

O. B. RAXMATOV

BOLALAR YUQUMLI KASALLIKLARI

Oliy o'quv yurtlari uchun o'quv qo'llanma

*Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi
Toshkent — 2008*

Taqrizchilar:

S.N.Boboxo'jayev — tibbiyot fanlari doktori, professor;
G.A.Ibadova — tibbiyot fanlari doktori, professor.

Qo'llanmada bolalar orasida uchrayotgan yuqumli kasalliklarning asosiy kechish xususiyatlari, etiologik tizimi, epidemiologiyasi, patogenez tizmasi, klinik kechimi va tasnifi, diagnostika usullari, uy sharoitida davolashga va kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar yoritilgan.

R 4306020900 – 52 – 2008
360(04) – 2008

ISBN 978-9943-05-225-3

© Cho'lpon nomidagi nashriyot-natbaa ijodiy uyi, 2008- y.

KIRISH

Yuqumli kasalliklar inson paydo bo'lgan vaqtdan buyon ularning hayotiga jiddiy xavf solib kelgan. Shu kungacha insoniyatga ma'lum bo'lgan yuqumli kasalliklarning deyarli barchasi chaqaloqlar, bog'cha va maktab yoshidagi bolalar orasida uchrashi ilmiy tadqiqotlar natijasida isbotlangan. Hozirgi kunda ham bu kasalliklarning bolalar orasida kuzatilayotgani va nogironlik, o'lim ko'rsatkichlariga ta'siri yuqoriligicha qolmoqda.

O'tgan asrning ikkinchi yarmiga kelib, yuqumli kasalliklar tomonidan keltiriladigan talafotlarning keskin kamayishi tibbiyotning tez rivojlanishi antibiotiklarning topilishi, zardoblar va vaksinalarning, anatoksinlarning ishlab chiqilishi bilan bog'liqdir. Vaksina, anatoksin va immunoglobulinlar yordamida boshqarish imkoniyatiga erishilgan bo'lib, bunday kasalliklar yuqumli kasalliklarning bir qisminigina tashkil qiladi. Ammo boshqarish imkoni bo'lmayotgan shunday yuqumli kasalliklar borki, ular odamlar, ayniqsa, bolalar hayotiga xavf solib kelmoqda. Yuqumli kasalliklar tibbiyotning hamma sohasida o'zining asoratlari va oqibatlari bilan namoyon bo'lib kelmoqda. Bir qator somatik kasalliklarning kelib chiqishi va rivojlanishida asosiy sabablardan biri ekanligi hech kimga sir emas.

Bolalarni yuqumli kasalliklarning biror-bir turi bilan yiliga bir necha bor kasallanishi qayd etilgan. O'z navbatida bu kasalliklarni davolashda ishlatilayotgan dori vositalari va diagnostika uchun qo'llaniladigan reaktivlarning xorij davlatlaridan kirib kelishi tibbiyotning rivojlanishiga to'sqinlik qilib, Respublikamizning iqtisodiga katta moddiy zarar keltirmoqda.

Shuni alohida aytib o'tish lozimki, antibakterial dorilarning tartibsiz, ko'rsatmalarsiz ishlatilishi ko'pgina yuqumli kasalliklar

klirik kechish davrlarini o'zgartirib, klinik, laborator tashxisotni qiyinlashtirib qo'ymoqda. Shu bilan birga qo'zg'atuvchilarning dori vositalariga bo'lgan sezgirligining kamayishiga sabab bo'lmoqda.

Respublikamizda uchramaydigan yuqumli kasalliklarning xorijdan kirib kelishi va tarqalish eptimoli borligi har bir tibbiyot xodimining bu kasalliklarni chuqur mukammal o'rganishini, oldini olishni va doim tayyor turishini taqozo qiladi.

Qo'llanmada bolalar orasida uchrayotgan yuqumli kasalliklarning asosiy kechish xususiyatlari, etiologik tizimi, epidemiologiyasi, patogenez tizmasi, klinik kechimi va tasnifi, diagnostika usullari, uy sharoitida davolashga va kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar yoritilgan bo'lib, talabalar uchun har bir mavzu fundamental test savollari bilan boyitilgan. Shuningdek, kasalliklarning kechim davomiyligiga e'tibor qaratilgan bo'lib, sog'lom shaxslardan ajratib qo'yish muddatlari jadval ko'rinishida keltirilgan.

Oxirgi yillarda atipik pnevmoniya, parranda grippi kabi kasalliklarning paydo bo'lishi va ularning bolalar orasida ham uchrash ehtimoli yuqori ekanligi tibbiyot xodimlaridan katta mas'uliyat talab etadi. Qo'llanma yoritilishida yo'l qo'yilgan kamchiliklarga bo'lgan tanqidiy yondashishlarga hamda ularni tuzatishda berilgan maslaxatlardan juda mamnun bo'lar edik.

O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIYALARNING UMUMIY KECHIMI (O'RVI)

O'tkir respirator virusli infeksiyalarning klinik kechishiga va og'irligiga qarab bir-biriga juda o'xshash belgilar namoyon bo'ladi. Shu sababli respirator virusli infeksiyalarning umumiy kechimiga to'xtalmoq zarur.

Bu guruhga gripp, paragripp, adenovirusli kasallik, reovirusli kasallik, respirator-sinsitial infeksiya va rinovirusli kasalliklar kiradi.

Kasallik bosqichlari. Yashirin davr (bir necha soatdan 14 kungacha), kasallikning avj olish davri, qaytalanish davri, rekonvalessensiya davri. Kasallik davrlarining davomiyligi uning og'irlik darajasi, etiologik turlari, asoratlari bor yoki yo'qligiga bog'liq.

Adenovirusli va respirator-sinsitial infeksiya cho'ziluvchan va to'lqinsimon kechishga moyil. Adenoviruslar organizmda uzoq muddat saqlanishi mumkin.

O'RVI larining tasnifi.

Etiologiyasiga qarab: gripp, paragripp, adenovirus, rinovirus, reovirus va respirator-sintisial viruslari.

Klinik shakliga ko'ra: manifest, bilinar-bilinmas, simptomsiz.

Og'irlik darajasiga ko'ra: yengil, o'rta og'ir va og'ir.

Kechishi bo'yicha: asoratlanmagan, asoratlangan.

Jarayon joylashgan joyiga ko'ra: rinit, adenoidit, sinusit, otit, evstaxit, faringit, tonsillit, laringit, traxeit, bronxit, bronxiolit, pnevmoniya, enterit, kon'yuktivit.

Asoratlari. Maxsus (hiqildoq torayishi, obstruktiv bronxit, nafas yetishmovchiligi, MNS ning virus bilan zararlanishi, yurak, buyraklar zararlanishi). Maxsus bo'lmagan yoki ikkilamchi bakterial infeksiya qo'shilishi (pnevmoniya, otit, laringit, bronxit, traxeit, plevrit, tonsillit, sinusit, surunkali somatik kasalliklarning qo'zishi).

Tashxisot mezonlari. Klinik diagnostika intoksikatsion va kataral sindromlarning topilishiga asoslanadi: Intoksikatsiya sindromi o'zgarish bo'yicha turlicha yengil holsizlik va subfebril haroratdan boshlanib, qattiq bosh og'rig'i, isitmalash, qusish, alaxlash, es-hushning buzilishi va tirishishlar bilan namoyon bo'luvchi og'ir darajadagi o'zgarishlar bilan kechadi. Grippda gemorragik sindrom xos bo'lib, bu burundan qon ketish, terida, ko'proq yuz sohasi, bo'yin va ko'krakning oldingi qismida uchraydigan petexiyalar bilan namoyon bo'ladi.

Kataral sindrom burun bitishi va yo'tal ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kasallik boshlanishida burunda seroz yoki seroz-shilliq suyuqlik kelib, bakterial infeksiya qo'shilgach shilliq-yiringli tus oladi. Yo'tal kasallikning birinchi kundan kuzatilib, avvaliga quruq, keyin esa nam bo'ladi. Tashxis qo'yishda jarayonning joylashgan o'rni va tarqalganligini aniq ko'rsatish kerak: rinit, adenoidit, faringit, laringit, traxeit, bronxit, bronxiolit, pnevmoniya. Laringitda hiqildoq torayishi kuzatilishi mumkin, bu dag'al tovush va «akillovchi yo'tal» fonida to'satdan nafas olishning qiyinlashuvi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Davolash usulini to'g'ri tanlash uchun nafas yo'llarining torayish darajasini aniq belgilash zarur.

Grippda oshqozon-ichak trakti tomonidan bo'ladigan buzilishlar unchalik xos emas. Gripp va respirator sintisial infeksiya O'RVI kasalliklari orasida klinik jihatdan tashxis qo'yish oson bo'lgan yagona kasalliklardir.

Laborator tashxisi: immunoflyuoressent tekshirish serologik usuli orqali dinamikada antitelalar titrining oshib borishini aniqlash usullari orqali tashxislanadi.

Asoratlanmagan O'RVI da gemogramma me'yorida yoki leykositlar sonining kamayishi, neytropeniya, limfositoz, normal yoki qisman ECHT ning oshishi bilan namoyon bo'ladi. Bakterial infeksiyaning qo'shilishi qonda o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Leykositoz, neytrofilyoz, leykoformulaning chapga siljishi, ECHT ning oshishi kuzatiladi.

Qiyosiy tashxisoti. O'tkir respirator kasalliklari, meningokokkli infeksiya, neyroinfeksiya (boshqa etiologiyali), ichak infeksiyalari, qorin tifi, toksik difteriya bilan qiyosiy tashxislash mumkin. O'RVI ni yuqori nafas yo'llarining bakterial

Hiqildoq torayishining klinik belgilari	
Darajasi	Klinik ko'rinishi
I	Dag'al «akillovchi» yo'tal, tovushning pasayishi, shovqinli nafas (zo'riqish va bezovtalanishda), nafas faoliyatida qo'shimcha yordamchi mushaklar qatnashmaydi. Nafas yetishmovchiligi belgilari yo'q.
II	Shovqinli nafas, tinchlikda inspirator hansirash, ko'krak qafasi zararlangan sohalarining qisman tortilishi. Nafas yetishmovchiligi yaqqol belgilari yo'q.
III	Nafas olish doimo qiyinchilik bilan. Nafas faoliyatida qo'shimcha mushaklar ishtirok etishi, ko'krak qafasi zararlangan sohalarining chuqur tortilishi, nafas yetishmovchiligi belgilari paydo bo'lishi, bezovtalik, rang oqarishi, ko'p terlash, sianoz, taxikardiya, nafas olganda puls to'liqlarining pasayishi.
IV	Adinamiya, tana harorati pasayishi, qorachiq kengayishi, yuzaki nafas, sianoz. Yurak faoliyatining sustlasishi, tirishish, koma. Rivojlanib, o'lim bilan tugashi mumkin.

zararlanishi, qizamiq, ko'k yo'tal, hiqildoq difteriyasi, nafas yo'llariga yot jismlar tushib qolishi bilan farqlash talab etiladi. O'RVI simptomlari bilan birga ba'zida krup sindromining bo'lishi kuzatiladi. Bu, asosan, erta yoshdagi bolalarda uchraydi.

Krup—klinik sindrom bo'lib, asosan uchta belgidan iborat: 1. Dag'al akillovchi yo'tal. 2. Ovozning bo'g'ilishi, afoniyagacha o'zgarishi. 3. Hushtaksimon shovqinli nafas. O'RVI da, asosan, yolg'on krup (oddiy chalg'ituvchi va simptomatik davo usullarini qo'llash tez naf beradi) uchraydi. Bunday paytda tashxislash qiyin bo'ladi.

Shuni esda tutish kerakki, O'RVI va o'tkir ichak infeksiyalarining birga uchrashi barcha yoshdagi bolalarda uchraydi. Ikki infeksiyaning paydo bo'lish vaqti bir vaqtga to'g'ri kelishi kamdan-kam hollarda uchrab, bittasi ikkinchisining asosida rivojlanadi. Bunday holatlar shartli patogen mikroorganizmlarining qo'zishi bilan ham namoyon bo'ladi. Tashxislashda xatoga yo'l qo'ymaslik uchun klinik, anamnestik, laborator tekshirishlar; qon tahlili, axlatni ichak mikroorganizmlariga tekshirish,

rotaviruslarga immunoferment usulida tahlili, kerak bo'lganda diareya etiologiyasini aniqlash uchun serologik tekshirishlar olib borish zarur hisoblanadi.

Adeno va reovirusli kasalliklarda oshqozon-ichak trakti zararlanishi va diareya sindromi bilan kechishida adeno va reoviruslarning roli bor. Bu viruslar bilan zararlanganda axlatda potologik aralashmalar bo'lmaydi va bir vaqtda kataral sindrom bilan birga kechadi. Bola ahvolining yaxshilanishi va kataral belgilar pasayishi bilan ichak disfunksiyasi to'xtaydi. Bakteriologik tahlillarning manfiy bo'lishi quyidagicha tashxis qo'yishga imkon beradi:

1. O'tkir virusli infeksiya. Rinofaringit. Enterit. Yengil shakli.

2. Adenovirusli infeksiya. Faringokon'yunktival isitma. Enterit. O'rta og'ir shakli.

Erta yoshdagi bolalarda kasallik klinikasida ichak burilishi simptomlari ustunlik qilsa va og'iz shilliq qavat giperemiyasi va donadorligi, rinit belgilari topilsa, rotavirus etiologiyali ichak infeksiyasi haqida o'ylash zarur. Enteritni virusli etiologiyali ekanligini tasdiqlash iloji bo'lmaganda quyidagicha tashxis qo'yiladi: O'II (enterit), kasallikning og'irlik darajasi va eksikoz simptomlari ko'rsatiladi.

O'RVI larini yuqumli kasalliklar bo'limiga yotqizib davolashga ko'rsatmalar:

Og'ir va asoratli kechgan gripp va O'RVI.

Krup sindromi uchraganda.

Hiqildoq torayishi tufayli nafas olishning buzilishi, obstruktiv bronxit.

Yaqqol hansirash bilan kechadigan pnevmoniya.

O'RVI larini uy sharoitida davolash:

3—5 kundan kam bo'lmagan yotoq rejimi.

Parxez. Kasallik boshlanishida sut va sut mahsulotlari. Ko'plab suyuqliklar, o'tli damlamalar (harorat tushiruvchi va ter ajratuvchi), ovqatni piyoz va sarimsoqning qirindisidan foydalanib tayyorlash yaxshi foyda beradi.

— Etiotrop davolash: remantadin kasallikning birinchi kunlarida berilsa samarasi baland bo'ladi. Interferon tomchi shaklida burunga tomiziladi. Bir yoshgacha va immuniteti past nimjon bolalarga grippga qarshi immunoglobulin 1—3 ml m/o ga tavsiya

qilinadi. Immunoglobulin kasallikning og'ir shakllarida katta yoshdagi bolalarga ham in'eksiya qilinishi mumkin.

O'RVI larni Antibakterial dorilar bilan davolashga ko'rsatmalar:

- ikki yoshgacha bo'lgan bolalar;
- O'RVI ning og'ir shakllari;
- asoratlangan holatlarda;
- surunkali kasalliklari bor bemorlar;
- homilador ayollar;
- keksa yoshdagilar;
- mikst (boshqa infeksiyon kasalliklar bilan qo'shib kelishi)

infeksiya hollarida.

Ko'rsatmalarga qarab patogenetik va simptomatik davo o'tkaziladi. Burun, halqum shilliq qavatini chayish uchun romashka damlamasidan ishlatiladi.

Simptomatik davoni talab qilinadigan holatlardan biri isitma hisoblanadi. Harorat ko'tarilishi yuqumli jarayonning asosiy ko'rinishlaridan biridir. Isitma organizmning infeksiyon omilga javob reaksiyasi hisoblanadi. Tana harorati ko'tarilganida (38,5°C) barcha himoya reaksiyalari, jumladan, immun reaksiyalar tezda kuchayadi. Bu bemor organizmi uchun qo'zg'atuvchilarga qarshi kurashishda foydali hisoblanadi.

Tana haroratining yuqori bo'lishi bemorda qo'zg'aluvchanlik, ta'sirechanlik, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, ishtaha susayishi, ko'ngil aynishi, qusish kabi belgilar bilan birga kechadi. Haroratning to'satdan ko'tarilishi bolalarda tutqanoq, ba'zan epilepsiya hurujlari rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Bunday holatning rivojlanishi harorat tushiruvchi va tutqanoqqa qarshi preparatlar tavsiya qilishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Bu maqsadda tarkibida parasetamol saqllovchi sirop va shamcha shaklidagi «Bolalar panadoli»ni ishlatilishi mumkin.

Yopishqoq va qiyin ajraluvchi balg'amli yo'tal bo'lganda balg'am ko'chiruvchi dorilar tavsiya qilinadi.

Laringotraxeit belgilari kuzatilganda bemorlarga yo'talga qarshi dorilar bilan birga bug'li ingalyatsiyalar, xonaning namligini baland qilish foydali. Hiqildoq torayishining II—III darajasida namlangan kislorod berib turish tavsiya qilinadi.

Hiqildoq torayishining I darajasida naftizinni ingalyatsiya usulida yoki intranazal qo'llash mumkin. Naftizinning 0,05 % li eritmasi 1,5 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,3 ml va katta yoshli bolalarga 0,5 ml qo'llaniladi. Bunda bolalar o'tirgan holatda boshini orqaga egib turganda burun orqali kiritiladi. Eritmaning hiqildoqqa tushganligi yo'tal tutishi bilan bog'liq. Umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar va vitaminlar tavsiyasi ham juda muhim. Ko'pincha uy sharoitida fizioterapevtik muolajalardan bolani issiq qilib o'rash, isitish, gorchichniklar, bankalar qo'llaniladi. Tumov va yo'tal fitojamlanmalar yordamida davolanadi. Bola harorati me'yorlangach uni cho'miltirish va toza havoda sayr qildirish mumkin.

Tuzalish mezonlari: 7—10 kundan so'ng kasallikning barcha simptomlari yo'qolsa va asoratlarni kuzatilmasa bemorni sog'aygan deb hisoblash mumkin. O'RVI ning asoratlanmagan shakllarida tashxisni laborator tasdiqlash talab qilinmaydi. Biroq ko'rsatmalarga ko'ra kasallikning bakterial asoratlarida qonning qayta tahlili, siydik tahlili va ko'krak qafasi rentgenogrammasi qilinishi kerak. Tuzalishdan keyingi nazorat: O'RVI ning yengil, o'rta og'ir, asoratsiz shakllarida shart emas. Og'ir asoratli kechganida dispanser kuzatuv davomiyligi, profilaktik emlashlar bola umumiy ahvoriga bog'liq bo'ladi. Bemor 7—10 kun davomida boshqalardan ajratib qo'yiladi. Epidemiyada vaqtida karantin e'lon qilinadi. Immuniteti sust bolalar va chaqaloqlarga har bir oyda profilaktik maqsadda grippga qarshi immunoglobulin qilinishi mumkin. Bundan tashqari interferon, dibazol, askorbin kislota ham tavsiya qilinadi. Bu preparatlarning immun tizimini kuchaytirish xususiyati bor. Bemor yashab turgan joylarni dezinfeksiya qilish talab qilinmaydi, lekin bemor yotgan uy nam latta bilan artilib xonani shamollatib turish kerak.

Immunizatsiya. Grippga qarshi vaksina bilan emlash yuqori xavfli guruhga kiradigan bolalarga qilinishi mumkin. Katta yoshlarda emlash epidemiyadan oldin yoki epidemiyada vaqtida maxsus ishlov berilgan vaksina yordamida qilinadi. Har bir epidemiyani keltirib chiqaruvchi yangi serologik guruhga nisbatan maxsus vaktsinalar ishlanadi. Shunday vaktsinalardan foydalanish yaxshi natija beradi. Bu maqsadda ishlov berilgan kuchsizlantiril-

gan «Vaksigripp» vaksinasi ishlatishga ruxsat etilgan. O'RVI ning boshqa qo'zg'atuvchilariga qarshi emlash qilinmaydi.

O'RVI da ishlatiladigan muhim so'zlar:

Viruslar, havo-tomchi, nafas yo'llarining yallig'lanishi, zaharlanish, yolg'on krup, harorat, oshqozon ichak tizimi yallig'lanishi, qo'sh zardob usuli, viruslarga qarshi dorilar, simptomatik va patogenetik davo, interferon, vaksigripp, remantadin.

O'RVI da qo'llaniladigan fundamental test savollari:

1. O'RVI larning qo'zg'atuvchilari.
2. O'RVI da kasallik manbai.
3. O'RVI da yuqish yo'llari.
4. O'RVI kasalligida moyillik.
5. O'RVI da mavsumiylik.
6. O'RVI da zararlanadigan a'zolar.
7. O'RVI da har bir nozologik birlikning kechim davomiyligi.
8. O'RVI da asosiy klinik, patognomonik belgilar.
9. O'RVI ning klinik tasnifi.
10. O'RVI da tashxisot usullari.
11. O'RVI ning taqqoslash tashxisoti.
12. O'RVI ning klinik kechish davomiyligi.
13. O'RVI ga xos maxsus asoratlar.
14. O'RVI ga xos nomaxsus asoratlar.
15. O'RVI ni uy sharoitida davolashga ko'rsatmalar.
16. O'RVI ni kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar.
17. O'RVI ning oldini olish usullari.
18. O'RVI da antibiotiklar berishga ko'rsatmalar.

GRIPP

Asosiy xususiyatlari. Yashirin davri bir necha soatdan 1—2 kungacha, kasallik to'satdan boshlanadi, ommaviy epidemiya keltirib chiqaradi, yuqori va o'rta nafas yo'llari yallig'lanadi, bosh og'rig'i, ko'z kosachasi va olmalarida og'riq, oyoq-qo'l mushaklari harakatlantirilganda og'riq, yuqori harorat, zaharlanish belgilari baland bo'ladi, kasallik qisqa vaqt (3—6 kun) davom etadi.

Gripp to'satdan boshlanuvchi yuqumli kasallik bo'lib, yuqori zaharlanish belgilari, nafas yo'llari yallig'lanishi, bosh, ko'z olmalari va kosachasi, oyoq-qo'l mushaklarida og'riq va kasallikning qisqa muddatda davom etishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi ortomiksoviruslar oilasiga kiruvchi filtrlanuvchi virusdir. Antigenlik xususiyatiga qarab A, C, B turdagi viruslar ajratiladi. Sovuq va muzlatishga chidamli. A turidagi viruslarning gialuronidaza (H) va neyraminidaza (N) fermentlari mavjud bo'lib, ularning juda ko'p ko'rinishlari mavjud (H1N2 va h.k.).

Gripp viruslari o'zida RNK moddasini tutadi. Bu RNK moddasi komplement bog'lab olish qobiliyatiga ega bo'lib, u antigen tuzilishi, antigenlik xususiyatini tezda o'zgartira olish bilan ta'riflanadi. Gripp bilan qayta-qayta kasallanish qo'zg'atuvchining yangi shtammlarining paydo bo'lishiga imkon yaratadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: bemor odam, ayniqsa, kasallik avj olgan davrda, ko'pincha grippning belgilarsiz kechadigan turini boshidan kechirganlar ham infeksiya manbai hisoblanadi. Yuqish yo'li: kasallik asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Moyillik: kasallikka chalinish xavfi barcha yoshdagilar uchun yuqori hisoblanadi. Ammo bolalar orasida

bu ko'rsatkich yuqori. Kasallikni boshidan kechirgan shaxslarda chaqirgan virusning antigenlik turiga nisbatan immunitet hosil bo'lishi bilan yakunlanadi. Hosil bo'lgan immunitet ko'pgina omillarga bog'liq ravishda (yoshga, organizmning individual reaktivligiga va boshqa) bir necha vaqtgacha saqlanib turishi mumkin.

Kasallik katta epidemiyalarga, hatto pandemiyalarga sabab bo'lishi mumkin. Mavsumiyliigi: kasallik asosan yilning sovuq fasllarida uchraydi.

Patogenezi. Virus organizmga yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatlarini orqali kirib, so'ng qonga so'rilib tarqaladi. Bu, o'z navbatida, intoksikatsiya belgilarining rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Nafas yo'llarining shilliq qavatida yallig'lanish keltirib chiqaradi, shuningdek, nerv, yurak va qon tomir sistemasini zararlantiradi.

Grip, virusi umumiy zaharlanishga sabab bo'lib, organizm chidamliligini susaytiradi, bu esa ikkilamchi infeksiyaning (patogen bakteriya, virus, zamburug'lar) qo'shilishiga imkon yaratadi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri bir necha soatdan bir-ikki kungacha davom etadi. Kasallik ko'pincha to'satdan, yuqori harorat bilan boshlanib, bunda ba'zan kasallik oldi belgilari ham kuzatiladi. Kasallikka umumiy zaharlanish (bosh og'rig'i, adinamiya, mushaklarda og'riq, giperesteziya) belgilari xosdir.

Shu bilan birga soxta krup, qorinda og'riq, qayt qilish, ba'zida ich ketishi, gemorragik belgilar (burundan qon oqishi), qaltirash, es-hushining kirdi-chiqdi bo'lishi kabilar yuz beradi. Kataral belgilar yutinganda tomoqda og'riq, tomoq qichishi, quruq yo'tal kabilar bilan namoyon bo'ladi.

Yurak qon tomir sistemalari tomonidan avvaliga taxikardiya, gipertoniya kuzatilsa, keyinchalik bradikardiya va gipotoniya almashinadi. Zaharlanish belgilari qanchalik kuchli bo'lsa, yurak-qon tomir va asab sistemasida zararlanish shunchalik ko'p kuzatiladi.

Bu sistemalar tomonidan klinik belgilar yaqqol namoyon bo'ladi.

Tasnifi. Klinik kechimiga qarab gripp: yengil, o'rta, og'ir.

Shakliga qarab: tipik, chaqmoqsimon va toksik shakllari. Asoratlanishiga qarab: asoratlanmagan va asoratlangan turlarga bo'linadi.

Asoratlanmagan grippning yengil va o'rta og'irlikdagi kechimida kasallik yaxshi oqibat bilan tugaydi. Kasallik davomiyligi 3—6 kunning tashkil qiladi. Kechimi 7 kundan ko'p davom etsa, asoratlangan gripp haqida o'ylashga asos bo'ladi.

Kasallik boshlanishida qonda qisqa muddatli leykositoz, keyinchalik esa leykopeniya, limfositoz, monositoz va normal yoki bir oz tezlashgan eritrotsitlarning cho'kishi aniqlanadi. Haroratning egri chizig'i ko'pincha ikki to'liqlikdan iborat bo'ladi.

Isitmaning davomiyligi 2—3 kun bo'lib, ba'zan 5—6 kun, asoratlangan hollarda esa uzoqroq muddatga cho'ziladi. Avvaliga quruq, 2—3 kundan keyin balg'amli yo'tal bezovta qiladi va 4—7 kun davom etadi. Umumiy zaharlanish, bosh og'rishi, holsizlik, bosh aylanishi, ishtahaning yo'qolishi kuzatiladi. Nimjon, sun'iy ovqatlanuvchi chaqaloqlarda ko'proq kon'yunktivit, burun, yutqin shilliq pardalarida, burun yo'llarida bo'ladigan kataral o'zgarishlar xarakterlidir va ko'pincha laringotraxeit, bronxit, bronxiolit, zotiljam kabi asoratlar rivojlanadi. Ikkilamchi mikroflora qo'shilgan vaqtda krup sindromi uzoq muddat davom etib, ba'zan to'liqsimon kechadi.

Bunda yumshoq tanglayning shilliq qavatida, traxeyada shish va gemorragik o'zgarishlar, shuningdek, yiringli va nekrotik yallig'lanish kuzatiladi. Yangi tug'ilgan bolalarda gripp nisbatan yengilroq kechadi (onadan o'tgan immunitet hisobiga). Ba'zan xastalik gumoral immunitetning bo'lmasligi sababli og'ir holda o'tib, bakterial sepsisning qo'zg'alishiga sababchi bo'ladi.

Asoratlari. Aksari yosh bolalarda uchrab turadi. Og'ir asoratlardan biri zotiljamdir. Shuningdek, sinusitlar, stomatitlar, laringit, otit, ba'zida ensefalit ham kuzatiladi. Infekcion-toksik karaxtlik, o'pka va miya shishi, yurak-qon tomir yetishmovchiligi va tomir ichi qon ivish sindromi (DVS) kabi asoratlar kuzatilishi mumkin.

Tashxisi. Tashxis qo'yish klinik va epidemiologik usulda olib boriladi. Laboratoriya usullaridan erta diagnostika maq-

sadida burun-halqumdan olingan surtmadan immunoferment analizi (IFA) usulida virus RNK sini topish qo'llaniladi. Gemagglyutinatsiya reaksiyasi, gemagglyutinatsiyani to'xtatish reaksiyasi yordamida (juft zardob usulida) virusni neytrallovchi antitelolar titrining o'sishini aniqlash bilan retrospektiv tashxis qo'yiladi. Buning uchun kasallikning birinchi kunlarida va 5—6 kun o'tkazib ikkinchi marotaba qon zardobi tahlil qilinadi. Bunda antitelolar titri birinchi marotaba aniqlanganidan 4—5 barobar ortgan bo'lishi lozim. Rinositokopiya, shuningdek, virusni ajratish usullaridan foydalaniladi.

Taqqoslash tashxisoti. O'tkir respirator kasalliklarining boshqa turlari, shuningdek, qizamiq, ko'k yo'tal, gemorragik isitma, qorin tifi kabilar bilan differensial tashxis qilish lozim.

Oqibati. Asoratlarsiz kechganda tuzalish bilan yakunlanadi. Kasallik yosh bolalarda bir qadar og'irroq kechib, boshqa kasalliklarga beriluvchan bo'lib qoladi. Ko'p hollarda kasallikdan keyingi asteniya holati kuzatiladi. Maxsus asoratlarning oqibatlari ham uchraydi.

Davolash. Asosan simptomatik bo'lib, ko'rpa-to'shak qilib yotish, issiq saqlanish, to'la quvvatli ovqatlanish, yotoqxonalarini tez-tez shamollatib turish va isiriq tutatish chorolari qo'llaniladi. Simptomatik va patogenetik davo muolajalari buyuriladi. Yallig'lanishga qarshi, haroratni tushiruvchi, og'riqni qoldiruvchi dori vositalaridan (parasetamol, panadol, efferalgan upsa, analgin, amidopirin, va h.k.) va antigrippindan foydalaniladi. Remantadin dorisidan kasallikning boshlanish davrlarida foydalanilsa yaxshi natija beradi. Viruslarga qarshi preparatlar ko'rsatmalarga asoslanib buyuriladi. Virazol (ribavirin) kuniga 10 mg/kg tavsiya qilinadi. Antibakterial vositalar bilan davolashga ko'rsatmalar quyida keltirilgan.

Uy sharoitida davolashga ko'rsatmalar: kasallikning yengil va o'rta og'ir shakllari hamda asoratlanmagan turlari davolanadi.

Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar: kasallik og'ir kechganda, asoratlangan turlari, anamnezida qo'shimcha kasalliklari bor bolalar, qariyalar va tutqanoqga moyil shaxslar kasalxonaga yotqizilib davolanishadi.

Profilaktikasi. Umumiy sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish tadbirlarini tashkil qilish, bemorlarni barvaqt sog'lom shaxslardan ajratib qo'yish, bolalarni muntazam chiniqtirib borish tavsiya qilinadi.

Profilaktika maqsadida grippga qarshi interferon burun yo'llariga tomiziladi. Remantadin preparatini qo'llash tavsiya qilinadi. Oksalin va frolenal surtmalari burunga surtiladi. Profilaktika va davolash maqsadida grippga qarshi immunoglobulin bolalarning yoshiga mos qilib tayinlanadi. Epidemiologik murakkab vaziyatlarda grippga qarshi tipospesifik vaktsina qo'llaniladi.

Nospesifik immun javobni kuchaytirish maqsadida interferonogenezni yaxshilash maqsadida amiksin, sikloferon, megasin kabi preparatlari buyuriladi.

PARAGRIPP (Paragrippe)

Asosiy xususiyatlari. Kasallik o'tkir boshlanadi, kasallik davomiyligi 7—10 kunni tashkil etadi, intoksikatsiya belgilari sust rivojlanadi, asosan yosh bolalar kasallanadi, ko'pchilik hollarda krup sindromi rivojlanadi.

Paragripp—o'tkir virusli, yuqumli kasallik bo'lib, qisqa muddatli isitma va zaharlanish, yuqori nafas yo'llarining zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi viruslar bo'lib, tarkibida RNK saqlaydi. Paragripp viruslarining 4 xil serotipi ajratilgan (PG-1, PG-2, PG-3, PG-4). Ular tashqi muhitga chidamsiz. Qizdirilganda tez halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam. Yuqish yo'li: havo-tomchi yo'li orqali. Kasallikga moyillik: ko'proq 2—3 yoshdagi bolalar kasallanadilar. 5 yoshga yaqinlashgan bolalarning 90 foizidan ortig'ida paragripp virusiga qarshi antitelolar paydo bo'lib ulguradi. Mavsumiylik: kasallanish yilning sovuq vaqtlarida ko'payadi.

Immunitet spesifik bo'lib, nisbatan turg'un bo'ladi.

Patogenezi. Paragripp viruslari bola organizmiga yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalari orqali tushib, nafas yo'llari epiteliysini zararlantiradi. So'ng virusemiya kuzatiladi, bunda organizm zaharlanishining bir qator belgilari aniqlanadi. Viruslarning turlariga qarshi maxsus antitelolar paydo bo'lishi bilan tugallanadi.

Klinikasi. Yashirin davri 2—7 kun. Kasallikning asosiy alomatlari yuqori nafas yo'llarining zararlanishi belgilaridan iborat bo'ladi. Kasallik ko'p hollarda asta-sekin, tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Umumiy zaharlanish alomatlari kamdan-kam hollarda kuzatilib, unchalik kuchli bo'lmaydi.

Y-6839/1 17

Bolalarda birinchi navbatda nafas yo'llarining kataral o'zgarishlari namoyon bo'lib, kuchli yo'tal, burun yo'llarining berkilib qolishi, laringotraxeit, bronxit va ba'zan bronxiolit aniqlanadi. Yengil sklerit, kon'yunktivit kuzatilishi mumkin. 1 yoshdan 2—3 yoshgacha bo'lgan bolalarda yolg'on krup sindromi ko'proq ifodalanadi. Krup ko'p hollarda tana harorati ko'tarilmasdan namoyon bo'ladi. Yo'tal 20—25 kungacha saqlanishi mumkin. Kasallik o'rtacha 10—14 kun davom etadi. Kam hollarda asorotlar (otit, sinusit, pnevmoniya) qoldiradi, oqibati yomon tugamaydi.

Tashxisoti. Paragrippni klinik ma'lumotlarga qarab tashxis qo'yish ancha mushkuldir. Ko'pincha eng ko'p tarqalgan va qulay bo'lgan serologik usuldan foydalaniladi. Yangi zardoblardagi KBR dan 7—10 kun oralatib qo'llaniladi. O'sib borish davomida titr miqdorining 4 marta va undan oshishi tashxis titri hisoblanadi.

Taqqoslash tashxisoti. Paragrippni gripp va virusli etiologiyali (adeno, rino, respirator-sinsitial viruslar va boshq.) va bakterial etiologiyali (stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchalari, shartli patogen mikrofloralar va boshq.) respirator kasalliklar bilan differensial tashxis qilish zarur.

Davosi. Maxsus davolash usuli yo'q. Davolash sintomatik va patogenetik vositalarini tayinlashdan iborat. Asorotlar rivojlanib borgan hollarda antibiotiklar qo'llanadi. Odatda bolalarga qisqa davolash kursi davomida ampitsillin va boshqa sintetik antibiotiklar, shuningdek, yallig'lanishga qarshi vositalar, desensibillovchi preparatlar, vitaminlar, ingalyatsiyalar tayinlanadi. Krup sindromi kuzatilganda nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklashga qaratilgan choralar olib boriladi. Buning uchun bronxolitiklar, steroidli yallig'lanishga qarshi preparatlar (prednizolon, deksametazon, gidrokortizon va boshq.), shishga qarshi siydik qaydovchi vositalar, oyoqqa issiq grelkalar, dorili-bug'li ingalyatsiyalar qo'llaniladi. Nafas yetishmovchiligi yuzaga kelgan hollarida kislorod berish, nafas yo'llariga intubatsion nay qo'yish yoki traxeostomiya qilish zarur.

Profilaktikasi. Gripp yoki boshqa O'RVI kasalliklari kabi olib boriladi.

ADENOVIRUSLI KASALLIK

Patognomonik belgilari. limfa tugunlari va ko'z zararlanadi, isitma bo'ladi, jigar va taloq kattalashadi, murtak bezlari va regional limfa tugunlari kattalashadi, kasallik 2—3 hafta davom etadi.

Adenovirus kasalliklari isitma, yuqori nafas yo'llari, kon'yunktiva, regional limfa bezlari zararlanishi va jigar, taloqning kattalashishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Adenoviruslar yuqori nafas yo'llari kasalliklari bilan og'rikan bolalarning 5—10 foizida kuzatiladi. DNK saqlaydigan viruslar turkumiga kirib, umumiy maxsus antigenlar guruhiga ega va 30 dan ortiq serovarlari mavjud. Ular tashqi muhitga chidamsiz. Adenoviruslarning ko'p guruhi kalamush va rezus maymunlarning eritrositlarini agglyutinatsiya qiladi. Bolalar ko'pincha 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 21 turdagi adenoviruslarga chalinadilar. Adenovirus infeksiyasi davomida rivojlanadigan immunitet o'ziga xos bo'lib, organizmda uzoq saqlanmaydi. Immunitet tipospesefikdir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam hisoblanadi. Kasallik yuqish yo'li: asosan havo-tomchi yo'li bilan, ba'zan hazm organlari orqali alimentar va maishiy muloqot yo'li orqali ham yuqishi mumkin. Bolalar muassasalarida ba'zan kasallikning avj olish hollari kuzatiladi.

Moyillik. Kattalarga nisbatan bolalarda ko'proq uchraydi. Bolalarning bu kasallikka moyilligi hamma yoshda, ayniqsa, 6 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi.

Mavsumiylik. Kasallik asosan yilning sovuq fasllarida ko'p qayd qilinadi, yoz oylarida uchrab turish xususiyatiga ega.

Patogenezi. Qo'zg'atuvchining kirish darvozasi yuqori nafas yo'llari hisoblanadi. Nafas yo'llari shilliq qavat epiteliylarida

va murtak bezlarida viruslarning ko'payishi kuzatiladi. Shu bilan birga hujayralar shikastlanishi kuzatilib eksudativ o'zgarishlar namoyon bo'ladi. Nafas yo'llari zararlanishi bilan bir vaqtning o'zida kon'yunktiva va ichak epiteliylarida ham patologik jarayon rivojlanadi. Viruslarning qonga so'rilib virusemiya chaqirishi jigar, taloq va boshqa a'zolarining zararlanishiga sababchi bo'ladi.

Klinikasi. Yashirin davri 4—14 kungacha davom etib, o'rtacha 5—7 kunni tashkil etadi. Klinik kechimi xilma-xildir, kasallik nafas yo'llarining turli qismlarining (rinofaringit, rinofaringotonzillit, laringotraxeobronxit), shuningdek, kon'yunktivit, keratokon'yunktivit, faringokon'yunktival isitma, adenovirusli pnevmoniya kabi ko'rinishlarini qamrab oladi. Kasallik o'tkir tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanib, zaharlanish belgilari asta-sekin rivojlanadi. Isitma 8—14 kungacha davom etib, ba'zi hollarda to'liqinsimon tus oladi. Bemorlarning yuqori nafas yo'llari qizargan, shishgan bo'ladi. Avvaliga shilimshiq, keyinchalik yiringli eksudat ajraladi. Murtak bezlari va regionar limfa tugunlari kattalashadi.

Kasallik isitmaning yuqori bo'lishi, goho ikki to'liqinli o'tishi, ba'zan esa intoksikatsiya, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, ichning suyuq kelishi, ko'pincha ko'z kon'yunktivasi (bir yoki ikki tomoni) ning zararlanishi bilan kechadi va 6—12 kungacha davom etadi. Go'dak bolalarda pnevmoniya rivojlanib, og'ir—atipik o'tishi mumkin. Bemorlarning jigari va ba'zi hollarda talog'i kattalashadi.

Tashxisoti. Kasallikka klinik-epidemiologik tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Adenovirus kasalliklariga erta tashxis qo'yish usullaridan biri immunoflyuorensiyadir. Shuningdek, viruslarni neytrallaydigan va komplement bog'lovchi antitelolar titrini aniqlashdan foydalaniladi, bunda antitelolarning 4 marta va bundan ko'proq oshishi tashxis titri musbat hisoblanadi.

Taqqoslash tashxisoti. O'tkir respirator kasalliklar, infeksiyon mononukleoz, difteriya kabi kasalliklar bilan o'tkaziladi.

Asoratlari. Ko'zning shox pardasining yallig'lanishi og'ir asoratlar berib, bemorni ko'r qilib qo'yishgacha olib kelishi mumkin.

Davosi. Uy sharoitida kasallikning yengil, o'rta og'ir va asoratlanmagan turlari davolanadi. Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar: kasallik og'ir kechganda, asoratlangan turlari, pnevmoniya, ichaklar zararlanishi bilan kechganda va anamnezida qo'shimcha kasalliklari bor bolalar kasalxonaga yotqizib davolanishadi. Davo muolajalari simptomatik ravishda olib boriladi. Interferon preparatlari qo'llanilishi tavsiya qilinadi.

Oksalin malhamidan burun shilliq qavatiga surtish uchun foydalaniladi. Viruslarga qarshi preparatlardan ham foydalanish mumkin.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi yo'qligi sababli umumiy oldini olish usullaridan foydalaniladi.

RESPIRATOR-SINSITIAL INFEKSIYA (RSI)

Patognomonik belgilari. Yashirin davri grippga nisbatan uzoqroq davom etadi (2–7 kun), kasallik asta-sekin boshlanadi, zaharlanish belgilari juda sust bo'ladi, nafas yo'llarining pastki qismi, bronx va bronxiolalar zararlanadi, astmatik sindrom rivojlanadi, yosh bolalarda ko'proq uchraydi, kasallik davomiyligi 2–3 hafta davom etadi.

Respirator-sinsitial infeksiya bolalarda nafas olish a'zolarining pastki qismi zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, emizikli va yosh bolalarda ko'pincha bronxopnevmoniya va pnevmoniya rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. RSI virusi tarkibida RNK tutadigan viruslarga mansub bo'lib, paramiksoviruslar oilasiga kiradi. Viruslar tashqi muhitga chidanisiz bo'lib, efirning 20% li eritmasida parchalanib ketadi. Qizdirilganda faolligini yo'qotadi, dezinfektsiyalovchi vositalar ta'sirida tezda halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam infeksiya manbai hisoblanadi. Yuqish yo'li: RSI virusi havo-tomchi orqali yuqadi. Moyillik: kasallik go'dak bolalarda va immuntanqislik bilan og'rigan bolalarda ko'proq uchraydi. Ona organizmidan bolaga plasenta orqali o'tgan antitelolar himoya ahamiyatiga ega emas. Mavsumiylik: kasallik asosan sovuq oylarda kuzatiladi.

Patogenezi. Viruslar nafas yo'llariga tushib, asosan pastki nafas yo'llarida yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaradi, bu esa, o'z navbatida, shilliq qavatning shishishiga va bronxiolalarning torayishiga olib keladi. nafas yo'llarining berkilib qolishi o'pka atelektaziga sabab bo'ladi, emfizema rivojlanadi, oqibatda nafas olish qiyinlashadi va astmatik sindrom rivojlanadi. Natijada nafas yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'ladi. Shu bilan birga ikkalamchi infeksiya ham yuzaga kelishi mumkin.

