташхиси тасдиқланди.

Беморларда ШПМ чақирган ичак инфекциялари тасдиқланган ва бу бемор болаларга этиотроп, патогенетик, яъни дезинтоксикацион, регидратацион терапия, симптоматик терапия, умумий кувватловчи терапия ўтказилди. Бундан ташқари бемор болаларда преморбид фон бўлганлиги сабабли дисбактериоз кўпроқ ривожланганлиги аниқланди. Бунинг учун барча беморларга дисбактериозни янада чуқурлашишининг олдини олиш ва даволаш мақсадида эубиотик препаратлардан фойдаланилди. Бунда I-гуруҳдаги 15 та беморга анъанавий даволаш билан бирга бифидумбактерин, II-гуруҳдаги 30 та бемор болаларга анъанавий даволаш билан бирга пиобактериофаг препаратидан фойдаланилади.

Бу препаратлар юқорида кўрсатилган даволаш тадбирлари билан биргаликда олиб борилади. 2 гуруҳдаги беморларда пиобактериофаг препарати эрта ёшдаги болаларга 15 мл дан 3 маҳал берилади.

Витафлор бу дисбактериозни профилактикаси, ШМП га қарши антибактериал таъсирга эга бўлган янги авлод бактерия препаратидир. Препаратни бошлангич таъсири шундаки, ичакдаги шартли патоген микробларни парчалаш хусусиятига эга ҳисобланади.

1-гурухдаги беморларга нисбатан 2-гурухдаги беморларда касаллик клиник белгиларининг нисбатан эртарок камайганлиги кузатилди. Беморларнинг умумий ахволи яхшиланди.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, 1-гурухдаги беморларга нисбатан, 2-гурухдаги беморларда касалликнинг клиник белгилари даволанишнинг 7-кунида меъёрлашди, беморларнинг шикоятлари камайди. Ич кетишлар сони камайди ёки тўхтади. Бу шуни кўрсатқдики, анъанавий даволаш билан бирга бифидумбактерин қўлланилганга нисбатан пиобактериофаг қўлланилганда беморларнинг стационарда бўлиш кунларини ҳам қисқартирди. Пиобактериофагнинг пробиотик таъсиридан ташқари антибактериал таъсирга эга эканлигини ҳам кўрсатди.

ХУЛОСА

1. Сальмонеллëз инфекцияси бошқа ичак инфекцияларига нисбатан оғир ўтишини, клиник белгиларнинг яққол намоён бўлишини, инфекциянинг болаларда тез генерализацияланишини ҳисобга олиб болаларни шифохонага госпитализация қилиш, лозим бўлган бактериологик ва микроблар пейзажи учун ичак биоценозига текшириш услларни қўллаш ҳамда даво муолажаларини тайинлаш ўз вақтида олиб борилди.
2. Сальмонеллëз касаллиги билан шартли патоген инфекцияси оғриган микст ҳолатида келганда касаллик 46% ҳолатда ўрта оғир ва 54% бемор боалларда оғир ҳолатда кечди. Бундан ташқари клебсиелла, цитробактер, протей, кўк йирингли таёқча аниқланган беморларда сальмонеллезга нисбатан клиник белгилар янада яққолроқ намоён бўлди ва узокроқ давом этди.
3. Сальмонеллëз касаллиги билан шартли патоген инфекцияси билан оғриган микст ҳолатида касалликни замонавий даволашда анибактериал препаратлар билан бирга ёки монотерапия сифатида пиобактериофагни қўллаш яхши самара берди. Бунда пиобактериофагнинг антимиқроб таъсири борлиги номаён бўлди ва келажакда антибиотикларни болалар амалиётида камроқ қўллашни талаб қилади..

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Сальмонеллез касаллигига шубҳа қилинган беморларни ўз вақтида госпитализация қилиш учун стационарга юбориш ва лозим белган барча текшириш усулларини қўллаш, касалликни оғирлик даражасини ўз вақтида аниқлаш тавсия этилади.
2. Сальмонеллез касаллиги ШПМ билан бирга кечганда оғир кечишини инобатга олиб беморлар болаларни ота-оналари билан касаллик анамнезини батафсил ўрганиб чиқиш, касалликни клиник белгиларини яққоллигини аниқлаб микст инфекция ҳолатида кечиши мумкин бўлган вазиятларни ўз вақтида ўрганиб чиққан ҳолда касалликни оғирлик даражасини аниқлаш тавсия этилади..
3. Сальмонеллез касаллиги ШПМ чақирган ичак инфекцияларида дисбактериознинг олдини олиш ва даволаш мақсадида пиобактериофаг препаратини эрта ёшдаги болаларга ёшига қараб 5-15 мл дан 3 маҳал 7-10 кун давомида ичиш тавсия этилади.