Bemor organizmida oʻziga xos maxsus antitelolar ishlab chiqariladi.

Klinikasi. Yashirin davri 2 kundan 7 kungacha. Kasallik bir yoshgacha boʻlgan bolalarda oʻtkir boshlanishi mumkin, katta yoshdagi bolalarda asta-sekin boshlanadi.

Tumov faringit belgilari bilan boshlanib aksirish qoʻshiladi. Zaharlanish belgilari juda sust yoki umuman boʻlmasligi mumkin. Tana harorati subfebril darajada boʻladi. Baʼzida febril darajagacha koʻtarilishi mumkin.

Burundan avvaliga serroz, keyinchalik esa yiringli eksudat ajraladi. Burni bitadi va bemor ogʻzi orqali nafas oladi, chaqaloqlar juda notinch boʻlib, onasini emishdan bosh tortadi va yaxshi uxlay olmaydilar. Oʻpka eshitib koʻrilganda (nafas olinganda) qisqa nam xirillashlar eshitiladi. Nafas chiqarish qiyinlashadi. Ekspirator hushtaksimon nafas eshtiladi. Burunlab uchburchagida sianoz paydo boʻlib, bolada nafas yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi. Koʻkrak yoshidagi bolalarda yuqori harorat boʻlganda tutqanoqlar kuzatilishi mumkin.

RSI ning asosiy belgisi yoʻtal boʻlib, u doimiy xarakterga ega boʻladi va 2--3 haftagacha saqlanishi mumkin. Nafas olishning tezlashishi va taxikardiya ham kuzatiladi. Perkutor tekshirilganda koʻkrak qafasi ustida qutisimon tovush eshitiladi. Koʻkrak qafasi rentgen orqali tekshirilganda unchalik oʻzgarishlar kuzatilmaydi, baʼzan emfizema boʻlganligi aniqlanadi.

Respirator-sinsitial infeksiyaning klinik turi uning qanday kechishiga bogʻliq. Bu kasallik katta yoshdagi bolalarda kichik yoshdagi bolalarga qaraganda yengilroq kechadi. Immun oʻzgarishlar boʻlganda kasallik surunkali tus olishi obstruktiv bronxit va infeksiyon allergik astma kasalligining kelib chiqishiga sababchi boʻlishi mumkin. Kasallikning oʻrtacha davomiyligi 1--2 hafta hisoblanadi. Periferik qonda leykositlar miqdori oʻzgarmaydi. ECHT (eritrositlarning choʻkish tezligi) normal holda boʻladi.

Tashxisi. Tashxis klinik va epidemiologik koʻrsatkichlarga asoslanib qoʻyiladi. Yangi qon zardobidagi virusni neytrallaydigan titrning oshib borishini aniqlash ham muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, halqumdan olingan surtmani

antitelolarning flyuoressirlanish usuli orqali ham maxsus antitelolar aniqlanadi.

Differensial tashxis. Turli etiologiyali O`RK guruhi, allergik kasalliklar va obstruktiv bronxit bilan qilinadi.

Davosi. Uy sharoitida kasallikning yengil va o`rta og`ir shakllari davolanadi. Kasalxonaga yotqizishga ko`rsatmalar: og`ir kechganda, asoratlangan holatlar va bir yoshgacha bo`lgan bolalar. Simptomatik va patogenetik muolajalar o`tkaziladi. Kasallikning yengil turida dorili ingalyatsiya qilish, ovqatlanishni to`g`ri tashkil etish, og`ir hollarda va asoratlari rivojlanganda odatdagi terapevtik miqdorlarda antibiotiklar va bronxolitik vositalar tayinlash zarur. Maxsus davolash usuli yo`q.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi ishlab chiqilmagan.

RINOVIRUSLI INFEKSIYA

Patognomonik belgilar. Harorat ko'tarilmaydi, zaharlanish belgilari bo'lmaydi, burundan shilimshiq oqadi, burun bitadi, kasallik 2—3 hafta davom etadi.

Rinovirus infeksiya o'tkir yuqumli tumov kasalligi bo'lib, umumiy intoksikatsiya belgilarisiz rinit bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Rinoviruslar tarkibida RNK tutadigan viruslar turkumiga kiradi. Ularning 100 dan ortiq serologik turi mavjud. Tashqi muhitga chidamli.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam. Yuqish yo'li: havo-tomchi yo'li orqali. Moyillik: hamma yoshdagi shaxslarda qayd qilinadi. Mavsumiylik: kasallik asosan kuz va bahor oylarida ko'p uchraydi.

Klinikasi. Yashirin davri 1—6 kun. Kasallik kataral alomatlar bilan o'tkir boshlanadi. Avvaliga aksa urish, tomoq qichishi kabi belgilar bezovta qilib, keyinchalik tumov qo'shiladi va bir necha soatdan keyin burundan serroz shilimshiq ajrala boshlaydi. Shilimshiq ko'p ajralishi natijasida burun qanotlarida eroziyalar paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida ko'zdan ko'z yoshi oqishi va quruq yo'tal ham kuzatiladi. Hid va ta'm bilish sustlashadi. Kasallik 5—7 kun davom etadi.

Tashxisoti. Burundan sitoskopiya qilish maqsadida material olish va klinik belgilarning namoyon bo'lishiga qarab olib boriladi.

Davosi. Simptomatik davo muolajalari o'tkaziladi. Tumov belgilari kuzatilsa burun orqali nafas olishning osonlashishini ta'minlash maqsadida naftizin, galozalin, sanorin kabi vositalar ishlatiladi.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi ishlanmagan.

REOVIRUSLI INFEKSIYA

Asosiy belgilari. Nafas yo'llari bilan birgalikda oshqozon-ichak trakti zararlanadi.

Zaharlanish belgilari sust rivojlanadi, kasallik 5–6 kun davom etadi. Ich suyuq ketadi, qayt qiladi.

Reovirusli infeksiya o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, nafas a'zolari va oshqozon-ichak traktining zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi reviruslar oilasiga mansub bo'lgan viruslar tomonidan chaqirilib, ularning 3 ta tipi aniqlangan bo'lib har bir tipining serovarlari mavjud.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam. Yuqish yo'li: havo-tomchi yo'li va najas-og'iz mexanizmi orqali, maishiy-muloqot yo'li orqali ham inkor etilmaydi. Moyillik: ko'p hollarda yosh bolalarda kasallik qayd qilinadi. Mavsumiylik: kasallik asosan qish faslida, ya'ni sovuq oylarda sporadik ko'rinishda uchraydi.

Patogenezi. Yetarlicha o'rganilmagan.

Klinikasi. Yashirin davri 2–7 kuni tashkil qiladi. Kasallik asta-sekin kuchsiz zaharlanish belgilari bilan boshlanadi. Tana harorati febril darajagacha ko'tarilib, 5–7 kungacha davom etadi. Bemorlarni holsizlik, tomoq qichishi, yo'tal kabilar bezovta qiladi.

Tomoq va ko'z skleralarida qizarish kuzatiladi. Keyinchalik qorinda og'riq, ich ketishi, qayt qilish qo'shiladi. Kasallik og'ir kechganda qayd qilish va ich ketishi oqibatida suvsizlanish belgilarining rivojlanishi og'ir asoratlarga sababchi bo'lishi mumkin.

Oqibati. Kasallik ko'p hollarda tuzalish bilan yakunlanadi. Ba'zida ensefalit, meningit kabi asoratlar berishi qayd qilingan.

Tashxisoti. Serologik (Komplementni biriktirish reaksiyasi (KBR), neytrallash reaksiyasi (NR)) va virusologik usullar qo'llaniladi.

Davosi. Asosan simptomatik va patogenetik usullardan foydalaniladi. Yo'talga, yallig'lanishga qarshi preparatlar beriladi. Ko'p suyuqlik yo'qotilganda regidratatsiya usullaridan foydalaniladi. Regidratatsiya usullari og'iz orqali yoki tomirlar ichiga eritmalarni yuborish yo'li bilan amalga oshiriladi.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi yo'q. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilinadi.

TERIGA TOSHADIGAN TOSHMALAR BILAN KECHUVCHI YUQUMLI KASALLIKLAR

TOSHMALAR TASNIFI VA TAVSIFI

Yuqumli kasalliklarda uchraydigan toshmalar qo'zg'atuvchilarning bevosita teriga ta'sir etib o'chog'li yallig'lanishlar keltirib chiqarishi, ular zaharli mahsulotlarning teri va teri osti qavatiga toksik ta'siri, qo'zg'atuvchilar antigenlarining allergik reaksiyalari oqibatida, qo'zg'atuvchilarning terini innervatsiya qiluvchi nerv tizimiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sirlari hisobiga hamda nerv-reflektor buzilishlar hisobiga namoyon bo'ladi.

O'zg'atuvchilarning ta'siri natijasida qon va limfa tomirlarining kengayishi va ularning o'tkazuvchanligi ortishi bilan chegaralansa, ba'zida qon tomirlar butunligining buzilishi, chuqur trofik o'zgarishlar, yallig'lanish infiltratlari, hujayralarning kattalashishi, o'sishi, ko'payishi hamda terida destruktiv o'zgarishlar hosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi.

1. Terida joylashgan qon tomirlar kengayishi hisobiga hosil bo'ladigan toshmalar. Bu toshmalarning saqlanish muddati juda qisqa vaqtni (bir necha daqiqadan ikki-uch kungacha) tashkil qiladi.

A) **Nuqtasimon toshma;** o'lchami 1 mm atrofidagi rangi och qizg'ish rangli toshmalar bo'lib, terini bosganda va tortilganda yo'qoladi. Bir necha sekunddan so'ng qayta paydo bo'ladi.

B) **Rozeola;** o'lchami 2—5 mm, rangi qizg'ish yoki och pushtirang, teri sathidan ko'tarilmaydi, teri silliqligi saqlanadi, bosganda va teri tortilganda yo'qoladi.

D) **Dog';** o'lchami 5—20 mm keladigan elementlar bo'lib, ular mayda dog'lar (5—10 mm) va katta dog'larga (10—20 mm) bo'linadi. Teri sathidan qisman ko'tarilgan bo'lib, ko'tarilganligi oddiy ko'z bilan qaralganda bilinmaydi, rangi qizg'ish yoki qo'ng'irroq. Teri bosilganda yoki tortilganda qisman yo'qoladi va yuborilgandan keyin tez paydo bo'ladi.

E) **Eritema**; o'lehami 20 mm dan katta bo'lgan toshma hisoblanadi, teri sathidan qisman ko'tariladi. Rangi qizg'ish rangda yoki qo'ng'irroq bo'ladi. Teri tortilganda va bosilganda qisman yo'qolib, tezda qayta paydo bo'ladi.

2. Terida joylashgan qon tomirlar o'tkazuvchanligining ortishi hisobiga hosil bo'ladigan toshmalar: toshmalar bir necha kundan bir-ikki haftagacha saqlanishi mumkin.

A) **Petexiya**; o'lehami 1 mm atrofidagi mayda qon quyilishlar bo'lib, rangi avvaliga qizil, keyinchalik ko'kimsir va sarg'ish tus olib, bir necha kundan keyin so'rilib ketadi.

B) **Pupura**; o'lehami 2 mm dan 5 mm gacha bo'lgan elementlar bo'lib, rangi avvaliga qizil, qo'ng'ir, keyinchalik ko'kimsir va sariq bo'lib, asta-sekin so'riladi.

D) **Ekximoz**; 5 mm dan katta qon quyilishlarga aytiladi va ular 1—2 haftagacha saqlanadi.

3. Terining ma'lum bir qismiga hujayralar migratsiyalanishi (ko'chib kelib to'planishi) hisobiga hosil bo'ladigan infiltratlar:

A) **Papula** (tuguncha); o'lehami bir-ikki mm dan 20 mm gacha keladigan toshma. Teri sathidan ko'tarilib turadi. Rangi och pushti yoki qizg'ish bo'lib, yuzasi qipiqplanib turadi. Tarkibidagi hujayralar leykositlardan tashkil topsa yiring hosil bo'ladi va tezda teri yuzasiga ochiladi. Papula asosan terining epiderma qavatida paydo bo'ladi va chandiqsiz bitadi.

B) **Do'mbog'cha**; terining derma qavatida paydo bo'lib, o'lehami 3—5 mm dan 20—30 mm gacha yetadi. Chuqurroq joylashgan papulalar teri ostiga tarqalib asoratlanishi mumkin. Saqlanish muddati bir-ikki haftadan bir necha oygacha davom etadi. Ba'zida so'rilmadan qolishi ham mumkin.

D) **Tugun**; o'lehami 1—5 sm va undan katta bo'lgan element, terining chuqur derma va derma osti qavatlarida uchraydi.

4. Teri va shilliq qavatlar hujayralarining biror-bir ta'sirot natijasida vakuolizatsiyalanishi (yemirilishi va o'rnida serroz eksudat to'planishi) hisobiga hosil bo'ladigan elementlar:

A) **Pufakcha** (vezikula); o'lehami 2—5 mm keladigan teri sathidan ko'tarilib turuvchi, ichi tiniq eksudat bilan to'lgan toshma. Saqlanish muddati 1—2 kun bo'lib, tezda yoriladi va o'rnida eroziya hosil bo'ladi.

B) **Pustula**; ichidagi suyuqlik yiringli bo'lgan element.

D) **Pufak** (bulla); o'lchami jihatdan 5 mm katta bo'lgan ichi suyuqlik bilan to'lgan elementlarga aytiladi.

5. Teri va shilliq qavatlarining destruksiyasi hisobiga hosil bo'ladigan elementlar:

A) **Eroziya**; teri yoki shilliq qavatning yuzaki shikastlanishi hisoblanadi. Teri yoki shilliq qavat osti mushak qavati ko'rinmaydi, asoratsiz kechganda teri yoki shilliq qavat 3—4 kun ichida chandiqsiz tiklanadi.

B) **Yara**; teri yoki shilliq qavat to'la shikastlanadi. Teri yoki shilliq qavat ostidagi mushaklar ko'rinib turadi va bir-ikki hafta ichida chandiqlik bilan tiklanadi.

6. Terining yuza, epiderma qavati ko'chishi (qipiqlanishi) ning tezlashishi hisobiga hosil bo'ladigan toshmalar:

A) **Unsimon qipiqlanish**; qipiq un ko'rinishida uvalangan bo'ladi.

B) **Kepaksimon qipiqlanish**; kepak ko'rinishidagi qipiqlanish bo'lib, o'lchami 1—2 mm keladi.

D) **Tangasimon, qipiq**: o'lchami jihatdan 2—5 mm keladigan qipiqlanish.

E) **Bargsimon yoki varaqsimon qipiq**: o'lchami 5 mm dan katta bo'lgan teri ko'chishlari hisoblanadi.

7. Qon tomirlar kengayishi hisobiga yoki ularning o'tkazuvchanligining ortishi hisobiga hujayralararo qismlarga eksudatning yig'ilishi natijasida hosil bo'ladigan toshmalar.

Qavarchiq; o'lchami har xil kattalikdagi teri sathidan ko'tarilib turuvchi, tezda namoyon bo'lib, tezda yo'qolib ketish xususiyatiga ega.

8. Teri epidermis qismining qayta-qayta, ko'p va uzoq muddatda ta'sirlanib turishi natijasida hujayralar gipertrofiyasi hisobiga hosil bo'ladigan element.

Lixenifikatsiya; o'lchami har xil kattalikdagi teri sathidan ko'tarilib turuvchi, terining qalinlashishi hisobiga paydo bo'ladigan element. Asosan terining surunkali kasalliklarida namoyon bo'ladi.

9. Terining epiderma qavatidagi teriga rang beruvchi hujayralar faoliyatining o'zgarishi (kuchayishi yoki pasayishi) natijasida yoki teriga organizm mahsulotlari yoki yot jismlarning

o'tirib qolishi natijasida teri rangining o'zgarishi hisobiga paydo bo'ladigan elementlar.

- A) **Axromiya;** teri rangining yo'qolishi.
- B) **Gipoxromiya;** teri rangining sustlashishi.
- D) **Giperxromiya;** teri rangining kuchayishi.

10. Terining derma va derma osti qavatlarining jarohatlanishi oqibatida biriktiruvchi to'qima o'sishidan hosil bo'ladigan elementlar:

Chandiq; o'lchami 1—2 mm dan bir necha santimetr gacha yetadigan teri sathidan ko'tarilib turuvchi yoki aksincha, teri sathidan chuqur joylashgan element bo'lib, butun umr davomida saqlanadi. Kichik o'lchamdagi chandiqlar yillar davomida o'z shaklini yo'qotish xususiyatiga ega.

11. Terining shikastlanishi natijasida hosil bo'ladigan eksudat hisobiga paydo bo'ladigan elementlar:

Qaloqlar; yiringli (oqish rangda), serrozli (sarg'ish rangda) va qonli (qo'ng'ir yoki qizg'ish rangda) turlari tafovut qilinadi.

12. Terining epiderma va so'rg'ichsimon qavatlarning o'sishi hisobiga hosil bo'ladigan elementlar:

Vegetatsiya; teri sathidan ko'tarilib turuvchi shilliq qavatlar rangida, notekis shakldagi tez-tez qonab turish xususiyatiga ega.

QIZAMIQ

Asosiy belgilari. Bosqichma-bosqich dog'li-papulyoz toshmalar toshadi, kon'yuktivit kuzatiladi, nafas yo'llari yallig'lanadi, og'iz, lab, kon'yunktiva shilliq qavatida oq nekrotik toshmalar bo'ladi, toshmalar toshish oldi (prodromal), toshmalar toshish, pigmentlanish davrlari farqlanadi, kasallik 12—16 kun davom etadi.

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

Etiologiyasi. Qizamiq qo'zg'atuvchisi — o'zida RNK saqlovchi virus bo'lib, paramikroviruslar oilasiga kiradi. Tovuq embrionida va odam organizmidagi to'qimalarda yaxshi o'sadi. Qizamiq virusi tashqi muhitga chidamsiz, havoda quyosh nuri ta'sirida va tupuk tomchilarida yarim soat ichida, quritilganda darhol, 50°C gacha qizdirilganda 15 minut ichida, 60°C da va yuqori haroratda darhol o'ladi. Past haroratda va qorong'ida uzoq saqlanadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib, qizamiqning hamma shakli bilan og'rigan bemorlar xizmat qiladi. Qizamiq yashirin davrining oxirgi 1—2 kunida, kataral davrida va toshma toshish davrining birinchi 3 kuni mobaynida yuqumli hisoblanadi. Toshma toshish davrining 2- kunidan boshlab yuqumliligi kamayib, 5- kunga borib umuman yo'qoladi. «Qizamiq»da virus tashuvchilik xos emas. Yuqish yo'li: havo-tomchi orqali suhbat davomida, yo'talganda, aksirganda havoga o'tadi. Natijada qo'shni xonaga o'tadi, boshqa xonalarga tarqalishi kuzatiladi, onadan olgan immunitet hisobiga 3 oygacha bo'lgan bolalar

qizamiq bilan kasallanmaydi. 6—8 oylikidan esa immunitetning pasayishi kuzatiladi. Moyillik 2 yoshdan 7 yoshgacha yuqori darajada kuzatiladi. 14 yoshdan keyin esa kasallik kamdan-kam hollarda uchraydi. Oxirgi yillarda orttirilgan immunitetning yillar davomida soʻnishi natijasida kasallanish 18—22 yoshdagi kishilarda sporadik holda uchrab turibdi.

Mavsumiylik. Kasallik tarqalish fasli qish va bahor oylari boʻlib, dekabrda boshlab to maygacha juda yuqori foizda uchraydi. Har 2—4 yilda kasallanishning koʻp uchrab turishi takrorlanib turadi.

Patogenezi. Qizamiq virusi organizmga yuqori nafas olish yoʻllari shilliq qavati va konʻyunktiva orqali kiradi. Yashirin davrning birinchi kunlaridan boshlab qonda paydo boʻladi. Viruslar koʻpayishi epitelial toʻqimalarida kuzatiladi, yashirin davrining oxirida viruslar butun aʻzolarga (MNS, jigar, taloq, ichak, bodomcha bezlar, suyak koʻmigi, oʻpkada) tarqalishi kuzatiladi.

Viruslar bu aʻzolarida koʻpayishi natijasida koʻp yadroli gigant hujayralar va infiltratlarning paydo boʻlishi kuzatiladi.

Kataral davrida oʻziga xos yalligʻlanish oʻchoqlari tomoq, hiqildoq, halqum, traxeya, bronx va oʻpkada kuzatiladi.

Qizamiq uchun shilliq qavatlarning yalligʻlanishi, epiteliya qavatlarida yuzaki nekrozning paydo boʻlishi xarakterlidir. Natijada ogʻiz shilliq qavati lunjida, lab va koʻz shilliq qavatlarida nuqtasimon oq dogʻlar Belskiy- Filatov-Koplik belgisi paydo boʻladi.

Markaziy nerv sistemasi sohasida qizamiq asoratsiz oʻtganida bosh miyada, qon va limfa oqimining buzilishi natijasida ensefalopatiya, serozli meningoensefalit holatlari yuz berishi kuzatiladi. Ovqat hazm qilish sohasida kataral, aftoz va yarali stomatitlar, yoʻgʻon ichak shilliq qavatlarining yalligʻlanishi xos boʻlib, yarali va fibrinoz-nekrotik oʻzgarish kuzatiladi. Kasallikni boshidan kechirganlarda doimiy turgʻun immunitet saqlanib qoladi.

Klinikasi. Yashirin davr qizamiqda oʻrtacha 8—10 kun, baʼzida 17 kungacha choʻziladi, profilaktika maqsadida immunoglobulin olgan bolalarda esa 21 kungacha davom etadi. Qizamiq klinikasida uchta davr ajratiladi.

1. Kataral (prodromal). 2. Toshma toshish. 3. Pigmentatsiya davri.

Kataral davrida tana haroratining 38,5–39°C ga ko'tarilishi, ko'z shilliq qavatining yallig'lanishi, yuqori nafas olish yo'llari shilliq qavati katari, burundan shilliq, keyinchalik shilliq-yiringli suyuqlik kelishi, ba'zida kasallikning boshlanishida balg'amli ajralmalar ajralishi kuzatiladi. Bemorlarning umumiy ahvoli o'zgaradi. Bolalar holsiz, yig'loqi, uyquasi buzilgan, injiq, ishtahasi yo'qolgan bo'lishadi. Ko'pincha kasallikning boshlanishi qorinda og'riq va ich ketishi bilan boshlanadi. Kasallikning og'ir holatlarida birinchi kundan boshlab zaharlanishning kuchli bo'lishi, tutqanoq tutishi, es-hushining qorong'lashishi kuzatiladi. Kataral davriga xarakterli og'iz shilliq qavatida o'zgarishlar lunjda va labning shilliq qavatlarida kuzatiladi. Oq ko'kimtir, kattaligi bug'doyday keladigan, atrofi qizil doira shaklida o'ralgan nuqtalar hosil bo'ladi. Og'iz shilliq qavati qizargan, quruqlashgan milklarning bo'shashishi va shilliq qavatining oqarish holatlari kuzatiladi. Bu o'zgarishni birinchi marta 1890- yilda Belskiy, 1895- yilda Filatov va 1896- yilda Koplik yoritib berganligi sababli Filatov-Belskiy-Koplik simptomi deyiladi. Bundan tashqari kataral davri uchun yumshoq va qattiq tanglayda qizil rangga ega bo'lgan mayda enantema paydo bo'lishi kuzatiladi.

Toshma toshish davri kasallikning 4–5 kundan boshlanadi. Dog'li-papulyoz toshma bilan xarakterlanadi. Birinchi toshma quloq orqasida, burun yon tomonida mayda qizg'ish dog' holida bo'lib, juda tez fursatda ko'payadi, ba'zida bir-biri bilan qo'shilib ketadi. Toshma birinchi kunning oxiriga borib butun yuz va bo'yinni qoplab oladi, qisman ko'krak, yelkaning yuqori qismida ham paydo bo'ladi. Ikkinchi kundan boshlab butun tanani va qo'lning yuqori qismini, uchinchi kundan boshlab esa oyoq-qo'llarni butunlay qoplaydi. Qizamiqda toshma terining o'zgarmagan holatida bir xilda qoplaydi. Papulyoz toshmalar teri sathidan bo'rtib turganligi sababli paypaslaganda qo'lga sezilib turadi.

Qizamiq bilan og'rigan bemorlarning yuzi ozgina shishgan, ko'zlari qizargan, burundan yiringli ajralma oqishi kuzatiladi. Birinchi kun toshma toshishi davrida tana harorati juda yuqori

bo'lib, butun toshma toshish davrida ushlanib turadi. Kasallik asoratsiz o'tganida toshmaning 3—4 kunida tana harorati me'yorlashadi. Toshma toshish davrida bemorlarning umumiy ahvoli og'ir. Bemorda nohushlik, qo'rquv, ba'zida uyquchanlik kuzatiladi. Ko'pincha bemorlarda burundan qon kelishi alomatlari kuzatiladi. Qon tarkibida leykopeniya kuzatiladi. Toshma tezlikda qoraya boshlaydi, keyinchalik esa jigar rang holatda bo'ladi.

Pigmentatsiya davri 1—1,5 hafta davom etib, birinchi navbatda, toshmalar yuzda pigmentatsiyaga uchraydi, keyin esa butun tana va qo'lning yuqori qismida, uchinchi kunga borib esa oyoq-qo'llarning pastki qismida pigmentatsiya yuz beradi. Pigmentatsiya davrida tana harorati me'yorlashadi. Umumiy ahvoli asta-sekin yaxshilana boradi.

Tasnifi.

I. Tipik shakli.

Kechishiga ko'ra: 1. Yengil. 2. O'rta og'irlikdagi.

3. Og'ir: a) gemorragik; b) atoksoadinamik; d) dispnoik yoki bronxial qizamiq.

II. Atipik shakli.

1. Emlanganlarda qizamiq (mitigirlangan).

2. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda qizamiq.

3. Boshqa infeksiyalar bilan birga qizamiqning qo'shilish kelishi.

4. Kattalarda qizamiq.

Atipik shaklida asosiy simptomlar yashirin holda yoki umuman uchramaydi. Kattalarda og'ir o'tadi.

Asorati. Asosan ikkinchi bir kasallikning qo'shilishi natijasida yuzaga keladi. Bulardan laringit, laringo-traxcobroxit, pnevmoniya (zotiljam). Pigmentatsiya davrida esa otit, stomatit, kolit, enterkolit, keratit, stafilodermiya, streptodermiya. MNS tomonidan ensefalit, meningitlar kuzatiladi.

Tashxisoti. Laboratoriyaviy tashxisot retrospektiv ahamiyatga ega bo'lib, qo'sh zardob usulidan foydalaniladi. Asosan klinik-epidemiologik tashxisot usullaridan foydalaniladi.

Ko'pincha, birinchi navbatda, kataral holatlarning namoyon bo'lishi, ko'z shilliq qavatlarining zararlanishi, enantema va Filatov-Koplik belgisining paydo bo'lishi, toshmaning bosqich

bilan toshishi xosdir. «Qizamiq» ni boshqa yuqori nafas olish yo'llarining kataral o'zgarishi bilan kechadigan kasalliklardan farqlash uchun yuqorida ko'rsatilgan belgilar ahamiyatga ega bo'ladi. Kataral davrida qizamiqni gripp va O'RVI bilan taqqoslash lozimdir. Bunda Filatov-Koplik belgisining paydo bo'lishi qizamiqqa xos. O'RVI da esa og'iz shilliq qavatlar toza va yaltiroq holda bo'lishi kuzatiladi. Qizilchada kataral davr xos emas. Toshma esa birinchi kun chiqib bir necha soat ichida butun tanani qoplab oladi. Qizilchada toshma juda mayda bo'lib, bir-biri bilan qo'shilmaydi, oqimtir rangda bo'ladi. Ko'pincha oyoq-qo'llarning yozuvchi tomonlarida uchraydi. 1—2 kun ichida yo'qoladi.

O'zidan so'ng pigmentatsiya qoldirmaydi. Bundan tashqari qizilchada orqa bo'yin va ensa limfa tugunlarining kattalashishi xos, bemorning umumiy ahvoli qizilchada deyarli o'zgarmaydi. Qizileha uchun qonda leykopeniya, limfositoz, plazmatik hujayralarining paydo bo'lishi xosdir. Qizamiqni skarlatina, soxta sil, zardob kasalligi, medikamentoz dorilaridan zaharlanish va enterovirus kasalligi bilan taqqoslash mumkin.

Davosi. Uy sharoitida davolashga ko'rsatma: kasallikning yengil, o'rta og'irlikdagi, asoratlanmagan shakllari. Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma: qizamiqning og'ir, asoratlangan shaklida shifoxonada yotib davolanish tavsiya qilinadi.

Tana harorati yuqori bo'lganda va tana harorati me'yorlashgandan so'ng ham yotoq rejimi tavsiya qilinadi. Ko'zni bir necha marotaba iliq qaynagan suv bilan yoki 2% gidrokorbanat bilan yuvish tavsiya qilinadi, yiringli holatlarda ko'zni tozalab retinol atsetatni 1—2 tomchi 3—4 marta tomiziladi. Bu esa, o'z navbatida, ko'z shilliq qavatini qurishining va keratit ro'y berishining oldini oladi. Og'iz shilliq qavatini qaynatilgan iliq toza suv bilan chayish tavsiya qilinadi. Bu esa stomatitning oldini olishga olib keladi. Bemorlarga katta dozada askorbin kislota 300—500 mg, allergik holatlar rivojlanganda pipolfen, dimedrol buyuriladi.

Qizamiqni uy sharoitida davolash.

A) Rejim 7—10 kun davomida yotoq rejimi.

B) Parhez: sutli mahsulotlar. Ko'p miqdorda suyuqliklar ichish: choy, soklar, kampotlar, sharbatlar.

D) Etiotrop davosi ishlatilmaydi. Maxsus davo sifatida yosh bolalarga va immuniteti past bo'lgan bolalarga kasallikning dastlabki 5 kunida 1,5—3 millilitrdan donor immunoglobulini tavsiya qilinadi.

E) Simptomatik davo rinit, kon'yunktivit, bronxitda olib boriladi, balg'am ko'chishini osonlashtiruvchi preparatlar ham tavsiya qilinadi.

F) Antibiotiklarni 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda, asoratlar rivojlanishi yuqori bo'lganda, katta yoshdagi bolalarda bakterial infeksiyalar rivojlanganda tavsiya qilinadi.

Sog'ayish mezonlari. Kasallikning yuqumlilik davri toshma toshishining 4- kunida tugallanadi.

Kasallikning yengil va asoratlarsiz kechishida klinik sog'ayish kasallikning 12- kundan so'ng kuzatiladi.

Sog'ayishdan keyingi kuzatuv. Dispanser nazorati ensefalit va pnevmoniya bilan asoratlanganlar ustida olib boriladi. Kasallik yengil kechganda bir oydan so'ng profilaktik emlashlarni o'tkazish mumkin.

Profilaktikasi. Birinchi navbatda bolalarni sog'lomlashtirish va qizamiqni jamoa ichiga olib kirmaslik kerak. Qizamiq bilan kasallanganlar kataral davrida va toshma toshish davrida kamida 4 kun, asoratli zotiljam yuz berganda esa 10 kun jamoadan ajratilishi shart. Qizamiq bilan og'rimagan, lekin muloqotda bo'lgan bolalar 17 kun maboynida, profilaktika maqsadida immunoglobulin olganlar 21 kungacha jamoaga qo'yilmaydi.

Maxsus emlash: qizamiq bilan muloqotda bo'lganlarga va epidemiya holatlarida bolalarga immunoglobulin qilinadi, bu kasallikning og'ir, asoratli shakllaridan himoya qilib, kasallik yengil o'tishini ta'minlab beradi. Emlash jadvali bo'yicha bolalar bir yoshligida va 7 yoshligida qayta vaktsina bilan emlanadilar.

Qizamiqda ishlatiladigan muhim so'zlar:

Virus, havo-tomchi, yuqori nafas yo'llari katari, Belskiy-Filatov-Koplik, enantema, ekzantema, bosqichma-bosqich, dog'li papulyoz, zaharlanish, pigmentatsiya, harorat, immunitet, vaktsina, immunoglobulin.

Qizamiqda qo'llaniladigan fundamental test savollari:

1. Qizamiq qo'zg'atuvchisi.

2. Qizamiqda kasallik manbai.
3. Qizamiqda yuqish yo'li.
4. Qizamiqda kasallikka moyillik.
5. Qizamiqda mavsumiylik.
6. Qizamiq qo'zg'atuvchisining organizmda ko'payish xususiyati.
7. Qizamiqda patomorfologik o'zgarishlar.
8. Qizamiqda kataral davr kechish xususiyati.
9. Belskiy-Filatov-Koplik belgisining mohiyati.
10. Toshmalar toshish tartibi.
11. Toshmalar tavsifi.
12. Pigmentatsiyaning mohiyati.
13. Qizamiqqa xos maxsus asoratlar.
14. Qizamiqqa xos nomaxsus asoratlar.
15. Erta tashxisot mezonlari.
16. Qizamiqning kechim davomiyligi.
17. Uy sharoitida davolashga ko'rsatma.
18. Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma.
19. Qizamiqda antibiotiklar berishga ko'rsatma.
20. Qizamiqqa qarshi emlashning maxsus usullari.
21. Qizamiqqa qarshi nomaxsus emlash usullari.

QIZILCHA

Asosiy belgilari. Zaharlanish belgilari bo'lmaydi, oyoq-qo'llarnig yozuvchi qismiga rozelyoz-dog'li toshmalar toshadi, toshmalar bir-ikki kun saqlanadi, regionar limfa tugunlari kattalashib, 2—3 haftagacha saqlanadi.

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

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

Epidemiologiyasi. Kasalik manbai: bemor odam, yuqumlilik ko'pincha yashirin davrning oxiri va kasallikning ikkinchi haftasida kuzatilib, toshma toshish davrining 5- kunidan boshlab yuqumlilik uchramaydi. Yuqish yo'li: havo-tomchi yo'li orqali. Onadan homilaga vertikal yo'l orqali ham o'tadi. Mavsumiylik: kasallik ko'pincha mart-iyun oylarida ko'p uchraydi. Kasallikning ko'payishi va qaytalanishi har 5—10 yilga to'g'ri keladi.

Kasallikka moyillik. Hamma yoshda uchrab turadi, 6 oygacha bo'lganlar juda kam kasallanadi. Qizilchadan so'ng umrbod mustahkam immunitet qoladi. 20 foiz tug'ish yoshida bo'lgan ayollarda qizilcha virusiga qarshi antitela uchramaydi, bu esa ularning o'zlari va bolalari uchun xavfli holat hisoblanadi. Qizilcha bilan tug'ilgan bolalar bir necha oydan bir yoshgacha virus tashuvchi bo'lib atrof-muhitga xavfli hisoblanadilar.

Patogenezi. Virusning kirish yo'li yuqori nafas olish yo'lining shilliq qavatlarida hisoblanadi. Birinchi navbatda limfa organlarida o'zgarish yuz berib, limfaadenitlarga olib keladi. Undan so'ng virus qonga o'tib, virusemiya boshlanadi. Natijada klinik jihatdan kataral belgilar yuzaga keladi. Virusning teri epiteliy qavatlariga o'tishi natijasida terida toshmalar yuzaga keladi. Organizmda gumoral antitela (kasallikning 5—6 kundan boshlab) paydo bo'lishi organizmdan virusni chiqarishga va uzoq muddatga immunitetning paydo bo'lishiga olib keladi. Virusemiya davrida homilador ayollarda virus plasenta orqali embrion ichiga kiradi, bu esa, o'z navbatida, embrion to'qimasining shikastlanishiga olib keladi, hujayralarning ko'payishini susaytiradi va to'xtatadi. Natijada qizilcha bilan tug'ilgan bolalarni kam vaznlikda va kichik bo'y bilan tug'ilishi kuzatiladi. Qizilcha bilan tug'ilgan bolalar virus tashuvchi bo'lib hisoblanadi. Ularning tomoq, halqum surtmasi, qon, peshobi, axlati, ko'z shilliq qavatlarida suyuqligi, suyak ko'migidan va butun a'zolaridan virus ajratib olinadi. Embrion rivojlanishi uchun eng xavfli virus 1—3 oylik davrda to'qimalarga kirib rivojlanishi juda og'ir o'tadi.

Orttirilgan qizilchanning klinikasi:

1. Yashirin davri 14—21 kun davom etadi, 5—7 kun kasallik boshlanguncha ensa, quloq orqasi, orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgar-magan bo'ladi.

2. Prodromal davri uchramaydi. Kasallik ko'pincha tana harorati oshishi 37,2—37,5°C, yengil holsizlik, yuqori nafas olish yo'llarining shilliq qavatlarida va ko'zda yengil kataral o'zgarish (kon'yunktivit, burundan suv kelishi, yo'talish) holatlari kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha kataral angina uchraydi. Prodromal davr 1—3 kun davom etadi. Bunda limfa tugun-larining kattalashishi va og'riqli holatlar kuzatiladi.

3. Kasallikning avj olish davri: tana harorati 38—38,5°C ko'tarilishi mumkin, toshma ko'pincha yuzdan, boshning sochli qismidan boshlanadi. Bir necha soat yoki 1—2 kun ichida butun tana va oyoq-qo'llarni qoplaydi, ko'pincha yelkada, yon tomonlarda va bo'g'imlarning yozuvchi qismida ko'p miqdorda uchraydi, toshma toshganda terining holati

o'zgar olmaydi va teri sathidan toshmalar bo'rtib turmaydi. Butun limfa tugunlar, ko'pincha, orqa bo'yin limfa tugunlari paypaslanadi.

Bu esa qizilcha uchun xos belgilardan biridir.

4. Rekonvalesensiya davri: umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib, limfa tugunlari kattaligi 2—3 hafta davom etadi. Bu esa qizilcha bilan kasallanganligidan dalolat beradi.

Qon tarkibi toshma toshish davrida lekopeniya, limfositoz, monositoz, plazmatik hujayralar va TYURK hujayrasi 10—25% paydo bo'lishi, cozinofillar me'yorda yoki ozgina oshgan, qizil qon tarkibi o'zgar magan, ECHT oshgan holatda bo'ladi. Kattalarda qizilcha tana haroratining 39°C gacha ko'tarilishi va kuchli zaharlanish bilan boshlanadi. Toshmalarning bir-biri bilan qo'shilishi kuzatiladi.

Ko'pincha toshma toshishi 5—6 kungacha davom etadi. Bemorlarda hamma limfa tugunlar kattalashadi.

Atipik shakllari.

A) Kataral o'zgarishsiz. B) Me'yoriy holatda. D) Toshmasiz. E) Bilinar-bilinmas kechishi kuzatiladi.

Asorati juda kam holatda uchraydi, ko'pincha follikulyar angina, otit, zotiljam, ensefalit, meningoensefalit, artrit uchraydi.

Qizlarda esa trombositopenik purpura uchrab, trombositopoyezning pasayishi natijasida yuzaga keladi, gemorragik toshma va burundan qon kelish hollari kuzatiladi.

Tashxisoti. Virusologik: burun-halqum yallig'lanishi, qon, siydik kasallikning 5—7 kunlarida ijobiy natija beradi.

Serologik usullardan qo'sh zardob, GTR si qo'llaniladi. Hozirgi kunda IFA yordamida qizilchaga qarshi antitelolarning titri aniqlanmoqda. Chaqaloqlarga tashxis qilishda TORCH-infeksiyaga ishlatiladigan diagnostikum tarkibiga kiritilgan va shundan foydalanilmoqda.

Davosi. Uy sharoitida davolashga ko'rsatma: kasallik yengil, o'rta og'irlikda va asoratsiz kechishi.

Rejim 4—5 kun davomida yotoq rejimi.

Parhez. Vitaminlarga boy va sutli mahsulotlar ko'proq iste'mol qilish.

Etiotrop davo ishlatilmaydi.

Sog'ayish mezonlari. Kasallikning barcha simptomlari yo'qolganda, asoratlar kuzatilmaganda 5- kundan so'ng bemor sog'aygan deb hisoblanadi. Laborator tekshiruv o'tkazilmaydi.

Sog'ayishdan keyingi kuzatuv: qizilcha ensefaliti bilan asoratlanganda dispanser nazoratiga olinadi. Sog'aygandan keyin bir oydan so'ng profilaktik emlashlarni o'tkazish mumkin.

Profilaktikasi. Bemorlarni jamoadan boshlang'ich 15 kuni mobaynida ajratish tavsiya qilinadi. Chunki virus burun halqumdan toshma paydo bo'lgandan so'ng 2 hafta mobaynida ajratib olinadi, asosan homilador ayollarning bemor bilan muloqotda bo'lishining oldini olish kerak, chunki bunday kishilarda qizilcha ko'pincha belgilsiz o'tadi.

Tug'ma qizilcha. Qizilcha bilan og'rikan homilador ayollarning birinchi 8 hafta homilasida embrionning 100 % zararlanishi holati kuzatiladi. (Ona qornida o'lishi va abort kuzatilgan). Qolgan qismida esa onadan tug'ilgandan so'ng turli xil nuqsonlar, karlik, aqli zaiflik va boshqalar paydo bo'lishi kuzatiladi. Klinikasi asosan uchlik belgisi bilan xarakterlanadi.

1. **Karlik** — qizilcha uchun eng xos belgi bo'lib, yengil holatdan og'ir holatgacha bo'lishi mumkin.

2. **Yurak nuqsoni** birinchi o'rinda 78 % Batalov nuqsoni paydo bo'lishi, o'pka arteriyasi, bo'lmacha, qorincha oraliq to'sig'i yetishmovchiligi paydo bo'lishi natijasida bola ahvoli og'ir bo'lishi va 1—6 oy, uzog'i bilan bir yilda o'limga olib kelishi kuzatiladi.

3. **Ko'zning zararlanishi** — glaukoma, ko'rishning sustlashishi, ko'rlikkacha olib keladi. Uyquchanlik yoki injiqlik, tutqanoq tutishi, intellekt susayishi yoki katta liqildoqning bitmasligi, mikrocefaliya kuzatiladi. Tug'ma qizilcha bilan tug'ilgan bolalarda tana og'irligi kamligi, kichik bo'y yoki ruhiy, fiziologik o'sishning to'xtab qolishi aniqlangan.

Profilaktikasi. Muloqotda bo'lgan homilador ayollarga birinchi kundayoq emlanadi. Tirik vaksina homila uchun xavfli hisoblanadi va homilaning zararlanishiga hamda kasallikni surunkali o'tishini paydo bo'lishiga olib keladi, shuning uchun o'ldirilgan vaksinadan foydalaniladi.

Qizilchada ishlatiladigan muhim soʻzlar:

Virus, havo-tomchi, vertikal, nafas yoʻllari, harorat, limfa tugunlari, toshma, rozeola, dogʻ, tugʻma nuqsonlar, serologiya, vaksina.

Qizilchada qoʻllaniladigan fundamental test savollari:

1. Qizilchaga umumiy tavsif.
2. Qizilcha qoʻzgʻatuvchisi.
3. Yuqish yoʻli.
4. Kasallikka moyillik.
5. Qoʻzgʻatuvchining organizmda koʻpayish xususiyati.
6. Qizilchada jarohatlanadigan aʼzolar.
7. Qizilcha klinik kechish davrlari.
8. Qizilcha klinik kechish xususiyatlari.
9. Qizilchada harorat.
10. Qizilchaga xos belgilar majmuasi.
11. Erta tashxisot belgilari.
12. Tugʻma qizilchanning kechish xususiyati.
13. Uy sharoitida davolashga koʻrsatma.
14. Kasalxonaga yotqizishga koʻrsatma.
15. Qizilchaga qarshi emlash.

SUVCHECHAK

Asosiy belgilari. Tananing hamma sohalarida toshmalar, toshmalar polimorf (bir vaqtning o'zida pufakcha, rozeola, papula, eroziya va h.k) xarakterda bo'ladi, harorat to'liqinsimon ko'tariladi, kasallik to'liqinsimon kechadi, 8—10 kun davom etadi.

Suvchechak o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, teri va shilliq qavatlarida to'liqinsimon polimorf toshmalar toshishi hamda zaharlanish belgilari namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Suvchechak qo'zg'atuvchisi filtrlanadigan virus (*Stronguloplasma varicellae*) hisoblanadi. Ular suvchechak bilan og'rikan bemorlarga toshgan pufakchalarning tarkibida bo'lib, Morozov bo'yicha kumushlantirib bo'yalganda elektron mikroskop ostida aniqlanadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal bolalar, kasallikning yashirin davrining oxirgi kunlaridan boshlab va butun kasallik davrida yuqumli hisoblanishida. Oxirgi yangi toshma elementlari paydo bo'lgandan keyin ham besh kungacha bemor kasallik manbai bo'ladi. Bu davr 12—14 kunni tashkil qiladi. Po'stloqchalar hosil bo'lishi va ko'chib tushishi bosqichlarida bemor zararsiz bo'ladi. Ko'pgina klinisistlar fikricha, ayrim hollarda kasallik manbai o'rmalovchi temiratki bilan kasallangan bemorlar bo'lishi mumkin. Ko'pgina virusologik, serologik, epidemiologik va tajribali ma'lumotlar to'planib, ular suvchechak virusi bilan o'rmalovchi temiratki (herpes zoster) virusi o'zaro tengligi haqida ma'lumot beradi. Yuqish jarayoni: havo-tomchi yo'li orqali ro'y beradi. Qo'zg'atuvchilar uzoq bo'lgan masofalarga tarqalishi mumkin (qo'shni xonalarga). Qo'zg'atuvchining tashqi muhitga chidamliligi kamligi tufayli buyumlar va uchinchi shaxslar orqali o'tishi kuzatilmaydi.

Beriluvchanlik. Suvchechakda 1—7 yoshgacha bolalarda beriluvchanlik juda baland. Olti oygacha bo'lgan emizikli bolalarda moyillik past. O'n yoshdan katta bolalar va katta yoshdagi odamlar suvchechak bilan ba'zan kasallanadilar. Asosan kasallik 1—7 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Mavsumiylik. Kuz-qish-bahor oylariga to'g'ri keladi.

Patogenezi va patologik anatomiyasi. Suvchechakda qo'zg'atuvchilar yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatlari orqali kiradi. Inkubatsion davri tugashidayoq virus qon oqimi orqali butun organizmga tarqaladi va o'zining dermatotropiligi tufayli terida o'rtnashib oladi. Terida malpigi qavatida hujayralarning vakuolali qayta taqsimlanishi va periferiyada gigant ko'p yadroli hujayralarning hosil bo'lishi bilan xarakterlanadigan jarayon boshlanadi. Shuningdek, o'zgargan epidermis hujayralarida eozinofil kiritmalarning yadrolari ichi bo'ylab borishi xarakterlidir. Vakuolaning jarayoni qoldiq hujayra devorlari bilan bo'laklangan mayda bo'shliqlar hosil bo'lishiga olib kelib, ular tezda bir kamerali vezikulaga birikadi (yig'iladi). Yangi vezikulalar tarkibida leykositlar (ayniqsa, limfositlar) hamda ko'p yadroli gigant hujayralar aniqlanadi.

Klinikasi. Inkubatsion davri o'rtacha 14 kun davom etadi, ba'zan 11 kungacha qisqarib, 21 kungacha uzayadi.

Prodromal ko'rinishlar. Ko'pincha bo'lmaydi yoki kuchsiz namoyon bo'ladi: subfebril harorat, birinchi kun davomida umumiy ahvolining bir oz yomonlashuvi. Ba'zan (4--6% holatlarda) prodromal toshmalar toshib, ko'pincha skarlatinasimon, ba'zan qizamiqsimon xarakterli bo'ladi. Bu toshmalar, odatda, tezda yo'qolib ketadi. Ko'pincha ular tipik suvchechak elementlaridan keyin paydo bo'ladi.

Suvchechakda toshmalar toshishi. Odatda harorat ko'tarilishi bilan bir vaqtda yoki bir necha soatdan keyin sodir bo'ladi. Ko'pincha birlamchi pufakchalar me'yoriy haroratda ham paydo bo'ladi. Toshmalar toshishi aniq ma'lum bir tartibga ega emas. Toshmalar yuzda, boshning sochli qismida, badanda va qo'l-oyoqlarda paydo bo'ladi. Kafllarda va tovonlarda faqatgina kasallik og'ir o'tib kuchli toshma toshganda ayrim elementlarini uchratish mumkin. Toshma elementlari boshlanishida mayda makulopapulyoz xarakterda bo'lib, keyinchalik tezda (bir necha

soat mobaynida) vezikulalarga aylanadi. Ba'zi papulachalar qurib, pufakcha bosqichiga yetib bormaydi. Suvchechak vezikulalari har xil kattalikda (to'g'nog'ich boshchasidan to yirik no'xat o'lchamlarigacha) hamda aylana yoki oval shaklda bo'ladi. Pufakchalar infiltrlangan asosda yuza o'rnashib, devorlari tarang, yaltiroq, tarkibi shaffof bo'ladi. Kindiksimon botiqlar ayrim elementlardagina uchraydi. Vezikula atrofida giperemiya tor hoshiya sifatida bilinadi. Pufakcha teshilganda o'zining bir kameraligi sababli puchayib qoladi. Vezikulalar tezda (1—2 kundan keyin) qurib qoladi. Ularning o'rnida yassi qo'ng'ir po'stloqchalar paydo bo'lib, 1—3 haftadan so'ng ko'chib tushadi. Po'stloqchalar ko'chib tushgandan so'ng chandiqlar qolmaydi. Suvchechak toshmalarning toshishi bir vaqtda kechmay, xuddi turtkilarga o'xshab 1—2 kun oralig'ida bo'lgani uchun polimorf xarakterga ega bo'lib qoladi: bir vaqtning o'zida ma'lum bir chegaralangan teri sohasida har xil rivojlanish bosqichidagi elementlar paydo bo'ladi (papulalar, pufakchalar, po'stloqchalar).

Bemorni yengil qichishish bezovta qiladi. Qisman bemorlarda toshmalar shilliq qavatlarda ham kuzatiladi (og'iz, burun-halqum, hiqildoq, jinsiy organlar shilliq qavatida). Shilliq qavatlardagi paydo bo'lgan pufakchalar tezda sarg'ish-kulrang tubli yuza eroziyalarga aylanadi. Ularning hosil bo'lishi ma'lum bir o'zgarish bilan kechadi. Bir necha kundan keyin eroziyalar sog'ayib boradi.

Harorat oshishi: suvchechakda ko'pincha toshma toshishi bilan bir vaqtda kechadi. Harorat 38°C gacha va undan ortiq ko'tariladi. Ba'zan baland isitma kuzatiladi (39—40°C). Har bir yangi toshmalar toshish huruji yangi harorat ko'tarilishi bilan birga kechadi (to'lqinsimon kechish deb shunga aytiladi). Shuning uchun isitma egri chizig'i noto'g'ri xarakterga ega: toshma toshishi dinamikasini aks ettiradi. Harorat ko'tarilishi bolaning umumiy ahvolining yomonlashuvi bilan kechadi: uyqu buziladi, ishtaha pasayadi, bemor injiq, jizzaki bo'lib qoladi. Bularning hammasi toshmalar juda ko'p toshishida yanada yaqqol namoyon bo'ladi. 3—5- kunlarda toshmalar qurishi bilan birga harorat tushishi va bemor umumiy ahvolining yaxshilanib borishi kuzatiladi.

Ba'zi bemorlarda toshma toshishi davom etishi bilan isitma 6—8 kungacha va undan ham ortiq cho'zilishi mumkin. Qon tahlilida (toshmalar toshishi davrida) biroz leykopeniya, neytropeniya, nisbatan limfositoz kuzatiladi.

Suvchechak klinik shakllari. Toshma toshish ko'pligi va umumiy ko'rinishlarning keng variantlari uchraydi. Ba'zilarida kam sonli pufakchalar toshib, isitma bo'lmaydi (rudimentar shakl), ba'zilarida toshma toshishi kuchli bo'lib, gipertermiya va umumiy intoksikatsiya yaqqol belgilari bilan birga kechadi. Ayrim hollarda kasallikning abortiv kechishida papulyoz toshmalar vezikula bosqichiga yetib bormasdan qurib qoladi.

Pustullyoz shaklida pufakchalar tarkibi yiringli bo'lib, pustulalar hosil bo'ladi. Po'stloqchalar ko'chib tushgandan keyin chandiqlar qolishi mumkin. Bu shakl suvchechakning taxminan 10% hollarida uchraydi.

Bullyoz shakli tipik vezikulali toshmadan tashqari diametri 2—3 santimetrgacha bo'lgan xira tarkibli katta dag'al pufaklar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Gangrenoz shaklida alohida pufakchalar gemorragik tusni oladi. Ular atrofida yallig'lanish o'choqi hosil bo'ladi. So'ng pufakchalar o'rniida nekrotik ustunchalar hosil bo'lib, ular ko'chib tushganda loyqa nekrotik tubli va egri yoki chetlari g'adir-budur bo'lgan chuqur yaralar ko'rinib turadi.

Gemorragik shakli nimjon bolalarda ba'zida kuzatilib gemorragik ko'rinishda kechadi. Toshma toshishining 2—3-kunida pufakchalar tarkibi gemorragik xarakterni oladi. Terida va shilliq qavatlarda qon quyilishlar, burundan qon ketishlar, qonli qusish paydo bo'ladi. Kasallik o'lim bilan tugashi mumkin.

Asoratlari. Asoratlari kam uchrab, ko'z shox pardasida pufakchalar paydo bo'lganda keratit rivojlanishi ehtimoli bor. Hiqildoq shilliq qavatida vezikulyoz toshma paydo bo'lganda laringit bo'lishi, ba'zan nafas yo'llari stenoz (suvchechak krupi) kuzatiladi. Ikkilamchi infeksiya qo'shilganda abscesslar, flegmonalar, saramas, stomatitlar, otitlar, limfadenitlar, bronxopnevmoniya kelib chiqishi mumkin. Kam uchraydigan asoratlar: serozli sinovitlar, nefritlar hamda ensefalit, serozli meningit, ichki a'zolar varisellyoz jarohatlanishlaridir.

Taqqoslash tashxisoti. Ko'pincha chin chechak bilan suvchechakni taqqoslovchi tashxis qilish qiyin kechadi, chunki bular o'xshash kasalliklardir. Quyidagi farqlarga asoslanish lozim:

Chin chechakda boshlang'ich davrda harorat ahamiyatga molik darajada oshib, dumg'aza sohasida kuchli og'riqlar bo'ladi: buning davomiyligi taxminan 3 kun. Suvchechakda harorat oshishi yoki umuman bo'lmaydi, yoki bir kundan ortiq cho'zilmaydi, dumg'azada og'riqlar bo'lmaydi. Chin chechakda toshmalar toshishi harorat pasayishi, suvchechakda esa ko'tarilishi bilan kechadi.

Chin chechakda toshma ma'lum bir tartibda (ketma-ketlikda) paydo bo'ladi: yuzda, panjalarda, badanda, qo'l-oyoqlarda, suvchechakda esa toshma toshish tartibsiz, turtkilarga o'xshab kechadi. Chin chechakda toshmalar ayniqsa yuzda, qo'llarda ko'p uchrab, ular deyarli har doim kaft va tovonlarda kuzatiladi. Suvchechakda toshmalar ko'proq badanda, kaft va tovonlarda deyarli kuzatilmaydi.

Chin chechakda toshma elementlari ahamiyatli zichlikka ega bo'lib, teri ichida infiltratlangan asosda joylashgan, ular ko'p kamerali, teshilganda puchaymaydi, kindiksimon botiqlarga ega.

Suvchechakda elementlari yuza, infiltratlanmagan asosda bo'ladi, teshilganda puchayib qoladi (chunki bir kamerali), kindiksimon botiqlar qisman kuzatiladi.

Chin chechakda u yoki bu chegaralangan teri sohasida hamma elementlar rivojlanishining bir xil bosqichida (monomorf) bo'ladi, suvchechakda to'liqinsimon bo'lgani uchun toshma elementlari bir vaqtda rivojlanmaydi, shuning uchun ham toshmalar polimorf ko'rinishga ega.

Chin chechakda toshmalar shilliq qavatlarda doimiy, kam yoki ko'p, suvchechakda esa kam yoki umuman bo'lmaydi.

Laboratoriya tekshiruvlar ham farqlashga yordam beradi hamda epidemiologik tahlil ma'lumotlari katta ahamiyatlidir. Suvchechak bullyoz shaklini pemfigus bilan adashtirish mumkin. Unda katta pufaklardan tashqari boshning sochli qismidagi tipik suvchechak vezikulalari farqlashga yordam beradi.

Streptokokkli impetigo kam joylashuvi bilan farq qilib, ko'proq yuzda, qo'llarda kuzatiladi hamda pufakehalar dag'al

bo'lib, butunligi tezda buziladi va yiringli po'stloqchalar hosil bo'ladi.

Strofilyus (bolalar qichimasi)da ba'zan papulalar cho'qqisida pufakchalar hosil bo'lishi kuzatiladi. Suvchechakdan farq qilib toshma elementlari katta zichlikka ega, asosan belda, dumbalarda, qo'l-oyoqlarning orqa qismida joylashib, kuchli qichishish bilan kechadi. Harorat ko'tarilmaydi. Kechishi uzoq davom etadi.

Prodromal davrda skarlatinasiimon toshma toshganda skarlatina bilan suvchechakni adashtirish mumkin. Odatda bir vaqtning o'zida ikkita kasallik rivojlanayapti degan fikr paydo bo'ladi. Agar angina, tildagi tipik o'zgarishlar, burun-lab uchburchagi oqarishi kabi belgilar kuzatilmasa, skarlatina kasalligi mustasno qilinadi. Ba'zi hollarda aniq tashxis qo'yish uchun kuzatish zarur bo'ladi.

Oqibati. Suvchechak butunlay sog'ayish bilan tugallanadi. O'lim oqibatlari juda kamdan-kam uchraydi.

Uy sharoitida davolashga ko'rsatma. Kasallikning yengil va o'rta og'irlikda kechishida, asoratlangan turlari, rudimentar shakli uy sharoitida davolanadi.

Davolash. Asosan bemorni gigiyenik qoidalarga rioya qilishi muhim davo hisoblanadi, chunki ikkilamchi infeksiyasi qo'shishi xavfi mavjud. Kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan vannochkalar qilish zarur. Badanini qichiganda shikastlanishni kamaytirish maqsadida bemorning qo'llari toza, tirnoqlari kalta qilib olingan bo'lishi kerak. Shuningdek, vezikuladan keyingi ikkilamchi infeksiya tushishi kabi asoratlarini bartaraf qilishda 1—2% kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi, 1—2% suvli yoki spirtli brilliant yashili eritmasi, indifferent so'ruvchi (mazlar) qo'llaniladi. Og'iz bo'shlig'ini kuchsiz dezinfeksiyali eritmalar bilan chayqab turish lozim.

Krup sindromi rivojlanganda issiq vannalar, parafinli yoki ozokeritli applikatsiyalar bo'yinga qo'yiladi, ichishga fenobarbital, kodein beriladi. Stenoz oshib borsa, gazlar almashinuvining boshlang'ich buzilishlarida intubatsiya qo'llaniladi, nay qisqa vaqtlarda qo'yiladi (15—20 soat).

Yiringli asoratlar bo'lganda sulfanilamid preparatlar va antibiotiklar (penitsillin, streptomitsin, tetrasiklin) qo'llanadi.

Gangrenoz shaklida quvvatlovchi davo: gemotransfuziya, plazma quyish, immunoglobulin, antibiotiklar bilan birga buyuriladi.

Kasallik og'ir kechganda tarqalgan, visseral shakli bilan og'rigan bemorlar kasalxonaga yotqizib davolanadi va etiotrop davo maqsadida asiklovir, sitozar, viraleks, interferon buyuriladi.

Profilaktikasi. Sanitar chora-tadbirlar o'tkaziladi. Toshma toshgan vaqtdan boshlab 9 kun davomida bemor ajratib qo'yiladi. Uy sharoitida izolyatsiya o'tkaziladi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalar, oldin bu infeksiya bilan kasal bo'lmaganlar va endi bemorlar bilan muloqotda bo'lganlar yashirin davrining 11- kunidan to 21- kunigacha alohidalanadi.

Seroprofilaktika maqsadida immunoglobulin (3—6 ml) muskul orasiga yuboriladi. Ko'pgina klinisistlar kuzatuvlari barcha bu usul bilan emlanganlarda kasallik kam uchrashi va yuqirib olganda ham yengil kechishi qayd qilingan.

Suvchechakda ishlatiladigan muhim so'zlar.

Virus, havo-tomchi, to'lqinsimon, polimorf, bir kamerali.

Suvchechakda qo'llaniladigan fundamental test savollari:

1. Suvchechak qo'zg'atuvchisi.
2. Kasallik manbai va yuqish yo'li.
3. Suvchechakda toshadigan toshmalar.
4. Suvchechakda tana harorati.
5. Suvchechakda kasallikning davomiyligi.
6. Suvchechakning klinik kechish xususiyatlari.
7. Suvchechakning klinik shakllari.
8. Suvchechak asoratlari.
9. Suvchechakni taqqoslash tashxisoti o'tkaziladi.
10. Suvchechakni davolash usullari.
11. Suvchechakni uy sharoitida davolashga ko'rsatma.
12. Suvchechak profilaktikasi.

STREPTOKOKKLI INFEKSIYALAR

Streptokokklar tabiatda keng tarqalgan bo'lib, bolalar orasida juda ko'p xilma-xillikdagi kasalliklarga sababchi bo'ladi. Angina (yuqumli mononuklez kasalligining taqqoslash tashxisotida yoritilgan), skarlatina, streptokokkli sepsis kabi kasalliklarda ichki a'zolarning zararlanishi kuzatilsa, streptokokkli impetigo, streptokokkli bichilish, oddiy temiratki, quruq streptodermiya, saramas kabi kasalliklar asosan bolalarning terisida o'zgarishlar namoyon qilishi bilan kechadi. Bu kasalliklar bolalar hayotiga jiddiy xavf solishi mumkin.

SKARLATINA

Asosiy belgilari. Tana harorati ko'tariladi, zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi, murtak bezlari yallig'lanadi, tanaga miliar va nuqtasimon toshmalar toshadi, oq dermografizm, Pastiya belgisi uchraydi, terida qipiqilanish kuzatiladi.

Skarlatina streptokokkli infeksiyalarning bir turi bo'lib gemolitik streptokokk eritrogen toksini ta'sirida mahalliy yallig'lanish reaksiyasi, umumiy intoksikatsiya, yuqori isitma (lixoradka), teriga mayda nuqtali toshma toshishi (ekzantema), terining qipiqilanishi, angina, taxikardiya kabi o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan va o'z vaqtida davo choralari olib borilganda turg'un immunitet hosil qilib asoratsiz yaxshi bo'ladigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Skarlatina qo'zg'atuvchi A guruhiga kiruvchi β -gemolitik streptokokklar turiga mansub. A guruhiga kiruvchi streptokokklar M va T antigenlariga qarab 55 ta serotipiga bo'linadi. β -gemolitik streptokokk hamma serotiplariga xos termostabil eritrogen (Dika) toksini va antigen substansiyalari saqlaydi. Bular streptolizin, streptokinaza, gialuronidaza, proteinazalardir. Skarlatinani qo'zg'atishda asosan streptokokklarning 5—6 ta serotiplari asosiy rol o'ynaydi. Ular asosan, penitsillin, tetrasiklin, eritromitsin, levomitsitinga sezgir. Stafilokokklarga qarshi o'laroq streptokokklar pensilinaza ishlab chiqarmaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: **stpetokokkli** infeksiya bilan kasallangan bemorlar, (skarlatina, angina, saramas, streptokokkli piodermiyalar) va bakteriya tashuvchi sog'lom odamlar bo'lib hisoblanadi. Atrof-muhit uchun skarlatina bilan og'rigan bemorlar kasallikning birinchi kuni juda xavfli hisoblanadi, sog'ayish davrida esa bakteriyalarni atrof-muhitga 3—5 barovar kam ajratadilar. Mikroblar bakteriya tashuvchilarda

kasallikning birinchi kunidagiga qaraganda 100 barobar kamroq ajralib chiqadi.

Yuqish yo'li. Skarlatinada havo-tomchi yo'li orqali bo'ladi. Qizamiq va suvchechakdan farq qilib, skarlatinada infeksiya faqat juda yaqin masofada bo'lgandagina yuqadi, ya'ni bir palata yoki xonadagilarga yuqadi, qo'shni xonalarga skarlatina qo'zg'atuvchisi tarqalmasligi mumkin.

Skarlatina qo'zg'atuvchilari tashqi muhitda uzoq yashashiga qaramasdan u o'zining virulentligini tezda yo'qotadi. Ba'zi hollarda uy jihozlari, o'yinchoqlar orqali ham tarqalishi mumkin. Juda kam hollarda skarlatina og'iz orqali, ya'ni sut va sut mahsulotlaridan yuqishi mumkin.

Kasallikka moyillik. Chaqaloqlar va bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'zining fiziologik kuchining tuzilishi yuqoriligi tufayli ularga streptokokklar toksini juda ham sust ta'sir qilib, boshqa xildagi streptokokkli kasalliklar sifatida o'tishi mumkin.

Ko'pincha 1—9 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. 15 yoshdan keyin kamaya boshlaydi va kattalarda deyarli uchramaydi.

Mavsumiylik: havo sovishi bilan kasallik ortib boradi, asosan oktabr-yanvar oylarida uchraydi. Bundan tashqari har 4—6 yillarda skarlatina bilan kasallanish darajasining ortishi takrorlanib turishi mumkin.

Patogenezi. Patogenezida 3 ta omil yetakchi vazifani bajaradi.

1. Infekcion. 2. Toksik. 3. Allergik omillar.

Kasallik rivojlanishida organizmda toksinga qarshi (antitoksik) yoki mikrobgga qarshi (antibakterial) immunitet borligi katta ahamiyatga ega. Agarda organizmda antitoksik va antibakterial immunitet bo'lmasa, skarlatina bilan kasallanadi.

Organizmda antitoksik immunitet bo'lsa-yu, antimikrob immunitet bo'lmasa, angina kasalligi bilan kasallanadi.

Antibakterial, antitoksik immunitet bo'lsa, streptokokk organizmga tushsa, sog'lom bakteriya tashuvchilik yuzaga keladi.

Infekcion omil yoki septik ta'sir. Qo'zg'atuvchining kirish darvozasi asosan bodomcha bezlari hisoblanadi, kamdan-kam hollarda jarohatlangan joylar yoki terining kuygan joylari bo'lishi mumkin.

Infeksiya kirgan joyida birlamchi o'choqlarni hosil qilib, har xildagi nekrobiotik yallig'lanishlarga olib keladi, birlamchi o'choq'ardan bakteriyalar limfa yo'llari orqali limfa tugunlariga yig'ilib limfaadenitni hosil qiladi. Bu yerda mikrobnining yemirilishi natijasida ajralib chiqqan allergik va toksik mahsulotlar qonga so'riladi.

Toksik omil ta'siri. Asosan toksin natijasida yuzaga keladi, u markaziy va vegetativ nerv sistemasining zararlanishiga olib keladi. Organizmda intoksikatsiya yuzaga kelib, tana harorati ko'tarilib, toshmalar toshishi, tilning va tomoqning qizarishi bilan ta'riflanadi.

Skarlatina toshmasi bu terining yuqori qatlamidagi mayda o'choqli yallig'lanish, kapilyarlarining kengayishi, shishishi, epiteliy qavatining yemirilishi hisobidan paydo bo'ladigan o'zgarishdir. Tomoqning ochiq qizg'ish rangda bo'lishi bu asosan mayda qon tomirlarining paralitik o'zgarishi natijasida hosil bo'ladi. Kasallikning birinchi kunidan boshlab organizmda toksinga qarshi antitoksinlar hosil bo'la boshlaydi. Bu esa skarlatina toksikozini tabiiy bartaraf bo'lishiga olib keladi va skarlatina simptomlari asta-sekin yo'qola boshlaydi. Antitoksik immunitet mikroblar jarayoniga ta'sir qilmaydi va mikroblar rivojlanib borib, keyinchalik kuchayishi ham mumkin va bu qon tomirlar sistemasining zararlanishini yuzaga keltiradi.

Allergik omil ta'siri. Streptokokk parchalanishi va to'qimalar yemirilishi natijasida hosil bo'ladigan mahsulotlar organizmga allergik ta'sir qila boshlaydi. Bundan tashqari ular toksin (Dika fraksiyasi) ta'sirida yanada kuchayadi. Allergik holat asosan kasallikning 2—3 haftasida hosil bo'ladi.

Bular asosan nefrit, miokardit, revmatizm shaklida bo'lishi mumkin. Yuqorida ko'rsatilgan patogenezning 3 ta bosqichi—septik, toksik, allergik bir-biri bilan bog'langan va uchalasi mustahkam patologik jarayonni tashkil qiladi.

Immunitet. Skarlatinani boshidan kechirganlarda immunitet doimiy bo'lib, toksinga qarshi tipda (antitoksik xarakterda) immunitet ikki xil yo'l bilan rivojlanadi.

1. Skarlatina bilan kasallangandan keyin.
2. Maishiy xizmat munosabati yuzasidan yoki yashirin.

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

Skarlatinada toshmalar kasallikning birinchi kundan, ba'zida esa ikkinchi kuni bir necha soat ichida butun tana sohasida birdaniga paydo bo'ladi. Morfologik jihatdan toshmalar mayda nuqtali giperemiya asosida bo'ladi. Toshma elementlari 1—2 mm ga teng mayda nuqtali rozeola bo'lib, qizg'ish rangda bo'ladi.

Skarlatina toshmasining joylashishi o'ziga xos xarakterga ega. Toshma asosan bo'yin terisi, tananing yuqori qismida paydo bo'lib, tezda tananing quyi qismi va qo'llariga tarqaladi, toshmalar asosan qo'ltiq osti, bilak, tizza burmalarida juda quyuuq joylashgan bo'ladi. Yuzi va yanoqlarida toshmalar uncha yaqqol ko'zga tashlanmaydi, lekin yuzi qizg'ish rangda bo'ladi, burun-lab uchburchagi oq rangda ko'zga tashlanib turadi.

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

Skarlatinada toshmalar:

1. Miliar — mayda 1 mm ga teng pufakcha shaklida.
2. Rozeola yoki nuqtasimon.
3. Gemorragik holda ham bo'lishi mumkin.

Skarlatinada toshmalar 1—3 kunlari ochiq qizg'ish rangda saqlanib, keyin oqara boshlaydi va kasallikning 8—10 kunida yo'qoladi. 5—6 kuni tana harorati me'yorlashib, bir vaqtda tomoq va til ham o'zgaradi, til birinchi kunlari quyuuq karash-

lagan bo'lib, 2—3 kunlari toza bo'la boshlaydi. 4- kuni xarakterli tus oladi. Ochiq qizg'ish rangda bo'lib, yuzasidan so'rg'ichlar bo'rtib turadi. Bu malinasimon rangli til belgisi deyiladi va 10—12 kun ushlanadi. Bodomcha bezlari juda sekin o'zgarib boradi.

Toshmalar ketgandan so'ng terining ko'chishi boshlanadi. Toshma qanchalik quyuq va rivojlangan bo'lsa, teri ko'chishi shuncha rivojlangan bo'ladi. Yuz va bo'yin, tanada qipiq holida bo'lsa, qo'llarda tangasimon bo'ladi, katta tangasimon teri ko'chishlari kengroq uchrab, ular asosan tirnoq atrofidan boshlanadi. Kasallik avj olish davrida ECHT ning ko'payishi leykositoz, neytrofilyoz, eozinofiliya, siydikda oqsil, toza eritrositlar kuzatiladi. Skarlatinaning tasnifi uning kechishi va og'irligiga qarab belgilanadi.

Tasnifi:

I. Tipik shakli: a) yengil shakli; b) o'rta og'irlikdagi shakli; d) og'ir shakli: 1) Toksik; 2) Septik; 3) Aralash.

II. Atipik: 1. Ekstrafarengal.

A) I—II darajali kuyishdan so'ng.

B) Travmatik.

D) Tug'ruqdan so'ng.

E) Terining shikastlanishlaridan so'ng.

2. Gipertoksik.

3. Gemorragik.

4. Rudimentar, toshmalarsiz skarlatina.

Yashirin shakli. Juda qisqa muddatga davom etishi mumkin. Intoksikatsiya juda ham sust bo'ladi.

Asoratlari. Limfadenit, otit, tarqoq glomerulonefrit, eng ko'p uchraydigan asoratlari bu miokarditdir. Miokarditlar shartli ravishda uchta guruhga bo'linadi:

I guruhdagi miokarditlar, asosan, kasallikning birinchi soatlarida, birinchi kunida paydo bo'ladi.

II guruhdagi miokardit, buni skarlatinasimon yurak deb ham atashadi. Birinchi hafta oxirida paydo bo'lib, bradikardiya, yurak chegaralarining kengayishi, yurak ohangining bo'g'irligi, sistolik shovqin bilan xarakterlanadi.

III guruhdagi miokardit — bu allergik tipdagi miokardit bo'lib, ikkinchi va uchinchi haftada paydo bo'ladi.

Diagnostikasi. Asosan klinik, epidemiologik, bakteriologik va immunologik tekshirishlarda asoslandi. Shuls-Charlston sinamasida skarlatinaga qarshi zardob yuborilgandan keyin birinchi 6—12 soat ichida zardob qilingan sohada toshmalar yo'qoladi.

Taqqoslash tashxisoti:

Qizamiq.

Qizilcha.

Stafilakokkli infeksiyalar.

Meningokokkemiya.

Soxta tuberkulyoz va boshqalar bilan o'tkaziladi.

Davosi. Skarlatinaning yengil, o'rta og'ir shakllari va asoratlanmagan turlari uy sharoitida vrach nazorati ostida davolanadi. Skarlatinaning og'ir shakli va asoratlangan shakllari kasalxonaga yotqizilib davolanadi.

Parhez — umumiy, vitamiga va oqsillarga boy ovqat mahsulotlari berilishi kerak.

1. Yotoq rejimi 5—7 kungacha tavsiya etiladi.

2. Qo'zg'atuvchini bartaraf qilish uchun antibakterial dorilar beriladi. Qanchalik vaqtli etiotrop davo boshlansa, asoratlar shunchalik kam uchraydi. Skarlatinaga eng yaxshi davo bu vaqtli penitsillin buyurishdir. Agarda penitsillinga yuqori sezuvchanlik kuzatilsa, unda eritromitsin va boshqa antibakterial preparatlar tavsiya etiladi.

3. Simptomatik davo choralari.

4. Bemorning uyiga javob berish kasallikning 8—9 kunida amalga oshiriladi.

Uy sharoitida davolash. Skarlatinani uy sharoitida davolashda bakterial va allergik asoratlarning rivojlanishi. O'RI ning qo'shilishi mumkinligini hisobga olish kerak. Kasallikning boshida limfadenid, nekrotik angina, yiringli sinusit, otit, nazofaringit, laringit, stomatit, traxeit, bronxit, ba'zan pnevmoniya, 2—4 haftadan so'ng esa miokardit, revmatizm, glomerulonefrit kabi asoratlar rivojlanishi mumkin.

Rejim: 6—7 kun davomida yotoq rejimi.

Parhez: avaylovchi, sutli mahsulotlar, o'tkir davrida osh tuzini cheklash. Parhezga 3—4 hafta davomida rioya qilish kerak.

Etiotrop davo: penitsillin 7—10 kun davomida. Penitsilinni ko'tara olmasa, eritromitsin yoki levomitsetin buyuriladi.

Patogenetik va simptomatik davo ko'rsatmalariga binoan olib boriladi.

Sog'ayish mezonlari. Yengil kechganda klinik sog'ayish deb kasallikning 10- kunidan keyin hisoblanadi. Bunda barcha klinik simptomlar yo'qolganda, (qipiqlanishdan tashqari) qon va siydik ko'rsatkichlari me'yorlashganda, murtaklar shilliq qavatidan olingan surtmaning bakteriologik tekshiruv natijasi me'yoriy bo'lganda sog'ayish deb hisoblanadi. Klinik sog'ayishdan keyin ikki hafta o'tgach streptokokkga tekshirish natijasi manfiy bo'lganda organizm qo'zg'atuvchidan butunlay toza bo'lganligini bildiradi. Bolalar kasallikning 22- kunidan keyingina skarlatinadan keyingi biror asoratlarning klinik-laborator belgilari bo'lmaganida bolalar muassasasiga borishiga ruxsat beriladi.

Sog'ayishdan keyingi kuzatuv. Asoratlangan skarlatina bilan kasallangan bolalar revmatolog yoki nefrolog nazoratida bo'ladilar. Surunkali tonzilliti bo'lgan bemorlar LOR vrachida davolanishi kerak.

Skarlatinada ishlatiladigan muhim so'zlar:

Qo'zg'atuvchi, Ba-gemolitik streptokokk, kasallik manbai, yuqish, nuqtasimon va milliar toshma, qipiqlanish, Pastia belgisi, oq dermografizm, malinasimon til.

Skarlatinada qo'llaniladigan funtamental savollar:

1. Skarlatinaga umumiy ta'rif.
2. Skarlatina qo'zg'atuvchisining xususiyatlari.
3. Yuqish yo'li.
4. Kasallik manbai.
5. Kasallikka moyillik.
6. Patogenezida muhim komponentlar.
7. Klinik kechish xususiyatlari.
8. Patognomonik belgilar.
9. Diagnostika xususiyatlari.
10. Differensial xususiyatlari.
11. Davolash prinsiplari.
12. Profilaktika usullari.

STREPTOKOKKLI LAB BICHILISHI

Asosiy belgilar. Lab, ko'z burchaklarining yoki burun asosining yorilishi, pufakchalar hosil bo'lishi, eroziyalar, qaloqlar qoplashi, namlanib turishi.

Lab bichilish streptokokklar chaqiruvchi kasallik bo'lib, lab, ko'z burchaklarining va ba'zida burun qanotlarining jarohatlanishi bilan va intoksikatsiya belgilarisiz namoyon bo'lishi hamda ko'p hollarda surunkali qaytalanib turishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi streptokokklar.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: streptokokkli infeksiyaning har xil shakli bilan og'rikan bemorlar (piodermiya, tonzillit va boshqa streptokokkli kasalliklar bilan og'rikanlar) va sog'lom streptokokk tashuvchilardir.

Yuqish yo'li: havo-tomchi, maishiy-muloqot, alimantar va aerogen yo'llar orqali amalga oshadi.

Moyillik: bolalar kasallikka ko'proq moyildirlar.

Klinikasi. Bolalar orasida uchrab turadigan kasalliklardan biri bo'lib, asosan, lab burchaklarida kuzatilib, ba'zida ko'z burchaklari va burun asosida ham qayd qilinadi. Kasallikka sababchi omillar: immun tizimining zaiflashuvi, ayniqsa, mahalliy immunitetning zaiflashuvi, ko'p so'lak oqib turishi, karieslangan tishlar, labini ko'p yalab turishlar, ovqatlangandan keyin shirinliklar iste'mol qilgandan keyin yuvinmasliklar, tez-tez jarohatlanib turishlar (og'izni katta ochishlar) yoki boshqa teri va shilliq qavatlarining kasalliklarini boshdan o'tkazishlar bo'lishi mumkin.

Bemorlar gapirganda, ovqatlanganda lab atrofida yoki burchaklarida og'riqqa, achishib turishiga shikoyat qilishadi.

Kasallik lab burchaklarida tez yoriluvchi pufakchalar paydo bo'lishi bilan boshlanib, pufakchalar ochilgandan keyin uning

o'rnida namlanib turuvchi (ekssudat hisobiga) yoriqlar va eroziyalar hosil bo'ladi. Yoriqlar va eroziyalarning ovqatlanganda, gapirganda, qattiq kulganda, baqirganda takroran jarohatlanishi va o'z vaqtida davo muolajalarini olmaslik kasallikning surunkali shaklga aylanishiga imkon yaratadi. Surunkali shakllari yillab yoki umri davomida takrorlanib turishi mumkin.

Diagnostikasi. Klinik belgilarga asosan qo'yiladi, kerak bo'lganda jarohatdan surtma olinib bakteriologik yoki bakterioskopik usulda tekshirilib qo'zg'atuvchilar topiladi.

Davosi. Bemorlar uy sharoitida davolanishadi. Davo sifatida mahalliy qurituvchilar va antibakterial malhamlardan foydalaniladi. Kerak bo'lganda antibakterial dori vositalari ichishga yoki in'eksiya orqali beriladi. Streptokokklar penitsillin guruhi va keng spektrdagi antibakterial dori vositalariga juda sezgir hisoblanadi. Surunkali shaklida immun tizimini kuchaytiruvchi preparatlardan foydalaniladi.

Profilaktikasi. Asosiy profilaktika lab, ko'z va burunning jarohatlanishlarining oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak.

STREPTOKOKKLI ODDIY TEMIRATKI (XUSHKI)

Asosiy belgilar. Toshmalar quruq bo'ladi, qipiqlanib turadi, sog'lom teridan ajralib turuvchi oqimtir yoki qizg'ish rangda, aylana yoki oval shaklda bo'ladi, ko'proq yuz sohasida, ba'zida qo'llarda kuzatiladi.

Oddiy temiratki bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklardan bo'lib, subyektiv belgilersiz kechuvchi, terining yuz va qo'llar sohasida, ba'zi hollarda tananing boshqa qismlarida oqish, qizg'ish rangdagi qipiqlanib turuvchi aylana yoki oval shakldagi belgilar bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi streptokokklar hisoblanadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai; streptokokkli kasalliklar bilan og'rigan bemorlar, streptokokk tashuvchilar. **Yuqish yo'li;** asosan mayishiy muloqot bo'lib, havo-tomchi yo'li bilan ham yuqadi. Moyillik; kasallikga asosan erta bolalik yoshidagi bolalar chalinib, bog'cha va maktab yoshidagi bolalar orasida ham keng tarqalgan. Katta yoshdagi odamlarda ahyon-ahyonda uchrab turadi. Mavsumiylik; yilning hamma fasllarida uchrab, ayniqsa, bahor va yoz oylarida kuchayishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri aniqlanmagan. Bemorlarni subyektiv belgilar bezovta qilmaydi. Streptokokkli kasalliklar ichida quruq kechishi bilan ajralib turadi. Asosan bolalarning yuzi va jag'lari atrofi, ba'zida oyoq-qo'llari terisida aylana yoki ovalsimon shakldagi, yuzasi biroz kepaksimon va unsimon qipiqlanib turadigan oqimtir yoki qizg'ish dog'lar paydo bo'ladi. Dog'lar, ayniqsa, teri rangi qoramtir bolalarda yaqqolroq ko'rinib turadi. Quyoshga nurlari ta'sirida atrofidagi sog'lom teri biroz qorayishi hisobiga dog'lar yana ham aniqroq ko'rinadi.

Tashxisoti. Klinik belgilarga asoslanib qo'yiladi, kerak bo'lgan hollarda teridagi dog'lardan va qipiqlardan surtma tayyorlanib

bakterioskopik tekshiriladi. Streptokokklarning topilishi tashxisni tasdiqlaydi.

Taqqoslash tashxisoti. Terining allergik kasalliklari bilan taqqoslanadi. Ko'p hollarda gijja va parazitlar kasalliklarni keltirib chiqargan allergik o'zgarishlari noto'g'ri tashxislashga olib kelmoqda.

Davosi. Davo muolajalari mahalliy va umumiy tartibda olib boriladi. *Mahalliy davo* toshmalar sohasiga antibakterial preparatlarini tutuvchi malhamlarni (levomikol, sintomitsinli, gentamitsinli, eritromitsin va tetrasiklinli) surtib turish kifoya. *Umumiy davo* bemorda mavjud streptokokkli o'choqlarni davolashga qaratilgan (surunkali tonzillit, tishlar kariesi) bo'ladi.

Oldini olish. Gigiyenik qoidalarga rioya qilish, tez-tez yuvinib turish. Terining haddan tashqari qurib qolishiga yo'l qo'ymaslik.

STAFILOKOKKLI INFEKSIYA

Asosiy belgilar. Yuqori va davomli isitma, har xil o'choqli yallig'lanishlar paydo bo'ladi, har xil klinik ko'rinishlarda o'tadi, chaqaloqlar ko'p kasallanadilar.

Stafilokokkli infeksiya bolalar, yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'rtasida keng tarqalgan bo'lib, ularda kechishi muhim ahamiyatga ega ekanligi bilan xarakterlanadi.

Stafilokokklar ko'pincha antebakterial dorilarga chidamliligi bilan ajralib turadi. Antibakterial dorilar qo'llanishga ular tez moslanib oladilar va disbakteriozga sabab bo'lishadi. Bunday hollarda stafilokokklar tez ko'payib, kasallik yashin tezligida rivojlanishi mumkin.

Hozirgi kunda Respublikamizda ham stafilokokkli infeksiya bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida tarqalishi, o'lim holatlarining ko'plab qayd etilishi bilan dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi stafilokokklar bo'lib, ularning patogenligi ishlab chiqaradigan zaxarining xususiyati bilan bog'liq.

Stafilokokklarning rivojlanishi odam organizmining reaktivligi, antistafilokokk immunitetning darajasi va disbakterioz holati bilan bog'liqdir.

Immun sistemaning va reaktivlikning pasayishi, disbakteriozning kuchayishi stafilokokklarning tez rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Stafilokokklar tashqi muhitga juda chidamli bo'lib, quritish va yuqori harorat ta'sirida halok bo'lishmaydi. Uning zaharlari qaynatishga ham chidamli.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: stafilokokkli infeksiya-ning har xil shakli bilan og'rigan bemorlar (piodermiya, tonzillit, pnevmoniya, mastit va boshqa) va patogen shtammlarni

tashuvchilar. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun tug'ruqxona xodimlari kasallik manbai bo'lishadi.

Kasalxona va bolalar muassasalari xodimlari orasida patogen stafilokokklarni tashib yurish juda ko'p qayd etiladi.

Yuqish yo'li. Havo-tomchi, maishiy-muloqot, alimentar va aerogen yo'llar orqali amalga oshadi.

Moyillik. Qo'zg'atuvchining tashqi muhitga juda chidamliligi, bolalarning kasallikka yuqori moyilligi (asosan yangi tug'ilgan chaqaloqlar, har xil sabablarga ko'ra organizmi sustlashgan), sanitar holatlarning talabga javob bermasligi hisobiga chaqaloqlar va bolalar muassasalarida avj olishi kuzatiladi.

Enterotoksin A ishlab chiqaruvchi shtamlari bilan ifloslangan oziq-ovqatlarni iste'mol qilingan hollarda bir necha kishining ovqat toksikoinfeksiyasi bilan kasallanishi kuzatiladi.