ЧОП ЭТИЛГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ

1.Тезис. Усмонов Р.А, Ибрагимова Х.Н.// Применение циклоферона в комплексной терапии у детей с сальмонеллёзом.//Ёш олимларнинг «Соғлом бола йили»га багишланган «XXI аср - интеллектуал авлод асри»шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани Тошкент – 2014,с-159

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

Фойдаланилган адабиётлар руйхати

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. Каримов И.А. «Инсон, унинг ҳуқуқлари ва эркинлиги – муҳим қадрият». Т.14. – Т.: ИПТД «Ўзбекистон», 2008. – 224б.
4. Каримов И.А. «Ўзбекистонда она ва бола саломатлигини муҳофаза қилишнинг миллий модели: “Соғлом она - соғлом бола» халқаро симпозиумидаги маърузаси // Тошкент. 2011 й. 26 ноябр.
5. Президент Ислам Каримовнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатасининг биринчи ташкилий йиғилишидаги нутқи.-Тошкент 13.01.2015 Манба: uza.uz, кун. Uz
6. Ўзбекистон Республикаси конституцияси 22 йиллигига бағишланган И.А. Каримов маърузаси

Асосий адабиётлар

7. Абдумуталова Э.С., Ибадова Г.А., Мирзаев Д.А., Абдухалилова Г.К. Замонавий диареянинг этиологик омиллари ва антибиотикларга сезувчанлигининг тахлили. // «Юқумли касалликлар: муаммолар ва вазифалари», Худудий илмий – амалий анжуман материаллари. Шахрисабз – 2003. – 6 б.
8. Абидов А.А., Салахутдинова Н.А., Боймирзаева З.К. Влияние внутрисосудистой лазеротерапии с оральным пектином на микрофлору

- кишечника детей с острыми диарейными заболеваниями. // Вопросы диагностики, лечения и профилактики важнейших инфекционных заболеваний и туберкулеза. Ташкент – 1997. – С. – 4-6.
9. Волков М.Ю. и др. Коррекция нарушения микробиоценоза человека с помощью пробиотиков // Вопросы питания. - 2006. - N 4.. - С.32-34.
10. Грачева Н.М., Гаврилов А.Ф., Аваков А.А. и др. - Новые лекарственные препараты. 2004, №1, С. 3-12
11. Закирходжаев А.Х. «Инфекционные болезни» 2010г. Ст 523.
12. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Синдром диареи. -М., 2000.
13. М.Б.Деворова, Э.А.Шомансурова, Ш.Т.Акбарова, М.М.Мусаев. Поликлиника ишани ташкиллаштириш // Тошкент – 2007-65 бет.
14. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: ГОЭТАР Медицина, 1999.-824 с.

Қўшимча адабиётлар:

15. Акоев Ю.С. и др. Новый взгляд на дисбиозы у новорожденных детей // Российский педиатрический журнал. - 2000. - №5. - С. 13-14.
16. Амерханова А.М. и др. Роль пробиотических микроорганизмов в современных технологиях профилактической и восстановительной медицины и возможности повышения эффективности препаратов на их основе // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2007. - N4. - С. 4-8.
17. Андреева И.В. Доказательства обоснованности профилактического применения пробиотиков // Фарматека. - 2006. - N6. - С. 56-62.
18. Андреева И.В. Потенциальные возможности применения пробиотиков в клинической практике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2006. - N2. - С. 151-172.
19. Аниховская И.А., Вышегуров Я.Х., Лиходед В.Г., Яковлев М.Ю. Повышенные титры антител к бифидумбактериям как маркер