Stafilokokklar shartli patogen mikroorganizmlar bo'lganligi sababli kasallik kelib chiqishi uchun faqat tashqi muhitdan tushishi shart emas. Biror-bir ta'sirot ostida organizm reaktivligi pasayishi hisobiga organizmda yashayotgan shartli patogen stafilokokklar rivojlanib, kasallik chaqirishi ham mumkin.

Mavsumiylik. Kasallikka xos emas, yilning hamma fasllarida ham qayd qilinadi, issiq fasllarda ko'proq kuzatiladi.

Klinikasi. Stafilokokk infeksiyasining har xil shakllari mavjud. Ular tashqi qoplamlarning (piodermiya, furunkulyoz, panarisiy, abscess, omfalit), murtak bezlari va limfa tugunlari zararlanishi (tonzilit, yiringi limfangit va limfadenit). Nafas a'zolari zararlanishi (nazofaringit, sinuit, laringotraxeobronxit, pnevmoniya, plevrit), oshqozon ichak trakti shikastlanishi (enterokolit, ovqatdan zaharlanish), suyak tayanch sistemasining (osteomiyelit, artrit) siydik ajratish yo'llari (sistit, piyelonefrit), nerv sistemasi (yiringli meningit) va boshqalarning zararlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Stafilokokkli pnevmoniya birlamchi yoki ikkilamchi (birlamchi boshqa joylardagi o'choqlar hisobiga) shakllari rivojlanishi mumkin.

Ko'p holatlarda o'tkir respirator infeksiyalar, dezenteriya, qizamiq va boshqa har bir kasalliklar bo'lganda stafilokokklarning organizmga tushib qolishi yoki organizmdagi shartli patogen

stafilokokklarning rivojlanishi hisobiga pnevmoniya va boshqa klinik ko'rinishlari rivojlanishi mumkin.

Stafilokokkli Ritterniing eksfoliativ dermatiti: yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydigan kasalliklardan biri bo'lib, juda og'ir kechishi bilan xarakterlanadi. Organizmdagi umumiy zaharlanish belgilaridan tashqari teri va shilliq qavatlarida o'ziga xos o'zgarishlar ro'y beradi. Kasallik chaqaloqlikning 4—5 kunlarida yoki 1—2 haftalarida boshlanib, teri qizarishi, terida yoriqlar paydo bo'lib qipiqlanishning va terida shishlar paydo bo'lib uning namlanishining kuchayishi kabi belgilar kasallikning ilk belgilari hisoblanadi. Keyinchalik teri va shilliq qavatlarda pufakchalar va pufaklar paydo bo'ladi. Toshmalar asosan chaqaloqning yuz, bo'yin, tanasida va muchalarida uchraydi. Terining epidermis qismi bujmayib uning shilinib ko'chishi tezlashadi. Pufaklar hosil bo'lgan soha terisi olib tashlashga harakat qilinganda sog'lom teri sohalari ham birga ko'chishi xos hisoblanadi. Kasallikning 10—12- kunlariga borib juda avj olishi xarakterli bo'lib, butun tana terisining qizarib shishishi va uning ko'chib tushishi kuzatiladi. Teri ko'chishi hisobiga o'rnida eroziyalangan teri qoladi. Bularning darajasi kasallik kechish og'irligi bilan bog'liq.

Stafilokokkli pnevmoniya o'zining tez rivojlanishi va og'ir kechishi, toksikoz, nafas yetishmovchiligi belgilari kuchayib borishi bilan boshqa shakllardan ajralib turadi. Ayrim hollarda o'pka to'qimasining yemirilishi hisobiga o'pkada bo'shliq hosil bo'ladi. Ko'p hollarda jarayonga plevra ham qo'shilib, plevrit, pnevmotoraks rivojlanishi mumkin. Umumiy qon tahlillarida leykositoz, neyrofilyoz, ECHT oshishi kuzatiladi. Erta yoshdagi bolalarda stafilokokkli pnevmoniya uchraganda o'lim ko'rsatkichi juda yuqori bo'ladi.

Stafilokokkli enterokolit. Ko'p hollarda erda yoshdagi bolalarda uchraydi. Ular birlamchi rivojlanishi yoki bo'lmasa pnevmoniya, surunkali ichak kasalliklari, disbakterioz, sepsidan keyin va antibiotiklarni keng qo'llash natijasida kelib chiqishi mumkin. Kasallik ko'rinishi kuniga olti-o'n marotaba shilimshiq yoki aralash ich ketishi bilan namoyon bo'ladi. Ichak toksikozi kuzatiladi. Tana harorati noto'g'ri tusda bo'ladi. Cho'ziluvchan, to'lqinsimon kechadi.

Kasallik asosida ingichka ichakning distal qismi va yoʻqon ichakning boshlangʻich qismida kataral, nekrotik, fibrinli, yarali yoki aralash patologik oʻzgarishlar yotadi. Ayrim hollarda ichakdagi yaraning teshilishi va peritonit rivojlanishi mumkin. Bunday hollarda kasallik yashinsimon kechib, bemorning ahvoli tezda yomonlashadi, yurak faoliyati pasayib, toʻxtovsiz qayt qilishi, ichaklar parezi, qorin pardaning taʼsirlanishi kabi belgilar bilan namoyon boʻladi.

Stafilokokklar chaqiradigan ovqat toksikoinfeksiyasi:

Enterotoksin A hosil qiluvchi stafilocokklar bilan ifloslangan oziq ovqatlarni isteʼmol qilinganda yuzaga keladi. Kasallikning yashirin davri 2—6 soat boʻlib, koʻp martalab qayt qilish, qorinda ogʻriq, ichning suyuq ketishi bilan kechadi. Ayrim hollarda ich ketishi kuzatilmaligi mumkin. Tana harorati meʼyorida yoki subfebril boʻladi. Umumiy holsizlik kuzatiladi. Belgilar 1—3 kun saqlanib oʻtib ketadi.

Skarlatinasion sindrom. Oʻziga xos simptomokompleks boʻlib, oʻchoqli stafilocokkli infeksiyada (absess, flegmona, osteomyelit, angina va boshqa) bolalar orasida uchraydi. Bu teriga skarlatinadagidek nuqtasimon toshma toshishi, teri qichishi, petexial toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi.

Skarlatinadan stafilocokkli infeksiyada biror-bir oʻchoqning boʻlishi, kasallikning 3—4 kunlaridan soʻng toshmalar toshishi, toshmalar infeksiya oʻchogʻiga yaqin joylarda koʻproq joylashishi, ogʻiz burun uchburchagi oqimtir boʻlmasligi bilan farq qiladi.

Tashxisoti. Klinik kechish xususiyatlariga qarab va oxirgi tashxis bakteriologik tekshirish natijalariga qarab qoʻyiladi.

Davosi. Qoʻzgʻatuvchiga taʼsir etish uchun quyidagi antibakterial dorilar ishlatiladi: Eritromitsin, neomitsin, monomitsin, levomitsetin, linkomitsin, lindasin, sefalosporin va boshqalar. Imkoniyat darajasida har bir bemorni davolashda antibakterial dorining sezgirligini aniqlab qoʻllash kerak.

Stafilokokk intoksikatsiyatsini kamaytirish uchun antistafilokokk gammaglobulin qoʻllaniladi. Bu kasallikning birinchi kunlarida yaxshi natija beradi. Antistafilokokk gammaglobulin sogʻlom homilador ayollarga anatoksin bilan birga beriladi.

Organizmning spesifik reaktivligini oshirish maqsadida antifagin qoʻllaniladi.

Cho'ziluvchi, surunkali stafilokokk jarayoni kechganda stafilokokk anatoksinini (har 3—5 kunda bir marda teri ostiga) qo'llash tavsiya etiladi. Hammasi bo'lib sakkiz marotaba in'eksiya orqali yuborish va vaksina bilan davolash tavsiya qilinadi.

Organizmning nospesifik qarshiligini oshirish maqsadida qon, plazma, immunoglobulin va vitaminlar qilinadi.

Yiringli o'choqlar bo'lgan vaqtda jarrohlik muolajalarini ertaroq qo'llagan ma'qul.

Enterokolitda kolibakterin bifikol, bifidumbakterin, laktobakterin, lineks kabi eubiotiklar qo'llaniladi.

Stafilokokkli toksikoinfeksiyada oshqozon yuviladi, xuqna qilinadi va adsorbentlar berilib, toksikozga qarshi kurash olib boriladi.

Profilaktikasi. Profilaktika, asosan, organizmning nospesifik qarshiligini oshirish. tug'ruqxonalarda, kasalxonalarda, bolalar muassasalarida sanitar-gigiyenik holatni yaxshilashdan iborat.

Stafilokokkli infeksiya o'choqlarida stafilokokk infeksiyasi rivojlanishi ehtimoli bo'lganda ayollar homiladorlikning ikkinchi yarmida anatoksin bilan immunizatsiya qilinadi (0,5 ml dan 3 marotaba in'eksiya 32, 36 haftaligi va tug'ruqdan oldin qilinadi. Bu faqat onalarni tug'ruqdan so'nggi septik holatlardan saqlabgina qolmay, yangi tug'ilgan chaqaloqlar organizmida ham maxsus bo'lmagan immunitetini oshiradi.

Stafilokokkli infeksiyada ishlatiladigan muhim so'zlar.

Chidamlilik, moslashish, disbakterioz, antistafilokokk, immunitet, teri, murtak bezlari, nafas a'zolari, oshqozon ichak trakti, tayanch sistemasi, toksikoz.

Stafilokokkli infeksiyada qo'llaniladigan fundamental test savollar:

1. Stafilokokkli infeksiya manbai va yuqish yo'li.
2. Kasallikning kechish xususiyatlari.
3. Stafilokokkli ovqat toksikoinfeksiya klinik xususiyatlari.
4. Stafilokokkli infeksiyaning tarqalganligi.
5. Stafilokokkli infeksiyani davolash usullari.
6. Stafilokokkli infeksiyaning antibakterial preparatlarga chidamliligi.
7. Stafilokokk infeksiyaga qarshi kurashish chora tadbirlari.

MENINGOKOKKLI INFEKSIYA

Asosiy belgilari. Meningial belgilar uchraydi, tumov bo'ladi, gemorragik-nekrotik, yulduzsimon toshmalar toshadi, kuchli bosh og'rig'i bo'ladi, tana harorati oshadi.

Meningokokkli infeksiya o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, turli ko'rinishdagi nazofaringit, meningit, ensefalit va aralash shakllarda kechishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi: Meningokokklar bo'lib, ularning antigen strukturasi bilan farqlanuvchi bir qancha seroguruhlari (A, B, C, D, X, I, H, L, K, Y, Z, 29E va 135W) aniqlanadi. Mikroob tashqi muhitda tezda nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi: Kasallik manbai: kasal odam va sog'lom meningokokk tashuvchilar hisoblanadi. Yuqish yo'li: asosan kasallik havo-tomchi usulida yuqadi, bundan tashqari maishiy muloqot yo'li bilan ham yuqadi. Kasallikning tarqalishi yillar bo'yicha to'liqinsimon kechadi. Uning yengil shakllari; meningokokkli nazofaringit, meningokokk tashuvchilar, kamdan-kam hollarda tashxis qilinadi. Kasallikning og'ir shakllari meningokokkemiya va meningit kam uchraydi.

Moyillik. Infeksiyaga moyillik yuqori. Kasallik 14 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida ko'p uchrashi kuzatiladi. Kasallikning tarqalgan shakli kam hollarda uchrab, asosan yosh bolalarda kuzatiladi.

Mavsumiylik. Kasallik asosan qish va bahor oylarida qayd qilinadi.

Patogenezi. Patogenezida kasallikning qaysi shakli uchrashi katta ahamiyatga ega: nazofaringitda qo'zg'atuvchilar yuqori nafas yo'llarida yallig'lanish keltirib chiqaradi. Meningokokkemiya qonga o'tib bakteremiyaga sababchi bo'ladi. Meningitda bosh miya va orqa miya qattiq pardalarigacha gematoensefalik baryerdan va perinevral yo'llar orqali kirib

yallig'lanish keltirib chiqaradi. Kasallikdan keyin turg'un immunitet qoladi, shuning uchun qayta kasallanish uchramaydi.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2—10 kun, kasallik avj olishi, klinik belgilarning yo'qolib borish davri, rekonvalesensiya davrlari ajratiladi.

Tasnifi.

I. Tarqalganligiga qarab:

- a) mahalliy;
- b) tarqalgan.

II. Jarohatlanadigan joyiga qarab:

- 1. Nazofaringit.
- 2. Pnevmoniya.
- 3. Meningit.
- 4. Meningoensefalit.
- 5. Meningokokkemiya.
- 6. Aralash shakli.
- 7. Kam uchraydigan shakllari: kardit, artrit, pnevmoniya.

III. Kasallikning og'irlik darajasiga ko'ra:

- a) yengil; b) o'rta og'ir; d) og'ir.

IV. Kechishga qarab:

- a) asoratlangan; b) asoratlanmagan.

Asoratlari: o'tkir buyrak yetishmovchiligi, Uotexauz-Frideriksen sindromi, miya shishi, ependematit, gidrosefaliya, pnevmoniya, otit.

Meningokokkli nazofaringit kamdan-kam hollarda klinik tashxis qilinadi. Aniq tashxis faqatgina epidemiologik anamnez yig'ilgandagina (meningokokk tashuvchini yoki kasal bemor bilan muloqotda bo'lganligi) hamda burun-halqum shilliq qavatlaridan meningokokk ajratib olingandagina qo'yiladi.

Meningokokksemiya yoki meningokokli sepsis bola hayoti uchun kasallikning eng og'ir shakli hisoblanadi. Uning asosiy belgilari toshma toshishi va kuchayib boruvchi kuchli intoksikatsiyadir.

Toshmalar kasallikning birinchi soatlarida toshadi va gemorragik xarakterda bo'ladi. Toshmalarning yakkalangan elementlari kaft, tovon, dumba sohalarida toshadi. Bir necha soatdan keyin toshmalar qo'l va oyoqlarda, yuzga, badanga toshib

ketadi. Toshmalar to'q-ko'kimgir rangda, aylana yoki yulduzsimon ko'rinishda, ayrim hollarda esa bir-biriga qo'shilib ketadi va uni. g markazida nekroz o'choqlari aniqlanadi. Bolalarda allergik holatlar kuzatilganda toshma shishlar ustida toshib giperemiya bilan chegaralangan bo'ladi. Toshmalar kuchli intoksikatsiya bilan kechganda meningokokksemiyaning inkor qilish kerak.

Zaharlanish kasallikning birinchi soatlarida kuchli namoyon bo'ladi. Kasallik o'tkir boshlanadi, yuqori harorat va bemor umumiy ahvolidan og'irlashishi bilan kechadi. Tezda o'sib boruvchi holsizlik, kam harakatlilik, teri giperesteziyasi, haroratning tezda tushib ketishi bolada infeksiya-toksik shokning rivojlanganligini bildiradi va bu bemorning o'tkir buyrak yetishmovchiligi va miya shishidan bir necha soat ichida nobud bo'lishiga olib keladi.

Meningit, meningoensefalit belgilari: zaharlanish, yuqori harorat, bosh og'rig'i, qusish va meningeal simptomlar – ensa mushaklari rigidligi, Kerningning simptomi, Brudzinskiyning yuqori, o'rta, pastki simptomlari musbat bo'lishi, tuvak belgisi, liqildoqning uch belgisi (taranglashishi, pulsatsiya yo'qolishi va bo'rtib chiqishi) kuzatiladi.

Yosh bolalarda hayotning birinchi oylarida liqildoq shishishi hamda pulsatsiyasi yo'qolishi, Lesajning simptomi musbat bo'ladi. Qaytalanuvchi tutqanoqlar hamda o'choqli nevrologik simptomlarning musbat bo'lishi ensefalitning qo'shilganligidan dalolat beradi. Ba'zida mayda bo'g'imlarning zararlanishi (sinovit, bo'g'imlar og'riqli, shishinqiragan, kam hollarda giperemiya) aniqlanadi va ular kasallik tuzalganidan keyin izsiz yo'qoladi. Kasallikning og'ir darajalarida ko'pgina ichki a'zolar va sistemalarning zararlanishi hamda ikkilamchi bakterial infeksiyaning qo'shilishini kuzatish mumkin.

Laborator tashxisoti. Tashxis tomoqdan olingan surtma, qon, likvor bakterioskopiyasi hamda bakteriologik tekshirish bilan tasdiqlanadi. Statsionarda meningitni tashxis qilish maqsadida orqa miya suyug'ligi tahlil qilinadi (bosim ko'tarilishi, loyqalangan, oqish-sarqimgir rangda, yuqori sitoz, xloridlar va qand miqdori konsentratsiyasi pasaygan, oqsil miqdori ko'payadi).

Gemogrammada. Leykositoz, neytrofilyoz, aneozinofiliya, ECHT oshishi kuzatiladi.

Taqqoslash tashxisoti. O'RVİ, gripp, gemorragik vaskulit (Sheynlex-Genox kasalligi) trombotopenik purpura (Verlgof kasalligi), skarlatina, boshqa etiologiyali meningit, meningoensefalitlar, allergik toshmalar bilan farqlanadi.

Yuqumli kasalliklar bo'limlarida yotqizishga ko'rsatma.

Epidemiologik ko'rsatmalarga ko'ra hamma shakldagi meningokokkli infeksiya bilan kasallanganlar kasalxonaga yotqiziladi. Kasallikning o'rtta og'ir, og'ir darajali shakllari hamda meningit, meningokokkemiya taxmin qilganda tezkor yotqizib davolanadi. Gipertoksik va yashin tezligidagi shakllarida tezkor ravishda yotqiziladi.

Uy sharoitida davolash. Nazofaringit va bakteriya tashuvchilikda epidemiolog maslahati bilan olib boriladi.

Kasallikning hamma davrlarida yotoq rejimi buyuriladi.

Yoshga qarab parhez tayinlanadi.

Etiotrop davo maqsadida penitsillin yoki eritromitsin qo'llash. Davolash kursi 5—7 kun, ko'rsatmalarga qarab simptomatik davo qilinadi. Tomoqni va burunni furatsillin eritmasi va dezinfeksiyalovchi eritmalar hamda antiseptik xususiyatiga ega bo'lgan o'tli damlamalar bilan chayish.

Nazofaringit bilan kasallangan bemorlarni har kuni ko'rib turish kerak, chunki bu bemorlarga virusli infeksiyalar, travma, charchash, stresslar ta'sir qilib tarqalgan meningokokkli infeksiyani chaqirishi mumkin.

Sog'ayish mezonlari: Klinik simptomlarning to'liq yo'qolib ketishi. Burun-halqum shilliqli ajralmalarni ikki martalik bakteriologik tekshirishning manfiy bo'lishi.

Sog'aygandan keyingi kuzatuv pediater va nevropatolog tomonidan bir yil davomida olib boriladi.

Infeksiyaning o'choqda tarqalishining oldini olish uchun bemorda klinik va bakteriologik sog'ayish kuzatilguncha nazorat qilinadi.

Muloqotda bo'lganlar bilan ishlash. Muloqotda bo'lganlarda 10 kun davomida karantin e'lon qilinadi. Ularni har kunlik termometriya qilinadi. Bundan tashqari ularning umumiy ahvoriga, teri qoplamlariga, burun halqumiga e'tibor beriladi.

Meningokokkli infeksiyada ishlatiladigan muhim soʻzlar:

Meningokokk, havo-tomchi, nazofaringit, meningokokkemiya, meningit, asorat, gemorragiya, shish, nekroz, likvor.

Meningokokkli infeksiyada qoʻllaniladigan fundamental test savollari:

1. Meningokokkli infeksiya qoʻzgʻatuvchisi.
2. Kasallik manbai va yuqish yoʻli.
3. Meningokokkemiya patogenezi.
4. Meningit patogenezi.
5. Nazofaringit kechish xususiyatlari.
6. Meningokokkemiya kechish xususiyatlari.
7. Meningit kechish xususiyatlari.
8. Meningial belgilar.
9. Patologik reflekslar.
10. Tashxisot usullari.
11. Davolash usullari.
12. Oldini olish usullari.

QO'TIR

Asosiy belgilari. Teri qichishi, ayniqsa, kechasi qattiq qichishi, terida tugunchalar, tirnalar izlari paydo bo'lishi.

Qo'tir; qo'tir kanalari keltirib chiqaradigan yuqumli kasallik bo'lib, kanalar terining epiderma qismiga kirib qo'tir yo'llarini hosil qilishi va kuchli qichish belgilari namoyon qilishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi qo'tir kanasi hisoblanadi. Har bir kana o'z faoliyati davomida 50—60 tagacha urug' qo'yadi va urug'dan chiqqan kanalar rivojlanib, 10—15 kun davomida voyaga yetadi hamda patogenlik xususiyatini boshlaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odamlar va hayvonlar hisoblanadi. Yuqish yo'li: asosiy yuqish yo'li maishiy muloqot orqali amalga oshadi. Kasallikka moyilik: asosan jamoa bo'lib yuruvchi bolalar orasida (maktab, bog'cha va h.k) ko'proq uchraydi. Mavsumiylik: ko'proq kasallik qish va bahor fasllarida avj olishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin (inkubatsion) davri o'rtacha 7—10 kunni tashkil qiladi.

Odam terisiga tushgan qo'tir kanasi tezda teri ichiga kirib olib, epidermis bo'ylab kana yo'llarini hosil qiladi. Kasallikning asosiy belgisi terining qichishidir. Kattaligi 1—2 mm keladigan tugunchalar va ichida seroz suyuqligi bor oqimtir pufakchalar paydo bo'ladi. Tuguncha va pufakchali mayda toshmalar bir chiziq bo'ylab joylashishga moyil bo'ladi, qichinaverish oqibatida o'rnida nuqta-nuqta qadoqlar hosil qiladi. Toshmalar ko'pincha barmoqlar orasidagi burmalar, kaftning yon tomoniga, keyinchalik butun badanga toshadi. Ba'zan qo'l tirsaklarining tashqi qismida mayda nuqtali qora qadoqlarni uchratish mumkin. Bemor hadeb qichinaverishi natijasida qo'tir badan terisining

bir joyidan ikkinchi joyiga o'tadi. Toshmalar kuchli qichishadi, bu holat, ayniqsa, kechasi va issiqda kuchayadi. Qichinaverish natijasida terining normal tuzilishi o'zgarib terida tiralgan, shilingan joylar, qora qo'tir qaloqlarni kuzatish mumkin: ko'pincha qichiganda terining tiralgan joylariga infeksiya tushishi natijasida yiringli teri kasalliklari: follikulit, furunkul, impetigo, ektima va boshqalar rivojlanishi ham mumkin, bunda kasallikning tashxisi murakkablashadi.

Qo'tir kasalligi uzoq cho'zilib ketganida yoki bemor muntazam davolanmaganida terining boshqa kasalliklari — dermatitlar va neyrodermitlar rivojlanishi mumkin. Yosh bolalarda kasallikning belgilari hiyla boshqacharoq kechadi. Aksariyat tovon, kaftning ichki sohasi, son oralig'i va dumba zararlanadi. Hosil bo'lgan pufakchalar tez yiringlab jarayon og'irlashishi mumkin.

Tashxisoti. Asosan bemorning shikoyatiga e'tibor beriladi. (kechqurunlari kuchli qichish). Bemorning terisidagi toshma (pufakcha) lardan laboratoriya usulida topilgan kanalar va ularning urug'lari tashxisni isbotlaydi.

Davosi. Bemor bolalarni davolash sanitar gigiyenik qoidalarga rioya qilgan holda umumiy amaliyot vrachi yoki dermatolog nazorati ostida uy sharoitida olib boriladi. 60 % li natriy tiosulfat hamda 6 % li xlorid kislota eritmasi buyuriladi. Bemor natriy tiosulfat eritmasini birorta idishga quyadi va ikkala kaftini doriga botirib, bo'ynidan to tovonigacha ishqalash yo'li bilan 2—5 minutda surtib chiqadi va 5—10 minut dam oladi. Qisqa vaqt ichida eritmaning suyuq qismi uchib ketadi, bemor badanida esa tiosulfat kristallari qoladi va u xuddi upa sepgandek oqarib ketadi.

Keyin xlorid kislota eritmasi ham xuddi shu holatda surtiladi hamda ko'rpa-to'shaklari almashtiriladi. Ikki kun xuddi shu zaylda davo qaytalanadi, yuvinishiga ikki kundan so'ng ruxsat beriladi.

Qo'tir kasalligini davolashda Vilkinson malhami ham keng qo'llaniladi. Vilkinson malhami yuz va bosh qismidan tashqari butun badanga kuniga bir martadan 5 kun mobaynida surtiladi va 6- kuni bemor yaxshilab yuvinib, kiyim va ko'rpa-to'shagini almashtiradi. Bolalarga oltingugurtning 5—10 % li malhami

buyurilib, 5—6 kun mobaynida bemor badaniga surtiladi. Antiparazitar dorilardan tashqari sharoitga qarab desensibilizatsiyalovchi va antigistamin preparatlar buyuriladi. Qoʻtirga bakterial infeksiyasi qoʻshilgan hollarda antibiotiklar buyuriladi. Zarurat tugʻilganda kasalxonaga yotqizib davolanadi.

Kasallikning oldini olish. Kasallik bortligi aniqlanganda maxsus xabarnoma toʻldiriladi va sanitariya-epidemiologiya nazorat markaziga maʼlum qilinadi. Bemor bilan muloqotda boʻlganlar va oila aʼzolari koʻzdan kechiriladi. Bemor bola batamom tuzalib ketmagunicha uni sogʻlom bolalar (yasli, bogʻcha, maktab) ga qoʻshilmaydi.

Bemorning ichki va ustki kiyimlari, yotadigan oʻrin-koʻrpalari, ishlatgan asbob-anjomlari, bolalarning oʻyinchoqlari dezinfeksiya qilinishi zarur.

DIFTERIYA

Asosiy belgilar. Fibrinli parda bo'ladi, parda qattiq, qiyinlik bilan ajraluvchan, ajratganda qonaydi, murtak bezlari va regionar limfa tugunlari kattalashadi, zaharlanish belgilari bo'ladi, yurak qon-tomir a'zolari va nerv sistemasi zararlanadi.

Difteriya o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchi kirgan joyda fibrinli parda hosil bo'lishi, kuchli zaharlanish belgilari va yurak qon-tomir a'zolari hamda nerv sistemasi zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Difteriya qo'zg'atuvchisi *Corinobakterium diphtheriae* to'g'ri tayoqcha shaklida, uzunligi 2—7 mkm oxirgi qismi bir oz qalinlashgan, spora hosil qilmaydigan, harakatsiz, Gram musbat, bir-biri bilan burchak ostida joylashadi. Neyser usulida bo'yaladi va oxirgi qismida donachalari (Bashen-Ernest tanachalari) ko'rinadi. Difteriya tayoqchasi aerob bo'lib, har xil oziq muhitlarda o'sadi. Leffler muhiti qo'llaniladi, ammo unda ko'pchilik mikroblar o'sadi, shuning uchun hozirgi paytda telluritli (Klauberger II, German-Tindsal-Sodiqova) muhitlar, 5% li qonli agar qo'llanilmoqda. O'sish xususiyati, ba'zi biyokimyoviy xossalari jihatidan 3 xil difteriya tayoqchalari (*gravis*, *mitis*, *intermedius*) tafovut qilinadi. Kasallikning klinik kechishida qo'zg'atuvchilarning tiplari o'rtasida bog'liqlik yo'q. Difteriya tayoqchasi ekzotoksin ishlab chiqaradi va u kasallikning asosiy belgilarini keltirib chiqarishga sabab bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam va rekonvalessentlar, sog'lom bakteriya tashuvchilar xizmat qiladi. Kasal odam turg'unlik davrining oxirgi kundan boshlab to klinik belgilarining yo'qolib ketishigacha epidemiologik jihatdan katta ahamiyatga ega. Epidemiologik jihatdan kasallikning yengil va atipik shakllari ham xavflidir. Yuqish yo'li: qo'zg'atuvchi ko'pincha halqum va nafas yo'llarining yuqori qismida

joylashadi. Shuning uchun ham kasallik havo-tomchi yo'li orqali tarqaladi. Qo'zg'atuvchilar organizmdan halqum va burun shilimshiqdari orqali tashqariga chiqadi. Zararlanish bevosita (o'pishish) va bilvosita muloqot bilan o'tishi mumkin. Difteriya tayoqchalari tashqi muhitda uzoq saqlanishi sababli, bemorning idish-tovoqlari, kiyim-boshlari va o'yinchoqlari orqali ham o'tishi mumkin. Sutli va kremli mahsulotlarda yaxshi o'sish xususiyati bo'lganligi sababli alimantar yo'l bilan ham yuqadi. Teri, jinsiy a'zolari difteriyasida kasallik qo'l, suv va boshqa yo'llar orqali yuqadi.

Moyillik. Difteriya bilan antitoksik immuniteti bo'lmagan yosh bolalar va kattalar og'riydi. Avvalgi yillar bu kasallik bilan ko'proq bolalar og'rikan bo'lsa, hozirgi paytda ular keng ko'lamda emlanganliklari sababli kattalarda ko'proq qayd qilinmoqda. Mavsumiylik. Kasallikka mavsumiylik xos bo'lib, kuz va qish oylariga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Qo'zg'atuvchi organizmga halqum va burun shilliq qavatlari orqali kiradi. Ba'zi hollarda difteriya tayoqchasi boshqa yo'llar bilan kirib, kasallikning turli klinik shakllarini (teri, ko'z va boshqa) keltirib chiqaradi.

Qo'zg'atuvchi qaysi yo'l bilan kirishidan qat'iy nazar u kirish joyida ko'payadi va o'zidan ekzotoksin ajratadi, bu esa organizmda patologik o'zgarishlarni olib keladi. Ekzotoksin kirgan joyda epiteliy nekrozi, tomirlarning shikastlanishi, tomirlarning o'tkazuvchanligi oshganligi kuzatiladi, qon dimlanishini keltirib chiqaradi, natijada qonning oqsilga boy suyuq qismi chiqadi. Uning tarkibidagi fibrinogen nekrozga uchragan to'qima tarkibidan ajralib chiqqan trombokinaza fermenti bilan reaksiyaga kirishib, uni fibringa aylantiradi va fibrinli pardani hosil qiladi. Ko'p qavatli epiteliy bilan qoplangan tomoq va halqumda difteritik yallig'lanish hosil bo'lib, bunda fibrinli parda pastdagi qavat bilan mustahkam bog'liq bo'ladi. Shuning uchun ham ularni ajratish juda qiyin bo'ladi. Shilliq qavatlarning bir qavatli epiteliy bilan qoplangan qismlarida esa nekrozli yallig'lanish yuzaga keladi va fibrinli pardani oson ajratish mumkin. Ekzotoksin ta'sirida atrofdagi to'qima va mahalliy limfa tugunlarining shishishi kuzatiladi, shishning darajasi bilan zaharlanish darajasi baholanadi. Ekzotoksin qon

orqali tarqalib, buyrak usti bezi, miokard, nerv sistemasi, buyrak kanalchalari va jigarga rezorbtiv ta'sir ko'rsatadi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Difteriya klinik jihatdan har xil kechadi. Qo'zg'atuvchi kirish darvozasiga qarab; tomoq, burun, halqum, hiqildoq, teri, ko'z, kindik, jinsiy a'zolar difteriyalari tafovut qilinadi. Jarayonning tarqalganligiga qarab; chegaralangan va tarqalgan, zaharlanishning darajasiga qarab; toksik bo'lmagan, subtoksik, toksik I-II-III darajalar, gipertoksik va gemorragik turlari ajratiladi.

Klinik tasnifi. A. Klinik ko'rinishi bo'yicha:

1. Tonzilyar. 2. Faringeal (halqum). 3. Laringeal yoki laringotraxeal. 4. Nazal. 5. Norespirator; teri, ko'z kon'unktivasi, quloq, kindik, genital shakllari. 6. Mushtarak shakli.

B. Kechish og'irligi bo'yicha:

Yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir.

Hozirgi paytda halqum difteriyasi ko'p uchrab, hamma shakllarning 98 % ni tashkil qiladi.

Halqum difteriyasi tipik (pardali, tarqalgan, toksik) va atipik (kataral, orolchali) shakllarda kechishi mumkin. Hozirgi paytda faol immunizatsiya keng qo'llanilayotgan davrda kataral shakli nisbatan ko'p uchrab, tashxis qilishga qiyinchilik tug'dirmoqda. Kasallikning bu shaklida bemorning ahvoli deyarli o'zgarmaydi.

Ba'zida umumiy holsizlik, yutinganda bir oz og'riq, tana haroratining subfebril ko'tarilishi kuzatiladi. Bemor halqumini tekshirib ko'rganda bezlarning qizargani va shishgani, mahalliy limfa tugunchalarining kattalashganini ko'ramiz. Keyinchalik bu kechish sog'ayish bilan tugallanishi yoki tipik kechishga o'tishi mumkin.

Halqum difteriyasining orolchali kechishi ham yengil o'tishi bilan xarakterlanadi, tana haroratining ko'tarilishi, zararlanish belgilari kuzatiladi. Bemor bosh og'rishiga, holsizlikka, yutinganda tomog'ida og'riqning borligidan shikoyat qiladi. Tekshiruvda tana haroratining ko'tarilganligi (37—37,5), bodomcha bezlarning kattalashgani va shishgani ko'rinadi. Murtak bezining ba'zi qismlarida fibrinli pardani ko'rish mumkin. Bu parda osonlik bilan ajraladi, ajratilganda pastki to'qima

qonamaydi. Mahalliy (jag' osti) limfa tugunlari biroz kattalashgan, og'riqsiz bo'ladi.

Halqum differiyasining pardali shakli o'tkir boshlanishi, tana haroratining ko'tarilishi, umumiy zaharlanish belgilari yuqoriligi, ya'ni holsizlik, bosh og'rishi, ishtahaning pastligi, loxaslik bilan xarakterlanadi. Bodomcha bezlar kattalashgan, shishgan, qizargan, yaltiroq fibrinli parda bilan qoplangan bo'lib, juda qiyinchilik bilan ajratiladi. Parda bez to'qimasidan ajratilganda osti qonaydi. Parda bezning hamma qismini yoki ko'proq qismini egallagan bo'lib, yuza qismida burmachalar hosil bo'ladi. Ba'zida jarayon bir tomonlama bo'lishi mumkin. Parda juda mustahkam, shpatellar orasida artilmaydi, suvga cho'ktirilganda erimaydi va o'z ko'rinishini o'zgartirmaydi. Pardaga 2% tellurit kaliy yoki natriy eritmasi surtganda u 15—20 minutdan so'ng qorayadi. Mahalliy limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli bo'ladi. Differiyaga qarshi zardobni yuborgandan so'ng pardalar bir kundan keyin asta-sekin kamayib boradi. Bezlar 2—3 kun mobaynida butun pardadan xalos bo'ladi. Xususiy davosiz bu hol yanada zo'rayib, kasallikning og'ir shaklda kechishiga sabab bo'ladi.

Halqum differiyasining tarqalgan shakli.

Kasallikning bu shakli asosan emlanmagan bolalarda uchrab, hamma yosh guruhlarida ro'yxatga olinib, bolalikning birinchi oylarida ham qayd qilinadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'pincha burun yoki hiqildoq differiyasi bilan birgalikda uchraydi. O'zining o'tkir boshlanishi, umumiy zaharlanish belgilarining, isitmali, og'riqli reaksiyalarning yaqqol ifodalanganligi bilan chegaralangan, pardali halqum differiyasiga o'xshab ketadi: ikki kun mobaynida tana haroratining yuqoriligi (38—39°C), bosh og'rig'i, loxaslik, terining ko'kimtir rangga kirishi, ishtahaning pastligi kabi belgilar namoyon bo'ladi. Chegaralangan shaklida kam uchraydigan qusish va qorin sohasidagi og'riq bunda ham kuzatilishi mumkin. Fibrinli parda bodomcha bezlaridan tashqari tanglay, tilcha, halqumning yon va orqa devorlariga tarqaladi. Bu shaklda birinchi bo'lib parda bodomcha bezlarida, so'ngra esa tarqalib, bodomcha bezlari atrofidagi to'qimalarda kuchli namoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda fibrinli parda bodomcha bezlar yuzasini butunlay qoplamasdan ham

tarqalishi mumkin. Zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi. Difteriyaning tarqalgan shakli bilan og'riq ba'zi bir bemorlarda chegaralangan shaklga nisbatan bodomcha bezlar va yumshoq tanglay shishi, qizarishi, mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi va og'riq alomatlari ko'proq kuzatiladi, ba'zida patologik jarayon bir tomonlama bo'lishi mumkin. Kasallikning tarqalgan shaklida fibrinli parda chegarasiga nisbatan keng tarqaladi. Xususiy davolanmagan kasallarda 10—14 kungacha, difteriyaga qarshi zardob yuborilganda 5—8 kungacha saqlanadi. Difteriyaning tarqalgan shaklining og'ir kechishlari va asoratlari juda kam kuzatiladi. O'z vaqtida xususiy davolanmasa subtoksik va toksik shakllarga o'tishi mumkin.

Halqum difteriyasining toksik shakli.

Halqum difteriyasining og'ir kechishi, toksik shakllarining hammasi va subtoksik shaklini o'z ichiga oladi. Bu chegaralangan va tarqalgan difteriyadan o'zining difteriya tayoqchasi bilan yallig'langan o'choqda ko'p miqdorda toksinlarni ishlab chiqarishi, toksinlarning juda ham ko'p miqdorda qonga so'rilishi va to'qimalar bilan tez orada birikishi bilan farqlanadi. Difteriyaning toksik shaklini og'irlik darajasini tez va aniq baholash va tashxislash kerak. Halqum difteriyasining toksik shakli to'satdan o'tkir boshlanib, hamma belgilarning kuchli rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Ba'zida emlanmagan bolalar difteriyaning yengil shakli bilan kasallanib o'z vaqtida maxsus davo olmaganliklari natijasida kasallikning og'ir toksik shakli rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Emlangan bolalarda har xil og'ir kasalliklarni boshidan kechirishi, orttirilgan immunitetning sust bo'lishi yoki yo'qolishi natijasida difteriyaning subtoksik yoki toksik difteriyaning I darajasi uchraydi.

Toksik difteriyaning II, III darajasi va gipertoksik shakli bilan faqatgina emlanmagan bolalar kasallanadi.

Hozirgi vaqtgacha toksik difteriyaning quyidagi tasnifi qo'llanilib kelingan:

1. Subtoksik. 2. Toksik I. II. III. darajasi. 3. Gipertoksik. 4. Gemorragik.

Yuqoridagi bo'linish aniq klinik belgilarga asoslangan bo'lib, to'g'ri davolashga yordam beradi. Kasallikning oqibati va aso-

ratiga qarab ikki guruhga bo'linadi. **Birinchi guruhga** subtoksik va toksik difteriyaning I darajasi kirib, og'ir asoratlari va o'lim oqibatlariga kam kuzatiladi.

Ikkinchi guruhga toksik difteriyaning II—III darajasi va gipertoksik shakli kiradi. O'z vaqtida va to'liq davolanmaslik natijasida og'ir asoratlarga va o'lim oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Toksik difteriya ikki variantga bo'linadi:

Gemorragik belgilarsiz.

Gemorragik belgili (II, III darajasi va gipertoksik difteriya) bu ham ikki variantga:

A) Chaqmoqsimon, gemorragik belgisiz. (Yashinsimon kechib, gemorragik belgilar namoyon bo'lib ulgurmaydi).

B) Gemorragik belgili.

Toksik difteriya uchun o'tkir boshlanish xos bo'lib, uning og'ir shakli uchun esa bir vaqtning o'zida haroratning keskin oshib borishi, umumiy zaharlanish, mahalliy limfadenit va og'riq kuchliligi xarakterlidir. Harorat tezda 39—40 C ga ko'tarilib, ba'zi bemorlarda 39°C ga teng bo'ladi. Harorat o'zining uzoq davomiyligi, mustaqil tushib borishi (karash saqlanganiga qaramasdan) bilan tarqalgan va chegaralangan difteriyadan farq qiladi. Difteryada zaharlanishning erta ko'rinishlaridan bosh og'rig'i, qaltirash, sezilarli darajadagi darmonsizlik, anoreksiya, teri qoplamalari rangi oqargan, og'ir shakllarida qayta-qayta qusishlar, qorindagi og'riq, davriy qo'zg'alish hurujlari (deliriy), adinamiya kuzatiladi. Toksik difteriyaning III darajasida kasallarda boshlanish davridayoq ITK (infeksion toksik karaxtlik) I darajasi belgilarini ko'rish mumkin. Og'iz halqum shishi asosan bodomecha bezlardan boshlanib, keyin tilchasi, qattiq va yumshoq tanglayga tarqaladi. Uning o'sib borishi, o'lchami toksik difteriya darajasiga bog'liq bo'ladi. Bodomecha bezlari va tilchani bilinar-bilinmas shish subtoksik difteriyada kuzatilsa, ularning tarqalgan shishi toksik difteriyaning II va III darajasida kuzatiladi. Difteryadagi shish xarakteri shuki, u chegarasiz mahalliy burmalarsiz tarqoq bo'lib, peritonizilitdan farqli ravishda tez o'suvchan bo'ladi.

Toksik difteriyadagi shish ustidagi shilliq qavat giperemiyasi juda yaqqol va ko'kimtir ko'rinishda bo'ladi. Bodomecha

bezlarining kattalashib, ko'kimtir rangga kirib shishganligi, ular yuzasida qirmizi yarim tiniq parda yoki kulrang karash borligi e'tiborga loyiq.

Pardasimon karash toksik difteriyada tezda paydo bo'lib, bodomcha bezlar va ulardan o'tib, atrofga ham tarqaladi. Fibrinoz karash to'liq shakllanmas ekan, u tezda olinadi va konsistensiyasi bir xil bo'lmaydi. Bu tashxisni qiyinlashtiradi, shuning uchun pardaning qattiq qismlardan olish kerak, bu to'g'ri tashxisga yordam beradi. Subtoksik va toksik difteriyaning I darajasi bilan og'rigan ba'zi bemorlarda karash faqatgina tilcha, tanglayda tarqalishi bilan chegaralanadi. Toksik difteriyaning II III darajasi uchun karashning bodomcha bezlardan tashqari tarqalishi doimiy belgidir. Ular qattiq va yumshoq tanglay, halqumning yon va orqa devorida hamda shilliq pardasida bo'ladi. Ba'zan bodomcha bezlarning pastki qismidagi karashlar til ildizi, iyak shilliq qavatiga borib, iyak sohasidagi shishga olib keladi.

Toksik difteriyada og'riq kuchli bo'lib, bir qancha komponentlardan: yutinganda tomoqdagi og'riq, mahalliy limfa tugunlaridagi va chaynov mushaklaridagi og'riqdan iborat. Mahalliy limfa tugunlarining kattalashuvi, og'riqli bo'lishi va atrofidagi to'qimalarning shishishi toksik difteriyaning asosiy belgisidir. Uni to'g'ri baholamaslik chuqur tashxisiy xatolarga olib keladi. Qanchalik kasallik og'ir kechadigan bo'lsa, bu belgi shuncha erta paydo bo'ladi. Limfa tugunlarining tovuq tuxumi kattaligida va undan ortiq bo'lishi gipertoksik va toksik difteriyaning III darajasi uchun xosdir. Bo'yin sohasi teri osti to'qimasining shishi, og'riqsiz va hamirsimon shaklda bo'lishi difteriyaning og'irlik darajasini aniqlashga yordam beradi. Gipertoksik va III darajali toksik difteriyada u erta paydo bo'lib, tezda oldingi bo'yin yuzasi, yuzga, ensaga, bo'yin orqasiga tarqaladi, bemor og'zidan o'ziga xos shirin hid kelishi xarakterli. Avj olish davrida difteriya klinik belgilari to'liq hajmda bo'lib, tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'dirmaydi. Adinamiya kuchayadi. Og'riq kuchi kamayishi mumkin. Fibrinli karash qalinlashadi, ular yuzasida burmalar paydo bo'ladi, ba'zan ular osilib turadi. Toksik difteriyada fibrinli karashning saqlanish muddati bemor maxsus davo bilan davolanmasa 2—3 hafta davom etadi. Zardob

bilan davolash, ularning devoridan ajralishi, bo'kishiga olib keladi. Karashlarning kamayishi uning hajmiga, zardobning o'z vaqtida yuborilganiga bog'liq bo'ladi. Zardobni yetarli dozada yuborish natijasi uchinchi kundan boshlanadi. Uch kundan keyin karashlar tezda kamaya boshlaydi. Bu holat toksik difteriyada 5—7 kunga to'g'ri keladi.

Bu kasallik avj olish davrida og'iz halqum va teri osti qavatining shishi yuqori rivojlanish darajasida bo'ladi. Shishni bo'yin old yuzasi bo'ylab, tepadan pastga tamoman chegarasini hamda toksik difteriya og'irlik darajasini aniqlashga imkon beradi: Shish mahalliy limfa tugunchalarning ustida bo'lsa subtoksik, bo'yinning yarmigacha bo'lsa, I daraja, o'mrov suyagigacha bo'lsa, II daraja, undan pastga ko'krak qafasiga tarqalsa, III daraja va shish butun tanaga tarqalsa gipertoksik turi deb baholanadi. Davo o'z vaqtida boshlansa, shish o'lchami shu darajagacha tarqalmasligi mumkin.

Hiqildoq difteriyasi. Birlamchi shaklda yoki halqum difteriyasi asosida hosil bo'lishi mumkin. Kasallik asta-sekinlik bilan boshlanib, zaharlanishning umumiy belgilari kuchsiz rivojlangan bo'ladi. Tarqalgan va toksik difteriyada ikkilamchi bo'g'ma umumiy zararlanish belgilarining kuchliligi bilan kechadi. Hiqildoq difteriyasining asosiy belgilaridan biri hiqildoqni toraytirish hisoblanadi. Difteriya bo'g'masining kechishida 3 ta bosqich kuzatiladi. Birinchi bosqich (disfonik) — bunda ovozning xirillashi (keyinchalik esa tovushning chiqmay qolishi), o'ziga xos qo'poldag'al yo'talish, paypaslab ko'rganda hiqildoqning og'riqliligi kuzatiladi. Ikkinchi bosqich (stenotik) — bunda shovqinli nafas olish, tovushning bo'lmasligi, nafas olish jarayonida qo'shimcha yordamchi mushaklarning ishtirok etishi kuzatiladi. Bu bosqich bir necha soatdan 2—3 kungacha davom etishi mumkin. Stenotik bosqich oxirgi asfiksiyadan oldingi bosqich bo'lib, bunda bemorlarni faqatgina jarrohlik yo'li bilan olib qolish mumkin. Shu davrda bemorlarda tez-tez bezovtalanib, ko'karish, terlashning kuchliligi, nafas olishning kuchsizligi, nafas olishda yurakning tez urishi va tomir urishining sekinlashishi kuzatilishi mumkin.

Uchinchi bosqichda (asfiktik) havo yetishmovchiligining kuchayishi, bezovtalik, keyinchalik uyquchanlik, ko'karish hollari

kuzatiladi. Agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bemor asfiksiyadan nobud bo'ladi.

Burun difteriyasi. Umumiy zararlanish belgilarining kuchsiz rivojlanishi burunning shilliq pardasida fibrinli pardalarning hosil bo'lishi bilan kuzatiladi.

Ko'z, tashqi eshitish yo'llarining, tashqi jinsiy a'zolarining, ovqat hazm qilish yo'llarining va og'iz shilliq pardalarining difteriyasi uchraydi. Har bir a'zoning zararlanishida ham asosiy belgisi fibrin pardaning paydo bo'lishidir.

Asorati. Asorat difteriyaning hamma shaklida bo'lishi mumkin. Ularning xarakteri, paydo bo'lishi, og'irligi va ko'p uchrashi mahalliy o'zgarishlarga bog'liq. Tarqalgan va chegaralangan difteriyada asoratlar kam bo'lib, faqat davolanmagan paytda yengil miokardit, yumshoq tanglayning qisqa muddatli falaji sifatida uchraydi.

Ko'p asoratlar toksik difteriyada kelib chiqadi. I darajasida 70% gacha, II—III darajada deyarli hamma bemorlarda asoratlar kuzatiladi. Asorat og'irligi difteriyaga qarshi zardobning yuborilishiga bog'liq bo'ladi. Ya'ni, zardob erta yuborilsa, asorat yengil kechib, qisqa muddatli bo'ladi. Agar DQZ ning birinchi dozasi kam bo'lsa, asoratlar ko'p bo'lib og'ir kechadi. Bunda asosan: polinevrit, mushaklar falaji, buyraklar shikastlanishi, nafas mushaklari falaji, yurak jarohatlanishi: asosan miokard qisqaruvchanligi faoliyati buzilishi, koronar qon aylanishi buzilishi kuzatiladi. Eng ko'p uchraydigan asorat bu miokardit bo'lib, ayniqsa, toksik difteriyada yaqqol ko'rinadi. O'z vaqtida DQZ yuborilsa, III darajali difteriyada ham asorat kuzatilmaligi mumkin.

Miokardit kasallikning 2—3 haftasida, kamdan-kam hollarda undan erta boshlanadi. Ko'pchilik hollarda nerv sistemasi va buyrak zararlanishi ham qo'shiladi. Yengil shakldan farqi kasal darmonsiz bo'lib, yuragida har xil og'riqlar, nafas yetishmovchiligini sezadi. Obyektiv ko'rganda: yurak chegaralari ko'proq chapga kengaygan, tonlari bo'g'iq, sistolik shovqin va arterial bosimning pasayganligi kuzatiladi.

Miokarditning og'ir shakli faqat toksik difteriyada, uning kechikib davolash jarayonida kuzatilib, bunda buyrakda va nerv sistemasida ham o'zgarish yuzaga keladi. Miokardit I—2

haftalarda yuzaga keladi va teri oqarishi, sianoz, yurak tonlari bo'g'iqqligi, yurak qisqarish ritmining buzilishi, taxikardiya, ekstrasistoliya kabi belgilar xarakterlidir.

Jigar kattalashib, arterial bosim pasayadi. EKG da voltajning pastga tushishi, miokard qisqaruvchanlik faoliyati buzilganligi o'tkazuvchanlikning buzilishiga xos belgi bo'ladi.

Nerv sistemasida ham asorat tariqasidagi o'zgarishlar yuzaga keladi. Yengil difteriyaning mahalliy va tarqalgan shakllarida mononevrit yumshoq tanglay falaji kuzatilib, 100—145 kungacha davom etadi, o'z navbatida, ovozning o'zgarishiga olib boradi. Toksik difteriyaning 1/3 hollarda polinevrit bilan asoratlanadi. Bosh miya nevrilaridan III, VII, IX, X, XII juft nervlari ko'proq zararlanadi, oqibatda esa yumshoq tanglay, til, akkomodatsiya buzilishi, halqum falajlari yuzaga keladi.

Kechki asoratlarga poliradikulonevrit kirib, u toksik difteriyada 18% gacha uchraydi. Asorat yengil o'tganda mushaklarda darmonsizlik, pay reflekslari pasayib, qo'l barmoqlarida nohush sezgilar bo'lib, 2 haftagacha davom etadi. Og'ir radikulonevrit boshlanganda mushaklarda chuqur o'zgarishlar yuzaga keladi, ular falajlanadi, bunga bosh miya nervlari shikastlanishi, nafas mushaklari falaji qo'shilib, kasal uzoq vaqtgacha ishga layoqatsiz bo'ladi, hatto o'linga sababchi bo'lishi mumkin.

Buyraklar zararlanishi toksik nefroz ko'rinishida uchraydi. III darajali toksik difteriyada nefroz 100% uchraydi. Bu albuminuriya, leykosituriya, yuqori proteinuriya, oligoanuriya, o'tkir buyrak yetishmovchiligiga (O'BE) olib boradi.

O'BE natijasida qonda kreatenin, mochevina miqdori oshadi. Toksik nefroz – II III darajali toksik difteriyada og'ir kechadi.

Uning hosil bo'lishida toksin — antitoksin immun-kompleksi asosiy rol o'ynaydi. Buyrak funksiyasi pasayishi qisqa, 7—10 kun davom etadi, dezintoksikatsion terapiya ta'sirida davolanadi.

Toksik difteriyada bir yoki ikki taraflama uchuqli pnevmoniya ham uchraydi. Rentgenologik o'zgarish ham bo'ladi. Mushaklar falaji bilan davom etuvchi pnevmoniya og'ir kechadi, chunki bunda o'pka ventillyatsiyasi ham pasayadi. Bunday paytda og'ir pnevmoniya kasallik o'linga sababchi bo'ladi.

Tashxisoti. Difteriya klinik va epidemiologik ma'lumotlar asosida tashxislanadi, laborator tekshirish uslublari esa faqatgina yordamchi vosita sifatida qo'llaniladi. Difteriya tashxisotini qo'yishdagi qiyinchiliklardan biri shundaki, bunda patologik jarayonning joylashishi har xil (tomoq, burun, hiqildoq) shuningdek, klinik shakllarning har xilligidir (chegaralangan, tarqalgan, toksik). Laborator tekshirish uslublaridan bakteriologik tekshirish katta ahamiyat kasb etadi. Buning uchun burun va tomoqning patologik jarayon hosil bo'lgan joyidan surtmalar olinadi. Tomoqdan surtmalar alohida, nahorda va ovqatdan so'ng ikki soat o'tgach olinadi. Agar qoplama hosil bo'lsa bunda uning zararlangan to'qimasining atrofidan va zararlanmagan, ya'ni sog'lom to'qimaning atrofidan olinadi. Tekshirish uchun olingan materiallar laboratoriyaga 3 soatdan kechiktirmasdan yetkazib berilishi shart. Dastlabki natijani bir kundan so'ng olish mumkin. Oxirgi paytlarda bakteriologik tekshirish laboratoriyalarida boshqa bir qancha uslublar qo'llanilmoqda, shulardan biri toksinlarni indikatsiyalash uslubidir. RIA uslubi orqali difteriya qo'zg'atuvchisining toksinining so'nggi dastlabki javobi olinadi va vrach o'z vaqtida DQZ ni yuborsa, u o'z vaqtida yuqumli kasalliklar o'chog'ida epidemiyaga va og'ir asoratlarga qarshi kurashgan bo'ladi. Agarda difteriyaning tipik klinik kechishida bakteriologik tekshirishlar manfiy (—) natija bersa, bu difteriyaning klinik tashxisotini o'zgartirishga asos bo'la olmaydi. Difteriyaning tipik klinik kechishi bilan kasallangan bemorda zaharli korinobakteriyalarni ajratib olish, bemor difteriyaning zaharli bakteriyasini tashuvchi ekanligidan darak beradi. Serologik tashxisotida TGAR usuli qo'llaniladi. Uni bemor zardobi va difteriya korinobakteriyasining antigeni bilan birgalikda qo'yiladi.

Agarda kasallik davomida antitelalar oshishi kuzatilsa, bu reaksiya musbat hisoblanadi.

Davosi. Difteriya bilan og'rigan shaxslarning hammasi kasallik kechimi qanday bo'lishidan qat'iy nazar kasalxonaga yotqizib davolanadi. Difteriyaning hamma shakllarida davolashning asosiy maqsadi difteriyaga qarshi antitoksik zardob yordamida zaharini neytrallashtirishdir. Kasallik shakllarini davolashda DQZ ni qat'iy moslab olib borish zarur. Halqum difteriyasining chegaralangan

va tarqalgan shakllarini hamda kam uchraydigan shakllarini davolashda difteriyaga qarshi antitoksik zardob yuborish bilan chegaralanadi. Toksik difteriya va bo'g'mani davolashda belgilangan antitoksik zardob dozalari ko'rsatma asosida olib boriladi.

Halqum toksik difteriyasini zardob bilan davolash zudlik bilan amalga oshirilishi kerak. Zardobni har 12 soatdan oralab yuboriladi, davomiyligi toksik darajaga bog'liq bo'lib, uning II—III darajasida 2—3 kun, so'ngra ko'rsatma asosida yuboriladi. Birinchi yuboriladigan zardob miqdori umumiy dozaning $1/3-1/2$ qismini tashkil qilishi, birinchi 2 kunda $3/4$ qismini tashkil qilishi kerak. Difteryaning tarqalgan va toksik shakllarini davolash muddati kechikkanda birinchi dozani $1/3-1/2$ martagaacha oshirib, antigistamin yoki glyukokortikoid preparatlari bilan birga yuborish tavsiya etiladi. Og'ir shakllarda zardob vena ichiga va mushak orasiga bir vaqtning o'zida yuboriladi. Zardob bilan davolash zaharlanish belgilarining yo'qolishi, limfadenit, parda, halqum va bo'yin teri osti qavatining shishi kamayganidan so'ng to'xtatiladi.

To'qimalarni, kislorod qabul qilishini kuchaytirib, MNS, miokard tonusini oshirish, buyrak usti bezi funksional holati va qon aylanishini yaxshilash uchun 0,5 % li strixnin eritmasi teri ostiga 0,3 — 0,5 — 1,0 ml yoki damlama ko'rinishida 3—10 tomchidan 2—3 mahal ichishga beriladi. Toksik difteriyaning I va II darajasida ko'pincha gidrokortizon 5—8 mg/kg va prednizolon 1—1,5 mg/kg belgilanadi.

Toksik difteriyaning III va gipertoksik shakllarida kuniga gidrokortizon 20—75 mg/kg, prednizolon 5—20 mg/kg 2—3 kun mobaynida vena ichiga, keyinchalik doza kamaytirilib mushak orasiga yuboriladi. Davolash davomiyligi 7—10 kun, ba'zan 14—15 kun davom ettiriladi.

Organizmni zahardan tozalash uchun dezintoksikasiya eritmalari, plazma 10 ml/kg haftasiga 2 marta, gemodez, reopoliglyukin, 5%li glyukoza vena ichiga yuboriladi. Eritmalar siydik haydovchi preparatlar bilan birgalikda yuborilishi kerak.

Difteriya zahari ta'sirini kamaytirish va organizmni mustahkamlash uchun vitaminlar: C vitamini 0,1—0,2 grammdan kuniga 3—5 mahal 3—4 hafta mobaynida, nikotin kislotasi 0,01 gramm

3—5 mahal 10 kun mobaynida, B guruhga kiruvchi B₁, B₆, B₁₂ vitaminlar 2—3 hafta mobaynida buyuriladi.

Toksik difteriyaning gemorragik shakllarida qon tomirlarida qon ivib qolishi sindromining (DVS) oldini olish maqsadida toza muzlatilgan plazma bilan geparin yuboriladi.

Difteriyaning og'ir shaklida va ikkilamchi flora qo'shilganda antibiotiklar: penitsillin, ampitsillin, eritromitsin, levomitsetin, tetrasiklin, ampioks davolash dozalarida beriladi.

Keyingi paytlarda yangi antimikrob preparatlari qo'llanilyapti. Sibutin korinbakteriyalarga antibakterial ta'sir ko'rsatib, organizmning immunobiologik ko'rsatkichlarini oshiradi.

Bemor toza havoli qonada joylashtirilib, xonada tinchlik, osoyishtalik bo'lib, bola o'yinchoqlar bilan ta'minlangan bo'lmog'i darkor.

Periferik qon tomirlarini kengaytirish, tomoq shilliq qavati shishlarini kamaytirish maqsadida chalg'ituvchi davolash vositalari qo'llaniladi. Bunda umumiy vannalar asta-sekin suv haroratini 39°C ga ko'tarib, 5 minut davomida turish va bir vaqtda issiq bug'dan nafas olish tavsiya qilinadi.

Oyoqlariga issiq gorchichnik, vanna, ko'krak qafasiga gorchichniklar qo'yiladi. Kun mobaynida iliq choy, sut tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Profilaktika maxsus hamda maxsus bo'lmagan yo'nalishdan iborat.

Maxsus bo'lmagan profilaktika sanitariya-gigiyena ishlari bilan bog'liq.

Maxsus profilaktika ikki yo'nalishga bo'linadi va birinchi organizmda antimikrob immunitet hosil qilish bilan bog'liq, uning uchun bolalar 2, 3, 4 oyligida va 16 oyligida AKDS (vaksina) bilan emlanadilar. Ikkinchisi organizmda antitoksik immunitet hosil qilish uchun 7, 16, 26, 46 yoshlarida ADS – M (Antigenlik xususiyati kuchsizlantirilgan toksin) qilinadi. Kasallik epidemik tarqalganda emlash ishlari organizmda faqat antitoksik immunitetni hosil qilishga qaratiladi, ya'ni ADS – M yoki AD-M qilinadi.

Difteriyada qo'llaniladigan muhim so'zlar:

Fibrin parda, murtak bezlari, korinobakteriya, toksik shakl, shish, zardob, vaksina, anatoksin.

Difteriyada qo'llaniladigan fundamental test savollari:

1. Difteriyaga umumiy tavsif.
2. Difteriya qo'zg'atuvchisi.
3. Difteriya yuqish yo'li.
4. Difteriyada kasallikka moyillik.
5. Difteriya qo'zg'atuvchining organizmda ko'payish xususiyati.
6. Difteriyada jarohatlanadigan a'zolar.
7. Difteriya klinik kechish davrlari.
8. Difteriya klinik kechish xususiyatlari.
9. Difteriyada harorat.
10. Difteriyaga xos belgilar majmuasi.
11. Toksik difteriyaning klinik xususiyatlari.
12. Erta tashxisot belgilari.
13. Difteriyaning qiyosiy tashxisoti.
14. Zardob yuborish qoidalari.
15. Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma.
16. Difteriyaga qarshi antimikrob immunitetni hosil qilish.
17. Difteriyaga qarshi antitoksik immunitetni hosil qilish.

YUQUMLI MONONUKLEOZ

Asosiy belgilari. Zaharlanish belgilari bo'ladi, regional limfa tugunlari kattalashadi, murtak bezlari jarohatlanadi, jigar va taloq kattalashadi hamda zararlanadi.

Yuqumli mononukleoz o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, zaharlanish belgilarining yuqoriligi, tomoq, murtak bezlari, jigar va taloqning zararlanishi va isitma chiqishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Epitelial hujayralarni va B-limfositlarni tanlab ta'sir qilish xususiyatiga ega bo'lgan viruslar keltirib chiqaradi. Epshtey-Barr viruslari deb ataladi, tarkibida DNK saqlaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam va virus tashuvchilar hisoblanadi. *Yuqish yo'li:* asosan havo-tomchi usulida va ba'zi hollarda maishiy muloqot, alimantar yo'llar orqali ham yuqadi. Moyillik: kasallik asosan ikki yoshdan boshlab va maktab yoshidagi bolalarda uchraydi, kamdan-kam hollarda katta yoshda ham uchrashi mumkin. *Mavsumiylik:* asosan kasallanish qish fasllariga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Viruslar nafas yo'llari shilliq qavatlariga kirib u yerdan limfa tugunlariga so'riladi. Limfa tugunlarida viruslarning ko'payish xususiyati bo'lib, limfa tugunlarining giperplaziyaga uchrashiga sababchi bo'ladi. Limfa tugunlaridan qonga o'tib ichki a'zolarga o'rnatib olishadi, xususan, jigar va taloqqa ta'sir qilib, ularning shikastlanishiga olib keladi. Jigar hujayralarining distrofiyasi, yallig'lanishi va taloqda nekrotik o'choqlar hosil qilish xususiyatiga ega. Immuntanqis bolalarda meningit va ensefalitga sababchi bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri o'rtacha ikki hafta bo'lib, bu muddat bir haftagacha kamayishi va olti haftagacha cho'zilishi mumkin. Kasallik ishtaha susayishi, holsizlik, yo'tal, mushaklarda og'riq kabi prodromal belgilar bilan boshlanadi. Kasallik avj olish davri tana haroratining birdan ko'tarilishi va

yutinganda tomoqda og'riq bilan boshlanadi. Bu belgilarga jigar va taloqning kattalashishi, limfa tugunlarining, ayniqsa, regionar limfa tugunlarining kattalashishi qo'shilib, bu belgilar uch-to'rt kundan to'rt haftagacha saqlanishi mumkin. Limfa tugunlarining o'lchami 2—3 sm gacha bo'lib, jag' osti, bo'yin orqasi, quloq orqasi, ko'ks oraligi, chov, qo'ltiq osti va mezenterial limfa tugunlari zararlanadi. Murtak bezlar zararlanishi xos bo'lib, kataral, follikulyar, lakunar va nekrotik ko'rinishda shikastlanadi. Nekrotik jarohatlanishida murtak bezlarni parda qoplaydi. Bu pardalar oson ko'chuvchi, olganda tagi qonamaydi.

Jigar qovurg'a yoyidan 2—3 sm chiqib turadi. 2—6 hafta mobaynida asl holiga keladi. Sariqlik yuzaga kelishi ehtimoli bo'ladi. Bilirubin va jigar fermentlari faolligi ortadi.

Kasallik cho'zilgan hollarda teriga har xil ko'rinishdagi (rozeola, dog', papula, petexiya) toshmalar toshadi.

Kasallikning ikkinchi kunlaridan boshlab qonda atipik mononuklear hujayralar topiladi. Ular 3—4 hafta, ba'zan bir necha oy saqlanadi.

Kasallikning yengil, o'rta og'ir, og'ir shakllari mavjud bo'lib, ba'zi hollarda atipik: belgilsiz ham o'tadi.

Asoratlari. Otit, paratonzillit, sinusit, buyrak yorilishi, pnevmomoya kabi asoratlar hamda ikkilamchi infeksiya qo'shilishi hisobiga har xil turdagi asoratlarni uchratish mumkin.

Tashxisoti. Kasallikni tashxis qilishda epidemiologik va klinik belgilardan foydalaniladi. Limfa tugunlarining zararlanishi, murtak bezlarining yallig'lanishi, jigar va taloqdagi zararlanishlar tashxisni osonlashtiradi. Qonda mononuklear hujayralar topiladi. Serologik usullardan: Paul-Bunnel va Goffi-Bauyer reaksiyalari qo'llaniladi.

Taqqoslash tashxisoti. Tonzillit, angina, difteriya, skarlatina, listerioz, tulyaremiya, zaxm, adenovirusli infeksiya, virusli gepatitlar, soxta sil, limfagranulematoz, o'tkir leykoz kabi kasalliklar bilan taqqoslanadi.

Tonzillit. Murtak bezlarining surunkali yallig'lanishi hisoblanadi. Uni aniqlash uchun faringitdan farqlash kerak. Buning uchun bemorni tekshirish qoidalariga e'tibor berish lozim, birinchi o'rinda xona yorug' bo'lishi, og'iz halqumini e'tibor bilan ko'rish (shpatel bilan) kerak. Ko'ruvda murtak

o'Ichami, rangi, relyefi, uning atrofidagi murtak yoyi, tilcha, halqum orqa devoridagi o'zgarishlarga e'tibor berish kerak, murtak kattalashgani bu yallig'lanish degani emas, yallig'lanish belgilari: giperemiya, follikulalarda yiring bo'lishi (2—3 mm yiringli), fibroz parda qoplashi mumkin. Relyefi o'zgargan, yoylari bilan bitishma hosil qilgan bo'lsa avval kasallikni boshidan o'tkazganligini bildiradi. O'ng va chap tomonni solishtirish kerak, chunki ba'zi kasalliklar, masalan, Simanovskiy-Plaut-Venson anginasida bir tomonlama zararlanish xos. Regionar limfa tugunlariga (kattalashgan, zichlashgan, paypaslaganda og'riqli, teri osti kletkasi shishgan) e'tibor berish kerak.

Angina — bu o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, ko'pincha A guruhiga kiruvchi B-gemolitik streptokokk chaqiradi va tana haroratining oshishi, umumiy intoksikatsiya, murtaklar yallig'lanishi, regionar limfa tugunlari o'zgarishi bilan kechadi. Kasallikni 80—85 % streptokokk, 10% tillarang stafilokokk, 5% aralash qo'zg'atuvchilar chaqiradi.

Streptokokkli angina. Inkubatsion davri qisqa (10—12 soat), kasallik o'tkir boshlanadi, bosh og'riydi, tana harorati tez ko'tariladi (40°C). Birinchi soatlarda tomoqda og'riq bo'lmaydi. Birinchi kun oxirlarida intoksikatsiya fonida og'riq yutinganda paydo bo'ladi. Isitma 3—5 kun davom etadi. Undan cho'zilsa asoratlanganligidan darak beradi. Yuz terisi qizargan, ba'zan burun-lab uchburchagida oqarish kuzatiladi. Ekzantema xos emas. Ko'p va erta belgilaridan biri bu jag'-burchak limfa tugunlari kattalashgan, og'riqli bo'lishidir. Tanglay murtaklaridagi o'zgarishlarga qarab kataral, follikulyar, lakunar, yarali-nekrotik anginalar farqlanadi.

Kataral anginada tanglay ravoqlari, murtak bezlarida giperemiya, shish kuzatiladi. Shu fonda yiring follikulada bo'lsa, follikulyar angina, yiring lakunada bo'lsa, lakunar angina deyiladi. Nekrotik anginalarda shilliq qavatda defekt (yara) paydo bo'ladi.

Simanovskiy-Plaut-Venson anginasini ikkita mikroorganizm assotsiatsiyasi — boreliy (Boreli Vincent:) va duksimon tayoqcha (*Fusobacterium fusiforme hoffman*) keltirib chiqaradi. Bu 5—8% holda uchraydi. Intoksikatsiya kuchsiz, subfebril temperatura, yutinganda tomoqda kuchsiz og'riq bilan

kechadi. Jarayon bir tomonlama bo'lib, birinchi kunda murtak bezlari shishib kattalashadi (bir tomon), so'ngra giperemiya fonida aylana oqish-kulrang (10 mm) dog' paydo bo'ladi, 2—3 kunda o'sha yerni kulrang karash qoplaydi, pardani olganda qonaydigan deffekt (yara) paydo bo'ladi. Beshinchi kun yara noto'g'ri shakl oladi, yara chetlarida parda qoldiqlari bo'ladi. Og'izdan badbo'y (chirikli) hid keladi. Reporatsiya bir necha hafta cho'ziladi. Ba'zan bu angina atipik kechib, yara shakllanishigacha bormasligi mumkin va parda bilan chegaralanadi. Ikki tomonlama shikastlanish juda kam uchraydi. Laborator tashxisoti: Romanovskiy-Gimza usuli bilan bo'yalgan surtmada duksimon tayoqcha va spiroxeta assotsiatsiyasi topiladi.

Adenovirusli kasallik. Adenovirusli angina deb noto'g'ri talqin qilinadi, chunki surunkali tonzillitda 80% holda adenovirus topiladi. O'tkir adenovirusli kasallikda faringokon'yunktival isitma, rinofaringit va generalizatsiyalashgan limfadenopatiya kuzatiladi. Bu kasallik uchun rinofaringit, tonzillit, kon'yuktivit xos. Jigar va taloq kattalashadi.

Tulyaremiyaning anginoz bubon shakli. Tanglay murtaklarining yallig'lanishi bilan kechadi, birinchi kunlarda yuqori isitma, yutinganda og'riq, murtak bezlarining birida kataral yallig'lanish kuzatiladi. Bu kasallikda tez nekrotik jarayon kuzatiladi. Kulrang parda paydo bo'ladi. Parda tushgach chuqur yara paydo bo'ladi (bir tomonlama kechish xarakterli). Simanovskiy-Plaut-Venson anginasidan farqi harorat va umumiy intoksikatsiya kuchli saqlanadi. Tulyaremiyaning xarakterli xususiyati bubon hosil bo'lishidir. Bo'yin oldi regionar limfa tugunlari kattalashgan. Boshida og'riqli (O'sha tomoni), keyinchalik og'riq kuchayadi. Hafta oxirida bubon 3—5 sm ga yetadi. Bubon atrof tomonlari bilan bitishmagan, harakatchan, ustidagi teri o'zgarishsiz. Ba'zan bubon yiringlab oqma hosil bo'lishi mumkin (3- hafta oxirlarida). Boshqa hollarda tuzalish davrida bubon sekin kichrayib, sklerozlanadi (uzoq vaqt). Isitma 10—15 kun bo'lib, murtakdagi yaralar tiklanishi uzoq vaqt davom etadi, yaradan so'ng chandiqlik qoladi. Tashxisni tasdiqlash uchun tulyarin bilan teri ichi allegik sinamasi qo'llaniladi. (1- hafta oxiri, 2- hafta boshida musbat bo'ladi).

Listerioz anginoz septik shakli. Tanglay murtaklari zararlanishi bilan kechadi. Listeriozda tonzillit kuchli intoksikatsiya fonida kechadi. Ko'pincha eritematoz, yuzda «kapalak» shaklidagi toshmalar toshishi, tarqalgan limfadenopatiya, doim jigar, taloq kattalashgan. Ba'zilarida yiringli meningit kuzatiladi. Boshqa a'zolarga metastaz (ikkilamchi o'choq) beradi. Murtakdagi o'zgarishga qarab intoksikatsiya undan emasligi ko'rinadi. Streptokokkli anginaga o'xshaydi, tashxisni tasdiqlash uchun qo'zg'atuvchini bakteriologik topish (qon, orqa miya suyuqligi, tomoq yuvindisidan) mumkin. Teri ichiga listerioz allergik sinamasi qo'yiladi.

Tomoq difteriyasi. Tanglay murtaklari zararlanishini anginadan farqlash qiyin. Difteriyaning kataral shaklini kataral anginadan orolchalini lakunar anginadan, pardali difteriyani — nekrotik anginalardan farqlash kerak. Kataral shakli: murtak yuzasida fibroz parda yo'q. Tana harorati me'yorida yoki subfebril saqlanadi, yutinganda og'riq kuchsiz. Difteriya kataral shaklida murtakda kuchsiz giperemiya, 2—3 kun kuchsiz shish va murtaklar sionotik bo'ladi. Agar maxsus davo bo'lmasa, fibrinoz parda hosil bo'ladi, streptokokkli angina kataral shaklida harorat 38°C, yutinganda tomoqda og'riq va murtak bezida yaqqol giperemiya kuzatiladi.

Tashxis korinobakteriya topilishi bilan tasdiqlanadi. Orolchasimon shakli: Murtakdagi orolcha shaklida pardalar bo'lib, shpatel bilan yengil olinadi, nozik, lakunar anginada yuqori harorat, intoksikatsiya, tomoqda kuchli og'riq bilan kechsa, difteriyada subfebril, og'riqsiz, intoksikatsiya kuchsiz bo'ladi. Maxsus davo qilinmasa, pardali shaklga o'tishi mumkin. Pardali shaklida keng fibroz pardalar hosil bo'ladi. Bu shaklni nekrotik angina va infeksiyon mononukleoz bilan, ba'zan Simanovskiye-Plaut-Venson anginasidan ham farqlash kerak. Nekrotik anginada kuchli zaharlanish, yutinganda og'riq, og'iz ochish qiyinlashadi. Tomoq ko'rganda giperemiya, shish, 1—1,5 sm nekrotik soha, qora-kulrang, chuqur deffekt hosil bo'ladi. Difteriyada parda qiyin ajraladi. Qonab turadi, parda shpatel orasida ezilmaydi. Suvda cho'kadi, parchalanmaydi. Tashxis korinobakteriya topilishi bilan tasdiqlanadi.

Yuqumli mononukleoz. Tomoq yaqqol zararlanadi. Angina zaharlanishdan orqada qolib rivojlanadi. 3- kundan tomoq zararlanadi. Ba'zan birinchi kunlarda jarayon ikki tomonlama, murtaklar kattalashib qizaradi. Murtaklar nekrotik zararlanishi xos, fibrin parda faqat murtakda bo'ladi. Parda difteriyadan farqli qalinroq, sariqroq, kaliy tellurit bilan rangi o'zgarmaydi, parda olganda qonaydigan yuza paydo bo'ladi. Difteriyadan farqi isitma, intoksikatsiya kuchli. Ikki hafta va ko'p saqlanadi. Kasallik birinchi kundan limfadenopatiya xos kasallikning 3—5 kuni jigar, taloq kattalashgan, paypaslaganda og'riqli bo'ladi. Qonda leykositoz, limfositoz, monositoz, atipik mononuklearlar paydo bo'lishi xos. Alat, Asat, ishqoriy fosfataza oshishi xarakterli.

Og'iz halqum kandidozi. Disbakterioz oqibatida namoyon bo'lib. ko'p spektrli antibiotik qo'llanishdan yuzaga keladi. Harorat me'yorida yoki subfebril, parda oqish-kulrang, keng tarqalgan bo'lishi mumkin. Og'iz kandidozining rivojlanishi shilliq qavatlarning qizarishi, shishishi va so'lak oqishining tezlashishi kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Pardani mikologik tekshirish tashxisni tasdiqlaydi.

O'RVI larida rinit, faringit, laringit, traxeobronxit bilan birga murtaklarning kataral yallig'lanishi kuzatiladi. Bu ko'pincha angina deb noto'g'ri tashxislanadi (20—30%). Yuqoridagi belgilar angina uchun xos emas.

Zaxm. Tomoqda birlamchi kasallik og'iz orqali yuqqanda sifiloma paydo bo'ladi. Inkubatsion davr (3 hafta) dan so'ng birta murtak kattalashadi, giperemiyalangan, regionar limfa tugunlari biroz katta, zich, yutinganda og'riqsiz, umumiy ahvoli qoniqarli, ba'zan subfebrilitet. keyinchalik murtakda nekrotik jarayon boshlanib, qattiq shankr paydo bo'ladi. Ikkilamchi zaxmda ekzantema, enantemalar ko'p bo'ladi. Tashxis maxsus bakteriologik va serologik tekshirish usullari bilan tasdiqlanadi.

Skarlatina. Eritrogen toksin ta'sirida kelib chiquvchi teri giperemiyasi, nuqtasimon toshmalar, qipiqqlanish, taxikardiya kabi belgilar kuzatiladi, tomoqni ko'rganda tomoq qizargan lovillab turgandek ko'rinadi, «malinali» til (toza giperemiyali, so'rg'ichlari kattalashgan), belgisi xos. Rekonvalessensiya davrida

terida tangasimon qipiqalanish asosan qo'l barmoqlarida, kaft va tovonda kuzatiladi.

Yuqumli bo'lmagan kasalliklardan ko'pincha gemotologik kasalliklarda (leykoz), nur kasalligida, immun agranulositoz, dorilar qo'llanilganda (sitotoksik kasallik) murtaklar nekrotik zararlanib, zararlanish birinchi hafta oxiri va ikkinchi hafta boshida kuzatiladi.

Murtak bezlari zararlanishi bilan kechadigan kasalliklarni uy sharoitida davolashga ko'rsatma.

Angina — kataral, lakunar, follikulyar shakllari. Surunkali tonzillitning remissiya va qo'zish davrining yengil va o'rta og'irlikda kechishida.

O'RVI — yengil va o'rta og'irlikda kechganda.

Burun, halqum kandidozi yengil va o'rta og'irlikda kechganda.

Uy sharoitida davolash.

Angina va skarlatinada antibiotiklar bilan davolash muhim ahamiyatga ega.

Surunkali tonzillitda antibiotiklar qo'llash, bemorning holatiga qarab ikkilamchi infeksiyaning oldini olish uchun beriladi.

Adenovirusli infeksiya va O'RVI da simptomatik va patogenetik muolajalar olib boriladi. Asoratlarni kuzatilishi yoki ikkilamchi infeksiya qo'shilishi ehtimoli bo'lganda antibiotiklar qo'llaniladi.

Burun halqum kandidozida — nistatin, levorin, intrakonazol, neftifin, diflyukan yaxshi samara beradi.

Mahalliy davo antiseptik ta'sir etuvchi dorilar bilan murtaklar zararlanishining hamma turida olib boriladi.

Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar:

Nekrotik angina, surunkali tonzillit, O'RVI, burun halqum kandidozi, skarlatinalarning og'ir kechishida va asoratlangan holatlarda. Tulyaremiya angina—bubon shakli, listerioz anginoz—septik shakli, tomoq difteriyasi, zaxm hamda yuqumli bo'lmagan murtaklar zararlanishi bilan kechadigan kasalliklar (immun agranulositoz, nur kasalligi, o'tkir leykoz, sitostatik kasallik) maxsus bo'limlarga yotqizilib, maxsus davolanadi.

Yuqumli mononukleoz davosi. Simptomatik va patogenetik olib boriladi.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi ishlanmagan.

Yuqumli mononukleozda ishlatiladigan muhim soʻzlar:

Virus, murtak bezlari, limfa tugunlari, jigar, taloq, zaharlanish.

Yuqumli mononukleozda qoʻllaniladigan fundamental test savollari:

1. Yuqumli mononukleozga umumiy tavsif.
2. Yuqumli mononukleoz qoʻzgʻatuvchisi.
3. Yuqumli mononukleoz yuqish yoʻli.
4. Yuqumli mononukleozda kasallikka moyillik.
5. Yuqumli mononukleoz qoʻzgʻatuvchining organizmda koʻpayish xususiyati.
6. Yuqumli mononukleozda jarohatlanadigan aʼzolar.
7. Yuqumli mononukleoz klinik kechishi.
8. Yuqumli mononukleoz klinik kechish xususiyatlari.
9. Yuqumli mononukleozda harorat.
10. Yuqumli mononukleozga xos belgilar majmuasi.
11. Erta tashxisot belgilari.
12. Yuqumli mononukleozni uy sharoitida davolashga koʻrsatma.
13. Yuqumli mononukleozni kasalxonaga yotqizishga koʻrsatma.
14. Yuqumli mononukleoz profilaktikasi.

TEPKI

Asosiy belgilari. Bez a'zolari sohasi shishadi, tana harorati ko'tariladi, bosh og'riydi, qayt qiladi, qorinda va bel sohasida belbog'simon og'riq bo'ladi, moyaklar qizarib shishadi va og'riqli bo'ladi, Murzon belgisi musbat, ya'ni so'lak naylari chiqaruv sohasi qizarib shishadi.

Tepki (epidemik parotit) — o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, bez a'zolari va markaziy nerv sistemasining zararlanishi hamda zaharlanish belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi viruslar bo'lib, Pheumophilus potidis deb nomlanadi. Viruslar paramiksoviruslar guruhiga kirib, tarkibida RNK saqlaydi. Tashqi muhit ta'sirotlariga juda sezgir. Past haroratga, antibiotiklarga chidamli. Eksperimental usulda maymunlarda tepki chaqirsa bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Hozirgi kunda yer sharining hamma qit'alarida kasallanish qayd etiladi. Antroponoz infeksiya hisoblanadi.

Kasallik manbai. Kasal odam. Bemorlar kasallik yashirin davrining oxirgi kunlaridan boshlab tashqi muhitga ko'p miqdorda viruslarni chiqara boshlaydi va kasallikning 8—9 kunlarigacha xavfli hisoblanadi. 8—9 kunlardan keyin yuqumsiz bo'lib qoladi. Umuman olganda har bir bemor tashqi muhit uchun 8- -9 kun xavfli hisoblanadi. Shu kunlarda ularni jamoadan ajratib qo'yish tavsiya qilinadi.

Yuqish yo'li. Kasallikning asosiy yuqish yo'li havo-tomchi yo'li bo'lib, yo'tal aksa urish kabi belgilar bilan kechadigan klinik shakllari bezovta qiladigan bemorlar tashqi muhitga juda ko'plab viruslar ajratishadi. Kasallikning bilinar-bilinmas shakli bilan og'rigan bemorlar ham tashqi muhit uchun xavfli hisoblanadi.

Kasallikka moyillik. Tepki bilan kasallanish ahyon-ahyonda va epidemiya ko'rinishida bolalar muassasalarida va kattalar

orasida uchrab turadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda tepki uchramaydi, ko'proq 5—15 yoshdagilarda uchrab turadi. Oldin tepkini boshidan kechirmagan shaxslar 18—25 yoshligida ham kasallanishadi. Erkaklarda ayol qizlarga nisbatan ko'proq qayd qilinadi.

Mavsumiylik. Kasallik yilning hamma fasllarida uchrab, ko'proq sovuq oylarga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Qo'zg'atuvchi kirish darvozasi og'iz bo'shlig'i, burun, yutqun shilliq qavatlarini hisoblanib, u yerdan viruslar so'rilib qonga tushadi va qon orqali bez a'zolariga, nerv hujayralariga tanlab ta'sir qiladi. Bu, albatta, hujayralar shikastlanishiga sabab bo'ladi. Infektsion jarayon kasallikning 7—9 kunlariga kelib kamayadi. Bu organizmda antitelolar hosil bo'lishi bilan bog'liq.

Kasallikni boshdan kechirganlarda turg'un orttirilgan immunitet qoladi. Organizmning immun holatini bilish uchun Enders tomonidan ishlab chiqilgan teri allergik sinamadan foydalaniladi. Bu sinama kasallikning 12- kuniga kelib 100% musbat bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Tepkida asosan bez a'zolarining hujayralararo to'qimasi zararlanadi. Hujayralararo to'qima va bezlar kapsulasi qizarib shishadi. Tepki meningitida likvor seroz ko'rinishida bo'ladi.

Klinikasi. Tepki klinik kechishi davriy bo'lib, yashirin, prodromal, klinik belgilarning yaqqol namoyon bo'lishi va tuzalish davrlariga ajratiladi.

Yashirin davri 11—23 kun bo'lib, o'rtacha 18—21 kunni tashkil qiladi.

Prodromal davri juda yaqqol rivojlanmagan bo'lib, asosan, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, tomoq qizarishi, et uvishishi kabilar bilan boshlanadi. Bolalarda qayt qilish, tutqanoq tutishi, tana harorati ko'tarilishi, ishtaha yo'qolishi, bo'yin sohasida, mushak va bo'g'imlarda, oyoqlarda og'riq kuzatiladi. Filatov belgisi ham juda xos: keyinchalik shish kuzatilishi kerak bo'lgan sohada, ya'ni quloq yostiqlik orqasidan bosganda og'riq sezilishi. Prodromal davrda tashxis qo'yish juda qiyin bo'lib, bemorlar shu davrda juda yuqumli hisoblanishadi. Bu davr 1—2 kunni tashkil qiladi. Avj olish davri — ko'p holatlarda kasallik

(prodromal davrlarsiz) o'tkir tana haroratining 38—39°C va undan yuqori ko'rsatkichlarga ko'tarilishi, quloq tashqi teshigida og'riq bilan boshlanadi. Quloq oldi bezi bir tomonlama, ayrim hollarda ikki tomonlama 3—5 kun davomida shishib kattalashib boradi. Shish 2—3 kunda tez maksimal darajaga yetadi, lekin so'rilishi asta-sekinlik bilan boradi. Shish avvaliga pastki jag' mushak uchburchagi, ya'ni quloq yostiqchasining pastki qismidan boshlanib, so'rg'ichsimon o'simta tekislanadi. So'ng oldinga, orqaga va pastga biroz tarqaladi. Bemorning yuz-kalla ko'rinishi nokka o'xshab qoladi. Ayrim hollarda bez atrofidagi to'qimaga (bo'yin va o'mrov suyagiga) tarqalishi mumkin. Paypaslab ko'rganda bez markazida og'riq seziladi, chetlarida og'riq kamayib boradi. Shikastlangan bez ustidagi teri tortilgan, yaltiroq, rangi o'zgarishsiz, qiyinlik bilan burma hosil bo'ladi. Chaynalganda va yutinganda bemorlar og'riqdan shikoyat qilishadi. Og'izni ochish qiyinlashadi. Tana harorati 6—8 kun saqlanadi. Erta belgilaridan biri so'lak chiqaruv nayi atrofining qizarib, shishib, so'rg'ichsimon ko'rinishini egallab atrofi qizil halqaga o'xshab qoladi — Murson belgisi, bu belgi 55% hollarda musbat bo'ladi. Bemorlar tomog'ida o'zgarish bo'lmaydi, kamdan-kam hollarda qizarish kuzatiladi. Og'iz shilliq qavatida ham yengil qizarish kuzatish mumkin. Limfa tugunlari biroz kattalashishi mumkin. Ayrim hollarda quloq oldi bezi bilan birga jag' osti va til osti bezlari ham shikastlanishi mumkin.