- дисбактериоза кишечника // Физиология человека. - 2005. – Том 31. N2. - С.132-134.
- 20.Анохин В.А., Хасанова Е.Е., Урманчеева Ю.Р. и др. Питание детей с дисбактериозом и минимальными пищеварительными дисфункциями // Вопросы современной педиатрии. - 2005. – Том 4. N3. - С.75-79.
- 21.Ардатская М.Д., Дубинин А.В., Минушкин О.Н. Дисбактериоз кишечника: Современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения // Терапевт.арх. - М. : Медицина. - 2001. - №2.- С.67-72.
- 22.Асилова М.У. Диарея у детей: диагностика, клиника, лечение и профилактика: научное издание // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Т., 2007. - №2. - С. 103-106.
- 23.Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника у детей. Методические рекомендации № 18 Правительства Москвы департамент здравоохранения. 12 сентября 2001 г.
- 24.Барановский А. Ю., Кондрашина Э. А. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. М.. Современная медицина, 2000.
- 25.Барсук А.Л. Представления поликлинических врачей-педиатров по вопросам диагностики, профилактики и лечения дисбактериоза // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2006. - N2. - С. 145-150
- 26.Белобородова Э.И., Вековцев А. А. Клиническое применение БАД на основе "Бифидогумма" и "Лактогумма" // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. - 2004. - N18. - С. 123-124.
- 27.Белоусова Е.А., Никитина Н.В., Мишуровская Т.С., Златкина А.Р. Возможности препаратов на основе микробных метаболитов для восстановления кишечной микробиоты // Consilium medicum. - 2005. – N Прил.1 (Гастроэнтерология). - С. 9-13.
- 28.Белоусова Е.А., Никитина Н.В., Мишуровская Т.С., Златкина А.Р. Восстановления кишечной микробиоты: возможности препаратов на основе микробных метаболитов // Справочник поликлинического врача.

- 2005. - N3. - С. 29-31.
29. Бельмер С.В., Малкоч А.В. Дисбактериоз кишечника и роль пробиотиков в его коррекции: научное издание // Леч. врач. - М., 2006. - №6. - С. 18-23.
30. Беляева Е.Н., Подунова Л.Г., Тясно А.С. и др. // Здоровье населения и среда обитания. – М., 2001.
31. Билибин А. Ф. Проблема дисбактериоза в клинике // Терапевтический Архив. 1967. № 11. С. 28.
32. Билибин А.Ф. Проблемы дисбактериоза в клинике. Журн. тер. архив, 2000, т. 39, № 11, С. 21-28.
33. Богомоллов Б.П. Диарея в дифференциальной диагностике инфекционных болезней // Клин.мед. - 1997. – Т.7. - С.8-12.
34. Боковой А.Г. Роль условно-патогенных микроорганизмов при ОКИ и проблема дисбактериоза кишечника у детей. - Авт. докт. дисс, 2001.
35. Бондаренко А.В., Бондаренко Вл.М., Бондаренко В.М. Дисбактериозы и эубиотики. - М., 2002, С. 8.
36. Бондаренко А.В., Бондаренко Вл.М., Бондаренко В.М. Пути совершенствования этиопатогенетической терапии дисбактериозов. - журн. микробиол., 2000; 5: 96-100.
37. Бондаренко В.М. Общий анализ представлений о патогенных и условно- патогенных бактериях. Журн. микробиол., 2000, № 4, С. 20-25
38. Бондаренко В.М. Поликомпонентные пробиотики: механизм действия и терапевтический эффект при дисбиозах кишечника // Фарматека. - 2005. - N20. - С. 46-54.
39. Бондаренко В.М., Воробьев А.А. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией: Обзор: научное издание // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - М., 2004. - №1. - С. 84-92.
40. Бондаренко В.М., Грачева Н.М. Дисбиотические состояния и лечебные мероприятия при них // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2005. - N12. - С. 24-29.

- 41.Бондаренко В.М., Лыкова Е.А., Мацулевич Т.В. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке в аспекте дисбактериоза кишечника: научное издание //Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - М., 2006. - №6. - С. 57-63.
- 42.Бондаренко В.М., Учайкин В.Ф. и др. Дисбактериозы у детей. - 2004, С. 24.
- 43.Бродов Л.Е., Ющук Н.Д., Малеев В.В. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2004, №4. -С. 4-6.
- 44.Буркин А.В., Харченко Г.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика острых кишечных инфекций у детей Нижнего Поволжья. Журн. микробиол., 2006; 1: 69-72.
- 45.Бухарин О.В., Вальшев А.В., Челпаченко О.Е. и др. Колициногенная активность кишечной микрофлоры как показатель дисбиотического состояния желудочно-кишечного тракта // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2002. - №4. - С. 55-57.
- 46.Вальшев А.В, Ф.Г., Гильмутдинов Ф.Г и др. Роль персистирующей условно-патогенной микрофлоры кишечника при дисбиозе в возникновении заболеваний гепатобилиарной системы. Журн. микробиол., 2005, № 4, С 87-88.
- 47.Василенко В.В. Дисбактериоз - синдром раздраженного кишечника: эссе-анализ проблемы // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2000. - N 6. - С.10-13.
- 48.Гизатулина С.С., Биргер М.О., Колышкина Н.А. Этиологическая структура острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенными бактериями у детей раннего возраста. // Журн. микробиол., эпидемиол. и инф. забол. Москва,1988; 2: 13-16.
- 49.Горелов А.В., Усенко Д.В., Елизова Л.И. и др. Оценка эффективности пробиотического продукта в коррекции микробиологических нарушений при острых кишечных инфекциях у детей // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2005. - N6. - С. 58-61.