Bunday holatlarda jag' osti sohasi og'riqli, shishgan, qattiq, taranglashgan bo'lib, shish bo'yin sohasiga tarqalishi mumkin. Bez a'zolarining shishib kattalashishi 3—5 kun davom etib, so'ng asta-sekin kichkinalasha boradi va 8—9- kuniga kelib me'yoriga keladi. Ayrim hollarda bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Bezlarning yiringlashi kuzatilmaydi. Ba'zida so'lak bezi bilan birga jinsiy bezlar va oshqozon osti bezlari ham patologik jarayonga qo'shilishi mumkin. Tepki umumiy infeksiya hisoblanib, organizmning boshqa a'zo va sistemalarida ham o'zgarish kelib chiqadi. Yurak qon tomir sistemasi tomonidan yurak tonlarining bo'g'iqlashishi, sistolik shovqin, bradikardiya, arterial bosim pasayishi kabilar, vegetativ nerv sistemasining

jarohati hisobiga kasallikning 3—4- kunlarida namoyon bo'ladi. Shu belgilar zaharlanish belgilari yo'qolishi bilan o'tib ketadi. Umumiy qon ko'rinishida leykopeniya, limfositoz, ECHT ortishi kuzatiladi. Nerv sistemasining zararlanishi bosh og'rig'i, uyqusizlik, meningial belgilar musbat bo'lishi bilan kechadi. Ba'zida tepki to'liqinsimon kechadi. Tana harorati ko'tarilib tushib turadi. Haroratning takror ko'tarilishi yangi a'zolarining zararlanishidan darak beradi. Tipik kechishida 6—9- kuniga kelib kasallik sog'ayish bilan tugallanadi.

Tasnifi:

Tipik shakli.

1. Alohida bez a'zolarining zararlanishi.
2. Alohida nerv sistemasining zararlanishi (seroz meningit, meningoensefilit).
3. Aralash kechishi. Bez a'zolari va nerv sistemasining zararlanishi.

Og'irligi bo'yicha.

Yengil.

O'rta og'ir.

Og'ir.

Og'irlik darajasi ko'rsatkichlari.

Bez a'zolarining shikastlanish darajasiga bog'liq (shish, og'riq, bir necha bezlarning zararlanishi).

MNS ning zararlanish darajasi.

Zaharlanish belgilarining rivojlanish darajasiga bog'liq.

Atipik shakli.

Bilinear-bilinmas shakli.

Belgilarsiz shakli.

Yengil kechishida bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, tana harorati 37,5 - 38 C, zaharlanish belgilari bo'lmaydi. Bezlarning shishi va og'riqliligi juda kam rivojlangan, bezlar alohida zararlangan bo'ladi.

O'rta og'irlikda kechishida bir oz bosh og'rig'i, qayd qilish, meningial belgilar juda kam rivojlangan bo'ladi. Og'ir kechganda umumiy zaharlanish belgilari yaqqol rivojlanadi. Harorat 40 C va undan yuqori. Bir vaqtning o'zida bir necha bez a'zolari shikastlangan, atrofdagi to'qimalarga shish tarqalgan. Og'ir kechganda kasallik 2—3 hafta davom etadi.

Atipik shakli. Bilinar-bilinmas shaklida bemorning tana harorati me'yorida, bez a'zolarining biroz shishi kuzatiladi. Bemorning umumiy holati o'zgarmaydi. Belgilarsiz shaklida klinik hech qanday belgilar bo'lmaydi. Bular faqat serologik usul yordamida aniqlanadi. Atipik shakl 25—30 foiz hollarda uchraydi.

Orxit yoshlarda uchrab, ko'p holatlarda bir tomonlama bo'ladi va quloq oldi bezi zararlangandan 5—7 kundan so'ng rivojlanadi. Orxit boshlanishi bilan bemorlar moyakda kuchli og'riq sezishadi, og'riq harakatlenganda kuchayadi. Moyaklar me'yoridan 2—3 marotaba kattalashadi, qattiq, og'riqli bo'ladi. Bu belgilar 3—5 kun saqlanib, so'ng sekinlik bilan bir-ikki hafta ichida me'yoriga keladi.

Ayrim hollarda moyak atrofiyasi kuzatiladi. Juda kam hollarda oofarit, bartolinit, mastit kabi klinik shakllar rivojlanishi mumkin.

Ba'zida boshqa bez a'zolari bilan birga yoki alohida oshqozon osti bezining shikastlanishi—pankreatit qayd etiladi. Pankreatitning klinik ko'rinishi qorin bo'shlig'i o'tkir kasalliklariga o'xshaydi. Bemorlar qorinning epigastral sohasida, chap qovurg'a yoyi ostida og'riqqa shikoyat qiladilar. Belbog'simon og'riq ham xos. Ko'ngil aynish, qayt qilish, qorinda dam bo'lishi, qabziyat yoki ich ketishiga ham shikoyat qilishadi. Bu belgilar bosh og'rig'i va harorat ko'tarilishi bilan kechadi. Pankreatit belgilari kasallikning 5—10- kuniga kelib yo'qoladi.

Seroz meningit bilan kechganda ayrim hollarda VII, IX va XII juft nervlar shikastlanishi hisobiga yutinganda, chaynaganda, gaplashganda og'riq seziladi. So'lak bezlari zararlanganda so'lak ajralishi kamayishi hisobiga og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlari quruq bo'ladi.

Juda kamdan-kam hollarda otit rivojlanishi mumkin. Labirintit kuzatilganda bemor kar bo'lib qolishi mumkin. Karlik bir tomonlama bo'ladi. Ko'rish a'zolari tomonidan ham har xil shikastlanishlarni: dakrioadenit, kon'yuktivit, sklerit, uveit, keratit, ko'z nervlarining shikastlanishi kabilarni kuzatish mumkin. Eng yomon asoratlaridan biri ko'rish nervining atrofiyasidir, ya'ni ko'r bo'lib qolishga sabab bo'ladi. Ba'zi

mualliflar tepkida tayanch-harakat sistemasi tomonidan shikastlanishlar ham xosligini kuzatishgan. Bolalarga nisbatan kattalarda tepki og'ir va asoratlar bilan kechadi.

Oqibati. Umuman olganda tepki sog'ayish bilan tugallanadi. Pankreatitdan so'ng qandli diabet, orxitdan so'ng azospermiya (bepushtlik), nerv sistemasining og'ir shikastlanishlarida parez va paralichlar, karlik va ko'rlik kuzatiladi.

Tashxisoti. Quloq oldi bezi yallig'lanishida uchta og'riqli nuqta tashxisiy ahamiyatga ega:

1. Quloq yostiqchasi oldi.
2. So'rg'ichsimon o'simta cho'qqisi.
3. Pastki jag' chuqurchasi.

Laborator usullardan gemaglyutinatsiya reaksiyasi, komplementi birlashtirish reaksiyasi qo'llaniladi. Teri allergik sinamasi retrospektiv ahamiyatga ega bo'lib, bilinar-bilinmas shakllarida 1—3 sm diametrga ega bo'lgan infiltrat va qizarish bilan namoyon bo'ladi.

Kasalxonaga yotqizib davolashga ko'rsatma.

Kasallikning og'ir, markaziy nerv sistemasining zararlanishi bilan qo'shilib kelgan va pankreatit, orxit, oofarit kuzatilganda kasalxonaga yotqizib davolanadi.

Yengil va o'rta og'ir shakllari uy sharoitida davolanadi.

Davolash. Maxsus yoki etiotrop davosi yo'q.

Simptomatik davo choralari olib boriladi. Og'ir hollarda, asoratlangan turlarda va surunkali kasalliklari bor shakllarda antibiotiklar buyuriladi. Harorat yuqori bo'lgan vaqtda to'shakli rejim buyuriladi. Yengil xazm bo'ladigan vitaminlarga boy ovqatlar beriladi. Og'iz bo'shlig'i chayib turiladi. Zararlangan bezlar sohasiga quruq issiq, isituvchi kompress, kvars qo'llaniladi.

Orxitada yuqoridagilardan tashqari kortikosteroid preparatlari beriladi. Meningitda orqa miya kanali punksiya qilinadi. Tepki og'ir o'tganda markaziy nerv sistemasi shikastlanishi kuzatilsa, maxsus immunoglobulin 3—6 ml berilganda yaxshi natija beriladi.

Profilaktikasi. Bemorlar birinchi kundan 9—10- kunigacha uy sharoitida yoki statsionarda ajratib qo'yiladi. Muloqotda bo'lganlar yashirin davrning 11- kundan jamoa joylariga

qo'yilmaydi. Maxsus profilaktika 2 yo'nalishda olib boriladi. Kontaktda bo'lganlarga immunoglobulin qilinadi. Bu kasallanishni uch marotaba kamaytiradi va yengil kechishini ta'minlaydi.

Emlash jadvali asosida 16 oyligida bolalar bir marta vaktsina bilan emlanadilar.

Tepkida ishlatiladigan muhim so'zlar:

Virus, bez a'zolari, nerv sistemasi, shish, harorat.

Tepkida qo'llaniladigan test savollari:

1. Kasallik manbai va yuqish yo'li.
2. Moyillik va mavsumiylik.
3. Tepki klinik tasnifi.
4. Klinik kechish xususiyatlari.
5. Tepkida shishning saqlanish muddati.
6. Tepki asoratlari.
7. Davolash tamoyillari.
8. Oldini olish.

VIRUSLI GEPATITLAR

Asosiy belgilari. Jigar kattalashadi, teri va shilliq qavatlar sarg'ayadi, peshob qizaradi, najas oqaradi, jigar fermentlari faolligi ortadi, dispeptik, astenovegetativ, kataral va artraljik belgilar bo'ladi.

Virusli gepatitlar o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, o'zining davriy kechishi, zaharlanish belgilarining namoyon bo'lishi, teri va shilliq qavatlarda sariqlik kuzatilishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Hozirgi kunda virusli gepatit kasalligini chaqiruvchi bir qancha viruslar ajratilgan bo'lib, ular A, B, C, D, E, F, G turlarga bo'linadi. Bizning hududimizda A, B, C, D turlari bolalar orasida kasallik keltirib chiqarishi isbotlangan. Ular tashqi muhitga chidamlidir. Faqat odamlarda kasalliklar keltirib chiqarishadi.

Gepatit A virusi tarkibida RNK saqlab, pikarnoviruslar oilasiga, enteroviruslar turiga kiradi. Ularning 4 ta markeri mavjud bo'lib, anti-NAV JgM diagnostik maqsadda ishlatiladi. Viruslar bemor organizmidan kasallik boshlanishida axlat va siydik orqali tashqi muhitga chiqariladi.

Gepatit E virusi tarkibida RNK saqlab, kalitsinasimon viruslar turiga kiradi. Tashqi muhitga chidamli. 3 ta markyori bo'lib, anti-NEV JgM diagnostik maqsadda ishlatiladi.

Gepatit B virusi tarkibida DNK saqlab, gepadnoviruslar oilasiga kiradi. Tashqi muhitga juda chidamli. Bemordan va tashuvchilardan sog'lom kishiga qon, biologik ajralmalar orqali o'tadi. Hozirgi kunda 18 ta markeri aniqlangan bo'lib, NVsAg — o'tkir, cho'ziluvchan va surunkali kechishida aniqlanadi. Virus DNK si va Nve Ag viruslarning faol replikasiyasini ko'rsatadi. qonda HBsAg va anti-HBeJgM topilishi kasallikning faol kechayotganidan, anti-HBe topilishi infeksiyon jarayonning tugallanayotganidan darak beradi.

Gepatit C virusi tarkibida RNK saqlab, flaviviruslar oilasiga kiradi. 3 ta markyori bo'lib, diagnostik maqsadda anti-NSV Ig M ishlatiladi. Sog'lom kishiga parenteral yo'llari orqali yuqadi.

Gepatit D virusi tarkibida RNK saqlaydi. Bu viruslarning o'zi alohida kasallik chaqira olmaydi. Viruslar gepatositlar ichiga gepatit B viruslari yordamida kiradi. Qonda HBsAg, anti — HDV JgM topilishi kerak. Koinfeksiyada anti-HBcJgM ham aniqlanadi, superinfeksiyada bu markyor aniqlanmaydi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: Virusli gepatitlar uchun kasal odam, ayniqsa, kasallikning o'tkir, bilinar-bilinmas, sariqsiz, simptomlarsiz kechayotgan turi xavfli hisoblanadi.

Yuqish yo'li. Gepatit A va E najas - og'iz mexanizmi, maishiy muloqot yo'li orqali yuqadi. Gepatit E suv orqali ko'proq yuqadi. B, C, D-gepatitlari parenteral yo'l orqali, ayniqsa, qon va qon preparatlari orqali, tibbiy muolajalarda har xil in'eksiyalardan yuqadi. Sartaroshlar, manikyur, pedikyur qiluvchilar ham kasallik yuqishida muhim ahamiyatga ega. Parenteral yuquvchi gepatitlar transplasentlar yo'l orqali onadan homilaga ham yuqadi. Jinsiy yo'l orqali yuqishi ham isbotlangan.

Moyillik. Gepatitlarga moyillik juda yuqori bo'lib, A turi bilan 1 yoshgacha bo'lgan bolalar onadan olgan immunitet hisobiga kasallanishmaydi. Asosan 2—7 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanib, bizning epidemiologik sharoitimizda deyarli hamma bolalar kasallikning u yoki bu shakli bilan og'rinoqda. Har 3—4 yilda kasallanish epidemiya ko'rinishida tarqalmoqda. Katta yoshdagilar gepatit A bilan kasallanishi juda kam uchraydi. E gepatiti bilan ko'proq 15—30 yoshdagi shaxslar kasallanib, hattoki tug'ma ham bo'lishi mumkin. Gepatit B, C, D turlari hamma yoshda uchraydi.

Mavsumiylik. Gepatit A ko'proq kuz-qish fasllarida uchraydi. E gepatiti yilning issiq fasllarida ko'proq tarqaladi.

B, C, D gepatitlariga mavsumiylik xos emas.

Klinikasi. Kasalliklar bir nechta davrlarga bo'linadi.

A) Yashirin davr. A gepatiti uchun 7—50 kun bo'lib, o'rtacha 15—30 kunni tashkil qiladi. E gepatiti uchun 22—60 kun. B, C gepatiti uchun 2—6 oy. D gepatiti uchun B gepatiti bilan birga kechganda 20—70 kunni tashkil qiladi.

B) Sariqlik oldi davri. Kasallik tipik kechganda A va E turlari uchun 3—10 kun, B, C turlari uchun 5—15 kunni tashkil etadi.

D) Sariqlik davri. A va E gepatitlar uchun 1—2 hafta hisoblanadi. B, C turi uchun 2—3 haftani tashkil qiladi.

O'tkir virusli gepatitlarning tasnifi:

Etiologiyasi bo'yicha: Enteral: Virusli gepatit A va E.

Parenteral: Virusli gepatit B va C. Virusli gepatit D (koinfeksiya, superinfeksiya) Mikst — gepatitlar.

Klinik shakllari bo'yicha: Manifest, sariqlik bilan, sariqlik xolestatik komponent bilan, xolestatik, sariqliksiz.

Subklinik, innaparant, HBs Ag tashuvchanlik.

Og'irlik darajasi bo'yicha. Yengil, o'rta og'ir, og'ir fulminant.

Kechishi bo'yicha. O'tkir (1—3 oy), cho'ziluvchan (3—6 oy), surunkali (6 oydan ko'p).

Surunkali virusli gepatitlar tasnifi:

Etiologiyasi bo'yicha. Gepatit B, replikativ va integrativ shakli, Gepatit C, gepatit D, miskt — gepatitlar.

Infekcion jarayonning faollik darajasi bo'yicha. Minimal, past bilinar-bilnmas, yaqqol namoyon bo'ladigan.

Enteral gepatitlar fekal-oral mexanizm orqali yuqadi, yengil kechadi, surunkali turga o'tmay kasallik boshlanishidan 1,5—2 oydan so'ng to'liq tuzaladi.

Parenteral gepatitlar parenteral yo'l bilan yuqadi, qonda virus aylanib yuradi, klinik jihatdan og'ir kechadi, surunkali turga o'tishi va o'lim xavfi yuqori.

Mikst gepatit bu bir necha viruslar bilan bir vaqtda zararlanish (koinfeksiya) yoki organizmda virus bo'la turib yana boshqa virusning qo'shilishi (superinfeksiya). Mikst gepatit rivojlanishi kasallik kechishini og'irlashtiruvchi va uning qanday asorat bilan tugallanishini belgilovchi asosiy faktor hisoblanadi.

Tashxisot mezonlari. Gepatit A, E larni sariqlik oldi davrida tashxis qilish qiyin. Kasallik tipik kechganda 3 ta davr tafovut qilinadi:

1. Infekcion toksikoz davri (2—3 kun).
2. Bemorning umumiy ahvoli biroz yaxshilanish davri (2—3 kun).
3. Toksikoz davrining sariqlik davriga almashinuv davri. Bunda o't dimlanishi hisobiga sariqlik davriga o'tishi ko'rsatiladi.

Infeksion toksikoz davrida tipik klinik belgilar bo'lmaydi, hosil bo'lgan intoksikatsiyani boshqa kasalliklarning boshlanishi bilan farqlash qiyin. Epidemiologik ma'lumot—bemorning gepatit bilan og'riqlar bilan muloqotda bo'lganligi yoki bemor atrofidagi kishilarning kasallanishi asosiy tashxisiy ahamiyatga ega. Kasallik o'tkir boshlanadi, tana harorati 38—39°C ga ko'tariladi, bola holsiz, ovqatlanishdan bosh tortadi, ba'zan ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmagan qusish kuzatiladi. Qorinda to'mtoq, o'tkir, simillovchi yoki hurujsimon og'riq bo'lib, og'riq qorinning o'ng yuqori bo'lagida joylashishi kuzatiladi. Ba'zan bu o'ng qovurg'a yoyi ostida og'irlik hissi ko'rinishida bo'ladi. Kichik bolalar og'riqning joylashgan o'rnini noto'g'ri, ya'ni kindik atrofida ko'rsatadilar. 2—3 kun o'tgach intoksikatsiya belgilari yo'qolib, bola o'zini yaxshi his qila boshlaydi. Bu **davrni ahvoli biroz yaxshilanish davri** deb ataladi. Kasallik rivojlanishda davom etib, 2—3 kundan so'ng sariqlik paydo bo'lguncha kasallik barcha simptomlari qayta kuchayadi va jigarda metabolizm buzilishiga sabab bo'luvchi **toksikoz almashinuv davri** vujudga keladi. Bu davrda bemorni ko'zdan kechirganda jigarning 2—5 sm ga kattalashishi, paypaslaganda og'riq sezishi, jigar chetlari notekisligi ko'rinadi. Gepatit bilan kasallangan bemor jigari o'lchamlari Kurlov bo'yicha aniqlanishi kerak, chunki bunda jigar yuqoriga ham kattalashgan bo'ladi. Ba'zan erta yoshdagi bolalarda taloq ham kattalashadi.

Sariqlik oldi davrida tashxisiy xatolar ko'p uchraydi. O'RVI, xolesistit, o't yo'llari diskineziyasi, appenditsit, soxta tuberkulyoz, ovqatdan zaharlanish, ichak infeksiyalari va boshqalarga o'xshab ketadi. Diagnostik xatoga yo'l qo'ymaslik uchun jigar kattalashganligi va jigar transaminazalari faolligining oshganligini aniqlash zarur. Gepatit diagnostikasini siydik va axlatning spesifik o'zgarishi osonlashtiradi. Siydik to'q jigarrang, ko'piksimon bo'lib, ko'pik sariq rangda, axlat oq rangga kirishi kuzatiladi. Bu o'zgarishlarni kech bo'lsa-da bola yoki uning ota-onasi bilib olishi katta diagnostik va epidemiologik ahamiyatga ega. Axlat oqarishi va siydikning to'q rangga kirishi kasallikning sariqlik davriga o'tganligini bildiradi.

A gepatitining 30—35% holatlari sariqlik bilan kechadi, qolgan 65—70% qismi atipik sariqsiz kechish xususiyatiga ega.

Sariqlik davrida diagnostika qilish qiyin emas. Boshida sariqlik yaqqol ifodalangan bo'lmaydi, uni aniqlash uchun yorug'likda bemor kon'yuktivasi, qattiq tanglayiga yaxshi e'tibor berish kerak, chunki sariqlik bu sohalarda birinchi navbatda paydo bo'ladi. Biroq ko'pincha sariqlik tez bir kechada rivojlanib, 2—5 kun davomida ko'payib boradi keyin esa yo'qola boshlaydi. Obturatsion, mexanik, jigar osti sariqligidan farqli ravishda jigarga bog'liq sariqlikda teri qichishi xos emas.

Sariqlik turlicha — och yoki to'q rangda bo'ladi. Jigar usti sariqligida limon rangi, jigar osti sariqligida yashilsimon — sariqtusda bo'ladi.

Sariqlik davri enteral gepatitlardagidek, ammo klinikasi sekin rivojlanadi. Gepatit B da ba'zi bemorlarning badanida, dumba sohasida va qo'l-oyoqlarida kattaligi 2 mm bo'lgan simmetrik joylashgan dog'li-papulyoz toshmalarni uchratish mumkin. Toshma bir necha kun saqlanadi, keyin o'zidan qipiq qoldirib yo'qoladi. Bunday toshmalar toshishi Djanotti-Krosti sindromi deb yuritiladi.

B, C, D gepatitlarida sariqlik davri enteral gepatitlardagi kabi kechadi, lekin cho'ziluvchan va to'lqinsimon kechishi bilan farq qiladi. Surunkali shaklga aylanishi mumkin. Sariqlik va jigarning kattalashishi turlicha bo'lib, kasallik shakliga bog'liq bo'ladi. Erta yoshdagi bolalarda taloq kattalashishini kuzatish mumkin.

Gepatit C ko'pincha vena ichiga narkotik qabul qiladigan, ko'p muolajalar oladigan, qon va qon preparatlari qabul qilgan bolalar va kattalarda uchrab, gepatit B bilan birga kelishi va 70% hollarda sariqsiz shaklda kechishi mumkin. Gepatit B ga qaraganda ko'proq surunkali shaklga o'tadi.

Laborator diagnostikasi. Virusli gepatit diagnostikasida eng ahamiyatli narsa — bu jigar transaminazalar faolligining qonda oshishi hisoblanadi. Alaninaminotransferaza (Alat) normada 0,68 mmol/l, aspartataminotransferaza esa 0,45 mmol/l dan oshmaydi. Gepatit etiologiyasini aniqlashda spesifik markyorlar asosiy rol o'ynaydi. Gepatit A ni aniqlashda ko'pincha qonda VGA antitelasi, spesifik IgM va IgG ko'rinishida topiladi. Gepatit B uchun qonda gepatit B antigenlari, HBsAg, HBcAg va uning antitelolari topiladi. Gepatit C uchun qonda

gepatit C virusiga qarshi antitelalar topiladi. Gepatit D uchun gepatit D bilan og'rikan bemorlar virusining delta qismiga qarshi antitela gepatit viruslari markyorlari bilan birga topiladi. Gepatit E diagnostikasi uchun boshqa gepatitlar inkor qilinadi va anti HE IgM antigeniga qarshi antitelalar topiladi. Hozirgi vaqtda viruslarning RNK va DNK larini Zanjirli polimeraza reaksiyasi (PSR) usulida keng qo'llanilmoqda.

Sariqlik davrida giperfermentemiya bilan bir qatorda bilirubin miqdorining oshganligi kuzatiladi. Biluribinning qon zardobidagi me'yoriy miqdori—1 yoshgacha bolalarda 14,5—22,7mkmol/l, 1 yoshdan kattalarda 8,5—20,5 mkmol/l ni tashkil qiladi. Sariqlik oldi davrining oxirida siydikda urobilin topilishi mumkin, sog'lom odamda bu uchramaydi. Gemogrammada leykositlar me'yorida yoki pasaygan, nisbiy limfositoz, ECHT normada bo'ladi.

Taqqoslash tashxisoti. Sariqlik oldi davrida kasallikni O'RVI, xolesistit, o't yo'llari diskineziyasi, appenditsit, soxta tuberkulyoz, ovqatdan zaharlanish, ichak infeksiyalari, gijja kasalliklari bilan taqqoslanadi. Djanotti-Krosti sindromi aniqlanganda bolalarda uchraydigan barcha ekzantemali kasalliklar: qizamiq, qizilcha, skarlatina, allergodermatit va boshqa teri kasalliklari bilan qiyosiy taqqoslanadi.

Sariqlik davrida gemolitik sariqlik, mexanik sariqlik, xolesistit, jigar exinokokkozi, o'smalar, Jilber sindromi, Dabina- Djonsona va Rotor sindromlari bilan qiyoslash kerak. Ba'zan sariqlikning elementar karotinga boy mahsulotlarini ortiqcha iste'mol qilishdan kelib chiqadigan karotinli sariqlik turlari bilan qiyoslanadi.

Kasalxonaga yotqizib davolashga ko'rsatmalar:

- Gepatit A ning o'rta og'ir va og'ir shakllari.
- Parenteral gepatitlarning yengil shakllaridan boshqa barcha shakllari.

Uy sharoitida davolash. Gepatit A ning yengil va o'rta og'irlikdagi shakllari uy sharoitida davolanadi.

- Rejim: Sariqlik oldi va sariqlik davrida yotoq rejimi.
- Parhez: O'tkir davrda, ishtahasi bo'lmaganda shirinliklar, meva, sabzavotlar, 5% glyukoza eritmasini ko'plab miqdorda ichish.

Oqsillarga boy (go'sht, baliq) mahsulotlar, yog'li ovqatlar iste'molini cheklash, o'simlik moylaridan tayyorlangan taomlarni tanovul qilish mumkin.

— Gepatit A da etiotrop davo muolajalari buyurilmaydi. Kasallik boshlanishida vitaminlar va spazmolitiklar beriladi.

— Kasallik qayta rivojlanganda va rekonvalessensiya davrida ko'rsatma bo'yicha gepatoprotektorlar (metadoksil, essensial, karsil, legolon, silibor), o't haydovchilar (xoleretik va xolekinetiklar), kompleks polivitamin preparatlari va boshqalar beriladi. Kasallik cho'ziluvchan turga o'tish xavfi bo'lsa, qonning immunologik nazorati ostida immunostimulyatorlar berish mumkin. Regeneratsiyalovchi, yallig'lanishga qarshi va o't haydovchi xususiyatga ega o'simliklar damlamasidan tavsiya qilinishi kerak.

Rekonvalessensiya davrida haftasida 1—2 marta Demyanov bo'yicha dyubaj qilinsa foydali, chunki gepatitdan keyin disxoliya uzoq vaqt saqlanadi va xolesistoxolangit rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Kasallik davrida bolaning ahvoriga yaxshi e'tibor berish kerak. Bolaning holati, tez charchash, holsizlik, ishtahasizlik, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, teri va shilliq qavatlar rangi, sariqlik yoki rangparlik borligi, tomir yulduzchalari palmar eritema kabi belgilariga e'tibor berish lozim. Jigar o'lchamlarini Kurlov bo'yicha o'lchab borish kerak.

Virusli gepatitda 7—10 kunda bir marta qon transaminazalar faolligiga, biliribinga hamda siydik umumiy tahlili qilinadi. Bolaning ota-onasiga kundalik yuritishni va unda barcha o'zgarishlar, kasallik yangi simptomlari, laborator taxlil natijalari, shuningdek, davo muolajalarini yozib borish tavsiya qilinadi. Bola ahvoli ancha yaxshilangach gigiyenik vannalar, sariqlik to'liq yo'qolgach sayr qilish ruxsat etiladi. Rekonvalessensiya davrida yengil badantarbiyasi bilan shug'ullanish mumkin.

Sog'ayish mezonlari. Gepatitdan sog'ayishning klinik mezonlariga intoksikatsiya simptomlarining, sariqlikning me'yorlashishi va jigarning kichrayishi (me'yoriga kelishi) kiritiladi. Sog'ayishning laborator tasdig'i bo'lib, transferazalar faolligining pasayishi va qondagi bilirubin miqdorining me'yorlashuvi xizmat qiladi.

Gepatit A va E bilan kasallanganlar sariqlik davrining 1-hafta oxirida kam yuqumli hisoblanadilar. Gepatit B, C, D bilan ogʻriganlar esa uzoq vaqt davomida yuqumli hisoblanadilar va kasallik koʻpincha surunkali tus oladi. Yoshligida gepatit B, C, D bilan kasallanganlar butun umr donorlik qilishlari mumkin emas, agar ularga jarrohlik muolajalari qilinadigan boʻlsa, barcha ehtiyot choralariga rioya qilinishi kerak.

Sogʻayishdan keyingi nazorat. Gepatitni oʻtkazgan barcha bolalar 6 oy mobaynida dispanser nazoratida boʻladilar. Surunkali gepatit B, C, D bilan ogʻriganlar esa bir necha yillar nazorat qilinadilar. Virusli gepatitni oʻtkazgan barcha bolalar yarim yildan koʻproq parhezga rioya qilishlari shart. Rekonvalessentlar esa 1—6 oy emlashdan va jismoniy tarbiya mashqlaridan ozod etiladi, quyosh nurida uzoq vaqt boʻlish taqiqlanadi. Har qanday stress kasallik qoʻzishiga olib keladi. Bola ahvolining va barcha biokimyo koʻrsatkichlarning normallashtirishidan soʻng 6 oydan keyin dispanser nazoratidan chiqarilishi mumkin. Statsionardan chiqarilgandan 1 oy oʻtgach, barcha rekonvalessentlar shu statsionarda, soʻng ambulator tekshirilishi lozim. Virusli gepatit B, C, D rekonvalessentlari davolangan statsionar infeksiyonist tomonidan doimiy nazorat qilinadi. Agar dispanser nazorati vaqtida qandaydir potologiya topilsa, bola qayta gospitalizatsiya qilinadi. Rekonvalessenssiya davri asoratsiz kechsa, statsionardan chiqarilgach 3, 6, 9, 12 oylarda tekshirish olib boriladi. Agar potologik jarayon bir oy oʻtgach saqlansa, toki biokimyo koʻrsatkichlar normallashtirishguncha va bemor toʻliq tuzalguncha tekshirish olib boriladi. Agar B, C, D gepatit oʻtkazgan bolada surunkali jarayon belgilari topilsa, qayta gospitalizatsiya qilinadi.

Infeksiyaning oʻchoqda tarqalishini oldini olish. Virusli gepatit A bilan ogʻrigan bemorni kasalligining boshlangʻich davridan sariqlik davrining 3—4 kunigacha davrda ajratib qoʻyiladi, chunki u atrofdagilar uchun kasallik manbai hisoblanadi. Parenteral gepatit bilan kasallanganlar muloqotdagilar uchun xavfsiz hisoblanadilar. Ammo barcha inʼeksiyalar va jarrohlik muolajalar bir martalik asboblar yordamida bajarilishi kerak.

Immunizatsiya. Bizning Respublikamizda gepatit A ga qarshi maxsus emlash amalga oshirilmaydi. Passiv emlash maqsadida muloqotda boʻlganlarga immunoglobulin mushak orasiga

qilinadi. Immunoglobulin kasallikning yengil kechimini ta'minlab asoratlarning oldini oladi. Ayrim davlatlarda gepatit A ga qarshi vaksinatsiya Havrix-1440 vaktsinasi yordamida qilinadi. Sayyohlar, harbiy xizmatchilar va gepatit A bilan kasallanish yuqori bo'lgan mamlakatga ketayotganlarga emlashlar o'tkazish tavsiya qilingan. Vaktsina olti oy oralab uch marta mushak orasiga qilinadi.

Gepatit B ga qarshi birinchi navbatda tibbiyot xodimlari, gemotransfuziyaga muxtoj bemorlar, HVsAg tashuvchi onadan tug'ilgan chaqaloqlar va gepatit B ni o'tkazayotganlar bilan muloqotda bo'lganlar emlanadi.

Bizning mamlakatimizda B gepatitiga qarshi emlash jadval bo'yicha chaqaloqlar birinchi kunda, 2 oyligida va 9 oyligida amalga oshiriladi. Katta yoshdagilarga emlash 0 kun, 1 oyligida va 6 oyligida qayta emlash o'tkaziladi.

Virusli gepatitlarda ishlatiladigan muhim so'zlar:

Virus, markyor, kasal odam, tashuvchi, enteral, parenteral, baryer, gepatomegaliya, bilirubin, ferment, xolestaz, sariqlik, intoksikatsiya.

Virusli gepatitlarda qo'llaniladigan fundamental test savollari:

1. VG etiologiyasi.
2. VG yuqish yo'li.
3. VG da kasallik manbai.
4. VG da mavsumiylik.
5. VG da kasallikka moyillik.
6. VG da sariqlik oldi davri kechishi.
7. VG da sariqlik oldi davri kechishi xususiyatlari.
8. VG laboratoriyaviy diagnostikasi.
9. VG diagnostik markerlari.
10. VG taqqoslash tashxisoti.
11. VG davolash tamoyillari.
12. VG profilaktikasi.

O'TKIR ICHAK INFEKSIYALARI

Asosiy belgilari. Qorinda og'riq, ichning suyuq, qonli, shilimshiqli, yiringli ketishi, ishtahasizlik, ko'ngil aynish, qayt qilish, tana haroratining ko'tarilishi, haroratning tushib ketishi.

O'tkir yuqumli ichak kasalliklari ko'ngil aynishi, ishtahasizlik, ko'p miqdorda qayt qilishi, qorinda og'riq, ichning suyuq o'tishi, tana haroratining ko'tarilishi yoki tushib ketishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi bo'yicha o'tkir ichak infeksiyalarining qo'zg'atuvchilarini shartli besh guruhga bo'lish mumkin.

1. Bakterial etiologiyali:

a) patogen enterobakteriyalar, ich terlama va paratif A, B qo'zg'atuvchilari, shigellalar, salmonellalar, iyersineozlar, vibriyonlar va boshqalar;

b) shartli patogen mikroorganizmlar: stafilokokklar, klebsiyellalar, proteylar, klostridiyalar, ko'k-yiring tayoqchalar, sitrobakteriya, enterobakteriyalar.

2. Virusli etiologiyali: Rotaviruslar, adenoviruslar, enteroviruslar, kolisiviruslar.

3. Sodda jonivorlar (protozoylar): patogen amyobalar, lyambliyalar, balantidiyalar.

4. Gijjalar: askarida, ostritsa, pakana gijja, qoramol va cho'chqa solityorlari.

5. Shartli patogen zamburug'lar: *S. albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Krusei*, *C. parapsilosis*.

O'II qo'zg'atuvchilari tashqi muhitga chidamli, uzoq vaqt qo'lda, idishlarda, o'yinchoqlarda hamda bemor axlati bilan ifloslangan suvda saqlanadi. Ulardan ba'zi birlari hatto past haroratda ham ko'payish xususiyatiga ega. Viruslar va mikroorganizmlar qaynatganda va xlor saqlovchi, dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. O'II bilan kasallanish darajasi yuqori bo'lib, u O'RVl dan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Yilning hamma fasllarida bu kasallik qayd etilishi mumkin, ayniqsa, yoz-kuz oylarida ko'payadi. Kasallik bilan barcha yoshdagilar kasallanadilar, ko'proq 1- 7 yoshdagilarda uchraydi.

O'II da letallik asosan erta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Oxirgi yillarda dizenteriyadan o'lim ko'rsatkichi katta yoshdagi bolalar orasida ko'paydi.

Kasallik manbai: bemor odam, shuningdek, bakteriya va virus tashuvchi. Yengil, yashirin va simptomsiz kechadigan O'II juda xavfli. Bolalar jamoalarida kasallikni tarqatuvchilar: ovqat tarqatish qismida ishlovchilar hisoblanadi (oshxona xodimlari).

Yuqish yo'li: Asosiy yo'l fekal-oral, ovqat, suv, uy anjomlari, o'yinchoqlarning bemor axlati bilan ifloslanishi, iflos qo'llar, shuningdek, infeksiya havo-tomchi yo'li bilan tarqaladi. Antisanitar hayot tarzi, shaxsiy gigiyenaga rioya qilmaslik, zararlangan ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanishga sabab bo'ladi.

Moyillik: O'II ga juda yuqori. Eng ko'proq bu kasallik kichik yoshdagi, chala tug'ilgan va sun'iy ovqatlantiriladigan bolalarda uchraydi.

Mavsumiylik: kasallik yoz oylarida ko'p uchraydi.

Klinikasi. Kasallik davrlari. 1. Inkubatsion davr bir necha soatdan 7 kungacha. 2. Kasallikning avj olish davri. 3. Rekonvalesensiya davri.

Tasnifi:

Etiologiyasi bo'yicha. Dizenteriya (shigellyoz), salmonellyoz, kolienterit yoki ichak koliinfeksiyasi (esherixioz), proteyli infeksiya, kampilobakterioz, iyersinioz, enterobakterioz, vabo, stafilokokk enteriti, ichak kandidozi, virusli diareya va boshqalar.

Asosiy klinik sindromi bo'yicha. Gastrit, enterit, gastroenterit, kolit, enterokolit, gastroenterokolit.

Asosiy klinik shakl sifatida doim o'tkir boshlanib, o'tkir yoki gastroenterit shaklida kechadigan ovqat toksikoinfeksiyasi ajratib ko'rsatiladi.

Og'irlik darajasi bo'yicha. Yengil, o'rta og'ir, og'ir. Intoksikatsiya simptomining toksikoz va eksikoz belgilarining qo'shilib kelishi, kasallikning og'irlik darajasi mezonlari hisoblanadi.

Kechish bo'yicha. O'tkir, cho'ziluvchan, surunkali, asoratlanmagan va asoratlangan.

Asoratlari bo'yicha. Spesifik: infeksiyon-toksik shok, gipovolemik shok, eksikoz, ichak teshilishi, peritonit, ichaklar invaginatsiyasi, anus eroziyasi va yoriqlari, to'g'ri ichak tushishi, ichak disbakteriozi. Nospesifik: otit, bronxit, pnevmoniya, miokardiodistrofiya, anemiya, interstisial nefrit, gipotrofiya va boshqalar.

Tashxisot mezonlari. O'II diagnostikasi epidemiologik, anamnestik, klinik va laborator ma'lumotlarga asoslanadi. Ko'p hollarda bemorda O'II etiologiyasini aniqlash bir martada qiyin bo'ladi, shuning uchun diagnostika ikki bosqichda olib boriladi.

1- bosqich: Taxminiy tashxis qo'yiladi. 2- bosqich: Bakteriologik, serologik va boshqa tekshirishlardan keyin klinik tashxis to'ldiriladi. Faqat shundan keyingina yakuniy tashxis qo'yiladi.

Dizenteriya: yagona nozologik shakl bo'lib, laborator tekshirishlar, intoksikatsiya belgilari, distal kolit sindromi, gemokolit sindromiga asoslanib tashxis qo'yiladi. Salmonellyoz, enteroinvaziv esherixioz, stafilokokkli infeksiya, kompilobakteriozlar ham dizenteriya kabi yo'g'on ichak distal qismini zararlaydi. Shuning uchun O'II ning barcha turlarining yakuniy tashxisi laborator tahlildan so'ng qo'yiladi.

Asosiy klinik sindromlar. **Gastrit:** yakka holda kam uchraydi. Kasallik o'tkir boshlanadi, bola ko'ngil aynishi, qusishi, epigastral sohada og'riqdan shikoyat qiladi. Tana harorati ko'tariladi. Gastrit sindromi asosan ovqat toksikoinfeksiyasida kuzatiladi. So'nggi vaqtlarda o'tkir va surunkali gastritning etiologik faktori *Helicobakter pylori* ekanligi aniqlandi.

Enterit. Doimiy belgisi tezlashgan suyuq ich kelishi, katta yoshdagi bolalar qorinda kindik atrofida og'riqqa shikoyat qiladi. Erta yoshdagi bolalarda qorni og'riganligi bezovtalik bilan, emizikli bolalar esa oyoqlarini qimirlatib yig'laydi. Qorin dam bo'lishi va ichak g'uldirashi xos, enteritda axlat xarakteri tez-tez, suyuq, ko'p, yaxshi hazm bo'lmagan ovqat mahsulotlari bilan. Axlat ko'pincha badbo'y hidli bo'lib, terini ta'sirlantiradi. Hatto emizikli bolani yaxshi toza tutilsa ham, anus atrofi qizarib, yallig'lanish dumba va songacha tarqaladi. Enteritdagi axlat turlicha bo'ladi: salmonellyozda yashil-qo'ng'ir tusda bo'lib,

o'ziga xos hidga ega bo'ladi. Esherixiozda axlat sariq — sabzi rangda bo'ladi.

Kolit. Bunda axlat najas xarakterini yo'qotadi, kasallik avj olgan davrda najas yashil-qo'ng'ir rangli yiring aralash, shilimshiq, ba'zan qonli tusda bo'ladi. Bunday najas «Ichak tupugi» deb ataladi. Bola tez-tez hojatxonaga qatnaydi, lekin har urinishda defekatsiya sodir bo'lmaydi. Shunday og'riqli yolg'on chaqiriqlar (tenezm) dizenteriya uchun xarakterli. Bir yoshgacha bolalarga kasallik bezovtalanishi oyoqlarni qimirlatib yig'lash, kuchanganda yuzi qizarib axlat chiqmasligi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kolit og'ir kechganda anus atrofi qizarib bezillab turadi. Qorin ichkariga tortilgan. Palpasiyada yo'qon ichak bo'ylab o'ng yonbosh sohada g'uldirash aniqlanadi. Kolit sindromi «invaziv» O'II da birinchi navbatda dizenteriya, salmonellyoz, enteroinvaziv esherixioz, stafilokokkli infeksiya va boshqa o'tkir ichak infeksiyalarida kuzatiladi.

Laborator tashxisoti. O'II og'ir shakllaridan stafilokokkli infeksiya, salmonellyoz, qorin tifining septik turini aniqlash maqsadida qon ekiladi. Ekish uchun qon, axlat kasallik boshlanishida antimikrob preparatlari tavsiyasidan oldin uy sharoitida yoki statsionarda tibbiyot hamshirasi tomonidan olinadi. Bir yoshgacha bolalar patogen stafilokokk, enteropatogen esherixiya, dizenteriya, salmonellyoz, patogen floralar; Proteus, klebsiella, Compilabacter, cytrobacteria, rotaviruslarga tekshirilishi tavsiya qilingan. Bir yoshdan uch yoshgacha bo'lgan bolalar ko'proq dizenteriya, salmonellyoz, esherixiyalar, iyersiniyalar, rotoviruslarga tekshiriladi. Uch yoshdan katta, maktab yoshdagi bolalar va kattalar ko'proq dizenteriya, salmonellyoz va iyersiniozga tekshiriladi. Epidemiologik ko'rsatmaga binoan barcha bemorlar vaboga tekshiriladi (forma 30). Bakteriologik tekshirishning taxminiy javobi 48 soatda, yakuniy javobi esa uch kundan so'ng olinadi.

Serologik tekshirish. Qon zardobi ichak mikroorganizmlarining spesifik antitelolariga tekshiriladi. Serologik tekshirish retrospektiv diagnostik ahamiyatga ega, bunda qon 6—7 kun oralab ikki marta olinadi. Kasallikning ikkinchi haftasida bir marta tekshirilganda antitelollar minimal diagnostik titri dizenteriya va iyersiniozda 1:200, salmonellyozda 1:400 bo'ladi.

Tahlil natijasi qon olingandan bir kundan so'ng aniqlanadi. Zamonaviy usulda virusli diareyalar IFA yordamida rotavirusli infeksiyaga tekshiriladi. Titrning to'rt martaga oshishi diagnostik ahamiyatga ega.

Taqqoslash tashxisoti. Erta yoshdagi bolalarda O'II dispepsiya, pilorospazm, pilorostenoz, birlamchi laktoza yetishmasligi, seliakiya, ferment yetishmovchilikning orttirilgan shakllari, mukovissidoz, allergik enterit, invaginatsiya, tug'ma adreno-genital sindromda tuz yo'qotish sindromi bilan taqqoslab tashxislanadi. Dizenteriyaning og'ir shakli o'tkir neyroinfeksiya, gripp bilan farqlanishi kerak. Qorinda kuchli og'riqni appenditsit, gemorragik vaskulitning abdominal shakli Sheylen-Genox kasalligi, gepatit, soxta tuberkulyoz, gijja kasalliklari, tyamblioz, Mekkel divertikuli yallig'lanishi, Kron kasalligi, nospesifik yarali kolit bilan qiyosiy tashxislash kerak.

Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma:

A. Klinik ko'rsatmalar:

1. O'II ning og'ir shakli.
2. Kasallikning bolalarda 5 kundan ortiq o'rta og'ir darajada kechishi, davolash samarasi bo'lmasligi, bola suyuqlik ichishdan bosh tortishi.
3. Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda O'II eksikoz rivojlanish xavfi bilan qayta-qayta qusish, ichning suyuq va 5 martadan ortiq ketishi.
4. Eksikoz I—II darajasi barcha yoshdagilarda (kasallik davomiyligi 5 kundan ortiq).
5. O'II asoratlari bilan kechishida.

B. Epidemiologik ko'rsatmalar:

Yopiq bolalar tashkilotidagi O'II, shuningdek, oilasida osh-xona va bolalar bog'chasida ishlovchilar bor bo'lganlar, ko'p bolali oilalar.

Uyda davolashga imkoniyat bo'lmagan hollarda.

O'II bilan kasallangan bemorlarni uy sharoitida davolashga ko'rsatma:

O'II ning yengil shakllari.

Uch yoshdan katta bolalarga O'II ning o'rta og'irlik shakli, eksikoz I darajada bo'lganda.

Uy sharoitida davolash.

Kuzatuv. O'II bilan kasallangan bemorlar kasallikning o'tkir davrida pediater kuzatuv ostida bo'lib, vrach har kuni ularning ahvolidan xabar olib kasallik dinamikasini kuzatib borishi (kerak), o'z vaqtida qo'shimcha muolajalarni va davoni qo'llashi kerak. Uy sharoitida davolashning o'ziga xos tomoni shundaki, bemorlar ota-onalari tomonlaridan yaxshi parvarishga ega bo'lib, bola o'ziga tanish bo'lgan uy sharoitida davolanadi va bu, o'z navbatida, kasallikning superinfeksionlashini oldini oladi.

Rejim. kasallikning birinchi kunlari yotoq yoki yarim yotoq rejim, keyinchalik umumiy rejim.

Parhez. Hozirda bolaning yoshini hisobga olgan holda erta fiziologik oziqlanish tavsiya etiladi. Ishtahani inobatga olib oziqlantirish diyetoterapiyaning eng asosiy tamoyillaridan biri hisoblanadi. Agarda ishtaha pasaygan bo'lsa, bolani kuniga 7—8 martagacha kam-kam, ishtahasi har doimdek saqlangan bo'lsa, unda kasallanishdan oldin qanday oziqlantirilgan bo'lsa, shunchaligicha qoladi (kuniga 5—6 marta).

Ko'krak yoshdagi bolalar uchun eng yaxshi oziqlanish turi — ona suti bo'lib hisoblanadi. Ko'krak suti tarkibida yengil o'zlashtiriladigan nutriyentlar, juda ko'p mikdorda sekretor IgA, bo'lib, u ichaklarning immun baryerini mustahkamlaydi.

Ona suti bo'lmaganda maxsus aralashmalar: Bifidobakteriyali NAN (6 oyligidan keyin) tavsiya etiladi. Bu moslashtirilgan aralashmalarni bolalarga hayotining birinchi yillaridanoq berish mumkin bo'lib, u organizm uchun kerak bo'lgan oziq mahsulotlar, vitaminlar, mineral tuzlarni saqlab, bolaning to'g'ri rivojlanishini ta'minlaydi. Agar bu aralashmalar bo'lmasa bunda uy sharoitida tayyorlash mumkin bo'ladi.

Masalan: Sigir suti tarkibida 3% yog' bo'lib, har 100 millilitrga 5 gramm (1 choy qoshiq) shakar kukuni qo'shib qaynatamiz va toza shisha idishlarga solinadi. Bu aralashma 4—4,5 oylik, ya'ni tana og'irligi 6,5—7 kg bo'lgan bolalarga mo'ljallangan.

Katta yoshdagi bolalarga kasallikning birinchi kunidayoq sabzi, kadi, rangli karamdan bo'tqa tayyorlanadi, ular tarkibida kletchatka kam bo'lib, ichakda achishish jarayonini chaqirmaydi. Bolaga olmani pishirib bo'tqa qilib berish juda foydali. Kasallikning 2—3 kundan ovqatni go'shtli, sutli va kotlet holatida berish mumkin. Keyinchalik parhezga sabzavotli va

go'shtli sho'rbolar kiritish mumkin. Lavlagi, bodring, qora non, no'xat, uzum berish cheklanadi. Yog'li, qovurilgan, sho'r, o'tkir ziravorlar qo'shilgan ovqatlardan berilmaydi.

Davolash tamoyillari:

I. Qo'zg'atuvchilarni va ularning zaharini yo'qotish.

Mexanik yo'qotish — oshqozonni yuvish.

Enterosorbentlardan foydalanib dezintoksikatsion davo.

Qo'zg'atuvchiga qarshi davo — antibiotiklar va kimyo-preparatlar berish.

II. Patogenetik terapiya.

1. Oral regidratatsiya.

2. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar.

3. Fermentoterapiya.

4. Biologik preparat bilan davolash.

5. Fitoterapiya.

III. Simptomatik terapiya.

IV. Umumiy quvvatlovchilar.

I. Qo'zg'atuvchilar va ularning zahariga ta'sir qilish.

1. Oshqozonni yuvishga ko'rsatma:

a) takror qusishlar, ko'ngil aynish, epigastral sohada og'riq;

b) kasallik boshlanganiga ikki kundan ko'p bo'lmaganda;

d) intoksikatsiya sindromi yaqqol namoyon bo'lganda;

e) epidemiologik ko'rsatma: bemor ovqat toksikoinfeksiyasi o'chog'ida bo'lib zararlangan ovqatdan iste'mol qilgan bo'lsa.

2. Dezintoksikatsion davoda, asosan, peroral enterosorbentlar ishlatiladi (uy sharoitida). Davo maqsadida pektinga boy mahsulotlar: konsentrlangan guruchli qaynatma, karotinli aralashmalar, pishirilgan olmadan foydalaniladi. Ammo bularning biriktiruvchi xususiyati past. Shuning uchun hozirda asosan zamonaviy enterosorbent tavsiya etiladi: Aralashma (smekta) hazm yo'li shilliq qavatini himoya qiladi, og'riqqa qarshi ta'sir qiladi, meteorizm va diyareyaning oldini oladi. Miqdori: bir yoshgacha bolalarga kuniga 1, 1—2 yoshdagilarga 2, ikki yoshdan kattalarga 2—3 paket beriladi. Bir paketni 50 ml suvga aralashtirib, kun davomida asosan ovqatdan keyin beriladi. Yarim suyuqliklar — pyure, kisel, bo'tqa bilan aralashtirish mumkin.

Enterodezni uch yoshdan katta bolalarga tavsiya qilinadi. 15—30 daqiqadan keyin dorining foydasi (ta'siri) namoyon bo'la boshlaydi. Enterodez kukun holda chiqarilib, bir choy qoshiq 100 ml qaynatilgan iliq suvda aralashtiriladi. Intoksikatsiya tugaguncha 5% eritma 10—15 ml dan kuniga 3—5 marta 5 kun davomida berib turiladi. Polifepan (pastasi «Lignosorb» bir oygacha bo'lgan bolalarga tavsiya etiladi) kunlik miqdori 1 kg tana og'irligiga 0,5—1 grammdan ovqatlanishidan 1—1,5 soat oldin beriladi. Polifepan qabul qilgan kunning oxirida bemor ahvoli nisbatan yengillashadi. Kasallikning birinchi kunlari dorini 5—6 marta, keyin bemor ahvoli yaxshilanib, ich ketishi me'yorlashguncha qabul qilishlar kamaytirilib boriladi.

Aktivlangan ko'mir («Karbolen»). Kukun yoki tabletka 0,5g holda chiqariladi. Biriktirib oluvchi faoliyati polifepandan 10 marta kuchsiz bo'lib, meteorizm va qorinda dam bo'lganda tavsiya qilinadi. Tabletkani kukun holiga keltirib, tana vazni hisobiga 0,5—1 grammini suvga eritib, kun davomida qabul qilinadi.

3. Yosh bolalarda enterit va gastroenteritning og'ir bakterial shakllari uchraganda va O'II uch kun davomidagi oral regidratatsiya hamda entrosorbsiyalovchi davo foyda bermaganda uy sharoitida antibiotiklar qilish tamoyillari:

Antibiotiklarni peroral qo'llash yoki preparatni og'iz orqali qabul qilishning iloji bo'lmaganda (ko'p qusish, kekirish) parenteral yo'l bilan kiritish lozim.

Davolashni dastlab birta antibiotikdan boshlash kerak. Ikkita antibiotik O'II ning og'ir, tarqalgan shakllarida, ichakdan tashqari bakterial infeksiya o'choqlari bo'lganda (otit, pnevmoniya; meningit va boshqalar) qo'llaniladi.

Antibiotiklar erta tavsiya qilinganda yaxshiroq samara olinadi.

Antibiotiklar qabul qilishni boshlashdan avval axlatni bakteriologik tekshirishga olish tavsiya etiladi.

Sefalosporinlar (sefaklar, sefuroksim) gramm manfiy mikrofloralarga ta'sir qiladi. O'II og'ir shakllarida, boshqa antibiotiklarning mikrobgga qarshi davosi samarasiz bo'lganda qo'llaniladi.

Aminoglikozidlar (gentamitsin, sizomitsin, tobramitsin) gramm manfiy mikrofloraga ta'sir qiladi. Levomitsetin (xlor-

amfenikol) shigellyozlarda, salmonellyozda va iyersiniozlarda tavsiya etiladi.

Tetrasiklinlar: oksitetrasiklin, doksisiklin, metasiklin, rondsamitsin beriladi. Bu guruh dorilarni 8 yoshdan kattalarga, faqat metasiklin 5 yoshdan tavsiya etiladi. Tetrasiklin homilador va emizuvchi ayollarga berilmaydi, chunki u sut orqali o'tib, teratogen ta'siriga ega bo'lib, emizikli bolada toksik reaksiya chaqirishi mumkin.

Eufilin qabul qiluvchi bolalarga eufilin dozasi eritromitsin davo kursi vaqtida kamaytiriladi.

Oksasillin, kloksasillinni bolaning birinchi kunidan tavsiya etish mumkin, lekin fiziologik sariqlik kuzatilayotgan bolalarda bilirubinli ensefalopatiya keltirib chiqarishi mumkin.

Ampitsillin ichak mikroflorasiga ta'sir etib, bu preparatdan keyin disbakterioz rivojlanishi mumkin.

O'II ning og'ir darajalarida: amikasin, azlosillin, rifampitsin qo'llaniladi. O'II da maxsus ko'rsatmaga asoslanib: linkomitsin, penitsillin ishlatiladi. Quyidagi antibiotiklar Gentamitsin va linkomitsin, ampitsillin va levomitsetin, ampitsillin va karbenitsillin birgalikda qabul qilinsa ularning zaharli ta'siri ortadi. Nitrafuronlar: furazolidon, furadonin, ersefuril immunitetni kuchaytirib, fagositozni faollashtirib, komplement ishlab chiqishini tezlashtiradi. Nitrofuran preparatlarni sulfanilamidlar, askorbin kislotasi bilan birga tavsiya qilish mumkin emas.

Oksixinolinlardan: enteroseptol, intestopan berish mumkin.

Sulfanilamidlardan: ftalazol, ftazin, sulgin O'II da ishlatiladi. Ular patogen stafilokokk, shigella, salmonellalar, patogen esherixiyaga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Davo samarasi 2—3 kundan keyin ko'rinadi. Buyrak kanalcularida kristall holida cho'kib qolmasligi uchun mineral suv yoki sut bilan birgalikda beriladi.

Baktrim (biseptol) kuniga 2 mahal beriladi.

Ftorxinolinlar: ofloksatsin, siprofloksatsin — patogen esherixiya, proteya, klebsiyella, enterobakterlar ko'k yiring tayoqchaga yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Yosh bolalarga berilmaydi.

II. Patogenetik davo.

Oral regidratatsiyani iloji boricha erta boshlash kerak, qandli-tuzli eritmalar bilan o'tkaziladi; regidron, sitroglyukosolan tavsiya etiladi. U kukun holida bo'lib, bir litr qaynatilgan iliq suvda eritilib qo'llaniladi. Bular bo'lmaganda uy sharoitida regidron tayyorlash mumkin: 100 gramm mayizni bir litr suvda 30—60° daqiqa davomida qaynatib, to'rdan o'tkaziladi, eritmaga glyukoza o'tishi uchun mayizlarini yaxshilab ezish kerak.

Mayiz qaynatmasiga bir choy qoshiq osh tuzi, $\frac{1}{2}$ choy qoshiq ichimlik soda va 4 choy qoshiq shakar kukuni solinadi, qaynatmani 2—3 daqiqa qaynatib, tindirib ishlatiladi.

Agar mayiz bo'lmasa, qandli-tuz eritmasi: bir litr suvga sakkiz choy qoshiq oqqand kukuni, bir choy qoshiq tuz va soda kukuni qo'shiladi.

Agar kasallik klinikasida kolitik sindrom va qusish ustunlik qilsa, tuzli eritmalarini choy va qaynatilgan suvga 1:1 nisbatda beriladi. Qusishlar to'xtagach pektinli aralashmalar, guruchli qaynatma, sabzi, olmali aralashmalar bilan birga berish mumkin.

Regidratatsiyani parhez va enterosorbentlar bilan birga boshlash kerak.

Regidratatsiya prinsiplari:

A) Yo'qotilgan suyuqlikning o'rnini to'ldirish.

Bu I va II darajali suvsizlanishda birinchi 6—8 soat ichida, III darajali suvsizlanishda bir kun davomida amalga oshiriladi.

B) Yo'qotilayotgan suyuqlikning o'rnini to'ldirib borish.

Kasallikning oxirigacha bemorning holatiga qarab olib boriladi, ya'ni 2 oygacha bo'lgan bolalarga har bir ichi ketganiga 10 ml/kg, 2 oylikdan 2 yoshgacha bo'lganlarga har bir ichi ketishiga 50 ml/kg, 2 yoshdan kattalarga har bir ichi ketganiga 100—200 ml/kg suyuqlik qo'shib beriladi. Bundan tashqari tana haroratining 37°C dan yuqori, har bir gradus oshganiga 10 ml/kg kuniga suyuqlik qo'shib beriladi.

Bemor qayt qilayotgan bo'lsa, har bir qayt qilganiga, yoshiga va qusuq massasining miqdoriga mos qilinib, suyuqlik berilib boriladi. Nafas olishlar ortganiga ham, har daqiqaga 10 marta ortgan nafasga 5 ml/kg kuniga suyuqlik qo'shib beriladi.

V) Bemorning suyuqlikka bo'lgan fiziologik muxtojligini to'ldirib borish. Bu o'rtacha bolalarda 80—100 ml/kg kuniga belgilanadi.

Suyuqlik quyidagi formula asosida hisoblanadi:

$$V1 = YKS + YS + FM.$$

V1—birinchi kunga beriladigan suyuqlikning hajmi; YKS—yo'qotilib kelingan suyuqlik; YS—yo'qotilayotgan suyuqlik va FM—fiziologik muxtojlik.

Vrachga murojaat qilgan bemor bolalar shu formula asosida birinchi kunda davolanadilar. Kasallikning ikkinchi kundan faqat yo'qotilayotgan suyuqlik va fiziologik muxtojlik to'ldirib boriladi, ya'ni:

$$V2 = YS + FM.$$

Bemorlarning umumiy holatini e'tiborga olgan holda suvsizlanishning turi aniqlanadi, ya'ni gipotonik, izotonik va gipertonik, bulardan tashqari hujayra ichi va hujayra tashqarisi suvsizlanishlarini ham e'tiborga olgan holda suyuqlikning turi va uni bola organizmiga kiritish usuli belgilanadi.

Yosh bolalarda qand-tuzli eritmalar har 3—5 daqiqada 2—3 choy qoshiqdan beriladi, 20 minut davomida 100 ml dan ortiq ichirmaslik kerak. Katta bolalarga 3—5 minutda 1—2 osh qoshiqdan beriladi. Agar qusish takrorlansa (birdaniga ko'p hajm suyuqlik berilishi natijasida) 10—15 minutdan keyin kam miqdorda berish kerak. Agar bola ko'p suyuqlik ichgan bo'lsa va qovoqlarida shish paydo bo'lsa, suyuqlik miqdorini kamaytirish kerak.

2. Nesteroid yallig'lanishga qarshi dorilar indometatsin, ibuprofen, naproksen patogenetik davo uchun beriladi.

3. Fermentoterapiya abomin, pankreatin, festal, digestal, panzinorm kasallikning 2—3 kundan ovqatdan keyin beriladi. Kurs davomiyligi ishtahaning yaxshilanishi, tana og'irligining oshishi, qorinda og'riq va meteorizmning kamayishi, axlatning me'yorlashishi, son jihatdan kamayishiga qarab tayinlanadi, davolash 7—10 kundan bir oygacha va ko'proq davom ettiriladi.

4. Biologik preparatlar.

A. Laktuloza.

B. Eubiotiklar ichak normal mikroflorasini ta'minlaydilar. Baktisubtil, bifidumbakterin, laktobakterin, quruq bifikol, quruq kolibakterin beriladi. Diareyaning birinchi kunida baktisubtil, bemor ahvoli yaxshilanib borgach va rekonvalessentlarga va bir oygacha bo'lgan bolalarga bifidum va laktobakterin, 6 oydan so'ng bifikol, 2—3 yoshdan keyin kolibakterin tayinlanadi.

Eubiotiklarni O'II kasalliklari bilan muloqotda bo'lgan bolalarga va profilaktika maqsadida raxit, gipotrofiya, anemiya sun'iy oziqlantirishga o'tayotgan bolalarga tavsiya qilinadi.

D. Bakteriofaglar beriladi.

E. Immunoterapiya qo'llaniladi.

F. Fitopreparatlar: Lizosin, xlorofillipt tayinlanadi.

5. Fitoterapiya. Asosan rekonvalessentlarda samarasi yuqori. Davo mikroklizmasi maqsadida fitomikroklizma qo'llanadi. Dorivor o'simliklarning qaynatmalaridan foydalaniladi. Davo mikroklizmalari ichaklar axlatdan xoli bo'lganda kuniga bir marta 5—20 ml iliq (38—40°C) moyli eritma yoki qaynatmalar yordamida qilinadi.

III. Simptomatik davo. Harorat tushiruvchi, tutqanoqqa qarshi, yurak-qon tomir va boshqa tizimlarga ta'sir qiluvchi preparatlardan foydalaniladi.

Sog'ayish mezonlari. Tana haroratining me'yorlashuvi, intoksikatsiya simptomlarning kamayishi, davolanish tugagach 2—3 kun davomida shakllangan axlat kuzatilishi. Klinik sog'ayganlikni me'yoriy koprogramma tasdiqlaydi (ya'ni, hazm qilishning buzilish belgilari va axlat tarkibida patologik qo'shilma — shilliq, leykosit, eritrositlar bo'lmasligi kerak).

O'II etiologiyasi aniqlangan bo'lsa, davolanish tugatilgach axlat qayta ekib ko'rib tekshirilishi kerak. Bakteriologik tekshirish maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda ikki marta, maktab yoshidagilarda bir marta o'tkaziladi. Klinik sog'ayish ko'rsatkichlari va axlatning bakteriologik tekshirish natijasi manfiy bo'lgandagina bolalarni bolalar muassasalariga qatnashiga ruxsat beriladi.

O'II rekonvalessentlari va maktab yoshigacha bo'lgan bolalar bir oy davomida kuzatuv ostida bo'lib, najasni takror ko'ruvdan o'tkaziladi. Bir oy o'tgach esa yana bir marta axlatni bakteriologik

tekshirishdan o'tkazib, manfiy natija berganda rekonvalessentlar nazoratdan chiqariladi. Salmonellyoz va ichburug' bilan kasallangan bolalarga alohida e'tibor beriladi.

O'tkir ichak infeksiyalarida ishlatiladigan muhim so'zlar:

Qo'zg'atuvchi, najas-og'iz mexanizmi, oziq-ovqat, oshqozon ichak trakti, gastrit, enterit, kolit, qayt qilish, ich ketishi, tenezm, ichak tupugi, yolg'on chaqiriq, eksikoz, toksikoz, dehidratatsiya, regidratatsiya.

O'II da qo'llaniladigan fundamental test savollari:

1. O'II etiologiyasi.
2. O'II kasallik manbai.
3. O'II yuqish yo'llari.
4. O'II moyillik.
5. O'II klinik kechish xususiyatlari.
6. O'II taqqoslash tashxisoti.
7. O'II tashxisoti.
8. O'II davolash tamoyillari.
9. O'II profilaktikasi.

GIJJA KASALLIKLARI

O'zbekiston sharoitida oxirgi yillarda uchrayotgan gijja kasalliklari va parazitlar kasalliklardan hisoblanmish lyamblioz xastaligi o'zining dolzarbligi bilan ma'lum bo'lib kelmoqda. Quyida ko'p qayd qilinayotgan ushbu kasalliklar haqida yoritilgan.

Gijja kasalliklarining tasnifi:

A) Shakliga qarab: 1) yumaloq gijjalar (askarida, ostritsa); 2) yassi gijjalar (qoramol solityori, pakana gijja); 3) so'ruvchilar (tenioz).

B) Yuqish yo'liga qarab: 1) biogelmintozlar (qoramol va cho'chqa solityori); 2) geogelmintozlar (askarida); 3) kontagioz gelmintozlar (ostrisa va pakana gijja).

<p>Gijja kasalliklari va ichak lyamblioziga xos umumiy klinik belgilar</p>

Bemorning umumiy ko'rinishidagi o'zgarishlar: Kamharakatlik, charchoqlik, kamkuchlik, so'lg'inlik.

Asab tizimidagi o'zgarishlar. Jahldor bo'lib qolish, uyqusizlik, tajanglik, injiqlik, xotiraning pasayishi, aqli zaiflik, tutqanoq tutishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tez-tez xushidan ketib turishi.

Teri va shilliq qavatlaridagi o'zgarishlar. Teri rangining oqarishi, teriga har xil ko'rinishdagi toshmalar toshishi (papula, dog', rozeola, eritema), xushkilar tushishi, enantemalar paydo bo'lishi, psoriaz, vitiligo rivojlanishi, qipiqatlanishning kuchayishi, teri ko'chishi (po'st tashlash), oyoq-qo'llar terisining yorilishi, tirnoqlar shaklining o'zgarishi, ekzemali yaralar paydo bo'lishi, teri va shilliq qavatlar qurishi, ko'p terlash, oyoq-qo'llar terlab turishi, sochlar va qoshlar to'kilishi, soch oqarishi, teri qichishi.

Nafas olish tizimida bo'ladigan o'zgarishlar. Burun bitishi, allergik rinit rivojlanishi, allergik astmalarning rivojlanishi, yo'tal bo'lishi.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlar. Bolalarda boshqa sabablarsiz yurak sohasida og'riqning bo'lishi, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi, tomir urishining tezlashishi, aritmiyalarning kelib chiqishi.

Oshqozon ichak tizimidagi o'zgarishlar. Og'iz qurishi, ko'p so'lak ajralishi, og'izning achchiq, taxir bo'lishi, uxlab yotganda tishlarni g'ijillatish, tomoq qichishi, jig'ildon qaynashi, qorinda og'riq (epigastral va kindik atrofi sohalari), och qolganda qorinda og'riq, qorin dam bo'lishi, tez-tez och qolish, ichning qotishi, ichning suyuq ketishi, ichning ko'piksimon o'tishi, oshqozon va ichakda yaralar paydo bo'lishi: ikkilamchi; allergik ta'sirlar hisobiga, o't yo'llari diskineziyasi, pankreatit, xolangit, appenditsit, ichaklar tutilishi rivojlanishi mumkin.

Peshob ajratish tizimidagi o'zgarishlar. Kechqurungi enurez, tez-tez peshob kelishi (reflektor-nevrogen sababli).

Endokrin tizimidagi o'zgarishlar. Buqoq rivojlanishi (ikkilamchi, so'rilishning buzilishi hisobiga), qandli diabetning rivojlanishi (ikkilamchi allergik ta'sir hisobiga).

Harakat tayanch tizimidagi o'zgarishlar. Bo'g'imlarda, mushaklarda va suyaklarda og'riq, oyoqlarda holsizlik va kamkuchlik sezilishi.

Etiologiyasi. Bu kasallikning qo'zg'atuveshi *Ascaris lumbricoides*, katta nematod. Urg'ochi askaridaning uzunligi 25—40 sm, erkagi 15—20 sm ga boradi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam. Kasallanish iliq va issiq iqlimli mintaqalarda ko'p uchraydi. Bemordan sog'lom odamga to'g'ridan-to'g'ri yuqmaydi. Gijja urug'lari axlat orqali tashqi muhitga tushgandan keyin ma'lum muddatgacha urug'larning ichida lichinkalar rivojlanishi uchun issiq iqlimli sharoit bo'lishi kerak. Yuqish yo'li: fekal-oral. Moyillik asosan bog'cha va maktab yoshidagi bolalarga to'g'ri keladi. Mavsumiylik xos: may-oktabr oylariga to'g'ri keladi.

Patogenezi. Askaridoz rivojlanishida ikkita davr ajratiladi:

1. Migratsiyalanish davri. 2. Ichakda rivojlanish davri.

Migratsiya davri askarida yuqqandan so'ng 7—15 kun davom etadi. Asosan allergiya holatiga xos belgilar uchraydi. Lichinka ichakka o'tgandan keyin qon tomirga so'rilib, o't yo'llariga, nafas sistemasiga, oshqozonga tarqalishi mumkin va qayta ichaklarga tushgandan so'ng rivojlanadi. Lichinkalarning rivojlanish muddati o'rtacha ikki oyni tashkil qiladi va bolalarning ingichka ichagida 1—2 yilgacha yashaydi.

Klinikasi. Birinchi askarida lichinkalari to'liq yetishganigacha bo'lgan davri; bu davr ba'zan simptomsiz o'tadi. Boshqa hollarda bemor darmoni quriydi, yo'tal bezovta qiladi. Yo'tal quruq yoki shilliq balg'amli bo'ladi. Harorat subfebril bo'ladi. Badanga allergik toshmalar toshadi. O'pkada bronxopnevmoniyaga xos simptomlar va rentgenda 3—4 sm gacha bo'lgan tarqoq infiltratlar ko'rinadi. Qonda eozinofiliya va ECHT tezlashgan bo'ladi.

Ikkinchi askaridalar yetishgan davri, ya'ni ichakda rivojlanish davri; bu davrda dispeptik belgilar aniqlanadi, ishtaha pasaygan, ko'ngil aynish, qusish bezovta qilib, qorni og'riydi, ichi ba'zan o'tib, ba'zan o'tmaydi. Bemor och qolganda qorinda og'riqning kuchayishi xosdir.

Tashxisot. Birinchi davrni aniqlash qiyin, chunki axlatda gijja tuxumlari topilmaydi. O'pkadagi rentgenologik o'zgarishlardan va epidemiologik, immunologik usullardan foydalaniladi.

Ikkinchi davrda dispeptik holatlar va axlatda tuxum aniqlanadi.

Asorati. Ichak tutilishi, appenditsit, xolesistsit, ichak yorilishi, yetilgan askaridalarining nafas yo'llariga kirib asfiksiyaga sabab bo'lishi kabi.

Davosi. Boshlang'ich davrida tiabendazol yaxshi natija beradi. Kuniga 50 mg/kg dan 5—7 kun, surunkali shaklida levomizol, kombantrin ishlatiladi. Zond yordamida oshqozonga kislorod yuborilganda ham yaxshi natija beradi, chunki askaridalar kislorodga chidamsiz hisoblanadi. Piperazin va uning tuzlari balog'atga yetgan va hali yetilmagan gijjalarga yaxshi ta'sir qiladi. Piperazin, pirantel, vermoks, dekaris kabi preparatlardan yoshiga mos qilib berilganda yaxshi naf beradi.

Profilaktikasi. Asosiy chora-tadbirlar, tuproqqa, suvga, sabzavotlarga askarida tuxumlari tushmasligiga qaratilgan bo'ladi. Sabzavotlarni iste'mol qilishdan oldin tozalab yuvish zarur.

ENTEROBIOS

Etiologiyasi. *Enterobius vermicularis*. Kichik nematod. Erkagi 9—12 mm, urg'ochisi 2—5 mm. Gijja urug'lari rivojlanishi uchun namlik yetarli bo'lishi zarur.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai kasallangan odam. Yuqish yo'li fekal-oral. Urg'ochisi anal teshigi atrofiga chiqib tuxum qo'yadi. Erkagi esa shilimshiq ajratadi. Shilimshiq qichitish xususiyatiga ega. Bolalar anal teshigi atrofini qichitadi, natijada urug'lar tirnoqlar ostiga kiradi. Gigiyenaga e'tibor berilmagan holda gijja urug'lari oshqozon-ichak yo'liga tushib rivojlanadi va yetilgan gijjalar ichak devorini boshchasi bilan shikastlantirib turadi.

Klinikasi. Gijjalar ingichka ichakning pastki qismi va yo'qon ichakning yuqori qismini zararlaydi. Anus atrofida qichiq, asosan, kechqurun kuchayadi, uyqu buziladi, bosh og'riydi, qorinda og'riq, ishtaha pasaygan, ko'ngil ayniydi. Shilliq aralash ich ketishi kuzatiladi. Anus atrofida yoriqlar, absess, ekzema rivojlanadi. Enterobios vulvovaginiti rivojlanish ehtimoli bo'ladi, uzoq davom etsa, enurezga olib keladi.

Tashxisoti. Gijja tuxumlarining mikroskopiyada topilishi. Axlarda tuxumlar kam uchraydi. Ular asosan anus atrofida bo'lishadi, shu sababli tampon bilan anal teshigi atrofidan qirma olish va plastinka usulida aniqlash yaxshi natija beradi.

Davosi. Piperazin 5 kunlik, 7 kunlik sxemada beriladi. Mebendazol (vermoks) bolaning vazni va yoshiga mos qilib berilsa, yaxshi natija beradi. Bir oy davomida gigiyenik tadbirlar olib borilganda ham gijjalardan xalos bo'lish mumkin. Sababi, gijjalarning ichakda yashash davri 27—28 kunni tashkil qiladi. qayta urug'lar tushishining oldi olinsa, o'z-o'zidan davolanish kuzatiladi.

TENIARINXOZ

Etiologiyasi. *Taeniarhynchus saginatus*. Bu gijjaning uzunligi 6—7 m gacha yetadi va bo'lakchalardan iborat bo'lib, har bir bo'lakchasida 145000—175000 tagacha urug'i bo'ladi, Tumshug'ida 4 ta so'rg'ichi bor. Odam bu gijjaning asosiy xo'jayini hisoblanadi. Gijja bo'laklari va urug'lari asosan odam najasi bilan ifloslangan o'tlar, xashak va suv orqali shoxli qoramollar organizmiga kiradi. Qoramol ichida gijja lichinkalari parda ichidan chiqib qonga tushadi va muskullar orasidagi biriktiruvchi to'qimalarga o'rtnashadi, ya'ni finnalar hosil bo'ladi. Shu go'shtni yetarlicha ishlov bermasdan iste'mol qilinishi odamlarda kasallik rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Asosan ingichka ichakda yashaydi. Bemor tinkasi quriydi, tajang bo'lib qoladi, keyinchalik ishtahasi bo'g'iladi. Qorni og'riydi, bemor uxlab yotganda ko'pincha kechasi anusdan gijja bo'laklari faol ravishda chiqadi. Ko'ngli ayniydi, ba'zan ichi ketadi. Bemorlarning uyquasi buziladi. Ba'zan tutqanoq tutadi. Bemorlar ichki kiyimlarida go'sht bo'lakchalari paydo bo'lib ularning qimirlashidan va badaniga noxush sovuqlik tegib ketishidan shikoyat qilishadi. Qonda leykopeniya belgilari aniqlanadi.

Tashxisoti. Bemor axlatida gijja bo'laklari va tuxumi topiladi.

Davosi. Fenasal keng qo'llaniladi. Ertalab yoki kechqurun och qoringa yoshiga mos holda beriladi. Fenasaldan oldin chorak stakan suvda 1—2 gramm sodani eritib ichiriladi.

Bundan tashqari dixlosal, trixlosal, qirqquloqning efirdagi ekstrakti ham ishlatiladi. 2 yoshli bolalarga 1 gramm, 3 yoshdagilarga 1,5 gramm, 4 yoshdagilarga 2 gramm, 5—6 yoshdagilarga 2—2,5 gramm, 7—10 yoshdagilarga 3 gramm, 11—16 yoshdagilarga 3,5—4 gramm ichiriladi. Preparatlar berilgandan 2—3 soat o'tgach tozalovchi klizma buyuriladi.

TENIOZ

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi *Tenia solium* Chuchka solityoridir. Bu lentasimon gijja 1000 ga yaqin bo'lakchalardan tashkil topgan bo'lib, har bir bo'lakchasida 145000-175000 tagacha urug'i bo'ladi. Bo'yi 1—2 metrgacha bo'ladi. Tumshug'ida 4 ta so'rg'ichi va 20—30 ta ilmog'i bo'ladi. Qurollangan gijja hisoblanadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai va gijjaning oxirgi xo'jayini odam hisoblanadi. Balog'atga yetgan gijjalardan vaqti-vaqti bilan yetilgan bo'lakchalar ajralib, axlat orqali tashqariga chiqariladi. Bu gijjaning oraliq xo'jayini asosan uy cho'chqalari, itlar, mushuklar va odam ham bo'lishi mumkin. Kasallik bolalarga cho'chqa go'shtini yetarlicha termik qayta ishlov bermasdan iste'mol qilganda yuqadi.

Klinikasi. Teniozning boshlang'ich davridagi klinik simptomlari yaxshi o'rganilmagan. Surunkali davrida kasallikning belgilari teniarinxozga o'xshab ketadi. Sistitserkozning simptomlari joylashgan joyiga qarab turlicha bo'ladi. Ko'pincha bosh miya va ko'z sistitserkozi uchraydi. Sistitserkoz xatarli kasallikdir.

Tashxisoti. Tenioz diagnostikasi xuddi teniarinxozdagiga o'xshash, sistitserkozda esa komplement biriktirish reaksiyasi, to'g'ri gemaglyutinatsiya reaksiyasi o'tkaziladi.

Davosi. Teniozda degelmintizatsiya qilish uchun qirqquloq preparatlari ishlatiladi.

Sistitserkozda prazikvantel (biltrisid) qo'llaniladi. Bu kuniga 16,6 mg/kg dan 14 kun yoki 50mg/kg dan 10 kun beriladi. Allergiya reaksiyasining profilaktikasi uchun u bilan birga zaruriyat bo'lganda antigistamin dorilari qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Veterinariya xizmati bilan hamkorlikda qator profilaktik choralar amalga oshiriladi.

GIMENOLEPIDOZ

Gimenolepidoz peroral kontagioz gelmintozdir. Uni pakana (bo'yi 15—30 mm, eni 0,55—0,77) gijja qo'zg'atadi. Odam uning ham oraliq, ham asosiy xo'jayini hisoblanadi. U odamning ingichka ichagida yashaydi. Tuxumi axlat bilan ajraladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam va bolalar. Yuqish yo'li fekal-oral mexanizmi orqali. Moyillik: hamma yoshdagi odamlar kasallanishi mumkin. Kasallanishning asosiy qismi bolalar orasida uchraydi.

Klinikasi. Gimenolepidoz ko'pincha simptomsiz kechadi. Ba'zan bosh og'riydi, ko'ngil ayniydi, ba'zan qusadi, so'lagi oqadi, jig'ildon qaynaydi, kekiradi, ishtaha o'zgaradi, kindik atrofida og'riq paydo bo'ladi. Qorin og'rishi kechqurun xuruj qilib bezovta qiladi, ba'zan bir necha kun og'riq bo'lmasligi mumkin.

Bemorning ichi dam suyuq, dam quyuuq kelib o'zgarib turadi, najas shilimshiq aralash bo'ladi. Bemor tajang bo'lib qoladi, ish qobiliyati pasayadi.

Davosi. Gimenolepidozda fenasal sxema bilan ishlatiladi.

1- sxema. 2 kunlik sikl 5 kun oralab 6—7 marta.

1—2 yoshli bolalarga 0,3 gramm, 3—4 yoshlilarga 0,5 gramm, 5—6 yoshlilarga 1,0 grammdan beriladi.

7—10 yoshlilarga 1,5 gramm va katta odamlarga 2 gramm beriladi.

2- sxema. 5 kunlik sikl 5 kun oralab 4 marta tayinlanadi.

3- sxema. 7 kunlik sikl 5 kun oralab 3 marotaba berilib, bir oy vaqt o'tgach davo kursi qaytariladi.

Profilaktikasi. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish, hojatxonalarni dezinfeksiya qilish kerak.

Gijja kasalliklarida qoʻllaniladigan muhim soʻzlar:

Lentasimon, yumaloq, qornida ogʻriq, tez-tez och qolish, toshma toshishi, teri qichishi, qabziyat, bruksizm, yoʻtal, gijja va uning boʻlaklari, gelmintoks, fenasal.

Gijja kasalliklarida qoʻllaniladigan fundamental test savollari:

1. Gijja kasalliklari etiologiyasi.
2. Gijja kasalliklari epidemiologiyasi.
3. Gijja kasalliklarining asosiy klinik belgilari.
4. Gijja kasalliklarini davolash tamoyillari.
5. Gijja kasalliklari tashxisoti.
6. Gijja kasalliklarining oldini olish.

LYAMBLIOZ

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi lyambliyalar sodda jonivorlar guruhiga kiradi. Bu qo'zg'atuvchi 1859- yilda rus olimi D.F. Lyambliy tomonidan topilgan. Rivojlanishi ikki bosqichda kechadi: vegetativ va sista bosqichi. Vegetativ shakli tana harorati sharoitida o'z hayot qobiliyatini saqlaydi va harakatlana oladi. Organizmdan tashqarida, sovuqda lyambliyaning vegetativ shakli harakatchanlik qobiliyatini yo'qotadi va tezda halok bo'ladi.

Ular asosan ingichka ichakda, ba'zan 12 barmoqli ichak shilliq qavatida, kamdan-kam hollarda yo'g'on ichakda yashab oziqlanadi. Ichak shilliq qavatiga lyambliyalar maxsus so'rg'ichlar yordamida birikadi, ularning faol ko'payishi va sistalar hosil bo'lishi shu yerda kechadi.

Tashqi muhitga axlat bilan ajraladigan lyambliya sistalari bir necha oy mobaynida hayot qobiliyatini saqlaydi. Suvda ikki oy, axlatda bir yarim oygacha o'zining patogenlik xususiyatini saqlaydi.

Xlorli eritmalarga chidamli. Sistalar muzlatilganda ham patogenetik xususiyatini saqlaydi, lekin 50 gradusda va undan baland isitilganda halok bo'ladi. Lyambliyalar asab to'qimasiga tanlab ta'sir qilish xususiyatiga ega bo'lgan va organizm sezgirligini kuchaytira oladigan o'ziga xos zahar ishlab chiqaradi. Biroq hozirgacha bu toksinni ajratib olish imkoni bo'lmagan. Ifloslangan qo'l, ovqat mahsulotlari, suv, idish-tovoqlar orqali ichakka tushgan lyambliya sistalari tezda vegetativ shaklga aylanadi.

Epidemiologiyasi. Lyamblioz bilan kasallanish darajasi yuqori. Bu kasallik bilan asosan erta yoshdagi bog'cha bolalari ko'proq kasallanadilar. Yopiq bolalar tashkilotlarida lyamblioz bilan kasallanish 25% ni tashkil etadi.

Kasallik bilan barcha yoshdagi bolalar, jumladan, chaqaloqlar va kattalar ham kasallanadi. Kasallik manbai bemorlar va lyambliya tashuvchilar hisoblanadi.

Yuqish yo'li. Faqat fekal-oral. Ifloslangan mahsulotlar, qaynatilmagan suv, basseyn va ochiq suv havzalarida cho'milishi (lyambliya sistalari bilan ifloslangan), iflos qo'l, o'yinchoqlar, idish-tovoqlar va hokazo. Kattalarda jinsiy yo'l orqali gomo-seksual muloqot orqali ham yuqadi.

Kasallikni yuqtirish va kasallanish uchun bir nechta lyambliya sistalarini yutish kifoya. Moyillik: Lyambliozga asosan bolalar va immuniteti sust odamlar moyil bo'ladi.

Mavsumiylik: Lyamblioz bilan kasallanish asosan bahor-yoz fasllariga to'g'ri keladi. Kasallikning davom etishi o'z vaqtida davolanmaganlarda surunkali tus olib, yilning hamma fasllarida uchraydi.

Patogenezi. Ichakka tushgan lyambliya sistalari tezda vegetativ shaklga aylanib patogenlik xususiyatini boshlaydi. 5—7 kundan keyin bemorning najasi orqali bir sutkada o'n milliardlab sistalari ajrala boshlaydi. Vegetativ shakllari ingichka ichakning shilliq qavatlarida patogenlik qiladi. Shilliq qavatlariga o'rnatilgan lyambliyalar shilliq qavatda hazm jarayonining buzilishiga olib keladi.

Lyambliozdan so'ng immunitet hosil bo'lishi yaxshi aniqlanmagan. Lyambliyalarning ichak bo'shlig'ida ko'payish xususiyati tufayli qo'zg'atuvchi uzoq vaqt organizmda persistirlanish mumkin.