50. Грачев Н.М., Партин О.С., Леонтьева Н.И. и др. Применение современного пребиотика хилак-форте в комплексной терапии больных острыми кишечными инфекциями и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта с явлениями дисбактериоза кишечника // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2003. - N5. - С. 32-37.
51. Грачева Н. М., Щетинина И. Н. Клиническая химиотерапия инфекционных болезней. М., 1991, 3-е изд. 1. Билибин А. Ф. Проблема дисбактериоза в клинике // Терапевтический Архив. 1967. № 11. С. 28.
52. Грачева Н.М. и др. Эуфлорины при дисбактериозе кишечника у детей // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2006. - N12. - С. 26-33.
53. Грачева Н.М., Гаврилов А.Ф., Соловьева А.И. и др. Эффективность применения пробиотика "Пробифор" при лечении больных с острыми инфекциями и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2004. - N1. - С. 3-10.
54. Грачева Н.М., Гончарова Г.И. и др. Применение бактериальных биологических препаратов в практике лечения больных кишечными инфекциями. Диагностика и лечение при дисбактериозе кишечника. Методические рекомендации. - 2006, С. 23.
55. Грачева Н.М., Леонтьева Н.И., Щербаков И.Т., Партин О.С. Место пробиотиков в коррекции дисбиозов // Справочник поликлинического врача. - 2005. - N5. - С. 49-51.
56. Грачева Н.М., Партин О.С., Гаврилов А.Ф. и др. Бифистим в комплексном лечении больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с сопутствующим дисбактериозом кишечника // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2004. - N3. - С. 6-11.
57. Грачева Н.М., Щербакова И.Т., Партин О.С. и др. Влияние пребиотика "Лактофильтрум" на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны у больных хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. -

2006. - N1. - С. 24-30.
58. Грачева Н.М., Щербакова Э.Г. и др. Применение бифилиза у больных с ОКИ и при дисбактериозе кишечника. - Новые лекарственные препараты. 2004, №9, С. 41-49.
59. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Нарушение нормального состава кишечного биоценоза и методы его коррекции // Болезни органов пищеварения (для специалистов и врачей общей практики). - 2004. – Том 6. N2. - С. 84-88.
60. Григорьев П.Я., Яковенко Я.П. Нарушение нормального состава кишечной микрофлоры: клиническое значение и вопросы терапии. Методическое пособие, М. 2000. 16 с.
61. Дисбактериоз у детей. Учебное пособие для врачей и студентов. М., 2001 .
62. Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций у детей. Методические рекомендации. М., 2007.
63. Дорошенко Е. Современные пробиотики в лечении дисбактериоза кишечника // Медицинский вестник. - 2003. - N33 (200311). - С. 13.
64. Еремущкина Я.М. Принципы лечения острых кишечных инфекций // Болезни органов пищеварения (для специалистов и врачей общей практики). - 2006. – Том 8. №1. - С. 61-64.
65. Звягинцева, Т.Д., Сергиенко Е.И. Дисбактериоз кишечника: клиническое значение и перспективы лечения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2003. - N3. - С. 70-74.
66. Зинкевич О.Д., Бондаренко В.М., Тюрин Ю.А., Сафина Н.А., Анохин В.А. Клинико-диагностическое значение оценки активности Ig-протеаз у детей с дисбактериозом кишечника: научное издание // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - М., 2004. - №3. - С. 73-77.
67. Ивашкин В.Т. Инфекционная диарея в практике гастроэнтеролога // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2007. – Т.5. - С.51-57.
68. Ильина Р.М., Молокеев А.В., Никулин Л.Г., Молокеева Н.В. Использование бифидосодержащих лечебно-диетических продуктов

- питания для профилактики дисбактериозов // Гигиена и санитария. - 2000. - №6. - С. 35-38.
- 69.Каримова Ш.М., Валиев А.Г. Особенности клиники и диагностики острых кишечных инфекций в современных условиях./ «Юкумли касалликлар: муаммолар ва вазифалар». Худудий илмий – амалий анжуман материаллари. Шахрисабз – 2003. – 62-63 б.
- 70.Каширская Н.Ю. Значение пробиотиков и пребиотиков в регуляции кишечной микрофлоры // Русский медицинский журнал. - 2000. - Том 8. № 13/14. - С. 572-575.
- 71.Ковалёнок Г.А. Регуляция микрoэкологическx нарушений кишечника у новорожденных детей с перинатальной патологией пробиотиком бифидумбактерином // Сибирский медицинский журнал. - 2004. – Том 19. N1. - С. 61-63.
- 72.Комплексная диагностика, лечение и профилактика дисбактериоза (дисбиоза) кишечника в клинике внутренних болезней. Методические рекомендации. - М., 2002, С. 45
- 73.Комплексная терапия неотложных состояний при острых кишечных инфекциях у детей. Методические рекомендации. М.,2008.
- 74.Комплексные подходы к диагностике острых кишечных инфекций. Методические рекомендации. М.,2007.
- 75.Кондракова О.А., Грубова Е.А., Затевалов А.М. Новые подходы к диагностике дисбактериоза кишечника: научное издание // Клинич. лаборатор. диагностика. - М., 2002. - №9. - С. 29.
- 76.Копанев Ю.А., Кузьменко Л.Г. Особенности применения препаратов для микробиологической коррекции дисбактериоза кишечника у детей // Лечащий врач. - 2000. - №5-6. - С. 50-51.
- 77.Корсунский А.А. Инфекционные болезни у детей: прошлое, настоящее, будущее. Детские инфекции. 2003, 4: 4-6.
- 78.Косимов И.А., Мударисова Р.Х., Шоджалилова М.С., Худоярова О.Б. Уткир диареяларни даволашда “Vitaspor” препаратларининг

- кулланилиши// Узбекистон педиатрларининг V съезди.Тезислар туплами. Тошкент., 18-19 ноябр 2004 г. – 441-442-бетлар
- 79.Крылов В. П. Новый вариант классификации дисбактериоза // ЖМЭИ. 2002. № 3. С. 103.
- 80.Лучшев Л.И.; Бондаренко В.М.; Исаев Н.Т. и др. Косвенный метод экспресс – диагностики дисбактериозов кишечника у больных сальмонеллезом и дизентерией. // Жур.эпидемиол. и инфекцион. болезни, – 2006. –№8. – С. 52–54.
- 81.Лыкова Е.А. Влияние пробиотиков на формирование микробиоценоза кишечника и течение адаптационного периода у новорожденных детей // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2005. - N12. - С. 12-19.
- 82.Максудова Л.И. Дисбактериоз кишечника у детей с острой дизентерией // Мед.журн. Узбекистана. - Т., 2001. - №4. - С. 41-43.
- 83.Малов В.А., Пак С.Г. Дисбактериозы кишечника // Медицинская помощь. - 2000. - N 5. - С. 13-14.
- 84.Мартыканова Д.С, Поздеев О.К., Вершинина В. И. и др. Микрoэкологические нарушения при дисбактериозе кишечника у детей // Казанский медицинский журнал. - 2003. - Том 84. N3. - С. 209-210.
- 85.Махмудов О.С. Диарейные заболевания у детей // Ўзбекистон тиббиёт журн. 2005. -№3.-с.-8-10.
- 86.Маянский А.Н. Дисбактериоз: иллюзии и реальность // Педиатрия. - 2000. - N 4. - С.80-88.
- 87.Милютинa Л.Н., Горелов А.В., Воротынцев Н.В. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций у детей. Метод.рекомендация. – Москва. – 2000. – 86 с.
- 88.Милютинa Л.Н., Горелов А.В., Воротынцева Н.В. Диагностика и комплексная терапия острых кишечных инфекций у детей. Пособие для врачей. М.,2003.