O'z-o'zidan tuzalish mexanizmlari aniqlanmagan. Lyamblioz — «sekin harakatlanuvchi infeksiya», u yillar davomida patogenlik qilish xususiyatiga ega, klinik ko'rinishi yoshga, organizm va oshqozon-ichak trakti holatiga, invaziyaning oz yoki ko'pligiga bog'liq. Davolangach qayta zararlanishni inkor etib bo'lmaydi.

Klinikasi. Kasallik davrlari. Inkubatsion davr (bir necha soatdan 1—4 haftagacha). O'tkir, kasallikning surunkalisiga davom etish davri va rekonvalessensiya davri ajratiladi. Ko'pincha lyamblioz cho'ziluvchan va surunkali kechadi.

Tasnifi:

Ko'rinishi bo'yicha:

a) tipik:

b) atipik: latent, bilinar-bilinmas, simptomsiz.

Og'irlik darajasiga ko'ra: yengil, o'rta og'ir, og'ir.

Kechishi bo'yicha: o'tkir (1 oygacha), cho'ziluvchan (1 oydan 3 oygacha), surunkali (3 oydan ko'p).

O'tkir shakli tez rivojlanib, epigastral sohada og'riq, ichning patologik aralashmalarsiz suyuq o'tishi bilan boshlanib, ko'ngil aynishi, ishtaha pasayishi, qorinda dam bo'lish kabi belgilar qo'shiladi. Kasallik 5—7 kun davom etib, sog'ayish bilan yakunlanadi.

Cho'zilgan va surunkali shakllari immun tizimi sust bolalarda qayd qilinadi. O'tkir shakldan keyin davom etishi bilan va kasallikning asta-sekinlik bilan boshlanishi yoki bilinar-bilinmas belgilar bilan boshlanadi.

Bu holatlarda kasallik oylab yoki yillab davom etib, bemorlarni qo'zg'atuvchi yoki ularning parchalanish mahsulotlariga nisbatan sezgirliги ortishi natijasida allergik belgilar har xil ko'rinishda namoyon bo'ladi. Allergik belgilar: bosh og'rig'i, terida har xil ko'rinishdagi toshmalar toshishi, xushkilar paydo bo'lishi, terining oqarishi, ekzemalar paydo bo'lishi, qiqiqlanishning kuchayishi, kaft va tovonning yorilib turishi hamda ko'p terlashi, psoriaz rivojlanishi, sochlarning, qoshlarning to'kilishi, oyoq-qo'llarda va bo'g'imlarda ko'chib yuruvchi og'riqlarning kuzatilishi, burun bitishi, astma rivojlanishi, ichning suyuq ketishi, yurak tonlarining bo'g'iq-lashishi va yurak sohasida og'riqlar bo'lishi kabi belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Tashxisot mezonlari. Lyambliozning klinik tashxisoti qiyin; chunki ko'pgina ichak kasalliklariga o'xshash belgilar kuza-tiladi.

Tipik lyambliozning yengil va o'rta og'ir darajalarida dispeptik buzilishlar, intoksikatsiya ustunlik qiladi. Ko'p hollarda kasallik boshlanishi bilinar-bilinmas, o'tkir ko'rinishlarsiz o'tadi. Ko'pin-cha turg'un bo'lmagan va qo'zish davrida kuchayadigan ich ketishi kuzatiladi.

Ko'p hollarda axlat kaprologik aralashmalarsiz bo'ladi, lekin ba'zan axlatda yashil rangda shilimshiq topilib, u ko'piksimon xarakterda bo'ladi, ba'zan kulrang tus oladi. Tana harorati

ko'pincha normal, ba'zan subfebril. Ishtaha yo'qoladi. Bolalar go'shtli va sutli ovqatlardan bosh tortadilar, ko'p miqdorda suyuqlik ichadilar.

Og'ir hollarda lyamblioz cho'ziluvchan va surunkali kechganda bolalar tana vaznidan orqada qolib, bolaning tuzilishida distrofiyalanish kuzatilishi mumkin. Bola qornida, ko'pincha, epigastral soha va o'n ikki barmoqli ichak sohasida og'riqdan shikoyat qiladi. Ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, kekirish, og'izdan badbo'y hid kelishi, ichaklarda shish, g'uldirash, meteorizm kuzatiladi. Maktab yoshidagi bolalarda og'izda achchiq ta'm bo'lishi, kindikdan chapda turli kuchlanishdagi og'riq, og'riqning ovqat qabul qilish bilan bog'liq emasligi va sanchiq ko'rinishida bo'lishi kabi shikoyatlar bo'ladi. Bemor defekatsiyadan so'ng yengillik sezadi.

1. Tashqi ko'rinish. Kasalning ko'z ostilari oy shaklida qoramtir tus olgan, terisi rangpar va ba'zan bo'zargan, til oq sarg'ish, karash bilan qoplanishi, lyamblioz uzoq vaqt davom etganda tilda chuqur cho'ziq va ko'ndalang yoriqqa o'xshash burmalar paydo bo'ladi. 1/3 bemorlarda jigar qovurg'a ravoqidan 1—3 sm pastga tushadi, qattiq konsistensiyali, paypaslaganda kam og'riqli yoki og'riqsiz bo'ladi. Tana harorati me'yorida, ba'zan subfebrilitet kuzatiladi. Ko'p miqdorda qo'zg'atuvchi tushishi yoki qo'zish davrida isitmash, balog'at yoshidagilarda xusnbuzarlar toshishi kuzatiladi. Lyambliozga xos simptom kechalari tishni g'ichirlatish, (bruksizm) neytrosirkulyator distoniya va astenonevrotik sindrom bilan namoyon bo'ladi.

Lyamblioz surunkali kechganda enterokolit va kolit simptomlari birinchi o'rinda ko'rinadi, bir necha yillardan so'ng duodenit, o't chiqaruvchi yo'llar diskineziyasi, qabziyatning ich ketish bilan almashinishi rivojlanadi. Qo'zg'atuvchi halok bo'lishidan hosil bo'lgan va almashinuv mahsulotlari qonga so'rilib intoksikatsiya va organizm sezgirligining oshishiga sabab bo'ladi.

Ayrim bemorlarda ichak va dispeptik sindromlar bilan birga teri allergik o'zgarishlari — allergik toshma, eshakyem, ekzema va neyrodermit qo'zishi kuzatiladi. Respirator allergik-klinik

belgilarining paydo bo'lishi, shuningdek, bo'g'imlarda og'riq – artralgiya kuzatiladi. Ba'zan kasallik simptomsiz kechishi mumkin.

Laborator tashxisoti. Axlat va duodenal suyuqlikni lyambliya sistalari va vegetativ shakllariga mikroskopik tekshiriladi. Birinchi marta tekshiruvda lyambliya topilishi kam ehtimolli. Qayta-qayta tekshirish natijasida tahlil aniqroq bo'ladi. Bo'tqasimon va issiq suyuq axlatda lyambliya vegetativ formalari topilishi faol jarayon borishi va ko'p miqdorda zararlanishdan dalolat beradi. Axlat soviganda lyambliyaning vegetativ shakllari o'z harakatchanligini tezda yo'qotib qo'yadi, shuning uchun ularni topish maqsadida axlat iliq holda bo'lishi shart. Qon tahlilida o'zgarish bo'lmaydi yoki qisman leykositoz, eozinofiliya, ECHT oshgan bo'ladi.

Qiyosiy tashxisot. Yuqumli bo'lmagan kasalliklar duodenit, xolesistit, pankreatit, oshqozon-ichak trakti yuqumli kasalliklari, o'tkir ichak infeksiyasi, gepatit, ichak gelmintozlari va boshqalar bilan qilinadi.

Yuqumli kasalliklar bo'limiga gospitalizatsiya qilishga ko'rsatma:

Bolalar kasallikning og'ir shakllarida, qo'shilib kelgan kasalliklar bo'lganda, intoksikatsiya simptomlari va ovqatlanishning buzilishi etiopatogenetik va kompleks davolashga muxtoj bo'lganda kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma bo'la oladi.

Uy sharoitida davolash. Yengil va o'rta og'ir shakllari uyda davolanadi.

— Bola ahvoliga qarab belgilanadi.

— Parhez. Bolaning ishtahasiga qarab ovqatlantiriladi. Bijg'ish chaqiradigan mahsulotlardan tashqari sut va o'simliklardan tayyorlangan ovqat mahsulotlari, qaynatilgan go'sht va baliq mahsulotlari tavsiya qilinadi.

— Etiotrop davolash.

Lyambliyalar nitrofuranlar ta'sirida halok bo'ladi: bular furazolidon, metronidazol, fasijin, tinidazol. Nitrofuranlarning oxirgi avlodiga kiruvchi nifuratel yuqori samaraga ega bo'lib, bolaning yoshi va tana massasiga qarab miqdori tayinlanadi.

Furazolidon bilan bir martalik davolash uchun katta dozada miqdori 10mg/kg qilib ovqatdan keyin qabul qilinadi.

Makmiror bolalar uchun 15 mg/kg kuniga 2 mahal, kattalarga 2 tabletkadan (1 tabletkada 200 mg bor) kuniga 2—3 mahal ovqatdan keyin tavsiya qilinadi. Davolash kursi 7—10 kun. Davolashni o'tkir ichak disfunktsiyasi davridan boshlash kerak.

— Bir yoshgacha bo'lgan bolalarga furazolidon 10 kundan 15 kungacha berilib, 1—2 kurs davolanadi. Har bir davolash kursidan keyin bemor axlati 3 marta lyambliyaga tekshiriladi (1—2 kun oralab) furazolidon bilan davolash samarasi 70—80% ni tashkil qiladi.

— Bir yoshdan katta bolalarga yoshiga qarab metronidazol bir oylik davolash kursi bilan tavsiya qilinadi. Davolashda tanaffus bo'lmasligi kerak.

Kattalarga metronidazol kuniga 1 gramm (0,25 x 4 marta ovqatdan keyin) bir oy davomida tavsiya qilinadi.

Katta yoshdagi bolalarga tinidazol kuniga 2 gramm (0,5 x 4 mahal ovqatdan so'ng) 10 kun davomida beriladi. Davolangandan keyin laborator tekshirib nazorat qilinadi.

Lyambliozni davolashda qo'zg'atuvchi parchalanib mahsulotlar qonga so'riladi va intoksikatsiyaga sabab bo'ladi. Shuning uchun ikkinchi kunda bola ahvoli yomonlashadi, ko'ngil aynishi, qusish, teri qichishi va toshmalar toshishi mumkin. Bu reaksiya Yakshi-Geyksgeymer reaksiyasi deb nom olgan. Bu holatni kamaytirish maqsadida davolash kursi mobaynida haftasiga 1—2 marotaba «ko'r zondlash» qilinishi kerak. Buning uchun osmotik surgilar 25% magniy sulfat eritmasi, sorbit, ksilitdan foydalanish mumkin. Osmotik surgilar parazit parchalanish mahsulotlarining so'rilishiga to'sqinlik qiladi, Yakshi-Geyksgeymer reaksiyasini susaytiradi va ichaklarning lyambliyadan tezroq tozalanishiga yordam beradi.

Agar to'liq davolanish kursidan keyin lyamblioz qaytalansa, tinidazolni bir martalik miqdorda kechqurun 50—60 mg/kg qilib qabul qilishi mumkin. Ertasi kuni magniy sulfat eritmasi bilan dyubaj qilish yaxshi samara beradi. Barcha subyektiv shikoyatlar, obyektiv simptomlar va laborator tahlillar yo'qolmagunicha

davolanishni davom ettirish lozim. Davo samaradorligini nazorat qilish uchun davolash kursi tugagach va bir oydan keyin kaprologik tekshirish olib boriladi. Nitrofuronlar bilan parallel ravishda spazmolitiklar va o't haydovchilar yaxshi foyda qiladi, qabziyat kuzatilsa, o'simlikdan tayyorlangan surgilar berish mumkin. Hazm qilish va so'rilish buzilishi simptomlarida, kaprologik tekshirish natijalariga qarab ferment preparatlari tavsiya qilinadi.

O't—safroning lyambliozid ta'siri bo'lib, o't haydovchi preparatlar va o'tli damlamalar qabul qilish ham davolash samaradorligini oshiradi.

Sog'ayish mezonlari. Lyambliozga qarshi davo olib borilgach organizmning parazitdan to'liq tozalanishi va klinik jihatdan sog'ayish 2—3 haftadan keyin bo'ladi. Ichakning lyambliyadan tozalanganligiga ishonch hosil qilish uchun axlatni 10 kun oralab bir oyda 3 marta tekshiriladi.

Sog'ayishning asosiy klinik simptomlari qorinda og'riqning yo'qolishi, tilning toza bo'lishi, dispeptik buzilishlarning bo'lmasligi, terining tozaligi, ich o'tishining me'yorlashishi va jigar o'lchamlari kichrayishidir. Lyambliozning qaytalanishini e'tiborga olib, to'liq klinik sog'ayishdan so'ng vrach nazoratini amalga oshirib, kerak bo'lganda davo choralarini takrorlash lozim. Laborator tahlillar tasdiqlanmaguncha bemorni bolalar jamoasidan alohidalash kerak. Bemor bola bilan kontaktda bo'lgan bolalar, uning oila a'zolari lyambliozga tekshirilishi zarur. Kerak bo'lganda esa kontaktda bo'lganlarni ham davolash kerak. Dezinfeksiya o'tkir ichak infeksiyalaridagi kabi qilinadi.

Profilaktikasi. Lyambliozga qarshi maxsus profilaktika choralari ishlab chiqilmagan.

Kattalar lyambliya bilan hayotning barcha davrlarida kasallanishi mumkin.

Birinchi o'rinda «yo'g'on ichak ta'sirlanishi sindromi» namoyon bo'ladi. Yuz ko'rinishi so'lg'in, burun-lab uchburchagida toshmalar, ko'zlarning sub'ikterikligi va in'eksiyasi, «charchoq ko'zlar», jigarning kattalashishi kuzatiladi. Kattalarda lyamblioz neyrosirkulyator distoniya ko'rinishida namoyon bo'ladi.

«Surunkali charchoqlik sindromi» bosh og'rig'i, faol harakatlanishiga qiziqishning susayishi ko'rinishida ham namoyon

bo'ladi. Ba'zan faqat lyambliya tashuvchanlik kuzatiladi. Immuniteti sust odamlarda lyamblioz oshqozon ichak trakti kasalliklari — gastrit, duodenit, pankreatit, xolesistit, enterit, kolitning surunkaliliga aylanishiga sabab bo'ladi.

Lyambliozda ishlatiladigan muhim so'zlar:

Sista, vegetativ, ingichka ichak, og'riq, diareya, qabziyat, teriga toshma toshishi, teri qichishi, bruksizm, xolesistit, trixopol, furazolidon, tinidazol.

Lyambliozda qo'llaniladigan fundamental test savollari:

1. Lyamblioz etiologiyasi.
2. Lyamblioz epidemiologiyasi.
3. Lyamblioz klinik kechish xususiyatlari.
4. Lyamblioz tashxisoti.
5. Lyamblioz davosi.
6. Lyamblioz profilaktikasi.

BOLALARDA UCHRAYDIGAN KANDIDOZLI KASALLIKLAR

Asosiy belgilari. Teri va shilliq qavatlarning shikastlanishi, ichki a'zolar jarohatlanishi, tana haroratining subfebril ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarning shikastlangan qismlarida achishish, og'riq belgilarining namoyon bo'lishi. Holsizlik, injiqlik, ovqatdan bosh tortishi kabilar.

Kandidozli kasalliklar—teri va shilliq qavatlarning hamda ichki a'zolarining jarohatlanishi bilan kechadigan yuqumli kasallik bo'lib, asosan kichik yoshdagi bolalar va immun tizimi sustlashgan organizmlarda va biror-bir kasallikning asosida ikkilamchi ravishda rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Achitqisimon zamburug'larning kandidilar turkumiga kiruvchi bir necha xillari kasallikni keltirib chiqaradi. Ular tabiatda juda keng tarqalgan bo'lib, havoda, suvda, meva va sabzavotlarda, tuproqda hamda turli tirik organizmlarda, jumladan, odam organizmida topiladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai: kasal odam, sog'lom tashuvchilar. Yuqish yo'li: asosan maishiy-muloqot yo'llari orqali yuqadi. Havo-tomchi yo'li orqali ham yuqishi mumkin. Tug'ruq vaqtida onadan bolaga tug'ruq yo'llari orqali ham yuqishi mumkin. Kasallikka moyillik: kasallik asosan chaqaloqlarda, bog'cha va maktab yoshidagi bolalarda uchraydi, jumladan, katta yoshdagi immun tizimi sustlashgan kishilarda (yuqumli kasalliklar, antibakterial dorilarni pala-partish iste'mol qilish) uchraydi. Mavsumiylik: kasallikka mavsumiylik xos emas, yilning hamma fasllarida uchrayveradi.

Patogenezi. Kandida qo'zg'atuvchilari shartli patogen mikroorganizmlar guruhiga kirib, 5—6% sog'lom kishilarda uchraydi. Hamma kishilarda ham kasallikni keltirib chiqaravermaydi. Kandida tashuvchanlik so'zi keng ishlatilib, ular ekmada bakteriologik usul bilan tekshirilganda topilishiga

qarab baholanadi. Tranzitor (bir necha kunda bir marotaba topiladi), qisqa muddatli (bir necha haftagacha), surunkali (ekmalarda doimiy topiladi) turlarga bo'linadi. Tashuvchanlikda kasallikning klinik belgilari uchramaydi, qo'zg'atuvchilarni ekib ko'rish bilan tasdiqlanadi. Bunday shaxslarda kasallik belgilari tashqi yoki ichki nojo'ya faktorlar ta'sirida avj olish holatlari ko'proq uchraydi. Kasallik keltirib chiqarishi uchun quyidagi bir necha faktorlar muhim ahamiyatga ega:

1. Kandidalarning organizmga tushgan miqdorining ko'pligi.
2. Teri yoki shilliq qavatlarining shikastlanish darajasi va davomiyligi.
3. Mahalliy yoki umumiy immun tizimining (hujayraviy va gumoral) sustlashishi.
4. Teri yoki shilliq qavatlar mikroflorasining buzilishi.
5. Antibakterial dori vositalarini tartibsiz ishlatish.
6. Immunodepressiv preparatlarni ko'p qo'llash.
7. Teri va shilliq qavatlarining RN muhitining o'zgarishi.
8. Endokrin tizimi faoliyatining sustlashishi.
9. Teri va shilliq qavatlarini yallig'lantirib butunligining, ya'ni baryer funksiyasining buzilishiga olib keluvchi yuqumli kasalliklar (O'tkir virusli va bakterial respirator infeksiyalar, O'tkir ichak infeksiyalari, terining zamburug'li kasalliklari va h.k.).
10. Chala tug'ilish holatlari.
11. Chaqaloqlarning sun'iy ovqatlantirilishi.
12. Tug'ruqning og'ir kechishi.
13. Bolalarda kariyes tishlarning bo'lishi.
14. Gigiyenik holatlarning tez-tez buzilib turishi (og'iz bo'shlig'i, teri va jinsiy a'zolar gigiyenasi).
15. Radiatsiya nurlarining ta'siri.
16. Vaksinalarni o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar bo'lgan bolalarga vaksinalarni noo'rin o'tkazish.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan sabablar bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lib, bir-birini keltirib chiqarishi yoki kuchaytirishi mumkin.

Kandidalar kirish darvozasida (shilliq qavat yoki teri) ko'payib, mahalliy yallig'lanishga sababchi bo'lib, qizarish shish bilan namoyon bo'ladi. Shilliq qavatlarining yuza qismining nekrozlanishiga olib kelishi mumkin, unday hollarda shilliq

qavatlar yuzasida oqish pardalar hosil bo'ladi. Organizmda kandidilarga qarshi immunitetning hosil bo'lishiga yoki mavjudligiga bog'liq holda kasallik har xil darajada va muddatda kechadi. Kasallikning ikkinchi kunlarida qonda kandidalarga qarshi IgM titrining ortishi kuzatiladi. Qondagi IgM, IgA, IgG miqdorining ortishi kasallikning faol vaqti kechayotganligidan darak beradi.

Kasallik davomida qondagi IgM miqdorining kamayishi davo muolajalarining samarali kechayotganligidan darak beradi. Immun tizimi yetarlicha hosil bo'lsa, kasallik yaxshi oqibatlar bilan tugallanadi. Agar immunitet yetarlicha rivojlanmay qolsa, kasallikning surunkali yoki qaytalanib turuvchi shaklga o'tish ehtimoli kuchayadi.

Klinikasi. Kandidozli infeksiya klinik kechimiga, og'irligiga, jarayonning tarqalganligiga, shikastlanadigan qismlariga va davomiyligiga qarab quyidagicha tasniflanadi.

TASNIFI:

Shikastlangan qismiga qarab:

A. Shilliq qavatlar (og'iz, lablar, til, tomoq, burun, ko'z, jinsiy a'zolar, traxea va bronxlar, qizilo'ngach, oshqozon va ichaklar, siydik chiqarish yo'llari) shikastlanishi.

B. Teri va uning hosilalari (asosan tabiiy burmalar sohalari, terining shilliq qavatlarga o'tish qismlari) shikastlanishi.

D. Visseral yoki sistemali kandidoz (ichki a'zolarning zararlanishi bilan, o'pka, jigar, buyraklar, taloq, yurak).

E. Kandidozli sepsis (qonda kandidalarning ko'payishi).

Jarayonning tarqalganligiga qarab:

Mahalliy (chegaralangan va tarqalgan).

Diffuz tarqalgan (bir necha qism va a'zolarning jarohatlanishi).

Kasallikning kechimiga qarab:

O'tkir.

Cho'ziluvchan qaytalanib turuvchi.

Surunkali.

Kechim og'irligiga qarab:

Bilinear bilinmas.

Yengil.
Oʻrta ogʻirlikda.
Ogʻir turlarga boʻlinadi.

Shilliq qavatlar kandidozi koʻproq hollarda ogʻiz shilliq qavatlarining ayrim qismlarini shikastlashi bilan, kandidozli xeylit, kandidozli lab bichilishi, glossit, palatinit, tonzillit va h.k. koʻrinishida uchrasa, ular **mahalliy chegaralangan** jarohatlarni kiradi.

Ogʻiz boʻshligʻiga butunlay tarqalib ketsa, yaʼni kandidozli stomatit boʻlsa, u holda **mahalliy tarqalgan** shakli deb yuritish mumkin.

Shilliq qavatlarda hosil boʻlgan oʻzgarishlarning koʻrinishiga qarab eroziyalik, infiltratli, eritematoz, giperetrofik va yarali shakllarga boʻlinadi.

Oʻtkir kechimdagi kandidozli infeksiya koʻpincha soxta membranali va atrofik, surunkali kechimi esa giperplastik va atrofik koʻrinishda kechadi.

Ogʻiz boʻshligʻining oʻtkir soxta membranali kandidozi: ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatlarida nuqtasimon oqish rangli toshmalar paydo boʻlib, ular asta-sekin bir-biri bilan qoʻshilishi natijasida oʻlchami 0,5—1 sm va undan katta oʻlchamli pardalarni hosil qiladi.

Kasallik yengil kechganda pardalar yupqa boʻlib, oson koʻchadi va oʻrnida qizargan fonda izlari qoladi. Ogʻir kechganda pardalar qalinlashgan, koʻchishi qiyin, majburan koʻchirilganda oʻrnida qon talashlar va eroziyalar paydo boʻladi. Yengil va oʻrta ogʻirlikdagi kechimida bemorning umumiy ahvoli deyarli oʻzgarmaydi. Mahalliy oʻzgarishlarga shikoyat qiladi. Ovqatlanilganda ogʻriq, achishish, ogʻiz qurishi, regionar limfa tugunlarining qisman kattalashishi kuzatiladi. Kasallik ogʻir kechganda ishtaha yoʻqolib dispeptik buzilishlar ham qoʻshilishi mumkin.

Oʻtkir soxta membranali kandidozdan keyin oʻtkir atrofik kandidoz rivojlanadi. Bunday holatlarda shilliq qavatlar och qizgʻish rangga kirib, xuddi lovillab turgandek koʻrinadi. Shilliq qavatlar burmalarining baʼzi joylarida oqish pardalar koʻrinishi mumkin.

O'tkir kandidoz yetarlicha davo muolajalarini olmagan hollarda hamda bir necha nojo'ya ta'sirlarning birga ta'sir qilishi natijasida surunkali shaklga yoki visseral hamda septik shaklga o'tish ehtimoli uchraydi.

Surunkali kandidozning giperplastik shakli: og'iz shilliq qavatida qattiq, shilliq qavat sathidan qisman ko'tarilib turuvchi pilakchalar hosil bo'ladi. Pilakchalarni ko'chirishga harakat qilinganda bemor qattiq og'riq sezadi va o'rnida qon quyilishlar bilan eroziyalar hosil bo'ladi.

Surunkali giperplastik kandidoz bolalarda ko'pincha xeylit va glossit ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Surunkali kandidali lab bichilishi—qirralari qattiq chuqur yoriqlar ko'rinishida bo'lib, teri atrofi shishgan, qizargan, sianotik, harakati chegaralangan shaklda uchraydi. Og'izni ochishga qiynaladi, ochganda og'riq sezib yoriqlar sohasida qontalashlar kuzatiladi.

Til kattalashadi, tilning yon qismlarida tish izlari kuzatiladi, so'rg'ichlari kattalashib, yaqqol ko'rinib qoladi. Ta'm sezgisi o'zgaradi, og'iz shilliq qavatlariga va tilga bir narsa yopishib turgandek hissi paydo bo'lib turadi.

Surunkali atrofik kandidoz. Bolalarda kamdan-kam hollarda uchrab, asosan palatinit va xeylit ko'rinishida namoyon bo'ladi. Surunkali palatinitda tanglay shilliq qavatlari shishgan, qizargan va silliq bo'ladi. Surunkali kandidozli xeylitda lablarning jarohatlangan qismi shishgan, qizargan, quruq, yupqalashgan va mayda oqish-qo'ng'ir rangli kepaksimon yoki tangasimon qipiqlar paydo bo'lib turadi. Og'izni tez va katta ochish natijasida yoriqlarda qontalashlar va og'riqlar yuzaga keladi. Surunkali yoriqlarning asosiy xususiyati lab jarohatlangan qismlarda chandiqlar paydo bo'lishidir.

Jinsiy a'zolar shilliq qavatlari kandidozli jarohatlanishida ham qizarish, shish, oqish pardalar qoplashi, eroziya kabi o'zgarishlar kuzatilib, achishish, qichishish, og'riq kabi subyektiv belgilar namoyon bo'ladi.

Bolalarda teri kandidozli kasalligi ko'pincha anus atrofi va oraliqda uchraydi. Buning sababi, bolalarda kandidozli ichak infeksiyalari rivojlanishi natijasida ich ketish hisobiga anus atrofi va oraliq sohalar najas bilan ifloslanib turadi, bunday holatlar

kasallik rivojlanishiga imkoniyat yaratib beradi. Ba'zida terining burmali sohalari (chov, son burmalari, qo'ltiq osti, bo'yin, quloqlar orqasi va ensa) ham jarohatlanadi. Ular terining qizarishi, shilinishi (eroziyalanishi), pufakchalar hosil qilish, regional limfa tugunlarining kattalashishi ko'rinishida uchraydi. Subyektiv shikoyatlardan og'riq, achishish, qichishish kabi belgilar bezovta qiladi.

Kandidozli infeksiyaning yana bir ko'rinishi og'iz shilliq qavatlari bilan birga yoki alohida oshqozon ichak traktining jarohatlanishidir. U ezofagit, gastroduodenit, kolitda uchraydigan dispeptik va disbakterioz simptomlari bilan namoyon bo'ladi.

Nafas yo'llarining jarohatlanishi rinit, traxeit, bronxit, bronxiolit va pnevmoniya belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Kandidozli sepsis birlamchi yoki ikkilamchi shaklda paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha biror-bir a'zoning yoki qismning jarohatlanishi natijasida, organizmning immun tanqischilik holatlarida namoyon bo'ladi.

Bemorlarning umumiy ahvoli keskin yomonlashgan, zaharlanish belgilari yaqqol namoyon bo'ladi, tana harorati ko'tariladi. Ko'p hollarda ikkilamchi bakterial infeksiyaning qo'shilishi hisobiga butun organizmda patologik jarayon avj oladi.

Kandidalar parchalanish mahsulotlarining yoki yallig'lanish mahsulotlarining so'rilib organizm sezgirligini oshishi va allergik ta'sirining kuchayishi natijasida terida har xil toshmalar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Tashxisoti. Kasallikka tashxis qo'yish uchun klinik, epidemiologik anamnezlardan foydalaniladi. Klinik belgilarning mos kelishi va mikroskopik usulda kandidalar koloniyalarining topilishi tashxisni oydinlashtiradi.

Kerak bo'lganda teri ichi allergik sinamasini maxsus kandidalardan tayyorlangan allergenlar bilan ham qo'yish mumkin.

Serologik usul yordamida kandidalarga nisbatan qon zardobidagi antitelalar titrining ortishini ko'rish mumkin. Zamonaviy diagnostika usullaridan hisoblanmish lateks-agglyutinatsiya (LPA) usuli kasallikning erta davrlarida ham tashxis qo'yish imkonini beradi. Zanjirli polimeraza reaksiya

(ZPR) usuli va immunoferment analizi (IFA) keng qo'llaniladigan usullardan hisoblanadi.

Davosi. Kandidozli kasalliklar mahalliy shakllari va yengil, o'rta og'irlikda kechganda uy sharoitida davolanadi. Tarqalgan, og'ir va asoratlangan kechimi kasalxonada yotib davolanishadi. Kandidozli stomatitlarni davolashda quyida keltirilgan prinsiplarni e'tiborga olish kerak.

1. Kasallikni keltirib chiqarishda va avj olib ketishida ahamiyatga ega bo'lgan faktorlarni bartaraf qilish.

2. Kandidaga qarshi beriladigan dori vositalarni kasallikning holatiga qarab mahalliy yoki umumiy berish, qo'zg'atuvchining sezgirligini imkon darajasida aniqlash va preparatlarni uzoq yoki qisqa muddatga buyurish.

3. Kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun preparatlarni uzoq muddatga saqlab turuvchi miqdorda belgilash.

4. Immun tizimini tiklashga va kuchaytirishga qaratilgan davo.

5. Davo samarasining klinik va laborator monitoringini olib borish.

Kandidozni davolashda qo'llaniladigan fungisid preparatlari quyidagi guruhlariga bo'linadi:

Poliyen antibiotiklar: nistatin, levorin, natamitsin, amfoteritsin B.

Imidazol va triazol birikmalari: fluranazol, mikonazol, klotrimazol, butokonazol, ketokonazol yoki nizoral.

Alliamin mahsulotlari: terbinafin, naftizin.

5- flyuorositozin preparatlari: flutsitozin, 5-florsitozin.

8-oksixinolin unumlari: enteroseptol, nitroksolin, dekamin, intetriks, dermazolon (3% li 5-xlor-7-yod-8 oksixinolin va 0,5% li prednizolon malhami).

Yod preparatlari: kaliy yod, yodning spirtli eritmalari.

Maxsus vaksinalar.

Autovaksinalar.

Kandidalarni organizmdan tozalash qiyin bo'lib, bu ularning organizmga qayta tushib ko'payishi bilan bog'liq (reinfeksiya yoki superinfeksiya). Shu sababdan davo choralari davo va profilaktik yo'nalishlarda olib boriladi.

Kandidalarning qobig'ini butunligini ta'minlovchi ergosterol moddasi hisoblanadi. Poliyeen antibiotiklari ergosterol

bilan bog'lanib, kandidalar qobig'ining baryer funksiyasini buzadi. Azol, allilamin va tiokarbamat guruhi preparatlari esa ergosterol sintezlanishini susaytirishi hisobiga naf beradi.

Kandidozlarning davosini kompleks ravishda olib borib, avvalo, etiotrop davo muolajalari yordamida qo'zg'atuvchilar organizmdan tozalanadi. Keyin profilaktik davo davom ettiriladi. Bir vaqtning o'zida kasallikni keltirib chiqaruvchi faktorlarni ham bartaraf qilishga kirishiladi.

Etiotrop davo kasallikning tarqalganligiga qarab mahalliy yoki umumiy ko'rinishda olib boriladi.

Mahalliy davo sifatida poliyen antimikotiklardan nistatin, levorin, natamitsin, amfoterisin va imidazol unumlaridan mikonazol, ekonazol, klotrimazol preparatlari ishlatiladi. Bulardan tashqari mahalliy davo sifatida 8- va 4- oksixinolin preparatlaridan; xinozol, xiniofon, nitroksolin, enteroseptol, to'rtammon birikmalaridan; 0,5% li etoniy eritmasi, 1—2% natriy va ammoniy kriptilat, 1—2% karbolkinatning suvdagi eritmasi, antiseptiklardan: yod, bo'yoqlar va xlorgeksidin preparatlari ishlatiladi.

Lab qizil hoshiyasi kandidozli shikastlanishida va allergik o'zgarishlar berganida zamburug'ga qarshi hamda kortikosteroid preparatlarini saqlovchi malhamlar buyuriladi.

Antimikotik preparatlarni umumiy davo sifatida tavsiya qilishga ko'rsatmalar:

1. Tarqalgan kandidoz.
2. Kasallikni avj oldiruvchi faktorlarni bartaraf qilish yoki boshqarishga qiyinchilik tug'ilganda.
3. Kandidozning surunkali shakllari.
4. Mahalliy davo naf bermagan hollarda.
5. Immunosupressiv preparatlarni iste'mol qilib yurgan shaxslarga.

Antimikotik preparatlarini umumiy qo'llashda kandidalarni organizmdan tez tozalanish xususiyati bilan birga bir qancha nojo'ya kamchiliklari ham mavjud (organizmga dorilarning toksik ta'siri, qo'zg'atuvchilar chidamliligining ortishi, disbakterioz chaqirishi va dorilarning qimmatligi).

Umumiy davo sifatida quyidagi dori vositalarini tavsiya qilish mumkin:

Flukanazol 50—100 mg, kuniga bir mahal 7—14 kun.

Ketokenazol 15—30 kg tana vazniga 100 mg, kuniga bir mahal, 30 kg dan ortiq vaznga 200 mg, kuniga bir mahal 2—3 hafta davomida beriladi.

Nistatin, levorin, mikogeptin, amfoteritsin B, amfogleyukamin, natamitsin preparatlari ham yosh va vazniga qarab buyuriladi.

Antimikotik preparatlarining terapevtik samarasini oshirish maqsadida ammon birikmalaridan dekamin og'izda shimilib ketgunga qadar 4—6 mahal 15—20 kun mobaynida tavsiya qilinadi.

Enteroseptol kuniga 0,125—0,25 g dan 7—14 kun.

Intestopan bolalarga 2 yoshgacha $\frac{1}{4}$ tabletkadan, 2 yoshdan kattalarga $\frac{1}{2}$ -1 tabletkadan kuniga 2—3 mahal 10 kungacha buyuriladi.

Nitroksolin 5 yoshgacha 0,2 g, 5 yoshdan katta bolalarga 0,2—0,4 g 4 mahalga bo'lib 2—3 hafta qabul qilinadi.

Bolalarga yod preparatlarini berish yaxshi natija beradi.

Oshqozon ichak trakti kandidozli infeksiyalarida eubiotiklarni antimikotiklarga qo'shib berish yaxshi samara beradi. (Bifidobakteriyalar, laktobakteriyalar).

Immun tizimini oshirish maqsadida immunomodulyatorlar (timozin, timalin, timostimulin, timogen, immunomodulin) kabilar berish mumkin.

Surunkali kandidozlarni davolashda zamburug'larga qarshi monovalent yoki polivalent vaksinalarni qo'llash yaxshi samara beradi.

Kandidozlarni davolashda parhez va vitaminlar bilan davolashning va og'iz bo'shlig'i yoki boshqa joylardagi surunkali infeksiyali o'choqlarni davolash ahamiyati yuqori hisoblanadi.

**BOLALARDA MAHALLIY DAVOLASH UCHUN
ISHLATILADIGAN KANDIDALARGA
QARSHI DORI VOSITALARI**

Dorining nomi	Ishlatiladigan dori shakli	Ishlatish jadvali
Nistatin	Suvdagi suspenziyali shakli 100000 TB/ml, (tayyorlanadi).	4—5 ml dan kun davomida bir necha marotaba jarohatlangan qismga qo'yiladi yoki chayiladi.
Levorin	Suvdagi suspenziyali shakli 20 000 TB/ml, (kukunidan tayyorlanadi).	5 ml dan kun davomida bir necha marotaba jarohatlangan qismga qo'yiladi yoki chayiladi.
Natamitsin	Maxsus tayyorlangan suspenziya 2,5% li 20 ml flakonlarda.	Kuniga 4 ml dan ko'p bo'lmagan miqdorda jarohatlangan qismga qo'yiladi yoki chayiladi.
Amfoteritsin	100000 TB/ml da tayyorlangan suspenziyasi.	Kuniga 4 mahal jarohatlangan joyga 1 ml dan qo'yish.
Klotrimazol	1% li eritmasi.	Kuniga 4 mahal jarohatlangan joyga 1 ml dan qo'yish.

Profilaktikasi. Kasallikning maxsus profilaktikasi maqsadida kandidalarga qarshi maxsus vaktsinalarni qo'llash mumkin. Nospesefik profilaktika maqsadida immunoglobulin qo'llash yaxshi samara beradi. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish, organizmda mavjud infeksiyon o'choqlardan tozalash ham kasallikning oldini olishda katta ahamiyatga ega.

**O'ZBEKISTONDA QO'LLANILAYOTGAN
PROFILAKTIK EMLASH JADVALI**

Yoshi	Vaksina va emlashning nomlanishi
1 kunlik	Virusli gepatit B-1
3—5 kunlik	Silga qarshi BSJ-1, poliomiylitga qarshi OPV-0
2 oylik	AKDS-1, OPV-1, VGV-2
3 oylik	AKDS-2, OPV-2
4 oylik	AKDS-3, OPV-3
9 oylik	VGV-3
1 yosh	Qizamiqqa qarshi-1
16 oylik	AKDS-4, OPV-4, tepkiga qarshi
7 yosh	ADSM-5, BSJ-2, OPV-5, qizamiqqa qarshi-2
15—16 yosh	BSJ-3
16—17 yosh	ADSM-6
26 yosh	ADSM-7
45 yosh	ADSM-8

EMLASHGA QARSHI KO'RSATMALAR

1. Biror-bir o'tkir yuqumli kasalliklar epidemiyasi vaqtida.
2. Yuqumli kasalliklar bilan muloqotda bo'lgan bolalarga.
3. Yuqumli kasalliklar yashirin davrini kechirayotgan bolalarga.
4. Chala tug'ilgan bolalarga olti oygacha.
5. Tug'ma nuqsonlar bilan tug'ilganlarga.
6. Anamnezida kortikosteroidlar ko'p qabul qilgan bolalarga oxirgi muolajadan keyin olti oygacha.
7. Biror-bir kasallikni boshidan kechirganlar sog'aygandan keyin bir oygacha.
8. Emlash jadvaliga kiritilgan kasalliklarni boshidan kechirganlar.
9. Anamnezida oldingi vaktsinalarda nojo'ya ta'sirlar ko'rsatilgan bo'lsa, o'sha vaktsina qilinmaydi.
10. Allergik kasalliklari bor bolalar (zarurat bo'lganda desensibilizatsiyalovchi davo bilan birga qilinadi).
11. Asab tizimida kasalliklari bor bolalar.
12. Surunkali yuqumli kasalliklarning qo'zish xavfi bo'lganda.
13. Immun tanqisligi bor bolalar (tirik BSJ, Poliomiylit, qizamiq, tepki vaktsinalari mumkin emas, o'ldirilgan vaktsinalar mumkin).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

Покровский В.П. «Менингококковая инфекция». М. 1986 г.

Ходжаев Ш.Х., Соколова И.А. «Менингококковая инфекция». 1986 г.

Иванов А.Н. «Инфекционные болезни с экзантемами». Москва. 1987 г.

Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. «Инфекционные болезни у детей». Москва. 1989 г.

Зубик Т.М и др. «Дифференциальная диагностика инфекционных болезни». Москва. 1991 г.

В. Ф. Учайкин. «Руководство по инфекционным болезням у детей». Москва. 1998 г.

В.Н. Самарина, О.А. Сорокина. «Детские инфекционные болезни». Москва. Санкт-Петербург 2000 г.

Maxmudov O.S. «Bolalar yuqumli kasalliklari». Toshkent. 1990- y.

MUNDARIJA

Kirish	3
O'tkir respirator virusli infeksiyalarning umumiy kechimi (O'RVI).....	5
Gripp. Paragripp (Paragrippe).....	12
Adenovirusli kasallik.....	19
Respirator sintsiyal infeksiya.....	22
Rinovirusli infeksiya.....	25
Reovirusli infeksiya.....	26
Teriga toshadigan toshmalar bilan kechuvchi yuqumli kasalliklar.....	28
Toshmalar tasnifi va tavsifi.....	28
Qizamiq.....	32
Qizilcha.....	39
Suvchechak.....	44
Streptokokkli infeksiyalar.....	51
Skarlatina.....	52
Streptokokkli lab bichilishi.....	59
Streptokokkli oddiy temiratki.....	61
Stafilokokkli infeksiya.....	63
Meningokokkli infeksiya.....	68
Qo'tir.....	73
Difteriya.....	76
Yuqumli mononukleoz.....	90
Tepki.....	98
Virusli gepatitlar.....	105
O'tkir ichak infeksiyalari.....	114
Gijja kasalliklari.....	127
Entereboiz.....	130
Teniarinxoz.....	131

Tenioz.....	132
Gimenolepidoz.....	133
Lyamblioz.....	135
Bolalarda uchraydigan kandidozli kasalliklar.....	143
Bolalarda mahalliy davolash uchun ishlatiladigan kandidalarga qarshi dori vositalari.....	152
O'zbekistonda qo'llanilayotgan profilaktik emlash jadvali.....	153
Emlashga qarshi ko'rsatmalar.....	154
Foydalanilgan adabiyotlar.....	155

O. B. RAXMATOV

**BOLALAR YUQUMLI
KASALLIKLARI**

Oliy o'quv yurtlari uchun o'quv qo'llanma

Muharrir Ra'no Azimova
Badiiy muharrir Shuhrat Odilov
Texnik muharrir Yelena Tolochko
Musahhah Mahmuda Usmonova
Kompyuterda sahifalovchi Dilnoza Mansurova

Bosishga ruxsat etildi 04.08.2008. Bichimi 60×90¹/₁₆ Tayms TAD garniturası.
Shartlı b.t. 10,0. Nashr b.t. 8,0. Shartnoma № 52–2008. 500 nusxada. Buyurtma
№ 543.

O'zbekiston Matbuot va axborot agentligining Cho'lpon nomidagi nashriyot-
matbaa ijodiy uyi. 100129, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30- uy.

«Shoakbar» xususiy ilmiy ishlab chiqarish korxonasi. 100031. Toshkent, To'g'on
Rejаметov ko'chasi, 1a.

57.33
R28

Rahmatov O.B.

Bolalar yuqumli kasalliklari: Oliy o'quv yurtlari uchun o'quv qo'llanma/O.B. Rahmatov; O'zbekiston Respublikasi Oliy va O'rta-maxsus ta'lim vazirligi. — Toshkent: Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi, 2008. — ISBN 978-9943-05-225-3: — 160 b. B.ts.

BBK 57.33