89. Мошнич П.С. Методические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов мочевой системы протейной этиологии. Киев, 2004.
90. Мухамедов И.М. Проблема дисбактериозов- вчера, сегодня, завтра : научное издание // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Т., 2004. - №1. - С. 153-154.
91. Назаретян В.Г. Плаксина И.А., Настенко В.П. Оценка эффективности различных способов фармакотерапии дисбактериозов // Педиатрия (Журн. им. Г.Н. Сперанского). - М., 2004. - №3. - С. 105-106. - Библиогр.: 6 назв.
92. Нурузова З.А. Коррекция хронического дисбактериоза кишечника / З.А. Нурузова, Н.Г. Фатхутдинова, С.З. Церетели // Патология. - Ташкент, 2001. - №2. - С. 90-91. - Библиогр.: 6 назв.
93. Пальцев А. Микробная экология кишечника и ее нарушения: Конспект врача // Медицинская газета. - 2002. - №69 (6 сент.). - С. 7-10.
94. Панчишина М.В., Олейник С.Ф. Дисбактериоз кишечника. - Киев, 2003
95. Парфенов А.И., Осипов Г.А., Богомоллов П.О. Дисбактериоз кишечника: новые подходы к диагностике и лечению // Consilium medicum. - 2001. – Том 3. №6. - С. 270-272.
96. Пастухова В.А., Зайцева О.В., Ардатская М. Д. Эффективность Хилака форте при коррекции микроэкологических нарушений в кишечнике у детей с атопическим дерматитом // Фарматека. - 2007. - N 6. - С. 78-83.
97. Петрова М.С., Попова О.П., Соловьева А.И. и др. "Нормоспектрум" в практике лечения детей с дисбактериозом кишечника // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2005. - N12. - С. 3-11.
98. Постникова Е.А., Ефимов Б.А., Володин Н.Н., Кафарская Л.И. Поиск перспективных штаммов бифидобактерий и лактобацилл для разработки новых биопрепаратов // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. - 2004. - №2. - С.64-69.. - Библиогр.: с.69 (13 назв.)

99. Пупыкина К.А. Влияние растительного сбора на дисбактериоз кишечника / К.А. Пупыкина, Н.Ж. Басченко, Г.А. Павлова, Е.А. Клыш и др // Фармация. - М., 2007. - №6. - С. 37-39. - Библиогр.: 5 назв.
100. Савченко З.И., Ющук Н.Д., Цыб А.Ф. и др. Иммуностимулирующая активность эубиотика "Биофлор" при дисбактериозе кишечника различного происхождения // Клиническая медицина. - 2000. - Том 78. №3. - С. 50-53.
101. Сайдиганиев Ш.С., Арипова Д.С., Каримов С.Ш. Эффективность применения биопрепаратов при кишечных дисбактериозах у детей // Узбекистон педиатрларининг V съезди. Тезислар туплами. Тошкент., 18-19 ноябр 2004 г. – 461-бет
102. Самарина В.Н., Сорокина О.А. Детские инфекционные болезни. С-Пб., 1994.
103. Самсыгина Г.А. Особенности становления биоценоза кишечника и кишечный дисбактериоз // Лечащий врач. - 2003. - №5. - С. 52-57.
104. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н., Овечкина Н.В. и др. Возможности коррекции нарушений микробной колонизации кишечника у детей первого года жизни // Русский медицинский журнал. - 2005. - Том 13. №18 (Детская гастроэнтерология и нутрициология). - С. 1215-1218.
105. Солопов В. Что разрушает наш союз с микробами? За многими недугами стоят дисбактериозы и кандидозы // Медицинская газета. - М., 2006. - №88 (17 ноября). - С. 11
106. Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике. С-Пб., 1993.
107. Сорокина Е.А., Балашова А.И. // Актуал. вопр. медицины: сб. науч.-практ. работ по материалам МУЗ гор. клинич. б-цы № 1 . - Новосибирск, 2005. - Т.7. - С. 409-412.
108. Справочник семейного врача. Под ред. Тена С.И. Минск, 2001.
109. Тексты для чтения по диарее. Учебное пособие для студентов. ВОЗ, Женева, 1998.
110. Урсова Н.И. Коррекция дисбактериоза кишечника у детей с

- современных позиций // Русский медицинский журнал. - 2005. - Том 13. N3 (Детская гастроэнтерология и нутрициология). - С. 144-147.
111. Урсова Н.И. Пробиотики в комплексной коррекции дисбактериоза кишечника у детей // Лечащий врач. - М., 2008. - №1. - С. 12-13
112. Урсова Н.И., Бельмер С.В. Пробиотики в коррекции и профилактике кишечных дисбактериозов // Детская больница. - 2005. - N 1. - С. 58-63.
113. Учайкин В.Ф. Актуальные вопросы острых кишечных инфекций. Педиатрия. 2003, 3: 5-11.
114. Учайкин В.Ф. Решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей. Детские инфекции. 2003, 4: 3-7.
115. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.,2001.
116. Учайкин В.Ф., Гаспарян М.О., Дорошенко Е.О., Новокшенов А.А. Применение "Пробифора" при острых кишечных инфекциях у детей // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2004. - N1. - С. 21-28.
117. Фазылова А.А. Эткина Э.И., Каюмов Ф.А. Клинико-иммунологическая характеристика детей раннего возраста с дисбактериозом кишечника // Рос.педиатр. журн. - М., 2005. - №5. - С. 45-47.
118. Феклисова Л.В., Полевой С.В., Ушакова А. Ю. Пробиотики в лечении детей с хронической гастроэнтерологической патологией // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2002. - N4. - С. 42-45.
119. Феклисова Л.Ф. Что нужно знать об инфекционных болезнях у детей. М.,2000.
120. Ходжанова Т.Р. Киличев И.А., Жаббаров М.Т. Эффективность резонансной терапии у больных с дисбактериозом кишечника: научное издание // Современные аспекты медицинской реабилитации и физиотерапии: Тез. Респ. науч.-практ. конф. (6 июня 2006 г.,г. Ташкент). - Т., 2006. - С. 122.
121. Холодова И.Н. и др. Новые возможности диагностики и лечения

- дисбиотических нарушений кишечника у детей // Русский медицинский журнал. - 2003. - Том 11. №20 (Детская гастроэнтерология и нутрициология). - С. 1124-1125.
122. Циммерман Я. С. Хронический запор. Диарея. - Пермь, 1999.
123. Циммерман Я.С. Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника и/или "синдром избыточного бактериального роста" : научное издание // Клинич. медицина. - М., 2005. - №4. - С. 14-22.
124. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Антибиотикоассоциированная диарея и псевдомембранозный колит- суть клинически манифестные формы кишечного дисбиоза: обзор: научное издание // Клинич. медицина. - М., 2005. - №12. - С. 12-19. - Библиогр.: 58 назв.
125. Чащина С.Е., Карпова Н.В., Калугина Т.В. и др. Микрофлора кишечника и иммунобиологические показатели в крови у детей перенесших острый инфекционный энтероколит.// Жур. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиологии. 2005. - №8. С. 6-9.
126. Черкасов В.Л., Лиенко А.Б., Белая О.Ф., Ковальчук Н.В. Определение антигенов шигелл в биологических средах организма у больных с хроническими заболеваниями кишечника // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2004, №4. - С. 16 - 19.
127. Чулок Т.А., Каверина К.Г., Шумова С.Л., Мацулевич Т.В., Дорошенко Е.О. Коррекция дисбактериозов кишечника у пожилых больных с использованием бифидумбактерина при разных способах введения: научное издание // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - М., 2004. - №2. - С. 76-78
128. Шаджалилова М.С. Рациональная терапия дисбактериоза кишечника у детей: научное издание // Современные аспекты медицинской реабилитации и физиотерапии: Тез. Респ. науч.-практ. конф. (6 июня 2006 г., г. Ташкент). - Т., 2006. - С. 113.
129. Шадрин С.А. Дисбактериоз кишечника у детей. Метод. рекомендации, г. Краснодар, 2005, 36 с.

130. Шарипов С. Сравнительная характеристика микрофлоры кишечника у детей в здоровом состоянии и при ОКЗ // Дизентерия и острые кишечные заболевания. -Ташкент, 2004.-вып.2.-С.80-88.
131. Шевелева С. А. Оценка безопасности и функциональной эффективности пробиотических продуктов и биологически активных добавок // Новые лекарственные препараты: экспресс-информация. - 2004. - №3. - С. 26-38.
132. Шевяков М.А. Кандидоз органов пищеварения: клиника, диагностика и лечение: автореф. дис. докт. мед.наук. - СПб., 2000. - 41 с.
133. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. - М., 2003. Т. I, С. 287.
134. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. - Том II. М., 2003, Т. II, С. 413.
135. Шептулин А.А. Синдром избыточного роста бактерий и «дисбактериоз кишечника»: их место в современной гастроэнтерологии. Российский журнал гастроэнтерологов, гепатологов, колопроктологов. 2006, №3. 13-16.
136. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни, М., 2005.
137. Шувалова Е.П., Осипова Г.П., Кроткова М.Р. Актуальные вопросы дизентерии и дисбактериоза // Эпидемиология и инфекц. болезни. - 2007. - № 1. -С. 44-48.
138. Шутьпекова Ю.О. Избыточный бактериальный рост в кишечнике: патогенетические особенности и лечебные подходы// Русский медицинский журнал. - 2003. - Том 11. №5. - С. 281-284.
139. Щербаков И.Т., Грачева Н.М., Леонтьев Н.И. и др. Влияние препарата Хилак Форте и его комбинации с антибиотиками на слизистую оболочку толстой кишки, ее контаминацию кампилобактерами и криптоспоридиями // Фарматека. - 2006. - №6. - С. 101-105.

140. Юренев П.Н., Семенович Н.И. Клиника и терапия аллергических поражений сердца. - М., 2003
141. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Лечение острых кишечных инфекций, М., 2000.
142. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е., Ахмедов Д.Р. Диагностика и дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций, М., 2000.
143. Barlett J.G. Management of Clostridium difficile infection and other antibiotic-associated diarrhoeas // Eur.J.Gastroenterol. Hepatol. - 2006. - Vol.8. - P.1054-1061.
144. Ciudin L., Peric E., Mihai, I. et al. Serological identification of Shigella flexneri strains by the coagglutination reaction // Roum. Arch. Microbiol. Immunol.-2001 -Vol 54(4). - P. 295-311.
145. De Simone C., Ciardi A., Grassi A. et al. Effect of Bifidobacterium bifidum and Lactobacillus acidophilus on gut mucosa and peripheral blood B-lymphocytes. - Immunoprarmacol. Immunotoxicol., 2001, vol. 14, 1-2 no.
146. Jacobs J., Rudenski B., Dresner J. et al. Comparison of four laboratory tests for diagnosis of Clostridium difficile-associated diarrhea // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 2001.-Vol. 5). - P. 561-566.
147. Ericsson Ch. Travel troubles // The management of acute diarrhoea: current controversies - and best practice. Materials of satellite symposium. 9 United European Gastroenterology Week. - Amsterdam, 2001.
148. Essential atlas of gastroenterology and hepatology for primary care (Ed. M.Feldman) - Philadelphia. - 2007.
149. Farthing M.J.G. Enteric infections // Recent advances in gastroenterology (Ed. R.E.Pounder) - Edinburgh-London-Melbourne-New York, 2000, Vol.8.- P. 21-39.
150. Fine K.D. Diarrhea // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease (Ed. M.Feldman et al.). - Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo/ - 6th Edition, 1998. - Vol.1.- P.128-152.
150. George W. L., Sutter V. L., Citron D., Finegold S. M. *ИЖ. clin. Microbiol.*—2002.— Vol. 9.— P. 214—219.

151. McQuaid K.R. Diarrhea // Current medical diagnosis & treatment (Ed.L.M.Tierney, S.J.McPhee, M.A.Papadakis). - 38th Ed. - Appleton & Lange. - Stamford, 2007. - P.546-552.
152. Milles A. A., Misra S. S. // J. Hyg. (Cambr.).— 1998.—Vol. 38,—P. 732.
153. Slutsker L., Ries A.A., Greene K.D. et al. Escherichia coli 0157 : H7 diarrhoea in the United States: clinical and epidemiologic features // Ann. Intern Med. - 2007. - Vol. 126. - P.505-513.
154. Speelman P. Acute diarrhoeal illness - a global perspective // The management of acute diarrhoea: current controversies - and best practice. Materials of satellite symposium. 9 United European Gastroenterology Week. - Amsterdam, 2001.
155. Tullus K-, Aronsson B., Marcus S., Mollby R. // J. clin. Microbiol, infect. Dis.—2003.— P. 390—393.
156. Willey S. H., Barleit J. G. // J. clin. Microbiol.— 2000.— Vol. 10.— P. 880—884.
157. Willis A. T. Anaerobic Bacteriology.— London
158. Wingate D. Introduction: dogma, doubt and diarrhoea // The management of acute diarrhoea: current controversies - and best practice. Materials of satellite symposium. 9 United European Gastroenterology Week. - Amsterdam, 2001.